Quarante-cinquième année. N° 1 91496 7 Janvier 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal, Verrier.
Juan-les-Pins Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, P. Vitrac (*ch.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Meslier, de Paris, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux au* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 1. — Dr, 35 ans, reprendrait avec facilités de payement bon poste près Paris.

No 2. — Jeune docteur aiderait confrère pendant période de 2 à 5 mois.

No 3. — Conduite inter. Berliet type AI carross. moderne 4 pl. 6 roues Michelin garnies, éclair. Magondeaux 12.000 taxe comprise. Dr Gaillardot à Oyonnax (Ain).

No 4. — Excell. nourrice au sein, fille-mère, saine et robuste, accouchée depuis 8 mois demande place de nourrice à domicile. Ecr. Dr Barbarin, à Montembœuf (Charente).

No 5. — Poste O.R.L. et ophtalmolog. à céder dans le Centre, rapp. 40.000, indemn. 20.000 fr. avec mobilier et instrum, moitié comptant.

No 6. — Dr actif, jeune, célibat., recherche à remplacer confrère susceptible de lui céder clientèle.

No 7. — Dr 20 ans pratique reprendrait bon poste avec facilités payement.

No 8. — A céder dans région Nord, poste très ancien seul médecin, excellent rayon, rapp. 57.000 fr. fixes intéress., grande maison., client. très transmissible, pays riche à proxim. de la mer. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

No 9. — Poste seul pro-pharmac. dans petite localité du Centre, rapp. 38.000, loyer 900 fr. maison neuve. Légère indemn. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e

CORRESPONDANCE

L'immigration facteur de repopulation

Je viens de lire dans le *Concours* l'article du Dr Letinois.

Voulez-vous me permettre de faire à ce sujet quelques réflexions qui me paraissent avoir un intérêt pratique.

Tout le monde est d'avis que l'immigration est le seul moyen rapide de repopulation ; les objections sérieuses sont l'apport d'un élément étranger dont l'assimilation sera longue et peut avoir des inconvénients nombreux tant qu'elle ne sera pas constituée.

Mon idée a précisément l'avantage de répondre à cette objection. Elle consiste dans l'immigration d'enfants étrangers, recrutés par l'assistance publique (service des Enfants Assistés).

Ce service par accord avec des pays surpeuplés, pauvres, aux prises avec la famine, recruterait chaque année un certain nombre d'enfants, aussitôt dispersés dans chaque service départemental. Ces enfants recevraient des noms français, seraient placés en nourrice ou en garde chez des particuliers, iraient à l'école, recevraient une instruction et une éducation françaises. Ils seraient ensuite placés comme domestiques, ce qui serait facile, les services recevant des demandes de placement dix fois supérieures à leurs disponibilités. Ces enfants, à leur majorité, se marient, créent des foyers français. Dès lors, tout est fait, sans loi, sans argent, sans risques d'opposition de la part du public, puisqu'on ne saura même pas l'origine de ces enfants et qu'eux-mêmes ne le sauront pas non plus s'ils sont pris assez jeunes (un an, deux ans). Il faut pour cela, une simple initiative de l'Etat : celui-ci peut rencontrer quelques difficultés, mais il faut avouer que le moment est bien choisi, en raison de la famine qui sévit dans certains pays.

L'arbre jeune prend toutes les qualités du sol où il est transplanté : il perd rapidement ses caracté-

ristiques originelles et se confond avec les sujets indigènes, ses voisins.

Dr Mazataud.
Bessines (Hte-Vienne.)

La protection du personnel médical hospitalier contre les risques qu'il court à l'hôpital.

Nous croyons savoir que la question de la garantie des externes, internes, médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux contre les accidents à eux survenus dans les services hospitaliers et contre les maladies contractées à l'hôpital doit être prochainement soulevée devant les Chambres et faire l'objet d'une proposition de loi. L'auteur de ce projet, qui est un de nos confrères, nous a demandé des documents à ce sujet. L'Association des externes vient à son tour solliciter notre avis et nous demander de lui citer quelques cas particuliers qu'elle pourra indiquer dans sa réponse au rapporteur du projet de loi.

Nous savons, en effet, que le personnel médical de l'Assistance publique, en France, bien qu'étant lié aux divers établissements hospitaliers par un contrat unilatéral, n'est pas protégé par les lois sur les accidents du travail (9 avril 1898 et seq.), parce qu'il n'est pas considéré comme un salarié d'une entreprise commerciale et industrielle. Aucune indemnité n'est allouée en cas de maladie ou d'accident contracté dans le service ; bien mieux, le malade ou blessé n'est même pas exonéré de ses frais d'hospitalisation, en vertu du droit commun, mais en fait, il peut parfois bénéficier d'une remise gracieuse, partielle ou totale, de ses frais de séjour à l'hôpital, par une sorte de bienveillance charitable de l'Administration qui ne l'accorde que si elle le juge à propos.

Si une incapacité de travail, totale ou partielle, permanente ou temporaire, résulte du fait de la maladie ou de l'accident, la victime n'a droit à aucuns dommages-intérêts, ni même à un secours.

En cas de mort, aucune indemnité n'est due aux ayants droit.

En vain arguerait-on que l'externe ou l'interne apprend dans les hôpitaux la pratique de l'art médical ; on dit même qu'il a recherché un titre dont il tirera profit plus tard en clientèle. La vérité est qu'internes comme externes jouent dans les services hospitaliers un rôle technique indispensable. Par qui les remplacerait-on s'ils venaient à faire défaut comme nombre ou comme valeur professionnelle et scientifique ? Quels seraient les salariés, infirmiers ou autres, qui pourraient à leur place donner toute confiance aux chefs de service, à l'administration, et surtout aux malades hospitalisés ?

L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris organise donc impartialement une consultation à ce sujet auprès des externes, internes, médecins, chirurgiens et spécialistes, *de tous les hôpitaux et hospices de France*, s'adressant à toutes les Associations et Syndicats médicaux et à toutes les Associations d'étudiants ne

tant qu'elles comptent parmi leurs adhérents des membres du Corps médical des hôpitaux.

L'Association des externes insiste sur l'intérêt que présentent les cas particuliers, anciens ou récents, qui montrent l'importance de la question et en demande communication.

Vu l'urgence, elle sollicite votre réponse dans le plus bref délai ; toutes les réponses devront être parvenues avant le 1er février 1923 à M. Justin-Bezançon, 62, rue du Cardinal Lemoine, à Paris.

Nous sommes tellement d'avis de protéger le personnel médical hospitalier contre tous les risques, qu'il court dans l'exercice de ses fonctions que nous avons mis à l'étude l'accès possible à la *Mutualité familiale* (indemnité maladie-retraite) des internes des hôpitaux qui peuvent dès à présent adhérer au « Sou Médical » (ligue de défense professionnelle), pourvu qu'ils aient 16 inscriptions. Il en est de même de tous les étudiants dont la scolarité est terminée.

La Direction du Concours Médical.

L'hypophyse en obstétrique.

Sous la rubrique « Correspondance » dans les numéros des 4 et 25 juin 1922, du *Concours médical*, vous avez inséré des communications au sujet de l'action plus ou moins fidèle des extraits d'hypophyse en obstétrique.

Permettez-moi de venir vous relater l'observation que je viens de faire au sujet de cet extrait.

Multipare enceinte de 7 mois.

La malade, à sa première grossesse, qu'elle mena à terme, avait eu de l'albumine.

Elle fit ensuite une fausse couche de 7 mois, et garda de l'albumine longtemps après sa délivrance.

Dans le cas qui nous occupe, la malade avait les jambes et les mains enflées depuis plusieurs mois, sans qu'elle eût consulté un médecin.

Poussée par son entourage, elle me fait appeler. Gros disque d'albumine, 8 grammes par jour. J'institue le régime lacté et le repos au lit.

3 jours après, la malade à son réveil constate que son lit est inondé de sang. L'hémorragie est d'abondance moyenne, et s'arrête d'elle-même dans la matinée.

Pendant 8 jours, la malade observe le repos au lit. L'albumine diminue. Elle se lève et fait une courte promenade.

Le lendemain, nouvelle hémorragie plus abondante. Tamponnement vaginal serré qui n'arrête pas l'hémorragie et ne donne aucune contraction utérine.

Pouls à 100, pâleur de la face, légers vertiges.

Je juge nécessaire d'intervenir rapidement N'ayant pas de confrère à proximité, et personne capable de faire une anesthésie pour me permettre de dilater le col artificiellement, je me décide à appliquer le procédé du regretté professeur Fabre, qu'il a

fait exposer par son élève le Dr Astier, dans sa thèse : Contribution à l'étude du système nerveux utérin,— (Lyon 1919), c'est-à-dire la méthode de mise en train du travail exclusivement médicamenteuse, par la pilocarpine, l'ergot, et l'extrait d'hypophyse.

A 13 h., injection de 1 cmc. de pilocarpine à 1/100.

A 13 h. 30, inject. de 1 cmc. d'ergot de seigle ;.

A 14 h., inject. de pituilobine Byla (1 cmc.).

A 14 h. 15, première contraction utérine ; 10 minutes après, nouvelle contraction.

Au toucher, col épais, orifice externe à 1 cm., segment inférieur mal constitué, tête complètement mobile en O. I. G. A.

A 15 h., les douleurs augmentent de fréquence, toutes les 5 ou 6 minutes. Elles sont supportables. La malade a la face plus colorée. Le pouls est à 90.

A 16 h., le col commence à s'effacer, la tête est encore mobile, les douleurs semblent se ralentir. Nouvelle injection d'ergot, suivie à 16 h. 30 d'une injection de pituilobine.

A 16 h. 35, les douleurs deviennent plus fortes et se répètent toutes les 5 minutes.

L'hémorragie depuis le début du travail est moins abondante. La malade se plaint de douleurs de reins.

A 18 h., la dilatation est à 3 cm. La poche des eaux n'est pas perceptible.

A 18 h. 30, les douleurs pendant la dernière demi-heure ont été plus violentes. La malade les supporte bien. Au toucher, dilatation presque complète, la poche des eaux bombe fortement, on sent la tête mobile encore, mais surtout du fait de sa petitesse.

A 20 h., les douleurs changent de caractère et deviennent expulsives.

La poche des eaux bombe à la vulve, et se rompt spontanément dans un effort.

Le cordon procident est refoulé aussi haut que possible, les bruits du cœur faiblissent, extraction par forceps d'un enfant très maigre,et en état d'asphyxie.

A 20 h. 15, délivrance naturelle.

Suites de couches normales, 11 jours après, la malade se lève.

Le professeur Fabre n'avait expérimenté cette méthode que dans les cas de bassins rétrécis. Mais il ajoutait, dans la thèse de son élève, que l'on trouvait de nouvelles indications d'interruption de la grossesse, par son procédé, dans les cas d'albuminurie, d'hémorragies graves liées à la présence du placenta sur le segment inférieur, ou à une autre cause.

Dr P. Faure,
(Lus-La-Croix-Haute, Drôme).

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement des palpitations

Bonne hygiène de la fonction cardiaque.

Supprimer, s'il y a lieu, le surmenage physique, les exercices sportifs exagérés, etc.

Ni strophantus, ni digitale, s'il est bien établi qu'il ne s'agit que de perturbations purement fonctionnelles.

En cas de besoin, stimuler les fonctions générales avec l'arsenic, avec un régime alimentaire tonique et réparateur — sous un petit volume, afin de ne pas déterminer dans l'estomac une distension qui gênerait l'action du cœur et celle des poumons.

L'usage des alcools sera limité à un ou deux verres à bordeaux de vin par repas.

Thé léger et café faible, en petites quantités : il conviendra souvent de les exclure absolument.

Chocolat défendu, en raison de sa teneur en théobromine.

Ne pas fumer, sous peine d'augmenter les battements du cœur et de produire des intermittences. Ne pas vivre dans un milieu de fumeurs.

Cures de repos. Saisons thermales à Bourbon-Lancy, Néris, Bagnères-de-Bigorre.

Exercice physique modéré : marche, gymnastique suédoise, gymnastique respiratoire, gymnastique méthodique avec les appareils de traction.

Tout surmenage intellectuel sera écarté ; si un travail cérébral, soutenu, doit être fourni, réserver, chaque jour, un temps suffisant aux exercices en plein air, sans fatigue.

Le massage peut devenir utile en cas d'insuffisance constatée du myocarde.

Médicaments :

Combattre l'état nerveux, les douleurs, l'oppression, l'insomnie par le bromure de potassium.

Bromure de potassium...... 15 gr.
Sirop de brou de noix....... 250 gr.

Deux cuillerées à soupe par jour, au mlieu des repas.

Médication qui pourra être utilement alternée avec les capsules de :

Ether amyl. valérianique ... 0 gr. 15

De 8 à 12 capsules par jour.

Concurremment, prendre, au lever et au coucher, dans un peu d'eau sucrée, vingt gouttes de

Teinture de cactus grandiflora 20 gr.

S'il y a névralgie et hyperesthésie précordiales avec sensations d'angoisse récidivantes et faux pas du cœur, donner plutôt mêmes doses, aux mêmes heures, de cette mixture :

Teinture d'aubépine blanche 10 gr.
Teinture de gelsemiun...
sempervirens ....
Teinture de jusquiame.... } ââ 2 gr. 50

En cas de défaillance du cœur, substituer à ces diverses médications celle-ci :

Extrait fluide d'adonis vernalis	6 gr.
Eau de laurier-cerise	12 gr.
Bromure de sodium	2 gr.
Sirop de muguet	80 gr.
Eau de tilleul q.s.p.	150 cmc.

Par cuillerées à soupe dans les 24 heures.

Dr Satre
(Grenoble).

JURISPRUDENCE

Anesthésie. Responsabilité du chirurgien vis-à-vis de ses aides

Dans beaucoup d'hôpitaux de petite ville, le personnel médical n'est pas assez nombreux pour que le chirurgien puisse se faire assister par des docteurs en médecine, notamment en ce qui concerne l'administration d'un anesthésique général.

Force est de recourir à des infirmières, qu'on dresse pour une besogne déterminée et qui, au bout de quelques années de pratique, arrivent à devenir des aides vraiment précieux.

Or, si un accident mortel se produisait au cours de l'anesthésie, quel serait le responsable ? La famille du défunt ne pourrait-elle arguer de ce que l'anesthésiste n'était pas docteur en médecine ? Dans ce cas, le véritable responsable, serait-ce le chirurgien, qui avait la surveillance scientifique de ses aides, ou bien l'administration de l'hôpital, comme étant engagée par les actes de ses préposés (article 1384 du code civil) ?

L'infirmière ne peut être rendue responsable que de sa faute lourde, d'une négligence impardonnable, ou d'une erreur matérielle grossière.

Dans l'immense majorité de s cas, le chirurgien est actionné comme responsable au premier chef, ou comme ayant employé des aides non qualifiés.

E n effet, au cours d'une opération, le chirurgien est le seul chef technique. A lui de prévoir tout ce qui est nécessaire pour l'intervention et même d'envisager ce qui serait nécessaire en cas de complication. A-t-il, sur ces points, bien rempli son mandat ?

Il doit, en second lieu, s'assurer du concours d'un personnel subalterne stylé et suffisamment instruit. Hormis les cas d'urgence, il ne doit s'entourer que de personnes susceptibles de lui donner un concours technique irréprochable. S'est-il, en conséquence, assuré de la capacité professionnelle de ses aides ?

Mais, dira-t-on, ce n'est pas le chirurgien d'hôpital qui choisit son personnel infirmier ; c'est la Commission administrative qui nomme ce personnel et l'affecte à tel ou tel service. La responsabilité de la commission administrative ne se trouve-t-elle pas, de ce fait, nettement engagée ?

Voir la suite page XXXIX-71

PROPOS DU JOUR

L'APOTHÉOSE DE PASTEUR

L'ouverture de l'année jubilaire du centenaire de la naissance de Pasteur. A l'Institut Pasteur. Au grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Le 27 décembre, jour anniversaire de la naissance de Louis PASTEUR, ouvre l'année jubilaire au cours de laquelle sera glorifié par une suite de cérémonies et de manifestations le plus pur, le plus grand, le meilleur génie français des temps modernes. Admirable dans sa vie privée comme dans sa vie scientifique, à la fois grand patriote et citoyen de l'Humanité, capable de s'élever bien au-dessus des intérêts mesquins de la politique, pouvant par ses seules découvertes acquérir une fortune formidable et faisant preuve du désintéressement le plus absolu, Pasteur est devenu notre héros national. Nous nous étonnons même, puisque Pasteur était croyant, que l'Eglise n'ait pas songé encore à le compter au nombre de ses Saints, car peut-on trouver une vie aussi édifiante et ses géniales découvertes ne dépassent-elles pas et de beaucoup, tout ce que la Légende Dorée relate en fait de miracles.

Quoiqu'il en soit, le Gouvernement de la République entend faire de l'année 1923, l'année de Pasteur. On a parlé de l'Impérialisme français, il convient de montrer au monde entier ce que la France entend par impérialisme, ce n'est pas l'impérialisme guerrier allemand, tel que le rêvaient les Hohenzollern, ce n'est ni l'impérialisme financier, ni l'impérialisme industriel, ce n'est pas le stérile impérialisme des révolutions idéologiques et sociales, c'est l'impérialisme de la science pure, celui de la recherche de la vérité, mis au service du bien-être des hommes et du perfectionnement de l'Humanité toute entière.

***

Le 27 décembre, véritable Noël scientifique, a été célébré partout. Comme le disait à l'Institut Pasteur, le gendre même du savant, M. René Vallery-Radot, avec une sobre et touchante éloquence, les sonneries des cloches de Dôle ont le matin même annoncé l'ouverture de l'année jubilaire, et les ondes sonores de clocher à clocher ont gagné Arbois, Besançon, passé par delà le Jura et les Vosges, atteint Strasbourg, Lille et Paris.

En même temps rayonnait dans le monde entier le génie de la France dans la mémoire de Pasteur. Des milliers et des milliers de savants et de simples citoyens américains à Philadelphie et à New-York, assistaient à des manifestations grandioses.

Le président Harding, en un message ému, exprimait au nom de la grande Nation des Etats-Unis, la reconnaissance que le monde entier doit à Pasteur. Sans ses découvertes, remarque-t-il, il eût été impossible de réaliser le percement de l'isthme de Panama dont la fièvre jaune et les maladies pestilentielles interdisaient l'accès. Au Brésil, à Costa Rica, en Portugal, en Espagne, en Bulgarie, partout, absolument partout, on a fêté, on fête, on fêtera Pasteur.

L'Allemagne, elle-même, oubliant un instant la haine, a aussi célébré la gloire de Pasteur.

A Berlin, à l'Institut Robert Koch, le professeur Wassermann a rendu hommage au savant français, à « cet homme, a-t-il dit en propres termes, dont la pensée était à ce point en avance que sa longue vie a cependant été trop courte pour qu'il puisse en suivre l'essor ».

En France, les manifestations pastoriennes ne sont qu'à leur début, nous n'assistons qu'à leur prélude, le Gouvernement de la République saisira, nous n'en doutons pas, l'occasion de faire pénétrer dans tous les milieux, même les plus humbles et les plus ignorants, le culte de Pasteur, c'est-à-dire celui de la Paix où la Science se met au service de l'Humanité toute entière.

***

Le *Concours médical* a eu l'honneur et la bonne fortune d'être convié le 27 décembre aux deux cérémonies parisiennes de commémoration du Centenaire de Pasteur : celle toute intime de l'Institut Pasteur qui a eu lieu à 3 heures de l'après-midi et celle organisée par l'Association générale des étudiants de Paris, qui s'est tenue le soir à 8 h. 1/2 dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

***

A la cérémonie de l'Institut Pasteur, un nombre assez limité d'invités avait été réuni dans l'amphithéâtre de chimie où sous la présidence de M. Millerand, président de la République,

assisté de M. le président Loubet et du ministre de l'hygiène, M. Strauss, dix-neuf orateurs ont pris successivement la parole.

Ce furent :

M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, M. Doumic, de l'Académie française, M. Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, M. Achard, secrétaire général de l'Académie de Médecine, M. Sagnier, secrétaire perpétuel de l'Académie d'agriculture, M. Appell, recteur de l'Académie de Paris, M. Weiss, de l'Université de Strasbourg, M. Lespieau, de l'Ecole normale supérieure, M. E. Picard, président de l'Association des Anciens Elèves de l'Ecole normale supérieure, M. Pouchet, vice-président du Conseil supérieur d'hygiène, M. Vincent, vice-président du Conseil supérieur d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. E. Picard, président de la Société des Amis des sciences, M. Ch. Richet, président de la Société de Biologie, M. Blaise, président de la Société Chimique de France, M. Desgrez, président de l'Association française pour l'avancement des sciences, M. Leclainche, de la Société Centrale vétérinaire, M. Rossignol, de la Société de médecine vétérinaire pratique, M. A. Claude, président de l'Association générale des étudiants et M. Vallery-Radot, président du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur.

Nous ne pouvons faire ici le compte rendu de ces dix-neuf allocutions qui furent pour la plupart religieusement écoutées et vigoureusement applaudies par un public d'élite capable de les comprendre et de les apprécier. Cependant, nous ne pouvons nous empêcher de faire l'éloge de l'exposé des travaux de Pasteur par le Dr Roux, exposé à la fois simple, savant, limpide, ému et enthousiaste. Il nous a été plus particulièrement agréable d'entendre deux de nos maîtres, le Pr Achard, au nom de l'Académie de médecine, et le Pr Richet, au nom de la Société de Biologie, qui ont prononcé tous deux les allocutions les plus éloquentes et indiscutablement les plus applaudies.

M. Achard a su rappeler, avec franchise et esprit, l'opposition passionnée que Pasteur rencontra à l'Académie de médecine et dont il sut si complètement triompher.

Quant à l'allocution du Pr Ch. Richet, elle fut d'une si belle envolée lyrique qu'elle valut une enthousiaste ovation au maître qui la prononça. Ce ne fut pas sans fierté que nous avons constaté que, parmi tant d'hommes éminents, d'orateurs brillants parmi lesquels un membre de l'Académie française, ce furent des médecins qui surent le mieux rendre hommage à Pasteur et émouvoir un public particulièrement difficile.

Le discours de M. Leclainche, de la Société Centrale des vétérinaires, mérite d'être aussi plus particulièrement signalé, ainsi que la brève allocution de M. Rossignol, qui malicieusement fit remarquer que, tandis que les médecins restaient sceptiques, les vétérinaires avaient accepté d'enthousiasme, dès le début, les doctrines pastoriennes. Nous nous permettrons de rappeler à M. Rossignol que l'opposition brutale du vétérinaire Colin, d'Alfort, à l'Académie de médecine, qui ne fut pas toujours de la meilleure foi du monde dans ses répliques à Pasteur, ne le cédait en rien comme parti pris à la verve caustique du médecin Peter.

M. Vallery-Radot, président du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur, avec un tact remarquable et une éloquence pleine de mesure et d'émotion, remercia le président de la République, qui avait bien voulu venir sans apparat, présider cette fête de famille. Il rappela que, plus de vingt ans auparavant, le ministre du Commerce d'alors, M. Millerand, dans un discours, prononcé à l'Exposition universelle de 1900, sur le génie français, avait fait l'éloge de Pasteur et M. Vallery-Radot en rapporta les termes.

La cérémonie terminée, les invités furent défiler dans la crypte devant le tombeau de Pasteur, visiter son appartement et se réunirent une dernière fois à la Bibliothèque où un buffet avait été installé.

***

Le même soir, un public plus varié, plus nombreux envahissait le grand amphithéâtre de la Sorbonne où l'avait convié l'Association générale des Etudiants de Paris.

Ce fut dans cet amphithéâtre que le 27 décembre 1892, il y a trente ans, dans une cérémonie inoubliable, Pasteur, au bras du président Carnot, avait été l'objet de l'hommage des savants représentant le monde entier. Ce fut là, que dans un élan d'enthousiasme, le grand chirurgien Lister courut embrasser son maître Pasteur.

Toutes les Associations d'Etudiants de nos Universités françaises avaient envoyé des délégués et leurs bannières. De nombreuses délégations d'étudiants étrangers et notamment un très important groupe belge avaient répondu à l'invitation de leurs camarades parisiens. Le ministre de l'Instruction publique présidait ; la


MR PASTEUR.
Les russes de Smolensk soignés par MR Pasteur

9


MR PASTEUR
Grand festival donné au Trocadéro, au profit de l'institut Pasteur.

12

musique de la Garde républicaine salua son entrée par la Marseillaise.

M. André Claude, président de l'Association des étudiants, remercia le ministre, les délégations et les assistants et en termes heureux évoqua le souvenir du jubilé de 1892 et les conseils de Pasteur aux étudiants. Un de ses camarades au nom des étudiants de province, un délégué suédois au nom des étudiants étrangers affirmèrent que Pasteur n'appartenait pas seulement à la France, mais à l'humanité entière.

Le Dr Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur, exposa alors dans une belle conférence, l'harmonieuse succession des travaux de son maître. Il fut écouté dans un silence religieux, interrompu maintes fois par des salves d'applaudissements. L'on ne saurait dire s'ils étaient adressés à la mémoire du maître ou à l'éloquence du disciple qui savait si bien mettre à la portée de tous les travaux délicats et complexes d'une vie longue et laborieuse de savant.

En quelques mots, M. Appel, recteur de l'Université de Paris, remercia les organisateurs et les orateurs de la séance. Puis le ministre, M. Léon Bérard prononça un discours aux harmonieuses périodes cicéroniennes où il représenta Pasteur comme le pur génie de la France, dont l'impérialisme se borne à celui de la justice et de la bienfaisance envers l'humanité.

Le clou de la soirée était la production cinématographique du film Pasteur. Ce film ingénieusement réalisé par la collaboration de MM. Jean Epstein, Jean Benoit-Lévy, Adrien Bruneau et Edmond Ehardaud, reproduit plusieurs épisodes de la vie de Pasteur et certaines de ses expériences.

On mit sous nos yeux les lieux où vécut et travailla le savant avec les instruments et les objets authentiques dont il se servit et qui ont été pieusement recueillis. Et tandis que la vie de Pasteur telle que l'a contée M. Vallery-Radot, se déroulait une succession d'harmonieuses symphonies, exécutées par un groupe d'artistes des concerts Colonne, dirigés par M. Szyfer, charmaient nos oreilles.

Quand nous sortîmes de ce rêve délicieux, il était plus de minuit et le public gagna sagement les issues encombrées de l'amphithéâtre de la Sorbonne après avoir une dernière fois acclamé frénétiquement Pasteur.

J. Noir.

***

A l'époque où Pasteur révolutionnait la Science avec ses sensationnelles découvertes, le cinéma était inconnu, ou, pour mieux dire, il existait en germe tout à la fois dans la lanterne à projections, *vulgo* lanterne magique, et dans les intéressantes recherches photographiques de Marey sur la décomposition des mouvements (vol des oiseaux, marche de l'homme).

C'était à la lanterne magique qu'appartenait le soin de vulgariser, par l'image agrandie, les travaux du Maître, que le ciné fit défiler devant les yeux du public, à la Sorbonne le 27 décembre dernier.

Nous reproduisons (page 15), à titre de documentation rétrospective, deux vues choisies dans une collection qui fut projetée *ad usum populi*, il y a une trentaine d'années.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DU PHIMOSIS
Circoncision ou phimosiectomie ?

Par A. Mouchet,
Professeur à la Faculté de Médecine de Constantinople.
et Guillermin.

Dans le traitement chirurgical du phimosis, on peut se proposer, ou de libérer complètement le gland de son enveloppe cutanéo-muqueuse, ou, au contraire, d'élargir l'orifice antérieur du prépuce, en conservant cet organe.

Dans le premier cas, il s'agit de la circoncision classique, dont il serait vraiment superflu de tenter la moindre description.

Dans le second cas, parmi les nombreuses interventions proposées, deux procédés types, peuvent être retenus : le premier, visant à conserver le fourreau préputial dans sa totalité (pro-

cédé allemand de Scholffer), le second sacrifiant la portion rétrécie de cet organe (procédé français, de Dartigues ou phimosiectomie).

Nous voudrions dans cette brève note, comparer les mérites de ces deux opérations.

Quant à la question de discuter les raisons qui plaident en faveur de l'excision complète du prépuce ou de sa conservation partielle, (tous arguments rituels mis de côté), il ne nous appartient pas de la discuter ici. Les partisans du « gland nu » invoquent surtout des raisons d'hygiène et de propreté rigoureuse. Certains y voient une véritable prophylaxie des maladies vénériennes. Les plus convaincus n'hésitent pas à accuser le prépuce d'être manifestement une cause prédisposante au cancer du gland ! Les « mainteneurs » du prépuce présentent des arguments moins redoutables. Ils se contentent de constater que le gland est protégé par les téguments chez les mammifères.

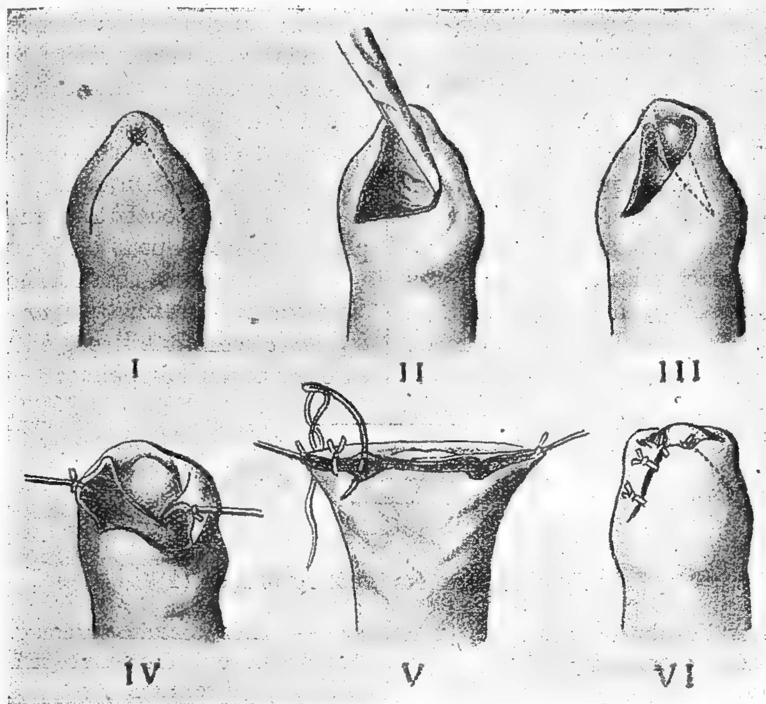
Ce fait peut paraître de médiocre valeur dans le procès du prépuce, mais il existe un argument *ad hominem* autrement important. Qui de nous n'a eu l'occasion d'observer des adultes circoncis pour paraphimosis, se plaignant de la disposition anatomique nouvelle. La comparaison de l'état actuel et de l'état antérieur leur laissait regretter la perte de la sensibilité que le gland ne conserve qu'à l'abri de son fourreau.

Mais ces nuances échapperaient certainement au chirurgien, s'il ne tirait de l'opération elle-même des raisons techniques de préférer tel ou tel procédé. C'est pourquoi, nous dirons à la fin de ce bref exposé, les mérites de la phimosiectomie de Dartigues.

1° *Opération de Schloffer.*

Dans ce procédé, on se propose d'élargir l'orifice préputial sans pratiquer l'exérèse d'une portion quelconque du prépuce. Les dessins permettront de suivre facilement la description.

On pratique d'abord dans la région dorsale de la verge, une incision en diagonale, partant de l'orifice préputial, pour se diriger obliquement, en haut et en arrière, vers le sillon balano-préputial. Cette incision n'intéresse que la peau à l'exclusion de la muqueuse sous-jacente.



On dissocie alors la peau, du plan muqueux sous-jacent, en quelques coups de sonde, sur la région dorsale du gland.

Une seconde incision symétrique, par rapport à la première, est pratiquée sur le plan muqueux à l'exclusion de la peau sous-jacente. Les deux angles de l'incision sont tendus et les deux lèvres de la plaie viennent s'affronter. L'orifice préputial ainsi obtenu est assez large pour permettre la libre sortie du gland.

La technique de Schloffer est passible d'objections sérieuses :

1° Au point de vue esthétique, elle donne des

résultats médiocres. L'orifice est symétrique. La muqueuse se rétracte inégalement et la partie supérieure du gland seule est découverte. Enfin, les deux angles de la plaie forment souvent des portions exubérantes en oreilles de chien, bien que ce défaut soit moins accentué que dans le procédé de Roser ;

2° Au point de vue fonctionnel, l'objection grave provient de ce que la région du frein n'est pas libérée.

Aucun de ces reproches ne sauraient être adressés à la méthode française.

2° *Phimosiectomie de Dartigues.*

Dartigues a, tout récemment, décrit une cure radicale du phimosis, ménageant et reconstituant le prépuce, opération nommée par lui *phimosiectomie.*

Le premier temps ressemble au début de la circoncision classique. Le prépuce est attiré en avant du gland, mais la section est ici reportée en avant et l'on ne doit enlever qu'une couronne de peau, constituant l'agent d'étranglement.

Ceci fait, comme dans tous les procédés, on excise assez largement la muqueuse exubérante, mais, ici encore, l'on doit se montrer moins radical que dans le procédé classique et la section de la muqueuse doit porter sur un plan très antérieur par rapport au sillon balano-préputial.

En raison même de l'amplitude du capuchon de peau conservée, la suture cutanéo-muqueuse « au lieu d'être périphérique se trouve reportée en dedans et pour ainsi dire invaginée ». D'où le nom de circoncision par suture invaginée que l'auteur propose comme synonyme de phimosiectomie.

Il faut ajouter que le frein est sectionné comme dans le procédé classique.

Le pansement est inutile après cette opération car la suture est enfouie en quelque sorte dans la profondeur de la région balano-préputiale et c'est là un des grands avantages de la méthode, car tout le monde sait les difficultés que l'on éprouve à maintenir, sans souillure, un pansement sur la région balanique.

Mais ce n'est pas tout. Au point de vue esthétique, on ne saurait adresser au procédé de Dartigues, les critiques dont est passible l'opération de Schloffer. Il y a ici reconstitution d'un véritable prépuce, sans déformation.

Enfin, au point de vue fonctionnel, la phimosiectomie a la même valeur que la circoncision classique puisque, aussi bien, le frein est sectionné dans les mêmes conditions.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois l'opération de Dartigues. Nos opérés se sont déclarés enchantés du résultat, n'ayant plus à déplorer la perte du fourreau préputial.

Pour ces raisons, nous estimons que la *phimosiectomie ou circoncision par suture circulaire invaginée*, constitue le procédé de choix pour la cure chirurgicale du phimosis.

THÉRAPEUTIQUE

Asthme

Traitement étiopathogénique (1)

On peut résumer l'évolution des idées et le cycle de la pathogénie asthmatique dans le triptyque (2) :

1° *L'asthme est une entité morbide.* Le système nerveux a un rôle exclusif ou prépondérant dans sa pathogénie. C'est la théorie ancienne de l'asthme-névrose : 1re étape ;

2° *L'asthme est un syndrome.*— Toute infection, intoxication ou auto-intoxication, peut déclancher le réflexe pneumobulbaire. On arrive ensuite à la 3e étape ;

3° *L'asthme est en relation avec une colloïdoclasie.* — Chez certains prédisposés, les colloïdes humoraux sont dans un équilibre instable qu'un choc suffit à rompre.

Les facteurs étant nombreux et intriqués, il ne saurait être question de traitement unique.

Si on a eu tendance, il y a quelques années, à soutenir que l'asthme revêtait souvent des lésions tuberculeuses — ce qui est une exagération inacceptable — de même, on ne pourrait admettre aujourd'hui que tous les asthmes sont d'origine anaphylactique ou que les asthmes soient liés à une insuffisance hépatique.

Il faut être éclectique et ne pas perdre de vue que les asthmes ne sont pas simples ; plusieurs causes s'associent chez un même individu.

Au point de vue de la thérapeutique pratique, on peut distinguer deux grandes catégories :

I. *Les asthmes qui comportent une cause spécifi-*

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique* (Voir Concours Médical, 1922, N° 53, p. 4167.

(2) SÉGARD. — *Revue de méd.*, nos 9 et 10, 1921. — *Arch. médico-chirurgic. de Province*, mars 1922. — *Bruxelles méd.*, 1er juin 1922.

LE MOUVEMENT VACCINOTHÉRAPIQUE EN FRANCE

pendant l'année 1922

En 1922, le mouvement vaccinothérapique est caractérisé par l'usage plus grand que l'on fait des polyvaccins, c'est-à-dire des vaccins composés de plusieurs souches microbiennes.

La thérapeutique vaccinale s'adresse davantage à des infections complexes : on sort des formules monomicrobiennes pour considérer des affections à germes multiples comme les affections broncho-pulmonaires, les infections utéro-vaginales... etc.

Une tendance commence à se dessiner en faveur des stocks-vaccins, bien que la plupart des communications faites aux sociétés savantes concernent plutôt des auto-vaccins.

Si certains auto-vaccins ont une efficacité certaine, il faut néanmoins se souvenir qu'on n'obtient pas avec eux tous les effets désirés, étant donnée la difficulté de leur fabrication.

En effet, le prélèvement du germe exige la présence d'un spécialiste, et souvent même on n'arrive pas à isoler le germe infectant pour plusieurs raisons : suppuration refroidie, suppuration amicrobienne, suppuration profonde, inaccessible au bistouri ou à l'aiguille, fragilité des germes qui ne poussent pas sur les milieux de culture, envahissement des cultures par des saprophytes, etc.

Le professeur Minet (de Lille) préconise depuis longtemps l'emploi d'auto-vaccins, faits suivant la formule microbienne de la suppuration que l'on examine au préalable sur frottis.

Mais, pour les raisons énoncées plus haut, on n'arrive jamais à isoler tous les germes qui entrent dans la formule microbienne d'une suppuration. Aussi est-on obligé de compléter l'auto-vaccin par du stock-vaccin.

Pourquoi ne pas faire tout de suite un stock-vaccin composé de germes sélectionnés, dans la proportion indiquée par l'examen du frottis de pus.

En 1922, la thérapeutique vaccinale s'est exercée dans toutes les branches du domaine médical.

En ce qui concerne *les affections typhoïdes*, G. Vallet et Boudet communiquent devant la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier un cas de fièvre typhoïde chez un enfant, consécutive à une ingestion de moules crues, guérie rapidement par une auto-vaccinothérapie.

A l'Académie de médecine, H. Vincent reprend la question du traitement des ostéopathies typhoïdiques et paratyphoïdiques par la vaccinothérapie.

Cette question a été longuement exposée l'année dernière par P. E. Weill à la société médicale des hôpitaux de Paris.

La vaccination antityphoïdique de la population civile demeure d'actualité après l'appel éloquent du professeur Chauffard à la tribune de l'Académie.

Contre la dysenterie bacillaire Nicolle et Conseil préconisent la vaccination buccale, et Devic et P. Durand, devant la Société médicale des hôpitaux de Lyon, lisent une observation de dysenterie bacillaire chronique guérie par un auto-vaccin.

La vaccinothérapie des affections pulmonaires chroniques ou aiguës non tuberculeuses a été tentée avec succès par un grand nombre d'auteurs,

Minet reprend cette question, qu'il a pour ainsi dire créée.

Sesquès, Raybaud, Ranque et Senez, en faisant des auto-vaccins à partir du crachat des malades ont eu par cette méthode 50 % de guérisons, 25 % d'améliorations et 25 % de résultats nuls.

Dufour et L. Ferrier obtiennent la guérison par auto-vaccinothérapie d'un cas de congestion pulmonaire à évolution subaiguë avec expectoration fétide. D'Œlnitz et Colle, dans les broncho-pneumonies, associent le vaccin au sérum.

Henry Bourges et Marc Jobard traitent avec succès par le vaccin les affections pulmonaires aiguës et chroniques.

Dans le domaine chirurgical, le professeur Cotte (de Lyon) et Creyssel publient un long mémoire dans le *Lyon Chirurgical* sur la vaccinothérapie des annexites, d'où il ressort que le vaccin est un merveilleux médicament dans les annexites aiguës, car il enlève la douleur « presque aussi rapidement qu'une injection de morphine ».

Les phénomènes inflammatoires cèdent à l'action du vaccin.

Dans les annexites chroniques, si la vaccination ne tarit pas complètement les suppurations, elle les refroidit ; elle est en cela l'auxiliaire précieux du chirurgien.

Cette notion de *vaccination pré-opératoire* est brillamment exposée à la tribune de l'Académie des Sciences par Pierre et Louis Bazy, qui dans les interventions sur les voies urinaires obtiennent des résultats post-opératoires remarquables.

Favreuil et Fortineau traitent les *infections aiguës chirurgicales* par un vaccin pyocyanique.

Meyer, Reverchon et Worms, Portman obtiennent, grâce au vaccin, des guérisons dans les maladies des oreilles, du nez et des sinus.

La *vaccinothérapie de la blennorragie* semble évoluer : à l'instigation de Le Fur, de Marsan, on abandonne de plus en plus les vaccins purement gonococciques pour se servir de vaccins polymicrobiens conformes à la flore microbienne des suppurations chroniques de l'urèthre.

Notons enfin la vaccinothérapie buccale dans *la furonculose du nourrisson,* dont l'efficacité est démontrée dans la thèse de Damade, et la guérison d'une septicémie à gonocoques guérie par l'auto-vaccinothérapie, dont l'observation est rapportée par J. Tapie et M. Riser.

Le domaine de la vaccinothérapie s'étend de jour en jour, et l'on ne peut que souhaiter son extension encore plus grande en 1923.

Peut-être verrons-nous naître la vaccination de la diphtérie, étudiée actuellement par J. Renault et Pierre-Paul Lévy, et la vaccination de la tuberculose, dont l'étude est toujours poursuivie par Rappin (de Nantes) qui, au Congrès de médecine de 1922, a continué à publier des résultats encourageants.

---

que, nette, indiscutable: type asthme produit par les émanations végétales et animales. Prototype : *asthme des foins*.

C'est plus un trouble humoral où interviennent anaphylaxie et perturbations vago-sympathiques qu'une véritable maladie des bronches.

L'asthme des foins a été très étudié par de nombreux médecins nord-américains, Goodale en particulier (1).

Parmi les pollens, il distingue entre ceux qui sont entraînés par l'air et ceux que transportent les insectes ; ces derniers pollens sont les moins asthmogènes. Les marguerites et les boutons d'or ont un pollen visqueux qui a moins de chances de se répandre au loin, ce qui explique qu'on y soit peu exposé.

Pour préparer la protéine des plantes fertilisées par l'air, Goodale recueille le pollen dans une chambre, au-dessus d'un papier lisse. Pour les plantes fertilisées par les insectes, il en saisit les anthères et les frotte dans un récipient contenant du tétrachlorure de carbone ; puis il passe sur mousseline. Les grains sont ensuite dissous dans du sérum physiologique auquel on ajoute une proportion de 12 à 14 % d'alcool (avec 6 % d'alcool, putréfaction de l'extrait ; avec 8-10 %, mycoderma aceti ; à 12-14 %, on peut laisser le tube ouvert sans danger d'infection). La protéine du pollen — en l'espèce, celle du séneçon — se compose de deux substances : une albumine coagulable par la chaleur et par l'alcool concentré ; et une protéose qui supporte l'ébullition et reste soluble dans l'alcool à 95°. A l'air, l'albumine se coagule et donne un précipité capable de produire une réaction anaphylactique retardée, tandis que la protéose est stable. On ne filtre pas, afin de ne pas enlever l'albumine.

Un gramme de pollen dissous dans 500 c. c. de sérum physiologique, avec adjonction de 14 % d'alcool = une unité de 1/500, assez forte pour les réactions diagnostiques. Sur une scarification de la peau du bras, on voit, au bout de 5 à 15 minutes, apparaître une zone blanche peu saillante, mais bien circonscrite ; chez quelques-uns, une zone légèrement érythémateuse ; d'autres fois, une zone blanche avec auréole rouge ; plus rarement, une large zone œdématiée ; — et le tout accompagné de sensation de cuisson.

Goodale a noté que l'intensité de la cutiréaction est proportionnelle à l'intensité des symptômes cliniques. Chez l'enfant, elle est moins forte que chez l'adulte, négative parfois.

Afin d'établir la dilution qui servira à la vaccination, on doit faire plusieurs cutis avec des solutions à titre variable, jusqu'à ce qu'on ait trouvé la dilution minima, juste suffisante pour provoquer une cuti.

De la solution choisie, Goodale n'injecte en moyenne que de V à X gouttes, parce que l'alcool entrant dans la préparation est capable d'irriter le tissu cellulaire. Au bout de 2 à 7 jours, il fait une deuxième injection, pour arriver, selon la résistance du sujet, à un total de 10 à 20 piqûres, qui devront être terminées avant la date attendue des accès. Au cours de la série, on augmente le titre de la solution en ayant soin d'aller très lentement au début, afin d'éviter le grand choc anaphylactique.

Le criterium de la dose optima, c'est une tuméfaction dont le volume va d'un haricot à un petit œuf de pigeon ; elle s'accompagne d'une chaleur modérée ou d'une sensation de brûlure, avec léger malaise. Ce qu'il faut éviter, c'est le choc des doses élevées où, dans l'heure qui suit, le sujet est exposé à des vertiges avec tension dans la tête, à des vomissements et parfois à un état syncopal ; le tout rentre dans l'ordre en quelques heures ; Goodale n'a jamais vu d'accident mortel.

S'ils ne sont pas guéris par une seule série, la plupart des malades sont soulagés, encouragés en tous cas à se faire traiter l'année d'après, avant les nouveaux foins. A ce moment, on constatera que les réactions de la cuti, comme celle des injections, sont atténuées ; après ce deuxième traitement, le patient est presque indemne quand viennent les foins.

Ces injections sous-cutanées de vaccins (américains ou anglais) paraissent donner des résultats supérieurs au sérum-collyre de Billard et Maltet, recueili sur un canard qu'on immunise par des injections croissantes de lycopode, graminées, ipéca ; ce sérum est instillé dans l'angle interne de l'œil ou bien dans les narines. Quant à la pollantine et au graminol, tous deux à base de sérum de cheval immunisé, ce sont des produits abandonnés.

Le diagnostic de l'agent asthmogène par la cuti-réaction n'est pas toujours possible, car un même sujet peut réagir positivement au lait, au blanc d'œuf, aux poils de chat, de cheval, de chien, etc. ; ce sont les *coréactions* sur lesquelles de nombreux auteurs, dont Haguenau (1), ont attiré l'attention.

Auld (2) désensibilise ses malades au moyen d'injections intra-musculaires de peptone ; il renonce de plus en plus aux injections intra-veineuses qui donnent des chocs. Auld insiste sur la nécessité d'employer la peptone pure (Armour n° 2) en solution à 5 % pour les intra-veineuses, à 7 % pour les intra-musculaires. La peptone est dissoute à 50° dans du sérum physiologique légèrement alcalinisé avec du carbonate de soude. On filtre. On ajoute 0,50 % de phénol. Au bout

(1) Hay fever and hay asthma ; *in tome* IV de *Practical Treatment de* SAUNDERS, MUSSER KELLY.

(1) *Bull. méd.*, 27 sept. 1922.
(2) *British med.*, 24 avril 1920 et 14 mai 1921.

de trois jours, on ensemence sur agar incliné et on place 6 heures à l'étuve à 37°. Si le liquide reste clair, il est propre à l'usage. La dose initiale est de 0,3 cc. que l'on augmente jusqu'à 0,2, puis 1,3 à la 6e injection.

II. *Les asthmes oú l'on ne trouve pas de cause spécifique nette ou unique.*

Ce sont les asthmes « intriqués », les plus courants de beaucoup : un bronchitique devenu progressivement asthmatique est, en même temps, aérophage, insuffisant rénal, ou insuffisant dans son système endocrinien.

Minet a rapporté chez des bronchitiques quelques améliorations et guérisons d'asthme par des injections sous-cutanées d'auto-vaccin et de stock vaccins. Mais si précieuse que soit la vaccinothérapie, il faut s'attendre à des échecs.

Galup (1) insiste sur le rôle de l'insuffisance hépatique et recommande un traitement par la poudre de foie. D'autres auteurs rappellent le rôle des glandes endocrines que Léopold-Lévi avait signalé, il y a dix ans.

Personnellement, j'ai insisté (2) sur la différence à établir entre les asthmatiques qui crachent à la fin des crises, et les asthmatiques qui ne peuvent pas cracher.

Ceux qui sont libérés par expectoration sont, en général, plus sensibles aux traitements classiques, dont les meilleurs demeurent l'iodure de caféine (sauf aux tuberculeux et aux grands dyspeptiques), la poudre de Dower, les poudres à brûler ; la belladone pourra être donnée à hautes doses (jusqu'à trois pilules de poudre et d'extrait : ââ un centigr., par 24 heures à un adulte), mais à condition de surveiller la toxicité.

Les asthmatiques qui ne crachent pas sont améliorés plus difficilement ; je conseille trois médicaments ; la théobromine, l'aspirine, le benzoate de benzyle à hautes doses, jusqu'à 3 fois quarante gouttes de la solution à 20 %, à donner dans les 24 heures avec un peu d'eau sucrée.

III. *L'adrénaline dans l'accès d'asthme.*

Le traitement spécifique de l'accès d'asthme reste l'injection sous-cutanée d'une solution très étendue d'adrénaline.

On commencera par la dose minima d'effet utile : 1/4, 1/2 cc. de la solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1/2000, à pratiquer sur le malade couché, parce que l'adrénaline donne des tremblements, des palpitations, de la pâleur, quelquefois, mais très rarement, un léger effet de choc, chez des prédisposés. On a le choix entre plusieurs préparations, dont l'évatmine (adrénaline associée à de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse), le freinix (adrénaline associée à la papavérine, substance utile qui détend le spasme de la bronche, et surtout qui prolonge l'action trop passagère de l'adrénaline). Comme adjuvants, le malade peut, au moyen d'un petit pulvérisateur à main, vaporiser dans les narines une solution d'adrénaline à 1/200e dans du sérum physiologique.

Les asthmatiques chroniques ayant une tendance à devenir toxicomanes (morphinomanie, daturomanie par les poudres), je conseille de limiter les injections d'adrénaline, en diminuant le titre des solutions à injecter et en espaçant les piqûres.

IV. *La cure hydro-minérale.* — Dans une récente monographie (1), les indications respectives des asthmes aux différentes stations thermales ont été précisées ainsi : Le Mont-Dore pour les asthmatiques de tous genres (asthme sec, asthme anaphylactique, asthme humide) ; Saint-Honoré pour les asthmatiques emphysémateux et pour l'asthme infantile. A Royat, seront envoyés les asthmatiques décompensés devenus cardiopathes ou qui ne peuvent pas supporter l'altitude.

M. Ségard,
(de Saint-Honoré).

(1) *Soc. d'hydrologie méd. de Paris*, 7 février 1921.

(2) Conférence du cours de perfectionnement (service du Pr Sergent, 30 oct. 1922. — *Bull. méd.*, 22-25 février 1922.

(1) Castelnau, Galup, Jumon, Heitz et Ségard. — in *Etudes d'hydrologie clinique* : L'asthme et sa cure hydrominérale.

UROLOGIE

Deux grosses questions généralement méconnues en urologie :

De l'importance de la thérapeutique urinaire par les voies naturelles ;

Par le Dr Gilbert Pignet.

Dans un des recents numéros de la *La Clinique*, M. G. Luys déclare qu'« ouvrir une vessie pour l'extraction d'un corps étranger, sans y être sérieusement forcé par des circonstance s exceptionnelles, est une faute thérapeutique ».

Et cependant, combien de médecins, et même de chirurgiens, ignorent ou semblent ignorer qu'il existe un traitement de certaines affections urinaires par les voies naturelles, et que cette méthode doit prendre le pas sur l'emploi du bistouri !

L'endoscopie vésicale est arrivée aujourd'hui à un tel degré de perfectionnement qu'elle a permis de créer, avec son aide ou sous son contrôle, toute une thérapeutique nouvelle qu'il n'est plus permis de méconnaître, et qu'elle a fait de l'intervention sanglante une méthode absolument exceptionnelle dans le traitement des corps étrangers, des calculs ou des tumeurs de la vessie, comme dans celui des calculs de l'uretère.

Pour les *corps étrangers de la vessie*, peut-on ignorer qu'on arrive presque toujours à les retirer, soit à l'aide de sondes spéciales introduites par le cystoscope, soit à l'aide de pinces spéciales ? Le corps étranger le plus petit peut être extrait de la vessie par le moyen d'un lithotriteur et il me souvient d'avoir retiré par ce procédé, et avec une demi-heure de patience, une petite épingle à tête de verre noir qu'une jeune fille s'était introduite dans la vessie. N'estimez-vous pas qu'avoir évité à cette jeune personne une taille hypogastrique, avec tous ses risques et ses inconvénients, ne valait pas la peine de tenter cet essai et d'exercer ma patience pendant une demi-heure ? Il faut donc poser comme axiome que tout corps étranger de la vessie, puisqu'il est entré par les voies naturelles, doit en être retiré par le même chemin, la taille hypogastrique ne devant intervenir qu'au cas où le corps étranger se serait recouvert d'un volumineux dépôt calcaire ; et encore, faudrait-il auparavant s'en être assuré par l'examen cystoscopique.

En ce qui concerne les *calculs de la vessie*, à part les volumineux calculs oxaliques que le cystoscope nous permet de reconnaître et qui ne peuvent être brisés que très difficilement, tous doivent être retirés par la lithotritie, à moins toutefois qu'une conformation spéciale de l'urètre ou son étroitesse, comme chez l'enfant, n'élèvent un obstacle insurmontable au passage du lithotriteur, et à moins encore qu'il ne s'agisse d'un prostatique, chez qui la taille constituera le premier temps de la prostatectomie, à condition encore qu'il soit décidé à subir cette dernière intervention. Et même, dans le cas où une cystite intense ne permettrait pas tout d'abord l'introduction du lithotriteur, il vaut mieux retarder l'intervention de quelques jours et essayer, par le traitement de l'irritation vésicale, d'arriver à la lithotritie, plutôt que de recourir d'emblée à la taille.

Les tumeurs de la vessie, à moins qu'elles ne soient trop volumineuses, doivent être, elles aussi, traitées par les voies naturelles. L'électro-coagulation par les courants de haute fréquence permet, à l'aide de sondes spéciales introduites par le cystoscope, de détruire les tumeurs en quelques séances. Si la tumeur est cancéreuse, elle récidivera naturellement, mais on sera toujours à temps à ce moment d'intervenir par d'autres procédés, plus ou moins efficaces d'ailleurs.

Enfin, dans le cas de *calcul de l'uretère*, avant de recourir à l'urétérotomie, il faut toujours tenter la cathétérisme de l'uretère, et souvent, on obtiendra l'élimination du calcul, soit par des dilatations progressives, soit par des injections glycérinées, soit enfin par la soude urétérale à demeure, employée pendant plusieurs jours consécutifs. On conviendra sans difficulté, je l'espère, que cette méthode, dont les succès sont nombreux, est infiniment préférable à l'intervention chirurgicale, sur les inconvénients et les risques de laquelle il n'est point besoin d'insister.

Ainsi, dans bon nombre d'affections urinaires chirurgicales, on peut et on doit se passer de l'intervention sanglante, toujours plus grave. Pour ne parler que de la lithotritie, les statistiques de Legueu n'établissent-elles pas que si la mortalité qu'elle occasionne est de 2 %, celle de la taille dans l'extraction des calculs est de 12 % ?

En résumé, d'un côté, avec l'intervention sanglante, nous avons les inconvénients suivants : opération plus difficilement acceptée par le malade et l'entourage, dont les atermoiements sont souvent funestes au patient, gravité plus considérable (anesthésie, infection, etc.) complications possibles (fistulisation, éventration, etc.), immobilisation du malade plus ou moins prolongée après l'acte opératoire, cicatrices inesthétiques, etc.

De l'autre, par la méthode des voies naturelles, nous ne trouvons que des avantages que chacun peut apprécier : opération en général très facilement et très vite acceptée, opération non sanglante, peu douloureuse, peu grave, n'entraînant pas ou presque pas d'immobilisation, très rarement suivie de complications, et enfin ne laissant aucune trace inesthétique.

* * *

De la fréquence des erreurs de diagnostic au sujet de la tuberculose rénale,

Il est, en urologie, une question non moins importante, sur laquelle les publications médicales ne cessent d'attirer l'attention du praticien et au sujet de laquelle se produisent chaque jour des erreurs regrettables : c'est celledu *diagnostic de la tuberculose rénale*.

Je viens encore de voir, dans une même semaine, deux jeunes malades, l'une de 24 ans et l'autre de 4 ans, atteintes de cette affection depuis de longs mois ou depuis de longues années et qui, malgré qu'elles aient été examinées l'une et l'autre par plusieurs médecins, n'ont été dirigées vers le cabinet de l'urologiste que lorsque la situation était devenue, chez l'une très grave, et chez

l'autre sans remède. Tous les diagnostics ont été portés à l'occasion de ces malades : albuminurie, entérite, etc. ; une célébrité médicale parisienne, venue en villégiature sur la côte, aurait même établi le diagnostic d'appendicite (?) Et cependant, dans les deux cas, on se trouvait en présence d'une cystite intense qui, chez l'une des deux malades, allait même jusqu'à l'incontinence absolue.

Pourtant, combien de manuels didactiques, combien de publications paraissent presque chaque jour pour recommander au médecin de *se méfier de toute cystite qui traîne sans cause évidente* (c'est-à-dire lorsqu'elle n'est provoquée ni par un calcul, ni par l'infection chez un prostatique ou un rétréci) *et de penser toujours en ce cas à la tuberculose rénale*, dont les manifestations sont presque toujours d'abord vésicales avant d'être rénales ! Pourquoi attendre la production de symptômes qui ne se manifestent d'ailleurs peut-être jamais : hématuries, douleurs rénales, tuméfaction du rein ?

Pourquoi, d'autre part, en présence d'une cystite qui dure, se contenter d'une analyse dans laquelle le pharmacien se borne le plus souvent à rechercher le sucre et l'albumine, d'autant plus que le pus donne de lui-même un coagulum albumineux qui égarera le médecin sur une fausse voie en le faisant songer à une néphrite banale ? Pourquoi, en pareil cas, et avant toute chose, ne pas faire rechercher le pus, dont la présence devra engager le médecin à adresser son malade à l'urologiste, car souvent, la pyurie, et même peu intense, est le seul symptôme d'une bacillose rénale, même avancée ?

Ces quelques lignes n'ont d'autre but que de rappeler une fois de plus au praticien des recommandations qui lui ont déjà été faites bien souvent :

1° Il faut savoir que la tuberculose rénale ne se traduit pas toujours par des symptômes rénaux, et qu'elle peut survenir chez des sujets paraissant jouir d'un excellent état général.

2° Il faut y penser, en tout cas, toutes les fois qu'on se trouve, surtout chez des jeunes et des adultes, en face de phénomènes vésicaux (pollakiurie, douleur à la miction) inexpliqués et résistant à la thérapeutique habituelle des cystites.

3° Il faut y penser encore, malgré que les symptômes rénaux et vésicaux soient absents ou peu prononcés, toutes les fois que les urines (recueillies à la sonde chez la femme) sont troubles ou louches, et que l'examen microscopique y décèle des leucocytes.

4° Il faut savoir que l'urologiste possède des moyens d'investigation qui lui permettent de déceler la tuberculose rénale dès ses premières manifestations (constatation de lésions du méat urétéral par la cystoscopie, séparation des urines, examen chimique et histo-bactériologique des urines séparées, etc.) sans parler de l'inoculation au cobaye qui n'est pas probante en cas de négativité et qui demande d'ailleurs pour sa vérification des délais préjudiciables au malade.

5° Il faut enfin savoir que la tuberculose rénale est d'autant plus curable — et toujours par la néphrectomie — qu'elle est moins avancée

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'adonis vernalis, médicament cardio-rénal.

Dans la série des médicaments toniques du cœur, tout à côté de la digitale, et du strophantus, comme dans celle des médicaments diurétiques, l'adonis vernalis mérite une attention toute particulière. Une revue générale de M. MAYET met au point cette question de l'adonis auquel, les praticiens ont si volontiers recours en raison des services qu'ils peuvent en attendre, comme de la facilité de sa prescription.

On utilise soit l'infusion (3 à 6 grammes de plante sèche dans 200 gr. d'eau quotidiennement) soit l'extrait fluide à la dose de 5 grammes *pro die*, soit, préférablement, l'extrait total à la dose moyenne de 20 grammes par jour.

Quels effets thérapeutiques ?

Netteté du renforcement de l'énergie contractile du myocarde et de la régularisation du rythme pathologique ; — action diurétique intense.

Quels avantages ?

Grand écart entre les doses thérapeutiques et les doses toxiques, d'où facile maniabilité du médicament, — élimination régulière, rapide, évitant l'accoutumance et tout danger d'accumulation toxique, — parfaite tolérance.

Chez quels malades employer l'adonis vernalis ?

Cardio-rénaux, cardiaques avec lésions orificielles, — myo-carditiques scléreux, dyspnéiques, arythmiques ; obèses avec dégénérescence graisseuse du cœur, — grands infectés avec défaillance du myocarde, — malades atteints de néphrite chronique, avec gros cœur, bruit de galop, hypertension, rétention azotée ou chlorurée ou les deux.

Quelles contre-indications ?

Hypertension artérielle très accusée, — néphrites azotémiques avec forte hypertension, cardiopathies aortiques, artério-sclérose avec déchéance ca dio-vasculaire prononcée.

Somme toute, ces contre-indications ne comprennent qu'un très petit nombre de malades. Dans la grande majorité des cas, l'adonis, prescrit isolément ou en corrélation avec les autres toni-cardiaques, ou intercalé entre les autres diurétiques, ou associé aux divers agents de la thérapeutique cardio-vasculaires, est susceptible de rendre les meilleurs services. Sur ce point, les travaux récents n'ont fait que confirmer les enseignements des cliniciens éclairés auxquels l'*adonis vernalis* a constamment donné pleine satisfaction. (*Gazette des hôpitaux*, 5 décembre 1922.)

L'anesthésie locale ou régionale dans l'hystérectomie vaginale avec ou sans colpopérinéorraphie.

Le Dr Jules Regnault, de Toulon, est un champion de l'anesthésie régionale ; il se l'est appliquée, il y a une dizaine d'années ; il l'utilise dans presque tous les cas de chirurgie courante ; il a été le premier à l'employer pour une désarticulation de l'épaule ; il la préconise pour l'hystérectomie vaginale et il donne trois observations.

Son procédé comporte : 1° l'anesthésie locale ou régionale du périnée ; 2° l'anesthésie de l'utérus par injection d'une solution anesthésiante (néocaïne, surrénine), au niveau des culs-de-sac latéraux du vagin, le long de l'utérus, dans la base des ligaments larges, vers les plexus latéro-cervicaux encore appelés ganglions de Lee-Medford ou de Franchlenhauser.

La conclusion de l'auteur est que l'anesthésie localisée permet de pratiquer l'hystérectomie vaginale dans certains cas (lorsque l'utérus est mobile, lorsqu'il n'y a pas de réactions inflammatoires aiguës). Elle est particulièrement indiquée dans les cas où l'utérus à enlever est prolabé et où il y a lieu de faire suivre l'hystérectomie d'une réfection du périnée (colporraphie, colpopérinéorraphie). (*Journal des Praticiens*, 16 décembre 1922.)

Nouvelle technique de la rachi-anesthésie générale

S'il est admis par certains auteurs qu'il est possible d'obtenir l'anesthésie haute du tronc et de la tête, et même l'anesthésie générale, par la rachi-anesthésie, la ponction et l'injection conservent leur lieu d'élection, entre la 4e et la 5e lombaires, et c'est par le dosage plus ou moins considérable de l'anesthésique qu'ils parviennent à des effets plus ou moins étendus.

Or, M. Jonnesco, l'un des plus fervents partisans de la méthode, estime que le lieu de l'injection importe peu, au point de vue du risque de blessure de la moelle, mais par contre, est d'importance, selon l'étage de l'organisme qu'il faut anesthésier. Aussi, pour la tête, le cou et les membres supérieurs, emploie-t-il la cervico-dorsale ; pour le thorax, l'abdomen, les membres inférieurs et les organes génitaux externes, le pelvis, la dorso-lombaire ; pour le périnée et l'anus, la lombaire inférieure, qui convient aussi aux opérations pelviennes.

D'autre part, il a supprimé tout incident et accident en modifiant son mélange anesthésique selon la formule suivante :

Caféine	0,50
Stovaïne	quantité variable selon l'état du sujet.
Eau distillée	un cmc.

« Pour me résumer, dit-il, j'ai la conviction absolue que la rachi-anesthésie générale, grâce à la technique nouvelle que je viens de décrire et les avantages incontestables qu'elle présente sur toutes les autres méthodes d'anesthésie, deviendra bientôt la méthode de choix dans la pratique chirurgicale. Elle répond, en effet, à toutes les questions qu'on est en droit de poser à une méthode d'anesthésie pour qu'on puisse l'adopter ; d'abord, elle est applicable à *tous les cas* et pour *toutes les opérations*, car elle n'a pas de *contre-indications*. Elle est *simple* et *facile*, en effet, elle ne demande aucune préparation préalable du malade, pas d'injections stimulantes ou calmantes (morphine, scopolamine, etc.) avant l'anesthésie ; son arsenal, composé d'une aiguille fine de 6 cm., d'une seringue à injection hypodermique de 1 cmc. et d'une ampoule contenant la solution anesthésiante, est très simple ; enfin, la ponction du rachis, haute ou basse, est très facile ; les élèves dans mon service la pratiquent avec autant de facilité que moi-même. Elle est *rapide*, puisque, en cinq minutes au plus, on pratique la ponction, l'injection, et l'anesthésie survient immédiatement, sauf dans les cas bien rares de défaut de technique. La rachi-anesthésie générale, à part ses qualités de technique, a celle de la *précision* : *régionale* et *segmentaire*, on peut limiter ses effets aux racines nerveuses choisies avec une précision presque mathématique. C'est en somme, une *anesthésie locale* obtenue par la ponction et l'injection rachidienne. Elle est *sûre*, sauf dans les cas de technique défectueuse ; l'anesthésie s'obtient toujours si on emploie la dose convenable d'anesthésique. La *bénignité* de la rachi-anesthésie générale ressort nettement d'une pratique de quatorze ans sans mortalité. Enfin, la rachi-anesthésie générale est *tranquillisante* pour le chirurgien qui, n'ayant pas à s'inquiéter de l'anesthésié, peut concentrer toute son attention sur l'accomplissement de son art ». (*Presse méd.*, 28 octobre 1922.)

Les arthropathies nerveuses.

Ce sont, dit M. P. Antonin, les lésions articulaires qui ont « comme caractère commun d'évoluer sur des articulations affaiblies par la perturbation nerveuse ».

Nous pensons qu'il est préférable de dire que ce sont des arthropathies conditionnées par des lésions organiques du système nerveux ou périphérique. Elles s'expliquent suffisamment par les troubles trophiques osseux qui se trouvent sous la dépendance d'une lésion nerveuse : section du nerf principal d'un nerf, affection médullaire...

Les plus fréquemment observées sont celles du tabès (4 à 5 %), mises classiquement sur le compte de la sclérose médullaire, et plus récemment attribuées à la syphilis, cause elle-même du tabes.

Gonflement articulaire, généralement indolore, œdème blanc périphérique, épanchement plus ou moins abondant, marquent le début de l'arthropathie, puis, dislocations articulaires (membre de polichinelle). Celles-ci, dues à des lésions épiphysaires, avec destruction parallèle des ligaments et des synoviales, sont de même nature que les fractures spontanées, dues à des lésions diaphysaires. Les arthropathies de la syringomyélie ressemblent à celles de l'ataxie. Le processus en est le même. On observe également de telles affections au cours de la paralysie générale, de l'hémiplégie. Dans ce dernier cas, on distinguera les arthropathies nerveuses, d'ordre trophique, de celles qui relèvent d'un rhumatisme pseudo-infectieux survenant chez un hémiplégique. Les névrites externes et les polynévrites s'accompagnent aussi d'arthropathies et d'ostéite raréfiante.

Quant aux arthropathies dites hystériques, ce ne sont pas à proprement parler des affections articulaires, et elles ne rentrent pas en réalité dans le cadre des lésions articulaires organiques d'origine nerveuse. L'auteur rappelle à leur propos le syndrome, connu surtout depuis la guerre, sous le nom de plicatures vertébrales, camptocormie, camptorachis, pour le diagnostic duquel la radioscopie est indispensable.

Le diagnostic des arthropathies nerveuses est, en général facile ; l'affection causale, quand elle est patente, le précise aisément. L'examen approfondi des malades s'impose toujours et fixe les idées.

Le pronostic de ces affections est lié à celui de leur cause, et habituellement défavorable. Le traitement sera surtout orthopédique (pansement compressif, appareils). Parfois, l'arthrotomie, l'amputation du membre, peuvent s'imposer : ce sont des interventions peu recommandables. (*Gaz. des Prat.*, 1er novembre 1922.)

Les infections secondaires et les lésions locales dans les maladies secondaires.

« En pathologie infectieuse, dit M. A. Renaud « on ne découvre couramment que des maladies « dont le pronostic, généralement bénin (rougeole, typhoïde, états grippaux, diphtérie), n'est « jamais aggravé que par une lésion accidentelle qui risque ou bien d'atteindre une fonction primordiale (encéphale par exemple), ou « bien de donner un foyer suppuré qui ne pourra « faire seul son chemin vers l'extérieur et entraînera la mort à la suite d'un état toxi-infectieux plus ou moins prolongé (abcès profonds, « pleurésie purulente, suppuration des rochers »).

C'est ainsi que les otites secondaires dans la rougeole déterminent fréquemment des lésions cérébrales ou méningées mortelles. Ces suppurations profondes péri-otiques chez les nourrissons, fréquemment méconnues, entretiennent un état infectieux prolongé de pronostic très graves. Ces états toxi-infectieux sont primitifs, d'allure épidémique et ressemblent aux états infectieux grippaux et saisonniers de l'adulte.

La conséquence pratique de telles notions est l'importance d'entretenir une propreté aussi grande que possible du malade et de son ambiance. On l'obtiendra par de grands lavages de la gorge et par la balnéation externe qui a, en outre, l'avantage d'agir directement sur l'infection. « La bénignité des maladies infectieuses est, avant tout, une question de prophylaxie ».

On s'efforcera donc de prévenir ces localisations secondaires, qui compliquent et aggravent des infections relativement bénignes en elles-mêmes. Les localisations secondaires étant réalisées, il en est pour lesquelles l'intervention chirurgicale est souverainement efficace. En ce qui concerne les vaccins, destinés à immuniser l'organisme, l'auteur ne croit guère à leur spécificité. Il s'agit, en effet, de provoquer le choc colloïdoclasique, qui exaltera les moyens de défense de l'organisme. Toute substance protéique est capable d'y parvenir. Aussi s'en tient-il au vaccin typhique qu'il emploie quand il lui paraît convenable de faire de la protéinothérapie, « sauf dans « les cas d'infection très grave où l'injection « intra-veineuse brutale de sérum spécifique et « d'adrénaline doit être tentée, parce qu'elle est « seule capable de donner des résultats pour lesquels l'épithète de merveilleux n'est pas exagérée ». (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 oct. 1922). G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

L'hygiène aux Etats-Unis d'Amérique.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 5-12-1922.)

Retour d'un voyage en Amérique où il lui a été donné de visiter les principales institutions des Etats-Unis relatives à l'hygiène, M. Léon Bernard fait un exposé général de l'hygiène et de la santé publique chez nos amis américains. Il prend pour type ce qui se passe dans l'Etat de New-York.

Les moyens d'action dont disposent les fonctionnaires du service civil de santé (health officers) sont de trois ordres : les statistiques vitales, les laboratoires et l'éducation populaire.

Les statistiques vitales (maladies et décès) sont des documents recueillis avec beaucoup de soin et de précision. Le médecin traitant doit certifier la cause des décès, sauf quelques rares exceptions. Il doit déclarer non seulement les maladies aiguës contagieuses, mais encore la tuberculose et la syphilis. Les déclarations, il est vrai, sont faites à un bureau exclusivement médical, lié par le secret professionnel.

Les laboratoires sont nombreux et largement outillés. Les examens atteignent en fin d'année des chiffres imposants : par exemple, pour l'Etat de New-York (New-York exclu), 650.000 analyses furent faites en 1921. L'éducation populaire, enfin, est poursuivie sous toutes ses formes. Les infirmières-visiteuses, création très développée aux Etats-Unis, jouent un rôle important à ce point de vue.

L'Etat n'est pas seul, tant s'en faut, à coopérer à l'amélioration de la santé publique. De généreux philanthropes l'y aident. On sait que, par tradition, l'Américain qui s'est enrichi, distrait une partie de sa fortune, en général, pour fonder une œuvre humanitaire, souvent médicale ou scientifique. Certaines grandes Compagnies même, ont des organisations d'hygiène, dans le propre intérêt de leurs actionnaires. M. Léon Bernard cite ainsi la Metropolitan Life, puissante compagnie d'assurances sur la vie, qui groupe plus de 22 millions d'adhérents appartenant surtout aux classes populaires. La Metropolitan Life Insurance a passé des contrats dans 4.000 villes différentes avec des associations d'infirmières-visiteuses, qu'elle charge de voir régulièrement ses assurés, dans le but de dépister leurs maladies et de les adresser de bonne heure au médecin. Ce service, coûte à la compagnie 2 millions par an. Grâce à lui, elle a obtenu une réduction de 30 p. 100 de la mortalité, ce qui représente 6 millions de dollars de bénéfices, laissant ainsi un avantage net de 4 millions pour les actionnaires.

Quant aux résultats généraux globaux de cet ensemble de mesures d'hygiène publique ils sont des plus encourageants et se traduisent par une réduction notable de la mortalité. Pour la tuberculose les décès ont diminué de presque les trois quarts depuis 35 ans. Les bacillaires sont tous reçus dans des hôpitaux spéciaux, le nombre des lits étant généralement suffisant (5.000 pour New-York, dont 1.500 vides au 1er janvier 1922). L'interdiction de cracher sur le sol est sanctionnée de pénalités (5 à 10 dollars).

M. Léon Bernard parle enfin de l'Amérique sèche. L'interdiction des boissons alcoolisées était aux Etats-Unis d'autant plus importante que l'on y consommait surtout des liqueurs fortes. Elle y est réellement appliquée et, malgré ses petites exagérations, son utilité apparaît incontestable.

Les vaccinations et revaccinations en 1921.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine* ; 5-12-1922.)

M. Camus présente un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France pendant l'année 1921.

Dans son ensemble, au cours de 1921, le fonctionnement du service de vaccinations a présenté des tendances manifestes à l'amélioration.

Les dossiers vaccinaux ont signalé 77 cas de variole. Cela montre que l'immunité vaccinale faiblit rapidement quand les vaccinations sont insuffisamment pratiquées. Cela montre aussi — puisqu'à Angers il y a eu 12 décès sur 37 cas — que les germes varioliques n'ont rien perdu de leur virulence.

Grâce aux réserves importantes de vaccin très actif que les Instituts vaccinogènes possèdent maintenant, il semble que l'on pourra toujours arrêter l'extension d'une épidémie qui commence, mais il importe que les populations soient averties que l'immunité n'est pas acquise immédiatement après la vaccination. Pendant près de deux semaines, les germes varioliques qui ont atteint les personnes non protégées peuvent déterminer des varioles graves. L'immunité convenablement entretenue par des vaccinations renouvelées peut seule mettre à l'abri des surprises.

La greffe ostéo-périostique.

(M. Delagénière, du Mans. — *Académie de médecine* ; 5-12-1922.)

M. Delagenière fait une communication intitulée : de la greffe ostéo-périostique ; ses applications en chirurgie et ses résultats, d'après 296 observations.

Aux greffes osseuses, hétérogènes et homogènes M. Delagénière a substitué l'auto-greffe ostéo-périostique, qui donne des résultats bien meilleurs.

Le greffon se prélève sur la face interne du tibia. On pratique sur la peau une longue incision et l'on met à nu la surface périostique de l'os. On délimite, avec le bistouri, les greffes que l'on veut prélever, on les amorce avec un ciseau-burin et l'on détache un copeau osseux de 2 ou 3 millimètres d'épaisseur.

On obtient ainsi un matériel de greffe qui peut comprendre 20 à 25 centimètres de longueur sur toute la largeur du tibia. Ce dernier, d'ailleurs, n'éprouve aucun dommage et il se recouvre ultérieurement d'un périoste plus mince.

M. Delagenière montre les applications de cette méthode à l'obturation des pertes de substance du crâne, du maxillaire, du fémur, de l'humérus, dans les pseudarthroses, etc.

— M. WALTHER a obtenu du procédé de M. Delagenière d'excellents résultats. Contrairement aux transplants osseux qui souvent se rétrécissent et se résorbent au bout d'un temps plus ou moins long, les transplants ostéo-périostiques paraissent se développer, s'épaissir et former un tuteur solide. M. Walther a eu ainsi de bons effets, même dans des cas en apparence mauvais.

Besoins de la France en blé.

(M. LOUIS LAPICQUE. — *Académie de médecine* 5-12-1922.)

Avant la guerre, la France consommait régulièrement 94 millions de quintaux de blé par an, et, sa récolte étant inférieure à ce chiffre, importait, à titre de complément, une certaine quantité de blé étranger. Actuellement, on table sur ce chiffre de 94 millions de quintaux pour fixer les besoins de notre pays et, partant de là, on conclut à la nécessité de coûteuses importations.

Sont-elles toutes bien nécessaires ? M. Lapicque ne le pense pas. Avant la guerre, dit-il, on consommait plus qu'il n'était utile. L'auteur, partant de la moyenne admise de 2.400 calories par jour par individu, et demandant au blé la moitié des aliments (proportion large), arrive au total de 65 millions de quintaux pour l'alimentation humaine, en France, auquel il ajoute 9 millions pour les semences et les pertes, soit ensemble 74 millions, près de 20 millions de quintaux de moins que le chiffre traditionnel. L'importation pourrait donc être, d'une manière générale notablement réduite.

Crise vasculo sanguine par ligature d'un membre.

(M. LE CALVÉ, de Redon. *Académie de médecine* ; 5-12 1922)

Appliquant autour d'un membre une cordelette serrée et exerçant une striction, M. Le Calvé a constaté certaines modifications dans la circulation générale qui lui ont paru susceptibles de quelques applications cliniques.

Par cette simple manœuvre (constriction de la jambe pendant dix minutes), il est parvenu chez différents malades a prévenir divers phénomènes du choc hémoclasique. Il pense qu'il serait même possible d'obtenir, par l'emploi répétée de la ligature, une désensibilisation chez les sujets offrant des manifestations de l'anaphylaxie et de l'angioneurose (asthme, migraine, etc.)

La loi de 1909 sur les arriérés perfectibles.

(MM. ROUBINOVITCH et DEBRAY. — *Académie de médecine* ; 5-12-1922.)

La loi du 15 avril 1909 sur l'adaptation sociale des arriérés perfectibles, a abouti à la création d'internats et de classes spéciales pour enfants arriérés. Les résultats ont ils répondu à l'attente du législateur ? C'est ce que M. Roubinovitch s'est efforcé de rechercher au cours d'une enquête dans les différents établissements de ce genre.

L'auteur conclut que cette loi, bien que peu connue, produit un rendement social très appréciable. La dépopulation menaçant notre pays, on ne saurait négliger une récupération même de valeurs incomplètes. Loin d'atténuer cette loi, il faudrait en demander l'extension et, de facultatifs, rendre ses effets obligatoires. Les dépenses faites pour les arriérés perfectibles constitueraient, selon M. Roubinovitch, au point de vue social, un excellent placement.

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine dans la tuberculose pulmonaire.

(MM. MERKLEN et MINVIELLE. — *Soc. méd. des hôp* ; 10-11-1922.)

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine est un moyen d'exploration de la perméabilité rénale égal sinon supérieur à l'épreuve du bleu de méthylène. MM. Merklen et Minvielle se sont demandés si, en dehors de ses applications à la clinique néphrologique, ce test ne pourrait pas être utilisé ailleurs, pour dépister certaines déficiences latentes du rein, chez les tuberculeux pulmonaires par exemple.

Leurs recherches ont porté sur 17 tuberculeux n'ayant pas de signe de néphrite. Chez 12 d'entre-eux, ils ont trouvé une diminution notable de l'excrétion, ce qui amène à supposer que chez un certain nombre de tuberculeux, malgré l'absence de symptôme rénal, la fonction d'élimination offre néanmoins une perturbation réelle.

Corps étrangers enlevés sous l'œsophagoscope.

(M. GUISEZ. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 17-11-1922.)

M. Guisez présente quatre corps étrangers récemment enlevés du tiers supérieur de l'œsophage : deux fragments osseux (chez des adultes, et deux pièces de monnaie (chez des enfants.)

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Zona maxillaire supérieur et paralysie faciale.

M. GRAVIER présente un cas de zona maxillaire supérieur s'accompagnant de paralysie faciale chez un homme de 32 ans. La coexistence possible des deux

affections est bien connue ; mais ce cas offrait quelques particularités : paralysie faciale *précoce*, existant déjà au troisième jour ; éruption limitée à l'hémi-lèvre supérieure et à l'hémi-palais droits et ressemblant à de l'herpès ; absence de tout phénomène éruptif dans le domaine du ganglion géniculé.

Métatarsus varus congénital.

M. André RENDU présente un enfant atteint de *metatarsus varus* congénital, malformation plus rare et moins grave que le pied-bot : l'avant-pied seul est coudé en dedans en varus, déterminant un creusement avec pli de flexion sur le milieu du bord interne du pied. Le traitement de cette malformation chez le jeune enfant consiste en massages forcés et dans le port d'un appareil de contention.

Gastroplégie aiguë. Enorme météorisme abdominal. Perforation d'un ulcus pylorique.

MM. CADE et REBOUL relatent l'observation d'un homme de 56 ans, à passé gastrique ancien, ayant depuis six mois des crises douloureuses abdominales violentes accompagnées de grands vomissements de liquide noirâtre. A l'entrée, tension permanente de l'estomac qui est extrêmement dilaté ; tubage retirant environ 2 litres de liquide noirâtre, puis lavage d'estomac soulageant beaucoup le malade.

Le soir, celui-ci présente brusquement une douleur abdominale en coup de poignard, un météorisme qui devient rapidement énorme et meurt en quelques heures. Autopsie : dilatation extrême de l'estomac et de l'intestin, perforation de la grosseur d'une tête d'épingle au niveau de la petite courbure, dans la région prépylorique, sur le fond d'un vieil ulcère.

Cancer du rectum à évolution aiguë chez un homme de 28 ans.

MM. DUNET et REBOUL présentent les pièces et les coupes histologiques provenant d'un cancer du rectum, survenu chez un homme de 28 ans. Début par troubles de la défécation ; constipation, puis diarrhée abondante. Toucher rectal, rétrécissement considérable sans ulcérations ni végétations appréciables. L'épreuve du lavement baryté montre un défaut d'imprégnation remontant jusqu'au niveau d'une ligne passant à 2 cm. au-dessous du pubis.

On pense à un rétrécissement tuberculeux. Le malade fait un phlegmon gangréneux et gazeux de la fosse ischio-rectale que l'on incise. On fait ultérieurement un anus iliaque ; mais, malgré cette intervention, le malade se cachectise rapidement et meurt, environ *trois mois* après le début de sa maladie. A l'autopsie, tumeur rectale, que l'histologie montre être un épithélioma cylindrique typique, avec nombreux ganglions mésentériques et foie farci de noyaux métastatiques. Ces cas de cancer chez les jeunes deviennent de plus en plus fréquents, et il faut y penser.

Caverne pulmonaire simulant un pneumothorax

MM. PALLASSE, BADOLLE et GAUDON présentent l'observation d'une malade chez laquelle paraissait s'imposer, cliniquement, le diagnostic de pneumothorax ; la radioscopie montra qu'il s'agissait d'une caverne, ce que confirmèrent une ponction, puis l'autopsie.

Tuberculose rénale avec cavernes à contenu mastic.

M. Léon THÉVENOT présente un cas de tuberculose rénale offrant la particularité suivante : le rein néphrectomisé renferme, à côté de cavernes banales, à contenu uro-purulent, d'autres cavernes remplies de pus concrété ayant l'aspect du mastic. Cet aspect du pus a été signalé d'ordinaire dans des reins atteints de dégénérescence massive et on a voulu en faire une forme spéciale, liée à l'oblitération de l'uretère, et à un arrêt dans l'évolution de la maladie. Or, le cas de M. Thévenot était en pleine évolution et l'uretère n'était pas oblitéré.

Séquelles nerveuses centrales et périphériques d'une plaie carotidienne.

M. BERTEIN présente un sujet blessé en 1915, par une balle entrée dans la gouttière carotidienne gauche, en arrière de l'angle maxillaire et extraite sous la peau au point symétrique du côté opposé. Suites immédiates : perte de connaissance, pendant 24 heures, puis hémiplégie droite, aphonie et diplopie. Actuellement, hémiparésie sans atrophie ni modification des réflexes ; rien du côté des yeux. Dysphonie persistante par paralysie totale de la corde vocale gauche ; dysphagie (lésion du pneumogastrique). L'hémiplégie est à rapporter à une lésion de la carotide interne gauche. A noter qu'il n'y eut ni hémorragie externe, ni hématome.

Modifications techniques dans la laryngectomie totale.

M. JACOD présente deux malades opérés par lui de cancer du larynx par laryngectomie totale. A ce propos, il insiste sur deux modifications de technique qu'il préconise pour cette opération : la première consiste à pratiquer, préalablement à l'ablation du larynx, une trachéotomie transversale avec abouchement de la trachée à la peau ; la seconde consiste, lors de l'ablation du larynx, à laisser adhérents à la peau les muscles sous-hyoïdiens, de manière à avoir un matelas solide qui s'applique parfaitement sur le conduit pharyngo-œsophagien suturé (V. GAUTROT, thèse de Lyon, 1920-21).

La communication de M. Jacod est suivie d'un échange de vues entre quelques membres de la Société, d'où il résulte que le traitement du cancer intrinsèque du larynx est encore fort discuté, les uns étant partisans de la laryngectomie, les autres de la laryngo-fissure, d'autres enfin de la curiethérapie.

Réduction sanglante du semi-lunaire dans un traumatisme du poignet.

MM. SIRAUD et ARCELIN présentent une observation de traumatisme complexe du poignet : fracture des 2 styloïdes radiale et cubitale, fracture du scaphoïde, déplacement considérable du semi-lunaire. Une tentative de réduction sous anesthésie n'a donné que des résultats incomplets, le semi-lunaire n'étant pas remis en place. On décide donc une intervention sanglante, au cours de laquelle le semi-lunaire est facilement réduit. Résultats fonctionnels satisfaisants.

M. JAPIOT fait remarquer à propos de cette communication que, entre les mains de Destot la réduction non sanglante des déplacements *récents* du semi-lunaire a toujours donné de bons résultats.

Radiodermite par radiographe non médecin.

M. NOGIER rappelle un cas de radiodermite grave, remontant à mars 1917, et consécutif à deux essais de radiographie pour calcul rénal, faits par le manipulateur, *non médecin*, du service radiologique d'un hôpital de la Croix-Rouge. La première pose avait été relativement courte, mais non la seconde, qui dura vingt minutes environ. La lésion siège sur la peau de la paroi abdominale, *au-dessous de l'ombilic*, ce qui témoigne de l'incompétence, non seulement radiographique, mais médicale et anatomique, du manipulateur en question.

Les rayons secondaires en radio et en radiumthérapie.

M. Nogier. — Chaque élément de matière rencontré par les rayons X émet dans tous les sens des rayons *secondaires*, qui peuvent à leur tour donner des rayons *tertiaires* Il en est de même pour les rayons gamma du radium. Ces rayons sont souvent beaucoup plus nocifs pour les cellules vivantes que les rayons primaires.

Il en est ainsi pour les rayons secondaires des métaux lourds : plomb, or, platine, argent, nickel, fer. D'où la nécessité d'user de certaines précautions contre ce rayonnement : 1° en radiothérapie, ne pas employer de filtre placé directement sur la peau ; 2° en radiumthérapie, ne jamais utiliser de tube de radium nu, mais entouré d'une feuille d'aluminium de 2 à 5 centièmes de millimètre d'épaisseur, celle-ci étant à son tour revêtue d'une couche de liège paraffiné de 5 à 6 millimètres d'épaisseur.

Ostéomalacie. Transparence des os et opacité des calculs biliaires aux rayons X.

MM. Cluzet, Bonnamour et Chevallier. — Les calculs biliaires son rarement opaques aux rayons X, notamment chez les vieillards. A l'autopsie d'un femme atteinte d'ostéo-malacie sénile, les auteurs ont trouvé dans la vésicule de nombreux calculs renfermant de la chaux, de la magnésie, et pas de cholestérine. Ces calculs se sont montrés beaucoup plus opaques aux rayons X que ceux recueillis chez d'autres vieillards. Par contre, chez cette malade, on nota une diminution d'opacité des os, correspondant à une décalcification d'ailleurs relativement faible. Le sang contenait cinq fois plus de chaux qu'à l'état normal, et l'on peut se demander si la forte teneur en chaux des calculs biliaires n'était pas le résultat de la richesse du sang en calcium.

Glossite losangique médiane de Brocq chez une hérédo-syphilitique.

M. Léorat présente, au nom de M. Jourdanet et au sien, une malade porteuse, à la face dorsale de la langue, d'une lésion caractérisée par : son *siège* sur la partie médiane, sa *forme* vaguement losangique, sa *coloration* rouge, inflammatoire, son *aspect* ; la langue, à ce niveau, est transformée en une série de petits mamelons irréguliers, séparés par des sillons. Dystrophies dentaires. Wassermann positif. La malade a eu 6 enfants, dont un seul survit et présente des signes manifestes d'hérédo-syphilis. Il s'agit d'un cas de *glossite losangique médiane de Brocq* affection souvent confondue avec la syphilis. Dans le cas présenté, il s'agit vraisemblablement d'une coexistence des deux maladies.

Société médicale des hôpitaux.

Myopathie atrophique consécutive à la fièvre typhoide.

M. Bériel présente une malade qui fut atteinte en 1910 de fièvre typhoïde assez grave, dans la convalescence de laquelle elle avait constaté un affaiblissement marqué du bras droit, moins prononcé du membre inférieur du même côté. Amélioration sous l'influence d'un traitement électrique. *Dix ans après*, aggravation progressive, et actuellement, tableau d'une myopathie atrophique localisée aux deux membres supérieurs, avec pseudo-hypertrophie des fesses et des cuisses. Une biopsie pratiquée sur le deltoïde droit montre des lésions intenses. Il s'agit d'ailleurs d'un cas très exceptionnel. Ce qu'on voit plus souvent dans la fièvre typhoïde, ce sont des myosites, qui ne laissent généralement pas de traces.

Syphilis héréditaire à localisations multiples.

MM. Nicolas, Gaté et Pillon présentent une jeune fille de 18 ans entrée à l'Antiquaille pour des lésions nodulaires de la face, du cou et du mollet droit.

Cette malade avait eu antérieurement des accidents multiples : ostéites tibiale, claviculaire et nasale (nez en lorgnette), adénites suppurées, troubles dentaires, *hydarthrose* volumineuse du genou gauche, dents d'Hutchinson. La malade avait été prise pour une tuberculeuse par de nombreux médecins et chirurgiens, malgré les stigmates d'hérédo-syphilis qu'elle présentait, stigmates au nombre desquels les auteurs rangent l'hydarthrose du genou.

Pleurésie ancienne à localisation verticale et remarquablement tolérée.

M. Paul Courmont présente un cas de pleurésie chez un homme de trente-neuf ans ayant eu en 1903 une pneumonie (?) droite.

Depuis, tous les hivers, crache parfois quelques filets de sang. En février dernier, point de côté à la base droite, et entre à l'hôpital le 2 mars parce qu'il tousse et présente des lésions syphilitiques de la bouche. Etat général bien conservé ; le malade a travaillé jusqu'à son entrée. Examen clinique : matité et obscurité respiratoire, sans souffle, de la clavicule au diaphragme, à droite, mais seulement à la partie externe. Zone sonore le long du sternum et de la colonne. *Radioscopie* : *obscurité verticale* depuis le tiers externe de la clavicule jusqu'au diaphragme, séparée du médiastin par une bande claire. Après ponction, suivie d'injection d'azote, une nouvelle radioscopie montre que la zone obscure verticale a été remplacée par une zone très claire.

Les examens de laboratoire ont montré qu'il s'agissait d'une pleurésie tuberculeuse. Le liquide retiré était de couleur urine avec de petits grains assez fins en suspension. Ces caractères font penser que cette pleurésie était très ancienne, remontant probablement à l'épisode pulmonaire de 1903. C'est là ce qui rend ce cas intéressant avec sa localisation verticale, la forme de l'image radioscopique et la tolérance du malade.

Médication hypotensive dans l'épilepsie jacksonienne.

M. Wertheimer présente, au nom de M. Leriche et au sien, un homme de 41 ans, blessé par balle dans la région frontale droite en 1918, trépané deux fois la même année, réopéré en 1919 par M. Leriche qui lui enleva cinq esquilles. A eu depuis de nombreuses crises d'épilepsie jacksonnienne. On pratique trois injections intra-veineuses de solution de glucose à 30 % (30 cmc. la première fois, 40 les deux autres) avec une quinzaine de jours d'intervalle entre chaque injection.

Ces injections ont amené une amélioration rapide qui s'est maintenue pendant neuf mois. La ponction lombaire avait montré de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. On sait qu'en pareil cas, M. Leriche préconise les injections de solutions *hypertoniques* (glucose au NaCl) qui font baisser la tension du liquide céphalo-rachidien, alors que, en cas d'hypotension, il conviendrait d'injecter de l'eau distillée, véritable sérum hypotonique à action hypertensive.

A. Chabanon.

Les Congrès

XXXIe Congrès de l'Association française de chirurgie

Chirurgie de l'abdomen.

M. KRAFT (de Lausanne). *Péritonites à pneumocoques.* — Elles sont plus rares et moins bénignes qu'on ne le croit en général. De Quervain et son élève Rohr l'ont bien montré. Elles se présentent sous deux formes distinctes : diffuse et localisée. L'auteur en a observé 6 cas, 4 chez des fillettes, 2 chez des jeunes gens, 1 fois la péritonite était localisée, 4 fois elle était diffuse, 2 des malades sont morts.

Le tableau clinique comporte toujours des vomissements, parfois incoercibles, et de vives douleurs abdominales prédominantes à droite. La diarrhée et le faciès classiques peuvent manquer. L'examen bactériologique du pus montre toujours des diplocoques, mais qui n'ont pas constamment le caractère du pneumocoque typique. Dans un cas, il y avait association streptococcique.

Les localisations pulmonaires manquent rarement. Cependant l'auteur n'a observé que trois fois une pneumonie vraie.

Le diagnostic habituellement porté est celui d'appendicite. On incise donc dans la fosse iliaque et l'appendice suspect est enlevé. Les formes généralisées ont été traitées par lavages et drains multiples. Le sérum antipneumococcique n'a pas donné de résultats nets. Comme autres moyens thérapeutiques, on a employé les toniques cardiaques, les injections d'électrargol et la transfusion.

Pour conclure, l'auteur insiste sur la gravité du pronostic, particulièrement dans la forme généralisée.

M. STEFANI (de Nice). *Sur la technique de l'appendicectomie à froid.* — Classiquement, l'ablation de l'appendice se fait au thermo et est suivie de l'enfouissement du moignon. Pour l'auteur, les accidents qui surviennent parfois, quand on a employé cette technique, sont dus moins à l'insuffisance de l'enfouissement qu'aux phénomènes infectieux nécrotiques provenant de la thermocautérisation. Voici donc comment procède l'auteur : plus de thermo ; après section sous-séreuse de l'appendice, la tranche du moignon est touchée à la teinture d'iode, la manchette séreuse de Cabot est ramenée. Premier enfouissement ; et le moignon est refoulé sous une suture en bourse de la paroi cæcale. Deuxième enfouissement. Cette technique est simple, rapide et sûre.

M. LÉO (de Paris). *Note sur l'helminthiase dans les affections chirurgicales.* — L'auteur considère qu'oxyures, ascaris, et tricocéphales jouent beaucoup plus souvent qu'on ne le pense un rôle pathogène dans certaines affections abdominales.

Les signes de l'helminthiase sont souvent ignorés des chirurgiens. Leur étude permet de déceler la présence des helminthes dans bien des cas de péritonite d'origine obscure, ou de tumeurs bénignes ou malignes des côlons.

La sécrétion de toxines par ces helminthes est un fait acquis.

Les lésions muqueuses produites par les piqûres des oxyures et des tricocéphales sont également avérées.

Dans ces conditions, les helminthes sont susceptibles de déterminer des lésions des mésos intestinaux par septicité chronique ou par résorption de toxines, et l'auteur en cite quelques exemples.

Si l'attention des chirurgiens est attirée sur le rôle des helminthes, le traitement antihelminthiase sera même susceptible d'améliorer parfois les résultats post-opératoires.

Chirurgie du rectum.

M. VILLARD (de Lyon). *De l'extirpation abdomino-trans-anale du rectum.* — L'auteur a pratiqué 10 fois cette intervention, 7 fois chez l'homme, et 3 fois chez la femme pour des cancers recto-sigmoïdiens.

Voici la technique qu'il a suivie :

Chez l'homme :

1° Laparotomie sous-ombilicale en Trendelenburg accentué ;

2° Incision curviligne du péritoine du Douglas circonscrivant la partie inférieure du côlon sigmoïdien et remontant sur les côtés du méso, sans intéresser la lame adipo-vasculaire de celui-ci ;

3° Libération de la lame vasculaire jusqu'au dessus du néoplasme et en bas, jusqu'aux creux ischio-rectaux ;

4° Section de toutes les attaches postérieures du segment intestinal à réséquer et ligature des vaisseaux ;

5° Refoulement dans le fond du pelvis de tout le segment intestinal libéré, et tassement de celui-ci dans le fond du pelvis après mise en place d'un repère sur le côlon pelvien, au niveau du point où devra porter la section intestinale ;

6° Suture étanche du lambeau péritonéal au Douglas tout autour de la partie saine de l'anse sigmoïde, à 5 et 6 centimètres au-dessus du point où doit porter la section ;

7° Fermeture de l'abdomen ;

8° Temps périnéal ; l'anus est suturé, le sphincter mis à nu par une incision circulaire augmentée de deux débridements cutanés, est dilaté au maximum. En dedans du sphincter dilaté et au travers de lui, dissection du rectum jusqu'à ce que le décollement par le ventre soit retrouvé ;

9° Déroulement et abaissement de tout le segment intestinal libéré par l'abdomen, section au niveau du repère ;

10° Suture circulaire de la tranche de section intestinale à la peau de l'anus et drainage des fosses ischio-rectales par deux drains debout passés en dehors du sphincter.

Chez la femme :

Ces temps sont identiques, mais l'hystérotomie doit être surajoutée pour libérer le péritoine et faciliter les manœuvres.

La gravité de cette intervention est relativement faible ; sur dix malades, trois décès, tous survenus chez des hommes.

Au point de vue fonctionnel, les résultats ont été des plus satisfaisants. Mes malades guéris étaient continents et pouvaient vivre d'une vie normale.

Appareil génito-urinaire.

M. DUVERGER (de Bordeaux). *Le phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire* est peu connu. L'auteur en a observé 2 cas. Chez une première malade, malgré une large incision lombaire, les phénomènes infectieux continuèrent, accompagnés d'une tuméfaction énorme qui fut incisée une seconde fois. L'autopsie montra une série de poches purulentes distinctes les unes des autres et plongées dans un tissu conjonctif très dense. Le second malade guérit, car les cloisons qui séparaient les poches purulentes étaient minces et purent être effondrées.

S'agit-il d'une infection lymphatique avec suppurations distinctes et éloignées les unes des autres ; ou d'une suppuration frappant une loge lombaire déjà malade, cloisonnée à la suite de périnéphrite scléreuse ? ces hypothèses sont possibles.

Le chirurgien doit penser à cette forme multiloculaire lorsque la maladie a une évolution lente, lorsque

la tuméfaction lombaire a une consistance particulièrement ferme, surtout lorsque, après l'incision d'un phlegmon périnéphrétique, les phénomènes ne cèdent pas. Les ponctions exploratrices prudentes peuvent permettre de découvrir les poches voisines pour les faire communiquer avec la principale et assurer leur bon drainage.

M. Cathelin (de Paris). *La calculose urétérale pelvienne, maladie autonome.* — L'auteur a observé 30 cas de cette maladie qu'aucun traité d'urologie ne décrit comme entité morbide définie. Cependant, Raffin y a fait allusion, et Mayo, sur 750 cas de lithiase, trouve 50 p. 100 de ces calculs localisés dans l'uretère pelvien par la radiographie. La formation ou la localisation du calcul semble être sous la dépendance d'une malformation congénitale. Il y a toujours de la douleur. Celle-ci, quand le malade est dans le décubitus latéral du côté malade, est une sensation particulière que Cathelin propose d'appeler pulsation urétérale. Le diagnostic est difficile, même avec la radio ; il y a des causes d'erreurs très nombreuses.

Quant au traitement, il nécessite une intervention vraiment malaisée malgré la multiplicité des voies d'abord.

M. Jayle (de Paris). *Rayons et bistouri en gynécologie.* — L'auteur s'intéresse à l'actinothérapie depuis vingt-trois ans et lui reconnaît d'importantes indications en gynécologie, mais il veut insister aujourd'hui sur certains de ses méfaits.

Le radium est aveugle, il peut produire des brûlures profondes. Voici un exemple. Un cancer opérable du col est traité par le radium. Jayle, deux mois plus tard, l'enlève par hystérectomie abdominale. Au quinzième jour, la cloison recto-vaginale sphacélée s'élimine et la malade succombe épuisée, le quarantième jour.

Au sujet de la rœntgenthérapie, Jayle donne son expérience de quatorze ans. Il a été enthousiaste de la méthode. Il s'en méfie de plus en plus pour les fibromes à cause des erreurs de diagnostic. Ainsi, chez des malades soi-disant atteintes de fibromes et déjà traitées par les rayons ou qui devaient l'être, il a trouvé des salpingites, des kystes végétants de l'ovaire, des cancers ovariens généralisés au péritoine, des cancer utérins, etc.

La radiothérapie a encore le tort de stériliser les ovaires. Chez les femmes jeunes, il faut, en particulier, lui opposer la myomectomie.

Dans ses conclusions, l'auteur recommande l'actinothérapie dans les cancers du col inopérables et comme adjuvance précieuse dans les cas encore opérables mais déjà étendus ; de même dans les cas de fibrome comportant une contre-indication opératoire. Pour les autres, l'intervention est toujours supérieure à l'actinothérapie parce qu'elle enlève sûrement les lésions diagnostiquées et qu'elle permet de temps en temps de trouver des lésions cancéreuses ou des lésions précancéreuses insoupçonnées.

Tête et cou.

M. Proust. *Traitement du cancer de la langue* — L'auteur emploie la méthode suivante :

1° Dans le premier temps chirurgical, il enlève les ganglions et lie la carotide externe ;

2° Après quoi, par la curiethérapie, il procède à la destruction sur place du néoplasme ;

3° Enfin, au moyen de la radiothérapie pénétrante, il tâche de stériliser dans toute la région cervicale les éléments néoplasiques qui auraient pu subsister.

Le meilleur mode d'anesthésie pour l'exécution du premier temps paraît être l'éther par voie rectale, sous la forme d'un lavement contenant 1 partie d'éther pour 3 d'huile de vaseline. Mais alors que Vitrin emploie 200 centimètres cubes pour un homme de 60 kilogrammes, Proust n'en injecte que 150 centimètres cubes et complète l'anesthésie par quelques bouffées de chloroforme.

Au point de vue de la technique opératoire, il utilise l'incision stellaire de Morestin légèrement modifiée et enlève largement avec les ganglions la glande sous-maxillaire.

MM. Dufourmentel et Darcissac (de Paris). *Onze cas d'ankylose temporo-maxillaire traités et guéris par l'opération sanglante suivie de mobilisation continue.* — La méthode qui a donné aux auteurs des succès constants consiste à pratiquer à l'aide d'une petite fraise mue par un moteur une ostéotomie curviligne à concavité inférieure sensiblement dans la région de l'ancienne jointure, puis à faire pratiquer par le malade une mobilisation continue du maxillaire inférieur. Cette seconde partie du traitement, la plus importante, a été réalisée grâce à un appareil élastique imaginé par Darcissac qui écarte constamment les deux mâchoires et oblige le malade à faire un effort également constant pour les rapprocher. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, cet appareil est très bien toléré, il doit être laissé en place trois mois environ.

M. Jacques (de Nancy). *Sur la cure opératoire des kystes dentaires inférieurs.* — Les kystes dentaires bénins sont rares à la mâchoire inférieure, du moins les kystes radiculodentaires. Les kystes coronodentaires s'observent avec une fréquence à peu près égale aux deux maxillaires.

Ces néoplasies liquides prennent parfois un développement tel qu'un segment plus ou moins étendu de l'arc mandibulaire est réduit sur tout son pourtour à l'état de coquille d'œuf. Le procédé classique de la résection des parties amincies de la coque osseuse, avec conservation d'une baguette de soutien au niveau du bord inférieur, se trouve alors en défaut ; et le maintien de l'os plus ou moins parcheminé s'impose pour assurer à la mâchoire sa rectitude et sa continuité. En pareil cas, l'auteur a utilisé avec avantage et recommande une technique dérivée de son procédé de cure extemporanée des gros kystes supérieurs par drainage de la coque osseuse à travers le sinus maxillaire et son exclusion immédiate de la bouche. La poche membraneuse est extraite par voie buccale, puis la gencive est refermée et l'espace mort résultant drainé à la région sushyoïdienne par le procédé capillaire, à la manière d'un ganglion.

M. G. Portman (de Bordeaux). *La laryngectomie totale par le procédé de Moure-Portmann.* — L'auteur, après avoir rappelé les temps principaux du procédé de Moure-Portmann, indique quelques modifications de détail dues à la pratique de ces deux dernières années. L'intervention se fait toujours à l'anesthésie loco-régionale, mais on a supprimé l'anesthésie systématique de la région des pédicules inférieurs, celle-ci ayant l'inconvénient de produire des manifestations récurrentielles dès le début de l'opération.

Dans le procédé initial, le lambeau unique à charnière latérale était quadrangulaire, il est maintenant trapézoïdal, le plus large côté répondant au pédicule. Cette modification en assure une meilleure nutrition. Après section sous-cricoïdienne, le larynx est enlevé de bas en haut. Mise en place d'une sonde œsophagienne et suture pharyngo-œsophagienne. Moure-Portmann l'ont faite d'abord à la soie, puis au catgut simple et pratiquent maintenant avec des catguts chromés qui leur donnent les meilleurs résultats.

Membres,

M. Chavannaz (de Bordeaux). *Sur les hématomes anévrismaux de la fesse.* — Ce sont des lésions heureusement rares, 20 sur 8.000 anévrismes.

L'auteur a eu l'occasion d'en traiter un cas qui avait été méconnu. Quand il vit le blessé longtemps après le traumatisme, l'anémie résultant des hémorragies répétées était très grave (140.000 hématies par millimètre cube). Il fit, dans un premier temps la ligature de l'hy-

pogastrique et dans un deuxième temps, aborda directement la lésion par l'incision de Tiolle. Malgré la ligature de l'hypogastrique, il y eut une assez grosse hémorragie. Le malade guérit,mais conserva une paralysie du sciatique qui existait du reste avant l'opération.

M. ROCHER (de Bordeaux). *Les résultats orthopédiques dans les épaules ballantes.* — L'auteur a traité 10 cas d'épaules ballantes ; 2 d'origine paralytique ; 8 d'origine traumatique. Les cas paralytiques ont été traités par l'arthrodèse (dans une observation, une cheville d'ivoire a été adjointe). Les cas traumatiques ont été traités 4 fois par la suspension capsulo-périostique et métallique, 4 fois par l'avivement large des surfaces osseuses et la recherche de l'ankylose (dans une observation, fixation par vis de Lambotte). Appareil thoraco-brachial pendant deux ou trois mois en abduction à 90 degrés, descendant sur l'avant-bras. Les meilleurs résultats sont obtenus par l'ankylose osseuse ; toutefois, la suspension et le rapprochement de l'extrémité humérale contre la glénoïde facilite la fonction du membre. La prothèse ne doit être employée qu'après insuccès ou refus de l'intervention, ou pour consolider ou accroître le résultat orthopédique déjà obtenu.

M. TERMIER (de Grenoble). *Traitement abortif des phlébites chirurgicales avec lever précoce.* — L'auteur propose un traitement original et simple de la phlébite qui lui a donné, dans 16 cas, les meilleurs résultats. Ce traitement est basé sur la physiopathologie de l'affection. Si c'est bien l'inflammation d'origine microbienne de l'endoveine qui marque le début de la phlébite et la caractérise, « en réalité les dangers, les troubles, viennent, eux, de la thrombose et du caillot ». C'est donc celui-ci qu'il faut éviter. Pour y arriver, il faut rendre le sang incoagulable ou du moins diminuer sa coagulabilité. Cette *hémophilie artificielle* peut être obtenue par l'*hirudination.* On connaît, depuis Haycraft, l'action de l'extrait de têtes de sangsues. Mais, l'auteur avait remarqué depuis longtemps que les malades antérieurement traités par les sangsues présentaient pendant plusieurs jours, quarante-huit heures environ, une hémophilie transitoire assez marquée. Aussi, a-t-il songé, pour atteindre son but, à tout simplement faire piquer le malade atteint de phlébite par des sangsues. Il emploie trois à six sangsues chaque fois et renouvelle les applications de deux jours en deux jours. L'effet cherché est obtenu dès le début de la piqûre et il n'est donc pas nécessaire d'attendre que les sangsues se soient gorgées de sang. En principe, les sangsues peuvent être appliquées n'importe où. L'auteur les applique plutôt à la racine du membre.

Cette méthode est surtout indiquée dans les phlébites au début. Employée dans seize cas d'origine diverse, mais avec des signes rendant le diagnostic indiscutable, elle a amené une rétrocession extrêmement rapide de tous les symptômes et un résultat tellement complet que tous les malades ont pu se lever du huitième au quinzième jour. Chez une malade, après le lever, il y a eu, à deux reprises, de petites embolies pulmonaires qui n'ont eu aucune suite inquiétante. L'auteur fait remarquer qu'il y a sûrement dissolution de certains caillots déjà formés, ce que démontrent cliniquement la disparition du cordon vasculaire du gonflement et de la circulation collatérale et physiologiquement, le laquage du sérum et la lenteur de la coagulation sanguine.

M. CALOT (de Berck). *Les prétendues coxa-vara ou ostéochondrites sont des malformations congénitales méconnues.* — Les cas qui lui ont été opposés auraient été eux-mêmes mal interprétés et confirment en réalité son opinion.

M. DUPUY DE FRENELLE (de Paris). *La réfection des ligaments de la hanche.* — Après la résection de la hanche, après l'arthroplastie, après la réduction d'une luxation paralytique de la hanche, il y a intérêt à attacher solidement l'extrémité supérieure du fémur à la cavité cotyloïde pour permettre une mobilisation précoce de l'articulation et pour éviter tout nouveau déplacement de la tête fémorale L'auteur procède de la façon suivante : un long et volumineux tendon de renne tressé enfile le col et la tête du fémur selon leur axe longitudinal, puis traverse la cavité cotyloïde pour ressortir sous l'arcade crurale. Ses deux extrémités sont nouées puis fixées l'une à l'autre par un surjet au tendon de renne. Le ligament de Bertin est reconstitué par deux tendons qui traversent l'épine iliaque antéro-inférieure et vont traverser : le tendon supérieur, l'angle antéro-supérieur du grand trochanter, le tendon inférieur, l'angle antéro-inférieur du grand trochanter. Le fémur se trouve ainsi solidement fixé et l'articulation conserve la latitude de tous ses mouvements.Ce procédé a été employé trois fois et a donné chaque fois un résultat fonctionnel excellent.

Les Livres

MASSON et Cie, éditeurs, Paris 1922.

Précis de pathologie médicale, par MM. F. BEZANÇON, M. LABBÉ, L. BERNARD, J. PICARD et A. CLERC, P.-Emile WEILL, PHILIBERT, S.-I. DE JONG, A. SEZARY, Ch. FOIX, PASTEUR-VALLERY-RADOT, G. VITRY, Marcel BLOCH. (6 volumes brochés, 120 fr. et cartonnés 150 fr.: chaque volume séparément : br. 20 fr. et cart. 25 fr.)

Le *Précis de pathologie interne* de Dieulafoy, qui a éduqué tant de générations médicales, ne pouvait être retouché pour être mis au goût du jour ; il fallait entreprendre un travail complètement nouveau, traduire en formules faciles à comprendre les théories, et les techniques que la médecine actuelle a puisées dans les sciences, et établir une juste proportion entre les traditions du passé et les innovations du présent.

Tout en laissant à l'anatomie pathologique son rôle fondamental dans l'établissement des grands types morbides, selon la méthode anatomo-clinique fondée par Laënnec, les auteurs ont montré les directives nouvelles que la physiologie pathologique, inaugurée par Claude Bernard, a apportées pour la classification des syndromes morbides.

Ce précis est dédié aux étudiants qui apprennent et aux médecins, qui ont besoin de se tenir au courant des conceptions nouvelles et des techniques modernes. Les auteurs, tous professeurs ou agrégés à la Faculté de Paris, médecins des hôpitaux ou chefs de clinique, ont été formés à la même école et sont liés par les mêmes directives intellectuelles.

***

Tome IV. — **Maladies du sang et des organes hémato-poiétiques. Maladies des reins,** par P.-Em. WEILL, et Marcel BLOCH, et PASTEUR-VALLERY-RADOT. (1 vol. de 628 pages avec 150 figures et 4 planches en couleur.)

La première partie de ce tome constitue un véritable *Précis d'hématologie.* Elle débute par un exposé de l'ana-

tomie physiologique, de l'embryologie du sang et de ses réactions pathogènes générales ; puis, les auteurs abordent l'étude des grands syndromes cliniques qui en découlent : syndrome d'altération des fonctions érythropoïétiques et érythrolytiques ; syndrome d'altération des fonctions leucopoïétiques et leucolytiques ; syndromes leucémiques ; cancer des organes hématopoïétiques ; syndromes dus à la localisation des infections ; syndromes dus à des anomalies plasmatiques.

La 2e partie est consacrée à la *Pathologie rénale*, qui est peut être la partie de la médecine interne qui s'est le plus transformée en ces dernières années ; aussi est-elle traitée dans un esprit nouveau.

Chaque chapitre doit être lu non par tranche, mais en entier : la pathologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie se complétant l'une par l'autre.

Les auteurs étudient la séméiologie du rein, puis ses maladies. Tout à fait intéressante, car elle est présentée d'après les travaux les plus récents, est l'étude des néphrites (étude clinique, pathogénique, grands syndromes, grands types cliniques).

***

Tome V. — **Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition**, par Marcel Labbé et G. Vitry. (1 vol. de 790 pages et 316 figures et 2 planches en couleur.)

La presque totalité de ce volume, à part le début consacré aux *maladies de la bouche* (stomatites, gangrène, tuberculose, syphilis, leucoplasie, etc.) et aux *maladies du pharynx*, a été écrite par le professeur Marcel Labbé et traite *des maladies de l'œsophage*, de *l'estomac*, de *l'intestin*, du *pancréas*, *du péritoine et du foie*.

Dans ce domaine, qui lui est familier, et où il est particulièrement apprécié par sa compétence et par ses récents travaux, l'auteur expose avec clarté l'anatomie et la physiologie, les procédés d'examen, les grands processus morbides, les grands symptômes, les grands syndromes pour chaque organe considéré.

Il termine par les *maladies de la nutrition et les maladies par carence.* G. F.

« L'Expansion scientifique française », éditeur, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 1922.

A. Siredey et J. Gagey. — **Le radium en gynécologie.** (1 vol. de la collection « L'actualité obstétricale et gynécologique », in-16 jésus, de 250 pages, avec figures). Prix : 10 fr.

Depuis quelques années, le traitement curiethérapique des affections des organes génitaux a donné lieu à de nombreux travaux. Mais il manquait une étude d'ensemble sur la question. C'est cette lacune qu'ont voulu combler M. Siredey, dont la compétence en gynécologie est universellement admise, et son collaborateur en curiethérapie, M. Gagey, qui a sur ces questions la grande expérience que donne l'hôpital.

Après un exposé, aussi simplifié que possible, de la nature, des actions physiques, et des actions biologiques des radiations, les auteurs traitent la question du radium dans le traitement du *cancer utérin*. Ils montrent quels résultats encourageants ont déjà été obtenus et quels résultats meilleurs encore on serait en droit d'attendre, si le diagnostic du cancer était plus précocement fait. Ils passent en revue l'association du radium et de la chirurgie, du radium et des rayons X pénétrants.

Suit une mise au point du traitement curiethérapique des *fibromes*. Les auteurs s'efforcent de délimiter exactement les indications opératoires, l'hystérectomie pour fibrome restant une des plus belles opérations abdominales. Mais ils revendiquent pour le radium les fibromes de petit volume dont le principal symptôme est l'hémorragie, et qu'une application unique de radium guérit sans risques. A plus forte raison, le radium leur paraît le traitement de choix des *métrorragies sans fibromes*, surtout chez les femmes qui approchent de la ménopause.

Un examen critique est fait des diverses affections génitales, où le radium a pu être essayé.

Ce livre, écrit dans un but de vulgarisation, ne s'adresse pas seulement aux radiumthérapeutes ; il est destiné surtout aux praticiens qui y trouveront les indications, et aussi les contre-indications de ce merveilleux agent thérapeutique qu'est le radium.

Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1922.

Dr H.-Em. Fabre. — **Médico-Sténo.** (Nouvelle méthode de sténographie intégrale, praticable en un mois, une heure d'étude par jour). Prix : 10 fr.

Cette méthode, que l'auteur présente au public médical, scientifique et juridique, a l'avantage de pouvoir être apprise en y consacrant une heure par jour.

Elle permettra au médecin praticien de prendre des notes qui lui serviront à établir l'observation médicale, très délicate, qui convient en clientèle.

Le malade, qui vient le consulter, lui raconte, la plupart du temps, sa petite histoire qui est quelquefois très longue, très diffuse, mais qui comporte des passages intéressants qu'il faudra éclaircir pour établir le diagnostic.

Les étudiants en médecine, les internes des hôpitaux, y trouveront également leur compte ; les premiers pour prendre les enseignements de leurs maîtres, les seconds pour établir les observations, qu'ils présenteront le lendemain à leurs chefs de clinique.

L'étude de la Medico-Steno est donc du plus grand intérêt.

J. Dumoulin, imprimeur, 5, rue des Grands-Augustins, Paris, 1921.

L. Mencière. — **Paralysie flasque du membre supérieur par poliomyélite antérieure (paralysie infantile). Traitement orthopédique et chirurgical**). (1 brochure, 55 pages, avec 79 planches et figures).

Cette étude présente le plus grand intérêt ; elle est l'œuvre d'un chirurgien particulièrement expert, qui, depuis près de quinze ans, a consacré une large part de ses travaux (à la clinique orthopédique de Reims), aux difformités d'origine paralytique :

L. Mencière. — Adaptation du principe d'Abbott, colonne vertébrale en flexion, à la construction de mon auto-modeleur pour le modelage du thorax et le redressement du rachis.

Appareil pour la construction du plâtre : sujet assis, avant-bras sur pupitre, tronc en décubitus abdominal.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

TRAVAUX ORIGINAUX

DES RÉCLAMES MÉDICALES FALLACIEUSES

Guérison assurée de toutes les maladies..... et même davantage. On peut le lire à toutes les quatrièmes pages des journaux. Hier encore, j'avais les yeux attirés par une réclame tapageuse où on promettait, on « assurait » la guérison de l'alcoolisme, grâce à une poudre magique de perlinpinpin. Tout buveur qui aurait pris, pendant quelque temps, de ce bienheureux remède, deviendrait désormais un abstinent volontaire, *ipso facto.* Il aurait même de la répulsion pour tout liquide contenant de l'alcool. « Femmes, mères, filles, sœurs de buveurs, c'est à vous aussi que cela s'adresse... ». Vous pouvez ainsi sauver le malheureux que vous aimez de tous les dangers qui le guettent et de tous les désastres qu'il peut causer à sa famille. Et vous le pouvez aisément, puisque ce remède peut être administré à l'*insu du buveur*, qui guérira ainsi malgré lui et sans s'en douter.....

Et allez donc, bons jobards. Achetez ma poudre. Si le résultat est négatif pour votre cher buveur, il sera toujours positif pour moi, puisqu'il fera pleuvoir, en mon escarcelle, la blonde galette qu'on a tant de peine à acquérir dans un labeur honnête.

Eh quoi ? me direz-vous, confrères, mais cela n'est pas nouveau. Nous en connaissons l'aune depuis longtemps. Sans aucun doute ! Mais ce qui m'a frappé, c'est la coïncidence de semblables réclames, s'étalant au grand jour, avec certains procès intentés à d'honnêtes praticiens à qui l'on reproche une erreur de diagnostic et qu'on tente de condamner à la prison, parce qu'ils se sont trompés — alors même que cette erreur qu'on leur impute, et dont on les incrimine, est parfois si peu évitable qu'elle fut commise par des maîtres réputés. A ce récent procès d'Evreux, intenté à notre excellent confrère X..., n'en avons-nous pas un frappant exemple ? Grâce aux concours que lui apportèrent spontanément des chirurgiens et des praticiens, il fut acquitte: c'est entendu. Mais le fait même d'avoir été poursuivi devant la justice ne lui a-t-il pas causé un préjudice moral, injustifié, devant toute une vie de praticien probe et consciencieux ?

La même histoire peut se renouveler pour chacun de nous. Demain, nous pouvons être, de même, poursuivis, nous médecins, parce que *nous nous sommes trompés*..... Mais alors, pourquoi ne poursuit-on pas, *a fortiori*, les chevaliers d'industrie qui insèrent leur prose dans les journaux pour placer leur marchandise et s'efforcent, par une réclame éclatante, de *tromper les autres sciemment.*

Pour reprendre l'exemple ci-dessus, est-ce qu'en mettant en vente une poudre que j'affirme guérir de l'alcoolisme, je ne commets pas, en l'état actuel de la science, une « tromperie sur la marchandise ? » On condamne, et à juste titre, cette fois, ceux qui vendent du lait frelaté ou du vin sophistiqué. Il doit y avoir cependant, ce me semble, dans leur produit, une certaine quantité de lait ou de vin. Dans la poudre dont je parle, il n'y a, au contraire, pas la moindre parcelle de cette poudre « guérissante » qui est la marchandise, promise. Et cependant, hier comme demain, nous avons vu et nous verrons encore s'étaler, en bonne place, ces fallacieuses réclames, sans que les pouvoirs publics s'en émeuvent un seul instant. Pourquoi tant de suspicion et de rigueur d'un côté, tant de laisser-aller et de mansuétude de l'autre ?

***

On fera peut être cette objection... atténuante. Dans le cas d'un médecin faisant une erreur de diagnostic, il en résulte parfois un dommage pour le patient : c'est cela qui mérite une poursuite en justice — et une répression. Tandis que, dans le cas de cette poudre proclamée antialcoolique, il n'y a pas de dommage pour celui qui l'absorbe puisque ces sortes de poudre sont inertes, inoffensives. Si elles ne font pas de bien, elles ne peuvent faire de mal, etc... Soit ! Mais, dans un procès comme celui d'Evreux, est-ce seulement le dommage (code civil), qui fut en jeu ? Ne visa-t-on pas plutôt la faute lourde et ses conséquences (code pénal) ? Aussi ce fut, non devant le tribunal civil, mais devant la correctionnelle que fut traîné notre confrère, comme un malfaiteur présumé. La question de dommage y fut donc secondaire, subsidiaire, pour employer le langage juridique, je crois. Cette objection ne mérite donc pas qu'on s'y arrête.

Il en est une autre plus sérieuse. Comment se

rendre compte de la valeur intrinsèque de chaque produit pharmaceutique vanté dans un journal ? Est-il possible de faire un triage entre ce qui est honnête ou non ? Ou bien, faudrait-il en arriver à interdire toute réclame pharmaceutique ? Mais alors pourquoi seulement celle-là ?..... Voyez comme la question s'élargit. Où nous entraînerait la suppression des réclames, quand, à l'heure actuelle, c'est l'âme même du commerce ? Ce serait tenter d'arrêter le cours d'un torrent impétueux. Utopie.

Vous avez raison. Il n'y a pas, un seul instant, à songer de supprimer la réclame, même la seule réclame pharmaceutique. Ce qu'il faudrait, quant à cette dernière, c'est la *réglementer*.... en la faisant rester dans la simple légalité, dont elles s'est peu à peu *évadée*.

Il est, en effet, défendu à un pharmacien de vendre certains produits, certains sels, certains alcaloïdes, etc... au public, sans une ordonnance où un médecin a pris la responsabilité de l'administration dudit produit à un tiers qu'il connaît, qu'il « soigne » et auquel il ordonne cette prescription dans un but thérapeutique spécial et *individuel*. Ce médecin doit même, dans certains cas, mettre sur son ordonnance son nom, son adresse, ainsi que le nom et l'adresse du malade. Mieux encore ! Le médecin n'a pas le droit de prescrire, sur cette ordonnance, tel médicament pour plus de tant de jours — et le pharmacien qui l'exécute n'a pas le droit de la faire deux fois.

Comme les spécialités, sont, par définition, des produits médicamenteux, des agents thérapeutiques, puisqu'elles doivent amener la guérison des malades, et qu'elles peuvent contenir de ces substances même qu'un pharmacien ne peut livrer au public, sans ordonnance médicale, il résulte, évidemment, que toute spécialité devrait être officiellement connue en son essence, et interdite ou non au public son ordonnance, suivant qu'elle renferme ou non les substances médicamenteuses dont la vente libre est défendue.

Ceci établi, et chaque spécialité étant obligatoirement connue au point de vue chimique, il deviendrait assez aisé de dépister les réclames charlatanesques qui s'étalent copieusement dans la presse profane. Il en est qui ne renferment que des produits inertes ou à peu près. Il serait facile de constater qu'ils ne sont pas matériellement à même de produire les résultats thérapeutiques annoncés et ne guérissent, manifestement, que sur l'étiquette. Là, ce n'est plus une question de traitement, c'est simplement de l'escroquerie grossière..... qu'il serait légitime — et moral — de réprimer.

Quoi qu'il en soit, dans le parallèle que j'ai tenu à noter ici, il est un fait brutal qui ne peut que troubler la conscience de quiconque voudra bien y réfléchir quelque peu. Dans notre beau pays de France on jette, dans le box des accusés de droit commun, un médecin *soupçonné de s'être trompé* et on laisse libre d'agir à sa volonté un forban qui, à grand renfort de réclames, s'enrichit, *en trompant sciemment* le public.

Dr Fernand DECOURT.

CENTRES D'ÉLEVAGE

C'est la dernière invention des gens qui veulent bureaucratiser la médecine.

En tant qu'invention, le mérite paraîtra médiocre aux médecins-inspecteurs des nourrissons qui vivent dans un milieu — rural — où prospère spontanément l'industrie nourricière. Je contrôle, pour ma modeste part, une quarantaine de nourrissons chaque mois, — sans bureau, sans consultation hebdomadaire ou mensuelle ; sans dame-visiteuse surtout!

Quarante nourrissons ? Çà n'est pas beaucoup ! Cela fait centre — d'élevage — tout de même.

Mais il faut être juste. Si mes nourrissons se trouvent bien d'être totalement privés et des promenades dangereuses (pour eux) et des contagions plus dangereuses (idem) que systématiseraient les consultations de nourrissons — c'est au seul bénéfice de ma tranquillité que je considère l'absence de la visiteuse.

Un de mes confrères, voisin et ami, a été affligé, — par la châtelaine la plus bienfaisante qui soit, — d'une telle collaboratrice, et d'un local approprié au rôle de dispensaire.

Comme ce bon ami achalandait médiocrement le dispensaire, et utilisait peu les services de la Dame, elle a inventé, elle aussi, quelque chose de très bien : elle a ouvert le dispensaire à un autre confrère qui vient, de loin mais pour un honoraire modeste, braconner ès-lieux.

Mon bon ami a pu fermer les yeux jusqu'au jour où la Dame lui a demandé son thermocautère pour que ... l'autre n'ait pas la peine d'apporter le sien !

Instruit de ces choses, je me vois très mal pris entre les connaissances théoriques d'une telle aide, qualifiée par tous les diplômes de la terre, d'une part, et, d'autre part, la mère Cacique — la femme qui torche en ce moment son centième poupon (cent ? à peu près et en comptant ses onze enfants à elle) avec une mortalité totale de neuf. Neuf pour cent : 9 %.

Je n'en ai vu que 93 à l'état de nourrisson, il est vrai. J'ai vu au contraire les neuf morts.

Mais j'ai vu, à tout le moins douze fois l'an, pendant trente-six ans — soit quelque 400 fois ou 500 fois — le logis de la Cacique. Il est aussi sale en 1922 qu'il l'était en 1886 ... et toujours aussi sale et délabré et mal clos et mal éclairé et enfumé qu'on peut rêver.

Autrement dit, j'ai passé là ma vie à trembler,

à attendre la catastrophe quand les enfants y étaient par cinq à la fois. La catastrophe n'est point venue ; j'ai tremblé sans raison.

Mortalité, au biberon, de neuf pour cent.

Un miracle alors ! Un miracle qui dure depuis trente-six années ? Non !

Tout simplement la mère Cacique — et ses nourrissons — n'ont point de voisins !

Ses petits cochons barbotent dans la cour boueuse, que les poules rendent plus boueuse encore ; la fumée devrait les étrangler quand la pluie fait rage et les retient au logis, mais sous la porte passe en ce cas le grand air qui, dans la cour, comprenait le barbotage... et il n'y a point de voisins.

En théorie, deux fois l'an, c'est-à-dire le jour des vaccinations publiques et gratuites et le jour du contrôle d'icelles, ce monde vient à la maison commune, risquant ainsi le contage. En pratique, je me résigne à être conforme à moi-même et je vais *les* vacciner chez *elle* ; les contrôler de même.

Je me suis lavé les mains avant de venir ; je m'efforce de ne toucher à rien et je mets mes vaccinostyles au feu, un pour un.

Depuis la guerre, mon angoisse a crû : La Cacique a fait des élèves. Au prochain hectomètre, c'est la Thiébault, moins sale mais plus bête, à laquelle j'ai dû refuser d'en avoir plus de deux. A l'hectomètre suivant, c'est la Granger qui, très propre mais de petite santé, n'en veut avoir qu'un.

Au kilomètre, c'est la Robert qui a l'instinct d'industrialiser les choses : il lui en faut quatre, dont deux qui marchent — ou même cinq dont trois. Cette femme-là c'est mon cauchemar : elle est quasiment aussi sale que la Cacique et elle a l'air si bête que... !

Mais elle a trouvé le truc : elle a une chèvre pour passer l'été et, ainsi, son *centre d'élevage* a franchi sans encombre les petites chaleurs de 1922 après avoir bravé, sans dommage, la terrible sécheresse de 1921.

Ces ambiances de malpropreté me désespèrent. Bon gré mal gré, mal gré, bon gré, je les dois tolérer... à cause du résultat ; à cause, aussi, que çà coûte moins cher.

MOINS CHER ! Y pensez-vous, confrères, en mal de réformes à l'hygiène conformes ? Y pensez-vous, vous qui dites « il faut des enfants » et qui acceptez qu'on accorde un secours de *trente* francs par mois à la fille-mère qui devra donner *cent cinquante* francs à la Granger ?

Et qui trouvez que mes médiocres honoraires ne grèvent pas assez le budget, puisqu'il vous faut, pour caser à tout prix vos infirmières, créer une fonction *ad hoc* dans un centre d'élevage.

Après tout, vous pourriez avoir raison par un bout : que chacune de ces Dames nous apporte, de deux en deux ans, un enfant de sa façon... avec ou sans père. Ceci, au moins, justifierait ses appointements.

Dr CAMESCASSE.

LES INFIRMIÈRES

L'importante question des infirmières a été magistralement traitée par le Dr Noir à l'Assemblée générale du *Concours Médical* du 19 novembre 1922.

On sait que le Dr Noir est un spécialiste de cette question, tellement il l'étudie — depuis si longtemps — avec une si grande compétence. Il a surtout traité le côté historique du sujet, et il l'a fait largement et complètement, demandant aux confrères le concours de leurs lumières et de leur expérience, pour la mise au point du côté pratique, administratif et utilitaire.

Aujourd'hui — encore et de plus en plus — est infirmière qui veut. Toutes les femmes qui ont approché de près un médecin, qui sont entrées dans un hôpital ou un dispensaire, qui ont veillé un malade pendant quelques jours, qui ont servi une potion ou administré un lavement, se disent infirmières. Depuis la guerre, elles foisonnent. Infirmières et gardes-malades se confondent. Sages-femmes sans clientèle, jeunes filles sans famille ou dénuées de ressources, veuves ou femmes à la recherche d'une situation qu'elles jugent commode et agréable, se présentent comme infirmières. Elles pullulent. Ce n'est certes pas la quantité qui manque. En est-il de même de la qualité ?

Les références et les titres sont bien souvent vagues, incertains, insuffisants. Les diplômes et les certificats d'aptitude sont délivrés de tous côtés avec peut-être un peu trop de complaisance par trop d'organismes sanitaires.

Les trois sociétés de la Croix-Rouge française délivrent des diplômes d'aide-infirmière, d'infirmière, et d'infirmière-major. Il faut reconnaître que, depuis un certain temps, ces diplômes comportent de réelles études, avec stage hospitalier et examens sérieux. C'est le Dr Duchaussoy, fondateur de l'association des Dames françaises, qui est le véritable instigateur de l'enseignement médical dans la Croix-Rouge, et le diplôme d'infirmière avec connaissances générales afférentes à cette fonction dénote des capacités réelles et positives.

Tous ces diplômes des Croix-Rouges ne sont pourtant pas équivalents, mais tous ont une valeur certaine. D'autres diplômes sont décernés par des instituts privés, des organismes de puériculture ou de mutualité, des dispensaires, des écoles spéciales, sans aucun caractère officiel. Les bureaux d'hygiène sous l'inspiration des maires, nomment des commissions locales d'examen pour l'emploi d'infirmières attachées à ces bureaux d'hygiène au titre général ou bien au titre d'infirmières scolaires.

L'Etat vient d'apporter sa note dans ce concert de diplômes et de certificats, en organisant des examens d'infirmières. Ceci remplacera-t-il cela ?

Voici donc des gardes, des titres inégaux, des suprématies, des rivalités, des discordes peut-être. C'est le chaos, l'incohérence, la confusion. Cette multi-

plicité des certificats par cette multiplicité d'organismes qui les délivrent, est loin de résoudre la question : Il faut de l'ordre dans ce mouvement. Il faut réglementer. Il faut unifier.

Etant donné que les médecins ont besoin de bonnes infirmières, qu'il en faudrait même un grand nombre — quoiqu'il y ait lieu de prendre garde, mais nous reviendrons tout à l'heure sur ce point — qu'il en faudrait possédant des connaissances générales, puis d'autres des capacités spéciales, des spécialistes en un mot, est-ce l'Etat qui va nous les fournir ? Cela serait possible et nous ne voyons même aucun inconvénient à ce que l'Etat s'adjoigne certains organismes compétents, telle la Croix-Rouge, pour le seconder dans sa tâche. Nous savons d'ailleurs que des pourparlers sont déjà engagés entre le ministre et la Croix-Rouge. Mais alors il faudrait exiger des études sérieuses — pas trop longues toutefois — avec grades assimilables au certificat d'études, brevet, brevet supérieur, bachot, etc., et diplôme spécial de masseuse, ou en sérothérapie, syphiligraphie, bactériologie, etc.

Les infirmières spéciales seront surtout très appréciées et très utiles dans les dispensaires, cliniques et cabinets de spécialistes.

Mais je reviens sur un point sur lequel je ne suis peut-être pas tout à fait d'accord avec le Dr Noir.

Les médecins spécialistes, les médecins de dispensaires, ou à la tête d'une clinique, les médecins scolaires, les médecins de bureaux d'hygiène, ont besoin d'être secondés par de bonnes infirmières.

Le médecin praticien ne saurait s'en passer aujourd'hui, dit le Dr Noir, en raison de la complexité des examens et soins médicaux à donner.

A notre avis, une garde-malade simple et honnête suffira parfois à venir en aide au médecin praticien. Pas toujours, mais souvent, méfions-nous des infirmières, prêtes, toutes, tant qu'elles sont, à nous supplanter dans la clientèle, à répondre à l'appel d'un client de son quartier qui la sait experte à faire une piqûre, à poser des ventouses, etc., client qui attendra que cela aille plus mal pour appeler son médecin ordinaire. Sans compter l'exercice illégal.

On peut avoir une nombreuse et riche clientèle, mais on prendra le temps de faire une piqûre, un prélèvement de sang, une injection hypodermique ou intra-veineuse, même de poser des ventouses ou un sinapisme.

Ces petits soins sont très bien vus du malade, et cela rapporte. C'est peut-être un point de vue terre à terre, mais qui a tout de même son intérêt.

Gardons toutes nos prérogatives, tout notre prestige, et ne nous laissons point supplanter, ne laissons point croire que la médecine peut être exercée par tout le monde.

Le côté objectif est celui qui frappe le plus le client, et qui nous le garde.

Je suis convaincu que le Dr Noir comprendra ma pensée et ne m'en voudra pas de l'exprimer.

Dr COURGEY.

LA VIE SYNDICALE

Union des Syndicats médicaux de France (1)

(14, 15 et 16 *décembre* 1922)

L'assemblée continue la discussion sur les questions soulevées par le rapport du Secrétaire général.

Elle constate que la situation syndicale est, en général, bonne. Cependant, certains efforts sont encore à faire dans certains grands centres, notamment à Paris.

Elle décide qu'une enquête sur les conditions de l'exercice de la médecine à Paris sera faite par l'Union d'accord avec les syndicats parisiens, dans les conditions où semblables enquêtes ont été déjà faites en Alsace, dans les Mines, etc.

Loi des Pensions. — Le secrétaire général signale l'opposition faite par le ministère des finances à l'accord de la Commission tripartite sur la question du tarif kilométrique.

L'assemblée décide d'envoyer immédiatement une délégation chargée de porter à la connaissance du Ministre des Pensions et, au besoin, du ministre des finances, la résolution suvante :

« L'Assemblée générale de l'Union, réunie le 14 décembre 1922, déclare inadmissible tout changement à l'accord intervenu entre les membres de la Commission tripartite au sujet de la Loi des Pensions, et, en particulier, au sujet du tarif kilométrique, qui avait été fixé d'un commun accord à 1 fr. 25 et 1 fr. 50.

« Faute de satisfaction sur ce point, elle déclare que les médecins syndiqués ne pourront désormais, en ce qui les concerne, continuer à mettre en œuvre, au point de vue administratif, l'article 64 de la Loi des Pensions, cette décision devant avoir force d'exécution dans le délai d'un mois. »

La discussion sur le tarif kilométrique conduit l'Assemblée à envisager les conditions matérielles de l'exercice de la médecine, les possibilités et les inconvénients d'un tarif unique. La suppression des catégories est réclamée par un grand nombre des délégués présents, qui donnent mandat au Conseil

(1) Le compte-rendu analytique de la discussion sur le contrat collectif et l'ordre du jour qui l'a clôturée ont été publiés dans le n° 53 du 31 décembre 1922.

d'administration de l'Union de continuer les études préparatoires à une action en vue de la suppression des catégories.

Loi sur les accidents du travail. — L'accord établi à la Commission du tarif Breton à propos du payement des médecins dans les hôpitaux, pour les accidentés du travail, a été mis en échec par la Commission supérieure d'assistance publique qui veut subordonner le payement de l'acte médical aux règlements hospitaliers en vigueur actuellement.

L'Assemblée donne mandat au Conseil de rejeter ces dispositions et d'insister pour que la révision de l'article 4 de la Loi du 29 avril 1898 permette d'étendre le tarif Breton à la médecine dans les hôpitaux. A ce sujet, l'Assemblée décide que la question de l'exercice de la médecine dans les hôpitaux, en général, doit être étudiée par le Conseil de l'Union dans le but de fixer aux médecins syndiqués les directives sur les moyens de la lutte à entreprendre vis-à-vis des administrations hoiptalières.

La Loi de 98 sur les accidents du travail vient d'être étendue aux ouvriers agricoles. L'Assemblée prescrit au Conseil d'administration de réclamer l'application exacte de la loi, laquelle charge la commission du tarif Breton de la fixation des tarifs et de l'étude de tout litige. L'Union devra s'opposer aux prétentions du ministre de l'agriculture qui veut déposséder cette Commission de ses prérogatives, au profit de son seul ministère.

Assistance médicale gratuite. — Les conclusions du rapport sur l'A. M. G. paru dans le *Médecin Syndicaliste* du 1er décembre 1922, sont adoptées par l'Assemblée.

Divers orateurs insistent sur la nécessité d'un contrôle syndical effectif permettant aux syndicats de justifier leurs réclamations auprès des Conseils généraux.

L'Assemblée charge le Conseil de l'Union d'étudier la question de la demi-assistance et de procéder à un referendum sur ce sujet, auprès des syndicats.

Assurance sociale. — Dans l'éventualité du vote d'une Loi sur l'assurance sociale, l'Assemblée charge le Conseil d'administration de poursuivre une campagne pour demander la modification de l'article 161 du Projet de Loi sur les assurances sociales, afin de faire entrer immédiatement, dans le cadre général de la Loi, les soins aux diverses catégories visées à l'article 161 ci-dessous reproduit :

« 1) En matière de soins médicaux,les salariés de « l'Etat, des départements, des communes, des « établissements publics ou des administrations « financières, placées sous un régime de retraite « spécial, en vertu des dispositions législatives ou « réglementaires ;

« 2) Les salariés des grandes compagnies de che- « mins de fer d'intérêt général et de l'administra- « tion des chemins de fer de l'Etat, des chemins de « fer d'intérêt général secondaire ou d'intérêt local « et des tramways ;

« 3) Les salariés des Mines et carrières d'ardoise ;
« 4) Les inscrits maritimes.

Mutualités. — L'Assemblée générale autorise le Conseil à répondre aux demandes de pourparlers que lui a fait tenir la Fédération Nationale de la Mutualité française, étant entendu que ces pourparlers ne préjugent en rien de l'avenir.

Le secrétaire termine l'exposé de son rapport dont les conclusions sont votées à l'unanimité par l'Assemblée :

« L'Assemblée générale de l'Union des Syn- « dicats médicaux de France, après avoir exa- « miné le travail de l'année, les résultats obtenus, « constate que le Conseil de l'Union s'est confor- « mé strictement au mandat qui lui avait été « donné, et approuve sa gestion ».

(Les autres paragraphes ont été votés antérieurement, au cours de la discussion).

***

Le secrétaire de l'Union résume son rapport. Il demande qu'un second rédacteur soit attaché au service du bulletin et qu'il soit créé à l'Union un service de renseignements permettant de réunir tous les documents nécessaires à l'étude des questions (*Adopté*).

A ce sujet, une discussion s'engage sur les caractères mêmes du *Médecin Syndicaliste* en tant que bulletin de l'Union. A la suite de cette discussion, l'Assemblée vote l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée invite le Conseil :

1° A garder au *Bulletin* son caractère de traducteur de l'action syndicaliste, dans la direction donnée chaque année par l'Assemblée générale ;

2° A se refuser à faire du *Bulletin* un journal de polémiques et de discussions particulières. »

Il invite la rédaction à étendre la partie réservée au mouvement syndical.

L'Assemblée, confirmant les décisions des assemblées antérieures, décide de demander aux Syndicats de constituer un secrétariat solide et des archives, et leur conseille de contracter un abonnement au *Médecin Syndicaliste*.

***

Organisation de la défense sanitaire et de l'hygiène sociale par les Syndicats, avec contrat collectif, dans le cadre local, départemental et général.

L'Assemblée entend, sur cette question, un rapport de l'Union dont elle vote les conclusions :

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, considérant que l'or-

ganisation des services de l'hygiène collective est, pour la nation, une nécessité vitale, que cette organisation ne peut ni ne doit se faire par les seules voies administratives :

« Déclare indispensable la collaboration intime et confiante des Pouvoirs publics et des Syndicats médicaux pour réaliser cette organisation ;

« Affirme la nécessité que tous les médecins sanitaires chargés de fonctions publiques soient des délégués syndicaux soumis au contrôle syndical et au contrôle de l'Union ;

« Invite le Conseil de l'Union à poursuivre, sans délai, dans le plus intime accord avec les Syndicats, la propagande nécessaire à l'organisation de l'hygiène collective, dans chacun des départements, d'après les directions suivantes :

« *a*) Les Syndicats locaux constitueront une Fédération départementale, s'il existe plusieurs Syndicats dans le même département ;

« *b*) Le Syndicat ou la Fédération départementale établira une liste de cinq « délégués syndicaux de l'organisation de l'hygiène collective ». Ces délégués choisis parmi les compétences les plus notoires seront proposés à la nomination du Ministre par l'Union des Syndicats médicaux de France.

« S'il existe déjà des médecins fonctionnaires d'hygiène dans le département, ces médecins seront maintenus dans leur fonction et considérés comme délégués syndicaux. Partout où ces fonctionnaires n'existent pas, les praticiens désignés se consacreront exclusivement à leur fonction et s'interdiront de pratiquer la médecine.

« *c*) Les délégués syndicaux à l'hygiène seront rétribués suivant l'article 19 de la loi du 5 février 1902, par délibération des Conseils généraux et d'après les tarifs analogues à ceux qui ont été appliqués par le Conseil général de l'Hérault dans sa séance du 3 mai 1921. Tous les praticiens concourant aux services d'hygiène seront rétribués au prorata de leurs services.

« *d*) Dans le cas où le Conseil général n'inscrira pas à son budget les sommes nécessaires, l'Union des Syndicats médicaux saisira le ministre de l'hygiène de l'impossibilité d'appliquer la loi.

« *e*) Chacun des délégués à l'hygiène aura l'une des attributions suivantes : 1° épidémiologie et nosographie ; 2° problèmes urbains ; 3° industrie des aliments ; 4° hygiène du travail ; 5° direction des fondations d'hygiène collective.

« *f*) Les délégués constitueront le Conseil départemental d'hygiène ;

« *g*) Le Conseil départemental se tiendra en liaison étroite avec le bureau du Syndicat seul responsable des rapports avec l'administration publique locale ;

« *h*) Le Conseil de l'Union sera saisi de toutes les questions échappant au domaine des administrations locales et devant faire l'objet de recours près du ministre ou de ses Conseils centraux ;

« *i*) Les Conseils départementaux d'hygiène pourront provoquer des réunions régionales de délégués. Les problèmes d'ordre local étudiés dans ces réunions seront rapportés à chacun des Syndicats intéressés. Les questions d'ordre général seront rapportées à l'Union ;

« *j*) Les Conseils départementaux éliront chaque année, une ou deux fois par an, d'accord avec le Bureau syndical local, un délégué à une Assemblée générale des délégués à l'hygiène dont les rapports et les vœux seront transmis à l'Union des Syndicats médicaux ;

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, signale, par avance, l'inefficacité de toute loi protectrice de la santé publique qui ne tiendrait pas compte des aspirations élevées du Corps médical organisé, protecteur naturel de la Santé et de l'Hygiène collectives ».

Une des parties les plus importantes de la tâche des syndicats, au cours de l'année qui vient, sera donc d'étudier les moyens de prendre en charge et de réaliser, dans le cadre local, l'hygiène publique, afin de pouvoir mettre sur pied, dans le plus bref délai possible, en ce qui concerne cette question, les organisations analogues à celles qui ont été déjà conçues par l'A. M. G. par exemple, dans certains syndicats. (*Adopté à l'unanimité*).

Lutte contre la tuberculose et la syphilis. — Le secrétaire général trace les grandes lignes de l'organisation de la défense sanitaire et notamment de la lutte contre la tuberculose et la syphilis ainsi que veulent l'organiser les syndicats. Il montre qu'en défendant les intérêts professionnels des médecins, dans cet ordre de faits, ce sont, du même coup, les intérêts des malades et de la santé publique que l'on défend. Il n'y a pas de place pour une organisation réelle, effective, de la lutte contre la tuberculose et la syphilis, en dehors des médecins praticiens, ou, plus exactement, rien ne se peut faire dans cet ordre d'idées, sans la collaboration étroite et effective des praticiens. Cette collaboration active ne peut être obtenue que par une participation de tous les instants du médecin praticien à la lutte conre ces fléaux sociaux.

Les conclusions de son rapport sont adoptées a l'unanimité :

« L'Assemblée générale de l'Union, réunie le 15 décembre 1922,

« Considérant que le point essentiel en matière d'organisation de la lutte antituberculeuse et antisyphilitique, est de lancer, dans cette lutte toute la profession médicale, parce qu'en effet, seul, l'ensemble de la profession est susceptible de fournir l'effort nécessaire pour obtenir des résultats en cette matière :

« Considérant que cette collaboration ne sera assurée effectivement que si l'organisation de la lutte antituberculeuse et antisyphilitique est établie d'accord entre les parties intéressées, c'est-à-dire Pouvoirs publics d'une part, Syndicats médicaux de l'autre,

« Décide qu'un contrat collectif pourra être fait selon les directives suivantes :

« 1° Le dispensaire sera le pivot de l'organisation mais il se bornera à assurer la prophylaxie. L'accès en sera libre à tous, à condition que la porte ne soit ouverte que par le médecin.

« Le dispensaire sera un centre d'exploration et d'action technique à la disposition, non pas d'un seul médecin, pour y soigner des malades, mais à la disposition de tous les médecins,.

« Il sera un centre de collaboration médicale à tous points de vue.

« 2° Le fonctionnement du dispensaire, comme des autres centres de lutte antituberculeuse ou antisyphilitique, sera de même assuré par contrat ;

« 3° Chaque année, le bilan du fonctionnement de ces divers organismes sera établi, discuté, et fera l'objet de décisions précises ;

« Une Commission ceûntrale sera créée à Paris, composée de représentants de l'Etat nommés par le Ministère de l'Hygiène, de représentants de la profession médicale nommés par l'Union des Syndicats médicaux de France.

« L'objet de cette Commission sera de dresser annuellement le bilan des résultats obtenus dans la lutte antisyphilitique et antituberculeuse entreprise en France.

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France du 15 décembre 1922 estime que si on peut réaliser de cette sorte, une sérieuse organisation de la lutte antisyphilitique et antituberculeuse, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des malades, il serait, par contre, dangereux et inopérant de créer une sorte d'organisation d'Etat gérée forcément par quelques médecins en dehors de la profession organisée et dont l'unique résultat serait de faire dépenser aux contribuables des sommes considérables.

« Dans ces conditions, l'Assemblée générale estime que le projet de loi déposé au Parlement et mettant 20 millions à la disposition de la lutte antisyphilitique doit être revisé, pour obliger l'Administration de l'Etat, à s'entendre avec le Corps médical organisé. S'il en était autrement, si elle se heurtait à un refus formel d'organiser cette collaboration, l'Assemblée générale déclare qu'elle dégagerait sa responsabilité et qu'elle se verrait dans l'obligation d'ignorer complètement des efforts qu'elle considérerait comme dirigés dans un but opposé réellement à la santé publique.

« L'Assemblée générale donne, en outre, mandat au Conseil de l'Union d'agir immédiatement auprès du Comité national de défense contre la tuberculose et auprès du ministre de l'hygiène pour que soit entériné le contrat passé entre le Syndicat de Lot-et-Garonne et le Comité départemental ».

Un certain nombre de syndicats de province viennent exposer à la tribune ce qui a été mis sur pied dans leur ressort aux fins d'organisation de la lutte antituberculeuse.

Une communication très remarquée est celle du Lot-et-Garonne. Ce syndicat avait réussi, par une entente locale avec l'office départemental d'hygiène, à réaliser une organisation extrêmement intéressante et qui assurait, de façon effective, la lutte antituberculeuse, avec le concours dévoué de tous les médecins praticiens.

L'office national d'hygiène s'étant trouvé en désaccord avec l'office départemental au sujet des conditions administratives du fonctionnement de cette œuvre, a coupé les vivres au comité départemental d'hygiène sociale et actuellement, les médecins de Lot-et-Garonne se trouvent dans l'impossibilité de se livrer à l'œuvre de prophylaxie à laquelle ils s'étaient consacrés.

A la suite de cette communication, l'Assemblée générale félicite le syndicat de Lot-et-Garonne, décide l'insertion *in extenso* de la communication de son délégué au *Médecin syndicaliste*, et vote l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France,

« Regrette le geste par lequel l'Office national d'hygiène pour un désaccord avec un Comité départemental, refuse tout secours aux tuberculeux anciens militaires réformés de guerre de ce département ;

« Approuve le mode d'organisation de défense sanitaire institué dans le Lot-et-Garonne par un contrat collectif entre le Comité départemental d'hygiène et le Corps médical représenté par son Syndicat ;

« Demande que, au lieu de lui supprimer toute subvention, l'aide la plus large lui soit accordée ;

« Déclare ne pouvoir donner son concours, en ce qui concerne la défense sanitaire du pays contre la tuberculose, la syphilis et le cancer, qu'à une organisation établie en collaboration étroite avec le Corps médical représenté par ses groupements professionnels, respectant les droits des malades et des médecins, prévoyant des sanctions contre les manquements aux principes qui seront établis, et réservant une part efficace au Corps médical dans le contrôle et la surveillance de cette organisation ».

Vaccination. — Le syndicat de Rennes et de Sud Ille-et-Vilaine propose à l'Assemblée un ordre du jour qui est voté à l'unanimité et qui invite l'Union

à étudier le moyen de faire supprimer la gratuité de la vaccination pour les non nécessiteux.

Addendum. — Loi des Pensionss. — Au cours de la matinée du 15 décembre, la délégation prévue par un ordre du jour, voté au cours de la séance du jeudi soir 14, s'est rendue, accompagnée du président du groupe médical parlementaire, auprès du ministre des Pensions. Elle a demandé, au nom du corps médical, le respect des engagements pris à la Commission Tripartite.

Le ministre a reconnu l'exactitude de la décisoin telle que la délégation la rapportait. Il a exposé que ses services se sont heurtés au veto du ministre des finances et que les enquêtes faites auprès des techniciens concluent aux prix de 1 fr. 24 en plaine et 1 fr. 27 en montagne.

Il s'est engagé à entrer en rapports, dans la journée du 15, avec le ministre des finances et à faire tous ses efforts pour lui faire accepter les prix de 1 fr. 25 et 1 fr. 50 ou à leur défaut, ceux de 1 fr. 24 et 1 fr. 27.

En cas de refus, le ministre des Pensions porterait la question devant le Conseil des ministres.

La réponse des conciliabules interministériels a été apportée à l'Union le samedi soir, au moment où l'Assemblée allait se séparer. Elle fixe à 1 fr. 24 et 1 fr. 27 le tarif kilométrique pour la Loi des Pensions, ces chiffres étant entendus pour un an. Une discussion s'ouvre immédiatement à ce sujet, les médecins des pays de montagne protestent contre le prix de 1 fr. 27 qu'ils considèrent comme ne répondant pas à la réalité. Cependant, pour clore un conflit dont la prolongation sur ce point particulier ne serait plus compris par l'opinion publique et une partie du corps médical, l'Assemblée générale vote l'ordre du jour suivant, les syndicats médicaux se réservent de reprendre la question au cours de l'année qui vient afin que l'année prochaine des tarifs différents puissent être obtenus :

« L'Assemblée générale regrette que l'accord établi à la Commission tripartite n'ait pas été respecté par l'Administration quant au tarif kilométrique.

« Dans l'intérêt supérieur des mutilés et malades de guerre et pour mettre fin à un conflit qui n'a que trop duré, elle accepte pour un an, les tarifs proposés : 1,24 en plaine, 1,27 en montagne étant bien entendu que ce tarif provsoire ne servira jamais de précédent pour l'abaissement des tarifs kilométriques plus élevés déjà établis ».

***

Médecine de contrôle (Addendum). — L'Assemblée générale vote les conclusions du rapporteur (voir précédent compte rendu) et adopte le vœu suivant :

« Que le taux des honoraires des expertises devant les Tribunaux des Pensions soit révisé, en prenant pour base comparative, les chiffres prévus par le tarif Maginot pour soins aux mutilés, et en tenant compte de l'importance de la mission médico-légale confiée aux experts ».

Assistance médicale gratuite. — L'Assemblée, dans une précédente séance, a adopté les conclusions du rapporteur. Elle entend aujourd'hui les renseignements apportés par les délégués des syndicats sur la façon dont fonctionne l'A. M. G. dans leur région et les différents contrats collectifs conclus pour l'exercice de la médecine d'assistance.

Le syndicat des Deux-Sèvres fait lire et exposer un contrat collectif en matière d'A. M. G., qui est devenu le réglement d'administration publique de l'A. M. G. du département.

Ce travail vaut à son auteur les félicitations de l'Assemblée qui décide de le faire paraître *in extenso* dans le bulletin de l'Union.

LE CONCOURS MÉDICAL ET SES FILIALES

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

12 *décembre* 1922.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Vimont ; Mignon ; Gassot ; Noir ; Duchesne et Boudin, *secrétaire*.

Sur le rapport du secretaire général, le Conseil prononce les admissions, provisoires suivantes :

Combinaison MA.

M. le Dr Collangettes, à Aigueperse (Puy-de-Dôme).

Combinaison 1/2 MAD

MM. les Drs :

Kent-Gayet, à Aix-les-Bains (Savoie).
Fraikin, à Neuilly-sur-Seine (Seine).
Pophillat, à Montargis (Loiret).
Dautrey, à Vignory (Haute-Marne).
Le Couteux, à Brest (Finistère).
Vermeil, à Saintes (Charente-Inférieure).
Roqueplane, à Gençay (Vienne).
Bellin, à Grenoble.
Moriniere, à St-Florent-le-Vieil (Maine-et-Loire).
Calmels, à Millau (Aveyron).
Hadot, à Pouxeux (Vosges).
Thiers, à Valence (Drôme).
Serfaty, à Paris.

Willemetz, à Hénin-Liétard, (Pas-de-Calais).
Demarque, à Rochefort (Charente-Inférieure).
Lefebvre, à Blandecques (Pas-de-Calais).
Leroux, à Connerré (Sarthe).
Michel, à Montaigut-en-Combrailles (Puy-de-Dôme).
Etienne, à Renwey (Ardennes).
Charlin, à Jougue (Doubs).
Guinaudeau, à La Rochelle.
Bricet, à Paris.
Poitevin, à La Rochelle.
Dieuzaide, à Lectoure (Gers).
Mignon, (M.), à Paris.
Nicolas, à Ménat (Puy-de-Dôme).
Cauvin, à Nice.
Toupance, à Dixmont (Yonne).
Mulle, à Marseille.
Laur, à Tournemire (Aveyron).
Hervé, à Talence (Gironde).
Choussaud, à Orléans.
Chaufreau, à Pointis-Inard (Haute-Garonne).
Peytard, à Corps (Isère).
Caussade, à Rouen.
Berté, à Raucourt (Ardennes).
Henry, à Cousances-aux-Forges (Meuse).
Allemand, à St-Vallier (Drôme).
Voinier, à Rupt-sur-Moselle (Vosges).
Moré, à Bannalec (Finistère).
Dupont, à Payres (Aube).
Ruris, à Quarré-les-Tombes (Yonne).
Curel, à St-Saturnien-d'Apt (Vaucluse).
Pasquereau, à Nantes.
Perrotte, à Croissy-sur-Andelle (Seine-Inférieure).
Gilbert, à Brégy (Oise).
Desbertrand, à Capestang (Hérault).
Arbez, à Meylieu-Montrond (Loire).
Bugeau, à Surgères (Charente-Inférieure).
Clément, à Rumilly (Haute-Savoie).
Coulomb, à Nîmes.
Delteil, au Passage-d'Agen (Lot-et-Garonne).
Dufour, Mâcon.
Houmenil, à Remiremont (Vosges).
Jossu, à St-Ambreuil (Saône-et-Loire).
Leclerc-Montmoyen, à Paris.
Lelong, à Aix-les-Bains (Savoie).
Mosnier, à Alais (Gard).
Olmer, à Marseille.
Petit, à Valenciennes (Nord).
Ribereau, à Bordeaux.
Thomas, à Nantes.

Conformément aux statuts, les admissions à titre définitif seront prononcées dans la séance de fin mars.

Combinaison R.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission de M. le Dr Fraikin, de Neuilly-sur-Seine (Seine).

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. Boudin. *Le président,* A. Maurat.

DOCUMENTS

L'EXERCICE ILLÉGAL AVALISÉ PAR LES TRIBUNAUX

Un guérisseur au XXe siècle

Nos confrères ont suivi avec l'attention qu'ils méritaient les deux procès intentés par le Parquet à M. Béziat, et dans lesquels le Syndicat de la Plaine de Toulouse s'était porté partie civile. Le Tribunal de Villefranche, et plus tard le Cour d'Appel de Toulouse, ont acquitté le prévenu.

Fort de ces deux documents judiciaires, M. Béziat les publie dans une circulaire sur feuille in-4o (imprimerie Chausson, Villefranche-Lauragais). Nous devons aux médecins de la région la reproduction intégrale de ces textes et du savoureux commentaire qui les accompagne .

Page 1 :

Thérapeute : Jean BÉZIAT.
Ingénieur (E.N.A.), ✻
Dit : le Guérisseur d'Avignonel.

Mon double acquittement.
en Première Instance et en Appel.

Page 2 :

Tribunal correctionnel de Villefranche-de-Lauragais.
(Jugement du 4 novembre 1921.)

Le Tribunal,

Sur le délit d'exercice illégal de la médecine ;

Attendu qu'il convient, avant tout examen, de déterminer quels paraissent être, au dernier état de la jurisprudence, les éléments constitutifs de ce délit ; que, dans un premier état, elle avait décidé que tombait sous le coup de la loi toute personne, non munie du diplôme de docteur en médecine, faisant métier de soulager ou de guérir les maladies ou les affections chirurgicales, quel que soit le moyen employé et même en l'absence de tout traitement (Cass. crim., 29 déc. 1900, arrêt Mouroux, S. 1901, 1, 108) ; qu'elle a déclaré ensuite, par des décisions beaucoup plus récentes, qu'échappe à la répression celui qui se borne, quelle que soit la nature du mal, à imposer ses mains sur le siège de la douleur, en adressant une invocation mentale à un esprit dont il se dit le pouvoir de provoquer l'intervention favorable, et que tombe sous le coup de la loi celui qui accompagne ces pratiques de prescriptions de remè-

des ou de médicaments, de régime à suivre, tout au moins, de conseils tendant à guérir ou à soulager, de telle sorte que cet « ensemble » constitue comme un rudiment de traitement thérapeutique (Cass. crim., 25 juin 1908, 25 juin 1909, 8 avril 1911 (arrêts Morel, Le Fur et Jacob : *Gaz. Pal.*, 1908, 2, 87 ; 1909, 2, 128 ; 1911, 1, 728. S. 1912, 1, 235) ;

Attendu qu'il y a lieu maintenant de faire aux faits de la cause l'adaptation de ces principes ;

Attendu que Béziat se borne *généralement*, quelle que soit la nature de la maladie, à promener ses mains, soit à les imposer sur le siège du mal, tout en prononçant une invocation à une puissance mystérieuse et bienfaisante ; qu'il croit communiquer ainsi au malade une force extérieure à lui-même, dont il dit n'être que l'agent conducteur, force dont il ignore la nature, mais dont il a vérifié, *dit-il*, les vertus curatives ;

Attendu que les découvertes récentes de forces nouvelles, dont la nature, la puissance et le degré d'utilisation sont encore mal définis, commandent une grande circonspection dans la négation comme dans l'affirmation de phénomènes *a priori* inadmissibles, mais qui ne nous apparaissent peut-être comme tels que parce qu'ils bouleversent la quiétude de nos connaissances et de nos habitudes, ; que troublé, il est vrai, par les accents de certitude des nombreux témoins entendus, le Tribunal n'a pas la preuve suffisante que le pouvoir curatif de Béziat, que la citation qualifie d'ailleurs de chimérique, soit une réalité ; que même en tenant les guérisons pour certaines, il serait impossible de déterminer si l'agent thérapeutique émane du prévenu ou s'il n'est pas l'effet d'une auto-suggestion du malade, devenu ainsi son propre guérisseur ;

Attendu que les impositions de mains et les invocations reprochées à Béziat, doivent donc, pour constituer le délit, être accompagnés de certains faits qu'il reste maintenant à examiner ;

Attendu que ces faits sont au nombre de cinq :

Qu'en ce qui concerne l'un d'eux, qui est le conseil donné à un sieur Bonin de s'abstenir d'une opération chirurgicale, il résulte de la déposition à l'audience de la femme de ce malade, que son mari ayant déjà connu les angoisses du bistouri redoutait une nouvelle intervention, et qu'ayant instamment supplié Béziat de la lui éviter, celui-ci avait répondu : « Je tâcherai » ;

Attendu que ces paroles n'indiquent pas un conseil d'abstention assez caractérisé pour constituer une véritable prescription médicale ;

Attendu que les autres cas consistent tout d'abord dans le simple avis à deux malades de manger de tout et de boire du vin, et les deux derniers dans les conseils donnés à la dame Touja de s'abstenir de « médicaments de fiole » et à la dame Fajolle de ne pas laisser mettre sa fille dans une gouttière ;

Attendu que s'il est difficile de voir dans les deux premiers autre chose qu'un conseil d'hygiène, les deux derniers constituent bien des prescriptions d'ordre médical, impliquant une direction donnée aux malades, mais qu'ils restent isolés ; qu'il échet cependant de rechercher s'ils peuvent toutefois à eux seuls et même réunis aux deux faits précédents, constituer l'élément d'habitude nécessaire à la consommation du délit ; que l'habitude doit s'entendre ici d'une fréquence et d'une continuité dans la répétition des actes délictueux qui soient des manifestations isolées et accidentelles de l'exercice de la profession ; qu'il résulte de l'information que, dans le cours de l'année 1920, le prévenu a vu environ *huit mille malades*, et qu'il n'est pas possible de retrouver dans les faits retenus, eu égard à cette proportion, la fréquence et la continuité des actes constitutifs de l'infraction poursuivie. (V. en ce sens Hélie, Prat. crim., 2e p., n° 604 ; Garçon , C. pén. ann., art, 335, n° 93, 94, 96, 100) ;

Attendu en résumé, qu'il ne résulte pas des faits relevés par la prévention d'exercice illégal de la médecine et un ensemble de circonstances qui constitue, aux termes même des arrêts précités, « la « preuve d'une direction donnée aux malades et la « participation habituelle et d'une façon suivie au « traitement de leurs maladies ; que le prévenu est « donc, de ce chef, en voie de relaxe ;

Par ces motifs,

Acquitte le sieur Béziat.

Page 3 :

COUR D'APPEL DE TOULOUSE.

(Arrêt du 5 juillet 1922.)

La Cour,

Attendu que la prévention reproche à Béziat d'avoir, sans satisfaire aux conditions prévues par l'article 16, § 1er de la loi du 30 novembre 1892, pris part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ;

Attendu que le prévenu ne conteste pas avoir cherché à soulager *les malades de toutes sortes* qui ont fait appel à lui, et que de ces déclarations, comme de celles des témoins entendus, qui concordent avec les siennes, il est résulté la preuve que les soins donnés par Béziat consistaient dans l'*apposition*, l'*application*, le *passage des mains sur les membres ou organes* malades, dans des *frictions*, des *attouchements*, des *pressions avec les mains* sur les vêtements ou sur le *corps dévêtu* ; que quelques malades ont dit avoir été traités par des massages, mais que le prévenu a expliqué qu'il ne s'agissait pas de massages médicaux ou chirurgicaux, mais seulement de *maniements avec les mains* destinés à soumettre les malades à son influence et que les déclarations faites par les témoins confirment celles de Béziat.

Attendu qu'il résulte encore des témoignages entendus, que le prévenu soufflait avec la bouche sur le siège du mal ; qu'il a recommandé à des malades d'avoir espoir en Dieu, de faire chaque soir à huit heures une prière en disant : « Guérissez-moi par

l'intermédiaire de celui qui me soigne », qu'en imposant les mains sur les malades il a lui-même prononcé des invocations dont les termes n'ont pas été saisis par ses *clients* ; que certains ont cru l'entendre faire appel au Dieu du magnétisme ;

Attendu que Béziat a recommandé, pour l'alimentation d'un enfant, la substitution de lait de chèvre au lait de vache ; qu'à un malade, souffrant de l'estomac, il a dit de manger et de boire à sa fantaisie ; qu'appelé auprès d'un infirme gravement *affecté d'une accumulation de pus* à une jambe, il a dit : « J'espère que je pourrai vous guérir sans opération » ;

Attendu qu'interpellé sur le texte des paroles incomprises par les malades, Béziat a donné les termes des invocations qu'il formule mentalement et parfois oralement *pendant la durée des soins qu'il donne* : « Force Suprême Universelle Originelle « Increéée, Cause de Tout et Suprême de tous les « Attributs, et toi, Christ, qui as été la plus haute, « la plus pure, la plus noble des réalisations sous la « forme humaine, de cette Cause Première, et vous « tous, bons Esprits au service de la Divinité, je « vous supplie de m'aider dans le résultat que je « recherche : la guérison des malheureux patients « que vous m'avez envoyés et que je *soigne*.

« Et toi, Christ, qui as dit : Celui qui croira comme « je crois fera comme je fais, je te supplie, moi qui « me place sous ton égide, toi qui es en somme le « patron des guérisseurs, de me permettre d'obtenir « les prodiges que tu as obtenus, puisque j'ai la « conviction de croire comme tu croyais, à un Principe « pe Universel détenteur du Pouvoir Suprême. Que « ma force soit prise en faveur du malade et qu'une « surcharge psychique se produise en lui, l'améliorant « rant d'abord et de proche en proche, le guérissant. »

Attendu qu'en examinant, soit isolément, soit dans leur ensemble, les soins ainsi donnés, la Cour ne reconnaît pas en eux l'exercice de l'art de guérir ; qu'elle n'y retrouve pas la participation habituelle au traitement des maladies ; non plus que la direction suivie donnée aux malades telles que la loi les a prévues ; qu'en effet, l'exercice auquel se livre Béziat n'offre que des pratiques qu'il est impossible d'assimiler à un traitement ou des conseils d'hygiène dans lesquels il n'est pas permis de voir une véritable direction suivie ;

Attendu que le syndicat des médecins de la Plaine de Toulouse, partie civile au procès, conclut à ce qu'il soit jugé par la Cour que le délit imputé au prévenu consiste dans le traitement magnétique par lui administré à ses clients ;

Mais attendu que si un témoin a déclaré avoir entendu Béziat invoquer le dieu du magnétisme, que si quatre témoins ont déposé avoir été exposés à des passes magnétiques sur le ventre et l'estomac, il n'en saurait résulter pour la Cour que Béziat a administré *à ses malades* le traitement magnétique dont les docteurs-médecins demandent à se faire réserver l'usage ; que, manifestement, les conclusions du Syndicat des médecins visent un traitement *sérieux* par le magnétiseur et qu'il n'est pas suffisamment établi que les pratiques habituelles à Béziat aient jamais revêtu ce caractère ;

Attendu qu'ainsi les éléments du délit d'exercice illégal de la médecine ne se retrouvent pas dans les faits reconnus comme constants à la charge de Béziat ;

Attendu, en ce qui touche la prévention d'escroquerie, que le délit ne serait constitué que par la préparation frauduleuse des manœuvres visées à l'art. 405 du Code pénal :

Attendu que de toutes les circonstances de la cause il résulte que le sieur Béziat se livre de bonne foi aux pratiques retenues à sa charge ; que les témoins Mary, sous-inspecteur de l'Assistance publique de Tarn-et-Garonne ; Desazars de Montgailhard, maire de la commune où habite le prévenu ; Condoure, adjudant de gendarmerie, son client, attestent que Béziat est un homme de la plus scrupuleuse honnêteté, entièrement dévoué pour soulager les souffrances *quand il le peut* ; qu'il est connu comme un parfait honnête homme, donnant des soins de bonne foi ;

Attendu que de tous les témoignages reçus, il résulte avec certitude que le prévenu partage lui-même la *confiance la plus aveugle* dans son pouvoir, qu'il a su inspirer à ses clients ;

Attendu qu'ainsi le caractère frauduleux de ses pratiques n'étant pas établi, la preuve du délit d'escroquerie n'est pas rapportée ;

Par ces motifs.

Reçoit en la forme les appels du ministère public et de la partie civile ; au fond les en démet ;

Confirme en son dispositif le jugement entrepris pour sortir pour plein et entier effet.

Ordonne restitution des objets et valeurs saisis.

C'est en somme l'équivalent d'un diplôme avec cette différence importante que celui-ci n'a été obtenu qu'à force de PREUVES. *Il est en effet certain que s'il n'y avait pas eu des résultats de guérisons nombreux et indiscutables, le Tribunal d'abord, la Cour ensuite n'auraient pas acquitté.*

L'appréciation d'un Tribunal, l'opinion de juges qui mettent leur conscience et la justice au-dessus de tout, valent bien la décision d'un jury de Faculté, ce nous semble !... Pour une Cour, ce sont des preuves qu'il faut !... Pour une Faculté, il s'agit très souvent d'avoir passé cinq années de vie d'étudiant à faire la noce !...

***

Passons sur les injures ; elles montrent le niveau intellectuel de qui les écrivit. Mais insistons sur ce nouveau diplôme et ce nouveau permis d'exercer délivré indirectement par les Tribunaux et les Cours ; certes, nos magistrats devront être plus tendres pour ces fils spirituels... inattendus.

Il y a quelques jours, une « voyante », digne émule du guérisseur, était acquittée par le Tribunal correctionnel de notre ville. On n'ose plus dire que ces illuminés ne font pas de médecine, mais on proclame leur bonne foi.

Désormais, les actes illicites deviendront permis — si ces décisions faisaient jurisprudence, — à tous ceux qui, sans études, sans compétences, voudront faire avec « bonne foi » n'importe quoi, n'importe où, contre n'importe qui.

Devrons-nous pousser la charité jusqu'à les considérer comme des confrères ?

F. C.

(*La Fédération médicale des médecins du Sud-ouest*, nov.-déc. 1922).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Les concours d'agrégation des Facultés de médecine. — L'arrêté ministériel suivant vient de paraître au *Journal officiel*.

Art. 1er. — Les places d'agrégés des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie mises au concours en 1923 se répartissent de la manière suivante : *Faculté de médecine de Paris* : histologie, anatomie pathologique, pharmacologie, maladies mentales, ophtalmologie, 1 place ; physiologie, obstétrique, 2 places ; chirurgie, 3 places ; médecine, 5 places, soit au total, 17 places. — *Faculté de médecine de Bordeaux* : anatomie, histologie, chimie médicale, parasitologie et histoire naturelle médicale, 1 place ; pharmacie et histoire naturelle, 2 places, soit au total, 6 places. — *Faculté de médecine de Lille* : anatomie, physiologie, médecine, obstétrique, 1 place ; chirurgie, 2 places, soit au total, 6 places. — *Faculté de médecine de Lyon* : anatomie, histologie, médecine, médecine légale, obstétrique, pharmacie et histoire naturelle, 1 place ; chirurgie, 3 places, soit au total, 9 places. — *Faculté de médecine de Montpellier* : histologie, physiologie, chimie médicale, physique médicale, ophtalmologie, 1 place ; médecine, 3 places, soit au total, 8 places. — *Faculté de médecine de Nancy* : anatomie, histologie, physique médicale, hygiène, anatomie pathologique, chirurgie, 1 place, soit au total, 6 places. — *Faculté de médecine de Strasbourg* : médecine, 1 place. — *Faculté de médecine de Toulouse* : anatomie, histologie, chirurgie, 1 place ; médecine, 2 places, soit au total, 5 places. — *Faculté de médecine d'Alger* : chimie médicale, médecine, obstétrique, pharmacie et histoire naturelle, 1 place, soit au total, 4 places.

Art. 2. — Les dates d'ouverture des différents concours sont fixées comme il suit : 14 mai. Médecine. — 16 mai. Chirurgie. — 18 mai. Obstétrique. — 23 mai. Anatomie, physique médicale, chimie médicale. — 25 mai. Histologie, physiologie. — 28 mai. Anatomie pathologique, pharmacologie. — 29 mai. Maladies mentales, ophtalmologie, pharmacie et histoire naturelle, médecine légale. — 11 juin. Hygiène, parasitologie et histoire naturelle médicale.

Art. 3. — Les registres d'inscription seront ouverts du 14 janvier au 14 mars 1923.

Art. 4. — Il sera constitué, conformément au tableau annexé au présent arrêté, 13 jurys, savoir : 1° anatomie et histologie : 7 membres, dont 3 de la Faculté de Paris et 4 des Facultés des départements ; 2° physiologie : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements ; 3° physique et chimie médicales ; 7 membres, dont 3 de la Faculté de Paris et 4 des Facultés des départements ; 4° hygiène, parasitologie et histoire naturelle médicale : 7 membres, dont 3 de la Faculté de Paris et 4 des Facultés des départements ; 5° médecine : 11 membres, dont 5 de la Faculté de Paris et 6 des Facultés des départements ; 6° médecine légale : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements ; 7° anatomie pathologique : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements : 8° pharmacologie : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements ; 9° maladies mentales : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements ; 10° chirurgie générale : 9 membres, dont 4 de la Faculté de Paris et 5 des Facultés des départements ; 11° ophtalmologie : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements ; 12° obstétrique : 5 membres dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements ; 13° pharmacie et histoire naturelle : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris (médecine et pharmacie), et 3 des Facultés des départements (médecine et pharmacie).

Art. 5. — Les jugements des jurys peuvent être valablement rendus par trois membres, quand le jury est composé de 5 membres ; par 4 membres, quand le jury est composé de 7 membres ; par 5 membres, quand le jury est composé de 9 membres ; par 7 membres, quand le jury est composé de 11 membres.

Art. 6. — Les juges des concours seront nommés par le ministre parmi les professeurs et les professeurs sans chaire présentés par les Facultés, sous les réserves ci-après : Faculté de Médecine de Paris. Il sera procédé à un tirage au sort lorsque plusieurs professeurs de la même catégorie auront été proposés pour faire partie du même jury. Facultés des départements. Par suite du nombre des candidats dans les sections de médecine et de chirurgie, les Facultés qui comptent au moins 5 candidats inscrits pour prendre part à ces concours seront obligatoirement représentées dans les jurys par un professeur de clinique générale (médicale ou chirurgicale). Il sera procédé à la désignation par tirage au sort pour les Facultés qui auront fait plusieurs propositions. Les juges seront complétés par tirage au sort sur l'ensemble des professeurs présentés par les Facultés conformément au tableau annexé au présent arrêté. Pour la composition des jurys., les professeurs sans chaire seront classés d'après l'enseignement qu'ils professent.

Art. 7. — Les juges suppléants seront désignés dans les mêmes conditions parmi les agrégés en exercice.

Art. 8. — Le tirage au sort sera fait le 9 avril 1923, à 9 h. du matin, à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, en séance publique, devant une Commission composée du doyen de ladite Faculté, président : d'un doyen d'une Faculté de Médecine ou d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie des départements et d'un agrégé désigné par le ministre. Ils seront assistés du secrétaire de la Faculté de médecine de Paris et d'un représentant du ministre de l'Instruction publique.

Le Directeur Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Oui et l'article 1384 du Code civil est, en l'espèce, parfaitement applicable. Mais, il resterait à faire la preuve que le chirurgien n'a accepté ce personnel infirmier que contraint et forcé et que l'administration de l'établissement hospitalier n'a tenu aucun compte de ses observations concernant l'incapacité technique de tel ou tel infirmier.

Nous pouvons en déduire que, pour que la responsabilité soit retenue, il faut qu'il soit prouvé que l'infirmier a commis une faute lourde, ou une erreur de technique impardonnable ;

Il faut ensuite prouver que le chirurgien avait commis une négligence en ne s'assurant pas des qualités professionnelles de son personnel subalterne ;

Il faut enfin prouver que l'administration de l'hôpital ne s'est pas entourée de toutes les garanties, en recrutant à la légère le personnel infirmier de l'établissement.

Mais c'est la nature même de la faute qui sera à considérer avant toute chose.

Il a été maintes fois jugé que la responsabilité du chirurgien et de ses aides ne saurait être engagée, lorsque toutes les précautions d'usage ont été observées. La mort sous-anesthésie, bien que rare, peut être causée par des phénomènes d'inhibition, impossibles à prévoir à l'avance.

Par suite, il ne saurait être fait grief au chirurgien d'avoir fait pratiquer l'anesthésie générale sous sa direction, lorsque le docteur en médecine n'a pas perdu contact un seul moment, avec son malade et que, tout en opérant, il pouvait surveiller celui de ses aides, qui administrait l'anesthésique.

Ainsi a jugé la Cour de Bordeaux (11 juillet 1916) relaxant un médecin et un pharmacien, qui avaient été condamnés par le tribunal correctionnel de Ribérac (16 juin 1916) ; le médecin avait confié au pharmacien le soin de continuer l'anesthésie, pendant qu'il opérait le malade.

La Cour, dans son arrêt, spécifie bien qu'aucune faute de technique n'avait pu être relevée contre le docteur, ou contre son aide et que, d'après les experts, la syncope, à laquelle avait succombé le malade, ne pouvait être imputée à une erreur professionnelle de technique.

Il faut conclure de tout ceci :

1° Que les chirurgiens d'hôpitaux doivent être assurés des capacités et connaissances professionnelles de leurs aides ;

2° Si ces capacités laissent à désirer, le chirurgien a le devoir d'en référer par écrit (pour que la preuve persiste) à la commission administrative, seule qualifiée pour nommer, changer, ou révoquer son personnel infirmier ;

3° Que le chirurgien ne saurait être inquiété que s'il peut être prouvé qu'il a commis une négligence en ne surveillant pas suffisamment son personnel subalterne, ou qu'il a donné un ordre, qui était contraire aux idées actuelles de la science.

4° Le chirurgien serait-il poursuivi solidairement

avec son infirmier qu'il devra appeler en garantie la commission administrative de l'hôpital, comme étant responsable de son personnel hospitalier, sauf les cas où l'erreur de technique est imputable au seul technicien, c'est-à-dire au chirurgien.

5° Il ne saurait être établi de règle générale en la matière : le plus simple, en cas d'ennui, c'est d'en référer immédiatement au « Sou médical ».

Dr Paul Boudin.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Création d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie à Marseille

Rapport au président de la République Française.

Paris, le 11 novembre 1922.

Monsieur le Président,

La ville de Marseille entretient depuis 1876 une école de médecine et de pharmacie de plein exercice où les étudiants en médecine ne peuvent poursuivre leurs études de doctorat que jusqu'à la fin de la quatrième année. La prospérité de cette école, qui, dans l'année scolaire 1921-1922, a compté 450 étudiants, les ressources hospitalières de la ville, les sacrifices faits pour l'enseignement et pour les cliniques, l'accroissement incessant de la population, le développement de ses relations avec nos colonies, avec le prochain et l'Extrême-Orient, l'Afrique du Nord, le Maroc, l'Afrique occidentale, ont amené la ville de Marseille à désirer ardemment la transformation de l'école de plein exercice en faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Malgré les efforts, que rien n'a pu décourager, de l'administration municipale et de la représentation parlementaire du Sud-Est, la création de la faculté de Marseille n'avait pu être obtenue. On invoquait la proximité des facultés de Montpellier et de Lyon, le tort qui pourrait être fait à ces facultés. Cependant la guerre a montré que nos ressources en personnel médical n'étaient pas suffisantes. En temps de paix, si les praticiens sont souvent trop nombreux dans les grandes villes, que de vides se constatent dans les petites localités et dans les campagnes ! Au point de vue scientifique — et c'est de la recherche scientifique que découlent les progrès de la pratique — les études médicales se sont tellement développées que les centres bien organisés, pourvus de toutes les ressources nécessaires, ne sauraient être considérés comme trop nombreux. Marseille, à cet égard, avec sa population stable ou flottante, l'abondance des malades et des sujets, la fréquentation de ses hôpitaux, offre à la recherche et à l'enseignement une matière

d'une richesse unique sans doute en France, sauf à Paris. Il est de l'intérêt de la santé publique et de la science de ne pas comprimer et restreindre plus longtemps le foyer médical que peut et doit être Marseille. D'ailleurs il appartient aux facultés voisines de développer chacune leur activité d'une façon originale, de s'appliquer particulièrement aux études dont les ressources régionales, la tradition, les progrès déjà réalisés ont assuré le succès, d'accentuer en un mot leur physionomie propre. Tel sera en partie l'objet de la création de la nouvelle faculté, où la médecine coloniale et exotique doit prendre une importance toute spéciale et orienter les recherches de pathologie, de bactériologie, de parasitologie ou de thérapeutique et d'hygiène. Ainsi il convient d'espérer que les facultés du Midi et du Sud-Ouest, s'inspirant de considérations avant tout scientifiques, sauront répartir entre elles les études originales et plus approfondies qui peuvent compléter et vivifier l'enseignement général et coordonner leurs efforts, peut-être même inaugurer un régime nouveau d'échanges de maîtres et d'étudiants, une véritable collaboration désintéressée.

Un autre obstacle à la naissance de la faculté de médecine de Marseille, c'était l'insuffisance des locaux actuels de l'école de médecine quels que soient les compléments qu'on aurait pu y ajouter. Afin de résoudre cette question délicate, j'ai chargé d'une mission spéciale à Marseille le doyen de la faculté de médecine de Paris. Il a aussitôt constaté qu'une faculté de médecine n'était viable à Marseille que si des bâtiments nouveaux étaient édifiés pour les services scientifiques et la bibliothèque. La municipalité de Marseille a accepté cette nécessité, et elle a affecté à la nouvelle faculté une partie des terrains dont elle dispose dans le quartier Saint-Charles, à côté de la nouvelle faculté des sciences. Elle s'est engagée de plus à apporter dans les cliniques des hôpitaux toutes les améliorations nécessaires. Les plans des bâtiments à construire ont déjà été établis.

Enfin s'est posée la question financière. Tout d'abord, comme il avait été fait à Toulouse, la ville avait proposé de prendre à sa charge pendant douze années le déficit que doit entraîner la gestion de la Faculté, c'est-à-dire la différence entre les dépenses de personnel et de matériel d'une part et les recettes scolaires de l'autre. Mais M. le ministre des finances a estimé que, malgré ce délai, l'obligation serait trop lourde pour le budget de l'Etat, qui assure déjà le fonctionnement de huit facultés de médecine, et que, d'ailleurs, une telle création ne pourrait se faire par les voies ordinaires prévues dans la loi du 27 février 1880. A cet égard encore, la ville de Marseille a marqué nettement sa volonté d'aboutir : elle a accepté de supporter complè-

tement les frais de la transformation sans limite dans le temps. Un tel sacrifice, une telle foi dans l'avenir de la faculté ne pouvaient être repoussés. C'est ainsi qu'après avoir recueilli l'avis favorable de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, je crois devoir présenter à votre signature le décret ci-joint avec l'approbation de mes collègues, MM. les ministres des finances et des colonies.

Le projet de décret précise les charges assumées par la ville de Marseille. Il détermine dans quelles conditions sera établi le déficit d'exploitation qu'elle doit couvrir ; ce régime, sauf l'attribution des droits d'immatriculation à l'université d'Aix-Marseille et la contribution de la ville au payement des pensions de retraites, sera analogue au régime financier de l'école de médecine. Le nombre et les titres des chaires sont fixés dans le texte même. Il est prévu que, outre la chaire de clinique des maladies exotiques, la faculté donnera une place importante dans ses services et dans son enseignement à la médecine coloniale et exotique. Déjà un institut de médecine coloniale vient d'être rattaché à l'école de médecine. Un hôpital spécial offrira sans doute dans l'avenir des ressources cliniques abondantes.

Il a paru nécessaire enfin de prendre quelques garanties pour l'avenir. La faculté de médecine de Marseille ne pourra s'ouvrir et conférer les grades d'Etat que lorsque la ville aura exécuté l'essentiel de ses promesses, c'est-à-dire l'édification des deux bâtiments nouveaux qui doivent être construits sur les terrains de Saint-Charles. Ainsi se trouve donnée la garantie que la faculté n'existera qu'au jour où elle possèdera une installation digne d'elle. Il appartiendra à la ville de Marseille d'éviter un trop long délai.

Dans ces conditions, sans avoir à supporter aucune charge nouvelle, l'Etat verra se constituer, dans un milieu plein de ressources et de vie, un centre important et original d'études médicales qui complètera heureusement l'université d'Aix-Marseille, et la ville de Marseille, pour le plus grand profit de notre pays et de la science, aura enfin réalisé une de ses plus légitimes et de ses plus bienfaisantes ambitions.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respecteueux dévouement.

Le ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts,

Léon Bérard.

Décret du 19 novembre 1922

Art. 1er. — Une faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie est établie dans la ville de Marseille.

Un développement particulier y sera donné à l'enseignement et aux recherches spéciales de médecine coloniale et exotique.

Les dépenses de cette faculté seront couvertes en entier par la ville, dans les conditions prévues au paragraphe 3 des visas du présent décret.

Cette faculté comprend 28 chaires, savoir :

1. — Anatomie.
2. — Physiologie.
3. — Histologie.
4. — Pathologie générale.
5. — Anatomie pathologique et pathologie expérimentale.
6. — Médecine légale.
7. — Hygiène générale et coloniale.
8. — Bactériologie.
9. — Pharmacie.
10. — Matière médicale et pharmacodynamie.
11. — Chimie médicale.
12. — Chimie analytique et hydrologie.
13. — Physique.
14. — Histoire naturelle.
15. — Parasitologie.
16. — Clinique médicale.
17. — Clinique médicale.
18. — Clinique médicale et thérapeutique.
19. — Clinique médicale infantile.
20. — Clinique des maladies nerveuses.
21. — Clinique des maladies exotiques.
22. — Clinique chirurgicale.
23. — Clinique chirurgicale.
24. — Clinique des maladies des voies urinaires.
25. — Clinique obstétricale.
26. — Clinique ophtalmologique.
27. — Clinique dermatologique.
28. — Clinique oto-rhino-laryngologique.

Les chaires existant actuellement à l'école de Marseille et qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus seront supprimées à la disparition du titulaire.

Art. 2. — Le nombre des agrégés attachés à ladite faculté est de seize.

En outre des chaires magistrales mentionnées à l'article 1er, il peut être institué des cours complémentaires ou des conférences dans les conditions où sont institués les cours et conférences complémentaires rémunérés dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie sur le budget de l'Etat.

Le ministre de l'instruction publique déterminera dans les limites prévues par les conventions passées avec la ville de Marseille l'effectif du personnel des laboratoires, des cliniques et de l'anatomie et des agents de toute catégorie.

Art. 3. — Les traitements, suppléments de traitement et indemnités de toute nature des professeurs agrégés, chefs de travaux et préparateurs, du personnel des cliniques et de l'anatomie, des agents de toute catégorie seront fixés conformément aux dispositions des lois en vi-

gueur et modifiés, le cas échéant, par application des lois qui pourraient intervenir ultérieurement sur la matière.

Les allocations pour travaux spéciaux en dehors du service réglementaire, qui pourront être accordées aux membres des diverses catégories du personnel, seront égales aux allocations de même nature accordées dans les autres facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 4. — L'organisation et l'ouverture de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Marseille auront lieu lorsqu'après vérification contradictoire entre les délégués du ministre de l'instruction publique et ceux de l'autorité municipale, le ministre aura reconnu que les bâtiments de ladite faculté et ceux de la faculté des sciences sont complètement appropriés aux besoins de l'enseignement et qu'en ce qui concerne particulièrement la faculté mixte de médecine et de pharmacie, ils sont pourvus du mobilier et de la bibliothèque indispensables au bon fonctionnement régulier.

Art. 5. — Les professeurs, agrégés et autres fonctionnaires et agents de ladite faculté ne seront nommés et n'entreront en fonctions qu'après installation complète des services auxquels ils doivent être attachés, constatée par procès-verbal approuvé par le ministre.

(*J. O.*, 13 décembre 1922.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Cumul des pensions avec les secours d'assistance aux vieillards.

15815. — M. Jammy Schmidt, député, demande à M. le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, si les titulaires de pensions comme ascendants ou comme victimes civiles de la guerre, ainsi que les réfugiés ont le droit de cumuler des pensions avec les secours fixés par la loi d'assistance du 14 juillet 1905 et, si oui, s'il ne convient pas d'en aviser les municipalités, que ce cas embarrasse souvent. (*Question du* 11 *décembre* 1922.)

Réponse. — En l'état actuel de la législation, les allocations d'ascendants ou de victimes civiles de la guerre ne sont pas déductibles des ressources que peut posséder celui qui demande à bénéficier de la loi du 14 juillet 1905. Mais une proposition de loi a été adoptée par la Chambre des députés, dans sa séance du 16 novembre 1920, aux termes de laquelle ces allocations ne doivent pas entrer en ligne de compte dans le calcul de ces ressources et cette proposition de loi est actuellement en instance devant le Sénat.

(*J. O.*, 31 *décembre* 1922)

Pas de voyage à quart de place pour les médecins des gendarmes

14096. — M. Etienne Regnier (Yonne), député, demande à M. le ministre de la guerre si les médecins donnant gratuitement leurs soins aux gendarmes et à leurs familles ne pourraient bénéficier des voyages à quart de place comme assimilés aux médecins militaires. (*Question du* 13 *octobre* 1922.)

Réponse. — Le quart de place prévu par les cahiers des charges des compagnies de chemins de fer n'est acquis qu'aux militaires de l'armée active et, dans certains cas nettement déterminés, aux militaires de la réserve et de l'armée territoriale. Il n'est donc pas possible d'en faire bénéficier les médecins civils visés dans la question ci-dessus.

(*J. O.*, 30 *décembre* 1922).

Les Livres

(*Suite*)

Plon-Nourrit et Cie, éditeurs,
8, rue Garancière, Paris.

Dr Leredde. — **La syphilis et l'organisation de la lutte antisyphilitique.** (1 vol. in-16, 130 pages Prix : 3 francs.)

La syphilis est, au point de vue social, un fléau plus grave que la tuberculose elle-même. Acquise, et souvent héréditaire, elle se dissimule dans ses conséquences, sous mille affections redoutables, dont elle est le principe générateur, et que de nombreux médecins considèrent encore comme des maladies locales. Son existence est ignorée dans la moitié des cas. Le chiffre de sa mortalité atteint chaque année, 40.000 pour les enfants, en France.

Une étude sur ce fléau, qui peut contaminer jusqu'à la quatrième génération humaine, avait sa place marquée dans la « Collection du Musée Social ».

Elle comprend une partie descriptive complète et un rappel intéressant des moyens qui permettent d'amener la disparition de cette infection. Par là, se fera l'éducation du médecin, parfois mal informé, de l'opinion publique, des autorités responsables. Par là aussi, la voie sera ouverte à une organisation défensive analogue à celle qui se réalise actuellement en Belgique.

Ce livre s'adresse donc à tous, car il touche au fond d'un problème qui concerne de près la vie, la santé, l'avenir même du pays.

A. Maloine et fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1922.

Ch. Bouveret et A. Pouponneau. — **Le médecin d'assistance au Maroc.** (Un volume, 135 pages). Prix : 7 fr.

Cet intéressant volume expose les conseils pratiques nécessaires au jeune médecin du service de la santé et de l'hygiène publique. Il utilise les connaissances acquises par les auteurs au cours de nombreuses années de labeur au Maroc.

Ceux-ci veulent, dans un très louable esprit de confraternité, guider le nouveau venu dans le dédale des nombreuses difficultés que, chaque jour, il va rencontrer sur son chemin ; ils veulent le mettre en garde, aussi bien contre l'enthousiasme qui naîtra de l'imprévu

et de la nouveauté de sa mission, lorsqu'il entrera en contact avec ce peuple, si lourdement chargé de toutes sortes de misères physiques, que contre le découragement, qui lui succède trop souvent.

Un premier chapitre traite des qualités physiques et morales nécessaires au médecin d'assistance, de sa vie, de son recrutement.

Puis, sont décrits les clients, dont il s'occupera : le fonctionnaire, le colon, l'arabe marocain, l'israélite marocain. Ce sont également la pathologie marocaine en entier, et l'exécution du service : direction ; personnel infirmier (européen, indigène, sénégalais) ; consultation quotidienne (but prophylactique, but politique, but médical) ; hôpital et services annexes (hygiène municipale et lazaret, dispensaire municipal, inspection des écoles, inspection des prisons, service sanitaire maritime, médecine légale) ; service sanitaire mobile.

Dr Colombani et Dr Mauran. — **Le Ministère de la santé et de l'hygiène publiques au Maroc.** *Préface du Maréchal Lyautey*. (1 vol., 250 pages, illustré de nombreuses photographies et graphiques du Service de santé, publié à l'occasion de l'Exposition coloniale de Marseille.)

« Il n'y a pas de fait plus solidement établi que l'efficacité du rôle du médecin comme agent de pénétration, d'attirance et de pacification (Lyautey, 1921). »

Les auteurs de cet ouvrage, dont l'un, sous-directeur des services de la santé et de l'hygiène publiques, et l'autre inspecteur général des formations sanitaires, décrivent une organisation qui date à peine de dix ans, et qui, dès l'origine, a eu l'ambition de satisfaire à des exigences qui pouvaient paraître difficiles à concilier. Venus au Maroc, non pas en conquérants, mais en civilisateurs, nous nous devions de créer une organisation d'hygiène et d'assistance médicale qui, tout en s'inspirant des derniers progrès scientifiques, ne heurtât pas les susceptibilités légitimes d'un peuple vivant dans une mentalité et des croyances très éloignées des nôtres.

Le personnel de cette organisation comprend les médecins militaires du corps d'occupation, ainsi que le très remarquable corps des médecins civils de l'assistance, qui, dans les infirmeries et les groupes sanitaires mobiles de l'intérieur, se dévouent sans compter à leur rude tâche.

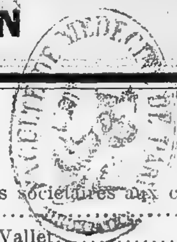
Cette étude d'ensemble expose aujourd'hui les grandes directives qui ont présidé à l'évolution de l'assistance médicale, de l'hygiène et de la prophylaxie dans l'Empire chérifien, ainsi que les heureuses réalisations obtenues grâce à l'unité de doctrine, l'esprit de méthode et de continuité dans l'effort, conditions indispensables pour faire œuvre forte et durable.



Quarante-cinquième année. **N° 2** 14 Janvier 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur HENRY, du Havre, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux « demandes et offres. »*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux au CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 10. — Demoiselle 45 ans, cherche emploi de secrétaire, comptable, ou économe chez médecin, dans clinique ou maison de santé, accepterait aussi recevoir clients chez docteur ou encore emploi garde-malade, etc.

N° 11. — Docteur 20 ans pratique reprendrait bon poste avec facilités paiement.

N° 12. — Poste O. R. L. et ophtalmologiste à céder ds le centre, rapport 40.000 fr., ind. 20.000 avec mobilier et instruments, moitié comptant.

N° 13. — Docteur, 35 ans, reprendrait avec facilités de payement bon poste près Paris.

N° 14. — A céder faubourg Amiens pharmacie tenue depuis 30 ans par titulaire qui se retire, bon chiffre surtout d'ordonnances, beau logement, jardin. S'adr. 6, rue de Mouy, Clermont (Oise).

N° 15. — A vendre cause cessation commerce, conduite inter. Panhard, 3 pl. prix 10.000.

N° 16. — A vendre au Vésinet cinq min. gare belle propriété de près d'un hect. grande maison de style, 2 sal. salle à manger, salle de billard, 14 chambres, chauffage, électric, 20 fenêtres par étage, maison de jardinier, communs, 2 serres, orangerie, conviendrait pr maison santé ou convalesc, concours éventuel du vendeur. Ecr. Lemoro, prop., 28, rue Washington, Paris, 8e.

N° 17. — Docteur ayant belle propriété pays agréable, vie de famille reçoit femmes en couches à toute époque de la grossesse. Docteur, La Brise, St-Briac (I.-et-V.).

N° 18. — Dr en médec. disposant de 4 h. par jour, cherche pour ce temps emploi médical ou para-médical.

N° 19. — A céder squelette séparé, tête désarticulée, trousse dissection, Chirurgie clinique de Tillaux.

N° 20. — Dr achèterait dans ville ayant collège ou lycée, de préférence sud-est, bon cabinet de médecine générale, grand appartement nécessaire.

N° 21. — Trousse noyer ciré, envel. cuir 70 instrum. de chir. ocul. oto-rhino-lar., dent. app. Potain val. 1500 à céder par veuve de confrère au plus offrant, au-dessus de 700, faire offres Dr Bon, clinique médicale d'Arguel, par Beure (Doubs).

N° 22. — Dr hab. client. cherche bon poste seul médecin ou propharm. de préfér. Normandie.

N° 23. — Cherche confrère 35 à 40 a. stable, marié, médec. générale, massage, gymnastique, pour en faire collaborat. puis associé puis successeur organisation médicale importante, Paris proximité du Centre.

N° 24. — Excellent cabinet dentaire dans grande banlieue parisienne localité très agréable, grande maison avec jardin conviendrait à stomatolog. mise au courant par le cédant. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 25. — A céder dans grande ville du Centre cabinet de spécialités électric. et radio rapp. 30.000 fr. grande villa 12 pièces, très légère indemnité S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Les migraines, algies grippales et post grippales, si tenaces et si récidivantes sont immédiatement soulagées par des doses moyennes de **Pyréthane** (30 à 60 gouttes). L'action doit être prolongée de façon dégressive pendant 4 ou 5 jours après disparition des phénomènes douloureux. Il y a abaissement de 1° à 1°5 dans les formes fébriles.

AVIS

Les Laboratoires LOGEAIS, 30, Rue de Chaillot, à Paris, mettent la :

BORICINE MEISSONNIER

à la disposition de MM. les Docteurs pour leurs essais cliniques.

AVIS

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'édition 1923 étant actuellement épuisée, nous informons nos lecteurs, qu'à notre grand regret, il ne nous sera plus possible de satisfaire aux demandes qui nous parviendront désormais.

CORRESPONDANCE

Les buveurs d'eau sont-ils exposés à l'hémorragie cérébrale ?

Allô, si vous le voulez bien.

La si intéressante chronique des demi-colonnes du *Concours médical* publie dans le numéro du 24 décembre un entrefilet du Dr Blancard, de Millau, qui laisse pour compte une imputation tendancieuse à l'encontre de nos vignerons.

Que dirait le très distingué oculiste de Millau, si j'imputais aux laitiers un mal de réclame, alors que dans sa pratique journalière il obtient de si utiles résultats avec les injections de lait ?

Le vin a des vertus thérapeutiques dont l'action doit être vue dans ses limites réelles ; sans exagérations, sans affirmations dogmatiques. Des faits cliniques. En voici :

Statistique expérimentale, publiée sous contrôle, de la clinique du médecin si connu Dell'Orto, à Marsala, pour les malades atteints de fièvre paludéenne : les malades soumis au régime de boisson de 150 gr. à 250 gr. de vin à 16 ° ont mieux subi l'influence de la quinine et ont récupéré plus vite les forces perdues.

Particularité curative dans les maladies de la peau, de la levure de raisins (médicoferment), sœur jalouse de la levure de bière.

J'ai vu ; des chevaux de labour traités et guéris pour des plaies de jambe avec des compresses de vin (prescription du vétérinaire).

J'ai vu : mes enfants, calmer, l'hiver, les souffrances de leurs pieds engelurés dans des bains de vin chaud.

J'ai vu, souvent, mon vieux tousseur de grand-père, accoudé au-dessus d'une chope de vin chaud dont il humait les bienfaisantes vapeurs.

J'ai vu un ramoneur hors de travail par une

attaque de goutte rhumatismale, pénétrer péniblement, au moment des vendanges, dans un foudre en décuvaison ; et en ressortir parfaitement assoupli, sous le bienfait de ce bain vineux en atmosphère carbonique.

Je vois enfin dans ma vieille pratique le syndrome strumeux infantile souvent vaincu par les bains généraux de vin, aromatisé de nos plantes Languedociennes. C'est la cure héroïque, d'été, de l'enfant pauvre.

Voici ma prescription :

Dans baignoire ou baquet,

Mettre : 10, 12, 15 litres de bon vin.

Préparer une infusion de plantes aromatiques dans une grande bassine d'eau bouillante (thym, romarin, aspic, fenouil, genièvre, laurier), etc.,

Mélanger pour température tiède.

Bain de 5 minutes. Friction générale, gymnastique.

Si, cette année, le vin de France devait aller au ruisseau, il faudrait le recueillir dans des piscines publiques, où de nombreuses déchéances organiques trouveraient la résurrection physiologique. Et le pauvre « pinard » déchu, qui a permis, dans la tourmente passée, le sacrifice plus facile, parce que plus inconscient, de vies humaines, aurait encore sa revanche de rachat social.

Restons rêveurs... Le glou-glou de votre fontaine cadence la chanson de mon vin.

Dr Cazalis (Béziers).

Déduction des frais d'études du revenu professionnel

Le fisc se refuse à admettre l'amortissement des frais d'études médicales dans l'évaluation des frais professionnels à déduire des recettes brutes en vue des impôts cédulaires. Amortissement calculé par les confrères d'ici sur 25 à 30 ans.

Pouvez-vous nous indiquer sur quels précédents ou bases juridiques nous pourrions nous appuyer pour soutenir cette déduction ?

Dr F.

Réponse.

Nous croyons que la meilleure réponse à faire serait de publier dans le *Concours médical* l'extrait ci-dessous d'un travail que nous avons fourni à la « Confédération des travailleurs intellectuels ».

« Le capital intellectuel représente uniquement le montant des dépenses occasionnées par les études nécessaires à l'acquisition des connaissances professionnelles.

« Ces dépenses sont généralement supportées par les parents, et le « Travailleur intellectuel » ne peut amortir ce capital dont l'acquisition ne lui a rien coûté. Toutefois, dans certains cas particuliers (emprunt *contracté* par l'étudiant en vue de continuer ses études ; dot moins importante que celle des frères ou sœurs qui n'ont



pas continué leurs études), on pourrait envisager l'amortissement de la somme représentant le montant des dépenses effectuées. Mais alors se poserait la question suivante : En combien d'années effectuer cet amortissement ? et le point délicat subsisterait toujours : comment évaluer exactement le montant des dépenses faites en vue des études ?

« On pourrait encore envisager une évaluation forfaitaire établie pour chaque profession, par région et suivant les époques auxquelles ont été faites les études. Il y aurait alors lieu d'établir une sorte de barème donnant une évaluation moyenne du capital intellectuel. Mais si on arrivait à évaluer forfaitairement le capital intellectuel, l'évaluation de l'amortissement serait plus délicate, car chacun admet difficilement la dépréciation effective de ses facultés. On pourrait cependant arriver à une solution en établissant des tables d'amortissements comme on établit des tables de mortalités ».

A. Martinot.

Directeur du « Contribuable Français »
Conseiller fiscal du « Concours Médical ».

Délai de revision de la rente d'un blessé du travail

Je vous serais très obligé de me faire savoir si un blessé du travail, accidenté le 7 mars 1919, peut demander que le taux de sa rente soit augmenté. Cette rente en effet est tout à fait insuffisante, 130 fr. rente pour la perte du médius.

Dr C.

Réponse.

La rente d'un blessé du travail peut être révisée, non pas si elle est jugée insuffisante, mais s'il y a eu aggravation (ou diminution) de l'incapacité de travail. Si la rente était insuffisante, la victime devait, soit ne pas accepter la conciliation devant le président, soit se pourvoir en appel, et au besoin en cassation, contre la décision de justice qui l'avait fixée.

En cas d'aggravation ou d'atténuation de l'infirmité, la révision peut être demandée pendant trois ans à dater de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée.

L'accident ayant eu lieu, dans l'espèce qui vous intéresse, le 7 mars 1919, il est possible que le délai de trois ans ne soit pas expiré ? Cela dépend de la durée du traitement qui a abouti à la consolidation de la blessure et de la durée de la procédure qui a abouti à la fixation de la rente.

Point de départ de pension militaire

Je viens vous demander le renseignement suivant : Un officier du cadre complémentaire atteint

d'entérite aiguë est mis hors cadres en octobre 1916. Il y est maintenu pendant toute la seconde partie de la guerre. En avril 1920, il passe devant une commission de réforme qui lui alloue une pension temporaire de 30 % et propose sa radiation des cadres. Il a été rayé des cadres. Quel est le point de départ de cette pension, pension temporaire ? Est-ce le mois d'avril 1920 ? Est-ce le mois d'octobre 1916 ?

La mise hors cadres d'un officier pour maladie pendant la guerre n'équivaut-elle pas à la réforme temporaire du soldat ? Dr C.

Réponse.

Le point de départ légal est fixé au mois d'octobre 1916, si c'est la même maladie qui, en 1916, a motivé la mise hors cadres et en avril 1920 la pension temporaire.

Sinon le point de départ légal est en avril 1920.

La mise hors cadres pour infirmités temporaires correspond en effet, pour les officiers, à la réforme temporaire des hommes de troupe.

C. F.

Application du Tarif Breton

A Messieurs les assureurs

Sachant qu'un certain nombre d'assureurs me font l'honneur de lire les « Réponses » que je fais dans le *Concours*, concernant l'application du tarif Breton, je me permets de leur soumettre ici cette petite réclamation.. qui est loin de m'être uniquement personnelle ; — espérons qu'ils voudront bien la communiquer à leurs collègues, à l'occasion d'une réunion professionnelle. Voici :

En fin décembre dernier, je reçois, d'un agent local d'assurance, cette lettre textuelle :

Nous vous adressons ci-inclus deux quittances s'élevant ensemble, à x francs, pour les soins donnés aux blessés Y et Z, au service de Monsieur N.

Vous voudrez bien nous retourner, *datées et signées*, ces deux quittances et nous vous enverrons immédiatement la somme que nous vous devons.

Veuillez agréer...

X.

Naturellement, je n'ai pas répondu, attendant les fonds, avant d'envoyer les quittances.

Ainsi que divers confrères qui m'ont déjà parlé de lettres semblables, je suis, sans doute, susceptible, mais j'avoue être ... froissé de cette façon d'agir qui révèle, de la part de ces assureurs, une confiance fort limitée envers les médecins, confiance qu'ils réclament ainsi, par contre, illimitée pour eux-mêmes.

Quoi de plus simple pourtant, d'envoyer au médecin ... douteux (comme je le suis probablement) un mandat-poste nominal dont ils conserveraient naturellement le talon, au cas où ils

auraient affaire à un médecin malhonnête... ? (et comment !)

Je n'insiste pas. Mais dites-moi, Messieurs les assureurs, ma réclamation n'est-elle pas quelque peu fondée ?...

Dr Fernand DECOURT.

I

Réduction de fracture des deux os de l'avant-bras

Je désirerais vous consulter sur le point suivant : J'ai été appelé chez un accidenté du travail, fracture des 2 os de l'avant-bras droit ; j'ai fait appeler un chirurgien qui a fait la réduction. Ce dernier m'a dit de ne pas m'inquiéter de ses honoraires, qu'il les réclamerait directement à l'assurance ; mais que je devais pour ma part, outre le prix du certificat que j'ai fourni, réclamer comme aide à l'opération, la somme de 50 francs, le fait est-il exact ?

Comme j'ai pour principe de ne jamais accepter de diminution sur ma note, je désirerais savoir si cette aide, préparation du plâtre, contre-extension peut-être assimilée à l'assistance pour grandes interventions. Avant d'envoyer ma note, je désirerais être fixé sur mon droit afin d'aller jusqu'au bout, si cela est nécessaire.

Dr L.

Réponse.

Il est certain qu'une réduction de fracture d'avant-bras avec contention par appareil plâtré peut difficilement être considérée comme une « intervention de grande chirurgie », et qu'il y aurait là matière à chicane. Il n'y en aurait aucune à craindre, par contre, en demandant les honoraires d'une « consultation entre confrères (art. 5), soit le prix de 3 visites : $10 \times 3 = 30$ francs. Certificat en plus naturellement.

Dr F. DECOURT.

II

Fractures de métatarsiens. Electrisation

1re *lettre.*

Je soumets à votre compétence le fait suivant :

Le 26 juin, la roue d'une charrette portant un tonneau d'arrosage passe sur le pied gauche du conducteur ; d'où plaies diverses avec écrasement du pied, gonflement considérable et douleur exquise nécessitant 3 visites dans la journée, dont la dernière pendant la nuit m'obligeant à une injection de morphine pour calmer le malade.

Je fais un appareil provisoire que je change tous les jours pour évacuer la sérosité qui s'échappe des ampoules et pour panser les plaies.

Le 21 juillet, je fais un appareil plâtré de la cheville à la racine des doigts et pour pouvoir continuer les pansements, je le fais bivalve ; pansement tous les 2 jours jusqu'au 16, où je refais un dernier appareil

plâtré, les valves du premier ne pouvant plus être rognées sans danger pour la contention.

Septembre et octobre 3 séries d'électrisation. Le blessé marche avec une canne sans trop de peine ; quelle réduction dois-je indiquer dans mon certificat de consolidation ?

En outre, je vous serais très obligé de me donner vos conseils pour établir mon mémoire.

Tout particulièrement, veuillez me dire si l'art. 18 est applicable pour un appareil du pied au même titre que pour un doigt ?

Dr G.

1re Réponse.

Impossible de répondre à vos questions trop peu précises : quelles lésions a présentées le blessé ? « Ecrasement du pied est trop vague. Les os ont-ils été lésés, et en ce cas, quels os ? Avez-vous fait faire une radio ? Sinon, quel diagnostic avez-vous fait pour poser un appareil plâtré ? ... Vous me demandez : Quelle réduction dois-je indiquer dans mon certificat de consolidation ? Comment le savoir, puisque je ne sais ce qu'a eu votre blessé, ni s'il lui en reste quelque chose. Quant à l'art. 18 il parle de réduction et contention de *telle* fracture, mais nullement de pose d'appareil (ce qui est compris dans le mot contention). En résumé, comme je vous l'ai dit : impossible de vous répondre.

Dr F. DECOURT.

2e lettre

Je vous serais très obligé de communiquer au Dr Decourt, les renseignements complémentaires demandés par votre honorée du 25 courant :

1° Fracture des os du métatarse (les 4 premiers (1) et des os du tarse : cuboïde, 1er et 2e cunéiformes ;

2° Pas de radiographie.

3° Il reste une diminution notable des mouvements de flexion et d'extension des 4 petits orteils, cals osseux arrondissant la face dorsale du pied. Marche avec le secours d'une canne et fatigue consécutive avec gonflement du pied.

Impossibilité de reprendre la profession de charretier.

Dr B.

2e Réponse.

1° La réduction et contention de fracture de plusieurs métatarsiens est tarifée 60 frs (par analogie dans les Avis insérés dans l'Arr. minist. du 28 juin 1921.) Vous parlez en outre de fracture du cuboïde, 1er et 2e cunéiformes. Malheureusement sans radio probatoire, je ne pense pas qu'il vous soit alloué plus que les 60 frs. ci-dessus. Quoi qu'il en soit, les appareils provisoires,

(1) Pour plus de précision, le métatarsien du gros orteil n'a pas été fractnré.

plâtrés ou autres, font partie de la « contention » de la fracture et sont compris dans la tarification sus-dite.

2° Les séances d'électrisation sont tarifées 9 fr. en 2e catégorie (art. 26 Electrothérapie). Mais avez-vous prévenu l'assurance de ces séries de séances, ainsi qu'il est dit à l'art. 7.

3° Quant à l'incapacité à mettre sur votre certificat de consolidation, elle m'apparait comme très minime, puisque vous n'indiquez que « diminution notable des mouvements de flexion et d'extension des 4 petits orteils et un cal osseux de la face dorsale du pied ». Au sujet de la marche avec canne et fatigue consécutive, plus gonflement du pied, je présume qu'il faut encore attendre avant toute I. P. P. définitive ».

Dr F. Decourt.

Application du Tarif des pensionnés de guerre

I

Ponctions d'abcès. Appareil plâtré.

Abonné du *Concours médical*, je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me faire connaître ce que je dois compter pour une et plusieurs ponctions d'abcès pour congestion de mal de Pott dorsolombaire, chez un pensionné de guerre, abcès de la fosse iliaque, bien entendu.

Je ne vois rien à ce sujet à l'article 74 du décret du 25 octobre 1922, paru dans le *Concours* du 12 novembre dernier.

L'appareil plâtré pour mal de Pott n'est pas non plus mentionné dans ce tarif. Combien faut-il le compter ?

Dr P.

Réponse.

1° Ponction d'abcès. Je vous répondrai ce que j'ai répondu dernièrement sur ce même point (voir *Concours médical* du 17 décembre 1922) : Je trouve absolument légitime que vous comptiez pour votre ponction d'abcès froid, consécutif à un mal de Pott : 20 frs, comme pour ouverture d'abcès superficiel « attendu que, dans les deux cas, vous *videz* le dit abcès, ce qui est le résultat technique cherché ».

2° Vous pouvez, ce me semble, à défaut de tarification pour appareil plâtré en général, compter, par analogie, 50 frs, comme pour toute répétition d'appareil plâtré ou silicaté des grands segments de membres » tarifés ainsi à l'alinéa intitulé « Intervention sur les membres ».

Dr F. Decourt.

Le contrôle médical des porteurs de passeports sanitaires

Abonné au *Concours médical*, je vous serais très obligé de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Un militaire venant de Casablanca et ayant fait escale à Lisbonne est muni à son arrivée à Bordeaux d'un passeport sanitaire, et par suite doit se soumettre au contrôle sanitaire que la municipalité de sa résidence a le devoir de faire pratiquer dès son arrivée, et cela pendant quatre jours. Il se présente donc à mon cabinet pour y subir ce contrôle. Qui doit payer ces visites et quel en est le tarif ?

Dr A.

Réponse.

Pour répondre à la question posée, nous avons fait interroger, par la voie officielle, le Ministre de l'Hygiène.

Voici la question et la réponse que le *Journal officiel* a publiées :

15877. — M. Grinda, député, demande à M. le ministre de l'hygiène : 1° à qui incombe le payement des frais du contrôle médical exercé sur les porteurs de passeports sanitaires, en exécution de l'article 118 du décret du 26 novembre 1921 sur la police sanitaire : *a*) lorsque l'assujetti est un militaire ou un fonctionnaire ayant voyagé aux frais de l'Etat ; *b*) lorsque l'assujetti est une personne qui a voyagé à ses frais ; 2° quel est le tarif à appliquer pour les frais de ce contrôle médical. (*Question du 14 décembre 1922*).

Réponse. — 1° En aucun cas le payement des frais de contrôle médical exercé sur les porteurs de passeports sanitaires, en exécution de l'article 118 du décret du 26 novembre 1921, ne doit être mis à la charge des intéressés, que l'assujetti soit un militaire ou un fonctionnaire ayant voyagé aux frais de l'Etat ou qu'il s'agisse d'une personne ayant voyagé à ses frais. La dépense résultant du contrôle prescrit est comprise dans les frais prévus pour l'application de la loi du 15 février 1902 et incombe aux collectivités intéressées (communes ou départements dans lesquels se rendent les assujettis), ces frais donnant lieu d'ailleurs à contribution de l'Etat dans les limites déterminées par la loi précitée ; 2° les médecins chargés du contrôle sont rémunérés sur les fonds des départements ou des communes suivant les tarifs déterminés par les autorités compétentes.

(*J. O.*, 26 et 27 décembre 1922.)

L'échange des permis de circulation des automobiles

J'ai encore recours à l'inépuisable complaisance du *Concours médical* et du « Sou » pour demander

Voir la suite page XLIII-157

PROPOS DU JOUR

La détresse de nos étudiants. Appel en faveur de leur restaurant coopératif.

Allez, lettres, faictes ung sault ;
Combien que n'ayez pié ne langue,
Remonstrez, en vostre harangue,
Que faulte d'argent si m'assault.
F. VILLON.

Ceux qui parcourent dans les journaux le récit des réceptions et des fêtes que les étudiants de Paris donnent à leurs camarades étrangers souriront en lisant le titre de cet article. La pauvreté des étudiants ! C'est une légende d'une autre époque, remontant vraisemblablement au siècle de Maître François Villon.

Mais les pères de famille qui savent ce que coûte l'entretien d'un étudiant, qui, s'ils exercent une profession libérale, la médecine par exemple, savent au prix de quelles privations, ils peuvent envoyer à leur enfant la pension, énorme pour leur budget, mais insuffisante avec la cherté de la vie, leur permettant de faire leurs études sans de trop dures privations, ne souriront certes pas lorsqu'ils entendront parler de la détresse des étudiants. Ils savent bien que les réceptions des étudiants étrangers ne sont pas payées par leurs camarades parisiens, que la France a le devoir et même le besoin de faire figure de grande nation dans le monde et de témoigner à la jeunesse des nations alliées et amies la même sympathie que nos délégations reçoivent, à l'étranger, dans de fastueuses réceptions.

Beaucoup d'étudiants sont dans la détresse, certains souffrent, nous en avons la preuve irrécusable.

Nous ne sommes plus à l'époque où, pour 40 à 50 francs par mois, service compris, nous étions royalement logés au quartier latin, où pour vingt-cinq ou trente sous, ceux qui, comme nous, ne craignaient pas de coudoyer les cochers et de s'entasser par petites tables pour déjeuner et dîner à la lueur des becs de gaz, pouvaient prendre une nourriture copieuse et saine, sinon variée, au cabaret de la rue de la Huchette, que notre regretté camarade et confrère Montoya, a si pittoresquement chanté. Aujourd'hui, il faut tripler, sinon quintupler ces chiffres pour avoir à peine le strict nécessaire.

Pourquoi, diable, ces jeunes gens font-ils leurs études ? répliquera notre confrère, le Dr Joseph Prudhomme. N'y a-t-il pas assez d'avocats et de médecins ? Tant mieux si les étudiants souffrent, leur nombre diminuera et les professions libérales moins encombrées deviendront plus rémunératrices !

Nous devons apprendre à nos lecteurs que le Dr Joseph Prudhomme n'a pas d'enfants, qu'issu d'une famille de mercantis, il a apporté dans l'exercice de sa profession l'âpreté au gain et les habitudes de ses parents, que son ventre est repu et qu'un sac d'écus lui tient lieu de cœur. Aussi nous ne lui ferons pas l'honneur d'une réponse. Il peut d'ailleurs être satisfait, le nombre des étudiants diminue terriblement à Paris et il pourrait se faire qu'avant quelques années la France en soit réduite à importer des médecins de Damas et du Levant, ce qui n'augmenterait en rien le prestige de la médecine française.

Mon vieil ami, le Dr Jacques Bonhomme, pense tout autrement. Il a, lui, plusieurs enfants qui font à Paris leurs études ; il se saigne aux quatre veines pour leur permettre d'obtenir leurs diplômes. C'est que, pour lui, l'argent est un moyen et non un but. Fils d'un médecin de campagne, issu de cette petite bourgeoisie dont les ancêtres sont restés pendant des générations courbés sur la glèbe et ont, à force de travail, d'opiniâtreté et d'économie, franchi étape par étape la longue route qui, de paysans sans terre en ont fait de petits propriétaires, des gens plus aisés et enfin des médecins, le Dr Jacques Bonhomme pense qu'il est de son devoir de donner à ses enfants une situation équivalente à la sienne. Qui parmi nos lecteurs oserait le blâmer ? La plupart d'entre eux sortent de la même souche, à quelques générations près, et ont reçu de leurs parents les mêmes traditions. Les autres, nouveau-venus dans la famille médicale, se sont adaptés à ses mœurs, pensent à l'unisson et rêvent d'en faire autant.

Et c'est l'honneur, la force, le prestige de notre profession que de destiner nos enfants à la médecine ou à d'autres professions libérales, de rechercher sciemment, sans pour cela dédaigner le commerce, l'industrie ni l'agriculture qui ont aussi leur noblesse, ces grades, ces diplômes qui permettent souvent à peine de vivre à ceux qui

les ont péniblement acquis, mais qui leur assure le respect public, rend inappréciable le prix de leurs services et, à défaut d'orgueil, leur permet de jouir, d'une plus grande indépendance et d'avoir, plus que d'autres, le souci de leur dignité.

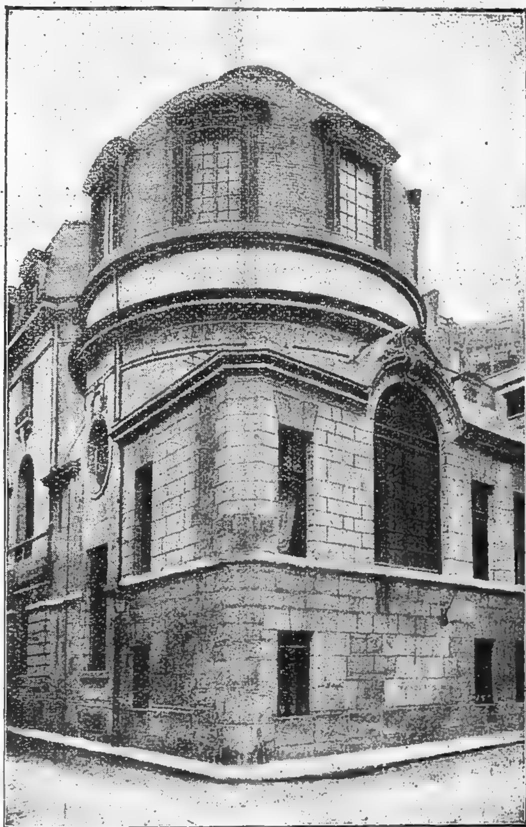
***

Donc la détresse de nos étudiants est réelle et nous comptons que ceux qui liront ces lignes y compâtiront.

Est-il besoin de donner des preuves de cette détresse ? Nos fils et nos filles ont la pudeur de ne pas encombrer de leurs doléances les colonnes des quotidiens. Cependant, récemment, nous lisions qu'un étudiant en pharmacie était mort de privations. Au Conseil général de l'Association des médecins de France, un médecin des hôpitaux de Paris, un de ceux dont l'esprit est le plus large, le cœur le plus généreux et que nous ne voulons pas désigner autrement, car nous savons combien sa modestie est farouche, nous contait récemment avec émotion qu'il avait reçu dans son service une malheureuse étudiante en lettres qui lui avoua péniblement que sa maladie était le résultat d'une trop longue inanition.

A la Sorbonne, un office a été créé pour fournir aux étudiants peu fortunés des emplois de secrétaires ou d'expéditionnaires pour leur permettre de vivre. Ces emplois sont peu nombreux et les exigences des patrons rendent souvent fort difficiles la continuation simultanée des études.

Au Conseil municipal de Paris, la constatation de la diminution des étudiants de plus d'un tiers a préoccupé vivement nos édiles. Ils sont anxieux de l'avenir de l'Université de Paris et du coup que l'arrêt de sa prospérité porterait à la capitale, aussi songent-ils sérieusement à créer pour les étudiants des emplois municipaux spéciaux, permettant de les rétribuer légèrement tout en leur laissant la faculté de poursuivre leurs études.



Maison des Étudiants

Le Parlement discutait hier encore la question des prêts d'honneurs aux étudiants.

Un philanthrope, M. Deutsch, de la Meurthe,

a fait un legs important à l'Université de Paris pour créer une ville universitaire de maisons pour loger les étudiants.

Le Conseil municipal de Paris et l'Etat ont le projet de destiner à cette fondation de vastes terrains laissés libres par le déclassement des fortifications au voisinage du Parc Montsouris. Nous allons voir sans doute avant peu renaître le vieux pays latin des siècles passés avec ses collèges. Les nations qui ont conservé l'amour et le culte de la France, le Canada et Cuba, pour ne citer que celles qui ont déjà envisagé le projet, songent à y créer des maisons d'étudiants. Comme on voyait à Paris, au Moyen-Age, sur la Montagne Sainte s'élever les collèges des Irlandais, des Ecossais, de Navarre, de même l'on verra à Montsouris les maisons des étudiants Cubains et des étudiants Canadiens.

Mais en attendant la réalisation de ces beaux projets, nos étudiants, ou tout au moins un nombre appréciable d'entre eux, souffrent. Nous ne pouvons guère remédier à la crise du logement qui sévit sur toute la population parisienne, et nous doutons que l'Université obtienne, comme en 1244, le droit de taxer les loyers de ses élèves. Mais l'on a fait de sérieux efforts pour donner aux jeunes gens à un prix abordable une alimentation saine et suffisante. Un restaurant universitaire a été fondé rue Pierre-Curie, devant l'Institut de Chimie appliquée, qui dépend de la Faculté des sciences et l'Association générale des étudiants a ouvert dans la Maison des Etudiants qui n'est autre que l'antique Faculté de médecine de la rue de la Bûcherie (1), un bar-restaurant.

« L'Association gère, dit son journal officiel : *L'Université de Paris*, sous la forme de coopérative, un bar-restaurant où l'on peut faire un déjeûner confortable et sain pour *trois francs* (service à la carte) qui, partout ailleurs coûterait 7 à 8 francs. De plus, on a l'avantage d'être entouré de camarades et de ne plus se sentir isolé dans un « caboulot » quelconque où l'on mange en lisant son journal ».

Ne pensez-vous pas, amis lecteurs, qu'il serait



Un coin du Bar-Restaurant

(1) Nous devons rappeler que c'est grâce au Syndicat des médecins de la Seine et surtout à son fondateur et président, le Dr Le Baron, notre ami regretté, que l'Ancienne Faculté de médecine a été achetée par la Ville de Paris et est devenue la Maison des Etudiants. J. N.

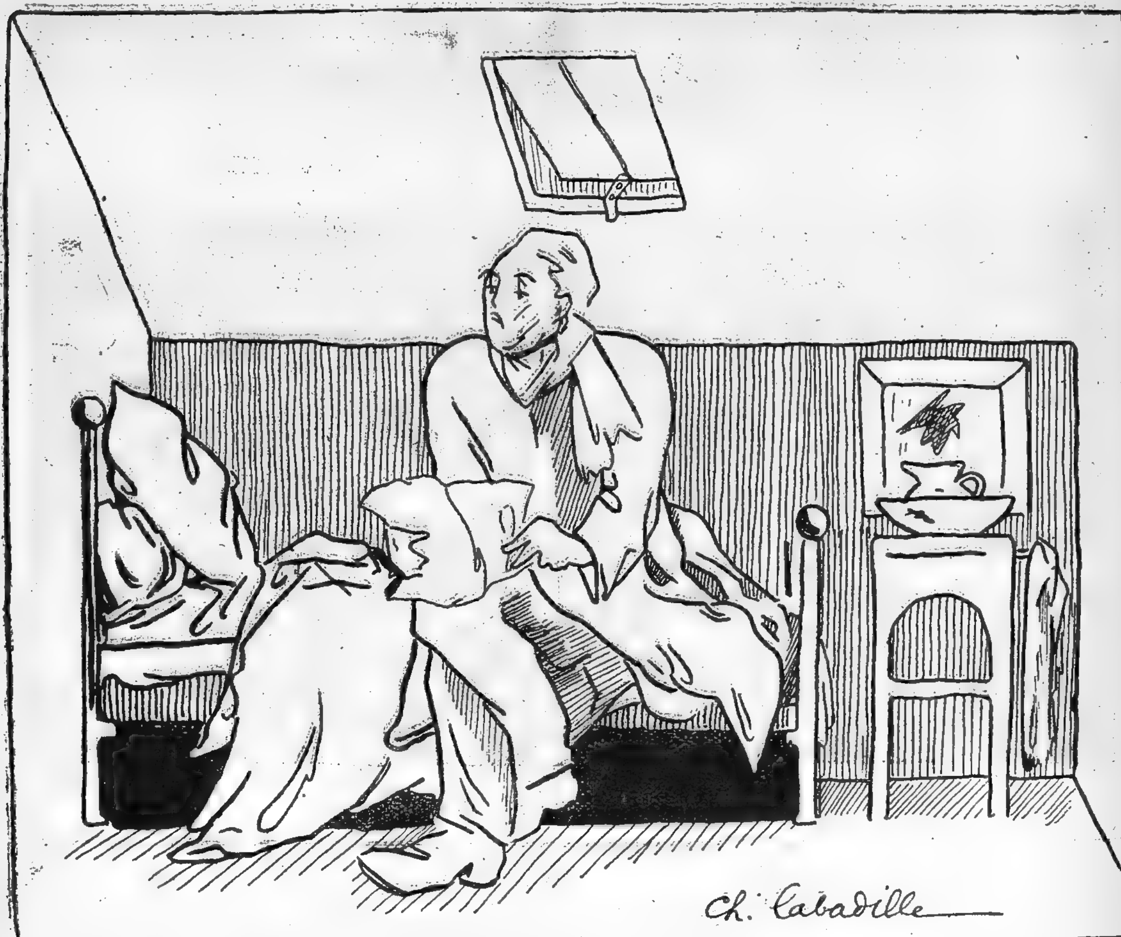
◆◆

bon et juste d'aider à se développer cette précieuse institution. Nous savons que, sinon son avenir, tout au moins son développement, est menacé ; il lui faudrait des locaux plus vastes, un personnel dont la rétribution coûte cher, etc., etc. Ne pourrait-on pas intéresser le Conseil municipal de Paris à cette bonne œuvre ?

Et nous, suivrons-nous l'exemple du chirurgien rapace du XVII[e] siècle qu'évoque le D[r] René Fauvelle dans son livre si intéressant sur les *Étudiants en médecine au siècle du gand roi* ? Il conseillait l'abstinence à ses élèves, qu'il s'était engagé à nourrir, comme ces derniers le relataient dans une naïve poésie :

pour vivre à Paris, à ceux et à celles qui savent que des jeunes gens encore en voie de croissance et de développement ont besoin d'une alimentation forte et saine, à ceux et à celles qui craignent le délabrement des estomacs de notre jeunesse universitaire que la France a besoin de voir prospérer gaie et saine. Qu'ils concourent à faire avec nous, un geste, évidemment insuffisant, mais qui sera un exemple et sera, sans doute imité, qu'ils nous permettent, en souscrivant si peu que ce soit, à aider au développement du restaurant coopératif des étudirnts. Ils feront une bonne œuvre.

J. Noir.



LETTRE DE PROVINCE... « Il me semble voir votre petite chambre d'étudiant, gaie et claire... »

Car Monsieur ne manquera pas
De nous prêcher sur l'abstinence ;
Même bien souvent il nous lit
Le livre où Hypocrate dit,
Pour précepte de médecine,
Qu'en notre puberté
Il faut peu chérir la cuisine,
Pour nous conserver la santé.

Nous faisons appel aux femmes de nos confrères, aux mères de famille qui sont inquiètes des privations que leurs enfants devront s'imposer

Nous transmettrons à l'Association toutes les sommes que nos généreux lecteurs pourront nous adresser à destination du Restaurant coopératif des étudiants.

Le *Concours Médical* (MM. Gassot, Maurat, H. Cézilly, Noir, Boudin, Vimont, Duchesne, P. Cézilly, Dumesny et Boulanger) s'est inscrit pour 500 francs.

N. D. L. D.

PARTIE SCIENTIFIQUE



TRAVAUX ORIGINAUX

CAUSERIES CHIRURGICALES

L'énergie opératoire

Par DARTIGUES.

En dehors de ses connaissances scientifiques et techniques, de son expérience clinique et diagnostique, qui ne lui fait prendre le bistouri qu'à bon escient et avec respect de la vie de son malade, le chirurgien vraiment digne de ce nom doit posséder des qualités essentielles de sang-froid et de dextérité. Mais parmi tant de choses qu'on exige de lui et qui font que lorsqu'elles sont réunies, le grand chirurgien est un des hommes les plus complets qui soient par l'ensemble des aptitudes intellectuelles allant de pair avec des aptitudes physiques, il y a ce qu'on peut appeler l'*Energie opératoire*.

L'énergie opératoire est une force d'origine complexe qui anime le chirurgien lancé dans son action chirurgicale. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir du courage chirurgical, c'est-à-dire cette vertu professionnelle qui fait que le chirurgien, se plaçant au-dessus des soupçons, des critiques ambiantes, de l'anxiété procurée par la gravité d'un cas, de l'incertitude du succès, ne voit que ce qu'il est possible de tenter pour sauver un malade, et ose l'entreprendre ; il faut, pendant qu'il agira, qu'il manifeste une fermeté sans démenti et qu'il réalise des actes sans défaillance devant des surprises inquiétantes et au milieu de difficultés inattendues : c'est cette dernière vertu chirurgicale qui est à proprement parler l'*énergie opératoire*.

Beaucoup de chirurgiens, la plupart, ont du courage chirurgical, c'est-à-dire le sentiment de l'action en face les situations difficiles devant lesquelles ils considèrent de leur devoir de ne pas reculer, quelles que soient les conséquences, pourvu qu'ils entrevoient la chance de sauver une existence. Un certain nombre d'autres sont même trop entreprenants, sans que leur hardiesse se justifie par leur possibilité de faire face à une œuvre au-dessus de leur force ou de leurs capacités. Mais tous n'ont pas l'*énergie opératoire*, c'est-à-dire cette puissance soutenue devant l'ouvrage rude et ce sentiment indéfinissable que l'on éprouve devant un adversaire inconnu, que l'on ne sera pas au-dessous de la tâche et qu'on parviendra à vaincre.

Le chirurgien possédant l'énergie opératoire n'est pas toujours celui, comme le pense le profane incompétent, jugeant en surface et par impression, en tout cas mal informé, qui arrive à la réussite de situation matérielle, car on peut s'établir une facile réputation, en sélectionnant ses cas, en opérant seulement les cas simples et sans aléas, de façon à pouvoir se vanter de virginales statistiques. Mais alors, ce n'est plus de la science, ni de la chirurgie altruiste consistant à essayer toujours d'être utile à son prochain ; c'est de la diplomatie pour parvenir et ce n'est pas intéressant. On a même vu des chirurgiens (peut-on les appeler de ce nom ?) qui ont eu une certaine vogue et se sont fait une spécialité pour ainsi dire paradoxale, en n'opérant pas, tellement est toujours le bien vu celui qui s'oppose à une intervention, serait-elle la plus urgente et la plus légitime ! Ceux de ma génération ont certainement le souvenir d'un chirurgien instruit qui s'était fait une clientèle précisément parce qu'il n'intervenait pas et déconseillait les opérations.

J'ai eu parmi mes maîtres, jadis, un très brave homme, érudit, expérimenté, celui qui m'a appris le plus, précisément parce qu'il était le moins brillant et parce que son désir était réel de livrer ce qu'il savait. Sachant beaucoup, pratiquant beaucoup le malade au point de vue clinique, il avait du courage chirurgical, c'est-à-dire qu'il osait entreprendre ce qu'il pensait utile ; avec un de ses internes, distingué du reste, mais qui avait le même tempérament que lui, il lui arrivait souvent de commencer une laparotomie, et, le ventre ouvert, subitement effrayé de l'œuvre à accomplir, d'échanger un regard d'intelligence (si l'on peut appeler cela un acte intellectuel !) avec cet interne et de refermer aussitôt. Ce maître, excellent par ailleurs, n'avait pas d'*énergie opératoire*.

Un autre chirurgien, remarquable par son immense culture, ses facultés éminentes d'enseigner, ses qualités de lettré exquis, le Pr Reclus, ne fut pas un chirurgien dans le sens réel du mot ; ce fut un savant en chirurgie et ses idées, ses méthodes, furent le reflet de son physique mièvre, de ses hésitations et de ses craintes, qui prenaient naissance dans le sentiment infiniment respectable de ne pas nuire à son prochain,

mais qui avaient aussi profondément pour cause une sorte de manque de puissance réelle à l'action ; il avait de la pusillanimité physique ; il savait fort bien ce qu'il fallait faire et n'osait ; il manquait d'*énergie opératoire.*

Nos arrière-grands-pères, chirurgiens de guerre de la Révolution et de l'Empire, montrèrent, dans les conditions difficiles et périlleuses où ils opéraient avec un matériel qui était loin d'être perfectionné comme celui d'aujourd'hui, obligés d'aller vite à cause de l'absence des anesthésiques, montrèrent une réelle énergie opératoire, en même temps qu'une grande habileté rapide. Presque tous nos chirurgiens de guerre, de l'immense lutte d'hier, qui opérèrent jusque sous le feu de l'ennemi et qui eurent affaire à des plaies formidables qui ne s'étaient jamais vues, en même temps qu'ils devaient faire face à un nombre inouï d'opérations, sélectionnant les blessés les plus importants pour aller au plus pressé, virent se développer en eux l'esprit intensif d'activité et d'audace chirurgicales et eurent l'occasion de montrer une *énergie opératoire* peu commune.

Tous ceux qui, en temps de paix, à des époques diverses, ont entrepris ce que j'appellerai les *opérations initiales,* celles qu'on n'avait jamais faites avant eux, ont manifesté l'énergie opératoire, le courage technique pour mener à bien une opération encore inconnue.

Quand l'Américain Ephraïm Mac Dowell fait la première ovariotomie abdominale pour kyste de l'ovaire ; quand en France, avant l'ère antiseptique, un petit praticien du département du Doubs, Woyciskowski, de Quingey, fait à la campagne, avec l'outillage que vous pouvez supposer, la laparotomie pour également le kyste de l'ovaire ; quand Vagner, Rose, Horsley, Krause, etc., jettent, par leurs interventions nouvelles, les bases de la chirurgie crânio-cérébrale, que Cusching, de Martel, Robineau, et Bourguet, et d'autres, développent ou perfectionnent ensuite ; quand Fontan traite chirurgicalement les abcès du foie ; quand Wœfler fait la première gastro-jéjunostomie ; quand Péan fait la première pylorectomie ; quand von Hacker, Billroth, Jaboulay, Roux, inaugurent cette magnifique chirurgie gastro-intestinale que perfectionnent, précisent et agrandissent en France principalement Pauchet, Duval, Lardennois, Ockinczyc et bien d'autres ; quand le Pr Duval donne à la chirurgie pleuro-pulmonaire un essor si considérable ; quand Beaussenat va extraire avec succès une balle en pleine cavité ventriculaire gauche du cœur ; quand Wertheim fait l'hystérectomie abdominale totale élargie pour le cancer, dont le Pr J.-L. Faure s'est fait en France le protagoniste remarquable suivi par des disciples distingués comme Desplats et bien d'autres qui sont venus faire certains appoints ; quand Goodfellow (de San Francisco) fait la première prostatectomie périnéale ; quand Fuller (de Chicago) fait la première prostatectomie transvésicale que Freyer (de Londres) a portée à un si haut degré ; quand Loumeau (de Bordeaux) fait en France la première prostatectomie par voie sus-pubienne sur un vieillard de 80 ans ; lorsque Albarran, Proust, Legueu, Cathelin, Pauchet et bien d'autres encore donnent en France aux deux méthodes d'extirpation de la prostate la place qui est due à cette merveilleuse conquête de la chirurgie ; quand J.-L. Faure s'attaque au cancer de l'œsophage par la voie médiastinale ; quand Péan, dès la fin du XIXe siècle, alors que l'antisepsie était à ses débuts, crée dans la chirurgie moderne un mouvement extraordinaire par l'apport de méthodes opératoires nouvelles ; quand surtout Doyen, dès le commencement du XXe siècle, dans tous les domaines de la chirurgie, principalement celui du crâne, du tractus gastro-intestinal, de la gynécologie, nous présente la richesse et la simplicité de ses techniques originales accomplies avec une instrumentation variée réellement faite par lui et prouvant le plus grand génie inventif ; quand Lambotte (d'Anvers), également avec toute une instrumentation géniale réalisée merveilleusement par lui-même, crée l'ensemble de la chirurgie osseuse moderne, que Fredet, Dujarrier, Heitz-Boyer entre autres, etc., viennent ensuite porter à un haut degré d'application et de perfection ; quand le regretté de Keating Hart, qui avait délaissé personnellement le bistouri, donnait à la chirurgie du cancer une audace inconnue jusqu'à lui, afin de permettre l'application de sa méthode de la fulguration qui a donné, malgré tout ce qu'on a pu dire, de très beaux succès insoupçonnés jusqu'à l'apparition du radium et de la radiumthérapie profonde, car en vérité, c'est bien avec cet animateur de puissance extraordinaire qu'il m'a été donné de m'attaquer aux plus grandes hardiesses anatomo-chirurgicales qu'on puisse concevoir jusqu'à présent ; quand tant de chirurgiens, dont je pourrais citer encore de nombreux exemples, réalisent des opérations originelles importantes, ils font preuve non seulement de courage chirurgical, mais d'*énergie opératoire.*

L'*énergie opératoire* n'est donc pas tant le contraire de mollesse dans l'exécution, de lenteur d'action, que la fermeté dans la continuité d'action durant l'opération et que surtout l'esprit de décision avant et pendant l'acte chirurgical.

Elle se manifeste encore, par exemple, quand on se trouve tout à coup devant une erreur impressionnante qui oblige à changer de tactique opératoire et où il faut, en quelques secondes, prendre une décision en toute lucidité ; quand se dresse devant le chirurgien une difficulté de

technique inattendue provoquée par des adhérences extrêmes, une anomalie, des connexions anatomo-pathologiques peu connues, etc., et où il faut immédiatement faire preuve d'improvisation ; quand se produit une complication subite, dont le prototype est l'hémorragie formidable ou celle qu'on a de la peine à maîtriser, parce qu'on n'en décèle pas la source exacte, où encore une ouverture imprévue d'organe qui s'est trouvé sous le bistouri ou les ciseaux sans qu'on s'en doute dans le chaos des lésions, comme par exemple la section de l'intestin ou de l'uretère ; quand on a devant soi, après une ouverture exploratrice, des lésions pathologiques plus considérables et inaccessibles qu'on ne s'y attendait et où, tout de même, on ne renonce pas à une extirpation au bout de laquelle peut se trouver la guérison.

Il faut de l'*énergie opératoire* encore lorsqu'une opération laborieuse est complètement terminée, que certains signes montrent que quelque chose ne va pas et qu'il faut se décider à rouvrir un ventre, ou faire sauter toutes les sutures méticuleusement exécutées ; il en faut encore quand on se trouve appelé d'urgence, la nuit principalement, et que l'on se demande avec anxiété si le nouvel acte que vous allez entreprendre ne déterminera pas un choc nouveau grave ou fatal, ou, au contraire, s'il est préférable de réintervenir : c'est alors, si l'on vainc ses hésitations, la paresse d'esprit et la fatigue physique, surtout dans des conditions techniques défectueuses de par le milieu ou l'urgence, que l'on prouve que l'on a de l'énergie opératoire.

J'ai le souvenir d'un camarade qui, au sortir de son internat en chirurgie, à une époque où l'on laissait moins d'initiative qu'aujourd'hui, était allé solliciter le conseil de J.-L. Faure. Celui-ci tolérant en un temps où les maîtres gardaient jalousement le domaine chirurgical, lui dit : « Opérez, mais ne vous lancez que dans ce que vous savez faire ». La réponse était bienveillante et judicieuse. Mais voilà, la chirurgie ne s'offre pas toute sélectionnée et cataloguée à l'avance en cas faciles ou compliqués : l'opération qui se présente aisée peut être terriblement difficile ; celle que l'on a prévue mouvementée sera des plus simples. Opérer ce qu'on sait faire ! Mais, tombera-t-on sur ce que l'on sait faire ? La chirurgie est comme la guerre : elle est faite d'embûches et de surprises. Il faut être préparé à tout et parfaitement organisé si l'on veut réussir et surtout ne pas faire courir de risques au malade.

Dans bien des cas, des opérations sont simples; il n'y a pas besoin d'être un grand chirurgien pour les exécuter ; beaucoup de gens d'une moyenne habileté et propres pourraient les faire; mais si, tout à coup, une difficulté réelle se présente, le vrai chirurgien seul s'en tirera parce *qu'il est rompu à la technique et qu'il a l'énergie opératoire* voulue. Il est donc périlleux pour le patient, malgré l'apparence du cas bénin, de se confier à une main qui n'entreprend que des opérations sporadiques.

Mon ami Pauchet qui a pris une part si grande au perfectionnement, à la divulgation de la chirurgie gastro-intestinale et à la diffusion des idées opératoires dans le monde des praticiens au sujet de la pathologie digestive, diffusion que conseillait déjà avec éloquence et grande expérience mon ami le Pr Montprofit, il y a quelques années, dans son discours présidentiel du Congrès de chirurgie, Pauchet, dans la *Pratique chirurgicale illustrée,* où toute la technique si merveilleusement illustrée par Dupret, se présente très facile sur *le papier,* conseille au jeune chirurgien ou à ceux qui n'ont pas, permettez le mot, un gros débit dans cette spécialité et n'opèrent que quelques cas isolés, de recourir dans certains cas complexes à l'opération la plus simple. Ce conseil est parfait, puisqu'il engage le praticien à ne faire courir que le minimum de risques au malade : de ne faire, par exemple, qu'une gastro-entérostomie au lieu d'une gastrectomie. Tout cela est fort bien, mais est-on sûr d'avoir rendu au malade le service qu'il attendait de vous ? Sous le prétexte de ne pas le tuer, on ne fait pas ainsi tout le nécessaire et on ne lui assure pas toute la sûreté d'une guérison durable. Une guérison insuffisante ou inadéquate complètement au cas, est aussi défectueuse, parfois, qu'une opération pas bien menée. L'opéré doit l'être pour lui-même et non pour le chirurgien et, s'il ne faut lui *faire que ce qu'il faut,* selon les limites de son mal, il faut tout de même lui faire *tout ce qu'il faut* et ne pas lui offrir une opération palliative quand une opération radicale s'impose. Il y a là une délimitation délicate à établir et, au fond, c'est le chirurgien qui *peut le plus,* qui sait le mieux, en contact avec la réalité d'un cas, *s'il faut faire le moins.* Il faut donc que le chirurgien appelé à exécuter une opération pouvant prendre une importance plus considérable qu'on ne le pensait tout d'abord, ait de l'énergie opératoire. Ce que je dis là met bien en relief, je pense, que cette qualité chirurgicale n'est pas purement d'ordre physique, ne repose pas seulement sur le tempérament du chirurgien, mais sur son jugement expérimenté qu'il sent en accord avec ses possibilités d'exécution. En effet, si l'opérateur médiocre ou bien non entraîné à certaines interventions dans un domaine donné qui ne lui est pas très coutumier, tombe sur ce qu'on appelle en argot, auquel on me permettra de recourir pour mieux frapper l'esprit, « un bec de gaz », bec de gaz qui n'éclaire rien et où le chirurgien est aussi désemparé qu'un homme ivre qui s'y cramponne égaré, il y a bien des chances

♦♦♦

que le salut du malade soit compromis. Aussi, la parole de J.-L. Faure est l'expression de la sagesse : « faites, ne faites que ce que vous savez bien faire ». Mais faut-il cependant, vu la complexité pathologique et l'inattendu qui surgit à chaque pas en chirurgie, que l'opérateur tombe sur le cas prévu dont il se tirera avec honneur pour le bien du malade.

Il y a donc une grande part d'inconnu en chirurgie, et de hasard. Mais il faut savoir que ces termes : *inconnu, hasard,* ne sont au fond que des expressions abstraites et sans signification réelle ; il est vraisemblable qu'il n'y a pas d'inconnu ni de hasard, que les choses et les évènements qui nous paraissent dans un isolement inattendu ont en réalité des liaisons invisibles pour nous et obéissent à des lois encore non découvertes, et que, véritablement, il s'agit là d'une simple relativité puisque, par nos connaissances continuellement accrues, nous reculons la zone de l'inconnu et réduisons ainsi progressivement la part du hasard : l'inconnu et le hasard ne sont faits que de notre ignorance.

On conçoit donc que l'expérience des cas les plus divers et la conscience éprouvée qu'on pourra y faire face sont toutes personnelles et variables suivant les individualités, et que, pour ce qui nous occupe, *l'énergie opératoire* présente des degrés très divers entre les chirurgiens et même offre des oscillations chez un même chirurgien, suivant ses connaissances spéciales, ses aptitudes, ses moments d'état physique et intellectuel plus ou moins favorables à l'action qui convient dans tel cas particulier.

Le chirurgien qui a de l'*énergie opératoire* est celui qui va à l'action, sous quelque difficulté qu'elle se présente, d'une main assurée et d'un cœur ferme et dont tout l'effort cérébral et physique est tendu puissamment en vue d'opérer un sauvetage dans une situation désespérée que d'autres renonceraient à combattre, ou d'opérer des cas dont la guérison récompense la hardiesse de celui qui a su côtoyer les périls les plus grands plutôt que de laisser mourir.

Car il y a trois façons de laisser mourir : celle de laisser périr en se croisant les bras ou en tournant le dos, façon qu'actuellement la justice ne poursuit pas parce que bien des profanes ou des incompétents pourront soutenir, dans un sentiment de passion, qu'intervenir était une précipitation plus hâtive vers une mort fatale ; celle encore de laisser mourir promptement parce que l'on n'aura pas eu la présence d'esprit voulue pour voir clair dans la gravité subite d'une complication et y parer par l'énergie opératoire nécessaire ; celle enfin de laisser mourir à *petit feu*, je veux dire par là à une distance de temps plus ou moins éloignée en ne tentant pas ce qui pourrait être tenté.

Mais là, nous pénétrons sur un terrain bien mouvant où les appréciations sont bien difficiles à fixer, car chaque opérateur a sa mesure personnelle par laquelle il se montre expérimenté, habile, intuitif des possibilités, artiste technicien sûr et homme d'action de réelle envergure ; et c'est ce qui fait des différences tellement grandes et impondérables entre des hommes de même plan apparent, mais en réalité de *valeur* (valor, courage, énergie) si inégale en ses degrés qu'avec l'un le malade a la vie, qu'avec l'autre, il entre dans la mort.

La chirurgie est une chose sérieuse toujours, bien que sa gravité puisse être atténuée par les moyens si perfectionnés mis en œuvre et les vertus opératoires manifestées le plus souvent, au point que la thérapeutique chirurgicale compte à son actif une proportion de succès incomparablement supérieure aux échecs.

Mais il faut savoir qu'elle doit être entreprise avec une conscience de soi très lucide, une fermeté de dessein très nette, une exécution sans défaillance. Les tempéraments pas assez trempés peuvent connaître l'état d'âme de la déroute chirurgicale, ce que j'appellerai *la panique opératoire.* Bien des forts entre les forts en ont parfois, dans les cas extrêmement difficiles, senti passer le souffle. L'âme du chirurgien, si merveilleusement perçue et dévoilée par J.-L. Faure en un style admirable qui ne peut être dépassé sur ce sujet, est peu connue de la foule, et elle n'est pas toujours complètement consciente chez certains chirurgiens qui n'opèrent pas avec un cœur attendri et une miséricorde altruiste en même temps qu'avec la plénitude de la force agissante. Des juges, entre autres, qui n'auront jamais été dans de semblables occurrences angoissantes dans l'exercice d'une profession qui demande une clairvoyance sans renvoi à la huitaine et des décisions immédiates et une action ultra-rapide, bien moelleusement assis dans l'inaction méditative, comprennent difficilement l'effort formidable de pensée et d'action spontanée demandé à des hommes qui doivent avoir une énergie ayant quelque ressemblance à celle qui se déploie dans les batailles où il est question de vie et de mort.

L'énergie opératoire peut être soumise parfois à des oscillations chez le même homme. Il arrive que celui qui est extraordinairement énergique, parce qu'il est sûr de soi, quand il aborde des opérations de lui connues, peut devenir singulièrement timide et hésitant quand il se hasarde à des opérations qu'il n'a jamais faites ou qu'il fait très rarement parce qu'elles ne sont pas de son domaine accoutumé. La spécialisation a porté plus haut le progrès, l'entreprise et l'audace, mais elle a diminué le clavier étendu sur lequel les chirurgiens de jadis jouaient avec une égale maestria.

Quoiqu'il en soit, il ne faut pas pourtant que

cette énergie soit tellement débordante qu'elle fasse perdre à l'opérateur le sentiment exact des limites de la réalisation et des possibilités, qu'elle frise l'inconscience des dangers inutiles à courir ou à faire courir à la vie confiée à ses mains. Cette énergie doit être tempérée par le sens simultané de ce que l'on doit à son malade et par la pensée constante qu'il ne faut pas contribuer à sa mort en cherchant à œuvrer pour sa vie.

Cependant, faute d'énergie dans la décision d'une intervention importante dont il faut savoir assumer les responsabilités, et je ne parle pas en ce moment du manque de force par défaut de présence d'esprit heureuse, des chirurgiens, trop timorés par un excès de sensibilité, ont tué, ou plutôt laissé mourir, des malades sauvables s'ils avaient été confiés à des cœurs plus endurcis par l'entraînement professionnel. On tue, chirurgicalement, de plusieurs façons ; par agitation ou furia opératoire, ce qui est rare aujourd'hui, car la plupart des chirurgiens gardent maintenant leur *self-control*, par égarement ou obnubilation dans une situation inattendue, et par abstention opératoire ou hésitation suspensive par sentimentalisme exagéré. En somme, comme toujours, la vérité et la norme sont entre les extrêmes.

Les savantissimes de la chirurgie, qui sont surtout des livresquissimes, véritables bibliothécaires ambulants, chez qui tout est étiqueté, fiché, rangé sur les rayons étouffés de leurs cerveaux, et chez qui sont stratifiées, d'une façon compacte, les idées des autres, ne sont pas les meilleurs chirurgiens et, quand ils se mêlent d'action opératoire, ils sont presque aussi dangereux que les ignorantissimes. Mais ils peuvent par leur savoir réfréner les agités et les rappeler à la modestie en faisant une juste mise au point sur ce que l'on croit trop aisément être des innovations ou des créations.

D'autre part, les téméraires qui ont pu être funestes à leurs opérés, victimes expiatoires de l'expérimentation ou de l'inauguration, ont souvent été utiles à l'avancement de la science. Nous bénéficions tous, chirurgiens et malades de l'audacieuse énergie opératoire de ces devanciers fatalement intrépides qui les premiers ont osé et entrepris, et n'oublions pas qu'une grande part de nos succès repose sur les décès qu'ils ont eu le courage « d'encaisser » comme de fiers et impassibles lutteurs.

Mais les plus belles théories, les plus justes observations, les plus poussées des discussions et les considérations les plus intéressantes ne valent que si l'on peut édifier sur elles des conseils d'ordre éminemment pratique.

On a répété avec quelque satiété que la chirurgie est un art. Libérons nos esprits des accoutumances verbales et des idées immobilisées par notre paresse instinctive, sachons briser les vieux clichés. Cette définition de la chirurgie est entachée d'archaïsme. Il est possible, il est certain même que la chirurgie est, et *restera toujours*, un art en ce qui concerne, dans sa pratique, l'intervention si éminente de l'individualité humaine, mais c'est un art étroitement enlacé à une science faite de multiples sciences, très complètes et très variées, qui s'enchevêtrent en composant une sorte de concert dont l'harmonie donne précisément la note d'art : mais ce qu'il faut retenir, à l'encontrce de ce qu'on dit de l'art en général, c'est un *art utile* au plus haut chef, un *art pratique* au suprême degré, c'est un *art scientifique* ou, au choix, une science artistique, si le mot ne vous choque pas.

Parmi les qualités très diverses du chirurgien, se trouve l'*énergie opératoire*. Elle vient non seulement des *sources* latenses de puissance physique d'exécution, mais des *ressources* de savoir et d'expérience accumulées qui donnent à leur tour la force mentale des décisions. Il faut donc trouver cette énergie opératoire et la développer. On la puisera dans l'éducation psychique et aussi la culture physique de soi-même, dans la noblesse corporelle acquise par un entraînement qui fait surgir la vitalité et l'épanouit jusque dans le cerveau qui conçoit et la moelle qui agit ; dans l'acquisition technique visant toujours à une perfection incessante qu'elle agrandit en faisant des incursions dans d'autres domaines scientifiques où il faut savoir faire des *raids* audacieux et fructueux ; dans l'excitation autogénique de la plus admirable et plus puissante des forces humaines : celle de la volonté.

Pour posséder l'énergie opératoire, il faut être bien portant, volontaire, et avoir une bonne technique chirurgicale générale qui vous donne la fermeté de l'assurance et le sentiment que pous pouvez faire face à tout ce que vous avez entrepris dans la clarté de votre décision.

L'énergie opératoire est donc dans la pensée, dans l'acquit du savoir, l'entraînement de la technique et aussi, dans le physique, chose dont on ne parle jamais et qui n'en est pas moins indispensable pour agir. N'oubliez pas que le chirurgien est son propre soldat en même temps que son général, ainsi que l'a dit excellemment jadis le Pr Pierre Delbet. Oui, dans une opération qui est une réelle bataille sur un champ de chair vivante, l'opérateur est une sorte de généralissime de qui émanent l'idée et l'ordre supérieurs ; il est aussi son premier combattant, de qui s'affirme la valeur. le courage et l'énergie. Il est encore son athlète, si j'ose risquer ce mot pour la première fois, en parlant de chirurgie, car je ne crains pas de dire que la chirurgie est un Sport, un Art, une Science. L'*énergie opératoire* jaillit de cette triple manifestation humaine qui sauve la vie en côtoyant la mort.

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

(*Suite* — 12e *article*)

Syphilis et affections de l'appareil respiratoire Syphilis et tuberculose

Par le Dr Leredde.

I

Je connais des médecins qui prennent des fiches sur tous leurs malades, à l'hôpital aussi bien qu'en ville, qui attribuent à la première observation l'importance souveraine qui lui revient et y consacrent, de propos délibéré, le temps nécessaire, fût-il d'une demi-heure, qui n'établissent pas d'opposition entre les moyens de laboratoire et les moyens cliniques : opposition déraisonnable et injustifiée puisque les uns et les autres ont pour but de découvrir des faits (l'étude des urines, celle de la température exigent d'ailleurs des moyens de laboratoire) ; qui considèrent enfin que le but *principal* de l'examen, chez tout malade atteint d'une affection chronique est de formuler un diagnostic *étiologique* DUQUEL DÉPEND UNE THÉRAPEUTIQUE EFFICACE.

Grâce à ces médecins, nous connaîtrons, dans quelques années, le domaine de la syphilis acquise et héréditaire, nous saurons ce qu'elle fait et, ce qui devient de plus en plus intéressant : ce qu'elle ne fait pas, et il sera prouvé, d'une manière évidente, même pour les incrédules de l'heure présente, que la syphilis est de beaucoup la plus grave des maladies, que la vie et la santé des races humaines seront transformées quand elle aura disparu.

Je viens de recevoir, du docteur d'Alençon de Fécamp, un document qui démontre à lui seul la fréquence de la syphilis pulmonaire. De 1920 à la fin de 1922, notre confrère a recueilli 23 observations. En voici le résumé,

I. Femme de 23 ans. Emphysème léger, coryzas à répétition, troubles dyspeptiques, asthme, Wasserman = 0, Hecht = + (1).

La mère a eu une fausse couche, a perdu un enfant de méningite, un vit (crises diarrhéiques).

Le Hecht devient négatif, l'asthme disparaît au cours d'un traitement par les arsénobenzènes.

II. Homme de 53 ans. Emphysème, bronchites fréquentes, thorax de poulet, photo-réaction lente, W = 0, H. = +. Rhumes à répétition au moindre froid, guérison complète après 15 injections de novarséno. Père mort albuminurique ; mère d'apoplexie à 73 ans, 2 fausses couches, 9 enfants dont un mort de méningite, un à 20 ans (persistance du trou de Botal), un de tuberculose pulmonaire ; un à 21 ans, opéré pour « maladie de Hirschprung » ; un des enfants vivants présente du rhumatisme chronique.

III. Femme de 26 ans. Emphysème, bronchite chronique, grandes crises d'asthme et petites crises légères de dyspnée toutes les nuits, frilosité extrême. Réflexes rotuliens disparus, W. = 0 ; H. = 0 ; J. = 0.

La mère a eu une fausse couche, a perdu 2 enfants en bas-âge, 5 frères ou sœurs vivent. Disparition de la dyspnée nocturne, de la frilosité après 10 injections de novarsénobenzol. Engraissement (3 kgr.)...

IV. — Homme de 37 ans. Emphysème, bronchite diffuse, accès de dyspnée, toutes les nuits depuis 5 ans, surdité.

Disparition des accidents dyspnéiques dans l'intervalle de 2 séries d'injections de novarséno.

V. — Enfant hérédo-syphilitique d'un an qui présente à partir du 6e mois des poussées de coryza avec toux quinteuse persistante sans signes.

Redevenue normale après 2 séries de sulfarsénol.

VI. — Femme de 46 ans. Emphysème, bronchite, dyspnée d'effort de temps à autre.

Grosse déformation du sternum.

Céphalées depuis l'enfance. Troubles gastriques depuis 20 ans. Rien de précis dans l'enquête familiale.

VII. — Femme de 30 ans. Emphysème léger, coryza et trachéo-bronchite à répétition. Dyspnée d'effort, Bacilles = 0.

La mère a eu 2 jumieaux morts-nés, une fillette morte à 2 ans de convulsions, une fausse couche.

VIII. — Fillette de 11 ans et demi qui présente des signes d'emphysème, et de l'anémie (3.300.000 hématies avec éosinophilie 10,6 %), nez en selle. Séro-réaction négative.

Le père est atteint d'insuffisance aortique (W. = + + + +). La mère a eu 4 fausses couches.

Un fils est mort à 21 ans (tuberculose pulmonaire).

Après 14 injections de sulfarsénol, amélioration énorme. Le nombre des hématies passe à 4.187.000, l'éosinophilie tombe à 5 %.

IX. — Femme de 36 ans chez laquelle on a cru à une tuberculose, qui passe au lit 6 mois de l'année. Troubles pulmonaires depuis 10 ans. Emphysème avec sommets douteux, bronchites, frilosité.

Microdontisme, prognathisme, céphalées, asthme, etc.

La mère a eu une fausse couche et a perdu un enfant à 18 mois de broncho-pneumonie et méningite.

La toux disparaît, la frilosité diminue après 10 injections de novarsénobenzol.

X. — Jeune fille de 19 ans atteinte depuis 6 mois de pleurodynie de la base gauche, asthme, légère aortite, langue fissurée, palais ogival.

La mère a perdu un enfant de méningite, à un an.

Amélioration grande après injection d'hectine. Gagne 2 kilogr.

XI. — Femme de 40 ans. Poussées de bronchite hivernale depuis 10 ans. Signes de dilatation, bronchite à gauche (?)

Ratelier supérieur. Atrésie des narines.

La mère a eu 8 enfants, dont un mort-né.

XII. — Femme de 26 ans. Emphysème, bronchite à répétition avec dyspnée d'efforts. Langue scrotale. Retentissement du 2e bruit aortique.

La mère a eu 10 enfants dont 2 morts en bas-âge, un, à 29 ans, de pneumonie.

(1) De ces malades, aucun ne présente d'albuminurie.

XIII. — Homme de 32 ans, atteint de grand emphysème, état dyspnéique, bronchite intense avec crachats hémoptoïques. Bacilles = 0.

Hypertrophie cardiaque, arythmie.

Père mort subitement à 46 ans. La mère a perdu 6 enfants en bas-âge.

XIV. — Homme de 50 ans. Bronchite persistante, emphysème, dyspnée d'efforts, asthénie.

W. = 0 ; H. = 0 ; J. = 0, mais syphilis à 20 ans.

Tous les symptômes disparaissent au cours d'un traitement par le novarséno.

XV. — Homme de 30 ans. Bronchite chronique, emphysème depuis 12 ans, asthme depuis 7 ans.

Langue scrotale, thorax globuleux.

W. = + ; H. = +.

Traitement par le novarséno. Amélioration nette. Les crises d'asthme disparaissent après la 2e série.

XVI. — Homme de 50 ans, opéré pour ulcère du duodénum, qui présente à la suite des signes de gangrène (expectoration fétide, hémoptysies). Fièvre hectique pendant 2 mois. Guérison par le novarsénobenzol ; chute de la température dès les premières injections, syphilis à 20 ans.

XVII. — Homme de 40 ans. Pseudo-tuberculose pulmonaire. Bacilles = 0. Grosse exostose temporale, W. = + + + +.

XVIII. — Femme de 62 ans. Bronchites persistantes depuis 10 ans. Bronchorrhée, craquements des sommets, bacilles = 0.

Pupilles inégales, réflexes exagérés, W. = 0 ; H. = 0 ; J = 0 ; amélioration nette de la bronchite par le novarsénobenzol.

Une fille (Hecht = +) a été guérie par le mercure et le novarsénol d'un « lupus » nasal datant de 10 ans.

La mère de la malade a eu 10 enfants dont un grand nombre morts en bas âge.

XIX. — Homme de 20 ans. Hémoptysie légère depuis plusieurs années, qui sont devenues quotidiennes. Emphysème pulmonaire, thorax globuleux, bacilles = 0.

W. = 0 ; H. = 0 ; J. = 0. Incisives médianes supérieures convergentes. Arrêt des hémoptysies au cours d'une série de novarsénobenzol.

La mère a eu 18 enfants, dont 7 morts en bas âge, un, tuberculeux, à 22 ans.

XX. — Femme de 36 ans vue en 1921. Hémoptysies en 1911, 1914. Nouvelle hémoptysie depuis décembre 1920, thorax de poulet, respiration obscure aux sommets. Bacilles = 0.

Quelques faux pas du cœur.

Léger ptosis bilatéral surtout à droite.

Parents, frères et sœurs en bonne santé, un frère mort tuberculeux à 36 ans.

XXI. — Enfant de 3 ans 1/2 qui présente des poussées de bronchite depuis l'âge de 7 mois, du coryza permanent, signes d'adénopathie trachéobronchique, thorax en carène.

La mère présente de légers stigmates, a perdu un enfant de « méningite ».

XXII. — Femme de 25 ans, Accès de rhinite spasmodique chaque année, emphysème généralisé. Thorax globuleux.

Rudesse, craquements aux sommets, bacilles = 0, front saillant, nez en selle. Amélioration nette après injections d'hectine.

La mère a perdu un enfant de méningite à 3 ans.

Je rapporterai en détail la 23e observation, qui est des plus suggestives.

Elle concerne un homme de 36 ans, atteint de rhinite spasmodique rebelle avec hémoptysie, hérédo-syphilitique, chez lequel toutes les recherches relatives à une tuberculose pulmonaire ont été négatives.

Végétations adénoïdes à 8 ans. Céphalées de 18 à 21 ans. Entérite à 25-26 ans.

Coryza violent à 24 ans, qui se répète à 26 et devient spasmodique. A 27 ans, rhume des foins, laryngo-trachéite avec crachats hémoptoïques. A 28 ans, nouveau rhume des foins, crachats hémoptoïques. L'état général reste bon, le malade engraisse. Bacilles : 0. Inoculation au cobaye négative.

En 1916, pas de rhume des foins, asthénie, état subfébrile. Obstruction nasale permanente. 1917, crachats sanguinolents à plusieurs reprises. L'asthénie, l'état subfébrile persistent. Quelques douleurs au niveau des sommets. Accélération cardiaque. Frilosité. Le malade « s'enrhume » au moindre prétexte.

1918. Amélioration après régime végétarien. Mais, après une grippe, les troubles nasaux, laryngés, trachéaux l'asthénie, l'état subfébrile, reparaissent.

1919. W. = 0 ; Hecht = +. L'état général s'améliore à la suite d'injections d'hectine B, dont quelques-unes sont suivies de crachats hémoptoïques. Le Hecht devient négatif.

En avril 1922, trois recherches de bacilles, l'inoculation au cobaye restent négatives. L'examen radiologique des poumons montre un état normal. Pas de râles à l'auscultation. Un cardiologue trouve le cœur en bon état, séro-réaction négative.

Aucun stigmate précis, sauf la chute précoce des dents à la mâchoire supérieure et des réflexes rotuliens vifs, légère anémie (G. R. = 3.860.000 avec mononucléose : polynucléaires 52 % au lieu de 60-70).

Disparition « miraculeuse » de l'obstruction nasale, de l'asthénie, de l'état subfébrile diminution des palpitations, « résurrection physique et morale » à la suite de 19 injectinons de sulfarséno! ; quelques-unes ont provoqué des réactions laryngées.

La mère présente de l'aortite (séro-réaction négative) ; elle a eu 6 enfants, dont une, née à 7 mois, a présenté à 42 ans des phénomènes arthralgiques guéris par le sulfarsénol, une fille qui présente des céphaléese, de l'albuminurie, une autre pseudo-bacillaire amélioré nettement par le sulfarsénol (stigmates dentaires).

Cette observation permet de poser de nouveaux problèmes, L'origine syphilitique de l'asthme, vrai « essentiel », ne me paraît plus douteuse dans des cas nombreux après mes recherches personnelles, confirmées par celles de Castex : des accès se rencontrent chez certains des 23 malades dont je viens de résumer l'histoire *et purent céder au traitement.*

Quel est le rôle de la syphilis à l'origine de l'*asthme des foins*, de la *rhinite spasmodique* ? N'existe-t-il pas chez les héréditaires, d'autre part, des trachéo-bronchites, comme celles qu'on observe à la période secondaire de la syphilis ? (Sergent) (1).

Tous les phtisiologues nous parlent aujourd'hui des bronchites descendantes, des troubles pulmonaires, souvent confondus avec la tuberculose, qui se rencontrent chez des individus atteints de lésions

(1) SERGENT. — Les trachéobronchites de la période secondaire de la syphilis. Etudes sur les maladies de l'appareil respiratoire. Maloine, 1922.



des voies respiratoires supérieures. Rien de mieux : mais quelle est l'origine de ces lésions elles-mêmes des déformations thoraciques que l'on constate si souvent chez les individus atteints de lésions nasales, pharyngées ? En vérité, il faut chercher, chercher encore, et ne pas se contenter d'explications toutes faites.

L'étude de l'hérédo-syphilis nous ménage encore bien des surprises !

II

Il existe donc une syphilis pulmonaire, méconnue d'une manière habituelle sous ses formes acquises et surtout héréditaires et qui est fréquente. Chez les héréditaires , elle se présente surtout sous forme d'une sclérose diffuse, étendue ou généralisée, avec emphysème, par lequel elle se révèle cliniquement (1) Les premiers symptômes sont des bronchites à répétition, des bronchites tenaces, qu'on attribue d'une manière banale à l'état des voies respiratoires supérieures,la dyspnée d'effort,qui ne s'explique ni par des lésions cardiaques ni par des altérations rénales, l'asthme, Elle apparaît à tout âge, *parfois à une époque tardive*.

Chez l'enfant déjà, chez le nourrisson même, des bronchites réitérées doivent faire penser à la syphilis héréditaire.

L'asthme « essentiel » l'asthme vrai est fréquemment — je n'écris pas qu'il est toujours — d'origine hérédo-syphilitique, et le traitement anti-syphilitique peut avoir sur lui une action curative.

Parfois la syphilis congénitale de l'appareil respitoire se révèle surtout par des troubles qui ont leur origine dans les voies supérieures. Il existe sans doute des rhino-trachéo-bronchites, parfois de caractère spasmodique (rhume des foins) d'origine hérédo-syphilitique.

D'autres formes de syphilis pulmonaire sont liées à la présence de foyers de sclérose dense, limitée, parfois associées à des gommes et se révèlent par des signes d'infiltration limitée, et quelquefois des signes cavitaires, normalement confondues avec la tuberculose (1). Il existe une forme bronchoectasique, une forme pleurale ou plutôt pleuropulmonaire : toutes peuvent coexister d'ailleurs. L'association d'une médiastinite, d'adénopathies trachéo-bronchiques est toujours possible.

Toutes les formes peuvent être confondues avec la

(1) L'emphysème qui se développe à la fin de l'âge adulte ou chez le vieillard ne peut-il être, n'est-il pas souvent dû à une syphilis acquise ? Il serait surprenant que celle-ci ne joue pas un rôle dans son étiologie, qu'elle n'en soit pas la cause déterminante dans des cas dont il faudra connaître la fréquence. Mais ceci est une opinion *à priori* ; mieux vaudraient des faits en série . Mes documents personnels sont à peu près nuls. Voici une observation récente :

Mad. R., 65 ans, vue le 27 septembre 1922, présente depuis 4 ou 5 mois de belles syphilides, de type tuberculeux tertiaire, en anneaux, au niveau du cou, du bras droit, de la cuisse gauche. W = + + +.

Aucun trouble nerveux, réflexes normaux ; pupilles égales, un peu irrégulières,sans Argyll. L'oreille est devenue dure.

Depuis 5 ans, Mad. R. présente de la dyspnée d'effort, sans crises d'asthme,attribuée à une bronchite chronique avec emphysème.

A la percussion, on trouve une exagération de sonorité aux sommets en avant et en arrière, une diminution de la zone de matité cardiaque. Aux sommets en arrière, expiration prolongée ; sibilances à gauche. Respiration soufflante à la base droite, la toux réveille des râles de bronchite. Aux sommets en avant, inspiration humée, expiration prolongée. Les creux sus-claviculaires sont effacés.

Cœur normal.

Albumine : 0.

Mad. R. est divorcée, son mari vit « en bonne santé ». Elle n'a eu ni enfant, ni fausse couche. Il est *possible* qu'elle soit seulement hérédo-syphilitique (langue scrotale, père mort (à 73 ans) d'une affection cérébrale, mère à 52 ans d' « hydropisie », un frère est mort à 25 ans de pneumonie, un autre à 75 ans. Mad. R., a encore 3 frères ou sœurs « en bonne santé ».

(1) Je ne puis résister au plaisir de résumer l'observation d'un malade que j'ai vu à la fin de novembre et qu'on croyait condamné à mort. SA CONCIERGE AVAIT DÉJA PROMIS L'APPARTEMENT A UN NOUVEAU LOCATAIRE !

M. D., 44 ans, a eu la syphilis à 25 ans, traité par le calomel en injections intramusculaires pendant 2 mois puis, *pendant* 15 *ans*, par des pilules, des sirops biiodurés, des injections solubles. Marié en 1919, la femme « se porte bien ». Un enfant de 2 ans « se porte bien ».

Bronchite au cours de l'hiver 1921, amaigrissement progressif. Toux sèche persistante. De temps en temps, crachats *striés de sang*. On parle de tuberculose.

En juillet 1922, radioscopie : point calcifié au niveau du lobe supérieur gauche, léger vide au-dessus. Ganglions bilatéraux.

Vers le 15 août, légère hémoptysie, signes de congestion pulmonaire. Amélioration, puis nouvelle poussée en octobre, toux, fatigue, sueurs, fièvre. Au début de novembre, diarrhée, selles glaireuses, la température s'élève Elle oscillera de 38° à 39°5 ou 40° jusqu'au 21 novembre. Le médecin pense à un début de fièvre typhoïde, puis à une granulie, en présence des signes pulmonaires. PAS DE BACILLES DANS LES CRACHATS. L'amaigrissement est considérable, fatigue, prostration. Un médecin des hôpitaux, fort connu, est appelé et fait le diagnostic de pneumonie caséeuse. LE MALADE A DIT AUX DEUX MÉDECINS QU'IL ÉTAIT SYPHILITIQUE.

Le 23 novembre 1922, température du matin, 37°8, du soir 39°2.

Le 24, température du matin 37°5, du soir 39°9.

J'ai vu le malade le 25. Il existe un bloc de condensation pulmonaire à la partie supérieure du poumon gauche : matité, souffle, râles humides, gargouillement. La toux est à peu près normale. A gauche, signes de bronchite. Expectoration abondante, muco-purulente.

Le malade a reçu des injections de sulfarsénol à 0,06 le 24, 0.09 le 27, 0.12 le 29. Le maximum thermique s'abaisse à 39°3 le 24, 39°2 le 25, 38°7 le 26, 38°8 le 27, 38° le 28, le 29, le 30, le 31. A cette date, le souffle prend le caractère caverneux, les râles humides sont peu nombreux, l'expectoration a diminué.

Injections de sulfarsenol à 0.12, le 2 décembre, 0,12 le 4, 0,12 le 6, 0.15 le 8, 0.15 le 10, 0.18 le 12. La tempétarture vespérale n'atteint plus 38° ; à partir du 9, elle est de 37°2 à 37°4 le matin, 37°7 à 37°8 le soir. Le gargouillement a disparu, etc. Le malade a engraissé, il mange et se lève. *Le traitement va être continué à doses croissantes.*

tuberculose pulmonaire et le sont souvent, parce que la syphilis du poumon est ignorée dans la pratique ; malgré sa fréquence. Il faut penser à celle-ci chez tout individu qui présente une affection chronique de l'appareil respiratoire et la chercher *avec le soin et suivant la méthode nécessaire* : toutes les fois qu'il n'y a pas de bacilles dans l'expectoration,la vie du malade peut dépendre de sa découverte. Il faut même la chercher lorsqu'il y a des bacilles, la chercher chez tout tubecruleux pulmonaire, *parce qu'il existe des formes mixtes*, parce que le traitement antisyphilitique est toléré d'une manière admirable par les tuberculeux, peut être appliqué à titre d'épreuve et amener une amélioration surprenante si le malade est syphilitique.

Les formes mixtes sont, naturellement, aussi mal connues que la syphilis pulmonaire elle-même. La tuberculose peut se développer chez des emphysémateux hérédo-syphilitiques : parmi les 20 observations que j'ai publiées en 1917, cinq concernent des malades atteints d'une affection bacillaire surajoutée, révélée par les signes généraux, les réactions fébriles, la présence de bacilles dans les crachats, etc.

Quelle est la fréquence de lésions syphilitiques originelles chez les tuberculeux pulmonaires ? Nous d'en savons rien, la réponse à cette question sera possible le jour où les phtisiologues sortiront de leur inertie présente et chercheront la syphilis chez tous les tuberculeux sans exception. Très rares sont ceux qui ont soupçonné l'importance et l'intérêt du problème ; leurs travaux n'ont eu aucune conséquence pratique. Des milliers de tuberculeux syphilitiques ou hérédo-syphilitiques sont soignés, sans que l'infection, qui a précédé la tuberculose, dont les lésions peuvent s'associer à celles que détermine le bacille de Koch, dont la répression transformerait peut-être d'une manière complète l'évolution de la tuberculose elle-même, au moins à son début, soit reconnue ou sans qu'on attache à son existence le moindre intérêt.

III

SYPHILIS ET TUBERCULOSE

« Les relations de la syphilis et de la tuberculose sont des plus étroites.

La syphilis acquise ou héréditaire crée un terrain d'élection pour la tuberculose.

Le syphilitique est d'autant plus exposé à la tuberculose qu'il se soigne moins rigoureusement.

« Lutter contre la syphilis, c'est, dans une certaine mesure lutter contre la tuberculose.

« Le syphilitique tuberculeux, quand il résiste au choc initial, évolue vers la syphilis fibreuse et a d'autant plus de chance de guérison qu'il est soumis à un traitement antisyphilitique mieux dirigé.

« Le traitement mercuriel n'aggrave pas, comme on l'a dit à tort, l'état des tuberculeux syphilitiques ; bien fait, il l'influence heureusement et favorise la guérison . ».

SERGENT.

« La tuberculose n'est PEUT-ÊTRE qu'une conséquence, éloignée ou prochaine, de la syphilis, écrivait il y a quinze ans déjà Sergent, dans un livre où il a étudié la question fondamentale des rapports de cette infection et de l'infection bacillaire ».

J'ai souligné deux fois le mot peut-être. Chez un grand nombre, *peut-être*, d'individus, le développement d'une tuberculose qui resterait à l'état latent dans d'autres conditions, la germination bacillaire même est *peut-être* due à une infection syphilitique acquise, ou plus souvent, à l'existence d'une syphilis congénitale. La répresson de la tuberculose, maladie sociale, dépend *peut-être*, et *peut-être dans une large mesure* de celle de la syphilis. Chez un nombre de tuberculeux, *peut-être important*, la guérison de la tuberculose dépend peut-être d'un traitement de la syphilis, bien fait et fait à l'heure nécessaire.

Tout cela, ce sont encore des HYPOTHÈSES, mais plausibles et appuyées sur des faits précis. Et telle est notre impuissance à l'égard de la tuberculose au point de vue thérapeutique et même au point de vue prophylactique, que ces hypothèses justifient, que dis-je, exigent des recherches.

Il semble que dans tous les services, les sanatoria et surtout les dispensaires où des tuberculeux ou des malades suspects de tuberculose sont étudiés, une des premières préoccupations du médecin devrait être de chercher d'une manière méthodique, approfondie, la syphilis acquise ou héréditaire, qu'un examen du sérum devrait en outre être fait dans tous les cas, la syphilis pulmonaire dépistée quand elle existe, de même que les formes mixtes, acsociées.

Il n'en est rien : en France et dans tous les pays du monde, je crois, la lutte antituberculeuse a été engagée sans qu'on pense à la syphilis de l'appareil respiratoire, sans que les médecins soient invités à faire des examens sérologiques et qu'on leur donne le moyen de les faire — sans qu'ils soient invités, également, à interroger les malades sur leurs antécédents personnels, leurs antécédents héréditaires, l'état de leurs femmes et de leurs enfants, à étudier l'état des pupilles, des réflexes, de l'aorte, à rechercher les stigmates.

On ne saurait, en vérité, accuser les phtisiologues d'un excès de curiosité scientifique, au point de vue étiologique, et cet exemple, avec d'autres, mieux que d'autres, révèle l'état des esprits, dominés par les routines plus encore que par les dogmes de l'école anatomoclinique.

***

La syphilis diminue,nous dit Sergent,d'une manière certaine la résistance de l'organisme à l'invasion du bacille de Koch et *doit être cherchée dans tous les cas de tuberculose.*

La première partie du travail est consacrée au diagnostic différentiel des deux infections. On y trouve naturellement les idées qui avaient cours avant la découverte de la séroréaction et les notions

actuelles sur la syphilis latente et la syphilis non spécifique. Sergent admet, comme Fournier, d'après Fournier « que l'hérédo-syphilis porte sa marque spéciale et caractéristique » et comme Fournier qu'il existe un terrain hérédo-spyhilitique, une hérédité syphilitique, *mais non microbienne* « dystrophique ». Tout ce qui concerne le diagnostic différentiel des différentes localisations ne pourrait plus être rédigé sous la forme qu'employait l'auteur il y a une quinzaine d'années, non seulement parce que les moyens de laboratoire ont été découverts, mais parce que les moyens cliniques eux-mêmes ont aujourd'hui une précision qu'ils n'avaient pas à cette époque.

La tuberculose peut être inoculée *directement* au niveau de lésions syphilitiques, d'une gomme pulmonaire, de lésions laryngées (les malades atteints de laryngite bacillaire sont normalement des syphilitiques), trachéo-bronchiques. Ou bien la tuberculisation est *indirecte*, consécutive à la déchéance de l'organisme syphilisé. Elle se fait parfois au début de l'infection spirochétique, parfois elle est tardive.

Les enfants des syphilitiques sont particulièrement exposés à la phtisie et aux tuberculoses locales. « Sans hériter du virus syphilitique », dit Sergent, ils héritent du terrain syphilitique, éminemment propre à la prolification du bacille de Koch, terrain d'ailleurs transmissible à la descendance.

« Chaque fois », ajoute-t-il, « que j'ai pu rechercher la syphilis dans les antécédents des tuberculeux (non syphilitiques acquis, bien entendu), je l'ai trouvée chez un des ascendants, en général le père ». Faite dans 5 cas, la recherche a donné 5 fois un résultat positif. Il est regrettable que Sergent n'ait pas cherché à établir une statistique plus étendue.

La « scrofule » (ce mot devenu archaïque est employé au sens clinique) est considérée par Sergent comme un dérivé de la syphilis. Il existe une « syphiloscrofule », qui peut être greffée sur une syphilis ancienne, dont les lésions peuvent céder au traitement mercuriel, ou sur syphilis récente : exemple : les « écrouelles » de la période secondaire. La syphilis peut se greffer sur une scrofulotuberculose préexistante (en 1907, la notion de la réinfection syphilitique chez les hérédo-syphilitiques était encore discutée). Des observations d'hybrides de lupus et de syphilis ont été publiées par Leloir et Longin.

Sergent a étudié longuement la question de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques et les hérédo-syphilitiques. Il donne des observations remarquables de poussées bacillaires survenant chez des tuberculeux à la suite d'une infection syphilitique et provoquées évidemment par celle-ci (1).

Parfois, la tuberculose éclate chez un syphilitique, au moment des accidents secondaires, ou dans la période qui suit ceux-ci ; elle peut se greffer sur une pneumopathie syphilitique. Sergent insiste sur le rôle de la syphilis dans les formes fibreuses de la tuberculose ; plus que toutes autres, elles doivent inviter le médecin à rechercher les indices révélateurs et les stigmates de la syphilis. Chez les hérédo-syphilitiques, la tuberculose présente quelquefois des particularités qui la distinguent de la tuberculose commune. La présence de signes certains chez les enfants n'appartient qu'aux hérédo-syphilitiques (Hutinel). Voici une observation de Barthélémy (résumée) :

Enfant de 11 ans, atteint de tuberculose pulmonaire, *avec bacilles*, simultanément d'ostéomes gommeux (front, os malaire, tibia, fémur), et d'adénopathies multiples. Traitement par l'huile grise. Au bout de 6 mois, les gommes ont disparu ; en outre, amélioration de l'état général, atténuation des signes stéthoscopiques (gros râles, souffles cavitaires). Le traitement est continué. Au bout de 2 ans, on peut parler de guérison (1).

Ce fait a été publié en 1907 : voici des faits qu'on observe en 1922.

Je demande au lecteur de méditer l'observation suivante, que je dois à mon ami le Dr Roger Savignac.

Mad. X, 30 ans, a toujours été d'une santé délicate; elle a présenté à plusieurs reprises des accès de lithiase rénale (phosphaturiques ?).

En 1916, pleurésie droite avec épanchement.

En 1918, poussée congestive au niveau du poumon droit,. En 1919, nouvelle poussée ; fièvre continue, expectoration abondante avec bacilles, toux, etc. La que, amaigrissement, poussée congestive au niveau du sommet droit.

Juin 1919, W. = ++++. Le traitement, qui avait été jusque-là incohérent et fait à doses faibles (hectine; benjoin, xxxx, injections de 102), est mené d'une façon régulière par le novarsénobenzol, malgré une nouvelle hémoptysie, et continué au sanatorium de La Guiche, et dans un sanatorium près de Menton. En mai 1920, le malade a fait 31 injections de novarséno, jusqu'à la dose de 0,90. Il a engraissé de 10 kgr. et a retrouvé sa santé normale.

Cette observation est malheureusement incomplète, en raison de l'absence de recherches bactériologiques. Il semble bien qu'il s'agisse d'un tuberculeux pulmonaire qui supporte sans incident quatre années de guerre et fait une poussée de tuberculose à l'occasion d'une syphilis récente

(1) Voici une observation personnelle :

M. P., 31 ans, a eu, à 20 ans, une hémoptysie, on a constaté des lésions du sommet droit. Il a été soigné pendant plusieurs années. Au moment de la guerre, il va bien, *et fait toute la campagne dans l'armée active.* Sa santé est parfaite à la fin des hostilités.

Chancre en décembre 1918, roséole en janvier. En avril, angine, fièvre, hémoptysies internes; à cette épo-

(1) Des faits intéressants peuvent s'observer dans des cas où l'hérédo-syphilis ne s'accompagne pas de lésions actives.

Observation de Sergent (résumée), fille de 23 ans, atteinte d'hémoptysie récente (la mère, un frère sont morts « poitrinaires »). Adénopathies dans l'enfance. Facies « strumeux ». Petite perforation du palais remontant à l'enfance. Tousse depuis 3 ans tous les hivers. Dyspnée d'effort.

Le thorax est bombé. Respiration emphysémateuse, en outre, submatité, craquements secs, frottements pleuraux au sommet gauche en arrière. Quelques bacilles dans les crachats.

(Observation type d'emphysème, chez une hérédo-syphilitique, compliqué de tuberculose).

poussée disparaît après un séjour prolongé à Leysin.
En 1921, poussée nouvelle, on constate à l'examen radiologique une infiltration généralisée du poumon droit l'intégrité complète du gauche.
Cette malade a été vue par les phtisiologues les plus connus de Paris, aucun n'a fait attention aux faits suivants :
1° La malade, mariée, a eu une fausse couche de 6 mois, une petite fille se porte bien (?) ;
2° Elle a un sternum en entonnoir ;
3° La séroréaction est positive (Hecht = +).
Enquête familiale :
Le père est mort *tuberculeux* ;
Une sœur est morte *tuberculeuse* ;
Un frère a été opéré d'*ulcère gastrique* ;
Une sœur présente de l'appendicite chronique ; Hecht = +.
La mère vit en bonne santé (?)

....

Mme X. présente actuellement une fièvre hectique avec amaigrissement considérable, expectoration abondante (bacilles). Aucun traitement antisyphilitique n'a pu être appliqué en raison des réactions trop vives qui en étaient la suite.

Le Dr Savignac m'a également communiqué l'observation d'une jeune fille atteinte de pleurésie avec tuberculose du sommet droit, envoyée dans un sanatorium où elle vient de mourir. *Aucune attention n'a été accordée aux faits suivants, qu'il avait signalés.*

Le père est mort (emphysème et sclérose cardio-artérielle). La mère a eu une hémiplégie améliorée considérablement à la suite d'un traitement antisyphilitique, un frère est épileptique.

Voici des faits personnels :

Obs. LXXXI. — *Tuberculose pulmonaire chez un hérédo-syphilitique.*

M. P., 28 ans, vu le 3 mai 1919, a été soigné au sanatorium d'Angicourt de mars 1913 à mars 1914 et va assez bien depuis. Il a cependant maigri depuis 2 ans.
Il a toujours été de santé fragile et W. = ++++, dyspnéique, même dans son enfance, n'a jamais pu courir. Pas d'asthme. Pas de syphilis acquise.
Depuis 3 mois, exostose un peu douloureuse de la partie supérieure du tibia droit.
Aucun stigmate dentaire.
Père mort tuberculeux à 43 ans. La mère vit, en assez mauvaise santé. Elle a perdu 2 filles, une de tuberculose à 17 ans, une à 2 ans (coqueluche).
J'ai traité ce malade de 1919 à 1921, il a reçu actuellement environ 80 injections de novarsénobenzol à doses normales. Il a engraissé de 4 kilogr. ; la réaction de Wassermann et celle de Hecht sont devenues négatives. Disparition d'une « arythmie mainale » (1).

Obs. XLXXII. — *Tuberculose pulmonaire, avec association syphilitique probable. Syphilis acquise et peut être héréditaire.*

Mme Rou, 35 ans, vue le 23 novembre 1920 paraît avoir été atteinte de syphilis à 20 ans (angine, éruption cutanée consécutive), mariée, divorcée, mari « bien portant », ni enfant, ni fausse couche.
Tousse depuis une dizaine d'années. Fatigue habituelle.

(1) Leredde. — La syphilis cardiaque et son traitement. Nouvelles études sur la syphilis, Paris, Maloine, 1921.

Expectoration depuis le début de 1919. Une hémoptysie unique en mai. En juin, pleurésie gauche avec épanchement, traitée à Laënnec. Quelques bacilles à cette époque. Après 6 mois passés dans un sanatorium, la malade a repris son travail.
Depuis 1919, elle présente une tuméfaction du sternum, qui s'est aggravée peu à peu, est devenue douloureuse et a frappé le Dr Kuss qui a fait faire une séro-réaction (W. = ++) et m'envoie la malade.
Aucun stigmate. Dents normales ou tombées.
La mère vit, 70 ans « en bonne santé ». Le père, qui a eu des troubles nerveux pendant 20 ans est mort de cancer à 58 ans, 11 enfants dont 6 morts, 1 à 17 ans de phtisie galopante, les autres en bas-âge de « méningite ».
Cette malade a été traitée régulièrement par le novarsénobenzol. Après 3 injections, les douleurs et la tuméfaction sternales ont disparu. Après 6 injections, elle ne tousse et ne crache plus. Amélioration franche de la santé générale.

IV

Au niveau de nombreux organes, il existe des formes de syphilis qui sont confondues avec la tuberculose, dont l'origine tuberculeuse est affirmée *a priori*, quoique l'étude clinique ne permette aucune conclusion à ce sujet. J'ai dit dans un article antérieur que la méningite syphilitique, en particulier chez l'enfant, est considérée normalement comme une méningite tuberculeuse. Il en est de même de la péritonite syphilitique. Non moins fréquentes sont les erreurs relatives à la syphilis articulaire (Dr Poissonnier, de Berck).

J'observe en ce moment une femme de 64 ans, atteinte d'une arthrite du pied, chez laquelle on voulut faire l'amputation sur le diagnostic : ostéosarcome. Un médecin parla ensuite de tuberculose et le pied fut placé dans un plâtre pendant 2 ans. Cette malade, chez laquelle personne n'a jamais pensé à la syphilis présente une réaction de Hecht positive.

La mère a perdu 7 enfants en bas âge.

Des chirurgiens éminents et qui écrivent des livres dans lesquels ils indiquent les moyens de diagnostic qui permettent de distinguer la syphilis de la tuberculose du testicule enlèvent des testicules syphilitiques ! Deux de mes malades ont eu un testicule enlevé en pleine période secondaire. La même opération a été faite chez un autre malade que j'ai vu en 1921 (W = ++, diabète) : le testicule qu'il a gardé présentait les mêmes lésions que celui dont il a été privé par le bistouri, lésions qui ont cédé au novarsénobenzol.

Il existe des affections syphilitiques de la peau qui sont classées comme des affections tuberculeuses et considérées par les dermatologistes comme des « tuberculides », Il existe par exemple, des « sarcoïdes » (1) dues à la syphilis, curables par le traitement antisyphilitique. J'ai vu chez une jeune fille hérédo-syphilitique un cas « d'angiokératome » des

(1) Sarcoïdes : *a*) S. dermiques de Bœck : tumeurs, tubercules ou papules siégeant sur la face, le dos, la face postérieure des membres supérieurs, roses, brunâtres ou



mains, affection dont j'ai fait autrefois une tuberculide ; guérison à la suite d'injections de novarsénobenzol.

L'existence de séro-réactions positives n'est pas rare, d'après Ravaut chez les malades atteints de « tuberculides ».

J'ai d'ailleurs vu le fait suivant qui a une valeur d'attente.

Obs. LXXXIII. — M. M. 32 ans, vu le 10 avril 1921, est atteint depuis un an d'un *lupus érythémateux* type de la région préauriculaire droite, avec infiltration de la peau, sans rougeur, état squameux de la surface, télangiectasies. Il ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire (dents courtes, sans microdontisme véritable).

La séroréaction est négative. Mais le liquide céphalo-rachidien présente des altérations précises ; très légère lymphocytose (2,1 par mm.). Albumine = 0.35. globulines, traces. La mère est morte à la suite d'une quadriplégie qui a duré 4 mois, à 60 ans. Un frère serait mort tuberculeux à 20 ans ; 3 sœurs et un frère vivent « en bonne santé ».

J'ai revu ce malade au bout de 6 mois, après 20 injections de novarsénobenzol faites sur ma demande ; le résultat thérapeutique était des plus nets ; la rougeur avait diminué, de même que l'infiltration et l'étendue des lésions.

La tuberculose cutanée paraît se développer de préférence chez des hérédo-syphilitiques. Sabouraud (Entretiens dermatologiques, Paris, Masson, 1922) insiste sur la fréquence, chez les lupiques, de stigmates : kératite interstitielle, altérations dentaires : dents striées, ponctuées, difformes, naines, incisives en tournevis, canines bicuspides, molaires dépourvues de dentine, tubercule de Carabelli, déformation du crâne. Je remarque que de nombreux lupiques sont des malingres, des chétifs, des atrophiés, des amoindris et voudrais que la fréquence de la syphilis congénitale chez ces malades soit établie sous forme statistique.

En terminant, notons que la syphilis de la peau peut simuler la tuberculose cutanée au point d'être confondue avec elle dans des milieux où l'erreur paraît impossible (1).

Les dermatologistes admettent comme une vérité établie, hors de discussion, que toute infiltration syphilitique de la peau, secondaire ou tertiaire, doit céder rapidement à un traitement anti-syphilitique ; généralisation inexacte : une fois sur 100, une fois sur 1000 peut-être il en est autrement ; j'ai vu récemment une femme atteinte de papilles végétantes des régions génitales, datant de plusieurs années, chez laquelle les injections d'arsénobenzènes, qui amènent normalement la guérison en 15 jours, ne l'amenèrent qu'en quatre mois.

(1) J'ai publié l'observation d'un malade atteint de « lupus » de la joue gauche venu de Russie en France au cours de la guerre, traité sans succès par la radiothérapie et chez lequel la joue fut enlevée chirurgicalement ; ce qui eut pour conséquence une atrésie de la bouche, telle que le malade ne pouvait manger qu'avec une pipette. Le « lupus » reparaissant quelques mois après sur la joue droite, je le vois, et constate une séro-réaction positive (W. = ++++). Guérison après quelques injections de novarsénobenzol.

jaunâtres qui ne s'enlèvent pas et guérissent en laissant une tache télangiectasique ; *b*) S. sous-cutanées de Darier ; tumeurs hypodermiques, isolées ou coalescentes, dures, presque toujours indolentes et adhérentes aux plans profonds de la peau. Ces tumeurs ont la structure des lésions tuberculeuses, mais ne donnent pas la tuberculose par inoculation au cobaye.

LA CHIMIOTHÉRAPIE DE LA BLENNORRAGIE

Par MM. A. Grimbert et M. Uzan.

Si la chimiothérapie empirique a commencé avec la médecine, la chimiothérapie expérimentale est de date toute récente. C'est surtout à Ehrlich que revient le mérite de l'avoir étudiée et mise au point. D'après cet auteur, les substances chimiques introduites dans l'organisme agissent par des groupements moléculaires *parasitotropes*. Ces groupements ont des affinités très spéciales, affinités qui se manifestent uniquement pour des microbes déterminés et à l'exclusion des cellules de l'organisme.

On connaît depuis longtemps les affinités de certaines cellules de l'organisme, pour tel ou tel colorant, comme par exemple, l'affinité du bleu de méthylène pour la cellule nerveuse, du rouge neutre pour les granulations cellulaires, de la paraphényldiamine pour certaines parties de la plèvre, de la vinylamine pour les reins, de la cyanosine pour certains poils des souris et pour les glandes mammaires (Hata et Goldmann).

On ne peut donc utiliser comme médicaments chimiques que ceux qui possèdent une affinité bien plus grande pour les parasites que pour les cellules organiques, ceux « dans lesquels le rapport des deux tropismes est favorable, c'est-à-dire les substances dont une fraction de la dose tolérée suffit pour tuer l'agent pathogène » (1).

Se basant sur ces idées, Ehrlich a pu arriver à trouver ce merveilleux médicament qu'est l'arsénobenzol et ses dérivés.

De nombreux auteurs ont par la suite essayé d'étendre le bénéfice de la chimiothérapie à d'autres maladies, telles que les différentes trypanosomiases, amibiases, la tuberculose, la blennorragie, etc. Ces essais, malgré quelques résultats encourageants, n'ont pas été poursuivis, le traitement spécifique combiné au traitement local leur étant supérieur quant à présent

Tandis que que la chimiothérapie de la syphilis a trouvé dans les arsénobenzols le médicament spéci-

fique par excellence, les auteurs ont appliqué à la blennorragie des médicaments chimiques employés déjà dans d'autres maladies.

Lévy-Bing et Janet ont utilisé le salvarsan et le néosalvarsan dans le rhumatisme blennorragique.

Lévy-Bing et Dureux (2), Lévy-Weissmann (3), se sont adressés au sulfarsénol. Celui-ci s'est montré souvent fort efficace dans les orchites et rhumatismes blennorragiques.

Tant a obtenu sept améliorations sur huit cas par injection tous les deux jours de doses croissantes de sulfarsénol (15).

Bouveyron (4) a eu des résultats encourageants en employant l'énésol.

D'autres auteurs ont essayé d'autres substances. Ainsi, Pulido Martin (5) fait des injections intraveineuses de sublimé à 10 % dans les complications extra-articulaires de la blennorragie.

A. Perreira fait des injections intra-musculaires et intraveineuses de solutions mercurielles.

Pillado Matheu (6), se basant sur les travaux de Mac Donach, traite la blennorragie avec la thiamine, oxydant composé de fer, manganèse et zinc colloïdal ; de même avec le palladium colloïdal, le magnésium colloïdal.

L'auteur prétend n'avoir eu qu'à se louer de l'action de ces médicaments sur l'évolution de la maladie.

Sicilla (7) injecte une solution de sulfate de cuivre ammoniacal, à 1 % et 2 %, à la dose de 1 à 2 cc. De même, il utilise le collargol à 40 %, l'urotropine à 10 %, aux doses de 5 à 20 cc.

Le collargol intraveineux a été employé par différents auteurs. Kleemann (8), Koller (9), Saito (10), publient quelques observations intéressantes d'améliorations et guérisons obtenues par ce procédé.

Plusieurs auteurs ont employé des colorants. Ainsi, Reines (11), le bleu de méthylène. Quelques auteurs allemands ont injecté la trypaflavine.

On a injecté aussi par voie intraveineuse une solution de sucre de raisin (12).

Stern et Ridler (14) vantent l'heureuse influence de l'iodure de sodium en injections intraveineuses de 20 cc. d'une solution à 16 %, dans les arthrites blennorragiques, les épididymites et les prostatites.

Mélamet (13) a publié plusieurs cas d'améliorations et guérisons obtenues par l'injection intrafessière de permang nate de K. M. Siredey, qui rapportait cette communication à la Soc. méd. des hôpitaux, a obtenu deux améliorations très nettes par ce procédé chez des femmes atteintes de blennorragie.

Tous ces procédés ont des améliorations et guérisons à leur actif, mais il ne semble pas qu'aucun d'eux ait montré une supériorité suffisante sur les traitements usuels, pour que leur emploi se généralise.

La plupart de ces procédés ont des inconvénients. Réaction générale forte avec frisson et fièvre pour les injections intraveineuses, réaction locale très douloureuse pour l'injection sous-cutanée ou intrafessière, tels sont les grands inconvénients de ces méthodes.

Quant à leur mode d'action, il ne semble pas que ce soit une action spécifique. Aucun des médicaments dont nous avons parlé n'a une action spécifique sur le gonocoque, analogue à celle des arsénobenzènes sur le tréponème. Il semble, au contraire, que l'action favorable qu'ils exercent soit un effet de la réaction générale et de la fièvre qu'ils provoquent, et par conséquent, de l'élévation de la puissance de réaction organique auxquelles ces phénomènes correspondent.

Il est d'autre part vraisemblable qu'au moins certaines de ces substances agissent par le mécanisme du choc protéique en provoquant forcément la mort d'un certain nombre de cellules, qui agissent alors comme des protéines étrangères.

Il nous semble donc que pour, la blennorragie, on est encore très loin de l'idéal en chimiothérapie, qui est « un médicament peu toxique pour l'organisme parce qu'il ne s'y fixerait pas, mais atteignant à travers l'organisme les parasites, agissant à la manière des corps immunisants de Behring, les anticorps » Ehrlich (1). »

Ces essais sont certainement intéressants. Il n'est pas douteux que le praticien aux prises avec des blennorragies graves par leur extrême tendance à la chronicité, serait très heureux d'ajouter à son arsenal un médicament qui puisse atteindre le microbe par une voie autre que celles utilisées sans succès jusqu'alors. Il n'en reste pas moins que la chimiothérapie ne peut-être encore considérée pas plus que la biothérapie non spécifique, comme une arme nouvelle. Il semble donc que le mieux, en attendant, est de se bien servir des armes actuellement sûres : traitement local et vaccinothérapie spécifique.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Pr. Ehrlich. — XVII[e] Congrès international de médecine, Londres, août 1913.

(2) Lévy-Bing et Durœux. *Ann. mal. vénériennes*, n° 11, novembre 1919.

(3) Lévy-Weissmann. *Journ. Urol.* t. XII, n° 2.

(4) Bouveyron. — Soc. franç. derm. et syphil., 1919, p. 214 et 462.

(5) A. Pullido Martin. — *El Siglo Medico*, Madrid, 1er octobre 1921.

(6) Pillado Matheu. — *Semana Medica*, Buenos-Aires, 16 décembre 1920.

(7) Sicilia. — Soc. Gynec. Espagnola, 31 mars 1921.

(8) Kleemann. — *Monat. F. Geb. et Ginek.*, Berlin, 1919, p. 363.

(9) Koller. — *Schweitz. Med. Woch.*, p. 87, 1920.

(10) Saito. — *Zeit. F. Mil. Aerzte*, Tokyo, 1919, p. 1089.

(11) Reines. — *Wien. Klin. Woch.*, 1918, p. 248.

(12) Pr. Scholtz. — *Deuts. Med. Woch.*, 27 oct. 1922.

(13) Mélamet. — Soc. méd. des hôp., 1er juin 1917.

(14) Stern et Ridler. — *Medical record*, New-York, 13 janvier 1920.

(15) Yernaux et Bernard. — *Le Scalpel*, 24 et 28 décembre 1919.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Atrophie cutanéo-muqueuse diffuse.

Il s'agit d'un cas d'une affection exceptionnelle en France, mais fréquente dans l'Europe centrale, que rapportent MM. M. Bloch et Blamoutier, et qui leur apparaît comme une variété de la dermatite chronique atrophique. Ce qui en fait l'intérêt, c'est que le processus atrophique, siégeant habituellement aux extrémités terminales des membres, a intéressé également les muqueuses pharyngée, labiale, vulvaire ; qu'il existait une dystrophie congénitale du pharynx (fistule branchiale), et de l'ozène par rhinite atrophique, et que l'épreuve des tests endocrinologiques a démontré l'existence de troubles endocriniens (hypothyroïdie, hypoovarie, insuffisance surrénale) confirmés par le résultat positif du traitement opothérapique. Celui-ci consista dans l'administration d'extrait thyroïdien, d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, d'extrait surrénal et d'extrait ovarien. Sous l'influence de cette médication, une amélioration notable s'est manifestée dans l'état général et local de la malade.

Au point de vue pathogénique, les auteurs considèrent que, de même que la dystrophie pharyngée est d'origine congénitale, la dysendocrinie est aussi congénitale, mais qu'elle ne s'est révélée cliniquement qu'au moment où les glandes endocrines entrent dans la période particulièrement active de leur fonctionnement, la puberté.

Retenons-en cet enseignement d'ordre général que l'harmonie fonctionnelle des glandes à sécrétion interne est nécessaire à l'équilibre organique, et que celui-ci se trouble et se traduit par des affections dont l'origine n'est pas toujours suspectée, dès que l'harmonie endocrinienne est elle-même détruite. En conséquence, en présence d'une affection qui résiste aux médications habituelles, le praticien fera bien de soupçonner des troubles endocriniens, et de les rechercher avec les procédés dont la clinique dispose actuellement, et de recourir au traitement opothérapique qui fera la preuve décisive de leur existence. (*Presse méd.*, 4 novembre 1922).

Traitement de la scarlatine par les injections de sérum de convalescent.

M.M. Debré et Paraf exposent les excellents résultats qu'ils ont obtenus en traitant une scarlatine maligne, chez une enfant de cinq ans, par des injections de sérum de convalescent. A noter que cette scarlatine se compliqua d'infections secondaires nombreuses.

A ce propos, ils font un exposé complet de cette méthode. Elle consiste à utiliser le sérum du sang d'un convalescent de scarlatine à la 5e semaine environ de sa maladie. On choisira un adulte indemne de syphilis et de tuberculose. On stérilisera le sérum et on l'inactivera par un chauffage à 56°. On le répartira en ampoules conservées à la glacière. Certains auteurs injectent le sang total citraté.

Pour être efficaces, les injections doivent être précoces, vers le 4e ou le 5e jour. Passé le 10e, elles n'influencent plus la marche de l'affection. On injectera des doses assez fortes : 40 à 50 cmc. la première fois ; 30 à 40 cmc. les jours suivants. La voie choisie sera intra-musculaire ou sous-cutanée. La voie intra-veineuse, réservée aux cas nettement désespérés, sera utilisée très prudemment, avec toutes les précautions habituelles contre les accidents du choc.

L'action est rapide. Quelques heures après l'injection, on observe une détente marquée des signes ainsi qu'une chute de la température, qui peut cependant faire défaut. L'état général s'améliore notablement. Si cette amélioration est éphémère, une nouvelle injection accentuera la détente.

Actif contre la scarlatine elle-même, le sérum a moins d'effet sur les complications. Cependant, il les prévient dans une certaine mesure en diminuant la gravité de la maladie.

Les auteurs se demandent si ce sérum a des propriétés spécifiques, ou s'il agit seulement en faisant de la protéinothérapie, comme tout sérum sanguin, quelle que soit sa provenance. Le problème n'est pas résolu.

En tous cas, ils concluent ainsi, et c'est la conséquence pratique que nous retiendrons de leur exposé : « Le traitement des scarlatines malignes « par le sérum de convalescent est une méthode « intéressante, elle mérite d'être utilisée ; son « action favorable doit être précisée et son mé- « canisme éclairé par les recherches futures ». (*Paris méd.*, 4 novembre 1922).

L'allaitement maternel dans les suites de couches pathologiques et les maladies infectieuses aiguës.

L'allaitement doit-il être continué quand la mère est atteinte d'une affection infectieuse aiguë, puerpérale ou non ? Naguère, la réponse n'était pas douteuse et se formulait dans un *non* rigoureux. Aujourd'hui, si nous en croyons M. Balard, c'est tout l'opposé, et la continuation de l'allaitement serait commandée par la conti-

nuation de la sécrétion lactée, la persistance de celle-ci étant d'un excellent pronostic pour la malade.

L'auteur envisage l'éventualité de la contagion possible de la mère à l'enfant ; il conclut à sa rareté : la preuve est faite que, « tant en ce qui « concerne les infections puerpérales même sévè- « res que pour bon nombre de maladies conta- « gieuses, ... l'allaitement a pu être continué « sans danger pour l'enfant ». Quand la sécrétion lactée se trouve momentanément tarie, il est évident qu'il faut y suppléer. Mais comme elle reparaît dès la convalescence, l'enfant sera remis au sein à ce moment même, son influence étant certaine sur la montée du lait.

Toutefois, on aura soin de désinfecter le mamelon avant chaque tétée ; on séparera l'enfant de la mère par l'interposition d'un linge stérile ; enfin, on pourra même couvrir la tête de la mère d'un masque pendant la tétée.

Dans les affections du sein, la galactophorite fera suspendre l'allaitement jusqu'à ce que le pus ait disparu des conduits galactophores. Dans la lymphangite mammaire, la suspension sera très momentanée (12 à 24 heures). Dans les abcès du sein, l'allaitement reprendra dès que le pus sera évacué et la plaie détergée. Dans les infections puerpérales généralisées, l'hyperthermie tarissant les seins commande la suspension de l'allaitement. Dans les localisations génitales de l'infection, vaginites, annexites, cellulites, phlébites, la malade continuera à allaiter son nourrisson, des biberons intercalaires complétant la ration alimentaire forcément réduite.

La grippe simple, l'amygdalite, l'embarras gastrique, les diarrhées passagères, l'ictère catharral, les fièvres éruptives, l'érysipèle ne font pas obstacle à l'allaitement, pourvu qu'il y ait du lait.

Les affections broncho-pulmonaires, par contre, s'y opposent.

« Ainsi donc, les cas de suppression de l'allai- « tement dans les infections puerpérales ou dans « les maladies aiguës apparaissent comme de « plus en plus limités ; si bien que, tant que per- « siste la sécrétion lactée, le médecin a l'impé- « rieux devoir de continuer l'allaitement. Il ne « doit pas se laisser surprendre par une hypo- « galactie qui n'est ordinairement que passagère. « C'est de sa conviction personnelle, de son auto- « rité sur l'entourage et de ses efforts persévé- « rants, que dépend l'avenir de l'allaitement, « c'est-à-dire, en réalité, la vie même de l'enfant « confié à ses soins ». (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 12 novembre 1922).

Hémiglossites.

MM. Worms et Bercher rapportent deux observations d'une affection très rare de la langue, qualifiée d'hémiglossite parenchymateuse et caractérisée par sa limitation à une moitié de la langue, et par son évolution vers la guérison, spontanément ou après un traitement anodin. Il s'agit d'œdèmes inflammatoires aigus, d'origine bactérienne sans doute, mais conditionnés cependant par le froid, le traitement mercuriel et ioduré, l'albuminurie. Ces hémiglossites ont quelque analogie avec les œdèmes angioneurotiques, et seraient dus à une lympho-cellulite intermusculaire.

A côté de cette forme aiguë, les auteurs décrivent un type à marche lente, pouvant simuler un néoplasme malin, dont ils relatent une observation intéressante, dans laquelle ils trouvèrent, à l'origine, l'évolution de la dent de sagesse.

Le diagnostic entre un état inflammatoire et un néoplasme ne pourra guère être posé qu'à l'aide d'une biopsie. (*Presse méd.*, 11 novembre 1922).

Le fonctionnement de la muqueuse gastrique dans le cancer de l'estomac.

MM. Loeper et Marchal étudient les lésions et les troubles fonctionnels de la muqueuse gastrique dans le cancer de l'organe. Les altérations de celle-ci ont une origine complexe : sécrétions de la tumeur, infection dont elle est le siège, fermentations microbiennes, produits de ces fermentations...

Nous retiendrons de cet exposé ces conclusions thérapeutiques :

« 1° La première consiste dans la désinfection de l'estomac, la destruction de la pullulation microbienne, la suppression des dérivés fermentaires qui sont irritants et nuisibles.

« On la réalisera par les lavages à l'eau salée physiologique additionnée ou non de chlorate de soude , de liquide de Dakin, d'eau oxygénée ;

« 2° La deuxième consiste dans l'absorption d'aliments simples, sucrés, amylacés, ou peptonés, ou d'aliments peu compliqués, comme le lait, qui trouvent dans la cavité gastrique, à défaut de pepsine, les ferments de la salive et des ferments leucocytaires ;

« 3° La troisième enfin, dans l'administration de pepsine et d'acide chlorhydrique à des doses suffisamment élevées pour suppléer à l'absence ou l'insuffisance de la sécrétion normale de la muqueuse.

Par cette thérapeutique, on peut, dans une certaine mesure, améliorer le fonctionnement de l'estomac cancéreux ». (*Prog. méd.*, 11 novembre 1922).

Le rhumatisme chronique.

Le rhumatisme est dû surtout, soit à une auto-intoxication par insuffisance endocrinienne, soit à une infection exogène : rhumatisme articulaire aigu, blennorragie, syphilis, tuberculose, scar-

latine... Il est généralisé ou localisé. Son traitement, long et délicat, réclame d'abord une mobilisation permanente du malade pour éviter les ankyloses, et l'abstention de toute pratique excitante dans les poussées aiguës.

Au rhumatisme chronique, suite de rhumatisme aigu, le salicylate de soude à la dose de 4 gr. par jour est indiqué. Si le rhumatisme aigu n'est pas en cause, l'aspirine et le salophène sont efficaces. Le rhumatisme goutteux peut, dans ses poussées aiguës, tirer quelque avantage du colchique. La teinture d'iode à l'intérieur (3 à 5 gouttes à chaque repas), et les arsenicaux (liqueur de Fowler), conviennent au rhumatisme tuberculeux. Les insuffisances endocriniennes commandent le traitement opothérapique par l'extrait thyroïdien. Quand le gonocoque est en cause, la vaccinothérapie polyvalente (NICOLLE et BLAIZOT) est recommandée. Chez les anciens syphilitiques, le novarsénobenzol améliore le rhumatisme chronique. De même, le cyanure de mercure. Le soufre colloïdal en injections intramusculaires rend service en certains cas d'origine obscure.

Ces différentes médications peuvent être alternées, quand le traitement spécifique ne sera pas nettement requis.

Les cures thermales s'effectuent à Aix-les-Bains, Bourbon-Lancy, Dax, Lamalou.

Enfin, le thorium X a été signalé récemment comme jouissant de quelque activité. (*Journ. des Prat.*, 11 novembre 1922)...

Erratum. — N° du 7 janvier 1923, page 32, 2e colonne : Lire : Les infections secondaires..... dans les maladies INFECTIEUSES.

G. D.

Les Sociétés Savantes

Tuberculose et grossesse.

(M. EMILE SERGENT, M. BALTHAZARD et M. WALLICH. — *Académie de médecine* ; 12 12-1922.)

Après l'importante communication de M. Bar, suivie des remarques de M. Pinard et de M. Hergott, la discussion de la question « tuberculose et grossesse », à l'Académie, prend une nouvelle ampleur avec M. Emile Sergent, M. Balthazard et M. Wallich.

M. Sergent estime qu'il faut rester sur le terrain clinique et, médecins, s'en tenir au côté médical, sans se laisser absorber par des considérations sociales ou religieuses. En pareille matière, le pessimisme excessif n'est pas plus justifié que l'optimisme inconsidéré.

La clinique montre qu'il existe différents types de tuberculose gravidique :

1° Une tuberculose ayant eu déjà, antérieurement à la grossesse, des manifestations paraissant cliniquement guéries. En pareil cas, il n'est pas très rare de voir le réveil de la bacillose se faire dès les premières semaines de la gestation. La femme, alors, souvent supporte assez bien la grossesse, mais dans le post partum l'incendie s'allume. C'est dans cette catégorie que se placent les trois interruptions de grossesse que M. Sergent a cru devoir conseiller et qu'il se félicite d'avoir recommandées, car aussitôt après, les signes de réactivation se sont éteints.

2° Les tuberculoses anciennes, actives mais stagnantes, n'évoluant pas, immobilisées. La grossesse est plutôt bien supportée par ces malades.

3° Les tuberculoses anciennes, actives, évolutives. Pour celles-là, la conclusion est toujours la même : la mort.

4° La tuberculose latente avant la gestation, se manifestant à l'occasion de la grossesse ou du post partum. Lorsque les signes de tuberculisation se montrent dans le cours de la grossesse (au début ordinairement) ils s'accentuent rapidement. S'ils sont unilatéraux, le pneumothorax est une planche de salut. Bilatéraux, la thérapeutique est désarmée. Si l'explosion n'a lieu qu'après l'accouchement, elle se produit assez sournoisement, assez lentement en général, et, reconnue à temps, laisse des espoirs de guérison.

La grossesse reste un facteur très important de tuberculisation, de réveil ou d'aggravation de lésions bacillaires. Ainsi, sur 89 fiches de malades tuberculeuses observées en ville (les observations sont, en clientèle, plus précises), M. Sergent a relevé dans 23 cas l'apparition des premiers signes de bacillose peu après un accouchement.

Sans dissimuler la gravité du problème, l'auteur s'arrête aux conclusions générales suivantes :

Penser à la tuberculose des femmes enceintes et des femmes récemment accouchées et chercher à la dépister. Ne pas négliger la ressource du pneumothorax artificiel dans les lésions unilatérales. Dans quelques circonstances enfin, si le médecin croit que l'interruption de la gestation peut avoir pour effet d'éteindre l'incendie qui s'allume, il doit avoir la conscience assez haut placée pour ne pas hésiter. Ces circonstances ne sont pas fréquentes et on ne saurait redouter une généralisation abusive de cette conduite qui ne pourra être qu'exceptionnelle.

— M. BALTHAZARD envisage la question au point de vue médico-légal. L'avortement thérapeutique légitime est-il autorisé par la loi ?

L'article 317 du code pénal dit : « Quiconque, par aliments, breuvages, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, sera

puni de réclusion ». Aucune réserve n'est faite pour l'avortement thérapeutique. Aussi, divers auteurs, Bonnaire (1911), Montal, Moriez, ont-ils soutenu que cette forme d'avortement tombait comme les autres sous le coup de la loi.

En réalité, l'article 317 n'est pas suspendu à la façon d'une épée de Damoclès sur la tête des médecins qui pratiquent l'avortement dans un but thérapeutique. Déjà, un arrêt du 27 juin 1806 de la Cour de Cassation avait indiqué qu'il fallait une intention criminelle. Même avis de P. Dubois, Cazeaux et Velpeau dans une discussion mémorable en 1852 à l'Académie de médecine. Aujourd'hui, d'ailleurs, on ne demande plus aux jurés : « Le nommé un tel a-t-il accompli tel acte », mais » Le nommé un tel est-il *coupable* d'avoir commis tel crime ».

Le véritable fondement juridique de l'avortement thérapeutique réside dans l'état de *nécessité*. Certaines législations étrangères (Suisse, Mexique, Etats-Unis, Colombie) autorisent explicitement l'avortement thérapeutique. Plus sages sont les codes qui, comme le nôtre, se sont abstenus d'évoquer cette question.

M. Balthazard ajoute un mot sur les précautions à conseiller lorsque l'avortement thérapeutique se montre véritablement une nécessité indiquée. Il est sage, hormis les cas d'extrême urgence, de n'agir qu'après consultation avec un confrère, consultation qui sera rédigée en plusieurs exemplaires, chaque consultant en conservant un. Est-il opportun de communiquer la consultation au commissaire de police ou au procureur de la République et même de solliciter une autorisation judiciaire préalable (Bonnaire)? M. Balthazard pense qu'une semblable déclaration est incompatible avec la dignité médicale et que d'autre part les magistrats en question ne sont en aucune façon qualifiés pour accorder une semblable autorisation.

— M. Wallich résumant les opinions divergentes déjà émises au cours de cette discussion, considère qu'un supplément d'information s'impose et qu'à l'heure actuelle la question n'est pas jugée définitivement. Elle reste à l'étude, et c'est par le concours des accoucheurs et des phtisiologues que l'on parviendra à éclairer le problème si délicat des interruptions de la grossesse chez les tuberculeuses — interruptions d'ordre exceptionnel.

Pathogénie du zona zoster.

(M. Marinesco. — *Académie de médecine* ; 12-12-1922.)

M. Marinesco conclut ainsi un travail sur la pathogénie et la physiologie pathologique du zona zoster : Le zona zoster est dû à la présence d'un virus invisible qui se propage, grâce aux lymphatiques, le long des voies nerveuses, arrivant jusqu'aux ganglions sensitifs et au ganglion de Gasser. De là, il peut s'étendre à la cavité rachidienne et donner naissance à une lymphocytose abondante. L'éruption de zona zoster n'est donc pas l'expression d'un simple trouble trophique cutané, mais la localisation d'un virus spécifique qui offre des analogies avec les divers virus herpétiques et probablement aussi avec le virus de l'encéphalite épidémique.

A propos d'un knock-out : Considérations médico-sportives.

(M. L. Livet. — *Académie de médecine* ; 12-12-1922.)

M. Livet lit une note qui intéressera à la fois les médecins et les habitués des grands combats de boxe. Elle comporte, tout d'abord, l'observation d'un boxeur mis knock-out dans les conditions suivantes. Il reçoit, au premier round, un coup de tête violent au menton. Au 2e round, paraissant absolument normal, il tombe, bien que son adversaire ne l'ait touché que légèrement. Au 3e round, semblant toujours être parfaitement en forme, il est mis knock out sans avoir reçu de coup sérieux. On l'emporte sans connaissance pendant que le public se met à crier « au chiqué ! » et à siffler.

En réalité, le premier choc porté au menton avait entraîné par propagation un ébranlement cérébral et le sujet, n'ayant plus ses moyens, avait continué le combat par automatisme. Il y avait eu là état poste commotionnel, comme on en a observé des exemples pendant la guerre.

L'auteur pense que nombre de chutes par knock-out ne sont pas amenées par le coup qui les a immédiatement précédées et qu'il existe fréquemment un temps de latence pendant lequel la combativité apparente persiste, alors que déjà la lucidité n'est plus normale.

Le lait aliment opothérapique.

(M. Cassoute, de Marseille. — *Académie de médecine* ; 12-12-1922.)

M. Cassoute accorde au lait naturel une valeur opothérapique. Il estime que le lait de femme n'est pas seulement l'aliment du nourrisson débile, mais qu'il pourrait aussi devenir un produit opothérapique complet dans tous les états d'affaiblissement ou de consomption. Il y aurait lieu d'étendre, dès lors, au plus grand nombre possible d'enfants, la pratique déjà adoptée dans certaines pouponnières, qui consiste à faire profiter, deux ou trois fois par jour, les nourrissons élevés au biberon du lait que quelques nourrices ont en excès. L'auteur se propose d'exposer ultérieurement les moyens pratiques de recueillir et d'utiliser le lait de femme.

Traitement de la syphilis héréditaire chez l'enfant.

(M. Maurice Renaud et M. Comby. — *Société médicale des hôpitaux* ; 3-11-1922.)

Comme M. Marcel Pinard, M. Renaud est partisan du traitement intensif par l'arsénobenzol dans la syphilis héréditaire chez les enfants. Il s'adresse aux injections sous-cutanées de solutions de novar-

sénobenzol dans l'eau ou l'eau physiologique, qui sont bien supportées.

Les accidents de la syphilis héréditaire, toutefois, sont souvent assez rebelles et l'auteur ne croit pas qu'il soit aussi aisé que M. Pinard le laisse entendre d'obtenir une complète et réelle stérilisation de la maladie.

— M. Marcel Pinard répond qu'il a observé des cas dans lesquels, après le traitement, tous les moyens d'investigation connus restaient négatifs. Ces résultats ont été obtenus avec le sulfarsénol sous-cutané, facile à manier et bien toléré par les enfants.

— M. Comby estime qu'en matière de thérapeutique de l'hérédo-syphilis, il ne faut pas faire aussi bon marché des vieux traitements, du mercure et de l'iodure. Sans méconnaître la valeur des arsénobenzols, on ne doit pas négliger les médications anciennes, qui ont fait leurs preuves. Le mercure a ses inconvénients, cela est certain, mais les cures arsénobenzolées et bismuthiques ne sont pas non plus sans dangers. Tout bien considéré et jusqu'à nouvel ordre, M. Comby reste partisan du mercure et de l'iodure dans le traitement de l'hérédo-syphilis infantile.

Sclérodermie et hypophyse.

(MM. René Bénard et Coulaud. — *Soc. méd. des hôp* ; 17-11-1922.)

Il est à l'heure actuelle de notion courante que la sclérodermie est fréquemment en rapport avec des troubles endocriniens. Ce sont surtout les altérations du corps thyroïde qui ont été constatées en pareille circonstance, et l'opothérapie thyroïdienne a pu donner alors des résultats remarquables. Dans un travail paru en 1910, Roques signalait 54 % de succès (absolus ou relatifs) avec la médication thyroïdienne, contre 46 % d'insuccès.

Il y a lieu de penser que les insuccès en question tiennent à l'existence d'autres insuffisances endocriniennes. C'est un fait de ce genre que relatent MM. René Benard et Coulaud. Leur malade, sclérodermique, n'avait obtenu aucun résultat du traitement thyroïdien. Une cure hypophysaire (2 cachets par jour de 0 gr. 10 de poudre d'organe total) l'améliora d'une façon très marquée.

Zona et varicelle

(M. A. Cayrel. — *Soc. médicale des hôpitaux* : 17-11-1922.)

Aux observations rapportées antérieurement et déjà nombreuses de succession de la varicelle et du zona, M. Cayrel ajoute le cas suivant. Une fillette atteinte de varicelle présenta simultanément un zona typique du bras. Il y eut donc ici coexistence des deux maladies.

P. L.

Les Congrès

XVIe Congrès Français de médecine

(12-14 *octobre* 1922)

Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodnum

MM. Ed. Enriquez et Gaston Durand (de Paris) rapporteurs.

La difficulté de la localisation exacte de l'ulcus est fonction de différents facteurs ; elle est liée à l'état anatomique de la lésion, à la phase évolutive de l'affection et naturellement aux moyens d'investigation dont on dispose. Ecartant systématiquement toutes les lésions compliquées, les rapporteurs étudient uniquement les ulcères simples de date récente.

Tous les renseignements cliniques recueillis au lit du malade sont utiles, mais aucune méthode n'apparaît plus démonstrative que la radiographie en série.

I. — Syndrome dyspeptique. — Les symptômes fonctionnels recueillis par l'interrogatoire sont, le plus souvent, ceux d'une dyspepsie hypersthénique. Mais, contrairement à l'opinion des Américains, il faut savoir :

a) Qu'un syndrome d'hyperchlorhydrie invétérée non seulement n'est pas l'expression du seul ulcus duodénal, mais qu'il n'est même pas nécesairement facteur d'une ulcération digestive. Il faut faire la part des troubles purement nerveux et des troubles organiques.

b) Que les hémorragies patentes de l'ulcère ne sont pas assez fréquentes ni assez précoces pour intervenir dans les débuts comme signe essentiel de l'affection.

c) Que les hémorragies occultes sont loin d'être la règle.

d) Que la prédominance des hématémèses ou du mélæna ne sont pas davantage des éléments de discrimination entre les localisations gastrique ou duodénale de l'ulcère.

e) L'évolution elle-même des accidents : paroxysmes entrecoupés de longues periodes latentes n'est pas le signe de telle ou telle localisation anatomique.

f) Ces phénomènes douloureux à horaire ou siège variable ne créent, au moins pendant une assez longue période de l'évolution de l'ulcère, que de simples présomptions cliniques.

II. Signes physiques. — Qu'il s'agisse d'hypersécrétion continue, de stase alimentaire discrète, de dilatation stomacale ou de points douloureux, sensibles au palper, tous ces symptômes ne fournissent le plus souvent que des présomptions en faveur de la localisation, rarement des certitudes.

Si l'on compare la séméiologie clinique des ulcères gastriques et duodénaux, on aboutit aux conclusions suivantes.

A la période initiale, les signes cliniques sont le plus souvent identiques pour toutes les localisations.

A une période plus avancée, la majorité des ulcères développés, soit en deçà, soit au-delà de la barrière sphinctérienne, donnent lieu à une symptomatologie qui, rarement, se précise dans un sens ou dans l'autre, on fait seulement le diagnostic d'ulcus juxta-sphinctérien.

Enfin, à la période ultime de sténose, tous les symptômes redeviennent identiques pour toutes les localisations de sténose.

D'ailleurs, le diagnostic topographique précis de la lésion ne doit pas absorber toute l'attention du médecin, il est beaucoup plus important de dépister le trouble permanent, même léger, de l'évacuation gastrique, car il est nécessaire de ne pas oublier que les lésions les plus graves peuvent évoluer sans autres signes que ceux de la dyspepsie hypersthénique.

III. SIGNES RADIOSCOPIQUES. — Alors que l'examen clinique a été négatif, on peut, à la suite d'un seul examen radioscopique, faire le diagnostic d'ulcère de la petite courbure : il en est de même pour une sténose pylorique ou duodénale méconnue, mais ce sont là des cas exceptionnels. Le plus souvent, l'examen radioscopique démontre seulement le trouble permanent, léger, moyen ou grave, de l'évacuation gastro-duodénale, et ce sont seulement des examens répétés à intervalles plus ou moins longs qui, tout en servant à mesurer les progrès de l'affection, précisent la topographie de la lésion.

Les signes précoces de localisation à la région sphinctérienne sont : l'hyperkinésie gastrique à grandes ondes profondes symétriques sur les deux courbures, rythmiques, contrastant avec les évacuations espacées et avec une évacuation globale nettement retardée pouvant atteindre dix à douze heures au moment des crises.

La dilatation de l'antre pylorique est, en plus, un des signes les plus précoces. Dans l'ulcère de la petite courbure, l'inertie et la rectitude apparente de cette courbure contrastent avec les ondulations profondes de la courbure opposée. Dans l'ulcère du duodénum, les ondes sont symétriques sur les deux courbures, l'évacuation globale est, le plus souvent, retardée et la dilatation segmentaire reste très longtemps localisée à l'antre pylorique. L'existence ou l'absence de liquide à jeun n'est, par rapport aux signes précédents, qu'un symptôme de deuxième ordre.

La visibilité à l'écran, de la dernière anse grêle, neuf heures après un repas opaque, toute cause de rétention iléale mise à part, est un signe important d'un trouble de l'évacuation gastrique.

Une évacuation gastrique désordonnée, sans rythme net, avec débit par saccades, est provoquée par une excitation nerveuse purement fonctionnelle dont la cause est en dehors de l'estomac et du duodénum.

Dans les périodes de crise, l'exploration, à l'écran, de la sensibilité viscérale, ne fournit pas de renseignements très précis, mais, par contre, dans les périodes de latence, la constatation d'un point douloureux accompagnant le viscère dans les diverses positions données au malade est d'une valeur de premier ordre.

En somme, l'examen du transit gastrique global, l'examen des fonctions motrices de l'estomac, l'exploration de la sensibilité viscérale en position debout et couchée fournissent le plus souvent des renseignements très précis sur l'existence et le siège de l'ulcère.

IV. SIGNES RADIOGRAPHIQUES. — La radiographie ordinaire révèle parfois des détails nouveaux et fixe les signes directs de la lésion, mais ne permet pas d'éviter certaines erreurs d'appréciation.

Les radiographies rapides en série permettent de distinguer les déformations variables des déformations constantes qui ont une grosse valeur pour affirmer l'existence et le siège de l'ulcère. A ce propos, les auteurs rappellent les différentes déformations qui peuvent se rencontrer sur la première portion du duodénum.

Dans les ulcères gastriques et pyloriques, la radioscopie reste la méthode la plus pratique et la moins onéreuse. Pour le diagnostic de l'ulcère duodénal au contraire, la radiographie en série est indispensable à toutes ses périodes.

Par ce procédé, les auteurs ont pu, en l'espace de trois mois, en examinant systématiquement tout dyspeptique souffrant de la région épigastrique, diagnostiquer 17 cas d'ulcères duodénaux contre 8 gastriques, diagnostic vérifié par l'intervention dans 10 ulcères du duodénum et dans 6 gastriques.

L'interprétation des films ainsi obtenus est toujours délicate : il se glisse fatalement des erreurs dans les éléments d'appréciation, mais ces erreurs peuvent diminuer par l'étude préalable des atlas américains et suédois et par la comparaison des images radiographiques et des aspects du duodénum au cours de l'opération.

Tout l'intérêt du diagnostic différentiel entre les ulcères de l'estomac et du duodénum tient dans leur évolution. Les premiers se perforent rarement et ont une transformation cancéreuse plus fréquente. C'est le contraire pour les autres. Donc, nécessité d'un diagnostic précoce pour l'ulcus duodénal et intérêt à ne pas trop prolonger la thérapeutique médicale.

Eléments de diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum

Rapporteurs : MM. C. SALOZ, A. CRAMER et G. MOPPER (de Genève).

Les constatations de ce rapport découlent de 559 cas d'ulcères vérifiés soit par l'opération, soit par l'autopsie, soit par des images radiologiques certaines.

L'ulcère, au dire des rapporteurs, est deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il peut s'observer chez les jeunes gens et chez les vieillards, et on doit y penser à cet âge avant de conclure à un néoplasme, lorsqu'on est en présence d'un état de gastrite chronique.

L'ulcère de la petite courbure est le plus fréquent, celui de la deuxième portion du duodénum le plus rare, viennent ensuite s'équilibrant dans la moyenne les ulcères du pylore et du bulbo-duodénal.

Les ulcères multiples ne sont pas exceptionnels (9 p. 100 des cas). Les ulcères de la petite courbure et du duodénum sont d'une évolution beaucoup plus silencieuse que les ulcères pyloriques.

Les complications apparaissent également variables suivant la localisation : c'est ainsi que l'hématémèse se rencontre surtout dans les ulcères de la petite courbure ; le melæna est plus fréquent au niveau du duodénum, la sténose domine dans les ulcères pyloriques ; quant aux perforations, elles sont d'égale fréquence dans les lésions de la petite courbure et de la région pylorique. Dans l'ensemble, ce sont les ulcérations duodénales qui se trouvent présenter la majorité des accidents graves.

Les rapporteurs abordent ensuite la discussion de la valeur relative des différents procédés d'examen pour arriver à un diagnostic précis : chimisme gastrique, radioscopie, radiographie.

Les renseignements fournis par le chimisme sont beaucoup moins nets et beaucoup moins précis que ceux donnés par la radiologie. En général, les chiffres moyens d'acidité totale et chlorhydrique sont augmentés dans l'ulcère ; mais l'étude des courbes montre une grande variabilité de ces deux acidités, au cours de l'évolution ; il existe un pourcentage appréciable de chiffres d'acidité normale ou abaissée qui prouve que les valeurs de l'acidité ne permettent pas à elles seules de faire le diagnostic d'ulcère. Ces valeurs sont d'ailleurs sujettes à des variations qui expliquent certaines anomalies du chimisme. La présence du liquide à jeun est la règle dans les ulcères du pylore et de la petite courbure et l'étude de la concentration des liquides résiduels possède une grosse valeur pour reconnaître leur nature et dépister une stase peu évidente.

La recherche du sang dans le suc gastrique et dans les selles a une certaine importance diagnostique, mais c'est une épreuve très incertaine, très inconstante.

L'épreuve du fil d'Einhorn induit trop souvent en erreur pour être recommandable. La formule cytologique des liquides de lavage gastrique est un précieux moyen pour distinguer les états dyspeptiques des états organiques.

La radiologie (et nous entendons par ce terme radioscopie et radiographie qui se complètent l'une l'autre) est le seul procédé d'examen donnant des certitudes.

Le diagnostic radiologique de l'ulcère est fondé sur deux variétés de signes, les uns directs ou signes de certitude, les autres indirects ou signes de probabilité.

Dans l'ulcère de la petite courbure, les signes de certitude sont : l'encoche spasmodique permanente de la grande courbure, l'image diverticulaire de la petite courbure, la sténose médiogastrique, et l'enroulement de la petite courbure ; les signes de probabilité sont la présence d'une courbe intermédiaire de liquide, le retard de l'évacuation, la douleur localisée, l'encoche spasmodique intermittente de la grande courbure, la rectitude segmentaire. Les signes de probabilité sont, en général, ceux des ulcères simples, les signes de certitude ceux des ulcères calleux et pénétrants.

Dans l'ulcère pylorique ou juxtapylorique, les signes de certitude se résument dans l'antipéristaltisme, les signes de probabilité sont : l'existence d'une courbe intermédiaire de liquide, l'accélération ou le retard de l'évacuation, la douleur localisée, l'hyper ou l'hypopéristaltisme et l'hyper ou l'hypotonie suivant les périodes de l'affection gastrique.

Dans l'ulcus duodénal, les signes de probabilité sont l'hypertonicité de l'estomac, la courbe intermédiaire, l'hyperpéristaltisme avec évacuation accélérée au début, puis se ralentissant pour aboutir à la sixième heure à une stase gastrique pas spasme pylorique, le déplacement du pylore à droite et la douleur localisée. Tous ces éléments, sauf la douleur, sont analogues à ceux des lésions gastriques ; un seul signe de certitude existe, qui, jusque-là faisait défaut, c'est la déformation de l'image bulbaire. Ce sont les méthodes nouvelles de Cole et de Chaoul avec radiographies en série qui ont mis ce symptôme en relief et en valeur.

Dans l'analyse des symptômes fonctionnels subjectifs, l'élément douleur paraît avoir une certaine importance. La douleur apparaît en général deux heures après le repas dans l'ulcère de la petite courbure, entre la troisième et la quatrième dans l'ulcère du pylore, entre la deuxième et la troisième dans l'ulcère duodénal. Il faut d'ailleurs admettre des variantes dans ces horaires qui n'ont rien de cette fixité signalée par certains auteurs. La durée de cette douleur est variable suivant les localisations : courte pour la région pylorique ou juxta-pylorique, moyenne pour le duodénum, longue pour la petite courbure.

Les irradiations douloureuses sont quelquefois un adjuvant précieux pour localiser exactement la lésion. Quant à la symptomatologie objective, en dehors des cas de sténose pylorique dont le diagnostic s'impose, elle fournit seulement des éléments de présomption.

Jadis Mathieu, pour l'ulcère du duodénum, Mathieu et Soupault pour les ulcères pyloriques, Mathieu, Loyer et Duval pour l'ulcère de la petite courbure, avaient individualisé des cadres très nets qui, dans la pratique, n'apparaissent malheureusement pas aussi tranchés. Les rapporteurs, de leur côté, distinguent cependant quatre syndromes : les ulcères juxta-cardiaques, les ulcères de la petite courbure, les ulcères du groupe pylorique, et les ulcères vrais du duodénum, et ils divisent chacun de ces syndromes d'après l'évolution en forme complète, incomplète et larvée. Après avoir décrit ces formes où sont signalées les dérogations aux types un peu trop schématisés, ils opposent en définitive deux variétés d'ulcères : les extra-orificiels (petite courbure et duodénum vrai) aux ulcères de la région pylorique.

Les premiers ont tous une évolution silencieuse au début , une tendance aux hémorragies et aux transformations calleuses ; une douleur précoce, une quantité stomacale voisine de la normale et la possibilité d'être reconnus radiologiquement par des signes de certitude.

Les seconds au contraire se compliquent rarement d'hémorragies, sont à douleur tardive, à capacité stomacale très augmentée. Ils ne se révèlent à la radioscopie que par des signes de probabilité.

L'ulcus duodénal toutefois se distingue de celui de la petite courbure par un point douloureux droit, une tolérance moins prolongée, une hyperacidité et une hypersécrétion plus marquées, une moindre tendance aux hémorragies massives, par des signes radiologiques directs au duodénum, indirects à l'estomac.

Les auteurs terminent en montrant combien il est difficile d'affirmer une notion étiologique : tuberculose, syphilis ou traumatisme.

Les Thèses

Ly. — Dr P. Ferrand. — **Quelques remarques cliniques sur l'emploi de la phényléthylmalonylurée dans l'épilepsie.** (Dijon, imprimerie Bernigaud et Privat, 1922.)

La phényléthylmalonylurée, dont la posologie et le mode d'emploi sont actuellement bien précisés, paraît être aujourd'hui le plus efficace traitement suspensif, mais non curatif de l'épilepsie. Après une période de somnolence plus ou moins marquée, n'excédant guère une durée de 2 à 3 semaines, survient généralement une réaction avec très légère excitation, qui constitue un symptôme favorable.

Le remède est très bien toléré, même chez l'enfant et le vieillard, chez lesquels, pourtant, il devra être manié avec prudence. La seule contre-indication formelle à son emploi est un état défectueux de l'émonctoire rénal.

D'une façon générale, cette médication, non seulement suspend les manifestations comitiales, mais améliore l'état physique et l'état mental des malades.

C'est dans l'épilepsie à crises convulsives généralisées qu'elle donne son maximum d'effets favorables à moins que la névrose n'accompagne un état d'idiotie ou d'imbécilité. Dans ce cas, non seulement les crises persistent, mais avec elles la dépression et la somnolence du début du traitement ; la réaction n'a pas lieu.

Dans l'épilepsie jacksonienne, l'effet est souvent incomplet, les crises généralement se renouvellent, mais avec moins de fréquence et d'intensité. Dans cette forme, l'excitation réactionnelle du début consistant en irascibilité, indocilité, esprit de taquinerie, y est particulièrement prolongée.

Dans l'épilepsie vertigineuse, la phényléthylmalonylurée agit également plus lentement que dans l'épilepsie convulsive généralisée, mais son action suspensive peut à la longue y être aussi complète.

Dans l'hystéro-épilepsie, la phényléthylmalonylurée peut servir de pierre de touche dans la démarcation des deux névroses ; elle supprime ou atténue considérablement les crises convulsives et demeure absolument inopérante envers le pithiatisme. Sur les manifestations épileptiformes des affections organiques (paralysie générale, artériosclérose, syphilis cérébrale, séquelles d'encéphalite léthargique) cette médication paraît demeurer inefficace.

PARTIE PROFESSIONNELLE

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉDECINE SOCIALE

La lutte antituberculeuse et les Syndicats médicaux

La lutte antituberculeuse est décidément un sujet d'actualité. Jusqu'à présent, la plupart des médecins praticiens n'avaient pas semblé s'intéresser aux tentatives d'organisation d'hygiène sociale déjà faites par les pouvoirs publics et s'étaient contentés de regarder d'un air indifférent ou sceptique la façade administrative qu'ils avaient vu édifier çà et là peu à peu et à grands frais.

A la fin de l'an dernier 1922, l'Union des syndicats médicaux de France a cru bon de mettre à l'ordre du jour de ses travaux l'organisation de la défense sanitaire et de l'hygiène sociale par les syndicats, et en particulier l'organisation de la lutte antituberculeuse, qui n'est qu'un des côtés de l'hygiène sociale ; les syndicats médicaux ont apporté leurs suggestions et la question a donné lieu à un important débat à l'une des séances de l'Assemblée générale de décembre. Il a semblé au Conseil de l'Union, comme à nous-mêmes, que les médecins praticiens pouvaient et devaient jouer un rôle important, et c'est la participation des praticiens à la lutte antituberculeuse, au point de vue technique, que nous voulons examiner ici aujourd'hui.

Bien que la loi Léon Bourgeois instituant les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse date d'avril 1916, l'organisation de la lutte antituberculeuse n'a commencé réellement dans les départements qu'après la guerre. Pendant toute la durée des hostilités, nos dirigeants avaient d'autres soucis plus pressants. Une fois la paix signée, il a fallu se préoccuper de réparer les pertes en capital humain subies pendant plus de quatre ans de combats. On s'est aperçu que, pour remédier à cet état de choses, à défaut d'une augmentation de la natalité qu'il paraît impossible d'obtenir étant donné les temps difficiles que nous traversons, il fallait tâcher de diminuer la mortalité et de préserver les vivants des maladies évitables. De là la lutte engagée contre ces fléaux sociaux : la tuberculose, la syphilis et le cancer, qui continuent chaque jour à décimer notre population. Pour combattre la première de ces maladies, la tuberculose, qui, d'après les statisticiens, nous coûterait 150.000 vies humaines par an, un plan de lutte a été dressé par les hygiénistes officiels ; c'est ce plan que les pouvoirs publics, sous l'impulsion de la commission Rockefeller et du Comité National de défense contre la tuberculose ont cherché à réaliser en France, et qui a provoqué dans les différents départements cette floraison actuelle de dispensaires (450 environ aujourd'hui).

Pour constituer une clientèle à ces dispensaires, l'administration a pensé qu'il lui suffisait de créer une nouvelle catégorie de médecins fonctionnaires chargés du service des consultations, sans se préoccuper des praticiens dont cependant la clientèle, dans certains centres, tout au moins, est composée presque par moitié de tuberculeux et de syphilitiques. Nous estimons qu'une fois de plus, on a mis la charrue avant les bœufs. Aussi les résultats ont été ce qu'on pouvait prévoir, et, d'une façon générale, n'ont pas été en rapport avec les dépenses engagées. C'est que l'administration ne semble pas s'être rendu compte que, pour obtenir le rendement qu'en attendent les pouvoirs publics, les dispensaires ont besoin du concours de tous les médecins de la ville ou de l'arrondissement de leur ressort, que tous les praticiens doivent être intéressés au fonctionnement de ces dispensaires et appelés à y participer par une entente conclue avec leurs organisations professionnelles, c'est-à-dire les syndicats médicaux.

Peut-être aussi les médecins ont-ils fait montre d'un peu trop d'indifférence ou même d'hostilité envers les premiers essais d'organisation officielle d'hygiène sociale. A l'heure actuelle, en médecine comme dans toute autre profession, il faut marcher avec son temps ; le praticien ne peut s'en tenir à la médecine de sa génération. Depuis la dernière guerre, un mouvement d'opinion s'est dessiné qui nous conduit peu à peu vers l'organisation de la médecine sociale. Le médecin d'aujourd'hui ne peut ignorer ce mouvement, cette évolution susceptible de transformer complètement l'exercice de sa profession, et qui tend à faire de lui surtout un hygiéniste. « L'idéal moderne du médecin, dit le Pr Léon

Bernard, doit être de s'occuper des collectivités et son rôle ne doit pas se borner à soigner un malade, mais aussi à protéger son entourage contre la maladie ».

L'Union des Syndicats médicaux l'a bien compris et conseille aux syndicats locaux de prendre en charge dès maintenant l'organisation technique de la médecine sociale, au lieu et place de l'administration, par une entente avec celle-ci, au lieu de voir imposer par la suite cette organisation. Dans cette organisation de la lutte contre un fléau social, comme la tuberculose, il y a en effet une belle idée, une noble conception à réaliser, et à laquelle le médecin vraiment digne de ce nom, toujours soucieux du progrès et du mieux être de l'humanité, doit apporter le concours de sa bonne volonté et de son expérience journalière. Et qui donc est mieux qualifié pour cette œuvre que celui qui se trouve chaque jour aux prises avec les réalités dans la pratique de la profession médicale ? Au surplus, nous médecins, nous n'avons pas le droit de nous désintéresser de la santé publique, qui est, comme on l'a dit avec raison, « la base même de l'avenir national » et nous devons fournir notre collaboration aux pouvoirs publics.

Dans quelles conditions maintenant cette collaboration pourra-t-elle s'exercer effectivement? A cette question, nous répondrons, avec l'Union des Syndicats : par une organisation établie d'accord entre les parties intéressées, c'est-à-dire les pouvoirs publics d'une part, les syndicats médicaux de l'autre, au moyen d'un contrat collectif, fait selon certaines directives, acceptées de part et d'autre.

Ces directives, que suivent actuellement les pouvoirs publics, ont été données par le Comité National de défense contre la tuberculose. L'organisation de la lutte antituberculeuse comporte la construction et l'aménagement de centres d'examen médical ou dispensaires, de préventoriums, de sanatoriums, et pour faire fonctionner ces organisations, la création d'un personnel technique compétent, médecins spécialisés et infirmières instruites.

Pour les préventoriums et les sanatoriums, la création d'un certain nombre de médecins fonctionnaires, recrutés par un concours, nous paraît justifiée. D'une part en effet, le nombre de ces établissements spéciaux étant forcément assez restreint, la dépense ne sera pas considérable pour les finances publiques ; d'autre part, les enfants et les malades admis dans ces établissements ayant besoin d'une surveillance médicale constante, les médecins directeurs doivent se consacrer uniquement à leurs fonctions, et en conséquence, une situation matérielle convenable doit leur être assurée.

En ce qui concerne les dispensaires ou centres d'examen médical, comme on préférera les appeler, la question ne se pose pas tout à fait de la même manière. D'abord ces centres étant bien plus nombreux, la création de médecins fonctionnaires spécialisés attachés à ces établissements et ne faisant pas de clientèle, entraînerait une grosse dépense de nature à augmenter encore les charges des contribuables ; il semble d'ailleurs que le recrutement de cette catégorie de fonctionnaires soit assez difficile, comme le constate le Dr Ott, médecin inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure, dans son remarquable rapport de 1921 au Conseil général, l'absence de perspectives d'avenir suffisantes influençant la détermination des candidats. Enfin il nous semble que le service des consultations d'un dispensaire, étant moins absorbant que la fonction de médecin-directeur d'un préventorium ou d'un sanatorium, peut être confié plus simplement et plus économiquement à des médecins praticiens, ayant accepté de prêter leur concours et de se consacrer plus particulièrement à ces examens spéciaux, et agréés par un Office ou Comité départemental d'hygiène, après l'accomplissement obligatoire d'un stage spécial à la Faculté de médecine de Paris. Ce système fonctionne déjà dans certains départements, en particulier celui de la Seine-Inférieure, qui est entré l'un des premiers dans la voie des réalisations d'hygiène sociale.

Nous demanderions que ces médecins chargés du service des dispensaires soient désignés par les syndicats locaux parmi les plus qualifiés pour remplir cette fonction, la désignation étant faite pour une certaine période de temps, quatre ou cinq ans par exemple, renouvelable, le système de roulement étant généralement condamné aujourd'hui. Si par hasard, les candidats faisaient défaut, dans ce cas alors un médecin fonctionnaire pourrait être nommé.

Nous n'envisageons ici l'organisation des dispensaires antituberculeux que dans les centres de quelque importance. Il est admis en effet aujourd'hui que, pour assurer une clientèle suffisante à un centre d'examen médical, il est à désirer qu'au moins 20 à 25.000 habitants soient groupés autour de ce centre (Dr Ott). A notre avis on a voulu créer trop de dispensaires à la fois ; des centres d'examen, moins nombreux mais mieux outillés pour le diagnostic, avec petit laboratoire pour les examens bactériologiques et poste de radiologie pour la radioscopie pulmonaire, auraient rendu plus de services dans des agglomérations bien choisies pour leur installation que ce réseau de dispensaires incomplets dont on a voulu couvrir tous les arrondissements des départements.

Le dispensaire, tel que nous le comprenons, c'est-à-dire pivot de l'organisation antituberculeuse, doit donc être un centre d'examen et d'action technique, de prophylaxie et d'assis-

tance sociale, en même temps qu'un centre de collaboration médicale, ouvert à tous les médecins auxquels il laissera toute la thérapeutique.

Mais le médecin, au dispensaire, ne peut tout faire par lui-même et a besoin d'une auxiliaire, d'un agent d'exécution ; cette auxiliaire indispensable, c'est l'infirmière visiteuse. Certains syndicats médicaux, comme celui du Lot-et-Garonne, par exemple, ont cru pouvoir se passer du concours des infirmières visiteuses et, s'écartant ainsi des directives du Comité National se sont vu couper les vivres et refuser les subventions officielles. Nous estimons que le service social ne peut fonctionner et atteindre son but sans l'infirmière-visiteuse, celle-ci agissant sous la direction du médecin, suivant ses indications, l'aidant à faire l'éducation hygiénique des malades, le renseignant sur la vie et les habitudes de ceux-ci, qu'elle suit à domicile, s'occupant enfin de la tenue des fiches du dispensaire, c'est-à-dire de la partie administrative et statistique. On a reproché aux infirmières-visiteuses de rechercher surtout les tuberculeux avancés pour les amener aux dispensaires et les faire figurer sur des statistiques et des rapports sur le rendement de ces organisations. Peut-être y a-t-il une part de vrai dans ce reproche ; il ne faut pas oublier cependant que la statistique a son utilité et qu'elle est à la base de l'étude de toute question sociale.

D'autre part, le rôle d'infirmière-visiteuse exige une instruction technique suffisante, une certaine éducation, des qualités de tact et de délicatesse que peuvent bien ne pas posséder au même degré toutes les titulaires du diplôme ; il nous a semblé enfin, parfois, que certaines d'entre elles n'avaient pas assez d'autorité auprès des malades auxquels elles doivent inculquer les principes d'hygiène nécessaires. Peut-être y a-t-il là aussi une question de recrutement, ce dernier se heurtant souvent à certaines difficultés de nature à décourager les postulantes : longueur des études, incertitude de l'avenir, résistance des familles aux vocations, si bien qu'à l'heure actuelle le Comité National qui tient à ce que chaque dispensaire fonctionne avec le concours d'une visiteuse diplômée, ne peut en fournir à tous les dispensaires existants.

Selon nous, le recrutement des infirmières-visiteuses doit se faire dans les classes moyennes, parmi les jeunes filles que l'insuffisance de leur dot destine au célibat, et dans ce cas se trouvent, je crois, beaucoup de jeunes filles de médecins. Comme l'a dit déjà, dans un rapport sur la question de l'enseignement et des écoles d'infirmières, le Dr Noir, avec lequel je suis heureux de me rencontrer ici en communion d'idées, c'est parmi cette dernière catégorie que devraient se recruter de préférence les infirmières de nos dispensaires. « Il ne nous déplairait pas, ajoute l'auteur du rapport, de voir ces jeunes filles associées par ces professions nouvelles aux traditions de leurs familles, et en relations constantes par leurs fonctions avec des médecins, qui les considèrent un peu comme des parentes. » Alors le concours des infirmières-visiteuses serait mieux apprécié par les médecins, et les malades de leur côté ne pourraient qu'y gagner ; les infirmières seraient encore mieux accueillies par eux et leurs conseils mieux suivis.

Enfin le programme actuel d'études exigé pour les infirmières de la Croix-Rouge comportant la puériculture et la lutte antituberculeuse, il y aurait peut-être là un nouvel emploi de leur activité susceptible de tenter certaines d'entre elles ou de les amener tout au moins à prêter leur concours bénévole aux réalisations d'hygiène sociale.

En résumé, d'accord avec l'Union des Syndicats médicaux, nous pensons que la lutte antituberculeuse ne peut être réalisée efficacement que par la collaboration étroite, administrative des pouvoirs publics et technique des organisations professionnelles médicales, cette organisation devrait être faite selon certaines directives, acceptées de part et d'autre et respectant les intérêts des malades comme des médecins, toute organisation autrement conçue paraissant inopérante et de nature à grever inutilement les finances publiques.

Dr CANUET.
(de Cherbourg).



COMPTES RENDUS, DOCUMENTS, PIÈCES OFFICIELLES....

LE CONCOURS MÉDICAL ET SES FILIALES

MUTUALITÉ FAMILIALE

Les enfants des sociétaires aux combinaisons retraites

Je disais, il y a quelques semaines, les raisons pour lesquelles nous ne pouvions pas faire autre chose que la pension aux veuves, réversible sur les orphelins mineurs en cas de mort de la mère : la pension aux orphelins présentait trop de difficultés.

Mais la Mutualité Familiale ne s'est pas désintéressée des enfants de ses sociétaires : dorénavant ils pourront être admis aux combinaisons retraites dans les mêmes conditions que leur mère était admise.

C'est-à-dire qu'ils pourront entrer soit à la combinaison P pour avoir une retraite à 60 ans, soit à la combinaison R pour avoir la retraite à 65 ans.

La part est de 120 francs et il est permis d'en prendre tel nombre qui convient jusqu'à un maximum de 20, c'est-à-dire pour une retraite de 2.400 francs ; et, comme P et R peuvent se cumuler, ce peut être une retraite de 2.400 francs à 60 ans et une seconde de même somme à 65 ans.

En cas d'interruption de versement, il n'y a pas déchéance, mais la retraite ne peut en aucun cas être liquidée s'il n'y a pas eu au moins versement de cinq cotisations annuelles. Si le participant a effectué ces cinq versements au moment où il atteint l'âge fixé pour la retraite par la cotisation à laquelle il est inscrit, il lui sera servi une retraite réduite calculée sur ses versements. Il peut, d'ailleurs, après interruption, être autorisé à reprendre ses versements, même ceux qui sont en retard, sauf dans les quatre années qui précèdent la retraite.

Les cotisations peuvent être contre-assurées bien que, dans un certain nombre de cas, l'intérêt soit moindre.

L'âge d'entrée minimum a été fixé à 20 ans. Au-dessous de cet âge, il a été considéré qu'il y avait avantage à s'adresser à la caisse nationale des retraites car, avec le système des cotisations annuelles régulières, il y aurait eu trop de versements en perspective et par conséquent des causes nombreuses de défaillance.

Quoi qu'il en soit, tout fils, toute fille d'un sociétaire peut entrer aux combinaisons retraites de la Mutualité familiale s'ils atteignent 20 ans dans l'année de leur admission.

Et on voit immédiatement tout l'intérêt que présente cette possibilité nouvelle. Je prendrai deux cas comme exemple :

Nombre de jeunes filles par la force des circonstances ne pourront pas se marier, elles sont destinées à rester célibataires — quelle grande sécurité un père n'aura-t-il pas de leur constituer une pension de retraite pour leurs vieux jours ? — Et si elles viennent à se marier, la retraite n'en sera pas moins la bienvenue.

Un fils est étudiant, le père aura tout avantage à le faire entrer jeune à la Mutualité, d'abord parce qu'il lui inculquera des idées de prévoyance, ensuite parce que, entré jeune, il n'aura que de faibles cotisations à verser chaque année.

Car ces cotisations sont vraiment faibles, qu'on en juge ! voici les barêmes jusqu'à 30 ans pour une pension de 1.200 francs. Il est bien entendu que, pour 2.400 fr. il faut doubler et que, pour les sommes intermédiaires, il faudra multiplier par $\frac{n}{20}$, *n* représentant le nombre de parts de 120 francs.

Age d'entrée	Cotisations simples	Cotisations contre-assurées
—		
Combinaison P (retraite à 60 ans).		
20 ans	82 fr.	97 fr.
21	87	103
22	93	109
23	99	116
24	105	123
25	111	131
26	119	140
27	126	149
28	136	159
29	144	169
30	154	181
Combinaison R (retraite à 65 ans).		
20 ans	48 fr.	58 fr.
21	51	62
22	54	66
23	57	70
24	60	74
25	64	79
26	68	84
27	72	89
28	77	95
29	82	101
30	67	108

Ainsi, à un enfant, garçon ou fille, âgé de 20 ans, il sera possible d'assurer une pension de 2.400 francs avec une cotisation annuelle de 96 francs ou, si l'on contre-assure, de 116 francs !

La Mutualité familiale a donc complété le rôle familial qu'elle entend conserver avant tout et ce, sans rien modifier à son fonctionnement, sans créer de combinaison nouvelle ni de compte nouveau.

Evidemment la chose devra être sanctionnée par une Assemblée générale extraordinaire, puisqu'elle entraîne une modification statutaire, mais, comme cette modification consistera à ajouter à deux ou trois articles les mots *et leurs enfants*, comme elle ne rencontrera certainement aucune opposition, le Conseil d'administration a jugé qu'il lui était possible de réaliser cette amélioration, dès l'année 1923, à titre provisoire.

Les enfants seront donc dès maintenant admis à titre provisoire, l'admission définitive étant reportée après le vote de l'Assemblée générale. Si, contre toute attente, l'Assemblée ne ratifiait pas la décision du Conseil, celui-ci en serait quitte pour rembourser aux intéressés les sommes qu'ils auraient versées.

Confrères, vous pouvez faire inscrire vos enfants et nous vous conseillons de le faire.

A. GASSOT.

JURISPRUDENCE

L'AFFAIRE VALLET

TRIBUNAL CORRECTIONNEL D'EVREUX

16 *novembre* 1922.

(*Gazette du Palais*, 1er déc. 1922.)

Médecine-chirurgie. — Droits et devoirs des médecins. — Responsabilité. — Chirurgien. — Homicide par imprudence. — C. pén. art. 319. — Applicabilité. — Diagnostic erroné. — Grossesse. — Diagnostic d'un fibrome. — Opération. — Mort de la malade. — Faute. — Doute. — Relaxe.

Aucun texte ne faisant bénéficier les médecins d'un régime de faveur, ils doivent répondre, comme quiconque, de leurs fautes civiles et pénales ; ils sont donc soumis à la discipline des art. 1382 *et* 1383 *C. civ.*, 319 *et* 320 *C. pén. qui, pour leur application, n'exigent pas la faute lourde.*

Ils ne sauraient toutefois être inquiétés pour une violation ou une fausse application des règles de l'art médical dont la critique échappe d'autant plus aux profanes que ces dogmes sont loin d'obtenir le consentement universel des professionnels d'une même époque et que leur existence est limitée dans le temps.

Aussi, quand il y a divergence d'opinions entre chefs d'école, également réputés, les juges, désarmés pour les départager, ne peuvent qu'être pénétrés d'un doute au bénéfice de l'inculpé.

Spécialement on ne doit pas voir une faute certaine dans l'opération du chirurgien qui a pris pour un fibrome une grossesse à terme, si un témoin, professeur de Faculté, affirme, contrairement à l'avis des experts commis par le juge d'instruction, qu'un utérus gravide directement sous la vue et sous la main du chirurgien-opérateur après la laparotomie peut bien ne pas se distinguer d'un utérus fibromateux,

Le Tribunal,

Attendu que dans la poursuite dirigée par le ministère public contre le docteur Vallet, de Vernon, prévenu d'homicide involontaire sur la personne de la dame veuve Jouenne, aux termes d'une ordonnance du juge d'instruction de cet arrondissement, en date du 10 mars dernier, le sieur Anthime Petit, de Vernon, père de la veuve Jouenne, qui, déjà, par déclaration au greffe du tribunal du 16 février 1921, s'était constitué partie civile, est intervenu à l'audience du 9 courant, par Me Bariller, avoué, pour demander, tant en son nom personnel qu'au nom et comme tuteur des trois mineurs Jouenne, enfants de la défunte, condamnation du prévenu au payement d'une somme de 106.000 fr. pour réparation du préjudice par eux subi de son fait ; qu'il y a lieu de donner acte au sieur Petit de sa demande :

Au fond :

Attendu que les faits qui motivent la prévention par application de l'art. 319 C. pén., sont les suivants : le 2 février 1921, la veuve Jouenne, d'Ecos, qui, au dire de son père, se plaignait depuis quelque temps de souffrir dans le ventre, se présenta à la consultation du docteur Vallet qui crut reconnaître un fibrome à opérer d'urgence ; aussi, le chirurgien conseilla-t-il à sa cliente d'entrer dans sa clinique le 7 du même mois pour être préparée à l'opération qui serait faite deux jours plus tard, ainsi que les choses ponctuellement s'accomplirent ; mais, aux premiers temps de l'hystérectomie, exactement alors que les attaches utérines gauches venaient d'être sectionnées, le docteur Vallet s'aperçut que la dame Jouenne était simplement enceinte ; s'orien

tant alors vers l'opération césarienne, il finit par retirer de l'utérus une fille vivante et viable, née à terme ou bien près du terme, puisque le docteur Paul, chargé d'autopsier le cadavre de la mère et de visiter l'enfant, lui a trouvé comme poids, le 21 février, trois kilogrammes, et, comme taille, 49 centimètres, « le cuir chevelu étant couvert de cheveux, apprend l'expert ; les ongles des mains dépassaient l'extrémité des doigts ; les ongles des pieds effleuraient l'extrémité des orteils » ; puis, le chirurgien, après avoir extrait l'arrière-faix, procéda à la suture des parois utérine et abdominale, mais vers 5 heures du soir, « le pouls s'accéléra, la malade pâlit, se refroidit et succomba aux alentours de 6 heures » d'une hémorragie résultant de la rupture de cinq des six ligatures au gros catgut de l'incision utérine de 16 centimètres de longueur ;

Attendu que, pour établir les responsabilités dans une affaire aussi spéciale et aussi grave, dès le 27 février 1921, des experts minutieusement choisis en raison de leur autorité furent commis : MM. les docteurs Rieffel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, Tissier, médecin accoucheur des hôpitaux de Paris, et Paul, médecin légiste à Paris, dont le rapport, déposé le 30 janvier dernier, doit être étudié maintenant ;

Attendu que les médecins examinant la conduite de leur confrère dans deux périodes successives, dont la première commence au diagnostic pour finir avec la laparotomie exploratrice posent, comme un fait notoire, que bien des grossesses ont été méconnues, prises pour des tumeurs et traitées en conséquence et ils « attestent que pas un chirurgien, parmi les plus expérimentés et les plus consciencieux, n'a été, au cours de sa carrière, indemne de cette méprise » «, mais, corrigent-ils immédiatement, « ces erreurs, souvent inévitables, se sont presque toujours produites dans les premiers stades de la grossesse, ou bien s'expliquaient par une anomalie : hydramnios, gémellité, monstruosité, etc... Dans le cas qui nous occupe, il n'existait aucune de ces dispositions troublantes », et, comme conclusion : « L'erreur nous semble constituer une faute ; mais les conditions dans lesquelles s'est effectué l'examen atténue la faute et la rend peut-être excusable », (p. 25, 26 et 27 du rapport) ;

Attendu, pour la seconde période, qu'on ne saurait mieux l'apprécier qu'en transcrivant littéralement le rapport : « L'erreur du diagnostic était à la rigueur admissible lors du premier examen, la femme se contractant, les parois abdominales étant peut-être résistantes et particulièrement épaisses ; après anesthésie, une fois le ventre ouvert, toute la matrice se présentait uniformément développée, avec ses annexes symétriquement disposées ; il semble bien que les yeux auraient dû être désillés. Toutes les erreurs, en effet, commises par les chirurgiens, auxquelles nous avons fait allusion, ont été presque toujours immédiatement reconnues et réparées après la laparotomie exploratrice décélant une grossesse avancée. Il n'en fut pas de même ici. Le docteur Vallet, ayant l'utérus directement sous la vue et sous la main, n'a pas discerné qu'il avait fait fausse route et qu'il fallait à l'instant faire machine en arrière. Il persista dans son erreur. » (p. 28) ;

Attendu que si les experts proclament, à deux reprises différentes, et, pour l'une et l'autre période, l'erreur, d'ailleurs évidente, commise par le docteur Vallet, quand il s'agit d'apprécier cette erreur, de lui donner une valeur, et, surtout, d'en déterminer l'origine, les causes, pour permettre au tribunal de juger s'il existe une faute qui l'aurait engendrée, les hommes de l'art abandonnent le terrain purement professionnel et doctrinal où ils avaient été conviés, instituent sur la victime un débat dont les éléments, fournis par le docteur Vallet, de qui la pudeur professionnelle rougissait devant les maîtres, échappent à toute vérification contradictoire : « Le docteur Vallet, abusé sans doute par le récit fantaisiste de sa cliente, assura Mme Jouenne de l'existence d'un fibrome », lit-on, à la p. 21 du rapport. « Il est vrai que la patiente, dans le but de fourvoyer le médecin, a donné de faux renseignements » (p. 26). « Le docteur Vallet, égaré par la malade, s'était suggestionné dans l'idée d'un fibrome » (p. 29), d'où l'on tire que « l'erreur renforcée » de la deuxième période ne constitue pas elle-même une faute lourde, mais seulement « une faute dont les conséquences ont été lamentables » ;

Attendu, d'abord, qu'il est permis de douter — si extraordinaire que le fait puisse paraître — que la veuve Jouenne qui, aux dires de Paul Morin et de Gaston Jouenne, se déclarait, dans le pays, atteinte d'un fibrome, ait été informée de sa situation véritable, puisqu'il est admis qu'une femme même multipare peut ignorer sa grossesse (Briend et Chaudé, *Médecine Légale*, p. 211 ; Brouardel, Le Mariage, nullité, divorce, grossesse, accouchement, p, 233 ; professeur Jean-Louis Faure, dans sa déposition à l'audience), et l'on ne concevrait pas que la veuve Jouenne, se sachant enceinte, se fût exposée au bistouri ; que, pourtant, si même l'on concède au prévenu que sa cliente a voulu « l'abuser », il n'en reste pas moins contre lui qu'il avait l'impérieux devoir de s'assurer personnellement de l'état de la veuve Jouenne, car enseignent les experts : « De ces tromperies nous sommes tous avertis et devons élémentairement nous défier. C'est principalement sur les signes objectifs qu'il faut nous baser ; ce sont les seuls vraiment capables de nous éclairer » (p. 27 du rapport) ;

Attendu, enfin — toujours dans la même hypothèse — qu'« il est aujourd'hui hors de doute que l'imprudence de la victime de l'accident laisse subsister la responsabilité pénale de celui qui en est l'auteur ou la cause, et que la réciprocité des fautes ne permet pas de compenser l'une par l'autre ; il suit de là que l'inculpé, poursuivi pour homicide ou coups et blessures involontaires, ne pourrait se justifier en invoquant l'imprudence de la victime ; « la

faute de l'un ne fait pas disparaître la faute de l'autre ». (Garraud, Tr. dr. pénal, t. IV. p. 423) ;

Attendu, en conséquence, que les agissements du docteur Vallet doivent être appréciés par devers lui et sans recours insidieux contre sa victime, mais, pour l'application à l'espèce des principes qui s'en dégageront, l'étude du fondement et de l'étendue de la responsabilité médicale s'impose ;

Attendu qu'aucun texte ne faisant bénéficier les médecins d'un régime exceptionnel de faveur, ils doivent répondre, comme quiconque, de leurs fautes civiles et pénales ; ils ne sauraient toutefois être inquiétés pour une violation ou une fausse application des règles de l'art médical dont la critique échappe d'autant plus aux profanes que ces dogmes sont loin d'obtenir le consentement universel des professionnels d'une même époque ; mais, sous cette réserve, les médecins eux-mêmes sont soumis à la discipline des art. 1382 et 1383 C. civ., 319 et 320 C. pén., qui, pour leur application, n'exigent pas la faute lourde : « Faut-il restreindre, comme l'a fait un arrêt (Metz, 21 mai 1867) la responsabilité du médecin au cas de faute lourde constatée à sa charge? Cette limitation ne se trouve pas dans la loi. Elle n'est pas écrite dans les art. 1382 et 1383 ». (Sourdat, Tr. de la responsabilité, T. I., n° 667 *bis*) ; et plus loin (677 *ter*) : « Le médecin peut même être condamné au criminel par application des art. 319 et 320 C. pén. dans certaines circonstances graves » ; ce qui est encore professé par M. Garraud : « Les médecins sont soumis à une double responsabilité dans les termes du droit commun : responsabilité civile, fondée sur les art. 1382 et 1383 C. civ., responsabilité pénale, basée sur les art. 319 et 320 C. pén. », (Tr. de dr. pénal, t. IV, p. 427, note) ;

Que si l'auteur du « Traité de la responsabilité » restreint la responsabilité du médecin à « certaines circonstances graves » qui, dans des monuments de la jurisprudence sont qualifiées « faute lourde », on doit se garder d'en conclure que l'auteur du dommage pourra être dispensé de réparer sa faute même très légère : « L'art. 1382 ne fait aucune distinction différant en cela de l'article 1137 ». (Sourdat, *op et loc. cit.*, n° 655) ; or, les articles 319 et 320 C. pén. forment un parallélisme étroit avec les art. 1382 et 1383 C. civ. ; la confusion qui tend à poser en principe que le médecin n'est responsable civilement et pénalement que de sa faute lourde s'explique par ce fait que la *culpa levis* et *a fortiori*, la *culpa levissima* du médecin échappent à la vue : « L'art. 319 C. pén. s'applique au médecin qui, par suite d'une faute lourde, négligence ou maladresse *visible*, impéritie ou ignorance coupable, a causé la mort de la malade qu'il soignait (D. 1921. 1. 184, note) ; V. aussi D. 1914. 2. 98 et D. 1920. 1. 30 ;

Attendu que, de ces considérations, il résulte que si, à la vérité, la discussion du traitement ou des méthodes scientifiques appliqués par le médecin, de la technique opératoire suivie par le chirurgien, dépasse les tribunaux — du moins leur incombe-t-il de rechercher et d'apprécier si le praticien a contrevenu aux règles de prudence et de bon sens auxquelles est nécessairement soumis l'exercice de toute profession ;

Attendu que les experts n'ayant fait de réserves qu'en ce qui touche le diagnostic initial et le défaut de discernement de l'opérateur, après la laparotomie exploratrice qui eût dû, semble-t-il, être pour lui révélatrice de la position de la dame Jouenne, c'est uniquement à ces égards qu'un débat peut s'instaurer ;

Attendu que la conduite du docteur Vallet n'étant condamnable que dans les conditions limitatives de l'art. 319 C. pén., il importe de voir si, dans les circonstances retenues, le chirurgien s'est rendu coupable de maladresse, d'imprudence, d'inattention, ou même, seulement de négligence, et la première question qui se pose est de savoir si, de son mieux, il a établi un diagnostic, auquel cas il serait lavé de tout reproche initial ;

Attendu que, lors de la première comparution, en date du 28 février 1921, devant le juge d'instruction, l'inculpé déclare avoir interrogé sa cliente, l'avoir examinée, ce qui lui a fait « constater une tumeur volumineuse médiane donnant absolument l'impression d'un fibrome utérin », à quoi, cependant, il ajoute : « connaissant l'excellente réputation de la famille de M. Petit, bien que ne connaissant pas personnellement Mme Jouenne, mon attention n'a pas été attirée sur la possibilité d'une grossesse », ce qu'il maintient dans son dernier interrogatoire du 24 février 1922, où il précise — comme il le fera par la suite à l'audience, — qu'il a néanmoins recherché, mais en vain, au cours des deux examens de la malade, auxquels il a procédé, d'abord, dans son cabinet, puis, dans sa clinique, des signes de grossesse ; que, dès lors, il serait excessif de soutenir que le médecin n'a pas posé de diagnostic, comme de lui imputer à faute de n'avoir pas recouru à des procédés exceptionnels d'investigation tels que la radiographie, puisque d'un côté, il estimait son diagnostic assuré et, d'autre côté, il s'agit de méthodes encore nouvelles, non vulgarisées, dont tous les praticiens ne disposent pas et dont, au surplus, l'emploi en semblable conjoncture serait, d'après le professeur Faure, discutable :

Attendu, en conséquence, qu'à ce premier temps, on ne relève pas contre le docteur Vallet de maladresse, d'imprudence, d'inattention ou de négligence, le mettant sous le coup de la loi, puisque, aussi bien, il est admis qu'une grossesse, même à terme, peut déjouer les plus subtils diagnostics :

Attendu, en ce qui concerne la seconde phase, qui part de la laparotomie, que les experts exposent que « toutes les erreurs ont été presque toujours immédiatement reconnues et réparées après la laparotomie », et, comme on l'a vu, ils font grief au chirurgien qui avait « l'utérus directement sous la vue et sous la main » de n'avoir pas discerné qu'il avait fait fausse route, d'où l'on devrait pouvoir

inférer, avec vraisemblance, qu'un utérus gravide n'a pas le même aspect qu'un utérus fibromateux ; mais les experts ne s'en sont point formellement expliqués dans leur rapport et l'absence à l'audience du professeur Rieffel et du docteur Tissier, particulièrement compétents et documentés sur la spécialité, n'a pas permis d'obtenir les éclaircissements désirables sur un point des plus importants et, malheureusement, des plus brièvement traités, de leur travail ;

Attendu, par contre, que le professeur Jean-Louis Faure, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Paris, témoin entendu à la requête du docteur Vallet, affirme non seulement qu'une grossesse à terme peut n'être point décelée, mais encore qu'un utérus gravide que le chirurgien a « directement sous la vue et sous la main » peut bien ne pas se distinguer d'un utérus fibromateux, ce qui pour le cas de l'espèce, corrobore les déclarations, dès l'instruction, des docteurs Gillet et Etienne, assistants du docteur Vallet, qui assurent que rien, dans l'aspect de l'utérus de l'opérée, ne donnait l'impression d'un utérus gravide ; qu'en raison de ces divergences d'opinions entre chefs d'écoles également réputés, les juges, désarmés pour départager Hippocrate et Galien, ne peuvent qu'être pénétrés d'un doute, qui sera le bénéfice du docteur Vallet ;

Par ces motifs,

Donne acte au sieur Petit de sa demande tant en son nom personnel qu'ès-qualité, en 106.000 fr. de dommages-intérêts contre le docteur Vallet ;

Au fond, relaxe le docteur Vallet des fins de la poursuite sans dépens ;

Dit et juge Petit, aux qualités qu'il agit, mal fondé dans sa demande, l'en déboute ;

Le condamne aux dépens.

M. Affre, proc. Rép. — Me Chauvin et Henri-Robert (ce dernier du barreau de Paris), av.

Note. — Le jugement rapporté qui acquite le médecin poursuivi, est conforme, au moins en droit, à la jurisprudence de la Cour de Cassation.

Les cours d'appel et les tribunaux semblent reconnaître aux médecins une sorte de privilège de fait. A leur égard, suivant cette jurisprudence, la faute quelconque des art. 1382, 1383 C. civ., les faits quelconques de « maladresse, imprudence, inattention ou négligence », des art. 319, 320 C. pén., ne sont pas toujours générateurs de responsabilité. Pour que le médecin soit responsable — même civilement —, il faut démontrer à sa charge une « faute lourde » V. depuis l'arrêt de Cass. du 8 juin 1835 (S. 1835, 1.401) ; Besançon 18 décembre 1844 (S. 1845.2.602) ; Colmar, 10 juillet 1850 (D. 52.2.196) ; Alger 17 mars 1894 (A. 95.2.69) ; Paris 4 mars 1898 (D. 98.2.449) ; Aix 22 octobre 1906 (D. 1907.2.41) ; Bordeaux 13 juin 1910 (Rec. Bordeaux. — *Gaz. Pal.* T. 1907-1912, vo Médecine, no 74) ; Nîmes 3 juillet 1911 (D. 1914.2.85) ; Nancy 18 juin 1912 (D. 1913.2.236) ; Besançon 16 octobre 1912 (*Gaz. Pal.* 1912.2.542). — (D. 1914-2.88) ; Paris 16 janvier 1913 (*Gaz. Pal.* 1913.2.130). — (D. 1913.2. 237) ; *Adde* Trib. corr. Saint-Etienne 5 février 1892 (D. 95.2.199) ; Trib. corr. Seine 20 juillet 1907 (*Gaz. Pal.* 1907.2.223) ; Trib. civ. Seine 29 mars 1911 (*Gaz. Pal.* 1911.2.39) ; Trib. civ. Le Puy 7 décembre 1911 (*Gaz. Trib.* 9 février 1912) ; Trib. civ. Mantes 26 janvier 1912 (*Gaz. Pal.* 1912.1.328) ; Trib. civ. Seine 23 février 1914 (*Gaz. Pal.* 1914.2.242) ; Trib. civ. Douai 26 juin 1914 (*Gaz. Trib.* 18 décembre 1915) ; Trib. civ. Oran 20 octobre 1921 (*Gaz. Pal.* 1921.2.581) ; Trib. civ. Marseille 26 avril 1921 (*Gaz. Pal.* 1921.2.162) ; Trib. civ. Le Havre 4 juin 1921 (*Gaz. Trib.* 27 janvier 1922).

En fait, d'ailleurs, l'histoire de la responsabilité médicale devant les tribunaux français consacre une absolution constante, comme le disait le professeur Ambroise Collin. Les tribunaux, les cours d'appel surtout, suivent les experts médecins ; et ceux-ci décident, dans la presque universalité des cas, que les fautes de leurs confrères ne sont pas « lourdes ». Les décisions qui, contre l'avis ordinaire des experts, qualifient de « lourde » une faute médicale, se montrent exceptionnelles. Aussi le Dr Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux et expert près les tribunaux, a-t-il pu écrire sans ironie : « Si les plaintes sont de plus en plus nombreuses, la constatation de la réalité de la faute « lourde » devient de moins en moins fréquente ». (*Paris médical*, feuillet. 1921) ; *adde* sur cette jurisprudence, Garçon, C. pén. annoté sur les art. 1139 et 1320, p. 189 et s.

La Cour de Cassation, à deux reprises pour le moins, a réagi contre le postulat juridique dont se prévaut cette jurisprudence qui paraît bien s'être instituée sans texte, en rappelant « que les art. 1382 et 1833 C. civ. s'appliquent à toute faute quelconque de l'homme qui, quelle que soit sa situation ou sa profession, cause préjudice à autrui ; qu'il n'existe aucune exception en faveur des médecins. » V. Cass. 21 juillet 1862 (S. 62.1.818) ; 29 novembre 1920 (*Gaz. Pal.* 1921.1.68) et la note. C'est la condamnation de la jurisprudence des cours et tribunaux.

A la suite et dans le sens de ces décisions de la Cour suprême, a pris corps, une jurisprudence qui, sans tenir compte de leur gravité, distingue entre la faute de droit commun et la faute proprement médicale, cette dernière n'engageant la responsabilité du médecin que si elle constitue une transgression avérée des règles élémentaires, incontestées de l'art médical. Il est, en effet, de la sagesse du juge de ne pas s'ingérer dans les controverses techniques. V. Cass. 21 juillet 1862 précité et 16 avril 1921 (*Gaz. Pal.* 1921.2.220).

Il est vrai que les décisions ci-dessus citées sur le caractère de la faute médicale se rapportent, pour la plupart, à celle que définissent les art. 1382 et 1383 C. civ. ; mais, on ne saurait juridiquement établir aucune distinction entre la faute civile et la faute pénale (art. 319 et 320 C. pén.). C'est si vrai que, selon une jurisprudence aujourd'hui bien établie (malgré quelques cas isolés de résistance de tribunaux), le même fait jugé non susceptible d'engendrer une responsabilité pénale ne peut entraîner aucune responsabilité civile. (V. Cass. 12 juin 1914 (*Gaz. Pal.* 1914-2 et 1915.36 — S. 1915.1.70 — D. 1915.1.17. — *Bull. civ.*, p. 269) ; 12 juillet et 13 novembre 1917 (S. 1918-1919.1.212) ; 5 mai 1920 (*Gaz. Pal.* 1920.1.660) ; 18 octobre 1921 (*Gaz. Pal.* 1921.2.539) ; 8 novembre 1921 (*Gaz. Pal.* 1922.1.50).

Ainsi, pour que l'erreur médicale constitue une faute civile ou pénale, il faut et il suffit qu'elle soit évidente : si en fait, presque toujours, les erreurs légères, soit que leur discernement échappe à l'examen, soit que leur appréciation partage les hommes de l'art, se trouvent soustraites à la répression, il n'en est pas moins vrai que c'est le caractère d'évidence et non celui de gravité qui doit déterminer la qualification juridique de la faute.

Or, s'il est une matière où se révèle la nature conjecturale de la science médicale, c'est bien le diagnostic. C'est là qu'il importe, pour le magistrat, de faire preuve de tact et de circonspection et, selon la formule devenue classique depuis le réquisitoire du procureur général Dupin (S. 35.1.401), de s'épargner le ridicule de départager Hippocrate et Galien.

La décision du Tribunal correctionnel d'Evreux rapportée ci-dessus, se conformant à la jurisprudence de la Cour suprême, proclame nettement ces principes tradi-

tionnels et se défend de distinguer les fautes selon leur gravité.

Si ce tribunal n'a pas cru devoir condamner, malgré l'énormité de l'erreur en jeu, c'est que, précisément, logique avec sa thèse, désarmé par le désaccord, sur un point de diagnostic, des somnités médicales appelées à donner leur avis, il a résolu le doute en faveur du docteur inculpé. La faute médicale ne lui a pas paru caractérisée.

Le jugement laisse entendre que peut-être, il en eût été autrement si les experts, qui avaient conclu à la culpabilité, s'étaient présentés à la barre pour soutenir et développer les conclusions de leur rapport contradictoirement avec le principal témoin à décharge.

Commentaires

Les juges d'Evreux ont fait montre d'une grande sagesse en se refusant à départager les opinions scientifiques qui ont été émises à la barre correctionnelle.

D'une part se trouvaient les experts, dont deux se sont crus capables de donner leur opinion, comme s'ils avaient assisté à l'opération. Ils n'avaient pas compris que leur mission d'expert ne consiste qu'en un simple avis à donner, et parfois même à dire qu'ils n'ont pas d'opinion du tout, parce qu'ils ne peuvent pas s'en former une juste, équitable et scientifique.

Pour ces deux experts, la culpabilité existe, bien atténuée, parce que, d'après eux, l'erreur de diagnostic n'était plus possible, dès que l'utérus fut mis à découvert.

Mais, pouvons-nous demander à ces experts : combien de fois chacun de vous a-t-il été appelé à voir pareil cas, sur la table même d'opération ? Combien de fois avez-vous pu vous rendre compte par vous-mêmes, si, le ventre une fois ouvert, il est toujours possible, dans tous les cas sans exception, de diagnostiquer, à coup sûr, un utérus gravide d'une autre tumeur utérine ?

De l'autre côté, le grand clinicien qu'est le professeur J.-L. Faure, qui, dans sa longue carrière chirurgicale, a ouvert beaucoup de ventres féminins ; puis, le Dr Dartigues, le chirurgien avisé, aux idées si originales, loin d'être routinières ni classiques ; ou encore tous ceux qui ont courageusement déclaré, comme tout dernièrement, le Dr Péraire, à la Société de médecine de Paris, que les erreurs de diagnostic, après laparotomie, sont encore possibles. C'était ainsi émettre un avis diamétralement opposé à celui des deux experts précités.

Le tribunal s'est estimé incompétent pour départager Hippocrate et Galien.

Mais sur le terrain purement juridique, nous devons remarquer que les juges correctionnels se sont rangés à la nouvelle manière de voir de la Cour de Cassation. Ce n'est plus la faute lourde qui serait punissable ; mais c'est la faute tout court. La théorie du mandat, mandat confié par le malade à son médecin, semble séduire la Cour suprême.

Pas plus que tout autre citoyen, le médecin ne peut se dérober à la réparation de sa faute.

Dès lors, quand y a-t-il faute médicale ? La Faculté de médecine n'a pas la prétention de nous donner une science complète, *ne varietur*. Le médecin est un artiste, qui agit souvent par impression, par intuition et par bon sens. Un diagnostic est basé sur une hypothèse ; le diagnostic différentiel se fait par éliminations successives et souvent, pour faire un bon diagnostic, il faut subitement penser à ce qui peut être la vérité.

Que de fois une opération ou un traitement médical sont-ils décidés entre médecins connaissant bien leur affaire, opération ou traitement qui ne sont que le prolongement du diagnostic, car celui-ci ne s'établira complet que par la vue, au cours de l'intervention ou par la réaction du malade au traitement.

La faute consiste dans l'absence de connaissances médicales suffisantes pour entreprendre une guérison, ou une opération, ou dans le manque d'un examen approfondi.

Mais celui qui, consciencieusement, a fait son devoir, ne doit pas être recherché.

Et si, au lieu de donner une publicité malsaine à ces poursuites, il était institué une expertise contradictoire scientifique, le résultat serait autre. Le plaignant choisirait son expert, où il le voudrait ; de même ferait l'accusé ; le ministère public, représentant la loi et la société, désignerait un expert sur la liste dressée chaque année par le tribunal.

Ces experts discuteraient et s'entoureraient de toutes garanties scientifiques nécessaires ; ils formuleraient une opinion commune, ou, en cas de désaccord, chacun soutiendrait son avis devant le tribunal.

Au-dessus de quelques cas particuliers, dans lesquels le ressentiment d'une famille, ou le désir du lucre, fait poursuivre un médecin malheureux, se trouve l'intérêt général qui exige des docteurs une certaine indépendance d'esprit pour, dans beaucoup de cas désespérés, pouvoir tout tenter pour sauver une vie humaine.

Dans cette histoire malheureuse, le « Sou médical » n'a pas failli à sa tâche. Bien que notre confrère n'ait, sur notre demande, adhéré au « Sou » qu'au cours de son procès, nous avons entendu lui donner tout le concours qui nous était possible, car, avec lui, nous défendions l'indépendance scientifique du Corps médical.

Dr Paul Boudin.

LA VIE SYNDICALE

Syndicat des Médecins de l'Indre

Considérations préliminaires sur l'établissement d'un contrat collectif entre Syndicats médicaux et Caisses d'assurances ou Mutualités présentées à l'Assemblée générale de l'Union, le 15 décembre 1922, par le docteur Salvage.

I. — Le groupement des clients ordinaires en Mutualités ou en Caisses d'assurances sociales garantissant leurs membres contre les risques, maladies, peut et doit s'effectuer sans modifier en rien les règles de la bonne pratique médicale, savoir :

1° Respect absolu par le médecin du secret professionnel;

2° Libre choix du médecin par le malade, entraînant la responsabilité technique du praticien vis-à-vis de son client et de lui seul, comme la responsabilité du client vis-à-vis de son médecin au sujet des honoraires.

II. — En conséquence, dans tout contrat collectif à prévoir :

1° Le médecin ne sera jamais tenu de *renseigner directement* les caisses sur l'état des malades ;

2° Le médecin sera réglé directement et au comptant de ses honoraires par son client, sous la forme soit d'espèces, soit de *bons de soins* médicaux, signés d'un administrateur et *payables à vue*, après vérification par la caisse ;

3° Au point de vue technique, c'est-à-dire au point de vue de la qualité et de la quantité des soins donnés, le médecin *n'aura affaire qu'à son client.*

III. — Leur indépendance morale, financière et technique étant reconnue, les médecins déclarent légitime le souci des caisses d'exercer une surveillance sur l'emploi correct *par les assurés* des bons de soins mis à leur disposition.

Les abus possibles leur semblent devoir provenir de trois causes principales :

1° Excès d'appels du médecin par le client (abus de l'assuré).

2° Tolérance d'un trop grand nombre de visites (abus du médecin).

3° Complicité de l'assuré et du médecin pour l'obtention d'indemnités non justifiées par l'état morbide.

Contre ces abus, les remèdes suivants sont proposés :

a) Abus d'appels. — Les assurés devront participer de leurs deniers aux dépenses médicales proprement dites (c'est-à-dire non inscrites dans le tarif chirurgical) (1) de la caisse dans la poportion d'au moins un quart.

b) Ils seront invités à justifier près de leur caisse des soins reçus.

A cet effet, leur médecin sera disposé à leur fournir sur papiers officiels de caisse qu'on lui présentera :

1° Une note détaillée des actes accomplis et des honoraires correspondants ;

2° Une ordonnance médicamenteuse et hygiénique ;

3° Une courte note technique indiquant : symptomatologie sommaire, nécessité ou non de chômage (sans fixation de durée), de nouvelles visites, d'interventions opératoires, d'examen par spécialiste, de consultation, etc.

c) Enfin la caisse pourra se renseigner d'une façon plus précise dans certains cas par l'envoi près du malade d'un médecin contrôleur qui aura, au préalable, pris rendez-vous avec le *médecin traitant.*

Un désaccord entre les deux médecins sur la réalité d'un abus devra être soumis à un tiers arbitre, délégué par une commission mixte départementale permanente, dite commission des conflits, et composée de trois administrateurs des Caisses et de trois membres du Syndicat médical annuellement désignés.

IV. — Les abus constatés officiellement *à la charge d'un assuré* pourront donner lieu contre lui à des sanctions directes, laissées à l'appréciation des Caisses.

S'il y a *complicité prouvée* d'un médecin, et dans ce cas seulement, la commission des conflits, après audition des parties en cause, disposera de sanctions morales et pécuniaires à déterminer lors de l'établissement du contrat collectif.

(1) Les opérations, d'une façon générale, relevant de l'initiative du médecin traitant.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
(THIRON ET Cie, SUCCESSEURS).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

un renseignement qui intéresse tous les confrères possesseurs de deux autos.

Voici de quoi il s'agit. J'ai deux autos deux places, l'une 5 HP, l'autre 7 HP.

A la suite d'une question posée au ministre et d'un article paru dans le *Concours*, je réclamais pour ne payer que pour ma voiture la plus forte, me réservant de changer de voiture, en cas de panne, en rendant le permis de la voiture en service, et en payant deux sous (parfois quatre) pour avoir un nouveau permis. Solution indiquée par le *Concours* à la suite de la réponse du ministre.

Tout marcha bien et j'allais, quand j'en avais besoin, changer de permis.

Hélas, je ne cherche point les pannes, mais elles arrivent tout de même et cela au moment où j'y pense le moins. Très souvent, ce n'est pas la panne grave, quelques minutes ou quelques heures ; c'est le moteur qui récalcitre, la vis platinée qui a besoin de nettoyage ou quelque écran qui se desserre. Plutôt que d'attendre le bon vouloir du mécano qui n'a pas que moi à dépanner, je préfère aller faire changer mon permis, et partir sans attendre que la réparation soit faite. Il m'est arrivé d'être appelé pour un accouchement et de trouver ma voiture journalière, la plus faible, celle qui dépense le moins, avec une roue à plat : plutôt que de démonter un pneu réparer une chambre, la remonter, j'ai préféré pour deux, ou quatre sous, changer mon permis, en 10 minutes le receveur buraliste, un grand mutilé qui comprend les choses et qui sait que les malades ne peuvent attendre, ne me retarde pas, et me livre mon permis.

Il me semble que cette façon d'agir était toute naturelle et que j'étais d'accord avec la réponse du ministre.

Mais à la fin de ce trimestre-ci, les employés de la régie sont venus chez moi et m'ont dit :

Monsieur, il vous faut payer pour vos deux voitures ou ne pas vous servir de l'une d'elles pendant les trois mois qui vont suivre. Vous ne pouvez changer aussi souvent que vous le faites. Que vous changiez une fois par hasard, très bien, mais si souvent nous ne pouvons l'admettre, parce que c'est en somme deux voitures qui circulent et une seule qui paye l'impôt.

J'eus beau dire que je n'étais pas maître des pannes et que si je changeais souvent c'est qu'aussitôt la voiture réparée, je reprenais celle qui me dépensait le moins, les employés ne voulurent rien savoir.

Alors, je viens vous prier de faire poser par un député ou un sénateur de votre connaissance, une question au ministre pour savoir si on peut changer de voiture suivant les besoins, ou s'il y a une limite et un délai entre chaque changement de voiture. Il me paraît difficilement admissible qu'on puisse nous empêcher de nous servir de l'une ou de l'autre voiture puisqu'elles ne marchent jamais ensemble, étant donné que l'on ne peut jamais prévoir les

pannes. C'est déjà une gêne pour nous d'être obligé d'aller à chaque panne chez le receveur buraliste. Et il me semble que l'Etat ou plutôt l'administration pourrait nous traiter autrement. L'Etat nous fait soigner ses mutilés à prix réduits, et les indigents à des prix de famine : quarante sous, pour vider une vessie, 4 francs pour la répétition d'un appareil plâtré ou silicaté au-dessous du coude ou du genou, 4 francs pour pansements de brûlures graves et étendues, 8 francs pour un lavage de la plèvre, 10 francs pour une ponction intra-rachidienne, 12 francs pour réductions de luxations, 20 francs pour une réduction de fracture de l'humérus, pour la ligature de l'humérale, pour un accouchement, 40 francs pour l'ablation d'un sein ou de *vastes* tumeurs, 60 francs pour une amputation du bras, pour une kélotomie, 80 francs pour une laparotomie, j'en passe, et des meilleures !!!

Puisque l'Etat, dis-je, nous fait travailler à ces prix plus que réduits, qu'il ne nous paye qu'une indemnité kilométrique pour 3 malades sur la même route ne devrait-il pas ne pas nous em...bêter et nous dire que nous ne pouvons pas changer de voiture suivant nos besoins et que les changements trop fréquents ne seront pas admis.

Voici les changements que j'ai du faire pendant les trois mois d'avril de mai et de juin.

22 avril, 25 avril, 8 mai, 9 mai, 23 mai, 25 mai, 27 mai, 1er juin, 2 juin, 5 juin, 7 juin, 8 juin, 15 juin, 20 juin, 21 juin, 30 juin.

Cela ne fait que 8 changements en 3 mois, parce qu'aussitôt la voiture réparée je la reprenais, puisque je me sers toujours de celle dont le kilomètre coûte le moins.

Au mois de juillet, j'ai payé l'impôt pour les deux voitures parce que je voulais faire passer sur deux voitures l'examen de capacité pour la conduite des automobiles à ma fille qui me conduit quand j'ai mes rhumatismes, que je ne puis mettre le moteur en marche, tenir le volant. Les prix donnés par l'Etat ou le département pour les assistés ne sont pas assez rémunérateurs pour que je puisse me payer le démarrage électrique, et ce jourd'hui les employés des contributions indirectes sont venus me signifier qu'il fallait qu'à l'avenir je payasse pour les deux voitures, l'échange des permis ne devant plus être admis qu'avec une fréquence indéterminée.

Alors, pressé par le temps, ayant besoin souvent de changer de voiture je vais être obligé de payer 46,10 pour les 3 mois qui commencent après demain.

Je vais donc faire sur l'autel de la patrie un sacrifice en plus de ceux que l'on nous demande déjà, et qui ne sont pas minces, et je ferai... à l'œil, si l'occasion s'en présente, à quelques assistés, les opérations suivantes :

Un cathétérisme évacuateur.........	2
Un pansement de brûlure grave et étendue	4

Une répétition d'appareil plâtré.......	4
Un taxis..............................	6
Un lavage de plèvre...................	8
Une ponction intra-rachidienne........	10
Une réduction de luxation de l'épaule..	12
Total :	46

Et si les occasions de toutes ces opérations ne se trouvent pas et c'est plus que probable, j'y serai pour mes 46 fr. 10 cent. pour trois mois et 164 fr. 40 pour toute l'année.

J'espère que le ministre sera d'avis que l'on ne doit pas embêter les médecins à qui on demande de gros sacrifices, parce que la médecine :

Ça sert d'os.

et que nous ne devrions pas être plus mal traités qu'un voiturier qui a auto couverte et découverte et qui prend l'une ou l'autre suivant le mauvais ou le beau temps (et pas pour porter des assistés à prix réduits), qui a un permis unique, qu'il fait simplement viser quand il change de voiture.

Le médecin demande à être assimilé à un voiturier. Est-il trop ambitieux ?

Comptant sur votre complaisance pour faire élucider cette question pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre, je vais déposer sur l'autel de la patrie 46 fr. 10 centimes ; c'est toujours cela que les pauvres boches n'auront pas à payer.

Dr Bayssellance.
Eymet (Dordogne).

Réponse.

Nous avons reçu plusieurs lettres sur le même sujet et, pour obtenir une interprétation officielle d'une réponse ministérielle que nous avions publiée en 1921, page 3326, nous avons fait interroger par la voie officielle le Ministre des Finances.

Nous publions ci-après le texte de la question et celui de la réponse du Ministre :

15701. — M. Grinda, député, rappelle à M. le ministre des finances la réponse à la question écrite nº 10206 (*Journal Officiel*, 9 novembre 1921) concernant l'échange des permis de circulation des automobiles en cas de changements accidentels dans les véhicules automobiles mis en service par une entreprise commerciale et demande si un médecin qui possède deux automobiles, dont il ne met jamais qu'une seule en circulation en même temps, peut de même changer purement et simplement ses permis de circulation, en rapportant à la recette buraliste le permis applicable à la voiture retirée de la circulation à la suite d'un accident ou d'une panne et obtenir la délivrance d'un nouveau permis n'entraînant que la perception du droit de timbre de 10 centimes, et ce, quel que soit le nombre des changements survenus au cours du même trimestre. (*Question du 4 décembre 1922.*)

Réponse. — Le régime de tolérance dont il est fait état à la réponse nº 10206 a une portée générale

et s'applique à tous les possesseurs d'automobiles. Mais il n'est consenti que pour les changements accidentels, c'est-à-dire en cas de substitutions exceptionnelles ne se reproduisant pas systématiquement à dates périodiques. On ne saurait admettre en effet, qu'à la faveur de cette mesure, un contribuable, propriétaire de plusieurs automobiles, eût la possibilité, en réclamant la délivrance de permis de remplacement, de mettre alternativement tous ses véhicules en service d'une façon régulière, tout en ne payant l'impôt que pour une partie. Le médecin visé par l'honorable député serait donc mis en demeure d'acquitter les droits sur ses deux voitures si la fréquence des substitutions déclarées par lui dépassait une limite raisonnable et n'était pas justifiée par des accidents ou des pannes matériellement démontrées.

(*J. O.*, 29 *décembre* 1922.)

Cette réponse laisse une large place à l'interprétation des agents du fisc. Si, en effet, on doit en conclure qu'il n'est pas nécessaire, pour que l'échange des permis soit admis, que la voiture remplacée ait subi, à proprement parler, un accident, si une panne est suffisante pour motiver cet échange, encore faut-il qu'accident ou panne soient « matériellement démontrés » et ne se reproduisent pas « systématiquement à dates périodiques ».

Il reste donc encore en perspective de nombreuses difficultés d'application. J. D.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de l'obésité

Un confrère m'écrit la lettre suivante :

J'ai fait suivre votre régime paru dans le *Concours médical* du 5 novembre à un de mes clients.

C'est un jeune homme obèse de 22 ans. Il pesait 129 kilogr. *Dès le* HUITIÈME *jour, il avait perdu 7 kilos* (pesées faites chez le pharmacien).

Je vous enverrai une observation complète à la fin des 20 jours. Je serais désireux de connaître la conduite à tenir après le 20e jour de régime.

Peut-on continuer sans danger au-delà de 20 jours? Faut-il à ce moment instituer un régime transitoire ? Et lequel ?

Vous serez bien aimable de me fixer à ce sujet.

Dr N.

Voici ma réponse :

Lorsque votre jeune obèse aura maigri de 20 livres, vous pourrez lui faire continuer encore son régime, mais en en atténuant la rigueur ; c'est-à-dire que peu à peu, dans les semaines suivantes, vous augmenterez, progressivement, la quantité de pain, remplacerez du thé par du vin coupé d'eau, et, enfin, autoriserez au 1er déjeuner du café au lait. Par ailleurs, si vous dé-

sirez faire acte de thérapeute, vous pourrez prescrire les pilules suivantes, mais à long intervalle :

Extrait de fucus vesiculosus..	0 gr. 06
Iodure de potassium........	0 gr. 04
Thyroïdine	0 gr. 01
Aloès pulvérisé.............	0 gr. 02

Pour une pilule. Une avant le déjeuner, une avant le dîner.

Naturellement, vous suivrez attentivement la cure d'amaigrissement et veillerez à ce qu'elle n'entraîne aucune diminution de force, aucune perturbation fonctionnelle des organes essentiels.

Vous ausculterez le cœur, analyserez les urines, et, par une kinésithérapie bien comprise et rationnellement appliquée, vous ferez en sorte de remplacer la graisse, — qui est un tissu mort, suivant l'expression d'un grand physiologiste dont le nom m'échappe — par du muscle, de façon que votre client ne devienne ni amaigri, ni ridé, et n'ait pas l'air de ces bonshommes en baudruche qu'on emplit d'oxygène et qui, lancés dans l'espace, les jours de fête, retombent dégonflés et veules.

Dr Galand,
(de Cambrai).

A. D. R. M.

A propos de notre propagande à l'Etranger

Tout dernièrement, le bureau de l'*Association générale* convoquait, en une réunion de la plus haute importance, les représentants de toutes les sociétés médicales parisiennes et un grand nombre de journalistes médicaux, en vue de la réalisation, tant différée, de la *Maison parisienne du médecin français*. L'un des assistants fit remarquer combien il importait que l'A. D. R. M. puisse transporter ses bureaux dans la future Maison dont l'un des buts sera la réception, dans un cadre dignes d'eux, de nos confrères des pays amis et alliés.

Les récents voyages de divers de nos maîtres, d'un certain nombre de nos confrères, en Espagne, en Pologne, en Amérique latine, au Canada, etc. nous ont donné les certitudes que la France est bien au-dessous de la magnificence des réceptions qui nous ont été réservées par delà les mers ou les montagnes. Nous avons également acquis la certitude, pour l'Espagne en particulier, que nos visites sont trouvées beaucoup trop rares.

De l'une des plus importantes villes d'Espagne, où nous comptons cependant beaucoup d'amis ne nous écrit-on pas : « Depuis le célèbre voyage

du professeur Roger, nous n'avons plus vu un maître français... En ce moment-ci, nous sommes obligés de célébrer le centenaire de Pasteur sans aucune personnalité médicale de votre pays... Or, depuis le mois d'octobre, voici le cinquième professeur allemand qui nous visite.. Le doyen de notre faculté de médecine (toute la presse en a fait mention) recevait dans sa villa le prof.... de Berlin et le consul d'Allemagne dans notre ville et leur offrait un splendide banquet... Le consul d'Allemagne a réuni mardi dernier, au consulat, toutes les personnalités médicales scientifiques et commerciales de la ville, *dans le but de fonder un institut ou université boche où les professeurs allemands feraient des cours en espagnol pendant toute l'année scolaire.* Après cette propagande scientifique viendra la propagande des spécialités pharmaceutiques et des stations thermales, le tout aux dépens du commerce français... Les Français ne doivent pas vouloir travailler l'Espagne, les Allemands pensent le contraire... »

La gravité de pareilles assertions, émanant d'une personnalité dont nous connaissons la haute situation et les sentiments francophiles, nous dispense de tout commentaire. Cependant nous disons ici, une fois encore, combien il importe que l'*Office national du Tourisme* s'entoure d'une commission médicale pour donner à sa propagande les directives qui conviennent, surtout en ce qui concerne les stations thermales. Le Syndicat général, dans son assemblée annuelle, a voté à l'unanimité qu'une liaison étroite soit établie entre l'O. N. T. et le S. G. : il n'est que temps de prendre des résolutions qui entraînent des réalisations plus immédiates. Nous croyons savoir que l'on s'emploie d'un côté et de l'autre à faire converger les efforts.

Nous savons aussi que notre confrère « l'*Hôpital* » va publier une édition en espagnol. Déjà plusieurs journaux de médecine, en particulier la *Presse thermale et climatique*, donnent des résumés de leurs éditoriaux en espagnol et en anglais : une volumineuse correspondance nous prouve que cette méthode serait à généraliser.

1923 appartiendra à ceux qui sauront vouloir et agir...

R. MOLINÉRY.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Création d'une médaille de la Prévoyance sociale (Décret du 1er décembre 1922)

Art. 1er —Il est créé, sous le nom de « Médaille de la prévoyance sociale », une distinction honori-

fique destinée à reconnaître les services désintéressés rendus aux caisses d'épargne, aux œuvres d'habitations à bon marché, de crédit immobilier, de bains-douches populaires et de jardins ouvriers.

Le modèle de la médaille, la couleur et la disposition du ruban seront déterminés par un décret spécial.

Art. 2. — La médaille de la prévoyance sociale peut être décernée :

1° Aux membres des conseils et commissions institués en vertu des lois qui régissent les œuvres visées à l'article 1er du présent décret ;

2° Aux membres des conseils et commissions créés par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, pour faciliter l'application desdites lois ;

3° Aux membres des conseils de directeurs de caisses d'épargne ordinaires, des conseils d'administration des œuvres d'habitations à bon marché, de crédit immobilier, de bains-douches populaires et de jardins ouvriers ;

4° Aux directeurs adjoints des caisses d'épargne ordinaires et aux administrateurs des succursales de ces établissements.

Art. 3. — A moins de titres exceptionnels, nul ne peut obtenir la médaille de bronze s'il n'a au moins cinq années de présence dans les conseils, commissions, conseils d'administration ou fonctions, visés à l'article 2.

Un délai de six ans au moins, à compter de la date d'attribution de la médaille de bronze, est nécessaire pour l'obtention de la médaille d'argent.

Un délai de sept ans au moins, à compter de la date d'attribution de la médaille d'argent, est nécessaire pour l'obtention de la médaille d'or.

Art. 4. — Les demandes de médailles sont adressées au préfet qui fait procéder à une enquête et qui transmet, avec son avis, ses propositions ,au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Les propositions qui parviennent au ministre moins de deux mois avant la date réglementaire d'une promotion ne sont examinées que lors de la promotion suivante.

Art. 5. — La liste des récompenses honorifiques accordées pour services rendus aux œuvres de prévoyance sociale est arrêtée deux fois par an, par décret contresigné par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, à l'occasion du 1er janvier et de la fête nationale.

Art. 6. — Dans l'intervalle de ces promotions, il ne peut être décerné de récompenses qu'à l'occasion de cérémonies présidées effectivement par un membre du Gouvernement.

Ces récompenses ne font pas l'objet d'un décret spécial. Elles sont accordées par un arrêté ministériel et comprises au nombre ne celles qui figurent dans la plus prochaine promotion.

Art. 7. — Une lettre d'avis est remise aux personnes dont la nomination est faite dans les conditions prévues à l'article 6, en attendant l'attribution du diplôme qui n'est établi qu'après la publication du décret au *Journal Officiel*.

Art. 8. — Le droit de porter l'insigne et la médaille de la prévoyance sociale ne peut être retiré que par décret contresigné par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

(*J. O.*, 3 *décembre* 1922)

Circulaire relative à la protection sanitaire des frontières maritimes et terrestres.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, à MM. les préfets.

Paris, le 14 octobre 1922.

Monsieur le préfet,

Les frontières dont la protection sanitaire incombe à mon administration sont, les unes maritimes, les autres terrestres.

La défense des frontières maritimes est assurée, d'une manière permanente, par un service spécial anciennement constitué, qui s'étend sur tout le littoral, réparti à cet effet en six circonscriptions, à la tête de chacune desquelles est placé un directeur médecin. Un règlement général dit de police sanitaire maritime, établi en harmonie avec les conventions internationales, détermine les dispositions dont l'application doit préserver le territoire de l'importation des maladies contagieuses, en particulier de celles qui ont un caractère exotique.

Longtemps, ce service est resté en quelque sorte confiné dans sa « spécialité », sans lien avec les services similaires. Mais, à mesure que l'on a acquis au sujet de la nature des maladies contagieuses des données plus précises, que leurs modes de propagation ont été mieux connus, on s'est rendu compte que les moyens à opposer à la peste, au typhus et au choléra, par exemple, reposaient sur des principes identiques à ceux sur lesquels est basée la protection contre des affections transmissibles endémiques en France. Vis-à-vis des unes et des autres, il convient de poursuivre la destruction des microbes pathogènes et, quand il y a lieu, celles de leurs agents vecteurs spéciaux (rats, puces, poux, etc.), d'isoler rigoureusement les malades, et de soumettre les suspects à une surveillance permettant d'éviter qu'ils deviennent eux aussi des agents de propagation.

La conséquence pratique de ces considérations et de l'évolution qui s'est produite, est :

D'une part, qu'en dehors de certaines situations exceptionnelles, il n'est pas nécessaire d'aménager, pour le traitement des malades ou l'isolement des suspects débarqués des navires, des locaux qui leur soient exclusivement affectés ;

D'autre part, que le personnel du service de police sanitaire maritime doit être en liaison étroite avec celui des services municipaux d'hygiène, afin que les fonctionnaires de ces deux services soient, les uns et les autres, informés de ce qui intéresse la protection sanitaire de la ville et par suite du territoire national tout entier, et se prêtent, pour cette défense, un mutuel appui.

Je vous serai, en conséquence, obligé d'intervenir, ainsi que vous y avez été invité par ma lettre du 3 août, auprès des Commissions administratives des hôpitaux des villes maritimes, en vue de rechercher, d'accord avec elles :

1° Si ces hôpitaux offrent, au point de vue de l'isolement éventuel des malades contagieux, les ressources indispensables ;

2° Ce qu'il pourrait y avoir lieu de faire, pour remédier à l'insuffisance de ces ressources ;

3° Comment pourrait être assuré, avec les garanties qui s'imposent, le transport des malades (ambulances automobiles) ;

4° Les conditions qu'il y aurait lieu de prévoir pour que mon administration soit assurée de disposer, le cas échéant, des lits nécessaires à l'hospitalisation des malades, avec l'isolement voulu. Ces conditions supposeraient le payement d'un prix de journée à acquitter, soit directement pour les passagers aisés, soit par l'armement pour les matelots, soit par l'Etat s'il s'agit de personnes qui ne sauraient supporter les frais occasionnés par leur séjour à l'hôpital.

Je n'envisage pas, Monsieur le préfet, en vous adressant la présente circulaire, un accroissement des besoins du service sanitaire maritime, non plus que l'application de mesures nouvelles (en fait, mon administration a trouvé déjà, dans plusieurs circonstances, auprès des administrations hospitalières, un concours empressé) ; mais je me préoccupe de déterminer avec plus de précisions les moyens d'action dont pourrait être appelé à disposer le service sanitaire maritime et à leur donner plus d'homogénéité.

Pour ce qui est des services municipaux d'hygiène, mon administration ne néglige aucune occasion d'établir un lien entre eux et le service sanitaire maritime, notamment en confiant au même médecin, lorsque ses fonctions principales ne suffisent pas à absorber toute son activité, des attributions qui le font participer au fonctionnement de chacun. Je compte sur vous pour coopérer, dans la limite de votre compétence, à cette coordination opportune.

Comme les hôpitaux, les services municipaux d'hygiène peuvent être amenés à prêter, en vue de la désinfection et de l'épouillage, un utile concours au service sanitaire maritime. Dans la plupart des ports, en effet, celui-ci ne dispose pas à cet égard de moyens d'action propres, mon administration ayant, à juste titre, estimé qu'il n'y avait pas lieu d'engager des dépenses pour créer des installations qui seraient rarement utilisées pour les voyageurs arrivant par mer, alors que les municipalités possédaient souvent les ressources nécessaires à cet effet.

Il conviendrait donc d'assurer que ces ressources existent dans les villes maritimes de quelque importance (20.000 habitants et au-dessus), et, dans la négative, d'envisager les mesures strictement indispensables, avec mon concours éventuel.

La défense des frontières terrestres se présente dans des conditions différentes de celle des frontières maritimes suivant la nature même de ces frontières, si dissemblables au point de vue de la barrière qu'elles offrent, et suivant que le danger de contamination est proche ou éloigné. S'il est proche, l'intervention doit se produire

le long de la frontière, ainsi que sur les principaux points d'accès ; si l'épidémie redoutée sévit au loin, la défense est concentrée sur un ou plusieurs de ces points. C'est dans cette deuxième éventualité qu'il y a lieu de prévoir des organisations permanentes, leur utilisation restant d'ailleurs subordonnée à des besoins variables.

Jusqu'ici, de telles organisations n'ont pu être réalisées, sauf d'une manière assez sommaire, qu'à Modane, à Vintimille et à Vallorbe, ces deux dernières sur territoire étranger. L'administration de l'hygiène se préoccupe depuis plusieurs années d'améliorer cet état de choses ; des négociations sont poursuivies avec les compagnies de chemin de fer, en vue d'édifier sur des terrains leur appartenant ou à proximité immédiate des grandes gares frontières, des stations sanitaires où pourront être examinés, et retenus, s'il y a lieu, les voyageurs suspects et où pourront être pratiqués la vaccination, la désinfection et l'épouillage.

Ces services créés et entretenus aux frais de l'Etat sont en connexité avec ceux des bureaux d'immigration.

Si leur organisation exige des constructions et un matériel spéciaux, ils n'en doivent pas moins être rattachés, comme les services sanitaires maritimes, à des hôpitaux susceptibles de recevoir les malades contagieux.

Il y a donc lieu de procéder également à l'égard de ces hôpitaux rapprochés de la région frontière, à une enquête permettant d'apprécier les ressources qu'ils présentent, et à des tractations analogues à celles qui ont été envisagées à propos de la défense du littoral.

Déjà, par une lettre en date du19 juillet, je vous ai invité à me renseigner sur l'existence, dans les hôpitaux des villes frontières, de services d'hospitalisation pour les contagieux. Les indications qui précèdent vous permettront d'apprécier l'utilité de ces investigations, dont je n'ai pas besoin de faire ressortir l'urgence.

Les conditions de transport des malades doivent être également envisagées.

Quant aux mesures susceptibles d'être éventuellement prises sur les parties des frontières autres que celles où auront été créés des services spéciaux, elles sont fonction de l'organisation sanitaire du département.

Il est donc essentiel que les départements limitrophes des pays voisins de la France possèdent l'inspection départementale d'hygiène dont ma circulaire du 31 mars 1922 vous a signalé l'importance, un laboratoire départemental, des services de vaccination, de désinfection, d'isolement, en un mot une armature sanitaire leur permettant de subvenir à leur propre défense.

Il est superflu de dire que tous les moyens complémentaires que possède mon département seraient mis, le cas échéant, à leur disposition, mais ces moyens devront s'ajouter à une organisation existante et non se substituer, dans des conditions hâtives et forcément insuffisantes, à celle qui devrait fonctionner d'une façon normale (comme d'ailleurs dans tous les autres départements).

Telles sont, Monsieur le préfet, les considérations sur lesquelles j'ai tenu à appeler votre attention, en vous priant de vouloir bien ne rien négliger pour doter votre département, avec le bon concours du conseil général, des moyens de défense sanitaire dont la santé publique est appelée à bénéficier. Je souhaite vivement que les crédits mis à ma disposition me permettent d'y contribuer et j'attache le plus haut prix à recevoir de vous, à bref délai, des informations précises sur les réalisations effectuées et sur les mesures projetées.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Paul Strauss.

(*J. O.*, 28 octobre 1922).



Quarante-cinquième année. N° 3 21 Janvier 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal, Verrier.
Juan-les-Pins Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, P. Vitrac (*ch.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).
Vernet-les-Bains : Dr Ponson

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr Dautrey, à Vignon (Haute-Marne), la somme de vingt francs, pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux « demandes et offres. »*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux au* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 26. — A vendre cause cessation commerce conduite intér. Panhard, 3 pl. Prix : 10.000.

N° 27. — Docteur, 35 ans, reprendrait avec facilités payement bon poste près Paris.

N° 28. — Demoiselle 45 ans, recherche emploi de secrétaire, comptable, ou économe chez médecin, dans clinique ou maison de santé, accepterait aussi recevoir clients chez docteur ou encore emploi garde-malade.

N° 29. — Docteur 20 ans pratique reprendrait bon poste avec facilités payement.

N° 30. — Achèterais occasion machine à écrire bonne marque, écriture visible, clavier universel, bon état, Dr Sauvy, Spéracédès (A.-M.).

N° 31. — Allier. A vendre cause double empl. 18 HP, 2 pl. avec spider excell. état marche, essai sur toute distance.

N° 32. — Docteur 38 ans, célibat. actif et sérieux, médecine générale cherche assistance clinique, maison de santé, ou remplacer confrère susceptible de céder clientèle.

N° 33. — On cherche médecin disposant capitaux pour cabinet dentaire à Paris, gros bénéfices assurés. Ecr. Lab. Morale, 43, rue St-Georges, Paris 9e. Téléph. : Trud. 69.02.

N° 34. — Maison de santé à céder dans la grande banlieue de Paris, très belle installat. beau bâtiment, installation rayons X, physiothérapie, ni contagieux, ni aliénés, gros produit en progression.
S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e.

N° 35. — Petit poste de demi-repos à céder en Normandie, très jolie contrée, fixes, indemn. 4.500. S'adr : Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e.

CORRESPONDANCE

Production de la comptabilité d'une clinique. Déduction des bénéfices commerciaux des impôts sur les automobiles professionnelles.

1° Un contrôleur a-t-il le droit d'examen de la comptabilité d'une clinique chirurgicale appartenant à un médecin, où il fait œuvre uniquement professionnelle ? Si oui, c'est le secret professionnel violé avec la publicité de tous les malades soignés et de tous les diagnostics.

2° Médecin ayant besoin pour l'exercice de ma clientèle de deux voitures automobiles, ai-je le droit de faire figurer sur ma déclaration de l'impôt général sur le revenu au titre « dépenses fonction de ma profession ; *a*) tous frais inhérents à ces deux autos ; *b*) et aussi l'amortissement d'achat de chacune d'elles ?

Comment dois-je modifier ma déclaration si je venais à utiliser l'une de ces deux autos (à titre d'exception) pour une sortie exo-médicale ?

Le contrôleur a-t-il qualité pour discuter le type des autos employées, et dire par exemple : « autos trop luxueuses pour exercice professionnel », si par exemple l'achat portait sur une Voisin ou sur une Panhard de 16 à 20 HP. *alors que pour ces 2 autos le 1/2 tarif est accepté* par les contributions indirectes ?

Dr T.

Réponse.

1° Si dans votre clinique chirurgicale ne sont opérés et soignés que vos propres clients, c'est-à-dire si vous n'y hospitalisez pas, moyennant une rémunération journalière, des malades opérés par des confrères qui conservent pour eux-mêmes les honoraires perçus en rémunération des soins donnés, vous exercez une profession non commerciale et par suite n'êtes pas obligé de tenir une comptabilité analogue à celle des commerçants ; la loi vous oblige simplement à déclarer le *bénéfice net*, c'est-à-dire le résultat de votre comptabilité.

Si le contrôleur estime que le bénéfice déclaré est atténué, il doit vous faire connaître le chiffre sur lequel il entend vous imposer, mais il peut exiger la production de votre comptabilité.

Vous pouvez vous borner à lui indiquer le montant des recettes sans nom de clients et le montant des dépenses par catégories.

2° Si les deux automobiles servent exclusivement à l'exercice de votre profession, vous pouvez déduire tous frais inhérents à ces deux autos, y compris l'amortissement.

Si elles servent à un usage exo-médical, vous ne pouvez déduire que la fraction des frais correspondant à l'usage médical ; fraction appréciée approximativement par exemple 3/4, 5/6, etc.

Le contrôleur n'a pas qualité pour discuter le type des voitures employées, mais le nombre de ces voitures et leur puissance ne peuvent se justifier que par l'usage auquel elles sont destinées (fréquence des déplacements et longueur des tournées).

Enfin les frais ne doivent pas être disproportionnés eu égard au montant des honoraires perçus.

Un contrôleur admettrait difficilement que les frais d'automobile atteignent, par exemple, 40 ou 50 % du montant total des honoraires.

A. Martinot.

Privilège pour honoraires. Distribution par contribution.

Comme abonné au *Concours*, je vous serais très reconnaissant de me donner votre avis sur le cas suivant :

J'ai adressé il y a six mois environ ma note d'honoraires à une dame X., pour soins donnés à son mari pour sa dernière maladie. Cette note a été adressée au notaire qui me fait parvenir aujourd'hui par un avoué la lettre que voici :

« Vous êtes créancier de M. X. d'une somme de 180 francs qui est peut-être afférente à la dernière maladie de M. X.

Actuellement on va mettre en distribution une somme d'environ 10.000 fr. provenant de la vente du mobilier de M. X.

Vous devez vous adresser à un avoué pour faire valoir vos droits et si vous n'en connaissez point, je suis à votre disposition pour faire le nécessaire.

Dans l'attente d'une réponse, etc.

D'après cette note je dois choisir un avoué, je ne crois pas la chose utile, car des notes semblables m'ont été réglées sans avoué. Je serais heureux d'avoir avis, je ne vois pas l'utilité de faire de nouvelles dépenses qui seraient à ma charge ?

Que dois-je répondre à cette note ?

Dr B.

Réponse.

Puisqu'il va être procédé à la distribution par contribution d'une somme provenant de la vente du mobilier de votre débiteur décédé, vous avez tout intérêt, s'il s'agit de frais de la dernière maladie du défunt, à produire à cette distribution, attendu que vous bénéficiez d'un privilège et êtes presque certain d'être payé, la somme étant importante.

Mais il est exact que vous ne pouvez produire à la distribution que par le ministère d'un avoué. Les frais seront d'ailleurs prélevés sur la somme à distribuer.

Les fausses ordonnances.

Au moment où paraissait dans le *Concours médical* votre article au sujet des fausses ordonnances concernant les produits dérivés de l'opium, il m'arrive une histoire analogue. Une de mes clientes, depuis 3 ans, a employé divers moyens : vol d'un bloc d'ordonnances dans mon cabinet, fausses ordonnances et fausse signature sur papier blanc, et en dernier lieu, tampon de caoutchouc libellé à mon nom. Cette personne se présentait chez tous les pharmaciens des environs, à 20 kilomètres à la ronde. Mais, mis en éveil par des fautes d'orthographe ou de rédaction de l'ordonnance, le pharmacien me prévenait. Brûlée dans un pays, elle allait dans un autre ; finalement, elle aboutit à L. où, démasquée également dans ce pays, elle va échouer à Paris. Mis au courant, par un pharmacien, je lui ai conseillé, comme le confrère du *Concours*, de faire suivre cette personne et de la faire arrêter. C'est ce qui a eu lieu, il y a un jour ou deux. De mon côté, muni du document faux que m'avait transmis ce pharmacien, j'ai déposé une plainte au parquet de M. Je ne pense pas avoir d'ennui, mais je tiens à prévenir le « Sou » pour me soutenir de ses conseils s'il y a lieu. Cette histoire du reste vaut-d'être contée pour l'éducation des confrères trop confiants. Je vous tiendrai au courant de ce qui s'en suivra. D'un autre côté, si vous jugiez à propos de me conseiller quelque chose, je compte sur vous.

Dr B.

La suppression de la pension temporaire ne retire pas le droit à la gratuité des soins.

Je vous serais très obligé de vouloir bien, en tant qu'abonné du *Concours médical*, me donner le renseignement suivant :

Un pensionné de guerre (bronchite chronique, emphysème) par suite d'intoxication par gaz, qui possédant une pension de 20 % a été mis inférieur

à 10 %, a-t-il droit aux soins gratuits médicaux et pharmaceutiques ? Un président de commission le lui aurait affirmé.

Dr R.

Réponse.

D'après l'article 5, § 3, du décret du 25 octobre 1922, qui reproduit la disposition de l'article 5, § 3, du décret du 25 septembre 1919, la seconde section de la liste comprend les noms des anciens titulaires d'une pension temporaire qui a été supprimée sans conversion ou pension définitive.

Par suite, ces réformés continuent à avoir droit aux soins gratuits. Tel est le cas du pensionné qui a vu supprimer sa pension, par suite de la réduction au-dessous de 10 % de son infirmité.

La réponse faite par le ministre des pensions à M. Ruellan, député, publiée au *Journal Officiel* du 7 février 1922 et dans le *Concours médical* du 19 du même mois, page 558, est donc toujours exacte, la nouvelle réglementation n'ayant apporté sur ce point aucune modification à l'ancienne.

Le blessé du travail peut changer de médecin.

Permettez-moi, comme abonné du *Concours* et membre du « Sou », de vous demander un renseignement que je n'ai pas encore trouvé dans votre chronique « Accidents du travail ». Cependant, le cas que je vais vous soumettre, dans un pays industriel, se présente assez souvent.

Il s'agit d'un ouvrier travaillant dans une usine située à une trentaine de kilomètres de son domicile. L'ouvrier est blessé (blessure grave : chute de 5 mètres de haut). Le médecin du lieu de l'accident donne les premiers soins et établit les certificats de déclaration.

Le blessé lui annonce qu'il veut rentrer chez lui, et s'y faire soigner (par moi). Le médecin accepte.

Le blessé rentre chez lui, je le soigne. Quelle est, alors, ma situation au point de vue assurance ? Ai-je à remplir quelques formalités ? (A tout hasard j'ai prévenu le patron, par lettre). Devrai-je établir le certificat de guérison ? Enfin qui me payera mes honoraires ?

Dr S.

Réponse.

Comme le libre choix du médecin est sans limites, un blessé du travail a toujours, en cours de traitement, le droit de changer de médecin. Cette solution est surtout logique lorsque le changement n'est motivé que par le déplacement de l'ouvrier.

Mais il est préférable, sans que cela soit obligatoire, de signaler ce changement au patron, comme vous l'avez fait.

Ce sera toujours le patron, bien entendu,

qui devra payer vos honoraires et toujours le juge de paix du lieu de l'accident qui sera compétent en cas de difficulté.

Il vous appartiendra de délivrer le certificat de guérison.

Accidents du travail. Le débiteur des honoraires est le patron, et non la compagnie d'assurances.

J'ai l'honneur de vous soumettre le cas suivant en vous priant de bien vouloir me donner conseil.

Au mois de mai dernier j'étais appelé à donner mes soins à un ouvrier couvreur, B., qui venait de faire une chute à quelques mètres de chez moi. Je le soignai jusqu'à sa guérison, 17 juin, et à cette date j'adressai un certificat de guérison à son patron, L., qui quelques jours après vient me trouver en me priant de lui envoyer ma note, qu'il me la règlerait. Ce que je fis dans le courant de juillet. Jamais ce patron ne m'avait parlé d'assurance, j'étais même persuadé qu'il n'était pas assuré. Lorsque je le rencontrai dans la rue, L. avait toujours de bonnes paroles et devait toujours venir me régler la semaine suivante. Au début de novembre, je me présentai chez lui pour encaisser. Il me répondit que gêné il me règlerait la semaine suivante, que je n'avais qu'à repasser. Ce que je fis sans plus de succès pour mes honoraires! Lassé d'attendre, je partis chez le juge de paix où je le fais convoquer en conciliation le 20 novembre. Il ne se présenta pas et le juge de paix me permit de le citer le 30 novembre ce que je fis. L. ne se présente toujours pas et j'obtins un jugement par défaut qui le condamnait à me payer intégralement ma note d'honoraires, plus les frais de jugement et autres. Ce jugement lui fut signifié, et il me répond aujourd'hui par une citation d'huissier, d'avoir à me présenter de nouveau devant le même juge de paix pour que celui-ci déclare que L. ne me doit rien, mais que je serai payé par une compagnie d'assurances (dont il ne m'a jamais parlé et avec laquelle il est en procès). Je crois que je n'ai pas à m'occuper de cette compagnie d'assurances et à maintenir mes dires que le patron L. me doit mes honoraires plus les frais de jugement, qu'il se fera payer, s'il le veut, par la compagnie d'assurances, mais que moi je tiens à avoir mon acquit le plus tôt possible.

Dr P.

Réponse.

Le moyen de défense adopté par votre adversaire est inadmissible, car il est tout à fait certain que c'est lui, et non la Compagnie qui l'assure qui est votre débiteur et que vous deviez citer en justice.

Vous n'avez pas, en effet, à vous occuper de la Compagnie, avec laquelle vous n'avez pas

de lien de droit. Vous n'avez donc qu'à vous présenter devant le juge de paix sur l'opposition au premier jugement et à conclure à la condamnation du patron au payement de vos honoraires, dont il ne semble pas, d'ailleurs, qu'il conteste le montant.

Droit à pension d'un prisonnier civil en Allemagne.

Je vous serais très reconnaissant si vous pouviez, par la voie du *Concours* ou autrement, me donner une réponse au problème que voici :

Un jeune homme des régions envahies a été déporté pendant plusieurs mois en Allemagne, où il a travaillé beaucoup et mangé peu. A l'armistice, il a été récupéré par le recrutement français et incorporé dans un régiment d'infanterie où, 15 jours après son arrivée, on a découvert qu'il était atteint de mal de Pott, avec abcès froid, que j'ai à ce moment ponctionné et d'où j'ai extrait plus de 2 litres de pus. C'est dire qu'il était ancien. De 1919 à aujourd'hui, le malade a été soigné à B. et s'est consolidé. Il a pendant ces 3 années touché une pension de 100 %, mais aujourd'hui le ministre des pensions lui notifie un refus de pension, parce que l'affection est antérieure au service. Rien de plus juste, mais n'y a-t-il pas une loi spéciale pour les *prisonniers civils*, qui ont été blessés ou atteints de maladie au cours de la captivité, du fait de mauvais traitements, privations, etc.

C'est cette loi que je vous serais reconnaissant de m'indiquer, pour que mon malheureux pottique puisse frapper à sa porte.

Dr P.

Réponse.

Actuellement, *depuis le* 1er *janvier* 1922, aucune demande de pension n'est plus recevable au titre des victimes civiles de la guerre.

Cependant l'intéressé, ayant en somme déposé dans les délais légaux une demande de pension militaire, il ne peut être tenu pour responsable d'être forclos au titre civil, puisqu'il était en règle au titre militaire, et que maintenant ses droits militaires ne sont pas reconnus. Cependant il y a la manière à employer.

Puisqu'il est en règle, quant aux délais légaux, avec l'autorité militaire, que celle-ci rejette sa pension, c'est *à elle* qu'il doit s'adresser pour lui demander de faire examiner son dossier d'invalidité au titre des victimes civiles de la guerre.

Il lui suffira d'adresser, sous pli recommandé, une lettre rédigée en ce sens au sous-intendant militaire qui lui a notifié le rejet.

G. F.

Voir la suite page XXXIX-239

PROPOS DU JOUR

Les relations médicales françaises avec les médecins des autres nations. L'enseignement à retirer d'un voyage en Amérique.

L'organisation des relations médicales entre la France et les pays alliés et amis se poursuit activement soit à l'Association de l'A. D. R. M., soit au Bureau des Relations médicales extérieures, émanation directe de l'A. D. R. M. et des Facultés.

Beaucoup de nos maîtres ont fait, l'an dernier, d'utiles voyages dans les divers pays de l'Europe et d'Amérique, utiles surtout pour la France et pour le rayonnement de la Science médicale française. Le dernier de nos missionnaires médicaux, celui dont l'odyssée a été la plus complète, la plus intéressante et qui comporte le plus d'enseignements, est le trésorier même de l'A. D. R. M., M. le Dr F. Lemaître, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

M. le Dr Lemaître a fait un très intéressant exposé de son voyage au Conseil de l'A. D. R. M. et si nous nous permettons d'en donner un court exposé, c'est que notre distingué confrère a su très judicieusement se rendre compte du rôle utile que doivent jouer les médecins qui se rendent officiellement ou officieusement dans le Nouveau Monde. Il a su apprécier et juger comme il convenait les sentiments que nos confrères américains ont pour la France et la médecine française et, de ses observations, il a pu tirer un précieux enseignement.

M. Lemaître a eu la bonne fortune d'entreprendre son voyage en compagnie de M. Lévy-Bruhl. Outre le grand agrément qu'il a trouvé à voyager avec un homme aussi éminent et à bénéficier du prestige qui accompagne à l'étranger le titre de membre de l'Institut de France, notre confrère pense que l'on a tout intérêt à ne pas envoyer en Amérique des missions spécialisées et qu'il est préférable d'associer les philosophes, aux littérateurs, et les artistes aux médecins. C'est un premier enseignement qu'il est bon de noter.

M. Lemaître a parcouru le Brésil, le Paraguay, l'Argentine, l'Uruguay, le Chili, la Bolivie, le Pérou et est revenu par Panama et New-York au Havre.

Accrédité grâce à l'intervention du président de l'A. D. R. M. auprès de nos agents diplomatiques et consulaires, il a été partout admirablement reçu ; partout il a constaté les sentiments de vive sympathie que les peuples américains nourrissent pour la France et l'intérêt que les médecins d'outre-Atlantique portent à la science médicale française. Il convient toutefois de ne pas trop nous illusionner et de ne pas croire que nous sommes les seuls à bénéficier de l'amitié sud-américaine. Certes, il est des pays comme l'Uruguay et le Pérou où la France jouit d'une situation tout à fait privilégiée. Peut-être même négligeons-nous un peu trop ces deux nations qui, dans leur affection pour nous, se montrent les plus fidèles. Les passages de nos voyageurs sont trop rapides à Montevideo et trop rares à Lima. Il est vrai que la géographie et l'organisation des moyens de transports sont surtout responsables de cela, mais il y aurait intérêt à donner plus de temps à des pays qui nous sont aussi cordialement attachés. La cause de cette affection est surtout dans l'influence salutaire de nos confrères uruguayens et péruviens qui ont fait leurs études en France, et nous devons désormais repousser l'idée de xénophobie qui compta jadis d'assez nombreux partisans à Paris et qui tendait à fermer les portes de nos services hospitaliers et de l'internat aux étudiants étrangers. Le souvenir que deux anciens internes de Paris, MM. Navarro et Arrizabalaga, de Montevideo, ont conservé de notre Patrie, sont certainement pour beaucoup dans l'affection que l'unanimité des médecins uruguayens a pour la France.

Donc un second enseignement : ouvrons largement aux étudiants et aux médecins sud-américains nos services hospitaliers ; permettons-leur d'y prendre rang dans les mêmes conditions que nos étudiants français, nous ne perdrons rien à ce geste hospitalier.

Les réceptions faites au Brésil, en Argentine et au Chili, au Dr Lemaître furent d'une émouvante cordialité. Mais, surtout en Argentine et au Chili, des réceptions analogues et tout aussi cordiales ont été faites presqu'en même temps à d'autres médecins de diverses nationalités et même à des médecins allemands. Ce n'est nullement une raison, bien au contraire, pour nous en détourner. Il est même surprenant que des

pays comme l'Argentine et surtout le Chili, où l'influence allemande a été considérable, fassent publiquement preuve de sentiments aussi sincèrement francophiles.

Peut-être ne faisons-nous pas d'assez grands efforts pour soutenir notre prestige ? Les Italiens, par exemple, ont créé en Argentine et au Pérou des hôpitaux remarquablement installés pour leurs colonies et cependant les ressources de l'Italie ne sont pas supérieures à celles de la France.

Certains pays, comme le Paraguay, font preuve d'une neutralité absolue. A Assomption, les deux principaux services de l'hôpital sont dirigés par des médecins paraguayens, mais ces derniers tiennent à être guidés par des médecins européens ; ils se sont adjoints à la clinique chirurgicale, un Allemand, et à la clinique médicale, un Français, brillant élève de la Faculté de Lyon. Il conviendrait de veiller à ce que le poste tenu par ce Français ne passât pas en d'autres mains que des mains françaises quand le titulaire actuel quittera prochainement Assomption.

Les hauts plateaux de la Bolivie ne sont guère visités que par des touristes. Aussi quand le gouvernement bolivien apprit que deux savants français se dirigeaient vers La Paz, il mit à leur disposition des moyens de communications et des voitures officielles qui ne furent pas à dédaigner sur des plateaux souvent déserts dont l'altitude dépasse 4.000 mètres.

Parmi les remarques qu'a faites M. Lemaître nous relèverons les suivantes. Les grandes villes des républiques sud-américaines sont presque toujours remarquablement outillées. Les établissements scientifiques et d'assistance disposent d'un pourcentage très important prélevé sur les loteries, pourcentage monstrueux si nous le comparons aux subventions de notre pari mutuel. Aussi ils ont à leur disposition toutes les ressources financières nécessaires. Comme tout est neuf et récent, tout est très bien et il est des villes d'importance secondaire comme Bello-Horizonte, la nouvelle capitale de l'Etat brésilien de Minas-Geraes, dont les installations sont absolument merveilleuses. L'influence nord-américaine se fait pour cela nettement sentir bien que les Sud-Américains s'en défendent vivement. Les médecins sud-américains sont avant tout éclectiques ; ils prennent aux Etats-Unis, à l'Allemagne, à la France, aux autres Nations, les procédés qu'ils jugent les meilleurs et les combinent, s'il le faut, avec intelligence. On ne saurait que les en féliciter. Ils ont acquis toutes les qualités nécessaires pour se passer presque partout de l'Europe et des autres nations, et dans toutes les grandes villes, il se forme des chirurgiens, des spécialistes, des cliniciens, des professeurs qui sont aussi habiles et aussi instruits que l'élite des praticiens européens et n'éprouvent pas la nécessité de venir s'instruire dans le Vieux Monde. Cependant les instituts de recherches scientifiques ne sont pas encore fort nombreux, mais ceux qui y ont été organisés, sont remarquables.

Le canal de Panama rend toute la côte sud-américaine du Pacifique (Chili, Pérou, Equateur) tributaire des Etats-Unis d'Amérique du Nord pour ses relations avec l'Europe. Le plus court chemin comme temps et le moins coûteux pour revenir de ces régions au Havre, est de passer par New-York. Il y a là pour nous une fâcheuse conséquence, c'est que la langue anglaise se substitue à la française. A Santiago du Chili, les médecins savent tous le français et le parlent admirablement, mais le plus grand nombre d'étudiants n'apprend plus le français mais l'anglais, ayant surtout des relations avec les Etats-Unis.

Les Sud-Américains sont devenus des gens pratiques ; s'ils viennent en France, c'est dans le but de se perfectionner et de s'instruire et la conquête du diplôme de docteur d'Université, même de Paris, les laissent absolument indifférents. Si nous voulons conserver auprès d'eux un certain prestige, il faut nous organiser pour les recevoir et répondre à leurs désirs d'instruction et de perfectionnement.

Parler de propagande française en Amérique du Sud est d'une autre époque. Il faut considérer les médecins sud-américains comme des égaux, mériter leur estime et leur amitié, échanger avec eux nos idées, nous faire connaître tels que nous sommes et détruire la mauvaise réputation que des agents allemands cherchent à nous donner. M. Lemaître ne fut pas peu surpris lorsqu'on lui demanda dans une grande ville américaine s'il était vrai que la France avait l'intention de fermer ses Universités et ses hôpitaux aux médecins et aux étudiants étrangers.

Les Allemands font une propagande des plus actives dans l'Amérique du Sud où ils s'appuyent sur de nombreuses et riches colonies d'origine allemande qui ont créé dans plusieurs régions un puissant parti germanophile. Heureusement pour nous, les Allemands sont maladroits et avides. Leurs médecins et leurs chirurgiens ne résistent pas à la tentation de donner des con-

sultations et de faire des opérations pour revenir enrichis en Europe. Cette conduite a été sévèrement jugée et a donné même lieu dans certains cas à des observations des gouvernements qui ont mis ces rapaces dans l'obligation de quitter le pays. A notre honneur, les médecins et chirurgiens français se sont conduits tout différemment. Mais de pareils voyages sont excessivement coûteux et, pour être utiles, ils doivent être d'une durée suffisante. Le médecin et le chirurgien qui entreprennent une tournée comme celle de M. Lemaître font d'énormes sacrifices.

Malgré l'accueil plus que généreux des Sud-Américains, malgré les subventions qu'on peut leur attribuer, le fait d'abandonner pendant plusieurs mois leur clientèle est déjà pour eux une très grosse perte. Il convient que l'on songe à organiser et à subventionner suffisamment ces missions qui, comme le demande M. Lemaître, ont intérêt à ne pas être exclusivement médicales, à être confiées à des gens de grande valeur intellectuelle et morale qui sauront se convaincre en partant qu'ils doivent, quels que soient leur mérite, leurs titres, leur réputation et leur rang, aller là-bas non pas en maîtres mais en amis.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

NEUROLOGIE

Hôpital de la Salpêtrière : M. le Prof. Pierre Marie.

(**Présentation de malades**).

Chorées

Deux malades d'âge très différent, — l'une a 18 ans, l'autre 45 ans —, se présentent à la consultation de M. le profr. Pierre Marie. Toutes deux sont atteintes de mouvements choréiques dont les caractères dissemblables sont à étudier parallèlement.

La première malade est une jeune fille de 18 ans; sa mère, qui l'accompagne, dit que l'enfant aurait présenté, à l'âge de 4 ans, une atteinte sévère de rhumatisme articulaire aigu, mais aucun autre antécédent pathologique notable. La malade est bien réglée et l'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal. Le développement de cette jeune fille s'était fait d'une façon régulière et très satisfaisante, et son état de santé ne donnait aucune inquiétude, lorsqu'il y a huit mois, elle vit apparaître, du côté de son membre supérieur droit, de petits mouvements involontaires. C'étaient des contractions des muscles de la main et de l'avant-bras qui la gênaient dans son travail. Ils s'accompagnèrent bientôt de légers mouvements du pied droit, puis, de contractions des muscles de la face attirant en dehors la commissure labiale droite. Depuis huit mois, ces mouvements n'ont pas cessé et sont allés en s'accentuant d'une façon lentement progressive, mais ils sont toujours restés strictement localisés du côté droit, tant aux membres qu'à la face.

Invitée tout spécialement à préciser l'état antérieur de la malade et la date exacte d'apparition des premiers mouvements involontaires, la mère insiste sur le fait qu'avant ces huit derniers mois, aucun phénomène analogue ne s'était produit. M. le prof. Pierre Marie fait observer qu'il s'agit donc bien ici d'une première attaque de chorée, et non de cette chorée à répétition qu'avait signalée Brissaud et qui peut se traduire par des atteintes successives à cinq ou six mois d'intervalle interrompues par des rémissions plus ou moins complètes.

Nous voici donc en présence d'une *hémichorée* localisée à la moitié droite du corps et *datant de huit mois*. Le fait mérite qu'on s'y arrête et qu'on se demande si nous n'aurions pas affaire à une affection d'une autre nature que la chorée de Sydenham, si fréquente chez les enfants et les adolescents. Dans la chorée de Sydenham, les mouvements peuvent, il est vrai, débuter par un membre ou une moitié du corps, mais ils se généralisent vite, en règle générale. Chez notre malade au contraire, la localisation des mouvements imprime à son affection une allure singulière. L'apparition tardive, à 18 ans, nous incite égale-

ment à rechercher s'il ne s'agirait pas d'autre chose que d'une chorée banale.

Interrogeons les réflexes tendineux et cutanés. Les réflexes rotulien et radial sont plus vifs du côté droit, mais le réflexe cubito-pronateur est égal des deux côtés. Rappelons que, pour bien mettre en évidence une différence entre le réflexe cubital d'un côté et de l'autre, il faut mettre l'avant-bras en supination et frapper dans cette position, avec le marteau à réflexe, sur la pointe de l'apophyse cubitale ; une différence qui serait inappréciable entre les deux côtés dans la position de pronation de l'avant-bras, apparaît alors d'une façon très manifeste. Mais chez notre jeune malade, malgré cette utile précaution, le réflexe cubital droit reste égal à celui du côté gauche. De plus, le réflexe cutané plantaire se fait en flexion. La *légère hyperréflectivité*, révélée par la vivacité des réflexes rotulien et radial du côté droit, ne suffit pas pour soupçonner une altération notable du faisceau pyramidal. On peut voir d'ailleurs un certain degré d'hyperexcitabilité médullaire dans la chorée de Sydenham.

Puisque l'examen objectif des fonctions médullaires ne nous fournit aucun document appréciable, nous faut-il penser à une de ces hémichorées hystériques dont on a beaucoup parlé autrefois.? Nous ne le croyons pas, car les hémichorées de cette nature se traduisent par des mouvements désordonnés, à grand spectacle, et s'accompagnent en général d'autres phénomènes hystériques ; ici, au contraire, tout est simple, tout est discret et nous ne trouvons pas d'anesthésie, ni même d'hypoesthésie, du côté choréique. Notre attention est attirée, au contraire, par un certain degré d'*hyperesthésie de tout le côté droit* qui est celui des mouvements anormaux. La piqûre est plus douloureuse à droite qu'à gauche, et les sensations de chaud, et surtout de froid, sont nettement plus désagréables du même côté. Ceci doit nous engager encore à considérer ce cas avec attention et à rechercher tous les signes qui pourraient nous révéler l'existence d'une *lésion mésocéphalique*. Cette recherche en vaut la peine, car, si la chorée de cette malade était sous la dépendance d'une lésion en foyer de la couche optique ou de la région sous-optique, le pronostic serait beaucoup plus sérieux que si nous n'avons affaire qu'à une forme anormale de chorée de Sydenham. On tend aujourd'hui, il est vrai, à rapporter la chorée de Sydenham à des altérations siégeant aussi au niveau du mésocéphale, mais à des altérations purement microscopiques et diffuses, capables de régresser et n'entraînant pas les graves conséquences des lésions en foyer qui, elles, sont définitives et occasionnent des troubles fonctionnels permanents.

Voyons donc s'il existe des signes révélateurs d'une lésion des noyaux gris mésocéphaliques. Le tonus musculaire ne semble pas altéré. La force musculaire est normale et égale des deux côtés. Le sens musculaire est, lui aussi, normal, car la malade, les yeux fermés, est capable d'indiquer avec exactitude la position de ses membres, les mouvements imprimés à leurs divers segments et leurs situations respectives après exécution de ces mouvements.

Peut-être existe-t-il un certain degré de syncinésie d'imitation, car lorsqu'on donne les deux mains à la malade et qu'on lui demande de serrer l'une des mains, elle presse l'autre en même temps. Mais nous ne pouvons baser une appréciation sur ce signe trop imprécis, et il nous faut encore reconnaître qu'il n'existe pas ici de signe net de lésion en foyer de la région thalamique.

Ainsi donc, malgré nos recherches, nous n'avons pas trouvé de signe précis de lésion macroscopique, tant médullaire que cérébrale, et nous rejetons l'hypothèse d'une hémichorée hystérique. Il s'agit donc vraisemblablement, chez cette jeune malade, d'une *forme atypique de chorée de Sydenham*. Le syndrome d'hémichorée paraît devoir être attribué chez elle à une localisation unilatérale des lésions microscopiques engendrées par une infection microbienne dont le germe nous est inconnu. Cette localisation unilatérale siège vraisemblablement au niveau de la couche optique, car on retrouve associés, chez cette malade, deux symptômes que MM. le prof. Pierre Marie et Bouttier ont considérés comme caractéristiques des lésions de la couche optique : les mouvements involontaires et l'hyperesthésie (surtout marquée ici à la température).

Quelle peut être l'*origine de ces lésions* ? Il s'agit sans doute d'une infection due à un germe encore indéterminé. La majorité des auteurs voit une relation intime entre le rhumatisme articulaire aigu et la chorée, et un lien étroit également entre cette affection et les lésions organiques du cœur qui peuvent s'y rencontrer. De l'avis de M. Pierre Marie, l'importance de ces associations pathologiques a été beaucoup exagérée. Chez la malade présentée, il n'existe d'ailleurs aucune lésion organique du cœur ; quant à la crise aiguë du rhumatisme qu'elle a présentée, c'est à l'âge de 4 ans que la malade en a été atteinte, elle s'était très bien portée depuis, et jusqu'à l'âge de 18 ans. Il est donc bien difficile d'admettre qu'il y ait ici une connexion véritable entre son rhumatisme et sa chorée.

Comme *traitement*, M. le prof. Pierre Marie, préconise les *injections intra-veineuses de novarsénobenzol*. Il les a employées avec de remarquables succès, et l'on a pu voir, sous l'influence de ce traitement, des choréiques guérir en 3 à 5 semaines, alors que les médications usuelles ne procuraient la guérison qu'au bout de 2 à 4 mois. Toutefois, chez les jeunes enfants et en dehors des cas rebelles, on peut se contenter de prescrire

une cure arsenicale par ingestion. Chez notre malade, on aura recours aux injections intraveineuses dont l'efficacité ne tardera sans doute pas à se faire sentir.

La deuxième malade est une femme de 45 ans. Elle est amenée par sa sœur aînée qui raconte qu'elle l'a toujours connue atteinte de chorée, qu'elle avait cette maladie en venant au monde « parce que sa mère avait eu une grande frayeur en la portant » (?). Dès le berceau, dit-elle, ma sœur avait des mouvements désordonnés et des tics, et vers l'âge de 2 ou 3 ans, elle eut des convulsions. Ces convulsions furent passagères et ne se renouvelèrent pas. Enfant, elle est allée à l'école, mais on ne put jamais la pousser beaucoup au travail à cause de sa maladie ; elle peut néanmoins écrire, son intelligence est normalement développée et sa mémoire est bonne. Elle fut soignée déjà à la Salpêtrière par Charcot et Huet. (M. le prof. P. Marie rappelle que Huet fut longtemps le chef du service d'électro-diagnostic de Charcot, et qu'il fit sa thèse sur les chorées chroniques.)

Nous voici donc en présence d'une malade atteinte de chorée, depuis la première enfance, on peut même dire depuis la naissance, alors que la chorée de Sydenham ne débute guère ordinairement avant l'âge de cinq ans.

Réglée tard, à 20 ans, elle resta jusqu'à 30 ans à la maison sans travailler ; puis, la nécessité l'y obligeant, elle se mit à faire des ménages, et sa sœur nous dit qu'en s'observant bien, elle parvenait à ne pas casser trop de vaisselle, accident qui lui arrivait bien souvent étant jeune.

Il y a deux ans, apparurent des *crises convulsives*, la première en pleine nuit, caractérisée par des cris et des convulsions des membres. Ces crises devinrent de plus en plus fréquentes au point de se reproduire presque chaque jour, surtout au moment des périodes menstruelles. Le prof. P. Marie a souvent insisté sur ce fait que les règles influent nettement sur l'intensité et la fréquence des crises épileptiques, qui se multiplient pendant une période de huit à dix jours à l'occasion du flux menstruel. Il est à remarquer, chez cette malade, que les crises ont été précédées dans l'enfance par des convulsions, et il convient de rattacher l'un à l'autre ces deux phénomènes.

La sœur de la malade ajoute, qu'en dehors des règles, aucun élément, émotif ou autre, ne lui a paru influencer l'apparition des crises. Il semble pourtant qu'un certain appoint psychique de suggestibilité ne soit pas étranger à quelques-uns des phénomènes pathologiques présentés par la malade, car, il y a dix-huit mois, son état, qui paraissait des plus graves à son entourage, au point qu'elle ne pouvait plus rien manger, aurait été grandement amélioré par le magnétisme. Le médecin qui la magnétisait l'aurait « sauvée de la mort », aux dires de sa sœur, car, dès qu'il était venu voir la malade, celle-ci se mettait à manger et les crises diminuaient de fréquence. Ce magnétisme avait aussi le pouvoir de la faire dormir, et le sommeil des nuits avait calmé l'agitation de la malade. Pourtant, elle n'était nullement guérie ; mais, M. Pierre Marie fait observer, en passant, qu'il ne faut pas nier l'influence incontestable de la suggestion dans la cure des anorexies nerveuses et signale combien il peut être intéressant de pousser l'interrogatoire d'un malade, tant au point de vue social qu'au point de vue purement médical.

Mais, revenons à l'examen objectif de la malade. Ce ne sont plus chez elle les petits mouvements discrets et localisés de la précédente. Ici, ce sont les quatre membres et la tête qui s'agitent sans arrêt de contorsions en tous sens. Il s'y ajoute des grimaces de la face, des mouvements des yeux, une instabilité constante de tout le corps. Les mouvements semblent toutefois prédominer du côté gauche, et il en aurait toujours été ainsi chez elle.

Les réflexes tendineux sont plus vifs au membre inférieur gauche, mais ils sont égaux aux deux membres supérieurs. La malade accuse des démangeaisons du côté gauche, et ses crises convulsives seraient précédées de douleurs dans le bras gauche.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés, mais sa recherche du côté gauche provoque sous nos yeux une crise d'énervement et de pleurs très caractérisée.

La sensibilité objective est partout normale.

Le diagnostic de l'affection que présente cette malade est particulièrement difficile à établir.

Cette affection , en effet, revêt toutes les apparences d'une *chorée chronique d'Huntington*, mais on sait que cette affection ne se développe qu'à partir de 30 ou 40 ans. Il ne peut en être question ici par le seul fait de l'apparition des troubles dès la naissance, chez notre malade

Le début très précoce, l'ampleur des mouvements involontaires, les crises convulsives, pourraient nous faire penser à une *athétose double*, affection congénitale que l'on attribue généralement à des lésions du système nerveux provoquées par un accouchement dystocique, et caractérisée par une attitude en partie spasmodique, compliquée de convulsions et de phénomènes épileptiques et s'accompagnant d'un syndrome pyramidal avec contractions et exagération des réflexes. Mais ici, les mouvements et les grimaces de la malade diffèrent assez sensiblement des mouvements de l'athétose double, et nous n'avons rencontré dans notre examen aucun phénomène pyramidal.

De plus, nous n'avons trouvé aucun trouble objectif de la sensibilité, ce qui nous fait rejeter

l'hypothèse d'une lésion bilatérale de la couche optique.

Classer l'affection de cette malade dans un cadre bien précis est donc assez difficile. Mais il faut savoir, qu'à la suite de ses recherches approfondies, Huet avait déjà fait observer qu'il existait certains cas de chorées chroniques qui n'entraient dans aucun des types classiquement admis.

Nous admettrons donc qu'il s'agit, chez notre malade, d'*une chorée chronique d'un type spécial*, sans analogie marquée avec la chorée de Huntington, mais se rapprochant davantage d'une athétose double. L'absence de troubles psychiques, chez la malade, n'est pas un obstacle au rapprochement que nous établissons entre son affection et l'athétose double, car les troubles psychiques ne se rencontrent pas toujours dans l'athétose. M. le prof. Pierre Marie a déjà appelé l'attention sur ce fait, en présentant à la Société de Neurologie des malades atteints d'athétose double qui lisaient, suivaient convenablement une conversation et n'avaient aucun trouble mental.

Chez cette malade, il est vraisemblable que les troubles choréiques sont conditionnés par des lésions cérébrales assez étendues. Quant aux crises convulsives, elles sont certainement liées à des altérations de l'encéphale, mais nous demeurons encore incapables à l'heure actuelle d'en préciser le siège.

Pour atténuer les troubles qu'elle présente, il faut combattre avant tout l'élément convulsif, et nous nous adresserons pour cela au tartrate borico-potassique qui a déjà donné dans bien des cas semblables de fort bons résultats.

L'étude de ces deux cas de chorée d'allures si différentes, et toutes deux atypiques, nous a paru offrir un réel intérêt dans la comparaison de ces deux malades avec les divers types de chorée classiques. Le praticien y verra la nécessité d'apporter un soin tout particulier à l'examen de semblables malades. En pareils cas, la discussion raisonnée des symptômes peut fournir de très utiles indications tout au point de vue du pronostic qu'à celui du traitement.

Leçon recueillie par le Dr FRIBOURG-BLANC.

PHYSIOTHÉRAPIE CLINIQUE

La pratique du traitement cinétique d'une scoliose

Par R. MOLINÉRY.

Il faut prendre parti : la question de la scoliose nous a valu d'assister à une polémique fort courtoise, du reste, entre les partisans de la scoliose « affection médicale » et les tenants de la scoliose « maladie chirurgicale ». Il importe au praticien, qui n'a pas le temps d'attendre, de bien savoir ce qu'il a à savoir ; il importe au malade de ne pas être traité en animal de laboratoire et de ne pas servir de champ d'expérience.

« Vous êtes médecin. On vous présente une fillette de douze à quinze ans, nerveuse, et qui se fatigue facilement. Sa croissance a pris dans ces quinze derniers mois une allure rapide. Son état général est languissant ; ses muscles sont insuffisants et on nous l'amène parce qu'elle se tient mal ». Quatre-vingt-quinze fois sur cent, il en est ainsi que le décrit Joland. Certes ! les travaux de Mouchet Rœderer, Lance, Barbarin, Gourdon, Rocher et Noirit, Joland, Devimeux (et probablement beaucoup d'autres que je m'excuse d'ignorer) ont appelé récemment notre attention sur les causes osseuses de la scoliose, sur les déformations par hémivertèbres (en particulier à la région lombaire), sur les déviations par spina bifida occulta, par soudure vertébrale asymétrique, et il faut souhaiter que l'étude de la scoliose congénitale soit poussée jusque dans ses derniers retranchements, si j'ose m'exprimer ainsi.

Mais il faut bien poser en principe que nul n'a le droit de commencer « un » traitement d'une scoliose, sans avoir, au préalable, fait pratiquer un examen radiographique. Dans chaque département il existe un ou plusieurs radiographes : incontestablement, il y aurait faute lourde si, un incident grave étant survenu au cours du traitement préconisé, il était démontré que la radiographie n'a pas été faite. Cela ne souffre donc aucune discussion : un examen radiographique doit être, obligatoirement, à la base de tout traitement antiscoliotique.

Ceci posé, nous faisons nôtre l'aphorisme de Rœderer : « Il y a deux sortes de scolioses : une scoliose d'*ordre musculaire* et une scoliose *maladie d'évolution*, affection redoutable dont la pathogénie nous échappe, mais qui semble bien une affection primitivement osseuse relevant sans doute d'une malformation du germe. »

C'est de la scoliose musculaire et de son traitemnet rationnel, simple et efficace, que nous désirons entetenir le lecteur.

C'est de sept à treize ans que la colonne vertébrale supporte le maximum d'effort et cela au moment même où l'os croît, se développe, se modèle, se forme pour en arriver à sa constitution définitive. C'est également vers treize ans que les hormones endocriniennes vont établir l'épanouissement de la constitution sexuelle de l'enfant : la nature doit faire front

de tous côtés à la fois. Il peut y avoir, sur certains points, carence ou simplement déficience. C'est donc à cet âge que la famille, le médecin de l'enfant, doivent solliciter ou pratiquer des examens réguliers. Et vous sentez bien que tout de suite se pose la question, plus utile que jamais, de l'inspection médicale des écoles.

LANCE EXIGE : 1° LA NOTATION SEMESTRIELLE, AU MOINS, DU POIDS ET DE LA TAILLE DES ENFANTS ; 2° L'EXAMEN DU SYSTÈME OSSEUX (DÉVIATION DE LA COLONNE VERTÉBRALE, SCOLIOSE, MAL DE POTT, COXALGIE, ARTHRITES DIVERSES) ».

Que les modalités de cette inspection aient fait couler des flots d'encre, le praticien, qui, aujourd'hui,



FIG. 1.



FIG. 2.

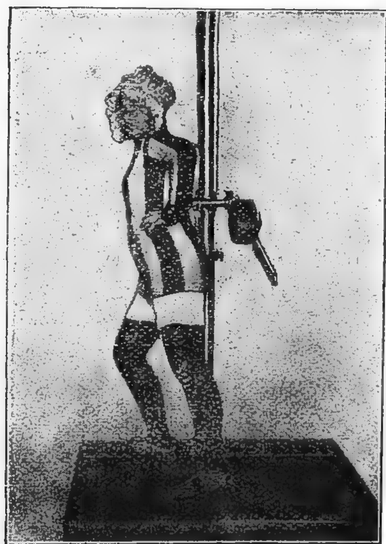


FIG. 3.

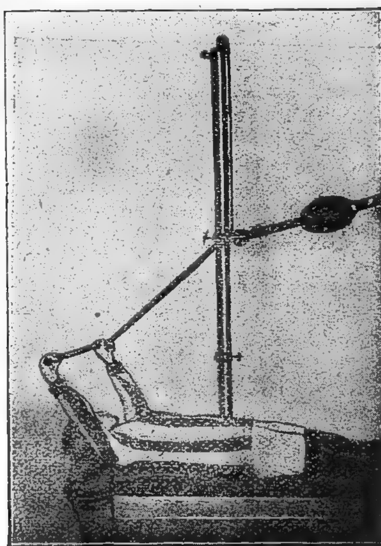


FIG. 4.

Le rapport, si documenté, de Gilbert Laurent présenté par notre confrère au groupe médical parlementaire, porte dans son ensemble sur les bâtiments scolaires, leur aménagement, etc., sur la préservation des élèves et des maîtres contre la contagion ; sur la santé générale des enfants et leur développement physique. Or, cette dernière partie est significative et le rapporteur écrit : « CETTE SURVEIL-

demain, doit examiner et traiter une scoliose musculaire, n'en a cure et j'entends par là, non pas qu'il se désintéresse de ce problème de syndicalisme médical, — mais qu'il a besoin de prendre une initiative personnelle, directe, immédiate, qui lui permettra de pourvoir au plus pressé. Avant d'être médecin de la collectivité, il est médecin de l'individu, de la famille et c'est comme médecin de la famille qu'il

aura, le plus souvent, à examiner le développement de l'enfant. Mais il est parfaitement admissible que le médecin de famille se tienne en étroit contact avec le médecin scolaire (dans nos campagnes ou petites villes cela ne fera qu'un, souvent, et cela ne sera pas plus mal ainsi), médecin scolaire à qui il enverra, à des dates prévues, le résultat de ses examens. Mais il ne faut pas trop compliquer les réglements et statuts

Gourdon et Lalesque, à Bordeaux, ont montré en la réalisant l'importance de l'inspection médicale au point de vue de la lutte contre la scoliose. Mais ce n'est pas chaque six mois que l'enfant doit être examiné, du point de vue que nous occupe, mais chaque trois mois, tout au moins pendant la période de formation, période d'éclosion des déviations de la colonne vertébrale :

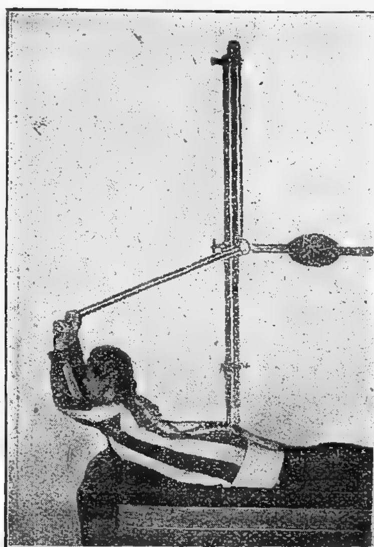


Fig. 5.

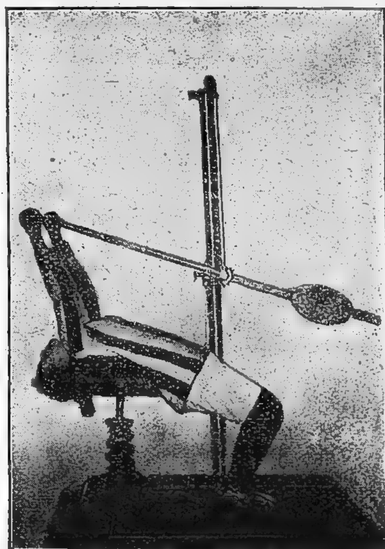


Fig. 6.

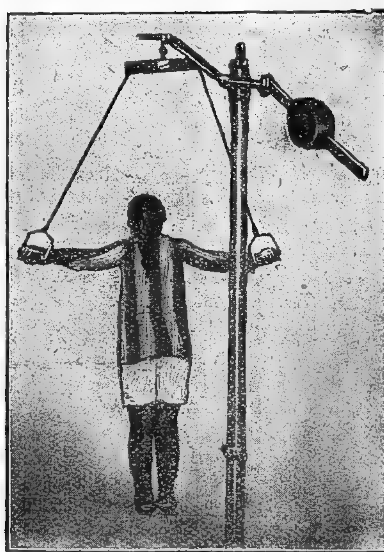


Fig. 7.



Fig. 8.

de cette inspection, créer de nouveaux organismes. « L'inspection scolaire ne peut vivre que si, d'une part, la collaboration du médecin et de l'infirmière visiteuse existe et d'autre part si la liaison est établie avec les dispensaires qui doivent la compléter si l'union est faite avec la défense anti-tuberculeuse et la protection de la première enfance. »

Prévenir vaut mieux que guérir est ici plus vrai qu'ailleurs.

Si, dans les familles, l'habitude du bain hebdomadaire, de la lotion complète, tous les matins, se généralisait, il n'échapperait pas à l'œil vigilant de la mère que la fillette, le petit garçon de 7, 9, 12 ans se tient mal... s'appuie sur une hanche. On a parlé

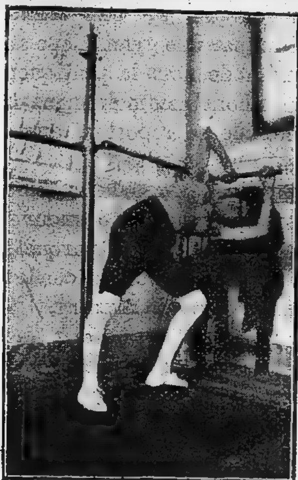
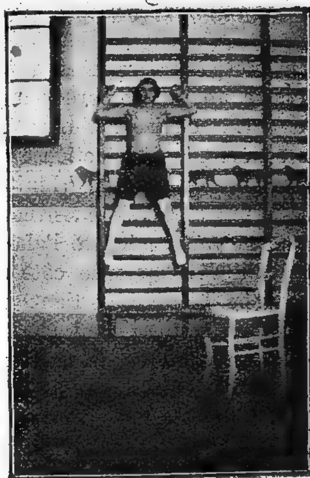
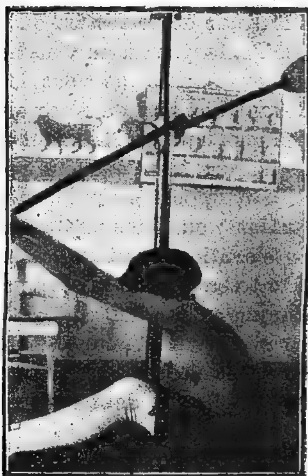
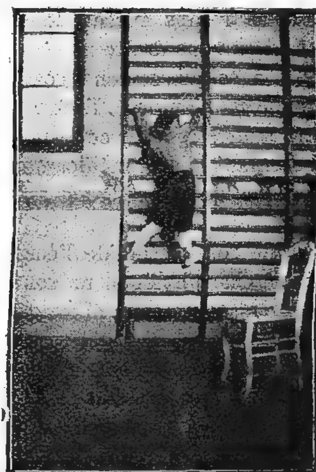

Fig. 9.


Fig. 10.


Fig. 11.


Fig. 12.


Fig. 13.


Fig. 14.

de « faiblesse, d'anémie de croissance », on a donné, sans résultat, phosphate et fer, et la déviation s'installe.

L'enfant est devant vous : pratiquez l'examen à nu et avant d'examiner le dos voyez son thorax. Notez si le bout des mamelons est sur la même ligne si les mamelons ont même volume : si déjà il y a dyssymétrie, *dysharmonie*, vous pouvez affirmer que la scoliose a fait son œuvre. N'y a-t-il rien du côté des seins, remarquez si les deux hémithorax, de l'épaule jusqu'à la crête iliaque, sont de volume égal. Si l'un est plus petit que son parallèle, concluez également à la scoliose. Passez à l'examen dorsal : déviation en C, en S italique allongée ; le plus souvent, déviation lombaire plutôt que cervicale

MM. Langlois, Méry, Hartman, Chauffard, Walther, Lance, bien d'autres encore, à qui nous avons montré notre série de malades en traitement à l'Institut de physiothérapie de Luchon, nous ont confirmé qu'en dehors des faits signalés par les auteurs que nous avons nommés plus haut, les déviations vertébrales étaient, dans la plus grande majorité des cas, d'ordre musculaire.

Que révèle, en effet, notre examen à nu ? Une déficience musculaire, une petite parésie musculaire, congénitale ? souvent... acquise ? plus certainement encore. Sa cause ? une maladie infectieuse banale ; une insuffisance respiratoire nasale (rhinite, hypertrophie du cornet) ; une paralysie infantile suffisamment bénigne pour ne pas avoir jeté l'alarme. Atavisme ? qui nous fait développer le côté droit aux dépens du côté gauche. L'enfant se tient mal à l'école dites-vous ? Si elle se tient mal, c'est qu'elle y est sollicitée par sa musculature déficiente, ET SON ATTITUDE INESTHÉTIQUE N'EST QUE LE RÉSULTAT DE SON ÉTAT PHYSIOLOGIQUE.

Mais ces muscles, dont nous parlons, sont des muscles striés que l'on nous a appris devoir obéir à la volonté. Or, l'aliment du muscle est le mouvement volontaire, c'est donc le mouvement volontaire qu'il faudra mettre en jeu. N'est-ce pas, du reste, cent fois par jour que maman ou maîtresse de classe prononcent — hélas ! sans succès, le classique : « Mademoiselle ! tenez-vous droite ».

La radiographie a soigneusement écarté les cas osseux ; le diagnostic est bien posé. Enfant, médecin, parents vont donc *vouloir agir* sur cette musculature déficiente en lui donnant le seul médicament, le seul aliment physiologique qu'elle réclame : *Le mouvement volontaire dosé.*

Boigey a eu mille fois raison de l'écrire : « les bons effets de l'exercice physique ne sont obtenus qu'à la condition de ne commettre ni exagérations ni erreurs dans son dosage ».

Ne craignez pas, confrères, d'entrer dans les plus minutieux détails : *de minimis curat medicus.*

Bien persuader l'enfant qu'il peut guérir qu'il doit guérir. qu'il guérira *s'il le veut* ; qu'enfin on ne peut le guérir sans lui (ne pas hésiter à faire appel à la coquetterie naissante de la fillette).

Vous, médecin, un seul but : CONSTITUER A L'ENFANT UN CORSET ET UNE SANGLE ABDOMINALE MUSCULAIRE par une gymastique auto-correctrice.

Cette méthode, nous la pratiquons depuis douze ans ; nous allons sommairement la décrire, priant nos lecteurs de se reporter aux figures pour le « fignolage » du détail.

A chacune des séances de traitement, le malade est soumis aux quatre séries de mouvements suivants : attitude allongée sur le parquet, marche sur la pointe des pieds, exercice à l'échelle murale, pratique de l'appareil de Sylvain ALBERT.

Recommandations générales : mettre l'enfant le plus à nu possible (le petit caleçon de bain est tout à fait suffisant ; le placer dans la pièce la plus aérée et la plus ensoleillée qu'il soit ; n'aller jamais jusqu'à faire éprouver la sensation de fatigue : la durée des séances ne dépassera pas, au début, 8 à 10 minutes de travail effectif, pour atteindre, quand l'enfant sera bien entraîné, 25 minutes au maximum.

1) *Attitude allongée sur le parquet* : a) L'enfant, allongé sur une natte, s'étire le plus qu'il le peut, mettant en extension forcée toute sa musculature de la jambe et du pied pendant que ses bras, placés tout le long des oreilles, touchent le plan du sol. Un coussin carré et dur, peu épais, est placé sous les épaules. Dix inspirations très profondes et très lentes sont, dès lors, commandées. Vous suivez, par la percussion, l'entrée de l'air dans les culs-de-sac costo-diaphragmatiques qui, souvent, pour la première fois, se trouvent avoir été déplissés.

b) Dans une deuxième attitude l'enfant, allongé, *est couché sur sa voussure scoliotique* : celle-ci étant corrigée par un coussin carré et dur jusqu'à l'instant où vous obtenez une rectitude parfaite de la colonne vertébrale. La cuisse du côté couché est infléchie, à angle droit, sur le bassin, tandis que la cuisse et la jambe du côté opposé s'étirent, au contraire, dans le prolongement de la ligne axillaire. Mains et bras continuent en haut cette même ligne.

2) *La marche sur la pointe des pieds* : l'enfant se relève de sa position couchée en conservant, par sa volonté, l'attitude de correction où vous l'avez placé. Comme l'enfant est à nu vous ne perdez pas un seul de ses mouvements (si vous le pouvez, mettez l'enfant devant une grande glace qui lui permettra de voir ce en quoi il pèche). L'enfant est debout, commandez la marche sur l'extrême pointe des pieds, les mains étant apposées sur la nuque, les bras en large abduction ; ou, dans une seconde manœuvre, les bras en élévation maxima, les mains fortement jointes étirant vers le haut la colonne vertébrale. Si possible, conjuguer pendant cet exercice qui ne peut guère durer plus de deux minutes, mais qui est tout à fait remarquable comme résultat immédiat, les inspirations profondes dont nous avons parlé plus haut.

3) *L'exercice à l'échelle murale* : vos injonctions deviennent plus pressantes encore. L'enfant sur la pointe des pieds a gagné l'échelle verticale. La main,

opposée à la convexité de la scoliose, se pose sur le barreau le plus élevé qu'elle peut atteindre ; puis, le pied de nom contraire à celui de la main. Or, à un moment précis de l'ascension à l'échelle, l'un des pieds et l'une des mains se trouvant sur un barreau autre que le membre correspondant, la scoliose apparait complètement réduite : tout le plan antérieur du corps appuie contre l'échelle. Vous pouvez varier à l'infini et faire pratiquer l'ascension dans le plan dorsal (fig. 12). Pendant l'arrêt, commander les inspirations profondes. La fig. 14 vous fait assister au mouvement de détorsion qui a pour but de ramener à sa normale un hémithorax insuffisant.

4) L'enfant, après avoir pris quelques instants de repos allongé sur sa natte, passe à l'*appareil de Sylvain Albert.* Les figures ci-jointes me dispenseront de toute description. Qu'il me suffise de dire que cet appareil, remarquablement simple, occupe très peu de place et ne nécessite aucune connaissance technique spéciale pour le manier.

Vocici à titre d'indication quelques-unes des manœuvres qui nous préconisons :

1° Extension des bras en avant et en arrière avec flexion du tronc : les deux mains sur la poignée de l'appareil (fig. 13).

2° Maniement de l'appareil avec un seul bras, l'enfant regardant l'appareil, élévation, abduction sans dépasser la ligne horizontale ou mouvement du faucheur (fig. 3).

3° Rotation autour de l'appareil avec un bras, avec deux bras.

4° Flexion du tronc sur un tabouret, la tête venant au contact du sol ; les épaules reposent sur le tabouret, inspiration lente (fig. 6).

3° Un genou mis à terre, l'enfant fait passer la poignée de la manivelle en arrière de la tête, bras droit, jambe gauche en avant et inversement (fig. 11).

6° L'enfant étant couché, les épaules bien à plat, extension et flexion des bras (fig. 4).

7° Même position. Mouvement de reptation, la second manchon du pylone étant libre.

8° Flexion du tronc sur le tabouret, avec un bras, et sur le côté.

9° Enfant couché sur le ventre relève ses épaules au moyen de l'appareil : abduction totale des bras ; hypercorrection de la colonne vertébrale (fig. 5).

10° L'enfant couché sur le côté, s'appuie d'une main et d'un pied sur le sol, se relève au moyen de l'appareil, pendant que la jambe libre suit le mouvement d'élévation des bras.

11° Gymnastique respiratoire, abduction, adduction des bras, rotation aux cordes parallèles adaptées à la poignée de l'appareil (fig. 7).

12° Pour la gymnastique spéciale aux hanches, l'enfant couché, engage son talon dans l'étrier et fait les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction.

13° L'enfant étant debout, le pied étant engagé dans l'étrier une main reposant sur la poignée qui ne doit servir que de soutien. On procède au même mouvement en avant ou en arrière (fig. 8).

14° Flexion des genoux, de la cuisse sur le bassin, les deux mains reposant sur la poignée (fig. 10).

Conclusions.

1) La préscoliose, l'état préscoliotique, la scoliose musculaire, relèvent d'un traitement cinétique médicalement dosé et surveillé ;

2) Seule une bonne radiographie assurera le diagnostic, donc conditionnera le traitement : cette radiographie permettra d'éviter les scolioses que la gymnastique aggrave.

3) Le praticien peut et doit diriger, chez lui ou au domicile du malade, ce traitement cinétique.

4) La durée de ce traitement, est fonction de la volonté du malade, des parents, du médecin.

5) Les adjuvants de ce traitement sont la vie au grand air, le massage, le port d'un corset amovible en coutil fort et armé, permettant l'interposition de lames de feutres, Séjour à la mer ou aux eaux minérales sulfurées fortes ou chlorurées sodiques ou encore arsenicales, suivant la prédominance du tempérament de l'enfant (1).

Du maïs et de l'Encéphalite léthargique

1° Fn France, l'encéphalite léthargique a complètement disparu chez l'homme depuis que l'on a renoncé à l'emploi du maïs avarié de provenance américaine ;

2° Les cas signalés chez les bestiaux et les chevaux, les hécatombes de poules et de lapins, sont apparus lorsqu'on a voulu utiliser pour ces animaux des maïs jugés par trop avariés pour être employés dans l'alimentation humaine.

3° Levaditi a annoncé des inoculations positives en série ; mais Strauss, Hirschfeld, Löwe n'ont jamais pu réussir ces expériences. Mais le virus de Levaditi n'est-il pas de même ordre que celui qui provoque les phénomènes de fièvre et d'infection à la suite de l'hémorrhagie cérébrale, qui, certes, n'est pas une maladie contagieuse et inoculable ?

L'intoxication maïdique paraît provoquer une nécrose des cellules grises du mésocéphale. L'encéphalite léthargique n'est-elle pas la réaction de défense tendant à limiter et résorber les parties détruites, ce qui expliquerait le caractère de non-guérison, de séquelles permanentes de l'encéphalite léthargique ? Le virus de Levaditi ne serait donc que secondaire ; ce n'est pas lui la cause de l'encéphalite léthargique, mais l'élément de réaction contre la

(1) Du même auteur : Traitement et prophylaxie de la scoliose des adolescents *in Concours médical*, 19-22-20. Traitement familial de la scoliose au début : Société de Protection de l'enfance, Paris, 1920. La scoliose et la volonté, *in Médecine internationale*, nov. 1921. La scoliose, l'hygiène et le collège ; *in Maison médicale d'Agen*, sept. 1922.

nécrose maïdique, comme il y a un élément de réaction contre les foyers d'hémorrhagie cérébrale, contre les gangrènes limitées, contre les éruptions d'herpès ;

4° Par contre, les expériences de Baglioni (Recherches sur les effets de l'alimentation maïdique, *Arch. ital. de biologie*) ont montré que la zéine provoquait chez les lapins et les cobayes des phénomènes d'empoisonnement d'ordre phénolique ; que la mort arrivait d'autant plus vite que l'on donnait une plus grande quantité de zéine.

Ce sont des phénomènes semblables que nous avons pu observer en France, de 1917 à septembre 1921, alors que nous étions soumis à une alimentation intensive de maïs. Phénomènes comateux, paralysie bulbaire, asphyxie bleue, étaient fréquents à cette époque chez les grippés et les encéphalitiques. Les gros mangeurs de pain et les personnes faisant du pain et des pâtes leur nourriture presque exclusive ont été les principaux atteints ;

5° Le gouvernement de Prusse vient d'abroger la loi qui avait classé l'encéphalite léthargique dans les maladies contagieuses à déclaration et à désinfection obligatoires. Il serait intéressant de savoir à la suite de quelles circonstances le gouvernement de Prusse a pris cette décision, postérieure de quelques mois à la publication de mes observations sur les relations constantes entre l'alimentation par le maïs pourri et l'apparition de l'encéphalite léthargique ;

6° Les foyers d'encéphalite ont coïncidé très exactement avec les foyers de consommation de maïs d'importation d'outre-mer. Dans ces pays, nous voyons de nombreuses observations signalées en Australie, dans l'Amérique du Sud, les Etats-Unis (ces derniers, à eux seuls, ont une surface ensemencée en maïs égale en moyenne à la superficie de la France). A l'extérieur de la France, nous voyons l'encéphalite dans des ports d'importation de maïs américains : Lisbonne, Tanger, Alger, les ports du Levant, Athènes, les ports de l'Angleterre, de l'Irlande et de l'Ecosse, Kiehl. En France, de nombreuses observations à Cette, Marseille, Bordeaux, Brest (un des grands ports d'importations américaines pendant la guerre et l'après-guerre), Rouen, Dunkerque (le plus grand marché du maïs pour nos pays du Nord) et ses environs, Lille, Cambrai.

Dans le centre de la France, on voit très nettement la prétendue épidémie suivre le parcours d'introduction des farines de maïs avarié.

On suit, pour ainsi dire à la piste, les cas d'encéphalite le long des lignes de pénétration des farines avariées de maïs : Paris et ses environs, Versailles, Limoges, Périgueux , Vichy, Clermont-Ferrand, et dans l'Est : le pays des Vosges, et après l'armistice, l'Alsace-Lorraine. Dans toutes ces régions, on peut facilement remonter à l'origine du mal : maïs avarié de provenance américaine ;

7° Un Français qui a habité pendant 25 ans Bucarest m'apprit les faits suivants : en 1890, la récolte en maïs avait été fortement déficitaire en Roumanie. Le gouvernement prit l'initiative de faire venir des maïs d'Amérique ; à leur arrivée, ces maïs étaient en fermentation complète. Lorsqu'on ouvrait les écoutilles, l'odeur était tellement repoussante que l'on était obligé de s'éloigner. Ce n'est qu'après avoir aéré fortement les cales que l'on pouvait procéder au déchargement. Néanmoins il fut entièrement consommé par la population. Peu de temps après, une épidémie se déclara, que les habitants rapportèrent à la consommation de ces mauvaises farines ; mais fort opportunément, on fit de cette maladie une affection nouvelle, la nona, que l'on classa dans les maladies contagieuses et n'ayant aucun rapport avec l'alimentation.

A la même époque, et pour les mêmes raisons, on importa en Italie de grandes quantités de maïs provenant de l'Amérique. Celui-ci aussi était tellement avarié que le gouvernement italien crut devoir prendre des mesures draconiennes. En une seule journée, 6.000 tonnes de maïs furent saisies et jetées à la mer ; c'était une perte de plus d'un demi-million pour l'importateur ; celui-ci se suicida.

Nona et encéphalite léthargique ont donc la même origine : la consommation de maïs pourri ayant eu à subir tous les aléas d'une traversée maritime, et l'on sait avec quelle facilité le maïs prend l'humidité et fermente rapidement.

8° En France, ce sont surtout les régions du Nord qui ont été soumises à l'alimentation par les farines de maïs américaines. Dans des travaux publiés dans nos journaux médicaux, nous avons vu des auteurs s'appuyer sur ce que, depuis une quinzaine d'années, on avait vu d'assez nombreux cas de pellagre en Angleterre, pays où le maïs n'est pas cultivé car il ne peut pas parvenir à maturité, pour déclarer que la pellagre n'était pas une maladie d'origine maïdique. Quand on voit avec quelle habileté on est arrivé à obtenir le silence sur des pratiques d'importation se montant à plusieurs millions de quintaux de maïs par an, on peut se demander si la même façon de procéder n'a pas été utilisée en Angleterre. Or, chez nous, comme outre-Manche, ce sont les mêmes importateurs qui opèrent, et le siège central de leurs maisons est au-delà de l'Atlantique. La conclusion vient d'elle-même.

9° Les bénéfices sont tels que ce trafic continue. Heureusement que le public se défend en exigeant du pain de belle qualité, sinon l'épidémie d'encéphalite léthargique ou autres troubles nerveux (parkinsonisme, mélancolie, suicide, obtusion mentale, etc.) ne tarderaient pas à faire leur réapparition. Alors que nos statistiques officielles sont muettes sur les quantités de maïs importé dans nos ports , il est facile de se procurer des documents qui prouvent que l'importation de farines de maïs américaines, lesquelles ne sont utilisées que pour l'alimentation de l'homme, est encore formidable. Et l'on parle d'augmenter le prix du pain.

A. VEILLARD.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Ce que le clinicien doit demander à un examen et à une analyse d'urine.

Il y aurait actuellement une réaction contre la tendance, longtemps suivie, de recourir à des analyses d'urine très complètes dont les résultats n'ont qu'une importance secondaire pour le praticien. Que doit-on donc demander à cette recherche ? C'est ce qu'expose magistralement M. Teissier (de Lyon).

On recherchera préalablement l'albumine, soit par le procédé de l'acide nitrique et du verre à fond conique, soit par celui du chauffage, dans le tube à essai. Certains tours de main permettront de différencier la sérine, indice d'une néphrite chronique, la globuline traduisant parfois une hématurie latente, ou l'albuminurie fonctionnelle, ou l'albuminurie d'origine hépatique, ou l'albumine cyclique des adolescents. Ce n'est pas tant la quantité d'albumine éliminée qui importe, que sa nature.

On procèdera ensuite à la recherche du sucre avec le réactif de Fehling ou le polarimètre, ces instruments mettant sur la piste de certaines acétonuries. A retenir que, selon l'auteur, au-dessous de 20 gr. de glucose éliminés par jour, on ne saurait dire : diabète.

Ensuite, on dosera l'urée et le chlore par la mesure du coefficient d'utilisation azotée et des chlorures.

La mesure du point cryoscopique est pleine d'intérêt. « Par le chiffre de la diurèse molécu« laire totale, dans le calcul duquel entre le point « de congélation de l'urine, nous sommes éclairés « tout à la fois sur l'importance de la filtration « glomérulaire et sur le taux des chlorures ... ». Enfin, on provoquera la glycosurie plhloridzique, dont l'absence implique nécessairement soit la défaillance de la cellule hépatique, ... soit l'incapacité pour les épithéliums tubulaires de sécréter les substances fermentescibles susceptibles de transformer en sucre le glycogène sanguin.

Pour avoir des renseignements complets, on usera des réactions qui décèlent dans le sang, l'hémoglobine, les pigments biliaires, l'indican, l'acide picrique. On calculera aussi le coefficient urotoxique ; on examinera microscopiquement le dépôt urinaire centrifugé. On possèdera ainsi des données précises sur les capacités excrémentitielles de la glande rénale. (*Bruxelles médical*, 16 novembre 1922).

Quelques mots en faveur de l'épisiotomie.

M. Pierra, fort de son expérience personnelle de quinze ans de pratique obstétricale, prononce un plaidoyer convaincant en faveur de l'épisiotomie, ou section de l'orifice vulvaire au cours de l'accouchement, pour prévenir la déchirure médiane, si fréquente au cours des applications de forceps.

Préconisée, au cours des âges, par quelques maîtres-accoucheurs, elle a été par contre formellement combattue par d'autres, à telles enseignes que les traités récents d'accouchement, ou n'en parlent pas du tout, ou n'y consacrent que quelques lignes. Or, si nous en croyons l'auteur, cette petite opération, absolument bénigne, est loin de mériter cet excès d'indignité.

Il est des cas où elle est formellement indiquée ; c'est, par exemple, quand il s'agit d'une primipare âgée, dont les tissus résistants ne sauraient s'assouplir assez pour laisser passer la tête sans effraction ; c'est encore la gestante albuminurique, dont les tissus œdématiés sont fatalement voués à la déchirure.

En de semblables circonstances, si la déchirure est menaçante, ou même seulement présumable, l'accoucheur est légitimement autorisé à se donner du jour en sectionnant l'anneau vulvaire avec des ciseaux courbes, latéralement, à deux centimètres en avant de la fourchette, le tracé de l'incision affectant une forme légèrement curviligne à concavité antérieure.

L'accouchement terminé, on refermera les plaies ainsi pratiquées au moyen de quelques points de suture au crin de Florence.

Depuis qu'il a adopté cette méthode, les déchirures médianes ont disparu de la pratique de Pierra. (*L'Evolution médico-chirurgicale*, novembre 1922).

Les vaccins bactériens formolés.

Les vaccins bactériens étant des émulsions de germes tués par un procédé physique ou chimique, M. Costa préconise le formol comme agent bactéricide. Pour justifier ses préférences, il invoque : 1° le pouvoir stérilisant du formol ; 2° son pouvoir fixateur ; 3° son pouvoir conservateur. « Le formol réunit donc à la fois les pro« priétés de tuer rapidement les cellules bacté« riennes, sans en altérer la composition, de les « fixer et de les conserver pour ainsi dire indé-

« finiment. Il réalise pour les bactéries un véri-« table embaumement ».

En outre, le formol conserve aux bactéries tuées leurs propriétés biologiques ; n'altère pas leurs propriétés thérapeutiques ; maintient aux cultures leur pouvoir antigène et vaccinant.

La préparation en est facile. Ces vaccins se conservent presque indéfiniment. « A l'examen direct, on ne distinguerait pas une préparation obtenue avec une culture de 2 heures d'une préparation obtenue avec des ampoules de vaccins datant des premiers mois de nos recherches ». Les résultats thérapeutiques ont répondu à l'attente de l'auteur. (*Presse méd.*, 15 novembre 1922).

La fébricule tuberculeuse bénigne interminable à manifestations pleurétiques.

M. Mantoux décrit un syndrome dont il a eu l'occasion de rencontrer plusieurs cas, et qui se montre exclusivement chez de jeunes femmes, entre 20 et 40 ans, et qui semble lié avec le fonctionnement de l'appareil génital. Il se caractérise essentiellement par des modifications de l'état général, avec perte de poids, perte des forces, fatigue, et par une fébricule constante et interminable, dont la courbe atteint à peine 38°, et qui offre cette particularité de disparaître au moment des règles, et dans les quelques jours qui suivent, en même temps que l'état général se relève momentanément.

En même temps, l'auscultation révèle l'existence de plaques de pleurite, que traduisent des frottements secs, et une douleur assez vive à la pression. La radiographie est quelquefois négative. Dans d'autres cas, elle révèle des zones de condensation du tissu pulmonaire.

Le pronostic de cette affection est bénin, mais elle dure interminablement. « Ces malades sont et restent des valétudinaires ».

Le diagnostic se fera avec les fébricules prolongées liées à des troubles endocriniens, avec l'adénopathie trachéo-bronchique, et avec les états chroniques bacillaires de Burnand.

Le traitement est assez précaire. Les médications ont peu d'action. C'est surtout l'hygiène et la diététique qui concourent à améliorer ces malades. (*Presse méd.*, 18 novembre 1922.)

L'auto-hémothérapie en dermatologie.

Il n'est pas de praticien qui n'ait rencontré de ces dermatoses désespérantes, par la résistance qu'elles opposent aux traitements classiques qu'on leur applique. Aussi, y a-t-il intérêt à faire connaître la méthode que préconisent MM. Nicolas, Gate et Dupasquier, méthode remarquable par sa simplicité et son innocuité. Elle consiste à prélever, par ponction veineuse, 10 cmc. de sang du malade et à les réinjecter immédiatement sous la peau, ou mieux dans les muscles de la fesse.

Les affections dans lesquelles l'auto-hémothérapie s'est montrée active sont le prurigo chronique, la dermatite de Duhing, la névrodermite, le prurit vulvaire, la dyshydrose, l'urticaire, certains eczémas, et surtout la furonculose.

Les résultats sont d'ailleurs variables. La répétition et le nombre des injections sont conditionnés par eux. Il y a amélioration dès la première injection : 6 à 8 seront suffisantes. L'amélioration est lente et progressive : il faudra aller jusqu'à 20 injections et plus. Après une période d'amélioration, la dermatose reparaît : le traitement doit être cessé. Il en est de même naturellement des cas dans lesquels la dermatose est d'emblée aggravée. Quant aux malades qui demeurent indifférents à ce traitement, 6 injections suffiront à démontrer l'inutilité de continuer un traitement inefficace.

Les auteurs n'ont jamais noté d'accidents. Des incidents légers, comparables aux réactions sériques, ont été parfois notés. Le mécanisme d'action de l'auto-hémothérapie ne serait autre que celui d'une protéinothérapie avec phénomènes de choc. (*La Médecine*, novembre 1922.)

Signification pronostique de la rétention azotée chronique dans le sang.

On admet, avec Widal, que le taux de la rétention uréique dans le sang mesure le degré de l'imperméabilité rénale, et que la survie des néphritiques est fonction de cette imperméabilité et de ce taux. « La durée moyenne de la survie des néphritiques est d'autant plus courte que leur degré d'insuffisance rénale est plus accentué ».

Cette formule, rappelée par MM. Chabanier, Lobo-Onell et Marquézy, n'est valable, d'après eux, qu'au point de vue statistique. Il en est tout autrement, si l'on se place en face du malade pris individuellement. « La durée de survie propre d'un néphritique n'est pas uniquement fonction du taux de l'azotémie, ou, ce qui revient au même, du degré de l'insuffisance rénale, mais dépend également d'autres facteurs qui sont extérieurs au rein lui-même ».

C'est ainsi qu'on voit des malades qui, avec une azotémie forte de 3 gr., ont survécu 2, 3, 4 ans, et davantage.

Comment expliquer cette variabilité d'un sujet à l'autre de la gravité du pronostic ? Chez certains malades, la survie est courte ; c'est que leur insuffisance rénale augmente rapidement pour atteindre, dans un délai relativement court, un degré élevé, incompatible avec la vie. Exception, disent les auteurs. — La règle, c'est que l'insuffisance rénale varie lentement et peut même demeurer longtemps stationnaire. Mais, sur cette lésion chronique, peut se greffer un épisode aigu

d'hyperazotémie qui emporte le néphritique. Il s'agit donc de calculer les chances que présentent les malades de faire une crise d'hyperazotémie. Celle-ci survient habituellement à l'occasion d'un incident pathologique indépendant de l'affection rénale, incident d'origine infectieuse, toxique ou cardiaque. Or, en certains cas, cet incident est impossible à prévoir. Mais, dans d'autres, par contre, des raisons existent qui permettent de le redouter ; c'est quand le néphritique est atteint d'une tare capable de s'exaspérer subitement : infection chronique (voies respiratoire, digestive, urinaire) ; intoxication chronique (goutte, saturnisme), défaillance cardiaque chez les hypertendus. Toutefois, cette tare concomitante de la néphrite, et son exacerbation, ne déterminent pas les mêmes effets sur les insuffisants rénaux. Un autre facteur intervient, c'est ce que les auteurs appellent la fragilité rénale, terme assez vague, mais qui, cependant, se rapporte à l'état du rein. Les reins sont, en général, d'autant plus fragiles qu'ils sont plus déficients.

« En résumé, les néphritiques, en puissance d'une « tare évoluant chroniquement, sont non seulement plus exposés à faire de l'hyperazotémie, « mais ils ont plus de chances de voir la crise « d'hyperazotémie se compliquer d'accidents « d'intoxication grave, pouvant aboutir à la « mort ».

Donc, les insuffisants rénaux, même prononcés, sont susceptibles d'une survie relativement longue, si l'affection rénale existe seule, à l'exclusion de tout trouble important des autres fonctions.

Dans la pratique, il est d'ailleurs rare qu'il en soit ainsi. La majorité des néphritiques sont des malades complexes. De sorte que, finalement, le pronostic de Widal doit être retenu comme s'appliquant le plus souvent, avec assez d'exactitude, à la généralité des cas. (*Presse méd.*, 25 novembre 1922.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Les accidents oculaires tardifs de la rachianesthésie

(M. TERRIEN. — *Académie de médecine* ; 19-12-1922.)

M. DE LAPERSONNE présente un rapport sur un travail de M. Terrien, intitulé : les accidents oculaires tardifs de la rachianesthésie.

Si les accidents mortels de la rachianesthésie sont devenus rares, depuis que l'on a abandonné la cocaïne pour la novocaïne et amélioré la technique, il existe encore toute une série de complications assez fréquemment rencontrées dans ce mode d'anesthésie : tendances syncopales, céphalées, vomissements, troubles vésicaux, troubles paralytiques. Ces derniers consistent en paralysies, plus ou moins transitoires, portant principalement sur les nerfs crâniens, la 6e paire en particulier.

M. Terrien a pu réunir 62 cas, auxquels il ajoute 3 observations personnelles, de paralysie du moteur oculaire externe, consécutifs à des rachianesthésies. Cet accident a été noté dans la proportion de une fois sur 200 ou 250 rachianesthésies.

La paralysie en question débute en général tardivement, du troisième au huitième jour qui suit l'injection rachidienne. Elle est presque toujours unilatérale et guérit, sauf conditions adjuvantes, après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Tuberculose et grossesse.

(M. LÉON BERNARD. — *Académie de médecine* ; 19-12-1922.)

La discussion des rapports de la tuberculose et de la grossesse s'achemine vers sa fin, sans que des conclusions précises viennent s'en dégager. Ou plutôt, des idées divergentes successivement soutenues par des auteurs également autorisés, il semble que l'on puisse conclure que l'avortement thérapeutique des tuberculeuses apparaît, en France, trop grave moralement pour être mis en pratique, sauf cas exceptionnels. Il serait préférable, dans la mesure du possible, de laisser juger ces cas par des spécialistes en la matière.

M. LÉON BERNARD n'est pas partisan de l'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses. La grossesse, certes, est un élément d'aggravation de la bacillose, mais il n'en est pas constamment ainsi. Un groupe important de femmes touchées par le bacille de Koch voient leur grossesse se terminer sans accident trop grave. Les cas de non aggravation sont à peu près égaux à ceux d'aggravation. Pour que l'avortement thérapeutique soit alors légitime, il faudrait pouvoir assurer que la tuberculose va s'exagérer, et que d'autre part l'évacuation de l'utérus arrêtera la marche de la maladie pulmonaire. Or, sur quelles bases appuyer un tel pronostic. On ne juge plus aujourd'hui la tuberculose par degrés, mais par formes. Une lésion peut être évolutive, ou non évolutive. Et, dans une poussée évolutive très nette même, comment prévoir la marche ? La cuti-réaction, proposée par M. Bar, ne renseigne pas sur un avenir bien éloigné et n'est qu'un guide incomplet.

L'enfant d'une tuberculeuse, en outre, peut devenir un sujet parfaitement sain, s'il est éloigné des éléments de contagion, de sa mère en particulier, dès la naissance.

Pour toutes ces raisons, M. Léon Bernard déclare ne pas voir très clairement dans quelles circonstan-

ces, chez les tuberculeuses, l'avortement apparaît légitime, scientifiquement et légalement.

— M. Bar remarque, en terminant, que cette discussion, si elle a enregistré des opinions assez opposées, n'en aura pas moins été utile, comme le fut, en 1852, un débat sur le même sujet, à l'Académie, auquel prirent part Velpeau, Cazeaux, Paul Dubois et Bégin.

Ulcère simple de l'intestin grêle.

(M. Mériel, de Toulouse. *Académie de médecine* ; 19-12-1922.)

L'ulcus simplex, que l'on voit fréquemment sur l'estomac et le duodénum, est sinon beaucoup plus rare, du moins beaucoup plus mal connu sur le reste du tube intestinal. Quénu et Duval l'ont décrit au niveau du gros intestin. Sur le grêle, 26 cas d'ulcère simple ont été antérieurement publiés, auxquels M. Mériel ajoute une nouvelle observation. Chez son malade, la symptomatologie fut vague et c'est au cours de l'opération, pour des accidents d'obstruction dus à une adhérence de la lésion avec la vessie, que l'ulcus fut découvert. Ces ulcus du grêle se reconnaissent surtout, d'ailleurs, lorsqu'éclate une complication, une perforation par exemple, ou une obstruction intestinale, comme dans le cas de M. Mériel.

La physiologie chirurgicale du gros intestin,

(M. Lefebvre, de Toulouse. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 1-12-1922.)

M. Lefebvre présente quelques considérations physiologiques appliquées à la chirurgie du gros intestin.

Le côlon droit, dit-il, est un organe digestif. On devra en conserver le plus possible. Par conséquent, en dehors des lésions organiques, la cæco-sigmoïdostomie est supérieure à l'iléo-sigmoïdostomie et à la colectomie.

La valvule iléo-cæcale est un véritable organe sphinctérien, comme le pylore. Comme celui-ci, elle a le double rôle d'empêcher l'évacuation du contenu du grêle avant qu'il ait subi les modifications digestives nécessaires, et de s'opposer au reflux du contenu colique dans le grêle. Dans les résections, il conviendra donc, sauf indispensabilité, de respecter cette valvule.

Myxome du plancher de la bouche.

(M. Dartigues. — *Société des chirurgiens de Paris*; 1-12-1922.)

Les myxomes sont des tumeurs communes, mais il est des localisations qu'elles affectent rarement, et il en est ainsi pour le plancher de la bouche. A ce titre, l'observation de M. Dartigues est intéressante. Elle concerne une néoplasie de la grosseur d'une noix, que l'auteur a extraite du plancher buccal, du côté droit. L'examen histologique, fait par M. Civatte, a montré qu'il s'agissait d'un myxome.

Nouveaux anesthésiques locaux.

(M. Péraire et M. Guisez. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 15-12-1922.)

M. Péraire fait un rapport sur un travail de M. Sénéchal relatif à un nouvel anesthésique local, nommé *Nikétol*. Ce produit, antiseptique, n'est ni cautisque, ni toxique. Il agit rapidement et aussi bien sur les tissus enflammés que sur les tissus sains. Il est facile à manier en badigeonnages sur les muqueuses ou en solution hypodermique à 1 p. 100. Son défaut de toxicité permet de s'en servir en solutions concentrées pour les opérations de longue durée, ou de l'utiliser en infiltrations multiples à la Schleich.

— M. Pauchet a, comme M. Sénéchal, employé le nikétol, produit français atoxique, qui donne de bons résultats, même quand on opère sur les tissus enflammés. L'injection doit être poussée lentement (sinon, elle est douloureuse), et il est utile d'y associer l'adrénaline (le médicament est vaso-dilatateur).

— M. Guisez présente, de son côté, une note sur un autre anesthésique local, également dépourvu de toxicité : l'*atoxodyne*.

L'auteur a fait connaître, en mars 1921, ses premiers résultats sur l'emploi de l'atoxodyne. Il se sert de solutions à 2 p. 100, additionnées de quelques gouttes d'adrénaline au millième (cinq ou six gouttes par ampoule de 5 cmc). Il a ainsi pratiqué, avec cet anesthésique, 87 opérations, petites et grandes. Dans toutes, l'insensibilisation a été parfaite : il faut seulement attendre un peu plus longtemps qu'avec la novocaïne. Elle se prolonge pendant environ 30 minutes. Pas de troubles consécutifs. Expérimentalement, le produit est entièrement dépourvu de toxicité.

Il s'agit là d'une sorte de succédané de la novocaïne, moins actif qu'elle toutefois sur les tissus enflammés. Il rendra des services chez les sujets affaiblis et en particulier les cardiaques.

Cancers de l'estomac inopérables : quelques ressources thérapeutiques.

(M. F. Jeunet. — *Société des chirurgiens de Paris*, 15 12-1922.)

M. François Jeunet rapporte cinq cas de cancers gastriques inopérables et améliorés nettement par la radiumthérapie, mise en œuvre de la façon suivante. Par de courtes incisions, permettant de voir ou de sentir l'estomac, des aiguilles de radium ont été incluses dans la tumeur. En moyenne, les aiguilles renfermaient au total 25 milligrammes de bromure.

Névralgie génitale grave chez la femme : traitement chirurgical.

(M. P. Hallopeau. — *Société de chirurgie* ; 8-11-1922.)

M. Hallopeau rapporte un cas de guérison d'une

névralgie génitale à forme grave par la résection du plexus hypogastrique.

Il concerne une femme de 29 ans se plaignant depuis plus de dix ans de crises douloureuses intenses de la région génitale, affectant surtout un centre vulvo-vaginal, avec irradiations dans le bassin. Différents traitements médicaux (analgésiques, antispasmodiques, hydrothérapie, extraits glandulaires) ne donnèrent aucun soulagement. La patiente ayant notablement maigri du fait de ses douleurs (12 kilogr. en quelques mois) et réclamant une intervention, M. Hallopeau eut recours à la résection des filets nerveux hypogastriques, péri-artériels et para-artériels. Depuis l'opération, qui remonte à sept mois, les douleurs ont entièrement cessé.

M. Hallopeau rappelle à ce propos les résultats obtenus par Leriche dans les névralgies des membres, par la sympathectomie, et ceux de Jonnesco et Jaboulay dans les névralgies faciales par une intervention analogue. En novembre 1921, Leriche relatait, d'autre part, la disparition de névralgies accompagnant un kraurosis vulvæ, à la suite de la dénudation des hypogastriques.

— M. AUVRAY vient d'opérer une jeune femme qui se plaignait de névralgie inguinale droite, depuis longtemps, avec intégrité apparente des organes génitaux. Un deuxième examen permit de constater la présence d'une petite nodosité profonde dans l'aine, de la grosseur d'un haricot. L'ablation de la tumeur fit cesser les phénomènes douloureux. Le petit néoplasme en question était formé de tissu fibreux.

— M. LEGUEU rapproche de l'observation de M. Hallopeau les résultats favorables parfois retirés de l'énervation du rein dans certaines névralgies causées par des lésions rénales organiques.

L'opération des fibromes.

(M. CUNÉO. — *Société de chirurgie* ; 8-11-1922.)

M. Cunéo a opéré une malade, précédemment soumise à la radiothérapie pour fibrome. Il tomba sur une tumeur en état nécrotique et adhérente. La malade succomba rapidement au shock toxique.

— M. BAUMGARTNER rappelle qu'il a publié, cette année, l'observation d'une femme dont le fibrome offrait des adhérences multiples, après traitement radiothérapique.

— MM. FAURE et SAVARIAUD n'ont pas le souvenir d'avoir rencontré semblables difficultés au cours d'ablation de fibromes irradiés.

P. L.

Les Congrès

XVI[e] Congrès de médecine (*Suite*).

Discussion.

M. René GAULTIER (de Paris) s'élève contre les affirmations de MM. Enriquez et Durand, qui prétendent ne reconnaître comme signes de certitude de l'ulcère duodénal que ceux fournis par la radiographie en série.

Le duodénum a une séméiologie propre qui s'oppose à celle de l'estomac, et il y a longtemps que Bucquoy et Dieulafoy l'ont précisée : l'appétit conservé, la douleur pré-ombilicale et sous-ombilicale siégeant à droite et s'accusant trois ou quatre heures après les repas, la rareté des vomissements, s'opposant à la fréquence des régurgitations, le tympanisme abdominal, parfois localisé à la zone duodénale en sont les éléments les plus saillants.

En dehors de la radiologie, le laboratoire fournit aussi des indications qui ne sont pas négligeables : exploration interne du duodénum, chimisme duodénal, analyse coprologique. Les renseignements fournis par ces procédés d'exploration doivent cependant n'être interprétés qu'avec la plus grande prudence.

M. FEISSLY (de Lausanne) partage complètement l'opinion de MM. Enriquez et Durand sur la valeur de la radiographie en série. Il pense toutefois que ces auteurs ont sous-estimé l'importance des hémorragies occultes qui sont un élément très précieux ajouté aux signes objectifs, lorsqu'on les recherche avec la méthode si sensible de Snapper.

La radiographie, d'autre part, n'apporte des renseignements précieux qu'à la condition de préciser au préalable la position de choix qui convient à un cas déterminé.

Enfin, l'endoscopie gastrique a permis à l'auteur de constater que la maladie ulcérative produit des lésions plus nombreuses que celles qu'on observe généralement, ce qui explique dans une certaine mesure la symptomatologie si complexe de ces affections.

M. Ch. DE LUNA a observé une vingtaine de cas d'ulcère duodénal qui lui ont suggéré les observations suivantes :

Les ulcères pyloro-duodénaux ou duodénaux ont une sémiologie clinique qui leur est commune ; ils diffèrent seulement par leur retentissement sur l'évacuation gastrique, les premiers provoquant un spasme pylorique avec retard des l'évacuation, les seconds, au contraire, s'accompagnant d'hyperpéristaltisme et d'évacuation gastrique très accélérée. L'auteur, de plus, insiste sur l'importance d'un point dorsal postérieur situé dans l'angle costo-vertébral au niveau du bord droit de la deuxième ou troisième vertèbre lombaire correspondant nettement à l'image du bulbe.

L'auteur apporte également quelques observations de ptose gastro-duodénale pure simulant l'ulcère duodénal et qui ont guéri par la cure dirigée exclusivement contre la ptose. Ce sont des cas d'une interprétation très délicate.

M. VERHOOGEN (de Bruxelles) fait ressortir l'importance des renseignements recueillis par le tubage à jeun avec la sonde d'Einhorn. Lorsqu'elle ramène un sang intact qui s'altère au cours des pompages successifs et qu'après avoir franchi le pylore, on ramène un liquide jaune d'or, on peut conclure à une localisation gastrique. Inversement la présence de suc gastrique pur dans l'estomac, de sang dans le duodénum, permettent d'affirmer un ulcère de cette dernière région.

M. HAMMER (d'Amsterdam) souligne le contraste existant entre les statistiques anatomiques et les statistiques radiologiques des ulcères gastriques et duodénaux.

Sur 400 sujets autopsiés, il en a trouvé 45 ayant ou

ayant eu un ulcère : 35 étaient à localisation gastrique, 10 à localisation duodénale.

M. Gaston Durand répond aux objections formulées. Il conteste l'utilité des examens coprologiques proposés par M. Gaultier. Il regrette de ne pas partager la confiance de M. Verhoogen dans l'emploi de la sonde d'Einhorn. Quant à la valeur des hémorragies occultes, elle est surtout diminuée du fait que leur absence ne permet pas d'exclure le diagnostic d'ulcère.

Le rapporteur termine en montrant que la discordance des statistiques anatomiques et radiologiques, signalée d'ailleurs déjà par les Américains, tient surtout à ce que beaucoup d'ulcères cicatrisés ne sont plus représentés que par des cicatrices sous-muqueuses qui, parfois, sont mises seulement en évidence par des coupes en série.

Communications sur le tube digestif

Le tubage duodénal dans le diagnostic différentiel de l'ulcère duodénal et d e la lithiase biliaire. — MM. Chiray et Paul Blum (de Paris) admettent que le tubage duodénal est susceptible de donner des renseignements intéressants dans la cholécystite lithiasique. La coloration verte du liquide, son aspect « purée de pois », la présence de nombreux flocons de mucus sont des signes très fréquents. On trouve, en outre, de minuscules grains noirs, en suspension dans le liquide ou englobés dans le mucus ; il s'agit de véritables calculins. Etudiés chimiquement et histologiquement par les auteur, ces calculins paraissent formés d'un noyau central important de cholestérine avec appoint pigmentaire (bilirubinate de chaux surtout) et d'autres élments sujaroutés (sels biliaires, cellules épithéliales). Cette constatation permettrait de différencier par le tubage duodénal la lithiase biliaire de l'ulcus duodénal et de distinguer la cholécystite.

Les difficultés de diagnostic de l'ulcus duodénal. — M. Cade (de Lyon) montre combien il est malaisé de différencier l'ulcus de la région pylorique de celui de la petite courbure et de la cholécystite chronique.

La recherche des points douloureux peut fournir des renseignements très utiles. Il faut savoir qu'un point phrénique ou cervical droit doit orienter vers la cholécystite, tandis que les lésions ulcéreuses gastro-duodénales donnent fréquemment un point cervical gauche.

Il y a, de plus, certaines formes anormales de l'ulcus dont le diagnostic est on ne peut plus difficile, et à cet égard, l'auteur signale l'existence de certaines formes à paroxysmes douloureux rappelant à s'y méprendre les crises tabétiformes. Il rappelle également une observation où l'ulcus était associé à une gastro-entéro-radiculite d'origine spécifique qui s'améliora sous l'influence du traitement.

L'auteur s'associe aux conclusions des rapporteurs en insistant sur le peu de valeur des hémorragies occultes et sur l'importance des radiographies en série.

La d'athermie dans le diagnostic différentiel entre l'ulcère duodénal et la lithiase biliaire. — M. Roger Glénard (de Vichy). La différence d'action de la diathermie électrique dans les douleurs de l'ulcère duodénal et de la lithiase biliaire peut aider puissamment à leur diagnostic dans certains cas. Presque toujours inefficace dans l'ulcus duodénal, la diathermie donne dans les coliques vésiculaires subintrantes des résultats extrêmement favorables, ainsi qu'il ressort des observations du docteur Aimard, protagoniste de la méthode. Ces conclusions découlent de cinq mille applications faites sur plus de cinq cents malades pendant le cours de la dernière saison de Vichy.

Dans huit cas d'échec complet, le diagnostic dut être modifié à l'examen radiologique de contrôle ; il s'agissait, en effet, indiscutablement d'ulcus duodénal. C'est dire que les résultats de la diathermie, négatifs dans l'ulcère duodénal, très favorables en général dans la lithiase biliaire, peuvent être d'une grande importance dans le diagnostic de ces deux lésions.

Ulcus latents gastro-duodénaux : éléments de leur diagnostic. — MM. Hadgès et Thomas (de Vichy). Toute dyspepsie à allure d'hyperchlorhydrie, banale, de dyspepsie atonique ou sensitivo-motrice, ou de dyspepsie réflexe dont l'évolution est insidieuse avec des alternatives d'amélioration et de rechute doit faire penser, lorsqu'elle s'accompagne d'amaigrissement notable, à un ulcère gastro-duodénal.

Par le groupement des signes cliniques et radiologiques, on pourra soit en affirmer l'existence, soit recueillir de tels éléments de présomption que toutes les tentatives thérapeutiques se trouveront justifiées.

Diagnostic des gastralgies par la thérapeutique. — M. Roch (de Genève). Le diagnostic causal des gastralgies peut être précisé grâce aux propriétés pharmacodynamiques de deux médicaments : l'hydrate d'alumine colloïdal qui absorbe l'acide chlorhydrique et se montre efficace chez les malades ayant de l'hyperacidité ; le benzoate de benzile, antispasmodique améliorant les spasmophiles sans ulcère ni troubles sécrétoires. L'épreuve thérapeutique est souvent très concluante et peut jusqu'à un certain point remplacer l'épreuve du chimisme et du transit baryté.

L'alimentation duodénale ; ses applications au traitement et au diagnostic des ulcères gastro-duodénaux. — M. R. Damade (de Bordeaux). L'alimentation duodénale par le tube d'Einhorn laissé à demeure pendant plusieurs semaines assure un repos complet à l'estomac tout en permettant une nutrition satisfaisante du malade. L'auteur apporte neuf observations. Dans six cas d'ulcère, les résultats furent très bons. Il est un cas particulièrement intéressant ; c'est celui d'un vieil ulcère de la petite courbure avec volumineuse niche de Hodeck et gros plastron de périgastrite qui fut guéri après deux périodes de quinze jours chacune d'alimentation duodénale. La périgastrite et la niche disparurent ; l'état du malade fut transformé. Trois cas de syndrome ulcéreux dus à une cholécystite chronique avec périduodénite ne furent pas améliorés. L'alimentation duodénale constitue donc une méthode de diagnostic entre les gastropathies primitives par ulcus et les gastropathies secondaires par altération d'un autre organe.

Les désastres causés en pathologie gastrique par la méconnaissance de la syphilis. — M. Marcel Pinard (de Paris) cite de nombreux cas de syphilis gastrique méconnue ayant abouti à la mort, à des perforations ou s'étant accompagnée d'accidents de même origine. L'affection peut se présenter comme un ulcère d'estomac, ou simuler la gastrite chronique, et la dyspepsie grave. Chez le nourrisson, elle se manifeste sous la forme de vomissements habituels ou de sténose pylorique. Tous ces accidents ont évolué parce que les médecins traitants n'avaient pas présente à la mémoire cette notion d'extrême fréquence de la syphilis gastrique.

M. Leven (de Paris) confirme les affirmations de M. Pinard. Il fait ressortir en plus que le traitement ioduré n'aggrave pas les épithéliomas ainsi qu'on l'admet couramment, d'autre part, que pour obtenir la guérison, il faut associer l'iodure au mercure. Le suppositoire mercuriel constitue le meilleur mode d'administration lorsqu'il s'agit de syphilis digestive.

M. Bard (de Strasbourg). Nous savons tous qu'il existe une syphilis gastrique. La seule notion intéressante serait de préciser les symptômes susceptibles de mettre sur la voie de ce diagnostic. On dit que la motilité de la tumeur est un assez bon signe. C'est entendu, mais cherchez-en d'autres.

M. Le Noir (de Paris) 28 p. 100 des ulcéreux sont des

spécifiques. D'autre part, 18 à 20 p. 100 des autres malades sont syphilitiques. La syphilis joue donc un rôle dans l'étiologie de l'ulcère.

Recherches sur la stase intestinale. — M. GUILLAUME (de Paris). Par l'examen du transit du repas baryté, l'auteur a cherché à savoir si le facteur mécanique de stase jouait un rôle important chez les malades porteurs de hernies volumineuses. Il n'a trouvé ni stase locale, ni ralentissement du transit. On doit donc admettre que seul, le facteur dynamique joue un rôle primordial dans la stase.

M. LINOSSIER (de Vichy) souligne la relativité des besoins de l'organisme en vitamines. Il rappelle à ce sujet ses expériences sur les vitamines et les champignons. Il a pu faire apparaître dans ces organismes des besoins qui ne se manifestaient pas. En les affaiblissant par l'action de la chaleur, en les mettant dans un état de misère physiologique par une alimentation d'assimilation difficile, il a pu accentuer des besoins qui ne se manifestaient que médiocrement.

Ces conclusions peuvent s'appliquer vraisemblablement à l'organisme humain. Il est certain, d'ailleurs, que parmi un certain nombre d'individus soumis à un régime avitaminé, quelques-uns seulement prennent le scorbut ou le béribéri ; tous les enfants élevés au lait stérilisé ne sont pas condamnés à la maladie de Barlow. On devra donc chercher ultérieurement la cause de la sensibilité à la carence.

M. Linossier termine en protestant contre les explications mystiques du rôle des vitamines. Il considère que les effets pathologiques de la carence s'expliquent parfaitement si on considère les vitamines comme de simples aliments possédant la double propriété de n'être indispensables qu'à doses infinitésimales comme certains corps simples et de ne pouvoir être fabriqués par l'organisme humain comme certains acides aminés.

M. MAIGNON (d'Alfort), montre qu'à toute insuffisance d'organe correspond une insuffisance nutritive résultant d'une déficience des diastases tissulaires, catalyseurs biologiques présidant aux actes chimiques de la nutrition. Très souvent, il suffit d'administrer aux malades des diastases tissulaires d'organes sains pour faire cesser rapidement les troubles dans l'organe correspondant frappé d'insuffisance.

Les avitaminoses relèvent-elles de la même cause que les autres insuffisances ? Il semble que non, car les injections quotidiennes de diastases de divers tissus à des cobayes soumis à des régimes carencés n'ont eu aucune influence sur l'évolution des avitaminoses. Par contre, l'injection d'impuretés non diastasiques fonctionnant comme vitamines a retardé de trois semaines la chute de poids et l'apparition des troubles digestifs et cutanés. Il y a donc lieu de distinguer deux insuffisances fonctionnelles : l'une due à une déficience des catalyseurs, l'autre à celle des vitamines.

Communications sur les maladies par carence

Avitaminose et lactation. — MM. E. LESNÉ et VAGLIANOS (de Paris) ont renouvelé chez le chien les expériences de Mc Collum et de Simmonds. Les jeunes chiens allaités par une mère soumise à un régime dépourvu de vitamine B présentent au bout de vingt jours un syndrome voisin du béribéri : parésie des membres, contracture douloureuse de la nuque, et meurent trente-six heures après l'apparition des premiers symptômes, tandis qu'un témoin allaité par la mère, mais recevant en même temps une quantité légère de vitamine B sous forme de macération de pain dans l'eau froide, reste indemne. Dans une autre expérience analogue, l'injection de vitamine B provenant de levure de bière, chez un jeune chien atteint de ces symptômes, fitdisparaître la parésie et amena rapidement la guérison. Les animaux recevant pendant huit jours le lait carencé de la mère, mais à partir de ce moment, une certaine dose de vitamine B, échappent à toute espèce de trouble. Le régime d'une femelle laitière a donc une grande influence sur la valeur du lait.

Certains nourrissons élevés au sein présentent des troubles qui dépendent d'un régime plus ou moins carencé de la nourrice et qui cèdent lorsque le régime est modifié.

La carence dans l'alimentaton des nourrissons. Comparaison des farines variées préparées au lait et des divers types de farines lactées. — M. LECOCQ (de Paris) fait ressortir qu'il existe deux variétés bien différentes de farine lactée. Les unes préparées avec un simple mélange de farines, de sucre, et de lait écrémé ne méritent guère l'attention. Les autres sont des composés homogènes où le lait entier se trouve intimement associé aux farines rendues plus assimilables par grillage et maltage. Alors que les premières ne tardent pas à produire des accidents de carence, les secondes, au contraire associées avec des farines variées naturelles, donnent des croissances lentes, continues, tout à fait normales.

Peut-on compenser la carence des farines lactées commerciales. — M. R. LECOCQ (de Paris). Les farines lactées homogènes par suite de leur insuffisance en sels minéraux, protéines et vitamines, ne donnent à l'essai biologique que des croissances lentes et prolongées. Les farines lactées d ce type sont heur us m nt complétées par le germe de blé préalablement dégraissé pour le débarrasser de ses principes irritants ou toxiques.

Communication sur les maladies de la nutrition et sur les maladies infectieuses

Rations équilibrées. Rôle des vitamines sur le coefficient d'assimilation des hydrates de carbone chez les diabétiques — MM. DESGREZ, BIERRY et RATHERY ont étudié chez les diabétiques l'influence des régimes équilibrés avec ou sans vitamines...

Dans le diabète simple, les sucres sont mieux assimilés quand on fait ingérer en même temps des phosphates et de la vitamine B.

Dans le diabète consomptif, le pouvoir anticétogénique des sucres lorsqu'on les associe aux phosphates et au facteur B a été trouvé augmenté ; le pouvoir anticétogénique du lévulose s'est montré très supérieur à celui du glucose. On comprend, étant donné le rôle des vitamines, l'importance comme aliments des légumes verts d'une part et de l'appoint de certaines graisses d'autre part.

Epreuve de la glycuronurie provoquée comparée à quelques procédés de diagnostic de l'insuffisance hépatique. — MM. BENECH et VÉRAIN. Ces auteurs ont confronté les renseignements donnés par l'examen des différents rapports urologiques avec cette épreuve ; dans quelques cas, ils ont pu réaliser la comparaison avec l'épreuve du cobalt et l'épreuve au bleu de méthylène. Ils ont étudié 14 cas et les résultats confirment l'intérêt de l'épreuve de l'acide glycuronique.

Epreuve de la glycuronurie provoquée et insuffisance hépatique. — MM. G. ETIENNE et BENECH confirment les travaux de Roger, Chiray et Cailleux. Après de nombreuses recherches faites en série sur le même malade, ils concluent à l'importance de cette épreuve au point de vue du diagnostic de l'insuffisance hépatique, mais avec cette restriction qu'elle s'applique à l'exploration d'une seule fonction du foie. Les auteurs indiquent quelques améliorations de la technique (emploi du chlorure de cobalt par l'échelle colorimétrique, contrôle journalier de la solution de naphto-résorcine).

Sur la pathogénie du diabète. — M. PETREN DE RUND (de Suède) a conseillé depuis longtemps la restriction des protéiques dans le diabète. Le régime institué (beurre, lard, légumes et crème) fait constamment baisser l'hyperglycémie presque toujours de façon considérable et dans la moitié des cas au taux normal. La quantité d'hydrate de carbone est voisine de celle qu'on utilise généralement, mais les protéiques sont réduits à 20 grammes environ et les graisses sont augmentées. La courbe de la glycémie est donc très sensible à l'égard de la quantité de l'azote échangé. Mêmes conclusions pour l'acidose et pour la tolérance aux hydrates de carbone, qui s'est notablement accrue.

Malgré l'intérêt de la théorie pancréatique du diabète, certaines différences capitales qui séparent le spontané de l'expérimental prouvent l'existence dans le diabète spontané d'un facteur pathogénique autre que la simple perte de la fonction endocrine du pancréas. Ce facteur n'est autre, pour l'auteur, que la sensibilité exagérée de l'organisme à la quantité de l'azote échangé.

Acidité urinaire et albuminurie. — M. A. HANNS (de Strasbourg) a observé deux cas de néphrite dans lesquels les taux de l'albumine semblaient en relation étroite avec l'acidité urinaire mesurée par la solution demi-normale de soude ; les variations de ces taux à chaque émission correspondaient toujours à des variations de même sens de l'acidité.

L'auteur se demande s'il faut voir là des cas d'albuminurie par acidurie de certains auteurs allemands et américains, après discussion il conclut par la négative et aboutit à penser que la conception de l'albuminurie acide des auteurs précités est erronée.

Les règles du métabolisme normal. Application à la diététique et à la séméiologie. — M. LEMATTE. La division des aliments en albuminoïdes, hydrocarbones et minéraux ne correspond pas à la réalité. Aucun aliment n'est privé de métaux ; aucun sel métallique isolé n'est assimilable. Les relations entre ces apports alimentaires et le métabolisme normal n'ont pas été précisées. L'auteur fait voir que les acides et les bases apportés par les aliments se combinent dans l'organisme, selon les lois de la thermochimie. Chez le sujet sain, il reste une certaine quantité d'acide phosphorique qui est éliminé par l'urine à l'état de monophosphate acide d'ammoniaque. Si les aliments apportent un excès relatif de phosphore, de chaux et de magnésie, on voit apparaître les maladies par déchet. Inversement, lorsque les bases insolubles sont déficientes, on observera la déminéralisation cellulaire qui caractérise l'état consomptif. La diététique et la thérapeutique réminéralisante devront être édifiées en s'appuyant sur ces règles.

De la désinfection des lésions suppurées ouvertes des bronches et des poumons par l'inhalation systématique à haute pression. — M. ARNOLD (de Paris). Pour que la cure par inhalations de vapeurs médicamenteuses soit efficace, trois facteurs sont indispensables : *a*) la pression dans la projection des matières employées ; *b*) la continuité régulière de la projection et enfin *c*) l'abondance de celle-ci.

Sur les modifications physico-chimiques dans l'étiologie des états morbides. — M. KOPACKEWSKI (de Paris). Étant donnée l'importance de l'état colloïdal dans le fonctionnement normal de l'organisme, il était naturel de se demander si les modifications physico-chimiques des humeurs n'interviennent pas dans l'étiologie des états pathologiques. Les études sur les chocs ont mené plusieurs auteurs à la notion que ces facteurs jouent dans certains processus pathologiques un rôle important, peut-être essentiel.

Les investigations physico-chimiques coordonnées avec la connaissance des biocolloïdes peuvent remplacer les explications de tout repos (par les termes : toxines, ferments, lysines, agglutinines anticorps) que continuent aujourd'hui, seuls, les esprits routiniers et paresseux.

Valeur diagnostique et mécanisme de la disparition de la matité hépatique dans le pneumothorax droit. — M. le professeur Emile SERGENT (de Paris) attire l'attention sur un signe qui consiste dans la disparition de la zone de matité hépatique et dans son remplacement par une zone de tympanisme plus ou moins étendue dans le pneumothorax du côté droit. Ce signe existe aussi dans les hydro et pyopneumothorax lorsque la quantité de liquide est peu abondante ; lorsque la quantité de liquide est déjà assez abondante, on peut encore le constater, mais seulement dans la position complètement horizontale en décubitus dorsal.

L'examen radioscopique permet de constater que ce signe est dû à l'état de parésie de l'hémidiaphragme droit par suite de la propagation au muscle de l'inflammation de la séreuse pleurale.

La réaction de fixation dans la tuberculose. — M. HANNS (de Strasbourg). La réaction pratiquée suivant la technique de Calmette et Massal avec l'antigène spécial de Borrel, a donné 18 réactions positives sur 20 cas de tuberculose et 19 réactions négatives avec des sérums de non tuberculeux.

Le contrôle du laboratoire dans le diagnostic et la thérapeutique de la tuberculose. — M. SIMIONESCO (de Paris). En l'absence du bacille de Koch, le contrôle du laboratoire par l'examen cytologique du sang, l'analyse chimique des urines, peut aider à confirmer le diagnostic, à poser les indications thérapeutiques et à formuler le pronostic.

Contribution à l'emploi de l'iode dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Georges PETIT (de Paris). L'iode colloïdal électrochimique est un médicament de choix à employer dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Utilisé sous forme d'injections intramusculaires d'un centimètre cube, il présente en clinique tous les avantages de l'iode métalloïde et aucun des inconvénients des iodures. Son emploi facilite la saturation iodée ; grâce à sa lente élimination, il relève l'état globulaire et l'index opsonique, son usage peut être continué pendant un temps assez long sans réaction physiologique ni intolérance.

MM. COMET (de Pau), ROSENTHAL et LAUMONIER (de Paris) s'associent aux conclusions de M. Petit.

Vaccination et vaccinothérapie de la tuberculose. — M. RAPPIN (de Nantes) est de plus en plus optimiste sur les résultats observés à la suite de l'application de cette thérapeutique spécifique.

Traitement des laryngites ventriculaires et de la syphilis pulmonaire par la phoonothérapie. — M. Jean FROISSARD (de Paris). Cette thérapeutique est encore à l'étude, mais M. Froissard a obtenu de si bons résultats qu'il tient à les signaler au Congrès.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES

Nous recevons la lettre suivante :

Mon Cher confrère,

Voudriez-vous me permettre de vous adresser un article pour le « Concours ». *Il pose la question de la déclaration des maladies contagieuses qui est actuellement étudiée par la commission de l'hygiène à la Chambre.*

Dr Mallard.

***

En accord avec notre ligne de conduite, nous publions cette lettre dont nous laissons l'entière responsabilité à son auteur, et étant bien entendu que cette publication ne signifie pas que nous approuvions sans réserve la thèse qu'il soutient.

Personnellement, je considère que la proposition de loi qui impose aux malades, ou à leur famille, l'obligation de déclarer eux-mêmes les cas de maladies contagieuses dont ceux-là sont atteints, ainsi que l'Académie de médecine en avait formulé le vœu, est parfaitement justifiée, et répond aux desiderata de la majorité du corps médical.

Le médecin n'aura à intervenir qu'en cas de défaillance des assujettis à la déclaration.

C'est ce qui se passe depuis très longtemps pour les naissances. Or, il est rare, exceptionnel, qu'en ce cas, les premiers assujettis se dérobent. C'est aller un peu vite en besogne que de prophétiser qu'ils agiront tout autrement, pour la déclaration des maladies contagieuses.

En tous cas, c'est une expérience à tenter : si elle amène des déceptions, il sera toujours temps d'y remédier.

G. Duchesne.

La loi du 30 mars 1892, sur l'exercice de la médecine en France, impose aux médecins, en échange du monopole d'exercice attaché à leur diplôme, l'obligation de déclarer aux autorités les maladies contagieuses dont ils constatent l'existence.

La loi du 15 février 1902 précise cette obligation et détermine le mode et le mécanisme des déclarations.

En pratique, chaque médecin est dépositaire d'un carnet à souches portant un numéro correspondant à son nom et inscrit sur un registre spécial à la sous-préfecture. Quand il est appelé à constater une maladie dont la déclaration est obligatoire, ou une maladie pour laquelle il juge que la désinfection est nécessaire, il détache de son carnet deux cartes-lettres, l'une adressée au maire, l'autre au sous-préfet. Il inscrit sur chacune de ces cartes :

1° Le numéro de la maladie correspondant à la nomenclature ;

2° L'adresse et le nom du malade ;

3° La date du constat.

Et quelquefois la désignation de l'école fréquentée, s'il s'agit d'un enfant, ainsi que les mesures prises concernant la désinfection et le transport.

Le maire, au reçu de cette pièce, doit :

1° Prévenir le chef de poste de désinfection ;

2° Veiller à ce que l'isolement et la désinfection soient effectués.

Le sous-préfet prévient le délégué sanitaire, puis le chef de poste et consigne sur un registre le cas déclaré, le nom et le domicile des malades.

Le chef de poste doit alors se rendre sur place, demander à l'entourage de choisir entre la désinfection par ses propres soins ou par ceux des services publics. Dans le premier cas, il fait prendre par écrit un engagement d'effectuer réellement cette opération et de la soumettre à son contrôle.

Il semblerait, d'après cette méthode, que le secret professionnel et la liberté individuelle soient entièrement respectés et que toutes garanties de sécurité soient données à la collectivité. Qu'en est-il ?

Le fait de la déclaration anonyme est-il une sauvegarde ? Nous ne le croyons pas, car dès lors qu'un médecin déclare une maladie chez son client nominalement désigné, il viole, bien que légalement, le secret professionnel. Mais, peut-on dire, le médecin n'indique pas d'une façon précise la maladie puisqu'il la désigne par un simple numéro. Oui, certes, mais qui a la clef de la numération ? Le maire, le secrétaire de mairie, le sous-préfet, son secrétaire, ses rédacteurs, sa dactylographe, etc..., tout un petit monde qui a toutes facilités de gloser, et dont la discrétion, légalement obligatoire, est bien difficile à obtenir. C'est là, la grande fissure.

Quant à l'efficacité des opérations de désinfection, elle est souvent illusoire, car celles-ci sont trop souvent mal faites ou inopportunément exécutées.

Mal faites, grâce à l'insuffisance du matériel et à l'ignorance générale des chefs de poste, la plupart du temps simples manœuvres sans instruc-

tion spéciale, qu'un délégué sanitaire, non qualifié, négligent ou ignorant, ne veut ni ne peut surveiller.

Inopportunément exécutées par manque d'informations précises sur l'évolution de la maladie. C'est qu'en effet, la déclaration médicale, dans son laconisme, ne donne aucun renseignement sur l'évolution de la maladie, sur sa gravité, sur ses origines et sur la date à laquelle la désinfection devrait être faite efficacement. Dans une ville ou dans un centre, le chef de poste peut se rendre deux ou trois fois auprès du malade' cela n'a pas d'importance, mais quand il s'agit de faire un déplacement de 50 et même de 100 kilomètres, il n'en est plus de même, on se heurte alors à des difficultés matérielles insurmontables.

Toutes ces causes : répugnance des médecins à violer le secret profesisionnel, indiscrétions administratives, mauvaise exécution des opérations, absence de contrôle, inertie des maires dans l'application du règlement sanitaire, complications dans les échanges de correspondances, carence totale de responsabilité, ont amené, peu à peu, les médecins à s'abstenir trop souvent de faire les déclarations légales et à demander instamment à en être déchargés.

Dans la proposition de loi déposée par M. le Ministre de l'Hygiène, il est prévu que l'obligation de la déclaration appartiendra à la famille des malades et, en cas d'abstention seulement, au médecin. Le rôle de celui-ci serait de rappeler à l'entourage les prescriptions de la loi et, en cas de négligence, de faire lui-même la déclaration.

Plusieurs objections sérieuses peuvent être faites à cette proposition. En ce qui concerne les médecins, sera-ce une simplification pour eux que de leur donner le contrôle indirect des déclarations par les intéressés ? Nous ne le croyons pas et nous pensons que ce sera plutôt un souci pour eux. L'expérience a prouvé, en effet, que, dans la très grande majorité des cas, dans le monde ouvrier et commerçant surtout, il ne faudra pas compter sur les familles, leur intérêt et leur négligence les incitant à s'abstenir de cette démarche, d'où dans la majorité des cas : obligation de la déclaration pour les médecins et temps perdu pour les soins de prophylaxie.

Quant aux sanctions qui pourraient être envisagées, nous les croyons illusoires, comme toutes celles, du reste, qui s'appliquent à l'hygiène, avec cette difficulté spéciale en plus que familles et médecins se rejetteront la responsabilité de la non-déclaration.

A notre avis et pour ces raisons, il y aurait lieu, non seulement de maintenir pour les médecins et pour les sages-femmes l'obligation formelle de la déclaration des maladies contagieuses, telle qu'elle leur est imposée par la loi sur l'exercice de la médecine, ce qui n'est, en somme, qu'un devoir social, auquel un homme averti serait coupable de se dérober, mais encore de leur demander de compléter cette déclaration par quelques renseignements précis sur la gravité et l'évolution de la maladie, sur l'opportunité et le mode de la désinfection. Ce serait une façon pour les médecins de remplir leur devoir, pour les pouvoirs publics, le moyen de s'assurer une collaboration précieuse, quitte à en envisager la rémunération.

Bien entendu, la déclaration devrait se faire, comme il est prévu, à l'inspecteur départemental des Services d'hygiène et à lui seul. Ce médecin, rigoureusement tenu au secret professionnel, avertirait qui de droit et ferait prendre, sous sa responsabilité, les mesures de prophylaxie nécessaires.

Quant à la déclaration par l'entourage des malades, qu'on la rende obligatoire, mais au maire seulement. Il s'établirait ainsi un contrôle d'une appréciable utilité.

Nous ajouterons que, s'il en était ainsi, le problème de la déclaration obligatoire de la tuberculose ouverte, qui n'a pas été admise par le Corps médical en raison justement du peu de discrétion des autorités et de la gravité sociale de sa divulgation publique, pourrait enfin être à nouveau envisagé et solutionné au mieux des intérêts de la collectivité, ce qui est une question vitale pour notre pays.

En résumé, il nous semblerait prudent de maintenir pour les médecins l'obligation formelle de la déclaration des maladies contagieuses et de la rendre plus complète en leur demandant leur collaboration, rétribuée ou non, pour les enquêtes et même pour le contrôle en ce qui concerne les mesures de prophylaxie sociale.

Quant aux particuliers, ils devraient être tenus de faire les déclarations à la mairie de leur résidence, ce qui renforcerait la surveillance des foyers épidémiques familiaux et surtout celle des hôtels, des garnis, des établissements publics, des transports en commun, qui sont, à l'heure actuelle, les plus redoutables agents de dissémination des grands fléaux sociaux.

Dr H. MALLARD,
Inspecteur départemental des services d'hygiène de la Côte-d'Or.

DÉCLARATIONS ET FORMALITÉS FISCALES

Les contribuables ont, au commencement de chaque année, un certain nombre de formalités à remplir et de déclarations à faire, soit en raison de leur profession, soit comme chefs de famille.

Nous allons indiquer pour les lecteurs du *Concours médical*, les déclarations à faire avant le 1er avril prochain.

DÉCLARATIONS A FAIRE PAR LES EMPLOYEURS :

I. — Les particuliers, sociétés ou associations, sont tenus de faire, dans le courant du mois de janvier de chaque année, un état des employés, commis, domestiques, qu'ils ont occupés tant pour le service de leur profession que pour leur service privé, moyennant salaire ou rétributions quelconques.

Cet état doit indiquer :

1° Les noms et adresses des personnes qu'ils ont occupées l'année précédente. Pour celles qui auraient cessé d'être employées depuis une époque antérieeure au 1er janvier, c'est l'adresse à laquelle elles habitaient lorsqu'elles ont quitté leur emploi qui est exigée ;

2° La nature des occupations rétribuées ;

3° Le montant total des sommes payées, l'année précédente, à chacune des personnes désignées, en y comprenant non seulement les appointements, mais les remises, commissions, gratifications et toute rétribution d'un service rendu.

Les rémunérations accordées sous forme d'avantages en nature ne devront pas être omises. Elles feront l'objet d'une mention spéciale : l'administration aura charge de les évaluer, sous droit de discussion du contribuable. Les avantages en nature, sont, suivant les cas : logement, nourriture, vêtements.

Les indemnités destinées à couvrir les frais nécessités par l'emploi, telles que les frais de déplacement, ne doivent pas être confondues avec les autres sommes afin que le montant puisse être, le cas échéant, retranché des émoluments lors de la fixation du revenu imposable ;

4° La période à laquelle s'appliquent ces payements.

Les employeurs sont dispensés de fournir tout renseignement en ce qui concerne les personnes qu'ils ont employées moins de 30 jours consécutifs et celles dont le montant total des sommes payées, l'année précédente, y compris tous avantages en nature et en argent, ne dépasse pas la somme exonérée de l'impôt (6.000 fr. à Paris).

Les mêmes formalités sont exigées des débi-rentiers au sujet des bénéficiaires de la rente.

Ces renseignements seront fournis au contrôleur du lieu où travaillent les salariés.

II. — DÉCLARATIOHS RELATIVES AUX IMPOTS CÉDULAIRES PERÇUS SUR ROLES.

L'impôt foncier est établi sur des évaluations révisées tous les dix ans pour les propriétés foncières bâties et tous les vingt ans pour les propriétés non bâties. Il n'y a donc pas de déclaration annuelle pour cette cédule.

L'impôt sur les bénéfices des exploitations agricoles est calculé au moyen de coefficients fixés par une commission et appliqués à la valeur locative des terrains. Le contribuable n'a donc pas de déclaration à faire.

L'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux peut être établi de deux manières :

1° D'après le bénéfice réel net pour les sociétés dont le bilan est obligatoirement communiqué à l'enregistrement et les personnes ou sociétés qui consentent à se placer sous ce régime. La déclaration est obligatoire dans les 3 premiers mois de l'année ;

2° D'après le bénéfice évalué forfaitairement en prenant pour base le chiffre d'affaires multiplié par un coefficient approprié.

Le contribuable dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 50.000 fr. n'a pas de déclaration à fournir. Celui dont le chiffre d'affaires annuel excède 50.000 fr. doit obligatoirement fournir une déclaration avant le 1er avril.

Pour l'impôt sur les traitements, salaires, émoluments, rentes viagères, la déclaration est, comme ci-dessus mentionné, faite par l'employeur.

L'impôt sur les bénéfices des professions nen commerciales est calculé sur le bénéfice net. La déclaration doit être adressée au contrôleur du lieu du domicile du contribuable avant le 31 mars, à moins que celui-ci n'ait produit une déclaration pour l'impôt général sur le revenu indiquant ces bénéfices.

La seule déclaration du revenu suffit.

III. — L'IMPOT GÉNÉRAL SUR LE REVENU étant calculé sur la somme des revenus annuels provenant des différentes sources de revenus dont dispose chaque contribuable et réalisés pendant l'année précédente, c'est le total des produits nets des cédules qui forme le revenu global. Omission ne doit pas être faite du revenu net des valeurs mobilières et des intérêts de capitaux.

La déclaration est obligatoire pour tous les contribuables dont le revenu net global dépasse le minimum exonéré.

Elle doit être produite dans les 3 premiers mois de l'année et envoyée au contrôleur des contributions directes du domicile, qui en délivre récépissé.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

MUTUALITÉ ET SUBVENTIONS

Tout le monde sait, sans qu'il soit nécessaire de le répéter, que les deux colonnes qui soutiennent le temple de la Mutualité, sont d'une part, la mendicité organisée, et d'autre part, la rubanite.

Nous en avons une nouvelle confirmation dans la lecture de la discussion du budget mutualiste de 1923. M. Anselme Patureaud-Mirand, président du groupe mutualiste de la Chambre, le maréchal de la grande armée sociale, s'est transformé pour la circonstance en grand mendigot et a prononcé, dans la séance du 24 novembre 1922, le discours suivant :

Messieurs, mon intervention s'inspire de la pensée que M. Valière a développée si heureusement. Il nous a prouvé la supériorité considérable de l'initiative privée sur l'étatisme. (*Rires.*)

Mais, bien entendu, pour que l'initiative privée réussisse, il est indispensable qu'à côté des hommes de bonne volonté, et de cœur, comme le maire de Limoges, intervienne l'aide de la collectivité, sous forme de subventions ; c'est pourquoi, monsieur le ministre, très brièvement, je me permets d'attirer votre attention sur le chapitre 70 de votre budget.

Je lis un crédit de 6.450.000 francs pour les sociétés de secours mutuels ; 6 millions pour près de 5 millions de mutualistes. Est-ce suffisant, au moment où est en discussion la loi si importante des assurances sociales et que s'il en est qui espèrent faire jouer cette loi, au moyen d'un organisme d'Etat, par des fonctionnaires, il en est d'autres, qui voulant réellement sa réussite, si nécessaire pour le pays, envisagent au contraire une application faite par la mutualité et grâce à la Mutualité ?

Ce qu'il faut, c'est que nos sociétés de secours mutuels actuellement existantes, au lieu de rester dans l'état de torpeur où elles se trouvent depuis la guerre, car elles sont toujours sous la menace de la loi d'assurance sociale, se réveillent, et pour les réveiller, il faut que vous leur accordiez de larges subventions.

Devant la Commission d'assurance et de prévoyance sociales est pendant un projet de notre collègue M. Saget, qui, je peux le dire, est très au point. Il faudrait que nous le votions le plus tôt possible. Cette proposition entraînera pour le budget une dépense supplémentaire de quelques millions, par contre elle sera une réserve d'économies pour l'avenir.

Si, en effet, dans toute la France, dans toutes les communes importantes tout au moins, nous avons des sociétés de secours mutuels, lorsque la loi d'assurance sociale sera votée, elle pourra jouer par la mutualité, sans fonctionnaires.

Il est un second point sur lequel, Monsieur le ministre, j'attire votre attention. Pour développer nos œuvres mutualistes, il faut accorder plus généreusement des récompenses aux mutualistes. Ce sont de braves gens, ordinairement des humbles ; ils se dévouent pour leurs semblables ; or, ils sont trop souvent oubliés.

Cette année, nous fêtons le vingt-cinquième anniversaire de la Mutualité.

Vous seriez heureusement inspiré en demandant à vos collègues du Gouvernement de vouloir bien vous autoriser à déposer, à cette occasion, un projet accordant quelques récompenses spéciales pour la Mutualité.

Dans la séance du 26 novembre, ont été notés les crédits suivants en faveur de la Mutualité :

Chapitre 69 : indemnité de frais de voyage et de séjour aux membres du Conseil supérieur de la Mutualité : 8.000 fr.

Chapitre 70 : subventions aux Sociétés de secours mutuels : 6.450.000 fr.

Chapitre 71 : récompenses honorifiques de la Mutualité et de l'Assistance publique : 10.000 fr.

Chapitre 73 : bonification d'intérêts aux Sociétés de secours mutuels : 900.000 fr.

Ainsi à une époque où la faillite est imminente, où les Caisses de l'Etat sonnent le creux, où le Gouvernement est impuissant à doter convenablement les laboratoires, foyer de progrès économique et social, alors qu'on ne fait rien d'efficace pour lutter contre la tuberculose, contre la mortalité infantile, etc., on attribue plus de 7.000.000 aux Sociétés de secours mutuels. N'est-il pas malheureux de voir un parlement, dans un but électoral, voter des subventions à des gens peu intéressants, qui ne sont pas des indigents, dignes de notre commisération, mais des gens capables de faire un effort personnel pour s'assurer contre les tribulations de la vie et qui préfèrent avoir recours à la bourse des autres.

Et pendant que ces grands manitous vont se goberger aux frais de la République qui leur paye des frais de voyages et de séjour, nos réfugiés des pays envahis habitent dans des baraques peu abritées des intempéries, faute d'argent pour doter d'une façon suffisante les reconstitutions.

Je me demande si nos confrères et maîtres qui vont à l'étranger représenter la pensée française sont munis de viatique à l'égal des mutualistes.

Et ce n'est pas encore suffisant de leur offrir des balades, il faut encore les décorer. Il faudra bientôt mettre de pair la machine à décorer et la planche à assignats. Et pendant ce temps, on rogne sur les honoraires des médecins, sur leurs frais kilométriques ! ! ! On rogne.

Dr M. VIMONT.

LA SITUATION DU MÉDECIN DANS L'ARMÉE

Je suis de ceux qui pensent et qui ont osé dire que l'assimilation du médecin militaire aux officiers des armes leur apparaît comme un trompe-l'œil, et que la hiérarchie qui en résulte ne peut trouver, pour se défendre, que des conceptions tout à fait surannées, car elle ne répond plus aux exigences de la situation ; la guerre l'a démontré. J'en pourrais citer cent preuves pour une. Je n'en retiens que celle-ci, qui m'est personnelle. Médecin-major de 1re classe, il m'est arrivé de me trouver sous la surveillance et le contrôle d'un médecin de secteur qui n'avait que *deux galons* quand je me suis trouvé sous sa dépendance ; il a obtenu son troisième galon quelques semaines après ma prise de possession de la chefferie de l'hôpital dont je venais d'être nommé médecin-chef.

Mon subordonné, de par le grade, il était mon supérieur de par la fonction ; il pouvait prendre, dans mon hôpital, des décisions qui m'étaient interdites.

Je n'en ai d'ailleurs jamais été gêné ni offusqué ; c'était un ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, et je ne trouvais qu'avantages de tout ordre à bénéficier de son expérience dans les consultations que nous avions ensemble.

Quoi qu'il en soit, nos situations respectives n'en étaient pas moins anormales.

De là, en partie, l'idée que je me fais de la position tout à fait particulière que devrait avoir le médecin dans l'armée. Pour l'avoir osé dire et écrire, je me suis vu traiter de bolchevique... Parfaitement !

Or, voilà que l'orthodoxe *Presse médicale* vient de consacrer quelques bonnes pages à ce qu'elle appelle : La souffrance du médecin d'armée.

Quelle n'est pas ma surprise, et en même temps ma satisfaction, de lire, dans le numéro du 30 décembre de notre grand confrère, les lignes suivantes :

« Nous ne toucherons pas à la question complexe de la place dans l'armée du Corps de santé, bien que nous soyons convaincus qu'une collaboration intime avec l'officier ne dût pas forcément revêtir la forme d'une assimilation d'ailleurs plus apparente que réelle, véritable miroir aux alouettes pour les médecins, y compris les inspecteurs et inspecteurs généraux.

Le médecin militaire n'a de commun avec ses camarades des armes et services que le dévouement et l'uniforme, aux attributs près. De formation différente, plus laborieuse, plus lente et méthodique, et par suite généralement plus complète, pourquoi ne serait-il pas doté d'une situation distincte qui n'aurait rien d'une exception ou d'un privilège ? »

C'est exactement mon opinion.

J'ai l'impression que la grande majorité des médecins de complément se désintéresse actuellement des questions médico-militaires. Ils en ont été tellement sursaturés pendant plus de 50 mois de guerre, qu'ils semblent n'aspirer qu'à n'en plus entendre parler. Peut-être d'ailleurs ont-ils tort de s'en tellement désintéresser... On ne sait pas ce qui peut arriver...

Je n'en saisis pas moins l'occasion qui m'est offerte de marquer un nouveau point en faveur de ces idées, à l'occasion de l'article auquel la *Presse médicale* vient de donner l'hospitalité.

G. DUCHESNE.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LE CONCOURS MÉDICAL ET SES FILIALES

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

I

Pro Domo

Mes chers Confrères,

Pour une fois, je vais vous parler de ma fort peu intéressante personne ; mais, si je me le permets, croyez-le bien, ce n'est encore que pour vous instruire de ce qu'est votre Société.

Et puis vous m'avez fait faire tant de bile avec cette damnée combinaison demi-MAD, que je puis bien la déverser un peu aujourd'hui.

Malgré tout ce que Gassot et moi, avons écrit dans le *Concours* depuis 6 mois, au sujet de cette combinaison, au point d'en énerver le rédacteur en chef, je m'aperçois à vos lettres que bon nombre d'entre vous, les retardataires entre autres, n'ont lu nos articles, nos recommandations et nos objurgations que d'un œil fort distrait.

Aussi les uns protestent-ils contre le droit

d'entrée, qui sert à indemniser le médecin examinateur; d'autres, contre la fermeture de la combinaison ; d'autres, contre la nécessité d'en faire partie au 1er octobre 1922 ; d'autres, contre mes incessantes lettres de rappel qui n'avaient comme but que de les empêcher de se voir fermer la porte au nez, et qui n'ont eu comme résultat que de les irriter contre moi et de me faire recevoir parfois des sottises et des injures qui ne sont pas sans me froisser profondément et sans me dégoûter de la tâche ingrate que j'assume depuis 20 ans.

Je ne répèterai pas ici les raisons qui nous ont obligés à fixer une limite d'âge, ni une limite de date au recrutement : les ignorants n'auront qu'à se reporter à la collection du *Concours* ou à nous faire confiance, s'ils le préfèrent.

Je dirai seulement que les plus ignorants de leurs affaires et des nôtres ont été surtout ceux à qui nous avons fait la faveur d'accorder un trimestre entier de réflexion pour leur permettre d'adhérer en 1922.

En effet, les dernières admissions pour 1922, (comme chaque année d'ailleurs) se sont faites à la séance du Conseil de fin septembre; si nous avons demandé, à l'assemblée générale de 1921, d'accorder un délai jusqu'à fin décembre, c'était pour que personne n'eût de surprise, et eût encore le temps de préparer un dossier avant la clôture de 1922. Cela n'a pas empêché que dix confrères sont arrivés en retard, après notre séance du Conseil du 28 décembre, et plus d'un était fort mécontent que je lui fisse remarquer son retard et que je lui fisse la faveur de prendre un supplément de peine et de travail après le surmenage de ces 6 dernières semaines, pour le raccrocher à la dernière minute.

Et plus d'un daube et tombe, qui sur mon scribe, qui sur mon employé, qui sur mon secrétaire, qui sur mes bureaux, accusant tout ce monde-là d'impolitesse, d'étourderie, d'erreurs, ou de sans-gêne.

Or, mes chers confrères, mes bureaux, mes secrétaires, employés, scribes, etc., etc., cela se résume uniquement, en tout et pour tout, en votre serviteur qui, depuis 20 ans, fait face, sans employés quelconques, à tout le travail du secrétariat, reçoit les lettres, y répond, prépare les dossiers, les fiches, les grands livres, les répertoires, classe les déclarations de maladie, les demandes de renseignements, les guérisons, les admissions, calcule les indemnités, établit les primes, répond à tout, fait les rapports, prépare les Conseils d'administration, écrit les articles, organise les assemblées générales, que sais-je encore ? tout seul, dans les heures de loisir que lui laisse une grosse clientèle et les soucis de direction d'un importante maison de santé.

Quand je vous dis que je suis seul à tout faire, je me trompe : j'ai un aide, une aide, plutôt, c'est ma femme. Et sachez bien que sans Madame Mignon, qui prend 2 à 3 heures par jour sur ses soucis de famille, de maison et d'administratrice, pour s'occuper de vos intérêts, il me serait absolument impossible de faire le métier que je fais.

Le temps approche d'ailleurs où cette besogne, de plus en plus absorbante, nous deviendra trop lourde à tous les deux.

Il vous faudra, ce jour-là, créer un véritable secrétariat avec des employés et un chef ; — vous verrez ce que cela vous coûtera et vous comprendrez alors peut-être un peu mieux le désintéressement et le dévouement des hommes que vous avez appelés à s'occuper de vos affaires.

Ce que j'en dis pour moi, est tout aussi vrai pour Gassot, je vous assure. Je voudrais seulement, tous tant que vous êtes, que vous vous rendiez compte du travail écrasant que nous fournissons pour vous, et que vous nous marquiez votre reconnaissance autrement que par des reproches et des injures.

Ces manifestations de votre mauvaise humeur ne viennent, au fond que de votre ignorance des choses et votre manie, bien française, hélas ! de toujours soupçonner de calculs inavoués, ceux qui travaillent pour vous avec le désintéressement le plus absolu.

J'ai peut-être tort de prendre, moi-même, ma défense et celle de Gassot en même temps. Mais qui le ferait à ma place ? Je suis le seul à lire et à digérer les attaques !

Comme vous éviteriez facilement tout cela si vous lisiez d'un peu plus près ce brave *Concours*, qui veut bien si souvent nous ouvrir ses colonnes !

Le secrétaire général,
H. MIGNON.

II

Réunion du Conseil d'Administration

28 *décembre* 1922.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, MIGNON, GASSOT, NOIR, DE LA ROCHEFORDIÈRE, DUCHESNE, MAZEROUX et PAMART.

Excusés : MM. NOLLET, BOUDIN et HUGUENIN.

En l'absence de M. BOUDIN, M. DE LA ROCHEFORDIÈRE remplit les fonctions de secrétaire.

Admission des enfants des sociétaires.

M. GASSOT, *trésorier*, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

Vous vous souvenez que l'Assemblée générale du 19 novembre avait adopté en principe l'admission des enfants des sociétaires aux combinaisons P et R de la

Mutualité Familiale et qu'elle avait donné pleins pouvoirs au Conseil pour :

1° Fixer l'âge à partir duquel on admettra ces nouveaux sociétaires ;

2° Arrêter le chiffre de la cotisation annuelle pour les âges qui ne figurent pas aux barèmes ;

3° Décider, s'il y avait lieu, la mise en vigueur de cette réforme pour l'année 1923.

Ces décisions devant nécessairement être ratifiées par une Assemblée générale extraordinaire en 1923.

Nous avons transmis ces décisions à notre actuaire, M. Fleury, et voici la réponse qu'il nous a faite :

Monsieur le Trésorier,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 21 novembre contenant un extrait des délibérations de l'Assemblée générale de la Mutualité Familiale.

Rien ne s'oppose, à mon avis, à ce que les barèmes des cotisations aux combinaisons P et R soient prolongés par en dessous jusqu'à l'âge de 20 ans, de façon à permettre aux enfants des médecins d'adhérer aux caisses de pension et d'y adhérer de bonne heure.

Je vous envoie donc les cotisations simples et contre-assurées des combinaisons P et R.

Les statuts actuels ne prévoyant que l'adhésion des médecins et de leur femme, il y aura lieu de procéder à une modification statutaire, mais rien ne s'oppose, je crois, à ce que des admissions se fassent dès maintenant, quitte à ne convoquer l'Assemblée générale qu'à l'époque habituelle en 1923. S'il arrivait que cette Assemblée refuse son autorisation, on rembourserait aux intéressés les cotisations versées.

Théoriquement, on pourrait aller au-dessous de l'âge d'admission 20. Au point de vue social, je ne le conseillerai pas. L'adhésion à la caisse des pensions, comportant l'obligation de payer des cotisations pendant de longues années, doit être donnée en connaissance de cause, et je ne vois pas bien un enfant de 6 ou 7 ans engagé à payer des cotisations jusqu'à 60 ans. Il y aurait trop de chances de défaillance en cours de route.

Ce n'est pas à dire que le médecin doive renoncer à assurer une rente à son enfant, mais, dans ce cas, l'assurance à cotisation annuelle ne semble pas la plus pratique. La Mutualité Familiale pourrait servir d'intermédiaire entre le père prévoyant et la caisse nationale des retraites pour la vieillesse qui inscrit en face de chaque versement effectué la rente qui en résultera plus tard. Ainsi le père verse quand il veut la somme dont il dispose, aussi souvent qu'il le veut, et chaque fois un morceau de rente s'ajoute au précédent. La mise en pratique d'un tel système est excessivement simple et elle n'engage pas la responsabilité de la Mutualité Familiale ; elle lui demande seulement un service d'intermédiaire facile à remplir, ainsi que l'on en sera convaincu dès que l'occasion se sera présentée de fournir la réponse à deux ou trois médecins.

Veuillez agréer... E. Fleury.

En conséquence de cette réponse, nous vous proposons de décider, à titre provisoire, l'ouverture au 1er janvier 1923 des combinaisons P et R aux enfants des sociétaires âgés de 20 ans, la ratification de cette décision devant être demandée à l'Assemblée générale de 1923.

Pendant cette période de fonctionnement provisoire les cotisations sont fixées de la manière suivante :

Age d'entrée —	Nombre de cotisations à verser	Cotisations simple	Cotisations contre-assurée
Combinaison P.			
20 ans	40	8.20	9.70
21 —	39	8.70	10.30
22 —	38	9.30	10.90
23 —	37	9.90	11.60
24 —	36	10.50	12.30
25 —	35	11.10	13.16
Combinaison R.			
20 ans	45	4.80	5.80
21 —	44	5.10	6.20
22 —	43	5.40	6.60
23 —	42	5.70	7. »
24 —	41	6 »	7.40

Toutes les dispositions prévues par les statuts pour les combinaisons P et R seront applicables aux enfants des sociétaires comme elles le sont à leur femme.

Dans le cas où l'Assemblée générale extraordinaire ne ratifierait pas ces décisions, la caisse remboursera aux intéressés les sommes qu'ils auraient versées.

Le Conseil, à l'unanimité, adopte ces propositions et ajourne la question concernant les enfants âgés de moins de vingt ans.

Indemnité-maladie

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons MA et B

18	Tarrou	Gard	16 jours	160 »
34	Parmentier	Var	3 mois	300 »
61	Force	Puy-de-Dôme	3 mois	300 »
79	Naudet	Loiret	10 jours	100 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
81	Treille	Creuse	3 mois	300 »
100	Coquéret	Aube	3 mois	300 »
106	Roger	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
154	Poirson	Jura	3 mois	300 »
164	de Grissac	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
171	Laguens	Gironde	3 mois	300 »
			A reporter	3.260 »

			Report	3.260 »
186	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
187	Godlewski	Vaucluse	7 jours	70 »
192	Houdart	Finistère	23 jours	230 »
225	Pic	Rhône	7 jours	70 »
255	Demmler	Oise	3 mois	300 »
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
328	Ganche	Ille-et-Vilaine	12 jours	120 »
341	Chabanon	Lozère	28 jours	280 »
339	Terras	Bouches-du-Rhône	60 jours + 22 jours chr	673 25
357	Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
363	Bertier	Loire	1 6 jours	160 »
379	Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
416	Chabert	Gard	37 jours	370 »
429	Siguan	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
490	Vincens	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
294	Greuet	Seine-et-Oise	2 mois et 10 jours chr	233 35
504	Delucq	Gers	3 mois	300 »
585	Féraud	Constantine	10 jours	100 »
592	Lecoq	Nord	50 jours	500 »
596	Grando	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
614	Aube	Var	60 jours + 10 jours chr	633 35
647	Bellin	Isère	6 jours	60 »
659	Bonnel	Hérault	26 jours	260 »
688	Monmarson	Paris	51 jours	510 »
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
721	Tissot	Savoie	5 jours	50 »
800	Laurans	Loire-Inférieure	30 jours	300 »
822	Beaudonnet	Tarn-et-Garonne	60 jours + 3 jours chr	610 »
834	Mohamed	Mayenne	3 mois	300 »
837	Bécour	Nord	6 mois	600 »
839	Girodolle	Corrèze	3 mois	300 »
858	Goddard	Savoie	4 mois et 18 jours chr	459 95
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
878	Sallé	Somme	3 mois	300 »
893	Souleyre	Constantine	6 mois	600 »
900	Duclos	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
924	Bertucat	Loire	34 jours	340 »
954	Paumes	Haute-Garonne	3 mois	300 »
958	Saint-German	Haute-Garonne	17 jours	170 »
993	Boutard	Eure	3 mois	300 »
1056	Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1072	Perrin	Seine-et-Oise	11 jours	110 »
1087	Bonifas	Hérault	15 jours	150 »
1117	Bravy	Seine-et-Oise	41 jours	410 »
1187	Nicolas	Puy-de-Dôme	3 jours + un mois et 24 jours chr	209 90
1190	Guillemin	Saône-et-Loire	19 jours	190 »
1206	Le Louet	Finistère	23 jours	230 »
1272	Moliméry	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1300	Gaillard	Cantal	42 jours	420 »
1332	Ayasse	Oran	3 mois	300 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1381	Boulade-Périgois	Indre	13 jours	130 »
1385	Landry	Deux-Sèvres	28 jours	270 »
1401	Joly	Allier	13 jours	130 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1476	Bordo	Pyrénées-Orientales	42 jours	420 »
1545	Carton	Somme	41 jours	410 »
1573	Lecouillard	Manche	3 mois	300 »
1575	Deshusses	Haute-Savoie	26 jours chr	86 60
1578	Perrion	Loire-Inférieure	18 jours	180 »
1632	Menier	Aveyron	10 jours	100 »
1686	Gaignard	Maine-et-Loire	6 jours	60 »
1714	Daubret	Seine	31 jours	310 »
1728	Marsat	Vienne	15 jours	150 »
1763	Pissard	Charente	8 jours	80 »
1803	Bapteste	Sane-et- Loire	33 jours	330 »
1820	Priouzeau	Maine-et-Loire	3 jours + 1 jour chr	33 35
1830	Bargy	Allier	37 jours	370 »
1840	Angellier	Saêône-et-Loire	33 jours	330 »
1852	Lucasse	Pas-de-Calais	3 mois	300 »
1990	Kraut	Vendée	12 jours	120 »
			Total	23.389 75

Combinaison MAD.

17 MARCHAND	Paris	29 jours + 24 jours chr.	739 85
129 BRETNEAU	Indre-et-Loire	36 jours	720 »
800 LAURANS 1/2	Ille-et-Vilaine	30 jours	300 »
1190 GUILLEMIN 1/2	Saône-et-Loire	19 jours	190 »
1300 GAILLARD 1/2	Cantal	42 jours	420 »
1381 BOULADE PÉRIGOIS 1/2	Indre	13 jours	130 »
1728 MARSAT 1/2	Vienne	15 jours	150 »
		Total	2.649 85

Pension-combinaison R

Le Conseil alloue sur la combinaison R les pensions suivantes :

18 BAZOT	Yonne	Pension de 1923	1.200 »
10 LAURENT	Loire	—	1.200 »
39 SIGUAN	Bouches-du-Rhône	—	1.200 »

Le Conseil vote les remboursements de cotisations contre-assurées :

A Mme Veuve VIDAL, Ariège...... 1.109 fr.
Aux mineurs DESHUSSES, Haute-Savoie...... 2.255 fr.

Pensions aux veuves. Combinaison V.

Le Conseil alloue pour leurs pensions du quatrième trimestre 1922 :

A Mme Veuve LEPAGE, Paris	150 fr.
A Mme GILLETTE, Calvados	150 »
A Mme Veuve CHEVREUX, Paris	150 »
A Mme Veuve VALOT, Haute-Saône	60 »
Aux mineurs DESHUSSES, Haute-Savoie	107 60

Ces sommes leur seront délivrées sur production d'un certificat de vie au 31 décembre 1922.

Legs. Dons.

Le trésorier annonce qu'il a encaissé le legs fait par le Dr Corneau à la Mutualité Familiale ; l'affaire est maintenant terminée et le nom du Dr Corneau a été inscrit sur la liste des membres bienfaiteurs.

Le trésorier signale, en outre, les dons faits par Madame Jeanne et par MM. Brauman et de Lagoanère.

Le Conseil adresse des remerciements à ces donateurs.

Remboursements aux combinaisons MA et B.

Le trésorier propose, en conformité de la décision du 27 décembre 1922, de rembourser sur le fonds de gestion une somme de 2.500 fr. à la combinaison B.

Il propose également de rembourser 2.128 fr. 16 à la combinaison MA.

Ces propositions sont adoptées.

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de MM. :

Combinaison MAD : Brallet, Hardy, Chopinet, Daviau, Guirauden, Shirtliffe, Knebelmann, Gueit, Amsler, Hatton, Barrié, Battistelli.

Combinaison 1/2 MAD : Griolet, Remize, Bentz, Charvin, Mathieu, Neyron, Servent, Sabatier, Guillet, Richard, Fileux.

Combinaison MA : Duvard.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes à titre provisoire :

Combinaison 1/2 MAD.

MM. les docteurs :
ROBERT, de Lavoncourt (Haute-Saône).
VIRENQUE, de Rodez (Aveyron).
MOURAS, de Nouzonville (Ardennes).
LEJEUNE, du Mans.
BOUCHER, de Quintin (Côtes-du-Nord).
ORLIAC, d'Agen.
LEVEL, de Palaiseau (Seine-et-Oise).
RAUZIER, de Saint-André-de-Valborgne (Gard).
GRANIER, de Graissessac (Hérault).
POIRSON, de Medjez-el-Bab (Tunisie).
CASTERAN, d'Asfeld (Ardennes).
VIGNES, de Collioure (Pyrénées-Orientales).
GALICHON, de Lyon.
KŒNIG, d'Orléans.
PERRION, de Nantes.
BERTUCAT, de Saint-Bonnet-le-Château (Loire).
CROZAT, d'Olivet (Loiret).
BORREL, de Cazouls-les-Béziers (Hérault).
HURIEZ, de Tourcoing (Nord).
DUVERNAY, d'Aix-les-Bains (Savoie).
HOCQUETTE, de Coudekerque-Branche (Nord).
CATTIN, de Lorient.
BRUNETIERE, d'Angers.
DESCUSSES, de Troyes.
LESBROUSSART, de Maignelay (Oise).
LACOMBE, de Séverac-le-Château (Aveyron).
ROQUES, de Mirepoix (Ariège).
DUPAN, de Paris.
OLLAGNIER, de Menton.
FOUCAUD, de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).
PICAROUGNE, de Saint-Aignan (Loir-et-Cher).
ROYÉ, de Jouvelle (Haute-Saône).
COSTE, de Béziers (Hérault).
BOUVIER, d'Albens (Savoie).
ROZOY, de Charleville (Ardennes).
GAUSSORGUES, d'Anduze (Gard).
BOUDIN, d'Epoisses (Côte-d'Or).
QUÉRIAUD, de Plaisance (Gers).
BOUSREZ, de Provenchères (Vosges).
PESTRE, de Toulon.
LÉROY, de Bricquebec (Manche).
BIZOT, de Forges-les-Bains (Seine-et-Oise).

Duret, de Châtillon-en-Bazois (Nièvre).
Guillaud, des Echelles (Savoie).
Lenail, de Largentière (Ardèche)
Gardiol, de Paris.
Channac, d'Aubenas (Ardèche).
Poupon, de Verrey-sous-Salmaise (Côte-d'Or).
Lasaygues. de Sainte-Livrade (Lot-et-Garonne).
Manjot, de Martinet (Gard).
Quezac, de Millau (Aveyron).

Combinaison MAD.

MM. les docteurs :
Béal, de Clermont-Ferrand.
Lavoine, de Louviers (Eure).
Moreau, des Rousses (Jura).
Colas, de Bassuet (Marne).
Gauthier, de Crèches (Saône-et-Loire).
Hamant, de Nancy.
Balleydier, de Grenoble.
Boisroux, des Pieux (Manche).
Castelbon, de Montargis (Loiret).
Chavial, de Mauriac, (Cantal).
Eynard, de Saint-Nazaire-en-Royans (Drôme).
Jacquemaire, de Denain (Nord).
Jourdan, de Saint-Maximin (Var).
Le Troadec, de Coray (Finistère).
Pierson, de Saint-Mihiel (Meuse).
Ravot, de Sallaumines (Pas-de-Calais).
Tissot, de Bagé-le-Châtel (Ain).
Cabiran, de Seissan (Gers).
Chabriat, de Djidjelli (Constantine).
Delaunay, de Cozes (Charente-Inférieure).
Hugues, de Chambon-la-Forêt (Loiret).
Jouffrault, d'Argenton-Château (Deux-Sèvres).
de Lacombe, de Digne (Basses-Alpes).
Perrion, de Paris.
Pons, d'Ille-sur-Têt (Pyrénées-Orientales).
Rontin, de Mezin (Lot-et-Garonne).

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
Bonnet, de Loury (Loiret).
Richaud, de Bulgnéville (Vosges).
Carrere, de Goudon (Hautes-Pyrénées).
Dorion, de Rue (Somme).
Perrier, de Paris.
Vinon, de Nîmes.

Les admissions définitives seront, conformément aux statuts, prononcées dans la séance de fin mars.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

MM. les docteurs :
Lavoine, de Louviers (Eure).
Hamant, de Nancy.
Hocquette, de Coudekerque-Branche (Nord).
Cousin, de Saint-Galmier (Loire).
Robert, de Levaucourt (Haute-Saône).
de Lacombe, de Digne.
Frahier, de Laudiras (Gironde).
Guénot, de Belfort.
Perrier, de Paris.
Pons, d'Ille-sur-la-Têt (Pyrénées-Orientales).
Vinon, de Nîmes.
Mesdames :
Hocquette, de Coudekerque-Branche (Nord).
Gibert, de Commentry (Allier).

Combinaison R :

MM. les docteurs :
Gauthier, de Crèches-sur-Saône (Saône-et-Loire).
Gibert, de Commentry (Allier).
Carrere, de Goudon (Hautes-Pyrénées).
de Lacombe, de Digne.
Besson, de Bougival (Seine-et-Oise).
Dorion, de Rue (Somme).
Hugues, de Chambon-la-Forêt (Loiret).

Combinaison V :

MM. les docteurs :
Hocquette, de Coudekerque-Branche (Nord).
Carrere, de Goudon (Hautes-Pyrénées).

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes :

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, de la Rochefordière. *Le président,* A. Maurat.

LA VIE SYNDICALE

Syndicat des médecins de la Seine

L'Assemblée générale du S. M. S. a eu lieu le 10 décembre, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine. Dans son compte rendu, le secrétaire général a insisté sur le travail fait par le Conseil d'administration qui a tenu, en séances de bureau, de Conseil ou commission, 72 réunions qui ont donné naissance à 25 rapports.

Tout en regrettant que les médecins de la Seine continuent à se désintéresser par trop des questions professionnelles, il a annoncé, par rapport à la date correspondante à celle de l'année dernière, une différence en plus de près de 300 membres. Comme réunion importante, il faut noter en décembre dernier celle des délégués de tous les Groupements professionnels médicaux de la Seine qui a tenu deux séances auxquelles ont assisté 38 délégués et dont l'objet était l'étude des propositions de la préfecture pour l'organisation des commissions de contrôle pour les soins aux bénéficiaires de la Loi des Pensions.

L'adhésion à la C.T.I. qui avait été déjà ajournée il y a deux ans, l'a été de nouveau.

Ensuite, elle a adopté le texte provisoire d'un projet de décret concernant le statut particulier des médecins de complément ; recrutement, instruction, avancement, affectations, mobilisation, citations, utilisation des compétences, etc.

Puis, l'Assemblée s'occupe de l'organisation des commissions de contrôle : la préfecture en propose 4, l'Assemblée en demande 6. Elle émet le vœu pro-

posé par un de ses membres que les secrétaires de commissions soient de préférence des médecins réformés de guerre.

L'Assemblée aborde la grosse question qui a retenu la majeure partie de la séance : le *contrat collectif avec tiers payant*. La question a été très clairement posée par le secrétaire général en la dégageant de toute espèce de considérant ; dans un premier système, il y a un contrat collectif entre le syndicat et les caisses ; ce sont les caisses qui payent et non le malade. On peut prévoir un second système dans lequel le malade paye le médecin et se fait rembourser tout ou partie de sa note. Le vote se réduisait à voter *pour ou contre* le contrat collectif avec tiers payant. Le Conseil d'administration avait voté *contre*. L'Assemblée a confirmé ce vote.

La séance s'est terminée par les élections de 15 syndics titulaires et 5 suppléants et de 4 candidats au Conseil de l'Union.

Par ordre des voix ont été nommés :

Syndics : MM. Jayle, Descomps, Quidet, Sénéchal, Hartenberg, Cibrie, Fanton-d'Andon, Milian, Rinuy, Estrada, Le Fur, Hartmann, Coldefy, Bérard, Sibut.

Suppléants : MM. Deguy, Philippe (Léopold), Kopp, Minot, Giron.

Candidats au Conseil de l'Union : MM. Jayle, Cibrie, Rinuy, Hartenberg.

***

Erratum. — Parmi les membres du Conseil de l'Union, figure notre excellent confrère *du Camp d'Orgas*, dont le nom a été mal imprimé précédemment.

***

Groupe médical parlementaire

(28 *novembre* 1922.)

1° M. le président donne lecture d'une lettre de M. Jean Crouzat, président de la Section de médecine de l'Association générale des étudiants, protestant contre l'accession au *diplôme d'Etat* de docteur en médecine accordé trop facilement et sans garanties suffisantes à certains étudiants étrangers, notamment à ceux originaires de nouvelles régions incorporées à la Roumanie.

Le Groupe prend acte et signalera ces faits à l'attention des ministres compétents auxquels il demandera un examen plus attentif des titres scientifiques de ces étudiants.

2° Lettre du ministre de France en Autriche, demandant au groupe d'intervenir pour faciliter la reprise des relations scientifiques des médecins et chirurgiens français avec leurs confrères austro-hongrois.

Le professeur Pinard soutient et appuie cette demande, recevable tant au point de vue scientifique pur, qu'au point de vue diplomatique. Il faut éviter que les confrères en question se jettent complètement dans les bras de l'Allemagne.

MM. Cazals, Daraignez, Guillois et Dézarnaulds prennent part à la discussion.

On rappelle le mémoire des intellectuels allemands, cause principale de la persistance du conflit : mais les orateurs sont d'avis qu'il ne faut pas creuser entre les peuples et surtout des savants un fossé infranchissable et qu'il y ait lieu de tenir le plus grand compte de la suggestion particulière de M. le ministre de France en Autriche.

3° Lettres du Dr Levassort, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France et du Dr Jayle, secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine, réclamant l'un et l'autre, au nom de leurs associations le maintien du ministère de l'hygiène. (*Adopté à l'unanimité.*)

M. le président demande au Dr Gadaud d'exposer au Groupe les modifications intéressantes et utiles à apporter aux attributions et au fonctionnement du dit ministère.

3° M. le Dr Grinda met le groupe au courant de la situation du projet de loi sur les assurances sociales.

Cette conférence sera publiée.

Le secrétaire général, Dr Gilbert LAURENT. Député.

Le Président, Dr CHAUVEAU. Sénateur.

Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault

(3 *décembre* 1922.)

Loi des pensions, commission de contrôle. — En exécution des prescriptions du décret du 25 octobre 1922, déterminant... le fonctionnement d'un contrôle, titre II, chapitre I (commission départementale), section I (organisation), article 25 (« La surveillance et le contrôle des soins médicaux... sont assurés dans chaque département par une commission composée de... 2 médecins ») et 29 (« Les représentants des... syndicats... médicaux... sont nommés pour un an par arrêté préfectoral sur la proposition de leurs groupements respectifs, les représentants supplémentaires sont désignés en nombre égal à celui des représentants titulaires et selon la même procédure »). Chaque syndicat adhérent a été invité par circulaire n° 4773, du secrétaire général de la Fédération, en date du 24 novembre, à désigner ses représentants à la commission de contrôle.

Les réponses reçues sont les suivantes :

Syndicat de Montpellier. Titulaires : Drs VIRES, RICHE ; suppléants : Dr STOLZ, LAPEYRE.

Syndicat de Béziers. Titulaire : Drs CAVALIE, LAUTIER ; suppléant : Dr BORREL.

Syndicat de Lodève. Titulaires : Drs PONS, DELHON ; suppléant : Dr TOURREL.

Syndicat de Cette : Titulaires : Drs CADILHAC GONY ; suppléant : Dr Yves BOREL.

Le conseil désignera à la nomination préfectorale comme :

Représentants titulaires : Dr VIRES, et LAUTIE.

Représentants suppléants : Dr CADIALHAC et STOLZ.

L'article 56 du même décret (chapitre III, fonctionnement du contrôle, prévoit un « contrôle médical, permanent et direct, assuré par deux médecins contrôleurs... désignés annuellement par le préfet sur une liste établie par les soins de la commission de contrôle par arrondissement et, par spécialité.

Les syndicats ont fait connaître les désignations suivantes :

Montpellier. Médecine : Drs RIMBAUX et BOUDET ; Chirurgie : Drs LAPEYRE et AYMES ; Ophtalmologie : Dr VILLARD ; Laryngologie : Dr MOURET ; Urologie : Dr JOURDAN ; Stomatologie : Dr FAVIER ; Radiologie : Dr PARES.

Béziers. Saint-Pons. Médecine : Dr PAGES ; Chirurgie ; Dr CAVELIÉ ; Laryngologie : Drs DAURES et POLI ; Ophtalmologie : Drs CAZALIS et MARTY ; Radiologie : Dr SIRC.

Cette. Médecine : Dr BOREL ; Chirurgie : Dr CADILHAC ; Laryngologie : Ophtalmologie : Dr DOLARD ; Stomatologie ; Dr GONY.

Lodève. N..., N..., N...

Assistance médicale gratuite. — Pour prévenir le retour d'incidents aussi regrettables que celui soulevé lors de la séance du conseil général du 29 avril 1922, le bureau s'efforcera, par son action sur les membres de la commission de contrôle de l'assistance médicale gratuite du Conseil général, de faire étudier et adopter le projet de contrat paru dans le *Médecin syndicaliste* du 1er octobre 1922, pages 623 et suivantes, et en particulier ce qui a trait à la commission de contrôle, pages 626 et suivantes.

La tarification des notes de moyenne chirurgie ne doit pas être perdue de vue. Le président proposera à l'administration préfectorale l'adoption du tarif Dubief-Breton du 8 juillet 1920.

Représentation des syndicats médicaux à l'Assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de la France. — A l'unanimité, le Dr LAUTIE, de Bédarieux, est désigné, comme délégué du corps médical de l'Hérault.

Nouveau bulletin de la Fédération. — Des pourparlers officieux ont été engagés avec l'administration du *Montpellier médical*. Ce périodique accepterait de consacrer dans chacun de ses numéros, soit 2 fois par mois, quatre pages à la chronique syndicale. Ainsi devenu mixte, organe scientifique de la Faculté et corporatif du corps médical de l'Hérault, ce journal remplacerait l'ancien bulletin. En échange d'une subvention fixée dans les projets soumis au Conseil, ce journal serait adressé à tous les médecins patentés du département, syndiqués ou non. Le bureau reçoit mandat de traiter avec le *Montpellier médical*, ces accords, devant entrer en vigueur à la date du 1er janvier.

Les secrétaires généraux de la Fédération et des syndicats en deviennent secrétaires de la rédaction, en ce qui concerne la partie corporative et centraliseront les comptes rendus des séances, rapports, circulaires, etc.

Entente des syndicats médicaux du Languedoc méditerranéen. — Le secrétaire général donne lecture de la circulaire qu'il a adressée le 23 octobre 1922 et sous le n° 4651 aux 17 syndicats des arrondissements constitutifs du Languedoc méditerranéen et des quelques réponses qui lui sont parvenues. En raison du nombre de réponses encore attendues, la suite de cette affaire est renvoyée à la prochaine séance.

Paul DELMAS.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Une série de onze conférences sur l'éducation physique et le sport est organisée sous la direction de M. le professeur LANGLOIS, à la maison des Etudiants, 15, rue de la Bûcherie, 5e.

Ces conférences, faites par des médecins spécialisés dans ces questions, ont commencé le jeudi 11 janvier à 6 heures, et se continueront les jeudis à la même heure.

Première, jeudi 11 janvier : La respiration et l'essoufflement : Dr CHAILLEY-BERT : deuxième, jeudi 18 janvier : L'éducation respiratoire, Dr RICHARD ; troisième, jeudi 25 janvier : Le cœur et la pression artérielle : Dr CHAILLEY-BERT ; quatrième, jeudi 1er février : Le cœur et les différents efforts sportifs : BELLIN DU COTEAU ; cinquième, jeudi 8 février : Le surmenage, BOIGEY ; sixième, jeudi 15 février : La croissance, RICHARD ; septième, jeudi 22 février : La ration alimentaire dans l'E. P. et le sport, GARRELON ; huitième jeudi 1er mars : L'héliothérapie dans l'E. P. et le sport, MINELLE ; neuvième, vendredi 9 mars : L'entraînement dans l'E. P., RICHARD ; dixième, jeudi 15 mars : L'entraînement dans le sport, BELLIN DU COTEAU ; onzième, jeudi 22 mars : La régularion thermique, CHAILLEY-BERT.

— **Hôpital Bretonneau.** — M. Robert Debré, professeur agrégé, fera tous les dimanches, à 10 h. 1/2, dans le service de M. Boulloche, une conférence clinique avec présentation de malades, sur les maladies des enfants.

La première conférence a eu lieu le 14 janvier.

Le Directeur Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Application du Tarif Breton

I

Ponction d'hémarthrose

Pourriez-vous avoir l'amabilité de m'indiquer, soit par la voie du journal, soit par toute autre voie, ce que je puis demander, au tarif Breton, pour une ponction de grosse hémarthrose du coude ; dois-je assimiler cette intervention à une ponction du genou, l'acte est le même mais entraîne beaucoup moins de responsabilité en cas d'incidents, ou à une ponction d'hématome.

Dr L.

Réponse.

Il semble que vous êtes en droit de compter, par analogie, votre ponction d'hémarthrose du coude comme une ponction du genou (60 fr.).

Dr F. Decourt.

II

Résection du demi-lunaire luxé

Je cherche vainement dans le tarif Breton les honoraires prévus pour : résection du semi-lunaire luxé. C'est une intervention qui n'est cependant pas exceptionnelle. Faut-il assimiler cette intervention à la résection du poignet ? Ça me paraît *a priori* exagéré. A l'arthrotomie du poignet ? C'est un peu juste. Le chiffre de 200 ou peut-être 250 me paraîtrait raisonnable. J'aimerais avoir votre avis autorisé sur ce point délicat.

Dr L.

Réponse.

Il me semble que la résection d'un semi-lunaire luxé s'apparente directement — par analogie — avec « arthrotomie du poignet : 150 fr. » et qu'il serait difficile de trouver une plus proche analogie technique.

Dr F. Decourt.

III

Pansement de la cornée. Électrisation.

Voulez-vous, je vous prie, dans le prochain numéro du *Concours*, me dire comment établir la note que je vais avoir à fournir pour accident du travail ?

1° Corps étranger de la cornée droite, extraction après anesthésie locale.

Consultations et pansements, avec occlusion des paupières au collodion pour kératite consécutive. Combien ?

2° Le lendemain de l'accident, survient une complication, suite de refroidissement dans le travail, une paralysie faciale du côté droit avec laxophtalmie. Le blessé avait eu très chaud (par un temps glacial) en transportant des sacs d'avoine et des grains d'avoine (très piquants) avaient produit la lésion de l'œil.

Je l'avais envoyé à l'oculiste qui avait infructueusement tenté la suture des paupières.

J'ai donc fait :

1° Des pansements de la cornée avec occlusion (chaque fois) des paupières au collodion et gaze, et simultanément pendant un certain temps.

2° Une séance *préalable* d'électrisation (tous les 2 ou 3 jours) des muscles de la face.

3° Actuellement, l'œil se fermant à peu près, je ne fais, *depuis un certain temps*, que des électrisations.

Comment compter ?

En dernier lieu, il n'y a que la séance d'électrisation à compter, c'est entendu. Combien ?

Mais dans les débuts, tant que la kératite a existé (elle est guèrie aujourd'hui) il y avait deux maladies distinctes ayant deux causes différentes. Ne dois-je pas compter, au début, consultations et pansements. Electrisation à part. Ce sont deux maladies distinctes dès le début. La paralysie va beaucoup mieux et la kératite est guérie depuis déjà longtemps.

Dr M.

Réponse.

1° L'extraction de corps étranger est tarifée 15 ou 20 fr., pansement compris, suivant que le dit corps est superficiel ou profond. (art. 27 A).

2° *Questions préalables* :

a) Votre paralysie faciale peut-elle être considérée comme un accident du travail ?

b) Avez-vous demandé avant vos séries d'électrisation un « avis conforme » du médecin de l'assurance ? ainsi qu'il est dit à l'art. 26 dans le renvoi à propos de l'électrothérapie.

3° Ces questions étant réglées par une réponse affirmative, il m'apparaît alors que vous pouvez compter, par analogie avec les pansements multiples, deux consultations simples à chaque séance où vous avez, à la fois, pansé l'œil et électrisé la paralysie faciale.

4° Enfin, en cas d'électrisation simple, une fois l'œil guéri, vous avez à compter 12 fr. par séance d'électrisation (en 1re catégorie) ainsi qu'il est dit art. 26 *ibidem* et cela comme le *spécialiste*, par suite du 2e parag. de l'art. 15.

Dr F. Decourt.

IV

Incision de furoncle du conduit.

Comment tarifer (tarif Breton) une incision de furoncle du conduit ? le tarif est muet, on ne peut tout de même pas : 1° par analogie le considérer comme une ouverture d'abcès superficiel : l'abcès en l'occurrence n'est pas superficiel, de plus il faut des instruments spéciaux et connaître un peu de technique.

2° Le considérer comme un abcès profond, c'est un peu cher et les compagnies d'assurances refuse-

raient ? J'ai envie de porter par analogie avec paracentèse du tympan et tarifer 60 fr.

Dr T.

Réponse.

Je ne crois pas qu'on puisse compter une incision de furoncle du conduit de l'oreille plus qu'une ouverture d'abcès superficiel. L'assimilation a la paracentèse du tympan comme étant d'égale importance technique ne me paraît pas pouvoir être indiquée avec chance d'acceptation.

Dr F. DECOURT.

LA CURE D'ALTITUDE

Comme les combattants, les médecins ont souvent été touchés par la guerre. Sérieusement atteint au cours de la grande tourmente, je dois à la montagne d'avoir recouvré, sinon la santé absolue, tout au moins un état dont je me contente volontiers. Ce sont les résultats d'une expérience déjà longue que je voudrais aujourd'hui exposer à mes confrères.

En France, on connaît trop peu la montagne. C'est un sujet de plaisanterie courante à l'étranger que le Français qui croit que le Mont Blanc est en Suisse. Et de fait lorsqu'on parle d'altitude, immédiatement on songe à nos bons voisins qui semblent avoir le monopole des sommets couverts de neige et des paysages grandioses. Mais nous reparlerons de cela tout à l'heure.

Tout d'abord, que peut-on demander à la montagne ? Je vous l'affirme, nous avons dans l'altitude un moyen thérapeutique absolument merveilleux et encore trop peu connu et trop peu utilisé. Grâce à elle, on obtient rapidement une augmentation notable du nombre des globules rouges et un accroissement considérable de leur teneur en hémoglobine. Le relèvement des forces est rapide et parallèle aux modifications sanguines. L'appétit revient, on se sent un besoin d'activité, on respire mieux. Et l'on observe en quelques semaines une amélioration remarquable de l'état général. Tel, qui est monté pâle et malade, redescend superbe de santé et de vigueur. Ces effets thérapeutiques puissants et rapides sont dus aux éléments du climat : pureté, fraîcheur et surozonisation de l'air, absence de poussière, abaissement de la pression barométrique, rareté des brouillards et des vents. Un autre facteur contribue aussi à donner ces résultats, c'est la longue durée de la période d'insolation et l'intensité des radiations solaires. On sait au point de vue héliothérapique quelle importance possède la diffusion de la lumière. C'est elle qui joue le principal rôle dans la lumière du jour et qui augmente l'action thérapeutique des rayons solaires due en grande partie aux rayons ultra-violets. Ces rayons ultra-violets sont très diffusés par la couleur blanche, on voit ici

l'importance de la neige comme adjuvant à la cure. Il y aurait encore beaucoup à dire, mais intentionnellement je veux faire cet article aussi peu technique que possible, je me borne à indiquer seulement les grandes lignes.

Quels sont donc les malades justiciables de la cure d'altitude : tous les fatigués, tous les anémiques, tous les convalescents qui ne reviennent pas rapidement à leur état normal. Ceux qu'on appelle les pré-tuberculeux, ceux qui, après avoir fait des poussées aiguës, ont besoin de se remettre complètement. Enfin les anciens malades qui ont recouvré la santé feront bien, tous les hivers, de venir faire à la montagne une visite de reconnaissance. C'est dire combien est grand le nombre des gens qui bénéficieraient de l'altitude. La guerre a peuplé le monde de demi-malades, et même pour les bien portants, la vie fiévreuse des villes, la tension d'esprit que nécessitent les affaires, le surmenage physique et intellectuel rendent nécessaire un moment de détente dans un climat approprié. A tous ceux-là la montagne s'offre avec son calme imposant, la variété de ses distractions saines, l'action tonique de son air sec et frais et la puissance curative de son soleil.

Maintenant que j'ai esquissé à grands traits les effets de la cure d'altitude et ses indications, revenons à des données pratiques. Peut-on trouver en France une station bien équipée ? Cette question, je me la suis posée pendant des années et j'ai trouvé enfin la station qui m'a paru repondre aux desiderata des plus difficiles, je veux nommer Font-Romeu dans les Pyrénées-Orientales, où j'ai passé une partie de mon dernier hiver.

Bâti à 1800 mètres dans un site remarquable, l'hôtel de Font-Romeu est abrité des vents du Nord par le massif du Carlitte. Sa façade en plein midi semble se chauffer paresseusement au soleil. Et l'on trouve là -bas ce merveilleux assemblage de la neige qui permet tous les sports, de l'altitude qui réconforte, et du soleil qui donne la santé. Ce qui m'a le plus frappé, c'est un ensoleillement superbe qui fait de cette station une rivale victorieuse des plus célèbres stations suisses.

Je ne dirai rien ni du confort de l'organisation intérieure, ni des distractions offertes aux hôtes, je tiens à rester dans mon rôle de médecin. Mais ce que je ne puis passer sous silence, c'est tout le travail accompli par une société française pour mettre en valeur les Pyrénées. Il y a là un plan grandiose qui se poursuit avec méthode et persévérance. Nous ne sommes plus maintenant tributaires de l'étranger. Au moment où tous les Français ont l'impérieux devoir de concourir au relèvement de leur pays, ces efforts devaient être signalés. Ils tendent à donner à la France la place à laquelle elle a droit de par ses merveilleuses richesses naturelles et doivent être encouragés. Fervent de la montagne, j'ai tenu à ajouter ma modeste pierre à l'œuvre entreprise.

Croyez-moi, mes chers confrères, usez davantage de l'altitude. Vous serez émerveillés des résultats

obtenus et vous aurez droit à la reconnaissance de vos clients. Et vous-mêmes, pendant vos vacances, allez aussi à la montagne, allez-y l'hiver si vous le pouvez. Vous n'échapperez pas à sa magie. Pendant que ceux de la plaine pataugent dans la boue glacée, vous ferez des promenades dans la neige toute blanche, vous respirerez de l'air frais et pur, tout neuf et vous aurez l'enchantement de ce ciel toujours bleu qui a fait nommer Font-Romeu la Rivièra de la Montagne.

Dr GAIGNARD.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Cumul des pensions avec les secours d'assistance aux vieillards

16005. — M. Chaussy, député, demande à M. le ministre de l'hygiène si l'assistance aux vieillards, infirmes ou incurables, peut être refusée à un vieillard de soixante-et-onze ans, amputé d'une jambe et atteint d'une maladie chronique, sous prétexte qu'il est titulaire d'une allocation d'ascendant comme père d'un militaire tué à la guerre. (*Question du* 22 *décembre* 1922).

Réponse. — Dans l'état actuel de la législation, les pensions ou allocations attribuées par l'Etat en vertu de la loi du 31 mars 1919 aux veuves ou ascendants de militaires morts pour la France au cours de la guerre doivent entrer en ligne de compte dans le calcul des ressources dont dispose la personne admise à l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables. Les ressources entrant en décompte sont en effet limitativement énumérées par l'article 20 de la loi du 14 juillet 1905.

(*J. O.*, 10 janvier 1923.)

Elèves et préparateurs en pharmacie.

15315. — M. Bonnet, député, demande à M. le ministre de l'instruction publique, si, pour la sauvegarde de la santé publique aussi bien que pour la responsabilité du pharmacien, qui serait certain d'avoir des collaborateurs de parfaite moralité, il n'y aurait pas lieu de faire appliquer l'article 37 de l'arrêté du 25 thermidor an XI, concernant les préparateurs en pharmacie. (*Question du* 9 *novembre* 1922.)

2e *réponse.* — L'arrêté du 25 thermidor, an XI, ne vise pas, en son article 37, les aides qu'utilisent actuellement un grand nombre de pharmaciens sous le nom de « préparateurs », mais les élèves en pharmacie ou stagiaires qui poursuivent leur apprentissage professionnel en vue

du diplôme. La situation juridique des stagiaires, prévue au titre II de la loi de germinal, an XI, a été complétée ou modifiée par des règlements ultérieurs et les formalités d'inscription auxquelles ils sont soumis, et qui n'ont jamais cessé d'être en vigueur, n'ont d'autre objet et d'autre portée que d'authentifier le temps consacré par ces élèves à l'apprentissage professionnel. Quant aux autres aides que peuvent employer les pharmaciens, ils ne sont pas visés par les règlements sur l'exercice de la pharmacie. Toute question de moralité et de capacité que pourrait soulever leur présence dans une officine engage le pharmacien dont la responsabilité demeure entière quant aux conséquences qui peuvent résulter de l'emploi de ces collaborateurs dans l'exercice de leur art.

(*J. O.*, 10 janvier 1923.)

Communication des dossiers aux experts près les Tribunaux des pensions

15668. — M. Delory, député, expose à M. le ministre de la justice qu'au cours d'une instance devant le tribunal départemental des pensions, l'expert médecin désigné a besoin, pour se prononcer en toute connaissance de cause, de connaître toutes les pièces existant au dossier, que ce dossier est au greffe du tribunal des pensions de Lille, que le greffier ne veut pas se dessaisir du dossier, que l'expert doit venir le consulter au greffe, que naturellement l'expert ne se dérange pas, ce qui se comprend, étant donné qu'il ne touche de ce fait aucune vacation supplémentaire, faisant observer que ceci est au détriment de la justice, c'est-à-dire le plus souvent au détriment du mutilé, et demande au ministère s'il ne pense pas qu'il y aurait lieu d'inviter les greffiers des tribunaux des pensions à envoyer à l'expert, en même temps que le jugement le désignant, tout le dossier de l'intéressé. (*Question du* 30 *novembre* 1922.)

Réponse. — Les dossiers dont s'agit étant déposés aux greffes des tribunaux par le service de l'intendance ne pourraient être déplacés qu'avec l'autorisation de ce service. Les greffiers en ont, en effet, la responsabilité. Ma chancellerie ne saurait, dans ces conditions, inviter les greffiers à se dessaisir des dossiers. Il résulte au surplus, des renseignements fournis, que ni le président, ni le greffier du tribunal de Lille n'ont été saisis, jusqu'à ce jour, de demandes d'experts sollicitant l'autorisation de pouvoir emporter chez eux les dossiers qui les intéressent.

(*J. O.*, 10 janvier 1923.)

Vacance de direction de Bureau d'hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouvertes pour Lons-le-Saunier (station thermale).

Le traitement alloué est fixé à 600 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance, et de la prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène, 7, rue Cambacérès, leurs demandes, accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre demander à être entendus par la Commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 7 janvier 1923.)

Arrêté du 8 janvier 1923 ouvrant un concours pour des emplois de médecins des asiles d'aliénés.

Art. 1er. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le lundi 12 mars 1923, pour l'admission aux emplois de médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à douze.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7 rue Cambacérès, jusqu'au mardi 20 février inclus.

(*J. O.*, 9 janvier 1923.)

Décret du 26 décembre 1922, modifiant celui du 3 janvier 1922 relatif au recrutement des médecins des aliénés.

Art. 1er. — Les paragraphes 2 et 3 de l'article 3 du décret du 3 janvier 1922 sont supprimés.

Art. 2. — L'alinéa du paragraphe 5 de l'article 9 du décret précité, relatif à l'épreuve sur titres exigée des candidats au concours des médecins des asiles, est supprimé et remplacé par la disposition suivante :

« 5° Une épreuve sur services hospitaliers et travaux scientifiques. Le maximum des points est 20, dont 1 à 10 pour le stage comme interne pendant deux ans au moins dans un établissement public consacré au traitement des aliénés ou dans la clinique des maladies mentales d'une faculté de médecine, ou dans un asile privé ou quartier d'hospice faisant fonction d'asile public, 5 pour les titres et 5 pour les travaux scientifiques ».

Art. 3. — Les paragraphes 3, 4, et 5 de l'article 13 du décret sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Tout candidat qui n'accepte pas de poste ou qui ayant accepté un poste ne l'occupe pas effectivement est considéré comme renonçant aux droits qu'il tient du concours, à moins qu'il ne soit chef de clinique titulaire ou chef de clinique adjoint en fonctions, nommé au concours dans une faculté de l'Etat.

« Le titre de médecin des asiles ne sera acquis que par les médecins ayant exercé ces fonctions dans les asiles publics pendant une période d'un an au minimum ».

« A ces traitements s'ajoutent la jouissance des allocations en nature déterminées par le règlement de chaque asile (logement, chauffage, éclairage, etc.), ainsi qu'une indemnité éventuelle de fonction pour ceux des médecins chefs nommés en même temps directeur, indemnité qui pourra être fixée chaque année par le conseil général ».

Art. 5. — Le paragraphe 1er de l'article 17 du décret est modifié de la manière suivante :

Art. 17. — Les mesures disciplinaires applicables au personnel médical des asiles publics d'aliénés sont :

1° L'avertissement ;
2° La censure ;
3° L'ajournement pendant trois ans au plus d'une présentation à la classe supérieure ;
4° Le déplacement d'office ;
5° La rétrogradation de classe ;
6° La mise en disponibilité d'office ;
7° La radiation des cadres ;
8° La révocation.

(*J. O.*, 7 janvier 1923.)

Quarante-cinquième année, | N° 4 | 28 Janvier 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur DARTIGUES, de Paris, la somme de cent cinquante frs. pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux au* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 36. — Excell. occasion, Corre la Licorne, 1916, 8 HP., éclair. électrique, état parfait, 5.300 fr.

N° 37. — Médecin achèterait ou participerait à clinique ou maison de santé.

N° 38. — Veuve de médecin recommand. par confrère, au courant représentation, demande à représenter produits pharmaceutiques, voyagerait.

N° 39. — Médecin expérimenté reprendrait suite poste médical Côte d'Azur, banlieue de Marseille comprise, même propharmacien, ou association en vue succession, payerait comptant.

N° 40. — A vendre 9.000 fr. cause double emploi Majola, 10 HP., torpedo 2 pl., 1921, Dr Serpaggi, à Réalcamp (Seine-Inf.).

N° 41. — Urgent. Médecin actif, 40 ans, grosse expérience de la clientèle rurale ou ville, connaissant radiologie, électrologie, accouchements, voies urinaires, accepterait remplacements de longue durée en climat salubre, de préférence littoral méditerranéen, conditions ordinaires.

N° 42. — Dr 38 ans, célib. actif et sérieux, médec. génér. cherche assistance clinique, maison de santé ou remplacer confrère susceptible de céder clientèle.

N° 43. — Docteur 35 ans, reprendrait avec facilités de payement bon poste près Paris.

N° 44. — Docteur, demande jeune fille sérieuse, catholique, connaissant lingerie, 25 ans, pour s'occuper enfants 2-8 ans dans ville de Bretagne, bord de la mer.

N° 45. — Allier. à vendre Renault, 8 HP., 2 cyl., 2 pl. avec spider, excell. état de marche, essai sur toute distance.

N° 46. — Polyclinique à céder à Paris, quartier central, deux étages, grande façade, communications faciles, affaire susceptible grand développement. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

N° 47. — A céder d'urgence dans banlieue immédiate de Paris, poste faisant 40.000 fr. appartement agréable sur grande voie. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris Ve.

CORRESPONDANCE

Prorogation de bail

Le *Concours* pourrait-il me donner le renseignement suivant :

Mobilisé pendant la guerre, ai-je droit à la fin de mon bail, c'est-à-dire le 15 janvier 1924, à une prorogation de cinq années, en prévenant le propriétaire six mois à l'avance par lettre recommandée ?

Ou bien, comme certains le prétendent, aurais-je dû faire connaître mon intention trois mois après la cessation officielle des hostilités, et me trouvais-je ainsi forclos ?

Dr N.

Réponse.

Si votre bail est antérieur au 1er août 1914, vous avez droit à une prorogation, non pas comme ayant été mobilisé, mais comme exerçant votre profession dans les lieux loués, égale à la durée des hostilités, c'est-à-dire à cinq ans et 83 jours, prolongée en outre d'un délai suffisant pour achever le terme d'usage et partant de la date d'expiration du bail, c'est-à-dire du 15 janvier 1924.

Pour bénéficier de cette prorogation, vous devrez notifier votre intention au propriétaire par ministère d'huissier, trois mois au moins avant l'expiration du bail, soit, au plus tard, le 15 octobre 1923. Mais vous n'êtes pas contraint d'attendre les derniers jours de ce délai, et pouvez faire procéder de suite à la notification.

Salaire de base pour le calcul de la rente de la mère d'une victime du travail

Lecteur assidu du *Concours*, je vous serais reconnaissant de m'aider à renseigner une de mes clientes. C'est la mère d'un jeune homme qui a été tué sous le régime de la loi des accidents du travail. Le tribunal a condamné le patron à « payer une rente annuelle et viagère de 476 fr.75 basée sur un salaire de 5.570 fr. 75 réductible à 4.767 fr. 50 parce qu'il dépasse 4.500 fr. et un taux de 10 % à partir du décès de

votre fils », extrait de la lettre de l'avoué à la mère, sa cliente. Ce que je ne comprends pas dans cet arrêté c'est, outre la réduction du salaire, le mot *et* entre 4.500 fr. et un taux de 10 %. Je pensais que la mère touchait uniquement 10 % sur le salaire, *non réduit*, de l'ouvrier tué.

Dr C.

Réponse.

Il est bien exact que, pour le calcul des rentes allouées, en exécution de la loi sur les accidents du travail, que ce soit aux victimes elles-mêmes ou à leurs ayants droit, le salaire annuel de la victime n'est compté pour la totalité que jusqu'à 4.500 fr. Pour le surplus, et jusqu'à 15.000 fr., il n'est compté que pour le quart ; au delà de 15.000 fr., pour le huitième, à moins de conventions contraires élevant le chiffre de la quotité.

Par suite, la rente de la mère d'un blessé du travail victime d'un accident mortel est calculée sur le salaire entier jusqu'à 4.500 fr. et seulement pour le surplus, soit sur le 1/4 de 1.070,65 ou sur 267,66, ensemble 7.767,66.

La rente due à la mère de la victime qui n'a laissé ni conjoint ni enfant est de 10 %, soit, en l'espèce, de 776,75.

Maladies professionnelles

J'ai soigné dernièrement une jeune fille employée chez un fabricant d'instruments de musique, intoxiquée par le plomb.

Le médecin contrôleur de l'assurance du patron, l'a vue avec moi et a bien constaté la dite intoxication par le plomb.

L'assurance néanmoins a refusé de payer ma note, alléguant que la patron n'est pas assuré pour les maladies professionnelles. J'ai donc envoyé ma note à ce dernier qui m'adresse la lettre suivante : « En réponse à votre lettre du 5 janvier, j'ai l'honneur de vous faire savoir qu'après avoir pris l'avis de notre Conseil de la chambre syndicale, je ne m'estime pas soumis à la loi sur les maladies professionnelles.

Veuillez, etc. ».

Evidemment, il se trompe.

Je tiens toutefois à vous demander votre avis.

Vous serez bien aimable de m'adresser une réponse qui pourra m'aider dans le recouvrement de ma note.

Dr C.

Réponse.

Ne sont garanties par la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles que celles qui sont mentionnées aux tableaux annexés à ladite loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituel-

lement occupés aux travaux industriels également mentionnés auxdits tableaux.

Comme maladie engendrée par l'intoxication saturnine, ne sont mentionnées que les suivantes : coliques de plomb ; myalgies-arthralgies ; paralysies des extenseurs ; hystérie saturnine ; néphrite ; goutte saturnine.

Quant aux travaux industriels figurant aux tableaux, ils sont rangés sous 22 numéros et nous ne pouvons vous en donner l'énumération. Ils figurent dans notre « Agenda-Memento » de 1921, page 81.

La fabrication des instruments de musique n'est pas portée au nombre de ces travaux. Mais il est possible que cette fabrication comporte des travaux qui y sont eux-mêmes portés. Par exemple : soudure à l'aide d'alliage de plomb, étamage à l'aide d'alliage de plomb, vernissage et laquage à l'aide de produits plombifères, etc.

Si l'intoxication qu'a subie l'ouvrière dont il s'agit peut être rattachée à l'une des maladies que nous avons énumérées, il faudrait en outre savoir si c'est en travaillant d'une façon habituelle à l'un des travaux prévus par la loi, que cette intoxication s'est produite.

Si cette intoxication, au lieu de se produire lentement, s'était produite brusquement et soudainement, elle devrait être considérée comme un accident du travail, et non comme une maladie professionnelle et la Compagnie d'assurances contre les accidents aurait eu tort de la rejeter comme accident du travail.

Mais, en ce qui vous concerne, vous n'auriez, comme toujours, d'action que contre le patron de la victime, et non contre la Compagnie.

Action devant le Conseil de Préfecture

J'ai l'honneur de vous prier de me faire connaître la marche à suivre pour que soit portée devant le Conseil de préfecture une affaire de non payement de mémoires d'assistance médicale gratuite.

Dr V.

Réponse.

Le Conseil de préfecture est saisi par voie de requête à lui adressée. Cette requête, qui peut être établie sur papier libre dès lors qu'il s'agit de l'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite, doit être déposée au greffe du Conseil de préfecture. Elle peut être envoyée par lettre recommandée.

La requête est inscrite, à son arrivée, sur le registre d'ordre, qui est tenu par le secrétaire-greffier du Conseil et il en est délivré, si la partie en fait la demande, un récépissé.

Droits d'un pensionné militaire

J'ai l'honneur de solliciter de votre amabilité habituelle le renseignement suivant :

Proposé pour la mise hors cadres à la suite de blessures de guerre, avec un taux d'invalidité de 20 %, je désirerais savoir, comme médecin-major de 2e classe du 1er juillet 1918, le montant de ma pension ; ce taux d'invalidité me donne-t-il droit au demi-tarif en chemin de fer ?

Proposé par mon corps au choix pour la croix de chevalier de la Légion d'honneur, puis-je encore, si je ne le suis pas dans la prochaine promotion, concourir pour cette distinction, étant mis hors cadres.

Dr X.

Réponse.

Le montant de votre pension (20 %, médecin major de 2 cl.) est de 880 fr. par an.

Le taux de 20 % ne donne pas droit au 1/4 tarif en chemin de fer ; il faut 25 %.

La Légion d'honneur est accordée aux officiers mis hors cadres, suivant des règles spéciales, que détermine le ministre : il faut attendre les nouvelles instructions qu'il pourra donner, une fois que la promotion actuellement en préparation aura été faite.

G. F.

Application du Tarif Breton

I

Fracture de côtes

Je suis tout à fait embarrassé pour établir la note d'honoraires suivante :

Blessé V. L., *fracture de trois côtes avec embrochage du poumon* dans de telles conditions que s'est réalisé en quelques heures un *emphysème* sous-cutané tellement *monstrueux* que le *danger de mort* est *imminent*. La ligne du cou, du sommet de la tête et de l'épaule est une ligne droite, les testicules maintiennent les cuisses écartées à 45 degrés et pendent jusqu'aux genoux.

Traitement : consultation à 9 heures du soir avec le Dr D..., injections de caféine, huile camphrée répétées, oxygène, essais infructueux de réduction.

Vers minuit, transport chez moi, *radioscopie*, l'état du blessé ne permettant pas une radiographie. Impossible de l'immobiliser même quelques secondes, état d'asphyxie complète.

Il est alors pratiqué par moi et mon aide le Dr N... 4 *incisions* : 2 sus-claviculaires, 2 inguinales, *avec double drainage* ; l'air sous-cutané est en partie évacué par un *massage généralisé* pendant que la *respiration artificielle* est entretenue avec de l'*oxygène*.

Réduction de la fracture sous le contrôle de la radioscopie et contention, *respiration artificielle continuée*, transport à la maison de santé. Inutile

d'ajouter que l'emphysème n'était pas uniquement sous-cutané ; mais tous les tissus cellulaires étaient envahis, dissociant les muscles, et que *les drains évacuateurs ont dû être* insinués, un, loin sous la peau et un dans les tissus profonds, pour chaque incision.

A quelle analogie assimiler cette fracture de côtes avec embrochage du poumon dont la difficulté était extrême ?

A quelle analogie recourir pour le drainage des tissus cellulaires, qui seul a pu permettre de tenter sa réduction.

Je sais que le procédé employé par moi n'est pas classique en France, qu'une tentative de réduction sanglante, qui dans ce cas-là donne des résultats désastreux, est plus conforme aux traités classiques.

J'ai cru devoir m'inspirer de ce que j'avais vu pratiquer avec succès en Allemagne.

Dr C.

Réponse:

Encore un cas complexe, comme celui que vous me présentiez au début d'octobre dernier. Pour celui-là, je préconisais, après détails des interventions fournis au tiers payant, de donner une note d'honoraires, pour ce jour-là, *en bloc*, et, en cas de refus, de réclamer l'arbitrage. Vous pourriez faire de même aujourd'hui. Mais ici, cependant, malgré leur complexité, les interventions ne *chevauchant* plus, de même, l'une sur l'autre, peuvent être diversifiées... et par suite additionnées.

Donc, il me semble que, après détails précis donnés, vous pourriez tarifer ainsi :

A) Pour vous :

1° Réduction de fract. de côtes (A. 18)	20
2° Radioscopie du thorax (A. 26)......	60
3° 4 incisions avec drainage à 20 l'une (Art. 17)........................	80
4° Respiration artificielle prolongée (A. 16)..........................	50
5° 25 % de supplément pour intervention de nuit (Art. 8) soit : 20 + 60 + 80 + 50 = 210, dont les 25 % font	52,50
Total	262,50

B) Pour le Dr B... :

Consultation avec confrère 3 visites à 10 fr. l'une, 30 fr. (Art. 5) plus 25 %, soit 37,50.

C) Pour le Dr V..., votre aide (qui de même que le Dr D., devra envoyer sa note personnellement) :

Honoraires de l'aide 50 fr. (Art. 11) majoré de 25 % = 62,50.

En résumé :

Pour vous.................	262,50
Pour le Dr D..............	37,50
Pour le Dr V..............	62,50
Total	362,50

Dr F. DECOURT.

II

Sutures

Je me permets encore aujourd'hui de recourir à votre autorité aimable pour obtenir le renseignement suivant :

Faut-il considérer les sutures de plaies cutanées par agrafes de Michel seules, comme des sutures faites au fil ou au crin, au point de vue de leur tarification ? Et par suite, la pose d'une ou de deux agrafes doit-elle être assimilée à une suture simple ; la pose de plus de deux agrafes, à des sutures multiples ? Le tarif Breton ne spécifie pas, mais parle seulement de *points*, ce qui semblerait n'envisager que les sutures au fil ou au crin.

D[r] L.

Réponse.

Il en est de même, au point de vue tarification, de toute suture, quel que soit le mode employé : *agrafe, ou fil, ou crin.*

D[r] F. DECOURT.

III

Extraction de corps étranger

Comme mebre du « Sou médical », j'ai l'honneur de vous demander votre appréciation dans le cas suivant ;

Une blessée du travail s'est présentée chez moi, ayant eu la phalangette du pouce droit transpercée de dehors en dedans par une aiguille de machine à coudre, celle-ci étant mue électriquement. Lors de l'accident, les personnes présentes avaient retiré de la plaie des fragments d'aiguille.

Une radiographie permit de constater la présence dans l'os d'un fragment d'aiguille.

Pour extraire, je dus faire appel à un confrère ; l'intervention faite en clinique nécessita une large incision latérale interne avec rugination de la phalangette. Malgré tout, l'extraction du fragment d'aiguille fut difficile.

La Compagnie d'assurances à laquelle j'ai réclamé 300 fr. pour cette intervention me répond qu'il ne m'est dû que 20 fr. Quel est votre avis ? Dois-je réclamer 20 fr. (Arrêté ministériel du 28 juin 1921) ou 50 fr. ou 300 fr., article 28 du tarif Breton.

D[r] B.

Réponse.

On ne peut parler de « corps étranger profond » *lorsqu*'il s'agit d'un doigt.

La tarification de 300 fr. ne fut acceptée par la Commission qu'après avoir été bien spécifié qu'il s'agirait de régions difficiles à atteindre ou dangereuses, par proximité de troncs artériels, veineux ou nerveux. Vous ne pouvez donc compter que corps étranger superficiel + radio + intervention du confrère (qui devra envoyer sa note spéciale).

Voir la suite page XXXIX-319

PROPOS DU JOUR

L'orientation du Syndicalisme médical.

A mon grand regret, je n'ai pu assister à l'Assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France, appelé dans mon pays d'origine par la mort d'un de mes proches, le jour même de la réunion. Délégué du syndicat des médecins de la Seine, j'avais décliné le mandat qu'il m'avait confié. L'ordre du jour qu'avait adopté le syndicat de la Seine, en repoussant le contrat collectif, était, à mon avis, en contradiction avec l'idéal que j'ai toujours poursuivi depuis que je m'occupe de syndicalisme et avec tout le passé de ce syndicat que j'ai contribué à administrer pendant de longues années et que j'ai eu l'honneur de présider. Il n'est pas douteux que nos confrères parisiens ont été victimes d'une équivoque, car il est tout aussi difficile de comprendre l'existence du syndicalisme sans contrat collectif, que celle d'un Etat moderne, sans accords, ni traités avec les Etats voisins. Mais, bien que n'étant pas délégué, l'invitation que j'avais reçue comme journaliste médical et les fonctions que la confiance du Conseil de l'Union m'a attribuées dans diverses commissions, me permettaient d'assister en spectateur à l'Assemblée. J'exprime de nouveau le vif regret de n'avoir pu m'y rendre.

Depuis quelques années, les Assemblées de l'Union sont véritablement intéressantes. Cela tient au travail opiniâtre du Bureau et du Conseil d'administration, à la netteté, au talent d'exposition et, disons-le à l'éloquence claire et persuasive du secrétaire général, qui connaît à fond son sujet, et sait le développer au cours des discussions. Cela tient encore et surtout à la valeur et à la compétence des délégués des syndicats, qui, chose rare chez les médecins, savent écouter sans interrompre et s'imposent la discipline de supporter la contradiction. Depuis près de trente ans que j'assiste à des réunions médicales, je sais combien il est difficile de faire comprendre à des confrères que les vociférations et les hurlements ne sont pas des arguments, et qu'il est permis d'être d'avis différent sans se haïr, ni s'injurier.

Les Assemblées générales de l'Union des syndicats sont depuis quelques années des Assemblées où l'on peut discuter sagement, se laisser convaincre et s'entendre, car je dois rendre cette justice aux syndicats les moins disciplinés, c'est qu'ils ne délèguent pas ordinairement aux Assemblées de l'Union les hurluberlus qui troublent systématiquement les discussions ; d'ailleurs, ces derniers seraient-ils délégués, leurs incartades n'auraient aucun succès dans un milieu d'hommes sérieux, pondérés, et ayant conscience de l'importance de leur mission.

L'Assemblée générale de décembre 1922 pouvait donner quelques inquiétudes sur sa tenue et ses résultats. Des dissentiments plus apparents que réels, plus superficiels que profonds, paraissaient exister dans divers syndicats à propos du contrat collectif. Selon les uns, le contrat-type, élaboré par l'Union, devait être appliqué toujours et partout avec une rigueur que certains qualifiaient de tyrannique. Selon d'autres, le contrat collectif, bouc émissaire de tous les péchés d'Israël, devenait quelque chose de monstrueux, qui transformait nos syndicats médicaux en de misérables soviets et nous faisait sombrer dans le plus redoutable bolchevisme. Des flots de paroles et une mer d'encre avaient été utilisés à soutenir ces deux opinions extrémistes, aussi fâcheusement redoutables l'une que l'autre pour l'avenir de notre syndicalisme et pour notre tranquillité.

Cependant, il était facile de se rendre compte qu'un contrat-type, comme un réglement-type, n'est autre chose qu'un modèle destiné à être modifié et adapté aux milieux et aux circonstances ; que, d'autre part, l'autonomie, toujours proclamée, de chaque syndicat, permettrait de donner aux contrats toute l'élasticité que comporteraient les intérêts locaux à défendre.

Comme le faisait remarquer un délégué, un syndicat fort, et dont les membres sont étroitement unis, peut se passer de contrat et imposer toute sa volonté, ce qui du reste serait mauvais, car toute vie sociale exige le respect des intérêts d'autrui et la prise en considération de la volonté des autres. Le syndicat faible, au contraire, a absolument besoin d'user de diplomatie, de s'entendre et de contracter avec les autres collectivités s'il veut obtenir, même dans une faible

mesure, le respect de ses intérêts. Me dira-t-on par quel étrange mystère le syndicat des médecins de la Seine, qui est de tous celui qui a le plus besoin de contrats collectifs (car la demi-anarchie qui règne dans le corps médical parisien empêche toute action syndicale énergique), fut celui qui s'opposa avec le plus de vivacité à l'adoption de cette action contractuelle qui ouvre la voie à toutes les conciliations et permet toutes les collaborations et toutes les ententes ? Il y avait là, évidemment, une équivoque, une incompréhension qui fut peut-être exploitée (parfois inconsciemment) pour satisfaire des antipathies personnelles. Mais cette équivoque se dissipa facilement à la clarté de la discussion, en laissant au syndicat local toute son autonomie et une liberté qu'on n'avait jamais voulu lui retirer, puisqu'elle est la base même de l'Union.

D'ailleurs, le résultat des élections fut significatif. Le Dr Michon, de Lyon, qui contribua beaucoup, par sa sage modération, à l'entente cordiale, fut élu le premier, suivi immédiatemenr après, avec un nombre de voix très rapproché, par Bongrand, Quivy, Legras et Lafontaine, c'est à dire par tout l'état-major de l'Union, dont l'Assemblée se plut à reconnaître encore une fois les éminents services et l'énergique direction.

Les manifestations de rancunes personnelles furent condamnées avec une belle unanimité et notre syndicalisme, devenu plus fort, par le fait même de la modération, qui n'exclut ni la volonté ni l'énergie, dont ont fait preuve ceux qui continuent à le diriger, s'orientera vers la réalisation du contrat collectif, laissant à chaque groupement le soin d'organiser le contrôle et le mode de payement des honoraires, selon les désirs de ses membres et au mieux de leurs intérêts.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

OPHTALMOLOGIE

Procédé simple pour le diagnostic des paralysies des muscles de l'œil,

Par le Dr A. Bourgeois,

Ancien ophtalmologiste des hôpitaux de Reims,
Membre honoraire de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

En ces dernières années, on a fréquemment parlé des troubles de la musculature oculaire, à propos de cette singulière maladie que l'on a appelée « encéphalite léthargique », avec laquelle on croyait faire connaissance pour la première fois en 1916, mais qui présentait les plus grandes analogies avec l'épidémie italienne de 1889-1890, la *nona*.

L'épidémie française de 1918 avait tourmenté certains esprits timorés ; si bien que nombre de personnes, ayant un peu plus sommeil que d'habitude et se croyant atteintes de troubles de la vision, ont fréquenté les cabinets d'oculistes. Il était facile de s'assurer, par l'examen des yeux et par la recherche de la diplopie, qu'il s'agissait de symptômes imaginaires.

De tels faits peuvent encore se produire ; car l'encéphalite n'est pas une maladie éteinte. Faire exactement et rapidement le diagnostic de la diplopie, ou de sa non existence, présente donc grande importance.

D'autant plus que l'on a signalé aussi des cas de paralysies oculaires ayant persisté après l'encéphalite et se produisant même ensuite d'une façon intermittente.

Je n'ai pas à rappeler ici toutes les autres maladies dans lesquelles peuvent se rencontrer les paralysies des muscles de l'œil : syphilis, tabes, hystérie, diabète, diphtérie, intoxications diverses (alimentaires, par le plomb, par l'alcool, etc.), et les traumatismes crâniens. La connaissance de l'étiologie importe surtout pour le traitement ; mais encore faut-il savoir s'assurer de l'existence de la paralysie oculaire. Si parfois le diagnostic peut être établi facilement par la déviation accentuée du globe oculaire (et encore ne faudrait-il pas confondre avec le strabisme non paralytique, dans lequel la diplopie n'existe pas), le plus sou-

vent il n'y a que de la parésie ; le malade se plaint d'être gêné, sans pouvoir toujours se rendre compte de la cause de cette gêne. Ce n'est qu'en lui fermant un œil qu'il arrive à voir sans trouble.

On peut donc avoir fréquemment l'occasion de rechercher si un malade a réellement de la diplopie. Il est utile par suite d'avoir à sa disposition un procédé de diagnostic facile et précis.

Celui que je vais exposer est pour ainsi dire automatique. C'est le procédé classique du verre rouge, placé devant un œil. Il suffit d'enregistrer le résultat de l'examen du malade, puis de se reporter au tableau joint à ce travail pour connaître immédiatement le muscle paralysé.

J'ai décrit cette méthode en 1895, dans un volume actuellement épuisé, qui a été, publié chez Doin, et qui était accompagné de figures représentant la position des images doubles dans tous les cas. Mon tableau a, je crois, rendu quelques services. Il a été reproduit par les professeurs du Val-de-Grâce Chavasse et Toubert, dans leur *Traité des maladies des yeux, des oreilles, etc., dans leurs rapports avec le service militaire* (Doin, 1903), et par Sauvineau dans le tome VII de l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie* (Doin, 1908).

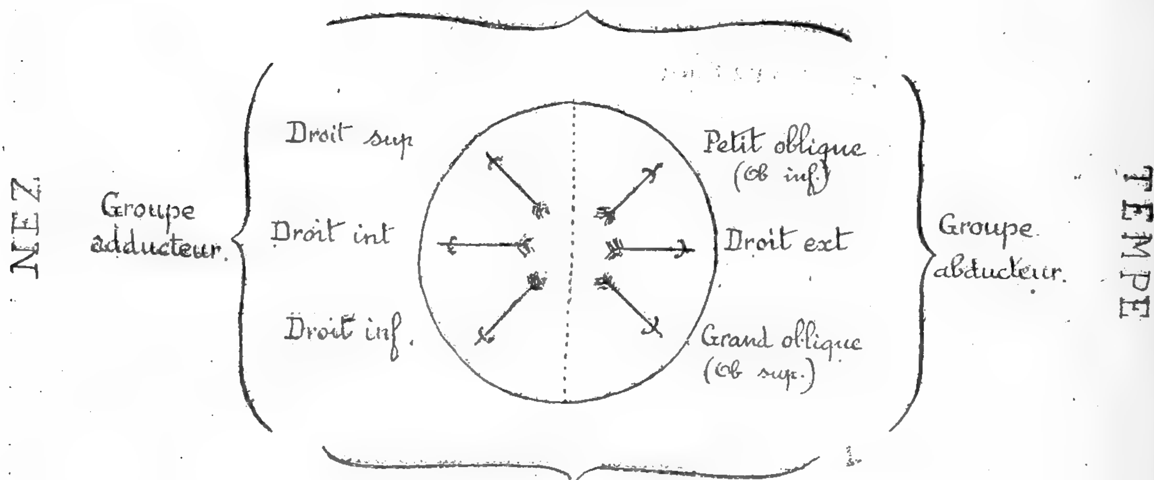
Avant d'indiquer la manière de procéder, je crois utile de rappeler les directions dans lesquelles l'œil est actionné par ses muscles moteurs. C'est ce dont rend bien compte le schéma, ci-joint, emprunté au travail de Sauvineau qui vient d'être cité.

Lorsqu'un muscle est paralysé, le muscle antagoniste attire l'œil de son côté, et dans une position qui est juste l'inverse de celle du muscle dont le fonctionnement est vicié.

Le trouble de la vision se produit en général très rapidement et même subitement. Il importe de le diagnostiquer le plus vite possible : car la guérison pourra être d'autant plus rapide que le traitement aura été commencé plus tôt.

Pour examiner le malade, on se place dans une chambre obscure ; il n'est pas nécessaire qu'elle soit entièrement sombre. Le patient est assis face à l'observateur. On lui recommande de tenir la tête bien immobile et de ne faire accomplir des mouvements qu'à ses yeux dans le sens qui lui sera indiqué. On lui donne à tenir avec une main une plaque de verre rouge, non pas celle, trop petite, qui est dans la boite de verres d'essai des oculistes, mais une plaque ayant au moins 15 centimètres de long sur 5 centimètres de large. L'un des longs bords est maintenu appliqué contre le nez, la plaque restant parallèle à l'œil, mais non collé contre lui, de façon que les cils ne frottent pas. Le choix de l'œil est tout à fait indifférent, puisqu'on ne connaît pas encore celui qui est atteint, et que le tableau ci-joint renseigne, quel que soit l'œil regardant derrière le verre rouge. Mais il vaut mieux disposer le verre devant l'œil le meilleur, si l'examiné accuse une différence de vision entre les deux : ce dont on aura pu s'assurer au préalable.

Avec la main qui est restée libre, le malade



est invité à faire voir du doigt l'endroit où il aperçoit la lumière simple qu'on lui montre, ou bien la lumière dédoublée. On lui demande aussi quelle distance il apprécie approximativement entre les deux images ; cette mesure servira dans les examens suivants pour constater les progrès accomplis vers la guérison.

L'observateur, de son côté, se tient debout à trois mètres, face à l'examiné, avec une bougie allumée, qu'il présentera dans six positions différentes. Il la fait voir d'abord de face ; il la porte ensuite, en étendant le bras, (un mètre environ) sur sa droite, puis à la même distance sur sa gauche, au même niveau. Il l'élèvera après cela au-dessus de sa tête, puis la portera à sa droite à la même hauteur, et ensuite à sa gauche. Il la dépose enfin sur le plancher, pour la promener à sa droite, puis à sa gauche. Dans ces six positions de la bougie, que le malade suit des yeux, mais sans bouger la tête, l'observateur fait désigner avec précision au malade la place occupée soit par la lumière vue seule, soit par la flamme rouge et par la flamme blanche. Lorsque la lumière est vue simple, elle paraît souvent de teinte rosée.

L'observateur enregistre exactement les indications données par le malade ; il peut même le faire par écrit. Il n'a plus alors qu'à se reporter au tableau ci-joint, qui lui donne immédiatement le nom du muscle paralysé.

Prenons un exemple : le verre rouge a été placé devant l'œil droit de l'examiné. On note que les images sont homonymes, c'est-à-dire la rouge du côté droit du malade, la blanche de son côté gauche. Elles sont superposées, dans le regard en bas ; l'image blanche est plus basse que l'image rouge. C'est le muscle oblique supérieur gauche (IVe paire) qui est atteint.

Je dois faire ici une courte digression. On a remarqué que je place à droite du malade ce qu'il voit à sa droite, et à sa gauche ce qu'il voit à sa gauche. Tous les oculistes ne sont pas d'accord sur cette notation ; mais elle a pour elle une bonne majorité. Je l'ai adoptée également pour la mesure du champ visuel, et j'ai fait une motion dans ce sens au Congrès d'ophtalmologie de 1910. Mon travail a été publié dans les *Bulletins de la Société française d'ophtalmologie*, et dans les *Archives d'ophtalmologie* (août 1910). J'ai reçu de nombreux témoignages d'approbation. Les graphiques, qui ont été édités par la maison Wulfing-Luër, sont imprimés selon mes indications.

Il est en effet beaucoup plus simple et plus rationnel de laisser à droite ce qui répond à la droite du patient, et à gauche ce qui répond à sa gauche. On a là pour ainsi dire la représentation fidèle du malade que l'on a devant soi à chaque observation, puisqu'il se placera toujours dans la même position que celle où il a été examiné la première fois. Il ne peut, de cette façon, y avoir aucune confusion.

Pour les ordonnances de lunettes, la même règle est à conseiller, puisqu'on indique alors nettement l'œil droit et l'œil gauche dans la situation où les verres sont placés sur le nez de l'intéressé.

Je reviens à mon sujet. On ne rencontrera pas toujours la paralysie d'un muscle isolé. Ainsi tout le groupe des muscles innervés par le moteur oculaire commun (IIIe paire) peut être atteint ; s'il y a en même temps chute complète de la paupière supérieure par ptosis paralytique, il n'y a pas de diplopie ; pour la faire apparaître, il faut relever la paupière supérieure avec le doigt. La diplopie que l'on constate alors (comme aussi en cas de ptosis partiel) est la même que celle de la paralysie du droit interne, l'action de ce muscle étant prédominante (l'œil est en strabisme divergent).

Les deux muscles innervés réciproquement par la IVe et par la VIe paire se comportent chacun pour leur propre compte en cas de paralysie à droite et à gauche.

Il peut y avoir parfois des paralysies multiples à un œil (ophtalmoplégies), ou du même muscle des deux yeux (paralysie des deux droits externes), ou encore des paralysies des mouvements associés. Ces cas, plus compliqués, sont en général du ressort de la neuro-pathologie.

En résumé, ce sont les cas simples, et surtout les parésies qui se rencontrent le plus souvent, Lorsqu'on a fait le diagnostic, il faut au plus tôt soulager le malade. Je ne m'étendrai pas sur le traitement, ne l'ayant pas mis dans mon programme.

Je dirai seulement qu'il faut tout d'abord supprimer la diplopie. Pour cela, on prescrit des lunettes avec des verres forme coquille, de teinte fumée faible (n° 2 ou n° 3) ; derrière un des verres on colle un papier foncé, pour masquer complètement la vision d'un œil, et particulièrement celle de l'œil le moins bon. Si le malade portait déjà des lunettes, on obturera de la même façon que précédemment l'un des verres. Les lunettes ainsi agencées doivent être portées constamment, jusqu'à guérison complète.

Il ne faut pas mettre de bandeau, qui peut comprimer l'œil d'une façon désagréable et d'ailleurs entrave ses mouvements, qu'on a au contraire intérêt à faciliter.

On ne doit jamais, devant le malade, prononcer le mot « paralysie ». Il se croirait atteint d'une lésion du nerf optique et menacé de cécité. Il vaut mieux expliquer qu'il s'agit d'une fatigue momentanée d'un des muscles de l'œil, devant disparaître en peu de temps avec le traitement. Et, en effet, les neuf dixièmes des malades guérissent ; l'autre dixième est plus tenace et parfois incurable. Le traitement général de la

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE LA RECHERCHE DE LA DIPLOPIE.

Verre	Images	Position	Regard	Observation	Muscle paralysé.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images homonymes.	Au même niveau, parallèles..		Ecartement maximum du côté droit	— Droit externe droit.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images homonymes.	Au même niveau, parallèles..		Ecartement maximum du côté gauche	— Droit externe gauche.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images homonymes.	Superposées.	Dans le regard en bas	Image rouge plus basse et inclinée en dedans..............	— Oblique supérieur droit.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images homonymes.	Superposées.	Dans le regard en bas	Image blanche plus basse et inclinée en dedans............	— Oblique supérieur gauche.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images homonymes.	Superposées.	Dans le regard en haut....	Image rouge plus élevée et inclinée en dehors..............	— Oblique inférieur droit.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images homonymes.	Superposées.	Dans le regard en haut....	Image blanche plus élevée et inclinée en dehors............	— Oblique inférieur gauche.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images croisées.	Au même niveau, parallèles..		Ecartement maximum du côté gauche	— Droit interne droit.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images croisées.	Au même niveau, parallèles..		Ecartement maximum du côté droit	— Droit interne gauche.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images croisées.	Superposées.	Dans le regard en bas.....	Image rouge plus basse et inclinée en dedans..............	— Droit inférieur droit.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images croisées.	Superposées.	Dans le regard en bas.....	Image blanche plus basse et inclinée en dedans............	— Droit inférieur gauche.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images croisées.	Superposées.	Dans le regard en haut	Image rouge plus élevée et inclinée en dehors..............	— Droit supérieur droit.
Verre rouge devant l'œil droit.	Images croisées.	Superposées.	Dans le regard en haut	Image blanche plus élevée et inclinée en dehors............	— Droit supérieur gauche.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images homonymes.	Au même niveau, parallèles..		Ecartement maximum du côté droit	— Droit externe droit.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images homonymes.	Au même niveau, parallèles..		Ecartement maximum du côté gauche	— Droit externe gauche.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images homonymes.	Superposées.	Dans le regard en bas.....	Image blanche plus basse et inclinée en dedans	— Oblique supérieur droit.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images homonymes.	Superposées.	Dans le regard en bas.....	Image rouge plus basse et inclinée en dedans..............	— Oblique supérieur gauche.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images homonymes.	Superposées.	Dans le regard en haut....	Image blanche plus élevée et inclinée en dehors............	— Oblique inférieur droit.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images homonymes.	Superposées.	Dans le regard en haut....	Image rouge plus élevée et inclinée en dehors..............	— Oblique inférieur gauche.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images croisées.	Au même niveau, parallèles..		Ecartement maximum du côté gauche	— Droit interne droit.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images croisées.	Au même niveau, parallèles..		Ecartement maximum du côté droit	— Droit interne gauche.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images croisées.	Superposées.	Dans le regard en bas.....	Image blanche plus basse et inclinée en dedans............	— Droit inférieur droit.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images croisées.	Superposées.	Dans le regard en bas.....	Image rouge plus basse et inclinée en dedans............	— Droit inférieur gauche.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images croisées.	Superposées.	Dans le regard en haut....	Image blanche plus élevée et inclinée en dehors............	— Droit supérieur droit.
Verre rouge devant l'œil gauche	Images croisées.	Superposées.	Dans le regard en haut....	Image rouge plus élevée et inclinée en dehors..............	— Droit supérieur gauche.

Nota. — Les termes « droit » et « gauche » s'appliquent à la droite et à la gauche du malade.

cause doit toujours être entrepris ; il n'y a pas à insister.

Localement, l'électrothérapie donne des résultats excellents et rapides. Seuls les courants continus seront utilisés. mais avec prudence. On n'oubliera pas, en effet, leur action sur la paralysie faciale, dans laquelle, employés sans règles précises, ils peuvent amener des contractures.

Avec les indications précédentes, beaucoup de malades peuvent être soulagés très vite, si l'on examine de suite, selon les règles simples qui ont été données, tous ceux qui se plaignent de voir « trouble », alors que bien souvent ils voient « double ».

Je donnerai pour terminer la relation sommaire d'un cas que j'ai eu à soigner il y a peu de temps. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, que je connaissais depuis son enfance, et sa famille depuis fort longtemps. Je savais donc qu'elle avait des yeux excellents et une santé parfaite, sans aucun antécédent spécial. Au mois de juillet dernier, elle vint un jour me trouver, très effrayée parce que depuis deux jours elle voyait trouble. Elle n'avait pas essayé de ne regarder qu'avec un œil ; et déjà cette expérience démontra que la vision de chaque œil, l'un d'eux étant fermé, restait normale. Il n'y avait pas de déviation apparente ; mais l'examen au verre rouge révèla une diplopie homonyme, avec signes certains de parésie du droit externe droit : écart de dix centimètres entre les images. Le traitement fut appliqué de suite et huit jours après la guérison était complète.

L'étiologie de cette parésie ne paraissait pas autre qu'une fatigue considérable résultant d'un très long voyage de pèlerinage, avec nuits blanches. On était au mois de juillet ; l'action du froid ne pouvait être invoquée, à supposer que l'on admette des paralysies oculaires *a friqore.* Je croirais plus volontiers à une légère intoxication alimentaire, provenant d'une alimentation défectueuse pendant ce long voyage, intoxicafion dont le surmenage a pu favoriser la localisation.

Des cas semblables ne sont pas très rares. En y pensant, on arrivera aisément à les reconnaître et à faciliter leur guérison.

GYNÉCOLOGIE

Hôpital Broca : M. le Professeur J.-L. Faure

Cancer de l'utérus : radium ou opération ?

Les affections les plus graves ne sont pas toujours celles qui se traduisent par les marques extérieures les plus frappantes, du moins pendant un certain temps. Voici une malade venue consulter pour des pertes, pertes blanches, quelquefois colorées en brun sale, qu'elle a depuis environ six mois. Regardez cette femme. Son facies est rose et elle déclare qu'elle se porte parfaitement bien, hormis ses pertes. Elle n'a pas maigri, d'ailleurs, ou très modérément.

L'examen génital montre un col ulcéré, infiltré, irrégulier, le corps utérin étant mobile et, autant qu'on en puisse juger, non atteint. Le diagnostic est simple : c'est un cancer du col.

Il ne faut pas s'étonner si, en matière de cancer de l'utérus, nous ne sommes pas très fréquemment appelés à opérer dans les premières phases. Il convient d'abord que l'éducation des médecins soit faite — et aujourd'hui, heureusement, tout le monde est d'accord sur l'importance d'agir contre le cancer utérin — mais aussi et surtout qu'il en soit de même de l'éducation des malades. Ainsi, la patiente actuelle, dont le cancer a débuté il y a environ six mois, s'est décidée à consulter son médecin ces jours derniers seulement. Il importerait d'apprendre aux femmes à s'inquiéter dès que survient un symptôme anormal, même sans douleur.

La douleur est l'élément qui guide trop exclusivement les patients. Alors que nous voyons des malades atteintes de salpingite et qui souffrent beaucoup, réclamer instamment et sans délai une opération qui n'est pas toujours indispensable, d'autres, parce qu'elles ne souffrent pas ou à peine, laissent se développer pendant des mois des cancers utérins, sans demander conseil.

Mon chef de clinique, M. Douay, va vous dessiner au tableau le schéma de la lésion constatée ici : c'est un gros col, évasé, offrant des masses végétantes en choux-fleur qui poussent dans le vagin, sans infiltration profonde et avec liberté des culs-de-sac.

Le cas en question se présente dans des conditions apparemment bonnes au point de vue opératoire. L'utérus est mobile, les culs-de-sac indemnes et la lésion s'étale dans le vagin. Les mauvais cas offrent plus d'obscurité, Ils ne s'extériorisent que peu et ont, au premier abord, un plus grand air d'innocuité. Le col s'y montre un peu dur, l'utérus plus ou moins fixé ; il y a un suintement, sanguinolent ou non. A l'opération, on tombe sur une infiltration qui remonte dans l'utérus, s'étend en profondeur, et aussi en largeur. Cette diffusion, que l'on peut soupçonner en clinique lorsque l'on constate une

Laboratoires G. GRÉMY

14, Rue de Clichy, PARIS (9e)

Téléph. : Central 22-62. — Adresse télégr. : Imunigrémi PARIS

Traitement des Métrites et Salpingites par la Vaccinothérapie

Les résultats thérapeutiques obtenus dans le traitement des Métrites et Salpingites par les Vaccins sont nettement favorables à la méthode.

1° Le traitement des salpingites par les *vaccins* a été tenté avec succès en France par Nicolle et Blaizot, Cruveilhier, Bar et Lequeux, Gaujoux et Suquet, Siredey, Chaurand, Küss.

Dernièrement, le professeur agrégé Cotte et Creyssel (1) ont repris cette question.

Dans les annexites chroniques avec poussées récidivantes, la vaccinothérapie permet de « réduire rapidement au silence les poussées aiguës si fréquentes au cours de leur évolution ». C'est une méthode palliative, qui permet de refroidir la suppuration et facilite l'acte chirurgical ultérieur.

Dans les salpingites aiguës de première invasion, la cessation de la douleur est tellement immédiate, que l'on peut se demander « si à l'injection du vaccin on n'a pas joint une piqûre de morphine ».

Les phénomènes inflammatoires s'éteignent, la suppuration refroidit, mais sans disparaître. Tels sont les résultats rapportés par Cotte et Creyssel, d'après 25 observations.

Dans 14 de ces cas, l'Immunizol Grémy n° 41 a été injecté.

2° *Dans les métrites*, la vaccinothérapie donne d'excellents résultats :

Dans la métrite aiguë gonococcique, le vaccin provoque la sédation de la douleur, diminue l'écoulement, abrège la maladie.

Dans la métrite aiguë puerpérale, les résultats obtenus par la vaccinothérapie sont identiques.

Dans les métrites chroniques gonococciques ou puerpérales sans ulcérations du col, la vaccinothérapie diminue les douleurs et l'écoulement.

Tous ces résultats sont obtenus par l'*Immunizol* Grémy n° 41 « Métrite, Salpingite », qui renferme du gonocoque, du colibacille, de l'entérocoque, du staphylocoque, du streptocoque, tous germes habituels de ces affections.

Prescrire *Immunizol* Grémy n° 41, « Métrite, Salpingite » en *ampoules* (vaccination sous-cutanée) ou en *comprimés* (vaccination par voie buccale).

Cette dernière méthode peut s'associer à la vaccination sous-cutanée, soit pour renforcer ses effets, soit pour en continuer l'action.

FRIALINE Grémy

contre les douleurs salpingiennes et utérines des règles : en suppositoire.

Adjuvant des pansements gynécologiques, dont il supprime les douleurs.

PHYSÉINE Grémy

extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

Elle est indiquée dans l'inertie utérine, dans le travail ralenti, dans les hémorragies après la délivrance.

THIONHYDROL Grémy

en ovules pour pansements gynécologiques.

(1) Cotte et Creyssel. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie des annexites. *Lyon Chirurgical*, janvier-février, n° 1, 1922, pp. 11 à 33.

certaine immobilité de l'utérus, donne au cancer une gravité particulière et rend l'opération à la fois plus dangereuse et incertaine.

La néoplasie de la malade actuelle paraît limitée au col. Les culs-de-sac sont souples, l'isthme non touché, le corps utérin mobile. Malgré la nature de la tumeur, il s'agit d'un cas relativement favorable, où l'opération ne sera pas trop compliquée, et qui doit guérir d'une manière générale, et rester guéri avec 80 pour 100 de chances de cure définitive.

Qu'allons-nous faire. Opérer ? Recourir au radium ?

Dans une lésion de ce genre, l'opération permettra en toute probabilité une exérèse totale du mal. J'estime que par l'ablation chirurgicale, nous avons quatre chances sur cinq de guérir radicalement la malade. Avec le radium, ces chances de cure complète s'abaissent notablement, jusqu'à un pour cent peut-être. Telle est du moins mon opinion, qui n'est pas encore celle, il est vrai, de tout le monde.

On a dit : « Il faut faire du radium à tous les cancers du col ». Nous en avons fait, dans des cas plus ou moins avancés. A la vérité, l'amélioration est constante. Elle est telle que l'on croit à la guérison. Puis, sournoisement, après quelques mois, un an, un an et demi, on assiste à une reprise. Trois ou quatre mois après la cure radiothérapique, la malade paraît en très bon état, transformée, superbe. Vers le sixième mois, je suppose, la récidive commence. Un nouveau traitement radiothérapique n'a plus déjà le même effet. Il y a de la rectite, des troubles vésicaux. Si l'on fait une troisième application de radium, les résultats sont moins bons encore. Lorsque le cancer est bien localisé, l'amélioration est de plus longue durée et c'est seulement au bout d'un an, ou un an et demi, que l'on revoit la malade en état de récidive.

Mon impression nette est que, dans les cas de cette catégorie, la chirurgie rend plus de services que le radium. Plus nous allons, plus nous voyons ces récidives post-radiothérapiques. Loin de moi la pensée de diminuer la valeur du radium. Dans les cancers inopérables de l'utérus, son action reste admirable. Il les améliore tous, pour un certain temps. C'est déjà quelque chose pour une malade d'aller mieux et de se croire guérie pendant six mois, pendant un an, et plus, d'une maladie aussi redoutable. Quelquefois même, cette situation favorable se prolonge plusieurs années : j'en possède un exemple qui remonte à neuf années.

Mais, il s'agit là d'exemples unitaires, exceptionnels, dont la proportion n'excède probablement pas un pour cent. Or, pour les bons cas chirurgicaux — celui de notre malade entre autres — l'opération guérit quatre fois sur cinq.

S'il en est ainsi, pourquoi discute-t-on? C'est que, d'une part, le radium ne fait courir aucun risque immédiat et qu'il y a la mortalité opératoire. C'est que, d'autre part et surtout, lorsque l'opération n'est pas conduite comme elle doit l'être, elle ne donne pas tous ses effets. Mieux vaut certes alors le radium qu'une intervention opératoire imparfaite, avec ses risques. Toute la question est là. Si les chirurgiens qui donnent la préférence à la radiumthérapie s'astreignaient à adopter la technique qui convient, ils changeraient certainement d'avis.

En résumé, les cancers de l'utérus comprennent, au point de vue thérapeutique, deux groupes de cas. Les uns sont de bons cas, permettant une exérèse complète et simple : ils doivent être opérés. Les autres sont inopérables et relèvent du radium, dont on ne saurait trop alors — mais alors seulement — louer les mérites.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Digitale

La plupart des auteurs prescrivent des doses moyennes de digitale, et quelques uns même, considérant la digitale comme très-dangereuse, n'osent ordonner que des doses faibles. Ainsi, M. Ch. Fiessinger (1) ne prescrit qu'exceptionnellement une dose quotidienne supérieure à 1/10 de milligramme de digitaline cristallisée, dose qu'il juge suffisante pour tous les usages, et qui est *grosso modo* équivalente à 15 à 20 gouttes de teinture de digitale à 1/10. Il n'est pas douteux que ses écrits ont inspiré à beaucoup de médecins praticiens une véritable terreur des doses moyennes ou fortes de digitale.

L'un de nous s'est élevé à maintes reprises contre le chiffre fatidique d'un milligramme de digitaline cristallisée, que beaucoup de médecins n'osent dépasser en plusieurs jours, mais il admet qu'il est prudent de considérer ce chiffre comme une dose quotidienne maxima (1). Il a

(1) Traitement des maladies du cœur et de l'aorte. Paris 1914, édit. Maloine, et *Journ. des praticiens, passim.*

(1) C. Lian. — *L'Hôpital*, janvier 1920-A. Article cœur *in* Traité Sergent, Paris, 1922, Maloine, édit. ; *Année médicale pratique*, 1re année, 1922, Maloine, édit.

insisté sur l'intérêt qu'il y a, dans l'asystolie de la fibrillation auriculaire, et dans les asystolies à répétition, à instituer une médication digitalique intensive et prolongée, qu'on pousse s'il y a lieu jusqu'à la saturation digitalique indiquée par le ralentissement du pouls entre 70 et 60. Nous prescrivons des doses décroissantes : par exemple, comme dose quotidienne d'abord 4/10 milligr., puis 2/10 milligr., enfin 1/10 milligr., de façon à atteindre ainsi 1 milligr. et demi à 2 milligr. et demi en 1 à 2 semaines. Bien entendu, le malade est surveillé chaque jour. Dès que l'effet désiré est obtenu (méthode opportuniste), ou dès que la saturation est réalisée (ralentissement du pouls vers 70, ou nausées, diarrhée) la médication digitalique est arrêtée. Nous la suspendons 4 à 5 jours, et la recommençons aux mêmes doses ou à une dose moindre.

Cette pratique est analogue à celle de J. Mackenzie (1) qui critique la méthode des petites doses. Il ordonne le plus souvent la teinture de digitale «à la dose de 15 à 20 gouttes 3 fois par jour, elle produit habituellement de l'effet au bout de 3 à 5 jours ». Il recommande de « donner des doses de digitale assez fortes pour produire une réaction physiologique, telle que nausée, diarrhée ou ralentissement du cœur ». Une fois ce résultat obtenu, il cesse la digitale 48 heures, et la reprend à des doses moindres pour entretenir le bon effet obtenu.

Intéressant est le fait rapporté par MM. Gallavardin et Bocca (2) d'une intoxication massive par la digitaline : un homme de 28 ans ayant tenté de se suicider en obsorbant un flacon de digitaline cristallisée Nativelle. Après des vomissements incessants survenus une heure après, il y eut une phase de pouls lent arythmique ; le rythme redevint normal en quatre jours. A retenir dans ce cas les bons effets des injections de sulfate d'atropine contre le pouls lent et le pouls bigéminé digitalique (2 à 3 injections sous-cutanées quotidiennes d'un milligr.). Cette observation tend plutôt à montrer que la toxicité de la digitaline cristallisée est moindre qu'on était tenté de le croire.

Enfin, il y a lieu de mentionner que tout récemment M. Mollard (1) s'est élevé contre les doses faibles de digitale (1/10 milligr. de digitaline cristallisée), dont il a « constaté maintes fois l'inefficacité », et il en rapporte un exemple typique.

En somme *il n'y a pas une dose digitalique à tout faire. Celle-ci doit être proportionnée à chaque cas particulier*, et il faut retenir, comme nous l'avons déjà écrit, qu'à côté des 3 doses classiques : dose maxima un seul jour, ou dose moyenne pendant 5 jours, ou dose faible pendant 10 jours, il y a place pour la médication digitalique intensive et prolongée, poussée au besoin jusqu'à la saturation (doses décroissantes : fortes, puis moyennes, puis faibles).

C. Lian et Barrieu

(1) In Les maladies du cœur.

(2) *Journ. de méd. de Lyon*, 5 janvier 1922.

(1) *Extrait de l'*« Année médicale pratique», 2e *année, à paraître en février* 1923, *livre annuel publié sous la direction de* C. Lian, *et exposant en* 300 *articles courts, classés par ordre alphabétique, les acquisitions pratiques de l'année (médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités, questions professionnelles).*

Les lecteurs et abonnés du « Concours » *bénéficieront, en souscrivant, d'une remise de* 25 % *sur le prix de l'ouvrage qui n'atteindra pas* 20 *fr. Prière d'adresser directement son adhésion au D*r Siguret, 21, *rue Baudin, Paris IX*e.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La cacosmie.

Il s'agit de sujets qui sont poursuivis d'une façon constante par une mauvaise odeur (cuir ou caoutchouc brûlé, fumier, matières fécales, putréfaction), qu'ils rapportent à eux-mêmes ou à leur ambiance. Selon M. Feldstein, la cacosmie est objective ou subjective.

L'objective trouve sa cause dans les organes qui sont sur le trajet de l'air expiré : fosses nasales (rhinite chronique, ozène, corps étrangers anciens), sinus maxillaire (empyème), cavum, amygdales ; cavité buccale (gingivite, pyorrhée alvéolo-dentaire, carie dentaire) ; voies respiratoires (laryngites, suppurations broncho-pulmonaires, bronchite fétide.)

En pareil cas, la cause étant dépistée, il faut s'attaquer à elle pour la supprimer, en en supprimant en même temps l'effet.

La cacosmie subjective relève tantôt d'une véritable hallucination de l'odorat, tantôt d'une perversion du sens olfactif. L'anosmie peut accompagner la cacosmie, déterminant un état analogue à l'anesthésie douloureuse des nerfs sensitifs. Cette affection s'observe chez les neurasthéniques, les tabétiques, certains aliénés,

(1) *Ibidem* 20 septembre 1921.

au cours de la grossesse, de l'allaitement, de la ménopause, de certaines intoxications (cocaïne, antipyrine).

Toute cause organique de la cacosmie étant éliminée, on cherchera à masquer la mauvaise lodeur par des lavages nasaux odorants (eau salonée), thymolée, goménolée, eucalyptolée, benzoïnée, ou par des pulvérisations d'huile de vaseline parfumée, ou encore par des prises de la poudre suivante :

Menthol	0,25
Poudre de rac. d'iris...	āā 10 gr.
Sucre de lait..........	

La cure proprement dite de l'affection est difficile à réaliser. L'auteur conseille d'essayer la galvanisation intra-nasale, le massage vibratoire, les douches d'air. Les hallucinations olfactives échappent à l'action du rhinologiste. (*Journ. des Prat.*, 25 novembre 1922).

L'hémorragie dans le curetage post-abortum.

Le curetage post-abortum est une intervention qui n'est pas hors de la portée du praticien. Or, en dehors du suintement sanguin qui accompagne habituellement le râclage de la muqueuse utérine, il est des cas que signale notre excellent collaborateur CADENAT, dans lesquels on se trouve aux prises avec une hémorragie en jet susceptible de devenir inquiétante. La première chose à faire consiste à vider très rapidement l'utérus des débris qu'il renferme. Il revient alors sur lui-même et l'hémorragie s'arrête ordinairement. Si elle persiste, la manœuvre efficace réside dans la compression de l'aorte abdominale sur la colonne vertébrale. A défaut d'aide qui exerce cette compression, on utilisera un tube de caoutchouc enroulé plusieurs fois autour de la taille de la malade jusqu'à lui donner l'aspect de la taille de guêpe. L'utérus vidé, on pourra recourir à l'ergotine pour achever l'hémostase. La manœuvre est inoffensive en raison du temps très court qu'elle dure. (*L'Hôpital*, 22 1922 (B).

Traitement du rhumatisme blennorragique.

Il ressortit à plusieurs méthodes que M. MOULONGUET expose successivement. C'est d'abord la massothérapie, insuffisante dans la plupart des cas, mais qui peut rendre des services en complément d'autres procédés, et quand elle est opportunément pratiquée. Les boues radio-actives de Dax, de Saint-Amand, les eaux d'Aix-les-Bains, de Bourbon-l'Archambault, de Bourbon-Lancy, agissent dans les formes chroniques, déformantes. Le mésothorium, le radium, en injections, auraient donné des résultats appréciables entre les mains de Carnot, Guillaume, Chevrier. La disparition de la douleur, favorable à la mobilisation précoce, est presque immédiate.

Le traitement chirurgical par arthrotomie suivie de suture et de mobilisation a ses partisans. Les résultats sont souvent bons, mais les succès inconstants.

Le traitement spécifique, par les vaccins et les sérums, est assez en faveur. La vaccinothérapie, avec des auto-vaccins de préparation délicate ou des stocks-vaccins, trouve ses indications dans les formes polyarticulaires plutôt que dans les hydarthroses.

Certains auteurs préconisent l'auto-sérothérapie, par réinjection du liquide d'épanchement ; elle leur aurait donné de nombreuses guérisons.

La sérothérapie utilise la voie sous-cutanée ou l'injection intra-articulaire, qui ressemble comme mécanisme et procédé à l'injection intra-rachidienne dans la méningite cérébro-spinale. Cette méthode peut donner des accidents généraux (choc) ou locaux. Des succès ont été enregistrés. J'en ai publié un cas personnel dans le *Concours médical.*

En résumé, l'auteur conseille, dans les formes polyarticulaires aiguës, le traitement spécifique par vaccins et sérums. Dans les formes polyarticulaires chroniques, par contre, ce traitement échoue, et les corps radio-actifs sont plus particulièrement indiqués. Dans les formes monoarticulaires, l'arthrotomie est assez en faveur. La sérothérapie locale donne aussi de beaux résultats, comme aussi dans la péri-arthrite pseudophlegmoneuse. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 18 novembre 1922).

Le diagnostic de l'appendicite chronique.

Revue très complète et très instructive de M. ANTOINE, comportant le diagnostic positif et le diagnostic différentiel, pour l'établissement desquels la clinique s'aidera heureusement de l'hématologie et de la radioscopie. Retenons les conclusions de l'auteur, qui précisent parfaitement sa pensée et sa doctrine :

« L'appendicite chronique ne résume donc pas à elle seule toute la pathologie de la fosse iliaque droite et le diagnostic de cette affection constitue un des chapitres les plus complexes de la pathologie abdominale. La constatation d'un simple point douloureux (du bout de l'index) au niveau de la région de Mac Burney ne doit pas permettre à lui seul d'affirmer l'existence d'une inflammation de l'appendice, et faire conseiller *ipso facto* à ces malades une opération tellement bénigne et si peu mutilante, qu'elle est acceptée avec empressement. Avec le professeur Lejars, avec Leven, et d'autres encore, nous ne saurions trop nous élever contre pareille ligne de conduite.

« D'ailleurs, l'ablation pure et simple de l'appendice (indispensable en cas d'appendicite chro-

nique) n'amène pas la guérison de tous les malades. C'est que bien souvent, il ne s'agit pas d'appendicite, ou bien des lésions plus complexes coexistent (syndromes douloureux du cæco-ascendant, lithiase biliaire, etc.) avec elle. Enfin, il peut s'agir aussi de fausses appendicites nerveuses et l'opération est encore ici inutile, et souvent même nuisible.

« Seule l'étude complète et prolongée de chaque malade, si simple que paraisse le cas, est indispensable pour tous ; la radioscopie correctement pratiquée et un examen hématologique viendront souvent infirmer ou confirmer l'examen clinique, et l'intervention chirurgicale nécessaire dans certains cas ne sera conseillée qu'à bon escient ». (*Gaz. des hôp.*, 25 novembre 1922).

Traitement de la kératite ulcéreuse à pneumocoques.

C'est une affection fréquente, caractérisée essentiellement par un ulcère de la cornée, un hypopion dans la chambre antérieure, et une dacryocystite. Elle est grave, et mal ou insuffisamment soignée, elle aboutit à la cécité et même à la panophtalmie. M. Pacalin en décrit minutieusement le traitement, tel qu'il le prescrit et l'emploie, avec d'excellents résultats.

On commencera par traiter la dacryocystite par l'ouverture, le curetage et la désinfection du sac lacrymal, d'où part habituellement l'infection dont le pneumocoque est l'agent pathogène fréquent.

Cette intervention préalable et nécessaire étant pratiquée, on fera un grand lavage chaud avec la solution isotonique d'oxycyanure de mercure à 1 p. 5.000 selon la formule :

Oxycyanure de mercure...	0,20
Chlorure de sodium.......	14
Eau distillée............	1000

Ensuite, on saupoudre l'ulcère cornéen préalablement anesthésié à la cocaïne-adrénaline, avec de la dionine. Dix minutes après, quand le flux sécrétoire est terminé, on assèche l'ulcère avec un tampon flambé et on le cautérise avec de la teinture d'iode fraîche à 5 %. On instille deux gouttes de collyre à l'atropine et on applique pendant une demi-heure, sur l'œil, des compresses aussi chaudes qu'on peut les supporter, imbibées de solution oxycyanurée à 1 /5000. Ensuite, on introduit entre les paupières un peu de pommade à l'optochine, selon la formule suivante :

Bleu de méthylène	0,25
Optochine (éthylhydrocupréine)	0,50
Lanoline	5 gr.
Vaseline...............	20 gr.

Pansement occlusif, et injection dans les muscles fessiers de 5 cmc. de lait.

Les compresses chaudes, appliquées pendant une demi-heure, sont renouvelées e deux à quatre fois dans la journée ; leur application est précédée d'une instillation de trois gouttes de collyre à la dionine-atropine, et suivie d'une introduction de pommade à l'optochine.

Le médecin fait une fois par jour un grand lavage suivi d'un saupoudrage à la dionine et d'une cautérisation à la teinture d'iode, comme précédemment. Les injections de lait sont renouvelées tous les 3, 2 et même un jour, selon la gravité du cas : il faut obtenir un accès de fièvre franc.

Les injections sous-conjonctivales seront réservées aux cas très graves. (*Presse méd.*, 22 novembre 1922).

La transfusion sanguine.

M. Bourret a imaginé un dispositif instrumental qui permet de pratiquer facilement une transfusion sanguine, sans redouter l'arrêt de l'écoulement du sang du donneur par coagulation prématurée.

Ce dispositif consiste en une aiguille de calibre suffisant pour comporter, dans sa paroi supérieure, un petit canal relié avec un support fixé à l'union de son tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, et destiné à recevoir la seringue contenant la solution citratée. De telle sorte que cette solution se mêle goutte-à-goutte au sang au moment précis où il pénètre dans la lumière de l'aiguille, le petit canal latéral venant s'ouvrir au plafond de l'extrémité piquante de l'aiguille.

A l'autre extrémité se trouve un embout olivaire permettant la fixation d'un tube de caoutchouc. Enfin, un protège-pointe amovible peut s'adapter à l'extrémité piquante de l'aiguille, pour la préserver en temps d'inutilisation, et aussi, pour faciliter sa pénétration dans la veine, aplatie généralement, du donneur.

La veine du donneur étant ponctionnée après que le débit de la solution citratée a été réglé par une opportune pression sur le piston, la quantité de sang nécessaire est retirée et recueillie dans un récipient (bock, ampoule, entonnoir). Puis, ce récipient est relié à l'extrémité postérieure de l'aiguille, avec laquelle on a pénétré dans la veine du récepteur dénudée et ouverte au bistouri. Le sang s'écoule. On évitera toute pénétration d'air dans la veine avant aussi bien qu'après l'injection. On liera enfin la veine au-dessus et au-dessous de l'orifice de sa ponction. Toute l'instrumentation aura été, cela va sans dire, stérilisée par ébullition dans l'eau citratée ou dans le sérum physiologique, puis relavée à la solution citratée. (*Gaz. des hôp.*, 23 novembre 1922).

Frédéric Tourneux.

De la notice biographique consacrée par M. Argaud à Frédéric Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de Toulouse, père de notre collaborateur et ami, J.-P. Tourneux récemment décédé, nous extrayons le passage suggestif suivant :

« Cette phrase immuable : « Je ne sais pas », revenait à ses lèvres en fidèle réflexe, toutes les fois qu'on le questionnait, même sur ses propres travaux ; et, presque aussitôt, comme si les faits cherchaient, sans tarder, à démentir ses paroles, les démonstrations succédaient aux démonstrations en faisceau très dense, et les préparations microscopiques achevaient de graver, dans l'esprit, le renseignement demandé. Il tenait ainsi l'auditeur sous le charme de sa parole persuasive, promenant sa longue silhouette voûtée par l'étude et mâchonnant, au coin de la bouche, une éternelle pipe qui, dans l'ardeur du discours, s'éteignait rythmiquement.

« Tourneux pensait avec Huxley, qu'il n'existe pas de qualités spécialement inhérentes à la science et n'admettait, par conséquent pas, l'adjonction de l'épithète : scientifique, aux mots de probité et de méthode qu'elle aurait amoindris. L'examen critique le plus étroit, appliqué à tous les actes de sa vie, étouffait, en lui, les parti-pris injustes qui germent si volontiers dans le cœur des hommes. Il repoussait l'intolérance à quelque sujet qu'elle s'attachât, au nom du droit de la raison qu'elle viole et de la liberté de la pensée qu'elle étreint. Et c'est ainsi que, chez lui, la raison prenant la place de la routine facile et de l'intérêt égoïste, dans la direction de ses actes, sa vive intelligence délaissait la polémique des doctrines, l'enthousiasme des apologies scientifiques et les mesquines jalousies d'écoles.

« Cette façon d'être, austère et rigide qui, chez tant d'autres, eût rendu la personnalité un peu ennuyeuse, laissait, chez lui, toute souplesse au caractère, car, au-dessus de toutes ses brillantes qualités intellectuelles, dominaient une bonté et une bienveillance extrêmes qui faisaient adorer ce savant : le père Tourneux, comme l'appelaient ses élèves ». (*Toulouse médical*, 15 novembre 1922). G. D.

Les Sociétés Savantes

Emotivité anxieuse et spasme respiratoire.

(MM. de Massary et Walser. — *Académie de médecine* ; 2-1-1923.)

La constitution anxieuse, bien décrite par Dupré, présente un tableau clinique varié. Dans ce tableau, dominent souvent un groupe de symptômes, ou un symptôme, pas toujours le même, d'ailleurs. C'est ainsi que la sensation d'oppression, de dyspnée *sine materia*, est des plus communes chez ces malades.

MM. de Massary et Walser décrivent une forme monosymptomatique de l'émotivité anxieuse de Dupré, dans laquelle la gêne respiratoire est le phénomène principal. Les sujets en question se plaignent d'une difficulté respiratoire portant aussi bien sur l'inspiration que sur l'expiration. Les troubles sont moindres pendant le sommeil et quand on parvient à distraire l'attention du patient. Des malaises, d'ordre vagotonique, accompagnent assez habituellement la sensation dyspnéique (hyperchlorhydrie, arythmie respiratoire, palpitations).

Les auteurs rattachent ces accidents à un état spasmodique respiratoire, lié à la vagotonie habituelle. Au point de vue thérapeutique, l'emploi de l'atropine est indiqué et donne de bons résultats.

Radiothérapie dans la rétraction de l'aponévrose palmaire.

(MM. Peugniez et Joly. — *Académie de médecine* ; 2-1-1923.)

La rétraction de l'aponévrose palmaire est une affection pénible et souvent rebelle aux interventions chirurgicales. Depuis quelque temps, on a dirigé contre elle les précieuses ressources de la radiothérapie.

L'an dernier, notre ami Specklin, de Mulhouse, et Staber, ont publié une observation de rétraction des aponévroses palmaires et plantaires qu'ils ont soumises à la radio et à la radiumthérapie. Ils ont obtenu une sédation complète des douleurs associées et une disparition de la rétraction dans trois des foyers, le quatrième foyer ayant été amélioré seulement.

MM. Peugniez et Joly relatent aujourd'hui un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire auquel ils ont appliqué la cure radiothérapique pénétrante. Ces auteurs déclarent qu'ils n'ont jamais obtenu de la chirurgie, dans cette affection, des effets aussi satisfaisants et ils estiment qu'il y a là une tentative à renouveler.

La chute de la base de la langue obstacle à la respiration naso-pharyngienne.

(M. Pierre Robin. — *Académie de médecine* ; 2-1-1923.)

M. Pierre Robin signale un état particulier de la base de la langue, qu'il décrit sous le nom de *glossoptose*, et qu'il range dans les causes possibles de gêne de la respiration naso-pharyngienne.

La chute en question de la base linguale, en venant appuyer sur l'épiglotte et fermer partiellement l'ouverture supérieure du larynx, constituerait un

obstacle intéressant à connaitre au passage de l'air dans le canal pharyngo-laryngé. L'auteur attribue cet état — dont il ne fixe pas la fréquence — à une dysmorphie du maxillaire inférieur, qui se trouve ramené en arrière, donnant extérieurement l'apparence du menton fuyant.

Le diagnostic différentiel de la gêne respiratoire par glossoptose et de la gêne par sténose naso-pharyngienne (obstructions nasales, adénoïdes, hypertrophie des amygdales) s'établirait, en dehors des signes rhino-pharyngiens, par la petite manœuvre suivante : dire au malade de joindre les lèvres et de projeter en avant et en haut son maxillaire inférieur, de telle sorte que les incisives inférieures s'avancent au-devant des supérieures. Cette manœuvre, qui corrige la glossoptose, rétablit la respiration lorsque la chute linguale est la seule cause de la gêne respiratoire.

La glossoptose se traite, chez l'enfant (dès l'âge de 3 ans) par des appareils de correction ramenant le maxillaire en avant, et chez l'adulte par des interventions opératoires.

Le diagnostic de la maladie d'Addison.

(M. A. Sézary. — *Société médicale des hôpitaux* ; 1-12-1922.)

A propos d'une observation de MM. Jean et C. Oddo, M. Sézary présente quelques remarques sur le diagnostic de la maladie d'Addison.

Les grands symptômes de la maladie d'Addison sont, on le sait, la mélanodermie, l'hypotension artérielle, l'asthénie, et la ligne blanche surrénale de Sergent. Aucun de ces symptômes n'est, à la vérité caractéristique, et leur ensemble n'est pas non plus suffisamment démonstratif. M. Sézary pense que l'on pourrait trouver un indice plus satisfaisant dans l'asthénie, à la condition d'analyser ce symptôme.

Il semble bien qu'il existe deux types d'asthénie, l'une d'origine nerveuse (l'asthénie des neurasthéniques), qui ne s'accompagne pas de fatigabilité musculaire exagérée (une influence psychique l'améliore), l'autre (asthénie surrénale, myasthénie d'Erb) qui comporte, à l'épreuve dynamométrique, une exagération de la fatigabilité musculaire. L'étude poursuivie de ce phénomène permettra peut-être d'apporter plus de précision dans le diagnostic de la maladie d'Addison.

A propos de la contagiosité de la coqueluche.

(MM. Barbier et Renard. —*Soc. médicale des hôpitaux* ; 1-12-1922.)

M. Barbier estime que c'est surtout pendant la période catarrhale que les coquelucheux sont contagieux et que, durant la période convulsive, le danger qu'ils représentent s'atténue dès la première semaine, pour devenir incertain ou douteux après la troisième. Il en résulterait que la quarantaine imposée aux coquelucheux par les règlements scolaires est exagérée.

Par contre, ajoute M. Barbier, on ne se préoccupe pas — à tort — des frères et sœurs des malades, ayant une toux catarrhale, et qui, à ce moment font courir des risques de contagion. L'auteur a ainsi décelé chez le frère d'un coquelucheux avéré, atteint de toux simple, des bacilles de Bordet-Gengou, nombreux à la culture, alors que le petit coquelucheux lui-même n'en présentait pas. Le sujet non isolé était contagionnant, et l'isolé ne l'était pas. Il faut savoir qu'il y a des semeurs de bacilles de la coqueluche qui n'ont pas de quintes.

L'auteur arrive à cette conclusion : dans une famille où sévit la coqueluche, ce n'est pas toujours le malade qui est dangereux ; ce sont souvent ses frères et sœurs, qui toussent sans avoir de quintes. Au point de vue scolaire, on pourrait à la rigueur laisser les coquelucheux rentrer en classe, comme on le fait au Danemark, au bout de quatre semaines, mais on devrait prohiber l'admission des frères et sœurs qui offrent une toux simplement catarrhale. Se rappeler aussi qu'il est des formes frustes de coqueluche, dans lesquelles les quintes ne se montrent pas et qui sont infectantes néanmoins.

— M. Weill-Hallé est également d'avis que les délais d'éviction imposés aux enfants atteints de coqueluche dans les écoles sont sujets à révision. Il est inutile d'éliminer un coquelucheux au-delà d'un mois après sa dernière quinte. Trois semaines, toutefois, sont insuffisantes.

— M. Debré montre que l'on peut faire facilement le diagnostic précoce de la coqueluche par la recherche du bacille de Bordet-Gengou. La recherche de la déviation du complément est, de même, une technique précoce pour ce diagnostic.

Plagiocéphalie chez les nourrissons.

(M. Variot. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 1-12-1922.)

Les anthropologistes ont donné le nom de plagiocéphalie à une déformation du crâne dans laquelle, d'un côté, la région pariéto-occipitale est déprimée et la bosse frontale saillante. Le grand axe antéropostérieur du crâne s'incline vers la droite ou vers la gauche suivant le sens de la déformation.

Un certain nombre de nourrissons sont atteints de plagiocéphalie. Comme l'a montré M. Guéniot, dans le premier âge, cet état morbide est dû généralement au décubitus unilatéral habituel et à l'action de la pesanteur sur les os du crâne qui se laissent déprimer. Etudiant la question dans le service de M. Boissard, M. Eschbach a établi, d'autre part, que l'on pouvait produire la plagiocéphalie expérimentalement, en couchant les nouveau-nés toujours sur le même côté.

Cette pathogénie s'applique-t-elle à tous les cas de plagiocéphalie des nourrissons ? M. Variot ne le

pense pas. L'auteur présente quatre nourrissons offrant une variété peu commune de plagiocéphalie, en rapport avec une hypertonicité de certains muscles cervicaux. La tête offre ici une rotation du côté de la déformation crânienne, avec mouvements libres néanmoins, et sans raideur. M. Variot propose pour ces cas, qui diffèrent de la plagiocéphalie ordinaire, le nom de myotonie cervicale des nourrissons avec plagiocéphalie. Le mécanisme de la myotomie et les muscles intéressés constituent des points encore obscurs. Avec la croissance, les phénomènes musculaires cessent, mais la déformation osseuse persiste.

La plagiocéphalie avec asymétrie faciale et écartement de l'oreille préoccupe les mères. Il serait important de rechercher un moyen de combattre cette hypertonicité musculaire et ses conséquences chez les nourrissons.

Arthropathie syphilitique avec vitiligo.

(MM. Brouardel, Giroux et Lory. — *Soc. méd. des hôp* ; 1-12-1922.)

M. Brouardel présente un malade dont l'histoire soulève une fois de plus la question du rôle étiologique de la syphilis dans l'éclosion de certains rhumatismes chroniques.

Il s'agit d'un homme de 57 ans atteint depuis plusieurs années d'arthropathies tibio-tarsiennes et vertébrales. Les articulations sont augmentées de volume, globuleuses. Les déformations portent principalement sur le squelette, comme le montre la radiographie. Il existe en outre un vitiligo disséminé sur différentes parties du corps.

S'appuyant sur le vitiligo, et les antécédents douteux, M. Brouardel fit rechercher le Wassermann, qui se montra positif. Un traitement spécifique (injections de cyanure), associé à la thyroïdine, amena une amélioration rapide et progressive du patient.

Infantilisme cardiaque.

(MM. G. Oddo et Girbal. — *Soc. méd. des hôp* ; 1-12-1922.)

M. Oddo relate une observation d'infantilisme coexistant avec des lésions mitrales apparues dès la plus tendre enfance. Ce cas appelle à nouveau l'attention sur les relations possibles de l'infantilisme et des lésions cardiaques et sur les faits décrits par Gilbert et Rathery sous le nom de nanisme mitral.

L'histoire des troubles dystrophiques d'origine cardiaque est loin d'être élucidée. On tend actuellement à mettre ces troubles sous la dépendance d'altérations des glandes endocrines. M. Oddo pense qu'il ne faudrait pas être trop catégorique à ce point de vue.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Néoplasme du sinus maxillaire Traitement opératoire et radiothérapique.

MM. Arcelin et Gignoux présentent l'observation d'un homme de 55 ans porteur d'un gros gonflement au niveau de la paroi antérieure du sinus maxillaire gauche, avec obstruction de la fosse nasale, fistule purulente au niveau de la gencive. Intervention : ouverture du sinus par la fosse canine ; parois antérieure et externe remplacées par une épaisse membrane bourgeonnante d'aspect néoplasique ; curettage aussi complet que possible de ces bourgeons : l'examen histologique a montré qu'il s'agitsait d'épithélioma spinocellulaire. Un traitement radiothérapique a donné des résultats excellents : disparition du gonflement de la joue et de la suppuration ,les tissus sont souples, il n'y a plus trace d'infiltration.

Névralgie sous-occipitale ancienne soulagée par la radiothérapie.

MM. Laroyenne et Japiot présentent une malade atteinte de névralgie sous-occipitale bilatérale remontant à *douze ans* et n'ayant jamais été soulagée de façon durable. Un petit nombre d'irradiations avec doses faibles de rayons filtrés a amené une guérison qui se maintient depuis cinq mois. L'ancienneté d'une névralgie a donc peu d'influence sur la radiosensibilité.

Tumeur du médiastin considérablement améliorée par la radiothérapie.

M. Fayard présente l'observation d'un homme de 35 ans : dyspnée considérable, circulation collatérale intense, état général précaire ; radioscopie et radiographie décelant une tumeur énorme du médiastin. Une première séance de radiothérapie intensive amène une diminution de moitié de la tumeur, la disparition de la dyspnée, une amélioration de l'état général. Deux autres séances ont encore accentué ce résultat.

Caverne silencieuse.

M. Fayard présente la radiographie instantanée de poumons décelant nettement la présence d'une caverne du volume d'une grosse amande ne donnant pas de signes à l'auscultation.

Bubon guéri par la lactothérapie.

M. L.-M. Bonnet présente un malade entré dans son service pour un bubon de l'aine d'origine chancrelleuse, fluctuant, rouge et bon à inciser. On ne fait cependant aucun traitement local, mais une injection sous-cutanée de 5 cmc. de lait. Deux jours et demi après, la douleur a disparu, le bubon a diminué de volume. Deuxième injection de 7 cmc : la fluctuation disparaît après une troisième injection de 7 cmc., le malade sort guéri.

Néoplasme du larynx.

M. Sargnon présente, au nom de M. le professeur Bérard et au sien, un malade opéré en octobre 1920 d'un néoplasme de la corde vocale gauche avec résection de la fausse corde gauche et de la moitié antérieure, envahie, de la corde droite après laryngo-fissure sous anesthésie locale, radium et radiothérapie. Guérison qui se maintient depuis cette époque. MM. Sargnon et Bérard ont six autres observations de guérisons constatées depuis plusieurs années avec deux fois des apparences de récidive ayant guéri par la radiothérapie.

Tuberculose annexielle.

MM. Patel et Ricard présentent une pièce provenant d'une intervention : tuberculose annexielle bilatérale, avec hydrosalpinx droit, abcès froid tubaire typique, à gauche. L'intérêt de cette observation réside dans l'âge de la malade (47 ans), la rareté de la coexistence de ces deux lésions, à la difficulté du diagnostic : on avait pensé à un néoplasme utérin.

Fibrome de 11 kilos extirpé par myomectomie.

MM. Delore et Dunet présentent un énorme fibrome pesant 11 kilos, qui fut enlevé par une myomectomie et non par hystérectomie ; la tumeur était en effet développée en plein tissu utérin et il suffit pour l'extirper de suivre un plan de clivage qui permit de conserver une grande partie de l'utérus. Il existait en même temps dans la cavité utérine un polype sous-muqueux et dans un des ligaments larges un kyste dermoïde du volume d'un poing.

Cathétérisme endoscopique dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre.

M. Phélip relate une observation montrant l'intérêt de ce mode de cathétérisme dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre. Il permet, en effet, l'introduction d'un cathéter filiforme, puis de bougies, dans des cas de sténoses infranchissables. L'auteur utilise un appareil qu'il a fait construire : cystoscope à vision directe et à irrigation d'eau.

Injections de lait dans le traitement de la furonculose.

M. L.-M. Bonnet relate deux observation de furonculose guérie par des injections sous-cutanées de lait. Dans le premier de ces cas, la furonculose existait depuis quatre mois quand le traitement a été appliqué. On fit dans ce cas deux injections, dans l'autre trois injections de 5 cmc. de lait.

Intoxication par les vapeurs d'aniline.

M. Pallasse présente un homme de 42 ans qui s'est intoxiqué en respirant des vapeurs d'huile d'aniline employée pour débarrasser son lit de punaises. Cette intoxication est rare. Cliniquement, c'est le type des poisons méthémoglobinisants. Les symptômes consistèrent en : teinte ardoisée des téguments, refroidissement, torpeur et engourdissement. Traitement : huile camphrée et inhalations d'oxygène. Guérison. A noter que les droguistes n'ont pas le droit de vendre de l'huile d'aniline.

Société médicale des hôpitaux.

Dilatation des bronches et gangrène pulmonaire.

MM. Mouriquand, J. Barbier et Mlle Schoen présentent un poumon atteint de dilatation des bronches avec gangrène pulmonaire, chez une enfant de 6 ans. Début de pneumonie franche, puis hémoptysie, température irrégulière, aggravation rapide de l'état général, haleine fétide. Autopsie : poumon entouré d'une coque épaisse ; dilatations des bronches, lésions intenses de gangrène dans le lobe supérieur, pas de bacille de Koch dans le pus. Comme étiologie, on peut penser à la tuberculose, qui est cependant rarement en cause dans les bronchectasies de l'enfant, ou à la syphilis. D'ailleurs, l'association tuberculose-syphilis n'est pas rare chez l'enfant.

Paralysie diphtérique. Bacilles dans les centres nerveux et les racines des nerfs crâniens.

MM. Bouchut et P. Durand relatent l'observation d'un malade mort de paralysie diphtérique consécutive à une angine méconnue. L'autopsie montra les lésions habituelles du système nerveux et en outre, la présence de bacilles dans les centres nerveux, décelés soit, ce qui avait déjà été fait, par l'examen bactériologique, soit par l'examen direct de coupes de la protubérance, ce qui constitue l'originalité de cette observation. Le bacille n'avait jamais non plus été systématiquement recherché dans les racines des nerfs crâniens ; MM. Bouchut et Durand les ont trouvés dans les seules racines des nerfs qui vont aux muqueuses nasale et pharyngée ou qui en viennent, ce qui permet de supposer que les bacilles diphtériques remontent de la gorge et du nez le long des nerfs olfactifs et des nerfs du pharynx pour gagner le lobe frontal et les centres bulbo-protubérantiels.

Purpura hémorrhagique aigu mortel secondaire à un érysipèle de la face.

MM. Dumas et Bouvier relatent l'observation d'un malade mort après avoir présenté un syndrome classique de purpura hémorrhagique : taches purpuriques, ecchymoses, hémorrhagies gingivales et intestinales, œdèmes, arthralgies, stigmates sanguins classiques. L'intérêt de ce cas réside dans son étiologie : apparition au cours d'un érysipèle *récidivant* de la face.

Syndrome adiposo-génital avec élargissement de la selle turcique.

MM. Mouriquand et Barbier présentent un enfant de 11 ans qui est un beau type de syndrome adiposo-génital avec développement presque nul des organes génitaux, lignes thoraciques et abdominales efféminées, gros développement du tissu adipeux. Radiographie : élargissement de la selle turcique. A l'auscultation artérielle, absence de tons artériels cinglants (état hyposympathicotonique). Après traitement opothérapique pluriglandulaire, ces tons sont apparus, plus forts même que normalement. Il y aurait donc dans l'auscultation artérielle un moyen de dépister les tout premiers accidents d'hyperthyroïdisation thérapeutique.

Héméralopie chez un gastro-entéritique soumis à un régime carencé.

MM. Rollet et Mouriquand. — Malade atteint depuis plusieurs années d'entérite chronique banale et soumis depuis 1 an 1/2 à un régime où les pâtes, le riz, les légumes secs prédominent, avec quelques œufs et un peu de viande, et d'où sont exclus les fruits et les légumes verts. Ce malade présente une héméralopie très nette, sans qu'on trouve, pour l'expliquer, d'autre cause que le genre d'alimentation.

Blépharospasme lié à un bacille pseudo-diphtérique.

MM. Weill, Dufourt et Gaudon rapportent l'observation d'une enfant de 2 ans, présentant un coryza bilatéral avec salivation, et du blépharospasme. On pense à la diphtérie, et l'examen bactériologique des sécrétions lacrymale et nasale montre l'existence de bacilles longs et courts, gardant le Gram, qui furent reconnus être des bacilles pseudo-diphtériques. L'injection de 15 cmc. de sérum antidiphtérique amène dès le lendemain une disparition presque complète de la photophobie. Quatre injections de 20 cmc. sont faites ultérieurement : amélioration progressive du coryza et de la salivation, en même temps que diminution constante des bacilles dans les cultures.

Granulie pulmonaire consécutive à une tuberculose surrénale latente. Nombreux pneumocoques dans les crachats.

MM. ROUBIER et CHARLEUX relatent l'observation d'un malade de 29 de ans, entré à l'hôpital avec une température de 39°, de la dyspnée, de la toux, des crachats mousseux aérés, dans lesquels on ne trouve pas de bacilles de Koch, mais de *très nombreux pneumocoques* ; à l'examen, râles crépitants fins inspiratoires sans souffle, dans l'aisselle gauche. Radioscopie : zone voilée dans le 1/3 moyen du poumon gauche. Diagnostic : congestion œdémateuse diffuse de nature pneumococcique. L'état s'aggrave rapidement, les signes physiques s'étendent, et le malade succombe quinze jours environ après son entrée . Autopsie : *granulie pulmonaire* ; surrénale gauche transformée tout entière en masse caséeuse ; surrénale droite : nombreux tubercules. M. Roubier admet que dans ce cas pneumococcie et granulie ont marché de pair, ce qui est assez rare, alors que la présence du pneumocoque dans la tuberculose ulcéro-caséeuse commune ou dans la pneumonie caséeuse est assez commune.

Tension du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse.

MM. MOURIQUAND et BARBIER. — *L'hypertension* du liquide céphalo-rachidien est, en général, un bon signe de méningite tuberculeuse (Mouriquand). Il n'en est cependant pas toujours ainsi,et les auteurs relatent une observation de méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie où la tension du liquide céphalo-rachidien était normale, sauf à la période ultime. A noter que, à cette période, l'enfant présentait du cheyne-stokeset que l'on put constater, pendant les périodes d'apnée, une augmentation de la tension, qui diminuait aussitôt que reprenaient les inspirations.

Note sur six cas de poliomyélite épidémique.

M. LECLERC relate l'histoire d'une petite épidémie de poliomélyite observée à Charolles (Saône-et-Loire) et dans les environs. A ce propos, l'auteur souligne le polymorphisme de l'affection, les six cas observés ayant présenté une évolution très différente : type abortif tout à fait fruste, forme accompagnée de phénomènes hétéroclites, en l'espèce ictère, enfin forme méningée ayant fait penser à la méningite cérébro-spinale.

Syndrome pseudo-acromégalique.

M. FONTANEL présente un sujet atteint de déformations des mains (mains « en battoir ») avec augmentation de volume des os des avant-bras et des jambes, hyperkératose et hyperhydrose palmaire et plantaire. Selle turcique plutôt petite à la radiographie. En l'absence de tout trouble endocrinien, l'auteur pense qu'il ne s'agit pas d'un véritable syndrome hypophysaire.

Le citrate de soude dans les états congestifs.

M. Jean LÉPINE a employé plus de deux cents fois le citrate de soude dans les états pléthoriques et congestifs : gros mangeurs, femmes arthritiques migraineuses à règles difficiles, femmes à la ménopause sujettes à des bouffées congestives, uricémiques à symptômes neurasthéniques, enfin artérioscléreux confirmés. Dans tous les cas, l'auteur a obtenu des résultats intéressants : augmentation des règles chez les femmes, disparition des phénomènes douloureux, impression de dégagement de la tête et de soulagement du travail du cœur. Ondonnera le citrate de soude à la dose de 2 à 6 grammes par jour, aux repas. Interrompre au bout de 15 jours et reprendre après un délai égal. Faire prendre avec une paille des solutions assez fortement diluées ; faire faire, immédiatement après le repas, un rinçage de la bouche avec une eau alcaline (pour éviter la décalcification des dents).

L'hémoclasie digestive dans la tuberculose pulmonaire.

MM. PIÉRY et PAPADOPOULOS ont soumis 60 tuberculeux à l'épreuve de l'hémoclasie digestive (absorption à jeun de 200 gr. de lait cru ; mesure de la tension artérielle et numération des leucocytes avant et après), dans le but d'apprécier la fréquence de l'*insuffisance protéopexique* du foie, c'est-à-dire le pouvoir de fixation ou de transformation de la cellule hépatique envers les substances protéiques de l'alimentation dans la tuberculose pulmonaire. La réaction s'est montrée positive (diminution du nombre des leucocytes et chute de la pression artérielle) dans 36 cas. L'insuffisance protéopexique du foie s'est ainsi révélée surtout dans les poussées évolutives de la tuberculose. Par contre, il ne semble pas que cette insuffisance ait un rapport aussi direct avec la gravité de la forme clinique.

Coup de chaleur dans une crèche.

MM. E. WEILL, D. DUFAURT et LAPINÉ ont observé, à la crèche de la clinique infantile de la Charité, au cours de la vague de chaleur qui a sévi du 20 au 27 mai 1922, un syndrome souvent inquiétant, parfois mortel et qui n'est autre que le coup de chaleur. La symptomatologie se borne à peu près uniquement à la fièvre qui monte rapidement à 40° ou plus ; elle s'accompagne d'agitation, de cris et d'insomnie. Les autopsies, dans les cas mortels, n'ont rien montré, sauf un degré léger de congestion diffuse des poumons. Traitement : bains à 37°, progressivement refroidis à 35° ou 33° suivant le mode de réaction des sujets. Les auteurs considèrent comme désirable qu'il existe, en vue du traitement de semblables accidents, dans les services d'enfants, une salle spéciale à atmosphère refroidie au moyen d'appareils frigorifiques.

Recherches sur les diastases tissulaires.

M. F. MAIGNON expose le résultat de ses recherches sur les propriétés thérapeutiques des « diastases tissulaires » d'organes sains. Ces produits, extraits des différents organes, s'administrent par voie sous-cutanée ou par ingestion. Ceux extraits des organes à sécrétion interne agiraient mieux que les produits opothérapiques ordinaires et sans effets toxiques ou hyperfonctionnels. Les diastases hépatiques, rénales, cardiaques, ont donné à l'auteur des résultats encourageants, et ceux-ci ont été surtout remarquables avec les diastases pulmonaires.

Le pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant.

MM. PÉHU, CARDIER et BONAFÉ. — Le pneumothorax artificiel a chez l'enfant des indications beaucoup plus rares que chez l'adulte, en raison de la rareté des formes unilatérales au-dessous de 10 ans, de la fréquence des formes broncho-pneumoniques et des manifestations abdominales concomitantes. On a aussi, plus souvent que chez l'adulte, de la symphyse pleurale ou des adhérences méconnues. Le refoulement du médiastin est un grand obstacle technique. Enfin la compression vide avec une brusquerie excessive le contenu des cavernes

A. CHABANON.

La Thérapeutique

RACHITISME ET VITAMINES

Par le Dr GUILLEMARD.

Médecin-adjoint du Dispensaire antituberculeux de Dijon.

L'étiologie et la pathogénie du rachitisme sont toujours très controversées. Aux théories anciennes : hérédo-syphilis (PARROT), alimentation vicieuse déterminant des troubles digestifs s'opposant à l'assimilation calcique (PETIT, MARFAN), est venue s'ajouter plus récemment la notion de carence en vitamines où certains auteurs, MELLAMBY notamment, ont cru voir la cause efficiente de cette affection du premier âge. Cette conception avait pour elle le contrôle expérimental, MELLAMBY ayant réussi à créer du rachitisme chez de jeunes chiens, en les privant du facteur liposoluble. Ainsi pourrait-on s'expliquer l'influence favorable si souvent constatée de l'huile de foie de morue, très riche comme l'on sait, en liposoluble. SHERMANN et MAC COLLUM expérimentant sur le rat, ont pu par un contrôle radioscopique minutieux, déceler chez cet animal des lésions rachitiques se manifestant dès sa soumission à une diète carencée, puis régressant dès le retour au régime normal. Ces expériences ont été reprises en France par quelques expérimentateurs, et notamment par LIEUX (1). Récemment aussi, dans ce centre très actif de recherches physiologiques qu'est devenu Baltimore, un groupe d'expérimentateurs américains, s'appuyant sur de nombreux examens microscopiques des tissus osseux d'animaux d'expérience, ont fait une critique très serrée des conceptions premières de MELLAMBY et HOPKINS. De ces dernières recherches nous retiendrons seulement que la déficience simultanée de l'élément liposoluble et du phosphore constitue la condition optima pour la réalisation expérimentale de lésions rachitiques typiques. En effet, cette double carence étant réalisée, le calcium, pour si abondant qu'il soit dans la ration, n'est pas fixé par l'os. On voit ainsi immédiatement tout l'intérêt qu'il y a, dans la pratique, à associer le phosphore aux éléments hydro et liposolubles, puisque vitamines, phosphore, calcium forment une trinité dont les éléments séparés perdent une bonne part de l'activité propre à chacun d'eux, les choses se passant comme si l'ion calcium ne pouvait se fixer qu'en association avec l'ion phosphore, en présence d'éléments vitaminiques jouant le rôle de catalyseurs (1). Ces théories, pour séduisantes qu'elles soient, ne sont admises, tout au moins dans ce qu'elles ont d'absolu, par la plupart des pédiâtres, qui actuellement, avec le Prof. MARFAN voient dans le rachitisme, non pas une entité morbide, mais un syndrome pathologique dont on retrouve les manifestations principales dans le système osseux, le sang et les glandes, d'où le terme d'ostéo-hémolymphatisme que lui a donné MARFAN, et qui exprime très bien les réactions pathologiques qui le caractérisent : décalcification osseuse, hypoglobulie, hyperplasie lymphoïde. Que ces réactions n'aient point une cause univoque, la chose paraît certaine. Le rôle de la lumière solaire entre autres, semble prédominant dans sa genèse ; cependant, chez l'enfant nourri au sein, l'absence de lumière ne détermine pas le rachitisme, il semble donc, comme l'avait pensé HERS, que cette absence d'éclairage solaire, ne fait que déclancher un rachitisme latent, que l'alimentation défectueuse était insuffisante à produire à elle seule. Il en est de même des facteurs toxi-infectieux et de l'imprégnation spécifique et surtout tuberculeuse qui, s'ils ne sont pas joints à une alimentation inadéquate, créent sans doute des lésions, mais qui ne sont pas à proprement parler du rachitisme. Nous sommes donc ainsi amenés à considérer que de cette somme de facteurs étiologiques aboutissant au rachitisme, le plus important, celui qui intervient le plus souvent comme cause déterminante, c'est le facteur alimentaire. Et, de ce point de vue, il convient de retenir aussi toute une série de travaux qui ont mis récemment en lumière le rôle très important dans l'alimentation du jeune, non seulement des vitamines proprement dites, mais encore de certains aminoacides, tels que le tryptophane, la cystine et la lysine, dont la présence dans l'alimentation est également indispensable à la croissance et au maintien de l'équilibre nutritif.

Le traitement de l'enfant rachitique devra donc s'inspirer de la multiplicité de ces causes, et après avoir dépisté la syphilis possible (qui imposerait tout d'abord le traitement spécifi-

(1) LIEUX. — Le Rachitisme est-il une maladie par carence ? *Lyon*, 1922.

Ce sujet a fait également l'objet d'une très intéressante conférence de PAPPENHEIMER à la Faculté de médecine de Bordeaux. Cet auteur a établi un régime (*régime* 84) producteur d'un rachitisme typique sur le rat ; c'est un régime riche en calcium, mais pauvre en phosphore, l'addition d'un phosphate lui fait perdre son pouvoir rachitigène (Cf. *Le rachitisme expérimental, in Gaz. heb. des Sc. méd., de Bordeaux*, 26 novembre 1922).

(1) *Bull. de l'Hôp.*, Jean HOPKINS, 1921-22.

que), après avoir remédié aux erreurs et aux fautes d'hygiène générale (ce qui dans la pratique et dans les milieux pauvres est souvent une tâche difficile), il convient de s'attacher à la rectification du régime alimentaire défectueux, et, là encore, le médecin traitant se heurtera à de grosses difficultés. Ces conditions de régime, d'éclairage, d'aération, sont si importantes, que l'on a pu se demander si, dans l'impossibilité de les modifier, on pouvait espérer guérir le rachitisme par le seul traitement médicamenteux. Les préparations phospho-calciques, l'adrénaline, l'huile de foie de morue, se montrent insuffisantes à elles seules, nous le constatons journellement. C'est ainsi que nous avons été amenés à faire l'essai sur nos enfants du dispensaire, d'une préparation vitaminée polyvalente, la *biotose*, qui préparée avec des matières premières diverses, riches en vitamines et en phosphates, nous a paru propre à remédier à la déficience du régime de la plupart de nos petits malades. Nous avons constaté à la suite de cette médication vitaminée intensive, des résultats qu'il nous paraît intéressant de faire connaître par les quelques observations qui suivent.

Observation I.

L. G. — Allaitement au sein pendant un mois, premiers pas à 19 mois, premières dents à 15 mois. Logement exigu, très pauvre, sans air ni lumière.

Cette enfant âgée de 18 mois au moment où nous la voyons pour la première fois, présente tous les signes de rachitisme ; elle est si peu développée qu'elle semble avoir 6 ou 8 mois seulement. Son abdomen volumineux, son thorax aplati avec saillie des dernières côtes et de l'appendice xyphoïde, ses jambes grêles ne pouvant supporter le poids du corps, sont tout à fait caractéristiques. De plus adénopathie cervicale et trachéo-bronchique avec circulation veineuse thoracique intense (ganglions de Hovelaque). Deux dents seulement. Submatité dans la région hilaire, respiration soufflante également au hile, indiquant une compression par des masses ganglionnaires. Quelques sibilances disséminées.

Sans appétit, présentant souvent des troubles digestifs, l'enfant s'alimente mal : elle ne parle pas, n'est pas éveillée, ne s'intéresse à rien. Traitement par la biotose, 2 cuillerées à café par jour. Cette médication est bien tolérée, bien acceptée par l'enfant qui la réclame même au bout de quelques jours. Aucun autre médicament n'est prescrit et les conditions d'existence restent les mêmes en raison de l'indigence de la famille. Cependant, au bout de trois semaines, se manifeste une grande amélioration, et après un mois et demi, cette enfant est véritablement transformée : son appétit est normal, elle est gaie, éveillée, babille, commence à marcher, bref reprend toutes les apparences d'un enfant de son âge bien portant, ainsi que ses parents se plurent à le constater maintes fois devant moi.

L'enfant revue 11 mois après est en parfaite santé, les stigmates rachitiques sont très atténués.

Observation II.

E. A. — Allaitement au sein jusqu'à 6 mois, premiers pas à 16 mois. Tuberculose fermée du père.

Enfant âgée de deux ans et 7 mois. Il y a un an elle fut atteinte de gastro-entérite, suivie d'amaigrissement rapide et, depuis elle présente des poussées fréquentes de bronchite. Il y a cinq mois, 3 mars 1922, toux persistante, amaigrissement, asthénie, adénopathies cervicale, inguinale, mésentérique et trachéo-bronchique. Cuti-réaction positive.

Le 2 août 1922, enfant pâle, asthénique, sans entrain, ne s'intéressant à rien. N'a pas d'appétit et dort mal, présente même parfois une grande agitation au cours de la nuit. Elle tousse toujours, toux sèche la fatiguant beaucoup. En plus de l'adénopathie presque généralisée, on constate certains stigmates de rachitisme : thorax étroit aplati avec saillie du rebord costal, ventre volumineux et circulation veineuse thoraco-abdominale intense.

Traitement par la biotose, 2 cuillerées à café par jour. Deux mois après, amélioration manifeste ; la mère accuse un grand changement dans l'état de son enfant qui est beaucoup plus vivante, plus éveillée, plus gaie, commençant à s'amuser avec les enfants de son âge. Elle dort bien, l'agitation nocturne a complètement disparu. Augmentation de poids de 1 kgr. ventre moins gros, membres mieux développés et plus fermes, état général bien meilleur qu'au premier examen.

A noter que du 3 mars au 2 août, époque à laquelle fut commencé le traitement par la biotose l'état de cette enfant resta bsolument stationnaire, très mauvais d'ailleurs, et faisant craindre qu'elle ne puisse résister à sa tuberculisation. A partir du moment où elle prit la biotose — sans adjonction d'aucun autre médicament — sa santé s'améliora rapidement et les signes de rachitisme s'atténuèrent peu à peu.

Observation III.

G. H. — Allaitement au sein, premiers pas à neuf mois, tuberculose scléreuse fermée du père, milieu pauvre, logement étroit, sans air ni lumière.

Cet enfant, âgé de 4 ans et demi lorsqu'il nous est présenté pour la première fois à la consultation, en septembre dernier, présente des signes nets de rachitisme tardif: thorax aplati, jambes grêles, adénopathie cervicale et sus-claviculaire ; il est malingre, chétif et pâle, très insuffisamment développé pour son âge. Mauvaise alimentation, peu d'appétit, sommeil très agité.

Cependant, examen pulmonaire (auscultation et radioscopie) négatif. Aucun des traitements prescrits n'avait pu modifier cet état de santé précaire.

Nous prescrivons en même temps que quelques mesures hygiéniques et diététiques (difficilement réalisables en raison du milieu) un traitement par la biotose, et demandons à revoir l'enfant tous les mois.

Au début de novembre le changement est manifeste : gain de poids (1 kgr. 200), augmentation du périmètre thoracique, le thorax et les membres se sont développés, les masses musculaires sont plus fermes, l'appétit est devenu normal, le sommeil calme et régulier. En résumé, très grande amélioration dans l'état de cet enfant sans que les conditions d'existence, si défectueuses, aient été modifiées.

Nous avons noté beaucoup d'autres observations analogues quant aux résultats, mais ce qui nous paraît constituer surtout l'intérêt de celles que nous venons de citer, c'est que les améliorations se sont produites, sous l'influence du traitement par la biotose, alors que toutes les conditions d'existence si défectueuses de ces enfants n'avaient pu être modifiées. Nous basant sur ces cas, et sur les autres, nous serions fondés à attribuer aux manifestations rachitiques de ces enfants une étiologie par carence vitaminique. Nous ne nous hâterons point de conclure, cependant, quant à ce point théorique, car la biotose, substance éminemment complexe, ne contient pas

seulement des vitamines, mais encore des diastases, des phosphates, des substances protéiques, des graisses, et nous sommes en droit de nous demander si ce n'est pas précisément par sa complexité même, sa richesse et sa variété en principes organiques, que cette préparation a eu une influence si manifeste sur la nutrition de nos petits malades. L'hypothèse la plus probable est que par ce riche apport en substances vitaminiques, adjointes à d'autres principes organiques également actifs, elle a rétabli l'équilibre d'une ration presque toujours déficiente en l'un ou l'autre de ces principes ; elle a certainement joué aussi le rôle d'un catalyseur sur les échanges nutritifs, d'où l'augmentation rapide du tonus vital chez les enfants ainsi traités.

Mais il nous paraît important d'insister sur ce point que les trois observations que nous rapportons sont celles d'enfants *dont le régime alimentaire et les conditions hygiéniques, n'ont pu être améliorées du fait de l'indigence des parents*, sans quoi les résultats eussent sans doute été meilleurs encore. Tels qu'ils sont, ils nous autorisent à conclure à l'efficacité, et par conséquent à l'indication de la biotose dans la plupart des manifestations rachitiques.

Les Livres

Alb. Michel, édit. 22 rue Huyghens, Paris.

Dr Cabanès, La princesse de Lamballe intime d'après les confidences de son médecin.

C'est l'histoire documentaire de toute une période de la Révolution française qu'a écrite le Dr Cabanès en contant la vie de la princesse de Lamballe. Cet ouvrage important de plus de 500 pages, avec 132 illustrations et de nombreux documents inédits, est un véritable roman historique, mais un roman vécu et exact dans ses moindres épisodes et dans ses plus petits détails.

Depuis bien des années, Cabanès, en fureteur de grand talent, avait découvert et lu les cahiers du Dr Saiffert, le médecin de la princesse de Lamballe. Il avait trouvé, au milieu d'observations cliniques, des notes d'un intérêt palpitant dans lesquelles le praticien prussien relatait les événements dont il avait été témoin et les conversations qu'on lui avait tenues. Ces notes, jetaient un jour nouveau sur les événements, les personnages et les mœurs de la société de la fin du règne de Louis XVI et du début de la Révolution. Mais avant de divulguer les notes de Saiffert, le Dr Cabanès voulut s'assurer qu'elles étaient sincères, que ce qu'elles racontaient était vrai, et il passa de longues années à se documenter et à rechercher les pièces justificatives, courant le risque de voir un curieux s'intéresser aux mémoires de Saiffert et déflorer ce passionnant sujet.

Aussi, dans le livre intitulé : *La Princesse de Lamballe intime d'après les confidences de son médecin*, Cabanès a fait œuvre de vrai et de bon historien.

La lecture de ce beau livre passionnera tous ceux qui l'entreprendront. Elle froissera beaucoup de gens à parti pris, car ce qu'établit Cabanès n'est fait pour satisfaire ni ceux qui exaltent sans contrôle les hommes de la Révolution, ni ceux qui ont voué un culte à la reine Marie-Antoinette et à la cour de Louis XVI.

La princesse de Lamballe a rempli une sorte de rôle diplomatique entre Marie-Antoinette et quelques-uns des révolutionnaires les plus réputés. Certains, et de ceux considérés comme les plus purs, entreprirent par son intermédiaire d'assez louches tractations ; et ce fut sans doute la cause de la mort tragique de la malheureuse princesse, témoin gênant que beaucoup avaient intérêt à supprimer et qui fut, notons-le, la seule femme victime des massacres de septembre.

D'autre part, il n'est pas douteux que les mœurs de Marie-Antoinette et de son entourage étaient plus qu'équivoques, qu'il serait peut-être excessif de qualifier cette reine de Messaline et de Frédégonde à l'exemple des pamphlétaires de l'époque, mais que sa conduite, celle de ses favorites et de ses favoris, étaient loin d'être édifiantes et prêtaient le flanc aux attaques qui ne leur furent pas ménagées. Le rôle du comte de Provence, le futur Louis XVIII, fut indiscutablement odieux, et celui du comte d'Artois, le futur Charles X, inconsidéré et compromettant. Les êtres les plus dangereux pour ce malheureux Louis XVI furent sa femme et ses frères.

Cabanès établit tout cela à propos de la princesse de Lamballe, et non pas seulement par les bruits qui couraient à l'époque et qu'avaient recueillis le Dr Saiffert, mais par des pièces justificatives d'une authenticité irrécusable.

Triste époque, encore plus tristes personnages ! Si la Terreur faucha, dans tous les partis, nombre d'innocents, elle supprima beaucoup de gens singulièrement imprudents et quelques-uns tristement coupables.

Cabanès établit tout cela d'irréfutable façon et ceux qui veulent être réellement éclairés sur une période de l'histoire de France, qui a donné lieu aux interprétations les plus diverses et les plus contradictoires, doivent lire : *La Princesse de Lamballe intime d'après les confidences de son médecin.*

J. Noir.

Librairie Paul Dupont,

4, rue du Bouloi, Paris (Ier).

Le problème de l'Assurance maladie-invalidité. Marc Degas, docteur en droit, rédacteur au Ministère de l'hygiène, de l'Assistance et de la prévoyance sociales.

L'ouvrage de M. Marc Degas est une mise au point complète et très documentée d'une question qui préoccupe à juste titre beaucoup le corps médical : l'assurance maladie-invalidité. L'auteur montre l'importance et la gravité du *problème* qui se pose au législateur Il indique les solutions ou plutôt les systèmes, assez nombreux, proposés pour le résoudre. Très impartialement, il présente successivement les avantages et les inconvénients de chacune de ces solutions et il guide ainsi le lecteur au milieu des difficultés qu'il conviendra d'aplanir si l'on veut donner à l'assurance maladis-invalidité une valeur sociale pratique réelle. A ce titre — et il en a bien d'autres, car il renferme une foule de documents importants sur le sujet — l'ouvrage de M. Degas rendra de précieux services et sera lu avec fruit par tous ceux que la question intéresse ou doit intéresser.

P. L.

Félix ALCAN, Paris.

P. HARTENBERG. — **Les psychonévroses anxieuses et leur traitement.** 1 vol. in-8° de 271 pages, 1922. Prix : 15 fr.

Réunissant, dans cet ouvrage, ses diverses études publiées sur l'anxiété morbide, le Dr P. Hartenberg nous présente une synthèse clinique et une mise au point remarquable des divers accidents qu'elle détermine.

Parmi les nombreuses formes de névropathies qui se rencontrent journellement en pratique, on peut, selon l'auteur, distinguer quatre grands types : les asthéniques ou déprimés, les hypersthéniques ou agités, les hyposthéniques ou imaginatifs, enfin les anxieux. Ceux-ci sont caractérisés par l'existence d'une émotivité anxieuse exagérée, soit survenant d'une façon épisodique par accès intermittents, soit persistant à l'état durable, qui confère aux malades des modes supérieurs de réactions et constitue le terrain morbide sur lequel se développe toute une floraison d'accidents névropathiques qu'il est légitime, en raison de leur mécanisme commun, de réunir dans une grande famille de syndromes : ce sont les psychonévroses anxieuses.

L'émotivité anxieuse étant la base de toutes ces manifestations, M. Hartenberg commence par lui consacrer une étude psychologique et physiologique. Après avoir décrit ses trois degrés d'intensité, inquiétude, anxiété, angoisse, il en esquisse le mécanisme, en utilisant les dernières acquisitions sur la structure et les fonctions du sympathique et des glandes endocrines. Puis, il trace le tableau de l'hyperémotivité anxieuse morbide, et passe en revue les nombreuses causes qui la provoquent.

Vient ensuite l'examen des divers types cliniques. Tantôt, l'angoisse demeure diffuse, ne survenant que d'une façon épisodique sous forme d'accès d'angoisse aiguë, ou bien persistant d'une façon durable pour entretenir un état anxieux chronique. Tantôt, au contraire, l'angoisse se fixe sur un objet déterminé, une représentation, une idée, pour constituer ainsi un système morbide, une association idéo-émotive, qui sera une psychonévrose ancienne systématisée. Toutes les idées de notre vie mentale peuvent ainsi devenir l'objet d'un accident systématisé, et, selon leur nature, nous aurons, tour à tour, une phobie, une maladie du doute, une maladie du scrupule, une aboulie, une impulsion, une passion. Et enfin, si la représentation anxieuse s'installe d'une façon permanente dans l'esprit du malade, surgit dans sa conscience d'une manière intempestive et injustifiée, entravant le cours régulier de son activité psychique, elle est devenue une aversion.

Toutes ces formes diverses de psychonévroses anxieuses, M. Hartenberg les décrit et les analyse minutieusement, avec de nombreuses observations à l'appui. L'étude des obsessions, la forme la plus grave de ces névroses, est surtout particulièrement poussée, tant au point de vue psychologique que clinique, et on lit avec autant de curiosité que d'intérêt les singulières extravagances auxquelles aboutissent certains de ces malades.

Pour terminer, l'auteur trace la conduite thérapeutique qu'il convient d'opposer à ces accidents, et expose les diverses techniques personnelles qu'il a imaginées, notamment la méthode de la psychothérapie active, la cure de l'impuissance virile émotive et de l'obsession de la rougeur.

Tel est le contenu de ce remarquable ouvrage, écrit dans ce style simple et clair, familier à M. Hartenberg, et qui en rend la lecture aussi facile qu'agréable. Destiné surtout aux médecins praticiens, ils y trouveront à la fois un exposé limpide de ces troubles psychiques décrits jusqu'à ce jour avec trop d'obscurité dans les traités spéciaux, et le fil conducteur qui leur permettra de s'orienter dans la multiplicité des psychonévroses anxieuses; d'autant plus nécessaires à bien connaître, que, sous l'influence des difficultés de la vie présente, leur fréquence parait augmenter chaque jour.

Paul BOUDIN.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1922.

E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. — **Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.**

Tome XXII. — **Intoxications. Maladies par carence. Maladies par agents physiques. Affections médicales et traumatismes,** par Pr ACHARD, LE SOURD, ST-CHAUVET, FRANÇOIS, FLANDIN, Pr BALTHAZARD, LEGRAIN, Pr MOURIQUAND, CHIRAY. (In-8, 1922, 550 pages, 31 figures, 2 planches en couleurs : 28 francs.)

Dans la pratique quotidienne, il faut bien connaître les syndromes auxquels donnent naissance les nombreuses intoxications pour soupçonner l'origine de phénomènes cliniques d'allure souvent dramatique et inhabituelle. Ces intoxications sont, en effet, d'aspect très polymorphe, et à mesure que les recherches expérimentales s'accumulent, on retrouve dans une série de troubles morbides jusqu'à présent mal définis, l'influence d'un agent toxique resté longtemps méconnu. Les notions acquises sur les intoxications se renouvellent sans cesse et on trouvera dans ce livre de nombreux faits nouveaux.

Après une introduction fort intéressante du Pr ACHARD, le Pr MOURIQUAND, dont les études entreprises avec le Pr WEILL ont tant contribué à faire connaître en France les maladies dites de carence, a développé avec une grande documentation les affections dues à l'uniformité de l'alimentation ou aux aliments stérilisés. Le Pr BALTHAZARD a donné des articles fort clairs sur les accidents déterminés par l'intoxication due au carbure d'hydrogène et au sulfure de carbone, et par quelques agents physiques comme le feu, le froid, l'électricité, l'air confiné. A. M. FLANDIN, sont dues d'importantes études ur les intoxications par les différents gaz. M. FRANÇOIS a décrit les intoxications professionnelles ; M. LE SOURD, les intoxications alimentaires ; M. CHAUVET, les intoxications par les venins de serpents, par les champignons.

Dans tous ces chapitres, la thérapeutique tient une large place, surtout en ce qui concerne les méthodes de traitement curatif ou prophylactique d'application simple et pratique.

Une grande partie du volume a été consacrée aux intoxications par l'alcool, l'éther, la cocaïne, la morphine, le haschich. Ces intoxications, toujours d'actualité, sont décrites par le Dr LEGRAIN.

Dans une partie un peu spéciale de cet ouvrage, M. CHIRAY a traité le mal de mer, le choc traumatique, puis les affections médicales déterminées ou aggravées par le traumatisme . Il importait, bien qu'il ne s'agisse plus d'intoxication véritable, de donner un exposé précis, mais bref, des rapports médico-légaux du traumatisme et des affections médicales (traumatisme et tuberculose pleuropulmonaire ou ostéo-articulaire, traumatisme et syphilis ; traumatisme et caucer ; traumatisme et maladies nerveuses).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES HOPITAUX ET LE CORPS MÉDICAL

1° La situation matérielle du médecin

Le titre de « médecin ou chirurgien des hôpitaux » est éminement apprécié à Paris ou dans quelques grandes villes. C'est qu'il s'y acquiert difficilement, à la suite d'un concours aux multiples épreuves, entre candidats issus déjà d'autres concours (externat, internat) et sélectionnés ainsi par ces divers «filtrages», d'où résulte un groupement de valeur technique incontestable. En outre, médecins et chirurgiens des hôpitaux sont placés dans un « service » où ils sont à même de continuer à travailler pour la science, à faire des découvertes qui illustrent leur nom, à instruire et à former des élèves qui auront ensuite recours à leurs lumières, dans les cas difficiles de clientèle... Et c'est ainsi que chacun d'eux, grâce à ce titre qui, par lui-même, « vaut » beaucoup, comme disent les Américains, est entouré d'une sorte d'auréole qui lui assure la confiance du public et lui permet d'acquérir une clientèle de choix, capable de payer « les prix forts ».

En échange de ces avantages, il leur a toujours paru naturel, à tous, de *donner* une partie de leur temps aux nécessiteux et de soigner gratuitement la clientèle *normale* des services hospitaliers qui, par définition , doit toujours se composer exclusivement de gens incapables de subvenir aux frais d'un traitement quelconque.

Mais il n'y a pas, en France, que des hôpitaux de grande ville où professent des maîtres justement chamarrés de titres et comblés d'honneurs et d'honoraires. La majorité des nécessiteux hospitalisés est soignée dans des hôpitaux ou hospices modestes, où de modestes praticiens leur prodiguent les soins les plus consciencieux et, de même, d'une façon quasi-gratuite. Ceux-là acceptent bénévolement de consacrer aux malheureux une partie de leur temps, par altruisme, cette qualité normale du corps médical, et sans avoir le réconfort matériel, par le fait qu'ils sont médecins ou chirurgiens d'un hôpital, d'acquérir une clientèle plus choisie et plus rémunératrice. Ils n'en ont pas moins continué, jusqu'ici, leur ingrat labeur hospitalier sans le moindre murmure, fiers d'*appartenir* à la *seule profession* avec celle des avocats (en dehors des ordres religieux) à laquelle la société ose encore demander le sacrifice de son temps et de sa peine au service d'une classe sociale dont elle a assumé la charge et pour le soutien de laquelle elle réclame d'ailleurs des impôts à tous les citoyens, y compris les médecins eux-mêmes.

Sans doute, on pourrait trouver, dans le bilan de tout hôpital, une rubrique concernant les « honoraires des médecins et des chirurgiens » ou bien, les « Indemnités » (!) qui leur sont allouées. Mais, c'est là, en réalité, un alinéa « pour mémoire », comme on inscrit dans les comptes. Je connais un chirurgien d'hôpital de province « payé » 1.000 francs par an, pour un service fort chargé où chaque jour il doit faire une longue visite, des consultations et de multiples interventions de tout genre. Et il est des hôpitaux moins « généreux » encore. Cela fait 2 fr. 77 par jour, y compris les « urgences » et les dérangements de nuit, pour une hernie étranglée ou une dystocie, par exemple. Est-il un infirmier ou une fille de salle qui consentirait à un tel salaire, et cela sans boire ni manger... Nul n'oserait donc soutenir, j'espère, qu'un chirurgien d'hôpital est « payé » et c'est un fait acquis sur lequel il est inutile d'insister davantage.

Il en résulte qu'à l'heure actuelle, les Français privés de ressources et hospitalisés sont spécialement « pris en charge » pour les soins, par les praticiens qui ont un service hospitalier et que ceux-ci payent pour ceux-là : et en espèces, par les impôts, comme tous les contribuables, et en nature — *seuls* de tous les autres citoyens — comme médecins praticiens.

***

Soit ! Abandonnons, pour l'instant, cette question des soins hospitaliers aux indigents et acceptons provisoirement, en ces temps de budgets déficitaires, le dévouement du praticien français qui consent à travailler pour *rien* quand il s'agit des *pauvres*.

Mais voici que, depuis quelque temps, l'*hôpital n'est plus réservé aux seuls indigents*. Peu à peu, il se transforme et fait, en outre, office de maison de santé, de *clinique payante*, dans l'acception propre du terme « lits où l'on paye ». Au fur et à mesure des progrès de la science, les inter-

ventions chirurgicales sont devenues plus fréquentes et les « bourses moyennes », ne pouvant aisément assumer les frais de dispendieuses cliniques, ont pris l'habitude de se faire soigner à l'hôpital. Nous ne saurions les en blâmer, nous médecins, tant que ne seront pas multipliées les cliniques modestes où, tout luxe étant banni, il est loisible d'offrir aux malades des conditions acceptables. Il en est déjà créé de telles, à Paris et en province. Mais beaucoup de régions en sont encore dépourvues et, dans ce cas, il semble nécessaire — et légitime — que l'hôpital régional soit pourvu de *services spéciaux* pour malades payants. A la condition, toutefois, que ces services soient créés, construits, *en plus* des salles destinées aux indigents. Il est inadmissible que les « payants » prennent les lits de ceux qui n'ont aucune ressource, de ceux précisément, pour lesquels l'hôpital a été fondé. Et c'est cependant ce qui a lieu trop souvent.

De plus, nous devons noter que ce mélange, entre ceux qui ont de l'argent dans leur poche et ceux qui en sont dépourvus, n'est pas toujours sans un gros inconvénient. Dans les hôpitaux, comme ailleurs, les « clients » les plus généreux sont toujours les mieux considérés par le personnel qui les sert, et, par suite, les mieux « servis ». Les menues « pièces » glissées à un infirmier lui font accorder plus de soins et plus de temps à l'un, au détriment de l'autre qui n'a pu faire le même geste... je n'insiste pas, mais chacun de nous a entendu certaines doléances, sur ce point, et n'a pu que soupirer en songeant que, même en ces lieux, où la souffrance semblerait devoir tout unifier, l'égalité, affichée sur nos murs, n'est encore, cette fois, qu'une ironie amère...

***

Mais revenons à notre sujet : la situation matérielle du médecin d'hôpital.

Dans une maison de santé, dans une clinique quelconque, les frais dus par le malade, ou sa famille, ou son responsable, sont, naturellement, de deux sortes : les *frais de séjour*, d'une part et les *frais de traitement*, de l'autre. Les premiers sont dus au propriétaire ou au directeur de l'établissement, au « marchand de soupe », les seconds au médecin ou au chirurgien traitant. C'est un axiome sur lequel il semblerait oiseux de s'appesantir.

Or, dans les hôpitaux, il n'est pas coutume d'agir ainsi, d'ordinaire. Sans doute, quelques commissions administratives se sont rendues à l'évidence dudit axiome et ont compris que le chirurgien qui avait opéré un malade « payant » avait acquis, par ce fait, le droit d'être rémunéré par celui-ci. Il n'en est pas moins bizarre de constater que la plupart des commissions d'hôpital se montrent encore hostiles à cette façon d'agir si rationnelle. Elles acceptent bien de toucher leur part de « marchand de soupe » mais prétendent faire généreusement don, aux payants, du « travail » technique, pour lequel ces payants sont précisément entrés à l'hôpital. Il est toujours aisé d'être généreux avec le bien des autres.

Est-ce être un révolutionnaire au petit pied que de s'élever ici contre de tels errements ? Est-ce même une « nouveauté » que nous réclamons, en demandant que le médecin de l'hôpital — quand il donne ses soins à des malades *payants* — soit rémunéré de son temps, de sa science, et de sa peine ?... Il y a belle lurette qu'il en est ainsi en certains pays étrangers. Dans le deuxième des Rapports du Congrès des Praticiens de 1910, dans l'intéressante communication du Dr Kolbé, de Châtel-Guyon, intitulée « *La structure administrative des hôpitaux, en Allemagne* », on peut lire, page 108 et suivantes :

« ..... Le médecin a un traitement fixe qui augmente progressivement d'après la durée du service et qui implique une retraite. Il est autorisé à réclamer des honoraires de *tous* les malades payants..... La municipalité (de Berlin), avait décidé de consulter les médecins des hôpitaux (nous sommes en 1910, il y a déjà 13 ans de cela !) sur les honoraires médicaux qu'il conviendrait d'adopter pour les soins à donner à cette catégorie de malades. Les médecins des hôpitaux, sur l'initiative de la section locale de Berlin, de l'Union médicale de Leipzig (*Leipziger Vorbund*) avaient soumis la question à la Chambre médicale de la province de Brandebourg et du district de Berlin. Celle-ci, dans la séance du 22 janvier 1910, avait admis le principe des honoraires médicaux des malades de deuxième classe, d'après les tarifs locaux.

Ces honoraires médicaux sont fixés par lit et par jour à 4 marks (cinq francs, nous sommes en 1910), tandis que les opérations seront payées à part, d'après la fortune du malade et d'accord avec le tarif officiel.

Je dois ajouter (continue le rapporteur), que cette décision de la Chambre médicale devient exécutive pour les médecins intéressés, car ces chambres agissent en Allemagne, en qualité d'Ordre des médecins, institution légale, avec droit d'application de peines sévères, etc... ».

Je m'excuse d'être obligé d'aller chercher des exemples de justice en Allemagne ; j'aurais été, je l'avoue, plus heureux, et plus fier, de n'avoir qu'à les prendre en France.

Nous avons toutefois la satisfaction de noter, que, même en notre pays, certaines commissions administratives ont déjà esquissé timidement un geste semblable, en acceptant que, pour

les opérations pratiquées sur un malade payant, le chirurgien soit en droit de réclamer des honoraires. Mais combien peu nombreuses sont ces commissions imbues de justice et d'équité !

La question n'en est pas moins en route vers la vraie solution. Et cependant, voici que cette dernière vient de subit un assaut assez vif, à propos des *accidentés du travail*. Le plus curieux, c'est que l'hostilité ne provient pas des tiers-payants, les premiers intéressés en l'espèce, au point de vue financier. A la commission du tarif Breton, au sujet de la rémunération du médecin suivant ce tarif, l'accord est complet entre les représentants des patrons, assureurs, médecins et ouvriers... Ce sont les représentants des commissions administratives des hôpitaux de province au Conseil supérieur de l'assistance publique qui refusent d'entériner cet accord conclu entre tous les intéressés et prétendent priver les médecins des honoraires... que leur offrent les tiers-payants eux-mêmes.

Je crois que l'exposé de ce litige pourra intéresser nos confrères du *Concours*. Ce sera le sujet de mon prochain article.

Dr Fernand DECOURT.

VARIATIONS SUR LE CONTROLE MÉDICAL ET SUR LES MAISONS DE SANTÉ

Suave mari magno, turbantibus æquora ventis,
Conspicere.

Qu'on n'aille pas surtout traduire par le « Ah ! qu'il est doux de ne rien faire ! ».....

Conspicere, c'est regarder, c'est embrasser l'horizon, analyser ce qu'on voit, tirer des conclusions — ce n'est donc pas ne rien faire, et ne rien faire, c'est la pire des choses.

Donc, j'emploie mes loisirs à scruter l'horizon médical, à regarder autour de moi, à méditer et.... parfois même à écrire le résultat de mes réflexions, convaincu que c'est un devoir de parler lorsqu'on peut le faire sans passion comme sans intérêt personnel et avec le seul souci de ce qu'on croit être la vérité.

Il est beaucoup question de contrôle depuis quelque temps : c'est malheureusement une inéluctable nécessité si l'on interpose un tiers payant entre le malade et le médecin. Les hommes ne sont pas des anges et si c'est la princesse qui paye, le diable y trouve trop souvent son compte.

Le malade, à qui les soins médicaux ne coûtent rien, trouve toujours qu'il n'en a pas assez pour son argent ; il appelle le médecin pour un rien, préférant le faire venir que se déranger lui-même alors qu'il le pourrait souvent, il a toujours besoin de quelque chose et il ne doute pas qu'il vaille mieux prévenir la maladie que la soigner.

Je me rappelle un brave gendarme corse — il y a bien longtemps de cela, c'était du temps de l'abonnement — dont la femme et les enfants avaient toujours besoin du médecin : c'était le petit dernier dont les selles n'avaient pas la couleur voulue, le second qui toussait, l'aînée qui était bien pâle, la femme dont il fallait relever les forces — le médecin était prié de passer à la gendarmerie, non pas de suite, mais aussitôt qu'il le pourrait ou tout au moins de donner une ordonnance qui permît d'attendre..... Un beau jour, arriva un nouveau maréchal des logis à voix de crécelle et qui ne badinait pas sur le service : il s'avisa sans doute de donner lui-même la consultation, ce en quoi il fit peut-être de l'exercice illégal, mais, ce qui est certain, c'est que toute la maisonnée fut guérie sur le coup !

J'ai connu une vieille fille parisienne, membre d'une Société de secours mutuels, qui avait accumulé chez elle toute une collection de drogues : pilules, cachets, paquets, bouteilles, pots, flacons... il y en avait pour toutes les indispositions possibles, car « on ne pouvait prévoir ce qui pouvait arriver et il était prudent d'avoir sous la main le nécessaire en attendant la visite du médecin ». Elle eût été vraiment estomaquée si quelqu'un lui avait dit qu'elle abusait !

Le médecin trop souvent se laisse aller, il donne l'ordonnance pour avoir la paix et il ne suppute pas toujours le prix des composants qu'il y fait figurer. Il oublie qu'il n'a pas affaire qu'à des millionnaires et quelquefois pêche par excès de zèle.

Toutes raisons qui font que le tiers payant ne saurait se passer du contrôle.

Mais ce qui devient amusant, c'est que sérieusement on prétend discuter les modalités de ce contrôle comme si, étatiste ou syndicaliste, technique ou moral, il ne devait pas toujours être le même. Fatalement, le contrôle est autoritaire , abusif et chicanier — sans cela, il est inopérant et par conséquent inutile.

Ce qui est encore amusant, c'est qu'on voit des gens convaincus que ceux qui détiendront l'argent consentiront à se dessaisir de ce contrôle, qu'ils le confieront à des personnes sur lesquelles ils n'auront aucune autorité, aucun moyen d'action, qu'ils se contenteront de toujours dire *amen* et de payer sans phrases. Cela pourrait se voir peut être dans le pays d'Utopie,mais nous n'habitons pas ce pays.

Confrères, qui ne voulez ni de l'autoritarisme, ni de l'infaillibilité, ni des tracasseries du contrôle dont on vous menace, vous n'avez qu'une ressource : demander la suppression du tiers payant qui ne peut se passer de ce contrôle béni.

On ne discute pas moins sur ce tiers payant : pour les uns, c'est le progrès social, c'est un besoin univer-

sel dont on ne saurait se passer ; et puis, que deviendrait le médecin sans ce tiers payant ?

On dirait, ma parole, que la suppression de ce rouage immoral va créer une situation nouvelle !

J'ai pourtant toujours vu des confrères qui soignaient leurs malades sans avoir affaire à ce tiers payant, j'ai vu qu'ils les soignaient le mieux qu'il leur était possible et qu'ils vivaient convenablement de leur profession

J'en ai vu aussi, il faut le dire, qui, dans des cas relativement exceptionnels, se trouvaient depuis un certain temps en contact avec ce tiers payant et qui, d'ailleurs n'en étaient nullement satisfaits, à tel point qu'ils avaient cru devoir se grouper en une ligue de défense et de protection contre tous experts, contrôleurs, gens d'affaires ou ambitieux qui s'interposaient entre eux et leurs clients. Je voyais, d'un autre côté que bien souvent les malades n'étaient pas plus satisfaits que les médecins et que, ne surestimant pas ce qui ne leur coûtait rien, ils préféraient parfois s'adresser ailleurs.

Il paraît que ces choses se passaient dans les temps archaïques et qu'il est absolument impossible que cela continue. Ceux qui ne le comprennent pas sont des aveugles, des réactionnaires, des antisyndicalistes, etc., etc.

D'ailleurs, les malades ne peuvent plus être soignés comme ils l'ont été jusqu'ici, le médecin praticien n'est plus capable de porter un diagnostic ni de soigner un malade à domicile, il n'y a plus que les maisons de santé !

Nous autres, nous n'avons rien entendu à la médecine et nos malades ont été soignés en dépit du sens commun : s'ils ne sont pas tous morts, ce n'est pas notre faute, car notre ignorance n'a eu d'égale que notre inconscience. Et, dans un temps prochain, on pourra se demander comment nous avons bien pu soigner une fièvre typhoïde, une scarlatine et toutes autres maladies qui réclament impérieusement la maison de santé.

Je suis, certes, loin de méconnaître les acquisitions nouvelles de la science, je reconnais qu'il existe actuellement des procédés d'investigation que nous ignorions et, si je les avais connus, je déclare que je me serais fait un devoir de les utiliser. Mais la vieille clinique, que le laboratoire prétend battre en brèche, n'était pas tellement insuffisante, et les méthodes de traitement nouvelles ne me paraissent pas constituer un si grand progrès sur celles de notre temps !

Ceci dit, je me permettrai de demander si, dans les maisons de santé, même celles qui paraissent le mieux tenues, tout est aussi bien qu'on se le figure : les prescriptions du médecin sont-elles toujours scrupuleusement suivies ? Les règles de l'hygiène sont-elles rigoureusement respectées ? — Hélas ! je suis obligé de répondre par la négative, car je m'en suis rendu compte par moi-même. Il y a beaucoup de façade, dans la maison de santé comme dans l'hôpital. On n'y trouve pas toujours ce qu'on y cherche, mais ce qu'on n'y trouve jamais, c'est le milieu familial, c'est l'affection des siens, ce sont ces riens qui aident à passer les jours de souffrance ou adoucissent les derniers jours d'un moribond.

Que la maison de santé, comme l'hôpital, puisse rendre des services, qu'elle constitue un milieu meilleur dans certains cas, nul ne saurait le contester, mais ce qu'il me paraît impossible d'admettre, c'est qu'on en veuille faire un idéal, — c'est un pis-aller et voilà tout.

Je reprendrai peut-être tous ces sujets quelque jour ; je ne veux pas chanter :

De mon temps,
Oui, vraiment,
Tout était mieux qu'à présent.

Mais, mes chers Confrères, laissez-moi vous dire que toutes ces améliorations sociales frisent bien fort les lois de décadence.

Un vieux.

LE PAIEMENT DIRECT DANS LA MUTUALITÉ

Maintenant que l'Union des syndicats a parlé, qu'elle a adopté le principe du contrat collectif, mais avec des correctifs et notamment le payement intégral des honoraires par le malade ou par la Caisse suivant le désir du syndicat, il ne nous reste plus qu'à étudier les diverses modalités de ces contrats et notamment le payement direct. On en revient toujours à ses premières amours.

Le payement direct, c'est-à-dire le payement effectué par le malade à son médecin est, me semble-t-il, au moins pour les mutualistes, celui qui paraît réunir tous les avantages, puisqu'il défend à la fois les intérêts de la société, du malade, et du médecin. Les sociétés cherchent à donner les soins en nature, mais rien dans les statuts types ne les oblige à le faire.

La grande crainte des sociétés mutuelles, est la faillite. Recevant des cotisations au compte-gouttes et promettant de grands avantages, elles ont toujours la perspective de ne pouvoir boucler leur budget. C'est là la raison de leur préférence pour le forfait, car ce moyen immoral, mais simpliste, leur permet de prévoir d'avance leur budget. Le payement à la visite leur fait redouter des abus de la part des sociétaires et des médecins, abus qu'elles n'arrivent pas à limiter.

Le sociétaire veut être bien soigné. Il n'a pas confiance dans le médecin qu'on lui impose et

qu'il sait mal payé. Il veut choisir lui-même son médecin, le payer, pour le fixer davantage à sa personne.

Quant au médecin, il est attaché à son malade et à sa famille. Il veut le soigner ecomme tout malade riche de sa clientèle ; il veut être honoré selon la capacité et la classe sociale de son client et rester libre de faire des générosités lui-même s'il le juge à propos, en tenant compte de l'état pécuniaire de son client, de ses charges de famille, de son chômage, etc.

Or, le payement direct paraît répondre à tous ces desideratas.

Il va sans dire que si le syndicat a passé un contrat collectif avec une mutualité, les médetins adhérents, ou ceux ayant accepté les termes du contrat sont exposés à remplir les papiers et pièces administratives nécessaires au fonctionnement du service maladie.

La société dit à ses adhérents: Je vous assure les soins médicaux. Au point de vue matériel, je vous garantis le payement jusqu'à concurrence de telle ou telle somme proportionnelle avec vos versements, somme qui peut du reste augmenter elle-même si vous consentez à augmenter votre effort pécuniaire. Je vous assure la qualité des soins en refusant de vous désigner tel ou tel médecin, choisissez-le vous-même, prenez celui qui aura votre confiance et qui, à votre avis, est le plus capable de vous remettre sur pied le plus rapidement possible. Vous le payerez vous-mêmes. A la somme que je vous accorde, vous ajouterez la somme complémentaire des honoraires réclamés par votre médecin, somme qui sera variable selon la notoriété du praticien choisi. De cette façon, n'ayant pas choisi votre médecin, n'ayant aucun rapport avec lui, je n'ai pas à m'occuper du règlement de ses honoraires, je vous remets l'argent, à vous de le répartir. Ce système supprime tous les abus. Le malade, payant en partie de sa poche les honoraires de son médecin, saura limiter lui-même le nombre des visites.

Le sociétaire prendra le médecin de, son choix, celui qui soigne également sa famille, qui sera le plus rapproché de son domicile, ou qui lui sera recommandé par parent ou ami, et n'ira pas en chercher un demeurant au loin sous prétexte qu'il est celui de la mutualité.

Comme il le paye comme tout le monde, il est en droit de penser qu'il sera soigné avec dévouement et du reste s'il n'est pas content des soins reçus, il changera de médecin quand il voudra et sans avoir à consulter son conseil d'administration. C'est le régime complet de la liberté. Liberté de choisir son médecin, liberté pour celui-ci de donner ou refuser ses soins sans être entravé par un contrat individuel avec la société. Quand le médecin est attaché à une société mutuelle, celle-ci est son véritable client, le malade n'est qu'un numéro matricule presque sans importance. On est presque assuré de le conserver puisqu'il est imposé par les règlements. Il n'en est pas de même avec le libre choix du médecin et le payement direct. Le malade est votre véritable client, vous dépendez de lui, il peut vous changer selon son caprice. C'est donc au médecin à lui donner toute satisfaction, car c'est la confiance seule qui lie médecin et malade. C'est ce libre choix avec payement direct qui est la garantie du malade.

Avec ce système, on n'a même pas besoin de contrôle. La société peut suivre son sociétaire pour voir s'il se conforme aux règlements, mais n'a aucun contrôle sur le médecin.

Si les soins sont mal donnés, la société n'a rien à y voir, puisqu'elle n'a pas choisi le médecin, et que le malade est toujours libre de fixer son choix sur un autre. Aucun contrôle pour éviter les abus, puisque le malade participe de sa poche aux honoraires médicaux, il a tout intérêt à limiter ses frais, et saura mettre un frein au zèle intempestif de celui qui le soigne.

Ces choses ont déjà été dites souvent, mais les redites sont parfois nécessaires pour mettre en pratique les solutions envisagées. Je m'excuse de radoter, heureux néanmoins si, par mes efforts, j'ai pu entraîner votre conviction.

Dr M. VIMONT.

LA CAPACITÉ DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE ET LA MULTIPLICATION DES CERTIFICATS SPÉCIAUX

Docteur LOP, Marseille.

I

Décidément, notre pauvre diplôme de docteur en médecine s'effrite, morceaux par morceaux; bientôt, je me demande ce qu'il en restera.

Jusqu'au 8 décembre écoulé, tous les docteurs en médecine française étaient admis à naviguer, sans certificat spécial, entre l'Algérie, la Tunisie et la France.

Il n'en est désormais plus ainsi et le titre :

Médecins sanitaires maritimes, art. 137 (*Journal officiel*) dit que :

« Tout bâtiment à vapeur français affecté au ser-« vice postal ou au transport d'au moins 100 voya-

« geurs, qui fait un voyage dont la durée, escales « comprises, dépasse quarante-huit heures, depuis le « départ jusqu'au retour dans le port d'armement, « ou qui, ayant au moins 60 personnes à bord (pas- « sagers et équipage), fait une traversée de plus de « huit jours, depuis le départ jusqu'au retour dans le « port d'armement, est tenu d'avoir à son bord un « médecin sanitaire.

«Ce médecin, qui porte le titre de médecin sani- « taire maritime, doit être français et pourvu du « diplôme de docteur en médecine. Il doit présenter « les conditions d'aptitudes physiques nécessaires et « peut rester en fonctions au-delà de 65 ans ».

II

Quand donc nos associations professionnelles se décideront-elles à protester autrement que platoniquement contre les amputations faites à notre parchemin, d'une foule de titres parasites qui rendront inutilisable, pour peu qu'on n'y prenne garde, celui de docteur en médecine ?

Pauvre diplôme (1) déjà si atteint par pas mal de lois sociales actuelles et menacé par celles en préparation ! ! .....

J'ai dit en son temps, il y a déjà pas mal d'années, tout ce que je pensais au sujet du certificat de M. S. M. et de son opportunité. Je n'ai malheureusement pas été écouté. Mes protestations sont restées, ou à peu près, sans écho. Toutefois, je ne dois pas oublier que mon appel a été entendu par le *Concours médical* toujours sur la brêche. J'ajouterai même à ceux qui se joignirent à nous, le professeur Brouardel qui, malgré sa situation officielle, voulut bien reconnaître l a valeur de nos observations sur la situation faite alors au corps médical par la création d'un certificat spécial pour être admis à naviguer.

Au moment de l'application du décret spécial créant des médecins sanitaires, grand nombre de médecins qui naviguaient à l'époque : docteurs en médecine ou officiers de santé, dont quelques-uns avaient 15 ou 20 ans de navigation, se virent à la veille d'être jetés sur le pavé, la loi ayant un effet rétroactif.

Je me permettrai de rappeler ici que c'est grâce à mes protestations, et grâce aussi à l'appui du *Concours médical*, et, en particulier, du regretté Jeanne, que nous obtînmes de faire rapporter cette décision, et de laisser les médecins actuellement en fonctions, naviguer sans être pourvus du certificat de M. S.

D'aucuns ont prétendu à cette époque, et prétendront peut-être encore, que j'étais le porte-parole des Compagnies de navigation, pour éviter des frais à celles-ci et empêcher nos collègues navigants d'acquérir des situations que la création de ce certificat allait à coup sûr améliorer.

Je ne m'attarderai pas à répondre à de telles prétentions, ayant donné, j'ose l'espérer, depuis 30 ans, des preuves de mon indépendance et contribué dans la faible mesure de mes moyens, à la défense des intérêts de notre profession, autrement que par des discours.

D'ailleurs, ces appréciations ne tiennent pas debout devant les faits que j'apportais alors, et puis encore apporter pour démontrer toute ma sollicitude vis-à-vis des médecins navigants, dont j'ai eu depuis trente ans à m'occuper.

Il ne faut pas avoir connu ce qu'était leur situation, il y a 30 ans, ni les améliorations déjà appréciables que l'on y avait apportées avant la guerre, et depuis lors, améliorations qui rendent aujourd'hui très appréciables les emplois de médecins de la marine marchande, relèvement très sensible des soldes et en plus, tous les avantages, qui ne sont certes pas à dédaigner, prévus par les règlements maritimes : invalides, prévoyance en cas d'infirmité, soins avec solde entière en cas de maladie, etc., etc., pour ne pas comprendre l'utilité de ma protestation en demandant à ce qu'aujourd'hui, pour des raisons que j'exposerai plus loin, la liberté d'exercer, sans diplôme spécial, sur les navires de commerce, soit rendue au Corps médical.

III

Je ne crois pas exagérer, en disant que depuis le jour où le certificat de M. S. M. a été créé, une foule d'autres sont venus s'y ajouter, restreignant de plus en plus celui de notre capacité professionnelle (1).

C'est tout au plus, si deux de ces certificats peuvent avoir une utilité incontestable, tels ceux de médecin légiste et de médecin colonial, mais il ne saurait en être de même des autres dont la multiplicité s'accroît chaque jour sans utilité bien grande. C'est une opinion qui m'est personnelle, je n'hésite pas à le proclamer bien haut ?

Il est certain, étant données l'importance et la responsabilité des actes du médecin, que le hasard fait nommer médecin légiste, que celui-ci a plus besoin que tout autre de compléter sérieusement ses études pour remplir avec *science* et conscience les délicates et redoutables fonctions pour lesquelles il est très insuffisamment préparé par le maigre bagage de médecine légale exigé au 4e doctorat.

On me permettra pourtant de poser une question.

Est-il indiscret de demander si les médecins munis aujourd'hui du certificat de médecin légiste voient toujours celui-ci leur ouvrir les portes du prétoire ?

A de très rares exceptions, si j'en juge par les nombreux procès civils et criminels, on peut demander si là « the right man » est toujours « in the right place »,

(1) Loin de ma pensée de croire à l'omniscience de notre diplôme. Il y a encore beaucoup à faire dans les études nécessaires à son obtention. Il ne faut pourtant rien exagérer et obtenir de l'administration compétente si oui ou non notre diplôme, si chèrement obtenu, doit nous servir à quelque chose.

(1) Tous les médecins ne sont plus aptes à soigner les malades (*Concours médical*, 5 janvier 1922.)

c'est-à-dire, si les nominations sont toujours faites selon la compétence plutôt que par faveur ou par amitié. J'ai bien peur qu'il n'en soit autrement.

Le certificat spécial des médecins coloniaux n'est pas moins utile. Appelés à exercer dans des pays inconnus, ils doivent en connaître la pathologie autrement que de réputation. Il me semble même, qu'il y aurait avantage à ce que les études préalables à l'obtention de ce diplôme aient lieu dans les villes avec stage dans les hôpitaux coloniaux (Alger, Saint-Louis, Saïgon, etc.), où la pratique serait autrement avantageuse que la préparation livresque des écoles coloniales de la Métropole, car les malades y sont plutôt rares.

En ce qui touche le certificat de M. S. M ; on voudra bien me permettre de demander, fort d'une expérience vieille de bientôt 30 ans, s'appuyant depuis la même époque sur une moyenne de 5 à 6.000 malades vus annuellement, et vus *sérieusement, attentivement* et non pas en courant, de toutes nationalités, de toutes races, et dont la diversité de ces dernières s'est fait sentir davantage depuis 10 ans, si réellement, dis-je, la nécessité de ce certificat prohibitif s'impose.

J'ai été, et suis encore à me réjouir des améliorations successives apportées à la situation des médecins de la marine de commerce, situation réellement intéressante ; toutefois, je persiste à croire, et j'ai de sérieuses raisons pour affirmer, que ce n'est pas au certificat de M. S. M. qu'ils le doivent.

Si, surtout depuis la guerre, leur solde et leurs statuts se sont particulièrement relevés et améliorés, ceux-ci ont suivi en cela la marche parallèle de ceux de tout le personnel navigant, depuis le mousse jusqu'au commandant en passant par la femme de chambre ! ! ! .....

Je puis affirmer, et en particulier pour les officiers, que ce relèvement n'est pas dû à un diplôme spécial s'ajoutant à leur brevet de capitaine au long cours ou de mécanicien, mais bien aux améliorations progressives des soldes apportées dans l'industrie maritime.

Ce qu'il faut à bord d'un navire français, anglais, italien, etc., ce ne sont pas, je le répète à nouveau, des bactériologues ni des fonctionnaires, mais des *praticiens, des cliniciens*, rompus à la petite chirurgie d'urgence, dont les cas sont très fréquents, à l'obstétrique pour les navires à passagers, et à la médecine générale.

La bactériologie tient une infime place dans les besoins des médecins navigants et d'ailleurs, dans les navires les mieux installés, les mieux outillés, le laboratoire est nul et impossible à faire. Hier encore, un médecin anglais de la Cunard Line, de passage sur le *Castalia* de l'Anchor Line, me l'affirmait.

Ces qualités de *praticien* se font encore plus sentir dans les voyages au long cours où quelquefois, au nombre déjà élevé des membres de l'équipage, s'ajoute un nombre respectable de passagers des deux sexes, et d'enfants, etc. Cette population flottante, temporaire, peut être comparée, sur certaines lignes, à celle d'une commune ou d'un chef-lieu de canton de 1.500 à 3.000 âmes.

Je ne voyais pas encore, — j'y vois peut-être mal — quelle différence il y a entre le médecin d'une telle agglomération terrestre et celui d'un paquebot emportant avec lui 1.500 à 3.000 personnes.

Ce médecin peut bien être appelé M. S. M., on peut à plaisir augmenter le nombre de ses galons, mais avant tout, je n'hésite pas à le répéter, il lui faudra un bagage professionnel de premier ordre. Il doit se conformer aux dispositions prévues par le ministère de l'hygiène et de l'assistance publique et autres règlements sanitaires internationaux. Il doit être soumis aux pénalités que comporterait tout manquement grave vis-à-vis des connaissances administratives pour la santé publique, par oubli ou méconnaissance des règlements d'hygiène publique terrestre et maritime.

Mais, pour ce faire, je le répète encore, quel besoin est-il d'un certificat particulier dont la valeur scientifique est des plus discutables.

Ne sommes-nous pas, nous médecins terriens, assujettis, sous peine de nous voir traîner devant les tribunaux, à connaître une foule de règlements d'administration publique, si nous ne voulons pas subir les foudres de la justice ? Loi de ceci, loi de cela, règlements par-ci, règlements par-là... Pour cela, va-t-on nous obliger à passer encore un certificat ?

Croit-on que d'être médecin dans un port de commerce avec un mouvement plus ou moins intense de navires étrangers, venus des quatre points du globe, croit-on que notre responsabilité vis-à-vis de la santé publique n'est pas aussi engagée que celle de nos confrères navigants ?

Quoique certains le prétendent, *il n'y a pas de pathologie spéciale* à bord d'un navire, ou tout au moins, celle-ci est tellement rare, pour ne pas dire exceptionnelle, que je puis dire, pour ma part, que je n'en connais point. En trente ans de pratique, dans le port de Marseille, sur des navires pourvus d'équipages européens ou exclusivement exotiques, je suis encore à compter les cas de pathologie spéciale que je puis avoir vus.

Pour ceux qui ne le croiraient pas, je tiens à leur disposition les registres d'hospitalisation de 20 ans d'une clinique où passent annuellement des Chinois, des Japonais, des Hindous, des Malais, des Arabes, des hommes de couleur, venus de tous les points du monde. J'offre aussi mes fiches et les observations cliniques recueillies depuis la même époque sur des navires de toutes nationalités.

On me croira ici, quand je dirai que, dans 30 ans, j'ai vu 3 cas de filaire de Médine, un cas de pied de Maduras, et quelques cas isolés de béri-béri, et cela parmi des marins de toutes nationalités et de toutes les couleurs.

Rien ne ressemble plus à la pathologie courante terrestre que la pathologie d'un navire, et à plus

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux, Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux.**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats.** — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises — Accidents.** — Memoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Les 50..........	5 fr. »»
Les 100.........	8 fr. »»
Les 500.........	35 fr. »»
Les 1000........	60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

forte raison d'un navire voyageant entre la France, l'Algérie, la Mer noire, et même les Amériques.

Les cas de maladies épidémiques que l'on peut y voir, choléra, typhus, dysentérie, peste, etc. (sont-elles bien exotiques ?), il n'y a pas un médecin terrien, digne de ce nom, qui ne soit actuellement capable de les reconnaître et de les soigner, tellement leur nombre et leur fréquence se sont répandus depuis ces dernières années, en Europe.

On m'allèguera peut-être que c'est justement à cause de ces dernières, qu'il est indispensable, pour la défense sanitaire de l'Europe, d'avoir à bord des navires des médecins rompus à ces maladies.

Que l'on m'excuse une fois de plus, *tel n'est pas mon avis* et sans vouloir faire du paradoxe, j'ajouterai ici, avec toute la bonne foi qu'on voudra bien me reconnaître, que je n'ai jamais vu, et grand nombre de mes collègues avec moi, autant de cas de peste, de choléra, de typhus, de méningite cérébro-spinale, que depuis ces 20 dernières années, et ce, malgré la création du certificat de M. S. M., la rigueur et la multiplicité des règlements sanitaires maritimes.

A d'autres de résoudre le problème sur les causes de la fréquence de la réapparition de ces maladies en Europe. J'estime toutefois, qu'il ne faut pas s'illusionner sur le pouvoir que peuvent avoir les hommes par leur génie, leur science et leurs parchemins pour empêcher les maladies ci-dessus, que l'on connaissait très peu il y a 20 ans. Celles-ci se jouent de toutes les barrières et de tous les diplômes, et c'est le cas de répéter :

..« Et la garde qui veille aux barrières du Louvre ! »

IV

Quelle différence peut-il y avoir entre nous, médecins des ports de mer d'Alger ou de Marseille, avec nos aimables confrères naviguant entre ces deux ports, certains ayant fait toute leur carrière sur la même ligne et n'ayant jamais franchi le canal de Suez, que dis-je, même pas Gibraltar ?

Il est donc inadmissible que nous ne protestions pas contre cette nouvelle atteinte à nos droits et contre l'interdiction de pouvoir exercer notre profession sur la ligne de la Méditerranée, sans un certificat spécial.

Cette prohibition est aussi ridicule qu'odieuse, et ne répond à aucune nécessité : la loi sur l'exercice de la médecine n'a pas été abrogée.

Un navire n'est que le prolongement de notre territoire, partout où flotte notre drapeau, tout médecin doit avoir le droit de gagner sa vie honorablement. Je ne puis admettre qu'on monopolise au profit d'un petit nombre des situations devenues intéressantes, dont tous les médecins devraient pouvoir profiter.

Quand je dis que le ridicule le dispute à l'odieux, je n'exagère pas ; comment qualifier autrement que de ridicule de voir qu'un médecin, quels que soient son titre, sa science, son expérience, médecin ou chirurgien des hôpitaux, professeur d'école ou de Faculté, membre de l'Académie ou de l'Institut, ne peut exercer sa profession sur les navires de commerce français sans être M. S. M.

Ce médecin qui pourra à son gré remplir tous les actes de sa profession, pratiquer toutes les interventions qu'il jugera nécessaires, le voilà tout d'un coup incapable de donner ses soins dès que le navire aura franchi la passe du Havre ou de Marseille, le voilà alors frappé d'interdit ! Ce médecin qui peut tout à terre, le voilà déclaré incapable de faire « pisser », le mot n'est pas exagéré, pour ne pas en employer un plus trivial, sans un certificat spécial. C'est une plaisanterie !

Cet article était déjà écrit, lorsque j'ai eu connaissance de l'article du Dr Perraud (*Concours médical* 7 mai 1922, à propos des soins à donner aux tuberculeux. « *Tous les médecins ne sont plus aptes à soigner les malades* »). Je ne puis que me rallier aux idées exposées par mon confrère, tellement elles concordent avec celles exprimées plus haut, qui démontrent, je m'en excuse, d'avoir été lors de ma protestation contre le certificat de M. S. M. le premier à prévoir ce qui arrive et dont l'article actuel et celui du Dr Perraud, sont la triste confirmation.

Certains, trop intéressés au *statu quo* actuel, déclarent qu'à l'étranger, on a créé des certificats analogues à celui de M. S. M.

Je crains bien, qu'en ce qui touche la création de M. S. M. prévue par la Convention sanitaire internationale de Paris, nous n'ayons été, là aussi, dupes pour les choses de la marine, comme nous venons de l'être pour la journée de huit heures dans la même industrie.

Si j'en juge par mes relations presque journalières, fort amicales d'ailleurs, avec nombre de médecins navigants étrangers, sans vouloir médire de personne, je n'hésite pas à déclarer que la culture générale professionnelle d'un médecin français, même à sa sortie de l'école, a une valeur qui ne saurait être égalée par grand nombre de médecins étrangers, et que le certificat de M. S. M., sans l'amoindrir, ne saurait l'améliorer, s'il ne possède les qualités énumérées plus haut et que j'estime indispensables, tant pour les passagers que pour l'équipage.

Certains craignent que de rendre facultatif ou de supprimer le certificat de M. S. M, puisse faire craindre la concurrence ou avilisse la situation, permettant aux armateurs de porter atteinte aux situations acquises aux médecins qui naviguent, je puis persuadé que cela ne sera pas.

Je ne suis, je le répète, le porte-parole de personne, je n'ai en vue que l'intérêt professionnel, mais l'affirmation précédente n'est pas avancée à la légère.

D'ailleurs, nos groupements professionnels, dont la puissance s'affirme chaque jour et avec lesquels les entreprises privées et même l'Etat doivent désormais compter, sauront faire leur devoir pour défendre les droits et avantages acquis, pour le cas où l'on viendrait à rendre la liberté à l'exercice de la médecine à bord des navires de commerce français.

En 1919, on pouvait lire un projet de création de service de santé de la marine marchande, inspiré, malgré qu'il eût été soumis à l'approbation de l'Académie de médecine, et obéissant, pour ceux qui connaissent les coulisses, où l'intérêt privé, électoral ou autre, prime plus que celui véritable du Corps médical.

Dans ce projet, ces médecins, nouveaux fonctionnaires (le besoin s'en fait vraiment sentir), auraient non seulement monopolisé le service des navires marchands, mais encore, chose non moins extravagante, qui devrait être connue de tous les médecins terriens, qui devenaient, de ce fait, incapables de le faire, ce corps de santé se réservait en outre la visite des participants à la Caisse de prévoyance de la marine marchande, la visite médicale des pêcheurs avant leur départ, la visite médicale du personnel de la marine marchande, l'assistance médicale aux corporations maritimes dépourvues de médecins ! Où diable existe-t-il un coin du littoral de la France où il n'y a pas de médecin ?

Je passe sur bien d'autres prérogatives. Enfin, dernier avantage, ce corps de santé de la marine marchande, se reconnaissant ainsi une omniscience, s'adjugeait la surveillance, nouvelle sinécure, des régions ostréicoles, des parcs à homards et crustacès ! ! ! .....

Dans le *Marseille médical* du 19 mars 1919, le docteur Raybaud, médecin de l'administration sanitaire du port de Marseille, et tout acquis au certificat de M. S. M., analysant ce projet de loi, considère la dernière proposition comme une « galéjade » et fait remarquer, avec raison, que cette surveillance du service des parcs ostréicoles et autres, intéresse toute la France et ne peut être que du ressort du Ministère de l'intérieur et non du service de santé de la Marine marchande, corps qui n'est pas, je l'espère, créé.

On peut dire ici, que l'appétit vient en mangeant et que les diplômes spéciaux qui se créent à jet continu constituent d'excellents apéritifs.

Ainsi donc, après le certificat de M. S. M. qui permet d'acquérir des situations vraiment intéressantes, et qui permettra, si l'on n'y prend garde, à ceux qui en sont pourvus, d'accaparer non seulement les marins à bord, mais aussi à terre et peut-être encore leurs familles; nous verrons aussi bientôt exiger de nous un diplôme spécial pour les accidentés du travail, les mutilés, les gazés, les tuberculeux, un diplôme d'hydrologiste, de médecin des écoles, des pupilles de la Nation, de radiologiste ; sans omettre d'y ajouter un certificat spécial pour être médecin du corps de ballet des théâtres nationaux, et, bien entendu, tous certificats, diplômes ou brevets prohibitifs pour le pauvre docteur en médecine muni de son simple parchemin.

Allons, Mesdames, Messieurs, qui n'a pas son certificat ? Demandez, je vous prie, faites-vous servir !...

Qu'est-ce qu'il restera pour tout potage au médecin sans parchemins supplémentaires et isolés ? Il ne restera, je le crains bien, pour ceux qui vont nous succéder, pour le présent et surtout pour l'avenir, que leurs yeux pour pleurer et leur ceinture pour en serrer un cran de plus chaque jour ! (1)

Docteur Lop.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LA VIE SYNDICALE

Un type de contrat collectif

Entre la Solidarité, d'une part, et la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace, d'autre part, a été passé le contrat suivant.

ARTICLE 1er.

Est autorisé à donner ses soins aux membres de la Solidarité, et aux frais de celle-ci, tout membre d'un Syndicat médical d'Alsace qui se sera reconnu lié par les stipulations du présent contrat et aura signé une déclaration dans ce sens.

ARTICLE 2.

Les Syndicats fourniront à la Solidarité la liste des médecins ayant signé la déclaration prévue à l'article précédent.

La liste des médecins indiquera les domiciles, heures de consultation et numéros de téléphone des médecins et devra être remise, sur sa demande, à chaque membre de la Solidarité.

ARTICLE 3.

Tout médecin aura le droit de renoncer à participer au traitement des malades de la Solidarité après un préavis de trois mois.

ARTICLE 4.

La Caisse est autorisée à engager des médecins de confiance, dont la nomination se fera après entente avec les bureaux des Syndicats pour une durée maxima de trois ans. Après chaque échéance, la nomination peut être renouvelée d'un commun accord.

(1) Il est bien entendu que nous laissons à notre correspondant l'entière responsabilité de sa thèse.

N. D. L. R.

ARTICLE 5.

Avant d'avoir recours aux soins d'un médecin, tout membre de la Solidarité devra lui remettre une pièce établissant sa qualité d'ayant-droit (bulletin de traitement). Cette pièce portera toutes les indications nécessaires au décompte des honoraires et sera renouvelée au début de chaque trimestre. En cas d'urgence, le malade se légitimera par présentation de la carte de membre et de la quittance de cotisation du dernier mois.

ARTICLE 6.

Les médecins ne seront tenus de fournir gratuitement que les attestations n'ayant d'autre but que le payement de l'indemnité de maladie, ainsi que les renseignements courants que pourrait leur demander le médecin de confiance.

ARTICLE 7.

Les honoraires à payer sont les suivants :

A. — *Soins donnés aux membres de la Société n'ayant pas un revenu total par an de plus de* 12.000 *fr.* :

I. — *Médecins praticiens.*

a) Domiciliés à Strasbourg, Mulhouse ou Colmar :

Première consultation	10	fr.
Les suivantes	6	»
Première visite	15	»
Les suivantes	10	»

b) Domiciliés dans d'autres localités

Première consultation	8	»
Les suivantes	6	»
Première visite	10	»
Les suivantes	8	»

II. — *Spécialistes* :

Première consultation ou visite	15	»
Les suivantes	[0	»

Les soins extraordinaires se payent d'après le tarif de la F. S. A. avec une majoration de 100 %; les indemnités kilométriques fr. 4 le kilomètre de distance.

Toutes les limitations concernant le nombre ou la nature des soins extraordinaires inscrites dans le tarif de la F. S. A. sont supprimées.

B. — *Soins donnés aux membres de la Société ayant un revenu total par an supérieur à* 12.000 fr.

I. — *Médecins praticiens* :

La consultation	10	»
La visite	15	»

II. — *Spécialistes* :

La consultation ou la visite	15	»

Les soins extraordinaires se payent pour cette catégorie de membres de la Société d'après le tarif de la F. S. A. avec une majoration de 200 % ; les indemnités kilométriques 3 fr., le kilomètre parcouru.

ARTICLE 8.

1° Les notes d'honoraires seront établies par les médecins attitrés avant le 15 du premier mois de chaque trimestre sur des formulaires *ad hoc*, dûment remplies, classées par ordre alphabétique, et accompagnées d'un relevé récapitulatif et envoyées par les membres des Syndicats médicaux du Bas-Rhin au Bureau central à Strasbourg, par les membres du Syndicat médical de Mulhouse et environs au Bureau de leur Syndicat et par les membres des Syndicats de Colmar et Guebwiller au Bureau du Syndicat médical de Colmar.

2° Après vérification des notes d'honoraires par les Commissions de contrôle de Strasbourg, Mulhouse, et Colmar, les bureaux les transmettront à la Caisse avec le décompte établi par la Commission de contrôle. Dans un délai de quinze jours après réception du décompte, la caisse enverra le montant total, tous frais payés, à l'adresse indiquée par chacun des trois bureaux.

3° Le payement des honoraires aux médecins se fera par les soins des bureaux.

ARTICLE 9.

Le contrôle et le décompte des notes d'honoraires remises par les médecins seront assurés par les bureaux de Strasbourg, Mulhouse et Colmar, suivant un accord passé entre les Syndicats et les bureaux. Toute modification au compte des honoraires décidée par les Commissions de contrôle devra être reconnue définitive par les médecins attitrés.

Les bureaux ont le droit de retenir jusqu'à cinq pour cent des honoraires et de disposer à leur gré des sommes retenues.

ARTICLE 10.

Tout différend survenant entre un médecin et la Solidarité devra être soumis au bureau du Syndicat compétent. Celui-ci devra chercher à aplanir le différend, et s'il n'y parvient pas, soumettre le cas à l'Assemblée générale du Syndicat qui pourra prendre envers un médecin déclaré fautif une décision allant du simple avertissement jusqu'à l'exclusion du service auprès de la Solidarité. Si le Syndicat estime que les torts sont du côté de la Solidarité, l'affaire sera soumise à un tribunal d'arbitrage paritaire, constitué à cet effet, sous la présidence d'un juge. Les décisions de ce tribunal seront sans appel.

ARTICLE 11.

Le présent contrat entrera en vigueur le premier avril 1921 et durera jusqu'au 31 décembre 1921. A partir de cette date, sa validité sera prolongée par tacite reconduction, tant qu'il n'aura pas été dénoncé par l'une des parties. Le délai de dénonciation sera de trois mois.

ARTICLE 12.

Le présent contrat sera fait en double. Chaque partie contractante en recevra un exemplaire, chaque médecin une copie.

Les frais de timbre seront portés en commun.

Le lieu de l'exécution du présent contrat sera Strasbourg.

Strasbourg, le 6 juin 1921,

Pour la Solidarité :

Pour la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace :

Syndicat des Deux-Sèvres

Groupement médical de la région « Charentes et Poitou » (1)

ARTICLE PREMIER.

Il est institué entre les Syndicats médicaux des « Charente », « Charente-Inférieure », « Deux-Sèvres », « Vendée », et « Vienne », un groupement qui prend le nom de « *Groupement médical de la région « Charentes et Poitou* ».

Chacun des Syndicats ci-dessus dénommés se réserve le droit de constituer d'autres groupements analogues avec ses autres voisins.

ART. 2.

But du groupement.

Le but du groupement est de :

1° Aplanir toutes les difficultés pouvant résulter de l'exercice de la profession sur les limites de ces départements et comme conséquences : établir d'accord des tarifs ; se prêter un mutuel appui pour l'exercice de la médecine honnête et loyale ;

2° Etudier en commun toutes les questions dites de médecine sociale, qui se résument dans « la prise en charge de la médecine par les médecins ». Pratiquer une solidarité effective ; c'est-à-dire établir à l'avance pour chaque question un plan d'organisation qui, tout en laissant à chaque syndicat local sa liberté de mouvement, leur évite d'être opposés les uns aux autres, soit au point de vue conception, soit au point de vue tarifs.

ART. 3.

Mécanisme de la représentation.

Chaque Fédération ou Syndicat départemental élit un délégué titulaire et un suppléant. Les cinq délégués constituent un « Comité d'études intersyndical ».

Le délégué est renouvelable tous les ans, mais ne peut être élu plus de 4 ans de suite.

La présence du délégué départemental ou de son suppléant est obligatoire aux réunions du Comité.

Les réunions du Comité d'études ont lieu deux fois par an, un mois avant l'Assemblée générale de la Fédération ou du Syndicat départemental. En cas d'urgence, un Syndicat peut provoquer une réunion extraordinaire.

A sa première réunion, le Comité d'études choisira, parmi ses cinq membres, un secrétaire général qui sera chargé de l'organisation matérielle : convocations, lieux de réunions, impression des rapports, etc. ; et servira d'agent de liaison entre les divers Syndicats du groupement.

ART. 4.

Mode de travail.

L'initiative des questions à étudier peut être prise par tous les médecins syndiqués et est transmise, après approbation par leur Syndicat respectif, au Secrétariat du groupement.

Toutes les questions ayant trait aux rapports avec les collectivités doivent être obligatoirement portées devant le Comité intersyndical. Celui-ci, après étude complète, rédige un rapport qui sera distribué à tous les Syndicats adhérents qui, seuls, sont chargés de prendre la responsabilité de la décision après discussion dans leur assemblée générale, et audition, s'ils le désirent, du secrétaire général, agent de liaison.

ART. 5.

Finances.

Les frais seront réduits au tirage des rapports et à la correspondance. Tous les ans, le total en sera fait, divisé par cinq, et envoyé pour recouvrement au trésorier de chaque Fédération ou Syndicat départemental.

ART. 6.

Du Bulletin.

Il est indispensable que la documentation réunie par le Comité intersyndical, et que le compte rendu de l'Assemblée générale de chaque Syndicat soient portés à la connaissance de tous les médecins syndiqués ou non des « Charentes et Poitou ». Ce sera là la meilleure des propagandes pour faire adhérer à nos Syndicats tous nos confrères. Le Groupement médical donne mission à son Comité d'Etudes d'étudier, dès sa première réunion, la publication d'un *Bulletin*

Arrêté du 15 janvier 1923 relatif aux indemnités de déplacement pour les pensionnés de guerre

Le ministre des pensions, Le ministre des finances,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 ;

Vu l'article 95 du décret du 25 octobre 1922 abrogeant l'arrêté du 6 juin 1921 ;

Vu l'article 64 dudit décret ainsi conçu :

« Les indemnités de déplacements auxquelles peu-

(1) Adopté à l'unanimité par le Syndicat médical des Deux-Sèvres.

vent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile sont établies pour la France, les colonies et pays de protectorat, sur la proposition des préfets, gouverneurs ou résidents généraux, par arrêtés concertés entre le ministre des pensions et le ministre des finances. Les tarifs tiennent compte des régions, parcours et mode de transport.

« Le montant total de l'indemnité ne peut en aucun cas excéder celle attribuable au médecin ou au spécialiste le plus rapproché.

« L'indemnité kilométrique n'est pas allouée lorsque la distance entre le domicile du malade et le domicile du médecin est inférieur à 1 kilomètre, c'est-à-dire lorsque le parcours ne comporte pas une distance de 2 kilomètres aller et retour.

« En ce qui concerne les fractions de kilomètre effectuées au-delà du parcours minimum de 2 kilomètres, celles égales ou inférieures à 500 mètres ne comportent pas d'indemnité kilométrique, celles supérieures à 500 mètres sont tarifées comme un kilomètre.

« L'indemnité kilométrique n'est pas allouée dans les limites d'une agglomération, ni dans les communes de 100.000 habitants et au-dessus.

« Lorsqu'un médecin visite plusieurs malades échelonnés sur un même parcours, l'indemnité kilométrique n'est décomptée qu'une fois en tenant compte du parcours effectué. Le montant de l'indemnité est décompté sur le bulletin de visite du malade le plus éloigné avec référence réciproque entre les bulletins de visite des différents malades visités ».

Arrêtent :

Art. 1er. — Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont fixées comme suit en France, pour l'année 1923 ;

Dans les régions de plaine, 1 fr. 24 par kilomètre effectivement parcouru ;

Dans les régions de montagne, 1 fr. 27 par kilomètre effectivement parcouru ;

Dans les régions dévastées, 1 fr. 27 par kilomètre effectivement parcouru.

Art. 2. — A l'occasion de chaque visite, le médecin doit inscrire lisiblement au recto du bulletin de visite, extrait du carnet à souches de bons médicaux et pharmaceutiques, le nombre de kilomètres effectivement parcourus et le prix correspondant, compte étant tenu des dispositions des paragraphes 2 à 6 de l'article 64 du décret du 25 octobre 1922 ci-dessus rappelé.

Art. 3. — Un arrêté préfectoral déterminera, dans chaque département, les communes qui doivent être considérées comme étant en région de plaine, région de montagne, région dévastée.

La liste des communes des régions dévastées sera revisible annuellement.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **C. T. I.** La première *Semaine professionnelle des Travailleurs Intellectuels de France* a eu lieu à Paris, les 22, 23, 25, 26, 29 et 30 janvier au Conservatoire National des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin, salle D pour les séances plénières et salle E pour les séances de commission.

Cette *Semaine professionnelle*, organisée par la C. T. I. a pour buts :

I. — De permettre à tous les travailleurs intellectuels de France de se mettre au courant des travaux de la C. T. I. ainsi que des résultats actuellement obtenus dans les différents ordres d'idées où elle poursuit sa tâche d'étude et de défense en commun des intérêts du travail intellectuel.

II. — De connaître leurs avis et leurs vœux concernant les questions professionnelles d'ordre général les plus actuelles.

III. — Enfin de recueillir les suggestions qu'il peut y avoir un intérêt professionnel national à faire figurer au Congrès international des C. T. I. qui aura lieu les 5, 6 et 7 avril 1923 à la Sorbonne, sous la présidence de M. Léon Bourgeois, président du Sénat, ancien président du Conseil.

Nous serions heureux de vous voir prendre part aux travaux de cette *Semaine professionnelle*, dont vous trouverez d'autre part le règlement.

Règlement : I. — Ne pourront prendre part à la *Semaine professionnelle des travailleurs intellectuels de France*, que :

Les délégués des sociétés professionnelles faisant partie de la C.T.I.

Les membres de la C. T. I. possesseurs de la carte individuelle.

Les personnes invitées, soit par la commission d'organisation et les Associations ayant participé à cette organisation, soit par le bureau de la C. T. I.

Enfin, les travailleurs intellectuels isolés ou faisant partie de sociétés non confédérées et qui auront été agréés par la commission d'organisation. Ces derniers auront à verser un droit de cinq francs pour participation aux frais de la *Semaine professionnelle*.

II. — Les questions qui seront soumises aux membres de la *Semaine professionnelle* seront partagées en 11 groupes, suivant qu'elles intéressent :

1. — Les arts plastiques et graphiques ;
2. — L'art dramatique.
3. — L'art musical ;
4. — Le cinématographe ;
5. — L'enseignement ;
6. — Les fonctionnaires ;
7. — Les lettres ;
8. — La presse ;
9. — Les Professions Libérales : Droit et Médecine ;
10. — Les sciences pures ou appliquées ;
11. — La Technique et l'industrie.

— **École de Psychologie** 1923. — La 23e séance de réouverture des cours a eu lieu le samedi 13 janvier, à cinq heures, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Daniel BERTHELOT, membre de l'Académie des Sciences, et la présidence de M. le professeur Gabriel PETIT, membre de l'Académie de Médecine.

Cours pratiques. — Des cours pratiques de psychothérapie, d'hypnologie, d'orthopédie mentale et de psychophysiologie ont lieu sous la direction des docteurs BÉRILLON, Paul FAREZ, PROST, BRION, FRANQUET et de M. H. GOSSET, les jeudis à dix heures, aux dispensaires neurologique, pédagogique et anti-alcoolique annexes de l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts.

— **Cours d'hygiène sociale.** — *La lutte contre les maladies sociales et la préservation de la race* par M. le Dr SICARD DE PLAUZOLES, directeur général du Comité national de propagande. — Le cours aura lieu à la Sorbonne les mardis (amphithéâtre Milne-Edwards) et samedis (amphithéâtre Edgar-Quinet), à 17 h. 30, à partir du mardi 9 janvier 1923.

La première leçon a eu lieu le mardi 9 janvier à 17 h. 30, amphithéâtre Milne-Edwards, sous la présidence de M. le professeur A. PINARD, membre de l'Académie de médecine, président du Conseil national de propagande. Elles continueront les mardis et samedis suivants.

— **Parasitologie et histoire naturelle médicale.** — M. le professeur Brumpt a commencé le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale, le mardi 9 janvier 1923, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— **A propos des propagandes française et allemande à l'Etranger.** — Le *Concours* du 14 janvier annonce que *L'Hôpital* va publier une édition en *espagnol.*

C'est fait depuis le 1er janvier 1923. Les numéros de *El Hospital de Paris* — c'est le nom du fils de *L'Hôpital* français — sont en Espagne d'où nous parviennent déjà d'excellents échos nous prouvant que *El Hospital* a porté.

D'autres numéros ont pris le chemin de Cuba, Buenos Aires, Haïti, Chili, etc., etc. Car là aussi *le boche travaille.*

Ajoutons que, *ab ovo*, *El Hospital de Paris* a trouvé les meilleures sympathies des grandes firmes pharmaceutiques.

Agréez.....

SÉGARD et SIGURET.

— **Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France.** — *Assemblée générale.* — Le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, réuni en assemblée générale, a décidé à l'unanimité qu'une Commission serait nommée afin d'établir des rapports plus étroits entre l'Office national du tourisme et le Syndicat général pour l'étude de la propagande à faire au point de vue médical dans les pays étrangers en faveur de nos stations françaises, D'autre part, le contrat collectif ayant été voté en vue de l'application de la loi en préparation sur l'assurance maladie, le Syndicat accepte la décision de l'Union, mais remet à une prochaine assemblée la discussion des voies et moyens.

Une nouvelle assemblée générale extraordinaire se tiendra le lundi 22 janvier, au siège social, 12, rue de Seine, Paris.

— **Société des chirurgiens de Paris.** — Nous apprenons que notre excellent collaborateur et ami Dartigues vient d'être élu vice-président de cette société.

Ce choix honore autant ceux qui l'on fait que celui qui en est l'objet. Pour qui connaît Dartigues, dont le tempérament essentiellement chirurgical se double de sentiments altruistes et généreux, qui ne cherchent que les occasions d'entrer en action, pour soutenir toutes les justes causes, combattre toutes les injustices, il ne peut y avoir que satisfaction et joie à enregistrer l'hommage mérité qui lui est ainsi rendu.

Nous nous félicitons vivement d'être de ce nombre.

G. D.

— **L'A.D.R.M. La Maison du Médecin et le dîner du Syndicat d'initiative de Paris.** — Les membres du conseil d'administration du Syndicat d'initiative de Paris et du département de la Seine ont offert, hier soir, un dîner, au Club de la Renaissance, 12, rue de Poitiers, aux représentants des principaux organes de la presse parisienne.

Ce dîner était présidé par M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris et président du conseil d'administration du Syndicat.

Au dessert, M. le professeur Roger prit la parole. Il remercia les membres de la presse d'avoir répondu à son appel. Il rappela les premiers résultats obtenus par le Syndicat d'initiative : fondation d'un bureau de renseignements pour les étrangers, organisation de voyages et devis de séjour à bon marché, création d'un guide des hôtels, d'un guide de Paris et de nombreux services de propagande. Le Syndicat se propose actuellement d'organiser, pour un prix modique, des visites dans Paris, sous la conduite d'un cicerone. Il désire mettre en œuvre tous ses moyens d'action pour organiser, d'une façon plus parfaite, la réception de nos visiteurs étrangers, etc. Pour réaliser ses intentions, le concours de la Presse est nécessaire au Syndicat. M. le professeur Roger termina donc son éloquente et spirituelle allocution en priant M. de Nalèche, président du Syndicat de la Presse parisienne, de bien vouloir accepter de faire partie du comité.

M. de Nalèche s'empressa de déclarer qu'il acceptait de grand cœur.

M. Le Corbeller, vice-président du Conseil municipal exprima ensuite au Syndicat les remerciements de la ville de Paris. Après quoi, tous nos confrères présents furent invités à exposer eux-mêmes leurs suggestions, et la réunion se termina dans une causerie très amicale où furent examinés et discutés les moyens les plus efficaces de soutenir l'effort si intéressant du Syndicat d'initiative.

N'est-ce pas un signe des temps que nous puissions lire dans les journaux l'écho ci-dessus ? Le très distingué successeur de cette lignée des grands doyens de la vieille école de médecine de Paris à la tête du Syndicat d'initiative, du Syndicat de propagande, du Syndicat de reception des étrangers — donc des médecins — qui nous viennent voir dans nos hôpitaux, nos cliniques, nos amphithéâtres ! ... Ne vous semble-t-il pas, dès lors, que la création de la *Maison des médecins* a fait un grand pas et que la Commission chargée de la réaliser (et dont la dernière réunion fut active) n'a plus qu'à aller de l'avant ?

R. M.

Le Directeur Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

C'est là un exemple de cas mauvais comme tarification, cas qui sont compensés par d'autres, comme dans toute tarification générale.

Dr F. Decourt.

IV

Aide ou consultation

Un blessé du travail présente une fracture grave du fémur gauche au-dessus du genou, plaies multiples et épanchement de sang dans la jointure. Je fais appeler un chirurgien : le 21 *juin* nous plaçons un appareil à extension, je sers d'aide :

Dois-je compter 50 fr. prix d'un aide ou 24 fr., consultation avec un confrère ?

22 *juin* : j'aide le chirurgien à évacuer l'hémarthrose, 50 fr. ou 24 fr., que compter ? De même le 30 juin, je l'aide à poser un plâtre.

Dr C.

Réponse.

L'art. 11 dit : « Pour les interventions de *grande chirurgie*, la rémunération de tout aide, etc.... » Or, poser un appareil de fracture, évacuer un hématome, faire un plâtre, ces 3 interventions dont vous parlez, peuvent-elles être considérées comme trois interventions de grande chirurgie effectuées successivement sur un même malade ? J'ai peine à croire qu'un tribunal vous suivrait sur ce point et je crois, en l'espèce, devoir vous conseiller de compter simplement des « consultations avec confrères » soit, chaque fois, 24 frs, plus le déplacement.

Dr F. Decourt.

Application du Tarif des pensionnés de guerre

(*Tarif Maginot*)

Transfusion du sang

Je ne vois pas figurer dans le tarif des mutilés la transfusion du sang ; (réformé en anémie suraiguë à la suite d'hématémèse) combien doit-on la compter?

Le classement du sang ne figure également pas dans les épreuves de laboratoire et le laboratoire municipal refuse de le faire, prétendant qu'il ne sera pas remboursé ?

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir éclairer ma lanterne sur ces sujets.

Dr P.

Réponse.

1° La « transfusion du sang » n'existant pas dans le tarif des pensionnés, il convient pour la tarifer, de chercher une *analogie*. En attendant la réunion de la Commission supérieure de contrôle qui est tout indiquée pour la fixer, je *propose*, d'après le paragraphe consacré à l' « in-

tervention sur les vaisseaux et nerfs », le tarif fixé pour la « ligature d'un anévrysme artériel simple », soit 300 frs, sous toutes réserves naturellement.

2° Quant aux questions de laboratoire, c'est hors de ma « sphère » il faudra s'adresser directement à la Commission de contrôle de votre département pour lui proposer un prix équitable.

Dr F. DECOURT.

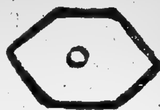
NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La psychothérapie du praticien

Je ne sais plus quel auteur écrivait : « Quand le médecin délivrant une ordonnance dit à son son malade : allons ! suivez mes prescriptions — et tout cela va aller mieux — il fait de la psychothérapie comme Monsieur Jourdain fait de la prose ».

Dans le courant de la vie quotidienne, il est difficile, au praticien, de se livrer à la psychanalyse de Freud, à la méthode de contrôle cérébral de Vittoz, ou à celle de l'auto-suggestion consciente de M. Coué. Combien de fois notre malade ne nous a-t-elle pas dit : « Tant que vous

pour penser



pour causer



pour marcher



pour manger



pour dormir



êtes là, docteur, j'ai confiance et courage ; mais dès que je vais me trouver seule, mon obsession mes scrupules, mes phobies vont me reprendre. Donnez-moi *quelque chose* qui me rappelle tout ce que vous m'avez dit ».

La malade à laquelle je fais allusion *doute* perpétuellement. Elle ne sait si elle pourra penser, causer, marcher, manger, dormir, comme tout le monde et ceci lui cause des angoisses qui, sont, suivant l'expression d'Eymieu, « *un instrument de supplice perfectionné* ».

Pour conserver la malade sous l'influence de la psychothérapie verbale, nous avons imaginé ces *figurations objectives* de nos injections. Et comme il faut faire fiche de tout bois et que « est bon remède qui guérit » je vous donne le procédé pour ce qu'il vaut.

La malade porte constamment sur elle le schéma suivant et avant de sortir, de manger, de se coucher, le considère quelques instants, se remémore alors nos suggestions et a avoué se trouver mieux. On peut imaginer les modalités les plus diverses de ce schéma, suivant la forme des obsessions, phobies, etc. présentées par la malade.

R. MOLINÉRY.

JURISPRUDENCE

RESPONSABILITÉ CIVILE. — FAUTE. — DEMANDE EN JUSTICE. — ABUS DU DROIT, — IMPUTATIONS TÉMÉRAIRES ET MALICIEUSES. — MÉDECIN. — RÉPUTATION PROFESSIONNELLE. — PRÉJUDICE. — DOMMAGES-INTÉRÊTS.

TRIBUNAL CIVIL DE DIJON
13 novembre 1922.

(*Gazette du Palais*, 19 *décembre* 1922.)

S'il est vrai que le fait, par un client, d'imputer à un médecin ou à un chirurgien une faute grave professionnelle et d'introduire contre lui une action en dommages-intérêts n'est que l'exercice d'un droit, l'abus vexatoire de ce droit peut engager la responsabilité du demandeur.

Il en est spécialement ainsi lorsque ce dernier a produit à l'appui de sa demande des allégations inutiles à son succès et nuisibles à la réputation professionnelle du praticien défendeur, allégations que ne peut avoir dictées qu'une intention malicieuse ou une excessive témérité, alors surtout qu'il résulte des circonstances que les avis de docteurs qualifiés nettement favorables au médecin incriminé auraient dû inspirer plus de réserve au demandeur.

K. c. docteur D.

LE TRIBUNAL,

Attendu qu'à la suite d'un accident survenu au jeune K., le 2 mars 1919, et des soins que le docteur D. avait

été appelé à lui donner, K. père à assigné ledit docteur D. en 100.000 fr. de dommages-intérêts, prétendant qu'il avait commis à cette occasion une faute lourde qui avait nécessité l'énucléation de l'œil blessé ; que, sur cette assignation et en suite des conclusions signifiées par K., et dans lesquelles il précisait la faute imputée à ce praticien, le tribunal de ce siège, par jugement en date du 26 décembre 1921, a nommé MM. les docteurs Delapersonne, Coutela et Kalt, experts, avec mission d'examiner le blessé et de se livrer à toutes recherches utiles à l'effet de se prononcer sur le mérite des allégations du demandeur, et spécialement de dire si le docteur D. avait commis une faute de nature à entraîner sa responsabilité ;

Attendu que les experts ont procédé à leur mission et qu'ils déclarent à l'unanimité que, « loin de dénoter l'oubli des règles du bon sens, la conduite du docteur D. fut conforme à la prudence en même temps qu'aux prescriptions de la science » ; qu'ils ajoutent que, « tant pour l'établissement du diagnostic que pour la direction du traitement, il a adopté une ligne de conduite absolument normale et classique » ;

Attendu qu'après avoir pris connaissance de ce rapport déposé au greffe le 22 mai 1922, K. a notifié, le 13 juin suivant, un désistement pur et simple de son action, en s'engageant à payer les frais à ce jour ;

Attendu que le Docteur D. a refusé d'accepter ce désistement et que, par ses conclusions, il demande l'homologation du rapport des experts et la condamnation de K., par voie reconventionnelle, au payement de la somme de 1 fr. à titre de dommages-intérêts ;

Attendu que K. soutient que cette demande n'est ni recevable, ni fondée ;

Attendu qu'il prétend, tout d'abord, que le désistement, étant pur et simple, ne pouvait être refusé par le docteur D. qui semble n'avoir poursuivi qu'une satisfaction d'amour-propre ;

Attendu qu'il ne saurait être sérieusement contesté que toute partie est en droit de se refuser à accepter un désistement lorsqu'elle a un intérêt légitime à le faire ;

Attendu, tout d'abord, que le souci de sa réputation professionnelle suffirait à autoriser ce refus, qui s'explique par le désir bien naturel et bien légitime d'éviter que l'acceptation du désistement ne puisse être attribuée à des tractations ou compromissions de nature douteuse et par la volonté d'obtenir l'homologation du rapport ;

Attendu, au surplus, et dans tous les cas, que la demande reconventionnelle, régulièrement formée par le docteur D., suffisait à elle seule à justifier son refus d'accepter le désistement, sous peine d'être astreint à introduire son action par voie séparée et principale ;

Attendu que K. soutient en second lieu, que la demande reconventionnelle est mal fondée, parce que l'action qu'il a introduite contre le docteur D. ne constitue que l'exercice d'un droit et qu'il ne saurait être passible de dommages-intérêts qu'autant qu'il aurait fait un abus de ce droit en commettant une faute lourde ou une erreur grossière équipollente au dol, soit dans le principe de son action, soit dans les formes et moyens employés pour la mettre en œuvre, ou qu'il aurait fait preuve dans les mêmes circonstances de mauvaise foi ou d'une témérité excessive, qu'au contraire, il n'a fait que s'en rapporter aux indications du médecin oculiste, qui avait procédé à l'énucléation de l'œil, lesquelles étaient de nature à lui permettre de penser que la responsabilité professionnelle du docteur D. était nettement engagée, qu'en conséquence il ne saurait être condamné à aucuns dommages-intérêts, en sus des dépens dont il a fait offre dans son acquiescement ;

Attendu que, s'il est vrai que le fait par un client d'imputer à un médecin ou à un chirurgien une faute médicale ou professionnelle grave et d'introduire contre

lui une action en dommages-intérêts n'est que l'exercice d'un droit, il convient cependant, pour statuer sur la demande reconventionnelle de celui-ci, de rechercher s'il n'a pas été fait un abus de ce droit dans les conditions indiquées par une jurisprudence constante ;

Attendu, en fait, qu'il suffit de se reporter aux conclusions de K. aux fins d'expertise pour constater qu'il ne s'est pas seulement borné à imputer au docteur D. une faute professsionnelle caractérisée, ce qui était suffisant pour justifier le principe de sa demande ; mais qu'en outre, et sans nécessité, il lui a reproché d'avoir procédé à l'examen du blessé avec une hâte et une précipitation injustifiables et d'avoir commis une faute lourde et une négligence grave constituant, en dehors de toutes théories ou méthodes médicales, une évidente impéritie et l'oubli des règles du simple bon sens et de la prudence d'un homme ordinaire ;

Attendu que rien ne justifiait l'allégation de semblables imputations, pas même le souci d'appuyer une demande d'expertise, en grossissant, pour la faire admettre, les griefs et les articulations : qu'il lui suffisait, pour l'exercice de son action, d'invoquer la faute professionnelle qu'il prétendait lui avoir été signalée par le docteur G. ; que, seule, une erreur grossière ou une témérité excessive, ou même, plutôt une intention malicieuse et vexatoire peuvent avoir inspiré au demandeur de pareilles imputations ;

Attendu que la responsabilité de K. est d'autant plus gravement engagée et ses imputations d'autant plus téméraires, qu'il n'ignorait pas l'habileté et la conscience professionnelle du praticien qu'il était venu consulter depuis Mâcon sur la foi d'une réputation qui lui avait été affirmée par l'oculiste de sa région ; que bien plus on ne peut s'empêcher de constater avec quelle malignité il a agi dans la préparation de ses articulations, lorsqu'on remarque avec les experts qu'après le docteur D. il avait consulté trois oculistes réputés de Dijon, que tous trois avaient approuvé le diagnostic et le traitement de celui-ci et lui avaient affirmé qu'ils n'auraient pas eux-mêmes procédé autrement et qu'ils ne voyaient rien à changer au traitement prescrit ; que cette unanimité devait lui inspirer plus de réserve et lui interdire des imputations qu'on ne peut attribuer qu'à une témérité excessive, sinon à une malignité vexatoire ;

Attendu d'autre part, que ces imputations étaient de nature à nuire à la haute réputation professionnelle du docteur D. et à lui causer un préjudice incontestable ;

Attendu, en conséquence, qu'il y a lieu de faire droit à la double demande de ce dernier, c'est-à-dire de lui accorder le franc de dommages-intérêts qu'il réclame et d'homologuer le rapport des experts, dont les conclusions constituent pour lui la justification la plus autorisée de son traitement et la réparation la plus adéquate de l'atteinte portée à sa réputation professionnelle ;

Sur les dépens :

Attendu qu'ils sont de droit à la charge de la partie qui succombe ;

Par ces motifs,

Sans s'arrêter ni avoir d'égard à toutes conclusions contraires, qui sont rejetées comme mal fondées,

Dit que c'est à bon droit que le docteur D. s'est refusé à accepter le désistement qui lui avait été signifié ;

Et, en homologuant purement et simplement le rapport des experts Delapersonne, Coutela et Kalt, déboute K. de sa demande de dommages-intérêts, le condamne à payer au docteur D. la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts, pour les causes susénoncées.

Le condamne en outre en tous les dépens.

NOTE. — Il est de jurisprudence que l'action en justice est un droit dont l'exercice ne dégénère en abus susceptible de justifier l'allocation de dommages-inté-

rêts que s'il constitue un acte vexatoire, inspiré par la malice ou la mauvaise foi, ou tout au moins, une erreur grossière, équipollente au dol. V. Cass., 6 janvier 1909 (*Gaz. Pal.* 1909.1.146 — S. 1909.1.144 — D. 1909. 1.99) ; 15 mars 1910 (*Gaz. Pal.* 1910.1.145 — S. 191.10. 259) ; 20 avril et 18 mai 1915 (D. 1916.1.174 — *Journ. trib. com.* 1917.389) ; 20 novembre 1918 (*Gaz. Pal.* 1918 et 1919.1.732) ; 30 mars 1920 (*Gaz. trib.* 1920, 2.530) ; de Pau 24 décembre 1913 (S. 1914.2.105) ; trib. civ. Seine 20 mars 1922 (*Gaz. Pal.* 1922.1.521) et la note.

A la vérité, si la Chambre civile n'a pas varié dans l'affirmation de cette règle, d'ailleurs empirique, la Chambre des requêtes a longtemps hésité à la suivre, attachant souvent la responsabilité du plaideur au caractère simplement téméraire de ses allégations. V. encore dans ce sens, Paris 24 février 1920 (*Gaz. Pal.* 1920.1.314), la note et les renvois. Mais depuis un arrêt du 10 juillet 1911 (*Gaz. Pal.* 1911.2.243 — S. 1911 1..471) la Chambre des requêtes semble être définitivement ralliée à la jurisprudence de la Chambre civile. V. encore Cass., 21 octobre 1913 (*Gaz. Pal.* 1913.2.2446 — S. 1914. 1.183).

Sans doute, dans notre espèce, eu égard à la jurisprudence de certaines cours d'appels et de tribunaux, qui persistent à ne considérer la responsabilité du médecin comme engagée que si la preuve est rapportée à sa charge d'une faute lourde, on aurait pu se demander si c'était bien outrepasser les nécessités de la demande que de faire ressortir la gravité de la négligence incriminée (V. notre note sous trib. corr. Evreux 16 novembre 1922 *Gaz. Pal.* 1922.2.618). Mais il n'est que juste que le médecin soit protégé contre les demandes malveillantes ou gravement inconsidérées des clients mécontents, car sa situation morale et sa réputation professionnelle pourraient être, sans raison, à leur merci.

Commentaires.

Une réaction se fait heureusement sentir contre la fâcheuse habitude que prennent les clients des médecins de les attaquer en responsabilité professionnelle. Le véritable motif, c'est qu'on espère effrayer le praticien et obtenir de lui remise complète de la note d'honoraires.

Les agents d'affaires véreux, et Dieu sait s'ils pullulent partout ! sont à l'affût de toutes les histoires colportées pour venir offrir leurs services à la prétendue victime et lui proposer le partage des dommages-intérêts, lorsque ceux-ci seront alloués par le tribunal, ou arrachés par une transaction, après avoir effrayé le docteur par la menace d'un scandale.

Le jugement ci-dessus est fort intéressant, en ce sens qu'il reconnaît parfaitement, à celui qui se croit être la victime d'un médecin, le droit de se faire rendre justice ; mais il ne faut pas que l'abus de droit soit vexatoire pour le docteur.

Or, le tribunal reconnaît d'une part, la parfaite honorabilité professionnelle du Dr D. et il fait à K. le reproche d'avoir méconnu la capacité scientifique du Dr D., alors que le blessé aurait été vu, après le Dr D., par trois autres oculistes et que ceux-ci avaient tous approuvé diagnostic, pronostic et traitement de leur confrère.

Il est vrai que K. essaye d'articuler contre le Dr D. une critique, qui aurait été formulée par le Dr G. : ce qui prouve que les médecins ne sauraient jamais être assez circonspects, lorsqu'ils ont à se prononcer sur le traitement, ou le diagnostic d'un de leurs confrères. Soit par malignité, soit par ignorance de nos termes scientifiques, nos clients ont vite fait de dénaturer nos propos et, pour peu que ceux-ci aient contenu une critique plus ou moins déguisée, l'intéressé en tire des conclusions précises contre le médecin soupçonné.

Puis le jugement reproche à K. ses conclusions introductives d'instance, demandant une expertise. Il est loisible à chacun de croire qu'il a été mal soigné et, par suite, de demander que soient nommés des experts, mais le tribunal de Dijon n'admet pas que, aux fins d'être admise, cette demande contienne des griefs et des articulations quasi-injurieuses pour la science et la compétence professionnelle du médecin incriminé.

Désormais, les hommes d'affaires agiront prudemment, en mesurant leurs termes, car accuser un docteur d'une faute ne doit pas s'accompagner de prétendus griefs, qui, par suite, sont reconnus, non seulement grossis et exagérés, mais même entièrement faux.

Enfin, le tribunal reconnait que le Dr D. a parfaitement bien fait de refuser tout compromis et désistement d'instance. Il serait trop facile d'accuser un docteur, de ternir sa réputation professionnelle, par l'ébruitement d'un procès dirigé contre lui ; puis, après le rapport des experts, venir dire : « pardon, je me suis trompé ; je paye les frais de justice engagés jusqu'ici ».

Les juges reconnaissent que l'acceptation de cette transaction serait, pour le docteur, un aveu implicite de culpabilité, car elle laisserait supposer que le médecin, quelque peu fautif, se reconnaîtrait libéré à bon compte.

Voilà pourquoi, au « Sou médical », nous entendons défendre nos confrères jusqu'au bout, pour ne pas laisser subsister, autour de leur nom, un soupçon quelconque de faute professionnelle.

Ce jugement est fort intéressant et il servira, à l'occasion, dans des espèces semblables.

Dr Paul Boudin.

VARIÉTÉ

La cure de St-André-des-Arts

Sait-on qu'au XVIIIe siècle, la Faculté de médecine de Paris avait le privilège de nommer à la cure de St-André-des-Arts à Paris ? J'ignore

à quelle époque remontait ce privilège, et quelle en fut la cause. Je me borne à en noter l'existence en rapportant les notes suivantes tirées du *Journal* de Hardy.

On apprend (28 sept. 1777) que la Faculté de médecine assemblée la veille pour procéder à la cure de St-André-des-Arts vacante par la mort du sieur abbé Armand, avait choisi pour lui succéder un sieur abbé Guéret, oncle du sieur Guéret, docteur régent à la même Faculté, qu'on disait être âgé de 64 ans, docteur en médecine de la Faculté de Caen et licencié de celle de Paris, actuellement chanoine de l'Eglise cathédrale d'Amiens, lequel n'avait jamais ni prêché, ni confessé, ni exercé aucune fonction quelconque du ministère pastoral, parce qu'il s'était occupé d'études relatives à la profession médicale ; que ledit abbé Guéret avait eu 28 concurrents parmi lesquels se trouvaient de fort honnêtes gens tels que l'abbé Dumonceau, domicilié sur la paroisse St-Paul, lequel s'était fait une étude particulière sur les maladies des yeux, s'employant à les soigner gratuitement et dans la seule vue de rendre service à ses concitoyens ; un sieur de l'Epée, domicilié sur la paroisse St-Roch qui depuis de nombreuses années consacrait ses veilles et ses travaux aux moyens les plus sûrs et les plus intéressants d'instruire les sourds-muets de naissance qu'il savait rendre aptes à acquérir les connaissances les plus utiles à l'homme et à donner par signes et par écrit les solutions les plus satisfaisantes sur tout ce qu'on pouvait leur demander. Le 17 octobre dans la matinée, les docteurs régents de la Faculté de médecine s'assemblent dans leurs écoles rue St-Jean-de-Beauvais à l'effet de procéder de nouveau à la nomination à la cure de St-André redevenue vacante par le défaut d'acceptation du sieur abbé Guéret, choisi dans la précédente assemblée, et la pluralité des suffrages se trouve réunie en faveur de l'abbé Desbois, licencié en théologie de la Faculté de Paris qui n'avait que 27 ans, ledit abbé Desbois dit sieur Desbois de Rochefort, médecin de la Faculté. L'abbé de l'Epée, toujours parmi les concurrents, n'avait eu que 12 voix.

(Biblioth. nation. manuscr. franç. Journal de Hardy.)

Dr M. VIMONT.

Quarante-cinquième année. **N° 5** 4 Février 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, P. Vitrac (*ch.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société Civile du *Concours médical* de M. le Dr LOUART, à Labussière (P.-de-C.), la somme de cinq francs, pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux au* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 48. — Docteur demande jeune fille sérieuse catholique connaissant lingerie, 25 ans minim., pour s'occuper enfants, 2-8 ans dans ville Bretagne, bord de la mer.

No 49. — Docteur, 38 ans, célib. actif et sérieux, médec. gén. cherche assistance clinique, maison de santé ou remplacer confrère susceptible de céder clientèle.

No 50. — Docteur 35 ans, reprendrait avec facilités de payement bon poste près Paris.

No 51. — Vérascope Richard, état neuf F. 6.3, diap. 8.16. Objectif Zeiss, dispositif couleurs, écrans, chassis, pied, prix : 800 fr. Dr Gouneau, 8, rue Etienne-Jodelle, Paris.

No 52. — Docteur recommande gardes accouchements Paris et province, sage-femme Fac. méd. de Paris. S'adr. Dr Minon, à Hornoy (Somme).

No 53. — Jolie conduite intér. 6 HP Zèbre, 2-3 pl. convenant à médecin, marche parfaite. S'adr. 2, boul. de la Liberté, Les Lilas (Seine).

CORRESPONDANCE

La cure d'Allen dans le traitement du diabète.

Pourriez-vous m'indiquer en quoi consiste *exactement* le régime d'Allen pour diabétiques.

Dr G.
(Ille-et-Vilaine).

Réponse.

Vous trouverez la cure d'Allen détaillée dans le tome XXVIII du traité Sergent, publié par MM. Lemoine et Rathery, sous le titre : Hygiène et Régimes ».

Cette cure, qui n'est pas sans danger, consiste, dans une phase préparatoire, pendant laquelle la ration alimentaire est réduite chaque jour, dans ses divers éléments : albumines, hydrocarbonés, graisses, à amener le diabétique à la phase de jeûne absolu, qui dure 4 jours, à moins que le sucre disparaisse de l'urine, avant l'expiration de ce délai.

Le malade doit garder le lit, et faire une abondante consommation d'eau, sous forme de thé, café, potages clairs, eau pure, les boissons étant prises chaudes et lentement. Une certaine dose d'alcool est indiquée en même temps. Le malade doit être très surveillé.

A la fin du jeûne, si le sucre n'a pas disparu, on reprend l'alimentation réduite, comme dans la phase préparatoire, pendant 2 jours, après lesquels on institue de nouveau 3 jours de jeûne.

Si le sucre a disparu, on reprend progressivement l'alimentation en tâtant la tolérance du sujet aux albuminoïdes, aux hydrocarbonés, aux graisses. En d'autres termes, on détermine les seuils d'élimination du sucre pour les différents aliments, et on base le régime sur ceux-ci.

Il semble que ce traitement sévère, et qui réclame beaucoup de prudence, convienne surtout aux diabétiques menacés d'acidose.

G. D.

L'identification du méningocoque

Voulez-vous me permettre de soumettre à vos lecteurs quelques idées sur certaines parentés (?) ou similitudes microbiennes ?

Je prends, aujourd'hui, pour exemple le méningocoque et le gonocoque, et je m'étonne de leur trouver tant de points de ressemblance. Suis-je seul à faire cette constatation ? D'autres confrères ont-ils été frappés comme moi de cette similitude, tant pour ces deux microorganismes que pour d'autres, tels que les spirilles dans d'autres conditions ?

Reprenons les caractéristiques communes du méningocoque de Weichselbaum et du gonocoque de Neisser à la période de début : ces deux cocci sont extracellulaires, en forme de haricot, disposés par groupes de 2 ou 4, et se regardeant par leur face concave ; à la période d'état, on les trouve l'un et l'autre intra ou extra-cellulaires. Toutefois, leur habitat le plus commun est aux deux bouts de la... lorgnette !

Il n'en reste pas moins que ce sont, pour tous deux, les voies externes qui hébergent le microbe. En outre, à la période de déclin, Weichselbaum et Neisser disparaissent, réduits à l'état de débris. Tous les deux sont colorés par les couleurs d'aniline ; l'un et l'autre prennent le bleu de méthylène, mais « non » le Gram ; La gélose semble le milieu de culture de choix.

Les complications articulaires apparaissent, dans l'un et l'autre cas, surtout à la période d'état, et j'ai souvenance d'un cas typique datant de 18 ans : polyarthrite gonococcique cédant seulement, mais rapidement, au sérum antiméningococcique.

Confrère, que pensez-vous de la parenté de ces deux citoyens ?

Réponse.

Personnellement, j'ai tendance à admettre le polymorphisme des microbes, en vertu duquel, par exemple, le coli-bacille se transformerait, sous certaines influences en Eberth, para A., para B., etc. C'est d'ailleurs, ce que pense également le Dr P. Pruvost, qui vient de publier une intéressante plaquette sur le même sujet.

Mais, je ne suis pas assez compétent pour défendre cette conception, contre laquelle le professeur Sabrazes vient de fournir des arguments dans un travail publié dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, que j'ai analysé longuement ailleurs, et d'où j'extrais ce qui suit :

« D'autres espèces microbiennes — diplocoques grains de café — sont de véritables sosies du méningocoque par leurs réactions colorantes, leur morpholo-

gie, leur culture ; tels : *micrococcus catarrhalis, diplococcus pharyngis siccus, diplococcus pharyngis flavus, diplococcus crassus.* Le gonocoque qui peut aussi, à l'occasion, susciter une méningite, au cours d'une septicémie, appartient à cette catégorie des sosies du méningocoque.

« Si ces inflammations aiguës des méninges, dues à d'autres germes que le méningocoque, réalisent un tableau de méningite cérébro-spinale, elles diffèrent des infections méningococciques par le défaut d'épidémicité, sauf peut-être pour certains foyers de pneumococcie. L'épidémicité est une des caractéristiques des méningococcies. Ce qui caractérise aussi les méningococcies, c'est la fréquence relative de déterminations extra-méningées — arthrites suppurées du genou et autres, orchi-épididymites, labyrinthites, irido-cyclites, qui sont parfois une signature de méningococcémie occulte.

« L'agent pathogène de la méningite cérébro-spinale épidémique est un diplocoque aplati sur les faces opposées, Gram négatif, se présentant dans le pus surtout à l'intérieur des leucocytes polynucléés neutrophiles. Il ne pousse, au contact de l'air, qu'à des températures élevées de 37° à 37°5. Il exige des milieux de culture spéciaux — bouillon ou gélose additionnés soit de liquides d'ascite ou d'hydrocèle, soit de blanc d'œuf, soit de sang, soit de liquide céphalo-rachidien. A la surface des milieux solides, il donne de minces colonies transparentes incolores, en larges gouttes de osée. Rien dans ces caractères qui le différencie des diplocoques que nous avons énumérés. Pour l'authentifier il faut recourir à des épreuves d'identification. *Sachez que le méningocoque se différencie de ses sosies en ce qu'il ne fait pas fermenter la lévulose, tandis que fermentent à son contact glucose et maltose.* Ces épreuves de fermentation ne sont guère applicables dans la pratique. Le séro-diagnostic a plus de valeur ; il utilise le microbe isolé sur plaque par la culture du rhino-pharynx ou en bouillon-ascite, par l'ensemencement du sang circulant ou en tube soit de gélose-ascite, soit de gélose-blanc d'œuf par l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien de méningitique. Le microbe sera prélevé sur les colonies en milieu solide et émulsionné dans de la solution saline physiologique. Cette épreuve va non seulement décider de la nature méningococcique du germe, mais encore établir un fait nouveau, la pluralité des méningocoques ».

G. D.

Une annonce savoureuse

Voulez-vous me permettre de vous signaler cette savoureuse annonce parue dans le dernier numéro d'un organe confraternel qui se dit : « *Par les médecins. Pour les médecins* ».

Postes-Demandes.

« Professionnel, gérant, très actif, très commerçant
« dernière gérance 5 années, certificat très élogieux ;

« références excellentes. Désire gérance ou place pour « direction pharmacie, recevoir clientèle.
« (Très bon pour le conseil). »

Où allons-nous ? ?...

Mon excellent ami, le pharmacien du lieu m'a avoué n'avoir jamais rencontré ce cynisme dans ses rubriques professionnelles et nous sommes entre médecins !

Sans commentaires.

Dr B. (Sarthe).

Pour éviter les faux en matière d'ordonnances médicales

Délivrance aux pharmaciens d'un carnet à souche duquel ils détacheront une feuille, sur laquelle ils inscriront chaque fois qu'ils exécuteront une ordonnance de substances toxiques :

1° Le nom du malade ;
2° La date de l'ordonnance ;
3° Le nom du produit prescrit ;
4° La dose.

Cette feuille sera le jour même mise à la poste en franchise à l'adresse du médecin qui aura signé l'ordonnance et qui, en cas de faux, serait ainsi immédiatement avisé.

Dr Guibert.

Reprise du portefeuille d'une Compagnie en faillite

J'étais assuré à la Th., mais j'ai été prévenu par l'agent local de cette Compagnie que celle-ci avait déposé son bilan et que la Compagnie La P. se chargeait de reprendre tous les contrats de La Th. aux mêmes conditions et que, dans le cas où ces conditions me conviendraient, on me ferait délivrer de suite une police.

N'ayant pas l'intention de m'assurer à La P., dois-je pour ne pas me trouver exposé à me voir réclamer, par le liquidateur de La Th. des primes actuelles ou à venir, car mon assurance venait d'être renouvelée pour dix ans, faire savoir à ce liquidateur ou à La Th. que j'entends rompre mon contrat? Du reste, il me semble peu logique que La Th., n'étant plus à même de remplir ses engagements puisse exiger ou que le liquidateur puisse exiger le versement des primes ; du reste, la quittance de l'année courante, qui aurait dû m'être présentée en janvier 1922, ne m'a pas été présentée.

Dr P.

Réponse.

La cession de portefeuille entraîne des modifications profondes dans les rapports de la Cie avec ses assurés. Cette Cie disparaît généralement, elle aliène sa personnalité, cesse de faire les opérations prévues par ses statuts pour ne pas concurrencer la Cie cessionnaire, qui a pris sa place

et à laquelle elle doit garantie. Elle est ainsi dans l'impossibilité de remplir ses engagements, aussi admet-on que ses débiteurs sont déliés de leurs obligations envers elle.

V. Req. 20 octobre 1885. Dalloz 86. 1. 129. Lyon, 29 décembre 1885. Dalloz 86.2.66. V. également Paris, 11 mai 1850, D. 52.2.268 et Rossy, Des Cessions de Portefeuille, Paris 1889.

Mais il arrive parfois que la Cie cédante conserve son individualité apparente, afin d'éviter que ses assurés ne réclament la résiliation des polices en vertu de l'art. 1184 du code civil. La mise en liquidation d'une Cie d'assurances n'autorise pas à elle seule les assurés à demander la résiliation. (Dalloz Supplément au Répertoire, v° assurances terrestres, n° 255 et Req., 30 avril 1906, Dalloz 1907.1.241).

Il nous semble ainsi difficile de nous prononcer catégoriquement à défaut de renseignements précis. Cependant, il semble bien résulter des indications données que la résiliation serait prononcée.

Nous conseillons au Dr P., de réclamer une résiliation amiable de l'agent de la Cie, en lui indiquant que, à défaut de résiliation amiable, il sera forcé de l'assigner.

Le défaut de présentation de la quittance ne nous paraît pas une garantie suffisante, et il est très probable que le docteur obtiendra une lettre le déliant de ses engagements.

P. Nattan-Larrier.
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou médical ».

Les voitures de remplacement des médecins.

Sous ce titre a paru dans *Le Matin* du 20 janvier l'entrefilet uivant :

L'Automobile-Club de l'Ouest avait attiré l'attention de la direction générale des contributions indirectes sur le cas des médecins qui, possédant plusieurs voitures, dont une seule imposée, désirent profiter d'un délai pour déclarer, en cas de panne ou d'accident, la mise en service du véhicule de remplacement.

L'administration vient de répondre, à l'A. C. O. qu'elle ne méconnaissait pas l'intérêt que présentait la question et elle a admis que si la tarification offrait plus de souplesse, elle pourrait adopter en faveur de quelques rares professions un système dispensant même les contribuables de réclamer l'échange du permis.

En attendant la réalisation de cette réforme, qui est subordonnée à la modification de la loi du 25 juin 1920, que l'administration des contributions

indirectes a l'intention de proposer en ce qui concerne le régime fiscal des automobiles, elle admet que les médecins qui, en dehors des heures d'ouverture de la recette buraliste, sont appelés à l'improviste à se servir d'une automobile autre que celle déclarée, peuvent signaler le fait par écrit au chef local des contributions indirectes.

L'administration ajoute que cette précaution ne les mettra pas à l'abri d'une contravention, mais elle sera de nature à établir la portée réelle de l'infraction et elle pourrait éventuellement légitimer — après la régularisation — l'abandon des poursuites.

La Direction générale des Contributions indirectes paraît, d'après cette information, plus libérale que son supérieur, le Ministre, ne s'est montré dans la réponse à M. Grinda, député, que nous avons publiée dans notre numéro du 14 janvier.

Sans faire une réserve sur le nombre des pannes et des accidents qui donnent droit à un changement de voiture sans entraîner le payement de doubles droits, elle admet, pour le présent, et en attendant mieux, la simplification des formalités d'échange des permis, ou tout au moins semble promettre l'impunité.

Mais il ne faut pas trop s'y fier, car on voit souvent des agents du fisc plus fiscaux que leur chef et ce qui est vérité dans une circonscription, être erreur dans l'autre.

J. D.

Libre choix du radiographe.

J'ai un ouvrier accidenté qui me paraît avoir une fracture. Conformément à la loi, j'en ai averti le patron.

Ayant moi-même une installation radiographique, puis-je exiger de faire moi-même la radiographie ou dans le cas présent, le patron ayant son médecin radiographe, suis-je obligé de le laisser radiographier par ce confrère.

Ne pourrai-je pas, pour éviter toute discussion, le faire radiographier par un tiers confrère radiographe. Je vous serai très obligé de m'éclairer sur ce point.

Dr A.

Réponse.

Le blessé du travail a le droit de choisir librement son médecin, et la loi ne distingue pas. Nous sommes donc d'avis que ce droit existe dans tous les cas, qu'il s'agisse du médecin traitant faisant la médecine générale ou d'un spécialiste n'intervenant qu'à titre exceptionnel.

Si même on soutenait, en se basant sur l'avis de la Commission du tarif Breton, donné à propos de l'article 15 et ratifié par l'arrêté ministériel du 28 juin 1921, que les actes prévus à l'article 26, autres que ceux concernant l'électrothérapie, ne constituent pas des soins, mais des actes de laboratoire, non par suite des actes médicaux au sens propre du terme, il serait facile de répondre à cet argument : le blessé a le droit de choisir libre-

ment, non seulement son médecin, mais son pharmacien.

La Compagnie ne peut donc exiger que le blessé, lorsque la radiographie est utile, aille se faire radiographier chez son radiographe à elle, Compagnie.

D'autre part, si le médecin traitant est lui-même radiographe, rien ne saurait s'opposer à ce qu'il pratique lui-même la radiographie comme il ferait usage de tout autre moyen de diagnostic.

Il devra seulement, comme s'il s'agissait d'un autre radiographe, se mettre d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de l'assureur, comme le prescrit le paragr. 5 de l'article 26, sauf le cas d'urgence.

Forme de la réquisition.

Etant donné que le tarif local est de :

Visite d'urgence	12 fr.
Certificat décès	5 fr.
Rapport papier libre	10 fr.

Dois-je appliquer ce tarif pour les *réquisitions orales* faites à la demande soit du blessé, soit du commissaire de police.

Dr M.

Réponse.

La forme de la réquisition d'un médecin par un officier de police judiciaire n'étant pas fixée par la loi, il est admis qu'elle peut avoir lieu verbalement.

Par conséquent, pour l'application du tarif, il n'y a pas lieu de s'arrêter à la forme de la réquisition et même si elle a été faite verbalement, c'est le tarif médico-légal du décret du 5 octobre 1920 qui doit être appliqué, s'il y avait suspicion de crime ou de délit.

Dans le cas contraire, ce serait le tarif local, sauf les difficultés bien connues pour se faire payer.

Exercice de la propharmacie.

Abonné fidèle au *Concours* et membre du « Sou », je viens vous demander les quelques renseignements suivants :

Installé à F., où exerce un pharmacien, je vais donner des consultations à L., distant de 8 kilomètres de mon domicile fixe.

L. n'a pas de pharmacien ; puis-je dans cette localité faire œuvre de médecin-propharmacien ?

L. est obligé d'aller faire faire mes ordonnances, soit à F., 8 kilomètres ; V. (pro-pharmacien), 8 kilomètres ; M. 12 kilomètres ; V., 10 kilomètres ; G. 15 kilomètres ; M, 10 kilomètres.

Si oui, quels sont les formalités que je dois remplir afin de rester entièrement dans le domaine légal.

Je n'exercerai encore une fois la pharmacie que dans L. pourvu en *principe* d'un médecin propharmacien, mais qui, en réalité, ne fait aucune clientèle.

Dr D.

Réponse.

Installé dans une localité où existe une officine de pharmacie ouverte, vous n'avez pas le droit de faire la propharmacie, c'est-à-dire de délivrer des médicaments aux clients auprès desquels vous êtes appelé, et ce, quelle que soit la distance qui sépare la localité où résident ces clients d'une pharmacie ouverte.

La loi ancienne sur l'exercice de la pharmacie a parfois de ces conséquences absurdes, mais, en passant outre, vous vous exposeriez à être poursuivi et condamné pour exercice illégal de la pharmacie.

Le médecin qui est installé à L... a, lui, le droit de faire la propharmacie, mais le fait qu'il n'exerce pas ne peut vous conférer le droit qui lui appartient, et vous vous trouvez placé dans la même situation que s'il n'y avait pas de médecin à L... et, en réalité, c'est bien la même chose.

Frais de justice criminelle.

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître : 1° si une expertise médico-légale faite de nuit (2 h. du matin) est majorée.

D'après le *Concours médical*, 1922, page 164, cette majoration ne paraît pas exister ;

2° La résidence indique-t-elle la localité où habite le médecin, ou son domicile.

Dans mon cas, le crime avait été commis à moins de 2 kil. de D.

Dr B.

Réponse.

1° Le tarif des frais de justice criminelle (décret du 5 octobre 1920) ne prévoit pas de majoration pour les opérations faites la nuit.

Il est donc certain qu'aucune majoration de ce chef ne pourrait être admise en taxe.

2° Les tarifs fixés par le décret précité doivent être appliqués en prenant pour base la résidence des experts (art. 17).

Par résidence, pour les docteurs en médecine, il faut comprendre la localité où ils sont installés pour exercer leur profession, et qui, dans l'immense majorité des cas, constitue également leur domicile.

Résidant dans une localité où ne siège pas un tribunal de 1re classe, vous n'avez droit qu'au tarif le moins élevé des trois fixés par le décret.

Voir la suite page XLIII-405

PROPOS DU JOUR

A propos du concours de l'externat et de l'internat. Les avantages de l'internat obligatoire.

Sous la signature : *Un médecin mécontent*, un de nos correspondants de l'Est, nous reproche de nous être désintéressé du dernier Concours de l'Externat des hôpitaux de Paris, comme, l'affirme-t-il, toute la presse médicale. « Puisque vous vous intéressez au Restaurant des Etudiants, c'est-à-dire à ce qui les touche, je m'étonne, nous écrit-il, que le Concours de l'externat de cette année, ne vous ait pas ému. »

Par mesure d'économie, l'Assistance Publique de Paris a réduit à 200 le nombre des admis au Concours de l'Externat. Trente candidats dont la note atteignait le nombre de points nécessaires pour être admis, se sont trouvés éliminés. Parmi ces derniers jeunes gens, il en est qui ont fait plusieurs années de guerre, quelques-uns même comme *volontaires*. Et les services qu'ils ont ainsi rendus volontairement à leur Patrie, ont eu pour résultat et pour récompense de retarder notablement leurs études.

« Tués de travail pour rattraper le temps « perdu pour eux au service de la Patrie, écrit « notre correspondant, ils n'ont trouvé ni égards, « ni justice. L'externat leur a été fermé, ils n'ont « qu'à recommencer l'an prochain.

« En attendant, gavés de théorie, ils ne peu- « vent faire aucune pratique réelle, ils n'appren- « nent pas leur métier et feront des médecins in- « compétents ; certains, désireux de préparer l'in- « ternat, doivent attendre et pendant ce temps-là « les parents n'ont qu'à payer ».

Et l'auteur de cette lettre conclut avec tristesse :

« Pendant la guerre on a reçu des candidats « non mobilisés, des embusqués à 23 points, au- « jourd'hui on refuse à 30 points des anciens com- « battants ».

Nous comprenons parfaitement la mauvaise humeur de notre confrère, dont le fils vient d'être victime de cette mesure. Il nous excusera de ne pas en avoir parlé plus tôt, mais nous ignorions tout du Concours de l'Externat. Nous qui, presque tous, vivons ici de notre profession de médecin praticien, ne pouvons nous tenir toujours au courant de ce qui se passe dans les innombrables et compliqués concours médicaux parisiens. Cependant, nous croyons que notre correspondant se trompe lorsqu'il affirme que toute la presse médicale est restée muette ; on nous a signalé un article de notre distingué confrère, le Dr Loeper, professeur agrégé et médecin des hôpitaux, qui, dans le *Progrès médical*, qu'il dirige, a signalé le fait, déploré l'injustice et indiqué une solution possible : la nomination de 30 externes supplémentaires à titre honoraire.

Il nous semble que les étudiants, anciens combattants, qui comptent parmi les trente, avaient le droit de voir leur situation et leurs services pris en plus sérieuse considération. Hélas ! ils ne sont pas les seuls qui ont le sujet de se plaindre ; nous connaissons de nombreux médecins mobilisés, les uns qui ont risqué pendant des mois leur vie sur les champs de bataille ou dans les tranchées, les autres qui, ayant dépassé l'âge de la mobilisation, ont cru pouvoir rendre plus de services à leur pays comme médecin aux armées, que comme médecins civils, qui attendent et attendront peut-être longtemps la Croix à laquelle ils ont droit ; tandis que d'autres, non mobilisés bien qu'en âge de l'être, et que la guerre n'a pas empêchés de réaliser de sérieux bénéfices comme chirurgiens ou spécialistes, portent fièrement le ruban rouge. Je suis d'autant plus à l'aise pour relever ces faits singuliers que, depuis bien des années avant la guerre, le prestige du ruban rouge s'est évanoui pour moi et que j'ai personnellement perdu le respect de la Légion d'honneur comme le respect de beaucoup de distinctions, d'honneurs et de titres. Mais je comprends que tous mes confrères n'aient pas sur ces points atteint le même degré de sereine indifférence, sinon d'antipathie, et soient choqués des injustices trop criantes et des passe-droits trop fréquents.

Il me semble que la question des trente candidats à l'externat, victimes des restrictions administratives de l'A. P. doit être facile à résoudre, tout au moins pour ceux qui ont fait la guerre. J'ai entendu M. Mourier, alors qu'il était

sous-secrétaire d'Etat au Service de Santé, faire l'éloge des médecins auxiliaires en termes émus et parler avec éloquence du dévouement des étudiants en médecine mobilisés. M. Mourier, directeur général de l'A. P., voudra se souvenir de ce qu'a constaté M. Mourier, sous-secrétaire d'Etat au Service de Santé, et il suffira de faire appel à sa bienveillante intervention pour réparer ces faits, qui paraissent bien des dénis de justice à l'égard des étudiants mobilisés et ne contribuent guère à combler les déficits de la Caisse de l'A. P., s'ils existent.

***

Puisque nous voilà sur le chapitre des concours, on me permettra de dire un mot du concours de l'Internat. Les épreuves deviennent d'une complexité indéfinissable et, sous prétexte de viser à plus d'impartialité, l'on est tombé, je crois, du jeu de la cote d'amour dans le jeu du hasard ; d'ailleurs, l'un ne vaut guère plus que l'autre. Un membre du jury me disait récemment : « Le programme du concours de l'Internat était jadis mauvais, mais c'est curieux, à notre époque, toutes les fois qu'on veut réformer quelque chose de mauvais, l'on arrive à le rendre pire ».

C'est que l'organisation administrative de nos hôpitaux, celle de l'Internat, comme beaucoup d'autres choses en France, datent d'un siècle. Or, au point de vue de la médecine, de la chirurgie, de l'hygiène, de l'assistance, il s'est fait dans ce siècle infiniment plus de progrès et de transformations que dans les dix siècles précédents. Les progrès des sciences et de leurs applications techniques font, qu'on me passe l'expression, que nous ne sommes plus à la page.

L'Internat, je l'ai dit et je le répète, est une institution excellente. Il met le jeune médecin en contact intime avec un chef de service d'hôpital qui est toujours un homme d'expérience et de valeur ; il l'oblige à le seconder, à le suppléer même, à s'occuper activement des malades et à faire un véritable apprentissage de l'exercice de la médecine en assumant un certain degré de responsabilité. *Tous les jeunes médecins devraient, avant d'être autorisés à exercer, avoir fait une année d'internat effectif.* L'on m'objectera, l'on m'a déjà objecté : « Prenez garde ! l'Internat de Paris, et celui de nos villes de Faculté, constituent une élite dans le Corps médical, et cette élite permet le recrutement des maîtres indispensables ».

Cette objection pourrait donner lieu à de sérieuses discussions ; mais admettons-en la valeur tout entière. Paris, Strasbourg, Montpellier, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Alger et Marseille ne sont pas les seules villes qui possèdent des hôpitaux, et un jeune homme intelligent, travailleur, consciencieux, peut faire tout aussi bien une excellente année d'apprentissage comme interne en médecine et surtout en chirurgie à Versailles, à Saint-Denis, à Chartres, à Saint-Etienne ou au Creusot, que dans nos dix villes de Faculté. Qu'on réserve des concours spéciaux pour l'internat des hôpitaux de ces villes, qu'on monopolise pour eux le titre d'interne, je le concède ; le nom et le titre m'indiffèrent : ce qui importe pour moi, ce sont les avantages pratiques qu'en retireraient les jeunes médecins et, dans la suite, les malades qu'ils seraient appelés à soigner.

Si cette réforme, relativement simple, était réalisée, le confrère qui m'a écrit au sujet du concours de l'externat n'aurait pu dire, en parlant de son fils et de ses camarades éliminés du concours : « Gavés de théorie, ils ne peuvent faire aucune pratique réelle ; ils n'apprennent pas leur métier et ils feront des médecins incompétents ».

C'est, hélas ! trop souvent, et pour un trop grand nombre, l'exacte vérité. Comme les jeunes médecins ne sont pas dépourvus d'intelligence, ils font leur apprentissage, ils acquièrent en quelques années la compétence nécessaire, mais au lieu de faire cet apprentissage sous la direction d'un praticien expérimenté et d'acquérir cette compétence comme internes, guidés par le chef d'un service hospitalier, c'est seuls, à tâtons, et parfois aux dépens de leurs premiers malades que, selon l'expression de notre correspondant, ils apprennent leur métier.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PLACENTA PRŒVIA CENTRAL

Par le docteur Ricolfi,
Chirurgien des hôpitaux de Nice.

« Il s'agit peut-être d'un placenta prævia ». Telle doit être la première pensée du praticien appelé auprès d'une femme présentant une hémorragie sans accompagnement de douleurs, soit au cours de la grossesse, soit au cours de l'accouchement.

Il ne devra pas oublier que, si l'insertion basse, vicieuse, que si le placenta prævia, ont été autrefois niés par des accoucheurs tels que Guillemeau et Mauriceau, leur réalité a été prouvée par Portal, Tarnier, Pinard, et qu'elle est très fréquente (28,12 pour 100 des accouchements d'après Pinard ; 79,36 pour 100 d'après Spindler).

Mais tous les placentas prævia ne donnent pas lieu à des accidents ; nous ne voulons envisager ici que ceux qui donnent naissance à des accidents hémorragiques ; dans ce cas, le pourcentage est plus faible, puisque la statistique de Muller, qui porte sur 876.432 accouchements, ne fournit que 1 sur 1.078.

On en a décrit des variétés : partielle, latérale, marginale, centrale ou totale et même cervicale. La variété latérale est celle qui est rencontrée et décrite le plus souvent ; mais la variété centrale, et nous entendons par placenta prævia central, celui qui, à la dilatation complète, occupe encore tout l'orifice interne, ne se rencontre, d'après Demelin, qu'une fois sur quinze insertions vicieuses.

Du côté utérin, le segment inférieur est naturellement très aminci, et cette particularité explique sa déchirure si fréquente. Le placenta est, en général, d'un poids inférieur à la normale ; il est étalé et ses bords ne sont pas réguliers ; il envoie des prolongements sur les membranes épaissies tout en présentant des nodules indurés, des foyers de dégénérescence fibrineuse, des foyers hémorragiques fréquents, surtout dans les portions de décollement qui ont donné lieu à l'hémorragie, et l'insertion du cordon sur les bords du placenta ou sur les membranes même est d'observation courante dans ces cas

On a beaucoup discuté sur l'étiologie et la pathogénie, mais rien de précis, de définitif ou d'indiscutable, n'a encore été apporté ; en réalité nous sommes assez ignorants, et tout ce que l'on peut dire, c'est que ce sont les multipares, les primipares âgées, les femmes présentant de l'endométrite qui paraissent les plus atteintes.

Le fait se présente en général de la façon suivante : une femme, presque toujours dans les trois derniers mois de sa grossesse, sans cause apparente, sans aucune douleur, sans contraction utérine, se sent mouillée par une perte de sang rouge liquide qui dure quelques heures, puis s'arrête ; cette perte peut ensuite réapparaître à intervalles plus ou moins rapprochés, devenir très abondante et mettre en péril la mère et l'enfant si on n'intervient pas, ou bien, elle peut s'arrêter complètement pour ne réapparaître qu'au moment de l'accouchement, ainsi que nous le verrons bientôt.

La distension exagérée du segment inférieur est, d'après Pinard, la cause des accidents observés au cours de la grossesse. Il est évident qu'ils apparaissent lorsque la présentation tend à s'engager, ce qui explique qu'ils sont plus fréquents chez les primipares, où l'engagement tend à se faire plus précocement et qu'ils peuvent d'autre part s'amender ou même ne pas apparaître chez des femmes qui ne se fatiguent pas ou qui, à la première alerte, se soumettent à un repos absolu ; mais par contre, par suite de fatigue, d'un travail excessif, de voyages en chemin de fer ou en automobile, les contractions indolentes de la grossesse sont trop rapprochées, l'engagement précoce tend à se faire et nous pouvons assister :

1° A un avortement ou à un accouchement prématuré par décollement des membranes ;

2° A une rupture spontanée des membranes ;

3° Si le chorion résiste, à l'ouverture des sinus utéro-placentaires et à l'hémorragie.

On constate alors dans ce dernier cas que l'engagement ne peut se faire, que l'accommodation fœto-pelvienne est troublée et que les présentations vicieuses sont fréquentes ; si la mensuration a permis d'affirmer qu'il n'y a pas de pelviviciation, la présence d'une hémorragie indolente et sans cause, une présentation vicieuse, la perception d'un col élevé, dévié, avec empâtement des culs-de-sac, l'épaississement du segment inférieur avec battements vaginaux seront des



symptômes assez nets nous permettant d'affirmer que nous nous trouvons en présence d'un cas de placenta prævia dont la variété est à ce moment-là assez difficile à préciser.

Il nous sera plus facile de diagnostiquer le placenta prævia central au cours de l'accouchement : l'engagement ne se fait pas ; il peut ne pas y avoir même dans ce cas d'hémorragie, mais cela est exceptionnel ; la perte de sang, qui peut s'arrêter pendant les contractions, est en général continue. Au début, le toucher indiquera de l'empâtement du segment inférieur et de la difficulté à percevoir le ballottement fœtal, puis, par la suite, à travers le col entr'ouvert, on tombera directement sur le placenta en partie décollé et en partie adhérent. Si on attend, le travail traînera en longueur, la femme s'épuisera, on aura de l'inertie utérine cependant que l'hémorragie continuera, que la vie de l'enfant sera déjà bien compromise, et que l'état général de la parturiente deviendra alarmant. La déchirure spontanée du placenta, ou bien son expulsion avant la sortie de l'enfant sont excessivement rares et d'ailleurs aussi dangereuses.

Nous avons dit que la première idée qui devait venir à l'esprit du praticien appelé auprès d'une femme enceinte présentant une hémorragie sérieuse et non accompagnée de douleurs, devait être celle d'un placenta prævia ; il ne devra pourtant pas oublier qu'il peut s'agir d'un traumatisme des voies génitales externes, de rupture de varices génitales, d'une lésion du col, d'une rupture de grossesse extra-utérine, d'une endométrite hémorragique qui s'accompagne d'ailleurs d'hydrohématorrhée, d'une môle hydatiforme dont l'hémorragie est précoce et qui présente un utérus trop volumineux eu égard à l'âge de la grossesse.

Si l'hémorragie a lieu au cours du travail, on devra songer aux déchirures des voies génitales, à l'insertion vélamenteuse du cordon, au cancer du col, au placenta prævia par glissement.

Mais, somme toute, le diagnostic est affaire d'examen sérieux et de bon sens clinique, et au cours de l'accouchement, l'obturation de l'orifice cervical par les cotylédons quand la dilatation est complète, permettra d'affirmer la présence d'un placenta prævia central.

Le pronostic maternel du placenta prævia accompagné d'hémorragie est très grave, puisque les statistiques publiées donnent de 20 à 33 % de décès par anémie aiguë, embolie, infection, shock ; dans la variété centrale qui nous intéresse, la mortalité est, d'après Muller, deux fois plus forte que dans la marginale. Nous ne devons pas oublier que le pronostic est plus sombre chez les primipares à col serré et dur, que chez les multipares et que, dans la variété centrale. les présentations de la tête sont, d'après Pinard et Tarnier, les moins bonnes.

Cinquante pour cent est le chiffre moyen donné par les statistiques pour la mortalité infantile, et cela se conçoit si l'on songe à l'abondance de l'hémorragie, à la durée du travail et aux manœuvres obstétricales pénibles auxquelles on est obligé de se livrer.

On a essayé d'arrêter l'hémorragie en favorisant la production d'un caillot par le tamponnement vaginal, en rompant artificiellement les membranes, en décollant le placenta, en faisant de la compression au moyen du ballon de Champetier, en pratiquant la version bi-polaire par le procédé de Braxton Hichs et en évacuant rapidement l'utérus, soit par l'accouchement forcé, soit par la césarienne.

Il faudra conseiller le repos dans le décubitus horizontal, l'opium et les injections chaudes, pendant la grossesse.

Mais si l'hémorragie devient menaçante, avant terme comme à terme, la vie de l'enfant sera bien compromise et il faudra d'abord songer à sauver la mère.

Dans le placenta prævia qui nous occupe, l'hémorragie est abondante, le col souvent rigide, et à moins d'avoir pu faire un diagnostic précoce et d'être dans des conditions acceptables pour pratiquer une césarienne abdominale, il faudra dilater le col avec les bougies de Hegar, introduire un petit, puis un gros ballon de Champetier, faire de la dilatation bimanuelle et passer hardiment à travers le placenta si on ne parvient pas à l'écarter, extraire l'enfant soit par application de forceps, soit par version. En général, il y a de l'inertie utérine, l'hémorragie continue ; l'enfant meurt et la tête dernière est souvent arrêtée, soit par de la contracture de l'anneau, soit par le placenta : l'on est obligé de terminer par une embryotomie. La mère est toujours très shockée et il ne faut pas oublier de mettre en œuvre la caféine, le sérum physiologique intra-veineux, la compression de l'aorte et des membres, la position déclive ; c'est dans ces cas, que la transfusion du sang nous donnera d'assister à de véritables résurrections.

Il ne faudra pas oublier, pour éviter toute complication, de terminer par la délivrance artificielle, suivie d'injection intra-utérine d'eau bouillie très chaude additionnée de liquide de Tarnier.

L'observation que nous allons relater va nous permettre d'illustrer ce que nous venons d'exposer :

Mme M..., âgée de 21 ans, primipare sans antécédents héréditaires ou personnels notables, bassin normal, que nous avions déjà examinée à plusieurs reprises sans rien remarquer de bien anormal, à part l'absence d'engagement de la présentation au début du huitième mois (date du dernier jour des dernières règles : le 1er novembre 1920), nous fait appeler d'urgence le 16 juillet 1921 ; sans cause

apparente, sans douleur, notre cliente a eu une perte de sang et a taché quelques linges. A l'examen, pas de contractions utérines ; pas d'engagement ; présentation haute du sommet en O. I. D. P., rien d'anormal du côté du col et des culs-de-sac ; nous pensons à un léger décollement placentaire et nous recommandons le décubitus horizontal, l'opium. La perte de sang s'arrête.

Le 10 août 1921, il se produit dans la journée une hémorragie d'intensité moyenne sans aucune douleur, sans début de travail ; le col est fermé, il n'y a toujours pas d'engagement ; nous faisons garder le lit à notre patiente, pensant cette fois au placenta prævia et nous prenons nos dispositions pour agir immédiatement en cas d'urgence.

Le vendredi soir 12 août 1921, toujours sans douleur, nous assistons cette fois à une violente hémorragie. Puis, la patiente commence à avoir des douleurs lombaires ; des contractions utérines douloureuses apparaissent. Bien que la mensuration du pelvis ait montré que les diamètres sont normaux, la tête reste au-dessus du détroit supérieur, mais le fœtus ne paraît pas souffrir pour l'instant. Les contractions utérines sont molles, courtes, peu fréquentes ; dès l'apparition des contractions, l'hémorragie s'est arrêtée.

Cinq heures après notre arrivée auprès de la malade, les contractions s'espacent de plus en plus et l'hémorragie réapparaît. Le toucher nous permet de trouver une dilatation suffisante pour introduire un grand ballon de Champetier ; l'orifice interne est complètement obturé par une masse charnue que nous décollons, mais dont nous n'arrivons pas à atteindre le bord avec les doigts, ce qui nous permet de porter le diagnostic de placenta prævia central.

Selon la technique habituelle : introduction, au moyen de la pince spéciale, et après nettoyage sérieux de la cavite vaginale, la patiente étant placée au bord du lit en position gynécologique, du ballon de Champetier grand modèle roulé et stérilisé. Nous remplissons le ballon mis en place d'eau bouillie dont la quantité à injecter a été exactement mesurée antérieurement.

L'hémorragie est jugulée immédiatement, les contractions utérines réapparaissent énergiques et une heure et demie après l'application, le ballon sur lequel on a opéré de temps à autre quelques légères tractions est expulsé ; le toucher permet de constater que la dilatation est complète, mais il n'y a aucun engagement et la masse placentaire obture complètement l'orifice interne.

La patiente est lasse, s'endort et l'enfant commence à donner des signes de souffrance. Nous attendons un quart d'heure, mais l'inertie utérine devient complète, l'hémorragie réapparaît et nous injectons 1 cc. de rétropituitine qui ne donne aucun résultat apparent. Après lavage, nous introduisons la main dans la cavité vaginale et, devant l'impossibilité où nous nous trouvons de repousser le placenta, en le dilacérant avec les doigts, nous passons carrément à travers. Pendant ce temps l'inertie est absolue, la femme continue à perdre, la sage-femme qui nous assiste nous informe que les battements fœtaux sont sourds, lointains et espacés ; on refait une injection de rétropituitine.

A l'ouverture de l'œuf, il s'est écoulé du liquide amniotique coloré par le méconium et l'hémorragie s'étant arrêtée, au lieu de pratiquer simplement l'abaissement prophylactique du pied, nous avons cherché, dans l'espoir d'avoir peut-être un enfant vivant, à vider rapidement l'utérus par version. Malgré la rapidité de notre intervention et nos précautions, nous assistâmes à une contracture de l'anneau de Bandl sur la tête dernière, qui ne put venir par la manœuvre de Mauriceau, étant d'ailleurs aussi coincée par le gâteau placentaire dilacéré et diminuant les diamètres pelviens. Nous allions nous décider à pratiquer une cranioclasie lorsque, la contracture cessant, la fête fut brusquement expulsée par une contraction rapide à travers les voies génitales externes, provoquant une déchirure sérieuse du périnée.

L'enfant était mort-né et la patiente excessivement shockée, visage décoloré, nez pincé, yeux excavés, lipothymies, sueurs profuses, extrémités froides, pouls filant. Pendant que l'on faisait des injections très chaudes vaginales, l'huile camphrée, la caféine et surtout un litre de sérum physiologique tiède en injection intra-veineuse, nous permirent de surmonter à grand peine cet état de shock excessivement alarmant.

Puis, nous nous hâtons de terminer par la délivrance artificielle, le curage digital, et nous tentons sans grand espoir une périnéorraphie immédiate.

L'enfant était bien constitué et sa mort nous paraît due à l'hémorragie, au séjour prolongé au-dessus du détroit supérieur ; aux manœuvres obstétricales pénibles auxquelles nous avons été obligé de nous livrer...

Le placenta exactement perforé en son centre présentait quelques prolongements sur les membranes et des placards ecchymotiques ; il était gros ; on notait en outre une insertion vélamenteuse du cordon.

Les sutures n'ont pas tenu, et il faudra plus tard recourir à une perinéorraphie secondaire ; la convalescence a été très longue, mais à l'heure actuelle, notre patiente est en très bonne santé.

Cette observation nous permet d'attirer l'attention des praticiens sur des faits du plus grand intérêt :

a) Le caractère silencieux et indolore de l'hémorragie par placenta prævia ;

b) La possibilité pour un placenta prævia de rester silencieux pendant toute la durée de la grossesse et de ne se manifester par son symptôme capital : l'hémorragie, que quelques jours avant ou au moment même du travail.

c) La grande difficulté de porter le diagnostic de placenta prævia central au moment du travail, quand il n'y a pas de dilatation, que l'on n'a rien constaté antérieurement, ou que l'on n'a jamais examiné la patiente ;

d) La marche traînante de l'accouchement, la fréquence de l'inertie utérine et par conséquent, l'aggravation du pronostic pour la mère et pour l'enfant ;

e) Nécessité d'une intervention rapide et énergique pour arrêter l'hémorragie, pour essayer de sauver la mère et l'enfant ;

f) La gravité de la dilatation artificielle au cours de l'accouchement. Il ne se serait pas agi d'un cas de placenta prævia central, nous aurions donné notre préférence au tamponnement du col suivi de la dilatation uni-manuelle, puis bi-manuelle, avec ouverture de l'œuf et abaissement prophylactique du pied ; mais, nous estimons que, dans le cas qui nous occupe, il faut donner la préférence au gros ballon de Champetier qui est en même temps hémostatique et ocytocique. On ne peut lui reprocher de déplacer la présentation, puisque dans ces cas, l'engagement ne se fait pas et ne peut pas se faire ;

g) La nécessité de se méfier de l'inertie utérine qui réapparaît après l'expulsion du ballon et par conséquent, de ne pas trop attendre que l'hémorragie réapparaisse pour passer à travers le placenta et extraire l'enfant le plus vite possible par version podalique ;

h) La nécessité de n'utiliser qu'avec une réserve extrême des médicaments dits ocytociques.

Nous devons certainement à la rétropituitine, la contracture de l'anneau sur la tête dernière et ensuite, l'expulsion en avalanche du fœtus mort-né avec ses conséquences fâcheuses pour le segment inférieur et le périnée ;

i) Il ne faut pas oublier l'état de shock post-partum dans lequel se trouve la patiente ; shock dû à la perte de sang, aux manœuvres obstétricales, à la longueur du travail, à la déplétion brusque de l'utérus il faut, par conséquent, mettre en œuvre tous les moyens aptes à lutter contre cet état, en particulier l'injection intra-veineuse de sérum physiologique adrénaliné ou la transfusion sanguine.

j) La nécessité, pour éviter une nouvelle hémorragie, de pratiquer de suite la délivrance artificielle suivie d'injections intra-utérines d'eau bouillie très chaude additionnée de liquide de Tarnier.

k) Au point de vue anatomo-pathologique, ne pas oublier la fréquence des déformations placentaires, des lésions hémorragiques, et des insertions vicieuses du cordon.

Quoiqu'il en soit, le diagnostic de placenta prævia central placera le praticien devant une situation bien angoissante, pour lui, pour la mère, pour l'enfant et pour l'entourage ; il lui faudra beaucoup de courage, de sang-froid, de la patience, de la force de volonté, pour résister aux diverses sollicitations des assistants ; il devra agir rapidement, mais toujours méthodiquement, et avec la plus grande propreté.

Lorsque le diagnostic aura été tôt posé et, si l'entourage et la malade acceptent, lorsque, bien entendu, l'on est assez près du terme pour espérer avoir un enfant capable de survivre, toutes nos préférences iront à l'opération césarienne abdominale, seule capable dans la plupart des cas de sauver la mère et l'enfant.

CLINIQUE MÉDICALE

La cirrhose avec ascite : considérations cliniques (1)

M. le professeur CHAUFFARD.

Au début de l'histoire scientifique des cirrhoses hépatiques, il faut citer deux noms, Laënnec et Bright. Dans son célèbre *Traité d'auscultation médiate*, publié en 1819, au chapitre pleurésie, Laënnec étudie un cas de pleurésie hémorrhagique avec cirrhose du foie. Aujourd'hui, remarquons-le en passant, nous dirions cirrhose avec pleurésie hémorrhagique. Il y montre le foie réduit notablement de volume, avec une surface mamelonnée, offrant à la coupe des petits grains fauves ou jaune rouge, et il donne à cet état morbide le nom de cirrhose. En 1920, M. Letulle a publié dans la *Presse médicale* un travail inédit de Laënnec : « Sur les cirrhoses ». Les détails sont plus abondants, mais rien de bien important ne s'y trouve ajouté au document classique de 1819.

Laënnec a parfaitement vu la lésion hépatique et son rapport avec l'ascite. Il s'est trompé lorsqu'il a pris les masses rousses granuleuses pour du tissu entièrement malade. Il a cru avoir affaire à des grains de néoformation, alors qu'il s'agit de lobules hépatiques enserrés par la lésion. De plus, il a désigné la maladie par son caractère le moins important, la couleur du foie, sans signaler sa dureté. Or, toute l'histoire clinique de la cirrhose gravite autour de cette induration.

Pourquoi a-t-on conservé à la maladie le nom de cirrhose qui rappelle un élément de mince

(1) Leçon professée à l'hôpital St-Antoine.

utilise des germes à virulence connue, et à un pouvoir vaccinant élevé et pour ainsi dire constant.

Un stock-vaccin permet, en outre, l'administration de multiples races microbiennes.

Parmi les stocks vaccins, lequel choisir ?

— Un vaccin qui soit *polyvalent*, c'est-à-dire renfermant plusieurs races du même microbe, qui soit *atoxique*, c'est-à-dire qui conserve les qualités immunisantes de l'antigène-microbe, sans en posséder les inconvénients toxiques, qui soit *curatif*, c'est-à-dire qui permet d'obtenir la guérison voulue.

Toutes ces qualités sont réunies dans l'Immunizol Grémy n° 10 « Furonculose ».

Ce vaccin est *polyvalent.*

Ce vaccin est *atoxique.*

Ce vaccin est *curatif.*

Quel en est le meilleur emploi ?

1° Il y a lieu de tâter la sensibilité du malade au vaccin en ne faisant la première injection que d'un demi-centimètre cube sous la peau du bras. Ou il ne se produit aucune réaction, ou bien il apparaît le lendemain au point d'injection une rougeur qui disparaît en 24 à 36 heures.

Cette réaction locale peut s'accompagner d'un léger fébricule nocturne, et même d'un semblant de reprise de la furonculose, véritable réaction d'Herxheimer anti-staphylococcique.

Ces réactions n'ont rien d'alarmant ; elles doivent être obtenues par le médecin, et le malade sera averti de leur apparition possible, comme étant de bon augure.

Quand toutes ces réactions ont disparu, continuer les injections tous les 3 jours en augmentant progressivement la dose jusqu'à 2 cmc.

8 à 10 injections sont souvent nécessaires pour obtenir une guérison durable.

Autre avantage de l'Immunizol Grémy, n° 10 « Furonculose ».

Cet Immunizol, se fait non seulement en ampoules injectables, mais en *comprimés* pour la vaccination par voie buccale, dont l'efficacité est reconnue après les travaux de Besredka, de Danysz et de Fournier.

On peut ainsi, en prescrivant pendant 10 à 15 jours de 8 à 10 comprimés par jour, à jeun, vacciner les cachectiques, les tuberculeux, les cardiaques, les urémiques, les enfants et les nourrissons.

On peut ainsi vacciner les malades qui ne peuvent pas être sous la surveillance constante du médecin, ou qui veulent parfaire le traitement vaccinothérapique en injections.

Prescrire Immunizol Grémy, n° 10 « Furonculose », en ampoules ou en comprimés dans toutes les affections à staphylocoques : furonculose, anthrax, impetigo, sycosis de la barbe, blépharites, plaies des membres et du cuir chevelu, etc...

IMMUNIZOLS GRÉMY

Vaccins microbiens curatifs.

AMPOULES (Injectables)		N° de l'Immunizol	COMPRIMÉS (voie buccale)
10 « Furonculose »	23 « Grippe »	10	« Furonculose »
11 « Entérite »	30 « Ostéomyélite »	11	« Entérite »
12 « Appendicite »	31 « Abcès chauds. — Plaies »	12	« Appendicite »
13 « Asthme »	32 « Abcès froids. — Fistules »	13	« Asthme »
14 « Asthme des foins »	33 « Sarcome »	14	« Asthme des Foins »
15 « Eczéma-psoriasis »	34 « Gangrène »	15	« Eczéma. — Psoriasis »
16 « Bronchites chroniques »	40 « Cystites. — Pyélonéphrites »	18	« Uréthrites »
17 « Rhumatisme »	41 « Métrites »	22	« Typhoïde »
18 « Uréthrites »	50 « Otites. — Sinusites »	40	« Cystites. — Pyélonéphrites »
19 « Acné »	60 « Conjonctivites chroniques »	41	« Métrites »
20 « Méningocoque »	61 « Ulcérations de la cornée »	70	« Pyorrhée alvéolo-dentaire »
21 « Dysenterie »	70 « Pyorrhée alvéolo-dentre »		
22 « Typhoïde »			

intérêt, la couleur, au lieu de l'appeler sclérose, qui la traduirait mieux ? Les noms ont, eux aussi, leur fortune. Il en est qui réussissent, sans être pour cela mieux justifiés.

Cliniquement, un foie cirrhotique est, avant tout, un foie dur. On s'efforcera donc de définir la consistance du foie. Si l'organe est petit, on peut avoir quelque difficulté à sentir son bord inférieur et on n'arrive souvent à le percevoir qu'au moment de l'abaissement produit par les mouvements inspiratoires, suivant la manœuvre bien connue pour la recherche de la vésicule douloureuse. Il faut encore une condition : qu'il n'y ait pas trop d'ascite. S'il y a une ascite assez abondante, une ponction doit précéder le palper.

Vous apprécierez donc l'état de la surface et le degré de résistance du tissu hépatique. Cette dureté hépatique, constatée sur le vivant, se reconnaît mieux encore à l'autopsie.

A ce gros signe qu'est l'induration du foie, s'en ajoute un autre : le développement du réseau veineux sous-cutané abdominal, parfois si accusé qu'il aboutit à la formation de véritables têtes de méduse.

Un élément caractéristique de la cirrhose est constitué par l'hypertension portale. Elle entre pour une part dans la production de l'ascite, une autre part tenant aux réactions péritonéales.

L'ascite cirrhotique est une effusion intra-péritonéale en rapport direct avec les lésions hépatiques, l'hypertension portale. C'est à la fois un phénomène mécanique, chimique et biologique. Je l'envisagerai aujourd'hui seulement au point de vue mécanique.

Ainsi considérée, l'ascite, entraîne une exagération de la tension intra-abdominale. L'étude de la tension du liquide ascitique a été commencée en 1878 par Leyden, qui la mesurait avec un appareil à mercure. En 1889, MM. Gilbert et Garnier se sont servis du manomètre à eau et ont défini la tension ascitique en centimètres d'eau. Lorsqu'on envisage ce point particulier de l'histoire de la cirrhose, il faut bien spécifier quel instrument de mesure est employé, sous peine de faire des confusions importantes. M. Gilbert a trouvé que cette tension variait autour de 30, chiffre au-delà duquel le patient commence à ne plus supporter son épanchement. La tension est due à l'action contraire de deux forces, une force d'exosmose, de passage du liquide dans le péritoine, et une autre, de résistance de la paroi musculaire abdominale.

Si vous voulez suivre une ascite, il n'est pas de méthode meilleure que celle des pesées quotidiennes. Il n'y a qu'une cause d'erreur à prendre en considération, je veux dire la possibilité d'œdèmes associés. Si nous pesons les malades tous les jours, nous voyons la courbe des poids offrir un tracé ascendant jusqu'à un chiffre qui est le maximum de tolérance. Vous faites alors une ponction ; le poids baisse de 10, 20 kilogr., puis se remet à monter. Si, en même temps, vous tenez compte du liquide ingéré et du liquide éliminé par les urines, vous voyez que la différence représente la rétention ascitique.

Cette ascite, ainsi formée par rétention et hyperexosmose, aura une série de conséquences. Une, d'abord, le déplissement de l'ombilic. Il ne faut pas confondre ce déplissement ombilical (sans grande importance) avec la hernie ombilicale (plus sérieuse puisqu'elle peut s'accompagner d'étranglement). Dans la hernie, la saillie n'est pas centrée par l'ombilic et l'on sent que quelque chose la remplit.

Quelle va être l'évolution de l'ascite ? Dans nombre de cas, se produit un essai de compensation par le réseau veineux sous-cutané abdominal. Il est, à ce point de vue, plus favorable pour un cirrhotique d'avoir un réseau large qu'un réseau seulement ébauché. On a cherché à tirer parti de ce rôle compensateur et de là, est née l'opération d'un chirurgien hollandais, Talma, qui crée des abouchements vasculaires — opération qui ne se pratique plus actuellement, d'ailleurs. Quelquefois, cette circulation collatérale atteint un degré très accusé, constituant les cas désignés sous le nom de cirrhose de Cruveilhier et Baumgartner, dans lesquels la persistance de la veine ombilicale donne un tableau clinique spécial.

La tension ascitique ne s'exerce pas seulement sur la paroi abdominale. Elle va retentir également sur les plans profonds, d'où une série de symptômes de stases, des varices œsophago-stomacales, intestinales, lésions fréquentes et graves, causant souvent la mort par hémorrhagies. Ewald a montré que ces grandes gastrorrhagies se font souvent au lendemain d'une ponction abdominale. L'ascite, par la tension du liquide, exerce une contre-pression sur les veines dilatées. Après la ponction, les veines ne sont plus soutenues et, si elles sont amincies, peuvent céder. C'est là une notion dont il ne faudrait pas cependant trop exagérer l'importance. J'ai pratiqué nombre de ponctions d'ascite et n'ai pas vu d'hémorrhagies consécutives. La ponction de l'ascite n'offre pas, d'autre part, les mêmes dangers que la ponction pleurale. Lorsqu'on évacue, de la plèvre, une quantité assez importante de liquide (3 litres, par exemple), on est exposé à voir survenir un œdème aigu du poumon, par appel *ex vacuo*. En matière abdominale, vous pouvez retirer 20 litres d'épanchement sans accident par *ex vacuo*.

Il est un autre plan qui souffre de la compression ascitique : le rein. Il s'ensuit des troubles urinaires, de l'oligurie, souvent un peu d'albuminurie. Un plan plus profond encore peut être touché : le pancréas. On connaît l'hyperglycémie des



cirrhotiques. On a dit qu'elle relevait d'une gêne fonctionnelle du pancréas. Et effectivement, elle diminue (pour un temps assez court) après la ponction. M. Brodin, recherchant avec le tube d'Einhorn l'état de l'excrétion pancréatique chez les cirrhotiques, l'a trouvée altérée.

Il est enfin une dernière paroi de la cavité abdominale, le plan diaphragmatique, qui est intéressé. Ce plan est refoulable. Si vous examinez sous l'écran le cœur, dans ces conditions, vous voyez son image remontée, presque horizontale. Après la ponction, l'image reprend sa place normale. Ce refoulement du diaphragme ne va pas sans troubles fonctionnels. La respiration est gênée, le sujet devient dyspnéique. Le pouls est plus fréquent et s'améliore après l'évacuation du liquide. Il y a retentissement sur la tension artérielle, qui s'abaisse (Gilbert) et diminue encore après la ponction. La viscosité sanguine est moindre. En outre, le refoulement cardiaque a un effet sur le rythme du cœur. Lorsque, chez l'animal, on refoule le cœur, il se produit des extra-systoles. Chez les ascitiques, pour le même motif, il est commun de rencontrer des extra-systoles, qui s'atténuent après la paracentèse.

Reste un point à étudier pour terminer le côté mécanique de l'ascite : les œdèmes, dans leurs rapports avec l'épanchement ascitique.

On peut distinguer, à ce propos, trois groupes de faits. Dans un premier groupe, l'œdème précède l'ascite. Cet œdème préascitique des membres inférieurs a été bien étudié dans la thèse classique de Presle. Sa pathogénie est encore douteuse. Contentons-nous de dire qu'il peut y avoir un œdème, léger, avant l'ascite.

Dans un deuxième groupe, l'ascite est associée à des œdèmes plus ou moins développés, mais modérés. Dans un troisième groupe, il y a grand œdème et ascite (cas assez rares).

Comment comprendre ces œdèmes associés ? Les systèmes porte et cave sont solidaires. L'ascite peut également comprimer la veine cave inférieure. Pour les grands œdèmes, on a noté autre chose. En 1903, j'ai présenté à la Société médicale des hôpitaux, l'observation d'un cirrhotique atteint de grands œdèmes. A cette époque, le régime déchloruré était très en faveur. Je mis donc le malade au régime déchloruré. Sa tension ascitique augmentant, une ponction devint nécessaire. Aussitôt après, nous vîmes les grands œdèmes rétrocéder, en même temps que l'ascite se reproduisait. Disons, en passant, que le régime déchloruré ne vaut rien dans l'ascite, pas plus que chez les pleurétiques. Ce n'est pas ici une méthode favorable.

La question soulevée par mon malade de 1903 a été reprise récemment par MM. Lemierre et Lévesque. Ils ont vu, dans un cas, après ponction d'un grand épanchement ascitique, les œdèmes disparaître alors que l'ascite reprenait. Pour M. Lemière, le malade puise alors son liquide ascitique dans ses œdèmes et non plus dans sa circulation générale. Cette interprétation me paraît assez satisfaisante. Chez mon malade de 1903, en effet, je n'avais pas constaté de décharge chlorurée accompagnant la chute des œdèmes et cette donnée, qui m'avait paru à ce moment contradictoire, pourrait trouver ainsi son explication.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

LES DOCUMENTS DU PRATICIEN

I

Gale d'origine animale

Les éruptions provoquées par le contact des animaux domestiques (chat, chien, cheval) atteints de gale ne doivent pas être soumises aux traitements usités contre la gale humaine.

1) Faire trois ou quatre fois par jour sur les régions qui sont le siège de démangeaisons une lotion avec de l'eau additionnée, pour un demi-verre, d'une cuillerée à soupe de vinaigre ou de deux cuillerées à café d'alcool de menthe, puis poudrer largement à l'amidon.

2) Si les lotions ne suffisent pas à calmer le prurit, enduire les parties douloureuses matin et soir avec :

Acide phénique neigeux	} āā	1 gr.
Menthol		
Oxyde de zinc	} āā	25 gr.
Amidon		
Vaseline		50 gr.

3) Prendre tous les deux jours un bain d'amidon (les bains sulfureux calment quelquefois le prurit, mais souvent l'exagèrent).

4) Eviter tous les aliments susceptibles d'éveiller le prurit : poissons de mer, coquillages, crustacés, conserves de viandes, aliments épicés et vinaigrés, etc.

5) Faire examiner par un vétérinaire les animaux atteints ou suspects de gale : les faire soigner, ou s'ils n'ont ni valeur ni intérêt, s'en d'ébarrasser et désinfecter les objets avec lesquels ils ont été en contact (1).

(1) THIBIERGE et LEGRAIN. — Précis de thérapeutique des maladies de la peau, 1922.

II

Furonculose. Abcès du sein. Hydrosadénite. (Traitement par l'auto-hémothérapie).

L'auto-hémothérapie a été appliquée, avec des résultats fort inconstants, dans de nombreuses dermatoses (prurigo diathésique, dermatite polymorphe douloureuse, urticaire, prurit sénile, prurit de la ménopause, etc.). MM. Nicolas, Fabre et Dupasquier ont montré que l'indication la plus importante de cette méthode paraît être la *furonculose* (1).

Trois cas de furonculose ancienne et rebelle ont été guéris par 12 à 17 injections intra-fessières de sang prélevé dans une veine du pli du coude. L'efficacité de l'auto-hémothérapie, si elle est confirmée dans l'avenir, présente un intérêt non seulement au point de vue thérapeutique, mais encore au point de vue doctrinal. Elle autoriserait des essais dans d'autres dermatoses microbiennes et pourrait, en outre, apporter des modifications profondes dans les conceptions actuelles sur la spécificité des vaccins.

L'auto-hémothérapie provoque, dans certains cas, des réactions telles que : douleur lombaire, poussée fébrile, arthralgie ou même arthrite passagère. Sans en avoir la gravité, ces réactions doivent être rapprochées de celles de la sérothérapie.

M. Sabouraud a obtenu des résultats intéressants uniquement dans le prurit sénile et le prurit de la ménopause.

M. Thorel (du Havre) emploie l'auto-hémothérapie depuis 10 ans. Dans les maladies diathésiques : prurigos, herpès, gestations, maladie de Duhring-Brocq, les résultats sont tout à fait inconstants. Au contraire, dans la *furonculose*, les *abcès du sein* et l'*hydrosadénite de l'aisselle*, les résultats sont presque constants et immédiats. Il y a là un phénomène qui n'est pas dans le plan de la désensibilisation puisque, dans ces mêmes affections, les injections d'albumines étrangères (lait, peptone) ne donnent pas les mêmes résultats.

P. FERNET.

Extrait de l'*Année médicale pratique*, Voir *Concours médical*, n° 4 page 272

(1) J. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — *Soc. biol.* 1921, n° 35 et *Congrès de dermatol.*, juin 1922.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Hémorrhagies viscérales et injections intra-veineuses de chlorure de calcium.

P. CARNOT est un des premiers qui ont contribué à vulgariser l'emploi du chlorure de calcium *per os* ou en lavement dans le traitement des hémorragies, en raison des propriétés que possède ce sel d'augmenter la coagulabilité du sang. Avec BLAMOUTIER, il rapporte 14 observations dans lesquelles, l'hémorragie viscérale ayant résisté aux moyens précités, fut jugulée par des injections intra-veineuses d'une solution de chlorure de calcium.

Il s'agissait d'hémoptysies, d'hématémèses, de métrorrhagies, d'hématuries, d'hémophilie.

Le taux de la solution utilisée fut d'abord de 50 %, avec une dose injectée de 2 cmc. Mais, avec une telle concentration, il faut redouter les escarres que détermine la moindre goutte épanchée en dehors de la veine, ainsi que la transformation du vaisseau en un cordon rigide imperméable. Aussi, les auteurs ont-ils donné leur préférence à une solution à 25 % (4 cmc.), puis à 5 % (20 cmc.).

Ils recommandent « avant d'enfoncer l'aiguille, de s'assurer, par aspiration, que celle-ci ne contient aucune trace de liquide ; l'injection terminée, il sera bon, à plusieurs reprises, d'aspirer dans la seringue, puis de refouler dans la veine un peu de sang pour laver en quelque sorte les parois de l'aiguille et empêcher que le mouvement de retrait n'ensemence le trajet de liquide caustique ».

Et de conclure : « L'injection intra-veineuse d'une solution de chlorure de calcium, même dilué (donc sans inconvénients caustiques locaux), provoque une hémostase remarquable, nettement supérieure dans ses résultats à celle de l'administration digestive. Elle est de technique simple, et par là même, susceptible de rendre service dans un grand nombre de cas ». (*Paris médical*, 2 décembre 1922.)

Les appendices anatomiquement introuvables.

M. R. BONNEAU expose comment l'appendice, d'ordinaire libre et bien apparent dans la cavité péritonéale, se cache parfois sous le péritoine ; il

relate plusieurs cas dans lesquels cette situation anormale de l'appendice existait, et comment on peut triompher de cette difficulté opératoire. De cet exposé, nous retiendrons les conclusions suivantes :

« L'appendicectomie à froid, opération des plus faciles, réserve parfois des surprises purement anatomiques. En cas d'appendice introuvable, pour s'en tirer élégamment, c'est-à-dire avec sûreté et rapidité, il faut recourir à des manœuvres de logique.

« 1° Le cæcum est-il immobilisé dans le ventre : le libérer en sectionnant le péritoine pariétal postérieur le long du bord externe du cæcum jusqu'à ce que l'intestin soit hors du ventre.

« 2° Le cæcum étant libre, l'appendice reste-t-il caché sous le péritoine de la fosse iliaque ; il faut soit faire l'ancienne manœuvre de la décortication sous-séreuse, soit et mieux : sectionner le péritoine pariétal postérieur le long du bord externe et de la pointe de l'appendice, puis, dérouler vers le dedans l'appendice et ses vaisseaux jusqu'à ce qu'ils aient acquis une mobilité suffisante pour être amenés hors du ventre.

« 3° L'appendice paraît-il manquer au cæcum tenu dans la main : repérer le confluent des trois bandelettes longitudinales et à ce niveau, rouler entre les doigts la paroi cæcale. On sentira un cordon dur. Une franche section du péritoine cæcal avec un bon tranchant promené directement mais légèrement, sur ce point du cæcum, permettra à l'appendice de jaillir de sa loge et de se présenter ilbre pour l'exérèse ». (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 novembre 1922.)

Les grands œdèmes au cours de la cirrhose de Laënnec

A l'occasion d'une curieuse observation qu'ils ont recueillie, MM. Lemierre et Levesque étudient les rapports qui existent entre les épanchements des séreuses et les œdèmes interstitiels. Si l'anasarque n'est pas un accompagnant obligatoire de l'ascite cirrhotique, il est cependant des malades qui présentent une transsudation très abondante de sérosité dans leur tissu cellulo-graisseux. Cette transsudation s'explique sans doute par une prédisposition particulière de l'endothélium des capillaires rendu moins imperméable par l'action irritante de certains poisons circulants à la faveur des lésions du foie. D'autre part, la pression augmente fatalement dans la veine cave inférieure, en même temps que dans la veine porte, et elle s'y accroît encore du fait de la pression exercée sur le vaisseau par le liquide intra-péritonéal.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que, dès que le péritoine est vidé de son contenu, il s'y fait une sorte d'appel du liquide des œdèmes. Or, on peut expliquer cet appel d'abord mécaniquement, la suppression momentanée de la pression intra-péritonéale sur les vaisseaux caves, diminuant notablement la gêne de la circulation en retour et favorisant la résorption des transsudations. Puis, on peut concevoir que « si l'organisme ne « trouve pas dans l'alimentation les chlorures et « l'eau nécessaires à la reconstitution de l'ascite, « soit que cette dernière se reproduise trop rapi« dement pour que la ration alimentaire quoti« dienne suffise à l'équilibrer, soit que les chloru« res fassent à peu près complètement défaut « dans le régime, il doit faire appel à ses propres « réserves ».

Quoi qu'il en soit, la résorption des grands œdèmes concomitants de l'ascite, à la suite des ponctions de celle-ci, offre un intérêt physiologique, et aussi un intérêt pratique, puisqu'on peut, « en « combinant la ponction d'un épanchement dé« veloppé dans une séreuse et le régime déchlo« ruré, faire disparaître des œdèmes jusque-là « irréductibles, en les attirant pour ainsi dire « dans la cavité séreuse et en les évacuant direc« tement par ponction, alors que toutes les ten« tatives faites pour en provoquer l'élimination « par l'émonctoire rénal sont demeurées infruc« tueuses ». (*Presse méd.*, 29 novembre 1922.)

L'obstruction nasale et ses causes.

L'insuffisance nasale et l'obstruction nasale sont deux affections différentes, mais qui ont une valeur pathologique équivalente. La première est justiciable de la seule rééducation respiratoire méthodique. Parce qu'elles coexistent assez souvent, l'une et l'autre méritent d'être bien connues du médecin. C'est ce qu'expose M. Robert-Leroux, qui prend comme type de sa description l'obstruction. Elle peut déjà être soupçonnée à la faveur de certaines déformations faciales, de certains défauts de prononciation, de troubles auditifs, olfactifs, de céphalée, d'infections locales. En dehors de ces signes locaux, il en existe d'autres à distance qu'il faut savoir rapporter à leur véritable cause. Ce sont des troubles gastro-intestinaux (entérites, appendicites) provoqués peut-être par une infection lymphatique, et peut-être plus encore, par la déglutition des produits septiques du cavum, une mastication défectueuse avec des dents déformées . . . Ce sont des troubles nutritifs généraux par hypohématose, anoxyhémie . . ., des déformations thoraciques (thorax en carène, en sablier), des affections pulmonaires : rhino-bronchites descendantes, emphysème, asthme, tuberculose. « Combien de malades sur la route du sanatorium, dit l'auteur, qui n'ont cependant que le nez bouché ! »

Les causes de l'obstruction nasale sont extra-nasales (rétrécissement congénital ou acquis, suite de brûlures, acné hypertrophique) ; intra-nasales (corps étrangers, rhinolithes, polypes muqueux, hypertrophie des cornets, déviation de la

cloison, crêtes de la cloison) ; rétro-nasales (imperforation congénitale des choanes, rare, polypes muqueux des choanes, polypes naso-pharyngiens, végétations adénoïdes).

Toutes ces causes étant connues, il est possible d'y remédier et de guérir en même temps les troubles divers qu'elles provoquent ou entretiennent. (*La Consultation*, décembre 1922.)

La thiosinanime.

J'ai eu très récemment une consultation avec un médecin des hôpitaux très distingué, auprès d'une jeune femme atteinte d'une sclérose médullaire atypique. Notre confrère a prescrit, entre autres médicaments, la thiosinamine (fibrolysine des Allemands). Ce fait m'incite à résumer ici un travail de M. R. Mignot sur cette substance, qui résulte de l'action de l'ammoniaque sur l'essence de moutarde.

La thiosinamine jouit de la propriété de dissoudre, en quelque sorte, le tissu fibreux et le tissu cicatriciel, qu'elle assouplit et ramollit, en déterminant une intense leucocytose suivie d'une sorte de phagocytose des fibres conjonctives.

On la prescrit à la dose de 0,05 à 0,10 par jour, en pilules, en cachets, en injections sous-cutanées, pendant 15 à 20 jours par mois, durant plusieurs mois.

L'auteur recommande la formule suivante pour les injections :

Thiosinamine française	0,05
Salicylate de soude............	0,05
Eau distillée stérilisée	2 cmc.

On peut encore adopter la voie rectale, vaginale, la forme « savons ou pommades ».

Les principales indications en sont : les scléroses cérébro-médullaires, les paraplégies spasmodiques, l'hémiplégie, le rhumatisme ankylosant et déformant, l'emphysème et les scléroses pleuro-pulmonaires, les affections cardio-valvulaires.

Associée au crataegus oxyacantha, elle est nettement hypotensive.

Signes d'intolérance, rares : fièvre, frissons, céphalalgie, vomissements, syncopes, prostration, etc. Contre-indications : tuberculose, cancer, cicatrices utiles et à respecter (laparotomisés, gastrotomisés. (*L'Hôpital*, déc. 1922. A.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Le lévulose dans le diabète.

(MM. Desgrez, Bierry et Rathery. — *Académie de médecine*, 2-1-1923.)

MM. Desgrez, Bierry et Rathery ont proposé, il y a quelque temps, l'emploi du lévulose dans le diabète, à titre d'anti-acidosique en particulier. Ils répondent aujourd'hui aux critiques opposées à leurs travaux par M. Marcel Labbé.

Pour M. Marcel Labbé, il faut établir une distinction en matière d'acidose. L'acidose du jeûne s'améliore par les hydrocarbonés (et le lévulose agit comme hydrocarboné), mais l'acidose du diabète — qui est différente — ne subit pas la même influence favorable. D'autre part, si le lévulose augmente moins la glycosurie, il n'en est peut-être plus de même de l'hyperglycémie, qui est le facteur principal dans le diabète.

MM. Desgrez, Bierry et Rathery n'admettent pas la distinction établie par M. Labbé entre les acidoses. Aucune raison clinique, étiologique ou chimique, disent-ils, n'autorise une différenciation radicale entre l'acidose du jeûne hydrocarboné et l'acidose diabétique . Dans l'une et l'autre, le facteur hydrate de carbone est prédominant, et le lévulose conserve sa valeur anti-acidosique. Pour ce qui concerne l'hyperglycémie, elle est augmentée d'une façon beaucoup moins sensible par le lévulose que par le glucose, chez l'homme normal (Folin et Berglund) et chez nombre de diabétiques (Desgrez, Bierry et Rathery).

Le lévulose certes, n'est pas une panacée applicable à tous les cas. Il n'en est pas moins réel que tout un groupe de diabétiques assimilent mieux le lévulose que le glucose et peuvent tirer parti de cet avantage. Des études ultérieures montreront l'importance de ce groupe. Le lévulose, en outre, a un pouvoir sucrant supérieur à celui du glucose, ce qui n'est pas sans importance pour les malades.

L'examen médical des chauffeurs.

(M. Balthazard. — *Académie de médecine*, 9-1-1923)

M. Balthazard lit un rapport, au nom d'une commission composée de MM. Quénu, Tuffier, Vaquez et Fiessinger, sur la proposition d'examen médical des chauffeurs présentée il y a quelques semaines par M. Fiessinger.

L'Académie adopte les vœux suivants , conclusions du rapport :

1° Il ne sera délivré de permis de conduire qu'aux sujets âgés de plus de vingt ans, sans aucune dérogation ;

2° Le permis de conduire sera refusé à tout candidat atteint de troubles mentaux, de lésion organi-



que du cœur, des vaisseaux ou du système nerveux, d'insuffisance de la vue ou de l'ouïe, constatés par une commission médicale spéciale, et le mettant hors d'état de conduire convenablement une voiture automobile. Un réglement précisera la nature et le degré des lésions qui serviront de base à la commission médicale pour donner son avis ;

3° Le permis ne pourra être accordé aux mutilés qu'au cas où les appareils dont ils seront porteurs permettront une aptitude suffisante pour la conduite des voitures automobiles ;

4° Le permis ne sera valable que pour dix ans, au bout desquels le chauffeur devra subir un nouvel examen médical. Dans des cas spéciaux, il pourra être délivré pour trois années seulement ;

5° Le permis de conduire sera retiré en cas d'ivresse ou tout au moins de récidive d'ivresse ;

6° Tout chauffeur ayant provoqué un accident par sa faute sera soumis à un nouvel examen médical.

Incontinence d'urine dite essentielle et spina bifida.

(MM. Pierre DELBET et A. LÉRI. — *Académie de médecine*, 9-1-1923.)

M. André Léri a présenté dernièrement à la Société des hôpitaux un malade atteint à la fois d'infantilisme, d'incontinence d'urine dite essentielle, et de spina bifida occulta. Dans sa communication, que nous avons analysée, l'auteur inclinait à penser que les différents troubles relevés chez le patient étaient en grande partie sous la dépendance du spina bifida — spina bifida, d'ailleurs, occulte, sans manifestations extérieures et reconnu par l'examen radiographique.

M. André Léri a fait opérer ce sujet par le professeur Pierre Delbet. Il s'agissait d'un spina bifida occupant toute la hauteur du sacrum, avec une bride fibro-cartilagineuse comprimant la queue de cheval. La résection de la bride a fait cesser les accidents urinaires et depuis l'opération, qui date de 2 mois, le malade n'a pas uriné une seule fois au lit.

Sans se prononcer sur la fréquence de cette cause d'incontinence nocturne d'urine, dite essentielle, M. Pierre Delbet conseille dans tous les cas de ce genre, résistant aux traitements usuels, d'étudier radiographiquement la colonne sacrée, et, si l'on trouve un spina bifida, de faire une intervention qui devra être poussée jusqu'à la dure-mère.

Diabète et syphilis.

(M. Marcel LABBÉ. — *Académie de médecine*, 9-1-1923.)

Le rôle de la syphilis dans la genèse du diabète est assez diversement interprété selon les auteurs. Pour les uns, la syphilis n'intervient en aucune façon dans la pathogénie du diabète. Pour d'autres, M. Marcel Pinard entre autres, la syphilis est la cause principale du diabète.

M. Marcel Labbé revient sur la question en envisageant successivement tous les arguments qui ont servi à étayer la théorie de l'origine syphilitique du diabète.

On a trouvé, à l'autopsie de diabétiques, des lésions des organes de la glycorégulation, du pancréas en particulier. Mais, il s'agit là de faits mal précisés et rares.

La syphilis serait fréquente dans les antécédents des diabétiques. En réalité, les grandes statistiques arrivent à des chiffres de 12 à 14 %, qui sont ceux donnés par Fournier et par Gougerot comme pourcentage des syphilitiques dans toute la population.

Les accidents nerveux et cardio-vasculaires des diabétiques sont le fait ou du diabète ou d'une syphilis associée, et n'indiquent pas une origine spécifique de la glycosurie.

Le diabète conjugal s'explique facilement par les mêmes conditions d'existence (alimentation, sédentarité) des époux.

Quant à l'action du traitement antisyphilitique sur la glycosurie, elle s'appuie sur des observations peu nombreuses et critiquables puisqu'il n'a généralement pas été tenu compte du régime suivi par les malades.

L'auteur est amené à cette conclusion que le diabète n'a, en règle générale, aucun rapport étiologique avec la syphilis, mais qu'il existe cependant des diabètes syphilitiques se produisant par l'intermédiaire d'une pancréatite, d'une hépatite, d'une lésion cérébrale ou endocrinienne de nature spécifique. Ces diabètes syphilitiques seraient extrêmement rares, mais intéressants à connaître car ils relèvent d'une thérapeutique spéciale.

La cholestérinémie dans le diabète.

(MM. RÉMOND, de Metz, et ROUZAUD, de Vichy. — *Académie de médecine*, 9-1-1923.)

MM. Rémond et Rouzaud ont étudié la valeur pronostique de la cholestérinémie dans le diabète. Ils considèrent la présence dans le sang d'un diabétique d'une quantité de cholestérine supérieure à 3 grammes comme un élément de pronostic grave, surtout en présence d'une perméabilité rénale normale. Cette gravité du pronostic, en pareil cas, a été déjà signalée par Joslin, en Amérique.

Décoction de céréales et vitamines.

(M. Maurice SPRINGER. — *Académie de médecine*, 9-1-1923.)

M. Springer a préconisé, il y a une vingtaine d'années déjà, l'emploi de la décoction de céréales dans un certain nombre détats morbides (insuffisance de croissance, hypogalactie des nourrices, maladies fébriles générales, etc.) Cette décoction renfermant très peu d'éléments dissous, il avait conclu à la présence, dans l'écorce des céréales, de ferments spéciaux pris par la décoction, et agissant comme des stimulants de la nutrition.

De nos jours on parle de vitamines, substances de

composition chimique inconnue, existant également dans l'enveloppe des céréales, indispensables à la nutrition et à la croissance (l'absorption du riz décortiqué détermine le béri-béri). M. Springer voit là une explication nouvelle de l'action de la décoction de céréales. Les vitamines expliqueraient les effets de ladite décoction dans la croissance des enfants, son utilité dans les maladies aiguës (fièvre typhoïde) et aussi chroniques (albuminurie, tuberculose). La décoction de céréales est un moyen simple d'administrer des vitamines.

Séro-diagnostic du cancer par le procédé de Botelho.

(M. Wilbouchewitch. — *Société de biologie*, 23-12-1923.)

Botelho a étudié dans le service du prof. Hartmann, à l'Hôtel-Dieu, un procédé nouveau de séro-diagnostic du cancer basé sur la propriété que possède le sérum humain de donner un précipité sous l'action d'une solution citrique et iodo-iodurée. Cette propriété est plus marquée pour le sérum cancéreux.

M. Wilbouchewitch a essayé le procédé de Botelho sur 52 sérums cancéreux, provenant de malades du service du prof. Gosset. Il a examiné, par comparaison, 107 sérums non cancéreux pris dans la série des prélèvements faits à l'Institut Pasteur pour recherche du Wassermann. La réaction a été nettement positive dans 75 p. 100 des sérums cancéreux, et, sur 107 sérums témoins, un seul a fourni un résultat positif.

L'auteur conclut que le procédé de Botelho, simple et rapide, donne des renseignements intéressants, supérieurs à ceux obtenus par la recherche de l'indice hémolytique et, en général conformes à ceux fournis par l'indice antitryptique.

Ablation de cancer de l'amygdale. Survie prolongée.

(M. Lenormant. — *Société de chirurgie*, 15-11-1922.)

Les survies prolongées après ablation chirurgicale des cancers de l'amygdale ne sont pas très fréquentes, ce qui engage M. Lenormant à publier un cas où la récidive n'est apparue qu'après deux ans et demi.

Le malade, opéré en novembre 1919, revint en juillet dernier pour une récidive encore à son début au niveau de la région amygdalienne. M. Lenormant l'adressa à M. Proust pour des applications de radium qui ont déjà amené une sensible régression des lésions.

Sur le traitement de la névralgie génitale grave.

(M. Mauclaire. — *Société de chirurgie*, 15-11-1922.)

M. Mauclaire revient sur la communication de M. Hallopeau relative au traitement de la névralgie génitale grave.

Dans un cas, l'auteur essaya successivement, pour des douleurs vulvaires et pelviennes des plus pénibles, des traitements médicaux, l'ablation d'un ovaire, la résection des nerfs périnéaux. Les névralgies ne cédèrent définitivement qu'après l'ablation du deuxième ovaire.

En somme, les névralgies vulvaires intenses relèvent de causes variées. Les unes guérissent par le traitement médical, d'autres par la radiothérapie, d'autres par la résection des nerfs périnéaux (Hirst), par la dénudation de l'artère hypogastrique (Leriche), la résection du plexus hypogatrique (Hallopeau), l'ablation des ovaires (Mauclaire).

P. L.

Montpellier

Les hauteurs du fond l'utérus au cours de la grossesse.

I. MM. Guérin-Valmale et Loriot. — En vue de réviser les chiffres si peu comparables entre eux, assignés par les classiques à la hauteur du fond utérin au-dessus de la symphyse pubienne aux différentes époques de la grossesse, les auteurs, suivant une technique rigoureuse qu'ils exposent en détail, ont procédé à 114 mensurations, dont un tableau annexé à leur mémoire donne les résultats. Il en résulte que pour les 2 premiers trimestres, l'utérus, s'élevant au-dessus du détroit supérieur, gagne 5 cm. par mois ; ce gain tombe à 3 cm. pour le dernier trimestre, où l'accroissement se fait par descente du segment inférieur dans le bassin.

Fibrome utérin et radiumthérapie.

II. M. E. Godlewski. —Des 23 cas qu'il a traités depuis plus d'un an, l'auteur conclut que la radiumthérapie réclame de la part de l'opérateur une connaissance précise des indications, une technique parfaite, une asepsie absolue et une surveillance prolongée du malade. Elle demeure donc une intervention grave. L'escarre produite par l'application de radium à une importance capitale non seulement dans l'action du radium, mais dans l'apparition possible des accidents.

Discussion. — M. de Rouville pense que si, à l'heure actuelle, les indications et les contre-indications sont faciles à établir pour les cas types, il est toute une catégorie de fibromes où la ligne de conduite à suivre est difficile. L'exposé des faits observés peut utilement contribuer à mieux poser le problème.

Hématocolpos.

III. M. Th. Guirauden. — Chez une jeune fille de 13 ans 1/2 qui, depuis environ un an, éprouve les phénomènes sympathiques de la puberté, existe une tumeur remontant au voisinage de l'ombilic et descendant sur le périnée, distendu, comme pour une tête de fœtus à la période d'expulsion. Ponction avec trocart, en plein centre de l'hymen. On recueille 1300 cc. de magna hématique. Le lendemain, incision cruciale de l'hymen et mise en place pendant 15 jours de deux sondes de Nélaton n° 22, qui permettent les lavages et s'opposent à l'obturation cicatricielle. Aucune complication. Depuis lors, menstruation simple et correcte.

Discussion. — M. Vallois vient d'observer un cas de ce genre. Il préfère à la ponction l'incision au bistour suivie d'injections vaginales antiseptiques.

M. de Rouville préfère à la ponction ou à l'incision large d'emblée, l'ouverture progressive en deux temps.

M. E. Godlewski emploie une incision transversale en vue d'éviter la coalescence possible des deux lèvres de l'incision.

Opération de Dittel pour fistule vésico-vaginale haute suivie de succès complet.

IV. M. de Rouville. — D'après l'auteur, les résultotalement heureux de cette intervention sont, s'ils existent, tout à fait exceptionnels, raison pour laquell il a cru devoir publier son cas personnel.

Discussion. — M. Godlewski, au cours d'une intervention analogue, a été frappé du peu d'hémorragie produite par le décollement. Le catgut lui paraît indispensable pour les sutures.

A propos de 2 cas de crises éclamptiformes tardives.

MM. Gaujoux et Coste. — Dans le 1er cas, il s'agit de crises éclamptiformes observées dix jours après l'accouchement chez une primipare soignée dès le 7e mois par le régime lacté pour albuminurie ; dans le 2e, les crises éclamptiformes surviennent plus d'un mois après l'accouchement, mais il y avait eu au 8e jour une infection générale non déterminée et compliquée ultérieurement d'œdème. Dans les 2 cas, les crises devinrent subintrantes et la mort arriva après un coma prolongé : le 2e cas se rapproche moins de l'éclampsie que de l'urémie à forme convulsive.

Polymastie.

M. Ch. GuiraudeN. — Chez une jeune primipare, immédiatement au-dessous du sein droit, existe une mamelle supplémentaire. Bien que de proportions modestes, celles-ci est remarquable par la perfection de ses formes et par la sécrétion lactée dont elle a été le siège.

Discussion. — M. de Rouville rappelle plusieurs cas analogues qu'il a, pour sa part, observés et publiés.

Un cas de présentation rare.

MM Gaujoux et Aimé Delort. — Volumineuse hernie ombilicale du fœtus occupant toute la cavité pelvienne et dont le diagnostic ne pût être fait que par un toucher profond. Une version interne donna un enfant vivant. La paroi de la hernie était constituée par une membrane transparente à travers laquelle on voyait les anses intestinales et un lobe hépatique. Un pédicule très large reliait cette hernie à la paroi abdominale fœtale réduite à un travers de doigts de paroi autour du pédicule. La reconstitution chirurgicale de cette paroi était impossible faute d'étoffe : elle se fit spontanément par une cicatrisation progressive partant de la périphérie. L'enfant a survécu. Il augmente régulièrement de poids.

Dystocie par diaphragme cicatriciel du vagin.

M. Paul Delmas. — A la suite d'un accouchement laborieux, terminé 7 ans auparavant par de pénibles applications de forceps, une parturiente présente au 1/3 supérieur de son vagin un diaphragme cicatriciel dont l'orifice, surtout rapproché de la paroi antérieure du vagin, admet à peine le passage de trois doigts. Un double débridement, postéro-latéral, rend au conduit la perméabilité nécessaire au passage du fœtus. Une suture autoplastique transforme cette section en une cicatrice transversalement étendue qui maintient définitivement les résultats acquis.

Paul Delmas.

Les Congrès

XVIe Congrès Français de médecine (Suite).

Signification pathologique des formes anormales des globules blancs du sang,

Rapport de M. A. Lemaire.

On fait rentrer dans les globules blancs anormaux du sang les prostades myélocitaires des leucocytes granuleux du sang lancés anormalement dans la circulation, les lymphocytes anormaux, les cellules plasmatiques et les formes anormales des globules adultes. L'auteur, étudiant surtout les deux premières catégories, montre leur signification dans les leucémies et les états leucémiques et les données nouvelles qu'ils fournissent à la pathogénie de ces états.

Les prostades myélocytaires des granulocytes et leur filiation. — Les myélocites proviennent d'une cellule mère, la cellule A que l'on retrouve seulement dans la moelle osseuse. Elle donne naissance à quatre variétés de myélocites différenciés suivant leur maturation : en myélocites non mûrs très voisins de la cellule A, myélocites arrivés à l'état de demi maturité, myélocites mûrs qui se distinguent surtout par la richesse en chromatine de leur noyau et enfin en métamyélocites plus petits à noyau incurvé ou échancré.

Cette classification établie, l'auteur étudie ensuite la question si discutée de la cellule A et de la filiation des granulocytes liée intimement à celle de l'origine postembryonnaire des globules blancs et de leur parenté réciproque. Il expose tour à tour les doctrines de Pappenheim, de Ferrata et la théorie dualiste de Noegeli, à laquelle il se rallie. Noegeli considère la cellule A comme spécifique, différenciée exclusivement dans le sens myélocytaire, contrairement aux deux autres hématologiste qui voient une cellule hémoblastique indifférenciée capable d'engendrer tous les éléments figurés du sang. L'auteur se base surtout sur les caractères morphologiques de la cellule, sur l'aspect de son noyau, sur la présence de la cellule A exclusivement dans la moelle à l'état normal et son absence dans les ganglions lymphatiques et les follicules de la rate, sur l'existence de protéases et sur la réaction des oxydases chez tous les leucocytes de la série myélocytaire et les tissus qui les engendrent. La spécificité des tissus hémopoïétiques est affirmée par celle de la cellule A et entre autres preuves par la topographie des lésions des leucémies et de la métaplasie myéloïde, hyperplasie pulpaire myéloïde avec atrophie folliculaire dans la rate, des myéloses ; prolifération à point de départ folliculaire dans la rate des lymphadénoses ; prolifération intra-acineuse dans le foie des myéloses avec intégrité des espaces portes : productions folliculaires dans les espaces portes au cours des lymphadénoses ; topographie de la métaplasie myéloïde analogue à celle des myéloses.

Les lymphocytes anormaux du sang. — La lymphopoïèse anormale se traduit dans le sang :

a) Par l'apparition de formes lymphocytaires jeunes. Le lymphoblaste en est la forme la plus simple; il se distingue du myéloblaste par la structure moins réticulée de son noyau.

b) Par une anisocytose lymphocytaire très marquée dans les lymphadénoses :

On trouve également dans les états leucémoïdes lymphocytaires de grands lymphocytes pathologiques qu'on ne retrouve pas dans la lymphopoïèse normale.

Les globules blancs anormaux du sang peuvent déceler des affections en apparence primitives caractérisées par une prolifération intensive des tissus leucopoié-

tiques et d'un pronostic fatal : ce sont les leucémies ; en dehors des leucémies, sils peuvent trahir un état morbide qui, par progression croissante, peut aboutir à l état leucémoïde.

Les leucémies ou leucoblastoses se divisent d'après les tissus qui leur donnent naissance en myéloses et en lymphadénoses. Ces variétés peuvent être aiguës ou chroniques ; elles peuvent, suivant le degré de l'invasion du sang par les produits de la norogenèse, être divisée en leucémiques, subleucémiques, aleucémiques.

Les myéloses chroniques sont caractérisées par une métaplasie myéloïde intense surtout splénique, puis hépatique, respectant pendant longtemps les ganglions.

La leucémie est constituée par l'émission de prostades myélocytaires et par une leucocytose à la fois neutrophile et basophile. Le nombre de ces prostades et leur état de maturité révèlent l'état de conservation ou d'épuisement de la fonction myélopoiétique. Les formes myélocitaires jeunes et nombreuses traduisent toujours une insuffisance profonde de la myélopoièse. Leur augmentation au cours d'un traitement radiothérapique doit inciter à la prudence.

Les lymphadénoses chroniques résultant d'une hyperplasie généralisée du tissu lymphoïde affectent les ganglions, les follicules de la rate, les espaces portes du foie, le thymus. De plus, la prolifération cellulaire s'étend aux tissus voisins. des ganglions simulant un lymphosarcome ou quelque autre tumeur maligne. Ces variétés de lymphadénoses sont, en général, leucémiques. On y trouve de petits lymphocytes à noyau jeune, mais on y trouve des lymphoblastes qu'on retrouve en abondance, même au cours des formes très chroniques, surtout dans le suc ganglionnaire.

Leucoblastoses aigues. — *Les myéloses aiguës* peuvent être leucémiques, aleucémiques, subleucémiques. Le pourcentage élevé des promyélocytes, des myéloblastes, la rareté des granulocytes basophiles les différencient des formes chroniques.

Les lymphadénoses aigues se différencient des chroniques par l'hyperplasie lymphoïde provoquant des proliférations sarcoïdes qui en imposent pour des lymphosarcomes. Ces formes sont le plus souvent leucémiques ou subleucémiques. La lymphémie est du type macro-cellulaire.

Les états leucémoides constituent un ensemble beaucoup moins défini. Le syndrome hématologique qui les caractérise rappelle une leucoblastose subleucémique ou aleucémique d'un pronostic beaucoup moins sévère. Il est d'ailleurs radicalement différent du syndrome pseudo-leucémique. Ces états s'observent chez l'enfant et chez l'adolescent sous des influences toxiques ou toxi-infectieuses sans spécificité apparente.

Syndrome leucémoide myélocytaire. — Il est caractérisé par l'apparition dans le sang d'un pourcentage élevé de myélocytes et même de myéloblastes, accompagnée d'une anémie marquée avec érythroblastose. Tantôt il vient compliquer une anémie grave préexistante, tantôt il survient au cours d'états infectieux comme l'infection puerpérale, les fractures compliquées, les angines nécrotiques.

La myélocytose légère qu'on rencontre dans certaines infections ne peut être classée parmi les états leucémoïdes.

Dans certains granulomes malins, on rencontre parfois de ces états passagers qui s'accompagnent d'une hypertrophie de la rate et rendent difficile le diagnostic avec les myéloses. Le syndrome leucémoïde peut accompagner des états d'anémie chronique ou subchronique, mais la myélocytose y est toujours discrète. Elle est beaucoup plus accusée dans les anémies secondaires, notamment dans celles qui accompagnent les tumeurs malignes où elles doivent faire penser à une cancérisation secondaire de la moelle osseuse et dans le syndrome pseudo-leucémique infantile, fonction du rachitisme, de l'hérédosyphilis ou des troubles gastro-intestinaux chroniques.

Syndrome leucémoide lymphocytaire. — C'est un état aigu avec fièvre, splénomégalie, réaction ganglionnaire se remarquant surtout chez les jeunes, au cours d'une streptococcie, d'un ictère infectieux ou après un simple surmenage. Ces cas guérissent toujours parfaitement.

Signification pathologique des états leucémiques et leucémoides. — Les réactions myélocytaires discrètes et banales, les états leucémoïdes et les leucémies traduisent surtout une disjonction de la leucopoièse Ces états ne constituent pas des manifestations morbides distinctes dans leur essence, mais représentent des stades d'altérations différentes, réparables ou non, de l'activité tissulaire des organes de la leucopoièse. La cause qui les provoque reste indéterminée. Noegeli et le rapporteur pensent qu'il s'agit d'un trouble de l'équilibre morphologique du sang créé par un état de dysharmonie des sécrétions hormonales endocrines. Cet état, durable, provoquerait la leucoblastose mortelle; passager, l'état leucémoïde susceptible de guérison.

Rapport de M. J. Sabrazès.

L'auteur commence par consacrer un premier chapitre à l'hémopoièse. Il adopte une conception uniciste très voisine de celle de Ferrata. A la base de toutes les cellules sanguines il trouve l'histohématocyte ou cellule ancestrale qui donne naissance aux cellules endothéliales des vaisseaux ou à des cellules spéciales histiocytes, leucocytoïdes, plasmatocytaires. Celles-ci donneront naissance, soit à des monocytes, soit à des lymphoblastes d'où proviennent les lymphocytes du sang, soit à l'hématomyélogonie, cellule indifférenciée mère de toutes les cellules souches spécifiques de la lignée médullaire. Elle est polarisable dans trois sens : *a*) dans le sens des myéloblastes d'où dérivent les myélocytes neuro, éosino ou basophiles aboutissant aux polynucléaires ; *b*) dans le sens des érythroblastes ; *c*) dans le sens des mégacaryoblastes aboutissant aux globulins par l'intermédiaire des mégacaryocytes.

La cytogenèse normale des cellules sanguines se produirait de la façon suivante. Un premier stade de multiplication par homoplasie de la cellule originelle indifférenciée, puis par hétéroplastie. Dans un second stade, aux dépens de ces deux variétés cellulaires, par un processus d'homoplasie, une seconde génération cellulaire se produit qui donne les microleucoblastes et les microérythroblastes lymphoïdes. Les premiers de ces éléments donnent ensuite par maturation les myélocytes et les polynucléaires ; les seconds des normoérythrocytes et finalement des érythrocytes.

La cytogenèse pathologique est représentée : *a*) par une prolifération homoplasique des myélogonies fournissant des éléments indifférenciés du même ordre ; *b*) par une précision de l'hétéroplasie sur l'homoplasie qui donne les microleucoblastes prédécesseurs des myélocytes.

La différenciation et la maturation des espèces cellulaires issues des cellules dépendent de facteurs inhérents à ces cellules et aussi de facteurs exogènes : modifications humorales, troubles endocriniens, incitations nerveuses.

Les globules blancs anormaux du sang. — Se divisent en :

1°. *Cellules dégénératives du sang normal.* — On les retrouve dans les leucémies, les septico-pyohémies, les intoxications graves. Elles sont représentées par des noyaux libres, des lymphocytes vacuolisés à noyau pycnotique, par des polynucléaires dépourvus de granulations et renfermant des grains métachromatiques de dégénérescence albumineuse, par la multinucléarité excessive des polynucléaires, par la segmentation exa-



gérée du noyau des lymphocytes et des monocytes et par leur infiltration granulo-graisseuse.

2° *Cellules anormales par immaturité* provenant d'une cytogenèse physiologique ou précipitée.

Dans un premier degré, certaines formes jeunes propres aux tissus hématopoiétiques passent dans le sang attirés par des besoins fonctionnels accrus ; de plus, l'image nucléaire des polynucléaires se dévie vers la droite et des enclaves basophiles se montrent dans leur cytoplasme.

A un degré plus accusé, des formes plus jeunes, myélocytes et promyélocytes, sont lancées dans le sang annonçant un défaut de différenciation dans la maturité des espèces. Dans des maladies plus graves, leucémies, toxémies, leucanémies, d'autres formes peuvent apparaître dans le sang : lymphoblastes, myéloblastes, myélogonies, érythroblastes, hémohistioblastes.

Le rapporteur étudie la cytologie fixe de toutes ces formes anormales de globules blancs : petits lymphocytes et lymphoblastes des maladies à lymphocytose, des lymphocytémies et des lymphadénies ; formes anormales des monocytes, granulocytes neutrophiles anormaux par la lobulation déficiente du noyau, métamyélocytes, éosinophiles à granulations demi-mûres, mastzellen de forme anormale, myélocytes divers, promyélocytes, myéloblastes proneutrophiles, préosinophiles, mastmyéoloblastes, hématomyélogonies caractérisées par l'absence de granulations azurophiles, par une basophilie voisine de celle des lymphocytes et par un noyau volumineux à réseau chromatique très fin renfermant deux à trois nucléoles.

Il faut encore citer dans ces formes anormales de globules blancs les hémohistioblastes de grande taille, d'aspect polymorphe, les plasmatocytoïdes, les endothélioïdes qui se séparent des mégacaryocytes par leur noyau bourgeonnant, compact et leur cytoplasme semé de fines granulations azurophiles formant des amas à la périphérie de la cellule. La présence des mégacaryocytes qu'on retrouve dans les leucémies myéloïdes, les granulomes malins, la pneumonie, l'érysipèle, serait d'un très fâcheux pronostic.

Cellules provenant d'une cytogenèse foncièrement atypique en circulation dans le sang. — Les affections troublant l'évolution cellulaire sont les toxémies, les septicémies, les néoplasies, les syndromes d'anémie grave ou pernicieuse et les leucémies ; les perturbations de la cytogénèse font apparaître dans le sang des éléments imparfaits et des cellules monstrueuses portant souvent les marques d'un vieillissement précoce : ce sont des myélocytes et des polynucléaires géants à cytoplasme différencié exubérant, des micromyélogonies dues à la persistance pathologique de l'homoplasie de prolifération des cellules primordiales, des cellules de Rieder, des cellules vieillies à noyau contourné et à cytoplasme hyperbasophile souvent pourvu de granulations neutrophiles qu'on trouve dans les leucémies aiguës, dans quelques leucémies chroniques, dans les leucanémies, dans l'anémie pernicieuse, les cancers à évolution rapide et dans certaines septicémies hémolysantes.

C'est seulement une étude minutieuse qui permet de différencier les cellules normales des cellules anormales et de distinguer les caractères d'immaturité ontogénique, homoplasique et hétéroplasique.

Ces cellules anormales peuvent présenter des formes dégénératives très diverses qui ont une grosse valeur diagnostique. La cellule d'irritation de Türk apparaît comme une des plus typiques de ces formes ; on la remarque dans certaines maladies fébriles, syphilis, leucémies, anémie pernicieuse, diphtérie, fièvres éruptives.

Si l'on cherche à démêler la signification exacte des hyperleucocytoses et des hyperplasies, on peut admettre que la décharge dans le sang de globules blancs de caractère normal, mais qui ne sont pas encore arrivés à maturité, a la valeur d'une rénovation. Elle se produit dans les hyperleucocytoses des états infectieux et toxiques, dans les néoplasies et dans certaines hémorragies graves. Les cellules qui participent à cette mobilisation sont beaucoup plus des réserves d'éléments mûrs et des pro-espèces incomplètement mûres que des myélocytes et des myéloblastes. L'association de cellules pathologiques plus variées, de formes atypiques à toutes les phases de la cytogenèse se voit surtout dans les leucémies.

Cellules étrangères présentes dans le sang. — On peut parfois trouver dans le sang des éléments cellulaires de cancer gastrique ou pulmonaire, d'hypernéphrome malin qui sont toujours d'un diagnostic très délicat.

En résumé, pour reconnaître une cellule sanguine, pour préciser si elle est normale ou pathologique, pour lui attribuer sa signification précise au point de vue diagnostic et pronostic, il faut s'inspirer des données acquises par la morphologie des cellules du sang et des lignées cellulaires.

Discussion.

M. J. Jolly (de Paris). — Pratiquement, les tissus lymphoïdes et myéloïdes sont distincts. Ils n'ont pas la même fonction et leur pathologie est différente. Le véritable tissu hématopoiétique est le tissu de la moelle des os qui, chez tous les vertébrés supérieurs, forme la hématies et les leucocytes granuleux. Le tissu lymphoïde, surtout celui des ganglions, ne forme que des leucocytes. Toutefois, cette séparation n'est pas absolue, car ils sont deux variétés d'un même tissu. Le tissu myéloïde est un tissu lymphoïde à différenciation complète : véritable tissu hématopoiétique formant les globules rouges nucléés.

Le tissu lymphoïde produit les lymphocytes, mais a peut-être aussi d'autres fonctions encore inconnues, telles, par exemple, la sécrétion des hormones ou la mise en réserve des matériaux nutritifs. Mais ni le développement, ni la pathologie, n'établissent de barrière entre les deux tissus et il faut, à l'heure actuelle encore, s'en tenir à la conception de Dominici qui a été confirmée par tous les auteurs spécialisés dans ces études.

MM. Clerc et P. Emile-Weill rendent hommage également aux travaux de M. Dominici et signalent qu'on a très peu ajouté à ce qu'il nous a laissé.

Communications sur l'hématologie et les maladies du sang

Plaques et formations réticulées. — M. G. Lion (de Paris) signale, dans les préparations de sang sec colorées par les méthodes usuelles, l'apparition de plaques réticulées au cours des leucémies, des gripeps épidémiques et après des applications de radium. Elles sont constituées par de la substance nucléaire et elles représentent les résidus de noyaux provenant de globules blancs des diverses variétés.

Lorsqu'elles sont abondantes, elles peuvent jouer un rôle dans la production des thromboses et des ruptures capillaires si fréquentes dans cette maladie.

Recherches expérimentales sur la pathogénie des troubles de la coagulation dans l'hémophilie. — M. Feissly (de Lausanne) signale que le retard de coagulation dans l'hémophilie ne peut être attribué à la présence d'antithrombine en excès, car le plasma d'hémophilie se comporte à l'égard d'une solution de thrombine comme un plasma normal. Il semble plus logique d'admettre une anomalie de constitution expliquant mieux l'évolution traînante du processus coagulant par la lenteur des réactions qui aboutissent à la formation de la thrombine. On sait, en effet, que la vitesse de formation de cette dernière peut être grandement modifiée par de nombreux facteurs.

L'auteur tendrait à admettre la présence d'un stabilisateur purement antithrombinogénique, ou d'une antithrombine vraie agissant sur la première phase de la coagulation.

La transfusion sanguine serait le meilleur moyen de remédier à cette anomalie.

L'ACTION COMPARÉE DES GLOBULES BLANCS NORMAUX ET DES CELLULES LEUCÉMIQUES SUR LA COAGULATION IN VITRO DU SANG DES GRANDS HÉMOPHILES. — M. J. TATIE (de Toulouse) estime que les cellules leucémiques sont des éléments fragiles et peu actifs. Il a cherché si ces cellules étaient capables d'élaborer certaines substances coagulantes comme les globules blancs normaux. L'auteur a constaté que l'adjonction de myélocytes ne corrige qu'imparfaitement les troubles de la coagulation du sang d'hémophile. Ces études sont donc une preuve de l'insuffisance fonctionnelle des cellules que les organes hématopoiétiques lancent dans le sang avant leur complète maturité.

LES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE ET LE SANG. — MM. PERRIN (de Nancy) et HANNS (de Strasbourg). — Les effets produits sur le sang par l'ingestion des extraits opothérapiques et les constatations faites après certaines ablations d'organes démontrent l'existence d'une action des glandes endocrines sur le sang, spécifique pour chaque organe et pouvant aider d'autre part au diagnostic et au contrôle de l'efficacité d'un traitement.

DU ROLE ANTIHÉMORRAGIQUE DE L'EXTRAIT D'HYPOPHYSE. — MM. PERRIN et HANNS. — Ce rôle est surtout dû à l'action coagulatrice du produit qui, tout en n'étant pas constante, se trouve être l'action physiologique prédominante.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA TRANSFUSION DU SANG DE L'ANIMAL A L'HOMME. — M. CRUCHET (de Bordeaux) a transfusé, dans 22 cas, du sang de cheval ou de mouton à des tuberculeux avancés. Les malades furent indiscutablement améliorés et il n'y eut jamais d'incidents graves, sauf dans un cas de septicémie ou la transfusion fut suivie de mort immédiate.

M. P.-EMILE WEILL rappelle les accidents graves qui ont fait abandonner cette méthode. Il lui paraît inutile de revenir en arrière, il vaut mieux rechercher les conditions qui assurent le maximum de sécurité dans la transfusion d'homme à homme.

M. ROCH (de Genève) estime que les résultats heureux obtenus par M. Cruchet sont dus au choc protéique et auraient pu être obtenus au moyen d'injections de lait.

LEUCÉMIE LYMPHATIQUE A FORME SPLÉNIQUE. — M. TURRETTINI (de Genève) signale l'observation d'un homme de cinquante-huit ans atteint de néphrite chronique saturnine avec gros foie et rate énorme. Il s'agissait, après examen de sang, de ce type exceptionnel splénique pur de leucémie lymphatique décrit par Béclère, Joachim, David et Desplats. Ce malade fut très amélioré par la radiothérapie.

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE D'UNE SIDÉROSE VISCÉRALE AU DÉBUT. — MM. MÉNÉTRIER, TOURAINE, et J. SURMONT ont étudié la distribution du pigment ferrugineux dans un cas où la sidérose était localisée à la rate, au foie, et aux ganglions directs du foie, les autres organes, la peau notamment, étaient indemnes.

C'est dans la rate que l'infiltration pigmentaire est la plus massive. Au niveau du foie, le pigment est surtout accumulé dans les interstice d'un tissu de cirrhose périportale, ce qui est en faveur d'une origine splénique de la sidérose. On peut se demander si ces lésions hépatiques antérieures à la sidérose ne sont pas nécessaires pour troubler le métabolisme du fer et accumuler celui-ci dans le foie d'où il sera repris en partie par phagocytose et passera dans la circulation lymphatique puis sanguine créant la sidérose généralisée. Ainsi l'hémochromatose combinée à la cirrhose initiale réaliserait le syndrome de la cirrhose pigmentaire.

Communications sur les maladies du cœur et des vaisseaux

ACTION ATHÉROMATOGÈNE COMPARÉE DES ADRÉNALINES ORGANIQUES ET SYNTHÉTIQUES. — MM. Fernand ARLOING et Lucien THÉVENOT ont recherché si des adrénalines organiques ou synthétiques qui possèdent dans la pratique des effets vaso-constricteurs sensiblement égaux ont sur l'aorte du lapin une action athéromatogène identique ou différente.

Après injection de XII gouttes données en cinq doses réparties en vingt-quatre jours ou de X gouttes en vingt huit jours divisées en quatre injections, les diverses séries de lapins ont montré que l'adrénaline synthétique lévogyre, plus hypertensive que l'adrénaline racémique, est aussi beaucoup plus athéromatogène. L'adrénaline synthétique lévogyre est deux fois plus athéromatogène que l'adrénaline organique.

TRAITEMENT DES VARICES PAR LES INJECTIONS INTRAVARIQUEUSES DE SALICYLATE DE SOUDE. — MM. SICARD, PARAF et LERMOYEZ, proposent de remplacer dans la cure des varices des membres inférieurs les injections de carbonate de soude par celles de salicylate de soude, qui, tout en possédant des propriétés phlébosclérosantes aussi actives, sont, en cas d'erreur d'aiguillage, d'une tolérance beaucoup plus grande pour le tissu cellulaire. Le taux de la solution est de 30 grammes pour 100 cc. d'eau distillée ; la quantité de solution injectée est d'environ 2 centimètres cubes.

L'AUSCULTATION DE L'AORTE ABDOMINALE. — M. ROCH (de Genève). — Ce procédé d'examen mérite d'être employé systématiquement. Lorsqu'on entend un souffle systolique : *a*) en comprimant l'artère, pas de signification pathologique ; *b*) sans compression, aortite, anévrysme, souffle inorganique. Lorsqu'on entend un double souffle, en comprimant l'artère, insuffisance aortique, ; *c*) sans compression, anévrisme.

LA MÉDICATION QUINIDIQUE DU CŒUR ET SON UTILITÉ PRATIQUE. — M. P.-M. DESCHAMPS. — La quinidine est appelée à devenir d'une application journalière en cardiologie. La réussite du traitement dépend essentiellement de la cause physio-pathologique de l'arythmie. La quinidine est un dépresseur du cœur, d'où la nécessité de faire exactement le bilan fonctionnel du myocarde. La quinidine est purement et simplement un médicament symptomatique.

LA QUINIDINE DANS L'ARYTHMIE COMPLÈTE. LA CURE D'ENTRETIEN ET SES RÉSULTATS DURABLES. — M. C. LIAN (de Paris) insiste sur la rareté des accidents et sur la possibilité de les rendre tout à fait exceptionnels par un choix judicieux des cas traités et une bonne technique thérapeutique. On peut obtenir des résultats durables à la condition de soumettre les malades à une cure d'entretien ; en leur donnant par exemple pendant trois jours par semaine alternativement une semaine 1/10 de milligramme de digitaline par jour et l'autre semaine 60, 80 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinidine par jour.

INSUFFISANCE AORTIQUE PAR RUPTURE DE L'AORTE. — M. HAMMER (d'Amsterdam) rapporte l'intéressante observation d'un homme mourant avec les signes d'une insuffisance aortique et chez lequel on trouva une rupture (à l'emporte-pièce) des valvules aortiques. Il tend à admettre l'origine traumatique de cet incident.

Communications sur la thérapeutique

ASSOCIATION DES SÉRUMS ET DES VACCINS DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES AIGUES. — MM. D'ŒLSNITZ et COLLE soulignent les résultats encourageants obtenus, et ils insistent sur ce fait qu'il faut écarter dans cette pratique toute posologie *a priori* des sérums et surtout des vaccins ; mais que, au contraire, utilisée sous le contrôle constant des diverses réactions cliniques provoquées qui en dicteront le mode

d'application et la posologie, l'immunothérapie mixte est dépourvue de toute possibilité d'action nocive.

Etude des réactions leucocytaires observées au cours de l'inmmunothérapie mixte des affections pulmonaires aigues. — MM. D'Œlsnitz et Colle. — De cette étude basée sur un millier de numérations leucocytaires, les auteurs ont déduit quelques formules d'attente concernant le mode d'application pratique et particulièrement les doses respectives de sérum et de vaccin dans l'application de l'immunothérapie mixte. Les règles encore susceptibles de modification ont cet avantage qu'elles tendent jusqu'ici à écarter de ce traitement toute possibilité de réactions nocives.

Recherches sur les propriétés thérapeutiques des diastases tissulaires d'organes sains. Organozymothérapie. — M. F. Maignon (d'Alfort) a pensé que l'introduction dans l'organisme malade de diastases tissulaires empruntées à l'organe similaire d'un sujet sain devrait réaliser immédiatement l'activité nutritive et fonctionnelle de l'organe frappé d'insuffisance. C'est ce que l'auteur s'est proposé de vérifier et ce que l'expérimentation clinique chez les animaux et chez l'homme a confirmé de façon évidente.

Les cures de fruits sur la Cote d'Azur. — MM, Gallot et Coubard (de Menton). — Cette cure s'adresse : 1° aux fatigués et aux asthéniques ; 2° aux dyspeptiques par insuffisance ; 3° aux constipés par atonie ; 4° aux arthritiques et aux rénaux.

Role de l'atmosphère de curabilité dans le traitement et la guérison des névroses. — M. Paul-Emile Lévy (de Paris). — La plupart des névroses peuvent être amenées par un traitement bien dirigé à une guérison complète et durable. La clef de voûte de ce traitement réside dans la psychothérapie éducatrice ou éducation de la volonté ; reprise graduelle par le malade de son contrôle sur lui-même dans toutes les directions de son activité physique et morale.

Brizard.

La thérapeutique spécialisée

La peur du bromure,

Par le Dr A. Héresse.

La médication bromurée, qui était autrefois très employée, a été certainement délaissée depuis quelques années ; cette abstention des médecins, à l'égard d'une médication cependant si active, s'explique par les inconvénients qu'elle présente lorsqu'on administre les bromures à hautes doses, également par la fréquence, chez certains malades, des accidents décrits sous le nom de bromisme et surtout par la méconnaissance des résultats que l'on peut obtenir par l'emploi judicieux de la drogue.

Depuis quelque temps cependant, une réaction légitime s'est produite ; on redonne de plus en plus à la médication bromurée la place qu'elle mérite dans la thérapeutique, depuis qu'on utilise surtout non plus le classique bromure de potassium (KBr) qui était trop nuisible pour le cœur et les reins, mais le bromure de sodium (NaBr) qui présente la même activité thérapeutique, mais qui n'a aucun des effets toxiques de KBr, tout en possédant, en outre, des propriétés spéciales, bien étudiées par Leven et qui sont excessivement utiles en pathologie digestive.

D'autre part, d'après l'expérimentation pharmacologique, physiologique et clinique, le professeur Pouchet a prouvé que le NaBr possède toutes les propriétés physiologiques du KBr ; mais, dit-il, c'est un modérateur réflexe bien mieux toléré que ce dernier sel ; il est donc le bromure de choix à utiliser chez les malades atteints de tares rénales et vasculaires aussi bien que chez les enfants, les femmes et les vieillards. »

Le Sédobrol « Roche », comme on sait, est à base de bromure de sodium ; il est de plus en plus utilisé en thérapeutique, et il a surtout été étudié par Besse, Goutzait, Sabatier, Toulan(1), etc. C'est un bouillon de légumes concentré, achloruré, contenant par tablette 1 gr. de NaBr rigoureusement pur. Chaque tablette se dissout facilement dans une tasse ou une demi-tasse d'eau chaude ; on obtient de la sorte un bouillon, très agréable au goût, facilement accepté par les enfants et par les malades même les plus difficiles qui ne se doutent pas qu'on leur fait absorber ainsi du bromure ; et cela n'est pas un des moindres avantages de la médication, car le bromure a encore, dans certains milieux, la réputation d'être le médicament de l'hystérie ; son emploi, sous son vrai nom, pourrait faire croire, bien à tort, à une tare familiale et risquerait, par contre-coup, de jeter le discrédit sur le praticien auquel on ne pardonnerait pas d'avoir porté un tel diagnostic.

Bien plus, le Sédobrol « Roche » offre toutes garanties au médecin, parce que le bromure de sodium utilisé est rigoureusement pur, comme nous l'avons déjà fait observer, et son emploi, même prolongé, ne donne pas lieu à ces accidents de bromisme si fréquents lorsqu'on prescrit le

(1) Voir surtout : Dr Sabatier, *Concours médical*, Paris, 20 juin 1920 et 5 juin 1921. — Drs Besse et Goutzait, *Progrès médical*, 1919, n° 48. — Dr G. Bardet, *Bull. Gén. thérap.*, 1913, p. 71. — Drs Salin p Azémar, *Gaz. des Hôp.*, Paris, 31 mars 1914. — etrof. Mayor, *Presse méd.*, Paris, 13 déc. 1913. — Dr Toulan, Thèse de Montpellier, 1919. — Dr Courbon, *La Médecine*, Paris, février 1921. — Dr G. Maillard, *Bull. méd.*, Paris, 1921, n° 39. — Prof. Laignel-Lavastine, *La Médecine*, Paris, 1921, n° 2. — Prof. Roger *Monde médical*, Paris, 1922, p. 564. — Dr R. Targowla, *Prat. méd. fr.*, 1922, n° 8, etc., etc.

bromure de potassium. Pour toutes ces raisons si importantes, le médecin a intérêt à choisir le Sédobrol « Roche » toutes les fois qu'il veut imposer un *traitement bromuré dissimulé* ou qu'il veut donner du bromure aux malades délicats, aux vieillards, aux femmes et même aux enfants.

On peut, à l'heure actuelle, diviser les indications du bromure de sodium en cinq catégories :

a) Action sur l'estomac et le tube digestif ;

b) Action sur les voies biliaires ;

c) Action sur l'appareil cardio-vasculaire ;

d) Action sur les voies respiratoires ;

e) Action sur le système nerveux.

C'est à dessein que nous avons adopté cet ordre dans les indications du NaBr ; dans les premières catégories, en effet (tube digestif, voies biliaires, appareil cardio-vasculaire), c'est le bromure de sodium (et non les bromures en général) qui agit sur les affections envisagées ; dans les deux dernières catégories, au contraire, le NaBr agit à titre de sédatif, comme les autres bromures et ne leur est supérieur que par sa moindre toxicité et la plus grande tolérance de l'estomac à son égard.

a) *Le NaBr en thérapeutique digestive.*

Leven a démontré que la dyspepsie et la plupart des affections douloureuses de l'estomac sont dues à l'hyperesthésie du plexus solaire : cette notion capitale a donc conduit cet auteur à utiliser l'action des bromures sur des accidents douloureux et il a montré que le NaBr avait en particulier une action presque spécifique dans un grand nombre de cas, ce qui venait du reste à l'appui de sa théorie sur l'origine des dyspepsies.

Le NaBr exerce en effet une action sur les symptômes douloureux les plus variés et Leven a obtenu des résultats remarquables aussi bien dans les cas de dyspepsie banale que dans le cancer ou l'ulcère de l'estomac. Il agit également sur la « faim douloureuse » aussi bien que sur les douleurs tardives liées à un spasme du pylore, très souvent essentiel, et parfois dépendant d'une lésion gastrique.

Le NaBr agit encore sur les phénomènes douloureux précoces que l'on voit apparaître après les repas et qui, pour certains auteurs, seraient dus à l'hyperchlorhydrie ; il semble donc agir, non seulement sur le système nerveux gastrique, mais aussi sur la sécrétion des glandes de l'estomac.

En raison de ses propriétés générales antispasmodiques, le NaBr calme également les spasmes si fréquents du tube digestif qui siègent aussi bien au niveau de l'œsophage qu'au niveau du pylore, de l'intestin grêle et du gros intestin. Cette action du NaBr sur les spasmes est capitale pour Leven et cet auteur déclare qu'elle lui a permis très souvent d'éviter des erreurs de diagnostic.

Besse et Goutzait ont également obtenu de très bons résultats en thérapeutique gastrique en employant le sédobrol. Ces auteurs ont noté ses bons effets dans les cas suivants : dyspepsie hyperchlorhydrique, dyspepsie avec boulimie, dyspepsie avec entérocolite, constipation spasmodique, ptose du gros intestin avec spasme, fermentations, ballonnement abdominal avec douleurs.

Sabatier, reprenant les études de Leven sur les dyspepsies par hyperesthésie du plexus solaire, a montré que cette action bienfaisante du bromure de sodium, sous forme de sédobrol, était due à la propriété que possède ce médicament, d'atténuer la sensibilité douloureuse de la muqueuse gastrique, souffrance qui, par acte réflexe est susceptible de retarder l'entrée en action du foie et du pancréas dans les phénomènes de la digestion. En calmant la muqueuse, le sédobrol est également capable de modérer la sécrétion des glandes ; enfin, par son action sur le système nerveux, le sédobrol atténue les douleurs réflexes du plexus solaire et diminue les accidents de dyspepsie qui ressortissent à cette origine.

b) *Le NaBr dans les affections hépatiques.*

On connaît bien aujourd'hui les rapports fréquents qui existent entre la lithiase biliaire et les affections de l'estomac ; les rapports anatomiques étroits entre ces deux organes expliquent la fréquence du retentissement des affections de l'estomac sur celles du foie et réciproquement.

Chauffard, Gilbert et encore plus récemment Loeper, ont montré la fréquence des spasmes à l'origine des accidents lithiasiques biliaires. Cette constatation explique l'action du sédobrol sur les accidents de migration des calculs. Calmant à la fois les phénomènes douloureux gastriques et hépatiques, le NaBr remplira la double indication nécessaire si l'on veut traiter à la fois le symptôme et sa cause la plus fréquente.

c) *Le NaBr dans les affections cardio-vasculaires.*

Ici encore l'heureuse action du bromure sur les affections cardio-vasculaires est spéciale au NaBr, car le KBr est dangereux chez ces malades.

La fréquence des troubles cardio-vasculaires chez les dyspeptiques pourrait expliquer déjà une part de l'action du NaBr sur les accidents de cette nature ; mais l'action du bromure sur les centres nerveux et sur la moelle explique aussi son action sur les nerfs du cœur et sur les plexus qui entourent les vaisseaux.

Tant qu'on n'utilisait que le KBr, il était impossible d'employer cette médication, en raison de l'élévation de tension produite par le KBr chez les hypertendus, chez les malades atteints d'angine de poitrine, d'anévrismes des gros vaisseaux. On sait maintenant que ces accidents sont dus au K et non au Br, et la preuve

en a été faite par l'emploi sans aucun accident des sels de Na. Bien au contraire, avec le NaBr on assiste à une sédation des symptômes et Besse et Goutzait, qui ont expérimenté le sédobrol dans les affections cardio-vasculaires, ont obtenu des résultats très nets dans les affections suivantes : hypertrophie avec dilatation cardiaque, lésions aortiques, hypertension artérielle avec dyspnée et albuminurie, angine de poitrine, myocardite, insuffisance aortique avec hypertension. Dans tous ces états cardiaques ou vasculaires, les malades ayant absorbé du sédobrol se sont trouvés améliorés ; les douleurs et l'angoisse ont disparu sans qu'on ait noté par ailleurs, comme avec le KBr, une augmentation de la tension artérielle. Le NaBr, sous forme de sédobrol, est donc un véritable sédatif du cœur et des vaisseaux.

d) *Le NaBr dans les affections des voies respiratoires.*

Dans toutes les toux spasmodiques, notamment dans la coqueluche, la médication bromurée est indiquée lorsqu'on veut éviter l'emploi des opiacés. Ici, encore, on hésitait autrefois à donner le KBr, surtout chez les enfants et on utilisait seulement le bromure de calcium, beaucoup moins actif. A l'heure actuelle, on peut, avec le sédobrol, obtenir de bien meilleurs résultats, sans avoir à craindre les accidents de bromisme.

D'autre part, l'action élective du NaBr sur la muqueuse gastrique permettra d'éviter les vomissements qui accompagnent si souvent les quintes de toux.

e) *Le NaBr dans les affections nerveuses et mentales.*

Nous serons très brefs sur ce chapitre. L'emploi des bromures dans ces affections est, en effet, absolument classique, qu'il s'agisse de neurasthénie, d'hystérie, de névroses diverses, de chorée, d'hyperexcitabilité sexuelle, d'hyperesthésies, de spasmes et surtout d'épilepsie. Rappelons seulement les avantages du NaBr sur le KBr et surtout les avantages du sédobrol qui, comme nous l'avons vu, est susceptible, grâce à son mode de présentation, d'être administré tout à fait à l'insu du malade, mélangé à du potage ou à des aliments.

Dans les insomnies, le NaBr est capable, également, grâce à son action sédative sur le système nerveux, de provoquer le sommeil sans intoxiquer le malade ; c'est encore un des avantages du sédobrol, de pouvoir être absorbé facilement le soir au dîner dans le potage lorsqu'on veut obtenir un sommeil réparateur.

Mode d'emploi et doses du NaBr. — Une dernière question se pose : Combien faut-il donner de NaBr par jour ? Aux enfants, on peut donner facilement 0,50 à 1 gramme de bromure, soit une demi à une tablette de sédobrol en une ou deux fois ; cette dose peut être augmentée selon les cas et notamment chez les enfants choréiques ou épileptiques qui supportent facilement 2 et même 3 tablettes par jour, en plusieurs fois, dans des demi-tasses d'eau très chaude, ou mélangées aux potages et aux aliments habituels. Chez les adultes, la dose moyenne est de 1 à 2 tablettes par jour dans les affections de l'estomac, de l'intestin, du foie, de l'appareil cardio-vasculaire et des voies respiratoires : de même que chez les enfants, les tablettes seront dissoutes dans des demi-tasses ou dans des tasses d'eau chaude et prises à divers moments de la journée. Les heures les plus favorables sont cinq heures de l'après-midi, ou au commencement du repas du soir en guise de potage, ou encore avant de se coucher, à la place d'une infusion chaude de camomille ou de tilleul. Chez les nerveux et les mentaux, les doses peuvent être portées facilement à 4, 5 et même 6 tablettes par jour, soit qu'on les fasse absorber chacune dans une demi-tasse d'eau chaude, soit qu'on les mélange aux autres aliments. Faisons remarquer, pour finir, que le sédobrol « Roche » permet de réaliser le traitement déchloruré proposé par Toulouse et Richet dans les épilepsies, par la substitution en quelque sorte de bromure au sel de l'alimentation. Le sédobrol « Roche », qui est à base de NaBr et d'extrait de bouillon végétal concentré et achloruré, donne la possibilité d'imposer au malade, en même temps qu'un régime déchloruré rendu agréable, un traitement bromuré intensif dissimulé ; ce sont là des avantages très précieux de cette médication qui a fait ses preuves non seulement dans le traitement des maladies mentales et nerveuses, mais aussi, comme nous venons de l'expliquer, dans tous les cas si nombreux où un symptôme nerveux indique la nécessité d'une médication calmante dont le malade ignore exactement le principe actif et qui peut lui être représentée comme une sorte de valériane plus active, sans odeur désagréable et sans mauvais goût.

Les Livres

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. — **Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.**

Tome XII. — **Reins et organes génito-urinaires,** par MM. BRAULT, COTTET, MICHON, LEMAIRE, LOUSTE, HAZARD. (In-8, 1923, 890 pages, 61 figures. Prix : 35 fr.)

Il est peu d'organes qui aient fait l'objet d'études plus nombreuses que les reins. Sans cesse paraissent des travaux et des recherches ayant pour but d'apporter quelque lumière à leur fonctionnement, à leurs maladies, au traitement des affections rénales.

Après la période anatomique, qui proposait une division systématique des néphrites, survient la période biologique, qui tend à établir le rôle de l'insuffisance des reins et ses conséquences sur la physiologie des glandes et des tissus de tout l'organisme. Recherches expérimentales, études cliniques, se succèdent en très grande abondance de telle sorte que, d'une année à l'autre, les conceptions se modifient, se précisent, ou font place à d'autres plus compréhensives. Aussi est-il utile pour le médecin praticien que les auteurs, qui se sont plus spécialement occupés de la question, fassent de temps en temps une revue de ces travaux et les présentent avec les conclusions pratiques qu'ils comportent.

M. BRAULT, à qui l'on doit les beaux travaux que l'on connaît sur les néphrites, montre dans une très intéressante introduction ce que l'on peut tirer d'un bon examen clinique et d'un diagnostic fait au lit du malade sans la préoccupation d'établir une théorie. C'est avec le même esprit clinique que MM. COTTET et MICHON ont décrit avec détail les maladies du rein.

MM. MICHON et LOUSTE ont étudié les divers syndromes qui sont dus aux altérations des voies urinaires avec l'unique souci de donner au médecin les indications d'une bonne thérapeutique. On sait combien est parfois délicate la conduite à tenir dans les affections de l'urèthre, de la vessie et de l'arbre urétéral. Il y a des actes que l'on doit faire, d'autres, qui sont à éviter. M. HAZARD a indiqué les techniques à suivre dans les examens des urines. Il a apporté une conscience scrupuleuse à l'exposé des procédés en usage, ne retenant que ceux qui ont réellement fait leurs preuves.

Dans une dernière partie de l'ouvrage, MM. Henri LEMAIRE et LOUSTE ont décrit les affections génitales de l'homme et de la femme. Il s'agit d'un chapitre médico-chirurgical (maladies : des organes génitaux de l'homme ; syndromes cliniques en gynécologie ; infections génitales ; dystrophies génitales ; tumeur des organes génitaux dont chacun connaît l'importance.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. — **Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.**

Tome X. — **Sang, organes hématopoiétiques, rate, os,** par le Pr BEZANÇON et MM. LE SOURD AGASSE,-LAFONT, PAGNIEZ, HAZARD, SAINTON, APERT. (In-8, 1922, 544 pages, 67 figures, 4 planches en couleurs. Prix : 25 fr.)

Depuis les premières recherches du Professeur Hayem, l'étude du sang et des organes hématopoiétiques a fait les plus grands progrès, grâce à une technique sans cesse perfectionnée. Le sang est un liquide complexe : intermédiaire entre les organes sécréteurs et les tissus qu'il nourrit et enrichit de substances multiples nécessaires à la vie, il a été une mine inépuisable de travaux originaux, dont les applications sont pour ainsi dire journalières en clinique. De la morphologie du sang ont été tirées nos connaissances sur les leucémies. Comment, en présence d'un malade qui présente une grosse rate ou des ganglions volumineux, faire un diagnostic sans la numération globulaire et l'étude de la formule leucocytaire ? Comment, d'autre part, établir le pronostic d'une anémie, si l'on ne connaît pas la réaction des organes hématopoiétiques aux substances destructives des globules rouges ? Comment reconnaître une chlorose et en suivre la guérison par le traitement ferrique, si on ne sait pas quelle est la teneur du sang en hémoglobine ?

Mais les sciences hématologiques ne se bornent pas à établir une formule sanguine. Chaque jour, un chapitre nouveau se fonde ou perfectionne les acquisitions antérieures ; l'histoire des troubles de la coagulation sanguine montre les données multiples sous lesquelles doit être envisagée l'hémophilie. Il en est ainsi pour bien d'autres problèmes, qui se posent en clinique. Les auteurs de ce livre, MM. PAGNIEZ, AGASSE-LAFONT, HAZARD, se sont préoccupés de mettre les lecteurs au courant des notions hématologiques nouvelles. Mettant de côté les théories incertaines, ils ont surtout eu en vue le diagnostic clinique et le traitement d'un cas déterminé.

Dans le même volume, présenté par le Pr BEZANÇON et le Dr LE SOURD, on trouve l'exposé des maladies des os, dû à M. SAINTON, dont la compétence en affections osseuses est connue de tous. Un médecin d'enfants, M. APERT, a décrit le rachitisme, vulgaire, congénital ou trardif.

G. F.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES HOPITAUX ET LE CORPS MÉDICAL

2° Honoraires pour soins médicaux aux accidentés du travail hospitalisés

Il y a déjà plus d'un an, le Ministère de l'Hygiène saisissait celui du Travail d'une modification à effectuer au 3e alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, en ce qui concerne les frais d'hospitalisation. Consultée sur ce point, par le Ministre du Travail, la Commission dite du tarif Breton fut priée de donner son avis. Elle chargea alors sa Sous-Commission de faire l'étude approfondie du projet et de lui en faire l'exposé. On se rappelle que cette Sous-Commission est composée de membres « neutres » et de représentants des patrons et assureurs, des ouvriers et des médecins (ces derniers au nombre de deux : les docteurs Quivy et Decourt.)

De nombreuses séances de cette Sous-Commission eurent lieu. Il fut, tout d'abord, assez malaisé de concilier tous les intérêts représentés et d'arriver à un accord unanime. L'écho de ces difficultés se fit même entendre à la tribune de l'Assemblée générale de l'Union, en décembre 1921. Enfin, en 1922, grâce au bon vouloir de chacun et à l'atmosphère cordiale qui entoure les discussions, depuis les si nombreuses séances où fut élaboré le tarif Breton actuel, les difficultés finirent par s'aplanir et, en juin dernier, la sous-commission avait terminé ses travaux.

La Commission plénière fut alors convoquée, le 5 juillet 1922. On se rappelle que cette Commission comprend cinq délégués médicaux : le prof. Broca, les docteurs Noir, Caillaud, Quivy et Decourt. Dès l'ouverture de la séance, ainsi que le constate le procès-verbal de celle-ci, le président tint à constater que « par concessions mutuelles, l'accord s'est fait à la Sous-Commission, sur le texte qui est soumis à la Commission plénière ». Puis, il ajoute... mais ici, je préfère transcrire encore le procès-verbal lui-même, car on y voit déjà poindre la prévision du futur conflit dont nous aurons à parler tout à l'heure.

« M. le président signale toutefois que le représentant du ministère de l'Hygiène, qui avait assisté au début des séances de la Sous-Commission, n'a plus ensuite pris part à ses travaux, et que le texte de l'avant-projet n'aurait sans doute pas l'assentiment du département de l'Hygiène, en ce qui concerne le payement direct des honoraires au médecin puisque, dans le *Concours médical*, du 2 juillet, on lit la lettre, dont extrait ci-après, adressée le 1er mai 1922 par le ministre de l'Hygiène à un préfet :

« Je ne saurais d'ailleurs admettre que la com« mission administrative se désintéresse du recou« vrement ; elle ne peut, en effet, exercer un contrôle « sérieux sur le fonctionnement des services hospi« taliers qu'en exigeant que tous les payements, y « compris les honoraires éventuellement payés à « part, soient effectués à la caisse du receveur. »

Mon Dieu, ce que dit là le Ministre de l'Hygiène me paraît personnellement assez défendable, *en partie* du moins. Je comprends fort bien que la Commission administrative ait un *droit de regard* sur les notes d'honoraires fournies par le médecin ou chirurgien traitant pour soins donnés à des *payants*, dans l'hôpital.

Elle apostillerait les notes d'honoraires, de la même façon que, pour celles d'A. M. G., les maires apostillent les nôtres, dans chaque commune, avant que le département nous règle nos honoraires... Mais nous allons voir plus loin combien les représentants des Commissions administratives ont « maximalisé » les idées du Ministre et ont émis de tout autres prétentions.

***

Il ne faut pas oublier que le nouveau texte de ce projet de loi, pour être présenté à la Chambre par le Gouvernement, doit porter, à la fois, la signature du Ministre du Travail et celle du Ministre de l'Hygiène. Le premier avait bien consulté la Commission du tarif Breton qui dépend de ses services, mais le second avait paru, momentanément, se désintéresser de la question, comme on l'a vu plus haut. Le texte « Breton », si je puis dire, par ellipse, fut donc adressé au Ministre de l'Hygiène qui se décida, alors, à consulter, de son côté la Commission permanente du Conseil supérieur de l'Assistance Publique dont font partie, précisément, des représentants des Commissions administratives des hôpitaux... dont nous allons voir maintenant les idées plutôt ... spéciales.

Donc, le 10 novembre 1922, la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance Publique fut convoquée. Après examen du texte « Breton », qui avait coûté tant de peines à établir, elle décida de

le modifier complètement — sans même demander à être mise au courant des motifs qui avaient pu le faire adopter par les intéressés, sans rien connaître, faute de « liaison », des discussions antérieures — et adoptait un texte d'un esprit assez différent.

Pour pouvoir mieux apprécier cette différence, je vais donner ici successivement les deux textes :

1° *Texte de la commission « du tarif Breton ».*

Le paragraphe 3 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par les lois du 31 mars 1905 et 6 juillet 1920, est rédigé ainsi que suit :

« En outre des obligations contenues en l'art. 3, le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas où l'hospitalisation est nécessitée par l'état ou la situation du blessé, des frais d'hospitalisation, à la condition qu'avis de l'hospitalisation soit donné au chef d'entreprise dans les 48 heures, par l'établissement hospitalier. Ces frais devront être remboursés à l'hôpital d'après le prix de journée établi dans les conditions déterminées par les lois et réglements sur la fixation du prix de revient de la journée dans les établissements hospitaliers.

« Tout acte médical accompli à l'hôpital par le médecin traitant, est rémunéré, conformément aux honoraires fixés au tarif visé au paragraphe précédent, exception faite pour la visite simple, avec ou sans pansement, qui ne comporte pas d'honoraires ; toutefois sera due la rémunération de la visite avec pansement lorsque la nature de la blessure ou l'état du blessé mettra le médecin dans l'obliagtion de pratiquer lui-même le pansement.

Les honoraires sont réglés directement au médecin traitant par le chef d'entreprise. Dans les cliniques ou hôpitaux privés, le prix de la journée à la charge du chef d'entreprise ne peut être supérieur à celui de l'hôpital voisin le plus proche. »

2° *Texte de la commission « de l'Assistance Publique ».*

« En outre des obligations contenues en l'art. 3, le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas où l'hospitalisation est nécessitée par l'état ou la situation du blessé, des frais d'hospitalisation. Ces frais devront être remboursés à l'hôpital d'après le prix de revient de la journée établi dans les conditions déterminées par les lois et réglements sur la fixation des prix de journée dans les établissements hospitaliers.

« Tout acte médical accompli à l'hôpital est rémunéré conformément aux honoraires fixés au tarif visé au paragraphe précédent, en tenant compte du réglement en vigueur à l'hôpital. »

On remarquera que le second texte à la qualité de la concision. C'est que, par rapport au premier, il présente moins des modifications que des *suppressions* :

1° Suppression de l'avis d'hospitalisation aux chefs d'entreprise. Il paraît que ceux-ci n'ont pas besoin de savoir qu'ils ont — à leur compte — un ouvrier en traitement dans un hôpital. On leur présentera tout simplement, d'office, la note à la sortie. Ils n'auront que le droit de payer — et l'obligation.

2° Suppression tacite de la rémunération du médecin. On dit bien que tout acte médical est rémunéré conformément au tarif Breton, mais on ne dit pas *à qui*, puisqu'on supprime la phrase : « Les honoraires sont réglés directement au médecin traitant par le chef d'entreprise ». Par contre, on ajoute, à la place, cette phrase sybilline : « En tenant compte du règlement en vigueur à l'hôpital ». Il en résulte que le patron ou assureur rémunèrera tout acte médical suivant le tarif Breton, mais que l'hôpital fera de l'argent ainsi versé *ce que bon lui semblera*, suivant le règlement qu'il aura édicté lui-même. Si, par exemple, les patrons ont versé, pour les actes médicaux, dix mille francs dans l'année, l'hôpital peut *garder le tout*, si dans son règlement, le chirurgien reçoit un *fixe* de mille francs pour son service hospitalier. Il faut espérer, toutefois, que dans ce cas, la Commission hospitalière *daignerait* accorder quelques centaines de francs, sur les dix mille ainsi reçus, au chirurgien, qui *seul* aura légitimement gagné cette somme par ses actes médicaux. Et encore ce ne serait que de gaîté de cœur que la Commission aurait accordé cette . . . aumône. On croit rêver, en lisant de pareilles propositions.

3° Suppression de l'*exception* faite pour « la visite simple avec ou sans pansement » qui ne devait pas comporter d'honoraires, sauf dans le cas où le médecin « serait dans l'obligation de praquer lui-même le pansement ». Suivant le second texte, le tarif Breton est payable en entier, même lorsque le médecin passera sa visite collective dans une salle où une dizaine de blessés du travail seront hospitalisés. Cela fera 10 visites à 10 francs : 100 francs — pour l'hôpital ..... Quand on prend du gâteau, on n'en saurait trop prendre. Messieurs des Commissions administratives se montrent là plus gourmands que les médecins... Amusante, au possible, cette fois, la suppression, quel humour ! C'est du vrai Courteline, tout pur..... Bon appétit, messieurs, ô ministres intègres... des honoraires médicaux. Seulement, on verra ce que penseront d'un tel appétit les tiers-payants.

***

Et voilà. Vous avez maintenant en mains les pièces du litige.

Il serait, en outre, intéressant, je pense, d'examiner les « parties » en présence. Les voici :

1° D'un côté, les représentants des Commissions administratives des hôpitaux de province ;

2° De l'autre le gros *bloc* uni et compact des patrons et assureurs, des médecins et des ouvriers,

Aussi, en décembre dernier, et par deux fois, la Sous-Commission du tarif Breton réunie pour examiner le texte « de l'Assistance Publique » déclarait purement et simplement qu'elle s'*en tenait à son propre texte* — quitte à fournir au ministère de l'hygiène toutes les explications désirables.

Nous attendons maintenant la décision de M. le Ministre de l'Hygiène. Au moment même où, de toutes parts, arrivent des motions de Sociétés médicales demandant le maintien de ce ministère dont l'existence est attaquée, nous espérons que les prétentions scandaleuses de certains représentants des Commissions administratives des hôpitaux de province ne seront pas soutenues.

Nous croyons avoir le droit de penser, pour raison d'équité, que ne viendra pas du Ministère de l'Hygiène le *veto suspensif* interdisant aux praticiens des hôpitaux de toucher les honoraires qu'ils ont légitimement gagnés — et que déclarent être prêts à leur verser ceux qui les doivent payer. Dr Fernand DECOURT.

Nota. — Nous examinerons, dans un prochain article, la situation *morale* du médecin à l'hôpital.

CONVERSATIONS

La Séance annuelle de la Société de chirurgie L'éloge de Félix Guyon par le Pr J.-L. Faure

DARTIGUES

Le 17 janvier, dans la jolie salle de la Société de chirurgie, claire, lumineuse, où sont appendus aux murs les portraits de chirurgiens célèbres dont, l'un des derniers, Lucas-Championnière. Public animé et heureux dans l'attente d'un régal littéraire. Presque tous les sociétaires sont là, y compris les sénateurs honoraires de la chirurgie, tel le Pr Quénu ; la famille de Guyon est là. Quelques amis, chirurgiens des hôpitaux, sont auprès de moi ; nous conversons en attendant l'ouverture de la séance :

Mes chers Albert MOUCHET, Pierre WIART, Victor VEAU, vous êtes curieux de savoir pourquoi je suis là ce soir ? D'abord, je suis venu entendre J.-L. FAURE dans son éloge de GUYON. Et puis, je suis avide d'impressions, et en laissant errer mon esprit dans l'ambiance, j'espère cueillir au passage quelques idées.

Ainsi, tenez, je trouve très beau l'esprit qui anime les hommes intelligents et de haute culture, lorsqu'ils se réunissent pour jouir des choses qui participent à la fois du cerveau et du cœur. Tous ceux qui sont ici ce soir vont communier dans le souvenir, évoqué par une belle parole qui s'est préalablement bien informée. Nous allons avoir comme le film parlé de la vie d'un homme qui a tenu une grande place dans la chirurgie française pendant près d'un demi-siècle, et dont le rayonnement, pour l'honneur de notre pays, a éé immense à l'étranger.

Vois-tu, mon Cher Mouchet, je trouve admirable votre Société de Chirurgie. Je crois qu'elle est véritablement, de toutes les cociétés scientifiques de France, qui en compte de nombreuses et très intéressantes cependant, la mieux organisée. Elle est d'abord vénérable par son ancienneté, et c'est elle qui a tenu le plus haut sur le monde le flambeau de la chirurgie. Cela est indéniable. Pendant la guerre, elle a été une sorte de fort inexpugnable de notre pensée chirurgicale ; c'est auprès d'elle que tous, grands, moyens et petits, avons trouvé notre refuge, pour condenser tout notre effort intellectuel dans la sauvegarde de ceux qui se battaient et dont les blessures s'ouvraient sous le choc ennemi ; c'est là qu'a été le Grand Etat-Major de notre armée chirurgicale ; c'est de là que sont parties des directives essentielles qui , sous l'inspiration toujours présente de l'immortelle gloire pastorienne, ont sauvé les millions d'hommes qu'il nous fallait pour la victoire. Le rôle de la Société de Chirurgie pendant la guerre a été primordial : elle a été le génie de la Patrie qui arrête l'hémorragie. Le profane ne sait peut-être pas assez que, s'il y a eu, il y a deux mille ans, une multiplication symbolique et miraculeuse des pains sur le lac de Tibériade, il y a eu, pendant l'immense anémie aiguë de la guerre, une multiplication miraculeuse des hommes qui, pansés, recousus, transfusés d'un sang nouveau et réchauffés, sont revenus sur le lac de feu de la bataille qu'ils ont fini par gagner... et cela grâce aux hommes de sang qui ne versent pas le sang, mais au contrales l'arrêtent : aux chirugiens ! C'est dans cette petite enceinte de rien du tout, où nous voici, qu'a été le cerveau chirurgical, à un moment solennel, et c'est ici qu'a été gagnée, en grande partie, la victoire, et qu'a été évité l'esclavage de la nation et des penseurs libres.

Oh ! Wiart, voilà que tu hoches la tête et que tu souris parce que tu trouves que je fais le grandiloquent ! Mais, mon cher, il n'y a pas d'assez grandes paroles pour les grandes vérités. Et puis, je sais bien que, malgré tout, tu penses comme moi. Il ne peut en être autrement. Nous manions une morphologie verbale différente, voilà tout. Avec ton esprit scientifique précis et pratique, tu as l'habitude de dévêtir l'idée ; moi, plus chaste, je la revêts de gazes somptueuses, mais je ne la possède pas moins !

Mais toi, mon cher Veau qui as un prénom victorieux, avoue que je viens de dire des choses exactes ! et puis, tu ne pourras pas me reprocher de vous avoir fait passer le temps jusqu'à l'entrée que voici, du président Sébileau, dont la barbe florit, et dont la taille mince est soigneusement entretenue par l'escri-

me et le sport, et de Jean-Louis, qui est en train de s'humecter la glotte à coups de verre d'eau, car il est plus ému d'avoir la langue bien pendue pour son éloge que de l'opération la plus terrifiante, et enfin du Bon Père Savariaud dont la besace est lourde de tous les travaux accumulés pendant l'année par la Société,

Le Pr Sébileau fait son petit discours avant de quitter le fauteuil de la présidence et remercie ses collaborateurs du bureau et de la Société. Puis, le secrétaire des séances Savariaud, lit le résumé des travaux de l'année. Enfin, le secrétaire général, le Pr J.-L. Faure, prononce l'éloge de Félix Guyon. Après la séance où l'assistance se lève tumultueuse et ravie, je dis à ces Messieurs :

Mon cher président, le discours des présidents qui closent les années est généralement empreint d'une certaine mélancolie ; le vôtre, au contraire, ne manquait pas d'une certaine allégresse : vous avez eu de l'humour. Mais que dis-je là ?

Et pourquoi employé-je un terme exotique, quand nous avons un si bon vocabulaire français ? Vous avez eu de la gaieté gauloise, qui vaut bien l'humour, et vous avez glissé à vos collègues des critiques légères pour leur agitation loquace qui ne clarifie pas toujours les discussions ; je n'ai donc pas à ajouter à votre sévérité d'appréciation, car aujourd'hui plus que jamais, j'ai le cœur tendre, amolli par les flots lyriques de J.-L. Faure.

Quant à toi, mon cher Savariaud, tu as fait un compte-rendu (travail toujours bien ingrat !) intelligent, et, sachant choisir ce qu'il y avait de marquant et de progressif dans les communications, tu as montré un esprit de sélection remarquable. Avec ta voix calme et ta carrure élargie, on eût dit que tu posais des pierres de taille : celles du monument de science qui tous les jours s'élève !

Et vous, mon cher Maître, J.-L. Faure, je crois que vous avez fait aujourd'hui votre plus bel éloge, en faisant celui de Guyon. Voyez-vous, c'est une belle coutume que ces éloges prononcés annuellement des grands disparus. Avec leurs tempéraments fort divers, vos prédécesseurs s'y sont essayés et dépensés généreusement. On ferait une anthologie avec les morceaux choisis de ces exposés et de ces analyses de belles existences de travail et de science. Si je disposais de plus de temps, je m'y emploierais ; il est possible que je la fasse un jour, cette anthologie, car je crois qu'on peut trouver dans ces Eloges des pages et des beautés aussi grandes que dans la plus belle des littératures, en même temps que des exemples magnifiques des Vies Illustres, et des idées splendides qui sont presque toujours des chimères réalisées. Nous, qu'on dit matérialistes, parce qu'on nous voit surtout sous le jour de manieurs de chair humaine, revêtus de linges ensanglantés, nous avons plus que bien d'autres fait descendre l'idéal sur la terre, ne nous contentant pas de le rêver, et beaucoup de nos devanciers, et enfin vous-même, l'avez bien su exprimer.

J'ai beaucoup aimé que, dès le début, vous ayiez eu le courage de nous affirmer que la parenté spirituelle prime souvent celle du sang, et qu'il arrive à maints d'entre nous, qui avons travaillé près des grands laboureurs de l'idée, d'être plus enracinés dans leur sillon tracé que dans la chair qui nous procréa.

Vous nous avez peint, de Guyon, un portrait aussi fin et aussi exact que la pureté de visage de ce grand savant. Exact, car vous n'avez rien forcé, et votre lyrisme qui vous emporte sur la griserie de ses ailes n'a pas aboli en vous le sens critique que vous avez traduit, du reste, d'une façon fort discrète, ainsi qu'il convenait dans une telle solennité qui est surtout une fête de pieux souvenir.

Guyon ne fut pas un génie au sens réel du mot, mais il fut éminemment une grande personnalité. Voyez-vous, les génies se comptent, malgré tout ; ce sont des phares puissants au grand rayonnement qui éclairent les vastes espaces de l'humanité ; il n'est pas besoin, après tout, qu'il y en ait aux détours de tous les sentiers de la Recherche, sans cela, la Vérité, noyée dans une atmosphère uniformément lumineuse, nous apparaîtrait sans les charmes des reliefs qui font la beauté nue des Formes aussi bien de la pensée que de la réalité matérielle. Les génies apparaissent généralement en soulevant des tempêtes ; sous le souffle renversant de leurs tourbillons trop subits, nous nous accrochons pour ne pas être couchés à terre, et l'on conçoit très bien que les vieillards cherchent à résister plus que les autres à la force du vent nouveau qui passe, car leurs poumons étouffent en allant contre lui, et ils savent bien qu'en tombant, chez eux, la fracture est plus grave.

Guyon fut un immense talent, un organisateur merveilleux, un parfait Maître d'école, et je le dis dans le sens de la louange ; il fut un clinicien hors ligne qui resplendit avec le plus grand honneur au milieu de la Lignée admirable de nos médecins qui ont porté si haut la gloire de la Clinique française, la Clinique qui demeure vraie éternellement et autour de laquelle tout gravite dans notre science ; il eut une réussite matérielle magnifique ; il fut plus qu'un prince, un roi de son temps ; *il fut l'homme d'une chose* : de la lithotritie, car rien ne sert un homme comme d'être l'unique d'une chose, et ce n'est pas avec une trop grande envergure qu'on monte vers le succès, c'est en se localisant ; il distingua autour de lui de belles et éparses lumières, les rangea comme une traînée circulaire de lanternes vénitiennes, et son piédestal et sa silhouette au centre en reçurent la multicolore illumination, il fut aimé parce qu'il fut un grand Protecteur tenace de ses disciples ; il fut bel homme, et cela n'est pas négligeable pour en imposer aux masses qui frissonnent aisément aux moindres impressions des réalités extérieures ; ses traits en arêtes fines lui donnaient une sorte d'expression un peu froide et énigmatique qui en impose toujours.

Les talents nous intéressent, et nous les apprécions à leur juste valeur pour leurs apports fruc-

fueux ; mais les génies seuls nous passionnent. Nous venons d'être bercés délicieusement par vos périodes rythmées, comme par la chaude et vaste vague de l'Océan austral, et vous venez de nous montrer une belle figure qui restera longtemps ; mais à la sortie, nous n'allons pas nous « crêper les cheveux » parce qu'on ne se dispute pas pour les choses ou les êtres incontestables. Seuls les génies sont réellement contestés ; ils troublent nos têtes jusqu'à nous en faire venir aux mains. Guyon mérita son prénom de *Félix* : il fut *heureux* d'arriver au bon moment pour faire la synthèse des idées remuées et encore troubles comme les urines qu'il étudia si bien. Lisez, quand vous aurez une minute, la superbe leçon inaugurale de mon ami le Pr JEANBREAU, de Montpellier ; vous verrez dans son magistral exposé ce que l'Urologie doit à la recherche française, aux trouvailles de génie de nos maîtres à travers les siècles et surtout dans ce dernier siècle, vous constaterez l'hommage respectueux qu'il rend au rôle si important de Guyon, mais s'imposera à votre esprit, sans qu'il le dise, par la force seule de l'exposé des faits et l'évocation des individus, que Guyon recueillit un bel héritage auquel il évita la déperdition et qu'il agrandit énormément. Mais l'esprit vraiment créateur n'a pas soufflé sur lui — et la création est le seul sommet véritablement sublime — Ainsi pour prendre un unique exemple : le lithotriteur ! Mon cher Maître Jean-Louis, qui êtes un clairvoyant comme beaucoup de méridionaux qu'on croit ennuagés dans le prisme de leurs images et le chatoiement de leurs paroles, qu'est-ce qui caractérise le lithotriteur ? C'est le mors original, nouveau, répondant à son but, de Reliquet, et c'est aussi l'écrou brisé de Charrière et de Collin père : voilà le génie inclus dans le métal broyeur. Guyon ne l'inventa pas ; mais en revanche, il sut s'en servir avec maestria comme d'un précieux Stradivarius.

Vous n'avez pu vous empêcher de constater que Guyon ne sut pas utiliser les trésors admirables qu'il sut accumuler à Necker. Il édifia une magnifique collection anatomo-pathologique, et devant elle, il eut la complaisance de l'amateur, mais il ne la vit pas s'animer pour s'en détacher les idées thérapeutiques ou opératoires qui s'imposaient. Ce fils des Iles parfumées, né sous les cieux les plus divinement constellés et sous le soleil le plus irradiant, chose curieuse, à l'encontre de son disciple Albarran, ne fut pas un imaginatif. La Science, pour son progrès, a besoin d'abord des observateurs, mais elle a encore besoin des Imaginatifs. L'imagination est la marque des génies. Pasteur fut un imaginatif. Il créa parce qu'il vit ce qui palpitait et éclatait sous son observation impeccable. Là cependant, vous avez été habile orateur, mais je crois plus réel philosophe qui entrevoit les idées générales et les mobiles qui entraînent les hommes. Vous avez dit en termes de merveille et en langage d'un fatalisme élevé comme le sujet, que Guyon a subi la destinée spirituelle qui lui fut dévolue, et que, en somme, il n'a pu voir que la somme de vérité facilement apercevable de son temps. C'est dans l'ordre humain, ajouterai-je, et ce que n'a pas fait le Père, les fils n'y manquent pas, car les cerveaux se continuent.

Vous avez décrit les malheurs qui ont attristé la fin de Guyon, avec une réelle émotion. Cet homme a vécu très vieux et je ne m'étonne pas, comme le font, je trouve, quelques-uns avec une certaine naïveté, qu'il ait subi ces malheurs qui attendent les grands vieillards, car la vieillesse est le grand témoin des êtres et des choses qui passent. Aussi, je pense que le mot de Créon qui termine Œdipe-Roi de Sophocle : « Ne proclamons nul homme heureux avant sa mort » est tellement vrai qu'il en a l'air d'être une lapalissade.

Vous avez parlé de la nature et de ses produits, en divers passages, d'une façon enchanteresse et, demain matin, au réveil, en prenant ma belle tasse blanche pleine du noir élixir qui fouette l'intelligence engourdie, je penserai « à l'arbuste divin qui donne le café ».

En sortant de la salle chaude de la Société de chirurgie, je me trouve dans la rue de Seine avec le jeune Dr Ulrich Paul, de Strasbourg ; nous nous en allons ensemble, devisant. Je mets le comble à l'extase de mon jeune ami en lui disant :

Tu vois, mon petit, ce J.-L. Faure a un grand talent, non seulement d'opérateur, mais d'écrivain. J'oserais l'appeler, avec ma faconde qui étonne un peu ta mesure et ta retenue alsaciennes, le Chateaubriand de la chirurgie. Quelques superficiels qui ne connaissent pas la propriété des termes, l'appellent orateur. Ils ne savent pas ce qu'ils disent : un orateur, un vrai, est un homme qui parle en improvisant, en faisant jaillir souvent la pensée de la forme verbale. Jean-Louis est un poète, un lyrique, il a l'image, mais il a surtout le nombre, le rythme et la clarté. Ah ! voilà que tu m'approuves ; mais je t'en prie, ne me dis pas, Cher Maître, comme on t'en a fait prendre l'habitude dans ton pays que j'aime, d'abord, çà me vieillit, et je n'aime pas trop ça ; et puis, cela me rappelle trop la pédanterie de tes oppresseurs de jadis ; c'est bien assez de voir mon visage tourmenté par la vie à côté de tes joues en fleur et naïvement roses !

Tu ne sais pas pourquoi cet éloge de Guyon par Jean-Louis est beau ? C'est parce qu'il est harmonieux dans son ensemble. Ce n'est pas parce qu'on a rassemblé des beautés, écrit même des passages admirables, ou fait des trouvailles d'idées exquises, qu'on est arrivé à faire œuvre belle : l'œuvre n'est d'art que par la proportion et l'harmonie. Ne crois pas qu'on a créé une chose digne d'admiration artistique, en réunissant , avec un agencement dont le procédé est visible pour ceux qui savent un peu, des morceaux splendides en eux-mêmes, à la façon des rhapsodes grecs, car tu as fait d'assez bonnes humanités pour savoir ce que veut dire rhapsodie ou chants cousus ! Toute œuvre d'art est comme une statue : un monde d'harmonie. Rappelle-

toi, puisque précisément, nous venons d'être entretenus sous l'incantation de J.-Louis, d'un homme né à la Réunion, les vers marmoréens de cet immense et prodigieux poète, Leconte de L'Isle, né à la Réunion aussi, ces vers qui ont l'impassibilité superficielle, mais la vibration centrale du marbre à l'éblouissante blancheur, sur la Vénus de Milo. Evoque-les, si tu veux savoir ce qu'est la réelle beauté. Il y a quelques instants, J.-L. Faure nous a fait gravir un sommet pur comme le Piton des Neiges qui abrita l'enfance du poète et du chirurgien. Ne trouves-tu pas qu'il fait bien noir et boueux dans Paris, et que nous devons rendre grâces à Jean-Louis de nous avoir fait traverser la mer phosphorescente, et de nous avoir réchauffés au soleil des tropiques, en nous entretenant d'une belle lumière scientifique qui a contribué à éclairer son temps ?

MÉDECINE D'ASSURANCE SOCIALE

(Statistique vécue)

Le système d'assurance sociale que l'on propose d'établir en France, ressemble beaucoup au système allemand. Au point de vue du médecin, la clientèle de familles est remplacée par la clientèle de Caisses et le médecin doit intervenir non pas seulement pour soigner la maladie, mais encore pour délivrer des bulletins de maladie et pour exercer le rôle de contrôle.

Il m'a paru intéressant de demander à trois médecins allemands leur emploi du temps pendant une semaine, d'après le relevé de leurs livres. Voici ces trois réponses, telles qu'elles nous ont été données :

A) Médecin dans une ville de la Sarre (qui n'est pas Sarrebruck), district urbain avec peu d'extension sur les environs. 2.250 adhérents de différentes caisses, dont les 2/3 mariés, ayant tous le traitement médical gratuit pour la famille.

A la consultation viennent surtout les adhérents eux-mêmes, parce qu'ils sont envoyés plus souvent au médecin pour le contrôle que ne l'exigeraient les soins de la maladie proprement dite, qu'ils ont besoin qu'on leur établisse des certificats, etc. Ces raisons n'existent pas pour les familles. Par contre, pour elles, il s'agit presque toujours de maladies sérieuses qui exigent plus de temps pendant les consultations, et surtout plus de visites, et qui réclament l'intervention du médecin, soit la nuit, soit le jour, à des heures quelconques.

En général, au moment où est établi ce rapport (novembre 1922) l'état de santé est bon, en particulier il n'y a pas de ces épidémies infantiles qui augmentent beaucoup le travail des soins aux familles.

Le nombre des interventions pour 7 jours de semaine (21, 23, 24, 25, 27, 28 et 29 novembre) se répartit comme suit :

Consultation du matin, de 7 h. 1/2 à 9 h. 1/2 : 20, 20, 21, 20, 23, 15, 20.

Consultation après-midi, de 2 h. à 4 h. 1/2 : 38, 29, 36, 28, 30, 26, 21.

Visites à domicile : 10, 6, 10, 13, 13, 11, 12. Intervention dans 4 accouchements. Ce dernier nombre ne peut pas être considéré comme une moyenne.

B) Clientèle urbaine dans un rayon peu étendu autour de l'habitation du médecin, à l'exception d'un faubourg éloigné d'environ 2 klm.

Les conditions générales sont les mêmes que dans l'exemple *A*. Le nombre des adhérents des caisses est de 1.140, dont les 2/3 sont mariés.

Le nombre des interventions en 7 jours ouvrables (25, 27, 28, 29, 30 novembre, 1 et 2 décembre) se répartit comme suit :

Consultation du matin, de 7 h. 1/2 à 9 h. 1/2 : 12, 11, 14, 14, 21, 10, 11.

Consultation après-midi, de 2 h. à 4 h. 1/2 : 21, 21, 20, 16, 19, 14, 14.

Visites à domicile : 7, 5, 4, 9, 10, 7, 8.

Il y a eu, en plus, 2 interventions dans des accouchements.

C) Ce rapport nous est présenté par un médecin à grosse circonscription, qui s'est adjoint à titre permanent un assistant.

Semaine du 26 novembre au 2 décembre 1922 (donc 6 jours ouvrables).

		dont clients de caisses
1) Nombre de malades à la consultation ordinaire	269	251
2) Consultations de jour en dehors des heures régulières	23	17
3) Visites dans la localité	81	72
Visites en dehors de la localité	39	28
Visites d'urgence dans la localité	3	3
Visites d'urgence en dehors de la localité	2	2
5) Consultations de nuit (entre 21 h. et 7 h.)	3	3
6) Visites de nuit (dans la localité)	3	3
Visites de nuit (en dehors de la localité)	2	1
7) Naissances dans la localité de jour	0	0
Naissances dans la localité la nuit	1	1
Naissances en dehors de la localité	0	0
Nombre total des interventions :	426 dont	381

Ce service est assuré par deux médecins, à raison

de 24 heures officielles de consultation et 55 à 60 heures de visites.

Ne sont pas comptés, dans ce qui précède, les examens chimiques et microscopiques, les lectures techniques.

Il est à remarquer que tout malade au lit avec la fièvre est visité en principe chaque jour, et tout grand malade (exemple : congestion pulmonaire) deux fois par jour. Tout malade de caisse chômant et pouvant marcher doit se présenter au moins tous les deux jours. Tout malade doit se présenter au moins deux fois,même quand cela ne serait pas nécessaire au point de vue médical, pour rendre possible le contrôle du médecin.

Le nombre de kilomètres parcourus en automobile a été de 123, dont 97 pour des caisses maladie. En chemin de fer, 56 klm., à pied, en dehors de la localité, 38 klm., tous pour des caisses maladie.

La location d'une auto coûte, pour le double klm., 3 francs de jour, 4,50 de nuit ; une voiture à cheval coûte de jour 10 francs l'heure, la nuit 16 francs.

Le médecin qui écrit ces lignes possède une automobile qu'il conduit et entretient lui-même. Ses dépenses se montent, pour le double kilomètre à fr. 1,90 ou 1,95. Les soins à sa voiture lui prennent environ 4 heures par semaine.

Les maladies les plus fréquentes chez les hommes sont les angines, bronchites, etc. ; chez les femmes, environ 1/3 sont des maladies de femmes, le reste surtout des suites de refroidissements. Parmi les enfants actuellement (décembre 1922), on trouve surtout de la rougeole et quelques diphtéries (3), le nombre des malades (décembre 1922) est très élevé.

Dans les nombres d'interventions médicales, on n'a pas compris les consultations de nourrissons (2 heures par semaine), on n'a pas compris non plus le temps passé pour les bains de boue ou de lumière dans l'établissement spécial de la commune (6 heures par semaine), que le rapporteur a créé en 1918 et 1919.

Environ 1/10 des malades à la consultation sont des mineurs venant de l'extérieur ou des gens d'autres districts. Un tiers des familles sont des gens d'autres districts (420 sur 1.245).

Comptes-rendus, documents, pièces officielles...

JURISPRUDENCE

OPÉRATION. ASSISTANCE DU MÉDECIN TRAITANT QUANTUM DE LA PARTICIPATION DE CE DERNIER AUX HONORAIRES REÇUS PAR LE CHIRURGIEN.

JUSTICE DE PAIX DE TOURS (Canton sud)

(20 *octobre* 1922)

Entre : Monsieur le Dr C., médecin demeurant à C.

Demandeur comparant et concluant par Me Mauduit, avocat du barreau de Châteauroux,

D'une part ;

Et : Monsieur le Dr B., chirurgien demeurant à T.

Défendeur comparant par Me Mingaud, avoué près le tribunal civil de Tours,

D'autre part ;

Conclusions du demandeur.

Monsieur le Dr C., a exposé sa demande par l'organe de Me Mauduit, avocat, son défenseur, qui a déposé les conclusions suivantes :

Plaise à Monsieur le juge de paix : Attendu que le concluant est docteur à C., et médecin de M. et Mme D., qui habitent la même commune ;

Que l'enfant de ces derniers étant atteinte d'une luxation congénitale de la hanche, les parents s'adressèrent au concluant, pour qu'il remédiât à cette infirmité et fit la réduction de cette luxation ;

Mais que celui-ci, pour offrir à ses clients toute garantie de succès et sauvegarder sa responsabilité morale, préféra s'adresser à un confrère, plus expérimenté que lui dans la pratique de ces sortes d'opérations ;

Qu'il s'adressa donc au docteur B., qu'il ne connaissait pas auparavant, uniquement parce que ce dernier était chirurgien d'un hospice d'enfants ;

Attendu que la famille, qui ne connaissait pas non plus le docteur B., ratifia sans hésitation le choix qu'avait fait le docteur C., en lequel elle avait toute confiance, mais que le docteur B., déclara qu'il ne voulait pas opérer hors de la présence du concluant ;

Attendu que le prix de l'opération fut fixé par le docteur B. en dehors de toute participation du concluant, à mille francs, mais qu'il était tacitement entendu, conformément à l'usage établi dans tout le Corps médical français, que, dans le chiffre, seraient compris les honoraires et frais de déplacement dus au médecin traitant ;

Qu'en fait le concluant n'a jamais, de ce chef réclamé un centime à la famille D ;

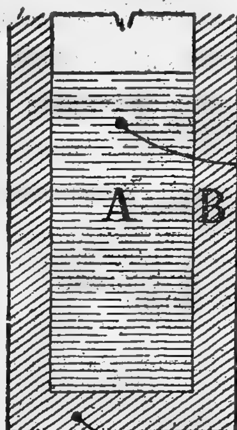
Attendu que le docteur B. ayant prévenu le docteur C. que l'opération serait pratiquée le treize avril mil neuf cent vingt et un, à neuf heures du matin, c'est-à-dire à une heure où il lui était impossible d'arriver utilement par le train, le concluant se vit obligé de se rendre à Tours par voiture automobile, ce qui lui occasionna des frais importants, alors qu'en qualité de médecin de la Compagnie, il eût pu si on lui eût assigné une heure plus tardive, effectuer ce voyage gratuitement ;

Attendu que le concluant fut un peu humilié en recevant du docteur B., pour rémunération de son assistance et de ses frais de voyage, la somme de cent francs qu'il s'empressa de retournier, en manifestant poliment

Après les Maladies contagieuses
PRESCRIRE LA DÉSINFECTION

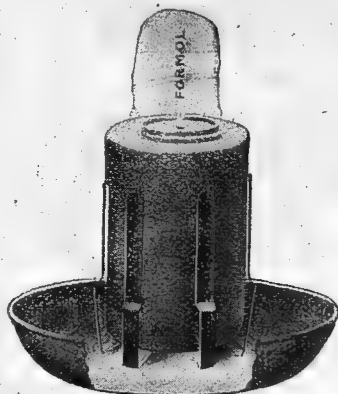
par les Vapeurs de Formol
A L'AIDE DU
FUMIGATOR GONIN

DESCRIPTION



Tube métallique contenant la poudre de formol

Pâte combustible que l'on allume pour l'emploi.
Elle se consume sans flammes ni étincelles



Griffe-support pour maintenir la pâte en combustion contre le tube et permettre à l'air de circuler sous le fumigator.

Assiette ou récipient métallique que l'on doit mettre sous le fumigator pour l'isoler du sol.

La pâte en se consumant chauffe le tube métallique. Par la chaleur, la poudre se gazéifie et donne des torrents de vapeurs de formol qui se répandent dans le local à désinfecter.

MODE D'EMPLOI

Comment on allume :



Maintenir 3 ou 4 points du bord supérieur de la pâte au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.

Combien en allumer ?

Allumer et disperser dans la pièce à désinfecter autant de fumigators n° 4 qu'il y a de fois 20 mètres cubes dans cette pièce.

AUTORISÉ PAR LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé
La DÉSINFECTION de ses LOCAUX
pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé comme

LE FUMIGATOR GONIN

(Art. 17 du décret du 10 Juillet 1906)

Prix au public : le FUMIGATOR pour 20m³, 8 fr. — Pour 15m³, 6 fr. 50

Conditions spéciales aux Médecins s'adressant directement à nous

Établissements GONIN, 60, Rue Saussure, PARIS

Téléphone : 517-23 — Télégraphe : FUMIGATOR-PARIS

Chèques Postaux — PARIS 208-12

son étonnement d'un pareil procédé ;

Que postérieurement, le docteur B., offrit deux cents francs, soit vingt pour cent de ce qu'il avait touché, sans tenir aucun compte des frais que le déplacement de son confrère avait entraînés ;

Que le concluant refusa, estimant que raisonnablement, sa rémunération, frais compris, ne pouvait descendre au-dessous de trois cents francs.

Attendu que le docteur B ne conteste pas que, dans la somme de mille francs qu'il a reçue, étaient compris les honoraires du docteur C., mais qu'il prétend, contrairement à tous les usages en pareille matière, qu'il ne doit verser que vingt pour cent des honoraires au médecin traitant, sans tenir compte de ses frais ;

Attendu, au contraire, qu'il résulte des documents produits, que la rétribution du médecin traitant et assistant à l'opération, doit être au minimum du tiers du prix versé pour l'opération, et, qu'en cas de déplacement de l'assistant, les frais de voyage doivent être payés en plus ;

Qu'en se référant à ces règles universellement admises dans le monde médical, on se rend compte que la somme réclamée par le concluant est bien inférieure à celle à laquelle il aurait droit, puisque sur mille francs, il ne réclame que trois cents francs, et que, dans cette somme, sont compris les frais de voyage et de déplacement qui à eux seuls, par suite de la nécessité où l'a mis le docteur B., de voyager en automobile, s'élèvent à plus de deux cents francs ;

Par ces motifs :

Condamner le docteur B. à verser au docteur C. la somme de trois cents francs, qui lui est légitimement due et aux intérêts de droit.

(Signé : MAUDUIT).

Conclusions du défendeur.

Plaise à Monsieur le juge de paix : Attendu que le docteur C., médecin à C., a, suivant exploit de Lignoux, huissier à Tours, en date du sept août mil neuf cent vingt-deux, introduit devant M. le juge de paix du canton de Tours (Sud) une demande en payement de trois cents francs pour prétendue assistance à une intervention chirurgicale ;

Attendu que le concluant entend contester la demande dont s'agit comme n'ayant sa source dans aucun service susceptible de justifier une rémunération quelconque ;

Attendu qu'avant d'apprécier la demande du docteur C., il appartient d'indiquer les faits qui l'ont mis en relation avec le docteur B ;

Attendu qu'au début d'avril mil neuf cent vingt et un le docteur C. adressa au docteur B. un enfant, le jeune D., âgé de deux ans environ, atteint de luxation congénitale.

Que le docteur B., après examen de cet enfant en dehors du docteur C., répondit à ce dernier par téléphone qu'une opération était nécessaire et qu'il la fixait au treize avril mil neuf cent vingt et un ;

Que l'opération dont s'agit fut effectuée en deux fois à trois mois de distance ;

Que la première fois l'enfant fut amené à la Maison de santé du docteur B., le treize avril mil neuf cent vingt et un par sa mère, Madame D.

Qu'avant de passer dans la salle d'opération, le docteur C., qui avait été prévenu, échangea quelques mots avec le Docteur B., et quitta la maison de santé.

Qu'aussitôt, le Docteur B., après avoir enlevé l'enfant des bras de sa mère, le porta dans la salle d'opération où il procéda à l'opération de l'enfant avec ses aides habituels ;

Que non seulement le docteur C., n'a pas assisté à l'opération, mais qu'il n'a même pas pénétré dans la salle d'opération ;

Que le docteur B. procéda à une seconde intervention trois mois après, encore sous chloroforme, mais que ce jour-là, il ne vit pas le docteur C. ;

Attendu qu'il résulte des faits qui précèdent qui sont complètement conformes à la réalité et qui ne sauraient être déniés par le docteur C., que celui-ci n'a eu aucune participation à l'opération ni de près ni de loin ;

Attendu, d'autre part, il n'a participé à aucune consultation préalable à l'intervention, ni dans le cabinet du docteur, ni ailleurs ;

Qu'en résumé, il n'y a eu de sa part aucune collaboration effective avec le docteur, soit à la consultation qui a précédé l'opération, soit à l'opération elle-même ;

Que le docteur C. n'a donc rendu aucun service au docteur B. qui a agi seul ;

Que néanmoins, le docteur C. ne craint pas de demander au défenseur une somme de trois cents francs pour assistance à une intervention chirurgicale ;

Attendu qu'il a été démontré ci-dessus que le docteur C. n'a point assisté le docteur B., puisqu'il n'a pas pénétré dans la salle d'opération ;

Attendu que le docteur C. ne peut donc baser sa prétention à la demande d'un honoraire de trois cents francs qu'en invoquant, ainsi qu'il paraît le laisser entendre dans une lettre par lui adressée au docteur B., un prétendu usage qui existerait entre médecins et chirurgiens, et qui consisterait, de la part du chirurgien qui opère, à prélever sur ses honoraires une certaine somme destinée à être remise au médecin qui lui a adressé le malade ;

Mais, attendu que le concluant entend contester la prétention du docteur C. et le prétendu usage qu'il paraît invoquer ;

Que si, en effet, un médecin peut émettre la prétention de demander au chirurgien qui opère un malade qui lui a été adressé par le médecin, une certaine somme sur les honoraires du chirurgien, c'est lorsque le médecin a eu un rôle effectif à l'opération, soit en participant à une consultation préalable, où il formule un diagnostic, soit en assistant d'une manière effective à l'opération chirurgicale ;

Que, dans ce cas, il y a, de la part du médecin, service rendu, partage de responsabilité, et par suite, prétention légitime à l'existence d'un droit qui peut être sanctionné en justice ;

Mais qu'il en est différemment du rôle qui a été joué par le docteur C., en ce qui concerne l'opération du jeune D ;

Que ce dernier n'a fourni aucune collaboration effective au chirurgien, ni par le moyen d'une consultation préalable, ni par son assistance à l'opération ;

Que ce serait en vain que le docteur C. chercherait à prétendre que le docteur B. lui a adressé une somme de cent francs à la suite de l'opération du 13 avril 1921, et que l'envoi de cette somme aurait été qualifié par lui de rémunération relative à l'assistance à l'opération du treize avril 1921 ;

Qu'il ne faut voir dans ces termes qu'une formule de courtoisie de nature à ménager l'amour-propre d'un confrère, mais de cette formule ne correspond nullement à la réalité des faits, ainsi que cela a été démontré plus haut ;

Que le fait par le docteur B. d'envoyer cette somme à son confrère ne constituait nullement l'aveu, de la part du chirurgien, de la reconnaissance d'un droit quelconque chez son confrère, mais un acte absolument gracieux, exclusif de toute obligation, contrainte juridique ;

Que tout au plus pourrait-on y voir l'exécution d'une obligation naturelle basée sur la courtoisie ou un bon procédé confraternel ;

Mais que le docteur C., ne saurait, à aucun point de vue, considérer ce fait comme l'exécution d'une obligation civile, ou encore, comme la reconnaissance d'un droit chez son confrère ;

Que le docteur C. est dépourvu de toute action vis-à-

vis du docteur B., en raison des faits qui ont été relatés ci-dessus ;

Qu'en effet, le prétendu usage qu'il paraît invoquer et qui a fait l'objet, dans la presse médicale, de divers article parus sous le nom de Dichotomie, ce qui signifie partage des honoraires entre médecins et chirurgiens, ne saurait être considéré comme un droit de la part du médecin qui a la prétention d'exercer un prélèvement ou d'effectuer une participation dans les honoraires du chirurgien, alors que ce médecin n'a joué aucun rôle effectif ;

Que ce droit n'a sa source dans aucun acte ou contrat juridique, ni dans aucun fait susceptible d'engendrer une action civile ;

Qu'en admettant qu'à titre de courtoisie et de bonne confraternité, un chirurgien veuille bien faire participer, à l'insu du client, un médecin qui lui a envoyé un malade dans ses honoraires, cet acte de générosité de la part du chirurgien n'est qu'un acte gracieux qui peut tout au plus avoir sa source dans une obligation naturelle, mais qui, en tous cas, ne saurait être considéré comme prenant naissance dans une obligation civile;

Qu'il est en effet impossible, dans ce cas, pour un médecin de justifier de la cause légitime d'une rémunération puisqu'il n'a rendu aucun service au malade;

Mais attendu qu'il n'est même pas exact, au point de vue juridique, de prétendre que le médecin qui adresse un malade à un chirurgien, et qui n'assiste à aucune consultation, ni à aucune intervention, puisse invoquer à son profit le bénéfice d'une obligation naturelle ;

Que cette idée serait tout à fait contraire au rôle que doit jouer le chirurgien tel que se le représente le malade.

Que le chirurgien exerce en effet une profession libérale, c'est-à-dire une profession dégagée ou libérée des servitudes d'un métier proprement dit, et qu'il doit agir en pleine liberté et en pleine indépendance, sans avoir recours à des tractations suspectes ;

Qu'il ne doit subir aucune influence susceptible de le troubler ;

Qu'il ne lui est donc pas permis d'aliéner sa liberté ou d'être soupçonné à cet égard, et qu'en prélevant sur ses honoraires une somme pour la verser au médecin qui lui adresse un malade, il accomplit un acte attentatoire à sa dignité, contraire à l'intérêt du client, et qui, au point de vue juridique, doit être considéré comme immoral et contraire à l'ordre public ;

Que si, en conséquence, le médecin croit avoir recours à l'usage tendant à pratiquer la Dichotomie et demande au chirurgien une part de ses honoraires pour l'opération effectuée par ce dernier, à laquelle le médecin est resté complètement étranger, le chirurgien a le devoir de repousser l'action introduite par l'exception tirée de l'article 1133 du code civil, basée sur la cause illicite ou immorale.

Qu'il y a donc lieu de rejeter la demande introduite par le docteur C., cette demande étant basée sur un prétendu droit, dépourvu d'action,

Par ces motifs :

Dire et juger que le docteur C. n'a exercé aucune collaboration effective avec le docteur B., dans l'opération du 13 avril 1921, ainsi que dans la consultation préalable à l'opération et dans laquelle celle-ci a été décidée;

Dire en conséquence qu'il n'a rendu au docteur B. aucun service et qu'il est dépourvu de tous droits pour agir ;

Et faisant application à la cause de l'article 1133 du code civil :

Dire et juger que le prétendu droit à la dichotomie sur lequel se base le demandeur, est attentatoire à la liberté et à l'indépendance du chirurgien, qu'il constitue un procédé illégal et contraire à l'ordre public ;

Déclarer en conséquence la demande du docteur C. non recevable, le condamner en tous les dépens ;

(Signé : MINGAUD).

Me Mauduit, pour son client, a aussitôt soutenu que les conclusions prises par Me Mingaud étaient mal fondées, et par conséquent irrecevables et cela dans dans une argumentation se rapportant toujours aux conclusions par lui prises.

Me Mingaud, prit subsidiairement et à titre très subsidiaire les conclusions suivantes :

Plaise à Monsieur le juge de paix : Subsidiairement et à titre très subsidiaire ;

Attendu, au cas où le docteur C. entendrait contester les faits de la cause tels qu'ils sont énoncés par le docteur B., et notamment dans l'hypothèse où le demandeur prétendrait avoir collaboré d'une façon effective tant à la consultation où l'opération a été décidée qu'à l'opération elle-même, le docteur B. offre de prouver le contraire, à savoir, qu'il n'y a eu participation effective de la part du docteur C., ni à la consultation où a été décidée l'opération, ni à l'opération elle-même;

Attendu que les déclarations du docteur B. à cet égard résultent de la correspondance du docteur C;

Qu'en effet, dans ses lettres, le docteur C. ne cesse de demander une rémunération en sa qualité de médecin traitant, ce qui indique par là qu'il demande une part des honoraires du chirurgien pour un service en dehors de toute collaboration avec ce dernier, mais exclusivement pour les soins et le traitement qu'il à donnés à la jeune D. avant qu'il se soit adressé au docteur B ;

Que cela démontre à l'évidence que le docteur C. n'est pas intervenu dans l'opération et que par suite en lui envoyant la somme de cent francs et en indiquant dans la lettre d'envoi que cette somme était motivée par la participation du docteur C. à l'opération, le docteur B. a employé à dessein une formule inexacte, simplement à titre de bonne confraternité et pour ménager l'amour-propre de son confrère ;

Que le docteur C. n'est donc pas fondé à se prévaloir de cette formule qui est inexacte et qui ne correspond pas à la réalité des faits ;

Que si, toutefois, il en était autrement, et si le docteur C. entendait contester l'évidence, le docteur B. demande à établir la preuve contraire, soit par voie de comparution personnelle des parties, soit par le moyen d'une enquête.

Par ces motifs :

Dire et juger qu'il résulte des lettres du docteur C, que ce dernier ne demande une rémunération au docteur B. qu'en qualité de médecin traitant, c'est-à-dire médecin qui a traité l'enfant antérieurement au jour où il a fait connaissance du docteur B ;

Ordonner, en cas de dénégation, la comparution personnelle des parties ;

Autoriser en outre le concluant à prouver, tant par titres que par témoins, le fait suivant ;

Le docteur C. n'a eu aucune collaboration effective à la consultation où a été décidée l'opération de la jeune D. ni à l'intervention chirurgicale qui a suivi.

Le docteur B. a pris seul sa décision pour opérer et a opéré seul avec ses aides habituels.

(Signé : MINGAUD).

Me Mauduit a soutenu que les conclusions subsidiaires de Me Mingaud sont irrecevables, la correspondance versée aux débats apportant la preuve indéniable du bien fondé de la demande et des faits déniés par le dit Me Mingaud, pour le Dr B.

En cet état l'affaire fut mise en délibéré et renvoyée à ce jour pour le prononcé du jugement.

Jugement

Nous, juge de paix, parties ouïes dans leurs explications, plaidoiries et conclusions ;

Vu la citation introductive d'instance et la loi du douze juillet 1905, vidant notre délibéré ;

Attendu que la demande formée par le Dr C. tend à obtenir payement de la somme de trois cents francs pour assistance à une intervention chirurgicale.

Attendu que le Dr B. a opposé au Dr C., sa non intervention, qu'il ne conteste pas que l'enfant D., âgé de deux ans, atteint de luxation congénitale, lui a été adressé aux fins d'opérations par le médecin traitant, le Dr C.

Attendu que, sans avoir à recourir à tous les moyens soulevés par le Dr B., tant dans ses explications que dans ses conclusions, nous trouvons dans les éléments de la cause les motifs les plus sérieux pour rejeter tout d'abord les conclusions subsidiaires tendant à faire la preuve que le Dr C. n'a eu aucune collaboration à la consultation, où a été décidée l'opération de la jeune D, ni à l'intervention chirurgicale qui a suivi ; qu'il a pris seul sa décision pour opérer et a opéré seul avec ses aides. Attendu qu'il résulte tout d'abord d'une lettre du Dr B. au Dr C., non datée, le contenu suivant : « Mon cher confrère, « Vous trouverez ci-joint cent francs, le montant de « vos honoraires pour votre assistance à l'intervention de l'enfant luxé. M. D. en m'adressant le montant de la réduction de la luxation m'a donné de « bonnes nouvelles du petit malade. J'espère qu'il « continuera sous votre surveillance à se bien comporter dans son appareil, etc. ».

Attendu, qu'en présence de la lettre sus décrite, contenant l'aveu le plus indéniable du Dr B. que le Dr C. a assisté et est intervenu effectivement dans l'opération de l'enfant D, il y a lieu de rejeter les conclusions subsidiaires, lesquelles ne sont ni sincères ni fondées, par conséquent non susceptibles de donner ouverture à une enquête ;

Attendu que le Dr B., dans ses moyens de défense, a prétendu aussi, qu'il n'était pas tenu d'envoyer une somme quelconque au Dr C., mais qu'en lui envoyant la somme de cent francs, il y a eu de sa part un acte gracieux, exclusif de toute obligation ou contrainte juridique ;

Attendu que le Dr B., dans sa lettre datée du deux mai 1921, écrivait au Dr C. : « J'ai reçu de M. D., « cinq cents francs et je vous ai de suite adressé vingt « pour cent, soit cent francs. Je comptais, quand « j'aurais reçu les cinq cents autres francs, (le prix « convenu est de mille francs) vous adresser à nouveau vingt pour cent, soit cent francs. J'ai toujours « réglé ainsi l'assistance de mes confrères ; vous me « direz si nous sommes d'accord » ;

Attendu qui le prix de l'opération a été fixé par le Dr B., en dehors de toute participation du Dr C., mais qu'il devait être établi suivant l'usage dans tout le corps médical, que les honoraires et frais de déplacement du médecin traitant seraient compris dans le prix forfaitaire de l'opération ;

Attendu que le Dr B., a fait prévenir le Dr C. que l'opération serait pratiquée le 13 avril 1921, à neuf heures du matin.

Que pour s'y rendre, le Dr C. a dû employer son automobile, faute d'un train correspondant.

Attendu qu'il résulte des explications et des documents produits, que la rétribution du médecin traitant et assistant à l'opération doit être au minimum du tiers du prix versé pour l'opération, non compris les frais de déplacement ;

Attendu qu'il a été clairement établi que jamais le Dr C. n'a prétendu avoir droit à la dichotomie, procédé heureusement combattu par tous les syndicats médicaux ;

Attendu qu'il est d'usage constant que le médecin qui aura sollicité le secours d'un chirurgien pour opérer un de ses malades, aura droit, en sus de la rétribution de ses soins ordinaires, à des honoraires variables du cinquième au tiers de la somme réclamée par le chirurgien et, s'il participe à l'opération, il sera de plus payé comme aide par le chirurgien, frais de voyage en plus ;

Attendu qu'il résulte des éléments de la cause que le Dr C. n'a rien perçu de M. D. pour les soins consécutifs à l'opération du Dr B ;

Attendu que le Dr C. a apporté au cours des débats la preuve la plus évidente de son assistance et de son intervention effective dans l'opération pratiquée par les soins du Dr B. à l'enfant de M. D ;

Attendu que toutes les dénégations du Dr B. ne peuvent se concilier avec les éléments recueillis, et tout particulièrement avec le contenu de ces deux lettres dont il est ci-dessus tenu compte ;

Attendu que la demande du Dr C. est juste et fondée, qu'elle est loin d'être exagérée en raison de son assistance et de sa participation effective à l'opération, de son voyage en automobile pour y assister et pour les soins consécutifs donnés à l'enfant opéré sans rétribution aucune ;

Attendu, en définitif, que nous en référant aux régles universellement admises dans le monde médical, il est facile de se rendre compte en bonne justice que la somme réclamée par le Dr C. lui est légitimement due ;

Qu'il y a donc lieu de faire droit entièrement à ses conclusions ;

Attendu qu'il y a lieu en conséquence de rejeter les conclusions du DrB ;

Par ces motifs :

Nous, juge de paix, statuant contradictoirement et en dernier ressort, condamnons le Dr B. à verser au Dr C., pour honoraires à l'occasion d'assistance et d'intervention effectives à l'opération de réduction de luxation congénitale de l'enfant D., la somme de trois cents francs, qui lui est légitimement due.

Le condamnons en outre aux intérêts de droit de la dite somme du jour de la demande, ainsi qu'aux

dépens de l'instance liquidés à 13 fr. 20 cmes ; en ce non compris le coût du présent jugement et de ses suites s'il y a lieu, qui demeurent également à sa charge.

Commentaires

Il est toujours fort regrettable de voir les conflits confraternels portés devant la justice de droit commun, à cause de la publicité que les décisions judiciaires peuvent recevoir, dans le monde extra-médical. Fréquemment, en effet, la malignité publique s'empare des faits professionnels, les dénature, pour en tirer ensuite des attaques contre le corps médical.

Dans le cas présent, ce n'est pas une question de dichotomie qui se pose : empressons-nous de le déclarer aux lecteurs non-médecins. Il s'agit de savoir à combien doit être estimée, pour sa rémunération, la collaboration du médecin traitant par rapport au chirurgien opérateur.

En général, un consultant, qui reçoit un client à lui adressé par un confrère, s'empresse de prévenir celui-ci de la nature de l'opération qu'il entend pratiquer ; il avise le médecin traitant du jour de l'opération, s'entend même avec lui, pour que celui-ci puisse y assister, et enfin, le consulte pour savoir quels honoraires demander.

Il est indispensable que le chirurgien fasse assister le médecin de la famille à l'intervention, même si l'assistance de ce médecin doit se borner à regarder opérer le chirurgien et ses aides. Le médecin traitant peut, au cours de l'opération, fournir un renseignement, un anamnestique utile à connaître. Plus tard, en cas de récidive, ou de rechute, ou pour toute autre affection, le médecin traitant, qui aura assisté à l'opération, pourra faire un diagnostic plus précoce et plus précis, pour le plus grand bien du malade.

N'oublions pas également que c'est ce même médecin traitant qui a pris la responsabilité de déclarer qu'il faut une opération, comme de désigner le chirurgien qui lui paraît le mieux qualifié pour opérer et guérir le patient. Si l'opération ne donne pas tous les effets attendus, s'il se produit un accident opératoire, ou d'anesthésie, n'est-ce pas ce même médecin traitant, qui réside dans la même localité que la famille, qui sera, en fin de compte, rendu responsable du conseil qu'il a donné, à savoir de faire opérer et, par conséquent, d'avoir fait faire des dépenses qui n'ont servi à rien ?

Lorsque le chirurgien demande au médecin traitant quels honoraires il devra prendre, il agit bien, parce que c'est le docteur habituel de la famille qui, seul, peut donner certaines indications. Le chirurgien comprendra donc, dans sa note, les honoraires d'assistance à l'opération, les frais de déplacement, et même cette rémunération pour responsabilité, dont nous venons de parler.

A combien évaluer ces honoraires ? C'est un point très délicat, qui varie surtout avec la fortune des familles, car bien des médecins savent ne rien demander, ou presque, aux infortunés de la vie. Ce quantum varie encore selon les régions, mais, d'après certains tarifs de syndicats médicaux, ne saurait être inférieur, pour le médecin traitant, au quart de la somme perçue par le chirurgien.

Le jugement du juge de paix a surtout été rendu en fait ; mais, en droit, il reconnaît la légitimité de la réclamation adressée, pour ses honoraires, par le médecin traitant au chirurgien consultant. Il admet, avec les familles, que, dans le prix d'une intervention, prix global, l'opérateur comprend tous frais principaux et accessoires. Au reste, combien mal accueillie est la demande du médecin traitant, lorsqu'après l'opération, ou à la fin de l'année, il réclame directement à la famille ses honoraires et le remboursement de ses frais de déplacement et de temps perdu !

Le principe de la note commune a été déjà porté devant les tribunaux. Le tribunal civil de la Seine, par jugement en date du 8 juin 1898 (*Concours médical*, 1898, page 431) admet que le médecin traitant est en droit de comprendre, dans sa note, les honoraires d'un chirurgien qu'il a fait appeler et qui lui a fait confiance à lui et non au malade, qu'il ne connaissait pas.

Egalement, le tribunal civil de Loches, le 17 décembre 1904 (*Concours médical*, 1905, page 424 *bis*) a décidé que le médecin, qui a de lui-même appelé un confrère, est responsable vis-à-vis de ce dernier des honoraires, qui lui sont dus, et, à ce titre, a qualité pour les comprendre dans sa demande.

Il résulte de ces deux décisions de jurisprudence, que le médecin traitant doit toujours conserver la première place et qu'il y a nécessité qu'un accord s'établisse entre lui et le chirurgien pour décider à la fois de l'opération et du traitement, et des honoraires *communs*, qui devront être demandés pour l'acte médical ou opératoire *commun*.

Cette collaboration entre médecin traitant et consultant a toujours été préconisée par les auteurs médicaux, qui ont écrit des ouvrages sur la déontologie. Legendre (Déontologie et Jurisprudence médicales, pages 314 à 326), insiste beaucoup sur ce point ; il écrit même, en caractères italiques, pour en souligner l'importance, que « *l'assistance du médecin à l'opération est de règle. Il a pris sa part de responsabilité en la conseillant, ou en l'approuvant : il doit donc, par sa présence, en sanctionner l'exécution* ». Ce médecin traitant, ajoute Legendre, est, pendant l'opération, le représentant de la famille, qui ne peut assister à l'intervention. Son avis est nécessaire, lorsqu'il s'agit de prendre une décision d'urgence,

en cas de circonstances imprévues, pendant l'acte opératoire.

Aussi (page 326), Legendre insiste -t-il sur le principe de la note commune présentée par le chirurgien lui-même, et comprenant les honoraires du médecin traitant.

Ce principe est encore reconnu dans l'avant-projet d'un code de déontologie, rédigé par une Commission composée de MM. Lereboullet, Dignat, Glover, Legendre et Lepage, en 1904 (art. 71). L'article 72 de ce projet fixe la part du médecin traitant au quart des honoraires du chirurgien.

Le tarif du *Concours médical*, dit tarif Jeanne, préconise le système de la note commune et fixe les honoraires du médecin traitant du cinquième, au tiers du prix demandé par le chirurgien, plus ses frais de voyage s'il y a lieu.

Le jugement de Tours s'est surtout inspiré du point de savoir si, oui ou non le Dr C., s'était déplacé exprès, pour agir comme médecin traitant, pendant l'opération du jeune D. Et c'est parce que le juge a eu la preuve que cette assistance avait été effective, qu'il a donné gain de cause au demandeur.

Conclusion. — Nous ne saurions jamais trop recommander la collaboration entre confrères, collaboration effective, basée sur la bonne déontologie. A l'heure où le public a tendance à croire à la dichotomie généralisée, comme aux collusions entre médecins, ou membres divers de la corporation médicale en général, nous ne saurions trop nous sentir les coudes, en ayant entre nous le plus de conversations possibles, conversations utiles tant au malade qu'aux médecins eux-mêmes.

Dr Paul Boudin.

LE CONCOURS MÉDICAL ET SES FILIALES

MUTUALITÉ FAMILIALE

Pensions et Retraites.

J'ai eu, ces temps derniers, à répondre à un certain nombre de lettres : comme parmi mes réponses, il en est qui peuvent intéresser d'autres confrères, j'ai cru bon de les reproduire :

Première lettre :

Je retrouve le tract de propagande que vous m'aviez adressé et que d'ailleurs j'avais mis de côté pour l'étudier à loisir et je me décide à entrer à la Mutualité Familiale. Je voudrais l'indemnité maladie et une grosse retraite pour moi, je voudrais aussi une retraite pour ma femme, j'ai 31 ans et elle en a 26 — mais je suis un peu embarrassé pour choisir les combinaisons et puis les chiffres donnés par le tract ne sont pas les mêmes que ceux des statuts : vous seriez bien aimable de m'éclairer. »

Les chiffres du tract sont plus élevés parce qu'ils donnent le chiffre total à payer : ils comprennent les frais de gestion, tandis que les statuts donnent les chiffres propres à chaque combinaison et ces chiffres doivent être majorés des 10 % de frais de gestion.

Ceci entendu, je prends les chiffres du tract. La combinaison MAD (indemnité maladie journalière de 20 francs et mensuelle de 200 francs) exige à 32 ans, une cotisation annuelle de 187 fr. Vous avez eu 31 ans en 1922, vous entrez en 1923, année où vous aurez 32 ans, c'est donc la cotisation de 32 ans que vous devez payer (art. 43 des statuts).

Puisque vous voulez une grosse pension, je vous conseille de prendre pour vous P 20 parts et R 20 parts. Pour Madame D. vous pourriez aussi prendre P 20 parts.

Votre cotisation annuelle sera pour MAD de 187 fr. pour P. de 455 fr. 60 pour R. de 270 fr. 60 et celle de Madame pour P sera de 327 fr. 80. Total : 1.240 fr. 80.

Le chiffre est un peu gros, mais les cotisations sont contre-assurées, comme vous le demandez, et il vous assure : 1° l'indemnité journalière de 20 fr. et mensuelle de 200 fr. jusqu'à 65 ans ; 2° au moment où vous aurez 60 ans, une pension de 2.400 fr. qui, cinq années plus tard, Madame ayant 60 ans, deviendra de 7.200 fr., ce qui me paraît correspondre à vos désirs.

Deuxième lettre :

Je voudrais entrer à MAD et me constituer une retraite : je préférerais la retraite à 60 ans (combinaison P) mais quelle sera ma situation entre 60 et 65 ans ? Je ne pourrai plus toucher l'indemnité maladie puisque je serai retraité, devrai-je quand même payer la cotisation pour MAD ? Si je devais le faire, il serait peut être préférable de choisir la combinaison R qui donne la retraite à 65 ans seulement. »

Il n'y a aucune incompatibilité entre l'indemnité-maladie et la pension de retraite, vous pourriez donc parfaitement de 60 à 65 ans, tout en touchant votre pension, recevoir l'indemnité maladie, si vous vous trouviez dans le cas voulu. Dans ces conditions, il est tout naturel que vous continuiez à verser votre cotisation.

Vous avez actuellement 33 ans, vous entrerez

donc, en 1923, à 34 ans, ce qui vous fera pour MAD une cotisation annuelle de 196 fr. 80 et pour P (1.200 fr. de pension), 260 fr. 70. Total : 457 fr. 50. Vous verserez cette somme jusqu'en 1948 ; en 1949 et les années suivantes, vous ne verserez plus que 196 fr. 80.

Si, au contraire, vous vous incriviez à R, vous payeriez 196 fr. 80 pour MAD et 140 fr. pour R ; total : 336 fr. 80, somme que vous verseriez jusqu'en 1953. En 1954, vous verseriez seulement 196 fr. 80 et au 1er janvier 1955, en même temps que vous perdriez le droit à l'indemnité-maladie, vous recevriez la première annuité de 1.200 francs de votre pension.

Troisième lettre ;

Je vais avoir 30 ans le 29 décembre 1922 et voudrais entrer à MAD, est-ce que je devrai payer la cotisation afférente à 31 ans comme semblent le dire les statuts ? Si je suis admis à la séance de fin décembre, je n'aurai peut être pas mes 30 ans le jour de mon admission.

Il a fallu établir, pour l'âge d'entrée, une règle uniforme et, pour toutes les combinaisons, les statuts disent que l'âge d'entrée est celui que le sociétaire a ou aura dans l'année de son admission. Tous les sociétaires sont supposés nés le 1er janvier : les calculs ont été faits en conséquence.

Vous payerez trente-cinq cotisations : comme vous serez sortant le 31 décembre 1957, vous aurez eu une participation réelle de 35 années.

Si vous vous inscriviez à R, en même temps, pour une pension, vous payeriez, pour cette pension, seulement 34 cotisations : en 1957, vous ne payeriez rien et au 1er janvier 1957, au moment où vous seriez rayé de MAD, vous recevriez la première annuité de votre pension.

Quatrième lettre ;

Je serais très désireux de faire entrer ma femme à la Mutualité Familiale pour une pension de retraite soit à 60 ans, soit à 65 ans, mais une chose me tourmente : Qu'adviendrait-il si je venais à mourir ? Elle serait peut être gênée pour continuer le versement des cotisations. »

L'article 63 des statuts a prévu le cas :

Les femmes adhérentes à la Mutualité Familiale, en cas de mort de leur mari peuvent :

1° Ou bien continuer le versement de leurs cotisations pour toucher leur retraite dans les conditions ordinaires ;

2° Ou bien, si elles ont versé déjà cinq cotisations, cesser leurs versements — elles ont droit dans ce cas, à l'âge voulu, à une pension réduite en proportion du capital constitué par leurs versements ;

3° Ou bien enfin, si elles n'ont pas encore versé cinq cotisations, continuer à verser leur cotisation jusqu'à concurrence de la cinquième pour rentrer dans la catégorie précédente et jouir, à l'âge voulu, de la pension réduite proportionnelle.

La situation de la veuve est donc pleinement sauvegardée.

Et puis, il y a la ressource de la combinaison V (pension aux veuves). Si en même temps que vous ferez inscrire Madame à l'une des combinaisons retraite, vous vous inscriviez vous-même à V, vous seriez certain, en cas de prédécès, de lui laisser une pension qui lui permettrait de continuer ses cotisations à la combinaison retraite et d'avoir, pour ses vieux jours, des ressources sensiblement plus larges.

A. Gassot.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **VIe Congrès de la Société internationale de chirurgie** (Londres, 17-20 juillet 1923. Sous le haut patronage de S. M. Georges V et la présidence de Sir William Macewen C. B. F. R. S.) — Lundi 16 juillet à 14 h. : réunion du Comité international ; mardi 17 juillet à 11 h. : séance inaugurale sous la présidence d'honneur de S. A. R. le Prince de Galles ; à 14 h. : rapports et discussions sur la chirurgie des glandes endocrines ; mercredi 18 juillet à 9 h. 30 : rapports et discussions sur l'arthroplastie ; à 14 h. : opérations dans différents hôpitaux ; à 17 h. : démonstrations de pièces anatomiques par le Pr Sir Arthur Keith au Hunterian Museum ; jeudi 19 juillet à 9 h. 30 : rapports et discussions sur les résultats éloignés des interventions pour traumatismes des nerfs ; à 11 h. 30 : Assemblée générale ; à 14 h. : opérations dans les hôpitaux ; vendredi 20 juillet à 9 h 30 : rapports et discussions sur la sérothérapie et le shock ; à 14 h. : opérations dans les hôpitaux. Démonstrations des procédés de vaccinothérapie par le Pr Sir Almroth Wright à St.Mary's Hospital.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** — Le professeur F. de Lapersonne, assisté de MM. Terrien, agrégé ; Hautant, oto-rhinologiste des hôpitaux ; Prélat, Monbrun, Cousin, chefs de clinique et de laboratoire, commencera, le jeudi 3 mai 1923, un cours de perfectionnement, avec examens cliniques, travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire.

Les leçons et exercices pratiques auront lieu tous les jours en mai et juin. Un certificat spécial de la Faculté de médecine de Paris sera délivré à la fin du cours.

Les docteurs et étudiants français et étrangers qui désirent suivre ce cours devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine. Les droits à percevoir sont fixés à 150 francs.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Application du Tarif Breton

I

Des quittances prématurées

Je ne crois pas qu'il y ait une profession où les sentiments d'altruisme se révèlent plus que dans le Corps médical. Et c'est son honneur. En voici un exemple caractéristique :

J'avais, dans le *Concours* du 14 janvier dernier, reproché à certains assureurs de réclamer des médecins les quittances — datées et signées — avant tout envoi d'argent. Deux confrères viennent, sur ce point, de prendre la défense des assureurs auxquels ils ne veulent pas que l'on fasse :

Nulle peine, même légère....

C'est moi qui suis trop susceptible. Voici les deux lettres que je me fais un plaisir, de dilettante, de publier :

1re *lettre.*

Comme un certain nombre d'assureurs « je vous fais l'honneur » de lire avec « beaucoup d'intérêt », vos réponses, dans le *Concours*, concernant l'application du tarif Breton.

Dans le numéro du 14 janvier 1923, vous partez en guerre contre ceux qui vous envoient des quittances, à retourner, datées et signées, pour recevoir vos honoraires.

Ce procédé vous froisse — *à tort* — Les agents, contrairement à ce que vous pensez, ne se méfient pas de vous, mais seulement de votre *négligence*. Ils savent par expérience, moi aussi, que le médecin en affaires est négligent et *oublie* souvent d'envoyer le *reçu* dont ils ont besoin pour *leur comptabilité*. .

Ils ne réclament pas pour eux une confiance *illimitée*, car à la quittance est jointe toujours une lettre que le médecin peut garder, disant que les honoraires suivront la réception de la quittance.

En gardant cette pièce, le médecin peut donc envoyer la quittance signée *sans risquer* de tomber sur un agent malhonnête.

En résumé, si les confrères étaient moins négligents, ce mode de faire n'existerait pas.

Supposez que les agents envoient l'argent en demandant qu'un reçu leur soit retourné, 50 % des médecins ne l'enverront jamais. Vous ne pouvez les obliger (les agents), à faire 100 kil. pour vous payer à domicile, 20 ou 30 fr.

Dr P.

2e *lettre.*

Depuis longtemps, les agents de certaines Compagnies me demandent d'acquitter d'avance mes notes d'honoraires.

Dans les commencements, je leur faisais remarquer que les récépissés des mandats-poste étaient pour eux une garantie suffisante ; mais ils m'ont répondu qu'assez souvent, les médecins, une fois payés, oubliaient

de retourner les quittances, ce qui était gênant pour la comptabilité.

Aujourd'hui, je ne fais plus de difficulté, mais je garde par précaution la lettre de l'agent et je lui envoie le mot suivant :

En réponse à votre lettre du ...., je vous envoie ma note acquittée d'avance pour l'accident X. en vous priant de me retourner le mandat-poste correspondant.

Et toujours, j'ai reçu mon argent par retour du courrier.

Dr A.

J'avoue, malgré ces brillantes plaidoiries, n'être pas convaincu de l'obligation que me crée, *comme une tare*, ma qualité de médecin de mettre ainsi la charrue avant les bœufs et d'envoyer l'acquit avant de recevoir l'argent.

Et je puis assurer mes deux excellents confrères et contradicteurs que *beaucoup* de médecins partagent mon opinion.

Je maintiens donc, quand même, ma réclamation aux assureurs — même devant l'opinion exprimée ci-dessus et qui me semble s'apparenter étrangement avec celle de la femme de Sganarelle :

Et s'il me plait, à moi, d'être battue ?...

Dr Fernand DECOURT.

II

Frais de déplacement

Seriez-vous assez aimable de répondre par l'intermédiaire du *Concours médical*, dont je suis un abonné, à la question suivante :

J'ai un accidenté à V. distant de M., où j'ai mon domicile, de 2 k. 700 m. Je me déplace pour faire ma visite au blessé, il m'est arrivé souvent de ne faire le déplacement que pour lui, n'ayant pas de malades à voir dans cette localité de V. La Compagnie d'assurance a refusé de me payer les frais de déplacement, donnant comme raison que l'en-tête de mes ordonnances porte : V. *tous les jours*. Est-ce légal ?

Si non quelles démarches dois-je faire pour rentrer dans mes frais de déplacement.

La même Compagnie m'a déjà réglé un accident à V. mais en me payant cette fois-là les frais de déplacement. Je ne m'explique pas sa nouvelle conduite, sinon que parce qu'elle veut me frustrer.

Dr D.

Réponse.

En effet, je vois d'après votre lettre, qu'il se trouve imprimé sur l'en-tête en-dessous de M... lieu de votre domicile, la mention V... (tous les jours). Il en résulte que vous vous rendez à V... tou s les jours. Donc, vous ne vous êtes pas déplacé « spécialement » pour le blessé en question et il n'y a même pas à noter le « parcours supplé-

mentaire ? » décrit à l'art. 2, avant-dernier alinéa. Auquel cas, je n'oserais pas espérer que vous ayez chance de gagner sur ce point en justice, avec l'imprudence que vous commettez en imprimant que vous vous rendez à V... tous les jours.

Dr Fernand DECOURT.

III

Extraction de corps étranger profond

Excusez-moi d'avoir encore recours à vos avis documentés, pour m'aider à établir une note d'honoraires pour un accident de travail.

J'ai eu à soigner ces temps derniers un forgeron qui a été blessé d'une façon bizarre. Etant occupé à frapper sur l'enclume avec un lourd marteau, une parcelle de celui-ci, de la grosseur d'un haricot, se détacha et vint se loger profondément au pli du coude gauche, sectionnant une artère collatérale de l'humérale. Le blessé avait une grosse hémorrhagie. Pour faire l'extraction du corps étranger et la ligature, je dus faire appel à l'aide d'un confrère. Puis-je établir ma note ainsi :

Extraction de corps étranger profond du pli du coude (anesthésie locale) (art. 28)	37 fr.
Ligature artère (art. 17)	30 »
Certificat descriptif (art. 23)	10 »
Aide d'un confrère (art. 11)	50 »

Notez que je ne suis pas chirurgien de profession, mais que dans l'espèce j'ai fait acte chirurgical. Le confrère qui m'a aidé doit-il être honoré selon le tarif de l'art. 11 ou seulement selon l'art. 5. Mais, d'après cet article 5, il n'est question que de *consultation*, et dans l'article 11, il n'est question que d'*interventions de grande chirurgie*.

Dr L.

Réponse.

Votre note personnelle me paraît normale.

Le confrère a droit à ses 50 fr. comme aide (art. 11). Enfin chirurgien, spécialiste ou non, vous devez être honoré, pour tout acte chirurgical effectué, ainsi qu'il est dit art. 15, 2e alinéa ».

Dr Fernand DECOURT.

Application du Tarif Maginot

Corset plâtré

Dans le *Concours* du 14 janvier 1923, j'avais répondu, entre autres questions, au Dr P... qui m'affirmait que le corset plâtré pour mal de Pott n'était pas noté dans le tarif des Pensionnés, en m'efforçant de lui fournir une « analogie » comme je fais d'habitude, en cas de « lacunes ».

Or, le Dr G..., a l'amabilité de m'écrire pour

me signaler que le *corset plâtré* est noté dans ledit tarif et qu'il est *tarifé* 50 *francs*, ce qui est des plus exact.

Donc acte. Avec tous mes remerciements au Dr G... pour sa rectification si utile. J'avais cru sur parole le Dr P... affirmant cette lacune. D'ordinaire, je contrôle ces affirmations. Je vois que ce n'est pas « d'ordinaire », mais « toujours » qu'il me faut le faire.

Mais aussi pourquoi les confrères ne commencent-ils pas par regarder, eux-mêmes, attentivement le tarif sur le point qui les concerne spécialement ?.....

Dr F. Decourt.

II

Catégories.

Abonné depuis de longues années au *Concours*, je lis attentivement vos conseils. Il me semble bien avoir vu pour le tarif Breton que les catégories de visites et consultations sont appliquées au domicile du blessé et pas à celui du médecin. Mais pour les mutilés ? Nommé secrétaire de la Commission de contrôle, je viens vous demander de m'éclairer sur cette question : Les médecins de grande ville (plus de 5.000 h.), recevant à leur cabinet des mutilés, habitant un bourg voisin de la ville et de moins de 5.000 h. comptent sur leurs mémoires 7 fr. pour une consultation. S'ils font une visite dans ce bourg voisin, ils comptent : indemnité kil. + 8 fr.

En revanche, le médecin de campagne demeurant dans une commune de moins de 5.000 h. qui voit à sa consultation un mutilé habitant une ville de plus de 5. 000 h. ou venant de Paris par exemple, peut-il compter 7 ou 10 fr. suivant le cas ?

Il semble que ces prix soient attachés au domicile du médecin, ils ont été majorés pour certains privilégiés probablement à cause des loyers plus élevés dans les villes de population importante.

Il est vrai que le médecin de campagne n'a pas les avantages de celui de la ville, ni théâtre, ni tramway, ni grands magasins et qu'il est obligé à un déplacement fort onéreux pour aller chercher en ville ce qui lui est nécessaire.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me fixer au plus tôt à ce sujet.

Dr D.

Réponse.

Voir titre III, chap. I, art. 60. Après les 3 catégories de prix, vous pourrez lire : « le tarif applicable est celui qui répond à la population du domicile du bénéficiiaire de la loi du 31 mars 1919 » et non pas au domicile du médecin.

J'ai déjà écrit un long article sur ce sujet, dans le *Concours*, à propos du tarif Breton, où il en est de même, et en donnant maintes explications dont voici la principale :

Puisque nous n'avons pu échapper aux si injustes catégories, celles-ci, du moins, sont ainsi

établies suivant les blessés et non suivant les médecins, — ce qui aurait encore bien plus « amèrement catégorisé ces médecins, puisqu'alors c'est eux-mêmes qu'on aurait semblé reconnaître de « valeurs » différentes... et par suite, de capacités techniques inégales.

Dr F. DECOURT.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse

Entre de multiples cas, que j'ai eu à traiter, je choisis le suivant :

Observation. — Fille de 23 ans, maigre, anémique, rien aux poumons, pas d'antécédents connus, orpheline de père et de mère.

Aménorrhée depuis 3 mois 1/2. Au toucher : utérus dur mais petit, grossesse probable, mais non certaine parce qu'à 3 mois 1/2, le fœtus mesure de 75 à 80 millimètres en longueur ; l'œuf, environ 10 centimètres, dont le poids est de 120 grammes à peu près.

Le placenta est alors formé, isolé ; le chorion a perdu ses villosités.

En même temps, le cordon s'est allongé. Il forme des tours spiralés. La vésicule ombilicale et l'allantoïde n'existent plus.

La différenciation des sexes est univoque, chez les deux sexes, pénis ou clitoris.

Le gland mesuré, approximativement, au millimètre 1/2 et les replis génitaux vers les 4 centimètres.

Le sillon génital ou uréthral est béant. Déjà, le nez est triangulaire et épaté, les lèvres sont épaisses, le menton pointu.

C'est l'âge éminemment propice aux avortements, surtout chez les spécifiques.

En l'espèce, la grossesse était probable, mais non certaine, les vomissements incoercibles, les lipothymies fréquentes. En pareil cas, il faut voir les urines ; s'il existe de l'albumine, supprimer le sel, prescrire le lait pur, *non bouilli.*

Mais auparavant : eau bouillie, pendant, 24, 36, 48 heures et davantage.

Puis, le lait alcalinisé, à raison de 5 gr. de bicarbonate de soude par litre, puis encore, le lait pur, puis enfin, en cas d'amélioration, purées de pommes de terre, haricots, lentilles, nouilles, crèmes, flans.

Pour calmer les vomissements : compresses chaudes ou froides ; voire, glace au creux épigastrique ; interposer une flanelle.

Lait avec une cuillerée à dessert d'eau oxygénée, ou de *lab-ferment* par verre ou tasse.

Si les vomissements persistent : essayer la *potion de Rivière* du Codex.

En cas d'échec, prescrire :

Extrait fluide de Simaba Cedron. .	2 gr.
Chloral, Kbr : ãã	5 gr.

Eau bromoformée, chloroformée
de laur.-cer................. ââ 40 gr.
Sirop de fleurs d'oranger........ 80 gr.
Menthol......................... 0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne........ 0 gr. 20

Une cuillerée à bouche, après chaque vomissement.

Enfin, on tentera :

Extrait de Colombo........... 0 gr. 02
Valérianate de cérium.......... 0 gr. 05
Indine....................... 0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine...... 0,001/2 mill.

pour une pilule : 3 à 6 *pro die.*

ou enfin :

Extrait alcoolique de condurango 0 gr. 05
Poudre de condurango......... 0 gr. 15

pour une pilule, 3 à 6 *pro die.*

Médication savante et complexe dira-t-on ? Non ! Médication possible et réalisable surtout dans les villes où se trouvent des officines sérieuses et des médecins instruits.

Dr Galand (de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de directions de Bureaux d'hygiène.

I

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Saint-Maur-des-Fossés (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 6.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès, leurs demandes, accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise

par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du Conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 19 janvier 1923.)

II

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de Rennes (Ille-et-Vilaine) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 20.000 fr. par an, avec une augmentation de 1.000 fr. tous les deux ans, jusqu'à un maximum de 25.000 fr. Ledit traitement est passible de versements à la caisse municipale des retraites.

Le docteur médecin, directeur du bureau municipal d'hygiène de Rennes, devra s'abstenir de toute clientèle, toute contravention à cet égard pouvant entraîner la révocation.

Rentreront dans ses attributions, en plus de celles obligatoirement conférées au bureau d'hygiène, soit par la loi du 15 février 1902, soit par d'autres dispositions législatives :

1° Service de l'état civil (centralisation de tous les documents relatifs à la constatation médicale des naissances et des décès ; établissement de la statistique démographique de la commune) ;

2° Hygiène infantile (surveillance administrative et médicale des crèches municipales ; surveillance au point de vue médical, des œuvres de l'enfance : gouttes de lait, consultations de nourrissons) ;

3° Hygiène scolaire (inspection médicale des écoles municipales et des écoles maternelles communales ; indication des mesures d'hygiène, à prendre dans les écoles publiques ; contrôle de l'inspection médicale des écoles privées) ;

4° Dispensaire du service de l'assistance médicale gratuite (surveillance de cet établissement au point de vue hygiénique et administratif) ;

5° Surveillance des établissements classés comme incommodes, insalubres et dangereux ;

6° Prophylaxie des maladies vénériennes (visite des femmes soumises au contrôle sanitaire) ;

7° Laboratoire municipal de bactériologie (direction) ;

8° Lutte contre la tuberculose ;

9° Orientation professionnelle (examen médical des enfants en vue de les guider dans le choix d'une profession en rapport avec leurs aptitudes physiques).

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène, 6e bureau, 7, rue Cambacérès Paris), leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé. Les candidats devront avoir au moins trente-cinq ans et ne pas avoir dépassé l'âge de quarante ans.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 24 janvier 1923.)

Vacance d'une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante.

Le ministre nomme les auditeurs sur une liste double de présentation dressée par le conseil. Le règlement intérieur de cette assemblée prescrit que les places d'auditeurs seront réparties entre diverses catégories de savants, de la façon suivante :

1° Médecins ;

2° Bactériologistes ;

3° Chimistes, physiciens et pharmaciens ;

4° Fonctionnaires sanitaires ;

5° Hydrologues ;

6° Ingénieurs et architectes ;

7° Membres du conseil d'Etat.

La vacance actuelle s'est produite parmi les places réservées aux médecins, en raison du passage dans la catégorie des membres de droit de M. le docteur Violle, nommé professeur d'hygiène à l'école de médecine de Marseille ; c'est donc dans cette catégorie que les candidats à présenter au ministre seront choisis par le conseil supérieur.

Les candidats sont invités à produire leur demande, accompagnée de leurs titres, dans un délai de vingt et un jours, à dater de la présente insertion, au ministre de l'hygiène, de l'assistance

et de la prévoyance sociales. Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 5e bureau, 7, rue Cambacérès.

(*J. O.*, 24 janvier 1923.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Admission d'un assisté à un sanatorium public.

16208. — M. Jean JADÉ, député, demande à M. le ministre de l'hygiène quels sont les droits du préfet, au cas où une personne atteinte de tuberculose pulmonaire ou osseuse, inscrite ou admise d'urgence à l'assistance médicale et dont l'affection est déclarée, par certificat médical, relever du sanatorium, se voit refuser l'admission au sanatorium par le maire de sa commune, domicile de secours. (*Question du* 11 *janvier* 1923).

Réponse. — Si le malade a son domicile de secours dans un département qui possède un sanatorium ou qui a traité régulièrement avec un sanatorium, dans les conditions prévues à l'article 5 de la loi du 7 septembre 1919, le maire n'a pas qualité pour s'opposer au placement. Il appartient au préfet de prononcer l'admission, sur la proposition conforme du médecin du sanatorium, préalablement consulté, ainsi qu'il résulte de la loi du 7 septembre 1919, article 3, et du décret du 10 août 1920, article 13. Dans l'hypothèse, où le maire refuserait de contresigner le certificat médical (formalité exigée par l'article 3 de la loi du 15 juillet 1893), le préfet pourrait se substituer à lui, par application de l'article 85 de la loi du 5 avril 1884. Par contre, si le malade a son domicile de secours dans un département ne possédant pas de sanatorium et n'ayant pas encore traité avec un sanatorium, le préfet ne saurait , en l'absence de la délibération du conseil général prévue à l'article 5, paragraphe 2, de la lo i du 7 septembre 1919, imposer le placement. Il convient de remarquer, à ce sujet, que l'article 5 susvisé, modifié par l'article 139 de la loi de finances du 31 décembre 1921, a fixé à dix ans le délai accordé aux départements pour assurer l'hospitalisation de leurs tuberculeux de l'assistance médicale relevant du sanatorium.

(*J. O.*, 20 janvier 1922.)

Frais de traitement à l'hôpital d'un étranger.

16209. — M. Jean JADÉ, député, demande à M. le ministre de l'hygiène, à qui incombent les frais de traitement à l'hôpital d'un étranger (Espagnol) tombé malade sur le territoire d'une commune non pourvue d'un hôpital et que le

maire de cette commune a dû faire hospitaliser d'urgence en raison de la gravité de son état. (*Question du* 11 *janvier* 1923.)

Réponse. — Les étrangers ne pouvant, aux termes de l'article 1er, paragraphe 3, de la loi du 15 juillet 1893, recevoir l'assistance médicale gratuite sur le territoire français que si leur pays d'origine a conclu avec la France un traité d'assistance réciproque, et aucun traité de ce genre n'existant entre l'Espagne et le Gouvernement de la République, l'étranger dont il s'agit ne peut être traité qu'aux frais de la collectivité qui a prescrit la mesure d'assistance, sauf à cette collectivité à demander au gouvernement espagnol le remboursement de ses dépenses.

(*J. O.*, 21 janvier 1923).

Frais d'hospitalisation d'un enfant indigent.

16068. — M. Mauries, député, signale à M. le ministre de l'hygiène le cas d'un orphelin de moins de treize ans, confié à la tutelle d'un grand-père nécessiteux, qui, atteint d'une maladie incurable, aurait besoin d'être admis dans un asile particulier et demande à qui incombent les frais d'entretien de l'enfant dans cet établissement et en vertu de quelles lois. (*Question du* 27 *décembre* 1922).

Réponse. — L'assistance dont il s'agit ne peut être procurée que par application de la loi du 14 juillet 1905, car l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables n'est pas applicable en la circonstance. Mais, d'une part, le texte de cette loi ne permet pas d'imposer l'hospitalisation lorsque les autorités locales se bornent à admettre l'intéressé à l'assistance à domicile ; d'autre part, le bénéfice de cette loi a été longtemps refusé par l'interprétation administrative aux mineurs de seize ans, pour ce motif que l'incapacité de travail implique la possibilité légale de travailler. La jurisprudence de la commission centrale à cet égard s'est modifiée dans ces derniers temps, et des cas particuliers ont pu ainsi être résolus. Toutefois, la solution générale du problème ne sera obtenue que par le vote du projet de loi spécial préparé par le conseil supérieur de l'assistance publique sur l'assistance aux incurables mineurs de seize ans.

(*J. O.*, 23 janvier 1923).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur MATHIEU, de Villefranche (Haute-Garonne), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux au* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 58. — Cause achat conduite intér. confrère désire vendre Torpedo Citroen luxe, 4 pl. avec tous acces. phare et Magondeaux, achetée en juin dernier, état neuf. 12.300 fr. minimum.

N° 59. — Etude Chodorowski, notaire Pont-l'Evêque (Calvados), adj. le 26-2-23 à 14 h. d'un ensemble d'immeubles à Beaumont-en-Auge, situat. élevée, vue sur vallée, proxim. Trouville, peut convenir à install. sanator., maison convalescence.

N° 60. — Centre, clientèle agricole payant très bien, 30 à 35.000 touchés, belle maison, faible indemnité.

N° 61. — Zèbre 6-8 HP, 3 pl. éclair. et démar. élect. état de neuf, roulé 4.000 kil., Dr Borrey, 31, route du Teil, Montélimar (Drôme).

N° 62. — Polyclin. très sérieuse du 18e, offre cabinets modernes toutes spécialités autres que : chirurgie, voies urinaires, respirat. digestives, oto-rhino-gynéco., avec participation aux frais et à la publicité, 1 *bis*, rue Tardieu, lundi, mercr. et vendr. 5 à 7 h.

N° 63. — Gironde, pour raisons famille, poste seul méd. pouvant faire propharm. On céderait auto conduite intér., légère indemnité.

N° 64. — Docteur demande jeune fille sérieuse catholique connaissant lingerie, 25 ans minim. pour s'occuper enfants 2-8 ans dans ville Bretagne bord de la mer.

N° 65. — Céder Paris quartier central client. en plein rapport, suscept. grand développ. Install. et mobil. 1er choix, interm. s'abstenir, longue présentat. à clientèle.

N° 66. — Docteur en médecine expérimenté 45 ans cherche clientèle de médec. génér., Paris rive gauche.

N° 67. — A louer grande propriété ayant déjà servi de pouponnière, libre de suite à 13 kil. de Paris, 120 m. d'altitude parc séculaire, 13 pièces, communs et tout confort moderne. S'adr. chez le propriétaire M. Grünfeld, 8, rue de l'Arcade, Paris.

N° 68. — Suis acheteur collection Crès « Les Maîtres du Livre » coupés mais parfait état, prix d'édition, volumes 1 à 65, ensemble ou séparément. Dr H. Fournier, à Grenoble.

N° 69. — Docteur électro-radiol. est demandé en association par confrère médecine générale pour traitem. spéciaux dans grande ville méditerranée.

N° 70. — Nord, à céder, pour cause spécialisation bon poste de petite ville, rapport 41.000 fr. en augment. Indemn. 12.000 dont 8.000 comptant. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 71. — Normandie, poste ancien, possible faire pharm. Fixes, bon rayon, petit loyer, produit facile à augmenter. S'ad. Breitel et Goret, 1, r. Dante, Paris, 5e.

N° 72. — Le Dr Ruyssen, Haubourdin (Nord), recommande à ses confrères ses volailles de race pure, hautement primés partout, poulettes en ponte, œufs à couver, reproducteurs. Prix confratern. renseign. contre timbre.

Les migraines, algies grippales et post-grippales si tenaces et si récidivantes sont immédiatement soulagées par des doses moyennes de **Pyréthane** (30 à 60 gouttes). L'action doit être prolongée de façon dégressive pendant 4 ou 5 jours après disparition des phénomènes douloureux.

Dans les formes fébriles, il y a abaissement de température de 1° à 2°.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement raisonné de la gale

Par le docteur Ed. Crouzel,
Le Buisson, Dordogne.

Jusqu'ici, on a traité la gale empiriquement. La pratique semble avoir démontré une sorte de *spécificité* du soufre contre le sarcopte de la gale. Je veux rester sur cette donnée qui semble être fondée. Accessoirement, j'ai pensé qu'il est utile d'employer, concurremment au soufre métalloïdique, deux formes diverses de ce corps simple (polysulfure alcalino-terreux et alcalino-potassique) et, accessoirement, le *formol* en solution aqueuse à 5 % et l'*essence de mirbane* qui paraît spécialement toxique pour le sarcopte et qui enlève à la pommade son odeur désagréablement tenace.

Donc, je fais faire, d'abord, une lotion générale, le soir en se couchant, avec une solution de polysulfure alcalin et alcalino-terreux, obtenue en faisant bouillir, jusqu'à combinaison complète, du soufre avec les éléments basiques contenus dans 1 kilogr. de cendres vives de bois, c'est-à-dire non lessivées et 1 kilogr. de soufre sublimé, dans 10 litres d'eau, de façon à obtenir par substitution d'eau à celle évaporée, 10 litres de liquide, de couleur rouge-jaunâtre, après filtration de la solution refroidie. Cette solution doit être employée à 5/10.

Le 1er jour, lotion générale, le soir en se couchant, avec cette solution qui agit spécifiquement par ses sulfures et par saponification du corps gras sécrété par la peau. Ce premier temps tend à dégager le sarcopte de l'enveloppe graisseuse *acide* dans laquelle il peut vivre et se reproduire, et à lui rendre la *vie dure* par le changement d'*acidité* du milieu en *alcalinité*.

Le deuxième jour, lavage du corps, le soir en se couchant, avec la solution suivante :

Formol	10 gr.
Bisulfite de potasse........	30 gr.
Eau	1 litre

Cette solution *insecticide* agit par le *formol* dont on connaît l'action desctructive sur tous les organismes, en général, et les microbes en particulier, et l'acide *sulfureux* (SO^2H^2) qui se produit à l'état naissant et qui est d'autant plus *actif*.

Le 3e jour, friction avec la pommade suivante :

Soufre sublimé............	10 gr.
Huile de pétrole............	20 gr.
Essence de mirbane........	2 gr.
Axonge benzoïnée	68 gr.
	100 gr.

Cette pommade a pour but d'agir *spécifiquement* sur le sarcopte qui a résisté, peut-être, à l'action *combinée* et *successive* des agents précédemment employés, d'abord par l'*huile de pétrole* et ensuite par l'*axonge* comme agents asphyxiants, et aussi par l'*essence de mirbane* spécialement toxique pour les sarcoptes.

Au total et en résumé, les solutions de *polysulfure*, de *bisulfite de potasse* et de *formol* sont destinées à tuer les sarcoptes. Ceux qui ont échappé à la destruction sont *sidérés* ; leur vitalité ainsi fortement amoindrie ne résiste pas au dernier coup, l'*asphyxie* que leur porte la pommade *pétrolo-soufrée* et *mirbanée*, agissant, pour ainsi dire, *spécifiquement*.

Si le sarcopte de la gale, ce *simili-termite* ! — véritable tyran de la démangeaison, résiste à l'action combinée et successive d'agents thérapeutiques aussi énergiques que variés, traqué dans ses abris sous-épidermiques, c'est que, réellement, il a la vie terriblement dure. Dans le cas contraire, on peut, comme dans la scène des Horace et des Curiace, répéter : Que vouliez-vous qu'il fît contre tout ?..... qu'il mourût !

Si je me suis décidé à publier ce travail, c'est que, de tous les traitements préconisés contre la gale et que j'ai essayés, aucun ne m'a donné complète satisfaction.

CORRESPONDANCE

Médecine de gendarmes

L'article « Variations sur le contrôle médical » paru dans le *Concours* du 28 janvier dernier et signé « Un vieux » me rappelle que j'ai dans mes cartons un rapport de gendarmerie que j'ai eu sous les yeux, alors que j'appartenais encore à l'armée, il y a quelques années ; en voici la teneur ci-contre.

Dr D. (Paris).

Rapport de Gendarmerie.

Nous, soussignés, gendarmes à pied à la résidence de St-M., revêtus de notre uniforme et conformément aux ordres de nos chefs, certifions avoir constaté que R., avait la cheville du pied gauche légèrement rouge, mais ne portait

aucune trace d'écorchure, ni de fracture, de plus il paraissait légèrement pris de boisson.

Rédigé le présent en DEUX expéditions destinées, *la* 1re au commissaire de police, *la* 2e à X. et la 3e (?) à nos chefs.

Fait et clos à St.-M....

Un ancien.

Pension pour dames seules.

Vieil abonné du *Concours* je serais heureux si, par la voie de ce si intéressant journal, quelque aimable confrère pouvait me fournir quelques adresses (en dehors du département de la Seine) de pensions pour dames seules, installées avec tout le confort moderne, avec personnel bien stylé et complaisant, et où en cas de maladie on pourrait rester avec l'assurance de ne manquer de rien.

Espérant que quelque lecteur pourra me donner ces renseignements, je l'en remercie bien sincèrement.

Dr F. L. G.

Accident de battage.

Abonné au *Concours médical* depuis longtemps déjà, membre du « Sou médical »; je sollicite votre avis sur la cas suivant, qui intéressera, je crois, bien des confrères.

Un de mes clients, cultivateur, prend une batteuse mécanique, mue par un générateur à vapeur, pour battre sa récolte.

L'entrepreneur de battage est assuré à la Compagnie La P.

Le cultivateur est assuré à la Z., police agricole.

Le fils du cultivateur travaille sur la batteuse. Il reçoit, sur le tablier, les gerbes, coupe la ficelle-lien, pour étendre ensuite la gerbe et la présenter à l'engrenage. En coupant un lien, il se coupe avec son couteau : section des tendons fléchisseurs du pouce gauche. Je suis appelé aussitôt, lui donne les premiers soins, établis deux certificats, l'un pour la Compagnie, l'autre pour la mairie. Ces deux certificats sont remis à l'agent d'assurances et à la mairie par l'entrepreneur de battage, donc à la P.

Après un certain temps, La Compagnie la P., décline toute responsabilité, prétextant qu'il s'agissait d'un accident agricole, le blessé s'étant coupé lui-même et n'ayant pas été blessé par un organe de la batteuse. Le père du blessé voit son agent d'assurances et lui fait part de la chose. Il lui demande de prendre pour sa Compagnie d'assurance la responsabilité de cet accident. Cet agent transmet la déclaration à la Compagnie Z... La direction de cette Cie répond que la responsabilité de l'assurance appartient à la Compagnie de l'entrepreneur de battage, qu'il s'agit là bien d'un accident du travail provoqué par la trépidation de la batteuse,

celle-ci ayant déterminé le faux mouvement qui a déterminé la plaie par le couteau du blessé.

Quel est votre avis ? — A quelle compagnie selon vous incombe la responsabilité de l'accident ? Ce fait intéresse mon client, mais il m'intéresse aussi.

Dr B.

Réponse.

Si l'accident a été causé, comme il est probable, par la trépidation de la batteuse, il doit être à la charge de l'entrepreneur de battage et le blessé a droit aux indemnités prévues par la loi, y compris les frais médicaux, bien qu'il soit le fils du cultivateur qui faisait battre sa récolte.

Il n'est pas nécessaire, en effet, pour que la loi du 30 juin 1899 soit applicable, que l'accident ait été causé directement par un organe de la batteuse. Il suffit, aux termes de la loi, que l'accident ait été occasionné par l'emploi d'une machine agricole mue par un moteur inanimé et que la victime ait été occupée à la conduite ou au service du moteur ou de la machine.

Il a été jugé notamment que tombe sous l'application de la loi l'accident survenu à un ouvrier travaillant à genoux sur la plate-forme de la batteuse et occasionné par la trépidation du moteur (Cassation, Chambre civile, 7 août 1906, *Recueil du ministère de travail*, VIII, 192). Il s'agissait, comme dans votre espèce, d'un ouvrier dont le couteau, par suite de la trépidation du moteur, avait brusquement dévié ; l'artère fémorale avait été coupée, entraînant la mort.

Des décisions judiciaires admettent que l'ouvrier occupé sur la plate-forme de la batteuse à la section des liens et à la préparation des gerbes se trouve dans le rayon d'action de la machine (Trib. de Soissons, 28 novembre 1900, *Recueil du ministère du travail*, 1.457.— Cassation, Requêtes, 16 décembre 1908, même recueil, XI, 79. — Cour de Riom, 13 août 1909. Même recueil. XII, 128).

Par suite, nous sommes d'avis que vous pouvez, ainsi que le blessé, citer l'entrepreneur de battage en paiement des honoraires et de l'indemnité temporaire, devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Ablation d'un doigt chez un blessé du travail

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me conseiller dans le cas suivant d'accident du travail :

Je soigne un ouvrier de scierie mécanique, blessé par une raboteuse qui lui a labouré profondément toute l'éminence hypothénar de la main gauche, pénétrant jusqu'au squelette, déchiquetant muscles, tendons, vaisseaux et nerfs, au point que je n'ai pu faire aucune suture tendineuse, que j'ai dû me

borner à éplucher soigneusement, désinfecter et suturer la plaie.

La cicatrisation est en bonne voie et rapide, mais, dès le premier jour, j'ai prévenu le blessé que son petit doigt resterait désormais en extension et en abduction, tout mouvement de flexion ou d'adduction lui étant impossible. Je l'ai également prévenu que cette infirmité permanente pourrait lui occasionner dans son travail une gêne suffisante pour l'obliger à demander l'amputation de ce petit doigt.

Le blessé a naturellement causé de sa situation avec ses camarades, qui lui ont, par expérience et en lui citant des cas individuels, confirmé mes réserves. D'un tempérament très énergique, mon malade revient me trouver en me disant qu'il aime mieux en finir de suite, plutôt que de voir prolonger son chômage, et me demande de lui amputer dès maintenant son petit doigt.

En vain je lui ai représenté qu'il n'y avait pas urgence, et qu'il serait toujours temps de procéder à cette opération, si la pratique lui en démontrait la nécessité. Il tient à son idée, ne veut rien écouter, et n'admet que l'intervention immédiate.

Que dois-je faire ? Ai-je le droit de faire cette amputation, sans avoir la démonstration de la nécessité, après la reprise du travail, moralement d'abord et au point de vue de l'assurance ensuite ? N'y a-t-il pas de ce côté des précautions à prendre ?

Enfin quels seront les taux d'incapacité admis et l'indemnité allouée : 1° dans le cas où le malade gardera son auriculaire en extension ; 2° dans le cas où cet auriculaire aura été amputé ?

Dr P.

Réponse.

L'article 9 du tarif Breton prévoit qu'aucune opération mutilante ne peut être décidée, sauf le cas d'urgence, qu'après avis, par lettre recommandée, du médecin traitant au médecin du patron ou de l'assureur.

En cas de divergence, on doit recourir à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord entre le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de l'assureur.

Il y a lieu, dans l'espèce que vous nous signalez, puisque le blessé préfère se faire opérer, de recourir à cette procédure.

Pour l'incapacité permanente, nous lisons, dans le « Guide-barême des pensions militaires », qui est souvent pris comme base en matière d'accidents du travail :

Ankylose de l'auriculaire gauche, 9 pour cent.
Ablation du même doigt, 8 pour cent.

Accident survenu dans l'escalier de l'atelier

Comme membre du « Sou médical » et du *Concours*, voudriez-vous avoir l'obligeance de me renseigner.

Une blessée (fracture du poignet) vient avec un mot du patron disant que la blessée est tombée dans son escalier et le nom de l'assurance.

A la consolidation, l'assurance refuse de payer la blessée, sous prétexte qu'elle est tombée dans l'escalier (mal éclairé) du patron après 6 heures, heure de la fermeture de l'atelier.

En somme l'assurance ne reconnaît pas l'accident. Est-ce légal, puisque c'est dans le domicile du patron?

Car si l'assurance a raison je ne serai pas payé.

Car je ne pense pas avoir recours contre le patron qui a dit simplement que la blessée travaille chez lui et est tombée dans l'escalier.

L'ouvrière est insolvable.

Puis-je attaquer le patron ? L'assurance ?

L'ouvrière peut-elle attaquer avec chance son patron ?

Dr P.

Réponse.

En règle générale, n'est pas considéré comme accident du travail l'accident survenu en dehors du lieu du travail, par exemple dans le trajet entre ce lieu et le domicile de l'ouvrier.

Mais, dans le cas d'un accident survenu à une ouvrière par chute dans l'escalier qui conduit à l'atelier, après la sortie du travail, il semble, bien que nous ne connaissions aucune décision judiciaire qui s'applique à une espèce absolument semblable, qu'il y a bien eu accident du travail.

L'escalier, en effet, que l'ouvrière dont il s'agit ne pouvait éviter d'utiliser pour sa sortie, doit bien être considéré comme une dépendance de l'atelier lui-même. Le patron d'ailleurs, s'il n'en est pas le propriétaire ou le locataire, n'a pas moins droit à l'usage de cet escalier pour lui et ses ouvriers.

Il s'ensuit que l'accident survenu dans cet escalier à l'ouvrière qui venait de quitter son travail est bien survenu à l'occasion du travail. Il résulte, en effet, d'un arrêt de la Chambre des requêtes de la Cour de Cassation, du 10 janvier 1922, cité par la *Revue générale des accidents du travail*, de mars 1922, que le chef d'entreprise est tenu d'assurer la sécurité de ses ouvriers, non seulement pendant le travail, mais encore pendant le parcours qu'ils effectuent sur ses chantiers pour se rendre au travail ou pour le quitter. Doit, en conséquence, être considéré comme victime d'un accident du travail, l'ouvrier qui a été blessé, sur le terrain des chantiers, dans un chemin de traverse qui n'était pas le chemin tracé, mais dont l'usage était en fait toléré par le patron.

Par analogie avec cette espèce, nous concluons que, *à fortiori*, doit être considérée comme victime d'un accident du travail, l'ouvrière qui a été blessée en descendant un escalier, dépen-

dance de l'atelier où elle travaillait et qu'elle devait obligatoirement emprunter pour en sortir.

Vous pouvez donc, à notre avis, suivant la marche ordinaire en cette matière, citer devant le juge de paix du lieu de l'accident, non pas la Compagnie d'assurance, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit, mais le patron lui-même.

Quant à l'ouvrière elle-même, elle peut également citer son patron devant le même juge de paix en payement de ses demi-salaires.

Mutilé de guerre blessé du travail

Abonné au *Concours médical* et membre du « Sou médical », je viens encore mettre votre inépuisable obligeance à contribution.

J'ai soigné du 2 janvier 1922 au 11 janvier 1923 un mutilé de guerre victime d'un accident du travail.

Ce blessé avait été atteint d'une fracture de jambe pendant la guerre et présentait un cal très volumineux. Il touchait de ce fait une pension.

Le 2 janvier il reçut un coup au niveau de ce cal et après 5 mois de traitement, la plaie au lieu de se cicatriser, laissa apparaître un séquestre.

A cette date, après examen du blessé avec un chirurgien et le médecin désigné par la Compagnie à laquelle le patron était régulièrement assuré, une intervention fut décidée. Le blessé est envoyé dans une clinique. Là on procède à l'évidement du tibia et à l'extraction du séquestre. Le blessé est guéri le 11 janvier 1923.

J'ai adressé ma note à la Compagnie ainsi que celle du chirurgien. La Compagnie refuse de payer, ne se jugeant pas responsable de l'accident.

Je vous serais très obligé de me dire quelle marche j'ai à suivre dans cette affaire ? Qui faut-il attaquer et qui est responsable ? Le patron, la compagnie, l'Etat ou le blessé ? Ai-je intérêt à faire un procès ? Quelle en sera l'issue ?

Si vous estimez que cette question puisse offrir un intérêt général, vous pouvez publier votre réponse dans le *Concours*.

Dr D.

Réponse.

La situation spéciale créée par le fait qu'un accident du travail peut atteindre un mutilé de guerre est prévue par une loi du 25 novembre 1916.

Aux termes de cette loi, l'ordonnance du président ou le jugement du tribunal qui fixe le montant des rentes pouvant résulter de la mort du mutilé victime d'un accident du travail ou de la réduction permanente de sa capacité de travail, doit indiquer expressément : 1° si l'accident a eu pour cause exclusive l'infirmité de

guerre préexistante ; 2° si la réduction permanente de capacité résultant de l'accident a été aggravée par le fait de ladite infirmité et dans quelle proportion.

Dans le premier cas, le chef d'entreprise doit être exonéré de la totalité des rentes allouées et dans le second cas, de la quotité desdites rentes correspondant à l'aggravation ainsi déterminée. Le capital représentatif des rentes auxquelles s'applique cette exonération est versé à la Caisse nationale des retraites, sur les ressources d'un fonds spécial de prévoyance dit « des blessés de la guerre », alimenté par une contribution des employeurs et des assureurs.

Mais la loi ne prévoit nullement une exception à la législation spéciale sur les accidents du travail en ce qui concerne les indemnités journalières, ni les frais médicaux et pharmaceutiques. Elle ne concerne que les rentes.

Par suite, dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, puisque le blessé a été guéri sans incapacité permanente, la loi du 25 novembre 1916 ne joue pas. Elle ne jouerait d'ailleurs, même s'il y avait eu incapacité permanente, que pour la rente et non pour les autres indemnités.

L'accident du travail ne paraissant pas contesté, vous êtes donc absolument en droit de demander au chef d'entreprise le payement intégral de vos honoraires, et il en est de même du chirurgien qui a pratiqué l'opération.

C'est, comme toujours, non pas la compagnie d'assurances, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit, mais le chef d'entreprise, que vous devrez citer devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Si, par impossible, vous étiez débouté de votre demande, vous pourriez interjeter appel du jugement, dans la quinzaine de la décision, si vos honoraires sont supérieurs à 300 francs.

Dans le cas contraire, l'affaire pourrait être susceptible de pourvoi en cassation.

Dans l'un comme dans l'autre cas, vous n'auriez qu'à saisir sans retard le « Sou médical », et l'appui pécuniaire pourrait, par décision de son Conseil, vous être accordé en appel ou en Cassation.

Rétroactivité de pension militaire.

Abonné au *Concours médical*, je vous prie de me donner les renseignements suivants :

1° Mis hors cadre en avril 1917, étant alors médecin aide-major de 1re classe, en service actif, j'ai passé une 2e visite en juillet 1918, maintenu. J'ai passé devant la Commission de réforme en mars 1922,

Voir la suite page XLIII-493

PROPOS DU JOUR

Le Centenaire de la mort de Jenner

Le 16 janvier 1823, mourait en Angleterre, à Berkeley, petite ville du comté de Gloucester, Edward Jenner, l'inventeur de la vaccination antivariolique. Quelques semaines auparavant était né Pasteur. Il semble que le Bon Génie qui préside aux destinées de l'humanité et veille à la conservation de la santé des mortels, ait voulu assurer l'avenir et le développement de la prophylaxie en faisant naître le savant créateur des méthodes du défense contre les fléaux infectieux avant de permettre au grand initiateur de s'endormir dans l'Eternel Repos.

L'Académie de médecine de Paris, avec un sentiment de tact et de justice auquel nous nous plaisons à rendre hommage, a compris tout ce qu'il y avait de grand et de noble à rapprocher la mémoire de ces deux bienfaiteurs de l'humanité, et à célébrer le centenaire de la mort de Jenner après avoir fêté celui de la naissance de Pasteur.

***

La légende fait de Jenner une sorte de héros d'un conte des *Mille et une Nuits* qui, par le fait d'un heureux hasard, ou inspiré par une bonne fée, eut la chance de découvrir le moyen de préserver de l'horrible et terrible variole en trouvant la vaccination sans la chercher.

Rien n'est plus faux que cette légende. La découverte de la vaccination ne fut pas le fait d'un heureux hasard, ni d'une mystérieuse intuition, elle fut le résultat de longues observations, de profondes méditations et de savantes expérimentations. Le Dr Georges Daremberg, en considérant Jenner et Claude Bernard, comme les deux fondateurs de la médecine expérimentale, dans son beau livre *les Grands médecins du XIXe* siècle, avait compris toute l'importance des travaux du grand praticien anglais.

Jenner fut, en effet, un grand savant, un homme de haute culture qui ne dédaignait ni les lettres ni les arts, et qui avait la réputation d'aimer les belles poésies et d'apprécier la bonne musique.

Elève et ami de son compatriote, John Hunter, le célèbre chirurgien qui était en outre un grand naturaliste, Edward Jenner s'instruisit sous sa direction à l'hôpital Saint-Georges. Il publia de savants travaux sur les animaux hibernants, les mœurs des oiseaux, l'appareil électrique du poisson dénommé torpille.

En 1773, à 24 ans, il vint exercer à Berkeley, son pays natal, la chirurgie et la pharmacie. Plus tard, ayant conquis le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Saint-André, il s'installa, comme médecin praticien à Cheltenham, ville voisine de Berkeley, mais plus importante.

On prétend qu'étant écolier, le jeune Jenner, frappé des terribles ravages que faisait alors la variole dans le pays, avait entendu et retenu les propos d'une jeune fille qui assurait qu'elle ne contracterait jamais cette maladie parce qu'elle avait eu déjà la variole de la vache. Quoi qu'il en soit, Jenner pendant vingt ans étudia la variole de la vache, le cow-pox, dans les campagnes du comté de Gloucester. Il fit de minutieuses observations et de longues enquêtes sur les vachers qui avaient été eux-mêmes atteints de cow-pox. Après avoir recueilli un nombre considérable de faits, s'étendant sur une période de trente années, il fut convaincu que le cow-pox préservait de la variole les hommes qui le contractaient.

Le 14 *mai* 1796, fort de cette longue expérience, Jenner pratiqua la première vaccination antivariolique, en prélevant du virus dans les pustules de la main d'une jeune vachère, Sara Nelmes, virus qu'il inocula par deux petites incisions au bras d'un gros garçon de 8 ans, James Phipps. L'inoculation réussit et deux mois plus tard Jenner démontrait que James Phipps était immunisé contre la variole en essayant en vain de lui inoculer cette dernière maladie. La vaccination était découverte. Jenner quitta Cheltenham, vint à Londres pour continuer plus aisément ses travaux et publia en 1798 le premier ouvrage sur la prophylaxie de la variole intitulé : *An Inquiry in to the Causes and Effcts of the Variolae Vaccinae* (Londres, 1798, in-4°).

La découverte de Jenner eut un retentissement extraordinaire dans le monde entier. Pour

bien en juger l'importance, il faut se rendre compte des ravages que faisait la variole au XVIIIe siècle. On estimait qu'elle tuait chaque année le 1/6 de la population entière. Daniel Bernouilli écrivait en 1760 à l'Académie des Sciences que 600.000 personnes en mouraient tous les ans. Lettson, se basant sur des statistiques, chiffrait à plus de 210.000 le total des pertes que la variole causait en Europe.

La terreur qu'inspirait cette hideuse maladie qui, lorsqu'elle ne tuait pas, défigurait ou aveuglait ses victimes, était telle que l'on n'hésitait pas à l'inoculer aux jeunes enfants dans l'espoir de leur donner une maladie bénigne qui les préserverait plus tard.

Lady Montagu en 1721, avait rapporté cette pratique de Constantinople où l'on inoculait les fillettes de Circassie qui devaient peupler les sérails du Sultan et des pachas, pour sauvegarder leur beauté. Elle avait fait inoculer sa propre fille, et la princesse de Galles, après avoir ordonné des expériences sur des condamnés à mort, puis sur cinq enfants pauvres, avait aussi fait inoculer ses enfants. L'inoculation de la variole se fit alors dans toute l'Europe et en Amérique. Elle rencontra quelque résistance en France de la part de la Faculté de Paris qui finit par la tolérer en 1864.

L'inoculation de la variole était singulièrement dangereuse, celle du vaccin inoffensive. Aussi cette dernière se répandit avec une rapidité inouïe en Angleterre et dans ses colonies. Des sociétés se fondèrent pour la vulgariser. En 1802, l'on pratiqua 128.732 vaccinations dans l'île de Ceylan. En Suède, en Prusse, dans toute l'Europe, la découverte de Jenner devint populaire.

Elle rencontra quelques résistances en France, malgré la propagande à laquelle se livrèrent Valentin, médecin de Nancy, La Rochefoucault-Liancourt qui avait étudié la vaccination en Angleterre où il avait émigré durant la Terreur et Lucien Bonaparte, ministre de l'Intérieur. Cela n'empêcha pas Frochot, préfet de la Seine, d'inaugurer en 1801 un service de vaccination dans un hôpital parisien et Napoléon, en 1805, de rendre obligatoire la vaccination pour les soldats de ses armées.

Le beau-frère de Napoléon, Bacciochi, prince de Piombino et Lucca, rendit par décret du 25 décembre 1806, la vaccination obligatoire dans sa principauté.

Jenner fut comblé d'honneurs qu'il ne recherchait pas.

En 1802, le chambre des Communes lui vota une pension de 10.000 livres sterling comme récompense nationale, pension qui fut portée à 20.000 livres sterling en 1807. La Cité de Londres lui remit un diplôme de citoyen, enfermé dans un coffret incrusté de diamants. La ville de Cheltenham le nomma son maire. Bien que la France fut en guerre avec l'Angleterre, Napoléon fit, en 1804, le beau geste de faire parvenir à Jenner une grande médaille, frappée en son honneur, et de lui accorder la liberté de trois anglais, prisonniers de guerre.

En 1857, Londres devait élever à Trafalgar Square une statue à l'Inventeur de la vaccine.

Les honneurs ne détournèrent pas Jenner de ses travaux ; il s'acharna à perfectionner la préparation du vaccin jusqu'à l'âge de 73 ans où il mourut.

Comme tous les grands hommes, comme notre Pasteur, Jenner rencontra des détracteurs. Les uns accusèrent la vaccination de tous les méfaits. D'autres, fermant les yeux à l'éblouissante lumière de la vérité, osèrent nier son action immunisante. Il se fonda des Ligues contre la vaccination. Quelques-uns furent jusqu'à contester à Jenner le mérite de sa découverte. Certes, Jenner n'a découvert, ni le cow-pox, ni le horse-pox, observés en Angleterre, dans le midi de la France, en Autriche et en Lombardie.

Il n'est pas douteux que le peuple avait remarqué l'immunisation que la variole de la vache assurait contre la variole humaine. Un pasteur de Montpellier, Rabaut-Pomier en 1781, aurait conseillé d'expérimenter en France cette immunisation, et ce conseil, recueilli en 1784, de la bouche de Rabaut, par un notable de Bristol, James Ireland, et transmis à un médecin anglais, Pugh, aurait mis Jenner sur la voie de ses recherches.

Toutes les anecdotes qu'on peut conter à ce sujet (même si elles sont exactes) n'enlèvent rien au mérite de Jenner.

L'inventeur d'une méthode n'est pas celui qui constate par hasard un fait mais celui qui sait en tirer toutes ses conséquences, l'étudier et l'utiliser. Il est tout aussi ridicule de contester à Jenner la découverte de la vaccination que d'attribuer à Dédale et à Icare celle de l'aviation. Les érudits ont fait remonter au déluge l'origine de la vaccination, on l'a découverte dans une phrase du *Sancteya Grantham*, livre sacré sanscrit, attribué à Hauvantori. Constatons qu'elle avait été singulièrement oubliée et que Jenner a eu quelque mérite à l'exhumer à son tour.

***

L'Académie de médecine a eu l'heureuse idée de faire à l'occasion du centenaire de Jenner, une exposition historique de la vaccination. L'iconographie et la numismatique de Jenner et de la vaccination sont d'une grande richesse. Toute une bibliothèque de travaux sérieux, de libelles et de pamphlets peut être aussi réunie.

Certains de ces pamphlets donnent une idée exacte de l'importance qui fut, dès le début, attribuée à la vaccination. Nous en avons un curieux exemple sous les yeux intitulé : *Le Bouquet Normand* du trois mai 1822, en hommage à Sa Magesté Louis XVIII, Louis-le-Désiré, roi de France et de Navarre, etc., des preuves que la solution du problème de la *Petite vérole* et de la vaccination appartient à la gloire française, par Marie-Charles Salles, docteur en philosophie, docteur en médecine, exerçant à Valognes (Manche).

L'auteur, qui ne cite même pas le nom de Jenner, expose, en un style amphigourique, une théorie plus que nébuleuse sur l'action de la variole et de la vaccine. Il pousse l'outrecuidance, ce qui fait douter de l'intégrité de ses facultés mentales, jusqu'à citer avec indignation une critique de la *Gazette de la santé* du 5 avril 1822.

« Puisque nous en sommes aux opinions singulières, écrit le critique, je vais dire un mot de la nouvelle doctrine de la variole et de la vacicne de M. Salles. Figurez-vous 70 pages in-12, précédées d'une introduction et d'une dédicace aux Magnanimes souverains de la Sainte-Alliance ; le tout rempli des mots, incubation, variole, vaccine, principe vaccin, et vous saurez tout ce qu'il y a dans cette brochure ; j'ai beau chercher quelque-unes de ces idées neuves que M. Salles nous annonce dès son début, je n'y trouve autre chose que cette vérité triviale, répétée de mille manières, que l'incubation du principe variolique détruit l'aptitude à contracter le vaccin, et que l'incubation du principe vaccin détruit l'aptitude à contracter la petite vérole. Etait-il nécessaire pour cela de faire un livre ? Etait-il exact de le donner comme rempli d'idées neuves ? Etait-il indispensable de le dédier aux souverains de la Sainte-Alliance ? »

L'opinion du critique de la *Gazette de la santé* est l'expression du plus simple bon sens sur les insanités publiées par l'auteur de la brochure. Cela n'empêche que les pouvoirs d'alors ajoutaient une telle importance à la propagation de la vaccine que M. Salles reçut de nombreuses et élogieuses réponses. Il reproduit celle du Duc de Douras, au nom du Roi Louis XVIII ; celle du baron de Giresse La Beyrie, au nom du Duc d'Angoulême, celle du ministre-secrétaire d'Etat des Finances, J. H. Devillèle, celle du Cardinal Consalvi au nom du Pape ; celle du bourgmestre de Zurich, Reinhard, et du chancelier, Mousson, au nom du Gouvernement helvétique.

Au milieu d'un fatras de théories incompréhensibles, on trouve cependant des phrases dignes d'être retenues dans le Bouquet Normand du médecin de Valognes.

« Si, comme loyal Français, écrit-il, je ne reconnais que l'autorité de mon roi, je ne m'en crois pas moins, comme chrétien, comme philosophe et comme médecin, le tributaire *obligé* de tous les souverains et gouvernements du monde pour tout ce qui peut servir la santé de l'homme.

Je n'ai donc rien fait de trop en dédiant mon Opuscule, tout faible qu'il soit, aux Souverains que leur amour de l'humanité a réunis sous la bannière d'une religion qui ne voit qu'une seule famille de frères dans l'Universalité des hommes. Dieu bénira mon entreprise ! et bientôt, je l'espère, *tous* les peuples de la terre n'auront plus de souvenir de la petite vérole, que la vaccination *régulière* destinée à les préserver, *de génération en génération*, de cette *parasite* et pestilentielle reproduction, à si juste titre la terreur et l'effroi du genre humain tout entier ! »

Cette prophétie singulière est datée de 1822 et a paru la veille de la mort de Jenner. Le Dr Salles, de Valognes, peut dormir en paix, la variole est vaincue, et sous les auspices de la Société des Nations (à défaut de la Sainte-Alliance) tous les gouvernements du monde s'occupent à lutter contre les maladies pestilantielles. Aussi les Nations qui ont célébré le centenaire de la naissance de Pasteur peuvent aujourd'hui glorifier son précurseur, Jenner.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE STRABISME

Que doit faire le médecin non spécialisé en présence d'un enfant qui louche?

Par le Dr Ch. Sauvineau.

Le courant actuel des idées, et, si j'ose dire, la mode, sont, à l'heure actuelle, tellement inclinés dans le sens des études de laboratoire, qu'il paraîtra sans doute bien vieux jeu de nous occuper aujourd'hui d'une question clinique aussi ancienne, aussi rebattue, semble-t-il, que le strasbisme.

Elle ne cesse de se poser, en effet, depuis qu'il y a des hommes, et qui louchent ; et, s'il semble que nous avons résolu le problème avec les traitements optique et chirurgical, ce n'est, en vérité, que trompeuse apparence. Nous ne guérissons le strabisme, jusqu'ici, guère mieux que nos lointains devanciers.

Et pourtant, on peut le guérir. On peut, et le plus souvent sans opération, faire disparaître la déviation oculaire, si inesthésique. C'est, d'ailleurs, tout ce que demandent les malades. Mais nous pouvons et devons faire plus et mieux. En effet, en place de la vision défectueuse du sujet strabique, on peut lui restituer une vision binoculaire correcte, qui offre, en plus de ses qualités intrinsèques, l'avantage précieux de ne permettre aucune récidive.

Voyons donc ce que, en présence d'un strabisme, peut faire, à l'heure actuelle, le médecin non spéciallisé. Se désintéresser du malade, me dira-t-on et l'adresser à un oculiste. C'est évidemment une solution très usuelle. Mais, en dehors des grands centres, elle peut être impraticable. Que faire alors ?

Très souvent, il faut bien le dire, le médecin n'est pas encouragé à soigner des malades de ce genre. Il a pu constater que tel malade loucheur, qu'il a envoyé de nombreuses années auparavant à l'oculiste, louche toujours sous les verres qu'on lui a prescrits, ou tout au moins, dans les cas les plus heureux, s'il ne louche plus guère sous les lunettes, il se remet à loucher affreusement dès qu'il les enlève. De là, à conclure que la guérison médicale du strasbisme est chose impossible, il n'y a qu'un pas.

De nombreux confrères en arrivent à penser qu'il est utile de s'occuper d'un enfant qui louche, parce que, croient-ils, l'opération seule le débarrassera de cette infirmité, et ils attendent (au grand dam de l'enfant, nous allons le voir) que celui-ci soit assez grand pour être envoyé à l'oculiste.

D'autres enfin, pensant que la syphilis héréditaire pourrait bien être en cause (y a-t-il, aujourd'hui, une seule affection nerveuse de l'enfance qui ne soit considérée comme étant de nature hérédo-syphilitique ?) abreuvent le strabique de mercure, et naturellement sans résultat.

C'est que, à l'heure actuelle, nous vivons encore sous l'empire des théories qui avaient cours il y a une trentaine d'années, et qui veulent qu'un strabisme interne soit toujours en rapport avec l'hypermétropie (d'où le port de verres convexes), en ajoutant, sans doute pour la symétrie, que le strabisme externe est l'apanage des myopes.

Mais ces théories sont radicalement fausses, et par suite, le port des verres convexes se montre incapable de guérir le strabisme convergent, qui est de beaucoup la forme la plus fréquemment constatée chez les enfants.

Déjà, il y a vingt-cinq ou trente ans, de bons esprits avaient bien vu qu'il y avait dans le strabisme autre chose qu'une question de réfraction. Ainsi Parinaud, qui faisait du strabisme un trouble de l'innervation de convergence. Ainsi Javal, et plus récemment Rémy, qui, moins théoriciens, mais plus pratiques, ont cherché à guérir le strabisme l'un avec le stéréoscope, l'autre avec le diploscope, c'est-à-dire en rétablissant la fonction visuelle pervertie chez ces malades.

C'est, qu'en effet, le strabisme est avant tout un trouble cérébral, dont la déviation oculaire n'est que la conséquence.

Sans entrer ici dans la discution des théories du strabisme, il importe que tout médecin ait idée de ce qu'est un cerveau de strabique, car c'est seulement à ce point de vue qu'il peut, et qu'il doit être utile au patient.

Les deux yeux d'un strabique ne fixant pas le même point, il est évident, *a priori*, que si un tel sujet possédait un cerveau normal, il verrait les objets doubles. C'est ce phénomène, la diplopie, qui se produit immédiatement, on le sait, lorsque un sujet normal vient à avoir une paralysie de l'un des muscles oculaires.

Pourquoi donc le sujet strabique ne voit-il pas doublé ? Javal, et après lui Rémy et son école, nous expliquent que le sujet « neutralise », pour ne pas en être gêné, l'image de l'œil dévié. C'est évidemment bien commode, et bien digne de la théorie des causes finales, qui expliquait à peu près de la même manière que le melon est divisé en « côtes », parce qu'il est destiné à être mangé en famille. Mais pourquoi donc les sujets normaux, qui viennent à avoir une paralysie oculo-motrice, sont-ils si gênés par la diplopie, qu'ils ne peuvent à aucun prix « neutraliser » ? On se garde bien de nous en donner une explication valable, et pour cause !

C'est que, en réalité, le sujet strabique n'a pas à faire disparaître, à « neutraliser » l'image de l'œil dévié. Le strabique naît avec une disposition cérébrale (de longues années d'observation me l'ont démontré) qui semble être un défaut du centre de fusionnement, et il ne perçoit cérébralement que l'image fournie par un seul de ses deux yeux, comme je l'ai établi (1), et c'est pourquoi l'on peut dire, comme je l'ai avancé le premier : « tout strabique est un *borgne cérébral.* »

On a renchéri sur cette théorie, et prétendu que tout strabique est un borgne, dans le sens absolu du mot. Ceci est exagéré. Je n'en veux pour preuve que les cas de strabisme alternant, qui sont encore assez fréquemment observés. Ici, la règle est que ces sujets aient deux yeux égaux, et, habituellement même, deux bons yeux dont un seul est utilisé à la fois.

Mais il n'en est pas moins vrai que, dans la majorité des cas, le strabique est non seulement un borgne cérébral, qui ne voit cérébralement que d'un œil, mais de plus l'œil dévié est mauvais, congénitalement ou autrement ; et, si l'on ne soigne pas un tel malade, l'amblyopie par défaut d'usage se développe de plus en plus, de telle sorte que, arrivé à l'âge adulte, le strabique est bien réellement un borgne incurable. Qu'on l'opère alors, on pourra obtenir le redressement de l'œil dévié (plus ou moins stable d'ailleurs), mais le sujet restera borgne.

Et c'est précisément là que le rôle du médecin, même non spécialisé, est tout tracé. Il peut très aisément empêcher les enfants qui louchent de devenir des borgnes. Il peut faire recouvrer au loucheur l'œil dont la fonction s'atrophie. De quelle façon ? Très simplement, on va le voir.

Dans la majorité des cas, le sujet strabique louche constamment du même œil et n'utilise que l'autre œil seul.

Il faut que le médecin se rende compte, *grosso modo*, de ce qu'est l'acuité visuelle de chacun des deux yeux. Nul besoin pour cela de la mesurer soigneusement avec des échelles métriques. Il suffit de cacher l'œil qui louche, et de demander au jeune malade de voir un objet placé à assez longue distance, en comparant avec sa propre vision. On se rendra aisément compte ainsi si l'enfant a un œil doué d'une vision très bonne, bonne, ou simplement modeste.

On répétera le même examen pour le second œil, l'œil qui louche. Et alors, règle générale, on constatera que le sujet a, de cet œil dévié, une vision mauvaise, comptant à peine les doigts à un mètre, parfois même très mauvaise, pouvant à peine compter les doigts à vingt-cinq centimètres, et souvent, pour ce faire, étant obligé de regarder obliquement.

C'est dans ces cas que le médecin peut, dis-je, rendre au loucheur un signalé service. Il peut apprendre aux parents à développer la vision de ce mauvais œil, soit en faisant porter un bandeau sur l'autre œil, pendant quelques heures ou toute la journée, si l'enfant à moins de 4 à 5 ans, soit en lui faisant lire des caractères imprimés, d'abord très gros, avec le mauvais œil, en ayant soin d'obturer le bon œil, s'il s'agit d'un enfant plus âgé, d'un adolescent, ou même d'un adulte.

Une ou deux séances d'une dizaine de minutes, répétées tous les jours pendant deux ou trois mois, suffiront en général pour donner à l'œil dévié une vision suffisante pour qu'on puisse commencer les exercices de redressement, c'est-à-dire tenter la guérison du strabisme.

Mais, s'en tiendrait-il à développer seulement la vision du mauvais œil, et à empêcher ainsi le

(1) Ch. Sauvineau,— Acad. de Médecine, séance du 10 juin 1919 : *L'origine cérébrale du strabisme et son traitement par les verres de couleur complémentaire.*

loucheur, qui n'est qu'un borgne cérébral, de devenir un véritable borgne, que le médecin aurait rendu à son petit malade un important service.

Cet état satisfaisant de la vision de l'œil dévié permettra ensuite une guérison complète, soit par des exercices, soit par une opération qui, faite sur un œil doué d'une bonne vision, peut être excellente pourvu qu'elle soit encadrée, avant et après, dans les exercices nécessaires de rééducation cérébrale, réduits dans ce cas au minimum de durée. Tandis que l'opération, faite toute seule sur un œil amblyope, ne peut, on le conçoit aisément, guérir le strabisme. Elle peut supprimer la déviation, certes, mais le malade continue à ne pas utiliser cet œil, et les mêmes causes cérébrales qui l'ont produite continuant d'exister, elle se reproduit presque fatalement.

Mais dans un très grand nombre de cas, c'est-à-dire dans tous les strabismes légers et dans bon nombre de strabismes de degré assez élevé, l'opération n'est même pas nécessaire, et le médecin pourra obtenir le redressement par des exercices appropriés, très simples et sans instrumentation spéciale.

La conduite à tenir est, je le répète, très simple. Il s'agit de réhabituer les centres nerveux visuels à enregistrer en même temps, simultanément, les images fournies par les deux yeux. Au lieu de percevoir avec un seul œil une seule image d'un objet, le sujet percevra, avec ses deux yeux, deux images séparées du même objet ; car, puisque l'un des yeux est dévié, les deux images seront nécessairement séparées l'une de l'autre. Il se produira le phénomène de la diplopie, telle qu'on l'observe dans les paralysies des muscles oculaires.

Observons que dans les paralysies, la diplopie est spontanée, et fort gênante d'ailleurs. C'est l'indice de la rupture d'une des rênes de l'attelage, jusque-là normal, des deux yeux. Dans le strabisme au contraire, la diplopie n'existe pas spontanément, puisque le sujet ne possède qu'une vision cérébrale monolatérale ; la diplopie est, ici, développée par l'éducation, elle constitue un pas en avant vers le retour à l'état normal.

Ce mode de vision, où les deux yeux perçoivent deux images séparées, constitue la vision *simultanée*, analogue à la vision que possèdent certains animaux, dont les yeux placés latéralement ne peuvent fusionner.

La vision simultanée étant obtenue, il restera à habituer le patient à fusionner les deux images fournies simultanément, mais séparément, par les deux yeux, en un mot à transformer la vision simultanée en vision binoculaire normale.

Point n'est besoin, pour obtenir ce résultat, d'une instrumentation spéciale. Il suffit d'avoir à sa disposition, comme je l'ai montré, une paire de lunettes munies d'un côté d'un verre vert, et de l'autre d'un verre rouge, avec lesquels on fera fixer au malade la flamme d'une bougie. Le malade (qui se rend compte, grâce aux deux images colorées, du point où viennent aboutir ses deux lignes visuelles) sera sollicité, soit à relâcher sa convergence, s'il s'agit d'un strabisme interne, soit au contraire à l'employer activement, dans le cas d'un strabisme divergent.

On réussira de cette façon à guérir de nombreux cas de strabisme. Est-ce à dire qu'il faut repousser toute opération ? Non, nous l'avons dit déjà. Mais il faut qu'il soit bien entendu que l'opération du strabisme ne saurait, *en aucun cas*, être considérée comme susceptible d'amener à elle seule la guérison.

Au contraire, considérée comme un simple temps de traitement, pratiquée après établissement de la vision simultanée, et suivie de quelques exercices de fusionnement, elle est parfaitement légitime dans les degrés élevés de loucherie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les fractures condyliennes du tibia (1)

M. J. P. Tourneux, chirurgien des hôpitaux

Vous lirez dans presque tous vos Traités classiques que les fractures de l'extrémité supérieure du tibia, et cela, qu'il s'agisse de lésions juxta-épiphysaires ou de solutions de continuité portant sur les condyles, constituent des accidents que l'on n'a pas l'occasion d'observer d'une manière bien fréquente ; je pense au contraire, pour ma part, qu'il s'agit là de lésions qui sont infiniment moins rares qu'on est porté à le dire, et que pourrait le faire supposer le petit nombre des faits publiés. Il est probable que cette rareté relative doit être due, soit à ce que l'on n'ait pas cru devoir signaler le fait observé, soit à ce que la lésion ait été complètement méconnue, comme

(1) Leçon professée à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

cela s'est produit pour la malade, qui est actuellement couchée au n° 11 de notre salle Sainte-Marthe, cas qui va me permettre de vous présenter une rapide étude des fractures des condyles du tibia.

Voici d'abord l'observation de notre malade.

Il s'agit d'une femme âgée de 48 ans, sans antécédents pathologiques intéressants pour nous, qui a fait, il y a un peu plus de trois mois, une chute en descendant son escalier, où elle avait manqué une marche. Elle est tombée lourdement sur le pied gauche, accusant immédiatement une très vive douleur dans le genou correspondant, douleur qui s'est accompagnée d'une impotence fonctionnelle complète, car la malade, incapable de faire le moindre pas, a dû être portée chez elle, où elle s'est alitée. Comme le lendemain, la situation n'avait pas changé, et que le genou présentait de plus un gonflement considérable, on a fait venir un praticien qui, après examen des parties lésées, a conclu à une simple entorse, justiciable d'abord de repos, puis de massage et de mobilisation, ce qui fut fait pendant un mois environ.

Ce traitement ne produisit pas de résultats bien appréciables, car, il y a quelques jours, vous avez pu voir venir la malade à la consultation de notre service, marchant péniblement à l'aide d'une canne. Lorsqu'elle eut fini de nous raconter sa petite histoire, je l'ai priée de me montrer sa jambe, et j'ai tout de suite été frappé, en dehors de la raideur articulaire presque complète du genou, par la déviation que présentait le membre : la jambe était en effet subluxée en dehors. Ce dernier symptôme seul m'a fait immédiatemeat penser qu'il existait au niveau de ce genou toute autre chose qu'une vulgaire entorse; aussi, ai-je invité la malade à entrer à l'hôpital, afin de pouvoir l'étudier plus complètement.

En l'examinant avec vous, quelques jours plus tard, j'ai pu faire quelques constatations assez importantes, car il n'existait pas de gonflement péri-articulaire, ce qui m'a permis de faire une palpation complète de la région.

Le genou était légèrement globuleux, présentant un peu d'empâtement des culs-de-sac synoviaux, mais l'absence de tout choc rotulien nous a montré qu'il n'y avait pas de liquide dans l'intérieur de l'articulation, et que l'effacement des dépressions péri-rotuliennes devait donc être dû à des lésions de synovite chronique. En second lieu, l'axe de la jambe ne correspondait plus à celui de la cuisse, il était complètement dévié en dehors, constituant ainsi la déformation connue sous le nom de genu varum.

L'impotence fonctionnelle était presque complète, car on essayant de mobiliser le membre inférieur, je n'ai pu obtenir qu'un mouvement de flexion d'une très faible amplitude, l'articulation étant comme bloquée.

En palpant ensuite les extrémités articulaires, je vous ai montré qu'à côté d'une extrémité fémorale intacte, car elle était en tous points comparable à celle du côté opposé, le plateau tibial semblait présenter au contraire des altérations. Le diamètre transversal, ainsi que le diamètre antéro-postérieur, étaient notablement augmentés; le condyle interne semblait avoir déserté sa position normale et pris une situation nouvelle, pendant qu'on sentait très nettement une saillie en dehors du condyle externe, véritable subluxation, qui avait entraîné la déformation du membre.

Enfin, en saisissant d'avant en arrière le condyle interne et en exerçant une pression un peu forte, on déterminait une sensation douloureuse bien nette. Il n'y avait pas de raccourcissement du membre ; à noter simplement une atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe, tenant à l'immobilisation presque complète que la malade avait imposé à son membre inférieur.

Devant l'histoire de la malade, et les symptômes que j'avais pu relever, impotence fonctionnelle, déviation de l'axe de la jambe, déformation de l'articulation, subluxation du tibia en dehors, douleur à la pression, il ne m'a pas été besoin d'hésiter longtemps pour poser mon diagnostic : il ne pouvait en effet s'agir d'une entorse même grave, comme on l'avait supposé au moment de l'accident, mais bien d'une fracture de l'extrémité supérieure du tibia siégeant au niveau du codyle interne, le fragment refoulé ayant dû pénétrer dans le reste du tibia, ce qui avait fixé le déplacement primitif, et par suite la déformation que nous avions constatée.

Pour confirmer mon diagnostic, et me montrer également la disposition des lésions, j'ai fait faire deux radiographies du genou, une de face et une autre de profil, et l'examen des deux clichés a pu nous montrer que je ne m'étais pas trompé dans mon hypothèse.

Sur la vue de face, vous avez pu vous rendre compte que le trait de fracture commençant en haut sur le plateau externe, se dirigeait obliquement en bas et en dedans pour se terminer librement sur le bord du tibia, dans cette région que quelques auteurs désignent du nom de métaphyse, détachant ainsi un fragment de forme pyramidale triangulaire, comprenant la totalité de la tubérosité interne avec l'éminence inter-condylienne.

Ce fragment ainsi détaché avait de plus subi un déplacement : il était, en effet, refoulé en bas et en arrière (comme le montrait bien le cliché de profil) avec un certain degré de pénétration. Enfin, on voyait un élargissement notable du plateau tibial dans ses deux sens, dû à la disjonction condylienne, et à la bascule du frag-

ment, une *dénivellation* de ce plateau, ainsi que la subluxation externe du tibia.

Il s'agissait donc d'une fracture unicondylienne ou cunéiforme de l'extrémité supérieure du tibia, relativement ancienne, puisque la lésion remontait à plus de trois mois. Pour essayer de réparer les dégâts causés par le traumatisme, c'est-à-dire pour rendre à l'articulation ses dispositions normales, afin de permettre la récupération des mouvements, il ne fallait pas songer à des tentatives de réduction par manœuvres externes.

En effet, par suite du temps écoulé sans traitement efficace, il s'était certainement produit un travail de réparation, de consolidation du foyer de fracture : le fragment, primitivement détaché, devait être actuellement réuni au reste de l'os par des jetées osseuses, et il aurait été complètement illusoire d'essayer de corriger le déplacement en exerçant des tractions sur le membre inférieur avec des pressions directes sur le fragment. Pour les même raisons, l'extension continue ne nous aurait pas donné de meilleurs résultats ; seule, la réduction sanglante permettant de dégager le fragment basculé, de le remettre en bonne position et de le fixer ensuite par l'ostéo-synthèse, nous aurait permis de supprimer la dénivellation en rétablissant le contact articulaire normal. C'est ce que j'ai essayé de faire comprendre à la malade ; un instant elle a paru se rendre à mes raisons, mais après avoir pris conseil de sa famille, elle vient de me déclarer qu'elle préfère rentrer chez elle, gardant ainsi un membre estropié.

Messieurs, depuis les travaux de Richet (1875) et de Heydenreich (1877), on a coutume de diviser en deux grands groupes les solutions de continuité intéressant l'extrémité supérieure du tibia : le premier comprend toutes les fractures qui siègent en plein dans le massif épiphysaire, ce sont les fractures dites *épiphysaires, articulaires ou condyliennes* ; le second groupe, les fractures intéressant la région sous-condylienne ou métaphysaire, ce sont les *fractures juxta épiphysaires, juxta-articulaires, sous-condyliennes ou métaphysaires.*

Je n'ai pas l'intention d'envisager aujourd'hui toutes les fractures de l'extrémité supérieure du tibia, car leur étude m'entraînerait beaucoup trop loin ; je négligerai donc de parti pris les solutions de continuité qui siègent au-dessous des condyles, pour me borner à vous entretenir des fractures intra-articulaires, dont vous venez d'avoir un fort bel exemple sous les yeux.

Un traumatisme quelconque (vous en verrez dans un instant la nature et le mécanisme), peut déterminer des traits de fracture siégeant sur un seul condyle, comme dans notre cas, ou bien au contraire, intéressant les deux : il existe donc des *fractures unicondyliennes* et des *fractures bicondyliennes.*

Les fractures unicondyliennes qui, ainsi que j'ai eu l'occasion de vous le dire, sont considérées comme très peu fréquentes, le sont en réalité beaucoup plus que le petit nombre de cas que l'on est parvenu à grouper ne peut le faire supposer. En 1877, Heydenreich n'en connaissait encore que 4 observations ; en 1909, Gümbel en trouvait 53, et Tanton en 1916, est arrivé, à réunir 63 cas ; il est bien évident que ce chiffre est très inférieur à la réalité.

Je ne m'arrêterai pas longtemps à rechercher quel est le condyle le plus souvent atteint, car les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point : les uns, avec Sonntag, estiment que l'interne est le plus souvent lésé, les autres, avec Dambrin et Tanton, prétendent au contraire que c'est l'externe.

Quant aux fractures bi-condyliennes, elles sont un peu moins fréquentes que les uni-condyliennes.

Les fractures des condyles du tibia s'observent surtout entre 40 et 60 ans, époque où s'effectue graduellement la résorption osseuse ; elles se voient principalement dans le sexe masculin.

Elles peuvent être dues, mais assez rarement, à des causes directes (coup-de-pied de cheval, choc d'une pierre, passage d'une roue de voiture, etc.) ; dans ce cas, elles intéressent d'une façon plus particulière le condyle externe, qui est plus accessible aux traumatismes que le condyle interne.

Les fractures de causes indirectes, de beaucoup les plus fréquentes, succèdent à des sauts, à des chutes, et pour expliquer la production des traits de fractures, on a été amené à envisager deux mécanismes possible, l'*arrachement* et la *compression.*

L'arrachement se produirait par l'action d'un des ligaments qui, la jambe étant tordue, latéraux ou infléchie en dedans ou en dehors, arracherait le condyle sur lequel il vient s'insérer. Ce mécanisme, admissible à la rigueur pour de tous petits fragments corticaux, ne saurait être accepté pour des fractures véritables ayant quelque étendue, et cela pour plusieurs raisons. Il est d'abord difficilement croyable qu'un ligament de force assez restreinte ait assez de puissance pour arracher un condyle en entier ; en second lieu, les constatations anatomiques rendent le fait complètement improbable : on sait, en effet, que le ligament latéral externe ne s'insère pas sur le condyle externe mais sur la tête du péroné, et que les traits de fracture pour le condyle interne aboutissent presque toujours bien au-dessous de l'attache du ligament. Aussi faut-il conclure, avec Tantou, que l'arrachement ne peut inter-

venir qu'en augmentant le diastasis d'un fragment détaché par un traumatisme direct.

En pratique, c'est la compression verticale, transmission du choc, qui cause la fracture des condyles.

Dans un saut, une chute sur les pieds, le membre inférieur se trouve brusquement arrêté par son contact avec le sol; la puissance est alors transmise par les condyles du fémur au plateau tibial qui éclate lorsque sa limite de résistance est dépassée. Quant à la localisation à tout le plateau tibial, ou à telle ou telle tubérosité, elle est déterminée par l'attitude de la chute. Si cette dernière se produit d'une assez grande hauteur, et si le sujet tombe les pieds d'aplomb, les deux condyles fémoraux pressent uniformément sur le plateau tibial qui se fracturera en totalité. Dans l'attitude debout, jambes écartées, le poids du corps tend à ouvrir l'articulation en dedans, il en résulte que le condyle externe, supportant le maximum de pression, se fracturera ; dans l'attitude hanchée, l'inverse se produira. Si la chute a lieu sur le côté externe du corps, la jambe se trouvera fortement infléchie en dedans, le condyle tibial interne viendra donc heurter le condyle fémoral et se fracturera.

Au point de vue de la nature des lésions, les fractures condyliennes peuvent être incomplètes ou complètes : lorsqu'elles sont incomplètes, elles se présentent soit sous la forme de fissures partant de la surface articulaire pour s'irradier plus ou moins profondément, soit sous la forme d'un tassement plus ou moins marqué du tissu spongieux du condyle.

Dans les fractures complètes, le trait suit généralement la direction des travées osseuses et la connaissance de l'architecture de l'épiphyse tibiale vous montrera tout de suite qu'il pourra suivre deux directions verticales ou oblique.

Les fractures verticales, que l'on observe presqu'exclusivement au niveau du condyle externe, sont toujours partielles : le trait part de la surface articulaire à un ou deux centimètres de la marge pour aboutir un peu au-dessous de l'articulation tibio-péronière.

Les fractures obliques, de beaucoup les plus fréquentes, peuvent également n'être que partielles ou au contraire intéresser le condyle dans sa totalité ; les radiographies que je vous ai montrées tout à l'heure vous en ont fait voir un fort bel exemple, ce qui me dispense d'insister sur ce point.

J'ajouterai que dans certains cas, le fragment condylaire peut être subdivisé en fragments secondaires, et que dans les fractures du condyle externe, la tête du péroné peut également être lésée ; je me borne à vous signaler les arrachements ligamenteux et les déchirures capsulaires qui n'offrent rien de particulier. Que deviennent les fragments condyliens ? tout déplacement peut manquer, le condyle reste fixé au plateau tibial par le surtout fibro-périostique : le cas se voit surtout pour les fractures du condyle externe avec intégrité du péroné. Lorsqu'il existe un déplacement, il se fait en dehors, en arrière et en haut pour le condyle externe, et en dedans, en arrière et en bas pour le condyle interne.

Très souvent, il y a pénétration réciproque des surfaces osseuses, ce qui fixe le déplacement, par suite la déformation, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous l'indiquer ; de plus, comme le fragment condylien comprend l'épine tibiale, il entraîne avec lui le fémur par l'intermédiaire des ligaments croisés, ce qui détermine une subluxation du tibia. Il résulte de l'ensemble de ces désordres un élargissement et une dénivellation du plateau tibial, ainsi qu'une déviation de l'axe du membre inférieur.

Je serai beaucoup plus bref sur les fractures bi-condyliennes. Elles comprennent trois variétés, les fractures en T, les fractures en V ou en Y, et les éclatements ; ces noms seuls vous indiquent la direction des traits de fracture, ainsi que le nombre de fragments qu'ils déterminent.

Je ne m'étendrai pas bien longuement non plus sur la symptomatologie des fractures uni-condyliennes, que je vous ai déjà esquissée, et dont je me bornerai à vous rappeler les principaux points.

Au moment du traumatisme, le sujet peut parfois percevoir un craquement en même temps qu'il ressent une douleur plus ou moins vive ; pour ce qui est de l'impotence fonctionnelle, elle varie considérablement ; parfois elle est complète, comme dans l'observation que je vous ai rapportée ; dans d'autres cas, elle est bien moins étendue, et certains blessés, comme celui dont Tédenat rapporte l'histoire, ont pu marcher et regagner leur domicile après leur accident.

Bientôt, apparaît un gonflement considérable, partant du genou où l'articulation est le siège d'une hémarthrose toujours abondante, et qui envahit rapidement toute la région, masquant en partie les déformations, pendant qu'une large ecchymose tend à occuper le creux poplité.

Lorsque la fracture s'accompagne de déplacement fragmentaire, il y a de la déviation de la jambe en genu valgum ou varum, avec subluxation du tibia en dehors et parfois rotation externe dans le cas de fracture du condyle interne.

La palpation révélera l'existence d'un trajet douloureux au niveau d'un des condyles, et lorsqu'il n'y aura pas pénétration ou engrènement des fragments, on pourra percevoir de la mobilité anormale, ainsi que de la crépitation osseuse.

A noter enfin que le genou présente également des mouvements anormaux de latéralité tenant

à la déchirure des ligaments et à la dénivellation des surfaces articulaires

Tous ces symptômes, que je n'ai fait que vous rappeler, sont réduits à leur strict minimum dans les cas de fractures incomplètes ou de fractures complètes sans déplacement.

Dans les fractures bi-condyliennes, au contraire, l'impotence fonctionnelle est extrême, le gonflement considérable et très rapide : l'articulation est distendue par une énorme hémarthrose, les diamètres du plateau tibial sont très agrandis et l'on note un raccourcissement du tibia de 2 à 3 centimètres. La mobilité anormale et la crépitation manquent dans le cas d'engrènement ou de pénétration ; elles sont considérables dans les fractures comminutives.

Il ne faut pas oublier que dans les cas graves, on peut observer des troubles vasculaires, tenant à la compression ou à la déchirure des vaisseaux poplités ou tibiaux antérieurs, ce qui a entraîné parfois la gangrène du membre.

Que deviennent de pareilles lésions lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes, ou qu'on leur applique un traitement tout à fait illusoire ? Vous l'avez pu voir par vous-mêmes. L'absence de correction, et la persistance des déplacements fragmentaires ne peuvent qu'entraîner des troubles de la statique et des raideurs articulaires; aussi le cal est-il difforme ou exubérant, le plateau tibial élargi, le genou gonflé du fait de l'arthrite chronique, le membre dévié, pendant que l'impotence fonctionnelle persiste et tend même à s'accroître. C'est qu'il s'agit là en effet de fractures intra-articulaires, dont le pronostic doit toujours être réservé, surtout en cas de déplacement des fragments, où les consolidations se font lentement, où les pseudarthroses ne sont pas rares, et qui nécessitent une thérapeutique particulièrement active si l'on veut obtenir un résultat satisfaisant.

Le diagnostic est toujours facile quand il existe un certain nombre de symptômes suffisants, particulièrement lorsque l'on constate de la déformation, de la déviation, de la mobilité et de la crépitation. En l'absence de ces signes, l'existence d'un gonflement considérable, d'une hémarthrose et d'une ecchymose poplitée, doit faire soupçonner une fracture, que la constatation d'un point douloureux net viendra préciser. Pour écarter toute chance d'erreur et éliminer l'entorse et la contusion articulaire simple, il sera indispensable de faire procéder à un examen radiographique qui, en confirmant l'existence des lésions, en montrera la nature et la disposition exacte.

En présence d'une fracture des condyles du tibia, à quel traitement devrez-vous vous adresser ? S'il s'agit, ainsi que vous l'aura montré le cliché radiographique, d'une fracture sans déplacement, vous pourrez, après avoir évacué par ponction l'hémarthrose si elle est de trop gros volume, immobiliser le membre pendant une dizaine de jours, puis recourir au massage et à la mobilisation.

S'il y a un déplacement fragmentaire unicondylien, il sera indiqué d'essayer de le réduire par manœuvres externes, en combinant les tractions exercées sur le membre inférieur aux pressions directes sur le fragment ; la réduction une fois obtenue, le membre sera immobilisé pendant une quinzaine de jours, puis vous commencerez le massage et la mobilisation. Vous arriverez à obtenir une bonne réduction, qu'il faudra d'ailleurs vérifier sous l'écran, dans un certain nombre de cas ; dans les autres, avant de recourir à l'intervention sanglante, vous pourrez tenter l'extension continue qui, en soustrayant les surfaces articulaires aux pressions, arrivera à corriger la subluxation et à permettre la réduction.

Mais si vous échouez, ou si d'emblée vous avez affaire à une fracture uni-condylienne grave, avec un fort déplacement, avec pénétration, et à fortiori à une fracture bi-condylienne, il ne faudra pas perdre votre temps à rechercher quand même une réduction par les moyens ordinaires, vous n'y arriveriez pas, et le résultat serait désastreux. Il faudra d'emblée avoir recours à l'intervention sanglante qui, en découvrant largement la région, vous permettra de rétablir la disposition anatomique normale grâce à l'ostéosynthèse par enclouage, enchevillement ou encore par vissage perdu. Il est bien évident que cette dernière conduite sera seule applicable, à l'exclusion de toute autre, dans le cas de fracture ancienne vicieusement consolidée analogue à celui qui m'a fourni le sujet de cette leçon.

L'HYPOKINÈSE INTESTINALE ET SES CONSÉQUENCES

D'après F. X. MAYR (1).

A l'état normal, en raison de l'action antiseptique du suc gastrique et de la bile, en raison du pouvoir bactéricide de la muqueuse intestinale et en raison du péristaltisme du tube gastro-intestinal, il n'y a pas de fermentations bactériennes du chyle, au moins dans le jéjunum ; le tubage du duodénum à jeun ramène un liquide stérile ; même la fin du grêle est pauvre en microbes.

(1) *Fundamente zur Diagnostik der Verdauungskrankheiten* (1921), p. 94 à 113.

Mais, lorsqu'il y a stase gastrique et remplacement de l'acidité chlorhydrique par de l'acidité organique ; lorsque la muqueuse intestinale est fonctionnellement déficiente, par suite de la stase sanguine dont elle est le siège, en raison de la diminution de sa contractilité ; lorsque l'excrétion bilaire est entravée par atonie du duodénum, les fermentations apparaissent.

Elles se font principalement aux dépens des hydrates de carbone et des graisses ; les gaz, auxquels elles donnent naissance, distendent l'intestin grêle, d'où tympanisme abdominal. A noter que, chez l'individu *sain*, aucun aliment n'est flatulent.

Les produits de fermentation irritent la muqueuse et ses terminaisons nerveuses, il s'ensuit une phase réactionnelle de la musculeuse. L'hypokinésie fait place, pour un temps, à l'ortho ou à l'hyperkinésie ; le transit dans le grêle se fait trop rapidement et les bruits de gargouillements ou de glou-glou sont l'expression du cheminement par à-coups des gaz et des liquides que contient l'intestin.

Diverses conditions peuvent alors se réaliser, relativement à la contractilité et à la sensibilité du côlon.

Si la contractilité du côlon est normale et la muqueuse de l'S iliaque peu sensible, les selles sont moulées, mais molles, avec des vacuoles, dues à la présence de gaz ; leur poids spécifique est abaissé et elles flottent sur l'eau.

Si les fermentations se poursuivent jusque dans l'S iliaque ou si la muqueuse de ce segment intestinal est particulièrement irritée, les selles sont à peine moulées, plus molles, et elles sont expulsées par fragments, à cause des gaz sous pression qui les divisent.

Si l'irritation du grêle se transmet au côlon et si celui-ci entre en hyperkinésie momentanée, les selles sont liquides ou en bouillie, parce que le peu de durée de leur séjour dans le côlon empêche leur conglomération.

Si l'irritation du côlon devient chronique, des manifestations catarrhales et inflammatoires s'y montrent.

Les selles sont constituées beaucoup moins par des résidus alimentaires que par les produits de desquamation épithéliale et de sécrétion de la muqueuse intestinale, ainsi que par des masses microbiennes. Il s'ensuit que leur volume est réduit, quand la muqueuse est en hypofonctionnement. Il l'est encore davantage, quand il y a atonie du cæcum et du côlon ascendant, car, en raison de la stase cæcale consécutive, la cellulose est digérée presque entièrement, au lieu de ne l'être que dans une proportion de 40 à 60 % ; de plus, les matières sont deshydratées par suite de leur séjour prolongé dans le cæcum.

Par suite de cet assèchement et d'un transit trop rapide dans le côlon transverse (1), ce qui empêche leur conglomération, les matières sont évacuées sous forme de crottes de mouton.

Une autre cause de constipation est la diminution de fréquence et d'intensité du besoin de défécation, cela par hypoesthésie de la muqueuse rectale.

Une autre conséquence également de la stase cæcale est l'intoxication générale, par résorption des toxines microbiennes et des produits de fermentation des débris épithéliaux et des résidus alimentaires mal digérés dans le grêle.

La muqueuse du côlon irritée ne tarde pas à s'enflammer, en même temps qu'elle présente de la mucorrhée, d'où recouvrement des matières par du mucus. La musculeuse entre en spasme continu ou intermittent ; les matières sont alors rubanées. Mayr voit la cause de ce spasme davantage dans un obstacle fonctionnel, siégeant à l'angle droit du côlon, que dans une anomalie purement locale ; c'est de même là qu'il place la cause de l'hypokinèse du cæcum et du côlon ascendant.

La cure de la constipation par les légumes riches en cellulose donne souvent de bons résultats, mais ces résultats ne sont qu'apparents. Le tympanisme du grêle, la présence de gaz de fermentation dans les selles, le spasme du côlon montrent que l'hypokinésie du grêle persiste. On réussit seulement à adapter, pour un temps, le contenu irritant de l'intestin à son irritabilité. D'ailleurs, les malades sont souvent amenés à renoncer d'eux-mêmes au régime cellulosique pour s'éviter des fermentations et de la flatulence, et à se mettre au régime protéique.

Lorsque l'intestin est malade, et que la contipation existe, le bol fécal, dans son transit spontané ou provoqué, n'est pas mobilisé en bloc, c'est-à-dire dans toute son épaisseur ; la partie centrale seule l'est ; *la périphérie reste adhérente à la paroi intestinale.* Cette couche fécale devient le siège de nouvelles fermentations, certains des produits formés (scatol, indol, diamine, ptomaïnes), étant résorbés, inhibent le système nerveux, d'où augmentation de l'atonie de l'intestin, d'où encore augmentation de l'épaisseur du revêtement fécal. Il en résulte que la paroi de l'intestin est épaissie, que le diamètre de l'intestin est augmenté et qu'avec le tympanisme concomitant le volume de l'abdomen est notablement accru.

On ne saurait s'imaginer combien il est difficile

(1) En vertu d'une loi générale, d'après laquelle *tout organe irrité s'évacue plus vite ou se contracte plus vivement que normalement.*

de nettoyer un intestin dans ces conditions. Il faut obtenir plusieurs selles quotidiennes pendant plusieurs semaines pour remettre au net la paroi intestinale. Il faut réveiller le péristaltisme du cæcum et du côlon ascendant par des excitations prolongées et répétées : massages, malaxation, foulage, etc.

Pendant le traitement, il se produit quelquefois des malaises, dus à la résorption des produits toxiques mobilisés.

Parmi les manifestations de l'intoxication stercorale chronique et spontanée, figurent l'œdème malodorant de la paroi abdominale, les brûlures gastriques, le prurit généralisé ou localisé au nez, les brûlures de la conjonctive, l'impression de froid, les défaillances, etc.

L'hypokinèse intestinale a des conséquences qui vont bien au delà des fermentations et de l'anomalie quantitative ou qualitative des selles.

Pour Mayr, elle serait *la cause la plus fréquente de l'ulcère gastrique*, en raison de la stase stomacale qu'elle engendre et de la duodénite qui apparaît ensuite.

De même, après la gastro-entérostomie, elle serait cause du retard dans l'évacuation gastrique, qu'on observe souvent, soit qu'il y ait simple hypokinèse du côlon ou de l'iléon, soit qu'il y ait, en même temps, appendicite chronique méconnue, ou typhlite, ou colite de l'angle droit.

De même encore, *l'ulcère duodénal*, qui siège presque toujours dans la partie supérieure, au voisinage du pylore, viendrait de la stase gastrique due à une coudure du duodénum.

A la fin du chapitre, Mayr signale l'existence fréquente des *ulcères stercoraux*.

Ceux-ci se produiraient non par auto-digestion de la muqueuse, comme dans l'ulcère peptique du jéjunum, mais par suite de la compression prolongée que subit la muqueuse du côlon, du fait de son revêtement fécal à demeure.

Les ulcères stercoraux siègent surtout aux deux angles du côlon, au milieu du transverse, à l'angle ilio-rectal et à la fin de l'iléon.

Localement, ils se traduisent par une vive sensibilité à la pression, pouvant aller jusqu'à la défense musculaire, en raison de l'inflammation du mésentère, qui irrite les filets nerveux de la paroi abdominale. Comme manifestations à distance, on note tantôt une douleur lombaire spontanée, une douleur interscapulaire, une douleur à la hanche, à la cuisse et même au genou, une douleur sacro-iliaque, une douleur gastrique et de l'herpès.

Mayr, revenant sur l'*importance pathogénique de l'angle côlique sous-hépatique*, voit, dans l'inflammation ou l'irritation de ce segment, une cause fréquente de typhlite ou d'appendicite.

L. Pron.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'opothérapie ovarique dissociée.

Nous avons déjà eu l'occasion d'analyser un travail de Pouliot, dont celui que nous présentons actuellement, de MM. Rolland et Jouve, ne s'écarte pas sensiblement dans ses conclusions.

Si certaines glandes ont un rôle exclusivement endocrinien, il est d'autres qui ont une double fonction de sécrétion interne et externe, d'autres encore dont la sécrétion interne n'a qu'une action partielle dans le fonctionnement de l'organisme. Celle-ci fabrique les produits endocriniens qui peuvent être tantôt excitants (hormones), tantôt frénateurs (chalones), tantôt enfin régulateurs (harmozones). L'ovaire nous offre un exemple frappant de cette sécrétion complexe. On a pu en isoler, en effet, deux substances à effets diamétralement opposés. L'une est une luteamine ; elle jouit de la propriété de stimuler la fonction menstruelle : c'est l'agomensine. L'autre est une lipo-lutéine, connue sous le nom de sistomensine ; elle modère, par contre, cette fonction. L'aménorrhée, la dysménorrhée, les troubles qui accompagnent souvent l'intauration de la puberté, réclament la sistomensine ; par contre, les métrorragies et les perturbations d'ordre général qui s'y surajoutent, se trouveront bien de l'agomensine. De même, la sistomensine sera-t-elle indiquée chez les femmes dont les règles sont trop fréquentes ou trop longues.

Les troubles de la ménopause pourront, en outre, s'améliorer par l'administration simultanée ou successive de ces deux substances, données à doses égales, ou différentes, selon la symptomatologie présentée par la femme.

On dispose ainsi d'une thérapeutique qui « devient ainsi plus directement spécifique, plus rationnelle, parce qu'elle est mieux adaptée à chaque cas particulier, partant plus efficace et moins décevante ? ». (*Rev. internat. de méd. et de chir.*, novembre 1922.)

La diathermie endo-urétrale et endo-vaginale.

La diathermie est une méthode physiothérapique dont on parle beaucoup aujourd'hui. Si nous en croyons M. Roucayrol, appliquée au traitement des affections urétrales de l'homme, génitales de la femme, elle donnerait des résultats des plus remarquables. Elle consiste à élever la température des tissus malades par un courant de haute fréquence, aussi puissant que possible, contrôlé non directement par le milliampèremètre, mais indirectement par la température des tissus chauffés. Ccette température doit atteindre 45°.

Nous n'insisterons pas sur l'outillage et les dispositifs de l'auteur. Plus intéressants sont les résultats qu'il obtient. Localement, le courant de haute fréquence provoque l'anesthésie locale ; il est bactéricide ; il augmente la leucocytose, l'élimination microbienne. Il élimine également les déchets cellulaires ; il exerce sur les tissus de sclérose une action fibrolysante, en même temps qu'il répare les brèches tissulaires. Enfin, il produit de la chaleur, ce qui n'est qu'un accessoire de ses effets. D'autre part, la diathermie produit d'heureux effets à distance. Elle détermine de la diurèse, régularise la circulation, tonifie le système nerveux et ramène le sommeil, calme les crises intestinales douloureuses ainsi que les douleurs des voies biliaires, stimule les glandes endocrines.

Les indications de la diathermie urétrale masculine sont les urétrites aiguës ou chroniques, les cystites, les abcès para-urétraux, les cowpérites, les prostatites aiguës ou chroniques, les vésiculites. Chez la femme, la diathermie vaginale est indiquée dans la blennorragie, qu'il s'agisse du vagin aussi bien que de l'urètre, les bartholinites, les métrites, les ulcérations du col, les annexites aiguës et chroniques, la vulvo-vaginite des petites filles. Les hémorragies et la grossesse ne sont pas des contre-indications. Les seules causes d'échec sont l'intolérance de certains sujets, qui ne peuvent supporter des températures supérieures à 38°, et les réinfections dues à la continuation des rapports sexuels avec des partenaires infectés, malgré la défense qui en est faite.

Le test de la guérison consiste à faire un traitement d'épreuve.

C'est, au dire de l'auteur, un des traitements les plus sûrs connus à l'heure actuelle. (*Paris médical*, 16 décembre 1922.)

Le pneumothorax artificiel à la ville et à la campagne

MM. Laurans et Bernou soutiennent, avec preuves tirées de leur propre expérience à l'appui, que le pneumothorax appliqué au traitement de la tuberculose n'est pas un traitement exclusif de sanatorium, mais que les praticiens des villes et des campagnes peuvent parfaitement l'entreprendre dans leur clientèle privée.

« Les difficultés, disent-ils, qui paraissent de « prime abord insurmontables sont, en réalité, « toujours faciles à vaincre. D'ailleurs, pour réa« liser ce traitement, nous envisageons comme « méthode optima une collaboration intime « du praticien avec le radiologue, et s'il y a lieu, « avec le médecin spécialiste.

« Grangée, Amenisler, viennent de soutenir, « ainsi que nous le faisons ici, que le pneumotho« rax artificiel doit entrer dans la pratique cou« rante. C'est un traitement facilement applica« ble, pouvant être suivi par le malade en cure « libre, bien souvent sans que celui-ci soit obligé « de modifier beaucoup ses habitudes d'exis« tence.

« Si nous sommes suivis dans la voie qui nous « a donné déjà d'excellents résultats, nous pen« sons que cette thérapeutique, demeurée jusqu'ici « l'apanage de quelques-uns, deviendra une mé« thode courante, et ceci, pour le plus grand bien « des malades ». (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er février 1922).

Les urétrites prophylactiques.

Ce sont celles qui résultent de l'emploi d'injections ou instillations urétrales très précoces à titre prophylactique, quand celles-ci comportent des erreurs de technique. MM. Bonnin et Rivolen leur consacrent une étude très complète, de laquelle nous retiendrons les conclusions suivantes :

« La pratique des injections ou des instillations urétrales prophylactiques anti-blennorragiques, particulièrement développée dans l'armée et depuis la guerre, donne presque toujours lieu à une très légère réaction de la muqueuse urétrale : c'est ce que nous appelons *urétrite prophylactique*.

« Tous les produits employés : sels d'argent, sels de mercure, permanganate de potasse, etc., peuvent la provoquer ; quand elle est appliquée selon les règles prescrites, la pratique prophylactique n'est suivie que d'urétrites minima sans importance (suintement passager et souvent inaperçu). L'emploi de produits caustiques, de solutions trop fortes, la répétition des manœuvres peuvent amener des accidents, urétrites chimiques, dont la méthode n'est pas responsable.

« La méconnaissance des urétrites minima proprement dites, prises pour des urétrites gonococciques à leur début, peut, par un traitement intempestif, amener des complications du genre des précédentes. De plus, elles sont embarrassantes pour le diagnostic d'une urétrite gonococcique au début.

« Les caractères différentiels de l'urétrite prophylactique sont :

« Au point de vue clinique : la *précocité de l'apparition de l'écoulement,* ses caractères (il est, en général incolore et filant ou à peine séro-lactescent) ;

« Au point de vue cytologique : la prédominance habituelle de cellules épithéliales, seules présentes ou associées à des polynucléés dégénérés, *contrastant souvent avec la richesse microbienne* ;

« Au point de vue microbien : *son caractère aseptique*, ou au contraire, *l'extrême variété de sa flore,* qui peut comprendre des éléments pseudo-gonococciques, source de confusion.

« Cette différenciation d'avec une uréthrite gonococcique, au début est loin d'être toujours aisée.

« Du fait de sa bénignité, cette urétrite minima ne mérite aucun traitement. Il importe seulement de ne pas la méconnaître pour éviter des erreurs d'interprétation et des traitements intempestifs susceptibles d'entraîner des complications parfois graves ». (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux,* 3 décembre 1922.)

Les symptômes endocriniens communs.

A la notion si répandue à cette heure des syndromes pluriglandulaires, M. Sézary oppose celle des symptômes endocriniens communs à plusieurs glandes.

Une étude attentive permet, en effet, de constater que, par exemple, la mélanodermie, mise habituellement sur le compte de l'insuffisance surrénale, s'observe également dans l'insuffisance hépatique, la maladie de Basedow, certaines tumeurs hypophysaires. De même l'asthénie, maître-symptôme de l'insuffisance surrénale, se rencontre dans la maladie de Basedow, l'insuffisance hépatique, testiculaire, ovarienne, etc.

Il en est de même de l'obésité, de l'amyotrophie diffuse, de l'infantilisme vrai, du gigantisme, du virilisme, de l'hirsutisme, etc.

Et de conclure : « Ces deux notions (syndromes pluriglandulaires, symptômes endocriniens communs) ne s'excluent pas. L'une et l'autre reposent sur des faits anatomo-cliniques indiscutables. La seconde nous permet d'expliquer les observations paradoxales, où les données cliniques et anatomiques ne concordent pas. Elle distrait donc du groupe des syndromes polyglandulaires un nombre important de cas qu'on y classait à tort.

« A ce point de vue, elle apporte un peu plus de précision dans les éléments de classification des syndromes endocriniens et conduit à une rigueur plus grande du diagnostic. Elle doit contribuer à une tâche nécessaire, réclamée par H. Claude lui-même, qui écrivait tout récemment, à propos des syndromes polyglandulaires, cette remarque qui devrait être méditée par tous les endocrinologistes :

« Actuellement, il conviendrait plutôt de réa-
» gir contre la tendance à élargir le cadre de ces
« syndromes. Si autrefois on n'avait décrit que
« des syndromes d'insuffisance d'une glande vas-
« culaire sanguine, il ne faudrait pas abuser de la
« notion de pluralité des troubles endocriniens et
« attacher trop d'importance à des symptômes
« douteux ou à des lésions banales . »

« La notion des *symptômes et des syndromes endocriniens communs* expliquera bien des particularités qui, sans elle, auraient amené les cliniciens à ranger parmi les syndromes complexes ceux dont la pathogénie est certainement univoque ». (*Presse médicale,* 18 décembre 1922.)

Quand doit-on penser au mal de Pott chez l'adulte ?

« Pensez à rechercher les signes de certitude
« d'un mal de Pott chez l'adulte, dit M. Privat,
« chaque fois que chez un de vos malades fati-
« gués, vous constaterez : 1° de la sciatique radi-
« culaire, surtout si les douleurs sont bilatérales ;
« 2° une collection développée dans la fosse ilia-
« que interne sans douleur, sans fièvre, sans trou-
« ble des règles, collection lisse, non mobile, mate
« dans toute son étendue, distendant la gaine du
« psoas ; 3° un lumbago qui dure et dont le début
« a été insidieux. (*L'Evolution médico-chir.,* décembre 1922.)

G.D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Maladie bronzée non addisonienne.

(MM. Sézary et Lévesque. — *Soc. méd. des hôp.* — 8-12-1922).

Pour M. Sézary, les divers symptômes addisoniens (l'asthénie, avec hypotension artérielle, pigmentation de la peau et des muqueuses, ligne blanche) peuvent se trouver réunis chez des malades dont l'autopsie ne révèle aucune lésion importante des glandes surrénales, ni du sympathique solaire. En 1910, l'auteur publiait une observation de ce genre concernant un tuberculeux cavitaire. Il présente aujourd'hui une nouvelle observation, analogue, où tous les signes de l'addisonisme se trouvaient réunis (plusieurs médecins n'avaient pas hésité à porter le diagnostic de maladie d'Addison), et où l'autopsie

montra des surrénales non altérées. M. Sézary tend à incriminer ici l'insuffisance hépatique. Le domaine des mélanodermies d'origine hépatique serait peut-être, à son avis, plus vaste qu'on ne le croit.

Vergetures de l'hémithorax gauche après un pneumothorax droit.

(MM. Rist et Jacob. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-12-1922.)

MM. Rist et Jacob ont observé chez une jeune fille de dix-sept ans l'apparition de vergetures linéaires de l'hémithorax gauche au cours d'un pneumothorax droit. Les faits de développement de vergetures après un épanchement pleural ou un pneumothorax, quoique connus, sont des plus rares. M. Rist, au cours de sa pratique déjà grande du pneumothorax artificiel, n'en avait pas encore rencontré d'exemple.

Tétanos hyperchronique, évoluant en sept années

(MM. A. Bergé et Azoulay. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-12-1922).

On a eu occasion de voir pendant la guerre des tétanos à évolution lente, chronique. MM. André Bergé et Azoulay rapportent un cas dans lequel la marche de l'affection a été si prolongée qu'elle mérite vraiment l'appellation nouvelle et assez caractéristique d'*hyperchronique*.

Le malade, blessé en 1915, fut soigné dans la suite pour des troubles divers : crampes, contractures, griffe des orteils, gêne de la marche. Il arriva ainsi à l'année 1921, où il fut mis en réforme. Il entra finalement en 1922 dans le service de M. Bergé, à l'hôpital Broussais, avec une contracture du membre inférieur droit et des douleurs. Puis, les crises paroxystiques se développèrent et le malade succomba une semaine plus tard à un tétanos généralisé.

Il s'est agi là d'un cas de tétanos atypique, particulièrement remarquable par son évolution extraordinairement prolongée. Débutant par des accidents frustes (crampes, contractures), se manifestant ensuite par une contracture partielle permanente, il s'est terminé en tétanos généralisé mortel, la mort du malade ayant été précipitée par une broncho-pneumonie.

Intervention chirurgicale dans une dilatation des bronches.

(MM. Ribadeau-Dumas et Mocquot. — *Soc. méd. des hôp.*, 15-12-1922).

M. Ribadeau-Dumas rapporte un cas de dilatation des bronches remontant à l'enfance, chez une femme de 35 ans, et à allures sérieuses. M. Mocquot pratiqua chez cette malade une pneumotomie avec drainage, puis une compression locale à l'éponge. Après extraction de l'éponge, on laissa la plaie se cicatriser. Jusqu'à présent, l'intervention a été suivie de bons effets. Les cavités bronchiques ont été réduites et asséchées, mais il reste une sclérose broncho-pulmonaire du lobe inférieur du poumon.

Fièvre typhoïde à forme rhumatismale et arthrotyphus

(M. Henry Bourges. — *Société médicale des hôpitaux*, 15-12-1922.)

On a publié des observations de fièvre typhoïde avec troubles articulaires variés et des fièvres typhoïdes se manifestant surtout par des arthropathies, le diagnostic étant établi par le laboratoire.

M. Bourges, aux cas anciennement connus, ajoute une série de cas nouveaux qu'il lui a été donné de traiter à l'hôpital maritime de Brest. Il distingue la fièvre typhoïde à forme rhumatismale, c'est-à-dire accompagnée d'accidents articulaires, et l'arthrotyphus, c'est-à-dire les arthropathies d'origine éberthienne avec fièvre et phénomènes généraux, dont la nature est révélée par l'examen du sang, l'ensemencement et la recherche de la séro-agglutination.

Ostéome du brachial antérieur traité par la radiothérapie.

(M. Louis Bazy. — *Société de chirurgie*, 22-11-1922.)

M. Louis Bazy relate un cas d'ostéome du brachial antérieur, chez un sujet de 15 ans, ayant succédé à une luxation du coude en arrière. Bien qu'aucun massage n'ait été pratiqué (le massage a été incriminé dans la genèse des tumeurs en question), l'ostéome apparut vers le onzième jour après l'accident. Le traitement radiothérapique a amené la presque disparition de la masse ostéomateuse.

Sternotomie médiane pour aborder le médiastin antérieur.

(M. Hantcher. — *Société de chirurgie*, 22-11-1922.)

M. Tuffier présente un rapport sur un travail de M. Hantcher, de Constantinople, relatif à la sternotomie médiane comme moyen d'aborder chirurgicalement le médiastin antérieur.

Habituellement, les procédés de sternotomie consistent à sectionner longitudinalement le sternum dans sa partie inférieure, en respectant le manubrium, et à agrandir la plaie par des sections transversales. Le fait nouveau, dans la technique de M. Hantcher, est que l'auteur fend le sternum de haut en bas et écarte les deux fragments avec un écarteur à vis puissant. On obtient ainsi un jour très grand. M. Tuffier pense que ce procédé intéressant pourra trouver son application dans certaines circonstances.

Hématome anévrysmal consécutif à une blessure de l'axillaire.

(M. Brau-Tapie, de Pau. — *Société de chirurgie*, 22-11-1922.)

M. Brau-Tapie s'est trouvé en présence d'un hématome anévrysmal diffus consécutif à une hémisection

de l'axillaire. Deux mois après la blessure, il pratiqua une double ligature au voisinage de l'hématome, et la guérison s'ensuivit.

— M. LENORMANT note le beau résultat obtenu par M. Brau-Tapie, bien qu'il s'agisse d'une artère de réputation dangereuse, pour ce qui concerne sa ligature. En réalité, deux conditions favorables se sont trouvées réunies ici : d'une part, le moment tardif de l'intervention, deux mois après la blessure, alors que la circulation collatérale avait eu le temps de se développer ; d'autre part, la double ligature très près de l'artère, toutes les branches de celle-ci ayant été par cela même respectées.

Récidive du cancer du sein et grossesse.

(M. LAPEYRE, de Tours. — *Société de chirurgie*, 22-11-1922.)

Un auteur américain, Trout, dans un mémoire paru en 1920, a signalé la fréquence des récidives du cancer du sein, dans le sein non opéré, lorsqu'une grossesse se produit. Sur 15 cas, il avait noté cette récidive 13 fois, et il avait été conduit à recommander à ses malades, après ablation d'un sein cancéreux, d'éviter les gestations ultérieures.

M. Lapeyre apporte deux observations qui viennent confirmer l'opinion de l'auteur américain. Il pense que l'on peut dès maintenant admettre la réalité de cette récidive, s'il survient une grossesse chez une femme opérée d'un cancer du sein. Au conseil d'éviter la gestation, il préfère l'action directe sur les ovaires par la radiothérapie.

Perforation d'ulcère en péritoine libre. Conduite à tenir.

(M. HARTMANN. — *Société de chirurgie*, 29-11-1922.)

La question de la technique opératoire à mettre en œuvre au cas de péritonite par perforation d'ulcère en péritoine libre a été soulevée par M. Duval. Pour lui, la meilleure conduite à tenir est l'excision de l'ulcus, qui constitue à la fois la cure radicale de l'ulcère et le traitement de l'accident perforation.

M. Hartmann estime que l'on peut avoir d'aussi bons résultats avec moins de risques, en s'en tenant à l'ancienne technique moins shockante, à savoir l'enfouissement de la perforation, suivi de gastro-entérostomie et de drainage. Il rapporte, à cet effet, quatre observations (deux de M. Bergeret, une de Mlle Pommay, une personnelle), dans lesquelles des ulcus perforés ainsi traités ont abouti à des guérisons qui remontent à 2 mois, 16 mois et 18 mois. Il ne semble pas que l'on puisse obtenir mieux de la résection.

Péritonite après traitements intra-utérins.

(MM. COULOMB et JEAN, de Toulon. — *Société de chirurgie*, 29-11-1922.)

M. BAUMGARTNER lit un rapport sur une observation de MM. Coulomb et Jean concernant un cancer de l'utérus traité par la radiumthérapie, l'application intra-utérine du tube de radium ayant été suivie rapidement de réaction péritonéale vive, avec signes d'occlusion, et mort de la malade.

L'intérêt de l'observation réside dans l'apparition d'une péritonite pelvienne à la suite d'une application de radium. Il s'agit là de phénomènes aujourd'hui bien connus. Ils sont en général peu graves, se bornant à une légère élévation thermique et quelques vomissements. Parfois sérieux, ils se terminent rarement par la mort.

Faut-il réellement accuser le radium ? On a vu survenir ces accidents bien avant la radiumthérapie, dans des cancers du col infectés, à la suite d'un curetage, d'une simple biopsie, d'une dilatation par les laminaires, et il est naturel d'incriminer plutôt les manœuvres préparatoires à l'introduction du radium.

— M. HARTMANN ne croit pas qu'il y ait lieu de tenir compte d'une action spéciale du radium. La présence d'une simple laminaire donne parfois les mêmes accidents.

— M. BAUDET accuse surtout les manœuvres préliminaires, notamment la dilatation. D'une façon générale, quand l'utérus ou les annexes sont infectés, il faut éviter toutes manipulations intra-utérines ; on s'expose à la péritonite, qu'il s'agisse ou non de cancer. L'auteur a fait une vingtaine d'applications de radium dans des cas de cancer utérin, sans aucun accident.

— M. LAPOINTE montre que l'on a souvent des ennuis après de simples explorations pratiquées sur des utérus septiques.

— M. Pierre DELBET, à la lecture du titre de la communication de MM. Coulomb et Jean a prévu (et la suite de l'observation lui a donné raison) que le tube de radium avait été laissé en place trois jours. Il est dangereux de bloquer pendant 3 jours un utérus infecté, ce qui est toujours le cas des utérus cancéreux.

De la marche immédiate après suture de la rotule fracturée.

(M. GAUDIER. — *Société de chirurgie*, 29-11-1922.)

Il était classique, jadis, d'immobiliser longtemps les articulations malades. La tendance nouvelle, qui a débuté avec les travaux de Lucas-Championnière et de Willems, est de réduire notablement la durée d'immobilisation.

M. Gaudier estime qu'une fracture de la rotule suturée dans de bonnes conditions peut n'exiger aucune immobilisation et comporter une marche immédiate. Il en présente une observation. Vingt-quatre heures après l'opération, la malade se leva et commença à marcher avec le secours d'une canne, qu'elle abandonna d'ailleurs dès le lendemain.

P. L.

Toulouse

Société de Médecine.

Volvulus du côlon pelvien par méso-sigmoïdite rétractile.

M. J.-P. Tourneux a eu l'occasion d'intervenir chez un homme âgé de 66 ans qui, à la suite d'un mouvement brusque, avait ressenti une douleur très vive dans l'abdomen et qui, depuis lors, n'avait émis ni selles, ni gaz. Se basant sur ce début soudain et douloureux ainsi que sur l'existence d'une constipation datant d'un an environ, augmentant peu à peu, et ayant déjà produit à 3 reprises des phénomènes de pseudo-occlusion durant de 2 à 3 jours, l'auteur pensa qu'il s'agissait de la torsion brusque du côlon pelvien atteint de lésions préexistantes de dilatation (mégacôlon ou mésosigmoïdite). L'intervention chirurgicale montra qu'il s'agissait bien d'un volvulus du côlon pelvien présentant les lésions caractéristiques de la méso-sygmoïdite rétractile (brides cicatricielles, accolement, dilatation de l'anse). Le côlon pelvien fut fixé à la fosse iliaque droite, dépouillée de son péritoine après section des brides et étalement du méso.

Les suites opératoires furent très bonnes.

Occlusion intestinale par bride au cours d'une péritonite tuberculeuse.

M. P. Tourneux rapporte l'observation d'une femme de 25 ans, atteinte depuis 8 mois de tuberculose péritonéale à forme ascitique, et qui, au bout de quelques jours de douleurs dans la fosse iliaque accompagnées de constipation, présenta des signes d'occlusion intestinale. La laparotomie montra que l'arrêt des matières et des gaz était dû à une bande fibreuse partant du méso-côlon pelvien et s'insérant sur le mésentère en aplatissant et en étranglant la dernière anse iliale à quelques centimètres du cæcum.

Etranglement de l'appendice.

MM. J.-P. Tourneux et Cabanié, en intervenant chez une femme de 72 ans, hospitalisée pour hernie crurale droite étranglée, ont trouvé dans le sac herniaire un appendice long de 10 centimètres et présentant un sillon très net répondant à la stricture causée par l'anneau crural. Les suites opératoires furent normales.

L'examen de l'appendice enlevé montra l'absence d'altérations inflammatoires ; au niveau de la région étranglée, on put constater des lésions congestives se traduisant par de la turgescence des vaisseaux et par des infiltrats snnguins.

Paralysie congénitale du muscle droit supérieur.

M. E. Garipuy communique l'observation d'une jeune fille de 17 ans, sans antécédents pathologiques quelconques, et chez laquelle on reconnut à l'âge de 3 ans 1/2 une paralysie totale du droit supérieur de l'œil droit sans ptosis, avec diplopie typique. Papilles, fond d'œil, acuité visuelle normaux. A l'âge de 15 ans, quelques mois avant la puberté, la famille remarqua la disparition de la paralysie et l'auteur put constater l'intégrité des mouvements oculaires et l'absence de la diplopie.

L'auteur croit à un arrêt de développement, soit du centre nerveux, soit du nerf périphérique, qui aurait disparu, grâce aux excitations produites par les sécrétions internes.

Il n'a pas été trouvé de cas analogue dans la littérature.

Paralysie ascendante aiguë, type de Landry.

M. Cestan rapporte le cas d'une femme de 35 ans, qui, au cours d'une excellente santé, présenta brusquement les signes de début de cette maladie, lassitude générale, fourmillements dans les mains, embarras de la parole. On constata l'abolition des réflexes rotuliens ; une ponction lombaire montra la présence d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien. Les réactions de Bordet-Wassermann, et du benjoin colloïdal furent négatives.

L'aggravation des différents symptômes fut rapide, s'accompagnant de paralysie des membres supérieurs, et la malade succomba au bout de 3 jours à l'évolution de cette paralysie cervico-bulbaire progressive.

L'examen oculaire des recrues de la classe 20.

M. de Micas, après avoir indiqué les différentes lésions qu'il lui a été donné de constater et qui consistent surtout en myopie, hypermétropie et astigmatisme, insiste sur la nécessité, étant donné que l'acuité visuelle sert de base aux indemnisations, de prendre et d'enregistrer cette acuité avec le plus grand soin sur le registre d'incorporation au moment de la visite.

Action du thorium X sur certains ferments.

MM. Maurin et Aversenq croient pouvoir conclure, de leurs expériences, que le thorium X active d'une façon très nette les propriétés oxydantes ou hydratantes des ferments étudiés (ptyaline, diastase, uréase, etc.). L'exaltation du pouvoir oxydant du sang pourrait expliquer peut-être le rôle actif que joue ce corps dans certaines infections.

Un cas de carie sèche de l'épaule.

M. J.-P. Tourneux communique l'observation d'une jeune fille de 19 ans présentant de l'impotence fonctionnelle et de la limitation des mouvements de l'épaule droite.

L'existence de douleurs irrégulières, la fonte musculaire, l'exagération des saillies osseuses, ainsi que l'examen radiographique qui montra une résorption graduelle de la tête humérale, firent porter le diagnostic de carie sèche de l'épaule.



Cette forme de tuberculose des articulations de l'épaule est assez rare ; son évolution naturelle est l'ankylose de la jointure

Un cas d'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire gauche.

M. J.-P. Tourneux a eu l'occasion d'examiner une jeune fille de 17 ans présentant de la gêne et de la limitation des mouvements du maxillaire inférieur. Il s'agit d'une lésion à allure progressive évoluant depuis 7 mois ; cette contracture permanente des mâchoires, doit être rapportée, devant l'absence de lésions cutanées et musculaires, à une affection de l'articulation, une arthrite à forme rhumatismale, plastique, ankylosante.

Sur un cas de double luxation avec cataracte.

MM. Frenkel et Slillmunkis rapportent une observation de double luxation du cristallin avec cataracte, dont l'intérêt réside surtout dans le diagnostic différentiel entre une cataracte consécutive à une double luxation congénitale, et le double syndrome traumatique du segment antérieur de l'œil.

Nouveau traitement opératoire de la rhinite atrophique ozénateuse.

M. Gezes, frappé des inconvénients que présentent les diverses interventions pratiquées en vue de diminuer le calibre des fosses nasales (paraffinage, mobilisation de la paroi externe, etc.), a songé à réaliser cette diminution de calibre en pratiquant des inclusions sous-muqueuses de cartilage, soit contre la paroi externe , soit contre la cloison. Le manuel opératoire est très simple et les résultats ont été excellents.

Fracture oblique du condyle interne du tibia.

MM. J.-P. Tourneux et Cabanié communiquent un cas de cette lésion qu'ils ont observée chez une femme de 48 ans, à la suite d'une chute dans un escalier.

La malade présentait de l'impotence fonctionnelle du genou et la jambe était subluxée en dehors sur la cuisse. L'examen radiographique montra une fracture du condyle interne, le fragment détaché était refoulé en bas, en dedans et en arrière avec pénétration, ce qui avait fixé la déformation.

Un cas de sarcome du sein.

MM. J.-P. Tourneux et Sarroste ont eu l'occasion d'intervenir dans un cas de très volumineuse tumeur du sein gauche, occupant presque toute la région antérieure de la poitrine et largement ulcérée.

Histologiquement, il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire, forme assez rare, décrite pour la première fois par Billroth, et d'évolution des plus malignes.

Société de chirurgie

Résection sous-périostée d'une malléole tuberculeuse

M. Mginiac a eu l'occasion d'intervenir chez une jeune fille de 16 ans qui, à la suite d'un traumatisme insignifiant de la malléole externe, présentait de la douleur, et de la claudication. L'absence de fièvre, d'antécédents syphilitiques, l'atrophie et la rigidité musculaire, l'hérédité, ainsi que les résultats de l'examen radiographique firent porter le diagnostic de tuberculose. La résection sous-périostée de la malléole suivie de l'immobilisation dans un plâtre pendant trois mois, fut suivie d'une guérison complète avec reconstitution de la malléole.

Péritonite généralisée par perforation d'un cancer de l'estomac.

M. J.-P. Tourneux rapporte l'observation d'un homme de 58 ans, atteint d'un cancer de l'estomac qui, à la suite d'un repas copieux, fit une perforation suivie de péritonite généralisée. Une intervention pratiquée montra que cette perforation siégeait en pleine tumeur, sur sa face antérieure ; elle fut suturée au catgut et recouverte par une épiplooplastie.

Il s'agit là d'une complication très rare du cancer de l'estomac.

Fracture en Y de la base du premier métacarpien.

M. J.-P. Tourneux a eu l'occasion d'observer cette lésion chez un homme de 40 ans à la suite d'une chute sur l'éminence thénar ; il y avait du gonflement de la région, de la déformation et de l'impotence fonctionnelle. Une radiographie montra l'existence d'une fracture en Y, fracture dite de Rolando, à la fois extra et intra-articulaire.

Le pouce fut mis en extension et abduction forcée dans une petite gouttière plâtrée ; le résultat fut des plus satisfaisants.

Indications et résultats de la cholécystectomie.

M. Dambrin profite d'un cas de cholécystite calculeuse où il lui a été donné d'intervenir récemment pour insister sur certaines formes cliniques de la lithiase vésiculaire, s'accompagnant de troubles gastriques à caractère surtout nocturne, ainsi que sur les indications opératoires de cette affection.

Fibro-myxome volumineux du bassin.

M. Mériel rapporte l'observation d'une femme de 35 ans atteinte d'une tumeur du bassin venue faire issue à l'extérieur en deux points, à la fesse, et dans la grande lèvre. Le diagnostic fut des plus difficiles et ne put être posé qu'à l'intervention, car la tumeur de la fesse présentait de la réductibilité et de l'impulsion à la toux, signes qui sont plutôt le propre des hernies.

Périostite crânienne syphilitique.

MM. J.-P. Tourneux et Crauffon rapportent l'histoire d'une jeune fille de 24 ans qui présentait une tumeur de la région fronto-pariétale gauche, dont la véritable nature ne fut révélée que par une biopsie, le Wassermann ayant été négatif, et la malade et ses parents ne présentant aucun signe de spécificité. Il s'agit vraisemblablement de syphilis héréditaire ayant sauté une génération, comme on en voit parfois des exemples.

Société de gynécologie et d'obstétrique

Placentome bénin.

M. Alfonsi rapporte l'observation d'une malade qui présentait, 5 mois après un avortement, des pertes séro-sanguinolentes coïncidant avec un utérus un peu gros. Un curettage ramena un gros fragment de placenta qui était resté implanté dans la corne gauche : il s'agissait d'un simple polype placentaire.

Modifications à apporter à la législation de l'avortement criminel.

M. Dambrin, constatant l'augmentation du nombre des malades hospitalisées pour complications d'avortement, estime qu'il conviendrait de demander la déclaration obligatoire de l'avortement comme pour les maladies contagieuses et la correctionnalisation de ce cime.

Péritonite post-abortum, hystérectomie, mort.

M. Miginiac communique deux observations de péritonite généralisée à la suite de manœuvres abortives dans lesquelles il intervint, une fois par hystérectomie vaginale, et l'autre par hystérectomie abdominale. Les deux interventions se terminèrent par la mort au 3e jour.

L'auteur termine par quelques considérations sur le secret médical, et la violation de ce secret que l'on commet en portant le diagnostic exact sur les pièces administratives.

Nouvelle observation de dilatation subaiguë de l'estomac.

MM. Audebert et Fournier rapportent le cas d'une fillette de 13 ans qui, au cours d'une opération césarienne, présenta pendant la narcose à l'éther de nombreux vomissements. Pendant 36 heures, l'état resta grave, puis les vomissements reparurent et ne furent dissipés que par la mise de l'opérée en position de Schnitzler.

Ce fait constitue une nouvelle observation de la forme subaiguë de la dilatation de l'estomac que l'auteur a déjà eu l'occasion de décrire.

J.-P. Tourneux.

La Thérapeutique spécialisée

Le traitement des infections urinaires

Le traitement des infections uréthro-vésicales a subi un progrès, c'est-à-dire, comme il est fréquent, un retour scientifiquement réglé aux vieilles méthodes empiriques.

Depuis plusieurs années, la méthode des lavages uréthraux avait détrôné les anciennes médications, l'opiat cubèbe-copahu, la potion de Choppart, qui atteignaient encore plus les fonctions digestives du malade que son uréthrite. Elle constituait le traitement unique de la blennorrhagie. Cependant, elle comporte des inconvénients réels, dont un, capital, la prolongation indéfinie de l'écoulement.

Le Dr André Weill a publié, il y a quelques années, à la Société de pathologie comparée deux cas fort instructifs, où les lavages au permanganate de potasse, à l'oxycyanure, après avoir diminué l'abondance de l'écoulement, ne purent réussir à le tarir ; bien au contraire, l'écoulement persista tant que durèrent les lavages, s'augmentant après ceux-ci, s'atténuant dans les intervalles et ne disparaissant complètement et définitivement qu'après leur suppression et leur remplacement par le traitement interne.

D'autres observations montrent que, dans beaucoup de cas, le traitement classique par les lavages au permanganate est illusoire ; outre qu'ils irritent, congestionnent la muqueuse, ils ouvrent la porte aux infections secondaires.

***

« Dans tous les cas, dit le Dr A. Weill, où l'on établit scientifiquement le diagnostic d'uréthrite à gonocoques vrais, une seule médication a une action réelle : la médication interne.

« Comment doit-on comprendre cette médication ? Il faut faire de l'antisepsie de dedans eu dehors et non l'inverse.

« A quel antiseptique nous adressons-nous ? Le salol ? l'urotropine ? Seuls, ils n'ont que peu d'action. Les vrais antiseptiques spécifiques du gonocoque sont les balsamiques et, en première ligne, le santal et spécialement son principe actif le santalol. Ils passent par les glandes de l'urèthre et agissent ainsi au point infecté ».

Mais ce traitement doit être à la fois dosé et réglé. En effet, le gonocoque a une tendance naturelle à vivre à l'état latent. Il y a une période terminale de la blennorragie, que l'on devrait

appeler la période occulte, où le gonocoque ne manifeste sa présence par aucun signe et où pourtant il existe à l'intérieur de la muqueuse uréthrale. C'est alors qu'il faut agir et agir patiemment..

Actuellement, la plupart des médecins sont revenus à l'emploi des balsamiques dans le traitement de la blennorragie. La discussion seule persiste sur les indications de la médication balsamique suivant l'âge et suivant les accidents de la blennorragie.

La période d'attente que l'on observait anciennement n'est plus nécessaire depuis que, aux balsamiques, on associe des médicaments capables d'effectuer l'antisepsie urinaire, tels que l'urotropine et le salol. Ces antiseptiques réalisent, non plus avant, mais pendant que s'exerce l'action spécifique du santal, l'antisepsie générale des voies urinaires. La durée du traitement en est d'autant plus raccourcie.

Cette combinaison des antiseptiques est réalisée par l'eumictine, dont l'expérience démontre chaque jour l'efficacité. Mais il est nécessaire, au cours d'un traitement qui peut être prolongé, de ménager les voies digestives. En capsules glutinisées, l'**eumictine** traverse l'estomac et ne commence à être absorbée qu'en arrivant dans l'intestin. Elle évite ainsi les troubles gastriques qui entravaient si souvent le traitement de la blennorragie par les balsamiques. C'est donc à juste titre qu'on l'a nommée le spécifique de la blennorragie.

***

Mais l'eumictine n'agit pas seulement sur l'uréthrite blennorragique. Elle est également efficace contre les cystites, les pyélonéphrites qui viennent souvent la compliquer et même contre celles qui ne sont nullement dues au gonocoque. Son action se fait sentir sur tout l'arbre urinaire, quelle que soit l'infection dont il est atteint.

Et en présence d'une cystite consécutive à la blennorragie, ou même, ce qui est rare, compliquée d'infection ascendante vers le rein, c'est naturellement à l'eumictine, médication spécifique du gonocoque, qu'il faudra recourir.

Mais même si la cystite est due à d'autres microbes que le gonocoque, même si la pyélonéphrite est d'origine gravidique et provoquée par l'infection coli-bacillaire, c'est encore à l'eumictine qu'il faudra recourir. En effet, c'est dans le rein même que l'urotropine donne l'aldéhyde formique ; c'est par le rein que passent l'acide salicylique et l'acide phénique nés du dédoublement du salol dans l'intestin. Ainsi, l'action antiseptique de l'eumictine s'exerce sur tout le tractus urinaire, depuis le rein jusqu'à la partie terminale de l'urèthre ; le santalol, s'il est particulièrement actif sur le gonocoque, n'en est pas moins doué d'une certaine action sur les autres microbes : élément principal contre la blennorragie, il constitue un adjuvant utile contre les autres infections.

On comprend ainsi quelle place prépondérante l'eumictine a conquise dans la thérapeutique urinaire. Elle en résume presque toutes les indications médicales, et, en prévenant les complications des affections rénales, uréthrales et vésicales, préserve, dans une certaine mesure, contre l'intervention chirurgicale.

Les Livres

A. Maloine et fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris

Dr F. Barbary. — **Au lit du tuberculeux. Des animaux réfractaires à l'homme. Méthode d'immunisation artificielle.** (1 vol. in-8, 115 pages, 2 planches hors texte. Prix : 6 francs.)

Laissant de côté toute étude descriptive des causes, des étapes, de la prophylaxie, de la tuberculose, l'auteur a voulu mettre aux mains des praticiens une méthode simple, pratique, logique, de thérapeutique de l'infection tuberculeuse.

La base de cette méthode repose sur des faits d'expérience constatés chez certains animaux, possédant une immunité naturelle vis-à-vis du bacille de Koch. Chez les gerbilles, les spermophyles, les steppes, les pigeons, chez des animaux à sang froid, les bacilles introduits ne se multiplient pas, se réunissent en amas, emmurés par des cellules macrophages ; ils perdent leur vitalité, leur forme ; ils sont tolérés.

C'est une semblable tolérance que doit chercher à produire l'immunisation artificielle. Pour créer artificiellement cette tolérance chez l'homme, le Dr Barbary a cherché à provoquer progressivement une modification humorale qui, par étapes, aboutit à un état de défense. Cette action biologique a pu être obtenue en associant les propriétés de la cinnaméine ou cinnamate de benzyle à celles du lipoïde cholestérine. Une préparation injectable a été réalisée ; injections quotidiennes par séries de 20 à 25, avec repos de dix jours, et reprise.

A dose thérapeutique active et suffisante fixée par l'auteur chez l'homme à 10 centigr. en 24 heures, les injections de cinnamate de benzyle provoquent une hyperleucocytose très active et transitoire qui favorise, par un phénomène de teinture, de chimiotaxie, le transport de l'agent et son assimilation. Le tissu pulmonaire d'un lapin tuberculeux, recevant tous les deux jours, une njection huileuse représentant 1 cgr. de cinnamate de benzyle, montre un processus actif de réparation par formation de tissu conjonctif évoluant vers la cicatrisation, avec dilatation des capilliaires, accumulation des leucocytes, rappelant le travail d'englobement cicatriciel d'une lésion par corps étranger.

En associant la cholestérine à la cinnaméine, Barbary utilise les propriétés d'un lipoïde, étudiées ces dernières années et mises au point au Congrès de Bruxelles, mai 1920, en particulier par le Pr Chauffard et ses collaborateurs Guy-Laroche et Grigaut. Action antitoxique

générale. Rapport proportionnel entre l'intensité du choc infectieux et de la cholestérine ; l'hypercholestérinémie accompagnant le s processus d'immunisation et présidant d'une manière qu'il reste à déterminer à l'édification des anticorps. Chez les tuberculeux, le taux de la cholestérine est un véritable index de la résistance du terrain. A ce rôle antitoxique, la cholestérine joint une action hémolytique nette. Les troubles de la lipoïdémie sont responsables des altérations sanguines, anémie des tuberculeux.

Mais ces actions biochimiques de la méthode d'immunisation artificielle seraient entravés, si l'on envisageait uniquement la maladie infectieuse elle-même.

Il faut tenir compte aussi des modalités qui font de chaque tuberculeux un malade particulier : importance de l'examen du tube digestif, dangers de la suralimentation, importance du régime en quantité, relations de l'appendicite chronique et de la tuberculose.

L'auteur décrit aussi le rôle de la tension artérielle dans le mécanisme des hémoptysies, le traitement préventif des hémoptysies, le syndrome solaire chez les tuberculeux, etc.

De nombreuses observations, des courbes, synthétisent des types de cures, qui s'adaptent aux cas multiples que rencontre chaque jour le praticien.

Cette méthode s'applique aussi bien au logis du tuberculeux qu'au sanatorium ; elle n'a aucune prétention au rôle de remède spécifique. Appliquée en dehors des périodes ultimes de la maladie, elle assure une mise en état de résistance cliniquement et bactériologiquement confirmée et caractérisée par trois faits essentiels : 1° tolérance particulière de l'organisme vis-à-vis du bacille de Koch ; 2° disparition progressive indéniable du bacille ; 3° action durable des résultats contrôlés.

MARQUESTE, 7, rue Ozenne, Toulouse,

Ch.-L. FAURE. — **Travaux pratiques d'histologie normale en vingt-quatre séances** (Préface de M. le Pr J.-E. ABELOUS, doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse ; dessins de Marg. Faure.)

L'histologie est une science dont la connaissance est des plus utiles pour le médecin, c'est en effet dans l'étude de l'histologie que se trouvent les détails nécessaires pour comprendre le fonctionnement physiologique de nos organes ; d'autre part, il est impossible de concevoir l'étude de l'anatomie pathologique, si elle n'est pas basée sur une connaissance sinon approfondie, du moins précise, de la structure des organes normaux.

Mais l'histologie est une science aride pour la plupart des étudiants et des médecins peu habitués à regarder dans un microscope, Les faits décrits dans les traités ne répondent pas à des images nettes, ils sont forcément abstraits ; d'autre part, leur lecture en est rendue difficile parce qu'aux faits d'observation s'ajoutent des considérations théoriques, des hypothèses ingénieuses sans doute, mais souvent complexes.

L'auteur, qui, comme le dit M. le Pr Abelous dans sa préface, « est à la fois un savant très averti et,par ses « qualités d'organisation et de méthode,un enseigneur « remarquable », a réuni dans un volume élégant de forme et enrichi d'une belle illustration due à la plume habile de Madame Faure, les documents qui forment le fond même de son enseignement.

La division du livre est commode : les matières qui le composent sont réparties en vingt-quatre chapitres courts, clairs et précis, pas de vaines considérations des faits, et encore pas tous les faits, rien que ceux qui sont essentiels et qui doivent retenir l'attention de l'étudiant et même du médecin. Beaucoup d'indications sont réunies sous forme de tableaux faciles à lire et à consulter. Toutes les fois que la représentation exacte des préparations est insuffisante pour donner une idée de l'organe étudié, l'auteur a construit un schéma tantôt original, tantôt emprunté aux auteurs classiques mais modifié pour le rendre plus compréhensible ; c'est ainsi qu'on trouve des dessins d'une incomparable clarté qui rendent attrayante et facile l'étude aride de la spermatogénèse et de la structure complexe de la rétine.

Enfin nous n'aurions garde d'oublier de signaler que ce qui donne à ce livre un intérêt puissant, c'est qu'il est vivant. L'auteur, comme il l'indique, lui-même dans son avant-propos, ne décrit « aucune cellule, « aucun tissu, aucun organe, aucun dispositif anatomique sans en indiquer, en même temps, la fonction et « la raison d'être »

Et pour terminer, nous signalerons qu'une heureuse disposition typographique, qu'un index alphabétique complet, font de cet ouvrage un instrument de travail commode qui se trouvera, nous n'en doutons pas, entre les mains de tous les étudiants et peut-être aussi dans la bibliothèque du médecin.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE
26, Rue Jacob, Paris (VIe)

J. NANOT, Directeur de l'Ecole d'Horticulture de Versailles et R. VUIGNIER, ingénieur agronome. — **Fruits et légumes de primeur culture sous verre et sous abri**). Tome II, *Légumes*, 1 vol. de 314 pages 13.5 × 20 avec 72 illustrations. Prix : 10 fr. ; franco : 11 fr.

Les particuliers possesseurs de jardins, ainsi que les professionnels, seront heureux de mettre en pratique les conseils autorisés de M. Nanot, l'éminent directeur de l'école d'horticulture de Versailles et de M. R. Vuignier, les deux auteurs très qualifiés de ce livre qui étudie jusqu'aux moindres détails la culture sous verre et sous abri des légumes suivants : carotte, radis, navet, chou-fleur, laitue, épinard, chicorée frisée et scarole, cerfeuil, persil, artichaut, asperge.

Un annuaire sportif de poche. — Tous ceux qui s'intéressent aux sports, et ils sont aujourd'hui légion, consulteront avec fruit, l'*Almanach du Miroir des Sports* bourré de conseils, de records et de renseignements de toutes sortes.

C'est une véritable petite encyclopédie sportive qu'il faut avoir. Le réclamer dès aujourd'hui aux dépositaires du *Petit Parisien*.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES HOPITAUX ET LE CORPS MÉDICAL

3o La situation morale du médecin

Nous avons examiné, dans un premier article, la situation *matérielle* du médecin d'hôpital. Puis, « l'actualité » nous a incité à montrer comment il était récompensé de son labeur ingrat — et désintéressé envers les indigents — par les commissions administratives qui prétendent, à cette heure, le *déposséder* des honoraires que sont prêts à lui verser les tiers-payants, responsables des accidentés du travail. Aujourd'hui, nous voudrions jeter un coup d'œil sur sa situation *morale* à l'hôpital.

Il semble qu'on serait, *a priori*, en droit de penser que, consciente des services précieux et désintéressés (je le répète) que ces praticiens rendent dans les hôpitaux et hospices, la Nation leur accorde, dans le fonctionnement de ces établissements, la place éminente à laquelle ils ont droit, puisqu'ils en sont, en somme, la cheville ouvrière. Sans doute, on ne décide rien d'important sans consulter ceux qui possèdent, en telles matières, une compétence technique indiscutable... Cette idée, si naturelle, est tellement ancrée dans l'esprit du public que, lorsqu'un hôpital régional est quelque peu « défaillant » dans un point quelconque de son fonctionnement, c'est aux médecins que l'on s'en prend généralement et c'est à eux qu'on porte les doléances. Les malades, eux-mêmes, ont-ils à se plaindre d'un ordinaire trop peu confortable ou de soins journaliers trop sommaires, c'est aux médecins traitants qu'ils ont recours, les tenant pour responsables des errements regrettables qu'ils sont à même de constater. Et cependant ... bon public, pauvres malades, combien vous êtes loin de compte avec la réalité !

Dans un hôpital français, le médecin n'a pas le moindre « droit de remontrance » que possédait le Parlement, au temps des rois absolus. Il n'a même pas le droit de parole.

La toute puissance est exercée, sans contrepoids, par la *commission administrative* dont le médecin est à peu près constamment *exclu*. En vain, un ministre fit-il une circulaire pour recommander aux dites commissions de s'adjoindre les médecins dans leurs délibérations, il n'en a presque jamais été tenu compte. L'administrateur est tout. Le médecin n'est que quantité négligeable.

Comment est-il nommé ? Dans les hôpitaux de Paris et de quelques grandes villes, c'est au concours. Fort bien. Mais ce n'est pas ces grands hôpitaux que nous avons en vue ; dans ce court aperçu, nous nous occuperons surtout des hôpitaux de province, les grands centres mis à part.

Or, dans ces hôpitaux, le médecin est nommé, la plupart du temps, *au choix*, par la commission administrative, la municipalité ou le préfet. Est-il besoin d'ajouter que les questions personnelles, et surtout politiques, entrent trop souvent en jeu dans de telles nominations. De même pour les révocations. Celles-ci ont causé parfois de véritables scandales. Il a fallu qu'un autre ministre, un autoritaire cependant, et qui a fait quelque bruit dans le monde, M. Clemenceau, fasse deux circulaires successives (datées du 3 décembre 1907 et du 15 février 1908) pour rappeler les commissions administratives au respect dû au labeur ingrat que les médecins accomplissent dans un hôpital :

« ..... Or, dit M. Clemenceau, j'ai pu constater, en des circonstances heureusement fort rares, mais néanmoins fâcheuses, que certaines décisions des Commissions administratives relatives à ces révocations n'étaient point justifiées par une faute ou négligence professionnelle et que le préfet était, en ce cas, trop disposé à faire passer certaines considérations d'ordre personnel et le souci de querelles locales, avant l'intérêt bien compris des malades ... ».

Nous connaissons assez la prose ministérielle officielle, d'ordinaire lénitive et euphémique, pour deviner à quels abus scandaleux d'administrateurs politiciens et vindicatifs, devaient répondre de semblables circulaires, rien que par le fait même qu'elles aient été écrites et en de pareils termes (1).

Sans qu'on puisse en faire une comparaison exacte, il se passait néanmoins des faits analogues autrefois dans l'armée, ainsi que dans les hôpitaux militaires — j'entends au point de vue de la subordination des médecins aux administrateurs. M. l'Intendant, M. l'Officier d'adminis-

(1) Cf. sur ce sujet mon *Rapport* intitulé « Nomination et révocation des médecins des hôpitaux de province » publié dans le *Bulletin* de l'Union des syndicats médicaux du 30 septembre 1912, pages 550 à 563.

tration avaient la haute main sur le fonctionnement des formations hospitalières et, sous leurs ordres, gravitaient humblement les divers médecins-majors, ceux-ci fussent-ils des meilleurs praticiens ou même des savants illustres. A la suite de la guerre de 1870, je ne sais plus trop en quelle année, il y eut, sur ce point, un certain chambardement. On décréta l'autonomie du service de santé et, depuis, les officiers d'administration furent mis sous les ordres des « médecins-chefs. » Nous avons tous connu cette hiérarchie dans les formations sanitaires de la guerre.

Certes, la situation n'est pas la même en ce qui concerne les hôpitaux civils. Nous ne demandons nullement que les médecins soient tout puissants dans le fonctionnement de l'hôpital. Il est nécessaire qu'une commission soit là pour représenter les intérêts généraux de la Nation, fût-ce régionalement, comme en ce cas. Les membres de la commission sont les mandataires de ces intérêts sociaux... mais nous pensons que les médecins doivent avoir largement *voix au chapitre*, ne fût-ce que pour représenter, à l'occasion, un intérêt qui a sa valeur, lui aussi, dans le fonctionnement hospitalier — *l'intérêt du malade* que seul il peut défendre avec la compétence technique nécessaire.

***

Cette idée du médecin faisant, *de droit*, partie intégrante de la commission administratiue de l'hôpital est-elle une simple vue de l'esprit sans « précédents » justificatifs ?... Nullement. Mais, là encore, nous sommes dans l'obligation de rechercher ce qui nous semble l'équité — à l'étranger.

1° Lisons le *Rapport*, au Congrès des praticiens de 1910, sur la « structure administrative des hôpitaux en France et à l'étranger » dû à notre confrère, le Dr Archambault, de Paris, nous y verrons (1) que, au contraire de chez nous, « en Angleterre, en Autriche, en Belgique, en Italie, une plus grande indépendance du corps médical existe. » (page 71, conclusion). — Dans l'hôpital *anglais* : « pour l'administrer, un conseil d'administration où voisinent les délégués des souscripteurs, les médecins d'hôpital, la nurse, directrice du personnel féminin soignant ... » (page 39). — A *Prague* et à *Vienne* : « Le directeur est médecin et responsable, son autorité est déterminée par des réglements. Il détient le pouvoir disciplinaire... » (page 44). En Bohême « on exige du directeur le titre de médecin et un stage de 2 ans en qualité de médecin adjoint ou 3 ans de service public ou de clientèle, etc... » (page 45).

2° Lisons la *communication*, à ce même congrès du Dr C. J. Kœnig, de l'hôpital américain de Paris, sur la structure administrative des hôpitaux aux *Etats-Unis* » (2). Nous y remarquerons qu'il semble naturel (là-bas) que les médecins fassent partie intégrante des commissions administratives. Le Dr Kœnig note simplement : « La part que prennent les médecins dans l'administration des hôpitaux américains est presque toujours purement scientifique, rarement administrative... Cette restriction théorique du pouvoir et de l'autorité du médecin est cependant, en réalité, beaucoup atténuée par le caractère personnel et l'expérience de l'individu. » (page 91). Il semble s'excuser de la dite restriction... théorique.

3° Dans la *communication* du Dr Kolbé, de Châtel-Guyon, sur la « structure administrative des hôpitaux en *Allemagne* » (3), nous remarquons d'abord la division, sur ce point, entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux particuliers, c'est-à-dire « ceux appartenant à des municipalités, des communes, des congrégations, des mutualités. » Car, « il n'existe pas en Allemagne d'institution semblable à celle de l'assistance publique en France « (p. 104). Dans les hôpitaux universitaires, « le médecin chef de service, propriétaire de la chaire, est aussi le chef administratif de son service. Il a, sous ses ordres, un employé-inspecteur qui s'occupe des sœurs, des infirmiers et infirmières, des gardes et des domestiques, de la cuisine et du jardin, etc.. » (p. 102). Dans les hôpitaux particuliers (nous avons vu qu'il ne s'agit pas de ce qu'on appelle chez nous les cliniques privées, mais des hôpitaux semblables à nos hôpitaux régionaux) « l'administration se fait par une commission spéciale, mais chaque directeur en fait toujours partie et il est écouté. Chaque hôpital a un conseil administratif. Le directeur de l'hôpital est un médecin ayant une autorité hiérarchique sur tout le personnel. Il a, à ses côtés, un directeur administratif non-médecin, avec des attributions particulières ; mais c'est lui qui représente l'hôpital, au dedans et au dehors... Les médecins, chefs de service, présentent leurs réclamations au médecin-chef directeur. Leur influence est naturellement très grande dans toute l'étendue de leur service... » (page 104).

Est-il utile de multiplier les citations ? Je crois celles-ci décisives pour démontrer que, dans les autres pays, on a reconnu la nécessité de mettre un médecin à la tête d'un hôpital et de donner, au corps médical hospitalier tout entier, une « influence très grande » sur le fonctionnement du service. C'est, d'ailleurs, l'évidence même. Ne met-on pas, chez nous, des officiers de marine

(1) Cf. le 2e volume des *Rapports* du Congrès des Praticiens de 1910, pages 5 à 72.

(2) *Ibidem*, pages 100 à 116.
(3) Cf. *ibidem*, pages 100 à 116.

pour diriger les bateaux ou des ingénieurs à la tête des services des mines ou des ponts et chaussées ? Et, dans la fantastique administration hospitalière actuelle, les médecins ne sont pas même *admis* d'ordinaire, dans le cénacle directorial et administratif ! C'est véritablement pousser jusqu'au paradoxe l'amour de l'incompétence.

***

Il faut que cela change. Le médecin d'hôpital doit avoir voix au chapitre et faire *obligatoirement* partie des commissions administratives. Et cela, dans l'*intérêt des malades* eux-mêmes — avant tout. Seul, le médecin peut les défendre avec la compétence technique indispensable.

Je ne suis médecin ni d'un hôpital, ni d'un hospice quelconque. Ce n'est donc pas là un plaidoyer *pro domo*, que je fais ici. Mais, que de fois j'ai entendu mes confrères se plaindre d'incuries inconcevables dans leurs services, sans pouvoir y remédier, *en rien*, parce que, dans cet hôpital, dont ils sont, en réalité, « le bon ouvrier » le *primum movens*, *ils ne sont* RIEN !

Veut-on des exemples ? Je citerai un fait typique, qui se passe actuellement dans un hôpital que je connais bien et sur lequel j'ai l'occasion d'être exactement documenté.

Donc, dans cet hôpital, la commission administrative, prise d'un beau zèle dans son ardent amour du progrès, fait, il y a quelques années, l'acquisition d'un matériel de *radiologie*. Naturellement, sans prendre l'avis des médecins de l'hôpital, qui n'avaient pas à se mêler de ces questions là. Le matériel arrivé à bon port, l'ineffable commission plaça à la tête du service... le professeur de physique du collège. Dame ! radio — électricité — physique — professeur d'idem. Je ne sais si celui-ci fut enchanté du titre, mais ce que je sais, c'est que le corps médical de l'hôpital fut obligé de protester contre les services rendus par le nouveau « service ». Il demanda qu'on veuille bien lui accorder la permission de tirer parti, de lui-même, des coûteux appareils entreposés à l'hôpital. Je vous demande un peu de quoi se mêlaient ces gens-là... On le leur fit bien voir et la commission administrative maintint sa délibération antérieure. *Plusieurs années* se passèrent. Au 1er janvier 1923, le service radiologique existe toujours dans le dit hôpital, mais sur le papier — et à la condition qu'aucun malade n'en ait besoin, car « il n'est pas encore au point »... Espérons qu'il y sera avant l'an 2.000. Heureusement, qu'un des chirurgiens de l'hôpital a installé la radiologie dans sa clinique privée. Les malades de la ville et des environs peuvent s'en servir... quand ils en ont le moyen. Quant aux pauvres, oh ! les pauvres... ils s'en passent, voilà tout. D'ailleurs, on se passait bien jadis de toutes ces nouvelles manigances, n'est-il pas vrai ?

Il y aurait tout un stock d'anecdotes semblables à conter. Il sera, peut-être, utile de les « sortir » un jour. Et chaque praticien pourra apporter sa petite pierre au « Monument » qu'il sera bien facile d'élever en chaque région. *Suam cuique.*

Il le faudra bien. Dans cette esquisse rapide, je ne suis pas entré, volontairement, dans ce qui a trait aux *réformes générales* que l'on peut souhaiter dans les services hospitaliers. Je n'ai eu en vue que la situation même du *médecin*. Mais j'ai le vague pressentiment que le litige qui vient de s'élever, au sujet des honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail, pourrait bien s'envenimer si les commissions hospitalières persistent dans leurs prétentions inadmissibles.

Et alors la parole sera aux syndicats médicaux et à leur organe central, l'Union.

Ce jour-là, le « Monument » dont je viens de parler se dressera aisément, dans la collaboration de chaque praticien. Et l'Union des syndicats médicaux se fera entendre, haut et clair, soutenue par la poussée impérative de l'*opinion publique*... éclairée par nous sur la réalité des choses — et sur les remèdes à y apporter.

Dr Fernand DECOURT.

LA LOI SUR LES ACCIDENTS AGRICOLES

La loi du 15 décembre 1922 « étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail » a été publiée au *Journal Officiel* du 16 décembre 1922.

Mais *elle n'est pas applicable actuellement.* Elle n'entrera en vigueur qu'un an après la publication officielle des décrets qui doivent en régler l'exécution. Or, ces décrets eux-mêmes doivent être rendus dans les six mois de la promulgation de la loi et il est peu probable que ce dernier délai soit beaucoup diminué. Ce n'est donc que vers le milieu de l'année 1924 que la loi du 15 décembre 1922 entrera en application.

Elle ne mettra pas complètement fin, d'ailleurs, à tous les ennuis et à toutes les difficultés auxquelles donnent lieu actuellement les accidents agricoles et que ceux de nos lecteurs qui ont une clientèle rurale ne connaissent que trop. C'est que nombre d'accidents actuellement classés comme agricoles échapperont à son domaine.

La législation sur les accidents du traval sera bien applicable, en effet, aux termes mêmes de

l'article 1er de la loi, « aux ouvriers, aux employés, et aux domestiques autres que ceux exclusivement attachés à la personne occupée dans les exploitations agricoles de quelque nature qu'elles soient, ainsi que dans les exploitations d'élevage, de dressage, d'entraînement, les haras, les entreprises de toute nature, les dépôts ou magasins de vente se rattachant à des syndicats ou exploitations agricoles, lorsque l'exploitation constitue le principal établissement. »

Mais, le même article 1er, dans son second alinéa, vient apporter à cette règle générale une exception très étendue en déclarant que ne sont pas assujettis « les exploitants qui travaillent d'ordinaire seuls ou avec l'aide de leur famille ascendants, descendants, conjoint, frères, sœurs ou alliés au même degré... même s'ils emploient occasionnellement un ou plusieurs collaborateurs, salariés ou non. »

Il résulte de cette disposition qu'échapperont à l'assujettissement tous les petits cultivateurs, qui constituent la plus grande partie des exploitants agricoles français, et que ni leurs familles, ni leurs ouvriers occasionnels ne seront garantis par la législation spéciale, même si ces derniers sont des ouvriers agricoles de profession. Ces ouvriers qui travaillent successivement chez plusieurs patrons, seront garantis ou ne le seront pas suivant l'importance plus ou moins grande de l'exploitation au service de laquelle ils seront blessés. Leur ignorance habituelle, bien excusable certes, en matière juridique, les laissera souvent dans l'incertitude de leurs droits, lorsqu'ils seront victimes d'un accident pendant leur travail.

Il est vrai que la loi permet aux exploitants qu'elle n'assujettit pas, une adhésion facultative à la législation spéciale et qu'elle prévoit même l'organisation de cette adhésion par un décret en fixant dès maintenant quelques conditions d'application, dont la première est l'obligation de l'assurance.

Il est à souhaiter que ce décret ne crée pas, pour l'adhésion facultative, des formalités trop nombreuses, trop difficiles, ni trop coûteuses, si le gouvernement veut que cette faculté d'adhésion ne reste pas un vain mot, comme celle prévue par la loi du 18 juillet 1907.

Un désir que nous nous permettrons d'émettre, c'est que l'adhésion puisse être facilement connue des tiers intéressés, tels que les médecins, afin qu'ils ne soient pas toujours dans l'incertitude en ce qui touche leurs droits. Si l'adhésion ne laisse d'autre trace qu'une déclaration inscrite sur un registre administratif quelconque, l'inconvénient que nous signalons perpétuera les difficultés que rencontrent actuellement les médecins pour savoir quel est leur débiteur réel, lorsqu'ils ont donné des soins à des blessés agricoles. Il serait cependant suffisant que cet inconvénient ne subsistât que dans les cas, encore trop nombreux, où le droit commun restera seul applicable.

Une autre catégorie de bénéficiaires de la nouvelle loi sera, aux termes de l'article 2 « ceux qui, n'étant pas petits patrons, sont occupés, par des entrepreneurs ou par des particuliers, à l'entretien ou à la mise en état des jardins. »

Par exemple, le médecin ou le rentier qui, n'ayant qu'un jardin, et quelle qu'en soit l'importance, le fait faire soit par un des cultivateurs travaillant ordinairement seuls ou avec l'aide des membres de sa famille, qui ne sont pas assujettis de droit, soit par l'un des membres de la famille de l'un de ces exploitants, soit par un petit retraité ou par un rentier ou un propriétaire, sera responsable, suivant la législation spéciale, des accidents qui surviendront à son jardinier occasionnel, pendant qu'il travaillera dans son jardin. Et ce, même si les exploitants non assujettis de droit, ayant adhéré facultativement, sont eux-mêmes garantis, ainsi que les membres de leur famille et leurs ouvriers occasionnels, lorsque les uns ou les autres travaillent au compte de l'exploitation agricole.

Il y a, dans cet assujettissement, d'ailleurs légitime, une source de difficultés et un risque pour les propriétaires ou locataires de jardins, qui auront négligé de s'assurer, soit à cause du peu d'importance des travaux qu'ils font effectuer, soit par simple ignorance ou négligence.

Il serait prématuré d'examiner actuellement les différences, prévues en partie par la loi elle-même et en partie renvoyées par elle à la détermination des décrets subséquents, entre la loi sur les accidents du commerce et de l'industrie et celle sur les accidents agricoles ; certaines d'entre elles portent notamment sur la déclaration d'accident et le salaire de base. Lorsque les décrets auront été publiés, il y aura lieu d'étudier et d'expliquer le fonctionnement de la loi nouvelle, tout au moins en tant qu'elle intéressera directement les médecins. Le *Concours médical* n'y manquera certainement pas et publiera également les principaux articles de la loi et des décrets.

Mais il peut être utile de signaler encore quelques dispositions de la loi nouvelle.

L'une d'entre elles qui n'est pas d'un intérêt immédiat, concerne exclusivement les médecins, C'est celle de l'article 15, aux termes duquel « les médecins experts désignés par les tribunaux pour fournir un rapport concernant un accident du travail devront déposer leurs conclusions dans le délai maximum d'un mois ». Cette prescription ne comporte d'ailleurs aucune sanction spéciale et peut, par suite, être considérée comme une simple recommandation.

Enfin, l'article 16 décide que les contrats d'assurance souscrits antérieurement à la publica-

tion de la loi, par conséquent avant le 16 décembre 1922, seront résiliés de plein droit à compter du jour de son application, même s'ils couvraient ou déclaraient couvrir les risques spécifiés par les lois des 9 avril 1898, 30 juin 1899, 22 mars 1902, 31 mars 1905 et 12 avril 1906. En outre, les contrats ayant pour objet l'assurance des accidents prévus par la loi pourront être résiliés tous les cinq ans, à compter de la date de leur prise d'effet, moyennant un avis préalable de six mois, par acte extra-judiciaire ou par lettre recommandée.

Il est donc certain que les compagnies d'assurances vont se mettre en campagne (peut-être s'y sont-elles mises déjà) pour faire renouveler, à des conditions sans doute différentes, le plus souvent, les polices agricoles qu'elles ont en cours. Elles seront cependant retardées, en ce qui concerne les exploitants non assujettis de plein droit, par l'attente du décret qui réglementera l'adhésion facultative.

En terminant cette courte et volontairement rudimentaire étude sur la loi qui étend aux exploitations agricoles la législation spéciale sur les accidents du travail, répétons, pour éviter toute erreur, que cette loi *n'est pas applicable actuellement.*

J. Dumesny.

QUESTIONS OUVRIÈRES ET SOCIALES

La misère des médecins allemands et l'assurance-maladie

Depuis la hausse du coût de la vie et le développement de l'assurance-maladie, la plupart des médecins allemands se trouvent dans une situation matérielle très pénible.

A Berlin, il y a environ 3.000 médecins qui relèvent des caisses d'assurance-maladie. On sait que la grande majorité des médecins allemands sont obligés, pour vivre, de s'adresser à ces caisses. Sur ces 3.000 médecins, dit le *Berliner Tageblatt*, 1.368 ont gagné moins de 10.000 Mks pendant le premier trimestre de 1922. Un ouvrier gagnait davantage à cette époque, 254 médecins avaient un revenu mensuel de 300 Mks seulement, 212 de 700 Mks environ, 170 de 1.000 Mks, 163 de 1.300 à 1.350 Mks, 70 de 3.000 à 3.500 Mks. On n'en comptait que 302 qui gagnaient 5.000 Mks par mois. 170 qui gagnaient 10.000 Mks et 520 qui gagnaient de 10.000 à 30.000 Mks. par mois.

Au mois de septembre dernier, alors que, d'après l'index général, le coût de la vie était 113 fois plus élevé qu'avant la guerre, les honoraires des médecins des caisses n'étaient que 32 fois 1/2 supérieurs à ceux d'avant-guerre. Depuis lors, les taux ont été relevés, mais ils sont encore bien loin d'être en rapport avec la hausse du coût de la vie.

Le résultat, c'est que, pour ne pas mourir de faim, les médecins sont obligés de courir les visites du matin au soir. Ils ne leur reste plus le temps de se perfectionner et de se tenir au courant des progrès de leur art. Ils ne peuvent même plus acheter les livres et les instruments qui leur seraient nécessaires.

Les uns cherchent du travail à côté de leur métier. D'autres changent de profession. La Chambre des médecins, pour faciliter cet exode, s'est mise en rapport avec les banques et les entreprises industrielles.

On a vu un médecin, dit le *Berliner Tageblatt*, qui vendait le soir des saucisses à la gare d'Anhalt. Il fut reconnu et dut se justifier devant le Tribunal d'honneur. Il en est d'autres qui se transforment la nuit en garçons de bar. De vieux médecins, qui n'ont plus la force de travailler, vendent peu à peu leur linge, leurs livres et leurs instruments.

Cette situation a d'abord été due en partie à la surabondance de médecins, surtout à la fin de la guerre. Mais, c'est le développement excessif de l'assurance-maladie qui a porté le coup mortel aux médecins. Il a tué la médecine libre et a empêché les gains des médecins de s'élever dans la même mesure que ceux des autres classes de travailleurs.

Le docteur Hartkopf écrit dans la *Gazette de Cologne* (16 novembre) : « Il fut un temps où la législa-
« tion sur les caisses de malades servait à des fins rai-
« sonnables, c'est-à-dire à protéger, au moyen de
« l'assurance, les pauvres contre la misère amenée
« par la maladie et la mort. Mais ce temps est passé.

« En 1914, la limite de l'assurance obligatoire était
« fixée à un revenu annuel de 2.500 Mks. Les em-
« ployés assurés facultativement devaient sortir de la
« caisse, si leur revenu annuel (et non pas leur salaire
« annuel) dépassait 4.000 Mks. Déjà en 1918, les man-
« dataires du peuple surprirent les médecins, non seu-
« lement en élevant considérablement la limite de
« l'assurance obligatoire (cela aurait été supporta-
« ble), mais aussi par cette fameuse prescription que
« quiconque avait été une fois membre d'une caisse,
« pourrait continuer à être assuré facultativement
« quelque fût le chiffre de son revenu. Des million-
« naires à la caisse des malades ! Image des temps
« nouveaux !

« Depuis lors, la limite de l'assurance obligatoire
« n'a cessé d'être relevée. Elle est actuellement fixée
« pour les employés (on sait que pour les ouvriers
« il n'y a pas de limite) à un traitement annuel de
« 204.000 Mks. Elle a été relevée depuis. Il est incon-
« testable que beaucoup des membres des Caisses
« sont dans une situation financière bien meilleure
« que de nombreux médecins.

« Quelle énorme extension a prise aujourd'hui l'as-

« surance-maladie, c'est ce que montrent les chiffres « suivants : des 698.000 habitants de Cologne, « 588.000 sont assurés, de sorte que, si on déduit « encore ceux qui sont traités par les institutions d'as- « sistance, il en reste à peine 100.000, soit 14 %, pour « la médecine privée.

« Est-il juste, si l'on se place au point de vue de « l'éducation populaire, d'aider encore, en introdui- « sant de force dans l'assurance, les classes populai- « res relativement bien payées, d'aider encore au « relâchement, dont on se plaint si souvent, des ins- « tincts d'économie si précieux pour la vie de la « nation, du sentiment de la responsabilité et de la « prévoyance familiale ? C'est au législateur qu'il « appartient de se poser cette question. Les médecins « pourraient s'accommoder de cet état de choses, « — si, il y a un si — les caisses de maladie procu- « raient partout en Allemagne du travail aux méde- « cins approuvés, et si elles rémunéraient convena- « blement ce travail. Mais c'est ici la difficulté ».

« Le Dr Kartkopf rappelle les taux dérisoires « payés par les caisses d'assurance-maladie, leurs « démêlés continuels avec les médecins. Pour le « moment, d'ailleurs, leur situation financière est « telle qu'elles ne seraient guère en état de payer « beaucoup plus leurs médecins.

« Le Dr Kartkopf propose, pour remédier à cette « situation :

« 1° Que la loi prescrive le libre choix des médecins

« 2° Une révision des classes des salaires des ouvriers « qui tiendrait compte de leur revenu réel ;

« 3° Un changement de l'assurance obligatoire et « facultative, changement tel que les caisses redevien- « nent ce qu'elles étaient primitivement, une institu- « tion de protection pour les personnes économique- « ment faibles.

« La misère des médecins, c'est là encore un effet « de ces deux maux conjugués qui minent l'Allema- « gne : l'inflation et le socialisme. »

Comptes-rendus, documents, pièces officielles...

C. T. I.

La semaine professionnelle des travailleurs intellectuels de France

Ces assises du travail intellectuel se tinrent au Conservatoire des Arts et Métiers du 22 au 30 janvier. Elles furent organisées par la C. T. I. (Confédération générale des travailleurs intellectuels).

Rappelons en deux mots la genèse de cet important groupement.

Dans l'organisation sociale actuelle, le travail manuel, les salariés, avaient leur organisme d'étude et de défense dans la Confédération Générale du travail. En face d'elle, la Confédération des Syndicats patronaux défendait les intérêts des employeurs.

Mais si les professions libérales, les travailleurs intellectuels, avaient des Syndicats plus ou moins organisés ou puissants pour défendre leurs intérêts professionnels immédiats, ils n'avaient aucun lieu entre eux pour défendre les intérêts communs aux intellectuels. Ils ne pouvaient s'affilier ni à la C. G. T., ni aux Syndicats patronaux, n'étant ni travailleurs manuels, ni patrons.

C'est alors que quelques novateurs eurent l'idée de créer la C. T. I. ou Confédération des travailleurs intellectuels, destinée à grouper tous les travailleurs du cerveau, de façon à mettre en commun leurs revendications pour les étudier et les faire aboutir auprès des pouvoirs publics.

Elle cherche à faire ce que la C. G. T. fait pour les ouvriers, les groupements patronaux, pour le commerce ou l'industrie.

Elle n'est pas l'antagoniste de la C. G. T., n'a pas été créée pour faire obstacle aux revendications ouvrières ou être l'auxiliaire des associations patronales comme briseur de grève. Elle est indépendante, n'est inféodée à aucun parti politique, ne voulant en aucune façon faire de politique ; mais pouvant à l'occasion et selon ses intérêts faire des alliances passagères, tantôt avec les ouvriers et les soutenir dans telles circonstances où leurs intérêts sont communs, tantôt dans le même but avec les groupements patronaux.

De même, elle peut s'appuyer sur le concours de parlementaires, sans distinction de parti ou d'opinion, pour être consultée dans l'établissement de tel ou tel projet de loi où les intérêts des intellectuels sont en jeu, ou bien même proposer des textes de loi quand, leurs intérêts le réclament.

Tel était le programme de la C. T. I., qu'elle a, du reste, rempli jusqu'à ce jour.

Parmi les dix sections de la C. T. I. existe celle des classes libérales, qui groupe les avocats, les médecins, les architectes et les ingénieurs.

Lors de sa fondation, un sentiment de méfiance régna dans les groupements médicaux. La plupart estimèrent que les Syndicats suffiraient à la défense professionnelle et n'avaient pas besoin d'un organisme nouveau pour remplir ce but. Sans vouloir être des adversaires, ils préférèrent réserver leur adhésion, pour juger la nouvelle Confédération selon ses actes.

D'autres, comme le « Sou médical », dont j'ai l'honneur d'être un des représentants à la C. T. I., estimèrent qu'il fallait faire confiance au nouveau venu, y adhérer pour étudier son fonctionnement, ses direc-

tives, quitte à l'abandonner s'il s'éloignait de son programme. Mais revenons à notre semaine des intellectuels.

Parmi les diverses questions présentées, une intéressait les travailleurs intellectuels, surtout ceux des villes et des grands centres.

Beaucoup de nos confrères ont, en vertu de la dernière loi sur les loyers, leur logement assuré jusqu'au 15 janvier 1925, mais ils ont reçu congé pour cette époque et devront alors rechercher un nouveau local professionnel, presque impossible à trouver actuellement.

Si un architecte, ou un avocat, ou un artiste, peut changer de quartier sans grand inconvénient, il n'en est pas de même du médecin. Sa clientèle est toute régionale, de quartier. Quitter ce centre, s'éloigner d'un domicile où il est connu depuis longtemps, c'est perdre le bénéfice d'une clientèle acquise souvent par de longues années d'effort. Ce n'est donc pas le médecin qui pourrait tirer profit de ces projets de cité des intellectuels.

M. Sarraut, avocat à la Cour d'Appel de Paris, un des secrétaires de la section des classes libérales, à laquelle appartiennent les médecins, a lu un rapport sur le droit de priorité pour le renouvellement des locations aux locataires exerçant des professions publiques ou libérales.

Le vœu suivant fut adopté :

« Que le Parlement adopte une disposition législative, aux termes de laquelle, dans les six mois précédant l'expiration des locations ou prorogations en cours, tout locataire exerçant une profession libérale ou une fonction publique, comportant obligation de résidence, aura la faculté de conserver les locaux occupés par lui pour une nouvelle période de trois ans, renouvelable dans les mêmes conditions moyennant un loyer déterminé, à défaut d'entente amiable, suivant la procédure instituée par la loi du 31 mars 1922. »

Dans la séance du 26 janvier, un rapport très intéressant de M. Louis Gallié, avocat à la Cour d'Appel, depuis longtemps en contact fréquent avec le Corps médical, cherchait à établir le droit de propriété pour l'auteur des recherches d'ordre biologique et thérapeutique.

L'auteur d'une découverte de cet ordre se trouve à l'heure actuelle empêché de recueillir le bénéfice de son travail.

Les médicaments ne sont pas brevetables ; d'autre part, il se trouve entravé par la loi sur les remèdes secrets et celle de l'exercice de la pharmacie.

Après diverses interventions, le vœu suivant fut adopté :

1° Que la propriété intellectuelle sous toutes ses formes soit reconnue légalement et protégée efficacement, ainsi que le droit moral qui découle de cette propriété.

2° Que, par voie de conséquence, la propriété scientifique soit spécialement protégée, qu'il s'agisse de découvertes d'ordre mécanique, physique, chimique ou biologique ;

3° Que la C. T. I. poursuive sa propagande et son action, qui ont déjà abouti au dépôt d'un projet de loi au Parlement sur le droit moral et à la mise à l'ordre du jour par la Commission internationale de Coopération intellectuelle de la Société des nations, d'un projet sur la propriété scientifique, afin de faire reconnaître, le plus rapidement possible, les diverses formes de propriété intellectuelle dans le domaine national ou international.

Dans la séance de la section des classes libérales du 29 janvier, présidée par M. le docteur Roger, doyen de la Faculté de médecine, on aborda la question importante de la protection légale des titres professionnels, rapportée avec un remarquable talent par M. Jean Appleton, professeur à la Faculté de droit de Lyon, président de l'Association des avocats inscrits aux barreaux de France.

Dans ce rapport, on passa rapidement sur la protection du titre de docteur, couverte par la loi du 30 novembre 1892, quand il s'agit du titre de docteur en médecine, ou du titre de docteur seul, usurpé, par quelqu'un exerçant illégalement l'art médical, mais qui ne le protège pas en tant que titre de docteur quand il est usurpé par quelqu'un n'exerçant pas la médecine.

Dans la discussion de ce rapport, le Dr Chompret intervint par une note écrite pour protester contre l'octroi du titre de docteur en art dentaire réclamé par les médecins. Après une discussion animée, la C. T. I. se prononça en faveur de la proposition Liouville amendée.

Art. 1er. — Nul ne peut faire usage d'un titre professionnel défini et réglementé dans l'intérêt public s'il ne remplit les conditions exigées par les lois et règlements pour le porter.

Art. 2. — Que pour les titres professionnels non encore protégés, des décrets rendus par le Conseil d'Etat fixent les conditions exigées pour le droit au titre après avis des groupements professionnels compétents, légalement constitués, des facultés et grandes Ecoles.

Art. 3. — Il est ajouté à l'article 259 du Code pénal un alinéa ainsi conçu : « Sera puni des peines portées à l'alinéa premier du présent article quiconque aura fait usage d'un titre professionnel défini et réglementé dans un intérêt public, sans remplir les conditions exigées par les lois et règlements pour le porter.

A l'issue de la semaine des intellectuels, un banquet réunissait les membres des diverses sections de la C. T. I. à la salle des Centraux, rue Jean-Goujon. Divers discours furent prononcés, empreints de la plus grande cordialité et des plus grands espoirs dans l'avenir du groupement.

Dr M. VIMONT.

LA VIE SYNDICALE

Projet de règlement de l'A. M. G. dans les Deux-Sèvres

TITRE PREMIER

Dispositions générales.

ARTICLE PREMIER

Le service d'Assistance médicale a pour but de faire donner gratuitement aux indigents les secours de la médecine, de la pharmacie et de l'art des accouchements.

Il s'étend à toutes les communes du département, sauf à celles qui seront autorisées à bénéficier des dispositions de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893.

ART. 2.

L'Assistance devant être mesurée aux besoins actuels des indigents secourus, il est prévu deux catégories d'assistés :

1° Les privés de ressources avérés qui auront droit à l'assistance complète et dont la liste sera arrêtée chaque année par le Conseil municipal dans les conditions prévues à l'article 5 ci-dessous ;

2° Ceux qui, accidentellement, ne peuvent faire les frais d'une maladie grave et bénéficieront de la gratuité soit des frais médicaux, soit des médicaments, soit de l'hospitalisation, suivant les circonstances et les besoins réels. Ils seront admis à cette assistance partielle sur leur demande ou sur la demande du médecin traitant, dans les conditions fixées à l'article 6 ci-dessous.

ART. 3.

Tout assisté recevra, au moment de son inscription à l'Assistance médicale gratuite, un livret médical, dit livret de santé et un carnet d'ordonnances à souche.

Le livret médical et le carnet d'ordonnances devront être obligatoirement remis au médecin traitant à chaque visite ou consultation, celui-ci étant tenu de consigner le résumé de ses observations sur le livret de santé et de libeller ses ordonnances thérapeutiques sur le seul carnet à souche.

ART. 4.

Les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite ne pourront engager des dépenses sans que le maire, responsable des intérêts communaux et, par voie de conséquence, départementaux en soit informé en temps voulu et soit appelé, dans la mesure de ses attributions et de sa compétence, à en contrôler la nécessité.

En conséquence, l'assisté devra avant d'aller chercher le médecin ou de se rendre a sa consultation, se munir à la mairie d'un bon de visite ou de consultation du modèle ci-annexé.

Une certaine quantité de ces bons de visite seront déposés par les soins des maires et « *sous leur contrôle* », dans les divers hameaux de leur commune afin de ne pas exiger de trop longues démarches des indigents.

TITRE II

De la formation des listes et de l'admission d'urgence.

ART. 5

Dans le délai d'un mois avant la session ordinaire de novembre des Conseils municipaux, la Commission administrative du bureau de bienfaisance dresse la liste générale des personnes qui pourront bénéficier, pendant l'année suivante, du traitement médical gratuit dans les conditions du paragraphe premier de l'article 2.

Cette liste sera définitivement arrêtée par le Conseil municipal à sa session de novembre.

Elle sera révisée en février, mai et août, dans les conditions prévues par la loi du 15 juillet 1893.

Elle ne devra jamais comprendre que des indigents avérés, totalement privés de ressources.

ART. 6.

Dans l'intervalle des sessions et dans les cas d'assistance partielle, en cas d'urgence, le maire peut, par application de l'article 19 de la loi, admettre d'urgence aux secours de l'Assistance médicale gratuite des malades reconnus indigents.

De même, le maire doit admettre d'urgence aux secours de l'Assistance, et par application de l'article 20, les indigents étrangers qui tombent malades sur le territoire de sa commune.

Il donne immédiatement avis de sa décision au préfet.

Il déterminera, d'après l'avis du médecin traitant et selon les circonstances et les besoins, la catégorie des soins que comportera l'Assistance pour ceux qui, accidentellement, ne peuvent faire les frais d'une maladie grave et sont appelés à bénéficier soit des frais médicaux, soit des médicaments, soit de l'hospitalisation.

ART. 7.

Les médecins traitants devront être consultés sur l'établissement de la liste prévue à l'article 5 avant qu'elle ne soit définitivement arrêtée par le Conseil municipal.

Ils devront être consultés également pour l'admission d'urgence, prévue à l'article 6, lorsque la demande d'admission n'aura pas été formulée par leurs soins.

TITRE III

Du choix des médecins, pharmaciens et sages-femmes

ART. 8.

Les indigents ont le libre choix de leur médecin, de leur pharmacien et de leur sage-femme. Ce libre choix du médecin s'applique à la visite à domicile aussi bien qu'à la consultation au cabinet. Toutefois, si ce choix s'exerce en dehors des médecins desservant habituellement la contrée, les frais de déplacement supplémentaires resteront à la charge de l'assisté, le service de l'Assistance médicale gratuite ne prenant à son compte que la part des frais représentés par la distance entre le domicile de l'assisté et la résidence du médecin traitant habituel, le plus rapproché.

Cette règle s'applique aux visites ordinaires, ainsi qu'aux consultations entre médecins.

ART. 9.

Tous les médecins, pharmaciens et sages-femmes du département qui adhèreront au présent règlement pourront faire partie du service de l'assistance médicale gratuite.

ART. 10.

Ils ne pourront être rayés de la liste du personnel de l'Assistance médicale gratuite que dans les conditions prévues à l'article 29.

TITRE IV

Des divers modes et conditions de traitement des privés de ressources.

ART. 11.

Toutes les fois que son état le lui permet, l'indigent se rend au cabinet du médecin. En cas d'impossibilité, il mande le médecin qui, alors, va le visiter à domicile.

ART. 12.

Le médecin ne garantit pas les soins médicaux en cas de force majeure.

Lorsqu'il y a impossibilité absolue de soigner un malade à domicile, le médecin ou la sage-femme délivre un certificat pour hospitalisation.

Si le médecin juge que le malade doit être transporté dans un hôpital autre que celui de la circonscription à laquelle la commune est rattachée, il en fait mention sur le certificat et en indique les motifs.

Le Président du bureau d'Assistance ou son suppléant contresigne ce certificat qui est remis au malade pour lui servir de titre d'admission à l'hôpital.

Le transport est effectué sur l'ordre du représentant du bureau d'Assistance et aux frais du service.

Des réquisitions pour transport à demi-tarif sont délivrées par le préfet, sur la demande des présidents des bureaux d'assistance (cir. min., 27 juillet 1895).

ART. 14.

Sont assimilés à des malades ordinaires, les blessés et les femmes arrivées au terme de leur grossesse.

ART. 15.

Lorsqu'un indigent malade se trouve sur le territoire d'une commune pourvue d'un hôpital, il est reçu dans cet hôpital, aux frais de l'établissement, si son état exige l'hospitalisation, et sans qu'il y ait lieu de rechercher son domicile de secours (article premier de la loi du 7 août 1851.)

TITRE V

Division du département en circonscriptions hospitalières

ART. 16.

Le département est divisé en 16 circonscriptions hospitalières, conformément au tableau annexé au présent règlement.

TITRE VI

Honoraires médicaux, rétribution des sages-femmes. Tarif des interventions chirurgicales et des médicaments

ART. 17.

Après entente avec le Syndicat médical des Deux-Sèvres, les honoraires médicaux sont fixés à :

4 fr. pour la consultation au cabinet ;

4 fr. pour la visite à domicile.

1 fr. par kilomètre parcouru à titre d'indemnité kilométrique ;

4 fr. pour la visite en passant.

La nuit, de 21 heures à 6 heures, ces tarifs sont doublés.

Lorsqu'il y a lieu à une consultation avec un autre médecin, le prix de la visite est doublé pour les deux, l'indemnité kilométrique restant fixe .

On entend par visite en passant :

1° La visite que fait un médecin lorsque, étant déjà dans un village, un autre malade vient le prier de passer chez lui ;

2° Lorsque l'état du malade n'oblige plus un médecin à se déplacer spécialement pour lui, il fait une visite en passant lorsqu'il profite de son passage dans le village ou dans un village voisin pour aller le voir.

ART. 18.

Il est établi un tarif complet, ci-annexé, pour les interventions chirurgicales, de spécialités et de radiologie.

Ce tarif, basé sur celui adopté pour les accidents du travail (décret du 22 septembre 1921) comprend :

1° La liste des actes médicaux, procédés d'examen ou petites interventions qui sont compris dans le prix de la consultation ou de la visite ;

2° La petite chirurgie générale ou spéciale ;

3° Les fractures ou luxations ;

4° Les accouchements ;

5° Les interventions de grande chirurgie dont l'urgence peut exiger l'exécution à domicile.

ART. 19.

Un tarif également annexé fixe le prix des médicaments.

ART. 20.

Les tarifs ci-dessous basés sur le tarif minimum en vigueur dans le département, sont révisibles chaque année afin d'être mis en harmonie avec les conditions de la vie économique.

Ce travail de révision sera préparé par la Commission de contrôle instituée à l'article 23 et sera soumis, pour approbation, à l'Assemblée départementale.

ART. 21.

Les médecins, sages-femmes, pharmaciens, administrations hospitalières et tous autres créanciers du service adresseront à la préfecture, chaque semestre, dans les 10 premiers jours de janvier et de juillet, sous peine de déchéance de leurs droits, les mémoires des sommes qui leur sont dues pour le semestre écoulé.

Ces mémoires sont établis conformément au tarif règlementaire et accompagnés des pièces justificatives de la dépense et d'un bordereau récapitulatif.

Tout médecin devant justifier les dépenses diverses entraînées par son malade, sera tenu, quand une maladie aura nécessité plus de trois visites à l'assisté, de résumer sur une feuille l'observation de cette maladie. Ces feuilles justificatives seront signées du médecin traitant, mises sous enveloppe cachetée à l'adresse de la Sous-Commission médicale de contrôle. L'enveloppe sera jointe au bordereau récapitulatif.

A l'appui de toute dépense pharmaceutique devra être jointe l'ordonnance détachée des carnets à souche spéciaux prévus à l'article 3.

TITRE VII

Du contrôle.

ART. 22.

Le contrôle a pour mission essentielle de vérifier si les dépenses engagées correspondent à l'ensemble des soins nécessités par la maladie.

Il sera d'ordre financier et professionnel et disposera à cet effet de deux organismes :

1° Une commission de vérification qui, sous la présidence du préfet ou de son délégué, comprendra deux médecins, deux pharmaciens, deux conseilleurs généraux nommés par leurs collègues.

Le président a voix prépondérante en cas de partage;

2° Une sous-commission médicale comprenant des médecins désignés :

1 par le préfet,

1 par le Conseil général,

2 par leurs confrères.

ART. 23

Les deux médecins et les deux pharmaciens membres de la Commission de vérification, les deux médecins membres de la Sous-Commission médicale sont désignés pour 3 ans par leurs confrères.

ART. 24.

Le rôle de la Commission de vérification est de s'assurer de l'exactitude matérielle des notes et de leur bonne justification.

ART. 25.

La Sous-Commission médicale examine les dossiers que lui transmet la Commission de vérification. Elle prend connaissance des feuilles justificatives adressées par les médecins traitants sous enveloppe cachetée. Si la justification ne lui semble pas suffisante, elle a tout pouvoir pour demander des explications au médecin traitant, l'entendre, se faire présenter le carnet d'ordonnances se référant à la maladie et même déléguer un de ses membres aux fins d'examiner le malade en présence du médecin traitant.

ART. 26.

Sur proposition de cette Sous-Commission, ou de son propre chef, la Commission de contrôle peut user des sanctions suivantes pour éviter les abus ou réprimer les fautes ou les négligences :

a) Réduction d'honoraires ;

b) Plainte adressée aux organismes professionnels en vue de la prononciation d'un avertissement motivé au médecin ou pharmacien fautif ou de son exclusion des dits organismes corporatifs ;

c) Exclusion temporaire ou définitive de la liste du personnel de l'Assistance médicale gratuite.

Le médecin ou le pharmacien sera toujours invité à se présenter devant la Commission de contrôle pour y être entendu avant toute décision le concernant.

TITRE VIII

Comptabilité.

ART. 27.

Toutes les dépenses relatives au service de l'Assistance médicale gratuite sont mandatées par le préfet.

Elles sont supportées par les communes, le département, l'Etat et les établissements de bienfaisance ou hospitaliers dans les conditions déterminées par les articles, 20, 21, 26, 27, 28, 29, et 30 de la loi du 15 juillet 1893.

ART. 28.

Chaque année, à la session de mai, le Conseil municipal porte à son budget primitif un crédit de prévision destiné à faire face aux dépenses présumées d'Assistance médicale gratuite pendant l'exercice suivant.

ART. 29.

Pour couvrir ces dépenses, le Conseil municipal inscrira en recettes au budget les ressources normales suivantes :

1° Celles provenant des fondations, des dons et legs, lorsqu'ils sont faits à la commune, au bureau d'Assistance, au bureau de bienfaisance ou à un hôpital en vue du traitement des malades indigents de cette commune ;

2° Celles provenant du droit des pauvres sur les spectacles, sur les concessions funéraires et qui sont fixées au sixième du montant total de la perception ;

3° Celles provenant du prélèvement opéré sur les revenus du bureau de bienfaisance qui n'ont pas d'affectations spéciales, prélèvement qui est fixé au cinquième de ces revenus ;

4° Celles pouvant être prélevées sur les revenus ordinaires libres du budget communal.

Dans le cas où l'ensemble de ces ressources serait inférieur à la dépense prévue, le Conseil municipal devrait parfaire le complément au moyen de ressources provenant de l'impôt.

ART. 30.

Les ressources provenant du concours des bureaux de bienfaisance et autres établissements charitables figureront en recette au budget de la commune et seront versées dans la caisse du receveur municipal, au moyen d'un mandat émis par l'ordonnateur de ces établissements.

ART. 31.

Chaque année, après les opérations de la Commission de vérification, le compte des dépenses de l'Assistance médicale gratuite afférent à l'exercice écoulé est arrêté par le préfet et notifié à chaque commune pour ce qui la concerne.

Si le compte de liquidation fait ressortir le contingent d'une commune à un chiffre supérieur aux crédits de prévisions inscrits au budget primitif du même exercice, le Conseil municipal porte au prochain budget additionnel la somme suffisante pour parfaire ce contingent.

ART. 32.

Les fonds de toute nature destinés au service de l'Assistance médicale gratuite sont centralisés à la Caisse du trésorier payeur général du département pour être mandatés par le préfet, suivant les besoins.

Syndicat des Ardennes

Les membres du bureau du Syndicat des médecins des Ardennes, réunis le 22 *décembre* 1922, *ont décidé de transmettre la lettre suivante à M. le Préfet des Ardennes, pour être communiquée au Conseil général.*

Monsieur le Préfet,

Le 2 décembre 1922, vous avez adressé au président du Syndicat des médecins des Ardennes un extrait de la délibération prise par le Conseil général dans sa séance du 4 octobre 1922, au sujet de la révision du tarif de l'indemnité kilométrique de l'Assistance médicale gratuite, pour porter les renseignements que contient ce document à la connaissance des médecins des Ardennes.

Au préalable, et avant toute discussion sur ce document, permettez-nous de nous étonner une fois de plus, malgré les promesses faites à diverses reprises, de voir le Conseil général, dans une affaire aussi grave, convoquer à l'improviste les représentants qualifiés du Syndicat des médecins des Ardennes, afin d'entendre leur avis, les mettant dans l'impossibilité d'être mandatés par le Syndicat pour engager en leur nom tout le corps médical des Ardennes.

Dans des entrevues comme celle d'octobre dernier, tout membre du Syndicat, fût-il président ou secrétaire, n'engage en rien le Syndicat, et le Conseil général ne peut se flatter d'avoir l'avis, l'approbation ou le blâme du corps médical, tant que les représentants que vous dites qualifiés du Corps médical ne sont pas *mandatés régulièrement* par le Syndicat ; ils n'ont

aucun pouvoir pour engager le Syndicat et ses membres ; il ne résulte de leurs conversations que des erreurs, des fausses situations et un imbroglio toujours possible et regrettable pour la bonne marche des affaires.

Au contraire, si le Conseil général voulait bien entrer dans les voies que nous avait indiquées M. Brisac, préfet des Ardennes, dans sa lettre du 18 octobre 1919, et dans celles que vous-même, Monsieur le préfet, avez bien voulu indiquer, en répondant à notre président : « qu'il aurait pleine satisfaction », tout malentendu comme celui qui se produit aujourd'hui serait évité.

Malheureusement les préfets passent, les Conseillers généraux aussi, pas tous cependant, puisque ce sont toujours les mêmes que nous retrouvons, ancrés dans leurs anciens errements et ne paraissant pas vouloir changer leur attitude à notre égard, et cependant l'un d'eux, mieux que nous, doit savoir que, dans un Syndicat le bureau ne commande pas, mais n'est qu'un agent d'exécution des volontés de la majorité ; qu'il ne peut agir sans être régulièrement mandaté. Espérons qu'il daignera s'en souvenir à l'avenir.

L'examen de l'extrait des délibérations du Conseil général au sujet de la réduction du tarif de l'indemnité kilométrique a amené plusieurs protestations.

MM. les docteurs Beaudier, Jullich et Rozoy n'ont jamais entendu dire à la réunion de la Commission à laquelle ils assistaient que le taux serait appliqué à partir du 1er octobre 1922 ; il n'avait été question en leur présence que du 1er janvier 1923.

M. le Dr Rozoy regrette que M. le rapporteur, dans sa concision, ait omis de signaler sa protestation d'avoir été convoqué sans avoir pu prendre l'avis du Syndicat pour les raisons expliquées plus haut, regrette également que M. le rapporteur ait omis d'enregistrer sa déclaration « qu'il lui semblait difficile de pouvoir faire accepter le chiffre de 1,10, tout au moins pour la région de Charleville, étant donné qu'à l'heure actuelle, à Charleville, le tarif des autotaxis était toujours de 1 fr. 50 du kilomètre parcouru ».

A l'unanimité, les membres du bureau du Syndicat des médecins du département des Ardennes ont décidé :

1° De remercier M. Roquère, préfet des Ardennes, d'avoir promis, en séance solennelle du Conseil général, à M. le docteur Beaudier, président du Syndicat, d'informer à l'avance le Syndicat des questions d'ordre médical mises à l'ordre du jour du Conseil général quand l'Administration en prendra l'initiative.

2° De demander à MM. les Conseillers généraux de tenir compte de cette promesse et de la faire leur.

3° De protester contre la fixation de la diminution du taux de l'indemnité kilométrique au 1er octobre 1922.

4° De différer l'application de la mesure prise par l'Asemblée générale du 3 décembre, d'attendre le résultat : 1° de la Commission d'étude du prix de revient du kilomètre, nommée par l'Assemblée générale ; 2° du referendum qu'il organise à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, soyez assuré, Monsieur le préfet, que le Syndicat s'inspirera toujours des considérations humanitaires qui sont l'honneur de la profession et la règle de conduite de ses membres.

Recevez, Monsieur le préfet, l'assurance de notre entier dévouement à la cause publique.

Pour le bureau :
Le secrétaire,
Dr Rozoy.

Fédération corporative des médecins de la région Parisienne

Le projet de loi sur l'assurance maladie

(*Vote unanime de l'Assemblée générale* = 5150 voix)

En harmonie avec ses décisions antérieures, le Conseil d'administration de la Fédération a voté, dans sa séance du 20 décembre dernier, l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'administration de la Fédération, résolu à s'opposer à tout projet de loi d'assurance qui, comme le projet Vincent, établirait sous quelque forme que ce soit, un tarif forfaitaire des honoraires médicaux, déclare ne pouvoir se rallier qu'à un projet respectant la dignité professionnelle médicale, sauvegardant l'indépendance des médecins, n'entravant pas les progrès de la médecine française, et assurant :

1) Le respect du secret professionnel ;

2) Le libre choix absolu du médecin ;

3) La rémunération à la visite et au tarif moyen de la clientèle ordinaire ;

4) Le payement des honoraires médicaux intégralement et directement par le malade ;

5) La limitation du bénéfice de la loi aux personnes peu aisées. »

En conséquence, sur la proposition du Conseil d'administration, dans une assemblée générale extraordinaire tenue au Petit Amphithéâtre de la Faculté, le 22 décembre à 20 heures 45, les groupements professionnels médicaux de la Fédération ont décidé, *à l'unanimité* (5150 *voix exprimées*), de soumettre le texte de l'engagement ci-dessous à la signature de tous les médecins de la région parisienne ;

« En raison du rôle capital que les sociétés de secours mutuels paraissent devoir jouer dans l'organisation future des assurances sociales,

« Je soussigné, docteur en médecine, m'engage sur l'honneur, par solidarité confraternelle, à ne continuer ou à ne consentir à être médecin de *sociétés de secours mutuels ou de caisses d'assurances sociales* que si les soins donnés aux mutualistes ou aux assurés sont rémunérés à la visite selon le tarif moyen de la clientèle ordinaire, si le payement des honoraires médicaux est fait directement et intégralement par

le malade, et si les principes du libre choix du médecin et du respect du secret professionnel sont rigoureusement respectés.

« Cet engagement ne deviendra valable que si le referendum organisé par la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne réunit 80 % des signatures des médecins exerçant dans cette région. »

Si l'on rapproche de cette décision prise à l'unanimité le récent choix des médecins des commissions tripartites (application de l'art. 64 de la loi des Pensions) fait à l'unanimité des 4.000 voix exprimées, on voit que, grâce aux efforts de la Fédération et de tous les groupements professionnels qui la constituent, un vent d'union souffle dans le corps médical organisé de la région parisienne.

Le secrétaire général de la Fédération
Camille LIAN.

Groupements adhérents représentés à l'Assemblée et délégués présents

Assoc. des professeurs et agrégés (Prof. Balthazard, Villaret). — *Assoc. corpor. des méd. chir., accouch. et spéc. des hôp.* (Gandy, Mathieu, Proust). — *Syndicats* : *Synd. des méd. de la Seine* : (Boyer, Estrada, Hartmann, Le Fur, A. Lévy, Pamart, Privé, Quidet, Sadoun, Sibut) ; *Synd. méd. de Paris* (Sébileau, Chapon, Gourichon) ; *Synd. banlieue O. et N.* (Cayla, Hilaire, Tulasne, Weiss) ; *Synd. banlieue E. et S.* (Bitterlin, Durand, Girard) ; *Soc des oculistes.* — *Soc. méd. arrond.* : VI (d'Ayrenx) ; VII (Frigaux) ; VIII (de Spéville) ; IX (Baratoux) ; X (Labady), ; XI (Dubrueil) ; XII (Regnault) ; XIII XIV (Coldefy) ; XVI (Chastanet, Chevallier, Piot) ; XVII (Lian, Trèves) ; XVIII (Signoret) ; XIX (Pescher) Neuilly (Luyt). — **Associations** : *A. génér. des méd. de France* (sect. centrale) (Decreton, de la Rochefordière, Saltas) ; *A. des méd. des bur. de bienfaisance* (Guilhaume); *A. des méd. inspect. des écoles* (Delapchier, Grosset, Vitry) *A. des anc. méd. des corps combattants* (Cottard) ; *A. des méd. des dispensaires d'hyg. sociale* (Kuss). — *Soc. de méd. de Paris* (Blondin, Ducor, Perpère, Régis). — **Sections professionnelles parisiennes** : *de la soc. de radiol. méd. de France* (Rahan), *de la soc. des méd. franc. électrol. et radiol.* (Bourguignon), *de la soc. des chir. de Paris* (Blanc), *de la soc. des stomatologistes* (Fargin-Fayolle, Sauvez), *de la Soc. Franc. de physiothérapie.*

Total des voix exprimées par les délégués ci-dessus : 5150 voix.

Assoc. des étudiants (voix consultative) : *A. corpor. des internes en exercice* (Plichet) ; *A. des externes et anc. ext.* (Béhague) ; *Soc. de méd. de l'A.* (Crouzat).

Groupements adhérents non représentés à l'Assemblée (voix non exprimées : 375) ; *Soc. méd. d'arrond.* : *du Louvre, de l'Hôtel-de-Ville, du Ve, du XVe* ; *synd. des méd. franç. électrol. et radiol.* — *Soc. des méd. de l'état civil, Assoc. corp. des étud. en méd.* (voix consultative).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Internat.** — Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine vacantes le 1er mars 1923 ; 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ; 2° à l'institution Sainte-Périne et à la fondation Chardon-Lagache; 3° à l'asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye Basses-Pyrénées); 4° à l'hôpital marin de San-Salvadour (Var), sera ouvert le lundi 19 février 1923, à 9 h., dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de Santé), à partir du lundi 29 janvier jusqu'au mercredi 7 février, de 14 à 17 h.

Conditions d'admission au concours. — Sont admis à prendre part au concours : les élèves externes des hôpitaux de Paris ; les élèves en médecine de 3e année au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans l'un des services des hôpitaux de Paris.

Ces derniers devront produire : 1° un extrait de leur acte de naissance ; 2° un extrait de revaccination antivariolique de date récente ; 3° un certificat de vaccination antityphoïdique de date récente ou à défaut un certificat établissant que cette vaccination est contre-indiquée ; 4° un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date. Les candidats de nationalité étrangère devront fournir en plus de l'extrait de leur casier judiciaire délivré par le service du casier central au ministère de la Justice un extrait du casier judiciaire délivré par les autorités de leur pays d'origine ou, s'ils appartiennent à un Etat ne possédant pas encore l'institution du casier judiciaire, une pièce en tenant lieu ; ces deux documents doivent avoir moins de trois mois de date. Le refus ou l'autorisation d'admettre à concourir le candidat au casier judiciaire duquel serait mentionnée une condamnation sera prononcé par le directeur de l'administration ; 5° un certificat des inscriptions prises à la Faculté de médecine.

Les candidats ne pourront être inscrits qu'après avoir pris l'engagement, par écrit, de rester attachés pendant une année au moins à l'établissement dans lequel ils auront été institués.

L'indemnité annuelle attribuée aux internes de l'hospice de Brévannes, de l'asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye, et de l'hôpital marin de San-Salvadour, est fixée à 2.900 francs ; celle attribuée aux interne de l'institution Sainte-Périne et de la fondation Chardon-Lagache à 2.600 francs ; indépendamment des avantages en nature, du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** — Cours complémentaire de pratique obstétricale. — Des cours élémentaires d'une durée de deux semaines seront faits par MM. Cleisz, ancien chef de clinique ; Powilewicz, chef de clinique, Portes, chef de laboratoire, Champeau, chef de clinique adjoint : 1re série, du 5 au 17 février. — 2e série, du 26 mars au 7 avril. — 3e série, du 3 au 15 septembre. — 4e série, du 1er au 13 octobre.

Programme des cours. — Matin à 9 h. 15. Conférence sur les sujets suivants : conduite à tenir au moment de l'accouchement et de la délivrance. — Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation et l'accouchement. — Complications de la délivrance. — Indications du forceps. — Diagnostic et traitement des viciations pelviennes (femmes rachitiques, boiteuses, bossues, etc.). — Vomissements graves. — Albuminurie et éclampsie. — Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. — Complications de l'avortement. — Diagnostic et traitement des infections puerpérales. — Dia-

gnostic et traitement de la syphilis maternelle, fœtale et infantile.

Après-midi à 14 h. 30. Conférence sur les sujets suivants : diagnostic de la présentation du sommet. — Forceps dans les variétés directes ; OP et OS. — Forceps dans les variétés obliques antérieures. — Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures. — Diagnostic de la présentation du siège, extraction du siège — Diagnostic de la présentation de l'épaule, version par manœuvres internes. — Diagnostic de la présentation de la face et du front, applications du forceps dans ces présentations. — Mort apparente du nouveau-né. — Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier de Ribes — Embryotomie rachidienne. — Basiotripsie.

A 15 h. 30. Travaux pratiques sur le sujet de la conférence.

Un jour sera réservé pour la visite détaillée du musée de la clinique. Droit d'inscription : 100 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet nº 4, les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 h.

— **Il faut aider les étudiants.** — Une enquête est ouverte et une campagne entreprise avec l'Union des grandes Associations françaises pour l'essor national.

1º Comment peut-on venir en aide, d'une manière stable, aux étudiants ?

2º Que pensez-vous de la pratique du prêt d'honneur et dans quelles limites la croyez-vous possible ?

3º Ne pensez-vous pas que les étudiants puissent trouver des emplois rémunérés conciliables avec leurs études ?

4º Quelles natures d'emplois sont conciliables avec la catégorie d'étude s que vous connaissez, et quels avantages les employeurs trouveraient-ils à employer des étudiants ?

5º Quels emplois pourriez-vous offrir à des étudiants, selon le temps qu'ils pourraient régulièrement vous consacrer, en dehors de leurs études ?

6º Que pensez-vous du « parrainage » des étudiants, c'est-à-dire de leur « adoption » tant pour la direction de leurs études que pour leur existence matérielle ?

Prière d'adresser les réponses au plus tôt à la direction de l'*Information universitaire*, 10, rue Boucher, Paris 1er.

— **École de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris.** — La deuxième session d'enseignement élémentaire, qui doit avoir une durée de quatre mois, commencera le 15 février prochain.

L'enseignement comprendra des conférences, des stages dans les dispensaires de l'Ecole de puériculture, dans les maternités, les hôpitaux d'enfants, les crèches, les dispensaires antituberculeux, des exercices de service social accomplis sous la direction de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Cet enseignement donnera lieu à l'attribution d'un certificat d'études élémentaires après examen probatoire.

Conditions d'admission. — Elèves diplômées des Ecoles professionnelles d'infirmières et des sociétés de Croix-rouge, des Ecoles de service social, sages-femmes diplômées.

Les élèves désireuses de participer à cet enseignement devront adresser une demande d'inscription avec leur dossier (bulletin de naissance, diplômes antérieurs, certificats de vaccination) au directeur de l'Ecole, avant le 1er février. Les demandes seront soumises à la commission de l'enseignement de l'Ecole de puériculture qui statuera.

Droit d'inscription : 50 fr. Droit d'immatriculation : 60 francs.

Internat. — Prix de pension : 300 fr. par mois (logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage); le blanchissage du linge personnel est à la charge de la pensionnaire.

Auditrices libres (jeunes filles, mères de famille, élèves des Ecoles normales d'institutrices, etc.). — Admission sur demande adressée au directeur de l'Ecole. Droit d'inscription : 30 fr.

Enseignement supérieur. — Durée : huit mois.

L'enseignement comporte l'assistance aux consultations de l'école, la participation au service social, des stages, de perfectionnement dans les services hospitaliers (maternités, service de médecine, de chirurgie infantile, dispensaires, service du lait de l'Ecole de puériculture).

L'enseignement supérieur donnera lieu à l'attribution du diplôme universitaire d'infirmière-visiteuse d'hygiène maternelle et infantile, après examen probatoire.

Cet enseignement de la puériculture conduit aux fonctions d'infirmière-visiteuse d'hygiène maternelle et infantile, de directrice de crèche, de consultations de nourrissons, d'infirmière scolaire, etc.

Conditions d'admission. — Seront admises les élèves pourvues du certificat d'études élémentaires, les élèves infirmières ou sages-femmes, justifiant d'une instruction dont l'équivalence sera appréciée par la commission de l'enseignement de l'Ecole de puériculture qui pourra accorder des dispenses partielles de stage. Droit d'inscription : 100 fr.

Internat. — Prix de pension : 250 fr. par mois pour les élèves ayant été pensionnaires pendant la durée de l'enseignement élémentaire.

— **Collège de France.** — Ouverture du cours de M. le professeur Nattan-Larrier : Samedi dernier, le professeur Nattan-Larrier a fait sa leçon d'ouverture sur les porteurs de germes. Mais ne pouvant oublier que nous sommes dans l'année jubilaire du centenaire de Pasteur, M. Nattan-Larrier a très heureusement dégagé ce que la pathologie exotique doit aux doctrines pasteuriennes. Après avoir rappelé comment l'illustre Biot fit venir un jour au Collège de France celui qui devait être le grand Pasteur (visite qui fut la seule que ce dernier fit jamais à cette antique Maison) M. Nattan-Larrier évoque le souvenir de Claude Bernard dont le clair génie était tout préparé à suivre les déductions expérimentales de Pasteur. Celui-ci en publiant son livre sur la maladie des vers à soie donnait la véritable charte de l'étude des maladies contagieuses. Pasteur révolutionnait la pathologie et l'hygiène tropicale, quoiqu'il n'eut étudié aucune maladie exotique. Poussant encore plus loin la démonstration de son exorde, M. Nattan-Larrier se demande si les méthodes pastoriennes n'ont pas rayonné bien au delà de la bactériologie et ne sont pas venues éclairer, sans même qu'ils aient pu le soupçonner, les grands savants qui ont découvert les protozoaires pathogènes. Hématozoaire du paludisme, trypanosome de la maladie du sommeil... appartiennent à la protistologie pathologique. Pasteur fut encore le premier à entrevoir le rôle des invertébrés dans la conservation et la propagation des agents pathogènes. Que dire des vaccins découverts grâce à sa méthode et qui ont sauvé des milliers et des milliers d'êtres qui dans nos colonies étaient voués à une mort certaine.

Le génie de Pasteur a fait rayonner dans le monde entier le génie même de la France.

R. M.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON

Thiron et Cie, Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

qui m'a accordé une invalidité de 25 %. Je reçois un titre de pension qui porte une pension *temporaire*. Je demande des renseignements à la sous-intendance, qui me répond que le ministère des pensions n'a pas dû considérer ma mise hors cadre en 1917 comme une réforme, et que je peux faire appel devant le tribunal des pensions.

Je sais cependant que la mise hors cadre pour les officiers correspond à la réforme temporaire, mais je désirerais connaître le texte du décret ou du règlement qui affirme cette chose-là.

Quels sont les textes ou arguments que je pourrais fournir devant le tribunal des pensions ? Y a-t-il des précédents ?

Dr X.

Réponse.

Il s'agit pour vous d'établir vos droits à la rétroactivité de votre pension, à partir du jour où vous avez été placé hors cadre pour la *première fois*. Etait-il question à ce moment de la même affection que celle ayant motivé votre pension à 25 % en 1922 ?

Si non, la rétroactivité ne peut jouer, et il vous faudrait 4 ans, à partir de votre visite en 1922, pour obtenir la pension définitive par le jeu de l'art. 7.

G. F.

Privilège en cas de faillite du patron d'un blessé du travail.

En ma qualité d'abonné à votre excellent journal, je me permets de vous demander le renseignement suivant, espérant que vous aurez l'amabilité de me répondre.

J'ai à recouvrer une créance de 335 fr. représentant les soins donnés aux ouvriers blessés d'un patron actuellement en faillite (accidents du travail).

Ce patron reconnaît la créance, et n'est pas assuré.

Je vous demande si mes notes représentant les soins donnés aux ouvriers sont privilégiées et si je puis prétendre à être remboursé avant les autres créanciers.

Dr L.

Réponse.

Le médecin qui a soigné un blessé du travail doit bénéficier du privilège inscrit, par la loi du 9 avril 1898, à l'article 2101 du Code civil sous le no 6. Il est, en effet, un des ayants droit de la victime de l'accident, et ce privilège s'applique à la créance de la victime ou de ses ayants droit.

Antérieurement à ce privilège sont placés les privilèges accordés : 1° aux frais de justice ; 2° aux frais funéraires ; 3° aux frais de la dernière maladie du débiteur ; 4° aux salaires des gens de service ; 5° aux fournitures de subsistances faites au débiteur et à sa famille.

Pour faire valoir votre privilège, il y a lieu de produire à la faillite, en en réclamant le bénéfice.

La législation sur les habitations à bon marché.

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire connaître si possible la loi Ribot qui nous permet de faire construire des maisons à bon marché et ce par l'intermédiaire de votre journal.

Dr A.

Réponse.

La législation sur les habitations à bon marché, dont la base fut la loi Ribot, a été refondue et codifiée par la loi du 5 décembre 1922, publiée au *Journal officiel* du 10 décembre .

Cette loi est trop longue (86 articles, 9 pages du *Journal officiel*) et trop peu susceptible d'intéresser la généralté de nos lecteurs, pour que nous puissions songer à la publier dans le *Concours médical*.

Elle est faite, en principe, « en faveur des personnes peu fortunées et notamment des travailleurs vivant principalement de leurs salaires ». Elle n'exclut donc pas forcément les médecins qui, s'ils ne sont pas, en général, des salariés, peuvent se classer, trop souvent, dans la première partie de ses bénéficiaires éventuels.

C'est au moyen de prêts faits par l'Etat à un taux très réduit (2 à 2,50 %), que les organismes autorisés par la loi à servir d'intermédiaires obligatoires entre l'Etat et les particuliers peuvent faire les avances nécessaires. Il est donc indispensable, pour la personne qui désire acquérir une maison à bon marché, de s'adresser à l'une des Sociétés de crédit immobilier ou des Sociétés coopératives d'habitation à bon marché prévues par la loi du 5 décembre 1922.

Les Sociétés de secours mutuels ou les unions de Sociétés de secours mutuels peuvent également, dans certaines conditions, faire ces mêmes opérations.

Il est donc de toute nécessité, pour bénéficier de la loi, de se mettre en rapport avec l'une de ces Socétés ou unions qui se chargent de donner aux intéressés tous les renseignements légaux et pratiques sur la matière.

Application du Tarif Breton

I

Incision d'un furoncle du conduit de l'oreille

Le confrère T... : a l'amabilité de m'envoyer copie d'une lettre, sur ce sujet, du Dr Dubar, spécialiste oto-rhino qui nous aida de sa compétence en cette spécialité, à la Commission du tarif Breton, lors de l'élaboration du nouveau tarif. Cette lettre fournit une *analogie* intéressante, contrairement à ma réponse insérée dans le *Concours* du 23 janvier 1923.

L'ouverture d'un abcès ou furoncle n'étant pas

prévue à la nomenclature pour l'évaluation des honoraires, il convient de rechercher une assimilation dans le cadre de l'oto-rhino-laryngologie, et non pas dans le cadre de la pratique générale courante.

L'incision d'un furoncle du conduit nécessite une technique spéciale, comprenant la mise en œuvre d'instruments de spécialité : éclairage, spéculum auri, lames fines et acérées, porte-coton, mèches, etc. Elle oblige en outre l'opérateur à des précautions et au danger de blesser le tympan en provoquant une otite moyenne aiguë susceptible de complications. Pour ces raisons, il est impossible de faire une assimilation à l'ouverture d'un abcès superficiel.

Proposons l'assimilation à : galvano-cautérisation du larynx :

La première séance	50 fr.
Les autres séances	25 fr.

étant entendu que l'ouverture d'un deuxième ou d'un troisième furoncle sera tarifé 25 fr.

Il est à noter que cette analogie fut *acceptée* par la Compagnie d'assurance qui régla le confrère T... « intégralement et sans la moindre discussion ». — Voici donc un *précédent* à signaler à ceux qui se trouveront dans un cas analogue.

Et je profite de cet ensemble pour prier nos confrères, dès qu'ils auront à noter un précédent quelconque, sur un cas non coté au tarif, de vouloir bien m'en prévenir, comme le fait le Dr T...; afin que je puisse le placer dans mes archives ... et m'en servir en cas de besoin.

Dr F. DECOURT.

II

Sutures osseuses.

Veuillez m'indiquer le prix du tarif accidents de travail pour l'intervention suivante :

Sutures osseuses sous chloroforme pour pseudarthrose du tibia.

Dr M.

Réponse.

Vous trouverez article 18 *in fine* : ostéo-synthèse... Os long des membres : 400 fr., ce qui me paraît répondre à votre question.

Vous compterez en plus 50 frs. pour le confrère qui aura donné le chloroforme, honoraire qu'il devra réclamer lui-même.

Dr F. DECOURT.

III

Brûlures

1re *lettre.*

Je me permets de soumettre, en qualité de membre du « Sou médical », à votre appréciation le litige suivant :

Le 2 juin 1922, je suis appelé à 2 km. de chez moi pour soigner le chauffeur d'un cylindre à vapeur chargé de la réfection de la route voisine.

Je constate une brûlure des 2 cuisses avec larges phlyctènes et des brûlures superficielles du ventre et de la poitrine.

Le 18 juin le blessé quitte la région incomplètement guéri, mais très amélioré.

J'établis la note ci-jointe : après 2 rappels de note et menace de poursuite, je reçois ce matin une note de l'agent ainsi conçue :

« Comme suite à votre précédente correspondance au sujet de cette note d'honoraires, j'ai le regret de vous informer que, vu le peu de gravité de cet accident, le service médical de la Compagnie générale d'assurances trouve la somme de 700 fr. exagérée.

« Après vérification faite, notre offre ne peut dépasser 500 fr.

« Vous aurez l'obligeance de me faire connaître votre décision ».

Veuillez donc examiner ma note et me dire si vous la jugez exagérée et me donner tous conseils utiles.

Je n'ai jusqu'à présent, depuis 25 ans que j'exerce, jamais eu de contestation d'honoraires par une Compagnie d'assurance.

Dr D.

1re Réponse.

Tout dépend de la *surface* de vos brûlures aux cuisses, pour la classification des prix. Je ne puis vous répondre, ne connaissant pas les dimensions de celles-ci.

Dr F. Decourt.

2e lettre.

Comme renseignement complémentaire sur l'étendue des brûlures dont je vous ai parlé dans ma précédente lettre, le brûlé avait les 2 cuisses atteintes du pli de l'aîne au genou inclusivement.

Les 3 faces, antérieure interne et externe étaient brûlées assez profondément, le contact ayant été prolongé par les vêtements, que le blessé n'a pu quitter de suite.

J'estime que dans ces conditions, je puis bien compter brûlures de 2 membres, en tenant compte que le thorax et l'abdomen avaient également des brûlures moins étendues et moins profondes.

Veuillez donc me dire ce que vous en pensez.

Dr D.

2e Réponse.

Il est certain qu'il n'y a pas eu à chaque cuisse, une « grande brûlure d'un membre ou surface comparable » puisque la cuisse n'est qu'un segment du membre inférieur. D'autre part, il y eut là plus que la « moyenne brûlure de surface comparable à un pied ou à une main ». Il manque dans le tarif, un échelon, à cette échelle de prix qui saute de 15 à 50 fr. J'ai déjà signalé cette lacune plusieurs fois et ai proposé (à l'amiable, mais avec succès), en ce cas, une tarifica-

tion intermédiaire de 30 fr. par brûlure, (soit 22,50 en 2e catégorie).

Vous auriez donc à compter pour le 1er jour : certificat initial : 5 frs + pansement des 2 cuisses : 44,50 + pansement de la poitrine : 8 fr. + indemnité kilométrique : 4 fr. : total : 61,50. soit pour le total de votre note, sauf erreur matérielle de calcul : 531, 50 ».

Dr F. DECOURT.

IV

Divers.

J'ai encore une fois recours à vous pour m'éclairer dans l'application du tarif Breton.

1° (Art. 18). Régularisation, débridement, épluchage d'un foyer de fracture ouverte du tibia. Je lis prix *ci-dessus* majorés de 100 % avec maximum de 600 fr. (or il n'y a que l'intervention sur le maxillaire qui puisse atteindre ce chiffre). Par contre opération portant sur un os long des membres (ce qui m'intéresse) (400 fr. + 100 %) — 25 %) = 600 fr.

2° Même remarque pour une rotule. Est-ce seulement 300 fr. — 25 % = 225 fr. qui est peu pour un cerclage ou (300 + 100 %) — 25 % = 450 fr.

3° Un ouvrier m'est arrivé avec une brûlure intéressant 3 doigts. Art. 28 pansement de 1 ou 2 doigts, 10 fr. — 25 % et pour le 3e ?

Dr B.

Réponse.

1° Régularisation, débridement, épluchage d'un foyer de fracture ouverte du tibia : avec réduction de la fracture : 150 + 100 % = 300 frs. (art. 18, 2e partie). C'est très clair et je ne vois pas ce qui peut vous embarrasser. Sans doute on rencontre à la suite, une autre rubrique : ostéosynthèse, olécrâne : 200 ; rotule : 300 frs ; os long des membres : 400 fr. Mais il est évident que les fractures ne peuvent y entrer puisqu'elles sont déjà tarifées plus haut.

2° Puisqu'il y a plus de 2 doigts brûlés à panser vous avez à compter «moyenne brûlure : 15 fr.» (art. 28).

Dr F. DECOURT.

Application du tarif Maginot.

I

Prix des consultations et des radios

J'ai fait parvenir à la préfecture mes notes de victimes de la guerre pour l'année 1922.

J'en avais très peu et le total dépassait à peine 1000 fr.

Je ne fais pas de visites, et n'ai guère que des consultations, des examens radioscopiques, des interventions.

Beaucoup de blessés, presque tous même, viennent des environs, petits bourgs tels le J, O., et P. etc.

J'avais compté suivant le tarif des villes 7 fr. la consultation. J'avais donné pour *tous examens* radioscopiques, la somme de 30 fr. J'avais compté des interventions telles que castration, 150 fr. seulement.

Je ne voulais pas qu'on puisse m'accuser d'exagérer et de taper la princesse.

On m'a rendu de la préfecture ma note, revue et diminuée, en me disant qu'en comptant 7 fr. la consultation des blessés du J., P. etc. petites communes de moins de 5.000 habitants j'avais exagéré. Le chiffre de 5 fr. a été fixé.

En revanche, on s'est bien gardé d'augmenter le prix des radioscopies et des interventions, qui selon le dernier tarif, seraient de 60 fr. et 300 fr. pour l'exemple donné.

Est-ce que des victimes de guerre d'une petite commune de moins de 5.000 habitants, venant à Q. consulter, ne doivent rapporter que 5 fr. (Q. à 10.000 habitants).

Est-ce que je dois réclamer l'augmentation des tarif des radioscopies et des interventions, suivant le dernier barème, ou dois-je me contenter de ce qu'on m'a remis ? Dr P.

Réponse.

Prix des consultations et des radios :

1° Le tarif des visites ou des consultations est celui qui répond à la population du domicile du bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919 (art. 60). Donc au domicile du blessé et non du médecin.

2° Pour le prix des radios, c'est celui du nouveau tarif pour toutes celles postérieures au 22 juillet 1922. Pour les radios antérieures il n'y a d'autre tarif que le bon plaisir « de la princesse ».

Dr F. DECOURT.

II

Abcès froid.

J'ai lu dans l'avant dernier numéro du *Concours* que vous conseillez à un confrère de compter 20 fr. pour ponction d'un abcès froid abdominal, l'assimilant à l'ouverture d'un abcès superficiel.

Lorsque l'abcès est net et d'un abord facile, votre opinion me paraît parfaitement soutenable. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; j'allais précisément vous demander votre avis sur un cas analogue, également pour un réformé de guerre.

L'abcès en question ne bombait pas, et la ponction en était délicate, à tel point que bien qu'il s'agisse d'une poche volumineuse (1 litre 1/2 à certaines ponctions) il m'est arrivé assez souvent de faire des ponctions sans pénétrer dans la poche.

On risque donc en pareil cas de léser sinon les vaisseaux iliaques du moins l'intestin et j'estime autre

ment plus facile et entraînant moins de responsabilités de faire une thoracentèse tarifée 50 fr., une ponction du genou tarifée 60 fr. ou une ponction de la vaginale avec injection modificatrice tarifée aussi 60 fr.

Dans l'espèce je passais une heure près du malade pour stériliser par ébulliton mes instruments, faire la ponction, le lavage de la poche et enfin une injection modificatrice. Pourrait-on dans ces cas assimiler cette intervention à un abcès profond non viscéral (100 fr.) ? j'avais l'intention de demander 75 fr., cette intervention ayant été répétée à plusieurs reprises ; qu'en pensez-vous ?

Depuis quelque temps une fistule s'est formée et j'ai fait à plusieurs reprises des lavages de la poche avec une grande sonde et injection modificatrice ; il me semble que 20 fr. visite comprise ne sont pas exagérés.

Ces questions étant d'un intérêt général, je vous serais reconnaissant de me répondre par la voie du *Concours*.

Dr V.

Réponse.

1o Dans le cas de cet abcès froid, d'une ponction difficile, je crois équitable, après explications fournies à la Commission de Contrôle, de prendre 50 fr. par analogie avec « thoracentèse ».

2o Pour le lavage de la poche avec grande sonde et injection modificatrice, l'*analogie* me paraît normale avec : « lavage de la vessie : le 1er 25 fr., les autres, 20 fr. » que vous trouverez à la section urologie (art. 75), et toujours avec explications concomitantes, ainsi qu'il est dit d'ailleurs (art. 74) à propos de pansements : pansements spéciaux, prolongés, très compliqués (à soumettre à l'appréciation de la Commission de contrôle : de 10 fr. à 30 frs. » Avec l'analogie fournie ci-dessus, vous avez une base fixe d'appréciation.

Dr F. Decourt.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement de l'aérophagie dyspeptique.

Hygiène et thérapeutique anti-nerveuses.

Supprimer toute cause de fatigue, soit physique, soit intellectuelle. *Hydrothérapie* tiède.

Diététique surveillée :

Pas de repas hâtifs, sans intervalles suffisants.

Horaire strictement observé.

Pas de travail excessif après les repas : repos moral et physique pendant et après.

Eviter d'ingérer une trop grande quantité de liquides et une trop grande masse d'aliments.

Se défier d'une mastication insuffisante ; bien insaliver.

Jamais de goûter.

Restrictions qualitatives, portant sur ces quelques aliments et boissons :

Pain frais, choux, oseille, haricots verts, carottes, salades, fruits acides, poissons gras, porc frais, liqueurs, eaux gazeuses, vin, bière, cidre.

Le système des *petits repas* avec *repos au lit*, est souvent utile au début du traitement.

Boire avec un chalumeau.

Contre le *tic d'avalement* maintenir, entre les dents, un bâtonnet (crayon, fume-cigarettes bouché), pour mettre obstacle à la déglutition inconsciente.

Traiter l'*épine irritative* suivant l'espèce gastropathique, soit avec la poudre de Lausanne isotonisante, soit avec le carbonate de bismuth à hautes doses en suspension gommeuse.

S'il y a a *dilatation gastrique*, avec gaz, météorisme, flatuosités, trahissant des fermentations, recourir à ces cachets :

Charbon de peuplier	} ââ	0 gr. 20
Espèces carminatives du Codex pulvérisées		
Benzo-naphtol	} ââ	0 gr. 15
Peroxyde de magnésium		
Pepsine	} ââ	0 gr. 05
Pancréatine		
Diastase		
Iodure double de bismuth et de cinchonidine		0 gr. 03
Fluorure de calcium		0 gr. 02
Essence de badiane	} ââ	V gouttes
Essence d'anis		
Essence de menthe		

Un cachet au début de chaque repas.

Contre l'*élément nerveux*, employer, selon les cas :

Les *teintures de jusquiane* ou de *belladone* (dix gouttes au début des repas) ;

Les capsules de *bromure de sodium* : une capsule, dosée à un gramme, au milieu des repas ;

Le *bromure de codéine* (quatre centigrammes par jour, en pilules) ;

La teinture alcoolique à 1/5 de *lichen d'Islande* (vingt gouttes ou trois ou quatre fois par jour, sur du sucre) ;

Le *validol*, associé à l'*opium*, dans la potion suivante, utilisée à raison d'une cuillerée à café après les repas :

Teinture de vanille . .	2 gr.
Validol	5 gr.
Sp. de Karabé	quarante grammes
Sp. de coquelicot Q.S.	120 gr.

Contre l'*angoisse*, la tachycardie, l'angor, le malaise précordial vague, les extrasystoles, se servir de l'*ésérine*, du *gelsemium*, du *benzoate de benzyle*.

S'il y a des *ptoses*, ne pas négliger une bonne prothèse.

En cas de *vertige*, phénomène fréquemment associé à l'aérophagie, prendre, toutes les deux heures, avec très peu de liquide, une de ces pilules :

Serpentaire de Virginie	4 gr.
Camphre pulvérisé	ââ 0 gr. 50
Asa fœtida	ââ 0 gr. 50
Oxyde de zinc.	ââ 0 gr. 50
Extrait de valériane . . .	ââ 0 gr. 50
Rob. de sureau	Q. S.

F. s. a. une pilule : n° 30 semblables.

Combattre la *constipation* et traiter l'*insuffisance diaphragmatique* par des exercices respiratoires et du massage abdominal.

En cas de *crise aiguë*, se coucher sur le ventre, pour favoriser l'évacuation des gaz, ou bien prendre la *position genu-pectorale. Tubage* avec l'appareil de Faucher, pour diminuer la tension gazeuse intra-gastrique. Enveloppement humide chaud du thorax.

Si des crises *répétées* nuisent à l'alimentation du malade, introduire la *sonde molle duodénale* et réaliser un *goutte à goutte hypersucré.*

Dr A. Satre,
(de Grenoble).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de Direction de Bureau d'Hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Dieppe.

Le traitement alloué est fixé à 700 fr. par mois.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, à Paris), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendu par la Commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 28 janvier 1923.)

Concours de médecins de sanatoriums

Un concours sur titres est ouvert pour une place de médecin directeur des sanatoriums publics.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de 52 ans et produire : 1° un extrait de leur casier judiciaire ; 2° un extrait de leur acte de naissance ; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat ; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante de laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Ils ont un délai de vingt jours, à dater de la publication, pour adresser leurs demandes accompagnées des pièces et références ci-dessus au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, à Paris).

Le traitement de début est fixé à 12.000 fr. et peut, par avancements successifs de 1.000 francs, atteindre 16.000 fr. Les médecins directeurs bénéficient en outre gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage et ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux, pour eux et leur famille, le ravitaillement de l'établissement.

(*J. O.*), 28 janvier 1923.)

Quarante-cinquième année. N° 7 18 Février 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Ben.
Bandol : Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Cemoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet. Lisle (*Ophtalm.*) P. Vitrac (*ch.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr REYNAL, de Monastir (Tunisie), la somme de six francs, pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du **Concours Médical.** *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 73. — Le Dr Ruyssen, Haubourdin (Nord), recommande à ses confrères ses volailles de race pure, hautement primées partout, poulettes en ponte, œufs à couver, reproducteurs, prix confrat., renseig. contre timbre.

No 74. — A céder après décès clientèle et belle installation médicale, grand appart. avec bail avantageux, plein centre de ville littoral Alpes-Maritim. S'adr. Madame Ribes, à Antibes.

No 75. — A vendre état neuf garanti : 1o un transf. Gaiffe no 1 ; 2o un interr. Gaiffe pet. mod. ; 3o 2 amp. Rilau ; 4o un app. transp. pour lumière et cautère sur 2 accus ; 5o un tableau charge accus 0 à 110 v. contin.

No 76. — Docteur, radiologie et électr. cherche place assist. ou clinique, Paris ou banlieue.

Nº 77. — A vendre instr. chirurg. très bon état : forceps, app. Potain, miroir front., sering. Guyon, daviers anglais, etc., nombreux livres méd. et volumes divers, etc. Mme Delpeut, 4, avén. de Vaugirard, Paris 15e, le jeudi de 1 à 4 et sur rendez-vous.

Nº 78. — Nord. Fauteuil roulant pour infirme, chêne, roues caoutch., roue directrice arrière. Pas servi. Rens. : M. Coolen, 11 *bis*, R. Lion-d'Or, Dunkerque.

Nº 79. — Veuve de méd. prendrait pensionnaires jeunes gens délicats, mais non contag. ds grande maison confortable, dans forêt de pins. S'adr. Villa Mamilou, Av. des Semis, Royan (Ch.-Inf.).

Nº 80. — Trousse de petite chirurg. d'urgence et trousse de Michel en boîtes nickelées étui cuir, 75 frs. ; ophtalmoscope, 25 frs., visibles chez M. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris.

Nº 81. — Spécialiste yeux, O. R. L., exerçant depuis 12 ans dans ville très importante de l'Est, dem. pour fonder en collabor. une polyclinique : 1º un chirurgien ; 2º un radiologue, disposant de capitaux, affaire de très grand avenir.

Nº 82. — Pour achat voiture plus forte, suis vendeur Citroen 1920, torpedo transformab. en conduite intérieure, 4 pl. Dr Maurice, 5, rue de Villersexel, Paris VIIe Tél. Ségur 13-17.

Nº 83. — Docteur dem. jeune fille sérieuse, satholique, connaissant lingerie, 25 ans minim. pour s'occuper enfants 2, 8 ans de ville Bretagne, bord de la mer.

Nº 84. Poste seul médecin ds petite localité région Nord, clientèle très ancienne, rapp. 57.000 en augm. Fixes intéress., grande maison, contrée riche, proximité de plage connue. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

Nº 85. — Clientèle médec. génér. et radio dans s.-préf. 100 kil. Paris, rapport 63.000 fr. Villa très agréable. Install. de radio très complète. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

CORRESPONDANCE

A un correspondant anonyme

Le correspondant qui nous a signalé un docteur américain qu'il soupçonne de n'être pas en règle avec la loi sur l'exercice de la médecine, est prié de se faire connaître, attendu qu'il est dans nos habitudes de ne pas tenir compte des lettres anonymes.

La Direction.

Les médecins exempts de la taxe de séjour à Vals-les-Bains

Sur ma proposition, le Conseil municipal de Vals a décidé qu'à dater de cette année, les médecins et leur famille seraient dispensés de la taxe de séjour à Vals.

Vous seriez bien aimable de l'insérer dans le *Concours*.

Dr Bressot.

Réponse.

Nous prions les médecins consultants ou les administrations thermales des stations dont la municipalité exempte légitimement de cette

taxe les médecins et leur famille de nous le signaler.

Nous en publierons très ostensiblement les noms.

G. D.

Salaire de base pour le calcul de la rente de la mère d'une victime du travail

Erratum

Une erreur s'est glissée dans votre réponse au Dr C. dans le numéro du *Concours* du 28 janvier 1923, page 254.

Le salaire de base est 4.767 fr. 50, et non 7.767 fr. 66, selon mon calcul.

La rente d'ascendant est en conséquence, de 476 fr. 75, celle qui fut offerte. E. Quillent

Réponse

Il y a eu, en effet, une erreur d'impression, car 4.500 + 267,66 font bien 4.767,66 (et non 7.767,66) et la rente de 10 % est bien de 476 fr. 75.

J. D.

La pension à 65 ans

Je vais avoir 65 ans au cours de l'année 1923, étant né en 1858. Quelle est ma situation à la Mutualité Familiale » ?

Ai-je encore droit à l'indemnité-maladie ? Et dois-je payer ma cotisation ?

Quand toucherai-je ma pension et dois-je également payer ma cotisation ?

Je vous serai obligé de me répondre au plus tôt pour me fixer.

Réponse

Vous avez droit à l'indemnité maladie jusqu'au 31 décembre 1923 bien que vous atteigniez vos 65 ans le 10 décembre prochain — il en serait de même, si c'était tout autre jour de l'année — mais il est bien entendu que vous devez payer la cotisation de l'année 1923.

Vous toucherez votre pension le 1er janvier 1924, c'est-à-dire le lendemain même du jour où vous cesserez d'avoir droit à l'indemnité maladie. Il vous suffira pour cela d'envoyer au trésorier un certificat de vie au 1er janvier 1924. Ces certificats, pour les sociétés de secours mutuels, sont délivrés gratuitement par les mairies.

Vous n'avez pas de cotisation à payer en 1923 pour la pension. Vous avez versé votre dernière cotisation en 1922. Les sociétaires sont, en effet, supposés nés tous le 31 décembre, mais comme leur participation remonte uniformément au 1er janvier de l'année de leur admission, quelle que soit la date de leur naissance, il s'en suit qu'ils doivent payer la cotisation de l'année entière lors de leur admission. Par contre, ils ne payent

pas de cotisation l'année où ils atteignent 65 ans.

Cette année même, un de nos chroniques est arrivé à l'âge de la pension. En 1922, il n'avait payé que la cotisation pour MA et, dans les premiers jours de janvier, le trésorier lui a envoyé 300 francs pour indemnité-maladie de son dernier trimestre et en même temps, 1.200 francs pour sa pension de 1923.

Soins donnés à un blessé par le médecin de la société de secours mutuels

Vieil abonné du « Sou », je viens vous prier de bien vouloir me donner le renseignement suivant.

Médecin de compagnie de chemin de fer, je suis appelé à donner des soins à un agent de la Compagnie qui s'est blessé pendant son travail (accident du travail relevant de la loi 1898).

La plaie ayant mauvais aspect, et l'infection menaçant d'envahir les parties profondes, j'engage cet ouvrier à entrer à l'hôpital, pour qu'il puisse recevoir les soins que comporte son état.

Mais ce blessé étant en même temps membre d'une société de secours mutuels qui lui doit des soins, préfère se faire soigner par le médecin de cette société.

Dans ce cas, le patron (en l'espèce la Compagnie) est-il tenu de payer les honoraires du médecin de la société dont fait partie le blessé.

Dr D.

Réponse

L'article 5 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail dispose que les chefs d'entreprise peuvent se décharger, pendant les 30, 60 et 90 premiers jours, à partir de l'accident, de l'obligation de payer les frais de maladie et l'indemnité journalière, s'ils justifient : 1° qu'ils ont affilié leurs ouvriers à des sociétés de secours mutuels et pris à leur charge une quote-part de la cotisation, qui aura été déterminée d'un commun accord, et en se conformant aux statuts-types approuvés par le ministre compétent (actuellement ministre de l'hygiène), mais qui ne devra pas être inférieure au tiers de cette cotisation ; 2° que ces Sociétés assurent à leurs membres, en cas de blessures, pendant 30, 60 ou 90 jours, les soins médicaux et pharmaceutiques et une indemnité journalière.

Par suite, si la Compagnie de chemins de fer a affilié, dans les conditions indiquées ci-dessus, ses ouvriers et employés à une société de secours mutuels, elle n'a pas à payer le médecin de cette société pendant le délai pour lequel elle s'est déchargée des soins médicaux (30, 60, ou 90 jours).

Mais, pour les soins donnés après le délai d'exo-

nération, et pour tous les soins donnés à défaut d'affiliation dans les conditions légales à la société de secours mutuels, elle doit les honoraires du médecin de cette société, médecin qui, pour le chef d'entreprise, est considéré comme le médecin choisi par le blessé, et conformément au tarif Breton.

Déductions sur les bénéfices professionnels

Vieil abonné du *Concours*, j'ai, une nouvelle fois, recours à votre obligeance.

L'an passé, j'ai dû acheter une nouvelle voiture automobile, en remplacement de mon ancienne ; comment puis-je faire entrer cette dépense, bien lourde, dans mes frais généraux professionnels, au point de vue de ma déclaration de bénéfices professionnels ? Puis-je répartir le prix d'achat sur un certain nombre d'années ? Comment et dans quelles proportions ? Je dois vous dire que, avec mon ancienne auto, je n'avais tenu compte de rien à ce point de vue. Quant aux impôts de la voiture, il me semble que je puis les faire rentrer dans les frais d'entretien, puisque le fisc ne les déduit plus comme impôts ?

Autre question : je n'ai qu'une seule domestique, quelle proportion de ses gages et de ses frais de nourriture puis-je déduire comme domestique professionnelle ?

Dr G.

Réponse.

Le prix d'achat d'une voiture automobile ne saurait être imputé aux frais généraux puisque la somme versée est compensée par la valeur de l'objet acquis, mais il est, en général, amorti en 5 ans, soit un amortissement annuel de 20 %.

Peuvent être ajoutés aux frais généraux, les frais d'entretien, pneus, essence, réparations, ainsi que les impôts occasionnés par cette voiture si elle est uniquement destinée au service de la profession.

Les gages et frais de nourriture d'une domestique qui n'est pas uniquement une domestique professionnelle doivent être déduits du bénéfice au prorata du temps passé pour le service de la profession.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Déduction du revenu d'une rente faite à un enfant

Voudriez-vous avoir l'obligeance de prier votre collaborateur fiscal de me donner son avis sur le projet suivant :

J'ai 4 enfants, dont 3 filles. Pour le calcul de l'impôt sur le revenu, j'avais droit jusqu'ici à une déduction de 2.000 fr. par enfant.

Mais l'aînée a plus de 21 ans au 1er janvier : je n'ai donc plus de déduction que pour 3 enfants.

Ai-je le droit de dire au contrôleur : à la majorité de mes filles, je leur constitue une dot de X francs, qui représente un revenu de Z francs. Avec cette somme elles doivent se..... débrouiller et se suffire.

En conséquence, mes revenus de valeurs et capitaux mobiliers sont diminués de Z francs.

Dr G.

Réponse

Un père constituant légalement à sa fille, par un acte, une dot dont il lui sert la rente à sa majorité, peut déduire de ses revenus la somme ainsi versée.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Impôts divers

Permettez-moi de vous demander quelques renseignements

1° Je reçois avis du percepteur pour payer ce qui suit :

« Impositions locales :

a) Personnelle mobilière .... 65 fr. 41

b) Patentes : médecin D.

Art. 15 sur une valeur locative de 600 fr. montant des impositions locales perçues au titre de la contribution des patentes .... 211 fr.

Total .... 276 fr. 41

Est-ce bien ce que je dois payer ?

2° L'an dernier, au titre impôt sur le revenu, je déclarai 9.000 fr. chiffre d'affaires total et non bénéfices (ayant été longtemps malade, je ne fis que cette somme) ; j'eus à payer 150 fr. d'impôt (marié sans enfant, ayant une bonne) ; j'estime que cet impôt de 150 fr. pour un total d'affaires de 9.000 fr. est exagéré. Qu'en pensez-vous ?

3° Cette année, j'ai monté chez moi une installation de radiologie et d'électricité médicale. Dois-je compter ces frais dans les frais à déduire du montant global du chiffre d'affaires ? De même dans la somme à déduire sur le chiffre d'affaires, dois-je compter les frais d'assurances diverses, de revues, d'électricité, chauffage du cabinet.

Je sais bien que je vais vous obliger à vous répéter et à nous répéter des choses déjà souvent dites, mais je préfère avoir votre avis, vous voudrez bien m'en excuser.

Dr T.

Réponse.

1° Le principal de la contribution personnelle mobilière et de l'impôt des patentes a été sup-

primé par la loi du 31 juillet 1917. Mais il subsiste les centimes additionnels perçus au profit du département et de la commune et certains centimes perçus au profit de l'Etat.

Pour se rendre compte de la légalité de l'imposition, il est donc indispensable de connaître l'importance de ces centimes additionnels, qui varient, naturellement, suivant chaque localité.

Vous ne nous les indiquez pas, mais ils figurent sur les avertissements, généralement, en marge et à gauche.

Il suffit de multiplier le principal fictif de l'impôt par le chiffre des centimes additionnels, pour trouver ce que l'on doit payer.

En ce qui concerne la patente médicale, le principal est du quinzième du loyer, soit pour vous 40 fr. Pour que l'impôt s'élève à 211 francs, il faut donc qu'il y ait 5,27 environ de centimes additionnels.

En ce qui concerne l'impôt personnel mobilier, c'est un impôt de répartition et nous ne pouvons par suite vous en indiquer les bases. Peut-être votre avertissement porte-t-il également le moyen d'en calculer le principal fictif, restant à multiplier par les centimes additionnels.

2° Ce n'est pas le montant des recettes, le chiffre d'affaires, que vous aviez à déclarer, mais les bénéfices, déduction faite des dépenses nécessitées par l'exercice de la profession.

Comme vous avez déclaré un chiffre de 9.000 fr., le contrôleur a pris ce chiffre, à défaut d'indication des dépenses professionnelles, comme le montant de vos bénéfices professionnels et vous a imposé comme suit :

5.000 fr. exempts d'impôt (ville de plus de 50.000 habitants).

La différence entre 5.000 et 8.000, soit 3.000, pour moitié, ou	1.500
Plus 1.000 fr. pour la totalité	1.000
Ensemble	2.500
Ce qui, à 6 %, donne comme impôt cédulaire, en effet	150

Au titre de l'impôt général sur le revenu, vous n'avez eu, étant marié, rien à payer, car vous aviez droit à une déduction de 3.000 de ce chef et étiez en outre exonéré à concurrence de 6.000 fr.

3° Si vous avez fait des dépenses importantes pour l'installation de la radiologie et de l'électricité, installation qui vous reste, il y a lieu de ne porter en déduction au titre des frais professionnels qu'une somme pour amortissement, un dixième au total, par exemple, si vous estimez que votre installation durera dix ans.

Vous devrez, en outre, déduire vos autres dépenses professionnelles, celles que vous citez dans votre lettre et, en outre, une part de votre loyer, des gages et frais d'entretien de vos domestiques, les frais de déplacement, etc.

Vous n'avez pas à indiquer, sur votre déclaration, les éléments du calcul, mais seulement le chiffre des bénéfices nets, sauf à produire toutes explications au contrôleur s'il vous les demande.

Pensions et soins gratuits aux militaires malades d'après guerre

I

Pouvez-vous me renseigner sur le point suivant :

Un jeune homme, classe 1921, rentré chez lui réformé 100 % (tuberculose pulmonaire), avec pension a-t-il droit aux soins médicaux et pharmaceutiques gratuits, comme les victimes de la guerre ?

Je n'ai pas besoin d'ajouter que ce jeune homme n'a jamais été mobilisé pendant la guerre, mais a contracté son affection comme infirmier-major dans un hôpital militaire où il accomplissait son service.

Dr B.

Réponse.

Il résulte de l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, et du décret du 26 septembre 1919, que les pensionnés pour invalidités, soit définitifs, soit temporaires en vertu de droits ouverts depuis le 2 août 1914, ont droit aux soins non pas gratuits, mais payés par l'Etat, aux termes de l'article 64 de la loi des pensions.

Il en sera donc ainsi pour le jeune homme en question, s'il est réformé avec pension.

G. F.

II

J'ai recours à votre bonne obligeance pour le cas suivant : je soigne trois jeunes soldats revenus libérables ou libérés dans leurs foyers pour du paludisme contracté à l'armée d'Orient (Syrie en particulier). L'Etat a pris ces jeunes gens bien portants, les rend malades à leur libération. Leur doit-il quelque chose ? Oui à mon avis. Que leur doit-il alors ?

Pouvez-vous, avec votre amabilité habituelle, m'apporter une solution ?

Dr W.

Réponse.

Que ces jeunes gens adressent *aussitôt* afin d'éviter la forclusion, une demande au directeur du service de santé de la région pour faire constater leur état de santé *par l'autorité militaire* (art. 5 de la loi du 31 mars 1919). L'origine de leur affection sera ainsi reconnue, et ils auront droit à pension, si le taux de l'invalidité reconnue atteint ou dépasse un pourcentage de 10 %.

G. F.

Augmentations de loyers pour les bénéficiaires des prorogations

Mon loyer est de 1.700 fr. Mon propriétaire me demande une augmentation de 600 fr. annuelle à partir de juin 1922 en se basant sur la dernière loi sur les loyers.

L'augmentation est ainsi répartie :

1° 1/2 réparation de la toiture en 1922.	229 fr.
2° Différence de contribution en 1914 et l'année en cours, en foncier......	286 fr.
3° 5 % d'augmentation sur loyer......	85 fr.
Total	600 fr.

Mon bail est du 18 septembre 1911.

Par l'acte de conciliation arbitrale, j'ai obtenu une prorogation professionnelle et une réduction de 40 % sur les loyers durant ma mobilisation.

Mon propriétaire actuel a acheté la maison en 1921. Je n'ai jamais payé le foncier.

D'après les termes du bail, le bailleur ne sera tenu pendant le cours du bail qu'aux réparations nécessitées par la vétusté ou le vice de construction. La durée du bail est pour 3-6-9 ans.

Le preneur doit : 1° supporter les charges et obligations de ville et de police et autres auxquelles la chose louée est *ou sera* assujetie et incombant à tous les locataires ; 2° payer un loyer annuel de 1.700 fr. plus la contribution des portes et fenêtres.

Je ne crois pas devoir la moindre augmentation pendant la durée de la prorogation.

Je voudrais être fixé par vous à ce sujet.

Dr A.

Réponse.

Si votre bail lui-même est terminé et si vous êtes en cours de prorogation, le propriétaire est en droit, aux termes de l'article 1er de la loi du 31 mars 1922, de vous demander les augmentations ci-après : augmentation qui s'est produite, depuis le 1er août 1914, dans les impôts et taxes de toute nature grevant l'immeuble loué, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière ; augmentation subie depuis le 1er août 1914, des prestations payées pour la commodité des locaux et 5 % du prix du loyer tel qu'il était en 1914 pour contribuer à l'augmentation subie par les dépenses d'entretien.

Cette dernière augmentation est, de celles qu'il vous demande, la seule qui paraisse justifiée, à la condition bien entendu, que vous soyez, depuis juin 1922, en cours de prorogation.

La réparation de la toiture est entièrement à la charge du propriétaire et vous pouvez refuser absolument d'en supporter une partie. Ce n'est pas là une prestation payée pour la commodité des locaux, mais une dépense d'entretien nécessaire, et votre contribution à ces dépenses est limitée aux 5 % à forfait prévus par la loi.

Voir la suite page XLIII-581

PROPOS DU JOUR

Les relations de la médecine avec l'art. La critique médico-artistique et la critique dans l'histoire de l'art.

Un artiste anglais recevait ses amis. La conversation languissait, quand un d'entre eux, poète réputé, se leva et proclama d'une voix puissante : « Honni soit Newton ! » La société, surprise, voulut connaître les raisons de cette boutade du poète : « Parce que, répliqua-t-il, ses découvertes ont dépoétisé l'arc-en-ciel. »

Cette anecdote fut contée par notre savant ami, le Dr Cabanès, à la Sorbonne, au début d'une récente conférence, organisée par « Les amis de l'Université de Paris ». Cabanès avait pris pour sujet les relations de la médecine avec l'art. Il se plut à démontrer que la réflexion du poète anglais était injuste et que les savants peuvent entretenir avec les artistes des rapports vraiment utiles et heureux. Loin de dépoétiser l'art, la science, en lui apportant son tribut de vérité, le rend plus vivant et plus puissant. Cabanès a soutenu cette thèse par l'examen des œuvres des plus grands artistes, en les discutant, et en posant à leur propos de minutieux diagnostics rétrospectifs.

La critique des œuvres d'art par le médecin date en France de plus d'un siècle. Lordat, qui professa l'anatomie et la physiologie à Montpellier au début du XIXe siècle, publia d'intéressants travaux à ce sujet. Mais celui qui fit le premier de la véritable critique scientifique des œuvres d'art, dont il était d'ailleurs un sincère admirateur et un connaisseur avisé, fut Charcot, le grand neurologiste.

Un jour, au cours d'un de ses voyages, Charcot visitait, à Venise, l'église Santa Maria Formosa ; son attention fut attirée par un mascaron grotesque. Le Maître en fut d'autant plus frappé, qu'il venait d'étudier récemment des visages aussi affreusement déformés par le spasme glosso-labié hystérique dans son service de la Salpêtrière. Charcot prouva que le sculpteur, loin d'avoir imaginé cette figure hideuse, comme l'a affirmé John Ruskin dans les *Pierres de Venise*, l'avait réellement observée sur le vivant et fidèlement reproduite.

Le grand clinicien continua ses observations médico-artistiques. Le travail qu'il publia, avec Dechambre, sur un prétendu buste d'Esope, attribué à Lysippe qui se trouve à Rome dans la villa Albani, est un modèle de critique scientifique. Charcot démontre que ce buste, remarquable œuvre d'art, a été sculpté d'après nature par un maître de premier ordre.

L'artiste a reproduit une gibbosité et les déviations anatomiques qui en résultent avec une fidélité et une sincérité dans les détails tout à fait étonnantes. Ce buste est celui d'un infirme, atteint de mal de Pott et non de rachitisme, comme, au premier abord, on serait tenté de le croire.

Mais où Charcot excella, ce fut dans le rapprochement et l'assimilation des démoniaques, si fréquemment représentées sur les toiles des plus illustres peintres, et des hystériques en état de crise qu'il fit dessiner et photographier dans son propre service. Une des peintures de démoniaques qui frappa le plus Charcot par son absolue vérité fut la toile de l'église Saint-Ambroise de Gênes, où Rubens représente une scène d'exorcisme.

Le maître de la Salpêtrière trouva des émules en critique médico-artistique parmi ses propres élèves. Un de ses internes des plus distingués, le Dr Paul Richer, de l'Académie de Médecine, à la fois médecin très instruit, anatomiste savant et sculpteur de talent, fonda, avec Gilles de la Tourette et Londe, la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, qui permit les comparaisons entre les œuvres d'art et les malades. C'est à Paul Richer que l'on doit le beau livre : *L'Art et la Médecine*, véritable monument élevé à la critique médico-artistique, telle que Charcot l'avait comprise.

D'autres suivirent les traces de Paul Richer, et au premier rang parmi eux, M. Henry Meige. C'est avec plaisir que nous voyons le Dr Cabanès s'engager dans cette nouvelle voie ; nous ne doutons pas qu'il saura à son tour la parcourir et y faire des trouvailles originales et fécondes.

***

La critique médico-artistique ne diffère d'ailleurs en rien de la critique d'art en général. Comme cette dernière, elle exige une grande érudition, des facultés d'observation poussées très loin, de la méthode dans l'analyse des œuvres

observées et en dernier ressort, une intelligence avisée, un esprit clair et synthétique, permettant de conclure et de tirer un enseignement des faits observés.

Un des maîtres les plus incontestés de la critique et de l'histoire de l'art, M. Emile Mâle, professeur à la Sorbonne, membre de l'Institut, vient de publier un ouvrage des plus remarquables sur l'*Art religieux du XII*e *siècle en France* (1). Or, en rapprochant les merveilles sculpturales de nos églises romanes des enluminures des vieux manuscrits d'une époque antérieure, M. Emile Mâle a démontré, et ceci d'une façon péremptoire, que l'art chrétien primitif ne doit rien au génie romain, qu'il a son origine en Orient, en Egypte, en Syrie, en Cappadoce, que son berceau fut le Sud-Ouest de la France où les moines clunisiens interprétèrent en sculpteurs de génie l'iconographie orientale d'après les manuscrits enluminés. Et que c'est de notre Midi, si intéressant à visiter, que l'art roman s'est répandu jusque dans les pays voisins. M. Emile Mâle, par de nombreux rapprochements, fait une démonstration absolue de cette thèse. Nous sortirions de notre rôle et du domaine de nos connaissances en insistant davantage à ce sujet, mais il nous a paru intéressant, à propos de la conférence de Cabanès, de rapprocher la critique de Charcot, comparant les productions artistiques de ses observations médicales et les identifiant, de celle d'un maître de l'histoire de l'art qui, par une méthode absolument semblable, en superposant pour ainsi dire à des sculpteures du XIIe siècle des enluminures d'évangéliaires anciens, arrive, comme Charcot, à démontrer la véritable origine d'un art et à dévoiler les modèles dont les artistes se sont inspirés.

J. Noir.

A propos de l'orientation du Syndicalisme

Nous avons reçu la lettre suivante de M. le Dr Cibrie, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine :

Monsieur le Rédacteur en chef et cher Confrère,

Je lis aujourd'hui votre « Propos du jour » sur l'orientation du syndicalisme médical. Votre article contient une inexactitude tellement flagrante touchant l'action du S.M.S., qu'il ne m'est pas possible de la laisser passer, puisque les événements auxquels il est fait allusion se sont déroulés pendant que j'avais l'honneur d'être président du Syndicat des médecins de la Seine.

Vous dites dès votre 8e ligne : « l'ordre du jour qu'avait adopté le S.M.S. en repoussant le contrat collectif... »

Vous ajoutez vers la fin de votre article : « Me dira-t-on par quel étrange mystère le syndicat des Médecins de la Seine, qui est de tous celui qui a le plus besoin de contrats collectifs (car la demi-anarchie qui règne dans le corps médical parisien empêche toute action syndicale énergique), fut celui qui s'opposa avec le plus de vivacité à l'adoption de cette action contractuelle... »

Vous dites, en première page : « Il n'est pas douteux que nos confrères parisiens ont été victimes d'une équivoque... »

Permettez-moi de vous faire observer que c'est vous qui, dans l'article auquel je réponds, créez cette équivoque et je ne puis admettre que nos textes soient aussi délibérément tronqués. Je joins à ce mot l'ordre du jour du S.M.S. qui porte, répété deux fois, le mot : *contrat collectif avec tiers payant.* C'est celui-là dont nous ne voulons pas, et dont nous continuons à ne pas vouloir, et les résultats de notre referendum (692 voix CONTRE, 38 POUR) sont là pour vous prouver que nous sommes quelques-uns à penser ainsi. J'ajoute que le Syndicat médical de Paris est de notre avis sur ce point.

Ordre du jour concernant le contrat collectif avec tiers payant.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine,

Vu la proposition de Contrat Collectif, avec tiers payant, destiné au fonctionnement d'une loi assurance-maladie dont le projet est actuellement en discussion à la Chambre des Députés,

Considérant,

Que le système du Contrat Collectif généralisé à la majeure partie de la population aurait pour conséquence fatale de léser gravement les intérêts des malades en supprimant le secret médical qui a été établi de temps immémorial exclusivement pour sauvegarder leurs droits ;

De diminuer la valeur de leur personnalité en leur enlevant l'autorité qui s'attache à celui qui paye,

Considérant :

Que l'exercice de la profession médicale comporte un côté moral qui serait gravement compromis sinon anéanti,

Que son indépendance, indispensable en tous pays, et particulièrement en France, au progrès de la médecine, serait détruite,

Que l'établissement et la tenue des fiches de toutes sortes imposés par le système auraient pour effet néfaste d'assimiler les médecins à des fonctionnaires et de leur faire perdre un temps précieux actuellement consacré aux malades eux-mêmes ;

Considérant :

Les effets déplorables des systèmes d'assurance-maladie observés dans les pays où ils ont été appliqués et, en particulier, en Allemagne, leur berceau,

Décide de s'opposer énergiquement à l'extension nouvelle du Contrat Collectif avec tiers payant dans l'application de la loi assurance-invalidité.

(1) Paris, Armand Golin, édit. 1923.

Nous ne voulons pas de tiers payant pour les raisons surtout de haute moralité que vous savez et que j'ai eu l'occasion d'énoncer en votre présence.

Quant à ce qui s'est passé à l'Assemblée générale de l'Union, vous êtes incomplètement informé. L'ordre du jour présenté par Michon a été rédigé en collaboration entre le président du Syndicat du Rhône et le secrétaire général du Syndicat de la Seine et approuvé par la Fédération des syndicats du Nord (Vanverts). Nous l'avons rédigé et voté ainsi parce qu'il donne mandat au Conseil de l'Union d'étudier les conditions de collaboration à la loi assurance invalidité-maladie *après avoir pris l'avis des syndiqués*, et parce qu'il laisse aux syndicats le droit et le soin d'accepter ou de refuser le tiers payant. A la Seine, nous refusons et vous savez bien que nous ne sommes par les seuls.

Au sujet des élections, je puis vous dire aussi, bien que les délégués du S.M.S. ayant reçu satisfaction par l'ordre du jour Michon-Jayle auquel avait collaboré Lefèvre, si je suis bien informé, ont tous voté *pour* le bureau de l'Union.

Enfin, il devient d'usage, semble-t-il, de dire que le S.M.S. s'étiole. Je suis heureux de vous faire savoir que, malgré les circonstances particulières à Paris qui nuisent au recrutement syndical, et que vous connaissez, le nombre de nos adhérents s'est accru depuis deux ans de 240, soit de plus de 20 %.

Je vous demande l'insertion de cette protestation ; elle est nécessaire. Je ne puis pas le seul à trouver que les colonnes du *Concours médical* devraient servir plutôt à cimenter l'union qui s'est faite qu'à critiquer l'action d'un Syndicat qui travaille beaucoup et qui a le droit d'avoir ses idées et de les exprimer.

Veuillez agréer.

D[r] P. Cibrie.

Réponse

Je me permettrai de faire remarquer à M. le D[r] Cibrie que je n'ai tronqué aucun texte puisque je n'en ai cité aucun, que, au moins autant que lui, je désire l'entente et l'union ; mais je voudrais la voir *dans les cœurs et dans les actes plus que dans les mots.*

L'entente aurait pu parfaitement se faire à l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine ; mais, pour cela, il aurait fallu que le seul souci de l'intérêt du Corps médical fût en jeu et passât avant la satisfaction de rancunes ou d'antipathies personnelles. S'il en eût été ainsi, la discussion du contrat collectif se fût déroulée à temps, sans interruption et sans violences, et, après de franches explications, et avoir fait toutes les réserves nécessaires, l'entente eût été parfaite, comme elle le fut quelques jours plus tard à l'Union.

Au lieu de cela, nous avons vu reporter cette importante discussion à la fin de l'ordre du jour de l'Assemblée, alors que bon nombre d'assistants, rappelés chez eux par l'heure tardive, avaient quitté la salle ; les débats furent singulièrement tumultueux, et cela, au point d'empêcher toute liberté de discussion. Ce qui fut fâcheux, *et que j'ai constaté personnellement*, c'est que plusieurs membres du conseil du Syndicat étaient les plus violents des interrupteurs. Je le répète : les injures et les hurlements n'ont jamais été des arguments et, sur ce point, je ne crois pas différer d'avis avec M. le D[r] Cibrie qui présidait la séance. C'est cette discussion confuse qui, à mon avis, a créé l'équivoque. Le Conseil du Syndicat l'a tellement compris qu'il a procédé à un referendum. Le referendum eût été admissible si les deux ordres du jour (celui du Conseil et l'ordre du jour très conciliant qui lui était opposé) avaient été soumis aux syndiqués, mais le bureau du Syndicat se contenta d'adresser l'ordre du jour qu'il avait lui-même adopté, et cette consultation auprès de gens qui n'étaient guère au courant de la question, ne peut avoir qu'une valeur toute relative.

Je ne voudrais pas revenir sur la question du contrat collectif avec tiers-payant ; ce n'est pas mon idéal, mais c'est un pis-aller qu'il ne faut pas repousser du pied, surtout à Paris, où l'on peut nous imposer, et où l'on nous a imposé des contrats autrement fâcheux.

Le contrat collectif, même avec tiers-payant, demande une entente avec le Corps médical qui discute et tâche de faire triompher ses désiderata. A Paris, le manque de cohésion du Corps médical permet d'imposer aux médecins le contrat unilatéral avec tiers-payant, où le corps médical n'est même pas consulté, et la généralisation de ce système ne serait pas du tout impossible, étant donné le nombre des médecins parisiens et les difficultés économiques dont une forte proportion est victime.

Le contrat unilatéral existe partout à Paris : pour les médecins des hôpitaux, comme pour les médecins de l'assistance à domicile, pour les médecins d'assurances comme pour les médecins de mutualités. Souhaitons qu'on ne l'impose pas pour les médecins des Caisses d'assurances sociales, lorsque ces dernières seront instituées. Les médecins parisiens regretteraient alors amèrement d'avoir repoussé jusqu'à la possibilité du contrat collectif.

M. le D[r] Cibrie nous parle de la prospérité du S. M. S. Nous sommes et nous serons toujours heureux de son développement, trop lent à notre gré. Nous avons trop donné de nous-même pendant 29 ans à notre Syndicat pour que son avenir nous soit indifférent. Je souhaite à M. le D[r] Cibrie, dont je suis de beaucoup l'aîné, de faire pour le S. M. S. autant que j'ai fait pour lui.

On nous affirme qu'on y travaille beaucoup depuis deux ans ; nous n'en doutons pas. Et nous serions heureux de pouvoir publier ici



même les résultats obtenus que M. le Dr Cibrie pourrait nous faire parvenir.

Dans sa lettre, M. Cibrie reproche au *Concours médical* ses critiques à l'égard du S. M. S., qui a le droit d'avoir des idées et de les exprimer. En tant que syndiqué, je crois aussi avoir le droit de les examiner et de les critiquer ici, à l'abri des interruptions violentes de membres du Conseil du Syndicat, puisqu'il est impossible de discuter en paix aux Assemblées générales.

Le *Concours médical* n'a jamais semé la division, ni provoqué les discordes, bien au contraire. Je mets M. le Dr Cibrie au défi de m'indiquer un journal où l'on ait agi avec autant de libéralisme et de franchise et où l'on ait jamais donné une plus large place aux opinions contradictoires.

Je termine en souhaitant, comme je l'ai dit, que l'entente soit moins dans les mots et les apparences, et davantage dans les actes et dans les cœurs. Je suis tout prêt, pour ma part, à y contribuer.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

A PROPOS DES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

La réduction de la luxation congénitale de la hanche, telle que nous la pratiquons actuellement, constitue un des plus grands progrès réalisés en chirurgie orthopédique au cours de ces trente dernières années.

Les maîtres de l'orthopédie actuelle se souviennent encore des opérations sanglantes, entreprises pour remettre en place la tête luxée, interventions hasardeuses que nous voyons peu à peu rentrer dans l'oubli.

La luxation congénitale de la hanche ne doit plus, à notre époque, rester sans être traitée, et traitée au bon moment ; si nous voyons encore à nos consultations de grands enfants se présenter avec des luxations non réduites, c'est que nous laissons trop souvent nos confrères dans l'ignorance de bien *des points essentiels du traitement.*

Les conditions les plus favorables à une guérison rapide et complète sont réalisées *lorsque l'enfant nous est amené jeune.*

En général, le diagnostic se pose facilement très net ; si, chez le nourrisson, il est difficile de noter autrement que par la radiographie la position exacte de la tête fémorale, le médecin doit déjà être mis en garde contre cette malformation par les enfants qui marchent tard : un enfant qui a une luxation unilatérale fait ses premiers pas à 18 mois ; si la luxation est double, le délai est reporté à 2 ans.

Nous serions même assez d'avis de voir tous ceux de nos confrères, qui ont à leur disposition une installation de rayons X, prendre une plaque du bassin chez ces enfants qui marchent tard ; un tel renseignement permettrait de dépister très tôt des luxations et d'éliminer ainsi tous les troubles de la motilité qui ont une origine cérébrale ou médullaire.

Dès que l'enfant marche, le diagnostic n'est plus douteux ; la radio confirme les données cliniques et fournit en outre des renseignements importants sur l'état des têtes fémorales, sur la forme des cavités cotyloïdes.

Nous sommes d'avis *qu'il faut intervenir très tôt chez l'enfant* ; il est inutile, comme trop souvent on tend à le faire, d'attendre la fin de la première éruption dentaire ; le professeur A. Broca, notre excellent maître, dont l'expérience personnelle porte sur des milliers de cas, a pour principe de tenter la réduction *dès que l'enfant est propre.*

Les résultats obtenus sont souvent liés à la bonne tenue des plâtres ou des appareils ; l'urine et les matières sont les plus grands ennemis.

En suivant ces conseils, on pratiquera la réduction chez des enfants qui ont pour la plupart de 2 ans et demi à 3 ans.

Les familles reculent souvent devant la perspective d'immobiliser de longs mois un enfant si jeune ; elles préféreraient attendre l'âge de raison : comme si l'âge de raison était une heureuse époque où il suffit au père et à la mère de parler pour être obéis !

En réalité, il faut bien savoir qu'un enfant de

2 à 3 ans est en général plus docile qu'un autre de 7 à 8 ans ; il accepte très vite l'immobilisation plâtrée, et les parents eux-mêmes s'étonnent de voir la facilité avec laquelle se font tous les besoins naturels et comme l'enfant en souffre peu.

Quelle différence aussi entre le transport d'un enfant de 3 ans qui a encore à peine marché et celui d'un enfant de 8 ans, se plaignant sans cesse d'être immobilisé dans le plâtre, lui qui, les années précédentes, allait, venait, avec les gamins de son âge, en dépit de son odieux déhanchement !

A tous ces facteurs d'ordre sentimental, s'en ajoutent d'autres tirés de l'étude des observations des malades traités.

Chez l'enfant, l'adaptation de la tête dans la cavité cotyloïde se fait d'autant mieux que le noyau fémoral est moins ossifié ; les déformations de la tête sont d'autant moins importantes que l'enfant est traité plus jeune ; l'articulation en sera donc d'autant plus souple et mieux ajustée.

Il faut opérer chez l'enfant jeune, aussi et surtout lorsque la lésion est bilatérale, pour pouvoir venir plus facilement à bout des cas difficiles, qui demandent plusieurs manœuvres de réduction.

C'est là un point mal connu de bien des confrères et qu'il leur importe de savoir : il est des cas, rares, en effet, où nous ne sommes pas maîtres du résultat, et il est, au cours des réductions, plus d'une cause d'échecs.

Ces causes tiennent presque toujours à la malformation du cotyle, dont la cavité est inexistante, dont le sourcil à peine saillant n'offre aucun appui à la tête fémorale réduite ; or, plus l'enfant grandit, moins ses os sont malléables, et tel cotyle qui, modelé de bonne heure, aurait pu s'adapter parfaitement à la tête oppose, lorsque, l'enfant a atteint 10 à 12 ans, la résistance d'un os déjà complètement développé.

On voit par là tout l'intérêt qu'il y a à opérer des enfants jeunes ; un traitement commencé tôt, vers 3 ans, laisse au chirurgien qui l'a entrepris toute la latitude désirable pour parer aux causes d'échec avant que la croissance des surfaces articulaires ne vienne s'opposer à la parfaite adaptation fonctionnelle des deux os.

Nous avons la preuve de cette adaptation fonctionnelle, d'autant meilleure que l'enfant est plus jeune, chez ceux de nos malades que nous revoyons quelques années après.

La croissance de ces sujets doit aussi faire l'objet de tous nos soins : il faut la surveiller de près pour éviter des accidents légers, mais douloureux et toujours fâcheux, tels que les arthrites de la hanche et les faiblesses du membre inférieur. Ces incidents sont, eux aussi, d'autant plus fréquents et d'autant plus importants que la réduction a été faite à un âge plus avancé.

Il faut savoir qu'un enfant, porteur d'une luxation congénitale simple ou double, bien réduite, convenablement soignée, est néanmoins un sujet qui devra ménager ses efforts. L'éducation sportive des filles devra notamment en tenir compte.

Il faut savoir qu'une hanche réduite est toujours fragile, et nous devons dire à tous nos confrères que ce serait folie de faire pratiquer des exercices violents à ces anciens malades.

Que dire enfin des vieilles luxations de ces grandes filles, souvent pubères, que la négligence des parents ou des préjugés ridicules vouent à un déhanchement perpétuel ?

Les résultats, excellents dans les premières années, deviennent fort aléatoires après la dixième année ; les causes d'échecs s'accumulent et les résultats bons et durables sont exceptionnels.

On arrive, certes bien, à corriger le déhanchement, mais c'est pour voir l'arthrite de la hanche s'installer au niveau de la néarthrose.

Les enfants traités tardivement réclament des soins continuels et il est probable que si les résultats généraux de nos réductions n'étaient pas incomparablement meilleurs que ceux qu'on obtient à cet âge, le traitement orthopédique de la luxation congénitale n'aurait pas actuellement la juste renommée qu'il mérite.

Dr Raphaël MASSART.

Assistant de chirurgie orthopédique à la Clinique chirurgicale infantile de la Faculté.

CLINIQUE MÉDICALE

Rôle de l'alcool, de la tuberculose et de la syphilis dans la cirrhose de Laënnec. Déductions thérapeutiques

M. le professeur GILBERT.

La cirrhose de Laënnec est une maladie caractérisée par le développement, dans le foie, de tissu conjonctif scléreux. Ce tissu prend la forme annulaire, d'où l'appellation de cirrhose annulaire. Les anneaux en question englobent les vaisseaux veineux du système sus-hépatique et du système porte. La cirrhose est ainsi annulaire et bi-veineuse. Elle comporte, dans la règle, l'atrophie du foie et la gêne de la circulation hépatique, d'où l'hypertension portale, entraînant des hydropisies ou tout au moins de l'ascite.

On a longtemps cru que les cirrhoses veineuses étaient toutes atrophiantes pour le foie. J'ai montré, avec mon maître Hanot, qu'il n'en est pas toujours ainsi, tant s'en faut, et qu'il existe des cirrhoses avec hypertrophie du foie. On donne quelquefois à ces cirrhoses hypertrophiantes bi-veineuses le nom de cirrhose de Hanot-Gilbert.

C'est dans son célèbre Traité de l'auscultation médiate, publié en 1819, que Laënnec relate une observation de cirrhose atrophique, et, pour ce motif, son nom est resté attaché à cette maladie. Mais Laënnec n'a pas donné une description complète de la cirrhose. Etudiant les affections des voies respiratoires et non celles du foie, il ne s'est pas préoccupé de rechercher les causes de la lésion hépatique qu'il avait observée.

En Angleterre, où l'abus des boissons fortes est commun, fut indiqué pour la première fois le rôle de l'alcool dans la cirrhose atrophique. Cette mention fut faite par Bright, à qui l'on doit déjà des recherches remarquables sur les affections des reins. En France, la question a été longuement étudiée par Lancereaux. En Allemagne, il faut signaler à ce sujet le nom de Freirichs.

La part de l'alcool dans le développement des cirrhoses veineuses est établi par l'observation des malades, soit que ceux-ci avouent des excès alcooliques, soit que l'on trouve chez eux des petits ou des grands signes d'éthylisme, une polynévrite, par exemple, associée. La notion du rôle fondamental joué par l'alcool dans les cirrhoses veineuses à été renforcée par des statistiques récentes. Le relevé de Miller concerne des cas observés aux Etats-Unis avant et après le régime sec. Avant le régime sec, on notait en Amérique, sur 30.000 entrées dans les hôpitaux, 150 cas de cirrhose du foie. Après le régime sec, sur 28.000 entrées dans les services hospitaliers, on n'a plus trouvé que 19 observations de cirrhose.

Le fait, d'ailleurs, de l'intervention de l'alcool dans la maladie hépatique en question cadre bien avec certaines particularités cliniques. Ainsi, la cirrhose est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, plus fréquente aussi à la fin de l'âge adulte. On la rencontre, d'autre part, communément, chez les individus qui se tiennent au voisinage des boissons alcooliques, distillateurs, marchands de vin, camionneurs, cuisiniers. En France il est assez usuel de dire : cirrhose des marchands de vin.

On a discuté sur les modalités d'alcool les plus nocives. Les avis, à cet égard, ont varié. Les uns considèrent l'eau-de-vie comme plus dangereuse (maladie des buveurs de gin). L'alcool de grain serait plus à redouter que l'alcool de vin. Tout le monde ne partage pas, toutefois, cette opinion. Lancereaux pensait que l'action cirrhogène était surtout imputable au vin.

On a discuté le mécanisme selon lequel l'alcool serait cirrhogène. Pour les uns, il aurait une action directe ; pour les autres, une action détournée. Lancereaux a incriminé le plâtrage des vins, l'addition au vin de sulfate de potasse. On a pensé encore que l'alcool produisait la cirrhose par l'intermédiaire de la dyspepsie éthylique.

Le point faible de cette étiologie se trouve dans l'absence d'alcoolisme chez nombre de cirrhotiques. On rencontre assez fréquemment des patients atteints de cirrhose veineuse auxquels on ne peut pas reprocher les abus éthyliques. En outre, il a été impossible de réaliser expérimentalement, chez les animaux, des cirrhoses, avec l'alcool. On a produit des stéatoses, mais pas de cirrhose. A la vérité, la plupart des expérimentateurs n'ont peut-être pas poursuivi assez longtemps leurs recherches, bien que quelques-uns aient eu une certaine ténacité.

Dans ces conditions, on s'est tourné d'un autre côté. On a cherché d'autres causes des cirrhoses, et on a fait intervenir en particulier la tuberculose et la syphilis. On a parlé même de saturnisme. Je ne le retiendrai pas.

C'est au début de ce siècle, en 1903, qu'a été publié un premier mémoire proclamant le rôle de la tuberculose dans la production de la cirrhose du foie. Quelques travaux s'étaient cependant succédés précédemment sur la question. Dès la fin du XIX[e] siècle, on avait établi la possibilité des cirrhoses liées à l'action de la tuberculose. On savait que la bacillose est susceptible de provoquer dans le foie des cirrhoses

graisseuses, où domine la stéatose, etc. Le terrain était dès lors déjà préparé, lorsqu'apparurent, en 1903, les observations de Triboulet et de Jousset, et, en 1921, celles de Roque, de Lyon.

Triboulet étudia particulièrement la cirrhose veineuse du type hypertrophique. Ayant observé 5 cas, il rechercha le bacille de Koch dans le liquide d'ascite et il conclut que les cirrhoses hypertrophiques veineuses ressortiraient autant de l'action de la tuberculose que de l'alcool. M. Jousset alla plus loin. Comme Triboulet, il étudia les formes hypertrophiques. Ayant fait des inoculations de liquide d'ascite et de fragment de foie, il adopta une opinion analogue, à savoir que les cirrhoses veineuses hypertrophiques dépendraient de l'alcool et de la tuberculose, ajoutant que peut-être même le rôle de la tuberculose serait exclusif.

Roque, de Lyon, reprit la question, à la fois pour la cirrhose hypertrophique et pour la cirrhose atrophique. Après avoir inoculé le liquide d'ascite et des fragments de foie, et envisagé les formules cytologiques, il admet que la bacillose est le seul facteur des cirrhoses veineuses. Il rejette complètement l'influence directe de l'alcool. Pour lui, l'alcool aurait un rôle important sans doute, mais préparatoire. Il affaiblirait le tissu hépatique, sensibiliserait le foie, préparerait le terrain. La maladie serait d'origine alcoolique, mais de nature tuberculeuse. Je ne discuterai pas l'opinion de M. Roque. Je ferai observer cependant un premier point. Dans les cirrhoses veineuses, le plus souvent, on constate, à la première ponction, une formule cytologique endothéliale, indiquant l'action mécanique et permettant d'écarter tout facteur infectieux. Quand on ne trouve pas lors de la première ponction, une formule pure, généralement on note une formule mixte, mi-endothéliale, mi-leucocytaire. J'ajouterai que M. Villaret, injectant du liquide ascitique aux animaux, au cobaye (animal très sensible), n'a obtenu que 2 résultats positifs pour 14 négatifs. M. Garnier, étudiant au point de vue anatomo-pathologique 15 cas de cirrhose, a rencontré 2 fois seulement des lésions tuberculeuses nettes, 5 cas douteux et 7 cas indemnes.

J'arrive à la syphilis. Que la syphilis soit fréquente chez les cirrhotiques, c'est une chose évidemment attendue, étant donnée la diffusion de la syphilis elle-même. On n'est donc pas étonné de la rencontrer ici. On peut la mettre en évidence de différentes façons. Par l'interrogatoire d'abord, par l'examen des malades, ensuite. Si l'on trouve, chez un cirrhotique, une autre lésion associée, une aortite, un tabès, on pensera sans hésitation à la syphilis. On a également l'occasion de dépister la spécificité par des stigmates, des cicatrices de gommes, par exemple. Je pourrais vous citer, à ce propos, une observation datant de 20 ans déjà, qui s'est inscrite dans ma mémoire. Elle concerne une de mes malades de l'hôpital Broussais atteinte de cirrhose de Laënnec. Elle allait mal et sa destinée semblait fixée lorsque, un matin, je remarquai sur le membre inférieur une cicatrice passée jusque-là inaperçue. Partant de ce stigmate, j'instituai immédiatement un traitement spécifique et eus la satisfaction de constater que l'ascite se résorbait. Quelques semaines plus tard, la malade quittait l'hôpital, presque guérie.

Comme vous le savez, nous avons en main, actuellement, un moyen qui permet de dépister la syphilis, même en l'absence d'indice clinique ; je veux parler du Bordet-Wassermann. Et bien, ce qui semble ressortir des dernières données, est qu'il ne faut pas soigner un cirrhotique sans systématiquement rechercher le Wassermann, à la fois dans le sang et le liquide de l'ascite. Il y a dix ans déjà, Esmein et Parvu ont noté que le Wassermann était souvent plus net dans le liquide ascitique que dans le sang. Cette opinion a été appuyée par Letulle, Courtois-Suffit et Giroux. Non seulement le Wassermann peut être mieux caractérisé dans la sérosité ascitique, mais il arrive que la réaction, nulle dans le sang, ne se produise que dans le liquide d'ascite. J'ai rencontré deux faits de cet ordre, récemment.

Le premier concerne un homme de 53 ans entré dans notre service fin novembre avec des signes de cirrhose de Laënnec. Le patient était hypothermique (indice de mauvais augure), très oligurique, isurique, paraissant s'acheminer vers une fin prochaine. Nous avons pratiqué le Wassermann. Négatif dans le sérum sanguin, il se montrait positif dans le liquide d'ascite, ce qui nous fit entrer dans la voie d'une thérapeutique nouvelle et efficace.

L'autre cas est relatif à un malade soigné par moi il y a douze ans, pour cirrhose avec ascite, dont il avait guéri. Je lui avais donné alors, bien que sa cirrhose parût alcoolique, du calomel et des pilules bleues (celles-ci contiennent chacune 0 gr. 05 de mercure). Ayant obtenu la disparition de ses troubles, cet homme était retourné à ses funestes habitudes alcooliques. Je l'ai revu tout dernièrement atteint d'une rechute de cirrhose. On lui avait fait un Wassermann du sang, qui était négatif, et l'on s'en était tenu là. Je fis examiner le liquide d'ascite : Wassermann totalement positif.

Donc, en face d'une cirrhose avec ascite, demandez le Wassermann, non seulement du sang mais également du liquide de ponction. Ce que je viens de dire de la prédominance de la réaction dans la sérosité ascitique n'étonne pas ceux qui sont coutumiers de la pratique du Wassermann. On sait qu'il est souvent plus marqué dans les humeurs baignant les organes

atteints (céphalo-rachidien, sérosité articulaire) que dans le sang.

Ces temps derniers, des statistiques intéressantes ont été publiées, à ce propos : une du professeur Letulle, l'autre de MM. Villaret, Bénard et Blum. La statistique de M. Letulle est considérable. Elle porte sur 150 cas, avec 72 fois le Wassermann positif. Cela donnerait une moyenne de 47 % de cirrhotiques syphilitiques. Il est certain que, malgré la fréquence de la syphilis, elle n'atteint pas la moitié de la population. La statistique de M. Villaret est plus courte (14 cas avec 10 fois le W. positif). Il semble bien, dès lors, que la syphilis joue un rôle important dans la genèse des cirrhoses veineuses ci-devant alcooliques. Aussi, M. Letulle admet-il que les cirrhoses veineuses sont alcoolo-syphilitiques.

A côté de ces statistiques, je dois mentionner un certain nombre d'observations dans lesquelles la recherche du Wassermann a été suivie d'une conclusion thérapeutique. Ce sont les cas d'Esmein et Parvu, Courtois-Suffit et Giroux, Milian et Chauffard. Chez ces malades il s'agissait de syphilis ignorée, révélée par le Bordet-Wassermann. Le traitement spécifique fut mis en œuvre et l'on s'adressa au mercure et à l'iodure. Je ne sache pas que, jusqu'à présent, la cure arsenicale et bismuthée ait été appliquée. Le mercure a été employé, ici, sous forme de cyanure intra-veineux, en injections quotidiennes (Milian) ou tous les deux jours (Chauffard). Le cyanure est particulièrement indiqué à cause de sa double action antisyphilitique et diurétique ; c'est en effet un diurétique remarquable. Or, dans les cirrhoses veineuses, le grand danger procède de l'oligurie et des hydropisies. Sans l'ascite et l'oligurie, la maladie resterait bien souvent latente. Comme les diurétiques habituels (la théobromine entre autres) se montrent généralement inefficaces en pareil cas, on voit tout l'intérêt de la cure au cyanure mercuriel. Dans ce traitement par le cyanure, Milian conseille l'association du carbonate de bismuth à la dose de 1 gr. chaque jour, par voie buccale. Cette adjonction protège l'intestin contre les manifestations possibles du mercure de ce côté. Dans la thérapeutique hydrargyrique, on a à redouter la stomatite et aussi la colite et la néphrite. Le bismuth peut prévenir l'irritation intestinale.

Ayant recours à cette méthode, Milian (dans un cas), Chauffard (dans 4 cas) ont obtenu des résultats vraiment remarquables, donnant l'apparence de la guérison. Chez une malade actuellement dans notre service, dont l'état était inquiétant, nous avons vu le taux des urines monter de 250 à 500 cent. c., puis à un litre, après trois ou quatre jours de cyanure. Elle en est là et nous allons la suivre.

Dans les cirrhoses hépatiques, il est donc logique, souvent, de recourir au mercure, ou intraveineux, ou par la bouche. Le foie est admirablement placé pour subir l'action des médicaments administrés par voie digestive, la veine porte puisant ses racines dans le tractus intestinal. Si l'on s'adresse à la voie veineuse, c'est à cause des propriétés diurétiques du cyanure, qui ne s'emploie que dans la veine. Quand on recherche seulement, alors, l'action antisyphilitique, l'administration buccale est préférable. Longtemps, d'ailleurs, dans la cirrhose, on a utilisé les préparations hydrargyriques. Bouchard formulait une dose quotidienne de 1 ou 2 centigr. de calomel. Moi-même, toute ma vie professionnelle, j'ai prescrit aux cirrhotiques le calomel associé aux pilules bleues, et j'en ai obtenu de bons résultats.

A côté du mercure, il faut placer un autre antisyphilitique, l'iodure. Lancereaux le donnait à raison de 2 à 4 gr. par jour. Il l'avait vu réussir, tout en estimant que la syphilis n'était pas en cause. Il est probable ou possible qu'il s'était trouvé en face de syphilitiques. Courtois-Suffit, surtout, a préconisé l'iodure, auquel il associe le mercure. L'iodure de potassium procure de bons effets, mais il semble bien que le cyanure soit préférable. Son seul inconvénient est de nécessiter la voie endo-veineuse.

En somme, ce qui peut arriver de meilleur à un malade atteint de cirrhose atrophique ou hypertrophique (affection qui naguère ressortissait, pour tout le monde, de l'alcoolisme), c'est d'être syphilitique.

Leçon professée à l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. LACROIX.

LES DOCUMENTS DU PRATICIEN

Bismuth et syphilis

Le bismuth avait été étudié expérimentalement par Balzer en 1889, puis, dans la spirillose des poules, par Santon et Robert en 1916. Sazerac et Levaditi, en 1920, ont repris l'étude de l'action curative du bistmuth dans la syphilis expérimentale et humaine. MM. Fournier et Guénot furent les premiers qui entreprirent la vérification de leur constatation. De nombreux cas de syphilis, à toutes les périodes de l'infection, furent traités. Les résultats de Fournier et Guénot furent entièrement confirmatifs.

Les différentes préparations. — Le tartro-bis-

muthate de sodium et de potassium (trépol) en solution huileuse a été préféré par Sazerac et Levaditi, car ce composé se montre relativement stable et peu toxique en injection intramusculaire. Depuis, d'autres préparations ont vu le jour : le quinio-bismuth (Quinby, formule Audry) l'émétique de bismuth, l'oxyde de bismuth (curaluès, santhanol, bischloral). Quelle que soit la formule, les données nouvelles montrent que ce qui agit, c'est le bi-métal lui-même. Aussi, Sazerac et Levaditi se sont-ils demandé si le bismuth, en dehors de toute combinaison chimique, possédait un pouvoir comparable à celui des dérivés précédemment étudiés. Leur expérience et les observations cliniques de Fournier et Guénot ont montré que le bi-métal (néotrépol) constitue à lui seul un spécifique très actif contre la syphilis.

D'autres auteurs recommandent les sels solubles (Jeanselme et Pomaret), tel le tartro-bismuthate dissous dans une solution aqueuse de glucose à 15 % additionnée de 1,5 % de phénol ordinaire. L'administration de ce médicament se fait par voie intramusculaire. Une précaution essentielle consiste à ne pas pousser l'injection dans un vaisseau, car expérimentalement, une injection intra-veineuse de 0 gr. 10 chez le lapin n'entraîne pas la mort instantanée.

Le ditrioxybismutho-benzol (benzo-bismuth) préconisé par Grenet, Drouin et Richon, est également une préparation soluble qui peut être injectée par voie intramusculaire, même par voie intraveineuse, sans provoquer d'accidents.

Quelle est la meilleure de toutes ces préparations ?

Il est encore difficile de le dire. De nombreuses recherches comparatives sont toutefois nécessaires avant de faire un choix judicieux parmi les nombreux composés déjà utilisés ou qui restent à préparer dans le domaine si vaste du bismuth. Pratiquement, on peut dire que, mis à part l'élément douleur, qui est assez variable suivant la marque employée, les résultats thérapeutiques sont comparables, quelle que soit la fabrication.

Technique du traitement. — Au début de l'expérimentation, on faisait trois fois par semaine, chaque fois trente centigrammes de sel de bismuth. On a vite reconnu que cette dose amenait facilement de la stomatite. Aussi l'a-t-on diminuée. On fait actuellement deux injections par semaine, de vingt centigrammes chacune, soit quarante centigrammes. Avec cette technique, les stomatites sont devenues rares, sans que les résultats thérapeutiques soient inférieurs.

La durée de la cure est variable suivant les cas. Le bismuth comme traitement d'attaque doit être manié comme l'arsenic par cures intensives de 2 gr. 50 à trois grammes au moins au total séparées par des repos de 3 ou 4 semaines et renouvelées au moins deux ou trois fois jusqu'à négativation de la réaction de Wassermann.

Résultats. — L'action du bismuth sur les accidents de la syphilis est manifeste et rapide. La cicatrisation du chancre est variable et subordonnée à son étendue. Quand celle-ci est restreinte, la cicatrisation s'opère en quelques jours. Si le chancre, au contraire, a de grandes proportions, elle peut atteindre 25 à 30 jours. Le tréponème disparaît le plus souvent de la surface de la lésion dès la 2ᵉ injection ; quelquefois après la première, rarement après la troisième.

L'action sur les accidents secondaires est des plus remarquables : la roséole s'efface en 5 à 6 jours, les syphilides papuleuses en 15 à 20 jours. Les lésions muqueuses s'épidermisent rapidement et les tréponèmes disparaissent après la troisième ou la quatrième injection.

L'action sur les accidents tertiaires est non moins évidente.

Au point de vue de la syphilis nerveuse, le bismuth aurait, sur l'arsenic, l'avantage de passer dès la 1ʳᵉ injection dans le liquide céphalo-rachidien ; il agit activement chez les tabétiques, calmant les douleurs, sans les régulières recrudescences que provoque l'arsenobenzol lors des premières injections. Il serait supporté par les paralytiques généraux sans provoquer les raptus congestifs des arsenobenzènes.

Il est évident qu'on ne peut, après une expérimentation de quelques mois seulement, donner des conclusions fermes au sujet des modifications apportées à la courbe sérologique. A l'heure actuelle cependant, on peut dire : 1° que le bismuth agit peut-être moins vite que les arsenobenzènes sur les courbes sérologiques ; 2° qu'il se produit fréquemment une ascension de la courbe aux premières injections ; 3° qu'assez souvent, les réactions qui s'étaient maintenues positives en cours de traitement tendent à la négativité dans les semaines qui suivent l'interruption des injections.

Conclusions. — Il est établi, par les nombreux travaux consacrés à l'étude du bismuth, que divers sels de bismuth, de même que le bismuth à l'état métallique, déterminent la cicatrisation rapide des lésions à toutes les périodes de la syphilis. De plus, des faits bien observés montrent que le bismuth agit profondément et d'une manière durable sur l'infection tréponémique. Bien qu'il soit encore trop tôt pour considérer le problème comme résolu, tout porte à croire que le traitement par le Bi, appliqué dès l'apparition du chancre et à des doses suffisantes, guérit la syphilis si l'on en juge tout au moins par l'absence de récidives et la négativation persistante du Bordet-Wassermann du sang. La valeur thérapeutique du bismuth est certainement supérieure à celle du mercure, un peu inférieure à celle des meilleurs arsenicaux. Les manifesta-

tions Hg et As résistantes cèdent au bismuth et, un seul cas de lésions bismutho-résistantes vient d'être signalé par MM. Lortat-Jacob et Roberti.

L'activité thérapeutique des sels bismuthiques semble intimement liée à la résorption lente du métal et à sa persistance dans l'organisme infecté.

P. FERNET.

Extrait de l'*Année médicale pratique*, 2e année, à paraître en février 1923, livre annuel publié sous la direction de C. LIAN (Voir *Concours Médical*, n° 4, p. 272).

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'action diurétique des composés mercuriels.

Les résultats très divergents observés, selon les cas, dans le traitement des hydropisies par le mercure, expliquent les phases de vogue et de dédain par lesquelles sont passés les sels de mercure et surtout le calomel, considérés comme diurétiques. Leur administration *per os*, à supposer qu'elle provoquât la diurèse, s'accompagnait presque toujours de signes d'intolérance et de troubles digestifs plus ou moins marqués et durables.

On pouvait se demander si ces derniers inconvénients, inséparables de l'introduction dans l'organisme du mercure par la voie digestive, ne disparaîtraient pas avec les méthodes parentérales. C'est ce que viennent de rechercher MM. L. BLUM et SCHWAB, qui ont utilisé, soit le novasurol, composé mercuriel soluble, soit le cyanure de mercure.

En ce qui concerne l'action diurétique, les auteurs ont enregistré des débâcles urinaires prodigieuses, avec le novasurol et le cyanure de mercure, là où tous les autres agents avaient été impuissants. Cependant, dans un cas de cirrhose hépatique avec ascite, si la diurèse fut abondante, l'état général du malade s'aggrava immédiatement, et la mort s'ensuivit.

Quant au mécanisme par lequel le mercure déterminerait la diurèse, les auteurs écartent immédiatement une action cardio-vasculaire, dont l'absence ne se discute pas. Il reste en présence de l'éventualité d'une action rénale d'une part, et d'une action tissulaire et humorale, de l'autre. Leurs recherches sur l'élimination des différents composants de l'urine, chlorures, urée, acide urique, etc., ne leur ont pas permis d'arriver à des précisions suffisantes d'interprétation.

Il résulte de cette étude que ce sont surtout les hydropisies d'origine cardiaque qui peuvent bénéficier de l'action diurétique du mercure. « L'usage du mercure est contre-indiqué dans les hydropisies d'origine brightique ; il doit toujours se faire avec une grande prudence ; le mercure doit rester le diurétique auquel on ne recourra qu'en dernier ressort, lorsque les autres médicaments auront échoué ». (*Presse méd.*, 16 décembre 1922.)

Méningite cérébro-spinale méningococcique et son traitement.

Voici une excellente étude de M. SABRAZÈS, sur un chapitre pathologique des plus intéressants pour le praticien

L'auteur rappelle d'abord que la méningite cérébro-spinale (M. C. S.) peut ressortir à des espèces microbiennes très différentes les unes des autre, et que l'examen du liquide céphalo-rachidien permet d'identifier : méningocoques, pneumocoques, streptotocoques,entérocoques, gonocoques, bacilles typhiques et paratyphiques, diplocoques sosies du méningocoque. Toutefois, les méningites à méningocoques diffèrent des autres par l'absence d'épidimicité, et par la fréquence, chez elles, des localisations extra-méningées (arthrites suppurées, orchi-épididymites, iridocyclites, labyrinthies, etc.). Le méningocoque n'est d'ailleurs pas un microbe univoque ; il en existe 4 espèces : A. B. C. D. dont chacune résiste à la sérothérapie hétérologue. Aussi, est-il indispensable de rechercher le plus rapidement possible l'espèce en cause, pour la combattre par le sérum identique. En attendant les résultats de cette recherche, on utilisera un sérum polyvalent. On n'oubliera pas que le méningocoque est très fragile ; de là, la nécessité de certaines précautions pour recueillir le liquide céphalo-rachidien, pour les ensemencements et les cultures.

C'est dans le rhino-pharynx et dans son voisinage immédiat que colonise le méningocoque ; dans certains cas, il ne se manifeste par aucune réaction clinique et demeure insidieusement caché chez les porteurs de germes qui n'en constituent pas moins de redoutables agents de diffusion. Dans d'autres, il pénètre dans la circulation où il détermine une septicémie, une méningococcémie, étape préalable et nécessaire avant la localisation cérébro-spinale. Celle-ci étant réalisée, le type clinique se traduit par des douleurs céphaliques et rachidiennes, des vomissements, de la fièvre, des contractures, de l'hyperesthésie, des phases successives d'excitation et de dépression, des troubles de vaso-dilatation (raie méningitique), de l'herpès, des pétéchies,

avec conservation de la diurèse et constipation modérée, non opiniâtre, sans relâchement des sphincters.

Le diagnostic clinique posé, la ponction lombaire est pratiquée aussi précocement que possible ; si le liquide est louche, spermatique, sirop d'orgeat dilué, on en évacue 40 cmc. qu'on remplace immédiatement par même quantité de sérum trivalent. Puis, on procède à l'identification de la variété méningococcique en cause, pour utiliser ensuite le sérum équivalent. De l'un ou de l'autre, selon les possibilités, on injectera, tant par la voie rachidienne que la voie intra-musculaire, tous les jours, et même deux fois par jour, une même dose.

La vaccinothérapie avec un vaccin émulsion (auto-vaccin ou à défaut, stock-vaccin du commerce) pourra suppléer dans une certaine mesure à l'absence de sérum spécifique, et au besoin en renforcer l'action.

Il faudra également attaquer le méningocoque dans tous les foyers extra-méningés ou intra-cérébraux où il peut se trouver. Contre l'inflammation épendymaire, on a préconisé la ponction des ventricules (avec trépanation préalable chez l'adulte), suivie d'injection de sérum ; les résultats ne sont pas très brillants.

Il faudra, en toute circonstance, se méfier des accidents anaphylactiques, qui peuvent éclater soit chez un malade ayant reçu plus ou moins longtemps auparavant un sérum organique, soit chez un malade soumis à la sérothérapie antiméningococcique, au cours d'une méningite, et qui, après une période de détente, présente une recrudescence des accidents. Le chlorure de calcium doit être administré en tout état de cause ; en outre, si l'on soupçonne une sensibilisation antérieure, et à plus forte raison, si on en a la certitude, on procèdera prudemment selon la méthode désensibilisante de Besredka.

L'auteur termine par quelques mots sur la prophylaxie de la M. C. S., par le dépistage des porteurs de germes, leur stérilisation, les mesures habituelles de désinfection, après isolement. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux.*)

Syphilis tertiaire précoce.

M. Didier rapporte quatre observations de syphilis tertiaire du nez, à des stades différents de son évolution, ce qui lui permet de préciser les étapes successives de la syphilis nasale : infiltration diffuse hypertrophique d'abord, aboutissant à l'atrophie de la muqueuse ; gomme non ulcérée, puis ulcérée ; séquestres ; ozènes syphilitiques.

Aussi importe-t-il de poser un diagnostic aussi précoce que possible, car ces lésions sont très sensibles au mercure et à l'arsenic.

L'infiltration se différenciera de la rhinite hypertrophique par l'unilatéralité des localisations ; en outre, elle seule aboutit à l'obstruction nasale absolue. La gomme ne sera pas confondue avec une tumeur, un abcès ; son ulcération à l'emporte-pièce, l'élimination de cartilages nécrosés, la dénudation osseuse qui lui est propre, la formation de séquestres, l'authentifient. Quant à l'ozène, il se caractérise par une odeur infecte et s'accompagne fréquemment de perforation de la cloison.

Enfin, l'élargissement, la rougeur et la douleur à la pression de la racine du nez sont en faveur de la syphilis. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 17 décembre 1922).

Les médicaments dans le traitement du rachitisme de la première enfance.

D'après M. Hallez, le traitement du rachitisme est, avant tout, étiologique et s'attaquera à la syphilis héréditaire, à la tuberculose, aux troubles digestifs.

Pour favoriser la nutrition générale et celle du système osseux, l'auteur préconise tout d'abord les préparations calciques : glycérophosphate de chaux, lactate de chaux, auxquels on associera comme fixateur l'adrénaline *per os*.

L'huile de foie de morue conserve, malgré des éclipses passagères, la faveur des maîtres. Marfan conseille de la prescrire dans l'émulsion suivan :

Huile de foie de morue...	340 gr.
Ess. d'amandes amères..	XXX gouttes
Ess. de menthe	L gouttes
Acide salicylique	0,20
Saccharine	0,25
Formiate de calcium....	10 gr.
Glycérophosphate de chaux...............	12 gr.
Glycérine à 30°.........	130 gr.
Carragahen	20 gr.
Eau distillée	q. s.p. un litre.

2 cuill. à dessert par jour.

On pourra associer le fer à la chaux :

Lactate de chaux......	0,20
Protoxalate de fer.......	0,15

pour un paquet. N° 30. Deux par jour.

Le phosphore se recommande surtout de la tétanie, compliquant le syndrome rachitique (huile de foie de morue phosphorée. Huile d'amandes douces phosphorée).

La médication opothérapique à mettre en œuvre comprend la moelle osseuse, la thyroïde.

Enfin, au traitement médicamenteux proprement dit, on adjoindra l'hygiène générale, le régime alimentaire, la cure d'air et de lumière,

la stimulation de la peau, etc. (*Progr. méd.*, 16 décembre 1922.)

Traitement de l'inversion utérine puerpérale.

C'est un accident dont la gravité est bien connue et auquel il faut savoir pratiquement remédier. M. BOURRET nous en enseigne les moyens.

D'abord, éviter toutes les manœuvres susceptibles de le produire, et notamment les tractions intempestives sur un cordon dont le placenta ne se décolle pas ; préférer la délivracnce artificielle ; combattre l'inertie utérine.

Mais l'inversion s'est produite. Trois conditions sont à remplir : arrêter l'hémorragie par compression de l'aorte ou hémostase à la Momburg (lien serrant fortement la taille jusqu'à disparition des battements fémoro-artériels). Combattre le shock en réalisant rapidement la position de Trendelenbourg, en réchauffant la parturiente, en injectant du sérum artificiel, du sang citraté, des toni-cardiaques. Réduire l'inversion, la désinfection locale ayant été préalablement pratiquée.

Pour cela, on détachera d'abord le placenta, s'il est encore totalement ou partiellement adhérent. Puis, si l'inversion est intra-utérine, on fixera l'anneau utérin la limitant avec la main gauche externe, tandis que la droite, dans la cavité utérine, refoulera de bas en haut la cupule utérine inversée. Si elle est intra-vaginale, on procèdera de la même façon, en exerçant les efforts de réduction surtout à la périphérie de la hernie utérine, et en commençant par la partie antérieure. Enfin, si elle est extra-vulvaire, il faudra d'abord la rendre intra-vaginale en la refoulant doucement à la façon du piston d'une seringue, et on procèdera ensuite comme ci-dessus.

En cas d'échec de ces manœuvres, on tentera la réduction lente, à l'aide d'un tamponnement utérin et vaginal, d'un ballon de Champetier.

Ce n'est qu'en cas d'insuccès de ces manœuvres qu'on serait amené à pratiquer l'hystérectomie vaginale, s'il y a menace d'infection, ou le retournement par voie vaginale. (*Gaz. des hôpitaux*, 19 décembre 1922.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

La variole à Marseille, de 1916 à 1922.

(M. J. ARNAUD. — *Académie de médecine*, 16-1-1923.)

M. Arnaud présente une statistique des cas de variole observés à Marseille de 1916 à 1922. La cause qui, dans ce tableau, se détache avec le plus de netteté, est l'importation. La maladie a été généralement introduite par des étrangers, venus de régions diverses, et débarqués à Marseille. L'auteur estime qu'il conviendrait de lutter contre cette importation par voie de mer au moyen de revaccinations des passagers en cours de route. Seuls seraient dispensés les voyageurs pouvant présenter un certificat de revaccination datant de moins de cinq ans.

Le traitement du diabète sucré par l'insuline.

(M. Léon BLUM, de Strasbourg. — *Académie de médecine*, 16-1-1923.)

Le traitement du diabète sucré par l'insuline est dû à trois médecins canadiens, Mac Leod, Banting et Best, de Toronto. Au cours d'un voyage récent aux Etats-Unis, M. Léon Blum eut l'occasion de s'intéresser aux travaux de l'école de Toronto et, revenu à Strasbourg, il employa personnellement l'insuline dont il obtint les meilleurs résultats.

Le pancréas comprend deux groupes d'éléments glandulaires : les uns, à sécrétion externe, fournissent le suc pancréatique digestif ; les autres, à sécrétion interne, fournissent une hormone qui intervient dans le métabolisme des hydrates de carbone.

Divers auteurs, partant du rôle connu du pancréas dans certains cas de diabète (de diabète grave, en particulier) se sont demandé si l'on ne pourrait pas utiliser dans la thérapeutique de la glycosurie des extraits pancréatiques. Malheureusement, l'extrait pancréatique total, qui contient les ferments digestifs, exerce une action destructrice sur les tissus. On s'est efforcé, alors, de séparer les produits de sécrétion interne de ceux de sécrétion externe, et dans cet ordre d'idées, Mac Leod, Banting et Best sont parvenus à isoler une base pancréatique privée de sucs digestifs, qu'ils ont nommée *insuline*. Pourquoi ce nom ? Parce que la base en question provient des îlots de Langerhans (extrait *insulaire*), îlots sécréteurs de ce suc interne. Les auteurs canadiens obtinrent ce résultat par des ligatures des conduits excréteurs du pancréas (qui amènent la dégénérescence des cellules exocrines sans altérer les îlots de Langerhans), ou en utilisant le pancréas de fœtus (dont les éléments exocrines sont encore inertes).

Quoi qu'il en soit, ayant appliqué l'insuline en clinique humaine, Mac Leod et ses collaborateurs virent les troubles diabétiques s'amender et la combustion du glycose s'améliorer.

Utilisant, à son tour, des extraits pancréatiques correspondants à l'insuline des médecins américains, M. Léon Blum a vu des diabètes graves (il en cite

deux exemples) non seulement s'améliorer, mais être véritablement réglés par le traitement. L'action du produit n'étant pas très prolongée, M. Blum a pu faire régresser ou laisser renaître, à volonté, suivant qu'il employait ou qu'il cessait la médication les divers accidents du diabète. C'est là la meilleure preuve de l'activité du médicament.

L'auteur ne croit pas trop s'avancer en disant que l'insuline est appelée à rendre de grands services dans les diabètes sérieux, chez les diabétiques menacés d'une complication importante, infection aiguë, gangrène, etc., ou quand une intervention chirurgicale doit être pratiquée chez un glycosurique. La découverte de l'insuline lui paraît être le progrès le plus grand qui ait été fait récemment dans le traitement du diabète.

— M. ACHARD rappelle ses travaux personnels sur le rôle de la sécrétion interne du pancréas dans l'utilisation du glycose. L'extrait pancréatique facilite la flambée du sucre de l'organisme, sans atteindre probablement de façon durable la cause même de l'insuffisance glycolytique. Ce n'en est pas moins un fait fort intér ssant pour le thérapeute.

— M. GLEY a cherché, il y a une dizaine d'années déjà, à isoler l'extrait de la partie endocrine du pancréas. Il s'est heurté aux insuffisances de ressources matérielles de nos laboratoires. Mac Leod a eu le grand mérite d'inaugurer chez l'homme un véritable traitement physiologique du diabète.

Syndrome hémoclasique et ventouses sèches.

(MM. MOUTIER et J. RACHET. — *Société de Biologie* 13-1-1923.)

De nombreuses hypothèses ont été émises pour expliquer l'effet thérapeutique des ventouses sèches. Pruvost et Descarpentries ont admis un mécanisme voisin de l'auto-hémothérapie et des sérothérapies. Dans le but d'apporter quelque précision sur ce sujet, MM. Moutier et Rachet ont pratiqué des examens hématiques après la production par ventouse des hématomes sous-cutanés. Ils ont trouvé, en général, non pas un choc hémoclasique, mais plutôt une hyperleucocytose. Ils se demandent si ce n'est pas dans cette leuco-excitation qu'il faut chercher l'action thérapeutique de l'application des ventouses sèches.

Infection fuso-spirillaire mortelle dans un épithélioma buccal.

(MM. MUTERMILCH et SÉGUIN. — *Société de Biologie,* 13-1-1923.)

MM. Mutermilch et Séguin ont observé un cas d'infection fuso-spirillaire mortelle chez un sujet atteint d'épithélioma du plancher de la bouche et traité par le radium.

Les infections des épithéliomas ulcérés sont fréquentes. A la suite des applications de radium, qui détruisent la vitalité cellulaire, on peut les voir s'exagérer. Toutefois, elles prennent rarement une allure très grave, et il est exceptionnel qu'elles entraînent la mort, comme dans le cas des auteurs. Ici, il y eut gangrène de la bouche et du poumon, l'examen microscopique révélant de nombreux spirilles et bacilles fusiformes dans le tissu buccal et pulmonaire.

Insuffisance surrénale et ligne blanche.

(M. Emile SERGENT. — *Soc. Médicale des hôpitaux,* 15-12-1922.)

M. Sézary a longuement critiqué, dernièrement, la valeur de la ligne blanche de Sergent comme symptôme d'insuffisance surrénale, et aussi la valeur du trépied (hypotension, pigmentations, asthénie) sur lequel on appuie habituellement le diagnostic de maladie d'Addison.

M. Emile Sergent admet que l'on a abusé de la ligne blanche, la reconnaissant quelquefois alors qu'elle n'existait pas, lui accordant d'autres fois une signification certaine qu'elle ne saurait posséder. La ligne blanche peut être physiologique (Marey et Vulpian) et ce phénomène n'est évidemment pas, à lui seul, caractéristique d'une affection surrénale.

M. Sergent maintient, par contre, dans son intégralité, le syndrome d'insuffisance surrénale, dans sa forme aiguë en particulier, qu'il a décrit avec M. Léon Bernard. Les physiologistes ont discuté et nié l'adrénalémie et par là même l'hypoadrénalémie pathologique. Mais, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. M. Gley lui-même, un des expérimentateurs qui ont mis en doute l'adrénalémie, a été amené à constater, chez un malade de M. Sergent, l'existence du syndrome clinique de l'insuffisance surrénale, contrôlé à l'autopsie par une atrophie considérable des deux glandes. Considérée au point de vue clinique, la notion de l'insuffisance surrénale demeure intangible. Son expression la plus pure est le syndrome aigu. Mais, il ne faut pas certes en abuser, ni l'appuyer sur un seul de ses signes, sur la ligne blanche, entre autres.

— M. Léon BERNARD constate que l'accord est ainsi établi quant à la valeur de la ligne blanche. Elle peut manquer dans l'insuffisance surrénale et se rencontrer, au contraire, dans des affections tout à fait étrangères à cet état.

— M. SÉZARY ajoute que l'existence de l'insuffisance surrénale aiguë est incontestable. Toutefois, l'extension donnée à ce syndrome en clinique ne paraît pas justifiée : ne lui a-t-on pas attribué le mal de mer, le mal des aviateurs, etc. La triade : asthénie, hypotension et ligne blanche, ne constitue pas, pour l'auteur, un trépied caractéristique. Il faut étudier, en outre, les modalités de l'asthénie, qui, dans l'insuffisance surrénale, revêt l'aspect de la fatigabilité musculaire.

Le tubage duodénal dans les affections hépatiques.

(MM. Chabrol, Bénard et Gambillard. — *Soc. méd. des hôp.*, 15-12-1922.)

MM. Chabrol, Bénard et Gambillard ont pratiqué une série de tubages du duodénum, avec le tube d'Einhorn, dans le but de rechercher l'état de la bile au cours d'affections hépatiques diverses (ictères, cirrhoses, lithiase). De ces études, très complètes, nous retiendrons seulement deux conclusions :

1° Dans les cirrhoses veineuses atrophiques, le tubage duodénal ne révèle pas nécessairement, comme on pourrait s'y attendre, une diminution qualitative et quantitative des sels et des pigments biliaires.

2° Dans l'ictère catarrhal, l'obstruction est rarement absolue et l'on est souvent surpris de recueillir par tubage une bile riche en pigments, mais dont la quantité est, à vrai dire, notablement diminuée.

L'incision transversale de L. Bazy en chirurgie rénale.

(M. Louis Bazy. — *Société de chirurgie*, 6-12-1922.)

Quelle est la meilleure voie pour aborder le rein, en chirurgie ? La majorité des chirurgiens, à l'heure actuelle encore, utilisent l'incision lombaire de Guyon. Elle a plusieurs inconvénients et en particulier celui de ne donner qu'un jour lointain sur le pédicule. Terrier avait proposé la voie transpéritonéale. Grégoire, Chevassu et Patel ont utilisé la voie para-péritonéale. En 1914, M. Louis Bazy a décrit une technique qui, au moyen d'une incision transversale, permet d'aborder le rein par voie sous-péritonéale et conduit directement au pédicule.

MM. Combier et Murard, M. Robert Dupont et M. Emile Viel (de Cherbourg), dans des communications qu'analyse M. L. Bazy, ont pratiqué 32 opérations sur le rein en utilisant l'incision transversale et ils s'en déclarent très satisfaits. M. Louis Bazy, de son côté, y a eu recours 43 fois, jusqu'à ce jour.

Une série de 14 invaginations intestinales.

(M. Pouliquen, de Brest. — *Société de chirurgie*, 6-12-1922.)

L'invagination intestinale est le mode d'occlusion intestinale habituel chez le nourrisson. Elle est particulièrement intéressante au point de vue thérapeutique, puisqu'une opération précoce est généralement suivie de guérison et qu'un diagnostic tardif laisse passer trop souvent l'occasion de sauver l'existence de ces petits malades. Kirmisson, dans son enseignement, rangeait l'invagination intestinale parmi les trois grandes affections infantiles ressortissant de la chirurgie d'urgence.

M. Pouliquen a pu observer une série de 14 invaginations intestinales chez le nourrisson. Il les a opérées, avec 11 guérisons. A quoi est due une série aussi importante, se demande M. Veau ? A ce que, dans la région de Brest, où opère M. Pouliquen, les médecins connaissent bien l'invagination et adressent de bonne heure leurs petits patients au chirurgien.

— M. Hallopeau remarque que si les statistiques des hôpitaux d'enfants à Paris ne sont pas, tant s'en faut, aussi belles en matière de chirurgie de l'invagination, cela tient surtout à ce que les médecins de la région parisienne ne se décident pas encore à envoyer d'urgence au chirurgien les enfants chez lesquels ils observent les symptômes cardinaux de l'invagination : les *vomissements* et la *selle sanglante*.

P. L.

Les Congrès

XVIe Congrès Français de médecine (*Suite*).

Traitement préventif et curatif des maladies par carence

Rapport de MM. E. Weill et G. Mouriquand.

On désigne à l'heure actuelle, sous le nom de maladies par carence, des états affectifs qui résultent de l'absence dans l'alimentation d'une substance ou d'un ensemble de substances qui ne sont pas chimiquement différenciées, mais qui paraissent nécessaires à doses minimes à la nutrition.

Les principales maladies de carence sont le béribéri, le scorbut et la pellagre.

Le béri-béri reconnaît, comme cause essentielle, la consommation presque exclusive de riz privé de sa cuticule, mais des causes secondes favorisent son apparition, telles : le surmenage physique, la dépression morale, l'encombrement, les privations, les toxiinfections diverses. C'est l'étude de cette affection qui a abouti à la découverte importante de la vitamine de Funk et à la notion des substances minimales dans la nutrition.

La reproduction expérimentale de la maladie chez la poule et le pigeon, dans sa forme aiguë polynévritique par Eijkman, sous sa forme chronique par Weill et Mouriquand, ont confirmé l'origine alimentaire. Toutes les légumineuses stérilisées et décortiquées peuvent produire le béribéri. Ces notions ont été une acquisition précieuse, tant pour le traitement que pour la prophylaxie de l'affection.

L'alimentation au riz glacé doit être complétée par l'extrait de son, de riz, et par un régime plus large : haricots, lard, poisson.

On sait, d'autre part, qu'une mère béribérique transmet la maladie à son nourrisson ; affection qui revêt chez lui, par les complications cardiaques qu'elle entraîne, une allure des plus sévères. Elle est rapide-

ment et heureusement influencée soit par un changement de nourrice, soit par l'allaitement artificiel. L'administration d'extrait de son, de riz, à la nourrice, a donné, dans certains cas, de bons résultats.

En ce qui concerne le scorbut, son apparition n'est pas liée, ainsi qu'on l'a cru longtemps, à une infection ou à une intoxication, mais tout simplement à la carence d'aliments frais ; l'existence d'une vitamine antiscorbutique restant tout à fait hypothétique. Chez le nourrisson, l'allaitement au sein, l'allaitement mixte ou le lait de vache cru ne donnent pas le scorbut. Les laits stérilisés et modifiés, les spécialités alimentaires à base de farines, de céréales et de lait sec, par contre, favorisent son apparition. Le traitement vraiment rationnel doit être préventif. Il consiste simplement dans l'administration d'aliments frais. Les vrais antiscorbutiques sont les végétaux ; sous une forme concentrée, ils paraissent agir avec plus d'efficacité que dilués dans une masse alimentaire volumineuse. Les aliments d'origine animale ont un pouvoir antiscorbutique faible.

Les déductions qui s'imposent sont d'ailleurs classiques. A tout nourrisson qui reçoit par nécessité un lait scorbutigène, on doit administrer du jus d'orange ou de citron ou du suc de carotte.

Quant à la pellagre, ses causes restent obscures, on tend à admettre, à l'heure actuelle, qu'elle serait le résultat de carences multiples où l'absence de protéines indispensables jouerait un rôle important. La théorie de l'avitaminose par décortication du maïs est un peu trop simpliste.

Devant cette étiologie douteuse, la thérapeutique reste, elle aussi, imprécise. La notion de carences multiples implique la nécessité d'une alimentation très variée. Elle donne, d'ailleurs, de bons résultats dans les formes légères et de début.

En dehors de ces trois affections, l'étude expérimentale et clinique des troubles de l'équilibre et de la croissance a révélé de nouveaux syndromes de carence et de nouveaux moyens diététiques de les combattre.

Ce sont ces notions que les auteurs étudient dans la seconde partie du rapport.

Cette étude expérimentale a provoqué la découverte de deux facteurs de constitution chimique inconnue indispensables à la croissance : le facteur A liposoluble, le facteur B hydrosoluble.

Carence de l'hydrosoluble. — C'est en tout point comparable au syndrome polynévritique du type béribérique.

Le facteur B qui n'est pas, comme certains auteurs l'ont cru, la vitamine de Funk, est un accélérateur puissant de la croissance. Pour Weill et Mouriquand, il interviendrait dans la nutrition nerveuse et générale par l'intermédiaire des endocrines ou en excitant les glandes digestives.

Dans le règne animal, on le trouve dans les viscères. Dans le règne végétal on le trouve dans la cuticule des graines de légumineuses et de céréales, et surtout dans l'embryon. Il existe en abondance dans les tiges, les feuilles, les fruits, la levure.

La décortication le fait disparaître des graines. La stérilisation, la dessiccation, le vieillissement le détruisent également.

Carance de liposolubre, dont on ne sait rien au point de vue chimique. — Elle provoque divers clini-syndromeisques :

La *xérophtalmie* souvent associée à l'héméralopie épidémique dont on a étudié de nombreux cas pendant la dernière guerre et qui peuvent être provoquées par un régime trop strict de dyspeptique. L'huile de foie de morue semble être le remède héroïque de ces lésions.

Le rachitisme relèverait lui aussi d'une carence du liposoluble ; mais cette question reste très discutée. Pour M. Collum et Simonds, il dépendrait de carences multiples ; pour d'autres, le calcium serait en cause ; il est difficile de préciser l'importance des facteurs entrant en jeu. C'est un sujet encore à l'étude.

Certaines ostéopathies de guerre du type ostéomalacique seraient dues à une carence du liposoluble associée à l'inanition vraie. Il en est de même des œdèmes de guerre (œdèmes de la faim, du scorbut, du béribéri), qui sont très voisins de l'œdème du nourrisson mis aux bouillons de céréales et aux farineux.

Carence de substances minimales identifiées. — Certains facteurs parfaitement identifiés ont, à doses minimales, un rôle important dans l'alimentation. C'est ainsi qu'à la notion du minimum d'azote est venue se substituer après les travaux de Hopkins, Oslome et Mendel, celle du minimum d'amino-acides indispensables.

Quant à la valeur biologique des albumines, celles du lait paraissent supérieures à celles fournies par les végétaux et les divers tissus animaux. Cet aliment doit donc entrer non seulement dans l'alimentation de l'enfant, mais aussi, en partie, dans celle de l'adulte.

La loi du minimum interviendrait également pour certains sels minéraux indispensables apportés d'ailleurs à doses suffisantes par une alimentation variée. Ces sels agiraient comme de vrais catalyseurs. Malgré ces substances, un régime reste incomplet s'il ne contient pas une petite quantité d'aliments dits vivants, doués du pouvoir antiscorbutique.

Précarence. — A côté des maladies de carence, il existe, selon Weill et Mouriquand, des syndromes de précarence qui tiennent, chez l'enfant comme chez l'adulte, à des régimes trop exclusifs et trop prolongés, et qui se traduisent par des troubles gastro-intestinaux et névropathiques dont l'origine est souvent méconnue.

Carence et inanition. — Il est difficile de différencier ces deux états aux seules lumières de la clinique, l'inanition résultant d'une déficience de la valeur calorique de la ration, la carence étant liée à une déficience de la valeur spécifique de l'aliment

L'exemple le plus frappant en est dans le scorbut et le béribéri qui peuvent apparaître avec un poids stationnaire et même ascendant.

Facteurs adjuvants de carence. — Le principal est l'uniformité alimentaire qui peut être facteur de carences multiples ; l'infection, le surmenage, le froid, la dépression morale, sont des facteurs accessoires mais non négligeables.

Diététique générale préventive et curative des états de carence. — Tout régime doit essentiellement contenir l'aliment calorique ou énergétique, l'aliment plastique et les substances minimales. Ces notions permettent d'équilibrer les régimes par rapport à une nutrition donnée.

Le régime de l'adulte est moins difficile à déterminer que celui des organismes en voie de croissance. Et à ce titre, il faut songer d'abord à la croissance *in utero*. Les expériences de M. Collum, de Mouriquand et de Mitel ont montré à quel point le fœtus était sensible à la carence alimentaire de la mère. A la naissance, l'enfant trouve dans le lait maternel un aliment idéal à la condition d'un régime parfaitement équilibré chez la mère. On a vu qu'une mère béribérique transmettait la maladie à son nourrisson; par contre, le nourrisson d'une femme scorbutique ne contracte presque jamais le scorbut.

Ce paradoxe inexpliqué demande à être élucidé.

Au sevrage, il faudra tenir compte de la carence habituelle des farineux en liposoluble, en hydrosoluble et en sels minéraux. La stérilisation des farines décortiquées sera corrigée par un apport suffisant de lait.

Il sera nécessaire à la puberté de veiller à la carence possible du liposoluble. On le trouvera dans les œufs, le beurre, les légumes verts et l'huile de foie de morue.

Enfin, dans les régimes de maladies, surtout dans les affections chroniques, il est nécessaire d'avoir cette notion de carence présente à l'esprit et, de ce fait, ne jamais se montrer trop exclusif.

La Thérapeutique spécialisée

Conditions requises de l'iode pour qu'il agisse utilement dans la tuberculose pulmonaire

Malgré tant de travaux, dus à Boudreau, Hamant et W. Jullien, H. Bernard, Filliol, Bonnefoy, Thomson, G. Petit, Cornet etc., qui préconisent la médication iodée dans la tuberculose pulmonaire et en montrent les précieux avantages, beaucoup de médecins hésitent encore à employer l'iode, parce qu'ils confondent iode et iodure et attribuent, par suite, au premier, les inconvénients reconnus au second. C'est pourquoi nous croyons utile, dans l'intérêt des malades aussi bien que des praticiens, de rappeler brièvement quelles conditions le médicament iodique doit remplir pour donner sûrement dans la tuberculose, des résultats satisfaisants, comme ceux sur lesquels le professeur Calmette a appelé dernièrement l'attention, dans le travail qu'il a consacré à la chimiothérapie de la tuberculose.

Pourquoi rejette-t-on les iodures quand il s'agit de tuberculose pulmonaire ? : 1° parce qu'ils sont congestifs du poumon, diminuent la viscosité sanguine et ainsi favorisent les hémoptysies ; 2° parce qu'ils sont spoliateurs et entraînent rapidement l'amaigrissement ; 3° parce qu'ils ne jouissent d'aucun pouvoir antiseptique vraiment appréciable. Il faut donc pour que l'iodique puisse être employé dans la tuberculose qu'il jouisse des propriétés contraires, c'est-à-dire qu'il soit décongestif et antihémoptoïque, non spoliateur, germicide à l'égard du bacille de Koch ou tout au moins des bacilles associés, tout en conservant et en accentuant le pouvoir diaphylactique (leucopoiétique, antitoxique), qui est commun, quoiqu'à des degrés très divers, à tous les iodiques.

Mais existe-t-il des préparations iodées qui aient toutes ces qualités sans avoir les défauts reprochés aux iodures et à leurs succédanés ? Oui. Ce sont les iodes purs (teinture et Iode colloïdal). Boudreau, Laumonier et Mlle Lacheret ont démontré, en effet, qu'il y a une grande différence d'action entre les iodures et l'iode pur, celui-ci présentant justement les qualités refusées à ceux-là, comme nous allons maintenant l'établir.

1° Cliniquement, la preuve est faite de l'action décongestionnante de l'iode colloïdal électrochimique, non seulement dans la tuberculose, mais aussi dans toutes les affections pulmonaires, pneumonies, broncho-pneumonies, congestions, primitives ou secondaires. On s'en rend compte facilement par l'examen stéthacoustique et la percussion, ainsi que le montrent les observations de Fontoynont, de Blanc, de Miette, de Neumager et celles, très nombreuses de G. Petit. La conséquence de cette action est l'arrêt des hémoptysies et leur suppression ultérieure, ce qui constitue un double bénéfice chez les tuberculeux. Presque tous les auteurs qui ont usé méthodiquement de l'iode colloïdal sont dans l'obligation de le constater. Mais quelle est la raison de ce pouvoir décongestionnant et

antihémoptoïque ? C'est Mlle Lacheret qui l'a découverte en expérimentant l'iode colloïdal chez le chien ; elle s'est aperçue que l'injection de quelques centimètres cubes de ce produit (iodéol) augmente, au bout d'une heure et demie à deux heures, d'un quart à un tiers la viscosité sanguine normale et ce résultat a été vérifié chez l'homme au bout d'un certain nombre d'injections intramusculaires. Il suit nécessairement de là que la fluidité du sang diminue et que, malgré une légère augmentation de la pression vasculaire, les hémorragies pulmonaires se trouvent arrêtées. Nous avons donc là des propriétés différentes de celles des iodures et de leurs succédanés iode-albumoses et iode-saccharides qui, au contraire, hyperémisent le poumon, fluidifient le sang et favorisent les hémorragies.

2° L'action dépurative et spoliatrice des iodures a été étudiée par le professeur G. Pouchet ; elle entraîne l'amaigrissement et divers accidents qui contre-indiquent ces médicaments dans la tuberculose du poumon. Rien de tel avec l'iode pur ; à cet égard, les observations de Boudreau et de G. Petit sont absolument démonstratives. Au bout de deux à trois semaines de traitement, les tuberculeux commencent à augmenter de poids et continuent ensuite très régulièrement, l'appétit s'accroît, la nutrition s'améliore et la déminéralisation est enrayée. Il n'est pas rare de voir les malades gagner 1 à 2 kilos par mois, au début, et tout récemment, chez des enfants, le professeur Nobécourt a mis en évidence ces résultats. Ce n'est pas à dire que la teinture d'iode et l'iode colloïdal n'aient pas d'action lymphagogue et dépurative, mais elle s'exerce d'une manière beaucoup plus douce ; d'où la légère perte de poids qui peut s'opérer dans les premiers jours du traitement, mais qui fait vite place à la reprise. Avec les iodes purs, il n'y a donc jamais à craindre ni l'amaigrissement ni la dépression causés par les iodures et qui sont à redouter chez les tuberculeux ; ni les accidents groupés sous le nom d'iodisme et désignés, avec plus de raison, par Boudreau, sous l'appellation d'iodurisme, puisqu'ils sont en effet déterminés par l'action lymphagogue brutale des iodures, lesquels s'éliminent en masse dès leur ingestion, tandis que l'iode colloïdal se fixe totalement et ne s'élimine que lentement (8 à 10 jours).

3° Le pouvoir germicide et antitoxique de l'iode est désormais hors de conteste, mais il est très peu marqué dans les iodures et autres combinaisons iodées. Ainsi que l'ont montré Tarnier et Vignal, la valeur antiseptique des solutions iodo-iodurées est en proportion de la quantité d'iode libre qu'elles contiennent. Les expériences de Laumonier, vérifiées par Mlle Lacheret et par le professeur G. Pouchet, établissent la puissante action germicide de l'iode colloïdal électro-chimique, qui, à la dose de 3,5 p. 100000 stérilise 72 p. 100 des cultures de pyogènes (staphylocoques, pneumocoques, gonocoques) et 50 p. 100 des cultures de bacilles tuberculeux ; à ceux-ci en outre il impose des déformations morphologiques et la diminution de l'acido-résistance, altérations que l'on retrouve du reste, d'après G. Petit, dans les bacilles des crachats des malades traités depuis un certain temps. Ces faits justifient, quand il s'agit de tuberculose chronique, l'emploi de la méthode de la *saturation iodée*, préconisée par Boudreau, attendu que la pénétration de l'iode à travers la cellule géante et les tissus en réaction, seul moyen pour que le médicament arrive jusqu'au bacille et agisse directement sur lui, comme l'a indiqué le professeur Calmette, ne peut se faire que si l'iode est en quantité suffisante pour agir sur tous les organes. Il y a plus. L'iode colloïdal, jouissant de propriétés catalytiques est puissamment antitoxique, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Laumonier : des cultures filtrées de pyogènes, les unes pures, les autres stérilisées par l'iode colloïdal, ont été injectées à la même dose à deux lots de cobayes. Les animaux qui reçurent les premières présentèrent rapidement des accidents toxiques graves et même mortels, tandis que ceux qui reçurent les secondes n'eurent que des troubles insignifiants. L'iode pur est donc antitoxique, et ce fait, comme l'action germicide à l'égard des pyogènes et des bacilles associés, rendent compte non seulement des modifications observées dans la flore des crachats, mais encore de la disparition de la fièvre ; l'iode ne paraissant avoir, par lui-même, aucune influence directe sur la thermogénèse. Or, ces divers résultats n'ont jamais été obtenus avec les iodures, même *in vitro*, à moins qu'on ne les utilise à des doses très concentrées, dépassant de beaucoup la dose thérapeutique (Lumière et Chevrotier).

En résumé, iode pur et iodures jouissent de propriétés différentes, et c'est précisément cette différence d'action qui fait que les seconds sont peu recommandables dans la tuberculose pulmonaire, alors que le premier y rend, au contraire, d'inestimables services. De telles différences doivent être constamment présentes à l'esprit du médecin afin qu'il ne confonde pas iode électro-chimique avec iodure de potassium et qu'il soit bien persuadé que, les faits précédents étant définitivement acquis à la suite de longues recherches, le traitement iodéolé de la tuberculose, loin d'exposer à des inconvénients ou à des surprises désagréables, ne peut amener que des résultats satisfaisants et parfois surprenants.



Les Livres

LIBRAIRIE DE FRANCE.
99, boulevard Raspail, Paris,

La Librairie de France continue la publication des œuvres complètes de Gustave Flaubert, qu'elle a entreprise sous le titre d'Edition du Centenaire.

Elle vient de faire paraître : l'*Education sentimentale*, très joliment illustrée par Dunoyer de Segonzac.

La *Correspondance de Flaubert*, tome I, ornée de portraits sur bois de Ouvré.

Le prix de chacun de ces volumes, qui sont de vrais régals pour le lettré aussi bien que pour le bibliophile, est de 30 francs.

LE LIVRE DE FRANCE.
42, boulevard Port-Royal, Paris 5e.

Légendes et Contes du bocage vendéen, transcrits par le Dr E. BOISMOREAU, préface du Dr DARTIGUES : dessins spéciaux et inédits du graveur Marcel FLEURY. (Vendu au bénéfice de la Maison du Médecin : un volume in-8 (21,5 × 15) couverture repliée. Prix : 10 fr. franco poste pour les confrères qui nous enverront le bulletin de commande de cette circulaire).

Confrères, qui achèterez ce livre, vous ferez une bonne action, puisque le bénéfice de la vente sera versé à « La Maison du Médecin », une œuvre de solidarité confraternelle qui vous est sympathique entre toutes.

Mais vous aurez aussitôt la récompense de votre acte louable.

Vous pourrez le donner à un enfant de votre entourage, et aucun autre livre ne lui procurera plus grand régal.

Mais, croyez-moi, lisez-le vous-mêmes ; vous y trouverez un charme exquis et matière à réflexion. Ainsi que le dit Dartigues dans sa Préface, la Légende, comprise en son secret, comporte un enseignement philosophique.

Vous serez conquis par le talent, plein de fraîcheur et de grâce, de l'auteur.

Vous serez également séduit par les illustrations du graveur Marcel Fleury ; ce grand artiste a dessiné les vieux châteaux où se sont déroulés les événements rappelés par les légendes, les types des paysans qui les racontent encore, soudant ainsi la Légende à l'Histoire, la vie actuelle à la tradition.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris, 1922.

Dr J. VINCENT. — **Les médications sulfurées.** (Collection des « Actualités médicales ». 1 vol. in-16 de 211 pages. Prix : 4 fr. 50.)

Cet ouvrage dépasse de beaucoup le cadre d'une simple revue générale de crénothérapie sulfureuse. Il libère enfin le soufre de ses prescriptions empiriques anciennes ; il lui assure une place méritée en thérapeutique et réhabilite, par des considérations biologiques, physiologiques et cliniques, ce médicament si en faveur par tradition dans l'opinion populaire.

L'auteur, médecin consultant à Challes-les-Eaux, démontre que la médication sulfureuse, en fournissant aux matériaux albuminoïdes le soufre nécessaire à l'architecture de l'édifice protéique, et à l'hémoglobine un de ses éléments constitutifs, est une *médication reconstituante*, au même rang que les médications arsénicale, phosphorée ou ferrugineuse.

Cette conclusion se dégage nettement de la première partie de l'ouvrage et de la lecture des chapitres relatifs à l'importance trophique du soufre, à sa circulation dans l'organisme (voies d'absorption, voies d'élimination, action intermédiaire sur le sang et les tissus entre son entrée et sa sortie), à son action antiseptique sur tout son parcours, aux lois qui président à son métabolisme et démontrent le rôle prépondérant de l'hydrogène sulfuré, enfin à l'étude du ravitaillement normal de l'organisme en soufre et des dystrophies sulfurées qui résultent de son insuffisance.

Sur ces bases physiologiques, l'auteur étudie la valeur comparative des différentes préparations sulfureuses : le *soufre en nature* de l'ancienne pharmacopée, peu utilisable et d'effet inconstant ; le *soufre colloïdal*, d'acquisition récente et qui réalise un réel progrès thérapeutique, inférieur néanmoins au *soufre complexe, vivant* et *assimilable* par toutes les voies d'absorption des *eaux minérales naturelles*.

Les *principales stations sulfureuses françaises* sont classées et étudiées avec impartialité ; au cours de cette étude, l'auteur réfute un certain nombre d'idées fausses sur la cure sulfureuse ; les indications et les contre-indications du soufre y sont traitées à fond.

Ce livre, essentiellement pratique, se termine par *un programme d'enquête très précis sur la question du soufre* ; rôle respectif du soufre et du fer dans le sang ; action du soufre considéré comme ferment oxydant ou comme agent catalytique dans l'accélération des combustions des tissus ; rôle antianaphylactique ou anticolloïdoclasique, qu'il est permis d'entrevoir depuis les travaux d'A. Lumière ; étude clinique des maladies par carence sulfurée et des dystrophies sulfurées.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

Installation de deux médecins dans le même immeuble

Lorsqu'un médecin loue un appartement, il a toujours soin de suivre les conseils que nous donnons au « Sou médical », à savoir de faire inscrire, dans le bail, une clause par laquelle le bailleur s'engage à ne pas louer à un autre médecin, dans la même maison. Il se garantit, de la sorte, contre toute concurrence ultérieure possible.

Mais la pénurie actuelle des loyers, les difficultés que les médecins ont de trouver un nouvel appartement, vu la répugnance que les propriétaires (ou leurs gérants) ont de louer à un locataire exerçant une profession (à cause du droit à la prorogation, loi du 31 mars 1922) donnent à ce problème de l'habitation une acuité considérable.

Envisageons tour à tour différents points.

Le locataire médecin a, par contrat de bail, interdit à son bailleur de louer à tout autre médecin.

Il est évident que le bailleur est lié par sa signature et doit se refuser à accepter, comme nouveau locataire, un docteur en médecine.

Mais, *quid* lorsque le docteur candidat locataire n'exerce pas la profession ?

Dans ce cas, il est évident que le nouveau locataire, bien que docteur, pourra être accepté à la condition expresse qu'il s'engage, par écrit, à ne faire aucun acte professionnel de clientèle, dans la maison occupée. Il serait, en effet, tout à fait injuste d'empêcher un docteur en médecine, n'exerçant pas, d'être considéré comme un citoyen ordinaire, du moment où il ne lésera en rien les légitimes intérêts de son confrère, déjà installé dans l'immeuble.

C'est ainsi que nous connaissons des docteurs en médecine, qui sont inspecteurs généraux du Ministère de l'hygiène, d'autres qui sont directeurs de théâtre, etc. Jamais, ces docteurs ne feront acte médical ou professionnel pouvant troubler la paix du médecin premier occupant dans l'immeuble.

Mais la pénurie bien connue des loyers fait se poser l'espèce suivante : un médecin n'exerçant qu'une seule spécialité (oto-rhino, ophtalmologie, radiographie, etc.), ne faisant, par conséquent, aucun acte de médecine générale, est candidat à un appartement vacant dans un immeuble où exerce un confrère de médecine générale, ayant interdit, par bail écrit, à son bailleur, de louer à un autre médecin.

Cette interdiction est-elle valable à l'égard du médecin spécialiste ?

Juridiquement, la question n'a pas encore été jugée ; mais si nous nous reportons à la jurisprudence concernant les locations médicales et professionnelles, nous voyons qu'il faut, avant tout, envisager la commune intention des deux parties. Aussi convient-il de considérer le problème sous un autre angle : professionnel.

Déontologiquement, nous devons nous demander : pourquoi le premier occupant médecin entend-il interdire de louer à tout autre médecin ? Pour qu'il ne soit pas victime d'une concurrence quelconque, pour que le second occupant ne bénéficie pas d'un pas de porte, que le premier a créé ; pour que la concierge de l'immeuble plus ou moins grassement soudoyée, n'ait pas intérêt à désigner l'étage ou l'appartement du second venu, au détriment du premier, etc.

Mais, le nouvel occupant tient à assurer son confrère, soit au cours d'une visite confraternelle, soit par écrit, qu'il cantonnera son activité au seul exercice de sa spécialité, laquelle d'ailleurs n'est nullement exercée par le premier occupant. Il donne ses références professionnelles ; il est connu comme spécialiste exclusif, tant par la clientèle qu'il s'est attachée, depuis les nombreuses années qu'il exerce, que par les travaux scientifiques qu'il a publiés, etc., etc.

Dans ces conditions, l'opposition du premier médecin à l'installation du second serait-elle valable ?

Nous serions heureux d'avoir l'opinion de nos lecteurs. Mais, personnellement, nous ne croyons pas que, déontologiquement et même juridiquement, l'interdiction serait jugée valable.

Il échet, en l'espèce, de rechercher quelle a été la commune intention des parties contractantes pour le premier bail. Le médecin locataire initial a entendu se protéger contre toute concurrence. Or celle-ci existe-t-elle, par rapport au spécialiste, second locataire ? Non, puisque le travail médical professionnel n'est pas le même. Par suite si le second médecin donne, par

écrit, au premier, toutes assurances et tous engagements de ne pas exercer la médecine générale, pour ne faire que de la spécialité, il nous semble que le premier confrère, bien protégé par cet écrit, n'aura pas à redouter de perturbation quelconque dans sa clientèle, d'autant que les tribunaux et les associations professionnelles sauraient dédommager le premier occupant, si le second venait à manquer à ses engagements. Il suffirait, pour cela, de faire faire un contrat sous seings privés, entre les deux confrères, par lequel le spécialiste s'engagerait à verser au praticien une somme déterminée, si la preuve venait à être faite que le premier a exercé la médecine générale au détriment du second.

Pour corroborer notre opinion, nous pouvons nous baser sur les analogies, que nous pouvons trouver dans des espèces différentes de location médicale:

La Cour d'appel de Paris, 2e ch., par son arrêt du 29 janvier 1920, a justement recherché quelle était la commune intention des parties contractantes (médecin et bailleur), lorsque le contrat de bail interdit au bailleur de louer un appartement, dans la même maison, à un autre docteur. Dans l'espèce en question, il s'agissait de savoir si cette interdiction s'étendait à la maison contiguë, appartenant au même propriétaire et ayant une même et seule porte d'entrée, et un même concierge, mais avec deux numéros différents.

La Cour a estimé que le premier locataire ne serait nullement gêné, dans l'exercice de sa profession médicale, par l'installation d'un deuxième confrère.

Pareille solution est adoptée par G. Courtois, dans son livre : « Différends et procès entre locataires », page 310, et par un jugement du tribunal de la Seine, du 1er mai 1903 (*Le Droit*, 3 octobre 1903).

On peut encore s'appuyer sur l'article 1719 du Code civil et sur l'obligation qui en découle pour le bailleur d'assurer à son locataire la paisible jouissance de la chose louée. Cet article est souvent invoqué, dans les cas où le médecin, premier locataire, a omis de faire insérer, dans son bail, la clause restrictive de non-location à un autre médecin. Plusieurs décisions de jurisprudence ont été rendues dans ce sens.

Mais, *a contrario*, on peut soutenir que du moment où la présence d'un autre médecin dans l'immeuble n'entravera pas la libre jouissance du premier occupant, puisque le second n'exerce pas la même spécialité que le premier, ce dernier n'est pas fondé à s'opposer à l'installation de son confrère.

En fait, un différend entre deux confrères existe : un médecin de médecine générale, arguant les termes de son bail, s'oppose à la location, dans le même immeuble, pour un confrère n'exerçant qu'une spécialité.

En droit, il faut donc que le premier docteur puisse démontrer que la présence de son confrère lui causera un préjudice dans sa clientèle, car la commune intention des deux parties contractantes au bail primitif a été de garantir le premier médecin contre toute violation de la paisible jouissance des locaux loués, ce qui ne serait pas le cas.

En équité et en droit professionnel, nous estimons personnellement que le premier médecin commettrait une mauvaise action déontologique, s'il s'opposait à l'installation du spécialiste, dans le même immeuble que lui. Il est tellement difficile de trouver un logis, à l'heure actuelle, qu'un médecin qui doit quitter son appartement risque de perdre son gagne-pain, s'il ne trouve pas à se loger. Un peu de confraternité et d'entr'aide médicale ne messiérait point, surtout lorsqu'il s'agit de rendre service à un confrère qui, par l'exercice d'une spécialité, ne gênera en rien la venue de la clientèle générale chez le premier occupant.

Nous ne pensons pas qu'un tribunal confraternel donnerait tort au second médecin, si, contrairement à la défense contenue dans le bail, il s'installait néanmoins dans l'immeuble occupé par le premier médecin. Bien au contraire, nous croyons qu'en équité, ce dernier serait répréhensible, si par une extension exagérée de son droit de défense personnelle, qui deviendrait de l'égoïsme, il pouvait, par sa défense, empêcher un confrère de gagner sa vie.

Dr Paul Boudin.

DE L'ORGANISATION SANITAIRE D'UNE COLONIE DE VACANCES

Par le docteur Yvonne Blaignan.

Douze mille enfants ont passé leurs vacances, cette année encore, à C..., coin perdu de la côte picarde, à 3 km. de la mer : des dunes de sable à perte de vue d'un côté, des collines crayeuses de l'autre, un sol aride, un climat très rude, du vent, de la pluie, d'énormes variations de température d'un jour à l'autre et quelquefois au cours d'une même journée.

Mais ces enfants du nord sont rudes aussi, malgré leur chétive apparence : presque tous ont vécu leurs premières années sous la domination allemande, certains ont souffert du froid et de la faim et s'en souviennent et c'est pour affermir leur santé un instant ébranlée, pour l'accroître et la fortifier que 6.000 petites filles, puis 6.000 garçons, de 7 à 13 ans,

jambes nues et simplement vêtus, campent durant les mois d'été dans les baraques en planches d'un ancien camp anglais.

Quiconque n'a pas vécu quelques jours parmi eux ne peut se faire une idée de semblable cité. 6.000 enfants se sont déjà récrié quelques hygié-

celle-ci représentant l'unité. Une institutrice en reçoit la garde et fait corps avec elle durant ses 2 mois de séjour. Voilà 50 enfants qui ne se sépareront jamais : dortoir, réfectoire, exercices, jeux, promenades, tout leur est commun.

Ne va-t-il pas en être de même pour la rougeole,

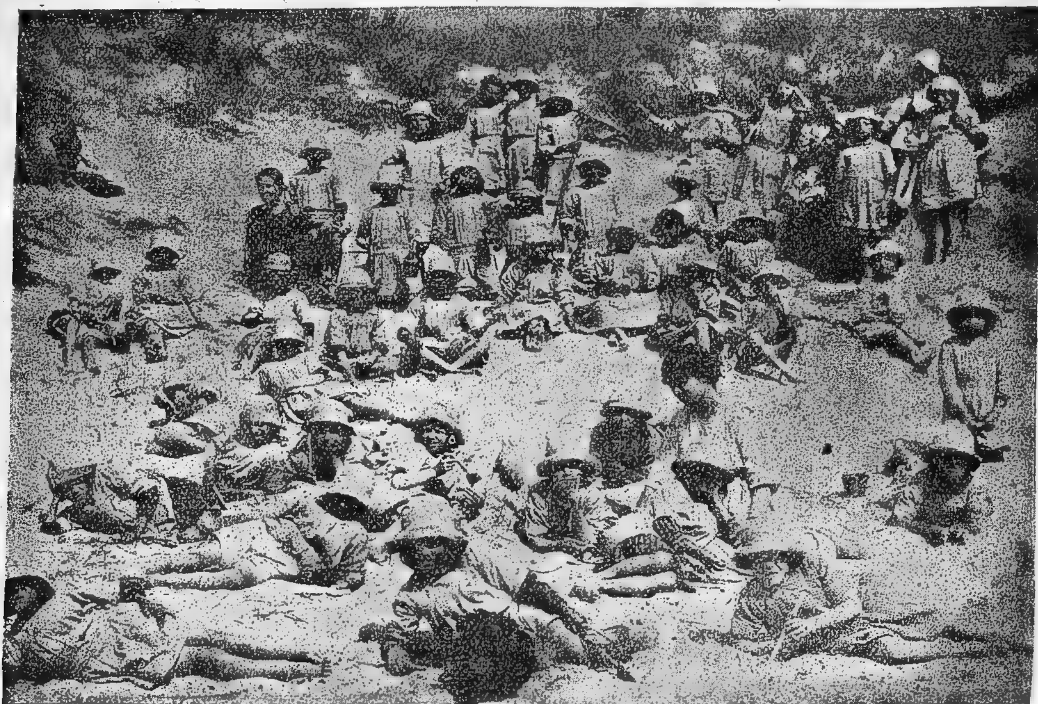


Fig. 1. — Sur le sable des Dunes.

nistes. Quel danger constitue un tel groupement ! Quelle énorme faute ! et les maladies ! les épidémies !

Qu'ils se rassurent. Voici, brièvement esquissée, la vie de la colonie. Nous en verrons ensuite les résultats.

Deux quartiers divisés en 12 groupes ; dans chaque groupe 10 sections ; 50 enfants par section,

par exemple, dont sera victime l'un d'entre eux !

Dès l'heure qui suit leur arrivée au camp, les enfants d'un convoi sont conduits dans les dortoirs, où immédiatement déshabillés jusqu'à la ceinture, ils subissent au pied de leur lit le premier examen médical, la visite de dépistage des contagieux : angines, coryzas douteux, éruptions diverses, gales, sont



Fig. 2. — Exercices d'ensemble.

aussitôt rassemblés, triés à la salle de garde et répartis entre les diverses salles d'hôpital. Par cette visite on procède encore au renvoi immédiat dans leurs familles, avec les mêmes convoyeuses qui les ont amenés, des enfants atteints d'affections chroniques contagieuses ou d'infirmités graves incompatibles avec la vie en colonie.

Les jours suivants a lieu, pour ces groupes, la visite « d'incorporation » où l'on établit pour chaque enfant une fiche sanitaire qui le suivra jusqu'à son départ : examen physique avec mensurations diverses : poids, taille, périmètre thoracique. Examen physiologique avec évaluation approximative de la force musculaire, de la capacité pulmonaire, etc. Examen médical enfin dans une salle contiguë que se divisent 3 médecins où le squelette, la peau, les poumons, le cœur, le nez, la gorge et les dents sont successivement passés en revue tandis que sont éliminés les porteurs de tares importantes, hernies, arthrites, etc.

Une 3e visite ou « conseil de revision » a lieu les lendemain ou surlendemain pour les ajournés de la veille (10 % environ) dont le diagnostic doit être approfondi : un groupe de médecins, dans le calme d'une salle de consultation, procède attentivement au dernier examen (examen fonctionnel du cœur, examens délicats d'oreille, etc.) et classe les jeunes recrues, suivant leurs aptitudes physiques, en « bons pour le service actif » qui participeront aux exercices communs et en « malingres » exemptés des exercices violents. D'autres enfin portent sur leur fiche « à surveiller », « à revoir » tous les 8 jours par exemple.

Ainsi chaque enfant est-il suivi durant tout son séjour à la colonie. Dans une visite de départ on procède de nouveau aux mêmes mensurations. Les chiffres apportent la constatation de ce que l'on constate de visu : grandis, fortifiés, disciplinés, assagis, les enfants repartent en convoi comme ils sont venus et regagnent leur foyer qui va, durant quelques jours, leur sembler bien étroit.

Que deviennent pendant ce temps, les jeunes malades ?

Quatre médecins et 2 internes, soit un médecin pour 1000, proportion suffisante, quoique faible comparée à celle des médecins d'autres collectivités (armée, collèges), un pharmacien, un dentiste, 24 infirmières environ assurent le service médical quotidien.

Deux salles de consultation, une dans chaque quartier avec salle de pansements contiguë, reçoivent dès 8 heures, les « portés malades » de chaque groupe.



FIG. 3. — Exercices d'ensemble.

Sous la surveillance d'une infirmière scolaire qui isole immédiatement dans une salle boxée tout enfant qui lui paraît suspect de maladie contagieuse, 2 à 300 enfants (soit le 1 /20 environ) attendent la visite. Des trois infirmières du service de consultation l'une est préposée à la prise des températures, les 2 autres à l'administration des soins et pansements. Un service d'épouillage est annexé à la consultation de chaque quartier, qui, durant les premières semaines, est complètement débordé.

Les températures enregistrées sur le carnet sanitaire, celui-ci est présenté au médecin consultant et devant lui, pendant deux heures, c'est le défilé des mille affections de l'enfance, bénignes en général : angines, amygdalite, coryza, bronchites légères, impétigo, panaris, petites plaies, contusions légères, etc. Ah ! c'est qu'ils s'effrayent ces petits, loin de leur

maman, et le moindre bobo que celle-ci aurait traité par un baiser ou le mépris nécessite pour eux le secours de la faculté.

Tout ce petit monde, badigeonné, pansé, traité simplement, s'empresse de guérir de crainte de voir s'ouvrir pour lui les portes de l'infirmerie. Parmi ces cas cependant, quelques-uns sont justiciables d'un traitement plus long : le médecin l'indique alors avec le diagnostic sur un bulletin d'entrée dans l'une des infirmeries où, suivant la nature de l'affection, le petit malade est immédiatement conduit.

7 pavillons de malades de 30 à 40 lits chacun, dont 2 théoriquement réservés aux contagieux, ont amplement suffi à leur logement. L'affectation de l'un d'eux aux « petits malades » ainsi nommés quand le traitement nécessite un repos de moins de 24 heures, a permis de ne pas perdre de vue des enfants dont l'admission pouvait s'imposer au cours de la journée, tout en évitant l'encombrement des infirmeries.

La plupart des locaux étaient aménagés en boxes, disposition inspirée par le désir d'éviter la contagion intra-hospitalière et justifiée dans un camp d'enfants où les maladies contagieuses épidémiques sont particulièrement redoutables. Leur chauffage a été une impérieuse nécessité.

Deux médecins se partagent le service hospitalier; aidés chacun d'un interne, ils procèdent, l'un chez les contagieux, l'autre dans le service de médecine générale, à une première visite le matin à 8 heures, à une contre-visite le soir à 4 heures, à une dernière parfois vers 10 heures.

Deux infirmières par salle, prenant à tour de rôle avec une infirmière volante, la garde de nuit, distribuent l'une les soins, l'autre les régimes, tout en surveillant l'entretien des petits lits.

De midi à 8 heures du soir, un médecin et une infirmière, désignés à tour de rôle, se tiennent dans le pavillon du service général ou à proximité pour recevoir les malades ou blessés survenant au cours de la journée ou pour se transporter auprès d'eux si cela était nécessaire. Une auto sanitaire amène dans ce cas, l'enfant à l'infirmerie et s'il y a lieu, sa literie au poste de désinfection.

Les salles de malades sont elles-mêmes entièrement désinfectées dès leur complète évacuation.

Une infirmerie spéciale est réservée au personnel : institutrices, femmes de service, etc. dont le nombre s'élève à près d'un millier.

Malgré de pessimistes prévisions, l'état sanitaire de la colonie est resté satisfaisant. Deux épidémies de rougeole mirent un instant le corps médical en émoi. Elles suivirent toutes deux de 3 semaines l'arrivée des enfants des deux sexes et restèrent cantonnées à un seul point du camp. S'étendant à une section tout d'abord (la section étant le recrutement d'une même ville), la contagion ne dépassa guère la limite du groupe et grâce aux mesures prophylactiques les plus rapides, la force expansive de l'épidémie fut bientôt enrayée. Des visites supplémentaires, dites de dépistage, furent aussitôt instituées : le matin, au dortoir, avant le lever des enfants, ou le soir, à la rentrée des groupes, avant le rassemblement au réfectoire. Un médecin, très rapidement, isolait le coryza suspect ou le koplick classique, tandis qu'une infirmière, derrière lui, pulvérisait de l'huile goménolée dans le nez et la gorge de chaque enfant. Nombre de ces cas douteux furent signés d'une belle éruption — d'autres restèrent en observation durant quelques jours et sortirent « les yeux larmoyants » comme ils étaient entrés. Par contre, trois semaines plus tard, quelques nouveaux cas, isolés, démontrèrent l'efficacité relative de ces mesures préventives. 150 filles environ — autant de garçons à peu près, plus tard — et tous venant de la même région, furent atteints : rougeoles bénignes en général, évoluant durant les jours classiques, traitées selon la méthode de Milne sous la gaze goménolée, dans des salles chauffées et boxées, plus rarement suivies de broncho-pneumonies, les seules complications observées, et dont quelques-unes furent cependant assez graves pour nécessiter l'évacuation sur l'hôpital de la ville voisine. Toutes guérirent.

Quelques cas de scarlatine, heureusement tardifs. Plusieurs oreillons. Une typhoïde, des varicelles, par contre, en assez grand nombre, avec lesquelles coïncidèrent quelques cas de zonas, non douloureux en général. Telles sont les maladies qui donnèrent lieu à une déclaration.

Quant aux autres affections, banales et bénignes en général, nous n'en dirons rien.

Signalons seulement la fréquence des amygdalites, conjonctivites, blépharites dues sans doute à la rudesse du climat. Peu de chirurgie, du moins avec les filles. Chez les garçons, une baraque spéciale dut être affectée au traitement des fractures (avant-bras, coude, mobilisées très précocement, luxations, entorses, contusions sans nombre.

Sur l'hôpital voisin ont été évacués soit des cas chirurgicaux exigeant une intervention profonde et sous chloroforme (deux appendicites) ou l'intervention d'un spécialiste (corps étranger de l'oreille), soit encore les cas qui nécessitaient un moyen de diagnostic spécial, rayons X par exemple.

Telle a été l'organisation sanitaire de la colonie. Nous ne la donnons pas comme modèle. Nous nous sommes bornés à la description de ce que nous avons vu.

A d'autres d'en faire la critique.

Peut-être un examen médical plus sévère lors du recrutement dans les écoles, joint à une enquête, dirigée par l'inspecteur départemental d'hygiène, sur l'état sanitaire des localités d'origine des enfants éviteraient-ils l'éclosion d'une épidémie grave ?

Peut-être aussi la suppression de groupements aussi homogènes que la « section » de notre colonie, laissant à chaque enfant une autonomie plus grande, en diminuant la promiscuité dangereuse, diminuerait-elle les chances de contagion, comme cela semble avoir été observé dans une colonie de 800 enfants, il est vrai.

Peut-être plus certainement encore la réduction

du nombre des enfants, à 1000 par exemple, agirait-elle dans le même sens ?

Autant de problèmes à étudier et de questions à résoudre.

Quoi qu'il en soit, en présence des bienfaits indiscutables et encourageants de telles organisations, il est à souhaiter de les voir se multiplier partout. Leur nombre n'en sera jamais trop grand.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LE CONCOURS MÉDICAL ET SES FILIALES

LES FEMMES A LA MUTUALITÉ FAMILIALE

On sait que les statuts autorisent l'entrée des femmes des sociétaires aux combinaisons de la Mutualité familiale qui donnent la pension de retraite, c'est-à-dire P (60 ans) et R (65 ans), mais un certain nombre de confrères sont, paraît-il, embarrassés — je vais tâcher d'éclaircir la question.

D'abord il n'est nullement indispensable que le mari soit lui-même inscrit à P ou R pour que sa femme puisse être admise : il suffit qu'il soit sociétaire, par conséquent inscrit à l'une quelconque des combinaisons.

Le sociétaire inscrit à MA ou MAD qui donnent l'indemnité maladie peut faire entrer sa femme à P ou R. Il en est de même de celui qui est inscrit simplement à V (pension aux veuves).

En général, la femme a quelques années de moins que le mari : il découle de ce fait certaines conséquences.

Voici, par exemple, un sociétaire qui prévoit qu'arrivé à 65 ans, il n'exercera plus guère ou même qu'il n'exercera plus du tout : il désire avoir à ce moment le maximum de ses ressources — il s'inscrira lui-même à R et il fera inscrire sa femme à P. Sa femme arrivera à 60 ans à peu près en même temps que lui à 65 ans et ils toucheront tous les deux la pension.

Un autre, au contraire, pense que ses forces ou les conditions dans lesquelles il exerce lui permettront d'aller plus longtemps — ils pourront s'inscrire, mari et femme, à la même combinaison. Il arrivera le premier à l'âge de la pension, sa femme y arrivera quelques années plus tard ; mais la pension qu'il touchera lui-même lui rendra plus facile le versement des dernières combinaisons de sa femme.

Un assez grand nombre de confrères sont retenus par cette crainte que, s'ils venaient à mourir, leurs veuves soient embarrassées pour le payement de leurs propres cotisations. C'est qu'ils n'ont pas étudié suffisamment les statuts. Créée par des médecins pour les médecins, la Mutualité familiale ne pouvait se désintéresser du cas de la veuve d'un confrère que la mort de son mari pouvait laisser dans une situation difficile. Aussi l'article 63 des statuts dit-il :

Les femmes inscrites aux combinaisons retraite pourront, à la mort de leur mari, choisir entre les alternatives suivantes :

1° Continuer le versement de leurs cotisations dans les conditions ordinaires pour toucher leur retraite à l'âge réglementaire ;

2° Si elles ont déjà versé leurs cotisations pendant cinq ans au moins, cesser le versement de leurs cotisations pour jouir à l'âge réglementaire d'une retraite réduite en proportion du capital constitué par leurs versements ;

3° Si elles n'ont pas encore versé leurs cotisations pendant cinq ans, continuer à verser ces cotisations jusqu'à concurrence de la cinquième pour rentrer dans la catégorie précédente et s'assurer une retraite proportionnelle.

La situation des veuves est donc pleinement sauvegardée. Il faut ajouter que, si le mari est lui-même inscrit à une combinaison retraite et qu'il ait contre-assuré ses cotisations, comme c'est le cas le plus fréquent, la totalité de ses versements est remboursée à sa mort et que cette somme récupérée aide au versement des cotisations que la femme peut avoir à faire encore.

Mais il est encore un autre cas dont on n'a pas jusqu'ici fait valoir les avantages, c'est celui où le mari s'est fait inscrire à la combinaison V : que le mari vienne à mourir, la veuve reçoit désormais sa pension viagère qui lui permet de continuer le versement de ses cotisations jusqu'à l'âge où elle pourra jouir de sa pension de retraite.

Prenons un exemple : un confrère veut, en cas de décès prématuré, assurer une certaine situation à sa veuve. Il a 35 ans, sa femme 30 ans. Il fait inscrire sa femme à P pour une pension de 1.200 francs, lui-même s'inscrit à V. Il verse pour P 199 fr. 10 et pour V 220 fr., total 419 fr.10. Il vient à mourir, sa veuve touche immédiatement la pension de 600 fr. qui lui permet de verser facilement sa cotisation de 199 fr. 10 pour

avoir, à 60 ans, la pension de 1.200 fr. qui viendra s'ajouter à sa pension de veuve, soit 1.800 fr. en tout.

Autre exemple : le mari a 33 ans, sa femme 29 ans. Le mari s'est inscrit à R pour une pension de 1.200 fr., la femme à P. pour 1.200 fr. également, de plus le mari entre à V.

Il paye comme cotisations, pour R 116 fr. 60, pour P. 185,90, pour V 202,40, total 504 fr. 90.

S'ils vivent, vers 1955-1956, ils recevront chacun leur pension de 1.200 fr. soit 2.400 fr. Le mari ne payera plus la cotisation de V et la femme conservera son droit à la pension de 600 fr. si elle vient à rester veuve.

Supposons au contraire que le mari meure après avoir versé 12 cotisations, ses versements seront remboursés à la veuve, soit 1.272 francs. La femme pourra cesser ses versements et, à 60 ans, elle aura droit à une pension proportionnelle ; mais, grâce à la pension de 600 fr. que la Mutualité familiale lui servira comme veuve, elle pourra aussi continuer à payer sa cotisation de 185 fr. 90 et, à 60 ans, elle recevra la pension de 1.200 fr. qui viendra s'ajouter à sa pension de veuve.

Supposons enfin que, toujours avec ce dernier exemple, le mari se soit aussi inscrit à MAD pour une indemnité maladie journalière de 20 fr. et mensuelle de 200 fr., il payera pour cela 191 fr. 40 qui portera sa cotisation totale à 696 fr. 30.

Au lieu de mourir, au bout de quelques années, il tombe malade puis devient chronique, incapable définitivement d'exercer : il reçoit, chaque année, l'indemnité de 2.400 fr. ce qui peut lui permettre de continuer à payer ses cotisations.

Mais j'admets qu'il ne puisse distraire de ses ressources la somme annuelle de 696 fr. 30, il cesse le versement de ses cotisations retraites pour ne continuer que celles de MAD et de V soit 393 fr. 80 : ni lui ni sa femme ne pourront avoir la pension de 1.200 fr., mais ils auront, à l'âge voulu, une retraite proportionnelle. Et, s'il vient à mourir, sa femme, outre le remboursement des cotisations contre-assurées de son mari, recevra la pension de 600 fr., ce qui lui permettra peut être de reprendre ses propres versements à P et d'augmenter d'autant sa pension de retraite.

On voit combien la chose est intéressante, et nos confrères ne sauraient trop méditer ces exemples.

A. Gassot.

PROJET DE LOI PORTANT MODIFICATION DE LA LOI SANITAIRE DU 15 FÉVRIER 1902 (1)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs, la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, constitua, à l'époque où elle fut promulguée, un incontestable progrès.

Jusqu'alors, en effet, si des textes nombreux armaient les pouvoirs publics, ils étaient tombés en désuétude.

La loi du 15 septembre 1790 avait donné aux maires le soin « de faire jouir les habitants des avantages d'une bonne police, notamment de la propreté et de la salubrité ».

La loi du 16-24 août 1790, titre XI, article 3, avait confié aux corps municipaux le nettoiement des rues, quais, places et voies publiques.

Toutes ces dispositions avaient été reproduites par la loi du 5 avril 1884, mais le maire, principal agent de la salubrité, dépourvu de conseiller et de guide, ne disposant d'aucun outillage technique, était souvent réduit à l'impuissance.

La loi du 3 mars 1822 ne visait que les maladies pestilentielles ; la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres était facultative, et si un décret du 18 décembre 1848 créait des conseils d'hygiène et de salubrité, l'administration n'était pas tenue de les consulter.

Lorsque nous aurons ajouté à cette énumération la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, qui imposait les déclarations obligatoires des maladies contagieuses, nous aurons fait le tour de l'arsenal législatif mis à la disposition des pouvoirs publics pour assurer l'hygiène et la salubrité sur le territoire national.

Comment, dès lors, s'étonner des efforts d'Henry Liouville, en 1880, de Martin Nadaud et Hippolyte Maze pour remédier à cette insuffisance, jusqu'au jour où l'éminent et regretté Jules Siegfried déposait, le 6 juin 1886, sur la tribune du Parlement, une proposition de loi relative à l'organisation de l'administration de la santé publique.

Le 13 janvier 1887, l'initiative gouvernementale apparaît sous la forme de deux projets de loi déposés par Edouard Lockroy, ministre du commerce et de l'industrie, l'un sur l'organisation des services d'hygiène, l'autre sur l'assainissement des logements insalubres.

Enfin, le 13 octobre 1891, M. Constans, ministre d_ l'intérieur, déposait un projet de loi pour la protection de la santé publique.

La loi ne fut pas votée sans des résistances que n'ont pas oubliées ceux qui la défendirent devant le Parlement et devant l'opinion. On lui reprochait de se montrer trop audacieuse et de risquer de troubler les meilleures bonnes volontés, par des exigences

(1) Ce projet fera l'objet d'une étude très approfondie de *P. Boudin*, pour paraître dans le n° 10 *bis* du Concours Médical de mars prochain.

jugées excessives. Si bien que lorsque, le 22 novembre 1899, Waldeck-Rousseau, président du conseil, ministre de l'intérieur, institua une commission chargée de rechercher les moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose, qui devint plus tard la commission permanente de la tuberculose, cette commission inaugura ses travaux en invitant le Gouvernement « à user de son influence pour faire venir en discussion le projet de loi sur la santé publique ».

Il fallut attendre près de trois ans pour aboutir à la promulgation de la loi du 15 février 1902, tant furent longs et difficiles les débats, où intervinrent tour à tour des hommes considérables par leur haute valeur sprcialisée : Berthelot, Cornil, Henri Monod, Brouardel, M. le docteur Langlet, MM. Cordelet, Borne, etc.

Leur énergie courageuse l'emporta et la loi fut enfin promulguée.

A-t-elle trahi les espérances que ses défenseurs avaient mises en elle ?

Un rapide coup d'œil, après vingt ans, répondra facilement à cette question, surtout si l'on veut bien retenir ce qu'il y avait à faire alors, et combien les esprits, au lendemain de la promulgation de la loi du 15 février 1902, étaient peu disposés à l'accueillir.

Les municipalités furent tenues de prendre, dans le délai d'un an, un règlement sanitaire municipal ; elles s'y sont conformées.

Les déclarations des maladies contagieuses, qui s'étaient heurtées au début à tant de résistances, entrent peu à peu dans les mœurs, bien qu'incomplètes encore.

La pratique de la vaccination antivariolique a considérablement progressé.

La mortalité générale en France, qui était de 192 pour 10.000 habitants en 1903, n'est plus que de 172 en 1920.

A Paris seulement la commission des logements insalubres a instruit, de 1902 à janvier 1922, 29.013 affaires de logements insalubres ; encore, le plus souvent, les propriétaires s'inclinent-ils devant les prescriptions du bureau d'hygiène et la commission des logements insalubres n'a même pas à en connaître.

Des services départementaux de désinfection sont créés dans tous les départements.

Des inspections départementales d'hygiène, avec, il est vrai, des modalités diverses, sont créées dans 55 départements et une tendance se manifeste à en voir créer d'autres.

Des bureaux d'hygiène sont créés obligatoirement dans les villes de plus de 20.000 habitants et dans les villes de plus de 2.000 habitants, siège d'un établissement thermal. Nous en comptons actuellement 122.

Le comité consultatif d'hygiène publique de France ne tarda pas à devenir le conseil supérieur d'hygiène publique de France, après avoir vu ses pouvoirs étendus par la loi de 1902.

A la faveur de ces organisations, la population se familiarise davantage avec l'idée de l'hygiène, de sa nécessité, et un mouvement d'opinion va permettre des améliorations et des compléments partiels au texte de 1902.

Apparaissent tour à tour les lois du 22 juillet 1912, sur l'assainissement des voies privées — du 17 juin 1915, sur l'expropriation pour cause d'insalubrité — du 15 avril 1916, sur les dispensaires d'hygiène sociale — du 7 septembre 1919, sur les sanatoriums, etc. M. Léon Bourgeois, M. André Honnorat, M. Jules Brisac ont été parmi les promoteurs de ce mouvement salutaire.

Et voici qu'au milieu même de cette évolution, à laquelle elle n'a pas été étrangère, la loi de 1902 se trouve dépassée ; elle a fait naître, et ce n'est pas son moindre titre à la reconnaissance du pays, un mouvement puissant de défense sanitaire ; à son tour, elle paraît vieillie, inadaptée aux besoins de l'hygiène moderne et, en lui reprochant de ne pas avoir permis davantage , on oublie ce qu'elle a donné.

C'est à l'améliorer que répond le projet de loi que nous avons l'honneur de déposer sur le bureau du Parlement, et dont nous allons examiner les principales innovations.

Sans doute, en considérant la place capitale que l'hygiène doit tenir dans les préoccupations sociologiques modernes, quelques esprits éclairés ont songé à une refonte plus complète de nos lois sanitaires.

Nous n'avons pu, tenant compte des faits, des mœurs, de l'organisation administrative, nous engager dans cette voie.

Et, d'autre part, nous avons pensé qu'il serait infiniment préférable, dans des matières où il faut songer bien plus à convaincre qu'à contraindre, de parcourir une nouvelle étape sur la route du progrès sanitaire.

Les textes législatifs ne se suffisent pas à eux-mêmes s'ils ne sont pas en harmonie avec le milieu contemporain, s'ils ne sont pas appuyés sur la volonté manifeste des pouvoirs publics, à tous les degrés, de veiller strictement à leur application loyale et intégrale.

Les articles 1er et 2 de la loi du 15 février 1902 ont prescrit aux maires, dans toutes les communes, de prendre un arrêté portant règlement sanitaire municipal. Il a été ainsi fait — mais les questions d'hygiène ne se superposent pas strictement aux limites géographiques des communes : il advient que des mesures soient nécessaires qui s'étendent sur deux ou plusieurs communes, ou intéressent l'étendue du département.

Le préfet devra donc viser les points spéciaux à déterminer selon les départements, dans un arrêté sanitaire départemental.

Cette innovation aura, en outre, l'avantage d'inviter les communes, ainsi que le permet le paragraphe suivant de l'article 2, ancien, à se grouper pour l'exécution des mesures sanitaires qui visent plusieurs d'entre elles.

L'article 5 ancien confiait le soin de la déclaration des maladies contagieuses à tout docteur en méde-

cine, officier de santé, ou sage-femme qui en constatait l'existence.

Cependant, très légitimement sévère lorsqu'il croit à quelque atteinte au secret professionnel, le corps médical a longtemps demandé à être déchargé de cette obligation.

Nous avons accédé à cette demande dans la plus large mesure; on ne peut confier la charge de cette déclaration, à la famille du malade, qui n'a pas qualité, ni compétence pour faire un diagnostic, ni au logeur.

Nous avons donc décidé de vous proposer de mettre cette déclaration à la charge de la famille ou du logeur, mais seulement lorsque le médecin leur aurait délivré une note écrite précisant son diagnostic.

C'est à la famille qu'incombe la déclaration. Mais elle peut être négligente et la déclaration peut être omise.

Pour y obvier, avis est donné au médecin, dans les trois jours de l'arrivée de la déclaration aux mains du service d'hygiène ; ce n'est qu'à défaut par lui d'avoir reçu cette notification dans ce délai qu'il doit faire la déclaration.

Celle-ci est faite, tant par la famille, le logeur, ou éventuellement le médecin, entre les mains du directeur du bureau d'hygiène lorsqu'il en existe un dans la commune, et dans tous les cas à l'inspecteur départemental d'hygiène.

Une des graves critiques apportées par le corps médical au principe de la déclaration résidait dans ce fait que celle-ci déclenchait automatiquement les services de désinfection départementaux ou communaux, et que le médecin se trouvait responsable vis-à-vis de son malade de mesures qu'il ne connaissait pas.

Dorénavant, le service public de désinfection n'interviendra que si le médecin, dans la déclaration qu'il fera à la famille, au logeur, ou éventuellement à l'autorité compétente, ne précisera pas que les mesures de désinfection ont été prises sous sa responsabilité.

Les carnets de déclaration seront rédigés dans ce sens.

Il va de soi que sa responsabilité est par contre nettement engagée par le fait qu'il déclare surveiller l'exécution de ces mesures, et que, dans le cas d'erreur ou de négligence, non seulement le service public interviendrait, mais le médecin verrait sa responsabilité mise en cause.

C'est d'ailleurs une hypothèse quelque peu gratuite, la conscience professionnelle de notre corps de praticiens étant bien connue, et l'administration sanitaire ne devant jamais perdre de vue qu'il ne saurait y avoir de prophylaxie efficace sans le concours constant et cordial du corps médical.

Il est arrivé trop souvent que, constatant la présence d'une maladie contagieuse, le médecin se trouve désarmé pour éviter la contagion.

Tel est le cas d'un malade vivant avec une famille nombreuse dans un logement étroit où l'isolement est irréalisable.

A l'heure présente, les pouvoirs publics sont impuissants et, si le malade ne consent pas à se laisser hospitaliser, il faut s'incliner et laisser en pleine agglomération un foyer en activité.

Tel est le cas, en outre, d'un malade habitant un hôtel ou un garni.

Dorénavant, lorsqu'il s'agira d'une maladie à déclaration obligatoire, l'isolement à domicile devra être fait, sous la surveillance du médecin traitant et la responsabilité du chef de famille ou du logeur, ou il aura lieu dans un hôpital public ou privé.

L'expérience de nombreuses années, depuis l'application de la loi du 15 février 1902, en ce qui concerne la vaccination antivarioloique, nous permet d'envisager les modifications suivantes à apporter à la loi, pour assurer une prophylaxie plus complète.

Tout d'abord, il semble que la vaccination obligatoire au cours de la première année de la vie constitue un stade trop long pour permettre une protection efficace de l'enfant contre la variole. Au cours des épidémies, maints cas de variole ont été observés chez des enfants âgés de moins d'un an et qui n'avaient pas encore été vaccinés. Il est donc préférable de stipuler par la loi que les enfants doivent être vaccinés dans les trois mois qui suivent leur naissance, et de réduire ainsi pour le nouveau-né les risques de contamination.

En ce qui concerne le deuxième stade obligatoire de la revaccination au cours de la onzième année, les statistiques de la morbidité et de la mortalité varioliques montrent que les victimes de la variole ne sont point exceptionnelles parmi les enfants âgés de moins de dix ans et ayant été primo-vaccinés avec succès, ainsi que parmi les sujets de dix à vingt ans. Il faut donc considérer que le stade légal de la revaccination entre la première année et le cours de la onzième année est disproportionné avec la durée de l'immunité conférée par la vaccination de l'enfance. C'est ce que prouve d'ailleurs le pourcentage élevé des résultats positifs dans les écoles maternelles, chez des enfants âgés de sept ans. Pour ces raisons, il semble préférable de modifier la loi en rendant la vaccination obligatoire au cours de la septième année, de la treizième année, de la vingt et unième année et de la trentième année. Cette modification correspond à un réel besoin. Elle permettrait de partager en quatre périodes sensiblement égales, des trois mois qui suivent la naissance à la septième année, de la septième année à la treizième année, de la treizième année à la vingt et unième année, la phase de la vie qui s'étend de la primo-vaccination à la revaccination de la trentième année, c'est-à-dire une des époques de l'existence les plus éprouvées par la variole.

Il convient de faire observer également que le stade obligatoire de la revaccination de la septième année et de la treizième année coïnciderait avec l'entrée et avec la sortie actuelle de l'école primaire, et que cette coïncidence permettra une base pratique de réalisation, puisque l'on sait que les revaccinations dans les groupements et, en particulier dans les groupements scolaires, sont plus faciles à réaliser que celles qui s'adressent aux personnes disséminées dans la société.

Cette modification, sur les rapports de l'inspection de la vaccination à Paris, avait été demandée et adoptée, depuis de nombreuses années, par la commission de perfectionnement du bureau d'hygiène de la ville de Paris. Elle permettra un complément nécessaire de prophylaxie qui assurera une nouvelle économie des existences si précieuses de la jeunesse française.

De plus, il serait légitime de demander, à tout candidat à un emploi de l'Etat, des départements, des communes ou des établissements publics, un certificat de revaccination datant de moins de trois mois.

Il ne faut négliger aucune occasion d'assurer même partiellement un complément nécessaire de prophylaxie.

Jusqu'ici, les mesures de désinfection étaient mises à exécution dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus par les soins de l'autorité municipale suivant des arrêtés du maire approuvés par le préfet, et, dans les communes de moins de 20.000 habitants par les soins d'un service départemental.

Les municipalités de plus de 20.000 habitants se soumirent donc à cette disposition de la loi, mais était-il bien expédient de les obliger à cette dépense, alors qu'un service départemental a son siège dans la même ville ?

D'autres s'inclinèrent, mais organisèrent un service quelque peu embryonnaiere.

Le texte nouveau laisse les municipalités de plus de 20.000 habitants libres d'assurer ce service ou de s'en remettre au service départemenal.

Par contre, si telle municipalité organise un service insuffisant, le préfet pourra — le conseil départemental d'hygiène entendu — et après mise en demeure, confier ces mesures de désinfection au service départemental.

Aux termes de l'article 9 de la loi de 1902, « lorsque, pendant trois années consécutives, le nombre des décès d'une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune ».

En fait, la comparaison prescrite par cet article est insuffisante, s'il s'agit de déceler une élévation anormale de la mortalité dans la commune.

Cela tient à un certain nombre de circonstances qui affectent le taux de la mortalité, dont les principales peuvent être classées en trois groupes :

1º Composition de la population ;

2º Circonstances régionales ;

3º Importance relative de la population de la commune.

On les examinera succinctement :

En premier lieu, la mortalité dépend essentiellement de la composition de la population. Il ne suffit pas d'éliminer, du nombre des décès, ceux qui sont fournis par des personnes venues du dehors dans les hôpitaux ou hospices existant dans la commune. Il faut calculer la mortalité générale dépendant essentiellement de la composition par âge de la population.

Une commune A peut avoir à chaque âge, une mortalité inférieure à celle d'une autre commune B et avoir cependant un taux de mortalité générale plus élevée, si elle comprend une plus forte proportion de vieillards, par exemple.

De plus, en ce qui concerne la mortalité infantile de zéro à un an, il ne faudrait pas se contenter de l'évaluer en rapportant le nombre de décès de zéro à un an au nombre des naissances, il faut tenir compte, en outre, des enfants placés en nourrice hors de la commune ou placés en nourrice dans la commune et venant du dehors.

Dans les communes industrielles, il sera utile de tenir compte des professions exercées par les habitants, lorsque l'on examinera les chiffres.

En second lieu, la mortalité dépend de conditions générales qu'on pourrait grouper sous le nom de conditions géographiques ou régionales : latitude, altitude, climat, conditions d'existence et habitudes d'hygiène individuelle des habitants, etc. Il en résulte que, dans certains départements, le taux de mortalité est toujours inférieur à celui de la France entière, dans d'autres toujours supérieur. Si, dans une commune, le taux de mortalité est, pendant trois années consécutives, supérieur à la moyenne pour la France entière, le fait pourra être très grave dans un département à mortalité ordinairement faible, il le sera beaucoup moins dans un département à mortalité ordinairement élevée.

En troisième lieu, il convient de tenir compte de la population totale de la commune. D'après les règles du calcul des probabilités, le taux annuel de mortalité calculé en divisant le nombre des décès D par le nombre N des habitants, peut présenter des écarts accidentels d'autant plus grands que le nombre N est plus petit.

Un exemple simple le fera mieux comprendre : dans une commune de 100 habitants, où, normalement, on peut compter deux décès par an, il pourra arriver que, pendant trois années de suite, il n'y en ait pas du tout et qu'une autre année, il y en ait quatre, sans que les conditions sanitaires générales soient anormales.

Au contraire, on comprend que, dans une commune de 10.000 habitants, ayant normalement 200 décès par an, il serait tout à fait anormal de constater des écarts proportionnels aux précédents, c'est-à-dire pas de décès du tout une année et 400 l'année suivante.

Il y a donc une nécessité d'apprécier les écarts constatés entre la mortalité de la commune et la mortalité générale conformément aux règles du calcul des probabilités en tenant compte de l'importance de la population.

Pour ces raisons quand, pour un âge donné, un taux de mortalité plus élevé que la moyenne serait

constaté trois années de suite dans une commune, il conviendrait tout d'abord de faire une étude statistique de la mortalité dans cette commune afin de déterminer si les écarts constatés sont anormaux. Dans l'affirmative, il y aurait lieu d'examiner s'il est possible de réduire la mortalité par des mesures d'hygiène publique.

D'après le texte proposé, les services d'hygiène, le conseil départemental entendu, seront chargés de vérifier si la mortalité est anormale ou non. De son examen, il peut résulter, en effet, qu'il n'a point de caractère anormal, en raison, par exemple, des enfants envoyés en nourrice, ou bien de l'existence d'un hôpital, ou bien de l'existence d'une industrie insalubre, etc., ou bien simplement parce que l'importance de la commune est très faible et justifie un écart accidentel.

L'un des règlements prévus de l'article 33 pourrait fixer les groupes d'âge, par exemple, zéro à un an ; un an à dix-neuf ans ; vingt ans à trente-neuf ans; quarante à cinquante-neuf ans ; soixante et plus.

L'article 10 ancien prévoyait que le décret déclarant le captage d'une source pour le service d'une commune déterminerait, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de ladite source.

L'article nouveau étend ces mesures, non plus seulement au captage d'une source, mais aussi au captage d'une nappe souterraine ou d'un cours d'eau.

La disposition relative au captage d'une nappe souterraine est devenue indispensable ; on ne se borne plus, en effet, à capter des sources, mais on a tendance à capter souvent des nappes souterraines que l'on amène à la surface à l'aide de travaux d'art.

Le mot source doit s'entendre dans son sens le plus large ; toutefois, il est utile de préciser et d'ajouter les modes d'alimentation qui sont employés aujourd'hui et qui tendent à entrer de plus en plus dans le domaine pratique en raison des progrès réalisés en hydrologie et en épuration d'eau potable.

Il convient donc de définir d'un terme général les eaux souterraines et les eaux superficielles. Car la géologie a montré que les eaux profondes ne circulent pas toujours dans le sol en nappe étalée, comme on est trop tenté de le croire et comme on le répète encore dans des ouvrages cependant classiques.

Certains terrains ne permettent pas l'imbibition régulière et laissent circuler l'eau seulement dans le réseau formé de multiples veines liquides à travers un sol compact et par des fissures plus ou moins larges ou diaclases. Les calcaires et la craie rentrent dans cette catégorie.

Les terrains d'alluvions, sableux, possèdent au contraire une nappe aquifère véritable, homogène, qui y trouve, du reste, des possibilités de filtration naturelle avantageuse.

Les eaux superficielles commencent à être utilisées dans des conditions qui permettent leur emploi avec des garanties de salubrité dont elles étaient jadis dépourvues. On peut épurer efficacement de telles eaux à l'aide de la filtration, de l'ozonisation, et les villes du Mans, de Chartres, de Paris, en offrent l'exemple.

Les eaux de lacs sont utilisées pour la boisson, celle du lac d'Issarlès ont été proposées, tandis que Saint-Etienne, Roanne, s'alimentent à des barrages-réservoirs qui ne sont autre chose que des lacs artificiels.

Les quelques exemples de ces diverses modalités hydrologiques font ressortir l'analogie des nécessités de protection ou de surveillance des périmètres d'alimentation communs à tous les genres d'eaux potables.

D'autre part, le texte en vigueur limitait son action aux sources destinées au service d'une commune et négligeait les agglomérations souvent si importantes.

Les communes pourront demander l'établissement d'un périmètre de protection non plus seulement pour la source, la nappe ou le cours d'eau, mais encore pour les ouvrages de captage servant à l'alimentation en eau potable.

Il est désirable que les communes et notamment les villes, déjà pourvues d'une alimentation publique, puissent bénéficier d'une amélioration que la nouvelle loi va leur suggérer l'idée de réaliser, en protégeant des ouvrages existants, et les aide à l'exécuter.

De même, les aqueducs et les canalisations doivent être considérés à l'égal des périmètres d'alimentation eux-mêmes.

Combien d'exemples l'histoire des épidémies fournirait-elle d'eau pure, convenablement captée, qui se trouve souillée dans les conduites en cours de route par des infiltrations dangereuses.

Il ne suffit pas de se procurer de l'eau saine, il faut encore l'amener dans les réservoirs et aux robinets des particuliers avec les garanties indispensables de la salubrité la plus élémentaire.

Ces mesures sont applicables aux parcs à huîtres et coquillages.

Cette innovation est indispensable.

On connaît, en effet, les dangers que les coquillages malsains peuvent faire courir à la santé publique.

Il suffit de rappeler les travaux de Chantemesse, de Mosny et de tant d'autres.

Les pouvoirs publics doivent intervenir.

On protège un parc à huîtres, un dégorgeoir ou une réserve de la même façon qu'une source.

L'huître n'est pas dangereuse en elle-même et de par sa nature ; elle le devient si elle est infectée et si elle est souillée par l'eau.

C'est ainsi que le raisonnement applicable à la protection d'une source intervient pour le parc aux huîtres.

L'industrie ostréicole trouvera dans cette loi une protection, une aide, et non une entrave ; elle est d'ailleurs la première à solliciter les mesures protectrices actuellement étudiées par une commission spéciale en vue de l'établissement facultatif d'un certificat de salubrité ou de tout autre moyen.

L'article 11 ancien prévoit l'obligation du permis de construire dans les agglomérations de 20.000 habitants et au-dessus.

Le nouvel article propose d'abaisser à 10.000 habitants le chiffre de la population, ce qui mettrait la loi nouvelle en concordance avec la loi du 14 mars 1919 sur l'extension des villes, et ce qui étendrait la nécessité du permis de construire à un plus grand nombre.

D'après l'article 11 ancien, le maire devait répondre dans les vingt jours à la demande du permis de bâtir.

Or, si pour donner satisfaction à la loi, le maire répond dans le délai de vingt jours, à partir de ce moment il a observé la loi et il n'a plus aucun délai pour répondre aux nouvelles communications du propriétaire.

Pour mettre un terme à ce retard fâcheux, alors que la population a un si grand besoin d'habitations nouvelles, un nouveau paragraphe est ajouté après le paragraphe 2, savoir :

« Le même délai est appliqué à toutes les communications du propriétaire ou constructeur, portant modifications au projet initial ».

Les dispositions de la loi de 1902 relatives à l'insalubrité des immeubles, ont fait leurs preuves.

Elles ont pleinement armé les municipalités qui ont voulu faire œuvre utile. Une seule critique doit leur être adressée ; les propriétaires ont un droit de recours devant le conseil de préfecture et devant le Conseil d'Etat.

Or, en fait, il n'est statué sur ces recours que dans des délais extrêmement longs, qui durent parfois des années.

Il en résulte que les propriétaires, désireux de résister aux injonctions qui leur sont adressées, tiennent en fait en échec les autorités sanitaires, en introduisant ces recours.

Nous vous proposons donc un texte tendant à ce qu'il soit statué dans les six mois sur les recours introduits devant les conseils de préfecture et devant le Conseil d'Etat.

Les modifications à apporter aux dispositions de l'article 19 ancien sont parmi les plus importantes de la nouvelle loi.

L'article 19 ancien laissait aux préfets le soin d'apprécier s'il y avait lieu d'organiser un service de contrôle et d'inspection. Dans l'affirmative, le Conseil général en délibérait, réglait les détails d'application et fixait le budget.

Cette faculté laissée aux préfets et aux conseils généraux a justifié la plupart des critiques adressées à la loi de 1902.

En fait, il n'existe actuellement que 55 inspecteurs départementaux d'hygiène.

Or, la loi de 1902 faisait du maire le principal agent de la santé publique, et, nulle part, il ne trouvait conseils et appui. S'il était par mégarde négligent de ses attributions sanitaires, nul ne pouvait appeler sur elles sont attention.

Pour y remédier, nous proposons de décider qu'un service départemental d'inspection et de contrôle sera créé dans chaque département. L'autorité de l'inspecteur s'étendra sur l'ensemble des services sanitaires dans le département, qu'il s'agisse de services sanitaires départementaux ou communaux, des services relevant du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale ou des autres ministères.

Les bureaux d'hygiène, notamment, seront placés sous son contrôle, ainsi que les services de désinfection publics ou privés.

Ainsi disparaîtra l'objection que les services d'hygiène n'étaient pas contrôlés ou guidés, et que la loi sanitaire demeurait lettre morte.

Le recrutement des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des bureaux d'hygiène aura lieu au concours ; le programme de ce concours sera établi par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Inspecteurs et directeurs seront nommés par le préfet ; ainsi sera réalisée l'unité du corps et assurée l'indépendance des hygiénites.

Les conditions du concours, les règles d'avancement, la composition et les attributions des conseils de discipline, les traitements et le régime des retraites, et, en général, tout ce qui concerne le statut à créer, seront fixés par un règlement d'administration publique.

L'article 20 nouveau modifie la composition des conseils d'hygiène en vue d'assurer l'interpénétration des services sanitaires fonctionnant dans le département, sans distinction d'origine ; à cet effet, l'inspecteur divisionnaire du travail ou l'inspecteur départemental désigné par lui, un représentant du ministère de l'agriculture, l'inspecteur départemental de l'assistance publique seront membres du conseil.

Nous vous proposons d'y ajouter, notamment, parmi les autres membres du conseil, deux membres de la commission départementale d'assistance, dont un appartenant à une œuvre féminine d'assistance et un représentant des œuvres privées d'hygiène du département.

L'article 25 nouveau modifie la composition du conseil supérieur d'hygiène publique de France en s'inspirant du même désir d'interpénétration des services d'hygiène.

Les auditeurs du conseil d'hygiène publique de France élus par les membres du conseil sont maintenus. En outre, les conseillers techniques sanitaires et les conseillers techniques sanitaires adjoints rempliront auprès du conseil d'hygiène publique de France les fonctions de commissaires du Gouvernement.

Telles sont les modifications diverses que nous avons l'honneur de vous proposer dans le texte joint. Elles permettent de renforcer la législation sanitaire, sans contraintes inutiles, dans le cadre de la loi du 15 février 1902, et à la faveur des progrès qu'elle a provoqués.

En se raccordant avec d'autres lois ; celle de 1912,

sur l'assainissement des voies privées ; celle de 1915, sur l'expropriation pour cause d'insalubrité ; celle de 1919, sur les plans d'extension et d'aménagement des villes, la loi nouvelle sera de nature à promouvoir de nouveaux progrès, elle contribuera puissamment à l'éducation des administrateurs, des médecins, des pédagogues, elle servira de levier pour la lutte victorieuse contre les maladies évitables de toute nature.

PROJET DE LOI.

Article unique. — Les articles 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 19, 20, 21 et 25 de la loi du 15 février 1902 sont modifiés comme suit :

TITRE Ier.

CHAPITRE 1er. — *Des mesures sanitaires générales.*

Associations de communes.

« Art. 2 (§ 3 additionnel). — Le préfet sera, en outre, tenu d'établir, dans le délai de six mois, sur la proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène, après avis du conseil départemental d'hygiène, un réglement sanitaire applicable à l'ensemble du département. »

Déclaration des cas de maladie.

« *Art. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour le chef de famille et dans les hôtels, garnis et maisons meublées, pour les logeurs.*

« *A cet effet, le médecin, l'officier de santé ou la sage-femme remet à l'intéressé une note lui faisant connaître son diagnostic, la nécessité de la déclaration et les sanctions en cas d'omission.*

« *Cette note est expédiée en franchise au directeur du bureau d'hygiène, dans les communes qui possèdent cet organisme, et, dans tous les cas, à l'inspecteur départemental d'hygiène.*

« *L'inspecteur départemental ou, d'accord avec lui, le directeur du bureau d'hygiène avise en franchise, dans les trois jours, le médecin traitant, l'officier de santé ou la sage-femme de la réception de cette déclaration. Faute de recevoir cet avis dans les trois jours, le médecin traitant est lui-même tenu à la déclaration.*

« *Le médecin traitant, l'officier de santé ou la sage-femme indique soit dans la note qu'il remet au chef de famille ou au logeur, soit dans sa déclaration, que les mesures de désinfection ont été prises sous sa responsabilité ou que le soin en est laissé au service municipal ou départemental compétent.*

« *L'isolement des malades atteints de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire sous le contrôle des services sanitaires, soit à domicile, sous la surveillance du médecin traitant et sous la responsabilité du chef de famille, du logeur du malade, soit dans un hôpital public ou privé ou dans une maison de santé.* »

Vaccine.

L'article 6 est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 6. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours des trois mois qui suivent la naissance ainsi que la revaccination au cours de la septième, de la treizième, de la vingt et unième et de la trentième année.

« (Paragraphe nouveau). — Tout candidat de l'un ou de l'autre sexe à un emploi de l'Etat, des départements, des communes ou des établissements publics devra produire, à l'appui de sa demande, un certificat de revaccination datant de moins de trois mois. »

Désinfection.

« Art. 7 (§ 2 modifié). — Les mesures de désinfection sont mises à exécution dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale, suivant des arrêtés du maire approuvés par le préfet, et, dans les communes de moins de 20.000 habitants, par les soins d'un service départemental.

« Toutefois, si des municipalités de plus de 20.000 habitants en expriment le désir, ou si elles ont négligé d'assurer un service suffisant, les mesures de désinfection pourront, après avis du conseil départemental d'hygiène, être confiées au service départemental. »

Travaux d'assainissement.

« Art. 9. (§ 1er). — Lorsque dans une commune, pendant trois années consécutives, le taux de la mortalité, calculé pour un groupe d'âge, a dépassé le taux moyen calculé pour le même groupe d'âge dans la France entière, le préfet est tenu de charger le conseil départemental de procéder d'abord à une étude statistique permettant d'apprécier si la mortalité de la commune est effectivement anormale.

« Si la mortalité est reconnue anormale au moins pour un groupe d'âge, le conseil procédera, soit par lui-même, soit par la commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune. »

Protection des eaux potables et des parcs à coquillages.

« Art. 10. — Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source, d'une eau souterraine ou d'une eau superficielle (cours d'eau, lac, barrage-réservoir) pour le service d'une commune ou d'une agglomération, déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de la source, de la nappe souterraine ou du cours d'eau. L'indemnité qui pourra être due au propriétaire de ces terrains sera déterminée suivant les formes de la loi du 3 mai 1841 sur l'expropriation pour cause d'utilité publique comme pour les héritages acquis en pleine propriété.

« Les communes pourront demander l'établissement d'un périmètre de protection pour les ouvrages existants de captage et pour les ouvrages d'amenée et de distribution des eaux servant à l'alimentation. Il en est de même pour les territoires occupés par les établissement ostréicoles.

« Dans ces divers cas, il sera fait application de la même procédure.

« Les décrets d'utilité publique mentionnent les parties du périmétre protecteur de source, d'eau souterraine ou d'eau superficielle d'établissement ostréicole.

« Les déversements après épuration ne peuvent être autorisés que si l'épuration satisfait aux conditions prescrites par le conseil supérieur d'hygiène pour les eaux d'alimentation.

« Le droit à usage d'une source d'eau potable implique, pour la commune ou l'agglomération qui le possède, le droit de curer cette source, de l'aménager, de la couvrir et de la garantir contre toutes les causes de pollution, mais non celui d'en dévier le cours par des tuyaux ou rigoles. Un réglement d'administration publique, rendu sur la proposition du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après consultation du ministre de l'agriculture, déterminera, s'il y a lieu, les conditions dans lesquelles le droit à l'usage pourra s'exercer.

« L'acquisition de tout ou partie d'une source d'eau potable par la commune dans laquelle elle est située peut être déclarée d'utilité publique, par arrêté préfectoral, quand le débit à acquérir ne dépasse deux litres par seconde.

« Cet arrêté est pris sur la demande du conseil municipal et l'avis du conseil départemental d'hygiène, après accomplissement des formalités prévues par les lois sur l'expropriation actuellement en vigueur.

« Lorsqu'il y a lieu d'établir ou de modifier le périmètre de protection d'un ouvrage de captage ou de parc à coquillages ou si en dehors du cas d'application du paragraphe 2 du présent article, il y a lieu d'améliorer le service des eaux d'une commune dans les conditions fixées par le conseil supérieur d'hygiène publique de France, le préfet en saisit le conseil départemental d'hygiène à sa première réunion. Si le conseil départemental d'hygiène, après enquête, estime que les mesures proposées s'imposent, le préfet, dans le mois, en informe le maire qui est tenu de réunir d'urgence le conseil municipal.

« Si ce conseil se range à l'avis du conseil départemental d'hygiène, la commune procède suivant les formes prévues aux deux paragraphes précédents ; si elle se refuse à y déférer, l'affaire est portée, pour décision, par le préfet devant le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. »

CHAPITRE II. — *Mesures sanitaires relatives aux immeubles. — Permis de construction.*

Le paragraphe 1er est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 1er (§ 1er). — Dans les agglomérations de 10.000 habitants et au-dessus, aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire, constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire prévu à l'article 1er sont observées.

« (§ 3 additionnel). — Le même délai est appliqué à toutes les communications du propriétaire ou du constructeur comportant modifications au projet initial.

« (§ 6 additionnel). — Dans toutes les communes de moins de 20.000 habitants, le permis de construire est donné par le maire, s'il y a un plan communal ; s'il n'y a pas de plan communal, par le préfet, sur le rapport de l'inspecteur départemental d'hygiène, après avis du maire. »

Immeubles insalubres. — Travaux jugés nécessaires. — Interdiction d'habitation.

« Art. 13 (§§ additionnels). — Il est statué dans un délai maximum de six mois.

« En cas de recours devant le conseil d'État il sera également statué dans un délai maximum de six mois. »

TITRE II

De l'administration sanitaire

Service départemental de contrôle et d'inspection.

« Art. 19. — En vue d'assurer l'exécution de la présente loi, il est obligatoirement créé dans chaque département un service départemental d'inspection et de contrôle, dont l'autorité s'étend sur l'ensemble des services sanitaires du département.

« Les inspecteurs départementaux d'hygiène, les directeurs des bureaux d'hygiène sont nommés par le préfet à la suite de concours dont le programme sera fixé par le ministre, après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France.

« Les inspecteurs départementaux et directeurs de bureaux municipaux sont tenus de se renfermer dans l'exercice de leurs fonctions publiques ; ils ne peuvent être élus au Parlement, au conseil général, au conseil d'arrondissement, au conseil municipal, dans le département où ils exercent que deux ans après cessation de ces fonctions.

« Les conditions de concours d'admission, les règles d'avancement et de licenciement, la composition et les attributions des conseils de discipline, les traitements et le régime des retraites et, d'une façon générale, tout ce qui concerne

le statut du corps de ces fonctionnaires sanitaires seront fixés par un réglement d'administration publique qui devra intervenir dans l'année de la promulgation de la présente loi.

« Le règlement d'administration publique prévu au paragraphe précédent déterminera les conditions dans lesquelles les inspecteurs départementaux et directeurs d'hygiène, actuellement en exercice, seront maintenus dans leurs nouvelles fonctions sans qu'il puisse être fait préjudice aux droits acquis. »

Organisation des services départementaux.

« Art. 20 (§ 3). — Conseils d'hygiène. — Le conseil d'hygiène départemental se compose de 15 membres au moins et de 25 au plus. Il comprendra nécessairement trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien et un vétérinaire ; dans les départements maritimes, un représentant de l'armée de mer en sera membre de droit ;

« Un membre de la commission départementale de l'assistance ;

« L'inspecteur départemental de l'assistance publique ;

« L'inspecteur divisionnaire du travail ou l'inspecteur départemental désigné par lui, un représentant du ministère de l'agriculture, pris parmi les fonctionnaires de ce ministère, résidant dans le département ;

« L'inspecteur d'académie ; un représentant des œuvres privées d'hygiène du département.

« Deux représentants des œuvres privées d'assistance du département, dont au moins une représentante des œuvres d'assistance masculine et féminine ;

« Le maire de la commune du chef-lieu et un maire d'une commune rurale de moins de 1.500 habitants ;

« Dans les départements où siègent une faculté de médecine ou de pharmacie ou une école supérieure de médecine et de pharmacie : un professeur élu par ses collègues, dans chaque faculté ou école. »

Attributions des conseils et commissions.

« Art. 21 (§§ additionnels). — Ils signalent par les soins de leur président à l'inspecteur départemental d'hygiène, dans tous les cas, et aux autres chefs de services publics d'hygiène relevant des autres ministères, chacun en ce qui le concerne, toutes les affaires de nature à les intéresser.

« Les conseils et commissions délibèrent en outre sur toutes les affaires qui leur sont soumises par le préfet ou l'inspecteur départemental d'hygiène.

« Il est tenu au secrétariat de chaque ocnseil d'hygiène un registre de tous les vœux émis par le conseil.

« Mention est faite en marge de la suite donnée qui est communiquée au conseil par l'inspecteur départemental d'hygiène à la séance suivante. »

« Art. 25. — Le conseil supérieur d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

« Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5.000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

« Il est spécialement chargé du contrôle de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif pour l'alimentation des villes.

« Le conseil supérieur d'hygiène publique de France comprend des membres de droit qui sont :

« Le président de la commission d'hygiène du Sénat ;

« Le président de la commission d'hygiène de la Chambre des députés ;

« Le directeur de la santé publique et de l'hygiène sociale du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales ;

« Le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur ;

« Le directeur du contrôle et de la comptabilité du ministère de l'intérieur ;

« Les conseillers techniques sanitaires et les conseillers techniques sanitaires adjoints du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales ;

« Deux inspecteurs généraux des services administratifs désignés par le ministre ;

« Un représentant du ministère des affaires étrangères ;

« Un représentant du ministère du commerce et de l'industrie ;

« Un représentant du ministère des finances ;

« Un représentant du ministère de l'instruction publique ;

« Un représentant du ministère des travaux publics ;

« Le directeur du travail au ministère du travail ;

« Le directeur de l'hydraulique et des améliorations agricoles au ministère de l'agriculture ;

« Le chef du service de la répression des fraudes au ministère de l'agriculture ;

« Le président du comité technique de santé de l'armée ;

« Le directeur du service de santé de l'armée ;

« Le président du conseil supérieur de santé de la marine ;

« Le président du conseil supérieur de santé au ministère des colonies ;

« Le directeur de la carte géologique de France ;

« Le doyen de la faculté de médecine de Paris ;

« Le doyen de la faculté de pharmacie de Paris ;

« L'inspecteur général des écoles vétérinaires;

« Les professeurs d'hygiène des facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier et des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice d'Alger, Marseille, Nantes et Rennes ;

« Les professeurs d'hygiène et bactériologie des facultés de pharmacie de Paris, Lyon, Strasbourg, Montpellier, Nancy ;

« Le professeur de parasitologie de la faculté de médecine de Paris ;

« Les professeurs d'hygiène et d'épidémiologie de l'école d'application du service de santé militaire ;

« Le président de la chambre de commerce de Paris ;

« Le directeur de l'administration générale de l'assistance publique de Paris ;

« Le directeur de l'hygiène et du travail à la préfecture de la Seine ;

« Le vice-président du conseil de surveillance de l'assistance publique de Paris ;

« Les vice-présidents du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine ;

« Un représentant de l'union des syndicats médicaux de France nommé par le ministre, sur une liste triple présentée par l'union ;

« Un représentant de l'association générale des médecins de France, nommé par le ministre sur une liste triple présentée par l'association ;

« L'inspecteur général des services techniques d'hygiène de la ville de Paris ;

« L'ingénieur en chef des services techniques des eaux et de l'assainissement de la ville de Paris ;

« L'inspecteur général des services techniques d'hygiène de la préfecture de police ;

« Les présidents honoraires du conseil supérieur d'hygiène publique de France et

« Cinq membres nommés par le ministre sur une liste triple de présentation dressée par l'académie des sciences, l'académie de médecine, le conseil d'Etat, la cour de cassation, le conseil supérieur de l'assistance publique de France ;

« Deux membres, l'un ouvrier, l'autre patron, nommés par le ministre sur deux listes triples de présentation dressées par le conseil supérieur du travail ;

« Vingt-cinq membres désignés par le ministre parmi les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc. Une nomination sur deux reviendra de droit à un auditeur, présenté sur une liste double établie par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

« Les conseillers techniques sanitaires, et les conseillers techniques sanitaires adjoints remplissent les fonctions de commissaires du gouvernement.

« Un décret d'administration publique réglementera le fonctionnement du conseil supérieur d'hygiène publique de France, la nomination des auditeurs et la constitution d'une section permanente.

« Un décret rendu dans la même forme, pourra modifier la composition du conseil supérieur d'hygiène publique de France en ce qui concerne les membres de droit, lorsque ces modifications seront nécessitées par des changements apportés à l'organisation administrative des différents départements ministériels ».

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Le premier numéro de la *Revue médicale d'éducation physique et de sport*, organe officiel de la Société médicale du même nom, vient de paraître.

Cette Revue, mensuelle, sauf en août et septembre, vient continuer l'œuvre commencée l'an dernier par le *Bulletin trimestriel* de la Société Médicale d'Education physique et de sport, bulletin qu'elle remplace.

Cet organe renseignera les médecins aussi complètement que possible sur ces questions, dont ils s'occupent peu à l'habitude, et dans lesquelles leur rôle doit devenir des plus important.

— **Concours de l'internat des hôpitaux de Paris.** — Parmi les internes titulaires nommés à la suite du dernier concours, nous éprouvons une grande joie à relever le nom du jeune Jacques Decourt, classé 4e, fils de notre très grand ami et excellent collaborateur F. Decourt, dont l'éloge n'est plus à faire.

C'est bien le cas d'appliquer ici les aphorismes de la sagesse des Nations : *Tel père, tel fils .. Bon chien chasse de race !*

Nos affectueuses félicitations au jeune interne et à son premier maître, son père.

G. D.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

En ce qui concerne les impôts, vous ne pouvez être obligé de payer l'augmentation de l'impôt foncier, et c'est ce que semble vous demander le propriétaire. Nous vous conseillons donc de rejeter également cette partie de ses réclamations, sauf à examiner ce que vous devriez, d'après la loi, c'est-à-dire, l'augmentation subie par les impôts sur l'immeuble, autres que l'impôt foncier, par exemple : la part de la contribution foncière qui revient au département et à la commune, des taxes municipales, de remplacement, de balayage, voirie, alignement, tout à l'égoût, etc.

Cumul des frais d'hospitalisation et du demi-salaire

Je suis membre du « Sou » et vous serais reconnaissant de me donner le renseignement suivant :

Un blessé du travail est hospitalisé, la Compagnie paye les frais d'hôpital ; est-ce qu'elle doit la demi-journée à cet ouvrier ?

Dr C.

Réponse.

L'indemnité journalière d'un blessé du travail est due en sus des frais d'hospitalisation, ainsi qu'il a été jugé par la Cour de Cassation, Chambre Civile, le 29 novembre 1911 (Recueil du Ministère du Travail, T. XV, 279) et le 23 juillet 1912 (même recueil, même tome), 382).

Taxes sur les automobiles

Je lis à la page 296 de votre Agenda Memento 1923 que la taxe de circulation, due en entier par les médecins est de 100 fr. pour les voitures de 12 HP et au-dessous :

Le fisc vient de me percevoir pour le 1er trimestre de l'année 46 fr. 20 pour une 5 HP (Citroën 2 places).

Y a-t-il erreur de votre part dans l'Agenda ou erreur du fisc ?

Un mot pour me fixer je vous prie. Dr C.

Réponse.

La 5 HP Citroën est une voiture automobile, et non un cycle-car. Elle a, par suite, en outre de la taxe de circulation de 100 francs, à payer les autres droits, qui sont détaillés dans l'Agenda-Memento avant la taxe de circulatinon.

Ces droits s'établissent comme suit, pour une année :

Droit principal	75 fr.
18,75 par cheval vapeur (5).....	93,75
Ensemble	168,75
Sur lesquels vous bénéficiez de la demi-taxe, votre voiture servant habituellement à l'exercice de votre profession	1/2 84,38
Droit de circulation	100 »
Total	184,38
Dont le quart est de...........	46,10

Application du Tarif Breton

I

Pansements. Amputation partielle d'un doigt.

Puis-je avoir recours à votre complaisance pour m'aider à établir une note d'accident du travail.

Blessé de tuilerie, main gauche happée entre deux cylindres broyeurs.

Lésions : vaste plaie de la face dorsale, index et auriculaire broyés, médius et annulaire deshabillés avec phalanges fracturées.

Traitement : 2[e] catégorie. Pansements quotidiens au début, puis espacés à mesure de la cicatrisation (une dizaine environ), pansements longs, comprenant irrigation prolongée, épluchage des parties nécrosées, et immobilisation du médius et de l'annulaire dans des gouttières en zinc.

Au 4[e] pansement, ablation de 2 phalanges de l'auriculaire.

Au 6[e] pansement, même opération.

Enfin, à partir du 11[e] pansement, la cicatrisation devenue plus régulière, les pansements sont devenus moins longs ; par suite leur tarification rentre dans la normale.

Mais je reste embarrassé pour le prix des dix premiers pansements et surtout celui des 4[e] et 6[e] pansements.

Dr G.

Réponse.

Les pansements sont compris dans le prix de la visite ou consultation (art. 16). Donc, vos premiers, comme vos derniers pansements sont tarifés le prix d'une visite ou consultation. Mais vous avez à compter, au lieu d'un pansement, à la 4[e] séance, pour votre ablation de 2 phalanges de l'auriculaire : « Amputation partielle d'un doigt : 50 fr. » (en 1[re] catégorie). De même à la 6[e] séance, si vous avez eu à amputer partiellement un autre doigt.

Dr F. Décourt.

II

Pansements multiples

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître dans un prochain numéro du *Concours*, si pour un accidenté du travail, ayant une blessure de l'index et une du pouce, on peut compter deux pansements chaque fois. On dit bien que pour un même segment de membre, on ne doit compter qu'un pansement, mais il me semble qu'il y a une différence lorsqu'il s'agit de deux doigts séparés et qui ne doivent pas être pris dans les mêmes tours de bande.

Dr M.

Réponse.

Relisez attentivement l'article 17, à la rubrique des pansements multiples, vous y verrez que:

a) On ne peut jamais compter *deux* pansements pour une blessure de l'index et du pouce, puisqu'il s'agit de « pansements sur un même segment de membre ».

b) Lorsque les plaies sont très superficielles, on ne peut compter qu'un pansement simple, soit le prix d'une visite ou d'une consultation.

c) Si les plaies sont plus profondes, on peut compter « pansements multiples : 15 fr. ».

Dr F. Decourt.

III

Divers

Vous m'obligeriez en me disant comment je dois établir la note de mes honoraires pour le cas suivant :

12 juillet 1922 :

Un ouvrier maçon, 68 ans, tombé d'une échelle en transportant du mortier :

1° Eté voir et aidé à relever le blessé sur le lieu de l'accident, 1er essai de réduction d'une luxation de l'épaule gauche ;

2° Transporté le blessé à son domicile ; divers pansements antiseptiques de plaies multiples.

Pansement (ceinture), pour double fracture de côtes.

3° Tentative prolongée par les différents moyens connus de réduction de la luxation inutilement.

4° Le malade souffrant beaucoup de la compression des troncs nerveux de l'aisselle par la tête humérale, je l'ai transporté, avec sa femme, dans mon auto à l'hôpital à fin d'examen radiologique (64 kil. aller et retour) ;

5° A l'hôpital, examen radiologique qui a révélé une fracture par éclatement de la tête humérale. Consultation avec confrère. Anesthésie. Réduction sous écran. Ramené le malade à son domicile ;

6° 10 visites avec pansements ;

6 visites simples.

Un certificat blessure.

Un rapport complémentaire à la Compagnie concluant à une diminution de moitié de la capacité de travail.

Dr G.

Réponse.

D'après votre lettre, ces différentes interventions comportent :

1° Réduction et contention de fractures de côtes : 20 fr. (art. 18).

2° Pansements multiples : 15 fr. (art. 17).

3° Réduction et contention de fracture de l'humérus : 120 fr. (art. 18).

4° Radiographie de l'épaule : 100 fr. (art. 26).

5° Pour le médecin anesthésiste : 50 fr. (art. 12).

6° 16 visites (avec ou sans pansement, voir art. 16, au *début : 16 visites simples + déplacement*



s'il y a lieu, de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade (art. 2).

7° Certificat initial : 5 fr.

8° Certificat descriptif pour rapport supplémentaire : 10 fr. (art. 29).

Prix donnés en 1re catégorie, à minorer de 25% pour la seconde, *sauf* pour la radio qui n'est pas minorée (voir Avis insérés dans l'art. minist. du 28/6/21).

Je vous ai donné là les prix totaux à réclamer, tant pour vous que votre confrère, quitte à vous entendre tous deux sur la partie de ces honoraires qui revient à chacun de vous, suivant ce que vous avez fait, et à réclamer sur note séparée.

Nota. — Vous me parlez de transport du blessé et de sa femme dans votre auto pour le conduire à l'hôpital. Ceci n'entre plus en ligne de compte des « frais médicaux », n'est donc plus du ressort du tarif Breton et ne saurait paraître sur une note légale d'honoraires... Ce transport ne pourrait faire l'objet que d'une note annexe à titre de loueur d'auto improvisé, par suite d'urgence, par exemple, — auquel cas, je décline toute compétence de conseils à donner.

Dr F. DECOURT.

IV

Cautérisation

Pouvez-vous me dire ce que je dois tarifer d'après le tarif Breton, une cautérisation au thermo, avec anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

Est-ce la consultation simple ?

Dr F.

Réponse.

Compris dans le prix de la visite ou de la consultation (art. 16, au début).

Dr F. DECOURT.

V

Pansements multiples. Hernie double

Excusez-moi de vous importuner au sujet du tarif Breton. Vous l'avez sans doute déjà dit... mais je n'ai pas le temps de feuilleter tous mes journaux du *Concours médical* et m'adresse directement à vous comme compatriote Seine-et-Marnais.

1° J'ai un blessé : plaie par écrasement : majeur et annulaire *droits* et majeur et annulaire *gauches*, — deux des doigts (les majeurs) sont bien broyés, mais rien d'essentiel n'étant atteint, il n'y a pas d'intervention à faire.

Donc, 4 pansements simples des dernières phalanges de ces quatre doigts.

Dois-je compter : pansements multiples 15 fr. (ce qui me paraît normal) ou alors :

Pansements multiples (2) main droite...	15 fr.
— (2) main gauche	15 fr.
Total	30 fr.

2° J'ai fait aussi opérer, il y a quelque temps, un blessé pour *hernie double*. Le chirurgien peut-il compter 350 fr. × 2 (puisqu'il y a, en somme, 2 opérations distinctes), ou 350 fr. simplement. Dr P.

Réponse.

1° Il s'agit là de pansements multiples *non situés* sur un même segment de membre (art. 14) : prix d'une visite ou d'une consultation pour *chacun* des pansements, soit, en l'espèce deux par séance.

2° Je ne pense pas qu'on puisse compter deux fois une opération de cure radicale pour une hernie double, puisqu'il n'y a pas deux fois tous les éléments d'une telle intervention (préparatifs, anesthésie, champ opératoire, etc.). Et cependant, il y a une complexité spéciale d'intervention, qui me semble mériter une majoration. Je crois légitime que vous demandiez 500 fr. au lieu de 350. C'est là un avis personnel puisque je n'ai, sur ce point, aucun précédent à vous fournir. Aussi, je vous prie de me dire ce qui en sera advenu.

Dr F. Decourt.

Applications du Tarif Maginot

Corset plâtré

Erratum. — *Je n'ai pas de chance avec le « corset plâtré ».* Voilà maintenant que le prote a imprimé 50 francs pour la pose de ce corset, alors que j'avais écrit *cent cinquante francs* qui est le prix indiqué sur le tarif. Je rectifie donc cette erreur... qui n'est pas mienne.

Dr F. Decourt.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Miscellanées

Métrorrhagies

La pathogénie en est, souvent, délicate : excluons le cancer et le fibrome, il reste la *métrite hémorrhagique.*

Par quoi a-t-elle été causée ? Il est, parfois, difficile de l'établir.

On fouillera, scrupuleusement, le passé de la malade.

A-t-elle fait des fausses couches ; a-t-elle été infectée par la blennorrhagie ou la syphilis ; ses urines contiennent-elles du sucre ou de l'albumine ?

La connaissance de la cause éclairera le diagnostic, aidera au pronostic, permettra plus sûrement le traitement.

Choisissons, si vous le voulez bien, ce cas banal, que le praticien rencontre, chaque jour, en clientèle : celui d'une femme jeune, mariée ré-

cemment et qui, n'ayant jamais eu de « retard », n'ayant pas d'enfant, se plaint de menstrues abondantes, de longue durée, lesquelles se reproduisent souvent, plusieurs fois par mois, et ressent, de ce fait, une grande fatigue, des maux de tête, de l'anorexie, de l'anémie.

Qu'y a-t-il à faire ?

Ici, les avis sont partagés :

Les chirurgiens préconiseront le curettage, ou curage comme disait Auvard, les médecins, la temporisation, avec l'essai d'une thérapeutique appropriée.

Voici ce qu'on peut conseiller, comme nous l'avons fait, maintes fois, avec succès :

1° Repos au lit, en décubitus dorsal, à partir du 6e jour des règles ; injection vaginale d'eau bouillie, chaude, matin et soir (2 litres par injection) ;

2° Le matin : à 10 heures, et l'après-midi, à 16 heures un *cachet de mammelle* ;

3° Une heure avant chaque repas, de 10 à 15 gouttes du mélange suivant :

Glycérine	30 grammes
Ergotine	5 —

4° Quelque temps après chaque repas, soit une *ampoule de sérum de cheval*, soit une cuillerée à bouche de *sirop hématopoiétique*.

Je ne désigne, à dessein, ici aucune des spécialités à base de sérum équin qui réclament actuellement l'attention du corps médical ; c'est à chacun de nous de baser sa religion sur sa propre expérimentation clinique.

5° Pas de rapports sexuels. Et nous affirmons que :

La femme atteinte de métrorrhagie qui consentira à rester au lit, pendant l'intervalle de règles à autres, verra se produire une amélioration considérable dans son état.

Nous n'avons pas la prétention d'être un maître et d'enseigner *ex cathedrâ* des choses indiscutables.

Nous sommes un très modeste médecin. Pourtant (grâce à l'énorme publicité du *Concours*, dont nous nous honorons d'être l'humble collaborateur), nos notes, articles ou travaux ont été reproduits dans nombre de journaux techniques de Frnance et de l'étranger.

Nous ne disons pas : faites ceci, c'est parfait !

Nous disons : nous avons, depuis quelques années déjà, doublé le cap de la soixantaine : nous avons au cours de notre pratique usé de tel procédé ; appliqué telle thérapeutique ; tenté tel traitement ; ils nous ont donné satisfaction ; essayez-les !

Dr Galand, (Cambrai).

P. S. — Nous remercions, en ce commencement d'année, les confrères qui nous ont critiqué, ceux qui nous ont encouragé, ceux qui ont bien voulu nous demander notre avis sur différents sujets.

JURISPRUDENCE

COMMERÇANT. — DENTISTE. — ABSENCE D'ACTES DE COMMERCE. — CABINET DENTAIRE. — FONDS DE COMMERCE. — ASSIMILATION IMPOSSIBLE. — MISE EN VENTE. — LOI DU 17 MARS 1909 INAPPLICABLE.

COUR D'APPEL DE PARIS (6e ch.).

(28 juillet 1922.)

(*Gazette du Palais*, 19 nov. 1922.)

En principe, et tant qu'ils se bornent à la pratique de leur art, les dentistes ne sont pas commerçants et leur clientèle n'est pas dans le commerce.

Par suite, un cabinet dentaire ne peut être assimilé à un fonds de commerce, à moins qu'il ne soit justifié qu'en dehors des soins donnés à sa clientèle ou de la prothèse, le dentiste vend au public des produits dentifrices, appareils, brosses ou autres objets dont il fait un véritable commerce.

Faute de cette justification, le tribunal de commerce est incompétent pour ordonner la vente d'un cabinet de dentiste, dans les termes de la loi du 17 mars 1909.

La Cour,

En la forme, reçoit P. opposant à l'arrêt de défaut de cette chambre, en date du 4 février 1922 ;

Au fond :

Considérant que ledit arrêt a confirmé le jugement par défaut du Tribunal de commerce de la Seine, en date du 30 septembre 1921, lequel ordonnait, dans les termes de la loi du 17 mars 1909, à la requête des intimés, créanciers de l'appelant, la vente aux enchères publiques du fonds de commerce de cabinet dentaire, exploité par ce dernier, à Paris ; que l'opposant soutient, dans ses conclusions, que le tribunal de commerce était incompétent, puisque, lui, P. n'était pas commerçant ; mais qu'il convient aussi de se demander si, en tout cas, son cabinet dentaire peut être considéré comme un fonds de commerce susceptible d'être mis en vente, conformément à la loi du 17 mars 1909 ;

Or, considérant qu'en principe, et tant qu'ils se bornent à la pratique de leur art, les dentistes ne sont pas commerçants, et que leur clientèle n'est pas dans le commerce ; qu'un cabinet dentaire ne peut donc être assimilé à un fonds de commerce, à moins qu'il ne soit justifié qu'en dehors des soins donnés à sa clientèle ou de la prothèse, le dentiste vend au public des produits dentifrices, appareils, brosses ou autres objets, dont il fait un véritable commerce, ce qui n'est ni démontré ni même allégué par les intimés ; d'où il suit que le tribunal était incompétent pour ordonner la vente du cabinet de l'appelant, dans les termes de la loi de 1909 ;

Par ces motifs,

Annule l'arrêt de défaut susdaté ;

Infirme le jugement dont appel ;

Dit que le tribunal de commerce était incompétent pour ordonner la vente du cabinet dentaire de l'appelant ;

Déclare les intimés non recevables en leur demande, les déboute de leurs conclusions ;

Ordonne la restitution de l'amende ;

Condamne D. et L. aux dépens de première instance et d'appel.

Note. — Solution rentrant dans la jurisprudence. V. les renvois de la note I sous Agen 23 décembre 1921 (*Gaz. Pal.* 1922. 1.227). V aussi cet arrêt qui décide que le dentiste qui se borne à l'exercice de son art n'est pas assujetti à l'immatriculation au registre du commerce.

Commentaires.

Cet arrêt prouve une fois de plus qu'une profession libérale ne peut être assimilée à l'exploitation d'un commerce. Il en résulte d'abord que, tout comme pour un cabinet médical, la vente de la clientèle d'un dentiste est hors du commerce (trib. civ. de Pau, 14 fév. 1903), car, pour le dentiste comme pour le médecin, cette clientèle est le produit du choix libre et de la confiance des intéressés. Seule est licite la vente des objets mobiliers comme le droit au bail, ou encore certaines obligations de faire, ou de ne pas faire de la part du vendeur, à l'égard de l'acheteur. (Trib. civ. de Charleville, 30 juin 1904 ; Douai, 2e chambre, 25 mai 1906 ; Nancy, 2e chambre, 23 février 1909 ; Paris, 4e chambre, 10 mars 1910).

Il en résulte ensuite qu'un dentiste ne saurait être poursuivi devant le tribunal de commerce pour contestations, à propos de fournitures diverses, soit en instruments dentaires, soit en matières diverses, servant à la fabrication d'appareils de prothèse (Alger, 9 novembre 1904 ; Lyon, 3e chambre, 23 nov. 1909).

Mais, dans le même sens que l'arrêt ci-dessus de la Cour de Paris, a été rendu un autre arrêt de Paris (7e ch., 24 octobre 1908), attribuant compétence au tribunal de commerce pour la vente de produits dentifrices, fabriqués par le dentiste et vendus, non seulement à sa propre clientèle, mais encore au public par voie de réclame et de prospectus.

Un jugement du tribunal de commerce de la Seine, du 28 juin 1901, considère que ne se livre pas à des actes de commerce le dentiste, qui vend



à sa seule clientèle, et non au public, des produits dentifrices, pour les soins de la bouche.

La fabrication et la vente d'appareils de prothèse ne sauraient non plus donner à la profession de dentiste, ou de mécanicien dentiste, le caractère commercial. (Trib. comm. Seine, 4 août 1905 ; Lyon, 3e ch., 23 novembre 1909 ; trib. civ. Seine, (7e ch., 5 janvier 1909).

Ce jugement décide même qu'à propos de la confection de ses dentiers, moulages et autres appareils, le dentiste n'est pas assujetti à la loi prud'hommale du 27 mars 1907 pour les contestations avec ses mécaniciens ou employés.

Les cabinets dentaires sont souvent l'objet de contrats, pour la mise en société, en vue d'une exploitation commerciale. Ces contrats sont de droit commun et leur validité ne peut faire l'objet d'un procès que devant la juridiction civile et non devant la juridiction commerciale. Celle-ci doit se dessaisir d'office, si, devant sa barre sont appelées, pour y être jugées, des contestations soulevées au cours de la société qui aurait été créée en vue de l'exploitation de ce cabinet.

Dans le même sens, le tribunal de commerce de la Seine a jugé, le 1er août 1902, que le chirurgien-dentiste, n'étant pas commerçant, ne fait pas acte de commerce, en signant un contrat dont l'objet est uniquement une réclame professionnelle.

Dr Paul Boudin.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Délivrance d'appareils de prothèse aux pensionnés de guerre.

I

15502. — M. Antier, député, expose à M. le ministre des pensions que pendant la mobilisation au Puy de M. T..., engagé spécial pour la durée de la guerre, l'autorité militaire lui a délivré un dentier pour la pose duquel on lui a extrait ses six dernières dents et qui a été si « saboté » suivant l'expression des médecins civils, que M. T... ne peut plus aujourd'hui mastiquer et a contracté une maladie d'estomac ; qu'il a réclamé un nouvel appareil et qu'après une première lettre du ministère lui promettant satisfaction, il lui est actuellement répondu que les engagés spéciaux n'ont pas droit à l'appareillage aux frais de l'Etat et demande s'il n'estime pas qu'après avoir enlevé toutes les dents de l'intéressé pour lui poser un appareil inutilisable, il serait équitable de les lui remplacer par un appareil convenable qui lui rende la mastication possible. (*Question du* 21 *novembre* 1922.)

Réponse. — Il appartient à l'intéressé s'il est pensionné pour lésion dentaire ou maxillo-faciale au titre de la loi du 31 mars 1919, d'adresser une demande au directeur du service de santé de sa région, en vue d'obtenir la délivrance d'un appareil de prothèse.

(*J. O.*, 27 janvier 1923.)

II

16158. — M. Tranchand, député, demande à M. le ministre des pensions si un blessé de guerre, réformé sans passer par un centre, dont l'état nécessite un appareil qu'il se procure à ses frais, peut prétendre à être indemnisé de ses frais occasionnés par l'achat de cet appareil. (*Question du* 31 *décembre* 1923).

Réponse. — Le remboursement des appareils achetés par les mutilés dans le commerce ne peut être effectué que si leur achat a été préalablement autorisé par les services d'appareillage.

(*J. O.*, 27 janvier 1923.)

Soins à un marin malade.

16155. — M. Ernest Lamy, député, demande à M. le Ministre des Travaux publics, au cas où, sur un bateau au-dessous de 50 tonneaux, un matelot tombe à la charge de la caisse de prévoyance, si les frais de médecin, de pharmacien incombent à la caisse de prévoyance ou au matelot ? (*Question du* 30 *décembre* 1922).

Réponse. — La loi du 19 avril 1910 spécifie que l'allocation sur la caisse de prévoyance : pension ou indemnité journalière au taux légalement fixé, est payée à compter du jour de la mise à terre au marin débarqué malade ou blessé d'un bateau de pêche de la catégorie du petit armement. La doctrine du département en la matière a été fixée jusqu'à présent par une dépêche ministérielle du 7 novembre 1914 spécifiant que la loi visée ci-dessus a pour but d'alléger pour le petit armement les charges résultant de l'article 262 du code de commerce, mais n'a pu modifier les dispositions de cet article en ce qui concerne l'obligation pour l'armateur de payer les frais de médecin, de pharmacien et d'hospitalisation. Une enquête est prescrite dans les quartiers d'inscription maritime sur le point de savoir si l'observation stricte de cette doctrine n'est pas de nature à soulever des difficultés.

(*J. O.*, 3 février 1923).

Quarante-cinquième année. N° 8 25 Février 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur MAGUIN, de Reuilly (Indre), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 86. — Docteur, ex-interne des hôp., libre après-midi, cherche occupation dans clinique ou autre.

N° 87. — Une place d'interne est vacante à l'Institut Calot, Berck-Plage (P.-de-C.). Conditions : logé, nourri et 400 fr. par mois. S'adr. à M. Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, sam. et lundi, 2 à 4 h.

N° 88. — A vendre bien reliées, exc. état, collections de *La vie automobile* 1901 à 1921 ; *Omnia* (La locomotion) 1906 à 1913.

N° 89. — Jeune femme recommand. par docteur cherche emploi secrétaire chez un docteur, ou clinique ou laboratoire, bonne dactylo, brévigraphe très rapide.

N° 90. — Le Dr Ruyssen, Haubourdin (Nord) recommande à ses confrères, ses volailles de race pure, hautement primées partout, poulettes en ponte, œufs à couver, reproducteurs, prix confrat. rens. contre timbre.

N° 91. — Docteur faisant radiologie et électrol. cherche place assist. ou clinique Paris ou banlieue.

N° 92. — A prendre de suite bon poste de médec. seul dans chef lieu de canton, on préfère un médecin ayant déjà exercé. S'adr. au maire de Monthureux-sur-Saône (Vosges).

N° 93. — Auto Corre La Licorne, 8 HP. 1916, éclair. électr. parfait état. Prix dem. 6.000 fr.

N° 94. — Renault, 9 HP. 1913, conduite intér., 3 pl, état neuf garanti. Dr Robert, à Joigny.

N° 95. — A céder à 1 h. de Paris, excell. poste seul méd. Beau rayon. Contrée riche et agréab. Maison confort. Rapport. 40.000 fr. suscept. augment. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

N° 96. — Clinique très bien installée à reprend. Paris environs gare de l'Est. Très grd. appart. Instal. nouvelle, long bail au gré du preneur, nombreux moyens de communications. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

CORRESPONDANCE

Un témoignage de satisfaction

Le *Concours* m'a bien souvent rendu service ! Ce printemps encore, le *Concours* a bien voulu donner mon nom à un médecin du Nord qui adressait une malade à X. Cette bonne cliente, que je possède toujours et dont la santé s'est merveilleusement transformée à X., vient de me régler mes honoraires 1922. Je me permets d'en distraire 60 fr. et de les envoyer au *Concours* par virement chèque postal, pour bons offices du journal.

Mais bien mieux que peut le faire cette modeste somme d'argent, je tiens à adresser au *Concours*, aux confrères dévoués et altruistes qui le dirigent — à son aimable administrateur — mes très vifs sentiments d'estime et d'affection. Lecteur du *Concours* depuis 23 ans — à mon installation — je me suis toujours efforcé de suivre leurs conseils et m'en suis toujours bien porté. Aussi, à nos réunions Syndicales, je parle régulièrement du *Concours* et de ses œuvres, et je voudrais, pour le bonheur de la corporation médicale, que tous les médecins en fassent partie.

Dr R.

Réponse.

Merci à notre sympathique correspondant de son don généreux et de ses amicales félicitations.

La Rédaction.

Diphtérie et angine de Vincent

Par le Dr Constant.

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy,
Médecin consultant aux Eaux de Vittel

Il s'agit d'un garçonnet de 10 ans dont je soignais la famille pendant l'été dernier. Au bout de 6 à 7 jours, il fut pris de fièvre, 38°5 à 39°. Mauvais état général, sans toutefois accuser de localisation particulière.

Après investigations, j'examinai la gorge. Sur l'amygdale droite, peau blanchâtre se détachant difficilement. Adénopathie sous-maxillaire très accentuée surtout à droite. Prélèvement, et sans attendre le résultat du laboratoire, je fis à l'enfant une dose massive de 20 cc. de sérum antidiphtérique.

Heureusement, car pendant l'espace d'une heure qui s'était écoulé entre ma première consultation et l'injection, la gorge était totalement envahie par des fausses membranes. Toux légère.

Au bout de 36 heures, tout danger était conjuré ; les fausses membranes avaient disparu, mais il res-

tait sur l'amygdale droite, foyer d'apparition de la diphtérie, une excavation profonde aux bords ulcérés et un peu sanieux, type caractéristique de l'angine de Vincent. (L'examen du laboratoire avait été positif quant à la diphtérie).

Les badigeonnages à la teinture d'iode ont eu facilement raison de cette manifestation et dix jours après ces incidents, l'enfant jouait gaiement dans le parc de l'établissement.

Le placenta prævia central

J'ai lu dans le dernier numéro du *Concours* un article détaillé du docteur Ricolfi sur un cas de placenta central. Je vous en cite un autre où j'ai tenu une conduite toute différente.

Appelé de visite il y a 2 ou 3 mois dans la campagne à 2 heures de chez moi, je me trouve en face d'une secondipare qui avait eu un gros enfant il y a 5 ans, et à terme. Maintenant elle est sûre, me dit-elle, d'être enceinte de huit mois et 4 ou 5 jours.

Elle ne souffre pas beaucoup, mais elle saigne depuis une heure 1/2 sans arrêt. En effet elle présente les signes qui prouvent que cet état de choses ne peut se prolonger sans danger entiérement sérieux.

Le fœtus souffre.

Je touche : placenta central avec dilatation comme 1 franc. Je n'hésite pas ; j'avais de l'ergotine : j'en fais une demi ampoule, pour commencer.

Excellents résultats. Au bout de 20 minutes, l'hémorragie était à peu près arrêtée et les contractions utérines se firent nombreuses et beaucoup plus fortes.

1 heure après, la dilatation était presque terminée.

Le fœtus souffrait de plus en plus.

Il fallait en finir rapidement.

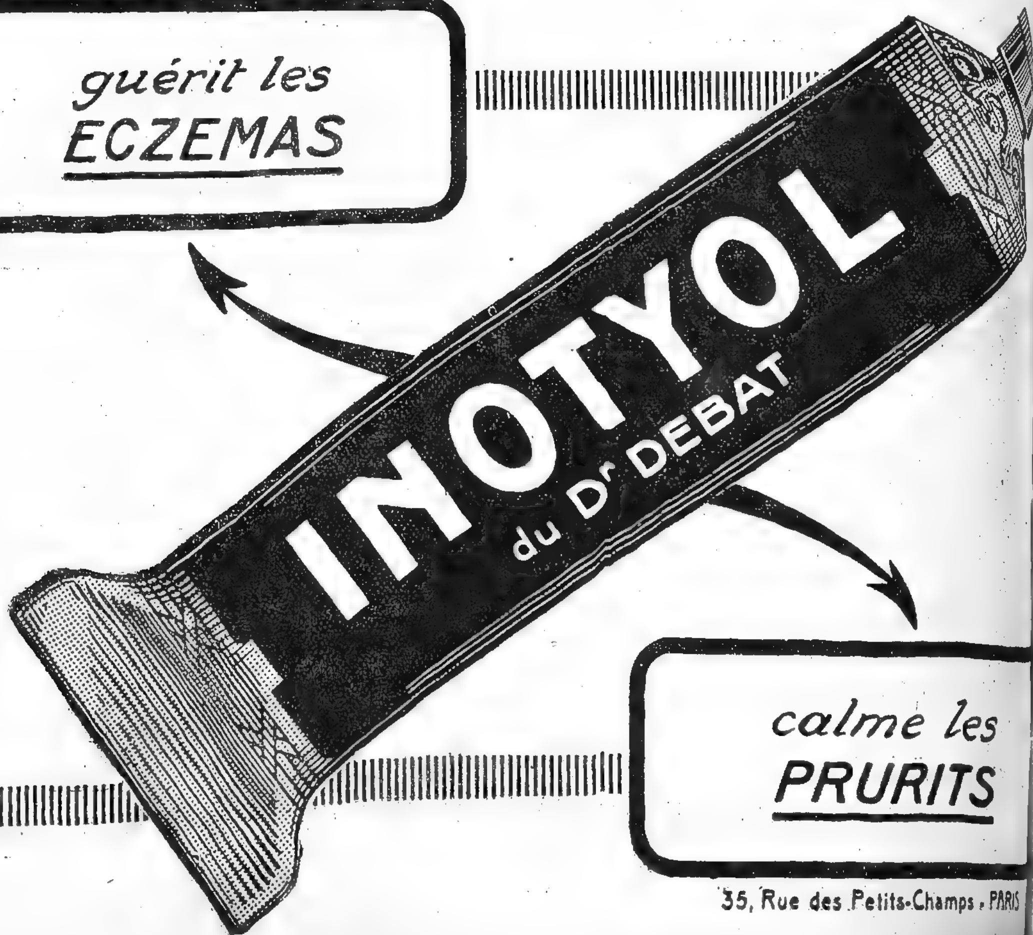
J'ai décollé le placenta assez facilement ; je l'ai sorti et l'ai fait maintenir par un aide près de la vulve. Je suis vivement allé chercher un pied et j'ai fait une version très rapide. Il est vrai que je savais que cette manœuvre réussirait puisque que j'avais affaire à une parturiente de 8 mois, normalement constituée.

Je crois que le décollement préalable du placenta, assez facile, c'est vrai, — autrement je n'eus pas insisté — a été une bonne chose, car souvent, je me l'imagine du moins, n'ayant pas eu d'autre placenta central, le placenta troué doit être une cause de dystocie pour la tête dernière.

J'ai eu un enfant en mort apparente mais qui, au bout d'un moment, est revenu à la vie.

La mère et l'enfant vont bien.

Dr Roos.
(Coucouron).



La propagande de la « Mutualité Familiale »

Pourriez-vous me dire quelles décisions vous avez prises à la suite de l'Assemblée générale ? Je voudrais faire de la propagande autour de moi, car vous savez que depuis longtemps je suis un dévoué du « Concours » et de ses œuvres. Le difficile est de savoir quel mode employer.

Nous avons dans notre région toute une pléiade de confrères jeunes, actifs, bien portants, presque tous mariés : ils sont des adeptes tout désignés de notre Mutualité familiale. Je puis leur citer mon exemple : quand j'avais 28 ans, je comptais sur le patrimoine familial, la dot de ma femme, etc., etc. Je ne prévoyais pas les catastrophes industrielles dans lesquelles la famille de ma femme s'est trouvée peu à peu ruinée, les cinq années de guerre pendant lesquelles il a fallu vivre sur le capital, la cherté de la vie et par contre la diminution de la clientèle, la santé ébranlée. J'ai 52 ans, je suis diminué à tous points de vue et il faut que je tienne le coup jusqu'au bout. Heureusement que je puis compter sur la Mualité familiale.

Réponse.

Envoyez-moi la liste de vos jeunes confrères et je leur adresserai les documents qui peuvent les éclairer. Quand vous aurez l'occasion de leur parler de la Mutualité familiale, vous trouverez alors un terrain préparé à vous entendre : ils sauront de quoi il s'agit, ils connaîtront nos combinaisons diverses et il vous suffira de leur confirmer le sérieux de notre œuvre, sa situation prospère, les garanties qu'elle offre. Vous y joindrez quelques conseils et il ne vous sera pas difficile de faire des adhérents.

L'envoi des documents aux confrères dont les noms nous sont donnés par nos anciens sociétaires si dévoués nous a paru le meilleur moyen à employer. Nous savons que certains de ces derniers ont souvent reculé au moment d'aborder la question.... avec la manière que nous avons adoptée, nous leur évitons le plus difficile.

Nous tenons d'ailleurs des tracts de propagande à la disposition de tous ceux qui voudraient en distribuer : il suffit de m'en demander.

A. Mignon.

Déduction des dépenses professionnelles des bénéfices médicaux

Nouvellement installé et n'étant pas bien au courant de la façon d'établir la déclaration des bénéfices professionnels, je me permets d'avoir recours à votre journal pour me donner certains renseignements à ce sujet.

Je croyais qu'il fallait simplement en fin d'année

retrancher du montant des honoraires perçus au cours de l'année le total des dépenses se rattachant à ma profession (frais d'autos, assurances, journaux médicaux, achats d'instruments) et tabler sur cette différence pour établir ma déclaration.

Certaines personnes m'ont dit que je ne devais pas procéder ainsi ; pour chacune des visites faites, je ne devais porter sur mon livre de compte que le montant de la visite diminuée de la dépense faite pour cette visite. Je prends un exemple : en supposant que je fasse payer une visite 30 fr. et que j'aie dépensé (tous frais comptés) 15 fr. pour cette visite, je ne devais faire figurer que la somme de 15 fr. sur mon livre. Ce qui revient en somme à calculer une fois pour toutes ce que je dépense au kilomètre parcouru et à ne porter sur mon répertoire que mon bénéfice réel.

Je me permets de vous demander ces renseignements parce que l'année dernière j'avais déclaré une certaine somme calculée comme je vous l'ai exposé plus haut et le fisc m'a taxé d'office d'une somme supériure de 2.000 fr. au chiffre que j'avais indiqué.

Dr P.

Réponse.

Les médecins doivent l'impôt sur le bénéfice net produit annuellement par l'exercice de leur profession.

Le bénéfice net est constitué par la différence entre les recettes totales : montant des honoraires, et les dépenses professionnelles ; rémunération des aides, domestiques, frais de déplacements, de bureau, d'entretien des voitures, impôts relatifs à la profession, etc.

Ils ne sauraient défalquer, après chaque visite, du montant de la consultation, les dépenses occasionnées par elle et porter sur le livre la nouvelle somme ainsi obtenue. Cette manière de faire aurait pour résultat de fausser le total des sommes réellement encaissées et paraîtrait de nature à dissimuler les bénéfices. En tout cas, elle serait contraire aux règles adoptées pour l'établissement du bénéfice net.

C'est le total des frais généraux qui doit être déduit des honoraires.

Si le fisc a réintégré dans les bénéfices une somme de 2.000 fr., c'est que certaines dépenses imputées aux frais généraux n'étaient pas inhérentes à l'exercice de la profession ou que le montant paraissait exagéré.

A. MARTINOT,
Conseiller Fiscal.

La congélation peut être un accident du travail

Je viens comme abonné et comme praticien vous poser la question suivante :

En décembre 1921, un ouvrier déménageur vient me trouver l'après-midi, présentant une *gelure com-*

plète de l'index, gelure qui s'était produite en manipulant dans la matinée des caisses à la gare par un froid très vif. L'ouvrier avait le doigt complètement mort, mais ne se rendait pas compte qu'il était perdu. Je dus par la suite l'amputer : il est resté avec une infirmité permanente.

Je lui délivrai en temps et heure un certificat d'accident du travail, et plus tard un certificat de guérison.

Aujourd'hui la Compagnie d'assurance prétend que l'accident est le résultat des forces de la nature, que ce n'est pas un accident du travail, quoique survenu au cours du travail et qu'elle n'est pas responsable.

Y a-t-il eu des cas identiques déjà jugés par les tribunaux ? Je vous serais obligé de me renseigner.

Dr S.

Réponse.

Il y a eu des décisions judiciaires en sens contraire sur l'admission de la congélation d'un membre comme accident du travail. Cette divergence d'interprétation provient surtout de la différence des espèces jugées.

Un arrêt de la Cour de Nancy, du 6 février 1902 (*Recueil du ministère du travail*. III.113) a admis qu'il y avait accident du travail lorsqu'un ouvrier avait eu les mains gelées en transportant de la glace, les mains nues.

M. Sachet, dans son Traité sur les accidents du travail, édition de 1909, n° 278, considère que « l'action soudaine d'une basse température qui détermine la congélation d'un membre ou le décès de la victime présente les caractères d'un accident ». Il cite le cas d'un casseur de pierres qui a eu les orteils gelés pendant le travail de sa profession, en suite de l'action soudaine d'un grand froid.

Il semble bien que dans votre espèce cette action soudaine doit être admise. C'est en manipulant des caisses, elles-mêmes sans doute à une température très basse, par un froid très vif, que la gelure s'est produite. On se trouve donc en présence d'un cas se rapprochant beaucoup de celui de l'ouvrier qui transportait des blocs de glace, jugé par la Cour de Nancy.

Le déménageur n'a pas su de suite que son doigt était gelé, mais il s'est aperçu qu'il était « mort ». C'est donc qu'il y a eu cette action soudaine qui est un élément de l'accident.

A notre avis, l'ouvrier pourrait donc avec chance de succès poursuivre son patron pour demander l'indemnisation de cet accident conformément à la loi de 1898 et vous-même pourriez réclamer le payement de vos honoraires au patron.

Privilège du médecin en cas de soins à des blessés du travail

Je serais très heureux d'avoir votre avis de jurisconsulte éclairé, sur le fait suivant qui intéresse quelques médecins de H.

Une Compagnie s'assurant elle-même pour les accidents pouvant arriver à ses ouvriers, fait faillite. Comment sauvegarder les droits des médecins qui ont donné des soins à ses accidentés ? Leur créance est-elle privilégiée ?

Si l'actif est inférieur au passif, ont-il recours devant la caisse de garantie prévue par l'Etat ?

Peuvent-ils réclamer leurs honoraires directement à l'ouvrier accidenté qui les a choisis, l'ouvrier se trouvant vis-à-vis de la Compagnie défaillante dans la même situation que son médecin au point de vue de ses droits.

Merci d'avance en mon nom et au nom des confrères intéressés.

Dr C.

Réponse.

L'article 23 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail a ajouté à l'article 2101 du Code civil, sous le no 6, un privilège pour « la créance de la victime de l'accident ou de *ses ayants droit* relative aux frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail ».

Il est certain que le médecin, qui a en outre une action directe contre le chef d'entreprise, est un des ayants droit visés par la disposition précitée et qu'il doit par suite obtenir le bénéfice du privilège. A notre connaissance, aucune décision judiciaire n'a été rendue sur la question et, chaque fois que nous avons conseillé à nos adhérents de demander la collocation privilégiée dans une faillite, ils ont eu gain de cause sans avoir à plaider.

C'est donc bien le cas, lorsqu'un chef d'entreprise est en faillite, ou en liquidation judiciaire, de réclamer le bénéfice du privilège et ce même, souvent, si le chef d'entreprise était assuré. Le médecin, en effet, n'a pas d'action directe contre l'assurance et, dans le cas où il voudrait, conformément à l'article 1166 du code civil, faire valoir les droits de son débiteur, créancier lui même de la Compagnie, par ce que l'on appelle l'action oblique, il risquerait de se voir opposer les exceptions qui sont opposables au chef d'entreprise lui-même. Or, il arrive souvent que le failli est en déchéance à l'égard de son assurance, à défaut de payement des primes, par exemple.

La Caisse de garantie de l'Etat ne couvre pas les frais médicaux ni les indemnités journalières, mais seulement les indemnités mises à la charge des responsables à la suite d'accidents ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente, c'est-à-dire les rentes.

Le médecin peut, en principe, réclamer ses

honoraires à l'ouvrier, sauf à celui-ci à se retourner contre son patron. L'ouvrier bénéficierait évidemment du privilège. Mais puisque le médecin a une action directe contre le patron et bénéficie lui-même de ce privilège, ce détour, à moins de circonstances particulières, ne semble pas utile.

Passage dans la réserve et la territoriale

Abonné au *C. M.* et membre du « Sou médical » j'ai recours à vos lumières pour savoir quelle doit être actuellement ma situation militaire.

Classe 1914, nommé médecin aide-major de 2e cl. à titre temporaire le 14 septembre 1917, démobilisé le 9 septembre 1919, nommé depuis à titre définitif. Je suis veuf, père de 4 enfants. N'ai-je pas droit à passer dans la territoriale ? Même comme officier de réserve ?

Dr X.

Réponse

Les réservistes qui sont pères de quatre enfants passent de droit et définitivement dans l'armée territoriale.

Les pères de six enfants passent de droit dans la réserve de l'armée territoriale. (Art. 84 de la loi du 21 mars 1905).

G. F.

Inscription sur les listes des bénéficiaires de l'article 64 de la loi des pensions

Pourriez-vous me donner soit directement, soit par l'intermédiaire de la correspondance du *Concours*, votre avis sur le cas suivant qui pourrait ; je crois, intéresser le Corps médical :

Un de mes clients atteint de tuberculose pulmonaire et réformé de guerre à 80 % pour ce motif se voit refuser par la mairie son carnet de visites comme bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919, sous prétexte qu'il ne veut pas remettre son certificat de réforme où le diagnostic de sa maladie est porté. Cet homme qui est voyageur de commerce craint que la divulgation de son état le gêne dans ses relations et n'a pas confiance dans la discrétion des secrétaires de mairie qui ne sont pas tenus au secret professionnel.

Je vous serais reconnaissant de me dire s'il est dans son droit, et, dans l'affirmative, s'il y a un moyen de forcer la mairie à lui remettre tout de même son carnet pour qu'il puisse jouir des soins gratuits.

Dr P.

Réponse.

Pour bénéficier des soins gratuits alloués par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, il faut que l'intéressé se fasse inscrire sur les listes spéciales prévues par cet article.

Voir la suite page XLIII-669

PROPOS DU JOUR

L'orientation du syndicalisme médical. M. H. Berthélemy, doyen de la Faculté de droit de Paris, et la réforme administrative

Lorsque, dans le *Concours médical* du 28 janvier, nous avons publié un Propos du Jour sur le syndicalisme médical, nous ne nous doutions guère que nous allions soulever des protestations.

Nous venons de recevoir une lettre de M. le Dr Prallet, secrétaire du Syndicat de la Haute-Savoie, que nous allons publier tout d'abord pour montrer une fois de plus qu'il n'est pas dans nos mœurs d'esquiver la discussion et que nous savons donner place aux critiques sincères, même quand elles ne nous paraissent pas absolument justifiées :

Bonneville, 9 février.

Honoré confrère,

A propos de l'assemblée générale de l'Union, vous écrivez dans le *Concours* du 28 janvier : « Comme le faisait remarquer un délégué, un syndicat fort, peut se passer de contrat, et imposer toute sa volonté, ce qui, du reste, *serait mauvais*, car toute vie sociale exige le respect des intérêts d'autrui et la prise en considération des intérêts des autres, etc.. »

Etant visé, permettez-moi deux mots de réponse pour le *Concours*.

Qu'ai-je dit à l'assemblée de l'Union ?

En substance ceci : « A part l'assistance aux indigents et nécessiteux, pour lesquels nous n'hésitons pas à faire tous les sacrifices possibles, nous faisons des contrats quand nous les jugeons avantageux, nous les repoussons dans le cas contraire ; mais notre grand désir, notre idéal, serait de repousser tout contrat collectif, paratonnerre dangereux qui bien souvent attire la foudre sur ceux qu'il devrait protéger, tout le monde à la loi commune, au tarif ordinaire, sauf les indigents ».

En l'occurence, notre syndicat n'a pas l'honneur de votre approbation : il le regrette, comme il regrette de ne pouvoir partager le bel optimisme de l'assemblée dans son acceptation des 1 fr. 24 et 1 fr. 27 le kilomètre et dans son approbation tacite de la 3e catégorie.

Qui a raison ?

L'avenir nous le dira.

Pour aujourd'hui, laissez-nous déplorer vos appréhensions que rien ne justifie.

Notre volonté ? Mais jusqu'ici ne l'avons-nous pas imposée tout entière à notre clientèle, à des millions et des millions d'individus ? Fut-elle jamais tyrannique, méconnaissant, et celle de nos clients et leurs intérêts ?

Ce que, syndiqués ou non, les médecins n'ont pas fait aux particuliers isolés, faibles par conséquent, vous craignez qu'ils le fassent aux puissantes collectivités.

C'est bien mal nous connaître.

Tous ceux qui respectent le vieux militant que vous êtes n'apprendront pas sans un douloureux étonnement qu'à l'heure où nous subissons de toutes parts des assauts répétés contre notre indépendance et notre honorabilité, vous craignez que nos méchants (!) syndicats imposent leur volonté à ces pauvres (!) et faibles (!) collectivités qui s'appellent : sociétés de secours mutuels, compagnies d'assurances, municipalités, département, Etat ?

Dr Prallet.
Secrétaire du Syndicat des médecins de la Haute-Savoie.

M. le Dr Prallet s'est cru visé : il se trompe ; en écrivant la phrase qui motive sa lettre, nous ignorions que le délégué dont nous signalions l'opinion judicieuse, était le secrétaire du Syndicat de la Haute-Savoie. Nous avions averti dès le début de notre article que, n'ayant pu assister à l'Assemblée générale, nous n'en parlions que par ouï-dire.

En affirmant qu'il serait mauvais de vouloir imposer toute notre volonté *si nous étions tout puissants*, car toute vie sociale exige le respect des intérêts d'autrui, et la prise en considération de la volonté des autres, nous ne pensions pas provoquer chez ceux qui nous connaissent de *douloureux étonnement*, ni leur donner l'impression que nous prenons en pitié les collectivités qui rêvent de nous opprimer et auxquelles notre correspondant fait allusion. Nous avons simplement émis une opinion qui nous paraît juste, et qui, à l'heure actuelle, est une moralité d'ordre banal, à savoir qu'il est toujours mauvais de vouloir abuser de sa force et que l'on finit toujours par être victime de cet abus.

Dans le domaine de la politique, l'Allemagne vient d'en faire l'expérience. Mais ceci est un hors-d'œuvre et de la théorie, car notre syndicalisme médical est encore fort loin de disposer d'une puissance qui lui permette d'en faire abus. Nous ne redoutons pas et n'avons jamais redouté

la lutte contre ceux qui ont voulu nous opprimer, pas plus dans le présent que dans le passé. Ce n'est pas nous qui avons jamais quémandé des privilèges et des honneurs qui auraient pu gêner notre action et brider notre plume. Ce n'est pas nous qui avons désavoué nos collaborateurs et pris les responsabilités quand, par deux fois, alors secrétaire de l'Union, nous fûmes en correctionnelle répondre d'actes et d'écrits que nous approuvâmes hautement, bien que n'en étant pas l'auteur. Et ce n'est pas après trente ans d'un syndicalisme qui ne fut pas inactif, et alors que nous sommes dépourvu de la plus petite ambition, hors celle de voir prospérer les œuvres de défense auxquelles nous nous sommes consacrés pendant plus de la moitié de notre vie, que nous aurions trouvé notre chemin de Damas. M. le Dr Prallet peut se rassurer sur ce point.

Mais nous le répétons, le syndicalisme médical, comme le syndicalisme en général, ne peut vivre, se développer, prospérer et être utile qu'en tenant compte des intérêts d'autrui. Tous les efforts de notre action syndicale ont consisté jusqu'ici à rechercher, à démontrer que, quoiqu'on en dise, *l'intérêt du médecin est étroitement lié à l'intérêt général.* C'est pour cela que nous avons exigé et exigerons toujours le respect du secret professionnel ; c'est pour cela que nous avons imposé, dans chacun de nos contrats, le libre choix du médecin, auquel nous avons jadis donné nous-même le nom de *liberté de confiance* ; c'est pour cela que nous avons réprouvé et repousserons toujours le forfait immoral dans lequel la rémunération est en raison inverse du travail produit et du dévouement mis en œuvre.

***

A ce propos, le syndicalisme médical tel que nous l'avons conçu et que nous nous sommes efforcé de l'établir, répond à l'objection que M. H. Berthelemy, doyen de la Faculté de droit de Paris, fait au syndicalisme en général dans la préface de la nouvelle édition de son *Traité de droit administratif,* que M. Maurice Reclus vient d'analyser et de commenter dans le *Temps* (1). M. H. Berthelemy admet que notre édifice administratif, de construction savante et robuste, est actuellement lézardé au point de nécessiter de sérieuses réparations. Les causes de cette fâcheuse situation sont celles que nous avons toujours dénoncées ici : l'intrusion de la politique dans toutes les administrations, d'où la confusion des pouvoirs, le favoritisme éhonté contre lequel tout le monde proteste et dont tout le monde profite (y compris les médecins et les syndiqués), l'intervention de l'Etat où il n'a que faire (exemple : les soins aux réformés), la délégation de la puissance publique par l'Etat à des missions incompétentes (nous le constatons tous les jours en matière d'hygiène et d'assistance) ; la tutelle des pouvoirs centraux sur les organisations locales, qui fait avorter toute initiative et rend toute réalisation rapide impossible (quel est le médecin qui ignore les formalités exigées pour qu'une commune obtienne l'autorisation de réaliser la plus petite amélioration en hygiène, et le temps qu'il faut pour qu'un projet suive la filière, avant d'avoir reçu l'approbation indispensable ? Enfin, la lenteur de la justice administrative qui ne permet pas le redressement des erreurs en temps utile.

Trois formules, d'après M. H. Berthelemy, prétendent pouvoir porter remède à cette situation de plus en plus intolérable : la formule régionaliste, la formule syndicaliste, la formule industrialiste.

Le *régionalisme* : M. Berthelemy affirme qu'il est appliqué dans toutes les administrations où il peut être utile (militaire, universitaire, judiciaire, agricole et ferroviaire). M. Berthelemy affirme que le reste du régionalisme est un mirage ou de la littérature.

Le *syndicalisme* : M. Berthelemy le considère comme un « péril » procédant d'une « néfaste utopie ». Tout en reconnaissant qu'il est une formule intéressante constituant une garantie contre les mesures oppressives et l'omnipotence gouvernementale, il lui reproche de ne pouvoir s'occuper que des intérêts particuliers d'une profession et de ne pas se soucier des intérêts généraux. C'est justement pour parer à ce reproche que l'on fait au syndicalisme, que nous avons toujours proclamé que les intérêts bien compris du syndicalisme médical devaient toujours s'accorder avec les intérêts généraux de la population.

L'*industrialisme* : Demander à l'Etat d'appliquer dans ses administrations les méthodes de l'industrie est, selon M. Berthelemy, aller contre l'évidence ; l'expérience a cent fois démontré l'incapacité totale où se trouvait l'Etat de gérer raisonnablement un commerce ou de diriger une usine.

(1) *Le Temps*, feuilleton du 10 février 1923. Les Idées et les Lois. M. H. Berthélemy et la réforme administrative par Maurice Reclus.

Malheureusement, les critiques de M. H. Berthelemy ne lui permettent pas de donner le remède désiré à la menace d'effondrement de notre édifice administratif. Il espère que les parlementaires comprendront les inconvénients de la confusion des pouvoirs et qu'ils renonceront au favoritisme. Hélas ! Comment M. le doyen de la Faculté de droit de Paris peut-il s'illusionner à ce point ? C'est un peu comme si par persuasion l'on espérait rendre sobre un ivrogne. Il voudrait qu'on réduisît le nombre des ministres, qu'on assurât la stabilité ministérielle, que l'on simplifiât les formalités administratives, que des «Corps de compétences» fussent associés au travail législatif du Parlement. Demander que tout cela soit réalisé par nos parlementaires actuels, cela nous paraît un mirage encore plus décevant que celui du régionalisme, et nous semble une utopie aussi néfaste (pour nous servir des termes de M. H. Berthelemy) que le syndicalisme intégral.

N'est-il pas possible d'être éclectique, de ne pas aller jusqu'à l'intégralisme absolu et de demander aux trois formules régionaliste, syndicaliste et industrialiste, ce que chacune pourrait donner de bon dans la réforme nécessaire ? Le syndicalisme ne pourrait-il pas, aussi, fournir à l'Etat ce « Corps de compétence » que M. H. Berthelemy juge indispensable pour préparer l'œuvre législative du Parlement ? Nous n'avons pas les connaissances spéciales pour approfondir cette question: nous laisserons à d'autres, à Boudin, par exemple, qui bien plus que nous a médité et étudié ce problème, le soin d'éclairer nos lecteurs sur ce sujet. Mais il importe que ceux d'entre nous qui s'occupent de syndicalisme, réfléchissent longuement aux reproches qu'on lui adresse, et tâchent de mettre en accord le syndicalisme médical et l'intérêt public; sans cela, nos efforts de défense professionnelle seraient balayés par lui comme de légers nuages par le souffle violent d'une tempête.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CAUSERIES CHIRURGICALES

Culture physique chirurgicale et taxisme opératoire. Le style opératoire.

Par DARTIGUES.

L'étude tant soit peu poussée du dynamisme et du taxisme opératoires en rapport avec l'instrumentation, montre bien que si les actes chirurgicaux sont présidés par l'intelligence, il faut qu'ils correspondent d'une façon aussi adéquate que possible à cette intelligence qui les guide, en étant aussi rapides et aussi précis que ses ordres.

Par l'habitude et l'entraînement, les mouvements deviennent instinctifs, et, comme tout ce qui a été conçu et réalisé d'abord par la volonté et l'esprit de suite, ils rentrent, par la répétition incessante, en grande partie, dans le domaine du subconscient et celui des réflexes qui atteignent une précision et une rapidité extrêmes sans que, la volonté expressément intervienne.

J'ai montré, dans un autre article, que le développement de l'outillage entraînait celui des idées, et que la création matérielle est le point de départ de nouveaux concepts. Je pourrai en dire autant du mouvement physiologique : celui-ci, en se développant, en se multipliant et en se perfectionnant, crée à son tour de la pensée ; il porte en soi toute une évolution ; c'est pour cela qu'il ne faut pas en négliger l'étude analytique et synthétique et qu'il faut le cultiver suivant certains principes, pour obtenir de lui tout son rendement.

Les vrais virtuoses en art, surtout en musique, en chant, en éloquence, en tragédie, etc., et d'une manière générale dans toutes les manifestations de l'esprit humain qui nécessitent une alliance étroite avec le développement et l'assouplissement d'un organe transmetteur et réalisateur, sont obligés de s'entraîner méthodi-

◆◆

quement par une répétition continue jusqu'au degré de perfection voulue et de cultiver l'*organe traducteur de la pensée*.

Jusqu'ici, quels sont les chirurgiens qui se sont cultivés physiquement pour atteindre en leur art, qui comporte un côté physiologique moteur si important, un niveau plus élevé ? Quels sont les chirurgiens qui y ont même pensé ? Je sais bien, qu'instinctivement, beaucoup d'entre eux qui sont doués, arrivent au résultat désiré, et qu'en somme l'exercice manuel de la profession, fait progressivement, tient lieu de cette culture physique plus ou moins spécialisée ; mais n'empêche, que si dès le début on cultivait et entraînait spécialement cette motricité pour l'adapter à une fin, en somme scientifique, on arriverait à une meilleure et plus rapide exécution sans qu'on soit obligé d'y parvenir au détriment de ceux sur lesquels on fait ses jeunes essais et de plus, on éveillerait chez de nombreux l'instinct des mouvements utiles, efficaces et adéquats, car en se manifestant, *le sens moteur* se développe et s'empreint d'un caractère intellectuel. *L'ordre est de l'intelligence* ; les mouvements coordonnés sont une manifestation de celle-ci ; les mouvements désordonnés sont sous l'empire de l'ignorance et de l'incompréhension.

Par le travail et la volonté, il faut acquérir *la pensée motrice consciente* et la faire, par l'exercice continu, partie si intégrante de soi, qu'on en fait l'auxiliaire le plus précieux de l'action. Finalement, cette pensée motrice, en grande partie, rentre dans le domaine de l'intuition et du réflexe. Et c'est ainsi qu'on parviendra à acquérir ce qu'on peut appeler le *style opératoire*.

C'est la façon dont le chirurgien évolue avec plus ou moins d'aisance, au milieu de tous ces actes multiples réalisés par le dynamisme et le taxisme opératoires, et dans une participation personnelle physiologique originale, que constitue son style.

On a répété beaucoup, depuis Buffon, que le style, c'est l'homme. Eh bien ! on opère avec style, comme on écrit avec style, et le style opératoire, c'est le chirurgien. En somme, l'opération est un style au milieu d'une organisation bien comprise, et si je voulais faire de la littérature pour mieux me faire retenir par une comparaison fortement colorée, je dirais que c'est une strophe ou une phrase écrite dans la chair avec du sang et à la lumière de l'acier instrumental !

Que vise, en effet l'opération ? C'est d'accomplir une œuvre thérapeutique à moyens manuels et instrumentaux dans la sécurité aussi absolue que possible, c'est-à-dire en ne laissant rien au hasard, en ne laissant rien à l'aveugle, en pratiquant une *exérèse exacte*, par conséquent réduite au minimum de danger, en réalisant une *hémostase parfaite* qui est peut-être l'acte capital de la chirurgie, en soignant au suprême degré l'étanchéité et la *netteté des sutures*, et tout cela dans l'*asepsie la plus idéale*.

Ce but opératoire doit être poursuivi dans *la précision*, qui fait que l'acte va immédiatement à sa destination, dans la *méthode*, qui rejette impitoyablement tout ce qui est inutile, dans *la rapidité*, qui est généralement une des plus éminentes expressions de l'habileté et dont le résultat le plus appréciable est de tenir le moins longtemps, sous l'instrument du chirurgien, une chair souffrante, en tout cas au point de vue cellulaire, malgré tous les anesthésisques qui abolissent la conscience de la douleur mais en somme ne la suppriment pas.

Le chirurgien qui opère avec style est comme le géographe qui se dirige avec certitude sur ses cartes chargées et complexes ; en opérant, il se conduit avec exactitude à travers la carte anatomique ou anatomo-pathologique du champ chirurgical où il porte son action et qu'il sait déchiffrer à première vue.

Presque tous les sens du chirurgien concourent à guider et à réaliser une opération, mais principalement la vue, le toucher, l'audition. C'est en voyant, et en touchant, surtout, c'est en entendant, quelquefois, que le chirurgien se conduit à travers les méandres de la région opératoire et qu'il arrive *à manier* ensuite avec précision et méthode. Le progrès réel est d'opérer en voyant toujours, et si quelques opérations se font guidées uniquement par le toucher, la plupart comportent un côté visuel primordial que complète le tact. On se rend compte aisément que la *main motrice* n'est pas tout en chirurgie, mais que les divers organes des sens doivent être aiguisés et cultivés à l'extrême, principalement celui de l'œil et de la *main sensitive ou tactile*.

Mais en dehors de la culture de ces sens qui sont des centres d'aperception et de renseignements pour conclure à une action rapidement déclanchée, le chirurgien doit cultiver ce que j'appellerai *le sens taxique* ou du mouvement, principalement localisé à la main et à l'avant-bras, car la main agit en même temps qu'elle reçoit des sensations tactiles.

Sous les noms de taxisme et dynamisme opératoires, j'ai désigné, en dehors du côté purement intellectuel et cérébral de la chirurgie, tout ce qui était participation motrice de l'organisme

du chirurgien en vue du maniement instrumental sous toutes ses formes. J'ai condensé sous les grandes appellations générales de Section ou Tomie et de Coaptation toutes les modalités de mouvements exigés pour manœuvrer toutes les pièces variées de l'outillage chirurgical.

Mais par l'analyse très scrutée de la mise en œuvre de l'immense arsenal instrumental utilisé par la chirurgie générale et la chirurgie spécialisée où l'imagination des hommes s'est donné et se donnera toujours libre carrière, il est très facile de voir que dans le brassage des applications mécaniques des outils si variés, la morphologie instrumentale va, malgré tout, en se simplifiant, et qu'en même temps, la physiologie musculaire agissante du chirurgien se réduit à des mouvements élémentaires qui sont : presser, tirer, pousser, tourner, élever, abaisser.

De cette analyse, ressort aussi avec évidence que ces mouvements se condensent aussi dans les mouvements irréductibles des systèmes articulaires qui sont : la flexion, l'extension, l'adduction l'abduction, la rotation et la circumduction, que ces mouvements utilisés chirurgicalement sont parfois isolés, mais le plus souvent associés, et qu'enfin le maniement instrumental, loin de se borner à se passer dans la main, comme on peut le croire à une vue superficielle, se fait en réalité dans tout le membre supérieur au point que la main, considérée comme l'organe spécialisé de l'adresse, joue assez souvent un rôle passif, rôle d'étau ou de pince. Les mouvements se passant dans les articulations des doigts, du carpe, du coude, de l'épaule, il y a toute une morphologie arthrologique et toute une morphologie myologique à connaître parfaitement et à développer au summum chez le chirurgien qui veut être à la hauteur réelle de sa tâche physiologique motrice surtout dans le sens de la précision et de la rapidité.

Les mouvements destinés à manier l'instrument sont, en réalité, généralement polyarticulaires et c'est ce qui permet leur souplesse et leur variété combinées. Mais, ce qui les caractérise, ce n'est pas le plus souvent leur force ni même leur célérité, c'est leur légèreté, leur délicatesse, leur finesse dans la précision. Les actes de puissance sont quelquefois nécessaires ; cependant, aujourd'hui, avec le perfectionnement mécanique de l'outillage, le chirurgien peut se contenter d'être doué d'une force moyenne, car dans l'application d'une énorme force, comme par exemple celle de l'écrasement, l'instrument est adapté à sa fonction de puissance multipliée et facilement manœuvré sans qu'on soit obligé d'être un hercule.

Certes, à ne considérer que le côté manœuvrier, bien des métiers exigent une délicatesse, une adresse analogues et quelquefois, même supérieures à celles du chirurgien. Il serait même enviable que nous puissions égaler l'habileté et la rapidité manifestées par quelques artisans dans leur sphère ; il faut y tendre de toutes nos forces et nous pouvons prétendre à ne pas rester en dessous d'eux, d'autant que nous sommes guidés généralement par une intellectualité plus haute et d'une gamme autrement étendue. Mais, il ne faut pas oublier que notre profession, en dehors du côté scientifique pur et de la somme des connaissances enregistrées par un savoir continuellement entretenu et modifié, réunit les fonctions bien diverses de différents métiers comme ceux de tailleur, de coupeur, de menuisier, de serrurier, de boucher (et ceci dit dans le sens non péjoratif), de couturier, etc. Comme on le voit, le chirurgien fait office de nombreux métiers manuels. Mais ce qui fait la difficulté suprême de notre art, ce n'est pas la multiplicité de ces divers actes professionnels utilisés ailleurs et auxquels elle a recours, ce sont les conditions très spéciales, uniques même, dans lesquelles elle s'exerce et le sujet sur lequel elle exécute ces actes si divers. La grande, l'immense différence, c'est que l'habileté, l'adresse que le chirurgien doit prouver se fait sur une matière la plus précieuse, celle qu'on ne remplace pas si on a échoué dans l'œuvre de main : la chair animée et vivante dont la moindre section tend une inondation du sang qui cherche à rompre ses digues. Si le chirurgien opérait, travaillait à sec, comme la plupart des artisans dans le matériel employé par eux, la chirurgie serait relativement facile, mais il travaille sur de la substance qui contient une canalisation multipliée et ramifiée à l'infini, sous la menace perpétuelle d'une rupture et sur une substance qui, par dessus le marché, fait partie d'un vaste organisme de vie dont les systèmes centraux : cardiaque, respiratoire, nerveux, commandent tout le mécanisme biologique. En somme, le chirurgien embarqué dans une opération travaille comme un marin au fond d'une cale menaçant de faire eau de toutes parts ; c'est le torrent circulatoire qui précipite l'ondée sanguine jusque dans les confins les plus infimes des couches tissulaires d'où elle est prête à jaillir et à cacher la vue du champ de travail qui fait, en définitive, à la fois le péril et la difficulté de la chirurgie. Tout l'effort du chirurgien est

d'opérer à sec sur un terrain essentiellement humide. On conçoit, d'après cela, que le chirurgien se doit d'éviter de perdre du temps et que la précision, la netteté et la vitesse seront des qualités essentielles qu'il devra réunir.

Comment pourra-t-il les acquérir et les perfectionner ?

En se soumettant de bonne heure à des exercices, dès l'entrée dans la profession, à l'époque de la jeunesse, où tout ce qui est enregistré par l'étude des mouvements et parachevé par l'entraînement s'adapte finalement en réflexes impeccables, car rien n'est difficile comme de modifier dans un sens meilleur des réflexes devenus définitifs à l'époque de la maturité. Il faut donc éveiller de très bonne heure la pensée motrice et les réflexes qu'elle engendre en vue d'actes déterminés et complexes qu'exigera la pratique de la chirurgie. Il sera nécessaire de cultiver les mouvements originels par lesquels seront maniés les instruments. Nous avons vu à quel nombre essentiel ils se réduisent : mais il faut savoir leur conquérir toute l'ampleur, toute la précision et toute la vitesse possibles, à la manière d'un boxeur qui cherche avec obstination la précision dans la rapidité maxima en s'exerçant sur le punching-ball. Ce que fait cet athlète en vue d'un but qui n'a pas une si haute portée que celui de l'art opératoire, pourquoi le chirurgien, cet autre exécutant qui devrait être aussi un athlète à sa manière, ne le ferait-il point ?

La physiologie chirurgicale, si je pouvais m'exprimer ainsi, n'est pas, je le répète, localisée seulement à la main, qui est l'organe d'apparat, et au fond le dynamisme et le taxisme opératoires résident dans une polyarthrie motrice qui commande au moins à l'articulation scapulo-humérale pour se terminer aux articulations distales phalangiennes : le moindre mouvement, pour l'action la plus limitée parfois, exige, sans qu'on s'en doute quand on ne s'est pas étudié, une mise en branle d'une bielle polyarticulée, dont certains leviers se bloquent tandis que d'autres se meuvent et dont les groupes musculaires jouent, suivant les besoins, tantôt un rôle statique, tantôt un rôle dynamique de déplacement. L'apprenti chirurgien pour apprendre, le chirurgien pour se maintenir en forme, devront s'adonner à la culture physique de la main, de l'avant-bras, du bras, de l'épaule. La connaissance des divers groupes myologiques du membre supérieur leur fera répéter à satiété, avec amplitude, vitesse croissante et précision tous les mouvements initiaux qui se passent dans toutes les articulations. A la main, ils cultiveront l'action isolée et puis concomitante de la flexion et de l'extension des doigts, de l'adduction et de l'abduction des phalanges; ils s'entraîneront particulièrement aux mouvements d'opposition du pouce et de l'index par laquelle on peut réaliser l'adresse la plus fine pour la saisie la plus délicate ; ce mouvement originel, dont fut doté à travers l'évolution zoologique la main de l'anthropoïde, fait que l'homme a pu s'élever au sommet de l'échelle des êtres au point que sa pensée, d'abord obscure, s'est progressivement illuminée, d'ébauches en ébauches, de toutes les réalisations matérielles enfantées par sa main, et qu'il n'est pas outrecuidant de dire que le pouce de l'homme, sculpteur de la matière pensante, a pétri son cerveau. Les muscles interosseux, les lombricaux, même, en même temps que les muscles adducteurs et abducteurs du pouce et du petit doigt, devront être exercés aussi bien que les muscles antibrachiaux à terminaisons tendineuses digitales. Le mouvement de circumduction du poignet sera plus particulièrement exercé, car il est capable de la plus grande amplitude dans un rayon relativement restreint. C'est dans la flexion et l'extension du coude à angulation graduée suivant l'élargissement du mouvement que se réalise, si l'on y fait attention, une grande partie de la vitesse de la mécanique du membre supérieur; quant à l'épaule, à un pôle supérieur où s'effectue une vaste gravitation, elle est le siège d'une motricité réelle quoique presque imperceptible, et ses mouvements sont solidaires de ceux de la main ou des doigts, alors que ces derniers semblent seuls agir.

Tous ces mouvements élémentaires, on est dans l'obligation de les exécuter si l'on veut se préparer ou se perfectionner, comme le pianiste fait des gammes, le violoniste des arpèges, le chanteur des vocalises, l'orateur des périodes, le boxeur du punching-ball, le coureur des sprints etc. On peut augmenter la force et surtout la dextérité des groupes musculaires de l'habileté et de la précision, par la résistance progressive qu'on peut leur opposer grâce à des appareils que je ne décrirai pas ici, mais parmi lesquels je citerai surtout les poignées à ressort, la bobine Andrieu, les divers haltères légers, mes lingots-haltères, etc. En vue de la virtuosité opératoire, ce qu'il faut retenir principalement, c'est que les muscles de l'avant-bras dont le plus grand nombre commande aux doigts sont les muscles de l'adresse et qu'il faut plus particulièrement les éduquer. Il faut aussi comprendre qu'il est fort utile de développer à égalité la dextérité de la main gauche et celle de la main droite.

Par cette incitation à la culture physique raisonnée en vue de l'action chirurgicale, qu'on ne croie pas à un désir immodéré de faire du chirurgien un homme de force, un Héraclès ou un Apollon, mais un athlète, car la chirurgie, par un de ses aspects si divers, et par les vertus et les aptitudes qu'elle nécessite, doit être considérée comme un sport autant qu'une science et un art : et nous appelons athlète un homme agile et prompt, ayant du coup d'œil et de la décision.

Pour terminer, je dirai que cette culture physique spécialisée en vue de l'action chirurgicale à rendement intensif et qui aboutit à ces indispensables qualités de précision, de dextérité, de rapidité, et parfois de puissance dans la finesse des mouvements pour manier l'instrumentation la plus variée, doit aller de pair avec la culture physique générale que poursuit tout être supérieur qui a le souci de la noblesse et de la souplesse de son corps en même temps que de la culture et de la lucidité de son esprit.

Le chirurgien véritablement entraîné réduira au minimum les inconvénients de son approche : il ne portera pas un ventre obèse dans celui de ses malades, il n'inondera pas de sa sueur de gros mangeur et de gros buveur la région opératoire, il n'anhélera pas d'un souffle oppressé sur sa tâche, et il aura la possession absolue de sa maîtrise accrue par l'hygiène et l'exercice continuellement à la dévotion de sa science.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le rôle de la syphilis dans les arthropathies chroniques

M. le professeur agrégé AUVRAY, chirurgien des hôpitaux.

Le rôle de la syphilis dans les arthropathies chroniques apparaît de plus en plus grand. Je me propose de vous en montrer quelques exemples.

Voici d'abord un jeune malade, hospitalisé actuellement dans le service. Il y a deux mois, ce patient, qui n'avait eu jusque-là aucun trouble articulaire, ressentit dans le genou droit une douleur, bientôt suivie d'augmentation de volume de la jointure. Le troisième jour, il se rendit à la consultation d'un médecin, qui diagnostiqua une hydarthrose. L'épanchement articulaire subit ensuite une diminution, mais une semaine plus tard, le genou se retuméfia. Obligé de garder le repos, le patient entra à l'hôpital.

L'examen local permet les constatations suivantes. Le genou reste gros. La peau recouvrant la rotule est mobile et la rotule est elle-même facilement déplaçable dans le sens transversal. Cette rotule paraît cependant un peu empâtée.

Y a-t-il du liquide intra-articulaire ? En refoulant les culs-de-sac, on a l'impression d'un léger épanchement, insuffisant pour permettre la sensation de choc rotulien. Voyons le squelette. Le tibia donne à sa surface une impression d'infiltration cartonnée, sans points douloureux à la pression. L'extrémité inférieure du fémur est également augmentée de volume : les doigts qui serrent les condyles sont plus écartés de ce côté que du côté sain. Pas de douleur à la pression sur cet os non plus. Pas de parties ni de points ramollis. Il y a une certaine impotence fonctionnelle et de la limitation des mouvements de flexion. La recherche des mouvements de latéralité ne révèle rien d'anormal.

Recherchant les adénopathies, je note des ganglions dans l'aine droite, sans en trouver à la région cervicale. Les adénopathies sont, en pareil cas, plus fréquentes avec la bacillose qu'avec autre chose.

Les antécédents du malade ne sont pas très importants. Ses parents seraient en bonne santé. Personnellement, il n'a pas de manifestations de bacillose. Il aurait eu, il y a quelques années, une éruption herpétique sur la verge, d'une durée de un mois, et que nous devons retenir, cet herpès ayant pu être un accident spécifique initial. Il s'est plaint antérieurement de lombago et, dit-il, de craquements dans la jointure malade.

A quelle variété d'arthropathie avons-nous affaire ?

On peut écarter l'arthrite traumatique... en l'absence de tout trauma. Est-ce un rhumatisme chronique ? Le lombago, les craquements articulaires sont des indices tout à fait insuffisants pour faire incliner dans un tel sens. A cet âge, il ne faut pas trop d'ailleurs prêter attention à ce diagnostic. Il n'y a pas eu ici de rhumatisme articulaire aigu et il ne saurait s'agir de séquelles de ce rhumatisme.

Nous avons à envisager trois hypothèses : la blennorrhagie, la tuberculose et la syphilis. La blennorrhagie est à rejeter, le sujet n'ayant jamais présenté d'écoulement uréthral. Dans un cas douteux, l'examen du liquide de ponction



— la recherche du gonocoque — éclairerait le problème.

Nous étions frappés du bon état général de cet homme, et, pour ce motif, nous avons fait rechercher le Wassermann du sang. Il s'est montré partiellement positif. C'est là une donnée dont on doit tenir grand compte. Elle ne résout pas, il est vrai, la question, le Wassermann fût-il très nettement positif. Un malade syphilitique peut faire une arthrite bacillaire et les deux ordres de lésions (spécifique et tuberculeuse) peuvent s'associer sur un même organe.

Quoi qu'il en soit, je penche pour le diagnostic de syphilis articulaire. L'état général, excellent de ce sujet, ne cadre guère, en effet, avec une tuberculose, et nous ne constatons pas de signature locale de bacillose. L'empâtement articulaire ne s'accompagne pas de points douloureux. On ne trouve pas de parties osseuses sensibles à la pression. L'adénopathie inguinale, si elle appartient plutôt à la bacillose, se voit aussi dans la spécificité.

Le repos a amélioré l'arthropathie en question. Le repos, il est vrai, améliore toutes les arthrites.

La clinique seule nous apportait déjà des doutes sérieux quant au diagnostic de bacillose articulaire, chez notre malade. Le Wassermann est venu faire pencher la balance vers la spécificité. Ceci offre, comme vous le savez, une grosse importance thérapeutique. Il est inutile d'immobiliser une articulation spécifique alors que, dans une arthrite tuberculeuse, l'immobilisation doit être très longtemps prolongée, ou, dans d'autres cas, la résection est nécessaire. En conséquence, nous allons traiter notre malade par le novarsénobenzol.

Je pourrais vous raconter d'autres faits du même genre. Je me rappelle une malade, celle-là avec un état général mauvais et avec des antécédents de bacillose et de salpingite. Le genou atteint contenait peu de liquide. Cliniquement, la tuberculose paraissait plutôt être en cause. Me méfiant cependant de la spécificité, je fis rechercher le gonocoque, le bacille de Koch (par inoculation au cobaye) et le Wassermann. On ne trouva pas de gonocoque. Du reste, l'arthrite était trop indolente pour être blennorrhagique. L'inoculation au cobaye fut négative. Par contre, le Wassermann et le Hecht du sang et du liquide articulaire furent positifs. Cette femme, qui était immobilisée depuis assez longtemps sans grand résultat, guérit rapidement par le traitement anti-syphilitique.

En clientèle, vous obtiendrez ainsi des guérisons qui feront impression. Il n'est pas toujours facile de préciser l'origine de la syphilis, alors. Elle est quelquefois héréditaire, même assez tardivement. Une fois, chez un jeune sujet de 23 ans, j'ai pu remonter à une syphilis des grands-parents. D'ailleurs, même sans preuve, vous pouvez émettre l'hypothèse d'une syphilis ancestrale : cela permet de faire le traitement sans troubler l'esprit du patient et de l'entourage. Les ancêtres nous pardonnent certainement cette petite supposition, possible, laissée dans le vague, faite pour le bien de leurs descendants.

Leçon professée à l'hôpital Laënnec et recueillie par le Dr P. Lacroix.

LES TEMPÉRAMENTS

C'est peut-être en partie à cause de la décadence de la thérapeutique que la question des tempéraments qui, au fond, n'est qu'une classification du terrain, ne s'impose pas absolument. Mais ce scepticisme thérapeutique peut-il vraiment être encouragé ? D'un autre côté, les effets des médications seront d'autant plus efficaces que celles-ci seront plus adéquates, et pour cela, la connaissance des particularités individuelles est indispensable.

Il faut donc s'occuper de la solution d'une question si utile et qui, à certains points de vue, s'impose.

C'est ce que tâche de réaliser le Dr R. Allendy dans un livre des plus intéressants et des plus documentés : « Les tempéraments », qui vient de paraître chez Vigot frères.

Tous les médecins devraient lire cet ouvrage, ne fût-ce que pour réfléchir aux questions si importantes qu'il pose.

Très justement, pour le Dr Allendy, le tempérament est en somme déterminé par la fonction prédominante. Qui est-ce qui pourrait ne pas applaudir à cette donnée fondamentale ?

La question devient plus délicate quand il s'agit de savoir quelles peuvent être ces fonctions capables de prédominance.

Le Dr Allendy refuse ce caractère à la reproduction parce qu'éventuelle et transitoire et, en général, à ce qu'il appelle les fonctions physiques, et donne la préférence aux fonctions d'ordre chimique qu'il ramène à quatre par des préoccupations traditionalistes évidentes.

L'auteur se donne beaucoup de mal pour nous montrer que, chez les sanguins, il y a une exagération du catabolisme aérobie et il appellera ces individus des toni-plastiques. Il montre que chez les lymphatiques il y a une exagération de l'assimiliation, et il appelle ce tempérament atoni-plastique. Suivant

les idées de Fr. Glénard, il admet une diathèse cholémique qu'il rapporte au tempérament bilieux des anciens auteurs, tandis que les sanguins seraient plutôt des uricémiques. Cliniquement, l'uricémie est liée à la pléthore sanguine.

Enfin, les atrabiliaires nerveux sont devenus, on voit moins clairement pourquoi, le tempérament où prédomine la fonction d'excrétion, et le Dr Allendy les appelle des atoni-aplastiques. Ce seraient des hypercholestérinémiques chez lesquels les glandes surrénales fonctionnent avec excès au point d'être considérées comme des capsules atrabiliaires.

Il n'y a pas le moindre doute que le travail du Dr Allendy est des plus intéressants et constitue un pas en avant dans l'étude des types humains. D'ailleurs, l'auteur tend aussi à rattacher ces tempéraments aux types de Sigaud (respiratoire, digestif, etc.) et fait à ce sujet un rappel historique très intéressant et très complet.

Malheureusement, nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans sa limitation des fonctions prédominantes au chiffre fatidique de 4 et, sans rien retrancher à son travail, je crois qu'il n'y a pas de raison suffisante pour exclure une fonction quelconque.

Ainsi, sans préoccupation de chiffres et sans aucun parti pris, en suivant les correspondances animales, nous avons trouvé le tableau ci-dessous qui nous semble très complet et que nous présentons volontiers.

Les correspondances animales qui, comme on le sait (voir l' « Arbre biologique », Maloine, éditeur, donnent 7 fonctions aboutissant à une dizaine de types ou tempéraments, outre les types mixtes. Ces types et sous-types ont en partie les caractéristiques classiques auxquelles s'ajoutent celles découvertes par le Dr Allendy, les caractéristiques signalées par Sigaud et ses élèves. Les nouveaux se caractérisent presque d'eux-mêmes.

I. *Nerveux* crânien	cérébral (de Sigaud)	Hominien	
	sympathique hystérie constitutionnelle.	Etonien.	
II. *sanguin* thoracique		Avien — oiseaux à cou court perdrix)	
III. *Respiratoire* (de Sigaud) thoracique		Avien — oiseaux à cou long (cigogne).	
IV. *Digestif* abdominal	Lymphatique type D. de Sigaud bilieux.	Reptilien	serpents tortues.
V. *Cutané* et secrétoire	peau très fine et sensible herpétique peau épaisse sueur, urine	Batracien	grenouilles crapauds.
VI. *Osseux.* ostéo-musculaire.	tempérament des sportifs.	Ichtyen	
VII. *Génital* et sensoriel	Mâle — Petit, agile. yeux, langue	Vermidien	
	femelle — Molle, grosse, nez, oreilles.	Mollusquien	

Il ne faut pas confondre ces types fondamentaux, qui sont aussi des tempéraments, avec les types physionomiques animaux observés déjà par Lavater. Cependant, il est certain que les physionomies qui rappellent l'oiseau correspondent au type respiratoire de Sigaud.

Mais, il y a toutes les ressemblances avec les mammifères qui, à notre avis, ont seulement une valeur psychique. Chez les voleurs, par exemple, la ressemblance avec les renards ou les rats n'est pas rare.

Reconnaissons, pour finir, que ces questions sont à peine étudiées aujourd'hui ; mais elles devront l'être bientôt, parce qu'elles sont indispensables pour l'éducation rationnelle, scientifique, puis pour l'orientation professionnelle. Ceci, en plus des considérations médicales propres aux types fondamentaux ou tempéraments. Dr H. JAWORSKI.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le soufre dans la thérapeutique dermatologique externe.

Pour M. SABOURAUD, sans qu'on puisse expliquer dans tous les cas son mécanisme d'action, le soufre s'applique à un grand nombre de maladies de la peau où il donne le maximum d'effet utile. Ces affections sont la gale : il s'y montre parasiticide ; l'acné ; le syscosis de la lèvre ; le sycosis capillitii ; le sycosis de la nuque ou acné furonculeuse ; l'acné nécrotique ; la séborrhée vraie ; la pseudo-pelade.

En dehors de l'action nettement parasiticide du soufre dans la gale, l'auteur conclut empiri-

quement, ainsi qu'il prend soin de le préciser, que le soufre doit être considéré comme ayant une affinité quasi-spécifique pour le follicule pileux.

Il conseille de l'employer en poudre :

Soufre précipité	ââ P. E.
Oxyde de zinc	
Talc de Venise	

ou bien en lotions :

Alcool camphré.........	ââ 10 gr.
Alcool. de citron.........	
Soufre précipité.........	
Glycérine neutre	
Eau distillée	100 cmc.

ou bien en pommades :

Ethiops minéral........	1 gr.
Ichthyol	2 gr.
Soufre précipité........	3 gr.
Vaseline	30 gr.

Il préconise également la solution de soufre (9 gr.) dans le sulfure de carbone (300), tout en précisant qu'elle est douloureuse, malodorante et inflammable, et nécessite par suite de grandes précautions dans son emploi. (*Presse méd.*, 20 décembre 1922.)

Conduite à tenir en présence d'un malade atteint d'hypertrophie de la prostate.

L'hypertrophie de la prostate ne se signale que par les troubles et les accidents qu'elle détermine : mictions plus fréquentes, pollakiurie nocturne, lenteur de la mise en train, faiblesse du jet, incontinence avec état général plus ou moins atteint ; rétention aiguë ; complications telles que cystite, orchi-épididymite, hématuries.

M. Marion expose comment doivent être menés l'examen et le traitement des prostatiques.

L'examen porte d'abord sur la miction elle-même qui devra être effectuée devant le médecin ; puis, sur l'état de replétion ou de vacuité de la vessie, apprécié par le palper hypogastrique et la percussion (distension vésicale) ; enfin, sur la prostate elle-même par le toucher rectal, simple d'abord ; ensuite, combiné avec le palper hypogastrique, manœuvre qui, chez certains sujets à abdomen dépressible, permet de saisir entre les doigts rectal et sus-pubiens, le corps du délit.

On passera alors à l'exploration prudente du canal, pour rechercher si les accidents ne sont pas dus à un rétrécissement urétral. En utilisant une bougie à boule n° 21, on ne doit pas être arrêté dans l'urètre antérieur, au cas de prostatisme. La bougie peut franchir sans trop de peine la région prostatique ; mais si elle s'y arrête, l'hypertrophie de la prostate s'en trouve confirmée.

L'auteur proscrit formellement le sondage des distendus chroniques ; cependant, leur canal doit être exploré comme précédemment, mais sans que l'explorateur pénètre dans la vessie.

Quand la vessie ne se vide pas complètement par la miction, l'importance du résidu sera recherchée au moyen d'un sondage pratiqué avec une sonde béquille n° 16 à 18, ou, à défaut, d'une sonde molle simple ou béquillée, ou d'une sonde béquille mi-coudée. En même temps qu'on évacuera le résidu, on mesurera la contractilité de la vessie, selon que le pavillon de la sonde restera au-dessus du plan du col de la vessie pendant tout le temps de l'écoulement, ou s'abaissera au-dessous à un certain moment de cet écoulement, ou bien enfin que l'écoulement ne pourra se faire que le pavillon abaissé.

Pour les prostatiques atteints seulement de troubles congestifs sans résidu, on prescrira une hygiène générale et alimentaire assez sévère ; de petits lavements d'eau chaude le soir, qui devront être gardés ; des cachets à l'ergot de seigle (0,30) et au carbonate de lithine (0,20) : 2 à 3 par jour ; des pilules avec un milligramme de sulfate de strychnine (1 à 2 avant les repas). Les iodures conviendront en outre aux artério-scléreux.

Si la pollakiurie est trop prononcée, eu égard à l'état local de l'appareil urinaire, et est due à des phénomènes congestifs exagérés, on insistera sur les lavements chauds additionnés d'opium et d'antipyrine. Ou bien, on conseillera des suppositoires à l'extrait de belladone (0,01), à l'héroïne (0,01), à l'hamamélis (0,05).

Même conduite à tenir si le résidu vésical ne dépasse pas 200 gr. Au-dessus de 200 gr. de résidu, les sondages sont indiqués, plus ou moins fréquents selon l'importance de ce résidu. En outre, si les urines sont troubles, on les complète par des lavages à l'oxycyanure de mercure (0,25/1000), au nitrate d'argent (1/100), au protargol, au permanganate.

Quand la rétention s'accompagne de distension de la vessie, Marion défend rigoureusement les sondages ; la cystotomie est seule indiquée.

Enfin, dans la rétention complète aiguë, les sondages sont utiles et nécessaires ; ils évacueront totalement la vessie si la rétention est récente ; ils laisseront dans l'organe une certaine quantité d'urine, si elle date de plusieurs heures. La sonde à demeure peut être une bonne précaution.

Pour terminer, l'auteur se déclare partisan de la prostatectomie, bien supérieure au traitement médical et aux sondages perpétuels, et qui est une opération bénigne, puisqu'elle ne donne que

3 à 7 % de mortalité. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 déc. 22.)

Le tartre stibié en injections intra-veineuses.

C'est, au dire de M. Kamal, le traitement quasi-spécifique de la bilharziose, de la trypanosomiose, de la leishamiose, du kala-azar, de la maladie de Banti, même de la variole. Les premières de ces affections s'observent en France depuis la guerre.

On procède par injections aux doses croissantes de 0,03, 0,06, 0,09, 0,12 d'une solution variant de 1 à 6 %, dans de l'eau distillée ou du sérum physiologique. 18 injections environ avec une dose totale de 1,50 à 2 gr. sont la règle. Elles seront pratiquées à jeun, le malade étant couché et ne devant manger que deux heures au moins après.

On dissoudra le sel dans de l'eau bouillie froide et la conservation de la solution se fera en verre jaune.

Les contre-indications sont la débilité, l'hypotension, l'anémie prononcée, le brightisme.

Les accidents sont la syncope, bénigne ; les vomissements, l'œdème suivi d'escarre, quand la solution pénètre dans les tissus para-veineux. L'intoxication est rare ; elle peut se rencontrer chez un sujet jeune, débile, ou fortement anémique. (*La Pratique médico-chirurgicale*, décembre 1922.)

Luxation de l'épaule et luxation du coude.

M. Cadenat fait un parallèle original et intéressant entre ces deux variétés de traumatismes. Il conseille d'abord de ne pas s'en tenir au diagnostic grossier de la luxation, mais d'explorer les nerfs intéressés et leur territoire, circonflexe à l'épaule, cubital et radial au coude, et de songer aux lésions associées : fractures du col de l'humérus, de la coronoïde du cubitus ; la radioscopie fixera les idées...

L'auteur rappelle les procédés utilisés couramment pour réduire ces luxations : manœuvre de Kocher, ou extension élastique à l'épaule ; pression des deux pouces sur l'olécrâne, tandis qu'un aide, tenant l'avant-bras, l'étend légèrement avant de la fléchir afin d'éviter que la coronoïde vienne buter sur la trochlée et s'y bloque. En cas de difficulté, ne pas insister et recourir à l'anesthésie générale.

La réduction obtenue, on procédera à la mobilisation précoce de l'épaule, en ayant soin de contenir la tête humérale d'une main placée dans le creux axillaire, pour éviter les récidives, si faciles. On commencera ainsi les mouvements passifs presque immédiatement. Au contraire, au coude, on attendra huit jours au moins, avant de commencer la mobilisation, en raison des ostéomes péri-articulaires qui se rencontrent si fréquemment après la luxation, et dont les mouvements excitent la production. (*L'Hôpital*, décembre 1922, B.)

L'injection intra-trachéale à la portée du praticien.

Pour la faire, M. Dhers utilise une seringue de Laurens armée d'une canule de Mendel, adaptée à l'injection sus-glottique. Il place son malade assis en face d'une fenêtre, saisit sa langue avec un mouchoir entre le pouce et l'index, pour la maintenir, sans la tirer. Le malade respire régulièrement, sans déglutir.

La seringue étant chargée du liquide à injecter tiédi, on applique la partie horizontale de la canule sur la mâchoire supérieure entre la canine et la première prémolaire gauches, et on l'enfonce dans la bouche, sans toucher la langue, jusqu'à ce que son bec soit au-dessus de la glotte (un cm. de la paroi postérieure du pharynx).

On pousse alors l'injection par petits coups, au moment précis où le malade commence une inspiration. Quand tout aura été injecté, le malade respirera profondément deux ou trois fois, et fermera la bouche pour ne plus respirer que par le nez, sans parler.

La quinte de toux classique apparaîtra au bout de quelques secondes ; elle pourra être violente et même s'accompagner d'un léger spasme glottique, sans danger.

Toutefois, on ne pratiquera cette injection que sur les sujets âgés de plus de douze ans.

Les indications en sont : les laryngites bacillaires, les bronchites chroniques, la dilatation des bronches, la tuberculose pulmonaire, la gangrène pulmonaire. (*Journ. des Prat.*, 23 déc. 1922.)

Les secousses nerveuses présomniques.

Nombreux sont les sujets qui, dans la période qui précède le sommeil, éprouvent des secousses nerveuses plus ou moins localisées à un membre, ou à un segment de membre, ou à une région. Les uns sont parfaitement sains par ailleurs ; les autres sont entachés de brightisme ; d'autres enfin ne sont que des névropathes. M. Hanns, qui en a observé quelques-uns, a surtout retenu l'histoire d'un homme chétif, à thorax mal conformé, à gêne nasale marquée, chez lequel ces crises avaient pris une telle intensité qu'elles gênaient et empêchaient même le sommeil, déterminant ainsi un état de dépression considérable.

Après avoir éliminé l'hystérie dans ce cas, l'auteur cherche à préciser la signification de ces secousses.

Son interprétation est originale et ingénieuse ; elle mérite d'être prise en considération. Il peut s'agir, ou bien d'excitations médullaires dues à un



certain état d'anoxhémie survenant à un moment où, la conscience étant abolie, ainsi que la volonté, la respiration est gênée ; ou bien d'une sorte de surexcitation médullaire alors que les centres intellectuels étant engourdis, n'exercent plus sur eux leur action inhibitrice ; ou bien encore, d'une intoxication légère, telle que l'urémie, ainsi que Dieulafoy l'a signalé. En dehors de cette dernière éventualité qui réclame un traitement causal bien connu, les sédatifs nerveux, le repos et une hygiène très rigoureuse, triompheront de ces secousses présomniques, lorsqu'elles prendront trop d'importance et deviendront à demi-pathologiques. (*Bull. méd.*, 32 déc. 1922.)

L'alimentation dans les maladies aiguës.

Dirons-nous : *Multa renascentur*... ? Après les critiques formulées contre le régime lacté, et basées sur de nombreux faits d'intolérance, voici que M. M. Labbé affirme de nouveau que dans les maladies aiguës, c'est le régime lacté qui répond le mieux aux indications principales d'une alimentation qui doit être tonique pour le cœur et le système nerveux, non toxique, pour le foie et les reins, facilement assimilable par le tube digestif.

Trois litres de lait de vache ne lui font pas peur. Il les prescrit par tasses de 250 à 300 gr., toutes les deux à trois heures, le lait étant cru ou cuit, chaud ou froid, sucré ou non, aromatisé. En certains cas, le lait d'ânesse ou de chèvre, le lait écrémé, remplaceront le lait de vache. Une cuillerée à soupe de kéfir après chaque prise de lait en facilite la digestion. Diarrhée ou constipation sont prévenues, selon les cas, par de l'eau de chaux ou par du lactose. Un lavage de la bouche à l'eau de Vichy est nécessaire après toute absorption de lait.

A ceux qui ne toléreraient pas le lait, on donnerait des boissons sucrées, des tisanes, des jus de fruits, des bouillons de légumes ou de viande, des bouillies légères, des jaunes d'œufs, du tapioca.

Une alimentation plus substantielle, ainsi que certain auteur russe l'a préconisée, au cours de la fièvre typhoïde, n'est pas sans danger. Par contre, à la convalescence, il faut réalimenter précocement les malades, les rechutes n'étant jamais le fait de la nourriture, mais d'un organisme qui ne se vaccine pas.

Le dogme de l'alcool est fortement battu en brèche : 30 à 40 gr. de cognac constituent le maximum de la ration quotidienne permise. Le thé et le café seront donnés modérément : ils ne sont pas sans inconvénient.

Dans la convalescence, un régime mixte substantiel est de rigueur : viandes, œufs et lait en sont les éléments essentiels ; on résistera cependant à la fringale des sujets. Ce n'est qu'au cas où il est nécessaire de prolonger le régime lacté ou lacto-farineux qu'on y ajoutera des légumes et des fruits frais, pour éviter la carence alimentaire. La bière de malt et le vin sont utiles en petites quantités. (*La Médecine*, déc. 1922.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Blessure par baïonnette. Emphysème sous-cutané généralisé.

(M. A. Charlier, de Lyon. — *Société de chirurgie* 6-12-1922.)

Malgré le grand nombre de combats corps à corps qui se sont livrés pendant la guerre, de 1914 à 1918, les blessures par baïonnette ont été rares ou trop graves pour pouvoir parvenir en grand nombre dans les ambulances. M. Charlier en a observé une douzaine de cas seulement, dont quelques-uns avaient trait à des lésions accidentelles. Une fois, chez un soldat allemand qui avait reçu en s'enfuyant trois coups de baïonnette dans la poitrine, l'auteur observa un emphysème sous-cutané généralisé, qu'il put guérir assez rapidement par des mouchetures sous-pectorales et par l'établissement d'un séton sous-cutané à la base du cou.

Double néphrectomie chez la même malade.

(M. Legueu. — *Société de chirurgie*, 6-12-1922.)

La néphrectomie ne semble guère une opération susceptible d'être, chez un même patient, bilatérale; M. Legueu présente une femme chez laquelle, il pratiqua, pour tuberculose rénale, une double néphrectomie, totale à droite, et partielle à gauche. Il commença par la néphrectomie partielle gauche, pour apprécier la valeur de la partie restante du rein, avant de passer à l'ablation du rein droit. La malade est actuellement en très bon état.

Plaie contuse du cœur.

(M. Sauvé. — *Société de chirurgie*, 13-12-1922.)

M. Auvray relate, au nom de M. Sauvé, une observation de plaie contuse du cœur dont l'intérêt a été surtout symptomatologique. Le blessé était cyanosé,

les bruits du cœur assourdis et les battements arythmiques (*arythmie complète*). On constata une contusion portant sur l'auricule droite, et de l'hémopéricarde. La mort fut due vraisemblablement à l'épanchement péricardique et à l'*arythmie*.

Ce n'est pas la première fois que l'on observe une arythmie complète associée à une lésion traumatique de l'oreillette droite. Il y a là un fait intéressant pour apprécier la pathogénie des troubles arythmiques du cœur.

Brûlure du crâne par courant électrique.

(M. J.-P. Tourneux, de Toulouse. — *Société de chirurgie*, 13-12-1922.)

M. Tourneux, rapporte trois cas de brûlure du crâne par courant électrique. Les altérations de ce genre ne guérissent sans intervention qu'avec une très grande lenteur. Il en fut ainsi chez le premier malade de M. Tourneux qui avait refusé l'opération. La cicatrisation demanda 7 mois 1/2. Les deux autres patients ayant accepté la trépanation guérirent beaucoup plus rapidement, en un mois et un mois et demi.

La question des brûlures des os du crâne par courant électrique a été étudiée en 1911 par le prof. Quénu. La nécrose osseuse rencontrée dans ces conditions est une lésion primitive, résultant directement de l'électrocution, et non une lésion secondaire. M. Quénu a montré que l'on raccourcissait notablement son évolution en s'adressant à la trépanation.

M. Proust, dans son rapport sur l'intéressant travail de M. Tourneux, signale à nouveau la valeur de cette pratique.

Paraplégie 4 ans après une blessure du rachis par balle

(MM. Sencert et Ferry, de Strasbourg. — *Société de chirurgie*, 13-12-1922.)

MM. Sencert et Ferry relatent une observation de paraplégie complète survenue quatre ans après une blessure du rachis par balle. Traité par laminectomie et extraction du projectile, le malade guérit définitivement.

Ce cas est un exemple de la tolérance parfois longue du rachis pour les corps étrangers. Il incite à une certaine prudence dans l'évaluation du pronostic éloigné de ces blessures.

— M. Baumgartner a vu, pendant la guerre, un cas également intéressant de tolérance des corps étrangers intra-rachidiens ou plutôt intra-dure-mériens. Un soldat, blessé à la région lombaire en 1914, put retourner au front pendant 3 ans, et c'est en 1918 seulement que la présence du corps étranger rachidien se traduisit par une contracture paraplégique.

La gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay.

(M. Pouliquen, de Brest. — *Société de chirurgie*, 13-12-1922.)

M. de Martel présente un rapport sur un travail de M. Pouliquen intitulé : la gastro-entérostomie au bouton mixte Jaboulay-Villard.

Il n'est pas très à la mode, actuellement, en matière de gastro-entérostomie, d'être « boutonniste », c'est-à-dire de réaliser la stomie par un bouton. A Paris, on est « suturiste » ; on suture l'ouverture gastrique à l'ouverture intestinale. Et cependant, remarque M. de Martel, la proscription absolue du bouton est loin d'être justifiée. Les chirurgiens de Lyon y ont couramment recours et s'en trouvent généralement bien.

M. Pouliquen a employé le bouton de Jaboulay dans sept cas de gastro-entérostomie. Plus exactement, il s'est servi d'un bouton mixte, demi-bouton Jaboulay pour la pièce mâle, et demi-bouton Villard pour la pièce femelle. Le bouton Jaboulay, facile à placer dans l'anastomose intestin, l'est beaucoup moins dans l'anastomose stomacale. Le Villard, pour cette seconde partie, est plus commode.

— M. Pierre Frédet s'associe aux conclusions de M. de Martel sur les avantages du bouton dans certaines gastro-entérostomies.

Sur la méthode de mobilisation des arthrites de Willems.

(M. Duguet. — *Société de chirurgie*, 6-12-1922.)

On sait que, pendant la guerre, le chirurgien belge Willems présenta à la conférence chirurgicale interalliée une méthode un peu révolutionnaire de traitement des arthrites purulentes : la mobilisation immédiate, après évacuation du pus.

La méthode de Willems a été utilisée, depuis, aux armées et dans la pratique civile, par la grande majorité des chirurgiens. Elle a souvent procuré de très brillants résultats, mais ses indications n'ont pas toujours été rigoureusement précisées.

M. Duguet présente aujourd'hui un cas d'échec de cette méthode. Il s'agit d'une arthrite suppurée du genou, à streptocoques, traitée dès le début par une arthrotomie suivie de mobilisation immédiate. Il y eut des fusées purulentes et l'on dut recourir à une résection secondaire.

— M. Alglave a essayé la méthode de Willems au cours de la guerre et il ne s'en est pas très bien trouvé.

— M. Arrou estime qu'on ne doit pas demander à ce procédé plus qu'il n'est capable de donner. Deux points sont à considérer : l'ancienneté de l'arthrite et le microbe en cause. L'arthrite doit être récente. S'il y a arthrite suppurée sans microbes ou avec gonocoques, les résultats sont bons. L'arthrite à staphylocoques peut guérir également ainsi. Pour l'arthrite à streptocoques, pas de Willems.

— M. Hallopeau croit que, pour l'arthrite à staphylocoques, la mobilisation est mauvaise.

— M. Lenormant considère la mobilisation comme un moyen d'évacuer le pus de la synoviale supérieur au drainage. Mais, s'il s'agit d'une articulation infectée en voie de guérison, le Willems peut provoquer des réveils de l'inflammation.

— M. Tuffier partage le même avis. La mobilisa-

tion tardive est défectueuse. La méthode de Willems est un ensemble qu'il faut exécuter complètement. C'est l'ouverture large de l'articulation suivie de mobilisation *active*, immédiate. Elle constitue un réel progrès, tout en restant susceptible d'échecs.

— M. MAUCLAIRE pense que ce sont surtout les variétés d'arthrites suppurées froides qui guérissent bien par le Willems.

Les causes d'échec dans le traitement des arthrites purulentes par la mobilisation.

(M. CH. WILLEMS, de Liège. — *Société de chirurgie* 20-12-1922.)

M. Willems, l'auteur de la méthode de traitement des arthrites purulentes par la mobilisation immédiate, fait connaître quels sont les causes d'échec de sa méthode. Ces causes d'échec, dit-il, sont tout simplement des erreurs de technique. La nature du microbe ne joue pas un rôle primordial, intervenant seulement sur la durée de la maladie. Avec le diplocoque, l'arthrite dure quelques semaines. Avec le staphylocoque et surtout le streptocoque, elle dure des mois. Mais, le résultat final est toujours également bon à condition de bien appliquer les règles de ce traitement.

La base de la méthode est la mobilisation *active*, aussitôt l'articulation ouverte. La mobilisation active vide, en effet, beaucoup mieux l'articulation que la mobilisation passive. Il faut encourager le malade à exécuter ces mouvements, ce qui n'est pas toujours de son goût, en raison non de la douleur ressentie, mais de l'effort prolongé nécessaire.

Quand, au cours d'une mobilisation régulière, apparaissent de la douleur, de la fièvre, de l'impotence fonctionnelle, c'est qu'il y a un peu de rétention. On la fera cesser en agrandissant l'ouverture, si nécessaire, et en pratiquant une mobilisation encore plus active et plus fréquente.

La mobilisation passive ne peut être qu'un accessoire, dont il convient d'user modérément et surtout de ne pas abuser, car elle draine beaucoup moins bien la jointure suppurante que les mouvements actifs. Or, ce qu'il faut, c'est que les mouvements arrivent à chasser tout le pus formé dans l'articulation, faisant ainsi le plus complet et le plus efficace des drainages.

Traitement ambulatoire des fractures de la rotule.

(M. Pierre DELBET. — *Société de chirurgie*, 13 et 20-12-1922 et 10-1-1923).

Revenant sur une communication récente de M. Gaudier relative à la marche immédiate après suture de la rotule fracturée, M. Pierre Fredet fait remarquer que, pour ce qui le concerne, il traite depuis vingt ans toutes les fractures de la rotule par la suture d'urgence et l'ambulation très précoce. Il pratique la suture à l'aide du crin de Florence, à l'instar de M. Walther, et, au 3e ou 4e jour, il fait marcher le blessé.

— M. ALGLAVE considère comme très bonne la suture au crin de Florence, mais ne rejette pas complètement le cerclage par fil de bronze. Il mobilise, dans le lit, pendant les huit ou dix premiers jours, et permet ensuite la marche.

— M. WILLEMS (de Liège) emploie le cerclage de la rotule au crin de Florence. Il supprime toute immobilisation, qu'il remplace par une mobilisation active immédiate et même la marche dès le début. L'opéré se lève dès le 2e ou 3e jour et au bout d'un mois environ, en général, la marche se fait à peu près normalement.

—. M. TAVERNIER préfère commencer par une courte immobilisation, en gouttière, d'une huitaine de jours, ce qui supprime les douleurs et la forte hydarthrose.

— M. DUJARRIER estime qu'une conduite unique ne saurait s'appliquer à tous les types de fractures de la rotule.

Dans un premier type, les deux fragments sont de bonne qualité. Le fragment inférieur, presque toujours plus petit, est constitué par un noyau osseux solide, et la suture est bonne. On peut permettre alors la marche du dixième au vingtième jour. Dans un second type, les fragments, l'inférieur surtout, sont friables. Parfois, ce dernier est lui-même sous-fracturé. La suture est alors beaucoup moins satisfaisante et il n'est pas prudent, en ce cas, d'autoriser la marche avant le 30e jour.

P. L.

MM. BEYTOUT et DOURIS. — **Combinaison mercurique antisyphilitique dérivée de l'uroformine**

(*Académie des Sciences*, 8-1-1923.)

L'étude des composés arsenicaux organiques utilisés en thérapeutique antisyphilitique (atoxyl, diamino-arsénobenzol et dérivés) a montré le rôle important du groupement aminé qui confère aux médicaments antisyphilitiques une activité beaucoup plus grande. Ce groupement aminé est même considéré comme indispensable par les chimiothérapeutes qui se sont occupés de cette question. Les cacodylates, dont la teneur en arsenic est beaucoup plus grande que dans les autres composés organiques de l'arsenic utilisés, mais qui sont dépourvus de groupement fonctionnel aminé, n'ont guère d'efficacité dans le traitement de la syphilis.

Aussi a-t-on cherché à introduire des groupements aminés dans des sels mercuriques, le mercure étant pour beaucoup le médicament antisyphilitique le plus sûr. Dans le même but, MM. BEYTOUT et DOURIS ont pensé que l'hexaméthylène tétramine ou uroformine, qui possède, d'après certains auteurs (Balzer, Dumitresco, etc.), une action antisyphilitique propre, apporterait, par ses quatre fonctions aminées, une activité spéciale aux sels mercuriques.

Un grand nombre de composés mercuriels de l'hexaméthylène-tétramine ont été décrits par MM. DELÉPINE, GRUTZNER, GALZOLARI et TAGLIAVINI. MM. BEYTOUT et DOURIS ont constitué les types suivants qui ne figuraient pas dans la littérature chi-

mique : le sulfate double de mercure et d'hexaméthylène-tétramine, l'acétate double de mercure et d'uroformine ; le cyanure double de mercure et d'uroformine.

Dans ces composés, l'héxaméthylène-tétramine a un rôle analogue à celui qu'elle joue dans le diphénate d'uroformine de MM. Tiffeneau et Bouchereau ; l'action corrosive du sel de mercure est considérablement diminuée et l'action thérapeutique augmentée. L'injection intraveineuse ou intramusculaire du dérivé du cyanure mercurique double ne donne pas lieu aux phénomènes habituels que l'on constate avec le cyanure de mercure (action sur l'endothélium veineux, escarres, suffocations, diarrhées sanglantes).

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Ostéochondrite de la hanche probablement d'origine rachitique.

M.A. Rendu présente l'observation d'une fillette de 5 ans, porteuse d'une ostéochondrite de la hanche qui ne se manifeste par aucun symptôme fonctionnel, ni par aucun signe clinique ; ce fut une trouvaille radiographique. L'enfant a eu, deux ans auparavant. une poussée aiguë de rachitisme osseux accompagnée de douleur au niveau des hanches, et l'auteur pense pouvoir rattacher l'ostéochondrite actuelle à cette poussée rachitique antérieure.

Présentation d'appareil

M. Louis Phélip présente un *cysto-urétroscope à vision directe et à irrigation* qu'il a fait construire en s'inspirant de modèles similaires américains.

Corps étranger bronchique.

MM. Gignoux et Renard présentent l'observation d'un enfant de 10 mois, qui était porteur d'un corps étranger de la bronche droite, un petit caillou du volume d'un gros pois. La nature de ce corps était restée incertaine jusqu'au moment de son extraction après trachéotomie et bronchoscopie. L'enfant a parfaitement guéri.

Myomes rouges.

MM. Patel et Gignoux présentent deux observations de cette variété de fibrome utérin. Chez ces deux malades existaient les signes propres à cette affection : métrorrhagies abondantes, douleurs abdominales violentes, fièvre dans un cas, accroissement rapide de la tumeur dans l'autre.

Epithélioma cutané guéri par la radiothérapie.

M. Arcelin présente l'observation d'une femme de 70 ans, atteinte depuis 4 ans d'un épithélioma de l'aile du nez, traité antérieurement par la radiothérapie, puis par un curettage, puis de nouveau par les rayons, le tout sans succès, et qui guérit à la suite d'une application unique de rayons à très forte dose, sans filtre.

Groupe électrogène dans les installations radiologiques.

M. Nogier, à l'heure où à l'étranger on mène grand tapage dans les cliniques radiothérapiques sur les avantages des appareils régulateurs du courant industriel installés tout récemment, croit devoir signaler qu'il a, depuis douze ans, dans son service de l'hôpital Saint-Charles, fait construire un puissant groupe électrogène (moteur-dynamo) qui lui donne un voltage absolument régulier, alors que le courant alternatif du secteur est sujet à des variations notables

Œsophagotomie.

MM. Bérard, Sargnon et Beutter présentent l'observation d'un enfant de 12 mois qui avait avalé une épingle-broche. La radioscopie montra la présence du corps étranger arrêté à la partie supérieure de l'œsophage. Après plusieurs tentatives d'extraction d'abord à la pince sous le contrôle des doigts, puis à l'aide de l'œsophagoscope, l'épingle étant légèrement descendue et n'étant plus accessible, on décida de faire une œsophagotomie externe. L'épingle fut facilement extraite et les suites furent excellentes, malgré le jeune âge du malade.

Néoplasme glottique.

MM. Bérard et Sargnon présentent l'observation d'un malade atteint d'épithélioma du larynx. Intervention, laryngo-fissure, ablation de la tumeur qui est sous-glottique, fixée à l'angle antérieur et sur le tiers antérieur des deux cordes vocales. Résection complète de celles-ci. Application de radium de suite après l'intervention. Puis, on fait trois séries de séances de radiothérapie, à la suite desquelles la guérison est complète, mais la voix reste un peu rauque.

Hernie du diverticule de Meckel.

MM. Lavoyenne et Bertrand présentent une pièce prélevée au cours d'une cure radicale de hernie inguinale droite. Il s'agit d'un diverticule de Meckel adhérent au sac herniaire. On sait que l'on a jusqu'ici signalé surtout des cas de hernie étranglée du diverticule ; les symptômes observés alors sont ceux du pincement latéral.

Méatotomie urétérale par diathermie pour calcul.

M. Rapin relate l'observation d'une malade qui présentait un calcul arrêté dans l'uretère gauche près de son orifice. Pour faciliter l'expulsion de ce



calcul, l'auteur pratiqua la diathermie de la lèvre antérieure de l'orifice uretéral. Deux jours après, la malade émit un petit gravier.

Fractures du col chirurgical de l'humérus.

M. Carnet présente au nom de M. Durand un malade atteint de fracture fermée du col chirurgical de l'humérus avec déplacement et interposition tendineuse entre les fragments, traitée par une intervention sanglante : ostéosynthèse par vissage. Comme résultats fonctionnels, les mouvements d'élévation antérieure et postérieure du bras sont à peu près bloqués, les mouvements d'abduction amènent le bras presque à l'horizontale.

Pyonéphrose calculeuse.

M. Achard présente un rein enlevé par M. Giuliani. La malade souffrait depuis 10 ans du rein droit. Celui-ci, douloureux, n'était pas augmenté de volume ; le rein gauche, par contre, était très volumineux.

Le cathétérisme urétéral montra du pus des deux côtés, la radiographie un calcul dans l'épaisseur du rein droit et un autre plus petit paraissant occuper le bassinet. Le rein droit enlevé était réduit à une poche de liquide purulent. Cette observation montre qu'un petit calcul du bassinet peut détruire le rein et que la lithiase peut évoluer sans douleur.

Cancer pulmonaire à forme hilaire.

MM. Cade et Bonafé présentent l'observation d'un homme de 60 ans, entré à l'hôpital pour de l'œdème des jambes, avec gros foie, albuminurie ; il avait eu quelques hémoptysies auparavant. La radioscopie montra à ce moment des sommets gris, une base gauche grise, les bords du cœur flous et sans battements. Un mois après, matité du poumon gauche en avant et, à la radioscopie, hémithorax gauche très sombre, médiastin refoulé à droite, cœur impossible à distinguer. Le malade se cachectisant de plus en plus, on pense à un cancer pulmonaire, en l'absence constante de fièvre et de bacilles de Koch dans l'expectoration. L'autopise confirma ce diagnostic. A noter l'absence de douleurs et d'hémoptysies répétées.

Persistance du thymus.

MM. Delore et Dunet relatent l'observation d'une femme de 25 ans, morte presque subitement au lendemain d'une ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure droites pratiquée pour goitre exophtalmique. On trouva à l'autopsie, entre autres lésions, deux lobes thymiques volumineux, pesant 62 grammes. On sait que pour nombre d'auteurs, la persistance du thymus chez les basedowiens aggrave sensiblement le pronostic des interventions chirurgicales chez ces malades.

Côte cervicale opérée.

MM. A. Chalier et Wertheimer présentent une côte cervicale qu'ils ont extirpée chez une femme de 33 ans, qui se plaignait de vertiges, de troubles circulatoires, de malaises dans la région du cœur. Il existait dans le creux sus-claviculaire droit une saillie osseuse arrondie, soulevant l'artère sous-clavière au point de simuler un anévrysme ; pouls radial diminué de moitié par rapport au côté opposé. Intervention et suites simples. Il a persisté toutefois pendant quelque temps un gonflement dur de la région sus-claviculaire, de la parésie de la main et des douleurs ; le tout céda à quelques séances de radiothérapie, et les troubles accusés avant l'opération ont disparu.

Société médicale des hôpitaux.

Pneumonie foudroyante chez une diabétique.

MM. Bonnamour et Girardot relatent un cas de pneumonie ayant évolué en 24 heures chez une diabétique. Le centre du lobe était en pleine suppuration alors que le processus d'engouement n'avait pas encore atteint la périphérie du parenchyme. Les auteurs pensent que, chez cette malade, les écarts de régime auxquels elle se livrait ont favorisé l'éclosion de cette forme de pneumonie, en créant un état d'acidose très marquée, dont témoignèrent un taux très élevé d'acétone et d'acide diacétique dans les urines.

Épilepsie et fonctions ovariennes.

MM. Rebattu, Mollon et Sédaillian ont cherché à préciser les rapports unissant l'épilepsie et la fonction ovarienne. Ils concluent à une relation étroite entre le mal comitial et les diverses manifestations de la vie génitale de la femme : puberté, menstruation, grossesse, ménopause. Les premières crises apparaissent souvent au moment des premières règles. Souvent aussi, les crises se reproduisent au moment des périodes menstruelles ou sont plus fortes à ce moment. La ménopause amène souvent la disparition des crises. Néanmoins, le traitement ovarien n'a donné aucun résultat.

Syndrome méningé dans la période terminale des cirrhoses.

MM. Bouchut et Bernheim rapportent deux observations de cirrhose du foie à la période terminale desquelles apparurent des symptômes méningés, Kernig, raideur, strabisme, alors que l'autopsie ne montra dans aucun de ces cas la présence de lésions méningées. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'accidents toxiques comparables à ce qu'on observe dans l'urémie.

Le phénomène de l'extinction de Schultz-Charlton dans le diagnostic de la scarlatine.

MM. Mouriquand et Léorat. — Schultz et Charlton ont remarqué que le sérum des scarlatineux convalescents dont la maladie date de plus de trois semaines, ainsi que le sérum humain normal, injecté à

un scarlatineux, a la propriété d'*éteindre* l'éruption dans la région de l'injection, mais est sans action sur les exanthèmes non scarlatineux. MM. Mouriquand et Léorat ont recherché ce phénomène, notamment dans des cas de scarlatine puerpérale et concluent que ce signe a une réelle valeur pour le diagnostic de la scarlatine.

Gliome du lobe temporal à évolution rapide.

MM. J. Lépine et J. Dechaume relatent l'observation d'une malade de 54 ans, syphilitique ; en novembre 1921, apparition de troubles de la mémoire pour les événements récents, tristesse, nonchalance, idées noires ; en mars 1922, aggravation de ces troubles, apparition de troubles de la parole, puis de vertiges avec céphalée, puis d'hémiparésie droite ; au début de mai, la malade tombe dans le coma et meurt une dizaine de jours après. L'évolution totale avait été de 6 mois. A l'autopsie : tumeur occupant tout le lobe temporal gauche et une partie du lobe temporo-occipital ; l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un gliome. M. Lépine insiste sur l'importance diagnostique de l'aphasie progressive.

Emploi prolongé de l'ouabaïne dans certaines formes d'asystolie.

MM. Bouchut et Morenas rapportent trois observations de cardiaques qu'ils ont traités par l'ouabaïne en injections répétées pendant 10, 15 et même 18 jours. Il s'agissait de sujets atteints d'hypertrophie cardiaque sans lésions valvulaires, et sans néphrite et présentant des signes d'insuffisance cardiaque totale, sans que la thérapeutique habituelle (repos, ponction, digitale, adonis) ait donné chez eux d'amélioration durable. La dose employée a été de 1/4, et puis de 1/2 milligramme, en injections d'abord intra-veineuses, puis intra-musculaires. L'indication de choix de l'ouabaïne est le gros cœur défaillant des hypertendus.

De l'inutilité des amputations dans le traitement des névralgies périphériques.

M. René Leriche estime que les amputations pratiquées en désespoir de cause dans certaines névralgies périphériques rebelles n'amènent presque toujours qu'une sédation très brève. Malgré cela, il est fréquent que les malades acceptent des amputations successives toujours aussi inefficaces, et aillent, « vrais Juifs errants de la douleur », se faire opérer de ville en ville. Il est bon qu'on sache l'inutilité des amputations en pareil cas.

Valeur séméiologique de l'insuffisance pylorique relative.

M. Bouchut. Sous le terme d'insuffisance pylorique, on groupe des états où le jeu du sphincter est troublé de telle sorte que le contenu de l'estomac s'évacue dans l'intestin avec trop de hâte. L'incontinence vraie implique à peu près toujours la destruction partielle ou totale du sphincter par cancer, linite, ulcères térébrants, gommes ; l'estomac perd alors comme un vase percé. Dans l'incontinence relative, connue depuis l'emploi systématique de la radioscopie, le sphincter n'est pas détruit, mais son fonctionnement est troublé. M. Bouchut en a observé 21 cas, parmi lesquels 2 cas d'ulcère de la petite courbure, alors qu'il est admis que cette lésion n'amène que des troubles insignifiants de l'évacuation ; il a rencontré encore l'insuffisance relative dans l'ulcère du duodénum, ce qui est classique dans la ptose gastrique simple, dans les gastronévroses, la gastrite éthylique, etc. Cette évacuation prématurée, constatée à l'écran, ne donnait pas de signes cliniques, notamment pas de lientérie. La péristaltique stomacale était souvent normale et même diminuée. A noter également qu'il n'y a pas toujours parallélisme entre la rapidité d'évacuation du repas d'épreuve et celle de la baryte. La conclusion que M. Bouchut dégage de ses recherches est que la valeur séméiologique de l'insuffisance pylorique fonctionnelle est relative et que ce signe doit être interprété avec prudence.

La tension artérielle chez l'enfant.

MM. Mouriquand et J. Barbier ont étudié la tension artérielle chez environ 150 enfants malades ou convalescents. La tension minima est fort difficile, quelle que soit la méthode employée, à cause de la faiblesse des oscillations, des tons cinglants, ou de la vibrance humérale. Aussi les auteurs ne retiennent-ils que les chiffres de la tension systolique, obtenus à la fois par la méthode auscultatoire et par la palpatoire ; la méthode oscillatoire n'est pas pratique, même pour la recherche de Mx. Les chiffres moyens obtenus sont :

De trois à cinq ans : 9 à 10 cm. de Hg.
De cinq à neuf ans : 10 à 11 cm.
De neuf à quatorze ans : 11 à 12 cm.

Les chiffres les plus bas ont été 6 et 5,5 (fièvre typhoïde, diphtérie) ; le plus élevé a été 13,5.

Gros abcès amibien du foie guéri par l'émétine et les ponctions.

MM. Bouchut et Morénas présentent l'observation d'un malade dont voici l'histoire résumée: pas d'antécédent héréditaire notable ; bonne santé habituelle jusqu'en 1918 ; n'a jamais quitté la France, mais a vécu pendant la guerre avec des travailleurs venus d'Orient. En septembre 1918, syndrome fébrile et diarrhéique traité comme fièvre typhoïde ; apparition à ce moment d'un point douloureux dans l'hypochondre droit, qui a toujours persisté depuis, plus ou moins intense ; en avril 1922, diarrhée puis fièvre oscillant entre 38,5 et 40, côté droit toujours sensible, amaigrissement ; entre à l'hôpital en juin avec les signes suivants : voussure et un peu d'œdème de la paroi au niveau de la région sous-axillaire

droite ; matité, douleur à la pression ; foie paraissant plutôt abaissé qu'augmenté de volume ; la radioscopie montre la coupole diaphragmatique très élevée ; la ponction exploratrice dans le 8e espace intercostal sous l'aisselle ramène du pus chocolat, dans lequel on trouve quelques kystes amibiens typiques. Le traitement consiste en trois ponctions suivies d'injection de 0 gr. 08 d'émétine dans la poche, et en injections sous-cutanées d'émétine. Fin juillet, le malade quitte l'hôpital et, revu deux mois après, peut être considéré comme guéri. Cette observation présente plusieurs points intéressants, sans parler du caractère autochtone de l'amibiase, fait bien connu aujourd'hui. La constatation de kystes amibiens dans le pus de l'abcès est très rarement observée. Quant à la thérapeutique suivie, cette observation prouve que l'abcès amibien peut guérir par de simples ponctions associées au traitement émétinien.

Vaccinothérapie des affections pulmonaires chroniques.

M. Minet (de Lille) rapporte le résultat de ses travaux sur ce sujet. Il utilise actuellement un stock-vaccin dont la formule est la suivante :

Pneumocoques	20	millions
Tétragènes	40	—
Micrococcus catarrhalis	40	—
Staphylocoques	200	—

Dans l'*asthme*, les résultats de cette thérapeutique sont remarquables et l'auteur a obtenu des guérisons durables avec 1 ou 2 injections, plus souvent avec une dizaine d'injections (1 tous les 2 jours avec arrêt de 5 à 6 jours entre la 5e et la 6e) de 1/3 à 1 cmc. suivant l'âge.

Dans l'*emphysème pulmonaire* et les *catarrhes bronchiques*, mêmes bons résultats dans les 2/3 des cas : diminution de l'expectoration, disparition de la dyspnée.

Dans la *tuberculose pulmonaire* enfin, M. Minet a observé, à la suite de l'emploi du vaccin, une diminution de l'expectoration, et une amélioration de l'état général.

Œdème généralisé chez un nourrisson nourri aux bouillons de légumes et aux farines.

MM. Mouriquand, Rabot et Mlle Durand, relatent l'observation d'un enfant de 22 mois qui, depuis 5 mois, ne prenait que des bouillons de légumes, des potages de pâtes très clairs ; pas de lait. Peu à peu, on nota chez lui une altération de l'état général, puis un œdème généralisé, sans albuminurie, ni rétention chlorurée. Sous l'influence du retour à l'alimentation lactée, l'œdème disparut et le poids augmenta normalement par la suite. Dans ce cas, l'œdème ne pouvait être attribué ni à une lésion rénale, ni aux troubles digestifs, mais à des phénomènes de carence.

Action de l'émétine dans les abcès du foie.

M. Pallasse rapporte deux observations d'abcès dysentériques du foie, desquelles il semble ressortir que l'émétine injectée à doses insuffisantes est impuissante à guérir la dysenterie et à prévenir les abcès. Il semble bien qu'il faille injecter au moins huit centigrammes par jour de ce médicament, sans toutefois dépasser la dose de 1 gramme par mois

A. C.

La Thérapeutique appliquée

LA CURE RATIONNELLE DE LA CONSTIPATION

Les irrégularités, retards, insuffisances et difficultés de l'évacuation intestinale troublent les plus belles santés et font le lit à nombre de maladies. Cela s'explique surtout par les germes microbiens qui, pour les deux tiers de leur volume, constituent les selles et exercent leurs ravages toxiques à tout âge et dans toutes les classes sociales. Chaque jour, on s'ingénie à nous proposer de nouveaux laxatifs, alors que le problème de la cure de la constipation fut résolu, il y a plus de trente ans, par la découverte de la *Cascarine*, unanimement reconnue par les cliniciens de 1892 comme le meilleur incitant physiologique de l'intestin et l'indispensable viatique des constipés. Elle a acquis immédiatement une très large diffusion et elle a constamment submergé les nombreuses panacées qui lui ont été opposées, en raison même de son succès.

Le principe utile du Cascara stimule, à la fois, mouvements et sécrétions et détruit ainsi les deux grandes entraves à l'expulsion des déchets : atonie motrice et dessiccation. La *Cascarine Leprince*, médication curative et prophylactique, est bien restée ce qui en a été dit dès le début par les savants les plus autorisés, le seul traitement scientifique : « une véritable conquête thérapeutique », ainsi que la proclama Dujardin-Beaumetz. Elle met fin à la rétention fécale, au retard du transit des matières et s'oppose à toute exonération incomplète : qui n'a vu de ces malades, nullement constipés en apparence, *qui ne vident jamais à fond leur intestin* ? Les matières collées aux parois se putréfient sans trêve et les « atoniques », aussi bien que les « spasmodiques », sont constamment travaillés par les flatulences, ballonnements, fermenta-

tions que, mal conseillés, ils s'efforcent de combattre par les sels, les huiles, les géloses, les ferments divers, les poudres absorbantes, etc. sans obtenir d'autre résultat qu'une rétention plus invincible, aboutissant graduellement à l'entérite. Il aurait suffi pourtant de quelques doses de *Cascarine* pour balayer l'arriéré et réveiller *péristaltisme* et sécrétions. Rappelons ici que le grand avantage de cette cure consiste dans l'animation d'un foie insuffisant ou engorgé et d'un pancréas inactif, sans les dangers des pilules et comprimés du type aloétique et autres, qui congestionnent le rectum et disposent aux hémorroïdes et à la colite.

Le principe cristallin du Cascara exerce une influence antiseptique incontestable sur l'ensemble du tractus intestinal « paradis bactérien » puisque la voie anale rejette journellement 30 à 40 milliards de microbes ! *Purger*, c'est l'enfance de l'art : mais purger sans compromettre la normalité intestinale, *hic opus, hic labor est* ! La plupart des prétendus « laxatifs » agissent en enflammant la muqueuse viscérale, dont les sécrétions, exaltées, deviennent alors glaireuses et membraneuses (entérite). Le remède *agressif* est plus dangereux que le mal lui-même. La *Cascarine*, aussi sûre qu'inoffensive, accélère, sans l'irriter, le labeur de l'intestin. *C'est un agent de discipline et de défense.* Les praticiens utilisent aussi son pouvoir dérivatif, régulateur circulatoire et nutritif, toutes les fois qu'il importe de suractiver les échanges et les oxydations (*ralentis, arthritiques*, etc.)

Par son emploi, exempt de perturbation, s'évanouissent tous les symptômes dus à la stase fécale : troubles digestifs, langue sale, haleine fétide, bouche amère, teint jaune, urines troubles, vertiges, oppression, maux de tête, lassitude matinale, insomnie nocturne et somnolence après les repas, tension des artères, précoce sénilité. La faiblesse, les inaptitudes, l'irritabilité, la tristesse, les démangeaisons, certaines éruptions et d'innombrables méfaits (attribués à tort à l'acide urique, mais dus en réalité à la viciation putride du sang), disparaissent avec la paresse alvine ; et l'on voit renaître le sommeil, l'appétit, la bonne mine. La santé de la femme, à tous les âges, s'améliore visiblement, grâce à la décongestion de ses organes spéciaux.

L'action *apéritive et stomachique* de la *Cascarine* a fait surtout l'admiration des premiers cliniciens (DUJARDIN-BEAUMETZ, AUDHOUI, etc.) et les Anglais, en vertu de son action stimulante élective sur la fonction hépatique, ont nommé « a vegetable calomel » le principe cristalloïde dû à LEPRINCE. Sa réaction utile sur l'entestin ne connaît aucune défaite, même chez les vieillards. Avec la *Cascarine*, le bol fécal, morcelé et lubrifié, glisse en dehors, sans colique, sans salissure du corps, sans intolérance primitive ou secondaire. Elle pourrait prendre pour devise : *transit benefaciendo.* Dr E. M.

Les Livres

LE LIVRE DE FRANCE.
42, boul. de Port-Royal, 42, Paris,

Dr E. BERTIER. — **Le traitement des tuberculoses pulmonaires.**

Nous connaissons le bacille de la tuberculose, nous connaissons les divers terrains sur lequel il évolue et nous n'avons pas de remède contre la tuberculose, puisque « le polymorphisme des tuberculeux » est aussi décevant qu'ondoyante et diverse est la « névrose-hystérie ».

« Les localisations diverses de la tuberculose, l'apparition plus ou moins précoce et plus ou moins exubérante du tissu fibreux, la vigueur essentiellement différente de la réaction scléreuse des lésions » expliquent en partie le polymorphisme ; ajoutez-y la virulence plus ou moins accusée du bacille, l'âge du malade infecté, sa constitution héréditaire, les affections associées, et dans certains cas, l'action de sérums et de vaccins dont il a subi l'atteinte, et il ne sera plus étonnant que les innombrables médications antituberculeuses préconisées depuis cent ans aient pu donner les résultats les plus retentissants autant en succès qu'en échecs...

« L'apparente richesse de la thérapeutique médicamenteuse de la tuberculose en voile mal l'indigence. *Le praticien est amené à prescrire, non pas ceci parce que mieux indiqué que cela, mais ceci parce qu'il a déjà donné cela sans résultat* »...

Aussi, cette conclusion vient-elle naturellement sous la plume de l'auteur : « plus une tuberculose est grave, plus la thérapeutique médicamenteuse doit être anodine ».

Cependant, le Dr Bertier ne se complaît pas dans son négativisme thérapeutique et voici, telles qu'il les comprend, les grandes indications de la phtisiothérapie :

1° Lutter directement contre le développement du bacille ;

2° Chercher à atteindre indirectement le même but en développant les moyens de résistance de l'organisme, en favorisant le développement de la sclérose.

3° Traiter les symptômes pénibles ;

4° Traiter les affections associées.

La climatothérapie, la diététique, le traitement médicamenteux, la physiothérapie, le traitement spécifique, traitements mécaniques et chirurgicaux traitement des symptômes... sont l'objet de la part

du Dr Bertier d'une étude critique très serrée, d'applications neuves, et certaines hardies, dont le praticien et le spécialiste retireront, sans conteste, grand profit.

R. M.

LE LIVRE DE FRANCE
42, boul. de Port-Royal. PARIS.

Dr A. RÉMOND (de Metz), prof. de clinique médicale à la Faculté de médecine de Toulouse. — **Leçons élémentaires de clinique médicale** (recueillies par M. COLOMBIE, interne du service).

Le professeur ACHARD, préfaçant le Livre du prof. RÉMOND, écrit, à la manière du secrétaire général de l'Académie de médecine : « L'avènement de la médecine expérimentale a eu pour conséquence celui de la clinique expérimentale. Autrefois, au temps de la génération qui précéda la nôtre, la leçon clinique visait manifestement à l'éclat : c'était le triomphe de l'art.... Aujourd'hui l'art, sans doute, conserve ses droits ; mais il faut aussi plus de science. La précision, la simplicité unie à la clarté le servent mieux que les plus beaux effets littéraires ».

Appliquez cette notation aux cliniques du professeur Rémond et vous en connaîtrez et le caractère, et l'esprit, et les idées directrices. Or, ce caractère, cet esprit, ces idées directrices ne sont-elles pas de tradition dans cette vieille école de Toulouse, sur les murs de laquelle on lisait, avant le grand ncendie qui dévora sa belle bibliothèque, la date de 1229 ?

Parmi tous ces chapitres où, tour à tour, la grippe, l'ictère, l'ulcère de l'estomac, l'asystolie, le tabès, l'hystérie, la tuberculose pulmonaire, etc., sont étudiés avec la précision, la simplicité et la clarté dont parle le prof. Achard, l'un d'eux nous a plus particulièrement frappé : celui qui traite de la pneumonie. Y a-t-il affection plus banale, plus connue, plus classique ? Oui, sans doute, oui..... Mais pas aussi banale, ni aussi connue, ni aussi classique que d'aucuns veulent encore le dire ou le croire. Voyez avec quel art consommé le clinicien suit ce jeune malade de la salle Saint-André ! Rien n'est omis, tout est discuté, commenté, expliqué... depuis l'heure initiale à début foudroyant jusqu'à l'impressionnant passage de l'état de maladie à l'état de santé.

Pour nous qui avons écouté, il y a plus de 20 années, les leçons du maître, il nous est particulièrement agréable de souligner la haute valeur de son enseignement.

R. M.

Les Thèses

Ly. — Dr MAMMALE. — **Péricardite purulente chez le nourrisson.** (Villefranche, imprimerie du *Réveil du Beaujolais*, 1922.)

La péricardite purulente du nourrisson, affection rarement diagnostiquée du vivant de l'enfant, mais plus souvent reconnue à l'autopsie, est consécutive soit à un emphysème, soit à une pneumonie, soit à une broncho-pneumonie.

La propagation des microorganismes pathogènes se fait par voie lymphatique ou par voie sanguine. Les lésions de la séreuse sont identiques à celles que l'on trouve dans toutes les suppurations des séreuses.

Le diagnostic se fait par quelques signes principaux, signe de Rotch, extension de la matité et surtout examen radioscopique précoce. La ponction exploratrice par voie sous-xiphoïdienne confirmera ce diagnostic, *mais il faut que cette opération se fasse sous le contrôle de l'écran pour être certain que l'aiguille est bien dans le péricarde et non dans les plèvres.*

La gravité de cette affection, à marche variable, est constante, et chez le nourrisson l'issue est généralement fatale, aussi le traitement doit-il être précoce. Dès que le diagnostic est établi, il faut assurer l'évacuation totale et rapide du pus. La péricardotomie, surtout par voie xiphoïdienne, paraît être l'opération de choix. Le traitement purement médical est sans effet, mais les métaux colloïdaux unis aux vaccins ou aux sérums peuvent venir en aide au traitement chirurgical en favorisant la formation d'anticorps leucocytaires.

M. — Dr Louis VIGUIÉ. — **Traitement de la tuberculose pulmonaire par la teinture d'iode.** (Montpellier, Imprimerie Firmin et Montane, 1922.)

Dans la tuberculose pulmonaire, la teinture d'iode, remarquablement bien tolérée, même à des doses considérables, semble agir surtout en augmentant la défense naturelle de l'organisme et peut-être aussi par ses pouvoirs microbicide et antitoxinique et son pouvoir activo-sécrétoire sur les glandes endocrines. Cliniquement, elle agit là où les traitements mis ordinairement en œuvre semblent avoir donné leur maximum d'effet et où on est en droit de n'attendre d'eux aucune nouvelle amélioration.

Toutefois, nous ne pouvons suivre Boudreau lorsqu'il considère l'iode comme « le remède direct, spécifique et héroïque de la tuberculose ». Si les résultats sont favorables et non douteux dans les formes torpides, ils seraient moins encourageants dans les formes nettement fébriles. La teinture d'iode nous paraît donc être un médicament susceptible d'améliorer et même de guérir certaines formes de tuberculose.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

COMMENT NOUS DÉFENDRE CONTRE LES TAXATIONS ARBITRAIRES DU FISC SUR NOS REVENUS

Nous lisons dans le grave *Temps* du 11 février :

La logique de l'inquisition fiscale.

Continuant, hier, 10 février, ses recherches de recouvrements nouveaux pour le budget de 1923, la commission des finances de la Chambre a pris, notamment, deux décisions infiniment intéressantes.

En vertu de la première, « tous honoraires ou profits encaissés à l'occasion de l'exercice de la profession » par un avocat, médecin, chirurgien, architecte, littérateur, et autres personnes passibles de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales devront être inscrits sur un registre spécial ouvert et tenu à jour par lesdits contribuables. Les honoraires ou profits encaissés devront figurer sur ce registre, et en regard de chaque somme touchée, la date du payement devra être écrite.

Le contrôleur des contributions directes aura le droit d'exiger que ce registre lui soit présenté. « Ce registre devra être présenté, dit le texte, à toute réquisition du contrôleur des contributions directes ». Tout refus de céder à cette réquisition donnera lieu à un procès-verbal, suivi de sanctions consistant en amendes allant de 1.000 francs à 10.000 francs en principal.

On avait songé à réclamer que mention fût faite, sur le registre, des noms et adresses des payeurs. Un médecin, un chirurgien eussent obligatoirement indiqué les noms de leurs clients. Il a été fait remarquer que cette disposition porterait atteinte au secret professionnel. Les partisans de l'innovation eussent pu répondre que les contrôleurs des contributions directes sont astreints au secret professionnel, que cette garantie a été jugée suffisante pour les simples commerçants ou industriels, et que les révélations du registre risqueraient d'être insuffisantes si elles n'étaient appuyées de renseignements personnels précis. Mais, comme certaines résistances se manifestaient, la difficulté a été tournée ; et ce fut la seconde résolution.

Les assujettis au nouveau registre ne seront pas soumis à l'obligation d'y porter les noms et adresses de leurs clients ; mais ceux-ci, par contre, seront tenus de prendre et garder note des payements qu'ils auraient effectués, de manière à permettre au contrôleur des contributions directes de se livre r à tous les rapprochements qu'il aurait estimés utiles. Quiconque, en dehors des patrons déjà liés par l'article 26 de la loi du 13 juillet 1917, aura, au cours d'une année, rétribué les services d'une autre personne devra, à la demande du contrôleur des contributions directes, fournir à celui-ci « une déclaration de la valeur remise » à cette personne en rémunération de ses services.

Pour que nul n'en ignore, le texte voté hier précise que les services dont il s'agit s'entendent de tout ordre de services, « que ce service soit d'ordre médical, juridique, financier, commercial *ou de toute autre nature* ». *De omni re scibili et quibusdam aliis*. Si les citoyens français ne prennent pas ainsi l'habitude des comptabilités de ménage détaillées et complètes, ils auront bien mauvais caractère.

Les registres des encaisseurs, d'une part, et les cahiers des dépenses des payeurs, d'autre part, se compléteront donc, se contrôleront mutuellement, et la police fiscale aura enfin resserré les mailles du filet jeté sur la masse des citoyens français par l'impôt personnel sur le revenu global. La commission des finances se promet de ce surcroît de mainmises étatistes un supplément appréciable de recettes.

La première de ces décisions a été prise par 7 voix contre 6. La seconde a été votée par 8 voix contre 7. Rappelons, incidemment, que la commission des finances compte 44 membres. Où sont les autres, et que font-ils ?

A la nouvelle de ces votes, des indignations se sont produites. Il y eut aussi des railleries. Les uns se moquent. Les autres se révoltent. Vaste matière à exploiter. Les petits thétâtres ne s'en feront pas faute sans doute. Les plaisanteries sont faciles. Mais quoi ? La commission des finances vient-elle de faire vraiment quelque chose d'extraordinaire ?

Elle constate que le pays a été mis au régime de l'impôt personnel sur le revenu global, — la grande pensée du règne des radicaux socialistes, aidés des socialistes purs, ces bons apôtres. Qui dit revenu global effectif imposé, dit revenu total découvert et saisi par l'Etat. Plus de ces abominables approximations que comportait l'impôt réel, établi uniquement d'après des signes extérieurs ! Foin de ce respect des secrets du foyer domestique et de la vie intime des citoyens ! Tous et chacun dans les mains et sous la coupe de l'Etat ! Puisque tel est le principe, comment reculerait-on devant les exigences de son application ? Elles sont odieuses ? Tant pis, si la justice fiscale les ordonne.

La commission des finances ne fait que tirer de la loi fiscale rétrograde subie si étrangement par la

nation les conséquences logiques qui en découlent. Le nouveau registre, les comptes personnels requis, le carnet obligatoire de coupons ne sont que les suites naturelles de la violation des principes financiers que représentaient nos anciennes contributions directes.

Dès les premiers sondages effectués par l'administration des finances pour préparer le retour à l'impôt personnel, nous dénonçâmes le péril. Mais qui voulut croire au casier fiscal ? Il était fatal cependant. La commission des finances en met seulement en pleine lumière la beauté. Elle aurait droit à des remerciements et non à un blâme. Peut-être le pays, enfin éclairé, aura-t-il l'énergie nécessaire pour se débarrasser d'un régime fiscal qui est une insulte au génie même de la France.

Nous en demandons pardon à M. Chassaigne-Goyon, qui, dans une intention excellente, a présenté hier « le vœu que le ministre des finances élabore, dans le plus bref délai possible, *un projet de réajustement* des lois ficales, qui, sans vexations inutiles, sans mesures arbitraires, ménageant les forces des petits contribuables, tenant compte des charges de famille, apporte plus de justice et d'égalité dans le système des impôts directs » : ce réajustement ne peut qu'être un leurre, tant que l'impôt personnel n'en est pas proscrit. On amendera ceci ou cela, mais l'obligation et le droit pour l'Etat de rechercher et de frapper le revenu effectif des citoyens aboutiront aux mêmes effets. On aura peut-être un peu plus d'arbitraire. L'inquisition fiscale continuera ses méfaits.

Aussi la motion de M. Chassaigne-Goyon a-t-elle rallié l'unanimité. Le propre de ces formules est de faire l'union dans l'équivoque.

Un dernier vote serait encore à mentionner. Un vote ? Une abstention, plutôt. La commission, en quête de ressources, s'est trouvée appelée à s'occuper de la cédule des bénéfices agricoles. Assez nombreux sont les critiques financiers qui s'étonnent de la modicité du produit de cette cédule. La commission allait-elle en reviser les éléments ? Elle a préféré ajourner toute décision à ce sujet. Heureux agriculteurs, s'ils connaissaient leur bonheur ! En ce qui concerne les contributions cédulaires, la règle des évaluations forfaitaires tend, d'ailleurs, de plus en plus à prévaloir. La vérité, de ce côté, se fait jour. Mais, avec l'impôt personnel sur le revenu global toutes les tyrannies étatistes restent possibles. Grâces soient rendues à la commission des finances de l'avoir si admirablement montré.

Le jour même où ces lignes paraissaient dans *Le Temps*, la commission des Finances, à la suite d'une démarche pressante du Garde des Sceaux, l'honorable M. Colrat, revenait sur son vote de la veille et renonçait, au moins provisoirement, à sa proposition d'obliger les professions libérales à tenir un registre des recettes effectuées au jour le jour.

A cette occasion, nous avons reçu la lettre suivante, que nous nous faisons un devoir de publier, pour demeurer fidèles à notre programme : tribune libre, ouverte à tous ses lecteurs et correspondants, le *Concours médical* permet aux opinions les plus contradictoires d'apparaître en pleine lumière, provoquant ainsi des controverses et des discussions d'où peuvent sortir des enseignements utiles à la défense professionnelle.

Et c'est bien ainsi que je comprends notre rôle, dans la presse médicale, à telles enseignes que j'ose n'être pas du même avis que notre distingué confrère.

Mais, voyons d'abord sa très aimable lettre :

Peut-être avez-vous lu l'article ci-joint du *Temps* (numéro du 11 février) intitulé « La logique de l'inquisition fiscale ». L'auteur dénonce et commente au mieux les deux dernières décisions de la Commission des Finances de la Chambre.

Ces décisions nous donnent le devoir de tenir à jour un registre sur lequel figureront nos honoraires touchés avec , au regard, les dates de payement.

Un tel programme de comptabilité m'effare ; une telle obligation comporterait une sanction : les modalités de cette sanction pourraient s'inspirer d'une déclaration dans le genre de celle-ci, soumise au corps médical et approuvée par lui.

« Afin de pouvoir trouver les loisirs utiles au travail de préparation fiscale qui leur est imposé, les médecins ont la tristesse de renoncer au plus beau privilège de leur état qui consiste à donner aux hôpitaux, aux œuvres, aux associations, aux malheureux, une part importante de leur temps ; en conséquence, ils préviennent les pouvoirs publics de n'avoir plus à compter sur un dévouement auquel le passé a toujours rendu hommage et que le présent méconnaît en le paralysant. »

Vous jugerez si un tel vœu, mis au point par de plus autorisés que moi et porté par nos syndicats à la réflexion de nos législateurs, aurait chance de ranimer leur bon sens.

Quel que soit l'accueil réservé à ma suggestion, je vous prie de bien vouloir trouver ici, l'expression de ma gratitude pour le dévouement et l'autorité que vous manifestez avec tant de constance dans la défense de nos intérêts professionnels.

Dr CH.

Je n'entreprendrai pas ici le procès de l'impôt sur le revenu. Le jour mémorable où le ministre des Finances, M. de Lasterye, appuyé par M. Loucheur, a déclaré publiquement à la Tribune de la Chambre que cet impôt est l'*impôt des poires*, le jour où le *Journal Officiel* a enregistré cette déclaration, la plus vive, encore que la meilleure des critiques, en a été faite, et il est bien inutile que j'y ajoute mon grain de sel.

Mais cet impôt existe. Et tant qu'une nouvelle loi de finances ne l'abolira pas, pour le remplacer par un régime fiscal plus équitable et moins

compliqué, il faudra l'acquitter, de gré ou de force. Je dis bien : *de gré ou de force*, car je ne connais aucune possibilité de résister à l'Etat, qui dispose de moyens exceptionnels pour faire rendre gorge au contribuable récalcitrant : contrainte, saisie, vente des meubles et biens de toute nature. Il y a bien le recours devant le Conseil de préfecture, puis, devant le Conseil d'Etat.

Mais, d'abord, *il faut payer*. Quant aux dégrèvements éventuels, je ne dirai pas qu'ils ne sont jamais accordés, mais c'est l'exception. Il faut bien que le budget soit bouclé, nonobstant la carence de Boche. Et qui doit y pourvoir, sinon cette bonne poire de contribuable ??

Il faut payer ce qu'on doit, mais rien que ce qu'on doit. Or, l'impôt étant calculé d'après le revenu, comment pouvons-nous établir, nous médecins, que nous avons encaissé, de diverses sources, durant l'année écoulée, exactement x francs ?

Légalement, au moins jusqu'à ce jour, n'étant pas des commerçants, nous ne sommes assujettis à aucune comptabilité. Et de fait, il en est parmi nous, j'en connais, qui ne tiennent aucun compte, qui n'ont aucune documentation relative à leurs recettes professionnelles. D'autres, avec plus ou moins de détails, inscrivent sur des registres *ad hoc* les honoraires qui leur sont dus par leurs clients clairement désignés, et ajoutent souvent à l'énonciation d'un chiffre, l'objet qui l'a motivé : consultations, visites, opérations, injections intra-veineuses, accouchement....

Tels quels, ces registres, qui n'ont rien d'obligatoire, je le répète, ne sont pas faits pour être communiqués à des tiers. Si le secret professionnel n'est pas un vain mot, l'interdiction de toute divulgation est absolue. Et, comme le fait remarquer judicieusement le rédacteur du *Temps*, c'est un sophisme, ou une agréable plaisanterie que de prétendre qu'un secret n'est pas violé, s'il est confié à des tiers tenus également à le respecter. Les mots ont, dans notre langue faite de clarté, un sens défini, et nous savons pertinemment quel abime sépare le *secret*, tout court, du *secret de Polichinelle*.

A l'époque où l'opérette d'Audran faisait florès, la caractéristique de La Mascotte n'avait rien de caché, car, chantait je ne sais plus lequel des personnages :

> Entre nous, c'est ce qu'on appelle
> Le secret de Polichinelle.

Donc, nous estimons ici que les comptes que nous tenons, dans la forme que je viens d'indiquer, ne doivent pas être mis sous les yeux de tiers, quels qu'ils soient.

Nous procédons donc par simple affirmation, complétée par les explications verbales que nous jugeons à propos de donner.

Mais l'agent du fisc ne se croit pas autorisé à nous faire confiance, et à s'en tenir à notre parole. Il veut, il exige des justifications, et comme nous ne pouvons lui donner celles qu'il nous demande, il nous taxe d'office, avec un arbitraire déconcertant. Il le fait d'autant plus lourdement qu'au cours de certains sondages habilement effectués, il a découvert des fraudes indiscutables. Nous en avons publié un bel exemple dans le n° 37 du 10 septembre dernier. Et, en vertu de l'esprit d'intelligente généralisation qui faisait dire à l'Anglais débarquant à Boulogne et se trouvant en présence d'une femme rousse : « Toutes les Françaises sont rousses ! », il dit de même : « Un, deux... médecins ont fraudé ; donc, tous les médecins cherchent à me tromper. Je ne me laisserai pas faire, d'autant mieux que je suis le plus fort. *Ego, nominor leo.* »

Or donc, un jour que je m'entretenais de ces questions fiscales avec un de nos meilleurs amis, il me conta sa personnelle aventure, et comment il en était sorti à son honneur et avantage.

Il fut avisé par le contrôleur que celui-ci se rendrait chez lui à un jour donné pour obtenir des éclaircissements sur sa déclaration. Celui-ci s'étant présenté d'ailleurs très correctement, notre confrère lui déclara : « Je ne vous communiquerai pas tous les livres de comptes que je tiens pour ma satisfaction personnelle. Cependant, j'en ai un spécial, que je puis mettre à votre disposition. C'est un carnet où j'ai l'habitude d'inscrire au jour le jour toutes les sommes que j'encaisse, sans aucune autre explication. Comme les années s'y suivent depuis plus de dix ans, vous pourrez aisément faire des comparaisons et vous rendre compte que je n'ai pas réalisé de bénéfices de guerre. » Il s'agissait dans ce cas, de cet impôt particulier ; mais l'espèce ne fait rien à la chose, et ce qui a réussi là devrait avoir le même sort ailleurs.

Toujours est-il que le contrôleur se tint pour satisfait, et que notre ami échappa à une taxation qu'il ne devait pas en réalité subir.

Depuis ce jour, toutes les fois qu'un confrère m'a demandé comment il devait s'y prendre pour se défendre contre les prétentions du fisc, je n'ai jamais manqué de lui raconter l'anecdote qui précède, en l'engageant à tenir un registre où seraient inscrites *uniquement* ses recettes jour par jour, sans indication d'origine.

Aussi ne partagè-je pas l'indignation du Dr Ch... S'il s'agit du principe même du registre, j'avoue qu'il ne me choque pas. S'il s'agit de la complication qu'il peut introduire dans notre vie professionnelle, j'avoue également que je suis incapable de comprendre en quoi les quelques minutes que nous dépenserons chaque soir pour mentionner que, ce jour-là, nous avons reçu 20 francs, ou 200 francs, ou 2000 francs, peuvent troubler d'une façon appréciable l'économie de notre temps.

Le fisc cherche à nous traquer. Il a entendu parler de ces médecins qui font, ou se vantent de faire, des centaines de mille francs d'affaires. Son flair de limier le pousse à nous prendre en défaut, soit que nous ayons réellement dissimulé quelques-uns de nos revenus, soit que nous ne voulions pas justifier ceux que nous déclarons. Il refuse de nous croire sur paroles. Il faut cependant bien que nous nous défendions. Si le registre de nos recettes pures est le seul moyen que nous puissions employer pour établir nos droits, ne serons-nous pas naïfs de nous refuser à le tenir, sous des prétextes dont je cherche vainement le bien fondé ? Ne nous exposons pas, par une fausse conception de notre point d'honneur, à jouer bénévolement le rôle de poires, dont on exprimerait le jus jusqu'à la dernière goutte, parce que nous n'aurions pas voulu faire un geste qui me paraît absolument insignifiant, et sans portée.

G. Duchesne.

LES EXONÉRATIONS EN MATIÈRE D'IMPOTS CÉDULAIRES SUR LE REVENU

Au « Sou » et, si cela convient au « Sou », à l'Association professionnelle des médecins d'hôpitaux.

Le *traitement* que reçoit un médecin du fait d'un hôpital doit-il, quant à l'impôt *cédulaire* sur les revenus, être compté à part au chapitre *Traitements et salaires* ? Ou bien doit-il faire masse avec les revenus ordinaires de ce médecin au titre *Professions non commerciales* ?

Voici la copie des pièces du procès et la lettre explicative qui suit :

Saint-A..., banlieue Ouest. Impôt cédulaires.
Réclamations

30 novembre 1922,

Monsieur le Sous-Préfet de R.

A. — Je reçois, daté du 17 *décembre* 1922, un avertissement d'avoir à payer trente francs, droit simple, impôt cédulaire, sur un traitement de 5.000 fr.

5.000 — 4.000 = 1.000 fr.
dont moitié, soit 500 fr. à 6 %, donne bien 30 fr.

Ce traitement existe. Je le touche à titre de médecin de l'hôpital de F. En réalité, c'est une indemnité précaire qui couvre mal mes dépenses et ne paye pas du tout mon travail.

Il a été porté à la connaissance du contrôle par la ville de P. (à une date assez récente, puisque mes infirmières ont reçu leurs avertissements ce matin même 30 novembre 1922).

Mais, j'avais pris les devants : ma déclaration de février 1922 porte clairement, au chapitre : traitements et salaires, cette somme de 5.000 fr.

La jurisprudence est délicate. J'ai très bien remarqué que cette recette avait été *confondue* avec mon revenu au titre des professions non commerciales. Je n'avais pas réclamé jusqu'à présent la discrimination, bien que cette confusion me fît tort au point de vue des impôts cédulaires pour lesquels mon compte aurait dû être établi ainsi que suit :

1° Sur traitements et salaires comme ci-avant avec ce produit.................... 50 fr.

B. — 2° Sur professions libérales 19.000 fr. (total général) moins les 5.000 fr. ci-dessus, soit 14.000 fr.

A diminuer de : *a*) 4.000 fr.— *b*) $\frac{4.000 \text{ fr.}}{2}$
soit 6.000 fr.

Il reste 8.000 fr. dont 6 % font.......... 480 fr.

Total .... 510 fr.

(Impôts cédulaires établis au titre de 1922. Art. 21. Rôle n° 1-7 août 1922. St.-A., Dr J. C.)

Cinq cent dix francs, alors que la confusion fait que j'ai payé sept cent quatre vingts francs. J'ai donc l'honneur de réclamer :

A. L'annulation de l'avertissement reçu ce matin.

B. Le remboursement de la somme de 270 fr. perçue en trop.

(Impôts établis au titre de l'année 1922. Art. 16. Rôle n° 3-17 déc. 1922. F., canton de L, Dr J. C.).

Je n'insiste pas pour les exercices antérieurs.

Signé : Dr J. C.

Résidant à St- A.

SOUS-PRÉFECTURE DE R...

Réclamations sur contributions.

Docteur C., de St-A....

Le Sous-préfet de R. a l'honneur de prier Monsieur le Maire de St-A. d'inviter le docteur C. à annexer à la présente réclamation, son *avertissement* ou un extrait du rôle.

R., le 2 décembre 1922,

Le Sous-préfet,
Signé : Illisible.

Maintien de ma réclamation. (*Imp. cédulaires*, 1922) *du* 30 *novembre* 1922, *dans sa forme.*

St-A. le 7 décembre 1922.

Monsieur le Sous-préfet,

J'ai le regret de me refuser formellement à joindre à ma réclamation (impôts cédulaires au titre de l'année 1922) soit l'avertissement, soit l'extrait du rôle que vous voulez bien m'inviter à y annexer.

Je me suis, en effet, conformé à cette indication imprimée au dos dudit avertissement :

« Les contribuables sont tenus de mentionner dans leur demande à peine de non recevabilité, le *nom de la commune et la contribution* qu'elle concerne, et, à

défaut de production de l'avertissement et de l'extrait du rôle, le numéro de l'article du rôle ... »

Voici maintenant le motif de ce refus : — en haine des impôts indirects qui écrasent les familles nombreuses, — et dont nul ne peut connaître sa part, — j'accepte avec bonne humeur (et je paye sans délais) ma lourde part des impôts directs.

Mais il faut pour cela qu'une condition soit remplie : c'est que ma réclamation éventuelle soit accueillie dans les formes les plus simples, prescrites par la loi.

Cette condition peut s'exprimer autrement : il faut que je puisse dire à mes concitoyens, que fait hurler régulièrement la note du percepteur (et qui payent sans broncher des sommes de beaucoup supérieures aux indirectes), dire qu'ils peuvent *facilement* réclamer en cas d'erreur des directes.

J'en fais une affaire de moralité publique, ayant eu au cours de ma longue carrière, trop d'occasions de philosopher et sur les cas particuliers et sur les incidences invariablement regrettables de la prédominance des impôts indirects dans notre économie nationale.

Je m'excuse personnellement de vous donner cet embarras mais point d'avoir supprimé de mon dossier un papier, une *pièce*.

La possession de mon avertissement est d'ailleurs précieuse et pour moi et pour mes pairs (médecins qui reçoivent un traitement au titre hôpital). Nous pensons tous que ce traitement doit être considéré par le fisc à ce titre « traitements et salaires », non confondu, par conséquent (quant aux cédulaires) avec les produits de notre « profession non commerciale ». Le « Sou médical », ou bien l'Association des médecins d'hôpitaux », suivront cette affaire avec le plus grand intérêt.

Dr J. C.

Je m'aperçois que j'avais commis une erreur en mentionnant le rôle 3 comme publié à St-A. Je rectifie.

Dr J. C.

Jusqu'au présent mois de décembre 1922, je m'étais incliné sans mot dire devant la décision du contrôleur de R. qui m'avait *imposé* la seconde interprétation et *imposé* en conséquence une sur-contribution discutable, à raison de 270 francs l'an (300 fr. — 30 fr. = 270 francs).

Mais voici qu'un autre contrôleur (qui siège je ne sais où, mais régit la commune de F. où gît mon hôpital) apprenant que j'ai là un *Traitement* comme les dames infirmières mais inférieur aux leurs, n'hésite point : il m'ajoute une cédule, sans se soucier le moins du monde de savoir si je ne suis pas déjà doté par ailleurs.

Il n'hésite pas plus dans le détail que sur le fond : ce médecin, dit-il, 1° n'a évidemment pas déclaré ce traitement ; 2° je dois être honnête à son égard malgré cette mauvaise foi ; 3° donc de 5000 francs, je retire 4.000 francs, puis je prends la moitié du reste, soit 500 francs, qui, à 6 %, donnent 30 francs, *qui valent, audit* médecin, avertissement d'avoir à payer *hic et nunc*, cette somme aux mains de quelque percepteur.

Objection. — Malheureusement, *déclarant* au titre de l'impôt général sur le revenu, ce médecin avait *déclaré*, dans la case traitements et salaires, cedit traitement pour sa valeur exacte. Et, sans pitié, le premier contrôleur avait bloqué cette somme avec la cédule (la case) revenus de profession non commerciale. Soit 5000 francs, sans déduction, à 6 %, ce qui donne 300 francs, somme dès longtemps payée au percepteur d'ici près.

Conséquence. — D'avoir reçu *Avertissement* du second contrôleur d'avoir à payer 30 francs, trente francs seulement au titre de la cédule *Traitements et Salaires*, je suis fondé à conclure que le premier contrôleur a eu tort quand il a fait masse du produit de cette cédule et du produit de la cédule suivante : *Professions non commerciales*. J'avais droit à deux cédules, soit à deux déductions et non à une seule !

Autrement dit, je veux bien payer trente francs mais seulement si on m'en rend trois cents.

Autrement dit encore, et ceci est beaucoup plus intéressant, le fisc ne sait pas très bien comment il doit classer, au cédulaire, nos traitements à provenir des hôpitaux.

C'est pour vous signaler *cette incertitude* que je vous écris — interrompant pour ce faire une occupation qui me remplit d'admiration pour la fonctionnarisation de la médecine : classer et compter, et décompter chacun pour sa valeur, les *Bulletins officiels* (collectionnés au cours de l'exercice) selon qu'ils valent trois francs, quatre francs ou cent sous pour les nourrissons, cinq francs (kilomètres à l'aller seulement, en plus) pour les indigents, six francs (kilomètres aller et retour, en plus) pour les victimes, sans omettre de distinguer différentes choses, connues ou inconnues, comme le prix d'une injection (solennelle) de sérum à un diphtérique avéré, prix qui ne peut pas être le même que le prix, par tête, d'une injection préventive du même sérum (avec la même seringue) à chacun de ses frère et sœur, etc. Que la vie sera belle, et nos céphalées de comptables aussi, quand Ils jouiront de l'assurance maladie !

A ce point de vue une chose m'inquiète : noyés sous l'amas de leurs innombrables bulletins de visite, quand donc nos successeurs (je suis classe 1881) auront-ils le temps de PENSER ? Dire que, dès aujourd'hui, ce m'est une distraction que me plonger dans les mystères du cédulaire !

Dr J. C.

P. S. — L'exercice 1922 comporte, pour moi, une diminution de 40 % (quarante pour cent) sur

tous les produits de mon activité, sauf sur le susdit traitement.

Réponse

1° La réclamation est justifiée en partie en raison de ce qu'il y a double emploi, le traitement de 5.000 fr. ne doit supporter qu'un seul impôt cédulaire.

En outre les deux impositions ne peuvent être valablement établies que pour la commune de S. A. où réside le Dr C. et où il a souscrit sa déclaration d'impôt général sur le revenu.

Celle établie à F.-les-B. est irrégulière.

2° Le Dr C. a eu raison, en principe, de refuser l'envoi de son avertissement, mais nous devons faire remarquer que sa réclamation vise deux contributions établies dans deux communes différentes ; légalement, il aurait dû présenter deux réclamations. Une première demandant l'annulation de la cotisation (traitements et salaires), établie à F.-les-B. en raison de ce qu'il ne réside pas dans cette localité.

Une deuxième pour demander la réduction de celle établie à S. A. (déduction de 5.000 fr. compris à tort dans la cédule des professions non commerciales).

3° Au fond : l'administration soutiendra que le traitement de 5.000 fr. constitue une rémunération forfaitaire pour soins donnés à une certaine catégorie de malades, rémunération analogue aux honoraires payés par les clients.

Dans le *Concours médical* du 15-11-22, page 3698, nous avons répondu à une question du même genre, mais dans votre cas le principal argument fait défaut, car les actes professionnels accomplis, soit comme médecin soignant une clientèle particulière, soit comme médecin attaché à l'hôpital municipal ou départemental, sont de même nature.

A. Martinot,
Conseiller fiscal,
Directeur du *Contribuable français*.

A PROPOS DE LA DEMI-ASSISTANCE

La sonnette d'alarme !

Le département du Finistère est actuellement le théâtre d'une expérience sur laquelle il me paraît utile d'attirer, sans tarder, l'attention du corps médical.

La demi-assistance médicale y a été instaurée récemment, et la manière dont cela se fit est déjà suffisante pour nous inspirer de la méfiance.

Il existe une commission de contrôle, où les syndicats médicaux sont représentés. Cette commission collabora, naguère, à l'établissement du réglement général de l'assistance ; or, pour la demi-assistance on ne la consulta pas, on ne l'avisa même pas !

Nous apprîmes un jour, *par les faits*, sans en avoir reçu aucun avis officiel, que désormais les assistés étaient classés en trois catégories.

La première donne droit à l'assistance complète, médicale et pharmaceutique.

La deuxième est seulement médicale (sans allocation de médicaments).

La troisième comporte l'assistance hospitalière.

Une première protestation de notre syndicat resta sans effet : on la laissa tomber !

Au cours de plusieurs réunions intersyndicales récentes qui ont abouti à la création d'une Fédération, nous parlâmes, chaque fois, de la question ; toujours les conclusions furent hostiles à cette innovation.

La Fédération, aussitôt créée, protesta donc encore, pour les motifs suivants :

1° La demi-assistance n'est pas encore légale ;

2° On eût dû nous tâter, préalablement ;

3° Il est peu probable qu'elle ait pour effet de diminuer les dépenses, mais plutôt de permettre d'étendre l'assistance à plus d'individus.

4° Ce sera encore à notre détriment, surtout, que la chose se fera (d'autant plus que, croit-on, beaucoup de malades viendront chez le médecin quand le billet qu'ils auront reçu ne leur donnera pas droit aux médicaments ? Nombreux seront ceux qui iront, tout droit, chez le pharmacien, et la demi-assistance les aura simplement détournés du médecin.

5° Enfin, que de complications à prévoir si des gens (il y en a toujours) nous apportent tardivement leurs billets et que nous aurons délivré un bon de médicaments à quelqu'un qui s'avèrera n'y avoir par droit !

Notre geste resta encore vain. On para le coup en nous assurant que nous avions tort de nous inquiéter, que tout cela n'est que temporaire et n'est réellement qu'une étape vers la diminution du nombre des inscrits, etc.

Eh bien ! il ne faut pas que nous nous laissions ainsi « endormir » : l'Union des syndicats le sait bien, la question de la demi-assistance est dans l'air, et l'on se propose sa généralisation ; voilà la réalité.

Nous avous, nous Finistériens, l'honneur de subir le premier essai et, pour ma part, je crois trouver la raison de cela dans le fait que notre

département vient en première ligne pour l'importance de l'assistance médicale et que — est-ce par hasard ? — nous avons pour préfet un ancien dirigeant de l'assistance publique, qui pourrait bien y retrouver quelque jour sa place.

Ne devons-nous pas voir dans tout cela une phase de la grande offensive actuellement dirigée contre le coût du médecin ? Nous savons comment on en veut à notre tarif kilométrique, mais c'est l'ensemble de nos tarifs qui paraît trop élevé, au moment où l'on veut créer l'assurance-maladie obligatoire.

Nous avons, dans tous nos syndicats, établi sur des bases des plus sérieuses, (exemple le tarif Jeanne), un tarif *minimum*. Dans notre région, en particulier, celui-ci est des plus modérés. Qu'il me suffise de faire remarquer que l'acte médical minimum y est taxé : cinq francs, alors que tous les mois telle de nos *Revues* professionnelles nous répète que cet acte « *vaut dix francs* » et que la livre de beurre nous coûte actuellement de six francs cinquante à sept francs.

La consultation médicale à cinq francs est, paraît-il, encore trop chère, et ce que l'on veut, en réalité, c'est créer un minimum encore moindre.

Il convient donc que nous revenions à ce principe que l'assistance médicale est un service d'Etat, qui doit assurer les soins aux malades indigents. Or, nous consentons, pour ces soins, à des tarifs *extrêmement réduits*.

« Quelle est, soit dit en passant, écrivait mon « excellent confrère et ami Dupouy (dans son « rapport de 1913), quelle est la corporation qui « consent, comme la nôtre, à contribuer, avec le « même élan de charité, et dans une même « mesure, à pareille œuvre de solidarité sociale, « alors qu'aucune des charges ou des impositions supportées par ailleurs, par chaque « citoyen, ne nous est épargnée ? Nous payons « double impôt et, encore davantage, sans autre « obligation que notre bonne volonté. »

Or, qu'est-il advenu ? Les dépenses ont très rapidement et régulièrement augmenté ; c'est que l'allocation de l'assistance est devenue un moyen facile de s'attacher les gens, je repasse la parole à Dupouy : « Les listes d'assistance sont « surchargées. Certaines municipalités *s'en font* « *un titre de gloire*. Lors des élections dernières, « la municipalité sortante Quimperoise ne s'est-« elle pas fait un honneur de subvenir aux besoins « de plus de 6.000 assistés. Sur un chiffre total « de 20.000 habitants, c'est coquet ! et sans « doute hors de proportion avec les nécessités « véritables de la population. Pure surenchère « électorale ! »

Le budget étant donc devenu formidable, on a fait un effort vers la réduction du nombre des assistés, mais insuffisant, or, nous avons la vie chère. Alors, on s'est dit : « Dans ce grand nom-« bre de gens que nous secourons, il doit y en « avoir dont l'indigence n'est que relative (je « vous crois !), nous allons donc créer la demi-« assistance, c'est tout simple. ! »

Et bien ! j'ai le regret, pour ma part, de comprendre tout autrement la chose, et je conclus, de mon côté : « ce que vous allez faire là, c'est « tout simplement, enfin, le départage des « véritables indigents de ceux qui ne le sont pas. « Et pourquoi donc, alors, voulez-vous que je « consente à appliquer des tarifs particulière-« ment réduits, *parce que destinés à des indigents*, « à des individus que vous proclamez, vous-« mêmes ne pas l'être ? A ceux-là s'applique, pré-« cisément mon tarif minimum (dont j'ai prouvé, « plus haut, la modération) ; ce que voulez, « en somme, c'est pouvoir, en vue d'en assumer « la charge, obtenir pour toute une catégorie de « gens, *un tarif au-dessous du minimum*.

« Ne nous embarrassons pas de mots ; le fait brutal, le voilà ! »

Mais, envisageons aussi la catégorie 3 « hospitalisation » : nous allons retrouver là cette vieille connaissance, le « tout compris » ; souvenons-nous du rôle important que joue l'hospitalisation dans le fonctionnement de l'assurance-maladie-obligatoire, et ne voilà-t-il pas un tour bien joué ? Que de malades indûment soignés à l'œil, à l'hôpital ?

Je ne saurais mieux conclure qu'en citant encore cette phrase de Lafontaine dans son rapport de fin d'année (Cf: le *Médecin Syndicaliste* de décembre 1922) : « Rinuy rappellera « certainement que la doctrine syndicale en « matière d'honoraires médicaux pour l'A. M. G. « est que le taux de ces honoraires doit être « celui de la clientèle ouvrière. La loi sur l'assis-« tance médicale a été faite pour mettre à la « charge de l'Etat les soins qu'il est nécessaire « de donner aux déshérités et aux nécessiteux. « C'est donc détourner cette loi de son objet « que de charger le médecin de la plus grande « part des frais médicaux. »

Voilà pourquoi je tire aujourd'hui la sonnette d'alarme et viens dire à mes confrères, mais surtout à l'Union des syndicats (dont je viens de recevoir le questionnaire) : l'heure des « études » est déjà passée ; l'attaque est déclanchée, ce n'est plus l'heure des « protestations » (dont on se moque), celle de l'action a sonné !

Dr Eug. DAMEY.

LE CERTIFICAT DES MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES

Connaissant l'esprit d'impartialité du *Concours Médical*, je ne doute pas que sa direction me permette de faire entendre cette faible protestation contre l'attaque dont est l'objet le « certificat » permettant aux docteurs en médecine de naviguer comme médecins à bord des navires de commerce. D'autres, mieux qualifiés que moi, prendront sa défense et seront certes de meilleurs avocats. Que ceux-ci m'excusent.

Tout d'abord, le décret du 4 janvier 1896 et celui du 26 novembre 1921 prévoient seulement l'obligation de passer un examen devant un jury désigné par le ministère de l'hygiène, qui donne ensuite le droit d'être inscrit sur un tableau, sur lequel seront choisis les docteurs en médecine désireux de naviguer. Ce décret ne prévoit ni la délivrance d'un diplôme spécial, ni voire même d'un certificat.

Un de vos correspondants a cru devoir élever la voix contre la création de ce tableau. Personnellement, j'estime que la création de ce tableau, après examen passé devant un jury, a beaucoup d'inconvénients, mais que sa suppression en aurait encore plus.

Ses détracteurs peuvent dire que son obtention est trop aisée ; mais à cela, on peut répondre que justement le législateur n'a pas voulu faire des médecins sanitaires maritimes « des surmédecins » mais seulement des médecins-marins. On a inscrit sur le programme de l'examen la bactériologie, l'épidémiologie, parce que cet examen est présidé par des médecins, mais ce sur quoi on a voulu insister, c'est sur la prophylaxie des maladies transmissibles, et surtout sur la réglementation sanitaire.

Aucun médecin sanitaire maritime ne croit avoir une éducation professionnelle supérieure, parce qu'il est inscrit sur un tableau spécial. S'il a une supériorité quelconque, cette supériorité problématique est toute technique et non médicale.

Un médecin sanitaire maritime doit pouvoir discuter avec le commandant de son navire sur telle mesure sanitaire. Il doit savoir, si la mémoire lui fait défaut, dans quel livre il pourra trouver tel réglement, qui lui permettra de prendre telle mesure indispensable à l'hygiène de son navire ou du port dans lequel il entre.

Il devra être à même de discuter avec les autorités étrangères, parfois très strictes avec les réglements sanitaires, avec les médecins étrangers, avec les directeurs de sa propre compagnie.

Le médecin, s'il reste évidemment toujours docteur en médecine, est à bord un inscrit maritime faisant partie du service général. Il est soumis à la discipline du bord. Il doit donc posséder certaines qualités extra-médicales. Il est, à bord, chef de service, comme le chef-mécanicien comme le commissaire du bord. Il doit être à même de prendre toute décision utile avec avis motivé auprès du commandant et prendre sa responsabilité.

Cela veut-il dire que la réglementation des M. S. M. est parfaite ? Assurément non. Cette réglementation est très critiquable, mais à mon avis, elle l'est à l'inverse de ce que demande votre correspondant.

Cette réglementation est à réformer, mais non à supprimer.

Le médecin sanitaire maritime est imposé par le Gouvernement français aux compagnies de navigation. Il est même regardé d'un mauvais œil par les directeurs. Avec le peu de considération dont il jouit à bord, il est généralement traité comme un gêneur. Assurément, les compagnies de navigation sont non seulement pour la suppression du médecin sanitaire maritime, mais encore pour la suppression de tout médecin à bord. Il se trouvera toujours dans les grandes traversées un docteur en médecine qui, en cas de maladie ou d'accident, donnera ses soins par humanité. D'où économie pour elle et plus de contrôle sanitaire.

Ceci posé, la situation de M. S. M. est-elle si enviable qu'elle ne mérite aucune compensation? Certes, ces dernières années, la situation des M. S. M. s'est améliorée. Avant la guerre, un M. S. M. recevait 300 fr. par mois ; actuellement, il en reçoit de 1.000 à 1.500. Cette amélioration n'est d'ailleurs pas remarquable eu égard au coût actuel de la vie ; elle existe cependant, elle doit être attribuée au groupement syndical des médecins sanitaires maritimes du Havre, Bordeaux et Marseille. C'est même, je crois, à l'intervention de ces syndicats que l'on est arrivé à rendre obligatoire un médecin sanitaire maritime sur les lignes de Marseille-Algérie-Tunisie. Cette mesure a peut-être contrarié les dirigeants de la compagnie de navigation mixte, qui n'a pu continuer ses errrements de jadis. Elle dut même recourir, pour trouver des médecins, à faire paraître par l'intermédiaire de son médecin sédentaire, une annonce réclamant des docteurs en médecine. (Voir journal du *Concours médical*, 24 décembre 1922, annonce 604). Cette compagnie si elle a voulu payer les médecins sanitaires maritimes au tarif syndical, n'a d'ailleurs pas eu de peine à trouver le nombre de médecins qu'il lui fallait. Certainement aucun médecin sanitaire maritime ne s'est plaint de cette mesure.

A tout prendre, la situation du M. S. M. n'est guère enviable et il est certainement préférable de posséder une belle clinique sur terre ferme, que de naviguer par tous les temps et sous tous les climats. Il est donc juste que celui qui est

séduit par la beauté sauvage de la mer reçoive en échange un petit privilège. Le Gouvernement français ne lui donne même pas un privilège. Il lui donne seulement une licence, moyennant laquelle il lui est permis d'être docteur en médecine et inscrit maritime. A lui d'ailleurs, cette licence une fois obtenue, de se débrouiller. Deux compagnies seulement en France font, aux médecins qui veulent se spécialiser dans la carrière, une véritable situation. Les autres compagnies se soucient fort peu de leurs médecins et n'hésitent pas à les remercier, quand le navire désarme ou sous tous autres prétextes. Dans certaines compagnies assurant l'émigration, la situation du M. S. M. est pénible moralement. Le médecin de la marine italienne, le « Comissario reggi » imposé par le Gouvernement italien, est l'objet de toutes les marques de respect de la part du commandant et de la compagnie. Aucune cabine pour lui n'est trop belle. Ses désirs sont des ordres. Le médecin français, lui, doit toujours être satisfait.

C'est justement ce manque de considération des médecins sanitaires maritimes qui peut faire critiquer la méthode suivant laquelle ils sont recrutés.

Incontestablement, la situation du M. S. M. est fausse.

Il est imposé, nous le savons, par le Gouvernement. Il est payé par les compagnies, non pour faire respecter les lois et décrets de la police sanitaire à bord, mais pour donner des soins au personnel naviguant et aux passagers. Si une épidémie se déclare à bord, il est pris entre son devoir de satisfaire aux réglements sanitaires et celui de ne pas léser les intérêts pécuniaires de sa compagnie. Si sa conscience, lui interdit de sacrifier les réglements sanitaires aux intérêts financiers de sa compagnie, celle-ci, au port de débarquement, lui fera très poliment comprendre que, son navire ayant besoin de passer en cale sèche, sera désarmé et que le mieux pour lui est d'aller respirer l'air de son pays natal.

A cela, il n'y a qu'un remède. C'est rattacher les M. S. M. au ministère de l'hygiène. Je crois, sans me tromper, que la plupart de mes collègues préfèreront supporter le joug du ministère de l'hygiène que (à l'exception peut-être de ceux appartenant à *deux* grandes compagnies) les boutades des commandants et des directeurs. Par là même, ils ne craindraient plus de déplaire et pourraient se consacrer uniquement à leur mission, celle d'empêcher par tous les moyens l'invasion d'une épidémie à bord, et la propagation de cette épidémie, si elle éclate, sur les territoires terrestres.

Mais avant que cette mesure ne soit prise, si jamais elle est prise, le port de Marseille verra encore beaucoup de bateaux franchir l'Estaque.

Qu'on laisse donc tranquille ces quelques médecins pour qui la navigation est, soit un passe-temps pour quelques mois, soit au contraire un moyen de gagner sa vie. Qu'on n'aile pas attaquer cette simple liecnce, que le Gouvernement leur a donnée. Que des zèles intempestifs ne viennent pas démolir les quelques résultats que leur syndicat ont obtenus. La pléthore médicale est suffisamment profonde pour qu'on ne parle pas de détruire, même si impartaite qu'elle soit, cette fonction. Qu'on ne déblatère même pas, contre elle car les magnats de l'armement ont déjà trop de tendance à vouloir supprimer les M. S. M. Surtout que cette critique ne vienne pas d'un docteur en médecine.

François de Cougny,
Docteur en médecine de la Faculté de Lyon,
Ancien médecin sanitaire maritime, Diplômé d'études médicales coloniales de l'Ecole de médecine de Marseille,

Guyotville, dép. d'Alger.

Le 3 février 1923.

***

A M. le Dr Lop, Marseille.

Mon cher Confrère,

Je viens de lire votre article concernant les M. S. M.

Vous fulminez contre le diplôme de médecin sanitaire maritime. En quoi peut bien vous gêner ce diplôme, j'entends gêner le corps médical ? car je connais trop votre indépendance pour avoir dans ce long article un plaidoyer *pro domo*.

Le syndicat des médecins sanitaires maritimes (les M. S. M. sont syndiqués depuis longtemps) a été admis à l'Union des syndicats médicaux de France à l'unanimité des membres du Conseil d'administration de cette association. Nous sommes fiers de cette unanimité, car elle prouve que le diplôme de M. S. M. n'est pas la marque stigmatisante d'un acte de « parasitisme médical » ; cela nous suffit. Vous comprendrez que je ne m'attarderai pas à réfuter votre argumentation, ou bien sur les machinations auxquelles nous nous livrerions pour arracher à la clinique ou au cabinet des confrères du littoral la clientèle du marin et de sa famille, ou bien sur l'apparition en Europe des maladies pestilentielles ; un de nos confrères a déjà dit que c'était une galejade.

Plus simplement, il fallait nous dire : Il est quelquefois bien ennuyeux de ne pouvoir aller faire à bon compte un petit tour aux pays que d'aucuns qualifient « de rêve », ou mieux encore que le recrutement des médecins naviguants (il y a beaucoup de M. S. M. qui ne naviguent pas)

est très difficile ; qu'il est difficile d'allécher par de modestes avantages, qui coûtent du temps, à acquérir, de bons praticiens pourvus du diplôme et cependant bons confrères. Nous le savions déjà, car nous avons tous lu les petites affiches de la Faculté.

C'est pourquoi nous disons à tous les médecins qui veulent naviguer : Passez votre examen de M. S. M. et adressez-vous aux syndicats des M. S. M. du Havre, de Bordeaux, de Marseille. Là et pas ailleurs, vous saurez les avantages que comporte la situation de sanitaire naviguant ; car, mon cher confrère, votre bonne foi a été surprise à ce sujet. Là, vous apprendrez ce que nous avons fait pour obtenir ces avantages et qu'il n'a pas suffi de trente années de bienveillante sollicitude dont on nous a entourés, trente années devant lesquelles cependant nous nous inclinons.

V. Le Giemble.
Secrétaire général du Syndicat des S. M. S. du Havre et Saint-Nazaire

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LE CONCOURS MÉDICAL ET SES FILIALES

MUTUALITÉ FAMILIALE

Voulez-vous avoir l'indemnité-maladie pendant votre période d'activité professionnelle et, ensuite, une pension de retraite pour le reste de vos jours ?

Confrères,

La Mutualité Familiale vous en donne le moyen. Vous pouvez vous faire inscrire à la combinaison MAD qui vous donnera, en cas d'incapacité de travail par maladie ou accident, une indemnité quotidienne de 20 francs du 5e au 65e jour, et si l'incapacité se prolonge au delà, une indemnité mensuelle de 200 francs, quelle qu'en soit la durée.

La participation à cette combinaison cessant à 65 ans, vous vous ferez inscrire à la combinaison R qui, le lendemain même du jour où cessera le droit à l'indemnité maladie, vous donnera une pension de retraite viagère pouvant aller à 2.400 francs.

Et si vous trouviez que 65 ans c'est bien tard, vous vous feriez inscrire à la combinaison P qui vous donnerait cette pension de retraite à 60 ans.

Enfin si le chiffre de 2.400 francs vous paraissait insuffisant, vous vous ferez inscrire à la fois à P et à R, la première vous donnant 2.400 francs à 60 ans et la seconde 2.400 francs encore à 65 ans, ce qui, à ce dernier âge, vous ferait 4.800 francs.

Et, pour cela, qu'aurez-vous à faire ?

Vous devrez, et cela est tout naturel, présenter un certificat de bonne santé à la suite d'une visite médicale passée devant un confrère et payer une cotisation annuelle déterminée par votre âge d'entrée.

Notez, une fois pour toutes, qu'à la Mutualité Familiale l'âge d'entrée est l'âge que vous avez eu ou aurez dans l'année de votre admission. Si vous êtes né en 1890 et que vous entriez en 1923, vous avez 33 ans, que vous soyez né le 1er janvier ou le 30 décembre.

Je ne m'occuperai aujourd'hui que de l'indemnité maladie associée à la pension, à 65 ans.

Et pour plus de clarté, je donnerai successivement les barêmes pour l'indemnité maladie seule, pour la pension à 65 ans seule et pour les deux réunies.

MAD

1° *Cotisation annuelle pour avoir l'indemnité journalière de 20 francs et mensuelle de 200 francs.*

Age d'entrée	Cotisation	Age d'entrée	Cotisation
30 ans	163 fr.	38 ans	197 fr.
31 —	166 —	39 —	202 —
32 —	150 —	40 —	208 —
33 —	174 —	41 —	213 —
34 —	178 —	42 —	219 —
35 —	182 —	43 —	226 —
36 —	187 —	44 —	232 —
37 —	192 —	45 —	237 —

La limite d'âge d'entrée est 45 ans.

R 20

2° *Cotisation annuelle pour avoir la retraite de 2.400 francs à 65 ans.*

Age d'entrée	Cotisation	Age d'entrée	Cotisation
30 ans	174 fr.	38 ans	298 fr.
31 —	186 —	39 —	320 —
32 —	198 —	40 —	344 —
33 —	212 —	41 —	372 —
34 —	226 —	42 —	402 —
35 —	242 —	43 —	434 —
36 —	258 —	44 —	472 —
37 —	278 —	45 —	512 —

Ces cotisations pour la retraite, malgré leur

modicité, représentent pourtant quelque chose et vous pourriez hésiter à faire des versements qui seraient perdus si vous veniez à mourir avant d'avoir joui de la pension.

La Mutualité Familiale a prévu la chose.

Le sociétaire adhérent aux combinaisons pensions a la faculté de contre-assurer ses versements de telle sorte que, s'il venait à mourir avant d'avoir touché la première annuité de sa pension, la totalité de ses versements soit remboursée à ses ayants droit. La cotisation est alors un peu plus élevée.

R 20 contre-assuré.

3° *Cotisation annuelle contre-assurée pour avoir la retraite de* 2.4000 *francs à* 65 *ans.*

Age d'entrée	Cotisation	Age d'entrée	Cotisation
30 ans	216 fr.	38 ans	370 fr.
31 —	230 —	39 —	398 —
32 —	246 —	40 —	428 —
33 —	262 —	41 —	460 —
34 —	280 —	42 —	498 —
35 —	300 —	43 —	538 —
36 —	322 —	44 —	582 —
37 —	344 —	452—	630 —

Additionnez les chiffres du premier tableau avec ceux du deuxième ou du troisième selon le cas et vous verrez ce que vous aurez à verser chaque année pour avoir l'indemnité maladie d'abord, la pension de retraite ensuite.

MAD + R. 20

4° *Cotisation annuelle pour avoir l'indemnité de* 20 *francs jusqu'à* 65 *ans et ensuite la pension de* 2.400 *francs.*

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre-assurée
30 ans	337 fr.	379 fr.
31 —	352 —	396 —
32 —	368 —	416 —
33 —	386 —	436 —
34 —	404 —	458 —
35 —	424 —	482 —
36 —	445 —	509 —
37 —	470 —	536 —
33 —	495 —	567 —
39 —	522 —	600 —
40 —	552 —	636 —
41 —	585 —	673 —
42 —	621 —	717 —
43 —	660 —	764 —
44 —	504 —	814 —
45 —	751 —	869 —

Il est bien entendu que la partie de la cotisation afférente à l'indemnité maladie ne peut être contre-assurée et que le remboursement ne porte que sur le versement fait pour la pension.

Vous pouvez vous rendre compte de ce que cela représente par jour ! Et mettez alors en parallèle la tranquillité d'esprit que vous assure une telle garantie.

Voilà ce que, forts de notre expérience, nous n'hésitons pas à conseiller au médecin qui a quelque souci de l'avenir.

Mais, diront certains, la charge, quels que soient les avantages qu'elle représente, est trop lourde pour mon budget, alors que d'autres trouveront qu'une retraite de 2.400 francs est insuffisante par les temps où nous vivons.

Aux premiers je répondrai immédiatement qu'ils peuvent, si une pension de 1.200 francs leur suffit, diminuer la cotisation de moitié, Ils auront donc l'indemnité maladie de 20 francs et la pension de 1.200 francs : ils payeront la cotisation du premier tableau et la motié seulement de celle qui figure au second tableau.

Que si même l'indemnité quotidienne de 10 francs et mensuelle de 100 francs correspondait au maximum des sacrifices qu'ils peuvent s'imposer, la Mutualité Familiale leur présenterait un nouveau barême comportant une réduction de 60% sur le tableau n° 1.

A ceux au contraire qui considèrent la retraite de 2.400 francs comme insuffisante, je répondrai prochainement.

A suivre. A. GASSOT.

JURISPRUDENCE

IMPOT SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES. — MÉDECIN DIRIGEANT UNE MAISON DE SANTÉ. — TAXE SUR LE LOGEMENT ET LA CONSOMMATION. — HONORAIRES. — DISTINCTIONS.

CONSEIL DE PRÉFECTURE DE LA SEINE.

5 décembre 1922.

(*Gazette du Palais*, 12 janvier 1923).

L'impôt sur le chiffre d'affaires établi par les art. 59 *et* 63 *de la loi du* 25 *juin* 1920 *frappe toutes opérations et actes comportant une livraison à un consommateur, abstraction faite de la personne qui les accomplit.*

Le médecin aliéniste qui exploite et dirige une maison de santé est débiteur de la taxe à raison du logement et de la nourriture qu'il fournit, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de ce qu'il n'est redevable sur l'ensemble des actes qu'il accomplit comme médecin traitant, que de l'impôt sur les bénéfices des professions libérales.

Toutefois, il conserve le droit de ne comprendre, dans les relevés mensuels des affaires faites par lui, zque der recettes correspondant à des fournitures, déduction faite de tous honoraires pour soins médicaux.

Docteur X...

Le Conseil de préfecture,

Considérant qu'aux termes de l'art. 59 de la loi du 25 juin 1920, il est institué un impôt sur le chiffre d'affaires faites en France par les personnes qui, habituellement ou occasionnellement, achètent pour revendre ou accomplissent des actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux institué par le titre 1er de la loi du 31 juillet 1917 ; que les « affaires » afférentes au logement et à la consommation sur place de boissons et denrées alimentaires quelconques sont d'ailleurs spécialement mentionnées à l'art. 63 de la même loi comme donnant lieu à la perception de l'impôt su r le chiffre d'affaires d'après des taux différents, suivant la catégorie à laquelle appartient l'établissement où ces « affaires » sont effectuées ;

Considérant que l'impôt indirect institué par les dispositions législatives précitées est établi en raison de toutes opérations et actes comportant une livraison à un consommateur, et abstraction faite de la personne qui les accomplit ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction et qu'il n'est pas contesté par le sieur X... que, dans la maison de santé qu'il exploite et dirige personnellement à Y..., il hospitalise des malades auxquels il fournit notamment le logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage et le service domestique, moyennant payement d'un prix global de pension comprenant également les soins médicaux ; que les fournitures ainsi faites constituent des affaires effectuées au sens des art. 59 et 63 de la loi du 25 juin 1920, c'est-à-dire des actes qui, considérés en eux-mêmes, relèvent de professions commerciales assujetties à l'impôt sur les bénéfices commerciaux, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de la circonstance que le sieur X... n'est personnellement imposable, en raison de l'ensemble des actes qu'il accomplit, comme médecin traitant, dans la maison de santé qu'il dirige, qu'à l'impôt sur les bénéfices des professions libérales ; que, dès lors, le sieur X... n'est pas fondé à prétendre qu'il n'est pas passible de la taxe sur le chiffre d'affaires et à contester la régularité de la contrainte qui a été décernée contre lui pour le recouvrement des pénalités qu'il a encourues en raison d'infractions à la législation instituant ladite taxe ; que demeure, d'ailleurs, entièrement réservé le droit du sieur X... de ne comprendre, dans le relevé mensuel des affaires faites par lui, qu'il est tenu d'établir aux termes de l'art. 67 de la loi précitée du 25 juin 1920, que les recettes correspondant à des fournitures et autres affaires effectuées par lui, déduction faite de tous honoraires pour soins médicaux ;

Considérant que le requérant succombant dans sa réclamation, il y a lieu de mettre à sa charge les dépens de l'instance ;

Arrête ;

La requête du sieur X... est rejetée.

Commentaires

La question de l'impôt sur le chiffre d'affaires concernant les médecins qui sont propriétaires d'une maison de santé, soulève un problème, dont le Conseil d'Etat sera appelé à donner la solution.

La jurisprudence (et en particulier un jugement du Conseil de préfecture de la Seine, que nous publierons dans notre prochain numéro) décharge le médecin de l'impôt sur les bénéfices des professions commerciales et industrielles, lorsque ce docteur exploite une maison de santé, dans laquelle il soigne ses malades hospitalisés.

Mais par une contradiction, qui est soumise à la juridiction du Conseil d'Etat, ce même médecin est assimilé, par le même conseil de préfecture de la Seine, à un commerçant et assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires, en ce qui concerne la même maison de santé.

Il est évident que nous mettons hors de discussion le cas où le médecin n'est pas propriétaire de la maison de santé, dans laquelle, sans s'occuper de l'administration, il se borne à donner des soins aux malades en traitement.

Le jugement du conseil de préfecture est en opposition avec toutes les solutions rendues depuis la promulgation de la loi du 25 juin 1920. Nous trouvons, en effet, dans le *Journal Officiel* du 9 novembre 1920 et du 23 novembre 1920, dans les réponses nos 4704, 4752, que les médecins, vétérinaires, dentistes, ne sont imposables que sur les ventes qu'ils font à d'autres qu'aux personnes qu'ils soignent.

Au *Journal Officiel* du 10 février 1921, réponse no 4698, nous lisons que les cliniques ne sont pas imposables, sauf, ajoute le *Journal Officiel* du 15 mai 1921, réponse no 8619, pour le logement et la nourriture des personnes étrangères.

Or, dans un jugement précédent (5 décembre 1922, *Gazette du Palais* 12 janvier 1923), le conseil de préfecture de la Seine ayant décidé que le médecin, dirigeant une maison de santé, n'exerce pas une profession commerciale, ce tribunal devait donc logiquement décharger le docteur de la taxe sur le chiffre d'affaires, de même qu'il le soustrayait à l'impôt sur le revenu des professions commerciales et industrielles.

Cette solution serait conforme à l'instruction du 29 août 1920, p. 504 (Dalloz, 1920. 4. 316) en ce qui concerne l'application du titre 4 de la loi du 31 juillet 1917.

Mais, si la décision du conseil de préfecture était confirmée par le conseil d'Etat, nos confrères, propriétaires de maisons de santé, dans lesquelles ils soignent des malades pensionnaires, devraient, dans leurs livres, séparer nettement le quantum de leurs honoraires médicaux, pour soins donnés à ceux-ci, des frais d'hébergement, comprenant le logement, la nourriture, l'éclairage, le chauffage, etc.

Mais, combien difficile serait ce départ entre l'honoraire de l'acte médical journalier, quelquefois bi-quotidien, dans la maison de santé et les frais d'exploitation de celle-ci, dont chaque malade doit payer sa part ! Lorsque le médecin fixe un prix global, comprenant soins et logement, il détermine un forfait, grâce auquel le malade recevra les soins médicaux et matériels, nécessaires à son rétablissement.

La jurisprudence du conseil de préfecture de la Seine, si elle était maintenue, obligerait le médecin, directeur de maison de santé, à se livrer à des calculs considérables et ceux qui auraient à en pâtir, seraient justement les malades.

Disons d'ailleurs que les cloisons étanches qui existent entre nos différentes administrations provoquent de pareilles confusions. L'impôt sur le revenu dépend de l'administration des contributions directes, certains impôts sur le revenu et celui du chiffre d'affaires relèvent de l'enregistrement ; enfin une partie de l'impôt sur le chiffre d'affaires et le classement des établissements imposables revient à l'administration des contributions indirectes !!!

Dr Paul BOUDIN.

***

Sur le même sujet, M. MARTINOT, *notre conseiller fiscal, nous a remis la note ci-dessous :*

Aux termes des articles 30 à 37 de la loi du 31 juillet 1917, les personnes qui exercent une profession libérale doivent acquitter l'impôt cédulaire sur le bénéfice net produit annuellement par l'exercice de leur profession. L'impôt porte sur la partie du revenu dépassant le minimum exonéré. Le taux est de 6 %.

Aux termes de l'article 2 de la même loi, il est établi une taxe sur le bénéfice net annuel des professions industrielles et commerciales. Le taux est de 8 %. La portion de bénéfice n'excédant pas 1.500 fr. est comptée pour un quart, la fraction comprise entre 1.500 et 5.000 fr. est comptée pour moitié, le reste pour la totalité.

Les deux cédules ne jouissent pas des mêmes avantages. La loi fait entre elles une distinction fondamentale. Un médecin et un commerçant ne sauraient être classés dans une même catégorie. Cependant il paraît, parfois, fort difficile de déterminer si une personne doit la taxe sur les bénéfices des professions commerciales ou sur les bénéfices des professions libérales : docteur tenant une maison de santé, sanatorium, clinique.

Prenons, en particulier, le cas d'un médecin aliéniste qui dirige et exploite lui-même une maison de santé. L'établissement est uniquement réservé aux aliénés, hommes et femmes. Les malades y sont hospitalisés moyennant un prix global variant avec le caractère de la maladie, les soins indispensables à leur état, le logement, la nourriture et le chauffage, les services domestiques.

Les sommes payées par les malades sont la rémunération de deux services : soins médicaux, dépenses inhérentes à la consommation.

D'une part, le traitement des malades constitue l'exercice d'une profession purement libérale. Mais, d'autre part, la fourniture de la nourriture, du logement, chauffage, etc. a nettement le caractère d'un acte commercial.

En conséquence, à quelle cédule appartiendra le contribuable en question ?

Le Conseil de préfecture de la Seine, en date du 5 décembre 1922, s'est prononcé dans le sens suivant :

« La profession de médecin aliéniste consiste essentiellement dans le traitement d'une certaine catégorie de malades pour lesquels le meilleur moyen de guérison est l'hospitalisation dans un établissement où ils trouveront, en outre des soins nécessaires à leur état, le grand air, le calme et le repos. Le logement, et toutes dépenses inhérentes à la consommation ne sont qu'une conséquence nécessaire et d'ailleurs accessoire du régime suivi et ne sauraient comme tels, changer le caractère de la profession exercée. »

Le Conseil semble avoir pris cette décision avec raison. En effet, tout se rattache étroitement à la profession et lui garde son caractère particulier. Le service domestique implique nécessairement des soins médicaux, le logement doit être aménagé spécialement, la nourriture choisie, toute condition d'hygiène rigoureusement remplie pour la guérison du malade.

Cet arrêté semble inconciliable avec un arrêté rendu le même jour, par le dit conseil, relativement au chiffre d'affaires.

Le second arrêté peut ainsi se résumer :

« Bien que le médecin aliéniste doive acquitter l'impôt sur les bénéfices des professions libérales, il sera soumis à la taxe sur le chiffre d'affaires. Cet arrêté a été rendu en vertu de l'art. 59 de la loi du 25 juin 1920, aux termes duquel article, les actes comportant livraison à un consommateur ou relevant de professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices commerciaux donnent droit à la perception de la taxe, abstraction faite de la personne qui les accomplit. »

Puisque les actes (fourniture du logement, nourriture, etc.), considérés en eux-mêmes, relèvent des professions commerciales, ils doivent acquitter la taxe sans qu'il y ait lieu de tenir compte si le contribuable est imposable dans cette cette cédule.

Cependant, il a le droit de déduire du relevé

mensuel des affaires faites par lui, tous les honoraires pour soins médicaux.

Il semble ici que la loi ait été interprétée trop au pied de la lettre. Pour conserver l'esprit de l'arrêté précédent, il ne suffit pas qu'un acte ait un caractère commercial pour acquitter la taxe, il faut aussi qu'il soit assujetti à l'impôt sur les bénéfices des professions commerciales.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal,

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France** (22 janvier 1923). — Sous la présidence d'honneur de M. le prof. Albert Robim, membre de l'Académie de Médecine, le S. G. a tenu, étant donnée l'importance de la question, une nouvelle assemblée générale extraordinaire. Celle-ci avait été votée au cours de la réunion générale du 19 décembre 1922. De très nombreux membres sont présents. M. le président, Dr Durand-Fardel expose l'état de la question : les relations du S. G. avec l' O. N. T. La commission nommée par le syndicat s'est mise en rapport avec MM. Fernand David et Famechon. Ces messieurs ont accueilli favorablement les suggestions qui leur ont été présentées et ont demandé qu'un projet définitif leur soit apporté. Une commission ayant été nommée, celle-ci s'est réunie et a arrêté le projet suivant : constitution d'une commission médicale de 10 membres nommés par le syndicat, commission qui sera régulièrement consultée par l'O. N. T. pour toutes décisions à prendre intéressant les stations hydrominérales et climatiques. A cette commission sera adjoint un représentant de l'Institut d'hydrologie, un représentant du syndicat des Etablissements thermaux. Les médecins hydrologues faisant partie du conseil de l'O. N. T. seront chargés de soutenir les vœux de la commission devant ce conseil. Il est bien entendu que toutes les régions hydrominérales de la France seront représentées à la commission. L'Assemblée générale du 22 janvier accepte la composition de la liste qui lui est soumise.

(Le compte rendu *in extenso* sera publié dans le *Bulletin* du syndicat). La prochaine assemblée est fixée au mardi 27 février à 16 h. 30, rue de Seine, 12, Paris.

Pour toute correspondance, s'adresser au Dr Molinéry, secrétaire général, 30, avenue Sainte-Marie, Saint-Mandé (Seine).

— **Médailles des eaux minérales.** — Nous sommes heureux d'annoncer que notre collaborateur et ami, le Dr R. MOLINÉRY vient d'obtenir la *médaille d'or* des Eaux minérales sur la proposition de l'Académie de médecine. Les nombreux travaux cliniques et historiques sur les eaux minérales, plus particulièrement sur les eaux pyrénéennes, la part active qu'il a prise comme secrétaire général au Syndicat des médecins des stations thermales et climatiques et à de nombreux Congrès ont valu au Dr Molinéry la récompense qu'il vient d'obtenir et dont nous le félicitons bien cordialement.

La *médaille d'argent* a été décernée à M. Gaston STALINS, l'éditeur à Anvers de la belle revue pro-française : *La France*, où il défend, avec une ardeur inlassable, et un gout artistique parfait, l a cause de notre thermalisme.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Cours de gastro-entérologie* (du 1er au 24 mars 1923).

Du 1er au 7 mars : le Dr BENSAUDE, assisté des docteurs CAIN, TERRIAL et MARCHAND, pour les travaux pratiques, traitera successivement les sujets suivants : Œsophagoscopie avec projections. — Diagnostic et traitement de la constipation. — Diagnostic et traitements des hémorroïdes. — Diagnostic et traitement des colites et recto-colites graves. — Mégacôlon et maladies de Hirschprung, avec projections. — Diagnostic endoscopique du cancer du rectum, avec projections.

Du 8 au 18 mars : le Dr LE NOIR, assisté des docteurs AGASSE-LAFONT, René GAULTIER, GILSON, Charles RICHET fils, SAVIGNAC et TAILLANDIER, fera la série suivante de leçons, avec travaux pratiques :

Les étapes du diagnostic radiologique. — L'anorexie. — Les algies abdominales. — Les liquides gastriques à jeun. — Les hémorragies occultes. — Les images lacunaires et diverticulaires. — Les fistules gastro-coliques. — L'ulcus du jéjunum. — Le diagnostic des tumeurs de l'estomac.

Du 19 au 24 mars : le Dr Félix RAMOND, assisté des docteurs Ch. JACQUELIN, JANET, HIRSCHBERG et PARTURIER, traitera les sujets suivants :

Grands symptômes et grands syndromes dyspeptiques. — Les gastrites aiguës ou et chroniques. — Les ulcères gastriques et duodénaux. — Les ptoses et biloculations. — Les indications fondamentales des régimes et médications gastriques.

Les leçons théoriques auront lieu le matin, à 9 h. 30, dans l'un des services ; les travaux pratiques se feront après la leçon théorique, et, l'après-midi, à 14 heures dans l'un des laboratoires. Ils porteront sur l'œsophagoscopie, la rectoscopie, l'examen clinique du dyspeptique ; la technique du cathétérisme ; l'analyse physiologique, bactériologique et physico-chimique du suc gastrique ; la recherche du sang dans le chyme et les fèces ; la coprologie ; la radioscopie et la radiographie de tout le tube digestif.

Les leçons théoriques sont *gratuites*. Pour couvrir les frais, un droit de 100 francs sera perçu pour chaque inscription aux travaux pratiques.

S'adresser au Dr LE NOIR, dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine.

La première leçon aura lieu dans le service du Dr BENSAUDE, le jeudi 1er mars, à 9 h. 30.

— **Distinction honorifique.** — Dans la dernière promotion du ministère de l'hygiène, nous relevons avec plaisir le nom de notre excellent confrère et ami, le Dr PECKER, de St-Germain-en-Laye, promu chevalier de la Légion d'honneur.

Nos cordiales félicitations.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

La demande d'inscription doit, aux termes de l'article 5 § 2 du décret du 25 octobre 1922, être accompagnée d'une copie certifiée conforme des mentions relatives à la nature et à la description de la blessure ou de la maladie qui a donné lieu à la pension. Cette pièce reste annexée à la liste.

Il est donc parfaitement exact que le maire est tenu d'exiger la production de cette pièce et que, à défaut, le pensionné ne sera pas inscrit sur la liste et ne pourra pas bénéficier de l'article 64.

Mais il est inexact que les secrétaires de mairie ne soient pas tenus au secret professionnel. Il a été jugé qu'ils y étaient tenus par la Cour de Cassation, chambre criminelle, le 13 mars 1907 (D. P. 97.1.233).

Il est vrai de dire que cette obligation sera souvent lettre morte, surtout dans les mairies qui ont plusieurs employés et où les fuites sont difficiles à dépister.

Exercice de la propharmacie

Abonné du « *Concours médical*, je viens vous demander de bien vouloir m'envoyer des renseignements sur la « Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français », en particulier en ce qui concerne les risques de maladies.

En second lieu, je serais heureux que vous me donniez votre avis dans votre « Correspondance » du *Concours* sur la situation que je vais vous exposer:

Lorsque je me suis installé ici, il y a 3 ans, le pharmacien qui tenait officine dans cette localité était parti depuis trois ou quatre mois pour diverses raisons dont la principale était l'absence de médecin. Or je suis à 5 kilom. de la pharmacie la plus proche. Ai-je le droit de faire de la propharmacie (étant donné qu'il y a eu une pharmacie dans la localité) et quelles sont les formalités à remplir pour cela.

Dr B.

Réponse.

Nous vous adressons sous pli séparé les statuts de nos filiales, la Mutualité familiale et le « Sou médical ».

Puisqu'il n'y a plus d'officine de pharmacie ouverte dans la localité, où vous résidez, le pharmacien étant parti, sans doute, sans espoir de retour, vous avez le droit d'exercer la propharmacie, c'est-à-dire de délivrer des médicaments à vos clients.

Mais vous devriez cesser cet exercice, bien entendu, si l'officine était ouverte à nouveau, soit par l'ancien pharmacien, soit par un nouveau.

Vous n'avez aucune formalité à remplir pour exercer la propharmacie, si ce n'est les déclarations nécessaires pour la détention et l'usage des substances vénéneuses et la tenue régulière d'un livre d'ordonnances.

Rente des ayants droit d'une victime du travail

Je vous serai obligé de me faire savoir quels sont les droits de la veuve d'un de mes clients dont voici l'histoire ;

En juillet 1922, plaie contuse du gros orteil gauche, gangrène consécutive par artérite oblitérante, qui existe également à droite d'ailleurs, nécrose du pied gauche, mort le 6 février 1923. Né en 1854.

Femme née en 1863.

Enfants majeurs 4.

Enfant mineure une.

Salaire de l'année écoulée, juin 1921 à juin 1922 : 5.056 fr. 50.

La Compagnie d'assurances a payé le demi-salaire.

Le malade a été examiné sur ma demande par un confrère désigné par la Compagnie.

Dr V.

Réponse.

Le salaire est compté pour la totalité jusqu'à 4.500 fr.	4.500 »
Le surplus (556 fr. 50) est compté seulement pour le quart, soit	139 12
Soit comme salaire de base pour le calcul de la rente	4.639 12
La veuve a droit à une rente de 20 % du salaire, soit de	927 82

L'enfant mineure, si elle a moins de 16 ans, à une rente de 15 % du même salaire, soit de 695 fr. 86, jusqu'à l'âge de 16 ans.

Si la fille mineure a dépassé déjà cet âge, elle n'a aucun droit.

Le point de départ de la rente est fixé à la date du décès.

Application du Tarif Breton

I

Régularisation, épluchage, etc.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire savoir ce que je dois compter pour l'accident suivant ;

1º Plaie profonde de l'éminence thénar gauche ;

2º Plaie contuse de la partie externe du pouce gauche avec écrasement de la phalangette.

3º Ecrasement des deux dernières phalanges de l'index gauche ;

4º Plaies contuses de la face dorsale du médius gauche avec section du tendon extenseur ;

Amputation de la phalangette de l'annulaire gauche avec plaie allant de la face dorsale de l'articulation métacarpophalangienne jusqu'à l'extrémité de la 2e phalange ;

6º Amputation médiophalangienne de la première phalange de l'auriculaire gauche,

J'ai dû de 22 à 23 heures régulariser, éplucher et suturer les plaies de l'éminence thénar, du pouce

du médius gauche, des extrémités du pouce (ablation d'ongles et esquilles) de la 2e phalange de l'annulaire et de la phalange de l'auriculaire, suturer le tendon extenseur du médius, amputer les deux dernières phalanges de l'index, faire un pansement, et une injection de sérum antitétanique.

Dois-je compter :

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue	75 fr.
Suture du tendon extenseur	37 fr. 60
Injection sérum	15 fr.
Certificat descriptif	10 fr.
Majoration 25 % (de nuit) (sur 127 fr. 50	31 fr. 85
	169 fr.

Ou bien :

Régularisation	75 fr.
Amputation 2 phalanges index	37 fr. 50
Suture du tendon extenseur	37 fr. 50
Sutures multiples	18 fr. 75
Injection sérum	15 fr.
Certificat descriptif	10 fr.
Majoration 25 % (sur 163 fr. 75)	40 fr. 90
	234 fr. 65

Pour chaque pansement (pansements multiples sur un même segment de membre) je puis bien compter 11 fr. 25 ?

Dr G.

Réponse.

Vous ne pouvez compter vos amputations de phalanges ni vos sutures multiples, si vous comptez tout d'abord : « régularisation, épluchage et suture » puisque ceci comprend cela. Donc votre première note est la bonne.

2° Les pansements consécutifs que vous avez eu à faire sont bien des « pansements multiples ».

Dr F. Decourt.

II

Amputation partielle de doigts.

Permettez-moi, en tant que membre du *Concours médical* et du « Sou », de vous demander les renseignements suivants au sujet d'un blessé grave pour lequel je ne sais comment appliquer le tarif Breton.

Amputation des 4 derniers doigts à des hauteurs diverses par une raboteuse. Voici ce que j'ai fait :

5 septembre, certificat initial, 5 fr.

Régularisation, épluchage et suture *de l'index*.

Nettoyage *du médius*, trop haché pour permettre la suture.

Amputation de *l'annulaire* qui ne tenait que par un lambeau. Désinsertion de fragments osseux dans la plaie. Régularisation, suture, nettoyage de l'auriculaire.

Que compter pour ce jour ainsi que pour le lendemain où j'ai fait :

6 septembre, injection de sérum antitétanique, + pansements multiples. Je compte d'ailleurs pansements multiples pour les jours suivants, jusqu'au

moment où l'état des plaies m'a permis de les considérer comme un pansement simple.

Dr B.

Réponse.

5 sept. — Amputation de 2 ou plusieurs doigts partielle : 100 frs. (art.20).

6 sept. — Pansements multiples : 15 frs. (art. 17) + injection sérum antitétanique : 20 fr. (Art. 16).

Dr F. DECOURT.

III

Epluchage.

Je vous serais reconnaissant de me faire donner la petite consultation juridique suivante ?

Un accidenté du travail présentait une vaste plaie de l'avant-bras ayant entamé l'aponévrose. J'ai suturé cette plaie, je l'ai drainée, une partie des fils n'a pas tenu. Une partie de la plaie s'est réunie par première intention, l'autre par seconde intention nécessitant des pansements multiples.

J'ai compté : article 17 du tarif arrêté ministériel 1920 : régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse, étendue et profonde (car j'avais régularisé avant de suturer) ; la Compagnie d'assurance soutient que, la plaie ne s'étant pas réunie par première intention, elle ne doit que : réunion par sutures multiples : 18 fr. 75. Cela me paraît inadmissible, le propre d'une plaie contuse et profonde étant de ne pas toujours se réunir par première intention — *Quid* ?

Dr L.

Réponse.

Il n'y a eu ni anesthésie, ni réunion par première intention. En tel cas, d'après les avis insérés dans l'arr. minist. du 28 juin 1921, il est difficile de compter une « régularisation, épluchage, suture, etc. ». Je crains donc fort que vous n'ayiez pas gain de cause en justice, dans le cas d'espèce.

Dr F. DECOURT.

IV

Grande brûlure

Peut-on compter : pansement de grande brûlure à 50 fr. pour une brûlure intéressant :

La face dorsale des orteils, le cou-de-pied en totalité, la jambe sur toute sa circonférence (sauf une bande de 2 centimètres de large environ sur sa face externe jusqu'au niveau du genou).

Dr A.

Réponse.

La « grande brûlure ? » comprend un membre ou surface comparable (art. 28). Dans votre cas, il n'y a qu'une moitié de membre, puisque le genou, ni la cuisse ne furent atteints. Vous ne rentrez donc pas dans le cas de grande brûlure».

Dr F. DECOURT.

V

Consultation entre confrères.

J'ai encore une fois recours à vos bons conseils au sujet d'une note d'honoraires pour accident du travail. Voici les faits :

Ouvrier blessé à l'épaule ; contusion violente. Je demande et obtiens l'autorisation de faire pratiquer une radiographie ; celle-ci ne décèle aucune lésion osseuse.

Je me suis rendu au cabinet du radiologiste pour cet examen. Suis-je en droit de demander 30 *francs*, c'est-à-dire le tarif de la consultation entre confrères.

D'autre part, je fais chaque jour à ce même blessé des *massages* à mon cabinet. Combien dois-je compter par séance : 8 *francs* c'est-à-dire le prix d'une consultation ou 10 *francs* c'est-à-dire le prix d'une séance de massage. Je penche plutôt pour la première hypothèse puisque je ne suis pas spécialiste. Dans ce cas, dois-je *prévenir la Compagnie* ainsi qu'il est prescrit à l'article 7 de l'arrêté du 8 juillet 1920. Dr C.

Réponse.

a) Il y a manifestement eu « consultation entre confrères » puisque vous avez eu à étudier le cas avec le radiographe et à en déduire le traitement.

b) N'étant pas « spécialiste kinésithérapeute » (art. 24) vous rentrez dans les massages taxés à l'art. 16 comme compris dans le prix de la visite ou consultation.

c) Dans ces cas de massages nombreux, il est préférable d'en prévenir l'assurance, mais ce n'est pas obligatoire quand ils sont compris dans le prix de la visite puisqu'il n'y a pas là les interventions à tarif spécial dont il est parlé à l'art. 7. Dr F. Decourt.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de direction de Bureau d'Hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés, par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Denain.

Le traitement alloué est fixé à 4.500 fr. par an. Obligation de faire les analyses antérieure-



---

ment faites par le laboratoire municipal d'hygiène.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques), 7, rue Cambacérès à Paris, leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 11 février 1923.)

Concours pour la nomination d'un médecin de la Maison de Saint-Maurice.

Art. 1er. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin résidant à la maison nationale maternelle de Saint-Maurice, en remplacement de M. le docteur Chambrelent.

Art. 2. — Les candidats devront être Français, âgés de moins de quarante-cinq ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine d'une faculté française de l'Etat.

Art. 3. — Les épreuves comprendront :

1° L'examen des titres des candidats (coté de 0 à 30) ;

2° Des épreuves théoriques écrites portant sur :

a) La physiologie et la pathologie obstétricales (cotées de 0 à 15) ;

b) La physiologie et la pathologie des nourrissons (cotées de 0 à 15) ;

c) L'hygiène maternelle et infantile au point de vue social (cotées de 0 à 15) ;

3° Des épreuves pratiques comportant :

a) L'examen d'une femme enceinte (coté de 0 à 30) ;

b) L'examen d'un nourrisson ou d'une mère nourrice (coté de 0 à 20) ;

Art. 4. — Le jury d'examen sera composé de la façon suivante :

Un conseiller d'Etat, président.

Un professeur de la Faculté de médecine (section d'obstétrique, de pédiatrie et d'hygiène).

Trois membres du corps hospitalier de l'assis-

tance publique, dont l'un faisant fonction de secrétaire désigné par le jury.

Art. 5. — Le concours est fixé au 12 mars 1923.

Art. 6. — Le traitement afférent à cette fonction est fixé à 16.000 fr. Les conditions du service sont déterminées par l'article 33 du règlement de la maison maternelle.

Art. 7. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 5 février 1923.

(*J. O.*, 9 février 1923.)

Concours pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène du Finistère

Un concours pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène du Finistère aura lieu, à Paris, dans la deuxième quinzaine du mois de mars 1923.

Le jury sera nommé par le ministre de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Ce concours sur titres sera accompagné d'épreuves pratiques portant sur un programme, établi par le conseil supérieur d'hygiène publique de France, et qui sera envoyé aux intéressés, sur demande adressée à la préfecture du Finistère.

Les candidats doivent être Français et pourvus d'un diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part au concours, établies sur papier timbré, devront parvenir à la préfecture du Finistère (cabinet du préfet), et être accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° Du certificat d'aptitude physique, délivré par un médecin assermenté ;

3° D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres comprenant les états de services et le résumé des travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune des principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas de nomination, de résider à Quimper, de renoncer à faire de la clientèle, et de ne prétendre à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidats sera clos le 16 mars 1923.

Les candidats seront avisés, par les soins du préfet du Finistère, huit jours au moins avant la date du concours, s'ils sont ou non admis à concourir.

Le traitement est fixé à 18.000 fr. par an.

Les frais de déplacement de l'inspecteur départemental seront remboursés, sur états justificatifs, jusqu'à concurrence de 5.000 fr.

(*J. O.*, 15 février 1923.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Cumul des allocations aux vieillards avec les pensions d'ascendants de victimes de la guerre.

16213. — M. Jean Jadé, député, expose à M. le Ministre de l'Hygiène, le cas des parents d'un militaire mort pour la France, qui percevaient avant le décès de ce dernier une allocation d'assistance aux vieillards de 960 fr. par an, auxquels l'allocation a été supprimée sous le prétexte qu'ils touchaient désormais une pension d'ascendants de 800 fr. et demande s'il ne serait pas juste de leur rétablir l'assistance aux vieillards, au moins jusqu'à concurrence de 160 fr. (*Question du 11 janvier* 1923).

Réponse. — En l'état actuel de la législation, la pension attribuée par l'Etat en vertu de la loi du 31 mars 1919 aux veuves ou ascendants de militaires morts pour la France au cours de la guerre, n'est pas déductible des ressources que peut posséder la personne demandant à être admise à bénéficier de l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables. Mais une proposition de loi a été adoptée par la Chambre des députés dans sa séance du 16 novembre 1920, aux termes de laquelle ces allocations ne doivent pas entrer en ligne de compte dans le calcul de ces ressources et cette proposition de loi est actuellement en instance devant le Sénat. Dans l'espèce, d'ailleurs, étant donné que les deux postulants à l'assistance étant mari et femme ne reçoivent qu'une pension d'ascendants de 800 fr. pour tous les deux et qu'aux termes de l'article 20 de la loi de 1905 chacun d'eux pourrait cumuler ses ressources avec l'allocation d'assistance jusqu'à concurrence de 480 fr., il semble bien qu'ils aient droit à une allocation de 160 fr. représentant l'excédent du double de cette somme sur leur pension d'ascendants.

(*J. O.*, 1er février 1923.)

Délivrance aux blessés du travail des copies des rapports d'expertises.

16057. — M. Delory, député, expose à M. le Ministre de la justice, qu'au cours d'une instance en payement de demi-salaire (accident du travail) introduite par un nommé D... devantla justice de paix du 3e arrondissement de Lille, une expertise médicale a été ordonnée par le juge de paix de cet arrondissement, que le blessé a demandé au greffe de cette justice de paix une copie du rapport de l'expert, que le greffier de paix a réclamé et touché du blessé une somme de 10 fr. 65 pour remise de cette copie du rapport et de-

mande s'il est régulier de faire payer aux blessés les copies de rapports d'expertise et si ces copies — comme les copies de toutes les pièces de procédure — ne doivent pas être délivrées gratuitement aux blessés du travail. (*Question du 26 décembre* à1922).

Réponse. — D'après l'article 29 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, « les procès-verbaux, certificats, actes de notoriété, significations, jugements et autres actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la présente loi seront délivrés gratuitement ». Toutefois, il résulte des renseignements qui m'ont été fournis au sujet de l'espèce signalée que l'action introduite par l'ouvrier n'était pas du domaine de la loi sur les accidents du travail. Dans ces conditions, le greffier était fondé à réclamer les tarifs prévus par les décrets et règlements en vigueur.

(*J. O.*, 2 février 1923,)

Les étudiants en chirurgie dentaire ne peuvent faire de remplacements de dentistes

14815. — M. Bouilloux-Lafont, député, rappelle à M. le Ministre de l'Instruction publique les termes de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, modifié par la loi du 6 mai 1922, ajoute que pour les étudiants en médecine soumis encore à l'ancien régime comportant au maximum 16 inscriptions, l'autorisation d'exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé peut continuer à leur être accordée comme précédemment, lorsqu'ils ont leurs 16 inscriptions, ou au moins 12 s'ils sont internes des hôpitaux ou hospices français, et demande : 1° si un étudiant en chirurgie dentaire, muni de 12 inscriptions, qui a passé avec succès la première partie du deuxième examen de la troisième année, c'est-à-dire qui n'a plus qu'un seul examen (épreuve de prothèse) à passer pour être diplômé, peut être autorisé à faire un remplacement ou à se placer comme opérateur chez un dentiste ; 2° s'il en est de même d'un étudiant qui, ayant ses 12 inscriptions, n'a pas encore passé son deuxième examen. (*Question du 12 octobre* 1922).

Réponse. — Les étudiants en chirurgie dentaire ne sauraient être assimilés aux étudiants en médecine. En effet, la loi étant muette sur ce point, il ne peut y avoir interprétation que dans un sens négatif. C'est-à-dire que les étudiants en chirurgie dentaire, quel que soit le nombre de leurs inscriptions, ne sont pas autorisés à exercer leur art, fût-ce comme remplaçants d'un dentiste ou opérateurs chez un dentiste.

(*J. O.*, 1er février 1923.)

Quarante-cinquième année. N° 9 4 Mars 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations [hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilighini.
Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Cemoy. Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet. Lisle (*Ophtalm.*) P. Vitrac (*ch.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Roux (Elie), de Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie), la somme de soixante francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux du* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 97. — Renault 9 HP 1913, conduite intér. 3 pl. état neuf garanti. Dr Robert à Joigny.

No 98. — Jeune femme recommandée par docteur, cherche emploi secrétaire chez docteur, ou clinique ou laboratoire, bonne dactylo, brévigraphe très rapide.

No 99. — Le Dr Ruyssen à Haubourdin (Nord) recommande à ses confrères, ses volailles de race pure, hautement primées partout, poulettes en ponte, œufs à couver, reproducteurs, prix confr. rens. contre timbre.

No 100. — Demoiselle 22 ans, forte constitution, bonne nourrice, demande place nourrice au sein. S'adr. au Dr Le Coutelle à Plouaret (C.-du-N.).

No 101. — Polyclinique dans banlieue imméd. cherche jeune docteur libre le matin, toutes spécialités autres qu'O. R. L. ou organes génitaux urinaires. Ecr. au Dr Izwiekoff, 8, rue Philippe-de-Champagne, Paris, 13e.

No 102. — Centre, 200 kil. de Paris, à céder à médecin jeune et actif, client. médec. pouvant faire 20.000 fr. Moto ou cycle-car suffit, très bonnes routes plates, petit bail à repr. légère indem. comptant. Press.é.

No 103. — Nourrice au sein prendrait nourrisson à partir du 25 mars. Dr Escallier à Châtel-Censoir (Yonne).

AVIS

Tout médecin sollicité de s'installer à Bouguirat (Oran) est prié de se renseigner auprès des docteurs L... d'Aïn el Arba, et H..., de Mostaganem.

L'orientation du Syndicalisme et le contrat collectif

A la demande de plusieurs de nos lecteurs, nous croyons devoir publier l'un des ordres du jour présentés à l'Assemblée du syndicat des médecins de la Seine, ordre du jour auquel nous avons fait allusion dans notre « Propos » du 18 février.

L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, réunie le 10 décembre 1922,

Considérant que le syndicalisme médical ne doit pas se laisser surprendre par l'avénement d'institutions sociales qui seraient susceptibles de jeter sans recours les médecins dans le fonctionnariat ;

Considérant que le seul moyen pour les médecins d'éviter le fonctionnariat et le salariat est de faire du syndicat professionnel le pivot de l'organisation de la médecine sociale ;

Considérant que le contrat collectif est seul capable actuellement de permettre l'application de cette doctrine ;

Sans préjuger aucunement du vote de projets soumis au parlement ; sans donner à ces projets une approbation quelconque ; se tenant sur le seul terrain professionnel ; donne mandat au Conseil d'administration de préparer un type de contrat collectif en s'inspirant des directives fixées par l'Union des Syndicats médicaux, — expression de tout le corps médical, c'est à dire assurant le *libre choix du médecin par le malade, le tarif à la visite, le respect du secret professionnel.*

Cet ordre du jour présenté par le Dr Lafontaine, secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux de France, portait une vingtaine de signatures parmi lesquelles celles des Drs Quivy, Drouet, Gérard, Lenglet, Jean Mallet, Jacob, Noir, etc.

CORRESPONDANCE

Les médecins exempts de la taxe de séjour

I

A Aix-les-Bains

Comme suite à la demande que vous faites aux stations thermales dans votre dernier numéro du 18 courant, j'ai l'honneur de vous informer que, sur notre demande, le maire d'Aix-les-Bains a décidé dès le premier jour de l'application de la taxe de séjour d'exonérer de cette taxe tous les médecins et leurs familles séjournant dans notre station. J'ajoute qu'au nom de l'Union des Syndicats d'initiative de Savoie et de la Fédération thermale de Savoie, en ma qualité de secrétaire de ces groupements, j'insiste auprès de toutes les stations thermales et *climatiques* de la région pour que l'exemple que nous avons donné à Aix depuis 1921 soit suivi, dans l'intérêt même de ces stations, dont le corps médical est le meilleur agent de propagande.

ALBIN-HUART,
Directeur du Comité d'Initiative.

II

A Châtel-Guyon et au Mont-Dore

Il en est de même, à Châtel-Guyon et au Mont-Dore, où les médecins de passage et leur famille sont exonérés de la taxe de séjour.

III

A Wimereux

J'ai l'honneur de vous informer que, sur ma proposition, le Conseil municipal de Wimereux, station climatique où sont réunies la grande ville, la mer et la campagne, a décidé que les docteurs en médecine et les membres de leur famille seront désormais exemptés de la taxe de séjour à Wimereux.

Dr MAHIEU,
Maire de Wimereux.

Pneumo-Exerciseur, Pnéoscope.

Où pourrais-je trouver des renseignements sur le pneumo-exerciseur de Boureau et sur le pnéoscope de d'Heucqueville ?

Dr L...

Comment la Mutualité Familiale paye les indemnités maladie.

Je désirerais être renseigné au sujet des indemnités maladie.

J'ai été arrêté du 8 décembre 1922 au 14 janvier 1923 : j'ai reçu l'indemnité pour les 19 jours de dé-

cembre, mais je n'ai pas reçu pour les 14 journées de janvier.

Veuillez me dire quand je recevrai ce complément d'indemnité, — vous pouvez me répondre par la correspondance du *Concours* aux initiales E. G.

Réponse.

Les indemnités sont réglées par le Conseil d'administration dans ses séances trimestrielles de fin mars, fin juin, fin septembre et fin décembre.

Le 28 décembre, votre indemnité a été réglée jusqu'à fin 1922, le complément sera réglé dans la séance de fin mars.

Lorsqu'une maladie empiète sur deux trimestres, le Conseil, lorsqu'il pense que l'incapacité de travail sera de courte durée, ajourne le plus souvent à sa prochaine séance pour régler le tout d'un seul coup. Au contraire, s'il pense que l'incapacité peut se prolonger, il règle jusqu'au dernier jour du trimestre ; le complément est alors forcément remis au trimestre suivant.

Tout ceci a été copieusement expliqué dans un article paru dans le *Concours* au mois de juillet 1922.

Quelques sociétaires se sont parfois étonnés que l'indemnité ne fût pas réglée sitôt la maladie terminée — ils oublient que le Conseil ne peut pas se réunir continuellement, que les réunions sont pour ses membres une cause de dérangement assez grande et onéreuse, puisqu'ils ne reçoivent aucune indemnité, pour qu'elles ne fussent pas multipliées outre mesure, qu'enfin, l'indemnité doit être réglée par le Conseil et non par le secrétaire général seul.

Le mode de faire actuel donne satisfaction à tous, il n' y a pas lieu de le modifier.

A. G.

Prescription des substances vénéneuses.

Le journal de Fumouze du présent mois (*Revue gynécologique*) reproduit, page 191, les commandements du Dr Bastide, parus dans le *Concours*, pour les ordonnances de stupéfiants, commandements très judicieux, sauf un point qui ne me paraît pas obligatoire :

.... *puis de ton client,*
Nom et domicile inscriras,
Et presque son signalement.

Ici nous avons l'habitude de délivrer des ordonnances de morphine avec doses pour sept jours, mode d'emploi, etc., en toutes lettres, mais nous ne portons aucun nom de client sur notre ordonnance. Cette formalité me paraît inutile, puisque nous ne prescrivons le stupéfiant que dans les limites du Codex et que cette ordonnance ne peut pas être renouvelée. Je serais heureux d'avoir l'avis formel du *Concours* sur ce point très important.

En un mot, je voudrais savoir, non pas si l'inscrip-

tion du nom et domicile du client est préférable, mais si elle est obligatoire.

Dr B.

Réponse.

Le médecin qui prescrit des substances des tableaux A et B n'est nullement tenu d'inscrire sur l'ordonnance le nom et l'adresse de son client.

Les seules obligations que lui crée le décret du 14 septembre 1916 sont les suivantes :

Pour les substances du tableau A : dater la prescription, la signer, mentionner lisiblement son nom et son adresse, énoncer, en toutes lettres, les doses des substances vénéneuses prescrites et indiquer le mode d'administration du médicament (article 20).

Pour les substances du tableau B, à ces dispositions, que l'article 30 rend également applicables, vient s'ajouter l'interdiction de rédiger des ordonnances prescrivant, pour une période supérieure à sept jours, lesdites substances du tableau B, lorsque le renouvellement des ordonnances est interdit par l'article 38 (art. 39).

Dans aucun de ces textes ne figure donc l'obligation de porter sur l'ordonnance l'indication du nom et de l'adresse du client. Aucune peine ne pourrait donc être prononcée contre le médecin qui n'aurait pas indiqué ces nom et adresse sur son ordonnance.

Pour les pharmaciens, l'obligation d'indiquer le nom, la profession et l'adresse de l'acheteur existe en principe pour les substances des tableaux A et B.

Cependant, pour les substances du tableau A, lorsqu'il s'agit de ventes sur ordonnances, le pharmacien n'est pas obligé d'inscrire le nom de l'acheteur, mais seulement le nom et l'adresse de l'auteur de la prescription. Cette mention doit figurer d'ailleurs sur le registre spécial que tient le pharmacien et non sur l'ordonnance elle même.

Lorsqu'il s'agit des substances du tableau B, le pharmacien doit de même indiquer, en principe, sur le registre spécial à ces substances, les nom, profession et adresse de l'acheteur.

Cependant, une exception est faite aussi pour les ventes sur ordonnances. Les pharmaciens sont autorisés à n'inscrire que chaque mois, sur le registre spécial du tableau B, le relevé totalisé des substances dudit tableau qui figurent, pour ledit mois, au registre de vente du tableau A et sur lequel il doit alors inscrire le nom et l'adresse des personnes auxquelles il a délivré ces substances.

Accident du travail à un ouvrier de l'administration vicinale

Je vous serai très reconnaissant de bien vouloir me renseigner sur le cas suivant :

Un journalier embauché par l'agent voyer pour travailler sur une route est blessé (piqûre d'ajonc, cataracte traumatique).

Je le soigne. Qui doit payer ? Le service vicinal m'a répondu : « les journaliers travaillant ordinairement pour ledit service ne tombent pas sous le coup de la loi de 1898 », donc nous ne payons pas.

Le service vicinal a cependant fait au blessé une offre officielle d'indemnité qui a été refusée comme jugée trop faible. Selon ce que vous me direz, je ferai.

Dr V.

Réponse.

La Cour de Cassation a admis que l'administration vicinale était assujettie à la législation sur les accidents du travail (Cass. Ch. civ. 9 décembre 1908, Recueil du Ministère du travail, XI.74).

Cette jurisprudence doit s'appliquer aussi bien à un journalier travaillant ordinairement pour le service qu'à un ouvrier occasionnel. Il n'y aurait que dans le cas où le blessé serait un agent du cadre permanent, bénéficiant du régime des pensions civiles, que la loi sur les accidents du travail ne serait pas applicable, en vertu d'une autre décision de la Cour de Cassation.

Mais cela ne paraît pas être le cas du journalier blessé, qui a été embauché par l'agent-voyer et qui, s'il travaille ordinairement pour l'administration vicinale, n'est sans doute pas un agent du cadre permanent.

Nous sommes donc d'avis que vous pouvez exiger de l'Administration le payement de vos honoraires, comme le blessé lui-même le payement de ses demi-salaires. Le juge compétent est, comme toujours en cette matière, le juge de paix du lieu de l'accident.

Pensions pour dames seules

Un confrère demande dans le *Concours* qu'on veuille bien lui indiquer des pensions de dames. Veuillez avoir l'obligeance de lui communiquer cette lettre qui lui donnera des indications sur ce point :

1° *Maison « Le Phénix », à Roanne* (Loire) (ma grand'mère y est allée finir ses jours, il y a une vingtaine d'années).

2° *Le Saint-Sacrement à Autun* (Saône-et-Loire), maison tenue par des religieuses qui, avant la guerre, donnaient l'enseignement aux jeunes filles d'Autun (ma femme a été élevée dans cet établissement). Actuellement, ces religieuses ne s'occupent plus que de leur pension de dames (écrire à la supérieure de ma part, si l'on veut).

3° *Maison de repos « Le Coteau », à Saint-Martin-le-Vinoux* (Isère), (à 10 minutes de Grenoble).

4° Il y en a une également à Cusset, près Vichy, (mais l'hiver seulement, l'été on prend des baigneurs).

Dr C.

Un lot sorti au tirage doit-il figurer dans les revenus de l'année ?

Le lot sorti au tirage n'est pas cité dans la notice remis aux contribuables. Dans certains renseignements donnés en des almanachs de 1923, il est précisé que le lot sorti au tirage doit être déclaré dans les revenus.

Ceci paraît invraisemblable, puisque l'Etat perçoit déjà 20 % sur les revenus normaux des obligations à lots et 20% sur le lot au moment de son payement ; il impose ainsi les chances qu'on a d'augmenter non son revenu, mais son capital.

D'autre part, en un article de tête paru dans le *Journal* du 8 février, à propos de l'*Inflation*, M. Louis Rollin, député de Paris, parlant de l'utilité de créer une loterie nationale, parle de « lots d'autant plus intéressants, que non assujettis, suivant la jurisprudence du Conseil d'Etat, à l'impôt général sur le revenu ».

Il semble donc que, d'après le Conseil d'Etat, le lot sorti au tirage ne doit pas figurer comme revenu dans les revenus de l'année où il est sorti. La question est intéressante pour ceux qui ont eu un lot ou qui, possédant des obligations à lots, ont l'espoir d'en avoir un.

Dr X.

Réponse.

A une question posée à ce sujet par M. Roulleau-Dugage, député, le ministre des finances a répondu :

« Les lots de valeurs à lots peuvent être considérés comme un gain exceptionnel dont il y a lieu de faire état dans la déclaration du revenu de l'année au cours de laquelle ils sont échus aux bénéficiaires ». (*J. O.*, 13 février 1916).

Cependant, malgré l'autorité dont elle émanait, il était difficile de partager cette manière de voir et par arrêt du 28 janvier 1921, le Conseil d'Etat a conclu qu'il n'y avait pas lieu de comprendre dans la déclaration du revenu global les lots de valeurs à lots.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal,
Directeur du *Contribuable Français*.

Abattements et déductions sur les revenus

J'ai bien reçu vos renseignements concernant les impôts et vous en remercie ; cependant, il y a dans ce règlement une telle anomalie que je me demande si mon interprétation est juste. Je m'explique :

M. X., contribuable, marié, médecin et propriétaire, a droit pour vivre à la somme suivante :

Impôt sur le revenu...........	6.000 fr.
Marié	3.000 »
Bénéfices de sa profession	4.000 »
	13.000 »

M.Y., contribuable, marié, médecin sans fortune, a droit pour vivre au bénéfice de sa profession : 4.000 fr.

Si, du fait de son travail, il arrive à 13.000 fr., il devra, lui, payer pour les 9.000 fr. supplémentaires.

En d'autres termes, que représente cette somme de 4.000 fr. laissée libre d'impôt, est-ce le bénéfice, déduction faite *uniquement* des *frais professionnels* ou est-ce le bénéfice laissé en fin d'année tous frais payés professionnels et non professionnels? Il est bien entendu que si seuls les frais professionnels rentrent en ligne, cette somme de 4.000 fr. est absolument dérisoire et de plus profondément injuste en comparaison de l'exonération accordée à l'impôt sur le revenu.

Dr D.

Réponse.

Les déductions et exonérations en matière d'impôts sur les revenus ne se calculent pas comme vous l'indiquez.

M. X., marié, médecin et propriétaire, aura droit aux déductions suivantes :

1° Pour l'impôt sur le revenu global (dans lequel revenu doient entrer, bien entendu, ses bénéfices professionnels) :

6.000 + 3.000 = 9.000.

2° Pour l'impôt sur les bénéfices de sa profession non commerciale ; s'il est domicilié dans une commune n'ayant pas plus de 50.000 habitants :

4.000 + la moitié de la différence entre 4.000 soit en tout 6.000 et 8.000.

M. Y., contribuable, marié et médecin sans fortune, aura droit aux mêmes déductions.

S'il ne fait que 4.000 fr. de bénéfices nets, déduction faite de ses dépenses, professionnelles, il ne payera pas d'impôt.

S'il fait 9.000 fr., il payera l'impôt cédulaire sur les bénéfices professionnels à 6 % sur 3.000 fr. mais ne payera aucun impôt général sur le revenu global.

S'il fait plus de 9.000 fr. de bénéfices professionnels, il payera, en outre de l'impôt cédulaire, l'impôt général sur les bénéfices qui dépassent 9.000 fr.

M. X. comme M. Y, ne devra, pour obtenir son bénéfice net imposable, déduire de ses recettes professionnelles, que les dépenses nécessitées par l'exercice de sa profession. Les autres dépenses, frais de nourriture, d'entretien, ne sont pas déduites du revenu professionnel, pas plus d'ailleurs que du revenu global.

Il est inexact d'ailleurs de dire que le contribuable sans fortune n'a droit pour vivre qu'à 4.000 fr. Il n'aura que ces 4.000 fr., il est vrai, s'il ne réalise pas de bénéfices plus élevés. Mais, s'il fait 9.000 fr. de bénéfices, le fisc ne va pas encore

Voir la suite page XLIII-757

PROPOS DU JOUR

Les leçons du passé.
A propos de l'ordre des médecins. L'esprit de l'ancienne Faculté de médecine de Paris. Convient-il de le faire revivre ?

Nous avons su que M. le Dr Balthazard, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, avait fait récemment, au grand Amphithéâtre, une conférence sur le syndicalisme médical, qui avait eu le plus grand succès, et que nous publierons, avec son autorisation, dans le numéro prochain. De hauts personnages du monde médical, jusqu'à ce jour peu disposés à admettre le syndicalisme médical, auraient déclaré en sortant qu'ils avaient été convaincus de sa nécessité. M. le Pr Balthazard veut sans doute reprendre la tradition de son illustre prédécesseur et maître, Brouardel, qui rendit de si nombreux et de si grands services, trop peu connus et trop oubliés, à nos syndicats alors balbutiants. S'il en est ainsi, nous l'en félicitons vivement, car jamais le corps médical n'eut plus besoin de cohésion et d'union qu'à l'heure actuelle.

Nous avons appris, d'autre part, que quelques confrères, rêvant de rendre cette cohésion et cette union encore plus grandes, tentaient de faire revivre les projets d'Ordre des médecins qui périodiquement, depuis 1846, apparaissent, comme de falottes marionnettes, sur notre scène professionnelle, font un petit tour et puis s'en vont. Nous nous souvenons avoir, il y a bien près de trente ans, fait partie comme délégué du syndicat des médecins de la Seine, d'une commission mixte d'avocats et de médecins, chargée d'étudier cette question. Quelques dix ans plus tard, elle fut reprise par notre regretté ami, le Dr Lasalle, de Lormont, près Bordeaux, vice-président de l'Union des syndicats médicaux, qui la défendit, sans succès d'ailleurs, avec sa verve toute méridionale. Le Dr Dignat, médecin parisien, émigré de Bordeaux, excellent confrère, mais antisyndicaliste convaincu avait bien avant étudié et rédigé un projet qui, d'ailleurs, avait vu le jour après beaucoup d'autres. Toutes ces tentatives avaient été repoussées dans toutes nos assemblées, dans tous nos congrès, mais il est des morts qui ressuscitent périodiquement et qu'il faut aussi périodiquement exécuter. En toute franchise, nous ne croyions pas à cette résurrection, tant la question avait été épuisée.

Un des arguments que servent les partisans de l'Ordre des médecins, est qu'ils le considèrent comme le syndicat obligatoire. Or, syndicalisme et obligation sont deux mots que l'on ne saurait accoupler. Les partisans de l'Ordre des médecins qui pensent ainsi, confondent le syndicat d'aujourd'hui avec la corporation d'autrefois, deux organismes aussi différents que la République aristocratique de Venise et les Républiques démocratiques de notre époque.

Ce qui fait la force de nos syndicats, c'est que les portes en sont ouvertes, portes d'entrée et portes de sortie. C'est que ceux qui y viennent, y viennent volontairement, et non par contrainte. C'est que ce ne sont pas des chapelles closes hors desquelles il n'y a pas de salut. C'est que la tyrannie y est inconnue et la discipline librement consentie.

Avec l'Ordre des médecins, les choses seraient toutes différentes, et ce n'est pas à l'heure où les avocats, qui cependant exercent dans des conditions autres que les médecins, reconnaissent, pour la plupart, les défauts de leur Ordre, que nous, praticiens, nous allons sacrifier notre indépendance.

L'expérience de l'Ordre des médecins a été d'ailleurs faite : elle a duré plusieurs siècles, elle se déroule dans l'histoire de l'ancienne Faculté de Médecine de Paris, corporation des médecins parisiens dont les statuts réglementaient non seulement l'enseignement, mais aussi l'exercice de la médecine. Voyons brièvement les résultats qu'elle a obtenus et tirons, si nous le pouvons, une leçon du passé.

L'orgueil, l'envie, l'exclusivisme, l'horreur de tout progrès dans son sein, le souci constant d'empêcher le progrès dans les milieux voisins, l'opposition systématique à toute innovation quelle qu'elle fût et d'où qu'elle vînt, tels furent les sentiments qui, pendant plus de trois siècles, régnèrent dans l'esprit de la vieille Faculté. Ce furent eux qui, progressivement,

amenèrent au cours du XVIIIe siècle sa progressive décadence, sa déconsidération et sa lamentable fin.

La Faculté enseignait la chirurgie, mais ses professeurs auraient cru déchoir en la pratiquant, et elle passa son temps à persécuter les chirurgiens et à s'efforcer de les empêcher de s'instruire, jusqu'au jour où ceux-ci, devenus puissants, et soutenus par les gens sensés, triomphèrent de leur vieille ennemie.

Un de ses maîtres illustres, Astruc, professait l'obstétrique et proclamait cyniquement qu'il n'avait jamais fait d'accouchement !

La Faculté lutta contre les chimiâtres et les apothicaires et, même dans son sein, traita d'empoisonneurs ceux qui cherchaient à introduire des substances chimiques dans la pharmacopée. Il faut voir comment le doyen Gui Patin traitait ses confrères qui prescrivaient le vin émétique. Théophraste Renaudot, venu de Montpellier, était un homme d'intelligence supérieure, aux idées neuves et pratiques, qu'il savait d'ailleurs réaliser. La Faculté n'eut de repos avant d'en avoir fait sa victime. Harvey decouvre-t-il la circulation ? Aussitôt la Faculté de Paris proteste et soutient le parti des anticirculateurs. Tandis que ses docteurs s'arrogeaient le droit d'exercer dans le monde entier — *Urbi et orbi Salus* étant sa devise, — elle s'opposait avec une rigueur sans exemple à l'exercice à Paris des docteurs des autres Facultés. Il fallait entrer dans ses cadres : c'était le « syndicat obligatoire, l'Ordre des médecins. »

Aussi, ses ennemis devinrent nombreux, se liguèrent contre elle et finirent par la déconsidérer et l'annihiler. Les médecins de la Cour, pour la plupart docteurs de Montpellier, qui disposaient de la faveur et de la protection royale, minèrent son influence. Ce furent eux qui firent créer un enseignement médical rival au Jardin du Roi et au Collège de France. Les chirurgiens, soutenus par les rois depuis que Félix avait opéré avec succès la fistule de Louis XIV (1686), développèrent, en dépit des menaces, des efforts et des manifestations burlesques des docteurs régents de la *Saluberrimæ Facultatis*, leurs écoles de Saint-Côme, y multiplièrent les cours sous l'habile direction de Mauriceau, de Georges Mareschal et de Lapeyronnie. Ils transformèrent leurs écoles en Académie de chirurgie, et tandis que la Faculté quittait sa vieille demeure de la rue de la Bûcherie qui s'effondrait, pour se réfugier à l'ancienne Ecole de Droit, qui elle-même tombait en ruines, la nouvelle Académie de chirurgie faisait construire un Palais à l'Hôtel de Bourgogne (la Faculté actuelle) et obtenait en face un hôpital de clinique (l'Ecole pratique actuelle). La vieille Faculté de médecine n'avait jamais voulu ou pu, pendant des siècles d'existence, s'annexer ni s'ouvrir un hôpital.

La fameuse peste de Marseille de 1720 lui porta le coup de grâce. Le roi envoya une commission de cinq médecins, dont trois désignés par la Faculté de Paris et deux par celle de Montpellier, pour étudier le fléau. La commission déclara que c'était une *simple fièvre de mauvais caractère* qui n'était pas contagieuse. Les événements se chargèrent de répondre avec une terrible ironie. Ce fut pour remédier à cette insuffisance que Chirac, premier médecin de Louis XV, réalisa le premier projet d'Académie de médecine dans le but d'établir une liaison entre les médecins de Paris et de Province. La Faculté eût dû chercher à s'amender, à parfaire son instruction, à lutter contre la nouvelle Académie en développant son enseignement, en le rendant plus pratique, en faisant un effort vers le progrès. Mais, dans son insolente suffisance, cette corporation, sottement vaniteuse, préféra faire valoir ses privilèges et plaider, persécuter ceux de ses membres qui adhéraient à la nouvelle institution, jusqu'au jour où le roi se fâcha et envoya en exil deux de ses docteurs-régents les plus acharnés contre l'Académie qu'il protégeait.

Avec la mort de Chirac, l'Académie disparut, car ses membres, docteurs à Paris, ne se sentaient plus protégés et la haine de la vieille Faculté ne désarmait pas.

Quelque quarante ans plus tard, en 1776, le premier médecin du Roi, de Lassonne, soutenu par Turgot, fonda une « Commission de médecins de Paris pour tenir une correspondance avec les médecins de province, pour tout ce qui peut être relatif aux maladies épidémiques et aux épizooties ». Un membre de l'Académie des Sciences, médecin du Comte d'Artois, Vicq d'Azyr, en devint commissaire général et, par son active énergie, enraya plusieurs épidémies et épizooties. Au lieu de collaborer et d'aider cette commission, la Faculté s'acharna contre elle. Mais l'on ne vivait plus à l'époque de Gui Patin, l'Encyclopédie ouvrait les esprits à la science moderne, et Vicq d'Azyr n'était pas homme à capituler. Il transformait, le 1er septembre 1776, la commission en Société Royale de Médecine dont il était élu secrétaire perpétuel, comptait parmi ses correspondants 11 facultés de médecine de Pro-

vince et 22 collèges de médecins, plus l'Université de Montpellier. L'on vit alors, sous les decanats d'Alleaume, de Des Essarts, de Vacher de la Feutrie, la Faculté renouveler ses persécutions contre ceux de ses membres adhérents à la Société Royale, leur retirer leurs privilèges, les exclure, c'est-à-dire les priver de leur droit d'exercer. On la vit refuser la régence à Hallé et à Fourcroy, membres de la Société royale. Le garde des Sceaux, Miromesnil, se fâcha, fit rayer des registres et casser par le Conseil d'Etat les délibérations de la Faculté. Cette dernière, comme *ultima ratio*, ferma ses cours, mais le Roi lui ordonna de les reprendre et il dut être obéi.

Alors, la Faculté fit intervenir l'Université dont elle faisait partie. Le gouvernement n'accepta pas de remontrances. Soutenue par Miromesnil, garde des sceaux, par le lieutenant de police Le Noir, par le ministre Amelot, par tous les hommes de science, Franklin en tête, par l'opinion publique, la Société royale de médecine, pourvue de lettres patentes, enregistrées par le Parlement, fut s'installer au Louvre et y ouvrit des cours de médecine.

La Faculté, dans sa rage impuissante, eut recours à l'arme empoisonnée des pamphlets et de la calomnie : cette tentative conduisit un des siens, Hallot, à La Bastille (1781). Un beau jour, le lieutenant de police Le Noir avertit le doyen que la maison de la rue de Beauvais où était hospitalisée la Faculté, était vendue et qu'il fallait déguerpir. L'on vit alors ce spectacle, lamentablement burlesque, le dernier doyen, un brave homme, Bourru, que le public appelait le Bourru bienfaisant, à la recherche d'un refuge pour la Faculté sans domicile.

Fait symbolique : la maison mortuaire de la Faculté, rue Jean-de-Beauvais, sérieusement étayée, fut louée par l'éditeur Panckouke pour y emmagasiner les volumes de l'Encyclopédie ; la demeure de la Faculté, ignorante, routinière et rétrograde, ployait sous le poids de la science moderne et devait être étayée.

La Révolution arriva à temps pour donner le coup de grâce à la corporation mourante des médecins parisiens.

Quant aux Ecoles de la rue de la Bûcherie, elles furent odieusement profanées : une partie fut transformée en lavoir, une autre devint un mauvais lieu dont le gros numéro, un fatidique 13, marquait, il y a 25 ans à peine, la honteuse destination. Ce scandale dura jusqu'à ce que notre regretté ami, Le Baron, fondateur du Syndicat des médecins de la Seine, intéressât la nouvelle corporation parisienne à ces reliques du passé et obtint l'achat de la vieille Faculté de la rue de la Bûcherie, qui est devenue la Maison des Etudiants.

Est-ce que ce court résumé du passé de la corporation des médecins de Paris n'est pas d'un précieux enseignement pour nous ? Est-ce que sa tyrannie, son égoïsme, son esprit réactionnaire, qui furent cause de sa longue agonie et de sa déconsidération, ne doivent pas nous détourner de l'idée de reconstituer, sous le nom d'Ordre des médecins, une corporation d'où serait bannie la liberté ?

L'on nous répondra que nous ne sommes plus au XVII[e], ni au XVIII[e] siècles, que nos maîtres et nos confrères parisiens ont singulièrement évolué et ont l'esprit largement ouvert. D'accord pour aujourd'hui, mais savons-nous ce que pourront être ceux qui viendront demain ?

N'oublions pas qu'il y a 40 ans tout au plus, une bonne partie du monde médical, encore imbue de l'esprit rétrograde et dogmatique de l'ancienne Faculté, faisait à Pasteur une opposition systématique, niait *a priori* ses plus belles découvertes, et que le grand savant que l'on porte aux nues aujourd'hui, ne fut élu à l'Académie de médecine qu'avec une voix de majorité.

J. NOIR.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

QUELQUES REMARQUES PRATIQUES SUR LA MÉDICATION DIGITALIQUE (1)

Par Camille LIAN,

Médecin des Hôpitaux de Paris.

J'insisterai dans cette leçon sur différentes notions qui me paraissent d'un grand intérêt pour le mode d'emploi de la digitale. Elles vous montreront l'étendue des ressources thérapeutiques que l'on peut tirer de cette précieuse plante. En les appliquant dans la pratique, non seulement vous diminuerez grandement le nombre des cas que vous auriez été amenés à considérer comme des échecs de la digitale, mais vous procurerez à vos cardiaques le maximum de soulagement, tout en reculant l'échéance fatale.

I. — LA MÉDICATION DIGITALIQUE INTENSIVE ET PROLONGÉE.

Tout d'abord *libérez-vous de la phobie des doses moyennes ou fortes de digitale.* La petite dose de digitale, par exemple 1/10 de milligr. de digitaline, n'est pas une dose à tout faire. Seuls le rythme couplé, les bradycardies contre-indiquent les doses moyennes ou fortes. D'ailleurs à part quelques rares cas de grande tachycardie ou de grande tachy-arythmie, la dose forte de 50 gouttes de la solution au millième de digitaline cristallisée dans les 24 heures est inutile : 5 à 20 gouttes par jour représentent la gamme quotidienne suffisante pour la quasi-totalité des cas.

Le point important, à mon avis, n'est pas tant la dose quotidienne que la dose totale à administrer en plusieurs jours. A ce propos, j'ai insisté à diverses reprises sur ce fait qu'un milligramme de digitaline cristallisée n'est pas du tout une dose totale infranchissable. Il ne faut pas se laisser enfermer dans une posologie univoque, mais subordonner ses prescriptions à la fois au résultat à obtenir et à la tolérance du malade. Il y a le plus souvent intérêt à donner la digitale non pas seulement 1 à 3 jours, mais 6, 10, 15 jours consécutifs. Par conséquent, le mieux me paraît être de donner pour commencer une dose moyenne quotidienne, puis, peu à peu de diminuer cette dose quotidienne. Ainsi, en surveillant le malade, on ne lui fait courir aucun risque d'intoxication, et on a la possibilité de bien proportionner la médication à l'importance des troubles cardiaques (1).

Ou bien, on arrête la médication lorsqu'on juge bon le résultat obtenu (disparition des œdèmes, des congestions passives), c'est ce que j'appelle la *méthode opportuniste* — ou bien de parti pris on pousse la médication digitalique jusqu'à la *saturation*. Celle-ci, qu'il importe de distinguer de l'intoxication, est préparée par un ralentissement progressif du pouls, et elle est réalisée lorsque la fréquence du pouls est voisine de 70 pulsations par minute. Si l'on continuait la médication, on verrait survenir un pouls bigéminé (une forte pulsation radiale, une faible, puis une pause, etc.), ou un rythme couplé (mêmes couples de pulsations cardiaques qui sont séparées par des pauses, mais, dans lesquels la petite pulsation du couple ne va pas au pouls). En même temps se produisent souvent des nausées, des vomissements, de la diarrhée. Tels sont les symptômes de début de l'intoxication digitalique qui, poussée encore plus loin, entraîne une grande tachy-arythmie avec céphalée, vertiges, délire.

Par conséquent, en procédant par doses décroissantes, en surveillant chaque jour le malade, on conduit celui-ci jusqu'à la saturation digitalique, on l'arrête facilement au seuil de l'intoxication. La saturation donne les meilleurs résultats dans l'asystolie avec arythmie complète, et dans les asystolies à rechutes. La prescription classique, 1 milligramme de digitaline en 1 à 3 jours, donne seulement dans certains cas une amélioration toute passagère, une diurèse en clo-

(1) Conférence clinique du cours de revision (oct. 1922) fait chaque année en octobre dans le service du prof. Sergent (hôpital de la Charité), par tous les rédacteurs de l'*Année médicale pratique* sur les acquisitions nouvelles en médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités, questions professionnelles.

(1) C. LIAN. *L'Hôpital*, 1920 janvier-(A).

cher, et permet les rechutes faciles. Dans ces mêmes cas, la saturation digitalique réalisée en 6, 8, 10 jours donne une amélioration durable, une diurèse en plateau, et peut mettre fin à une série de rechutes asystoliques rapprochées. La saturation est obtenue avec des doses variables suivant les cas, par exemple avec les doses quotidiennes suivantes : 20, 20, 10, 10, 10, 5, 5, 5, 5 = 90 gouttes en 9 jours ; ou 10, 10, 10, 10, 10,10, 5, 5, 5, 5 = 80 gouttes en 10 jours. Parfois, il peut être nécessaire d'atteindre 100 à 150 gouttes en 10 à 15 jours.

II. — La nécessité des cures digitaliques subintrantes pendant et après la grande insuffisance cardiaque (asystolie et grande insuffisance ventriculaire gauche).

La fréquence de la répétition des cures digitaliques ne le cède pas en importance, bien au contraire, à celle de la dose totale à atteindre dans chaque cure. Cependant ce sujet n'était qu'effleuré dans la plupart des ouvrages de cardiologie, soit que l'on indiquait que la digitale se donne à doses variables, toutes les 3 ou 4 semaines pendant quelques mois, soit que l'on citait le traitement préventif de l'asystolie de Mayor (digitale les 4 premiers jours de chaque décade).

J'ai déjà formulé en partie mon opinion sur ce point dans divers travaux, en particulier dans mon récent article *Coeur* du Traité Sergent. Tout d'abord, j'estime que c'*est une mauvaise pratique de ne prescrire la digitale que toutes les 3 ou 4 semaines, au décours d'une crise d'asystolie.* Dès que la défaillance cardiaque a été très marquée, le cœur arrive très rapidement à n'être plus à la hauteur de sa tâche. La circulation s'encombre dans l'intervalle des crises, et si cet intervalle dure 3 ou 4 semaines, l'hyposystolie ou l'asystolie s'est reproduite quand on prescrit de nouveau la digitale.

Après une première cure digitalique dans une crise d'asystolie, il est bon, à mon avis, de suspendre la digitale seulement 5 jours, et de faire ainsi plusieurs cures digitaliques subintrantes, avec 5 jours seulement d'intervalle. Pendant ces 5 jours, la digitale accumulée s'élimine. L'intensité de ces cures répétées va en décroissant, mais ici encore, il faut s'inspirer des résultats obtenus, et au besoin ne pas hésiter à pousser chaque fois la médication jusqu'à la saturation digitalique. Mais si l'amélioration est bien franche et continue, on arrivera ainsi plus ou moins rapidement à la cure dite d'entretien de Huchard et Fiessinger, 1/10 milligramme digitaline les 10 premiers jours de chaque quinzaine. C'est seulement chez les sujets n'ayant pas d'hyposystolie permanente qu'on pourra progressivement diminuer l'importance et la durée des cures digitaliques, en se contentant de prescrire les 5 gouttes de digitaline une semaine sur deux, ou les 3 ou 4 premiers jours de chaque période de 10 jours. Bien entendu, la théobromine mérite de garder sa place d'honneur aux côtés de la digitale, et on la prescrit au minimum pendant les 5 jours sans digitale ; dans certains cas, en particulier chez les cardio-rénaux, elle doit être prescrite au moins 10 jours sur 15 en permanence. Enfin pendant une médication ainsi subcontinue, il ne peut être question de laisser le malade définitivement au régime lacté, ni même au régime lacto-végétarien ; on ne tarde pas à lui permettre un peu de viande au repas de midi (à moins qu'il n'ait une néphrite azotémique), le régime est hypo ou déchloruré, l'ingestion de liquides peu abondante, on ne craint pas de répéter les ventouses scarifiées et les purgatifs.

C'est merveille de voir les résultats d'un pareil traitement digitalique subcontinu. Avec une courte cure digitalique par mois, les malades n'étaient soulagés qu'une semaine par mois, le reste du temps leur état empirait ; ils étaient donc à peu près constamment anhélants, presque toujours immobilisés, passant des nuits mauvaises ou blanches en raison de leur dyspnée. ils allaient de crise en crise. Au contraire avec les cures digitaliques rapprochées, ils mangent avec appétit, dorment assez ou très régulièrement, font chaque jour une promenade ou même continuent leurs occupations. Certes, il persiste chez certains grands malades un état hyposystolique permanent (râles sous-crépitants aux bases, gros foie), mais les œdèmes, au lieu d'être fréquents et étendus, sont rares ou légers. Ainsi l'organisme ne subit pas les à-coups funestes que représentent les asystolies répétées, chacune laissant sa résistance un peu plus diminuée que la précédente. Aussi, non seulement la vie du cardiaque est beaucoup moins pénible, mais elle est prolongée, car la défaillance cardiaque, la cachexie cardiaques terminales sont retardées.

III. — Le moment ou doit commencer la médication digitalique dans les cardiopathies.

Pour terminer, j'envisagerai le moment où il est bon de commencer à recourir à la digitale dans les cardiopathies. Classiquement, pas de

digitale avant l'hyposystolie, et dans ce dernier cas même, on ne la donne qu'à son corps défendant, on cherche à ne pas la prescrire avant l'asystolie. La raison de ce dogme est que l'on craint l'accoutumance. Cette notion de l'accoutumance, la pratique m'a amené à la considérer comme une vue théorique, non justifiée par les faits. Ainsi chez les malades soumis à des cures digitaliques très rapprochées, l'état de santé est bien meilleur que chez ceux qui font une seule cure digitalique par mois. Certes, chez tous les cardiaques, il arrive un jour où les œdèmes résistent à la digitale, mais cet échec ne tient pas à l'accoutumance à la digitale, il est dû à ce que le cœur malade marche fatalement vers la déchéance terminale. Bien plus, je suis persuadé qu'à digitaliser souvent un cœur insuffisant, on éloigne l'époque de sa faillite, car en diminuant le désordre de ses contractions et l'importance des barrières périphériques (congestions passives, œdèmes), on facilite la tâche du cœur et on retarde la date de son épuisement.

Par conséquent, la digitale doit être prescrite lors de l'hyposystolie, et parfois même avant l'hyposystolie. Vous savez qu'avant les congestions passives de l'hyposystolie, l'insuffisance cardiaque peut déjà se traduire par un degré plus ou moins marqué de dyspnée et de palpitations dans les efforts, c'est le stade que j'ai proposé de désigner sous le nom de dyssystolie (1). Or, quand la dyssystolie est très marquée, amenant le sujet à se demander s'il ne va pas changer de profession, je conseille de recourir à la digitale si les petits toni-cardiaques ne sont pas assez efficaces (1). En effet, dès qu'il y a une notable dyspnée d'effort, il n'y a plus compensation, et la digitale peut intervenir utilement, elle soulage le malade, et en favorisant le travail de son cœur elle retarde l'hyposystolie. Bien entendu, on ne prescrit alors que de petites doses, par exemple 1/10 milligr. de digitaline par jour, 3, 4, 5 jours sur 10, une semaine sur deux, dix jours par quinzaine, etc.

***

Je pourrais prolonger cette causerie sur la digitale, mais je m'arrête, car j'ai voulu surtout insister sur quelques conclusions pratiques que l'expérience m'a suggérées, et que j'ai formulées çà et là dans divers travaux au cours de ces dernières années.

Mais je n'en ai pas fini avec les acquisitions récentes dans la thérapeutique cardio-vasculaire. Je vous ai déjà parlé de l'ouabaïne et de la digitale, il me reste à vous exposer les nouvelles données thérapeutiques dans la pathologie vasculaire. Enfin, je terminerai ces causeries en vous mettant au courant des indications, de la posologie et des merveilleux résultats du sulfate de quinidine, dont l'introduction en thérapeutique cardiaque constitue un progrès considérable.

(1) Lian. — Article : appareil circulatoire *in* : Technique Clinique Sergent (1re édition 1913, 5e édit. 1922).

(1) Lian. — *L'Hôpital*, février 1922 (B), p. 89.

MALADIES PROFESSIONNELLES

La névrose nystagmique généralisée, syndrome de la vagotonie

Dans les années qui précédèrent la guerre, un ophtalmologiste très distingué de Liège, M. le Dr Rutten, correspondant du *Concours médical*, sachant tout l'intérêt que nous portions à l'étude des accidents du travail et des maladies professionnelles, nous a adressé à diverses reprises de très curieuses observations sur une maladie des mineurs qui se traduit par le nystagmus. Le Dr Rutten s'est acharné à faire l'étude clinique, étiologique et pathogénique de cette maladie. Peu à peu, ses travaux et les discussions qu'ils suscitèrent en Belgique, en France, en Allemagne et en Angleterre, amenèrent à se rapprocher de la vérité; et si tout n'est pas encore dit sur cette curieuse maladie, du moins l'on peut, dès à présent, et grâce au Dr Rutten, se faire une idée assez nette de son origine et de son importance.

Le nystagmus des mineurs est un tremblement oculaire involontaire qui, relevé avec un appareil enregistreur, donne un tracé ondulatoire et s'accompagne de symptômes multiples résultant du surmenage. Cette affection paraît dériver d'une auto-intoxication qui détermine une usure physiologique prématurée, donnant au malade l'aspect d'un vieillard précoce. A un état de débilité excessive viennent s'ajouter la diminution de la tonicité musculaire et une perturbation des fonctions du système nerveux sympathique. Le nystagmus ne saurait actuellement être observé, sans qu'on recherchât son origine, soit labyrinthique, soit centrale nerveuse.

Souvent, au symptôme nystagmique, vient s'adjoindre un autre symptôme : l'héméralopie, qui résulte d'une accommodation défectueuse à la lumière.

Elle se manifeste non seulement chez les mineurs nystagmiques, mais aussi chez les soldats de toutes les armées.

Pierre Loti, nous écrit le Dr Rutten, dans une intéressante lettre, a observé et décrit cette affection chez les marins :

« Un hiver, écrit Pierre Loti, le tremblement des *vieillards*, le prit tout à fait. La *maladie de la lune*, qu'il avait eue jadis sous l'équateur, l'avait repris aussi. Les docteurs du bord l'appellent *héméralopie*, et elle vient aux matelots qui dorment en plein vent les yeux en l'air, dans les pays chauds. Aussitôt le soleil couché, ils cessent d'y voir et n'osent plus remuer qu'en tâtant comme les aveugles ».

Le Dr Rutten assimile cette affection, si nettement décrite par Pierre Loti, au nystagmus des mineurs. Là encore, l'affection est due à la fatigue prolongée. Le nystagmus, dû à la fatigue, se distingue du labyrinthique qui est volontaire, en ce qu'il est le résultat d'une série de crampes qui se succèdent.

Le Dr Rutten a présenté à la Société belge d'ophtalmologie un cas très curieux de névrose nystagmique généralisée, démontrant que le symptôme nystagmique pendulaire, ondulatoire, involontaire et inimitable des mineurs, est un syndrome de la vagotonie, c'est-à-dire une exagération de la fonction du système nerveux sympathique (1).

Il s'agit d'un nommé Delp..., atteint de névrose nystagmique, qui, à la suite d'un accident à la tête, vit son état s'aggraver considérablement. En dehors des symptômes du nystagmus des mineurs, Delp. fut frappé de dystrophie généralisée (chute des cheveux, des poils, des cils et des sourcils), avec altération de la peau au point de rendre méconnaissable le malade et de nécessiter de la part de l'autorité allemande (c'était durant l'occupation allemande de la Belgique), une seconde photographie faite après l'accident sur sa carte d'identité. Nous avons sous les yeux cette carte que nous regrettons de ne pouvoir reproduire : elle est réellement stupéfiante, tant il existe peu de ressemblance entre la physionomie jeune et vive du nystagmique avant l'accident et celle du vieillard ridé, que cet homme âgé de 36 ans était devenu après l'accident. En même temps, Delp... devenu vieillard précoce, était atteint de céphalée, de vertiges, d'insomnie, de rêves, de tachycardie, d'asthme, de sécheresse de la bouche et du nez, de sueurs profuses. La peau est pâle et gluante. Le caractère est mou et indolent. Les organes génitaux affaiblis sont atteints d'impuissance. L'amblyopie, la photophobie, l'héméralopie complètent les troubles oculaires. Il y a, en outre, des troubles gastriques (vomissements, nausées, pyrosis, dilatation). La marche est pénible, saccadée, hésitante.

Le Dr Rutten s'est assuré par des radiographies que le malade n'a, du fait de son accident, aucune fracture du crâne ni de la face, et un examen approfondi fait éloigner l'hypothèse d'une lésion encéphalique quelconque.

L'examen des yeux montre une diminution considérable de l'acuité visuelle (le malade compte péniblement les doigts à deux mètres). Il existe un clignotement continuel des paupières sous les lunettes. Si on enlève ces dernières, le clignotement augmente et des contractions surviennent qui se généralisent à la tête, au tronc et aux membres supérieurs.

Le champ visuel des deux yeux est rétréci, surtout en dehors. Il n'existe plus de nystagmus ; la cornée est sensible ; la pupille réagit normalement. Les papilles, dont l'examen est fort difficile, paraissent normales. Le malade perçoit les couleurs, sauf le jaune et le vert ; les réflexes rotuliens sont normaux.

Avec des observations de ce genre, l'on ne peut plus appeler pareille maladie du nom de nystagmus des mineurs. Les Anglais qui ont observé des cas analogues, dont un suivi de mort, proposent de dénommer « Miners blindness » l'affection jusqu'alors cataloguée « Miners Nystagmus ».

La théorie anglaise, qui attribue le mal à un éclairage défectueux des mines, ne peut plus se soutenir. Stassen a observé la maladie dans des mines autres que les charbonnages.

Rutten insiste sur le véritable cause du nystagmus des mineurs, la fatigue, le surmenage. Ce mal ne survient que dans les mines dont les galeries ont un plafond insuffisamment élevé ; les ouvriers sont alors tenus de travailler en position courbée (abatteurs) ou bien doivent dévier la tête (sclaureurs).

Dans les galeries où l'ouvrier peut travailler droit, comme cela a été observé en Angleterre, en Amérique, en Chine, au Japon, en Russie, il n'y a pas de nystagmiques. Rutten va jusqu'à affirmer que les nystagmiques arrivent souvent à guérir, s'ils travaillent dans des galeries assez élevées.

Rutten, se basant sur ce que le nystagmus des mineurs est involontaire, en fait un symptôme vagotonique. Le tonus musculaire est le grand régulateur de l'équilibre (Sherrington). Or, le processus vagotonique du nystagmus peut être considéré comme une révolte des muscles lisses, ou mieux, de la partie non encore différenciée du muscle qui était lisse à son début, et l'innervation sympathique est celle des fibres lisses. L'on sait d'ailleurs que les nerfs des muscles striés contiennent des fibres amyéliniques d'origine sympathique, que nombre d'auteurs admettent que les muscles striés sont formés de deux substances : le sarcostyle et le sarcoplasme, que le sarcostyle serait l'organe de la contraction volontaire, et le sarcoplasme, celui du tonus musculaire et que l'innervation du sarcoplasme serait d'origine sympathique (Mosso, Sieba, de Boer, Nuel, Bolk, Böeke, etc.).

Le Dr Rutten, au cours de sa communication, fait remarquer que le nystagmus ne peut être simulé et que cela n'a pas empêché des tribunaux, dans certains pays, où les maladies professionnelles sont indemnisées mal éclairés par des experts incompétents, de débouter de leur demande comme simulateurs des malades atteints de nystagmus.

J. Noir.

***

(1) *Bull. de la Soc. belge d'ophtalmologie*, n° 45, 1922.

A l'appui de son exposé, le Dr Van Rutten, nous a communiqué le document suivant :

Rapport sur un cas mortel de nystagmus des mineurs fourni au « Mines Départment » par la Compagnie d'assurances mutuelles des Mines de Cumberland.

L'histoire de ce cas est la suivante : Henry F..., Station Road, Flimby, âgé de 42 ans, ouvrier houilleur. Nystagmus des mineurs. Certificat du chirurgien assermenté daté du 6 mai 1914.

Le 13 mai, notre médecin chef déclare : « F... a un léger nystagmus confirmé, mais il est douteux qu'il soit suffisant pour l'empêcher de travailler ».

Le 2 juin : « Les yeux sont normaux, mais F... se plaint d'étourdissements et de maux de tête. Il ne peut supporter le soleil. Il dit que, quand il se baisse, il éprouve un très grand mal de tête. Proposé pour un travail en surface ».

F... entreprit un travail en surface le 16 juin et le continua jusqu'au 26 juin.

Le 29 juin : « Il n'y a maintenant aucun signe de nystagmus actuel, mais F..., est manifestement amoindri mentalement, étant extrêmement déprimé et mélancolique. Comme un état mental de cette nature est reconnu comme une séquelle du nystagmus, on peut admettre que tel est bien son cas ».

Le 14 octobre : « L'état mental de cet homme s'est amélioré, mais il n'est pas encore bon. Il est beaucoup moins mélancolique, mais sa conversation est grandement exagérée et troublée. Sa femme dit que F... était si déprimé qu'il avait dû être enlevé de sa maison. Pendant le mois dernier, elle a noté une grande amélioration. Comme indication de l'état d'esprit de F..., je puis dire qu'il refuse de croire qu'il y a une guerre en cours ».

Le 20 janvier 1915 : « Cet homme a été transféré à l'Asile de Garlands ».

Sur le vu de ces rapports, l'indemnité pour incapacité complète a été payée jusqu'à ce que F... mourut, à l'Asile de Garlands, de phtisie.

Les héritiers réclamèrent alors la balance entre le montant des indemnités hebdomadaires payées et l'indemnité de 300 liv. st. pour la mort, pour le motif que cette réclamation était parfaitement justifiée, la mélancolie étant la conséquence directe du nystagmus et ayant tellement affaibli la constitution de l'ouvrier qu'il était devenu plus prédisposé à la phtisie. Un rapport du directeur de l'Asile fut établi en faveur de la réclamation, et comme les sommes payées jusqu'à la mort étaient petites, elle fut admise.

22 novembre 1922.

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE ET FARINES DE MAIS

Depuis six semaines, dans notre région, tout le monde se plaint de la qualité du pain, et le dernier bulletin sanitaire de la ville d'Orléans, pour le mois de janvier, annonce un cas de mort par encéphalite léthargique et quatre autres cas paraissant en voie de guérison.

Il y a donc bien, cette fois encore, concordance entre l'emploi de mauvaises farines (maïs en l'espèce, comme nous le verrons plus loin), et l'apparition de l'encéphalite.

De plus, j'ai constaté depuis un mois dans ma clientèle plusieurs cas de diarrhée, d'embarras gastrique, de causalgie paraissant d'origine médullaire, de prurigo et d'érythème.

C'était à prévoir, et le dernier paragraphe de l'article que j'ai publié dans le *Concours médical*, le 21 janvier dernier, faisait allusion à cette réapparition probable de l'encéphalite, le jour où l'on recommencerait à nous donner du mauvais pain.

C'est vers cette époque que s'organisait une violente campagne de presse sur la nécessité urgente de l'emploi des succédanés pour suppléer à l'insuffisance de la récolte en blé, — insuffisance qui est loin d'être prouvée. Cette campagne aboutissait au décret du 19 décembre 1922, qui rendait obligatoire l'addition à la farine de froment de 10 % de farine de seigle ou de riz, ou de 10 % d'un mélange de ces deux farines.

Ainsi, les importateurs euront toute liberté d'écouler leur *maïs d'Amérique*, et de redonner un nouvel essor à ce commerce qui commençait à péricliter.

Car, il ne faut pas s'y tromper : ce n'est pas du seigle ni du riz qui seront mélangés à la farine de froment, mais presque exclusivement de la farine de maïs.

Comme les années précédentes, il faut même s'attendre à voir dénoncer le seigle et le riz comme étant cause des troubles de la santé publique qui vont être signalés. Seigle et riz serviront de boucs émissaires et pendant ce temps, le maïs, auteur involontaire de tous les accidents, continuera à être employé clandestinement.

C'est ce procédé qui a été suivi depuis 1916, et qui va reprendre une nouvelle extension.

Jusqu'en juillet 1922, les meuniers étaient soumis aux règlements du ravitaillement ; ils devaient, sous la menace de la fermeture immédiate de leurs moulins, ajouter du seigle ou du maïs dans une proportion qui a varié de 40 % à 10 % ; mais comme le ravitaillement n'a jamais fourni que du maïs, seul ce dernier a été employé.

Au mois de juillet 1922, lorsque le Ministre de l'agriculture, par une circulaire, annonçait à la meunerie que désormais elle était libre et n'était plus soumise au contrôle du Ravitaillement, il lui recommandait, — dans l'intérêt de la France —, de continuer à mettre des succédanés, c'est-à-dire du seigle et *éventuellement du maïs* (textuel).

Mais les boulangers qui se font la concurrence par la meilleure qualité possible de leur marchandise, étaient arrivés à ne plus utiliser que le froment sans mélange, d'où le marasme des importateurs.

Le décret du 19 décembre 1922 ne parle, comme succédanés, que du seigle et du riz, mais il s'est bien gardé d'abroger les règlements précédents qui prescrivaient le maïs. L'emploi de celui-ci est donc libre et ne tombe pas sous le coup d'une pénalité.

C'est bien ainsi que l'ont compris les fournisseurs à la meunerie qui, dans leurs circulaires parues depuis la fin de décembre dernier, offrent des farines de maïs, mais ne parlent ni de seigle, ni de riz.

La raison de cette préférence est bien simple ; c'est le maïs qui donne les plus grands bénéfices et qui est le plus avantageux également pour la boulangerie.

Alors que la farine de froment est cotée de 112 à 115 fr. les 100 kilos, la farine de maïs blanche blutée est offerte à 71 fr. les 100 kilos, c'est-à-dire avec une différence de 44 fr. en moyenne par 100 kilos. C'est ce bénéfice considérable laissé à la meunerie qui explique la ténacité avec laquelle les importateurs travaillent à nous faire consommer cet aliment peu nutritif et facilement toxique, et la facilité de la vente de cette marchandise.

Si, à ce bénéfice de la meunerie, on ajoute celui des importateurs, on peut constater que le bénéfice total dépasse facilement 50 fr. par 100 kilos, car le consommateur paye le pain sur le prix d'une farine de 115 fr.

Pour ce négoce, depuis 1917, plusieurs millions de quintaux de maïs arrivent annuellement d'Amérique dans nos ports.

Le prix de 71 fr. noté plus haut est le prix de la farine de maïs de premier choix, mais la même circulaire offre de la farine de maïs à 62 fr. les 100 kilos et aussi de la farine de haricots à 36 fr. les 100 kilos.

Et pendant que les Français consomment toutes ces bonnes marchandises, nos cultivateurs trouvent difficilement à vendre leur blé et leur seigle ; ils sont réduits à en donner une partie à leurs chevaux, vaches ou volailles. On ne saurait les en blâmer ; mieux vaut utiliser ainsi ces denrées périssables que de voir leur destruction par les rats, souris ou charançons.

A. VEILLARD.

***

Circulaire commerciale adressée à la meunerie française après le décret du 19 déc. 1922 rendant obligatoire l'addition de farine de seigle et de riz à la farine de froment.

MAIS EN GRAINS :

	fr.		
Plata jaunes.......	64 50	logé wagon	disponible.
d° blancs....	66	»	livrabl. janv.-févr.
Amérique jaunes.	63 50	d°	disponible
Indo-Chine jaunes	61 50	d°	d°
Orges :			
Danube 60/60...	59 50	d°	d°
Farines			
de maïs jaune brute.	64	d°	d°
d° blanche brute	62	d°	d°
d° jaune blutée.	71	d°	d°
d° *blanche blutée.*	71	d°	d°
Farines de tourteaux			
Rufisq. blanc.....	75 50	d°	d°
d° d°			
d° courante....	74 50	d°	d°

A noter qu'on offre à la meunerie des farines d'orge, de maïs, d'arachide Rufisq., mais qu'on n'offre ni farine de seigle, ni farine de riz obligatoires d'après le décret du 19 décembre 1922.

Une circulaire commerciale du 15 septembre précédent indiquait de la farine de haricots à 36 fr. les 100 kilos.

LA THÉRAPEUTIQUE MODERNE DES ETATS INFECTIEUX

La presse profane vient d'emboucher sa trompette la plus sonore à l'occasion d'une communication faite à l'Académie de médecine par M. MÉRY, médecin des hôpitaux, sur le traitement prophylactique et curatif de la rougeole par les injections de sérum de convalescent. La rougeole est vaincue ! Les incendies allumés par les foyers épidémiques sont éteints, avant que de s'étendre ! Les hécatombes d'enfants, succombant aux broncho-pneumonies ainsi qu'aux diphtéries secondaires de l'infection morbilleuse, ne s'observeront plus !

A vrai dire, il n'y a rien de particulièrement nouveau ni original dans la méthode à laquelle le quotidien à gros tirage vient de faire une publicité monstre. Le *Concours Médical* a signalé à ses nombreux lecteurs, au fur et à mesure qu'ils paraissaient, les intéressants travaux publiés sur le même sujet, qu'il s'agisse de rougeole aussi bien que de scarlatine. Je citerai particulièrement l'article de MM. Nobécourt et Paraf analysé dans le numéro 31 (6 août 1922, p. 2567), et celui de MM. Debré et Paraf, analysé dans le numéro 2 (14 janvier 1923, p. 125).

Ce n'est d'ailleurs ni d'aujourd'hui, ni même d'hier, que l'idée est venue à certains médecins d'utiliser les propriétés immunisantes du sang total ou du sérum sanguin du malade lui-même, ou d'un autre sujet, pour combattre ou prévenir les grands états infectieux. Déjà, en 1911, Modinos exposait, dans la *Presse Médicale*, qu'il avait pensé injecter à ses malades la sérosité obtenue par l'application d'un vésicatoire, et que les résultats qu'il en avait obtenus, dans plusieurs cas de fièvre typhoïde et de fièvre méditerranéenne, avaient été des plus remarquables.

D'autres auteurs, Richet, Thiroloix, Violle, Boidin, Saint-Girons, Simici ont, de leur côté, préconisé l'injection, aux grippés, de sérum sanguin ou de sang total de convalescents de la même maladie.

D'autres encore, concevant quelques inquié-

tudes sur les conséquences de l'introduction, dans un organisme donné, d'humeurs prélevées sur d'autres organismes, dont il est souvent impossible d'affirmer qu'ils sont complètement exempts de toute tare diathésique, préfèrent l'auto-hémothérapie à l'hétérohémothérapie, et prélèvent le sang sur le malade lui-même. Ainsi font MM. Ramond, Sicard, Gutman, Mouriquand ; et ils se déclarent fortement intéressés par les effets obtenus dans les infections traînantes, de quelque nature qu'elles soient ; pleurésie séro-fibrineuse, péritonite tuberculeuse, infection puerpérale, etc.

Quel est exactement le mécanisme d'action de ces injections ? Le sang ou le sérum ainsi injectés introduisent-ils réellement dans l'organisme malade des antitoxines, des bactériolysines, et autres substances immunisantes ? Ne s'agit-il pas plutôt de la provocation d'un choc hémoclasique, à la faveur duquel se produit une brusque rupture de l'équilibre humoral, suivie d'un accroissement considérable de la puissance d'action des moyens de défense ? Cette dernière interprétation ne trouve-t-elle pas quelque assise solide dans le fait que le choc colloïdo clasique est déterminé, quelle que soit la substance injectée : sérums spécifiques plus ou moins riches en anticorps, aussi bien que sérums banaux, albumines quelconques (peptone, lait), cristalloïdes, métaux colloïdaux, etc ?

Ce sont là questions auxquelles je me garderai bien d'essayer de donner une réponse. D'autant plus que, sur l'interprétation pathogénique du choc lui-même, les avis sont nettement partagés, la théorie de Lumière s'opposant à celle de Widal.

Au surplus, ces controverses n'ont, en pratique, qu'une importance très secondaire. Ce qui est surtout intéressant pour nous, praticiens, ce sont les résultats acquis.

Or, s'il est vrai que le choc soit souvent su'vi d'une atténuation sensible de tous les symptômes, il n'en représente pas moins un épisode dramatique, impressionnant, et même inquiétant, au point de mettre parfois en péril la vie du malade.

Aussi, dans une très remarquable communication à la Société anatomo-clinique de Lille, M. Billaux a-t-il pu soutenir que l'important est de déclancher l'acte colloïdoclasique, tout en évitant le choc, si aléatoire, et qu'à cet égard, l'autohémothérapie, ou l'auto-sérumthérapie sont infiniment préférables aux injections d'humeurs empruntées à d'autres organismes que celui du sujet. Ceci posé, il préconise les banales ventouses sèches comme un excellent moyen de réaliser une auto-hémothérapie efficace, dans le traitement de la grippe. Et de fait, on conçoit que l'extravasation sanguine qui résulte de l'hyper-vaso-dilatation causée par ce procédé simpliste, inonde le tissu sous-cutané du malade de son propre sang, qu'il résorbe ensuite. De telle sorte qu'à l'action révulsive non négligeable, surtout dans les formes broncho-pulmonaires, des ventouses sèches, se superposerait l'action auto-hémothérapique et colloïdoclasique.

Interprétation curieuse et originale de certains effets inconnus d'une méthode si répandue, d'une application si facile, et si exempte de tout inconvénient, et dont le moins qu'on puisse en dire, c'est qu'elle est assurée de ne faire aucun mal (1). C'est énorme, aux yeux de tous ceux qui pratiquent le *primum non nocere* du catéchisme thérapeutique.

***

Sans doute, ces médications apparaissent-elles comme appelées à un brillant avenir. Elles ne feront cependant aucun tort à d'autres médications, depuis longtemps en honneur, et qui ont fait leurs preuves. Il n'est pas douteux que la balnéation tiède, et même froide, ne connaît pas son pareil pour combattre une hyperthermie excessive, stimuler toutes les grandes fonctions, remonter le système nerveux. Et parmi ces fonctions, l'une de celles qui semblent le plus rapidement influencées n'est-elle pas la diurèse ?

A la condition toutefois qu'on offre au rein les éléments nécessaires à une suffisante élimination urinaire. C'est à quoi pourvoient les boissons abondantes. Et n'avons-nous pas vu tout récemment M. Micheleau affirmer que le meilleur traitement de la fièvre typhoïde, celui qu'il emploie depuis vingt ans avec des succès répétés, consiste à faire boire les malades aussi abondamment qu'ils le peuvent ? (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 22 oct. 1922.)

Infusions, bouillon de légumes, thé et café légers, limonades, eau pure, en feront les frais. Tout autant d'ailleurs que certaines eaux minérales carbogazeuses et à dominante alcaline, qui sont si appréciées des malades en raison de leur sapidité, et qui agissent véritablement à la façon d'un sérum physiologique, calmant la soif, rafraîchissant les muqueuses digestives, neutralisant les acidités anormales des états infectieux, et ouvrant largement toutes les écluses de l'émonctoire rénal.

Et en parlant de ces eaux minérales, j'ai particulièrement en vue la Reine de Vals, qui mousse et pétille comme un champagne dont elle n'a pas les propriétés si défavorablement excitantes parfois, et que les palais desséchés par la fièvre réclament avidement, quand une fois, ils ont goûté sa fraîcheur, son piquant et ses très réelles vertus curatives.

E. D. GASTON.

(1) Je dois dire cependant qu'elle est controversée par F. Moutier et J. Rachet qui nient la colloïdoclasie et n'admettent que l'hyperleucocytose.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La fièvre typhoïde dans la première enfance.

Niée, surtout autrefois, par certains auteurs, la fièvre typhoïde du nourrisson est au contraire d'observation assez courante, et elle le serait sans doute davantage encore, si le médecin y pensait plus souvent, ou surtout, s'il était appelé au début de l'affection.

MM. SALES et TURQUETY, et Mlle BLAIGNAN en rappellent les principaux caractères.

Comme celle de l'adulte, la fièvre typhoïde du nourrisson est causée par l'Eberth ou par le para B, rarement par le para A. ; les agents pathogènes envahissant l'organisme infantile soit par l'intermédiaire de l'eau, soit par le contact entre une nourrice malade et son nourrisson, soit encore par les porteurs de germes.

Cliniquement, on doit décrire une période de début, rarement observée par le médecin, une période d'état, avec une température en plateau, entre 39° et 40°, un pouls régulier, rapide ; de l'abattement ; les troubles digestifs se traduisent par une langue humide, mais très saburrale au milieu, rouge à la pointe et sur les bords, de la diarrhée rebelle, parfois des vomissements. Le ventre est ballonné, la rate augmentée de volume et perceptible à la palpation. La constipation peut remplacer la diarrhée. Les taches rosées doivent être recherchées ; les signes broncho-pulmonaires font rarement défaut.

La défervescence qui marque la période de déclin s'effectue en lysis, mais plus rapidement que chez l'adulte, en deux ou trois grandes oscillations. La guérison est la règle au-dessus d'un an. Au-dessous, le pronostic est plus sombre, la mort subite possible. Les rechutes sont très fréquentes, elles s'expliquent par la non-vaccination du jeune organisme.

Les auteurs décrivent une forme gastro-intestinale typique ; une forme pseudo-méningitique ; une forme de maladie aiguë fébrile, mal définie ; une forme pseudo-tuberculeuse ; une forme atténuée. Ils analysent minutieusement chaque symptôme pour en tirer les éléments du diagnostic qui sera fait avec les diarrhées (communes, cholériformes, dysentériformes) ; la broncho-pneumonie, complication d'ailleurs possible de la fièvre typhoïde primitive ; la grippe ; les méningites ; les malades aiguës sans localisation. Ce diagnostic sera d'autre part précisé surtout par le séro-diagnostic, un peu retardé chez l'enfant. L'hémoculture est difficile, parce que difficile est la ponction veineuse ; elle n'est d'ailleurs positive que tout à fait au début de la maladie.

L'alimentation de l'enfant sera très surveillée ; les tétées réglées, l'allaitement artificiel pratiqué avec du lait écrémé et coupé d'eau bouillie. On y ajoutera, dans l'intervalle, de l'eau bouillie sucrée, du thé très léger. Contre la diarrhée, on prescrira la diète hydrique pendant 24 à 36 heures, puis l'eau de riz, le bouillon de légumes. Le bain tiède est indiqué contre l'hyperthermie (à 35°, refroidi jusqu'à 32°). L'huile éthérée camphrée, la caféine, combattent le collapsus. La vaccinothérapie n'a pas encore suffisamment fait ses preuves. L'isolement s'impose, ainsi que la propreté rigoureuse du sein et des mains de la nourrice. (*Gaz. des hôp.*, 16 déc. 1922.)

L'épreuve de l'émétine dans le diagnostic des petits abcès du foie à forme fruste.

La dysenterie amibienne, et l'abcès du foie qui en est la complication commune, étaient rarement observés en France avant la guerre. A la faveur des déplacements de troupes, des séjours en Orient, du séjour en France de nombreux indigènes et coloniaux, on en observa par contre de véritables épidiémies, notamment en 1916.

Depuis, cette fréquence a disparu. Mais, on a continué cependant à en rencontrer des cas plus ou moins isolés. Parmi ces cas, il en est qui sont caractérisés cliniquement par une fièvre irrégulière, de la diarrhée, de l'amaigrissement, une douleur dans l'hypochondre droit et dans l'épaule droite, et pour lesquels le diagnostic présumable d'abcès du foie est difficile à poser avec exactitude.

M. N. FIESSINGER cite un certain nombre de ces cas, dont il a observé lui-même quelques-uns, et il propose, pour lever l'hésitation, de recourir au traitement par l'émétine, à raison d'une injection sous-cutanée, matin et soir, de 4 cgr. pendant dix jours.

Quand il s'agit d'abcès hépatique amibien, les résultats de ce traitement sont presque immédiats (disparition de la douleur, chute de la température, reprise de l'appétit) et la guérison survient rapidement.

« Sans émétine, on aurait pu hésiter longtemps « et incriminer toujours cette infection tubercu- « leuse latente qu'il est si facile d'invoquer et « qui offre à l'esprit la satisfaction d'expliquer « une marche progressive échappant à toute ac- « tion thérapeutique. C'est le point que nous « avons voulu mettre en relief. Il peut rendre « des services bien précieux en thérapeutique « pratique. Le médecin n'hésitera pas à y recou- « rir en face de certaines cachexies fébriles inex-

✦✦✦✦

« pliquées. La médication est par ailleurs sans « danger si on s'arrête avant d'avoir atteint en « tout un gramme du médicament ». (*Journ. des Prat.*, 16 déc. 1922.)

Les souffles cardiaques sans lésions anatomiques chez les jeunes enfants.

On distingue deux grandes variétés de souffles cardiaques : 1° les souffles intra-cardiaques, organiques (lésions orificielles),ou fonctionnels (insuffisances) ; 2° les souffles extra-cardiaques, souffles inorganiques ou anorganiques. Ceux-ci sont conditionnés par la contraction systolique du cœur, mais ils se passent en dehors de lui, au niveau de la languette pulmonaire précordiale. Ils sont encore dus à la chlorose.

Or, un grand nombre d'auteurs s'accordent pour nier l'existence de ces souffles anorganiques dans la première enfance. Cependant M. G. Blechmann, notre distingué collaborateur, est d'un avis opposé : pour lui, les souffles anorganiques, quoique rares, existent chez les tout jeunes enfants et même chez le nouveau-né.

Il a repris cette question dans une étude approfondie et documentée, qu'il résume comme suit :

« Chez les jeunes enfants, le diagnostic d'un souffle de lésion valvulaire ou de communication avec un souffle anorganique intra ou extracardiaque peut présenter de grandes difficultés sans qu'on puisse parfois résoudre le problème (1).

« *Au point de vue stéthoscopique*, on peut répéter pour l'enfant ce que M. Laubry a écrit pour l'adulte, « qu'un critérium fondamental d'auscultation cardiaque n'existe pas. »

« *Au point de vue radiologique*, l'orthodiagramme peut ne pas présenter les déformations caractéristiques reproduites dans les ouvrages récents, et qui d'ailleurs concernent le plus souvent des cardiopathies congénitales observées chez des enfants un peu grands ou chez des adultes.

« D'autre part, l'absence de signes radiologiques ne peut permettre d'infirmer absolument l'existence d'une cardiopathie congénitale.

« Ce procédé d'exploration se heurte à certaines difficultés en ce qui concerne le nourrisson, et n'est donc pas de pratique courante.

« *Au point de vue clinique*, il faut suivre le malade, et l'avenir permet d'établir le bien ou le mal fondé du diagnostic.

« Si le souffle disparaît (sans concomitance de signes d'insuffisance cardiaque), c'est qu'il était anorganique.

« Ainsi, dans le cas publié par M. Marfan, le souffle disparaît après un mois ; dans les cas rapportés par M. Laubry (obs. II), le souffle disparaît après un an.

« En conclusion :

« 1° Les souffles anorganiques existent dans l'enfance et même chez le nourrisson ; 2° ils peuvent simuler une cardiopathie congénitale (lésion valvulaire ou communication anormale) ; 3° le caractère holosystolique du souffle (non plus que sa propagation) ne permet pas de diagnostiquer une lésion organique; 4° l'étude de l'orthodiagramme peut être d'un appoint précieux, mais de nouvelles recherches dans cet ordre sont nécessaires ; 5° le seul critérium diagnostique est fourni par le temps ; si le souffle se stabilise, il est l'indice d'une lésion organique ; s'il disparaît (parfois seulement après un an), ainsi se juge son caractère anorganique. » (*Paris Médical*, 30 déc. 1922.)

Les méthodes actuelles de prophylaxie contre la diphtérie.

Sans doute la sérothérapie anti-diphtérique a-t-elle considérablement diminué la mortalité par la diphtérie. Toutefois, celle-ci demeure encore relativement élevée, surtout dans les campagnes. En outre, la morbidité est toujours très grande.

Cela s'explique par la facilité avec laquelle le bacille de Klebs-Loeffler se diffuse, tant du fait des malades et des convalescents, que de celui des porteurs sains de germes. On comprend dès lors combien est difficile une prophylaxie rigoureuse de cette redoutable maladie. Est-il possible d'arriver à des mesures suffisamment précises et efficaces ? C'est ce que recherchent MM. J. Renault et P. P. Lévy.

S'il s'agit de malades, on les isolera, on éloignera d'eux leurs frères et sœurs, on désinfectera les linges, les objets en contact avec eux. Le médecin se protégera lui-même avec un masque de mica. La maladie terminée, on désinfectera soigneusement les locaux. Le même isolement s'imposerait également aux convalescents, et aussi aux porteurs sains de germes. C'est d'ailleurs ainsi qu'on procède dans les collectivités, casernes, hôpitaux, écoles et pensionnats. Lorsqu'un cas de diphtérie est reconnu, les porteurs éventuels de germes sont dépistés par des cultures de prélèvements effectués dans leur pharynx, et ils sont alors isolés.

Mais, dans les familles, cela devient beaucoup plus compliqué. Aussi, a-t-on pensé à réaliser une prophylaxie à l'aide d'injections préventives de sérum, ce qui, en fait, est d'application courante, d'une façon particulière, mais devient

(1) M. Comby a bien voulu nous apporter l'appui de sa grande expérience au cours de la discussion qui a suivi notre communication à la Société de pédiatrie. Après avoir cité plusieurs exemples personnels, M. Comby ajoutait : « On peut dire que la constatation d'un souffle, bien localisé dans le temps et dans l'espace, nous laisse néanmoins dans le doute sur le diagnostic d'une lésion organique ou inorganique, cardiaque ou extracardiaque, et sur son pronostic ».

impossible, quand de nombreux sujets doivent recevoir cette sérothérapie préventive, laquelle n'est d'ailleurs pas sans quelques risques. On peut, il est vrai, faire la discrimination des sujets immunisés congénitalement, des réceptifs, et la réaction de Schick est à ce point de vue très précieuse. Mais, si elle permet de reconnaître les réfractaires, elle est sans action sur les germes dont ils peuvent, nonobstant, être porteurs.

Pour obtenir une immunisation plus durable que celle que donne le sérum (3 à 4 semaines), les auteurs recommandent la vaccination. Ils utilisent un mélange de toxine et d'antitoxine de l'Institut Pasteur, dont ils pratiquent 3 injections, chacune à une semaine d'intervalle de la précédente. Les résultats qu'ils ont recueillis sont fort encourageants. « Cette vaccination, « disent-ils, constituera le couronnement de « l'œuvre de prophylaxie lentement élaborée « depuis l'ère pastorienne, contre la plus affreuse « des maladies de l'enfance. » (*Bull. Méd.*, 30 déc. 1922.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Le centenaire de Jenner.

(*Académie de médecine*, 23-1-1923).

L'Académie de médecine a consacré sa séance du 23 janvier au centième anniversaire de la mort de Jenner. Dans cette séance solennelle, après une allocution du professeur Chauffard, divers orateurs ont fait un exposé des questions relatives à la vaccine. M. Camus a pris pour sujet : « Jenner et la vaccine » ; M. Pierre Teissier « Vaccine et variole » ; M. Jeanselme « La vaccine dans les colonies françaises, anglaises, néerlandaises et dans le sud de la Chine » ; M. d'Espine « Le rôle des médecins génevois dans la propagation de la vaccine » ; M. Blaxall « La variole en Angleterre pendant l'année 1922 », et M. Saint-Clair Thomson a présenté une série de documents anciens.

M. Camus résume l'importance de la découverte de Jenner en rappelant, après Lettsom, que les morts par variole s'élevaient jadis à 800.000 par an. Actuellement, elles se comptent à peine par dizaines ou centaines !

Le sérum anti-blennorrhagique Stérian.

(M. Pinard. — *Académie de médecine*, 30-1-1923).

M. Pinard présente un travail de M. Stérian (de Bucarest) concernant un nouveau sérum polymicrobien et polyvalent s'adressant aux affections blennorrhagiques.

Qu'est-ce que ce sérum ? M. Stérian vaccine des chevaux avec du pus blennorrhagique sans s'inquiéter du nombre ou des espèces microbiennes associées au gonocoque. L'animal se charge d'atténuer et d'apurer ce vaccin par la défense biologique de son organisme, de telle façon qu'au bout de quelques mois, on obtient du cheval un sérum particulièrement agissant.

Quoiqu'il en soit du point de vue doctrinal, ce sérum a été expérimenté à Paris dans de nombreux services hospitaliers, chez MM. Morax, Poulard, Marion, Florand, Couvelaire, Merklen, Clerc, Vaquez, etc., et il a donné de très bons résultats, aussi bien dans les complications affectant l'appareil génital que dans les complications extra-génitales.

M. Pinard rapporte, à titre d'exemple, une observation du professeur Couvelaire, concernant une femme soignée à la clinique Baudelocque pour arthrite blennorrhagique. Elle reçut en dix jours, six injections de sérum Stérian. Une semaine plus tard, elle commençait à marcher.

Le rendement professionnel des malades de guerre.

(MM. Gourdon, Dijonneau et Thibaudeau, de Bordeaux. — *Académie de médecine*, 30-1-1923).

Dans une communication antérieure, MM. Gourdon, Dijonneau et Thibaudeau, tous trois attachés à l'Ecole de rééducation des mutilés de Bordeaux, ont étudié le rendement professionnel des amputés et estropiés. Considérant l'observation de 2.000 mutilés, pendant une période de deux à cinq ans, ils ont vu que 63 % de ces sujets étaient réadaptés à leurs anciennes professions, 35 % avaient appris un nouveau métier, 2 % seulement restant incapables de travailler. Le rendement moyen de ces hommes s'élevait à 70 % de la normale.

Les auteurs ont pu suivre ultérieurement 1.000 de ces mutilés et ils ont noté que, loin de diminuer, leur rendement-travail augmentait et qu'il était parvenu, après sept années, à 90 % du chiffre normal. Ils considèrent que les amputés et estropiés de guerre sont généralement aptes à exercer les métiers les plus difficiles, que la valeur de leur travail va en s'améliorant, à mesure que leurs lésions se consolident, qu'ils s'habituent à leurs mutilations et à leurs appareils, et que leur entraînement professionnel se prolonge.

Moins brillante apparaît la situation des malades de guerre à ce point de vue. Depuis deux ans, les Ecoles de rééducation, celle de Bordeaux en particulier, ont reçu des réformés de guerre malades (prétuberculeux pulmonaires, tuberculeux osseux ou articulaires, trépanés, commotionnés, cardiaques,

gastro-entéritiques). Alors qu'il semblerait que ces sujets doivent retirer plus d'avantages d'une instruction spéciale professionnelle que les mutilés, il n'en est rien. Deux raisons entrent en cause : l'état physique et l'état mental de ces hommes déprimés dans leurs forces et leur esprit. En fait, le nombre des réformés malades sortis de l'Ecole non rééduqués est plus élevé que celui des mutilés et leur rendement professionnel atteint 75 % au lieu de 90 % pour les amputés et estropiés. Les auteurs concluent à l'utilité d'aider plus efficacement, s'il est possible, les réformés de guerre pour maladie.

Les prières musulmanes et l'hygiène.

(M. DINGUIZLI, de Tunis. — *Académie de médecine*, 30-1-1923).

M. Dinguizli montre que les prières musulmanes offrent des rapports étroits avec l'hygiène. Tout d'abord, le Coran prescrit aux fidèles de n'accomplir les prières (il y en a plusieurs dans la journée), que dans un état de pureté du corps et de l'esprit. D'où l'obligation de nombreuses ablutions, générales et locales. D'autre part, les mouvements de prosternation répétés, auxquels le musulman doit s'exercer dès l'enfance, constituent un exercice régulier très salutaire au développement et qui donne une souplesse et même une élégance réelles au corps. En fait, le Musulman tant soit peu aisé est véritablement propre. On ne saurait faire un reproche à l'arabe pauvre, souvent privé d'eau, de ne pas avoir toute la propreté souhaitable.

La médication bismuthée dans l'aortite syphilitique.

(MM. LAUBRY et BORDET. — *Soc. méd. des hôp.*, 22-12-1922).

MM. Laubry et Bordet ont employé la médication bismuthée (injections d'iodo-bismuthate de quinine) dans le traitement des aortites spécifiques. Elle leur a procuré des résultats intéressants : disparition des phénomènes douloureux, arrêt de l'extension de l'ectasie, etc. Ils estiment qu'elle doit prendre place, à côté des arsenicaux, du mercure et de l'iodure, dans la thérapeutique de ces affections.

Les auteurs envisagent ensuite la direction à donner au traitement des aortites syphilitiques. Dans les lésions encore au début, il importe, disent-ils, de frapper fort, par les arsenicaux principalement ; puis, une fois la cure d'attaque terminée, de continuer par une médication d'entretien composée de mercure, d'iodure de bismuth. Dans les lésions avancées, le traitement spécifique sera appliqué avec ménagement. Le bismuth peut rendre alors de grands services. Les aortites compliquées d'insuffisance cardiaque évoluent en deux périodes, l'une pendant laquelle le malade reste avant tout un spécifique, pouvant voir son énergie cardiaque s'améliorer sous l'effet de l'extinction des lésions aortiques, l'autre où les conditions étiologiques perdent une grande partie de leur intérêt et où le patient ne doit plus être considéré que comme un cardiaque.

Le signe de l'hyperesthésie de la région thyroidienne.

(M. Camille LIAN. — *Société médicale des hôpitaux*, 15-12-1922).

M. Lian a décrit, en 1918, un signe indicateur des affections thyroïdiennes, le signe de l'hyperesthésie. Il se recherche de la façon suivante. On promène la pointe d'une épingle sur les régions latérales et antérieure du cou, en faisant des petites piqûres superficielles très rapprochées. On regarde alors le visage du malade et l'on voit se produire de légers tressaillements de la face, lorsque l'aiguille arrive à la frontière de la région thyroïdienne. Il en est ainsi pour le signe positif. On ne doit admettre, d'ailleurs, la réalité du phénomène que s'il est trouvé avec une grande netteté, c'est-à-dire s'il se superpose assez exactement à la totalité de la région thyroïdienne.

Le signe en question indique l'existence d'une affection thryroïdienne. Sa constatation, chez un sujet présentant les troubles circulatoires et généraux du goitre exophtalmique, autorise à porter le diagnostic de syndrome de Basedow.

M. Lian a rencontré assez fréquemment ce signe pendant la guerre. Il semble que, depuis, il devient plus rare, tout en conservant son intérêt dans le diagnostic si difficile des formes frustes du goitre exophtalmique.

Injections médicamenteuses intra-artérielles.

(M. L. DESLIENS. — *Société de biologie*, 27-1-1923).

L'injection intra-veineuse fait bien pénétrer le médicament d'une manière directe dans le torrent circulatoire, mais elle ne le conduit aux régions malades que par un chemin détourné, et en passant par le poumon qui peut agir par neutralisation. L'injection intra-artérielle n'offrirait pas ces inconvénients et permettrait d'amener aussitôt et sans détour l'agent curatif sur la partie lésée. M. Desliens vient d'essayer expérimentalement cette voie thérapeutique particulière, et il a pratiqué chez les animaux une série d'injections dans la carotide. Elles lui ont montré qu'effectivement les effets du médicament ainsi introduit dans l'organisme sont beaucoup plus électifs et plus intenses que par la voie veineuse. Il s'agit, bien entendu, d'une technique encore à son stade tout à fait initial.

Traitement des porteurs de germes diphtériques par les badigeonnages de pneumobacilles.

(M. LESBRE. — *Société biologique de Lyon*, 15-1-1923).

La concurrence vitale des microbes, au niveau du pharynx, joue un rôle important dans le processus d'élimination des bacilles de Löffler, chez les porteurs sains de ces germes pathogènes. Ainsi, l'apparition du staphylocoque dans la gorge fait présager la

prochaine disparition du bacille diphtérique. Plus actif encore, comme l'ont montré Gaté et Papacostas, est le pneumobacille.

Partant de là, M. Lesbre a cherché à obtenir la destruction du bacille de Löffler chez les porteurs sains, par inoculation pharyngée de pneumobacilles. Sur 5 porteurs sains d'une épidémie de diphtérie à bacilles longs, l'auteur a vu l'un d'eux, présentant une symbiose de pneumobacilles, être débarrassé de ses germes après six jours d'observation. Les pneumobacilles ne déterminant, ici, aucune inflammation pharyngée, aucune réaction générale, il était logique de les appliquer à titre curatif. Ainsi fut fait dans les quatre autres cas.

M. Lesbre prépara une culture, sur gélose, de pneumobacille. Il l'appliqua, par badigeonnages, au niveau des loges amygdaliennes. Le développement du pneumobacille fut, dans trois cas, immédiat, et les germes diphtériques disparurent dans un délai de sept à douze jours. La même méthode fut appliquée, avec d'aussi bons résultats, deux autres fois : chez un convalescent de diphtérie, et dans une angine rouge diphtérique.

Ainsi, l'inoculation de pneumobacilles saprophytes inoffensifs, annihilés sans doute dans leurs possibilités pathogènes par l'antagonisme des bacilles de Löffler, paraît susceptible de constituer un bon traitement des porteurs de germes diphtériques.

L'hypercholestérinémie de la vieillesse.

(MM. C. Parhon et Marie Parhon. — *Société roumaine de biologie*, 1911-1923).

Etudiant la vieillesse au point de vue biochimique, les auteurs ont constaté, chez les personnes âgées de plus de 60 ans qu'ils ont eu à examiner (au nombre de 16), une augmentation nette de la cholestérinémie. Ils se proposent d'étudier le sang des vieillards à d'autres points de vue, se demandant s'ils ne trouveront pas là une méthode permettant de retarder la sénilité.

P. L.

Toulouse

Société de Médecine.

Sténose du cardia avec mégaœsophage.

M. Delon rapporte l'observation d'une jeune femme qui, après avoir présenté au cours d'une grossesse des vomissements très abondants, continua à vomir après l'accouchement et arriva à un état de dénutrition complète.

Une radioscopie montra une double sténose, médiogastrique et cardiaque, cette dernière précédée d'une volumineuse dilatation œsophagienne.

Soupçonnant une manifestation tardive d'une syphilis héréditaire (père mort tabétique, réaction de Wassermann positive), on institua un traitement spécifique qui amena une sédation rapide de tous les symptômes présentés.

Fracture en T renversé du premier métacarpien.

MM. J.-P. Tourneux et Sarroste rapportent l'observation d'un homme de 42 ans qui reçut sur la face dorsale de la main, au niveau du premier métacarpien, une tuile tombant d'une dizaine de mètres : l'impotence fonctionnelle, la déformation et la douleur à la pression firent penser à une fracture confirmée par l'examen radiographique.

Il s'agissait d'une fracture en T renversé, le trait horizontal séparant la base du corps de l'os, et le trait longitudinal partageant en deux parties égales la diaphyse et la tête de l'os.

Forme typho-méningitique de la lombricose.

M. Lafforgue communique le cas d'un malade qui présentait, en même temps qu'un état typhoïdique marqué, un syndrome méningé (céphalée avec vomissements, fièvre élevée, raideur de la nuque, signe de Kernig) rappelant la méningite cérébro-spinale à méningocoques. La ponction lombaire ramena un liquide limpide, sans germes, mais hyper-albumineux et renfermant de nombreux lymphocytes.

L'expulsion de cinq lombrics amena immédiatement une sédation des phénomènes infectieux et méningés. Il existait dans ce cas un symptôme particulier, de grande valeur pour le diagnostic de la lombricose, une fétidité extrême de l'haleine, qui disparut avec l'expulsion des lombrics.

Procédés modernes de recherche du sperme en médecine légale.

M. Sorel, après avoir rappelé que les méthodes classiques ne donnent que des résultats négatifs avec des taches de sperme anciennes ou lavées, insiste sur l'importance de la méthode indiquée par Cordonnier et Muller : l'érythrosine ammoniacale permet en effet de reconnaître des taches très anciennes lavées et lessivées.

Un cas de rage humaine.

M. Serr communique l'observation d'un homme de 59 ans qui fut mordu à la main par son propre chien. La plaie fut simplement lavée et touchée à la teinture d'iode, elle guérit sans complication et le blessé refusa de suivre un traitement antirabique.

Un mois après la morsure, cet homme présenta de la lassitude, des nausées, de la céphalée et de l'insomnie ; puis, survinrent de l'angoisse à la déglutition, de la contracture du pharynx. La température monta à 39°, le pouls devint rapide, il y eut du délire, pendant que l'hydrophobie s'accentuait.

Cinq jours après le début des accidents, il se produisit de l'asymétrie faciale, puis des paralysies flas-



ques du membre supérieur droit et des membres inférieurs ; la mort survint le 10e jour dans le coma.

Il s'est agi là d'un cas de rage évoluant sous la forme bulbaire après une incubation d'un mois.

Amputation interscapulo-thoracique.

MM. Tourneux et Sarroste ont eu l'occasion de pratiquer cette intervention chez un homme de 24 ans qui, au cours de son travail dans une usine, eut le bras gauche saisi par une courroie de transmission et arraché un peu au-dessus du tiers supérieur.

Par suite d'une perte de substance tégumentaire étendue et de l'état d'attrition des tissus causé par la mise en place d'un garrot très serré, l'amputation haute du bras, et la désarticulation de l'épaule furent rendues impossibles.

Il fallut en venir à une amputation inter-scapulo-thoracique, qui fut pratiqué sans incidents suivant la technique préconisée par Berger et Farabeuf c'est-à-dire le procédé à deux lambeaux, l'un antéro-inférieur, pectoro-axillaire, et l'autre supéro-postérieur, cervico-scapulaire.

Société de Chirurgie.

Ulcération de la carotide primitive par adénite cervicale tuberculeuse.

M. Lefebvre a eu à intervenir d'urgence chez un malade de 45 ans, porteur d'une masse carotidienne gauche fistulisée et atteint brusquement d'une hémorragie considérable par l'orifice fistuleux. L'intervention montra une ulcération de la carotide primitive à un centimètre de sa bifurcation : la suture étant impossible, il fallut pratiquer la ligature.

Le lendemain, le malade fit une hémiplégie droite avec aphasie ; des accidents broncho-pulmonaires foudroyants l'emportèrent quelques jours après.

Fractures multiples du bassin sans lésions urinaires.

M. Gorse présente un jeune soldat qui, après un traumatisme grave du bassin (passage d'une roue de camion), présenta une disjonction de la symphyse pubienne ainsi que des fractures des branches ischio-pubiennes, mais sans aucune lésion urétrale ou vésicale, ainsi que le montra le cathétérisme et l'exploration de la vessie.

Luxation de l'épaule érecta.

M. Bernardbeig communique l'observation d'une femme de 70 ans qui, tombant de son lit, essaya de se retenir en se cramponnant avec la main droite, et présentait depuis lors le bras en abduction haute, la face postérieure du membre continuant presque la direction du plan latéral du thorax. La tête humérale était contre la paroi postérieure de l'aisselle, et la cavité glénoïde abandonnée ; le raccourcissement était de 4 cent. 5. La réduction fut faite par le procédé de Mothe sans aucune difficulté.

Tuberculose rénale à forme douloureuse paroxystique.

M. Ginesty rapporte l'observation d'un malade âgé de 56 ans, souffrant depuis deux ans de douleurs violentes dans la région lombaire droite et ne s'accompagnant ni de pyurie, ni d'hématurie.

Le cathétérisme des uretères et la pyélographie ayant montré l'existence d'une petite hydronéphrose, le malade accepta une intervention, au cours de laquelle, on reconnut, qu'en plus d'une légère distension du bassinet, le rein présentait des foyers tuberculeux dans la zone corticale.

On pratiqua alors une néphrectomie : le malade guérit sans incidents. Il s'agit là, d'une forme de la tuberculose rénale que l'on n'observe que rarememnt.

Diverticules multiples de la vessie.

M. Ginesty communique le cas d'un homme de 45 ans, présentant depuis plusieurs années des troubles urinaires variés, s'aggravant progressivement, chez lequel, la cystoscopie montra l'existence de 3 grands verticules.

Une intervention en mettant la vessie au repos par une cystostomie, et en permettant également l'ablation des diverticules amena une diminution marquée des différents phénomènes.

J. P.-T.

Les Congrès

XVIe Congrès Français de médecine (*Suite*).

Rapport de M. F. Rathery.

On se heurte dès le début de ce travail à une difficulté qui, dans l'état actuel de nos connaissances sur la nutrition, est presque impossible à résoudre. Qu'est-ce que la carence alimentaire ? Comment la différencier de la nutrition ?

Sous le nom de maladies de carence, de *déficiences diseases* des Américains et des Anglais, nous envisagerons les troubles pathologiques résultant, les besoins caloriques étant satisfaits, du manque d'un ou plusieurs des éléments de la ration alimentaire. A la notion d'inanition serait attachée surtout l'idée de valeur calorique de la ration ; à celle de carence, celle surtout de valeur spécifique de l'aliment.

La carence est absolue ou relative suivant que les éléments de la ration font complètement défaut ou sont simplement en quantité insuffisante.

Dans la carence interviennent également des facteurs secondaires : défaut d'assimilation, variabilité

des besoins de l'organisme à l'état normal et pathologique.

Enfin, il existe des degrés dans la carence : hypercarence de Weill et Mouriquand, carences latentes, état de précarence de Weill et Mouriquand, zone crépusculaire de Goldberger.

Nous diviserons les carences en carences simples et en carences mixtes.

I. Carences simples. — Elles concernent un seul des facteurs alimentaires : carences de protéines, d'hydrate de carbone, de graisses, de sels minéraux, d'avitaminoses.

A. *Carence de protéines.* — La carence globale se rapporte en réalité à la quantité minima d'albumines nécessaires dans une ration. Contrairement à ce qu'on pensait autrefois, cette quantité n'a pas une valeur absolue ; elle est intimement liée, d'une part à la qualité de l'albumine fournie, d'autre part à la quantité des autres parties constitutives de la ration : graisses, hydrates de carbone, vitamines.

La carence qualitative est beaucoup plus intéressante. Osborne et Mendel d'une part, Mc Collum, de l'autre, en utilisant des méthodes différentes, ont montré l'importance de certains acides aminés (tryptophane, tyrosine, glycocolle, alanine, lysine, cystine, arginine et histidine) et la valeur biologique des principaux constituants protéiques et de la ration. Il existe certainement des maladies de carences relevant du seul manque d'aliment azoté.

Faut-il, avec Rohmann, faire intervenir dans une plus large mesure la déficience des protéines dans l'éclosion des maladies de carence ? Il semble que l'absence « des corps complémentaires » de ce dernier auteur n'explique pas, comme il le pense, la plupart des maladies de carence.

B. *Carence de graisses et d'hydrates de carbone.* — Desgrez et Bierry ont montré qu'un minimum de graisses et d'hydrate de carbone était indispensable dans l'établissement d'une ration normale. Il existe des maladies de carence, d'hydrate de carbone et de graisses. Ces notions sont importantes à retenir dans certains états de jeûne préopératoire, dans certaines affections infantiles (Comby, Nobécourt).

Carence des sels minéraux. — La ration adéquate d'aliments minéraux doit être quantitativement suffisante, qualitativement appropriée, enfin les éléments constituants doivent s'y trouver dans un équilibre déterminé. L'étude des aliments minéraux nécessaires à l'homme est loin d'être achevée, il est certain que la carence minérale joue un rôle très important en pathologie (tuberculose, cancer, anémie ferriprive de Marfan, tétanie, acidose, affections osseuses, etc.).

La carence minérale a une influence considérable sur la croissance, la fécondation. Des déductions thérapeutiques importantes découlent des faits précédents.

Avitaminoses. — Ce sont les maladies de carence relevant d'un manque de vitamines. Après un rapide historique de la question, le rapporteur précise la nature et le mode d'action des vitamines ainsi que les besoins généraux de l'organisme en ces substances.

Il étudie les caractères et des propriétés des trois vitamines A. B. C (Funk, Mc Collum, Holst et Fohlich). Aucune de ces trois vitamines n'a pu être isolée à l'état de pureté et on ne connaît pas leur composition réelle. Toute avitaminose guérit, grâce à l'apport de la vitamine manquante, pourvu cependant que les lésions trop avancées ne soient pas irréparables.

Ces données une fois acquises, le traitement des avitaminoses peut être abordé.

Avitaminose A. — Elle détermine la xérophtalmie, la diminution de résistance aux infections, des troubles dans l'assimilation des sels minéraux.

Avitaminose B. — Elle est essentiellement représentée par le béribéri.

Avitaminose C. — Le scorbut relève d'une avitaminose C. Il guérit par le seul traitement diététique.

Trois principes généraux règlent ce traitement : l'aliment antiscorbutique doit être fourni en quantité suffisante ; les différents aliments sont très inégalement riches en vitamine C ; certains procédés de cuisson ou de conservation conduisent à une diminution ou à une disparition complète de la puissance antiscorbutique.

Le traitement des différentes formes cliniques de l'avitaminose C comprend celui du scorbut infantile, du scorbut chronique et des états pré-scorbutiques. A propos du premier, l'auteur étudie la question très importante du lait (lait frais, stérilisé, conservé, poudres de lait).

Avitaminoses mixtes. — Les vitamines jouent vis-à-vis les unes des autres, jusqu'à un certain point, un rôle d'épargne. Une quantité surabondante de l'une permet à l'insuffisance de l'autre de ne pas se révéler par des signes d'avitaminose spécifique.

Il existe des états morbides conditionnés par le manque ou l'insuffisance de trois ou de deux vitamines : troubles de la croissance, béribéri des navigateurs, héméralopie et scorbut, scorbut et béribéri, anémies digestives, anémie des dyspeptiques ou des entéro-colitiques, maladie cœliaque.

Les avitaminoses interviennent également dans la physiologie pathologique de certaines maladies de la nutrition (Desgrez, Bierry, Rathery).

II. Les carences mixtes. — Ce sont très probablement les plus nombreuses et les plus fréquentes, mais ce sont aussi les plus difficiles à dépister et à traiter. L'auteur étudie un certain nombre de syndromes morbides relevant des carences mixtes et termine en exposant l'influence générale du régime alimentaire sur la croissance et l'entretien.

Syndrome de carences mixtes. — 1° *Avitaminose et carences minérales.* — La plus importante de ces

carences est le rachitisme. Deux éléments interviennent au plus haut point : un trouble dans le métabolisme minéral et une avitaminose. On peut y joindre deux ou trois facteurs pathogéniques : un état anormal dans la composition de la ration alimentaire en protéiques, hydrates de carbone et graisses, et un défaut d'hygiène. L'auteur étudie successivement ces différents facteurs et indique le traitement répondant à chacun d'eux.

A côté du rachitisme, on peut également décrire l'ostéomalacie, les troubles dentaires, les troubles osseux divers, la tétanie.

2° *Avitaminose et carences de protéines.* — La *pellagre* semble bien due à une carence mixte dans laquelle interviendraient, d'une part la carence des protéines, d'autre part, une avitaminose A. On peut y joindre un troisième facteur : la carence de certains éléments minéraux (Na., Ca., Cl., et peut-être de P.). Ces différents facteurs sont étudiés successivement au point de vue prophylactique et thérapeutique.

La sprue relève d'une carence mixte : protéique et avitaminose.

III. Rations déséquilibrées. — Sous ce nom, l'auteur décrit des syndromes complexes qui semblent relever d'un excès d'hydrates de carbone combiné à une carence des autres constituants, particulièrement des vitamines, la maladie des farineux, l'œdème de la faim rentrent dans ce groupe.

La carence alimentaire dans ses rapports avec la croissance et l'entretien. — L'auteur commence par donner les caractères principaux des différents aliments en ce qui concerne leur valeur diététique pour la croissance et l'entretien, il décrit ensuite la cure diététique dans les carences mixtes de croissance et d'entretien.

Le rapport se termine par des tableaux concernant la teneur en vitamines des principaux aliments dont les données sont empruntées à Funk, Plimmer, Eddy, Sherman.

La thérapeutique appliquée

Insuffisance ovarienne et Agomensine.

L'influence de la sécrétion interne de l'ovaire sur les diverses manifestations physiologiques de l'organisme féminin (menstruation, caractères sexuels secondaires, etc.), n'est plus à démontrer.

Cependant, il est très rare que la médication opothérapique par l'extrait total d'ovaires donne, à elle seule, des résultats absolument nets dans certains cas d'insuffisance caractérisés, notamment dans les cas d'obésité. Le cas de la malade faisant l'objet de l'observation ci-après est donc fort intéressant en raison du résultat très positif qui suivit l'administration de l'élément protéidique de l'ovaire (agomensine), dont les travaux de certains physiologistes ont montré le pouvoir activant.

Mlle N..., 23 ans. — Examinée pour la première fois il y a un an. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents. Réglée très tard, à plus de 19 ans, ses règles ont toujours été très peu abondantes et précédées de troubles divers consistant principalement en bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, pétéchies, lipothymies. L'écoulement menstruel, qui se ré duisait à un écoulement séro-sanguinolent durant 5 ou 6 heures, était précédé de douleurs lombaires, de céphalées, quelquefois même de vomissements ; il était suivi de pertes blanches très abondantes. L'examen gynécologique ne révéla rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes, mais l'habitus extérieur de cette jeune fille traduisait une insuffisance ovarienne typique : obésité datant de trois ans, système pileux exagérément développé, ébauche de moustache.

Le traitement par l'agomensine est institué depuis un an à la dose de six comprimés par jour, pendant les 10 jours précédant les règles ; commencé en octobre 1921, il a été continué régulièrement depuis cette date. Dès le premier mois, cessation des douleurs et atténuation des troubles prémenstruels ; deuxième mois, règles plus marquées, durant un jour, un jour et demi ; troisième mois, règles presque normales. Depuis, menstruation régulière en abondance et en durée. En même temps que se manifestait cette modification profonde de l'état menstruel, on notait un amaigrissement sensible qui, à l'heure actuelle, se traduit par une diminution de poids de 7 ou 8 kgr. ; l'obésité a en fait disparu. Cependant, l'habitus extérieur n'est pas sensiblement modifié et le système pileux reste un peu exubérant. A noter que, avant l'usage de l'agomensine, un traitement par la thyroïde avait été institué et était resté sans résultat. Comme il n'y a pas eu, depuis un an, d'autre médication que l'agomensine, il n'apparaît guère douteux que c'est à celle-ci que doit être attribué le bénéfice de cette très grosse amélioration.

Il s'agit là d'une hypoovarie avec double retentissement sur l'appareil génital et l'état somatique. Mais si l'on avait affaire à un syndrome inverse, hyperovarique, le traitemennt de choix serait alors l'élément lipoïdique, ou sistomensine, dont l'action frénatrice sur le flux menstruel et sur la congestion entéro-ovarienne est maintenant démontrée par un grand nombre d'observations cliniques.

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DE LA CONSTIPATION



A BASE DE

1 à 6 Comprimés avant chaque repas.

1° *EXTRAIT TOTAL des GLANDES de L'INTESTIN* qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.
2° *EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ qui régularise la sécrétion de la bile.*
3° *AGAR-AGAR qui réhydrate le contenu intestinal.*
4° *FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS, action anti-microbienne et anti-toxique.*

LABORATOIRE DE BIO-CHIMIE-APPLIQUÉE — J. LEGRAND, Ph[ien], 21, Rue Théodore de Banville, PARIS

Coaltar Saponiné Le Beuf

Antiseptique, détersif, antidiphtérique

Ce produit est particulièrement efficace dans les cas d'angines couenneuses, anthrax, gangrènes, leucorrhées, otites, infectieuses, stomatites, ulcères, etc.

J. LE PERDRIEL, 11, rue Milton, PARIS

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux Civils et Militaires

Dans la Syphilis est l'Arsénobenzène

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénobenzènes.

LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées ; effets rapides, profonds, durables.

Complications de la blennorragie : soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigrammes), guérison en peu de jours (sans récidive).

BISCLOROL

Oxychlorure de Bismuth microcristallin en suspension dans l'Eau Camphrée

Indications
- A) Dans les syphilis, arséno et mercuro résistantes
- B) Chez les arsénos sensibles
- C) Traitement d'entretien

INDOLORE -:- TRÈS ACTIF -:- BIEN TOLÉRÉ

PRÉSENTATION : BOITES DE 12 AMPOULES DE 0 GR. 20

ÉCHANTILLONS À LA DISPOSITION de MM. les MÉDECINS

Vente en gros : LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, 36, Rue Claude-Lorrain, PARIS (16e) — Tél. Auteuil 26-62

R. PLUCHON, O. ✱ Pharmacien de 1re Classe

Vente au détail : **PHARMACIE LAFAY, 54, Rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS,** et dans toute bonne Pharmacie

Les Livres

A. MALOINE ET FILS, Paris.

CALOT. — **La 3e édition de L'orthopédie indispensable aux praticiens.**

I. *Tuberculoses externes* (adénites, coxalgies, mal de Pott, tumeurs blanches, épididymites, péritonites, etc.). — II. *Déviations congénitales et acquises* (Luxation, pied bot, scoliose, paralysie infantile, etc.). — III. *Fractures* (col du fémur, etc.). — IV. *Les dernières acquisitions en orthopédie.* Très beau volume sur papier couché, de 900 pages et 1246 figures, cartonné toile : 44 fr.

Enfin, paraît cette 8e édition impatiemment attendue (depuis plus de 3 ans que la 7e est épuisée) d'un livre qui a déjà rendu tant de services aux praticiens de France et de tous les pays du monde, puisqu'il a été traduit en 5 langues.

Pourquoi cette 8e édition n'a pas paru plus tôt, l'auteur nous le dit dès sa première page : « Parce qu'il ne pouvait pas nous apporter plus tôt la solution de ces « *grands problèmes de pathologie osseuse et articulaire* qui « se sont posés dans ces dernières années avec tant d'acuité et dont le seul énoncé va dire la capitale importance » :

Quelques-uns des *chapitres nouveaux* de cette 8e *édition* :

1o *Nécessité de réviser le diagnostic de la coxalgie* (et même presque toute la pathologie de la hanche) : « 1/3 *des cas actuellement étiquetés* « *coxalgies* » *ne sont pas des coxalgies*, mais de simples arthralgies dans des hanches un peu anormales et mal compensées. Et l'auteur nous dit comment faire ce diagnostic si important ;

2o La vraie nature des hanches étiquetées « *arthrites déformantes, coxa vara ou valga* dites *essentielles, rhumatismes chroniques localisés* (à tous les âges) ;

3o « *La fin d'un mythe* » (« L'ostéochondrite », Cette prétendue « *maladie nouvelle et acquise* !) inventée par Legg, en juin 1909, est, en réalité, *une malformation congénitale méconnue.* L'auteur en apporte la preuve irréfutable ;

4o Pour la *luxation congénitale*, un nouveau traitement beaucoup plus sûr et mieux réglé, et qui met beaucoup mieux à l'abri des récidives.

5o Les *luxations ratées et récidivées*. Comment les rattraper et les guérir ;

6o *Scoliose* et son traitement moderne ;

7o Pour le *mal de Pott*, examen critique de la valeur exacte des opérations ankylosantes, tant vantées par les Américains, et que l'auteur a imaginées et faites 10 et 12 ans avant eux. (Congrès de Chirurgie, 1897).

Etc., etc...

Ouvrage à la fois scientifique et pratique. On sait que très peu de livres ont eu pareil succès : c'est qu'en effet, il en est très peu qui puissent, autant que celui-ci, rendre service aux praticiens, à tous les praticiens.

Lucas-Championnière écrivait après la 1re édition : « Pourquoi un livre de ce genre n'avait-il pas encore été écrit ? C'est que, pour le faire, il faut non seulement avoir la connaissance approfondie de ces questions délicates, il faut l'expérience prolongée de cette chirurgie infantile si particulière et la compétence chirurgicale qui en résulte, mais il faut avoir aussi le sens de l'enseignement avec cette tournure pratique de l'esprit qui permet de discerner dans les questions ce qu'elles ont d'indispensable à connaître et ce qu'elles présentent de difficultés dans leur application, de manière à les simplifier pour le lecteur tout étonné de les comprendre si facilement. Ces qualités nécessaires, M. Calot, qui a tant fait pour le développement de cette thérapeutique devenue en ses mains souvent plutôt médicale que chirurgicale, les possède au plus haut degré. Dans ce livre, où d'ailleurs le texte s'appuie sur un nombre considérable de figures admirablement exécutées, tout est simple et concis, peu de discussions, beaucoup d'aphorismes qui fixent dans l'esprit, mieux que de longues phrases, les règles à suivre dans la thérapeutique à employer. »

Et le professeur Robin :

« La cure des tuberculoses externes, des difformités congénitales ou acquises, est depuis longtemps le sujet des préoccupations de M. Calot. Nous avons déjà signalé les succès extraordinaires que ce médecin obtient à Berck. C'est en cette localité qu'a pris son essor l'école nouvelle dont il est le chef et dont les principes éminemment conservateurs sont observés tous les jours par un nombre sans cesse grandissant de praticiens et cela pour le plus grand bien des malades. Comment pourrait-il en être autrement quand M. Calot montre qu'il guérit par des traitements les plus anodins, mais poursuivis avec persévérance, des malades qui étaient jusqu'à ce jour soumis aux opérations les plus terribles aboutissant peut-être à un soulagement passager, mais les laissant souvent infirmes ? L'ouvrage de M. Calot reflétant son enseignement, qui est avant tout une leçon de choses, a toutes ses pages illustrées de nombreux dessins parlant aux yeux comme parlent aux yeux de ses auditeurs de toutes nationalités les nombreux sujets guéris qu'il fait défiler devant eux à ses conférences et dont les observations servent toujours de base à son enseignement. De sorte qu'avec un auxiliaire aussi précieux, un guide aussi sûr, le praticien consulté pour coxalgie, un mal de Pott, une luxation congénitale de la hanche, une scoliose, une manifestation rachitique, etc..., n'aura plus de raison pour rester inactif. Il lui suffira de lire le livre de M. Calot pour être aussitôt documenté sur la conduite à tenir. En faisant connaître sa pratique, en entrant dans le détail de tout ce qu'il faut faire pour la cure de telle ou telle affection, l'éminent chirurgien de Berck a rendu un grand service aux malades et aux médecins. »

Dr DARTIGUES. — **Causeries chirurgicales** (1re *série*). Une élégante plaquette éditée par le *Concours médical*, 132, faubourg Saint-Denis. Prix 1 fr. 50.

D'après l'étymologie de son nom, le chirurgien doit, avant tout, bien savoir se servir de ses mains ; mais, évidemment, ces dernières doivent être guidées par un cerveau qui sait à la fois penser et vouloir ; la main devient, à son tour, génératrice d'idées : c'est là l'origine de l'instrumentation, dont Dartigues déduit la philosophie : « La main a cessé d'être une patte pour devenir l'organe de suprême intelligence réalisatrice et de suprême raffinement. »

Cette intelligence réalisatrice et ce raffinement se sont traduits par un perfectionnement dans l'instrumentation et une ingéniosité de plus en plus grande dans la technique opératoire. Il en est résulté deux conséquences : d'abord la diminution progressive du rôle de l'aide dans les opérations, laissant entrevoir comme idéal la possibilité de la chirurgie sans aide ; ensuite, l'accroissement de la rapidité opératoire, qui

tient à la fois au perfectionnement de l'outillage, à la dextérité manuelle de l'opérateur, et aussi à la promptitude de ses décisions.

La nécessité de cette dextérité cérébrale a amené l'auteur à analyser une qualité sans laquelle il n'est pas de bon chirurgien, l'énergie opératoire.

Ces causeries pourraient avoir plus judicieusement pour titre : Essai de philosophie de la chirurgie moderne.

Tout jeune praticien, avant d'aborder l'exercice de cet art, difficile, mais passionnant entre tous, gagnera à les lire et à les méditer.

Les Thèses

Ly. — Dr Gabriel BUDIN. — **L'examen radioscopique au cours de la pneumonie chez l'adulte.** (Lyon, imprimerie Bosc frères et Riou, 1922.)

L'examen radioscopique dans la pneumonie de l'adulte révèle des ombres anormales de formes et de localisations diverses. Le triangle axillaire ne s'observe pas en général chez l'adulte avec la même netteté que chez l'enfant. Dans le plus grand nombre des cas toutefois, l'image à une forme vaguement triangulaire ou quadrilatère, à grand côté axillaire. Son opacité n'est souvent pas homogène ; elle est en général, mais non toujours, plus intense dans la partie périphérique que dans la partie centrale.

La forme de l'image est d'ailleurs variable suivant le siège de la pneumonie.

Dans la pneumonie du lobe inférieur, l'ombre n'atteint pas le diaphragme en général ; et le sinus costo-diaphragmatique est libre, sauf s'il y a épanchement.

Dans le syndrome clinique : *pneumonie du sommet*, on peut observer à l'écran :

1° Soit une image vaguement triangulaire à base axillaire, le sommet proprement dit étant relativement indemne ; la pneumonie est plus axillaire qu'apexienne au point de vue radiologique ;

2° Soit une image lobaire, en forme de casque, occupant tout le lobe supérieur, avec une partie interne plus opaque ; dans ce cas, le pronostic semblerait grave.

Quant à la *pneumonie centrale ou centrifuge*, dans laquelle le processus pneumonique débute dans la région hilaire pour rayonner ensuite à la périphérie, elle doit être considérée comme très rare. Nous en rapportons un cas personnel. Pour quelques auteurs récents, le point de départ hilaire se rencontrerait parfois dans la pneumonie franche, mais serait surtout le caractère spécial de la pneumonie grippale.

S'il est difficile chez l'adulte de fixer la date exacte d'apparition de l'image radioscopique par rapport au début clinique de la maladie, il est certain que les signes radiologiques disparaissent après les signes d'auscultation et persistent souvent très longtemps après eux. Dans quelques cas où les signes d'auscultation font défaut ou sont masqués par une bronchite intense coexistante, l'examen à l'écran peut seul permettre de poser le diagnostic de pneumonie.

B. — Dr H. PAULY. — **Du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iode colloidal électro-chimique.** (Bordeaux, Imprimerie Victor Cambette, 1923.)

Les diverses propriétés pharmacodynamiques énumérées plus haut de l'iode colloïdal électro-chimique permettent de penser que cette médication est susceptible de nous donner d'excellents résultats dans le traitement surtout précoce de la tuberculose pulmonaire pour les raisons suivantes :

I. Il a l'avantage de pouvoir être appliqué à une tuberculose pyrétique et à poussées congestives. Une température supérieure à 38° n'est pas une contre-indication ; les injections intramusculaires profondes sont indolores et ne provoquent aucune réaction générale ni locale ; l'iode métalloïdique pur, à l'état colloïdal ne donne jamais lieu à des accidents d'iodisme ;

Sous son influence, on constate :

une amélioration marquée de l'état général ; une diminution de l'expectoration, qui revêt des caractères particuliers symptomatiques d'un arrêt de la marche des lésions ; une diminution de la toux et de la dyspnée ; une rétrocession plus ou moins nette des divers signes stéthacoustiques et radiographiques ; une diminution très sensible du nombre des bacilles de Koch avec altération dans leur morphologie et même leur disparition.

L'iode colloïdal électro-chimique semble donc un médicament de choix dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Néanmoins, il ne faut pas négliger complètement les traitements adjuvants, récalcification et cure hygiéno-diététique, qui ne pourront que faciliter son action, augmenter son efficacité et rendre plus évidents et plus prompts ses résultats heureux.

Ly. — Dr G. MENU. — **Le traitement d'urgence des hémorragies gastriques graves par la jejunostomie.** (Dijon, Imprimerie Bernigaud et Privat, 1923.)

Ly. — Dr P. BARGY. — **Déformations professionnelles des os du crâne et des membres.** (Lyon, Imprimerie Bosc, frères et Riou, 1922.)

L'étude des déformations professionnelles osseuses est intéressante :

a) Pour le médecin légiste, parce que susceptible de l'aider à résoudre le problème de l'identité de l'individu et surtout du cadavre ; parce qu'elles sont capables de poser dans les expertises pour accidents du travail des problèmes difficiles ;

b) Pour l'hygiéniste, parce que certaines d'entre elles constituent de véritables infirmités. Etudier la façon dont elles sont susceptibles de se produire, c'est étudier la façon de les éviter.

c) Pour le législateur, auquel elles posent l'étude de lois sociales capables de donner à l'ouvrier une protection suffisante ;

d) Pour le radiologue, qui doit connaître la possibilité des périostites et des exostoses professionnelles, leur siège de prédilection, la façon de les différencier des autres réactions osseuses analogues, d'origine inflammatoire.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA QUESTION DE LA NATALITÉ

Par le Dr René MARTIAL,
Conseiller technique d'hygiène du « Concours Médical ».

Il semble que tout a été dit au sujet de la crise de natalité qui sévit sur notre pays. Sans doute. Cependant, il est remarquable de constater combien peu le facteur religieux et la psychologie religieuse ont retenu l'attention des observateurs. Cela tient à ce que l'on oublie communément l'influence énorme de la foi religieuse, à ce que l'on veut raisonner sur des masses de population beaucoup trop nombreuses, à ce que les conclusions déduites des statistiques le sont, probablement, par des hommes ou qui ne veulent pas regarder d'un ou de certains côtés, ou les ayant considérés n'osent pas en parler. Quelle que soit la ou les raisons, les omissions, volontaires ou non, ne sont pas d'ordre scientifique.

Nous nous trouvons à même d'observer, à Fez, trois populations nettement différenciées, juxtaposées côte à côte. Et pendant les trois années que nous venons de passer dans cette ville, nous nous sommes efforcé de pénétrer l'âme même de ces populations.

D'autre part, nous nous sommes efforcé de rassembler le plus de documents et de faits possible relativement à la question de la natalité. En voici un bref résumé :

La population de la ville arabe comporte 100.000 habitants environ ; celle de la ville israélite, tangente à la ville arabe, comporte 7.750 habitants ; celle de la ville européenne, tangente à la seconde, environ 1.800, maximum 2.000 habitants civils (la population militaire n'est pas comprise ici, à cause de son statut spécial et de ses variations saisonnières, de 1.800 hommes à quelquefois 10.000).

Les graphiques suivants montrent le mouvement des naissances et des décès de 1912 à 1922 inclus pour les populations israélite et européenne. On voit de suite que, même dans les années où des épidémies de rougeole, de typhoïde ou de typhus exanthématique, ont fait grandir le nombre des décès israélites, le chiffre des naissances est toujours demeuré supérieur à celui des décès — pour l'année 1918, en particulier (rougeole), il semble même avoir grandi avec lui. Au contraire, pour la population européenne, et, même en tenant compte des différences numériques entre ces deux populations, la natalité dépasse rarement la mortalité, l'égale parfois, et, dans d'autres années, demeure au-dessous.

Le départ, en Palestine, de 500 israélites, soit 40 familles, au cours de l'année 1922, n'a pas influé, même légèrement, sur la natalité israélite.

Nous n'avons pas pu établir le même graphique pour la population musulmane, parce que l'état civil n'existe pas pour celle-ci. Allah, seul, règle le mouvement des naissances et des morts, et, si les autorités musulmanes nous fournissent chaque mois un chiffre approximatif des décès, c'est que ceux-ci sont déclarés et comptés uniquement au point de vue règlement de l'héritage. Les pauvres sont certainement oubliés, les décès survenus dans les hôpitaux omis, ceux de l'asile des vieillards jamais mentionnés. Le chiffre total connu est donc très approximatif ; il est en moyenne, de 125 à 130 par mois ; il doit certainement être plus élevé.

Quant aux naissances, aucune donnée numérique ni officielle, ni autre.

Mais, et je m'excuse de cette digression, ici intervient la constitution de la famille arabe.

Tandis que les israélites et les européens sont monogames, les arabes sont polygames. Encore faut-il comprendre cette polygamie. Voici ce qu'elle est.

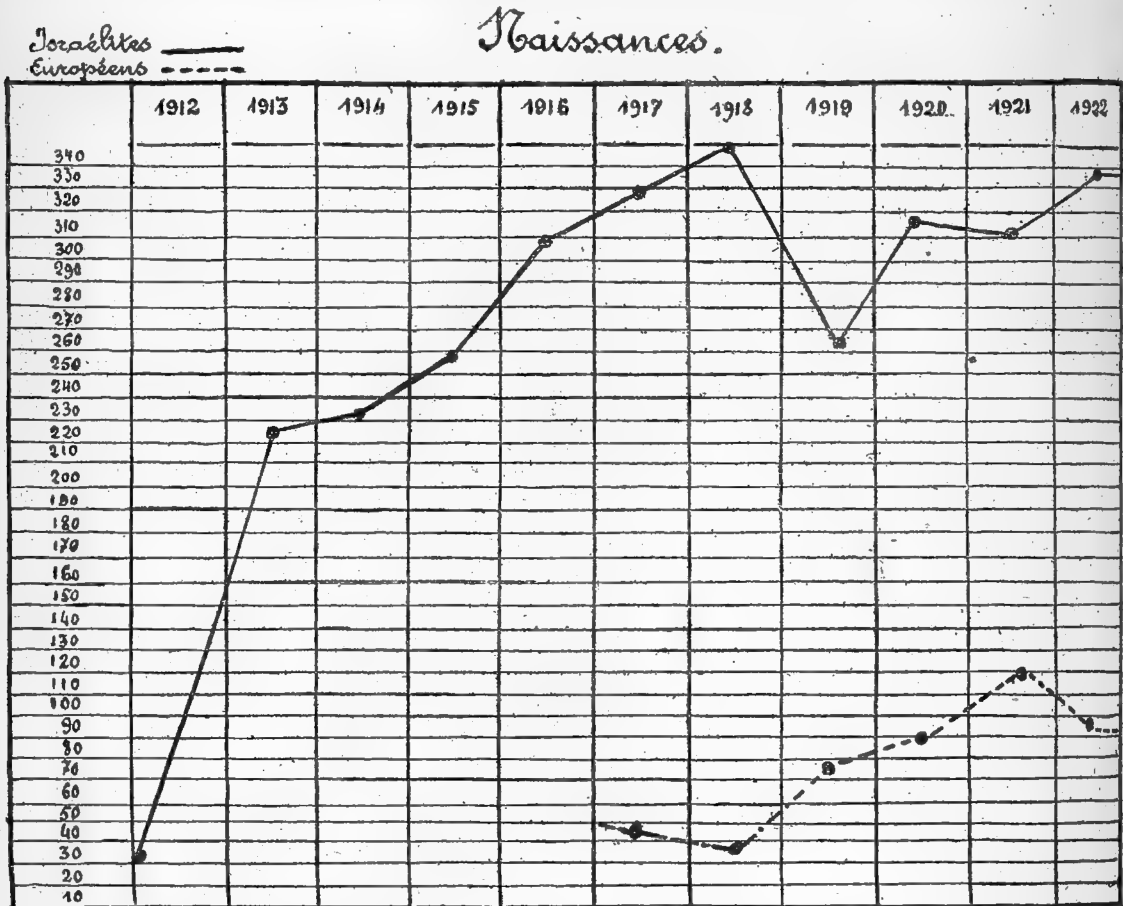
Le Coran accorde à tout musulman quatre femmes légitimes ; il peut, en outre, acheter autant d'esclaves qu'il a le moyen d'en nourrir. Tel est le principe.

Il va de soi que chez les pauvres, la polygamie n'existe pas, chez les ouvriers, les artisans, la petite bourgeoisie non plus. Mais on la trouve déjà chez les gens simplement aisés, plus dans le négoce, la bourgeoisie ordinaire, la bourgeoisie riche et la noblesse. Il n'est pas rare, alors, de

compter, dans une maison, lorsqu'on peut y être admis, et, lorsque le maître a suffisamment confiance en vous pour faire des confidences, on peut alors compter facilement jusqu'à cent personnes dans une maison ; chez les grands seigneurs, cela peut aller jusqu'à trois cents ou plus. Or, Fez est une ville riche, opulente, universitaire et religieuse, c'est le dernier rempart de l'Islam battu en brèche, d'ailleurs, par le vin et l'alcool qu'y importent les militaires et les israélites (le Coran prohibe strictement toutes les boissons alcooliques). Généralement, les Arabes ne vont pas au-delà de deux femmes légitimes, mais, suivant leur fortune, ils ont de six à cinquante ou plus esclaves femmes. Dans nombre de maisons arabes, à Fez, il y a assez de petits garçons pour que le Maître y créée une école coranique qui est suffisamment peuplée par ses enfants : quinze, dix-huit, vingt garçons — les filles ne sont pas comptées, et, ne vont pas à l'école. Un certain pacha célèbre en Europe autant qu'au Maroc, a 47 enfants mâles.

Dans ces conditions, et sans qu'on puisse rien dire au sujet de la mortalité infantile, il est évident que le nombre des naissances est considérable. On ne saurait toutefois le définir. De par l'observation quotidienne, on peut dire qu'il est certainement le double du chiffre des décès, mais il est peut-être le triple. N'insistons pas. Nous nous bornerons à dire que le chiffre des naissances chez les musulmans est certainement beaucoup plus élevé que celui des décès.

Or, le Coran dit : « croissez et multipliez » ; la Bible dit la même chose, l'ancien et le nouveau Testaments aussi. D'où vient donc cette différence entre la natalité des trois populations juxtaposées ? Le livre de base est le même, on peut dire, presque littéralement. C'est que, d'après le susdit précepte religieux, la grossesse et l'enfantement sont un honneur, une bénédiction, un bonheur. C'est du moins ce que pensent les femmes musulmanes et israélites. Chez ces deux populations, une femme stérile est déshonorée ; elle peut être et est souvent répudiée ; une femme qui ne donne que des filles est moyennement honorée ; mais, dans un nouveau ménage, une jeune épousée qui donne, comme premier enfant, un garçon, est choyée, fêtée, honorée, et quoiqu'il arrive, elle en gardera toujours une suprématie sur la seconde femme légitime, s'il en survient une, et



sur les esclaves favorites. Et plus elle a d'enfants, plus la femme est fière, et, plus l'époux est content. Il faut voir combien les hommes arabes choient leurs enfants (maladroitement, il est vrai, mais si tendrement). La maternité est un honneur.

Che z les Israélites, même mentalité. Dans ces pays, où les filles sont mariées entre 13 et 16 ans, les jeunes filles pensent de bonne heure à la maternité et s'en préoccupent. Une jeune juive nous racontant que sa cousine venait de se marier, et qu'elle espérait bientôt le faire aussi, nous demandait comment les femmes européennes accouchaient — assises comme les israélites marocaines, comme les égyptiennes, etc., ou comment ? Elle fut très intéressée d'apprendre que c'était dans le décubitus dorsal.

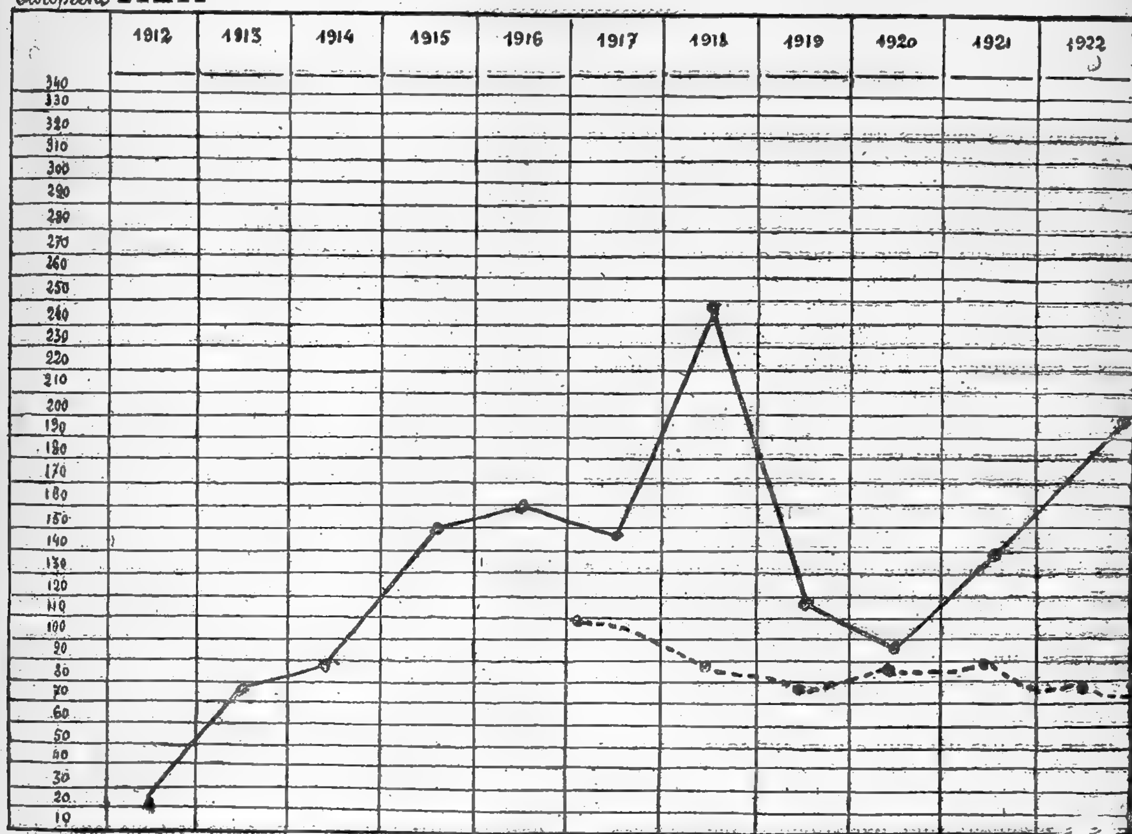
La municipalité israélite m'a fait demander, officiellement, pendant mon séjour à Fez, les règles de propreté à imposer aux sages-femmes pour éviter les accidents d'infection.

Un riche musulman a résolu — innovation des plus hardies — d'envoyer une de ses filles à Paris pour faire ses études de sage-femme, afin, dit-il, qu'elle puisse aider ses sœurs et les préserver d'accidents mortels.

Les familles israélites, bien que monogames, sont des familles nombreuses, la moyenne des enfants y est de six ; elle est souvent dépassée.

Au contraire, que se passe-t-il, dans la petite population européenne de Fez, composée de catholiques, en majeure partie, mais aussi de près d'une centaine de protestants ; — composée d'Espagnols, de Français, d'Italiens, de Maltais, de Portugais et de gens des pays d'Europe les plus divers? C'est le même état d'esprit qu'en France. Le précepte religieux étant à peu près totalement oublié, non seulement la maternité n'est plus un honneur, mais les enfants sont une gêne ; moins on en a, mieux cela vaut, les enfants uniques sont les plus nombreux, et le taux de la mortalité contrebalance aisément celui des naissances. C'est ce que montre notre graphique d'u- de manière très nette.

D'autre part, en France même, quels sont les départements où il y a le plus d'enfants ? Quelles sont les familles qui ont le plus d'enfants ? Invariablement, les départements et les familles où la



foi religieuse s'est conservée la plus vive, la plus naïve et la plus sincère.

On ne saurait donc nier, d'après l'observation quasi-expérimentale que je viens de faire, l'importance considérable du facteur religieux et de la psychologie populaire religieuse dans le problème de la natalité.

Il y a lieu de redouter que même des avantages matériels considérables ne décident pas les femmes françaises à avoir beaucoup d'enfants. Toute la question réside dans un problème moral, et c'est pourquoi la solution est si difficile à trouver.

Notre triste civilisation sera bien incapable de restaurer une foi religieuse quelconque, elle en est l'antithèse.

Alors ?

Alors, il faut envisager une série de mesures à grande portée ayant trait :

1° A l'économie de la race ;

2° A l'assimilation complète de l'Afrique du Nord ;

3° A l'immigration en France d'éléments sains de races prolifiques.

Le problème de la natalité se confond en réalité avec la politique même de la France.

LES ABUS DE CERTAINS PENSIONNÉS DE GUERRE

Quand nous parlons du « tiers payant » dans la médecine des collectivités, nous savons parfaitement de quoi il retourne et ce que nous voulons dire. Cette expression est passée dans le langage courant des milieux médicaux, et elle ne prête à aucune équivoque.

Decourt, Noir, s'en servent couramment.

Hier encore, le professeur Balthazard l'employait dans la conférence qu'il a faite à la Faculté de médecine, sur le syndicalisme médical.

Aussi, n'arrivé-je pas à m'expliquer les sarcasmes et les moqueries dont cette expression est l'objet.

Je m'explique mieux que sarcasmes et moqueries s'adressent, par contre-coup, à ma propre personne, et je ne laisse pas que d'en éprouver quelque fierté. Mais je suis bien décidé à dédaigner un tel procédé de discussion, qui se juge et se condamne lui-même, surtout lorsqu'il est empreint de la plus manifeste mauvaise foi.

« Les chiens aboient, la caravane passe », dit le proverbe arabe.

Je ne suis pas parvenu à mon âge sans m'être fait une philosophie sereine, qui me permet de rester indifférent à de certaines critiques qui, par la forme qu'elles prennent, sont parfaitement méprisables.

L'ordre du jour voté par l'Union des Syndicats dans son assemblée générale de décembre dernier, envisage le droit, pour les Syndicats, de passer des contrats avec l'assurance sociale comportant le payement intégral des honoraires médicaux, soit par la Caisse (c'est ici, le fameux tiers payant), soit par le malade lui-même.

C'est dire que le corps médical s'est révélé partagé en deux grandes parties : l'une réclame le contrat collectif aux termes duquel le Syndicat prend intégralement en charge l'organisation et l'administration financière des soins médicaux, assumant ainsi plus particulièrement le soin de rémunérer les médecins avec les fonds fournis par la Caisse. L'autre accepte que le Syndicat passe, à l'occasion, des contrats collectifs avec la Caisse, pourvu que les honoraires médicaux soient payés directement par le malade lui-même.

C'est sur ce côté très spécial, et très important de la question, que les discussions se poursuivent.

Noir considère le contrat collectif avec tiers payant comme un pis-aller qu'il faudra cependant bien se garder de repousser *à priori* du pied, en certaines circonstances.

Il est souhaitable que ces circonstances soient aussi rares que possible, parce que ce système est inévitablement générateur d'excès et d'abus. Excès et abus provoqués presque toujours par les bénéficiaires eux-mêmes des lois sociales, quelquefois aussi par certains médecins dont la moralité est loin de se maintenir à la hauteur de leurs titres universitaires.

La grande presse vient de révéler à l'opinion publique la vaste escroquerie à laquelle sont mêlés deux vieux médecins, dans un trafic éhonté des soins aux pensionnés de guerre, à Marseille. Ces médecins, me dira-t-on, ne sont au demeurant que de vulgaires bandits, relevant des tribunaux de droit commun, qui ne les châtieront jamais assez. Car la sanction doit être d'autant plus sévère, que le délinquant occupe un rang plus élevé dans l'échelle sociale. Tel est le cas, sans doute, de ces deux médecins, qui ne méritent aucune indulgence.

Ils n'ont, en effet, semble-t-il, aucune excuse. Pas même celle d'un système dans lequel le client, au lieu de fréner les tendances exagérées de son médecin, parce qu'il y est personnellement intéressé, trouve, au contraire, qu'il ne lui en donne jamais assez, le pousse à multiplier plus que de raison ses actes médicaux, et ne se fait aucun scrupule de chercher à le faire glisser sur la pente qui, de la simple multiplication excessive des visites, auxquelles, en principe, il a droit, le conduit aux manœuvres délictueuses proprement dites, plus ou moins insensiblement.

De ces manœuvres, nous venons d'avoir une nou-

velle preuve dans les faits que nous relate un de nos bons correspondants, et que nous publions très volontiers comme des modèles du genre.

Je cède la place au Dr H. G. DUCHESNE.

Blessés de guerre

Dédié à M. Maginot, ministre des pensions, pour lui apprendre une fois de plus que, « si la femme est la perdition du prêtre », le blessé de guerre, peut être parfois la damnation de ces mercantis de la médecine, que le dit M. Maginot a dû être heureux, un jour, de rencontrer sur son chemin !

Ceci simplement pour prouver que l'État aurait bien mieux fait de majorer la pension des blessés de guerre et de les obliger à payer une partie de leurs frais de maladie, que de rogner encore sur les notes médicales.

Depuis la démobilisation, j'ai soigné quatre blessés de guerre et espère bien, s'ils doivent suivre les mêmes principes, n'en pas rencontrer d'autres.

Le premier, un ex-travailleur conscient et organisé, s'est trouvé fort indigné que je ne comprenne pas qu'il fallait discrètement porter à son livret des consultations données à son fils, et que je cesse par la suite de lui continuer mes soins.

Le second m'enleva sa confiance, en voyant que dans le collectionnement des ordonnances du début, à recopier au livret, j'en écartais plusieurs, dont l'objet familial ne se ressentait nullement d'une origine de guerre.

Le troisième, depuis longtemps pèlerin malheureux de Cythère, eut, non seulement l'esprit d'épouser une fonctionnaire, ce qui lui assurait la subsistance du frelon, mais émit encore le désir, plein d'une nouvelle prévoyance, de faire endosser à l'Etat les suites onéreuses d'une lésion sans rapport avec le diagnostic officiel, qui gratifiait déjà suffisamment son titulaire. Mon refus suscita des étonnements, retarda le payement des honoraires et me priva, heureusement, de mon malade. *La complaisance escomptée d'un médecin nouveau, qui ne connaît pas ses antécédents, solutionnera, bien croyablement — toute erreur de diagnostic étant permise — et à l'avantage de la victime confiante, la question épineuse.*

Avec un certain nombre d'aventures de ce genre, il ne faudra pas nous étonner de voir, d'ici peu, une promotion nouvelle de croix et de médailles militaires, agrémentées, à défaut de bureau de tabac, d'un denier d'Anzin ou des mines de bismuth, exclusivement réservés aux sinistrés à 100 pour 100, « vérolés très précieux » et dignes de la gratitude nationale.

Quant au quatrième malade, si je crains de ne pas le conserver de nombreuses années, c'est que l'équité des experts vient de majorer sa pension.

3 sur 4, les Dieux me favorisent ! Dr H.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LE CONCOURS MÉDICAL ET SES FILIALES

MUTUALITÉ FAMILIALE

Au médecin prévoyant (*Suite*)

J'ai étudié précédemment les cas qui se présentent le plus souvent, passons maintenant aux cas des confrères qui ne veulent pas attendre 65 ans pour la retraite, ou qui ne se contentent pas de 2.400 fr. somme qui est actuellement le maximum que puisse donner une combinaison.

S'ils ne veulent pas attendre 65 ans, qu'ils entrent à P. : ils auront la retraite à 60 ans ; il suffit qu'ils n'aient pas dépassé 45 ans, âge limite imposé par la loi.

Qu'auront-ils à payer annuellement ?

Je suppose toujours qu'ils prennent le maximum de 2.400 francs.

P 20

5° *Cotisation annuelle pour avoir* 2.400 *fr, de retraite à* 60 *ans.*

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre-assurée
30 ans	308 fr.	366 fr.
31 —	328 »	386 »
32 —	352 »	414 »
33 —	376 »	444 »
34 —	404 »	474 »
35 —	434 »	510 »
36 —	468 »	558 »
37 —	504 »	590 »
38 —	544 »	636 »
39 —	590 »	688 »
40 —	640 »	744 »
41 —	694 »	808 »
42 —	758 »	878 »
43 —	830 »	958 »
44 —	910 »	1048 »
45 —	1020 »	1150 »

Je rappelle encore une fois que pour 1.200 fr. seulement de pension, ce serait la moitié, et que, pour les chiffres intermédiaires, il faut multiplier par n/2 représentant le chiffre de 120 francs de pension.

Et si, comme c'est le cas à peu près général, le confrère entre en même temps à M A D pour avoir l'indemnité maladie de 20 fr. par jour et 200 fr. par mois, la cotisation totale devient.

MAD + P 20

6° *Cotisation annuelle à verser pour avoir l'indemnité de 20 fr. jusqu'à 60 ans et ensuite la pension de* 2.400 *francs.*

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre-assurée
30 ans	471 fr.	529 »
31 —	494 »	552 »
32 —	520 »	584 »
33 —	550 »	618 »
34 —	582 »	652 »
35 —	626 »	692 »
36 —	655 »	745 »
37 —	696 »	782 »
38 —	741 »	833 »
39 —	792 »	890 »
40 —	848 »	952 »
41 —	907 »	1.021 »
42 —	977 »	1.097 »
43 —	1.056 »	1.184 »
44 —	1.142 »	1.286 »
45 —	1.259 »	1.389 »

Il convient de remarquer que, pendant la période 60-65 ans, le sociétaire, tout en touchant sa pension. continuera à avoir droit à l'indemnité maladie.

Voilà pour ceux qui veulent la pension plus tôt.

A ceux qui veulent une pension plus élevée, il suffit de se faire inscrire aux deux combinaisons P et R. La première leur donnera une pension à 60 ans et la seconde une autre pension à 65 ans. Ils peuvent ainsi arriver au chiffre maximum de 4.200 francs.

Voici le barème des cotisations :

P 20 + R 20

7° *Cotisation annuelle pour avoir la retraite de* 2.400 *fr. à* 60 *ans et une seconde retraite de même somme à* 65 *ans.*

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre-assurée
30 ans	482 fr.	582 fr.
31 —	514 »	616 »
32 —	550 »	660 »
33 —	588 »	706 »
34 —	630 »	754 »
35 —	676 »	810 »
36 —	726 »	880 »
37 —	782 »	934 »
38 »	842 »	1.006 »
39 —	910 »	1.086 »
40 —	984 »	1.172 »
41 —	1.066 »	1.268 »
42 »	1.160 »	1.376 »
43 —	1.264 »	1.496 »
44 —	1.382 »	1.630 »
45 —	1.532 »	1.780 »

La cotisation complète ne se paye que jusqu'à 60 ans et de 60 à 65 ans c'est la cotisation de R 20 qui est seule à verser.

Comme le médecin veut en même temps avoir l'indemnité-maladie, il ajoutera, bien entendu la cotisation spéciale à cette combinaison. Je ne crois pas qu'il soit besoin de faire un tableau spécial, il suffit de se reporter au tableau n° 1.

Ces chiffres évidemment sont élevés et ne sauraient convenir à tous, mais ils ont leurs partisans et il était bon de les donner.

Si l'on se rappelle que la femme du sociétaire peut, elle aussi, entrer aux combinaisons retraites (P à 60 ans et R à 65 ans) et que pour elle les chiffres des cotisations sont les mêmes que pour son mari, on voit que la retraite peut encore s'élever.

Si donc le mari entre à R et la femme à P, en raison de la différence d'âge, ils toucheront leurs retraites à peu près en même temps et cette retraite totale pour le ménage pourra aller à 9.600 francs.

Que le mari ait 35 ans et la femme 30 ans, leur cotisation annuelle contre assurée ne sera jamais que de 1.392 francs.

Il serait à souhaiter que le médecin voulût bien étudier tous ces groupements possibles de cotisations, au lieu de dire simplement : « la retraite est trop tardive » ; ou bien : « elle n'est pas assez élevée » ; ou bien encore : « c'est trop cher ! »

A ces trois objections que me faisait naguère un confrère, je montrais qu'avec une cotisation annuelle contre-assurée de 467 francs il pouvait avoir à 60 ans une pension de 1.200 francs, et à 65 ans une seconde pension de 1.200 francs, ce qui, à ce dernier âge, lui faisait 2.400 francs. Il avait 37 ans, il versait donc 23 cotisations de 467 francs, puis de 60 à 65 ans, il n'avait plus à verser que 172 francs et, en tout état de cause, la pension de P lui permettait de verser facilement cette dernière cotisation jusqu'à 65 ans.

Et ce confrère, qui était hésitant parce qu'il ne s'était pas rendu compte, fut tellement convaincu, que non seulement il prit cette double combinaison, mais qu'il la prit aussi pour sa femme. Elle avait 34 ans, elle avait donc 377 francs à payer, cotisation contre-assurée.

Donc pour une cotisation totale contre assurée de 844 francs, ils se sont assuré à 60 ans une retraite de 2.400 fr., qui à 65 ans deviendra de 4.800 francs.

Combien de confrères, en voyant tous ces tableaux, n'auront-ils pas tourné la page ? Combien auront pris la peine de lire mes deux articles ?

Ce n'est pourtant pas long.

Ils connaissent leur âge et celui de leur femme, c'est donc une douzaine de lignes simplement à consulter et à noter sur leur carnet.

Et puis qu'ils écrivent au secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (Seine-et-Oise) ; il leur donnera tous les renseignements complémentaires et leur fournira les pièces nécessaires à la constitution de leur dossier.

A. Gassot.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Admissions. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

5624 Dufoix, Nîmes (Gard).
5625 Haton, 16, rue de Chanzy, Paris.
5626 Decouvelaire, Elblinghem (Nord).
5627 Boisroux, Les Pieux (Manche).
5628 Clavière, Saint-Marcel (Dordogne).
5629 Larroumets, Marmanhac (Cantal).
5630 Bouju, Bretoncelles (Orne).
5631 Flament, Bauvin (Nord).
5632 Vignes, Collioure (Pyrénées-Orientales).
5633 Verrier, Hyères (Var).
5634 Eyquard, Bergerac (Dordogne).
5635 La Pierre, Houdelaincourt (Meuse).
5636 Breton, Dijon (Côte-d'Or).
5637 Desage, Oran (Oran).
5638 Grellet, Elbeuf (Seine-Inférieure).
5639 Coeuilliez, Mayenne (Mayenne).
5640 Blagny, Orgeval (Seine-et-Oise).
5641 Chopinet, Crépy-en-Valois (Oise).
5642 Lerouge, Malakoff (Seine).
5643 Cornu, Neuvy-Sautour (Yonne).
5644 Lemonon, Saint-Donat (Drôme)
5645 Marre, Orléans (Loiret).
5646 Pech, Cintegabelle (Haute-Garonne).
5647 Farah, 182, rue Legendre, Paris.
5648 Brotier, Villefagnan (Charente).
5649 Arqué, Fatech (Sénégal).
5650 Gillot, Hirson (Aisne).
5651 Poulin, Villenave-d'Ornon (Gironde).
5652 Delfossé, La Madeleine (Nord).
5653 Cros, Saint-Flour (Cantal).
5654 Haddad, Montreuil (Seine).
5655 Jullien, 24, rue de Charonne, Paris.
5656 Feit, Mortrié (Orne).
5657 Fusier, Thoiry (Ain).
5658 Trenel, Vienne (Isère).
5659 Passot, Lyon.
5660 Blanchon, Vauvert (Gard).
5661 Louf, Malluin (Nord).
5662 Cocherel, Réguiny (Morbihan).
5663 Caramanos, Chaumont-sur-Tharonne (Loir-et-Cher).
5664 Rouviere, Nice (Alpes-Maritimes).
5665 Clap, Avignon (Vaucluse).
5666 Blanchard, Nantes (Loire-Inférieure).
5667 Jean, Toulon (Var).
5668 Frahier, Landréas (Gironde).
5669 Giraudon, 106, Boulevard de Clichy, Paris.
5670 Vergez, Anglure (Marne).
5671 Roze, La Trinité-sur-Mer (Morbihan).
5672 Clément, Vernon (Eure).
5673 Piot, Roanne (Loire).
5674 Lavabre, Rodez (Aveyron).
5675 Potié, Pont-sur-Pierre (Eure).
5676 Fabier, Corme-Royal (Charente-Inférieure).
5677 Neumager, Guingamp (Côtes-du-Nord).
5678 Morvan, La Faou (Finistère).
5679 Lemoine, Vallet (Loire-Inférieure).
5680 Fauvel, Igé (Orne).
5681 Bompoint, Cambes (Gironde).
5682 Fenouil, Vidauban (Var).
5683 Sauveplane, Coye (Oise).
5684 Charpentier, Saint-Denis (Seine).
5685 Malinsky, 171, Faubourg Poissonnière, Paris.
5686 Valiadis, Varennes-en-Argonne (Meuse).
5687 Jacquot, Badonvillers (Meurthe-et-Moselle).
5688 Chapellier, 11, Avenue des Cholets, Paris.
5689 Brus, Bordeaux.
5690 Dimey, Les Andelys (Eure).
5691 Agron, Dijon (Côte-d'Or).
5692 Dissez, Bourg-sur-Gironde, (Gironde).
5693 Veyrat, Braux (Ardennes).
5694 Ducrot, Livier (Doubs).
5695 Audoy, St-Seurin-de-Cadourne (Gironde).
5696 Coursier, Brinon-sur-Beuvron (Nièvre).
5697 Deck, Vierzon (Cher).
5698 Teissier, Chabroches (Allier).
5699 Bruneau, Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle).
5700 Verger, Bordeaux.
5701 Godard, Beaumont-en-Auge (Calvados).
5702 Ladevie, Gisors (Eure).
5703 Dardel, Gisors (Eure).
5704 Saucier, Bernay (Eure).
5705 Chanteux, Falaise (Calvados).
5706 Guillaume, Tours (Indre-et-Loire).
5707 Eon, Dinan (Côtes-du-Nord).
5708 Aron, Boulay (Moselle).
5709 Lereille, Lieuray (Eure).
5710 Perlis, Sammeron (Seine-et-Marne).
5711 Colin, Caen (Calvados).
5712 Tregoat, Callac (Côtes-du-Nord).
5713 Chretien, Salles-d'Angle (Charente).
5714 Kindler, Marseille.
5715 Viel, Lisieux (Calvados).
5716 Abou, Mostaganem (Oran).
5717 Carret, Mostaganem (Oran).
5718 Ginot, Callac (Côtes-du-Nord).
5719 Morard, Mostaganem (Oran).
5720 Queyrat, Mostaganem (Oran).
5721 Descrimes, Aïn-Tédelès (Oran).
5722 Reynaud, Cassaigne (Oran).
5723 Robin, Rivoli (Oran).
5724 Sauvy, Spéracédés (Alpes-maritimes).
5725 Lahaye, Breteuil-sur-Iton (Eure).
5726 Bougault, Dozulé (Calvados).
5727 Bouisset, Droué (Loir-et-Cher).
5728 Carton, Cysoing (Nord).

5729 DAMAGNEZ, Mas-d'Azil (Ariège).
5730 GESLIN, Beaufort-en-Vallée (Meurthe-et-Moselle).
5732 CHAPOUTOT, Aygueperse (Puy-de-Dôme).
5733 ARCHAMBAUD, Saint-Denis (Seine).
5734 FIQUET, 74, boulevard Magenta, Paris
5735 DARDEL, Gisors (Eure).
5736 PELISSIER, Besayes (Drôme).
5737 LEPORT, Granville (Manche).
5738 CALEGARI, La Haye-du-Puits (Manche).
5739 FOUILLOUD-BUYAT, St-Grégoire-en-Valdaine (Isère).
5740 FRAGUES, Pontoux-sur-l'Adour (Landes).
5741 MAUNOURY, Chartres (Eure-et-Loir).
5742 ROGER, Saint-Lô (Manche).
5743 MOREAU, Saumur (Maine-et-Loire).
5744 BERTHELEME, Plouévez-du-Faou (Finistère).
5745 TISON, 18, rue de la Tour, Paris.
5746 LE MELLETIER, Carentan (Manche).
5747 DUBOST, Sartilly (Manche).
5748 IMBERT, 7, rue Boccador, Paris.
5749 QUEHEILLE, Ludon (Gironde).
5750 FORTIN, Andouillé (Mayenne).
5751 STEF, Antibes (Alpes-Maritimes).
5752 BUINEAU, Cossé-le-Vivien (Mayenne).
5753 ROUSTIT, Gignac (Hérault).
5754 LAFFINEUR, Bugeat (Corrèze).
5755 LE PETIT, Le Mans (Sarthe).
5756 RAFFEGEAU, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
5757 DAVID, St-Brice-en-Coglès (Ille-et-Vilaine).
5758 ORLIAC, Agen (Lot-et-Garonne).
5759 ESTIVAL, Ecouis (Eure).
5760 HUCK, Blida (Alger).
5761 CHOQUET, Armentières (Nord).
5762 BRUN, 15, rue Réaumur, Paris.
5763 JAILLETTE, St-Benin-d'Azy (Nièvre).
5764 TISON (J.), Dinard (Ille-et-Vilaine).
5765 GIDAN, Montel-de-Gelat (Puy-de-Dôme).
5766 LECHAT, Mayenne (Mayenne).
5767 LEGROS, Combourg (Ille-et-Vilaine).
5768 LAISNEY, Vire (Calvados).
5769 PANAS, Gallardon (Eure-et-Loir).
5770 LEBRET, Dinan (Côtes-du-Nord).
5771 LAYGUE, Saint-Privat (Corrèze).
5772 BADIN, Dinard (Ille-et-Vilaine).
5773 COUTURIER, Trouville (Calvados).
5774 LE BASSER, Laval (Mayenne).
5775 CARLET, 228, rue de Belleville, Paris.
5776 VANDENBOSCHE, 82, rue de la Pompe, Paris.
5777 MAZURE, Roubaix (Nord).
5778 CHAMAILLARD, Saint-Macaire (Gironde).
5779 ALLAEYS, Eu (Seine-Inférieure).
5780 COFFINIÈRES, Fère-Champenoise (Marne).
5781 PILLE, Reims (Marne).
5782 PETIT, Vern-sur-Seiche (Ille-et-Vilaine).
5783 DUNAN, Etauliers (Gironde).
5784 OMONT, Pont-Audemer (Eure).
5785 LOUINEAU, Thénezay (Deux-Sèvres).
5786 HAMARD, Cormeilles (Eure).
5787 VAUDIAUX, Nolay (Côte-d'Or).
5788 CLOTTENS, Montpellier (Hérault).
5789 MOULLIN, Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir).
5790 BIOCHE, Louviers (Eure).
5791 MARVILLET, Tucquegnieux (Meurthe-et-Moselle).
5792 THUILLIÉ, Berthenonville (Eure).
5793 LOPPE, May-sur-Orne (Calvados).
5794 MELINE, Neuves-Maisons (Meurthe-et-Moselle).
5795 CAU, Fougères (Ille-et-Vilaine).
5796 LAMBERT, Craponne (Rhône).
5797 CAYET, Doullens (Somme).
5798 DELAVIERRE, Meaux (Seine-et-Marne).

Protestations contre des admissions.

Le Conseil, après enquête, annule l'admission, prononcée par lui antérieurement, d'un médecin dont l'adhésion au Syndicat local avait été refusée pour cause d'agissements anti-confraternels, et décide que le montant de la cotisation qu'il a versée lui sera retourné.

Une autre protestation a été reçue, contre un médecin nouvellement admis, l'accusant d'achalander par des moyens de rabattage inadmissibles la clinique d'accidents du travail qu'il tient.

Le Conseil décide qu'une enquête sera faite sur les faits signalés.

Un médecin, qui n'est pas lui-même membre du « Sou médical », proteste contre la présence au nombre des membres du « Sou » d'un confrère auquel il reproche d'être intervenu contre lui dans un procès.

Le Conseil est d'avis qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à des attaques formulées par un médecin étranger au « Sou » contre un membre ancien de la Ligue et décide de laisser la lettre de protestation sans réponse.

Accidents du travail.

Le Conseil ordonne le payement au Dr A. (Seine-et-Oise), de la somme de 8 fr. 50 pour frais de règlement d'une affaire d'appel de justice de paix et de celle de 50 fr. pour les honoraires de son avocat.

Il s'agissait du payement d'honoraires pour soins donnés à un blessé du travail. Le Dr A. avait gagné en justice de paix. L'adversaire, après avoir fait appel, s'est désisté, voyant l'affaire perdue pour lui.

Le Dr S. L(oire-Inférieure) demande l'appui pécuniaire pour soutenir l'appel que, vu la brièveté des délais, il a dû interjeter contre un jugement de justice de paix rendu dans une affaire d'accidents du travail. Le juge de paix a entériné le rapport de l'expert, qui avait estimé que les honoraires demandés par le Dr S. devaient être réduits dans de très fortes proportions. Sans avoir examiné le blessé, l'expert a déclaré que les pansements de brûlures pratiqués par le médecin traitant étaient trop nombreux, attendu qu'il ne s'agissait que de brûlures du premier degré, ce qui, d'après le Dr S. est inexact.

L'appui pécuniaire est donné au Dr S. pour soutenir son appel et la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est limitée à 300 francs.

Honoraires de droit commun.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr N. (Haut-Rhin), de la somme de 156 fr. 45, qu'il a avancée pour frais de l'appel pour lequel il a obtenu antérieurement l'appui pécuniaire (voir nº 53 de 1922, page 4188).

Le Dr J. (Seine-et-Oise) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement des honoraires, qui lui sont dus par un client qui lui reproche à tort de l'avoir mal soigné pour une fracture de jambe.

Etant donné la mauvaise foi manifestée par le client du Dr J. et l'obligation où se trouve ce dernier de plaider devant le tribunal civil, ses honoraires dépassant 600 fr., le Conseil lui accorde l'appui pécu-

niaire demandé, en limitant à 200 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr C. (Seine) demande l'appui pécuniaire pour attaquer une décision de justice de paix qui a nommé comme expert dans un différend portant sur l'exercice de la stomatologie, un stomatologiste non docteur en médecine.

Le Conseil décide en principe d'accorder au Dr C. l'appui pécuniaire pour faire appel du jugement à intervenir, en limitant à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat. Mais il ne peut participer aux frais de l'expertise ni du jugement du premier ressort, l'affaire, qui était au début un simple recouvrement d'honoraires, ayant été engagée et conduite en dehors du « Sou ».

Le Dr L. (Bouches-du-Rhône) demande quel appui le « Sou » pourrait lui donner pour recouvrer les honoraires qui lui sont dus pour les soins qu'il a donnés à un homme qui a été écrasé par une automobile.

Comme il s'agit d'un recouvrement d'honoraires, le Conseil décide qu'il y a lieu de donner au Dr L., tout au moins en premier ressort, l'appui moral, mais non l'appui pécuniaire.

Divers.

Le Dr P. (Seine) demande l'appui pécuniaire dans un différend avec son propriétaire, qui entend contester l'application d'une décision de la Commission arbitrale des loyers, obtenue elle-même avec l'appui du « Sou ». (Voir le texte de cette décision in *Concours médical* du 26 avril 1922, page 1326)

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé au Dr P.

Madame le Dr A. (Seine) a gagné devant le Tribunl civil le procès qui lui a été intenté par son propriétaire et pour lequel l'appui pécuniaire lui a été accordé. Le bénéfice de la prorogation lui était contesté sous prétexte qu'elle n'était pas titulaire du bail.

Le Conseil ordonnance le payement des honoraires de l'avocat, s'élevant à 200 francs.

Le Dr M. (Seine) demande l'appui pécuniaire pou r intenter une action en dommages-intérêts à son ancien remplaçant, qui continue à exercer dans le rayon qu'il s'est formellement interdit par son engagement de remplacement.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr M., en limitant à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

LA VIE SYNDICALE

Syndicat des Médecins de la Seine

I

A propos de la création d'un diplôme de « masseur », émis sur la demande de Monsieur le ministre de l'hygiène.

Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine, en complet accord d'ailleurs avec la Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris, estime que le massage sur un malade est un acte essentiellement médical comportant ses responsabilités et ses dangers, dont l'indication doit toujours être formulée par un docteur en médecine et dont l'exécution doit être pratiquée sous la direction, le contrôle et la responsabilité du médecin.

En conséquence, il doit être formellement interdit à un masseur de pratiquer sur un malade une opération quelconque de massage sans prescription médicale. Créer un diplôme officiel de « masseur » ou de « chirurgien-masseur » ou même un certificat de « masseur ou de chirurgien-masseur » ou tout autre titre analogue, serait donc encourager l'exercice illégal de la médecine et par suite, nuire gravement à la santé publique.

Une telle création apparaîtrait en plus comme contraire au texte et à l'esprit de la loi de 1892 qui a réservé aux seuls docteurs en médecine l'exercice de la profession médicale.

Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine saisit cette occasion pour attirer l'attention des Pouvoirs publics et de M. le ministre de l'hygiène, en particulier, sur l'inopportunité et le danger de la création de diplômes para-médicaux qui, conférant à de simples auxiliaires des médecins une autorité scientifique apparente, sont de nature à tromper le public et à lui nuire.

II

Contre la récente proposition fiscale de la commission des finances concernant les professions libérales.

Le Syndicat des médecins de la Seine,

Emu d'un vote récent de la Commission des Finances,

Proteste énergiquement contre la suspicion jetée sur l'ensemble des médecins qui n'ont jamais cherché à éluder l'obligation de payer tous leurs impôts,

Proteste contre le système préconisé de carnet du médecin contrôlé par un fonctionnaire sur d'autres carnets de clients, pour les raisons suivantes :

1° Ce système aboutirait fatalement, quelles que soient les précautions prises, à la violation du secret médical qui est la base de notre charte et la sauvegarde des malades ;

2° Il ne tarderait pas à développer l'esprit de dénonciation qui est considéré en France, avec raison, comme le plus bas de l'espèce humaine ; il aboutirait rapidement à des dénonciations calomnieuses dont le

médecin le plus intègre ne sortirait pas sain et sauf ;

3° Il nuirait conséquemment à la considération du médecin qui lui est indispensable pour remplir le rôle si important qu'il joue auprès des malades ;

4° Il assimilerait finalement la profession médicale à une profession commerciale, ce qui est contraire à la loi.

***

Le Syndicat des médecins de la Seine

Emet auprès des Pouvoirs publics le vœu que l'heure d'été soit établie en 1923 et qu'une loi soit promulguée pour l'adoption définitive de cette heure si favorable aux Finances et à la santé publique.

Fédération des Syndicats Médicaux du Finistère

(14 *janvier* 1923)

Assistance médicale gratuite, médicaments.

M. le Préfet ayant émis le vœu que la Fédération étudiât les moyens de réduire les dépenses de pharmacie, M. Guias expose que le procédé consistant à prohiber tel ou tel médicament plus coûteux serait impratique. Il croit préférable le procédé adopté en Ille-et-Vilaine, et qui donne satisfaction, consistant surtout à réduire les quantités de médicaments par ordonnance.

L'Assemblée se rangeant à son avis, charge MM. Damey, Dupouy et Guias (qui sont d'ailleurs membres de la commission de vérification des mémoires d'assistance) de préparer un projet analogue à celui d'Ille-et-Vilaine.

Cette commission, à laquelle fut adjoint M. Le Moal, pharmacien à Quimper, s'est réunie à la préfecture et a établi le projet ci-annexé *in fine*.

Puis, l'on s'occupe d'établir les statuts de la Fédération.

Lecture de projets présentés par MM. les docteurs Marchais et Damey ; celui de M. Marchais est adopté avec quelques modifications émanant de celui de M. Damey.

Ces statuts publiés ci-après ont été soumis depuis lors à l'examen de M. Alizon, avocat, et légèrement retouchés. Ils seront déposés selon la loi.

On étudie tout de suite quelques questions d'intérêt inter-syndical.

Pupilles de la Nation

M. Chauvel expose que le travail en cours de répartition des circonscriptions ne restera pas stérile et que la préfecture est disposée à tenir compte de nos décisions. Les communes de Guerlesquin et de Huelgoat provoquant un litige à cause de leur égale distance de Scrignac, la Fédération, saisie de la difficulté, décide que les pupilles de Scrignac seront répartis entre les deux postes équidistants.

Vérification des distances kilométriques

Sur proposition de M. Marchais, le secrétaire a écrit à M. le préfet, en vue d'obtenir la révision des distances kilométriques officielles pour l'assistance médicale, en raison d'erreurs parfois assez fortes, des tableaux actuels.

Les Syndicats devront donc recevoir les réclamations des médecins à ce sujet.

Assistance médicale gratuite dans les Côtes-du-Nord.

La Fédération apprenant que les confrères des Côtes-du-Nord sont en conflit avec l'administration au sujet de l'A. M. G., le secrétaire est chargé de se renseigner auprès du docteur Baudot, président du Syndicat de Guingamp. Les renseignements reçus ont été transmis aux syndicats de Morlaix et de Châteaulin, intéressés.

Accidents du travail agricole.

En raison de l'élaboration en cours de la loi sur les accidents agricoles, la Fédération apprenant les intentions prêtées au ministère de l'agriculture d'élaborer un tarif médical en dehors des médecins, met en garde les confrères. L'Union s'occupe de la question, mais on décide déjà de lutter contre la création de « catégories », d'autant moins indiquées que cette loi intéressera surtout les médecins de campagne.

Assemblée générale de l'Union.

L'Assemblée propose que le Finistère soit représenté aux Assemblées générales par deux délégués, l'un pour le Nord, l'autre pour le Sud, par exemple.

Demi-assistance médicale.

La Fédération constate que cette innovation déplait à tous les syndicats, tant par sa nature qu'en raison de la manière dont elle a été instaurée.

On décide de protester à nouveau à la préfecture.

Il a été répondu au docteur Chauvel que cette organisation ne devait fonctionner que de façon transitoire, et avait surtout pour but de faciliter une réduction considérable des inscriptions de l'A. M. G.

Nota. — Le docteur Damey a adressé, depuis lors, un petit article au *Concours médical*, et l'a communiqué à l'Union et aux Syndicats fédérés, exposant, en résumé, que les demi-assistés n'étant, par définition, pas indigents, les médecins devraient leur appliquer le tarif minimum de clientèle, et non un tarif réduit comme celui de l'A. M. G., *réduit généralement parce que destiné à des indigents*. Pourquoi les médecins *seuls* subiraient-ils une réduction de tarif au sujet des demi-assistés ?

M. le docteur Marchais, à ce propos, pense que la préfecture aura certainement à fournir un rapport sur les résultats de l'expérience actuelle et qu'il serait

bon que la Fédération présentât un contre-rapport après consultation des Syndicats.

Il est donc nécessaire que ceux-ci étudient la question, par exemple au point de vue :

Opportunité de la création de la demi-assistance ;

Appréciations sur la catégorisation faite par les mairies.

Répercussions : 1° sur les assistés ; 2° sur les médecins ; 3° sur l'administration.

Conclusions du Syndicat, etc...

Communiquer les réponses au secrétaire le plus tôt possible.

Circonscriptions vaccinales.

Le secrétaire a transmis à M. le préfet une demande tendant à la refonte de la répartition des vaccinateurs, celle-ci n'étant plus du tout en accord avec la répartition des médecins.

Lutte contre le cancer.

M. le docteur Marchais a communiqué aux Syndicats fédérés une note au sujet du cancer, les priant, suivant la suggestion du ministre de l'hygiène, de faire une enquête à ce sujet.

Rechercher :

1° Le nombre de cas de cancer observés ;

2° Ses formes et localisations les plus fréquentes ;

3° Sa répartition géographique, et sa fréquence plus remarquable en certaines maisons, localités régions...

Note. — MM. les secrétaires des Syndicats sont priés d'établir et d'adresser au secrétaire de la Fédération les listes de tous les médecins : 1° syndiqués ; 2° non syndiqués de leur ressort, et ensuite de vouloir bien tenir ces listes à jour.

Statuts.

I. — Les syndicats médicaux du département sont réunis en un groupement qui prend le nom de « Fédération des Syndicats médicaux du Finistère ».

II. — La Fédération a pour but de coordonner les décisions des Syndicats et de les représenter dans toutes les circonstances où l'intérêt de l'ensemble des médecins du département est en cause, notamment dans les pourparlers avec les autorités, administrations ou collectivités. Un syndicat devra donc toujours attendre la décision commune avant d'agir pour toute question d'intérêt général.

III. — Les Syndicats conservent leur autonomie, mais la Fédération a qualité pour leur faire des propositions tendant à assurer l'uniformité de doctrine dans le département.

IV. — La Fédération joue, en outre, le rôle de conseil de famille inter-syndical.

V. — Tous les syndicats sont représentés à la Fédération par un nombre égal de délégués (3), munis de pouvoirs réguliers émanant de leurs assemblées générales respectives. Ils sont renouvelables tous les 2 ans à partir de janvier 1923.

VI. — Les votes de la Fédération ont lieu par syndicat, chacun d'entre eux ayant droit à une voix, celle du membre désigné par sa délégation.

VII. — Pour qu'un vote de la Fédération soit valable et engage les syndicats affiliés, l'unanimité est nécessaire. En cas de partage des voix, les syndicats sont appelés à délibérer à nouveau, dans un délai fixé par la majorité des délégués.

Au cas où malgré cela l'unanimité ne serait pas obtenue (plusieurs solutions paraissant également admissibles), l'affirmation d'une action concertée n'en devenant que plus nécessaire, ce sera la Fédération qui devra, néanmoins, notifier les décisions prises.

VIII. — La Fédération nomme pour deux ans son bureau composé d'un président, d'un vice-président, et d'un secrétaire-trésorier chargé d'adresser convocations et délibérations aux intéressés (syndicats et administrations mises en cause). Les frais de secrétariat sont supportés également par tous les syndicats.

IX. — La Fédération se réunit au moins une fois par an et chaque fois que l'intérêt général l'exige.

XI. — Quand une délibération intéressera une administration ou collectivité, le bureau sera chargé d'entrer en relations avec elle, et de soutenir les intérêts qui lui sont confiés. Il transmettra dans le plus bref délai possible le résultat de sa mission aux présidents des syndicats adhérents.

XII. — Si un ou plusieurs syndicats se retirent de la Fédération, celle-ci continuera à fonctionner avec toutes ses attributions pourvu qu'elle représente la majorité des médecins syndiqués du département.

XIII. — La Fédération se mettra en relations avec les organisations similaires des départements limitrophes et leur fera connaître le résultat de son action, à charge de réciprocité.

XIV. — La dissolution de la Fédération ne peut être prononcée que par une assemblée générale de tous les médecins fédérés, spécialement convoqués à cet effet. La décision est prise à la majorité absolue, pourvu que la moitié au moins des membres convoqués soient présents. Si ce quorum n'est pas atteint la décision ne peut-être prise qu'à la majorité des deux tiers des voix.

La répartition des fonds se fera entre les syndicats fédérés.

Dr Damey.

DÉPARTEMENT DU FINISTÈRE

Assistance médicale gratuite

Projet de prescriptions générales concernant le service pharmaceutique

1° Le tarif pharmaceutique appliqué dans le département du Finistère est le « tarif de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine (avec ses bulletins de variations »).

Les pharmaciens se procureront directement ce tarif qui ne leur sera pas fourni par les soins de l'administration départementale.

2° Règles à observer rigoureusement par MM. les médecins et pharmaciens en ce qui concerne la prescription et la délivrance des médicaments.

a) Les médicaments suivants, quoique inscrits au tarif indiqué ci-dessus, sont prohibés d'une manière absolue ; prescrits et délivrés, ils ne seront pas payés.

Eau de Botot, eau de Cologne et produits du même ordre.

Eaux minérales naturelles.

Elixir de Garus, pepsine, kola, coca, etc...

Granulés divers (glycérophosphate de chaux, kola, etc...).

Pâtes de guimauve, jujube et autres.

Sirops prescrits isolément par agrément (groseilles, orgeat, etc.).

Sirops comme édulcorants de tisanes ou comme véhicules de médicaments, si ces sirops ne sont pas inscrits au Codex.

Spécialités pharmaceutiques, et médicaments spécialisés.

Vins médicamenteux quels qu'ils soient, sauf ceux de Trousseau et de la Charité.

Vins de madère, malaga, grenache, etc..., rhum et cognac, tous les plasmas.

b) L'indemnité pour service de nuit ne sera payée que si le médecin a écrit lui-même sur l'ordonnance la mention « service de nuit » en indiquant l'heure.

c) Il ne sera délivré de thermomètres médicaux sous aucun prétexte.

d) Tous les ans, le prix de l'alcool sera fixé et communiqué aux pharmaciens ; la dose à ordonner ne pourra dépasser cinquante grammes, pour l'alcool ordinaire et cent vingt-cinq grammes pour l'alcool dénaturé.

e) Les médicaments dont les noms suivent ne pourront être délivrés en aucun cas à des doses supérieures à celles indiqués ci-dessous :

Alcool éthylique	50 gr.
Alcool méthylique	125 gr.
Alcoolats	125 gr.
Amidon	125 gr.
Baume tranquille	50 gr.
Cachets médicamenteux	n° 30.
Capsules	n° 50.
Cigarettes médicinales	n° 20
Crésyline	500 gr.
Dragées	n° 50.
Dragées de santonine	n° 10.
Eau oxygénée	250 gr.
Farine de lin	1.000 gr.
Farine de moutarde	250 gr.
Glycérine	100 gr.
Lactose	250 gr.
Paquets	n° 50.
Pastilles et tablettes	n° 30
Pastilles de santonine	n° 10
Pilules	n° 60
Pommades	60 gr.
Pommade d'Helmerich	500 gr.
Sirops non désignés ci-après	1/2 litre.

Et isolément :

Sirop de codéine	100 gr.
Sirop de morphine	100 gr.
Sirop d'éther	100 gr.
Sirop d'ipéca	100 gr.
Sirop de térébenthine	100 gr.
Suppositoires	n° 12.
Teinture d'iode	30 gr.
Tilleul	60 gr.
Vaseline	60 gr.
Tubes caoutchouc pour douches	1 m. 50
Coton hydrophile ou cardé	250 gr.

f) Les ordonnances ne devront pas contenir plus de trois préparations.

g) Les bouteilles, les vases et les boites ne seront pas comptés aux pharmaciens.

La Médecine de Caisse en Alsace.

CIRCULAIRE SYNDICALE N° 59

Compte rendu de la séance de la commission devant étudier la base sur laquelle doit se faire le contrôle des ordonnances.

Les questions suivantes se posaient :

a) Un médecin peut-il attirer le client par la manière de prescrire ? Si oui, au détriment de qui ?

b) Les préparations pharmaceutiques prescrites dans ce but sont-elles absolument nécessaires pour le bien du malade, ou peuvent-elles, sans préjudice pour ce dernier, être défendues ?

c) Comment prévenir l'abus ?

a) Il y a eu ces derniers temps des plaintes multiples de la part de confrères et de caisses, disant que certains médecins, malgré la défense formulée dans la circulaire du 12-10-20, continuent à prescrire des préparations pharmaceutiques reconnues aptes à allécher la clientèle. Il s'agit avant tout, d'une part des bonbons, d'autre part des fameux élixirs et liqueurs de fer à base d'alcool. La révision des ordonnances nous montre qu'en effet, sur 32 confrères dont les ordonnances ont été contrôlées, à peu près 5 s'obstinent à continuer de prescrire les liqueurs, malgré la défense (2 de temps en temps, mais assez rarement, 2 plus souvent, 1 régulièrement). Pour ce dernier un relevé exact a été fait, qui nous montre clairement que la manière de prescrire (et notamment des liqueurs f.) est apte à influencer la clientèle de caisses

en faveur de celui qui en prescrit beaucoup, souvent et selon le désir du client. Il va sans dire que cette manière de prescrire n'est pas économique, que les caisses s'en plaignent avec raison, et que le jour où il s'agira de faire de nouveaux contrats avec les caisses, celles-ci auront une arme contre nous, si nous ne nous décidons pas unanimement à faire notre possible pour faire descendre la moyenne de l'ordonnance.

Car, c'est un fait, qu'à la suite de la circulaire du 12-10-20, la moyenne de l'ordonnance a baissé sur toute la ligne, *malgré la hausse* des produits pharmaceutiques. Ces derniers temps, les produits pharmaceutiques ont considérablement baissé, et malgré cela, la moyenne de l'ordonnance n'a très souvent non seulement pas baissé, mais elle a même haussé. Les caisses de malades sont donc lésées par la relâche de notre discipline.

Mais du moment qu'il est avéré qu'un médecin, en prescrivant des produits d'appât, attire le client, il va sans dire qu'il lèse tous les confrères qui suivent correctement les prescriptions des circulaires. Cela constitue une grave injustice, contre laquelle il faut protester avec énergie.

b) Les liqueurs f. sont-elles nécessaires pour le bien du malade ? quelle est leur composition ?

Par exemple *la liqueur f. mangan. pept.*

Pept. de f. sucré liquid.			300
Oxyde de manganèse	»	»	50
Alcool			100
Différentes teintures			quelq. gram.

Il nous semble que l'apport de l'alcool est tout à fait inutile, vu que nos ouvriers en consomment déjà assez. Mais c'est précisément la base alcoolique qui allèche le malade, leurré par le stimulant passager de l'alcool. En outre, la plupart consomment les liqueurs f. comme apéritifs *avant* les repas, ce qui amène souvent des troubles gastriques, auxquels il faut de nouveau remédier en deuxième ligne.

L'objection de certains confrères qu'ils ne peuvent pas se passer des liqueurs f. à cause de leur effet suggestif, est sans valeur, car d'abord, ils n'ont jamais fait l'essai sérieux de s'en passer et de faire à leur place de la suggestion verbale ; ensuite il y a l'expérience du grand nombre des confrères, lesquels se sont abstenus pendant de longues années de la prescription des liqueurs de fer, et cela certainement sans préjudice pour l'état sanitaire de leurs malades. Or, si la majorité des confrères peut travailler sans l'effet suggestif des liqueurs f., ce serait vraiment un triste témoignage pour la minorité, si elle n'en était pas capable également.

Enfin, l'objection que les clients ne prennent pas les autres ferrugineux (teintures, pilules, etc.) et qu'on les prescrit en pure perte sous cette forme, n'est pas plus fondée. Les personnes qui, sans être malades, ne viennent chez le médecin que pour avoir le « Gläsle », qui sert ensuite d'apéritif à toute la famille, n'en ont pas besoin et ne reviendront plus une seconde fois pour rechercher des gouttes ou des pilules. Ceux qui sont véritablement souffrants prendront les gouttes et les pilules, surtout si après un examen sérieux (le meilleur effet suggestif), le médecin a su acquérir la confiance du client, et si ce dernier sait une fois pour toutes qu'il ne reçoit pas non plus le « Gläsle » *chez le concurrent.* Tant pis pour ceux qui, néanmoins, ne prennent pas le médicament prescrit (ils sont d'ailleurs rares, quand ils sont véritablement malades).

Il en est naturellement de même pour d'autres préparations, telles que les nombreux bonbons ; notamment les pastilles W., lesquelles, sans effet thérapeutique prouvé, ne servent, d'après le dire des directeurs de fabrique, que de passe-temps pendant les heures de travail ; une ouvrière après l'autre est déléguée à tour de rôle chez le médecin pour chercher la boîte de pastilles, qui circule ensuite dans l'atelier. Il est certain que beaucoup de gastrites aiguës sont dues à l'abus de pastilles à l'ammoniaque, à l'eucalyptus, etc., absorbées sans raison dans le courant de la journée. Là encore, les ouvriers savent très bien chez quel médecin ils peuvent avoir sans difficulté la boîte de bonbons, et le contrôle des ordonnances a donné des indications très nettes à ce sujet.

Conclusions : 1° Les produits pharmaceutiques d'appât, tels que liqueurs et élixirs ferrugineux, vins toniques, bonbons, etc. n'ont pas d'action thérapeutique supérieure aux produits simples.

2° Il est avéré que certains confrères abusent de ces produits pour attirer la clientèle ;

3° Il est certain que les autres confrères sont lésés par cette manière d'agir et cela doublement : d'abord personnellement par la concurrence déloyale de la part des confrères qui attirent par des moyens illicites la clientèle, et ensuite dans la totalité du Syndicat qui, n'offrant pas une base solide et loyale quant à l'application de promesses formelles faites aux caisses concernant le point si important de la prescription économique, est discrédité dans les yeux de ces dernières, ce qui pourra avoir des conséquences fâcheuses lors de l'élaboration de nouveaux contrats.

c) Commet éviter les abus ?

La commission est d'avis qu'il n'y a qu'un moyen pour éviter l'abus, c'est la défense absolue de prescrire les préparations en question, et l'application de sanctions en cas de non-observation.

Suit le statut et les sanctions votés par l'assemblée générale du 24 juin, et qui ont été envoyés à tous les confrères.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Le XXXVIe Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie aura lieu à Strasbourg le lundi 11 juin et jours suivants.

Un rapport sur « la médication sous-conjonctivale » sera présenté par le docteur Van Lint (de Bruxelles).

A l'occasion des fêtes du centenaire de Pasteur, les compagnies de chemin de fer français accorderont aux Congressistes une réduction de 50 %.

Des visites aux hôpitaux et à l'Exposition d'hygiène, des excursions à Colmar, dans les Vosges et à Sainte-Odile, seront organisées à partir du samedi 9 juin.

Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur René Onfray, secrétaire général de la Société Française d'Ophtalmologie, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris VIIe.

— **Voyages médicaux.** — Ainsi que nous l'avons annoncé antérieurement, *Bruxelles médical* organise d'ici Pâques trois voyages « auto-circuits » : l'*Algérie viâ Tunis* ; la *Tunisie seule* ; l'*Algérie et la Tunisie au complet*. Ces voyages sont accessibles aux médecins, à leur famille, aux étudiants en médecine. Des prix de faveur, comportant une grosse réduction, sont consentis. Nous les indiquerons par lettre privée. Nous prions instamment les amateurs de nous faire savoir dès maintenant les dates approximatives qui ont leur préférence, de façon à organiser nos départs au mieux des desiderata de chacun. Les auto-cars sont de dix personnes.

Nous donnons aujourd'hui le calendrier du premier circuit :

Circuit I. — L'Algérie via Tunis.

Premier jour. — Départ de Marseille à 15 heures.

Deuxième jour. — En mer.

Troisième jour. — Arrivée à Tunis le matin.

Quatrième jour. — Séjour à Tunis. Excursion à Carthage. Visite du Bardo.

Cinquième jour. — Tunis. Les Chênes. Déjeûner à Teboursouk. Visite des ruines de Dougga.

Sixième jour. — Les Chênes. Bone. Départ le matin. Déjeûner à Bône.

Septième jour. — Séjour à Bône. Visite aux ruines d'Hippone.

Huitième jour. — Bône. Constantine. Déjeûner à Hammam-Meskoutine. Visite de l'établissement thermal.

Neuvième jour. — Séjour à Constantine. Visite de la ville et des gorges du Rummel.

Dixième jour. — Constantine. Batna. Départ de Constantine après déjeûner. Arrivée à Batna pour dîner.

Onzième jour. — Séjour à Batna. Dans la matinée, excursion aux ruines de Timgad et de Lambèse. Déjeûner à Batna. Départ de Batna, . Arrivée à Biskra pour dîner.

Douzième jour. — Séjour à Biskra.

Treizième jour. — Séjour à Biskra. Excursion à Sidi-Okba.

Quatorzième jour. — Séjour à Biskra. Excursion aux dunes.

Quinzième jour. — Biskra-Constantine. Déjeûner à Batna.

Seizième jour. — Constantine-Bougie par les gorges du Chabet-El-Akra. Déjeûner à Sétif.

Dix-septième jour. — Séjour à Bougie. Excursion à la grotte merveilleuse de Mansouriah.

Dix-huitième jour. — Bougie-Michelet. Déjeûner à Yacourene.

Dix-neuvième jour. — Séjour à Michelet. Visite à mulet d'un village kabyle.

Vingtième jour. — Michelet-Alger. Déjeûner à Tizi-Ouzou.

Vingt et unième jour. — Séjour à Alger. Thé à la Bouzareah.

Vingt-deuxième jour. — Embarquement pour Marseille à 12 heures.

Vingt-troisième jour. — Arrivée à Marseille vers 17 heures.

Les calendriers des deux autres circuits seront publiés dans nos prochains numéros.

Renseignements : Dr Bernard, 176, chaussée d'Etterbeek, Bruxelles.

— **Asiles publics d'aliénés.** — Un concours pour cinq places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'infirmerie spéciale des aliénés près la préfecture de police, s'ouvrira à Paris, le lundi 9 avril 1923. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la préfecture de la Seine (service du département, 2e bureau, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h., et de 14 à 17 h., du 5 au 24 mars 1923.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins l'administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

— **Congrès international d'urbanisme et d'hygiène municipale** (*Strasbourg*, 15, 16, 17, *et* 18 *juillet* 1923). — Section I. Législation : Où en est la législation urbaniste en France et à l'Etranger ; règlements ; enseignement de l'urbanisme ; propagande. — Section II. Plans de villes : Plans d'aménagement et d'extension des villes ; esthétique urbaine ; lotissements ; cités-jardins ; promenades ; parcs et terrains de jeux ; jardins ouvriers ; levers de plans de villes. — Section III. Hygiène urbaine. Adduction et stérilisation des eaux ; construction et entretien des rues ; assainissements ; nettoiement ; ordures ménagères ; transports en commun. — Section IV. L'habitation : Crise du logement ; reprise de la construction ; mesures d'avenir ; hygiène de l'habitation ; assainissement des logements insalubres.

Journées du Congrès : dimanche 15 juillet, visite de l'exposition ; le soir, dîner amical permettant aux Congressistes de faire connaissance. — Jeudi 16 juillet, 9 heures : inauguration du Congrès, discours, directives générales ; 10 heures : ouverture des travaux par sections. Lecture et discussion des rapports. Déjeuner ; 2 h. 1/2 : reprise des travaux ; 7 h. 1/2 : dîner. — Mardi 17 juillet : 10 heures : réunion plénière. Mise aux voix des vœux. Déjeuner. L'après-midi visite dans la ville et aux environs. Œuvres municipales de Strasbourg. Banquet. — Mercredi 18 juillet : visite à Mulhouse. Cités ouvrières Dollfus. Cités-jardins des mines de potasse. Retour par Belfort.

Ce programme sera complété.

Toute la correspondance doit être adressée à M. Albert Parenty, 10, rue Lavoisier, Paris, tél. : Gutenberg 21-45.

Le Directeur Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
Thiron et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

jusqu'à lui prendre intégralement les 5.000 fr. de surplus. Il lui prend seulement, du chef des impôts sur les revenus, 6 % de 3.000 fr., ou 180 fr., lui laissant, pour vivre. 8.720 fr.

Un industriel ou un commerçant sans fortune n'a droit, sur ses bénéfices professionnels, qu'à une exonération à la base de 1.500 fr., au lieu de 4.000 et le taux de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux est de 8 %, au lieu de 6 %.

Application du Tarif Breton

I

Une petite rectification

En lisant mes réponses dans le *Concours* du 18 février 1923, au sujet d'une question : « Pansements, amputation partielle d'un doigt », j'en vois une qui, sur un point de détail, n'est pas exacte. Ayant recours à mes archives manuscrites, je m'aperçois qu'il y a eu interpolation et confusion, en recopiant mes notes, entre deux réponses voisines, analogues, mais non identiques.

Donc, dans cette réponse, page 582, il y a lieu de remplacer les 4 premières lignes : « Les pansements sont compris ... » par celles-ci : « On ne compte pas deux pansements pour une même main, mais un pansement *simple* (soit le prix d'une visite ou consultation) quand les plaies sont superficielles — ou « pansements multiples (15 francs) quand les plaies sont profondes, ce qui est le cas pour vos premiers pansements... » La suite de la réponse : « Mais vous avez à compter ......», reste sans changement.

Dr F. DECOURT.

II

Corps étranger

La Compagnie d'assurances l'A. avec qui je suis en différend au sujet d'une note d'honoraires, me suggère de vous soumettre le cas.

Voici de quoi il s'agit. J'ai opéré le 25 octobre dernier, à la demande d'un de mes confrères, le Dr F., une jeune fille qui, au cours de son travail, s'était enfoncé un fragment d'aiguille à reprises dans le mollet gauche. Une première localisation radiologique a montré le corps étranger très profond, à plus de 3 cm. un peu en dedans des vaisseaux, presque contre le tibia. La blessée souffrait beaucoup et j'ai dû intervenir. Connaissant par expérience, la difficulté de ces recherches de corps étrangers profonds et placés dans des voisinages dangereux, j'ai prié un de nos confrères radiologues, le Dr B. de nous prêter son assistance et j'ai pu extraire sous l'écran, et après plusieurs examens aux rayons X, ce fragment d'aiguille. Je me suis d'ailleurs félicité d'avoir ainsi pratiqué, car je l'aurais infailliblement raté sans guide

des rayons, à moins de tout sectionner en travers, muscles, tendons, vaisseaux et nerfs ! J'avais fait bien entendu une anesthésie *régionale* et le Dr F. me prêtait son aide. Les suites opératoires ont d'ailleurs été normales et la réunion s'est faite *per primam*. Dans mon ingénuité, j'ai donc envoyé ma note à l'assurance, ainsi conçue :

Extraction d'un corps étranger profond ayant nécessité la localisation radiologique...............	300 fr.
Anesthésie régionale	50 »
Aide	50 »
	400 fr.

A ma grande surprise, la Compagnie d'assurances m'a répondu qu'elle estimait ne pas devoir payer et m'offre 50 fr. pour l'opération en déclarant que ce corps étranger ne nécessitait pas la localisation radiologique ! ! ! Je me demande avec effarement à partir de quel moment la localisation radiologique sera nécessaire. Et, de plus, il faudrait s'entendre au sujet de *localisation radiologique*. Est-ce avant l'opération ? Est-ce l'opération sous écran ? Le texte là n'est pas clair, mais je persiste à soutenir que vouloir chercher une aiguille profonde dans le mollet, au voisinage des vaisseaux, sans opérer sous l'écran, c'est vouloir la manquer ou faire des délabrements considérables, à moins d'une chance sur laquelle il ne faut pas compter. D'ailleurs, le fin mot est ailleurs : a tactique de l'A. est celle-ci : susciter des ennuis aux chirurgiens pour que les patrons fassent pression sur leurs ouvriers afin que les traumatisés aillent chez le médecin de choix de l'assurance, lié par un contrat, ce qui est une façon élégante de tourner le tarif Breton. Aussi, avant d'engager une action judiciaire contre le patron de mon opérée, j'ai désiré, sur le conseil même de l'assurance, avoir votre avis. Je vous serais extrêmement reconnaissant de me le faire savoir et en vous remerciant d'avance, etc.

Dr J.

Réponse.

D'après les indications que vous donnez, il apparaît que vous avez eu affaire à un corps étranger assez profond, *relativement*, et pour lequel était nécessaire la recherche sous radio. Auquel cas, la somme de 50 fr. est nettement insuffisante pour la technique opératoire. D'autre part, d'après la discussion qui eut lieu à la sous-commission, lors de l'établissement du tarif, il fut convenu (je l'ai déjà rappelé dans mes réponses) qu'on ne considèrerait le tarif de 300 fr. que pour les corps étrangers situés dans des régions dangereuses à manier, ce qui n'est pas le cas du mollet. Ce ne fut même qu'à cette condition que je pus faire accepter cette tarification. Bref, votre cas me paraît être intermédiaire et je propose (comme je l'ai déjà fait avec succès en cas analogue) une tarification amiable, également intermédiaire : 150 fr. + radioscopie (50 fr.), +

l'aide-médecin (50 fr.), chargé de l'anesthésie régionale et aide opératoire, soit en tout : 150 + 50 + 50 = 250 fr.

Je ne cherche pas ainsi, je vous prie de le croire, à faire une cote mal taillée pour satisfaire tout le monde et son père. Je propose, vu les *faits*, (c'est-à-dire 1o votre intervention ; 2o la discussion à la sous-commission), ce qui me paraît être là logique et l'équité.

Dr F. DECOURT.

III

Brûlures.

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me dire combien je dois tarifer, pour un accidenté du travail à qui je fais, à chaque consultation, pansement de brûlures multiples, superficielles, aux *deux* jambes. J'ai porté sur le certificat d'origine « brûlures étendues et superficielles à la face postérieure des deux jambes ».

Dr B.

Réponse.

Deux moyennes brûlures à 15 fr., soit 30 fr. par séance, durant les premiers jours. Puis : 10 + 10 = 20 fr. d'après « les progrès de la cicatrisation » comme il est dit dans les avis de l'arr. ministér. du 28/6/1921.

Dr F. DECOURT.

IV

Pansements multiples.

Permettez-moi de vous demander un conseil à propos du cas suivant :

Un détonateur explose dans la main gauche d'un ouvrier, arrachant le pouce, la moitié des muscles de l'éminence thénar, l'index à sa base et les 2/3 du médius.

J'appelle un confrère, chirurgien, qui épluche, régularise, mais ne peut suturer. La réunion a dû se faire par seconde intention.

J'ai pansé assez longtemps les trois plaies ; celles du médius d'abord, puis de l'index se sont cicatrisées : en dernier lieu celle du pouce. Un seul pansement les enveloppait, il va de soi.

Puis-je demander 15 fr. par pansement tant que j'ai traité les 3 plaies, et 8 fr. dès que l'une fut guérie, ou n'ai-je droit qu'à 8 fr. du début à la fin ?

Dr H.

Réponse.

Ce sont là, dans les commencements, des pansements multiples sur un même segment de membre, etc., à 15 fr. (art. 17).

Dr F. DECOURT.

Application du Tarif Maginot

I

Divers.

J'ai recours à votre inépuisable obligeance pour vous demander la marche à suivre pour le recouvrement des honoraires dus pour soins et consultations aux victimes de la guerre (titulaires de livrets) :

1° Faut-il faire une note détaillée des pansements, injections, ventouses, massages, etc., avec les dates de leur application, ou le montant global commun pour les ordonnances ?

2° La consultation doit-elle être comptée en plus du traitement ?

3° Existe-t-il un délai pour présenter les notes d'honoraires ?

Malgré mes recherches dans le *Concours*, je n'ai rien trouvé à ce sujet.

Dr D.

Réponse.

1° Les pansements, injections hypodermiques, ventouses, massages, etc., sont *compris* dans les prix de la visite ou de la consultation (art. 60). Il n'y a donc pas d'intérêt à les spécifier.

2° Jamais de cumul, de même que dans le tarif Breton.

3° Voir art. 53 : « Les notes d'honoraires..... doivent être envoyées dans les 15 jours qui suivent la fin de chaque trimestre. En principe, du moins, ce me semble.

Dr F. DECOURT.

II

Cumul

Je viens encore vous importuner :

Le prix de la visite ou de la consultation est-il compris, dans le décret-tarif du 25 octobre 1922, dans le prix de l'intervention.

Exemple. — Je fais une visite à P., j'ouvre un abcès superficiel, est-ce, dans une petite campagne, 20 fr. ou 26 fr. que je dois compter ?

L'art. 69 semble dire qu'il faut compter 26. Mais l'art. 72 parle de tarif de l'opération et des visites et consultations consécutives à cet acte. Ce n'est pas clair, il semble passer sous silence le prix de la visite à l'occasion de l'opération. Des médecins interprètent dans les deux sens. Quel est l'esprit de la commission qui a confectionné le tarif ?

Dr D.

Réponse.

Pas de cumul dans le tarif des pensionnés, pas plus que dans le tarif Breton. L'art. 69 dit qu'il faut compter non pas 26 fr. (comme vous le faites), mais bien six francs (3e cat.), quand il s'agit des « petites interventions » prévues à l'art. 60. L'art. 72 dit, par prétérition, que les visites concomitantes sont comprises dans l'acte opéra-

toire (donc non payables en plus), puisqu'il est uniquement fait pour dire que les visites consécutives, au contraire, n'y sont pas comprises. J'ai déjà répondu, en détail, à ce sujet, en rappelant ce qui se passa à la Commission qui interdit tout cumul.

Dr F. DECOURT.

JURISPRUDENCE

IMPOTS GÉNÉRAL ET CÉDULAIRES SUR LES REVENUS. — BÉNÉFICES INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX. — PROFESSION LIBÉRALE. — MÉDECIN DIRIGEANT UNE MAISON DE SANTÉ. — IMPOT NON EXIGIBLE.

CONSEIL DE PRÉFECTURE DE LA SEINE

5 décembre 1922.

(*Gazette du Palais*, 12 janvier 1923).

L'impôt sur le revenu établi par l'art. 2 de la loi du 31 juillet 1917, sur les bénéfices des professions commerciales et industrielles, n'est pas applicable au médecin aliéniste exploitant et dirigeant personnellement une maison de santé exclusivement réservée aux aliénés qui y sont hospitalisés moyennant une redevance globale variable avec le caractère de la maladie, le logement, la nourriture et l'importance des services.

La fourniture aux malades du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du service domestique n'est qu'une conséquence nécessaire du genre de traitement appliqué, et ne saurait, dès lors, changer le caractère de la profession exercée, ni être considérée isolément.

Le Conseil de préfecture,

Considérant qu'aux termes de l'art. 2 de la loi du 31 juillet 1917, il est établi un impôt annuel sur les bénéfices des professions commerciales et industrielles réalisés pendant l'année précédente, et qu'aux termes de l'art. 30 de la même loi les bénéfices des professions libérales, des charges et offices dont les titulaires n'ont pas la qualité de commerçants et de toutes occupations ou exploitations lucratives non soumises à un impôt spécial sur le revenu, sont assujettis à un impôt annuellement établi à raison du bénéfice net de l'année précédente ; que, d'ailleurs, d'après les art. 12 et 31 de la même loi encore en vigueur en 1918, l'impôt sur les bénéfices des professions commerciales et industrielles était établi d'après un taux de 4.50 % et l'impôt sur les bénéfices des professions libérales d'après un taux de 3,75 % ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction et notamment des avis et rapports des agents de l'Administration des contributions directes joints au dossier qu'au 1er janvier 1918, le docteur X..., médecin aliéniste, exploitait et dirigeait personnellement à Y..., une maison de santé placée sous le régime de la loi du 30

juin 1838 et exclusivement réservée aux aliénés hommes et femmes ; qu'il y hospitalisait les malades moyennant un prix de pension global, variant suivant le caractère de la maladie, la nourriture, le logement, l'importance du service de garde étant uniquement subordonnés à la nature de l'affection mentale et la rémunération des soins médicaux étant comprise dans le prix global de pension ;

Considérant que, d'après ce qui précède, la profession du sieur X..., consiste essentiellement à donner des soins à une certaine catégorie de malades, dans les conditions réputées les meilleures pour la guérison, c'est-à-dire par l'hospitalisation dans un établissement spécial, où ces malades jouissent du calme, du repos, du grand air et des soins divers indispensables à leur état ; que ces faits constituent l'exercice de la profession purement libérale de médecin aliéniste traitant les malades ; que, d'autre part, la fourniture aux malades du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du service domestique apparaît comme une conséquence nécessaire et d'ailleurs accessoire du genre de traitement appliqué, et ne saurait, dès lors, changer le caractère de la profession exercée ; que, dans ces circonstances, le sieur X.. ne peut être regardé comme exerçant exclusivement une profession commerciale, ni même comme exerçant simultanément deux professions distinctes, l'une libérale et l'autre commerciale, et que les bénéfices qu'il se propose de réaliser se rattachent, dans leur ensemble, à l'exercice de la profession de médecin traitant, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de ce qu'un certain nombre des actes rentrant dans l'exercice de cette profession seraient, si on les considérait isolément, identiques à ceux qu'accomplissent des personnes exerçant une profession purement commerciale ;

Considérant qu'il suit de là que le sieur X... a été indument assujetti, pour 1918, à Y... à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux et est fondé à demander décharge de cet impôt ;

Considérant que la réclamation étant reconnue fondée, il y a lieu d'ordonner le remboursement des frais de timbre ;

Arrête :

Il est accordé, pour 1918, au sieur X... décharge de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux auquel il a été assujetti à Y... ;

Restitution est accordée des frais de timbre liquidés à 1 franc.

Commentaires.

Dans le dernier numéro du *Concours médical* (page 663), nous avons publié une autre décision du Conseil de préfecture de la Seine, rendue le même jour et pour le même médecin, assujettissant celui-ci à payer l'impôt sur le chiffre d'affaires, alors que le jugement ci-dessus déclare que le docteur ne peut pas être considéré comme exerçant une profession commerciale, lorsqu'il soigne et héberge à la fois ses clients.

Cette contradiction nous semble basée sur ce fait que, dans le cas de l'impôt sur le revenu, le Conseil de préfecture a considéré la qualité professionnelle de l'imposable et, avec juste raison, il a déclaré que les frais de nourriture, de logement, etc., ne sont que l'accessoire du traitement médical. Certaines catégories de malades doivent être placées dans des conditions spéciales, pour que la cure soit effective. Il faut, à ces patients, un isolement complet, hors de leur famille et de leurs affaires ; il leur faut le calme, le grand air et une surveillance médicale de tous les instants.

Aussi, les frais d'entretien et de logement faisant corps avec les dépenses de traitement proprement dites, le Conseil de préfecture se refuse-t-il à faire, dans le même homme, pour établir l'assiette de son impôt sur le revenu, le départ de ce qui appartient à la profession libérale, de ce qui doit être mis à la charge de la profession commerciale. Par suite, les bénéfices réalisés par le médecin, dans l'exploitation de sa maison de santé, doivent-ils être considérés, dans leur ensemble, comme afférents à la profession médicale, sans qu'il y ait lieu de faire une discrimination quelconque, pour savoir si certains bénéfices proviennent de l'exploitation d'une industrie hôtelière.

Donc, vis-à-vis de l'impôt sur le revenu, le médecin exerce une profession qui, *in globo*, est considérée comme entièrement libérale.

Cette solution est conforme aux réponses faites par le ministre des finances aux questions posées, par des membres du Parlement, par l'intermédiaire du *Journal officiel* (question 12140 *Journ. off.* 8 mars 1922 ; *Concours médical*, 1922, page 991 ; 14634, *Journ. off.*, 9 novembre 1922 ; *Concours médical*, 1922, page 3848).

Cette dernière réponse, rendue dans le même sens que la décision ci-dessus du Conseil de préfecture de la Seine, fait néanmoins une distinction très justifiée avec le cas où le docteur en médecine, propriétaire ou exploitant la maison de santé, ne donne pas lui-même les soins aux malades, alors qu'il existe un ou plusieurs médecins traitants dans l'établissement et que le premier docteur borne son activité à l'exploitation administrative et commerciale de l'établissement.

Conclusion : l'esprit de la loi du 31 juillet 1917 a été parfaitement respecté, puisque, pour l'application de l'impôt sur le revenu, le médecin, exerçant la médecine, dans une maison de santé qu'il exploite lui-même, est catalogué dans les professions libérales (article 30) et non dans des professions commerciales (article 2).

Mais, dit le Conseil de préfecture de la Seine, il en est autrement, pour l'application de l'impôt sur le chiffre d'affaires. Ici, il faut faire abstrac-

tion de la personnalité de l'exploitant : que ce dernier exerce ou non une profession libérale, dit la décision du Conseil de préfecture de la Seine, il doit acquitter la taxe sur les affaires qu'il fait, abstraction faite de toute personnalité en cause.

Comme nous l'avons déclaré, dans notre précédent article, cette décision paraît en contradiction, tant avec le jugement du même tribunal, en ce qui concerne l'applicabilité de l'impôt sur le revenu, qu'avec les réponses écrites faites par le ministre des finances.

Attendons l'arrêt du Conseil d'Etat, devant lequel a été portée la décision du Conseil de préfecture de la Seine. Il serait, en effet, bien difficile, pour un docteur, directeur de maison de santé, de faire la part de ses honoraires médicaux, puis celle du traitement proprement dit des malades et enfin de l'entretien matériel de ceux-ci.

Signalons enfin un gros danger, si l'interprétation du Conseil de préfecture était maintenue par le Conseil d'Etat : que deviendrait, en l'occurrence, le principe du secret professionnel ?

Lorsqu'elles confient un malade, atteint d'une affection mentale, aux soins discrets d'une maison de santé, les familles veulent que le secret absolu soit conservé, tant dans leur intérêt collectif propre, que dans celui du malade lui-même, lorsque plus tard, guéri, il reprendra ses occupations.

Or, notre profession médicale, parce que libérale, est soustraite à l'obligation de tenir des livres de comptes, comme y sont assujetties les professions libérales.

Mais, si la taxe sur le chiffre d'affaires est applicable aux maisons de santé, il faudra production de livres, en vertu de l'article 32 de la loi du 31 juillet 1920. Le contrôleur des contributions, comme tous agents qualifiés du Trésor, auront droit de regard sur ces livres. Puis, en cas de contestations, ces mêmes livres seront soumis à l'appréciation de la juridiction compétente.

Que deviendra alors le fameux silence que nous imposent les familles ? Celles-ci n'auront-elles pas intérêt à placer leurs malades à l'étranger, dans des maisons plus discrètes ?

N'y aurait-il pas lieu de rappeler la fable « La poule aux œufs d'or » ? A force de vouloir rechercher de l'argent dans la poche des contribuables, ne risque-t-on pas, par une politique fiscale maladroite et mal informée, de tarir la source des revenus français, en apportant une gêne considérable dans les diverses sortes de manifestations de l'activité productrice de la nation ?

Dr Paul BOUDIN.

Le Foyer National des Médecins français

Le Foyer National des médecins français, en voie de création et d'organisation, sera avant tout un centre de réception pour les médecins français et pour les médecins étrangers. Il faut que le F. N. leur donne à tous l'impression d'être reçus par la France elle-même. Le Foyer National constituera un centre amical où tout médecin doit se trouver chez lui.

Au F. N. seront fournis tous les renseignements concernant les cours de la Faculté, les cliniques médicales et chirurgicales non seulement des hôpitaux mais encore des organisations particulières ; les laboratoires publics et privés ; les stations thermales, climatiques et balnéaires ; les maisons de fabricants d'appareils de médecine, de chirurgie, de laboratoires, d'hygiène, de prothèse ; les grandes firmes de nos produits pharmaceutiques.

Au Foyer National des médecins français, véritable centre scientifique, sera créée une bibliothèque pourvue de tous les journaux de médecine et de chirurgie français et étrangers et de toutes les nouveautés médicales.

Il faut que le Foyer National permette à tout praticien français ou étranger de pouvoir exposer dans un cours ou dans une conférence ses idées, ses travaux ou sa technique personnels. Nous aurons ainsi favorisé l'interéchange des idées par l'interéchange des conférenciers. Les projections cinématographiques devant être prévues dans l'organisation.

Le Foyer National des médecins français pourra devenir le siège des sociétés médicales qui y installeraient leurs bureaux, leurs salles de réunion. Les laboratoires, les fabricants d'instruments de chirurgie, nos stations thermales pourront y organiser des expositions.

Le Foyer National, en liaison directe avec l'Office National du tourisme, le Touring Club français, la Compagnie française du tourisme, les grands réseaux des chemins de fer, les compagnies de navigation, s'efforcera de faciliter les voyages de ses adhérents.

Le Foyer National n'entrevoit pas pour le moment la création d'un hôtel ou d'un restaurant. Il mettra en rapport ses adhérents avec hôtels, restaurants, pensions de famille de prix différents.

Le Foyer National devra être en relations constantes avec les sociétés similaires pouvant déjà exister et qui pourront un jour être abritées au F. N. tout en conservant leur autonomie.

La Commission d'études de ce projet sera très reconnaissante à tous ceux qui voudront la faire bénéficier de leurs suggestions.

Commission d'études : MM. Boucard, Dartigues, Decreton, Fassina, Forestier, Foucart, Helme, Kopp, Levassort, Molinéry, Noir, O'Followell, Thiéry, Vimont.

Dr Boudin, conseiller juridique ; M. Hardy architecte, conseiller technique.

(Adresser toute la correspondance : 5, rue de Surène, Paris.)



Quarante-cinquième année, N° 10 11 Mars 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs Folcher de Saint-Vaast-la-Hougue (Manche) ; Roos, de Coucouron (Ardèche), et X....., la somme de trente francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux du* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 106. — Jeune femme recommandée par docteur, cherche emploi secrétaire chez docteur, ou clinique ou laboratoire, bonne dactylo, brévigraphe très rapide.

N° 107. — Le Dr Ruyssen, à Haubourdin (Nord) recommande à ses confrères, ses volailles de race pure, hautement primées partout, poulettes en ponte, œufs à couver, reproducteurs, prix conf. rens. contre timbre.

N° 108. — Côte Atlantique, Stat. balnéaire, à céder 40.000 fr. moitié compt. poste méd. rapp. moy. 20.000 avec bicycl. seule. Pêche, chasse libre toute l'année sans permis, gibier mer et pas.

N° 109. — A vendre : bicyclette Peugeot, touriste, à peine roulé, état neuf ; roue Stepney 710 × 90.

N° 110. — Veuve docteur, bonne éducation, musicienne, 56 ans, ayant eu revers, cherche situation près personne souffrante ou délicate, lui donnerait soins, l'accompagnerait montagne ou station therm. Pressé.

N° 111. — A céder cause santé, dans chef-lieu canton, (Somme) bon poste méd. d'excell. rapport, on céderait cabinet et maison d'habitation. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 112. — Achèterais vitrine instruments sur pied, occasion. Pharmacie, 10, pl. de la Liberté, Toulon.

N° 113. — Jeune nourrice recommand. par docteur, allaitement lait de vache ou chèvre, surveillance bi-mensuelle.

N° 114. — Pension de famille pour convalescents, personnes âgées. Prix de 20 à 25 fr. par jour. Madame Lecomte, Val Fleuri, Jurançon (près Pau), (Basses-Pyr.)

N° 115. — Amilcar cond. intér. luxe parfait état, double éclairage, compteur, graissage, par técalomit, roulé un an, 70 kil. à l'heure. Prix 6.800. Dr Verdenal, Villeneuve-sur-Bellot (S.-et-M.).

N° 116. — A céder d'urgence en Normandie poste seul médecin petit rayon, rapp. 23.000 en augmentation, petit loyer, indemn. 5.500. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e.

N° 117. — Dans chef-lieu canton région riche, 140 kil. Paris, poste faisant 65.000, maison 9 pièces. S'adr. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris, 5e.

N° 118. — Docteur âge mûr désire occupations médicales ou para-médicales matinée ou après-midi, visiterait corps médical.

N° 119. — A céder : 1° batterie Gaiffe courant continu au bisulfate de carbure 32 couples avec millam père de précision 300 fr. ; 2° faradique Malaquin à intermitt. variable, 200 fr. ; 3° douche à air chaud Ruppalley à manivelle, 80 fr. ; 4° phonendoscope Bianchi, 20 fr. Docteur à Manduel (Gard).

Les migraines, les algies grippales et post-grippales si tenaces et si récidivantes, sont immédiatement soulagées par des doses myennes de **Pyréthane** (30 à 60 gouttes). L'action doit être prolongée de façon dégressive pendant 4 ou 5 jours après disparition des phénomènes douloureux.

Dans les formes fébriles il y a abaissement de température de 1° à 2°.

CORRESPONDANCE

L'ordre est nécessaire dans nos sociétés.

Je viens de recevoir votre rappel à l'ordre pour ma cotisation.

Si je ne vous ai pas payé, c'est que j'ai été malade depuis 2 mois. Je vais mieux depuis quelques jours et je vous enverrai sous peu un certificat du confrère qui m'a soigné.

Dans ces conditions, inutile de vous envoyer ma prime, puisque vous me devrez une indemnité, vous n'aurez qu'à retenir sur cette dernière ce que je vous dois : ce sera bien plus simple. Dr N.

Réponse.

Peut-être cette façon de marcher à deux pieds sur nos statuts vous semble-t-elle très simple. Mais où en serions-nous si nous laissions se généraliser de tels abus ?

Vous venez, sans vous en douter, et certainement sans aucune mauvaise intention, de violer nos statuts sur trois points : les voici :

1° Si vous prétendez avoir droit à une indemnité pour votre maladie, vous auriez d'abord dû en faire ou en faire faire la déclaration au secrétaire général, en y joignant un certificat médical constatant la maladie et la date du début de l'incapacité de travail, et cela dans les 10 jours qui suivent ce début (art. 51, § 2.)

2° Vous auriez dû dans les 3 jours de la reprise, en avertir le secrétaire général (art. 51, § 3).

Comment, en effet, voulez-vous qu'on sache si vous êtes malade, qu'on le contrôle, et qu'on calcule ce qui vous est dû, si vous ne prenez pas la peine de nous renseigner convenablement ?

3° Enfin, nonobstant votre incapacité, et quelle que soit l'indemnité que l'on vous doive, vous auriez dû payer votre cotisation avant le délai de clôture du 31 janvier. Ne le faisant pas, statutairement vous êtes suspendu de vos droits jusqu'à régularisation, et si vous retombez malade avant cette régularisation, vous n'aurez droit à aucune indemnité (art. 48).

S'il est vrai qu'en pratique le Trésorier retient les primes sur les indemnités, il ne peut le faire que sur les indemnités régulièrement votées par le Conseil à la séance précédant l'échéance. Or, au 31 janvier dernier, le trésorier ne vous devait rien, puisque nous ignorions tout de votre maladie.

A l'heure actuelle, vous devez :

1° Payer d'urgence votre prime au trésorier ;

2° Envoyer au secrétaire général une déclaration de maladie avec certificat médical motivé à

l'appui, portant dates exactes de l'arrêt et de la reprise du travail.

3° Attendre le vote du prochain conseil pour recevoir votre indemnité.

4° Supporter l'amende que le Conseil pourra vous infliger pour vos retards.

Encore une fois, observez les statuts, si vous voulez pouvoir faire valoir vos droits.

Dr H. MIGNON.

Assujettissement des employés des Postes à la loi sur les accidents du travail

Le « Sou » voudrait-il examiner la question suivante, quoi qu'elle ne donne, à ce jour, aucune difficulté ?

Un facteur *titulaire* des Postes, fait, en tournée, une chute de bicyclette. On fait le nécessaire, il y a enquête par le juge de paix, etc., avant-hier conciliation au cabinet du président du tribunal de C. Le représentant des Postes arrive avec un volumineux dossier et, paraît-il, conteste l'application de la loi de 1898. Il paraît que le président aurait accepté la manière de voir de l'administration et aurait invoqué une loi de 1852 ou 1853, — le facteur ne sait plus au juste. — Mais on lui aurait dit que l'enquête du juge de paix était annulée en ce qui le concernait, tandis que s'il s'était agi d'un *facteur auxiliaire*, il en eût été tout autrement.

Pourriez-vous me dire ce qu'il en est parce que si les droits du facteur ne sont pas menacés par son administration, les miens le sont pas mal ?

Dr M.

Réponse.

L'administration des Postes, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, invoque la jurisprudence de la Cour de Cassation, suivant laquelle la loi sur les accidents du travail n'est pas applicable aux fonctionnaires publics qui sont sous le régime de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles.

Il en est ainsi des agents et sous-agents (facteurs) du cadre permanent, tandis que ceux du cadre auxiliaire demeurent soumis à la législation sur les accidents du travail.

En ce qui concerne les honoraires médicaux, ils ne peuvent donc être réclamés, lorsqu'il s'agit d'un facteur titulaire, qu'au blessé lui-même, et non à l'administration des Postes.

Maisons de retraite.

Je vois par la lecture du *Concours* auquel je suis abonné, que vous êtes une mine inépuisable de bienveillance et de renseignements intéressants. J'ai donc recours à vous.

Je cherche, pour des clients, une maison de retraite : il s'agit d'un homme de 84 ans qui pourrait



payer autour de 5.000 fr. par an, dans la région parisienne de préférence.

D'autre part, un tuberculeux à la phase ultime, vieux garçon, sans famille, qui ne veut pas de l'hôpital et qui pourrait payer 20 à 30 fr. par jour, à la campagne, de préférence.

Dr O.

Impôts dus par le médecin d'un hôpital privé.

Abonné du *Concours*, je serais très heureux d'avoir l'avis de votre collaborateur fiscal sur la classe des contribuables dans laquelle je dois être rangé.

Médecin de l'hôpital hélio-marin de X., œuvre privée, je touche de ce fait ... fr. par an, logé, éclairé, indemnités diverses : ... fr. pour le congrès d'orthopédie, ... fr. pour les accidents du travail et la clientèle *de consultation*. Je n'ai aucun contrat de durée et ne subis aucune retenue de traitement. X est à 10 km. de la ville, sans ressources, ce qui m'oblige à acheter, dans cette ville tout ce dont j'ai besoin.

Dois-je être considéré comme un médecin fonctionnaire ?

Je suis à X. depuis le 1er juillet 1922, faut-il faire une déclaration pour l'année écoulée ? Célibataire, de combien mes impôts se trouvent-ils augmentés ?

Dr Y.

Réponse.

1° Le médecin chef d'un hôpital qui donne en cette qualité ses soins aux malades dudit hôpital et n'a pas le droit d'exercer ou n'exerce pas sa profession au dehors, est assujetti à l'impôt sur les traitements et salaires.

Mais si le médecin a une clientèle de consultation, aussi peu nombreuse soit-elle, il est passible de l'impôt sur les bénéfices des professions libérales. Les malades de l'hôpital sont alors considérés comme soignés au même titre que les autres clients ; la seule différence est que la somme allouée au docteur en rémunération des soins qu'il leur donne est une somme annuelle et forfaitaire.

2° Pour avoir à acquitter l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, il n'est pas nécessaire d'avoir exercé la profession pendant une année entière, il suffit que le bénéfice net réalisé au cours de l'année précédente soit supérieur au minimum exonéré, c'est-à-dire :

4.000 fr. dans une commune de 50.000 habitants et au-dessous ;

5.000 fr. dans une commune de plus de 50.000 habitants, ou située dans un rayon de 15 kil. à partir du périmètre de la partie agglomérée d'une commune de plus de 50.000 habitants.

3° Le montant de l'impôt général sur le revenu est majoré de 25 % pour les contribuables âgés de

plus de 30 ans qui sont célibataires et n'ont aucune personne à leur charge.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Déclaration de revenus

Je fais appel à l'obligeance coutumière du *Concours médical* pour obtenir le renseignement suivant :

Installé depuis six mois seulement, ai-je à faire, pour l'année écoulée, une déclaration des revenus professionnels et généraux, même si ceux-ci sont inférieurs à l'exonération fixée par la loi.

Dr F.

Réponse.

La déclaration est obligatoire dans les trois premiers mois de l'année pour toutes les personnes dont les bénéfices réalisés dans l'exercice de leur profession dépassent le minimum exonéré.

En conséquence, le contribuable dont les revenus professionnels n'excèdent pas l'abattement à la base consenti par l'article 31 de la loi du 31 juillet 1917, modifié par la loi du 25 juin 1920, n'est pas tenu de produire une déclaration. Cependant, s'il veut éviter pour l'avenir quelques ennuis (tels que mise en demeure de fournir, dans le délai imparti par la loi, une déclaration des bénéfices professionnels, sous peine de taxation d'office, etc...), il doit faire connaître au contrôleur qu'il n'est pas imposable.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Régime spécial applicable aux contribuables des régions libérées.

Dans la loi du 16-4-21 sur l'impôt sur le revenu, il est spécifié que les dispositions spéciales aux contribuables des régions libérées ne sont pas applicables à ceux qui n'étaient pas *avant la guerre* domiciliés dans les régions qui ont été occupées par l'ennemi ou situées sur la ligne de feu.

J'ai habité V. et L (qui ont été occupés) de 1882 jusque vers 1910, mais de 1910 à 1914 j'étais en pays qui n'a pas été occupé ; dois-je être exclu ou non du bénéfice des dispositions spéciales aux contribuables des régions libérées ? Autrement dit est-ce que les mots « avant la guerre » signifient en « 1914 » ou bien leur interprétation est-elle moins stricte ?

J'ai reçu mon avertissement pour 1921, établi en me faisant bénéficier des dispositions applicables aux contribuables des régions libérées.

Si vous pensez que je n'ai pas droit à ces dispositions et que le fisc m'en a fait bénéficier par erreur de sa part, dois-je avertir le fisc de son erreur ? ou

dois-je attendre qu'il s'en aperçoive peut-être un jour ?

Je ne pense pas en tout cas être passible d'une pénalité, puisque ici il s'agit d'une erreur du fisc et non d'une déclaration inexacte de ma part.

Si vous pouvez m'éclairer (il est possible en effet, qu'ayant habité les régions envahies de 1882 à 1910, j'aie droit à la majoration d'exemption ???), vous me rendrez service.

Dr Z.

Réponse.

Le bénéfice du régime transitoire institué par la loi du 18 juillet 1921 en faveur des habitants des régions libérées est refusé aux contribuables qui n'y avaient pas au 1er août 1914 leur habitation unique ou, dans le cas de pluralité d'habitations, leur principal établissement.

Si ce régime est appliqué à un contribuable non visé par la dite loi, il n'est pas tenu d'en faire part à l'administration et peut attendre que le contrôleur, après rectification de l'erreur commise, lui adresse un rôle supplémentaire.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Pension temporaire ou définitive.

Je vous serais très reconnaissant si vous pouviez me donner quelques réponses aux questions suivantes :

Un officier rayé des cadres, donc, réformé en 1915, a demandé et obtenu, en 1921, une pension pour l'affection qui l'a fait rayer des cadres, qu'il touche actuellement sans titre provisoire.

1° Quoique son cas ne puisse s'améliorer, il sera soumis, n'est-ce pas, avant l'expiration des 4 années partant de la décision du Conseil, au moins à une visite ?

2° A-t-il droit au rappel 1915-1921 puisqu'à partir de la radiation il n'a plus rien perçu ni solde, ni indemnité, etc ?

3° Si oui, est-ce seulement après que son état aura été consacré « définitif » ?

4° Recevra-t-il ou non la majoration pour ses enfants à titre rétrospectif ?

5° Enfin, devra-t-il demander, ou un titre lui sera-t-il spontanément envoyé ?

Dr X.

Réponse.

I. — En principe, et surtout depuis un récent arrêt du Conseil d'Etat, aucune pension temporaire ne peut devenir définitive au bout de 4 ans par le jeu de l'art. 7, sans qu'une visite médicale ait fixé à nouveau le tarif de l'invalidité dans les six derniers mois, qui précèdent la date limite. Cependant, dans le cas cité, et si la rétroactivité est établie à partir de 1915, une visite en 1921 peut rendre la pension temporaire proposée, automatiquement définitive par le jeu de l'art.

7, puisque plus de 4 ans se sont écoulés à partir du point de départ légalement fixé par la pension.

II et III. — Si l'infirmité qui justifie la pension accordée aujourd'hui est la même que celle ayant motivé la radiation des cadres en 1915, il y a rappel immédiat des arrérages, au taux fixé, depuis 1915.

IV. — Même réponse pour les majorations d'enfant.

V. — S'il n'a pas reçu son titre provisoire, qu'il en fasse la demande au sous-intendant, chargé du service des pensions pour la région.

G. F.

Rente des ayants droit d'une victime du travail

Je vous serais obligé de vouloir bien me donner le renseignement suivant :

Un bûcheron vient à décéder à la suite d'un accident du travail (chute d'un arbre sur le thorax). Cet homme laisse une veuve et onze enfants dont huit ayant moins de 20 ans. Quelle est la pension que la compagnie d'assurances doit verser à la veuve ? (le mari travaillait pour le compte d'un marchand de bois et gagnait environ 20 fr. par jour).

Dr C.

Réponse.

Le salaire de base pour le calcul des rentes allouées aux victimes du travail ou à leurs ayants droit n'est pas calculé en multipliant simplement le salaire journalier au moment de l'accident par le nombre de jours ouvrables de l'année. Il est constitué par la rémunération effective qui a été allouée à l'ouvrier pendant les douze mois qui ont précédé l'accident, s'il a été occupé dans l'entreprise pendant ce temps.

S'il a été occupé moins de douze mois avant l'accident dans l'entreprise, il y a lieu d'ajouter, à la rémunération effective que l'ouvrier a reçue depuis son entrée dans l'entreprise, la rémunération qu'il aurait dû recevoir pendant la période de travail nécessaire pour compléter les douze mois, d'après la rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie pendant la dite période.

En ce qui concerne les **bûcherons**, il existe même une disposition spéciale (article 4 de la loi du 15 juillet 1914), aux termes de laquelle si la victime n'est pas salariée par le chef d'entreprise ou n'a pas un salaire fixe, l'indemnité est calculée d'après le salaire moyen des salariés agricoles du département. Mais cette disposition ne paraît pas devoir s'appliquer en l'espèce, le bûcheron dont il s'agit ayant sans doute un salaire fixe.

En admettant que l'ouvrier ait travaillé 300 jours au taux de 20 fr., ce qui donnerait un salaire annuel de 6.000 fr., le salaire de base serait calculé comme suit :

Pour la totalité jusqu'à...........	4.500
Pour le quart du surplus (1.500)....	375
Ensemble	4.875

La veuve aurait droit à une rente de 20 % de cette somme, soit de 975 fr.

Les enfants mineurs de 16 ans, s'il y en a 4 ou un plus grand nombre, à une rente globable de 40 %, soit de 1950 fr.

Au fur et à mesure que les enfants atteindraient 16 ans, la rente serait réduite à 35 % pour 3 enfants, 25 % pour 2 ; 15 % pour un seul enfant, ayant moins de cet âge.

Application du Tarif Breton

I

Extraction de corps étrangers.

Dans la correspondance de l'un de vos prochains numéros, pourriez-vous me donner le renseignement suivant :

J'ai pratiqué sur un accidenté du travail une intervention consistant en : incision de 5 cm. long et assez profonde, extraction d'une écharde de bois en plusieurs fragments, le tout suivi d'un pansement.

Quels honoraires dois-je demander pour cette intervention ?

Réponse.

Extraction de corps étranger superficiel : 20 fr. Voir au début du tableau terminal des Avis insérés dans l'Arr. Minist. du 28-6-21.

Dr F. Decourt.

II

Visites prolongées

Je vous serai très reconnaissant de bien vouloir me dire si je puis réclamer des honoraires, et quels honoraires je dois demander à une Cie d'assurances, dans le cas suivant : on amène à B. dans mon cabinet de consultation, un accidenté du travail, qui vient de recevoir un coup de tranchet au poignet, et qui présente une hémorrhagie très abondante. Je constate une section complète de l'artère radiale, et, ne pouvant faire seul la suture artérielle, je transporte le blessé à l'hôpital de C., dans mon auto, après avoir fait un pansement compressif et appliqué un garrot. Aussitôt arrivé à l'hôpital, le chirurgien, sous chloroforme, opéra le blessé, assisté d'un chloroformisateur et de moi.

Puis-je réclamer à la Cie :

Voir la suite page XLIII-845

PROPOS DU JOUR

Pro vino. L'œnothérapie

M. le Dr C. Chauveau, sénateur de la Côte-d'Or, le dévoué président du groupe médical parlementaire, qui a rendu et rend tant de services au corps médical, vient de publier sous le titre : *Ecrits et paroles* (1), l'exposé de ses travaux durant l'année de législature écoulée. M. C. Chauveau s'est fait au Sénat une spécialité des études sur l'agriculture, mais, sans sortir de ce domaine, il s'est souvenu qu'il est médecin et, dans son dernier ouvrage, nous avons lu avec plaisir deux articles qu'il a écrits comme hygiéniste et médecin. Ce sont des plaidoyers en faveur du vin : il les intitule *Pro Vino*.

A une époque où les Etats-Unis d'Amérique du Nord ferment rigoureusement leurs frontières à toutes les boissons fermentées, y compris les bons vins de France, il n'est pas inutile de prendre la défense du vin et de suivre l'exemple magistral que nous donne notre distingué confrère, le sénateur Chauveau. Nous ferons observer que nous n'avons pas l'avantage d'être né, comme lui, dans la plantureuse Bourgogne où la « sécheresse » américaine ne peut jamais être de saison, que nous sommes antialcoolique depuis de longues années, et qus nous consommons infiniment plus d'eau que de vin ; mais n'empêche qu'il sera bien difficile de nous convaincre que nos délicieux vins de France sont des poisons. Sans doute leur absorption immodérée cause l'ivresse, ordinairement gaie et aimable, qui n'a rien de la lourde ébriété que provoque la bière, ni du délire furieux que suscitent les alcools ; mais tout aliment, toute boisson, fût-elle l'eau, pris en excès, ne sont-ils pas nocifs et ne provoquent-ils pas de véritables empoisonnements ? Le café et le thé altèrent, à Paris, les estomacs et les cerveaux tout autant que les vins. Nous en appelons au témoignage des praticiens parisiens, nos confrères. Ne voient-ils pas à chacune de leurs consultations nombre de jeunes femmes rendues dyspeptiques par le café noir qu'elles absorbent le matin à jeun ? Souvent privées de tout sommeil ? Ces victimes du café ou du thé tombent dans un état nerveux tout aussi dangereux pour elles que l'alcoolisme.

(1) Dr C. Chauveau. — Ecrits et Paroles. Une année de législature. Baillière, édit.

L'antiquité du vin, la place qu'il tient dans les légendes comme dans les religions, suffiraient à elles seules à défendre sa réputation de boisson agréable et utile.

Si l'Islam le proscrit, c'est que ses sectateurs n'ont pas pris naissance dans les régions où pousse la vigne et que l'abus inévitable qu'ils devaient faire du vin au cours de leurs invasions dans des pays vinicoles, rendait pour eux cette boisson funeste.

***

La *Bible* fait pousser la vigne dans le pays de Chanaan, aux raisins légendaires, et la *Genèse* conte que Noë la planta le premier, et fabriqua le vin dont il connut l'ivresse.

Les Grecs ont divinisé l'inventeur du vin, Dionysos. Il fut un de leurs dieux les plus populaires et les plus honorés. Ce serait lui qui aurait importé la vigne en Grèce. Il serait allé en chercher le plant en Egypte, selon les uns, sur les bords de la Mer Rouge, prétendent les autres, à Tyr, affirment les Phéniciens.

Cette invention du vin donna lieu à bien des légendes. Selon Hécatée de Milet, un descendant de Deucalion, Œnos, aurait le premier cultivé la vigne. Cet Œnos, roi d'Etolie, aurait appris cet art de Dionysos lui-même, qui aurait voulu ainsi le récompenser d'avoir été mari complaisant en facilitant les amours de sa femme, Althéia, dont le Dieu s'était vivement épris. Le poète Servius donne à la culture de la vigne et à l'invention du vin une origine moins impure. Un serviteur d'Œnos, le berger Staphylos s'aperçut qu'une de ses chèvres engraissait d'une façon insolite ; il l'observa et la vit se nourrir de grappes de raisins. Œnos, averti, exprima le jus du raisin, en fit du vin, et les Etoliens reconnaissants appelèrent en souvenir le jus du raisin, *Œnos* et *Staphylos*, la grappe.

Les propriétés alimentaires du raisin et du vin étaient trouvées. Le culte de Dionysos se répandit et, comme le dit Euripide : « Les mortels puisèrent dans sa riante coupe le sommeil et l'oubli des maux ».

S'il faut en croire Pausanias, Dionysos fut un

guérisseur. Il avait un oracle à Amphikleia, en Phocide, et les habitants de cette ville le considéraient comme leur meilleur médecin.

Nous ne parlerons pas des innombrables fêtes que comportait le culte de Dionysos : les Ascolies, les Oschophories, les Lénéennes, les petites et les grandes Dionysies d'Athènes ; rappelons pour mémoire que le dithyrambe, la tragédie, et notre moderne carnaval, y puisèrent leur antique origine.

Le vin était une boisson sacrée et, comme la médecine, avait la même origine : il eût été surprenant que cette boisson ne fût pas un des premiers remèdes usités. Ce fut *Hippocrate*, père de la médecine, qui créa l'*Œnothérapie* (1).

Le vin tient une grande place dans les œuvres du vieillard de Cos. C'est dans le livre intitulé : *Du régime dans les maladies aiguës*, qu'il donne les indications détaillées de la prescription des vins doux, forts, blancs et rouges.

Le vin doux, nous apprend Hippocrate, est moins diurétique que le vin blanc fort, mais il porte moins au cerveau. Il prédispose aux évacuations alvines. Toutefois, il gonfle la rate et le foie, est contre-indiqué chez les malades dont la bile est amère et provoque chez eux la soif. Il facilite au contraire l'expectoration chez ceux à qui il ne donne pas soif.

Le vin blanc fort est un diurétique et un apéritif. Les vins paillets et rouges sont des astringents indiqués contre les selles trop abondantes et trop fluides, contenant comme des lavures de chair. Les vins astringents très coupés d'eau ont de bons effets sur les voies urinaires, etc.

Arétée, dans son livre : *De la cure des maladies aiguës*, conseille d'administrer le vin austère dans l'hémoptysie, le choléra, si le pouls tombe et devient extrêmement fréquent et petit ; dans l' « ileus », si le malade n'a pas de fièvre.

Lorsqu'il traite *De la cure des maladies chroniques*, Arétée préconise les vins blancs, doux, légers et un peu astringents contre la céphalée, et le vin austère contre le diabète.

Dans son chapitre X du *Traité des mœurs de l'âme*, Galien étudie les effets du vin, mais surtout en relatant l'opinion de Platon dans *Timée* et le deuxième livre *des Lois*. Platon interdisait le vin jusqu'à 18 ans, en conseillait l'usage modéré jusqu'à 30 ans, et allait jusqu'à tolérer l'ivresse chez les vieillards.

Il rappelait la loi carthaginoise qui interdisait le vin aux esclaves, aux archontes, lorsqu'ils étaient au pouvoir, aux pilotes, aux juges en exercice et aux époux durant la nuit où ils désiraient procréer. Platon n'était pas un ennemi du vin, mais de son abus, car dans un passage du même livre *Des Lois*, il disait : « D'après un préjugé vulgaire, le vin a été donné aux hommes par un effet de la vengeance de Dionysos pour troubler leur raison ; mais le présent discours nous montre au contraire que les hommes l'ont reçu comme un remède souverain dont la vertu est d'inspirer à l'âme la pudeur et d'entretenir la santé et les forces du corps ».

S'il faut en croire Horace, le vieux Caton ne dédaignait pas de réchauffer sa vertu par le vin :

> Narratur et prisci Catonis
> Sœpe mero caluisse virtus.

Les médecins du XVI[e] siècle, même en exceptant Rabelais dont il faudrait citer en entier les œuvres, étaient loin d'être les ennemis du vin.

Montaigne, dans ses *Essais*, raconte : « J'ay ouï dire à Sylvius, excellent médecin de Paris, que, pour garder que les forces de nostre estomach ne s'apparessent, il est bon, une fois le mois, de les esveiller par cet excès et les picquer pour les garder de s'engourdir. Et escript-on que les Perses, après le vin, consultoient de leurs principaux affaires ».

En 1817, un médecin réputé du grand-duc de Saxe-Weimar, Lœbenstein-Lœbel, publia à Leipzig un véritable traité d'Œnothérapie : *Die Anwendung und Wirkung der Weine in lebensgefärlichen krankeiten und deren Verfälschungen* (1).

Stokes, de Dublin, en 1839, traite avec succès par le vin le typhus fever. Il en précise l'indication : « Quand l'impulsion du cœur, dit-il, diminue et cesse de se faire sentir avec une diminution proportionnelle des deux bruits et une prépondérance du second bruit, c'est là une indication directe et presque infaillible de l'usage du vin. »

Laënnec traitait certaines bronchites par le vin sucré. Bouchardat ne classe pas, au point de vue thérapeutique les vins en rouges et blancs, mais en alcooliques astringents, tanniques, acides, mousseux, mixtes avec ou sans bouquet.

Trousseau et Pidoux divisent les vins en trois classes : 1° les vins astringents ou secs (Alicante, Bordeaux, Xérès, Madère, etc.) et attribuent leur propriété astringente et leur saveur austère au tanin qu'ils contiennent. ; 2° les vins sucrés

(1) Nous disons œnothérapie et non, comme beaucoup d'autres, vinothérapie, qui est un barbarisme mi-grec, mi-latin.

(1) De l'usage et de l'action du vin dans les maladies qui mettent la vie en danger et de ses falsifications.

(malaga, rota, rivesaltes, lunel, etc.) ; 3° enfin, les vins mousseux (champagne). Ils remarquent que, bien que l'alcool soit le principe actif des vins, leur puissance à provoquer l'ivresse n'est pas en rapport avec la quantité d'alcool que décèle l'analyse, et qu'il y existe d'autres éléments ou des combinaisons qui doivent expliquer leur action.

Fonssagrives considère les vins de Bordeaux comme provoquant une exhilaration cérébrale ; il en fait les vins des malades et des vieillards. Les vins de Bourgogne et du Roussillon, plus stimulants, doivent être prescrits aux diarrhéiques. Les vins mousseux, tels que le champagne, sont anti-émétiques et stimulent le système nerveux.

Arnozan préconise le vin dans les bronchites infectieuses grippales.

Le Dr Chauveau rappelle un article de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* (1920) qui relate des expériences sur l'action bactéricide du vin. Le bacille d'Eberth est tué en quinze minutes par le vin pur, en trente par le vin coupé de moitié d'eau. Du vin blanc léger et peu acide, mis en contact pendant 6 minutes 1/2 avec des huîtres infectées, a détruit 50 à 90 % des germes infectieux qui pullulaient dans ces huîtres.

Jacques Bertillon (cité par le Dr Chauveau), a constaté qu'au-dessus de la limite de la culture de la vigne, les décès annuels par phtisie varient entre 114 et 338 par 100.000 habitants. Au Sud de cette limite dans les pays où le vin est la boisson courante, le chiffre de ces décès par phtisie oscille entre 68 et 150.

Le Dr Félix Brémond, dans son *Dictionnaire de la table*, à l'article *Vin*, après avoir cité l'exemple des Romains qui ne laissaient pas boire de vin aux femmes et celui de Chevreul qui attribuait sa longévité et sa robuste santé à ce qu'il n'avait pas bu une goutte de vin dans sa vie, conclut qu'on peut se passer de vin, mais que « c'est un tonique puissant, qui, *bu avec modération*, donne la force et la santé ».

Il cite le Dr Jules Guyot qui a écrit cette phrase qui ne nous paraît pas manquer de justesse :

« Les boissons n'agissent pas seulement sur l'individu, elles réagissent sur les familles, sur les nations, et je suis profondément convaincu que les vins de France sont la cause première de la franchise, de la générosité et de la valeur du peuple français. »

En dehors de l'action stimulante de l'alcool, commune à tous les vins, chaque cru a ses qualités propres que F. Brémond résume :

« Les bordeaux riches en tanin sont prescrits aux convalescents, aux estomacs délicats : les vieux bordeaux dépouillés sont les seuls dont les goutteux puissent modérément user.

Les bourgogne sont plus excitants ; largement étendus d'eau, ils forment une excellente boisson de table.

Les vins du Rhône, du Languedoc et de la Provence sont dans le même cas ; leur force en alcool est assez grande, il est prudent de ne pas les boire purs. Dans son Code du cérémonial, la comtesse de Bassonville note cette règle d'étiquette qui semble (une fois n'est pas coutume) dictée par l'hygiène : « On n'offre à un réveillon que des vins de Bordeaux, les vins de Bourgogne chargeraient trop l'estomac de gens qui se disposent à gagner le lit en sortant de la table ».

Les vins blancs secs causent souvent l'insomnie ; les vins blanc acides, et aussi les vins rouges des environs de Paris fatiguent rapidement l'estomac et déterminent de la diarrhée. Ils ne conviennent nullement aux gens nerveux.

Les vins mousseux, dont le champagne est le type, portent rapidement au cerveau, mais leur action se dissipe assez vite. Ils sont de plus diurétiques et bons contre les vomissements.

Les vins spiritueux sucrés (frontignan, lunel, malvoisie, malaga, etc.), ont un grand pouvoir nutritif, mal supporté par les dyspeptiques. Fonssagrives affirme que le rota et le malaga peuvent être considérés comme digestifs, et que leur usage modéré après le repas assure très efficacement le bon fonctionnement de l'estomac.

Les vins spiritueux secs (madère, xérès, etc.), sont chauds, digestifs et très stimulants. A petite dose, ils peuvent rendre des services aux chlorotiques et aux personnes qui ont perdu l'appétit, mais par malheur, il est très difficile de les trouver dans le commerce à l'état de pureté ».

C'est, en effet, la fraude et les falsifications qui sont causes du plus grand nombre des méfaits que l'on attribue aux vins. Louis Veuillot conte, dans *Parfum de Rome*, qu'il rencontra deux voyageurs en vins :

« L'un voyageur en vin de Bourgogne, l'autre voyageur en vin de Bordeaux, tous deux vendant du vin de Cette ». Et F. Bremond cite encore le mot de Briollet dans *Le tam-tam* : « Vins fins, vins feints ».

Les ennemis du vin (et il en est de féroces sous le nom d'abstinents) font à la cause antialcoolique le plus grand tort en France. Nous nous rangeons parmi les tempérants et ne dédaignons pas les bons vins qui, pris avec modération, non seulement sont agréables, mais utiles. Le « pinard »

◆◆

a été pour beaucoup dans le maintien du moral de nos soldats et il doit compter parmi les facteurs de la victoire.

Nous nous garderons bien de vouloir faire de l'œnothérapie un système de thérapeutique général, guérissant toutes les maladies, mais nous croyons qu'il serait possible de faire, après étude, un emploi thérapeutique judicieux de la gamme infinie de nos excellents vins de France. Sans doute, nous ne conseillerons pas, malgré l'exemple d'Henri IV, de donner du vin de Jurançon aux nouveau-nés, et en défendant les bons vins, nous n'avons pas l'intention de conseiller, ni même d'excuser l'ivrognerie. Mais, en restant dans les limites de la tempérance, nous sommes convaincu que nos vins peuvent rendre de grands services. A nos lecteurs, les praticiens de France, de nous faire part des qualités et des inconvénients des vins de leurs régions.

La France a le double avantage d'être le pays le plus riche en sources d'eaux minérales les plus variées et de produire en outre les vins les plus agréables et les plus divers.

Les médecins de nos stations sont parvenus à faire de l'hydrologie une véritable science ; pourquoi les praticiens des régions vinicoles n'en feraient-ils pas autant pour l'Œnothérapie. ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE CHIRURGICALE

M. J. P. Tourneux, chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

L'orchi-épidydimite typhoïdique (1)

Nous venons d'observer, dans notre service, un certain nombre de malades atteints de tuberculose de la glande spermatique, qui n'est qu'une des variétés des orchi-épididymites chroniques, et à ce sujet, je n'ai pas manqué de vous dire qu'au cours de certaines affections générales de l'organisme, l'inflammation du testicule et de l'épididyme paraît évoluer sous la forme aiguë, débutant soit au niveau de la partie sécrétante de la glande, soit dans son canal excréteur, se cantonnant ensuite, ou dans celui des deux organes où elle avait pris naissance, ou au contraire, rayonnant de l'un vers l'autre. Dans le premier cas, il s'agit d'une orchite ou d'une épididymite et dans le second, d'une orchi-épididymite.

C'est sur cette modalité aiguë des réactions testiculaires que je veux revenir aujourd'hui, pour vous en montrer la nature, le mode de contagion et d'évolution ; je n'ai, bien entendu, en vue que les affections aiguës non blennorragiques, car l'étude des lésions dues aux méfaits du gonocoque m'entraînerait beaucoup trop loin.

Toutes les orchi-épididymites, qu'elles soient aiguës ou chroniques, sont de nature infectieuse, et il semble que ce soit là une de ces vérités sur lesquelles il n'est pas besoin d'insister ; je crois devoir pourtant vous la signaler, car si dans un grand nombre de cas, la notion d'infection a été reconnue et établie depuis pas mal de temps, pour d'autres, il n'en a pas été de même, et ce n'est qu'assez récemment que l'on a été amené à reconnaître que leur pathogénie ressortissait des mêmes causes.

On observe assez fréquemment des réactions de la glande génitale mâle au cours de l'évolution des maladies infectieuses, et cette constatation qui, pour certaines affections, date de très longtemps déjà, puisque l'orchite ourlienne a été mentionnée par Hippocrate, a été successivement établie pour les autres pyrexies sur de très nombreux documents cliniques qui ont bien montré la fréquence des rapports unissant le testicule et les maladies infectieuses. Les oreillons, la variole, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la grippe, la lèpre, le rhumatisme, la fièvre de Malte, les infections staphylococciques, streptococciques, pneumococcciques, méningococciques, à colibacilles, peuvent toutes, avec, il est vrai, des degrés de fréquence très divers, se compliquer d'accidents orchi-épididymaires aigus.

Si l'on vient à se demander à quelle cause, à quelle raison, il y a lieu d'attribuer cette vulnérabilité de la glande génitale, on doit répondre aujourd'hui qu'elle tient essentiellement, et peut-être exclusivement dans certains cas, à son rôle glandulaire. Vous savez, en effet, qu'il est actuel-

(1) Hôtel-Dieu de Toulouse

lement bien démontré que l'un des moyens les plus puissants dont dispose l'organisme pour sa défense contre les infections est constitué par l'action glandulaire, action à la fois complexe et multiple, car, suivant leur mode de lutte, on a pu, un peu schématiquement il est vrai, répartir les glandes en trois groupes.

Le premier comprend toutes les glandes qui, comme le corps thyroïde, le thymus, la rate, les capsules surrénales et le corps pituitaire, contribuent par leurs sécrétions à l'immunisation de l'organisme.

Dans le second, on doit ranger les glandes dites externes, glandes sudoripares, rein, poumon, glande mammaire, par lesquelles s'éliminent de l'organisme les microbes et leurs toxines.

Enfin, on place dans le troisième groupe, les glandes mixtes, les glandes salivaires et le foie qui, suivant les cas, excrètent ou métamorphosent et atténuent certains produits toxiques.

Tel est donc le rôle tout à fait prépondérant et si bien mis en lumière par Charrin dans ses leçons au Collège de France en 1898, que joue l'appareil glandulaire dans la défense continuelle de l'organisme contre les microbes qui ne cessent de l'assaillir, et ainsi s'expliquent aussi les lésions profondes qui se manifestent au sein des parenchymes glandulaires au cours des infections graves, le jour où leur résistance se trouve débordée par la virulence des germes et la toxicité de leur sécrétions.

Dans cette lutte, le testicule tend d'abord à se comporter comme une véritable glande interne : car, ainsi que le dit Charrin, la spermine facilite les oxydations ; partant, abaisse la toxicité des poisons internes ou microbiens, et défend l'économie contre les infections. Il semble bien aussi que la sécrétion interne du testicule, comme celle du thymus, du corps thyroïde, du pancréas, qui renferment des matières protéiques, des ferments, des composés alcaloïdiques, agisse par des procédés antitoxiques.

Mais, il est permis de se demander en outre, si, dans une certaine mesure, le testicule ne parvient pas à jouer également dans certains cas le rôle d'une glande externe, puisque certains auteurs, parmi lesquels Jaksch et Hakawaï, ont pu trouver des bacilles chez des tuberculeux et cela, non seulement dans le parenchyme de glandes génitales, en apparence tout à fait saines, mais encore, dans le liquide spermatique.

Ainsi donc, le testicule porte bien l'empreinte des toxi-infections générales, et c'est ainsi qu'il faut s'expliquer pourquoi apparaissent, au cours des grandes infections, les orchi-épididymites que l'on désigne particulièrement du nom d'orchi-épididymites infectieuses.

Assurément, tous les grands processus infectieux que l'on voit évoluer n'arrivent pas à influencer la glande génitale mâle dans les mêmes proportions, et les réactions que les uns et les autres peuvent provoquer au niveau du parenchyme testiculaire ne sauraient s'évaluer par une commune mesure.

L'orchi-épididymite est une complication que l'on relève assez fréquemment au cours des oreillons, de la variole, de la morve ; on la note plus rarement dans la fièvre typhoïde, dans la grippe ainsi que dans les pyohémies, elle ne se voit que d'une manière presqu'exceptionnelle, pourrait-on dire, dans la scarlatine, le rhumatisme, la pneumonie, la lèpre, la rougeole, la diphtérie et le tétanos.

L'orchi-épididymite constitue donc une complication que l'on n'a pas l'occasion de noter d'une manière bien fréquente au cours de l'évolution des fièvres typhoïdes. Sur deux cents typhiques, Liebermeister n'en a observé que trois, et encore, d'allure très bénigne ; Cholet, dans sa thèse inaugurale (Paris 1901), en a relevé 65 cas, dont 6 personnels. Plus récemment, un certain nombre de nouvelles observations ont été rapportées par Giroux en 1915 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, par Olmer et Vasin en 1916, enfin par Cade, Vaucher et Huchon en 1918.

Avant la dernière guerre, malgré le nombre d'états typhoïdiques qu'il m'avait été donné d'observer, je n'avais jamais rencontré de complications génitales : cette lacune a été heureusement comblée pendant mon temps de mobilisation, et je vais vour rapporter les deux cas que j'ai pu recueillir dans un service de contagieux de la zone des armées, car ils vous montreront la physionomie de l'orchi-épididymite typhoïdique.

Observation I. — La première observation concerne un cavalier du 13e escadron du train appartenant au CVAX 36, âgé de 39 ans ; rien d'intéressant à noter dans ses antécédents : il est marié et père de trois enfants vivants et bien portants, il n'aurait jamais eu de maladies vénériennes. Depuis sa mobilisation, il a reçu trois injections antityphiques et antiparatyphiques.

Au début du mois de février 1917, cet homme est pris d'abord de malaise, puis d'accès fébriles assez violents pour lesquels il reste quelques jours à l'infirmerie de son cantonnement ; puis à la date du 13, il est évacué vers l'hôpital de Sézanne avec le diagnostic d'embarras gastrique fébrile.

Je n'insiste pas sur les différents symptômes qu'il a présentés à ce moment, symptômes que vous connaissez bien et que je me borne à vous énumérer simplement : céphalée, courbature générale, langue saburrale, pouls rapide et dépressible, diarrhée assez abondante, température, 39°8 ; ils sont caractéristiques. L'hémoculture fut faite au laboratoire de la 6e région à Châlons et indiqua une paratyphoïde.

Jusque vers le début de mars, la température resta très élevée, oscillant autour de 39°7 ; puis, elle revint progressivement à la normale et le malade entra en convalescence. Tout donnait à penser que la guérison surviendrait sans complications, quand, quelques jours après que l'on eût commencé l'alimentation, et cela, à la date du 13 mars, la température remonta brusquement à 39°6, pendant que le malade accusait une assez violente douleur au niveau du testicule droit, qui avait considérablement augmenté de volume. A la palpation, toute la région, ainsi que le cordon jusqu'à une certaine hauteur, étaient des plus sensibles à la pression. Les phénomènes aigus durèrent pendant plusieurs jours ; puis, la peau se mit à rougir au niveau de la face antérieure du scrotum, recouvrant une masse d'abord bien indurée, mais qui bientôt montra des signes évidents de fluctation. Le 21 mars je donnai dans cette région un coup de bistouri, ce qui amena l'issue d'une certaine quantité de pus, dont une partie fut recueillie dans un tube stérilisé en vue de l'examen bactériologique.

Les suites de cette orchi-épididymite suppurée furent des plus normales, c'est-à-dire qu'au bout de 3 à 4 jours, la suppuration commença à se tarir, et qu'environ 15 jours après l'incision, la plaie était complètement cicatrisée.

L'examen du pus montra qu'il renfermait du paratyphoïde B.

Observation II. — Il s'agit d'un jeune soldat du 74e régiment d'infanterie, âgé de 23 ans, sans aucun antécédent pathologique intéressant, évacué en septembre 1917, d'abord sur le dépôt d'éclopés de Sézanne pour mauvais état général, et qui fut bientôt envoyé à l'hôpital militaire pour embarras gastrique fébrile ; à noter que, depuis son incorporation, il n'avait reçu qu'une seule injection antityphique.

A son entrée dans le service des contagieux, il se plaint de céphalée, de fatigue, de constipation ; la langue est sèche et rôtie, le ventre est ballonné et douloureux, le pouls petit et dicrote, la température est de 39,6 ; l'hémoculture donne un résultat positif, il s'agit de bacille d'Eberth.

La maladie suivit son cours normal ; vers le milieu du mois d'octobre, l'état général devint meilleur et on assista au début de la convalescence que rien ne paraissait devoir troubler.

Le 8 octobre, le malade fit brusquement une ascension thermique considérable, puisqu'elle atteignit 39,8, en même temps qu'apparaissaient tous les symptômes d'une orchi-épididymite droite atrocement douloureuse, et dont l'évolution se continua jusqu'au 6 novembre, mais sans aucun signe d'abcédation. A partir de ce moment, on assista à la diminution progressive de l'intensité des symptômes présentés par le malade ; l'élément douleur cessa le premier, et quant à l'augmentation de volume de la glande, elle fut beaucoup plus lente à disparaître, car au moment où le malade partit en convalescence, il existait encore de l'induration, légère au niveau du testicule, mais plus marquée du côté de l'épididyme.

Telles sont les deux observations d'orchi-épididymites qu'il m'ait été donné de recueillir ; dans un cas, il s'est agi d'une complication due au bacille d'Eberth, et dans l'autre d'une infection due à un paratyphique. Dans les deux cas, l'infection a été unilatérale, ce qui est la règle, et a débuté au moment de la convalescence. Chez un des malades, l'infection de l'appareil génital a abouti à la suppuration, chez l'autre, l'abcédation ne se produisit pas, mais à sa sortie de l'hôpital, il présentait encore de l'induration.

L'orchi-épididymite typhoïdique est une complication qui ne survient guère qu'au moment de la convalescence, et chez des sujets encore jeunes : c'est donc une complication tardive. Assurément, on a bien noté son apparition au début de la pyrexie, mais d'une manière générale, elle éclate vers le huitième jour de la maladie ou à une époque plus retardée.

La pathogénie d'une semblable complication semble résulter avant tout d'une infection réalisée par la voie sanguine, artérielle, pourrait-on ajouter, et il me semble inutile d'insister sur ce point. Pourtant, il est permis de se demander si, dans certains cas, où les lésions inflammatoires sont particulièrement marquées du côté de l'épididyme et du canal déférent, l'ensemencement des voies génitales n'a pas pu dépendre d'une infection ascendante par voie canaliculaire. On connaît en effet l'élimination urinaire du bacille d'Eberth et des paratyphiques, et de nombreux observateurs ont décrit de véritables inflammations provoquées par ces microorganismes du côté du bassinet et de la vessie ; il n'est pas impossible qu'il se produise une déférentite, puis une épididymite d'origine urétrale.

Dans quelques rares cas, l'infection testiculaire ne provoque aucune réaction générale ; habituellement, elle s'annonce par une recrudescence de la céphalalgie, de la fièvre et des troubles gastriques, pendant que la douleur locale apparaît et que le testicule augmente de volume. Ce gonflement est parfois masqué par un peu d'hydrocèle, ce qui contribue à rendre plus délicate l'exploration d'une glande, dont la moindre palpation exacerbe la douleur.

L'orchi-épididymite évolue dans certains cas vers la résolution, qui semble devoir s'opérer plus vite du côté du testicule que de l'épididyme; cette résolution, qui est parfois assez lente, peut s'accompagner de rechutes ; elle se termine quelquefois par l'atrophie du testicule, ainsi que

Hanot en a rapporté un fort bel exemple. La suppuration est la terminaison que l'on observe le plus fréquemment et l'abcès testiculaire s'ouvre ou dans la vaginale, ou au niveau de la peau du scrotum. Bouilly et Harrison ont rapporté des observations où il y avait eu sphacèle et élimination de presque tout le testicule.

Vous voyez donc que si l'orchi-épididymite constitue en somme une complication assez rare de la fièvre typhoïde, elle ne présente pas moins une certaine gravité, puisqu'à côté des cas qui guérissent sans causer de séquelles, il en est d'autres qui se terminent par l'atrophie ou par le sphacèle de la glande génitale.

LES MODIFICATIONS DE LA PEAU ET DE SES ANNEXES ET DE L'ASPECT DU CORPS DANS L'AUTO-INTOXICATION INTESTINALE

d'après F.-X. Mayr (1).

Les éruptions cutanées d'origine gastro-intestinale constituent une vieille banalité. Aussi, n'est-ce pas d'elles qu'il sera question ici, mais des modifications, des changements que subit la peau elle-même, au point de vue anatomique, histologique et fonctionnel.

Peau et face. — A l'état normal, c'est-à-dire quand les éléments contractiles de la peau ont conservé leur tonicité, le revêtement cutané épouse étroitement la forme et le volume des parties sous-jacentes. Il ne permet l'apparition d'aucun pli, pas plus à l'occasion des mouvements de la tête, du tronc ou des membres qu'à l'état de repos du corps — et il est difficile d'en former artificiellement un avec les doigts.

Mais, la tonicité de la peau ne peut rester normale que si le sang a une composition normale et si le système nerveux n'est ni irrité, ni inerte. Le tonus organique se compose, en effet, de deux facteurs : le tonus plasmatique ou autotonus et le tonus neurogène (2).

Dès que la composition du sang est viciée ou que l'influx nerveux est modifié, la nutrition et la physiologie des éléments constitutifs de la peau en subissent le contre-coup. Aussi, le faciès manifeste-t-il invariablement l'état pathologique de l'abdomen, quand l'intestin est le siège de fermentations et de putréfactions d'une certaine durée. Il en est de même pour les autres parties du corps.

Mayr distingue quatre stades ou genres de faciès intestinaux :

1° Le *facies spastique*. — Généralement passager, il se montre surtout après une intoxication fugace : infection aiguë, repas nocif, simple cigare chez les non accoutumés. C'est une phase réactionnelle, dans laquelle tous les éléments contractiles de la peau subissent une rétraction ; l'enveloppe cutanée devient trop étroite et trop courte. C'est une hypertonicité de défense.

Le visage apparaît alors plus petit que d'ordinaire ; le nez et le menton, plus pointus ; le bord du maxillaire inférieur et l'angle massétérin deviennent plus aigus ; la fente buccale et palpébrale se rétrécit ; souvent même, il y a crispation continue de la bouche. Les poils se redressent par contraction des *erectores pilorum* ; les papilles deviennent saillantes ; c'est la peau d'oie ou la chair de poule, généralisée à tout le corps.

2° *Stade de l'épaississement*. — C'est la première manifestation de la diminution de tonicité. En raison du relâchement et du tassement des fibres élastiques, la peau devient à la fois plus épaisse et plus molle, ce qui donne à la face l'aspect de lune ou *faciès intestinal*. Le visage s'arrondit, la bouche est plus charnue, la ligne du maxillaire inférieur s'efface. Pendant le rire, la peau, au lieu de suivre le raccourcissement des muscles, est tirée à leurs points d'insertion, d'où formation d'une rigole, qui va de l'aile du nez à l'angle labial et de là, sous le menton — ou d'une fossette dans les joues. Pendant la flexion de la tête, il se forme un double menton.

Le cou est épaissi. Pendant les mouvements de rotation de la tête, y apparaissent des plis, surtout derrière les oreilles.

Les jambes prennent la forme de cylindres, et les doigts, celle d'un cigare épais. L'ombilic s'enfonce. Pendant la flexion du tronc, se forment deux sillons horizontaux au niveau des flancs. Les seins s'affaissent, la partie supérieure étant aplatie et la partie inférieure épaissie ; le mamelon pend.

3° *Stade de la plicature*. — A la longue, par suite de la persistance de l'intoxication du sang et de l'augmentation de l'hypotonie, il y a discordance définitive entre le poids de la peau et son élasticité, d'où apparition de plis persistants : pli de la commissure labiale, d'où formation d'une ombre ; — pli naso-labial ; fossette en demi-lune en bas des joues ; — chute des joues, qui forment deux poches ; — poche sous-mentionnière ; — double menton définitif. Ce qui montre bien que ces modifications ne sont pas dues à l'accumulation de graisse, c'est que le haut des joues se creuse.

◆◆◆

(1) *Fundamente zur Diagnostik der Verdauungskrankheiten* (Vienne et Leipzig, 1921).

(2) La terminaison « gène », qui est extrêmement courante, est employée, en français et à l'étranger, avec deux sens opposés et souvent indiscernables sans le contexte. *Neurogène* veut dire : « qui engendre du nerf », comme *épileptogène* signifie : qui engendre l'épilepsie, — et non « qui est engendré par », — de même que *hydrogène*, *hématogène*, etc...

La peau du cou tombe ; comme elle est retenue par le haut de la cage thoracique, elle forme là une sorte de bourrelet, qui donne au cou l'aspect d'une quille. Les épaules s'élargissent et s'affaissent ; la ligne entre elles et la nuque paraît brisée. En même temps, se forme un pli profond derrière l'aisselle.

Les fesses tombent et prennent l'aspect de sacs de peau, mal remplis de chair molle ; à un travers de main au-dessous des trochanters, se voit également une poche. Les mollets qui, normalement, sont compris dans le tiers supérieur de la jambe et lui donnent la forme d'une massue, en occupent le milieu et la font ressembler à un fuseau.

Les seins se confondent avec la région sous-axillaire, et sous eux, apparaît un pli profond qui va vers l'omoplate. L'hypogastre se plisse aussi.

Il est à noter que, dans les statues grecques, on trouve ces anomalies, ce qui montre que les sculpteurs de ce temps prenaient leurs modèles dans la vie réelle et non dans leur imagination.

4º *Stade atrophique.* — Quand les poisons du sang exercent leur action depuis des mois et des années, il en résulte une disparition non seulement de la graisse, mais des éléments constitutifs de la peau, qui devient absolument mince, molle et inerte.

Aussi, d'une part, les os et certains muscles font-ils saillie et, d'autre part, y a-t-il partout, à la face comme sur le corps et les mains, chute de la peau et plis plus ou moins accentués. On a l'*apparence de la vieillesse*. La figure est fripée.

A l'état de santé, la peau est unie, brillante, onctueuse et quelquefois rosée. Cette teinte est due à sa richesse en capillaires et à la transparence de la couche épidermique.

Dans l'auto-intoxication intestinale, les glandes sébacées et sudoripares sont irritées par les produits que le sang charrie. Leur sécrétion exagérée amène une *moiteur* et une *viscosité* qui retient les poussières de l'air, de telle sorte que la peau est *terne et grise*, et que, même après lavage soigneux, elle ne paraît pas propre. D'autres fois, il y a obstruction des canalicules ou hypofonctionnement glandulaire ; la peau est alors *sèche*, cassante, et elle se fendille facilement.

La peau des malades du tube digestif est généralement *pâle* sur les régions du corps recouvertes par les vêtements ; elle est souvent *rouge-bleuâtre* aux mains et au visage, c'est-à-dire aux parties exposées à l'air. Ces modifications sont dues à l'action des produits de fermentation, qui sont des violents poisons pour les nerfs des vaisseaux et qui déterminent une forte vaso-constriction ; de là, une impression de froid, qui pénètre jusqu'aux os et qui rend difficile le réchauffement des mains et des pieds. Mais, à l'occasion d'une irritation quelconque : émotion, coup de froid ou de chaud, piqûre d'insecte, etc., le spasme peut se changer en relâchement, et cette vaso-dilatation aboutit à une *teinte violacée* du tégument.

Très souvent, le teint est *jaune verdâtre*, en dehors de toute affection hépatique, ce dont témoigne la non décoloration des fèces. Cette manifestation pseudo-ictérique, dans les cas légers, est surtout visible, non à la conjonctive, mais à l'abdomen.

Sur les régions du corps comprimées par les vêtements, ou plutôt, par les boutons, cordons, etc., se forme une *pigmentation brune* bien délimitée. D'autres fois, ces taches brunâtres naissent spontanément et lentement ; elles prédominent surtout à l'angle des paupières, aux pommettes, à la lèvre supérieure, au menton, au dos des mains, aux bourses, à l'anus et à la face interne des cuisses. Elles sont dues à la présence, dans le sang, de dérivés protéiques non entièrement démolis : indol, dérivés phénolés, allaptan, acide homogentisique ; en outre, pour NEUMANN, il faudrait faire intervenir les débris ferrugineux des globules rouges transformés en *pseudo-mélanine* par l'acide sulfhydrique intestinal. A la production de cette pigmentation participerait également la *dysendocrinie*, inséparable de la viciation du sang, surtout celle des surrénales. Elle est modifiée rapidement par un traitement supprimant les fermentations digestives.

A ces diverses manifestations, il faut encore ajouter le *pigmentation gris-bleu*, qu'on rencontre dans le faciès abdominal hippocratique, — la *rougeur de la peau de l'angle interne de l'œil*, par suite de l'irritation engendrée par l'hypersécrétion des glandes lacrymales — la *moiteur de la lèvre supérieure*, l'*intertrigo*, l'*urticaire*, les *comédons*, les *pétéchies*, etc.

Pour MAYR, les *vergetures* de la grossesse, dues à la déchirure et à la surextension du tissu contractile de la peau de l'abdomen, seraient favorisées par l'auto-intoxication intestinale, qui rend les fibres élastiques moins résistantes (1).

CHEVEUX. — Chez un homme bien portant, les cheveux sont brillants, propres, souples et vivement colorés, ceci, grâce à une bonne vascularisation sanguine et lymphatique de la papille et du bulbe. Si la lymphe s'épaissit et si le sang devient impur, le cheveu est mal nourri ; il devient *terne* et *cassant* ; comme, d'autre part, il croît plus lentement et qu'il devient moins résistant aux moindres traumatismes, la *calvitie* est souvent l'aboutissnant des fermentations intestinales.

ONGLES. — Il n'est pas jusqu'aux ongles qui ne ressentent les effets des troubles intestinaux chroniques. Habituellement durs, *brillants*, *rosés* et élastiques, ils deviennent, comme les cheveux, *minces* (2), *ternes* et *cassants*, quand l'épaississement du sang et son impureté empêchent leur imbibition vasculaire. Ils prennent une *couleur grise* et montrent des *taches*

(1) J'ai signalé l'existence de vergetures chez l'homme, soit par amaigrissement prononcé, soit par embonpoint exagérément rapide. (*Les maladies de l'estomac et leur traitement en clientèle*, 3e édition, 1921, p. 24.)

(2) Le rapport, que le vulgaire voit entre la dureté des ongles et la bonne santé, semble complètement justifié.

ou points blancs. On a beaucoup discuté sur l'origine de celles-ci, ; MAYR en fait un signe typique de mauvaise nutrition.

La croissance des ongles est lente et surtout inégale, d'où la formation de *sillons*, qui sont d'autant plus marqués que la composition du sang laisse plus à désirer. Comme un ongle met environ dix semaines pour se renouveler complètement, on peut, en partant de sa base, voir à combien de temps remonte la dernière crise ou le dernier maximum de l'intoxication digestive, — et si la partie postérieure au sillon est normale, comme coloration et épaisseur, on peut en inférer qu'il ne s'est agi que d'une phase morbide aiguë ; au contraire, si elle est amincie, c'est un signe de persistance de l'état pathologique. Il en est de même de la *coloration chair.*

Dans les cas d'intoxication particulièrement intense et prolongée, on peut assister à la *chute des ongles*, comme dans le diabète.

Quoiqu'appartenant peut-être plutôt au domaine de la circulation, on peut faire rentrer parmi les troubles cutanés, le *dermographisme.* Manifestation de la surirritabilité des nerfs vaso-moteurs, dont on fait habituellement un signe exclusif de névrose, MAYR y voit, au contraire, une conséquence de la résorption sanguine des produits toxiques de l'intestin.

Il fait, en outre, remarquer que les personnes dont la peau réagit vivement aux piqûres d'insectes sont des intoxiqués du tube digestif.

L. PRON.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OZÈNE

Par le Dr BIJON,

Laryngologiste de l'Hôpital civil d'Oran.

Le but du traitement de l'ozène par les injections de paraffine était de rétrécir le nez en gonflant les cornets atrophiés de façon à empêcher la formation des croûtes. On sait, d'autre part, que lorsqu'un malade présente un éperon de la cloison, les croûtes ne se produisent pas du côté de l'éperon justement à cause du rétrécissement de la narine provoqué par cet éperon.

On a donc essayé de provoquer des éperons artificiels en injectant de la paraffine sous la muqueuse de la cloison ; méthode abandonnée depuis.

Nous avons essayé de créer des éperons artificiels avec une autre technique, en inclusant sous la muqueuse de la cloison des greffes osseuses. Les résultats ont été bons et nous croyons cette méthode appelée à un grand avenir dans le traitement de cette pénible affection. Les premiers essais ont été faits avec des greffes du tibia, méthode abandonnée à cause de l'insuffisance de la grosseur du greffon, qui ne bouchait que très peu la fosse nasale (ci-dessous l'observation de ce malade, nº 1).

Ayant alors pensé à l'épine de l'omoplate, comme l'a déjà fait Moulinié, pour des prothèses nasales, nous avons opéré trois malades avec cette nouvelle technique (ci-dessous les observations nº 2, 3 et 4).

La technique opératoire est la suivante : anesthésie locale de l'épine de l'omoplate ; découverte de l'épine, prélèvement de deux greffons successifs à la pince, suture.

La malade est alors assise en face du chirurgien : incision endo-nasale très antérieure de la muqueuse de la cloison. décollement de cette muqueuse, inclusion profonde des deux greffons l'un au-dessus de l'autre, tamponnements légers.

Noter que pour avoir des greffons intacts et faciles à introduire, il faut les prélever à la pince et non au marteau, comme nous l'avons fait dans les observations 3 et 4.

Noter également que, bien qu'on travaille en milieu infecté, les greffons ont toujours tenu.

OBSERVATION Nº 1. — Mlle Henriette...., 7 ans.

Ozène double grave. Opérée par greffe tibiale, le 15 août.

13 *octobre* : Greffe persiste. Croûtes presque disparues. Odeur totalement disparue.

Côté droit non opéré ; amélioration des croûtes, odeur totalement disparue.

11 *novembre* : Greffon tient. Croûtes très diminuées. Odeur disparue.

OBSERVATION Nº 2. — Mlle Joséphine..., 14 ans.

Ozène droit. A gauche, une grosse déviation cloisonnale avec absence d'ozène.

Greffon tibial à droite, 20 juillet. Croûtes persistent. Greffon omoplate droit, 10 août.

17 *octobre* : Greffon tient. Croûtes très diminuées. Odeur très diminuée.

11 *novembre* : Greffon tient. Etat très satisfaisant.

OBSERVATION Nº 3. — Mlle Henriette..., 7 ans.

Malade depuis sa première enfance. Ozène très grave des deux narines.

Opérée le 13 *septembre.* Greffe d'épine d'omoplate dans narine gauche.

6 *octobre* : Greffe persiste, mais étant trop courte, les croûtes se reforment à la partie antérieure du nez.

Narine droite sans changement.

11 *novembre* : La greffe tient et les croûtes ne se forment toujours qu'en avant du greffon.

OBSERVATION Nº 4. — Mlle Jeanne..., 12 ans.

Ozène très ancien et très grave des deux narines avec odeur très fétide.

Samedi 1er *octobre* : prise d'un double greffon de l'épine et inclusion dans la narine droite.

Mardi 4 *octobre* : les greffons tiennent ; la narine droite est presque totalement bouchée. Les croûtes qui, auparavant, étaient quotidiennes et très grosses, ont totalement disparu.

Il est curieux de constater qu'elles ont aussi disparu du côté gauche non opéré, sans que nous puissions donner une explication de ce phénomène sympathique.

Lundi 10 *octobre* : greffons tiennent. Début de croûtes à gauche. A droite, mucosités liquides.

Jeudi 14 *octobre* : greffons tiennent. Croûtes à gauche. A droite, mucosités liquides.

12 *novembre* : greffons tiennent. Croûtes et odeur disparues à droite. A gauche, croûtes légères et sans odeur.

Depuis lors, 10 nouveaux malades ont été opérés avec d'excellents résultats ; la dernière malade opérée en mai 1922 et revue en février 1923 présente une guérison totale.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement physiothérapique des hémorroïdes et de la fissure sphinctérienne.

Supérieur à la cure radicale sanglante, qui n'est pas sans difficulté ni dangers, il consiste à faire des applications de courants de haute fréquence, dont M. Vignal expose la technique et vante, avec raison, les bons effets.

On emploie à cet effet l'électrode métallique de Doumer, ou mieux, on sélectrode en verre creux et vide, ou son électrode condensatrice. Ces applications réussissent surtout dans les poussées aiguës, et elles en déterminent une sédation presque immédiate. Contre les formes chroniques, l'auteur préconise la diathermie, selon la méthode de Bordier.

Il semble que les deux méthodes doivent être associées pour obtenir le maximum d'effet. On commence par faire une application de haute fréquence avec l'électrode conique de Doumer suivie immédiatement, au bout de 5 à 6 minutes, d'une application diathermique.

Le même traitement est indiqué dans la fissure anale, primitive ou secondaire aux hémorroïdes.

On fait des séances d'abord quotidiennes, puis espacées, à raison selon les cas, de 5 à 6, ou de 8 à 12, ou rarement de 20 à 25.

« Les guérisons sont durables... Ces courants « de haute fréquence agissent directement « sur la contracture et la douleur, car ils ont « une action anesthésiante sur le système neuro- « sensitif et inhibitrice sur le système neuro- « moteur. Mais ce n'est pas la seule action de « ces courants, : ils augmentent les échanges » intra-cellulaires, par conséquent ramènent la « vitalité dans les tissus, et de ce fait, exercent « une action trophonévrotique qui aide puis- « samment à la cicatrisation de cette petite « lésion qui occasionne de si intolérables dou- « leurs. » (*Journ. des Prat.*, 30 déc. 1922.)

Du traitement des gangrènes pulmonaires aiguës circonscrites.

Au dire de notre excellent confrère et ami J.-P. Tourneux, il existe deux grandes variétés de gangrène pulmonaire : l'une, dite médicale, ne nécessite pas l'intervention opératoire : tel est le cas de certains abcès fétides, survenant au déclin d'une pneumonie, et n'altérant que peu l'état général ; ils guérissent spontanément la plupart du temps. Par ailleurs, les broncho-pneumonies gangréneuses diffuses échappent au chirurgien, qui ne peut rien pour elles.

Par contre, une seconde variété, dite chirurgicale, se caractérise par des phénomènes locaux et généraux très intenses, qui réclament une thérapeutique énergique. Notre confrère en a personnellement observé et opéré trois cas!

Il les rapporte pour illustrer une étude très complète de la question, au cours de laquelle il expose clairement les éléments du diagnostic différentiel des gangrènes pulmonaires avec les kystes hydatiques, les cavernes tuberculeuses, la bronchectasie, la pleurésie interlobaire.

Une difficulté du diagnostic consiste à déterminer s'il existe un ou plusieurs foyers. On ne comptera pas trop sur les signes physiques, pas plus que sur la ponction exploratrice, souvent négative, et parfois dangereuse, en ce qu'elle peut infecter la paroi thoracique ainsi que la plèvre. A ce point de vue, la radioscopie et la radiographie sont infiniment plus précieuses.

Quant à la thérapeutique chirurgicale que l'auteur préconise, « on peut dire, écrit-il, que « l'intervention doit être à la fois large et précoce. « Large, car la résection costale jouera le rôle « d'une véritable thoracoplastie qui favorisera « ultérieurement l'accolement des parois suppu- « rantes et amènera la guérison définitive, sans « fistule, du foyer septique ; précoce, parce que, « localement, des lésions irrémédiables n'auront « pas eu le temps de se constituer et que, d'autre « part, l'état général sera moins touché, donc « plus apte à supporter l'intervention chirurgi- « cale. » (*Toulouse médical*, 15 déc. 22.)

La narcose au protoxyde d'azote.

Une anesthésie générale est toujours un acte technique grave et impressionnant, puisqu'il plonge l'opéré dans un état d'abolition des grandes fonctions du système nerveux central, ne

laissant subsister que les fonctions purement végétatives, et qui est assez voisin de la mort apparente pour qu'en certaines circonstances malheureuses, la mort réelle puisse survenir presque insensiblement. Aussi, les partisans de l'anesthésie locale, puis régionale, puis rachidienne, sont-ils de plus en plus nombreux.

Cependant, il est fréquent, nécessaire et même indispensable, de recourir à l'anesthésie générale. A quel agent est-il préférable d'avoir recours ? Les avis sont partagés : l'éther est actuellement particulièrement en faveur ; le chloroforme conserve toutefois ses indications. Quant au protoxyde d'azote, en honneur dans les pays de langue anglaise, il n'est pas d'emploi courant en France. On lui fait des reproches dont l'expérience des faits ne semble jusqu'alors ne démontrer que le trop bien fondé. C'est pour le réhabiliter que M. Dumont expose la technique qui lui paraît la plus recommandable, et qui utilise l'appareil de Desmarest.

Sans suivre l'auteur dans tous les détails de son exposé, nous nous bornerons à reproduire ici ses conclusions.

« J'ai pratiqué actuellement, avec la technique que je viens de décrire, tant en ville qu'à l'hospice de Bicêtre, dans le service de Desmarest, environ un millier de narcoses au protoxyde d'azote. A part trois ou quatre *alertes légères*, que j'aurais pu éviter avec un peu d'attention, je n'ai jamais observé, au cours ou à la suite de cette narcose, d'accident sérieux qui ait pu être attribué au protoxyde. Il n'y a d'ailleurs là rien d'étonnant, car on sait que ce gaz n'exerce aucune action nocive sur les poumons, sur le cœur, sur le foie, ni sur le rein.

« Les *céphalées* qu'accusent, après le réveil, la plupart des sujets vigoureux et presque tous les hypertendus sont généralement passagères.

« J'ai déjà dit qu'à mon avis, la morphine devait être considérée comme responsable, pour une bonne part, des *nausées* et *vomissements post-anesthésiques.*

« En somme, j'ai la conviction que le *protoxyde d'azote est le plus inoffensif de tous les anesthésiques*, à condition d'être manié par un anesthésiste attentif et de sang-froid — j'entends qui ne se laisse jamais énerver par les impatiences du chirurgien.

« Aussi, je ne lui connais *pas de contre-indications absolues*, en dehors de celles tirées d'une impossibilité ou d'une difficulté matérielle d'application (opérations sur la tête). Avec de la patience et en s'y prenant assez tôt avant l'opération, on réussit à anesthésier des sujets nerveux, hypertendus, alcooliques, qui paraissaient *a priori* des plus réfractaires (cris, agitation, etc.), personnellement j'y suis toujours parvenu.

« Le protoxyde a cependant trois inconvénients : — hypertenseur, il exagère le saignement au cours de l'opération et le sang, plus noir au début de l'anesthésie, est souvent fort gênant pour l'opérateur ; — il n'amène qu'exceptionnellement un relâchement musculaire complet ; — il provoque trop souvent une respiration abdominale puissante, stertoreuse. Ces deux derniers inconvénients constitueraient une véritable contre-indication aux opérations sur l'abdomen s'il n'était possible d'y remédier, comme on l'a vu plus haut, par l'adjonction de quelques bouffées d'éther pour les temps où le chirurgien a besoin d'un silence abdominal complet, surtout au moment de l'ouverture et de la fermeture de la paroi.

« Avec ou sans adjonction d'éther, la narcose au protoxyde d'azote me paraît donc *applicable à toutes les opérations de petite et de grande chirurgie*, celles de la tête exceptées.

« Si elle n'est pas toujours aussi parfaite que la narcose au chloroforme ou à l'éther, elle n'en offre pas non plus les dangers, ou immédiats ou éloignés. Elle est, à mon avis, certainement préférable à la rachi-anesthésie que je persiste à considérer, quoi qu'on en dise, comme le plus dangereux des modes d'anesthésie. Elle est plus facile et plus sûre que l'anesthésie régionale. Elle pourrait être, dans bien des cas, substituée à l'anesthésie locale qui, par l'infiltration des tissus, complique parfois la tâche du chirurgien et prédispose à l'infection post-opératoire de la plaie. Mais, surtout, par son action hypertensive, elle représente la *narcose idéale pour tous les sujets en état d'hypotension*, les *choqués*, les *anémiés*, les *cachectiques* : il n'y a qu'à prendre le pouls de tels sujets avant, pendant et après la narcose, pour constater l'action efficace du protoxyde sur le relèvement de la tension artérielle » (*Presse Méd.*, 3 janv. 1923.)

Les petites hypertensions d'alarme dans la toxémie gravidique convulsivante.

L'éclampsie est une si redoutable complication de la grossesse et de l'accouchement qu'il est du plus haut intérêt de pouvoir la dépister précocement, afin de la prévenir et de la combattre. Au dire de M. Le Lorier, cela est possible. Il suffit, en effet, de mesurer régulièrement et systématiquement la tension artérielle maxima, la minima ayant ici que peu d'intérêt. Si l'on admet que cette tension, mesurée selon la méthode de Riva Rocci (palpatoire), ne dépasse pas normalement 12, on sera autorisé à soupçonner la toxémie gravidique dès que ce chiffre, que l'auteur appelle chiffre d'alarme, s'élèvera. S'il atteint 15, on peut être assuré que les symptômes cliniques se manifesteront et que l'albumine fera son apparition dans les urines.

« Je ne saurais trop souligner deux points :



« le premier, c'est que l'hypertension d'alarme « est souvent la première et la seule manifesta- « tion de la toxémie commençante, l'albumi- « nurie ne se montrant qu'après elle ou même « pas du tout... Le deuxième point, c'est que « la mesure de la tension est aussi importante « et doit être faite aussi fréquemment que la « recherche de l'albumine dans les urines... »

Donc, la zone d'alarme commence à 13 et finit à 15, où commence la zone dangereuse. En présence d'une gestante qui a une hypertension persistante, on instituera le régime lacto-végétarien déchloruré, accompagné de grandes évacuations intestinales, et, au besoin, le régime lacté absolu, précédé ou non de deux ou trois jours de diète hydrique. Enfin, si la tension atteint 15, on ajoutera au régime la saignée modérée, qui fera place elle-même aux grandes saignées massives, au cas d'apparition des convulsions. (*Presse Méd.*, 6 janv. 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Prophylaxie de la rougeole par le sérum de convalescents.

(MM. H. Méry, Gastinel et Joannon. — *Académie de médecine*, 6-2-1923.)

L'emploi du sérum de convalescents comme moyen prophylactique de la rougeole a été indiqué en 1918 par Nicolle et Conseil. Depuis, des travaux importants ont été faits sur la question, en Amérique par Richardson et H. Connor (1919), en Allemagne par Degkwitz, de Munich, en France par P.-L. Marie, Nobécourt et Paraf. Tous les expérimentateurs ont reconnu l'action préventive éclatante de ce sérum.

M. Méry a utilisé cette méthode à l'Asile des enfants débiles de Médan, au cours de deux épidémies, et aussi à l'hôpital des Enfants-Malades. Il confirme sa valeur et montre qu'elle donne avec certitude, lorsqu'elle est mise en œuvre dans des conditions déterminées, le résultat recherché. L'injection toutefois ne protège que pour un temps assez court. Elle n'a, par conséquent, qu'une utilité limitée au danger d'une contagion menaçante, au cas d'épidémie par exemple, particulièrement dans les agglomérations infantiles, crèches, hôpitaux, etc. Sa généralisation dans les familles se montre beaucoup moins nécessaire, son emploi paraissant alors devoir se limiter aux sujets chez lesquels, en raison de tares organiques importantes, on redoute les conséquences d'une rougeole.

M. Méry s'est servi de sérum de convalescents adultes (soignés à l'hôpital Claude-Bernard), prélevé au moment de la sortie des malades, c'est-à-dire vers le quatorzième jour. Avant la récolte, la recherche du Wassermann a toujours été pratiquée. Après un chauffage à 56° pendant une demi-heure, le sérum était réparti en ampoules et conservé à la glacière.

L'injection préventive doit être faite à une date aussi rapprochée que possible du début de la période d'incubation, avant le sixième jour. Passé cette date, l'action demeure incertaine. La dose varie suivant l'âge : 2 centimètres cubes chez le nourrisson ; 4 à 6 centim. cubes plus tard. La dose sera plus forte lorsque l'on intervient tardivement. L'injection sous-cutanée est suffisante.

L'auteur montre l'intérêt qu'il y aurait à créer un service de récolte dudit sérum, mais il insiste également sur l'inutilité d'une généralisation excessive de la méthode. Le sérum de convalescent, dont l'action est remarquable et pour ainsi dire certaine, ne donne qu'une protection momentanée. Son rôle sera de mettre à l'abri de la maladie les sujets chez lesquels la rougeole représente une menace grave, les débiles, les tuberculeux, les nourrissons des pouponnières et des crèches, les enfants hospitalisés dans des salles où se produisent des cas intérieurs. Dans les familles, le médecin jugera de l'intérêt qu'il peut y avoir à protéger momentanément, dans un milieu de rougeole, tel ou tel enfant en raison de son âge ou de son état de débilité.

Arthropathies protéiniques.

(M. F. Bezançon. — *Académie de médecine*, 6-2-1923.)

M. Bezançon rapporte deux observations montrant que certaines manifestations rhumatismales fébriles peuvent relever d'une origine protéinique. Le premier malade, ayant, dans ses antécédents, sept crises de rhumatisme articulaire aigu, fut admis à l'hôpital pour des accidents rhumatismaux fébriles. Le régime lacté suffisait à calmer les douleurs articulaires et à faire tomber la fièvre. Le patient reprenait-il de la viande ou des œufs, les arthropathies et la fièvre réapparaissaient. L'ingestion préalable, une heure avant le repas, d'un cachet de peptone amenait la désensibilisation, et empêchait la production des accidents. Le deuxième malade était un goutteux porteur en même temps d'une pleurésie vraisemblablement d'origine cardiaque. Chaque ponction pleurale provoquait chez lui le retour de la fièvre et d'arthralgies. L'inoculation sous-cutanée du liquide pleural déterminait les mêmes phénomènes avec plus d'intensité.

Ces observations indiquent le rôle possible des pro-

téines dans la production de certaines arthropathies fébriles.

La nourricerie départementale du Rhône.

(M. COMMANDEUR. — *Académie de médecine*, 6-2-1923.)

Une nourricerie départementale a été créée en 1920, par le Conseil général du Rhône, à Vinatier. Elle reçoit les filles mères qui s'engagent à nourrir leurs enfants au sein pendant une période de six mois au moins. Elle admet aussi quelques enfants privés de leur mère auxquels on donne un allaitement mixte, le lait féminin étant fourni par l'excédent des nourrices dont le lait est abondant.

Dans le Rhône, comme à la nourricerie de Tours, dont il fut question l'an dernier à l'Académie, les résultats sont remarquables, puisque sur 53 enfants la mortalité a été de 7 seulement.

— M. BAR montre que d'aussi bons résultats ne peuvent être obtenus que par une organisation sévère. Les femmes ne sont admises à l'établissement qu'après un examen rigoureux à la maternité et après une mise en observation assez prolongée. Il ne faut pas, en effet, introduire à la nourricerie d'élément de contagion sous une forme quelconque. Une surveillance étroite des mères et des nourrissons est également nécessaire.

— M. PINARD se félicite de voir se développer le principe qu'il a toujours défendu : l'enfant près de sa mère et allaité par elle.

— M. WALLICH insiste à son tour sur l'importance, avant l'admission des femmes, de leur examen et d'un séjour préparatoire dans des chambres d'isolement, pendant une durée de trois semaines. Le partage du lait de la femme entre plusieurs nourrissons peut être fait sans mise au sein directe. Les femmes peuvent très bien donner du lait par simple traite.

Le « rest breathing » (repos respiratoire) dans la tuberculose pulmonaire.

(M. KNOPF, de New-York. — *Académie de médecine*, 6-2-1923.)

M. TUFFIER analyse un travail adressé par le professeur Adolphus Knopf, de New-York, sur un adjuvant physiologique (le *rest breathing*, ou repos respiratoire), dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

L'auteur part de l'importance aujourd'hui bien établie (par le pneumothorax artificiel) de l'immobilisation du poumon dans la cure des lésions bacillaires. Il montre que la tortue, emblème de la longévité en Orient, est un animal à mouvements respiratoires très ralentis, et il propose chez les tuberculeux pulmonaires des exercices de ralentissement de la respiration. Il habitue ses malades à faire des inspirations profondes, *diaphragmatiques*, et à réduire le nombre des respirations à la minute jusqu'à 10, 8, 6 et même moins.

La durée de ces séances de repos respiratoire du sommet varie de quelques minutes au début, jusqu'à une heure et au-delà. Le nombre des séances peut aller jusqu'à cinq dans les 24 heures.

Cette diminution des mouvements respiratoires, qui agit principalement sur les sommets, repose aussi la totalité des poumons. Cinq heures de *rest breathing* épargne aux poumons 3.000 mouvements respiratoires. Il rend les battements du cœur moins nombreux et réalise une économie considérable de force musculaire. La méthode n'a pour contre-indications que la tuberculose des bases et l'emphysème accusé.

M. Tuffier estime que ce procédé « adjuvant » de cure, facile à employer, sans danger, mérite de retenir l'attention. Son efficacité, il va sans dire, ne pourra être établie que sur des observations assez nombreuses.

Septicémie méningococcique : pyothérapie.

(M. A. NETTER. — *Société médicale des hôpitaux*, 12-1-1923.)

M. Netter rapporte un cas de septicémie méningococcique pure, sans aucune détermination méningée, qui se poursuivit pendant plus de trois mois (exactement cent deux jours), se tratuisant par des accès de quelques heures de durée, de fièvre intermittente, avec diverses manifestations éruptives, d'ailleurs minimes. Les accès fébriles se produisaient en général tous les deux jours, le malade (un enfant de 11 ans) paraissant en bonne santé dans l'intervalle. La nature méningococcique de la maladie, soupçonnée dès le début, n'a été démontrée par les recherches de laboratoire qu'après la guérison. On traita le patient successivement par l'uroformine, les métaux colloïdaux, la quinine, le novarsénobenzol, les injections de lait, puis la pyothérapie.

MM. Vaucher et Smidt ont eu recours, l'an dernier, dans un cas analogue et sur les conseils du prof. Léon Blum, de Strasbourg, à la protéinothérapie (injections de lait). M. Netter pratiqua chez son petit malade une injection sous-cutanée de 10 cent. cubes de lait stérilisé, qui fut suivie d'une courte période apyrexique. Puis, la fièvre étant réapparue, on essaya, avant de recourir à l'abcès de fixation, la pyothérapie, recommandée par plusieurs auteurs. L'injection d'une ampoule contenant 5 centigr. de pus marqua la fin de la maladie.

— M. DUFOUR rappelle les tentatives heureuses de pyothérapie, de Lop, de Marseille, de Ramond, de Mallet, et ses tentatives personnelles, dans l'arthrite gonococcique. Les résultats, excellents quelquefois, ne sont pas toujours parfaits. Deux fois, sur quatre injections, il y eut de la suppuration, nécessitant l'incision de l'abcès.

— M. PAISSEAU a employé la pyothérapie avec succès dans un cas de septicémie consécutive à un phlegmon. Il l'utilisa dans d'autres circonstances, sans résultat appréciable.

Hypothermie, suite de blessure de la moelle cervicale.

(M. DE JONG. — *Société médicale des hôpitaux*, 12-1-1923.)

MM. de Martel et Cl. Vincent ont observé au cours d'opérations sur la partie cervicale du rachis des *ascensions* thermiques qui se développaient rapidement jusqu'à la mort.

M. de Jong pense intéressant de signaler un cas inverse, d'*hypothermie*, à 28°, avec chute du pouls à 36, chez un blessé de guerre qui avait reçu une balle dans la région cervicale. L'examen radiologique et l'autopsie (incomplète étant donné le lieu de l'observation) montrèrent qu'il y avait eu fracture par balle des lames des 6e et 7e vertèbres cervicales. L'auteur a retrouvé, d'ailleurs, une observation analogue d'un médecin anglais, en 1915.

Il semblerait donc qu'il existe entre certaines altérations de la moelle cervicale et le mécanisme régulateur de la température du corps des rapports qui, il va sans dire, restent à préciser.

Inoculabilité de l'herpès chez les encéphalitiques.

(MM. TEISSIER, GASTINEL et REILLY. — *Société de biologie*, 3-2-1923.)

Les constatations de Schnabel, de Levaditi et Harvier conduisent à penser à l'identité du virus herpétique et de celui de l'encéphalite. Il était intéressant, dans ces conditions, de rechercher si un sujet atteint d'encéphalite est ou non sensible à l'herpès expérimental. Chez 7 malades, atteints d'encéphalite de types divers, MM. Teissier, Gastinel et Reilly ont pratiqué des inoculations de virus herpétique humain au niveau du bras. Chaque fois, s'est développée une efflorescence de vésicules herpétiques typiques. L'atteinte du névraxe par le virus encéphalitique ne confère donc pas l'immunité au tégument vis-à-vis du virus herpétique.

Injections de sulfate de magnésie dans le cancer.

(MM. René REDING et DUSTIN. — *Société belge de biologie*, 27-1-1923.)

Robin et Dubar ont montré que la magnésie (oxyde et carbonate) pouvait dans certains cas influencer l'évolution des tumeurs malignes. MM. René Reding et Dustin ont repris la question à un point de vue différent. Pratiquant des injections intra-musculaires de sulfate de magnésie chez des sujets en état de récidive de cancer ou de métastase (métastases intra-osseuses de carcinome du sein), ils ont vu ces lésions métastatiques diminuer notablement de volume et présenter, histologiquement, des modifications scléreuses. En même temps, l'état général des malades s'améliorait.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Sclérodactylie progressive à étiologie complexe.

MM. J.-F. MARTIN et A. VACHEY présentent l'observation d'un homme de 37 ans atteint de sclérodermie ayant débuté par les mains et les pieds, en octobre-novembre 1921 et généralisée progressivement à tout le corps. A l'entrée à l'hôpital, la peau des membres supérieurs est tendue, impossible à mobiliser sur les plans profondes, ce qui rend les mouvements des diverses articulations très limités ou impossibles. Il en est bientôt de même aux membres inférieurs. Le *facies* est caractéristique : joues aplaties, narines et ailes du nez rétractées, ouverture buccale rétrécie. Les extrémités sont souvent cyanosées. *Pigmentation* bronzée de tout le corps, taches pigmentées intra-buccales, raie de Sergent.

Les auteurs, recherchant l'étiologie de ce cas, éliminent toute lésion organique du système nerveux, de même que toute infection ou intoxication. La tuberculose ne leur semble pas devoir être davantage retenue (absence de signes pulmonaires, cuti-réaction et séro-diagnostic négatifs). Le malade est un ancien blessé de guerre et le traumatisme a été noté dans les antécédents des sclérodermiques. Enfin, les troubles endocriniens peuvent être incriminés : le corps thyroïde paraît un peu gros et il existe un syndrome addisonien assez net. L'opothérapie s'est néanmoins montrée sans effet. En définitive, les auteurs admettent une étiologie complexe où les troubles endocriniens auraient la plus grande part.

Kyste méningé traumatique avec quadriplégie.

MM. REBATTU et GARDERE présentent l'observation d'un malade atteint de quadriplégie, chez lequel on trouva une méningite séreuse enkystée de la loge cérébelleuse gauche, refoulant le lobe gauche du cervelet, qui, à son tour, comprimait le bulbe rachidien. Cette compression s'était manifestée d'abord par une hémiplégie gauche, puis, par une quadriplégie, avec de vagues phénomènes bulbaires, mais sans aucun phénomène cérébelleux. On notait dans les antécédents une chute sur la région occipitale, en 1919, chute suivie d'une hémiplégie spasmodique. De tels cas sont rares ; plusieurs ont pu être opérés avec succès. Mais ici, le diagnostic était impossible, étant donnée l'ancienneté de l'affection.

Prostatectomie chez un malade ayant subi antérieurement un forage de la prostate.

M. Léon THÉVENOT présente la pièce provenant de cette intervention. On n'y voit aucune trace de sillon ou de tunnel créé par le forage. Ce fait confirme les critiques qui ont été dirigées contre le forage. Si ce

dernier compte quelques succès à son actif, c'est peut-être, dit M. Thévenot, parce qu'il a fait de la révulsion du col dans des cas où la dysurie tenait seulement à de l'œdème, à de la congestion de la muqueuse.

Pathogénie du syphilome ano-rectal.

M. L.-M. Bonnet relate l'observation d'une prostituée, non sûrement syphilitique, entrée dans son service en 1912 pour des saillies œdémateuses de l'anus et du rectum, au niveau desquelles on trouva du gonocoque (cette femme se livre au coït anal). Revue en 1922, les lésions ont progressé, la vulve participe à la lésion ; les parois rectales sont épaissies et la lumière du rectum nettement rétrécie. A noter qu'à ses deux séjours, un traitement spécifique fut institué sans résultat. On sait d'ailleurs que la nature purement syphilitique du rétrécissement fibreux du rectum n'est plus guère admise aujourd'hui. On a fait jouer, dans ces derniers temps, un rôle à la stase lymphatique. L'observation de M. Bonnet semble confirmer cette idée : la malade ayant eu antérieurement des bubons inguinaux, les voies lymphatiques correspondantes avaient été obstruées, d'où production d'un œdème dur de toute la région ano-recto-vulvaire.

Récidive abdominale d'un cancer du sein quatorze ans après intervention.

M. Dunet et Pollosson présentent l'observation d'une malade opérée en 1908 par M. Bérard pour cancer du sein par l'opération d'Halsted. Pendant 14 ans, santé excellente. En juin 1922, la malade revient avec une ascite volumineuse et ayant subi une tentative infructueuse de ponction chez elle. Un nouvelle paracentèse ramène 5 litres de liquide non hémorrhagique et sans cellules néoplasiques. Après cette évacuation, on perçoit deux volumineuses tumeurs occupant les fosses iliaques. Au niveau du point où fut pratiquée la première ponction négative, tumeur indurée infiltrant le tissu cellulaire sous-cutané. Une biopsie pratiquée sur cette tumeur montre qu'il s'agit bien d'une récidive à distance de l'épithélioma du sein. A noter, le résultat parfait de l'opération d'Halsted.

Ulcère duodénal perforé.

MM. Delore et Dunet présentent un malade opéré pour ulcus duodénal perforé. Ils insistent sur les faits suivants :

1° Le liquide péritonéal, dix heures après la perforation, était stérile, fait déjà signalé, mais qui n'est pas de règle. Les auteurs pensent à une action antiseptique possible d'une solution bicarbonatée que le malade avait ingérée après la perforation.

2° M. Delore a pratiqué dans ce cas une incision transversale combinée à l'incision médiane de laparotomie, incision qui donne un jour très étendu sur la région pyloro-duodénale et une grande liberté de manœuvre.

Injection intra-veineuse de sérum glucosé dans la néphrite aiguë.

M. J. Chalier relate l'observation d'une malade de 16 ans, atteinte de néphrite aiguë, chez laquelle, dans le but d'activer la diurèse, il pratiqua une injection intra-veineuse de 250 grammes d'eau distillée dans laquelle on avait fait dissoudre 0 gr. 50 de théobromine, 2 gr. de phosphate de soude et 60 gr. de glucose (formule de Fleig). L'injection fut poussée peut-être un peu trop vite. Une demi-heure plus tard, grand frisson, température 40°4, céphalée violente, vomissements abondants ; *anurie* complète pendant les 24 heures qui suivent l'injection ; les jours suivants, la diurèse se rétablit, d'abord faible : 200 gr., puis plus forte, 700 gr., 1 litre. Enfin, au bout du 4e jour, diurèse abondante à 3 litres, qui se maintient entre 2 et 3 litres pendant 15 jours. Les œdèmes, l'albuminurie, disparaissent et la malade sort guérie de l'hôpital. M. Chalier pense qu'il faut, dans ces accidents, séparer les frissons, la température, les vomissements, phénomènes de constatation assez courante dans les injections intra-veineuses d'un certain volume, de l'anurie, phénomène beaucoup plus grave. Bien qu'on puisse se demander si elle n'a pas en définitive été bienfaisante, puisque suivie d'une large diurèse, l'auteur considère que l'alerte fut trop vive pour qu'on puisse conseiller cette thérapeutique. Mieux vaudrait, conclut-il, utiliser le glucose en lavement goutte-à-goutte.

Ulcère peptique du jéjunum récidivé pour la troisième fois.

M. Ch. Dunet présente une pièce opératoire provenant d'un malade qui en est à sa troisième récidive d'ulcère peptique du jéjunum et à sa quatrième intervention. Les récidives se sont suivies à peu près d'année en année. Il s'agit d'une véritable maladie ulcéreuse dont les causes nous échappent et il est plus que probable qu'une nouvelle récidive se produira.

Coxa vara bilatéral grave.

M. Tavernier présente un garçon de 14 ans atteint de coxa vara bilatéral datant d'un an. Le malade étant debout, ses membres inférieurs sont croisés au genou, le gauche en avant. La marche se fait à petits pas. La radiographie montre l'angle du col fermé à angle aigu. Une intervention s'impose et l'auteur compte utiliser l'ostéotomie curviligne intra-trochantérienne de Codivilla.

Synovite à grains riziformes du poignet.

M. A. Rendu présente une jeune fille de 25 ans qu'il a opérée il y a un an pour une synovite énorme du poignet, contenant des grains du volume d'une fève et d'un haricot. On dut suturer au tendon du petit doigt les deux bouts de celui de l'annulaire qui présentait une large perte de substance. Après cinq séances de radiothérapie, le résultat anatomique et fonctionnel est et reste parfait.



Ostéochondrite d'origine traumatique.

M. A. Rendu présente un enfant atteint d'ostéochondrite de la hanche consécutive à une luxation de cette articulation.

Scoliose congénitale.

M. A. Rendu présente une fillette de 9 ans 1/2 atteinte de scoliose congénitale, dont la nature pourrait passer inaperçue sans la radiographie qui montre toute une série de malformations du rachis : absence de coccyx, absence des dernières vertèbres sacrées, déchirure des arcs sacrés, etc. Il n'y a ni stigmates de rachitisme, ni paralysie infantile. L'affection est incurable et tout ce qu'on peut faire est de prescrire un corset Martin avec plaques de soutien pour empêcher la déformation de s'accentuer.

Société médicale des hôpitaux.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire.

MM. Mouriquand et J. Barbier présentent le cœur d'une fillette d'un mois, morte quelques minutes après son entrée à l'hôpital avec une cyanose qui, d'après la mère, serait de date récente. Le cœur présente : 1° un rétrécissement considérable de l'artère pulmonaire ; 2° une communication inter-auriculaire par persistance du trou du Botal ; 3° une communication interventriculaire.

Fièvre aphteuse et encéphalite épidémique.

MM. J. Lépine et J. Dechaume relatent l'observation d'une paysanne de 24 ans qui, en avril 1920, ayant bu du lait encore chaud d'une vache atteinte de fièvre aphteuse qu'elle venait de traire, se sentit, la nuit suivante, la gorge sèche, puis la bouche douloureuse, et enfin, vit évoluer les jours suivants une stomatite aphteuse typique, avec céphalée, courbature et oligurie. Au bout de 15 jours, les accidents buccaux avaient disparu, au bout de cinq semaines, il n'y avait ni céphalée, ni courbature, mais un peu de raideur qui persista dans les membres du côté droit. La malade se marie et a une grossesse et un accouchement normaux. En mai 1922, sans autre cause que la fatigue causée par les soins de l'enfant et l'allaitement, la raideur augmente, la main se met à trembler ; puis ces phénomènes s'étendent au côté gauche et la malade entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon avec un syndrome de Parkinson typique.

L'intérêt de ce cas est tout entier dans l'étiologie. Il paraît évident que la malade a été atteinte de fièvre aphteuse, s'étant contagionnée par du lait tout fraîchement trait ; on sait, en effet, que lorsqu'un certain temps s'est écoulé entre la traite et l'absorption, la contagion ne se produit pas. Il paraît également certain que le syndrome parkinsonien actuellement présenté par la malade procède directement de la raideur accompagnée de céphalée apparue pour la première fois au cours de l'infection aphteuse.

Tabes et arthropathie de la hanche.

MM. Rebattu, H. Gardère et Grivet présentent l'observation d'une malade de 74 ans qui présente une arthropathie de la hanche du type atrophique ayant débuté brusquement à l'âge de 65 ans. La radiographie montre une tête fémorale allongée, fortement atrophiée, et des néoformations osseuses rendant méconnaissables la cavité cotyloïde. Pupilles en myosis ne réagissant pas à la lumière. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Pas d'incoordination, ni d'autres symptômes de tabès. Insuffisance aortique. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Wassermann fortement positif avec ce liquide et avec le sang.

Il s'agit en somme d'une arthropathie tabétique, ainsi que l'établissent l'existence des signes d'Argyll et de Westphall, la lymphocytose rachidienne, le Wassermann, l'aspect à la radiographie.

A noter l'absence d'ataxie. Ces faits peuvent prêter à confusion, soit avec une fracture du col du fémur, quand le début est brusque, soit avec un ostéosarcome du bassin.

Infarctus pulmonaire à forme douloureuse et syncopale au cours de la fièvre typhoïde.

MM. Dumas et Bouvier relatent deux observatinons d'infarctus pulmonaire au cours de la fièvre typhoïde. Ces deux cas se sont présentés avec des allures insolites qui conduisirent à des diagnostics erronés que l'évolution ultérieure fit réformer. Le premier cas débuta au commencement de la défervescence d'une dothiénentérie classique par un *point douloureux abdominal* violent, avec défense de la paroi, disparition de la matité hépatique, accélération du pouls, absence de respiration diaphragmatique. Ces symptômes firent poser le diagnostic de perforation intestinale et une laparotomie fut pratiquée (M. Patel), qui montra l'intégrité de l'intestin.

Quelques jours après seulement, apparurent à la base droite les signes d'infarctus. Celui-ci s'infecta par la suite et la malade succomba finalement à un gros abcès pulmonaire.

La seconde observation concerne une femme de 29 ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde jusque-là normale, fut prise brusquement d'une syncope grave (pouls disparu, extrémités froides, yeux révulsés, absence de toute sensibilité). Après 10 minutes de cet état, le pouls reparut et la connaissance revint. La malade garda seulement une extrême pâleur, un pouls à 140 sans tension, les extrémités froides. En présence de ces symptômes, on fit le diagnostic d'hémorrhagie intestinale occulte. Mais les jours suivants la malade étant allée à la selle plusieurs fois, on ne trouva aucune trace de sang dans ses matières.

Par contre, on vit apparaître à la base gauche un foyer de râles fins, puis la malade expectora des crachats gelée de groseille. Elle eut ultérieurement une phlébite, mais finit par guérir complètement.

Intervention dans les tumeurs intra-rachidiennes.

M. Bériel présente les observations de deux malades, dont il a déjà entretenu la Société à une précédente séance (V. *Concours méd.* du 26 novembre 1922). La première, opérée en mars 1922, par M. Desgouttes, était porteur d'une tumeur située au niveau des 3e et 4e vertèbres dorsales, tumeur thyroïdienne, du type dit « goitre métastatique » (bien qu'il n'y ait pas de goitre apparent). Complètement impotente, il y a un an, menacée de mort à brève échéance, cette malade est aujourd'hui (novembre 1922) dans un état absolument normal au point de vue fonctionnel, et l'amélioration notée lors de la première présentation s'est maintenue et accentuée.

La deuxième malade, opérée par M. Leriche, était porteuse d'une tumeur angiomateuse, dont l'ablation fut un peu incomplète. Le résultat immédiat, noté à la première présentation, fut une disparition de l'œdème des membres inférieurs que présentait la malade, les douleurs ayant seulement un peu diminué. Actuellement (octobre 1922), la paralysie et les douleurs se sont beaucoup améliorées : la malade marche seule, quoique lentement, les douleurs ont presque complètement disparu.

A propos de ces observations, M. Bériel pose en principe que toutes les tumeurs intra-rachidiennes doivent être opérées, et il appartient aux médecins plus qu'aux chirurgiens de diminuer la gravité opératoire en faisant un diagnostic précis de la localisation de la tumeur, et aussi de l'état de la moelle sous-jacente. Car ce qui fait la gravité de ce genre d'intervention, c'est la trop grande étendue des résections osseuses, des incisions durales, ce sont les longues manipulations de la moelle, c'est, enfin, la présence de lésions médullaires anciennes.

A. Chabanon.

Les Livres

Editions du Livre de France,

42, boulevard Port-Royal, Paris.

Dr Paul-Louis Gastou. — **Le syphilitique et la syphilis.** *Guide de traitement et de prophylaxie pour le praticien.* (Un volume 183 pages, 1922.)

Il est très difficile pour le médecin praticien d'avoir des directives précises pour le traitement de la syphilis et des syphilitiques, depuis l'introduction de nouvelles méthodes dans la thérapeutique de la syphilis et de ses accidents.

Dans la multiplicité des médicaments et des médications, la confusion apparente des opinions et des doctrines thérapeutiques provient , d'une part, du fait que chaque syphiligraphe a ses habitudes et ses méthodes, dont il a l'expérience et qu'il préconise de préférence à d'autres ; d'autre part, que l'on envisage le traitement de la syphilis en général, et non celui du syphilitique en particulier.

Or, le bon sens médical le plus élémentaire indique qu'il ne peut y avoir un traitement unique du syphilitique, mais bien des méthodes d'application différentes, des médications variées, ayant chacune leurs indications ou contre-indications suivant : la nature des accidents, la période de la maladie, son évolution, ses associations, ses complications ; suivant l'âge, le sexe du syphilitique, ses antécédents, héréditaires ou acquis, les conditions morales et sociales dans lesquelles il vit, et surtout la tolérance ou l'intolérance, l'activité ou l'inactivité de tel ou tel médicament ou médication.

L'auteur pose les principes suivants pour le traitement de la syphilis :

Toute médication employée doit : donner le maximum d'activité curative dans le minimum de temps ;

Ne produire aucun effet nuisible local d'intoxication générale ou d'intolérance ;

Ne pas être douloureuse ;

Eviter le plus possible au malade des pertes de temps et d'argent.

Le traitement de la syphilis étant long et coûteux (surtout du fait du temps perdu) et quelquefois douloureux, la plupart des malades, surtout les femmes, ne comprennent plus la raison d'un traitement dès que les accidents ont disparu ; ils abandonnent toute médication, s'exposant ainsi à contaminer leur entourage et à des accidents souvent graves pour eux et leur famille.

Le praticien aura beaucoup de peine à faire comprendre aux parents la nécessité de se traiter eux-mêmes, et les enfants qu'ils procréeront.

Il faut constamment penser à la syphilis acquise, héréditaire et surtout ignorée ; elle est la base de la plupart des maladies de la nutrition et des dystrophies. C'est le médecin praticien, qui se trouve le mieux placé pour la dépister et la traiter régulièrement.

Après des indications très précises sur le diagnostic de l'évolution de la syphilis et de l'état du syphilitique, l'auteur développe les bases du traitement, les médicaments et les médications employées, les méthodes de traitement et les doses, les techniques et accidents du traitement, les indications et contre-indications des différentes médications spécifiques et adjuvantes.

Il étudie ensuite le traitement général de la syphilis acquise à ses différentes périodes, le traitement des syphilitiques d'après la nature, la forme et la localisation des accidents, ainsi que celui des femmes enceintes syphilitiques, des nouveau-nés syphilitiques, et le traitement de la syphilis héréditaire, précoce et tardive, et celui de l'hérédo-syphilis.

Enfin, il expose la thérapeutique abortive et préventive de la syphilis, puis la prophylaxie de la syphilis acquise et héréditaire.

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr A. Leclercq. — **L'artériosclérose et son traitement.** *Tome III des « maladies de la cinquantaine ».* (2e édition, 1923, 1 vol. in-8 carré de 200 pages. Prix : 12 fr.).

Ce troisième volume des maladies de la cinquantaine fait suite chronologiquement à la goutte, à l'obésité, au diabète, dont il continue l'évolution pathologique. L'artério-sclérose est la maladie « type » de la cinquantaine, la maladie populaire par excellence ; elle est l'aboutissement, dans le domaine artériel, des troubles du métabolisme alimentaire, des maladies de la nutrition. Elle marque l'étape ultime de l'imperfection du foie glycogénique à dériver en sucre les restes alimentaires, qui, libérés, deviennent des causes de spoliation viscéro-artérielle.

La goutte, l'obésité et le diabète peuvent évidemment faire défaut en tant qu'avant-coureurs de l'artériosclérose, mais alors celle-ci n'en est que plus sévère pour être plus hâtive. Et toujours le foie artério-scléreux reste au sommet de toutes les vicissitudes pathologiques.

A côté du foie, il faut compter avec le rein, et de même qu'il existait un rein goutteux, un rein obèse, un rein diabétique, de même aussi, il existe, au point culminant de l'évolution, un rein artério-scléreux, Avec la sclérose rénale, l'hypertension s'intensifie pour atteindre son summum lorsqu'à l'obstacle rénal s'ajoutent les méfaits de la rétention hydrochlorurée, uréique.

Il ne faut pas, comme trop souvent on le fait aujourd'hui, voir partout l'artério-sclérose ; il faut distinguer de cette affection deux modes de sclérose vasculaire : l'artérite et l'athérome.

L'artério-sclérose vraie, pure, essentielle, est une maladie de la cinquantaine, ne pouvant exister qu'à cet âge, généralisée à tous les viscères, à tout l'arbre artériel. Créée par l'homme, elle est surtout le résultat des fautes alimentaires, de l'abus des viandes ; elle se caractérise par un état d'hépatisme nécessaire et indispensable, par l'adultération de la tunique *moyenne* des artères, par l'hypertension, puis par l'imperméabilité rénale.

L'artérite est une affection localisée, qui, par contre, peut se produire à tout âge ; elle est le résultat des infections exogènes, la syphilis en tête, et se trouve caractérisée anatomiquement par la spoliation des tuniques *externe et interne* ; elle n'offre pas d'hypertension propre, et le plus souvent, sauf le cas de néphrite contemporaine, pas de lésion rénale.

L'athérome, enfin, résulte des intoxications lentes, dont la sénilité est la plus haute personnification clinique ; elle n'offre que des réactions atténuées et se caractérise par une adultération de la tunique *interne.*

L'artério-sclérose vraie n'est ainsi responsable que des accidents qui lui appartiennent en propre, grâce à ces trois syndromes : artério-sclérose, artérite, athérome, il sera aisé de distinguer *dans l'ordre des complications cérébrales* une hémorragie due à un coup de tension artérielle, d'une autre survenant par suite d'une périaértérite, d'une troisième venue à la suite d'un ramollissement cérébral.

Dans l'*ordre cardiaque*, on saura faire la discrimination entre une angine de poitrine (A), de l'artériosclérose, une angine (B) due à une aortite spécifique, une angine (C) due à un athérome aorto-coronarien.

Dans l'*ordre rénal*, on saura que l'urémie représente une complication propre à l'artério-sclérose.

Dans l'*ordre pulmonaire*, l'asthme aigu, l'œdème aigu du poumon, prennent une note spéciale quand ils relèvent de l'imperméabilité rénale et de l'inondation pulmonaire par des substances non éliminées.

Des perspectives nouvelles et des applications thérapeutiques de tout premier ordre s'ouvrent dès lors quand il s'agit de situer, de spécifier et de traiter une maladie, quelle qu'elle soit, du système artériel. La même méthode d'analyse est appliquée par l'auteur, lorsqu'il étudie les maladies du cœur qui n'est en somme, en structure et en fonction, que la plus grosse des artères de l'économie.

Le traitement de l'artério-sclérose est ainsi simplifié. Sachant que toutes les complications cérébrales, cardiaques, etc., reposent sur deux attributs fondamentaux : l'hypertension et l'imperméabilité rénale, le praticien, sans se laisser égarer par la phase artérielle, toujours courte et dans laquelle il existe, dès le début, une lésion rénale plus ou moins décelable, sans tomber dans l'abus prolongé et souvent néfaste des iodures, prescrira, avec un régime simplifié, végétarien, hypo-azoté, hypochloruré, hypo-aqueux, une médication avant tout hypotensive, éliminatoire, rénale.

P. Hauduroy. — **Atlas de parasitologie.** (1 vol. in-4° comprenant 25 planches en photogravure avec leurs légendes. 1923. Prix : 12 francs.)

Cet atlas n'a pas la prétention de remplacer les traités classiques auxquels auront toujours recours les médecins et les zoologistes, qui voudraient se spécialiser ; il n'a été conçu et fait que pour l'étudiant, désirant apprendre les éléments essentiels de la parasitologie.

Les principaux animaux inoculateurs de maladies et les parasites sont présentés de telle sorte qu'à chaque planche de dessins, correspond une planche de texte. Des pages blanches sont intercalées de manière à rendre facile la prise de notes ou renseignements.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA DEMI-ASSISTANCE ET LE CORPS MÉDICAL

Dans le *Concours* du 25 février, notre excellent confrère, le Dr Damey, à propos de la demi-assistance, tire, suivant son expression, « la sonnette d'alarme » pour une « expérience dont le département du Finistère est actuellement le théâtre », ce en quoi il a parfaitement raison, car la chose vaut la peine qu'on s'y arrête.

Tout d'abord, il convient de remarquer que cette « expérience » n'est pas nouvelle. Dès 1901, la demi-assistance existait déjà à l'art. 4 du réglement d'A. M. G. de l'Indre. En 1914, celui de la Loire-Inférieure portait en son article 9 :

« Le système de la demi-assistance (payement par le malade inscrit, soit des visites, soit des médicaments, soit de la moitié des visites et médicaments) peut aussi être autorisé et mention en sera faite sur la liste d'assistance de la commune, en regard des inscrits appelés à en bénéficier ».

De plus, notre ami Rinuy, dans son rapport, si intéressant et si documenté sur l'A. M. G., qui a paru dans le *Médecin Syndicaliste* du 15 décembre 1922, dit : « Il y a déjà longtemps que certains départements la pratiquent » Et il la signale dans la Charente-Inférieure, la Creuse, l'Yonne, la Lozère. Il note aussi que « dans l'Indre (où nous venons de voir qu'elle fut introduite en 1901) *elle n'est plus en vigueur* depuis 1912 ». Ceci est un fait à remarquer comme tendant à prouver qu'elle n'a pas donné, dans ce département, de bons résultats. Puis il ajoute : « Par contre, nos confrères de la Meuse seraient disposés à l'accepter. Elle avait été envisagée dans la Somme en 1920. L'Eure se refuse à l'admettre. »

Il nous fait connaître enfin qu'après que cette demi-assistance eut été considérée comme « illégale et contraire à l'esprit de la loi » par le Conseil supérieur de l'assistance publique, le ministre de l'hygiène, le 10 octobre dernier, ouvrait une enquête auprès des préfets « dans le but de savoir si la demi-assistance était admise dans leurs réglements et de connaître son importance, ses raisons d'application et ses modalités. Les intentions du ministre seraient de saisir le Parlement, *en vue d'inscrire dans la loi de* 1893 *cette disposition*, afin de la rendre définitivement légale, »

Vous voyez donc, confrères, que les choses sont bien plus avancées et que nous sommes loin d'une première expérience dans votre département. Vous avez donc mille fois raison d'en saisir le corps médical et de crier aux militants du syndicalisme : *Caveant consules* !

***

Il est d'abord un point primordial sur lequel il convient de s'entendre. Le *principe* même de la demi-assistance est-il légitime et équitable ? Je n'hésite pas à répondre aussitôt : NON !

Il y a cependant, m'objectera-t-on, des gens qui ne sont pas, à proprement parler, des indigents, et qui ont parfois besoin d'un certain secours. Tel, par exemple, un ouvrier, à salaire modique, mais qui élève de son mieux sa petite famille et, sans le secours de personne, est arrivé, jusqu'ici, à mettre les deux bouts ensemble, comme on dit. Sans le supposer tombant lui-même malade, car alors c'est la vraie « indigence » pour la famille, supposons une maladie longue de sa femme ou une série de maladies coûteuses parmi ses enfants. Malgré tout son désir de se suffire à lui-même, il est évident qu'il ne pourra plus y arriver. Il faut donc l'aider, quelque peu, par une demi-assistance.

Non, répliquerai-je, ce n'est pas votre demi-assistance qui lui doit être accordée. Pour redresser le char embourbé de sa vie de travailleur, si j'ose dire, la société a le devoir de lui venir en aide *et complètement et temporairement*. J'ajouterais même que celui-là le mérite bien plus que tant d'autres perpétuels « inscrits » qui n'ont pas su faire l'effort, la série d'innombrables efforts journaliers que celui-ci a faits jusqu'ici pour ne rien demander à personne. Aidez-le franchement, totalement, tant qu'il en aura besoin, sans mesurer vos secours au compte-gouttes.

Mais, dira-t-on alors, il en est d'autres qui seront capables de payer une *partie* des frais de maladie, sans pouvoir cependant arriver à régler le tout. Pourquoi refuser, à ceux-là, un secours partiel, en prenant au compte de la société ce qu'ils ne peuvent prendre au leur ? Et, qui empêche donc la dite société de faire pour les frais de maladie ce qu'elle fait pour d'autres frais et qu'elle accorde un secours semblable à ce que sont, dans beaucoup de communes, les *secours de loyer*. Dans ce cas, ne donne-t-on pas, une somme pour régler ces frais, en tout ou partie.... mais sans créer pour cela une *demi-assistance*

locative ? Dit-on au propriétaire : vous touchiez 200 francs par an pour le logement de X., dorénavant c'est nous, commune, qui allons nous en charger, pour la moitié... mais *suivant le tarif*, que nous allons vous fixer. Au lieu des deux cents francs, vous ne demanderez plus désormais à X. que cent francs (tarif A. L. G.) traduisez : tarif d'assistance locative gratuite), sur lequel nous vous payerons directement 50 francs, X... vous payant de sa poche les autres 50 francs.

Oserait-on agir ainsi ? On n'y penserait même pas. Et cependant, n'est-ce pas là ce qu'on propose au corps médical, avec la demi-assistance ? Ne dit-on pas au praticien : votre visite chez X., ouvrier de campagne, par exemple, est d'ordinaire de 6 francs. Nous allons l'inscrire à la demi A. M. G. Le tarif de l'A. M. G. est de 3 francs la visite ; donc, nous vous donnerons trente sous, et X. complétera les autres trente sous ! La voilà bien la *vraie demi-assistance médicale* dans laquelle le dit « assistant » est, par moitié la société et par moitié le médecin dont on « rogne » les honoraires, déjà si réduits par lui-même, dans son tarif minimum de clientèle.

Non, mille fois non, nous ne devons pas accepter le principe de la demi-assistance. Nous devons proclamer, haut et clair, car c'est la réalité pratique, cet axiome. « *Il n'y a pas de demi-indigents, sauf pour besoins électoraux, il n'y a que des* NÉCESSITEUX CHRONIQUES ET DES NÉCESSITEUX TEMPORAIRES. *Aux uns, comme aux autres, c'est l'assistance* TOTALE *qui leur est due.* »

***

« Besoins électoraux », ai-je dit. Oui, et nous, les praticiens sacrifiés depuis si longtemps à ces « cuisines » locales, nous avons bien le droit de mettre, sur ce sujet, le point sur l'i.

Depuis longtemps, le corps médical est taillable et corvéable à merci, quand il s'agit des « indigents ». C'est là un axiome courant, en sociologie, et qui découle de cet autre que « la médecine est un sacerdoce... » Le praticien a pris l'habitude de mettre « hors du compte budgétaire » les soins donnés aux indigents. Seulement, voilà que la politique s'est mêlée de cette histoire d'indigents et aujourd'hui n'est plus autrefois.

En ces temps-là, où la médecine sociale n'existait pas, les « indigents » d'une commune rurale, par exemple. se composaient de 4 à 5 bons vieux ou vieilles, de quelques pauvres infirmes et d'une ou deux « familles nombreuses » à qui *chacun*, au besoin apportait quelques vieux habits ou quelques restes de victuailles. C'était là toute la clientèle gratuite du médecin. Aujourd'hui, Messieurs les indigents sont nombreux, ce sont des électeurs avec lesquels il faut compter et qui réclament fièrement « leur droit à l'A. M. G. » Et le pauvre maire, renouvelable tous les 4 ans, sait bien que des refus peuvent lui coûter son siège. Il inscrit, il inscrit... mais cela revient cher malgré les visites à quarante sous (13 sous d'avant-guerre) ou à trois francs, et *Messieurs les maires se sentent débordés.*

D'où la proposition de créer des *listes de demi-assistance* qui permettront de faire le *double* de satisfaits... et le double d'électeurs votant « bien ». Tel est le *primum movens* de cette nouvelle « machine électorale » qui, partie de la périphérie, arrive maintenant jusque dans les anti-chambres ministérielles.

Au fond, tout cela est la faute du corps médical.

Au lieu de se figer ainsi dans son attitude « sacerdotale » d'antan, qui s'expliquait alors, il n'avait qu'à répondre, depuis la loi de 1893 : Autres temps, autres mœurs. Avec tous ces « assistés » modern-style, ne venez plus, ô société, nous parler de charité, et de sacerdoce. Nous sommes les premiers à réclamer que quiconque, ayant vraiment *besoin* de quoi que ce soit, ait aussitôt *droit* à être secouru. Comme nos grands orateurs à la tribune, nous ne parlons plus de charité sociale. Désormais, il ne saurait plus s'agir que de *solidarité* : « un pour tous, tous pour un » comme le dit la fière devise des sociétés mutuelles.

Mais si c'est « tous pour un », que chaque citoyen apporte *également* son obole pour venir en aide à ceux qui en ont besoin. Ne nous parlez donc plus de tarif spécial d'A. M. G., tarif réduit dans lequel *seul* le médecin fait des sacrifices. Assistés ou non, pour quiconque n'est pas d'une classe aisée, il ne doit y avoir que le *tarif minimum de clientèle*, le plus réduit que puisse consentir le praticien, s'il veut vivre de son métier.

Voilà ce que doit dire le corps médical... et ce qu'il sera bien obligé de dire, tôt ou tard, par la bouche de ses syndicats, lorsque assistance + demi-assistance + assurance sociale, etc... formeront la presque totalité des rubriques dans lesquelles, le soir, il devra classer les visites qu'il aura faites dans la journée.

***

Et maintenant, en un simple appendice, car ce qui suit me paraît hors de la véritable discussion en cours, examinons brièvement « la sauce » à laquelle on voudrait nous destiner, avec la demi-assistance.

Elle est de trois sortes, au choix des élus départementaux.

Le « demi-assisté » aurait droit gratuitement :

1° Ou au médecin seul ;

2° Ou aux médicaments seuls ;

3° Ou à la moitié des frais à payer, tant en médecine qu'en pharmacie.

Dans le 1er cas, c'est une offensive directe contre le corps médical. C'est la faculté, pour tout citoyen « agréé » par le maire, pour ne plus désormais — pour lui et les siens — payer son médecin qui sera vaguement rémunéré, à bas prix, par le département.

Dans le second cas, le corps médical est hors de cause, et n'a pas à intervenir... Seulement, je ne vois pas ce cas, précisément, dans ce qui se passe au Finistère, d'après ce que nous dit le Dr Damey.

Dans le 3e cas, nous toucherions du département une 1/2 visite et nous aurions à réclamer le supplément au malade. Ce serait, en pratique, encore pis que le premier cas, puisque, le plus souvent, le malade ne voudrait pas « payer une seconde fois alors que l'assistance a déjà payé, Des confrères pourraient nous dire que ce serait aux départements à réclamer aux malades et à nous payer la totalité. Voici une réponse. Elle date de 1914, alors que le préfet de la Loire-Inférieure constatait déjà

« Qu'une action directe en remboursement ne peut toutefois être faite, pour les dépenses d'assistance à domicile et ce, en raison des difficultés de recouvrement » (Voir rapport de Rinuy au Congrès des praticiens de 1914, page 73).

Et le brave préfet concluait qu'il valait mieux abandonner ce recouvrement au corps médical. Naturellement, il en serait là comme pour le tarif des accidents du travail, qui ne fixe que « la part patronale ? (Oh ; le bon billet qu'a la Châtre !)... Qui d'entre les praticiens, a jamais touché un sou *en plus*, d'un accidenté du travail ?

Dans tous les cas, on le voit, le résultat serait toujours le même. *Suppression partielle* de nos ressources de clientèle, alors que le médecin a déjà tant de peine à vivre avec ses frais actuels. De plus, cette notable diminution de nos ressources serait fixée, dans chaque commune, par le maire et ses conseillers... Je n'insiste pas.

Et qu'on ne croie pas que j'exagère. *Bien plus que l'A. M. G.*, la demi-assistance deviendra chose courante et même monnaie électorale. Ce sera si tentant alors que cela coûtera si peu au budget départemental. Et nous verrons parfois — je le certifie d'avance — des communes, presque en totalité, surtout celles éloignées d'un centre médical, inscrites à la demi-assistance pour ne plus avoir à payer le médecin.

Heureusement que le corps médical est maintenant solidement organisé. Il ne se laissera pas ainsi molester et fera... tout ce qu'il faudra pour qu'on lui accorde la permission de vivre de son métier.

Et son action sera directement en faveur des malades eux-mêmes. Quoi qu'en pensent les politiciens, les questions politiques ne priment pas tout. Le bon sens reprend toujours ses droits. Et nos clients eux-mêmes comprendront (nous le leur dirons au besoin), qu'un travail insuffisamment payé ne peut être bien fait et que, dans la vie, on en a toujours pour son argent.

Dr Fernand DECOURT.

LE SYNDICALISME MÉDICAL ET LES LOIS SOCIALES

Par M. le professeur BALTHAZARD.

(Conférence faite à la Faculté de médecine le 8 février 1923, sous les auspices de la Société des amis de la Faculté de médecine.)

La Faculté de Médecine, avant la Révolution de 1789, différait singulièrement de la nôtre ; elle s'était constituée en corporation professionnelle englobant tous les médecins qu'elle avait créés, à qui elle confiait le soin de nommer les professeurs ou docteurs-régents et le doyen. La Faculté ne se proposait pas seulement d'organiser un enseignement, qui resta malheureusement toujours trop théorique ; elle surveillait l'honorabilité de ses membres et défendait leurs privilèges contre toutes les atteintes. Son action fut vraiment efficace ; elle parvint à délimiter les attributions des chirurgiens et des barbiers et à interdire l'exercice de la médecine dans son ressort aux médecins étrangers et même aux médecins de la Faculté de Montpellier, la seule qui existât en France en dehors d'elle.

L'ancienne Faculté possédait une autorité *légale* que nos modernes syndicats ont cherché, mais bien en vain, à obtenir : tout d'abord, ses membres, seuls, avaient le droit d'exercer la médecine et elle éliminait sans pitié tous ceux qui avaient violé les règles professionnelles (nous dirions aujourd'hui tous ceux qui avaient enfreint les préceptes de la déontologie) ; en outre, elle exerçait un contrôle sévère sur les actes médicaux de ses membres. Nous avons encore tous présent à l'esprit le souvenir de la célèbre dispute de l'émétique dont la Faculté interdit l'usage à ses membres par les deux décisions de 1566 et de 1615, qui furent ratifiées par le Parlement.

La Faculté constituait donc un véritable Syndicat dont tous les médecins avaient l'obligation de faire partie, organisme tyrannique où les décisions résultaient d'ailleurs d'un vote émis à la majorité par tous les docteurs. Elle réalisait cet ordre des médecins que nous aspirons à reconstituer sous l'égide des syndicats médicaux et des associations profes-

sionnelles, avec une organisation calquée sur celle de l'Ordre des avocats.

Ne nous laissons pas trop impressionner par le récit des discussions violentes que provoqua parfois cet état de choses : l'ancienne Faculté a rendu d'immenses services aux médecins qu'elle n'a créés qu'en proportion des besoins de la population, qu'elle a défendus contre la concurrence étrangère et parmi lesquels elle a su maintenir la dignité professionnelle.

Les docteurs ne brisaient pas tout lien avec la Faculté en la quittant ; ils considéraient qu'ils n'avaient pas tout appris et lorsqu'en cette période, où les cadavres mis à la disposition des anatomistes étaient rares, se présentait l'occasion pour le professeur de *faire une anatomie* sur un supplicié ou un pendu, ils se mêlaient aux étudiants sur les bancs de l'amphithéâtre.

La Faculté tient à reprendre cette ancienne tradition et convie ses amis, parmi lesquels elle a plus que jamais à cœur de compter ses anciens élèves, à des conférences périodiques. Plusieurs de mes maîtres et collègues ont exposé ou exposeront les résultats de leurs travaux sur les questions à l'ordre du jour ; il m'eût été facile de faire de même et de vous montrer quelle riche moisson me réserve l'application, négligée jusqu'ici, du laboratoire à la médecine légale. Mais le programme de mon cours englobe la déontologie ; et, à l'heure actuelle, une évolution sociale, que les médecins n'ont ni le pouvoir ni le droit d'entraver, menace de bouleverser les conditions de l'exercice de la profession médicale. Le professeur de médecine légale ne pouvait se désintéresser de ces problèmes. Mes collègues ont bien voulu me charger de les représenter dans vos associations corporatives, véritables laboratoires de déontologie où j'ai pu fondre les idées dans mes creusets pour en tirer le pur métal. J'exposerai aujourd'hui ce que j'ai appris parmi vous, ce qui s'est dégagé des longues et sérieuses études poursuivies dans les Commissions auxquelles vous m'avez fait l'honneur de m'adjoindre. Puissent mes explications impartiales, désintéressées, exemptes de tout esprit de coterie, démontrer aux législateurs que les critiques, faites par le Corps médical aux lois sociales existantes ou projetées, sont inspirées moins par le souci des légitimes intérêts des médecins que par la nécessité de sauvegarder la médecine contre un avilissement préjudiciable aux malades et à la santé publique.

***

En rappelant le rôle tutélaire que jouait l'ancienne Faculté à l'égard des médecins, je n'ai pas seulement voulu évoquer une tradition que les professeurs actuels sont désireux de faire revivre ; j'ai commencé l'histoire de l'union médicale.

Les hommes de 1789, épris de liberté, supprimèrent les corporations ; la corporation médicale ne fut pas épargnée et l'exercice de la médecine ne fut plus soumis à aucune réglementation. Les abus furent tels que, par la loi du 19 ventôse an XI (1803), on rétablit les diplômes de docteur en médecine, en chirurgie, et l'on créa les officiers de santé. Jusqu'au 30 novembre 1892, date de promulgation de la loi qui régit actuellement l'exercice de la médecine, la loi de ventôse subsista, au grand dommage des médecins qui n'eurent aucun moyen, pendant toute cette période, de lutter contre le charlatanisme, aussi désastreux pour les malades que pour eux. Les médecins restèrent isolés, sans aucune association leur permettant d'échanger leurs idées et de veiller à la défense de leur art.

Orfila eut le grand honneur, en 1833, de fonder l'Association des Médecins de la Seine, dont il devint bientôt le premier bienfaiteur. Cette Association se proposait de veiller à l'honorabilité du Corps médical, de combattre l'exercice illégal et d'instituer des secours au profit des médecins malheureux, de leurs veuves ou de leurs enfants. Elle a rempli de son mieux ce dernier but, mais elle a eu moins de succès dans la poursuite des charlatans, la loi exigeant que le médecin qui portait plainte établît le dommage qui lui avait été *personnellement* causé ; aussi lorsque Orfila s'en prit à Raspail, ne put-il obtenir qu'une condamnation à 15 francs d'amende.

De divers côtés, l'œuvre d'association progressa : fondation par Rayer de l'Association des médecins de France en 1859, création des Sociétés médicales d'arrondissement à Paris, etc. On ne réussit pas cependant à constituer un groupement compact et agissant.

La loi du 30 novembre 1892 a autorisé, non sans peine, les médecins à se réunir en syndicats, dans les limites de la loi du 21 mars 1884, « pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes ». Les commentateurs sont d'accord pour déclarer que cette disposition vise seulement le droit de poursuivre en justice les représentants de l'Etat, des départements et des communes. Quoi qu'il en soit, la restriction semble périmée depuis que la loi du 1er juillet 1901 a donné aux associations déclarées des droits plus étendus.

Depuis 1892, de nombreux syndicats médicaux se sont constitués par toute la France ; ils se sont même réunis en une Union des Syndicats médicaux qui représente certainement à l'heure actuelle la grande majorité des médecins français.

Le syndicat agit à l'égard de ses membres comme un Conseil de l'Ordre ; il leur impose des décisions qui ont force de loi ; il este en justice pour la défense des intérêts professionnels ; il passe des contrats avec les Mutualités, les grandes administrations, les communes, les départements et même avec l'Etat, contrats qui lient ses membres ; enfin il *peut* être consulté par les Pouvoirs publics sur les questions qui touchent à l'exercice de la médecine. A l'égard de ceux de ses membres qui ne se conformeraient pas aux décisions prises par la majorité, le syndicat dispose de sanctions qui vont jusqu'à l'exclusion, sous

la seule réserve que ces sanctions ne soient pas publiées hors du syndicat.

Les médecins indépendants ont vu parfois dans la création de syndicats la reconstitution de l'ancienne corporation et ont protesté contre « la tyrannie syndicale ». J'indique de suite le correctif : aucun médecin n'est forcé de faire partie d'un syndicat et tout médecin syndiqué, à qui sa conscience interdit d'exécuter une décision prise, peut démissionner, à la seule condition de payer sa cotisation pour l'année courante. Certes, le désir de voir supprimer des titres qui sont ou devraient être la consécration du mérite, la tendance à égaliser les situations médicales au niveau inférieur, ont conduit parfois les syndicats à de regrettables exagérations ; ils ont méconnu les droits des minorités et les minorités se sont tenues à l'écart ou les ont abandonnés. On ne pouvait exiger d'organismes jeunes d'arriver du premier coup aux formules sages, mais il faut reconnaître qu'à l'heure actuelle le syndicalisme médical s'oriente dans une voie où il rencontrera bientôt l'adhésion de tous les médecins.

Pour le moment, les médecins que heurtent encore les formules syndicales peuvent se réunir en associations déclarées, sous le régime de la loi du 1er juillet 1901 ; ces associations, dans la limite de leurs statuts, jouissent sensiblement des mêmes droits que les syndicats et possèdent la personnalité juridique. Une seule différence, fondamentale il est vrai, avec les syndicats : elles n'astreignent pas rigoureusement leurs membres à se conformer aux décisions prises et, là où les syndicats agissent par la contrainte, elles obtiennent en général le résultat cherché par la persuasion. Les associations professionnelles, peuvent d'ailleurs s'agglomérer entre elles et même avec les syndicats en Fédérations corporatives. L'exemple de la Fédération des médecins de la région parisienne prouve que, sur les questions primordiales relatives à l'avenir de la médecine, on peut réaliser l'union unanime des médecins, syndiqués ou non. Il est regrettable que cette union n'ait pas existé au moment du vote des lois sociales actuellement en vigueur ; on eût évité des défectuosités que je me propose de vous exposer. Il faut espérer toutefois que le Corps médical est à présent en mesure de concourir d'une façon utile à l'élaboration de la loi sur les assurances sociales dont le Parlement va bientôt aborder la discussion.

***

Jusqu'en 1893, les indigents ne furent soignés, en cas de maladie, que grâce à l'intervention de la bienfaisance publique et privée ; les médecins apportaient, dans l'immense majorité des cas, un concours entièrement gratuit.

La République a promulgué une série de lois sociales qui tendent à accroître les bons effets de l'assistance publique et à régulariser son action sur toute l'étendue du territoire. Ces lois ont également visé à mettre à la charge de l'industrie et du commerce les dommages causés à la santé des ouvriers et employés dans l'exercice de leur profession.

Avant d'étudier la genèse des lois sociales, ce qui équivaudra à retracer l'histoire des conquêtes des syndicats médicaux, je tiens à déclarer que le Corps médical n'a jamais été hostile à ces lois ; à même de constater, mieux que tout autre groupement, les misères humaines, sa sympathie est acquise d'emblée à tous les efforts qui tendent à réduire le paupérisme, à sauvegarder la santé publique, à prolonger la vie humaine, à améliorer la situation des malades. Mais, dans les conditions actuelles de l'existence, le Corps médical doit défendre ses intérêts matériels ; il n'est pas admissible qu'on oblige le médecin à faire les frais des lois sociales. Ainsi que l'écrivait l'un des fondateurs de la Mutualité : « Les médecins doivent coopérer aux services d'intérêt social, non pas en être les victimes ». Mais, avant tout, dans l'intérêt même des malades, le Corps médical doit veiller au maintien de la bonne tradition médicale française, ne pas admettre les soins inférieurs après un examen hâtif, qu'imposerait au médecin l'obligation de traiter dans un temps très court un grand nombre des assistés de l'Etat. Cette double nécessité de protection d'intérêts matériels et moraux explique les critiques adressées par les médecins à certaines dispositions des lois sociales : on s'étonnerait qu'une loi sur l'organisation de la défense nationale fût votée sans consultation préalable des militaires ; les médecins veulent faire entendre leurs voix au Parlement lorsqu'il s'agit d'organiser les soins médicaux, même et surtout au profit des indigents.

La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite aux individus privés de ressources comporte de nombreuses lacunes : le libre choix du médecin n'est pas assuré à l'indigent, qui doit encore, dans sept départements, s'adresser au médecin nommé par le préfet, qui ne peut choisir dans vingt-deux autres départements que sur une liste restreinte ; les honoraires médicaux sont variables suivant les départements et, dans bien des cas, sont réglés suivant un système forfaitaire, qui aboutit à un avilissement des honoraires et aussi des soins. Les efforts syndicaux ont amélioré la situation dans un grand nombre de départements, mais il reste encore beaucoup à faire si on songe que, dans certains départements, le médecin supporte les quatre cinquièmes de la charge résultant de l'assistance médicale gratuite et le département un seul cinquième.

Dans l'application de la loi du 14 juillet 1905, qui complète la précédente et vise l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables, le médecin n'intervient que pour certifier le droit de ceux qui sont appelés à bénéficier de l'assistance, actuellement au nombre de 600.000. On comprend par là l'intérêt qu'a l'Etat lui-même à respecter l'indépendance du médecin, à le faire échapper le plus possible aux pressions politiques, à éviter, en un mot, sa fonctionnarisation.

Avec la loi du 9 avril 1898, qui assure aux ouvriers

victimes d'accidents du travail les soins médicaux, un double progrès a été réalisé : le libre choix a été accordé au blessé ; un tarif des soins, révisable périodiquement, a été élaboré après entente des assureurs, des représentants de l'Etat et des médecins. Cette loi a malheureusement organisé un système de contrôle complexe et inefficace, qui constitue une gêne pour les médecins consciencieux et n'a pas empêché les abus de la part d'une infime minorité de médecins peu scrupuleux. Diverses dispositions législatives ont successivement étendu le bénéfice de la loi sur les accidents du travail à tous les ouvriers des industries, aux employés de commerce et, plus récemment, aux ouvriers agricoles.

Enfin, par la loi du 25 octobre 1919, la législation a accordé des indemnisations et les soins médicaux aux ouvriers victimes d'intoxications professionnelles saturnines et hydrargyriques. Il n'a fait qu'appliquer la théorie du risque professionnel, d'après laquelle l'industrie doit supporter la charge des dommages qu'elle cause à la santé des ouvriers, comme elle couvre les avaries subies par son matériel. Au moment où l'on envisage l'assurance contre la maladie et l'invalidité, il est indispensable que la loi sur les maladies professionnelles soit étendue le plus rapidement possible à toutes les maladies qui résultent d'intoxications contractées dans l'exercice de la profession. On incitera ainsi les industriels à prendre les précautions nécessaires pour éviter ces intoxications et l'on ne risquera pas de mettre à la charge des assurances sociales des frais considérables d'allocations et de thérapeutique, qui incombent, en toute justice, à l'industrie bénéficiaire du travail des ouvriers intoxiqués.

J'arrive à la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires, par laquelle l'Etat a entendu payer sa dette envers ceux à qui nous devons la victoire. Grâce à cette loi, dont je me dispenserai de critiquer les dispositions parfois trop libérales, les mutilés de guerre et les malades, pour lesquels on admet *a priori* que les fatigues du service ont créé ou aggravé la maladie, ont droit à une pension calculée d'après le degré de leur invalidité et, leur vie durant, aux soins médicaux pour l'infirmité ou la maladie qui a motivé la pension. La loi consacre le droit du pensionné au libre choix du médecin ; de plus, l'article 64, modifié par la loi du 8 juillet 1922, confie le contrôle des soins à des Commissions composées de représentants de l'Etat, des mutilés, des médecins et des pharmaciens. Ces Comm ssions prennent connaissance de toutes les contestations relatives aux honoraires médicaux et pharmaceutiques et leurs décisions ne sont susceptibles d'appel que devant une Commiss on supér eure, ayant une composition analogue. La loi des pensions marque une date capitale dans l'histoire du syndicalisme médical ; pour la première fois l'Etat a confié aux médecins l'organisation et le contrôle des soins médicaux dont il a assumé la charge. Tous ceux qui ont suivi les luttes ardentes qu'il a fa lu soutenir pour convaincre les parlementaires de l'intérêt général que présente l'article 64, comprendront quelle vigilance le Corps médical doit déployer afin que la loi projetée sur les assurances sociales ne méconnaisse pas les principes essentiels de l'exercice de la profession médicale.

***

De tout temps, l'Etat, pour réduire le budget considérable de l'Assistance publique, a incité les travailleurs à la prévoyance ; par la loi du 1er avril 1898, il a créé les Sociétés de secours mutuels, en lesquelles il a mis sa confiance pour assurer les allocations en cas de maladie, les soins médicaux et même les retraites d'invalidité. Ces sociétés se sont développées et, en 1910, on comptait 4.350.000 mutualistes en France. Mais, pour arriver à cette extension, les Sociétés de secours mutuels ont dû se contenter de cotisations minimes et malgré l'aide importante que leur a apportée l'Etat, elles n'ont jamais été en mesure de remplir leurs obligations. Elles se sont alors retournées vers les médecins, qui ont eu le tort de leur consentir des tarifs dérisoires pour leurs consultations, dont le prix est souvent tombé au-dessous de 50 centimes. Le Corps médical a réagi contre la Mutualité et, dans certaines régions, les syndicats ont obtenu les tarifs normaux pour les soins donnés aux mutualistes. Il en devrait être ainsi dans toute la France et il en sera ainsi si les médecins savent s'unir, s'il ne se produit pas de défections dans leurs rangs.

Le législateur a conçu le projet de rendre obligatoire l'assurance contre la maladie et l'invalidité. Après avoir tout d'abord songé à confier l'organisation des assurances sociales à l'Etat, il a reculé devant les frais formidables qu'entraînerait le fonctionnement des Caisses d'assurances et il tend actuellement à charger les Sociétés de secours mutuels, au moins pour une large part, de l'exécution de la loi projetée. Grâce à une retenue de 10 pour 100 sur les salaires, grâce aussi à une importante subvention de l'Etat, Sociétés de secours mutuels et Caisses professionnelles d'assurances sociales garantiraient à leurs adhérents les allocations et les soins médicaux en cas de maladie, ainsi que des retraites en cas d'invalidité ; les mêmes avantages seraient conférés à la femme et aux enfants de l'assuré. Si l'on songe que l'assurance-maladie engloberait, suivant les estimations, de 13 à 14 millions de Français, on comprend que le Corps médical ne puisse rester indifférent et qu'il ait le désir légitime de participer à l'élaboration de la loi.

Je ne m'attarderai pas à discuter le principe même des assurances sociales, avec leur caractère obligatoire ; chacun peut conserver son opinion propre à ce sujet, estimer que la justice condamne des dispositions qui feront peser sur les ouvriers les plus vigoureux la charge de pourvoir aux besoins des maladifs, considérer au contraire qu'un sentiment de fraternité et de solidarité sociale justifie cette mesure ; mais il est un point sur lequel je ne serai certaine-

ment pas contredit par mes confrères, qui sont des psychologues, à savoir la nécessité de ne pas supprimer complètement le sentiment de la responsabilité chez les assurés. L'assurance doit seulement aider l'assuré, elle ne doit pas lui procurer en cas de maladie ou d'invalidité les avantages qu'il retire du travail. A l'heure actuelle, les ouvriers sérieux payent leur médecin lorsqu'ils sont malades ; grâce aux allocations que leur versera l'assurance obligatoire, ils seront encore en meilleure posture pour se soigner, sans qu'il soit indispensable de se substituer à eux pour les couvrir entièrement des frais médicaux et pharmaceutiques.

Le malade doit donc conserver le droit absolu de choisir son médecin, non seulement sur une liste dressée par les Sociétés de secours mutuels ou les Caisses d'assurances, mais parmi tous les médecins, quels que soient les honoraires demandés par eux, quitte pour lui à parfaire la différence entre les allocations qui lui sont allouées et les honoraires qu'il doit verser. On comprend que la loi ait pour effet de permettre à l'assuré de se faire mieux soigner qu'à l'heure actuelle, de ne pas recourir à l'assistance publique s'il ne dispose que de ressources minimes ; il serait inadmissible qu'elle aboutît à procurer aux malades des soins insuffisants, donnés par des médecins médiocrement rétribués et surmenés, réduits à transformer la consultation médicale en une simple formalité bureaucratique.

On ne saurait donc accepter l'interposition d'un tiers payant entre le médecin et le malade ; autrement c'en est fait de l'indépendance du médecin, c'en est fait de la renommée de la clinique française, c'en est fait des intérêts du malade. Pourquoi imiter servilement le système allemand, contre lequel se dressent les critiques de tous les hommes de bon sens ? Avons-nous donc cet esprit de caporalisme qui permet aux médecins et aux malades allemands de se plier à toutes les formalités administratives qu'entraîne l'organisation des Caisses d'assurances allemandes ? Comment nous laisser prendre à ce bluff qui consiste à assurer les soins médicaux sur le papier, alors qu'en réalité le médecin allemand, visitant trente, quarante malades dans une matinée, se contente de leur délivrer le bulletin qui leur permettra de toucher leurs allocations de maladie et de rédiger une ordonnance pour la forme ?

Le respect du secret médical, véritable charte de la médecine française, exige que le médecin auquel le malade s'adresse parce qu'il apprécie ses soins, parce qu'il a confiance en lui, se contente de le soigner. Il appartient à la Société de secours mutuels, à la Caisse d'assurances de faire vérifier par des médecins-contrôleurs la réalité d'une maladie donnant droit aux allocations. Le contrôle des soins, le malade se chargera bien de le faire lui-même : payant son médecin, il n'aura pas tendance à abuser des consultations.

Il serait à craindre, objectera-t-on, que le malade, ayant touché les allocations qui lui permettront de se soigner, dépense l'argent à tout autre usage. Mais l'assureur aura toujours la possibilité de remettre au malade la partie de l'allocation qui revient aux honoraires médicaux sous forme de tickets ; il sera même utile de vendre ces tickets aux assurés, moyennant un prix correspondant au tiers ou quart du tarif de la consultation médicale, ce qui exercera une influence modératrice salutaire contre l'abus des soins médicaux que le malade aurait autrement tendance à réclamer.

Tels sont les principes, admis par tous les médecins de grandes villes, qui doivent présider à l'application d'une loi sur les assurances sociales : respect absolu du secret médical et du libre choix du médecin, payement des honoraires médicaux par le malade lui-même, soit en argent, soit à l'aide de tickets échangeables contre argent à la Société de secours mutuels ou à la Caisse d'assurances, sans aucune discussion.

Les médecins des petites villes et des campagnes paraissent au contraire favorables au contrat collectif ; encore faut-il s'entendre sur la portée de ce terme. L'Union des Syndicats semble avoir envisagé la possibilité d'établir avec l'Etat un contrat valable pour tous les médecins qui accepteraient de donner leurs soins aux assurés ; ce contrat aurait réglé les modalités du contrôle, le tarif des honoraires. L'Union exigeait seulement le tarif à la visite. A l'heure actuelle, l'Union admet le contrat collectif régional, les syndicats et groupements professionnels gardant la liberté d'accepter ou non l'intervention d'un tiers payant. Or, si le malade paye directement son médecin en argent ou en tickets, il n'est plus nécessaire d'organiser un contrôle des soins médicaux, ainsi que nous l'avons montré, et le contrat collectif se réduit à un simple tarif régional. L'assureur doit limiter le contrôle à la vérification de la maladie de l'assuré et le médecin traitant n'a rien à voir dans les dispositions qu'il croira devoir prendre à cet égard.

En tout cas, dans les grandes villes, il est impossible d'accepter autre chose qu'un tarif collectif minimum, analogue au tarif Breton pour les accidents du travail. Dans ces villes, la concurrence est âpre entre les médecins ; il est à craindre que, sous le couvert du contrat collectif, se constituent des cliniques où l'on attirera les malades par des procédés plus ou moins corrects, comme on l'a vu à l'occasion des soins donnés aux ouvriers victimes d'accidents du travail, au grand dommage des assureurs, de l'ensemble des médecins et des ouvriers eux-mêmes. D'autre part, les honoraires des médecins diffèrent suivant leurs titres, leur mérite, leur notoriété ; veut-on priver les assurés des soins les plus éclairés et les obliger à se faire soigner au tarif le plus réduit ?

J'espère que le législateur acceptera les suggestions de l'Union des Syndicats, qu'il comprendra que les conditions de l'exercice de la médecine ne sont pas les mêmes dans les campagnes et les grandes villes, et qu'il permettra aux syndicats et groupements dans chaque région de choisir l'organisation qui donnera les meilleurs résultats. Il visera avant tout, s'il veut

faire œuvre durable, à supprimer le contrôle coûteux et inutile des soins médicaux, en ne s'interposant pas dans les rapports entre les médecins traitants et les malades.

***

La profession médicale ne saurait rester figée dans l'individualisme qui lui est cher. Elle doit s'adapter, au mieux de ses intérêts, aux nécessités sociales, mais le législateur aurait tort de méconnaître et de fouler aux pieds les intérêts des médecins, qui se confondent toujours avec ceux des malades.

Ne laissons pas se répandre l'idée d'un antagonisme entre le syndicalisme médical et l'Etat. De même que, pour la défense de la Patrie, l'Etat a eu besoin d'une armée nombreuse, bien organisée, disciplinée, qui a assuré son salut, de même, dans la lutte entreprise pour la protection de la santé publique, il est indispensable qu'il se trouve en présence d'un Corps médical organisé, uni, dont il puisse obtenir une collaboration dévouée, quisoit en mesure de signer avec lui un traité valable.

Parallèlement à l'extension des lois sociales doit, à mon avis, se dessiner l'extension du syndicalisme médical ; il appartient à ce dernier de trouver les formules qui permettront à tous les médecins probes et consciencieux, c'est-à-dire à la presque totalité des médecins, de se réfugier dans son sein. L'union qui s'est faite dans la région parisienne entre les divers syndicats et groupements corporatifs est de nature à faciliter cette évolution, dont je salue avec joie les premières manifestations (1).

V. BALTHAZARD,
Professeur de médecine légale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

(C. T. I.)

La protection des titres professionnels
Rapport présenté à la Semaine des travailleurs

I

La question de la protection légale des titres professionnels est fort ancienne dans notre droit. En dehors des raisons complexes qui avaient paru justifier, au temps des maîtrises et des jurandes, les privilèges accordés aux corporations de métiers, le souci de la sécurité publique, le désir de protéger la santé, l'honneur et les intérêts pécuniaires des citoyens avait conduit le législateur, sous l'ancienne monarchie, à prohiber sévèrement l'usurpation des titres officiellement reconnus, tels que ceux de médecins, pharmaciens ou apothicaires, avocats, procureurs, etc. Une partie de cette législation fort ancienne est encore en vigueur ; c'est ainsi que, parmi les dispositions protectrices du titre de pharmacien, il faut citer une déclaration du roi du 25 avril 1777.

Les titres professionnels dont la loi française, pour des raisons d'ordre public, assure la protection au moyen de sanctions pénales sont actuellement les suivants :

Pharmacien (arrêt de règlement du Parlement de Paris, du 23 juillet 1748 ; déclaration du roi du 25 avril 1777 ; lois du 21 germinal an XI et du 29 pluviôse an XIII).
Herboriste (loi du 21 germinal an XI).
Médecin (loi du 30 novembre 1892, art. 16 et suiv.).
Dentiste (loi du 30 novembre 1892, art. 2 et 19).
Sage-femme (loi du 19 ventôse an XI, art. 35).
Ingénieur-agronome (loi du 2 août 1918, art. 7).
Ingénieur agricole (même texte).

Les titres d'ingénieur, d'architecte et d'avocat ne sont pas spécialement protégés par la loi pénale (sauf controverse pour le titre d'avocat). Les titres d'ingénieur et d'architecte ne bénéficient même d'aucune reconnaissance officielle, sauf ceux d'ingénieur agronome et d'ingénieur agricole, qui constituent une exception aussi remarquable qu'insolite.

Cependant, il est manifeste qu'un intérêt public s'attache à ce que ces titres ne soient portés que par des personnes présumées aptes aux fonctions qu'elles prétendent exercer. La pratique de la chimie, de l'électricité, présente pour la santé et pour la vie humaine des dangers graves ; il ne faut pas les mettre à la merci d'ignorants ou d'aventuriers. Le manque de connaissances techniques peut amener, dans la construction d'un ouvrage d'art, d'une machine, d'une voiture automobile ou d'un avion, des erreurs dont les conséquences tragiques sont incalculables. De même, s'il s'agit de la construction d'un édifice destiné à abriter des êtres humains, où les règles non seulement de la prudence, mais de l'hygiène et de la salubrité doivent être rigoureusement observées. De plus, l'ingénieur et l'architecte chargés d'engager des dépenses, de régler des mémoires, s'imposent à la confiance des administrations publiques et des particuliers ; ils doivent avoir été familiarisés, par une solide éducation professionnelle, avec des règles de déontologie, qui sont comme la morale de leur art.

(1) Publié également dans la *Presse médicale* du 24 février 1923.

Combien n'a-t-on pas vu, dans les régions dévastées, d'incompétents et d'aigrefins se recommander auprès des sinistrés d'un titre auquel ils n'avaient raisonnablement aucun droit ? Que de mécomptes et même que de scandales n'en sont pas résultés ?

J'en dirai autant du titre d'avocat. La loi a organisé la discipline des barreaux, pour que l'honneur, la liberté et les intérêts des justiciables ne soient confiés qu'à des conseils éclairés et probes. Elle a voulu les protéger contre les agents d'affaires, comme les malades le sont contre les charlatans par les lois sur l'exercice de la médecine. Il est donc indispensable dans l'intérêt public, que le titre d'avocat soit pénalement défendu contre les usurpations intéressées.

II

C'est pourquoi MM. Félix Liouville, Paul-Boncour, Antoine, Charles Baron, Albert Crolard, Paul Gay, Jeantet, Raynaldy, députés, ont déposé sur le bureau de la Chambre, le 12 juillet 1921, une proposition de loi tendant à réprimer l'usurpation des titres professionnels, dont voici le texte :

« Article premier. — Nul ne peut faire usage d'un « titre professionnel s'il ne remplit les conditions léga- « lement exigées pour le porter.

« Art. 2. — L'usage du titre professionnel d'ingé- « nieur et d'architecte sera réglementé par décret « rendu en Conseil d'Etat, après avis des groupe- « ments professionnels régulièrement constitués.

« Art. 3. — Il est ajouté à l'article 259 du Code « pénal un alinéa ainsi conçu : Sera puni des peines « portées à l'alinéa premier du présent article quicon- « que aura fait usage d'un titre professionnel sans « remplir les conditions légalement exigées pour le « porter ».

Rappelons à ce sujet que l'article 259 du Code pénal réprime l'usurpation des costumes officiels, qu'il punit d'une peine de cinq cents francs à dix mille francs, laquelle peut d'ailleurs être abaissée jusqu'à une très minime amende par le jeu des circonstances atténuantes.

La discussion s'est concrétisée autour de cette proposition de loi. D'une façon générale, les architectes en acceptent le principe. Le *Journal du Bâtiment*, du 12 janvier 1922, a publié à ce sujet un article concis, mais très suggestif. De même, M. Paul Guadet, architecte en chef du Gouvernement, délégué au Comité central de la C. T. I., de la Société des Architectes D. P. L. G., écrit à la date du 2 décembre 1922 :

« En ce qui concerne spécialement la profession « d'architecte, nous désirons que seuls soient admis « à se prévaloir de ce titre les individus munis du « diplôme d'architecte diplômé par le Gouvernement « ou d'un diplôme délivré par une école figurant sur « une liste qui serait établie par décrets, ou bien les « techniciens reconnus par nos grandes sociétés pro- « fessionnelles comme dignes de porter le titre d'ar- « chitecte. »

III

Les ingénieurs, au contraire, sont divisés : le 9 février 1922, la Chambre syndicale des Ingénieurs a émis un vœu défavorable à l'adoption de la proposition Liouville. Vers la même époque, la Société des Ingénieurs civils de France a approuvé les conclusions d'une Commission spéciale nommée par elle, également hostile au projet.

Ces Associations paraissent avoir été influencées d'abord par un principe dont, à mon avis, elles font une application inexacte. Elles voient dans la proposition Liouville une fâcheuse atteinte à l'une des libertés publiques proclamées dans la *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen*, celle des professions. On peut répondre à cela, d'abord que, de tout temps, l'intérêt public a exigé que certaines professions soient réglementées, ensuite que les mots « ingénieur » et « architecte » désignent bien plus un *titre professionnel* qu'une profession actuellement exercée. Un épicier, un cordonnier, un drapier, ne sont tels que tant qu'ils débitent des denrées coloniales, des chaussures ou du drap : le mot désigne ici la profession. Au contraire, un ingénieur, un architecte, restent tels, même s'ils ne construisent plus de ponts ou s'ils ne bâtissent plus de maisons : le mot désigne alors le *titre* professionnel. Se dire « ingénieur », c'est prendre un titre ; s'intituler « bottier », c'est se donner une profession. On conçoit que la loi protège le titre et définisse les catégories de citoyens qui y ont droit, lorsque ce titre donne confiance au public, en des matières où sa sécurité, sa vie, sa santé, sont intéressées.

Une autre objection a été formulée : pour que le titre soit protégé, il faudra qu'il soit justifié par un diplôme attestant l'aptitude de l'individu à l'art qu'il prétend exercer. L'ingénieur, l'architecte devra donc sortir d'une Ecole technique. Mais il faudra alors distinguer entre les écoles, car toutes ne pourront pas bénéficier du droit de délivrer le diplôme conférant le titre légal, sans cela les diplômes seraient à l'encan et les titres sans valeur. Qui donnera aux Ecoles l'estampille nécessaire ?

La difficulté se complique de la question des autodidactes. Ils sont nombreux parmi les ingénieurs. Certains d'entre eux, qui ne sortent d'aucune école, n'en possèdent pas moins d'éminentes qualités ; il se trouve même parmi eux des techniciens et des inventeurs de premier ordre. Leur interdire l'accès au titre d'ingénieur, ce serait créer, au détriment d'une classe de travailleurs intellectuels très intéressants, un haïssable mandarinat.

Il n'est pas impossible de répondre à ces critiques. Et d'abord, il n'est nullement nécessaire pour atteindre le but poursuivi (c'est-à-dire la protection du public et des techniciens sérieux contre l'écume des incompétents et des aventuriers) d'exiger que tous les ingénieurs et architectes soient sortis diplômés d'une école. Il doit être admis que les praticiens, ayant exercé leur art assidûment et avec compé-

tence pendant un certain nombre d'années, pourront prétendre à un diplôme délivré soit par l'Etat, soit par une commission spéciale leur conférant le titre d'ingénieur ou d'architecte, après vérification et enquête au sujet de leur capacité professionnelle.

D'autre part, le soin d'agréer les Ecoles dont les diplômes conféreraient de plein droit le titre d'ingénieur ou d'architecte devrait être confié, sous l'autorité du Ministre de l'Instruction publique, à une Commission composée des représentants des départements ministériels intéressés (sous-secrétariat de l'Enseignement technique et des Beaux-Arts, ministère des Travaux publics, du Commerce et de l'Agriculture) et de ceux des grandes associations professionnelles. Pour écarter tout danger d'ostracisme, l'arrêté ministériel, qui refuserait à une école le droit de délivrer des diplômes d'ingénieur ou d'architecte, pourrait être frappé de pourvoi devant le Conseil d'Etat au contentieux. Il en serait de même de l'arrêté qui retirerait le droit de diplôme à une Ecole privée qui aurait démérité ou périclité.

Ces idées ont été adoptées en très grande partie par de puissantes associations d'ingénieurs, telles que le *Syndicat Professionnel des Ingénieurs-Electriciens Français*, l e *Syndicat des Ingénieurs-Chimistes Français*, l'*Association des Anciens Elèves de l'Ecole Centrale Lyonnaise*, et enfin les Unions de Syndicats adhérents à la C. T. I.

La plupart des partisans de ces idées veulent en outre que le titre d'ingénieur ou d'architecte soit obligatoirement suivi de l'indication, soit en toutes lettres, soit au moyen d'une abréviation officiellement consacrée, de l'Ecole qui a délivré le diplôme. Cette pratique, déjà très répandue, aiderait au contrôle. En même temps, elle serait une sorte de correctif à la permission donnée aux écoles libres de délivrer des diplômes : chaque école aurait sa réputation et aussi souvent sa spécialisation.

Beaucoup voudraient aussi que l'ingénieur fût obligé d'indiquer sa spécialité à la suite de son titre ; mais cette question ne paraît pas encore parfaitement au point. Il conviendrait d'en abandonner la solution, non à une loi immuable et rigide, mais à un règlement d'administration publique aisément modifiable suivant les besoins, les usages et la multiplication des spécialités.

IV

J'arrive à la protection légale du titre d'avocat. Nous ne rencontrons plus ici les mêmes divergences de vues que pour le titre d'ingénieur. L'*Association Nationale des Avocats*, qui groupe environ un cinquième des avocats inscrits aux Barreaux de France, des Colonies et des pays de protectorat, s'est prononcée unanimement en faveur de la proposition Liouville. Aucun Barreau de France, à notre connaissance, n'a soulevé d'objection, bien au contraire.

C'est qu'en effet, si la profession d'avocat n'est pas explicitement protégée par la loi pénale , elle est légalement définie par la loi organique du 22 ventôse an XII et le décret du 20 juin 1920. L'affiliation à un barreau, cadre obligatoire de la profession, est une condition nécessaire de l'usage du titre d'avocat, sous réserve de certaines tolérances transitoires dont la légalité est très contestable. Nul n'a le droit de se dire avocat s'il n'appartient pas à un barreau, dont les représentants élus examinent ses titres et surveillent sa correction professionnelle. Quiconque se dit avocat sans appartenir à un barreau est, en principe, un usurpateur. Mais la profession est accessible à tout honnête homme pourvu du titre de licencié en droit, à la condition qu'il fasse partie d'un barreau et se soumettre ainsi à sa libre discipline, protectrice des justiciables et des avocats eux-mêmes.

Il eût été d'autant plus nécessaire de protéger, par une disposition pénale, le titre de l'avocat, que celui-ci collabore effectivement à un service public, et que la Justice a un intérêt de premier ordre à écarter du domaine des affaires légales et contentieuses les praticiens louches, artisans de fraudes et de spoliations, en une matière où l'ignorance des administrés fait d'eux une proie facile pour les rôdeurs du labyrinthe judiciaire. La loi n'a rien dit à cet égard. On peut se demander toutefois si l'article 5 du décret du 20 juin 1920, qui réserve aux seuls licenciés en droit inscrits à un barreau l'usage du titre d'avocat, ne trouve pas sa sanction dans l'article 471, nº 15, du Code pénal, qui punit d'une amende de un à cinq francs ceux qui contreviennent aux règlements légalement faits par l'autorité administrative. Le décret du 20 juin 1920, intervenu sur l'invitation spéciale du législateur, est de ce nombre, de sorte qu'il a été jugé que les usurpations du titre d'avocat relèvent du tribunal de simple police.

C'est quelque chose, mais c'est bien peu de chose. D'abord la question de principe reste sujette à controverse, puis la peine est bien minime. Dès lors, l'usurpateur du titre d'avocat devrait être puni de la même peine que celui qui use indûment du costume réservé à cette fonction : ce qui ne peut souffrir aucune difficulté ; les usurpations peuvent être aisément reconnues, l'usage du titre étant également lié à l'inscription au barreau.

V

Pour conclure, votre Rapporteur estime que la C. T. I. pourrait se prononcer en faveur de la proposition Liouville, amendée suivant le texte ci-après :

« Article premier. — Nul ne peut faire usage « d'un titre professionnel défini et réglementé dans « l'intérêt public s'il ne remplit pas les conditions exi- « gées par les lois et réglements, pour le porter.

« Art. 2. — L'usage du titre professionnel d'ingé- « nieur et d'architecte sera réglementé par décret « rendu en Conseil d'Etat, après avis des groupe- « ments professionnels régulièrement constitués. « Sous réserve des dispositions transitoires fixées par

« le même décret, ce titre n'appartiendra de plein « droit qu'à ceux qui auront obtenu un diplôme délivré par une Ecole technique inscrite sur une liste « arrêtée dans les conditions que fixera le règlement « d'Administration publique. Les actes portant refus « d'inscription ou radiation de la liste pourront être « attaqués devant le Conseil d'Etat au Contentieux.

« Le titre d'ingénieur ou d'architecte pourra être « également reconnu aux praticiens non diplômés « ayant au moins dix ans d'exercice, à la suite d'une « enquête et d'une épreuve probatoire, dans les conditions qui seront déterminées par le règlement « d'administration publique.

« Art. 3. — Il est ajouté à l'article 259 du Code « pénal un alinéa ainsi conçu : « Sera puni des peines « portées à l'alinéa premier du présent article quiconque aura fait usage d'un titre professionnel défini « et réglementé dans un intérêt public, sans remplir « les conditions exigées par les lois et règlements « pour le porter ».

Lyon, le 2 janvier 1923.

LE NOUVEAU RÈGLEMENT DES CONCOURS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Le règlement du concours de l'internat en médecine est modifié comme suit :

Art. 263. — Conditions d'admission au concours. — Les élèves externes reçus au concours, et justifiant d'une année révolue d'externat ou du titre obtenu au concours d'ancien interne des hôpitaux d'une ville de province possédant une Faculté de médecine ou une Ecole de plein exercice, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'internes en médecine.

Ils ne peuvent se présenter à ce concours que quatre fois ; toutefois, ceux qui ont accompli une année au moins de service militaire effectif, en vertu des lois sur le recrutement de l'armée, peuvent être admis à prendre part à cinq concours.

Les candidats au concours de l'Internat en médecine ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes : 1° un certificat constatant leurs services en qualité d'externe depuis le 1er mars précédent sans interruption ; 2° des certificats délivrés par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés en qualité d'externe et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite ; 3° un certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine, constatant qu'ils sont munis de 11 inscriptions au moins.

Les candidats désignés pour prendre part à l'épreuve orale doivent en outre présenter avant la date fixée pour le début de cette épreuve les pièces complémentaires suivantes : 1° un second certificat délivré par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés en qualité d'externe, attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec exactitude, zèle et subordination depuis le 1er juin précédent ; 2° un certificat délivré par la Faculté de médecine, établissant qu'ils sont munis de leur douzième inscription.

Art. 264. — Epreuves écrites anonymes. — A. *Composition du jury.* — Le jury des épreuves écrites anonymes se compose de 9 membres dont 4 médecins, 4 chirurgiens et 1 accoucheur, tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service, à l'exclusion des 3 chirurgiens et de l'accoucheur des hôpitaux désignés d'office par application de l'article 260 pour faire partie du jury du concours d'externat à ouvrir la même année.

Peuvent siéger dans le jury un aliéniste adjoint au lieu et place d'un médecin et un ophtalmologiste, ou un oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux au lieu et place d'un chirurgien. On mettra en conséquence dans l'urne, en même temps que les noms des médecins des hôpitaux, les noms des médecins adjoints des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, et, en même temps que les noms des chirurgiens des hôpitaux, les noms des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

Les juges des épreuves écrites anonymes peuvent faire partie du jury de l'épreuve orale du même concours.

Tout membre du corps médical, qui, désigné pour faire partie du jury des épreuves écrites, se sera récusé, quel que soit le motif invoqué, n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de l'épreuve orale pendant deux années consécutives.

B. *Epreuves écrites.* — Les épreuves écrites consistent en trois compositions anonymes.

Les trois compositions écrites sont rédigées en trois séances. Celles-ci se succèdent à court intervalle de façon à être terminées, autant que possible, dans un laps de temps maximum de trois jours.

Pour chacune des compositions, une heure et demie est attribuée aux candidats, dont une demi-heure pour la réflexion et une heure pour la rédaction. Aucune abréviation dans l'écriture n'est autorisée.

Au commencement de chaque séance, le choix des questions à proposer est arrêté par le jury réuni au complet.

La première composition porte sur l'anatomie, la seconde sur la pathologie médicale, la troisième sur la pathologie chirurgicale.

Le jury se divise en trois sections pour juger les trois ordres de composition, savoir : pour la composition d'anatomie, 1 médecin et 2 chirurgiens ; pour la composition de pathologie médicale, 3 médecins ;

pour la composition de pathologie chirurgicale, 2 chirurgiens (ou 1 chirurgien et 1 spécialiste) et 1 accoucheur.

Pour la première composition, il est proposé trois questions portant sur l'anatomie. L'une au moins de ces trois questions comporte obligatoirement une partie de physiologie correspondante avec ou sans histologie.

Pour la seconde, trois questions de pathologie médicale.

Pour la troisième, trois questions de pathologie chirurgicale.

Pour chacune d'elles, le sujet à traiter est tiré au sort.

Après chaque épreuve, les copies sont rangées par ordre alphabétique.

Un jour au moins après la fin de la troisième composition, les trois copies de chaque candidat sont placées sous enveloppe commune et il est procédé à l'établissement de l'anonymat et au numérotage.

Tout candidat n'ayant pas participé aux trois épreuves et remis trois copies est éliminé. Il ne lui sera pas tenu compte de ce concours dans le calcul du nombre des concours d'internat auquel cet élève a le droit de prendre part.

Il en sera de même pour tout candidat qui, dans les vingt-quatre heures qui suivent la rédaction de la dernière composition, aura déclaré par écrit qu'il renonce à prendre part aux épreuves.

Tout candidat ayant obtenu la note 2 ou une note inférieure à 2 pour une de ses copies sera éliminé. Dans ce dernier cas, il sera tenu compte du concours dont ce candidat aura été éliminé pour le calcul du nombre des concours d'internat auquel cet élève a le droit de prendre part.

Dans chacune des sections, la lecture des copies anonymes est faite devant le jury par l'un de ses membres en séance non publique. Le maximum des points à attribuer à chaque copie est de 20.

Par dérogation aux dispositions de l'article 210, chaque section du jury, bien que ses membres soient en nombre impair, a la faculté de voter des demi-points.

Une fois la notation terminée dans les trois sections, le jury se réunit en vue de la désignation des candidats admis à subir l'épreuve orale. Le nombre des candidats à retenir est égal au triple des places d'internes mises au concours.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par rapport à cette proportion, ceux-ci sont tous compris dans la liste des admissibles.

Les candidats appelés à subir l'épreuve orale sont désignés par ordre alphabétique. Le point obtenu par chacun d'eux pour les trois épreuves écrites doit demeurer inconnu jusqu'à la fin du concours.

Les notes obtenues par les candidats éliminés sont rendues publiques par les soins de l'administration.

Art. 265. — ÉPREUVE ORALE. — A. *Composition du jury.* — Le jury chargé de juger l'épreuve orale est constitué par un nouveau tirage au sort.

Ce jury se compose de 10 membres dont 5 médecins, 4 chirurgiens et 1 accoucheur tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et les accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices en exercice et honoraires, et parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Peuvent siéger dans le jury un médecin aliéniste au lieu et place d'un médecin, et un ophtalmologiste ou un oto-rhino-laryngngologiste des hôpitaux au lieu et place d'un chirurgien. En conséquence, on mettra dans l'urne, en même temps que les noms des médecins, les noms des médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière en exercice et honoraires, et ceux des médecins adjoints de ces quartiers, et en même temps que les noms des chirurgiens, les noms des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes chefs de service en exercice et honoraires, et ceux des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

B. *Epreuve orale.* — L'épreuve orale consiste dans l'exposé de deux sujets portant, l'un sur la pathologie médicale et l'autre sur la pathologie chirurgicale ou l'obstétrique.

Il est accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après vingt minutes de réflexion, l'ensemble des deux questions qui sont échues.

La notation de cette épreuve se fait de 0 à 40.

Après la dernière séance d'épreuve orale, le jury procède au classement des candidats par ordre de mérite. La notation tenue cachée sur les copies est dévoilée et les points obtenus dans les épreuves écrites et à l'épreuve orale sont additionnés.

Au cas où le point le plus élevé est acquis par plusieurs candidats, ceux-ci sont appelés à subir devant le jury une épreuve orale supplémentaire.

Candidats de nationalité étrangère. — Les candidats de nationalité étrangère peuvent être autorisés à concourir, à condition que leurs dossiers soient transmis, par leurs légations respectives, à l'administration de l'Assistance publique, par l'intermédiaire de M. le ministre des affaires étrangères et avec son assentiment. Ceux d'entre eux qui subissent avec succès les épreuves sont admis en surnombre. Ils prennent rang toutefois dans le classement général par ordre de mérite et sont appelés à choisir leur service suivant ce rang.

Mesures transitoires. — Par mesure transitoire, les dispositions de l'article 263 exigeant des candidats la production d'un certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine, constatant qu'ils sont munis de 11 inscriptions au moins pour être admis à prendre part aux épreuves écrites et de 12 inscriptions pour être admis à prendre part à l'épreuve orale, ne seront pas opposées aux élèves reçus externes avant le concours de l'internat en médecine ouvert en 1921. La disposition du même article limitant le nombre des concours d'internat en médecine auxquels les candidats peuvent être autorisés à se présenter ne sera pas opposée aux élèves qui ont déjà pris part à ce concours. Ils pourront, en conséquence, être admis

à concourir, comme précédemment pendant les huit années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine, s'ils remplissent d'autre part les conditions exigées par le présent règlement.

Enfin la disposition du même article n'admettant à concourir que les externes de 2e année au moins ne sera pas opposée aux candidats reçus externes au concours d'externat ouvert en 1922.

2° De modifier ainsi qu'il suit le texte de l'article 211, § 2, du règlement sur le service de santé. Au lieu de : « Le concours pour les places d'élève interne en médecine s'ouvre le troisième lundi du mois d'octobre », mettre : « Le concours pour les places d'élève interne en médecine s'ouvre dans la seconde quinzaine du mois de juillet ».

Le reste sans changement.

3° D'appliquer le présent règlement dès le concours d'internat en médecine à ouvrir en 1923. Toutefois pour le concours de 1923 seulement et à titre de mesure transitoire il ne sera pas obligatoire qu'une des questions d'anatomie mises dans l'urne comporte une partie de physiologie correspondante avec ou sans histologie.

CIRCULAIRE SUR LA MORTALITÉ DES ENFANTS ASSISTÉS

Le Ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales à MM. les préfets,

Monsieur le préfet,

L'enquête approfondie à laquelle vous avez procédé en vertu de ma circulaire du 17 mai 1922, sur les causes générales et locales de la mortalité des enfants assistés dans votre département, exige tout à la fois des instructions générales applicables à l'ensemble du territoire et des mesures locales d'application nécessairement variables.

Je compte m'entretenir avec vous, à chacune de vos visites à Paris, des moyens envisagés par vous et par le conseil général de votre département pour apporter un remède prompt et efficace aux défectuosités d'ordre départemental. J'aurai d'ailleurs l'occasion de préciser dans des communications distinctes quelques-unes des mesures immédiates et urgentes à prendre pour ces améliorations de locaux, de règlement, de service, dont l'importance est des plus grandes.

L'enquête a malheureusement révélé que, sauf dans 17 départements, la mortalité des enfants assistés a augmenté en 1921, par comparaison avec l'année 1911.

Le rapprochement entre ces deux dates, séparées l'une de l'autre par la grande guerre et par une crise mondiale, fait tout d'abord ressortir la disparition progressive de l'allaitement au sein auquel le service des enfants assistés de France était redevable de sa sécurité relative. Le département de la Seine fournit un exemple de ce changement profond dans le mode d'alimentation des enfants abandonnés à l'assistance publique : il comptait 1.400 nourrices au sein pour l'année 1911, il en possédait 150 seulement en 1921.

Il apparaît, en outre, que, par comparaison entre 1911 et 1921, la fréquence de la débilité congénitale, due à d'autres causes que le surmenage laborieux à la fin de la période de gestation, n'a pas été enrayée. La syphilis, dont l'action néfaste est de mieux en mieux connue, mais contre laquelle aussi nous sommes de plus en plus armés, la misère physiologique, la tuberculose, ont une répercussion désastreuse sur un trop grand nombre de naissances.

Il y a certainement lieu de tenir compte, dans une analyse approfondie, de ces causes morbides d'ordre social, et l'hygiène sociale doit redoubler d'efforts préventifs pour l'aide aux mères délaissées, pour la lutte antituberculeuse, pour la prophylaxie des maladies vénériennes ; mais, dans le cadre actuel du service des enfants assistés, et sans préjudice de réformes profondes préservatrices de la race, un chiffre lamentable doit être retenu, celui d'une mortalité moyenne de plus de 38 p. 100 (exactement 38,66 p. 100). Une telle situation n'est pas tolérable, même avec la circonstance atténuante du mauvais état physiologique d'un très grand nombre des enfants abandonnés.

Il importe de poursuivre, dans chaque département, la création des institutions et des œuvres d'hospitalité pour les femmes enceintes, pour les mères convalescentes de couches, pour les mères nourrices sans abri. L'aménagement des maternités fait naturellement partie de ce programme de protection maternelle, avec l'adjonction d'un service social d'entr'aide et de patronage.

On ne saurait trop insister, comme je l'ai fait récemment dans ma précédente circulaire du 28 octobre 1922, sur l'assistance maternelle, sur la valeur et l'efficacité des abris maternels, soit publics, soit privés, destinés à retarder le plus possible, lorsqu'il est inévitable, cet abandon toujours considéré comme un pis aller, en vue d'éviter l'avortement et l'infanticide.

La propagande généreuse faite en faveur des maisons maternelles, dont le type ne saurait être uniforme, a déjà produit des résultats positifs dans un certain nombre de départements, 16 environ : elle est à la veille de porter ses fruits dans 42 autres départements.

Le remède partiel, proposé dans une vingtaine de départements, consiste dans l'augmentation des pensions de nourrices, afin d'améliorer leur recrutement et d'accroître ainsi les garanties de survie des nourrissons.

Ces deux méthodes n'ont d'ailleurs rien d'incompatible, elles se complètent l'une par l'autre, le placement familial conservant toute sa valeur dans l'organisation fondamentale du service des enfants assistés.

La prolongation du repos après les couches, nécessitée par l'hygiène sociale, doit avoir pour effet d'accoutumer les mères délaissées à l'allaitement maternel, pour, si possible, les mettre en état de ne pas se séparer du nouveau-né. Dans l'hypothèse la plus défavorable, celle de l'abandon, la résistance du petit être abandonné a les plus grandes chances de s'accroître si la séparation est différée. Il est donc possible, sans grands frais, d'aménager, dans un établissement hospitalier, une salle ou deux pour un prolongement d'hospitalité maternelle après l'accouchement.

Toute votre attention la plus vigilante et la plus sévère doit se porter sur le fonctionnement de la crèche de l'hospice dépositaire, qui, entièrement occupée par des enfants élevés au biberon, se trouve dans des conditions difficiles.

Ces crèches doivent utilement comporter un isolement individuel, avec un personnel suffisant. Le séjour des enfants doit y être le plus court possible, excepté pour ceux dont l'état nécessite une hospitalité prolongée, soit dans des nourriceries d'enfants débiles, soit dans des pouponnières.

Une première condition s'impose pour le placement familial des enfants assistés et des enfants protégés par la loi Roussel, c'est de recourir à des moyens de transport accélérés, comme l'a fait de longue date l'assistance publique de Paris par ses convois d'agence, avec des compartiments réservés, suivant la proposition de réso-

lution votée par la Chambre des députés, le 18 octobre 1922. Ces précautions indispensables font l'objet de pourparlers entre le ministre des travaux publics et moi-même.

Une initiative heureuse, celle de l'œuvre des gares, confiée au comité national de l'enfance, tend à approvisionner de lait stérilisé les nourrices et meneuses à leur départ de Paris. Un tel exemple pourra être pratiquement suivi pour l'envoi aux centres d'élevage.

Mais, de toutes les mesures à préconiser, en dehors de la prolongation du repos des nouvelles accouchées et de l'hospitalisation des mères nourrices délaissées, il en est une sur laquelle j'appelle instamment votre sollicitude la plus attentive et la plus active.

Au lieu d'être disséminés à l'excès dans les régions nourricières, les enfants assistés doivent être groupés dans des centres d'élevage, fondés à l'instar des foyers de campagne de l'œuvre Grancher, autour d'une consultation de nourrissons, sous la surveillance d'un médecin assisté d'une infirmière visiteuse.

Cette extension d'une expérience, tentée avec succès par des œuvres privées, projetée par plusieurs administrations publiques est certainement de nature à augmenter les garanties de contrôle sanitaire et de surveillance préventive des enfants assistés,sans que s'affaiblisse pour autant la considération traditionnelle de l'avenir des enfants, confiés à des familles nourricières, dont l'adoption éventuelle est si fréquente et si noble.

La prolongation d'hospitalité maternelle, l'ouverture de nourriceries et d'infirmeries pour débiles, l'établissement de pouponnières bien tenues et convenablement surveillées, restent parmi les moyens susceptibles de venir en aide, médicalement et préventivement, aux nourrissons fragiles, débiles, chargés d'une lourde hérédité.

De belles œuvres privées, qui ont fait leurs preuves, s'efforcent de prévenir les abandons. Aucune maternité ne doit être dépourvue de ces moyens de patronage discret, grâce auxquels une mère est détournée de l'abandon. Les sages-femmes ont également un rôle altruiste et désintéressé à remplir pour diminuer le nombre des abandons à l'assistance publique.

La prophylaxie des maladies vénériennes appliquée dans les services d'accouchement, employée pour la protection des nouveau-nés hérédo-syphilitiques, offre actuellement des ressources assez fructueuses pour sa mise en œuvre méthodique et persévérante, suivant les instructions supplémentaires que je me propose de vous faire parvenir à bref délai.

Le douloureux et angoissant problème de la dépopulation, considéré uniquement dans le cadre de la mortalité infantile évitable, pose, devant la conscience publique, un problème national qui ne saurait être éludé.

Je vous rappelle instamment, pour rester dans le domaine des enfants assistés, que, si l'abandon à bureau secret a été consacré par le législateur de 1904, ces facilités ont pour limite et pour contre-partie un redoublement d'action prévoyante et secourable, soit dans la période qui précède les couches pour les accouchements clandestins, soit au cours de la délivrance et après la naissance de l'enfant par l'organisation d'un service social dans les maternités et les consultations, par l'éclosion d'œuvres hospitalières (refuges-ouvroirs, abris, maisons maternelles), l'application intégrale de la loi sur l'assistance aux femmes en couches, le développement des cantines maternelles, des mutualités maternelles, des consultations prénatales, des consultations de nourrissons, le contrôle de l'efficacité des primes d'allaitement, l'encouragement accru de l'allaitement maternel, etc...

La revision de la loi Roussel, son renforcement par les consultations de nourrissons, la liaison entre toutes les œuvres et toutes les institutions d'assistance maternelle et de protection infantile, autour de chaque municipalité, doivent porter au maximum les garanties de contrôle sanitaire et d'entr'aide sociale impérieusement indispensables, pour atténuer le péril de la mortalité infantile exorbitante et évitable dans toutes les catégories, et, spécialement, dans la plus éprouvée de toutes, celle des enfants assistés, à laquelle se rattachent les plus pures traditions de la bienfaisance publique française.

(*J. O.*, 28 décembre 1922.)

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE RELATIVE A L'ASSISTANCE MATERNELLE

L'application de la loi du 17 juin 1913 doit faire l'objet de votre examen attentif et de votre sollicitude vigilante ; elle le mérite par son importance sanitaire et sociale, encore accrue par le fonctionnement de la loi complémentaire du 24 octobre 1919 sur les allocations temporaires d'allaitement.

Le retard apporté par un certain nombre de futures mères à formuler leur demande est à la fois préjudiciable aux bénéficiaires éventuelles et aux finances publiques, puisqu'il prive les candidates au secours de la possibilité d'user du droit d'appel devant la commission cantonale et qu'il a parfois pour effet de provoquer l'admission abusive de requêtes présentées avec un caractère d'extrême urgence.

Il convient de ne pas oublier, ainsi que l'ont fait ressortir, avec autant de force que de précision, les circulaires du 9 août 1913, du 24 décembre 1913 et du 6 juillet 1914, que la loi du 17 juin 1913 est, au regard des mères appelées à en bénéficier, beaucoup plus une loi d'hygiène sociale qu'une loi d'assistance.

Ce caractère essentiel, trop souvent perdu de vue, résulte clairement des termes de l'article 4, paragraphe 3, de cette loi : « Elle (l'assistance) ne peut, à un moment quelconque, être accordée ou maintenue que si l'intéressée, non seulement a suspendu l'exercice de sa profession habituelle, mais encore observe tout le repos effectif compatible avec les exigences de sa vie domestique et que si elle prend, pour son enfant et pour elle-même, les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions que lui donnera, à cet effet, la personne désignée par le bureau d'assistance. »

Cette condition obligatoire et fondamentale de l'admissibilité à l'assistance a été confirmée par la loi du 24 octobre 1919, instituant les allocations temporaires d'allaitement. Le législateur a nettement stipulé que ces allocations ne seraient accordées que si la mère, même allaitant son enfant au sein, se conforme aux prescriptions édictées par l'article 4 ci-dessus visé.

Ainsi donc, les lois du 17 juin 1913 et du 24 octobre 1919 posent ce double principe :

1° Obligation, pour la mère, de se reposer pendant les quatre semaines qui précèdent et les quatre semai-

nes qui suivent l'accouchement et d'observer, pour elle-même et pour son enfant, toutes les mesures d'hygiène qui lui seraient indiquées ;

2° Nécessité d'assurer le contrôle et la surveillance de l'observation de ces prescriptions.

La première de ces mesures a pour but d'assurer la naissance de l'enfant dans les meilleures conditions possibles pour la santé de la mère et de l'enfant, et de sauvegarder la vitalité du nouveau-né dans la période si périlleuse des premières semaines.

L'allocation d'assistance doit permettre à la mère de prendre le repos indispensable en subvenant, dans une certaine mesure, à son entretien.

L'allocation temporaire est destinée à en compléter les effets en encourageant la mère à allaiter elle-même son enfant au sein. L'expérience prouve, en, effet, sans qu'il soit besoin d'insister à cet égard, que l'allaitement maternel est le plus puissant moyen d'action pour sauvegarder la santé des nouveau-nés, combattre la mortalité infantile si redoutable dans les premiers mois de la naissance, et, enfin, prévenir les abandons d'enfants.

Mais, pour faire rendre aux lois du 17 juin 1913 et du 24 octobre 1919 leur maximum d'efficacité, il importe que les mesures de contrôle qui en sont le corollaire soient assurées et suivies de la façon la plus stricte.

Les inspecteurs départementaux d'assistance sont particulièrement qualifiés pour vous aider dans cette tâche de propagande, de propulsion et de conseils ; ils pourront ainsi, sous votre autorité, coopérer avec autant de compétence que de dévouement au rapprochement si désirable et tant nécessaire entre les organismes d'assistance aux mères avant et après l'accouchement, les services de primes d'allaitement et de secours préventifs d'abandon.

En même temps que se poursuit la propagande nécessaire pour que les futures mères n'adressent pas des demandes tardives, afin qu'avant leur délivrance elles puissent être conseillées et guidées à un double point de vue sanitaire et moral, il importe d'établir, en conformité du vœu formel du législateur et du texte précis de la loi sur le repos des femmes en couches, le contrôle indispensable, dans un but de patronage et d'éducation des mères avant et après l'accouchement.

Il appartient au bureau d'assistance — et cette prescription ne saurait être éludée — d'exercer le contrôle institué par l'article 4 de la loi du 17 juin 1913 soit par ses propres moyens, soit en faisant appel au concours d'une mutualité maternelle, d'une œuvre d'assistance préalablement agréée à cet effet suivant les conditions de l'article 10.

La plus grande souplesse d'application permet ainsi de diversifier les procédés.

Tout d'abord, il y a lieu de rappeler qu'aux termes de la circulaire du 9 septembre 1898, signée par M. Henri Brisson, les femmes peuvent faire partie des commissions administratives des établissements de bienfaisance et d'assistance (hospices et hôpitaux bureaux de bienfaisance, bureaux d'assistance).

C'est ainsi que, dans les plus petites communes, en dehors de l'utilisation des sages-femmes, la commission administrative du bureau d'assistance, le comité local de protection des enfants du premier âge, offrent d'utiles ressources de recrutement des visiteuses de la maternité.

Les bureaux d'assistance ont la faculté de recourir au service d'infirmières visiteuses, soit spécialisées en puériculture, soit à compétence étendue.

Ils peuvent obtenir la collaboration des œuvres privées, des institutions publiques, afin de réaliser une liaison complète et efficace entre les divers organismes appelés à participer à l'application des lois sur l'assistance aux femmes en couches et sur les primes d'allaitement.

De plus, l'article 94 de la loi de finances du 30 avril 1921 a mis à votre disposition d'autres organismes dont on peut escompter le meilleur effet ; ce sont les consultations de nourrissons, soit publiques, soit privées, dont le rôle peut et doit devenir de plus en plus prépondérant.

Je vous invite à provoquer, dans la plus large mesure possible, le développement de ces consultations, à en favoriser la création partout où se présenteront les éléments nécessaires et à les faire connaître pour que les mères s'y présentent régulièrement, tant dans leur intérêt que dans l'intérêt de leur enfant.

Partout où il ne sera pas possible d'instituer ces consultations ou de recruter des dames visiteuses, il devra être fait appel au concours des médecins de l'assistance ou des sages-femmes qui, par des visites à domicile, pourraient très utilement y suppléer.

Mais, si entièrement que soit organisée l'action secourable à domicile, il est des cas, en dehors de ceux d'assistance médicale, où l'hospitalisation est le seul moyen de procurer une aide efficace à la mère et à l'enfant.

L'initiative municipale ou privée a, depuis de longues années, provoqué la création, à Paris, à Lyon, à Nantes, ailleurs encore, d'établissements d'hospitalité maternelle, soit pour la période qui précède les couches, soit pour la période consécutive. Les nécessités de la guerre ont développé et fortifié ces initiatives et une formule nouvelle, expérimentée à la maison nationale maternelle de Charenton (Saint-Maurice), à Saint-Etienne, à Tours, à Rouen, à Bordeaux, etc., a vulgarisé le nom de maisons maternelles, dont successivement l'académie de médecine et le conseil supérieur de l'assistance publique se sont efforcés de déterminer le fonctionenement et de provoquer la généralisation.

Sous des noms divers et avec les modalités les plus variées, ces établissements : refuges-ouvroirs pour femmes enceintes, asiles de convalescence maternelle, asiles pour mères nourrices, maisons des mères, maisons maternelles, refuges et abris maternels, repos maternel, etc., répondent à des besoins certains, tout à la fois pour prévenir les accouchements pré-

maturés et les crimes contre l'enfance, pour sauvegarder des existences fragiles, pour faciliter l'allaitement maternel, pour réduire le plus possible les abandons à l'assistance publique.

Toutes ces œuvres, si divergentes soient-elles d'aspect et de structure, tendent au même but : elles complètent les lois d'assistance aux femmes en couches, sur les enfants assistés, sur les primes d'allaitement, et elles se relient intimement à la révision de la loi Roussel, sur la protection des enfants du premier âge, actuellement soumise aux délibérations du Parlement.

Je compte sur votre zèle ardent pour coordonner les efforts de tous et pour donner leur pleine extension aux services de contrôle qui, en se reliant à l'assistance médicale, à l'hospitalisation des femmes enceintes et des mères convalescentes, au service des enfants secourus, à celui de la protection du premier âge, doivent former un réseau compact des mesures de protection maternelle et infantile.

Je vous serais obligé de me faire connaître, dès maintenant, par quels moyens fonctionnent déjà, dans votre département, la surveillance du repos des accouchées et de l'allaitement maternel, et je compte sur votre concours le plus dévoué pour prendre toutes dispositions utiles dans chacune des communes de votre département en faisant appel à la responsabilité des administrations publiques, à la collaboration des œuvres privées et du corps médical.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale,

Paul Strauss.

(*J. O.*, 1er novembre 1922).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Luchon station pour coloniaux.** — Luchon est désigné par M. le ministre des Colonies parmi les stations pouvant recevoir les fonctionnaires coloniaux.

Par une lettre en date du 30 août 1922, M. le ministre des Colonies appelait l'attention de M. le président de la République sur l'utilité qu'il y aurait d'admettre cette station thermale au nombre de celles où le personnel colonial peut être envoyé en traitement.

Par décret de même date, M. le Président de la République statue : (Art. 1). — La station de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne) est ajoutée à celles où les fonctionnaires du service colonial et des services locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement dans les conditions prévues à l'article 12, position 5, du décret du 3 juillet 1897, modifié par les décrets des 17 décembre 1912, 19 juin et 19 juillet 1913 et septembre 1920, 9 octobre 1921 et 3 juillet 1922.

Art. 2. — La durée du traitement pour cette station est fixée à 25 jours.

Art. 3. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

— Par arrêté du Ministre du Travail en date du 16 février 1923, M. Hudelo, conseiller d'Etat, est nommé membre de la Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, en sa qualité de directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

— **Un Congrès international d'hygiène mentale aura lieu à New-York en avril 1924.** — La Ligue française d'hygiène mentale présidée par le Dr Toulouse organise avec la Ligue d'hygiène mentale belge et avec le Comité national d'hygiène mentale des Etats-Unis un Congrès international qui se réunira à New-York en avril 1924.

Le professeur Ley, de Bruxelles, récemment revenu d'Amérique a exposé au Conseil d'administration de la C. H. M. les résultats de la mission au cours de laquelle il a étudié sur place l'important mouvement pour l'hygiène mentale développé aux Etats-Unis sur l'initiative du grand philanthrope Clifford W. Beers.

Le Dr Genil-Perrin doit centraliser à Paris la participation des différents groupements européens au prochain Congrès international. On se rappelle d'ailleurs qu'une vingtaine de nations étrangères étaient représentées au Congrès d'hygiène mentale organisé à Paris par la L. N. M. en juin dernier.

On doit se féliciter de l'extension de ce mouvement qui dépasse de beaucoup la question de l'Assistance aux psychopathes et de la prophylaxie de la folie.

Il s'agit en effet d'une œuvre d'assainissement moral de haute portée sociale qui se réalise par les voies les plus diverses : lutte contre l'abus des stupéfiants, dont s'est préoccupée à juste titre la Société des nations, réorganisation de la pédagogie des arriérés et de la protection de l'enfance, réforme du système pénal, sélection psychophysiologique des travailleurs et organisation scientifique du travail conformément aux vœux émis par les trois conférences internationales de psychotechnique.

Toutes les manifestations de l'activité humaine gagneront à être régies par les grands principes de l'hygiène mentale, dont l'application sera facilitée par les travaux du Congrès international de New-York, à l'égard duquel les mondes de l'enseignement, de l'hygiène sociale et du travail marquent dès à présent le plus vif intérêt.

Tous les groupements des nations d'Europe qui désirent participer à ce Congrès sont priés de se mettre en rapport avec le Dr Genil-Perrin, secrétaire général de la Ligue d'hygiène mentale, 99, avenue de la Bourdonnais, à Paris.

Le Directeur Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON

THIRON et Cie, Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

1° Temps passé (1 heure environ) 20 fr. ;

2° Voyage aller et retour, 30 kilom. à 1 fr. 50, tarif des régions libérées 45 fr.

Ceci, en plus, bien entendu, de la consultation avec pansement à mon domicile, et de l'assistance au chirurgien à l'hôpital ?

Dr H.

Réponse.

Vous pouvez fort bien réclamer le temps passé auprès de votre malade, même pour le conduire à l'hôpital, alors que vous n'osiez le laisser livré à lui-même par crainte d'hémorrhagie. Et vous vous basez, pour cela, sur l'art. 6 qui accorde l'équivalence d'une visite par demi-heure de surveillance, jusqu'à un maximum de 5 visites.

Mais pour le transport en auto, voir le *Concours médical* du 18 février 1923, où je dis : « *Ceci n'entre plus en ligne de compte des frais médicaux, etc...* (*Page* 584). »

Dr F. Decourt.

III

Luxation avec fracture apophysaire.

Voudriez-vous me dire comment compter au tarif Breton :

Réduction et contention d'une fracture de l'épicondyle avec luxation du coude en arrière.

Ce n'est pas une luxation simple ni une fracture simple de l'humérus et totaliser les deux interventions serait peut-être abuser, quoi qu'il s'agisse d'un gros traumatisme plus ennuyeux qu'une simple fracture diaphysaire de l'humérus.

Dr M.

Réponse.

Je ne crois pas que vous puissiez décomposer ce traumatisme en deux lésions distinctes et tarifables par addition. Il arrive assez souvent qu'une luxation se complique de fracture apophysaire, mais c'est toujours là une luxation. Ici, vous avez eu à réduire une luxation du coude, qui est tarifée 100 fr., mais non pas une fracture de l'humérus (qui est une tout autre histoire que votre fracture d'épicondyle). Peut-être pourriez-vous demander 25 fr. en plus des 100 fr. pour « réduction et contention de fracture d'épicondyle », en vous basant, *par analogie*, sur la fracture du péroné, mais en donnant explication spéciale à l'assurance. Ce serait, il me semble, la solution équitable.

Nota. — Prière de me dire si la suggestion que je vous donne a été adoptée par l'assurance, afin que j'en garde note.

Dr F. Decourt.

IV

Fracture du maxillaire supérieur

Abonné au *Concours médical*, je vous serais très

obligé de bien vouloir me donner les renseignements suivants :

Le dimanche 11 février à 18 heures, je suis appelé à 3 kilométres de T. où je suis installé, pour une domestique de ferme qui venait de recevoir un coup d e pied de cheval en plein visage. Voici la description des lésions que j'ai envoyée à l'assurance « La P. ».

1° Section longitudinale et médiane, depuis la racine du nez jusqu'à l'extrémité nasale ; les os propres de nez sont à nu, les deux lambeaux de chair rabattus de chaque côté.

2° Section complète longitudinale entre les deux narines.

3° Section de la narine gauche.

4° Section complète de la lèvre supérieure en forme Y, chaque branche de l'Y rejoignant la narine correspondance.

5° Fracture du maxillaire supérieur, parallèle à l'arcade dentaire. Le volet fracturé comprend les incisives, les canines et les prémolaires.

Le prix de la visite est augmenté de 50 % d'après l'article 3 du tarif Breton, puisqu'il s'agit d'un cas urgent le dimanche. D'autre part on ne peut cumuler la visite avec les actes opératoires. Ceux-ci sont-ils augmentés aussi de 50 % ?

J'ai procédé à la régularisation et sutures du nez, des narines et de la lèvre supérieure.

Dois-je compter en deuxième catégorie « Réunion par sutures multiples soit 18,75, ce qui me paraît peu, ou bien régularisation,épluchage et suture d'une plaie superfiielle soit 30 fr. De plus, dans le tarif Breton je ne vois rien au sujet des fractures du maxillaire supérieur. Dois-je compter comme une fracture du maxillaire inférieur non opérée soit 22,50. J'ai fait également une piqûre antitétanique.

Combien compter pour le tout ?

Certificat (descriptif je crois)...... 10 fr.
Indemnité kilométrique.
Régularisation et sutures.
Réduction et contention de la fracture du maxillaire supérieur.
Piqûre serum.
Indemnité pour cas urgent le dimanche.

Dr L.

Réponse.

1° Les actes opératoires ne sont majorés que de nuit (25 %, voir art. 8), mais pas le dimanche.

2° Vous ne pouvez compter d'« épluchage » que s'il y eut réunion par première intention (voir Avis insérés dans l'arr. minist. du 28-6-21).

3° Il n'y a rien pour « fracture du maxillaire supérieur » dans le tarif, car ce n'est pas la lésion que présente le malade qui est tarifée, mais l' *intervention* pratiquée par le médecin. Et on a fait remarquer, à la commission, que, en cas de fracture du maxillaire supérieur, il n'y a pas de « réduction et contention à considérer ».

Il en est de même dans le tarif des Pensionnés de guerre.

4° Vous avez à compter en tout :

Certificat descriptif : 10 fr. + déplacement (5 kil. à 2 fr.) 10 fr. + sutures multiples : 18,75 + injection antitétanique : 15 fr. total : 53,75. »

Dr F. Decourt.

Application du Tarif Maginot

I

Pansements spéciaux prolongés

J'ai eu à soigner un réformé de guerre à qui, pour un phlegmon diffus de la cuisse consécutif à sa blessure, j'ai dû, après ouverture et drainage, faire une série de pansements longs et compliqués avec grands lavages au bock d'une solution antiseptique. Evidemment l'hôpital était tout indiqué, mais le malade n'en voulait à aucun prix.

Je ne vois rien d'analogue signalé dans le tarif. Ce qui s'en rapproche le plus, c'est : irrigation d'une plaie par la méthode de Carrel, tarifée vingt francs. Puis-je appliquer ce tarif ?

Dr C.

Réponse.

1° Voir art. 74 : Pansements spéciaux prolongés, très compliqués (à soumettre à la commission de contrôle), de 10 à 30 fr. Dans votr cas, pour les premiers du moins, proposez 2 fr., par analogie avec le Carrel.

Dr F. Decourt.

II

Extirpation de névrome

Abonné du *Concours médical*, j'ai recours à votre obligeance coutumière pour obtenir, par la voie de votre journal, un avis autorisé sur le cas suivant :

Avec l'aide de deux confrères, l'un anesthésiste, l'autre assistant opératoire, j'ai procédé, chez un mutilé de guerre, à l'extirpation de deux névromes douloureux du sciatique poplité externe irrité par un petit moignon de péroné déjà réséqué antérieurement. Au cours de l'intervention, le petit bout de péroné, 4 centimètres, a été exclus.

Quels honoraires dois-je réclamer pour cette opération non prévue dans le barême ?

Dr M.

Réponse.

Il me semble qu'on pourrait demander 200 fr. pour cette opération, par *analogie* avec « libération nerveuse » qui se trouve inscrite art. 74 au paragraphe « Interventions sur les vaisseaux et les nerfs » *in fine*. L'anesthésiste et l'assistant (médecins) devront envoyer personnellement leur note de 50 fr. chacun (art. 71).

Dr F. Decourt.

Les médecins exempts de la taxe de séjour

I

A Saint-Gervais-les-Bains

Je viens vous prier de publier dans le *Concours* que la *Chambre thermale* de *Saint-Gervais-les-Bains*, station thermale et climatique, a décidé de dispenser du payement de la taxe de séjour, les médecins et les membres de leur famille à leur charge.

Dr Roux.

II

A Brides-les-Bains (Savoie)

Vous demandez aux médecins consultants des stations thermales de vous signaler les décisions des conseils municipaux relativement à l'exemption de la taxe de séjour pour les médecins et leur famille.

Je suis heureux de vous faire savoir que, à partir de cette année, les médecins et leur famille seront dispensés de la taxe de séjour à Brides-les-Bains.

Dr Mathieu.

III

A Vittel (Vosges)

Suivant votre demande, j'ai l'honneur de vous informer que le conseil municipal de Vittel exonère de la taxe de séjour, les médecins et leurs familles qui viennent ou viendront à Vittel.

Dr Constant.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Médicaments nuisibles aux femmes enceintes et aux nourrices

Un abonné du *Concours* me demande de les lui indiquer.

Mon aimable confrère, qui me verse l'ambroisie de l'éloge, prétend qu'on ne trouve, nulle part, ces renseignements ?

C'est un peu exagéré ! Néanmoins, je tiens à lui répondre, de suite, qu'il n'a qu'à s'en rapporter aux « formulaires » en cours, aux fins d'être édifié sur ces deux points.

Et, pour ne pas « le laisser en panne » je lui rappelle, très brièvement, qu'on ne doit pas prescrire, aux femmes enceintes : eau-de-vie allemande (teinture de jalap composée), rue, sabine, armoise, amers, cerfeuil, persil, angélique, cumin, carvi, fenouil, anis, aloës, apiol, ergotine, safran. Quant aux nourrices : les faire purger c'est tarir une partie de leur lait, leur donner du café ou des liqueurs c'est énerver leurs nourrissons ; leur administrer des infusions de thé, de pervenche ou de canne de Provence c'est réduire à néant, chez elles, la lactation. Mais, si vous le permettez, je reviendrai, plus amplement et plus scientifiquement sur la question.

Dr Galand.
(de Cambrai.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Honoraires médicaux. Responsabilité des maîtres pour soins donnés à leurs domestiques.

TRIBUNAL CIVIL DE SENS (Yonne).

Présidence de M. SERGENT.

Jugement du 2 *novembre* 1922.

Le Tribunal, ouï en l'audience du 26 octobre 1922, en leurs conclusions et plaidoiries :

Me Frileux, avoué de M. le Dr B,.., demeurant à Sens, rue de Mondereau, demandeur :

Me Delor, avoué de H. Fernand G., cultivateur, demeurant à Saint-Gément, ci-devant et actuellement à Saligny, défendeur ;

Me Cavoit, avoué de : 1° Madame Virginie M... épouse divorcée de M. Clément C... et actuellement épouse de M. Pierre Barré, berger, demeurant à Villeneuve-la-Dondagre, ci-devant, et actuellement à la ferme de Champgrand, commune de Saint-Valérien (Yonne) 2° M. Pierre B..., tant en son nom persounel au besoin, que pour la validité à l'égard de Madame Virginie Mégret son épouse, avec laquelle il demeure à la ferme de Champgrand ; défeudeurs ;

Ouï M. le procureur de la République en ses conclusions orales ;

Vidant son délibéré ordonné en ladite audience et continué à ce jour ;

Statuant publiquement et en dernier ressort ;

Attendu que la dame B., atteinte d'un panaris, alors qu'elle était au service de G., s'est présentée, le 5 novembre 1920, chez M. le Dr B. . ., pour se faire donner les soins que nécessitait son état ; qu'une opération fut même pratiquée au domicile de G. par le Dr B. . ., qui fit de nombreuses visites, toujours au domicile de G., pour amener la dame B. . . à la guérison ;

Attendu que le Dr B... n'ayant pu obtenir de G., qu'il considère comme son débiteur, payement des honoraires, a assigné G. et les époux B., solidairement, en payement de la somme de 627 fr. 25 ;

Attendu qu'il n'est pas contesté que B. . . était le médecin habituel de G., que la dame B. s'est présentée chez lui, a demandé au Dr B. . ., dès les premières visites, un certificat pour être remis à la compagnie d'assurances de G. ;

Attendu qu'une opération a été faite à la dame B. et que de nombreux soins lui ont été donnés par le Dr B. . . au domicile de G., au vu et au su de ce dernier ;

Attendu qu'il est de jurisprudence qu'un médecin a le droit de réclamer ses honoraires au patron pour soins donnés à ses domestiques, si les circonstances de fait n'attestent pas, chez le patron, l'intention d'agir autrement ;

Attendu qu'il appartenait à G., qui s'est fait déli-

vrer un certificat et a fait soigner la dame B. chez lui, de prévenir B... qu'il n'entendait pas se charger du payement de ses honoraires ;

Attendu que dans la cause actuelle, B... avait d'autant plus raison de croire que le montant de ses honoraires lui serait payé par G., que ce dernier était le client de B. et qu'il ne paraît pas contesté que, précédemment, il lui avait payé les notes d'honoraires pour soins donnés aux domestiques à son service ;

Attendu qu'il résulte de toutes ces circonstances de fait, que G. est débiteur du Dr Bailly en sa qualité de patron de la dame B, sa domestique ;

Qu'en outre, les époux B. sont également tenus du payement des honoraires dus à Bailly ;

Attendu que la solidarité doit être prononcée parce qu'il s'agit d'un engagement qui s'est formé sans convention entre G. et B... ;

Par ces motifs :

Donne acte à G. de ce que le Dr B... reconnaît, dans ses conclusions du 17 octobre 1922, que la dame B.-M. s'est présentée chez lui seule et qu'un certificat médical lui a été demandé par elle, pour la compagnie d'assurances de G., que ce dernier devait prévenir ;

Condamne solidairement les époux B.-M. et G. à payer à B..., la somme de 627 fr. 25 ;

Condamne les époux B.-M. à indemniser G. de toutes les condamnations en principal, intérêts et frais prononcées contre lui ;

Condamne solidairement G. et les époux B.-M. en tous les dépens.

Note.

I. — La cour de Lyon, confirmant un jugement du tribunal civil de Lyon en date du 3 avril 1879, a, par arrêt du 15 novembre 1898, décidé qu'il est d'usage que les médecins ne réclament pas leurs honoraires aux gens de service, mais bien à leurs maîtres qui sont tenus au payement de ces honoraires.

II. — Le Tribunal a décidé, conformément à une jurisprudence établie, que le patron est responsable des soins donnés à ses domestiques, si le patron n'établit pas qu'il a, préalablement à ces soins, avisé le médecin qu'il entendait ne pas les payer. En ce sens, tribunal de Paix de Courtenay, 2 mai 1902, *Concours médical* 1902, page 437 ; Tribunal de Paix de la Ferté-Saint-Aubin, 8 janvier 1903, *Concours médical* 1903, page 339.

III. — Le principe d'après lequel la solidarité doit être expressément stipulée, à moins qu'elle n'ait lieu de plein droit en vertu d'une disposition de la loi, ne régit que la solidarité conventionnelle. La solidarité doit au contraire être prononcée indépendamment de toute stipulation et de toute disposition légale spéciale,

lorsqu'il s'agit de la réparation d'un fait dommageable ou, comme dans l'espèce, de certains engagements qui se forment sans convention (Cassation 4 mai 1859, S. 1859-1-377. P. 1859-815. Cassation 4 décembre 1872, S. 1872-1-430. Sourdet Responsabilité, t. 1, p. 704. Demolombe, Contrat et obligation, t. 3, n° 729.)

J. FRILEUX,
Avoué à Sens.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Création d'une médaille des assurances sociales.

Art. 1er. — Il est institué une médaille d'honneur des assurances sociales en vue de récompenser les services désintéressés rendus par les personnes ayant contribué à la diffusion et au fonctionnement des assurances sociales destinées à améliorer la condition matérielle et morale des travailleurs, sous quelque forme que ce soit.

Art. 2. — Le modèle de la médaille, la couleur du ruban auquel elle sera attachée seront déterminés par un décret spécial.

Les formalités à remplir par les intéressés en vue d'obtenir cette distinction seront fixées par arrêté du ministre du travail.

Art. 3. — La médaille de bronze peut être attribuée à toute personne qui a rendu les services visés à l'article 1er pendant une durée de cinq ans.

Un nouveau délai de cinq ans, à compter de la date de l'attribution de la médaille de bronze, est nécessaire pour l'obtention de la médaille d'argent.

Un autre délai de cinq ans, à compter de l'attribution de la médaille d'argent, est nécessaire pour l'obtention de la médaille d'or.

Toutefois, à titre extraordinaire et dans des cas exceptionnels, il pourra être dérogé aux dispositions qui précèdent.

Art. 4. — La liste des récompenses attribuées, dans les conditions qui précèdent, pour services rendus aux assurances sociales, est fixée deux fois par an, par un arrêté du ministre du travail, à l'occasion du 1er janvier et de la fête nationale.

Dans l'intervalle de ces promotions, il peut être décerné des récompenses à l'occasion de cérémonies présidées par un membre du Gouvernement ou le directeur des retraites. Ces récompenses ne font pas l'objet d'un arrêté spécial; elles sont comprises au nombre de celles qui figurent dans la plus prochaine promotion.

Art. 5. — Le droit de porter l'insigne et la

médaille d'honneur des assurances sociales peut être retiré par arrêté du ministre du travail.

Art. 6. — Le ministre du travail est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* et inséré au *Bulletin des loi.*

(*J. O.*, 28 février 1923).

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Suspension du délai de révision des pensions des victimes du travail pendant les hostilités.

5603. — M. Bouveri, sénateur, demande à M. le garde des sceaux, ministre de la justice, en vertu de quelles lois des entreprises privées et sociétés anonymes font convoquer en révision d'anciens accidentés du travail dont la pension est liquidée depuis quatre, six, neuf et dix ans. (*Question du* 3 *février* 1923).

Réponse. — Il a été jugé que le délai de trois ans, pendant lequel l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, déclare ouverte la demande en revision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou sur une atténuation de l'infirmité de la victime, a été suspendu, conformément à l'article 1er du décret du 10 août 1914, pendant la durée de la mobilisation et jusqu'à la cessation des hostilités (Caen, 15 décembre 1915. D. 16-2-199 ; Amiens, 25 octobre. *Gaz. trib.*, 26 novembre 1916 ; Caen 18 décembre 1916. Rec. Caen, 1916-1917, page 100 ; tribunal civil Seine, 18 janvier 1910 et tribunal civil Lourdes, 23 mars 1916. *Gaz . Pal.* 9 décembre 1916). Au cas où l'honorable sénateur aurait à signaler des faits qui lui paraîtraient irréguliers, il voudrait bien fournir à la chancellerie toutes précisions utiles permettant de faire procéder à une enquête.

(*J. O.*, 21 février 1923).

Nombre des comptes de chèques postaux. Importance de leurs opérations.

16411. — M. Bazire, député, demande à M. le ministre des travaux publics quel a été, en ce qui concerne les chèques postaux, pour chacune des années 1918, 1919, 1920, 1921 et 1922, le nombre des titulaires de comptes courants, ainsi que le montant global des opérations effectuées. (*Question du* 25 *janvier* 1923).

Réponse. — Année 1918. — Titulaires : 9.012 ; montant global : 1.736.807.593 fr. 67.

Année 1919. — Titulaires : 41.803 ; montant global : 15.648.966.927 fr. 94.

Année 1920. — Titulaires : 73.559 ; montant global : 56.898.568.922 fr. 82.

Année 1921. — Titulaires : 112.648 ; montant global : 76.077.142.382 fr. 26.

Année 1922. — Titulaires : 154.580 ; montant global : 95.642.256.826 fr. 31.

(*J. O.*, 7 février 1923).

Frais de déplacement des mutilés pour se rendre au lieu de l'expertise.

16361. — M. Raoul ANGLES, député, demande à M. le Ministre des Pensions si, dans le cas où un tribunal des pensions, désigne un expert pour examiner un mutilé, ce dernier a droit aux frais de déplacement pour se rendre au domicile de l'expert. (*Question du* 22 *janvier* 1923).

Réponse. — Réponse négative. Une indemnité n'est prévue qu'en cas de convocation devant le tribunal (décret du 2 septembre 1919, art. 43).

(*J. O.*, 22 février 1923).

Indemnités des experts des commissions de réforme

5590. — M. Emile SARI, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre et des pensions, si les médecins experts — qui sont appelés au cours d'une séance de commission de réforme, à procéder à des expertises — ont droit à une indemnité spéciale pour chacune de ces expertises indépendamnent de l'indemnité fixe qui leur est allouée pour chaque séance de ladite commission.

Réponse. — Réponse négative (instruction du 31 mai 1920, art. 69).

(*J. O.*, 24 février 1923.)

Frais d'une opération subie par un mutilé de guerre

16200. — M. François BINET, député, demande à M. le ministre des pensions : 1° si un mutilé de guerre pensionné à 90 p. 100 ayant, à la suite de la formation d'un abcès sur la région trépanée, et sur l'ordre de son médecin traitant subi, le 24 juin 1921, une opération jugée nécessaire et urgente, peut obtenir le remboursement des honoraires chirurgicaux ; 2° dans le cas de la négative, quelles sont les raisons qui s'y opposent. (*Question du* 11 *janvier* 1923.)

Réponse. — Les mutilés ont droit à la gratuité des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, dans les conditions fixées par les dispositions du décret du 25 octobre 1922.

(*J. O.*, 27 février 1923.)

Quarante-cinquième année. **N° 10** *bis* (supplémentaire) 14 Mars 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

SERVICE de PROPAGANDE
du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours médical*, afin de leur permettre d'apprécier ce journal, le présent numéro ne représentant pas le *Concours médical* dans sa physionomie habituelle (voir le Bulletin page XXVIII-916.

LE SOU MÉDICAL

Ligue de protection et de défense professionnelles

Aux Confrères qui ne sont pas encore membres du « Sou Médical ».

Mon cher confrère,

Vous n'avez pas attendu, *pour vous assurer contre l'incendie*, que votre maison brûlât.

Or, les *risques professionnels* que vous courez tous les jours sont *infiniment plus menaçants pour vous que le feu* pour votre demeure. Et pas seulement ceux qui mettraient en cause votre responsabilité civile : ceux-ci sont en réalité fort rares. Mais tous ceux que les conditions actuelles de l'exercice de la médecine projettent sous vos pas, comme autant d'embûches capables de vous faire trébucher : contestations avec les Compagnies d'assurances à l'occasion du règlement de vos honoraires en matière d'accidents du travail ; poursuites correctionnelles possibles à l'occasion d'une erreur de diagnostic ou d'un accident opératoire ; dénigrement et diffamation ; concurrence déloyale ; abus de pouvoir, etc.

Contre tous ces risques si divers et qui embrassent beaucoup plus de cas que la responsabilité civile, seule couverte par les assurances ordinaires, il n'existe qu'un organisme qui s'offre de vous protéger et de vous défendre : c'est le « Sou médical », qui groupe, déjà, dans votre région, un grand nombre de confrères.

Au surplus, si vous avez le numéro 46 *bis* du *Concours médical* qui a été envoyé à tous les médecins de France le 15 novembre dernier, vous y trouverez tout au long le récit de l'aventure d'un honorable médecin, sévèrement condamné en police correctionnelle à trois mois de prison et à six mois de suspension de l'exercice de la médecine, pour une soi-disant complicité d'escroquerie, et acquitté en appel grâce à l'intervention et à l'appui du « Sou médical ». Lisez et méditez, après avoir pris connaissance des statuts de notre Ligue de défense professionnelle. Et venez à nous. Pour 25 fr. par an, vous

vous assurez tous les avantages que le « Sou médical » garantit à ses adhérents, et vous serez à même d'en profiter dès demain, s'il vous advenait d'être compromis dans une affaire malheureuse, comme il en surgit trop souvent aujourd'hui, dans la pratique médicale.

Escomptant l'envoi de votre prochaine adhésion par l'utilisation du bulletin que vous trouverez page 905, nous vous prions de recevoir l'assurance de nos sentiments bien confraternellement dévoués.

Le Conseil de direction.

APHORISMES

Parmi les eczémas tenaces, il en est peu qui récidivent aussi facilement que l'eczéma du conduit auditif. Tout l'exaspère : les chocs émotifs, les écarts de régime et, par dessus tout, les coups d'ongle dont l'accable le patient agacé par un prurit diurne et nocturne.

Au cours des poussées, pas d'eau dans l'oreille, et encore moins de glycérine ; sinon, gare à l'otite externe diffuse et aux si pénibles furoncles du conduit. Ayant enlevé prudemment les squames qui obstruent l'entrée du conduit, le spécialiste introduit pour le premier jour une très fine mèche sèche ou légèrement saupoudrée d'ektogan ; il la remplace, le deuxième jour, par une mèche à peine imbibée de vasolanoline pure avec un soupçon d'ichthyol et d'acide salicylique.

La poussée bien éteinte, on touchera avec une solution de nitrate d'argent, faible au début, puis de taux progressivement croissant.

Les conseils d'un dermatologiste pour le régime et les précautions ultérieures compléteront utilement les soins de l'auriste.

***

En matière de sérothérapie diphtérique, n'hésitez pas à doubler les doses curatives données par les formulaires. Le premier jour d'une diphtérie reconnue, faites deux injections de sérum : l'une dans les muscles fessiers au lieu d'élection + l'injection sous-cutanée classique qui agit beaucoup moins vite d'ailleurs que l'intramusculaire.

***

Quand les merveilleuses cinq gouttes de digitaline à 1/1000e sembleront épuiser leur effet d'entretien cardiotonique chez les hyposystoliques, les bronchitiques ou emphysémateux à cœur forcé, les petits rénaux, les mauvais myocardes, — vous les remplacerez par dix gouttes de la solution d'ouabaïne à 1/1000e avalées dans un peu d'eau sucrée. Vous pouvez alterner ainsi, semaine par semaine, V gouttes de digitaline à 1/1000e, puis X gouttes d'ouabaïne à 1/1000e. Là où il faut agir vite, donnez ces deux doses en même temps.

***

On n'utilise pas assez les bienfaits de l'oxygène en injections sous-cutanées. Je ne connais pas un confrère qui, ayant fait l'emplette d'un oxygénateur, ne s'en soit pas félicité pour ses malades et pour lui. Dans la pratique, quand songe-t-on à injecter l'oxygène? Dans une broncho-pneumonie, un catarrhe suffocant : on a pleinement raison. Mais je crois bien qu'une foule de chroniques, asthéniques, petits tuberculeux (non fébricitants), névropathes déprimés (non les excités), anémiques, grands convalescents, bénéficient tout autant que les aigus de ces injections si simples, non douloureuses et auxquelles je ne connais pas de contre-indication.

***

L'asthme de l'enfant n'a pas la gravité que peut faire craindre la violence dramatique de ses accès. Tout au plus, à force de se répéter, peut-il bloquer le thorax ; mais les déformations qu'il lui fait subir ne deviennent en général inquiétantes que si elles frappent un sujet déjà rachitique. Chose paradoxale, on peut rassurer la famille surtout si les crises ont commencé dans le tout jeune âge. Quand elles ont débuté plus tard, vers la seconde enfance, elles durent davantage, disparaissant entre 20 et 25 ans, soit complètement, soit pour faire place à un équivalent migraineux, colitique ou eczémateux.

***

Le grand asthme anaphylactique est relativement rare : pour deux asthmes d'anaphylaxie pure, on compte à peu près huit asthmes bronchitiques, emphysémateux ou autres.

Comme traitement de fonds de l'état asthmatique, il n'en est pas de spécifique : il y en a autant que de variétés ou de modalités du syndrome. L'un des plus agissants demeure — en dépit de toutes les nouveautés thérapeutiques — la cure thermale. Tôt ou tard l'asthmatique est forcé d'y venir. Le Mont-Dore soulage la grande crise anaphylactique et en général tous les asthmes (à condition que le cœur droit tienne encore). Saint-Honoré triomphe des asthmes de l'emphysémateux et du vieux bronchitique.

***

Comme on a raison de dire que les plus grosses maladies sont celles dont le diagnostic est le plus souvent méconnu ! Syphilis, phlébite, pleurésie à grand épanchement, typhoïde, voilà les affections, dit justement M. Florand, à côté desquelles on passe trop souvent.

***

Pourquoi les journaux médicaux ne comportent-ils pas une tribune où les lecteurs apporteraient leurs erreurs de diagnostic ? Ce serait la plus instructive des rubriques... Mais aussi... qui de nous aura le courage de la signer ?

***

Au lieu de névralgie intercostale, il serait plus exact de dire « pleurite intercostale » ; car neuf fois

sur dix, l'auscultation révèle un menu foyer de froissements pleuraux, juste superposé au point douloureux. Chez des prédisposés, un coup de froid, le plus petit filet d'air léchant le thorax découvert, suffit à provoquer, été comme hiver, ce lancinement qui étreint en demi-ceinture. Prévenez votre client que ces douleurs le guettent à nouveau s'il ne consent pas à porter des sous-vêtements de flanelle (suffisamment épais pour le protéger des coups d'air) et à ne les quitter en aucune saison, sous aucun prétexte. Si soumises qu'elles soient à la mode, les élégantes de votre clientèle finiront bien par vous écouter.

M. SÉGARD.
(de Saint-Honoré.)

LES DOCUMENTS DU PRATICIEN

Ouabaïne et digitale

Par Camille LIAN,
Médecin des hôpitaux de Paris,

et Raymond BARRIEU,
Médecin consultant à Royat.

I. — LES PRÉPARATIONS NOUVELLES D'OUABAINE. — En introduisant l'ouabaïne cristallisée d'Arnaud (principe actif du strophantus gratus) dans la thérapeutique cardiaque, le Pr Vaquez et Lutembacher (1) avaient considéré que l'injection intra-musculaire d'ouabaïne était très douloureuse et l'ingestion infidèle. Aussi, employèrent-ils ce médicament exclusivement par la voie intra-veineuse ; 1/4 de milligr. le premier jour, 1/2 milligr. les 2 à 3 jours suivants, puis cesser pour reprendre au besoin une semaine plus tard.

Mais, dans le courant de 1922, les thèses de Bellon (2) et de Dimitracoff (3) ont bien établi qu'on pouvait obtenir d'excellents résultats par l'emploi de l'ouabaïne en ingestion buccale : solution glycéro-alcoolique à un millième (L gouttes = 1 milligr.), et comprimés dosés à 1/10 de milligr.

En outre, l'ouabaïne peut être employée en injections intra-musculaires (4) d'un demi-milligr. (solution glucosée stovaïnée).

II. — INDICATIONS RESPECTIVES DE L'OUABAINE ET DE LA DIGITALE. — Pour le Pr Vaquez et Lutembacher (1), l'ouabaïne agit sur la contractilité et sur la tonicité cardiaque. Son action est faible sur la fréquence des contractions. La digitale au contraire aurait presque exclusive-

(1) *Arch. mal. cœur*, 4 mai 1918.
(2) Thèse de Paris, mars 1922.
(3) Thèse de Paris, 1922, Maloine, édit.
(4) DONZELOT. — *Journ. de méd. et chir. pratiques*, 10 août 1921. — MINET. — *Gaz. des Prat.*, 1er janvier 1921.

ment la propriété de ralentir le nombre des contractions cardiaques, et elle n'exercerait qu'une influence directe à peu près nulle sur la contractilité et la tonicité myocardiques.

En conséquence, l'ouabaïne serait le médicament par excellence de l'insuffisance cardiaque, plus spécialement encore de l'insuffisance ventriculaire gauche.

L'un de nous s'est élevé à diverses reprises, et tout récemment encore (1), contre cette opinion sur l'action de la digitale, pure hypothèse qui conduit à considérer la digitale comme un médicament cardiaque de deuxième ordre. En effet, il nous est arrivé d'obtenir de bons résultats avec la digitale, alors qu'elle n'avait provoqué qu'un ralentissement nul ou minime. Gallavardin (2) vantait récemment les bons effets de la digitale dans l'insuffisance cardiaque de pouls lents permanents au rythme d'une grande fixité (dissociation auriculo-ventriculaire complète). Enfin, comme Danielopolu, Gallavardin, nous avons observé les meilleurs résultats dans l'insuffisance ventriculaire gauche, en particulier dans le pouls alternant.

Par conséquent, d'accord avec Danielopolu (1), nous considérons que seules, des nuances séparent l'action de la digitale et de l'ouabaïne. Toutes deux ont pratiquement une action efficace sur la contractilité, mais la digitale a en outre une influence ralentissante que n'a pas l'ouabaïne.

Nous estimons donc que *le médicament de choix de l'insuffisance cardiaque est la digitale pour les cœurs rapides, et l'ouabaïne pour les cœurs lents ainsi que pour le rythme couplé.*

III. — Modes de prescription : A) *Voie buccale.* Elle constitue la voie de choix.

L'un de nous (1) s'inspirant des conclusions de Bellon Dimitracoff, et de sa pratique personnelle, conseille d'apprécier pour chaque cas quelle dose on prescrirait de digitaline, et d'ordonner une dose double, ou à la rigueur triple d'ouabaïne.

B) *Voie intra-musculaire.* Elle est indiquée dans les cas où le tube digestif supporte mal les solutions et comprimés d'ouabaïne ou de digitale, et dans ceux où, après avoir échoué ou non par la voie buccale, on désire agir avec assez de rapidité et d'intensité.

Pour la digitale, la posologie est la même que pour la voie buccale, et les préparations les plus faciles à employer sont les extraits totaux digitaliques solubles dans l'eau distillée (digalène, digifoline, intrait de digitale, etc.).

Pour l'ouabaïne, la dose serait de 1 ampoule glucosée stovaïnée d'un demi-milligr. par jour

(1) Article Cœur : *in* Traité Sergent, Paris, 1922, Maloine, édit. — *L'Hôpital*, octobre 1922.
(2) *Journ. de méd. de Lyon*, 20 sept. 1922.

pendant 4 à 7 jours par exemple. Ces ampoules n'ont été encore que peu employées jusqu'à présent.

C) *Voie intra-veineuse.* — Il est prudent de ne la considérer que comme une *voie d'exception.*

Elle est indiquée dans les cas d'extrême urgence, et aussi dans les cas chroniques, après échec des voies digestive et intra-musculaire. Les indications générales respectives de la digitale et de l'ouabaïne restent ici valables. Notons que le Pr Vaquez recommande l'ouabaïne après la saignée dans l'insuffisance cardiaque aiguë qui accompagne l'œdème pulmonaire aigu, et que le Pr Danielopolu la préfère également à la digitale dans les myocardites aiguës des grandes infections.

Nous sommes d'accord avec Danielopolu (1), Laubry et Pezzi (2) pour conseiller de ne pas dépasser 1/4 de milligr. d'ouabaïne par injection intra-veineuse. En effet, Danielopolu considère la dose d'1/2 milligr. comme dangereuse, Laubry et Pezzi ont observé avec elle deux cas de mort rapide. L'injection quotidienne d'1/4 de milligr. peut être répétée 5, 8, 10 jours de suite ; au besoin, elle peut être faite 2 fois par jour pendant quelques jours. Il est prudent, mais non indispensable, d'attendre 4 jours si le malade vient de prendre une forte dose de digitale.

Pour la digitale par la voie intra-veineuse, on emploie soit (1) la digitaline cristallisée (solution du Codex destinée à l'ingestion buccale, et diluée ou non dans 1 à 2 cc. de sérum artificiel), soit les extraits totaux digitaliques. Nous recommandions (2) de ne pas dépasser par injection une dose égale ou équivalente à 3 ou 4 dixièmes de milligr. de digitaline, mais l'élévation des doses pour l'ouabaïne nous inciterait actuellement à réduire cette dose pour une injection à 2/10 de milligr., qu'on pourrait répéter au besoin deux fois par jour. Pour la durée du traitement, on s'inspirerait des notions générales sur l'emploi des préparations digitaliques.

La seule contre-indication pratique est représentée par les endocardites malignes. L'insuffisance rénale incite à la prudence, mais n'est pas une contre-indication proprement dite (3).

(Extrait de l'*Année Médicale Pratique.* Voir page 235).

(1) *Presse méd.*, 24 sept. 1921.
(2) *Soc. méd. hôp.*, Paris, 13 juillet 1922.

(1) Prof. GILBERT. — *Paris méd.*, n° 37, 1919. — Noël FIESSINGER. *Soc. méd. hôp.*, 25 juillet 1919.
(2) *Année médicale prat.*, 1921, Maloine, édit.
(3) RIBIERRE. — *Soc. méd. hôp. Paris*, 4 mai 1922.

CORRESPONDANCE

Honoraires accidents. Une thèse injustifiée pour en refuser le paiement

Le contentieux des Mines de X. vient de soulever un curieux point de droit qui, s'il était fondé, serait de nature à porter atteinte aux intérêts des médecins.

Toutes les fois qu'une ordonnance de conciliation a été rendue, dit-il, si l'ouvrier n'a fait, lors de cette ordonnance, aucune réserve pour les frais médicaux et pharmaceutiques, les médecins et les pharmaciens perdent tout recours contre l'entreprise et ne peuvent que s'adresser à l'ouvrier.

Il produit à l'appui de sa thèse un jugement rendu le 12 juin 1908 par le juge de paix du canton Sud-Ouest de Saint-Etienne, que je vous envoie en communication.

Je vous serais très obligé, avant d'intenter un procès, de vouloir bien me dire si je puis compter sur le « Sou Médical ». Cela me paraît être une question de principe au premier chef.

Dr A.

Me Nattan-Larrier, avocat conseil du « Sou Médical », saisi de la question, a donné la consultation ci-après, et, conformément à son avis, le Conseil du « Sou Médical » a accordé à son adhérent l'appui pécuniaire pour poursuivre devant le juge de paix le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr A. nous indique que le contentieux des Mines de X., pour ne pas lui payer des honoraires, à lui dus pour soins consécutifs à un accident du travail, soutient que lorsque l'ouvrier et le patron se sont conciliés devant le président, conformément à l'art. 16 de la loi, si l'ouvrier n'a fait aucune réserve relative aux frais médicaux, le patron se trouve affranchi de toute dette vis-à-vis du médecin.

A l'appui de cette thèse, on produit un jugement du 12 juin 1908, rendu par le juge de paix de Saint-Etienne dans une affaire Dr C. contre Mines de X., et dans lequel le médecin a été débouté :

« Attendu, dit le juge, qu'il résulte bien, ainsi que le soutient la Société défenderesse, de la jurisprudence de la Cour suprême, que le procès devant le Tribunal, ou l'arrangement en conciliation, met fin à toute revendication du blessé en ce qui touche les frais médicaux et pharmaceutiques ; que le Dr C. ne saurait avoir plus de droits que les dits ouvriers blessés. »

Nous ne connaissons pas la jurisprudence de la Cour de Cassation à laquelle fait allusion le juge de paix, et nous croyons que la Cour de Cassation n'a jamais consacré cette thèse.

La Cour de Cassation a bien décidé que les frais médicaux n'étaient dus que jusqu'à la date de la consolidation de la blessure, qu'ils sont l'accessoire de l'indemnité temporaire, et ces-

(Voir la suite page XXVII-915).

PARTIE SCIENTIFIQUE

VRAIES ET FAUSSES APPENDICITES (1)

Diagnostic clinique, radiologique, opératoire.

Par F. M. Cadenat,

Chirurgien des Hôpitaux.

Il est peu d'organes, on peut même dire qu'il n'y en a pas, qui aient connu des vicissitudes aussi variées que l'appendice.

Pendant longtemps, on l'ignore. Qu'est-ce, en effet, que cet embryon d'organe dans la masse imposante des viscères abdominaux ?

Puis, on le découvre, et ces quelques centimètres d'intestin atrophié vont dominer toute la pathologie, non seulement de l'abdomen, mais de l'organisme tout entier. Que cæcum et côlons, ses voisins directs, disparaissent derrière le prestige de ce nouveau concurrent, cela s'explique sans peine. Mais son rayonnement ne connaît plus de limites. Il suffit d'une certaine sensibilité dans la fosse iliaque droite pour qu'on rapporte à l'appendice les syndromes les plus variés. Le malade digère-t-il mal? ce ne sont ni l'estomac ni le duodénum qui sont en cause, mais l'appendice. Est-il constipé ou diarrhéique ? l'appendice. Son foie est gros, ses conjonctives teintées ? l'appendice. Il urine trop ou trop peu, il souffre dans les reins ? l'appendice. Il tousse, on le croit tuberculeux? c'est encore l'appendice. Cette femme a des palpitations, des bouffées de chaleur, ses règles sont irrégulières : cherchez-en la cause dans la fosse iliaque droite. Cet enfant se développe mal, semble arriéré : enlevez-lui l'appendice et vous le verrez se transformer. Il n'est pas jusqu'à certains syndromes méningés, certains troubles neurasthéniques, névralgiques ou autres, qui ne soient de nouvelles manifestations d'une appendicite larvée.

C'est l'époque de l'appendice-roi. — Il est si simple d'enlever un appendice, surtout quand il n'est pas malade ! — On peut dire qu'elle a duré, du moins en France, jusqu'au 24e Congrès français de chirurgie (oct. 1911).

Ce n'est pas qu'avant cette date, des voix puissantes ne se soient élevées pour modérer cet engoûment. Nous avons tous en mémoire les cliniques de Dieulafoy, d'autant plus cinglantes qu'il s'était montré lui-même interventionniste convaincu.

Mais ce n'est que dans les quelques années qui ont précédé la guerre, et surtout depuis que la fin du drame a permis à tous de reprendre les travaux accoutumés, que la question se précise.

Les publications se multiplient et démontrent qu'à côté des altérations de l'appendice lui-même, il peut exister tout une variété de lésions portant principalement sur le cæcum, le côlon ascendant et les parties adjacentes de l'intestin, et aboutissant à un syndrome de constipation chronique avec douleurs dans la fosse iliaque droite.

Et voici cette *stase intestinale chronique* devenue la grande maladie abdominale. On a très nettement l'impression qu'il se produit pour elle exactement ce que nous avons signalé pour l'appendicite. Je n'en veux pour preuve que ces lignes écrites par Arbuthnot Lane (1), dont le nom domine toute cette question. Le chirurgien anglais lui attribue en effet tous les troubles suivants : « Indigestion chronique, troubles gastralgiques, troubles intestinaux, troubles circulatoires (palpitations, refroidissement), troubles nerveux (céphalée, migraines, dépressions, névralgies multiples), troubles articulaires (rhumatisme chronique, douleurs rhumatoïdes, rhumatisme de Poncet), troubles thyroïdiens et surrénaux, troubles génitaux (dysménorrhée, aménorrhée, ménorragies, stérilité, agénésie), état subfébrile, amaigrissement, etc.... Cet état pathologique mal soigné aboutit au cancer (sein, ovaire, estomac, intestins), à la tuberculose (articulaire, ganglionnaire, pulmonaire), à l'artério-sclérose, à la neurasthénie, au diabète, à la maladie de Bright, au goître exophtalmique, au rhumatisme déformant, à la maladie de Maurice Raynaud, etc... »

Comme pour l'appendicite, c'est, on le voit, une énumération de presque toute la pathologie.

Il y a là une exagération manifeste, du même ordre que a déformation du spécialiste. Chaque organe a son rôle dans la pathologie, mais il n'est pas toute la pathologie.

L'appendicite chronique d'emblée existe. Nous avons tous souvenir d'enfants chétifs qui, après appendicectomie, devenaient vigoureux. Les formes gastralgique, hépatique, pulmonaire, urinaire, nerveuse, etc., de l'appendicite existent bien. Les faits signalés par Comby et Faisans, Walther et Jalaguier, Delagénière, parmi tant d'autres, et que Silhol (2) a rassemblés dans son rapport au Congrès de chirurgie sont exacts. Le danger, comme toujours, est de trop généraliser.

Et l'erreur est la même de voir partout de la stase

(1) Leçons faites à l'hôpital Laënnec.

(1) *La Clinique*, sept. 1922, p. 227.
(2) 24e Congrès français de chirurgie, oct. 1911.

intestinale chronique. Mais cela n'enlève rien aux beaux travaux qui nous l'ont fait connaître, ni au mérite des auteurs qui nous ont signalé le rôle de l'épiploïte chronique (Walther et ses élèves), de la mobilité et de la dilatation cæcale (Wilms, Klose, Stierlin, Hofmeister), et des adhérences qui peuvent couder et comprimer l'intestin dans son segment iléo-cæco-colique (Jackson, Cavaillon et Delvoyes, Lane, Mayo, P. Duval et J.-Ch. Roux, Cotte, Delore et Alamartine, Sorrel, Leveuf, Pauchet, Lenormant. .... J'en passe, et m'en excuse).

Nous avons heureusement dans l'examen aux rayons X un auxiliaire précieux, qui nous permettra souvent de conclure là où la clinique seule s'était montrée insuffisante. Et de cette union radio-clinique, nous recueillerons les éléments d'une thérapeutique rationnelle. Autrefois, on enlevait l'appendice ; actuellement, quelques chirurgiens mettent leur élégance à enlever, presque systématiquemen, tout le côlon. Or, quoiqu'ils en disent, une colectomie, même sur côlon sain, est une intervention sensiblement plus sérieuse qu'une appendicite à froid, et je continuerai, je crois, encore longtemps à me ranger avec ceux qui considèrent le côlon comme un organe utile, à moins de lésions sérieuses.

Dans cette étude, nous envisagerons le diagnostic, successivement aux points de vue clinique, radiologique et opératoire.

Diagnostic clinique.

L'*interrogatoire* déjà peut renseigner. Une *périodicité* régulière, en rapport avec les *repas*, mais *tardive*, vers 5 heures du soir ou minuit, signe un trouble de la circulation cæco-colique, sans permettre en aucune façon d'en préjuger la cause. La notion *d'obstacle* à l'évacuation intestinale se précise s'il s'agit d'un malade ordinairement constipé et présentant par moment des débâcles diarrhéiques. Vous recueillerez parfois ce renseignement, précieux entre tous, de *gargouillements* et de bruits musicaux accompagnant la crise douloureuse. Mais n'y comptez pas trop, car il s'agit de sténoses déjà serrées.

Interrogez le malade sur son *attitude* pendant la crise. Trouve-t-il un soulagement à s'agiter ? Vous penserez à une douleur vésiculaire ou néphrétique, mais certainement pas à une appendicite : l'appendiculaire s'allonge et ne bouge pas. La moindre pression est chez lui douloureuse. Les calculeux, les occlus, trouvent parfois un certain soulagement à comprimer la région douloureuse.

La manière dont se *termine* la crise est utile à connaître : sensation brusque de bien-être après l'évacuation d'un calcul, d'une selle ou d'un simple gaz ; au contraire, endolorissement persistant dans l'intervalle des crises, surtout quand le péritoine a réagi. *Fièvre* dans ce dernier cas, tandis qu'il n'y a guère de température quand un organe souffre à lutter contre un obstacle. Ceci sous toute réserve, car assez vite des altérations de la muqueuse ouvrent la porte à l'infection, des phénomènes de rétention septique et de résorption surviennent, avec leur cortège habituel.

A ce moment, le malade est un intoxiqué et un infecté : c'est le constipé chronique avec son teint jaunâtre, sa peau flétrie, son corps aminci, ses migraines, ses insomnies et ses idées noires.

L'examen clinique doit être fait avec le plus grand soin. On a trop tendance à envoyer le malade immédiatement au radiographe. Ici, comme ailleurs, l'examen aux rayons X ne doit venir qu'en seconde ligne.

Si vous le pouvez, examinez le malade en crise : le retour périodique des douleurs le permet quelquefois.

Il est rare que l'*inspection* donne des renseignements. Il faut des lésions déjà avancées pour qu'on puisse apprécier un léger météorisme abdominal ou une certaine dissymétrie. Il faut surtout l'amaigrissement marqué de certains malades pour que ces nuances soient perçues.

Palpez l'abdomen, à gauche d'abord, pour apprivoiser le malade, explorer au passage le côlon pelvien, et surtout se donner un point de comparaison. Passez alors à droite et déprimez lentement, d'une main souple, la paroi abdominale.

Quatre conditions peuvent se présenter :

1° Il existe une tumeur iliaque ;

2° Le cæcum est distendu ;

3° La paroi abdominale se défend ;

4° La fosse iliaque droite est aussi souple qu'à gauche.

1° *Il existe une tumeur iliaque.*

C'est le cas le plus facile, car le diagnostic est immédiatement aiguillé vers une tuberculose ou un néoplasme cæcal.

Mais tout d'abord, éliminez l'hypothèse d'un *rein mobile* : le rein a une forme plus arrondie, il est réductible dans la fosse lombaire. Pas toujours cependant, car il peut être fixé en ectopie iliaque et devenir d'un diagnostic difficile. D'autant plus que, souvent hydronéphrotique, il peut présenter des variations de volume, et que, l'angle colique droit descendant avec lui, aux phénomènes urinaires s'ajouteront des troubles intestinaux. Dans les cas douteux, le cathétérisme de l'uretère avec une sonde opaque aux rayons tranchera le diagnostic.

La *tumeur cæcale* est allongée parallèlement à l'arcade. D'abord mobile transversalement, elle peut s'immobiliser complètement à un stade plus avancé de son développement. Son pôle supérieur se continue avec le côlon ascendant sans démarcation nette. A la percussion profonde, elle conserve longtemps une certaine sonorité.

Mais si le diagnostic du siège de la tumeur est en général facile, il n'en est pas toujours de même de sa nature. *Tuberculose ou cancer* ? En théorie, cela est très simple : dans le premier cas, malade jeune, évolution lente avec rémissions plus ou moins longues, troubles de sténose moins marqués, mais douleurs plus vives, absence d'hémorragies. Dans le cancer au contraire, il faut prendre le contre-pied de ces symp-

tômes. J'ai pourtant observé (1) et opéré deux malades d'une trentaine d'années que je croyais atteints de bacillose cæcale, même après examen macroscopique de la pièce, et qui avaient bel et bien un cancer. On ne saurait donc être trop réservé. Le malade, heureusement, n'a rien à y perdre puisque l'intervention est identique dans les deux cas, mais il faut la faire large, même quand tout fait croire à la tuberculose.

Il est une affection, infiniment plus rare, mais qu'il y a danger à méconnaître : l'*invagination intestinale chronique.* Ici encore, crises intermittentes d'obstruction, souvent très violentes et durant quelques minutes, parfois plusieurs heures, suivies d'une émission de gaz ou de selles diarrhéiques et sanglantes. On croit à la tuberculose ou au cancer, mais le boudin iliaque est plus souple et plus régulier ; il se contracte sous la main au moment de la crise, puis s'affaisse en gargouillant. Son pôle supérieur disparaît sous le foie; et l'on sait que cette tête d'invagination peut, dans certains cas, se trouver très loin de son point d'origine.

Quant à l'*actinomycose* je la cite pour mémoire, n'en ayant jamais observé personnellement (2).

Mais il est une cause d'erreur que l'on doit connaître : le simple *spasme cæcal.* A lui seul, il peut donner l'illusion d'une tumeur, de même que sur une tumeur existant véritablement, il peut en modifier le volume. Il importe donc de revoir les malades à plusieurs reprises pour apprécier les modifications de volume de ces pseudo-tumeurs. Ces spasmes durables ne vont guère d'ailleurs sans un obstacle sous-jacent et doivent toujours être tenus comme suspects.

2° *Le cæcum est distendu.*

Le ballon allongé, sonore et gargouillant que constitue le cæcum distendu, est facile à reconnaître. Il ne faut lui accorder de valeur clinique que lorsqu'on le retrouve à plusieurs examens successifs, car nombreuses sont les femmes qui, sans trouble intestinal aucun, ou avec une simple constipation banale, présentent une distension cæcale passagère.

La distension cæcale témoigne d'un obstacle à l'évacuation cæcale. Le premier que l'on doive rechercher, parce que le plus simple à reconnaître, est la *mobilité cæcale.* Faites coucher le malade sur le côté gauche ou mettez-le en position déclive, et recherchez par la percussion si la fosse iliaque droite déshabitée devient mate. Dans cette position renversée, la douleur est souvent diminuée. C'est là encore un bon signe de ptose cæcale. En l'absence de table à bascule, on peut le rechercher très simplement en refoulant de bas en haut le contenu du cæcum vers le côlon (Lardennois). Cette manœuvre est la contre-partie de celle de Rovsing, qui consiste à refouler les gaz de gauche à droite vers le cæcum dont ils augmentent la tension. La douleur qui accompagne cette manœuvre n'est pas caractéristique d'appendicite, quoi qu'en dise Rovsing ; elle se rencontre dans le cæcum mobile, dans les pérityphlites et péri-colites, bref, toutes les fois que le cæcum est déjà sensible.

Les autres causes de distension cæcale sont multiples : on les trouvera dans un chapitre suivant. Nous craindrions, en les décrivant ici, d'attacher trop d'importance à cette distension. C'est un symptôme en effet difficile à reconnaître chez les sujets gras, même par la percussion. Et d'autre part, il arrive souvent que le malade au moment de l'examen ait son cæcum vide.

3° *La paroi abdominale se défend.*

Cette contracture abdominale peut se rencontrer dans toutes les affections douloureuses de la fosse iliaque droite, mais elle reste toujours un argument de poids en faveur d'une *lésion appendiculaire.* Ce n'est plus seulement un réflexe de défense contre une pression douloureuse, mais une dépressibilité moindre de la paroi, témoignant d'une réaction péritonéale légère autour d'un appendice chroniquement enflammé.

Située plus haut, sous le rebord costal, elle peut être symptomatique de *péri-cholécystite* ou d'*appendicite sous-hépatique.*

On peut encore la rencontrer dans d'autres affections abdominales, telles que la *péritonite bacillaire,* dont la localisation péri-cæcale est d'un diagnostic souvent délicat. Mais la douleur est plus diffuse, le ventre légèrement météorisé. Prenez avec soin la température de cinq heures, rapprochez ce léger mouvement fébrile d'antécédents personnels ou familiaux plus ou moins chargés, d'un état diarrhéique habituel, de règles irrégulières, et concluez.

4° *La fosse iliaque droite est aussi souple qu'à gauche.*

C'est le cas le plus difficile. Il faut procéder par élimination et rechercher, dans le voisinage ou à distance, une cause à cette douleur irradiée. N'envoyez pas encore au radiologiste ou au laboratoire. Explorez tout ce qui est explorable. La bonne clinique n'a pas encore tout dit.

Ne laissez pas échapper une *hernie.* Chez une femme grasse, une petite épiplocèle adhérente peut être ignorée de la malade et expliquer tous les troubles.

Appréciez la valeur de la *sangle abdominale* en priant la malade couchée de faire effort pour s'asseoir Et tout à l'heure, examinez-la debout.

Faites ensuite un examen méthodique de tout l'abdomen, et tout d'abord, remontez de la fosse iliaque vers le rebord costal. Rappelez-vous la fréquence des *lésions vésiculaires.* Que de malades à qui on a enlevé l'appendice, se présentent plus tard avec une cholécystite? Trop souvent encore, on s'imagine qu'il n'y a pas de lithiase sans ictère, ou

(1) *Bull. et mém. Soc. chir.*, 9 mars 1921, t. XLVII, n° 9, p. 350.

(2) Nous avons par contre observé un malade qui présentait à la fosse iliaque droite une tumeur du volume et de la forme d'une demi-banane, mobile comme pourrait l'être un corps étranger intra-cæcal. Il s'agissait d'un *kyste muqueux de l'appendice.* Ces cas sont exceptionnels.

sans au moins une légère *teinte* des conjonctives. C'est là une erreur : la lithiase vésiculaire peut être extrêmement fruste (1). Recherchez donc avec soin la douleur du rebord costal, faites respirer à fond la malade pendant que vous engagez les doigts sous les côtes : une douleur vive coupant la respiration est très significative ; une simple gêne de l'inspiration profonde est déjà suspecte, surtout lorsque la même manœuvre répétée à gauche est bien supportée. Ne vous laissez pas influencer par ce qu'une malade qualifiera de douleur intercostale : le terme est fréquent. Il n'est pas absolument inexact puisque parfois, la pression aux points d'émergence des rameaux perforants latéraux provoque de la douleur, de même qu'en arrière, la pression sur les apophyses épineuses des 4 à 5 dernières apophyses épineuses (Chauffard). N'oubliez aucun des petits signes de la lithiase vésiculaire : le réveil avec mal au cœur, le chocolat du matin remplacé par le café au lait, puis le lait lui-même (et encore plus la crème) mal supporté. Le repas de midi diminue ce malaise, mais provoque parfois une diarrhée impérieuse avec douleurs gastriques ou vésiculaires cessant brusquement, tandis que la malade, remise de cette indisposition, reprend son repas, pour resouffrir plus tard, vers l'heure du thé. De petits frissons, à fleur de peau, rappellent en miniature la fièvre hépatalgique. Aucun de ces signes ne vaut par lui seul ; groupés en faisceau, ils emportent le diagnostic. Or, les adhérences péri-coliques, les coudures de l'angle sous-hépatique, sont fréquentes dans les vieilles cholécystites. Les troubles intestinaux qui en résultent peuvent dominer le tableau clinique et en masquer la véritable cause.

De semblables adhérences peuvent s'observer chez de vieux *ulcéreux gastriques ou duodénaux*. Le syndrome pylorique est trop connu pour que nous insistions. Les signes de lithiase fruste que nous venons d'indiquer sont utiles pour s'y reconnaître dans le syndrome du carrefour supérieur. Quant à savoir s'il s'agit d'un ulcère situé à droite ou à gauche de la veine pylorique, duodénal ou gastrique, il semble, si l'on en croit les conclusions du dernier Congrès de médecine, que les radiographies en séries puissent seules donner des certitudes (2). On aura cependant des présomptions en faveur d'un ulcère duodénal si les crises douloureuses sont intermittentes, séparées par de longues périodes de bien-être complet, si les douleurs surviennent tardivement, 4 à 6 heures après les repas, avec sensation de faim et si elles siègent manifestement à droite de la ligne médiane.

Faites ensuite un *toucher vaginal* pour explorer l'utérus, et surtout les annexes droites. Un petit kyste avec accidents légers de torsion, une annexite, peuvent donner une douleur irradiée à la fosse iliaque droite. La présence d'une minuscule salpingite n'élimine d'ailleurs pas la coexistence d'une appendicite. On pourrait presque dire : au contraire, si fréquente est cette association. Elle permet de toutes façons de rattacher à sa véritable cause, inflammatoire et vraisemblablement à point de départ génital, cette douleur dont l'origine était incertaine.

Certaines femmes, au début de leurs règles, se plaignent de douleurs à droite, sans que le toucher révèle aucun signe positif. Cette périodicité même en révèle la cause (1). Il faut cependant savoir que certaines malades lithiasiques, ou présentant une lésion intestinale organique indiscutable, souffrent davantage au moment de leurs règles, le spasme s'accentuant à l'occasion du flux menstruel.

Palpez enfin la *fosse lombaire droite*. Interrogez avec soin le malade au point de vue urinaire ? A-t-il des envies fréquentes et souffre-t-il en urinant ? Ses urines sont-elles troubles ou sanglantes ? Redoute-t-il les cahots de l'autobus ? etc... Ne laissez pas échapper un calcul, une hydronéphrose, ou quelque autre lésion rénale.

Lorsque l'examen clinique de l'abdomen n'a donné que peu ou pas de renseignements, il faut, mais alors seulement, recourir aux autres procédés dont nous disposons et parmi lesquels la radio (graphie ou scopie) tient le premier rôle.

Mais auparavant, disons quelques mots de certaines techniques dans lesquelles pourra puiser le praticien isolé, dépourvu d'installation radiologique.

1° *Insufflation rectale* (Blastedo) avec une sonde rectale et la soufflerie du thermocautère.

Elle permet d'explorer par percussion le cadre colique, de soupçonner une sténose (absence de distension en amont et douleur localisée). Elle constitue une forme sous pression de l'épreuve de Rovsing. Mais une douleur à distance dans la région cæcale n'est pas caractéristique d'une appendicite chronique : elle s'observe aussi bien dans un cæcum mobile ou dans un cæcum bridé par des adhérences.

2° *Tubage et insufflation gastriques* (avec le tube de Faucher, puis la soufflerie du thermo).

Nous les rappelons pour mémoire. On en connaît la valeur dans les affections gastriques (résidu à jeun, présence de sang, — même quand, pour éviter tout réflexe, le pylore a été bloqué par l'addition à l'eau de lavage de quelques gouttes d'acide acétique, — percussion de la sonorité gastrique, etc.. La valeur des repas d'épreuve est actuellement trop discutée pour que nous en parlions.

3° *Tubage duodénal* (*avec le tube de Einhorn*).

C'est une méthode précieuse, trop peu employée malgré sa simplicité. Le malade avale le tube plus

(1) Nous avons opéré d'iléus biliaire une malade qui n'avait eu comme symptômes, quelque 20 à 25 ans plus tôt, que des « douleurs intercostales droites ». Le calcul arrêté dans la fin de l'iléon, avait le volume d'une grosse noix. (*Bull. Soc. anat.*, févr. 1922, p. 26.)

(2) XV[e] Congrès français de médecine (12-14 octobre 1922). Enriquez et G. Durand, rapporteurs.

(1) Des lavements laudanisés diminuent ces douleurs. Leven (*L'Hôpital*, nov. B., 1922) conseille 2 jours avant les règles, et pendant les 2 premiers jours, le lavement suivant : eau 50 gr., laudanum XII gouttes, bromure de sodium 1 gr. 50.

facilement que le tube de Faucher. Quand 70 cmc. auront été déglutis, on s'assurera par des prélèvements faits avec une seringue adaptée au tube que celui-ci est bien dans le duodénum (liquide alcalin). On pourra, dans le liquide ainsi prélevé, rechercher la présence de sang, étudier les caractères de la bile et du suc pancréatique (1). La méthode de Meltzer et Lyon permettrait même d'étudier la bile vésiculaire : l'injection de 25 cc. d'une solution à 25 p. cent de sulfate de magnésie déterminerait une contraction de la vésicule avec excrétion de 60 cc. environ d'une bile (bile B) plus foncée. Gosset a reconnu de cette façon une oblitération du cystique vérifiée à l'opération (2).

4º *Examen des fèces.*

Recherche du sang après diète de viande (et poisson) pendant 3 jours. On mélange gros comme une noisette de matières avec de l'alcool et quelques gouttes d'acide acétique, et l'on filtre. En ajoutant au liquide filtré un quart de teinture de gaïac très fraîche et 2 à 3 gouttes d'eau oxygénée, on obtient une belle coloration bleue.

5º *Cystoscopie et cathétérisme des uretères.*

Pour éliminer dans les cas douteux une lésion rénale (hydronéphrose, calcul ou tuberculose).

6º *Examen du sang* [Enriquez, Antoine et Caspérin] (3).

La *formule hématologique* peut schématiquement donner les renseignements suivants :

a) *Formule normale* : syndrome douloureux purement mécanique ;

b) *Leucocytose mononucléaire* : appendicite chronique simple ;

c) Leucocytose polynucléaire : lésions de l'appendice ayant subi une poussée aiguë récente, ou compliquées d'une lésion infectieuse d'un organe voisin (annexes, vésicule, etc.).

Hémolyse : dans certaines anémies graves par stase portant sur le côlon droit (J.-Ch. Roux et P. Duval).

Dosage de la cholestérinémie : utile dans certaines cholécystites frustes. Normalement, on compte par litre de sérum sanguin 1 gr. 50 de cholestérine. Ce taux peut atteindre 2 gr. 50 et 3 gr.

2º Examen radiologique.

Il est indispensable dans tous les cas douteux. Un simple coup d'œil sur l'écran permet quelquefois de voir des zones claires d'aéro-colie, au niveau des angles ou en amont d'un obstacle. Mais c'est surtout par repas ou lavement baryté qu'on acquiert des renseignements précis.

(1) Cf. Carnot et Libert. — De quelques applications pratiques du tubage duodénal au diagnostic et au traitement (*Journal de méd. et de chir. pratiques* 1922, T. XCIII, 7e cahier, p. 229.)

(2) *Bull. et mém. Soc. chir.*, 15 fév. 1922, T. XLVIII, nº 6, p. 229.

(3) Académie de médecine, 16 mars 1922. *Gaz. des Hôp.*, 1922, nº 1.

1º *Lavement.*

Si l'on soupçonne une sténose colique, commencer par le lavement. On évitera les inconvénients d'une rétention en amont.

Le malade sera purgé la veille et lavementé deux heures avant l'examen.

Le lavement contient 100 gr. de sulfate de baryum par 500 gr. d'eau. Un lavement d'un litre est nécessaire et suffisant. Il est bon d'ajouter XX à XXX gouttes de laudanum pour le faire mieux tolérer. Le malade est placé dans le décubitus dorsal, siège légèrement soulevé.

Normalement, le rectum se remplit en 1 à 2 minutes ; puis, la colonne chemine avec arrêt léger au niveau de la crête iliaque gauche, de l'angle splénique, du point le plus déclive du côlon transverse, de l'angle hépatique, de la crête iliaque droite. Le cæcum est atteint en 2 à 5 minutes (Aubourg).

Un arrêt brusque n'est pas toujours un signe de sténose organique et réciproquement : même avec une sténose vraie, le gros intestin peut se remplir sans temps d'arrêt.

Un arrêt brusque peut être dû à ce que le tuyau est bouché, à ce que la pression, trop forte, tord ou surdistend l'S iliaque (Bensaude), à ce que des matières durcies font barrage, à un spasme. L'obstacle véritable résiste au massage et aux positions variées, il s'accompagne d'une douleur au point d'arrêt et d'une envie d'aller à la selle, il siège toujours au même endroit au cours d'examens successifs.

Une distension exagérée d'un segment intestinal en aval d'une sténose supposée, un péristaltisme exagéré en amont, sont des signes importants de la réalité de cette sténose, même si le côlon a semblé se remplir parfaitement.

Une ligne d'arrêt irrégulière, avec image lacunaire, un prolongement en « flamme de bougie » font penser au cancer ou à la tuberculose. Celle-ci se manifeste par des images sténosées plus étendues, donnant l'impression d'un tuyau à mince lumière et à parois épaisses (Bensaude).

Les brides et adhérences se reconnaissent à la fixité même de l'ombre opaque. Au niveau de l'angle hépatique, il est impossible de « décoller » le côlon transverse de l'ascendant.

Au contraire, l'amplitude de déplacement dans les diverses positions caractérise le cæcum mobile. Quant aux méga et dolichocôlons, leur diagnostic saute aux yeux, de même que celui de la ptose cæco-colique.

On peut également sous écran localiser la douleur ; voir, par exemple, si la sensibilité d'un point, supposé appendiculaire, se déplace avec le cæcum, chercher à quel segment intestinal elle correspond, ou même si elle ne siège pas à distance du côlon (épiploïte chronique).

En examinant ainsi le malade debout, de face et de profil, dans les décubitus dorsal et latéral, et même en position renversée, on peut acquérir des notions très précises sur la morphologie, la mobilité,

la sensibilité des divers segments du gros intestin.

Le repas opaque complètera ces renseignements, en nous montrant comment il se remplit physiologiquement et comment il se vide.

2° *Repas opaque.*

Il comprend 200 gr. de gélobarine que l'on mélange au potage ou à de la bouillie. Ce repas est pris 14 heures avant l'examen : à 7 h. du soir si le malade doit être vu à 9 h. du matin. Il est préférable de le donner en 3 fois, au goûter (4 h.), au dîner (8 h.) et au souper (minuit).

En principe, assistez toujours à l'ingestion du repas baryté. Vous en tirerez souvent des renseignements utiles sur la forme de l'estomac, l'intensité de ses contractions, l'existence d'images lacunaires ou diverticulaires, son mode d'évacuation. Vous éviterez de laisser passer un ulcère du duodénum que vous aurez déjà soupçonné en constatant l'énergie du péristaltisme gastrique, et que vous confirmerez en localisant la douleur sur l'ombre du bulbe duodénal, et, dans les cas heureux, en constatant l'existence d'une ombre diverticulaire persistante.

Normalement, les 2e et 3e portions du duodénum ne sont guère sensibles : elles le deviennent lorsqu'il y a sténose duodénale. Il existe même dans ce cas des mouvements antipéristaltiques d'une grande valeur diagnostique.

Cherchez sous l'écran à mobiliser l'ombre pylorique, à décoller l'angle duodéno-jéjunal pour être sûr qu'il n'existe ni adhérences, ni douleur localisée.

Bref, il existe une série de manœuvres indispensables que nous ne pouvons qu'esquisser rapidement.

Comment, d'ailleurs, apprécier le degré d'une stase intestinale si l'on ne s'assure pas au préalable que le repas opaque n'est pas retenu dans les parties supérieures du tube digestif abdominal ?

En n'examinant le côlon que 14 heures après l'ingestion, on ne peut constater que le degré de son évacuation, qui normalement doit se faire de la façon suivante :

Cæcum et côlon ascendant doivent être vides en 12 à 15 heures ; tout le gros intestin en 48 heures. Rappelons pour mémoire que le remplissage se fait schématiquement aux heures suivantes :

Cæcum, 5 h. après le repas ; angle droit, 7 h. après le repas ; angle gauche, 9 h. après le repas ; détroit supérieur, 11 h. après le repas ; soit de 2 h. en 2 h. pour chaque angle du cadre colique.

Le rectum se remplit en 12 à 15 h. au moment où le cæcum se vide ; notion peut-être un peu théorique, mais commode pour fixer les idées.

On doit donc considérer comme atteint d'occlusion chronique un malade dont la dernière anse grêle ou le cæcum contient encore de la baryte après 16 heures, dont la première selle barytée n'apparaît qu'après 24 heures, et dont le côlon présente encore des taches opaques après 48 heures.

On peut ainsi, en dehors des lésions néoplasiques, tuberculeuses ou autres, distinguer dans la *constipation chronique* trois formes : constipation droite (J.-Ch. Roux, et Duval), constipation gauche, constipation rectale, constipation totale (1) ou bipolaire de Bensaude et Constantin (cæcum et rectum). La première surtout est dangereuse par les résorptions toxiques qui se font au niveau du côlon droit. C'est elle qui est coupable de toutes les complications que nous avons énumérées en tête de cet article.

Le *pneumo-péritoine* (2 à 3 litres d'un mélange de CO^2 et O dans la proportion de 4 à 5, et injecté avec un des appareils utilisés pour le pneumothorax artificiel, peut donner des images remarquables d'adhérences (coliques ou pariétales), de lésions pelviennes, d'organes ptosés ou de tumeurs comprimant l'intestin. Mais il faut réserver cet examen aux cas vraiment douteux, car il ne semble pas qu'il soit toujours inoffensif.

Que devient dans tout ceci l'appendicite chronique ?

Il serait aussi absurde de nier l'existence de l'appendicite chronique d'emblée qu'il a été excessif de vouloir lui rapporter presque toute la pathologie abdominale. Comme nous le disions au début de cet article, il y a du vrai dans tout ce qui a été écrit sur l'appendicite chronique ; le seul tort a été de tirer des conclusions trop générales de l'observation de cas isolés. Nous connaissons tous des cures remarquables après appendicectomie simple. Malheureusement aussi, que de balafrés, comme disait Dieulafoy, continuent à souffrir ! Enriquez en estime le nombre à 25 pour cent et distingue 2 types cliniques: inflammatoire et mécanique.

Voici comment on peut, à mon avis, examiner ces malades. En premier lieu, palpez la cicatrice. Recherchez tout d'abord une éventration, puis une douleur localisée en un point de la cicatrice et due vraisemblablement à des adhérences cæco-pariétales. Dans ce cas, la douleur s'exagère lorsqu'on faitca mbrer les reins du malade, le maximum siégeant toujours sur la cicatrice.

Explorez ensuite les régions voisines, en particulier entre la cicatrice et l'ombilic. Une douleur dans cette direction, surtout si elle s'accompagne d'une certaine contracture, doit faire croire à des lésions d'épiploïte chronique. L'examen sous écran, en montrant que le point douloureux siège à une certaine distance de l'ombre colique, renforcera ce diagnostic. Ces malades ont souvent un peu de fièvre le soir, des nausées, avec sensation de corde (Enriquez).

Refaites ensuite l'examen méthodique que nous avons exposé plus haut : vésicule, toucher vaginal, etc. Il peut y avoir eu simplement erreur de diagnostic.

C'est parce que ces erreurs de diagnostic sont fréquentes qu'il ne faut jamais plus opérer d'appendicite chronique sans un examen clinique et radiologique complet. Et, si ce dernier examen est impossible (ce qui est à l'heure actuelle exceptionnel), ne jamais les opérer par une incision qui ne permette pas

---

(1) F. M. CADENAT. — Le côlon droit et le côlon gauche, *L'Hôpital* (avril A. 1920).

une exploration complète des deux carrefours, supérieur et inférieur.

Le diagnostic d'appendicite chronique d'emblée est actuellement un diagnostic d'élimination.

On a dit de l'appendicite aiguë qu'elle n'avait qu'un seul signe personnel : la localisation de la douleur, les autres symptômes étant empruntés à la réaction péritonéale de voisinage. Il en est de même pour l'appendicite chronique. Mais la *localisation clinique* de la douleur n'est plus suffisante, il faut une *localisation radioscopique*. C'est en constatant sous écran que la douleur siège sur l'appendice (quand celui-ci est visible) ou toujours au même point du cæcum (point d'implantation de l'appendice) quelle que soit la position du malade, debout, couché, en position renversée, qu'on pourra affirmer que l'appendice est en cause. L'absence de toute autre altération (physique et fonctionnelle) décelable à la radioscopie permettra d'ajouter : appendicite chronique pure. Ces cas deviennent, il faut le reconnaître, de plus en plus rares.

3° TRAITEMENT.

Nous ne pouvons envisager ici le traitement à opposer à chacune des lésions dont nous venons de discuter le diagnostic : ce serait vouloir faire toute la thérapeutique chirurgicale de l'abdomen.

Nous voudrions simplement :

1° Enumérer les affections immédiatement chirurgicales et celles, qu'après échec du traitement médical, il est utile d'opérer ;

2° Exposer les ressources actuelles de la chirurgie contre le syndrome de constipation chronique.

I. *Il faut opérer rapidement, sans essai de traitement médical* :

1° *Les sténoses organiques cæco-coliques, tuberculeuses ou néoplasiques.* On opérera en un seul temps ou en deux (dérivation des matières puis extirpation, à 15 ou 20 jours de distance). En un temps : le sujet encore résistant, sans troubles d'occlusion aiguë ; les lésions du cæcum et du côlon droit. En deux temps : le malade déprimé ou en occlusion ; les lésions du côlon gauche. La consistance des matières dans le côlon distal entraîne une distension en amont et des altérations coliques qui rendent dangereuse la suture immédiate.

Tel est le principe : nous ne pouvons nous étendre sur les variantes, ni sur la technique.

2° Les lésions de voisinage : *vieilles cholécystites, adhérences pyloro-duodénales, lésions péri-annexielles.* Pour qu'elles aient pu entraîner une gêne de la circulation colique, ces lésions sont déjà anciennes et rebelles à toute thérapeutique médicale.

II. *On n'opérera qu'après échec du traitement médical* :

Les autres, c'est-à-dire : ptoses viscérales, cæco-côlon mobile, adhérences péri-cæcales, accolement des angles, etc.

Ce traitement médical consiste essentiellement dans : 1° port d'une sangle abdominale ; 2° régime sévère (suppression des aliments qui peuvent fermenter ou se putréfier ; 3° repos : sieste après les repas et compresses chaudes sur l'abdomen ; 4° laxatifs; (huile de paraffine, purgatifs salins à petites doses) ; 5° anti-spasmodiques (belladone).

Directives du traitement chirurgical.

1° *L'incision* doit être longue et permettre une exploration large de l'abdomen. Plus d'incision esthétique, sauf après certaines appendicites franches où le doute n'est pas permis. Encore faut-il dans ce cas que la malade l'exige.

Si l'on veut découvrir l'angle colique droit, il faut prolonger les incisions ordinaires vers le haut jusqu'au rebord costal.

Si l'on doit explorer dans son ensemble le carrefour supérieur, une laparotomie médiane avec débridement transversal droit peut être nécessaire.

2° *Exploration abdominale.*

a) Aller au cæcum. Enlever l'appendice. Attirer l'épiploon, en réséquer les parties malades (Walther).

b) Examiner l'état de distension du cæcum, sa mobilité ou ses adhérences.

Un cæcum distendu commande un examen du côlon sus-jacent. S'il n'y a rien d'anormal de ce côté, une cæcoplicature par suture des deux bandelettes suffit. Cette opération serait illusoire contre une distension cæcale secondaire à une sténose en aval.

Or il est deux causes principales qui, bien que diamétralement opposées, produisent une stase cæcale : trop de mobilité, ou au contraire, striction par adhérences de péri-colite.

Le *cæcum ptosé et mobile*, et le côlon ascendant dont le méso ne s'est pas accolé seront fixés à la paroi abdominale postérieure (tendon du petit psoas lorsqu'il est visible, sinon, muscle psoas lui-même). Le péritoine sera au préalable incisé pour permettre la formation d'adhérences solides.

Quant aux lésions de *péri-colite*, elles peuvent être de nature inflammatoire ou présenter des caractères spéciaux qui permettent de leur reconnaître une origine congénitale et les considérer comme constituées par le diverticule droit de la grande poche épiploïque. Dans ce cas, elles sont vélamenteuses, transparentes, striées de vaisseaux, présentant de fines bandelettes fibreuses. Elles s'étendent devant le côlon ascendant, laissent souvent le cæcum libre, mais remontent plus ou moins haut jusqu'au niveau de l'angle sous-hépatique où nous les retrouverons plus loin. C'est cette *péricolite membraneuse* (Jackson) qui a donné lieu depuis 1909 à tous les travaux auxquels nous faisions allusion au début de cet article (1).

(1) JACKSON. — *Surgery gyn. and obst.*, 1909. T. IX, p. 278.
P. DUVAL. — *Archives des maladies de l'app. digestif et de la nutrition* 1910, T. IV, p. 252.
COTTE. — *Lyon chirurgical*, 1912, T. VII, p. 63.
DELORE et ALAMARTINE. — *Revue de chirurgie* 1912, T. XLV, p. 711.
LENORMANT. — *Presse médicale* 1913, n° 20, p. 188.
Thèses de SORREL (Paris, 1914), de DUROSELLE, (Paris, 1919).

Contre ces adhérences, la simple section peut suffire, surtout si l'on parvient à bien péritoniser. Pour éviter la récidive, on a conseillé de badigeonner les surfaces cruentées avec de l'huile de vaseline (Mayo). La greffe épiploïque libre (P. Duval) est plus physiologique, et nous lui devons, entre autres, un beau succès.

c) Explorer la terminaison de l'iléon d'une part, et, d'autre part, l'angle colique droit.

La *coudure iléale de Lane*, à sinus inférieur, est maintenue par une bride qu'il suffit de sectionner (en drainant ensuite 48 h. pour parer aux accidents dus à la section de lymphatiques souvent infectés). Elle ne nous a pas paru aussi fréquente que veut bien le dire Lane.

Par contre, les *adhérences au niveau de l'angle droit* ne sont pas rares. Elles sont de même nature que celles que nous venons de décrire et peuvent accoler en canon de fusil les deux segments de l'angle. Même après la libération, cet angle a tendance à se reformer sous l'action d'une bandelette colique rétractée. On peut dans ce cas maintenir l'angle ouvert en pratiquant une *fixation en cadre* (P. Duval et Grégoire) : cæcum et côlon ascendant sont suturés à la paroi postérieure, l'origine du transverse à la paroi antérieure. La disposition en canon de fusil est remplacée par une équerre.

Lorsqu'il ne semble pas que ces opérations puissent êtres suffisantes, une *dérivation* s'impose. On peut faire une *iléo-transversostomie*, mais il faut être certain que l'angle splénique est parfaitement libre, et semblable exploration ne peut être complète que par voie médiane. Aussi beaucoup de chirurgiens font-ils plutôt porter leur anastomose sur le côlon pelvien : *iléo* ou *cæco-sigmoïdostomie*. Cette dernière draine mieux le cul-de-sac cæcal que les mouvements anti-péristaltiques du côlon continuent à remplir.

Ce n'est que lorsque les altérations coliques sont importantes (paroi épaissie, aspect blanchâtre et irisé du péritoine) qu'on sera autorisé à faire, en un ou deux temps, une *hémicolectomie droite*, une « rectification physiologique du côlon droit de l'homme », comme dit Draper.

Quelques chirurgiens, après Lane, font systématiquement dans ces cas une *colectomie totale*. Le côlon terminal n'est pourtant pas inutile, nous n'en voulons pour preuve que la distension de la dernière anse grêle qui suit cette opération : comme s'il y avait là une suppléance à l'absence de côlon. Beaucoup de chirurgiens, dont Moynihan, après avoir préconisé la colectomie totale, ne font plus qu'une hémicolectomie droite. Certains même (Rost), dans des cas de constipation totale (droite et gauche), ne font que cette hémicolectomie droite et traitent médicalement la constipation gauche. Cette conduite souligne une fois de plus la différence qu'il y a entre ces deux localisations : constipation droite, toxique et douloureuse, rapidement chirurgicale, et constipation gauche, gênante mais non dangereuse, cédant aux moyens médicaux (agar-agar, huile de paraffine, hormones, massage, électrisation, etc.).

d) Dans les *méga* ou *dolichocôlons* intéressant tout le cadre colique, la colectomie totale devient nécessaire sous peine d'échec. Il s'agit en effet là de lésions graves contre lesquelles une dérivation serait insuffisante.

e) Enfin l'exploration de l'abdomen doit, pour être complète, comprendre l'examen de la vésicule, de l'estomac et du duodénum.

La *vésicule* sera explorée dans tous les cas douteux, et principalement lorsqu'il existe des adhérences sous-hépatiques. Une vésicule normale doit être bleutée, souple et non adhérente. Une vésicule blanche, épaissie, fixée par des adhérences courtes et serrées, est une vésicule malade qu'il faut enlever (1).

La région *pyloro-duodénale* sera vérifiée (adhérences, ulcus), mais surtout, il ne faudra pas négliger, dans les cas de côlon droit mobile, d'explorer la 3e portion du duodénum. Voyez en amont de la racine du mésentère s'il n'existe pas une distension sus-stricturale. Nous avons insisté plus haut sur cette *stase duodénale chronique*. Elle se traite non pas par une simple gastro-entérostomie, souvent insuffisante, mais par une anastomose entre la partie duodénale distendue et l'origine du jéjunum (duodéno-jéjunostomie)

On voit combien la question est complexe : encore ne pouvons-nous ici que l'esquisser très sommairement. Il ne faut faire ni trop ni trop peu. Ne pas faire courir aux malades les risques d'une intervention hors de proportion avec les lésions qu'ils présentent. Mais, d'autre part, ne pas les exposer à des opérations itératives et, pour cela, faire un examen radioscopique, et au besoin une exploration abdominale complète.

(1) Gosset. — (*Bull. et mém. Soc. chir.*, 1922, t. XLVIII, nº 13, p. 546).



LE TRAITEMENT CHIRURGICAL ENDOCRANIEN DE LA NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU (1)

Par le docteur J. Bourguet (de Paris).

L'opération endocrânienne du trijumeau n'est plus une prouesse chirurgicale. Elle est relativement facile pourvu qu'elle soit faite anatomiquement et méthodiquement. Elle donne une moyenne de 95 % de guérisons.

Quelques mots d'anatomie. — Le nerf de la Ve paire ou nerf trijumeau est formé de deux parties : a) une partie sensitive ; b) une partie motrice.

A) Partie sensitive. — Le *ganglion de Gasser* en constitue la portion la plus importante. C'est un conglomérat de cellules en T dont les prolongements périphériques ou protoplasmiques venant de la face se réunissant en faisceaux donnent lieu à la formation des *trois branches* (fig. 1) : l'ophtalmique, le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur et dont les prolongements centraux ou axones donnant naissance à la *racine sensitive* vont s'arboriser autour de cellules placées à la partie postéro-inférieure de la protubérance et de la partie postéro-supérieure du bulbe. Ces cellules, à leur tour (trijumeau descendant) apportent la sensibilité à la région rolandique en s'incorporant au ruban de Reil du côté opposé.

B) Partie motrice. — Dans la protubérance, au niveau du plancher du IVe ventricule existe un amas de cellules glanglionnaires, qui porte le nom de *noyau moteur principal du trijumeau* (fig. 1) dont les

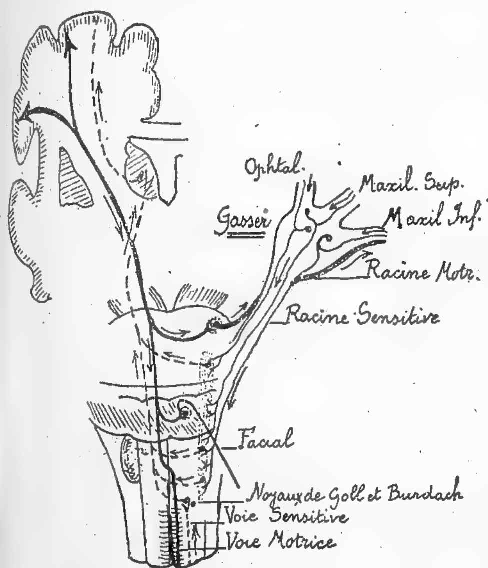


Fig. 1. — Le trijumeau avec sa racine sensitive et motrice, son ganglion et le début de ses trois branches. Ses rapports avec le faisceau pyramidal moteur, et avec le faisceau sensitif ou ruban de Reil. Schématique. Nous n'avons pas représenté les noyaux accessoires du trijumeau Moteur.

(1) Névralgie du trijumeau communément appelée Névralgie Faciale essentielle.

axones forment la *racine motrice* de ce nerf. Cette racine reçoit l'influx nerveux et moteur des fibres du faisceau pyramidal du côté opposé. Nous avons représenté le noyau du facial qui est placé bien au-dessous, point sur lequel nous reviendrons lorsque nous parlerons des complications de la neurotomie rétro-gassérienne.

Le trijumeau sensitif (4 mill. de large) et le trijumeau moteur (1 mill.) sortant de la face ventrale de la protubérance se dirigent vers le bord supérieur du rocher contournent ce bord pour descendre sur le versant antérieur de cet os. Au niveau de ce bord supérieur, ils passent au-dessous de la grande circonférence du cervelet qui très adhérente à toute la crête du rocher contient le sinus pétreux supérieur et leur forme comme un pont. La racine sensitive aplatie, fasciculée, est en rapport dans la fosse cérébrale moyenne, sur son côté externe, avec le *tubercule rétro-gassérien*, sur son côté interne, *avec la racine motrice* qui passe tout de suite au-dessous d'elle, la croise en diagonale pour *aller se fusionner* avec le nerf maxillaire inférieur. Après un parcours de cinq à six mill., la racine sensitive se jette dans le ganglion de Gasser, formation très aplatie, d'où partent ses trois branches dont la première se divise dès sa naissance dans le sinus caverneux, dont la seconde sort du crâne au niveau du trou grand rond et la troisième au niveau du trou ovale. Sur le flanc antérieur du rocher, les deux racines, le ganglion et le début des trois branches sont dans une cavité, la cavité de Meckel formée par un dédoublement de la dure-mère. Le ganglion repose sur une dépression osseuse (fig. 2, 15) dont il en est séparé par le feuillet profond du cavum et en rapport au niveau du trou déchiré antérieur avec la carotide interne environnée d'un lacis veineux (fig. 15).

Pour terminer cet exposé anatomique nous apercevons (fig. 2) sur la face antérieure, supérieure et externe du rocher, l'*eminentia subarcuata* qui malgré son nom est loin de correspondre toujours à la saillie du canal demi-circulaire supérieur et un peu en dedans sortant de l'hiatus de Fallope, le trajet des deux nerfs *grand et petit nerf pétreux superficiels* provenant du facial.

Pour traiter les névralgies du trijumeau on a proposé la gassérectomie d'abord, la neurotomie rétro-gassérienne ensuite. Nous ne nous occuperons pas des injections d'alcool (Lévy, Baudoin, Sicard) ni des résections périphériques qui ne donnent que

tout à fait exceptionnellement un résultat définitif. Nous allons décrire successivement les deux opérations pour qu'elles puissent être mieux comparées et dire ensuite nos préférences.

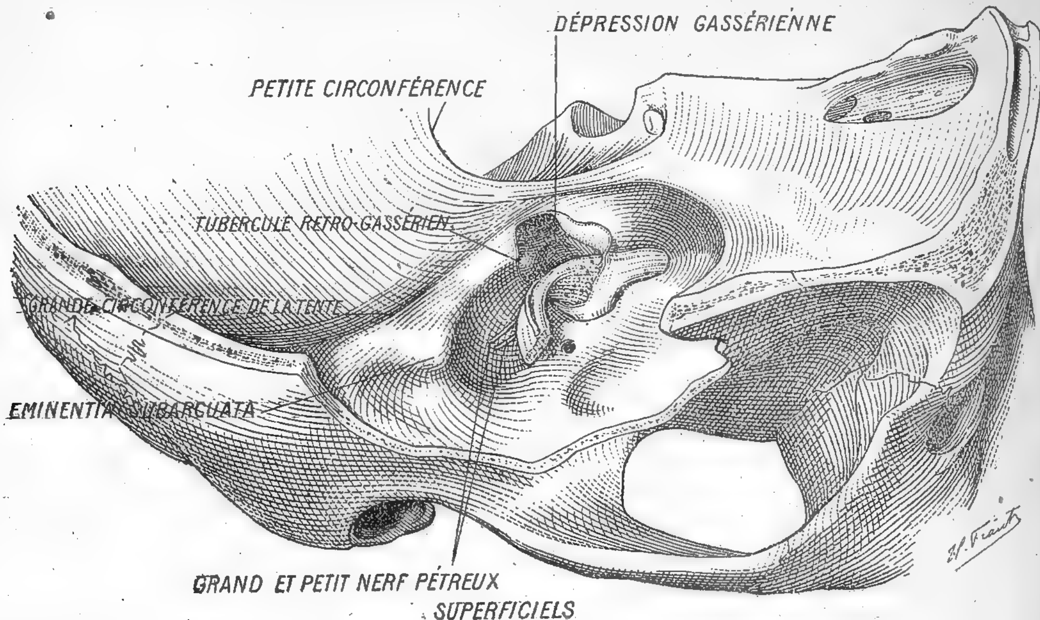


Fig. 2. — Base d'un hémicrâne droit. Flanc antérieur du rocher vu à travers une trépanation temporale. Grande circonférence du cervelet adhérente à la crête du rocher. Cavité de Meckel ouverte par incision de la tente. Racine sensitive et motrice basculées en avant à travers cette tente. Face supérieure de Gasser avec ses tractus fibreux. Orifice de pénétration des deux racines dans le cavum sous la grande circonférence. Sur le flanc du rocher les deux nerfs grand et petit pétreux superficiels. Plus en dehors l'eminentia subarcuata très accusée dans notre préparation.

A. — Ablation du ganglion de Gasser.

Nous exposerons la méthode de Krause telle que nous l'avons pratiquée.

I. Volet temporal ostéo-musculo-cutané. — Le malade est endormi et assis sur la table opératoire, sa tête est à la hauteur de celle du chirurgien (fig. 3). Nous nous éclairons avec le miroir de Clar. Incision temporale en fer à cheval à ouverture inférieure (fig. 3) partant à un travers de doigt en avant du conduit et venant se terminer très peu au-dessous du bord supérieur du malaire. Incision à fond jusqu'à l'os. Les vaisseaux artériels giclent abondamment. Ils sont pincés et liés. Les lèvres périostiques sont ensuite écartées l'une de l'autre à la rugine. Aux quatre coins on pratique un orifice de trépanation que l'on réunit à la pince de Dahlgren. On soulève le volet au niveau de l'un des orifices supérieurs de trépanation au moyen d'une rugine sur le manche de laquelle on fait levier et le volet se fracture à 1 cent. environ au-dessus du plancher crânien. Il faut faire *sauter à la pince gouge* cette *partie osseuse du temporal* qui reste jusqu'à la base du crâne, car la vue ainsi que le décollement dure-mérien seraient génés par cette sorte de rempart. On ne touche pas à l'arcade zygomatique qui ne s'élève pas au-dessus de la fosse cérébrale moyenne.

II. Décollement dure-mérien. Ligature de la méningée moyenne et découverte du nerf maxillaire inférieur et supérieur. — On a préparé à l'avance un grand nombre de boulettes de coton hydrophile fortement pressées. Elles serviront à éponger et à séparer l'enveloppe encéphalique de la surface osseuse. Avec la main droite tenant une longue pince à dissection munie d'une de ces boulettes on commence le décollement (fig. 4) tandis qu'avec la main gauche on soulève la dure-mère au fur et à mesure avec un rétracteur. On se dirige peu à peu en dedans et en arrière vers le trou ovale. Durant ce temps opératoire il se fait un écoulement sanguin en nappe dû à la rupture des émissaires de Santorini. Il y a des sujets qui saignent beaucoup, d'autres où le champ opératoire est presque exsangue.

On arrive de cette manière sur le trou petit rond. On aperçoit la méningée moyenne qu'on libère sur son pourtour, qu'on ligature (fig. 5) et qu'on coupe au-dessus.

Le décollement est poussé plus loin de manière à découvrir le trou ovale avec le nerf maxillaire inférieur et un peu plus en dedans le maxillaire supérieur (fig. 5 et fig. 6).

III. Découverte du ganglion. Sa prise et section de la 2e et 3e branche du trijumeau. — Le nerf maxillaire inférieur mis à jour, on le suit par son bord externe jusque dans la cavité de Meckel que l'on ouvre. Alors avec la pointe de ciseaux longs fins et mousses il *faut couper* les *adhérences fibreuses qui unissent le ganglion à son toit dure-mérien.* Ce



Fig. 3. — Volet ostéo-musculo-cutané rabattu. A la partie inférieure de l'ouverture osseuse et de chaque côté un pointillé indiquant que le rempart osseux qui reste doit être réséqué jusqu'à la base du crâne.

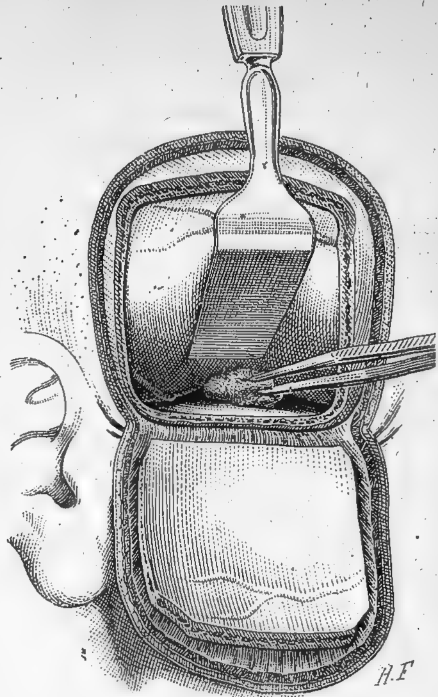


Fig. 4. — Le rempart osseux de la figure 3 ayant été abrasé, une longue pince à dissection décolle la dure-mère de la base du crâne avec une boulette de coton pendant que le rétracteur soulève la dure-mère au fur et à mesure.

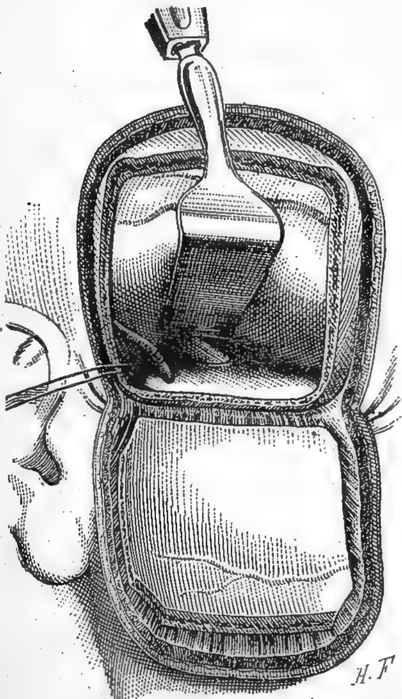


Fig. 5. — La méningée moyenne est liée au-dessus du trou petit rond. Le trou ovale est découvert ainsi que le nerf maxillaire inférieur. On voit apparaître sous la dure-mère et un peu plus en dedans le bord externe du nerf maxillaire supérieur.

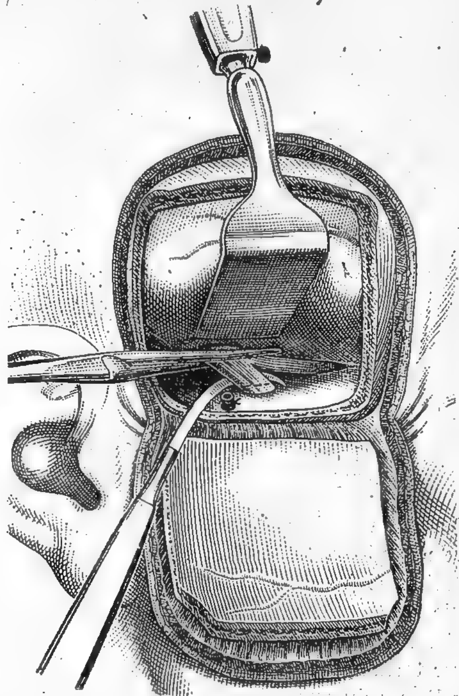


Fig. 6. — La méningée moyenne a été coupée au-dessus de sa ligature. Le nerf maxillaire supérieur est encore plus à découvert que dans la figure 5. Les adhérences du ganglion avec la dure-mère ayant été sectionnées, une longue pince hémostatique sans pointes enserre le ganglion dans la cavité de Meckel après quoi le maxillaire inférieur est sectionné au niveau du trou ovale et le maxillaire supérieur au niveau du trou grand rond.

♦♦♦

n'est qu'à cette seule condition que l'on pourra faire une bonne et complète extirpation de Gasser. Le ganglion ainsi libéré est saisi avec une longue pince hémostatique dépourvue de pointes à son extrémité (fig. 6) et on l'enserre. Les nerfs moteurs de l'œil pas plus que le sinus caverneux ne peuvent être blessès si l'on reste dans la loge de Meckel. On coupe ensuite le nerf maxillaire supérieur et inférieur au niveau de leur orifice de sortie (fig. 6).

IV. Ablation du ganglion de Gasser, de la racine motrice et de la racine sensitive. — On tourne la pince qui emprisonne le ganglion sur elle-même et lentement (fig. 7). Au fur et à mesure le ganglion s'enroule sur cette pince et du fait de cette manœuvre la racine motrice et la racine sensitive se détachent de la protubérance et viennent également

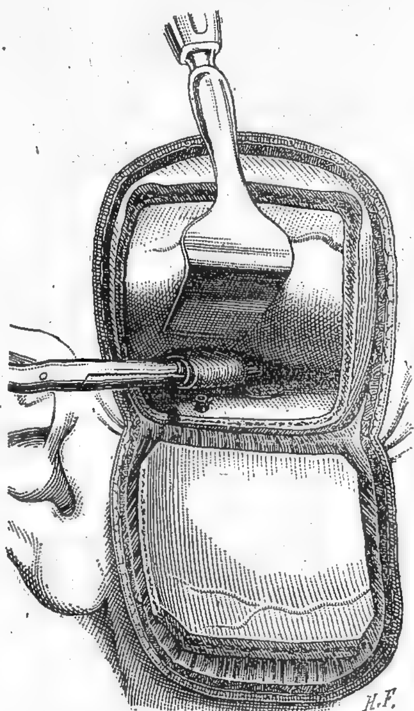


Fig. 7.— Après section de la 2e et 3e branches du trijumeau, la pince hémostatique est tournée sur elle-même, ce qui a pour effet de rompre la racine motrice et sensitive qui viennent s'enrouler autour de la pince en même temps que le ganglion et ses branches.

ment avec la 2e et la 3e branche s'enrouler aussi autour de la pince. Le nerf ophtalmique n'ayant pas été sectionné à cause de sa trop grande proximité avec le sinus caverneux ce qui serait dangereux se rompt au ras du ganglion.

Pour terminer, le volet osseux est remis en place et les lèvres du cuir chevelu suturées.

Réflexions. — On a reproché à la gassérectomie trois choses : 1° les troubles trophiques que cette opération entraîne du côté de l'œil correspondant ; 2° sa difficulté opératoire ; 3° l'arrachement des deux racines qui peuvent amener des petites hémorrhagies protubérantielles avec une paralysie faciale consécutive. C'est surtout la kératite neuro-paralytique qui a été la plus grosse critique que l'on a élevée contre cette intervention. On a fait du ganglion de Gasser le centre trophique de l'œil ; on a cherché alors une nouvelle technique qui tout en respectant le ganglion amènerait le même résultat c'est-à-dire la disparition de cette terrible névralgie. En 1901, Spiller et Frazier après un certain nombre d'expériences sur l'animal se rendent compte que la section de la racine sensitive du trijumeau équivaut à la gassérectomie et Frazier exécute peu de temps après chez l'homme cette opération avec succès. Cette question est reprise en 1908 au Congrès français de chirurgie. L'on fut unanime à préférer la neurotomie rétro-gassérienne à l'ablation du ganglion de Gasser. « Il est regrettable disait Morestin que les chirurgiens se soient égarés si longtemps du côté du ganglion de Gasser ». Pour cette neurotomie rétro-gassérienne on a suivi la voie temporale de Krause (Frazier, Jaboulay et Cavaillon, ou encore la voie sus-auriculaire préconisée par de Beule et Brœkært en 1909 et de Martel. Ces derniers suivent la crête du rocher pour pénétrer dans le cavum de Meckel en se guidant comme points de repère sur l'eminentia subarcuata et le tubercule rétro-gassérien. Jeanneney en 1921 préconise l'emploi du cystocope. A cette même époque cette question est reprise à la Société de chirurgie sous l'impulsion de de Martel. « La radicotomie, dit Robineau, n'expose pas aux graves accidents de la kératite neuro-paralytique, mais je n'oserai pas dire que cette opération est beaucoup plus facile que l'extirpation de Gasser ». « Cette opération est aussi difficile que la gassérectomie et aussi dangereuse malgré les belles statistiques de de Beule » —Sencert.

Nous avions nous-même la même opinion. Nous avons changé d'avis. Nous la trouvons maintenant plus facile. Nous en donnerons les raisons après avoir exposé cette technique.

B. — Neurotomie rétro-gassérienne.

Pour cette opération nous préconisons la technique de Frazier. Nous insisterons sur quelques points particuliers que nous n'avons trouvé mentionnés nulle part si nous ne nous trompons. C'est la voie temporale qui a nos préférences et non la voie sus-auriculaire de de Beule et nous dirons pourquoi.

I. Mise a nu de l'os temporal. Lambeau cutané antérieur. Lambeau musculo-aponévrotique postérieur. — Le malade est assis et endormi comme pour l'extirpation du Gasser. Incision du cuir chevelu en forme de crochet (fig. 8). Elle part à 1 /2 travers de doigt en avant du conduit, monte verticalement puis, après un trajet de 4 à 5 cent. se dirige en avant jusqu'à la naissance des cheveux. Une autre incision cutanée est menée horizontalement sur le zygoma en partant de l'extrémité inférieure de l'incision verticale et sur une longueur de 3 à 3 cent. 1 /2. Ces incisions évitent de sectionner les filets du facial qui innervent le muscle frontal, orbiculaire et sourcilier. Le lambeau cutané est disséqué et rejeté en avant (fig. 8).

L'aponévrose temporale ainsi mise à nu est incisée de haut en bas, d'arrière en avant suivant le sens des fibres musculaires du temporal jusqu'à l'arcade zygomatique. Arrivé sur le bord supérieur de cet os nous en détachons ses insertions par une incision d'avant en arrière. Nous procédons de même pour le muscle, temporal qui, lui, ne prenant pas d'insertion sur cette arcade est coupé transversalement à la même hauteur le périoste compris. Frazier reste sur un plan supérieur. Avec la rugine nous repoussons en arrière le lambeau périosto-musculo-aponévrotique, nous repoussons aussi en avant la partie antérieure de ce muscle, de manière que l'os temporal soit bien à découvert. A ce moment nous plaçons des écarteurs automatiques munis de crochets qui maintiennent éloignées l'une de l'autre les diverses parties du muscle. Le temporal bien exposé laisse voir à sa partie antérieure son union avec l'os splénoïdal, c'est-à-dire la *suture temporo-sphénoïdale* (fig. 9).

II. Trépanation osseuse. — Nous ne faisons pas de fraisage. Avec une gouge placée presque parallèlement à l'os, qui est assez mince, nous l'entaillons de haut en bas au moyen de quelques coups frappés

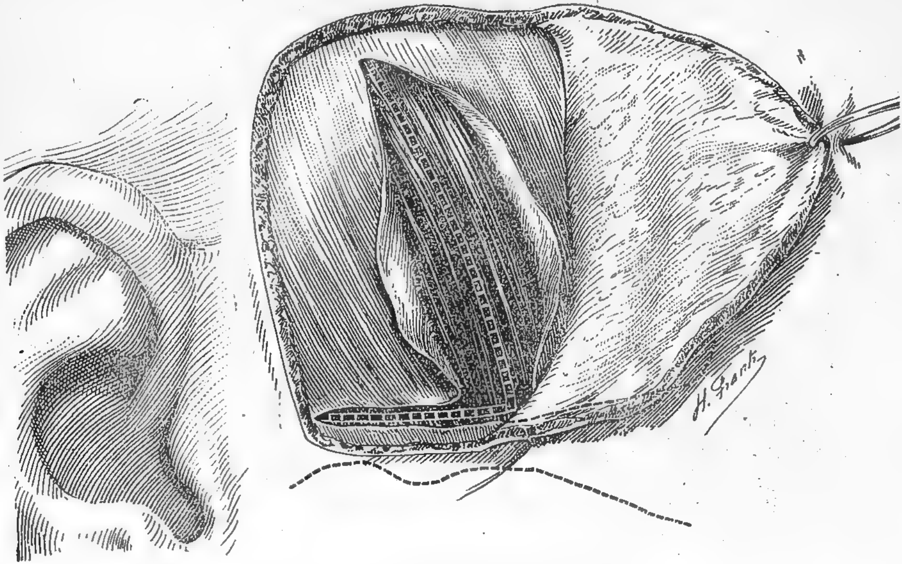


Fig. 8. — Incisions de Frazier. Volet antérieur cutané, volet postérieur musculo-aponévrotique. Nous faisons les incisions inférieures plus bas que Frazier et au niveau du bord supérieur du zygoma.

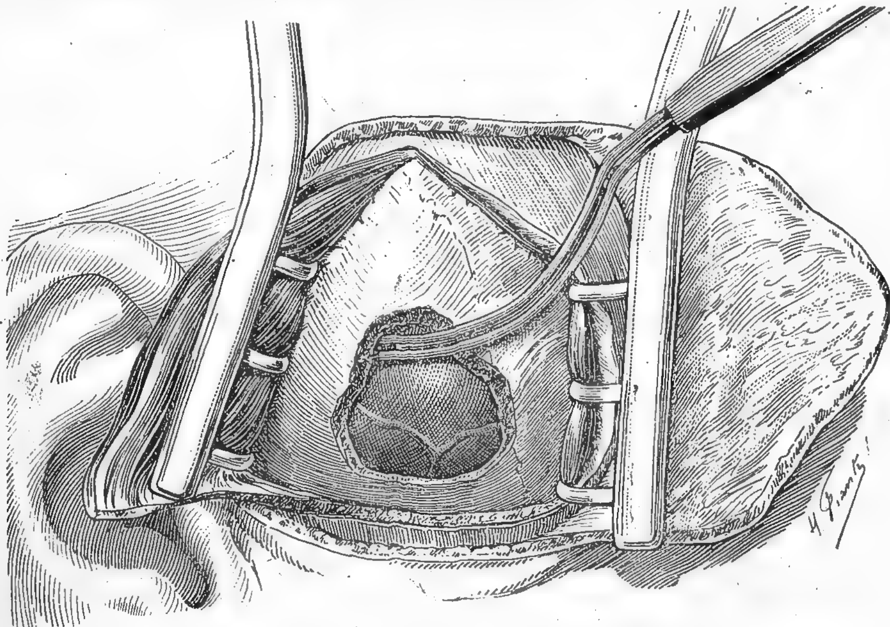


Fig. 9. — Les écarteurs automatiques ayant été placés, un orifice de trépanation a été pratiqué, à travers lequel un décolleur dure-mérien va séparer l'enveloppe cérébrale du temporal. En avant, suture temporo-sphénoïdale. (Bourguet).

au marteau. Dès qu'une ouverture de la grandeur d'une pièce de 1 fr. a été pratiquée nous introduirons le décolleur dure-mérien pour détacher la dure-mère de la table interne (fig. 9) qui est parfois adhérente chez les vieillards, puis avec la pince gouge nous faisons sauter l'os temporal suivant la grandeur d'une pièce de 5 fr. En avant, nous allons jusqu'à la *suture temporo-sphénoïdale* que nous entamons et en bas *jusqu'à la base du crâne* (fig. 10).

III. Décollement de la dure-mère de la base, Ligature de la méningée moyenne et découverte du nerf maxillaire inférieur. — Comme dans la gassérectomie c'est avec des boulettes de

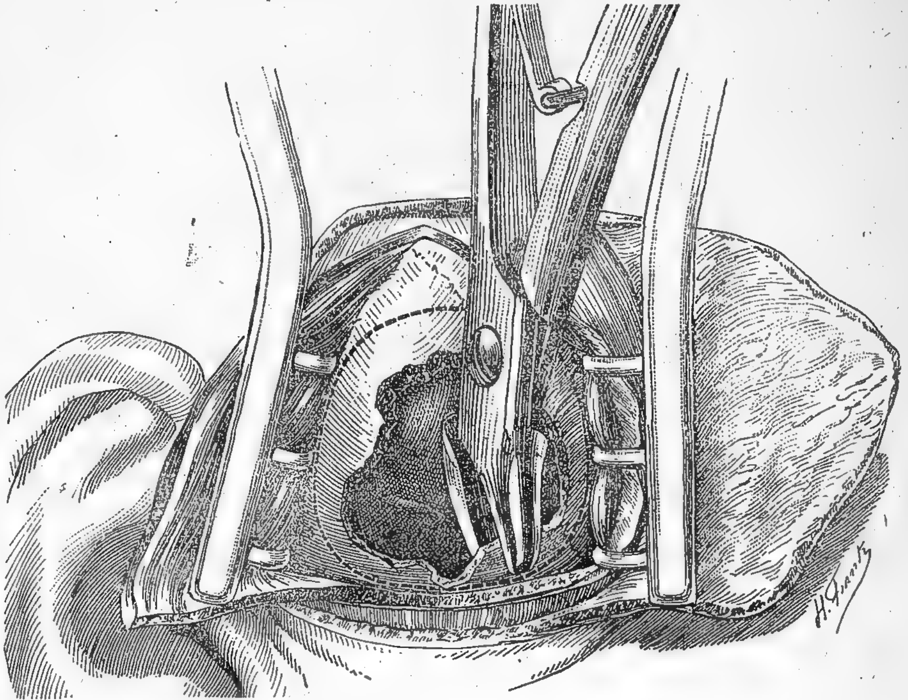


Fig. 10. — Après avoir séparé la dure-mère, l'orifice est agrandi avec une pince gouge en bas jusqu'à la base du crâne en avant jusqu'à la suture temporo-sphénoïdale. (Bourguet).

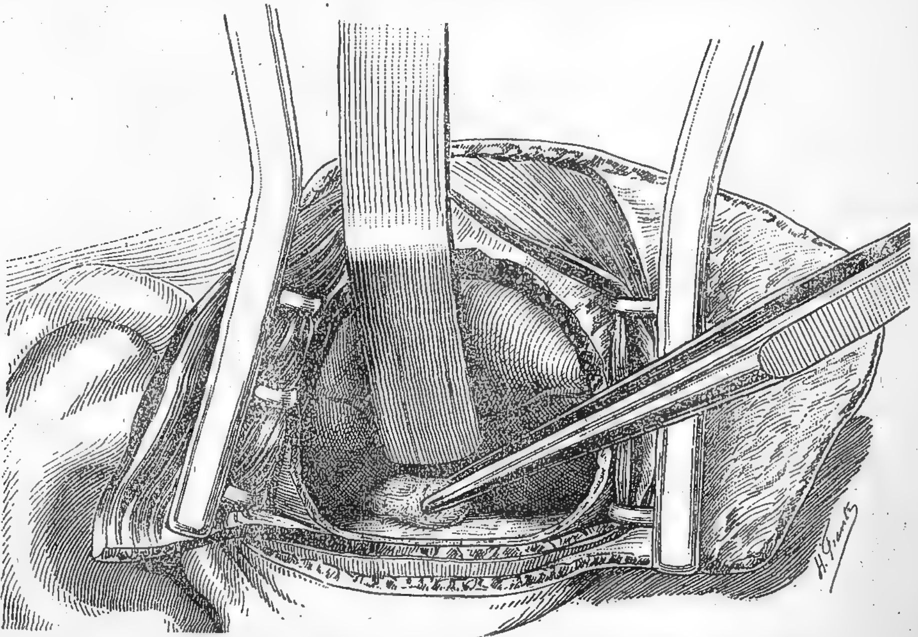


Fig. 11. — Le décollement dure-mérien commence à s'effectuer avec une longue pince à dissection munie d'une boulette de coton. La main gauche tient le rétracteur (Bourguet).

coton (fig. 12) que nous séparons la dure-mère (1) de la fosse cérébrale moyenne en nous dirigeant en dedans et en arrière. Ces boulettes nous servent en même temps à éponger le sang. Avec la main gauche, nous tenons le rétracteur de Frazier dépourvu de sa lampe éclairante qui nous est inutile puisque nous nous servons du miroir de Clar. En avant du trou

(1) Au début du décollement la dure-mère est très tendue. Au fur et à mesure qu'on la soulève elle devient moins tendue et se plisse. Si ce n'est pas le cas, on fait un orifice punctiforme à travers la dure-mère pour laisser s'échapper du liquide C. R. De ce fait elle devient plus flasque et se laisse mieux soulever.

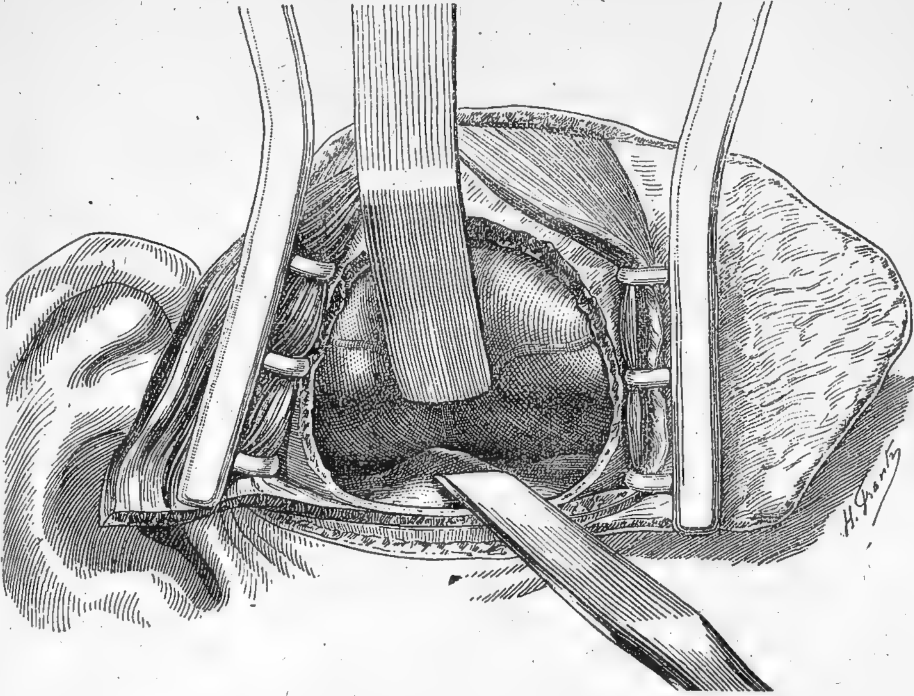


Fig. 12. — On peut trouver à un moment donné une éminence osseuse qui masque le trou petit rond avec l'origine de la méningée moyenne. On la fait sauter au ciseau (Bourguet).

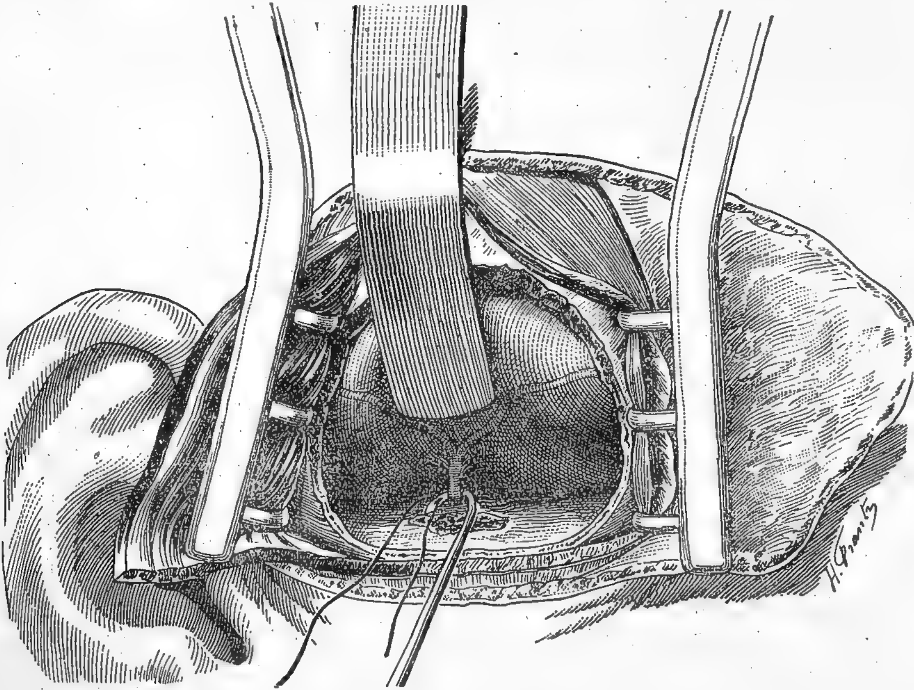


Fig. 13. — Le trou petit rond étant ainsi bien visible, on dégage l'artère sur son pourtour, et on passe l'aiguille de Trélat à pointe peu courbe et mousse munie d'un fil de catgut. On ligature la méningée moyenne et on coupe au-dessus (Bourguet).

petit rond on rencontre parfois une éminence osseuse derrière laquelle se trouve l'origine de la méningée moyenne. Nous la faisons sauter au ciseau (fig. 10). Tout autour de ce vaisseau maintenant bien visible nous décollons la dure-mère jusqu'au trou ovale. L'artère bien dégagée, nous procédons à sa ligature. Frazier, de Martel, tassent du coton dans le trou petit rond et la sectionnent ensuite. Nous préférons sa ligature. Nous prenons une aiguille de Trélat (fig. 12) montée avec du fin catgut mais dont le hameçon est peu prononcé car il serait impossible de la faire passer entre le vaisseau et le trou ovale. On saisit avec une pince l'extrémité du catgut, on retire l'aiguille, on fait la ligature et on coupe au-dessus. On a ainsi sectionné la première amarre qui retenait la dure mère appliquée contre l'os. Après ce temps effectué, le décollement est poussé un peu plus en dedans de manière à découvrir la 3e branche du trijumeau et en dehors sur le flanc antérieur du rocher jusqu'à la crête.

Si le suintement sanguin est toujours prononcé, on prend une lanière de coton hydrophile trempé dans une solution de novocaïne à 1 pour 100 adrénalinée ce qui en augmente l'effet hémostatique, et on l'étale sur le plancher crânien. On enlève le rétracteur, la dure-mère retombe et attendons 10 minutes. Après cette attente on continue l'opération.

IV. Second refoulement dure-mérien et incision de la tente de Meckel. — C'est à partir du moment où l'on se trouve sur le nerf maxillaire inférieur que les idées ne nous semblent pas très claires chez les divers auteurs. En effet en *suivant l'ori-*

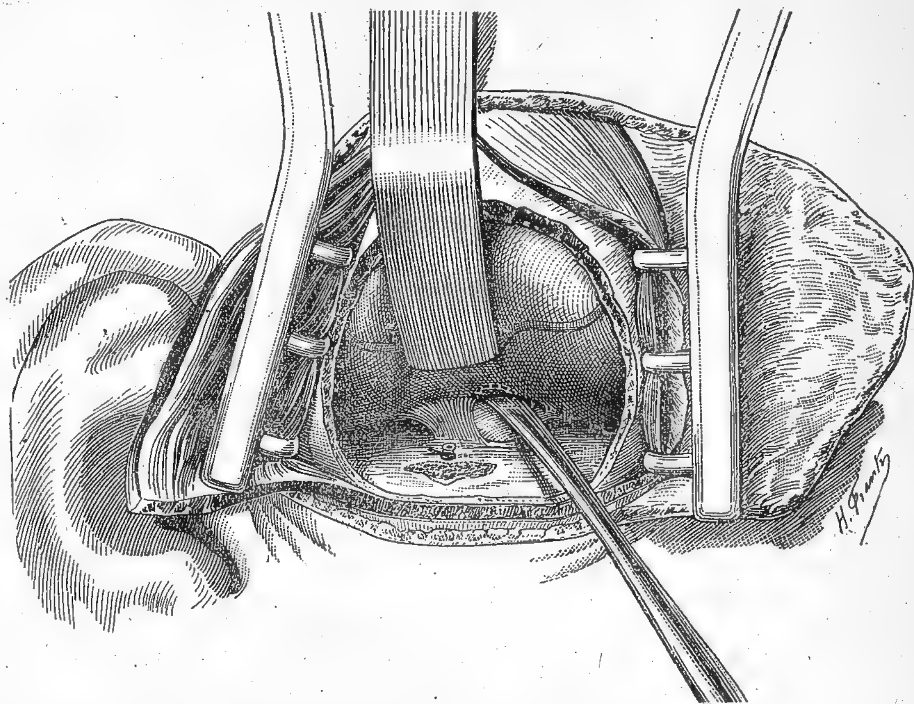


Fig. 14. — Le décollement est effectué un peu plus en dedans. On met à découvert le trou ovale et le nerf maxillaire inférieur. On suit ensuite ce nerf vers le ganglion avec notre décolleur et on pénètre entre les deux feuillets dure-mériens. (Bourguet).

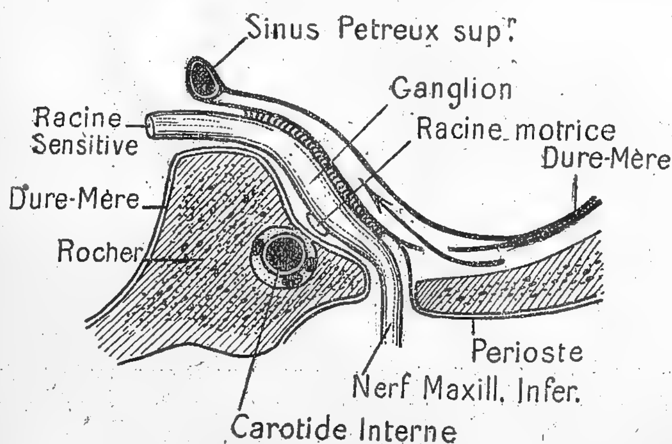


Fig. 15. — Coupe antéro-postérieure du rocher au niveau de la cavité de Meckel et du trou ovale sur une de nos préparations. La flèche indique le sens du travail. La dure-mère est constituée par deux feuillets. Le feuillet superficiel adhère intimement au ganglion de Gasser et au trou ovale à travers lequel il pousse un prolongement qui va se fusionner avec le périoste exocrânien. Du fait de ces adhérences le décolleur rompt ce feuillet en dehors du trou ovale et pénètre entre les deux feuillets jusqu'au sinus pétreux supérieur. Coupe de la carotide interne entourée par un lacis veineux. (Bourguet).

gine de la 3e *branche* du trijumeau vers le ganglion et en continuant à soulever la dure-mère on est surpris de ne voir ni ganglion, ni racine ; on devrait être cependant dans la cavité de Meckel, puisque cette cavité est formée par le dédoublement de la dure-mère et dans le dédoublement duquel se trouvent les éléments cherchés et que la dure-mère qui en forme le toit est soulevée. « Au cas même où la région de la racine est atteinte, dit Robineau, on ne voit pas distinctement

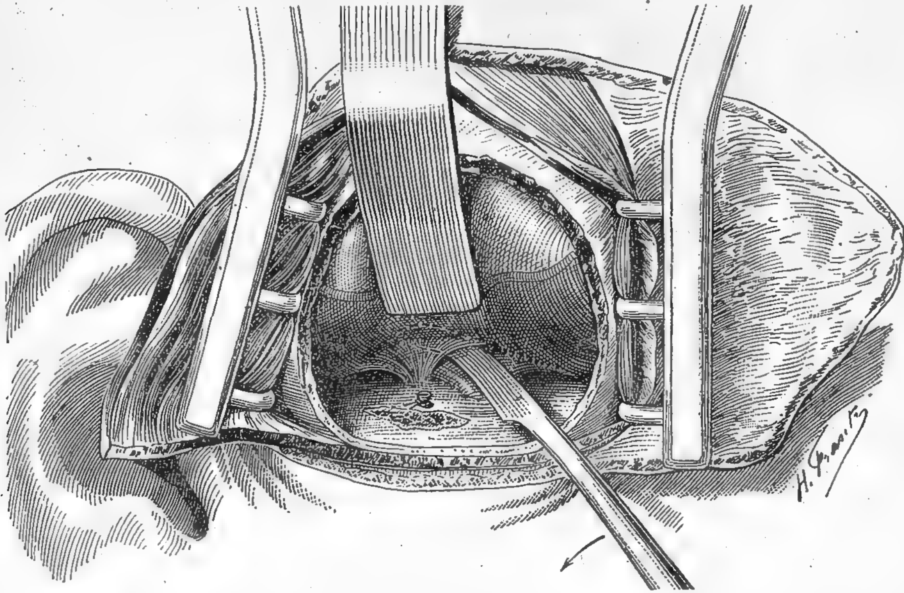


Fig. 16. — Les deux feuillets sont séparés au niveau de la face supérieure du ganglion mais ils restent fusionnés en dedans et en dehors. On doit les séparer en dehors avec un bistouri à pointe mousse de manière à refouler ensuite la dure-mère qui formait un grand pli masquant la tente du cavum. (Bourguet).

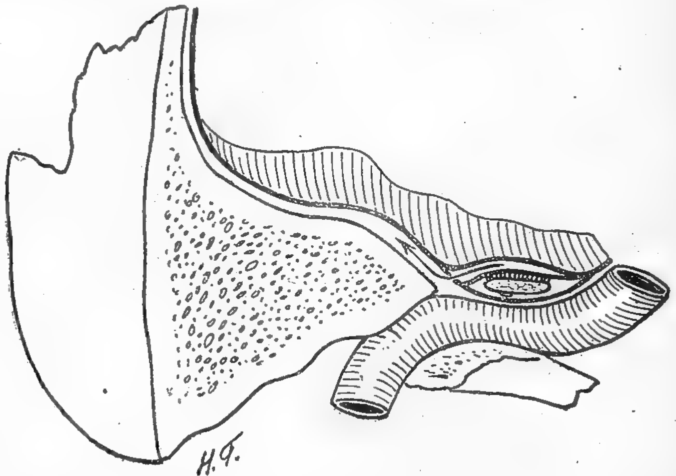


Fig. 17. — Coupe parallèle à la crête du rocher et en avant d'elle pour montrer l'union des deux feuillets. La flèche indique le sens de la section externe sur une de nos préparations. (Schématique.)

cette racine ». « A ce moment, dit Leriche, malgré les repères classiques on ne voit pas la racine et on est très embarrassé pour la trouver ». Aussi ce dernier auteur tranche-t-il au jugé ces deux racines contre le flanc du rocher ce qui peut être dangereux pour la carotide interne surtout si le trou déchiré antérieur est large. Cela tient *uniquement à ce que l'on n'est pas dans la cavité de Meckel* comme nous l'avons fait ressortir dans une communication à la Société des chirurgiens de Paris (mars 1922). En effet, nous sommes sur le trou ovale et nous voulons pénétrer dans le cavum de Meckel. Que se passe-t-il alors en poursuivant le décollement vers le faîte du rocher ? Nous avons fait des recherches anatomiques sur ce point et l'anatomie va répondre. La dure-mère encéphalique est constituée par l'accolement, la soudure de deux feuillets fibreux tandis qu'ils sont séparés dans le canal rachidien. La dure-mère crânienne est très *adhérente à la face supérieure de Gasser, très adhérente au trou ovale* à travers lequel elle *envoie un prolongement fibreux qui suit le nerf maxillaire inférieur* pour aller se continuer avec le périoste exocrânien. C'est le feuillet inférieur qui contracte ces adhérences et de ce fait en poussant notre décollement il ne peut être soulevé et se rompt en avant du

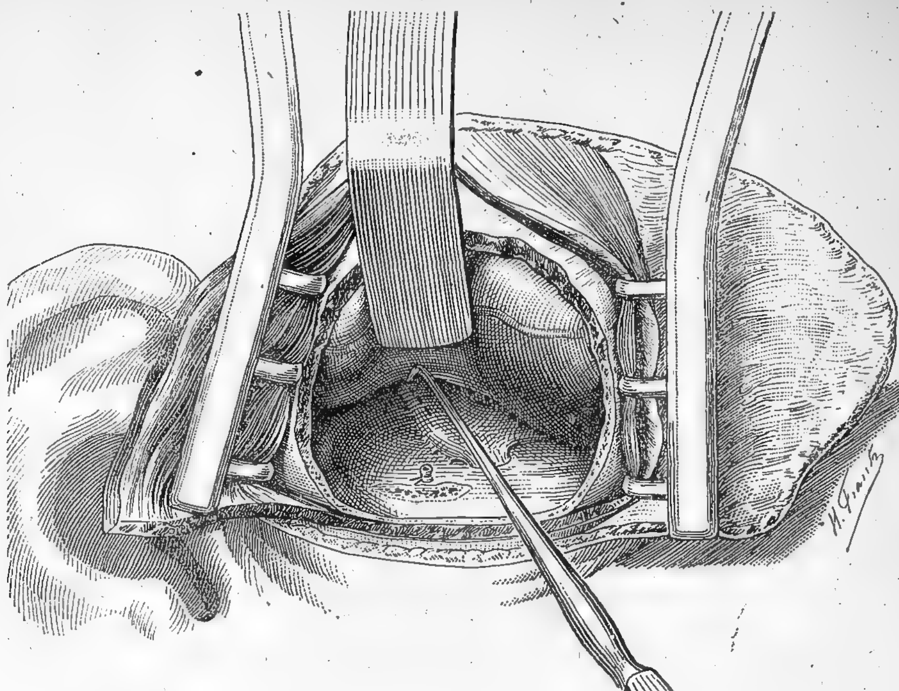


Fig. 18. — La séparation des deux feuillets ayant été faite 1° au-dessus du ganglion ; 2° en dehors de lui et la *dure-mère ayant été remontée en dehors de cette attache externe jusqu'à la crête du rocher*, on voit alors mieux la véritable tente du cavum que l'on incise sur son 1/3 externe d'arrière en avant, le dos de lame tranchante du bistouri appuyé au début contre la grande circonférence du cervelet.

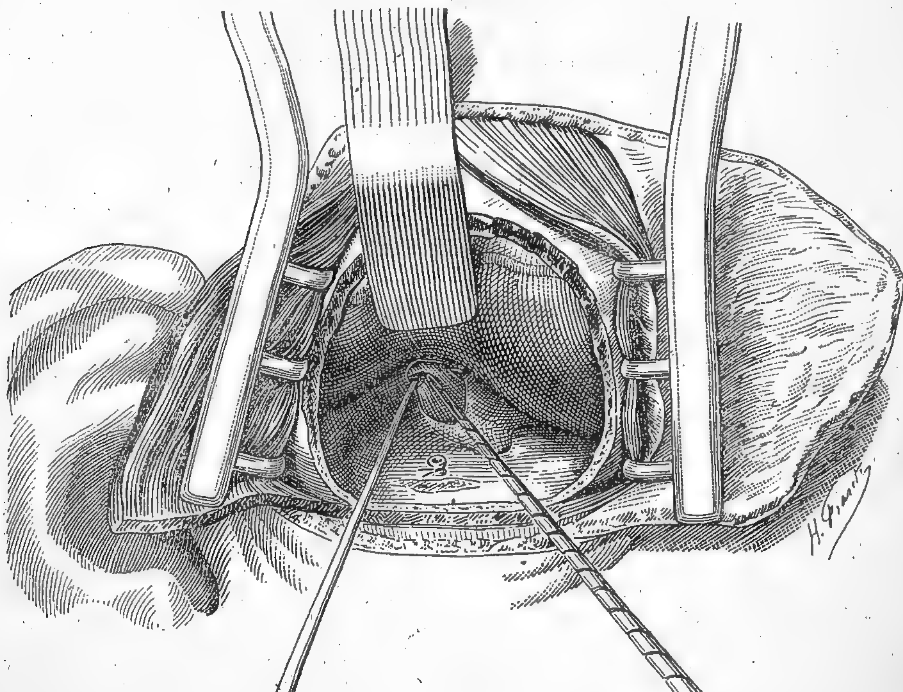


Fig. 19. — La tente de la cavité ayant été ouverte en dehors, un crochet est introduit dans son intérieur, va chercher la racine sensitive, la soulève et sur cette racine soulevée on passe transversalement la pointe fine du galvano qui la tranche entièrement par petits coups.

trou ovale (1). Notre instrument passe entre les deux feuillets jusqu'à la grande circonférence du cervelet, *le feuillet supérieur se laissant soulever en enveloppant le cerveau, l'inférieur restant immobile constituant alors la véritable tente du cavum*. C'est ce que représente une coupe antéro-postérieure du rocher en ce point (fig. 15) qui est une de nos préparations. Voilà pourquoi n'ayant pas pénétré dans la cavité de Meckel on ne voit distinctement ni ganglion, ni racine. Durant ce dédoublement il arrive parfois que ce feuillet inférieur se fissure et qu'il s'écoule du liquide céphalo-rachidien ; de ce fait il ne faut pas croire que l'on soit dans la cavité.

Cette poche dans laquelle on se trouve est *fermée en dedans et en dehors* par l'union des deux feuillets. Il ne faut pas toucher à la soudure interne car nous toile fibreuse qui recouvre les racines et le ganglion est exposée au maximum.

Nous incisons cette toile (fig. 18) avec un bistouri monté sur un long manche dont la lame triangulaire perpendiculaire à ce manche est très fine et peu haute et dont le tranchant est dirigé vers la main de l'opérateur. *Le dos de la lame est appliqué contre la grande circonférence du cervelet et la pointe sur le 1/4 externe du feuillet fibreux qui est incisé jusque sur le ganglion* sur une longueur de quelques millimètres. A ce moment du liquide céphalo-rachidien s'écoule et on voit la racine sensitive fasciculée et aplatie.

V. Entrée dans la cavité de Meckel et section de la racine sensitive. — Ce n'est

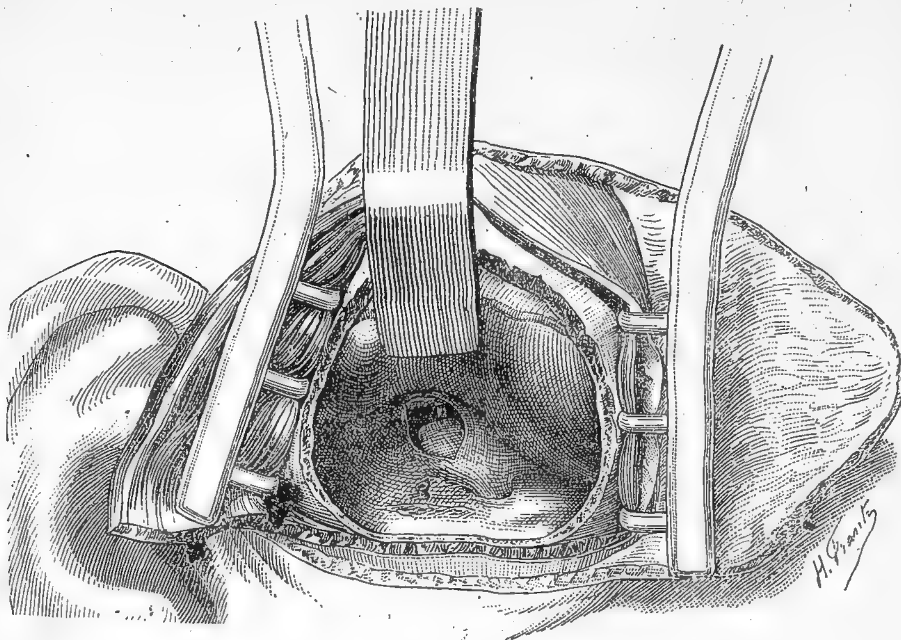


Fig. 20. — La section sensitive achevée laisse voir au-dessous d'elle la petite racine motrice intacte.

sommes au contact du sinus caverneux, mais il faut la rompre au contraire du côté externe pour mieux découvrir toute la tente du cavum. Nous le faisons soit avec un bistouri falciforme (fig. 16) à pointe mousse soit avec des ciseaux à pointe mousse. Sur une coupe parallèle à la crête du rocher et en avant d'elle on voit mieux cette manœuvre (fig. 17) avec la disposition des feuillets.

Dès que ces feuillets sont séparés en dehors, nous repoussons encore la dure-mère en dehors de cette soudure jusqu'à *l'arête du rocher* jusqu'à ce que nous ayons la sensation d'être au contact d'une corde fortement tendue sans crainte de déchirer le sinus pétreux supérieur ce qui est assez rare. Alors la qu'après avoir ouvert cette toile fibreuse que l'on pénètre dans la cavité de Meckel. On prend un long crochet que l'on introduit dans la loge en dehors de la racine sensitive. On le fait glisser dans la cavité cérébelleuse en franchissant l'orifice d'entrée des deux racines et en gardant le contact avec la grosse racine que l'on charge (fig. 19) en sentant sa face inférieure et on ramène à soi le crochet. Ce mouvement a pour effet de soulever la racine sensitive en laissant de côté la racine motrice. Sicard dans la *Pratique chirurgicale illustrée* de Pauchet écrit : « La radicotomie qui porte sur la V[e] paire est la seule au cours de laquelle on puisse se permetre de sectionner les deux racines, leur accolement intime ne permettant pas au chirurgien de les séparer ». Certainement on ne peut couper cette racine avec la même facilité que celle que l'on avait quand on sectionnait les sixième, septième, huitième et neuvième paires dorsales rachidiennes sensitives dans les crises gastriques tabétiques lorsque l'opération de Foërster

(1) C'est ce qui arrive à l'amphithéâtre quand on a enlevé la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne et qu'on regarde au niveau de la cavité de Meckel. On ne voit jamais le ganglion ni ses racines parce qu'il est resté attaché en ce point du feuillet de la dure-mère qu'il faut ouvrir pour pénétrer dans la loge.

était pratiquée vers 1910, mais on peut dans la majorité des cas les séparer et ne pas toucher à la racine motrice. La racine sensitive étant soulevée sur le crochet comme nous l'avons dit, on la brûle (fig. 19) par petits coups transversalement avec une pointe fine de galvano ou avec le bistouri guillotine d'Adson.

La neurotomie rétro-gassérienne est dès lors terminée. fig. 20. Il ne reste plus qu'à suturer les plans musculaires, aponévrotiques et cutanés entre eux.

C. — Réflexions sur les deux opérations.

Le point délicat de la neurotomie rétro-gassérienne c'est l'ouverture de la cavité de Meckel. Si l'on fait attention aux deux feuillets dont nous avons parlé on pénètre à coup sûr dans la loge et on voit très bien ce que l'on fait. Elle est plus facile que la gassérectomie, car nous agissons en un point où il n'y a aucune adhérence entre la racine et son toit, tandis que dans l'extirpation du ganglion si l'on veut bien pratiquer cette ablation il faut aller couper ces adhérences ce qui est un temps assez difficile; de plus, la neurotomie rétro-gassérienne est moins brutale car on n'arrache pas les deux racines de la protubérance. Nous préférons la voie temporale à la voie sus-auriculaire de de Beule car cet auteur se guide sur deux saillies osseuses l'eminentia subarcuata et le tubercule rétro-gassérien. Or rien de plus variable que ces éminences osseuses. Elles sont tantôt développées, tantôt peu différenciées et visibles même pour un œil un peu exercé et si en plus la dépression osseuse sur laquelle repose le ganglion est peu marquée on peut passer au-dessous des racines sans s'en rendre compte. Au contraire, par la voie temporale nous avons deux fils d'Ariane infaillibles le trou petit rond et le trou ovale. De plus par la voie de de Beule on aborde perpendiculairement la racine sensitive et on peut ne pas voir nettement cette racine si elle est surplombée par un tubercule rétro-gassérien très marqué et elle est alors assez difficile à saisir. Par la voie temporale, au contraire, rien ne la masque on l'aborde dans le sens de sa direction et il est facile de passer un crochet par dessous. De plus ce chemin est un peu plus court.

D. — Complications.

On observe parfois, à la suite de la gassérectomie comme à la suite de la neurotomie rétro-gassérienne par arrachement, une paralysie faciale transitoire qui serait due à une hémorrhagie au niveau du noyau facial. Si l'on se repporte à notre figure 1 on peut voir que les noyaux de la Ve et VIIe paires sont assez éloignés l'un de l'autre et nous ne pensons pas de ce fait que ce soit la véritable raison, car cette paralysie a été observée dans les cas où l'on sectionne la racine sensitive sans l'arracher de la protubérance. Si l'on examine notre préparation anatomique (fig. 2) on verra que sur le flanc antérieur du rocher cheminent les deux nerfs grand et petit nerfs pétreux superficiels qui proviennent du facial. Nous pensons que la paralysie faciale que l'on observe est due au tiraillement de ces deux filets dans le décollement dure-mérien, tiraillement qui se propage au facial. Si cette paralysie n'est pas constante, c'est que ces deux nerfs rampent dans une gouttière osseuse assez profonde et que le décollement se fait au-dessus sans les toucher. Cette paralysie transitoire n'est pas une faute de technique opératoire comme celle qui consiste dans la blessure du sinus caverneux ou d'un nerf moteur de l'œil.

Il existe une complication plus sérieuse, c'est la kératite neuroparalytique. Nous avons fait remarquer en 1919 dans une communication à l'Académie de médecine que la neurotomie rétro-gassérienne ne mettait pas plus à l'abri de ces troubles trophiques que la gassérectomie. Pareille complication a été observée à la suite de l'ablation d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Pourquoi alors la section de la racine sensitive y mettrait-elle à l'abri ? Et elle ne met pas à l'abri. Elle est peut-être moins fréquente. Elle peut être aussi grave dans l'une comme dans l'autre opération. Toutes ces kératites à degré variés guérissent par un traitement approprié. Elles peuvent survenir à une échéance plus ou moins lointaine. Elles échappent alors souvent au chirurgien et c'est l'oculiste qui les voit. Nous avons observé dernièremennt un malade à qui on avait sectionné en 1918, à l'hôpital Necker, les deux racines et qui faisait huit mois après une fonte purulente de l'œil. Il vint à la Fondation ophtalmologique Rotschild avec une cornée recouverte d'exsudat purulent avec hypopyon remplissant toute la chambre antérieure. Notre ami le docteur Mawas se demandait s'il ne pratiquerait pas une énucléation. Avec un très bon sens clinique il fit une tarsorraphie et le malade guérit en gardant des taches cornéennes et une diminution de l'acuité visuelle.

Lorsque l'on fait dans la neurotomie rétro-gassérienne l'arrachement des deux racines, bien que cette opération soit plus facile que la gassérectomie, elle ne lui est pas supérieure dans ses résultats, car nous avons dans l'une comme dans l'autre opération, en plus des troubles trophiques de l'œil que l'on observe assez souvent, une paralysie constante des muscles masticateurs correspondant, avec les ennuis qu'elle entraîne et quand le malade ouvre la bouche son ouverture buccale est en oblique ovalaire. Cette paralysie des muscles masticateurs serait encore plus grave si l'on était obligé d'opérer un malade pour une névralgie bilatérale du trijumeau ce qui est rare, il est vrai.

Si on ne *fait au contraire que la section de la racine sensitive on n'a pas cette paralysie des muscles masticateurs.* On fait une opération idéale qui doit être l'opération de choix.

PARTIE PROFESSIONNELLE

HYGIÈNE PUBLIQUE

Projet de loi portant modification de la loi sanitaire du 16 février 1902

Nous avons publié, dans le *Concours médical*, 1923, page 561 et suivantes, le texte complet du projet de loi, déposé par le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Nous allons analyser chacun des articles de ce projet, en nous inspirant des travaux et des vœux émis par le Corps médical.

1° *Association de communes.*

Sous l'empire de la loi sanitaire de 1902, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du Conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux, portant règlement sanitaire :

a) Les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles ;

b) Les mesures de désinfection, ou même de destruction des objets à l'usage des malades, ou qui ont été souillés par eux, ainsi que de tous les objets, qui, d'une manière quelconque, peuvent servir de véhicule à la contagion.

c) Les mesures propres à assurer la salubrité des maisons d'habitation, des voies privées, la surveillance de l'alimentation en eau potable, la captation et l'adduction de celle-ci ; enfin l'éloignement des nuisances dans les meilleures conditions d'hygiène.

Or, dans la pratique, combien de fois ces prescriptions légales ne restent-elles pas lettre morte ! Soit ignorance du maire et de ses conseillers municipaux pour tout ce qui touche l'hygiène, tant publique que privée, soit respect des habitudes locales, soit crainte de l'électeur, trop souvent les municipalités ne prennent aucun règlement d'hygiène et de salubrité communale ou, si l'arrêté est publié, jamais il n'est appliqué.

Que ceci ne paraisse pas extraordinaire, car, si nous nous reportons aux débats parlementaires de l'époque, nous pouvons constater les résistances qu'éprouva M. Constans, alors ministre de l'Intérieur, pour faire discuter le projet de loi qu'il avait déposé, au nom du gouvernement, le 13 octobre 1891.

Le Français, individualiste jusqu'à l'excès et frondeur par atavisme, se refuserait, prétendait-on, à une règlementation quelconque, l'obligeant à changer ses habitudes de saleté physique, au nom d'une hygiène soi-disant publique. Pourquoi forcer les paysans à éloigner leurs tas de fumiers des sources d'eau potable ? N'en avait-il pas toujours été ainsi dans nos campagnes ?

Cependant, ce Français, en apparence presque anarchiste et ne voulant se plier devant aucune loi susceptible d'entamer son individualité ou son indépendance, s'est peu à peu habitué à l'obéissance à la loi du 15 février 1902, à telle enseigne que les statistiques officielles, bien qu'imparfaites, signalaient que la mortalité générale, en France, qui, en 1903, était de 192 pour 10.000 habitants, est passée, en 1920, à 172.

Or, il a été constaté que les épidémies ne respectent pas les limites, tracées arbitrairement par les hommes, entre les communes d'un même département. Il était donc nécessaire d'unifier les prescriptions sanitaires. Aussi, tout en respectant le droit d'initiative de chaque conseil municipal en ce qui concerne l'hygiène locale, le projet de loi prévoit-il, pour le préfet, le devoir d'établir, dans les six mois de la promulgation de la nouvelle loi, un réglement sanitaire, applicable à l'ensemble de tout le département.

Seront appelés à donner leur avis technique, pour l'élaboration de ce règlement, l'inspecteur départemental d'hygiène, qui est un médecin, et le conseil départemental d'hygiène.

Aussi, si la loi est votée, les Syndicats médicaux feront-ils bien de préparer un mémoire, donnant leur opinion autorisée, sur l'hygiène départementale, mémoire qui sera adressé au médecin inspecteur départemental.

2° *Déclaration des maladies contagieuses.*

Cette question a déjà fait couler beaucoup d'encre ; elle a été également le sujet de nombreuses discussions passionnées au cours des assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux, comme des assises des Congrès des praticiens.

Le médecin s'est toujours montré hostile à la déclaration, parce qu'il la considère inopérante : les désinfections sont mal faites, lorsqu'encore on veut les faire faire ; elles sont exécutées en dehors de toute directive du médecin traitant ; elles sont fréquemment inefficaces dans le cas d'infections perpétuellement infectantes, comme la tuberculose, par exemple.

Pour remédier à cette objection, reconnue bien fondée, le projet gouvernemental prévoit que la déclaration médicale indiquera si cette désinfection est faite par les soins, ou sous la direction du médecin traitant, ou si c'est le service départemental (ou municipal) qui doit s'en charger.

Dans le premier cas, sera jugée suffisante, pour dégager la responsabilité du docteur, toute désinfection pratiquée par les appareils reconnus par le ministère de l'Hygiène.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque le soin de la désinfection est laissé au service municipal, le médecin traitant devra indiquer à quel moment il juge opportun de faire procéder à cette opération sanitaire.

Donc, dans l'esprit du projet, l'initiative de la défense sanitaire, tant sociale qu'individuelle, est laissée au médecin.

Les praticiens se montraient hostiles à la déclaration pour une seconde raison : il leur répugnait de se montrer en quelque sorte les dénonciateurs des maladies de leurs clients. Fortement imprégnés d'individualisme, par leur éducation scientifique même, les médecins ont en vue leur seul client, vis-à-vis duquel ils se trouvent liés par le secret professionnel. Une loi seule (celle de 1892, puis celle de 1902) peut les obliger à enfreindre les prescriptions de la loi pénale.

Désormais, le médecin, ayant établi son diagnostic de maladie contagieuse, délivrera un certificat à l'entourage du malade ; à cet entourage incombera l'obligation de faire la déclaration. Mais si, dans les trois jours, le médecin n'a pas reçu, du médecin inspecteur départemental d'hygiène, l'accusé de réception de la déclaration, il devra faire lui-même la certification de la contagiosité de la maladie.

Je sais fort bien que cette obligation provoquera des protestations indignées ; on parlera de délation, de mouchardage.

Personnellement (et ici je n'émets que ma propre opinion), j'estime qu'il faut nettement considérer aussi bien notre devoir professionnel individuel que notre devoir social.

Je soigne un contagieux ; je dois m'efforcer de le guérir ; mais j'ai l'obligation de préserver ses proches ; je dois également garantir la société en faisant tous mes efforts pour enrayer l'épidémie.

Or, le malade consciencieux m'aidera dans ma tâche ; il consentira à se laisser isoler, ou même à se laisser conduire à l'hôpital, ou à la maison de santé, puisque sa maladie est transmissible.

Mais, s'il refuse de laisser préserver les siens, dois-je, à cause du secret professionnel, permettre que ce malade devienne une source de danger pour sa famille et pour son entourage immédiat ? Moi, qui ai appris la médecine, je sais, ce que mon client peut ignorer, qu'une infection diphtéritique, variolique, rubéolique, scarlatineuse peut entraîner des morts, ou des maladies chroniques pour toute une vie. Ne dois-je pas, malgré mon client, mal renseigné, m'imposer pour qu'une préservation soit obligatoire pour l'entourage ?

Allant plus loin, je soigne un enfant diphtéritique ; encore mal guéri et porteur de germes, ce petit malade est envoyé à l'école, par sa mère, qui ne croit pas à la contagiosité de la diphtérie. Dois-je me taire et, par mon silence coupable, laisser la mort rôder autour des autres écoliers, voisins de banc de l'enfant contagieux ?

Où est donc mon devoir ? Dois-je me confiner au silence, parce que le secret appartient à mon client ? Dois-je obéir à la loi sur l'hygiène publique, qui m'ordonne de parler, au nom de la sécurité et de la préservation collectives ?

Bien que le mode de déclaration directe, par le médecin, tel qu'il est pratiqué actuellement, ait moins le caractère de dénonciation, j'estime que mon devoir de citoyen sera, lorsque la loi sera votée, de déclarer moi-même la maladie contagieuse du client qui n'aura pas rempli son devoir de citoyen, en jetant au feu le bulletin de déclaration que je lui aurai fourni. La vie en collectivité n'est possible que par l'aliénation individuelle d'une part de liberté au profit de la masse commune.

Mais, j'estime aussi que, lorsque l'éducation du public sera faite, nos clients comprendront parfaitement leur devoir social et même leur intérêt individuel : ils déclareront dans les trois jours, toute maladie contagieuse, grâce au bulletin que nous leur remettrons. Mieux vaut convaincre que contraindre.

L'éducation du public est à la base même de la loi. Ainsi, nous rencontrons bien moins de résistance, depuis la guerre, vis-à-vis des tuberculeux : on comprend mieux, dans les masses, qu'un phtisique est dangereux pour son entourage et on demande au docteur, soit l'isolement, soit le procédé de préservation de la famille du pauvre malade.

De même pour la diphtérie, on accepte parfaitement les injections préventives de sérum, etc., etc.

Je vois même, dans cette nouvelle forme de déclaration, une amorce à la collaboration qui est indispensable entre services administratifs d'hygiène et médecins praticiens. Ceux-ci, obligés de donner leur avis sur les modes de désinfection à employer, seront les conseillers techniques de leurs malades, ou seront les guides de ceux qui, au nom de la société, doivent enrayer une épidémie dès son début.

Dans nos conclusions, nous reviendrons sur ce point.

Pour terminer ces commentaires concernant le nouvel article 5 du projet de loi, disons que l'isolement des malades est obligatoire, soit à domicile, soit dans des établissements hospitaliers.

Bonne idée ; bonne mesure ; mais à la condition qu'il nous soit facile, à nous médecins, de faire isoler immédiatement nos contagieux. A Paris, on rencontre parfois des difficultés administratives provenant tant du service des entrées de l'hôpital, que du service des ambulances

urbaines. Trop souvent, le diphtéritique, le scarlatineux est hissé dans un simple taxi, qui sèmera la contagion pour tous les clients qui prendront ensuite le même véhicule non désinfecté.

Quant à la province, dans beaucoup d'hôpitaux, le service d'isolement n'existe pas, ou est franchement insuffisant.

Ici, c'est un peu la charrue avant les bœufs : isolez, nous dit-on ; mais on ne nous donne pas les locaux d'isolement. Malheureusement, le ministère de l'hygiène, parent pauvre de la politique, n'a pas le sou et les hôpitaux, vivant du revenu de leurs dotations charitables, ou des allocations communales, ou départementales, ne peuvent plus joindre les deux bouts, vu la vie chère. Comment, dès lors, faire construire les pavillons d'isolement ?

Vaccination et revaccination.

Il est de fait que la variole a presque complètement disparu ; c'est une constatation à faire, au moment où l'on célèbre le centenaire de Jenner. Cette horrible calamité mondiale, qui s'appelle la guerre, n'a pas ajouté à toutes ses horreurs l'épidémie classique de variole, qui fit tant de victimes en 1870. La vaccination est la cause de cette disparition.

Le projet de loi prévoit une diminution des délais présumés de préservation due à la vaccination. Le nouveau-né doit être vacciné dans les trois mois ; les revaccinations se feront au cours de la 7e année, puis de la 13e, 21e et 30e.

Remarquons qu'on a choisi les dates où les enfants fréquentent l'école, ou sont sur le point d'en sortir ; puis celle de la conscription. Bonnes mesures qui permettront de revacciner le plus d'individus possible.

Il est malheureux de voir que cent ans après la découverte de Jenner, nombreux sont ceux qui se refusent à proclamer l'efficacité de la revaccination. Lors des séances publiques et officielles, dans les départements, les absents sont parfois légion. M. le maire n'ose pas prendre les sanctions nécessaires, parce qu'il a peur pour sa réélection.

Selon nous, il serait nécessaire que les états de vaccination et de revaccination, signés et contresignés par le médecin vaccinateur et par le maire, soient compulsés et vérifiés par le service départemental d'hygiène. A celui-ci de prendre les mesures nécessaires, dont la plus simple serait de faire revacciner à leurs frais tous les délinquants, pour ne conserver les mesures de simple police qu'aux récidivistes de l'abstention.

L'article additionnel prévoit que tout candidat à une fonction publique quelconque devra présenter un certificat de revaccination datant de moins de trois mois. Bonne mesure de préservation sociale, qui aura sa part dans la disparition d'un fléau qui jadis fit de nombreuses victimes.

Désinfection.

Toute commune ayant plus de 20.000 habitants peut avoir son service autonome de désinfection. Les localités de moindre importance, ou celles qui en manifesteront le désir, seront rattachées à un service départemental. L'obligation est ainsi prévue, mettant à la charge des budgets communaux et départementaux les dépenses nécessaires.

Malheureusement, le projet ne dit pas si ce service de désinfection doit être organisé, pour être véritablement efficace, ou s'il n'existera que sur le papier et pour mémoire. Beaucoup d'élus, soucieux de leur réélection, préfèrent dépenser l'argent de la collectivité en tramways électoraux ou en subventions à des sociétés quelconques plutôt que de préserver leurs concitoyens par des mesures préventives utiles, mais, pour cela même, fort coûteuses.

Travaux d'assainissement.

Lorsque, pendant une période de trois années, la mortalité sera anormalement accrue dans une localité, une enquête d'hygiène sera faite pour en connaître les causes.

Voici, en théorie, une bonne précaution : nos confrères savent parfaitement avec quelle indifférence les autorités municipales acceptent leurs conseils au point de vue des assainissements à faire dans la localité. Un élu ne voit que la dépense occasionnée, d'où la répercussion sur le budget annuel et le vote possible d'un ou deux centimes additionnels : mauvaise chose pour les réélections !

Ici encore, pas de contact entre le médecin administratif départemental, chargé, au nom de la collectivité, de protéger l'hygiène publique, et le médecin praticien, vivant au milieu de la population et sachant souvent fort bien où réside la cause véritable de l'augmentation de la mortalité.

Mais un corollaire surgit : la certification des décès.

Lorsque, dans une localité, existe un médecin de l'état-civil, celui-ci constate la mort, recherche si le décès est dû à une cause naturelle et, lorsqu'il conclut à la délivrance du permis d'inhumer, il met comme diagnostic ce que la famille veut bien lui laisser entrevoir de la vérité, ou sa propre impression personnelle.

Il serait cependant utile d'établir des tables de mortalité et morbidité aussi exactes que possible. Je sais bien qu'il est de bon ton de blaguer la statistique, surtout en ce qui concerne le service de santé national. Néanmoins la statistique est utile à la science ; elle lui est parfois indispensable, lorsque ceux qui n'exercent pas la

clientèle se servent de nos déclarations, pour diriger leurs recherches de laboratoire dans tel ou tel sens.

Une commission va être nommée incessamment par le ministre de l'hygiène, commission où siégeront deux délégués désignés par l'Union des syndicats médicaux, pour obtenir des certificats précis des décès, tout en respectant le légitime secret que, médecins, nous devons aux familles.

Grâce à ces certificats scientifiques des causes de mort, il sera possible, lorsque les départements auront la chance d'avoir à leur tête des administrateurs instruits et intelligents, et lorsque l'argent ne fera pas défaut, d'assainir progressivement villes et campagnes, pour augmenter la longévité des Français. Empêcher de mourir est un des côtés du vaste problème de la dépopulation, sur lequel tant d'incompétents versent un pleur aussi attristé qu'inutile.

Protection des eaux potables et des parcs à coquillages.

Le nouvel article 10 prévoit une série de mesures, permettant à la commune, au nom de l'intérêt public, de passer outre à certains intérêts égoïstes des propriétaires de sources, ou de terrains avoisinant le point de captage des eaux.

Le nouveau texte rend également possible, pour le Conseil départemental d'hygiène, la mise en demeure d'une commune d'avoir à faire faire les travaux nécessaires de protection des sources d'eau potable. Nous nous rappelons les luttes engagées dans une sous-préfecture du Jura, entre un médecin et un maire-sénateur, en vue de protéger une source contaminée par les déjections d'un village voisin. Et c'est le maire qui eut le dessus, car, à ses concitoyens, il se vantait de ne pas faire faire de dépenses inutiles.

Administration sanitaire.

Le service de l'inspection départementale d'hygiène publique a pour mission principale de guider les maires désireux de remplir leur mission sociale de protecteurs de la santé publique. Ces administrateurs communaux, élus au suffrage universel, manquent la plupart du temps de connaissances techniques suffisantes (ou même élémentaires) ; personne n'avait mandat officiel pour leur indiquer les directives utiles, propres à doter la commune d'un règlement sanitaire, comme pour résoudre les mille difficultés journalières.

La création d'un service d'inspectorat d'hygiène était laissée, jusqu'ici, à la bonne volonté des préfets, qui, s'ils jugeaient cette organisation nécessaire, demandaient au Conseil général du département des crédits d'abord, puis une délibération sur les détails de l'organisation.

Aussi, soit indifférence et ignorance des représentants du pouvoir central, dans chaque département, soit répugnance du Conseil général à voter de nouvelles dépenses pour le budget départemental, trop de départements sont encore, à l'heure actuelle, dépourvus de service d'inspection d'hygiène.

Le projet de loi rend obligatoire cet inspectorat. Il est indispensable, en effet, de créer une sanction, ou tout au moins une surveillance, à l'égard des municipalités indifférentes aux choses de l'hygiène et qui ne se soucient guère des mesures collectives à prescrire et à ordonner pour protéger la santé des habitants.

Désormais, l'inspecteur départemental d'hygiène aura, sous sa surveillance, l'ensemble des services sanitaires du département, de quelqu'autorité que ceux-ci puissent dépendre ; il contrôlera le fonctionnement des bureaux d'hygiène organisés dans certaines villes et s'assurera que les services de désinfection puissent donner satisfaction aux médecins praticiens comme efficacité, diligence et discrétion.

Mais pour que l'inspecteur départemental d'hygiène puisse jouir d'une certaine indépendance vis-à-vis des pouvoirs municipaux ou départementaux, un statut est indispensable pour que cet inspecteur ne soit pas voué à la rancune de maires ou de préfets, dont il a été obligé de contrecarrer l'ignorance ou l'esprit de routine.

Concours pour le recrutement ; nomination par le préfet, pour laisser une cohésion locale ; conditions de maintien en fonctions : tout est renvoyé, pour organisation, à un règlement d'administration publique.

Conseils d'hygiène départementaux.

Une réorganisation dans la composition de ces conseils consiste à y faire pénétrer tous ceux qui, par leurs fonctions ou leur profession, peuvent concourir utilement à la lutte contre les maladies transmissibles ou à l'amélioration des conditions de vie hygiénique locale.

Il en est de même pour la composition du Conseil supérieur d'hygiène publique.

Commentaires généraux.

Ce projet de loi nous remet en mémoire les luttes menées par le syndicalisme médical pour la protection de la santé publique.

Au nom du grand principe que seuls les techniciens sont capables d'administrer et d'organiser, doit-on confier la protection de la santé publique aux seuls syndicats médicaux, de même qu'on a proposé de livrer la mine aux mineurs ?

Cette proposition est soutenue par ceux qui pensent que le syndicat représente l'ensemble des travailleurs d'une corporation. Seul le syndicat est par conséquent capable de diriger la lutte

contre la mauvaise hygiène, étant donné que chaque syndiqué, vivant journellement avec des malades de toutes conditions, est mieux à même que quiconque de donner les avis autorisés en vue de prendre toutes mesures utiles au bien public.

Des travaux fort bien rédigés ont été publiés dans ce sens, tant au Congrès des praticiens de 1914, que par l'assemblée générale dernière de l'Union des syndicats.

Mais les adversaires répondent que les médecins ne sont pas seuls qualifiés pour prendre en main la défense de la santé de leurs concitoyens. Les représentants de la chose publique doivent donner leur opinion : d'abord, notre organisation administrative, centralisée à outrance, oblige le préfet, comme représentant du gouvernement, d'avoir la présidence, en vue d'un contrôle complet. Puis, il faut admettre les représentants de ceux qui votent les dépenses au nom des contribuables : donc conseillers généraux et municipaux; enfin il convient d'admettre au service de la protection de l'hygiène publique ou locale des compétences particulières : vétérinaires, pharmaciens, architectes, agents-voyers, représentants d'œuvres publiques d'assistance (hôpitaux), etc.

Nous nous trouvons donc en présence de trois conceptions, concernant la politique générale de l'hygiène :

a) En vertu de ses pouvoirs et au nom d'habitudes et d'errements centralisateurs, survivances du pouvoir royal ou impérial, le gouvernement, ou ses représentants locaux, a-t-il seul le pouvoir de protéger la santé publique, en nommant lui-même ses conseillers et ses agents ?

b) A l'inverse, le syndicalisme est-il appelé à renverser complètement la lente machine administrative, aux idées bornées, étroites, parce que composée de ronds de cuir courtelinesques ? Le technicien, qui vit chaque jour le problème de la production nationale, doit-il expulser de ses bureaux, encombrés de cartons verts, l'administrateur théoricien et incompétent ?

c) Enfin, opinion moyenne. La révolution, aussi bien technique que politique, ne semble pas être imminente. En l'attendant, le pays doit bénéficier d'améliorations progressives, dans le sens d'une évolution vers un mieux-être.

Ne faut-il pas faire appel aux bonnes volontés qui existent partout, tant parmi les techniciens que parmi les administrateurs ? Le syndicat ne doit-il pas devenir, non pas le successeur de l'administration, mais plutôt son conseiller, son guide, son collaborateur ?

J'estime, pour ma part, que les luttes théoriques pour quelque politique que ce soit, sont moins profitables qu'une collaboration franche et loyale de toutes les bonnes volontés. Certes, je ne me dissimule pas la difficulté de faire comprendre à ceux qui détiennent une parcelle de la puissance publique, que des conseillers leur sont nécessaires. Que de fois, dans des assemblées où se pressent des hommes de bonne volonté, n'a-t-on pas une peine infinie à faire comprendre qu'en matière d'hygiène et d'assistance, les médecins praticiens, de campagne ou de ville, à clientèle modeste, doivent avoir leur place à côté des conseillers techniques, uniquement choisis parce que professeurs de Faculté ? Celui qui pénètre dans tous les logis a tout autant de compétence que le prince de la science, qui ne va jamais dans les taudis, ou dans les logements pour gens modestes.

Qu'il me soit permis de donner mon opinion toute personnelle.

Dans la lutte que des hommes de bonne volonté, lorsqu'ils sont au pouvoir, cherchent à entreprendre au nom de la protection de la santé publique, on n'a oublié qu'une seule collaboration : celle des médecins praticiens. Nous serions désireux de voir, tant au ministère de l'hygiène, à côté des deux conseillers techniques, éminents hygiénistes, que dans le sein du Conseil supérieur et des conseils locaux d'hygiène, des représentants des médecins praticiens. Mais à notre avis, ces représentants du corps médical ne devraient pas être nommés par le ministre ou le préfet, mais par leurs pairs.

Mieux que quiconque, nous connaissons ceux de nos confrères qui ont une compétence particulière sur tel ou tel point. A nous de les désigner pour assister à la séance, où leur compétence sera utile à la société.

D'autre part, cette nomination directe par le groupe professionnel supprimera les intrigues, les recommandations qui, actuellement pullulent en vue de faire nommer, par le ministre ou par le préfet, tel ou tel docteur en médecine, qui bien que peu compétent, désire avoir un titre pompeux ou une décoration.

Pour notre part, nous pensons que la collaboration sera intime le jour où les syndicats médicaux ne seront plus considérés comme des agents de révolution, mais comme l'émanation de la corporation scientifique et technique.

La collaboration des médecins praticiens est indispensable aux pouvoirs publics, dans trois directions :

a) Pour le dépistage des maladies, quelles qu'elles soient ;

b) Pour la lutte contre la propagation des maladies transmissibles ;

c) Pour faire l'éducation du public, en matière d'hygiène élémentaire.

Pour le premier point, le médecin praticien réclame, avant tout, la possibilité d'établir vite et bien un diagnostic. Je ne parle pas des grands centres, comme Paris, où des laboratoires publics et privés sont installés. Et encore person-

nellement, aurions-nous beaucoup de critiques à leur adresser.

Je fais surtout allusion aux villes de moyenne importance, dans lesquelles aucun laboratoire n'existe.

Voici une angine à fausse membrane : diphtérie ? ou angine banale ? J'ai besoin d'avoir un examen rapide en vue de l'isolement du malade, puis de la protection de l'entourage.

Voici un tousseur : j'ai besoin d'un examen des crachats, d'une exploration radioscopique des poumons.

Voici un syphilitique. La maladie est-elle avérée ? je dois faire faire souvent une réaction sérologique pour la conduite dans l'intensité de mon traitement thérapeutique. La maladie est-elle ignorée du malade ; j'ai besoin d'examens sérologiques répétés, en cas de réactivation.

Et ce malade, a -t-il un cancer au début ou une lésion syphilitique ? Je puis faire une biopsie ; mais pas de laboratoire d'anatomie pathologique.

Aussi, ne crains-je pas d'affirmer que les hommes de bonne volonté, qui travaillent au ministère de l'hygiène, font fausse route, lorsqu'ils veulent établir de partout, des centres de traitement, plutôt que des centres de diagnostic. Avant de guérir, commençons par savoir ce qu'a exactement le malade, ayons la possibilité de contrôler l'efficacité de notre procédé thérapeutique.

Or, les centres d'examens de laboratoire sont encore peu nombreux. Existent-ils qu'ils sont encombrés de besogne et ne donnent, par suite, qu'une sécurité scientifique relative.

Les laboratoires payants sont trop chers pour les bourses modestes, lorsqu'il faut faire faire de nombreuses analyses.

Nous répétons ici ce que nous avons dit, dans d'autres enceintes extra-médicales : « que les pouvoirs publics fassent appel à la collaboration des médecins praticiens. Que les syndicats médicaux soient chargés d'étudier les moyens pratiques et immédiats de protection de la santé publique et que les délégués élus par ces syndicats puissent, dans les conseils d'hygiène divers, soutenir le point de vue des techniciens de la médecine, pour, non pas imposer leurs idées, mais collaborer avec les autres membres, dans les meilleures conditions possibles d'efficacité et d'économie, à l'amélioration de la race française ».

Le deuxième point, que nous avons envisagé est la lutte contre la maladie elle-même.

Ici, encore, collaboration nécessaire et indispensable de tout le corps médical. Point n'est besoin de ces dispensaires anti-syphilitiques, anti-tuberculeux, anti-tout ce que vous voudrez. Ou le malade est indigent, et il est soigné par le médecin de l'assistance médicale gratuite, d'après le règlement en vigueur dans le département. Ou le malade n'est pas indigent, et il se fait soigner par son propre médecin.

Or, l'indigent recevra de son docteur soins et médicaments gratis.

Quant au malade payant, ici intervient une assistance permettant au médecin traitant de faire livrer au patient, et ce à des prix proportionnés aux capacités de payement du malade, les médicaments nécessaires à sa guérison. Un traitement répété à l'arsenobenzol est onéreux pour beaucoup de bourses modestes. Le médecin ne peut-il obtenir la délivrance de ces médicaments à des prix plus ou moins réduits, d'après la production, à qui de droit, de la feuille des contributions ?

Au dispensaire, les traitements sont souvent institués en série ; le malade a la sensation de se trouver dans une usine à soins (cela nous a été souvent confié par certains de nos clients modestes). Le secret professionnel est illusoire, à cause de la promiscuité des malades entre eux. Il faut perdre son temps pour attendre son tour.

Mais, nous objectera-t-on, le médecin praticien n'a pas l'habitude des injections intraveineuses ; il n'est pas au courant des traitements intensifs ou gradués, etc., etc.

A notre avis, le spécialiste n'est nécessaire que pour établir un diagnostic douteux, à l'aide d'appareils spéciaux que les praticiens ne peuvent pas avoir ; les spécialistes sont encore utiles au malade, pour une opération chirurgicale, ou un traitement spécial difficile, demandant un tour de main et un outillage particuliers.

Mais, tous les praticiens savent faire une injection intraveineuse. Hésiteraient-ils devant le danger de syncope, ou devant la difficulté technique, que ces docteurs sont suffisamment pourvus de journaux médicaux pour savoir qu'arsenobenzol, bismuth et mercure peuvent s'administrer par la voie sous-cutanée, ou intramusculaire.

Au lieu de fonder des dispensaires de traitement, qu'on organise donc des centres d'examen et de diagnostic ; puis, après entente avec les groupes professionnels médicaux, qu'on mette à la disposition des docteurs les médicaments nécessaires pour soigner les personnes de condition modeste.

Il faut enfin faire l'éducation du public. En matière d'hygiène, il faut convaincre les foules et non les contraindre. Cette éducation est entièrement à faire, parce que, dans nos écoles, on insiste plus sur les dates des batailles de Louis XIV ou de Napoléon Ier, que sur la manière de se laver les mains ou les dents.

Ici, encore, les syndicats médicaux pourraient être utilisés, pour que ces groupes professionnels puissent organiser des conférences populaires d'éducation hygiénique élémentaire. Ces

associations désigneraient le ou les conférenciers les plus idoines.

Et, forcés qu'ils seraient de s'occuper de ces questions sociales et pratiques, les syndiqués médecins prendraient l'habitude de discuter ces problèmes au cours de leurs réunions. Cette habitude, seconde nature, les inciterait à faire, chaque jour, au lit du malade, une petite conversation, d'autant que le corps des infirmières visiteuses d'hygiène, auxiliaires du médecin, seconderait celui-ci, dans sa besogne d'éducation sociale.

Conclusion : ces infirmières visiteuses d'hygiène, actuellement mal vues du corps médical, deviendraient de bonnes collaboratrices.

Oui, mal vues, car n'étant pas placées sous la direction immédiate des médecins de l'endroit, certaines visiteuses d'hygiène cèdent, trop facilement, au penchant humain de critique : croyant bien faire, elles se servent de la bien modeste science médicale qui est la leur, pour discuter, devant le malade, le diagnostic ou le traitement du médecin traitant.

Mais, la plus grosse objection, qui me sera faite, *où trouver l'argent nécessaire ?*

La voilà, la véritable révolution à faire, et ce, dans le plus bref délai possible. Beaucoup de médecins, à juste titre, ne font pas de politique militante, désireux qu'ils sont de se consacrer uniquement à leurs malades. Mais ils peuvent se préoccuper (je dirai presque qu'ils en ont le devoir) de la politique de l'hygiène sociale. Aussi, lorsque bientôt, en 1924, les candidats députés viendront briguer leurs suffrages, lorsqu'en 1925, les candidats municipaux demanderont leur voix, que nos confrères posent hardiment le problème de la préservation de la santé publique.

Des personnes généreuses réclament une augmentation de la natalité : qu'on nous aide d'abord à empêcher de mourir ceux qui sont venus au monde. Et, dans la course aux milliards, qui caractérise notre budget national, qu'on réserve les ressources nécessaires et suffisantes au budget de l'hygiène. Quelle voix courageuse et compétente saura, d'une manière inlassable, réclamer, des parlementaires, une meilleure compréhension de la défense nationale. Le microbe, le taudis, l'alcool, la promiscuité, la mortalité infantile, sont des ennemis de la France autrement dévastateurs que ceux qui, à l'extérieur de nos frontières, peuvent penser à une revanche. Qu'on donne de l'argent en quantité suffisante pour que les pouvoirs publics puissent, avec la collaboration des médecins praticiens, augmenter la longévité humaine, et nous résoudrons en partie le vaste problème de la dépopulation.

Dr Paul BOUDIN,
Docteur en médecine et en droit.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

A la femme du médecin

Madame,

Certains prétendent que vous lisez le *Concours* beaucoup plus attentivement que votre mari et que, bien souvent, c'est par vous qu'il connaît ce qui peut l'intéresser dans ce que nous publions chaque semaine.

C'est donc à vous que j'adresse ces lignes, vous suppliant de les lire jusqu'au bout.

***

Il vous est certainement arrivé de penser à l'avenir. C'était un jour où, seule, près du feu, vous attendiez votre mari qui tardait à rentrer, cherchant à éloigner de votre esprit l'idée obsédante d'un accident possible ; ou bien un jour où, fatigué par une journée pénible, il était obligé de repartir le soir, la nuit, et vous vous demandiez si sa santé pourrait toujours résister à pareil surmenage.

Et fatalement, vous en arriviez à envisager le cas où un accident, ou la maladie, auraient raison de son activité professionnelle qui, le plus souvent, est son seul gagne-pain ; vous pensiez à son avenir, si le malheur voulait que l'exercice de la médecine lui devînt impossible ; vous pensiez à l'avenir de vos enfants, à votre avenir à vous-même.

Car vous connaissiez des confrères de votre mari dont la mort prématurée avait plongé la famille dans une gêne plus ou moins grande, vous saviez combien la situation de leurs enfants s'était trouvée brusquement changée, quelles épreuves leurs veuves avaient dû supporter... Et vous ne pouviez vous empêcher de frémir à la seule pensée que pareille infortune pût vous frapper vous-même.

Mais ne vous êtes-vous jamais demandé s'il ne serait pas possible de vous prémunir tous, votre mari, vos enfants, vous-même, dans une certaine mesure tout au moins, contre semblable calamité ?

Vous allez peut-être penser que je suis un prophète de mauvais augure, que je vois les choses trop en noir, et que ces éventualités sur lesquelles je m'efforce de ramener vos méditations sont bien rares. Je vous répondrai qu'on ne brûle à peu près jamais, et que cependant, on se fait un devoir de s'assurer contre l'incendie.

Vous me direz peut-être encore que la santé et la force de votre mari vous enlèvent toute inquiétude, que votre situation de fortune vous met à l'abri des préoccupations de ce genre. Je vous répondrai que la maladie peut-être, la vieillesse sûrement, viennent à bout de la santé et de la force, et qu'aucune situation de fortune ne peut prétendre à la stabilité... je crois inutile de vous en citer des exemples.

Vous pourrez enfin me dire que les œuvres de prévoyance ne vous inspirent qu'une confiance médiocre, que beaucoup — et vous en avez connu — pleines de promesses aux débuts, ne tardent pas à péricliter et ne donnent pas ce qu'on attendait d'elles, etc..., etc... Je vais vous répondre en vous présentant la *Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français*.

***

Ne vous récriez pas, Madame, avant d'avoir fini de me lire !

Je sais que les Mutualités ne sont guère en odeur de sainteté dans le corps médical : vous avez sans doute lu les articles de mon ami Vimont, et vous partagez peut-être les sentiments d'enthousiasme mitigé qu'il a justement pour elles.

Mais il y a Mutualités et Mutualités, et vous me concéderez bien que je n'aurais pas l'audace de vous parler d'une Mutualité du genre de celles auxquelles votre mari a, sans doute, trop souvent affaire, sociétés malhonnêtes qui font croire qu'elles peuvent faire quelque chose avec rien, et qui sont faites plutôt pour discréditer le principe même de la Mutualité.

Je ne voudrais pas davantage vous parler de sociétés, comme il y en a aussi, basées sur des données empiriques ou sur les illusions de leurs fondateurs , et destinées à sombrer parce que telles et telles conditions qui avaient été escomptées ne se sont pas réalisées et ne peuvent pas se réaliser.

J'écarte enfin les sociétés qui sont basées sur des principes plus justes, mais auxquelles le nombre fait et fera toujours défaut, et dont les calculs se trouveront faussés par des causes occasionnelles qui deviennent négligeables dans les grandes sociétés.

La Société, que je veux étudier avec vous, a été scientifiquement constituée ; elle est scientifiquement administrée tout en faisant, à côté du droit, place à l'élément *Bienfaisance*.... et c'est en toute conscience comme en toute confiance que je viens vous la proposer.

***

Société scientifiquement constituée, scientifiquement administrée, voilà des termes qui peuvent vous paraître bien rébarbatifs. Je vais tâcher de les rendre plus compéhensibles.

Vous êtes, Madame, trop bonne ménagère pour ignorer qu'on ne va pas au marché acheter pour trente francs de provisions avec vingt francs seulement dans son porte-monnaie, comptant sur la générosité d'un passant, fût-il de la famille, pour combler le déficit. Eh bien ! dans une mutualité scientifique, il faut que les dépenses normales soient couvertes par les recettes normales : compter sur des recettes éventuelles, c'est s'exposer à des mécomptes certains.

Nous avons des dons de temps à autre, et nous comptons des membres récidivistes de la bienfaisance : je puis vous citer le cas tout récent du Dr Corneau — pourquoi ne pas le nommer ? — qui mourait l'an dernier, en laissant à la Mutualité Familiale une somme de mille francs nette de tous droits.

Mais, mon confrère Mignon a raconté le cas du Dr G... entré à la Mutualité Familiale bien portant et avec une certaine fortune personnelle, plutôt par solidarité confraternelle que par esprit de prévoyance. Tombé malade, il s'en va à la Côte d'Azur ; il fait appel à notre caisse par principe, comptant bien la rembourser en testant en sa faveur ; mais il a des revers de fortune, la guerre arrive et le ruine..., il est dans la gêne, il doit se restreindre, se priver, quitter sa villa pour un très modeste logement, et il finit par mourir, ne pouvant que laisser à sa vieille bonne qui l'avait soigné avec tant de dévouement les quelques sous qui lui restent.

Dons et legs sont aléatoires : il ne faut pas compter dessus ; s'ils viennent à se produire, ils trouveront toujours bien leur emploi en secours, en aide confraternelle.

Il faut que les charges soient d'abord exactement calculées ; puis, que les recettes soient déterminées en conséquence.

Comment donc calculer ces charges ?

Je ne veux pas entrer dans des détails qui seraient fastidieux : il me suffira de vous dire qu'il faut tout d'abord bien préciser ce que l'on veut faire ; ensuite, s'adresser à des hommes de métier, à des actuaires qui, s'appuyant sur les tables de morbidité et de mortalité, fixeront les charges à chaque âge.

Et ces mêmes actuaires, lorsqu'ils auront fini ce premier travail, calculeront les barêmes des cotisations correspondantes, de telle sorte que le dernier sociétaire emporte, en disparaissant, le dernier franc de la caisse. Il est, en effet, inutile que ce dernier sociétaire laisse quelque chose après lui, mais il est indispensable qu'il trouve dans la caisse, et cela, jusqu'au dernier jour, les ressources correspondant aux engagements que la société a contractés envers lui.

Mais quelque soin que l'actuaire ait apporté dans son travail, il se pourrait que, pendant un certain nombre d'années tout au moins, les résultats de l'expérience s'écartassent légèrement des données qu'elle avait admises ; il faut donc que la marche de la Société soit étroitement surveillée, qu'il soit périodiquement procédé à des inventaires complets qui permettent de redresser les erreurs s'il s'en était produit.

Voilà ce qu'il faut entendre par société scientifiquement constituée et scientifiquement administrée.

C'est ainsi qu'ont procédé les fondateurs de la Mu-

tualité Familiale, car ils voulaient créer une œuvre sérieuse, durable, digne enfin du Corps médical.

Ils avaient eu la bonne fortune de compter parmi les heureux de la profession, ils purent donc ne marchander ni leur temps, ni leur peine, et il leur est possible maintenant de montrer avec un certain orgueil une Société en plein fonctionnement et en pleine prospérité.

Vous voyez, Madame, qu'il m'était permis de dire qu'il fallait distinguer entre les Mutualités, et que la Mutualité Familiale du Corps médical Français ne ressemblait à aucune des Sociétés que vous pouviez connaître.

La Mutualité Familiale a maintenant trente années d'existence ; elle a admis près de 2.500 sociétaires ; ses réserves approchent de deux millions, et le dernier inventaire a été fait en 1921.

Vous pouvez vous adresser à elle en toute sécurité.

***

La Mutualité Familiale a été faite pour les médecins par des médecins praticiens, comme votre mari, qui, loin de vouloir réaliser des conceptions personnelles, se sont adressés à des compétences et ont marché toujours avec une prudence extrême.

Ils ont commencé par créer l'*indemnité maladie* qui s'adresse au seul médecin, puisqu'elle vise l'incapacité de travail causée par maladie ou accident.

Cette section, fondée en 1894, a déjà versé plus de 2.500.000 francs d'indemnités, et les services qu'elle a rendus en se comptent plus.

Et pourtant, jusqu'en 1921, elle ne donnait que l'indemnité journalière de dix francs ou mensuelle de cent francs !

Les conditions actuelles de la vie rendant ces chiffres par trop insuffisants, elle a ouvert en 1922 une combinaison nouvelle qui donne l'indemnité journalière de vingt francs ou mensuelle de deux cents francs. Elle n'a pas cru pouvoir aller plus loin : l'avenir dira si elle doit s' en tenir là.

C'est à cette section indemnité-maladie que le médecin doit adhérer tout d'abord, puisqu'elle répond au danger le plus immédiat qui le menace, et nous comptons sur vous, Madame, pour y décider votre mari quand vous connaîtrez les conditions dans lesquelles elle fonctionne.

Quel que soit l'accident, quelle que soit la maladie, aiguë ou chronique, la Mutualité Familiale alloue à son sociétaire, à partir du 4e jour de son incapacité de travail, et cela pendant 60 jours consécutifs, une indemnité journalière de vingt ou de dix francs selon la combinaison qu'il aura choisie ; et si la maladie se prolonge au delà de cette limite, une indemnité mensuelle de 200 ou de 100 francs, selon la combinaison, quelle que soit la durée.

C'est ainsi que je pourrais vous citer des sociétaires qui, devenus chroniques et incurables, ont touché des sommes supérieures à 20.000 francs !

Et cette indemnité, que vous jugez peut-être bien insuffisante, savez-vous comment elle est accueillie ? Lisez cette lettre qui date d'hier :

« Je remercie le Conseil d'administration, et vous en particulier, de votre bonne lettre et des sentiments que vous exprimez à mon endroit. Certainement, par ces temps de vie chère, l'indemnité mensuelle me sera bien utile, mais combien d'autres sont dans mon cas ? Dites à notre trésorier de retenir sur son envoi 50 francs pour la Caisse de secours, puisque le sort a bien voulu venir un peu à mon aide, et dites-lui que, si je le peux, je continuerai, l'an prochain, cette petite gratification. Je suis si heureux, dans ma triste situation, de constater combien j'ai eu raison de faire, jeune, de la prévoyance modeste, c'est vrai, mais utile quand même ! Je récolte, au moment où cela m'est utile, ce que j'ai semé ».

Et cette autre :

« Je vous remercie de la somme que vous m'avez envoyée comme solde de l'indemnité due à mon malheureux mari. Je ne saurai trop dire les services que nous a rendus cette indemnité, servie depuis de si longues années par la Mutualité Familiale. La mort de mon mari me laisse dans une situation qui est loin d'être brillante ; vous me permettrez cependant de faire, en témoignage de reconnaissance, un don de 40 francs à la Caisse de secours, c'est bien peu, mais c'est tout ce que je puis faire ».

Je pourrais continuer des citations de ce genre, elles abondent.

Quelles sont donc les cotisations annuelles à verser ?

Elles varient avec l'âge d'entrée.

En voici quelques-unes pour l'indemnité de 20 francs :

30 ans......	163 fr.	40 ans......	208 fr.
35 ans......	182 fr.	45 ans.......	239 fr.

La limite pour l'entrée est 45 ans.

Et pour l'indemnité de dix francs :

30 ans......	75 fr.	40 ans	96 fr.
35 —.....	84 fr.	45 —.......	110 fr.
38 —.....	91 fr.	50 —.......	129 fr.

La limite pour l'entrée est 50 ans.

Ces cotisations, calculées sur les résultats donnés par la Société elle-même pendant 26 années de fonctionnement, représentent exactement le coût de l'indemnité maladie.

***

Mais la participation aux combinaisons qui donnent l'indemnité maladie cesse à 65 ans. Fallait-il donc abandonner tout d'un coup le sociétaire infirme

ou chronique, habitué à recevoir son indemnité mensuelle ?

Les fondateurs de la Mutualité Familiale ne l'ont pas pensé ; et, s'ils ont reconnu l'impossibilité de continuer les secours pendant la vie entière avec une cotisation modérée, ils ont créé une combinaison *retraite* qui vient servir la pension le lendemain même du jour où cesse le droit à l'indemnité maladie.

Pendant un certain nombre d'années, les droits à l'indemnité-maladie, d'une part, à la retraite de l'autre, ont formé une combinaison unique ; mais des sociétaires ont fait observer qu'il serait préférable de séparer complètement l'élément retraite ; d'autres ont réclamé la possibilité de la retraite à 60 ans, si bien que les errements anciens ont été modifiés.

La Mutualité Familiale a donc maintenant une section *retraites* qui comporte deux combinaisons, l'une donnant la retraite à 65 ans, l'autre la donnant à 60 ans.

Ces combinaisons sont indépendantes des combinaisons indemnité-maladie, mais elles peuvent se combiner avec elles, de sorte que le médecin peut, à sa volonté, adhérer à une combinaison retraite seulement, ou bien à une combinaison indemnité-maladie et à une combinaison retraite en même temps.

Bien plus, le même sociétaire peut adhérer à la fois aux deux combinaisons retraites, de sorte qu'il peut s'assurer une première pension à 60 ans et une seconde à 65 ans.

La Mutualité Familiale a plié son organisation à tous les besoins comme à tous les désirs.

Et, comme il ne fallait pas que les versements faits par le médecin en vue de se constituer une retraite personnelle pussent porter le moindre préjudice à sa famille, faculté lui a été donnée de contre-assurer ses versements, de telle sorte que, s'il venait à mourir prématurément, le total de ceux-ci fût restitué à ses ayants droit.

Pour rendre les combinaisons retraites accessibles à toutes les bourses, la part type de retraite fut fixée à 120 francs, avec faculté de prendre tel nombre de parts qui agrée jusqu'à concurrence de vingt.

Le médecin a donc la faculté de s'assurer une retraite de 120 fr., 240 fr., 360 fr. et ainsi de suite jusqu'à 2.400 francs, somme qui constitue actuellement le maximum pour la combinaison. Mais, comme il peut entrer aux deux combinaisons, il peut, à 65 ans, arriver à un maximum de 2.400 + 2.400 = 4.800 francs.

La loi exigeant une participation de quinze années, la limite d'âge pour l'entrée est 45 ans pour la pension à 60 ans et 50 ans pour la pension à 65 ans.

La cotisation varie naturellement avec l'âge d'entrée ; elle varie également selon qu'elle est ou non contre-assurée.

A titre d'exemples, voici les chiffres pour quelques âges :

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre-assurée
	Retraite à 65 ans.	
30 ans	87 fr.	108 fr.
35 —	121 »	150 »
40 —	172 »	214 »
45 —	256 »	316 »
50 —	408 »	493 »
	Retraite à 60 ans.	
30 ans	154 fr.	181 fr.
33 —	188 »	222 »
35 —	217 »	255 »
37 —	252 »	295 »
40 —	320 »	372 »
45 —	701 »	575 »

Ces chiffres s'appliquent à la pension de 1.200 fr. Pour 2.400 fr. ils doivent être doublés ; pour un nombre de parts intermédiaires, ils doivent être multipliés par $n/12$, n représentant le nombre de parts.

Dans tous les cas, on voit qu'ils n'ont rien d'excessif.

* * *

Je ne me suis occupé jusqu'à présent que du médecin lui-même : j'ai envisagé le cas où il adhérait à une combinaison maladie, à une combinaison retraite, ou à plusieurs combinaisons à la fois. Il est évident qu'en se protégeant personnellement, il protège aussi sa famille ; mais la Mutualité Familiale a été plus loin : elle a ouvert les combinaisons retraite aux femmes des sociétaires.

De telle sorte, Madame, que, si votre mari est inscrit à l'une quelconque des combinaisons, vous pouvez vous-même entrer à une combinaison qui vous donnera la retraite, à vous personnellement, soit à 60 ans, soit à 65 ans.

Et cela dans des conditions absolument identiques à celles qui s'appliquent à votre mari : ce sont les mêmes chiffres, les mêmes dispositions statutaires.

Vous pouvez donc, vous-même, prendre à chacune des deux combinaisons une retraite allant au maximum de 2.400 francs.

Je suppose, Madame, que votre mari, âgé de 35 ans s'est assuré une pension de 2.400 fr. à 65 ans et que vous-même, âgée de 30 ans, vous preniez la même pension de 2.400 fr. à 60 ans ; cela vous donnera, vers 1960, une pension totale de 4.800 francs pour le ménage.

Contre assurée, la cotisation sera de 300 + 362= 662 francs.

Le sacrifice n'est pas énorme, si on le compare aux avantages assurés par la Société. Et, je vous l'ai dit, en cas de décès, les sommes versées pour la pension seraient intégralement remboursées.

Vous pouvez avoir une préoccupation : si votre mari venait à mourir, vous pourriez vous trouver

gênée pour continuer le payement de votre cotisation personnelle.

La Mutualité familiale a encore prévu le cas: si le médecin meurt, sa veuve peut, bien entendu, continuer ses versements, mais elle peut aussi les cesser pour avoir, à l'âge voulu, une retraite proportionnelle ; — la seule condition exigée est qu'elle ait effectué cinq versements annuels.

Et si, pour une cause quelconque, votre mari ou vous-même étiez dans l'impossibilité de payer cette cotisation ?

Il n'y aurait pas non plus déchéance et, sous la condition des cinq versements annuels statutaires, la retraite proportionnelle serait encore acquise.

J'ajoute que faculté est toujours donnée aux adhérents de reprendre les versements en souffrance pour revenir à la retraite complète, sauf pourtant dans les quatre dernières années qui précèdent l'entrée en jouissance de cette retraite.

***

Mais ce n'est pas tout encore ; la Mutualité Familiale, après s'être préoccupée du médecin, de sa femme, a voulu s'occuper de ses enfants.

Elle vient d'admettre aux combinaisons *retraite* les enfants des sociétaires à partir de 20 ans.

— Pourquoi, me direz-vous peut-être, avoir attendu si tard et ne pas les avoir pris plus jeunes ?

C'est que, au-dessous de vingt ans, le système des cotisations annuelles n'est peut-être pas le plus recommandable en raison du grand nombre des cotisations à verser et des chances de défaillance. Il est plus avantageux de s'adresser à la Caisse nationale de retraites.

Mais à partir de 20 ans, vos enfants, Madame, peuvent être admis dans les mêmes conditions que vous-même.

Et voyez l'intérêt que la chose peut présenter :

Il s'agit d'un garçon ? — Le père, en l'inscrivant à la Mutualité Familiale, lui inculquera de bonne heure les idées de prévoyance : pour une somme infime qu'il lui sera facile de continuer par la suite, il lui assurera une retraite, soit à 60, soit à 65 ans.

Et s'il s'agit d'une fille ? —La chose est plus importante encore. Les conditions actuelles font qu'un grand nombre de jeunes filles se trouveront dans l'impossibilité de se marier, qu'elles resteront forcément célibataires, qu'elles devront se créer une situation... Vous avez certainement, Madame, pensé à une telle éventualité. Ne seriez-vous pas heureuse de pouvoir assurer à votre fille une pension de retraite pour ses vieux jours ?

Vous la ferez entrer à la Mutualité Familiale, certaine que celle-ci ne l'abandonnera pas, sachant qu'elle a prévu le cas où le payement de la cotisation deviendrait impossible malgré les chiffres réduits que vous connaissez.

Dans ce cas, généralement, il n'y aura pas besoin de contre-assurer les versements : sachez pourtant que cette contre-assurane reste facultative et que, si elle n'est pas envisagée dès l'entrée dans la Société, elle peut toujours être demandée à une période quelconque du sociétariat pour les versements ultérieurs : la chose a son importance si l'enfant, garçon ou fille, vient à se marier ultérieurement.

Tous les cas ont été prévus.

***

La Mutualité Familiale, après avoir créé l'indemnité maladie pour le médecin, la pension de retraite pour le médecin, sa femme et ses enfants, a voulu envisager un dernier risque, la mort ; elle a institué une troisième section donnant la *pension viagère à la veuve*.

Moyennant une cotisation annuelle déterminée par les âges respectifs de la femme et du mari au moment de l'entrée, le sociétaire assure, en cas de prédécès, à sa veuve une pension de 600 francs.

Vous me direz, Madame, que cette somme est bien médiocre et je suis de votre avis. Pourquoi donc la pension n'est-elle pas plus élevée ? — Parce que le nombre des adhérents est insuffisant.

Nombreux pourtant avaient été les confrères qui nous avaient sollicités de créer la pension aux veuves : nous avions reçu plus de 400 lettres d'adhésion... Et quand est arrivé le moment de la réalisation, nous avons eu 40 inscrits !

Actuellement, il y en a soixante.

Cette combinaison ne donne pas ce que nous avions espéré, nous n'hésitons pas à le dire, et cependant elle rend de signalés services. Vous citerai-je une veuve, dont le mari avait versé tout juste deux cotisations, soit 648 francs, et qui touche la pension de 600 francs depuis neuf ans déjà ? Telle autre dont le mari a versé 1.162 fr. et qui se trouve pensionnée à 40 ans ?

Peut-être les femmes des médecins se sont-elles un peu trop désintéressées : songez donc, 600 francs de pension, quelle misère ! Cela n'en vaut pas la peine. Et cependant, c'est le nombre seul qui pourrait permettre de doubler.

Les cotisations annuelles sont peu élevées ; elles ne se payent que jusqu'à 65 ans ; elles peuvent être remplacées par un versement unique à l'entrée, ce qui permet de connaître exactement le chiffre auquel on s'engage.

D'autre part, la pension part du lendemain du décès du sociétaire et est viagère pour la veuve. Celle-ci vient-elle à mourir, la pension est reversible sur les enfants mineurs.

Le cas vient de se produire et voici ce que m'écrivait, il n'y a pas un mois, le tuteur des pauvres orphelins :

« Ce geste de solidarité démontre puissamment l'importance et la nécessité d'une véritable

Mutualité. Merci au nom des enfants mineurs, merci au nom des père et mère défunts qui voient d'outre-tombe cet acte de solidarité, la mère si fière de sa nombreuse famille, le père si généreux et si désintéressé ! Que les membres de votre Société soient épargnés d'un tel malheur, et puissiez-vous récupérer au centuple tout le bien que vous faites ! »

Enfin, en faisant entrer sa femme à une combinaison retraite et en entrant lui-même à la combinaison *pension aux veuves*, le sociétaire assure la possibilité de payement de la cotisation qui donnera la retraite. En effet, s'il vient à mourir, sa femme reçoit immédiatement la pension comme veuve, et cette pension lui permet de continuer ses versements à la combinaison retraite jusqu'au jour où elle entrera en possession de cette dernière qui se trouvera alors augmentée de la pension de 600 fr. qui continue toujours.

Je crois, Madame, que si vous faisiez comprendre à votre mari les réels avantages de cette combinaison, nous verrions le nombre de ses membres augmenter rapidement et, je le répète, le nombre permettrait d'envisager une pension plus élevée.

***

Vous avez bien voulu, Madame, me suivre jusqu'au bout et je vous en remercie.

J'espère vous avoir montré que la Mutualité Familiale est vraiment l'œuvre solide, durable et digne du Corps médical que je vous annonçais.

Vous dirai-je que son Conseil d'administration est composé des dirigeants des grandes sociétés médicales ?

Directeur et membres du Conseil du *Concours médical* ;

Président et membres du Conseil du « Sou médical » ;

Président et membres du Conseil Général de l'Association générale des médecins de France ;

Membres des Conseils de Sociétés locales et de la Société centrale ;

Directrice de l'Ecole Florence NIGHTINGALE, à Bordeaux.

Puis-je maintenant, Madame, vous demander de recommander la Mutualité Familiale à votre mari ?

En lui persuadant d'entrer à ses diverses combinaisons, vous ferez œuvre utile, utile pour lui, utile pour vous, utile pour vos enfants.

Mais ce n'est pas tout ; il faut encore que vous lui démontriez la nécessité de vous affilier à une combinaison retraite.

Vous allez hésiter, je le sens, car il s'agira de vous-même. Réfléchissez cependant que votre pension personnelle s'ajoutera à celle de votre mari dans vos vieux jours, que vous en bénéficierez tous les deux ; réfléchissez aussi que, si le malheur voulait que vous le perdissiez plus tôt, ce serait certainement une consolation pour lui de savoir qu'il ne vous laisse pas sans ressources suffisantes.

Enfin, vous penserez à vos enfants, et ici, je n'ai plus de crainte, car votre cœur de mère saura trouver les arguments décisifs.

Et si votre mari vous répond que sans doute tout cela est fort intéressant, qu'il y réfléchira, qu'on en causera, vous vous souviendrez que l'insouciance est le grand mal des médecins, que leurs bonnes intentions sont annihilées par les préoccupations du labeur quotidien, et que l'oubli arrive bien vite.

Vous ne laisserez pas enfouir ce numéro de journal sous un monceau de paperasses où il ne se retrouverait plus ; vous le conserverez par devers vous en bonne place.

Vous, Madame, vous saurez le retrouver et le relire, vous saurez le remettre sous les yeux de votre mari au bon moment et, comme vous le savez plus préoccupé qu'il ne paraît de l'intérêt des siens, vous l'amènerez à prendre une décision ferme dont plus tard il vous saura le plus grand gré, vous le savez aussi bien que moi.

Enfin, si votre mari n'est pas suffisamment éclairé, s'il désire des renseignements complémentaires, des chiffres précis, vous écrirez vous-même au Dr Mignon (Le Vésinet, Seine-et-Oise), notre secrétaire général et, qui sait ? Puisque je fais appel aux femmes des médecins, c'est peut être Madame Mignon qui vous fera la réponse.

A. GASSOT.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,

(THIRON ET Cie, SUCCESSEURS).

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

sent d'être dus en même temps que celle-ci (Req. 26 oct. 1903, Dalloz 1904, 1, 310, et 4 autres arrêts).

Mais la Cour ne veut pas dire que la créance est éteinte pour le passé, par le fait seul que le chiffre de la rente est déterminé.

La thèse du juge de paix de Saint-Etienne est d'ailleurs, croyons-nous, inadmissible ; la loi de 1898, après avoir indiqué dans son art. 16 que les contestations relatives aux frais funéraires, aux frais de maladie et aux indemnités temporaires, seraient jugées par le juges de paix, ajoutait dans son art. 17 : « En ce qui concerne les *autres indemnités*, le président convoque... etc... S'il y a accord, l'indemnité est définitivement fixée. »

La loi du 31 mars 1905, en modifiant les dispositions ci-dessus, les a alourdies par un très grand nombre d'incises, mais elle n'en a pas altéré le sens. Au lieu de dire « s'il y a accord », elle a d'ailleurs spécifié :

« En cas d'accord entre les parties, conforme aux prescriptions de la présente loi, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du président qui en donne acte en indiquant, sous peine de nullité, le salaire de base et la réduction que l'accident aura fait subir au salaire. »

Ainsi doit-on soutenir que sous le régime ancien, on devait tout au moins présumer que l'accord conclu entre l'ouvrier et le patron ne portait pas sur les frais médicaux ; depuis la loi de 1905, qui a eu précisément pour but d'éviter des abus très caractéristiques, l'accord pour être définitif, doit être conforme à la loi, et par conséquent l'ouvrier ne peut abandonner ce qui est légitimement dû.

Nous ajoutons que, contrairement à la décision du Juge de paix, nous croyons qu'on doit soutenir qu'un lien direct existe entre le médecin et le patron : en lui accordant la possibilité d'agir contre celui-ci, l'art. 4 n'a pas voulu lui donner l'action oblique de l'art. 1166 du Code civil ; il a reconnu que le patron était tenu vis-à-vis du médecin, parce qu'en réalité, en soignant l'ouvrier, il fait bénéficier le patron de son concours, et remplit une obligation dont la charge pèse sur celui-ci. Suivant l'expression de M. le Conseiller à la Cour de Cassation Sachet, « il acquitte sa dette ».

La jurisprudence nouvelle de la Cour de Cassation (4 juillet et 19 octobre 1921) d'après laquelle la créance du médecin se prescrit par un an, comme celle de l'ouvrier, n'est pas, à notre avis, de nature à infirmer cette solution.

Enfin, admettre que l'ouvrier peut transiger sur les honoraires dus au médecin, dont il ignore le montant, et dont il n'est pas capable de discuter le chiffre, ce serait faciliter les plus graves abus.

Nous conseillons donc, de la manière la plus formelle, de poursuivre le recouvrement. Même si le Dr A. devait aboutir à un échec, ce que nous ne croyons pas possible, cet échec serait encore utile à la cause du corps médical, car il démontrerait la nécessité de modifier la loi.

P. Nattan-Larrier,
Avocat à la Cour,
Docteur en Droit,
Conseil du « Sou Médical ».

L'exercice de la médecine dans les colonies

Le « Sou Médical », ayant reçu d'un de ses adhérents, qui exerce au Tonkin, une plainte contre la concurrence qu'y rencontrent les médecins civils libres, de la part des médecins coloniaux, en a saisi directement le Ministère des Colonies, dont il a reçu la réponse suivante :

Ministère des colonies

Inspection générale du service de santé.

Paris, le 5 février 1923.

Monsieur le Secrétaire général du « Sou Médical »,

Par lettre en date du 22 décembre 1922, vous avez bien voulu me demander de « veiller à ce que l'exercice de la médecine dans nos colonies, et, plus particulièrement, en Indochine, soit réglementé, de manière à permettre aux *médecins civils libres* de vivre de l'exercice normal de leur profession, par conséquent, sans avoir à subir la concurrence de leurs collègues, militaires et fonctionnaires. »

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la question sur laquelle vous attirez mon attention aujourd'hui a déjà fait l'objet d'études nombreuses du département des colonies, depuis de longues années, à la suite d'interventions de même nature.

Cette question se résume dans l'opposition de deux catégories d'intérêts : d'une part, l'intérêt particulier, très légitime, des médecins civils libres établis aux colonies, qui désirent être *seuls* autorisés à exercer la médecine privée ; d'autre part, l'intérêt général des collectivités, européennes et indigènes, qui exige en tout temps et particulièrement en temps d'épidémie, un nombre de médecins proportionnel au chiffre de la population et des malades ; enfin, il convient de l'ajouter, l'intérêt des particuliers, européens et indigènes, qui invoquent le droit de recourir au médecin de leur choix, spécialiste ou non, pour eux et leur famille.

Plus que partout ailleurs, cette dernière considération a son importance aux colonies, où les médecins civils, non rétribués par l'administration, sont clairsemés, où les moyens de communication sont parfois précaires, et où le médecin est l'agent de pénétration de l'influence française le plus apprécié des populations indigènes quand il sait gagner leur confiance.

Au demeurant, les conditions de l'exercice de la médecine ne sont pas les mêmes aux colonies qu'en France, au point de vue pratique, et, tout en sauvegardant les droits des praticiens libres qui d'ailleurs réussissent toujours, quand ils sont de valeur, les pouvoirs publics ont pour premier devoir de prendre l'intérêt du malade et de la collectivité.

Dans ces conditions, le département a été amené, pour concilier les nécessités et les intérêts en cause, tout en évitant de mettre obstacle au courant d'émigration, si désirable, des médecins civils, de la métropole vers nos diverses colonies, à décider par une circulaire n° 238, du 18 octobre 1909, toujours en vigueur, que l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, aux colonies, serait interdit, dès que le nombre des médecins civils y serait jugé suffisant.

Cette même circulaire a stipulé que les gouverneurs généraux et gouverneurs des colonies, qui sont seuls à même de connaître à tout moment les besoins de leurs administrés, fixeraient les localités de leur Gouvernement où les médecins civils seraient en nombre suffisant pour assurer tous les besoins de la population et où, par suite, l'exercice de la médecine civile serait interdit aux médecins militaires.

La circulaire ministérielle n° 238, vise, il est vrai, les seuls médecins militaires, et non les médecins civils rétribués par l'administration, et vous demandez que les mêmes mesures soient prises vis-à-vis de ces derniers.

Votre demande me paraît équitable, et je me propose de vous donner satisfaction en étendant les dispositions de la circulaire précitée aux médecins civils rétribués par l'administration.

En conséquence, lorsque le nombre des médecins civils, non rétribués par l'administration, présents dans une localité, aux colonies, sera reconnu suffisant par le gouverneur, pour permettre à la population européenne et indigène de trouver auprès d'eux tous les soins médicaux et chirurgicaux auxquels elle est en droit de prétendre, il sera interdit aux médecins militaires, ainsi qu'aux médecins civils rétribués par l'administration, d'exercer la médecine privée dans les dites localités. Une décision locale fixera le périmètre à l'intérieur duquel s'appliquera cette interdiction.

Recevez...

Signé : Illisible.

L'impôt sur les bénéfices de guerre peut-il être déduit du revenu imposable ?

Par votre lettre du 14 courant, vous voulez bien nous poser la question suivante :

« L'impôt sur les bénéfices de guerre peut-il être déduit du revenu global ou cédulaire »?

Voici notre réponse :

« La contribution extraordinaire sur les béné-

fices supplémentaires faits pendant l'une des 6 périodes comprises entre le 1er août 1914 et le 30 juin 1920 est un partage de bénéfices entre le contribuable et l'Etat associé, imposé par la loi du 1er juillet 1916.

Il en résulte que la part de l'Etat ne peut être inscrite dans les frais généraux comme le serait une charge de la profession.

Mais d'un autre côté, on ne peut percevoir d'impôt sur la part de l'Etat ; par conséquent, pour le calcul de l'impôt cédulaire et de l'impôt global, on procède de la manière suivante :

Supposons que le contribuable en cause ait fait pendant l'année 1919, par exemple, un bénéfice total de	60.000 fr.
Que son bénéfice normal d'avant-guerre, soit de	20.000 fr.
Son bénéfice supplémentaire sera égal à	40.000 fr.
Avant le calcul de la contribution de guerre, on déduit en vertu de l'art. 12 de la loi du 1er juillet 1916	5.000 fr.
Reste à taxer à 50 %	35.000 fr.
Ce qui donne comme contribution ou part de l'Etat	17.500 fr.

Le bénéfice réellement encaissé en 1919 par le contribuable est égal à 60.000 — 17.500 = 42.500 fr

C'est cette somme qui doit figurer dans la déclaration des bénéfices professionnels soumis à l'impôt cédulaire et à l'impôt général sur le revenu.

A. Martinot.
Directeur du *Contribuable Français*.
Conseiller fiscal.

Rachat de la rente d'une victime du travail.

Voulez-vous me permettre de mettre à contribution les bons conseils du *Concours*.

Voici ce dont il s'agit :

Une homme, au cours de son travail, a l'extrémité de l'index gauche sectionnée par un vasistas qui lui tombe dessus.

La Compagnie lui accorde, devant le Tribunal, une rente de 70 fr.

Au bout de 3 ans, la Compagnie lui propose de liquider cette rente et lui offre pour cela 100 fr., en tout et pour tout.

A quelle somme cet homme peut-il prétendre ? Y a-t-il une règle proportionnelle que l'on applique automatiquement dans ce cas ? Capital proportionnel, par exemple à celui que représente la rente allouée de 70 fr. ?

Dr A.

Réponse.

La rente d'un blessé du travail, lorsqu'elle

n'est pas supérieure à 100 francs et que le rentier est majeur, peut être rachetée par l'allocation d'un capital. Mais ce rachat ne peut être effectué que d'après le tarif spécial prévu par la loi pour le versement du capital représentatif des rentes.

Le tarif varie, bien entendu, avec l'âge de la victime, comme avec l'importance de l'infirmité. Il est dans tous les cas bien supérieur à ce qui est offert à votre client.

Par exemple, pour les petites réductions de salaires, de 12 fr. 50 pour cent au plus (c'est le cas sans doute de votre client), le prix d'une rente de un franc pour un homme de 40 ans serait de 14,2522, c'est-à-dire qu'une rente de 70 francs devrait être rachetée pour le prix de 997 fr. 65.

Si vous voulez bien nous indiquer l'âge de l'intéressé, nous pourrons vous dire exactement à quel capital, il aurait droit.

Exercice simultané de la médecine et de la pharmacie.

Abonné du *Concours médical* auriez-vous l'amabilité de me renseigner sur le point suivant.

Un médecin exerce depuis trente-deux ans la médecine générale, mais il possède depuis trente ans son diplôme de pharmacien, sans jamais avoir ouvert d'officine.

A l'époque où il a acquis ces deux diplômes, la loi lui accordait le droit d'exercer à la fois les deux professions et d'être rétribué à la fois comme médecin et comme pharmacien ; en a-t-il encore le droit ?

Moins actif avec l'âge et ayant près de lui de jeunes confrères actifs, il chercherait à diminuer son rayon, à ne conserver que les clients de la localité où il réside et à ouvrir une pharmacie ; le peut-il malgré que la localité compte déjà plusieurs pharmaciens ?

N'ayant pas bénéficié des avantages que lui conférait son diplôme de pharmacien pendant trente ans, a-t-il encore les mêmes droits qu'au début de sa carrière ? S'il devait renoncer à la médecine et ne faire que de la pharmacie ce serait pour lui un gros risque : aussi je serais très heureux d'être renseigné.

Dr X.

Réponse.

Le titulaire des deux diplômes de docteur en médecine et de pharmacien est parfaitement en droit d'exercer simultanément les deux professions. La loi n'a jamais supprimé ce droit et si, lors de la discussion de la loi sur l'exercice de la médecine, il avait été question d'interdire l'exercice cumulé de la médecine et de la pharmacie, cette interdiction n'a pas trouvé place dans la loi du 30 novembre 1892.

Vous pouvez donc parfaitement, quelle que soit la date à laquelle remonte votre diplôme de pharmacien, ouvrir une officine, tout en continuant à exercer la médecine. Il n'y a pas de pres-

cription qui puisse s'appliquer à un diplôme dont il n'a pas été fait usage.

Application du Tarif Breton

I

Abcès profonds

Comme membre du « Sou » et du *Concours*, je vous serais reconnaissant de vouloir bien me fixer sur le point suivant.

L'ouverture d'un gros phlegmon du creux de l'aisselle, avec drainage, ayant nécessité l'anesthésie générale, doit-elle être assimilée, au point de vue tarif Breton, à un « abcès profond non viscéral », soit 100 fr. ou à un panaris de la gaine, soit 35 fr.

La Compagnie d'assurances prétend qu'il y a des jugements récents en faveur de la 2e hypothèse.

Dr H.

Réponse.

Puisque vous avez été obligé d'employer l'anesthésie générale, c'est que vous aviez affaire à un gros phlegmon, assez grave pour être tarifé comme « abcès profond non viscéral : 100 francs. »

Dr F. DECOURT.

II

Brulûres

Comme abonné au *Concours médical*, je me permets de vous demander les renseignements suivants :

Comment dois-je établir ma note d'honoraires pour l'accident du travail ci-dessous énoncé :

« Brûlures des 2e et 3e degrés :

1° De la jambe et du pied droits ;
2° De la jambe, cuisse et fesse gauches ;
3° Du thorax ;
4° Du bras gauche.

Pendant le mois d'*octobre*, j'ai fait 17 pansements pour chacune de ces brûlures, c'est-à-dire :

17 pansements jambe et pied droits ;
17 pansements jambe, cuisse et fesse gauches ;
17 pansements du thorax ;
17 pansements bras gauche.

A partir du 1er novembre, le bras gauche et le thorax sont guéris et je fais pendant le *mois de novembre*, 16 pansements jambe et pied droits ;
16 pansements jambe, cuisse et fesse gauches.

En décembre, la jambe et le pied droits sont guéris et je fais :

10 pansements, jambe et cuisse gauches.

En janvier, 3 pansements au mollet gauche qui achève de se cicatrieser.

Dr R.

Réponse.

1° Pour les 17 premiers pansements d'octobre : « vaste brûlure : 100 fr. par séance (art. 28).

2° Pour les 16 pansements de novembre : 50 f. par séance.

3° Pour les 10 pansements de décembre : 30 fr. par séance. Il n'y a pas là surface « d'un membre » complet ; d'autre part, c'est plus grand que « moyenne brûlure ». D'où *échelon intermédiaire* de tarif que j'ai déjà proposé plusieurs fois, avec acceptation du médecin et de l'assurance.

4° Pour les pansements de janvier : 15 fr.

5° Total : 1.700 + 800 + 300 + 45 = 2.845 fr. en 1re catégorie.

Dr F. DECOURT.

Application du Tarif Maginot

I

Ponctions.

Voudriez-vous demander à notre confrère le docteur Decourt si je dois accepter les diminutions suivantes faites à ma note d'honoraires pour soins donnés aux réformés ?

J'ai porté : 3 ponctions d'abcès froid avec injection modificatrice à 20 fr. soit 60 fr.

Ma note est réduite à 54 fr.

Ponction de la vaginale 30 fr., ma note est réduite à 18 fr.

A quoi sert le tarif ?

Il ne s'agit dans aucun de ces cas d'abcès profond, soit 3 visites.

Vous seriez bien aimable de me dire ce que je dois faire.

Dr C.

Réponse.

Votre note est-elle antérieure ou postérieure à l'application du tarif actuel, soit au 22 juillet 1922 ? Je la suppose postérieure et relevant du tarif officiel du 25 octobre. Auquel cas, je ne comprends pas les réductions de votre note. Vous n'avez pas à les accepter, mais à en référer à la Commission de contrôle.

Il n'en serait pas de même si elle était antérieure au 22 juillet. En ce cas, le prix de vos interventions dépendrait non plus du tarif actuel immuable, mais du ... « bon plaisir » de la Commission.

Dr F. DECOURT.

II

Pansements. Injections.

Un peu de vos lumières, s'il vous plaît, pour éclairer ma lanterne.

L'ancien tarif des frais médicaux pour soins donnés aux mutilés porte :

Injection intra-veineuse, toutes catégories : 3 visites, soit 18 fr.

Le nouveau tarif porte bien spécifié : injection intra-veineuse cyanure d'Hg, 40 fr. la 1re, 30 fr. les suivantes.

Je ne crois pas qu'il y ait diminution de ce prix suivant le nombre d'habitants d'une commune. En tous cas, je ne le vois nulle part spécifié.

Je suis donc dans mon droit en comptant ce chiffre pour un malade habitant une localité de 1.800 habitants.

Il s'agit toujours de ce même malade qui vient de passer 18 mois dans une clinique privée où il a subi plusieurs opérations pour foyers disséminés d'ostéomyélite et finalement l'amputation d'une jambe.

Ne pouvant rester indéfiniment dans cette clinique qui avait du reste un effet déplorable sur son moral, ce malade est revenu au milieu des siens et a besoin de soins *journaliers*.

J'insiste car je suis à la lettre le traitement du professeur Grégoire de Paris.

2 semaines de cyanure (injection intra-veineuse).

3 semaines stannoxyl (inj. intra-mus.).

2 semaines de repos. Mais pansements *quotidiens* avec l'asepsie la plus minutieuse pour un foyer frontal suppuré qui, de temps en temps, laisse encore sourdre quelques brins d'esquilles, foyer ouvert depuis plusieurs mois.

Que dois-je compter d'après vous pour les injections intra-veineuses que je fais en même temps que le pansement, c'est-à-dire dans la même visite ?

Pour les injections intra-musculaires qui sont également pratiquées en même temps que le même pansement, d'où *deux* actes opératoires, dont chacun est régulièrement compris dans le tarif d'une visite.

Dois-je compter 2 visites ou une seule ?

Enfin, peut-on obliger ce pauvre malade à reprendre le chemin d'un hôpital agréé ou d'une clinique ?

Ce serait inhumain d'autant plus qu'il a ici des occupations sérieuses qu'il compte reprendre, car sa pension ne lui suffit pas pour subvenir à ses besoins.

Dr I.

Réponse.

1° Pas de *catégorie* pour les interventions. Seuls les prix de visite ou de consultation sont divers, suivant le domicile du blessé.

2° Les pansements sont compris dans le prix de la visite ou de la consultation (art. 60). Sauf les pansements spéciaux prolongés et très compliqués (à soumettre à l'appréciation de la commission de contrôle) (art. 74) et qui sont alors de 10 à 30 fr.

3° Les injections intra-veineuses sont tarifées 20 fr., sauf celles d'arsenobenzol qui le sont : 40 fr. la 1re, et 30 fr. les suivantes. Quant aux injections intra-musculaires, elles ne sont pas tarifées. Donc comptez, pour ces dernières « visites simples » et pour les premières 20 fr., mais sans compter, ce jour-là, de visite, car il y aurait cumul.

4° Il n'y a aucune loi *obligeant* un malade à entrer dans un hôpital, s'il ne le désire pas ».

Dr F. Decourt.

Quarante-cinquième année, N° 11 18 Mars 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy. Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray, S. Vivant
Monte-Carlo : P. Gasquet,
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet. Lisle (*Ophtalm.*) P. Vitrac (*ch.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr Baumann, de Feuquières (Oise), la somme de vingt francs, pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux du* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 120. — On dem. personne dévouée 30 à 45 ans pr garder enfant délicat et préparer son éducation. Pressé.

N° 121. — Maison de repos ouverte tte l'année pr jeunes filles convalescentes ou en vacances, logement et nourriture de 10 à 12 fr. par jour, S'adr., 9, rue de Madame, à Marly-le-Roi (S.-et-O.).

N° 122. — A céder neufs : Doyen, Traité de chirurgie tomes 1, 2, 3, 4, ensemble 125 fr. Doyen : Atlas anatomie topogr. 279 planches photo, 60 fr. Contre remb. franco Dr, 74 R. Henri-Martin, Tours.

N° 123. — Hte-Garonne. A vend. Renault 9 HP 2 cyl. Dr Mathieu, Villefranche-Lauraguais.

N° 124. — Banlieue immédiate Paris, à céder bon poste 31.000 touchés, fixes transmissibles, peu de frais.

N° 125. — Occasion. A vendre 4 postes complets de radiologie et accessoires divers. Ecr. Verjat 110 fbg. Poissonnière. Paris.

N° 126. — Pr cause achat voiture plus forte, à vend. Mathis, mai 1921, 3 pl. 1/2, 10 HP revisée récemm. marche parfaite. Dr Arnaud, à Voiteur (Jura).

N° 127. — Maison de santé chirurgicale à vend. à Pau en plein rendement, install. moderne, se presser. Ecr. Vitrac, 31, rue Carnot, Pau.

N° 128. — A vend. parfait état, install. radiologie Gaiffe complète, bobine, crédence, interrupt. cupule, localisateur, écran, platino-cyanure, etc. Dr Nandrot, Montargis (Loiret) joindre timbre.

N° 129. — De Dion 1913, pas roulé guerre, état marche parfait garanti, 4.000 fr. cause achat voiture transport malade couché, inutile faire offre inférieure. Dr Bayssellance, Eymet (Dordogne).

N° 130. — Médec. fr. 33 a. actif, au courant pratique médec. disposant de son temps, dem. à visiter confr. pr. représentat. de spécialités sérieuses de Paris ou banlieue.

N° 131. — A céder à Paris en plein centre bonne clientèle faisant 50.000 fr. Reprise urgente. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e.

N° 132. — A céder à Paris très ancien cabinetde consult. Rapport 60.000 3 après-midi par semaine. Affaire suscept. d'une très grosse augmentat. par publicité. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e.

N° 133. — Dr louerait ou achèterait avec facilités payement grande villa Côte d'Azur, ayant 20 pièces au moins.

FAITS CLINIQUES

Un cas curieux de réflexe génito-nasal

Dr HAMBERT.

L'observation que nous rapportons concerne une femme de 40 ans, Mme Ch..., qui souffrait de céphalées fréquentes, à localisation frontale, parfois crucifiantes et dont le début remontait à l'enfance. Elle présentait un syndrome d'obstruction nasale partielle entretenue par une déviationdu septum nasal.

Le 7 octobre 1921, sous anesthésie locale par infiltration à la novocaïne, nous pratiquons la résection sous-muqueuse de la cloison par le procédé de Killian ; l'opération se poursuit sans incident aucun ; tamponnement nasal consécutif renouvelé tous les 2 jours pendant 4 jours. Cicatrisation de la plaie opératoire au 6e jour.

La malade qui, auparavant, voyait ses règles normalement, les voit réapparaître trois semaines après l'opération, sans modification aucune, mais au point de vue nasal elle accuse au niveau de la cloison nasale une sensation non douloureuse, mais très désagréable, et qui rappelle la sensation éprouvée lors de l'intervention, sensation de contact instrumental, de section, de morcellements, de torsion, d'arrachements cartilagineux. — L'apparition et la disparition de ces phénomènes coïncident exactement avec la durée des règles. Le même phénomène se reproduit au cours des 2e, 3e, 4e, 5e périodes menstruelles, toutefois avec une atténuation des symptômes ; il persiste encore une année et demie après l'opération, et fait partie désormais du cycle menstruel de cette femme.

L'intérêt, de pure curiosité d'ailleurs, de cette observation est d'objectiver les connexions, tant physiologiques que pathologiques, qui unissent assez étroitement les organes génitaux et l'organe de l'olfaction par l'intermédiaire de réflexes à point de départ sur la muqueuse pituitaire, en des endroits que Fleiss, de Berlin, avait déjà dénommés dès 1907 points sexuels du nez.

CORRESPONDANCE

Les mémoires d'honoraires d'assistance médicale gratuite sont exempts de timbre

Pouvez-vous me renseigner ? Les mémoires de médicaments faits aux indigents (assistance médicale gratuite) doivent-ils oui ou non acquitter le timbre de 2 fr. comme les autres mémoires communaux.

Pourriez-vous dans la négative me fournir le texte du décret sur lequel je puis m'appuyer ?

J'ai affaire ici à plusieurs percepteurs. Les uns exigent le timbre. Les autres ne l'exigent pas. Qui a raison ?

Je sais que le moyen de tourner la difficulté est de majorer sa note de 2 francs ! ! Drôle d'administration qui force à faire un faux.

Dr M.

Réponse.

Les mémoires d'honoraires pour l'Assistance médicale gratuite sont exempts de timbre, en vertu de l'article 32 de la loi du 15 juillet 1893, ainsi conçu : « Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et *autres actes* faits en vertu de la présente loi, et exclusivement relatifs au service de l'Assistance médicale sont dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement ».

Vous pouvez donc insister pour que les percepteurs payent vos honoraires sans exiger que vos mémoires soient établis sur papier timbré, ce qui est de beaucoup préférable que d'employer le subterfuge, auquel vous avez songé, subterfuge qui n'est pas d'ailleurs sans danger.

Expertises en justice de paix

Pouvez-vous par le *Concours* me renseigner sur les points suivants :

1° Le juge de paix est-il omnipotent en fait de nomination de médecin expert en matière d'accident du travail ?

2° Le blessé est-il obligé d'accepter le médecin expert nommé par le juge de paix, quand pour des raisons personnelles ou parce qu'il doute de l'impartialité de l'expert, il demande qu'un autre soit désigné ?

Le blessé doit-il accepter le médecin expert désigné par le juge de paix sous prétexte « que ce médecin est le seul qui ait été proposé par le patron » (*sic*) ?

3° Le blessé ne peut-il, comme il en a le droit au tribunal, lorsqu'il s'agit d'accident pouvant entraîner une incapacité permanente du travail, exiger la nomination de *trois médecins* ?

4° Quant un médecin expert déclare guéri un blessé que le médecin traitant estime avec raison ne pas l'être, comment empêcher le juge de paix de se ranger à l'avis du médecin expert sans tenir compte du rapport fourni par le médecin traitant ?

Dr L.

Réponse.

1° Les règles qui président à la désignation des experts en justice de paix sont un peu différentes de celles qui s'imposent aux tribunaux civils.

Le juge de paix n'est pas obligé, par exemple, de choisir des experts sur la liste officielle des experts dressée par la Cour d'Appel en exécution du décret du 21 novembre 1893. Il suffit que l'expert soit docteur en médecine, s'il s'agit d'une expertise médicale.

2° Le médecin expert nommé par le juge ne peut être récusé que pour les mêmes causes que peuvent être récusés les témoins. Les motifs de récusation sont limitativement désignés et des raisons personnelles de douter de l'impartialité de l'expert ne constitueraient pas un motif suffisant de récusation. Dans cet ordre d'idées il faudrait que l'expert eût donné des certificats sur des faits relatifs au procès.

3° Le médecin expert n'a même pas à être proposé par le patron pour que le juge puisse le commettre, et le fait qu'il a été proposé par le patron ne serait pas un motif de récusation ; le juge de paix a le droit de nommer un seul expert et l'une des parties ne peut, comme devant le tribunal civil, exiger qu'il en soit nommé trois.

4° L'opinion de l'expert ne lie pas le juge, qui peut parfaitement se prononcer dans un sens contraire aux conclusions du rapport d'expertise.

Il appartient donc aux parties de combattre ce rapport et d'en faire ressortir les erreurs. Cette contradiction du rapport peut être produite verbalement, par voie de conclusions déposées devant le juge de paix, ou par des notes remises au juge. On peut aussi demander une contre-expertise et le juge a le droit de nommer un nouvel expert. Mais il n'y est nullement contraint.

Accident du travail causé par un tiers

J'ai un de mes clients qui a eu, le 20 novembre dernier, le tibia écrasé par une roue de charrette, péroné intact. Jambe estropiée, troubles trophiques marqués. Il commence à peine à marcher.

Comment dois-je faire pour provoquer un traitement électrique que je crois utile.

Dois-je prévenir la compagnie d'assurance par l'intermédiaire du patron ? Ici, à E..., nous sommes en bons termes avec les compagnies d'assurances et

ne risquerai-je pas de froisser la Compagnie en question en ne m'adressant pas directement à elle ?

Je voudrais provoquer une consultation avec le confrère électro-thérapeute, mais il faut sans doute que j'y sois autorisé par la Compagnie.

Ce blessé a été blessé dans les circonstances suivantes : il était à la tête de son cheval quand une auto est venue tamponner l'arrière de sa charrette, causant ainsi l'accident.

Le conducteur de l'auto, un confrère vétérinaire d'ailleurs, ne nie nullement la responsabilité et il est couvert par une assurance.

Est-ce que mon blessé, outre son demi-salaire normal n'a pas droit au restant de son salaire en actionnant l'auto tamponneur ?

Dr S.

Réponse.

Nous comprenons d'après votre lettre, qu'il s'agit d'un accident garanti par la législation spéciale sur les accidents du travail.

S'il en est ainsi, l'appel à la consultation, à la visite ou à toute intervention d'un spécialiste est, aux termes de l'article 7 du tarif Breton, subordonné à un avis préalable, donné par le médecin traitant, par lettre recommandée, au patron ou à son assureur.

Puisque l'accident a été causé par un tiers, le blessé conserve le droit de réclamer contre ce tiers la réparation intégrale du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun (articles 1382 et suivants du Code civil). Il peut donc réclamer à l'auteur de l'accident le payement de son salaire entier et, en ce cas, le patron serait exonéré des obligations mises à sa charge. Il en est de même pour les frais médicaux et pharmaceutiques.

Cette action contre le tiers responsable peut être exercée par le chef d'entreprise lui-même, à défaut par la victime de l'accident d'en faire usage.

Les médecins exempts de la taxe de séjour

I

A Bourbonne-les-Bains

La chambre d'industrie thermale, au début de son fonctionnement, vient de décider d'accorder l'exemption de la cure-taxe aux médecins venant faire une saison. Elle demande, par l'émission d'un vœu semblable à celui de Vittel, que la gestion du budget lui soit confiée, avec avis du Conseil municipal, et soit entourée de moins de formalités.

Dr A. Testevuide.

II

A Lamalou

Je ne saurais trop vous remercier, et vous féliciter tout à la fois, d'avoir eu l'heureuse idée de consacrer

une colonne du *Concours médical* à la question de la taxe de séjour en ce qui concerne les médecins.

Une des premières, la station hydrominérale de Lamalou a été autorisée à percevoir la taxe de séjour. *Les médecins et leur famille ont toujours été exonérés de cette taxe.* Nous avons même considéré cette manière de procéder comme des plus légitimes, étant donnée la puissante contribution qu'apporte le Corps médical au développement de nos stations.

Dr Georges Cauvy.
Maire de Lamalou-les-Bains,
président du Syndicat d'initiative.

Exercices respiratoires et pnéoscope

Un confrère a demandé où trouver des renseignements sur les exercices respiratoires et le pnéoscope du Dr d'Heucqueville (*Concours médical*, 4 mars 1923). Il trouvera ces renseignements :

1° Dans un article d'Heucqueville, *Journal de médecine et de chirurgie de Lucas-Championnière*, 25 février 1920 ;

2° Dans le Traité de pathologie de Sergent, Appareil respiratoire, tome I, Maloine, 1922 ;

3° Dans un article de *La Côte d'Azur médicale* du mois d'octobre 1922 : *La gymnastique respiratoire autrefois et aujourd'hui* (les exercices pnéoscopiques), qui sera publié prochainement.

Dr J. R.

Paiement des honoraires accidents avant la fin du traitement

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire par la voie du *Concours*, si, au cours d'une affection grave (ostéosarcome), suite d'accident du travail et d'une durée assez longue, je puis exiger un règlement de mes honoraires par le patron tous les 6 mois ou tous les ans ou, si légalement, je dois attendre le règlement de l'affaire après guérison ou décès ?

Dr D.

Réponse.

Vous pouvez exiger le payement de vos honoraires pour soins donnés à un blessé du travail avant la fin du traitement et, en droit, aussi souvent que vous le désirerez.

Le Tribunal de paix de Rouen, 1er canton, en a ainsi jugé le 17 mars 1909 (*Concours médical*, 1912, p. 114) et la Cour de Cassation, Chambre civile, a admis cette interprétation par arrêt du 10 juillet 1918.

Accident agricole

Vous est-il possible de me donner le renseignement suivant sur un accident agricole.

Un de mes clients blessé sur une machine, juillet 1922, consolidé 5 mois plus tard avec incapacité partielle permanente se traduisant par :

4° Perte de la phalangine et phalangette de l'annulaire droit ;

2° Perte de substance dans le sens longitudinal intéressant les deux dernières phalanges de l'auriculaire. Ankylose de ce doigt.

Sur la police d'assurance datée de décembre 1920, il est inscrit que, en cas d'incapacité permanente, l'indemnité prévue sera due dans les proportions suivantes :

Perte œil, 3 doigts pied ou main ou de 2 doigts compris pouce et gros orteil, etc., 25 pour 100.

Mon blessé n'aurait-il droit à rien dans ces conditions ?

Et s'il a des droits pour une rente, comment doit-il s'y prendre pour forcer l'assurance à s'exécuter ?

Dr R.

Réponse.

Si l'accident a atteint l'ouvrier agricole alors qu'il était occupé au service d'une machine mue par un moteur inanimé, la législation spéciale sur les accidents du travail est applicable et la victime aurait alors droit à une rente, calculée d'après son salaire ou, s'il n'était pas salarié ou n'avait pas de salaire fixe, d'après le salaire moyen des ouvriers de la commune.

En nous référant au Guide Barème des Pensions militaires, qui est souvent suivi en matière d'accidents du travail, nous trouvons que, pour les lésions décrites dans votre lettre, l'incapacité pourrait être évaluée à 15 pour cent environ, c'est-à-dire que le blessé aurait droit à une rente de 7,50 % de son salaire annuel.

Mais s'il s'agit d'un accident agricole qui n'est pas survenu au service d'un moteur inanimé, c'est le droit commun qui est applicable et, pour avoir le droit d'exiger de son patron une indemnisation, le blessé devrait prouver que l'accident est survenu par suite de la faute, de la négligence ou de l'imprudence dudit patron ou de ses préposés.

Mais il aurait droit alors, en principe, à l'indemnisation intégrale des conséquences de l'accident et cette indemnisation pourrait être effectuée par l'allocation d'une rente ou d'un capital, à déterminer par les tribunaux.

Dans le cas où la faute, la négligence ou l'imprudence du patron ou de ses préposés n'existeraient pas ou ne pourraient pas être prouvées, le blessé pourrait seulement obtenir l'indemnité forfaitaire prévue par la police d'assurance du patron. Mais, il résulte de votre lettre, qu'il n'est rien prévu pour une infirmité de la nature de celle dont est atteint le blessé.

Pour faire valoir ses droits, aussi bien si c'est la législation spéciale que le droit commun qui est applicable, ce n'est pas la Compagnie d'assurances que la victime doit mettre en cause, mais bien son patron lui-même.

Il n'est dû qu'une seule cotisation au « Sou Médical »

Abonné fidèle et syndicaliste convaincu, je me permets de venir vous demander vos lumières sur un léger point de vue..

De par ma situation, je fais partie de 3 syndicats. Dois-je acquitter, aux trois syndicats, une cotisation au « Sou médical » ou seulement à un de ces syndicats

Dr P

Réponse.

L'adhésion au « Sou médical » est individuelle et non collective. On ne doit donc la cotisation qu'une seule fois, même si l'on appartient à plusieurs Syndicats.

Si vous appartenez à plusieurs Syndicats qui perçoivent eux-mêmes la cotisation de leurs membres au « Sou médical » et en font entrer le montant dans celui de la cotisation syndicale, nul doute qu'il ne vous soit facile d'éviter ce double, ou même triple emploi, en vous expliquant avec les Syndicats intéressés.

Nous sommes tout prêts, d'ailleurs, à confirmer et à appuyer vos explications, si besoin en était.

Assurance du chauffeur d'un médecin

Comment dois-je assurer mon chauffeur ? Un assureur prétend que je dois faire un contrat « accident du travail » et non « gens de maison », ce dernier ne couvrant mon chauffeur que lorsqu'il me conduit *en dehors de mes occupations professionnelles.*

Je vous serais obligé si vous vouliez bien me renseigner à ce sujet.

Dr P.

Réponse.

Un médecin n'est pas assujetti à la législation spéciale sur les accidents du travail, à moins qu'il ne soit industriel ou commerçant (ce qui est possible) ; ou qu'il n'ait adhéré volontairement à cette législation suivant les formes prévues par la loi du 18 juillet 1907.

Par suite, le chauffeur d'un médecin, sauf dans les cas sus-indiqués, n'est pas garanti par la loi sur les accidents du travail, même lorsqu'il conduit son maître pour ses occupations professionnelles.

Mais il est possible qu'une Compagnie d'assurances ait des catégories de polices telles que certains accidents ne soient assurés que sous la rubrique « accidents du travail » et d'autres sous la rubrique « gens de maison ». Il faudrait, avant de signer une de ces polices, savoir ce qu'elle garantit. Si la police « accidents du travail » garantit les accidents tombant sous l'application de la loi de 1898 et des lois subséquentes, il serait à craindre que le médecin qui l'aurait signée pour

Voir la suite page XLIII-1001

PROPOS DU JOUR

La mentalité du corps médical allemand. La réponse des praticiens de France.

Quos vult perdere Jupiter dementat.

Le *Concours médical* ne fait pas de politique: aussi, n'a-t-il pas l'intention d'aborder l'examen de la question de la Ruhr. Comme tout bon citoyen, nous savons que lorsque le drapeau de la France est engagé et son gouvernement aux prises avec de sérieuses difficultés, le devoir est de se taire. Cependant l'occupation de la Ruhr a donné lieu à des conséquences au moins inattendues, qui nous permettent d'apprécier à sa valeur la « kultur » allemande, et de juger de la mentalité des intellectuels allemands par l'effarante manifestation du corps des médecins du Reich.

Le *Matin* et l'*Intransigeant* ont relevé dans la revue médicale, *Ærtzliche Mitteilungen*, l'organe officiel des praticiens d'Outre-Rhin, la résolution votée par leur comité directeur qui interdit à tout médecin allemand de donner ses soins à un Français ou à un Belge, avant que la Rhur soit évacuée.

Il va sans dire que cette décision a reçu l'approbation de la grande majorité de la presse allemande. Cependant, la *Gazette de Voss* et la *Suddeutsche Sonntagzeitung* la regrettent et prévoient le discrédit qu'elle jettera sur ses auteurs. Georg Bernhardt, dans la *Gazette de Voss*, rappelle à ses compatriotes que, même en temps de guerre, les médecins ne doivent pas faire de distinctions entre les amis et les ennemis quand il s'agit de blessés ou de malades.

Déjà bien des faits qui nous avaient été signalés nous mettaient en garde contre les sentiments d'humanité des médecins allemands. Nos prisonniers maltraités, nos blessés torturés nous avaient fait le récit de forfaits odieux dont les auteurs ressemblaient plus à des gardes-chiourmes ou à des tortionnaires qu'à des médecins et à des chirurgiens. Mais notre conscience professionnelle se révoltait : nous ne pouvions admettre que, chez nos ennemis, le corps médical eût pu se rendre coupable de pareilles cruautés ; nous allions jusqu'à penser que nos prisonniers exagéraient sous l'influence déprimante de la captivité, et que nos blessés et nos malades avaient été le jouet d'hallucinations terrifiantes au cours de leur délire.

Le manifeste des Intellectuels eût dû cependant nous ouvrir les yeux sur la mentalité de la haute « kultur ». Mais, pensions-nous, ces hommes en place, comblés de titres et d'honneurs, pour la plupart très âgés, ont subi l'influence de leur Gouvernement et lui ont obéi. Pliés dès leur enfance à une discipline qui supprime le libre arbitre, ils ont signé par ordre. Nous nous souvenions que l'un d'entre eux, et non des moindres, Hœckel, avait, quelques années auparavant, en prenant sa retraite, déclaré publiquement que désormais, il ne publierait plus rien, et que, si par hasard paraissait sous son nom un écrit quel qu'il fût, il priait ses amis et ses élèves de le tenir comme n'étant pas de lui, et lui déniait d'avance toute valeur. Sachant les faiblesses dont rend souvent capable l'extrême vieillesse, il en repoussait la responsabilité.

La dernière manifestation du corps médical allemand nous enlève toute illusion et dissipe dans notre conscience tout scrupule. Que, dans un mouvement de colère ou de haine, un individu isolé proclame pareille résolution, c'est parfaitement explicable, sinon excusable, et nous aurions refusé de rendre toute une profession responsable de la lourde faute d'un ou de quelques-uns de ses membres ; mais ce qui nous stupéfie, c'est qu'une collectivité tout entière, composée de gens qui, par le fait de la profession qu'ils exercent, doivent avoir l'habitude de réfléchir et la maîtrise d'eux-mêmes, ait ainsi pris de sang-froid une décision aussi barbare et osé la publier et s'en faire gloire.

Le *Matin* et l'*Intransigeant* ont pensé qu'il convenait de demander au corps médical français une réponse. Ils ont fait interviewer le secrétaire général de l'Association des médecins de France, le Dr Charles Levassort. Ils ne pouvaient mieux s'adresser. Nul mieux que notre ami Levassort ne pouvait en effet exprimer sur ce point le sentiment des médecins français. Au Conseil général de l'Association des médecins de France, nous avons, par un vote unanime, approuvé sa réponse en l'en félicitant.

Voici d'ailleurs le passage essentiel de l'interview du secrétaire général de l'A. G. :

« C'est une réédition, a répondu le Dr Ch.

Levassort au rédacteur du *Matin*, mais plus grave et plus scandaleuse encore, du fameux manifeste des intellectuels, par lequel, au début de la guerre, la science allemande se mettait au ban de l'humanité.

La conscience médicale se révolte à ces faits. Les hommes qui ont pris une si abominable décision sont bien les mêmes qui, dans les camps de prisonniers, plaçaient nos soldats valides auprès de ceux que rongeait le typhus. Nous avons soigné, nous, les Allemands avec un dévouement égal, même à l'heure où nos cœurs se torturaient à l'annonce des monstruosités commises dans nos régions envahies.

Qu'ils le sachent : malgré leur indignité, nous continuerons à soigner les Allemands que le hasard mettrait entre nos mains. Nous les soignerons comme des Français. *Pour nous, la souffrance n'a pas de frontières, et pour guérir un être qui se plaint, nous ne demandons pas de passeport.* »

Voilà qui est parlé à la Française.

Que pensent de cela, les défaitistes de 1917 qui, dans un but de bas intérêt politique, pleurnichent aujourd'hui sur les malheurs de l'odieuse Germanie ? Qu'en pensent nos amis américains qui, si généreusement, ont apporté leur aide fraternelle et leurs secours efficaces aux populations malheureuses de nos régions libérées ? Qu'en pensent l'archevêque d'Upsal et les évêques luthériens suédois, ministres d'un Evangile dont les Allemands ont atrocement bafoué les enseignements ? Dans un moment d'aberration incompréhensible, ils n'ont pas craint d'intervertir les rôles, et, à l'heure du châtiment, de transformer en victimes les bourreaux sanguinaires, incapables de repentir, qui, comme le démontre la résolution prise par les médecins allemands, sont restés ce qu'ils étaient : des brutes malfaisantes et cruelles.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PRATIQUE RATIONNELLE DE LA DÉCOLLATION

Par M. Paul Delmas,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier
Chargé du cours d'opérations obstétricales.

Il est aussi impossible à une *présentation transversale* de parcourir le bassin, qu'à une épingle à chapeau de descendre en travers du goulot d'une carafe. D'où l'indication de la faire basculer en la saisissant par la pointe ou les pieds, de manière que la tête, après être remontée, soit entraînée au dehors la dernière.

Mais la *version par manœuvres internes*, pour l'appeler par son nom, exige la réalisation de trois *conditions*, point toujours faciles à remplir : rentrer, évoluer, sortir.

Rentrer se peut toujours obtenir, que la dilatation de l'orifice utérin, soit complète ou rendue telle artificiellement. La main peut alors pénétrer sans effraction dans la matrice.

Sortir, est le fait d'un bassin perméable à la tête, soit que normal, ou légèrement rétréci, il se prête au passage de la tête dernière par la manœuvre en battant de cloche de Champetier de Ribes, soit que, moyennement rétréci, il exige au préalable la réduction basiotripsique du massif crânien. Avec un bassin imperméable, où le basiotribe lui-même ne peut contenir, ou à peine, la version ne servirait à rien, et l'extraction chirurgicale par la voie haute est inévitable (1).

Evoluer dans l'utérus suppose qu'il y demeure assez de place pour que le mouvement ébauché n'entraîne pas la déchirure du sac musculaire aminci et tendu que représente le segment inférieur. Et tel est justement le risque alors que, rétractée et vide d'eau depuis longtemps, la matrice gante de près le fœtus ou que celui-ci a son épaule coincée à refus dans l'excavation.

Or, un utérus qui ne permet pas l'évolution a si fortement compromis la circulation funiculo-

(1) Cf., du même, « schéma de la conduite à tenir au cas de pelviviciation », *in* « Le Sud médical », du 15 décembre 1921.

placentaire que le fœtus est mort ou mourant. Pour lui, dont la partie est déjà perdue, il ne saurait être question de faire courir à la mère les risques d'une opération césarienne.

Il faut donc, de toute nécessité, sectionner la tige rachidienne, de manière que tronc et tête puissent être successivement extraits : plus étroit, le cou y prête mieux que toute autre région. Tel est le principe de la *décollation*.

représente avec une extrême précision l'*attitude du fœtus* dans le ventre de la mère.

Il ne suffit pas de savoir qu'il s'agit d'une épaule droite ou d'une épaule gauche, ce qu'indique bien le nom de la main qui s'offre à l'extérieur ; il faut aussi, et surtout, par la connaissance de la fosse iliaque habitée par la tête, vers quoi est dirigé l'angle dièdre de la pyramide axillaire, établir si le dos regarde en avant ou en

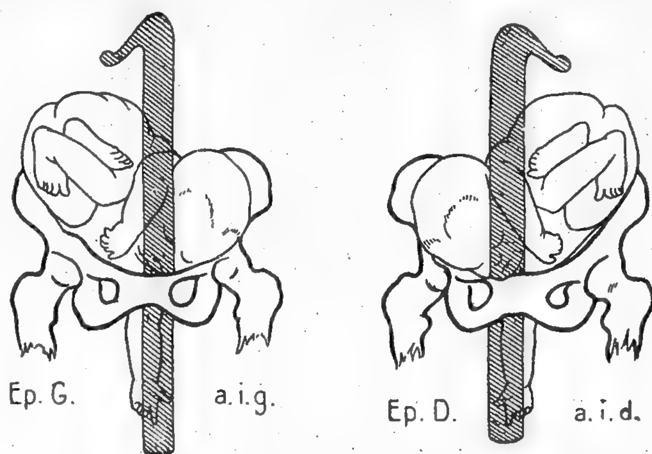


Fig. 1 et 2 : position du crochet (ou de la main guide) dans les dorso postérieures,

Quel que soit le procédé ou l'instrumentation employé, *le cou doit être rendu accessible au maximum* en vue de l'offrir au tranchant qui va le sectionner, en même temps qu'un anneau protecteur empêchera tout ensemble le cou de fuir, et la section de mordre plus haut sur l'utérus.

D'où la précaution, si le bras appartenant à la

arrière. Il faut, en outre, voir l'enroulement du tronc fœtal sur lui-même, avec son nombril qui regarde les reins maternels, au cas de dorso antérieure, tandis que, dans les dorso postérieures, il domine l'arcade crurale. En somme, les dorso-antérieures sont des occipito-antérieures dont le sommet a manqué l'embouchure pelvienne pour

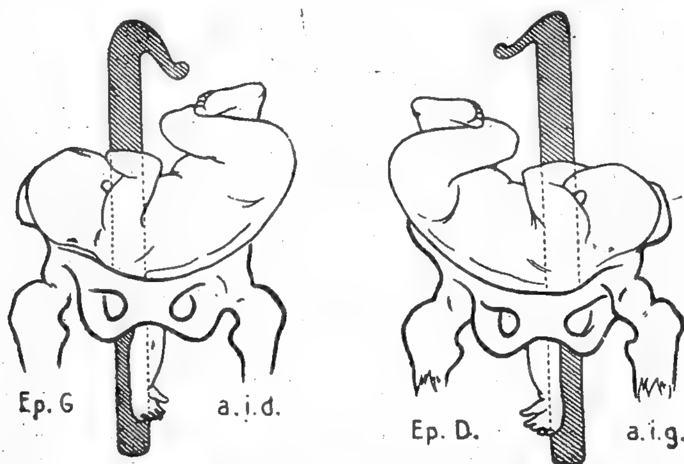


Fig. 3 et 4 : position du crochet (ou de la main guide) dans les dorso antérieures.

présentation, n'est pas spontanément descendu, de l'amener à la vulve, de fixer autour du poignet un lacs, et de le confier à un aide qui tirera latéralement, de manière à écarter de la joue le moignon de l'épaule, ce qui exige que l'opérateur se

glisser dans la fosse iliaque, et les dorso-postérieures dérivent semblablement des occipito-postérieures.

A se représenter enfin le peu d'espace qui reste pour remuer dans l'utérus, *toute manœuvre devra*

◆◆

s'effectuer là où la place est le moins chichement mesurée, dans le hile du haricot que figure le corps fœtal peletonné, *entre poitrine et menton.*

La main à introduire soit en collier protecteur, pour qui opère aux ciseaux de Dubois, soit en guide protecteur, si elle doit être suivie d'un crochet de Braune ou de la guillotine de l'appareil de Tarnier, ne pourra donc glisser que dans cette encoche virtuelle. Et même, pour l'agrandir, s'il se peut, elle écartera de la tête poitrine et moignon de l'épaule. Seule y peut prétendre, sans épuisante acrobatie, la main *de même nom que l'épaule qui se présente.* En fait, c'est la même qui eût servi pour la version par manœuvres internes, si elle eût été pratiquée pour la présentation du sommet d'où dérive, par glissement, l'épaule envisagée. Ainsi placée, son pouce est glissé sous le cou, et les quatre autres doigts, ou, tout au moins l'index et le médius, seront entre larynx de l'enfant et sacrum maternel dans les *dorso-antérieures*, entre larynx de l'enfant et pubis maternel dans les *dorso-postérieures.*

Si la décollation est pratiquée avec un autre instrument que les ciseaux de Dubois, *la main ainsi placée va servir à guider, le long de la concavité de sa face palmaire, le crochet de fixation.* Quel qu'en soit le modèle, son sommet, son extrémité recourbée et sa tige sont dans un plan perpendiculaire à celui du manche de l'instrument, d'où une vue nette de son orientation. Comme le plan du bec ne peut être que parallèle à celui de la région sous-hyoïdienne du fœtus, l'axe du manche est, pendant l'introduction, parallèle à la fente vulvaire. *Intérieurement, le sommet de l'angle du crochet regarde vers la tête.* A cette condition, la tige tangente à la joue interne, par rapport à l'axe d'enroulement du fœtus, l'extrémité recourbée glisse librement sans buter.

Sous le contrôle de la main guide, elle doit, sans violence et sans timidité, pénétrer très haut, jusqu'à ce que le tronc ait été dépassé à coup sûr : le bouton terminal surplombe maintenant le siège du fœtus. Alors seulement, le mouvement de rotation sera effectué par la poignée, de manière que l'anse du crochet vienne étreindre le cou, région carotidienne au centre, et le cou seul, bras supérieur du fœtus, non compris. Jusqu'à la fin de l'opération, le crochet est confié à un aide qui tire vers le bas pour maintenir un contact appuyé.

Dès ce moment, rien de plus simple que la manœuvre de la ficelle scie de Ribemont-Dessaigne ou de la guillotine de Tarnier, et promptement la décollation est terminée.

La tige fœtale, composée de *deux tronçons séparés*, peut maintenant, sans violences inutiles, être entraînée au dehors. Par des tractions exercées sur le lacs, le membre abaissé entraîne aisément le tronc. Demeurée seule en grelot dans l'utérus, la *tête* suit le doigt qui accroche sa bouche, tandis qu'exercée par un aide, un peu d'expression abdominale concourt à son énucléation.

MÉDECINE LÉGALE

L'oxycarbonisme chronique

M. le Professeur agrégé DUVOIR, médecin des hôpitaux.

Sous le nom d'oxycarbonisme chronique, il faut entendre les manifestations qui se constituent lentement, du fait d'une action prolongée, quotidienne, de l'oxyde de carbone. Elles se distinguent de l'oxycarbonisme subaigu et des séquelles de l'intoxication aiguë, par leur allure nettement chronique.

Décrite par d'Arcet en 1836, l'intoxication oxycarbonée chronique a été étudiée par Courmont, Mouriquand, Morel, et par Roques de Fursac (1914). Admise par la majorité des auteurs, elle est niée par quelques médecins. Parmi ceux-ci, il convient de citer le professeur Balthazard, et, étant donnée la compétence de M. Balthazard en la matière, son opinion est impressionnante. Il pense qu'un sujet qui vient d'absorber une faible quantité d'oxyde de carbone s'en débarrasse dès qu'il fait des inspirations à l'air libre, l'intoxication chronique ne pouvant dans ces conditions se constituer.

En réalité, il semble bien qu'il existe vraiment des cas où l'oxycarbonisme chronique intervient. Ainsi, j'ai soigné un malade qui se plaignait de vertiges et d'anémie. Il avait suivi divers traitements, sans résultat. Dès que le poêle mobile qui se trouvait dans son appartement fut remplacé, il guérit rapidement. J'ajoute qu'il devait offrir une susceptibilité spéciale — j'en reparlerai — puisque les personnes qui vivaient avec lui n'avaient pas été incommodées. Je connais d'autres cas analogues et je tendrai tout de même à admettre la réalité de l'oxycarbonisme chronique, sous une forme restreinte, en supprimant une grande partie de la très longue symptomatologie qui lui a été attribuée.

On a décrit à l'intoxication chronique par

l'oxyde de carbone de nombreux symptômes. D'abord, des phénomènes neuro-psychiques. De l'asthénie musculaire, ressemblant à la pseudo-paraplégie de l'oxycarbonisme aigu, à cette impotence des membres inférieurs qui empêche le sujet intoxiqué par l'oxyde de carbone d'aller ouvrir sa fenêtre. Il m'apparaît que l'on peut accepter ce symptôme de l'oxycarbonisme chronique, à savoir un certain dérobement des jambes, sans aller au-delà, cependant, sans aller à la paralysie.

Dans des observations de Lépine, de Courmont, de Lyon, on parle de paralysies oculaires, de diplopie. Le malade de Courmont était alcoolique et ces observations sont contestables.

Contestables également sont les troubles de la coordination, le tremblement, attribués à l'oxycarbonisme chronique. Pour le tremblement, il faudrait éliminer les autres causes, l'alcoolisme principalement. De même pour les convulsions.

Il convient de retenir, en revanche, le vertige, le vertige ébrieux.

Passons aux troubles de la sensibilité. On a signalé la céphalalgie et je crois que c'est peut-être le symptôme le plus certain de cette intoxication. Il s'agit d'une céphalalgie généralement frontale, exceptionnellement occipitale, quelquefois violente, empêchant le malade de dormir, bien qu'il soit plutôt porté au sommeil.

On a signalé des névralgies, intercostales, lombo-sacrées, précordiales (crises d'angor). A la vérité, les névralgies sont choses si fréquentes que leur pathogénie est souvent difficile à préciser. Si le malade a dans son appartement un poêle à feu continu, il est facile d'incriminer l'oxyde de carbone.

L'oxycarbonisme ne me paraît pas non plus jouer un grand rôle dans les paresthésies, fourmillements, etc., qui lui ont été attribués.

Divers troubles auditifs, des bourdonnements entre autres, peuvent être rattachés à l'oxycarbonisme chronique.

J'admettrai, en revanche, avec beaucoup plus de réserve, les symptômes oculaires, vaso-moteurs, trophiques, les atrophies, plaques de cyanose, œdèmes, ecchymoses, abcès (?), vergetures (?). Vous voyez combien cette symptomatologie est touffue, et sujette à révision.

Assez intéressants sont les troubles psychiques, la somnolence diurne et les insomnies nocturnes. Lorsque, dans la journée, le malade va dehors respirer de l'air, il se réveille. L'insomnie nocturne a été indiquée par Courmont. On a parlé aussi de psychasthénie et d'irritabilité du caractère.

Si l'on s'en rapporte à Moreau de Tours, l'oxycarbonisme chronique provoquerait des altérations de la mémoire, du délire, des hallucinations de l'ouïe et de la vue. En réalité, tout cela est fort exagéré et tout au plus pourrait-on admettre un syndrome léger de ce genre. On a même décrit une paralysie générale et une pseudo-paralysie générale par intoxication oxycarbonée, ce qui ne repose sur aucun fondement sérieux.

D'autres troubles ont été attribués à l'oxyde de carbone. On a décrit, il y a longtemps, une maladie des chauffeurs, des cuisinières, une anémie particulière causée par l'oxycarbonisme, et accompagnée d'amaigrissement. Il doit y avoir à mon sens quelques causes d'erreur. L'anémie, l'asthénie, l'amaigrissement doivent souvent alors avoir une origine bacillaire. J'ai observé une jeune femme qui se disait intoxiquée par les émanations d'une usine du voisinage. Elle avait maigri et offrait de la température vespérale. Il s'agissait d'une poussée tuberculeuse évolutive. La malade avait engagé une action judiciaire, néanmoins, avec certificats à l'appui. L'oxyde de carbone était étranger à l'affaire.

L'oxycarbonisme causerait, parfois, a-t-on dit, des souffles extra-cardiaques (relevant de l'anémie), des palpitations, de l'angor pectoris, un état nauséeux, gastro-entéritique. Je crois que l'on va chercher loin une symptomatologie toute en dehors de l'oxyde de carbone.

Mouriquand aurait rencontré de la glycosurie, chez les prédisposés. On est allé jusqu'à la tuberculose pulmonaire, mais on doit se demander si, en pareils cas, ce n'est pas la tuberculose qui explique la symptomatologie, au contraire.

Envisageons la pathogénie. L'oxy-carbonisme chronique ne peut pas être criminel. Il est accidentel, ou professionnel, chez les confiseurs, pâtissiers, cuisiniers, etc. On admet en France que l'oxyde de carbone traverse la fonte portée au rouge. En Allemagne, on pense que ce sont les poussières de charbon tombées sur la fonte chaude qui dégagent le gaz oxycarbonique. M. Balthazard objecte que beaucoup de ces sujets sont des alcooliques. On a décrit l'oxycarbonisme chronique également chez les chauffeurs, mineurs, repasseurs, gaziers. La pathogénie serait la même que dans l'intoxication aiguë, mais il y aurait absorption de doses minimes, répétées. En général, l'inhalation a lieu d'une manière intermittente, soit dans la journée, pendant le travail, soit dans la nuit. D'une façon ou d'une autre, c'est une inhalation quotidienne d'une durée moyenne de huit heures environ ; les intervalles étant des périodes de rémission. Au début, les accidents apparaissent assez tardivement, puis ils se montrent plus rapidement et se maintiennent.

L'oxyde de carbone ne persiste pas très longtemps dans le sang : pendant environ huit heures, disent les auteurs. Il y aurait donc, schématiquement, une période de huit heures de pénétration, de huit heures ensuite de prolongation de séjour, soit 16 heures d'asphyxie oxycarbonée plus ou moins accusée. Les huit heures suivantes

seraient de sub-asphyxie. M. Ch. Richet fils considère, en effet, qu'après l'asphyxie se voit une période de post-asphyxie qui dure un temps variable. Le sujet ainsi soumis quotidiennement à l'oxycarbonisme se trouverait dès lors toujours, plus ou moins, sous son influence.

M. Ch. Richet fils a vu, en outre, que plus un individu a été touché par l'asphyxie, plus il y est sensible. M. Dinoire, qui a étudié ces accidents dans les mines, estime que l'atmosphère de la mine est plus dangereuse pour les ouvriers qui ont déjà été intoxiqués. Il pense qu'un mineur intoxiqué doit travailler au moins un mois au grand air avant de redescendre dans la mine. Si l'on admet cette opinion, conforme à celle de Richet fils, on peut comprendre pourquoi un sujet présente de l'oxycarbonisme chronique là où d'autres n'en offrent pas. On s'explique, de même, les rémissions du début et la marche progressive de l'intoxication.

Il me reste à vous parler du rôle de l'expert commis dans un cas dit d'oxycarbonisme chronique. Une personne, par exemple, attribue ses malaises à des fissures dans la cheminée de son appartement, et actionne le propriétaire devant les tribunaux en responsabilité. L'expert fera sagement d'établir une discrimination entre les troubles qui lui sont soumis. Je crois que l'on ne peut pas rejeter absolument certains accidents : la céphalée, les vertiges, l'asthénie, même l'insomnie nocturne, phénomènes décrits et admis par tout le monde dans l'intoxication subaiguë. Mais, le plus souvent, on invoque une symptomatologie beaucoup plus importante et pour une bonne part, beaucoup plus douteuse.

On peut sans doute faire rechercher l'oxyde de carbone dans l'atmosphère et dans le sang. Ces dosages sont intéressants s'ils donnent des résultats positifs, ce qui n'est pas toujours le cas. On pourra rechercher encore les fissures de cheminée. Mais il ne faut pas oublier que dans nombre de circonstances les troubles accusés par les malades trouveront leur explication dans une autre voie pathogénique, du côté alcoolisme, tuberculose et syphilis en particulier.

Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris et recueillie par le Dr P. Lacroix.

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

(1?e *article*)

Syphilis et affections cardiovasculaires

Par le Dr Leredde.

De toutes les maladies humaines, les plus meurtrières sont les maladies chroniques ; leur importance *relative* s'accroît sans cesse, du seul fait de la rareté croissante des maladies aiguës, de la disparition de la variole, de la fréquence décroissante de la diphtérie, de la fièvre typhoïde et de bien d'autres.

Sur 45.000 morts, à Paris, chaque année, en dehors de celles qui sont dues aux affections spéciales à la première enfance, à la sénilité, à des causes « extérieures » (suicides, meurtres, accidents), 8.000 sont attribuées à des maladies aiguës (en y comprenant celles de l'appareil respiratoire et du système nerveux), 11.000 *à la tuberculose*, 16.000 *à des affections chroniques.*

***

De ces affections chroniques, la syphilis, qui joue un rôle considérable dans la mortalité de la première enfance est la cause la plus commune. D'après le Dr O. Weil, de Bruxelles, les 2/3 des affections chroniques du système nerveux sont d'origine syphilitique. Et la syphilis est au même degré, avec la même fréquence, la cause des affections du cœur et des vaisseaux, qui tuent chaque année à Paris de 4.000 à 4.500 individus (la mortalité étant un peu plus forte chez la femme que chez l'homme (2.256 morts sur un total de 4.249 en 1913) soit 50 ou 60.000 chaque année en France.

Les recherches de quelques amis me permettent d'apporter des précisions sur cette importance de la syphilis à l'origine des affections cardiovasculaires. D'après le Dr P.-Emile Weil, 80 % des cardiaques soignés dans son service sont des syphilitiques acquis ou héréditaires (communication orale). Le Dr Chabassut m'a donné le chiffre de 68 % ; parmi les autres cardiaques on trouve, dit-il, surtout des « rhumatisants » chez lesquels on constate d'ailleurs assez souvent des signes ou des stigmates qui amènent à présumer l'existence de l'infection spirochétique.

***

J'ai montré que de 0 à 5 ans, 40.000 décès, chaque année, peuvent être attribués à l'infection congénitale. Le rôle qui appartient à celle-ci dans la mortalité globale, à un âge plus avancé, chez l'adolescent, l'adulte et le vieillard, est inconnu. Il est certainement énorme si l'on en juge simplement par la fréquence relative des affections cardiovasculaires dues à l'infection héréditaire et à l'infection acquise. Sur

100 syphilitiques atteints d'affections cardiovasculaires, 74, *c'est-à-dire les trois quarts*, sont héréditaires, 26 p. 100 acquis (Chabassut). Il est bien possible qu'à elle seule l'infection héréditaire tue plus de cent mille individus chaque année, en France.

II

La notion du rôle que joue la syphilis dans la genèse des affections cardiovasculaires, qui est acceptée par de nombreux cardiologues, est récente, elle paraît encore ignorée d'un grand nombre de médecins. Il existe, d'ailleurs, quelques cardiologues qui croient encore à l'existence de maladies locales, qui ne cherchent pas la syphilis chez chaque malade par les moyens actuels et avec l'attention indispensable et ne savent pas la découvrir. Les praticiens subissent l'influence de l'enseignement qu'ils ont reçu et l'autorité d'auteurs qui examinent encore un cardiaque dans un esprit « topologique », sans rechercher les stigmates d'une infection acquise ou héréditaire, les antécédents de syphilis acquise, sans faire une enquête familiale, des examens sérologiques, etc.

La raison qui explique l'ignorance où nous sommes restés si longtemps, où on était encore en 1905, avant la découverte du spirochète (V. le Traité de la syphilis de Fournier paru à cette date), au sujet de la syphilis cardiovasculaire est des plus simples. Je l'ai indiquée à la Société de dermatologie et de syphiligraphie sans soulever la moindre protestation : *aucune d'ailleurs n'aurait été possible.*

J'ai pu dire que les médecins qui ont fait leurs études dans les hôpitaux spéciaux de syphiligraphie entre 1890 et 1900 n'ont *jamais* ausculté, n'ont *jamais* vu ausculter le cœur d'un syphilitique ; tous avaient une loupe dans leur poche, mais aucun ne se servait d'un stéthoscope. Or il faut, chez les malades infectés de date récente, chercher les lésions de l'appareil cardiovasculaire pour les trouver ; très rares sont ceux qui se plaignent de troubles cardiaques. D'autre part, les syphilitiques atteints d'une « maladie » du cœur étaient, comme ils le sont encore, soignés dans les hôpitaux de médecine générale, où leur syphilis restait ignorée.

De 1890 à 1900, les cardiologues connaissaient d'ailleurs fort bien les causes des « maladies » du cœur et des vaisseaux : la médecine ne s'est jamais trouvée à court d'explications pour comprendre l'origine et le développement d'une maladie quelconque ! Les « maladies » du cœur et des vaisseaux s'expliquaient par le rhumatisme d'abord et on sait quelle est l'élasticité dangereuse de ce terme, (tout individu qui a eu des douleurs articulaires, et même non articulaires persistantes est un « rhumatisant », tout tabétique est considéré, pendant quelques années, comme un « rhumatisant » il existe une sciatique « rhumatismale », dans les livres). Elle s'expliquerait aussi par quelques infections aiguës, surtout la scarlatine, par l'artério-sclérose, diathèse, « maladie » essentielle, « maladie » héréditaire, fille de l' « arthritisme » et du « neuro-arthritisme ». Restaient les maladies congénitales, essentielles, bien entendu, qu'on n'appelait pas encore des maladies du germe.

L'étiologie d'une affection cardiaque était connue quand on la recherchait, à la suite d'un interrogatoire de deux minutes. La syphilis n'était pas recherchée ; elle figurait — *pour mémoire* — sur les observations dans les cas très rares où le malade la signalait lui-même.

De 1890 à 1900, le temps des chefs de service, et des élèves était réservé au diagnostic anatomo-clinique, à l'étude des symptômes. Chez un malade atteint de rétrécissement aortique ou d'aortite sans accidents aigus, ils étudiaient les souffles, leurs caractères, le sens de leur propagation, le volume du cœur, l'état du pouls. Après auscultation des bases pulmonaires et examen des urines, le malade était soumis au régime lactovégétarien et devait prendre 0 gr. 25 d'iodure de potassium, 15 jours par mois ou du salicylate de soude, en l'absence de troubles révélant un fléchissement du muscle. Mais on ignorait l'état des réflexes, des pupilles, on ne recherchait pas une leucoplasie buccale, ni des stigmates osseux ou dentaires. Et il en a été de même jusqu'au jour où on a appris que de nombreux cardiaques, aortiques ou artérioscléreux, présentent une séroréaction positive.....

***

Que se passe-t-il aujourd'hui ? Il est probable que le cœur des syphilitiques est examiné chez les syphilitiques, dans la plupart des services des hôpitaux spéciaux, non dans les consultations, où 60, 80, 100 malades sont « examinés » à l'heure. La syphilis est recherchée dans un nombre important de services hospitaliers, à Paris, chez les cardiaques ou les cardiovasculaires, non dans tous, mais je ne sais si elle l'est toujours avec l'attention et suivant la méthode nécessaires.

Nombreux sont les médecins qui ne savent pas découvrir la syphilis, surtout héréditaire. C'est là malheureusement une vérité qu'il est difficile de dire ; on ne peut faire entendre à un clinicien qu'il peut se tromper à l'occasion d'un diagnostic étiologique, sans mettre en jeu son amour-propre, risquer de le blesser cruellement. Il suffit, semble-t-il, d'un peu de « flair » et de quelque expérience pour savoir si un individu est ou non tuberculeux, est ou non syphilitique ! et la syphilis, la tuberculose, se reconnaissent par des moyens quelque peu semblables à ceux des chiens de chasse.

A ceux qui n'ont pas une confiance sans bornes dans leur intuition et dans leur « tact », je prendrai la liberté de proposer deux règles de conduite :

1° Chez tout syphilitique, à toute période de la maladie, chez l'enfant même, un examen du cœur est indispensable. Cet examen doit être fait dès la

période primaire : *a*) parce que le cœur et l'aorte peuvent être atteints dès le début de l'infection, *b*) parce qu'il peut exister des troubles, des symptômes antérieurs à celle-ci, troubles dus, souvent, à une syphilis congénitale qui n'a pas empêché le développement d'une infection acquise.

Bien entendu, l'état du cœur et des vaisseaux sera étudié chez tout hérédo-syhpilitique.

2° La syphilis doit être recherchée chez tout individu qui présente des troubles cardiaques, vasculaires, cardiovasculaires quels qu'ils soient. Mais cette recherche, contrairement à ce qu'on voit faire tous les jours, exige du temps, dix, quinze, vingt minutes, elle exige un certain entraînement, elle exige une méthode, l'emploi des moyens cliniques et de laboratoire (1).

***

Je n'ai pas à parler ici de la syphilis acquise. Les faits personnels que j'ai observés chez des héréditaires, depuis quatre ou cinq ans, depuis que j'ai appris à établir le diagnostic de syphilis héréditaire et cherché pour ma part à en perfectionner les méthodes, concernent des malades atteints de tous les syndromes, de tous les troubles possibles. Comme le montrera la lecture des observations que je vais résumer.

La fréquence de troubles cardiaques chez les hérédosyphilitiques est d'ailleurs considérable. Sur cinquante hérédosyphilitiques examinés à mon dispensaire, souvent âgés d'ailleurs, et qui se sont présentés parfois, je tiens à le faire remarquer, en raison de troubles d'origine cardiaque, 21 présentent soit une lésion vasculaire, soit des signes d'aortite, soit des troubles du rythme ou de l'hypertension.

Les lésions aortiques sont, de toutes, les plus communes d'après le Dr Chabassut. Elles existent 58 fois sur cent héréditaires atteints de troubles cardiaques ; 25 fois sur cent il s'agit de lésions mitrales. Dans 17 pour cent des cas, il existe des troubles cardiaques sans lésions vasculaires.

La fréquence de l'hypertension chez les héréditaires jeunes est un fait que je ne crois pas connu (v. obs. 88, 89, 90, 93, 94), et qui est d'une importance véritablement capitale.

Les documents que nous possédons sur les rapports de la syphilis et de l'artériosclérose sont encore maigres : sur 32 cas, Ledermann a constaté 13 fois une séroréaction positive ! (1).

Obs. LXXXIV. — Mlle L..., 11 ans, vue le 20 janvier 1922, est la fille d'un tabétique que je soigne.

(1) Leredde. — *Concours médical*, 12 avril.

(1) Leredde. — Domaine, traitement, prophylaxie de la syphilis, 2e éd., Maloine, Paris, 1921.

Bien développée, intelligente, elle présente des *souffles extracardiaques multiples.* Aucun stigmate, en dehors d'un développement anormal des incisives internes supérieures.

W = + ; H = + ; J = ++.

Obs. LXXXV. — Mlle Lab., 13 ans, vue le 25 mai 1910 présente une *insuffisance aortique avec hypertrophie du ventricule gauche.* Palpitations depuis 6 mois.

Elle a eu à 2 reprises, en 1918 et 1920, pendant quelques jours seulement, des douleurs au niveau des pieds, qualifiées de rhumatismales.

Bonne santé, aucun stigmate.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0.

Le père est tabétique. La mère est morte au sanatorium de Lamothe-Beuvron, après une affection pulmonaire qui a duré 6 mois.

Obs. LXXXVI. — Hom. (Raymond), 16 ans, vu le 11 juillet 1920. Le père est syphilitique.

Entérite dans l'enfance. Appendicite, opérée à 10 ans

Aucun stigmate, réserve faite de la convergence des incisives *externes* supérieures.

Double souffle au foyer aortique. Légère dyspnée d'effort.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0. L. C. R. normal.

Après un traitement de 10 mois par le novarséno, les bruits cardiaques semblent s'éteindre, la dyspnée tend à disparaître.

Obs. LXXXVII. — Cre., 16 ans 1/2, vu le 27 octobre 1922. A toujours été d'une santé mauvaise. Bronchites incessantes tous les hivers, jusqu'à 5 ou 6 ans. A marché à 2 ans 1/2, parlé tard. Opéré pour végétations en 1912.

En 1919, rhumatisme articulaire aigu à peu près généralisé, avec tuméfaction articulaire, fièvre 38, 39, qui dure à peu près 2 mois.

Broncho-pneumonie en 1921.

Insicives supérieures en palette, palais très ogival. La bouche est toujours ouverte, la mâchoire tombante. Réflexes normaux, pupilles normaux.

Séroréaction négative.

Etat général nettement amélioré (augmentation de poids, etc.), à la suite d'injections de sulfarsénol faites par le Dr Etienne, de Vernon.

Insuffisance aortique, rétrécissement mitral. Tension artérielle normale.

Obs. LXXXVIII. — Maurice Pey., 18 ans, vu le 21 juin 1922, est le fils d'un tabétique que je soigne d'ancienne date, le frère jumeau d'une sourde-muette Hecht = +). Lui-même « se porte bien », réserve faite de quelques douleurs abdominales dont il se plaint depuis quelques années. Pupilles normales, réflexes rotuliens vifs. De nombreuses dents sont gâtées.

A 18 ans, ce jeune homme présente de l'*hypertension* (170) *avec tachycardie.*

Obs. LXXXIX. — M. Aec., 21 ans, vu le 31 janvier 1923, présente depuis l'enfance du prurit au moindre prétexte alimentaire. Eczéma de la face récent. Entérite de 5 à 16 ans.

Eréthisme cardiaque, extrasystoles. Tension 160/110.

Dents mal plantées, cariées. Mydriase double. Réflexe normaux.

Père mort à 47 ans, « artériosclérose » cerébrale, parésie des membres inférieurs. La mère, 50 ans, présente une affection cardiaque. Un frère 15 ans « se porte bien ».

(A suivre)

TEMPÉRAMENTS ET TYPES HUMAINS

Dans le *Concours médical* du 25 février 1923, mon distingué confrère, le Dr Jaworski, me fait l'honneur de m'adresser, à propos de mon travail sur les tempéraments, quelques critiques courtoises auxquelles je voudrais répondre.

Le mot tempérament a été, depuis Hippocrate, pris dans des acceptions si différentes qu'on peut entendre par là, tout ce qu'on veut, mais pour se mettre d'accord, il faut définir ses termes et le Dr Jaworski ne me suit pas dans ma définition quand il confond (à la dernière ligne de son exposé) « les types fondamentaux ou les tempéraments ».

Pour moi, le tempérament est *une manière d'être physiologique, en vertu de laquelle les divers individus réagissent à des causes identiques par des processus différents.* C'est à ce titre que le tempérament intéresse le médecin pour expliquer les formes cliniques, donner un élément de pronostic et des indications thérapeutiques. Or, ainsi compris, le tempérament est un état éminemment changeant selon la race, le milieu, les maladies antérieures, le sexe, l'âge, et même la saison, la lunaison, l'heure du jour. Au cours de sa vie, l'être humain change de tempérament ; c'est pourquoi d'ailleurs il existe une pathologie infantile, une pathologie juvénile, une pathologie sénile, indépendamment des idiosyncrasies individuelles.

Au contraire, le type humain, par définition même, et sans doute aussi, je crois, dans l'esprit du Dr Jaworski, est une caractéristique permanente. C'est, dans un individu, l'ensemble des tendances qui persistent de la naissance à la mort. C'est comme un stade dans l'évolution de l'espèce humaine ou comme un rappel, par chaque individu, d'un stade philogénique particulier dans la chaîne de ceux qui l'ont précédé. Pour ma part, je souscris pleinement à la classification septénaire du Dr Jaworski qui a le mérite de rappeler précisément cette évolution philogénique, mais je prétends que types et tempéraments sont deux choses essentiellement différentes. Le type présente au point de vue philosophique un intérêt considérable, mais je ne vois pas qu'on puisse en déduire beaucoup d'indications pour le pronostic, la diététique et la thérapeutique.

Pour cette raison, je ne me suis pas occupé des types humains dans mon ouvrage, ou plutôt, j'ai essayé d'extraire de ces types les caractères anatomiques en rapport avec la physiologie particulière de chaque tempérament ; j'ai adopté quatre *constitutions* en utilisant intégralement les travaux de Sigaud et de ses élèves. La constitution est bien composée de caractères permanents, comme le type, mais elle en diffère en ce que ces caractères permanents ne sont choisis qu'en tant qu'ils se rapportent au tempérament. La constitution est à la race humaine ce que le tempérament est à l'individu. Constitution et tempérament sont définis par la même fonction physiologique prépondérante, et c'est pourquoi il doit exister autant de constitutions que de tempéraments.

Le tempérament est donc, pour moi, le mode général de l'activité vitale à un moment considéré. Or, pour définir l'activité vitale, qui est une manifestation d'énergie, il est indispensable d'y faire une distinction (c'est par la distinction que toute chose devient intelligible et scientifique). La distinction sera par exemple : qualité et quantité (ce que je traduis physiologiquement par les termes de *tonicité* et *plasticité*). Tous les phénomènes sont susceptibles d'une pareille distinction et c'est pour cette raison que les physiciens peuvent les représenter par des courbes à deux axes (abscisses et ordonnées). Si donc l'on part d'une distinction en deux points de vue, il en résulte nécessairement quatre modalités :

Qualité augmentée, quantité augmentée.
Qualité augmentée, quantité diminuée,
Qualité diminuée, quantité augmentée,
Qualité diminuée, quantité diminuée.

Voilà pourquoi il y a quatre modalités d'activité vitale (ou tempéraments) et quatre seulement. Ainsi, le nombre 4 que le Dr Jaworski me reproche comme une concession à la tradition, est une nécessité arithmétique. Je pourrais lui reprocher à mon tour d'avoir sacrifié à la superstition du nombre 7 dans la classification qu'il propose si je n'étais persuadé que ce nombre convient parfaitement à la classification philogénique et évolutive qu'il propose.

Quant aux rapports que j'indique entre la pléthore sanguine et le catabolisme aérobie, ils se déduisent logiquement des travaux de chimistes comme Lambling ou de cliniciens comme Glénard. Les rapports que j'établis entre la fonction d'excrétion, la cholestérinémie et les surrénales, me sont plus personnels, je le reconnais. Le Dr Jarwoski dit qu'« on ne voit pas clairement pourquoi » ; je ne peux que renvoyer à mon livre où j'indique les faits et les expériences physiologiques qui justifient ces rapports. Ce sont des questions d'un ordre différent qui ne rentrent plus dans le cadre de cette note, mais sur lesquelles j'échangerais avec plaisir des vues et des idées avec mon distingué confrère.

Ce que je voulais préciser aujourd'hui, c'est la différence que je fais entre type et tempérament et la nécessité d'une division quaternaire. Il me semble qu'avec cette définition s'évanouit toute opposition entre les sept types de Jaworski et mes quatre tempéraments et, pour ma part, je suis persuadé que sa classification, déduite de ses travaux que j'admire très sincèrement comme une vision géniale de l'évolution cosmique, représente une grande vérité : je la concilie parfaitement, en ce qui me concerne, avec mes quatre modes d'activité vitale.

Dr R. Allendy.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les injections intra-musculaires de lait et la vaccinothérapie dans la blennorrhagie.

La médication par le choc protéinique, dirigée contre les états infectieux, est préconisée dans un grand nombre d'affections. Nous ne l'avions cependant pas encore vu recommander contre la blennorrhagie. M. Tansard vient de publier les résultats très encourageants qu'il a obtenus en procédant de cette manière.

La méthode consiste à injecter en plein muscle du lait stérilisé, à la dose initiale de 2 cmc., portée ensuite progressivement jusqu'à 3 cmc. La réaction normale se traduit par un accès de fièvre survenant quelques heures après l'injection, durant de 5 à 6 heures, et se terminant par une abondante transpiration et une pérode courte de lassitude ; elle se produit ainsi à la première piqûre ; elle est très atténuée aux suivantes. Localement, on ne doit observer qu'un peu d'endolorissement. Certains sujets ressentent des réactions anormales ; ce sont des accès fébriles très violents, avec des vomissements. C'est la répétition du choc à chaque piqûre ; c'est l'apparition d'un œdème urticarien au niveau de la piqûre.

On peut prévenir ces phénomènes en purgeant préalablement les malades et en les soumettant au régime lacto-végétarien les jours d'injection. L'adrénaline et l'aspirine modèrent la violence de certaines réactions de choc.

Cette lactothérapie ne comporte que de rares contre-indications : la diathèse colloïdoclasique, d'une part, et l'asthme, d'autre part.

Quant aux indications, ce sont l'urétrite, aiguë ou chronique, les prostatites, aiguës ou chroniques, les cystites, les épididymites,— les traitements classiques locaux étant continués.

D'une façon générale, l'amélioration survient rapidement ; elle peut aller jusqu'à la guérison définitive. Si elle demeure stationnaire, la vaccinothérapie par les stocks-vaccins,et mieux,l'autovaccin, complète l'action de la protéinothérapie par le lait.

Pour conclure, l'auteur s'exprime ainsi :

« Dans le traitement des urétrites aiguës, cette « médication ne présente un réel intérêt que « dans les formes rebelles ou dans celles qui sont « compliquées de prostatite aiguë ;

« Dans celui des urétrites chroniques, elle « guérit presque toujours les folliculites ; dans « les prostatites chroniques, elle nous a souvent « donné la guérison et presque toujours une « amélioration qui a permis aux vaccins d'agir « d'une façon plus efficace que s'ils avaient été « employés d'emblée ;

« Dans les cystites, son action est beaucoup « plus rapide que celle des vaccins ;

« Elle nous semble la médication de choix « dans le traitement des orchites. » (*Presse Méd.*, 13 janv. 1923.)

La phlébite précoce des tuberculeux pulmonaires.

Il s'agit d'une manifestation relativement rare, mais qui semble ecpendant intéressante à connaître. Selon M. Lafforgue, elle doit être envisagée : 1) comme un phénomène prétuberculeux, sous réserve qu'un examen très minutieux ne révèle pas des atteintes ganglionnaires ; 2) chez les tuberculeux au début, à signes discrets ; 3) dans les pleurésies séro-fibrineuses ; 4) dans les tuberculoses anormales, du type chlorotique.

La phlébite tuberculeuse précoce se localise au membre inférieur,— segment crural, de préférence ; elle peut être bilatérale. Elle affecte habituellement les saphènes, parfois les vaisseaux fémoraux. Elle se caractérise cliniquement par de la douleur, de l'œdème blanc, un cordon veineux superficiel, ces signes étant plus ou moins apparents.

A ces signes positifs, il convient de superposer, pour le diagnostic étiologique, les signes négatifs suivants : absence de circulation collatérale, d'impotence fonctionnelle, de troubles sensitifs cutanés et de troubles trophiques et vaso-moteurs.

La phlébite précoce des tuberculeux est-elle due au bacille de Koch ou à des microbes associés ? Le premier a été trouvé dans les foyers phlébitiques, mais pas toujours. Pour expliquer cette localisation de l'infection, l'auteur invoque une certaine débilité de la paroi veineuse, l'état de l'organisme et du sang, et la qualité du bacille.

On fera le diagnostic différentiel de cette variété de phlébite avec la phlébite chlorotique, rhumatismale, goutteuse, syphilitique, blennorrhagique, éberthienne.

Le pronostic immédiat de la phlébite ellemême est favorable, et les embolies y sont moins à craindre que dans les autres variétés. Mais le pronostic de la tuberculose, qui a conditionné l'apparition de la phlébite, est plus sombre. Un tiers des malades font de la tuberculose aiguë à brève échéance ; un autre tiers subit une aggravation notable des lésions, avec mort plus ou moins rapide.

Le traitement local est celui de toutes les phlébites, l'immobil:sation étant maintenue jusqu'à disparition complète des accidents aigus. On traitera l'état général, en instituant les thé-

rapeutiques susceptibles de prévenir la tuberculose aiguë menaçante. (*Paris méd.*, 6 janv. 1923.)

L'hémoclasie digestive chez les morphinomanes

P. Sollier est l'un des auteurs les plus qualifiés en ce qui concerne les toxicomanies ; il a étudié à fond et précisé le mécanisme même de l'intoxication morphinique, et, conséquemment, celui de la désintoxication.

Quand j'avais l'honneur d'être son interne, il se préoccupait de l'influence de la morphine sur la teneur du sang en hémoglobine.

Aujourd'hui, faisant état des doctrines humorales actuelles, il a recherché avec M. Morat l'hémoclasie digestive chez les morphinomanes. Voici le résultat de ces recherches :

« 1° Les morphinomanes et les intoxiqués, dont le foie est fortement troublé dans son fonctionnement du seul fait de l'intoxication, présentent, après l'absorption de 200 cmc de lait, un choc hémoclasique caractérisé par une leucopénie marquée.

« 2° Ce choc persiste un certain temps après le sevrage et ne disparaît qu'entre le vingtième et le trentièrme jour après la suppression de la morphine. La disparition du choc hémoclasique dans la désintoxication est un indice très sûr de la bonne convalescence du malade. Elle concorde d'ailleurs avec les autres manifestations que nous avons signalées comme indiquant le retour des fonctions normales de l'organisme, et leur est chronologiquement parallèle.

« 3° Les intoxiqués présentent aussi une leucopénie très nette au moment de l'injection de morphine dans leur organisme, mais cette leucopénie n'est pas en rapport avec la dose injectée, puisqu'une dose infime chez un morphinomane à grosses doses provoque les mêmes réactions leucopéniques.

« Cela fait comprendre comment, en état d'abstinence totale, il suffit d'injecter une dose infinitésimale par rapport aux doses habituelles du sujet pour le calmer et arrêter les réactions violentes ou douloureuses. Cela explique également comment, chez un morphinomane sevré depuis peu de temps, il suffit d'une petite dose de morphine pour provoquer dans son organisme un état qui réveille aussitôt en lui son habitude et crée un besoin qui le mène à la récidive. Aussi recommandons-nous expressément de ne jamais donner, *même longtemps après le sevrage, sous aucun prétexte, sous aucune forme et à quelque dose que ce soit*, de l'opium et surtout de la morphine à un intoxiqué.

« 4° Les hypnotiques, toujours très nocifs quand ils se surajoutent à une intoxication morphinique, provoquent par ingestion chez l'intoxiqué et chez le désintoxiqué les mêmes phénomènes de choc que le lait ou la morphine. D'où la règle de ne jamais associer au cours de l'intoxication morphinique, ou donner à titre de succédané pendant la désintoxication, des médicaments narcotiques ou stupéfiants quelconques. » (*Presse méd.*, 10 janvier 1923.)

Anévrisme de l'artère pulmonaire chez une enfant.

MM. G. Blechmann et Paulin rapportent une observation très curieuse d'une fillette de 7 ans qui présentait les signes de la maladie de Roger (persistance de la communication interventriculaire) et qui succomba rapidement à la suite d'accidents infectieux dus à une pneumococcémie. A l'autopsie, la communication interventriculaire diagnostiquée pendant la vie existait avec ses caractéres classiques. En outre, on notait un rétrécissement de l'artère pulmonaire. en aval duquel se trouvait une dilatation anévrismale, développée à la faveur d'une panartérite ulcéreuse pneumococcique.

Les cas d'anévrismes de l'artère pulmonaire sont très rares. Celui-ci permet aux auteurs de formuler les remarques suivantes : les lésions cardio-artérielles constatées *post mortem* ne se signalaient pendant la vie que par les seuls signes cliniques de la maladie de Roger. « Il est « parfois bien difficile, en présence des signes « cliniques de la maladie de Roger, d'affirmer « avec certitude la nature exacte de la lésion « anatomique à laquelle on a affaire... En présence d'une communication interventriculaire, il convient de toujours examiner l'origine « de l'artère pulmonaire et en particulier l'infundibulum pour rechercher l'existence d'une « sténose plus ou moins serrée. »

Cette observation vient enfin à l'appui de ce fait, que les cardiaques meurent souvent d'accidents infectieux, plutôt que d'asystolie, à une époque où les médicaments toni-cardiaques n'agissent plus, parce qu'une infection, souvent d'origine inconnue, est venue se localiser sur le point faible de l'organisme. (*Arch. des maladies du cœur*, juillet 1922.)

La maladie de Hodgkin

Affection qu'il ne faut pas confondre, disent MM. Gastinel, Reilly et Potez, avec la lymphogranulomatose, la maladie de Hodgkin ou granulome malin se caractérise cliniquement par des tumeurs ganglionnaires, de la sphénomégalie, de la fièvre, et du prurit. La fièvre est tantôt à rechutes, tantôt du type continu, tantôt rémittente. Le prurigo ne tarde pas à se compliquer de lichénification des tissus, plus rarement de nodules dermiques, d'infiltration tégumentaire diffuse, d'érythrodermie.

Il y a deux grandes formes de maladie de Hodgkin : la forme ganglionnaire, la forme viscé-

rale, celle-ci se traduisant par des pleurésies, des manifestations pulmonaires ou broncho-pulmonaires, une forme cutanée, enfin une forme à signes atténués.

L'évolution en est fatalement mortelle en deux ou quatre ans.

Le diagnostic doit reposer, en dehors du syndrome clinique, sur l'examen du sang et de la formule vasculo-sanguine, sur l'histologie des masses ganglionnaires. Quant à l'interprétation pathogénique, elle demeure encore pleine d'obscurité. Il semble, d'après les auteurs, qu'on puisse considérer le granulome malin comme une forme de transition et d'association entre les lésions néoplasiques et les lésions inflammatoires de certains tissus. (*Bull. méd.*, 14 janv. 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Sur les malades de guerre.

(M. Gley. — *Académie de médecine*, 13-2-1923.)

Dans une communication antérieure sur le rendement professionnel des malades de guerre, MM. Gourdon, Dijonneau et Thibaudeau demandaient qu'une aide plus efficace soit accordée aux réformés de guerre pour maladie, et que, en particulier, leur pension soit accrue. Une telle conclusion a soulevé des critiques, dont M. Gley s'est fait l'écho.

Le professeur Pech, de Montpellier, s'appuyant sur des observations personnelles et sur l'opinion de membres du tribunal régional des pensions, montre que les malades de guerre récriminent volontiers, alors que les mutilés par blessure n'élèvent généralement aucune protestation, continuant ainsi le sacrifice qu'ils ont fait au pays de leur bien-être physique. Parmi les protestataires, un grand nombre sont des malades d'avant 1914, récupérés, ayant fait un court service à l'arrière, bientôt réformés et pensionnés. Ces sujets, cardiaques, emphysémateux, rénaux, etc., dont l'affection n'a été ni créée, ni même en général, aggravée par la guerre, trouvent bien des fois leur pension insuffisante. Il ne faudrait pas, dit M. Pech, substituer aux victimes les plus intéressantes de la guerre des malades qui ont su, pendant les hostilités, se réclamer de leur état pour éviter les armées. Ici, comme bien souvent, les plus méritants sont ordinairement les silencieux et non ceux qui élèvent sans cesse des protestations.

M. Forgue a partagé l'impression de M. Pech, à la lecture de la communication de MM. Gourdon, Dijonneau et Thibaudeau. M. Carrère, sur une trentaine de malades du centre de réforme de Montpellier (ophtalmologie) a été frappé de voir que tous étaient des hommes du service auxiliaire, ayant servi dans les bureaux, et présentant des lésions (astigmatisme, myopie) qui auraient évolué sans la guerre. Or, ces malades sont pensionnés au taux moyen de 70 p. 100. M. Jeanbrau a fait, en urologie, des constatations du même genre.

Il y aurait donc, dans le groupe des pensionnés de guerre pour maladie, des catégories à établir et peut-être des révisions à faire — qui ne seraient pas des augmentations de pension.

L'hygiène chez les populations musulmanes de Tunisie.

(M. Dinguizli. — *Académie de médecine*, 13-2-1923.)

M. Dinguizli revient sur la question de l'hygiène chez les populations musulmanes en Tunisie. Il estime que les pouvoirs publics du Protectorat pourraient, pour le bien de tous, guider les habitants de l'Afrique française du Nord dans la voie du progrès hygiénique, en développant les installations de bains, en assainissant les hôtels (*fondouks*), en luttant contre l'alcoolisme et les maladies contagieuses par des conférences qui seraient confiées à des conteurs indigènes écoutés (*fédaouis*).

Résections nerveuses dans le traitement de l'angine de poitrine.

(MM. Daniélopolu et Aristide. — *Soc. méd. des hôp.*, 19-1-1923.)

MM. Daniélopolu et Aristide (de Bucarest) admettent, avec Mackenzie, que la douleur dans l'angine de poitrine est exclusivement transmise, qu'elle n'est pas ressentie par le viscère même, mais est reportée aux filets cérébro-spinaux dépendant des segments médullaires correspondants. Conséquemment, ils proposent de traiter l'angor pectoris par la résection des racines postérieures ou des nerfs spinaux.

Le rhumatisme chronique déformant est-il d'origine syphilitique ?

(MM. Haguenau et Bernard. — *Société méd. des hôpitaux*, 19-1-1923.)

MM. Haguenau et Bernard ont fait une enquête étiologique sur le rhumatisme chronique déformant chez les vieillards de l'hospice d'Ivry. Ils n'ont retenu que les cas classiques de maladie de Charcot, nettement déformants, éliminant les formes frustes et les formes associées à des lésions du système nerveux.

Ainsi définies, leurs recherches ont porté sur 30 malades, 5 hommes et 26 femmes. La tuberculose, la gonococcie, n'ont pas paru jouer de rôle net. De même, pour la syphilis, qui n'a semblé probable que

dans quelques cas. Le seul facteur étiologique précis qu'ils ont trouvé, chez la femme, a été la ménopause, fait bien connu depuis Charcot.

— M. Dufour est d'accord avec les auteurs lorsqu'ils dénient à la tuberculose l'influence que lui avait accordée Poncet dans la production du rhumatisme chronique. Il croit cependant la part de la syphilis plus grande que ne le disent MM. Haguenau et Bernard. Il n'est pas toujours facile de dépister la syphilis dans les milieux hospitaliers et, à une phase avancée de la maladie, le Wassermann, auparavant positif, peut devenir négatif.

Dyspepsie et anaphylaxie.

(MM. Le Noir, Richet fils, Renard et Barreau. — *Soc. méd. des hôp.*, 19-1-1923.)

Les accidents anaphylactiques sont aigus ou subaigus, alors que la dyspepsie est une affection chronique. Il semble donc *a priori* difficile de relier les deux états et de parler de dyspepsie de nature anaphylactique. Et cependant, si l'on suppose un sujet sensibilisé à la viande, ou aux œufs, on verra les accidents anaphylactiques se répéter après chaque ingestion de ces aliments, prendre par conséquent par leur répétition une allure chronique et créer une véritable dyspepsie.

M. Le Noir relate précisément deux observations de ce genre. Dans la première, une malade présentait un syndrome colitique (diarrhée et coliques) chaque fois qu'elle ingérait de la viande crue. Dans la seconde, une femme offrait des troubles dyspeptiques (douleurs gastriques et diarrhée) après toute absorption de certains légumes, les haricots verts principalement. L'auteur essaya de désanaphylactiser, sans succès d'ailleurs, la patiente, avec la méthode Pagniez-Vallery-Radot, en lui faisant prendre un seul haricot vert une heure avant l'ingestion d'un plat de ce légume, et avec la méthode de Lesné, d'anti-anaphylaxie progressive, sous forme de deux haricots verts un jour, quatre le lendemain, puis six, etc.

Colite chronique de nature anaphylactique.

(MM. Ch. Richet fils et de Fossey. — *Soc. méd. des hôp.*, 19-1-1923.)

MM. Charles Richet fils et de Fossey ont observé une malade chez laquelle toute ingestion de viande et de poisson déclanchait, au bout d'une heure, une crise de diarrhée avec frissons, tendance syncopale et bradycardie. L'épreuve de l'hémoclasie digestive, faite au lait, se montra fortement positive (leucopénie) et la cuti-réaction, faite au colin, sur le bras droit, détermina des nausées et une éruption ortiée. En prescrivant simultanément les deux traitements anti-anaphylactiques, de Pagniez-Vallery-Radot et de Lesné, les auteurs ont pu guérir leur malade (cachets de peptone de viande, puis cachets de peptone de poisson).

Protéinothérapie dans la méningococcémie.

(M. Léon Blum, de Strasbourg. — *Soc. méd. des hôp.* 19-1-1923.)

M. Léon Blum a eu l'occasion de soigner deux nouveaux cas de méningococcémie par la protéinothérapie (injections de lait). Dans le premier cas (méningococcémie avec fièvre intermittente prolongée 124 jours, symptômes articulaires et cutanés), la guérison fut immédiate après une seule injection intra-musculaire de 10 c.c. de lait. Dans le second cas (méningococcémie avec fièvre intermittente, éruptions cutanées, et méningite apparaissant à la troisième semaine), l'effet de l'injection de lait fut nul. La patiente guérit par la sérothérapie anti-méningococcique. M. Léon Blum serait porté ainsi à croire que dans les septicémies à méningocoques où les méninges sont intéressées, il faut recourir à la sérothérapie spécifique.

Corps étranger bronchique simulant une bronchite chronique.

(M. E. Halphen. — *Soc. méd. des hôp.*, 26-1-1923.)

L'apparition de signes de bronchite unilatérale consécutivement à un corps étranger inhalé constitue un fait connu. En général, il s'agit d'enfants, et habituellement, les parents attirent l'attention sur la possibilité d'un corps étranger, que vient révéler l'examen radioscopique ou la bronchoscopie. Quelquefois, comme dans un cas de Sébileau, concernant un sujet qui avait avalé un sifflet, le corps étranger traduit sa présence par un bruit *sui generis*, un sifflement entendu à distance pendant l'expiration.

M. Halphen relate une observation analogue, offrant cette particularité que le corps étranger (un sifflet également) resta méconnu longtemps, le petit malade étant soigné pour une bronchite chronique banale. On fit, dans le but de préciser le diagnostic, une radiographie qui montra la présence d'un sifflet métallique dans la bronche droite. Le corps étranger une fois enlevé (par bronchoscopie), l'enfant guérit en peu de jours.

Perte traumatique d'un lobe du foie. Guérison.

(M. Lafourcade, de Bayonne. — *Société de chirurgie*, 10-1-1923).

M. Lafourcade a traité un cas curieux de traumatisme de l'abdomen, qui s'est terminé par une guérison chirurgicale aussi intéressante qu'inespérée.

Il s'agit d'une fillette de trois ans, renversée et piétinée par un cheval. Eta t des plus inquiétants. M. Lafourcade opère vingt-six heures après l'accident et, au travers de l'incision abdominale, il saisit et enlève une masse gris-jaunâtre, complètement libre dans l'abdomen, qui est le lobe gauche du foie dans sa totalité (lobe de 210 gr., de 11 centim. de longueur). La tranche de section du foie, très saignante, est traitée par un surjet hémostatique peu serré et une

mèche, laissée à demeure, imbibée de sérum gélatiné.

Guérison dans les quinze jours, sans fistule biliaire.

Plaie du foie et de la veine cave inférieure. Guérison.

(M. Lafourcade, de Bayonne. — *Société de chirurgie* 10-1-1923.)

M. Lafourcade rapporte un second cas de blessure grave de l'abdomen, par coup de couteau, suivi également de guérison. Le blessé offrait une hémorrhagie intra-abdominale énorme. L'auteur fut assez heureux pour pouvoir poser une pince, dans la profondeur, sur un gros vaisseau ouvert (la veine-cave inférieure), et tout se termina favorablement. M. Lafourcade estime qu'il doit d'avoir pu mener à bien cette délicate intervention au puissant éclairage frontal (le cyclope), dont il s'est servi.

Arthrites gonococciques et sérothérapie.

(M. Auvray. — *Société de chirurgie*, 10-1-1923.)

M. Auvray relate deux observations d'arthrite blennorrhagique traitée par les injections intra-articulaires de sérum anti-gonococcique, avec deux résultats très différents. Dans le premier cas — une arthrite du genou — les effets de la médication furent des plus satisfaisants. Dans le second cas, le traitement échoua. La distinction est due à ce qu'au genou, la sérothérapie intra-articulaire est facile à appliquer, alors qu'au poignet les injections sont, le plus souvent, péri-articulaires, ne répondant plus aux conditions nécessaires à la guérison.

L'hémostase préventive à la Momburg.

(M. Savariaud. — *Société de chirurgie*, 24-1-1923.)

La méthode d'hémostase préventive de Momburg consiste à appliquer une bande élastique autour de l'abdomen dans le but d'arrêter la circulation des membres inférieurs. C'est un procédé assez brutal qui s'adresse aux grosses opérations sur la hanche (désarticulation de la hanche).

M. Coullaud, dans un travail rapporté par M. Savariaud, a utilisé trois fois avec succès la méthode de Momburg. M. Savariaud estime personnellement qu'elle est commode et sûre.

— M. Broca a désarticulé 4 fois la hanche par transfixion, sans Momburg. Les malades ont très peu saigné. Le Momburg lui paraît discutable.

P. L.

Les Congrès

XVIe Congrès Français de Médecine

Guérison par la vaccinothérapie et la tranfusion sanguine d'une néphrite streptococcique infantile consécutive à un érysipèle d'origine vaccinale,

Par les docteurs P. Pecker et J.-P. Lamare, de Saint-Germain-en-Laye.

L'observation que nous présentons au Congrès est un témoignage de l'efficacité de la vaccinothérapie dans la néphrite streptococcique infantile et, à ce titre, elle nous semble digne d'être rapportée.

Germaine A..., née à terme le 14 juillet 1920, de parents bien portants, est élevée par sa mère au sein; le 9 novembre de la même année, l'un de nous vaccine à la cuisse en même temps que d'autres enfants, la petite Germaine A... âgée alors de 4 mois.

L'évolution de la vaccination n'a présenté chez les premiers rien d'anormal, mais en revanche, la petite Germaine A..., le 1er décembre, donc trois semaines après sa vaccination, fut prise d'une forte fièvre et localement, au niveau de la scarification vaccinale, apparut une plaque érysipélateuse avec tous ses caractères classiques.

Dès lors commence pour l'enfant une période de fièvre continuelle (de 39° à 40° et à un moment donné durant les premières 48 heures, le thermomètre monta même à 41°6) et de souffrances.

L'érysipèle ayant pris un caractère ambulant parcourt toute la moitié inférieure du corps.

Le 15 février 1921, un peu plus de 2 mois après son début, l'érysipèle aboutit à une collection purulente à la face postérieure de la cuisse droite, que l'on incise ; 15 jours après, une nouvelle collection se forme à la face interne de la cuisse gauche et, à la suite de cette dernière, apparaît une adénopathie iliaque gauche ; — une nouvelle incision est pratiquée suivie de lavages quotidiens avec une solution de collargol à 5 %.

Ni l'examen du pus, ni la vaccinothérapie proposée à ce moment, n'ont pu pour des raisons indépendantes de notre volonté être pratiqués.

L'enfant s'étiole chaque jour davantage, la plaie iliaque gauche ne cesse de suppurer et si l'enfant ne meurt pas, c'est grâce à sa mère, — excellente nourrice.

Les urines de la petite malade, d'abord rosées, deviennent rouges ; le 6 août 1921, l'analyse de l'urine faite par M. Tournier, ancien pharmacien adjoint des hôpitaux de Lyon, révèle : la présence d'albumine (0,50 par litre), la présence d'*hématies assez nombreuses*, des cylindres hyalins et granuleux ; — le

dépôt urinaire ne renferme ni bacille de Koch, ni staphylocoques, mais de nombreuses chaînettes de streptocoques et des colibacilles.

Le 10 août, l'examen du pus révèle la présence de nombreux streptocoques dont le degré de virulence ne fut d'ailleurs pas recherché.

Ce même jour (10 août), nous pratiquons la 1re injection de 3/10 de cc. de lipo-vaccin antipyogène Le Moignic ;

La 2e injection de 3/10 de cc. est pratiquée le 13 août ;

La 3e injection de 5/10 de cc. est pratiquée le 16 août.

La 4e injection de 1 cc. est pratiquée le 19 août.

Le 26 août, une semaine après la dernière injection du lipo-vaccin, l'analyse du pus montre la disparition *complète* des streptocoques ; ajoutons qu'aucun ensemencement ne fut pratiqué. L'analyse d'urine révèle également la disparition presque *complète des streptocoques*, mais montre encore la présence de très nombreux colibacilles et d'innombrables staphylocoques, de nombreux cylindres hyalins, quelques cylindres granuleux et de nombreuses *hématies* ; les urines sont encore nettement sanglantes.

L'état général de l'enfant ne s'améliore que très lentement et, l'anémie étant très accusée, une transfusion sanguine est pratiquée le 4 septembre 1921.

On prélève sur la mère, dans une solution citratée, 20 cmc. de sang à l'aide de la seringue Rosenthal — réinjectés immédiatement dans la veine céphalique de l'enfant. Dès le lendemain, le teint de l'enfant est plus coloré ; en même temps, on note l'arrêt de diminution du poids, puis son augmentation progressive ; sa plaie était cicatrisée le **4 novembre** 1921.

Il semble bien que, sous l'influence du lipo-vaccin, l'infection streptococcique ait été enrayée et que la transfusion du sang, apportant son appui à l'allaitement maternel, ait permis à l'organisme de triompher. Actuellement, l'enfant, âgée de plus de 2 ans, se porte bien ; ses urines sont absolument normales, elle a 20 dents et sa mère s'obstine à l'allaiter.

La Thérapeutique appliquée

THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE ET PSYCHOTHÉRAPIE

« L'espérance, toute trompeuse qu'elle est, sert au moins à nous mener à la fin de la vie par un chemin agréable ».
La Rochefoucauld.

S'il est vrai, comme on l'a dit, que la thérapeutique scientifique de la tuberculose n'offre que des ressources limitées, restreintes, il ne faut pas oublier que tout mode de traitement de la tuberculose chronique, s'il est vraiment inoffensif, donne toujours des résultats satisfaisants. « Les tuberculeux retrouvent de la vitalité, dès qu'on s'occupe d'eux : ils reprennent courage et renaissent à l'espéance ». (Mathieu).

Il est d'observation courante de voir un tuberculeux qui change de médecin ou à qui l'on offre un médicament nouveau, beaucoup mieux aller pendant un certain temps, temps variable d'ailleurs, suivant les sujets.

Il y a, en effet, dans l'exercice de notre art, une grosse part à assigner à la suggestion thérapeutique, et nier cette suggestion n'est pas conforme à la réalité. Le scepticisme thérapeutique n'a jamais, que nous sachions, procuré de satisfactions durables. Le médecin sceptique guérit rarement ses malades et il les améliore difficilement. La foi, tout est là en pratique. Rappelons-nous toujours que « la fonction du médecin est toute de consolation, de soulagement, d'espoir rendu, de reconstitution de la vie possible ». (Déjérine et Gaukler),

« Il y a une *toux utile* qu'il faut respecter, c'est celle qui ramène au dehors les expectorations ; mais la *toux inutile* celle qui, en mobilisant le poumon empêche la cicatrisation *doit être disciplinée* ». (Poix, *Presse médicale,* février 1923). Cette discipline s'obtiendra d'une part, par de petits moyens que le malade mettra en œuvre au moment où il percevra le réflexe tussigène : retenir sa respiration, inspirations nasales rapides, etc., mais aussi en diminuant l'excitabilité des réflexes tussigènes par un calmant approprié.

Calmer la toux des tuberculeux, juguler les quintes qui n'aboutissent pas à une sécrétion bronchique abondante, modérer la toux sèche qui aboutit à l'expulsion de quelques rares crachats, cette toux qu'on a qualifiée de « grattage de la gorge qui démange », c'est commencer à guérir les malades. C'est, de plus, leur éviter toutes les complications de la toux : points thoraciques, douleurs au niveau des insertions des muscles abdominaux, insomnie, hernies.

Trois types de calmants sont retenus dans le traitement du symptôme toux des tuberculeux. Leur prescription judicieuse permet d'établir un véritable cycle thérapeutique qui évitera la désespérante accoutumance. C'est d'abord les calmants narcotiques : opium et dérivés : codéine

héroïne, etc., puis les calmants antidyspnéiques : belladone, aunée et son alcaloïde l'hélénine, et enfin les calmants nerveux et antispasmodiques : aconit et surtout bromoforme, ce précieux médicament qui vient d'être rénové sous une forme chimique nouvelle le codoforme.

Le bromoforme est là, fixé en un composé cristallisé, inaltérable et d'une innocuité absolue. Le prix, de plus, en est très modéré, élément très appréciable par notre temps de vie chère, où toute maladie est considérée comme désastreuse pour le budget familial. La triple vertu du codoforme peut être caractérisée par ces trois mots : efficacité, sécurité, économie.

Si donc, en matière de tuberculose pulmonaire chronique, on ne peut nier la toute puissance de la cure d'air, du repos et d'une alimentation rationnelle il ne faut pas perdre de vue qu'une thérapeutique symptomatique alternée, comprenant, par exemple, l'HÉLÉNINE, la DIONINE et le CODOFORME, véritable thérapeutique mensuelle de la toux du tuberculeux, est d'une utilité incontestable. Ce traitement n'est pas illusoire : il provoque, à coup sûr, des améliorations broncho-pulmonaires et psychiques, double but du praticien vraiment digne de ce nom.

Dr Camille BAUREGARD.

P. S. — Je ne peux mieux terminer cet exposé qu'en relatant quelques observations typiques de pratique courante, dont la brièveté n'exclut pas le véritable intérêt pour le praticien.

1° Ma première expérience du codoforme a été faite sur un tuberculeux cavitaire dont la toux émétisante ne lui laissait aucun repos, jour et nuit. L'effet fut radical. A la dose de 8 à 10 comprimés par jour il jugula presque entièrement cette toux qui le fatiguait énormément. En particulier, les nuits devinrent silencieuses grâce à 2 comprimés pris au coucher et 2 autres au milieu de la nuit. Pendant 7 mois il vécut ainsi, les lésions évoluant, mais sans tousser. Le codoforme Bottu m'a rendu les mêmes services dans une congestion pulmonaire et dans une bronchite aiguë où j'ai constaté assez rapidement une modification de l'expectoration et des sécrétions bronchiques en même temps que la sédation presque absolue de la toux.

2° Je donne en ce moment mes soins à un tuberculeux pulmonaire peu avancé mais à forme laryngée rapide. Ce malade présentait depuis 3 mois une toux persistante, tenace, fort douloureuse par suite de la localisation laryngée, empêchant absolument tout sommeil. De nombreuses formules et préparations furent essayées en vain. C'est alors que je lui donnai du codoforme. L'effet fut absolument radical. La toux jugulée, le sommeil bienfaisant revint et par suite une amélioration sensible de l'état général. Mon malade continue à faire un usage modéré du codoforme qui lui apporte sinon la guérison, au moins un soulagement considérable.

3° Une femme de 55 ans avait conservé des ganglions trachéo-bronchiques d'une grave affection pleuro-pulmonaire guérie. Cette adénite causait des quintes de toux très fréquentes et très pénibles qu'aucun traitement n'influençait. Le codoforme a réduit très notablement ces quintes et les calme régulièrement, d'où progrès rapide de l'état général. Chaque comprimé de codoforme apportait le calme pendant 5 heures et la guérison survint peu à peu. Je cite avec plaisir ces observations, car les innombrables médicaments qui nous sont adressés nous apportent si peu de satisfaction qu'il faut s'empresser de reconnaître le mérite d'un médicament quand on le constate.

Les Livres

Edition PHYSIS,

35, rue de la Victoire, Paris.

Dr RUFFIER. — **Traité d'éducation physique.** *Tome II : Les jeunes gens.* (1 vol. in-8°, 316 pages, 1922.)

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

J. FIOLLE. — **Le curettage utérin.** (1 vol. in-8° broché de 128 pages, 29 figures, 1922. rPrix : 8 fr.).

Le livre de M. Fiolle, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille, apporte, à tous ceux qui peuvent être amenés à exécuter un curettage, des indications opératoires précises et une technique aussi simplifiée que possible, quoique décrite dans les moindres détails.

La première partie est consacrée à l'étude des indications du curettage dans les différentes formes de métrites, les rétentions placentaires, les états fibromateux, les explorations biopsiques, les lésions utérines nécessitant des applications de radium, etc.

L'auteur expose ensuite avec des détails minutieux la préparation, l'instrumentation et les techniques du curettage, très différentes dans les métrites et dans les rétentions placentaires, et donne toutes les indications utiles pour l'opération à domicile des malades intransportables. Deux paragraphes sont consacrés au curettage explorateur et au curettage suivi d'application de radium.

Les accidents possibles sont décrits en même temps que chacune des techniques, de même que les soins consécutifs à l'intervention.

Tous ces exposés opératoires sont illustrés de nombreux dessins, d'instruments, gravures et schémas.

Par la simplification de la technique, par les idées

personnelles qu'il contient, — notamment, au sujet du curettage explorateur — ce livre constitue un travail original, que consulteront avec fruit ceux même qui ont une réelle expérience de la gynécologie.

MAISON FRANÇAISE D'ART ET D'ÉDITION,

rue Falguière, 37, Paris.

Dr Honoré BROUTELLE. — **Poèmes sarthois.** Un vol. 13,5 × 19 de 228 pages, ordné de deux hors texte, d'un frontispice et d'un bandeau dessinés et gravés par Honoré BROUTELLE. Prix : 7 fr. (En vente aux librairies : Lépinay, rue Dumas, 11, Le Mans ; Vadé, rue Gambetta, 53, Le Mans.

Le docteur Honoré Broutelle n'est pas un inconnu pour les lecteurs du *Concours médical.* A plusieurs reprises, nous avons inséré dans nos colonnes, des sonnets médicaux dans lesquels il s'efforçait d'exprimer ce que notre profession contient d'austère poésie, d'extérioriser en quelque sorte, les sentiments qui sont les directives de nos actes d'esculapes : l'esprit de dévouement, d'abnégation, de sacrifice, que le public est trop souvent enclin à méconnaître ou que, en mainte occurence, il ne soupçonne même pas.

Aujourd'hui, ce n'est ni « *Le médecin de quartier* », ni « *Le Périodeute* », que chante notre confrère. Praticien de campagne comme tant d'autres que n'auréole pas la gloire d'être « un grand médecin de la ville », il a exercé notre art dans un chef-lieu de canton du Haut-Maine. Cette région plantureuse des collines du Perche aux bords du Loir, et du terroir chartrain aux coteaux mayennais, forme le département de la Sarthe, vaste damier de prairies, de chénevières, d'emblaves, de boqueteaux et de hautes futaies, vestiges de l'historique forêt du Mans. Comme chacun de vous, confrères ruraux, dans le coin de France où vous soulagez Jacques Bonhomme dans ses « *algies* » et ses « *traumas* », il connaît bien ces paysages rustiques où se déroule, s'allonge, s'incurve et s'enchevêtre le blanc enrubannement des routes tant de fois parcourues. Ces sites familiers, l'auteur les dépeint, les exalte même dans son livre (*La Forêt de Bersay*, *Grisaille, la haie sarthoise, ta glèbe!*) ; il évoque ces bordiers, tâcherons, dans leurs hardes usées par le quotidien labeur (*Le laboureur, la machine à battre, les écus du paysan, gogailles, nuitée, la mort du bucheron*), ces métayères affairées sous leur coiffe ronde (*La fermière, le pesant d'or, amour ! amour !*). Il n'oublie pas les artisans du bourg qui, à l'ombre du clocher, font leur monotone besogne (*Les tisserands du Breil, les couturières de Pont-de-Gennes*) ; les bêtes de la ferme (*le taureau furieux, le chien de garde, la gore, le poulain, l'oie, la jument*) sont elles-mêmes dessinées à leur tour avec sympathie en des portraitures qui ont le souci de faire ressemblant.

Ces divers sujets sont de ceux qu'affectionne la « *Musa Pedestris* » ! Dans la 1re partie de son livre, l'inspiration de notre confrère ne s'envole pas plus haut, ni plus loin, que ces pigeons domestiques qui, du toit de l'étable ou du grenier à fourrages, s'élèvent en quelques coups d'ailes au-dessus des bâtiments de la ferme, et, dans leurs lentes et tournoyantes arabesques aériennes, ne dépassent pas la cime des peupliers voisins. Mais dans la 2e partie du volume, le Dr Broutelle, quittant le réalisme des champs, se montre fervent admirateur de la vieille ville du Mans. Son enthousiasme pour la splendide cathédrale, cénomane dont le chœur peut rivaliser en beauté avec l'abside de la basilique de Cologne, se manifeste dans : « *Les pierres qui prient, à la Magnifique, l'Envol des pierres* ». Il donne la vie, une vie irréelle et mystique, à la vénérable cité provinciale (*les murs entendent, ce que disent les portes, les fenêtres voient, les cheminées respirent le cœur de la maison*).

L'écriture, ou plus simplement, le style de ces poèmes ignore l'élégante afféterie, la préciosité raffinée, la languide morbidesse dont, avec tant de charme et de complexe habileté, la plupart des actuels diciples d'Apollon enguirlandent l'expression de leur pensée. L'auteur n'a d'autre prétention que de remettre en honneur certains vocables d'antan qui, depuis Malherbe, sont trop dédaignés et qui n'ont persisté qu'oralement, dans notre langue, sur les lèvres des gens de la glèbe. La Muse de notre confrère ne rougit pas de patoiser et d'archaïser, à l'occasion. Qui, parmi nous, l'en blâmerait ? Ne nous est-il pas constamment arrivé — en donnant nos soins à quelque mère-grand du village, au petit pastour, au valet de charrue, — d'adopter telle de leurs locutions pittoresques, d'employer tel de leurs termes triviaux ou imagés, pour mieux faire comprendre nos ordonnances et nos « *récipés* » professionnels ?

Ces poèmes sont ornés de deux hors-texte (*Le Taureau, Le Laboureur*) dessinés et gravés par l'auteur, xylographe qui a illustré les poèmes de Henri de Régnier (*Maison Française d'art et d'édition*) et qui doit prochainement publier *Quelques sourires de Diafoirus*, suite de bois gravés (chez *Vigot*).

Voici, choisi dans cette corbeille de joyaux, un sonnet charmant où sont évoquées, en un raccourci frappant, les coiffures des filles de nos provinces :

Les Coiffes

Les coiffes de Bretagne ont les battements d'ailes,
De la mouette agile et des beaux goélands ;
Au pays des Menhirs et du grand saint « Alan »,
Les cœurs des amoureux, émus, montent vers elles.

L'Angevine, à son front, porte un papillon blanc,
Qui s'étale, épinglé, rigide en la dentelle.
La charlotte des filles lorraines est telle
Qu'une fleur qui se mire au fleuve mosellan.

La jeune Vendéenne enrubanne de soie
Son fier cimier brodé qui se dresse et s'éploie,
Moins haut que le hennin des fermières de Caux.

Mais la Sarthoise, sur sa nuque, s'auréole,
D'un orbe immaculé qui rarement s'envole,
Et qui ressemble aux nimbes pâles des vitraux.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ASSURANCE-MALADIE ET LA FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE

Par Camille LIAN.

Médecin des Hôpitaux de Paris.
Secrétaire général de la Fédération Corporative.

La Fédération corporative des médecins de la région parisienne a envisagé, elle aussi, ce redoutable et difficile problème qu'est l'assurance-maladie.

Je ne suis pas du tout surpris que son projet ait suscité des critiques, et j'ai lu celles du Dr Decourt (1) non seulement avec intérêt, mais aussi avec plaisir, car elles sont écrites d'une plume alerte et vigoureuse. Les imperfections sont, hélas ! le lot commun de tous les projets, et aussi des lois d'assurance sociale appliquées soit dans nos chers départements alsaciens et lorrains, soit dans quelques pays étrangers. Les lecteurs du *Concours médical* ont lu les vives critiques du Dr Specklin sur l'assurance maladie en Alsace et en Lorraine, du Dr Decourt sur l'assurance maladie en Angleterre, etc. Ils ont apprécié les articles documentés et convaincants du Dr G. Duchesne, montrant les dangers du tiers payant et vantant le payement des honoraires médicaux par le malade.

Point n'est besoin de reprendre toute cette argumentation. Néanmoins, pour laisser entrevoir la question sous ses multiples aspects, pour bien la situer en quelque sorte, il est bon, lorsqu'on parle des avantages ou des inconvénients du payement des honoraires par le malade, de rappeler brièvement les conséquences possibles de l'intervention d'un tiers payant.

I. Les inconvénients possibles de l'intervention d'un tiers payant.

Les exposer en quelques mots ce sera dire d'abord ce que ne veut pas le Corps médical organisé de la région parisienne.

Ce qu'il ne veut pas, c'est le payement des honoraires par l'Etat ou une administration quelle qu'elle soit. Nous serons plus ou moins transformés en fonctionnaires, disent les médecins parisiens, nous perdrons notre indépendance et en même temps nous verrons diminuer notre considération. De plus, disent-ils, nous sommes las des retards invraisemblables qu'apporte et qu'apporterait pareil système. Nous ne voulons plus attendre un an ou plus pour recevoir nos honoraires. Nous regrettons, ajoutent-ils, les pertes de temps inévitables que nous impose l'administration : elle nous convoque un jour à 15 h. 30 à ses bureaux, nous attendons une heure pour être reçus par un administrateur, plus ou moins aimable derrière son guichet. Nous déplorons, disent-ils aussi, le contrôle thérapeutique où une Commission vient déclarer par exemple (lu dans le *Concours médical*) que les injections intra-veineuses médicamenteuses n'ont pas à être employées contre la tuberculose pulmonaire, et supprime de ce fait toute une partie de la note d'honoraires. Enfin nous ne voulons pas du système du contrôle tardif, où l'on vient nous dire des mois après, vous ne deviez pas faire 5 visites en 15 jours à tel malade, la Caisse ne vous en payera que 2.

En transposant l'expression imagée du docteur Decourt, on pourrait dire : ce n'est pas avec ces soustractions, en grande partie arbitraires, que le médecin payera son bifteck, son essence ou ses bottes.

Le Corps médical organisé de la région parisienne est donc franchement hostile au tiers payant, parce qu'il estime que ce système porterait atteinte non seulement à la dignité et à l'indépendance du médecin, mais aussi à ses intérêts matériels (1).

II. Les avantages et inconvénients du payement des honoraires par le malade.

Est-ce à dire que le paiement des honoraires médicaux par le malade n'a que des avantages ? Certainement non. D'ailleurs toute organisation ne comporte-t-elle pas à peu près fatalement des avantages et des inconvénients : c'est en les pesant, en les comparant qu'on prend une décision. Et le Corps médical de la Seine est persuadé que les avantages du paiement des

(1) *Concours médical*, 24 déc. 1922, p. 4.162.

(1) C'est également l'opinion de diverses fédérations syndicales comme celles du Sud-Est, du Nord, etc. Tout récemment dans le *Concours médical* cette même opinion a été défendue par le Syndicat médical de l'Indre et par le Dr Vimont.

honoraires par le malade l'emportent nettement sur ses inconvénients.

Le paiement par le malade supprime les inconvénients exposés plus haut. C'est donc là un avantage sérieux. Il respecte l'état actuel des rapports traditionnels entre le malade et le médecin, il ne transforme pas ce dernier en une sorte de fonctionnaire aux ordres du malade. Il apporte un frein sérieux à l'emprise des administrations, des Caisses, qui se ferait sentir de plus en plus fortement sur le médecin. Il a cet avantage considérable que les décisions de la Caisse s'adresseraient au malade qui pourrait s'entendre dire : la Caisse refuse de continuer à payer ceci ou cela. Dès lors l'ouvrier regimberait, son syndicat mettrait en branle les parlementaires, or, la crainte de l'électeur dans un régime démocratique, c'est le commencement de la sagesse. Tandis que dans l'autre système le malade recevrait d'abord les soins, et 3, 6 ou 12 mois après, le médecin ne serait peut-être pas payé, cela toucherait moins le malade. C'est le médecin qui aurait les ennuis, encore serait-il mal vu si, dans le cours de la maladie, il voulait restreindre les visites en disant qu'elles ne lui seront peut-être pas payées plus tard par la Caisse.

Mais par contre le paiement des honoraires par le malade comporterait bien quelques ombres. Par exemple certains disent : le malade touchera de l'argent de la Caisse et ne payera pas le médecin. La plupart des médecins parisiens répondent : ce sont les futurs bénéficiaires de la loi d'assurances sociales qui nous payent le plus régulièrement, pourquoi ne payeraient-ils pas encore mieux quand ils recevront des indemnités de la Caisse. Néanmoins le projet de la Fédération corporative parisienne prévoit le payement à l'aide de coupons spéciaux, ainsi le malade est dans l'impossibilité d'utiliser l'argent de la Caisse à d'autres fins qu'au règlement des honoraires médicaux.

III. Comment rendre possible le paiement des honoraires par le malade ?

Le malade recevrait, proposent certains, une indemnité forfaitaire quotidienne pour soins médicaux. Il apparaît aussitôt qu'il faudrait prévoir plusieurs catégories d'indemnités, en rapport avec l'importance des soins médicaux selon les maladies et les malades. Mais même ainsi, l'indemnité forfaitaire ne pourrait être égale au montant des honoraires médicaux, il est bien vraisemblable qu'elle serait le plus souvent inférieure à ce montant. Elle constituerait une aide importante fournie au malade plutôt qu'une assurance couvrant intégralement les risques de maladie. Ce serait moins onéreux et peut-être plus sage que le projet de loi en préparation, mais cela ne répond pas du tout aux désirs des parlementaires. D'ailleurs les médecins, qui repoussent pour eux le forfait, auraient peut-être mauvaise grâce à demander qu'on l'instituât pour les assurés. C'est ainsi que la Fédération corporative parisienne a été amenée à admettre que la Caisse devrait remettre au malade, en coupons médicaux, non pas une somme forfaitaire, mais une somme égale à la valeur des honoraires médicaux pour chaque cas particulier.

Cette somme doit-elle obligatoirement être rigoureusement égale au montant des honoraires médicaux ? Tel est le point qui a abouti à la conclusion tout spécialement critiquée par le Dr Decourt. Les médecins parisiens ont ainsi raisonné. Il y a dans une grande ville toute une gamme d'honoraires. Sans parler des grands médecins consultants, dont les intérêts matériels n'interviennent pas ici dans cette clientèle d'assurés, il existe, à côté des médecins demandant le tarif moyen de la clientèle ordinaire (le tarif du syndicat), un assez grand nombre de médecins que leur notoriété dans telle ou telle spécialité, dans tel ou tel quartier, conduit à demander habituellement un tarif supérieur, par exemple 20 fr. au lieu de 10 fr. pour une consultation. Il est donc bon que l'assuré puisse le cas échéant s'adresser à ces médecins, en ajoutant 10 fr. au coupon de 10 fr. que lui remetra la Caisse. Mais si le contrat prévoit le payement intégral par la Caisse, les médecins en question devront ou se résigner à ne demander que 10 fr. par consultation (d'où une diminution du chiffre global des honoraires médicaux et la suppression de maintes situations, soit bien légitimées cependant par la valeur professionnelle, soit bien proportionnées avec l'état de santé des médecins qui les ont créées), ou bien se résigner à se priver d'une importante source de clientèle, sacrifice qui sera souvent impossible. D'autre part, même sans tenir compte de l'argument précédent (intéressant seulement pour les grandes villes), l'éventualité suivante est à envisager. La Caisse, après avoir envoyé un médecin contrôleur au lit d'un malade, prévient ce dernier qu'elle ne lui donnera que trois coupons de visite médicale pour une semaine, sauf complications. Cependant le malade est d'accord avec son médecin traitant pour estimer qu'une visite quotidienne est utile. Même si un arbitre donnait immédiatement raison à la Caisse, il faut tout de même que le malade ait le droit d'avoir une visite quotidienne, et que le médecin puisse réclamer des honoraires au malade pour les visites supplémentaires.

Telles sont les raisons qui ont conduit le conseil d'administration de la Fédération à adopter un texte rappelant celui de la loi sur les accidents du travail. Les honoraires réglés par la compagnie d'assurances représentent légalement la part patronale, que l'accidenté est libre de

compléter par un supplément. En pratique, comme le dit très justement le Dr Decourt, et comme le savent les médecins praticiens (parmi lesquels plusieurs vieux militants syndicalistes font partie du Conseil d'administration de la Fédération), la part patronale représente la totalité des honoraires touchés par le médecin au moins dans la quasi totalité des cas. Les médecins parisiens pensent, comme le Dr Decourt, qu'il en serait de même en assurance-maladie. Néanmoins même pour les accidents du travail, quelques confrères ont rapporté à la Fédération des exemples où le malade avait volontiers payé un supplément important, soit pour avoir les soins d'un médecin omni-praticien d'un quartier très éloigné du sien, soit pour avoir ceux d'un spécialiste. Il est vraisemblable que ce cas serait moins rare en assurance-maladie, car le nombre des visites et consultations sera bien plus grand pour les maladies de toute la famille des assurés que pour les accidents du travail. En tout cas, même si cette éventualité ne se produit pas fréquemment, il peut être utile de la prévoir pour défendre les intérêts légitimes de certains confrères des grandes villes.

Enfin reste à envisager comment serait fixé le tarif minimum des coupons remis au malade par la Caisse pour tout acte médical.

Ce point a été laissé en suspens dans l'ordre du jour de la Fédération parce qu'elle était alors divisée, comme tout le corps médical français, sur la question du contrat collectif. Certains médecins parisiens voyaient le contrat collectif comme un complément s'ajoutant à ce projet (1), tandis que les autres considéraient comme dangereuse toute tarification fixée par contrat collectif.

Telles sont les notions générales qui ont guidé le Conseil d'administration de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne dans la rédaction de son ordre du jour, qui a été soumis, non pas comme un texte définitif, mais comme une base de discussion, aux groupements de la Fédération.

D'ailleurs, le seul point alors en suspens, celui du contrat collectif, est en bonne voie de solution depuis la dernière Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux. En effet les deux principes du contrat collectif avec tiers payant, et du payement des honoraires médicaux par le malade, après s'être heurtés, ont trouvé un terrain de conciliation, puisque cette Assemblée générale a admis à l'unanimité le principe du contrat collectif conçu selon les régions, au choix des groupements professionnels médicaux, soit avec un tiers payant, soit avec le paiement des honoraires médicaux par le malade.

IV. Le rôle utile et indispensable de la Fédération corporative dans le département de la Seine.

En terminant ce trop long article, je veux, comme le Dr Decourt, défendre le caractère indispensable de l'unité d'action dans la défense des intérêts corporatifs du Corps médical français. Ce faisant, je serai heureux de rappeler le rôle utile et indispensable de la Fédération corporative dans le département de la Seine, et de mentionner son attachement, dans l'esprit et dans la lettre de ses statuts, ainsi que dans ses actes, à la charte de la nécessité de l'unité d'action corporative pour le corps médical français.

Certains n'ont pas compris l'utilité de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, ce ne peut être que par insuffisance de renseignements, tant cette utilité est évidente.

En effet, il existe dans le département de la Seine 4 grands syndicats médicaux : le Syndicat des médecins de la Seine, le Syndicat médical de Paris, les 2 Syndicats de Banlieue (Ouest et Nord ; Est et Sud), et quelques Syndicats de spécialistes. On peut évaluer *grosso modo* dans la Seine, à 2/5es le nombre des médecins syndiqués. D'autre part il y a de nombreuses associations, dont le but est, en totalité ou en partie, de défendre les intérêts professionnels médicaux. Ces associations, parmi lesquelles le groupe des Sociétés médicales d'arrondissement tient une grande place, représentent, elles aussi, *grosso modo* les 2/5es du Corps médical de la Seine.

Or, c'est une vérité de La Palice que la nécessité de l'union du Corps médical pour la défense de ses intérêts professionnels. Et cette nécessité devient impérieuse devant les problèmes de médecine sociale qui se posent chaque jour avec plus d'acuité. Par conséquent, il fallait réaliser immédiatement cette union, sans attendre l'idéal proche ou lointain, je ne le sais, de l'adhésion directe de tous les médecins de la Seine à un seul groupement professionnel. Telle est la pensée qui m'a guidé lorsque j'ai proposé aux principaux groupements professionnels parisiens de créer la Fédération corporative, et qui a guidé également les confrères dévoués qui, envoyés par ces principaux groupements, ont associé avec succès leurs efforts aux miens pour réaliser cette union indispensable.

Ainsi, tous les groupements professionnels médicaux importants et la quasi totalité des autres se sont réunis dans la Fédération corporative qui rassemble ainsi les maîtres, les praticiens et les étudiants, c'est-à-dire l'Association des professeurs et agrégés, l'Association corporative des médecins, chirurgiens, accoucheurs et spécialistes des hôpitaux, les 4 grands syndicats, une partie des syndicats de spécialistes, les Associations professionnelles (toutes les Sociétés d'arrondissements, etc.), les Associations d'étudiants

(1) Ainsi disparaîtraient ou s'atténueraient les craintes formulées par le Dr Decourt.

Les statuts de la Fédération ont été rédigés en plein accord par des délégués des principaux groupements, et à l'Assemblée générale constitutive, ils ont été votés à l'unanimité. Pareil résultat a été obtenu parce que ces statuts, d'une part laissent toute liberté d'action à chacun des groupements, d'autre part empêchent une majorité faible ou incertaine de prendre des décisions, enfin parce qu'ils sont en harmonie avec l'unité d'action nécessaire dans la Seine pour les questions régionales et dans la France entière pour les questions d'intérêt général.

En effet le Conseil d'administration renferme des membres de tous les groupements importants et aussi des petits groupements qui se liguent à plusieurs pour désigner un représentant au Conseil. D'autre part, à l'Assemblée générale, seule souveraine, les délégués ont un nombre de voix égal à celui des membres cotisants de leur groupement. Enfin les décisions, pour être valables, doivent être prises à la majorité des 4 cinquièmes des voix exprimées.

Par conséquent il est évident que la Fédération est un organisme d'union, elle ne peut vivre que pour et par l'union. Tout naturellement malgré un programme aussi large elle a suscité quelques critiques, en tout point contradictoires d'ailleurs. Mais celles-ci deviennent de plus en plus rares, parce qu'elles ne peuvent reposer que sur des idées préconçues et ne trouvent aucune justification dans la vie même de la Fédération.

V. La Fédération corporative fermement attachée a l'unité d'action du corps médical organisé.

On pouvait craindre que la Fédération ne trouble l'unité d'action nécessaire dans la défense des revendications corporatives. C'est ainsi que le Dr Decourt la met amicalement en garde contre ce danger. Il n'y a pas lieu d'avoir la moindre inquiétude sur ce point. Mais il n'est pas inutile de le répéter pour réfuter trop de critiques sans fondement.

Les statuts de la Fédération spécifient bien ses objectifs. Pour les questions professionnelles médicales générales, elle ne passe à l'action qu'après entente avec les autres groupements professionnels médicaux. Ces autres groupements ce sont les Syndicats médicaux de province réunis avec ceux de la Seine dans l'Union des Syndicats médicaux de France. Par conséquent, dans une question intéressant le Corps médical français tout entier, la Fédération ne fera jamais de démarche qu'après s'être entendue à ce sujet avec l'Union des Syndicats médicaux.

D'autre part, pour les questions professionnelles non plus générales mais régionales, la Fédération ne peut passer à l'action (par exemple aller porter et défendre des vœux devant les pouvoirs publics au nom du Corps médical de la Seine) qu'après une décision prise à la majorité de 4/5es des voix, soit par le Conseil d'administration, soit par l'Assemblée générale. C'est dire qu'une action de la Fédération ne peut être décidée que par la quasi-unanimité du Corps médical de la Seine. Par conséquent, cette action ne peut s'exercer dans un sens contraire à l'opinion d'un ou *a fortiori* de plusieurs des principaux groupements professionnels médicaux de la Seine. Bien plus, la constitution d'une délégation représentant tous les groupements professionnels médicaux de la Seine ne peut avoir qu'un excellent effet auprès de la Préfecture et du Conseil municipal. Ils sont ainsi mis dans l'impossibilité de renouveler à Paris leur réponse habituelle : « Vous ne parlez qu'au nom d'une partie du Corps médical ». Cela permet de répondre : « Non, nous représentons réellement tout le Corps médical de la Seine : tous les syndicats médicaux et toutes les associations professionnelles, y compris l'Association des professeurs et agrégés et l'Association corporative des médecins, chirurgiens, accoucheurs et spécialistes des hôpitaux ».

VI. L'œuvre d'union réalisée par la Fédération corporative.

D'ailleurs, c'est à l'œuvre que se juge l'artisan. Eh bien! à ce point de vue les résultats obtenus par la Fédération sont tout à fait significatifs.

D'abord la physionomie des séances du Conseil d'administration : la quasi-totalité des conseillers sont en général présents, les échanges de vue sont toujours courtois, voire même cordiaux, et se terminent à peu près toujours par un vote acquis à l'unanimité.

D'autre part, le Corps médical organisé de la région parisienne n'a pas donné à la Préfecture de la Seine le spectacle de la désunion dans la question de l'application de l'article 64 de la loi des pensions. Des vœux ont été formulés au nom dn Corps médical de la Seine tout entier, et les médecins-commissaires ont été nommés à l'unanimité des 4.000 voix exprimées par les délégués des divers Syndicats et Associations professionnelles.

Enfin à la dernière Assemblée générale de la Fédération, les délégués des divers groupements fédérés ont voté une motion à l'unanimité des 5150 voix exprimées ; seuls, quelques petits groupements, disposant en tout de 375 voix, n'étaient pas représentés à cette Assemblée. Cette motion soumet à la signature de tous les médecins de la Seine le texte suivant :

« En raison du rôle capital que les sociétés de secours mutuels paraissent devoir jouer dans l'organisation future des assurances sociales.

« Je soussigné, docteur en médecine, m'engage sur l'honneur, par solidarité confraternelle et

dans l'intérêt des malades, à ne continuer ou à ne consentir à être médecin de *sociétés de secours mutuels ou de caisses d'assurances sociales* que si les soins donnés aux mutualistes ou aux assurés sont rémunérés à la visite selon le tarif moyen de la clientèle ordinaire, si le paiement des honoraires médicaux est fait directement et intégralement par le malade, et si les principes du libre choix du médecin et du respect du secret professionnel sont rigoureusement respectés.

« Cet engagement ne deviendra valable que si le referendum organisé par la Fédération corporative des médecins de la région parisienne réunit 80 % des signatures des médecins exerçant dans cette région. »

L'évènement montrera si pareil nombre de signatures peut être obtenu. En tout cas la décision de l'Assemblée générale indique bien que parmi les délégués de tous les groupements fédérés (Syndicats et Associations professionnelles) l'unanimité s'est faite sur leurs principales revendications corporatives dans le formidable problème de l'assurance-maladie.

La Fédération corporative a le droit d'être fière d'un pareil résultat. Il permet d'espérer que, grâce aux efforts soutenus de tous les groupements fédérés, la regrettable absence d'union du Corps médical parisien arrivera à céder définitivement la place à l'heureuse union, dont nous applaudissons les premières manifestations.

C. LIAN.

***

Nous avons dit à plusieurs reprises, et nous ne cesserons de répéter, que le *Concours médical* est une tribune libre où toutes les opinions peuvent se faire jour, pourvu qu'elles s'appliquent à des idées et à des principes, en dehors de toute question de personnes.

C'est en grande partie sa fonction ; c'est aussi son honneur. Aussi, publions-nous très volontiers l'intéressante étude qui précède. Cependant, mon excellent ami Lian ne m'en voudra pas d'ajouter quelques réflexions à son argumentation ; elles me paraissent s'imposer, comme des mises au point nécessaires.

M. Lian constate, et regrette avec raison, que les Syndicats parisiens ne groupent que les 2/5e des médecins de la région parisienne. Il ajoute que les Sociétés médicales d'arrondissement sont au nombre des autres associations dont « le but, en totalité ou en partie, est la défense des intérêts professionnels médicaux » ; ces associations représenteraient de leur côté deux autres cinquièmes du corps médical parisien.

Qu'il me pardonne de lui dire, en toute franchise amicale, qu'il y a là une double inexactitude. D'abord, il totalise, d'une façon simpliste, chacune de ces deux fractions, et il en conclut que Syndicats et autres associations représentent les 4/5e de la totalité

Or, un grand nombre de médecins parisiens font à la fois partie des Syndicats et des Sociétés d'arrondissement ; ce qui ramène l'ensemble à un maximum de 3/5e. Ensuite, il est inexact de prétendre que les Sociétés d'arrondissement sont chargées de la défense des intérêts professionnels, dans ce qu'elle a d'effectif et d'agissant.

Cette mission incombe aux seuls Syndicats, de par la loi de 1892, dont l'article 13 est ainsi libellé : « A partir de l'application de la loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels... »

Or, que dit cette loi de 1884 ? Que les Syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles (art. 3) ; qu'ils pourront librement se concerter pour l'étude et la défense de leurs intérêts... (art. 5) ; que les syndicats professionnels auront le droit d'ester en justice (art. 6).

Les Syndicats médicaux possèdent donc des prérogatives, dont ils ne se font pas faute d'user à l'occasion. C'est ainsi que nous en avons vu se porter *partie civile* dans certains procès où les intérêts généraux de la profession étaient en jeu.

Que, dans les Sociétés d'arrondissement, on disserte de questions professionnelles, rien de plus naturel entre confrères qui se réunissent ; mais, en réalité, ces Sociétés ne sauraient invoquer les mêmes droits ; ce sont surtout des groupements fondés dans un but scientifique et d'instruction mutuelle. S'il en était autrement, si les Sociétés d'arrondissement étaient à proprement parler des Syndicats plus ou moins avoués, mais créés sous l'empire des lois de 1884 et de 1892, les Syndicats ainsi nommément désignés n'auraient aucune raison d'exister.

Dans les questions corporatives, il importe d'éviter les conflits d'attribution. A chacun son rôle. Le Syndicat des médecins de la Seine est sorti du sien, par exemple, le jour où il s'est préoccupé d'obtenir une doctrine thérapeutique dans le traitement de la syphilis. Les Sociétés d'arrondissement méconnaîtraient le leur, si elles prétendaient faire du syndicalisme agissant. Elles auraient d'autant plus tort, qu'il est permis à tout un chacun de participer à l'étude et à la solution des questions syndicales, en faisant librement, ouvertement, partie du Syndicat.

M. Lian défend avec conviction les principes qui ont présidé à la constitution de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, qui est son propre enfant. Je sais à quelles idées généreuses il a obéi en procédant à cette création. Mais qui, raisonnant froidement et sans parti pris, ne verra aisément le défaut de sa cuirasse ? Ne considère-t-il pas comme un idéal l'existence d'un seul *groupement professionnel*, comprenant la grande majorité, sinon l'unanimité, des médecins parisiens, groupement qui, si je le comprends à demi-mot, ne doit avoir,

d'autre forme que la syndicale ? Eh bien ! le dilemme se pose alors dans les termes suivants dont je défie qui que ce soit de sortir : ou bien tous les éléments de la Fédération sont animés de l'esprit syndical, et veulent, dans cet esprit, s'occuper des sujets qui sont par définition l'apanage des Syndicats. Et alors, ils n'ont plus qu'à se fondre dans le vaste et unique groupement que M. Lian considère, et que je considère avec lui, comme un idéal. Et ce vaste et unique groupement, parfaitement homogène, légalement constitué, ayant droits et devoirs nettements définis, sera le Syndicat ou la Fédération des Syndicats des médecins de la région parisienne. Ou bien, certains de ces éléments, répudiant la forme syndicale, voudront cependant user de certains des droits que donne celle-ci sans en accepter ni en subir les devoirs dont le premier est l'adhésion à une certaine discipline. Et cela menace d'être l'anarchie au sein d'un certain corporatisme fait, comme le manteau d'Arlequin, de pièces et de morceaux plus ou moins disparates, avec une ligne de conduite et des buts différents et même divergents.

M. Lian fait état des 5.000 approbations qu'a obtenues une certaine motion dont le fond n'est pas ici en cause. Quel poids infiniment plus grand n'aurait pas cette imposante majorité si elle procédait d'un groupement unique, au lieu d'émaner d'une infinité de groupements si dissemblables dans leur esprit et dans leur objet les uns des autres, et dont beaucoup ne sont au demeurant que des poussières de groupements ?

Mais alors, la question s'élève et dépasse considérablement cette discussion. D'où vient donc, dirai-je après mon ami Noir, d'où vient que l'ensemble syndical de la région parisienne paraisse si difficile, et pour tout dire, impossible à obtenir ? D'où vient que tant d'hommes, remplis de bonne volonté, animés des meilleures intentions, capables de réaliser une quasi-unanimité dans un vote déterminé, apparaissent comme les adversaires d'une seule et unique bannière, et préfèrent se rallier à des étendards de nuances distinctes, et dont chacun prétend avoir plus d'éclat que les autres ? Pourquoi 5.000 suffrages en faveur d'un ordre du jour relatif aux intérêts professionnels, et partant, de caractère nettement syndical, alors qu'il n'y a que 1.500 syndiqués parisiens ?

Sans doute trouverait-on facilement, à cette anomalie, maintes explications. En voici une qui m'apparaît comme péremptoire. C'est la communauté d'intérêts qui pousse les hommes à se réunir pour une défense et une action communes. Plus grande est la somme des intérêts communs par rapport aux intérêts particuliers, plus ardente est leur volonté de s'associer. Or, à Paris, il faut enfin le reconnaître et le dire, cette communauté est inexistante.

Il y a la Faculté, le corps enseignant, et toute la clientèle d'élèves, d'aspirants et de candidats qui gravite autour d'eux. Premier groupe qui envisage les intérêts professionnels sous un certain angle, généralement aigu. Il y a tous les médecins fonctionnaires ou assimilés, médecins d'assurances, médecins de sociétés, etc., qui ont une mentalité très spéciale, — parfois en opposition directe et systématique, oserai-je dire —, avec la mentalité syndicale, telle que nous la concevons. Il y a les spécialistes de tout ordre, y compris les industriels de l'accident du travail, qui exercent la médecine dans des conditions particulières, différentes en grande partie des conditions généralement observées : leurs intérêts professionnels en sont également différents ; aussi, ont-ils pour la plupart leurs groupements syndicaux personnels. Il y a les indépendants, qui se complaisent dans un isolement qui convient à la fausse conception qu'ils ont de leur rôle social. Il y a ceux qui restent en marge de la profession, et, par suite, du Syndicat, parce qu'ils ont une singulière façon de pratiquer leurt art (!) et de recruter leur clientèle, à coups d'affiches apposées aux bons endroits. Il y a enfin la masse des omni-praticiens que nous appelons encore les *médecins de quartier*. Or, cette qualification ne suffit-elle pas à démontrer qu'il existe aussi entre eux des différences, comme il en existe entre les quartiers où ils exercent ? Pense-t-on, et peut-on dire, que les intérêts d'un médecin du 8e arrondissement sont exactement les mêmes que ceux d'un médecin du 20e. ?

Telles sont les raisons qui, à mon sens, expliquent, pour la plus large part, le trop faible nombre de médecins syndiqués, par rapport à la population médicale totale de la région parisienne. Et je n'ajoute pas qu'au Syndicat de la Seine, si l'on compte 1.500 cotisants, on n'en connaît guère ue deux ce nts, toujours les mêmes, qui semblent s'intéresser aux questions syndicales, et qui assistent aux assemblées du Syndicat.

Est-il possible d'améliorer cette situation ? Certes, et je ne suis pas éloigné de croire que M. Lian le présume autant que moi-même. Aussi, terminerai-je en lui adressant un appel. Si je me suis permis de formuler ces remarques, c'est que son plaidoyer en faveur de la Fédération corporative respire la sincérité, la franchise, l'honnêteté ; c'est qu'il n'est, au demeurant, qu'une véritable profession de foi syndicale. D'ailleurs, M. Lian ne fait-il pas partie du Syndicat des médecins de la Seine ? Qu'il travaille donc à réaliser l'unité d'action, avec l'unité de direction, qui sont indispensables, — la grande guerre l'a démontré, — pour gagner les batailles. Il a fondé la Fédération corporative ; il a montré ainsi son activité et sa puissance réalisatrice. Que ne fonde-t-il pas la Fédération des Syndicats de la région parisienne, après avoir obtenu que les Sociétés d'arrondissement adoptent la forme syndicale et s'agrègent aux sections syndicales ?

Ainsi se fondraient en un groupement unique, comme il le souhaite, cinquante groupements de nature diverse, n'ayant entre eux pour ainsi dire pas de véritable point de contact doctrinal, et dont les efforts risquent par suite d'être souvent voués à l'infécondité.

G. Duchesne.

***

J'ai soumis ces réflexions à mon ami Lian, qui me demande de les faire suivre des lignes suivantes, ce à quoi j'accède très volontiers.

Deux mots, cher ami, pour vous confirmer que je souhaite comme vous la réunion de la totalité ou de la quasi-totalité des médecins de la Seine dans un Syndicat unique ou dans une Fédération syndicale départementale. Mais, en attendant cette difficile et peut-être lointaine réalisation, il fallait pallier à l'absence d'union dans le Corps médical de la région parisienne. Tel a été et tel est le but de la Fédération corporative. En outre, elle a cet immense avantage d'apprendre aux médecins des divers groupements médicaux professionnels de la Seine à se connaître, à se comprendre, à s'estimer, et à apprécier la force que donne l'union. Aussi, la Fédération corporative est-elle le creuset où s'élabore pour le Corps médical de la région parisienne une union chaque jour grandissante.

C. LIAN.

A PROPOS DE L'ORIENTATION DU SYNDICALISME

Je crois partager la façon de voir du Dr Noir sur le syndicalisme. Comme lui, et comme l'Union des Syndicats, je suis un partisan convaincu du « contrat collectif » et je ne crains pas de faire usage du « paratonnerre qui attire la foudre ». Je suis partisan du contrat collectif pour plusieurs raisons. Parce que syndicalisme et contrat collectif sont synonymes, c'est l'évidence même, je ne comprends pas que l'on soit syndicaliste, si l'on n'admet pas ce contrat. Je suis peut être trop absolu aux yeux de certains, mais j'ai beau réfléchir, je ne saisis pas la différence entre les deux, et je ne vois pas davantage l'immoralité qui réside, au dire du Syndicat de la Seine, dans le contrat collectif. Je prétends au contraire qu'il est le facteur nécessaire de la moralité médicale, la sanction du syndicalisme comme disait Rénon, l'an dernier, car il obligera les confrères à respecter les décisions syndicales au lieu de se laisser entraîner à des actes contraires à la dignité professionnelle. Il est le facteur principal de notre indépendance envers les collectivités, indépendance dont on parle tant, mais qui n'existe pas et que certains réclament seulement pour les besoins de leur cause.

Indépendance, individualisme, tout cela, pour moi n'est que de l'égoïsme camouflé. Combien sont rares ceux, assez indépendants, pour ne pas subir la tyrannie non seulement des collectivités, mais encore de la clientèle ordinaire ? Pour être vraiment indépendant, il faut être très fort, ou riche, avoir du caractère. Combien sont-ils, ceux-là ? Combien sont-ils, les syndicats assez forts pour imposer leurs décisions aux syndiqués, en dehors du contrat collectif ?

Duchesne lui-même a dit que, pour en arriver au système de la liberté complète, il fallait la cohésion du Corps médical. Existe-t-elle, cette cohésion ? Pas encore. Dans le conflit de la loi des pensions, ceux qui ont soutenu la lutte, ce sont les militants, les convaincus du syndicalisme. Sans eux, les autres auraient lâché, et parmi ceux-là, certains peut-être qui reprochent à nos mandataires d'avoir cédé sur la 3e catégorie et l'indemnité de déplacement, et qui ne veulent pas comprendre les raisons de ces concessions provisoires.

Je suis partisan du contrat collectif parce que je suis d'avis que l'on ne doit pas ignorer les collectivités qui s'organisent pour lutter contre la maladie.

Ces collectivités ont le droit de se constituer comme nous avons celui, dont nous usons, de nous unir. Nous ne pouvons tout seuls organiser la lutte contre le mal ; il faut pour cela la collaboration de ces collectivités et du corps médical, il faut l'entente entre les producteurs et les consommateurs. Et c'est pourquoi, à mon avis, ont tort ceux d'entre nous qui veulent ignorer ces collectivités.

C'est pourquoi je suis, moi, partisan convaincu de l'assurance sociale, à condition qu'elle soit faite avec notre collaboration. Il est certain que nous ne pouvons accepter intégralement ce qui s'est fait en Alsace-Lorraine, mais il n'en est pas moins vrai qu'en Alsace-Lorraine, on n'aurait pu créer des hôpitaux, des sanatoriums, des préventoriums, etc., sans les caisses d'assurance.

De même, en France, les médecins seuls ne pourraient organiser l'hygiène et la défense de la santé publique sans l'aide de l'Etat et des caisses d'assurance. La Mutualité a manqué son but parce qu'elle n'a pas fait appel à la collaboration des médecins, et qu'au contraire, elle s'est organisée contre eux. De même, l'Etat, pour l'hygiène et la médecine sociale, ne réussira pas si nous, praticiens, ne sommes pas appelés à collaborer sur le pied d'égalité, ou plutôt, si l'Etat ne tient pas compte de nos conceptions de techniciens. L'assurance sociale ne réussira pas si elle ne se fait pas avec nous; mais si, franchement nous sommes appelés à son organisation, elle devrait réussir. Il n'est pas sûr, dit Noir, que les futurs assurés marchent ; alors, ce sera tant pis pour eux. Vous me direz qu'il y aura toujours des abus qui feront échouer l'assurance dans la pratique. Ce sera tant pis, car si chacun y voulait mettre de la bonne volonté, l'assurance sociale serait l'organisation idéale ; grâce à elle, le mal pourrait être combattu efficacement. Elle serait un bienfait pour le médecin comme pour le malade, même s'il y a un tiers payant et un contrôle. A mon avis, le tiers payant n'est pas immoral et je ne vois pas qu'il puisse porter atteinte à la confiance, s'il

y a libre choix et tarif à la visite. On avait proposé, avant la guerre, un système où le Syndicat aurait été le tiers payant ; personne n'avait trouvé la chose immorale, que je sache. De même, le contrôle, en quoi est-il à craindre ? Je suis délégué à la Commission de contrôle du Var et je dis que le contrôle est un facteur de moralité, parce qu'il oblige les brebis galeuses à respecter la profession. Aucun de nous ne doit craindre le contrôle, s'il n'a rien à se reprocher ; si l'un de nous, qui a agi en conscience, est appelé devant la commission qui le suspecte, il lui est facile de se justifier. Il est facile de juger de la sincérité de l'inculpé en la matière. Comme Noir enfin, je dis que le Syndicat ne doit pas être exclusivement un organe de défense, mais aussi, qu'il doit s'occuper des questions d'intérêt général, de médecine sociale ; le médecin doit même s'intéresser à toutes les questions sociales ; c'est pourquoi je fais partie du Conseil municipal de ma commune. Je sais bien que certains confrères riraient s'ils lisaient cette phrase, mais peu m'importe ; et puis, je serais toujours prêt à leur répondre.

Pour me résumer, je suis partisan convaincu du contrat collectif et des assurances sociales, parce que je définis le syndicalisme : l'union pour la défense des intérêts professionnels en parfait accord avec l'intérêt général, et je dis : non pas la médecine aux médecins exclusivement, mais la médecine avec la collaboration du médecin.

Et je suis prêt à discuter là dessus avec qui que ce soit. Je fais du syndicalisme depuis quinze ans ; je suis depuis longtemps un de ses champions dans le Var ; je crois donc pouvoir dire que mes idées sont le fruit d'une certaine expérience. En tout cas, elles m'ont valu l'estime et la confiance de mes confrères, puisque je suis secrétaire du Syndicat d'Hyères depuis dix ans, et secrétaire de la Fédération du Var depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis trois ans.

Et j'en suis fier !

Dr Jean LAUGIER,
La Londe-les-Maures (Var).

MÉDECINE SOCIALE ET PRATICIENS (1)

L'orientation de la médecine vers la lutte contre les grands fléaux n'est pas sans inquiéter beaucoup de praticiens. Et de fait, les propos risqués de certains protagonistes de la médecine sociale, comme les illusions de braves philântropes et d'hommes d'œuvres, semblent de nature à provoquer des réflexes de défense chez ceux de nos confrères disposés par tempérament à broyer du noir.

Les praticiens ont-ils attendu les appels qui leur sont adressés pour faire de la médecine prophylactique ? Certes non. Les plus opposés aux mouvements qu'ils redoutent ont fait de la médecine sociale comme M. Jourdain faisait de la prose.

D'où peut venir leur actuelle inquiétude ? De ce que l'on a changé le vocable en parlant de médecine sociale en place de médecine prophylactique ? Ou de certaines intempérances de langage chez des apôtres bien intentionnés ?

Il n'est pas un médecin belge qui n'ait contribué à la médecine préventive. Tous procèdent à la vaccination, et à la revaccination antivariolique. Tous ont recours dès les premiers symptômes inquiétants ou même douteux d'une diphtérie, à l'injection de sérum antidiphtérique. Et nous avons la conviction, confirmée par de nombreuses observations, que les médecins ont accoutumé de pratiquer des injections de ce même sérum chez les sujets habitant une maison où un cas de diphtérie s'est déclaré. Les inoculations de sérum anti-tétanique sont familières à la plupart des praticiens en cas de blessures souillées par la terre.

Toutes les commissions médicales du pays sont unanimes à se louer du zèle avec lequel les médecins non seulement les préviennent des cas de maladies susceptibles de se muer en épidémies, mais du soin intelligent mis de toute part à prendre les premières et urgentes mesures de prévoyance.

Les laboratoires de bactériologie et d'analyses ont peine à suffire aux constantes demandes d'examen de produits suspects, d'analyses d'eaux, de crachats, de sang, qui leur sont adressées.

Et tout cela c'est de la saine et bonne médecine sociale qui a lentement pris place dans les préoccupations de tous les praticiens et dont aucun ne voudrait ni ne pourrait se désintéresser.

En agissant de la sorte, le médecin est bien loin de songer à ses intérêts, ainsi que l'insinuent des gens mal avertis. Pourquoi certaines préventions s'élèvent-elles aujourd'hui contre la médecine sociale ? Cela ne tient certes pas à la conduite des médecins qui ont toujours tenu à honneur de répondre à toutes les sollicitations de l'intérêt public.

Le jour où notre confrère Duhamel a écrit : « Ce qui fait la grandeur du médecin, c'est qu'il sait sacrifier son intérêt personnel au bien général », il a simplement traduit la pensée intime guidant la conduite, j'allais dire inconsciente plutôt que professionnelle, du médecin d'aujourd'hui.

Si une raison peut expliquer les craintes, jusqu'ici murmurées, par des praticiens, c'est que, sous couleur de médecine sociale, il y a eu des empiètements sur le terrain de la médecine individuelle.

Lors de la création des dispensaires anti-tuberculeux, uniquement destinés au dépistage de la maladie et à la diffusion de quelques précautions hygiéniques, il était déclaré que ces établissements ne s'occuperaient en rien du traitement des sujets,

(1) *Le Scalpel*, 16 décembre 1922.

presque toujours adressés au dispensaire par les médecins.

Cette règle de convenance et de nécessité n'a pas toujours été rigoureusement suivie par les directeurs de ces institutions.

Dans la *Presse médicale* du 4 novembre 1922 (n° 88) le docteur Martin, médecin des dispensaires de la Loire, s'est fait l'écho des récriminations justifiées des praticiens et cela non avec le souci de défendre les intérêts professionnels, mais dans le but supérieur de sauver les dispensaires. Sans l'appui des médecins traitants, écrit-il, les dispensaires antituberculeux sont destinés à végéter ; et notre distingué confrère ne craint pas de prédire un rendement social médiocre hors de proportion avec les grandes espérances qui ont présidé à la création de ces dispensaires si les praticiens ne leur accordent pas toutes leurs sympathies.

La sympathie s'acquiert, elle ne s'impose pas. Si les dispensaires font de la thérapeutique en matière de tuberculose, les médecins se désintéresseront d'eux.

Dans la conception de quelques idéologues et des étatistes, les divers dispensaires créés ne laisseraient aux praticiens qu'une mission de triage de malades. Les médecins, de leur côté, veulent considérer le dispensaire comme un précieux outillage d'investigations et de recherches, comme un instrument de diagnostic.

Le jour où ces établissements feront de la thérapeutique, ils perdront l'appui des médecins.

Il n'est pas entré dans l'esprit des praticiens de considérer cette formule comme intangible puisqu'il existe une loi sur l'assistance médicale des indigents; mais cette assistance est dévolue non aux dispensaires, mais aux médecins. Le rôle du dispensaire est celui de dépistage, de diagnostic, de renseignement, de conseil, et il suffit ainsi très largemetnt au rôle social prophylactique et éducatif qui lui est assigné.

Dr L. Dejace.

COMMENT NOUS DÉFENDRE CONTRE LES TAXATIONS ARBITRAIRES DU FISC

Voulez-vous me permettre quelques réflexions au sujet de l'article : comment nous défendre contre les taxations arbitraires du fisc ? (n° 8 du 25 février 1923).

Je pourrais me contenter de dire : En ce qui me concerne, j'ai toujours fait des déclarations exactes, j'ai toujours été taxé exactement d'après mes déclarations. Donc, je me déclare satisfait.

Je préfère envisager la question plus en détail:

1° Il faut se résigner à payer de très lourds impôts.

Qu'on le veuille ou non, que cela soit agréable ou désagréable, il en est ainsi. La formule : « le boche payera » — est un bourrage de crâne dont la stupidité est connue depuis longtemps. Le maximum de ce que nous recouvrerons de l'Allemagne ne nous dispensera pas de payer nous-mêmes très gros.

2° Puisqu'il faut payer, quelle est la manière la plus équitable ? Je dis que c'est l'impôt sur le revenu.

Parce qu'il est proportionnel aux recettes. Je gagne gros, je paye gros, c'est vrai, mais si je gagne peu, je paye peu, et si je ne gagne rien, je ne paye rien.

J'aime beaucoup mieux, quant à moi, être taxé sur des réalités que sur des apparences. Et je dis que c'est une lourde erreur pour nous, médecins, que de demander à être taxés sur un chiffre de loyer comme avec l'ancienne personnelle mobilière et les patentes.

Parce que, pour notre profession, nous sommes obligés à plus d'apparences, à un plus gros chiffre de loyer que dans d'autres professions.

Un employé de commerce, un fonctionnaire ayant un traitement ou un salaire égaux à nos bénéfices, c'est-à-dire ce qui nous reste pour vivre, une fois payés tous nos frais professionnels, peut se loger dans une petite maison à la périphérie de la ville, avoir un petit loyer — relativement petit naturellement.

Le médecin doit obligatoirement habiter une maison ayant de l'apparence, et située dans un endroit central. Il lui faut domestique, garage etc., et cela, qu'il ait peu ou beaucoup de clientèle. A situation égale, il payera forcément un loyer plus élevé que le fonctionnaire ou l'employé. Donc, s'il est taxé d'après le loyer, il payera plus que ceux-ci. Et ne vous y trompez pas, ce qu'il payerait serait très, très gros. Il ne faut pas se figurer que, si on revenait à l'ancien système d'impôt, on reviendrait aussi à l'ancien chiffre d'impôts. En raison des exigences du budget actuel, c'est peut-être huit ou dix fois ce qu'on payait en 1913 qu'il faudrait compter. Or, recherchez — si vous les avez encore — vos vieux avertissements ; multipliez-les par 10 et comparez avec ce que vous payez aujourd'hui. J'ai eu la curiosité de le faire : je préfère le système actuel. Et encore, nous les vieux, qui ne faisons pas fortune, oh, certes non, mais qui gagnons tout de même quelque chose, nous nous en tirerions encore ; mais les jeunes, les malheureux jeunes qui viennent de s'installer. Les voyez-vous taxés d'après le gros loyer qu'ils sont bien forcés d'avoir, et payant dix fois ce que nous payions en 1913, alors qu'ils voient un client tous les deux mois. Autant dire désormais qu'aucun jeune ne pourra plus s'installer ; et je ne crois tout de même pas que ce soit ce que désirent les vieux.

Donc le principe de l'impôt sur le revenu est juste et équitable. Alors que lui reproche-t-on, au juste ?

Les vexations et l'inquisition ? Alors, pourquoi ne s'élève-t-on pas contre l'inquisition autrement gênante de la douane, de l'octroi, ou, dans certaines professions, des « rats de cave des contributions indirectes ».

Essayez donc de transporter dix litres de vin à 500 mètres de votre domcile et dites-moi si ce n'est pas cent fois plus odieux que la prétendue inquisition de l'impôt sur le revenu.

Les vexations des contrôleurs ? franchement je n'y crois pas. Les seules personnes qui, à ma connaissance, ont eu des difficultés sérieuses avaient commis de lourdes erreurs dans l'établissement de leurs déclarations, ou même, de leur propre aveu, avaient été un peu fort dans le manque de sincérité. S'il leur en cuit, tant pis pour elles

Le secret professionnel ? Ce n'est guère sérieux. On ne vous demande pas de révéler que vous avez fait à Monsieur X. une injection d'arsenobenzol, ni de crier sur les toits que la belle Madame Y. a des défectuosités cachées, on vous demande simplement de noter que Monsieur X vous a donné 20 francs, que Madame Y vous en a donné 100, et de faire le total à la fin de l'année. Tout le monde va plus ou moins chez le médecin, et le montant de la note n'a rien à voir avec le secret professionnel.

Reste une dernière objection, la seule grosse : Il faut tenir une comptabilité, et il faut la tenir, non seulement en recettes mais en dépenses. Le chiffre de ces dernières est fort important, puisque c'est ce que vous avez le droit de déduire de vos recettes brutes. Et il faut les noter exactement, car si vous vous livrez à une estimation arbitraire, en disant, à vue de nez, « je dois avoir eu « tant » de frais professionnels », il y a bien des chances pour que vous arriviez à un résultat qui fera sursauter le contrôleur et vous vaudra une demande d'explications.

Donc, notez tout ce que vous touchez effectivement, tout ce que vous encaissez, on ne doit pas l'impôt sur ce qui n'est pas rentré, notez également très exactement tout ce que vous dépensez pour la profession et déclarez la différence.

Tout cela vous le faites déjà, ou presque. En recettes, mis à part le comptant, il faut bien que vous inscriviez quelque part le montant des notes payées, pour ne pas vous exposer à réclamer deux fois la même chose. En dépenses, vous notez déjà toutes les grosses dépenses pour ne pas vous exposer à payer deux fois la même facture. Il ne vous reste donc plus qu'à tenir compte du comptant, et des petites dépenses. Pour tout cela, si on le fait régulièrement, quelques minutes par jour suffisent ; seulement, il y a plusieurs façons de le faire. Il y a la façon commode, et il y a celles qui ne le sont pas. La façon commode suppose que l'on sache un peu de comptabilité. Or ni dans la préparation du baccalauréat, ni à la faculté, on ne nous l'a jamais apprise ; c'est je crois une lacune très regrettable.

N'étant pas satisfait des méthodes que j'employais, j'ai eu la curiosité d'acheter un « Manuel de comptabilité à l'usage des élèves des écoles primaires supérieures », et je l'ai lu.

Ce n'est pas folâtre, mais ce n'est pas plus difficile que les branches de l'axillaire ou le cycle évolutif de l'hématozoaire du paludisme.

Mon plus gros travail a été, parce que je n'étais guidé par personne, d'adapter la comptabilité commerciale à mes besoins, en conservant son principe, mais j'y suis arrivé et je m'en trouve bien. Et je n'ai pas envie de revenir à l'ancienne personnelle mobilière et patente.

De tout cela, je conclurai : Le principe de l'impôt sur le revenu est juste. Ses difficultés d'application ne sont pas insurmontables ; nous avons beaucoup plus à perdre qu'à gagner à un retour aux anciennes méthodes d'imposition.

Et nous n'avons aucune raison de faire le jeu d'une petite minorité, — en général les mêmes qui gagnaient très gros à « fournir » l'armement ou l'intendance, — minorité qui, elle, aurait gros à gagner à un changement, et qui pour y arriver tâche, à coup de sophismes, de créer un mouvement d'opinion, un état d'esprit défavorable de la masse. Et la masse, moutonnière, qui connaît mal la question, qui a un vieux fond de misonéisme dans son caractère, cette masse marche contre son véritable intérêt pour le plus grand profit de quelques-uns.

Dr R. Chenier,
(Beauvais).

Mon cher Confrère,

« Le secret professionnel est absolu », a proclamé la Cour de Cassation. Vous n'avez donc pas le droit, sous peine de commettre une violation de l'article 378 du C. P., de faire savoir à un tiers que M. X vous a donné 20 francs, que Mme Y vous en a donné 100. Vous ne savez pas si M. X, ou Mme Y ne veulent pas qu'on sache qu'ils ont été malades et qu'ils ont eu besoin de vos soins. Supposez que M. X, ayant la syphilis, ait eu recours à vous, à l'insu de sa femme ; ou que Mme Y. ait fait une fausse couche à l'insu de son mari, et vous ait consulté en dehors de lui. Que ferez-vous si, par suite de votre divulgation à l'agent du fisc, Mme X ou M. Y apprennent que leur conjoint respectif a été malade sans qu'ils le sachent ? Soyez assuré que si M. X ou Mme Y vous poursuivent de ce chef, vous serez bel et bien condamné.

Telle est notre opinion au *Concours* et au « Sou ». Et telle est la raison pour laquelle nous estimons que le livre des recettes journalières que le médecin peut tenir, pour justifier de ses revenus au regard du contrôleur des contributions, ne doit mentionner que des sommes, sans aucune indication d'origine.

G. Duchesne.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

(C. T. I.)

(Communication à la Semaine professionnelle des Travailleurs intellectuels relative au droit de suite sur leurs logements, à accorder aux locataires exerçant une profession libérale ou des fonctions publiques),

Par Me Louis Sarran,

Docteur en Droit, Avocat à la Cour d'Appel de Paris.

Le problème du logement, inquiétant pour la plupart des locataires — c'est-à-dire pour la majeure partie de la population urbaine — est particulièrement angoissant pour ceux que leur profession ou leur fonction astreint à l'habitation non seulement dans une ville, mais dans un quartier ou dans un rayon déterminé : titulaires de fonctions publiques, médecins, avocats, officiers ministériels, ingénieurs, architectes, fonctionnaires de tout ordre.

Pour tous ceux qui exercent une profession libérale, la situation des locaux professionnels ainsi que leur agencement entrent pour une part appréciable dans la valeur et l'efficacité de leurs instruments de travail : pour certains d'entr'eux — les médecins et les officiers ministériels notamment — cette question présente un caractère incontestable d'utilité publique.

Ce sont ces considérations qui ont motivé la prorogation de cinq ans, accordée par les lois du 9 mars 1918 et du 31 mars 1922, aux locataires de locaux à usage professionnel.

A l'heure actuelle, cette prorogation se révèle comme insuffisante.

D'une part, pour le plus grand nombre des intéressés, elle a commencé à courir avec le terme d'octobre 1919, pour expirer dans deux ans, le 31 décembre 1924.

Or, il serait puéril d'espérer qu'à ce moment la pénurie de logements aura pris fin et les propriétaires — dans les grandes villes tout au moins — n'ont pas dissimulé leur intention de refuser systématiquement les locations professionnelles, pour se prémunir contre une prorogation nouvelle.

Dans deux ans, la plupart des professionnels sont donc exposés à être écartés, comme indésirables, de tous immeubles utilement habitables pour eux, au profit de locataires sans profession, si possible sans enfants et, dans bien des cas, sans doute, au profit d'étrangers favorisés par le change.

D'autre part, les termes mêmes de l'article 3 de la loi du 31 mars 1922 : « Locaux dans lesquels les locataires exercent effectivement leur art ou leur profession », ainsi que la Jurisprudence de la Cour de Cassation, sur cette loi et sur sa devancière de 1918, excluent du bénéfice de la prorogation toute une catégorie de locataires en faveur desquels militent cependant des considérations d'intérêt général, tels que les fonctionnaires de l'Etat, même pour les locaux où ils exercent leurs fonctions, comme receveurs de l'enregistrement ou des contributions, conservateurs des hypothèques, etc. (V. notamment, Commission supérieure de la Cour de Cassation, 29 mai 1922).

Il est donc nécessaire : d'une part, d'assurer aux professionnels protégés par la loi et la jurisprudence, la faculté de conserver leurs appartements à l'expiration de la prorogation en cours, jusqu'au moment où sera rétabli l'équilibre entre l'offre et la demande de logements.

D'autre part, pendant cette même période, d'en étendre le bénéfice à tous ceux auxquels l'exercice de leurs professions ou fonctions impose l'habitation dans une agglomération ou un quartier déterminés : titulaires de fonctions publiques, magistrats et auxiliaires de justice, fonctionnaires.

Une différence naturelle sépare cependant la faculté que nous revendiquons de la prorogation légale de cinq ans.

Indépendamment de considérations d'ordre général, une raison particulière d'équité avait déterminé le législateur en faveur des professionnels ; le désir de leur permettre de retrouver, pendant une durée égale à celle de la guerre, l'utilité de leurs locaux professionnels, restés le plus souvent sans emploi pendant les hostilités. Aussi, la prorogation leur a-t-elle été accordée au même taux de loyer que celui d'avant-guerre.

Cette raison a disparu : déjà la loi du 31 mars 1922 a justement imposé aux locataires bénéficiaires de la prorogation une contribution aux charges de l'immeuble, qui, en pratique, atteint jusqu'à 30 % du loyer de 1914 et il est légitime que, des locations professionnelles comme de toutes autres locations, les propriétaires puissent retirer un revenu raisonnable.

Nous proposerions donc que, six mois avant l'expiration de la prorogation ou location en cours, les locataires rentrant dans la catégorie ci-dessus, aient la faculté de notifier aux propriétaires leur volonté de conserver leurs locaux pour une nouvelle période renouvelable de trois ans, par exemple, moyennant un loyer dont le taux, à défaut d'entente amiable, serait déterminé suivant la procédure instituée par la loi du 31 mars 1922.

Rien ne serait modifié dans les relations juridiques des locataires avec les propriétaires et la nouvelle prorogation, comme l'ancienne, serait suobordonnée à l'exécution par les locataires de leurs obligations légales ou contractuelles.

Ce serait une sorte de droit de préférence ou de suite analogue à celui réclamé par les commerçants pour leurs fonds de commerce, sous la dénomination de « Propriété commerciale ».

Cette analogie correspond d'ailleurs à une similitude partielle de situation, les professionnels étant soumis comme les commerçants à l'impôt de la patente.

Dans notre pensée, la faculté de prorogation, actuellement indispensable à la majorité des locataires professionnels et à ceux visés ci-dessus n'aurait, par le jeu même des événements, qu'une existence passagère. Elle prendrait fin avec la crise des loyers.

Loin d'être un obstacle aux projets de loi Landry et Paul Reynaud, elle en constitue le complément naturel. Quels que soient, en effet, la faveur et l'optimisme avec lesquels on envisage le résultat de cette législation à venir, quelques années — cinq au moins — seront nécessaires avant que se manifeste la décongestion des centres au profit des périphéries.

En attendant l'heure souhaitée où les intellectuels et les professionnels des carrières libérales pourront, — comme en Angleterre et en Amérique — résider dans une banlieue aérée et fleurie en ne conservant au cœur des agglomérations que leurs locaux professionnels, il s'écoulera nécessairement un laps de temps plus ou moins long, pendant lequel le logement urbain devra être assuré aux professionnels et aux locataires soumis par la nature ou les nécessités de leurs fonctions à l'obligation de résidence, sous peine de briser l'instrument de travail des premiers et d'interdire aux seconds l'exercice normal de leurs fonctions.

C'est le but que nous poursuivons.

Les récents débats parlementaires nous instruisent de l'accueil que rencontrera notre proposition auprès des propriétaires et de leurs défenseurs. Nul doute qu'ils ne crient encore à la spoliation et ne dressent devant nous le spectre familier du « Droit commun ». Serrons de près cet épouvantail. Qu'est-ce donc que le « Droit commun » sur lequel nous porterions une main sacrilège ? Serait-ce, comme paraissent le penser nos adversaires, un dogme immuable et intangible, une sorte de vérité révélée sur quelque nouveau Sinaï ?

Le Droit règle les rapports humains ; n'est-il pas, par essence, vivant comme la vie ; en perpétuel devenir comme l'humanité elle-même ? Une loi est légitime dans la mesure où elle exprime les nécessités sociales d'une heure de l'histoire ; elle est juste dans la mesure où elle assure l'harmonie et la paix.

Quel que soit l'attachement que l'on puisse professer pour la propriété individuelle — labeur cristallisé — on ne peut lui accorder le pas sur l'intérêt général. Héritière dans notre civilisation du Vieux Droit quiritaire de la Rome antique, la propriété immobilière a, jusqu'aux temps modernes, incarné l'idée même de la propriété.

Ce passé ne lui saurait conférer un privilège : d'autres droits, d'autres formes de propriété sont nés au cours des âges, qui comportent le même respect. Si l'équilibre de ces droits, assuré en temps normal par le libre jeu de la concurrence, vient à se rompre, l'Etat a le devoir d'imposer la solution médiatrice.

A tous les membres de la collectivité, il doit garantir les objets de première nécessité, comme le logement familial et professionnel ; aux propriétaires d'immeubles, il doit accorder, comme aux bénéficiaires des autres droits de propriété, la possibilité de retirer de leurs biens un revenu légitime.

La formule de conciliation paraît simple : droit pour les locataires de conserver leur habitation : droit pour les propriétaires de leur imposer un loyer au taux normal des autres revenus.

C'est dans cet esprit que nous proposons le vœu suivant :

PROPOSITION DE VŒU :

Le Congrès émet le vœu :

Que le Parlement adopte une disposition législative, aux termes de laquelle, dans les six mois précédant l'expiration des locations ou prorogations en cours, tout locataire exerçant une profession libérale ou une fonction publique, comportant obligation de résidence, aura la faculté de notifier au propriétaire sa volonté de conserver les locaux occupés par lui pour une nouvelle période de trois ans, renouvelable dans les mêmes conditions, moyennant un loyer déterminé, à défaut d'entente amiable, suivant la procédure instituée par la loi du 31 mars 1922.

DÉCRET CONCERNANT L'EXAMEN MÉDICAL DES CANDIDATS A UN EMPLOI DANS L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 26 février 1923.

Monsieur le Président,

Dans l'intérêt de l'école et des élèves, l'Etat a le droit et le devoir d'exiger des candidats à un emploi dans l'enseignement des garanties de santé et d'aptitude physique.

Il supporte de lourdes charges, tant pour entretenir les futurs maîtres dans les écoles normales, que pour rétribuer, secourir ou suppléer ceux qui, au cours de leur carrière, sont mis en congé pour cause de maladie. Il est donc nécessaire de n'admettre, soit dans les écoles normales, soit dans le personnel enseignant, que des candidats reconnus aptes, après un sérieux examen médical, à supporter les fatigues de leur profession, sans

danger pour eux-mêmes et pour les élèves confiés à leurs soins.

A l'heure actuelle, l'Etat s'assure que les candidats ne sont atteints d'aucune incapacité physique de deux façons différentes :

1° Les candidats aux écoles normales doivent subir un examen médical, gratuit, devant deux médecins : le médecin de l'école et un médecin assermenté (arrêté du 18 janvier 1887-18août 1920) ;

2° Les autres candidats aux fonctions d'instituteur doivent subir un examen médical, à leurs frais, devant un médecin assermenté désigné par l'inspecteur d'académie (arrêté du 3 juillet 1911).

Ce régime présente les inconvénients suivants :

1° Il manque d'unité. L'examen médical gratuit pour les uns, payant pour les autres, est subi, selon le cas, devant deux médecins ou devant un seul et dans des conditions qui, par leur différence même, peuvent donner lieu, parfois, à certaines critiques ;

2° La décision du ou des médecins ne peut être frappée d'appel. Or, les appréciations formulées en matière médicale n'étant pas exemptes d'erreurs, il convient de donner à ceux qui estiment en être les victimes les moyens de les faire reviser ;

3° L'examen médical n'est exigé que des candidats à une fonction d'enseignement. Il convient de l'imposer également à toute personne désirant occuper, dans un établissement d'enseignement, un emploi qui la mettrait en contact direct et permanent avec les enfants. Sont notamment dans ce cas : les surveillants d'externat et d'internat, les maîtres auxiliaires, les maîtres ouvriers, les stagiaires à l'économat, etc. Le présent projet de décret a pour objet de remédier à tous ces inconvénients en unifiant et en généralisant l'examen médical.

Tous les candidats et candidates à l'école normale ou à un emploi quelconque dans l'enseignement primaire seront astreints à se présenter devant une commission composée de deux médecins, qui siègera deux fois par an, en juillet et en octobre, au chef-lieu de chaque département.

D'autre part, — et c'est sur ce point que ce projet innove plus particulièrement — le candidat reconnu inapte par la commission médicale aura le droit de se pourvoir contre la décision de ladite commission devant un expert choisi par le recteur, parmi les professeurs de la faculté ou de l'école de médecine la plus proche du domicile du candidat. Au cas où la décision de la commission serait infirmée par l'expert, la somme consignée par ce candidat, à titre de droit de contre-visite, lui sera remboursée.

L'exécution des dispositions prévues dans le projet de décret crée pour l'Etat une certaine dépense résultant des honoraires à attribuer aux membres de la commission médicale et aux experts. J'ai estimé qu'à l'heure où il était nécessaire pour lui de se conformer aux règles les plus strictes d'économie, cette dépense ne pouvait rester à sa charge ; c'est pourquoi il m'a paru fondé de demander aux candidats un droit qui, d'après les calculs auxquels il a été procédé, permette à l'Etat de couvrir la dépense sans en tirer néanmoins un bénéfice quelconque. Le droit de visite a été ainsi fixé à 10 fr. ; celui de contre-visite à 20 fr.

Un règlement ultérieur fixera les conditions dans lesquelles le ministre de l'instruction publique procédera annuellement à la répartition, entre les membres de la commission et les experts, des sommes versées à titre de droit de visite ou de contre-visite, déduction faite de celles qui devront être remboursées aux candidats au profit de qui la décision de la commission aura été infirmée.

Si vous voulez bien accepter ces dispositions, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien revêtir de votre signature le présent projet de décret.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

LÉON BÉRARD.

Décret du 26 février 1923.

Art. 1er. — Nul ne pourra entrer dans une école normale, comme élève maître ou comme auditeur, nul ne pourra être nommé ou délégué à un emploi quelconque dans l'enseignement primaire (intérimaire, stagiaire, suppléant, titulaire, professeur, surveillant, auxiliaire, stagiaire d'économat, maître ouvrier, etc.), s'il n'a subi préalablement et depuis moins de trois ans, devant une commission médicale, un examen constatant qu'il n'est atteint d'aucune incapacité physique (infirmité, maladie, etc.) le rendant impropre à un emploi dans l'enseignement.

Art. 2. — La commission médicale est composée d'un médecin assermenté désigné par l'inspecteur d'académie et du médecin de l'école normale.

L'inspecteur d'académie fournit à la commission tous les renseignements qu'il possède sur les candidats.

La commission se réunit en principe au chef-lieu du département, en juillet et en octobre de chaque année, la veille de la date fixée pour l'examen oral du concours d'entrée dans les écoles normales.

Dans les départements où un deuxième concours n'aura pas lieu en octobre, la commission médicale se réunit néanmoins dans les premiers jours d'octobre, sur la convocation de l'inspecteur d'académie, si des candidats ou candidates à

un emploi dans l'enseignement primaire se sont fait inscrire pour être examinés par cette commission.

Art. 3. — Avant l'examen médical, les candidats versent à la caisse de l'école normale d'instituteurs, les candidates versent à la caisse de l'école normale d'institutrices, une somme de 10 fr., à titre de droit d'examen médical. S'il n'y a qu'une école normale dans le département, elle centralise tous les versements.

Art.4. — La décision de la commission est immédiatement notifiée à chaque candidat ; celui-ci est en même temps avisé que, le cas échéant, il lui est possible de se pourvoir dans un délai de dix jours contre cette décision. Dans ce cas, il doit adresser au recteur, sous pli recommandé, une demande sur papier timbré et y joindre le récépissé du versement du droit de contre-visite fixé par l'article 5.

Les motifs pour lesquels les candidats ont été déclarés inaptes sont consignés dans un rapport spécial à chacun d'eux. Ce rapport est obligatoirement dressé et signé par les membres de la commission, au fur et à mesure de l'examen des candidats. Les rapports sont transmis en fin de séance à l'inspecteur d'académie.

Art. 5. — Le candidat est convoqué au moins dix jours à l'avance, par le recteur, devant un expert que ce fonctionnaire choisit parmi les professeurs de la faculté ou de l'école de médecine — la plus proche du domicile dudit candidat — après avis du doyen ou du directeur de l'école à qui le rapport de la commission médicale est communiqué.

L'expert doit être, autant que possible, un spécialiste du cas qui a entraîné l'élimination du candidat ; cet expert ne peut avoir fait partie d'une commission qui a eu à l'examiner.

Avant cette contre-visite, le requérant verse à la caisse de l'école normale où il a effectué le payement du droit d'examen devant la commission médicale une somme de 20 fr. à titre de droit de contre-visite.

La contre-visite doit avoir lieu dans les soixante jours de la décision attaquée.

Art. 6. — Si l'expert confirme la décision de la commission médicale, celle-ci devient définitive. Toutefois le candidat peut se présenter à nouveau à une session ultérieure d'une commission médicale, s'il produit une nouvelle demande d'emploi ou une nouvelle demande d'admission à l'école normale comme auditeur, ou s'il se présente à nouveau à l'examen d'entrée dans une école normale.

Si l'expert infirme la décision de la commission médicale, celle-ci est annulée de plein droit, et la somme de 20 fr. versée par le candidat lui est remboursée par l'économe de l'école normale.

Dans les deux cas, la décision de l'expert est motivée et consignée dans un rapport adressé immédiatement au recteur.

Art. 7. — Les résultats du concours d'entrée à l'école normale sont publiés à l'issue du concours, sans tenir compte de la décision de la commission médicale, mais sous réserve de l'application de cette décision.

Si le candidat reçu au concours mais éliminé par la commission médicale se pourvoit devant l'expert, et si celui-ci infirme la décision première, la proclamation des résultats du concours devient définitive.

Si, au contraire, le candidat ne se pourvoit pas dans le délai imparti, ou si, après pourvoi, l'expert confirme la première décision, le candidat est éliminé d'office de la liste d'admission à l'école normale et remplacé par le premier inscrit sur la liste supplémentaire de la même école. A défaut, sa place est mise au concours en octobre, si le fait se produit en juillet, ou elle est attribuée par le recteur au premier candidat inscrit sur la liste supplémentaire de l'une des écoles du ressort académique si le fait se produit en octobre.

Art. 8. — Dans le courant du mois de janvier de chaque année, chaque économe fait connaître au ministre de l'instruction publique les versements effectués à sa caisse pendant l'année, au titre de droits de visite ou de contre-visite, déduction faite des sommes remboursées aux candidats au profit de qui la décision de la commission aura été infirmée.

La totalisation de ces versements produit le chiffre global d'après lequel le ministre fixe les honoraires revenant à chaque membre des commissions et à chaque expert, d'après un mode de répartition qui fera l'objet d'un règlement ultérieur.

Art. 9. — A titre de mesure transitoire, les candidats aux écoles normales en 1922, ainsi que tous ceux qui, ayant sollicité un poste quelconque dans l'enseignement primaire public, ont été déclarés inaptes à la suite d'un examen médical postérieurement au 1er juin 1922, pourront demander à bénéficier des dispositions du présent décret si, dans les quarante jours à partir de sa publication, ils en font la déclaration par lettre recommandée à l'inspecteur d'académie du département où ils ont déjà subi ledit examen médical.

La limite d'âge au delà de laquelle les candidats aux écoles normales ne peuvent plus se présenter au concours d'entrée sera reculée d'une année pour tous ceux qui auront bénéficié d'une décision infirmant celle de la commission médicale.

De toute manière ils ne pourront entrer dans ces écoles qu'au début de l'année scolaire 1923-1924.

(*J. O.*, 7 mars 1923.)

CIRCULAIRE RELATIVE A L'ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE LA PUÉRICULTURE DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES DE FILLES

Paris, le 2 mars 1923.

Messieurs les préfets,

Le développement des institutions et des œuvres d'assistance maternelle et infantile répond à une nécessité pressante ; il marque un progrès continu dans l'accomplissement du devoir social.

Depuis de longues années, en différents congrès nationaux ou internationaux, d'enseignement primaire, d'hygiène, de protection maternelle et infantile, de gouttes de lait, de puériculture, des vœux ont été formulés en faveur d'une préparation des fillettes des écoles. De nombreuses initiatives ont montré que l'idée était pratiquement réalisable, dans les écoles primaires, primaires supérieures, professionnelles, dans les lycées et collèges de jeunes filles. L'Université s'honore d'avoir constamment encouragé ces tentatives d'éducation philanthropique et sanitaire.

La plus récente expérience, tentée avec succès par la Nouvelle Etoile dans huit écoles publiques de la ville de Paris et de Seine-et-Oise, a contribué heureusement à démontrer qu'un tel enseignement pourrait être facilement organisé.

Il est indispensable, en effet, que les fillettes de dix à treize ans ne soient pas ignorantes des règles essentielles à suivre et des principes élémentaires à appliquer pour le bon état de santé des tout jeunes enfants, notamment dans la lutte contre la mortalité infantile.

En vue de dissiper les préjugés et de combattre l'ignorance, l'acquisition de notions élémentaires si elle résulte surtout de leçons de choses, n'exige pas une surcharge des programmes théoriques d'enseignement. Il suffirait, pour obtenir un résultat appréciable, d'accréditer, dans chaque école, en dehors des heures de classe, une dame d'œuvre chargée de faire une courte leçon de choses avec images, affiches ou mannequins.

La dame d'œuvre se faisant connaître des élèves, les enrôlerait pour une visite effectuée chaque jeudi matin, dans une consultation de nourrissons, dans une crêche, dans d'autres institutions du même genre, où elles prendraient contact avec des enfants du premier âge, pesés, contrôlés en leur présence par des monitrices, par des assistantes, sous l'autorité du médecin.

Cette leçon pratique ne manquerait pas d'attirer l'institutrice elle-même ; elle ne laisserait pas indifférentes les familles des élèves qui seraient ainsi amenées à s'intéresser au fonctionnement des œuvres.

Le profit serait double, pédagogique pour les élèves, social pour les parents.

La première difficulté à résoudre est de choisir, en pleine connaissance de cause, les œuvres appropriées. A cet effet, le comité national de l'enfance, 37, avenue Victor-Emmanuel-III, à Paris, pourra seconder les recherches des inspecteurs d'académie, en même temps que vous pourrez utilement faire appel au concours des inspecteurs départementaux de l'assistance publique, des inspecteurs départementaux d'hygiène, des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène.

Il vous appartient de convoquer dans ce but les inspecteurs d'académie, les maires, les fonctionnaires d'hygiène et d'assistance, pour que d'accord avec eux, vous adressiez, sous le couvert de la direction de l'enseignement primaire au ministère de l'instruction publique, des propositions adaptées à la situation et aux ressources des localités pouvant se prêter à la réalisation de ce projet tout à la fois utilitaire et altruiste.

Nous attachons le plus haut prix à cette liaison entre les cours complémentaires, les cours supérieurs des écoles primaires de filles et les services et œuvres d'assistance maternelle et infantile.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
LÉON BÉRARD.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
PAUL STRAUSS.

(*J. O.*, 7 mars 1923).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — Cours de vacances, de revision et de perfectionnement sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire courantes au diagnostic.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le samedi 24 mars 1923, à 9 h., à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux ; Lippmann et Brin, anciens chefs de clinique ; Saint-Girons et Dufourmentel, chefs de clinique ;

Coury et Maréchal, chefs de clinique adjoints ; Henri Bénard, Dumont Deval, Mlle Tissier et M. Paul Descomps, chefs et anciens chefs de laboratoire ; M. A.-C. Guillaume, ancien interne des hôpitaux de Paris ; MM. Lagarenne, chef du laboratoire radiologique central et de la clinique médicale ; Durcy et Dausset, chefs du laboratoire des agents physiques et Comandon.

Il comprendra 34 leçons. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 h., l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30, les leçons du matin étant terminées suffisamment à temps pour permettre la visite de la plupart des services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches, projections photographiques et cinématographiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués individuellement aux élèves.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présensation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront déilvrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

DÉTAIL DES LEÇONS. — *Samedi 24 mars.* — Le matin, à 9 h., M. Maurice Villaret : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'affection hépatique ; Notions générales récentes sur l a sémiologie et la thérapeutique des maladies du foie. (Syndromes d'insuffisance hépatique, d'hypertension portale, d'hypertension sus-hépatique, etc.). — Le soir, à 15 h., M. Herscher : Notions cliniques récentes sur le syndrome ictère. (Cholémie, cholémimétrie, cholémies et ictères dissociés). La spirochétose ictérigène. — Le soir, à 16 h. 30, M. Chabrol : Notions générales sur les ictères par hyperhémolyse. (Recherche de la résistance globulaire ; les hémolysines dans le sérum sanguin et les liquides pathologiques). Application de ces notions à l'étude des hémoglobinuries.

Lundi 26 mars. — Le matin, à 9 h., M. Paul Descomps. Notions générales de bactériologie pratique. (Les examens directs ; les colorations ; l'ultra-microscopie ; les cultures). Staphylocoques, streptocoques. Diagnostic de l'angine diphtérique et des angines à fausses membranes. Notions pratiques de sérothérapie et de vaccinothérapie. — Le soir, à 15 h., M. Dumont : Diagnostic de la fièvre typhoïde par les procédés de laboratoire. Paratyphoïdes. Mélitococcie. — Le soir, à 16 h. 30, M. Deval : Notions récentes sur le chimisme gastrique et intestinal. Techniques d'examen et interprétation des résultats

Mardi 27 mars. — Le matin, à 9 h., M. Maurice Villaret : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'affection du tube digestif. Notions récentes sur la sémiologie et la thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin. — Le soir, à 15 h., M. Dumont et Mlle Tissier : Notions récentes sur le diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire. Recherche et coloration du bacille tuberculeux dans les expectorations et les liquides pathologiques ; son diagnostic avec les bacilles acido-résistants et avec les mycoses (sporotrichose, actinomycose, etc.). Albuminodiagnostic et cyto-diagnostic des crachats. — Le soir, à 16 h. 30, M. Saint-Girons : Notions récentes sur le diagnostic clinique et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Mercredi 28 mars. — Le matin, à 9 h., M. Maréchal : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'affection rénale. (Nouveaux procédés d'exploration du fonctionnement rénal). Notions générales sur les grands syndromes rénaux et leur thérapeutique. — Le soir, à 15 h., M. Deval : Notions pratiques sur l'analyse chimique des éléments anormaux de l'urine. (Albumine, sucre, corps acétoniques, pigments biliaires, urobiline). — Le soir, à 16 h. 30, M. Deval : Notions pratiques récentes sur l'analyse chimique du sang (azotémie et constante d'Ambard ; glycémie, cholestérinémie, uricémie).

Jeudi 29 mars. — Le matin, à 9 h., M. Paul Descomps : Notions pratiques sur la technique de l'examen des globules sanguins et l'interprétation des résultats ; applications cliniques et thérapeutiques à l'étude des anémies et des leucémies. — Le soir, à 15 h., M. Maurice Villaret : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un hémiplégique. Les notions récentes sur les séquelles des traumatismes crânio-cérébraux. — Le soir, à 16 h. 30, M. Maurice Villaret : Comment on peut faire le diagnostic des attitudes pathologiques des membres (syndromes médullaire, nerveux, périphérique, physiopathique, psychonévrosique) et des démarches nerveuses anormales.

Vendredi 30 mars. — Le matin, à 9 h., M. Henri Bénard : Notions cliniques et bactériologiques récentes sur le paludisme, les dysenteries, le typhus exanthématique. — Le soir, à 15 h., M. Comandon : Séance de démonstrations cinématographiques de biologie médicale.

Mardi 3 avril. — Le matin, à 9 h., M. Coury : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'affection cardiaque. Les asystolies. — Le matin, à 10 h. 30, M. Maurice Villaret : Les nouvelles méthodes d'exploration de la tension artérielle. (Les divers procédés de sphygmomanométrie : méthodes palpatoire, auscultatoire, oscillométrique, oscillo-auscultatoire, des pesées). — Le soir, à 15 h., M. Maurice Villaret : La tension veineuse. (Technique et résultats de cette nouvelle méthode d'exploration). — Notions de capillaroscopie. — Le soir, à 16 h. 30, M. Coury : Notions cliniques récentes sur les hypertensions, les aortites, les artérites.

Mercredi 4 avril. — Le matin, à 9 ph., M. Lippmann : Notions thérapeutiques récentes sur les affections cardio-vasculaires. — Le soir, à 15 h., MM. Durey et Dausset : La kinésithérapie dans les affections douloureuses. Notions de thermothérapie, d'hydrothérapie. — Le soir, à 16 h. 30, M. Henri Bénard : La méningite cérébrospinale épidémique : notions cliniques récentes. L'encéphalite épidémique : état actuel de la question.

Jeudi 5 avril. — Le matin, à 9 h., M. Henri Bénard : Comment on doit pratiquer l'examen d'un liquide céphalo-rachidien. Technique de la ponction lombaire. Examen cytologique, chimique, bactériologique. Réactions colloïdales (or et benjoin). — Le soir, à 15 h., M. Dufourmentel : Comment on doit pratiquer l'examen clinique de l'oreille, du larynx, des cavités faciales : notions récentes sur l'exploration de l'oreille interne. — Le soir, à 16 h. 30, M. Saint-Girons : Notions nouvelles sur l'anaphylaxie. Les chocs hémoclasiques ; leurs applications cliniques et thérapeutiques.

Vendredi 6 avril. — Le matin, à 9 h., M. Brin : Notions pratiques sur les nouveaux procédés de diagnostic clinique et de traitement de la syphilis. (Sels de mercure, arsenic, bismuth). — Le soir, à 15 h., M. Henri Bénard : Notions pratiques sur la méthode de Bordet-Gengou. Principes, technique et variétés de la réaction de Bordet-Wassermann. — Le soir, à 1.. h. 30, M. Saint-Girons : Notions cliniques et thérapeutiques récentes sur les syndromes endocrines. (Syndrome de Basedow. Myxœdème. Gigantisme et acromégalie. Infantilisme. Syndromes hypophysaires. Syndromes d'hypo- et d'hyperépinéphrie).

Samedi 7 avril. — Le matin, à 9 h., M. Dumont : Notions récentes sur le diagnostic clinique et la thérapeutique des épanchements pleuraux et ascitiques. Cyto-diagnostic et examen chimique des épanchements ; méthodes de différenciation entre exsudats et transsudats (épreuves de Rivalta, de Gangi, du collargol, etc.). — Le soir, à 15 h., M. A.-C. Guillaume : Notions sur les méthodes récentes d'exploration des réflexes de la vie végétative. — Le soir, à 15 h., M. Lagarenne : Notions gé-

nérales sur l'application des rayons X au diagnostic clinique. — Le soir, à 16 h. 30, M. Lagarenne : Conseils pratiques de radiothérapie.

— **Clinique thérapeutique.** — M. Antonin Clerc, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière, commencera le mercredi 14 avril 1923, une série de 21 conférences ayant pour objet les arythmies cardiaques et leur traitement.

Ces conférences auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, et au petit amphithéâtre, à 17 h.

Si le nombre des demandes est suffisant, des exercices pratiques (examen de malades, prises de tracés mécaniques et électro-cardiographiques) pourront être organisés à l'hôpital Lariboisière. Droit d'inscription : 80 fr. pour les exercices. (Les conférences sont gratuites). Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

— **Recommandations aux médecins qui soignent des mutilés et des réformés de guerre** (Bénéficiaires de l'art. 64, loi du 31 mars 1919). — Prendre connaissance du texte du décret du 25 octobre 1922 réglant l'organisation, le contrôle et les tarifs des soins aux victimes militaires de la guerre.

(Publié en extrait du *Journal officiel* du 29 octobre 1922 et reproduit dans le *Concours Médical*, (nos 46 et 47, 1922.)

Insister auprès des mutilés et réformés en cours de traitement pour qu'ils réclament à leur mairie respective le *nouveau modèle de carnet de soins* qui doit être en possession de tous les bénéficiaires à dater du 1er avril 1923 (art. 14).

Avoir soin de se conformer aux indications formulées aux articles 15, 16, 17, 18, 19 du décret pour l'utilisation des bulletins de visite, des feuilles d'ordonnance et de prescriptions.

Et notamment :

D'inscrire très lisiblement (au moyen d'un cachet si possible) leur *nom et adresse* sur les souches, ordonnances et bulletins de visite ;

D'envoyer de suite à la Commission de contrôle de leur secteur le bulletin de visite lorsqu'ils voient pour la première fois un bénéficiaire de l'article 64 ;

D'avertir, dans les délais prescrits, la Commission de contrôle, en cas de :

Hospitalisation, consultation motivée, intervention de spécialiste, examen de radio ou de laboratoire ;

Série de plus de cinq interventions à tarif spécial ;

Opération mutilante ou de grande chirurgie ;

D'établir tout certificat d'hospitalisation — urgente ou différée — sur un bulletin de visite extrait du carnet et l'envoyer immédiatement à la Commission en se conformant aux prescriptions des articles 21 et 22 ;

D'envoyer leurs mémoires d'honoraires dans les quinze jours qui suivent l'expiration du trimestre, en se servant de bordereaux récapitulatifs (qui seront déposés dans les mairies à la disposition des intéressés).

Ne pas omettre d'y joindre les bulletins de visite justificatifs (art. 53).

Les médecins désireux d'éviter un déplacement peuvent demander le règlement de leurs honoraires à leur compte de banque ou de chèques-postaux, en mentionnant le numéro du compte dont ils sont titulaires.

Ces recommandations n'ont pour but que de permettre un règlement plus rapide des honoraires en facilitant les formalités administratives — indispensables — de comptabilité et de contrôle.

— **Le Contribuable français.** — Nous signalons à nos lecteurs cette intéressante publication mensuelle qui paraît sous la direction de M. Martinot, conseiller fiscal du " Concours Médical " et du « Sou médical » et dont les bureaux sont situés, 42, rue du Four, à Paris (24 fr.)

On y trouvera une abondante et utile documentation sur les déclarations à souscrire pour le revenu, sur la perception des impôts cédulaires, sur la jurisprudence fiscale, etc.

— **Douze jours d'autobus en Corse.** — « L'Evolution médico-chirurgicale » organise pour la semaine de Pâques (du 30 mars au 10 avril), une fort belle excursion à travers la Corse. Elle est réservée aux médecins, à leur famille et leurs amis.

Des autos de tourisme emmèneront les excursionnistes à tous les sites merveilleux de l'Ile de Beauté.

Le prix total du voyage comprenant les deux traversées (départ de Nice), tout le voyage en Corse, le logement et la nourriture (vin compris) est de 1.220 francs.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à « L'Evolution médico-chirurgicale », 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e.

— **Ve Congrès national de la tuberculose** (Strasbourg, du 2 au 6 juin 1923). — Ce Congrès comprendra trois sections :

1° Une section biologique ; 2° une section clinique ; 3° une section sociale.

Les questions à l'ordre du jour, dont chacune sera l'objet d'un rapport, sont les suivantes :

I. — QUESTIONS BIOLOGIQUES.

a) *Associations microbiennes dans l'infection tuberculeuse.* — Rapporteur : M. BEZANÇON, professeur à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine.

b) *Constitution chimique du bacille tuberculeux et milieux synthétiques de culture.* Rapporteur : M. GORIS, professeur agrégé à la Faculté de Pharmacie, pharmacien des hôpitaux de Paris.

II. — QUESTIONS CLINIQUES.

a) *Tuberculoses fermées et tuberculoses ouvertes.* Rapporteurs : MM. RIST et AMEUILLE, médecins des hôpitaux de Paris.

b) *Rôle de la carence alimentaire dans le développement de la tuberculose.* Rapporteurs : M. MOURIQUAND, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon, fera le rapport général et MM. BRETON professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lille, et DUCAMP, directeur du Bureau d'hygiène de Lille, traiteront spécialement du rôle de la carence dans les régions dévastées.

III. — QUESTIONS SOCIALES.

a) *Le problème de l'habitation dans ses rapports avec la tuberculose.* Rapporteur : M. MONTET, directeur-adjoint du Musée social.

b) *Le rôle des assurances sociales dans la lutte antituberculeuse.* Rapporteurs : Dr SCHEIB, médecin de l'Institut des assurances sociales, et M. WEILL, président de l'Union des Caisses de malades d'Alsace et de Lorraine.

c) *Le rôle de l'infirmière-visiteuse dans la lutte antituberculeuse et les principes de son éducation professionnelle.* Rapporteurs : Madame HALOUA, directrice de l'Ecole d'infirmières-visiteuses de Lille, pour l'Education professionnelle, et Madame DE REITZ, visiteuse-chef à l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, pour le rôle de l'infirmière-visiteuse.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat du Congrès, au Siège social du Comité National de Défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre Dame-des-Champs, Paris 6e.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

assurer son chauffeur ne fût pas bien assuré. Il devrait au moins exiger qu'il fût stipulé que la police couvre, non seulement les risques de la législation spéciale, mais encore ceux du droit commun.

Application du Tarif Breton

I

Dilatation de l'œsophage

Membre du « Sou médical » et abonné au *Concours*, je désirerais savoir ce que je puis compter à un accidenté du travail pour des séances de dilatation de l'œsophage (rétrécissement cicatriciel après absorption de potasse), à l'aide de bougies œsophagiennes.

Je trouve dans le tarif Breton, tarif d'urologie : dilatation simple (bougie ou béniqué), 15 fr.

Dr E.

Réponse.

Je trouve l'analogie que vous proposez tout à fait équitable.

Dr F. DECOURT.

II

Soins d'urgence

Appelé à 10 *heures du soir*, à 10 kilomètres de chez moi pour un accidenté du travail, que faut-il compter ?

Il s'agissait d'une fracture du fémur 1/3 inférieur, que je me suis borné à réduire et immobiliser par des moyens de fortune, puisque le blessé allait être dirigé le lendemain à l'hôpital.

J'ai rédigé un certificat initial d'accident, et un certificat d'admission d'urgence à l'hôpital.

Que faut-il compter ?

Dr C.

Réponse.

Voir avis insérés dans l'arr. minist. du 28 juin 1921 (paragraphe à propos de l'art. 18), dans lesquels il est alloué 50 fr. (1re cat.), pour « les soins d'urgence et la pose d'appareil provisoire, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin ». Ajouter 25 % pour intervention de nuit (art. 8) + le déplacement ordinaire de 20 fr. pour vos 20 kil. parcourus + 10 fr. de certificat initial descriptif.

Dr F. DECOURT.

III

Vaccins bactériens

Dans les accidents du travail, les injections de *vaccins* bactériens peuvent-ils être assimilés aux « injections sous-cutanées *de sérum* antitoxique » ? Cela me paraît logique ; mais je serais heureux que vous me le confirmiez.

Mon blessé, à la suite d'une piqûre infectée d'un doigt, a fait de la lymphangite du membre supérieur

pour laquelle j'ai cru bon de lui faire dès le début du vaccin Cépède S. E. S. et je le continue encore chaque jour, — bien qu'il ait fini par collecter, depuis, un phlegmon de l'avant-bras que j'ai dû ouvrir et drainer — et ce, à titre de désintoxication.

Cela va faire 10 injections que je pense pouvoir compter 15 fr. chaque (2e catégorie), (somme à laquelle je devrai ajouter, n'est-ce pas? les déplacements *kilométriques*, ainsi que l'ouverture et drainage du phlegmon (abcès profonds non viscéraux : 75 fr.).

Est-ce bien votre avis ?

Dr P.

Réponse.

Les injections sous-cutanées de vaccins bactériens n'ont pas été, jusqu'ici, considérées comme assimilables aux « injections sous-cutanées de sérum antitoxique ». C'est une question à poser à la Commission du tarif Breton et je la prends en note dans ce but. Mais je prévois que cette assimilation aura de la peine à être acceptée, sous prétexte des abus qui en pourraient résulter, alors que les assureurs se plaignent déjà fortement des injections multiples antitétaniques qui sont cependant bien plus justifiables en accidents du travail.

Dr F. DECOURT.

IV

Aide opératoire

J'ai recours à votre obligeance pour avoir le renseignement suivant :

Ayant dû avoir recours à un confrère pour réduire une fracture de l'extrémité inférieure du radius, je désirerais savoir quels sont les honoraires que doit réclamer le confrère à l'assurance.

Dr D.

Réponse.

Le confrère peut réclamer :

1° Ou *comme chirurgien*, pour la réduction : 80 fr. (1re catégorie), d'après l'art. 18.

2° Ou *comme aide* : 50 fr., d'après l'art. 11... si toutefois l'assurance accepte de considérer cette intervention comme étant de « grande chirurgie ». Sinon, c'est une « consultation entre confrères », soit le prix de 3 visites ou consultations.

Dr F. DECOURT.

JURISPRUDENCE

Exercice illégal de la médecine.

Constitue le délit d'exercice de la médecine le fait de prendre part habituellement au traitement des maladies

COUR DE CASSATION. — CHAMBRE CRIMINELLE
(16 *décembre* 1922.)

Sur le pourvoi du procureur général près la Cour d'Appel de Toulouse, en cassation d'un arrêt, rendu le 5 juillet 1922, par la dite Cour, chambre correctionnelle, dans la cause d'entre lui et le sieur Béziat.

LA COUR.

Ouï, M. le Conseiller Emile Bourdon, en son rapport, Me Bressolles, avocat à la Cour, en ses observations, en défense, et M. l'avocat général Bloch-Laroque, en ses conclusions ;

Vu le mémoire produit par le Procureur général près la Cour d'Appel de Toulouse à l'appui de son pourvoi ;

Après en avoir délibéré en la chambre du Conseil ;

Sur le moyen unique, pris de la violation, par défaut d'application, des articles 18 et 16 de la loi du 30 novembre 1892, les faits souverainement constatés par la Cour devant nécessairement entraîner la condamnation de Béziat ; — vu les dits articles de loi :

Attendu qu'aux termes de l'article 16, § 1er, de la loi du 30 novembre 1892, l'exercice illégal de la médecine consiste dans le fait par une personne, non munie d'un diplôme, de prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérés ;

Attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que Béziat, qui se dit guérisseur, assisté par les puissances occultes, s'est employé à soigner des malades de toutes sortes ; — que sa méthode consiste dans l'apposition, l'application, le passage des mains sur les membres ou organes malades ; dans des frictions, des attouchements, des pressions avec les mains sur les vêtements ou sur le corps dévêtu, dans des manipulations, qu'il affirme être seulement destinées à soumettre les malades à son influence, mais que ces malades avaient tout d'abord considérées comme étant un traitement par le massage ; dans des insufflations avec la bouche sur le siège du mal et dans des passes magnétiques sur le ventre et l'estomac de certains malades ; qu'enfin ces diverses pratiques sont accompagnées d'invocations mentales ou orales que Béziat adresse aux esprits dont il sollicite l'assistance ;

Attendu que pour relaxer Béziat, la Cour d'Appel a déclaré que, dans les faits ci-dessus énumérés, il

était impossible de reconnaître l'exercice illégal de la médecine tel qu'il est prévu par l'article 16, § 1er, de la loi du 30 novembre 1892 ;

Mais attendu que si les Tribunaux et les Cours d'Appel tiennent de la loi le droit de constater souverainement les faits, l'appréciation qu'ils font de ces faits ne participe pas de la même souveraineté, et qu'il appartient à la Cour de Cassation de restituer aux actes déclarés constants le caractère qui leur est propre, dans leur rapport avec la loi pénale ;

Et attendu qu'il résulte de l'ensemble des circonstances de fait, plus haut rappelées, que Béziat a pris part habituellement au traitement des maladies; — d'où il suit qu'il y a eu violation des textes de loi visés au moyen ;

Par ces motifs,

Casse et annule l'arrêt de la Cour d'Appel de Toulouse du 5 juillet 1922, rendu en faveur de Béziat (Jean), inculpé d'exercice illégal de la médecine, et, pour être statué, conformément à la loi, relativement à ce chef de prévention, sur l'appel du ministère public dirigé contre le jugement du tribunal correctionnel de Villefranche-de-Lauraguais du 4 novembre 1921, renvoie la cause et les parties, en l'état où elles se trouvent, devant la Cour d'Appel de Montpellier, à ce désignée par délibération spéciale prise en la Chambre du Conseil.

Commentaires

Dans le *Concours médical*, 1922, page 603 et suivantes, nous avons publié le jugement du tribunal de Villefranche-de-Lauraguais, du 4 novembre 1921, jugement qui avait été confirmé par la Cour d'appel de Toulouse (5 juillet 1922) en faveur du sieur B., qui exerçait illégalement la médecine, par des passes magnétiques.

Dans nos commentaires, nous avions fait un rappel de la jurisprudence existant en pareil cas.

En cassant l'arrêt de la Cour de Toulouse et en renvoyant la cause devant la cour de Montpellier, la Cour de Cassation pose nettement le principe de l'exercice illégal de la médecine par ceux qui n'ont pas le diplôme de docteur. Sans s'arrêter aux faits eux-mêmes, la cour suprême estime que le seul fait de prendre habituellement part au traitement des maladies par un procédé quelconque constitue une violation de la loi du 30 novembre 1892, pour quiconque n'est pas docteur en médecine.

Ainsi, la Cour de Cassation change complètement son opinion au point de vue de la définition dudit délit d'exercice illégal de la médecine.

Par arrêt du 15 juin 1908, elle avait jugé que ne constitue pas le délit d'exercice illégal de la médecine, le fait, pour un empirique, de se borner quelle que soit la nature du mal, à placer, pendant un certain temps, une de ses mains sur le siège de la douleur, en adressant une invocation mentale à un esprit, dont il se croit le pouvoir de

provoquer l'intervention. Ces agissements ne sont pas punissables, du moment où l'empirique n'ordonne aucun remède, ne fait aucune prescription et ne donne aucune direction thérapeutique aux malades.

D'autres arrêts de Cassation avaient été rendus dans le même sens (29 novembre 1900, 25 juin 1909, 8 avril 1911.)

Si la Cour de Montpellier rend son arrêt correctionnel dans un sens différent de l'arrêt de Cassation du 16 décembre 1922, nous aurons alors une définition de l'exercice illégal de la médecine, qui devra être posée par la Cour suprême, toutes chambres réunies.

Il serait utile, croyons-nous, que nos syndicats médicaux et nos journaux professionnels puissent étudier cette question si controversée de l'exercice illégal.

En effet, lisons l'opinion des « consommateurs ». Voici une coupure de l'« *Ere nouvelle* » du 22 février 1923.

Le magnétisme et la Loi

L'AFFAIRE BÉZIAT

La loi, toujours en retard sur les mœurs et les aspirations des hommes, défend formellement de guérir à ceux qui ne sont pas médecins ; par contre, elle autorise les médecins à ne pas guérir. J'ai beaucoup de respect pour le corps médical. Après mon propre corps, c'est celui que je respecte le plus.

Quand je suis malade, je fais venir le médecin et nous parlons politique, littérature, beaux-arts, questions sociales, et incidemment, de ce que j'ai.

Si vous consultez un médecin, il est indispensable d'avoir, non pas sa maladie à soi, mais sa maladie à lui, *la maladie qu'il guérit.*

Toutes les fois qu'un homme, qui n'est pas médecin, guérit des malades, cela s'appelle *l'exercice illégal de la médecine* et les médecins ne sont pas contents.

Il serait temps de comprendre que l'hypnotisme, étant devenu SCIENTIFIQUE, le magnétisme, son frère aîné, a droit de cité. Or, il en est des magnétiseurs comme des médecins : les uns guérissent et les autres ne guérissent pas.

M. Béziat, un des directeurs de la *Fraternisie* d'Arras, vient d'être poursuivi comme magnétiseur et acquitté deux fois, en première instance et en appel, à Villefranche et à Toulouse. Le procureur général a obtenu, en Cassation, que M. Béziat serait poursuivi une troisième fois.

J'espère que la Cour de Montpellier confirmera le jugement du Tribunal et l'arrêt de la Cour de Toulouse ;

Il nous faut une loi sur le magnétisme.

Il y a quelques années, cinquante mille pétitionnaires l'ont demandée.

Puissent Mesmer, Puységur, du Potet et tous les magnétiseurs célèbres, protéger Béziat et remplir ces messieurs de la Cour du fluide nécessaire à l'acquittement.

Béziat est un orateur excellent, que j'ai souvent applaudi, un serviteur infatigable des sciences montantes, un pionnier des temps nouveaux.

On l'acquittera et, en bon altruiste, il mettra ses dons de magnétiseur au service de tous les médecins malades.

Albin VALABREGUE.

Je voudrais bien savoir si un malade quelconque serait fort aise de voir son médecin lui par-

ler de politique, de littérature et de beaux-arts, lorsque ce client lui-même, ou quelqu'un de sa famille, qui lui est cher, se trouve en proie à un accès douloureux quelconque, à un étouffement, à une crise appendiculaire, voire même à une simple indigestion ?

Il est de bon ton, depuis Molière, de railler le médecin et d'affecter de ne pas croire à la médecine. Nous avons l'habitude d'entendre ces propos parmi les gens bien portants, surtout après un bon dîner.

Mais ces mêmes railleurs, nous les trouvons dans une tout autre attitude lorsqu'ils ont recours à notre modeste science. Finie la blague, pour faire place à l'angoisse et au désir de guérison par nos procédés thérapeutiques actuels.

Laissons de côté les opinions préconçues, ou les croyances simplistes. pour n'envisager que l'intérêt du public, le seul qui importe.

Si la loi du 30 novembre1892 impose le doctorat en médecine à quiconque émet la prétention de soigner ses concitoyens, ce n'est pas pour instituer un monopole en faveur des docteurs, mais pour imposer à ceux-ci un minimum de science, afin que leur ignorance ne constitue pas un danger pour la santé publique.

La meilleure preuve qu'il n'y a pas de monopole, c'est la difficulté qu'on éprouve à faire condamner à 50 francs d'amende un illégal avéré.

Nous avons été personnellement consulté par quelques personnes, souvent de bonne foi, qui voulaient se consacrer au soulagement des misères humaines, par un procédé nouveau, matériel ou spirituel. Or, aucun des procédés qui m'ont été soumis ne constituait une nouveauté scientifique. Puis l'inventeur était animé d'une foi naïve dans l'efficacité de sa méthode, à laquelle rien ne devait résister ; toutes les maladies devaient guérir.

Et cependant, nous sommes-nous efforcé de démontrer, lorsque nous pouvions le faire, quels dangers la bonne volonté peut faire courir à la santé publique, lorsque cette bonne volonté ne s'appuie pas sur l'expérimentation médicale et scientifique, qui remonte loin dans la nuit des temps.

Nous ne nions pas personnellement, les bienfaits des méthodes psychiques, méthodes de rééducation, d'autosuggestion, de magnétisme et autres. Les guérisons de Lourdes (je ne parle que des vraies, des scientifiquement contrôlées) sont une preuve de l'influence du psychique sur le physique. Mais ces méthodes demandent d'être conduites avec l'esprit scientifique pur, car, jamais à Lourdes, on n'a constaté de véritable miracle, c'est-à-dire de jambe amputée ayant repoussé. Les phénomènes de guérison sont parfois inexplicables avec les procédés d'investigation de notre science actuelle ; nos successeurs en trouveront le mystère, dans plu-

sieurs générations, de même que nous avons apporté un peu de lumière dans tout ce qui paraissait surnaturel, dans les temps anciens et conduisait même malades et médecins au bûcher.

Etudions, examinons avec l'esprit critique que nous donne notre instruction scientifique. Mais si beaucoup ont, *a priori*, une méfiance quelque peu susceptible, c'est que nous savons que fréquemment la supercherie joue un rôle dans beaucoup d'expériences pseudo-scientifiques.

Aussi posons-nous brutalement la question : est-il utile, pour la santé publique, d'obliger les médecins à faire de longues et coûteuses études, pour obtenir un diplôme, leur permettant d'exercer ; ou bien faut-il abroger la loi du 30 novembre 1892 et laisser quiconque, qui s'en sentira la vocation, libre de soigner malades et blessés, sous la seule sanction des articles 1382 et suivants du Code civil et 319, 320 du Code pénal ? L'exercice illégal est un fait ; il est difficilement réprimable, parce que la sanction correctionnelle est illusoire et que les poursuites occasionnent des dépenses excessives. La santé publique exige-t-elle, pour sa protection, que tout médecin ait un diplôme légal de docteur ? Alors, modifions la loi de 1892, dans le sens de l'aggravation des peines contre les illégaux. La santé publique n'a-t-elle que faire des diplômes des médecins ? Abrogeons la loi et laissons la liberté pleine et entière aux méthodes thérapeutiques les plus diverses.

Nous serions heureux d'avoir des réponses.

Dr Paul Boudin.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de Directions de Bureaux d'Hygiène

I

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition, et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Charenton-le-Pont (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 4.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication pour adresser

au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques — 6e bureau) — leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

II

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition, et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Fougères (Ille-et-Vilaine).

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et et de l'hygiène publiques. — 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 8 mars 1923).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Un médecin a le droit de refuser de donner des soins à un réformé de guerre.

16123. — M. About, député, signale à M. le ministre des pensions que certains médecins et

pharmaciens se refusent de soigner ou de délivrer des produits pharmaceutiques à des réformés de guerre, sur présentation de coupons détachés de leurs carnets de soins gratuits, et demande : 1° si un médecin a le droit de refuser de donner des soins ; 2° si un pharmacien peut refuser la délivrance de médicaments régulièrement prescrits. (*Question du* 29 *décembre* 1922.)

Réponse. — En dehors des cas de réquisition prévus par la loi, un médecin ou un pharmacien peuvent se refuser à donner des soins ou à délivrer des produits pharmaceutiques.

(*J. O.*, 3 mars 1923.)

Hommage au Dr Louis Wurtz de Compiègne (1853-1922)

Le Dr Debacq (de Verberie), secrétaire de la Société des médecins de l'Oise, vient de faire paraître une plaquette rendant hommage au Dr Louis Wurtz, médecin de l'hôpital de Compiègne, président de la Société de l'Oise, qui, au cours de la guerre, donna, comme médecin et citoyen, dans sa ville constamment bombardée, le plus bel exemple des vertus civiques du médecin praticien.

Alsacien de naissance, ancien élève du lycée de Strasbourg et étudiant de son ancienne Faculté de médecine, le Dr Louis Wurtz, fut de ceux qui vécurent aux périodes tragiques des deux guerres franco-allemandes. Il vint se fixer en 1878 à Compiègne dont il fut, pendant 37 ans, médecin et chirurgien de l'hôpital.

Sans ambition, homme de devoir, Louis Wurtz acquit à Compiègne le respect et l'affection de tous. Secrétaire de la Société des médecins de l'Oise en 1888, il en devint le président en 1907.

La guerre de 1914 lui valut les émotions violentes que rencontrèrent tous les bons Français. Elles furent plus poignantes pour lui qui avait quatre fils au front et dont la vieille cité avait tant à souffrir des attaques ennemies. Sa conduite fut admirable. Il ne quitta Compiègne qu'après le bombardement aérien de la nuit du 22 au 23 mars où il faillit être enseveli avec sa famille sous les ruines de sa maison détruite par une explosion.

Mais la victoire devait donner à ce Français d'Alsace la plus grande compensation des épreuves terribles qu'il avait subies.

Cité à l'ordre du pays au début de 1915, Louis Wurtz, fut fait tardivement chevalier de la Légion d'honneur en 1921.

Le Dr Debacq, en publiant, dans sa plaquette, quelques extraits de la correspondance du Dr L. Wurtz, écrite durant la grande guerre, rend ainsi le plus bel hommage à ce grand patriote et à ce modèle du médecin praticien.

Dr J. N.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Bécus, à Romilly-sur-Seine (Aube), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux du* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 134. — Banlieue immédiate Paris, à céder bon poste 31.000 touchés, fixes transmiss. peu de frais.

Nº 135. — Maison de repos ouverte toute l'année pour jeunes filles, convalesc. ou en vacances, logement et nourr. de 10 à 12 fr. par jour. S'adr. 9, rue de Madame, Marly-le-Roi (S.-et-O.).

Nº 136. — Touraine, à vend. propriété comprenant 2 châteaux, l'un Louis XIV, constr. par Mansard, l'autre Henri III, bon état, parc et bois au gré de l'acheteur peut convenir à maison repos, sanator. pays sain boisé, proxim. chem. fer. Toutes ressources. Me Lablancherie, notaire à Loches (I.-et-L.).

Nº 137. — A vendre chaise à porteur avec planche pour une jambe. S'adr. Fouraud, 2, avenue Dorian, Paris, 12e.

Nº 138. — A céder : 1 miroir frontal, 1 miroir Clar, 1 appar. Prana à neige carbonique.

Nº 139. — « Diafoirus ». Bouchon radiateur ou bibelot médical. Bronze d'art à cire perdue, chef-d'œuvre fantaisie et humour, vendu 100 fr., prix spécial pour médec. au bénéfice Caisse veuves et orphel. Société locale « Loire et Haute-Loire ». Adr. command. Dr Layral, Saint-Etienne avec mandat, ajouter 5 fr. port et emball. Spécifier bouchon ou bibelot

Nº 140. — Torpedo Clément-Bayard 8/10 HP, 4 cyl. 4 pl. mod. 1914, pas roulé guerre, revision complète récente facture appui. Dr Guillaumot, à Wassy (Haute-Marne).

Nº 141. — Bourgogne. Docteur reçoit enfants non contagieux pour séjour campagne, sécurité complète pour tout, 10 fr. par jour, tout confort désirable.

Nº 142. — A vend. auto Brasier torpedo, 2 pl. compl. remise à neuf, éclair. électr., parfait état. Dr Cugnier à Luxeuil (Haute-Saône).

Nº 143. — Occasion. A vendre 4 postes complets de radiologie et accessoires divers. Ecr. Verjat, 119, faub. Poissonnière, Paris,

Nº 144. — A céder banlieue grande ville sud-est poste rapp. 28.000, suscept. d'augment. Vaste maison avec jardin, client. aisée, légère indemn. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris, 5e

Nº 145. — A reprend. région ouest poste rapp. 31.000, sur grande ligne, petit rayon populat. dense, grande habitation, Cession urgente on traite av. petit comptant. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Nº 146. — A vendre, Forceps Tarnier, miroir frontal, seringues de Guyon et de Roux, amygdalot., spéculums, pinces longues, bistouris étriers, tout bon état. Mme Delpeut, 4, av. Vaugirard, nouveau, le jeudi de 1 h. à 4 h. sur rendez-vous.

Nº 147. — Cabinet dentaire à céder, grande ville de l'Est, 2 cabinets, 2 appartem., très bonne clientèle, affaire sérieuse, on présenterait, prix 80.000 dt 50.000 comptant.

TUBERCULOSE. — « L'action du bromoforme semble surtout s'exercer sur les centres bulbaires tussigènes » (1). Aussi dans les toux réflexes ou nerveuses, 5 comprimés de **codoforme** par jour calment la toux en supprimant l'insomnie rebelle aux hypnotiques.

(1) MARTINET.

Syndicat médical de la Lozère

Tout médecin sollicité de s'installer à Châteauneuf-de-Randon est prié, auparavant, de se renseigner auprès du docteur Joly, à Mende, président du Syndicat des médecins de la Lozère.

CORRESPONDANCE

Les ventouses traitement de l'urticaire

Dans un cas d'urticaire, après injection de sérum, urticaire sérieux, durant depuis un jour et demi, s'accompagnant d'œdèmes locaux, des ventouses sèches firent disparaître instantanément, « comme avec la main », dit le malade, la sensation de démangeaison. Les plaques et l'œdème disparurent seulement quelques heures après.

Ce cas n'a rien de surprenant, au contraire. Je m'étonne plutôt qu'on n'en ait pas publié de semblables à ma connaissance du moins.

Dr TARLÉ (Menetou-Salon).

A propos du maïs

Le Dr Veillard signale les dangers du maïs avarié, il semble partisan du pain de froment pur.

Conformément au principe séculaire de l'utilité d'une alimentation variée (Magendie, Précis de physiologie, 1825), je crois que l'addition dans notre pain d'un peu de farine de seigle, de riz, de maïs et de haricots non décortiqués ne peut être qu'utile.

Le maïs dans l'ancienne pharmacopée était considéré comme pouvant rétablir les forces épuisées (analeptiques), il me paraît intéressant parce qu'il est, d'après le professeur Lambling, le plus riche des aliments magnésiens. A quelques malades suspects d'être en état de carence phospho-magnésienne, aux cancéreux notamment, je conseille volontiers d'après les idées de Dubard et Voisenet : maïs et haricots *sains*, aussi *frais* que possible, *fraichement* moulus que je fais prendre sans les faire cuire, mélangés à une compote de fruits ou à de la purée de pommes de terre.

Dans cette préparation, il doit y avoir du phosphore et de la magnésie à l'état organique, jusqu'à un certain point vivant.

Je serais heureux d'avoir l'avis de quelques lecteurs du *Concours* sur ce point de diététique et de thérapeutique.

BETTRÉMIEUX.

Les médecins exempts de la taxe de séjour

I

A Cauterets

Vous priez les médecins consultants des stations thermales de vous faire savoir si les médecins sont exemptés de la taxe de séjour dans leur station.

Je puis vous informer que le règlement de la taxe de séjour à *Cauterets* (Hautes-Pyrénées) exempte de cette taxe les médecins et leur famille faisant un séjour dans notre station.

Dr ARMENGAUD.

II

A Bagnères-de-Bigorre

Parmi les stations où les médecins sont exempts de la taxe de séjour, vous pouvez inscrire Bagnères-de-Bigorre.

Dès l'application de la taxe, il a été décidé que cette exemption s'appliquerait également à la femme du médecin et aux enfants *non mariés* vivant avec leurs parents.

Je me permets d'ajouter que tous bénéficient de la gratuité des traitements thermaux.

Dr PORTES.

Le service des pensions de l'Association générale

Je viens de recevoir de l'Association générale des médecins de France une circulaire concernant le service des pensions qu'elle vient de créer.

Il y est dit :

A 35 ans, en versant 723 francs annuellement jusqu'à 60 ans, vous aurez 3.000 francs de rente.

Avec un léger supplément (50 francs), pas de prime à payer en cas de maladie.

A votre décès, s'il se produit après 60 ans, un capital de 17.680 francs sera remboursé à vos héritiers (capital réservé).

Si le décès survient avant 60 ans, vos ayants droit toucheront le montant des sommes inscrites au livret.

Je voudrais savoir si cette organisation présente une grosse différence avec la combinaison P de la Mutualité Familiale.

Comment se fait-il que la somme de 17.680 francs n'est pas égale au total des primes versées ?

Ces questions intéressant vraisemblablement d'autres que moi, vous pourrez me répondre dans le journal.

Réponse.

L'Association générale se borne à servir d'intermédiaire entre le sociétaire et la Caisse nationale des retraites à laquelle elle verse les primes annuelles qu'elle encaisse. La différence que vous signalez représente ses frais de gestion et vous pouvez vous en affranchir en contractant directement à la Caisse nationale par l'intermédiaire de votre percepteur.

La Mutualité Familiale pourrait d'ailleurs faire la même chose puisque l'article 27 de ses statuts porte *in fine* : la Société se réserve le droit d'user des conditions présentées par la Caisse nationale des retraites. Elle ne l'a pas fait jusqu'à présent parce qu'elle a préféré avoir sa caisse autonome et libre qui dispense de toutes les formalités exigées par l'Etat, mais elle pourra le faire quand elle le voudra sans avoir rien à modifier à ses statuts.

Ceci dit, il faut remarquer que dans les deux Sociétés, la manière de compter l'âge n'est pas la même, que la Caisse nationale paye la pension par trimestre à termes échus, tandis que la Mutualité Familiale paye la retraite annuelle d'un seul coup et d'avance au 1er janvier, etc...

Mais la véritable différence réside en ce que la Mutualité Familiale ne pratique que la contre-assurance (remboursement des versements en cas de décès avant 60 ans), tandis que la caisse nationale peut réserver le capital et le rembourser si le décès survient après 60 ans. La chose est trop compliquée pour que la Mutualité Familiale puisse le faire elle-même.

Si on veut comparer les chiffres, il faut remarquer que la Mutualité ne donne pas, actuellement du moins, de pensions supérieures à 2.400 francs ; par conséquent, il faut ramener à ce taux les chiffres du service des pensions de l'A. G.

Pour 2.400 francs de pension, il faudrait verser 578 fr. 40 annuellement à l'A. G. A la combinaison P de la Mutualité Familiale, il faut verser 561 francs, gestion comprise. Il faut d'ailleurs ajouter qu'à l'A. G., il faut verser en plus la cotisation annuelle à la Société locale, ce qui n'est pas exigé par la combinaison P.

Quant au versement de la surprime qui exonère le sociétaire du paiement de sa cotisation en cas de maladie, il faut s'entendre : l'exonération ne peut se faire que dans des conditions spéciales et bien spécifiées, par exemple si le sociétaire est arrêté depuis plus de 3 mois.

Signalons encore que les femmes, pour être admises, doivent elles-mêmes être membres de l'A. G. et payer la cotisation annuelle, condition qui n'existe pas à la Mutualité Familiale.

Au fond, les différences entre les deux œuvres ne sont pas bien grandes, ce qui n'étonnera personne, car les chiffres sont les mêmes pour tous.

A. G.

L'entrée à MAD pour les anciens membres

J'avais l'intention d'entrer à 1/2 MAD ; j'attendais quoi, je n'en sais rien — le fait est qu'il a fallu la présentation de ma quittance de MA pour me rappeler que j'avais laissé passer l'échéance.

Je voudrais pourtant m'assurer l'indemnité de 20 francs, comment faire ?

Si je démissionne de MA, je voudrais bien que cette cotisation versée pour l'année 1923 ne fût pas perdue.

L... à St-A...

Réponse.

Vous ne pouvez plus entrer à M. A. D. qu'en démissionnnant de M. A. et en entrant dans les mêmes conditions qu'un nouveau membre.

Vous devez donc subir un examen médical, dresser un dossier, payer le droit d'entrée et la cotisation de votre âge actuel, 32 ans, soit 170 francs.

Si vous étiez entré à 1/2 M. A. D. avant la fin de 1922 vous n'auriez eu à verser que 71 + 85 = 156 francs.

Mais surtout vous allez être soumis à un stage de six mois et comme vous devez démissionner de M. A., puisque le cumul de MA et MAD est interdit, vous serez un certain temps sans être garanti.

Vous avez versé la cotisation de MA pour l'année entière ; tout ce qu'il est possible de vous accorder, c'est de vous considérer comme n'ayant versé que la cotisation du 1er semestre et d'imputer le surplus sur ce que vous aurez à verser pour MAD.

Le 1er semestre de 1923 est commencé, il est impossible de vous rembourser la cotisation afférente à ce semestre.

Ce qu'on pourra encore vous accorder, c'est de démissionner pour fin juin, ce qui vous permettra d'avoir droit à l'indemnité jusqu'à ce moment.

Comme vous entrerez à MAD au 1er avril, vous acquerrez le droit à l'indemnité le 1er octobre ; de cette façon vous ne serez que trois mois sans être garanti.

Vous verserez la cotisation MAD pour les trois derniers trimestres de 1923 et c'est sur cette somme qu'il sera possible d'imputer la cotisation MA versée pour le 2e semestre.

H. MIGNON.

Accident à un ouvrier des Ponts et Chaussées

Je vous remercie de votre réponse (1) au sujet du journalier embauché par un agent-voyer. L'administration admet maintenant qu'il tombe bien sous le coup de la loi de 1898, mais nie l'accident parce qu'il n'a eu aucun témoin.

Le journalier travaillait seul, en effet, sur le bord d'une route et n'avait invité personne à le regarder faire. Cependant un quart d'heure environ après l'accident, un passant vit le journalier se reposant et l'entendit se plaindre d'une douleur à l'œil droit et disant s'être piqué avec une épine d'ajonc en piochant le bord du fossé. Ce passant est disposé à témoigner, il remit au blessé une lettre manuscrite dans laquelle il relate les faits ci-desssus.

(1) Voir n° 9, page 689.

Que devons-nous donc faire pour obliger l'administration à reconnaître l'accident et qui doit ouvrir le feu ? le blessé ou moi ? et contre qui ? cantonnier-chef, agent-voyer, ingénieur ? le journalier fut embauché par le chef cantonnier (après autorisation probable de l'agent-voyer).

L'administration a fait offrir au blessé, à 3 reprises et par écrit, une somme globale de 140 fr. contre désistement complet. J'ai dit au blessé de ne rien accepter sans m'en parler.

Que devons-nous faire ?

J'attends vos excellents conseils.

Dr V.

Réponse.

Puisque l'Administration a enfin admis en principe que ses ouvriers étaient garantis par la législation spéciale sur les accidents du travail, puisque, en somme, elle a reconnu en fait sa responsabilité, en offrant à la victime de l'accident une indemnité forfaitaire, en violation de la loi (exemple déplorable de la part d'une administration de l'Etat), il y a lieu, à notre avis, de poursuivre.

L'ouvrier peut le faire, comme vous-même.

Si l'administration continue à nier la réalité de l'accident, le journalier pourra demander une enquête et citer comme témoin la personne qui l'a vu sur le bord de la route, alors qu'il venait de se blesser. Le juge peut parfaitement considérer ce témoignage comme suffisant.

Mais, pour que le témoin puisse être entendu, il faut que le blessé garde pour lui et ne produise pas en justice l'attestation écrite qu'il en a obtenue.

Le juge de paix compétent est, comme toujours en pareille matière, celui du lieu de l'accident et c'est soit le préfet, soit l'ingénieur en chef des ponts et chaussées qui doit être cité.

Si, comme il est probable, l'accident n'a pas été déclaré à la mairie, il faudrait que le blessé fît lui-même la déclaration ainsi qu'il en a le droit, avant d'agir judiciairement.

Honoraires des experts au Tribunal des pensions

J'ai vainement cherché dans le *Concours* le tarif applicable aux expertises ordonnées par les tribunaux des pensions.

Voudriez-vous avoir l'extrême olbligeance d'indiquer dans le journal quels sont les honoraires à réclamer et par quelle voie, cette question pouvant intéresser de nombreux confrères.

Réponse.

L'article 44 du décret du 2 septembre 1919 fixe à 25 fr. les honoraires alloués aux médecins

experts pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le tribunal des Pensions.

Un extrait du décret du 2 septembre 1919 comprenant notamment la disposition précitée a été publié en son temps dans le *Concours médical* et figure à la page 226 de l' Agenda-Memento de 1921.

Enfin, le montant des honoraires des experts au Tribunal des Pensions a été plusieurs fois rappelé dans le *Concours médical* en réponse à des questions posées par nos abonnés.

Soins à un cuisinier de bateau

Membre du « Sou » et abonné au *Concours médical*, je serais heureux d'avoir votre opinion sur le cas suivant qui peut intéresser tous les confrères exerçant dans un port.

Le 8 février 1923, j'ai soigné M. S., 35 ans, cuisinier, à la compagnie X., blessé au cours d'une traversée de Rio à Dakar, le 14 janvier 1923. J'ai constaté « plaie infectée tibia gauche, lymphangite très marquée, echtyma, 15 jours environ d'incapacité temporaire à prévoir », le blessé a repris, guéri le lundi 5 mars 1923.

Avant de venir chez moi, le blessé avait été soigné par le médecin de la compagnie qui l'a reconnu guéri à la même date que moi *mais ne l'a pas soigné en même temps que moi*. La compagnie refuse tous les certificats initiaux et de reprise et m'écrit le 7 mars 1923, en réponse à une lettre recommandée où je lui adressais les certificats : « En réponse à votre lettre du 6 courant, nous avons l'honneur de vous informer que, comme tous les hommes de nos équipages, le nommé S... a été traité par le docteur de notre compagnie qui nous a fourni les certificats d'usage et a fixé lui-même la date de la guérison. Votre intervention ne peut donc intéresser que S..., personnellement, sans que nous ayons à intervenir. Nous vous retournons sous ce pli les certificats que vous nous avez adressés. Veuillez agréer, etc... ».

D'après la loi de 1898, il me semble que S..., est justiciable de la loi « Entreprises de transport par eau ou par terre ». La compagnie semble elle-même le reconnaître puisqu'elle parle des « certificats d'usage ».

Si c'est cela, S. avait droit au libre choix du médecin en cours de traitement. Donc la Compagnie est responsable. Quel est votre avis ? Que dois-je faire ?

Dr S.

Réponse.

La navigation maritime n'est pas comprise dans les entreprises de transport assujetties à la loi sur les accidents du travail. (Cassation civ., 2 février 1903, S. 1904.1.345 et la note, D. 1903. 1.180, et plusieurs autres arrêts).

En ce qui concerne les marins, ils sont soumis

au régime institué par la loi du 23 avril 1898 qui a créé une caisse nationale de prévoyance contre les risques et accidents de leur profession. Mais le bénéfice en est limité aux inscrits maritimes et les accidents dont sont victimes les non-inscrits employés au bord des paquebots, embarcations et tous bâtiments autres que les navires de guerre ou de plaisance, ne sont garantis ni par la loi du 23 avril 1898, ni par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et relèvent du droit commun. (Sachet : traité sur les accidents du travail, 1909, 100).

Il en est sans doute ainsi du cuisinier que vous avez soigné, mais, fût-il même inscrit maritime, il n'aurait droit ni au libre choix, ni à la garantie de la loi sur les accidents du travail.

En conséquence, nous sommes d'avis que c'est à lui seul que vous pouvez vous adresser pour le payement de vos honoraires.

Indemnités kilométriques du tarif des mutilés dans les régions dévastées

Les circulaires de l'Union, en signalant aux Syndicats, le nouveau tarif kilométrique des victimes de guerre, indiquent 1 fr. 27 par kilom. en montagne et 1 fr. 24 en plaine.

Or, je trouve dans un journal un règlement indiquant 1 fr. 27 pour les régions dévastées, catégorie qui ne figure pas dans la circulaire.

Je vous prie de m'indiquer si le tarif applicable au Pas-de-Calais est en définitive 1 fr. 24 ou 1 fr. 27.

Dr. H.

Réponse.

L'arrêté ministériel du 15 janvier 1923, dit textuellement (article 1er dernier paragraphe) :

« Dans les régions dévastées, 1 fr. 27 par kilomètre effectivement parcouru ».

L'article 3 précise d'autre part qu'un arrêté préfectoral déterminera, dans chaque département, les communes qui doivent être considérées comme étant en région de plaine, région de montagne, région dévastée et que la liste des communes des régions dévastées sera révisible annuellement.

Il y a donc lieu de vous adresser à la préfecture, ou encore à la Commission de contrôle, pour connaître la liste des communes qui sont considérées comme région dévastée.

Pensions militaires

Veuillez être assez aimable pour me dire quelle est la pension d'invalidité de 50 % d'un médecin aide-major de 1re classe, 1er et 2e échelon.

La pension est-elle calculée d'après le grade au moment du passage devant le 1er conseil de réforme ?

Pensionné avec invalidité de 30 % en mars 1920 (j'étais aide-major de 1re classe, 1er échelon depuis octobre 1916), le taux de mon invalidité a été porté à 50 % en mar s 1922 : dois-je toucher comme étant du 2e échelon ?

Où faudrait-il m'adresser pour une réclamation ?

Dr B.

Réponse.

Pour un médecin aide-major de 1re *classe,* 1er ÉCHELON : 30 % valent 1.095 francs par an et 50 % valent 1.825 fr.

Pour un médecin aide-major de 1re *classe,* 2e ÉCHELON, 50 % valent 1.925 fr. par an.

Si vous êtes toujours dans les cadres, malgré votre infirmité, et surtout si vous avez été avisé de votre passage au 2e échelon du grade, vous devez toucher vos 50 % comme étant du 2e échelon.

Au cas seulement où, depuis mars 1920 (1re Commission de réforme), vous auriez été mis hors cadre, ou rayé des cadres, vous ne toucheriez que la pension d'invalidité afférente au 1er échelon, puisque votre situation militaire n'aurait pu se modifier au point de vue de l'ancienneté dans le grade, la mise hors cadres correspondant à une interruption de service.

Les réclamations doivent être adressées au sous-intendant militaire chargé des pensions pour la région à laquelle vous appartenez.

G. F.

Indemnité temporaire d'un blessé du travail

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir fixer mon opinion sur le cas suivant :

1° Un de mes clients, ouvrier blessé, a repris son travail après une semaine d'interruption. On ne lui a versé que 3 jours de demi-salaire sous prétexte que le règlement de la Compagnie d'assurance ne comportait pas d'indemnité pour les 4 premiers jours de maladie par accident. Je lui ai répondu que les assurances ne faisaient point la loi et qu'il me souvenait d'avoir lu (est-ce dans le *Concours* ? je n'ai pu le retrouver), l'extrait d'un jugement récent spécifiant que le demi-salaire était dû quelle que fût la durée de l'incapacité temporaire. Suis-je dans le vrai ?

2° Le patron a critiqué mon certificat autorisant la reprise de travail parce que j'avais mentionné que l'autorisation était donnée par moi « sur la demande du blessé » et après 7 jours seulement d'interruption. Ledit patron a cité l'exemple de « son » médecin qui délivre un certificat pour 12 jours d'incapacité si minime que soit la lésion. Approuvez-vous cette façon d'agir ?

Dr B.

Voir la suite page XLVII-1097

PROPOS DU JOUR

Le problème de la dépopulation

Nos lecteurs nous permettront de revenir sur le problème de la dépopulation de la France parce qu'il est toujours angoissant et de plus en plus à l'ordre du jour. «Les intellectuels dans les pays qui furent nos alliés et sont encore nos amis, nous disait récemment une personne que sa situation officielle a mise en bonne place pour savoir ce que l'on pense de nous à l'étranger, nous reconnaissent une suprématie momentanée, mais ils nous considèrent comme une nation dont le rôle est fini et ne se gênent pas pour nous le dire. Dans quelques années, osaient-ils m'affirmer, vous serez au-dessous de l'Italie et dans quelques dix ans, la France jouera un rôle tout à fait secondaire dans la politique mondiale. La faiblesse de sa natalité amènera fatalement sa déchéance. »

Il est dur d'accepter avec résignation cette sentence et nous croyons de notre devoir de continuer à étudier toutes les données du problème de la dénatalité. Tout n'a pas été encore dit sur la dépopulation de notre pays. Notre ami, René Martial, nous a donné ses raisons de la faiblesse de la natalité en prenant comme exemple la population de Fez. Ses constatations sont certes fort intéressantes, mais nous ne les jugeons pas très concluantes. La population européenne de Fez, très cosmopolite, formée d'éléments sociaux disparates, dont l'émigration a eu les causes les plus diverses, ne saurait représenter la population française et entrer en parallèle avec les Maures et les Israélites autochtones. Il se peut que la perte de la foi religieuse, comme le conclut René Martial, soit pour quelque chose dans la dénatalité, mais ce facteur est d'ordre secondaire, car le fléau sévit dans nos départements bretons où les croyances religieuses ont été pieusement conservées par les habitants, au même degré que dans les régions en grande partie affranchies de ces croyances comme le département de l'Yonne.

Dans une communication intitulée *Natalité et Civilisation*, faite au IXe Congrès d'hygiène, communication dont nous jugeons l'intérêt si grand que nous la soumettrons un de ces jours en entier à nos lecteurs, M. le Pr Charles Richet étudie la question en toute franchise. Il est le seul qui ait osé jusqu'à ce jour dire la vérité vraie et la vérité tout entière.

La cause de la dénatalité en France est le degré avancé de civilisation auquel nous sommes arrivés. Parmi nos Françaises, celles-là seulement ont un enfant qui consentent à en avoir un. L'instruction a appris aux époux les conditions physiologiques de la fécondation : par conséquent, la fécondation et la conception dépendent, de la volonté des époux.

D'autre part, la civilisation donne la maîtrise de soi. Le ménage des civilisés sait dominer ses instincts. L'accouplement du mâle et de la femelle est loin d'être l'unique but qui l'a constitué. Il ne procrée normalement que selon sa volonté et son désir.

Or, pourquoi n'a-t-il plus la volonté, ni le désir de procréer comme le primitif ? Parce que le luxe, du fait de la civilisation, est devenu un besoin ; que le luxe, appelons-le, si vous le voulez, simplement le bien-être, coûte fort cher et que de nombreux enfants en diminuent la possibilité.

M. Charles Richet cite des exemples. Un couple humain devrait physiologiquement avoir au moins dix enfants (une femme normale peut enfanter de 18 ans à 42 ans).

Or, à Paris, un ménage sans enfants ou avec un seul enfant, qui dispose d'un revenu annuel de 30.000 francs peut vivre dans un véritable bien-être. Avec dix enfants, il est dans la gêne, presque dans la misère.

Voilà pourquoi, selon le Pr Ch. Richet, les Français instruits, civilisés, prévoyants, ont peu d'enfants.

Ceci est indiscutable, ne cherchons pas plus loin les causes de notre dénatalité. La principale, celle qui de beaucoup dépasse toutes les autres, est la restriction volontaire, le fruit de la civilisation. Il est dur de l'avouer, mais la prévoyance, qualité par excellence de l'homme civilisé, qui songe au lendemain et aux risques qu'il peut courir, est un facteur important de la restriction volontaire. La natalité est surtout faible en France dans les départements où il y a le plus d'assurances contre l'incendie ; elle est forte dans les départements où l'on compte le plus d'illettrés, c'est-à-dire d'ignorants qui sont de ce fait insouciants et imprévoyants.

Nous sommes convaincus avec le Pr Ch. Richet que la dénatalité est, en France, la rançon d'une civilisation trop raffinée.

A côté de l'opinion d'un savant, d'un physiologiste, il n'est pas sans intérêt de mettre en parallèle celle d'un homme politique, d'un économiste : M. Joseph Caillaux a publié, dans le *Progrès civique* du 3 et du 10 février 1923, deux articles intitulés : *L'Avenir de la France. Le problème de la Natalité.* Tout en faisant les plus formelles réserves sur les tendances et les déductions d'ordre politique que M. J. Caillaux cherche à tirer de cette question en faveur de son idéal, nous trouvons dans ces articles des observations judicieuses et des idées originales vraiment intéressantes. Nous en faisons état à ce titre, sans qu'il en découle nécessairement la moindre adhésion à sa politique : nous ne faisons pas de politique.

L'auteur examine, d'abord, l'évolution de la population en France et en Europe. En prenant comme base le livre de Levasseur : *la Population française*, livre qui fait autorité, la population de la France en 1600 peut être évaluée à 20 millions environ. Elle est stationnaire en 1700, si l'on tient compte des annexions des règnes de Louis XIII et de Louis XIV, car elle atteint 21.136.000 habitants.

En 1801, le territoire de la République française compte 27.349.000 habitants, ce qui fait, si l'on tient compte toujours de l'accroissement du territoire, une augmentation de 20 à 25 %.

Constatons en passant que cette statistique démontre que le régime politique, quoiqu'en pense M. Ch. Maurras, qui trouve le remède à la dénatalité, dans le retour à la Monarchie, n'a pas l'influence qu'il pense sur l'accroissement de la population.

A la fin du XIXe siècle, malgré la séparation de l'Alsace et de la Lorraine, en partie compensée par l'annexion de Nice et de la Savoie, la population s'est accrue de 45 % car en 1901, la France compte 38.962.000 habitants.

Qu'est-il survenu pour expliquer cet accroissement insolite ? M. J. Caillaux répond : *le développement de la grande industrie.* Et il apporte d'autres arguments statistiques qu'il emprunte au livre de P. Leroy-Beaulieu : *La question de la population.* Les voici :

Au XVIe siècle, la France avait 20 millions d'habitants. L'Angleterre et le Pays de Galles n'en comptaient guère plus de 5 millions. Au XVIe, siècle la population des deux nations reste stationnaire. A la fin du XVIIIe siècle la population anglaise atteint 8.873.000 habitants quand en 1901, elle s'élève à 32.527.343 habitants. Au cours du XIXe siècle, l'accroissement de la population en Angleterre a été de 300 pour 100 quand elle n'atteignait pas 50 pour 100 en France.

D'où vient cette différence, c'est que l'Angleterre est devenue de pays agricole, au pays très industriel, tandis que la France est restée surtout agricole.

M. J. Caillaux formule une loi qu'il qualifie d'impératif économique : *La croissance d'une race est limitée à l'étendue et par la nature du terrain qu'elle occupe sur le globe.*

Avec la facilité actuelle des échanges entre nations, l'industrie donne infiniment plus de possibilités de vivre que l'agriculture sur la même étendue de terrain.

Le développement de l'industrialisation serait, selon M. J. Caillaux, le remède à la dépopulation. En attendant ce développement qui demandera une période assez longue à s'opérer, il convient, comme palier d'attente, d'atténuer le déficit de notre natalité par l'immigration. Nous ne ferons que suivre la tradition des anciens rois qui l'ont toujours favorisée comme le démontrent : *Les notes sur le mouvement de la population française sous l'ancien régime*, par Mathorez.

D'ailleurs, depuis trois quarts de siècle, la France est la seule nation en Europe qui reçoit plus d'immigrants qu'elle n'envoie à l'étranger d'émigrants.

Nous pourrions faire quelques objections à M. Caillaux. L'augmentation de la population de l'Europe au XIXe siècle doit être pour beaucoup le résultat de l'amélioration des conditions d'existence par l'avènement du règne de l'hygiène, par la disparition ou l'atténuation des maladies épidémiques (variole, peste, etc.). Il est vrai que l'on peut affirmer que cette amélioration des conditions d'existence est en grande partie la conséquence du développement de l'industrie.

M. Caillaux prétend que la population est stagnante dans les pays agricoles, croissante dans les pays industriels. Pourtant, l'exemple de la Chine agricole, qui est le réservoir d'hommes le plus prolifique du monde, ne s'accorde guère avec sa thèse.

Et cependant, si l'on réfléchit au milieu dans lequel évolue la Chine, nous constaterons que l'argument que nous pourrions tirer de sa situation agricole perd beaucoup de sa valeur.

Le cultivateur chinois s'est développé en refoulant ou absorbant les nomades pasteurs qui occupaient l'Extrême-Orient, comme l'ouvrier de la grande industrie a, en Europe, refoulé ou absorbé le paysan. M. René Grousset, étudiant, dans son *Histoire de l'Asie*, l'expansion de la

Chine moderne, montre l'ouvrier et le commerçant chinois faisant, par infiltration, la conquête pacifique de Singapoure, Colon, Batavia, Manille, des îles Havaï, de la Californie. Il élimine peu à peu les concurrents. « N'est-ce pas ainsi que jadis, à l'aube de l'histoire, le laboureur chinois, timidement d'abord, demandait au tartare nomade l'autorisation de cultiver un coin de la prairie ? Puis peu à peu, les cultures gagnaient sur la steppe, les fermes se construisaient, et quand elles étaient assez nombreuses, le Fils du Ciel prenait possession du sol, tandis que les anciens Maîtres de la contrée reculaient vers le désert. »

Le développement de l'industrialisme semblerait donc bien le véritable remède de la dépopulation. La France, par sa situation géographique, l'étendue de ses côtes, la richesse en minerais de son sol, la mise en valeur des forces naturelles de la houille blanche qui peut suppléer l'insuffisance de ses houillères, peut et doit devenir une puissance industrielle de premier ordre. Aussi, malgré la crise actuelle de dénatalité qui est vraiment angoissante, ne devons-nous pas désespérer de son avenir !

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA SCOLIOSE LOMBAIRE PURE

Par le Dr C. Rœderer.

Il existe une forme bien particulière de scoliose, qui n'affecte et semble pendant longtemps n'affecter que la région lombaire.

On la voit chez des enfants de 7 à 8 ans, et même chez des sujets de 12 à 14 ans. Elle se compense plus tard, et souvent fort tard.

C'est généralement une scoliose primitive qui est due, soit à une anomalie vertébrale, soit à une position ou à une mauvaise attitude périodique. C'est, beaucoup plus rarement, une scoliose par inégalité de longueur des membres inférieurs qui, celle-là, a habituellement tendance à former une compensation élevée.

En dépit de ce que l'on voit dans les classiques, cette scoliose lombaire constitue bien une entité tout à fait particulière et elle appelle un traitement spécial.

Ce traitement doit être à la fois actif et passif.

Traitement actif :

Nous ne voulons pas longuement insister sur le traitement actif. On connaît les exercices qui conviennent pour la correction de la scoliose de la région lombaire.

Selon les degrés et les formes, on donnera plus ou moins d'importance, dans ce traitement actif, aux mouvements qui font appel à la contraction musculaire de la masse du côté convexe ou à ceux qui, passivement, déterminent la correction de la courbure par traction du membre inférieur du côté concave et abaissement du bassin de ce côté.

Remarque importante. — Il faut, avant tout, éviter d'ébaucher une compensation dorsale ou de compléter une compensation ébauchée. La gymnastique doit être strictement lombaire. Aucun des mouvements ne doit déterminer une courbure dorsale. Ce n'est pas aisé, mais mieux vaut renoncer à une manœuvre, fût-elle correctrice en bas, que de risquer une aggravation dans le haut de la colonne vertébrale.

D'abord, ne pas nuire est la maxime souveraine en orthopédie.

Parmi les mouvements de gymnastique, il en existe un que l'on ne saurait trop recommander.

Il nécessite l'emploi d'une sangle de 8 centimètres de hauteur environ. Celle-ci est accrochée au mur par ses deux extrémités, de manière à faire une boucle à la hauteur de la région lombaire de l'enfant.

Celui-ci pénètre le torse nu dans la boucle, la place entre l'aile iliaque et les fausses côtes et se laisse aller en dehors, du côté convexe. Il détermine ainsi une hypercorrection de la courbure lombaire. Un aide placé derrière lui ou le médecin surveille de près cette flexion et empêche

◆◆

qu'elle ne dépasse la mesure, c'est-à-dire détermine une courbe sus-jacente dorsale.

Traitement passif

Dans ces cas de scoliose lombaire, le traitement passif a une importance au moins égale au traitement gymnastique.

En effet, si la région dorsale est accessible au redressement par la contraction musculaire bien dirigée, la région lombaire échappe en partie à cette correction.

Aussi, le traitement passif passera-t-il le plus souvent au premier plan.

Trois moyens excellents sont indiqués pour obtenir cette correction passive. Ils peuvent être employés séparément ou combinés. Mais, en général, comme leurs effets se complètent, il sera bon de les mettre tous les trois en œuvre.

1° *La talonnette.* — Relever, même sans que la jambe soit plus courte, le pied du côté convexe de manière à allonger le membre de ce côté et à incliner le bassin du côté opposé, représente une formule qu'on imposera à peu près à tous les cas. Il ne faut pas craindre d'être très énergique. Ce moyen de correction ne vaut quelque chose que s'il est extrêmement poussé. Aussi, n'hésitez pas à faire placer sous le pied, trois ou quatre centimètres représentés par moitié par un talon de caoutchouc ou quelques sous bouts du talon de cuir, et par moitié par un liège placé à l'intérieur de la chaussure si la cambrure de son cou-de-pied le permet.

Mais ce procédé, pour excellent qu'il soit, demande une surveillance perpétuelle. On ne doit pas oublier, durant des mois, comme je l'ai vu faire, un enfant avec une talonnette surélevée. La mère doit en reparler à chaque visite et on ne manquera pas, à chaque fois, d'en contrôler l'effet sur le dos nu de l'enfant, c'est-à-dire qu'on l'examinera successivement avec et sans sa chaussure. On risque, en effet, de provoquer à la longue une compensation dorsale, ce qui aura lieu surtout quand la scoliose lombaire n'est pas absolument souple.

L'enfant, quand il est assis, aura de même le bassin du côté convexe relevé par un livre.

2° *La sangle de Barlow.* — Au lieu de faire allonger quelques heures par jour l'enfant simplement sur le sol ou sur un lit dur, bien à plat, selon la méthode que nous préconisons toujours pour les différentes formes de scolioses, on se trouvera bien, pour la scoliose lombaire, de faire coucher ces malades, deux ou trois fois pendant une journée, durant une heure sur le côté convexe, la courbure reposant, soit sur un coussin cylindrique bien rempli, soit sur l'appareil appelé sangle de Barlow.

Pour ceux qui l'auraient oublié, cet appareil consiste essentiellement en une sangle de la largeur d'une ceinture de gymnastique qui est tendue entre deux planchettes de 50 centimètres de haut fixées verticalement sur une planche de 75 centimètres de longueur. Cette planche est posée sur le sol. La sangle fait ainsi une sorte de hamac et l'enfant, en se couchant sur le côté, s'arrange pour que la région lombaire convexe repose sur ce hamac. Il passe le bras entre le hamac et la planche.

3° *La ceinture plâtrée amovible.* — Ceci est de notre pratique personnelle, en opposition peut-être avec l'opinion des classiques et des gymnastes.

La ceinture amovible plâtrée, faite dans la correction, nous a régulièrement donné des résultats parfaits dans la scoliose lombaire. Nous la conseillons formellement.

Cette ceinture sera confectionnée dans la suspension par la tête, les deux mains du sujet appuyées sur le dossier d'une chaise, de manière à laisser les épaules exactement à la même hauteur, le haut du corps complètement immobile, maintenu au besoin par un aide qui placera une main sous chaque aisselle. Le bassin, de même, sera maintenu rigoureusement au-dessous du cercle scapulaire, et au besoin, par un aide qui aura placé une main à plat sur chaque région trochantérienne.

C'est dans ces conditions, sur un corps par ailleurs maintenu bien droit, que la correction de la région lombaire sera effectuée.

Deux moyens peuvent être employés dans ce but, ensemble ou à titre séparé.

Le premier consiste, pendant la prise du plâtre, à tirer vers le bas sur la jambe du côté concave, à incliner le bassin de ce côté, sans pour cela déplacer le corps en totalité, sans ébaucher une scoliose dorsale . . . en dehors.

Le second moyen, employé généralement en même temps que le premier, consiste à placer une sangle en étrier au niveau de la courbure et à tirer sur celle-ci.

Une correction ne saurait, d'ailleurs, être ainsi obtenue que sur une scoliose lombaire préalablement assouplie par la gymnastique, mais à défaut de la correction totale, dût-on faire deux ou trois ceintures successives, il sera bon de se contenter d'une correction relative, et de ne point attendre un assouplissement complet avant d'employer

cet excellent moyen de correction qu'est la ceinture plâtrée.

Les deux extrémités de la bande seront fixées au mur ou confiées à un aide qui tire avec le poids de son corps, et non avec ses muscles fléchisseurs de l'avant-bras.

A aucun prix, il ne faudra que ce redressement de la courbure entraîne une translation du corps du côté de la traction, ce qui permettrait la formation d'une compensation dorsale. On pourra, pour empêcher cette translation, disposer à la région dorsale une autre bande tractive attirant le corps en sens inverse de la correction lombaire.

Fabrication de la ceinture. — Il s'agit bien d'une ceinture et non d'un corset. Quelques tours de bandes plâtrées entoureront le bassin et la région lombaire par dessus deux jerseys entre lesquels de l'ouate aura été disposée abondamment du côté concave, afin de ménager à cet endroit une loge de réception après correction de la région.

Ces bandes plâtrées ne monteront pas plus haut que la pointe des omoplates par derrière et le dessous des seins en avant. Une attelle en ceinture enveloppera complètement le bas du tronc, de telle façon que les chefs viendront se recouvrir sur le ventre. Nous disons bien une seule attelle, non point deux, de manière à éviter les plans de clivage inutiles aux endroits de jonction qui représentent un lieu de moindre résistance. Deux incisions dans cette attelle permettent de laisser passer la bande de toile de traction.

Une couche superficielle de bandes plâtrées maintiendra cette attelle comme pour un plâtre habituel.

Cette ceinture doit descendre bas en arrière, recouvrir complètement le sacrum. Devant, avant de la retirer, on découpera en arc de cercle la région qui répond à la cuisse fléchie de manière à permettre la position assise, sans que l'enfant soit gêné ou que l'appareil ne remonte.

On coupera ensuite l'appareil en avant selon la ligne médiane, avant sa dessiccation complète et en faisant pivoter le malade à l'intérieur, ce qui permet de l'ouvrir au minimum.

Après séchage, on recouvrira la ceinture d'un jersey et on mettra des bandes de cuir de laçage le long de la ligne d'ouverture. Chaque fois, le corset sera mis et enlevé dans la suspension.

***

Cette scoliose lombaire primitive prise à temps, bien suivie et énergiquement soignée, s'arrête très souvent à cette phase. Très fréquemment, on pourra éviter les compensations dorsales. Nous avons même vu des courbures accentuées, accompagnées de torsion considérable, se corriger notablement. Mais comme toujours dans la scoliose, c'est par mois et non par semaines qu'on doit compter. Il faut toujours s'en souvenir.

CLINIQUE MÉDICALE

Les anévrysmes de la crosse de l'aorte. L'anévrysme silencieux.

M. le professeur agrégé Noël FIESSINGER.

Les anévrysmes de la crosse de l'aorte constituent une maladie, ou plutôt un groupe morbide dont l'aspect clinique est loin d'être toujours semblable. Beaucoup d'ectasies aortiques — employez ce terme, de préférence, au lit du malade ; il est moins impressionnant — s'accompagnent d'une symptomatologie très variée, alors que d'autres évoluent sans phénomène appelant l'attention.

Les symptômes de l'anévrysme de l'aorte peuvent être divisés en deux groupes : symptômes d'emprunt et symptômes propres. Les premiers tiennent aux compressions, à l'action directe de l'ectasie sur les organes voisins. La crosse aortique, en traversant le médiastin, rencontre différents organes, et l'on peut lui considérer trois étages médicaux. L'étage antérieur, d'abord, qui comprend la partie ascendante de l'artère et le commencement de la crosse. Il avoisine la paroi thoracique et se trouve à proximité du phrénique gauche et de la veine cave supérieure.

L'étage moyen, le plus important, au point de vue pathologique, est en rapport avec la trachée, la bronche gauche (qui passe au-dessous), le pneumogastrique, le tronc brachio-céphalique. Le récurrent gauche, émis par le pneumogastrique, croise le dôme inférieur de la crosse aortique, en remontant vers le larynx. Plus en arrière est l'étage postérieur, où l'artère ne trouve plus que l'œsophage, les corps vertébraux et les nerfs (intercostaux). On voit par là combien variée peut être la symptomatologie d'emprunt, due à la compression, à la gêne dans le fonctionnement de ces organes médiastinaux.

Un mot, en passant, de terminologie. On dit ectasie, quand il y a dilatation du vaisseau ; anévrysme, quand il y a poche, cavité sacciforme, communiquant avec l'artère par une ouverture large ou étroite. L'anévrysme, d'ailleurs, ne s'accompagne pas seulement d'augmentation de volume de l'aorte, mais aussi d'une réaction périphérique, médiastinale, qui étend la zone de compression.

Suivant l'étendue de la lésion et sa localisation, la symptomatologie se présente différemment. Considérons les anévrysmes de l'étage moyen, les plus fréquents et les plus importants. Il en existe plusieurs types. Un des plus curieux est constitué par ce petit anévrysme développé sous la crosse, au voisinage du départ du récurrent, connu sous le nom d'anévrysme récurrentiel de Dieulafoy. Comme il donne une symptomatologie uniquement laryngée, on pourrait lui réserver l'appellation d'anévrysme vocal.

Le malade qui en est atteint accuse, dans une première phase, un peu de dyspnée laryngée et de l'assourdissement de la voix. A ce moment, peut survenir un incident particulier, susceptible de se répéter : l'ictus laryngé. Le patient est pris d'une quinte de toux vive, au cours de laquelle il perd connaissance. Comme, généralement, il connaît son ictus, il a le temps de s'asseoir et il tombe simplement en avant. La perte de connaissance est de courte durée et sans conséquence. Plus tard, apparaissent des troubles vocaux mieux caractérisés, une dysphonie spéciale. Les deux cordes vocales n'ont plus la même tension, l'une continuant à fonctionner, l'autre (celle du côté malade) se rapprochant imparfaitement de la ligne médiane, d'où une voix désaccordée, bitonale. Plus tard encore, on peut observer une amélioration apparente de la phonation, tenant à un jeu compensateur de la corde vocale saine.

A ces troubles vocaux, s'ajoute quelquefois de l'œsophagisme. Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, on note un autre symptôme. L'anévrysme en question repose sur la bronche gauche, qui passe au-dessous. Au moment de la systole, l'ectasie se remplissant, appuie sur la bronche qui descend, entraînant la trachée. Si, alors, vous prenez entre le pouce et l'index le corps thyroïde, vous le voyez attiré en bas (il suit la trachée) au moment de chaque systole. C'est le signe d'Oliver-Cardarelli, qui permet de localiser l'anévrysme à la région concave de la crosse de l'aorte. Il appartient aux grosses ectasies, la symptomatologie seulement récurrentielle étant celle des petits anévrysmes de Dieulafoy.

Autre forme, à type respiratoire, avec altération du pneumogastrique, toux coqueluchoïde, crises pseudo-asthmatiques, parfois toux aboyante (toux de chien, de Garel), due à la compression de la trachée. La toux aboyante est un signe précieux de compression trachéo-bronchique, auquel, pour ma part, j'attache une signification précise.

La compression du canal trachéo-bronchique peut entraîner de la dyspnée, par réduction de la lumière de la trachée ou de la bronche gauche. A l'auscultation, on note une respiration plus silencieuse, des deux côtés si c'est la trachée qui est intéressée, du côté gauche si c'est la bronche. Quelquefois, le phrénique gauche est touché.

Lorsqu'on se représente les nombreux organes qui entourent cette partie moyenne de la crosse de l'aorte, on croit volontiers à une symptomatologie toujours abondante. Il n'en est rien. Sachez que les anévrysmes de cette région sont, dans nombre de circonstances, cliniquement latents, silencieux, et qu'il est de grosses ectasies qui ne compriment rien du tout.

La même chose s'observe pour l'étage postérieur. Ici, la latence est extrême. L'anévrysme de cet étage peut léser l'œsophage, déterminer de l'œsophagisme ou de la sténose œsophagienne. N'oubliez pas que, pour cette raison, et pour d'autres, on a condamné les explorations aveugles, à la boule olivaire, du canal œsophagien rétréci, les cathétérismes de ce genre ne se faisant plus qu'avec la radiographie. Les nerfs intercostaux peuvent être touchés, donnant des troubles dont il est souvent difficile de préciser l'origine. J'ai souvenance d'un malade chez lequel le diagnostic fut établi dix ans après les premiers phénomènes intercostaux.

Les anévrysmes de l'étage antérieur, les plus superficiels (ils sont sous la paroi), ont une symptomatologie plus voyante. Ils sont intra-péricardiques, ou extra-péricardiques, ces derniers plus fréquents que les premiers. Ils s'accompagnent de douleurs précordiales, au niveau du manubrium, de sensation de pesanteur, de poids, avec ou sans irradiations. Quelquefois, il n'y a aucune douleur. On voit des ectasies de cet étage ronger la paroi thoracique sans accidents douloureux. A l'inspection, on aperçoit une voussure, une saillie, que l'on reconnaît mieux à jour frisant, animée de battements. On trouve deux foyers de battements, l'un à la pointe (chocs normaux du cœur), l'autre à la base (chocs de l'ectasie). En général, ce second foyer est à gauche du sternum, exceptionnellement à droite.

Il faut rechercher le phénomène de l'extension de la poche, facilement confondu avec l'impulsion.

Vous avez une masse arrondie. Lorsqu'il s'y exerce un mouvement postéro-antérieur, il s'agit d'une impulsion. Dans l'anévrysme, il y a poussée postéro-antérieure et poussée latérale, la poche se dilatant en tous sens. Dieulafoy proposait de coller de petits papiers sur le bord externe de

la masse. Au moment de la systole, on voit les papiers dévier de tous côtés.

L'auscultation révèle habituellement des souffles, des bruits à timbres dissemblables. Le souffle systolique peut tenir au rétrécissement aortique et, en ce cas, il irradie sur le trajet des vaisseaux artériels. Le souffle attribuable à l'entrée du sang dans la poche est plus sourd, et irradie peu. Il ne faut pas oublier, d'autre part, que l'anévrysme ne se développe jamais sur une aorte saine, mais sur une artère atteinte d'aortite chronique, avec lésions orificielles. Un autre souffle, doux, aspiratif, est considéré comme appartenant, en général, à une insuffisance aortique concomitante.

Cela dit sur les symptômes d'emprunt et sur les signes propres des anévrysmes, groupons autour les signes associés, conséquences de l'ectasie et de ses causes. D'abord, les phénomènes veineux et artériels. Dans les ectasies de l'étage antérieur, la veine cave supérieure est quelquefois comprimée, d'où les œdèmes, de la face, des membres supérieurs, du tronc, qui s'arrêtent à la ceinture (œdème en capeline). Pour les phénomènes artériels, il se passe ceci. Tout ce qui est au-delà de l'ectasie offre une circulation diminuée. L'anévrysme est un réservoir où le sang perd sa force. Si la lésion anévrysmale siège immédiatement après le tronc brachio-céphalique, vous aurez un pouls droit plus précoce et plus fort que le gauche. A la vérité, il ne me paraît pas que l'on doive attacher à cela une très grande importance. Fréquemment, à l'état normal, les deux pouls n'ont pas une force semblable. Anatomiquement, les deux artères radiales, droite et gauche, sont assez souvent de calibres différents chez le même sujet.

Tous les anévrysmes de l'aorte sont syphilitiques, et il est exceptionnel de ne pas rencontrer en pareil cas la spécificité. La syphilis est décelable alors par l'interrogatoire, l'examen clinique et le Wassermann. Vous pouvez observer des stigmates caractéristiques, de l'inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson, des indices de tabès fruste (abolition des réflexes), de la leucoplasie buccale. Ce sont là des phénomènes communément trouvés chez les aortiques et traduisant une syphilis ancienne.

Que deviennent les malades atteints d'anévrysme de l'aorte ? Certains meurent de fissure, l'ectasie s'ouvrant dans un organe creux du voisinage : dans la trachée, déterminant une hémoptysie brutale, ou des hémoptysies répétées quand il y a une fissure minime ; dans l'œsophage, d'où hématémèse, dans le poumon même. Les anévrysmes de l'étage antérieur peuvent s'ouvrir dans la veine cave supérieure ou à la peau.

Dans d'autres cas, on observe la mort subite par angine de poitrine, la mort rapide par asphyxie, la mort par asystolie, par cachexie artérielle. Quelquefois, lorsqu'il s'agit de sujets ayant longtemps séjourné à l'hôpital en particulier, le patient succombe lentement à la tuberlose pulmonaire.

La guérison est possible. Deux fois au cours d'autopsies, j'ai rencontré des anévrysmes de l'aorte entièrement comblés. Mon maître Huchard estimait en avoir guéri et l'on arrive, tout au moins dans certaines circonstances, à rendre la maladie tolérable et tolérée.

Diagnostic de l'anévrysme aortique ?

Vous avez vu dans la salle des femmes une malade atteinte d'un sarcome de la partie inférieure du sternum. L'absence d'expansion différencie une telle lésion d'un anévrysme. Les abcès ossifluents que l'on observe au niveau des côtes peuvent, par leur mollesse, leur fluctuation, être pris pour des ectasies aortiques. J'ai soigné, il y a un an environ, à la consultation de cet hôpital, une jeune femme de 28 ans, portant au niveau de la poignée du sternum, une masse fluctuante, assez molle, qui nous était envoyée avec le diagnostic d'abcès froid, pour drainage. Le phénomène de l'expansion était net, nous montrant qu'il s'agissait d'un anévrysme de situation assez anormale, il est vrai, la poignée du sternum. La lésion comprimait la veine cave, s'accompagnant d'œdème de la face et des membres supérieurs (œdème en capeline). Soit dit en passant, avant d'ouvrir un abcès de cette région, aortique et cardiaque, regardez toujours soigneusement la lésion, et à jour frisant ; soyez prudents. Il existe d'ailleurs des tumeurs animées de battements (empyèmes pulsatiles) qui ne sont pas anévrysmales.

Les rayons X rendent de grands services dans le diagnostic des anévrysmes de l'aorte. Les battements peuvent manquer, cependant, et le diagnostic radiologique a besoin, lui aussi, d'être discuté. Dans un cas de Letulle, qui fut opéré, l'anévrysme, siégeant à l'étage postérieur, était entouré de tissu fibreux, et ne battait pas.

Le pronostic est difficile à établir, car il faut tenir compte de nombreux facteurs. L'anévrysme est plus grave chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés. Plus il éclate tôt après le chancre, plus il est sérieux. Généralement, les professions fatigantes l'aggravent. Un diagnostic précoce permet de l'améliorer plus complètement qu'un diagnostic tardif. Sachez aussi qu'il ne faut jamais désespérer d'obtenir une atténuation de la maladie. Sachez encore que ce n'est pas une affection d'hôpital. Son traitement exige un long séjour dans les services hospitaliers et les malades sont alors très exposés à la contagion tuberculeuse.

Un premier élément du traitement est le repos au lit. Il diminue les poussées hypertensives,



l'hypertension étant un phénomène constant chez les ectasiques. Une tension exagérée agissant sur un vaisseau dont la résistance est diminuée a pour effet d'augmenter l'anévrysme. Il est, dès lors, particulièrement utile d'agir sur la tension, par le repos au lit, la diète, un régime sévère. Je reste partisan du vieux traitement de Valsalva, par les saignées. J'ai ainsi soigné longtemps, avec les meilleurs résultats, dans le service du professeur Robin, un ectasique par la saignée hebdomadaire. On atténue de cette façon l'hypertension et l'on accroît la coagulabilité sanguine. Cette pratique est aujourd'hui simplifiée, puisqu'au lieu de lancette, on peut se servir d'aiguille à ponction veineuse.

Le deuxième élément dont il faut tenir compte dans la thérapeutique de l'anévrysme est la syphilis. L'ectasie est une gomme envahisante, se développant, sous l'action de la pression sanguine, vers la périphérie, par marche excentrique. Dans les anévrysmes, on trouve souvent des tréponèmes. S'il y a des tréponèmes, c'est qu'il y a lésion en activité. Pour ce motif, une cure spécifique trop énergique pourrait offrir des dangers. On doit intervenir avec une certaine prudence. On a eu recours, d'abord, à l'arsénobenzol, puis on s'est montré plus réservé. On est revenu au vieux mercure et maintenant on s'adresse au bismuth. Je crois que le médicament spécifique le mieux adapté ici est le bismuth, en évitant la voie intra-veineuse.

Reste l'iodure de potassium. Théoriquement, l'iodure a la réputation d'être anti-fibreux. Le donner dans l'anévrysme, où l'on recherche une transformation fibreuse, semble un paradoxe. En tout cas, il ne convient d'y recourir qu'après le mercure ou le bismuth.

Je voudrais vous dire un mot, pour terminer, d'un traitement peu connu en France et préconisé par quelques médecins anglais, sous le nom de « Wiring ». Il fut imaginé en 1864 par Moor, de Londres, qui, dans le but de provoquer la formation de caillots, introduisit dans l'anévrysme un ressort de montre. Cette idée fut reprise par Finney et Lusk, sous une forme un peu différente. Ces auteurs font passer dans la poche anévrysmale, à l'aide d'une aiguille, plusieurs mètres de fil métallique qu'ils enroulent en boucles. L'aiguille est alors enlevée et le fil reste enfoui, après qu'on y a fait passer un courant électrique, pendant une heure environ, en plusieurs fois. La valeur de cette méthode n'est pas entièrement élucidée. Elle a provoqué, à diverses reprises, des accidents. Elle a été suivie aussi de guérisons, constatées à l'autopsie de malades ayant succombé à une affection intercurrente. Il ne faut pas oublier, toutefois, que l'ectasie se développe sur une aorte malade et que, même l'anévrysme comblé, l'aortite persiste. Les bases du traitement restent, en somme, le repos, et la cure spécifique, appliquée avec précautions.

Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine (service du professeur CHAUFFARD) *et recueillie par le* Dr P. LACROIX.

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

(12e *article*)

Syphilis et affections cardiovasculaires (1)

Par le Dr LEREDDE.

(*Suite*).

OBS. LXXXX. — Mlle Per., 19 ans, vue le 19 juin 1922, présente de temps à autre, de violentes céphalées. Bien réglée. Les jambes sont fortes, asphyxiques. Il y a eu des plaies qui ont laissé des cicatrices de caractère indécis (érythème induré de Bazin Hutchinson ?).

Bronchites tous les hivers jusqu'à l'âge de 10 ans. Congestion pulmonaire grave à 10 ans. Mlle P. ne tousse plus mais présente facilement de la dyspnée d'effort.

Cœur normal, avec hypertension (17/11).

Dents de Hutchinson types. Réflexes normaux, pupilles normales.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0.

Le père a 60 ans, « se porte bien ». La mère présente des troubles hépatiques ou gastriques (son père est mort subitement, elle a perdu 6 frères ou sœurs en bas âge). Elle a perdu en outre 3 enfants en bas âge, un de méningite, un de convulsions.

(1) Voir *Concours médical*, n° 11.

OBS. LXXXXI. — Pep., 20 ans, vu le 30 janvier 1922. Présente de temps à autre des sensations pénibles au niveau de la région précordiale, une légère tendance à la dyspnée d'effort. Premier bruit à la pointe légèrement soufflant. Pouls lent (56). Extrasystoles sporadiques. L'intestin est assez fragile. Quelques troubles gastriques.

Anarchie dentaire complète, dents gâtées. Pas d'autres stigmates.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0.

Enquête familiale : Le père est mort à 68 ans (ulcère d'estomac, tumeur du foie ? ?). La mère se porte bien, n'a pas perdu d'enfants en bas âge.

Amélioration considérable après 17 injections de novarséno en 2 séries (de 10 à 90). Augmentation de poids (5 kgr.). Le pouls devient plus rapide.

OBS. LXXXXII. — Lem., 24 ans, vu le 4 octobre 1922. Voulant se marier fait faire, quoiqu'il n'ait jamais eu d'accidents syphilitiques une S. R. qui donne

un résultat positif, confirmé depuis par une analyse de Rubinstein (W = 0 ; H = + ; J = 0).

Intestin sensible, selles multiples dans la journée — de temps à autre. — Troubles gastriques anciens, intermittents (périodes d'anorexie avec vomissements).

Crises de rachialgie. Douleurs temporales, de temps à autre. Douleurs au niveau des tibias, des avant-bras.

Palpitations au moindre effort, *tachycardie essentielle.*

Aucun stigmate.

Le père, 54 ans, « se porte bien ». La mère, 47 ans « se porte bien » ; en fait, souffle systolique de la base, pouls rapide. Elle a eu 2 enfants morts à terme. Restent 6 « bien portants ». La mère morte à 73 ans, nerveuse avait des troubles cardiaques et avait perdu plusieurs enfants en bas âge.

Obs. LXXXXIII. — Bien., 24 ans, vu le 20 février 1922. Atteint d'entérite ancienne avec constipation opiniâtre. Pas de troubles gastriques.

Les dents sont tombées ou gâtées.

Signe de Westphal, sans autres signes de tabes.

W = 0; H = + ; J = 0.

Souffle extracardiaque à la base. Hypertension (17 /11).

Le père, 48 ans, « se porte bien ». La mère, 46 ans, présente de la sclérose linguale, elle est soignée par des injections intraveineuses. Elle a eu une fausse-couche, 5 enfants vivent dont 3 en « bonne santé », l'aîné a été soigné à Berck pour « ostéite de la hanche ».

Obs. LXXXXIV. — M. Bon., 24 ans, vu le 18 avril 1922, présente depuis l'âge de 7 ans une glossite exfoliante marginée, et souffre depuis quelques mois seulement d'alternatives de diarrhée et de constipation.

Bonne santé jusque-là.

Eréthisme cardiaque, tension 160 /110, extrasystoles spasmodiques, indice oscillométrique élevé, léger souffle systolique de la base.

Aucun stigmate, en dehors d'une chute de toutes les dents. à la mâchoire supérieure.

Le père est mort à 80 ans, de cause inconnue ; la mère à 64, d'une affection cardiaque. M. B. a 2 frères et une sœur en bonne santé, celle-ci a 3 enfants, dont 2 présentent une glossite exfoliante marginée.

(Cas très important qui n'a pu malheureusement être examiné d'une façon complète, la séroréaction n'a pas été faite, etc.).

Obs. LXXXXV. — Mad. Mal., 26 ans, vue le 27 octobre 1920, présente depuis 10 ans des vertiges, de la rachialgie, sans céphalées de temps à autre.

Souffle systolique de la base et le long du bord droit du sternum. Tension max. 150. Eréthisme cardiaque : quelques douleurs précordiales.

Aucun stigmate. W = 0; H = 0; J = 0.

Le père est syphilitique. La mère est morte, de tuberculose, vers 48 ans. Plusieurs enfants sont morts en bas âge.

Obs. LXXXXVI. — Mme Loi., 27 ans, vue le 24 avril 1920, est atteinte depuis 6 mois de lésions cutanées, au niveau de la narine droite, accompagnées d'ulcérations intranasales. Rougeur, petites papules (lipomes ou syphilides de type tertiaire). Les lésions sont un peu douloureuses. Pas de ganglions. Fatigue, léger amaigrissement.

Asymétrie faciale très marquée avec parésie faciale droite.

Réflexe rotulien vif à droite, exagéré à gauche avec légère trépidation spinale de ce côt é. Légère albuminurie avec œdème fruste récent des membres inférieurs.

Dents normales. W = 0 ; H = 0 ; J = 0. *Souffle systolique au foyer aortique.*

Le père, 61 ans «bonne santé ». La mère est morte (bronchite chronique), n'a pas eu de fausse couche. 2 autres enfants « se portent bien ».

Mme L. a eu une « méningite » à 18 ans.

Un traitement par le novaséno est fait du mois d'avril 1920 au mois d'octobre (22 injections en 3 séries de 0.10 à 0.70). Les lésions cutanées ne cèdent pas.

Malgré ce traitement, Mme L. accouche à terme en février d'un enfant, qui meurt subitement à 3 semaines

Obs. LXXXXVII. — Ler., 28 ans, vu le 27 avril 1921. *Souffle systolique aortique avec tension normale.* Epilepsie depuis décembre 1920.

Aucun stigmate, sauf incisives médianes supérieures très convergentes.

W = 0 ; H = 0 J ; = 0.

Le père est mort à 55 ans (tuberculose ?) ; la mère à 25 (acc. puerpéraux), une sœur est morte à la Salpêtrière ; troubles cardiaques soignés par la digitale, crises nerveuses.

Obs. LXXXXVIII. — Mlle B., 30 ans, vue le 11 janvier 1919. *Rétrécissement mitral pur.* Séroréaction négative. Sternum en entonnoir.

Le père est mort de tabès. La mère présente une sclérose cardio-rénale avec bruit de galop (W = +, H = +, J = 0) juin 1922 présente depuis 10 ans, tous les étés, de l'eczéma des mains, avec prurit.

Obs. LXXXXIX. — Mad. Com. 32 ans, vue le 26 juin 1922 présente, depuis 10 ans, tous les étés, de l'eczéma des mains avec prurit.

Elle a toujours été de santé fragile. Légère scoliose, sans autres stigmates. Crises d'entérite depuis 1922.

Migraines quotidiennes dans l'adolescence devenues assez rares.

Cœur irritable avec légère insuffisance myocardique. Tension normale.

W = 0 ; H = + ; J = 0. L. C. R. normal.

Le père est mort à 72 ans : signes de ramollissement central pendant 15 ans. La mère se porte bien « ». Elle a perdu 6 enfants en bas âge. 10 vivent « en bonne santé ».

Obs. C. — Mad. Pag. 34 ans, vue le 5 novembre 1919 à l'occasion d'un eczéma interdigital rebelle.

Microdontisme sans autres stigmates.

Père mort subitement à 51 ans. La mère a 60 ans et « se porte bien ». Elle a eu 8 enfants dont 2 morts peu après la naissance, 2 ont été tués à la guerre, 4 vivent « en bonne santé ».

Mad. P. est mariée, a un fils « en bonne santé ». Pas de fausses couches.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0.

Cœur gros, accentuation du 2e bruit aortique.

Obs. CI. — M. Foin., 35 ans est vu le 11 octobre 1922. Il a été atteint d'un chancre labial en mars 1922 et a été traité depuis par le bismuth.

W = + ; H = + ; J = +.

Ce malade, syphilitique acquis, est, en outre, un héréditaire. Il est obèse (103 kgr.), présente un léger diabète (6 gr.), de l'*hypertension artérielle* (18 /11), avec *une ébauche de bruit de galop.* Aucun stigmate dentaire, pupillaire ; réflexes normaux.

Le père est mort à 54 ans (cause inconnue). La mère vivante, « se porte bien ». Elle a un autre fils, maigre, asthmatique et emphysémateux.

Obs. CII. — Mme Cha., 36 ans, vue le 11 février 1919, présente depuis quelques années des palpitations, des vertiges. Ces symptômes se sont aggravés à la suite d'une grippe en 1918. Sensations d'arrêt de temps à autre. Aucun stigmate, sauf un léger microdontisme.

Père mort à 70 ans (cancer gastrique). La mère paraît atteinte de sciatique rebelle. 4 frères et sœurs de santé fragile, un mort à 10 jours.

Mme Cha. est mariée, elle a eu 2 fausses couches, une fille de 10 ans 1 /2, se porte bien, un autre enfant est mort à 7 mois (méningite).

W = 0; H = 0; J = 0.

Rétrécissement aortique et rétrécissement mitral.

Disparition des vertiges, des palpitations, au cours d'un traitement par le novarséno (39 injections en 5 séries de 0.10 à 0.90). Le pouls se ralentit légèrement (moyenne du matin 68 au lieu de 73).

Obs. CIII. — Mme Gau., 39 ans, vue le 16 janvier 1922, est atteinte d'une grand psoriasis, survenu à l'âge de 24 ans « à la suite d'une peur ».

Sclérose cardiorénale : polyurie, *hypertension* (180 /160) *bruit de galop droit. Quelques extrasystoles.*

Après 6 mois de traitement par le novarsénobenzol, les extrasystoles disparaissent, la tension tombe à 160 /145, le bruit de galop est à peine perceptible.

Pupilles égales, la droite est ovalaire. Réflexes rotuliens nettement exagérés. La plupart des dents sont tombées à la mâchoire supérieure.

Père mort à 61 ans (rhumatisme déformant), mère à 71 (hémorrhagie cérébrale). Trois enfants sont morts en bas âge.

Mme P. a été mariée à 19 ans, elle a 2 fils « en bonne santé » ; ni fausses couches, ni morts en bas âge.

Elle a une sœur qui présente des troubles gastriques et articulaires.

Obs. CIV. — M. Gen., 41 ans, vu en juin 1919, présente depuis une dizaine d'années des signes d'emphysème. Fatigue habituelle, méiopragie sexuelle.

Exagération des réflexes rotuliens. Pupilles de forme ovalaire. Photoréaction incomplète.

Le père est mort tuberculeux à 47 ans. La mère, 60 ans, « se porte bien » : 8 enfants dont 3 « se portent bien », un mort à 6 jours, une fille morte de phlegmatia puerpérale, qui avait eu des troubles oculaires ; une autre a des troubles oculaires ; un fils a des troubles taux.

M. P. est marié, sa femme a eu 2 fausses couches, 2 enfants jumeaux vivent « en bonne santé », un aurait eu une poussée de tuberculose pulmonaire (?) à 15 ans.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0.

A l'examen radiologique, emphysème, *cœur exceptionnellement petit, vaisseaux étroits.*

Pouls petit avec quelques intermittences.

Obs. CV. — Mme Pui., 40 ans, vue le 12 novembre 1922, a été atteinte de pelade à 16 ans. Douleurs gastriques depuis une dizaine d'années, sensation de pesanteur, digestions lentes.

Hypertension : 170 /110.

Pas de stigmates en dehors de la chute des dents à la mâchoire supérieure à 20 ans.

W + H + J = 0.

Père mort de « congestion cérébrale » à 53 ans. La mère, de ramollissement cérébral, traité par l'huile grise au même âge. Une fille morte-née.

Nota bene. - Mad. P., a eu 2 enfants. L'aîné, 20 ans, a eu de l'entérite, des céphalées, des migraines. *Souffle systolique de la base. Tension* 170 /100.

Altérations hématologiques : hématies (4.000.000) (microcytes) ; 3 métamyélocytes 0,5 myélocyte éosinophile par mmc.

Obs. CVI. — Mme Dup., 42 ans, vue le 5 avril 1921, à l'occasion de varices considérables du membre inférieur droit (ankylose du pied, d'origine accidentelle, depuis l'enfance).

Migraines de date ancienne.

Depuis l'enfance, Mad. Dup. est sujette à des « syncopes ». Elle présente une tendance à la dyspnée d'effort

Souffle systolique de la base ; souffle présystolique à la pointe (aortite et rétrécissement mitral). Phénomène de doigt mort.

Les dents sont tombées, sauf les incisives supérieures ; les incisives moyennes sont très écartées, les incisives externes ont la forme de canines.

Tendance au myosis.

Père mort à 56 ans (congestion pulmonaire), mère à 67 (asystolie), un frère mort de « méningite » à 15 ans.

Mariée, ni enfants, ni fausses couches.

Obs. CVII. — Mad. Dor., 45 ans, vue le 9 novembre 1922, est atteinte de *tachycardie paroxystique.* La séro-réaction n'a pu être faite, les stigmates n'ont pu être recherchés.

Le père est mort à 56 ans (cancer gastrique). La mère vit, se porte bien, a 88 ans : mais elle a eu une fausse couche, a perdu un enfant en bas âge, un autre est mort subitement à 7 ans. Reste un fils, atteint d'aortite et Mad. D.

Obs. CVIII. — M. R., 45 ans, vu le 31 mai 1921, présente, depuis son enfance, des jambes arquées, la déformation s'exagère peu à peu et cause une gêne croissante de la marche. Il nie tout antécédent de S. acquise. Il est marié, sa femme « se porte bien », n'a pas eu de fausses couches. 2 enfants « se portent bien ».

Réflexes vifs. Toutes les dents sont gâtées. Pupilles normales.

Le père 72 ans, a été atteint d'hémiplégie pendant la guerre. La mère est morte à 20 ans, à la suite d'un accouchement. Un frère est asthmatique.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0.

Souffle systolique de la base. 2e bruit clangoreux. Tension normale 14 /10.

Obs. CIX. — M. Cou., 50 ans, vu le 5 janvier 1919.

Bonne santé jusqu'à 45 ans. Depuis, perte de mémoire, diminution d'acuité auditive et visuelle.

Asymétrie faciale. Dents mal plantées. Exagération des réflexes rotuliens. Pupilles égales, déformées sans Argyll.

W = 0 ; H = + ; J = 0.

Père mort à 70 ans, mère morte à 80.

La femme de M. C. a eu 5 grossesses dont une fausse couche. Un enfant est mort à 7 mois en nourrice (méningite ?), un autre à la suite d'une hématocèle opérée, une fille vit, qui présente des dents mal plantées, enfin un garçon, 9 ans, est chétif et présente quelques dents crénelées.

Arythmie persistante sans souffle.

Obs. CX. — Loi. Raymond, 9 ans 1/2, vu le 13 décembre 1922. Aucun stigmate, sauf dents crénelées, incisives externes supérieures mal formées. Opéré en 1920 pour végétations adénoïdes.

Un frère a également des végétations.

Le père est mort tuberculeux. La mère, 47 ans, se plaint de troubles cardiaques et présente un *souffle systolique de la base avec hypertension* (180 /80). Dents très écartées, réflexes vifs. (syph. héréditaire probable).

Obs. CXI. — M. Br., 50 ans, vu le 20 octobre 1920, est atteint depuis 2 ans de pelade de la moustache ; plaques récentes au niveau du cuir chevelu.

Pas de stigmates, en dehors d'un vitiligo des mains et des avant-bras datant de l'enfance.

Arythmie extrasystolique attribuée « au tabac et à l'arthritisme ».

W = 0 ; H = 0 ; J = 0.

Père et mère morts subitement l'un à 61, l'autre à 66 ans. Un enfant est mort de « méningite » à 7 ans. Un autre est mort à 42 ans, interné (alcoolisme + syphilis acquise).

M. Br. est marié, a 2 enfants « en bonne santé ».

Obs. CXII. — Mlle Mau., 52 ans, vue le 20 décembre 1922, présente depuis 3 ans des troubles cardiaques : douleurs subites, pesanteur dans le bras gauche.

Bronchites annuelles depuis l'âge de 15 ans.

Céphalées fréquentes, migraines violentes, rachialgie de date ancienne, 2 attaques de sciatique du côté gauche.

En 1917, congestion pulmonaire, attaque de rhumatisme articulaire aigu (?) guérison en 8 jours.

Ptose gastrique et hépatique.

Eréthisme cardiaque, souffle systolique de la base. Hypertension (18/10) avec polyurie et pollakiurie nocturne.

Anémie. Pâleur.

Réflexes vifs. Pupilles normales. La plupart des dents sont tombées.

Le père est mort à 66 ans après une hémiplégie qui a duré 10 ans. La mère à 66 ans (troubles intestinaux). Mlle M. a eu 3 frères (un mort d'accident, un aux colonies, un de tuberculose ?) ; une sœur est morte en bas âge. Une vit, 49 ans, qui a été atteinte de polynévrite généralisée (?) et présente également de l'hypertension (17/11).

Obs. CXIII. — M. Lai., 57 ans, vu le 4 mars 1921, est atteint de psoriasis depuis l'âge de 5 ans.

Réformé pour « arythmie » à l'âge de 30 ans.

Depuis 1913, accès angineux qui se sont reproduits assez souvent et ont obligé le malade à un repos complet.

Souffle systolique de la base et le long du sternum. Tension artérielle normale.

Une séroréaction faite en 1914 a été négative.

Pas de stigmates, sauf une déformation de la pupille gauche.

Le père est mort subitement à 60 ans, la mère de même à 47 ans. M. Lai. a une sœur atteinte d'un léger psoriasis.

Mon ami, le Dr d'Alençon, de Fécamp, a bien voulu me communiquer les observations d'affections cardiovasculaires chez des hérédosyphilitiques qu'il a recueillies depuis 3 ans.

Obs. 1. — Mol., 10 ans. Hémiparésie droite avec secousses épileptoïdes, à début brusque, gêne de la parole. Retard intellectuel.

Souffle systolique à maximum xyphoïdien, tachycardie. Palais profond, microdontisme, nez en selle.

Le père tousse, santé fragile. La mère a eu 12 enfants dont 2 sont morts en bas âge (pneumonie, méningite). Un vivant est sourd-muet.

La tachycardie disparaît au cours du traitement par le novarsénobenzol. Disparition des secousses épileptoïdes, la marche devient normale, la préhension des objets de la main droite de même. L'enfant a appris à lire.

Obs. 2. — Dal. Fernande, 17 ans 1/2. Hémoptysies récentes. Diminution de la respiration au sommet droit. Foyer sous-crépitant à la base droite. Psoriasis.

Rythme mitral, souffle systolique, roulement diastolique

Front bombé. Prognathisme. Nez en selle. Dents écartées. Albumine urinaire : traces.

La mère a été atteinte de méningomyélite chronique guérie par le novarséno. 5 enfants dont un mort à 18 mois (méningite), 3 en bas âge.

Le souffle et le roulement s'atténuent au cours d'un traitement par le novarséno.

Obs. 3. — Cor. Ger., 20 ans. *Souffle diastolique de la base.* Anémie, état dyspnéique, amaigrissement. Amélioration considérable et persistante à la suite d'injections de cyanure de mercure.

Pas de rhumatisme.

Palais profond.

Le grand-père maternel est mort à 60 ans (tabes), le grand'mère à 81 ans (troubles cérébraux).

La mère a eu 4 enfants, une morte à 9 mois (pleurésie purulente), un mort-né avant terme, un mort de méningite.

Obs. 4. — Mad. Ver., 25 ans. Asthénie marquée, surtout en été. Crises de courbature intense au réveil, après les repas et au milieu de l'après-midi. Palpitations au moindre effort, parfois en pleine nuit. Impressionnable, nerveuse. Cauchemars, angoisses la nuit.

Cœur rapide, arythmique, passant en une minute de 90 à 180. *Claquement au 2e bruit au foyer aortique.*

Céphalées sous forme de crises, durant plusieurs jours depuis l'enfance. Exophtalmie très légère.

Dents saines, mal plantées, chevauchement des incisives supérieures et inférieures, canines inférieures proéminentes (tous les frères présentent les mêmes troubles dentaires). Palais ogival. Pupille droite déformée.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0.

Père mort à 41 ans (goutte, rhumatismes).

Mère morte à 35 ans, 9 jours après un accouchement normal.

7 enfants, 2 jumeaux, un mort à 6 mois, l'autre à 20 ans de tuberculose, un mort à 10 jours.

Amélioration considérable au cours d'un traitement très prolongé par le sulfarsénol et le novarséno.

Obs. 5. — Mme Th., 27 ans. Signes de basedowisme : exophtalmie, tuméfaction du corps thyroïde. Phénomènes congestifs : gonflement pharyngé, périodes d'angoisse et de gêne respiratoire.

Claquement du 2e bruit aortique, douleur mammaire gauche, palpitations. Pupilles déformées, réflexes rotuliens diminués.

La mère (varices, ulcère de jambe) a eu 2 fausses couches et 4 enfants morts de méningite.

Obs. 6. — Mme Pre., 28 ans. *Rétrécissement mitral pur* (roulement diastolique, souffle présystolique).

Varices des membres inférieurs et de la vulve.

Inégalité pupillaire, réflexes vifs.

N'a jamais pu courir longtemps (dyspnée avec cyanose).

Père mort à 60 ans, aortique, asystolie.

Mère bien portante a eu 15 enfants dont 7 morts en bas âge, ou plus tard (folie, tuberculose).

Obs. 7. — Mad. Hon., 29 ans. *Syndrome de Basedow* (exophtalmie, goitre), *tachycardie* (160) avec *souffle carotidien*, danse artérielle, tremblement, crises de diarrhée.

Amaigrissement, sueurs, fièvre vespérale.

S. R. = 0.

Guérison rapide à la suite de traitement : hectargyre puis cyanure Hg. 2 séries de novarséno (jusqu'à 0.90).

Le pouls tombe à 80, le goitre disparaît ainsi que le tremblement. (S. héréditaire).

Obs. 8. — Marg. Fil., 34 ans. *Douleurs intermittentes* au-dessous du sein gauche, avec irradiations variables. Sensations d'arrêt du cœur. *Crises de tachycardie.* Rien à l'auscultation.

W = +.

Père mort à 69 ans d'affection spinale.

Une sœur a eu des accidents nerveux avec vertiges, on a cru à une méningite.

Obs. 9. — Marg. Gal., 36 ans. Douleurs précordiales palpitations, essoufflement. Acro-cyanose.

Claquement du 2e bruit aortique. A l'examen radiologique, *distension de l'aorte.*

Dents écartées. W = + ; H = + ; J = +.

Le père a 73 ans, se porte bien, la mère est morte de cancer utérin à 63 ans. 10 enfants dont plusieurs morts de méningite, une fausse couche.

Obs. 10. — Mme Let., 39 ans. *Aortite au début* (*bruits clangoreux*) chez une femme qui présente une déformation du sternum, concave à sa partie inférieure, très saillant à sa partie supérieure, nez en selle, dents mal plantées, réflexes vifs.

Troubles dyspeptiques, céphalée, etc.

La mère a eu 4 fausses couches et a eu 4 enfants, un mort 3 jours après la naissance.



Obs. 11. — L. Lan., 39 ans. Troubles cardiaques depuis l'âge de 20 ans : palpitations. Au cours de la guerre on constate une *insuffisance mitrale* et on le réforme. Crises de palpitations après le repas. Dyspnée d'effort seulement à la suite de mouvements violents.

Jamais de rhumatisme.

Hypertrophie cardiaque : gros souffle systolique à la pointe. Pouls régulier un peu dépressible.

W = + + ; H = +.

Père mort à 60 ans (cardiaque), mère subitement à 42 ans, a eu 2 frères morts de même.

Obs. 12. — Mme Roc., 41 ans. Troubles gastriques depuis 4 ans, sous formes de crises intermittentes, tiraillements, gonflement, malaise. Douleurs en ceinture. Vue trouble depuis quelques mois, vertiges, céphalées, douleurs de nuque.

Tremblement, troubles vasomoteurs (mains froides) de temps à autre.

Tachycardie presque permanente. *Claquement du 2e bruit aortique. Douleurs précordiales.*

Pupilles normales. Pas de Romberg, réflexes exagérés.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0.

Mme R. a eu de l'ictère à 8 ans, des coliques hépatiques à 30 ans.

Parents « bien portants ». La mère a eu une fausse couche, a perdu un enfant de méningite à 4 ans. Un fils, 36 ans, paraît en bonne santé (1 m. 50) ; présente des signes d'insuffisance thyroïdienne, n'a pu apprendre à lire. Un tué à la guerre (endocardite).

Après 45 injections de novarsénobenzol et de sulfarsénol, la malade a engraissé de 5 kgr. Diminution graduelle des vertiges, des troubles visuels, de l'asthénie, des troubles gastriques, des sensations douloureuses cardiaques. A la fin du traitement, Mme R. est revenue à un état normal ; reste seulement de l'exagération des réflexes.

Obs. 13. — Mme Gab. C., 42 ans. *Douleurs précordiales, sensations de battements précipités.* Nervosisme. Aucun souffle cardiaque, bruits sourds.

Thorax bombé. Palais ogival. Microdontisme avec dents écartées.

Pupilles déformées. Réflexes rotuliens vifs.

2 enfants, dont un a une luxation congénitale de la hanche.

S. R. = 0.

Le père 78 ans, vit encore, a eu un ictère avec paralysie passagère de la langue à 72 ans. La mère est morte à 73 ans, de cancer intestinal.

Obs. 14. — Durand Alb., 42 ans. *Prolongation du 1er bruit aortique, claquement du 2e. Pointe abaissée.*

Céphalées de date ancienne, vertiges.

Chute des dents de la mâchoire supérieure. Pupilles déformées, paresseuses à la lumière.

Réflexes exagérés. Langue fissurée.

Père éthylique, mort d'ictus ; mère morte subitement à 55 ans, 13 enfants, dont 3 morts en bas âge.

5 enfants vivants. Pas de fausse couche.

S. R. = 0.

Obs. 15. — R. Alph., 45 ans. Troubles digestifs depuis 6 ans. Légère dyspnée d'effort. Sujet aux bronchites répétées. *Cœur rapide avec léger retentissement du 2e bruit aortique.*

Langue scrotale. Mydriase. Réflexes lumineux faibles.

La mère a eu 13 enfants, dont 10 morts en bas âge. Morte d'accident. Père mort d'ictère à 39 ans.

Marié, 6 enfants dont 2 morts en bas âge, un subitement à 6 mois.

Obs. 16. — Pon., 45 ans. Au cours de la guerre, palpitations, fièvre précordiale, dyspnée d'effort.

En 1919, dyspnée persistante. Crises de type angineux, douleur précordiale. Etourdissements. Face pâle. Pouls régulier, bondissant. Hypertension (24/14). *Souffle diastolique.*

Examen radiologique : *ectasie de l'aorte ascendante* s'étendant à la crosse.

W = + + + +.

Mauvaise dentition. Réflexe rotulien gauche exagéré.

La mère a eu 14 enfants et 3 fausses couches. Restent 4 enfants, les autres morts en bas âge (méningite, entérite).

Le malade a 3 enfants vivants, un est mort à 15 jours (convulsions).

86 injections de novarséno (de 0.10 à 1.20) ont été faites, très bien supportées jusqu'à la dernière série. Amélioration considérable des signes subjectifs. La dyspnée d'effort, qui était extrême, disparaît d'une manière presque complète. Le pouls tombe de 90 à 70. Diminution de l'hypertension. Le malade peut travailler tous les jours sans exception. Mort subite en 1922 au cours d'un coït. Le Dr d'Alençon admet que le traitement a donné une survie de 3 ans 1/2.

(Syphilis acquise (?) chez un héréditaire).

Obs. 17. — T. Ferd., 45 ans, présente depuis un an des vertiges de plus en plus fréquents, suivis de nausées et de vomissements avec sensation de syncope imminente.

Claquement du 2e bruit aortique. A l'examen radiologique, *exagération du diamètre transversal de l'aorte, développement de l'arc aortique.* Pression artérielle 22/14.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0.

Nez en selle, palais profond.

Père mort à 33 ans. Mère « bien portante », 3 enfants dont un mort à 16 mois (rougeole et broncho-pneumonie).

Obs. 18. — Mlle Bar., 46 ans *Maladie de Basedow fruste (exophtalmie, tremblement), avec distension marquée de la crosse aortique et signes d'aortite.*

Hecht = +.

Langue scrotale. Dents crénelées, mal plantées. Palais ogival typique.

Photoréaction presque complète. Réflexes rotuliens très minimes.

La mère est morte à 57 ans (affection du système nerveux et troubles mentaux), une fausse couche.

Amélioration marquée au cours d'un traitement par le novarséno.

Obs. 19. — Mar. Jam., 47 ans. Emphysème avec poussées de congestion pulmonaire.

Hypertrophie cardiaque. Claquement du 2e bruit aortique. Tachycardie. Cyanose de la face. Dyspnée d'effort. Les urines sont normales.

La dyspnée date de l'enfance. Céphalées depuis l'enfance également.

Palais profond. Réflexes tendineux faibles. Argyll presque complet.

Père mort jeune, dément. La mère a 3 enfants dont 2 jumeaux.

Un examen radiologique fait dans la suite a montré une dilatation des oreillettes et du ventricule droit, un léger épanchement pleural a dévoilé une zone de matité ganglionnaire dans la région hilaire droite.



Je ne m'étendrai pas sur les questions d'ordre thérapeutique : d'une manière générale, les syphilitiques atteints d'affections cardiovasculaires sont de tous les plus difficiles à traiter et ceux qui exigent le plus de surveillance, à partir du moment où ils présentent des signes de défaillance cardiaque. Le traitement, *quel que soit l'agent thérapeutique employé*, exige au début beaucoup de précautions, et il

peut y avoir avantage, pendant un temps assez long, à préférer les injections quotidiennes (arsénobenzènes à doses faibles, hectine, mercure), aux injections répétées une ou deux fois par semaine (bismuth, arsénobenzènes à doses progressives). Cependant, lorsque l'affection cardiaque est bien compensée, lorsqu'on est sûr de la tolérance locale, il faut chercher à obtenir, sinon la stérilisation totale, au moins une stérilisation aussi complète que possible, c'est-à-dire qu'il faut recourir aux arsénobenzènes à doses progressives et atteindre les doses fortes.

Parmi les observations que j'ai rapportées, quelques-unes font mention des résultats thérapeutiques. La suivante est du plus haut intérêt : elle montre ce qu'on peut faire dans un cas particulièrement difficile.

Obs. CXIV. — M. M. W , vu en décembre 1918, 41 ans, a été soigné avant la guerre pour des troubles nerveux qualifiés de neurasthéniques. Au cours de la guerre, a été considéré comme tuberculeux ; on l'a déclaré atteint d'épididymite bacillaire ; des ganglions inguinaux ont été enlevés. Il a été réformé dans la suite ; on a parlé à cette époque de périostite bacillaire de la clavicule.

Au cours d'un séjour dans un sanatorium, on a enfin découvert une séroréaction fortement positive (W = ++++).

En 1917, le prof. Grasset, de Montpellier, avait reconnu un pouls lent permanent (44). A la fin de 1918, *le pouls est tombé à* 30.

Homme peu vigoureux, scoliotique. La mère est morte à 41 ans (lithiase biliaire). Le père a 74 ans, serait en bonne santé. Deux frères ont été tués au cours de la guerre, deux vivent, dont un présente un état de nervosisme extrême.

Il n'y a jamais eu de syncopes ni d'accidents épileptiformes. Quelques sensations de torsion, de douleur vive au niveau du cœur, de temps à autre.

Du mois de février 1919 au mois de juin, le malade a été soumis à des injections quotidiennes de benzoate de mercure, par périodes de 3 semaines en moyenne. Les doses ont été élevées graduellement de 0 g. 005 à 2 et même 3 centigrammes.

Amélioration nette de l'état général, sans modifications de l'état cardiaque. 3 injections de novarsénobenzol à 0.10, 0.05, 0.08 en septembre 1919. Dans les heures qui suivent la première, le *pouls tombe à* 24.

Traitement régulier, tous les 8 jours, en octobre, novembre et décembre. Les doses sont élevées successivement de 0.08 à 0.10 (2 fois), 0.12 (4 fois) à 0.15 (2 fois), 0.18, 0.20, 0.22. *Toutes les injections sont suivies de bradycardie passagère*, le pouls tombe de 30 à 28 ou 26, très rarement à 24.

Le traitement est repris en janvier (3 injections), février, mars (6 injections), mai, juillet (14 injections). La dose maximum est de 0 gr. 33. L'état cardiaque reste stationnaire, les réactions bradycardiques ne s'aggravent pas.

En 1921, ce malade a été traité par le D[r] Chabassut auquel je l'ai confié, n'osant pas moi-même agir d'une manière plus énergique. Peu à peu, les doses de 0.45, 0.60 ont été atteintes, puis dépassées. A la fin de 1921, des injections ont été faites à 0.90 et 1 gr. 20 (!). Le résultat a été excellent a tous égards. Le pouls est à 32, le matin. Le malade a retrouvé une activité qu'il avait perdue depuis des années. Pour juger du bénéfice dû au traitement, il suffit d'ailleurs de rappeler que le pouls était tombé de 44 en 1917 à 30 en 1918.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Diagnostic des cœlialgies.

« Sous le nom de cœlialgies, Loeper et Esmonet désignent un ensemble de troubles sympathiques d'origine névropathique, névralgique ou névritique, caractérisés par une série de troubles abdominaux à la fois gastriques et intestinaux fort tenaces, provoqués par l'irritation anormale du plexus solaire ». Ainsi s'expriment MM. Avierinos et Bourde, qui décrivent des cœlialgies primitives ou autonomes et des cœlialgies secondaires.

Trois ordres de symptômes les caractérisent : des douleurs, à début souvent brusque, violentes, localisées à la région épigastrique, occupant le fond même de l'abdomen dont la paroi se rétracte et se contracture, et devient sensible ; des réactions fonctionnelles : constipation opiniâtre, vomissements abondants, verts, porracés ; des répercussions à distance : hypertension, pouls rapide. La crise dure 2 ou 3 jours et disparaît aussi brusquement qu'elle est survenue. Selon la prédominance de tel symptôme, on reconnaîtra une forme émétisante ou une forme flatulente. On pourra noter une certaine élévation de température, des battements de l'aorte, de l'artère splénique.

Les cœlialgies d'origine viscérale ne s'observent qu'au déclin de l'affection aiguë qui les provoque ; elles se présentent sous quatre types différents : un type diarrhéique, un type flatulent, un type coprostatique et un type douloureux.

Pour poser un diagnostic précis, ce qui est souvent difficile, on recherchera les points douloureux abdominaux : points péri-ombilicaux, sus-ombilical, sous-ombilical, sous-costal, mésentérique supérieur, mésentérique inférieur, iliaques, vasculo-nerveux droits et gauches, zone promontorienne, point épigastrique, points cervicaux. Pour mieux les reconnaître, on procédera à la dissociation élective de ces points, dont les uns sont effacés par le laudanum, les autres par la jusquiame, les autres enfin par l'antypirine, le froid, la chaleur.

La radioscopie révèle les spasmes, l'atonie, les ptoses, l'aérocolie.

L'examen du chimisme gastrique et fécal est négatif.

Il faut savoir que les cœlialgies sont souvent masquées par un syndrome qui en impose pour un ulcus gastrique ou duodénal.

Le diagnostic étiologique précisera si l'on a affaire à une cœlialgie autonome par tabès, syringomiélie, syphilis, zona, goitre exophtalmique, mal de Pott, leucémie, lésions du pancréas, aortite abdominale, saturnisme, alcoolisme, goutte, diabète, ictère, urémie, oxalémie, tuberculose, maladie d'Addison, ptoses viscérales... Les cœlialgies secondaires ressortissent à une entéronévrite inflammatoire, dans les cas de dysentérie, tuberculose intestinale, fièvre typhoïde, ulcères digestifs ; ou aux entéronévrites cancéreuses.

Comme traitement, les auteurs conseillent au moment de la crise les compresses chaudes, les bains chauds prolongés, les pulvérisations d'air chaud ; l'adrénaline, si le sympathique est paralysé ; la jusquiame ou l'hyosciamine, s'il est excité ; l'opium, la valériane, le bromure, l'antipyrine, le salicylate neutre d'ésérine. La faradisation, la radiothérapie, les cures thermales (Châtel-Guyon, Plombières), trouveront leur utilisation plus tard. (*Prog. méd.*, 13 janvier 1923.)

Abcès froids du thorax après thoracentèse.

A côté des abcès froids ostéopathiques classiques, on décrit d'autres suppurations tuberculeuses pariétales dues à la fistulisation d'une pleurésie purulente enkystée ; à des lésions souspleurales diffusant dans les parties molles et les ensemençant ; à des propagations bacillaires par lymphangite ou lympho-adénite.

Or, MM. P. Carnot et Blamoutier ont eu l'occasion d'observer quatre malades chez lesquels l'abcès froid de la paroi était manifestement consécutif à de multiples thoracentèses, à la faveur desquelles le trajet de la ponction s'était infecté.

Ils en tirent les prescriptions suivantes :

« 1° On ne doit pas pratiquer de ponction exploratrice inutile.

« 2° Il ne faut pas, au cours d'une même séance, réenfoncer le trocart en plusieurs points voisins de la paroi, car on peut provoquer des désordres locaux qui favorisent son ensemencement et sont la cause de cellulites, de myosites et d'abcès.

« 3° Il paraît utile d'éviter, le plus possible, le contact du liquide pleural bacillifère avec la paroi. On asséchera donc, par aspiration, l'aiguille avant de la retirer, ou même on poussera à ce moment dans celle-ci, avec une autre seringue, une goutte de teinture d'iode ou de liqueur de Labarraque pour éviter, autant que possible, tout transport de liquide infectant le long du trajet de sortie.

« 4° Enfin l'autosérothérapie, en cas de pleurésie tuberculeuse, de résultats très contestables, paraît ne pas être sans danger et risque de provoquer une réinoculation tuberculeuse au point d'injection.

« La possibilité d'une tuberculisation du trajet de l'aiguille ou du lieu d'injection du liquide pleural doit être toujours présente à l'esprit et modérer notre désir de suivre, *de visu*, l'aiguille en main, l'évolution d'une pleurésie, et surtout nous interdire les auto-inoculations qui peuvent provoquer localement des abcès froids ». (*Paris méd.*, 13 janvier.)

La dilatation des bronches chez l'adulte.

Cette affection, selon M. Sergent, se greffe sur un état de prédisposition qui sera une dilatation congénitale peu accentuée, ou une broncho-pneumonie traînante de l'enfance, et se constitue à la faveur de certaines cicorstances occasionnelles : rhino-bronchites descendantes à répétition, séquelles bronchiques de grippe, intoxications par gaz de combat, syphilis, tuberculose fibreuse. Elle est constituée anatomiquement par de grosses dilatations ampullaires ou au contraire de petites dilatations diffuses, même généralisées.

La symptomatologie en est très complexe. Avec un état général qui demeure relativement satisfaisant en dehors des épisodes aigus, le malade souffre d'une toux grasse, humide, quinteuse, et crache très abondamment : l'expectoration, qui atteint de 500 à 600 gr. par 24 heures et peut même simuler une vomique, se divise dans le crachoir en trois couches : une inférieure franchement purulente, verdâtre, une moyenne, liquide, parsemée de filaments de mucopus, une supérieure spumeuse. Des filets et des gouttes de sang y sont mêlés. Son odeur est caractéristique, toujours désagréable, parfois fétide à la façon de la gangrène pulmonaire, au moins transitoirement. On y trouve des polynucléaires dégénérés, des cristaux d'acides gras et des cellules bronchiques ; comme germes : du streptocoque, du pneumocoque, du Pfeiffer, même des anaérobies. La dyspnée est peu marquée, sauf au cas d'emphysème concomitant, ou de défaillance cardiaque (hypo et asystolie).

A l'inspection, le thorax est globuleux, ou étriqué avec enfoncement circulaire au tiers inférieur ; il montre une dépression, une rétraction partielle au niveau de la lésion. A la palpation, les vibrations sont diminuées ou augmentées, selon qu'il existe une épaisse symphyse pleurale ou une densification pulmonaire intense. A la percussion, on notera tantôt de la matité, tantôt de la sonorité, tantôt même du tympanisme, avec le signe du pot fêlé. Enfin, l'auscultation révèle des râles sibilants et ronflants, avec des signes d'emphysème à distance, aussi des signes cavitaires dans les grosses dilatations ampulaires. L'examen radiologique est varia-

ble selon la nature des lésions et doit être interprété.

C'est généralement à l'occasion d'un épisode aigu que la dilatation bronchique est reconnue à son début apparent. Elle évolue lentement d'une façon habituelle, avec des récidives fréquentes d'épisodes aigus, qui sont, soit des poussées de bronchite aiguë purulente, soit de la congestion pulmonaire, des broncho-pneumonies des pleurésies séro-fibrineuses ou purulentes, de la gangrène pulmonaire. Les hémoptysies, plutôt fractionnées, sont la règle.

La dilatation des bronches est incurable ; elle peut durer très longtemps, comme elle peut aboutir à une mort précoce du fait des complications possibles.

Le diagnostic en est assez ardu. On le fera avec la bronchite chronique, la rhino-bronchite descendante, la tuberculose (absence de B. K.) les autres causes d'expectoration fétide.

Le traitement est aléatoire : il se résume à l'emploi de pointes de feu (peu efficaces), de l'hyposulfite de soude, des injections intra-trachéales d'huile goménolée. Certains auteurs ont préconisé un traitement chirurgical, le pneumo-thorax artificiel, la thoracoplastie avec compression pulmonaire extra-pleurale, la pneumotomie. Quelques résultats encourageants auraient été enregistrés. (*L'Hôpital*, janvier 1923 A.)

Réaction de Wassermann et traitement d'épreuve.

Avant que ne fût découverte et mise en pratique la R. W., si l'on soupçonnait une syphilis plus ou moins latente, on recourait au traitement d'épreuve pour confirmer ou infirmer le soupçon, en vertu de l'adage : « *Naturam morborum curationes ostendunt* ».

La R. W. est-elle en toutes circonstances assez précise pour nous permettre de nous passer du traitement d'épreuve ? M. J. du Castel ne le pense pas. Faisant la critique de l'un et l'autre procédé, il résume ses idées en quelques phrases dont voici la substance : dans la S. primaire, le traitement d'épreuve est inutile et souvent impossible. Dans la S. secondaire, la R. W. s'impose. Dans la S. ancienne présumée, le traitement d'épreuve est indiqué toutes les fois qu'il est possible, même si le diagnostic de S. n'est qu'assez peu vraisemblable. Il n'est pas possible quand il ne s'agit que d'une présomption basée sur les anamnestiques, en depors de tout accident en évolution. Dans les cas où il est possible, le traitement d'épreuve rend souvent inutile, au point de vue diagnostique, la R. W. Ne pas faire un W. devant une S. douteuse et recourir d'emblée au traitement d'épreuve pourra paraître rétrograde à certains esprits ; c'est cependant une des conclusions qui découlent de cette étude. (*Journ. des prat.*, 13 janvier 1923.)

Les ulcères gastriques et duodénaux et leur traitement.

Ayant passé en revue les caractéristiques étiologiques, anatomo-pathologiques et cliniques des ulcères gastriques et duodénaux, M. Ramond expose la conduite thérapeutique qu'il recommande, en dehors de l'intervention chirurgicale, lorsque celle-ci est indiquée.

Repos absolu pendant 2 ou 3 semaines ; puis, relatif pendant 2 ou 3 mois ; éviter tout exercice ou mouvement violent. Immobilisation abdominale au moyen d'une sangle. Régime gradué : diète hydrique absolue pendant 3 ou 4 jours, accompagnée d'injections de sérum glycosé atonique et de lavements goutte à goutte selon la formule :

Bouillon de bœuf dégraissé	150 gr.
Glycérine	30 gr.
Gélose	40 gr.
Peptone	10 gr.
Laudanum	X gouttes

Puis, régime lacté absolu (lait écrémé, modérément sucré, légèrement aromatisé de chicorée au café, et additionné d'une solution de citrate de soude à 10 pour 1.000). Ultérieurement, régime lacto-végétarien, lacto-ovo-végétarien. Enfin, au bout de trois mois, régime carné suivi prudemment et modérément.

Comme médicament, pansement gastrique, soit à la gélose-gélatine, soit aux poudres inertes, Deux ou trois tasses par jour d'une infusion aromatique dans laquelle on aura jeté de la gélose pulvérisée (0,50) et de la gélatine (0,25), le mélange maintenu à l'ébullition pendant cinq minutes, additionné d'une cuillerée à café de carbonate de bismuth ou de kaolin lavé. Ou bien, deux à trois doses de 10 gr. de carbonate de bismuth par jour (médicament coûteux, qu'on remplace par du kaolin ou du talc).

Voici deux autres formules de poudres saturantes, conseillées par l'auteur :

1° Bicarbonate de soude	15 gr.
Phosphate tricalcique	10 gr.
Kaolin lavé	140 gr.
Poudre de réglisse	20 gr.

Une cuillerée à entremets par pansement.

2° Bicarbonate de soude	100 gr.
Carbonate de chaux	60 gr.
Hydrate de magnésie	20 gr.
Charbon de peuplier	40 gr.
Poudre de réglisse	20 gr.

Une petite cuillerée à café dans un peu d'eau, d'heure en heure après les repas. (*Prog. méd.* 20 janvier 1923.)

G. D.



Les Sociétés Savantes

La mortalité infantile.

(M. Paul Strauss. — *Académie de médecine*, 20-2-23).

Un rapport présenté par M. Méry, au nom de la commission permanente de l'enfance, avait fait ressortir, pour l'année 1920, une mortalité des nourrissons assistés atteignant un chiffre véritablement impressionnant, allant pour certains départements à 60, 70 et 80 pour 100.

M. Paul Strauss montre, aujourd'hui, que pour la période 1921-1922, le taux de la mortalité infantile s'est heureusement abaissé, arrivant à 21 p. 100, en 1922. Il importe de redoubler d'effort pour améliorer encore cette statistique.

Montaigne et la longévité humaine.

(M. Armaingaud. — *Académie de médecine*, 20-2-23).

M. Armaingaud fait une communication ayant pour sujet : l'influence de la lecture de Montaigne sur la longévité.

Pour M. Armaingaud, la lecture de Montaigne, en nous imprégnant d'une douce philosophie, tient le moral dans un état de constant équilibre et améliore heureusement, par cela même, la santé physique. La lecture régulière des *Essais* serait à conseiller à quiconque désire une vie longue et sans heurts. Comme démonstration de ce qu'il avance, M. Armaingaud cite deux exemples : le grand chimiste Chevreul, qui mourut à 103 ans, attribuait à la lecture fréquente de Montaigne, à ses conseils et à ses suggestions, son bien-être moral et dans une certaine mesure sa longévité ; M. Armaingaud lui-même, âgé aujourd'hui de plus de 80 ans, s'inspire de Montaigne depuis sa jeunesse.

Masque à inhalations d'oxygène dans la respiration artificielle.

MM. Maurice Nicloux et R. Legendre — *Académie de médecine*, 20-2-1923.)

Dans l'asphyxie par intoxication gazeuse, par intoxication oxy-carbonée en particulier, il est utile de compléter les manœuvres de respiration artificielle en y adjoignant des inhalations d'oxygène. L'appareil ordinaire, le ballon d'oxygène et la tétine, sont tout à fait insuffisants pour les états de ce genre. MM. Nicloux et Legendre ont imaginé un masque spécial à inhalation, recouvrant la face, sauf les yeux, et comprenant une double soupape, d'aspiration et d'expiration, qui permet la séparation de l'oxygène inhalé et des gaz exhalés. Avec ce masque, on peut réaliser de larges inhalations d'oxygène, seules véritablement actives dans ces intoxications.

— M. Achard rappelle que pendant la guerre on dut se préoccuper beaucoup des intoxications par l'oxyde de carbone, à une certaine époque. Les obus à retard dégageaient une grande quantité de ce gaz, qui s'infiltrait jusque dans les abris occupés par les troupes. On eut recours alors aux inhalations d'oxygène pratiquées à l'aide du petit masque à anesthésie de Ricard muni de soupapes. Le masque en question, connu sous le nom abréviatif de M. C. G., paraît ressembler d'assez près à celui de M. Nicloux.

Traitement de la luxation récidivante de la mâchoire par l'alcoolisation musculaire.

(M. Sicard. — *Académie de médecine*, 20-2-1923.)

La luxation récidivante de la mâchoire est une affection contre laquelle on a surtout proposé des traitements chirurgicaux. M. Sicard part d'un autre point de vue, qui le conduit à une cure médicale, plus simple : l'alcoolisation des muscles péri-articulaires.

Les muscles assurant le maintien du condyle dans la cavité glénoïde, muscles élévateurs de la mâchoire, sont les masséters, les temporaux et les ptérygoïdiens internes. En excitant leur tonus, par un moyen quelconque, on consolide la position du condyle et l'on empêche les récidives de la luxation. Le moyen excitateur proposé par l'auteur est l'injection intra-musculaire d'alcool. M. Sicard injecte donc, en pleine masse musculaire, 2 cc. d'alcool à 90° pour les masséters et les temporaux et 1 cc. pour les ptérygoïdiens. L'alcoolisation est rendue indolore par l'injection préalable *in situ* de 1 cc. de novocaïne à 1 p. 100.

L'auteur rapporte 4 observations favorables à sa méthode

Les sinusites aiguës grippales.

(M. Georges Laurens. — *Académie de médecine*, 20-2-1923.)

M. Georges Laurens étudie les sinusites aiguës grippales quant à leur contagiosité, leurs formes, leur passage à la chronicité et leur traitement.

La contagion de la sinusite aiguë de la grippe est réelle, quoique exceptionnelle. La forme hémorrhagique est assez commune. De même que dans l'otite grippale, on voit souvent des phlyctènes, des vésicules sanguines, avec suintement hémorrhagique (léger d'ailleurs), de la caisse et du conduit ; de même, dans la sinusite aiguë grippale, le flux du nez est assez fréquemment séro-sanguinolent.

La thérapeutique médicale, par les moyens habituels (pulvérisations, inhalations) suffit dans la très grande majorité des cas pour assurer la guérison. Dans les sinusites récidivantes, ou passées à la chronicité, M. Laurens a généralement trouvé une conformation spéciale de la fosse nasale (déviation de la cloison osseuse, sténose de la voûte), à laquelle il fait jouer un rôle important dans la prolongation de la sinusite. Il conseille, en pareil cas, d'intervenir par un traitement opératoire approprié : résection de la

cloison, amputation de la tête du cornet moyen, etc., toutes mesures facilitant la ventilation et le drainage du sinus frontal intéressé. Il y aurait là une méthode de cure préventive des empyèmes frontaux récidivants.

Sérothérapie anti-poliomyélitique.

(M. Babonneix. — *Académie de médecine*, 20-2-23.)

L'accord n'est pas fait sur la valeur de la sérothérapie anti-poliomyélitique. Les uns la considèrent comme la médication par excellence. Les autres discutent son efficacité. Pour apporter une contribution à l'étude de cette question, M. Babonneix relate une observation de maladie de Heine-Medin, avec paralysie bulbaire, rapidement guérie par le sérum antipolio-myélitique du Dr Pettit.

Savons marins désinfectants.

(M. F. Brunet. — *Académie de médecine*, 20-2-23.)

Les personnes vivant sur mer, ou dans certains pays à proximité de la mer, sont assez souvent privées d'eau douce pour les soins de propreté corporelle, la rareté de l'eau douce alors obligeant à la réserver aux boissons. Le savonnage du corps et des vêtements rencontre, dans ces conditions, des difficultés sérieuses. Pour y pallier, M. Brunet a recherché une formule de savon utilisable avec l'eau de mer. Ce savon spécial, mis au point par les usines marseillaises, mousse abondamment avec l'eau salée et permet d'appliquer celle-ci aux usages hygiéniques habituels de l'eau douce. L'auteur a fait préparer, en outre, un savon antiseptique à l'oxycyanure de mercure (à 2 p. 100), qui tue le staphylocoque et l'Eberth par un contact de cinq minutes, sans avoir d'action sur la peau ou les instruments. Il est utilisable, à l'eau de mer également, pour la désinsectisation. La mousse de savon à l'oxycyanure détruit les poux en 10 minutes et l'effet parasiticide s'étend du corps aux vêtements. Un savon analogue, au pétrole, peut suffire lorsqu'on recherche seulement l'action insecticide.

Le sérum anti-gonococcique Stérian.

(MM. Prosper Merklen et Minvielle. — *Soc. méd. des hôp.*, 19-1-1923.)

MM. Merklen et Minvielle présentent une malade atteinte de rhumatisme blennorrhagique de l'épaule gauche qu'ils ont traitée par le sérum Stérian. La patiente reçut cinq injections, à deux ou trois jours d'intervalle, de 20 cent. cubes de sérum. La médication fut bien tolérée, en dehors de légères réactions inflammatoires, et fut suivie d'une disparition rapide de tous les accidents.

— MM. Clerc et Perrochaud ont eu recours au même traitement dans trois cas d'arthrite répondant cliniquement au type blennorrhagique. Le sérum s'est montré d'une réelle efficacité.

— M. Stérian présente, de son côté, deux malades, jeunes femmes de 27 et de 17 ans, qu'il a soignées à Lariboisière, dans les services de M. Florand et de M. Wiart, par son sérum polymicrobien et polyvalent anti-gonococcique. Il donne, à ce propos, une note statistique des cas traités en Roumanie (95) et en France (183), soit un total de 278 cas comprenant des complications diverses de la blennorrhagie (arthrites, orchites, conjonctivites, prostatites, annexites, etc.). Les guérisons se sont élevées à 257 et les échecs à 21. Ces derniers semblent dus soit à un traitement insuffisant, soit à un diagnostic imprécis, soit à des arthrites déjà passées à l'ankylose définitive. Les accidents sériques sont généralement peu prononcés.

— M. Vaquez confirme les succès signalés par MM. Merklen, Clerc et Stérian. Il a obtenu avec le sérum Stérian, quatre guérisons d'arthropathies gonococciques.

Un traitement du pneumothorax suffocant.

(MM. P. Emile-Weil et Isch-Wall. — *Soc. méd. des hôp.*, 26-1-1923.)

M. Bernou (de Chateaubriant) a conseillé dans le traitement de la fistule spontanée pleuro-pulmonaire les injections d'huile dans la plèvre (oléo-thorax), dont l'effet est d'obturer l'orifice fistuleux. Dans un cas de pneumothorax suffocant, dit à soupape (l'orifice pleuro-pulmonaire permettant l'entrée de l'air et non sa sortie), MM. P. Emile-Weil et Isch-Wall ont utilisé une technique analogue, les injections intra-pleurales d'huile goménolée (900 cent. cubes en 5 fois, à une semaine d'intervalle). Le malade s'est progressivement amélioré et les auteurs se proposent de retirer bientôt l'huile contenue dans la plèvre.

— M. Achard remarque que l'injection d'huile goménolée dans la plèvre n'est pas toujours bien supportée. Il peut s'ensuivre des accès de toux et de suffocation.

— M. Félix Ramond pense que l'on aurait une meilleure tolérance avec l'huile pure stérilisée.

Urticaire suspendue au cours d'une rougeole.

(MM. Apert et R. Broca. — *Soc. méd. des hôp.*, 26-1-1923.)

On sait que la rougeole suspend la réaction positive à la tuberculine, phénomène qui a reçu le nom d'anergie morbilleuse. MM. Apert et Broca rapportent un fait qui semble témoigner d'une influence analogue de la rougeole sur l'urticaire. Une enfant de huit ans, atteinte d'urticaire rebelle, ayant contracté la rougeole, cessa d'avoir des placards ortiés pendant toute la durée d'invasion et d'évolution de la fièvre éruptive. Ce pouvoir suspensif vis-à-vis de certaines urticaires n'empêche pas les rougeoleux de faire parfois des éruptions ortiées sériques.

Corps étrangers bronchiques méconnus.

(M. F. LEMAITRE.— *Soc. méd. des hôp.*; 2-2-1923.)

Comme suite à une communication de M. Halphen, M. Lemaître relate deux observations de corps étrangers bronchiques méconnus, simulant une bronchite chronique ou une tuberculose. Dans le premier cas, l'extraction n'ayant pu être pratiquée, le malade succomba. Dans le second, l'extraction fut faite sous le bronchoscope et l'écran.

M. Lemaître rappelle qu'avec M. Sébileau il a signalé un signe, dit « de la bronchite », qui peut diriger l'opérateur dans la recherche du corps étranger. Lorsque le tube bronchoscopique arrive à la bifurcation trachéale ou bronchique, il est guidé par la rougeur vive de la bronche contenant le corps étranger et par les sécrétions purulentes qui la remplissent.

P. L.

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

Dr L. CHEINISSE. — **L'Année thérapeutique**, année 1922. Un volume de 200 pages. Prix : 6 fr.

Dans la pratique de l'art médical, si la base essentielle de l'efficacité de notre action est le diagnostic, c'est surtout sur notre habileté à formuler un pronostic, et à ériger un traitement que le malade nous juge. Aussi, la thérapeutique, trop souvent négligée dans l'enseignement, où des Maîtres, et non des moindres, affichent volontiers un doux scepticisme à l'égard de la médicamentation, demeure-t-elle la branche en laquelle nous entendons être mis au courant du mouvement scientifique.

Ainsi s'explique la faveur avec laquelle sont accueillies, d'année en année, les publications dans lesquelles M. Cheinisse expose les toutes dernières acquisitions réalisées dans le traitement des maladies.

Mais M. Cheinisse se garde bien d'être un simple compilateur. Son expérience et son sens avisé le mettent à même de faire œuvre de critique. Et il ne manque pas, ainsi qu'il le déclare lui-même dans son Avant-Propos, de s'arrêter sur les interprétations abusives auxquelles ont donné lieu quelques méthodes à l'ordre du jour.

Il sait trop, et nous savons trop comme lui, de quels désenchantements sont souvent suivis des enthousiasmes hâtifs pour des médicaments, des formules, des procédés qui, à l'user, sont loin de tenir les promesses dont on les croyait remplis, de bonne foi.

Mais, par contre, s'il critique des médications ou des méthodes qui ne lui paraissent pas avoir fait suffisamment leurs preuves, il ne se gêne pas, — et combien il a raison ! — pour faire bonne justice des détractations que des auteurs adressent à d'autres médications et à d'autres méthodes dont l'activité n'est nullement douteuse. Tel est le cas de la médication ferrugineuse, à laquelle Bunge, Whipple, Rebscheit reprochent d'être sans effet sur la régénération de l'hémoglobine, au nom de constatations expérimentales qui, dit-il avec raison, « se trouvent en désaccord complet avec des travaux cliniques qui font ressortir à la fois et l'efficacité de la médication ferrugineuse dans les anémies, et les conditions de cette efficacité. »

Distribués par ordre alphabétique, les différents chapitres de l'Année thérapeutique, généralement courts, encore que lumineusement présentés, embrassent les sujets les plus courants de la pathologie, constituant une documentation très complète, et une mise au point dont nos confrères feront un utile profit.

G. DUCHESNE.

Librairie LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain, Paris 6e.

A. ORTICONI, ex-chef de laboratoire de bactériologie, et R. CLOGNE, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, docteur en pharmacie. Lauréats de l'Académie de Médecine. — **Pratique bactériologique**, 1923, 1 vol. in-16, 490 p. avec 110 figures et 2 planches coloriées. Prix : 20 fr.

Ce nouveau manuel de bactériologie rendra de grands services aux étudiants et aux praticiens. Aux premiers, il indiquera une technique sûre et éprouvée, bien située dans le cadre des principes généraux. Aux seconds il apportera une aide dans la pratique journalière, surtout aujourd'hui où l'évolution de la médecine sociale nous pousse bon gré, malgré, dans la voie des épreuves de laboratoire. Bien au courant des récentes techniques bactériologique, urologique et vaccinale, cet ouvrage repond bien à la devise des auteurs « *donner le maximum de faits dans le minimum de mots.* »

Tous les récents progrés de la bactériologie et des questions connexes sont exposées avec plus ou moins d'ampleur suivant leur importance : concentration des ions hydrogène dans les milieux de culture ; pyoculture du professeur Delbet ; rapport phagocytaire de N. Fiessinger ; enrichissement des crachats en bacilles de Koch ; colorations vitales, etc., etc. Les auteurs ne négligent aucune acquisition récente, mais, chose précieuse et plus rare, font une critique judicieuse de chaque épreuve, et nous mettent en garde contre une interprétation trop exclusive des résultats récents faisant montre par là de cet esprit vraiment scientifique qui ne néglige aucun des faits

acquis, mais qui encourage la recherche en exposant franchement la part d'hypothèse ou d'incertitude, car ce sont ces résultats douteux aujourd'hui qui, une fois mis au point, seront peut-être la vérité de demain.

Dépassant les limites de la bactériologie proprement dite, *La pratique bactériologique* nous initie à presque toutes les techniques de laboratoire, chimie pure exceptée, nous y trouvons de bons exposés de la réaction de Bordet-Wassermann, la coagulation du sang, la numération des hématies, les sérums, les vaccins, les mycoses, les parasites, etc., qui complètent heureusement l'étude des bactéries. En un mot, c'est un auxiliaire précieux qui, après nous avoir servi à mettre à la page nos connaissances de laboratoire sera souvent tiré de la bibliothèque et consulté avec profit dans la pratique de chaque jour.

Pourtant, puisque nous sommes sur le chapitre bactériologie, permettez-moi une digression. Ne vous semble-t-il pas, Confrères, qu'à côté de la « *Pratique bactériologique* » il manque pour les praticiens un livre plus utilitaire, plus terre à terre. Ce serait pour le laboratoire, l'analogue des « chirurgies d'urgence » éditées depuis vingt ans à côté des « traités de chirurgie » et nous y trouverions en détail ce que nous pouvons, que nous devons même tenter en bactériologie avec de faibles ressources et en temps limité. On pourrait l'appeler le Guide-âne bactériologique du praticien.

Pour donner un exemple de la différence d'esprit des deux tendances, appelées à vivre côte à côte et à se compléter prenons un exemple.

J'ai lu avec plaisir dans la « *Pratique bactériologique* » le long article sur le Wassermann et j'ai trouvé d'autant plus de plaisir qu'on nous initiait aux détails que bien des manuels négligent. Je me suis beaucoup intéressé à la manœuvre du broyeur Latapie par exemple (c'était un des nombreux trous de mon instruction technique) et je suis très reconnaissant à MM. Orticoni et Clogne de m'avoir aidé à remplir le tonneau des Danaïdes de mon ignorance. Mais comme à l'heure actuelle la réaction de Bordet-Wassermann ne peut être faite utilement hors d'un *laboratoire spécialisé* :mon guide-âne bactériologique passerait sur le broyeur Latapie, passerait sur la préparation des sérums anti-mouton, etc. et se bornerait au moins pour le présent à donner du Bordet-Wassermann le principe et les résultats qu'on peut en attendre.

Au contraire pour la recherche de l'aggutination de l'Eberth dans la typhoïde, par exemple, j'indiquerais les procédés d'épreuve par cultures mortes et stabilisées (formol, rayons ultra-violets, etc.) donnant les avantages et les inconvénients de chaque procédé, car c'est là une recherche qu'un praticien isolé, avec un matériel réduit, peut faire presqu'aussi bien qu'un grand laboratoire. En tous cas il gagne en rapidité ce qu'il peut perdre en précision et nous savons tous qu'il est des cas où la vie de notre malade à dépendu d'un diagnostic rapide.

Médecin de campagne isolé, je trouve un certain plaisir à faire un examen de crachats ou de fausses membranes par exemple. Un microscope, une étuve improvisée, quelques colorants, tubes de sérum coagulé, et milieux de culture tout préparés. Il n'en faut pas plus pour commencer. « Le guide-âne de bactériologie » en nous épargnant les faux pas et les insuccès du début, nous permettrait d'étendre ensuite nos investigations ; le laboratoire de la ville voisine restant là pour confirmer nos résultats douteux, et exécuter les recherches plus délicates. Se trouvera-t-il un bactériologiste pour exaucer mon vœu ?

Enfin puisque j'en suis à vous faire part de mes désirs, laissez-moi encore souhaiter qu'un spécialiste avisé nous dote de colorants en ampoules à des prix abordables. Les nôtres, servant rarement, s'altèrent. Combien serions-nous heureux d'avoir du Zielh propre ou du polychrome en ampoules !

Excusez, confrères, cette digression sur la bactériologie à la campagne. Lisez le livre de MM. Orticoni et Clogne vous ne le regretterez pas, vous saurez ainsi où en est la bactériologie et les sciences connexes, et il vous restera ensuite un guide sûr dans les embûches que vous tendra bientôt la médecine son ciale guidée par des théoriciens de laboratoire ennemis de la clinique et ignorants vraisemblablement de la pratique médicale.

Dr Louis GASSOT.

Editions du LIVRE DE FRANCE.

Dr J. BERTIER. — **Le traitement des tuberculoses pulmonaires.** Un volume, 172 pages, Paris 1922,

Ce livre est publié dans la collection « *Diagnostic et traitement* ».

Il n'est guère de semaine, à l'heure actuelle, où l'on n'assiste à l'éclosion d'une médication antituberculeuse nouvelle.

L'embarras du médecin est grand devant cette apparente et trompeuse richesse, car il lui est difficile de faire un choix parmi tant de procédés, surtout parmi tant de substances, encore mal connues pour la plupart, dont une spécialisation pharmaceutique, poussée à l'excès, s'empare, alors que leur étude pharmaco-dynamique est souvent peu avancée, et leurs indications cliniques restent sans aucune précision.

Il paraît donc utile de fixer, dans la mesure du possible, l'état présent de cette thérapeutique de tuberculose pumonaire, et le but de l'auteur est de faciliter la tâche si ardue qui incombe au médecin en face des formes évolutives qu'il est appelé à soigner.

Après avoir posé les grandes indications de phtisiothérapie, il traite de la cure hygiénique (air, repos, entraînement, travail) et de ses adjuvants (climatothérapie, héliothérapie, thalassothérapie, hydrothérapie, crénothérapie, puis de la diététique. Il envisage ensuite les différents traitements médicamenteux, puis physiques, et spécifiques.

Un chapitre est réservé au traitement des symptômes prédominants et des complications.

On voit au cours de ces études qu'il n'existe encore que deux traitements susceptibles d'enrayer la marche d'une lésion caséeuse du parenchyme pulmonaire : la cure hygiéno-diététique, à indications très étendues, le pneumothorax à indications plus restreintes. Quant aux autres médications, elles peuvent rendre des services, et judicieusement employées, éloigner, atténuer, supprimer peut-être la poussée évolutive future d'une tuberculose chronique ; mais utilisées pendant la période extensive et fébrile du processus bacillaire, nous devons reconnaître ou bien qu'elles sont contre-indiquées parce que dangereuses, ou bien alors qu'elles constituent simplement des palliatifs plus ou moins efficaces.

Enfin, l'auteur développe les indications du traitement des associations morbides (syphilis, paludisme diabète, affections cardiaques, hépatiques, rénales) et il termine par la tuberculose de la grossesse.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

R. LECOQ, docteur en pharmacie, licencié ès sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris. **Les maladies par carence.** (Un vol. in-8°, avec 50 figures et 35 graphiques, 1922, Prix : 10 fr.)

Dans le groupe des maladies par carence (de *carere* : manquer) doivent logiquement rentrer toutes les maladies dues au manque dans l'alimentation d'une substance ou d'un ensemble de substances indispensables.

Cette définition a conduit l'auteur à envisager successivement et méthodiquement toutes les carences : physiques ou de volume, biologiques ou vitaminiques, chimiques (plastiques, c'est-à-dire azotées, salines et énergétiques, c'est-à-dire grasses, hydrocarbonées), de même que les carences composées (à la fois vitaminiques et énergétiques). Il en résulte un exposé très complet de la question, qui ne cesse jamais d'être très documenté, tout en restant clair et précis.

Pour chacune des maladies, l'auteur rappelle brièvement les symptômes cliniques les plus saillants, afin de rapprocher ceux-ci plus facilement des symptômes obtenus expérimentalement chez les animaux. Les causes principales et secondaires étant ensuite rapidement notées, on trouve surtout développées des questions d'*hygiène alimentaire*, questions qui devraient retenir l'attention, non seulement du médecin, mais encore de tous ceux qui ont charge d'âme ou qui cherchent à s'alimenter raisonnablement.

Par ses travaux personnels, l'auteur apporte, en outre, une importante contribution à l'étude des carences multiples dues aux insuffisances si nombreuses des aliments habituels, que nous assemblons le plus souvent fort maladroitement, et des farines composées alimentaires, qui représentent aujourd'hui une partie importante de la nourriture des enfants, des malades et des convalescents.

MASSON ET Cie, éditeur, Paris.

Dr Henri LECLERC. — **Précis de phytothérapie.** Essais de thérapeutique par les plantes françaises. (Un volume de 300 pages, 1922. Prix : 12 fr.)

La phytothérapie ou thérapeutique par les plantes est une question d'actualité ; personne, aujourd'hui, ne nie la supériorité des médicaments fournis par le règne végétal, employés sous leur forme naturelle, sur les principes isolés (alcaloïdes, glucosides, etc.) qu'on en extrait ; les seconds ne représentent qu'une partie infime de l'activité des premiers. Ce sont des « corps morts », également limités dans leur composition et dans leurs effets, des matériaux qui, faute d'architecture, ne peuvent constituer un édifice.

Jusqu'à ce jour, la phytothérapie trouvait un obstacle à sa généralisation dans l'absence d'œuvres didactiques traitant la question d'une façon vraiment scientifique : le praticien n'avait à sa disposition que des ouvrages surannés, des manuels ressassant les données d'un empirisme archaïque ou de rares monographies disséminées dans les revues médicales.

L'auteur vient de combler cette lacune en publiant un précis dans lequel il a condensé ses nombreux travaux, fruit d'une longue expérience. Basé sur les données les plus récentes de la chimie, de la physiologie et de la clinique, présenté sous une forme, qu'agrémentent de courts aperçus historiques, et donnant, à propos de chacune des plantes étudiées, des formules la plupart inédites, ce précis constitue un guide des plus utiles pour les praticiens désireux de mettre à profit les ressources si variées de la flore française.

MASSON ET Cie, éditeurs, Paris.

Pr M. LETULLE. — **Inspection. Palpation. Percussion.** Leur pratique en clientèle médicale (1 vol. de 337 pages avec 133 figures et 12 planches de radiographies normales hors texte). 3e édition, 1922. Prix : 14 fr.

Ce livre contient les « manœuvres de technique médicale » indispensables à savoir exécuter par tout élève en médecine. Chacun des gestes qui constituent cette technique et qui sont le résultat de la mise en œuvre appropriée et de la gymnastique quotidienne de la vue, de l'odorat, du toucher et de l'ouïe sont exposés.

Les figures de ce travail montrent les attitudes les plus favorables pour le patient et pour le médecin. Les explications qui précèdent ou accompagnent chaque dessin fournissent des indications utiles pour l'emploi du procédé technique.

Il a paru indispensable à l'auteur d'amener les lecteurs vers les techniques modernes d'application pratique courante. La radiologie en particulier appor-

te à l'inspection et à la palpation un renfort si considérable qu'il importe d'apprendre à l'étudiant dès le début tous les services qu'elle peut lui rendre dans l'examen clinique des malades. Aussi a-t-on ajouté à cette nouvelle édition d'excellentes figures radiographiques ; elles éclairent les descriptions de l'auteur, et suggèrent à l'étudiant d'apprendre à fond et de cultiver un moyen d'enquête aussi précieux.

VIGOT frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Pierre-Fidèle BRETONNEAU. — **Traités de la Dothinentérie et de la Spécificité**, publiés pour la première fois d'après les manuscrits originaux, avec un avant-propos et des notes par le Dr Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL. *Préface du* Pr Gilbert (1 vol. in-8° carré. Prix : 12 fr.)

Ces deux documents, que publie le Dr L. Dubreuil-Chambardel, ont une importance capitale pour l'étude des sciences médicales au XIXe siècle.

Dans ces traités, Bretonneau, le médecin de Tours, fixe l'essentiel de ses doctrines sur la spécificité.

Il démontre que plusieurs affections fébriles, la fièvre putride, la fièvre ataxique, etc., qu'on décrivait comme des entités distinctes, ne sont que des modalités d'une même maladie qu'il nomme dothinentérie.

Il prouve qu'elles présentent toutes une même lésion intestinale, localisée aux plaques de Peyer et que cette lésion a, par suite, un caractère spécifique.

Il fait voir ensuite que la contagion des maladies est due à un être vivant, comparable à un entozoaire, et que chacun de ces petits êtres provoque des réactions différentes, c'est-à-dire spécifiques.

Les deux grandes notions de la *spécificité* et de la *contagion*, par des micro-organismes, sont exposées avec autorité par Bretonneau dans ces deux ouvrages, qui constituent unes des bases essentielles des découvertes de la science médicale contemporaine.

A. MALOINE et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

I. PRIVAT. — **L'orthopédie en clientèle.** (1 vol. in-8°, 817 pages, 595 figures, 1923. Prix : 25 fr.)

L'auteur a été durant de longues années l'assistant du Dr Calot (de Berk), aussi son livre, réellement vécu, est-il le fruit d'une longue expérience. Il inspire la confiance, on a l'impression, en le lisant, que l'orthopédie est une des branches de la médecine dans laquelle le médecin peut obtenir le plus de succès ; dans la médecine du praticien, *celle qui soigne et qui guérit*, une des premières places doit revenir à l'orthopédie.

Le praticien s'inquiète peu des faits de science pure il ne demande pas qu'on lui indique tous les procédés de traitement d'une maladie, mais, parmi ceux-ci le meilleur, c'est-à-dire celui qui a donné entre les mains d'un homme compétent les résultats les plus sûrs. Aussi pour chaque maladie l'auteur expose-t-il la méthode qui peut prétendre au *maximum de guérison*, avec *le minimum de risque*, de *matériel, de connaissance spéciale*, celle qui requiert seulement les qualités courantes du praticien : du bon sens, de la patience, etc. et... un peu d'hobitude manuelle.

Malheureusement, en orthopédie, il est quelques affections, qui exigent le tour de main du spécialiste. Or, ce tour de main, un livre ne saurait l'apprendre. Ne voulant induire personne en erreur, le Dr Privat ne donne pas dans ces cas particuliers la technique de l'opération nécessaire ; mais il insiste longuement sur ses indications, ses contre-indications et sur les résultats qu'on peut en attendre. Ainsi le praticien connaîtra clairement l'opportunité de l'opération, il pourra la recommander ou la déconseiller ; il apprendra également dans ce livre comment préparer l'acte opératoire ; puis comment continuer la cure après l'intervention du spécialiste.

A citer particulièrement les articles sur la scoliose, la luxation congénitale, les tuberculoses osseuses et articulaires (tuberculoses orthopédiques) et sur la prothèse fonctionnelle, mise au point magistralement par l'auteur durant la guerre.

La Thérapeutique apppliquée

I

ASTHME ET ÉQUIVALENTS CRITIQUES

Les asthmatiques sont des hypervagotoniques-nés, la crise résultant d'une rupture brutale d'équilibre entre le tonus du vague et le tonus du sympathique. Cette rupture se produit à l'occasion de processus irritatifs dans le domaine de la Xe paire dont l'excitation détermine un spasme des bronches et la crise d'asthme qui en est l'expression apparente.

D'autres phénomènes, tels que angoisse précordiale, migraine, urticaire, etc. semblent relever d'un processus analogue et sont considérés comme des équivalents de l'asthme, pouvant alterner avec lui ou se montrer avec lui chez les membres d'une même famille.

Les épines irritatives sont multiples : nasales, pulmonaires, appendiculaires, gastriques, pour ne citer que celles-là. Une de ces épines disparaissant, il peut s'en créer une ou plusieurs autres

chez le même sujet : un asthmatique saisonnier (asthme des foins) peut devenir un asthmatique pulmonaire ou digestif, parce qu'il reste un hypervagotonique, bien que le point de départ des crises ne soit plus le même.

Il n'y a donc pas de thérapeutique spécifique de l'asthme, parce qu'il y a non un asthme, mais des asthmes. La thérapeutique peut ainsi s'adresser à diminuer le tonus du vague ou à exciter le sympathique.

Les Anglais et les Américains, chez qui l'asthme est fréquent, devant les difficultés et les dangers même de la médication du sympathique, restent fidèles aux préparations antispasmodiques. C'est que les antispasmodiques arrivent non seulement à supprimer les crises d'asthme, mais à éteindre l'hypertonicité du pneumogastrique par leur emploi prolongé.

En France, une des plus anciennes préparations dont l'efficacité n'est plus à démontrer est un composé de valérianate de caféine et de théobromine, mélange dénué de toxicité. Il est actuellement répandu dans notre pays et à l'étranger sous le nom d'Asthmolysine (présenté uniquement sous forme de capsules).

II

LA GRIPPE ACTUELLE

La grippe présente depuis quelques semaines, dans les diverses régions de la France, une recrudescence assez sérieuse, mais les formes cliniques s'en montrent généralement bénignes. En dehors d'une forme hyperthermique avec fièvre atteignant parfois 40° et ne se prolongeant guère au delà de 3 jours, on ne signale que des atteintes légères de l'appareil respiratoire : congestions pulmonaires, bronchites, voire même simples catarrhes pharyngo-laryngés.

Si bénin qu'en soit le pronostic, les bronchites grippales nécessitent cependant une thérapeutique attentive et raisonnée répondant à ces deux indications essentielles : empêcher l'extension du processus inflammatoire et remédier aux symptômes dominants qui sont ici très particuliers. Le plus caractéristique d'entre eux est la tendance à l'anesthésie bronchique, à la bronchoplégie : l'inertie des muscles lisses des bronches a pour premier effet de déterminer une gêne respiratoire croissante, une dyspnée souvent hors de proportion avec les signes stéthoscopiques ; elle a pour conséquence ultérieure de laisser les sécrétions s'accumuler dans les bronches, lesquelles, privées de leur contractilité, n'arrivent pas à s'en débarraser ; or, comme cet encombrement bronchique va en s'accentuant il s'ensuit pour l'hématose une très sérieuse entrave.

Les deux médications qui s'imposent en pareil cas, sont, d'une part, la médication révulsive par les ventouses, les sinaspismes, les cataplasmes sinapisés ; d'autre part, la médication expectorante, ayant pour but de fluidifier les sécrétions, de les expulser, puis de les tarir.

Les meilleurs asséchants bronchiques sont, sans contestation aucune, le tanin et la créosote ; ils diminuent rapidement l'expectoration et la toux, modifient l'état catarrhal, redonnent aux bronches leur perméabilité. Malheureusement, leurs avantages se trouvent contrebalancés par de nombreux inconvénients : action irritante sur l'estomac, l'intestin, le rein ; intolérance fréquente ; toxicité élevée, au moins en ce qui concerne la créosote.

Nous avons heureusement à notre disposition une préparation qui présente ces mêmes principes asséchants sous une forme dénudée de toute action nocive : ce sont les Perles taphosote à base de tanno-phosphate de créosote.

Parfaitement tolérées gastriquement, les Perles taphosote apparaissent comme la médication de choix de la bronchite grippale ; tandis que, par leurs éléments tannique et créosote, elles modèrent les sécrétions, les fluidifient et les tarissent, leur acide phosphorique agit comme stimulant et comme modificateur direct, réveille la contractilité bronchique et lutte efficacement contre l'asthénie.

Elles empêchent aussi la bronchite grippale, si souvent tenace, de devenir subaiguë et de passer à la chronicité.

Enfin, on ne saurait trop souligner leur grande commodité d'emploi et leur rigoureuse posologie (0 gr. 25 de tanno-phosphate de créosote chimiquement pur par perle). Aux grippés et convalescents de grippe on prescrira le plus habituellement 5 Perles taphosote par jour, prises séparément à intervalles réguliers.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Nous connaissons, en nosographie, la périodicité, due à certaines influences, telles que les saisonnières. Or, il semble que la même périodicité existe également dans la réapparition de quelques questions professionnelles, parmi celles qui préoccupent les milieux médicaux.

Ainsi en est-il actuellement de l'Ordre des médecins, dont Noir disait récemment qu'il est de ces morts qu'il faut qu'on tue, — et non pas une, mais plusieurs fois, — puisqu'ils ressuscitent de temps en temps.

Les raisons qui inspirent à quelques-uns d'entre nous le désir de voir créer un Ordre des médecins analogue à celui des avocats, s'expliquent parfaitement. Impressionnés par la publication, dans la grande presse, de délits ou de crimes de droit commun, dont des médecins se sont rendus coupables, et des condamnations prononcées par les tribunaux contre eux, ils croient avoir trouvé le moyen de moraliser la profession, en l'enserrant dans les liens étroits d'une réglementation d'une nature particulière. Par surcroît, les fautes d'ordre déontologique seraient assurées d'être réprimées, si la crainte de la sanction ne les empêchait pas de se commettre.

Voici d'abord un rapport présenté par M. Averseng au Syndicat des médecins de Toulouse. De ce rapport, j'extrairai le projet qui exprime les idées de l'auteur à ce sujet.

Article premier. — Les médecins inscrits dans chaque arrondissement judiciaire sur la liste prévue par l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 forment un *Ordre des médecins*, qui est soumis aux règles ci-après. Cependant, par dérogation, les petits arrondissements, qui ne comptent pas *N* médecins, devront être réunis à un arrondissement voisin pour constituer un Ordre.

Art. 2. — L'enregistrement prévu par l'article 9 ne pourra avoir lieu qu'après admission par l'Ordre ; il devra précéder tout exercice de la profession. Cette admission sera conforme à un réglement d'ordre public portant sur le nombre de diplômes, la répartition des médecins, etc... La date de l'enregistrement déterminera le rang d'ancienneté.

Art. 3. — L'Ordre des médecins jouit de la capacité civile, prévue par la loi du 12 mai 1920. Chaque Ordre est administré par un Conseil composé de 6 membres jusqu'au nombre de 60 médecins inscrits ; de 9 si le nombre des inscrits est de 61 à 100 ; de 12 s'il est supérieur à 100 ; de 15 s'il est supérieur à 200 ; de 24 à Paris. En cas de partage, la voix du Président sera prépondérante.

Ce Conseil est élu pour trois ans au scrutin de liste, à la majorité absolue des suffrages des membres présents, réunis en Assemblée générale et renouvelé par tiers tous les ans.

Les membres sortants ne sont rééligibles qu'après un intervalle d'un an.

Le Conseil élit annuellement son Président.

Art. 4. — Sont électeurs les médecins exerçant depuis trois ans dans l'arrondissement. Pour les trois premières années d'application de la loi, ce délai est porté à dix ans.

Sont éligibles les médecins exerçant dans le même arrondissement depuis dix ans. Pour les trois premières années d'application de la loi, ce délai est porté à quinze ans, sauf pour les médecins ayant fait partie pendant cinq ans des conseils de famille ou de discipline ou des bureaux d'un syndicat ou d'une association médicale.

Art. 5. — Le Conseil de l'Ordre poursuit et réprime d'office, ou sur les plaintes qui lui sont adressées les infractions ou les fautes commises par les médecins inscrits au tableau ou leurs remplaçants autorisés.

Il applique, suivant la gravité des manquements aux règles de la Déontologie, les peines disciplinaires suivantes :

L'*avertissement* ;

Le *blâme* avec ou non l'affichage intérieur, avec ou non la suspension du droit de vote et de l'éligibilité, ne pouvant excéder dix ans ;

L'*amende*, pouvant se combiner ou non avec la précédente peine ;

L'*interdiction temporaire* ou *permanente* d'exercer toutes missions judiciaires, toutes fonctions médicales ou d'enseignement conférées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics ou d'utilité publique, les sociétés de bienfaisance ou de secours mutuels, d'assurance, etc.

Cette interdiction sera limitée à la région. Elle ne peut être appliquée qu'en cas de récidive.

La *suspension* du droit d'exercer la médecine, pour un an ou plus ;

La *radiation* du tableau.

La suspension et la radiation sont limitées à la région. Elles ne peuvent être appliquées qu'en cas de

récidive ou après condamnations prévues par l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892.

L'exercice de la médecine pendant les périodes de suspension ou après la radiation, passée en force de chose jugée, est punie des peines de l'exercice illégal.

ART. 6. — L'appel est recevable quand la pénalité prononcée est le blâme ou des pénalités plus graves.

Il est porté devant les *Conseils médicaux régionaux*, soit par le médecin intéressé, soit par trois médecins au minimum du même ordre.

ART. 7. — Il y a un *Conseil médical régional* par région administrative ; provisoirement par chaque circonscription de Faculté ou d'Ecole de médecine.

Ce Conseil comprend, s'il y a lieu, le Doyen de la Faculté ou le Directeur de l'Ecole de médecine, membres de droit, plus quinze membres, élus au scrutin de liste pour trois ans par les conseils des Ordres de la région.

Il est renouvelable par tiers chaque année.

ART. 8. — Le recours en Cassation sera porté devant le *Conseil Médical National* en cas d'incompétence, d'excès de pouvoir, ou violation de la loi.

ART. 9. — Il y a un *Conseil Médical National*, sis à Paris, composé de dix-neuf membres dont le président de l'Académie de médecine, membre de droit et président d'office, neuf conseillers à la Cour de Cassation ou au Conseil d'Etat, et neuf médecins élus pour trois ans par les Conseils régionaux au scrutin de liste.

Les conseillers médecins sont renouvelables par tiers chaque année. Les régions sont appelées à tour de rôle à fournir des délégués.

ART. 10. — Le patrimoine de l'Ordre sera constitué par une taxe spéciale, inscrite sur la feuille d'impôts et qui pourrait être égale à N pour cent de la patente médicale.

De ces recettes annuelles, l'Ordre attribuera N pour cent au Conseil régional ; celui-ci à son tour attribuera N pour cent de ses recettes au Conseil National.

ART. 11. — Une liste officielle des médecins frappés de suspension ou de radiation, sera dressée par les soins de chaque Conseil régional et portée à la connaissance des Parquets, qui la transmettront aux juges de paix, et ceux-ci aux pharmaciens de leur canton.

Ces pharmaciens ne pourront exécuter une ordonnance d'un médecin interdit sous peine de sanctions sévères. Ils devront transmettre aux Parquets l'ordonnance du médecin interdit qui leur aurait été remise.

ART. 12. — Les étudiants en médecine ne peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur, conformément à la loi du 27 février 1880, et à l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892, qu'après avis du Conseil régional de l'Ordre, complété par un étudiant en médecine, ayant au moins huit inscriptions, élu annuellement par ses camarades.

ART. 13. — L'administration du patrimoine de l'Ordre, le contentieux des élections, la procédure, les formes et les règles des recours sont réglés par les dispositions du décret du 20 juin 1920 sur l'exercice de la profession d'avocat qui sont déclarées communes à l'Ordre des médecins, en tout ce qu'elles n'ont pas de contraire aux présents.

ART. 14. — Un réglement d'administration publique déterminera les conditions d'application complémentaires de la présente loi. Ce réglement sera préparé par une commission composée de juristes et de médecins nommés par le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux et celui de l'A. G.

M. Averseng passe ensuite en revue toutes les objections qu'on peut faire à son projet, et il se fait fort de les réfuter. Par exemple, le Syndicat ne saurait tenir lieu d'Ordre, parce que « le Syndicat, association libre de défense corporative, ne peut s'occuper de morale professionnelle, et que l'Ordre des médecins, collège obligatoire de moralisation, ne peut ni ne doit avoir un caractère militant ». Le diplôme n'est pas intangible : « l'Etat prévoit la suspension et la suppression du droit d'exercer la profession médicale. Or, tout autant et plus encore que les délits et crimes de droit commun, les délits et crimes professionnels ... doivent entraîner la déchéance de ceux qui les commettent. Les Conseils de l'Ordre auront la même impartialité que les Conseils de discipline existant actuellement. La liberté n'est pas menacée, car « si nous avons la liberté, avons-nous encore une liberté à perdre ? »

Et il termine par les conclusions suivantes :

Messieurs, le spectacle de divisions qui vient de nous apparaître, n'a rien qui nous désespère. Il est moins le fait des hommes que celui des institutions. Ce sont elles qu'il faut changer. Celle qu'on nous a donnée ne s'applique pas du tout à notre fin. Elle laisse la maison divisée sur elle-même et ouverte à tous les souffles. Les passions extérieures nous pénètrent, nous animent et nous épuisent.

Nous vous proposons de construire une solide muraille à l'abri de laquelle nous pourrons nous refaire, nous compter et enfin nous sentir.

Sera-ce la perfection ? Certes non. Ce n'est qu'une institution humaine qui en a les imperfections et les erreurs. Mais telle qu'elle est, ou peu s'en faut, elle a fait ses preuves, jadis et maintenant, chez nous et ailleurs.

Et c'est une grande force que celle qui à travers les âges n'a pas faibli.

***

De son côté M. BERTIN, chargé du cours de déontologie à la Faculté de médecine de Lille, a traité la même question dans un article publié par le *Bulletin* de la Section de médecine de l'Union des étudiants (n° 6, 1922).

Tout en estimant que la création d'un Ordre des médecins est désirable, il n'arrive pas aux conclusions rigoureuses du Dr Averseng.

« Les inconvénients sont réels, il ne faut pas nous « le dissimuler. Nul en effet, plus que le médecin, « n'est jaloux de son indépendance. Nul n'est plus « enclin à se placer au-dessus des lois, estimant sou- « vent à juste titre que les plus rigides sont celles « que lui dicte sa conscience... Quant aux avanta- « ges, ils ne seront peut-être pas aussi immédiats que « certains l'espèrent. Une Chambre des médecins, si « persuasive soit-elle, va-t-elle ramener pour tou- « jours, d'un coup de baguette magique, la paix en « tout, faire disparaître ces conflits presque inévita- « bles qui naissent de rivalités d'intérêts ou de sim- « ples questions d'amour-propre. Il peut être permis « d'en douter. Quels que soient ses moyens d'action « et son autorité, arrivera-t-elle à faire respecter ses « décisions ? Regardons ce qui se passe chez les avo- « cats : les rigueurs du Conseil de l'Ordre ont-elles « empêché la dichotomie et la création de nombreux « cabinets d'affaires ? Un simple regard sur la publi- « cité des omnibus parisiens est tout à fait édifiant. »

Donc, l'Ordre des médecins ne saurait être actuellement obligatoire. Mais, ne peut-il se constituer bénévolement, par consentement mutuel de ceux qui acceptent de se soumettre à ses lois ?

C'est la solution à laquelle se rallie M. Bertin, qui termine ainsi son argumentation :

« Le moment de poser la première pierre de l'édifice nous semble bien choisi, puisque nos desiderata répondent à une véritable nécessité sociale. C'est pourquoi nous proposons à l'Association des anciens internes de présenter au syndicat médical un vœu favorable à cette création. Que l'organisation nouvelle prenne le nom de « Chambre de discipline », ou de Conseil de l'Ordre des Médecins », ou de « Conseil de famille », peu importe : son succès dépendra surtout du choix de ceux qui seront appelés à la diriger, puis de leur activité, de la confiance que nous leur témoignerons, de l'énergie que nous mettrons à faire respecter leurs décisions. Ne nous dissimulons pas que l'entreprise est difficile, mais pensons aussi que le but vaut l'effort que nous allons tenter. »

* * *

Dans la conférence qu'il a faite à la Faculté de médecine sur le syndicalisme médical, le professeur Balthazard a, lui aussi, proclamé que l'Ordre des médecins est un idéal que nous devons nous efforcer d'atteindre, sous l'égide des Syndicats.

* * *

Enfin, dans *Paris médical* du 23 février 1923, M. A. PEYTEL, avocat à la Cour, exprime le regret que la profession médicale ne soit pas régentée, tout comme celle d'avocat, par un Ordre professionnel ; il appelle de tous ses vœux le jour où un « Ordre des médecins assurerait la légi- « timité d'une déontologie rationnelle. On évi- « terait les manifestations d'un égoïsme exces- « sif, on assurerait aussi au médecin scrupuleux « le respect de son droit par un ordre établi sur « la liberté de chacun et renforcé *par des sanc- « tions que je voudrais sévères*, dit-il ».

Voyez-vous cela !

* * *

Noir a consacré la plus grande partie d'un de ses plus récents Propos du jour, à montrer l'inutilité et les dangers d'un Ordre des médecins. Il a brossé un tableau saisissant du tyrannique Ordre des médecins que représentait en réalité la Faculté de médecine de Paris, avant 1789.

Il a clairement et éloquemment exposé tout ce qu'il y aurait d'anachronique dans la résurrection, sous un nom nouveau, de l'ancienne corporation, avec ses règlements étroits, son emprise absolue sur l'individu, les chaînes dont elle emprisonnerait une profession qualifiée de libérale, et qui cesserait de l'être le jour où ceux qui l'exercent cesseraient eux-mêmes d'être des hommes libres, la liberté n'ayant d'ailleurs rien de commun avec la licence.

Il aurait pu ajouter que, quand on se propose d'atteindre un certain but au moyen de méthodes nouvelles ou rajeunies, il faut se demander tout d'abord si l'on réussira.

Nous admettons que le corps médical se compose en majeure partie d'hommes honnêtes et scrupuleux, qui, estimant avec Montaigne que « Science sans conscience est la ruine de l'âme », n'obéissent, dans la pratique de leur art, qu'à des préoccupations où domine le souci de l'intérêt des malades pris en particulier, aussi bien que de l'intérêt général. A côté de cette majorité, il existe une minorité d'individus qui ne songent d'abord qu'à leur intérêt personnel, qui ne voient dans leur profession que le côté utilitaire d'un métier, avec les profits illimités qu'ils en peuvent retirer, et aux yeux desquels la fin poursuivie justifie les moyens employés pour la réaliser. Parmi ces moyens, il en est que le Code ne considère pas comme délictueux, encore que les usages qui nous régissent, et qui constituent ce que nous nommons la déontologie, les réprouvent ; il en est d'autres qui frisent l'abus de confiance, l'escroquerie même, sans qu'il soit

toujours possible d'établir juridiquement la réalité du délit commis. Enfin, il y a exceptionnellement, — et c'est tout à notre honneur, — de véritables criminels, passibles des tribunaux de droit commun, et dont nous nous désintéressons complètement.

Pour la majorité, l'Ordre des médecins n'offre donc aucun intérêt direct. En offrirait-il un indirectement, en les protégeant contre les agissements de la minorité, en ce qu'ils ont de préjudiciables à leurs intérêts privés, et aux intérêts généraux de la corporation ?

Supposons que l'Ordre des médecins soit légal, — et ce n'est pas encore pour demain — et qu'il ne soit permis d'exercer la médecine, nonobstant les conditions actuellement exigées, qu'à la condition d'avoir été agréé par cet organisme. Qu'adviendrait-il du médecin qui, pour des fautes déontologiques, aurait été rayé de son Ordre ? Cesserait-il d'exercer ? Comment, pratiquement, pourrait-on l'en empêcher ? En le poursuivant pour exercice illégal ? Quel serait le sort de ces poursuites, quand nous assistons journellement à l'impuissance des tribunaux à supprimer l'industrie des illégaux non médecins, masseurs, magnétiseurs, rebouteux de tout acabit ? Mais j'admets que la sévérité du juge, qui se tempère d'indulgence lorsqu'il s'agit de ces derniers, se montre infiniment plus rigoureuse à l'encontre d'un médecin diplômé et que la loi soit strictement appliquée ; j'admets que la pénalité appliquée sera la plus forte, en cas de récidive : un mois d'emprisonnement. Et après ! ! Paré de l'auréole du martyr, le délinquant continuera de plus belle, quitte à encourir une nouvelle condamnation, à moins que celle-ci ne l'envoie au bagne à perpétuité ! !

Les auteurs que j'ai cités au début de cet article sentent si bien qu'ils sont arrêtés là devant un mur, qu'ils envisagent l'intangibilité du diplôme comme inattaquable. Il resterait donc à l'Ordre des médecins le droit de prononcer certaines sanctions telles que l'exclusion, la mise à l'index, la révocation de fonctions officielles (inspectorat des enfants du premier âge, des écoles, etc.). Le bon billet ! Vous pensez bien que les médecins qui entendent vivre en marge de la déontologie, et même du Code, se soucient fort peu de ces fonctions, comme aussi de leurs rapports avec leurs confrères. S'ils sont servis par certains dons personnels, ils groupent autour d'eux une clientèle, aux yeux de laquelle ils arrivent à se faire passer pour des victimes.

D'ailleurs, ces sanctions, les Syndicats médicaux ont parfaitement le droit de les prononcer ; et ils ne s'en font pas faute à l'occasion. Et j'avoue que je ne comprends pas quelle idée se font du Syndicat ceux d'entre nous qui réclament l'Ordre des médecins. Voici M. Averseng qui en arrive à écrire : « Il y a incompatibilité pratique à la fois entre l'obligation syndicale et la lutte professionnelle, entre la morale et l'intérêt. C'est pourquoi le Syndicat, association libre de défense corporative, ne peut s'occuper efficacement de morale professionnelle, et l'Ordre des médecins, ne peut ni ne doit avoir un caractère militant ». Qu'est-ce à dire ? Ne fonctionne-t-il pas comme tribunal de famille ? Ne représente-t-il pas d'ores et déjà la Chambre de discipline que souhaite M. Bertin ? N'a-t-il pas tout ce qu'il faut pour être le gardien vigilant des traditions, dans ce qu'elles ont de respectables, et des intérêts moraux aussi bien que des intérêts économiques de la profession ?

Oui, répond-on, mais il n'est pas obligatoire. Certes, il ne l'est pas, et il ne peut pas l'être, et il ne faut pas qu'il le soit. Il n'y a que la discipline librement consentie qui possède une véritable vertu. Et puis, le Syndicalisme ne groupe-t-il pas 15.000 médecins ? C'est un chiffre. On dira que, pour imposant qu'il soit, il ne représente que les 3/5[e] des 25.000 médecins exerçant en France. Ici, nous risquons d'être les victimes d'un mirage. Si le décompte des annuaires arrive à ce total de 25.000 docteurs en médecine, il s'en faut que tous exercent réellement la médecine en véritables praticiens. Si l'on défalque de ces 25.000 les vieux qui ont pris leur retraite, ceux qui sont pourvus de fonctions officielles ou administratives, ...on se rend compte que les 15.000 syndiqués sont à vrai dire, pour le plus grand nombre, des praticiens, dont la pratique de la médecine de soins est la principale, sinon la seule occupation, et la raison d'être.

Et puis, les décisions d'un Ordre professionnel, qu'il soit des médecins aussi bien que des avocats, sont toujours susceptibles d'appel devant *la juridiction de droit commun*. Avez-vous réfléchi à l'état d'esprit du juge, devant ces cas d'espèces déontologiques que nous blâmons de toutes nos forces, et qui, cependant, ne sont pas condamnés par la loi ? Voici un fait récent qui vient de nous être soumis. Dans une région du sud-ouest, les médecins syndiqués avaient décidé d'appliquer aux membres des Sociétés mutuelles qu'ils soignaient le tarif à la visite. Survient un n + 1° larron qui renverse les résultats légitimes qu'ils avaient péniblement acquis, en acceptant un forfait dérisoire pour les mutualistes.

Autres faits : quelles sanctions l'Ordre des Médecins prendrait-il, qui pussent être confirmées en appel, contre les médecins qui, convoitant ou possédant un siège électif au Conseil Général, à la Chambre, au Sénat, entretiennent leur popularité en ne réclamant jamais d'honoraires à leurs clients, en en exigeant encore moins ?

Il n'y a pas d'expressions assez sévères pour condamner la conduite de ce jeune médecin, qui ne mérite pas le nom de confrère, et nous espé-

rons bien que le Syndicat prendra contre lui les mesures rigoureuses qui s'imposent, — ce qui sera de bonne guerre.

Admettons que l'Ordre des médecins existant, les mesures prises aillent jusqu'à l'interdiction d'exercer la médecine. Croyez-vous bonnement que la juridiction d'appel (1) saisie, confirmerait cette décision ? Si la conduite déontologique de ce médecin est déontologiquement répréhensible, elle ne constitue tout de même pas un délit, et c'est mal connaître les magistrats que de supposer qu'ils prendraient fait et cause pour l'Ordre, dans une simple question de tarifs.

C'est donc, à mon avis, l'idée syndicale qu'il faut reprendre et vivifier. Et qu'un professeur de Faculté l'ait osé proclamer publiquement, en plein amphithéâtre, c'est un signe des temps qui est d'importance, et qu'il nous est grandement agréable d'enregistrer. Développons, et vivifions l'idée syndicale ; recrutons-lui des adhérents, et obtenons d'eux qu'ils participent effectivement aux travaux de leur groupement. Cela peut nous suffire. Et il est inutile que nous fabriquions nous-mêmes des liens dont nous sentirions à coup sûr la gêne, alors que leurs avantages, M. Bertin en convient lui-même, seraient très aléatoires.

Quant à la moralisation de la profession, si tant est qu'elle ait tellement besoin d'être rehaussée, demandons-la au perfectionnement de l'éducation de l'étudiant qui est, à cette heure, insuffisante, pour ne pas dire inexistante. Demandons-la au respect des traditions auxquelles je faisais allusion plus haut. La partie saine du corps médical, c'est le nombre, n'en cherche pas davantage, sachant parfaitement qu'il est impossible qu'elle n'ait pas au-dessous d'elle une certaine lie, comme il arrive inévitablement pour le meilleur des vins.

G. DUCHESNE.

LES PENSIONNÉS DE GUERRE ET LE CORPS MÉDICAL

Qu'il me soit permis de découper, dans les journaux de la grande presse, l'article suivant signé du « secrétaire de l'Association générale des mutilés de la guerre » et de le publier en entier — malgré sa longueur — dans les colonnes du *Concours*. Il forme, contre le Corps médical, un véritable réquisitoire qui pourrait bien, j'imagine, devenir le point de départ de regrettables malentendus .... Il convient donc que les praticiens soient mis au courant afin, le cas échéant, de n'être pas pris au dépourvu. La question en vaut la peine. Vous allez d'ailleurs en juger ; voici cet article :

Il n'y a pas lieu de reviser la Loi des Pensions

Un rapport de M. le professeur Jeanbrau, de la faculté de Montpellier, publié récemment, a provoqué une vive émotion parmi les invalides de guerre.

Il semble que c'est avec juste raison que les pensionnés de la loi du 31 mars 1919 se sont préoccupés des suites que pouvait avoir pour eux la publication de ce rapport qui ne tend, ni plus ni moins, qu'à démontrer que sur cent malades pensionnés au titre de ladite loi, soixante-quinze n'ont jamais séjourné aux armées et que leurs maladies — tuberculose, malformations, troubles oculaires ou mentaux — ne sont en rien une conséquence de la guerre.

L'Académie de médecine, saisie de cette importante question, a nommé une commission d'études composée de MM. les professeurs Gley, Balthazard, Sieur, Hartmann et Léon Bernard. Déjà, appuyant les déclarations de son confrère de Montpellier, M. le professeur Sergent, qui exerce encore les fonctions de sur-expert dans les commissions de réforme de la Seine, a laissé dire qu'à son avis des centaines de millions étaient, du fait de la loi actuelle, injustement gaspillés et que la revision des pensions s'imposait comme une mesure de morale sociale.

Or, les invalides de guerre ne sauraient, sous aucun prétexte, tolérer qu'on remette en question le principe de la présomption d'origine, base fondamentale d'une loi qui est leur seule garantie pour l'avenir et grâce à laquelle beaucoup d'anciens combattants ont pu obtenir des pensions qu'ils n'eussent pas obtenues s'ils avaient été obligés, comme auparavant, de faire eux-mêmes la preuve que leur invalidité était une conséquence du service.

Si des pensions — peu nombreuses d'ailleurs — ont été accordées à tort, la faute incombe avant tout au service de santé militaire, lequel, au moment de l'incorporation, n'a pas voulu tenir compte de l'état physique des hommes qui lui étaient présentés et en a fait des soldats alors qu'il aurait dû ou les renvoyer chez eux, ou tout au moins garder trace de certaines constatations qui, plus tard, eussent permis à l'administration d'opposer la preuve contraire à la présomption d'origine. Il serait donc illogique de rendre responsables d'un état de choses, qu'ils sont les premiers à regretter, les véritables invalides de guerre qui forment — quoi qu'en puisse penser M. le professeur Jeanbrau — l'immense majorité des bénéficiaires de la loi attaquée.

Chez nous, où le bon sens finit toujours par triompher, il paraît douteux que l'offensive médicale entreprise actuellement puisse aboutir et provoquer une révision des pensions, laquelle pour n'être que partielle au début, deviendrait bientôt totale et équi-

(1) En tout état de cause, elle ne saurait être d'exception, comme le projet de M. Averseng le prévoit.

vaudrait à la négation des sacrifices consentis par ceux qui ont assuré le salut de la patrie.

Les blessés ou les malades savent que jusqu'ici la France s'est montrée, sinon généreuse, le plus souvent équitable envers eux. Les difficultés budgétaires dont souffre notre pays ne leur échappent point et, confiants en des jours meilleurs, ils supportent une existence qui n'est évidemment pas conforme à celle qu'ils espéraient connaître lorsqu'à l'heure de la victoire, M. Clémenceau déclarait solennellement à la Chambre des députés que « les poilus avaient acquis des droits sur la nation ».

Mais c'et précisément parce qu'ils ont sans cesse donné l'exemple d'une réelle modération dans leurs revendications les plus légitimes, que les mutilés et réformés se montrent douloureusement surpris en constatant que moins de cinq ans après la signature de la paix, on tente déjà de mettre en péril une loi qui est en quelque sorte la charte de toutes les victimes de la guerre.

Si des économies sont devenues nécessaires par suite de la non-exécution du traité de Versailles par l'Allemagne, il serait profondément injuste de chercher à les réaliser au détriment de ceux qui, par leur vaillance et leur esprit d'abnégation, la forcèrent à capituler le 11 novembre 1918.

René HERSENT.
Secrétaire de l'Association générale des mutilés de la guerre.

Tout d'abord, il convient de protester contre les termes d' « *offensive médicale,* entreprise actuellement ». Les praticiens français n'ont pas coutume de mobiliser leurs forces pour se dresser en guerre contre les malades. Ils n'ont jamais en vue que l'offensive ..... contre la maladie, ce qui est précisément le contraire. Dans leurs récents démêlés avec le gourvernement, justement à propos de la loi des pensions, ce ne fut pas leur propre intérêt qui fut surtout en jeu, mais celui même des pensionnés, auxquels ils sont arrivés à procurer, grâce à leur ténacité, une organisation de soins judicieuse et complète, au lieu de la « façade » nébuleuse qu'on leur présentait où, seules ou à peu près, consultations et visites simples étaient prévues, additionnées, en cas de besoin, d'une hospitalisation, plus ou moins militaire, obligatoire.

***

Quels sont, en somme, les faits reprochés au Corps médical ? Un professeur de Montpellier a constaté, dans un rapport, que la majorité des invalides de guerre présentaient des lésions qui n'étaient, en rien, une conséquence de la guerre. Le constatant, il devait le mettre dans son rapport. On s'émeut. Le fait serait-il donc général ? On saisit de la question l'Académie de médecine qui nomme une commission chargée de l'étude de ces faits. Elle devra élucider ce point *techniquement* et *objectivement*. Son rôle ne doit que se borner à cela. Quant aux conséquences des conclusions de son enquête, cela n'est pas en cause pour elle, car ce n'est plus de son ressort. Dans le cas où il serait démontré qu'il y a eu de nombreux abus de pensions, c'est affaire au Parlement de décider s'il y a lieu d'intervenir et de reviser les pensions accordées à tort.

Que vient faire là le mot d'offensive médicale ? Qu'a-t-on à reprocher aux médecins ? Pas plus qu'on aurait à incriminer un expert exposant, devant un tribunal, les résultats de son expertise. Une remarque doit être faite cependant : pas plus que l'expert ne doit conclure à une condamnation, car c'est alors sortir de son rôle technique, pas plus M. le Pr Sergent n'a le droit de déclarer — s'il l'a jamais toutefois « laissé dire » — que « des millions étaient, du fait de la loi actuelle, injustement gaspillés, et que la révision des pensions s'imposait comme une mesure de morale sociale ». Cela, il n' a pas le droit de le dire, *comme médecin* s'entend : et c'est ce point seul que je retiens. S'il l'a fait, lui qui ne fait *pas* partie de la Commission constituée à ce sujet, ne l'oublions pas (ce qui le met hors de cause au point de vue de jugement technique) ce ne peut être que dans son droit d'opinion de citoyen et de contribuable .... auquel cas, ce n'est plus là partie de cette « offensive médicale » qu'on est venu nous dénoncer.

Je ne veux pas ici rechercher si le fait, lui-même, est vrai que 75 pour cent des invalides de guerre ne doivent pas leur invalidité à la guerre. Je n'insisterai même pas sur les articles déjà parus dans le *Concours* sur ce sujet et, en particulier, sur celui d'un confrère narrant, avec humour, l'histoire de ses quatre pensionnés, dont trois, si je m'en souviens bien, étaient victimes de tout autre chose que des vicissitudes du front. J'irai plus loin. Ainsi que dans certains raisonnements mathématiques, « je suppose le problème résolu », c'est-à-dire archi-vrais les faits avancés. Et j'ajouterai alors .... Et après ?

Dame ! Ici, je suis de l'avis de M. R. Hersent. Quel est l'auteur *originel* des pensions accordées à tort ? Qui en est le premier responsable ? Serait-ce le pensionné ? Evidemment non. Ce sont ceux qui, pendant la guerre, l'ont déclaré « bon pour le service » ou, tout au moins, l'ont fait verser dans l'auxiliaire, malgré ses tares antérieures « sans laisser trace de certaines constatations, qui, plus tard, eussent permis à l'administration d'opposer la preuve contraire à la présomption d'origine ». Pour tous ceux donc qui ont véritablement « *servi* » et dont l'invalidité POURRAIT, de près ou de loin, provenir du service, *pas de revision* possible. Le doute, si léger soit-il, même l'ombre de doute doit pro-

fiter au pensionné. Il n'a aucune preuve à fournir. Et l'Etat s'est mis dans le cas de n'avoir même pas le droit d'*essayer* d'apporter une preuve contraire.

***

Mais, il n'en reste pas moins — j'en appelle à tout praticien ayant eu à examiner des pensionnés — que, parmi les cas où la pension fut nettement accordée avec trop de facilité, il en est quelques-uns, beaucoup moins nombreux cette fois, où, véritablement, cette pension est un scandale.

Il est des pensionnés qui, *pour tout service*, ont passé quelques semaines, parfois quelques jours seulement, dans une garnison du Midi d'où on les renvoya chez eux aussitôt, comme n'étant pas assez forts de constitution pour faire un soldat. Il en est d'autres qui touchent une pension parce qu'à 45 ou 46 ans, leur vision devenait moins aiguë, alors que c'est l'âge où débute la presbytie, commune à chacun de nous, avec la multiplication des années. Il en est d'autres qui touchent une pension pour une vieille tuberculose osseuse dont les lésions sont cicatrisées *depuis l'enfance*. Il en est d'autres, et combien ! pensionnés tout uniment pour lésions ou séquelles *syphilitiques* qui ne furent pourtant pas acquises au service de la patrie. Nous pourrions continuer ainsi longtemps. Bornons-nous à ces quelques exemples destinés à faire comprendre la restriction que, nous médecins, nous apportons à la thèse généreuse soutenue par M. R. Hersent, à savoir qu'*aucune* pension ne doit être révisée.

D'ailleurs, c'est à lui-même que je veux m'adresser en terminant ces quelques réflexions inspirées par son article. C'est également à tous les pensionnés de guerre qui ont souffert pour la patrie et qui touchent, si justement, la trop modeste obole que nous leur devons tous et que nous voudrions plus grande.

Sincèrement, après ces brèves explications, trouvez-vous blâmable le sursaut d'étonnement qu'ont pu montrer certains médecins — *commis par la Nation* pour inspecter les dossiers — alors qu'ils découvraient certaines injustices criantes? Trouvez-vous blâmable qu'ils démasquent, comme c'est leur devoir, des faux invalides de guerre, *assimilés* à vous et incorporés dans la même phalange glorieuse ?

Et enfin, quoi qu'il en soit, pourriez-vous jamais penser que le Corps médical — dont tant de membres sont restés là-bas parmi vos morts, et dont tant d'autres sont devenus, comme vous, des invalides de guerre — ait jamais pu dresser une « offensive » contre ceux dont nous venons de défendre, avec tant d'âpreté, « le droit aux soins complets » et que nous honorons tous sous le beau nom générique de « mutilés de la guerre ? ».

Dr Fernand DECOURT.

MUTUALITÉ

Les retraites de droit de l'Association générale

M. le Dr Lachèze nous prie d'insérer dans le *Concours Médical* la note suivante qu'il a déjà fait paraître dans le *Bulletin du Syndicat médical et de l'Association Amicale des médecins de la Dordogne*; c'est avec plaisir que nous répondons à sa demande. Rien n'est plus déplorable à notre avis que l'indifférence en ce qui coneerne nos œuvres médicales, et les critiques qui sont formulées de bonne foi, méritent toujours d'être connues de tous, d'être examinées de sang-froid et discutées, surtout dans des questions comme la présente où le seul mobile des promoteurs et des contradicteurs est de rendre service au médecin praticien sans la recherche du plus petit intérêt personnel, moral ni matériel.

Notre confrère, le Dr Lachèze nous permettra, en réponse à son article, de faire quelques observations qui lui expliqueront certains points qu'il juge paradoxaux et inadmissibles. Comme membre du Conseil général de l'Association, nous avons pris notre part de responsabilité dans les facilités que l'A. G. donne à ses membres pour avoir recours à la Caisse nationale des Retraites, nous n'aurions pas donné (Vimont et moi) notre assentiment à cette tentative, si elle ne nous avait pas paru à l'abri de tout reproche :

A propos des retraites de droit

A lire ce titre prometteur : La retraite de droit, plus d'un parmi nous a pu se dire : « Quelle bonne aubaine ! Au déclin de la vie, nous pourrons, désormais, nous reposer, jouir en paix de rentes avantageuses et prendre notre retraite. »

Mais, en réfléchissant à cette éventualité, que chacun, suivant son tempérament, souhaite lointaine ou proche, de nombreuses questions se pressent à l'esprit : en quoi consiste, pour les médecins, ce droit à la retraite ? Qui la leur servira ? Quel en sera le montant ? A partir de quel âge la toucheront-ils ? Faut-il s'en occuper, ou suffirait-il, le moment venu, de faire valoir ses droits ? Eh bien ! disons-le immédiatement : Si nous voulons plus tard avoir droit à une retraite, c'est à nous et à nous seuls qu'en incombe le soin ; nous ne récolterons que ce que aurons semé, et nous allons voir comment.

Inutile d'insister sur l'importance de cette œuvre

de prévoyance. A 60 ou 65 ans, les infirmités augmentent et la clientèle diminue ; les charges peuvent être aussi lourdes que dans l'âge mûr, et le patrimoine ou les économies, s'il y en a eu, ont pu être dispersés pour l'éducation et l'établissement des enfants ; il faut aussi compter avec les revers de tous genres. Il est donc sage, en période de production, de distraire quelques disponibilités en vue d'assurer sa propre vieillesse afin de n'être à charge, plus tard, ni à sa famille, ni à la collectivité, et il est intéressant , d'autre part, de réaliser ce but sans faire un sacrifice financier définitif.

Plusieurs caisses médicales de retraites existent. Parmi elles, nous citerons la Mutualité familiale du corps médical français (1), qui, moyennant des cotisations variables avec l'âge d'entrée, sert à 60 ou 65 ans des rentes viagères allant de 120 à 2.400 fr., par an. On peut contre-assurer les versements, et en cas de décès avant l'entrée en jouissance, les cotisations sont remboursées sans intérêts aux ayants droit mais le versement d'une seule annuité de pension suivi du décès du titulaire dégage la caisse entièrement.

Bien plus intéressante, à notre avis, est la combinaison de retraites établie par l'Etat français que l'Association générale des médecins de France vient d'adopter (2) : nous allons l'exposer et en faire succinctement la critique.

On peut se constituer, par des versements appropriés, à 55, 60 ou 65 ans, une rente viagère allant de 1.000 à 6.000 fr., soit à capital aliéné, soit *à capital réservé*. Dans le premier cas, les primes sont moins fortes et au décès du rentier elles deviennent la propriété de la caisse ; dans le deuxième cas, au décès du titulaire, à quelque âge qu'il se produise, avant ou après l'entrée en jouissance de la rente, qu'il ait touché sa pension viagère une fois ou vingt fois, toutes ces primes versées sont remboursées sans intérêts aux héritiers du rentier. Financièrement, cette combinaison est très avantageuse et convient aux pères de famille ; c'est un placement à intérêts composés réalisant à un âge donné un capital, dont la rente est servie, sa vie durant, à celui qui a fait ces versements, et, ce même capital, après la mort du rentier, est versé à ses ayants droit.

Telle est l'organisation que présente l'A. G. et qu'elle a nommée les *Retraites de Droit*. A vrai dire, nous n'aimons guère cette dénomination équivoque, car, comme nous venons de le voir, parmi les sociétaires de l'A. G., n'y auront droit que ceux d'entre eux qui auront payé en temps voulu pour l'obtenir ; quant aux autres, s'ils sont dans la détresse, ils continueront à solliciter la *faveur* d'être secourus par l'A. G.

Pour être admis à ce service de retraites, fonctionnant sous la garantie de l'Etat, on suit les barêmes de la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse qui encaissera les primes et payera les rentes : l'A. G. servira simplement d'intermédiaire. Peut-être supposez-vous que pour encourager ses sociétaires à être prévoyants, elle leur consent des réductions sur les primes ? Hélas ! non seulement il n'en est rien, mais l'A. G. a majoré de 5 % les versements exigés par l'Etat, de telle sorte, par exemple, qu'un adhérent de 40 ans voulant à partir de 60 ans une rente viagère de 3.000 fr., payera un total de cotisations supérieur de 1.500 fr., environ à ce qu'il aurait payé chez son percepteur, et ce, dit-on, pour frais de gestion ! Vraiment cela manque d'élégance : c'est si excessif, qu'au-dessus d'une rente de 3.000 fr., l'A. G. a daigné renoncer à ces 5 %. Actuellement, la seule compensation à cette majoration consiste pour l'adhérent de l'A. G. dans la perspective éventuelle de voir sa retraite bonifiée par les dons qu'elle pourra recevoir dans l'avenir avec cette affectation.

L'A. G. a prévu le cas où un sociétaire serait malade et gêné pour ses payements. Elle accepte de lui venir en aide, mais moyennant une surprime annuelle fort élevée qu'elle nomme l'assurance complémentaire : encore faudra-t-il que le sociétaire soit malade au moins un mois entier, auquel cas on lui remboursera généreusement 1/12e de sa cotisation ! Bref, en tout ceci, l'A. G. a fait d'admirables statuts, fort prudents et très limitatifs, dignes en tous points de la plus circonspecte Compagnie d'assurances. Elle nous convie à adhérer à une œuvre pour laquelle elle ne fait aucun sacrifice en faveur des ses sociétaires, et cependant, sa fortune, admirablement gérée j'en conviens, est faite en partie des cotisations que les générations précédentes et la nôtre ont souscrites.

De tout ceci, il résulte qu'un médecin a le devoir de s'assurer une retraite pour la vieillesse, qu'il a intérêt à y penser de bonne heure et que la Caisse Nationale paraît actuellement la plus avantageuse (1) C'est elle que l'A. G. a choisie (2), mais sans nous apporter le concours que nous attendions de sa sollicitude. Aussi, demanderons-nous à nos confrères d'émettre le 10 janvier prochain le vœu suivant :

« *L'Association des médecins de la Dordogne, confiante dans la sagesse et la générosité de l'A. G. pour établir un service de retraites au profit de ses membres, l'invite à appliquer strictement les barêmes de la Caisse Nationale des Retraites pour la vieillesse,* SANS AUCUNE MAJORATION. »

Le vœu précédent a été voté à l'unanimité le 10 janvier par la Société des médecins de la Dordogne et transmis à l'A. G.

Dr LACHÈZE.

L'Association générale des médecins de France bien que considérée comme une mutualité, n'est pas une véritable société de secours mutuels, elle

(1) 132, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris.

(2) *La Vie Médicale*, juin 1922.

(1) Ecrire au directeur de la Caisse des Dépôts et Consignations, 56, rue de Lille, Paris.

(2) Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de l'A. G., 5, rue de Suresnes, Paris.

est une œuvre de bienfaisance d'un caractère spécial et avec sa constitution actuelle et les cotisations qui lui sont allouées, elle ne saurait sortir de son rôle.

Malgré les millions qu'elle possède, l'A. G. n'est pas riche, car il faut tenir compte des obligations qu'elle doit remplir et du nombre de ses adhérents qui ne seraient nullement enrichis si l'on répartissait entre eux la fortune de l'A. G.

Notre association peut à peine remplir son but normal. Elle est loin d'avoir mis le taux de ses pensions au niveau de l'augmentation du coût de la vie et l'on peut affirmer qu'en réalité ses pensionnés touchent moins aujourd'hui qu'avant la guerre.

Sauf erreur de notre part, les demandes de pensions augmentent progressivement depuis ces dernières années (86 demandes, croyons-nous. cette année); si cette progression continuait, l'A. G. se trouverait dans la dure nécessité de diminuer le taux de ses pensions ou d'ajourner un certain nombre de demandes. Elle ne pourrait plus remplir son rôle dans les mêmes conditions que par le passé. L'Association des médecins de la Dordogne a raison d'être *confiante dans la sagesse de l'A. G.*, mais elle aurait tort de réclamer d'elle des *générosités*, elle n'a ni le droit ni le moyen d'être généreuse.

Nous venons de dire pourquoi elle n'en a pas le moyen. Voici pourquoi nous ne reconnaissons pas le droit au Conseil général : le pourcentage minime demandé au sociétaire pour que l'A. G. le renseigne et lui serve d'intermédiaire auprès de la Caisse nationale représente les frais, plus importants qu'on ne serait tenté de le croire, qu'exigent le personnel et la correspondance nécessités par ce nouveau service.

Le Conseil général a jugé que ses sociétaires étaient libres d'avoir recours ou non à son service de « Retraites de Droit ». C'est à ceux qui, avertis, trouvent avantageux d'y avoir recours d'en couvrir tous les frais et l'on ne saurait admettre que ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas s'adresser à ce service, contribuent pour la plus minime part à subventionner une organisation à laquelle ils ne sont pas tenus d'adhérer, quand l'on sait que cette subvention peut diminuer le nombre des pensionnés ou le taux de pension des confrères malheureux. Quant à l'assurance du payement de la prime en cas de maladie, elle a été calculée avec tout le soin désirable par un actuaire d'indiscutable compétence et de grande valeur.

En ces délicates questions, l'on ne saurait se passer d'actuaires. L'expérience déjà longue que nous avons faite à la *Mutualité familiale* nous a démontré qu'il ne fallait pas là faire de sentiment ni de générosité, mais se plier aux exigences des calculs des chiffres. Sans cela, l'on est certain au bout de x années, après s'être laissé prendre au mirage des réserves accumulées au début, de ne pouvoir tenir les promesses faites. Lorsqu'on se laisse aller à cela inconsciemment, en fondant une caisse de prévoyance, l'on commet une grave imprudence, et *lorsqu'on est averti comme nous le sommes*, cette imprudence peut être qualifiée de malhonnêteté. Il ne faut pas dans nos œuvres sacrifier l'avenir et l'intérêt des jeunes à la satisfaction des désirs des anciens. Si nous voulions nous rendre populaires, nous pourrions ne pas tenir compte de l'avis des actuaires et ouvrir généreusement nos caisses en disant : *Après nous le déluge* ! car le déficit pourrait probablement attendre 20 ou 30 ans à se produire, c'est-à-dire quand vraisemblablement nous serions disparus. Nous ne voulons pas de ce genre de popularité et ne tenons pas à laisser à nos successeurs une situation désastreuse.

J. Noir.

CHRONIQUE FISCALE

Contribution sur les bénéfices de guerre. Erreur commise de bonne foi.

La jurisprudence a reconnu que les médecins, du fait qu'ils sont patentables, sont soumis à la contribution extraordinaire sur les bénéfices supplémentaires réalisés pendant la guerre.

Nous pensons donc intéresser les lecteurs du *Concours Médical* en leur soumettant quelques arrêts traitant de cette contribution.

En date du 12 janvier 1923, le Conseil d'Etat s'est prononcé sur le cas suivant :

Le sieur X s'est prévalu de ce que, si l'insuffisance de sa déclaration était supérieure à 10 % du bénéfice total, cela provenait partiellement d'une erreur commise de bonne foi, pour demander l'annuation d'une décision de la Commission supérieure maintenant la majoration de 50 % sur la contribution correspondant à la partie des bénéfices non déclarés.

Or, la commission supérieure avait statué et rejeté la requête en s'appuyant sur l'art. 13 de la loi du 1er juillet 1916 ainsi conçu : « Lorsque la déclaration du contribuable sera reconnue insuffisante, la contribution correspondant à la fraction du bénéfice supplémentaire non déclarée sera majorée de moitié, si toutefois cette fraction est supérieure à 10 % du bénéfice total. Toutefois la pénalité prévue au paragraphe précédent ne sera pas applicable lorsque l'erreur aura été commise de bonne foi ».

Le Conseil d'Etat a confirmé la décision prise par

la dite commission parce qu'il a, comme elle, interprété l'art. 13 au pied de la lettre : « La pénalité n'est pas applicable lorsque l'erreur commise est reconnue de bonne foi ». Or, dans le cas présent, il y a eu non pas une erreur, mais plusieurs erreurs ; pour certaines, l'assujetti a excipé de sa bonne foi. Mais le Conseil d'Etat se fonde sur ce que la mauvaise foi ne peut être niée quant aux autres pour appliquer la sanction à toutes.

Il semble que tel n'a pas été l'esprit du législateur. Il appert plutôt de l'article 13 que les erreurs reconnues de bonne foi peuvent être réparées ; seules les autres seront frappées d'un supplément d'imposition. Ce serait une injustice flagrante, en effet, de majorer de 50 % l'impôt atteignant une simple erreur matérielle.

A. Martinot,

Directeur du *Contribuable Français*; Conseiller Fiscal.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Vœu émis par le Conseil d'Administration du S. M. S. pour le retrait du décret du 20 mars, concernant des dispenses d'examens.

Le Syndicat des médecins de la Seine,

Se basant sur le principe que les examens sont, sans aucune exception, tous nécessaires pour le contrôle des connaissances que doit posséder un docteur en médecine,

Faisant remarquer que ce principe est d'ailleurs à la base de la loi organique du 18 mars 1880 disant, dans son article 5, que les titres ou grades universitaires ne peuvent être attribués qu'aux personnes qui les ont obtenus après les examens ou concours réglementaires subis devant les professeurs et les jurys d'Etat, et dans son article 2, que tous les candidats sont soumis aux mêmes règles en ce qui concerne les programmes, les conditions d'âge, d'inscription, les travaux pratiques, le stage dans les hôpitaux et dans les officines ;

Considérant qu'un examen d'anatomie est particulièrement indispensable et que cependant une dispense pour cet examen a été accordée par le ministre, malgré les avis défavorables de la Faculté et de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, à deux étudiants de la Faculté de médecine de Paris après 8 ajournements dans un cas, dont 4 avant la guerre, et 5 ajournements dans l'autre cas.

Reconnaissant d'ailleurs que ces deux étudiants ont fait preuve pendant la guerre des plus brillantes et des plus nobles qualités militaires, mais que ces qualités n'ont aucun rapport avec l'acquis des connaissances techniques et que ces connaissances sont indispensables pour pouvoir exercer la médecine sans dommages pour la santé publique.

Demande le retrait immédiat du décret du 20 mars 1922 et l'annulation de ce décret par le Conseil d'Etat, et transmet à toutes fins utiles sa protestation à l'Union des Syndicats médicaux de France.

(C. T. I.)

Sur la propriété des découvertes et inventions biologiques

Par M. Louis Gallie.

(*Semaine professionnelle des travailleurs intellectuels*)

Les autres rapporteurs ont dit excellemment tout ce qui devait être dit sur la nécessité de défendre les droits de l'intelligence et ils vous ont montré comment il était nécessaire de protéger, d'une manière générale, les auteurs scientifiques.

C'est une notion nouvelle du droit de propriété que nous demandons au législateur français, d'abord, et à tous les législateurs du monde, de consacrer.

Certains juristes paraissent préférer que l'on n'emploie pas le vocable « propriété intellectuelle » parce que, disent-ils, la propriété correspond à un certain nombre d'idées acquises et qu'elles leur paraissent impossibles à modifier.

Cependant, la propriété, disent les philosophes, n'est qu'un concept de l'esprit, il peut donc être modifié. Et si, personnellement, nous tenons plus au vocable de « propriété intellectuelle » qu'à celui de « droit d'auteur », c'est justement pour faire entrer le droit des auteurs dans la grande conception de la propriété.

De même que la propriété a visé d'abord exclusivement le lien de droit entre l'homme et la terre, et qu'elle s'est étendue ensuite à la création du même lien entre l'homme et les choses mobilières, il nous apparaît qu'aujourd'hui, plus de cent ans après que la Convention n'a point hésité à consacrer

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux, Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

—

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux.**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats. —** Certificats pour blessés d'accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises — Accidents. —** Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Les 50..........	5 fr. »
Les 100..........	8 fr. »
Les 500..........	35 fr. »
Les 1000..........	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, faubourg St-Denis, Paris.

la propriété artistique, on doit aller plus loin et l'étendre à d'autres choses purement intellectuelles et y comprendre toutes les créations de l'esprit : la propriété sera à triple forme : immobilière, mobilière, et intellectuelle.

Ce grand principe posé, il est un domaine où les auteurs d'inventions ou de découvertes sont actuellement, en France, particulièrement lésés : c'est celui des découvertes et inventions biologiques.

Une série de prescriptions viennent, en effet, en plus de l'absence de protection ordinaire aux auteurs scientifiques, interdire même, aux auteurs d'inventions ou de découvertes biologiques, de retirer un avantage quelconque de leur effort.

D'une part, la loi de 1844, sur les brevets, interdit spécialement ce mode, même imparfait, pour la conservation du droit d'auteur : les médicaments ne sont pas brevetables.

Le médecin ou le savant qui obtient, dans ce domaine, un résultat, se heurte à une interdiction légale de conserver un droit sur ses découvertes. Il pourrait être tenté de ne point divulguer cette découverte et de l'employer lui-même ? Le législateur intervient à nouveau et lui interdit l'usage « des remèdes secrets ».

Il n'a pas plus le droit de tirer avantage de sa découverte que de conserver sa propriété. S'il la fait connaître, elle tombe immédiatement dans le domaine public ; s'il ne la fait pas connaître, il lui est interdit de s'en servir.

L'auteur d'une découverte ou d'une invention biologique ne peut donc travailler exclusivement que pour acquérir la notoriété. C'est une satisfaction à laquelle les savants français ont toujours été particulièrement attachés, mais aujourd'hui les nécessités impérieuses de la vie matérielle les ont mis dans l'obligation de demander, par l'organe de la Confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I.) qu'une part leur soit réservée, sur les bénéfices réalisés, leur assurant au moins la dignité d'existence.

Mais, l'inventeur biologique se heurte, en France, à une troisième difficulté : c'est le privilège des pharmaciens. Nous ne désirons aucunement, et en aucune façon, porter atteinte à ce qui constitue l'organisation même de l'hygiène publique.

Séculairement, et peut être sagement, les législateurs ont pensé que les médecins ne devaient point avoir d'avantages à ordonner une médication plutôt qu'une autre. Il leur est donc interdit, comme aux vétérinaires d'ailleurs, de fabriquer et de vendre des médicaments dont, seul, le pharmacien a le privilège exclusif.

Nous entendons respecter entièrement cette division essentielle du travail, mais il faut bien reconnaître qu'il y a souvent là une injustice. Lorsque nous voyons, par exemple, la découverte d'un biologiste distingué, immédiatement exploitée commercialement, devenir la source d'une fortune parfois considérable pour le commerçant qui l'exploite, alors qu'elle laisse dans la misère son inventeur.

Le problème est donc de chercher une conciliation entre : l'interdiction de breveter les remèdes ; l'interdiction d'user de remèdes secrets ; le privilège des pharmaciens et la création d'un droit d'auteur pour l'inventeur biologique.

En ce qui concerne l'interdiction des remèdes secrets, il nous semble qu'il n'y a point lieu de modifier en quoi que ce soit la loi, sur ce point, puisque la base même du droit de propriété des auteurs scientifiques serait dans une publicité de leur découverte.

En ce qui concerne l'interdiction de breveter, nous ne voyons pas non plus de difficulté. Dans ce domaine, comme dans tous les domaines des inventions scientifiques, nous convenons admirablement que la protection nouvelle accordée à l'auteur, se superpose à celle archaïquement accordée à l'inventeur pour une adaptation industrielle.

Le brevet ne s'occupe que de la propriété industrielle, nous n'avons point ici à nous en occuper. Le droit d'auteur que le preneur de brevet devra payer, comme tout autre, est plus large et nous demandons à l'Assemblée de dire qu'il devra s'appliquer aux inventions et découvertes biologiques comme à toutes découvertes scientifiques.

Les modalités de perception de ce droit au profit des auteurs de découvertes ou d'inventions ne semblent pas devoir différer, parce que les industriels et les commerçants de ce domaine sont pharmaciens et nous voici amenés à la conciliation sur la troisième difficulté, celle entre auteurs scientifiques et pharmaciens.

Si l'auteur scientifique n'est point un médecin, il nous paraît qu'il n'y a vraiment aucune difficulté, d'aucun genre, et que les pharmaciens ne subissent aucune atteinte à leur privilège puisqu'on leur conserve, en entier, le droit de fabriquer et de vendre, mais à la simple charge de payer le droit d'auteur à l'inventeur, tout comme les autres commerçants et industriels, dans d'autres domaines.

Mais les pharmaciens conservent, sur ces derniers, le gros avantage que la concurrence se trouve limitée par les conditions de capacité qui sont exigées d'eux.

S'il est médecin, nous pensons que la loi substituera un état juridique au grand jour, avec conventions publiques, à des pratiques actuelles qui, devenues d'usage fréquent, lient en réalité, d'une manière occulte, les médecins et les pharmaciens.

Pour la dignité même du corps médical, une loi conférant officiellement à ses membres un droit d'auteur sur leurs inventions, permettra à tous les praticiens probes — et ils sont la grande majorité — d'avoir les mêmes avantages que ceux obtenus aujourd'hui par quelques praticiens peu corrects qui n'hésitent point à violer la loi pour s'assurer des bénéfices illicites.

La protection du public nous paraît devoir être dans la détermination du droit d'auteur par des commissions paritaires qui fixeront, au grand jour, la part provenant au médecin.

Nous demandons donc à l'Assemblée d'adopter le projet du Comité directeur de la confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I.) qui prévoit l'application dans le domaine biologique, comme dans les autres domaines scientifiques, d'un droit d'auteur.

CIRCULAIRE SUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES

Paris, 12 mars 1922.

A messieurs les préfets,

Plusieurs circulaires ont, depuis 1916, appelé l'attention des préfets sur les dangers que font courir au pays les maladies vénériennes et sur la nécessité de les combattre.

Souvent graves par elles-mêmes, ces affections le sont plus encore par leurs conséquences immédiates ou éloignées, et ces conséquences sont telles qu'on peut leur attribuer une part considérable dans la morbidité et la mortalité générales.

Les médecins reconnaissent, comme occasionnées par la syphilis, de nombreuses maladies organiques, notamment du cœur, des vaisseaux et du système nerveux ; ils font unanimement, remonter à cette origine la plupart des avortements et des cas de morti-natalité, sans parler de ceux, si fréquents, où les enfants sont enlevés dans les semaines ou les mois qui suivent la naissance, ou sont atteints, s'ils survivent, d'infirmités qui en font une charge pour la société.

La blennorrhagie, dont nous ne devons pas craindre non plus de prononcer le nom, présente, elle aussi, bien qu'à un moindre degré, des suites déplorables. Beaucoup de cas de cécité, d'affections cardiaques, de maladies condamnant les femmes à la stérilité n'ont pas d'autre cause.

Ainsi dans notre pays, à natalité si réduite, la syphilis et la blennorrhagie constituent-elles un des facteurs essentiels de dépopulation, tant par l'obstacle qu'elles y apportent aux naissances qu'en raison, l'on n'y saurait trop insister, de leur influence sur l'augmentation de la mortalité générale.

De telles constatations appellent, de la part des pouvoirs publics, une action d'autant plus énergique que l'on est en mesure d'opposer à ces maux des remèdes dont l'efficacité est certaine.

Il n'est en effet aucune maladie vis-à-vis de laquelle on soit mieux armé qu'on ne l'est aujourd'hui à l'égard de la syphilis. Qu'il s'agisse de la prévenir, de la dépister, de la traiter, on possède des moyens puissants. Contre la blennorrhagie également, on est loin d'être désarmé, surtout lorsque l'intervention médicale est prompte. Mais il faut savoir mettre en œuvre ces moyens, et c'est pour vous y convier, en même temps que pour vous en signaler l'urgente nécessité, que je fais appel à votre actif concours.

Education du public. — Le moment est venu, d'ailleurs, où l'opinion publique, mieux préparée, reçoit volontiers des indications, qu'elle se fût montrée peu disposée à accueillir autrefois. Il est du devoir de l'administration de l'éclairer davantage et de ne rien négliger pour atteindre ce but : affiches, tracts, conférences, projections de films éducateurs, etc., devront être employés. Le ministère de l'hygiène s'efforcera, grâce aux ressources financières que le Parlement est désireux de lui accorder, de mettre à votre disposition ces procédés d'instruction.

Je verrais avec satisfaction qu'il vous fût possible d'organiser, à cet effet, avec le concours de médecins et de personnalités compétentes et dévouées, des comités de propagande qui s'emploieraient à répandre les notions les plus propres à mettre le public en garde contre le péril vénérien. Je rappelle toutefois, et j'y insiste, qu'un tel enseignement ne saurait être basé uniquement sur la crainte salutaire du danger, mais que, dans toute la mesure où ce danger a sa cause dans les rapports sexuels, il doit être fait appel aux sentiments moraux qui constituent les assises solides de la famille et de la société.

Dispensaires antivénériens. — Les consultations antivénériennes (ou dispensaires antivénériens), où sont admis, sans formalités, et gratuitement soignés par des médecins (autant que possible spécialisés) les malades nécessiteux ou ne disposant que de ressources modiques, constituent le moyen le plus efficace, à la fois, de traitement et de prophylaxie. En soignant un syphilitique, on conjure les effets de sa maladie, on le met à l'abri des complications auxquelles il est exposé, en même temps que l'on protège ceux qu'il aurait pu contaminer.

Ce double résultat est atteint au plus haut point, avec le minimum de dépenses, par l'organisation de ces services que mon administration s'est, depuis 1916, attachée à réaliser avec la collaboration des commissions hospitalières, des bureaux d'assistance et des dispensaires d'hygiène sociale. A la fin de 1916, le nombre des consultations ainsi créées était de 40 ; il était de 65 à la fin de 1917 ; de 90 à la fin de 1918 ; de 120 à la fin de 1919 ; de 145 à la fin de 1920 ; de 166 à la fin de 1921 ; il atteint aujourd'hui 190, en comprenant dans ce chiffre les anciennes et très importantes consultations des hôpitaux de Paris et celles si actives aussi de l'Institut prophylactique.

Il importe d'augmenter encore, dans la plus large mesure possible, le nombre de ces consultationns. Je vous demande de vous y employer avec moi, mais je signale en même temps que les malades dont il s'agit préfèrent ne pas éveiller l'attention et que les consultations spéciales seront d'autant plus fréquentées qu'elles auront lieu dans des établissements, où seront traitées aussi des affections non vénériennes. Cette précaution est importante.

Je vous rappelle que mon département prend à sa charge les frais d'installation et de fonctionnement de ces services.

Consultations pour femmes enceintes et nourrissons. — Si la syphilis maternelle est, ainsi que je l'indiquais précédemment, un facteur considérable de mortinatalité, elle est en même temps influencée de la façon la plus heureuse par le traitement. Les résultats obtenus à cet égard sont au-dessus de toute contestation. Aussi, les consultations pour femmes enceintes, annexées aux maternités, doivent-elles être multipliées à l'égal de celles qui s'adresent aux autres malades, sans être toutefois confondues avec ces dernières. Pour des raisons diverses, en effet, c'est seulement si elles sont placées auprès des services obstétricaux que ces consultations sont fréquentées par les femmes en état de grossesse ou récemment accouchées.

En juillet 1921, ces importantes considérations ont été signalées, par le ministère de l'hygiène, à plus de 60 commissions administratives ; mais cette initiative n'a rencontré qu'un nombre d'adhésions trop limité. C'est pourquoi je vous prie instamment, Monsieur le préfet, de vouloir bien intervenir auprès des administrations hospitalières et des médecins ou accoucheursqui dirigent les maternités, afin que, en collaboration avec les syphiligraphes, ils organisent de tels services, pour la constitution desquels ils trouveront auprès de mon département l'appui le plus empressé (mise en état des locaux, rétributions du personnel, fourniture des médicaments, etc.).

Traitement de l'hérédo-syphilis. — De nombreux enfants présentent des manifestations héréditaires de syphilis qui pourraient être efficacement traitées si la nature en était reconnue et si des dispositions étaient prises en vue de leur assurer des soins.

J'ai soumis cette question, à bien des égards délicate, à une conférence médicale, composée de syphiligraphes, d'accoucheurs et de pédiâtres. Je ne négligerai rien pour que des avis éclairés qu'elle voudra bien me donner, résulte l'amélioration d'une situation qui sollicite de plus en plus la vigilance du corps médical.

Les enfants assistés, les pupilles de la nation, les enfants secourus et protégés seront sans doute appelés à retirer un bénéfice d'un traitement trop négligé jusqu'ici. L'inspection médicale des écoles est également susceptible de coopérer à ce dépistage nécessaire.

Traitement dans les collectivités. — L'effort de mon administration s'est étendu aux prisons, dans lesquelles, d'accord avec la direction pénitentiaire, le ministre de l'hygiène organise le service antivénérien ; ce service fonctionne actuellement dans une quarantaine d'établissements, et cette organisation se poursuit méthodiquement.

Le traitement des marins du commerce, préparé par l'office international d'hygiène publique, entrera dans la voie de la réalisation aussitôt que l'entente prévue entre les divers pays aura été soumise à la ratification du Parlement.

Mon département intervient auprès des sociétés de secours mutuels pour que ceux de leurs adhérents atteints de maladies vénériennes soient traités (contrairement à la règlementation ancienne) au même titre que les autres malades.

En liaison étroite avec le ministère de la guerre, le ministère de l'hygiène veille à ce qu'au moment où ils se présentent au conseil de revision, les jeunes soldats soient prémunis contre le danger vénérien, et à ce que ceux qui, leur service terminé, quittent le régiment après y avoir été traités pour une affection vénérienne, soient dirigés sur une consultation civile où ils continuent à recevoir des soins.

Traitement des vénériens en dehors des consultations. — Aux malades qui ne sauraient, en raison de l'éloignement, s'adresser à un dispensaire, mon administration cherche à faciliter les moyens de poursuivre leur guérison. A cet effet, elle étudie avec les représentants de quelques groupements médicaux une organisation qui permettrait à des personnes peu aisées et qui hésitent, pour ce motif, à demander des soins ou s'adressent à des charlatans, de recevoir le traitement dont elles ont besoin. Cette étude est conduite avec le désir d'assurer aux nécessiteux et aux malades à ressources insuffisantes les avantages d'un traitement efficace, en tenant compte de tous les intérêts en cause.

La boratoires. — Je n'ai pas à rappeler, tant cette notion est aujourd'hui répandue, les indications précieuses que fournissent, pour le dépistage de la syphilis et la direction du traitement les examens du sang. Ces examens sont effectués dans les grands services de consultations antivénériennes, dans les laboratoires départementaux, municipaux, hospitaliers, ainsi que dans quelques laboratoires privés. Le ministère de l'hygiène, qui en supporte les frais, se préoccupe d'accroître encore les ressources, de jour en jour plus grandes, dont disposent à cet effet les services antivénériens et les praticiens. Je vous serai obligé du concours que vous voudrez bien m'apporter sur ce point. Je signale toutefois à votre attention que les examens dont il s'agit sont délicats, et qu'ils exigent une compétence et un soin, à défaut desquels les médecins sont exposés à baser sur des données inexactes leur action curative et les conseils, si importants parfois dans leurs conséquences, qu'ils sont appelés à donner aux malades.

Améliorations à apporter dans les études médicales. — En raison de la part de plus en plus grande faite à la syphilis comme cause essentielle ou adjuvante de nombreuses maladies, il est indispensable que les médecins soient mis à même de la bien connaître et de la bien traiter, ainsi d'ailleurs que la blennorrhagie. Aussi suis-je intervenu auprès de mon collègue M. le ministre de l'instruction publique afin qu'une part plus large fût faite dans les programmes à l'enseignement de la vénéréologie, et que chaque

étudiant effectuât un stage hospitalier, dans un service de cette spécialité, au cours de ses études.

Il n'est pas douteux que les praticiens eux-mêmes trouveront, dans les services de consultations fonctionnant aujourd'hui dans les grands centres universitaires, des conditions favorables pour se mettre au courant des méthodes les plus récentes de traitement de la syphilis.

Mesures concernant la prostitution. — Ces mesures intéressent, d'une part, l'ordre public, d'autre part, la santé publique. A ce dernier point de vue seulement mon administration a à intervenir, non pas directement, car cette question est comme la précédente du ressort des maires, mais en appelant leur attention sur l'importance d'une bonne organisation des services médicaux, de contrôle et de traitement.

Il importe d'assurer aux femmes des soins compétents et attentifs, assurés dans des conditions de dignité et de bonté, propres non seulement à les faire accepter par les intéressées, mais à amener celles-ci à les solliciter elles-mêmes, en leur faisant comprendre à quel point leur propre intérêt est en jeu. Il y a beaucoup à faire dans la voie tracée par la circulaire de M. le ministre de l'intérieur, en date du 1er juin 1919, dont je ne saurais assez rappeler les recommandations, inspirées par le souci élevé des intérêts de la santé publique.

Je limite à ces indications l'exposé des mesures principales à opposer aux malades vénériennes. Vous trouverez auprès du service spécial, constitué au ministère de l'hygiène, les renseignements que vous voudrez bien lui demander, et je m'efforcerai de faciliter votre action, dont le caractère d'impérieuse nécessité ne saurait vous échapper.

Les résultats importants déjà acquis ne sont que le début d'une action qu'il est indispensable d'accélérer et d'intensifier pour poursuivre avec une complète efficacité la lutte antivénérienne.

En s'inspirant de cette idée que nous pouvons, armés comme nous le sommes, faire disparaître, à la condition de le vouloir, la syphilis et la blennorrhagie, de même que l'on a supprimé la variole, nous contribuerons puissamment à combattre la dépopulation et à accroître les garanties de la vitalité nationale.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
Paul STRAUSS.

(*J. O.*, 13 mars 1923.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— La Maison de cure climatique « Les Granges » constitue une des plus agréables villégiatures pour toutes personnes en quête d'un séjour reposant au grand air et en pleine campagne, dans un pays ravissant. (Dr BEAUFORT, directeur).

Et tout particulièrement, les enfants ou adultes : fatigués, surmenés, anémiés, convalescents ; les prédisposés aux affections pulmonaires ; les bacillaires chirurgicaux, mais sans lésions évolutives des poumons, auxquels, cependant, ne convient pas le climat marin ; les gastro-intestinaux ; les malades de la nutrition, etc., trouveront « Aux Granges » l'air, le soleil, le repos, le bien-être, le régime et les soins qui leur conviennent, en même temps qu'une surveillance médicale éclairée, *toujours en liaison étroite avec le médecin habituel du malade.* (Contagieux, mentaux, nerveux, ne sont pas admis).

Enfin, toute une catégorie de personnes peuvent et doivent retirer le plus grand bénéfice d'un tel séjour : ce sont les nombreux baigneurs des stations thermales voisines (Vichy, Néris, Bourbon-l'Archambault, Evaux, Châtel-Guyon, Royat, Le Mont-Dore, La Bourboule, Saint-Nectaire, etc., etc.), soit avant, soit après leur cure, pour s'y préparer ou en consolider l'action.

Crocq (Creuse) est relié par un triple service d'autobus, biquotidien, aux trois gares de Letrade d'Aubusson et de Felletin.

Letrade, à 10 kilomètres, se trouve sur la grande ligne Paris-Aurillac (Paris-le-Mont-Dore). Tous les express y font arrêt et sont desservis par autobus.

Aubusson, sous-préfecture de la Creuse, est plus éloigné (27 kilomètres).

— **L'âme française à Maurice.** — Le courrier de l'île Maurice nous apporte les émouvants détails de la cérémonie du centenaire de Pasteur dans l'ancienne Ile de France.

Une messe solennelle a, d'abord, été célébrée à la cathédrale de Port-Louis, sous la présidence de l'Evêque S. G. Mgr. Murphy.

A la Société médicale, dont Pasteur fut membre honoraire, le docteur Curé, l'un des chefs du mouvement rétrocessionniste de l'Ile, a éloquemment parlé du grand français, considéré comme patriote. Le docteur Rouget, président, a fait le panégyrique du savant. La Société a donné mission au docteur A. Joseph Rivière, de déposer une palme de bronze sur le tombeau de Pasteur : il est chargé aussi d'en déposer une seconde au nom du corps municipal de Port-Louis. Enfin, une souscription est ouverte pour fonder à Maurice une œuvre philanthropique durable, qui portera le nom de l'illustre savant. Ce sera probablement, une « goutte de lait ». Enfin, le maire, M. Rozan est sollicité de donner à deux grandes rues des deux principales cités, le nom de Pasteur et de préparer un mouvement commémoratif.

On voit que l'ancienne île de France est pieusement fidèle à ses origines ; elle montre son amour pour la mère-patrie par le culte des grands hommes, qui travaillent pour le bien exclusif de l'humanité et dans une atmosphère de désintéressement.

— **Les permanences d'entr'aide sociale** « *Fondation Cromwell* » *reconnue d'utilité publique.* — Siège social : 18, place des Vosges, Paris (IVe). — Les Permanences d'entr'aide sociale ont pour but de fournir aux personnes de toutes conditions des *renseignements gratuits* sur les lois sociales, les secours, les œuvres d'assistance, les comités d'apprentissage, le placement familial, les hôpitaux, les dispensaires, les consultations, etc., etc.

Une secrétaire, installée en permanence tous les matins à la mairie, est chargée d'orienter chacun de manière à éviter des démarches inutiles, des frais, une perte de temps et le découragement qui en résulte.

Toute œuvre peut également s'adresser à la secrétaire de Permanence d'entr'aide sociale pour faire bénéficier une famille de moyens d'assistance sortant de ses propres attributions.

La secrétaire de Permanence connaissant toutes les ressources de l'Assistance publique et de l'Assistance privée s'efforcera de ne laisser aucun cas sans solution.

Liste des Permanences en fonctionnement :

3e et 4e arr., : siège social, 18, place des Vosges, 10 heures à midi ; 6e et 5e arr. : à la mairie du 5e, place du Panthéon, 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 ; 2e et 10e arr. (Mme Schamuh, secrétaire) : à la mairie du 10e, 72, Fg. Saint-Martin, 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 ; 15e 14e arr. : à la mairie du 14e, place de Montrouge, 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 ; 11e et 19e arr. : à la mairie du 19e, place Armand-Carrel, 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Téléphone : Archives 53-33.

Les Permanences sont ouvertes *tous les matins* sauf le samedi et le dimanche.

— **VIIIe Congrès de médecine légale de langue française.** — Le VIIIe Congrès de médecine légale de langue française se réunira à Paris les 24, 25 et 26 mai 1923, sous la présidence du professeur Pierre Parisot, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Nancy.

Les questions suivantes sont à l'ordre du jour et font l'objet de rapports qui seront publiés au mois d'avril dans les *Annales de médecine légale* :

1° Professeur Lattes (de Turin). Diagnostic de l'origine individuelle du sang humain ;

2° Traumatisme de la colonne vertébrale et accidents du travail. Rapporteurs : professeur Etienne Martin et Dr Mazel ;

3° Etude critique de la loi sur les maladies professionnelles. Rapporteur : professeur Balthazard et Dr Piedelièvre ;

4° Règlementation internationale de la vente de la cocaïne.

Le professeur Balthazard nous laisse espérer que l'inauguration du nouvel Institut de médecine légale de Paris aura lieu au moment du VIIIe Congrès de médecine légale.

Nous avons prié également le président de la Société de médecine légale de France, élargie et rénovée, de bien vouloir réunir en assemblée extraordinaire les membres de la Société de médecine légale à l'occasion du VIIe Congrès.

Le samedi 26 mai, après-midi, se tiendra *l'Assemblée de l'Association des médecins experts de France.*

La cotisation annuelle est fixée à 50 fr. Les membres de la Société de médecine légale et les membres du Congrès qui ont payé directement à notre éditeur leur abonnement aux *Annales de médecine légale* ne doivent que le complément de la cotisation, soit : 22 fr.

Prière d'envoyer les cotisations annuelles, les adhésions nouvelles et les titres de communications au secrétaire général, professeur Etienne Martin, 10, rue du Plat, Lyon, compte chèques postaux, Lyon, n° 24.

— **Chaire de clinique médicale propédeutique,** hôpital de la Charité : 47, rue Jacob, professeur : M. E. Sergent. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire*, donné sous les auspices de la Faculté et de la mission Rockefeller, par M. le Pr Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Babonneix, Berthier, Brissaud, Cottenot, Courcoux, H. Durand, Genévrier, Gimbert, Guinon, d'Heucqueville, Kuss, G. Laurens, Louste, P. Pruvost, Ribadeau-Dumas et Trémolieres, du 15 juin au 13 juillet 1923.

Un cours de tuberculose chirurgicale dirigé par le professeur Auguste Broca, sera associé à cet enseignement.

I. — *Programme général des conférences théoriques* (faites en fin de l'après-midi).

Evolution clinique générale de la tuberculose. Exposé général d'anatomie pathologique, de bactériologie et d'expérimentation.

Tuberculose de la première enfance, de la deuxième enfance et de l'adolescence.

Tuberculose pleuro-pulmonaire de l'adulte. Signes stéthacoustiques, fonctionnels et généraux. Signes radiologiques. Eléments généraux du diagnostic. Diagnostic différentiel. Eléments généraux du pronostic. Signes d'évolution et complications. Principes d'hygiène et de thérapeutique. Pneumothorax artificiel.

Organisation sociale. Rôle du médecin de dispensaire. Rôle de l'infirmière visiteuse.

II. — *Exercices pratiques* (au début de l'après-midi).

Démonstrations cliniques et radiologiques. Examens de laboratoire. Visites de dispensaires, de préventorium et de sanatorium (Bligny).

III. — *Stage hospitalier* (tous les matins).

Répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers dont ils suivent les visites et les policliniques.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers de la mission Rockefeller et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques du soir seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Le programme détaillé des diverses parties du cours sera remis aux élèves dès la première séance.

Les droits d'incription sont de 150 francs.

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

— **Notre politique thermale et climatique.** — La Fédération d'Auvergne, qui fut une des premières à s'organiser, par conséquent à vivre, donc à agir, a donné l'exemple à toutes les autres régions thermales et climatiques de notre France. Il n'est pas indifférent aux praticiens de bien connaître les divers côtés de la question thermale, car il y va de l'intérêt même de leurs malades. Et c'est pourquoi le *Concours médical*, à diverses reprises, a entretenu ses lecteurs du sujet qui nous occupe.

L'O. N. T. dont la belle propagande pénètre actuellement le monde entier, vient de nous donner le résumé de ses travaux en 1921. Les conclusions de l'instructif rapport de M. Famechon, directeur de cet office, sont tout entières à citer.

Le *Concours médical* aura été heureux d'aider à l'union d'éléments qui doivent, dans un jour prochain, espérons-le, amener la constitution **de la Fédération nationale thermale et climatique française** :

« De la lecture du présent rapport se dégage une triple constatation :

— Le budget de l'Office national du tourisme est réparti, par moitié, entre les encouragements au tourisme intérieur et la propagande à l'étranger.

— Grâce à une large décentralisation et à des méthodes de travail qui s'efforcent d'échapper à ce qu trop souvent s'attache de péjoratif au mot « adminis tration », ses services centraux ont pu être réduits au strict minimum et leur personnel ne compte que six hommes et huit femmes (dont six dactylographes).

— C'est à la propagande que l'Office national applique ses plus actifs efforts et qu'il n'a pu encore attribuer des crédits suffisants.

Il ne faut pas, en effet, se dissimuler que si la France, pour des questions de change et aussi grâce au prestige que lui a valu sa victoire, est encore un centre d'attrac-

tion qui peut lutter efficacement contre la concurrence des pays voisins qui étaient habitués à vivre du tourisme, cet état de choses peut venir à se modifier prochainement.

L'année 1921 a vu s'intensifier la propagande en faveur des pays étrangers. L'Italie en particulier qui depuis peu a créé un Office National du tourisme, sur le modèle de l'Office national français, et une compagnie italienne sur le modèle de la compagnie française du tourisme, a entrepris un gros effort pour détourner vers la Riviera italienne des visiteurs de la côte d'Azur française.

De même, la Suisse dont les hôteliers ont consenti les plus gros sacrifices pour compenser par une réduction des prix l'effet du change qui leur avait été si préjudiciable au cours de l'année précédente.

S'il ne faut pas attacher d'importance aux bruits qui ont couru et d'après lesquels les Italiens et les Suisses auraient fait, par voie d'affiches et de tracts, une concurrence déloyale aux stations françaises, il est certain au contraire que les agences de progagande allemandes ont manifesté une grande activité. Nous avons eu entre les mains des cartes et des circulaires dont l'origine n'est pas douteuse et où était attaquée nommément la station de Vichy et en général les eux minérales françaises.

Enfin, l'effet du change très faible peut attirer un certain nombre de visiteurs dans les pays rhénans, à Wiesbaden, par exemple, ou en Tchéco-Slovaquie et au Tyrol.

Souhaitons que les Français ne se laissent pas pas entraîner à quitter ainsi leur pays : la meilleure publicité à l'étranger ne pourrait être efficace pour le développement du tourisme français si les Français eux-mêmes délaissaient nos stations pour d'autres pays, où d'ailleurs l'équilibre économique instable leur peut réserver de désagréables surprises pécuniaire .

Si l'on ajoute à toutes ces raisons l'effet de la crise économique, aussi intense à l'étranger qu'en France, il apparaîtra qu'aucun effort ne doit être ménagé pour attirer vers la France les étrangers.

Et pour cela nul organe n'est mieux adapté que l'O. N. T. et c'est en développant les moyens d'action des O. F. T. existant à Londres, New-York, Barcelone et Genève et en en créant d'autres dans l'avenir, qu'il entend poursuivre dans l'intérêt général la mission qui lui a été confiée.

Le directeur de l'Office National du Tourisme :
G. FAMECHON.

L'union se fait complète entre thermalisme et tourisme et le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires est heureux de reconnaître avec quelle cordialité il a été récemment reçu par l'O. N. T. L'union fait la force, et la persévérance, le succès.

R. MOLINÉRY.

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.** — Sous la direction du professeur Auguste Broca, le docteur R. Massart, assistant d'orthopédie, fera à l'hôpital des Enfants-Malades une série de quinze leçons sur *les traumatismes du squelette chez l'enfant.*

Ce cours, essentiellement pratique, comprendra un exposé des fractures et des décollements épiphysaires, illustré de nombreuses radiographies des malades traités dans le service, ainsi qu'une étude des traitements employés et des résultats éloignés obtenus.

Les leçons auront lieu tous les jours de 4 heures et demie à 5 heures et demie, à l'hôpital des Enfants-Malades (pavillon de la Clinique), du 10 avril 1923 au 26 avril 1923 ; elles s'adressent plus particulièrement aux élèves à la fin de leur scolarité et aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà des notions de pathologie osseuse.

Programme du cours.

1° Caractères généraux des traumatismes osseux chez l'enfant.
2° Fractures pathologiques. Rachitisme. Kystes osseux, ostéopsathyroses ;
3° Les fractures de la clavicule.
4° Traumatismes de l'épaule, fractures et décollements.
5°, 6°, 7° Lésions du coude, complications, traitement, résultats éloignés.
8° Fractures de l'avant-bras. Maladie de Wolkmann.
9°, 10° Traumatismes du poignet et de la main, résultats éloignés.
11° Fractures du col du fémur coxa vara et coxa valga
12° Fractures du fémur et traumatismes du genou.
12° Fractures du fémur et traumatismes du genou.
13° Fractures des os de la jambe.
14° Traumatismes du cou-de-pied et du pied.
15° Fractures du crâne. Fractures du bassin.

Droit d'inscription : 150 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté, où on se fait inscrire.

— **Internat des hôpitaux de Paris.** — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, sont nommés dans l'ordre suivant :

Internes titulaires : MM. Blum (Jean), 55 1/2 points ; Laffite, 51 1/2 points ; Menégaux, 51 points ; Decourt, 50 1/2 points ; Bartet, Olry, Pellissier, Pierrot, Huguenin, 50 points ; Meillère, 48 1/2 points ; Trocmé, Lévy (Maurice), 48 points ; Barichy, Garnier, Darquier, Meignant, 47 1/2 points ; Kalt, Garcin, Dumas, Lejard, 47 points ; Marassi, Fèvre, Billard, Célice, de Peretti della Rocca, Ferru, Leydet, 46 1/2 points ; Blum (G.), 46 points ; Martin (H.), Huet (Pierre), Ducourtioux, Duhamel, Barbari, 45 1/2 points ; Bréger, Banzet, Huet (Léon), Chabrun, Lepaulmier, 45 points ; Valat, Fumery Marty (Pierre), Leflaive, Christophe, Maziol, Coffin, 44 1/2 points ; Azerad, Renard (J.), Banourret, Triboulet, Iselin, 44 points ; Cayla, Bourgeois (P.), Derocque, Thomas, 43 1/2 points ; Renault, Seguy, Samson, Longchamps, 43 points ; Kaplan, Meyer, May, Leloup, Benda, Meyer (Ch.), 42 1/2 points ; Carréga, Hamburger Durand (Paul) ; Mlle Tisserand ; MM. Barret, 42 points ; Lamy (M.), Ebrard, Maduro, Jacquet, Escalier, Py, 42 points.

Internes provisoires : Mlle Odier, 42 points ; MM. Bodin, Launay, Comet, 41 1/2 points ; Cahen (P.), Berson (Pierre), Delafontaine, Lemaire, Ducuing, Dessaint, 41 points ; Callegari, Moussoir, Krief ; Mlle Deschamps ; MM. Georges (Paul), Briancari-Diaveggio, 40 1/2 points ; Mme Laplam ; MM. Roullet, Lieutaud, Béclère, Levasson, Michaux, Thuret, Lemière, Bidoire, Bohn, Dolfus, 40 points ; David (R.), Ferey, de Vadder, Wallich, Debray, Merle d'Aubigné, Mauvoisin, Bourdillon, 39 1/2 points ; Delaze, Blondin, Raoul, Jonesco, Scemla, Denis (M.), Leboucher, Violard, Bureau (G.), Dalsace, 39 points ; Destouches, Leroud, Diamantberger, Peynet, Bourgeois (Jean), Fleury, Armingeat, Lechaux, Panis, 38 1/2 points ; Mlle icolle, MM. Naveau, Digonnet, 38 points ; Jondeau, Auger, Magdeleine, Gautier Besançon, Cohen (R.), Mer, Mayer (M.), Vergez-Honta Vanheuverswyn, 37 points ; Haye, Burgeat ; Mlle Baudry, 36 points.

Le Directeur Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON THIRON et Cie, Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Réponse.

1° Aux termes de la loi sur les accidents du travail, l'indemnité temporaire est due à partir du cinquième jour après celui de l'accident ; toutefois, elle est due à partir du 1er jour si l'incapacité de travail a duré plus de 10 jours. La Compagnie était donc en droit, puisque le blessé a repris son travail au bout de 7 jours, de ne pas payer les quatre premiers jours.

2° Mais il est certain que cette disposition de la loi prête à l'abus et que, trop souvent, une incapacité est prolongée au delà de sa durée normale pour faire bénéficier le blessé du payement de l'indemnité pendant les 4 premiers jours.

Généralement, c'est le blessé qui insiste pour que l'incapacité soit de plus de 10 jours. Dans votre espèce, le blessé et vous-même avez, plus que le patron, défendu les intérêts de la Compagnie d'assurances. Nous ne disons pas par là que vous avez eu tort.

Application du Tarif Breton

I

Fracture du péroné.

Un homme, piétiné par son cheval au commencement d'octobre 1922, présente des contusions multiples très douloureuses. Entr'autres une fracture *directe* du péroné à un centimètre au-dessus de la malléole. Radiographie conforme.

Il n'a jamais cessé de souffrir à ce niveau ; mais il travaille.

Au 15 février 1923, sur une secousse donnée par un cheval à la longe, cet homme fait une pirouette sans chute. Craquement, impotence fonctionnelle, diastasis, puis ecchymose tardive qui affirme une fracture du même péroné, sensiblement au même niveau. Consultation avec le chirurgien le plus proche. Lettre recommandée à l'assureur pour lui annoncer que, à tels date, heure et lieu, ce chirurgien viendra mettre un appareil plâtré, de marche.

Quid de nos honoraires ? (Il est entendu que les kilomètres incontestables viendront en sus).

2e catégorie.

A. — Note du chirurgien.

Le 17 février : consultation (avec le médecin traitant) au domicile du blessé.............. 24 fr.

Le 23 février : pose d'un appareil plâtré de marche après réduction ?

B. — Note du médecin traitant :

Le 16 février, visite à domicile.......... 8 fr.

Le 17 février : consultation avec le chirurgien .... 24 fr.

Certificat très détaillé pour la lettre recommandée .... 10 fr.

Le 19 février, domicile............... 8 fr.

Le 21, domicile.......................... 8 fr.
Le 23, aide au chirurgien pour le plâtre.. ?

Dr C.

Réponse.

La réduction de fracture du péroné est tarifée 25 fr. parce que d'ordinaire elle n'exige pas d'appareil plâtré. Mais, étant donné qu'il fut fait un appareil plâtré de marche, il m'apparaît que celui-ci ne peut être tarifé moins de 50 fr., soit le prix de « toute répétition d'appareil plâtré ou silicaté de grands segments de membres ». (art. 18 *in fine*).

Quant à l'aide, je ne crois pas qu'il puisse se baser sur l'art. 11 pour demandr 50 fr., cet article parlant des interventions de grande chirurgie, ce qui ne me paraît pas le cas ici. C'est là un cas bien mauvais de tarification, mais je ne puis dire autre chose que ce qui est dans le tarif ».

Dr. F. Decourt.

II

Cumul

Comme membre du « Sou » et du *Concours*, voudriez-vous avoir l'amabilité de m'écrire si au tarif Breton, on peut compter en visite et par visite : 20 fr.

Pansement du genou, large plaie cutanée 10 fr.
Massage du genou (le genou ayant été un mois dans un plâtre)................ 10 fr.

Dr P.

Réponse.

Pansements et massages sont *compris* dans le prix de visite ou consultation (art. 16).

Dr F. Decourt.

III

Spécialiste électrothérapeute

Quoique installé dans un petit pays, mon cabinet est conçu de façon à me permettre d'entreprendre certaines spécialités. J'ai un matériel important d'électrothérapie, nécessaire, à mon sens, à tout praticien qui, pratiquant la chirurgie en même temps que la médecine, doit être à même de traiter convenablement ses malades.

L'A., compagnie d'assurances, me dénie aujourd'huile droit d'appliquer à l'un de ses blessés le tarif des électrothérapeutes, sous prétexte que j'habite la campagne ».

Pour chaque séance d'air chaud suivi de galvanisation, je réclame 20 fr. (ce qui est loin d'être exagéré) et la compagnie ne me consent que 8 fr. le prix d'une simple consultation. Est-elle dans son droit ? Ce serait favoriser l'inertie médicale et je ne vois pas que ce soit là l'avantage du malade ni de la compagnie, car les indisponibilités sont plus longues et plus graves lorsque les soins sont insuffisants.

Dr J.

Réponse.

A l'art. 26.VI. Electrothérapie, vous trouverez : « Traitement électrique *par un spécialiste...* » Vous êtes un *praticien*, c'est-à-dire faisant médecine générale, chirurgie, accouchements, suivant le besoin. Vous n'êtes donc nullement ce qu'on appelle un « spécialiste électro-thérapeute » qui ne s'occupe que d'électricité médicale. Par suite, la Compagnie est dans son droit strict en refusant de vous considérer comme tel.

D'ailleurs, voyez au même paragraphe, le « Nota » : « Tout acte d'électro-diagnostic ou d'électrothérapie ne pourra être fait par le médecin *électrologiste* qu'après *avis conforme* du médecin *traitant* et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ». Là encore, la distinction est nette entre le médecin traitant et l'électrologue. Et à propos de ce nota, il est à considérer si vous avez reçu « l'avis conforme » avant vos interventions. Il est probable que vous ne l'avez pas provoqué, sinon vous auriez été prévenu à temps par la Compagnie.

Dr F. Decourt.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement et régime de l'hyperchlorhydrie

Lutter d'abord contre la constipation, en évitant la plupart des laxatifs banaux, qui sont nuisibles aux hyperpeptiques.

Utiliser, chaque matin, à jeun, une cuillerée à dessert ou à soupe, suivant effet, de l'un ou l'autre de ces mélanges, alternés de semaine en semaine :

a)	Magnésie calcinée ...... Poudre de réglisse.......	ââ 60 gr.
b)	Acide tartrique	10 gr.
	Carbonate acide de sodium	8 gr.
	Sel d'Epsom pulvérisé.....	100 gr.
	Essence de citron	L gouttes

Régime éliminant avec soin tous les aliments susceptibles d'irriter la muqueuse ou de surmener la musculature, en particulier :

Les fritures, les graisses fondues, le beurre cuit, imprégnant les mets, les viandes grasses, les poissons gras, les épices et condiments incendiaires (herbes, acides, poivre, moutarde, poissons, cornichons), le pain frais, et surtout la mie, souvent peu cuite ; les viandes marinées, faisandées, conservées ; les salades crues et les fruits peu mûrs ; la charcuterie et les salaisons (à

l'exception du maigre de jambon, non fumé, et du rôti de porc frais) ; les crustacés et les coquillages ; les pâtisseries grasses ; les crèmes au beurre ; les fromages fermentés ; les boissons alcoolisées ; les sauces et principalement les sauces au vin ; les légumes grossiers (choux, etc.).

Régime fréno-sécrétoire, visant au repos de l'estomac et composé de :

Laitages frais (beurre frais, crème fraîche, fromages blancs, etc.), légumes verts très cuits, pâtes alimentaires, fruits cuits, œufs à la coque mollets ; potages de légumes écrasés ; bouillies au lait, préparées avec des farines de céréales diverses et longuement cuites, pour que l'amidon en soit parfaitement digestible ; purées bien cuites, bien écrasées et finements passées ; légumes farineux (pommes de terre, carottes, navets, fonds d'artichauts, céleris) ; pain grillé ou rassis ; biscottes, mastiquées avec soin ; crèmes renversées, crèmes cuites et autres entremets légers, aux œufs et au lait ; purées de légumineuses ; viandes rôties ou grillées, très cuites (jamais bouillies ni saignantes) ; poisson de rivière bouilli au bleu, avec du jus de citron ; tapioca, riz au lait, semoule, pâtisseries sèches, bien mâchées et insalivées ; fromages à pâte cuite (gruyère, hollande, cantal, etc.).

Huile d'olives (ou liniment oléo-calcaire), pour modérer la sécrétion du suc gastrique : une ou plusieurs cuillerées à soupe par jour.

Si l'on préfère, et dans le même but, manger des amandes à la fin de chaque repas : de 80 à 100 grammes d'amandes fraîches, débarrassées de leur enveloppe cellulosique ; ou de 40 à 60 grammes d'amandes sèches, dépouillées de même par ébouillantage ; les associer au sucre, à la vanille, à des essences aromatiques diverses, voire au chocolat, pour en faire la base de préparations diététiques variées et savoureuses.

Je recommande volontiers, dans ce régime, les tomates, pour leur richesse en tartrate et en azotate de potasse.

Faire, chaque matin, un pansement gastrique avec 20 grammes (quatre cuillerées à café) du mélange suivant (moins onéreux que le pansement bismuthé et à peu près aussi efficace) :

Kaolin chimiquement pur	ââ 50 grammes
Silicate hydraté de magnésie pur......	
Silicate hydraté d'alumine pur........	
Essence de menthe, d'anis ou de verveine	q.s. pour parfumer.

Une demi-heure avant les trois repas, prendre un paquet de :

Gélose pulvérisée...... 0 gr. 10

dans une infusion chaude de feuilles d'oranger, qu'on filtrera sur un tamis à larges mailles.

Ajouter à chaque infusion, de quatre à six gouttes de cette mixture :

Teinture d'anamirta cocculus	ââ p.f. 20 gr.
Teinture de veratrum viride	
Teinture de jusquiame	
Teinture d'opium.........	
Teinture de badiane	

Si les douleurs sont très aiguës, se servir de la même infusion pour avaler un cachet de :

Trioxyméthylène triformol (paraforme) .... 0 gr. 50

Enfin, boire lentement, à 10 heures et à 16 heures, un demi-verre, tiédi au bain-marie, d'une solution préparée avec un de ces paquets dans un litre d'eau bouillie :

Bicarbonate de soude......	6 gr.
Phosphate de soude.......	ââ 2 gr.
Sulfate de soude..........	
Citrate de soude..........	

Dr A. SATRE
(de Grenoble).

JURISPRUDENCE

LOUAGE D'OUVRAGE ET DE SERVICES.— LOUAGE DE SERVICES. — FIN ET RÉSOLUTION DU CONTRAT. — MÉDECIN-CHEF D'UN DISPENSAIRE ANTI-TUBERCULEUX. — UNITÉ DE TRAITEMENT IMPOSÉE A CE MÉDECIN POUR TOUS LES MALADES. — ATTEINTE AUX DROITS ET OBLIGATIONS DE LA PROFESSION. — REFUS D'OBSERVER CETTE PRESCRIPTION. — RÉVOCATION INJUSTIFIÉE. — MENACES ET CALOMNIES PROFÉRÉES PAR LE MÉDECIN. — MOTIF DE RÉVOCATION LÉGITIME.

COUR DE PARIS (1re chambre), 14 décembre 1922.

(*Gaz. Trib.*, 28 janvier 1923 ; *Gaz. Palais*, 21 février 1923).

Le conseil d'administration d'un dispensaire antituberculeux ne peut pas valablement, pour révoquer de ses fonctions le médecin-chef de cet établissement, se fonder sur ce qu'il aurait refusé d'employer dans le traitement de tous les malades indistinctement une unique spécialité pharmaceutique désignée ; en effet, l'identité d'un traitement médical, qui exclut toute diversité individuelle entre les malades, est contraire aux principes les plus certains de la science, et non seulement méconnaît les droits du médecin, mais encore porte atteinte à la liberté qu'il tient de son diplôme de choisir ses médi-

cations d'après sa conscience et son expérience, et qui est la condition de sa responsabilité.

Mais cette révocation est justifiée si elle est motivée par les menaces et les calomnies proférées par le médecin contre le président de l'œuvre dont dépend le dispensaire et contre ses confrères.

Commentaires

Cet arrêt est intéressant, en ce sens qu'il reconnaît implicitement la non-validité d'un contrat, passé entre un docteur en médecine et un tiers, contrat par lequel le médecin se serait engagé à soigner tous les malades, uniquement d'après une méthode déterminée, ou un médicament toujours le même. « Pareil procédé, dit l'arrêt, porte atteinte à l a liberté que le médecin tient de son diplôme de choisir ses médications d'après sa conscience et son expérience, ce qui est la condition de sa responsabilité ».

Il faut en déduire que, parce qu'il est responsable de ses actes médicaux, le docteur en médecine ne peut pas louer ses services à un tiers pour l'exploitation uniforme d'une méthode de traitement ou d'un seul médicament.

Nous irions même plus loin et, d'après nous, pareil contrat pourrait conduire les contractants devant la juridiction répressive, l'un pour exercice illégal de la médecine, l'autre pour complicité d'exercice illégal.

En imposant au médecin l'ordonnance d'un même produit pharmaceutique, quelle que soit la nature, ou même le degré de la maladie, le non-médecin prend ainsi part habituellement au traitement des affections et tombe sous le coup des pénalités prévues par la loi du 30 novembre 1892.

Par sa docilité, le diplômé couvre l'exercice illicite de son employeur et devient son complice.

Ces contrats ne sont pas rares, malheureusement. De jeunes médecins, au sortir de la faculté, n'ont que leur diplôme pour toute fortune. Il faut vivre, alors qu'on n'a pas en poche l'argent nécessaire pour s'établir. Une réclame alléchante, des conseils d'amis mal informés, amènent le praticien novice à contracter illicitement, pour trafiquer de son diplôme. La correctionnelle vient souvent arrêter pour jamais la carrière médicale d'un besogneux, victime de sa pauvreté et de son inexpérience.

Cette dernière doit-elle lui être reprochée ? Non ! car aucun professeur à la Faculté, n'a eu la possibilité, soit de spécialisation de chaire, soit de compétence juridique, pour enseigner ce qui est permis et ce qui est défendu par les lois.

La mode est aujourd'hui de faire revivre les mouvements sporadiques d'opinion en faveur de l'Ordre des médecins.

Cette panacée répressive, séduisante en théorie, mais inapplicable en pratique, aurait peu

d'efficacité, comparée aux résultats que donnerait un enseignement bien compris des devoirs des médecins.

C'est par l'éducation juridique et sociale qu'on relèvera le niveau moral de notre profession.

C'est en apprenant à l'étudiant sa véritable fonction sociale qu'on en fera un citoyen utile, tant à ses malades qu'à sa patrie.

Dr Paul BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Concours pour deux places de médecins adjoints des sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert pour deux places de médecins adjoints des sanatoriums publics.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire : 1° un extrait de leur acte de naissance ; 2° un extrait de leur casier judiciaire ; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat ; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Ils devront adresser leurs demandes accompagnées des pièces et références ci-dessus au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4° bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris).

Le traitement de début est fixé à 8.000 fr. et peut par avancements successifs de 1.000 francs atteindre 11.000 fr. Les médecins adjoints bénéficient en outre gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage et ont la faculté d'utiliser à titre onéreux pour eux et leur famille le ravitaillement de l'établissement. (*J. O.*, 3 mars 1923).

Modification au décret du 27 juin 1922 relatif au brevet de capacité des infirmières professionnelles.

Décret du 19 *février* 1923,

Art. 1er. — Le septième alinéa de l'article 1er du décret du 27 juin 1922 est modifié comme suit :

« Le programme devra être uniforme pour tous les examens du même ordre. Les examens n'auront lieu que dans les villes sièges d'une faculté de médecine ou d'une école de médecine ».

Art. 2. — L'article 3 dudit décret est modifié comme suit :

« Un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, composé de trente membres, non compris le

président, sera chargé de veiller aux modifications et améliorations à apporter aux programmes et aux diverses parties de l'enseignement (technique et moral). Il sera divisé en deux sections ayant mission de donner leur avis sur l'organisation et le fonctionnement des écoles ressortissant de leur compétence respective déterminée par arrêté du ministre, dont les règlements seront soumis à l'approbation ministérielle. Les sections donneront également leur avis sur la durée minimum du stage à exiger des candidats au brevet dans chaque catégorie professionnelle, cette durée ne pouvant être inférieure à deux années pour le brevet professionnel général.

« Les deux sections pourront se réunir en assemblée générale pour traiter les questions présentant un caractère mixte.

« Ce conseil pourra être chargé de répartir des bourses d'études provenant de fondations ou de ressources fournies par les fonds publics et de distribuer des récompenses.

« La répartition des membres entre les deux sections est faite par arrêté ministériel. Le président fait partie des deux sections. Chaque section comprend un membre désigné par le conseil supérieur de l'assistance publique et un désigné par le conseil supérieur d'hygiène publique de France. La première section comprend en outre, un membre désigné par le ministre de la guerre, un membre nommé par le ministre de la marine et un membre nommé par le ministre des colonies, comme représentants des services de santé militaire. Les autres sont choisis par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. Les pouvoirs de tous les membres ont une durée de trois ans et sont renouvelables. Les mandats sont gratuits à l'expiration du premier mandat, cinq des membres de chaque section, choisis par le ministre, seront élus par l'ensemble des écoles ressortissant à leur section respective et reconnues dans les conditions de l'article 4 du présent décret.

« Le ministre nomme le président, les présidents de sections et le ou les secrétaires : ces derniers peuvent être pris en dehors des trente membres ; dans ce cas, ils n'on que voix consultative ».

Art. 3. — L'article 5 du même décret est complété par l'alinéa suivant :

« A titre transitoire également et pendant un délai de deux ans, à compter de la date du présent décret, sur la proposition des administrations compétentes, le brevet de capacité professionnelle pourra être délivré par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, aux infirmières et infirmiers en exercice et ayant été admis, soit au concours, soit à la suite d'un examen, dans des services hospitaliers à caractère permanent ».

(*J. O.*, 11 mars 1923).

Questions parlementaires et réponses ministérielles.

Les écoles d'infirmières visiteuses.

90162. — M. Pierre EVEN, député, demande à M. le ministre de l'hygiène : 1° quel est le

nombre d'écoles d'infirmières visiteuses en France ; 2° le nombre d'élèves inscrites dans chaque école ; 3° le nombre des bourses attribuées pour l'ensemble des écoles et pour chacune d'elles ; 4° sur quels fonds sont prélevées les sommes exigées pour l'attribution des bourses et par les soins de qui elles sont distribuées. (*Question du 26 janvier* 1923).

Réponse. — 1° Il existe 14 écoles d'infirmières visiteuses ; 2° et 3° le nombre des élèves inscrites est de 419 ; celui des bourses attribuées de 276, à savoir : école du comité national de défense contre la tuberculose : 107 inscrites, 89 bourses ; maison-école d'infirmières privées, 66, rue Vercingétorix à Paris ; 20 inscrites, 0 bourse ; école Reine Fould, 35, rue de la Glacière à Paris ; 43 inscrites, 24 bourses entières, 10 demi-bourses, 3 tiers de bourse, 3 sixièmes de bourse ; école de Reims : 5 inscrites, 7 bourses accordées (5 seulement attribuées) ; école de l'institut bactériologique à Lyon : 17 inscrites, 10 bourses ; école des visiteuses de l'enfance à Lyon, 1, rue Alphonse-Fochier : 23 inscrites, 10 bourses ; école de Marseille : 19 inscrites, 19 bourses ; école de Bordeaux, 24 quai des Chartrons : 20 inscrites, 6 bourses ; école Florence Nightingale, internat à Bordeaux : 43 inscrites, 20 bourses ; école de Lille : 24 inscrites, 20 bourses ; école de Strasbourg : 23 inscrites, 18 bourses ; école de Toulouse : 25 inscrites, 6 bourses ; école de Rennes : 42 inscrites, 0 bourse ; école de Nantes : 38 inscrites, 32 bourses ; 4° les fonds sur lesquels ces bourses sont prélevées proviennent soit des ressources propres des écoles d'infirmières, soit des subventions allouées à cet effet, par l'Etat, les départements et les communes, ainsi que les comités départementaux antituberculeux. Une somme de 150.000 fr. a été attribuée, en 1922, par le ministre de l'hygiène et répartie entre diverses écoles. De nombreuses bourses ont été également instituées par la commission américaine de préservation antituberculeuse. L'attribution des bourses est faite par les écoles elles-mêmes, soit par les collectivités qui ont créé ces bourses.

(*J. O.*, 3 mars 1923.)

VARIÉTÉS

Dieu vous bénisse !

L'intervention de Dieu dans l'éternuement est évidemment quelque chose d'absurde et sans explication logique. Néanmoins, bien que diminuée actuellement dans sa fréquence, cette réplique instinctive à un acte involontaire, bruyant et imprévu, existe encore, marque d'une série héréditaire de coutumes qui doivent remonter fort loin dans le passé.

Il est curieux de constater que Xénophon, dans son livre de la Retraite des Dix Mille, mentionne de façon expressive les rapports entre l'éternuement d'un soldat et les Dieux.

Voici, au reste, ce passage :

« Alors Xénophon se lève, revêtu de la plus « belle armure guerrière qu'il eût pu se procurer, « convaincu que si les Dieux lui donnaient la victoire, la plus belle parure convenait au vainqueur et que s'il fallait mourir, il convenait « encore, après s'être jugé digne de porter les « plus belles armes, d'en mourir revêtu ; puis, il « commence ainsi : « Le parjure des barbares, « leur perfidie dont vous parle Cléanor, vous les « connaissez aussi, je le crois. Si donc vous délibériez sur un nouvel accord d'amilié avec eux, « nous serions nécessairement en proie au découragement, en considérant ce qu'ont souffert nos « stratèges, qui, sur la foi des traités, se sont « remis en leurs mains. Mais si nous avons l'intention de punir avec nos armes les maux « qu'on nous a faits, et de leur faire la guerre par « tous les moyens en notre pouvoir. nous avons « avec l'aide des dieux, de nombreuses et belles « espérances de salut.

« *Au moment où Xénophon prononçait ces paroles, un Grec éternue. Aussitôt les soldats, d'un « seul mouvement s'inclinent tous devant le dieu.*

« Alors Xénophon reprenant : « Il me semble, « soldats, dit-il, que comme, au moment où nous « délibérions sur notre salut, Jupiter sauveur, « nous envoie ce présage, il faut vouer à ce dieu « un sacrifice d'actions de grâces, dès que nous « serons arrivés en pays ami, et un second sacrifice aux autres dieux, suivant nos facultés, « Que ceux qui sont de cet avis lèvent la main ».

« Tous la lèvent ; on prononce ensuite le vœu, « on chante un péan ; puis, ces hommages légitimes rendus aux dieux, Xénophon reprend en « ces mots : « Je disais donc que nous avons de « nombreuses et belles espérances de salut. D'a« bord, etc..... ».

(Xénophon, livre III, chap. 2, édition Talbot).

Par la suite, Xénophon, général habile, et homme doué de qualités les plus remarquables, aida à conduire à son terme la retraite difficile qu'il a narrée avec une précision dans le détail dont l'épisode ci-dessus est la marque et consacra aux dieux, suivant le vœu fait dans ces singulières circonstances.

Nous ne consacrons plus aux dieux, ni aux mânes, ni dans la même forme, mais vingt-quatre siècles après ce récit, nous en subissons encore, probablement à notre insu, et je crois, sans le savoir, l'influence fatidique.

A ce seul titre de curiosité il m'a semblé bon de le signaler.

Dr Déléon.

Quarante-cinquième année. N° 13 1er Avril 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Koenig, à Orléans (Loiret), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux «* demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux du* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 148. — Pr raison santé, à céder excell. cabinet médic. ds importante station thermale, condit. à débattre.

No 149. — Grande banlieue. A céder dans jolie région excellente clientèle, faisant 35.000 susceptib. d'augmentat. Petits fixes, pays de chasse et pêche. Ec. pr conditions.

No 150. — Touraine : à vend. propriété compren. 2 châteaux, l'un Louis XIV, constr. par Mansard, l'autre Henri III, bon état, parc et bois au gré de l'acheteur. Peut convenir maison repos, sanat. pays sain boisé, proxim. chem. fer. Toutes ressources. Me Lablancherie, notaire à Loches (I.-et-L.).

No 151. — Cabinet dentaire à céder gde ville de l'Est, 2 cabinets, 2 appart. très bonne clientèle ; affaire sérieuse, on présenterait. 80.000 fr. dont 30.000 comptant.

No 152. — Excell. Torpedo Renault 12/16 HP éclair. et démarr., mécanisme parfait, carross, peint. noire récente, 6 pl. 5 roues, 2 phares, coffre, amortiss. Hartford, 16.500. Delcroix, 14, av. Pierre-de-Serbie. Tél : Passy 42-42.

No 153. — Dr expérim. et actif recherche poste méd. rapp. minim. 30.000, région littor. méditerran. ou poste important rég. Lyon, Grenoble, Valenc . Ecr. Cordier, 8, rue Tronchet, Lyon.

No 154. — Cause doub. emploi à vend. Ford marche parf. 3.000. Forceps Tarnier bon état 120. Dr Ladevie, Gisors (Eure).

No 155. — Malle Chapel. bois 0,75 ht. 60 larg. 70 lg : 30 fr. Malle molesk. osier « Moynat » neuve 75 h., 60 lge, 90 lg : 250 fr. Sac cuir carré 0,40 et envel : 25 fr. : Filet tennis : 5 fr. Raq. tenn. « Smart » : 25 fr. Autre 10 fr. Faut. hyg. noyer : 45 fr.

No 156. — Auto Corre 8 HP 1916, éclair. électr. Au plus offrant depuis 5.000 ; en parfait état.

No 157. — Bouteille acétylène B.R.C. complète, boîte et manomètre. S'adr. : Dr Conchon, à Châtel-Guyon.

No 158. — Berger allemand importé pure race, 10 mois, excell. gardien, docile, rapporte. Ecr. : Dr J. Royer, 1, rue St-Quentin, Le Havre.

No 159. — Fille de docteur possédant mach. à écrire, cherche travaux copie.

No 160. — A vend. cause décès, chaise longue à spéculum. Dupont, élévation par manivelle, couverture maroquin grenat capitonnée. App. électr. Gaiffe. Thermocaut. et divers instr. Vve Dr Desché, Bourbon-l'Archambault (Allier).

No 161. — Dame très honorab. recomm. par Dr du pays prendrait en pension enfant débile ou ganglionnaire, ds villa bord de mer. Soins matern. Madame Mildner, villa Cécile, Le Lavandou (Var).

No 162. — A prend. de suite bonne client. facile à desservir, pays riche, paya nttrès bien, belle maison, très légère indem.

No 163. — A céder 1 miroir frontal, 1 miroir Clar, 1 appareil Prana à neige carbonique.

FAITS CLINIQUES

Zona et varicelle.

Je crois devoir apporter pour les chercheurs à venir ma contribution à la discussion récemment ouverte sur les rapports du zona et de la varicelle. Le cas qu'il me fut donné de constater est similaire à ceux déjà rapportés ; je me garderai d'en tirer quelque conclusion que ce soit, mais c'est, je crois, de toutes ces observations, individuellement et impartialement faites, que résulteront les lois générales.

Je dois reconnaître d'ailleurs que mon attention n'aurait en rien été éveillée par la succession de ces deux affections, que je croyais jusqu'aujourd'hui totalement différentes, si je n'avais eu en mémoire le problème soulevé à la société médicale des hôpitaux, par M. Netter.

Appelé donc, le 18 octobre dernier auprès d'une jeune fille de treize ans, je constatai un cas de zona intercostal, classique, avec sa triade symptomatique, fièvre, douleur, éruption.

Douze jours après, soit le 3 novembre, j'étais appelé de nouveau dans la même maison pour un cas de varicelle, banale aussi, contractée par une enfant de six ans environ, cousine de la première malade.

Je dois ajouter que deux autres enfants plus âgés, dix ans et treize ans, habitant la même maison, ne furent pas malades, immunisés peut-être par une atteinte antérieure. Et je remarquerai d'autre

part, que parmi les cas cités, à peu près tous signalent la varicelle comme succédant au zona, et rarement celui-ci à celle-là.

Dr L. SASPORTAS.
(Papeete, Tahiti.)

CORRESPONDANCE

Les augmentations des charges des loyers prorogés.

Dans un de vos derniers numéros du *Concours*, vous répondez à un confrère que les locataires qui jouissent d'une prorogation de leur bail doivent, d'après la loi de mars 1922, verser au propriétaire, en plus du prix de leur loyer :

1° La différence des impôts entre la période de 1914 et celle de la prorogation.

2° Un supplément de 5 % du prix du loyer.

Me trouvant dans un cas semblable, mais à titre de propriétaire, je me suis informé de mes droits près du juge de paix qui m'a répondu que cette loi n'était applicable que dans les villes de plus de 10.000 habitants ou dans celles dont la population avait augmenté au dernier recensement. Comme vous ne signalez pas ce distinguo dans votre réponse, je me demande si cette condition est exigible et vous serais obligé de bien vouloir me documenter à ce sujet.

Pour obtenir du locataire ce supplément, suffit-il de le lui réclamer ou est-il nécessaire de le citer en Justice de Paix ?

Dr L.

Réponse.

La loi du 31 mars 1922, si elle n'est applicable que dans certaines localités (villes de plus de 10.000 habitants, etc.) en ce qui concerne les prorogations nouvelles auxquelles elle donne droit, est applicable à toute la France en ce qui concerne le régime auquel elle soumet les prorogations anciennes, et notamment les augmentations de loyers, ou plutôt de charges, qu'elle impose aux bénéficiaires des prorogations édictées par les lois antérieures.

Vous pouvez donc, si votre locataire est en cours de prorogation, lui demander le payement des augmentations dont il s'agit. Cette demande peut, bien entendu et cela est même préférable, être adressée d'abord par la voie amiable. En cas de refus, le tribunal compétent est le juge de paix si le loyer ne dépasse pas 1.000 fr. par an et le Tribunal civil, en Chambre du Conseil, dans le cas contraire.

Honoraires des visiteuses des femmes en couches secourues

En qualité d'abonné au *Concours* et de membre du « Sou » voudriez-vous me permettre de vous demander le renseignement suivant :

La sage-femme de T. est chargée par la commune de visiter les femmes enceintes et les nourrices qui ont obtenu le secours aux femmes en couches. Elle doit dans bien des cas faire de nombreux kilomètres pour se rendre dans des fermes isolées du centre.

Jusqu'ici elle n'a jamais touché un sou pour ces déplacements, aussi les réduit-elle, naturellement, au minimum.

Elle m'a prié de m'informer : 1° Si « la visiteuse » prévue par la loi, ne doit pas avoir une indemnité pour sa visite d'abord, pour ses kilomètres ensuite ; 2° de combien est cette indemnité (est-elle fixée par la loi, par les préfets, ou par chaque commune) ; 3° à qui s'adresser pour se faire payer.

J'ai pensé que vous pourriez me donner ces éclaircissements et je vous en remercie par avance.

Dr L.

Réponse.

Aux termes de l'article 71, 2° de la loi du 31 juillet 1913 (budget), les frais d'administration et de contrôle départemental du service des allocations pour le repos des femmes en couches et pour l'allaitement maternel constituent des dépenses obligatoires pour le département.

L'article 17 du décret du 17 décembre 1913 portant réglement d'administration publique pour l'application de la loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches dispose que la délibération par laquelle le Conseil général organise le service doit prévoir le contrôle départemental de ce service dont les frais sont rangés au nombre des dépenses obligatoires du département, ainsi que nous venons de le voir.

Dans le cas où le Conseil général n'organise pas le service de contrôle, il y est pourvu par un Décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

C'est la même organisation, en définitive, qu'en matière d'assistance médicale gratuite et les réglements, y compris les tarifs pour la rémunération des personnes qui assurent l'exécution de la loi, sont départementaux, Il y a donc lieu, pour la sage femme qui fait fonction de visiteuse, de s'adresser à la préfecture pour connaître les honoraires auxquels elle a droit et en demander le payement

---

Exercice de la médecine par une magnétiseuse.

Une demoiselle s'est installée ici avec une belle plaque : « Magnétiseuse praticienne diplômée ». Elle croit de très bonne foi avoir le droit d'exercer son « art », possédant un diplôme de l'Institut X.

A-t-elle vraiment ce droit ? Dr C.

Réponse.

Comme vous avez pu le voir dans le numéro du *Concours Médical* du 18 mars, la Cour de Cassa-

tion, par arrêt du 16 décembre 1922, a cassé un arrêt de la Cour d'appel de Toulouse qui avait acquitté un magnétiseur jouissant, paraît-il, d'une grande renommée. La Cour Suprême considère que le fait de prendre part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou affections chirurgicales constitue, de la part d'une personne non munie d'un diplôme permettant l'exercice de la médecine, l'exercice illégal, alors même qu'il s'agit de l'apposition, de l'application, du passage des mains sur les membres ou organes malades, de frictions, attouchements, pressions avec les mains sur les vêtements ou le corps dévêtu, etc.

Quant au diplôme que la magnétiseuse en question aurait obtenu, il est légalement sans valeur, n'ayant aucun caractère officiel. Il n'existe pas de diplôme officiel de magnétiseur, et la magnétiseuse qui userait de ses connaissance spéciales pour donner des soins aux malades pourrait être poursuivie et condamnée pour exercice illégal de la médecine.

Liquidation des Pensions militaires.

En qualité d'abonné au *Concours Médical*, je viens solliciter votre avis sur le cas suivant :

Proposé par Commission spéciale de réforme pour mise hors cadres le 15 janvier 1918, je fus en effet renvoyé dans mes foyers et mis H.C. en fin février 1918 sans solde, pour le diagnostic suivant : induration du sommet droit ; crises d'asthme.

Mon état s'étant aggravé, j'ai demandé une nouvelle visite en 1920. Je fus proposé par la commission de réforme pour une pension de 100 p. 100 et maintien en mise hors cadres. Le ministre ratifia et en avril 1920 eut lieu le point de départ légal de cette pension à 100 p. 100. Diagnostic : tuberculose pulmonaire en évolution. Présence de bacilles.

Comme il s'agissait toujours de la même maladie qui m'avait fait mettre H.C. en 1918, je demandai que le rappel de pension me fût fait pour la période allant de février 1918 à avril 1920. Silence absolu de l'intendance et du ministère. Les six mois étant près d'expirer, j'introduisis une demande au Tribunal des Pensions. Quelques mois après, le ministère me fit offrir par l'intendant départemental un rappel de pension de 30 % pour la période allant de février 1918 à avril 1920, sous prétexte que la maladie étant alors au début, je ne pouvais à aucun titre prétendre à un rappel supérieur. J'acceptai cette offre et retirai ma demande au Tribunal des Pensions.

J'ai été convoqué de nouveau à la commission de réforme en mars 1922 qui proposa : radiation des cadres et maintien de la pension temporaire de 100 p. 100 toujours avec le même diagnostic : Tuberculose pulmonaire en évolution. Présence de bacilles. Depuis cette époque, mars 1922, je touche ma pension

avec un titre d'allocation provisoire d'attente, le ministère n'a pas encore liquidé ma pension. Cela fait un an, ce retard est-il normal ? Dois-je réclamer ? l'expérience passée m'a prouvé surabondamment qu'on ne *répond pas*. Que faire ? attendre la bonne volonté des bureaux du service de la liquidation ???

Quand ma pension sera-t-elle définitive ? En somme il s'agit toujours de la même maladie, au début, en 1918 au moment de la visite devant la première commission de réforme, aggravée au moment des autres visites et expertises en avril 1920 et mars 1922.

Je n'ai jamais touché le rappel de 30 % offert et accepté par moi. Quand me sera-t-il payé ???

Dr B.

Réponse.

Il est normal que vous touchiez votre pension avec un titre provisoire qui vous a été délivré précisément pour que vous puissiez percevoir aussitôt.

Les opérations de liquidation par le Ministère des Pensions, puis par le Ministère des Finances sont toujours très longues, sans qu'il soit possible de leur fixer un délai : un an, 18 mois ? Quand elles seront terminées, vous recevrez votre titre définitif, et en même temps vous percevrez les arrérages (30 %) qui vous sont dus.

Votre intervention serait donc inutile actuellement. Comme votre infirmité a été constatée pour la première fois en février 1918, et que vous avez passé une visite en mars 1922, c'est-à-dire à l'expiration des 4 ans, il est vraisemblable que l'Art. 7 jouera pour votre cas et que le titre définitif que vous recevrez sera un titre, non plus de pension temporaire, mais bien de pension définitive.

Quand les coupons de votre titre provisoire seront épuisés, vous le présenterez à la sous-intendance, et on vous les renouvellera en attendant votre titre définitif.

Imputation du déficit d'exploitation sur les bénéfices professionnels.

Puis-je porter dans mes dépenses pour l'établissement de mes bénéfices non commerciaux (médecin propharmacien) une somme représentant le déficit de l'année précédente (année d'installation) et les intérêts de cette somme ?

Dr R.

Réponse.

Le déficit provenant de dépenses inhérentes à une installation ne saurait être imputé aux frais généraux de l'année suivante pour l'établissement du bénéfice.

Si ces dépenses ont pour cause l'achat de matériel nécessaire à l'exercice de la profession, seul l'amortissement dudit matériel peut être défalqué des bénéfices.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Impôt sur le revenu
Déductions. Amortissements, Paiement.

A une demande de renseignements au sujet de mes impôts cédulaires et sur le revenu, vous avez bien voulu dernièrement me répondre ceci :

Ecrivez au contrôleur pour lui demander comment il a établi le calcul de vos impôts. Ce que j'ai fait.

Comme dépenses professionnelles j'avais déclaré (année 1921) :

Amortissement de mobilier, instruments, livres	250 fr.
Impôts	528 fr. 60
Frais d'auto	6104 fr. 60
Assurances	292 fr. 75
Abonnements, syndicat	100 fr.
Domestique (50 % du salaire et entretien)	1200 fr.
Total	8475 fr. 95

(Je mets hors de compte l'amortissement de mes frais d'études que j'avais déclarés, mais qui, paraît-il n'est pas admis par l'administration).

Or, le contrôleur me répond, *sans autre explication*, qu'il ne m'a compté que 6.000 fr. de dépenses professionnelles !

De quel droit ? Et quel recours puis-je avoir contre cela ? Dans ce cas, n'est-ce pas à lui à faire la preuve puisque ma déclaration a été faite dans le délai voulu ?

D'autre part, j'avais déclaré 3.493 fr. de dettes payées avec nom et adresse des créanciers. A cela le contrôleur répond : « Vous ne justifiez par aucun titre les dettes par vous payées. Elles ne peuvent donc entrer en déduction ».

Qu'est-ce que cela veut dire ? Fallait-il envoyer mes reçus et dois-je offrir de le faire encore maintenant ? Et s'ils s'égarent ?

A vrai dire, je n'en ai jamais eu, mes créanciers m'ayant simplement rendu les billets que j'avais souscrits et que du reste, j'ai détruits.

Cette question m'intéresse particulièrement. Car ayant payé encore des dettes en 1922, je me demande comment m'y prendre pour les faire déduire du chiffre de mes revenus.

Enfin, qu'arriverait-il si trouvant mes impôts exagérés, je refuse de les payer ?

Le percepteur peut-il me faire saisir d'office ? ou faudra-t-il un jugement et de quel tribunal ? Où cela peut-il me mener au point de vue frais et autres conséquences ?

Que me conseillez-vous ?

S'il me faut faire une réclamation, à qui et comment ? et dans quel délai ; — le Rôle a été publié le 21 janvier 1923.

Devrai-je payer d'abord ou bien attendre le résultat de mes démarches ?

Dr B.

Réponse.

1° Les frais indiqués ne paraissent pas exagérés, surtout si les frais d'auto ne comprennent pas l'amortissement de la voiture.

D'après votre demande, vous êtes en possession de la feuille d'impôt ; or, avant de modifier votre déclaration, le contrôleur aurait dû vous informer de cette intention par lettre recommandée vous invitant à présenter vos observations.

L'imposition irrégulière en la forme peut être contestée par voie de réclamation sur papier timbré adressée au préfet ou sous-préfet de l'arrondissement ; d'autre part, au fond, le contrôleur devra apporter des arguments sérieux pour établir l'exagération des frais déclarés, surtout si les dépenses journalières font l'objet d'inscriptions sur un livre qui pourrait être communiqué.

2° En ce qui concerne les dettes, *seuls les intérêts* payés peuvent être déduits de l'ensemble des revenus, mais non les remboursements de capital, car il est évident que lorsque vous avez reçu les sommes du prêteur, vous n'aviez pas à les déclarer comme revenu.

Le contrôleur peut exiger la communication du reçu des intérêts, par exemple, lors de son passage dans la commune, mais non l'envoi par poste à son bureau. Seul le reçu peut faire preuve, mais si vous n'en possédez aucun, votre prétention n'a aucune chance de succès.

3° Le percepteur est en droit de vous faire payer une imposition même exagérée et contestée. Les réclamations ne sont pas suspensives de payement, et rendraient valables les poursuites dont les frais resteraient à votre charge, même en cas de succès de la réclamation. En conséquence, le mieux est de payer, et les sommes qui vous seront allouées en dégrèvement vous seront remboursées ou imputées sur les impositions ultérieures.

A. Martinot,
Directeur du *Contribuable Français.*
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton

I

Régularisation, épluchage, etc.

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint, pour contrôle et approbation, une note d'honoraires accident

Voir la suite page XLIII-1185

PROPOS DU JOUR

La mise en valeur des richesses climatiques de la France. La nécessité de la collaboration du médecin praticien dans le développement du tourisme et du climatisme

La *France thermale, climatique, balnéaire et touristique*, dans un récent article de M. Gustave Salé, intitulé : *Le Tourisme et l'Ecole*, montre combien il serait nécessaire de faire entrer dans les programmes de l'Ecole, du Lycée, et même de la Faculté, l'enseignement du tourisme. Il demande que, dans les Ecoles normales d'instituteurs et d'institutrices, il soit fait de véritables cours de tourisme, de thermalisme et de climatisme pour que les éducateurs de demain puissent faire connaître à leurs élèves les ressources climatiques de notre pays, trop incomplètement mises en valeur.

Si nous réfléchissons tant soit peu à cette question, nous sommes étonné qu'elle ait besoin d'être résolue, car l'étude touristique et climatique de la France n'est, en somme, que l'exposé de la géographie physique bien comprise de notre pays avec les déductions pratiques qui, naturellement, en résultent. Cet enseignement ne nécessiterait donc aucune surcharge des programmes(1).

Ce qui fait la richesse et la beauté de notre Patrie au point de vue économique, climatique et touristique, c'est son extraordinaire variété. Cette variété tient aux nombreux bouleversements géologiques qui ont transformé notre sol, et à l'étendue des côtes qui permet à l'influence maritime de se faire sentir un peu partout. Mais en tant que variété, elle est une variété harmonieuse. La France du Nord est, comme climat, nettement différente de la France du Midi, mais ces deux régions d'apparences si disparates se succèdent sans changements brutaux ; elles se pénètrent de telle sorte que certaines zones de transition empruntent au Nord et au Midi une partie de leurs caractères.

Le Midi provençal méditerranéen, aux étés secs et aux automnes pluvieux, diffère du Midi gascon océanique aux fréquentes pluies d'été. Si la muraille des Cévennes détermine, au point de vue climatique, un changement assez brusque entre le plateau Central et la région méditerranéenne, la vallée du Rhône permet à la végétation du Midi provençal de gagner vers le Nord en se modifiant progressivement. L'olivier ne disparaît qu'à Viviers, le chêne vert pousse jusqu'à Vienne, et le mûrier atteint la région lyonnaise jusqu'aux pieds du Mont-d'Or.

Des vallées avoisinantes sont dotées de climats différents ; tandis que les étés sont très secs dans la vallée de la Durance, ils sont mouillés dans le Dauphiné et la Basse-Auvergne. Le Lyonnais, pays de transition, offre des variations de température qui oscillent brusquement entre le chaud et le froid. Le Bas-Dauphiné, les Dombes, la Bresse ont un caractère plus septentrional et, du fait de leur sol, apparaissent comme des pays froids dont le climat se rapproche sensiblement du régime de l'Europe Centrale.

Le Nord de la France, dont l'uniformité du relief permet plus d'homogénéité au point de vue climatique, échappe aux rigueurs du climat continental. Les pluies cycloniques y tombent à partir d'octobre et l'on peut y faire une culture très variée.

Si l'Est ressemble davantage à l'Europe Centrale avec ses printemps tardifs, ses automnes sont plus lumineux et permettent à la vigne d'y mûrir.

L'Ile de France est la contrée médiatrice par excellence ; une flore chaude peut s'y développer, mais, çà et là, des forêts humides et de riches plates-formes agricoles la constituent.

Même variété dans nos côtes de la Manche et de l'Océan. La tiédeur du climat breton est connue de tous. Les effluves de ce climat océanique pénètrent le continent, et permettent les cultures délicates et celle de la vigne dans les vallées angevines et tourangelles.

A partir du Morbihan, les côtes de l'Océan d'Aquitaine prennent un caractère de plus en plus méridional.

« Ce ciel mobile et gai, écrit Vidal de la Blache, plus doux dans les Charentes, plus ardent en Gascogne, plus capricieux dans le pays basque, a tout le brillant du Midi sans le sombre éclat de la Méditerranée. »

Il n'existe pas de pays qui, sur une superficie aussi restreinte, offre de pareilles variétés. La

(1) Lire à ce sujet le remarquable volume de Vidal de la Blache : *Tableau de la géographie de la France*, qui sert d'introduction à l'Histoire de France de Lavisse.

Flandre et la Normandie rappellent la Basse Allemagne et l'Angleterre ; le Béarn, le Roussillon, la Provence, rappellent beaucoup les Asturies et la Grèce. Et, malgré cette variété, il n'y a pas de différence profonde dans la population, ni dans les mœurs, grâce aux pays de transition comme la Bourgogne, la Touraine, l'Ile de France, qui, selon l'expression de Michelet, forment « l'élément liant de la France ». Il résulte de la qualité de notre sol, de ses cultures variées, de ses vins généreux, de son pain excellent, un ensemble de conditions qui font que l'on goûte le plaisir d'y vivre. « Pain noir et pain blanc, a dit Goethe, sont la pierre de touche entre Français et Allemands ».

Le tourisme, dont le développement a tant fait pour faire connaître et apprécier toutes ces variétés, doit céder le pas au climatisme lorsqu'il s'agit de mettre en valeur et d'exploiter ces richesses incomparables de la France.

C'est dans le climatisme que doit intervenir le médecin praticien. L'Office National du Tourisme a donné le bon exemple en créant son Comité médical. Il serait nécessaire, indispensable même, que chaque syndicat d'initiative local s'assurât la collaboration des Sociétés médicales, et de préférence, des Syndicats médicaux de leur région. Ce serait aux médecins praticiens, aux médecins de campagne qui exercent et connaissent par là même leur contrée, d'indiquer aux Syndicats d'initiative, les bourgs ou les villages où l'on pourrait attirer les étrangers et organiser des centres de villégiatures.

Ce sont surtout les médecins praticiens qui peuvent signaler les avantages d'un climat, les indications de telle localité qui, du fait de son exposition, de son sol, peut faciliter la cure de certaines maladies, et convenir à tel ou tel tempérament.

Ce sont eux qui peuvent obtenir des améliorations hygiéniques indispensables dans la captation des sources pour l'alimentation, l'évacuation des eaux usées et l'assainissement des habitations.

Les Parisiens, qui villégiaturent un peu dans toutes les régions de France ou qui envoient leurs enfants passer à la campagne les mois les plus chauds de l'été, se comptent par centaines de mille. Il en est de même dans toutes les villes de quelque importance et le Corps médical urbain contribue puissamment par ses conseils à cet exode périodique.

Il y aurait intérêt réciproque à voir organiser méthodiquement, scientifiquement, ces migrations, et le concours des médecins praticiens est indispensable à cette bonne organisation.

Nous avons signalé à diverses reprises qu'un progrès très sérieux s'était opéré dans les hôtelleries au point de vue hygiénique, et cela, grâce à l'initiative et l'action soutenue du Touring-Club ; il conviendrait de parfaire cette œuvre et, comme le désire M. Gustave Salé, de faire l'éducation touristique et climatique de la population.

Il ne faudrait pas qu'un Parisien, revenant de villégiature, puisse répéter comme nous l'avons entendu : « Je suis allé à X., avec mes enfants. Quel beau pays ? Quelles belles forêts ? Quelles montagnes pittoresques ? Quel air pur ? Quel soleil lumineux ? Mais je n'y retournerai pas. A l'hôtel où je suis descendu, il y avait des tuberculeux, venus pour faire une cure d'air. Lorsqu'ils sont partis, leurs chambres ont été louées et occupées par d'autres personnes sans être désinfectées. Si je suis allé à X. avec mes enfants, c'est pour y chercher la santé et non pour y contracter la phtisie ».

Nous citons cet exemple entre cent autres, ayant trait aux eaux d'alimentation, aux cabinets d'aisance, à la cuisine, au personnel servant, au mobilier des chambres, aux ustensiles de toilette, etc., etc.

Il y a là un sérieux effort à faire et un grand progrès à accomplir, si l'on veut mettre réellement en valeur nos richesses climatiques et l'on ne parviendra à des résultats intéressants qu'en appelant les médecins praticiens à collaborer à cette œuvre, où l'intérêt local et individuel évident se double d'un intérêt national et collectif encore plus important.

J. Noir.

Les médecins de Moscou, amis de la culture française

Après la nuit sombre qui a étendu, depuis la guerre, ses ténèbres sur la Russie, une aurore semble poindre à son horizon. Le Président de l'A. D. R. M., le professeur Hartmann, a communiqué au Conseil de cette Association le document suivant, que vient de lui adresser le Dr Rakmanoff, de Moscou, et que nous publions tel qu'il est arrivé, sans en modifier un mot.

Postmalam segetem serendam est.

La vérité scientifique est une. Mais les chemins qui y mènent sont nombreux.

Chaque individu, chaque nation, en choisit celu qui lui est propre, à sontempérament, à son génie.

Les nations jeune encore suivent les voies pratiquées par une aînée.

Par des causes tout à fait fortuites, les médecins

russes dans la science sont poussés sur les voies allemandes ....

Mais la culture classique française avait toujours des admirateurs dans la société chez les intellectuels russes.

Ils existent encore et quand même.....

Un groupe de médecins à Moscou (dont plusieurs sont élèves des Universités de France ou de la Suisse romande) fidèles à la culture française, unis par la communauté des idées et tendances, ont pensé faire œuvre utile en fondant une Société amicale de médecins russes, affiliés à la Science française. Son but, c'est de créer un centre d'attraction pour les médecins à orientation française dans la Médecine et les Sciences biologiques.

Ses moyens : 1° Renouement des relations avec les centres de la Pensée française ;

2° Les conférences périodiques (mensuelles) consacrées aux rapports des progrès et travaux éminents parus dans la presse scientifique française. Ils doivent servir de bases aux discussions ;

3° Organisation d'une bibliothèque de périodiques, revues et ouvrages français concernant la médecine et les Sciences biologiques ;

4° Organisation de banquets ou réunions trimestriels pour resserrer par une plus parfaite connaissance mutuelle les liens unissant les sociétaires ;

5° Organisation à Moscou de conférences par les sommités de la Science française.

Ce document prouve que la culture française a des amis sincères en Russie soviétique et qu'on leur permet de se concerter et d'agir.

Nous ne saurions leur refuser nos sympathies les plus émues et nos souhaits les plus confraternels. J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA HERNIE INGUINALE DU NOURRISSON

La cure radicale de la hernie inguinale chez l'adulte, universellement acceptée, est certainement la plus courante des multiples opérations pratiquées chaque jour. La cure radicale est acceptée chez l'enfant aussi couramment ; seule, l'opération chez le nourrisson est encore conseillée et pratiquée avec réserves, même par les médecins et les chirurgiens les plus interventionnistes.

La hernie inguinale est cependant chez le nourrisson d'observation fréquente ; on la note parfois dès le premier mois chez des enfants, des garçons surtout, dont les parents eux-mêmes sont porteurs de hernies, depuis la simple pointe de hernie visible dès que l'enfant crie jusqu'à la volumineuse entérocèle déformant le scrotum et échappant à la contention de tous les bandages. Quelle que soit la gêne qu'elle provoque et tant qu'il n'y a pas étranglement, on a coutume de ne pas opérer la hernie du nourrisson, de lui faire porter un bandage, et d'attendre que l'enfant ait environ deux ans pour pratiquer la cure radicale.

Nous ne pensons pas qu'une abstention aussi rigoureuse doive s'appliquer à tous les nourrissons hernieux ; les indications opératoires de la cure radicale méritent à cet âge quelques précisions.

De tous les nourrissons qu'on nous présente, les uns n'ont jamais porté de bandage, les autres en ont un qui contient mal leur hernie, soit qu'il soit insuffisant, soit que la hernie ne puisse être contenue : la conduite à tenir par le chirurgien doit différer suivant les cas.

Les nourrissons qui n'ont jamais porté de bandage nous sont amenés le plus souvent pour une grosseur apparue dans l'aine dans les premiers mois et qui grossit dès que l'enfant tousse, pousse ou fait un effort. C'est, en général, dans ce groupe qu'on rencontre les pointes de hernie, les faiblesses de la paroi, les persistances du canal vagino-péritonéal particulièrement observées chez les enfants nés avant terme. Ces hernies légères, le plus souvent peu gênantes, ne doivent pas être opérées avant que l'enfant ait subi l'épreuve du bandage.

Il est bien évident que ces lésions légères pourront disparaître complètement grâce à un appareil bien appliqué, sur un nourrisson dont l'alimentation sera surveillée avec soin.

Pour qu'il soit efficace, le bandage herniaire inguinal doit être un bandage appliqué des deux côtés ; le bandage en caoutchouc, dont la pelote ne s'applique que sur un côté, est un mauvais bandage ; la contention est inefficace, la hernie sera mal maintenue et tentera continuellement de s'échapper sous la pelote.

Un bandage double correctement appliqué, restant bien en place, ne traumatisant pas la

peau, peut guérir complètement la hernie du nourrisson.

Si le bandage est mal supporté, c'est que souvent l'enfant a une alimentation défectueuse, des téguments qui s'irritent, une peau qui s'infecte, rendant intolérable la pression du bandage caoutchouté. Beaucoup d'enfants porteurs de hernies sont des rachitiques ; il importe de soigner le rachitisme après avoir contenu la hernie.

Le professeur Broca n'opère pas un nourrisson porteur de hernie, sauf indications spéciales, avant de lui avoir fait porter un bandage double qui le guérit parfois de façon définitive.

Les indications opératoires ne commencent à se poser que chez les nourrissons hernieux qui ont déjà porté un bandage.

Si le volume de la hernie n'a pas augmenté, si le nourrisson croît régulièrement sans présenter de troubles digestifs, bref, si le bandage maintient correctement la hernie, il n'y a pas lieu d'intervenir chez un enfant de quelques mois ; mieux vaut attendre la fin de l'évolution dentaire pour conseiller une cure radicale.

La plupart du temps, les enfants que nous revoyons avec un bandage, sont ceux qui n'ont pas trouvé d'amélioration par le port de leur appareil.

Le plus souvent, les parents insouciants ou ignorants appliquent mal l'appareil, laissent l'enfant sans le lui mettre, et une hernie de petit volume chez un nourrisson criard, ne tarde pas à prendre très vite des proportions respectables. Les parents qui s'occupent mal de la hernie de leur enfant sont aussi souvent assez peu soucieux de son régime alimentaire, et il est certain que, parmi les nourrissons porteurs de grosses hernies, il y en a une forte majorité qui sont des nourrissons rachitiques.

Le rachitisme, loin de contre-indiquer la cure radicale, doit, au contraire, nous pousser à intervenir. Les troubles digestifs qu'on observe chez les nourrissons nourris mal et irrégulièrement ne tardent pas, lorsqu'ils sont accompagnés de hernie, à s'aggraver. On observe chez eux des entérites, des diarrhées dont on ne sait à quoi rapporter la cause, et il est vraisemblable que la maladie générale et l'affection locale doivent être l'une et l'autre incriminées.

Chez ces nourrissons qui dépérissent vite, on sera souvent tenté de surseoir à un acte chirurgical important, on différera l'opération et on apprendra qu'ils ont succombé à des diarrhées infantiles, à des entérites rebelles, sans jamais présenter du côté de leur canal inguinal le moindre engouement, le moindre étranglement.

Il est certain que la grosse hernie mal contenue est la cause, chez le nourrisson, de troubles digestifs.

Notre maître, le professeur Broca, a bien vu dans sa longue expérience combien *la grosse hernie, fréquente chez le nourrisson, était rare chez le jeune enfant.*

Que deviennent donc ces nourrissons porteurs de hernies volumineuses que nous n'opérons pas et que les bandages contiennent mal ?

Ils succombent pour la plupart à des troubles digestifs, à l'étiologie desquels la hernie n'a pas été étrangère et dont l'apparition doit donc, au lieu de contre-indiquer une intervention, poser une formelle indication opératoire.

La cure radicale chez le nourrisson est une opération importante ; elle présente une certaine gravité, elle demande à être faite dans des conditions particulières sur lesquelles nous voulons insister.

C'est une opération importante, car elle demande une *anesthésie générale.*

Il ne saurait être question d'opérer un nourrisson sous anesthésie régionale ou sous anesthésie lombaire ; l'anesthésie par inhalation est seule possible, le chloroforme sera l'anesthésique de choix. L'éther, même donné à petites doses, détermine trop souvent des complications pulmonaires, déjà à craindre chez ces tout petits.

L'*anesthésie doit être totale* pour empêcher l'enfant de pousser ; les ennuis opératoires qu'on peut craindre viennent presque toujours d'une anesthésie mal donnée.

L'anesthésie devra être courte ; l'opérateur, s'il veut avoir d'excellents résultats, doit opérer vite. Si la hernie est double, ne jamais faire les deux côtés en un seul temps pour ne pas prolonger l'anesthésie.

La cure radicale est identique à celle de l'adulte, mais il y a intérêt à ne pas laisser de catgut et à employer, comme le conseille le professeur Broca, la suture au fil de bronze. Aussitôt après l'intervention, on fait à l'enfant à peine réveillé un grand enveloppement sinapisé pour prévenir les complications pulmonaires.

La mortalité opératoire est plus élevée que chez l'adulte ou chez l'enfant du second âge, et il est nécessaire de toujours avoir soin d'en avertir les parents. Il faut savoir que l'enfant peut succomber à une intoxication chloroformée qui l'enlève dans la journée. C'est une complication qui existe, MAIS QUI EST RARE, et qui ne doit pas contre-indiquer l'intervention chez un enfant dont la hernie est volumineuse et occasionne des troubles digestifs. Une pareille hernie est beau.

coup plus grave à conserver, car elle aboutit presque toujours à la mort. Plus on attend d'ailleurs, plus le pronostic devient sévère.

En résumé, la hernie inguinale du nourrisson devra être traitée par le bandage toutes les fois qu'elle sera bien contenue ; si elle devient volumineuse, cause des troubles digestifs, glisse sous le bandage, il faut sans hésiter recourir à une intervention qui sera d'autant moins grave qu'on aura moins attendu.

Dr Raphaël MASSART,
Assistant de chirurgie orthopédique à la Clinique de chirurgie infantile de la Faculté de Paris.

NEUROLOGIE

Encéphalite épidémique

(*Présentation de malades*).

M. le Prof. PIERRE MARIE.

De nombreux cas d'encéphalite épidémique ont été signalés ces temps derniers, soit dans la clientèle hospitalière, soit parmi les malades à domicile. Nous sommes en présence actuellement d'une recrudescence manifeste de cette maladie, aux caractères si polymorphes et qui offre au clinicien un si vaste champ d'étude. Monsieur le professeur Pierre Marie présente deux malades atteintes de cette affection, qui se sont rendues à la consultation du service de neurologie de la Salpêtrière.

La première malade est une femme de 35 ans qui, il y a un mois, resta neuf jours sans pouvoir dormir. Pendant cette période, elle ne se sentait cependant pas fatiguée ; le manque de sommeil ne lui paraissait pas pénible. Elle raconte que la nuit, elle restait à penser aux choses de sa vie courante, et qu'elle avait aussi des visions bizarres : elle apercevait surtout autour d'elle des animaux. Il est à noter que cette malade n'est pas une intoxiquée ; elle n'a jamais abusé ni d'alcool, ni d'éther, ni de café. Mais nous savons que les phénomènes oniriques sont assez fréquents dans l'encéphalite épidémique, au point qu'ils ont pu parfois égarer le diagnostic au début. C'est surtout chez les enfants que l'on peut rencontrer des troubles psychiques dans l'encéphalite. Quant à l'insomnie relatée par la malade, nous savons aussi qu'elle n'est pas rare dans cette affection où les troubles du sommeil peuvent se traduire, soit par une diminution, soit par une exagération de cette fonction. L'hypersomnie est toutefois plus fréquente que l'insomnie : ce caractère a valu à l'encéphalite son épithète de « léthargique ». Il convient d'ailleurs de remarquer que le défaut et l'excès de sommeil peuvent alterner. Il en a été ainsi chez notre malade, car elle nous dit en effet que depuis huit jours, elle se sent toute somnolente et qu'elle dormirait toute la journée, si on ne la distrayait de son engourdissement.

On note chez elle une lenteur marquée de tous les mouvements, une certaine paresse musculaire. Elle accuse de plus une tendance aux vertiges, s'accompagnant de bourdonnements dans l'oreille droite. Depuis huit jours, la malade souffre de son œil droit. Ce sont des douleurs intermittentes, en coups d'aiguilles. Pendant trois ou quatre jours, cet œil pleurait constamment avec écoulement séreux abondant de la narine correspondante. Il y eut là certainement une réaction sinusale qui s'est accompagnée de conjonctivite et qui a déterminé ces phénomènes de congestion et de douleurs localisées. Un traitement approprié a atténué ces troubles. Mais la malade se plaint encore de ne pas voir les objets qui l'entourent très distinctement. C'est surtout dans la vision de près qu'elle éprouve une sensation de flou, de léger voile devant les yeux, et cela, des deux côtés. On ne relève chez elle ni strabisme, ni diplopie, mais la gêne éprouvée par la malade dans sa vision traduit un trouble de l'accommodation. C'est une parésie de fonction comme on en observe souvent dans l'encéphalite épidémique, sans grosse lésion des noyaux oculo-moteurs.

Chez cette malade, les troubles du sommeil, la lenteur des mouvements, l'altération de la fonction de l'accommodation, la tendance aux vertiges, les phénomènes d'onirisme, nous permettent de porter le diagnostic d'encéphalite épidémique. La forme présentée par elle ne semble pas comporter un pronostic sévère, mais il convient d'être prudent dans l'appréciation que l'on peut avoir à émettre en présence de tout cas d'encéphalite épidémique, même d'apparence bénigne. Les suites de cette affection sont toujours à redouter, car les séquelles que peut laisser après elle cette troublante maladie sont fréquentes et extrêmement tenaces.

La malade suivante en offre un exemple manifeste.

Cette deuxième malade est venue à la consultation de la Salpêtrière se plaignant surtout de tremblements qui la gênent dans son travail, de raideur dans tous ses muscles, et d'un essoufflement à peu près constant.

Elle avait contracté il y a deux ans une affection qui avait été étiquetée grippe à forme gastro-intestinale, et qui avait été caractérisée par

des douleurs abdominales, de la fièvre et une insomnie tenace ayant duré une quinzaine de jours. Ne s'est-il pas agi d'une encéphalite méconnue ? On est en droit de le penser. Peu de temps après cette maladie, la jeune femme qui vient nous demander conseil, ressentit au niveau des bras de légères douleurs qu'elle qualifie de picotements ; puis, elle constata que ses mouvements devenaient peu à peu plus lents et plus difficiles, qu'elle perdait de sa souplesse habituelle ; ses bras, ses doigts, devenaient raides, elle était plus longue à s'habiller, à se peigner. Son cou aussi s'enraidissait, et elle se présente aujourd'hui avec une attitude à demi soudée de la tête.

Progressivement, la malade vit apparaître aussi des tremblements menus, involontaires au niveau de son bras droit et de sa jambe droite. Ces tremblements sont toujours restés chez elle localisés à la moitié droite du corps. — Notons en passant que le fait peut se présenter dans la maladie de Parkinson, qui débute parfois par un hémi-tremblement.— Ici, le tremblement n'est pas constant et il s'exagère nettement par la fatigue et lorsque la malade est debout. On relève encore chez cette femme un léger degré d'antéro-pulsion et de la sialorrhée intermittente. Ces symptômes joints à la raideur musculaire et aux tremblements, contribuent à rapprocher le tableau clinique de notre malade de celui du syndrome parkinsonien. Ce syndrome est ici simplement ébauché, mais les signes énoncés sont à retenir.

Ce n'est pas tout : la malade accuse un essoufflement presque continu et c'est peut-être le trouble qui la tracasse le plus. On constate en effet, en la regardant respirer, une dyspnée assez intense avec mouvements courts et précipités de la cage thoracique. Ce trouble respiratoire s'atténue par instants pour reprendre bientôt après à la même cadence anormale. Il s'accompagne de tachycardie variant entre 110 et 120 pulsations à la minute. La malade est visiblement inquiète et fatiguée par ces phénomènes qui ne lui laissent nul repos.

Ces troubles du rythme respiratoire ont été bien mis en lumière et minutieusement étudiés par Mlle Gabrielle Lévy à la Salpêtrière, chez les malades ayant été atteints d'encéphalite épidémique. Ils peuvent se rencontrer chez des sujets touchés par cette affection deux à trois ans auparavant. Les tracés respiratoires enregistrés au pneumographe montrent des formes diverses très intéressantes. On peut y voir, dans certains cas, des phases successives d'apnée et de polypnée avec, dans ces dernières, une accélération croissante puis décroissante du rythme, comme dans le Cheyne-Stokes.

Il est à remarquer que les émotions peuvent exagérer ces troubles, qui n'en ont pas moins à leur base une lésion organique certaine des centres nerveux. Il en est ainsi chez notre malade qui, sous l'influence de chaque choc émotif un peu vif, voit s'accentuer sa dyspnée ainsi d'ailleurs que ses tremblements.

Tous ces phénomènes pathologiques sont à tel point gênants que cette femme a dû abandonner tout travail depuis un an. Si les troubles du rythme respiratoire rencontrés en pareils cas n'entraînent pas, en général, de conséquences graves, ils n'en sont pas moins une cause de tourment obsédant pour la malade.

Les nombreuses recherches anatomo-pathologiques qui ont été faites dans les cas de décès par encéphalite épidémique, depuis l'importante épidémique de 1918, nous ont appris que les symptômes si divers de cette dangereuse affection paraissent déterminés par de fines lésions microscopiques siégeant en divers points du système nerveux central, dans la substance grise. Ces altérations prédominent au niveau des noyaux gris centraux, des pédoncules (locus niger), de la protubérance ou du bulbe. La dissémination possible des lésions semble expliquer la diversité des symptômes. On ne relève pas de grosses altérations macroscopiques des centres nerveux, mais les lésions microscopiques observées provoquent des troubles fonctionnels en général très persistants, et les séquelles de l'encéphalite épidémique sont toujours à redouter, car jusqu'à présent, on ne les a pas vues régresser.

Il faut pourtant soulager les malades. Nous avons à notre disposition pour cela divers médicaments plus ou moins efficaces. Ceux qui ont paru jusqu à présent les plus actifs sont la cicutine et la scopolamine. Le bromhydrate de scopolamine avait déjà été proposé il y a quinze ans à l'hospice de Bicêtre par MM. Pierre Marie et Roussy. Ce médicament se prescrit à la dose de un dixième de milligramme en injections sous-cutanées, pratiquées quotidiennement. Le bromhydrate de scopolamine possède des propriétés en général très efficaces contre l'hypertonie musculaire et contre les tremblements, mais il faut le manier avec une certaine prudence surtout chez les malades ayant dépassé cinquante ans et s'en tenir à la dose de 1/10 de milligramme par injection. Le bromhydrate de cicutine s'emploie à doses plus élevées de un milligramme par injection sous-cutanée. Il faut se souvenir de la différence de posologie de ces deux médicaments.

On ne peut malheureusement pas espérer guérir la maladie par cette médication ; on ne peut qu'en atténuer les symptômes qui réapparaissent d'ailleurs assez vite, après interruption de la cure. Bien que purement symptomatique, cette thérapeutique est cependant très utile puisqu'elle amène la sédation des phénomènes morbides si gênants pour les malades.

Leçon professée à la Salpêtrière et recueillie par le Dr Fribourg-Blanc.

LA GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE AUTREFOIS ET AUJOURD'HUI

Les exercices pnéoscopiques (1)

L'homme est, comme les autres êtres vivants, un organisme dont le fonctionnement nécessite, ainsi que pour un moteur, la combustion ou l'oxydation de divers produits. On s'est beaucoup occupé des carburants à introduire, c'est-à-dire du régime alimentaire, mais on a négligé pendant longtemps de s'occuper de régler l'admission d'air dans le carburateur. Cependant, cette admission est de première importance, car le défaut de carburation ou, si on préfère, l'insuffisance respiratoire, entraîne un fonctionnement défectueux et un encrassement de la machine humaine.

L'importance de la question avait été reconnue dans les temps anciens, mais avait été ensuite perdue de vue.

La nécessité d'apprendre à respirer convenablement avait déjà occupé les Chinois il y a cinq mille ans ; ils avaient alors établi dans le *Cong-Fou* un système de gymnastique respiratoire, qui comprenait trois manières de respirer : 1° inspirer et expirer par la bouche ; 2° inspirer et expirer par le nez ; 3° inspirer par le nez et expirer par la bouche.

Au Tonkin, on fait des exercices respiratoires en chantant, et il est une petite chanson qui, dans le peuple, sert d'épreuve pour la durée de la respiration; il faut la dire sans reprendre haleine :

CON GAI MUOI BAY, MUOI BA
DEM NAM VI ME
CHUOT THA MAT LON
NO THA, LEN NUI, LEN NON
NO THA LAM THAU
CHO CON NO NAM (1).

Dans l'Inde, les brahmanistes s'occupèrent de la « retenue de l'haleine ».

« Les suppressions de l'haleine, pendant lesquelles on récite le monosyllabe *aum*, les trois mots (*Bhour*, *Bhouvah*, *Swar*), et la Savitri tout entière, sont l'austérité pieuse la plus parfaite ». (*Manava-Dharma-Sastra*, Lois de Manou, livre II, § 83). « Les mouvements respiratoires, disaient-ils, purifient la bouche, la gorge, la poitrine, l'estomac, les intestins, et combattent le bâillement, le hoquet, la laryngite, la toux, l'asthme, la gastrite, les entérites, etc. »

Les exercices respiratoires continuent à faire partie de l'enseignement des *Yoghis*. Certains occultistes ont recueilli ces traditions et un Américain, qui faisait, il y a une vingtaine d'années, une grosse publicité autour de sa méthode destinée à développer la volonté et les pouvoirs psychiques, préconisait l'inspiration et l'expiration lentes à travers de petits tubes de verre rétrécis, qu'il vendait à ses clients.

Dans les aspirations médicamenteuses, à travers des tubes qu'il a préconisés en 1921, au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, le Dr Stephane Leduc favorise de la même façon le développement des muscles inspirateurs.

Les athlètes, grecs et romains, utilisaient les exercices respiratoires. Oribase relate qu'ils se comprimaient la poitrine et le ventre au moyen d'une bande d'étoffe et Galien énumère quatre sortes de rétention du souffle, suivant que les muscles du ventre sont « doucement tendus, relâchés ou au repos, tendus au même degré que le diaphragme, fortement tendus, le diaphragme étant relâché ».

De nos jours, la gymnastique respiratoire a pris un nouvel essor et s'est développée dans deux voies différentes.

Avec la méthode de Ling, on s'est appliqué à amplifier la respiration en développant successivement les muscles qui y président.

Avec les méthodes spiroscopiques ou pnéoscopiques, on s'est appliqué à développer la capacité pulmonaire, tout en exerçant globalement les muscles de la respiration, mais c'est seulement dans ces dernières années qu'on a perfectionné les appareils de façon à les rendre pratiques et à leur permettre de favoriser le développement des muscles inspirateurs aussi bien que celui des muscles expirateurs.

Pour mesurer la capacité respiratoire et juger de son amélioration, il fallait la mesurer. Les appareils de mesure furent d'abord des appareils de laboratoire qui ne pouvaient guère trouver place dans l'arsenal d'un praticien.

Les premiers spiromètres furent constitués par une cuve à eau sur laquelle reposait une cloche ou gazomètre communiquant avec la bouche du sujet par un tube en caoutchouc. Le Dr Edgard Blum donne encore la préférence à ce genre de spiromètre qu'il a modifié en faisant construire la choche en aluminium (Dr Blum, *La Spirométrie active*, le *Phare médical*, juillet 1922). — Divers constructeurs, Verdin, Boulitte, etc., ont fabriqué des spiromètres à cadran sur lesquels la quantité d'air expirée est indiquée par une aiguille. Ces appareils permettent non seulement de mesurer l'*air expiré*, mais encore de s'entraîner à augmenter le volume de cet air.

En 1915, Pescher inventa le procédé plus simple, dit *procédé de la bouteille* ; puis il imagina son spiroscope. Lance et Javary créèrent un autre spiromètre qu'on fait fonctionner dans un baquet plein d'eau.

◆◆◆

(1) *La Côte d'Azur Médicale*, octobre 1922.

(1) Nous n'avons pu figurer ici ni les accents ni les intonations sans lesquels ces monosyllabes n'ont pas de sens. Mais la traduction permettra à ceux qui savent l'annamite de rétablir les intonations :

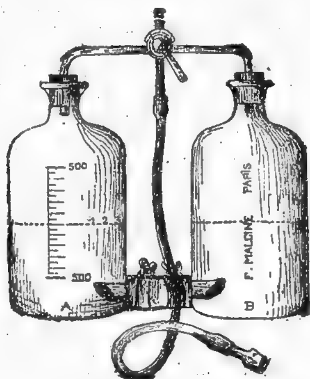
« Une jeune fille de treize à dix-sept ans dormait la nuit avec sa mère, un rat lui ravit « sa fleur », il l'emporta dans sa bouche, il escalada les collines, il escalada les montagnes, il l'emporta pour en faire un nid à ses petits. »

Ces appareils sont fort utiles pour la mesure de la capacité pulmonaire et pour le développement de l'expiration. Mais, comme l'avait fait remarquer le Dr d'Heucqueville, dès 1910, l'expiration est surtout passive, c'est l'inspiration qui est active et qu'il y a intérêt à développer. Dans ces conditions, beaucoup d'auteurs en restaient à la méthode de Ling ; Kouindjy écrit encore en 1922 : « Quant aux spiromètres, il ne peuvent servir qu'à contrôler les résultats obtenus et nullement à éduquer la respiration » (*Précis de kinésithérapie*). L'insuffisance de la méthode avait d'ailleurs été signalée, en 1913, par le Dr Bourreau, de Tours, qui a imaginé un appareil ingénieux pour développer la musculature inspiratoire et expiratoire.

L'idéal était de trouver un appareil peu encombrant, ne nécessitant pas de manipulations répétées de liquides, permettant 1° de mesurer la capacité respiratoire à l'inspiration aussi bien qu'à l'expiration et au besoin l'air courant ; 2° de faire des exercices dosés et gradués aussi bien à l'inspiration qu'à l'expiration, et cela, avec de faibles modifications de pression.

La solution de ce problème a été trouvée par le Dr d'Heucqueville, grâce à l'emploi de deux vases communiquants et d'un robinet ingénieux. Il a donné à son appareil le nom de *Pnéoscope* (1).

Description de l'appareil. — Deux vases communiquants de 1.400 cc environ, réunis à leur extrémité supérieure par une tubulure fermée par un robinet. Ce robinet à quatre voies, couplées deux à deux, est construit de telle façon que l'un des flacons est alternativement et simultanément avec l'autre en communication, soit avec l'air extérieur, soit avec un tube en caoutchouc dans lequel le sujet souffle, selon que la poignée est dirigée à gauche ou à droite. Lorsque cette dernière est verticale, il n'existe aucune communication entre l'intérieur des flacons, l'air extérieur, ou les voies respiratoires du sujet examiné.



Montage de l'appareil. — Pour qu'il fonctionne, il suffit d'introduire dans l'appareil une certaine quantité de liquide (1.100 cc. environ). Adapter sur le petit tuyau C un tube en caoutchouc de 0 m. 30 de longueur qui plonge dans un récipient rempli d'eau, puis aspirer par l'embout E le liquide jusqu'à ce que les niveaux de ce dernier correspondent au trait marqué dans le flacon A, 1, 2, 3 litres.

Pour vider l'appareil, le renverser et souffler par l'embout E jusqqu'à ce qu'il n'y ait plus de liquide dans le flacon.

Mode d'emploi. — 1. *Recherche de la capacité vitale*:

a) Méthode de l'expiration forcée : la poignée du robinet est dirigée vers la droite. Après une inspiration maxima, rejeter l'air de la poitrine dans l'embout E par une expiration *lente et prolongée.* Fixer des yeux l'échelle du flacon A. Le niveau du liquide descend, atteint la ligne 500 gr. A ce moment précis, repousser *rapidement* la poignée du robinet vers la gauche. Immédiatement le niveau du liquide remonte, atteint la ligne 1, 2, 3, puis la limite supérieure de l'échelle marquée 500 gr. A cet instant, faire manœuvrer la clef en sens inverse. Lorsque le sujet ne peut plus expulser d'air de la poitrine, mettre la clef verticalement afin d'immobiliser les niveaux du liquide.

Pour calculer la quantité d'air expiré se rappeler :

1° Chaque fois que le niveau du liquide atteint la ligne 1, 2, 3, compter un litre ;

2° Chaque fois que le niveau du liquide atteint les lignes supérieures et inférieure 500 gr., un demi-litre ;

3° Chaque division indiquée par un trait long répond à 100 gr. ;

4° Chaque division indiquée par un trait moyen répond à 50 gr. ;

5° Chaque division indiquée par un trait petit répond à 25 gr.

b) Vérification par la méthode de l'inspiration forcée:

Même technique, mais en sens inverse. Après une expiration profonde, inspirer par l'embout, lentement d'une façon soutenue et à fond. Les résultats obtenus sont toujours un peu inférieurs à ceux donnés par la méthode précédente.

2) *Recherche de la valeur de l'air courant* :

Adapter à l'embout l'appareil à soupape (Collin). Le sujet respire dans l'embout normalement sans effort. Une certaine quantité de liquide est déplacée dans le flacon. Diviser le chiffre obtenu par le nombre des mouvements respiratoires pour connaître la valeur de l'A. C.

3. *Exercices respiratoires* :

a) Ordinaire : Souffler dans l'appareil matin et soir 10 à 15 fois et s'efforcer d'obtenir un déplacement de liquide graduellement croissant.

b) Exercices d'inspiration. Même procédé, mais au lieu d'expirer, inspirer profondément pour développer les muscles inspirateurs (très importants).

N. B. — Les exercices respiratoires ont une action réelle et importante sur le bon fonctionnement pulmonaire. Ils ont besoin d'être dosés comme un médicament. Il est donc indispensable de ne les pratiquer qu'après avis et sous la direction d'un médecin.

Avantages du pnéoscope :

1° Appareil facilement transportable, peut être placé sur le lit d'un malade ;

2° Sert constamment quand il est monté ; évite les remplissages continuels et peut être confié aux enfants;

3° Permet de fixer la quantité d'air inspiré ;

4° Permet les exercices inspiratoires ;

Inconvénients :

Le sujet est obligé, à certains moments, de vaincre une pression positive contenue dans l'appareil. Cette pression est au maximum de dix millimètres de Hg. Comme la tension respiratoire, dans la respiration calme mais observée, est de 10 à 12 millimètres Hg., cet inconvénient est en pratique négligeable.

---

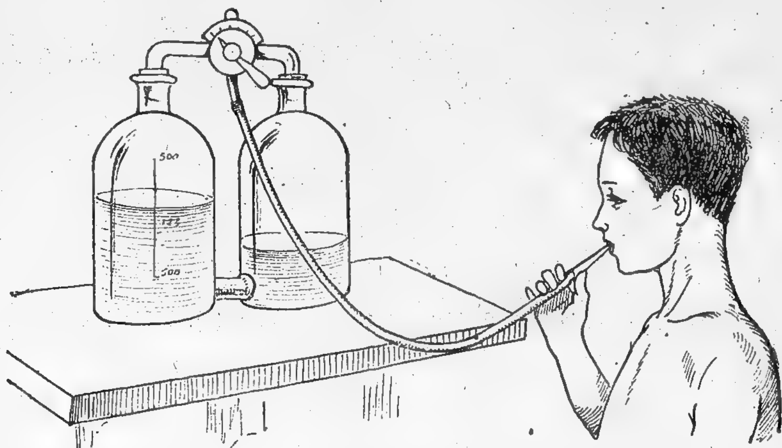
(1) R. d'Heucqueville. — *Rééducation respiratoire par les exercices pnéoscopiques.* — *Journal de Médecine et de chirurgie* de Lucas-Championnière, 25 février 1920.

Le *pnéoscope* est construit par M. F. Maloine, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe).

Employé comme moyen de diagnostic, le *Pnéoscope* permet de mesurer la capacité vitale et de dépister l'*anhématose*, source de nombreuses maladies. « L'inaction relative dans laquelle nous laissons la majeure partie de nos poumons, dit Blum, peut être, à juste titre, considérée comme une des causes principales de la phtisie et de nombre d'autres affections.

... A quoi sert d'envoyer les malades dans certaines contrées, au bor d de la mer, etc., où l'atmosphère est purifiée, si l'air n'entre pas amplement dans les poumons ? »

Pour apprécier les résultats obtenus par un examen spiroscopique ou pnéoscopique, il faut se rappeler la valeur de la capacité vitale :



Capacité totale du poumon, 4 l. 500 :
Capacité vitale de Hutchinson, 3 l. 500 :

air complémentaire	1 l. 500	
air courant	0 l. 500	
air de réserve	1 l. 500	capacité pulmonaire
air résiduel	1 l. 000	de Grehant 2 l. 500.

L'air expiré, après une profonde inspiration, doit être en moyenne de 3 litres 500 chez un homme normal.

Il y a lieu de tenir compte des variations avec le sexe et la taille : La *capacité vitale* est de 3.390 pour un homme de 1 m. 70, et de 2.600 pour une femme de même taille ; elle est de 2.250 pour un homme de 1 m. 50 et 2.000 pour une femme de même taille.

Elle varie avec l'âge :

à 4 ans,	500 cmc³ ;	à 12 ans,	1,750 ;	à 17 ans,	3,400 ;
5 —	800 —	13 —	1,800 ;	20 ans,	3,600 ;
10 —	1,350 —	16 —	2,500 ;	adulte,	1,500 ;

En adaptant au pnéoscope le masque de Ricard avec tube à trois branches et soupape, on peut mesurer l'air courant qui est de 235 cmc. chez l'enfant de 12 à 15 ans et de 420 cmc. chez l'adulte (1).

La capacité vitale diminue considérablement dans certaines affections, elle peut tomber à 2.000 et même à 1.000 dans l'emphysème.

L'habitude de mesurer la pression artérielle s'est répandue chez bon nombre de praticiens, il est probable que celle de mesurer la capacité vitale ne tardera pas à se généraliser.

La gymnastique respiratoire et les exercices pnéoscopiques se répandront en même temps. Ils ont des indications multiples, ils sont de première utilité chez les enfants opérés de végétations adénoïdes, chez les opérés de pleurotomie, chez les blessés atteints de plaies de poitrine, dans les déviations de la colonne vertébrale. Le Dr Pauchet préconisait récemment les exercices respiratoires comme préparation à certaines interventions, en particulier à la gastro-entérostomie.

Ils sont recommandés par des neurologistes dans la cure du bégaiement, pour stimuler les enfants paresseux et inattentifs, chez les hémiplégiques afin de lutter contre la stase pulmonaire.

Ils ont été recommandés également dans la constipation, l'insuffisance hépatique, dans l'hypertrophie cardiaque, l'insuffisance aortique, la tachycardie, les lésions valvulaires bien compensées, enfin, chez les amaigris, les anémiés, les convalescents de maladies aiguës. Ils ont donné de brillants résultats dans les vomissements de la grossesse.

Ils sont contre-indiqués chez les malades ayant de la défaillance cardiaque très accusée, chez les hypertendus et chez les phtisiques présentant des lésions évolutives ou des cavités ouvertes, comme l'ont précisé le Dr Rosenthal et le Dr Berthier, de Grasse, lequel déclare qu'elles sont irrationnelles chez les tuberculeux.

En somme, les indications sont beaucoup plus nombreuses que les contre-indications ; nous voyons renaître, modifiées, les vieilles pratiques du *Cong-Fou* et nous commençons à apprécier, après les disciples de Manou, les bienfaits de la gymnastique et de l'éducation respiratoires.

Dr J. REGNAULT.

(1) Emile SERGENT, — *Traité de pathologie médicale. Appareil respiratoire*, tome I. 1922. Maloine, édit., Paris.

LES DOCUMENTS DU PRATICIEN

La dyspnée des cardio-rénaux [1]

L'épithète de cardio-rénaux est, en général, appliquée aux malades présentant une néphrite compliquée d'accidents cardiaques. Ils ont fréquemment des crises dyspnéiques nocturnes. Confirmant et complétant les travaux de Merklen (2) l'un de nous (3) a considéré ces crises comme constituant les principaux éléments de la forme paroxystique de la grande insuffisance ventriculaire gauche, notion qui rallia d'emblée les suffrages de beaucoup de cardiologues (Vaquez, Gallavardin, etc.). Les deux types classiques de ces crises dyspnéiques nocturnes sont le pseudo-asthme ou asthme cardiaque (début brutal de la crise qui oblige le malade à s'asseoir, souvent à se lever, terminaison sans expectoration), et l'œdème pulmonaire aigu (crise dyspnéique accompagnée de la présence de nombreux râles fins dans les deux poumons, et d'une expectoration mousseuse souvent rosée). Le pseudo-asthme ou asthme cardiaque est de beaucoup le plus fréquent (4).

MM. le prof. F. Bezançon, de Jong et Jacquelin (5) viennent de confirmer ces notions et de les compléter. Ils insistent avec raison sur la rareté de l'œdème pulmonaire aigu. Leur excellente technique d'examen cytologique et chimique des crachats a fait constater à ces auteurs que certaines crises dyspnéiques accompagnées d'une expectoration abondante et mousseuse sont, en réalité, des catarrhes pituiteux ; en effet, les crachats n'y renferment que peu ou pas d'albumine, tandis que, dans l'œdème pulmonaire aigu, les crachats sont très albumineux.

Ils insistent également sur la fréquence de la sclérose pulmonaire et de petites infections broncho-pulmonaires associées chez les cardio-rénaux ayant des crises dyspnéiques. En reprenant l'expression de ces auteurs, on peut dire que si l'asthme vrai est souvent intriqué, de même l'asthme cardiaque est lui aussi souvent intriqué.

Ils donnent un bon guide dans le diagnostic différentiel entre l'asthme vrai et l'asthme cardiaque : c'est l'abondance des éosinophiles qui est spéciale à l'expectoration de l'asthme vrai.

Enfin, on savait, grâce aux recherches de MM. les prof. Vaquez et Digne, que le régime déchloruré étai indiqué dans l'hyposystolie et l'asystolie, et tout naturellement chez le cardio-rénaux, on était porté à prescrire le régime déchloruré. MM. F. Bezançon, de Jong et Jacquelin (5) viennent, par des recherches précises, d'établir sans conteste l'utilité du régime déchloruré contre la dyspnée des cardio-rénaux.

Ces conclusions sont tout à fait en harmonie avec les prescriptions thérapeutiques que l'un de nous (3) a toujours recommandées et appliquées contre l'insuffisance ventriculaire gauche. En particulier, contre l'ashme des cardio-rénaux, un régime hypoazoté et hypochloruré ou déchloruré, précédé d'une émission sanguine et d'un purgatif et accompagné de la prescription simultanée ou alternante de digitale et de théobromine, nous a toujours donné des résultats remarquables (6). Mais il est très important, comme le recommande l'un de nous (3), de prolonger indéfiniment cette médication : en permanence, régime hypoazoté et hypochloruré, digitale et théobromine alternante (chacune une semaine sur deux, ou bien digitale les 5 premiers jours de la 1re et de la 3e semaine du mois, théobromine les 5 premiers jours de la 2e et de la 4e semaine du mois). Ainsi, alors que certains malades, quoique soignés, ne dormaient plus dans leur lit depuis des mois, nous avons eu maintes fois, grâce à ce traitement, la satisfaction d'apprendre d'eux qu'ils n'avaient plus jamais de crise dyspnéique nocturne et qu'ils savouraient le plaisir de dormir, non plus assis dans un fauteuil, mais couchés dans leur lit (7).

C. Lian et G. Siguret.

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, 2e année, livre publié sous la direction de C. Lian, et exposant les acquisitions pratiques de l'année (médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités, questions professionnelles). — Paris, Maloine, éditeurs.

(2) Leçons cliniques, édit. Masson, 1908.

(3) C. Lian. — Thèse Paris, 1909, *Presse médicale* 22 janv. 1910 ; *Gaz. hôp.*, 13 déc. 1913.

(4) *Presse méd.*, 11 mai 1921.

(5) *Id.*, 15 juillet 1922.

(6) C. Lian. — article Cœur *in* traité Sergent, p. 93 et 153, édit. Maloine, 1922.

(7) L'année médicale pratique Edition 1923 (Maloine éditeur Paris).

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'isolement dans la fièvre scarlatine.

Bien qu'on n'ait pas encore réussi à identifier l'agent pathogène de la scarlatine, on sait que cette fièvre éruptive est contagieuse dès son invasion, que ce sont les sécrétions bucco-pharyngées, puis auriculaires, en cas de complications du côté de l'oreille moyenne, qui disséminent le germe, que les squames, contrairement à une opinion classique, ne sont que modérément contagieuses, et encore peut-être indirecte-

ment, comme véhicule des produits de sécrétion bucco-pharyngée.

Partant de ces notions, MM. Serr et Roques prescrivent l'isolement absolu du scarlatineux aussi précoce que possible, dès l'apparition des premiers symptômes. En temps d'épidémie, les cas frustes seront particulièrement recherchés, et isolés comme les formes avérées.

La durée de l'isolement est fixée officiellement à 40 jours, à partir du début de la maladie. Cette durée, selon les auteurs, doit être respectée. S'il arrive que des malades cessent d'être contagieux bien avant le quarantenaire, il existe des faits authentiques dans lesquels la contagion a eu lieu plusieurs mois après la terminaison apparente de la scarlatine.

Comme atténuation à ces considérations, les auteurs rappellent les principes de la méthode de Milne, qui supprimerait la contagiosité, sans recourir à des mesures aussi sévères que celles qui précèdent, et qui, en même temps, préviendrait les complications.

Cette méthode consiste essentiellement à badigeonner tout le tégument du malade, deux fois par jour, avec de l'essence d'eucalyptus, en même temps qu'on touche sa gorge avec de la glycérine phéniquée au 10e, toutes les deux heures, pendant les premières 24 heures.

En outre, on recouvre le lit d'une sorte de moustiquaire en gaze, imprégnée deux fois par jour de cette essence d'eucalyptus. Systématiquement appliquée, elle remédie aux difficultés qu'on éprouve pratiquement à réaliser un isolement absolu et par suite, efficace.

En ce qui concerne les sujets en contact avec le scarlatineux, et notamment ses frères et sœurs, l'éviction sera de 40 jours pour eux-mêmes, si la méthode de Milne n'a pas été appliquée. Si elle a été employée précocement, on s'en tiendra à une éviction égale à celle de la durée habituelle de l'incubation augmentée de deux jours, pratiquement, huit jours environ. (*Toulouse médical*, 1er janvier 1923.)

Le coup de fouet épigastrique des cirrhotiques.

M. F. Deve a recueilli trois observations de malades manifestement atteints de cirrhose du foie, chez lesquels se développa un hématome musculaire du grand droit de l'abdomen, ayant constitué une tumeur qui, dans un cas au moins, fut d'abord considérée comme hépatique ou parahépatique. Or, ici et là, l'intervention opératoire ainsi que l'examen *post mortem* révélèrent la véritable nature de l'affection.

L'interprétation que l'auteur donne de cette lésion est à la fois originale, ingénieuse et vraisemblable. On connait la prédisposition des cirrhotiques à faire des varices de certains groupes veineux : pourquoi, dans les cas rapportés, ne s'agirait-il pas de varices de quelque veine pariétale, secondairement rompue ?

L'hypothèse me paraît, je le répète, des plus satisfaisantes ; je conclurai avec l'auteur : « Considéré en lui-même, quoiqu'il n'ait qu'une bien « mince importance, étant d'une parfaite béni- « gnité, l'accident en question n'en est pas moins « intéressant à connaître, en raison des erreurs « de diagnostic parfois fâcheuses qu'il est sus- « ceptible d'occasionner. Aussi m'a-t-il paru bon « d'appeler sur le « coup de fouet épigastrique « des cirrhotiques » l'attention des médecins et « des chirurgiens ». (*Normandie médicale*, 1er février 1923.)

La diathermie dans la lithiase biliaire.

Si la lithiase biliaire s'accompagne généralement de cholécystite, il existe également des cholécystites non calculeuses. Les unes et les autres peuvent se compliquer de péricholécystite, d'adhérences pyloro-duodéno-vésiculaires. Une cure thermale est en principe indiquée, mais elle ne peut être immédiatement réalisée, en raison des réactions qu'elle est susceptible de provoquer du côté d'une vésicule douloureuse. Or, ces réactions, il est possible de les prévenir en recourant à la diathermie. C'est ce qu'exposent MM. Rouzaud et Aimard. Nous avons récemment résumé un travail sur la diathermie endo-urétrale et endo-vaginale. Le principe et l'application sont les mêmes ici et là. En somme, il s'agit d'élever électriquement la température des tissus traversés par le courant. Dans le cas particulier qui nous occupe, « il se produit un « échauffement non seulement des tissus compris « entre les deux électrodes, mais aussi du sang « et de la bile ». Le premier effet de cet échauffement est nettement analgésique.

Les brûlures et l'éclatement des anses intestinales par augmentation soudaine du volume des gaz, qu'on a reprochés à la diathermie de provoquer, ne sont pas à craindre, selon les auteurs. La température centrale enregistrée n'a jamais dépassé 40° ; quant au volume des gaz, il n'augmente que de 1/273e par élévation thermique d'un degré.

Le grand avantage de cette méthode physiothérapique, c'est qu'il permet la mise en route d'une cure thermale par suppression des réactions douloureuses, alors qu'avant son emploi, il fallait attendre plusieurs semaines avant que la cholécystite fût refroide et attaquable par l'eau thermale sans danger. Un autre avantage du procédé réside dans la précision qu'il apporte au diagnostic différentiel de la cholécystite calculeuse et de l'ulcère du duodénum. « Alors « qu'elle est à peu près inefficace dans cette der- « nière affection, elle présente une action élective « des plus nettes dans les réactions vésiculaires ».



La diathermie est appelée à rendre des services considérables en maintes circonstances. Ce qu'elle permet à Vichy, chez les lithiasiques biliaires, elle le permettra également ailleurs, par exemple à Châtel-Guyon, en rendant certains intestins douloureux indolores, et aptes par conséquent à supporter l'action si énergique de la cure thermale. A ce titre, elle doit être considérée comme un des adjuvants les plus précieux de certaines cures hydro-minérales. (*Presse méd.*, 17 janvier 1923.)

Le méningisme dans la pneumonie infantile.

MM. Mouriquand et Ravault, rappelant la fréquence des réactions méningées dans la pneumonie infantile, relatent deux observations d'enfants chez lesquels la symptomatologie bruyante de la méningite, dans toute sa pureté classique, masquait l'existence d'une pneumonie que l'examen radioscopique permit seul de reconnaître. Or, le liquide céphalo-rachidien de ces deux petits malades était absolument normal.

Cette forme de réaction méningée est à l'extrémité d'une échelle de gravité dont l'autre est constituée par la méningite franchement purulente à pneumocoque, avec les méningites séreuses comme intermédiaires.

« Il faut bien reconnaître que toutes ces réactions sont de nature identique et ne diffèrent « que par une question de degré : les lésions sont « intenses dans la méningite franche et vont « jusqu'à la suppuration ; elles sont plus atténuées dans les formes séreuses, pour se réduire « dans le méningisme à des désordres minimes, « de légers exsudats inflammatoires péricellulaires et péri-vasculaires par exemple ». Il n'y « pas, en effet, au dire des auteurs, de méningisme fonctionnel, par troubles vaso-moteurs réflexes, nonobstant l'état normal du liquide céphalo-rachidien.

Autre enseignement de ces deux cas : pratiquer l'examen radioscopique du thorax, qui mettra en évidence le triangle pneumonique dessiné sur l'écran, quand on soupçonnera une pneumonie latente : on précisera ainsi le diagnostic, et aussi le pronostic qui, dans ces formes, est favorable contrairement à celui des méningites confirmées. (*Lyon médical*, 10 janvier 1923.)

L'acidose.

Voici une bonne étude d'ensemble de cette intéressante question de pratique. Si l'acidose évoque généralement l'existence du diabète, elle se rencontre aussi dans d'autres circonstances : dans les vomissements acétonémiques de l'enfance, dans la dénutrition, dans l'insuffisance hépatique, en chirurgie.

Elle est, d'après M. P. Antonin, caractérisée par l'accumulation dans l'organisme des corps acétoniques, acétone, acide diacétique, acide β oxybutyrique, provoquée par une insuffisance du foie à achever le métabolisme des graisses et des albuminoïdes, surtout quand leur oxydation n'est pas réalisée par les hydrates de carbone, corps antiacétogènes, si, ainsi qu'il arrive dans le diabète, ils ne sont pas détruits et utilisés.

« Aussi longtemps que l'organisme détruit « encore la majeure partie des hydrates de carbone de la ration et qu'il n'en perd par le rein « que quelques grammes, l'urine ne contient « plus que des traces normales d'acétone. Puis, « à mesure que la tolérance de l'organisme pour « les aliments hydrocarbonés diminue, l'acétonurie s'installe et prend une intensité croissante ».

L'ammoniaque fabriqué pour neutraliser cet excès d'acidité, apparaît également dans les urines, et sa mesure dose en même temps le degré de l'intoxication acide.

L'acidose existe longtemps sans se révéler par des symptômes apparents. Puis, sous l'influence d'un régime alimentaire défectueux (richement carné), de l'inanition dans le jeûne, de certaines intoxications alimentaires, de fatigues morales et physiques, de traumatismes, le coma s'installe, tantôt brusque et inattendu, tantôt annoncé par des prodromes : inappétence, assoupissement, parfois excitation, troubles respiratoires. Céphalée persistante, douleurs diffuses, troubles visuels, anxiété, somnolence, anorexie, langue sèche, nausées, vomissements, épigastralgie. La respiration prend le type dit de Kussmaul (inspiration bruyante et prolongée, suivie d'une pause, puis expiration brusque et saccadée). Enfin, coma proprement dit, d'abord incomplet, avec oligurie, température abaissée, pouls rapide, relâchement musculaire, perte de la connaissance et de la sensibilité, état suivi rapidement de mort.

L'acidose est révélée, avant l'apparition de ce tableau symptomatologique, par l'odeur de l'haleine (pomme de reinette, chloroforme), et par l'examen des urines (réaction de Gerhardt au perchlorure de fer).

Les corps acétoniques doivent être considérés comme les témoins d'une intoxication très grave d'origine encore inconnue.

L'auteur résume ensuite les autres états dans lesquels on observe l'acidose. Il la montre apparaissant chez les grands blessés, comme un élément du shock, et aussi, à la suite des interventions chirurgicales, préparée et provoquée par le jeûne préopératoire, par l'anesthésie générale à l'éther et surtout au chloroforme, par l'émotion, le choc opératoire lui-même, surtout dans la chirurgie gastro-intestinale.

Le diagnostic en est généralement facile ; cependant, il faut y songer quand elle ne se

manifeste encore que par les petits signes du début. Le pronostic en est très sévère.

Le traitement consiste essentiellement, préventivement, à supprimer les albuminoïdes, et surtout la viande, et à augmenter la ration des hydrocarbones, dont le lait est la première forme à adopter. Les alcalins à très haute dose constituent le traitement médicamenteux.

En dehors du diabète, on traitera l'acidose en restreignant la consommation des albuminoïdes et des graisses, en instituant un régime féculent et sucré, en plaçant les futurs opérés dans les conditions de la meilleure tranquillité, en surveillant l'anesthésie, etc. (*La Prat. médico-chirurg.*, janvier 1923.)

Considérations sur le diagnostic de la pneumonie du nourrisson.

Considérée comme inexistante pour les uns, comme une rareté pour les autres, la pneumonie des nourrissons est désormais mieux connue, depuis que l'examen à l'écran des petits malades a montré, dans la généralité des cas, une ombre triangulaire, résultat de l'hépatisation du poumon. A ce propos, MM. WEILL et GARDÈRE étudient les conditions dans lesquelles la pneumonie apparaît chez le nourrisson, les raisons pour lesquelles elle reste souvent ignorée, le diagnostic à faire entre elle et la broncho-pneumonie.

De leur étude, ils concluent :

« En somme, les résultats obtenus par l'étude radioscopique des affections pulmonaires aiguës chez le nourrisson permet d'affirmer que les signes classiques ne suffisent pas toujours à distinguer la pneumonie de la broncho-pneumonie. Les caractères des symptômes physiques et fonctionnels ne sont pas toujours suffisamment tranchés pour qu'on puisse les opposer, et tendent même à se confondre chez les jeunes enfants. Par contre, la radioscopie donne un élément de diagnostic de la plus haute importance. Des statistiques basées sur un grand nombre d'examens permettent de penser que *la pneumonie du nourrisson est plus fréquente qu'on ne l'admet généralement*. Qu'il s'agisse de pneumonies *primitives*, ou de pneumonies *secondaires* survenant à titre de complication au cours des maladies infectieuses (rougeole, coqueluche, grippe, etc.), c'est là une notion pratiquement très importante, car elle donne les éléments d'un pronostic précis, très différent suivant qu'il s'agit d'une pneumonie qui guérit le plus souvent, ou d'une broncho-pneumonie qui, chez le nourrisson, comporte une mortalité élevée ». (*Paris méd.*, 20 janvier 1923.)

G. D,

Les Sociétés Savantes

Le drainage osmotique en thérapeutique.

(M. E. DOUMER, de Lille. — *Académie de médecine*, 27-2-1923.)

Lorsque deux solutions, de concentrations différentes, sont séparées par une membrane perméable, il se produit, à travers cette dernière, un courant liquide qui va de la solution la plus faible à la solution la plus forte. C'est le phénomène de l'osmose. Il y a drainage osmotique de la première solution vers la seconde.

M. Doumer a eu l'idée d'utiliser ce drainage spécial en thérapeutique. Appliquant une préparation hypertonique sur une muqueuse, le sérum sanguin est ainsi entraîné vers la compresse chargée du liquide hypertonique, lavant et drainant les tissus qu'il traverse. L'auteur a employé cette méthode dans un cas de blépharite rebelle. Il fit mettre, tous les soirs, sur le bord palpébral malade un petit tampon d'ouate imbibé de sirop simple et il obtint la guérison du patient, au bout de trois semaines. Le traitement est, il est vrai, assez désagréable, le contact du sirop avec la conjonctive provoquant une sensation de cuisson.

Le drainage osmotique peut s'appliquer à la thérapeutique des affections de toutes les muqueuses. Cette méthode ouvre une voie nouvelle de recherches qui donnera peut-être, dans diverses spécialités, des résultats intéressants.

Un cas d'hémorrhagie des surrénales.

(MM. MICHAUX et MARSSET. — *Soc. méd. des hôp.* 2-2-1923.)

MM. Michaux et Marsset relatent l'observation d'un vieillard de la maison de Nanterre qui mourut au milieu d'un syndrome dont les deux symptômes principaux ont été une diarrhée profuse et de l'asthénie. Le patient exhalait, par son corps, une odeur spéciale, rappelant l'odeur cadavérique que les classiques décrivent aux périodes ultimes de cachexie, de certains addisoniens. L'autopsie révéla, dans les deux surrénales, un gros foyer hémorrhagique.

Hémorrhagies fissuraires de l'ectasie aortique simulant un ulcus gastro-duodénal.

(MM. Et. CHABROL et J. BLUM. — *Soc. méd. des hôp.* 2-2-1923.)

Les hémorrhagies fissuraires des anévrysmes et ectasies aortiques précèdent souvent d'assez longue date les grandes hémorrhagies cataclysmiques. Suivant que l'ouverture se fait dans la trachée ou dans

l'œsophage, on assiste au type hémoptysie ou au type hématémèse.

MM. Chabrol et Blum exposent l'histoire d'une malade qui eut une première hématémèse en juillet 1921. On la considéra alors comme atteinte d'ulcus gastrique et une intervention chirurgicale lui fut même proposée. Un an plus tard, ayant pour la troisième fois des hématémèses, elle fut examinée par les auteurs, qui eurent également l'impression qu'il s'agissait d'un ulcus gastrique ou duodénal. Une radiographie fut négative quant à l'état de l'estomac et de l'intestin, mais montra une augmentation de volume de la crosse de l'aorte. A ce moment, d'ailleurs, la patiente succomba subitement. L'autopsie révéla la présence de larges plaques athéromateuses sur l'aorte thoracique et une petite fissure en coup d'ongle, de 4 à 5 millimètres, s'ouvrant non dans l'œsophage, mais dans la trachée. Depuis 18 mois, cette minime fissure donnait naissance à des hémoptysies légères, dégluties sans doute pour la plupart et simulant ainsi l'hématémèse.

La glycolyse dans le cancer de l'estomac.

(MM. Félix Ramond, Parturier et Tizine. — *Soc. méd. des hôp.*, 2-2-1923.)

Le fait de l'appétence fréquente des cancéreux gastriques pour les sucres et les hydrates de carbone a conduit les auteurs à étudier, chez ces malades, la glycolyse sanguine. Ils ont trouvé un ralentissement considérable de cette glycolyse, en tous points semblable à celui du diabète, tel que l'a étudié Lépine. Ils se demandent si on ne pourrait pas avoir là un phénomène utilisable pour le diagnostic.

Traitement de l'arthrite blennorrhagique.

(MM. Félix Ramond, Janet et M. Lévy. — *Soc. méd. des hôp.*, 9-2-1923.)

L'accord n'est pas encore fait sur le traitement à opposer à l'arthrite blennorrhagique. On tend à admettre que, d'une part, l'arthrite purulente est justiciable de l'intervention chirurgicale suivie de mobilisation précoce (méthode de Willems) ; que, d'autre part, la forme subaiguë avec hydarthrose dépend du traitement médical : ponction, vaccinothérapie, autosérothérapie, sérothérapie par les sérums de Stérian ou de Nicolle, intra-articulaire (Debré et Paraf) ou extra-articulaire (Langeron et Bocca, Weil-Hallé et Chabanier).

M. Ramond propose aujourd'hui une méthode différente : la ponction suivie d'injection d'air stérilisé (sur de l'ouate), en quantité suffisante pour distendre les culs-de-sac, et d'injection de 5 à 10 cent. cubes d'huile iodée agissant comme lubrifiant. L'articulation est ensuite mobilisée sans retard.

Appliqué dans trois cas, ce traitement a donné des résultats favorables.

La morphinisation dans les affections chroniques.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. médicale des hôpitaux* 9-2-1923.)

Appelé à diriger à l'hospice de Brévannes un service de chroniques, M. Maurice Renaud y a rencontré un lot de trente malades, tabétiques, paraplégiques, gastropathes, rhumatisants, cancéreux, tous morphinomanes, devenus morphinomanes par un emploi thérapeutique exagéré de la morphine.

Ces malades, qui s'étaient intoxiqués dans les services hospitaliers où ils avaient séjourné, offraient un aspect lamentable, sans appétit, sans sommeil, se plaignant sans cesse. Leur morphinomanisation était responsable de leur fâcheux état, bien plus que l'affection pour laquelle on leur avait donné de la morphine. Il apparut nettement à M. Renaud qu'ici les piqûres, loin de rendre aisément supportables les inconvénients des maladies chroniques, n'atténuaient aucun de leurs symptômes et créaient une inquiétude morale sérieuse. Il entreprit la démorphinisation de ces patients. Quelques-uns redevinrent des sujets absolument normaux (une femme atteinte de kyste de l'ovaire opéré et guéri ; un homme, pseudo-tabétique, en réalité simple névropathe). Les autres, ayant une affection réelle et en évolution plus ou moins torpide, ont tous bénéficié de la cure qui leur a été imposée. Tout en restant des malades, ce ne sont plus les pitoyables déchets humains qu'ils étaient devenus.

L'auteur attire ainsi l'attention sur les graves inconvénients de l'usage prolongé de la morphine chez les chroniques. Ces malades -là ne sont pas des morphinomanes par goût morbide du stupéfiant, par curiosité dépravée. Ils le deviennent par une mauvaise direction du traitement.

L'injection de morphine, dit M. Renaud, doit être une médication d'exception. Elle a sa place pour calmer les douleurs des grandes crises passagères, ou pour adoucir les agonies.

Le sérum de convalescent peut rendre une rougeole plus légère.

(MM. R. Debré et J. Ravina. — *Soc. méd. des hôp.*, 2-2-1923.)

Le sérum de convalescent injecté à temps empêche l'éclosion de la rougeole chez un sujet en incubation. S'il est injecté un peu tardivement, reste-t-il sans effet, et la rougeole qui va éclater ne sera-t-elle pas modifiée, atténuée, plus légère ? Tel est le problème qu'ont étudié MM. Robert Debré et Jean Ravina, en collaboration avec M. Henri Bonnet et Mlle Benoist.

Le sang de convalescent a été employé pour la première fois dans le traitement de la rougeole par Ribadeau-Dumas et Et. Brissaud. Modifiant le but de la méthode, Charles Nicolle et Conseil ont appliqué à la prophylaxie de la rougeole, d'abord le sang, puis le sérum de convalescent.

La découverte de Ribadeau-Dumas, Et. Brissaud

Ch. Nicolle et Conseil fut vulgarisée plus rapidement à l'étranger qu'en France. En 1919, un auteur allemand (qui, naturellement, négligea de parler des travaux français), appliqua, d'une façon large, dans les hôpitaux de Munich, la prophylaxie de la rougeole par le sérum de convalescent. Il fixa certains points intéressants, montrant les avantages du prélèvement du sang vers le septième jour après la convalescence, indiquant la certitude du succès quand l'injection est faite dans les six jours qui suivent la contagion, et l'inconstance du résultat après le huitième jour.

Actuellement, la valeur prophylactique de la méthode de Nicolle et Conseil paraît bien établie et aucune voix discordante ne s'est élevée pour diminuer la confiance que l'on doit lui accorder. L'injection, pratiquée dans les six premiers jours de l'incubation, donne un succès certain, malheureusement temporaire. Elle empêche l'éclosion de la rougeole pendant un temps qui n'est pas encore nettement défini. Degwitz parle, pour certains cas, d'une année, mais il semble plus exact de dire seulement quelques semaines. Aussi, la prophylaxie de la rougeole par le sérum de convalescent ne s'adresse-t-elle qu'à des cas déterminés, agglomérations d'enfants, crèches, hôpitaux, enfants débiles.

MM. Debré et Ravina conseillent l'emploi de cette méthode dans les conditions suivantes : pour les enfants de moins de deux ans, pour les enfants débiles, et surtout pour prévenir les redoutables épidémies de rougeole hospitalière.

Les travaux de MM. Debré et Ravina ont mis, en outre, en lumière, un fait nouveau qui est le suivant. Ces auteurs ont remarqué que les enfants ayant été soumis tardivement à la séro-vaccination contractent certes la rougeole, mais une rougeole atténuée, légère, sans catarrhe des muqueuses, avec une fièvre minime. Une telle rougeole est dans une certaine mesure désirable puisque, sans conséquence, elle n'en préserve pas moins les enfants de toute rougeole ultérieure. MM. Debré et Ravina furent ainsi amenés à employer la séro-vaccination tardive, c'est-à-dire l'injection de 2 cent. c. 1/2 à 3 c. c. à la fin de la période d'incubation, du septième au dixième jour, dans le but d'obtenir une fièvre éruptive bénigne, évitant une fièvre éruptive ultérieure plus sérieuse. Leur méthode, encore à son début, mérite certainement d'être prise en considération et plus longuement étudiée. Une des difficultés, non insurmontable, de cette séro-vaccination, est la pénurie de sérum de convalescent dont on peut disposer actuellement.

— M. Maurice Renaud fait remarquer que les épidémies de rougeole sont quelquefois bénignes. Pour s'assurer de la valeur du procédé de vaccination de Debré et Ravina, il faudrait l'expérimenter dans des circonstances variées.

— M. Achard a vu, chez des sujets atteints pour la deuxième fois de rougeole (fait plutôt rare, mais possible), la maladie être généralement atténuée. Ceci cadre avec les constatations de MM. Debré et Ravina.

— M. Guinon croit, de son côté, que le travail de M. Debré permettra peut-être d'élucider la question des rougeoles abortives.

Cancer du goudron chez la souris.

(MM. Borrel, Boez et de Coulon. — *Société de Biologie*, 17-2-1923.)

Etudiant la production du cancer du goudron chez la souris, les auteurs ont vu que l'action des badigeonnages répétés de goudron, n'excluait pas, dans la production de ce cancer expérimental, l'influence d'autres causes. Ils estiment qu'il serait imprudent de lier l'apparition du cancer à la seule action chimique ou physique du goudron. Il ne faudrait pas éliminer le rôle d'autres facteurs, le rôle possible d'un virus cancéreux, en particulier.

P. L.

M. Edm. Aine.— **Syndromes bilio-colitiques et cures thermales.** (Société d'hydrologie, 19-2-1923.)

On sait combien fréquente est l'association des affections de la vésicule biliaire et de l'appendicite.

En dehors de toute atteinte appendiculaire, la colite chronique est également associée très fréquemment à des manifestations vésiculaires.

La principale expression clinique de celles-ci consiste en une réaction douloureuse, dont les caractères demandent à être étudiés avec soin, car elle est difficile à différencier des autres syndromes douloureux de l'hypochondre droit.

Les observations nombreuses de l'auteur lui ont permis de constater la plus grande fréquence de cette réaction vésiculaire chez les colitiques droits, c'est-à-dire chez ceux qui présentent au maximum les signes d'intoxication générale et d'infection locale. Il paraît s'agir surtout, dans ces cas, de cholécystite atténuée, n'évoluant pas, en général, vers la lithiase.

La thérapeutique usuelle a peu d'action sur ce syndrome complexe ; les cures thermales au contraire l'améliorent souvent de façon importante.

La cure de Châtel-Guyon, en particulier, donne des résultats remarquables chez les malades, parce qu'elle améliore la colite qui paraît être l'élément causal primitif, en même temps qu'elle modifie heureusement l'état hépatique. C'est à elle qu'on devra, en général, recourir d'abord. On pourra ensuite conseiller très utilement Vichy, les stations sulfatées des Vosges, ou Evian, selon les cas.



Les Congrès

XVIe Congrès Français de Médecine

Traitement des dyspepsies par l'électricité statique,

Par le Dr Maurice SPRINGER

Ancien chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis trente ans, je traite tous mes dyspeptiques à l'aide d'application d'électricité statique. Je constate en général des améliorations si marquées que je crois devoir attirer l'attention des cliniciens sur cette médication, qui me paraît un peu trop délaissée.

L'indication formelle de ce traitement, c'est la douleur. Elle est souvent le symptôme dominant de la dyspepsie. Elle se manifeste parfois à jeun, plus fréquemment après l'ingestion des aliments, en général elle est tardive.

Elle résulte d'une irritabilité du plexus solaire. Elle est localisée en un point précis surtout dans la région pylorique, mais elle s'irradie dans les différentes régions de l'abdomen, éveillant des douleurs réflexes à distance dans la région précordiale, dans le dos et plus fréquemment dans l'hypocondre droit.

Or, les applications de l'électricité statique produisent un effet sédatif sur le symptôme douleur, quelle que soit sa cause ; les meilleurs effets sont obtenus dans les douleurs qui accompagnent les spasmes pyloriques déterminés par l'hyperchlorhydrie ou par les fermentations anormales satellites de la rétention gastrique prolongée. Mais, quelle que soit la cause de la douleur, qu'elle soit d'origine névropathique ou provoquée par des ulcérations gastriques, c'est l'élément nerveux qui domine et qui fait souffrir le malade.

J'ai constaté que souvent, le régime approprié et les médications alcalines et bismuthées ne donnaient des résultats persistants que lorsqu'on y ajoutait le traitement électrique qui est un auxiliaire efficace. Le traitement peut être employé sous deux formes.

1° Sous forme de souffle électrique, à l'aide d'un excitateur métallique de forme conique. Le souffle doit être dirigé sur la région épigastrique en faisant des mouvements de circumduction pour éviter la production d'étincelles, les applications doivent être de courte durée : cinq minutes suffisent, il ne faut pas dépasser dix minutes.

2° Les étincelles sont indiquées dans les dyspepsies douloureuses s'accompagnant de dilatation de l'estomac avec atonie évidente de la paroi musculaire abdominale.

Je désire me borner à la constatation clinique du fait que tous les cliniciens peuvent aisément vérifier ; je ne voudrais pas engager de discussions théoriques sur le mode d'action encore mal élucidé de l'électricité statique. Cependant, les physiologistes ont constaté des modifications vasomotrices immédiates au niveau du siège d'application, pouvant se répercuter dans la profondeur ; d'autre part, les étincelles déterminent des contractions musculaires énergiques de la paroi qui s'accompagnent de modifications trophiques locales.

Dans les études précédentes, j'ai émis l'hypothèse que l'électricité agissait en modifiant les conditions énergétiques locales par l'augmentation de la pression osmotique et par la production d'électricité intra-organique.

Ces hypothèses représentent une tentative d'explication capable de suggérer d'autres applications de la méthode. Mais le fait important pour les cliniciens consiste dans la constatation empirique de l'effet sédatif sur la douleur par l'électricité statique. Cette action a déjà été mise en évidence par les recherches du Dr BROCQ, qui a démontré que dans les dermatoses prurigineuses, en relation avec l'excitabilité nerveuse, l'électricité statique calme le prurit en tonifiant le malade et en facilitant les échanges nutritifs.

Je dois signaler que ces effets sont surtout marqués lorsqu'on utilise des machines avec des plateaux d'ébonite. Les plateaux de verre ne m'ont pas paru donner les mêmes résultats.

Ces machines à deux plateaux sont suffisantes, celles qui ont des plateaux multiples produisent une quantité d'électricité trop forte qui me paraît entraver l'action sédative et qui peut même être nuisible.

Cette méthode, qui offre des avantages pour le malade, présente quelquefois des inconvénients pour les médecins qui l'appliquent et qui séjournent dans une atmosphère renfermant une grande quantité d'ozone.

Le Dr LARAT a signalé l'apparition chez ces médecins de symptômes d'hyperchlorhydrie douloureuse ; par une singulière ironie, ce traitement qui soulage le malade détermine la même affection chez le médecin.

Pour éviter ce fâcheux effet, le Dr LARAT recommande d'allumer une ou plusieurs lampes à mousse de platine incandescentes dites « ozonatrices » qui en dépit de leur étiquette font précisément le contraire et détruisent l'ozone à mesure de sa formation.

En résumé toutes les fois que les cliniciens ont à traiter des troubles dyspeptiques s'accompagnant de douleurs, en ajoutant à la médication traditionnelle un traitement par l'électricité statique, ils obtiendront une amélioration plus rapide et plus durable.

Les Livres

G. Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris 6e.

J. Paviot. — **Précis de diagnostic médical et de séméiologie.** (3e édition, collection Testut, 1 vol. in-16 de 1.420 pages avec 56 figures, 1922. Prix : 40 fr.)

Cet ouvrage doit servir à l'élève comme guide de propédeutique, et dans ses premiers essais de diagnostic au lit du malade. De même, le médecin, dans sa pratique journalière, pourra le consulter avec fruit quand un cas difficile, ou quand un diagnostic différentiel délicat lui demandera, sa journée finie, de faire une révision rapide des hypothèses à envisager.

En effet, les symptômes et signes y sont toujours envisagés au double point de vue de leur reconnaissance proprement dite et de leur signification ou valeur diagnostique ; et les maladies elles-mêmes y sont envisagées du point de vue du symptôme prédominant ou du syndrome capital, qui doit aiguiller, par le groupement d'autres signes, vers tel ou tel diagnostic.

C'est un vrai guide de clinique et non un livre de laboratoire ; les signes empruntés aux moyens de laboratoire ou à l'instrumentation y sont mis à leur juste place, avec la valeur qu'on doit leur accorder, comme aides et moyens de confirmation des signes cliniques, qui gardent la prééminence, car le médecin, dans sa pratique courante, doit tout d'abord demander à ses sens, au raisonnement et au souvenir des lésions, la bonne orientation d'un diagnostic.

Ce livre, résultat d'une expérience personnelle déjà longue de l'auteur, a été mis au courant, dans cette troisième édition, des signes récents, qui ont fait leurs preuves, des données de l'instrumentation nouvelle, notamment pour l'hématologie, la cardiologie et la neuropathologie. L'examen des articulations, du squelette, de la peau, le complète au point de vue médecine générale. Quand un schéma aide la compréhension du texte, il y a été introduit.

Librairie J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

A. Manquat. — **Précis de thérapeutique** 2 vol. in-8o ensemble 1412 pages. 1923. Prix : 50 fr.)

Le plan de ce *Précis de thérapeutique* diffère peu de celui du *Traité de thérapeutique* du même auteur. Mais ces deux volumes réduits ne devant contenir que l'étude des *médicaments usuels*, le Dr Manquat a élagué de ce dernier ouvrage, non seulement les agents hygiéniques, physiques, mécaniques et naturels, mais encore la plupart des médicaments, qui ne sont plus employés, à l'exception cependant de ceux qui figurent encore au Codex. Beaucoup sont appelés à disparaître quand le Codex sera conçu dans un esprit plus moderne ; mais il n'est pas superflu de mentionner quelques-uns des essais condamnés par une expérience qu'il est inutile de renouveler ; il n'est pas indifférent non plus, pour qui veut acquérir l'esprit thérapeutique (qui est celui de la pratique journalière de la m) de connaître les raisons de la décadence de médications, dont quelques-unes, comme la diète, la saignée, le vésicatoire et l'émétique, ont tenu une place prépondérante en médecine, il y a à peine un demi-siècle.

Le *premier volume* de ce Précis contient, outre les notions habituelles de thérapeutique générale, les deux classes de médicaments suivantes : 1o ceux qui visent directement à la guérison des malaises, c'est-à-dire *a*) les *spécifiques* (mercuriaux, arsenicaux, quinine, acide salicylique, émétine, colchique ; *b*) les *anti-infectieux biologiques* (sérums, vaccins, produits bactériens) ; *c*) les *anti-infectieux indifférents* (métaux colloïdaux, révulsifs, acide nucléinique) ; *d*) les *antiseptiques chimiques* ; *e*) les *antiparasitaires* ; *f*) les *antidotes* ; 2o les médicaments *réparateurs* (caustiques, astringents, émollients, modificateurs des tissus ; réparateurs chimiques tels que le fer, le phosphore, le chaux, etc.)

Le *deuxième volume* comprend 1o les modificateurs des organes et des fonctions (circulation, digestion, nutrition, système nerveux, reins, opothérapie, etc.) 2o les médicaments symptomatiques de la douleur, de l'insomnie, de la fièvre, etc. ; enfin les notions pharmaceutiques, nécessaires au médecin.

Plon, Nourrit et Cie, éditeurs,
8, rue Garancière, Paris, 6e.

Dr Leredde. — **La syphilis et l'organisation de la lutte antisyphilitique.** (1 vol. in-16, 128 pages, de la Bibliothèque du Musée social, 1922, Prix : 3 fr.).

La syphilis est, au point de vue social, un fléau plus grave que la tuberculose elle-même. Acquise et souvent héréditaire, elle se dissimule dans ses conséquences sous mille affections redoutables, dont elle est le principe générateur, et que de nombreux médecins considèrent encore comme des maladies locales. Son existence est ignorée dans la moitié des cas. Le chiffre de sa mortalité correspond à un tragique inconnu ; elle tue, par exemple, au moins 40.000 enfants, chaque année en France.

Cette étude comprend une partie descriptive complète, et un rappel intéressant des moyens qui permettent d'amener la disparition de cette infection.

Par là, se fera l'éducation du médecin, parfois mal informé, de l'opinion publique, des autorités responsables. Par là, aussi, la voie sera ouverte à une organisation défensive analogue à celle qui se réalise actuellement en Belgique. Ce livre s'adresse donc à tous, car il touche au fond d'un problème qui concerne de près la vie, la santé et l'avenir même du pays.

La Thérapeutique appliquée

Le rayonnement et la vie

Le rayonnement n'est pas seulement le fait physique qui éveille les réflexes organiques de nos sens.

Ce côté physiologique ne conçoit que l'impression produite par des longueurs d'ondes très spéciales excitant notre sensibilité consciente. Ainsi, le font les vibrations sonores pour notre oreille, les ondes des couleurs du spectre pour nos yeux, certaines ondes de l'infra-rouge pour nos sens gustatifs et olfactifs, etc....

Dans la gamme immense du rayonnement : astral, solaire, terrestre, qui, du fond de l'univers, fait converger vers nos êtres les ondes les plus variées, celles que perçoivent nos sens sont certainement peu nombreuses. Il est très certain que tout organisme vivant ne reste pas indifférent aux multiples rayonnements des différentes ondes qui ne lui sont pas perceptibles.

Les ondes dites de la zone ultra-violette (rayons X, alpha, bêta et gamma, etc...), ont des actions toxiques et corrosives très connues.

Les ondes oscillantes de base fréquence ou de haute fréquence ont des effets physiologiques très nets sur la thermogénèse ou la tension sanguine.

Et pourtant, nos sensibilités conscientes ne sont pas éveillées par elles.

Certes, nos sensibilités sont émoussées par nos tares individuelles, héréditaires ou acquises, et il est très probable que nos organismes modernes sont infiniment moins sensibles que ceux de nos grands ancêtres à l'égard de certaines manifestations de rayonnement, qu'imprudemment on rapporte à des manifestations mystérieuses de l'instinct ; ainsi, par exemple, parmi les peuples frustes, on remarque combien est aigu le sens de l'orientation pour reconnaître le chemin dans la forêt vierge, pour faire le point d'eau, pour apprécier, à distance, la présence ou la venue d'ennemis, etc... On connaît, dans nos pays, des sourciers ou des prospecteurs sensibles aux rayonnements souterrains de nappes liquides ou de gites miniers, qui affectent certains points exercés de leur sensibilité.

Ainsi s'explique le flair si subtil du chien, qui suit sa quête et tient l'arrêt ; de l'abeille, qui s'oriente en droite ligne vers la fleur mellifère ; du papillon qui, dans la nuit, retrouve à longue distance sa compagne de copulation, etc...... Autant de longueurs d'ondes qui atteignent en pure perte les pauvres humains, dont les sensibilités émoussées par une civilisation perverse ne vivent plus sous les caresses indicibles et généreuses de la nature.

Quoiqu'il en soit, le rayonnement humain est la réponse de l'individu au Rayonnement universel. Son rayonnement à l'état de santé est de 9 mu 48, et tout ce qui contribue à le décaler entraîne pour lui déficit et déchéance, qui se décèlent d'autre part par des modifications plus ou moins importantes de sa température centrale en créant l'état de maladie. En vérité, l'homme est un radiateur fonctionnant au sens où s'entend le « radiateur intégral » en physique, et si, à 37°, il émet un rayonnement de 9 mu 48 correspondant à son activité biochimique pour cette température, ce rayonnement grandira ou faiblira selon les variations de sa température centrale et l'activité de sa réaction. Le processus de défense individuelle contre toutes les causes déformantes du rayonnement vital s'exerce par des actions de compensations quasi automatiques et subconscientes, dans des limites restreintes qui conditionnent les phénomènes d'aut-régulation (vaso-constriction et vaso-dilatation), sur les réflexes, sensations passives, etc., toutes actions favorables à la restauration spontanée du dommage organique accidentel. Certains actes s'expriment par la recherche de la sensation de froid, d'autres de chaleur, d'autres d'humidité, etc... Là sont les éléments puissants qui nous enseignent le mécanisme de la self-protection. Ils ont inspiré, dès la plus haute antiquité, des applications empiriques infaillibles, et nous en percevons la valeur avec une connaissance parfaite des actions de rayonnement. Les bains froids, les frictions, l'aération continue de la peau, l'exposition du corps à la grande lumière, sont plus que des principes d'hygiène ; ce sont des principes de thérapeutique. Les cures physiothérapiques, climatériques, sont inspirées de ces principes, et l'on sait en apprécier les merveilleux résultats au point de vue de la restauration du rayonnement individuel. Il restait à doter l'arsenal thérapeutique d'éléments doués d'efficacité physiothérapique. C'est en étudiant les phénomènes de sensibilité de l'organisme aux agents modifiant son rayonnement que la solution du problème a été résolue sous la forme accessible et pratique d'une solution fortement ionisée et douée d'une grande résistivité électrique : « Le Synthol », dont l'emploi inoffensif et pratique en fait le premier médicament physiothérapique d'officine.

Dr E.-P. ROGER,

Laboratoire de Physiologie des sensations à la Sorbonne.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MÉDECINE SOCIALE

Extrait du Rapport du Dr Grinda, Député, présenté à la Chambre des Députés, sur le projet de loi d'Assurances sociales. (1)

B. — ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES.

I. — *Les principes.*

Si, dans le domaine des assurances sociales, le succès de l'entreprise dépend en grande partie du fonctionnement administratif et financier, il n'en est pas moins subordonné aux conditions mêmes de l'organisation des services médicaux et pharmaceutiques.

Le médecin, le chirurgien, la sage-femme, le pharmacien seront les collaborateurs immédiats et permanents des organismes de gestion et de contrôle. Ce n'est pas seulement à leurs connaissances techniques que les caisses feront appel, mais aussi à leur autorité morale, à leur conscience professionnelle. En donnant des soins, ils ne cesseront pas d'être les gardiens vigilants des intérêts de la collectivité assurée. La bonne marche des assurances sociales sera en corrélation étroite avec la qualité de leur concours.

* * *

Certes, ce n'est pas sans appréhensions que le corps médical envisage la médecine sociale collective. Essentiellement individualiste par sa profession, le médecin est habité à traiter seul avec celui qui vient lui confier, dans le secret du cabinet, ses tares, ses misères. Dans le foyer, il a une place privilégiée ; il est souvent le conseiller, l'ami. Le secret médical est pour lui un dogme intangible ; dans ses décisions, souvent angoissantes, il ne relève que de sa conscience et de son cœur.

Quel bouleversement dans ces habitudes avec la médecine collective !

Que deviendra le secret médical avec les fiches, le contrôle, les enquêtes ? Les malades n'avaient qu'un but : guérir rapidement, avec le moins de frais possible. En sera-t-il toujours ainsi dans la pratique des assurances sociales ? Le droit aux soins ne deviendra-t-il pas, pour certains, le droit à la maladie ? Dans une administration de Paris, où a été admis pour les employés le droit à trente journées de maladie payées chaque année, bien rares sont ceux qui n'ont pas tous les ans au moins trente jours d'incapacité totale de travail.

Désormais, l'esprit d'observation, la sagacité du médecin, au lieu de s'exercer uniquement sur la maladie, s'étendront à toute une psychologie spéciale. Sans cesse, il devra se rappeler que la bienveillance naturelle dans l'exercice de sa profession peut devenir onéreuse pour la collectivité assurée et, en définitive, pour l'assuré lui-même : il aura le devoir de dépister les simulateurs, d'économiser les frais de pharmacie, de rendre les malades au travail dans le plus bref délai possible. La prospérité, la vie de la caisse seront à ce prix.

* * *

Ce serait donc une lourde faute que de ne pas donner au médecin, dans les assurances sociales, les garanties qui lui sont dues.

Réclamer de lui un maximum de travail pour un minimum de salaire serait erreur et duperie. De cette conception de la profession médicale, les assurés et le budget des caisses seraient les principales victimes.

Le médecin ne peut visiter et soigner attentivement qu'un nombre limité de malades ; homme de science, il doit continuer chaque jour à s'instruire, il demeure le perpétuel étudiant qui ne poursuit qu'un but élevé et désintéressé : prévenir, supprimer les maladies qui le font vivre, les guérir rapidement, quand ses efforts pour les prévenir ont été vains.

C'est dans l'intérêt même des assurés qu'il faut protéger l'exercice de cette profession et éviter de créer un prolétariat médical, pour qui la multiplicité de visites au rabais serait une condition d'existence.

Le corps médical, conscient de la haute portée de son rôle social, de son action prépondérante dans l'application de la loi sur l'assurance maladie, n'essayera point — en dépit de certaines apparences — de se dérober à ses devoirs. Essentiellement néophile, à l'avant-garde de tous les progrès, il se rend compte qu'il doit évoluer ; dans une période où tous les besoins, tous les intérêts se groupent, il adaptera l'exercice de sa profession aux formes nouvelles de la société ; il ne saurait demeurer figé dans le passé ! Mais il doit être mis dans des conditions qui lui permettent de s'acquitter de sa mission avec dignité, en pleine indépendance. C'est l'esprit dans lequel ont été conçues les dispositions du projet de loi relatives à l'organisation des soins.

Nous nous sommes livrés à une vaste enquête sur l'organisation des services médicaux et pharmaceutiques des assurances en France et à l'étranger.

(1) En raison de l'importance de ce document, nous en publions la première partie en tête de la Partie professionnelle de ce jour, la fin devant paraître dans le N° 14 du 8 Avril.

N. D. L. D.

Tout d'abord nous avons étudié les résultats de la longue expérience pratiquée par l'Angleterre, l'Allemagne, l'Alsace-Lorraine, terres classiques de l'assurance sociale obligatoire.

Administrateurs de caisses et médecins ont bien voulu nous envoyer, avec leurs règlements, une documentation complète, précise, pleine d'intérêt.

Nos frères d'Alsace et de Lorraine se sont préoccupés de l'extension à tout le pays de France de leur législation sociale à laquelle tous, assurés, employeurs, médecins sont infiniment attachés. Des controverses se sont engagées dans leurs groupements locaux, et dans les congrès ; des rapports remarquables y ont été présentés. Leurs délégués sont venus eux-mêmes exposer à notre Commission les avantages, les inconvénients et les lacunes de leur organisation.

Au cours de nos investigations, nous avons acquis la conviction que nous ne devions nous inspirer des exemples étrangers qu'avec beaucoup de circonspection. Les mœurs, les habitudes médicales, les usages sont très variés ; ils diffèrent profondément des nôtres. L'Allemagne, l'Alsace, la Lorraine, comptent de nombreux établissements sanitaires : hôpitaux, maisons de santé, maisons de convalescence, etc., que nous n'avons pas. Leurs lois d'assurance sont complétées par une réglementation qui ne peut être généralisée chez nous : l'hospitalisation obligatoire par exemple.

Nous ne pouvons donc purement et simplement « copier ». Il nous faut créer une organisation de soins nouvelle, adaptée à nos mœurs à nos usages et aussi — c'est un point capital — à notre outillage sanitaire.

Sans entrer dans l'étude détaillée des textes de lois étrangers, il est facile d'établir sur les points les plus intéressants des rapprochements qui justifient notre projet, en permettant de le mieux comprendre.

Tout d'abord, une question préalable. Devons-nous, comme on l'a fait en Allemagne et en Angleterre, assujettir tous les groupements assurés à une réglementation unique, fixant les moindres détails de l'organisation médicale et pharmaceutique, sans tenir compte des usages professionnels, des coutumes de chaque province, des mille contingences locales ? Nous ne le croyons pas.

Les conditions dans lesquelles s'exercent la médecine sont infiniment variables, suivant les régions et suivant les milieux. Elles diffèrent à la ville et à la campagne, suivant qu'elles s'adressent à des employés de commerce, ou à des ouvriers d'usine, à de petits agriculteurs ou à des travailleurs des grandes entreprises agricoles industrialisées. L'étendue et la durée des déplacements imposés aux praticiens sont ici considérables, et là réduites à presque rien. Il en est de même des frais auxquels les médecins ont à faire face. Comment les honoraires ne seraient-ils pas en rapport avec les dépenses ?

La médecine sociale, si rudimentaire, si incomplète dans certains départements, est, dans d'autres, développée et bien organisée.

Ne serait-il pas abusif, et d'ailleurs peu expédient de la part du législateur, d'obliger des groupements à abandonner un système auquel ils sont attachés pour leur en imposer un nouveau, dont l'excellence serait discutable et qui pourrait n'être pas en harmonie avec les nécessités et les usages locaux ?

Dans ces conditions, fidèles au principe, dont s'inspire le projet de loi, nous estimons qu'il convient de laisser aux caisses la plus grande liberté, la plus entière autonomie pour l'organisation du service médical.

Dans notre pays de clair bon sens, où l'initiative privée a toujours donné de remarquables résultats, la contrainte légale doit être réduite à sa plus simple expression.

Dans la loi ne seront donc inscrites, pour l'organisation des soins, que les directives générales, les règles indispensables, les garanties protectrices tout à la fois des assurés, des caisses et des praticiens eux-mêmes.

***

Avant tout, doit être proclamé et organisé le libre choix du médecin.

Les caisses n'auront pas le droit de désigner un ou plusieurs médecins, auxquels serait réservé le monopole des soins. Tous les médecins, qui adhèreront aux clauses du contrat collectif ou du règlement de la caisse, seront inscrits sur la liste des médecins de cette caisse, et parmi eux les assurés pourront librement exercer leur choix.

C'est la « liberté de confiance », réclamée par les malades et par les médecins pour leur sauvegarde réciproque. Elle figure dans la législation alsacienne et lorraine, où elle n'a été introduite d'ailleurs qu'en 1920. Elle est également inscrite au frontispice de la législation anglaise.

Le malade a le désir très légitime d'être soigné par « son médecin » ; le praticien imposé par le patron ou par la caisse reste à ses yeux le mandataire des intérêts du patron ou de la caisse ; ce n'est pas sans appréhension que l'assuré lui exposerait ses misères, ses tares secrètes.

La confiance est un auxiliaire précieux du médecin ; elle a une action puissante sur le moral des malades et n'est pas sans importance dans l'évolution des maladies. Le médecin doit l'inspirer sans réserves ; s'il n'apporte pas toujours la guérison, il pourra ainsi donner du moins l'espérance, le réconfort moral.

A tous égards, il est donc essentiel que le travailleur puisse, comme le privilégié de la fortune, se faire soigner par le médecin de son choix, sous la seule réserve que ce médecin ait adhéré aux règlements de la caisse intéressée.

***

Si l'accord est à peu près unanime sur le libre choix du médecin, il n'en est pas de même du contrat col-

lectif qui fait encore l'objet de discussions passionnées.

Le contrat collectif est obligatoire en Angleterre ; il l'est aussi en Alsace et en Lorraine.

En France, il a donné lieu, pour des institutions d'initiative privée, à de minutieuses études professionnelles et juridiques. Il paraît démontré que cette forme de convention présente l'avantage d'établir d'une façon précise et complète les engagements réciproques des parties intéressées. Elle apporte un maximum de garanties pour l'observation des clauses qui y sont insérées, car à la responsabilité personnelle de chaque praticien se superpose la responsabilité collective du groupement dont il fait partie et qui s'est constitué son mandataire. C'est le contrat collectif qui donne aux groupements professionnels de médecins le droit de contrôler eux-mêmes la façon dont le service est assuré, sans qu'il puisse d'ailleurs être porté atteinte aux droits propres de la caisse. Il facilite le contrôle et réalise une précieuse unité dans l'organisation si complexe du service médical.

Le contrat collectif a aussi pour effet de permettre, dans les centres urbains, une organisation complète des soins basée sur la collaboration de toutes les techniques médicales et la combinaison étroite des interventions les plus variées.

Pour ces divers motifs, votre Commission a adopté le contrat collectif.

Les caisses doivent, en principe, passer avec les groupements médicaux et pharmaceutiques des contrats ou conventions qui réglementent tout ce qui concerne l'organisation des soins et la délivrance des médicaments. Ces contrats seront librement débattus de caisse à groupement médical. Dans la pratique, sans doute, des contrats-types serviront de modèles aux conventions ainsi conclues, mais ils ne seront jamais obligatoires.

A la liberté de ces contrats, un seul tempérament a paru nécessaire : ils devront être soumis à l'approbation d'une commission, constituée au sein de l'Office national des assurances sociales et comprenant trois représentants de l'Etat, deux représentants des conseils d'administration des unions de caisses de région, un représentant du conseil de la Caisse générale de garantie, les délégués des groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens.

La composition de cette commission, où ne siègent que des délégués de parties intéressées, est une garantie contre toute ingérence administrative. Le contrôle qu'elle est appelée à exercer est nécessaire, surtout dans la période des débuts ; il est à craindre, en effet, que des erreurs ou des oublis ne se glissent dans les contrats : trop élevés, les honoraires médicaux pourraient ruiner les caisses ; insuffisants, ils iraient à l'encontre des intérêts bien compris des assurés.

L'existence, dans toutes les régions, de groupements médicaux comprenant la grande majorité des médecins, facilitera la généralisation du contrat collectif. Nous nous sommes cependant refusés à rendre le syndicalisme médical obligatoire pour les médecins des caisses, comme il l'est en Alsace et en Lorraine. Les médecins n'appartenant à aucun groupement auront en conséquence le droit de participer au service des assurances, sous la réserve d'adhérer aux contrats passés par les caisses.

***

Notre préoccupation constante a été d'éviter soigneusement les abus qui, dans l'organisation des soins, sont particulièrement redoutables.

Affranchi de toute préoccupation de sacrifice pécuniaire personnel, l'assuré pourrait réclamer sans nécessité l'assistance du médecin. Il pourrait y faire appel la nuit, les jours fériés, en consultation avec des confrères en dehors des cas urgents ou graves.

De son côté, le médecin peut être tenté de multiplier ses visites pour augmenter sa part d'honoraires. L'allocation au syndicat médical d'une somme globale forfaitaire, calculée suivant le nombre des assurés et répartie ensuite entre les praticiens au prorata de leurs actes médicaux, atténue, mais ne fait pas disparaître complètement ce danger ; le médecin peut chercher alors, par le nombre exagéré de ses consultations, à augmenter démesurément sa part dans le forfait, et à restreindre ainsi celle de ses confrères. A la multiplication des visites correspondrait, par ailleurs, celle des ordonnances et des frais pharmaceutiques.

Le système du ticket modérateur, appelé souvent système lyonnais, apporte à ces abus un frein efficace ; l'assuré achète à ses frais à la caisse d'assurance dont il fait partie un carnet de bons de visites à domicile et de consultations au cabinet du docteur, et, à chaque visite ou consultation, il remet au médecin un ticket qui représente, tout à la fois, sa participation dans le prix en même temps qu'une sorte de constatation du service rendu.

L'assuré devient ainsi, pour une fraction, son propre assureur et se trouve directement intéressé à réduire au nécessaire les frais de sa maladie. Sa contribution doit être assez faible pour qu'il n'hésite pas à recourir au médecin toutes les fois que le besoin s'en fait réellement sentir ; elle doit être suffisante, pour qu'il ne l'appelle pas hors de propos ou dans des conditions onéreuses pour la caisse.

La plus grande liberté est laissée aux caisses pour réglementer la délivrance des tickets. Elles en fixent la valeur chaque année ; elles arrêtent les conditions dans lesquelles elles peuvent en faire l'avance aux assurés et en poursuivre le recouvrement ; le montant peut, par exemple, en être retenu sur les allocations en argent. Le prix du ticket peut également varier, suivant les classes auxquelles appartiennent les assurés et l'importance de leurs allocations en argent, ou suivant la nature des soins réclamés : visites de nuit, jours fériés, consultations.

Une seule règle est fixée dans la loi : le prix du ticket modérateur ne peut excéder le tiers de l'allocation journalière de maladie.

Ce système a fait ses preuves dans différentes régions de France, et particulièrement dans la région lyonnaise, où il est employé depuis de longues années.

Des caisses, condamnées, par suite des abus, à une faillite prochaine, ont vu leur équilibre budgétaire se rétablir dès la création du ticket modérateur. M. Séneval, président de l'Union mutualiste du Var, nous en fournit un exemple caractéristique. En 1920, dans la société qu'il préside, le nombre des malades a été de 90, le nombre des visites de 747. En 1921 il a été fait application d'un ticket modérateur de 2 francs par visite à la charge de l'assuré. Le nombre des malades a été réduit à 36, celui des visites à 314 !

Ainsi que nous l'avons dit dans un chapitre précédent, la règle en vertu de laquelle une partie du risque reste à la charge de l'assuré, de façon à l'intéresser à prévenir le sinistre et à en diminuer l'importance, est de pratique courante dans les mutualités agricoles. Elle a été rendue obligatoire pour tous les adhérents de la Fédération de la mutualité et de la coopération agricoles, qui groupe un million d'agriculteurs, représentant la petite et moyenne propriété. Dans ses mutuelles-incendies, bétail, grêle, etc., il est interdit d'assurer plus de 80 % du risque : dans certaines localités, les primes d'incendie ont été réduites dans des proportions considérables, dépassant parfois 75 % de la prime jadis payée aux compagnies d'assurance.

Le frein apporté aux abus par ce système est si efficace qu'il supprime en fait la nécessité du contrôle. Le syndicat médical du Rhône assure, depuis 1902, le service de 230 sociétés. Il n'a pas de médecins contrôleurs, et la commission mixte, chargée de régler les conflits entre assurés, médecins et caisses, ne s'est réunie que deux fois en dix-neuf ans !

Le ticket modérateur à taux variable est, au surplus, une prime à la bonne gestion des caisses. Dans les caisses économes, bien gérées, il peut être réduit à des proportions minimes, alors qu'il atteindra le maximum dans les caisses déficitaires.

Il donnera au budget des caisses plus d'élasticité et de souplesse ; sa valeur sera calculée tous les ans suivant les conditions de l'équilibre financier de chacune d'elles.

Enfin, et ce n'est pas un de ses moindres avantages, le ticket modérateur simplifie la comptabilité des médecins, souvent médiocres comptables. Tous les trimestres, il leur suffira de remettre aux caisses les tickets ; une simple multiplication leur permettra de connaître le montant de leurs honoraires.

Votre Commission a décidé de rendre obligatoire le ticket modérateur ; l'expérience a prouvé qu'il donne satisfaction à toutes les parties intéressées : aux malades, aux médecins et aux administrateurs des caisses. Le docteur Michon, de Lyon, à qui l'on doit la vulgarisation de ce système, nous a fourni, pour le justifier, les documents les plus probants.

Le libre choix, le contrat collectif, le ticket modérateur sont les seules obligations imposées aux organismes de gestion. Le principe en étant respecté, c'est en toute liberté que seront fixées, avec les groupements médicaux et pharmaceutiques, les conditions suivant lesquelles fonctionneront le service et le contrôle.

II. — *Fonctionnement du service médical.*

On voit, dès lors, comment le système jouera : les contrats collectifs passés par chaque caisse avec les groupements médicaux et pharmaceutiques établiront le mode de rémunération des médecins et des pharmaciens.

Les caisses recevront de l'Union régionale une somme annuelle forfaitaire pour chaque ayant droit : assurés, conjoints, enfants de moins de 16 ans à la charge de l'assuré. Cette somme est prélevée sur la cotisation globale pour être affectée au risque maladie : c'est un décret qui la fixera chaque année.

Nos prévisions budgétaires ne pouvaient pas, sous peine d'erreur grave, être établies sur les mêmes bases que celles des lois anglaise et allemande : aussi bien en Angleterre qu'en Allemagne le médecin de caisse est peu payé ; le prix moyen des consultations à son cabinet est de 2 à 3 francs, celui des visites à domicile de 4 à 5 francs. Dans ces conditions, pour gagner sa vie, le médecin est obligé de voir un grand nombre de malades, il donne surtout des consultations chez lui et ne fait que très peu de visites. Dans une récente statistique de Manchester, pour plus de un million de consultations, il y a à peine 200.000 visites. Mêmes constatations en Alsace et en Lorraine. Un médecin de caisse voit couramment de 50 à 80 malades par jour ! Ses examens sont nécessairement très sommaires ; ils ont jeté le discrédit sur les médecins de caisses, que les Anglais ont désignés par une expression imagée : « far seeing doctors », docteurs qui examinent à distance, de loin.

Ce sont ces pratiques qui ont attiré le jugement sévère de nos médecins ; ils les ont qualifiées de « médecine pour pauvres », « superficielle » ou « à la grosse ».

Si choquants que nous paraissent tout d'abord les excès auxquels a conduits cette organisation, son principe ne mérite cependant pas toutes les critiques dont il a été l'objet. Cette médecine, en Angleterre en Allemagne, est exercée par des praticiens instruits, qui s'acquittent consciencieusement d'une tâche spéciale, nullement comparable à celle des médecins français dans leur clientèle privée, mais bien adaptée aux mœurs, aux lois, à l'outillage sanitaire de leur pays ; elle contribue puissamment, nous en avons la conviction, à l'amélioration de l'hygiène publique. Le médecin de caisse anglais ou allemand ne soigne, en effet, jusqu'à leur guérison, que des affections légères, de courte durée ; la plupart exigent deux ou trois consultations au cabinet par semaine. Ces maladies peu graves comportent surtout une médecine administrative qui consiste, après contrôle, à signer des certificats de maladie pour les caisses ; l'examenmédical, quand il est nécessaire, ne demande dans la plupart des cas que quelques instants.

Les consultants sont très nombreux ; car, ainsi que l'a dit fort justement le Dr Lafontaine : les assurances sociales augmentent beaucoup la « consommation médicale ». C'est d'ailleurs, un de leurs grands avantages : dès qu'un assuré est souffrant, au lieu de suivre, comme cela se produit souvent chez nous, les conseils d'un rebouteux, du pharmacien voisin ou plus simplement d'un camarade, il se rend immédiatement chez le médecin de caisse, qui lui donne gratuitement des soins , des médicaments et souvent quelques jours de repos payés.

Dans le long défilé des consultants, le médecin de caisse élimine immédiatement celui qui présente un syndrome grave ou simplement suspect. Ce malade est envoyé, d'office, à l'hôpital ou dans l'établissement sanitaire spécialisé, doté de laboratoires, du personnel entraîné et instruit, qui lui donnera dès le premier jour de maladie, tous les soins nécessaires.

Ce « triage » est comparable à celui qui se fait dans nos infirmeries régimentaires, qui ne conservent ni malades graves, ni suspects. Il a une importance capitale dans la prophylaxie et dans le traitement. Le malade grave se trouve dans les meilleures conditions de guérison et ne contamine pas son entourage, s'il est atteint d'une affection contagieuse.

Les assurés se rendent docilement dans les établissements sanitaires qu'on leur désigne. En Alsace-Lorraine, ils y sont obligés par la loi. L'hospitalisation est obligatoire pour les célibataires et pour tous les assurés que le médecin de caisse estime inaptes à recevoir chez eux les soins indispensables : c'est le cas de la plupart des malades graves. Nous voyons, en effet, dans les comptes rendus de l'Union des caisses locales de malades de Strasbourg, que le nombre des cas traités dans les maisons de cure, au cours des trois dernières années, varie de 20 à 23,6 %. C'est bien la proportion des maladies sérieuses par rapport aux affections légères. Le chiffre comparé des dépenses est à cet égard suggestif : le traitement des malades à domicile a coûté, en 1921, 979.450 fr. 52 ; en 1920, 857.832 fr. 85 ; en 1919, 616.113 fr. 22, tandis que les soins hospitaliers s'élevaient, en 1921, à 1.242.732 fr. 31 ; en 1920, à 725.969 fr. 17 ; en 1919 à 581.149 fr. 10.

En Angleterre comme en Amérique, l'établissement sanitaire n'est pas obligatoire, mais les malades y vont spontanément, parce qu'ils savent qu'ils y seront soignés dans des conditions excellentes qui permettront d'adoucir leurs souffrances, d'en abréger la durée.

En Angleterre, en Alsace-Lorraine, il est admis que le médecin de caisse ne peut faire des visites à domicile fréquentes, comportant des examens minutieux. Quand les assurés, par exception, désirent être soignés chez eux pour des maladies graves, ils offrent au médecin un supplément par visite, destiné à compenser l'insuffisance des honoraires de la caisse ; tout récemment en Alsace, les médecins ont demandé que ce supplément soit réglementé.

***

Une semblable organisation sanitaire ne saurait être envisagée pour la France : nous ne disposons pas encore des établissements sanitaires indispensables.

D'autre part, si le Français commence à se familiariser avec la pensée d'être soigné dans une clinique, il redoute l'hôpital ; et nous devons bien le reconnaître, en dépit de la science et du dévouement du personnel médical et infirmier, les malades y sont soignés dans des conditions qui justifient trop souvent le discrédit qui le frappe. Même à Paris, dans nos plus récents hôpitaux, on voit encore des salles communes de 40 et 50 lits avec deux boxes d'isolement dans chaque salle ! Il suffit d'un délirant pour troubler le repos de 50 personnes ; le spectacle si angoissant de l'agonie ne peut même pas toujours être épargné aux voisins de lit du mourant.

Aussi, depuis la hausse des salaires, la clientèle de nos hôpitaux a-t-elle notablement diminué : le travailleur préfère se faire soigner chez lui à ses frais.

La mise en vigueur de la loi sur les assurances sociales augmentera encore, pendant la période de début, cette désertion de nos hôpitaux et, par conséquent, le nombre des malades soignés dans leur foyer.

Les médecins des salariés, devenus médecins de caisses, traiteront donc à domicile avec leur science et leur dévouement traditionnels tous leurs malades, graves et légers ; à leur chevet et dans le silence du cabinet, pour étudier les cas épineux ou inquiétants, ils leur consacreront tout le temps nécessaire.

Notre organisation doit être en harmonie avec ces mœurs médicales ; ce n'est qu'à ce prix que les assurances sociales auront l'adhésion morale des intéressés, malades et médecins, sans laquelle la loi serait inopérante.

***

Nous estimons cependant que cette réglementation est provisoire : il se produira chez nous une évolution profonde, semblable à celle qui s'est produite à l'étranger, en Angleterre, aux Etats-Unis, en Allemagne.

Certes, nous n'aurons ni hôpital obligatoire, ni les examens superficiels, ni des conventions semblables à celles de certaines caisses d'Alsace où tout est fixé à forfait, même le nombre de visites pour chaque affection (2 visites pour une rougeole, 2 pour une scarlatine, 7 injections intraveineuses pour une syphilis, 6 injections pour une blennorrhagie, les soins supplémentaires n'étant pas rémunérés). Nous ne connaîtrons jamais cette médecine de catalogue, sans âme, pour laquelle il n'y a pas de malades, mais des maladies. Elle constituerait une grande erreur technique et psychologique dans notre pays où le médecin soigne ses malades avec toute sa science et tout son cœur.

Mais nous verrons progressivement se créer une organisation thérapeutique et préventive basée sur la collaboration médicale dans des établissements spécialisés.

Notre évolution avait déjà commencé avant la

guerre : depuis de longues années, on considérait comme périmée l'antique conception du médecin isolé, qui soignait ses malades seul, sans se préoccuper de ses confrères spécialisés, sans recourir à l'aide précieuse des laboratoires ! La science médicale était déjà si vaste, si complexe, qu'elle ne pouvait être embrassée utilement par un même homme. L'individualisme professionnel disparaissait peu à peu devant la nécessité impérieuse de la spécialisation. La collaboration médicale paraissait indispensable.

Au cours de la guerre, cette collaboration a été réalisée très complètement. Non seulement, elle existait dans nos établissements sanitaires permanents, mais elle avait pénétré jusque dans nos formations sanitaires de l'avant, jusque dans nos ambulances divisionnaires. Ses bienfaits furent incalculables : c'est par milliers qu'elle a sauvé des vies humaines.

« Jamais les Français n'ont été si bien soignés que pendant les dernières périodes de la guerre », nous disait notre éminent ami, le professeur Cunéo, président de la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, et il ajoutait : « La récupération, pour le front, que nous avions poussée à un si haut degré de perfection, il faut que nous la réalisions dans la paix pour la production nationale, pour notre défense économique ! »

Désormais, il est bien établi que la visite, l'opération ne constituent plus toute la médecine. La plupart des opérations ne peuvent être entreprises sans être précédées d'analyses et réactions diverses, sans examens histologiques, bactériologiques, radioscopiques, sans inoculations. Même complexité en médecine pour le diagnostic comme au cours du traitement : le bactériologiste, le chimiste, le radiologiste interviennent, et tous les jours, ce sont de nouvelles et admirables conquêtes, qui exigent, pour le traitement d'un même malade, le concours de nouveaux spécialistes.

Toutes ces interventions n'appellent pas seulement la communauté des concours ; elles nécessitent la mise en œuvre d'un outillage ou de produits extrêmement coûteux, le radium, par exemple, qui ne peuvent être la propriété du praticien.

De plus, dans bien des cas, il est intéressant d'avoir tous les éléments de diagnostic et de traitement près du malade, à la disposition constante du médecin, du chirurgien, au cours même d'une opération ; bien des hôpitaux en sont encore dépourvus.

Grâce aux capitaux considérables dont elle disposera, la médecine sociale collective hâtera l'évolution nécessaire dans l'organisation des soins.

Dans toutes les régions, nous verrons surgir des établissements sanitaires spécialisés, avec chambres à un, deux ou quatre lits, au plus.

Pris en charge par les assurances sociales, qui se substitueront progressivement à l'Assistance publique, nos hôpitaux se transformeront, moderniseront leur outillage. Notre enseignement y installera des centres d'instruction, dignes de nos savants.

Le malade se rendra docilement dans les établissements sanitaires, parce qu'il s'y trouvera dans les conditions matérielles et morales les plus favorables à sa guérison rapide.

Le rendement du travail médical, qui n'aura rien de commun avec le taylorisme si regrettable de certaines caisses alsaciennes, sera augmenté.

Pour leurs malades graves, les médecins ne perdront plus un temps précieux en longs et coûteux déplacements. Ils les grouperont dans des maisons de cure où ils trouveront l'outillage indispensable, tous les collaborateurs nécessaires et un personnel instruit et entraîné pour exécuter leurs prescriptions.

Les Caisses organiseront une médecine préventive vigilante, active. L'assuré, muni du carnet de santé, si justement préconisé par l'Union des Syndicats, prendra l'habitude de passer des visites périodiques, de confier à des spécialistes les plus légers troubles de sa santé, souvent précurseurs d'affections graves évitables.

C'est toute une transformation dans la pratique de la plus noble des sciences. Le corps médical y collaborera, avec sa magnifique ardeur à réaliser tout ce qui sert les intérêts de la collectivité et de la science.

(*A suivre*).

Nous extrayons de la revue « Le Médecin d'Alsace et de Lorraine » *n° 5, le document suivant dont la lecture ne manquera pas d'intéresser fortement nos lecteurs, à l'heure où le rapport du Dr Grinda, sur le projet de loi d'assurances sociales, dont nous publions ci-dessus un extrait, vient d'être distribué à la Chambre, au nom de la Commission d'assurances sociales.*

LA LUTTE POUR L'EXISTENCE DE LA PROFESSION MÉDICALE EN ALLEMAGNE (1)

Par le Dr Ludwig STETTENHEIM.

Correspondant du *Berliner Tagblatt* à Leipzig.

(Traduit par E. WENNAGEL.)

Il y a quelque temps que l'attention publique a été attirée sur la *situation difficile où se trouve le corps médical.* Depuis lors, les médecins ont été obligés de lutter pour sauvegarder leur existence même ; cette lutte approche à grands pas de son dénouement. Or, il ne s'agit pas là de questions qui concernent les

(1) Paru dans le *Berliner Tagblatt* du 3 janvier 1923.

seuls médecins ; la lutte risque fort d'avoir des répercussions graves sur *les intérêts vitaux du peuple tout entier.*

C'est au mois de mars de cette année (1922) que les médecins ont conclu avec les *Caisses-maladies*, une *convention concernant les tarifs* (tarif abkommen). On prit pour point de départ de cette convention le nouveau tarif officiel (1) prussien d'honoraires médicaux, élaboré par le ministère du Bien public. Les médecins avaient obtenu l'assurance que les prix minima — ceux qui sont valables pour les relations avec les caisses — seraient à partir du 1er avril le décuple des prix d'avant-guerre. On ne remit ce nouveau tarif aux médecins que dans la soirée, la veille du jour où devait être conclue la convention. Ils n'eurent donc pas la possibilité de l'étudier sérieusement, ni de se rendre suffisamment compte des modifications que leur apporterait le nouveau tarif, comparé aux chiffres absolument insuffisants de l'ancien. Confiants dans les affirmations du ministère du Bien public, ils admirent que, effectivement tous les prix nouvellement fixés étaient 10 fois plus forts que les prix d'avant-guerre. Or, il n'en était pas ainsi, comme on put s'en assurer bientôt.

Et, de plus, à l'instigation des Caisses-maladie et d'autres institutions d'assurances sociales, on avait glissé dans le nouveau tarif des stipulations tout à fait nouvelles. Ce sont les suivantes :

1) Lorsque le médecin exécute un acte médical rentrant dans la catégorie des « soins extraordinaires» (2), (par exemple injections, pansements, extractions de corps étrangers de l'œil, etc...) il ne touche plus d'honoraires pour la consultation proprement dite ; c'est là un travail qu'il est obligé de fournir gratuitement.

2) Lorsqu'un médecin exécute simultanément plusieurs actes médicaux (par exemple, en cas de fracture, la réduction de la fracture, la pose d'un appareil plâtré et l'anesthésie générale) l'acte tarifié le plus cher est seul payé à plein tarif (la réduction de la fracture, dans l'exemple ci-dessus). Les autres actes ne sont taxés que pour les 2/3 du prix fixé au tarif. Un tiers des honoraires est donc rayé et le prix de la consultation n'est pas payé non plus.

3) Lorsqu'un même acte médical est exécuté par un médecin pendant plusieurs jours consécutifs (par exemple des injections en série de salvarsan ou d'arsenic, des massages ou des traitements électriques en série), seules les trois premières séances sont payées à plein tarif. A partir de la quatrième, elles ne sont plus taxées que pour les 2/3 du prix fixé au tarif. Et, là encore, la consultation n'est pas payée à part.

En se basant sur les expériences des deux derniers trimestres, les médecins ont pu démontrer que les stipulations ci-dessus leur ont fait perdre 25 % sur les honoraires auxquels ils auraient eu droit pour le travail effectivement fourni par eux, n'eussent été ces rabais, qu'ils ont bien dû concéder parce qu'on leur avait forcé la main.

De plus, les Caisses exigèrent que fussent fixées, par la convention elle-même, d'autres restrictions ; elles prétendaient que certains médecins faisaient plus de visites, de consultations et d'opérations qu'il n'eût été strictement nécessaire. De la meilleure volonté du monde les médecins ont accepté que fussent insérées dans la nouvelle convention — pour garantir les Caisses contre les abus possibles — des stipulations de cet ordre. C'est ainsi qu'il fut décidé, pour le deuxième et le troisième trimestre, qu'on ne payerait au médecin, par cas de maladie, que 3, 5 actes médicaux simples (consultation ou visite) et que les sommes à payer pour les soins extraordinaires (injections, opérations etc...) ne devraient pas dépasser les 40 % des honoraires totaux.

Rien de ce qui dépasse ces limites n'est payé aux médecins.

Il est évident que ces concessions comportent une nouvelle réduction — réduction très importante des revenus médicaux — et cela alors qu'il s'agit cependant de travail effectivement fourni !

Autre défaut de la convention : il fut décidé que les prix minima fixés à l'origine seraient majorés, chaque trimestre, d'un pourcentage qui serait calculé, *à la fin* du trimestre, par une commission spéciale, dite « commission de l'index ».

La commission devait se baser sur les « chiffres-index de l'Empire ». Or, les chiffres-index ne rendent compte que de l'augmentation de prix subie régulièrement par les denrées indispensables à la vie — nourriture, chauffage, habillement.

Mais les frais professionnels du médecin, ceux occasionnés par l'entretien et l'achat d'instruments, le personnel, les produits chimiques destinés aux examens de diagnostic, appareils de radiographie et autres, publications scientifiques etc., tous ces frais ont augmenté dans des proportions bien plus considérables que les « moyens d'existence indispensables ». Et, de plus, la méthode utilisée pour le calcul des majorations est fausse : on a comparé la

(1) Depuis très longtemps, il existe dans les divers États allemands un tarif officiel d'honoraires médicaux. Ces tarifs indiquent, tant pour le prix de la visite ou de la consultation que pour les divers actes de la pratique médicale ou chirurgicale, un prix minimum et un prix maximum. Le prix minimum est d'office celui qui est applicable dans les relations avec les Caisses. Le prix maximum fixe la limite supérieure à laquelle les tribunaux sont autorisés à fixer les honoraires médicaux *dans la clientèle libre*, lorsque la note d'un médecin est contestée par son malade et qu'il n'y a pas eu d'accord préalable à ce sujet entre ce malade et le médecin. (*Note du traducteur.*)

(2) Pour l'intelligence du texte, il n'est peut-être pas inutile d'indiquer que tous les tarifs officiels allemands distinguent entre les « soins ordinaires » (grundleistungen), qui sont la visite ou la consultation simple, et les soins extraordinaires (sonderleistungen) qui embrassent tout ce qui dépasse la visite ou la consultation simple. Tous les tarifs antérieurs étaient établis d'après le principe du cumul. Le fait de décupler uniformément tous les prix tout en supprimant le cumul, porte donc un préjudice très grave aux intérêts matériels des médecins. (*Note du traducteur.*)

moyenne de tout un trimestre à la moyenne d'un seul mois, le dernier mois du trimestre précédent. L'office de statistique d'Empire à Berlin a reconnu lui-même que cette manière de procéder devait nécessairement porter le préjudice le plus grave aux médecins. Il eût fallu opposer l'une à l'autre la moyenne d'un trimestre à la moyenne d'un autre trimestre, ou bien encore les chiffres-index de deux mois correspondants. (mars et juin, juin et septembre, etc.) L'erreur de méthode a eu cette conséquence que les majorations de cherté de vie ont été trop faibles. *Il s'en faut de beaucoup que les honoraires des médecins aient augmenté proportionnellement à la cherté de la vie.*

Le Dr Hertzel, de Brême, a prouvé que, dans ces conditions, non seulement les médecins n'ont en fait pas touché d'honoraires pendant les 2e et 3e trimestres, mais encore qu'ils ont été obligés de puiser dans leurs réserves personnelles — pour autant qu'il en possédaient — afin de couvrir les frais que leur occasionnaient les assurés.

Versement trop tardif des honoraires.

Il y a plus encore. Les Caisses ont toujours versé les honoraires pour le travail fourni dans le courant d'un trimestre, *au moins 3 mois plus tard.* La dépréciation du papier-monnaie survenue dans l'intervalle a donc pesé de tout son poids sur les médecins.

La diminution des revenus, causée par le versement trop tardif des honoraires dus par les Caisses, a été de 34 %, entre le premier et le deuxième trimestre de 1922 ; elle a été de 55 % entre le deuxième et le troisième trimestre, et de 74 % entre le troisième et le quatrième trimestre. Inutile d'exposer ce que cela représente, par le temps qui court.

Les médecins se sont efforcés d'obtenir qu'au moins pour le quatrième trimestre, les calculs et les payements soient faits par mois. Mais les Caisses n'ont pas su se décider à inviter leurs bureaux de décompte à renoncer au système du crédit et à accorder les calculs et les payements *mensuels*.

Elles prétendent n'avoir pas de quoi payer des honoraires plus élevés. Elles n'ont que partiellement raison, en ce sens que leurs rentrées sont, pour le moment, un peu diminuées, parce que le Gouvernement a trop tardé à relever les « salaires de base » (1) et parce que les assurés versent leurs cotisations non en proportion de leur salaire *réel*, mais en proportion de ces « salaires de base » fixés à un chiffre beaucoup trop bas. Le salaire de base est, en ce moment, de 500 Mk. alors que de nombreuses catégories d'ouvriers gagnent journellement de 1000 à 1500 Mks et même davantage. Ces classes à salaire plus élevé gênent énormément le fonctionnement de l'assurance sociale. On ne tient plus du tout compte du point de vue social, qui veut que, en matière d'assurance-maladie, la contribution de chacun soit *fonction de ses revenus réels.*

La rémunération des médecins est actuellement (pour le mois de novembre) d'environ 77 fois plus forte qu'avant la guerre, alors que la proportion pour les traitements de *fonctionnaires*, en vertu du nouveau statut, est de 117 à 1 depuis le premier octobre, de 124 à 1 depuis le 16 octobre et de 158 à 1 environ depuis le premier décembre. Quant aux *ouvriers* ils ont obtenu, en octobre, 250 fois, pour certaines catégories même (par exemple les ouvriers non spécialisés) 450 fois les salaires d'avant-guerre.

Les revenus des *employés* ont atteint environ 200 fois les prix d'avant-guerre.

Cette manière de rémunérer le travail médical effectué pour les Caisses a eu pour conséquence d'obliger les médecins à vendre une partie de leurs instruments de travail (microscopes, appareils, livres) pour pouvoir au moins vivre. Il est clair que dans ces conditions la valeur scientifiques des médecins baissera forcément ; bientôt les médecins ne posséderont plus l'armement scientifique indispensable pour traiter leur malades selon les règles. Les « aerztliche Mitteilungen » (1) sont remplis d'offres de vente, faites par des médecins, de leurs plus indispensables instruments de travail.

La prétendue pléthore de médecins.

Les Caisses déclarent que si les revenus des médecins pris individuellement deviennent insuffisants, la faute en est à l'encombrement de la profession médicale. Mais il est prouvé qu'un médecin de Caisse, travaillant à plein rendement, ne peut arriver à dépasser 300.000 Marks (2) d'honoraires par an, d'après les chiffres du mois d'octobre, en exécutant 40 actes médicaux par jour. Si l'extension de son activité médicale l'oblige à dépasser ces 40 actes journaliers, il est difficile d'admettre que l'examen de ses malades sera fait consciencieusement et leur traitement avec tous les soins voulus. Or, les médecins sont d'avis que l'assuré a droit à des soins médicaux

(1) Le salaire de base est le salaire fictif uniforme, sur lequel sont calculées les cotisations des assurés d'une catégorie donnée. Dire que le salaire de base est fixé à 500 Mk. signifie que le salaire fictif de la catégorie la plus élevée d'assurés de Caisse est considéré comme étant de 500 Mk. par jour, cette catégorie étant celle des ouvriers qui gagnent « 500 Mk ou davantage ». De même les prestations que la Caisse leur doit sont calculées comme si le salaire de l'année était effectivement de 500 Mk seulement. (*Note du traducteur*).

(1) L'organe officiel du « Leipziger Verband », lequel est en Allemagne ce qu'est pour nous l'Union des syndicats médicaux. (*Note du traducteur.*)

(2) Pour juger la valeur de ce nombre exceptionnellement atteint par de rares médecins, il faut le rapprocher des suivants, extraits du *Daily Mail* du 15 janvier dernier : un ouvrier mineur de la Ruhr travaillant à l'heure gagnait en moyenne 4212 Marks par journée de huit heures, — soit 1.263.000 Marks par 300 jours ouvrables — et un ouvrier mineur travaillant à la coupe arrive à gagner 4650 Marks par journée 8 heures, — soit 1.395.000 Marks pour 300 jours ouvrables — c'est-à-dire 4 fois et demie ce que gagne un médecin exceptionnellement occupé et travaillant non pas 8 heures mais nuit et jour. (*Note de la direction.*)

tout aussi consciencieux que n'importe quel client libre et cela au moyen des mêmes moyens modernes d'investigation et de traitement.

L'encombrement de la profession n'existe en réalité que dans les grandes villes, et cela pour cette simple raison que les Caisses n'ont pas encore voulu se décider à introduire partout le libre choix du médecin. Les médecins sont donc obligés de s'établir là où il leur est possible de participer au traitement des assurés des Caisses. Admettons que les Caisses ne demandent à chaque médecin que 8 heures de travail environ — et il serait injuste qu'elles exigent davantage du médecin qui travaille sans relâche et supporte de grosses responsabilités — : les médecins qui font aujourd'hui de la médecine de Caisse pourraient être occupés tous, sans exception, et arriveraient, s'ils étaient rémunérés de façon équitable, à gagner leur vie, modestement il est vrai, mais au moins de façon à ne pas mourir de faim.

Mais les Caisses ont déclaré la guerre au principe même du libre « choix organisé » ; elles ont annoncé publiquement, et ont renouvelé ces menaces lors de conférences au ministère du travail, que de nouveaux pourparlers avec les médecins au sujet des honoraires n'auront lieu que si l'on supprime le choix libre et si l'on crée le plus petit nombre possible de médecins fonctionnaires. Si semblable mesure était prise, ce qui serait un pas en arrière dans l'assurance sociale, il en résulterait que les malades ne pourraient plus consulter le médecin de leur choix, et que d'autre part les médecins, sous l'empire d'une pression directe exercée par les Caisses, perdraient toute liberté en matière de prescriptions pharmaceutiques et de traitement. Ils n'auraient le droit de se laisser guider que par l'intérêt financier des Caisses.

Le système de traitement médical introduit de la sorte ressemblerait à s'y méprendre à la médecine régimentaire telle qu'elle est pratiquée à la salle de visite, où chacun est obligé de se faire ou de se laisser traiter par le médecin qu'on a désigné pour le traiter.

Quant aux médecins, ils tomberaient sous la dépendance absolue des présidents ou des conseils des Caisses ; ce serait la fin de la profession médicale en tant que profession libérale ; les soins médicaux seraient soumis, de la façon la plus grave, à des influences extra-médicales.

Si le Gouvernement ne parvient pas à trouver le moyen de sortir de cette impasse, c'est-à-dire à élever le tarif officiel des honoraires médicaux à un niveau correspondant aux exigences du jour et à supprimer les stipulations restrictives, si d'autre part le ministère du travail, lors de nouveaux pourparlers, n'use pas de toute son influence sur les Caisses pour les amener à accorder des honoraires à peu près acceptables, le conflit sera inévitable. Jusqu'à présent les médecins ont cherché à éviter une lutte ouverte ; ils ont voulu épargner au peuple, que les luttes et les difficultés intérieures ne font que trop souffrir déjà, les graves dangers et les dommages qui résulteraient d'une « lutte de salaires » menée par les médecins.

Mais ils voient l'existence même de leur profession menacée ; les médecins n'auront plus le choix ; la lutte ouverte sera pour eux le seul moyen d'empêcher la profession médicale de sombrer complètement.

Post-scriptum de la direction.

Publié dans le *Berliner Tagblatt* comme correspondance de Leipzig où siège la fédération des médecins allemands, cet article a une valeur documentaire d'un tel ordre que nous ne pouvions le laisser ignoré de nos lecteurs.

L'auteur s'il n'est pas médecin, a été manifestement informé de bonne source. Malheureusement il écrit mal et, de plus, utilise trop souvent les facilités que donne la langue allemande pour masquer l'imprécision de la pensée. Cela a rendu pénible le travail du traducteur qui pourtant a suivi le texte de très près.

En publiant cette précieuse information, nous n'entendons pas fournir des armes aux adversaires de l'assurance-maladie obligatoire. A ceux qui veulent prendre argument de la situation des médecins allemands contre le principe des assurances sociales. E. Schmidt (d'Andlau) a ici même répondu de bonne encre. Mais il demeure nécessaire de suivre la crise professionnelle de nos confrères d'outre-Rhin, parce qu'elle est infiniment instructive à un autre point de vue.

Il semble que l'administration d'Empire les ait facilement bernés, du moins si l'on s'en rapporte au correspondant du *Berliner Tagblatt*, et qu'ils aient manqué de cette intelligence spéciale qu'il faut emprunter à Ulysse toutes les fois qu'on négocie avec les Caisses, *a fortiori* avec les administrations d'Etat.

Il est manifeste que le ministère a soutenu les Caisses aveuglément par mauvaise politique (1), affectant de ne point voir la ruine du corps médical, ruine qui ne peut conduire qu'à la révolte des médecins ou à l'extinction de leur recrutement ou aux deux à la fois, pour le plus grand dommage de la Société.

Et l'on ne sait de quoi il faut le plus s'étonner, ou du peu de résistance des médecins ou de l'aveuglement des hommes d'Etat. Car si la cause primordiale du désastre que subit la profession médicale en Allemagne est la crise financière du pays, il n'en demeure pas moins que là où les ouvriers se sont assez bien défendus et les fonctionnaires un peu moins bien, les médecins, abandonnés par les pouvoirs publics, ne se sont pas défendus le moins du monde. Tout s'est

(1) Il y a lieu de constater que, si nous jugeons cette politique mauvaise, elle est en tout cas très coordonnée. Toute la politique intérieure allemande tend à l'écrasement de la classe moyenne et n'est-ce pas à la classe moyenne qu'appartiennent les médecins ?

passé comme s'ils étaient abandonnés eux-mêmes et il doit y avoir à leur malheur une cause intérieure qui nous échappe, peut-être insuffisante solidarité.

Retenons encore cet enseignement que là où l'organisation du corps médical manque à sa tâche, immédiatement Etat et Caisses laissent paraître leur rêve de créer une organisation sanitaire générale où, comme dans une grande caserne la nation serait soignée au commandement par des médecins imposés et fournissant au rabais une médecine standardisée !

Seule l'union des médecins en des syndicats puissants peut sauver la société moderne de ce danger, qui grandit avec le développement de la médecine sociale. Le syndicalisme médical n'est point seulement l'unique garantie des intérêts professionnels ; il est aussi une garantie essentielle pour la liberté du peuple entier !

G. Batier.

MUTUALITÉ FAMILIALE

La propagande

Je reçois la lettre suivante :

M. le Secrétaire général et cher Confrère,

Je suis profondément touché de voir que vous me considérez comme assez dévoué à notre Société pour me demander ma collaboration pour la propagande que vous voulez organiser.

Je vous envoie ci-incluse une liste des confrères de ma région qui, par leur âge et leur santé, du moins apparente, me semblent susceptibles de devenir de bons candidats. Envoyez-moi un paquet de vos tracts. Je tâcherai de les distribuer et de recommander notre Caisse de vive voix à chaque occasion, ne serait-ce que pour mieux mériter votre confiance.

Mais laissez-moi vous exposer mes idées personnelles sur la propagande en général et sur l'effort que vous tentez en ce moment :

Il est évident, et je le remarque chaque jour un peu plus, que le médecin français n'a aucune idée de prévoyance personnelle. Quand il a souscrit une assurance contre l'incendie à la Compagnie X, et une assurance contre les accidents qu'il peut causer à la Compagnie Y, il croit avoir rempli tous ses devoirs de sécurité sociale et il ne se préoccupe plus de rien.

Penser qu'il peut être malade, victime d'un accident d'auto, qu'il peut lui arriver d'être cloué au lit pour de longs mois, et qu'il peut voir sa clientèle s'évaporer pendant ce temps-là, c'est le moindre de ses soucis. Il a trop confiance en sa santé pour craindre la maladie, en son adresse pour craindre l'accident, en son influence pour craindre le lâchage des clients.

Alors à quoi bon adhérer à une Caisse quelconque et engraisser de sa prime des dirigeants qu'il ne connaît pas et qui vivent de son argent ? Car, mon cher secrétaire général, il y a des médecins qui croient encore que vous ne vivez que des bénéfices de votre secrétariat !

Quant à l'âge de la retraite, qui s'en soucie ? « A 60 ans, je serai riche ! », pense-t-on — et vogue la galère.

Et la mort prématurée ? et les veuves ? et les orphelins ? Mais qui ne croit pas à la maladie ne croit pas à la mort.

Telle est la mentalité de beaucoup de nos jeunes confrères ; et à cause de cette mentalité, ils laissent passer les années sans se couvrir contre les risques de chaque jour, pour n'y penser qu'au lendemain des catastrophes, quand il est trop tard !

Vous voulez les éclairer par des lettres personnelles ?

C'est un gros travail et très méritoire que vous entreprenez. Mais serez-vous lu ?

Quand, dès la 4e ligne, votre lecteur sentira le propagandiste, il jettera votre prose au panier comme un vulgaire prospectus.

Voyez-vous, à mon avis, il n'y a qu'un moyen de secouer la torpeur et l'indifférence du médecin. C'est la propagande verbale par l'exemple.

C'est à nous, membres de la Mutualité Familiale, à nous qui savons ce qu'est notre œuvre, qui savons quels services elle nous a rendus, de nous entendre tous pour ne manquer aucune occasion de faire l'éloge de notre Société et de lui recruter des adhérents.

Les occasions ne manquent pas : consultations, réunions syndicales, réunions des Sociétés locales, banquets d'anciens camarades, etc., etc.

Pourquoi les membres de la Mutualité Familiale dans chaque département ne s'organiseraient-ils pas pour former un groupement de propagande et de contrôle ?

Aidés par le *Concours*, dont la lecture a une grosse influence en province et qui est très écouté, nous pourrions beaucoup, je crois, si vous savions mieux comment nous y prendre.

Etudiez-la chose, conseillez-nous, aidez-nous.

Avec la publicité permanente que le *Concours* peut faire pour la Mutualité Familiale, avec la ferme volonté des sociétaires dans chaque région, on doit arriver à mon avis à un résultat plus tangible que par tout le mal que vous vous donnez et qui, je le crains, ne sera pas récompensé comme il le devrait.

Une lettre, c'est si peu de chose quand il faut sans cesse rabâcher les mêmes arguments pour arracher une adhésion.

Pardon de cette longue lettre et croyez-moi, mon cher Confrère, votre tout dévoué.

Dr S. à L. (R.).

Oui, certes, le Dr S... a raison : rien ne vaut la propagande directe de confrère à confrère et les membres de la Mutualité familiale sont mieux qualifiés que personne pour remplir le rôle de propagandistes. Nous leur avons, à maintes reprises, demandé de nous amener des adhérents : quelques-uns l'ont fait, mais la chose ne s'est pas généralisée.

Gassot a raconté un jour, les difficultés qu'avaient rencontrées, les déboires qu'avaient eus les confrères qui avaient résolu de recommander notre œuvre : combien cela vous rapporte-t-il ? leur avait-on répondu.

Il est évident que ceux qui accusent le Conseil de la Mutualité familiale de vivre de leurs fonctions, les sociétaires qui font de la propagande de toucher une remise, ne croient pas le moindre mot de ce qu'ils disent, mais cela fait bien : on montre qu'on n'est pas une poire ! Quels que soient d'ailleurs les sentiments auxquels ils obéissent, le résultat reste le même ; les confrères propagandistes se rebutent et renoncent à la tâche.

Si nous constatons le fait, cela ne veut pas dire que nous ne le déplorions pas et que nous n'acceptions pas de grand cœur tous les concours qui peuvent s'offrir à nous : les confrères qui, comme le Dr S... croient pouvoir réussir sont les bien venus et ils peuvent être certains de trouver près de nous tout l'appui dont ils auront besoin.

Mais qu'ils ne nous demandent pas d'organiser nous mêmes des groupements, la chose nous est impossible : nous avons tenté l'expérience, elle n'a pas réussi.

Qu'on se le rappelle, nos premiers statuts prévoyaient l'existence de comités de contrôle et de propagande et nous comptions, pour les organiser, sur l'appui de l'Association générale et des syndicats — pour des raisons diverses cet appui nous a fait défaut. Nous avions essayé d'instituer des correspondants — pour des raisons d'un autre ordre il a fallu y renoncer.

La jalousie est une force terrible.

Donc, confrères qui avez la foi, faites œuvre d'initiative : tâchez de grouper ceux qui pensent comme vous, propagez la bonne parole ; montrez ce qu'a fait la Mutualité familiale, ce qu'elle pourra dans l'avenir ; insistez sur son organisation, sur la sécurité qu'elle présente ; amenez-nous de nouveaux sociétaires, ce sera pour leur plus grand bien et vous accroîtrez la prospérité de la Mutualité familiale.

Nous continuerons, nous, la propagande qui nous paraît possible — faites, vous, ce que nous ne faisons pas, et les résultats couronneront nos efforts communs.

H. MIGNON.

Travaux Originaux

DÉCLARATION DE MORT-NÉ ET SECRET PROFESSIONNEL

Par le docteur TRONCHON.

Voici pour ainsi dire le scénario filmé, mais vrai d'une nuit plutôt dramatique que j'ai récemment vécue :

Quatre heures du matin. Coups de sonnette impératifs. A ma porte, un agent et un homme à figure dure, fermée, parlant par monosyllabes, disant seulement que sa sœur souffre de « coliques atroces ». Maison affolée. Lumières. Tout le monde debout, anxieux. La malade, veuve depuis trois ans, trente-cinq ans, assise à angle droit dans son lit, les mains crispées sur les draps tirés jusque sur le menton. Le père et la mère près du lit. Deux petites filles couchées dans le lit qui fait face. Dès le début de mon examen, je vois que chemise et draps sont rouges de sang. La malade me saisit le poignet, et à voix basse : « Pitié, M. le docteur, ne dites rien, renvoyez tout le monde, j'ai accouché à l'insu de tous, le petit est là... » L'enfant est mort. Le placenta commence à se décoller. Hémorragie. Pouls rapide mais régulier. Le temps presse. Rien de prêt : ni coton, ni teinture d'iode, ni eau bouillie. Je rassure la pauvre femme mais lui demande de tout avouer à sa mère qui devra m'aider. Je remercie l'agent. J'envoie le frère à la pharmacie, le père à son travail. Je couche dans la chambre à côté les deux petites filles endormies. Je fais bouillir de l'eau..... Tout est au net lorsque le frère revient de la pharmacie... sans les remèdes, car la sonnette a été coupée par des gamins. Je me mets en chasse, reviens, et fais les choses aussi proprement que possible.

Je passe..., et j'arrive au cas de conscience qui est l'objet de cet article.

Pendant mon absence, mère et fille s'étaient entendues pour faire disparaître le corps du petit mort-né. Malgré mes explications, mes conseils et mes objurgations, elles se refusent à toute déclaration à la mairie de peur que tout se sache, et me supplient de ne rien faire de mon côté. Je leur explique que la loi m'oblige, étant donné leur refus et le fait que j'avais fait l'office d'une sage-femme, à déclarer à la mairie, sans adresse ni nom, un accouchement de mort-né. Le Code civil est, en effet formel :

Art. 55. — Les déclarations de naissance seront

faites dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état-civil du lieu.

Art. 56. — La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine, sages-femmes, qui auront assisté à l'accouchement...

Et le Code pénal est non moins affirmatif : art. 346. — Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'art. 56 du Code civil et dans les délais fixés par l'art. 55 du même code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de 16 francs à 300 francs.

Me voici donc à la mairie. Le préposé à l'état-civil prend une feuille verte, écrit « mort-né » et me demande : « Le sexe ? — Je vous avoue que j'ai eu autre chose à faire qu'à m'en assurer, mais je pourrai vous le dire. — Le nom des parents ? — Impossible de vous l'indiquer. — Au moins, l'adresse? — Pensez-vous ? où serait le secret auquel je suis tenu ? — L'heure de l'accouchement. — Entre 11 heures hier matin et ce matin 11 heures. — Voici vingt ans que nous sommes ici, nous n'avons jamais vu pareille déclaration. Où envoyer les Pompes funèbres ?... — .... Il faut voir M. le Maire, le Conseil juridique de la mairie... Tenez, regardez le Code... » Le porte-plume est jeté avec force, la feuille verte reste en panne.

Pour calmer en partie cet émoi et surtout couvrir entièrement par un témoignage écrit ma responsabilité, je pris une feuille d'ordonnance et rédigeai moi-même ma déclaration ainsi qu'il suit :

« Je soussigné, docteur en médecine à Besançon, déclare, en vertu des articles 55 et 56 du Code civil, avoir assisté, pendant les dernières vingt-quatre heures, dans le territoire de la commune de B..., à l'accouchement d'un enfant mort-né, à une adresse et à une heure que je ne puis plus clairement indiquer, tenu que je suis au secret professionnel par l'article 378 du Code pénal.

Date et signature ».

Et je partis avertir de ma déclaration les deux femmes, les décider à faire reparaître le corps du mort-né, et enfin, après bien des instances, à faire faire en mairie par le frère de la malade, la déclaration qui leur évitait dorénavant toute enquête et tout ennui.

Vu la difficulté que j'avais eue à les y décider, je ne regrettai en rien ma propre déclaration qui, — pour le cas où elles auraient persisté à ne pas vouloir faire la leur et où une dénonciation anonyme suivie d'enquête, même à des années de là, aurait tout découvert, — mettait entièrement à couvert ma responsabilité vis-à-vis de la loi.

Comme références médico-légales, j'indiquerai les passages suivants du Traité de Vibert — p. 754-757. — « Les cas qui ont soulevé le plus de controverses sont ceux où le médecin, s'appuyant sur les termes de l'article 378, et surtout obéissant au sentiment de l'honneur et aux exigences de la conscience, refuse de dire ce qu'il a appris dans l'exercice de sa profession, alors qu'il semble tenu cependant de le révéler par d'autres articles du code. Par exemple, le médecin est tenu de déclarer à l'officier de l'état-civil la naissance de l'enfant quand il a assisté à l'accouchement. On comprend que lorsqu'il s'agit d'une femme non mariée ou d'une femme séparée de son mari, il peut arriver que celle-ci ait le plus grand intérêt à cacher son accouchement, qu'elle ne se fie au médecin que sous le sceau du secret. Le médecin doit-il révéler ce secret, contrairement aux termes de l'art. 378 du Code pénal, ou doit-il s'abstenir de déclarer la naissance et s'exposer ainsi aux peines portées par l'art. 346 du même Code ?

Un arrêt de la Cour de cassation, en date du 16 septembre 1884, porte « Attendu que l'art. 56 du Code civil n'impose aux personnes y dénommées qu'une obligation formelle, celle de déclarer le fait de naissance ; que cet article n'exige pas que l'on déclare les noms des père et mère de l'enfant ; attendu que les dispositions de l'art. 56 précité ne sauraient être étendues, alors surtout qu'il s'agit d'appliquer la disposition de l'art. 346 du Code pénal qui leur sert de sanction ; attendu que ledit article se réfère uniquement à l'art. 56 du Code civil et ne s'occupe que de la déclaration de naissance ; attendu que, en refusant de déclarer le nom de la mère de cet enfant, le docteur n'a point contrevenu aux dispositions des articles 346 du Code pénal et 56 du Code civil... »

Autre arrêt du 1er juin 1844. « L'art. 346 ne peut être appliqué, en ce qui concerne la désignation du nom de la mère, au médecin qui n'a su qu'en raison de son état de grossesse et le nom de la mère et à qui le tout n'a été confié que sous le sceau du secret ».

En décembre 1875, un médecin de Paris déclara à la mairie un enfant comme né de père et mère inconnus et sans indiquer la maison où avait eu lieu la naissance. Le Tribunal de la Seine jugea ainsi : « Attendu que le demandeur a affirmé que c'était par suite de sa profession de médecin qu'il connaissait le domicile où est né l'enfant, et a invoqué la disposition de l'art. 378 qui lui fait un devoir de garder le secret sur ce point aussi bien que sur le nom de la mère ; attendu qu'il est constant que le plus souvent l'indication du numéro de la maison où l'accouchement a eu lieu équivaudrait à la divulgation du nom de la mère, qu'en conséquence la déclaration du domicile ne pouvait être exigée du demandeur ... »

En vertu de cette jurisprudence, Vibert conclut : « Le médecin doit déclarer la naissance, mais il peut taire le nom de la mère et ne pas donner l'indication de son domicile ».

Je recommande donc aux confrères le libellé de la déclaration ci-dessus.

Je crois qu'ils seront entièrement convaincus et de son utilité pour eux le cas échéant et de l'intérêt pratique de la publication de tout ceci dans cette *Revue* lorsque j'aurai ajouté — et je terminerai ainsi — que,

naguère un médecin du département, pour n'avoir pas fait ou n'avoir pas cru devoir faire, dans un cas analogue, de déclaration à la mairie, a encouru les foudres de la justice, en application de l'art. 346 du Code pénal : 3 mois de prison et 300 francs d'amende, heureusement avec sursis (1).

ASSISTANCE PUBLIQUE : VŒUX PRÉSENTÉS AU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A chaque session semestrielle du Conseil supérieur de l'Assistance publique, on distribue la liste des vœux formulés par les conseils généraux ou d'arrondissement, ou par les commissions hospitalières, pour toutes les questions qui concernent l'assistance aux malades et aux miséreux.

Ces vœux sont ensuite répartis dans les diverses sections du conseil supérieur et des rapporteurs sont nommés, pour proposer des solutions, qui, par la suite, seront adoptées directement par la section compétente et envoyées au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la Prévoyance sociales, ou soumis à l'assemblée générale suivante du conseil supérieur.

Parmi les vœux, présentés à la dernière session, nous avons relevé les suivants, comme capables d'intéresser nos lecteurs.

Maisons de santé à bon marché.

La commission départementale d'assistance du Calvados, dans sa séance du 3 mars 1922, a émis le vœu suivant :

3° Que conformément aux indications fournies au conseil supérieur de l'Assistance lors de la discussion du règlement modèle des hôpitaux (session de juin 1921), la question des maisons de santé à bon marché soit mise à l'étude le plus rapidement possible par le Conseil supérieur.

Sera examiné par la 2e section.

Depuis que les commissions hospitalières ne peuvent plus joindre les deux bouts, vu la vie chère et l'insuffisance tant des ressources propres provenant du fond de dotation, que des subventions communales ou départementales, on cherche des procédés pour faire des bénéfices licites, permettant de venir au secours de la caisse hospitalière.

Je me rappelle avoir été repoussé avec pertes et fracas, lorsque j'avais proposé la création de maisous de santé à bon marché, dans les locaux mêmes de l'hôpital. J'avais émis cette idée tant au 1er Congrès des commissions hospitalières, en 1913, à Saint-Eteinne, qu'au deuxième, en 1914, à Montpellier.

Ma proposition n'avait pas été prise en consideration, parce que, m'objectait-on, l'hôpital ne pouvait pas faire un commerce quelconque, étant établissement public.

Cependant, je montrais que, dans beaucoup de petites localités, les malades seraient heureux de se faire soigner par leur médecin, dans des salles ou chambres spéciales et payantes, au lieu de partir à la grande ville, se faire recevoir dans la maison de santé, beaucoup plus chère.

Actuellement, la petite clientèle de modeste aisance envahit l'hôpital, parce que la maison de santé est inabordable pour beaucoup de bourses. L'intérêt du public doit être sauvegardé ; mais également doit être pris en considération celui des pauvres, pour lequel est fait l'hôpital gratuit et celui du corps médical, qui peut bien gratuitement s'associer à une œuvre de bienfaisance et de solidarité sociale, mais qui ne veut pas être spolié de légitimes honoraires, lorsqu'il s'agit de malades payants.

Voici pourquoi nous avons été assez heureux de faire reconnaître, pour le corps médical hospitalier, le droit aux honoraires vis-à-vis des hospitalisés payants, dans le réglement modèle de juin 1921.

Demi-assistance.

Vœu émis par la commission départementale d'assistance du Vaucluse, en date du 26 juin 1922

1° Que le C. S. A. P. veuille bien mettre à l'étude l'extension du bénéfice de l'assistance médicale gratuite aux malades de la classe moyenne avec leur participation dans le prix de journée, participation déterminée par différents facteurs.

Les maires font souvent un usage abusif du droit, que leur reconnaît l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite. En vertu de cette disposition légale, ils peuvent inscrire d'office un indigent, en dehors des sessions du conseil municipal. Il en résulte des inscriptions tardives, abusives. Le « Sou Médical » doit incessamment mettre en cause un maire, dans un procès, alors que le médecin, au moment de toucher ses honoraires, se voit apporter, par le client, un bon d'assistance médicale gratuite délivré en fin de maladie.

Or, les maires, comme les administrateurs des hôpitaux, reconnaissent que beaucoup de malades ne peuvent plus actuellement supporter entièrement les frais médicaux, pharmaceutiques, ou d'hospitalisation, en cas de maladie.

Doit-on appliquer la loi de 1893 dans toute sa rigueur et ne faire bénéficier que les seuls indigents des dispositions de cette loi ? Doit-on, au contraire, admettre au bénéfice partiel ceux qui n'ayant pas la capacité de payer la totalité, peuvent néanmoins apporter une certaine contribution personnelle, pour le traitement de leur affection ?

La question est posée par une circulaire du Ministre de l'hygiène, circulaire que nous avons publiée dans

(1) *Revue médicale de la Franche-Comté.*

le *Concours médical* (1922, page 3383) pour recevoir les observations et suggestions de nos confrères.

Salles d'isolement dans les hôpitaux.

Vœu émis par la Commission départementale d'assistance des Hautes-Pyrénées, en date du 21 décembre 1922.

2° Que des pavillons ou. tout au moins, des salles d'isolement soient créées dans tous les établissements hospitaliers ; que, dans ce but, dans les villes où il existe des hôpitaux mixtes, l'autorité militaire cède aux autorités civiles les salles laissées ainsi inoccupées.

Sera examiné par la 2e section.

Dans beaucoup d'hôpitaux de France, n'existent aucune salle d'isolement soit pour malade contagieux, soit pour agités, délirants, ou aliénés. Cette création est cependant indispensable, mais ne peut être effectuée faute de ressources.

Consultations gratuites.

Vœux émis par la commission départementale d'assistance des Hautes-Pyrénées, en date du 21 décembre 1922 :

3° Qu'il soit annexé à chaque hôpital un service de consultations gratuites anti-vénériennes, organisé suivant les indications de la circulaire ministérielle du 8 juin 1917 pour la prophylaxie des maladies vénériennes et pour le traitement des malades.

Sera examiné par la 2e section.

4° Que dans la mesure du possible, l'organisation de ces consultations soit rendue obligatoire et qu'à cette fin une aide financière soit accordée aux administrations hospitalières.

Sera examiné par la 2e section.

Ces deux vœux avaient déjà été adoptés par l'Union hospitalière du Nord-Est, à la date du 7 octobre 1922.

Qu'il nous soit permis de dire une fois de plus que ce qui importe le plus, ce n'est pas le traitement en commun des maladies vénériennes, mais la possibilité d'établir des diagnostics précis. Si, dans les hôpitaux, des laboratoires d'analyses et de recherches, à prix modérés, ou même gratuits, étaient mis à la disposition des médecins praticiens, le dépistage des maladies vénériennes en serait très facilité.

Le malade serait dirigé, par les soins du médecin, vers le laboratoire, où le praticien enverrait directement le prélèvement qu'il a fait lui-même. Dans tous les cas, la réponse du laboratoire serait envoyée directement au médecin traitant et jamais remise au malade.

De la sorte, le docteur pourrait contrôler l'efficacité de son traitement, ou pourrait avoir confirmation de ses doutes. Il ne lui resterait qu'à soigner son client, soit au compte de l'assistance médicale gratuite, si c'est un indigent, soit au tarif local. Mais la médecine traitante en série n'a jamais donné que des résultats apparents. Nous le savons pertinemment, par les plaintes, ou les confidences que nous recevons de nos malades de grandes villes, qui vont perdre leur temps dans les différents dispensaires encombrés.

Assistance aux futures mères.

Vœux adoptés par l'Union hospitalière du Nord-Est, en date du 7 octobre 1922.

20° Qu'il soit créé dans tous les hôpitaux des chefs-lieux de département un asile en vue de recueillir, pendant 3 mois environ, les filles-mères ou les femmes dépourvues de ressources, en vue de leur permettre d'élever au sein leur enfant.

C'est la question des asiles-ouvroirs traitée à la précédente session du Conseil supérieur.

Que dans la mesure du possible, les mères soient, au bout de ce laps de temps, encouragées et même aidées, pour leur permettre de continuer à élever au sein leur enfant.

Idem.

On parle beaucoup, actuellement, de repopulation. Régulièrement, les journaux servent un petit couplet sur la diminution du nombre des naissances en France. On se borne souvent à faire de beaux discours, pleins de phrases creuses ; mais, au point de vue de l'action positive, on ne fait rien. Il faut dire que l'argent, provenant des impôts, est employé à tout autre chose qu'à protéger la natalité. Cependant, si on voulait abaisser la mortalité infantile dans des proportions efficaces, il suffirait de mettre l'enfant en nourrice chez sa mère, au lieu de donner à celle-ci des allocations ridicules et infimes, qui l'incitent à placer son enfant chez une mercenaire, pour aller chercher à l'usine un gain supérieur.

Un peu dans le même sens a été émis le vœu suivant, par le Conseil d'arrondissement de Mézières, en date du 3 octobre 1922.

2° Que l'attribution du secours aux femmes en couches ainsi que la prime d'allaitement maternel soit acquise de plein droit, à partir du 2e enfant, à toute personne qui en fait la demande.

Sera examiné par la 1re section.

Ce vœu étend donc l'applicabilité de la loi Strauss, qui ne prévoit l'attribution des allocations de secours qu'aux personnes privées de ressources.

Notons encore le vœu suivant émis à la même date du 3 octobre 1922, par le Conseil d'arrondissement de Mézières.

1° Que l'âge de 13 ans inscrit dans la loi d'assistance aux familles nombreuses pour le décompte des enfants à la charge soit porté de 13 à 16 ans et que, d'une façon générale, le bénéfice de cette loi d'assistance soit acquis à toutes les familles nombreuses qui le sollicitent, sans que le taux des salaires entrant dans le ménage puisse les en priver.

Sera examiné par la 1re section.

Dans cette série de vœux, nous voyons se manifester la préoccupation de plus en plus grande des administrations locales, en faveur des petites gens, qui, sans être des indigents, ne peuvent néanmoins supporter les frais qu'occasionnent les maladies. Demi-assistance, demandent les uns ; secours plus largement accessible, demandent les autres ; assurance sociale, donnant, non pas des secours, mais des droits résultant de l'épargne et de la prévoyance assurent des troisièmes : quoi qu'il en soit, nous assistons à une transformation des idées charitables. L'assistance publique a fait faillite, devant les charges écrasantes imposées aux budgets départementaux et communaux ; faillite encore de la mutualité, dont les cotisations sont trop faibles et qui fait appel moins au principe d'assurance individuelle qu'à la mendicité déguisée, dénommée allocations et subventions. Reste l'assurance sociale, assurance obligatoire pour qu'elle soit basée sur le grand nombre d'ayants droit.

Donnons enfin les trois vœux suivants, émis par l'Union hospitalière du Nord-Est, le 7 octobre 1922.

16° Que l'Administration assure, par tous les moyens possibles, la suffisance des services de désinfection au point de vue du nombre et des moyens d'action.

A transmettre au C. S. d'hygiène publique de France.

17° Que sa principale action consiste à créer dans les principaux centres des sanatoriums en nombre suffisant pour faire face aux demandes d'hospitalisation des dispensaires antituberculeux.

Idem.

18° Que, pour assurer l'efficacité des mesures prophylactiques confiées aux dispensaires, il soit bien décidé que les malades, au moins ceux assistés par une collectivité quelconque, ne seront admis dans les sanatoriums que sur le vu des certificats médicaux émanant des médecins de ces dispensaires.

Idem.

De l'ensemble de ces vœux nous devons conclure que nous ne saurions rester indifférents devant le travail social qui se passe dans les commissions et conseils extra-médicaux.

Nous nous plaignons souvent, et, à juste titre, de voir notre profession médicale ne pas être consultée, pour tous les problèmes qui ressortissent de l'assistance et de l'hygiène publiques. Nous nous élevons contre le fait que les médecins, qui participent aux travaux des conseils gouvernementaux, ont été nommés par l'autorité centrale et non pas désignés par leurs pairs.

C'est tout un travail d'éducation et de persuasion, qui est à faire dans ces milieux administratifs. C'est en apportant la preuve, par des documents et des travaux, que le corps médical des praticiens ne se désintéresse pas de ces questions sociales, qu'on démontre peu à peu que l'Union des syndicats médicaux est le représentant professionnel capable de donner des avis et des directives aux pouvoirs publics.

Aussi pensons-nous que ceux de nos confrères, qui, par mandat électif, sont membres de diverses assemblées communales, ou départementales, ont le devoir de se tenir en contact direct avec leur syndicat local, pour apporter ensuite, dans les milieux administratifs, le point de vue des médecins praticiens, en ce qui concerne la préservation de la santé de nos concitoyens.

Dr Paul Boudin.

LES SOINS MÉDICAUX EN MÉDECINE SOCIALE

Lecteur assidu du *Concours*, passionnément intéressé par les joûtes oratoires qui se multiplient au sujet de la future loi d'assurance contre la maladie, j'ai été maintes fois tenté d'émettre mon humble avis. D'honorables confrères, particulièrement les Drs Duchesne et Lian, l'ont exprimé et soutenu beaucoup mieux que je ne puis le faire, et je ne puis encore supposer qu'à l'encontre d'eux, beaucoup de médecins condescendent sans révolte à l'envol de leur indépendance.

Notre Société est-elle donc si pourrie.... et, dans cette société, l'une de ses plus honorables corporations si vénale .... qu'il faille contrôler les actes de chacun de ses membres pour contraindre les uns à payer, les autres à ne pas réclamer au-delà de leur dû. C'est pourtant à cela que tendent le « tiers payant » et son corollaire obligatoire le « contrôle ». Ne faudra-t-il pas instituer aussi une sorte de Cour suprême pour en appeler des décisions de MM. les contrôleurs qui quoique médecins, n'en seront pas moins hommes.... Et puis, gardons-nous donc des mauvais principes comme des mauvaises rencontres. Qui nous assure que dans un avenir plus ou moins proche — par la force des choses ou celle des lois — ces médecins contrôleurs ne deviendront pas plus contrôleurs que médecins. Ce n'est d'ailleurs pas seulement au contrôle que j'en ai, mais aussi à l'obligation d'uniformiser nos honoraires et par là même de restreindre considérablement nos recettes. La loi fera bloc de tous les assurés sans considérer que ce célibataire ou ce père de famille dont la femme et quatre enfants de 13 à 18 ans triplent le salaire possède, avec un gain de 9.000 frs., une situation très supérieure à celui de tel autre chargé de famille qui en gagne 10.000 et qu'il peut par conséquent nous honorer davantage.

Enfin, entre bien d'autres souventes fois énu-

mérés, il est encore un petit détail qui a son importance, c'est qu'il nous faudra accroître le nombre de nos relevés en quadruple exemplaire avec menace de voir l'échéance de nos principaux honoraires remise aux calendes .... Si une période exceptionnellement mouvementée ... ou un oubli ... ou une erreur ... ne nous a permis d'adresser à la date prescrite les états demandés. Et tout le monde n'a pas les moyens de s'offrir une dactylo ! ni même une simple machine à écrire ... hélas !

Je voulais vous adresser dix lignes et un peu plus, ce seraient dix pages. Mais je veux désormais me borner à vous soumettre la proposition d'un referendum posé, soit dans le *Concours*, soit par la voie des syndicats médicaux à chaque médecin de leur circonscription sous forme d'un questionnaire précis (genre referendum Michelin) répondant aux principales préoccupations médicales touchant cette loi d'assurance contre la maladie. Les délégués syndicalistes représentent souvent très imparfaitement l'opinion de la majorité de leur syndicat, et la voix du referendum serait assurément beaucoup plus celle de la vérité.

Un autre referendum intéressant peut-être ... consisterait à demander par l'intermédiaire de la grande presse aux autres intéressés — les futurs assurés — quelle est leur préférence entre l'indemnité quotidienne et le payement des frais médico-pharmaceutiques (le tarif kilométrique devant faire l'objet d'une rémunération complémentaire). Pour eux et pour nous, je souhaiterais vivement le choix de la première solution; les frais médico-pharmaceutiques — hormis le tarif kilométrique — restant entièrement à la charge des intéressés.

Cette solution entraînerait toutes les autres ; c'est la seule qui me paraîtrait devoir satisfaire le plus tout le monde et chacun en ménageant les habitudes acquises, l'amour-propre, la respectabilité de tous. Sans doute, les finances mêmes ne s'en porteraient pas plus mal, car le bilan approximatif des dépenses ne serait pas plus difficile à établir avec ce système qu'avec tous autres.

D'autre part .... mais décidément ce sujet est intarissable. Prenez donc ma suggestion pour ce qu'elle vaut et usez de mon bavardage comme il vous plaira.

Dr Albert,
(Sarthe).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec peine la mort de notre bon confrère et vieil ami, le Dr Roudouly, de Caussade (Tarn-et-Garonne). Il fut, tout au long de ses jours, un ardent propagandiste en faveur du *Concours Médical* et de ses œuvres, auxquels il appartenait depuis toujours.

Nous saluons sa disparition d'un souvenir ému et nous adressons à sa famille nos bien sincères condoléances.

— **Conférence internationale sur la doctrine espagnole de la tuberculose.** — Dans la deuxième quinzaine d'avril 1923, va se tenir à Madrid, sous le patronage officiel du gouvernement espagnol, une conférence internationale sur la doctrine espagnole de la tuberculose (application de la vaccination par le sérum anti-alpha du Dr Ferran, de Barcelone).

C'est le Dr Angel Pulido, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine de Madrid, président du Conseil de santé d'Espagne, qui a pris la très intéressante initiative de cette conférence en faisant appel à tous les médecins dans le monde qui ont expérimenté la méthode Ferran.

Sous sa direction un Comité scientifique s'est formé, composé des principales célébrités de l'Espagne, du Portugal, de l'Amérique du Sud et de l'Italie.

Le Dr Bandelac de Pariente, médecin du Consulat d'Espagne à Paris, vice-président, fondateur de l'Union-Medica-Franco-Ibero-Americana ou U. M. F. I. A. a été choisi par le professeur Pulido pour faire partie du Comité d'organisation et pour centraliser à Paris tous les travaux des auteurs qui se sont intéressés à cette question.

Les confrères pourront envoyer leurs documents, observations et travaux au Dr Bandelac de Pariente (10, square Moncey, Paris), qui les présentera de leur part à cette conférence internationale.

— **Clinique médicale des enfants.** — Un cours de clinique médicale des enfants aura lieu à l'hôpital des Enfants-Malades sous la direction du professeur Nobécourt, et de M. Lereboullet, agrégé, avec le concours de MM. Babonneix et Merklen, médecins des hôpitaux ; de M. Tixier, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire ; de M. Nadal, ancien chef de clinique ; de MM. Paraf et Mathieu, chefs de clinique ; de M. Duhem, radiologiste des Enfants-Malades.

Il sera complet en 20 leçons et portera sur les questions actuelles de pédiatrie. Il commencera le mercredi 4 avril 1923 et sera terminé le samedi 14 avril. Il aura lieu tous les jours le matin à 10 h. et le soir de 4 à 6 h.

Sont admis à ce cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 150 fr. pour chaque cours. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

de travail discutée par la Cie l'A... sur le point suivant : Régularisation, épluchage, et sutures multiples de plaies profondes, comptés 75 fr. et que la Cie essaye de réduire à 18 fr. 75 se basant, comme vous verrez sur sa lettre jointe, sur la *logique* pour ne pas admettre régularisation et épluchage, ce qui pourtant a été fait dans des conditions très minutieuses ainsi qu'en témoigne la guérison rapide de cet accident relativement grave : durée : 40 jours.

J'ai l'intention de maintenir ma note. Veuillez me dire si j'ai raison et dans ce cas avoir l'obligeance d'approuver ma note. Je vous prierai de me retourner les 3 pièces jointes : lettre Cie, note d'honoraires et certificat médical, aussitôt que possible. Dr C.

Nota. — Il ne pourrait y avoir confusion qu'avec le cas de *petite* plaie de la main, ce dont il n'est pas question dans le cas actuel, la plaie étant étendue sur la longueur du métacarpien mesurait environ 9 cm. avec foyer anfractueux et premier muscle interosseux déchiqueté.

Réponse.

La compagnie est dans son droit. Voir les Avis insérés dans l'Arrêté Minist. du 28-4-21, au paragr. intitulé art. 17. Il y a : « épluchage, etc... » en cas de suture primitive et réunion par première intention. Ce qui n'est pas votre cas puisqu'il y a eu 40 jours de pansements consécutifs.

Dr F. Decourt.

II

Ostéoclasie

Je viens faire appel à votre obligeance pour vous demander un renseignement au sujet d'une note d'honoraires en matière d'accident du travail. Un chirurgien et moi, comme aide, avons fait :

1) Ostéoclasie d'un cal déformé de fracture de jambe ;

2) Réduction et appareillage avec anesthésie.

Veuillez, s'il vous plaît, me dire quel tarif on peut demander.

Dr M.

Réponse.

1° La réduction et contention de fracture de jambe est tarifée 150 fr. (Art 18).

2° Quant à l'ostéoclasie, il ne pourrait y avoir tarification dans un accident du travail puisque cette opération n'est pas *dépendante* d'un accident, mais bien des suites d'une première réduction non réussie. Cela ne peut être que l'objet d'une tractation à l'*amiable* avec le patron ou son assurance substituée.

3° Naturellement l'aide médecin est toujours payé — en plus — 50 fr. (Art. 11).

Dr F. Decourt.

III

Épluchage. Hémostase.

J'ai recours à vous pour m'éclairer dans l'établis

sement de notes d'honoraires pour accidents du travail. J'avais déjà envoyé ces notes à la Cie l'A., et celle-ci me les renvoie avec proposition de certaines soustractions.

1° Un ouvrier, manipulant des caisses, a le doigt à demi écrasé par le bord de l'une d'elles ; l'ongle est arraché, et je dois enlever certains morceaux de tissus par trop contus, régulariser la plaie, tamponner pour diminuer l'hémorragie, suturer pour rapprocher les chairs. Je compte ; régularisation, épluchage, suture 30 fr. ; injection de sérum anti-tétanique 15 fr. ; certificat initial de constatation 5 fr.

La Cie refuse de payer les 30 fr. de régularisation, épluchage, suture parce qu'il n'y a pas eu « anesthésie générale ou régionale » (je ne l'ai pas indiqué sur ma note d'honoraires, mais j'ai fait de la cocaïne avant d'intervenir. Je ne puis pas un bourreau !), et parce qu'il s'agit d'une « plaie de doigt » qui s'est trouvée fermée au bout de 10 jours. Sans doute la plaie a-t-elle été suffisamment épluchée avec soin et avec propreté au début lors de l'intervention et a été assez cicatrisée au bout de 10 jours, pour que l'ouvrier pût, avec son doigt protégé, reprendre partie de son travail ; mais ce n'est pas au bout de ce temps que ongle et tissus enlevés ont repoussé.

2° Un ouvrier en sciant une barre de nougat se fait une section en trait oblique de l'extrémité du médius gauche, et m'arrive avec une artère qui coule par jets saccadés, je régularise et suture la plaie ; je pince cette artère et la lie avec un catgut.

Je compte : régularisation, épluchage, suture 30 fr., hémostase par ligature artérielle 30 fr. ; pansement, — injection de sérum 15 fr. ; certificat 5 fr.

La Cie refuse les 30 francs d'hémostase.

3° Un ouvrier en déchargeant des boites vides en fer blanc, en fait tomber une pile. Une de ces boites aux bords tranchants vient couper la main droite entre deux doigts, faisant à ce niveau une plaie aux bords très nets, mais venant intéresser l'artère qui suit le côté interne de l'index droit. Je pince et lie l'artère, et je suture les lèvres de la plaie (4 à 5 points). Inutile de dire, quoique je ne l'aie point marqué sur mes notes à la Cie, que j'ai désinfecté, anesthésié localement et pansé (de même en ce qui concerne le 2e accident).

Je compte : hémostase par ligature 30 fr. ; suture simple 11 fr. 25 ; certificat 5 fr.

La Cie refuse la suture simple.

Tels sont, mes chers confrères, les trois notes au sujet desquelles j'aurais besoin de votre concours.

Dr L.

Réponse.

Premier blessé. — Il n'y a « épluchage, etc.. » qu'en cas de suture *primitive* et de réunion par première intention, ce qui n'est pas votre cas (Voir Avis insérés dans l'Arr. Minist. du 28-6-21).

Deuxième blessé. — Je ne pens e pas qu'un tribunal accepterait de compter une « hémostase » pour une artériole minuscule de doigt.

Troisième blessé. — Si vous avez fait 4 à 5 points de suture, ce n'est pas une suture simple mais la réunion par sutures multiples : 25 fr. (Art. 17). *A fortiori*, je ne comprends pas pourquoi la Cie refuse de payer même une suture simple. Quant à l'hémostase, même réflexion que pour le deuxième blessé.

Dr F. Decourt.

Les pansements à la peptone

J'ai vu (sèchement dit) sur un journal, que la peptone est un nouveau mode de pansement des ulcères. Depuis 45 ans, j'ai guéri plus de 400 ulcères variqueux de jambe, le malade continuant à marcher, sauf *deux* chez des diabétiques cachectiques. J'en soigne depuis trois mois 1/2, (contre 3 à 6 semaines pour tous les autres) un qui avait au début 27 centim. de long sur 17 de large. Il s'est progressivement rétréci en 7 semaines (le malade marchant beaucoup) et, depuis, réduit à une bonne pièce de 5 fr., ne cicatrise plus malgré petites greffes avec la peau du malade et en l'absence de peau de grenouille que la saison va permettre de se procurer. Le diabète n'est pas en jeu et le malade, robuste, est très sain. La plaie a bon aspect, il semble même qu'elle se teinte de reflets épidermiques sur le rose de la chair. J'ai épuisé tous les pansements étudiés avec soin par moi et souvent variables pour des sujets différents et aussi chez le même sujet.

Je vous serais donc obligé de me dire en quelques mots la peptone à employer avec le mode d'emploi, si possible.

Dr L.

Nous sollicitons sur cette question l'avis des confrères renseignés.

De la suggestion au miracle

Dans les commentaires publiés par le *Concours* du 18 mars sur l'affaire Béziat, P. Boudin consacre un paragraphe au miracle en général et aux miracles de Lourdes en particulier. Convaincu de la non-possibilité et de l'inexistence du miracle, l'auteur affirme que les guérisons constatées à Lourdes, actuellement inexplicables, apparaîtront naturelles lorsque plusieurs générations de savants auront perfectionné les procédés scientifiques d'investigations.

C'est soulever, à propos d'un fait-divers de correctionnelle, la question de l'existence d'un Dieu personnel et tout-puissant, capable de suspendre exceptionnellement les lois qu'il a posées. Je crois qu'il serait préférable, pour le *Concours médical*, de s'abstenir d'entrer dans ces discussions théologiques. Mais, comme certains confrères catholiques ont pu être froissés par le rapprochement fait, dans le journal, entre les guérisons de Lourdes et les manœuvres

frauduleuses d'un charlatan, je vous demande au moins, comme compensation, de reproduire ces quelques lignes que je tire du discours de réception de Pasteur à l'Académie française, le 27 avril 1882.

Parlant des croyances surnaturelles, Pasteur demande :

« Au nom de quelle découverte nouvelle, philosophique ou scientifique, on peut arracher de l'âme humaine ces hautes préoccupations. Elles me paraissent d'essence éternelle, parce que le mystère qui enveloppe l'univers, et dont elles sont une émanation, est lui-même éternel de sa nature... La grande et visible lacune du système positiviste consiste en ce que, dans la conception du monde, il ne tient pas compte de la plus importante des notions positives, celle de l'infini.

Au-delà de cette voûte étoilée, qu'y a-t-il ? De nouveaux cieux étoilés. Soit ! Et au-delà ? L'esprit humain, poussé par une force invincible, ne cessera jamais de se demander : Qu'y a-t-il au-delà ? Peut-il s'arrêter soit dans le temps, soit dans l'espace ? Comme le point où il s'arrête n'est qu'une grandeur finie, plus grande seulement que toutes celles qui l'ont précédée, à peine commence-t-il à l'envisager, que revient l'implacable question, et toujours, sans qu'il puisse faire taire le cri de sa curiosité. Il ne sert de rien de répondre : au-delà sont des espaces, des temps ou des grandeurs sans limites. Nul ne comprend ces paroles. Celui qui proclame l'existence de l'infini, et nul ne peut y échapper, accumule dans cette affirmation plus de surnaturel qu'il n'y en a dans tous les miracles de toutes les religions ; car la notion de l'infini a ce double caractère de s'imposer et d'être incompréhensible. Quand cette notion s'empare de l'entendement, il n'y a qu'à se prosterner. »

Dr P. Mathieu,
(Brides-les-Bains).

Réponse.

Nous avons pour principes de ne traiter aucune question politique ou religieuse dont puissent s'offusquer nos lecteurs.

Nous serions désolés d'avoir, sans le vouloir, froissé quelques susceptibilités ombrageuses.

Toutefois, nous ne pensons pas que les consciences catholiques les plus chatouilleuses puissent s'irriter d'appréciations formulées sur Lourdes et ses miracles, puisque ce n'est pas là article de foi, *de fide*.

Et la publication de la lettre de notre distingué correspondant prouve une fois de plus notre impartialité et notre neutralité.

Taxe de luxe sur les autos.

Je me propose de vendre une automobile achetée il y a plusieurs années. L'acquéreur doit-il payer la

taxe de luxe de 10 % ? Oui, si je m'en rapporte aux réponses multiples insérées dans le *Concours Médical*.

Mais cette taxe ne vient-elle pas d'être supprimée ces temps derniers ? Si oui, est-elle remplacée par une autre taxe et comment acquitte-t-on cette dernière ? Dr M.

Réponse.

La vente d'une automobile servant au transport des personnes, même d'occasion, est toujours soumise à la taxe de luxe de 10 pour 100.

Il a bien été question de modifier cette réglementation et de ne faire payer la taxe de luxe qu'à la production, à la sortie des voitures de la fabrique. Mais cette modification, si elle est définitivement adoptée, est appelée à prendre place dans le budget, et vous savez que celui-ci n'est peut-être pas près de voir le jour.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Médicaments nuisibles aux femmes enceintes

A mon excellent confrère le Dr SOLMON
Directeur de la Clinique générale de Cambrai.

Dans le *Concours Médical* du 11 mars 1923, page 848, j'ai donné la liste d'un certain nombre de médicaments nuisibles aux femmes enceintes et aux nourrices.

Dans un travail, que je regrette de n'avoir pas sous les yeux, Ruecker considère quelques autres médicaments comme susceptibles d'avoir une action abortive, ce sont les suivants : *Extrait hypophysaire* ; *quinine*, *adrénaline*, *strychnine et scopolamine.*

N'oublions pas que Fabre et ses élèves attribuent à la *pilocarpine* un pouvoir ocytocique non négligeable. A la *pilocarpine* nous pourrions ajouter la *para-oxyphényl-éthylamine.*

Enfin, on a extrait, du lobe postérieur du corps pituitaire ou hypophyse, deux extraits désalbuminés, l'*histamine* et la *pituitrine* encore appelée par Hallion *rétropituine.* Ces deux extraits seraient susceptibles de provoquer l'avortement.

Les belles recherches de Frankl Hochwart et Fröhlich ont mis en évidence le pouvoir qu'avait l'extrait d'hypophyse de contracter les fibres lisses en général, mais, depuis, on a constaté que ce pouvoir s'exerçait surtout sur l'utérus.

De sorte que si l'on peut, chez une hémoptysique, employer, avec succès, la pituitrine, contre ses hémorrhagies, il sera prudent si cette hémoptisique est enceinte, de ne point administrer le corps hypophysaire ou ses extraits.

***

Je terminerai ce court article par l'énumération de quelques extraits végétaux qui n'ont ni la violence de la rue, ni la toxicité de la sabine et qu'on peut prescrire, seuls ou associés, aux aménorrhéiques *normales*, je veux dire à des jeunes filles ou femmes dont on a la certitude que la disparition de leurs menstrues n'est pas consécutive à des rapports sexuels efficaces.

Ce sont : l'*artemisia*, le *canlophyllum thalictroïdes*, la *cimifuga racemosa*, la *cineraria maritima*, le *petroselinum sativum*, le *senecio Jacobea*, la *menyanthes trifoliata* et la *micromeria Douglasii*. Pour la posologie consulter les formulaires.

Dr GALAND.
(de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Tarif des visites et consultations pour les pensionnés de guerre en Tunisie

Décret du 13 mars 1923.

Art. 1er. — Les prix de la consultation et de la visite médicales applicables en Tunisie, au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, sont fixés comme suit, dans les conditions déterminées par l'article 60 du décret du 25 octobre 1922 précité :

Consultation, 7 francs.
Visite, 8 francs.

Réponse des Ministres aux questions des Parlementaires

Indemnités de déplacement des victimes civiles de la guerre.

15637. — M. DELORY, député, signale à M. le ministre des pensions que le nommé P... E..., de P...-sur-S..., victime civile de guerre, en instance devant le tribunal départemental des pensions (section de Douai), a dû de ce fait se présenter à différentes reprises devant ce tribunal, qu'à différentes reprises, il a réclamé au greffe du tribunal les indemnités et frais de déplacement qui lui étaient dus en vertu de l'article 43 du décret du 2 septembre 1919, que jusqu'ici aucune de ces indemnités ne lui a été payée, et demande le motif de ce non-payement, ajoutant, d'autre part, que le tribunal des pensions de Douai a désigné comme expert pour examiner l'intéressé un médecin de Lille, et demandant à quelles indemnités a droit le nommé P... de P...-sur-S..., pour s'être rendu chez le médecin expert de Lille. (*Question du 29 novembre 1922.*)

Réponse. — *a*) L'article 43 du décret du 2 septembre 1919 ne prévoit d'indemnités, en cas de convocation devant le tribunal des pensions qu'en faveur « des réformés en instance de pension » c'est-à-dire des anciens militaires ; *b*) aucune indemnité n'est allouée au requérant pour les frais résultant de l'expertise médicale ordonnée par le tribunal.

(*J. O.*, 3 mars 1923.)

Frais de séjour à l'hôpital d'un indigent

16928. — M. Albert Ouvré, député, demande à M. le ministre de l'hygiène à qui incombent les frais de séjour à l'hôpital (lorsque ce séjour est inférieur à dix journées) pour un indigent n'ayant pas son domicile de secours dans la commune où il est tombé malade et où se trouve pourtant le siège de l'hôpital, si c'est à la commune ou bien à l'hôpital. (*Question du* 26 *février* 1923.)

Réponse. — Ces frais incombent à l'hôpital. L'article 1er de la loi du 7 août 1851 mettait à la charge définitive des hôpitaux les frais de traitement des personnes, privées de ressources, tombant malades sur le territoire de la commune siège de l'établissement hospitalier, sans qu'il y eût à se préoccuper du domicile de secours de ces malades et sans autre recours pour l'hôpital traitant que le recours de droit commun contre les parents tenus à la dette alimentaire (loi du 7 août 1851, art. 5). La loi du 1er août 1919 restreint la charge de l'hôpital pour les malades hospitalisés n'ayant pas le domicile de secours dans la commune siège de l'établissements hospitalier, au cas où le traitement n'a pas duré plus de dix jours.

(*J. O.*, 14 mars 1923.)

Option des étudiants en médecine mobilsés entre l'ancien et le nouveau régime

16748. — M. Maurel (Bouches-du-Rhône), député, expose à M. le ministre de l'instruction publique que les étudiants en médecine mobilisés pendant la guerre ont le droit d'opter entre l'ancien et le nouveau régime, et demande si un étudiant, qui a déjà subi avec succès l'examen d'histologie nouveau régime, perd complètement le bénéfice de son examen d'histologie s'il opte pour l'ancien régime ou s'il est un étudiant qui a déjà subi avec succès l'examen d'histologie, et dans ce cas, pour qui est accordée la dispense. (*Question du* 15 *février* 1923.)

1re *réponse.* — Il n'y a pas, dans le nouveau régime d'études, d'examen portant uniquement sur l'histologie. Les deux premiers examens de

fin d'année comportent, l'un et l'autre, des épreuves d'histologie. On ne peut que prier l'honorable député de bien vouloir préciser sa question en faisant connaître à quelles épreuves d'histologie a satisfait l'étudiant dont il s'agit.

(*J. O.*, 3 mars 1923.)

La réception des Etudiants Ecossais par leurs camarades de Paris

Tout récemment, le *Concours médical* fut aimablement invité à se rendre rue de la Bûcherie pour y assister à la réception des Etudiants Ecossais. Or, il y a quelques mois à peine, huit étudiants français et M. le professeur Roger — qui ne veut être, dans ces occasions-là, que le Doyen des étudiants — furent reçus en Ecosse avec l'hospitalité que l'on sait et qui a mérité, à tant de titres, de devenir proverbiale à travers le monde. A Edimbourg, nos compatriotes assistèrent à la cérémonie si curieuse , de la « graduation » cérémonie au cours de laquelle M. le professeur Roger reçut le titre de « *Doctor Honoris Causa* » et revêtit le costume universitaire de son grade.

M. Roger, entouré de M. Butter, président du groupe écossais et de M. Crouzat, président de l'A. G. des étudiants de Paris, occupe l'estrade d'honneur. Dans la salle se pressent de nombreux invités : les professeurs Bar et Couvelaire, de nombreuses dames ; quatorze étudiantes ne sont-elles pas du voyage ? M. Roger voit se renouer la tradition des échanges d'élèves ; dès le 14e siècle se fondait à Paris le *Collège des Ecossais*. A ce moment-là, l'Ecole de médecine était représentée par une seule pièce où vers cinq heures du matin, le maître — assis sur une mauvaise chaise, les élèves sur des bottes de paille — professait à la lueur de chandelles fumeuses les cours que l'on devine. Puis vint le Mécène, de Montpellier, qui offrit sa somptueuse demeure de la rue de la Bûcherie, jusqu'à la Révolution Ecole de médecine.

Cette rue de la Bûcherie, près du parvis Notre-Dame sur la droite duquel se blottissait l'ancien Hôtel-Dieu, si elle évoque franches lipées et moult ripailles, que de labeurs aussi ne fut-elle pas le témoin ? Et M. Roger de donner un souvenir à ces savants écossais qui venaient à Paris parfaire leur enseignement sans doute, mais aussi nous faire part de leurs découvertes. Et notre Doyen de saluer avec une profonde émotion tous ceux qui, du haut pays celte, sont venus mourir, au cours de la grande guerre, à côté de ceux dont ils aimaient l'idéal.

Tour à tour, MM. Butter et Crouzat disent leur joie et l'honneur qu'ils éprouvent à se trouver ainsi côte à côte pour continuer leurs études. Nos Ecossais, en effet, viennent en France pour suivre, pendant un semestre, les leçons de maîtres qu'ils ont choisis.

La réception s'accompagna d'un « five o'clock champagne » et l'on s'abandonna à la joie de fraterniser.

Plus que tous les traités de nos diplomates, de pareilles réceptions, fréquemment renouvelées, entretiendront l'entente cordiale... Cette entente qui devrait régner dans le monde entier n'est-elle pas la condition essentielle de toutes recherches scientifiques dans la paix des corps et des esprits ?

En ce qui concerne le corps médical, l'*Association pour le développement des relations médicales entre la France et les Pays amis et alliés*, communément appelée A.D.R.M. s'est donnée à tâche de favoriser l'échange des maîtres et des élèves de pays à pays. Cette Association, dont le siège actuel est à la Faculté de médecine, a rendu et rend tous les jours de très grands services. Souhaitons qu'en parfait accord avec le *Foyer National des Médecins français*, dont on nous annonce la création, l'A.D.R.M. puisse donner à tous, médecins étrangers et médecins français, la certitude qu'elle a atteint le but poursuivi : faciliter à tous l'accès de nos hôpitaux, de nos cliniques, de nos laboratoires, de nos bibliothèques, de nos Instituts et de façon telle, que l'étranger puisse dire « le travail, m'est ici une joie ».

R. MOLINÉRY,
Membre du Comité de l'A.D.R.M.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Inscription cunéiforme

Sur une stèle oblongue et noire, en diorite,
Dans le temple qu'étage un sextuple rempart
Cette loi, nettement intaillée, à Sippar,
Fut, par Hammou-Rabi, roi chaldéen, écrite :

— « *Si, maîtrisant le mal, en tes veines, épars,*
« *ton médecin t'a su guérir selon le rite,*
« *tu lui dois, à son gré, deux lingots d'argyrite,*
« *une agrafe d'or rouge ou dix peaux de guépards.*

« *Si, du poinçon de fer, en t'ouvrant une taie,*
« *il te mutila l'œil (irréparable plaie !),*
« *à ton tour, crève-lui son œil gauche ou l'œil droit !*

« *S'il te fut par ses soins inexperts, homicide,*
« *que tes fils, sous des blocs de briques, le lapident !*
« *Qu'il meure ; il a tué ! — Tel est le juste droit !* »

HONORÉ BROUTELLE.

Quarante-cinquième année | N° 14 | 8 Avril 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les Drs T... et Jullien, de Joyeuse (Ardèche) la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « **demandes et offres**. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux du* **Concours Médical**, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 170. — Grande banlieue. A céder dans jolie région, excellente clientèle, faisant 35.000 susceptib. d'augmentat. Petits fixes, pays de chasse et pêche. Ec. pour conditions.

N° 171. — Touraine : à vend. propriété compren. 2 châteaux, l'un Louis XIV, constr. par Mansard, l'autre Henri II, bon état, parc et bois au gré de l'acheteur. Peut convenir maison repos, sanat. pays sain boisé, proxim. chem. fer Toutes ressources. Me Lablancherie, notaire à Loches (-I.-et-L.).

N° 172. — Cabinet dentaire à céder grande ville de l'Est, 2 cabinets, 2 appart. très bonne clientèle ; affaire sérieuse, on présenterait, 80.000 fr. dont 30.000 comptant.

N° 173. — 5 HP Citroën, magnéto neuve, sort usine, 6 mois garant. us. 9.100, Burdin, 7, rue Grands-Degrés, Paris, 5e.

N° 174. — A. vend. Zèbre éclair. démarr. roulé 4.000 kil. Dr Borrey, 31, avenue du Teil, Montélimar (Drôme).

N° 175. — Clientèle de médec. génér. à reprendre, centre de Paris, bail 6 ans, loyer 3.000, revenu 50.000.

N° 176. — Docteur expérim. reprendrait poste camp. assez indépend. ou propharm., bail, maison confort.

N° 177. — Serais acquéreur : table examen et opération, chaise longue moleskine, boîte verres ophtalmomètres, échelles skiascopiques, tous instruments médecine ou chirurgie et spécial. Faire offres, détail.

N° 178. — A vendre, bibliothèque médicale env. 200 vol. divers, journaux méd. reliés. Quelques instrum. aspirateur Potain, 4 daviers ; liste sur demande. Dr Payré, Perpignan.

N° 179. — Région Est, poste seul médecin propharm. à reprend. avec très légère indemnité. S'adr. Breitel et Gorret, 1, rue Dante, Paris 5e.

N° 180. — Quartier Etoile, installat. d'électro et de radio, à céder dans hôtel particulier, beau matériel, conditions, très avantag. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

CORRESPONDANCE

Les impôts et les opérations de Bourse

Je serais heureux d'obtenir de votre conseiller fiscal les renseignements suivants :

Au lieu de garder en portefeuille les actions, je me livre à des opérations de ventes et achats suivant les mouvements qui se produisent sur les titres.

D'autre part, il m'arrive de traiter des opérations à terme, levant les titres en fin de mois pour les mettre en portefeuille ou les revendre s'il y a bénéfice.

Pourriez-vous me faire savoir :

1° Si ces opérations peuvent être assujet ies à l'impôt sur le chiffre d'affaires. Il me semble avoir lu en son temps que celui qui achète et vend habituellement des valeurs mobilières y est astreint.

2° Si les bénéfices réalisés sont considérés comme du revenu et assujettis à l'impôt cédulaire et global ou simplement comme une plus value de capital.

Dr X.

Réponse.

1° D'après un commentaire de l'Instruction du 29 août 1920 :

« Les affaires exemptées de l'impôt sur le chiffre d'affaires sont les ventes au comptant ou à terme des valeurs de bourse de toute nature passibles du droit de timbre établi par les art. 28 à 35 de la loi du 28 avril 1893. Mais l'exemption ne profite qu'au vendeur et à l'intermédiaire (agent de change, coulissier, trésorier payeur général) qui a réalisé pour le compte du donneur d'ordre l'opération assujettie à cet impôt spécial : les autres intermédiaires (banquiers, mandataires substitués) auxquels leurs clients ont donné commission de négocier les valeurs dont il s'agit sont redevables de l'impôt sur le montant de leur rémunération ».

Il résulte de ce texte que la personne qui opère pour son propre compte n'est pas assujettie à la taxe sur le chiffre d'affaires.

2° Les plus-values réalisées au cours de l'année ne sauraient être soumises à l'impôt cédulaire et à l'impôt général sur le revenu global, du fait qu'elles sont considérées comme une augmentation de capital.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Impôt sur le revenu.

Abonné au *Concours*, membre du « Sou », je serais désireux d'avoir des éclaircissements sur les questions suivantes :

1° Habitant des régions envahies, mobilisé toute la durée de la guerre, la commission arbitrale des

loyers a décidé que je devais payer à mon propriétaire 50 % de mes loyers de guerre et 100 % depuis le 1er janvier 1919 jusqu'au 1er août 1919, date à laquelle j'ai repris le payement intégral de mes loyers.

La décision a été rendue en juillet 1922, et le 2 août 1922, je payais à mon propriétaire la somme de 2.166 fr. 75.

Puis-je défalquer la moitié de cette somme comme frais professionnels dans ma déclaration d'impôt cédulaire ?

2° Ma mère est décédée le 19 mai 1922 ; j'ai dû payer en octobre 1922 pour elle 600 fr. de contribution (portes et fenêtres, cote mobilière) ; dois-je le noter dans ma déclaration d'impôt sur le revenu, pour que cette somme soit défalquée de mon revenu propre ?

3° Je viens de recevoir à payer pour ma mère : 32 fr. 05, impôt sur le revenu au titre de 1920; 62 fr. 05, impôt sur le revenu au titre de 1921 et je recevrai la feuille pour 1922 et 1923. Dois-je également le noter dans ma déclaration d'impôt sur le revenu ?

4° Les impôts étant dus pour l'année entière par chaque personne imposable au 1er janvier, devrai-je, pour ma mère, payer toute l'année 1923 et, dans ce cas, ne pas tenir compte dans mes revenus des coupons, etc., provenant de ma mère que j'ai touchés depuis son décès le 19 mai 1922, jusqu'au 1er janvier 1923, ou bien devrai-je payer pour ma mère du 1er janvier 1922 au 19 mai 1922 et déclarer à mon compte personnel les coupons que j'ai touchés depuis le 19 mai 1922 au 1er janvier 1923 ? Dr D.

Réponse.

Impôt général sur le revenu :

1° Il peut être défalqué de la somme de 2.166 fr. 75 la fraction du loyer correspondant aux locaux affectés à l'usage médical. Si les locaux professionnels équivalent à la moitié du loyer, vous pouvez imputer $\frac{2.166,75}{2}$ aux frais généraux.

Toutefois, cette manière de procéder pourra être contestée par le contrôleur, pour les raisons suivantes :

Cette somme est destinée à acquitter le loyer depuis 1914, et l'impôt cédulaire est établi depuis le 31 juillet seulement.

D'autre part, mobilisé pendant toute la guerre, vous n'avez pu être soumis à l'impôt cédulaire que pour les bénéfices réalisés en 1919.

2° et 3° Les sommes de 600 fr. payées en octobre 1922 (personnelle mobilière, cote personnelle) de 32 fr. 05 et 62 fr. 05 relatives à l'impôt sur le revenu au titre des années 1920-1921, ne sauraient être défalquées de votre revenu propre.

4° L'impôt général sur le revenu est dû au 1er janvier de chaque année par toutes les personnes ayant en France une résidence habituelle.

En d'autres termes, l'impôt est dû au 1er janvier sur les revenus de l'année précédente. Madame votre mère morte en mai 1922 ne saurait

donc être imposée au titre de l'année 1923 pour ses revenus de 1922.

Vous devrez seulement déclarer pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu global au titre de 1924 les revenus, coupons, intérêts, etc... provenant de la succession et payables après le décès, c'est-à-dire après le 19 mai 1922. Toutes les sommes touchées par la défunte, entre le 1er janvier et le 19 mai 1922 à quelque titre que ce soit, échappent à l'impôt.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Les médecins exempts de la taxe de séjour

A la Bourboule.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que les médecins et les membres de leur famille (femme et enfants non mariés), ont toujours et seront toujours exemptés de la taxe de séjour à La Bourboule. Ils ont aussi la gratuité du traitement thermal en première classe. Une loge leur est réservée au théâtre du Casino municipal. Inutile de vous dire que le meilleur accueil leur est réservé par leurs confrères qui se font un plaisir de les recommander aux hôteliers.

Dr H. DULIEGE,
Secrétaire général du Syndicat d'initiative.

A Vittel

Nous avons appris avec plaisir que les médecins, leurs femmes et leurs enfants à leur charge, qui viennent faire une cure à Vittel, seront désormais exonérés de la taxe de séjour.

Cession de prorogation de bail.

J'ai un cabinet en dehors de mon domicile particulier, mais dans la même ville. Mon bail — 3, 6, 9 — s'est terminé le 1er février 1923.

Je jouis maintenant d'une prorogation que j'ai demandée en qualité de mobilisé pendant toute la durée de la guerre.

Sur le point de céder ma clientèle, je désire savoir si j'ai le droit de céder aussi cette prorogation à mon successeur.

Vieil abonné du *Concours*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me répondre par la voie du journal.

Dr V.

Réponse.

Aux termes de l'article 2 de la loi du 31 mars 1922, pour les loyers à usage professionnels, les prorogations sont applicables aux cessionnaires ou sous-locataires, quelle que soit la date de la cession ou de la sous-location.

Si votre bail ne vous enlève pas le droit de cession ou de sous-location, vous pourrez donc,

sous l'une des deux formes, passer votre droit au successeur que vous aurez agréé, pour la durée de la prorogation restant à courir.

L'état antérieur dans les accidents du travail.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me fixer sur la question suivante :

Je reçois un blessé portant au pouce une plaie peu grave, mais qu'on avait pansée, à l'usine, à la teinture d'iode, avant de m'adresser l'ouvrier.

Ce dernier, au bout de deux jours, présente les symptômes d'un eczéma aigu iodique, qui nécessite un certain nombre de consultations supplémentaires, alors que la plaie accidentelle guérissait en quelques jours complètement.

Suis-je autorisé à compter toutes mes interventions, comme s'il s'agissait d'un accident du travail dans ses suites normales ?

D'une façon générale, si, par suite d'une idiosyncrasie à tel ou tel médicament, l'incapacité se prolonge chez un accidenté, ainsi que les soins médicaux, le médecin est-il toujours autorisé à se considérer comme soignant les conséquences de l'accident initial ?

Dr L.

Réponse.

Dans l'indemnisation des blessés du travail, on ne doit pas tenir compte de l'état antérieur, c'est-à-dire que les complications qui ne se sont produites que par suite de l'existence d'affections antérieures à l'accident, mais qui ont été déterminées par cet accident lui-même, doivent être mises à la charge du patron, légalement responsable de l'accident.

Dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, puisque l'eczéma a été déterminé par l'application de teinture d'iode, pratiquée à l'usine pour soigner l'accident, les soins donnés au blessé pour la guérison de cet eczéma, ainsi que l'indemnité journalière pendant la prorogation d'incapacité temporaire qu'il a nécessitée, doivent être supportés par le patron.

Taxes sur les automobiles

Abonné au *Concours*, j'ai pris connaissance, dans le n° 7 du 18 février, de votre réponse au sujet de la taxe sur les automobiles.

Il était question d'une 5 HP Citroën.

Possédant la même voiturette, les droits que j'ai payés jusqu'ici à Paris ne concordent pas exactement avec vos chiffres.

A l'année, on me réclame :

240 fr. 68, ce qui fait au 1/4 : 60 fr. 17 ; au lieu de 184 fr. 40 dont le 1/4 : 46 fr. 10.

Quels arguments puis-je fournir aux contributions

avant le 1er avril pour atteindre votre total qui me semble plus acceptable? Dr B.

Réponse.

La différence provient de ce que vous habitez Paris, où le droit fixe est de 187 fr. 50, alors que le correspondant auquel nous répondions dans le nº 7 habite une commune au-dessous de 10.000 habitants, où le droit fixe est seulement de 75 fr. ainsi qu'il est porté dans notre réponse.

En faisant le calcul, on trouve :

Moitié de :	
Droit fixe	187 50
18 fr. 75 par cheval vapeur (5)	93 73
Ensemble	281 25
Dont la moitié est de	140 63
A ajouter droit de circulation	100 »
Et 5 centimes pour frais d'avertissement	0 05
On arrive au total qui vous est réclamé	240 68

Incapacité permanente partielle de blessé du travail.

Voudriez-vous être assez aimable de me faire donner, par le service spécial du *Concours médical*, les renseignements suivants :

Un ouvrier de scierie, âgé de 49 ans et ayant un salaire de 12 fr. par jour, a le pouce de la main droite scié dans le sens de la longueur. Après intervention chirurgicale et guérison, il lui manque la dernière phalange et la moitié de la seconde phalange du pouce, ce qui fait qu'il peut très difficilement pincer, prendre un objet.

Il persiste pour cet ouvrier une infirmité permanente, et je vous prierai de vouloir bien me dire, étant donnés son âge et son salaire, le montant de l'indemnité qu'il est en droit de demander à son employeur, qui, bien entendu, ne lui offre rien du tout. L'ouvrier, homme timide, n'ose rien lui demander, n'étant pas très fixé sur ses droits. Dr P.

Réponse.

Le Guide Barême des Pensions de guerre, qui est souvent appliqué pour les accidents du travail, donne comme évaluation pour l'ablation du pouce droit — les deux phalanges — 30 pour cent.

Pour l'ablation de la première phalange et de partie de la seconde, il semble que cette évaluation pourrait être un peu réduite, à 25 pour cent par exemple.

Le blessé aurait donc droit à une rente égale à 12, 50 pour cent du salaire réellement touché par lui pendant l'année qui a précédé l'accident.

Par exemple, pour un salaire de 12 fr. par jour pendant 300 jours, soit un salaire annuel de 3.600 fr., il aurait droit à une rente de 456 fr.

Fourniture des substances vénéneuses aux propharmaciens.

J'exerce dans une commune où n'existe aucun pharmacien, ainsi que l'atteste le certificat ci-joint, et je fournis des médicaments à mes clients depuis quelques années ; j'ai fait à la mairie en temps voulu une déclaration de détention de substances vénéneuses dont j'ai reçu.

J'adresse ces jours-ci, à la maison X, une demande de médicament (en y joignant le présent certificat du maire de ma commune) ; j'en reçois la réponse que je vous communique : la maison me demande un certificat constatant que je suis régulièrement inscrit à la préfecture comme pro-pharmacien. Or, l'Agenda médical de 1923 pourtant ne parle nullement de cette inscription à la préfecture. Je suis donc fort embarrassé pour fournir un tel certificat.

D'autre part, cette inscription est-elle nécessafre et suis-je dans l'illégalité pour ne pas l'avoir faite ?

Je vous serais reconnaissant de m'éclairer sur ce fait.

Dr B.

Réponse.

A notre avis, les propharmaciens ne sont pas tenus de faire une déclaration spéciale à la Préfecture, tout au moins en vertu d'une réglementation générale s'appliquant à toute la France. Il pourrait cependant exister des règlements locaux, sous forme, en l'espèce, d'arrêtés préfectoraux. Mais, à notre connaissance, cette obligation n'existe pas dans tous les départements et, par suite, nous ne croyons pas qu'une maison qui vend des substances vénéneuses par toute la France soit bien fondée à exiger la production d'un certificat relatant que cette déclaration a été faite.

A notre avis, le certificat du maire que vous nous avez communiqué et que nous vous retournons sous ce pli, constatant qu'il n'existe pas de pharmacien sur le territoire de la commune, devrait suffire, puisque c'est là la seule condition requise pour qu'un médecin ait le droit de faire la propharmacie.

Il serait cependant légitime, de la part d'une maison à laquelle est demandé l'envoi de produits des tableaux A et B du décret du 14 septembre 1916, d'exiger que le maire certifie que le médecin propharmacien a fait les déclarations prescrites par ce décret. Le maire est qualifié pou: cette certification, puisque c'est à lui que ces déclarations doivent être faites.

Application du Tarif Breton.

I

Incision d'anthrax.

Je prends la liberté, comme abonné au *Concours médical*, d'avoir recours à votre obligeance et à votre

parfaite connaissance du tarif Breton pour établir la note d'honoraires d'un accident du travail.

Comment tarifer l'ouverture d'un gros anthrax de la nuque sans anesthésie générale ? Est-ce « l'abcès profond non viscéral » (75 fr.) ou « l'abcès superficiel » (15 fr.) ?

Et sur quelles limites ou quels signes peut-on se fonder pour déterminer l'une ou l'autre catégorie ?

Dr H.

Réponse.

Ce n'est certainement pas un abcès profond, puisqu'il est situé dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané et non dans un muscle, une séreuse ou dans un organe interne.

II

Interventions multiples.

Abonné au *Concoures* et au « Sou », je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis sur les honoraires que je dois demander pour l'accident du travail suivant : c'est un cas tellement rare, et les lésions sont tellement étendues, nombreuses et importantes, que je suis très embarrassé pour en trouver l'équivalence dans le tarif.

Je suis appelé d'urgence pour un ouvrier carrier qui, posant une mine de dynamite, reçoit la décharge :

1° Face criblée de blessures, les unes assez superficielles, les autres profondes, toutes remplies de graviers, boue, lambeaux d'etoffe, plaies irrégulières, déchiquetées.

Les deux yeux sont en bouillie, les globes oculaires éclatés, les orbites remplies de cailloux. Les lèvres sont perforées en plusieurs endroits.

2° La face dorsale de la main gauche est arrachée: fractures ouvertes de 2 métacarpiens et de l'extrémité supérieure du cubitus, hémorragies artérielles et veineuses abondantes et multiples, tendons déchiquetés, muscles arrachés ; toutes ces plaies sont remplies de cailloux et de boue : j'en ai retiré à des profondeurs invraisemblables. Les doigts sont criblés de plaies plus ou moins profondes.

(Au premier abord, devant de telles lésions, je voulus amputer les 4e et 5 doigts avec leurs méta ; devant l'insistance du blessé et de la famille, je dus y renoncer, et je crois d'ailleurs pouvoir sauver la main actuellement) ;

3° Plaies avec corps étrangers, à l'avant-bras gauche ;

4° Nombreuses plaies assez superficielles de la face palmaire de la main droite et des doigts ;

5° Quelques plaies réparties sur le corps. Une plaie de la verge (gland).

Le jour de l'accident, devant l'étendue des lésions oculaires, j'appelai d'urgence en consultation le spécialiste des yeux le plus rapproché (10 kil.) lequel, ne possédant pas d'auto, et le village du blessé pas de gare, je dus aller chercher en auto et ramener.

Voir la suite page XLIII-1273

PROPOS DU JOUR

L'avenir des Facultés et des Ecoles de Médecine de Province : Montpellier.

La création de la Faculté de Médecine de Marseille, création prévue et décidée en principe depuis de longues années, et qui menace la prospérité de la Faculté de Montpellier, met à l'ordre du jour la question de l'avenir des Facultés et des Ecoles de médecine de Province.

Limitée à Montpellier, cette question pourrait être, au moins momentanément, irritante ; mais elle doit être généralisée. Nos Facultés et nos Ecoles de Province, trop nombreuses et souvent trop voisines, se concurrencent et se gênent mutuellement. Pour ne citer qu'un autre exemple, le retour de Strasbourg à la Mère-Patrie peut diminuer, dans une certaine mesure, l'importance de la Faculté de Nancy. Quant aux Ecoles, certaines sont si voisines (Amiens et Reims ; Rouen et Caen ; Angers et Tours, etc.) que l'on se demande comment certaines peuvent se maintenir encore. Nous ne maudirons pas la concurrence : c'est elle qui stimule les initiatives et qui est un des plus grands facteurs du progrès et, dans le cas présent, la concurrence nous paraît plus particulièrement utile. La gêne qui en résulte doit disparaître, si un esprit nouveau parvient à régner dans nos Facultés et dans nos Ecoles. Pour prospérer, les plus menacées doivent rompre avec les antiques traditions et donner à leur enseignement et à leur organisation une forme nouvelle, répondant à l'évolution de la médecine.

Nous avons lu, dans l'*Eclair de Montpellier*, une succession d'articles qui nous montrent que les Montpelliérains, fort émus de la situation précaire à laquelle leur vieille Faculté peut être réduite par Marseille, s'efforcent de rechercher les moyens de parer à ce coup fatal.

Dans la campagne de l'*Eclair*, M. Jules Véran préconise l'organisation à Montpelier d'une année d'études post-doctorales, où les jeunes docteurs de toutes les Facultés pourraient venir compléter leur éducation professionnelle. Certes, l'idée en principe est bonne. M. Jules Véran indique comment la Faculté de médecine, secondée par les autres Facultés locales des Sciences, de Pharmacie, de Droit, etc., pourrait compléter utilement l'instruction trop négligée du jeune docteur en sciences générafes, en pharmacologie, en jurisprudence médicale, etc., etc.

M. le Pr Vires a répondu au projet de M. J. Véran ; il lui fait des objections qui nous paraissent fondées : tout d'abord la longue durée des études (six ans au moins) qui, avec le service militaire, rend déjà très onéreuse la poursuite du diplôme de docte..r. Combien de jeunes gens et combien de familles consentiraient à cette année supplémentaire et facultative d'études post-doctorales ? Il faut remarquer en outre que nombre de Facultés, Paris, Lyon, Bordeaux, par exemple, ont déjà organisé des cours théoriques et pratiques de perfectionnement pour toutes les branches de l'enseignement médical.

Ces objections sont justes, mais nous trouvons que dans sa réponse, M. le Pr Vires est vraiment beaucoup trop pessimiste. Ce n'est pas en récriminant contre les erreurs présentes (du reste communes à toutes nos Facultés et Ecoles) sur le recrutement du personnel enseignant, sur l'abandon, dans l'éducation des jeunes médecins, des vieilles traditions, qu'on rendra à Montpellier le prestige qu'avait conservé son enseignement de Rabelais à Grasset en passant par Barthez.

Nous ne pouvons pas approuver M. le Pr Vires, quand il attribue la décadence de la Faculté de médecine à la rivalité des autres Facultés de la même Université, qui se seraient enrichies de ses dépouilles ; car nous pensons, avec M. J. Véran, que ce serait avec leur concours que l'on pourrait sans doute donner à l'antique Ecole de médecine une vitalité nouvelle. Si les critiques que formule M. le Pr Vires, en terminant sa réponse, sont justifiées, ce que nous ne nous permettrons pas de discuter, nous pensons qu'en les exprimant, il ne contribue guère au renflouement du navire montpellierain en détresse.

« Montpellier se meurt, écrit textuellement M. le Pr Vires, parce qu'il a abdiqué ce qui avait fait sa force, parce qu'il a méconnu la puissante emprise de sa doctrine et de sa méthode.

Montpellier se meurt parce qu'il n'a pas pu faire taire ses préférences personnelles, assurer un recrutement dû à la valeur et au mérite, parce que ses chaires sont encombrées par des maîtres qui n'ont

plus l'esprit montpelliérain, mais qui ont au degré suprême l'esprit de famille.

Qui, aujourd'hui, dans un cours, ou au lit des malades, évoque un grand nom du passé ? Qui résume un point de doctrine ? Qui éclaire une leçon d'histoire ?

On dédaigne les Ancêtres, on néglige d'étudier leurs œuvres, on méconnaît leur puissance créatrice.

Voilà pourquoi Montpellier se meurt, et voilà pourquoi celui qui vous écrit est désolé, navré, parce qu'il porte en son cœur le deuil de ce qu'il affectionne, pourquoi il a l'âme triste, comme s'il suivait le cercueil d'un être aimé et cher. »

Nous ne pensons pas que les grands cliniciens de Montpellier, dont M. le Pr Vires évoque les glorieuses traditions, soignaient et guérissaient leurs malades en portant d'avance leur deuil en leur cœur et en ayant l'âme triste comme s'ils suivaient leur cercueil.

C'est avec un tout autre état d'esprit que l'on doit aborder le probléme de la résurrection des quelques Facultés ou Ecoles de Médecine de province, menacées de déchéance et de mort. Tout en respectant les nobles traditions, tout en conservant pieusement les reliques des Musées et les manuscrits des bibliothèques, trésors que sauront exploiter les érudits, il ne faut pas baser sur les doctrines du passé le relèvement d'une Ecole de Médecine. Il faut hardiment innover, et même être révolutionnaire. Depuis Vicq d'Azyr, l'on n'a cessé de faire en France la critique de l'enseignement médical officiel ; nous ne dirons pas que rien n'a été fait depuis, mais toutes ces tentatives d'amélioration ont été fragmentaires ; aucune méthode d'ordre général n'a été appliquée.

Si les professeurs d'une Ecole de Médecine en décadence veulent la faire revivre, ils le peuvent facilement s'ils sont doués d'un esprit de progrès, exempts de préjugés, et s'ils en ont la volonté et le courage. Qu'ils mettent tout à fait au second plan, si les réglements ne leur permettent pas de les supprimer, les cours *ex cathedrâ* et l'enseignement « livresque », qu'ils réalisent hardiment la formule de l'*hôpital centre d'enseignement.*

Un centre d'enseignement médical doit répondre à deux buts qui peuvent, nous le croyons, être atteints dans toutes les villes de quelque importance.

Le premier de ces buts est de former des médecins praticiens, mais des médecins praticiens *complets* qui ne seront pas plus tard obligés de parfaire leur apprentissage insuffisant au petit bonheur sur leur clientèle, ou en suivant un enseignement facultatif de perfectionnement.

Pour instruire ces futurs médecins, il conviendrait de diviser les étudiants par groupes à la tête desquels seraient des moniteurs intelligents et instruits. Ce seraient eux qui, sous la surveillance et la direction du Maître, apprendraient aux élèves à pratiquer l'examen clinique des malades, à faire les recherches de laboratoire indispensables, à en déduire un diagnostic et à prescrire un traitement. Ce traitement serait appliqué par l'élève lui-même qui, avant d'acquérir la science d'un médecin, devrait posséder les connaissances d'un bon infirmier. Le moniteur ou ses aides se feraient assister par l'étudiant ou l'assisteraient dans toutes les petites et grandes interventions que tout médecin praticien doit pouvoir pratiquer. Une organisation méthodique permettrait chaque année d'accroître les connaissances pratiques du futur docteur, que quelques conférences et études annexes mettraient au courant de ce qui ne peut être enseigné au chevet du malade, ni au laboratoire d'hôpital. Une sorte d'intimité s'établirait entre les élèves, les moniteurs et les Maîtres ; chacun pourrait discuter, demander des explications, vérifier, critiquer : ce serait en quelque sorte un enseignement technique pratique, familial et mutuel. Evidemment pour cela, il faudrait multiplier les membres du corps enseignant et utiliser toutes les ressources hospitalières, même les ressources privées qui voudraient consentir à se plier aux règlements.

Et que l'on ne prétende pas que cette réalisation est impossible, difficile même. Il suffit de vouloir et de faire preuve de quelque largeur d'esprit. Nous nous souvenons en avoir bénéficié nous-même. C'était en 1890, au vieil Hôtel-Dieu annexe de Paris, dans le service du professeur Cornil, dont nous étions l'externe. Le Maître malade était suppléé par M. Chantemesse et M. Widal, ce dernier étant attaché au service comme interne médaille d'or. Chacun des élèves était chargé des malades de 4 à 5 lits, et devait prendre soigneusement les observations. MM. Chantemesse et Widal, nos deux excellents Maîtres, ne dédaignaient pas de discuter avec nous les diagnostics, les pronostics, les traitements. Ils admettaient les observations de chacun, reconnaissaient le bien fondé des objections du dernier venu d'entre nous. Tout incident était l'occasion d'une

leçon clinique. Un laboratoire improvisé avait été organisé dans une chambre annexée au service, et Chantemesse et Widal, qui déjà avaient une réputation de bactériologistes éminents, nous initiaient à cette science alors nouvelle.

Le vieil Hôtel-Dieu, délaissé alors, avait repris pour un instant de l'activité. Les étudiants, sachant qu'on y travaillait, accouraient dans le service, et, pendant cette période éphémère, nous acquîmes en quelques mois plus de connaissances que durant une année, dans les services officiels de clinique de la maison neuve d'en face.

Qu'on généralise cette organisation dans une Faculté, et l'on verra les élèves y affluer. Actuellement, le diplôme n'a plus de prestige, les étrangers qui passent en France n'en ont cure et les médecins français, pas plus que le public, ne se préoccupent de savoir si tel docteur est de Paris, de Lille ou de Montpellier.

Qu'on ne nous parle plus des doctrines du passé : il n'y a actuellement en médecine qu'une méthode, la méthode scientifique d'observation et d'expérience, la méthode de Claude Bernard et de Pasteur.

***

Le premier but atteint, c'est-à-dire la réalisation de l'organisation nécessaire pour créer de bons et de complets médecins praticiens, le centre d'enseignement médical devrait en poursuivre un second, la création d'Instituts de recherches et de perfectionnement, destinés à attirer les docteurs qui veulent se spécialiser et les Etrangers. Ces instituts aideraient à faire la réputation du centre et jetteraient un éclat nouveau sur l'Université dont ils dépendraient.

Mais, pour que ces Instituts remplissent leur but, il conviendrait que chaque ville se spécialisât en les fondant, et se créât une sorte de monopole sur une branche de l'art médical. Il faudrait qu'après entente, telle Faculté se réservât les études de bio-chimie ; telle autre, celles d'électrothérapie et de radiologie ; l'une consacrerait ses efforts à la physiothérapie et à l'hydrothérapie, l'autre à la médecine légale, etc., etc. Mais il conviendrait que ces Instituts ne fussent pas de simples laboratoires médiocrement outillés, parcimonieusement subventionnés comme les laboratoires étiques de l'actuelle Ecole des Hautes-Etudes. Il faudrait que ces Instituts scientifiques parfaitement équipés et installés, jouissant d'une complète autonomie, richement dotés, organisés comme l'Institut Pasteur de Paris par exemple, fussent à même de poursuivre toutes les recherches qu'exigerait le développement de la branche médicale à laquelle ils seraient destinés. Il conviendrait que la Faculté de médecine de la ville fit appel à la collaboration de ses sœurs : Faculté de pharmacie, Faculté des sciences, Faculté de droit, écoles supérieures d'électricité, de chimie, de physique, de mécanique, si cela était nécessaire, en faisant abstraction de ces rivalités fâcheuses, auxquelles a fait allusion M. le Pr Vires, rivalités qui, pour la satisfaction de l'amour-propre de personnalités à l'esprit mesquin, ruinent des institutions qui devraient être prospères.

Il arriverait que, tant en France qu'à l'étranger, un radiologiste ne voudrait pas s'établir sans avoir fait un stage de quelques mois à l'institut de radiologie de X. très réputé, et qu'un médecin, n'oserait prendre la direction d'un établissement de cure sans avoir été l'élève de l'institut de Physiothérapie de Z. apprécié dans le monde entier. On nous dira que l'on s'est déjà engagé dans cette voie, que Montpellier a son institut de biologie, et son institut d'électrothérapie et de radiographie, que Bordeaux a son institut de médecine coloniale, Nancy son institut de sérothérapie. Oui, mais ces instituts sont à l'état embryonnaire ; nous les voudrions florissants, puissants, rayonnants comme l'Institut et l'hôpital Pasteur de Paris.

Lorsqu'il en sera ainsi, Nancy pourra prospérer à côté de Strasbourg, et Montpellier vivre sans jalouser Marseille.

***

Un autre point qui, bien que plus terre à terre, ne doit pas être dédaigné, si l'on veut des Universités florissantes, c'est d'avoir quelque souci des conditions d'existence et du bien-être des étudiants. Qu'on crée des villes universitaires, telles que la fondation, qui va se réaliser à Paris, grâce à la générosité de Deutsch (de la Meurthe) ; qu'on mette à la disposition des étudiants des habitations confortables, des restaurants suffisants et peu coûteux, qu'on leur procure des distractions saines, que les municipalités, les conseils généraux, les collectivités intéressées fassent les sacrifices nécessaires, et l'on verra vivre et prospérer les Universités de province, dont beaucoup sont exsangues, et quelques-unes moribondes.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL APPARTIENT AU PRATICIEN

Dr André Jousset,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Laënnec.

Qu'on ne se méprenne pas sur le sens de cet article ; je ne viens nullement faire ici l'apologie de l'opération de Forlanini ; s'il faut dire toute ma pensée, je crois même qu'on abuse singulièrement, et surtout, qu'on mésuse d'une méthode thérapeutique excellente dans son principe, mais dont les indications dans le traitement de la tuberculose pulmonaire sont des plus restreintes. Ce que je veux dire, c'est que le pneumothorax vraiment efficace est à la portée de tous les médecins. Quand sa réalisation présente quelques difficultés, c'est qu'il est inutile ou dangereux, donc contre-indiqué. Le pneumothorax doit être la plus simple, la plus facile des interventions ou..... il ne doit pas être.

Je ne prétends d'ailleurs pas à la paternité de cette opinion, car, sous la plume alerte du Dr Grangée (1), a paru récemment un excellent article qui vise à la vulgarisation du Forlanini. Sans adopter toutes les conclusions de notre confrère, et sans partager son enthousiasme pour le rôle du pneumothorax dans la lutte anti-tuberculeuse, je m'accorde pleinement avec lui pour dénoncer le bluff de ceux qui, prétendant accaparer une méthode dont ils ne sont ni les auteurs, ni les vulgarisateurs, la présentent au public médical comme une intervention réservée à la virtuosité de quelques spécialistes et comportant toute la mise en scène (salle d'opération, matériel, auxiliaires) d'une grande opération chirurgicale, mise en scène dont le déploiement me paraît aussi bien destiné à masquer la simplicité de l'intervention qu'à en relever les tarifs.

Or, il faut bien qu'on le sache, le pneumothorax peut être exécuté par le praticien, sans aide, ou avec un aide improvisé, au lit de tout malade, avec la même facilité qu'une ponction exploratrice ou une injection veineuse. Comme le dit excellemment le Dr Grangée, quand le pneumothorax est possible, rien n'est plus facile ; quand il est difficile, personne ne peut, et j'ajouterai *ne doit* essayer de le réaliser.

Indications. — A notre avis, les indications du pneumothorax se résument en trois mots. La tuberculose à combattre doit être *unilatérale, sévère* et *récente*. Elle suppose comme conditions extra-scientifiques l'autorisation expresse, au besoin écrite, du malade qui doit être prévenu de la multiplicité des séances d'insufflation, de la lenteur et de l'incertitude des résultats. Si l'on sait, en effet, quand le pneumothorax commence, on ignore quand il finit.

L'unilatéralité de la lésion doit, en principe être vérifiée par la radiologie. C'est là un contrôle utile, mais aussi une compliction de la technique qui a nui beaucoup à la vulgarisation du pneumothorax. Est-il indispensable et ne pourrait-on s'en passer ?

Je le crois sincèrement. Quand la pénurie des ressources locales, les difficultés de transport, la situation pécuniaire du malade interdisent ce genre d'examen, on peut à la rigueur supprimer le passage à l'écran, car je mets en fait qu'une auscultation soigneuse permet d'y suppléer. En effet, si la radiologie l'emporte sur l'auscultation pour la révélation des lésions profondes ou anciennes, si elle met en évidence nombre de cavernes silencieuses, elle lui est manifestement inférieure pour la détermination des réactions fluxionnaires, congestives et pneumoniques qui préludent à la tuberculisation proprement dite. Or, ce sont précisément ces formes évolutives qu'il importe de diagnostiquer, et non des lésions éteintes. Inversement, la radioscopie peut être une source d'erreurs en montrant du côté opposé au poumon malade de simples cicatrices très anciennes, complètement refroidies, dont l'importance clinique est nulle, et qui ne contre-indiquent nullement le Forlanini, car symétrie de lésions ne veut pas dire symétrie d'évolution. Souvenons-nous que celle-ci ne se juge qu'au moyen des signes dits d'activité ; râles, craquements, douleur locale. Seule, la constatation de tels symptômes des deux côtés de la poitrine serait prohibitive du pneumothorax.

L'examen radiologique initial n'est donc pas une nécessité absolue pour un médecin soigneux, au courant des finesses de l'auscultation et muni d'un bon sthétoscope bi-auriculaire.

J'en dirai autant des examens radiologiques

(1) *Revue de thérap. méd.*, oct. 1922.

ultérieurs. Exécutés en série, ils peuvent être très intéressants pour l'étude théorique du pneumothorax, mais dans la pratique, me paraissent tout à fait inutiles. Comme nous le verrons plus loin, la surveillance du collapsus pulmonaire se fait beaucoup mieux par le manomètre que par l'ampoule radiologique. Le Dr Grangée propose de n'y recourir qu'en cas de complications (pleurésie volumineuse, dyspnée inexplicable...), mais, comme en pareille occurence, notre ligne de conduite est d'interrompre toute insufflation, la question radiologique ne se posera même plus.

Si la règle de l'unilatéralité est formelle et admise par la plupart des phtisiologues, il n'en est pas de même des deux autres. La tendance actuelle est malheureusement de vouloir faire du pneumothorax la panacée de toutes les tuberculoses, anciennes ou récentes, limitées ou étendues, bénignes ou sévères. Une telle doctrine, qui n'est que la réaction de notre impuissance habituelle en face de la tuberculose, me paraît aussi contraire à la morale qu'au bon sens. Non seulement elle sanctionne des interventions inutiles, mais par les nombreux échecs qu'elle prépare, elle est plus faite pour déconsidérer la méthode que pour lui recruter des partisans. Seules, les tuberculoses aux allures sévères, c'est-à-dire en foyers massifs et étendus, conditionnant une température élevée et de type continu, comme celle de la dothiénentérie, sont, à notre avis, justiciables de la thérapeutique du pneumothorax, parce que, l'expérience l'a démontré, ces formes se jouent ordinairement de la plupart des autres moyens de traitement. Encore n'y recourons-nous que si la sérothérapie s'est montrée impuissante, ce qui est fort rare.

Il ne faudra toutefois pas trop attendre. Nous l'avons dit, l'affection doit être récente. En effet, les chances d'insuccès engendrées par la diminution de résistance du sujet, et surtout par l'apparition de désordres anatomiques irréductibles, interdisant aussi bien le décollement pleural que le collapsus pulmonaire (adhérences, masses caséeuses, cavernes fibreuses, etc...), ne peuvent qu'augmenter avec le temps.

Mais comment reconnaître ces désordres ? La tâche est malaisée, car il n'existe aucun moyen clinique ou radiologique permettant *à priori* de savoir si une plèvre est libre ou non, si un poumon a conservé sa souplesse et est encore compressible. La date de la maladie fournit bien des présomptions à cet égard, mais présomption n'est pas certitude. En réalité, c'est à l'essai seulement qu'on verra si le pneumothorax est matériellement réalisable. En une ou deux séances, on saura si l'on doit ou non poursuivre son programme. Cela exige que le décollement soit facile, régulier, complet. S'il y a la moindre difficulté, si la courbe des pressions monte en pente brusque ou présente des ressauts, on ne devra pas poursuivre. Toute manœuvre de force dans le pneumothorax est dangereuse et doit être prohibée.

En résumé, des trois conditions requises pour le pneumothorax, il en est une qui ne peut être établie que par l'expérience, mais les deux autres auront déjà éliminé un nombre tel de patients, qu'au total, ces essais d'intervention demeureront assez rares. Il se peut que, dans l'avenir, la proportion de tuberculeux justiciables du Forlanini augmente avec les progrès de nos connaissances médicales et la précocité du diagnostic. Actuellement, il doit rester une arme d'exception.

***

Cette arme est cependant d'un maniement bien facile. Aussi, dès que l'indication aura été posée, devra-t-on être aussi entreprenant dans l'exécution qu'on aura été circonspect dans la décision.

Jusqu'ici, le praticien rebuté par la radioscopie, effrayé par la difficulté apparente de la technique, se voyait encore arrêté par la complexité, le poids, le volume, et aussi, le prix des appareils nécessaires. Ces objections ne doivent plus compter aujourd'hui.

Avec la simplification instrumentale que nous avons récemment proposée à la Société médicale des hôpitaux, et que rien n'interdit de perfectionner davantage, le pneumothorax est mis à la portée du premier étudiant en médecine venu, et dans notre service hospitalier, après deux ou trois séances d'initiation, la plupart des élèves sont capables d'exécuter un Forlanini. Nous ne saurions trop le répéter, « la seule difficulté du « pneumothorax réside dans ses indications ; « l'exécuter n'est rien ».

Nous avons vu que la première simplification matérielle consistait en la suppression de l'examen radiologique. La deuxième est réalisée par l'emploi de l'air atmosphérique, ce qui supprime le transport des récipients d'oxygène ou d'azote dont la nécessité ne se fait nullement sentir. On sait que l'oxygène a été préconisé pour parer à l'éventualité de l'introduction de gaz dans le torrent circulatoire.

Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut penser de ce genre d'accidents, cauchemar de nos pères. Il se fait tous les jours, sans dommage, des milliers d'injections veineuses souvent plus gazeuses que liquides ; d'ailleurs, la démonstration expérimentale de l'innocuité d'une telle pénétration est établie depuis longtemps. Ajoutons que ce pseudo-danger est d'autant moins à redouter ici que, dans le pneumothorax correctement fait, l'insufflation de la plèvre s'effectue spontanément, sans effort de pression.

INSTRUMENTATION. — L'appareil que nous

utilisons a le grand avantage de n'exiger le transport d'aucun liquide. Il fonctionne presque à sec. Une seringue, une aiguille, une éprouvette, de uxrobinets, un peu de caoutchouc, le tout dans une boîte plate du format d'un volume in-quarto, et du poids de 2 kil., tel est l'instrument (fig. 1), auquel nous avons donné le nom de « Pneumostat » et qui est de beaucoup le plus

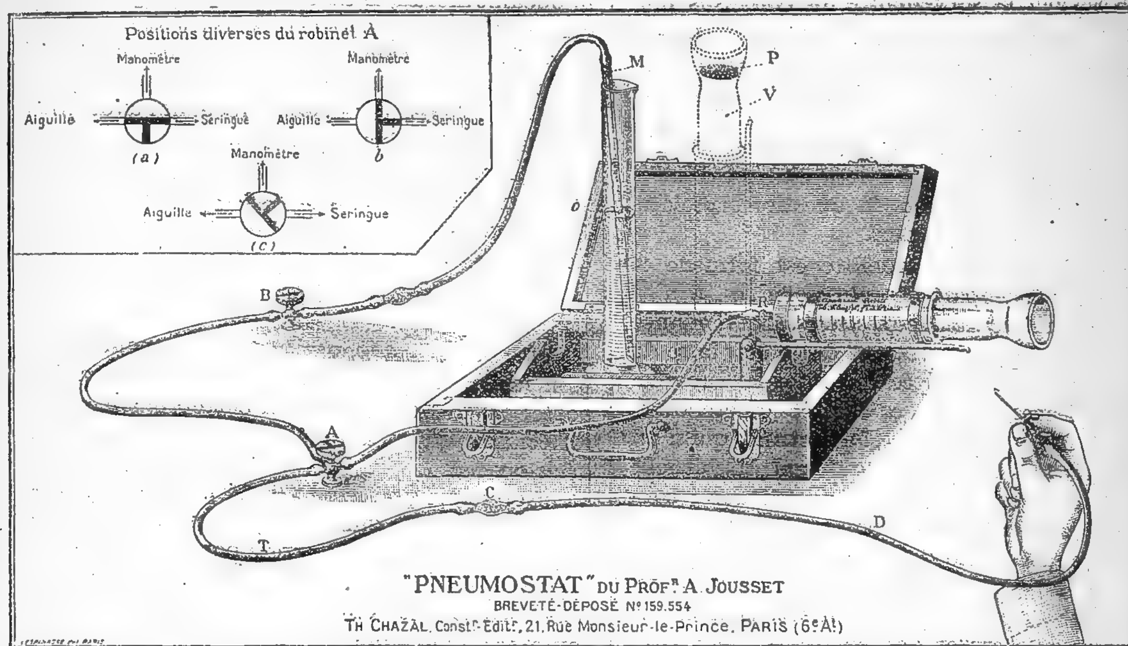


FIG. 1.

Le Pneumostat. Vue d'ensemble.

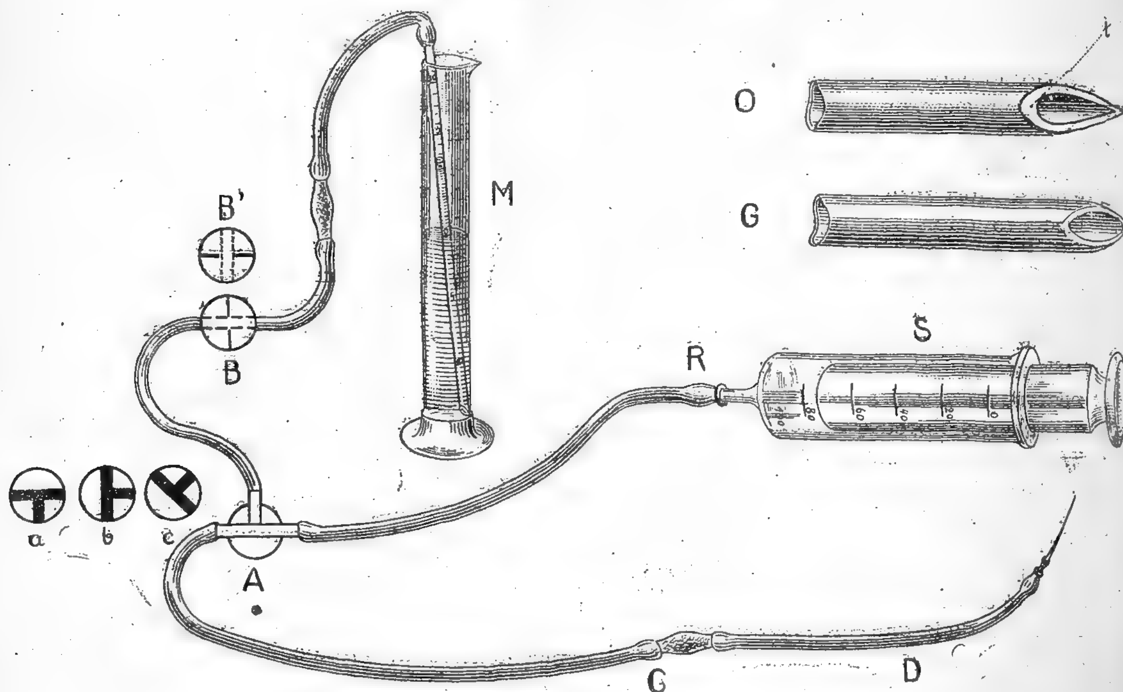


FIG. 2.

Schéma du Pneumostat.

Légende :

S. — Seringue de 100 cc.

M. — Eprouvette à demi pleine d'eau et son tube gradué en centimètres.

A. — Robinet à trois voies et ses diverses positions (a, b, c).

B. — Robinet amortisseur et sa deuxième position B'.

G. — Détail de l'aiguille-gouge fortement grossie, différant d'une aiguille ordinaire O par son biseau court, sa pointe mousse et l'absence de tranchant (t). Sa longueur est de trois centimètres.

petit, le plus maniable et le plus simple des instruments actuellement en usage.

La figure n° 2, qui n'est que le schéma de la précédente fait saisir immédiatement le mécanisme et le fonctionnement de l'appareil, dont les particularités résident :

1° Dans la substitution, aux vases communicants pleins de liquide, d'une seringue de 100 cc. La perfection du rodage de cette seringue (point capital) doit être telle que son étanchéité, même à sec, soit absolue et que son piston puisse glisser avec la plus grande facilité sous la moindre poussée respiratoire. Grâce à un support articulé, on peut, par l'inclinaison de la seringue et le simple poids du piston chargé ou non de poids additionnels P, donner au système clos de la canalisation toutes les pressions désirables, positives ou négatives. En position horizontale, la pression est naturellement nulle.

2° Dans la présence d'un robinet amortisseur dont le jeu permet d'éteindre à volonté les oscillations manométriques et d'en préciser la lecture.

3° Dans la substitution d'une aiguille spéciale, dite « aiguille-gouge », aux trocarts ou aiguilles similaires (1). Cette aiguille en platine iridié est munie d'un mandrin à bout arrondi affleurant exactement la pointe. Elle facilite beaucoup la mise en train du décollement pleural.

***

Opération. — Le malade aura reçu, une demi-heure auparavant, une injection hypodermique d'un centigr. de morphine qui procurera une légère anesthésie, calmera la dyspnée et atténuera les quintes de toux possibles. On fera de préférence l'opération à la fin de la matinée, heure où les tuberculeux sont généralement plus dispos et ont terminé l'expectoration qui suit le réveil.

Le patient sera placé dans le décubitus latéral, le thorax reposant sur un oreiller pour faire saillir la région axillaire opposée. On relève le bras, on badigeonne à l'iode. L'aiguille est alors flambée, puis débarrassée de son mandrin qu'on dépose à portée de la main entre deux compresses stérilisées, et adaptée à son caoutchouc D. La pièce CD, stérilisée préalablement à l'autoclave, et réajustée à la canalisation générale, n'a plus besoin d'être stérilisée qu'à de rares intervalles.

On s'assurera qu'elle est parfaitement sèche.

La ponction s'exécutera de préférence sur la ligne axillaire, à l'intérieur du V formé par la réunion du grand pectoral et du grand dorsal.

L'index de la main gauche, explorant à fond la région, évitera les parties molles et se fixera directement sur le plan dur d'un espace intercostal. Le meilleur est celui qu'on sentira le mieux.

Il s'agit maintenant de procéder soigneusement. Je conseille la ponction en deux temps : le premier, sec et énergique (n'oublions pas que l'aiguille est mousse), placera la pointe dans l'épaisseur de la paroi, à un centimètre de profondeur, soit au tiers de l'aiguille ; le deuxième, plus délicat, doit atteindre l'espace pleural. Cette pénétration, quoique plus facile que la première, doit donner, après un nouveau parcours de 2 à 5 millim., un léger ressaut, comme une sensation de perforation d'une membrane tendue.

L'accès de la plèvre suppose donc une pénétration totale de 12 à 15 millim., soit la moitié de la longueur de l'aiguille-gouge. C'est l'instant délicat où les moindres mouvements de la main ont de l'importance. Aussi, faut-il tenir l'aiguille très serrée entre les trois premiers doigts de la main droite, les deux autres fortement appuyés à la paroi, et surveiller étroitement les mouvements de la colonne d'eau du manomètre. Si l'on est bien dans la plèvre, on voit le liquide monter de 6 à 8 centimètres dans le tube et osciller *largement* (plusieurs centimètres) au rythme de la respiration du patient. Ces grandes oscillations en pression négative sont caractéristiques du succès de l'opération.

Si le liquide reste à peu près immobile, on passera le mandrin rapidement, *mais à fond*, dans l'aiguille qui peut être oblitérée par du sang ou de la sérosité. On essayera également, soit de reculer, soit plutôt d'avancer la pointe d'un ou deux millimètres, avec chaque fois un rapide coup de mandrin. Il est exceptionnel, si la plèvre est libre d'adhérences, qu'on ne réussisse pas dans ces conditions. La précaution indispensable est l'*immobilisation absolue de l'aiguille* dès qu'on obtient les grandes oscillations révélatrices de l'entrée dans la plèvre.

Insufflation. — La seringue étant en position horizontale et remplie d'air, quand tout se passe normalement, on voit le piston aspiré à chaque mouvement inspiratoire et le cylindre se vider peu à peu. En fait, le malade s'insuffle lui-même et le rôle de l'opérateur consiste à maintenir l'aiguille sans défaillance, dans une immobilité absolue.

Si le piston venait à se coincer ou à progresser trop lentement, il suffirait de le tourner imperceptiblement ou de relever légèrement l'axe de la seringue, mais en restant en pression moyenne voisine du zéro.

Quand les 100 premiers centimètres cubes de gaz ont pénétré dans la plèvre, il faut recharger la seringue de la façon suivante :

1° Tourner de 45° le robinet A de façon à bloquer toutes les communications (position *c*).



(1) Je ne puis entrer ici dans tous les détails de construction de l'appareil, mais on trouvera chez son fabricant M. Chazal (21, rue Monsieur-le-Prince, à Paris), des données plus précises sur l'agencement des différentes pièces, la construction des robinets et le profil de l'aiguille-gouge.

2° Détacher l'ajutage R. Ramener le piston au zéro et rattacher le caoutchouc.

3° Remettre le robinet A dans sa position première.

Cette manœuvre s'exécutera en quelques secondes, de cinq à dix fois par séance, suivant le cas considéré.

Pour les insufflations ultérieures, quand le décollement est déjà amorcé, l'immobilité de l'aiguille a moins d'importance qu'au début.

Le médecin peut alors la confier à un aide, ou la fixer par un système quelconque, tel qu'une pince hémostatique maintenue par un caoutchouc faisant le tour du thorax ou tout autre moyen de fortune. Son rôle devient alors presque contemplatif : *Tuto et jucunde... sed lente* ». Il ne faut, en effet, pas se presser. Une séance d'insufflation exige en moyenne de vingt à trente minutes.

Volume et fréquence des injections. — Le volume d'air total d'une séance dépend naturellement de la capacité de la plèvre et du caractère total ou partiel du décollement. De toute façon, il faudra opérer progressivement, soit, pour un thorax moyen d'adulte, environ un demi-litre pour le premier décollement ; trois quarts de litre le surlendemain, et dans la suite, tous les dix à vingt jours, environ un litre. Mais en réalité, ce ne sont là que des approximations : tout dépend ; volume, fréquence, comme arrêt des injections, de la courbe des pressions pleurales et des résultats atteints.

Mesure de la pression. — La détermination de la pression pleurale n'est pas une simple curiosité. Le manomètre est le guide indispensable et l'indicateur le plus fidèle de la bonne marche des opérations. Les chiffres de la pression doivent être relevés de 100 en 100 cc. à chaque recharge de la seringue, ce qui ne demande que quelques secondes.

On procèdera comme suit :

1° Disposer la seringue horizontalement ;

2° Détacher l'ajutage R. Tirer le piston jusqu'au zéro et rattacher l'ajutage. ;

3° Tourner graduellement le robinet B vers la position B'. Par cette manœuvre, les oscillations de la colonne d'eau s'amortissent progressivement, passant de plusieurs centimètres à un centimètre ou même moins. En B', c'est l'extinction totale par étranglement de la colonne gazeuse. L'oscillomètre est devenu un manomètre à lecture facile et exacte. La pression vraie est fournie par la moyenne des pressions extrêmes, inspiratoire et expiratoire. Cette manœuvre du robinet B est indispensable car, à supposer que l'on pût facilement prendre la moyenne des oscillations à forte amplitude, on s'exposerait, comme l'ont montré Küss, puis Bertier, à de notables erreurs.

Conduite et entretien du pneumothorax. — Quand on a relevé ainsi, au cours d'une séance, la série des pressions étagées de 100 en 100 cc., il est facile en trois coups de crayon d'établir une représentation graphique de l'opération. Elle est aussi utile qu'instructive.

Les intéressantes recherches de Leuret, Aumont et Delmas-Marsalet (1), ont montré toute la valeur pratique de ces courbes qui, seules, peuvent renseigner sur la marche du décollement, le volume de la cavité, et l'apparition des complications, le tout avec une précision très supérieure à celle que peut donner l'examen radiologique lui-même.

a) *Décollement.* Une première insufflation correcte, régulière, intéressant toute la plèvre, fournit un tracé en pente douce du type I (fig. 3). On y retrouve parfois une légère inflexion qui traduit un départ brusque du poumon après l'hésitation initiale du décollement.

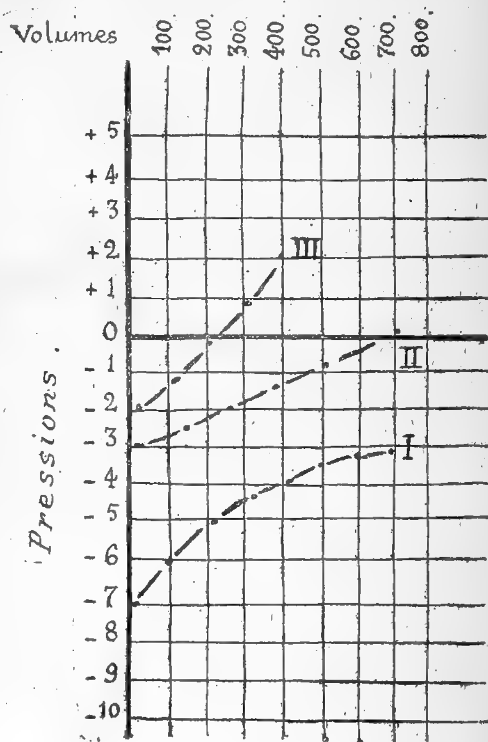


Fig. 3.

Aux séances ultérieures, le tracé devient à peu près rectiligne (type II), mais son point de départ est naturelleement moins bas qu'à la première séance. De la comparaison du chiffre initial avec le chiffre terminal de la séance précédente, on peut juger de la valeur de la résorption gazeuse survenue dans l'intervalle et de l'espacement à donner aux séances. Il faut savoir que les cavités pleurales résorbent plus ou moins vite les gaz qui

(1) *Annales de Médecine*, août 1922.

leur sont confiés, et qu'il ne faut pas, sous peine d'adhérences immédiates rendant impossible la continuation du pneumothorax, que cette résorption soit intégrale. On s'arrangera donc pour laisser une certaine marge entre la pression de départ de la première insufflation et celle des insufflations consécutives.

b) *Adhérences.* Quand la plèvre est cloisonnée par des adhérences, le tracé est tantôt régulier, tantôt irrégulier, mais sa caractéristique d'ensemble est une courbe à pente raide (type III).

c) *Pleurésies.* Des courbes du type I et II qui, après plusieurs insufflations, se transforment en type III indiquent l'apparition d'un épanchement pleural.

D'une façon générale, la douceur de la pente du tracé signale une grande cavité gazeuse; sa raideur, un volume réduit. Dans le premier cas, pour un thorax d'adulte, la pression se relève d'un demi à un centimètre pour une pénétration de 100 cc. d'air. Dans le cas d'une petite cavité (pneumothorax partiel ou total réduit par un épanchement), le relèvement pour 100 cc. d'air peut atteindre 6 ou 8 centim. de pression d'eau.

Le manomètre sera donc l'œil du phtisiologue plongeant dans l'ombre de la cavité pleurale pour y suivre les étapes du retrait pulmonaire, diriger la manœuvre, régler l'espacement des séances, et surtout, donner le signal d'arrêt des opérations.

En effet, le caractère restrictif des indications posées au début de cet article, la limitation, que d'aucuns trouveront peut-être excessive, de nos interventions à une infime minorité de tuberculeux, a pour corollaire une conception spéciale de la technique générale du pneumothorax qui, pour nous, doit rester une intervention aussi douce et prudente que possible. Cette technique se résume en quatre mots : « Jamais de pressions positives ».

En effet, comme l'ont judicieusement remarqué M. Leuret et ses collaborateurs dans leur intéressant travail, il y a deux manières de concevoir le collapsus pulmonaire.

Mis en communication avec l'air atmosphérique, un poumon libre d'adhérences s'affaisse automatiquement en vertu de son élasticité propre, pour prendre la position de repos, caractérisée par une pression pleurale nulle. C'est d'ailleurs, la position cadavérique, oú l'organe, très affaissé mais encore spongieux, montre des alvéoles à peine béants renfermant ce que les physiologistes appellent l'air résiduel.

Si, par un moyen quelconque, on cherche à écraser ce moignon pulmonaire, on y réussit aisément au moyen de pressions positives. Avec une forte compression pleurale (certains auteurs vont jusqu'à préconiser 30 et 40 centim.), le résidu aérien est chassé des alvéoles, et le parenchyme complètement atélectasié. Mais un tel effort ne limitera pas ses effets à la portion aérienne; les vaisseaux seront soumis à une rude épreuve qui modifiera du tout au tout le régime circulatoire du poumon. En outre, le médiastin sera refoulé, le cœur gêné dans ses mouvements, suivant la vigueur qu'on aura déployée dans cette manœuvre de force ; et ceci ne va pas sans de graves inconvénients.

Telles sont les deux phases, tout à fait distinctes dans leur mécanisme, leurs effets anatomiques, physiologiques, et surtout pathologiques, par où passera le poumon suivant qu'on s'en tient au *pneumothorax de repos*, à pression négative ou nulle, ou qu'on atteint le *pneumothorax de compression*, conditionné par des pressions positives.

C'est au pneumothorax de repos des auteurs bordelais que, pour des raisons théoriques et des raisons de fait, vont toutes nos préférences, estimant l'autre dangereux.

Il est probable, en effet, que la compression, outre les effets mécaniques qu'elle exerce sur les parties saines, doit, sur le poumon tuberculeux, engendrer des désordres spéciaux résultant de la traumatisation excessive des régions malades, du tiraillement des adhérences, de la rupture des brides, de l'effondrement des cavernes et de l'intoxication par expression des foyers caséeux. C'est déjà pour éviter ces dangers que nous avons fait choix de malades peu avancés, dont les lésions ne dépassent point le stade fluxionnaire. C'est par surcroît de prudence que nous limitons à dessein le pneumothorax à l'affaissement spontané du poumon qui suffit à l'immobiliser, ce qui est l'objet principal de l'opération.

Que montre d'ailleurs l'observation des faits cliniques ? Que non seulement le pneumothorax de repos donne d'excellents résultats, même avec un collapsus très imparfait (la pression restant inférieure à zéro), mais qu'il est, en outre, exempt d'une foule d'inconvénients qu'on n'observe guère qu'avec le pneumothorax de compression appliqué aux tuberculoses fibro-caséeuses, et dont la possibilité suffirait à elle seule à condamner la méthode des pressions fortes.

C'est ainsi que l'épanchement pleural, complication habituelle du Forlanini, est certainement beaucoup plus rare, et, s'il se produit, moins abondant avec les insufflations à basse pression qu'avec les pressions fortes. Quant aux pleurésies purulentes, il n'en est pas question et pour cause. Il en est de même des accidents cardiaques, des crises de dyspnée, de tachycardie, des syncopes, et chez l'enfant, des déformations thoraciques que l'on n'observe guère avec le pneumothorax de repos.

Enfin, la technique d'insufflation elle-même acquiert avec cette méthode une sécurité absolue qui suffirait à justifier son emploi. On conçoit que ni l'emphysème sous-cutané, ni l'introduction d'air dans les veines, ne soient possibles avec

l'emploi des pressions basses où le poumon fait lui-même le travail utile.

Le pneumothorax dit de repos est en fait un pneumothorax de sécurité pour le patient, et, ce qui ne gâte rien, de tout repos pour le médecin.

Arrêt du pneumothorax. — J'en aurais assez dit sur la pratique du pneumothorax simplifié et mis à la portée de tous, s'il ne me fallait aborder un chapitre qui est généralement oublié, pour ne pas dire escamoté, par la plupart des propagandistes de la méthode.

Un pneumothorax étant installé, quand et comment se terminera-t-il ? Pour les moins exigeants, le pneumothorax n'est qu'une sujétion de quelques années ; pour la plupart, c'est un abonnement à perpétuité.

Voici, on l'avouera, une terrible servitude et un jugement qui, s'il était sans appel, justifierait les précautions que nous avons indiquées au début, sur la nécessité d'un consentement préliminaire du malade que l'on embarque dans une aventure sans issue. Et ceci est assez particulier à la méthode. La plupart des traitements de la tuberculose ont une durée limitée, et il est toujours loisible au médecin de les abandonner temporairement, mais un pneumothorax interrompu ne se recommence pas ; l'inéluctable symphyse pleurale qui suit la résorption gazeuse y met un obstacle absolu. En bonne logique, on devrait donc entretenir indéfiniment le collapsus pulmonaire, puisqu'on n'est jamais assuré du caractère définitif de la guérison d'une tuberculose, et spécialement des tuberculoses fibro-caséeuses. Mais logique et pratique font deux. A supposer que l'entretien à vie d'un pneumothorax fût absolument sans inconvénient, une telle méthode, malgré ses ennuis, les difficultés matérielles qu'elle comporte, la lassitude et l'inévitable démoralisation du patient, serait à la rigueur admissible, mais nous savons qu'il faut compter avec les complications presque inévitables à la longue, même avec le mieux fait des pneumothorax. Il faut donc mettre un terme à pareille situation, et puisque aucun indice certain n'existe de la guérison définitive, c'est plus à l'intuition qu'au raisonnement que nous ferons appel pour décider de l'interruption d'un pneumothorax.

La disparition de tous les troubles fonctionnels, l'apyrexie complète (avec hypothermie matinale), le relèvement de l'état général et la cuti-réaction seront les bases de cette appréciation où le bon sens et l'art personnel du médecin auront un rôle prépondérant. C'est ainsi que nous avons pu, dans deux cas, interrompre un pneumothorax après quatre et six mois seulement d'entretien. Il est vrai qu'il s'agissait de tuberculoses pneumoniques massives à évolution suraiguë, que ces formes, tantôt fatales, tantôt favorables, comportent toujours des conclusions nettes et que la guérison, quand elle est acquise, y est particulièrement solide. C'est d'ailleurs là une des raisons, ajoutée à la série des précédentes, qui m'a fait exclure du Forlanini les tuberculoses non fluxionnaires dont l'avenir, des plus incertains, expose aux pires surprises.

Dans les cas où peut subsister un doute sur les conséquences de l'arrêt d'un pneumothorax, il sera toujours possible de procéder par tâtonnement et par étapes, et voici comment, en pareille occurrence, nous agissons personnellement.

Le pneumothorax une fois installé, nous le poursuivons avec des séances régulières aussi rares que possible, dont le rythme est précisé par la barométrie pleurale. Quand l'amélioration générale est complète depuis plusieurs semaines, nous espaçons progressivement les insufflations pour les interrompre définitivement, mais à la condition que, pendant cette période d'épreuve dont la durée peut être estimée à plusieurs mois (ceci est une question d'espèce), période où le malade aura repris une vie active, l'apyrexie demeure complète, l'expectoration nulle, l'état général excellent, et surtout enfin que le malade dont les sensations doivent entrer en ligne de compte, ne réclame pas lui-même ses insufflations.

Il est, par contre, nombre de circonstances où l'interruption du pneumothorax doit être immédiate. Ce sont les cas suivants :

1° Il existe de l'intolérance (crises de dyspnée tardives et durables avec tendances syncopales) ;

2° La tuberculose devient bilatérale ;

3° L'effet thérapeutique tarde trop à se produire. Nous abandonnons tout pneumo dont la courbe de température ne montre, après un mois, aucune tendance au lysis ;

4° Il survient un épanchement de volume tel que l'insufflation exige des pressions positives.

Dans ce dernier cas si fréquent, il est évident que l'arrêt du Forlanini s'impose. Ajoutons que cet épanchement doit, autant que possible, être respecté s'il ne s'accompagne d'aucune gêne mécanique, car la compression qu'il exerce remplace ou complète utilement celle du gaz, et constitue temporairement la meilleure des sauvegardes contre la symphyse.

Conclusions. — Telle est la conception que nous nous sommes faite du pneumothorax dans la thérapeutique de la tuberculose, et qui peut se résumer de la façon suivante.

L'opération de Forlanini bien comprise, c'est-à-dire appliquée à une sélection sévère des malades, exécutée par les méthodes de douceur et terminée en temps voulu, est une opération d'une facilité dérisoire, susceptible de rendre les plus grands services.

Malheureusement, si l'on considère la masse totale des tuberculeux, on s'aperçoit bien vite

que son rendement général, dans la lutte antituberculeuse, est des plus restreints et très inférieur à celui que donnent les moyens ordinaires, notamment à celui que peut fournir la sérothérapie. Aussi, conseillerons nous pour terminer, d'en faire peu mais bien c'est-à-dire de les mener rondement.

CHIRURGIE

Les luxations de l'épaule et leurs suites.

M. le professeur agrégé Paul MATHIEU, chirurgien des hôpitaux.

Vous savez dans quelles circonstances surviennent les luxations de l'épaule. On les observe à la suite d'une chute sur l'épaule ou sur le coude. Mais, ce n'est pas au sujet de l'étiologie de cette affection que se présentent les difficultés. Plus intéressante est l'étude des mouvements générateurs de la luxation.

L'articulation de l'épaule est entourée d'une capsule de protection qui comporte deux renforcements : l'un antérieur, fibreux, l'autre postérieur, musculaire. En avant, nous trouvons un faisceau ligamenteux se rendant de la cavité glénoïde au col de l'humérus : sa partie supérieure (ligaments en Y) offre une grande importance clinique. En arrière, il n'existe pas de ligament de renfort, mais des muscles qui constituent ce que Farabeuf a nommé la bande d'arrêt postérieur.

Si l'on décompose les mouvements qui se produisent lorsque la tête humérale se luxe en avant (la luxation antérieure est le type ordinaire, classique, des luxations de l'épaule, on voit qu'ils comportent un ensemble d'abduction et de rotation externe. Les ligaments antérieurs ainsi tendus résistent, en provoquant un décollement du périoste au niveau de leur insertion humérale. Dans ce premier degré, l'appareil ligamenteux reste intact et il n'y a pas de rupture de la capsule. La tête vient en avant, sort de ses rapports normaux, avec un déplacement minime. A ce moment, sous l'influence des muscles insérés à la partie antérieure de l'humérus, se produit un mouvement inverse, de rotation interne, qui est lui-même assez limité. Tel est le premier degré de la luxation de l'épaule, degré peu intéressant au point de vue clinique, mais très utile à connaître au point de vue anatomo-pathologique. C'est la luxation extra-coracoïdienne, variété rare, car la tête se déplace en général davantage.

Habituellement, en effet, les dégâts ne s'arrêtent pas au décollement simple du périoste, et ils entraînent une rupture de la capsule en bas et en avant. A cette nouvelle étape, la tête humérale sort plus en avant, et le mouvement secondaire de rotation interne dont j'ai parlé est plus accentué.

Ici, j'ouvre une parenthèse. Les élèves font assez souvent une confusion entre ces mouvements successifs, de rotation externe et de rotation interne, dont ils ne saisissent pas toujours bien le jeu. La rotation externe est l'élément provocateur, avec l'abduction, de la luxation. La rotation interne est un phénomène secondaire, qui s'accentue de plus en plus avec le degré de la luxation.

Légère dans le premier degré, elle est plus accusée lorsque les ligaments antérieurs sont déchirés, sans toutefois être encore très considérable, car l'appareil postérieur, la bande musculaire d'arrêt de Farabeuf, persistant, forme frein. On est en présence alors de la luxation sous-coracoïdienne.

Arrivons à un degré de plus. Les ligaments antérieurs ont cédé, et il en a été de même de la bande musculaire postérieure. Dans ces conditions, l'action des muscles antérieurs, rotateurs internes, n'ayant plus de contre-poids, provoque une rotation interne considérable. C'est la luxation intra-coracoïdienne.

Dernier degré, enfin. A tout cela s'ajoute un arrachement osseux. La tête vient sous la clavicule (luxation sous-claviculaire), en n'importe quelle position. Les muscles n'agissent plus, la tête est folle.

Les luxations de l'épaule constituent une affection de pratique journalière. Je laisserai de côté la variété extrême sous-claviculaire, facile à reconnaître, où la tête se voit et se sent aisément sous les téguments. Considérons les autres variétés.

Consulté par un blessé atteint de luxation de l'épaule, vous pouvez déjà, même avant qu'il soit déshabillé, poser avec grande probabilité votre diagnostic. Vous êtes frappé par l'attitude caractéristique du sujet, qui s'avance à petits pas, la tête inclinée sur le côté atteint. Le *coude est écarté du tronc* et on ne parvient pas à l'en rapprocher.

Le malade étant deshabillé, on voit l'axe du bras porté en dehors et le moignon de l'épaule abaissé. L'axe du bras, au lieu de se diriger vers la cavité glénoïde, arrive en dedans, croisant l'axe normal de l'humérus. Il y a position d'abduction, écartement du coude, comme on le notait déjà sur le patient habillé.



Comme conséquence, le moignon de l'épaule présente le plus souvent une dépression en coup de hache, une chute brutale, en marche d'escalier a-t-on dit, au lieu de sa chute arrondie normale. La déformation de l'épaule est une dépendance de l'abduction.

Autre signe. La tête n'est pas en arrière. Elle est en avant. A la partie postérieure, le moignon de l'épaule est aplati. Mettant la main au-dessous de l'acromion, on a la sensation d'une dépression, qui n'existe pas du côté sain. Lorsque le malade ne souffre pas trop, on peut reconnaître la tête en plaçant la main gauche sur l'épaule et en imprimant des petits mouvements de rotation au bras avec la main droite fixant le coude.

Le diagnostic de luxation une fois posé, il faut établir à quelle variété on a affaire. J'ai indiqué un moyen consistant à repérer l'apophyse coracoïde du côté sain et à reporter la même distance du côté malade, pour situer cette apophyse et par cela même la variété de luxation. Ce n'est pas en vérité un très bon procédé. Un signe bien meilleur s'appuie sur l'importance de la rotation interne. Dans la luxation extra-coracoïdienne, la rotation interne est minime. Dans la luxation sous-coracoïdienne, la rotation est moyenne et la main se place vis-à-vis de l'hypochondre. Dans la luxation intra-coracoïdienne, la rotation est plus forte et la main tend à se diriger en arrière, vers le dos. Dans la variété sous-claviculaire, la tête est folle.

Avec quelles affections peut-on confondre la luxation de l'épaule ? Ces affections sont peu nombreuses. Il y a la fracture de la tête, du col anatomique, de l'humérus, la fracture de l'acromion. Mais on n'a pas le signe de l'attitude, particulier à la luxation. En pratique, une seule lésion pourrait vraiment prêter à confusion. C'est une variété de fracture du col chirurgical dans laquelle le fragment inférieur vient se placer sous l'apophyse coracoïde. On trouve une attitude du bras rappelant celle de la luxation. Par contre, on sent la tête à sa place, et, de plus, des petits mouvements de rotation imprimés au coude font percevoir la charnière au niveau de l'épaule. J'ajoute, cependant, qu'il existe des cas complexes dans lesquels la luxation du fragment supérieur se combine avec la fracture.

Le pronostic de la luxation de l'épaule est souvent plus sérieux qu'on ne le pense habituellement. Il n'est pas très rare de voir ces malades, dans les accidents du travail, ne reprendre leur travail qu'après cinq et six mois. Il ne faut pas trop s'en étonner en raison des séquelles possibles de la lésion : l'arthrite chronique traumatique et l'atrophie musculaire, du deltoïde en particulier, qui entraînent rapidement une limitation des mouvements d'abduction. Kutner, en Allemagne, et Humbert, en France, étudiant cette question des résultats éloignés de la luxation de l'épaule, ont été surpris de voir qu'au point de vue fonctionnel, ces résultats étaient défectueux dans les trois quarts des cas.

Ce n'est pas tout. Il y a les complications, les complications nerveuses, entre autres. Une vieille règle de clinique veut qu'avant de réduire une luxation de l'épaule, on examine la sensibilité cutanée pour dépister la paralysie du circonflexe. C'est une bonne pratique à conserver, puisqu'elle peut permettre d'éviter des reproches ultérieurs. Les lésions du circonflexe ne sont pas les plus importantes d'ailleurs. Plus graves sont celles du plexus brachial, susceptibles de se produire au moment de l'accident, ou plus tard, par élongation. Plus rares sont les lésions artérielles et nerveuses.

Reste, parmi les suites de la luxation de l'épaule, à vous signaler l'irréductibilité et les récidives.

Parmi les luxations irréductibles se placent d'abord celles qui ont été méconnues, et n'ont pas été traitées. Se placent, ensuite, celles qui n'ont pas été soignées par négligence. Puis celles où la réduction n'a pas été possible, en raison d'une interposition osseuse ou musculaire, d'un arrachement de la cavité glénoïde, etc. Des causes nouvelles viennent alors s'ajouter pour compléter l'irréductibilité. L'appareil capsulaire, les muscles rotateurs internes sont rétractés. La cavité glénoïde deshabitée se déforme, peut se remplir d'hyperostoses. La tête humérale elle-même se modifie. Autour du foyer, du tissu conjonctif, une gangue inflammatoire scléreuse se produit. Il s'agit là de lésions secondaires sérieuses.

Pour les luxations récidivantes, les idées ont évolué. Broca et Hartmann admettaient qu'elles étaient dues à la laxité capsulaire, à des encoches osseuses favorisantes, se produisant par la répétition des luxations. En réalité, il faut en revenir. Bazy et Grégoire ont vu que, dans la majorité des cas, la luxation récidivante n'était pas purement traumatique et qu'elle se produisait chez des sujets particuliers, chez des épileptiques. Ils estiment que, chez ces malades, les lésions sont préexistantes.

Quelques mots enfin de thérapeutique. Si le blessé est pusillanime, vous aurez souvent avantage à donner les anesthésiques, qui vous permettront d'éviter les manœuvres de force et leurs conséquences fâcheuses possibles. L'anesthésie sera locale, articulaire et périarticulaire, ou générale.

On peut utiliser la manœuvre de Kocher que vous connaissez bien. Il faut la faire lentement, progressivement, doucement, et y consacrer un bon nombre de minutes. Elle réussit souvent dans la luxation sous-coracoïdienne.

Rencontrez-vous des difficultés, ayez recours à l'anesthésie et à la méthode des tractions en abduction.

Dans les luxations anciennes, vous parvenez parfois à obtenir la réduction par traction, si la lésion n'est pas de date trop éloignée. On peut aussi employer les moufles. Je ne vous le souhaite pas, car c'est alors que s'observent les arrachements nerveux. Vous êtes amenés quelquefois à la résection, mais ne dites pas qu'il faut la faire d'emblée : assez fréquemment une ankylose, même en mauvaise position, permet un usage du bras à peu près suffisant pour certains travaux.

Dans le cas de luxation récidivante, il importe de prendre en considération l'état du malade. S'il est défectueux, ne pas tenter grand'chose. Si le patient est, au contraire, malgré son épilepsie, dans des conditions de santé psychique et physique assez satisfaisantes, on a à sa disposition la capsulorrhaphie (opération de Ricard) ou la résection avec arthroplastie. En règle générale, ne pas opérer ou s'en tenir à la capsulorrhaphie.

Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris et recueillie par le Dr P. Lacroix.

LES NÉPHRITES SYPHILITIQUES HÉRÉDITAIRES TARDIVES DE L'ENFANCE

Par le Dr Gaston Siguret,

Consultant aux Eaux de Saint-Nectaire (Puy-do-Dôme).

Les néphrites syphilitiques héréditaires tardives sont plus fréquentes qu'on ne le croyait. Est-ce parce qu'on les recherche davantage ? Toujours est-il que la syphilis tient sous sa dépendance toute une série de néphrites de l'enfance. Aussi, en présence d'une néphrite de cause méconnue, même en l'absence de signes somatiques nets en faveur de l'hérédo-spécificité, il est juste de penser à la syphilis héréditaire et de pratiquer un B.W. Le B.W. donnera souvent la clef du mystère. En cas de négativité, faire une réactivation par une cure mercurielle prudente et, avant de conclure, pratiquer comme réaction de soutien « le Desmoulière ».

Les néphrites syphilitiques héréditaires tardives de l'enfance peuvent se présenter sous toutes les formes : elles peuvent être aiguës ; elles peuvent être subaiguës avec épisodes aigus ; enfin, elles peuvent revêtir l'aspect de néphrites chroniques, soit qu'elles représentent le terme évolutif d'une néphrite aiguë ou subaiguë, soit qu'elles expriment la chronicité d'emblée, le malade n'ayant pas de passé néphrétique. Le clinicien doit être averti de ces faits, de même qu'il doit savoir que de telles néphrites ont généralement une évolution lente, persistent indéfiniment, et ne guérissent, pour ainsi dire, jamais complètement.

Quel traitement instituer ?

S'il s'agit de néphrites aiguës ou de néphrites subaiguës en période aiguë, appliquer le traitement classique : repos au lit, ventouses sèches ou scarifiées, saignée générale, enveloppements chauds et humides du thorax (38°, 40°), bouillon d'oignons, jus de raisins, eau lactosée en petite quantité, surtout les premiers jours, puis chlorure de calcium. En tous cas, dès que la lésion sera refroidie et, à plus forte raison, s'il s'agit d'une néphrite chronique, instituer immédiatement le traitement antisyphilitique, en commençant toujours, quel que soit le médicament employé, par de très faibles doses afin de tâter la tolérance du malade et de ne pas provoquer de « touches désastreuses » sur le rein.

Doit-on recourir au mercure, à l'arsenic ou au bismuth ?

Le bismuth n'ayant pas encore suffisamment fourni ses preuves, la majorité des pédiâtres incline à l'heure actuelle pour le traitement arsenical. Il semble en effet que la tolérance du rein soit plus grande vis-à-vis de l'arsenic que vis-à-vis du mercure.

L'arsenic sera conseillé soit sous forme de sulfarsénol en injections sous-cutanées, soit sous forme d'arsénobenzol en injections intraveineuses. Dans le premier cas, on pourra faire des séries de 12 à 15 injections à raison de deux à trois par semaine, en commençant, ainsi que nous le disions plus haut, par de faibles doses : 0,05 à 0,10 centigrammes, et en s'arrêtant s'il se produisait des accidents rénaux. Pour les arsénobenzols : une injection par semaine à la dose initiale de 0,05 à 0,10 centigrammes ; pratiquer huit à dix injections.

Si l'arsenic est bien toléré, il y a intérêt à prescrire le mercure un peu plus tard, et réaliser ainsi le traitement dit « combiné alterné ». La cure arsenicale terminée, après un court repos, le malade est soumis au traitement mercuriel en injections, soit intramusculaires, soit mieux, intra-veineuses de sels solubes. Les sels insolubles sont à déconseiller, car « l'injection de sels insolubles est une hérésie pharmacologique ; de plus, c'est une méthode aveugle, qui peut exposer à de graves accidents » (Gaucher). Parmi les sels solubles, on donnera la préférence à l'oxycyanure, surtout si l'un doit pratiquer des injections intra-musculaires, car l'oxycyanure est peu douloureux. Cependant, pour les enfants pusillanimes, il sera bon d'ajouter de la stovaïne. On obtiendra ainsi une indolence parfaite. Les doses quotidiennes d'oxycyanure à employer varieront entre un demi-centigramme et un centigramme d'une solution à un pour cent.

Combien de temps sera-t-il nécessaire de poursuivre le traitement ?

Si le traitement est bien supporté le plus longtemps possible. En matière de néphrite spécifique, il semble que l'on ait intérêt à adopter les principes que M. Dufour a donnés à propos de la syphilis héréditaire en général : « intervalle espacé et dosé suivant les circonstances tant que nous n'aurons pas de critérium certain sur la disparition hors de l'organisme de l'agent pathogène de la syphilis ». Aux médications précédentes, il sera utile d'ajouter de temps à autre la médication iodurée, par exemple sous forme de sirop iodo-tannique phosphaté, et la médication opothérapique. L'opothérapie associée, bien maniée, peut rendre de très grands services, et à ce titre la formule suivante est à retenir :

Poudre de capsule surrénale........	0,02
Extrait de rein..................	0,20
Extrait de foie..................	0,50
Glycéro-phosphate de chaux.......	0,05
Bioxyde de manganèse............	0,02

Pour un cachet N°....., 2 à 5 par jour, suivant les circonstances.

L'été on conseillera un séjour à la campagne, et si possible la cure de Saint-Nectaire, qui, dans ces cas, peut donner d'excellents résultats.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le charbon de pain.

En rappelant les propriétés et le mécanisme d'action (adsorption) des poudres inertes pour le pansement des ulcérations cutanées, des plaies, des muqueuses digestives enflammées, M. Sarbou préconise l'emploi du charbon de pain, « facile à préparer partout extemporanément, par « simple exposition au feu, de tranches de pain « que l'on racle ensuite pour en détacher la cou- « che superficielle noircie et carbonisée à mesure « qu'on la renouvelle, et en évitant d'y mêler les « parties seulement brunies, c'est-à-dire non en- « tièrement transformées en charbon ».

L'avantage du charbon de pain sur les autres poudres de charbon tient à son goût moins désagréable, qui le fait mieux accepter par les malades. Son efficacité est la même, à la condition qu'il soit pris à la période ultime de la digestion.

« A-t-il un pouvoir d'adsorption aussi puis- « sant que le noir animal ? Des recherches expé- « rimentales le détermineront, mais s'il fallait en « donner davantage, ce serait un faible inconvé- « nient. En tout cas, au point de vue clinique, et « en se guidant sur les effets obtenus, il se mon- « tre généralement bon calmant des troubles à « jeun, des syndromes d'hyperexcitabilité gas- « trique, des fermentations intestinales, de cer- « taines diarrhées et poussées entéritiques, etc., « et, en somme, de la plupart des phénomènes « et symptômes gastro-intestinaux contre les- « quels sont employés en général les poudres iner- « tes ». (*Journ. des Prat.*, 20 janv. 1923.)

L'obésité et son traitement.

Etude très complète de M. M. Labbé, qui met au point cet important chapitre de la pathologie de la nutrition. On sait qu'il s'agit, au demeurant, d'un excès d'accumulation de tissu graisseux dans tous les points du corps, les cellules graisseuses surchargeant les autres éléments cellulaires des tissus, et surtout du tissu conjonctif, sans qu'il y ait dégénérescence graisseuse.

Au début, l'obésité n'occasionne aucun trouble chez le sujet qui en est atteint. Même jouit-il d'une certaine euphorie et est-il heureux de vivre. Puis, surviennent des lourdeurs, de la somnolence, de la fatigue générale, et des complications caractérisées par des troubles de la nutrition (goutte, lithiase rénale, diabète, migraine, eczéma, rhumatisme) ; des troubles génitaux (diminution et suppression des règles) ; des troubles respiratoires (essoufflement, asthme, bronchites à répétition, congestion des bases) ; des troubles cardiaques (cœur gras : dyspnée, cyanose, hypotension, faiblesse et assourdissement des bruits. Myocardite : hyposystolie chronique. Aortites, coronarites. Hypertrophie avec sclérose du mal de Bright, hypertension). L'hypertension des obèses est presque toujours liée à un mal de Bright. De même, l'albuminurie si fréquente, sauf chez les jeunes, où elle procède de troubles gastro-intestinaux.

Le diagnostic est généralement facile avec la maladie de Dercum, le myxœdème. Le pronostic n'est pas absolument bénin. L'obèse est un impotent dont l'existence est menacée de raccourcissement.

L'auteur consacre de bonnes pages à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'obésité. Dans le bilan nutritif de l'obèse, il y a rupture d'équilibre au profit des recettes et au détriment des dépenses. Cette rupture est provoquée par la suralimentation, beaucoup d'obèses étant

des gourmands gros mangeurs ; par la réduction des dépenses énergétiques, due à la sédentarité, au repos forcé à la suite d'un accident, dans la convalescence d'une maladie aiguë ; elle est due encore au climat chaud, aux vêtements trop épais... Le ralentissement de la nutrition, par réduction des échanges, n'est l'apanage que de certains obèses, ceux qui sont atteints d'insuffisance thyroïdienne.

M. Labbé fait la critique de l'origine endocrinienne de l'obésité, si en faveur. En dehors de l'insuffisance thyroïdienne, il dénie toute influence à l'hypophyse : le syndrome adiposo-génital est rare ; il serait dû, non pas à une lésion de l'hypophyse, mais à des lésions de certains centres nerveux (tubercinereum). De même, ne reconnaît-il aucune action particulière à l'épiphyse, aux capsules surrénales, aux glandes génitales (testicule, ovaires).

« Cette longue discussion, où l'on me permet- « tra de montrer un certain scepticisme à l'égard « des théories à la mode, a son intérêt pratique. « Si l'on n'a pas bien nettement en vue le méca- « nisme physiologique habituel de l'obésité, si « l'on accorde trop de confiance aux glandes en- « docrines, si l'on ne prend pas la précaution, « tout en administrant l'opothérapie, d'instituer « simultanément le traitement rationnel de l'o- « bésité, on aboutit à des échecs... Au contraire, « en traitant l'obésité par les moyens habituels, « aidés quand il y a lieu, par le corps thyroïde et « quelques remèdes accessoires, on obtient, sauf « dans certains cas irréductibles, un amaigris- « sement régulier et de bon aloi ».

Le régime doit tendre à réduire l'alimentation au-dessous des besoins de l'organisme, en contentant l'appétit, tout en nourrissant peu (suppression des graisses et des sucres), et en fournissant une quantité d'albumine suffisante pour limiter la déperdition azotée. Au régime, on ajoutera l'exercice physique, l'ascension en montagne, la course, la boxe, l'escrime, la danse, la natation... la gymnastique électrique, le massage, l'hydrothérapie froide, les bains de toute nature.

Comme médicament, l'auteur prescrit les laxatifs répétés, quotidiens, les pilules de valériane, jusquiame et ipéca, qui trompent l'appétit en le satisfaisant, les toniques du cœur, les diurétiques ; l'extrait thyroïdien, chez les obèses myxœdémateux, aux doses de 10, 20 et même 30 cgr. par jour. Ce dernier produit est encore indiqué chez certains obèses qui, malgré un régime réduit et des exercices suivis, n'arrivent pas à maigrir.

Les autres préparations opothérapiques ne jouent le rôle que d'adjuvants contre les troubles fonctionnels associés à l'obésité.

Les résultats du traitement seront surtout satisfaisants, s'il est suivi en dehors du milieu familial, dans une maison de santé ou dans une ville d'eaux (Brides). (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 janvier 1923.)

Compression digitale de l'aorte.

Cette méthode, préconisée par notre distingué collaborateur et ami Cadenat, pour arrêter les hémorragies génitales du post-partum, a donné un très beau succès entre les mains de M. Douay, chez une femme atteinte d'un cancer utérin, et qui fit une perte d'une violence extrême à la suite d'une biopsie. A ce propos, l'auteur précise comment la manœuvre doit être exécutée. Renonçant à la brutale compression avec les poings ou avec le lien de Momburg, il déprime progressivement la paroi abdominale sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, jusqu'à ce qu'il sente la colonne vertébrale. Il repère alors la saillie de la 4e lombaire, perçoit un peu à gauche les battements de l'aorte, et avec trois doigts, comprime ce vaisseau, jusqu'à en effacer complètement la lumière.

L'hémorragie s'arrête et permet de procéder localement aux actes qui aveuglent la source de l'écoulement sanguin. (*L'Hôpital*, janvier 23 B.)

Les deux voies du traitement de l'asthme.

M. Gutmann relate trois nouveaux cas d'asthme d'origine appendiculaire, guéri par l'appendicectomie. Ils viennent s'ajouter à ceux qui figurent dans la littérature médicale, et dont il a rapporté lui-même un certain nombre.

A ce propos, il précise de nouveau, au point de vue pathogénique, que deux facteurs doivent être réunis pour engendrer l'asthme : d'une part, les conditions qui contribuent à former le terrain asthmatique ; d'autre part, les éléments immédiats qui déclanchent la crise.

Au nombre des premières figure l'appendicite chronique, en ce qu'elle détermine un état de vagotonie, qui se manifeste par des symptômes spéciaux : état nauséeux, constipation, spasmes sphinctériens. Cet état adoptera un organe déterminé, poumon, estomac, cœur, pour y créer un régime nerveux spécial. Surviennent les éléments immédiats, qui ressortissent à l'anaphylaxie, et c'est au niveau de cet organe prédestiné que les manifestations du choc apparaîtront.

Et l'auteur conclut :

« Pour créer un *terrain* où des crises d'asthme puissent éclore, il faut une excitation du pneumogastrique, une vagotonie constitutionnelle ou acquise. L'appendicite chronique est une cause non négligeable de ces vagotonies acquises.

« Sur ce terrain, il faut ensuite, pour produire la *crise* d'asthme, la brusque survenue de déséquilibres humoraux, anaphylaxie, chocs protéiques, etc...

« Le traitement peut indifféremment, selon



les circonstances, chercher à prévenir les chocs ou à modifier le terrain.

« Le nombre asse z élevé d'asthmes causés par l'appendicite et guéris par l'opération, observés en peu de temps dans des milieux médicaux où l'attention était appelée sur ces cas, montre enfin que l'asthme appendicu,aire n'est pas une maladie rare ». (*Presse médic.*, 24 janvier 1923.)

Les cures de jeûne.

Recommandées surtout dans le diabète, il semble qu'elles peuvent donner également d'excellents résultats dans d'autres maladies de nutrition. M. M. Labbé examine les résultats que donne cette méthode, dont il se déclare partisan.

Dans le diabète, ces résultats diffèrent suivant qu'il y a ou non dénutrition azotée. Dans ce dernier cas, on obtient souvent dès le premier jour du jeûne, au plus tard le deuxième, la disparition du sucre urinaire, qui ne reparaît pas avec la réalimentation progressive, ou qui, s'il reparaît un, deux ou trois jours, disparaît de nouveau spontanément, pour ne se montrer durablement, avec l'augmentation de la ration des hydrocarbones dans l'alimentation, que si la tolérance du malade a été dépassée. Réduisez alors les hydrates de carbones, la glycosurie cesse.

La glycémie est influencée de la même manière que la glycosurie, mais postérieurement : «..... « la glycosurie cesse d'abord, et ce n'est qu'en- « suite que la glycémie tombe à la normale ; « pendant la réalimentation, c'est d'abord la gly- « cémie qui s'élève, puis la glycosurie qui repa- « raît ».

La cure de jeûne ne fait pas apparaître l'acidose, et quand celle-ci existe, elle la fait diminuer et même disparaître.

Le métabolisme azoté n'est que passagèrement troublé ; l'azote perdu au cours du jeûne est récupéré avec la reprise d'une alimentation appropriée. Le poids ne diminue que relativement peu ; la pression artérielle diminue d'un degré, plus chez les hypertendus ; l'état général demeure satisfaisant ; « pourvu que le malade reste au « repos et au chaud, il n'éprouve pas de malai- « ses ; au contraire, les souffrances, la céphalée, « disparaissent ».

« Dans le diabète avec dénutrition azotée, la « glycosurie ne fait en général que baisser pen- « dant le jeûne sans disparaître ..... De même, « l'hyperglycémie s'abaisse sous l'influence du « jeûne, mais ne cesse point. L'acidose est réduite « dans des proportions sérieuses, mais elle ne « cesse généralement pas ..... » Cependant, la cure de jeûne prévient le coma diabétique.

« En somme, les cures de jeûne représentent « un perfectionnement dans la thérapeutique du « diabète. Elles ne guérissent point la maladie, « mais elles en diminuent passagèrement la gra- « vité..... Elles représentent une arme théra- « peutique énergique entre les mains du méde- « cin qui sait l'employer ».

Chez les obèses, les cures de jeûne ne sont pas recommandables. Dans la goutte, dans l'asthme, elles donnent des résultats positifs.

L'auteur dit un mot des cures de jeûne prolongé, et fait remarquer que l'acidose n'est, en ce cas, pas à redouter, comme dans le diabète. Il y a adaptation de l'organisme qui se défend contre l'inanition en vivant plus économiquement. (*Bruxelles médical*, 1er février 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

La maladie des couturières

(M. Rœderer, *Société de Médecine de Paris*, 10-3-22).

M. Rœderer vient d'attirer l'attention de la Société de Médecine sur un syndrome qu'il désigne sous le nom de *Maladie des couturières*.

L'affection se produit chez des femmes de 18 à 40 ans, peu musclées et obligées par leur profession à se tenir penchées en avant une partie de la journée. Les malades ressentent des douleurs continues dans la région interscapulaire, douleurs souvent très vives qui surviennent par crises et par périodes. Elles sont telles souvent que la jeune femme est contrainte de s'aliter.

Ces douleurs ne sont pas influencées par les secousses, mais elles sont réveillées par une palpation soutenue des apophyses épineuses et articulaire de quatre ou cinq vertèbres consécutives et des muscles des gouttières dans la zone correspondante. Comme les muscles paravertébraux sont souvent le siège d'une contracture, le diagnostic de Mal de Pott est quelquefois mis en question.

En dehors de sa séméiologie particulière, la maladie des couturières se caractérise par les effets heureux et rapides de la thérapeutique cinésique. Après un stade de repos, il suffit de réentraîner les muscles redresseurs du dos pour voir disparaître les douleurs.

Cette notion éclaire la pathogénie de l'affection et M. Rœderer pense justement que, sous l'influence de flexions antérieures répétées, il se produit des

élongations ligamentaires avec réaction articulaire et contractures musculaires de défense, phénomènes en somme voisins de ceux qui signalent le pied plat.

La cure de Luxeuil en gynécologie.

(M. Richelot. — *Académie de médecine* ; 6-3-1923.)

M. Richelot revient sur un sujet dont il s'est occupé déjà autrefois : le traitement médical, hydrothérapique, des infections utéro-annexielles. Il relate une série d'observations nouvelles dans lesquelles l'application de la cure dite de Luxeuil a permis d'éviter une hystérectomie qui paraissait nécessaire, et a amené la guérison des malades.

Qu'est-ce donc que la cure de Luxeuil, cure médicale, dont M. Richelot, chirurgien, dit le plus grand bien dans le traitement des annexites. C'est une médication hydrothérapique qui comporte des injections vaginales de cent litres, administrées à l'aide d'un dispositif spécial, et secondées par des douches générales et des douches péri-pelviennes.

Cette cure, dont le Dr Derecq a donné une longue description, s'applique à la station de Luxeuil et peut être employée ailleurs, à condition d'avoir l'installation complexe qu'elle nécessite. En dehors de l'établissement thermal de Luxeuil, au domicile des malades en particulier, elle n'est évidemment pas très facile, ni très économique à mettre en œuvre (appareillage coûteux). M. Richelot pense qu'il serait utile de l'installer dans les services spéciaux de gynécologie des hôpitaux, où elle rendrait de sérieux services.

La révision de la loi des pensions de guerre.

(M. E. Sergent. — *Académie de médecine* ; 6 et 13-3-1923.)

M. Sergent, qui exerce les fonctions de surexpert, dans les commissions de réforme, pour les cas litigieux rentrant dans la catégorie des maladies de poitrine, a été frappé, comme MM. Pech, Forgue, Carrère et Jeanbrau, des abus qui se sont glissés dans l'attribution des pensions de guerre en matière de maladie. Nombre de sujets, parmi ceux qu'il a eus à examiner, sont des pseudo-tuberculeux ou des tuberculeux d'avant-guerre, non aggravés par la guerre. Du point de vue pathologique, ils n'ont aucun droit à une pension. Ce n'est pas tout. Du point de vue légal, il est anormal de voir que le fait d'avoir été mobilisé, ne fût-ce que quelques jours, dans un service de l'arrière, ouvre des droits à une pension. A titre d'exemple, M. Sergent cite le cas d'un homme de 38 ans proposé pour une pension de 50 %. Cet homme, gras et rose, avait échappé, pour un vague emphysème, à la mobilisation jusqu'en 1918. Récupéré à ce moment, il resta sept mois à Paris dans un bureau. Il se fit réformer en septembre 1918. Au moment de la dernière expertise, il n'était incommodé que par... un excès d'embonpoint.

— M. Léon Bernard a noté des faits du même ordre que ceux signalés par M. Sergent. Il ne croit pas cependant à une fréquence aussi grande des abus. La loi des pensions doit être modifiée pour diverses raisons.

Le réglement accorde 100 pour 100 aux tuberculeux avérés, mais il reste muet sur le pourcentage des bacillaires qui ne rentrent pas dans cette catégorie. Il en résulte des appréciations très variables, pour un même malade, selon les experts. Il importerait de fixer d'une façon plus uniforme le taux d'invalidité de ce groupe de pensionnés. D'autre part, la loi prescrit qu'au bout de quatre ans, le taux de pension accordé devient définitif. Or, en matière d'affections pulmonaires, des variations importantes peuvent se produire après ce délai. Dans l'intérêt des pensionnés aussi bien que dans l'intérêt des finances publiques, la révision des pensions devrait se prolonger la vie durant des bénéficiaires. Il en est ainsi, d'ailleurs, semble-t-il, dans la loi anglaise.

— M. Cazeneuve remarque que cette loi des pensions figure au budget de l'Etat pour la somme formidable de quatre milliards. Elle intéresse donc tous les Français. Mais reviser la loi paraît à l'auteur une chose difficile. Selon lui, c'est l'expertise qui doit lutter contre les abus.

— M. G. H. Lemoine (médecin inspecteur général) ne croit pas que les faits regrettables signalés par M. Sergent suffisent à justifier une modification de la loi. Celle-ci, accepte la présomption d'origine d'une blessure ou d'une maladie. L'absence de témoins et la perte fréquente des archives militaires rend souvent impossible, en effet, la preuve de cette origine. Le législateur, dans un but de réparation très large, a admis que toute blessure ou maladie contractée pendant la guerre par les mobilisés serait présumée dériver du fait de guerre. Il semble inopportun de changer cette base.

M. Lemoine est d'accord avec M. Léon Bernard, par contre, sur l'utilité d'une modification de l'article 7. La limite de quatre ans qui rend la pension définitive est trop courte.

Dix ans de goutte de lait.

(M. Bosc, de Tours. — *Académie de médecine* ; 27-2-1923.)

M. Bosc dirige à Tours, la goutte de lait fondée dans cette ville, par la compagnie d'Orléans, il y a dix ans. Cette goutte de lait a été suivie, depuis son origine, par 2.205 enfants, avec une mortalité toujours inférieure à 2 pour 100.

L'aide de cet établissement a consisté en distribution aux mères d'objets de pansement pour l'accouchement, de médicaments, etc., et en conseils dont le principal fut la recommandation d'allaiter les enfants... au sein ! L'auteur estime, en effet, que les « Gouttes de lait » doivent être des consultations de nourrissons au sein dans lesquelles on doit distribuer le moins possible de lait, voire même pas une goutte.

Un nouvel alcaloïde à usage thérapeutique : la génésérine.

(MM. SURMONT et Michel POLONOWSKI. — *Académie de médecine* ; 27-2-23.)

MM. Polonowski et Nitzberg ont isolé, en 1915, de la fève de Calabar, un nouvel alcaloïde, qu'ils ont appelé *génésérine*. Cette substance offre beaucoup d'analogies avec sa congénère, l'ésérine, également retirée de la fève de Calabar, mais avec une toxicité moindre. M. Surmont a employé la génésérine dans un certain nombre de maladies et en particulier chez des dyspeptiques de divers types. Elle s'est montrée un médicament excellent contre les angoisses vraies et le syndrome solaire des dyspeptiques. Les auteurs pensent que ce nouvel alcaloïde est appelé à rendre de réels services en thérapeutique. Les doses dont ils se sont servis ont varié de 1 milligr. à 1 milligr. 1/2, soit deux ou trois granules de un demi-milligramme.

Les caractéristiques du climat de la côte d'Azur.

(MM. VALLOT, SARDOU et M. FAURE. — *Académie de médecine* ; 27-2-23.)

Certains auteurs ont cherché à critiquer le climat de la Côte d'Azur. Les vents y sont, ont-ils dit, abondants et violents, et l'atmosphère y est sèche. MM. Vallot, Sardou et Faure répondent à ces critiques.

La course des vents est à peu près la même sur le littoral méditerranéen que sur l'Océan et la Manche. La Côte d'Azur proprement dite fournit un chiffre beaucoup moindre, très inférieur même à celui de l'intérieur de la France.

L'air est à peine plus sec sur le littoral méditerranéen qu'ailleurs en France, car il y tombe autant de pluie, comme quantité. La différence tient à ce que les jours sans pluie sont plus nombreux (2 contre 1), ce qui fait croire à tort à la sécheresse du climat. En réalité, les critiques adressées à ce climat sont dépourvues de toutes bases scientifiques.

La rate dans l'érythrémie de Vaquez.

(M. YACOEL. — *Académie de médecine* ; 6-3-1923.)

Dans la genèse de l'érythrémie (maladie de Vaquez) le rôle de la moelle osseuse a été nettement établi. Comme conséquence, on a appliqué à cette affection un traitement radiothérapique, par irradiations des épiphyses osseuses, qui s'est montré assez efficace.

La part de la rate dans la production de l'érythrémie a paru moins bien caractérisée. Cependant, dès 1903, M. Vaquez, souupçonnant la rate d'être un foyer générateur de la maladie, avait soumis un de ses patients aux irradiations de cet organe. Le résultat n'avait pu être fixé. Or, M. Yacoel a revu ce malade récemment, soit vingt ans après la cure d'irradiation splénique, et il a constaté que pendant ce long laps de temps, le patient s'était considéré comme étant dans un état de santé satisfaisant. Il ne faudrait donc pas trop, dans l'érythrémie, négliger les altérations de la rate, au point de vue thérapeutique en particulier.

Le traitement de la tuberculose d'Avicenne.

(M. DINGUIZLI, de Tunis. — *Académie de médecine* ; 6-3-1923.)

M. Dinguizli fait connaître qu'Avicenne, médecin arabe, jadis célèbre, préconisait déjà contre la tuberculose pulmonaire la cure d'air, de repos, et de suralimentation. Il prescrivait en outre, sous le nom de *djélenjoubiné*, une préparation tannique représentée par des roses rouges confites dans le miel ou du sirop de sucre.

Fixation du bismuth par le cerveau.

(MM. LEMAY et JALOUSRE. — *Société de Biologie* ; 24-2-1923.)

MM. Lemay et Jaloustre ont eu l'occasion d'examiner deux cerveaux de paralytiques généraux (malades du service du Dr Marie, à Sainte-Anne), décédés au cours du traitement par l'hydroxyde de bismuth. Les décès n'étaient d'ailleurs pas imputables à la cure bismuthée. Les auteurs ont constaté une fixation réelle du bismuth par le cerveau.

Autohémothérapie et homohémothérapie dans la furonculose.

(MM. J. NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER et LEBEUF. — *Soc. biologique de Lyon* ; 19-2-1923.)

Pour M. Nicolas, parmi les diverses thérapeutiques préconisées contre la furonculose, l'auto-hémothérapie constitue le traitement de choix. L'auteur ne l'a jamais vue échouer. Par quel mécanisme l'injection à un sujet de son propre sang peut-il le guérir de la furonculose ? Sans préciser ce point, il semble bien que l'on doive éloigner la notion de vaccination. L'homohémothérapie donne, en effet, le même résultat.

Un malade, atteint de furonculose grave rebelle, fut traité par homohémothérapie. On lui injecta successivement, à 2 jours d'intervalle, 1,5 cent. cube, 5, 10 c.c., de sang prélevé chez un sujet indemne de furoncles. Il guérit en dix jours. Il n'y a donc pas processus de vaccination en la matière.

Quoi qu'il en soit, retenons la valeur pratique, considérée comme très grande par les auteurs lyonnais, de l'auto et de l'homo-hémothérapie dans la furonculose.

Le sérum de convalescents dans l'infection puerpérale.

(M. LÉVY-SOLAL. — *Société de biologie* ; 17-2-1923.)

M. Lévy-Solal a traité avec succès quatre cas d'infection puerpérale par l'injection sous-cutanée de sérum de convalescente. Les malades ont guéri après une série de quelques piqûres de 10 cent. cubes de sérum, recueilli chez une femme convalescente d'ac-

cidents septicémiques graves, d'origine puerpérale. La thérapeutique par le sérum de convalescents s'érige ainsi peu à peu à l'état de méthode générale.

L'action diurétique du bismuth.

(M. Léon Blum. — *Société biologique de Strasbourg* ; 9-2-1923.)

Le bismuth possède des propriétés diurétiques comparables à celles du mercure. Les deux métaux semblent agir par un mécanisme analogue, une action directe sur la cellule rénale.

Influence de l'insuline sur la glycémie diabétique.

(MM. Léon Blum et H. Schwab. — *Société biologique de Strasbourg* ; 9-2-1923.)

M. Léon Blum a préconisé, avec l'Ecole américaine de Toronto, l'insuline (extrait pancréatique des îlots de Langerhans) dans le traitement du diabète. Ce traitement agit sur la glycémie , qu'elle diminue temporairement . Chaque injection d'insuline amène une réduction de la glycémie pendant une période de huit heures environ. Nous sommes donc en présence d'une médication réellement efficace, puisque la glycosurie n'est pas seule modifiée.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Papillome de la vessie ; mort par hémorrhagie.

MM. Gayet et Kocher présentent l'observation d'un homme entré dans le service de l'un d'eux en état d'anémie aiguë consécutive à des hématuries remontant à un mois et demi, état si grave qu'on jugea toute intervention impossible. On essaya de remonter le malade par le sérum, l'huile camphrée, etc., mais il succomba le lendemain à une hémorrhagie foudroyante. A l'autopsie, on trouva un papillome vésical gros comme une noix. Un diagnostic plus précoce eût permis de guérir ce malade par la diathermie.

Lithiase rénale bilatérale.

M. Guiliani présente un calcul extrait par pyélotomie à une malade à laquelle il a enlevé antérieurement l'autre rein pour pyonéphrose d'origine calculeuse. A la suite de cette pyélotomie, la malade conserva de la fièvre que le cathétérisme urétéral montra due à de la rétention. Des lavages du bassinet firent cesser cette dernière et tomber la fièvre.

Urétérotomie à la haute fréquence.

M. Louis Phélip présente deux observations, l'une de calcul de la portion juxta-vésicale de l'uretère, l'autre de dilatation kystique de cette même région, et dans lesquelles, il est intervenu, par voie endoscopique, et au moyen des courants de haute fréquence, dans le premier cas pour inciser l'orifice urétéral et libérer le calcul, dans le second pour faire une néostomie sur la dilatation.

Tumeur de l'estomac avec périgastrite antérieure.

MM. Delore et Mondan présentent une malade atteinte d'ulcère de la petite courbure et de la face antérieure de l'estomac, évoluant depuis de longues années et compliquée de périgastrite, de perforation et d'adhérences à la paroi abdominale antérieure. M. Delore est intervenu en libérant les adhérences et en pratiquant une large gastrectomie. Il insiste sur ce fait que l'adhérence à la paroi ne constitue pas une contre-indication à l'exérèse, mais qu'elle doit être simplement détruite sans résection de la paroi.

Myomectomie abdominale pour petit myome intramural et sous-muqueux.

M. Violet présente un myome du volume d'un œuf de poule enlevé par myomectomie abdominale, avec des suites très simples.

Ulcère gastrique perforant, adhérent à la paroi abdominale.

MM. Delore et Dunet présentent une pièce opératoire montrant au niveau de la partie antérieure de l'estomac une très large ulcération dont le fond était constitué par la paroi abdominale elle-même. M. Delore préconise en pareil cas la gastrectomie partielle, après décollement des bords de l'ulcère, laissant en place le fond de l'ulcère lui-même qui doit être simplement curetté ou thermocautérisé.

Corps étranger de la vessie.

MM. Thévenot et Lebœuf présentent l'observation d'un sujet de 19 ans qui s'était introduit dans l'urètre un tube de caoutchouc pour mieux vider sa vessie dont il souffrait depuis quelque temps. L'exploration ayant montré que le corps n'est pas resté dans l'urètre, on introduit dans la vessie un petit lithotriteur à l'aide duquel on l'extrait.

Un nouveau signe physique des épanchements liquides de la plèvre.

M. Joseph Chalier étudie depuis bientôt cinq ans un signe qui lui paraît caractéristique de la présence de liquide dans la plèvre.

« Avec la pulpe de la phalange distale de l'index,
« du médius et de l'annulaire, on pratique une série
« de petits tapotements sur la paroi thoracique,
« comme si l'on jouait sur un clavier, les doigts s'ap-
« pliquant de préférence alternativement et non si-
« multanément, avec une très grande souplesse dans

« les mouvements, qui doivent se passer dans les arti-« culations métacarpo-phalangiennes..... Ces pe-« tits tapotements, rapides, doivent être très peu « appuyés, de telle sorte que l'observateur et les per-« sonnes de l'entourage ne perçoivent pas le moindre « son..... Ainsi est perçue par la pulpe des doigts « une sensation vibratoire légère donnant un petit « *frémissement* et aussi une impression de *tremblotte-« ment* ; à cette sensation, la plus facile à saisir, mais « qui pour nous n'est pas primordiale, s'adjoint la « notion plus importante d'une légère *adhésion* de la « pulpe digitale à la paroi qui paraît un peu pâteuse, « moins ferme et moins élastique ; si bien qu'en pro-« cédant par comparaison, on se rend compte que la « manœuvre de tapoteement s'exécute du côté ma-« lade avec moins de légèreté et de souplesse que du « côté sain ». Le signe décrit par M. J. Chalier serait d'une grande sensibilité et révèlerait des épanchements de quelques grammes ; d'où son utilité pour déceler les pleurésies diaphragmatiques, certaines pleurésies cardiaques, etc. Ajoutons que ce signe n'a rien de commun avec le *flot*, bien décrit par l'école lyonnaise. Ce dernier s'obtient par percussion avec toute la main ou toute la face palmaire des doigts ; il donne la sensation d'ondulations vibratoires, et enfin n'existe que dans les épanchements d'une certaine importance.

Société médicale des hôpitaux.

Pneumonie et triangle axillaire radioscopique.

M. Mouriquand a, en 1910, avec M. Weill, appelé l'attention sur les signes radioscopiques de la pneumonie infantile, signes qui consistent en une ombre triangulaire particulièrement visible au sommet du poumon, à base axillaire, à sommet dirigé vers le médiastin. Au cours de leurs recherches, les auteurs n'avaient rencontré aucun cas de pneumonie centrale considérée comme fréquente avant l'emploi de la radioscopie. Depuis lors, M. Mouriquand a eu l'occasion d'observer une pneumonie centrale ayant évolué ultérieurement vers la périphérie. Il en présente aujourd'hui un nouvel exemple chez une enfant de 13 ans 1/2, chez laquelle le bloc pneumonique apparut d'abord sous la forme d'une ombre ovoïde séparée par un couloir clair de la paroi costale ; ultérieurement cette ombre s'est modifiée et a donné finalement, un triangle axillaire typique.

L'auteur rappelle que nombre de triangles axillaires restent silencieux à l'auscultation, d'où il suit qu'un foyer qu'on n'entend pas n'est pas nécessairement un foyer central.

M. Mouriquand présente un deuxième cas où il s'agit d'une pneumonie de la base avec triangle bien visible en position oblique. On sait qu'habituellement le triangle manque dans les pneumonies de la base.

Enfin, M. Mouriquand présente, avec M. Barbier, une observation de coqueluche compliquée d'une pneumonie avec signes fonctionnels et généraux graves qui auraient pu faire croire à une bronchopneumonie. Le triangle radioscopique, qui ne s'observe pas dans cette dernière affection, permit, dans ce cas, de porter un pronostic tout autre que s'il s'était agi de broncho-pneumonie.

La colloïdoclasie dans le traitement de l'encéphalite léthargique.

MM. Trémolières et Gardère présentent l'observation d'un malade qu'ils ont observé en 1918 et qui, après une période septicémique de dix jours, présenta des signes de localisation de l'infection au niveau des centres nerveux : secousses myocloniques, strabisme, tremblement, exagération des réflexes et surtout symptômes révélant une atteinte grave des centres bulbaires : troubles du rythme respiratoire, tachycardie, troubles de la déglutition. Trois semaines après le début de la maladie, la dépression était très marquée, avec tendance au collapsus, Cheyne-Stokes, délire continu, sueurs profuses, contractures, crises de tremblements généralisés. En présence de symptômes aussi graves, les auteurs décidèrent, avec l'assentiment de la famille, de pratiquer une injection intra-veineuse de un demi-centimètre cube d'or colloïdal. Cette injection provoqua un choc extrêmement violent, avec agitation et tremblements, pouls à *deux cents*, cyanose et refroidissement.

Mais au bout de 30 minutes, ces phénomènes disparaissent, le pouls revient à 140 ; 4 heures après, la température, qui était de 40°, tombe à 38°5, et le lendemain, contracture, tremblement, délire, strabisme avaient disparu : la température était à 37°5 et le pouls à 88.

Le malade guérit complètement. On ne peut toutefois, disent les auteurs, conclure d'un tel cas que les infections à localisations sur les centres nerveux soient justiciables systémtatiquement de la colloïdoclasothérapie. Outre les risques que cette méthode fait courir au malade, les effets en sont inconstants et elle doit rester encore une méthode d'exception.

Tuberculose rénale fermée à forme de néphrite chronique hypertensive.

MM. Bouchut et Boraf présentent les reins prélevés à l'autopsie d'une malade entrée à l'hôpital dans le coma, avec hémiplégie, gros cœur, tension artérielle de 205/140, gros disque d'albumine, raideur de la nuque et Kernig. Cette femme était soignée chez elle depuis plusieurs mois pour néphrite chronique hypertensive.

L'autopsie montra, outre une énorme hémorrhagie sous-corticale avec inondation ventriculaire, des lésions intéressantes du côté des reins : *rein droit* petit, constitué à la coupe par un bloc adipeux et contenant au niveau de son pôle inférieur un vestige de parenchyme, infiltré de tubercules fibro-caséeux ; *rein gauche* atteint de lésions typiques de néphrite chronique. Examen histologique confirmatif. Cette observation montre qu'une tuberculose rénale peut

guérir en se transformant en tuberculose fermée, mais qu'elle peut, en constituant une véritable « épine inflammatoire », causer des lésions de néphrite chronique, d'où l'intérêt qu'il y aurait à enlever chirurgicalement de tels foyers, s'ils pouvaient toujours être diagnostiqués.

Paraplégie suraiguë par anémie de la moelle.

MM. Bériel et Morénas présentent l'observation d'un malade de 41 ans qui fut pris brusquement au cours de son travail et en pleine santé apparente d'une paraplégie flasque complète. A son entrée, sensation de froid aux membres inférieurs, douleurs abdominales vives, vomissements. L'état s'aggrave rapidement ; expectoration spumeuse, cyanose, pouls imperceptible. Mort 4 heures environ après le début des accidents.

Autopsie : intestin affaissé, pâle, rempli de sang ; œdème pulmonaire ; rien aux autres viscères. *Anévrysme volumineux de l'aorte thoracique*, adhérent à la colonne depuis la 6e jusqu'à la 11e dorsale. La moelle est normale à l'œil nu, mais présente histologiquement des lésions œdémateuses de la substance blanche et dégénératives au niveau des cellules radiculaires des cornes antérieures.

Ces lésions concordent assez avec ce qu'on sait des anémies aiguës expérimentales de la moelle. L'existence chez ce sujet de troubles vasculaires mésentériques (douleurs abdominales, sang dans l'intestin), d'œdème des poumons, comme s'il y avait eu des décharges emboliques successives dans divers territoires artériels, incite les auteurs à penser qu'il a dû en être de même pour la circulation de la partie inférieure de la moelle, laquelle, en raison de la situation de l'anévrysme, devait être très réduite.

Hypertension, fibromes utérins, castration.

M. G. Cotte a repris l'étude de cette question déjà faite par Vaquez et Lebreton, puis par Heitz. Sur 25 malades atteintes de fibrome et avant toute intervention, 16 avaient de l'hypertension, 9 n'en avaient pas. L'hypertension paraît donc fréquente chez les fibromateuses, sans qu'il y ait rien d'absolu.

Quant à la castration, elle s'accompagne habituellement d'une augmentation de la tension, mais celle-ci est loin d'être constante.

Maladie de Basedow. Intervention.

MM. Mouriquand et Mazel rappellent qu'ils ont présenté précédemment une basedowienne atteinte d'amaigrissement très marqué, avec signe de Jellinek (pigmentation palpébrale et péri-orbitaire) et troubles addisonniens. L'énucléation d'un noyau parenchymateux de la glande thyroïde amena une amélioration marquée ; la malade a repris 13 kilos ; le signe de Jellinek et même les symptômes addisonniens ont notablement diminué.

Un cas de « tick paralysis ».

MM. Garin et Bujadoux rapportent un cas de cette affection, maladie spontanée du mouton qui se transmet à l'homme par la piqûre des tiques, et a été jusqu'ici observée en Australie, en Colombie anglaise, en Afrique du Sud. Ce cas paraît être le premier cas français. Il s'agit d'un homme de 58 ans qui fut piqué par une tique à la fesse gauche vers le 14 juin 1921.

Trois semaines après, élancements dans cette région et dans le domaine du sciatique du même côté, puis apparition au niveau de la piqûre d'une plaque rouge et douloureuse qui s'étend par la suite aux deux fesses, à l'hypochondre, à la base du tronc et à toute la cuisse gauche.

Pas de température. Urines normales. Le malade souffre en outre de douleurs violentes dans la zone de l'érythème, puis dans les domaines des sciatiques, des nerfs intercostaux et du plexus brachial droit. Ces douleurs persistent pendant près de trois mois ; le malade vient alors consulter le Dr Garin qui note : une parésie marquée du deltoïde droit, avec atrophie ; pas de troubles trophiques des membres inférieurs.

Le 3 octobre, mêmes signes, avec ébauche de Kernig ; ponction lombaire : hyperalbuminose, pas de microbes, ni de spirochètes ; réaction de Wassermann légèrement positive.

Le traitement consista en 4 injections de novarsénobenzol (10, 30, 45 et 60 centigr.), les trois dernières précédées d'injections de cyanure de Hg. Les douleurs ont cédé à la première injection.

Tuberculose caséeuse totale des surrénales avec syndrome d'insuffisance surrénale à marche rapide sans pigmentation.

MM. Bouchet, Morénas et Gensollen présentent l'observation d'un malade de 25 ans, sans antécédents bien notables, sauf une ostéite du bassin probablement tuberculeuse à l'âge de 9 ans. Ypérité en 1918, a présenté, un mois après de l'albuminurie pour laquelle il est réformé par la suite. En 1920, angine et nouvelle poussée de néphrite (urines sanglantes et très albumineuses). Hémoptysie légère, quelques mois après. En 1922, « grippe », à la suite de laquelle l'état général décline progressivement : asthénie, amaigrissement croissant. En septembre, nouvelle hémoptysie. Enfin, au début d'octobre, apparition assez soudaine de douleurs lombaires violentes, accompagnées de vomissements verdâtres, d'adynamie et d'anurie. C'est alors que le malade entre à l'hôpital, avec un aspect péritonéal : traits tirés, teint grisâtre, yeux excavés, nez froid ; douleurs vives dans l'hypochondre gauche, spontanément et à la pression ; abdomen souple et indolore au palper ; partout ailleurs aucune pigmentation, ni cutanée, ni muqueuse. Pouls filiforme. Anurie. Mort dans la nuit qui suivit l'entrée.

Autopsie : tuberculose des lobes supérieurs des

deux poumons ; surrénale gauche, du volume d'une mandarine, remplie de pus crémeux ; la surrénale droite, du volume d'une noix, renferme la valeur d'un dé de pus ; le rein gauche présente à son pôle supérieur une masse caséeuse en voie de liquéfaction.

Examen histologique confirmatif, montre en outre, au niveau des reins, des lésions discrètes de sclérose.

L'intérêt de ce cas réside surtout dans l'allure très rapide des symptômes de grande insuffisance surrénale. Des faits analogues ont été signalés par divers auteurs, mais surtout par Sergent et Léon Berhard qui ont publié un cas très semblable de syndrome douloureux abdominal *pseudo-péritonitique* avec mort en 48 heures ; l'autopsie ne montrait qu'une caséification totale des deux surrénales.

Insuffisance surrénale à marche rapide.

MM. Cade et J. Barbier apportent à leur tour une observation concernant un tuberculeux avéré qu'ils ont suivi pendant un an et qui est revenu mourir en 3 jours dans le service avec une asthénie extrême, tension artérielle à 6 /4, *sans aucune pigmentation*. L'autopsie montra une fonte purulente des deux surrénales.

Echinococcose hépatique, splénique et péritonéale.

MM. Cade et J. Barbier présentent les pièces opératoires et nécropsiques d'un malade qui, en 1918, avait reçu un coup de tête au creux épigastrique avec syncope.

A son entrée à l'hôpital, signes d'épanchement à la base droite, gros ventre plein de masses dures, bosselées avec matité en damier ; ponction exploratrice ; liquide « eau de roche » avec crochets d'échinocoque. Le diagnosti c s'imposait donc d'échinococcose hépatique avec généralisation péritonéale lors du traumatisme de 1918. Une intervention est tentée par M. Laroyenne qui, dès l'ouverture de la paroi, tombe sur des kystes plus nombreux encore qu'on aurait pu le croire ; on en enlève un paquet gros comme une tête. Mais malgré le peu de durée de l'intervention qui a été réduite au iminimum, le malade succombe deux heures après.

Autopsie : abdomen bourré de kystes, occupant spécialement le petit bassin ; foie rempli de gros kystes, dont la plupart étaient développés sur sa face convexe, distendant le diaphragme, et entouré de toutes parts, d'autres qui lui adhéraient ; la rate en renferme aussi plusieurs, localisation rare ; le rein droit a été comprimé par les kystes qui l'entouraient au point d'être réduit à une petite masse pesant à peine 80 grammes. Pas de kystes dans les autres viscères.

Cette observation pose la question de l'opérabilité de tels malades. Chez celui-ci, l'état du foie, de la rate et du rein droit, s'il avait pu être soupçonné, eût été une raison suffisante de s'abstenir.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

MM. Voron et Rhenter présentent l'observation d'une **môle hydatiforme diagnostiquée avant toute évacuation de vésicules**, par le volume excessif de l'utérus, l'exagération des troubles sympathiques, les hémorragies.

MM. Commandeur et Rhenter présentent une observation de **syphilis pancréatique congénitale**.

M. Eparvier communique trois nouveaux cas d'**accouchement chez des femmes myomectomisées**.

M. Bourret présente un **nouvel appareil pour transfusion sanguine**.

M. Planchu rapporte l'observation d'une femme antérieurement césarotomisée pour rétrécissement pelvien. A une seconde grossesse, accouchement hémorrhagie nécessitant une délivrance artificielle pendant laquelle on constate une brèche utérine au niveau de l'ancienne cicatrice sur laquelle se faisait l'insertion placentaire. Porro. Guérison.

A. C.

Les Livres

Librairie Vanderlinden,
19, rue de Ruysbroeck, Bruxelles.

A. de Marneffe. — **La valeur des indications coenesthésiques.** (1 brochure, 8 pages, 1922.)

A côté de la sensibilité spéciale, localisée dans les organes des sens, il y a une sensibilité générale ou *cœnesthésie*, répandue dans tout l'organisme : sens vital, toucher interne, sens musculaire, sens central.

La coenesthésie est un guide aussi bien que la vue et l'ouïe, mais jusqu'à quel point faut-il le suivre ?

Maloine et Fils, éditeurs, Paris 1923.

Dr Bufnoir, anc. int. des hôpitaux de Paris, chirurgien de la Villa Mire-Juan à Cannes. — **La pratique du traitement des tumeurs blanches,** 32 pages avec 14 fig. dans le texte. « *Petite collection Orthopédique*, C. Rœderer. »

Ce nouveau fascicule de la « Petite Collection Orthopédique » est une mise un point à la fois succincte et complète du traitement des tumeurs blanches tel qu'il doit être appliqué actuellement.

Ce travail renferme les conclusions auxquelles s'est rallié Bufnoir, tant dans sa pratique journalière que dans les services de tuberculoses chirurgicales de la XVe région pendant les dernières années de la Guerre.

Deux points y sont développés avec le plus grand soin ; ce sont les traitements généraux et l'héliothérapie. Pour Bufnoir, le traitement général des arthri-

tes tubercu,euses est particulièrement important : « La tumeur blanche n'est pas une affection locale, c'est une manifestation locale d'un état général », et l'amélioration de celui-ci devra donc retenir toute l'attention du praticien.

Parmi les agents physiques susceptibles d'avoir une influence heureuse, il convient de placer en première ligne le traitement héliothérapique. L'auteur, grâce à sa compétence toute spéciale, est à même d'en donner avec précision les indications et l a technique.

Le chapitre traitant de la ponction d'un abcès froid au cours d'une tumeur blanche a été également l'objet de soins tout particuliers. Le lecteur y trouvera tous les détails concernant la technique des ponctions, ainsi que les petits accidents qui peuvent les accompagner.

Le travail de Bufnoir est une mise au point pratique d'une question ayant subi de nombreuses modifications depuis quelques années. Il mérite à ce titre de trouver place dans la bibliothèque de tout praticien.

R. P.

Les Thèses

Ly. — Dr A. Lapiné. — **Étude radiographique de l'arcade pubienne chez la femme enceinte. Une nouvelle méthode d'appréciation du diamètre bi-ischiatique.** (Lyon, Imprimerie Bosc frères et Riou, 1922.)

La mensuration du diamètre bi-ischiatique, ainsi que l'examen de l'arcade pubienne par la radiographie, font pendant à la radiographie pelvimétrique du détroit supérieur, et semblent devoir rentrer avec avantage dans la pratique, pour l'étude du détroit inférieur lorsqu'on aura des doutes sur sa conformation et qu'on soupçonnera des déformations possibles.

Ly. — Dr F. Ganimède. — **Traitement des fractures de Dupuytren par le vissage de la malléole interne.** (Dijon, Imprimerie Bernigaud et Privat, 1922.)

Le vissage est indiqué dans tous les cas de fracture péronéo-malléolaire où la malléole interne présente un déplacement notable : fractures de Dupuytren basses et hautes, fracture de Maisonneuve, arrachement du ligament deltoïdien. Il s'applique également aux fractures avec diastasis et il ne faut lui ajouter le vissage péronéo-tibial de Lambotte que si le vissage malléolaire a été reconnu insuffisant pour réduire ce diastasis.

Il est pourtant insuffisant dans le cas de fractures bigéniennes, c'est-à-dire dans celles où les deux joues de la mortaise sont fracturées ; les conditions mécaniques sont alors différentes, et la reposition de chaque malléole est nécessaire pour reconstituer la mortaise dans sa forme antérieure.

La technique du vissage de la malléole interne est très simple ; on peut le faire sous anesthésie locale. L'appareillage de choix est l'appareillage classique de Lambotte.

M. — Dr R. Missir. — **La cure hélio-marine dans le traitement du mal de Pott.** (Montpellier, Imprimerie l'Abeille (Coopérative ouvrière, 1922.)

La base du traitement du mal de Pott, c'est l'immobilisation, qui doit être toujours rigoureuse, à laquelle on ajoutera une alimentation substantielle et un séjour au grand air.

On ne discute plus aujourd'hui la valeur thérapeutique de l'héliothérapie dans les tuberculoses externes. Par ses effets locaux et surtout généraux, par sa facilité d'application et son innocuité, elle permet d'obtenir des guérisons plus rapides, plus complètes, avec conservation de l'état général et de la musculature.

La technique de la cure solaire du mal de Pott est aisée. Il faut exposer *directement* au soleil la *totalité ou la plus grande étendue* du corps du sujet, agir lentement et progressivement au début. Associer toujours l'immobilisation à l'héliothérapie, cette immobilisation étant obtenue par des moyens variés suivant l'âge et le siège des lésions. L'héliothérapie peut se faire partout, mais ses bienfaits seront accrus par l'association à la cure solaire de la cure marine.

M. — Dr L. Laure. — **Les phases infectieuses évolutives de la bacillose de Koch.** (Montpellier, L'Abeille, Imprimerie coopérative ouvrière, 1922.)

Ly. — Dr L. Coupet. — **Déformations professionnelles du squelette du tronc.** (Lyon, Imprimerie Bosc frères et Riou, 1922.)

Les déformations professionnelles, portant sur le squelette du tronc, sont produites 1° par l'attitude vicieuse, seule ou accompagnée d'actions d'un groupe musculaire, toujours le même, travaillant au maximum tandis que son symétrique reste inactif ; 2° par la pression continue d'un outil ou d'une charge sur le thorax, mi-élastique, mi-cartilagineux, qui provoque, au niveau du point d'appui, un enfoncement de la cage thoratique ; 3° par le frottement répété d'une charge sur des os résistants, comme les apophyses épineuses des vertèbres, qui détermine une exostose par irritation de l'os.

Certains ouvriers, portefaix, meuniers, boulangers, ouvriers du bâtiment, sont plus exposés que les autres à contracter la maladie de Kummel Verneuil ou cyphose traumatique retardée.

Au point de vue médico-légal : les déformations professionnelles du squelette sont des signes précieux d'identité, mais elles ne doivent être considérées que comme un jalon, auquel doivent être associés ceux qui sont fournis par la recherche des callosités, durillons, bourses séreuses, etc.

Les déformations professionnelles, susceptibles de diminuer la capacité de travail, d'aggraver certaines affections pathologiques, ou d'entraver certaines fonctions viscérales, pourront être rangées dans le groupe des maladies professionnelles, et devenir l'objet de l'attention du médecin expert.

Les déformations osseuses dues à la profession évoluent en général lentement, progressivement, sans douleur ni poussée intermittente. Il faut des mois de travail avant de posséder une déformation caractéristique. Dans le jeune âge, elles sont encore susceptibles de s'atténuer par changement de métier.

LA THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les effets de rayonnement et la thérapeutique

On connaît les récents travaux de Ch. Henry sur le « Rayonnement ». Ils nous démontrent qu'un grand nombre de procédés thérapeutiques n'ont pas d'autre action que de modifier le rayonnement humain, localement ou dans son ensemble.

La grande majorité des agents physiques sont, avant tout, quoiqu'on en puisse penser, des modificateurs du rayonnement.

Jusqu'ici, on en reconnaissait les vertus, mais sans bien savoir pourquoi et comment ils relevaient la nutrition, ils calmaient le système nerveux, ils facilitaient les échanges, etc.... On le constatait, on ne l'expliquait pas. Il y avait, il faut l'avouer, une part d'empirisme comparable à celui du médecin de Molière, pour qui l'opium faisait dormir parce qu'il avait des vertus dormitives.

Equilibration, compensation ou augmentation du Rayonnement, tels sont les effets des agents physiques usuels les plus réputés : hydrothérapie, héliothérapie, climat, altitude, électricité lumière, etc...

Mais il est toute une catégorie de remèdes qui, directement ou indirectement, ont une action semblable, quoique moins évidente.

La plus grande partie des médicaments vraiment efficaces sont des poisons, qui influencent les terminaisons nerveuses et sont vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs. Par conséquent, ils modifient, eux aussi, le rayonnement.

Enfin, parmi les pommades, liniments, lotions, enveloppements humides, les uns sont des écrans qui s'opposent à l'émission du rayonnement somatique ; les autres, au contraire, rendent la peau plus perméable aux actions du rayonnement extérieur.

L'idéal ne serait-il pas d'avoir un agent thérapeutique bivalent ? Une substance capable, selon les circonstances, d'agir dans les deux sens indiqués et qui serait, par conséquent, une sorte de régulaterur automatique du rayonnement ?

C'est ce que le Dr E.-P. Roger a cherché et a obtenu en inventant ce précieux agent thérapeutique si intéressant, qu'il a appelé : « *Synthol* ».

Il n'est pas défendu qu'un médicament soit agréable. Le Dr Roger a donc ajouté un parfum qui n'a pas d'autre utilité que celle d'un sirop dans une potion.

Le Synthol est l'invention la plus originale qui ait été réalisée en médecine. Ses indications sont multiples. Ni toxique, ni caustique, tous les praticiens ont intérêt à le prescrire, soit comme traitement unique, soit comme adjuvant dans tous les cas soumis à leur science. Ils procureront toujours à leurs malades un soulagement rapide, indiscutable, sans aucun risque. Le Synthol, par ses composés phénoliques, est, en même temps, un antiseptique parfait. Il a été étudié dans divers services des hôpitaux de Paris.

Quelle que soit la maladie, on sait l'importance des précautions hygiéniques qu'il faut toujours prendre : aération de la chambre, par exemple, propreté des téguments, etc...

Il n'est plus permis maintenant de négliger les variations du rayonnement somatique et on doit prescrire le « Synthol » systématiquement chaque fois qu'il y a un trouble quelconque de la santé.

Le « Synthol » s'adresse au malade alité comme au chronique qui traîne parmi le grand combat quotidien de la vie son existence dolente et douloureuse. C'est aussi bien un produit d'hygiène qu'un médicament. Il faut ignorer les plus élémentaires principes de la pathologie générale pour s'étonner qu'une solution d'usage externe puisse avoir des applications si variées.

Avec un peu d'expérience, vite acquise pour qui possède la qualité dominante du médecin : l'esprit d'observation, nos confrères sauront se servir du « Synthol » et, dans bien des circonstances, ils verront que ce remède suffit à lui seul à remplacer, avec de nombreux avantages, les thérapeutiques usuelles (1).

Dr P.-L. Rehm.

(1) Nous répondrons volontiers à toutes les questions qui nous seront adressées aux Laboratoires de Biologie, 286, faubourg Bannier, Les Aydes, Orléans (Loiret).



PARTIE PROFESSIONNELLE

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MÉDECINE SOCIALE

Extrait du Rapport du Dr Grinda, Député, présenté à la Chambre des Députés, sur le projet de loi d'Assurances sociales. (1)

(Suite et fin.)

En attendant cette évolution, il était indispensable d'établir les prévisions budgétaires en tenant compte des charges qu'impose aux caisses la nécessité de faire soigner à leur domicile la presque totalité des assurés.

Sans entrer dans les considérations et détails techniques développés dans l'exposé financier, nous retiendrons que le montant moyen des dépenses pour soins médicaux et pharmaceutiques a été fixé à 9 francs par journée de maladie, ce qui nécessite une prévision annuelle de 106 francs pour chaque assuré et de 65 fr. 70 pour chaque bénéficiaire.

Les évaluations de nos actuaires ont été calculées très largement ; elles sont basées sur les renseignements sans doute partiels ou incomplets fournis par nos institutions d'assurance et de prévoyance, d'assistance publique ou privée, et sur les documents très précis publiés par les caisses d'assurance-maladie d'Alsace-Lorraine.

Nous reconnaissons qu'elles ont un caractère arbitraire. Il ne saurait en être autrement tant que nous ne disposerons pas des documents complets établis par notre propre expérience. Le fonctionnement des assurances sociales seul peut nous les donner.

Quelques exemples empruntés à l'exposé financier permettront de fixer la valeur des hypothèses actuarielles :

1o Un ouvrier célibataire de 25 ans est considéré comme subissant en moyenne 6 j 1 de maladie dans l'année ; les frais médicaux et pharmaceutiques incombant à l'assurance seraient évalués dès lors à 5 francs environ.

2o Pour une famille ouvrière, composée du mari (40 ans), de la femme (35 ans), et de trois enfants de moins de 16 ans, le risque annuel de maladie comporterait : 8 j. 5 pour le père, 9 j. pour la mère (risque d'accouchement non compris), et 5 j. 8 pour chaque enfant, soit au total : 8 j. 5 + 9 j. + (3 × 5 j. 8) = 34 j. 9 de maladie pour l'année. L'actuariat tablerait donc sur une dépense annuelle de 314 francs de frais médicaux et pharmaceutiques, en moyenne, pour une famille de cette importance, non compris les dépenses éventuelles de maternité.

3o Pour une famille ouvrière composée du mari (57 ans), de la femme (52 ans) et d'un enfant de moins de 16 ans, le risque annuel de maladie comporterait : 13 j. 5 pour le mari, 12 j. 6 pour la femme, 5 j. 8 pour l'enfant, au total 31 j. 9 de maladie pour l'année. L'actuariat tablerait donc, dans ce cas, sur une dépense de : 9 fr. × 31 j. 9 = 287 francs environ.

Bien que les dépenses des caisses de maladie d'Alsace et Lorraine ne soient pas comparables à celles qui incomberont à nos caisses d'assurance, elles nous fournissent cependant des indications intéressantes.

Elles sont résumées dans les tableaux suivants ; nous n'avons reproduit que des chiffres tirés des dernières statistiques publiées ; ce sont celles des années 1919 et 1920 : leurs données sont en harmonie avec les prix actuels.

DÉPENSES ANNUELLES.

Caisses	Dépense globale par assuré (2)	Frais médicaux	Pourcentage sur la dépense globale	Frais pharmaceutiques	Pourcentage sur la dépense globale	Frais d'hospitalisation	Pourcentage sur la dépense globale	Total des frais médicaux pharmaceutiques et d'hospitalisation	Pourcentage sur la dépense globale	Pourcentage des frais médicaux seuls sur l'ensemble des soins médicaux et pharmaceutiques et d'hospitalisation
	fr. c.	fr. c.	%	fr. c.	%	fr. c.	%	fr. c.	%	%
1919										
Locales	72.96	13.08	17.92	8.92	12.22	10.11	13.85	32.11	43.99	40.78
D'entreprises ..	90.37	13.27	14.68	12 »	13.27	8.29	9.17	33.56	37.12	39.54
De corporations	90.76	10.68	15.13	7.33	10.38	17.19	24.36	35.20	49.87	30.34
1920										
Locales	95.41	18.41	19.29	12.08	12.66	12.74	13.35	43.23	43.20	42.58
D'entreprises ..	93.58	17.97	19.20	20.01	21.38	11.15	11.91	49.19	52.49	36.57
De corporations	99.29	17.53	17.65	11.18	11.25	25.09	25.26	53.80	54.16	32.58

(1) Voir *Concours médical*, no 13, p. 1155.
(2) *Bull. off.* de l'office général des Assur. soc. d'Alsace et Lorraine.

DÉPENSES PAR JOURNÉE DE MALADIE.

Caisses	Dépense globale (allocations en argent et frais de gestion compris)	Frais médicaux	Frais pharmaceutiques	Frais d'hospitalisation	Total des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation
	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.
1919					
Locales	6.40	1.147	0.782	0.886	2.815
D'entreprises	8.56	1.256	1.136	0.785	3.177
De corporations	7.40	1.120	0.768	1.802	3.69
1920					
Locales	8.73	1.684	1.105	1.163	3.954
D'entreprises	10.88	2.088	2.326	1.295	5.709
De corporations	8.44	1.489	0.949	2.131	4.569

En Alsace-Lorraine, pendant les années 1919 et 1920, les frais médicaux et pharmaceutiques, accouchements non compris, ont occasionné une dépense annuelle moyenne pa r assuré de 36 fr. 87 et de 37 fr. 24 et une dépense par journée de maladie de 3 fr. 27 et de 4 fr. 74.

Ces dépenses sont très inférieures à nos prévisions qui s'élèvent pour les dépenses annuelles à 103 fr. 60 par assuré, à 67 fr. 40 par bénéficiaire et à 9 francs pour chaque journée de maladie, accouchements non compris. Nous avons prévu une somme supplémentaire de 200 francs pour les frais médicaux et pharmaceutiques de chaque accouchement.

Quelle est la part sur les frais globaux spécialement affectée aux honoraires médicaux ?

En Alsace-Lorraine, les médecins reçoivent une allocation forfaitaire pour chaque assuré. Au cours de l'année 1922, les délégués des médecins alsaciens-lorrains engagèrent des négociations avec les délégués des caisses, en vue d'obtenir des honoraires analogues à ceux de la loi des pensions et des tarifs Breton. Le taux forfaitaire annuel était de 14 francs. A la suite d'un arbitrage, il fut porté à 19 francs, soit une augmentation de 35 % environ. Cette somme comprend, dans la plupart des caisses, les soins aux membres de la famille. Nous devons ajouter que dans certaines caisses les médecins ont obtenu le « tarif à la visite » qui tend à se généraliser.

Il a été prévu dans notre projet, pour l'ensemble des soins médicaux et pharmaceutiques, une somme globale de 851.800.000 francs pour 12.600.000 bénéficaiaires, soit :

Assurés obligatoires :		
Hommes....	345.600.000 fr.	
Femmes	221.300.000 »	
	566.900.000 fr.	566.900.000 fr.
Femmes non salariées des assurés obligatoires		105.300.000 fr.
Enfants de moins de 1 6 ans....		156.006.000 fr.
Assurés facultatifs et leur famille		23.200.000 »
Total général		852.000.000 fr.

En attribuant les deux tiers de cette somme aux frais pharmaceutiques et d'hospitalisation (1), il reste pour les honoraires des médecins 284 millions de francs.

Sur ces bases, la dépense moyenne par assuré obligatoire est de 34 fr. 50, par assuré facultatif de 38 fr. 67, et la moyenne générale par assuré ressort à 34 fr. 63, chiffre bien supérieur à ceux analysés ci-dessus.

D'autre part, si nous divisons cette somme de 284 millions de francs par le chiffre de 15.000 qui représente approximativement le nombre des médecins affiliés à des groupements professionnels, c'est-à-dire la presque totalité du corps médical, nous voyons qu'il reviendra à chaque médecin une somme annuelle moyenne de 18.933 francs. Il est à noter que les bénéficiaires de l'assurance sont au nombre de 12 millions et demi environ : ils représentent donc à peine le tiers de la population ; ce tiers est le moins fortuné de la clientèle ; il relève actuellement en grande partie de l'assistance publique ou privée et des hôpitaux.

D'autre part, il a été prévu 57.600.000 francs pour les frais médicaux et pharmaceutiques des accouchements des assurées obligatoires et des femmes d'assurés obligatoires (2). La part attribuée aux honoraires des médecins et des sages-femmes est plus importante que dans les maladies. Si l'on l'évalue à la moitié, et non plus au tiers, c'est un supplément de 28.500,000 francs qui se répartit entre les membres du corps médical et des sages-femmes.

Les prévisions paraissent donc avoir été établies avec la plus grande prudence ; elles permettront vraisemblablement à la plupart des caisses de réaliser sur ce chapitre des bonis, dont les assurés seront les bénéficiaires.

III. — *Fonctionnement du service pharmaceutique.*

L'organisation des soins pharmaceutiques a, pour le budget de l'assurance sociale, une importance pres-

(1) Cette estimation résulte des seules données dont nous ayons pu faire état : assistance, mutualité, prévoyance, statistiques alsaciennes.

(2) La dépense pour les facultatifs est peu importante.

que aussi grande que celle des soins médicaux proprement dits.

Les frais occasionnés par les médicaments et les appareils peuvent varier dans des proportions considérables, suivant que la nature, la forme dans laquelle ils sont prescrits, le contrôle de leur utilisation, sont plus ou moins bien réglementés. Aussi avons-nous porté sur les dispositions qui les concernent toute notre diligente attention.

Sur les principes mêmes de cette organisation, il ne pouvait y avoir grande hésitation. Le libre choix qui s'impose pour les médecins, doit rester intangible. L'assuré a la faculté de choisir son pharmacien, sous la condition expresse qu'il figure sur la liste établie par la caisse à laquelle il est affilié. Sans doute ici ne s'agit-il plus de relations proprement individuelles entre le pharmacien et l'assuré, comme avec le médecin, qui doivent être imprégnées de confiance et d'intimité ; mais n'est-il pas indispensable néanmoins de maintenir autour du malade la même atmosphère de sécurité ?

Au surplus, à partir du moment où plusieurs pharmaciens acceptent de fournir les mêmes médicaments aux mêmes prix, il y a intérêt à ne créer de monopole au profit d'aucun d'entre eux.

C'est donc aussi en principe par des contrats collectifs avec les groupements de pharmaciens que les caisses d'assurance organiseront des services pharmaceutiques. Cette pratique sera d'autant plus aisée qu'à la différence des médecins qui comptent d'assez nombreux groupements, la grande majorité des pharmaciens de France sont réunis en une association générale unique.

Il semble qu'il ne sera pas malaisé, d'après les déclarations de son distingué président, M. Collard, à votre Commission, d'établir avec elle un accord général équitable et pleinement satisfaisant. Toutefois, suivant les principes mêmes de l'organisation médicale, votre Commission s'est refusée à entériner, même indirectement, toute apparence de syndicat obligatoire, et il est prévu que les pharmaciens isolés, qui ne feraient pas partie de l'Association, ni d'aucun groupement, pourraient être admis à participer au service d'assurance, s'ils acceptent les conditions fixées par la caisse, et s'ils n'ont pas été exclus précédemment de ce service pou r des motifs graves et légitimes.

Ces contrats détermineront le tarif, suivant lequel seront délivrés les médicaments pour le compte des caisses ; mais comme il s'agit non plus de rémunérer la science professionnelle, l'art individuel du praticien, mais de payer des produits matériels, de véritables fournitures, une unification paraît facile et à bien des égards désirables. Les tarifs ne pourront donc être fixés que dans les limites des prix maxima d'un tarif général, et ce tarif lui-même sera établi par une commission nommée par l'Office national des assurances sociales parmi ses membres, et comprenant des représentants des divers intérêts en présence : trois représentants de l'Etat, trois représentants des caisses (dont deux délégués par les unions de caisse de région et un par la caisse générale de garantie), trois délégués des groupements professionnels de médecins, sages-femmes et pharmaciens. C'est, en somme, la commission tripartite, telle qu'elle a été récemment constituée pour le fonctionnemen de l'article 64 de la loi de 1919 sur les soins donnés aux blessés de la guerre.

***

Les assurés doivent être, en principe, mis à même de bénéficier des procédés thérapeutiques les plus modernes et les plus actifs : une guérison rapide peut d'ailleurs en être le prix. Mais il faut compter avec les abus, et même avec les possibilités financières des caisses ; il serait inhumain de refuser de sauver une vie humaine, parce que sa guérison nécessite l'emploi de procédés trop dispendieux. Et cependant, comment admettre que pour guérir un seul malade, on sacrifie, faute d'argent, les soins à donner à tous les autres ? C'est une question de mesure que les caisses, animées d'un haut esprit social, sauront régler au mieux de l'intérêt général. Une règle précise et sèche ne pourrait à cet angoissant problème fournir aucune solution pratique équitable.

Par contre, pour diminuer les dépenses, votre Commission a estimé qu'il était indispensable de prévoir que les médicaments doivent être prescrits sous leur forme la plus économique ; aussi a-t-elle e n principe exclu toute spécialité pharmaceutique, sau f pour les médicaments qui ne peuvent être fournis aux malades sous une autre forme.

L'assuré ne pourra recevoir de médicaments ou d'appareils aux frais de la caisse que sur l'ordonnance du médecin traitant ou de la sage-femme choisi par lui. Ils ne pourront être prescrits que dans la mesure et sous la forme où ils figurent sur la liste arrêtée par la Commission tripartite.

Le principe du ticket modérateur ayant été admis, votre Commission l'a adapté à l'organisation des soins pharmaceutiques. La Caisse pourra demander à l'assuré une participation aux frais des médicaments et appareils ; elle en fixera librement le taux ; mais comme ici, ce n'est pas tant le malade que le médecin ou le pharmacien lui-même qui peuvent provoquer des abus dangereux, cette participation a paru sans inconvénient pouvoir être réduite à 10 % Elle constituera surtout un moyen de contrôle.

Pour les frais pharmaceutiques dispensés aux membres de la famille, cette participation pourra être élevée au maximum de 20 %.

IV. — *Le contrôle.*

Dans toutes les organisations de soins médicaux collectifs, la nécessité d'établir un contrôle sévère est apparue aussi bien aux représentants des caisses qu'aux représentants médicaux et pharmaceutiques, exposés à devenir les victimes des abus de quelques-uns de leurs membres. Pour l'application de l'article

64 de la loi des pensions, comme pour l'élaboration de la loi des assurances sociales, les syndicats intéressés ont toujours insisté sur la nécessité d'un contrôle rigoureux et efficace ; ils l'ont eux-mêmes revendiqué.

Cette surveillance peut être exercée :

1° Par le Conseil d'administration de la caisse en dehors de toute technicité ;

2° Par des commissions mixtes composées de représentants de caisses et de délégués de médecins et pharmaciens chargés de la vérification des notes médicales et pharmaceutiques et du contrôle des ordonnances ;

3° Enfin, par les syndicats médicaux eux-mêmes, responsables.

Les caisses d'assurance, auxquelles la loi laisse la plus grande autonomie, pourront exercer leur contrôle administratif en toute liberté, en s'inspirant des contingences inhérentes à leur clientèle et des méthodes qui ont donné les meilleurs résultats dans les sociétés d'assurance-maladie (visiteurs à domicile, etc.).

Il n'en sera pas de même du contrôle technique, qui concerne les notes des honoraires médicaux et pharmaceutiques. Nous avons estimé qu'il convenait d'adopter un régime analogue à celui de la loi des pensions ; la solution des difficultés qui peuvent s'élever entre les caisses et les groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens y est confiée à des commissions régionales composées par tiers de délégués de l'Office, de représentants de caisses et de mandataires des groupements professionnels de praticiens. Ces commissions prennent connaissance des observations fournies par les intéressés et arrêtent le montant des honoraires et ordonnances contestés. C'est une sorte de réglement amiable de toutes les difficultés qui peuvent se présenter.

Ces commissions sont armées de pouvoirs étendus, puisqu'on leur donne le droit de prononcer l'exclusion temporaire et même définitive des médecins, sages-femmes et pharmaciens du service des assurances sociales. Les motifs de ces exclusions toutefois doivent être graves et légitimes ; en prévoir l'énumération dans un texte eût été se heurter à des difficultés sérieuses et s'exposer à des lacunes regrettables. Toute précision en la matière est grosse de dangers.

La composition même de ces commissions sera la meilleure des garanties ; afin de donner aux intéressés tous les moyens de défense désirables, on prescrit toutefois que les décisions de ces commissions doivent être motivées, etqu'il en peut être fait appel à la commission de l'Office national des assurances sociales.

Enfin, il y a un contrôle purement technique, qui ne peut être exercé que par les groupements professionnels intéressés.

Nous avons cru opportun de préciser que ces groupements avaient la responsabilité collective du service médical et du service pharmaceutique en ce qui concerne les malades soignés et les ordonnances délivrés par leurs adhérents, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens et des recours qui peuvent être exercés contre chacun d'eux. C'est l'heureuse contre-partie du contrat collectif que de permettre d'instituer une responsabilité propre au groupement lui-même et partagée par ses adhérents. La profession médicale et pharmaceutique s'organise pour défendre ses intérêts légitimes ; on traite avec l'organisation qu'elle a ainsi constituée ; on lui assure des garanties ; il n'est que juste d'exiger d'elle une surveillance attentive sur ses membres.

Si donc un médecin ou un pharmacien commet un abus grave, il appartient à la corporation dont il fait partie de demander des comptes à l'intéressé, de prendre des sanctions contre lui. En traitant au nom de chacun de ses membres, le groupement professionnel se porte garant que ceux-ci sont dignes du crédit qui leur est implicitement accordé. Mais cette responsabilité collective qui aura, nous en sommes convaincus, les plus heureux effets sur l'organisation médicale et pharmaceutique en France, ne peut à aucun point de vue se substituer à la responsabilité personnelle du praticien.

Chaque caisse, chaque assuré qui aurait à se plaindre d'une erreur grave ou d'une faute, pourra donc continuer, comme dans l'état actuel de notre jurisprudence, à actionner le praticien coupable et à appeler son groupement en garantie.

Votre Commission s'est efforcée de prendre toutes les dispositions susceptibles d'obtenir de cette organisation son maximum de rendement.

. . . .

Projet de Loi

. . . .

ART. 23.

Choix du médecin, de la sage-femme et du pharmacien.

1. — L'assuré a la faculté de choisir son médecin, sa sage-femme et son pharmacien sur une liste de praticiens, établie par la caisse à laquelle il est affilié.

2. — Cette liste comprend les médecins, les sages-femmes et les pharmaciens faisant partie des groupements professionnnels avec lesquels la caisse a passé un contrat collectif pour le service de l'assurance, et tous ceux qui ont adhéré aux conditions fixées par elle et que la caisse n'aura pas exclus pour motifs graves et légitimes.

3. — Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. Si la liste ne comprend pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci doit choisir parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien de la liste, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

ART. 24.

Des contrats entre les caisses et les médecins, sages-femmes et pharmaciens.

1. — Lorsque des contrats collectifs sont passés

entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins ou de sages-femmes, ils déterminent les modalités suivant lesquelles ces groupements se chargent de dispenser aux bénéficiaires, dans les conditions de la présente loi, les services médicaux ou chirurgicaux.

2. — Les contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de pharmaciens déterminent le tarif suivant lequel sont délivrés les médicaments pour le compte des caisses. Ces tarifs doivent être fixés dans les limites des prix maxima d'un tarif général, établi par une commission nommée par l'Office national des assurances sociales parmi ses membres et comprenant trois représentants de l'Etat, deux représentants des conseils d'administration des Unions de caisses de région, un représentant du conseil de la Caisse générale de garantie, les délégués des groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens.

Le tarif ne peut comprendre comme spécialités pharmaceutiques que les médicaments indispensables qui ne peuvent être fournis aux malades sous une autre forme.

3. — Les groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens ont la responsabilité respective du service médical et du service pharmaceutique, en ce qui concerne les malades soignés et les ordonnances délivrées par leurs adhérents, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens et des recours qui peuvent être exercés contre chacun d'eux. Ils contrôlent eux-mêmes la façon dont le service est assuré, sans qu'il puisse être porté atteinte aux droits propres de la caisse.

4. — Les contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens déterminent :

1° Les modalités du contrôle destiné à assurer le bon fonctionnement des services médical, chirurgical et pharmaceutique, et à prévenir ou réprimer les abus ;

2° Les conditions dans lesquelles les difficultés, qui s'élèveraient entre les caisses et les groupements professionnels pour l'exécution des contrats collectifs, pourront être amiablement réglées.

Ce contrôle et le règlement de ces difficultés sont confiés à des commissions régionales composées par tiers de délégués de l'office, de représentants des caisses et de mandataires des groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et pharmaciens.

Ces commissions, après avoir pris connaissance des observation s des intéressés, arrêtent notamment le montant des honoraires et ordonnances contestés ; elles peuvent prononcer l'exclusion temporaire ou définitive des médecins, sages-femmes et pharmaciens du service des assurances sociales pour cause grave et légitime. Leurs décisions doivent être motivées. Il peut en être fait appel à la commission de l'Office national des assurances sociales prévue au paragraphe 2 ci-dessus.

5. — Les contrats doivent être soumis à l'agrément de la commission susvisée.

6. — Les dispositions du livre I, titre II, chapitre IV *bis*, du Code du travail, relatives à la convention collective de travail, sont applicables aux contrats ci-dessus prévus.

Art. 25.

Des visites médicales.

1. — Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

2. — Dans tous les cas, l'assuré doit remettre au médecin ou à la sage-femme un ticket de visite, qui lui aura été préalablement délivré à ses frais par la caisse d'assurance. Ce ticket doit être présenté à la caisse comme justification. Son prix est établi librement par la Caisse ; il ne peut excéder le tiers du montant de l'allocation journalière correspondant à la classe de l'assuré.

3. — En cas d'abus flagrant commis par un assuré qui mande un médecin ou une sage-femme à son domicile sans motif légitime, ce dernier est tenu d'en aviser sans délai la caisse d'assurance. S'il est établi que le déplacement demandé n'était aucunement justifié, la caisse poursuit le remboursement des frais qui en sont résultés auprès de l'intéressé, et en retient, le cas échéant, le montant sur les allocations qui lui sont dues.

Art. 26.

Délivrance des médicaments et des appareils.

1. — L'assuré ne peut recevoir de médicaments ou d'appareils aux frais de la caisse d'assurance que sur l'ordonnance du médecin traitant ou de la sage-femme choisis par lui, conformément à l'article 23.

2. — Ces médicaments et appareils ne peuvent être prescrits que dans la mesure et sous la forme où ils figurent sur la liste arrêtée tous les six mois par la Commission de l'offiffice national des assurances sociales prévue à l'article 24, paragraphe 2.

3. — La caisse peut demander à l'assuré une participation aux frais des médicaments et appareils. Elle en fixe librement le taux, qui ne peut, en aucun cas, excéder 10 % du montant total de ces frais.

Art. 27.

Traitements spéciaux.

L'assuré a droit aux consultations et au traitement dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure ou de prévention dépendant de la caisse d'assurance dont il reçoit les secours de maladie ou d'invalidité.

. . . .

NATALITÉ ET CIVILISATION (1)

Par Ch. M. Richet.

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

(*Communication au IXe Congrès d'Hygiène*).

Sans qu'il soit nécessaire de recourir à des chiffres, on comprend tout de suite que la diminution effroyable de notre natalité est liée au développement de la civilisation.

Dans le règne animal, il n'y a ni calcul, ni réflexion, ni prévoyance, ni civilisation d'aucune sorte, de sorte que la natalité ne dépend aucunement de la volonté des procréateurs.

Tum Venus in sylvis jungebat corpora amantum

Il n'y a dans l'immense Nature aucune psychologie qui règle la fécondation. La restriction volontaire est exclusivement humaine. Encore n'est-elle pas générale chez tous les hommes.

En effet, elle est plus ou moins inconnue des sauvages, des nations peu policées, incultes. La limitation d'une descendance exige, en effet, certaines conditions qui ne se rencontrent que lorsque la civilisation est arrivée à un certain degré.

1° Pour que les époux limitent leur fécondité, ils doivent d'abord savoir quelles sont les lois de la fécondation et de la conception. Or, actuellement, il n'y a pas en Europe une seule population qui ignore les éléments de cette physiologie. En France, en Allemagne, en Italie, en Angleterre, même dans les bourgades les plus écartées, tous les époux, sans exception, savent que la fécondation est due à la liqueur séminale masculine qui rencontre quelque chose dans les voies génitales femelles et qui féconde.

C'est là une notion banale, universellement connue, et dans les pays dits civilisés, il n'y a probablement pas un seul couple qui l'ignore. Mais je ne crois pas qu'il en fut ainsi de tout temps. Evidemment, il est difficile de déterminer ce que savaient, à ce sujet, les paysans de France et d'Allemagne, aux temps de Charlemagne, ou même de Charles-Quint. Pourtant, je m'imagine qu'ils n'y avaient guère songé et que la notion de la fécondation d'un œuf par la semence du mâle n'était pas aussi banalement connue que de nos jours.

De même encore, il est assez difficile de se rendre compte des opinions qu'ont sur la fécondation les populations peu civilisées. Pourquoi y a-t-il en Russie une si forte natalité ? Pourquoi chez les nègres de l'Afrique ? Je tendrais à croire que c'est surtout parce qu'ils ne *savent* pas comment la limiter.

Or, cette science, tous les Européens et toutes les Européennes l'ont parfaitement, beaucoup trop parfaitement. Même avant le mariage, les jeunes garçons et les jeunes filles n'ont plus ni illusion ni erreur à ce sujet.

Les moyens de n'avoir pas d'enfants sont très simples. Je n'ai pas à en parler ici. Dans nos villes, toutes les femmes en parlent sans aucune gêne. C'est un fréquent sujet de conversation entre elles. Et cela entraîne aussitôt cette conséquence très importante *que celles-là seules ont un enfant, qui consentent à en avoir un.*

Ainsi, la connaissance des lois de la fécondation est devenue universelle dans tous les pays civilisés, la procréation a cessé d'être un fait de physiologie normale, régulière, succédant fatalement à un rapprochement sexuel, normal et régulier. Elle est devenue un fait de psychologie. Or, la psychologie des individus qui constituent une nation est à peu près la même pour tous, de sorte que le fait psychologique s'est transformé en un fait sociologique.

S'il n'y avait pas de restriction volontaire, si la civilisation n'intervenait pas pour corriger la fécondité naturelle, un jeune couple humain aurait à peu près dix enfants. En effet, la femme peut enfanter de vingt à quarante ans (en réalité de dix-huit à quarante-deux ans). En vingt ans, avec un an de gestation et un an d'allaitement, cela fait dix enfants.

S'il n'en est pas ainsi, c'est avant tout parce que tout le monde en Europe sait à quoi s'en tenir sur les moyens de n'avoir pas d'enfants.

Ma première proposition pourra donc être formulée ainsi :

L'instruction a appris aux époux les conditions physiologiques de la fécondation : par conséquent, la fécondation (et la conception) dépendent de la volonté des époux.

Il s'ensuit que sans doute dans les populations barbares, incultes, frustes, n'ayant qu'une instruction limitée ou nulle, les époux ne savent pas ce que savent si bien les citoyens et les citoyennes de nos grandes villes. Je tendrais à croire, sans pouvoir en fournir la preuve, que c'est *par ignorance* qu'il y a dans les pays peu civilisés beaucoup d'enfants.

2° Avec la civilisation, apparaît aussi une

(1) On excusera un physiologiste de traiter cette grave question avec toute la liberté de langage scientifique. Les fausses pudeurs seraient injustifiées.

certaine *maîtrise de soi*. Les appétits, quels qu'ils soient, alimentaires ou sexuels, sont réfrénés. L'instinct est dominé, corrigé par des réflexions, des calculs, des prévisions, tout un ensemble de considérations sociales, d'autant plus lourdes que la civilisation est plus avancée.

Un ménage français n'est pas du tout l'union d'un mâle et d'une femelle : c'est beaucoup plus complexe, plus élevé peut-être. Et à mesure que la civilisation grandit, ce ménage civilisé se différencie davantage de l'accouplement du mâle avec la femelle.

Certainement chez les paysans russes (en réalité Asiatiques et non Européens), chez les nègres de l'Afrique centrale, il n'en est pas ainsi. Mais en Europe, il n'y a probablement guère de rapprochement sexuel, sans qu'aussitôt l'idée ne vienne aux époux : « Nous allons peut-être avoir un enfant ».

Heureusement, fort heureusement pour la natalité, il y a des imprudences, des maladresses (comme il est dit cyniquement). Par paresse, par insouciance, nulles précautions ne sont prises, ou des précautions insuffisantes, tardives, et un enfant est conçu, que les parents n'avaient pas voulu ; mais les gens très civilisés, très maîtres d'eux-mêmes, ne commettent qu'exceptionnellement ces négligences.

3° *Le besoin de luxe* va en croissant avec la civilisation, puisque, dans un certain sens, la civilisation, c'est le développement du luxe. Il y a les chemins de fer, les voyages, les vacances, les télégraphes, les vêtements propres, les chaussures solides, les aliments abondants, variés et choisis, bien plus que jadis ; de la viande, plusieurs fois la semaine, une maison ou un peu de bien-être, et même d'élégance est devenu indispensable, quelques livres, un journal, le théâtre et le cinéma, l'école et les livres de classes pour les enfants. Tout cela est excellent, et il serait idiot de s'en indigner ou de s'en lamenter, mais ce bien-être est coûteux ; et alors, un peu de réflexion aidant, les ménages comprennent qu'il faudra se priver de cette petite aisance si les enfants arrivent nombreux.

De sorte que, généralement, le besoin de luxe combiné avec la maîtrise de soi, et avec la connaissance certaine des moyens restrictifs, entraîne l'abaissement de la natalité.

Et, en effet, ce sont les plus pauvres qui ont le plus d'enfants ; car pour eux, il n'y a ni luxe, ni besoin de luxe ; ils vivront tout aussi mal avec six enfants que s'ils n'en avaient qu'un. Tout au plus leurs privations vont-elles un peu augmenter, mais ils n'en sont pas à une privation près. Au contraire, les petits ménages relativement aisés, vivant fort bien, s'ils sont seuls, avec un salaire de 6.000 francs, s'ils ont six enfants, tomberont dans une vraie misère, et ne pourront pas goûter aux fruits de la civilisation.

En France, ces ménages demi-aisés constituent l'immense majorité de la population. Il y a peu de pauvres. Paysans, ouvriers, bourgeois, tous comprennent parfaitement qu'il faudra diminuer le bien-être dès que le nombre des enfants augmente, et ils aiment mieux diminuer le nombre des enfants que de diminuer leur bien-être

Les statistiques montrent d'une manière formelle que, plus le luxe croît, plus la natalité diminue. Et c'est très simple : un ménage sans enfant, qui a 30.000 francs de revenus, aujourd'hui, à P ris, jouit d'un très notable bien-être. C'est presque la richesse, presque le luxe. Mais s'il y a dix enfants, cette demi-richesse sera voisine de la misère. Il faudra le logis, les vêments, la nourriture pour douze personnes. Et 30.000 francs, c'est peu pour douze personnes, de sorte qu'on est très rarement assez riche pour avoir dix enfants sans se priver de beaucoup de choses qu'on considère (1).

Et on est trop civilisé pour se priver !

Et cependant, la restriction de la natalité est un mal terrible qui menace les destinées de la patrie et de la civilisation elle-même.

Il n'y aurait aucune incompatibilité entre le croît de la natalité et le croît de la civilisation, si, par des mesures très simples, mais radicales et énergiques, les lois fiscales étaient changées, et si les familles nombreuses étaient *protégées* contre l'impôt au lieu d'être *écrasées* par l'impôt.

Ce serait accroître, en même temps, la civilisation et la natalité. Mais tant qu'on n'aura pas aidé les familles nombreuses, et cela vingt fois, cent fois plus que nos timides législateurs n'ont fait, nul résultat. La civilisation continuera à croître, et la France à disparaître (2).

(1) La natalité est minimale dans les départements de France où il y a le plus d'assurances contre l'incendie : prévoyance. La natalité est maximale dans les départements où il y a le plus d'illettrés : ignorance, insouciance. La natalité est minimale dans les arrondissements les plus riches de Paris (VIIIe et XVIe) : besoin de luxe.

(2) Extrait de la *Revue d'hygiène*, n° 12, décembre 1922.

Travaux Originaux

STATISTIQUE ET SECRET PROFESSIONNEL

Certificats pour déclaration de décès

Voici d'abord les documents qui motivent cet article :

PRÉFECTURE DE LA CHARENTE-INFÉRIEURE — *La Rochelle, le 23 novembre 1922*

4e Division
OBJET
Déclaration de décès

Le Préfet de la Charente-Inférieure, Chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, à MM. les Médecins du département.

Monsieur le Docteur,

La loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique, a prescrit dans son article 9 que : « Lorsque pendant trois années consécutives le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne en France, le Préfet est tenu de charger le Conseil départemental d'hygiène de procéder à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune ».

Cette enquête est destinée à provoquer l'étude et la mise à exécution des travaux d'assainissement reconnus nécessaires.

Pour permettre le fonctionnement de l'article précité de la loi du 15 février 1902, il a été institué une statistique des décès par âge et par cause qui devait fournir au Conseil d'hygiène les éléments dont il a besoin pour diriger ses recherches et proposer les mesures susceptibles de faire cesser les excédents de décès constatés.

Jusqu'à ce jour, l'établissement de cette statistique par les mairies n'a pas donné les précisions indispensaples parce que les déclarations de décès faites par les médecins, sous le couvert du secret professionnel, ne comportent pas le plus souvent la cause exacte du décès ; l'indication de ces causes ainsi laissée à l'arbitraire des secrétaires de mairie, la statistique se trouve faussée dès la base.

Pour remédier à ces inconvénients, j'ai pensé qu'il y aurait intérêt à instituer un modèle uniforme de déclaration de décès de nature à sauvegarder le secret professionnel du médecin, tout en fournissant à l'administration les renseignements dont elle doit s'entourer pour procéder utilement aux enquêtes qui lui sont imposées par la loi.

Ce modèle que vous trouverez ci-joint est établi dans la forme d'une carte-lettre.

A l'extérieur, le médecin indiquera simplement, à côté de l'âge du décédé, si le décès est dû à une cause normale.

A l'intérieur, il notera la cause exacte du décès et cachettera la carte-lettre qui sera remise par la famille au secrétariat de la Mairie en vue d'obtenir le permis d'inhumer.

Ces cartes conservées, SANS ÊTRE DÉCACHETÉES par les mairies, seront adressées tous les six mois aux Sous-Préfectures, qui seules en feront le dépouillement. Les causes de décès ne sauraient ainsi être divulguées dans les communes et ne pourront être connues que par des fonctionnaires strictement tenus eux-mêmes au secret professionnel.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir, à compter du 1er janvier prochain, vous servir de ces formules à l'exclusion de toute autre, pour les constatations de décès que vous serez appelé à faire.

Vous faciliterez ainsi la tâche de mon administration, tâche parfois très délicate en matière d'hygiène et qu'elle ne saurait mener à bonne fin sans l'obligeant concours du corps médical.

Je vous remercie à l'avance de l'accueil favorable que vous réserverez à mes instructions.

Agréez, Monsieur le docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Préfet,
Paul MATHIVET.

N. B. — Les formules dont il s'agit seront mises à votre disposition dans toutes les mairies.

Commune de

DÉCLARATION DE DÉCÈS

Le médecin soussigné certifie que le nommé

âgé de est décédé le de mort naturelle et qu'en conséquence, le permis d'inhumer peut être délivré.

A , le 19 .

Le médecin,

CERTIFICAT A CONSERVER A LA MAIRIE.

Le médecin indiquera ci-dessous l'âge du décédé et la cause du décès, et remettra à la mairie la présente carte dûment cachetée.

Age du décédé ans.
Cause du décès

Commune de

Le maire indiquera ci-dessous si le décédé appartient à une garnison militaire ou de la marine, si le décès est survenu dans un établissement pénitentiaire, dans un asile de vieillards, hôpital, hospice, etc...

Si la personne n'était pas domiciliée dans la commune, le maire indiquera également la commune du domicile.

Le décès est survenu à

Le décédé appartenait à la commune de

Cachet de la Mairie — *Le Maire,*

Cette carte ne doit pas être décachetée par la mairie.
Elle sera jointe intacte à la statistique semestrielle du mouvement de la population.

Commentaires

Nous avons à répondre à deux objections, qui ont été formulées à l'adresse de cette réglementation.

1° Du jour où ils se trouveront en présence d'un de leurs clients qui se sera suicidé, ou aura été empoisonné par son entourage, ou sera décédé à la suite de manœuvres abortives, ou de violences, etc., les médecins traitants, obligés de fournir ce certificat d'état-civil, ne pourront pas dire que la mort est due à une cause naturelle. Par suite, le refus de signer pareil certificat constituera une véritable dénonciation du crime, alors que celui-ci est venu à la connaissance du praticien, uniquement dans l'exercice de sa fonction.

Nous pouvons répondre que, dans les grandes villes, le service médical de l'état-civil peut être assuré par des docteurs, ne faisant souvent que cette besogne administrative. Par suite, ces médecins contrôleurs ne seront jamais conduits à violer le secret professionnel.

Mais, dans les localités de moyenne, ou de petite importance, la fonction de médecin de l'état-civil n'existe pas. Chaque docteur est invité à fournir un certificat de décès pour ses propres clients, par suite, l'objection, formulée plus haut, conserve toute son importance.

Reportons-nous aux termes de l'article 77 du Code civil. Nous y lisons qu'aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état-civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès.

Il entre donc dans les fonctions du maire, ou de ses adjoints, de vérifier par eux-mêmes tous les décès, dont la déclaration est apportée à la mairie. Mais, comme ce transport n'est guère agréable aux élus communaux, on a pris l'habitude, dans les mairies de moyenne importance, de demander aux familles un certificat de leur médecin.

Pour concilier, d'une part les exigences du secret professionnel, qui lie le médecin à son client et à la famille de celui-ci et, d'autre part, les injonctions du Code civil, le maire peut, s'il ne veut pas se déranger, envoyer un employé de mairie faire cette constatation.

Alors, doit intervenir ici l'article 81 du Code civil ainsi conçu : « Lorsqu'il y aura des signes, ou indices de mort violente ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir ».

Il est donc bien évident que, contrairement à ce qui se passe pour les déclarations des naissances, le médecin ne doit intervenir, dans la déclaration des décès, que lorsqu'il est requis et commis par l'officier de police judiciaire, en cas de présomption de crime, ou de mort violente.

En pratique, dans les localités de moyenne et de petite importance, la rumeur publique dénonce les morts non naturelles. Le maire, comme l'employé de mairie qu'il déléguera, sera vite mis au courant des conditions qui font suspecter les causes de la mort. Ce sera donc suffisant pour que l'officier de l'état-civil puisse en référer au parquet et surseoir à l'inhumation.

On peut également proposer une autre solution. Dans les localités de moyenne importance, où exercent au moins deux médecins, il sera entendu que le médecin traitant n'aura jamais à certifier les décès survenus dans sa propre clientèle et que ce soin sera laissé à son confrère, puisque ce dernier ne sera pas lié par le secret professionnel, vis-à-vis de personnes auxquelles il n'a pas donné de soins.

Je sais bien qu'on soulèvera ici l'objection de mésentente locale entre praticiens. Mais, nous devons répondre que les municipalités, dont les maires et adjoints ne voudraient pas faire eux-mêmes la vérification que leur impose le Code civil, pourraient demander au syndicat médical local un mode d'organisation locale. Et sous l'égide du syndicat, les confrères se concerteraient pour effectuer ces vérifications de décès, de leur propre clientèle, pour que ne soient pas violées les injonctions de l'article 378 du Code pénal.

2° La seconde objection est la suivante : les médecins n'ont aucune confiance dans la discrétion de certains employés de la sous-préfecture ; ils craignent des fuites.

De plus, dans les petites communes ou les décès sont rares, il sera facile, en se reportant aux dates, de repérer le *de cujus* et de connaître ainsi la nature du mal qui l'a emporté.

Cette objection a également une grande valeur pratique. Aussi, personnellement, pensons-nous que les certificats énonciatifs de la cause du décès et des explications de la maladie, doivent être adressés, non à un employé quelconque qui, bien souvent n'a pas conscience parfaite de son devoir, mais au médecin directeur du bureau d'hygiène de la ville et, à son défaut, au médecin inspecteur départemental d'hygiène. Ces docteurs sont soumis aux injonctions de l'article 378 du Code civil et ne sauraient parler en aucune manière, sans relever des tribunaux répressifs.

De plus, point n'est besoin, dans ce certificat d'ordre scientifique, de déclarer le nom et le domicile du décédé, le médecin traitant saura, par ses registres et les numéros d'ordre de ses

déclarations, quelle était la personne, dont il a donné, à son confrère administratif, tous renseignements scientifiques.

Une comparaison nécessaire est à faire avec l'observation du secret professionnel en matière de déclaration des naissances. Point n'est besoin, pour le médecin, de désigner le nom ni l'adresse de la parturiente, lorsque, pour des motifs qui ne le regardent pas, il est prié de garder le secret à la jeune maman. Il devrait en être de même pour les déclarations scientifiques, concernant les causes et anamnestiques des décès, ces déclarations étant faites au médecin inspecteur d'hygiène du département.

Ce dernier aurait ainsi toutes matières pour faire un classement et établir les statistiques de morbidité et de mortalité. En cas de doute, ou s'il avait besoin d'explications complémentaires, il s'adresserait à son confrère, de qui émane la déclaration et lui demanderait des précisions sur les causes du décès de M. N. déclaré sous le numéro du carnet du dit médecin traitant.

Conclusions. — Une commission va être incessamment nommée par le ministre de l'hygiène, commission comprenant des hygiénistes, des juristes et deux représentants de l'Union des syndicats médicaux. Le but sera de déterminer dans quelles conditions seront déclarés les décès, tant pour permettre à l'officier de l'état-civil de donner ou de refuser le permis d'inhumer que pour obtenir des indications précises et scientifiques sur les causes de la mortalité.

Mais les nécessités administratives doivent être conciliables avec l'observation stricte du secret professionnel, que dans un but de maintien de la paix publique, le législateur a imposé au médecin, en faveur des familles et des individus.

En conséquence, nous serions heureux de recevoir, de nos confrères, toutes suggestions pratiques sur ce sujet.

Dr Paul Boudin.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

NÉCROLOGIE

Le Dr Paul ROUDOULY

Nous avons eu le vif regret d'annoncer, dans notre précédent numéro, la mort de Monsieur le Dr Paul Roudouly, décédé dans sa 72e année, à Caussade (Tarn-et-Garonne). Nous croyons devoir rappeler aujourd'hui qu'il fut un des plus dévoués et des plus actifs vétérans de nos œuvres professionnelles. Il était membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France, médecin honoraire de la Compagnie des Chemins de fer d'Orléans, officier de la Légion d'honneur.

Aimé et estimé de tous, le Dr Paul Roudouly était le père du Dr A. Roudouly, médecin-major à la Garde républicaine, qui, naguère encore attaché à la mission militaire en Pologne, a contribué beaucoup à développer les sentiments d'affection et de respect que les Polonais nourrissent pour la France, et le beau-père de M. le Dr J. Caillet, médecin à Caussade.

Le *Concours médical* qui comptait le Dr Paul Roudouly parmi ses amis, a l'honneur d'adresser à Madame Roudouly et à ses enfants l'expression la plus sincère de sa douloureuse sympathie.

J. Noir.

— **Dix leçons théoriques et pratiques sur le forceps.** — M. Demelin fera, à la Maternité de Paris, 119 boulevard de Port-Royal, les jeudis et dimanches, 12, 15, 19, 22, 26, 29 avril et 3, 6, 10 et 13 mai 1923, de 10 à 11 h., une série de leçons théoriques et pratiques sur le forceps.

On s'inscrit à la Maternité, auprès de M. Vignes, accoucheur des hôpitaux, tous les matins à 10 h. Prix de l'inscription pour la série de 10 leçons, 200 francs. (Nombre d'inscriptions limité).

Jeudi 21 avril. — 1° Accommodation de la tête première au bassin. Ligne centrale et trajectoires. Direction comparée des puissances expulsives et des résistances pelviennes.

Dimanche 15 avril. — 2° Le forceps et ses organes. Les quatre courbures. L'emplacement des articulations. Classification des forceps. Poids et élasticité de l'instrument. Accommodation du forceps au bassin.

Jeudi 19 avril. — 3° (Mannequin). Diagnostic préliminaire. Indications et conditions requises pour l'opération. Diagnostic de la présentation, de la position, de la variété et du mode de position. Diagnostic des contacts.

Dimanche 22 avril. — 4° La préhension. Rapports des cuillers avec la tête fœtale. Compression de la tête par les cuillers, ou par le bassin, ou par les deux à la fois.

Jeudi 26 avril. — 5° Les glissements de pression, de traction, par la tangente. La préhension doit être large et fixe. Utilité des cuillers fenêtrées.

Dimanche 29 avril. — 6° La traction. Traction sur les manches ou sur un appareil particulier ? La traction dans l'axe et la mobilité de la tête. Le centre de mobilité. La traction doit s'insérer sur une région aussi limitée que possible.

Jeudi 3 mai. — 7° (Mannequin). Applications (individuellement opérées) sur les positions directes en O pubienne et en M pubienne. Le forceps est-il un simple agent de traction ? ou un agent de direction ? Le levier d'Herbiniaux. La protection du périnée.

Dimanche 6 mai. — 8° (Mannequin) ; applications individuelles sur le sommet en oblique antérieure, OIGA et OIDA, et en oblique postérieure OIDP, OIGP ; les rotations et les attitudes de la parturiente.

Jeudi 10 mai. — 9° (Mannequin). Applications individuelles sur le sommet en OIDT et OIGT ; sur le siège mode des fesses et sur la tête dernière

Dimanche 13 mai. — 10° (Mannequin). Applications sur le sommet en S Applications au détroit supérieur normal ou un peu rétréci. Application sur la face en oblique et en transverse.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Le spécialiste, après examen des yeux, fut d'avis qu'on procédât le soir même à l'énucléation des deux yeux.

Cette opération terminée, il me servit d'anesthésiste, et j'intervins sur la main gauche : nettoyage, extraction des corps étrangers, régularisation, enlèvement d'esquilles, hémostase définitive, et réduction (autant que possible) des fractures.

Je passai ce 1er jour 5 heures autour de ce blessé, et j'en sortis à 10 heures 30 du soir.

Le lendemain, je continuai le pansement, les extractions, la régularisation des autres plaies, mais ne pouvant, à cause de l'état du blessé, me servir de l'anesthésie chloroformique, je ne pus que faire une séance de 2 heures le matin et de 3 heures l'après-midi, le blessé n'en pouvant supporter davantage et moi non plus : je sors de ce travail absolument épuisé.

J'aurai terminé demain l'extraction de tous les corps étrangers et la régularisation de toutes les plaies.

Je dois panser tous les jours jusqu'à nouvel ordre les plaies oculaires (les paupières ont du être suturées), les plaies de la face, des membres (je fais du Dakin-Carrel à la main gauche), et au corps.

Comment dois-je tarifer à l'assurance ces interventions (sauf les énucléations qui sont du domaine de l'oculiste), ces extractions en si grand nombre et à des degrés divers, et ces pansements (yeux, face, membres, corps) ?

Demain dimanche, je dois encore passer 3 à 4 heures auprès de ce blessé.

Vous voudrez bien excuser, mon cher confrère, l'étendue de cette épitre, et le temps que je vous fais passer à la lire et à y répondre, si vous le voulez bien, mais je ne vois que vous qui puissiez me tirer d'embarras, avec tous mes remerciements.

Dr F.

Réponse.

Il est impossible de découper dans le tarif la tarification d'une telle multiplicité de lésions qui chevauchent les unes sur les autres en une même intervention. Il ne peut y avoir lieu, en l'espèce, qu'à une tarification générale, à *l'amiable*, après toutes explications détaillées données à l'assurance. Il m'apparaît qu'on pourrait la faire sur les bases suivantes :

1° Le premier jour : il avait été entendu à la Commission du tarif Breton que le prix maximum des grosses interventions serait 600 fr. Ex. : laparotomie avec intervention, néphrotomie, trépanation avec ouverture de la dure-mère, laryngectomie, et..... Or, avec votre énucléation des deux yeux, vos si multiples interventions pour extractions de corps étrangers, régularisation, sutures, etc..., il me semble qu'on ne saurait allouer moins de ce maximum de 600 fr., plus 50 fr. pour l'aide, soit 650 fr. à vous répartir à l'amiable entre l'oculiste et vous-même qui furent tantôt opérateurs, tantôt aides d'après vos explications.

2° Les jours suivants : pour les pansements consécutifs, je demanderais dans les premiers jours, 75 fr. par séance, par analogie avec « grande brûlure des deux membres (art. 28) », puis 50 fr. dans la suite, puis 30 fr., etc.... « suivant les progrès de la cicatrisation » comme il est dit, à propos des brûlures, dans les avis insérés à l'arr. minist. du 28 juin 1921.

3° Naturellement à ajouter à ces prix, pour le 1er jour, les déplacements, et de l'oculiste et de vous-même, plus chaque déplacement pour les pansements consécutifs, plus le prix du certificat descriptif.

Dr F. DECOURT.

III

Cumul

Membre du « Sou médical », je viens solliciter vos lumières pour une question d'application du tarif Breton.

J'ai eu à consulter et à panser un accidenté du travail qui avait une plaie à une main, pour laquelle j'ai cru devoir faire une injection de sérum antitétanique.

Sur ma note d'honoraires médicaux, j'ai tarifé mes soins comme il suit :

Certificat initial	5 fr.
Consultation et pansements (en 2e catégorie)	7 fr.
Injection de sérum antitétanique	15 fr.

Or, l'assurance me conteste le droit de cumul de la consultation et de l'injection de sérum antitétanique, se basant sur l'article 13 du tarif Breton qui défend le cumul de la visite avec un acte opératoire quelqconque.

Autrement dit : l'injection de sérum antitétanique est-elle considérée comme un acte opératoire ou d'un usage de pratique médicale courante ?

Dr C.

Réponse.

Relisez l'art. 13, 2e paragr. : « Chaque *intervention* est tarifée à part, sans adjonction d'un prix de visite ». Que ce soit une intervention de pratique médicale courante ou de grande chirurgie, il en est de même. La Compagnie est donc dans son droit.

Dr F. DECOURT.

Application du Tarif Maginot

Injections sous-cutanées

Je soigne actuellement un réformé de guerre à 100 % pour bacillose pulmonaire.

Ce malade me demande de lui faire des injections de colloïdogénine du Dr Bayle.

Puis-je me faire payer au titre de l'article 64 de la loi des pensions, et compter pour cela : injection sous-cutanée de sérum antitoxique, soit 20 francs ?

Dois-je de plus prévenir la préfecture que je fais plusieurs interventions à tarif spécial ?

Dr F.

Réponse.

Les injections sous-cutanées sont *comprises* dans le prix de la visite ou consultation (art. 60). Exception est faite pour les injections de sérum antitoxique, c'est-à-dire d'ordinaire de sérum antitétanique ou antidiphtérique... Si les injections sous-cutanées de toute solution des docteurs X, Y, Z, pouvaient entrer dans cette « exception », il pourrait en être de même, pour *toute* injection sous-cutanée, et ce qui est dit à l'art. 60 n'aurait plus aucun sens.

Dr F. Decourt.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de Direction de Bureau d'Hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les pers nnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Lons-Saunier.

Le traitement alloué est fixé à 3.600 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la présente publication pour adresser au ministère de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publique : 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans les services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du Conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 21 mars 1923.)

Réponses des ministres aux questions des Parlementaires

Significations des jugements des tribunaux des pensions

16603. — M. Delory, député, expose à M. le Ministre de la Justice qu'en exécution de l'article 41 de la loi du 13 mars 1919 sur les pensions militaires, toute décision contradictoire doit être notifiée par exploit d'huissier à la partie adverse et demande : 1° si, lorsque la partie gagnante est une victime de guerre, c'est à cette dernière qu'incombe le soin de la signification du jugement ; 2° dans le cas de l'affirmative, dans quelles conditions l'intéressé peut se procurer au greffe du tribunal des pensions l'expédition du jugement à signifier et si le coût de cette expédition est à sa charge ; 3° par qui est payé l'huissier qui fera la signification et si un huissier peut se refuser à effectuer cette signification. (*Question du* 6 *février* 1923.)

Réponse. — 1° Lorsque la partie qui a obtenu du tribunal des pensions une décision qui lui est favorable est une victime de guerre, c'est à elle qu'il appartient de faire signifier le jugement ; 2° pour faire opérer cette signification, elle doit préalablement se faire délivrer une expédition du jugement. Si elle a procédé avec le bénéfice de l'assistance judiciaire, elle n'a aucun frais à supporter. Dans le cas contraire, le coût de l'expédition, soit 1 fr. 05 par rôle, est à sa charge. Les jugements en matière de pension étant très courts, les frais sont généralement peu élevés. Presque toujours, d'ailleurs, les parties bénéficient de l'assistance judiciaire ; 3° si la signification est faite à la requête d'une partie qui a obtenu l'assistance judiciaire, elle est effectuée gratuitement par l'huissier régulièrement commis à cet effet par le syndic de sa compagnie. Dans le cas contraire, celui qui requiert la signification doit en payer le coût. L'huissier ne peut se refuser à l'effectuer, mais il est fondé à réclamer une consignation préalable.

(*J. O.*, 8 mars 1923.)

Définition des pièces détachées d'automobiles non soumises à la taxe de luxe de 10 0/0

5618. — M. Trystram, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances ce que l'on doit entendre par « pièces détachées destinées aux réparations d'automobiles, non soumises à l'impôt majoré de 10 p. 100 sur le chiffre d'affaires (décret du 26 juin 1920, tableau A) » et s'il en est ainsi, notamment des pièces entières telles que phares, compteurs, destinés à remplacer des pièces de même nature, vendues avec la voiture et soumises, lors de cette vente, à la taxe de luxe ou

fournis après la livraison de la voiture. (*Question du 12 février* 1923.)

Réponse. — Les pièces détachées, exclusivement destinées aux réparations, visées au tableau A, du décret du 26 juin 1920, sont celles qui sont nécessaires pour assurer la bonne marche, le bon état d'entretien et l'utilisation réglementaire d'une voiture automobile.

Il en est, notamment, ainsi des phares simples, dépourvus de tout ornement, et des compteurs de vitesse.

La vente de ces pièces, en même temps que la voiture automobile, servant au transport des personnes à laquelle elles sont destinées ne peut, au point de vue fiscal, être traitée différemment de celle de la voiture avec laquelle elles forment un tout ; l'ensemble du prix stipulé pour ce tout est soumis à la taxe de 10 p. 100, dès lors qu'on se trouve en présence d'une vente à la consommation. Par contre, la vente isolée des pièces dont il s'agit ne supporte l'impôt qu'au taux de 1,10 p. 100. (*J. O.*, 21 mars 1923).

Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de Saône-et-Loire.

Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin de dispensaires de l'Office d'hygiène sociale de Saône-et-Loire aura lieu à Paris le 16 avril 1923.

Les candidats doivent être Français, pourvus du diplôme de docteur en médecine français.

La demande doit être adressée au Secrétariat du Comité National de Défense contre la tuberculose : 66 *bis*, rue N.-D.-des-Champs, Paris, 6e, accompagné des pièces suivantes :

1° Acte de naissance ;

2° Extrait du casier judiciaire (bulletin n° 2 ayant moins de trois ans de date) ;

3° Un certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

4° Exposé des titres : titres universitaires, titres scientifiques, fonctions occupées, cours de perfectionnement, services publics, stages dans les dispensaires, services hospitaliers de tuberculeux, sanatoriums ;

5° L'engagement, en cas de nomination :

a) De renoncer à faire de la clientèle. Toutefois, le médecin pourra aller en consultation sur la demande d'un de ses confrères ;

b) De se consacrer uniquement à ses fonctions et de ne prétendre, par conséquent, à aucune fonction ou mandat publics ou électifs ;

c) De ne pas s'installer dans le département de Saône-et-Loire, en cas de cessation de fonctions, pendant une période de cinq ans à dater de cette cessation ;

d) De faire chaque jour, dimanches et fêtes ex-

THERMOMÈTRES MÉDICAUX

(Contrôlés par le Laboratoire des Arts et Métiers)

Nouveaux Prix

En étui carton, la pièce : **4** fr. — En étui nickel, la pièce : **4** fr. **50**

SERINGUES hypodermiques en cristal 1er choix :

	1 cc	2 cc	3 cc.	5 cc.	10 cc.	20 cc.
Nues avec chaîne............	2 fr. 50	2 fr. 50	3 fr. 50	4 fr. 50	6 fr.	7 fr. 50
Complètes en boîtes métal avec deux aiguilles acier........	3 fr. 75	3 fr. 75	6 fr.	9 fr.	10 fr. 50	14 fr. 50

Aiguilles nickel 0 fr. 75 pièce. Aiguilles acier : 0 fr. 35 pièce.

CES PRIX S'ENTENDENT FRANCO

(demander le tarif général des seringues hypodermiques)

COMPTOIR DE THERMOMÉTRIE, 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS-X

Compte Chèques postaux 382-66, *PARIS* — *Téléphone* : Nord 77-88

BRIDES LES BAINS (SAVOIE)

Insuffisance fonctionnelle hépatique. Hypertension portale

SALINS-MOUTIERS (SAVOIE)

Anémie-Lymphatisme. Séquelle des affections pelviennes

Cure associée de BRIDES-SALINS

La Cure des déficiences endocriniennes. -- L'OBÉSITÉ

Blédine

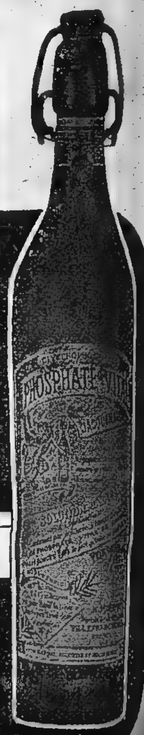
JACQUEMAIRE

Farine délicieuse
Prépare et facilite
le Sevrage

Glycérophosphates originaux

Phosphate vital

de Jacquemaire



Solution gazeuse (de chaux, de soude, ou de fer)
2 à 4 cuill. à soupe par jour, dans la boisson

Granulé (de chaux, de soude, de fer, ou composé)
2 à 4 cuill. à café par jour, dans la boisson

Injectable (de chaux, de soude, de fer,
1 à 2 injections par jour

ECHANTILLONS : Établissements JACQUEMAIRE - Villefranche (Rhône)

Tuberculose = Anémie = Surmenage
Débilité = Neurasthénie = Convalescences

ceptés, les consultations qui lui seront attribuées aux dispensaires de Châlon, Mâcon et Louhans.

L'Office départemental, en cas de faute grave, d'ordre professionnel ou moral, ou de non exécution, de l'engagement sus-indiqué, se réserve le droit d'annuler le contrat qui le lie avec le titulaire, après avis de la Commission exécutive qui l'aura entendu.

En cas d'annulation de ce contrat, le titulaire touchera une indemnité équivalente à trois mois de traitement à partir de la date de la cessation de fonctions fixée par l'Office départemental.

D'autre part, si le titulaire déclare vouloir cesser ses fonctions, il devra prévenir le président de l'Office départemental trois mois au moins à l'avance.

En cas de cessation brusque, il sera obligé de verser à l'Office départemental une indemnité équivalente à trois mois de traitement.

Les dossiers des candidats seront examinés et classés par le Comité national et présentés par lui à l'Office départemental de Saône-et-Loire, dont la Commission exécutive, après avoir au besoin entendu les candidats, désignera le médecin qu'il aura choisi.

Le traitement annuel est :

18.000 fr. pour chacune des deux premières années ;

20.000 fr. pour chacune des deux années suivantes ;

22.000 fr. à partir de la cinquième année.

Une indemnité de 1.000 fr. par an est accordée pour chaque enfant âgé de moins de dix-huit ans.

Les frais de déplacement nécessités par les fonctions de médecin de l'Office seront remboursés mensuellement.

Le titulaire résidera à Chalon-sur-Saône.

Bureau du S. M. d'Hyères et canton
(13 mars 1923)

Président sortant (honoraire) : Dr VALMYRE.
Président : Dr LA BONNARDIERE.
Vice-président : Dr JAUBERT.
Trésorier : Dr Henri GUIOL.
Secrétaire : Dr LAUGIER (de La Londe).
Secrétaire-adjoint : Dr CASABIANCA.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'épistaxis

Le sujet n'est pas nouveau, je le sais aussi bien, sinon mieux que beaucoup.

Il est heureux que cette *nasorrhagie* — permettez-moi l'impertinence de ce néologisme — se produise, rarement, chez les hémophiles : elle les viderait bien plus vite qu'une petite ma-

lade, à la fois tuberculeuse et hémophile, que j'ai vue, il y a quelque vingt ans, succomber, sous mes yeux, dans une officine où j'avais été appelé, d'urgence, à lui donner mes soins.

Donc, on vient vous voir, ou l'on vous appelle, pour une *épistaxis*.

Qu'allez-vous faire ?

Moi, j'agis comme Kraus, en modifiant, toutefois, sa thérapeutique qui est déjà vieille.

Je presse, vigoureusement, le nez du patient, pendant 15, 20, 30 minutes. Mais, comme j'ai de vieux doigts, je les remplace par une pince à phimosis sous laquelle je place une mince couche, un soupçon de matelas, de coton hydrophile. Au bout d'une demi-heure, je desserre la pince et je regarde.

Cela saigne ou cela ne saigne plus : dilemme !

Si ça saigne — pour écrire comme Bruand — j'ai recours à « *la bande d'Esmarch* » de mon compatriote et condisciple Lermoyez, le rhinologue que tous connaissent, je veux dire à l'*adrénaline* et alors, j'introduis, gros comme un haricot, de *coton hydrophile chirurgical* imbibé de la solution suivante, dans la ou les narines :

Solution d'adrénaline Takamine (solution au millième)	sol. 1 gr.
Stovaïne, ou mieux, novocaïne..	0,20 cent.

Kraus prescrivait la cocaïne : je lui préfère ou la stovaïne ou la novocaïne.

Après cette application du tampon, sous pression légère, la muqueuse nasale est devenue pâle, exsangue.

On enlève le tampon, quitte à le remettre si cela saigne encore, après 5 ou 10 minutes d'attente.

Dès que l'on peut voir, l'on se rend compte qu'une lésion, très localisée de la muqueuse, existe.

Cette lésion, petite blessure ou plaie artérielle, est cautérisée avec un « *tampon Arva* » imprégné soit d'acide trichloracétique d'azotique pur, soit, enfin, d'acide chromique à 1/10, voire à la dose du Codex.

Quant au tamponnement, s'il est jugé indispensable, à cause de la gravité du cas, confiez-le, croyez m'en, aux chirurgiens : le médecin de médecine générale, par ces temps de conflits entre soignés et soignants, peut risquer gros jeu à l'effectuer, surtout s'il s'agissait parfois, à son insu, de cirrhotiques, d'albuminuriques, de syphilitiques, de diabétiques — surtout — d'hémophiles ou de tarés, de toutes catégories, qui pourraient, pour ce que le *vulgum pecus* appelle, simplement, *un saignement de nez*, créer un tas d'ennuis aux braves gens que nous sommes, qu'on taxerait — parce qu'une issue fatale, cela s'est vu, se produit — d'incapacité, d'ignorance, sinon plus ! Et auxquels, naturellement, on réclamerait des dommages en conséquence.

Dr Galand (de Cambrai).

JURISPRUDENCE

Contrats médicaux. — Brusque renvoi. — Droit à une indemnité

TRIBUNAL CIVIL DE MARSEILLE

(11 *décembre* 1922.)

Attendu que le docteur V., par citation en date du 15 juin 1922, demande que les Etablissements V. soient condamnés à lui payer la somme de cinq mille francs à titre d'indemnité pour indu congé.

Attendu que, suivant accords verbaux non déniés, le docteur V. avait été chargé par les Etablissements V. moyennant une rémunération de quatre mille francs par an, d'examiner et soigner dans une clinique lui appartenant, ou mise à sa disposition par un tiers, les ouvriers de cette société victimes d'accidents du travail ;

Attendu que pour la solution du litige, il importe tout d'abord de rechercher quelle était la nature de l'engagement qui liait les parties ;

Attendu que la modalité du payement de quatre mille francs par an, quel que fût le nombre des malades examinés ou soignés, exclut la notion du mandat, la caractéristique du mandat étant son intermittence et son renouvellement après chaque accident et le payement des honoraires dus après exécution ;

Attendu que les conditions qui avaient été convenues présentent plutôt les caractères du louage de service, le payement des honoraires prévus pour l'année étant un engagement ferme, même au cas où aucun accidenté ou malade n'aurait été présenté ;

Que l'examen des accidentés ou le soin des malades avaient pour objet de fixer une responsabilité industrielle ou commerciale et que, dès lors, c'est à bon droit que le docteur V. se considérait, en l'état des obligations qu'il avait envers les Etablissements V. comme attaché au personnel de cette Société ;

Attendu cependant qu'il ne saurait être considéré comme ayant été un collaborateur d'un grade équivalent à celui du Directeur ou même d'un chef de service, dont la collaboration aurait été susceptible d'exercer une influence quelconque sur les résultats commerciaux et industriels ;

Mais qu'il ne saurait non plus être assimilé à un simple employé congédiable avec un préavis d'un mois ;

Attendu que le docteur V. avait et a encore une clientèle qui ne saurait être influencée à son désavantage du fait qu'il a été congédié ;

Attendu que le brusque congédiement, dont il se plaint, bien qu'il n'ait pas atteint l'intéressé dans sa juste réputation, lui a cependant occasionné un préjudice certain, en ce qu'il a laissé en

pure perte à la charge de celui-ci les frais et les dépenses d'une clinique qu'il avait spécialement organisée en vue des fonctions qu'il accomplissait ;

Qu'en lui allouant de ce chef une indemnité de deux mille francs, le Tribunal estime que cette indemnité constitue une réparation suffisante ;

Par ces motifs :

Le Tribunal condamne les Etablissements V., à payer au docteur V., pour toute indemnité la somme de deux mille francs avec intérêts de droit et dépens.

Commentaires.

Dans le *Concours médical*, 1922, page 2212, nous avions publié un jugement du tribunal civil de la Seine, du 29 novembre 1921 et, récapitulant la jurisprudence, nous disions que celle-ci s'orientait nettement vers la conception du contrat de louage de service, pour abandonner l'ancienne théorie du mandat, lorsqu'il s'agit de rapports entre docteur et patron quelconque, ayant conclu ensemble un contrat pour donner des soins aux ouvriers, moyennant une annuité.

Dans la jurisprudence que nous avions relatée, nous indiquions un jugement du tribunal de commerce de Marseille, du 25 janvier 1900, qui décidait que ne saurait être assimilé à un employé, un médecin rétribué mensuellement par une compagnie de navigation, non pour être embarqué à bord de l'un de ses navires, mais pour être médecin sédentaire de son personnel au port d'attache, où il peut exercer, en outre, sa profession auprès d'une autre clientèle. Le tribunal refusait, en conséquence au médecin, toute indemnité pour renvoi de la part de la compagnie de navigation.

Par le jugement, dont nous donnons plus haut le texte, nous constatons le revirement du Tribunal de Marseille, qui admet actuellement l'existence d'un véritable contrat de louage de service, en ce qui concerne les tractations d'un médecin avec ses employeurs.

Aussi, ne saurions-nous trop recommander à nos confrères, qui pourraient se laisser séduire par le mirage des traitements fixes, de méditer les attendus du jugement ci-dessus, assimilant le médecin à un employé, non pas ordinaire, mais employé tout de même. Ceux qui estiment que notre profession est dite libérale, qu'elle doit s'exercer sans aucune contrainte, ni directive patronale, comprendront pourquoi les syndicats médicaux ont toujours lutté pour que partout, soit appliqué le service médical d'après le libre choix par le malade et le tarif à la visite.

Dr Paul Boudin.

Quarante-cinquième année; N° 15 15 Avril 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical » de MM. les docteur Brasse, de Rouen, et Buisson, de Châtillon-sur-Indre (Indre), la somme de vingt francs, pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres. »

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux du* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 181. — Cherche occas. très sérieuse cycle-car ou 5HP Citroën à un prix très avantageux. Envoyer prix renseignem. complets et si possible photo à M. J. Logeais, 30, rue de Chaillot, XVIe. Interm. s'abstenir.

Nº 182. — Vente cause double emploi cond. intér. 8/10 HP moteur Ballot 1920, double éclair. élect. bouteille Magond. avec phare de secours. Tous access. Mécanisme entièrem. revu, parfait état de marche, 8.000 fr.

Nº 183. — Poules Leghorns, Bracklels, Campines Bresses, Minorques, races pures sélectionn. pour ponte, 25 fr. pièce. Coucous Malines, 30 fr. Œufs à couver de ces races, 20 fr. la douz. Dès mai-juin, grand choix belles poulettes Bresses noires reines des pondeuses depuis 16 fr. pièce. Nombreux prix Paris et province 1922-23. Dr Ruyssen, Haubourdin (Nord).

Nº 184. — Excell. Torpedo Renault 12/16 HP éclair. et démarr.; mécanisme et carross. en parfait état 6 pl. 5 roues, 2 phares, coffre, amortiss. Hartford. 15.200. Delcroix 14, av. Pierre-de-Serbie. Tél. : Passy 42-42.

Nº 185. — A vendre d'occasion. Tandem marque Claveland, 4 vitesses, roue libre. Dr F., 18, avenue Carnot, de 19 h. à 20 h. seulement.

Nº 186. — A céder pour 850 fr. voiture Dupont neuve achetée 1.200 fr. en décembre dernier, cannée, gros caoutchouc creux Ducasble.

Nº 187. — A céder de suite dans chef-lieu de canton du Centre, clientèle de 35.000 à 40.000 fr. touchés Très sérieux. Le titulaire présentera longuement son succes.

Nº 188. — A vend. voiturette Clément Bayard 7 HP, torpedo 2 pl. moteur remis neuf, 4 pneus neufs. Prix intéress. Dr Rançon, à Samer (Pas-de-Calais).

Nº 189. — Très pressé, à vendre cause départ auto neuve, Ford, roulé 7.000 kil. démarr. éclair. électr. 10.000 fr. Side-car Harleg-Davidson, pare-brise, capote, etc., vérit. occasion 3.900.

Nº 190. — Underwood à vendre bonne occasion. Decoly, 33, faubourg Montmartre.

Nº 191. — On demande représentant visitant déjà corps médical France Colonies pour placement d'appareil universel de mécanothérapie. Ecr. M. Albert, 20, avenue Sécrétan, Paris.

Nº 192. — A céder banlieue immédiate bon poste en bonne progression. Rapport 31.000, fixes 4.200 fr. Petite habitation. Grandes facilités payement, petit comptant. S'adr. Breitel et Gorel, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Nº 193. — A céder dans le Centre près grande ville, poste seul médecin pro-pharmac. rapport 30.000 fr. susceptib. développ. ou demi-repos. Bons tarifs. Maison neuve, long bail. S'adr. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris, 5e.

Nº 194. — A vend. au sevrage chiots Setter Laverack. Belle origine, pédigrée.

Insuffisance cardiaque. — Toutes ses formes, même les plus rebelles, sont heureusement influencées par la « **Digibaïne** » (Assoc. Digitaline-Ouabaïne). Comm. Soc. méd. hôp. Paris, 26 janvier 1923, Laboratoires Deglaude, 6, rue d'Assas, Paris, 6e.

FAITS CLINIQUES

Réduction de la gibbosité du mal de Pott

A la séance du 7 mars 1923, M. le docteur Veau, chirurgien des hôpitaux, a présenté à la Société de Chirurgie un appareil de redressement des gibbosités pottiques, au nom du Dr Guillemin.

Le Dr Guillemin, chirurgien de l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu, à Paris, depuis plus de 20 ans, traite chaque année plus de 400 enfants malades et la majorité de ces enfants malades sont atteints de lésions osseuses.

Or, le mal de Pott, malgré le corset plâtré, laisse le plus souvent des séquelles désastreuses au point de vue esthétique et statique.

Il avait donc utilisé la compression au moyen de feutres et de tampons d'ouate appliqués dans la fenêtre par une bande enroulée sur le corset. Mais le tampon se tasse, la bande se relâche et la gibbosité s'accentue.

Il avait essayé des lamelles de bois (abaisse-langue en bois), semi-flexibles introduites sous le rebord de la fenêtre, qui agissent à la manière d'un ressort sur le tampon.

Mais ces lamelles sautent, la compression trop rigide amène des irritations et même des ulcérations de la peau.

C'est alors qu'il utilisa l'appareil présenté à la Société de Chirurgie par M. le docteur Veau.

Il consiste essentiellement en deux lames d'acier reliées par une vis manœuvrée du dehors.

La première lame s'applique sur la gibbosité par l'intermédiaire de gros tampons.

La deuxième lame s'applique sur le plâtre sur lequel elle prend appui.

La vis applique d'abord la première lame, puis l'appuie plus ou moins fortement avec la précision et la force mathématiquement demandées.

Depuis 10 ans que le Dr Guillemin emploie ce procédé de contention et de redressement, il n'a jamais eu à déplorer la moindre irritation de la peau ; le menton qui s'élève progressivement au-dessus du col de l'appareil, la marche plus aisée, les mensurations prises avant et après, indiquent toute la valeur de ce petit appareil appelé à rendre les plus grands services.

Il est possible encore d'utiliser le redresseur avec un appareil en cuir moulé ; les résultats sont peut-être moins précis, mais il faut tenir compte de l'aversion des familles pour le plâtre.

CORRESPONDANCE

A propos du maïs

Je réponds à la question du Dr Bettremieux :

Mon maître, mon ami, Monsieur le professeur Lambling, — dont l'immense science n'a d'égale qu'une inconcevable modestie — parlant du maïs en a vanté les propriétés analeptiques.

Elles sont réelles et indiscutables et j'ai connu, pendant la guerre, des gens qui se trouvaient très bien du pain à base de farine de maïs FRAIS *fraîchement* moulue.

Retenez ceci : fraîchement moulue.

Et quand notre vieux confrère, le Dr Veillard, — ou plutôt votre vieux — car j'ai son âge —, parle des méfaits du maïs, et de la *pellagre* et autres éruptions érythémateuses qu'elle provoque, il a, j'en suis convaincu, en vue de condamner l'emploi du maïs *vieux*, en voie de *fermentation*, ou touché par *certains parasites*, champignons, comme par exemple, le *mycélium*, du *claviceps purpura* qui détermine l'*ergot* chez le seigle.

Ceci dit, je vous déclare qu'ayant lu très attentivement « *les maladies par carence* » de mon confrère Raoul Lecoq, ancien interne des hôpitaux de Paris, je préfère, à tous, le pain de blé et surtout le pain complet.

Dr GALAND.

Le pouvoir bactéricide de l'alcool.

Pourriez-vous me dire ce qu'il faut penser de cette assertion cueillie ces jours derniers dans une petite revue, que : « c'est à 70° que l'alcool est le plus bactéricide ; à 60° ou 80° il l'est 20 fois moins ; l'alcool absolu ne l'est plus du tout ».

Dr B.

Réponse.

Voici la réponse qu'a eu l'extrême obligeance de nous faire parvenir M. le Dr Marchoux, de l'Institut Pasteur, à qui nous avons communiqué la lettre ci-dessus, et dont nous le remercions bien vivement :

L'information qui vous est signalée est exacte. Il y a maintenant un certain nombre de travaux parmi lesquels ceux de Schumburg, Frey, Tijmstra, etc., qui établissent la supérorité de l'alcool à 65-70°, au point de vue de l'action bactéricide. Ceci se comprend par le fait que l'alcool à 70° mouille et ne coagule pas les substances albuminoïdes. L'alcool fort ne pénètre pas au-delà de la couche coagulée, l'alcool à 60° est faible. A 30°, l'alcool empêche les germes de pousser, mais n'en détruit qu'un petit nombre.

L'alcool absolu est sans action sur les matières sèches : il recouvre son activité quand il est versé sur des substances contenant de l'eau parce

qu'il se fait, grâce à cette dilution, un mélange pénétrant.

Dr Marchoux,
de l'Institut Pasteur.

La pension des enfants des sociétaires de la Mutualité Familiale

Puisque vous ouvrez vos rangs à nos fils, je vous prie de vouloir bien inscrire le mien et de m'envoyer un dossier.

De quels renseignements avez-vous besoin ? Quelles sont les cotisations à payer ? que me conseillez-vous, la pension à 60 ou à 65 ans ? Mon fils a 24 ans.

C'est une excellente idée que vous avez eue, elle complète heureusement la Mutualité familiale.

Dr L., à T. (A.).

Réponse.

Il vous suffit de m'envoyer une feuille d'adhésion avec un bulletin de naissance de votre fils.

Cette dernière pièce est, pour les sociétés de secours mutuels, délivrée gratuitement par la mairie. Il m'est bien difficile de vous conseiller quant à l'âge à choisir : vous seul pouvez agir en connaissance de cause.

Pour la pension à 60 ans (combinaison P) la cotisation à 24 ans est simple, de 10 fr. 50 et, contre-assurée, de 12 fr. 50 par part de 120 fr. de pension — maximum 20 parts.

C'est-à-dire qu'une pension de 1.200 fr. coûtera 105 ou 125 francs par an selon les cas. La pension de 2.400 fr. coûterait le double naturellement.

Pour la pension à 65 ans (combinaison R) la cotisation serait respectivement de 57 ou de 70 francs. 2.400 francs de pension pour 114 fr. par an, ce n'est certes pas cher !

Nous serons heureux, à la prochaine réunion du Conseil, de souhaiter la bienvenue parmi nous à nos jeunes et nouveaux camarades, les fils de nos vieux sociétaires.

Mais nous serions heureux aussi d'avoir l'impression de ces derniers sur l'amélioration que nous croyons avoir apportée à l'organisation de la Mutualité familiale.

H. Mignon.

Impôt général sur le revenu. Propriétés foncières

Pour déterminer le revenu net des propriétés foncières passibles de l'impôt général sur le revenu, le contribuable aura choix entre deux modalités : détermination d'après le revenu forfaitaire ou d'après le revenu effectivement réalisé.

Détermination du revenu net imposable d'après le revenu forfaitaire. — Dans le but d'établir une concordance entre le système d'impôt cédulaire et celui de l'impôt général et afin de faciliter au contribuable l'établissement de sa déclaration, l'art. 50 de la loi du 31 juillet 1917 lui donne la faculté d'évaluer le revenu net des propriétés foncières d'après les règles fixées pour l'impôt cédulaire, c'est-à-dire d'après le revenu net tel qu'il figure sur l'impôt foncier.

Le revenu net imposable des propriétés foncières n'est autre que la valeur locative réelle, telle qu'elle résulte de la révision périodique, diminuée de 25 % pour les maisons, de 40 % pour les usines et de 20 % pour les propriétés non bâties.

Du fait même que cette évaluation est forfaitaire et qu'il a été défalqué un tant pour cent de la valeur locative pour l'obtention du revenu net, l'assujetti ne saurait opérer de nouvelles déductions et en particulier celle de l'impôt foncier.

Détermination du revenu net imposable d'après le revenu net effectivement réalisé. — La déclaration porte alors sur les recettes effectivement encaissées, déductions faites des frais ayant grevé les propriétés.

Ces différentes déductions sont :

Les frais de gestion, les frais d'assurances, frais d'entretien, amortissement du capital (immeubles bâtis), etc., et impôts portant sur les propriétés.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Passage dans l'auxiliaire.

J'ai recours à votre obligeance pour me fournir le renseignement suivant :

En cas de mobilisation, je dois rejoindre la section d'infirmiers militaires stationnée au camp de X.

Or, au conseil de revision, les médecins militaires malgré mes protestations poliment indignées m'avaient mis dans le service auxiliaire à cause d'une alopécie dont je reste atteint d'ailleurs. La guerre arrive. Un général entouré du corps médical me fait passer dans l'active de sa propre autorité ! J'ai fait toute la guerre, tour à tour combattant!, brancardier, infirmier, médecin auxiliaire. C'est comme médecin auxiliaire que j'ai terminé la guerre à Verdun, jusqu'à l'armistice.

Maintenant, je me souviens avec plaisir de mon ancienne qualité de soldat mis malgré lui dans le service auxiliaire.

De plus, je suis atteint d'un varicocèle double douloureux. Bref, je voudrais bien sinon être réformé, ce que je crois difficile, impossible peut-être, mais repasser dans l'auxiliaire.

Je vous serais très obligé de vouloir bien m'en enseigner les moyens.

Dr X.

Réponse.

Adressez, au commandant du bureau de recrutement dont vous dépendez, une demande de passer pour aptitude physique devant une Commission de réforme.

Nul doute que celle-ci donne satisfaction à votre requête parfaitement justifiée !

G. F.

Exercice de la propharmacie.

Soyez donc assez aimable pour me répondre aussitôt que possible et me tirer d'embarras.

Je suis médecin propharmacien, j'ai des clients d'une localité voisine qui est à 4 km. d'un pharmacien, puis-je néanmoins leur fournir les médicaments s'ils me le demandent ?

Dr C.

Réponse.

Médecin propharmacien, c'est-à-dire exerçant dans une localité où n'existe aucune officine de pharmacie ouverte, vous avez parfaitement le droit de porter des médicaments à vos clients dans une localité voisine d'une officine ouverte, comme de délivrer des médicaments aux clients qui habitent cette localité lorsqu'ils viennent vous consulter en votre cabinet.

Mais la question de savoir si vous avez le droit de porter des médicaments, dans la localité même où existe l'officine de pharmacie ouverte, aux clients qui vous y appelleraient, est controversée, et nous vous conseillons de vous abstenir, en pareille occurrence.

Cependant, même aux clients habitant la même localité que le pharmacien, vous auriez le droit de délivrer des médicaments, dans le cas où ils viendraient vous consulter en votre cabinet.

Rachat de rente d'un blessé du travail.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me renseigner au sujet du rachat de la rente d'une victime du travail.

Il s'agit d'un homme âgé de 28 ans, au service d'un charpentier, ayant fait une chute d'un toit de 7 mètres de hauteur et qui a eu une fracture du calcanéum du pied gauche et quelques contusions ; ces blessures ont entraîné une longue incapacité de travail, 4 mois environ, et une réduction de capacité fonctionnelle de 15 p. 100 pour laquelle la compagnie d'assurances lui alloue une rente de 295 fr. (la compagnie lui comptant seulement 10 mois de

travail chez le charpentier, les 2 autres mois étant occupés ailleurs). L'accidenté gagnait 13 fr. par jour, il est père de famille et a 3 enfants. A quel capital aurait donc droit mon client *âgé de* 28 *ans*, père *de* 3 *enfants* à qui la compagnie d'assurances a *accordé* 295 *fr.* de rente. La retenue de 2 mois est-elle légale?

Dr C.

Réponse.

La rente d'un blessé du travail ne peut être remplacée par le payement d'un capital, c'est-à-dire rachetée, que si elle n'est pas supérieure à 100 francs. Celle de 295 fr. allouée au blessé qui vous intéresse ne peut donc être rachetée.

Cependant lors du règlement définitif de la rente, et lorsque le délai de révision, qui est de trois ans, est expiré, la victime peut demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de la rente lui soit attribué en espèces.

Elle peut aussi demander que ce capital, ou ce capital réduit du quart au plus, serve à constituer sur sa tête une rente viagère, réversible, pour moitié au plus, sur la tête de son conjoint.

C'est le tribunal civil qui doit statuer en chambre du conseil sur ces demandes, dans les deux derniers cas.

En ce qui concerne le calcul du salaire pour les ouvriers occupés dans l'entreprise pendant moins de douze mois avant l'accident, il doit s'entendre de la rémunération effective, qu'ils ont reçue depuis leur entrée dans l'entreprise, augmentée de la rémunération qu'ils auraient dû recevoir pendant la période de travail nécessaire pour compléter les douze mois, d'après la rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie pendant ladite période. Le salaire de base de l'ouvrier aurait donc dû être complété suivant cette règle, fixée par l'article 10 de la loi accidents.

Revision d'accident du travail.

Il y a environ 6 mois, j'ai soigné une accidentée du travail qui avait une piqûre septique de la 3e phalange de l'index. Cette accidentée a présenté un panaris consécutif que j'ai ouvert, à la 1re phalange.

La guérison a été obtenue dans les délais réglementaires.

Aujourd'hui, cette jeune fille est venue pour un autre accident à un autre doigt. Elle me fait remarquer que, depuis son accident antérieur, elle n'a jamais pu fléchir la 3e phalange de l'index. Elle peut la fléchir passivement avec l'autre main, mais non volontairement.

Est-il encore temps de réclamer pour lui faire avoir une petite pension?

Dr A.

Réponse.

La demande en revision fondée sur une aggra-

vation de l'infirmité de la victime d'un accident du travail est ouverte pendant trois ans, à compter de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière s'il n'y a point eu attribution de rente.

Votre cliente peut donc demander la revision et l'attribution d'une petite rente, en saisissant le président du tribunal civil du lieu de l'accident, par voie de simple déclaration au greffe.

Mais les soins que vous auriez à lui donner resteraient à sa charge et ne pourraient être mis à la charge du patron. De même, elle n'aurait pas droit à l'indemnité temporaire, le cas échéant.

Application du Tarif Maginot

Les médecins doivent-ils payer les imprimés nécessaires à l'application de l'article 64

Permettez-moi de vous signaler les faits suivants :

Les médecins du département de la Haute-Garonne, en recevant le mandat de payement pour soins donnés aux mutilés pendant le 2e semestre 1922, ont trouvé dans le même pli la note ci-dessous (je transcris la mienne) :

« La commission de contrôle a décidé dans sa séance « du 30 janvier qu'à partir du 1er janvier 1921, les « imprimés de mémoires et de recueils administratifs « seraient remboursés à raison du prix de revient.

	nombre	prix de revient
Mémoires fournis en 1921 et 1922	14	3.10
Recueil no 3.351		2.50
Total		5.60

« Monsieur le Dr C. est prié de vouloir bien faire par- « venir cette somme aussitôt que possible à l'adresse « suivante : Commission de Contrôle des soins médicaux « aux victimes de la guerre 7, rue Saint-Jacques, à Tou- « louse ».

P. la Commission de contrôle,
Le médecin secrétaire :
X...

Après renseignements pris auprès du médecin-secrétaire, il paraît que ladite Commission, *ne disposant d'aucun crédit* pour payer les imprimés, a trouvé tout naturel — évidemment — *de faire casquer les médecins.* Va-t-on également *faire payer aux mutilés leurs carnets de soins* ?

Quant à moi, je n'ai nul besoin, ni de leurs mémoires d'honoraires, — *j'envoie chaque jour des notes, à des clients ou aux Compagnies d'assurances sur mon papier personnel* — ni de leur recueil contenant le *décret du 25 octobre* 1922 *qui a paru dans nombre de journaux médicaux.* Je ne leur ai jamais demandé ces imprimés. De quel droit vient-on me les faire payer ?

Que pensez-vous de tout cela ? N'y a-t-il pas abus de pouvoir de la part de la Commission ?

Le Syndicat des médecins de Toulouse va s'occu

Voir la suite page XLIII-1361

PROPOS DU JOUR

Le manque de plan et de méthode dans les luttes d'hygiène sociale. Les fléaux méconnus et systématiquement négligés : Les intoxications alimentaires. Le mauvais pain et l'étiologie des encéphalites.

La Mode, de tout temps, régna en maîtresse absolue dans notre pays. Règnes éphémères, il est vrai, où avec une prodigieuse rapidité les souveraines se succèdent.

« Une mode, écrivait La Bruyère, il y a trois siècles, a à peine détruit une autre mode, qu'elle est abolie par une plus nouvelle qui cède elle-même à celle qui la suit et qui ne sera pas la dernière : telle est notre légèreté ».

Et il en est encore et toujours de même. Nous constatons cette versatilité chez les Parlementaires qui changent les Ministères, comme chez les coquettes qui varient dans le choix de leurs costumes. Nous retrouvons cette incohérence et ces caprices jusque dans l'organisation de l'hygiène sociale.

Chacun y travaille en amateur, touche à tout et n'aboutit à rien. Hier, c'était l'anti-alcoolisme qui était à la mode, il céda le pas à la lutte contre la tuberculose, qui s'efface aujourd'hui devant la campagne antisyphilitique ; demain, la prophylaxie anticancéreuse tiendra le haut du pavé, et cela continuera ainsi pour le plus grand plaisir des politiciens, des bonisseurs de la philanthropie et des bateleurs du pseudo-mutualisme.

Pendant ce temps, l'alcool, la tuberculose, la syphilis, le cancer et quelques autres fléaux de moindre envergure continueront à faire des victimes.

***

Quand on découvrit, en France, il y a un demi-siècle environ, que, pour combattre les fléaux sociaux, il fallait mener une action collective et qu'il existait une solidarité sanitaire entre les citoyens, il eût été logique d'avoir recours à des gens compétents et instruits pour organiser la lutte et utiliser toutes les ressources des récentes découvertes scientifiques.

On eût dû, dès le début, se rendre compte qu'il n'y a pas de domaines séparés de l'alcoolisme, de la tuberculose, de la syphilis, du cancer, mais un domaine humain souvent inculte, ou souvent laissé trop longtemps en jachères, où, comme de mauvaises herbes, les maladies sociales se multiplient, s'attaquent à l'homme et l'empêchent de vivre et de prospérer. Pour assainir ce terrain et le rendre productif, il n'aurait pas fallu, selon les caprices de la mode, s'attaquer à un des fléaux en laissant les autres pulluler, mais l'on aurait dû tenter de les attaquer de front et chercher à les extirper tous.

Ici, comme dans les armées de la grande guerre l'unité de front est indispensable à la victoire. Il faut que les moyens d'action soient mis en commun, que les unités de lutte soient en étroite liaison pour aboutir à un résultat stratégique assurant la victoire. Si chacun agit séparément, l'on pourra obtenir des succès tactiques, mais sans lendemain, succès suffisants pour flatter la vanité de quelques personnes, mais dont le résultat social restera nul.

Les circonstances ont fait que, jusqu'à ce jour, et même à ce jour, personne n'a voulu ou pu dresser le plan indispensable à l'organisation scientifique de l'hygiène sociale.

Se rendant compte de l'importance du problème, de l'excellent tremplin qu'il pouvait fournir à leur vanité et à leurs ambitions, la tourbe des Pharisiens de toutes couleurs, Philanthropes, Mutualistes, Politiciens, s'abattit comme un vol d'oiseaux de proie sur cette malheureuse hygiène. Chacun en voulut sa part et s'en arracha un lambeau. L'on créa des ligues, des associations, des comités qui se jalousèrent, et les malins de la science et de la politique purent offrir tour à tour à chacun leurs services dans l'espoir de s'en faire une échelle ou un piédestal. Le bruit fait fut énorme, le gaspillage de force, d'argent et de bonne volonté fut inouï, le résultat à peu près nul.

***

Dans ce beau désordre et au milieu des caprices qui présidèrent aux campagnes des protagonistes de l'hygiène sociale, il y eut cependant des fléaux systématiquement négligés, ce furent les intoxications alimentaires.

Ici, la lutte à engager rencontrait peu d'adeptes dans le monde de la grande publicité et de la politique ; à vouloir s'attaquer aux intérêts de la

spéculation toute puissante, l'on courait de véritables risques. L'entreprise devenait dangereuse. Fulminer contre le bacille de Koch et flétrir le tréponème pâle de Schaudinn sont de nobles actions que l'on peut entreprendre sans grands dangers ; mais nuire aux spéculateurs internationaux qui agiotent sur les céréales et les farines, est une tentative bien plus téméraire pour un intrigant et un ambitieux. Qui oserait nier cependant que tous les poisons que l'on fait absorber, avec l'assentiment et sous le contrôle des pouvoirs publics, ne tient pas une place aussi grande en hygiène sociale que la phtisie et la vérole.

Ah ! s'il y avait de grands intérêts financiers concurrents engagés, les choses iraient tout autrement ; l'on en saisirait la Société des Nations; comme les anti-saturnins le firent pour la céruse, soutenus par les marchands de blanc de zinc. Mais, il n'y a malheureusement pas toujours d'intérêts financiers concurrents.

Un des fléaux de ce genre, sur lequel on refuse d'ouvrir les yeux et qui a cependant son importance en France, est celui du mauvais pain. Il y a bien des années, avant et pendant la guerre, le Dr Lenglet chercha à y intéresser le Syndicat des médecins de la Seine. Son appel fut sans écho. En 1921, un praticien distingué, le Dr Albert Veillard, de Meung-sur-Loire, appela l'attention sur le rôle que devait jouer, dans l'étiologie de mille manifestations morbides qualifiées de grippales et dans celle de la mystérieuse encéphalite léthargique, les 100 millions de quintaux de mauvaises farines que pendant six ans l'on fit absorber à la population française.

Il y a un fait certain, c'est que les accidents nerveux attribués à l'encéphalite léthargique disparurent comme par enchantement dès que l'on donna de nouveau du bon pain de froment à la population.

Aujourd'hui, le Dr Albert Veillard, poursuivant son enquête, est arrivé à plus de précision. Ce n'est pas seulement au maïs altéré, comme il l'avait cru tout d'abord, qu'il faut attribuer les troubles nerveux qualifiés d'encéphalite, c'est à une association des produits toxiques provenant du maïs et des pois du Japon (*lathyrus cicera*). L'intoxication isolée par les pois du Japon a été d'ailleurs bien étudiée et bien décrite sous le nom de lathyrisme.

Pour le Dr Albert Veillard, l'encéphalite léthargique serait due à une intoxication mixte : le lathyromaïdisme, provoqué à la fois par le maïs et les pois de Japon.

Il a pu s'assurer qu'au moment de l'épidémie d'encéphalite des milliers de quintaux de pois de Japon ont été transformés en farines, livrées à la consommation, avec la tolérance des pouvoirs publics qui, cependant ne pouvaient ignorer les dangers du lathyrisme. Les marchands de farine y trouvaient leur compte.

Le maïs atteint normalement les 3/5 du prix du froment, et le prix des pois du Japon vaut à peine la moitié du prix du maïs, l'on comprend donc sans peine qu'à la faveur de la disette, le commerce des farines n'ait pas hésité à alimenter de pareil pain la population.

Il est difficile, étant donné le mélange complexe qui constitue les farines falsifiées, nous disait le Dr A. Veillard, de faire la part du maïs et du pois dans l'intoxication. Le lathyrus paraît avoir une action plus rapide et plus aiguë que celle du maïs, dont l'intoxication a une marche plus lente et des symptômes moins bruyants. Les cas aigus d'encéphalite seraient surtout d'origine lathyrique, tandis que les cas chroniques relèveraient surtout du maïdisme.

Le Dr Albert Veillard nous faisait remarquer tout l'intérêt qu'il y aurait, pour établir un parallèle entre le lathyrisme et l'encéphalite, surtout l'encéphalite à forme myoclonique, à se reporter à la discussion qui eut lieu à l'Académie de Médecine de Paris, les 3, 10 et 17 juillet 1883, à la suite de la communication du Pr Proust sur le lathyrisme médullaire spasmodique.

Jusqu'ici, le cri d'alarme du Dr Albert Veillard est resté à peu près sans échos et tout porte à croire que la pénurie de la farine de froment aidant, l'on va, sous le contrôle des pouvoirs publics, avec la complicité des parlementaires et l'indifférence et l'ignorance des hygiénistes, continuer de nous empoisonner. Pour les hygiénistes, il est plus simple de masquer leur ignorance sur l'étiologie de l'encéphalite par la commode hypothèse d'un virus filtrant que de se livrer à des enquêtes, d'observer et d'expérimenter.

L'exemple du mauvais pain n'est qu'un des facteurs, important il est vrai, mais un des facteurs seulement de l'intoxication alimentaire. Quel est le médecin exerçant depuis une trentaine d'années qui n'a pas été frappé de l'importance progressive prise par les dyspepsies, les entérites, les appendicites, les accidents nerveux et les troubles trophiques dans la clinique journalière.

Mais on se ligue contre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis et le cancer, et on dédaigne les intoxications alimentaires. J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

Les Ascites

Par le Dr J.-P. TOURNEUX,
chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

On désigne sous le nom d'*ascite*, ou encore d'*hydropéritonie*, un épanchement de sérosité qui se produit dans la cavité abdominale et cela, soit que cet épanchement reste à l'état limpide et citrin, ce qui s'observe dans le plus grand nombre des cas, soit qu'il soit mélangé à une quantité plus ou moins grande de sang (*ascite hémorragique*), de bile (*ascite biliaire ou cholépéritonie*), ou encore, qu'il soit constitué, à la suite d'un mécanisme encore mal élucidé, par un liquide d'apparence laiteuse ou chyleuse. (*ascite lactescente ou chyliforme*).

Le terme d'ascite ne préjugeant en rien la nature du liquide épanché, il est donc tout à fait nécessaire, si l'on veut éviter toute confusion, d'ajouter un correctif, qui précise les caractères particuliers à chaque cas ; l'ascite ne représente pas en outre une entité morbide, spéciale : elle n'est qu'un simple symptôme commun à de nombreuses maladies, et qui, par là même, emprunte à chacune d'elles un certain nombre de caractères symptomatiques spéciaux, et une valeur séméiologique particulière. Il est cependant possible de relever, dans les différentes affections au cours desquelles il se développe une ascite, un certain nombre de symptômes que l'on peut qualifier d'habituel, et qui permettent ainsi une étude générale de cette hydropisie du péritoine.

Nous allons donc passer successivement en revue la symptomatologie générale de l'ascite et les diverses modalités sous lesquelles elle se manifeste, nous en indiquerons ensuite les causes, et nous terminerons en essayant de dégager les divers éléments qui permettent d'établir un diagnostic différentiel d'abord, puis un diagnostic étiologique.

I. Symptomatologie générale.

L'ascite, qui peut se manifester aux divers âges de la vie, chez les tous jeunes enfants comme chez les personnes âgées, peut occuper toute la cavité péritonéale (*ascite totale*) ou, au contraire, rester cantonnée dans une de ses subdivisions (*ascite partielle*).

A. *Ascite totale.*

L'ascite totale présente presque toujours, et cela, sauf dans des cas très particuliers, un début insidieux, lent et graduel. Le plus souvent, c'est sans fièvre, sans douleurs, sans maladie appréciable, que l'hydropéritonie se produit, et c'est l'augmentation du volume du ventre qui attire tout d'abord l'attention du malade ou de son entourage.

C'est la distension abdominale qui constitue en effet le fait le plus saillant, c'est elle qui frappe en premier lieu, et lorsque le malade se trouve dans la station debout, la partie inférieure du ventre, volumineuse et saillante, proémine en avant, réalisant un véritable prolapsus abdominal (Bruhl). Au contraire, dans le décubitus dorsal, le ventre s'aplatit et s'étale, car le liquide vient alors s'épancher dans les flancs et donner à l'abdomen un aspect particulier que l'on désigne du nom de *ventre de grenouille*. Il est bien entendu, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, que la forme extérieure de l'abdomen se modifie suivant la position donnée au malade, le liquide obéissant dans les ascites totales aux lois de la pesanteur, et venant par suite occuper les régions les plus déclives.

La peau du ventre est dans la plupart des cas tendue, lisse, luisante, amincie à un degré considérable ; parfois elle est comme éraillée, vergeturée ainsi qu'au cours de la grossesse ; dans d'autres cas, au contraire, elle est épaissie et œdématiée.

La cicatrice ombilicale tend à s'étaler et à s'effacer ; elle peut même disparaître complètement, laissant alors passer au-delà des plans aponévrotiques une certaine quantité de liquide, ce qui vient créer une véritable hernie fluctuante et translucide au point où existait primitivement la dépression ombilicale (Besnier).

Chez l'homme, lorsque l'existence du conduit péritonéo-vaginal persiste, et qu'il ne s'est pas produit l'oblitération normale, l'ascite peut s'accompagner d'une hydrocèle, dont le liquide, suivant la position donnée au malade, reflue de

✦✦

la cavité vaginale dans le péritoine ou du péritoine dans la cavité vaginale.

Les veines sous-cutanées, plus ou moins développées en vue de la circulation collatérale, sillonnent la peau ; elles sont souvent très dilatées, et peuvent même parfois creuser à sa face profonde des sortes de véritables rigoles.

Par la *palpation*, on ressent une résistance diffuse, très accentuée dans certaines zones, où le liquide est particulièrement abondant, plus élastique dans les régions supérieures, où l'intestin a été refoulé. Dans les cas d'ascite très considérable, l'abondance de l'épanchement met, pour ainsi dire, un obstacle à la palpation des régions profondes, qu'on ne peut sentir avec netteté qu'après avoir eu recours à une ponction évacuatrice ; mais si la collection est moyenne ou modérée, on arrive à se rendre compte de l'état du foie, de la rate, et même à reconnaître la présence, soit d'une tumeur bien déterminée (kyste ovarique) soit de masses irrégulières et bosselées (gâteaux péritonéaux, néoplasmes).

La *percussion* montre que le tympanisme, qui existe normalement dans la plus grande partie de l'abdomen, est maintenant limité à la région épigastrique, ainsi qu'aux hypochondres, et que tout le reste du ventre présente une matité absolue qui s'étend à toute la région déclive, et qui est limitée en haut par une légère courbe à concavité supérieure. Cette matité se déplace d'ailleurs, on le comprend aisément, suivant les changements de position que l'on donne au malade, venant se fixer par exemple dans la fosse iliaque et dans le flanc, au cours du décubitus latéral.

La percussion associée à la palpation permet de mettre en lumière un phénomène des plus importants, et qui est particulier aux collections liquides, la *fluctuation*. Lorsque l'épanchement ascitique a atteint un certain degré, il suffit d'appliquer la main à plat sur un des flancs, pendant qu'avec l'autre, on percute à petits coups le côté opposé, pour percevoir une sensation d'ondulation ou de choc ; parfois même, pendant cette manœuvre, on remarque au niveau de la paroi abdominale distendue une véritable ondulation, qui part du point percuté pour aboutir au point apposé. Il va de soi que, dans les petits épanchements, la fluctuation devient un signe des plus douteux et bien souvent impossible à mettre en évidence. Pour essayer de la trouver, on peut, suivant le procédé recommandé par Tarral, faire placer le malade dans le décubitus latéral, ce qui accumule le plus de liquide possible en un point, et pratiquer la percussion périphéphérique.

Le *toucher rectal* ne fournit pas de renseignements bien importants ; il n'en est pas de même du *toucher vaginal* qu'il ne faut jamais omettre, et qui montre un *abaissement du col utérin et des culs-de-sac vaginaux*, une *diminution du poids de l'utérus* et une *mobilité caractéristique du col*. Ces trois symptômes se trouvent même dans le cas d'épanchements très peu abondants (200 à 300 grammes).

Mais la présence du liquide ascitique dans la cavité abdominale ne se traduit pas seulement par des symptômes physiques : il existe également toute une série de signes fonctionnels qui, en dehors de ceux qui tiennent à la maladie causale, sont sous la dépendance de la compression des organes abdominaux. Ces signes sont naturellement précoces, et intenses, si l'épanchement se produit d'une façon rapide ; lorsque ce dernier s'effectue d'une façon latente, insidieuse, on observe en premier lieu une sorte de tension pénible, surtout après les repas, une pesanteur inaccoutumée.

A mesure que l'accumulation du liquide entraîne le refoulement excentrique des viscères contenus dans la cavité abdominale, ces troubles de compression deviennent de plus en plus marqués. C'est ainsi que, plus le niveau du liquide s'élève, et plus la circulation des matières et des gaz devient difficile dans le tube digestif ; la tympanite se prononce davantage, les anses grêles refoulées arrivent à comprimer le foie et la rate, la base du thorax s'élargit, le diaphragme est repoussé en haut, ce qui diminue le diamètre vertical de la cavité thoracique.

Il en résulte que, l'abaissement du diaphragme étant presqu'impossible, la respiration prend le type costal supérieur, et que le cœur est refoulé parfois de toute la hauteur d'un espace intercostal. La dyspnée pulmonaire et cardiaque, avec toutes ses conséquences, s'ajoute à la gêne fonctionnelle des organes abdominaux ; on note de l'aggravation du mauvais état des voies digestives, de l'inertie intestinale, des vomissements, de la compression de la vessie avec des troubles de la miction, de la gêne circulatoire dans la veine cave inférieure par pression directe ou indirecte du liquide épanché, ce qui entraîne de l'œdème de la paroi et des membres inférieurs.

Tous ces symptômes sont évidemment plus ou moins marqués suivant l'abondance de l'ascite ; ils arrivent, dans les cas graves et anciens, où l'accumulation de liquide finit par devenir considérable, à empêcher la station debout, la marche, ainsi que le décubitus horizontal. Le malade ne peut plus conserver que la position intermédiaire, le torse relevé soutenu en haut et en avant par des oreillers ; il est alors en proie à une dyspnée extrême, prêt à l'asphyxie ou à l'asystolie, menacé de suffocations ou de syncopes (Courtois-Suffit).

B. *Ascite partielle.*

Dans les ascites partielles ou cloisonnées,

l'épanchement reste limité en un point de la cavité abdominale, et le liquide se trouve alors contenu dans des poches plus ou moins grandes, uniques ou multiples, et qui résultent de la formation d'adhérences ou de néo-membranes accolant entre eux les deux feuillets péritonéaux, ou l'un de ces deux feuillets avec les viscères. Tous les différents signes physiques que nous venons de décrire, résistance à la palpation, matité, fluctuation, etc., ne manquent assurément pas, mais ils pourront varier suivant le siège et l'abondance de l'épanchement, mettant surtout en évidence un mélange de zones mates et sonores. Dans ces cas d'ascites partielles, il ne sera pas possible d'obtenir par des changements de position donnés au malade un déplacement du liquide ; la *fixité plus ou moins absolue des régions mates* est une des caractéristiques des ascites cloisonnées. Quant aux signes fonctionnels, ils sont en général peu accusés.

II. **Variétés ascitiques.**

L'épanchement ascitique ne présente pas, nous l'avons déjà indiqué en tête de cet article, toujours les mêmes caractères, et c'est ce qui a permis à Sébileau d'établir deux grandes classes : les *ascites simples ou vulgaires* et les *ascites composées ou spéciales.*

A. *Ascite simple ou vulgaire.*

Dans les cas d'ascite simple, qui sont de beaucoup ceux que l'on observe le plus souvent, le liquide est clair, limpide, transparent, citrin ou jaune verdâtre, plus rarement un peu louche et trouble. Son odeur est nulle, sa réaction est alcaline ou neutre, sa densité varie de 1.000 à 1.014 et sa quantité varie dans des proportions considérables, de quelques grammes à 40 litres.

Chimiquement, il renferme de 95 à 98 pour cent d'eau, quelques sels minéraux (chlorures, bicarbonates, phosphates et lactates de sodium), des matières albuminoïdes (sérine et globuline) et des éléments figurés (globules sanguins et cellules endothéliales plus ou moins déformées).

B. *Ascites spéciales ou composées.*

Ces ascites, que l'on rencontre beaucoup plus rarement que les précédentes, se répartissent en quatre grandes variétés suivant la composition du liquide.

1° *Ascite chyliforme ou laiteuse.* — L'épanchement se présente, dans cette variété, sous la forme d'un liquide opaque, blanc ou blanc jaunâtre, ressemblant à du lait, à du chyle, ou à une émulsion d'amandes. Il est fluide, peu visqueux, homogène, sa réaction est neutre ou alcaline, sa densité est de 1.148, est riche en matières grasses (émulsion de graisses) et pauvre en albumine.

La pathogénie de ces ascites chyliformes que l'on voit au cours d'affections très diverses (cancer de l'estomac, du mésentère, de l'ovaire, péritonite tuberculeuse) est encore pleine d'obscurité : nous ne discuterons donc pas les nombreuses opinions émises à ce sujet, et nous nous bornerons à indiquer celle qui nous paraît de beaucoup la plus plausible et qui est due à M. Letulle. D'après cet auteur, l'ascite chyliforme, comparable aux empyèmes graisseux, serait d'origine phlegmasique, et supposerait toujours une inflammation chronique du péritoine.

2° *Ascite gélatineuse.* — Le liquide est ici épais et visqueux, ressemblant plus ou moins à de la gélatine ou à de la colle, de couleur jaune ambré ou verdâtre, tenace et filant : cette viscosité, que présente le liquide, est due à l'existence de para-albumine. Les ascites gélatineuses ne doivent pas vraisemblablement reconnaître une origine identique, car on les rencontre au cours de l'évolution d'affections tout à fait différentes (tuberculose verruqueuse, sarcome ou myxome du péritoine, kystes de l'ovaire).

3° *Ascites à éléments figurés.* — On réunit dans ce groupe toutes les variétés ascitiques dans lesquelles le liquide épanché renferme un nombre plus ou moins considérable d'éléments figurés, dont les principaux sont les globules rouges et les cellules épithéliales.

Globules rouges (ascites hémorragiques). L'épanchement est de coloration rosée, rouge verdâtre, ou rouge foncé ; et les hématies qui, par leur présence, ont déterminé cette coloration proviennent de la rupture de vaisseaux superficiels qui rampent au niveau de végétations de péritonite chronique simple, de cancer du péritoine, ou de certains kystes de l'ovaire. L'abondance des globules rouges, et par suite, la coloration plus foncée de l'ascite, est toujours en rapport direct avec la gravité de la lésion intra-abdominale.

Eléments épithéliaux. Dans certains cas (rupture d'un kyste ovarique à paroi mince, usure des parois par des végétations intra-kystiques, présence de végétations à la surface externe d'une tumeur) le liquide ascitique renferme une quantité considérable de cellules épithéliales appartenant à des variétés multiples, et qui sont caractéristiques de la présence d'une tumeur.

4) *Ascite biliaire (cholipéritonie).*

Dans cette variété, l'épanchement ascitique, total ou partiel (péri-hépatique), qui peut atteindre des proportions assez considérables (10 litres), se présente sous la forme d'un liquide clair, filant, rarement visqueux, de coloration verdâtre plus ou moins accentuée et due à la présence de pigments normaux ou modifiés de la bile. Il ne s'agit pas là de l'imprégnation biliaire d'une ascite déjà existante, mais d'un véritable afflux de bile s'effectuant, soit par filtra-

tion ou par rupture des voies biliaires intra-hépatiques, soit par perforation de la vésicule ou par ulcération des gros canaux, soit encore par une sorte de transsudation s'effectuant au niveau des *vasa aberrantia* de la surface du foie, ou des voies extra-hépatiques (altération pathologique ou anomalie des parois).

Il est bien évident que la présence de ces dernières variétés ascitiques dans la cavité abdominale ne tarde pas à réagir sur le péritoine qui, suivant les cas, devient pâle, mince et lisse, ou rouge et vascularisé, ou encore couvert de néomembranes simples ou stratifiées.

III. Etiologie et pathologie de l'ascite.

L'ascite ne constitue pas une entité morbide, elle n'est qu'un symptôme, mais, il peut se faire que, dans certains cas, ce symptôme présente une importance si grande qu'il semble résumer par lui-même toute la maladie : c'est ainsi que l'on décrivait autrefois des ascites idiopathiques ou essentielles (ascites des jeunes filles), dont on a dû reconnaître plus tard la nature tuberculeuse.

La classification des diverses causes de l'ascite peut être établie dans ses grandes lignes en deux grands groupes, suivant que l'épanchement péritonéal succède à des causes générales ou locales.

A. *Causes générales.*

L'ascite survient dans les états dyscrasiques qui s'accompagnent de modifications sanguines augmentant le pouvoir de transsudation à travers les parois vasculaires. L'ascite fait alors ordinairement partie du cortège symptomatique d'une hydropisie généralisée, tenant à l'*albuminurie, aux cachexies par cancer et syphilis, aux intoxications paludéennes, à la leucocythémie, à la maladie d'Addison, aux anémies pernicieuses*, etc.

B. *Causes locales.*

Lorsqu'il s'agit d'une ascite de cause locale, on peut rattacher le mécanisme qui la détermine à trois processus principaux : *les troubles mécaniques circulatoires, l'inflammation du péritoine* et *l'irritation du péritoine.*

1) *Ascite par troubles mécaniques circulatoires.*

Très souvent l'ascite est due à des causes purement mécaniques ; elle est constituée dans ces cas par un transsudat provenant de la gêne apportée dans la circulation de retour, soit par *compression de la veine porte dans le foie* (*cirrhose, kyste, cancer, syphilis du foie*) ou, *en dehors de lui, par des néoplasmes* (*tumeurs des ganglions sous-hépatiques, du pancréas, de la rate*) ou par *d'autres productions pathologiques* (*pyléphlébite*), soit par *compression de la veine cave inférieure* (*grossesse, tumeurs abdominales*), ou encore par *stase veineuse générale* (*cardiopathie, asystolie*).

2) *Ascite due à l'inflammation du péritoine.*

D'autres fois, le liquide de l'ascite n'est autre chose qu'un véritable exsudat séro-fibrineux ou séro-hémorragique, dû à l'inflammation du péritoine, soit par la *prolifération anormale et désordonnée* des éléments normaux de la région (*cancer du péritoine*, de *l'épiploon*), soit par des *microbes connus* tels que le bacille de Koch (*péritonite tuberculeuse*), soit par des *agents toxiques* (*alcool*), soit, enfin, par d'*autres éléments* dont nous ignorons encore la nature exacte, ou sur lesquels on discute encore et qui entraînent la formation de *péritonites chroniques simples, générales ou locales* (*périhépatites, périsplénites périviscérites*).

3) *Ascite due à l'irritation du péritoine.*

Enfin, dans d'autres cas, l'existence de l'ascite est due à une action irritative causée sur la séreuse péritonéale par la présence dans la cavité abdominale d'*une tumeur* (*tumeurs du petit bassin, kystes végétants des ovaires, tumeurs des ovaires*). Ainsi que l'a bien fait observer Terrillon, il n'y a aucune connexion entre le volume d'une tumeur et l'ascite, mais il y a un singulier rapport entre l'ascite et la malignité du néoplasme, car l'épanchement se voit assez rarement dans les tumeurs bénignes.

La classification que nous venons de donner ne doit être considérée que comme une simple schématisation des causes de l'ascite, car il est assez rare qu'une seule et unique cause préside à l'apparition de l'épanchement. Dans bien des cas, comme dans la cirrhose atrophique par exemple, on doit admettre que l'ascite est un phénomène complexe, qui reconnaît pour causes avant tout la gêne de la circulation portale et accessoirement, l'irritation sécrétoire de la séreuse abdominale (Rendu).

IV. Diagnostic différentiel.

D'une façon générale, le diagnostic du symptôme ascite est assez facile ; c'est en s'appuyant sur les différents symptômes physiques qui ont été décrits plus haut que l'on pourra le différencier des quelques affections avec lesquelles on serait tenté de le confondre.

Il y a toute une série de cas où tous les signes classiques (ventre de batracien, sensation de flot, matité à concavité supérieure, déplacement du liquide), sont présents, et où le diagnostic d'ascite s'impose d'une façon évidente. Ce sont presque toujours des cas où l'épanchement est modéré, et n'entraîne pas de ce fait une distension extrême de l'abdomen. Il sera donc facile de différencier l'ascite avec l'*adipose* ou l'*œdème de la paroi abdominale*, le *tympanisme*, le *gros ventre du rachitisme* ou le *gros ventre du carreau*.

Dans d'autres cas, où l'épanchement est petit, et coïncide quelquefois, comme chez les enfants,

avec du météorisme, on peut arriver à le méconnaître. Pourtant, en examinant avec patience et à plusieurs reprises le malade, en le mettant en diverses positions, en s'aidant en outre de la radioscopie et de la radiographie, dont dès 1900, Variot et Chicotot ont montré la grande utilité, on arrivera presque toujours au diagnostic.

Enfin, les cas extrêmes, s'accompagnant d'une distension énorme du ventre, avec œdème de la paroi, déplissement et propulsion de la cicatrice ombilicale, développement très marqué du réseau veineux sous-cutané, dyspnée intense, refoulement du cœur, ne seront que très difficilement confondus avec les quelques tumeurs liquides ou solides qui emplissent quelquefois le ventre en totalité.

Par suite de la distension extrême, la palpation devient très difficile, la sensation de flot manque souvent, et l'on peut se demander s'il s'agit vraiment d'une collection liquide ou d'une grande masse solide. Pourtant, on retrouve toujours quelques signes qui permettent de faire la distinction. La forme de l'abdomen n'est jamais aussi régulièrement globuleuse dans les cas de tumeur solide que dans les grandes ascites, la percussion laissera presque toujours percevoir des zones présentant des différences de sonorité, et l'on devra dans ces cas avoir recours au procédé indiqué récemment par G. Chavannaz, en recherchant cette variation, non en faisant se déplacer latéralement le malade, mais en le mettant, après l'avoir fait uriner, dans la position de Trendelenburg et dans la position inverse. Enfin, la radioscopie fera voir une ombre beaucoup plus forte dans les cas de tumeur solide, dont les contours varieront suivant la forme du néoplasme.

C'est cette forme ascitique que l'on pourrait être tenté de confondre avec une *grossesse simple* ou une *grossesse avec hydramnios* ; l'erreur sera facilement évitée si l'on pense, dans ce cas, à la suppression des règles, au ramollissement du col, à la tension des culs-de-sac, au bruit du cœur fœtal et au ballottement.

Plus important et plus difficile souvent est le diagnostic de l'ascite avec celui de *kyste de l'ovaire*. Il faut alors tenir compte tout d'abord que l'ascite est précédée ou suivie de troubles sérieux dans la santé générale, tandis que les kystes de l'ovaire peuvent s'observer chez des femmes dont la santé est parfaite. Ensuite, la forme du ventre diffère, dans les deux cas : dans l'ascite, il est étalé avec un ombilic très saillant, alors que dans le kyste, son développement est moins symétrique, affecte une forme moins régulière, est globuleux avec ombilic normal, et proémine souvent plus d'un côté que de l'autre. Dans le cas d'ascite, la percussion donne de la matité dans les régions lombaires, et de la sonorité au niveau de la région ombilicale ; dans le kyste, les régions lombaire et épigastrique sont sonores, tandis que la partie antérieure de l'abdomen est mate ; enfin, dans l'ascite, les changements de position du malade modifient les phénomènes perçus, alors qu'ils ne les font guère varier dans les kystes ovariques. Signalons encore que le toucher vaginal peut aider au diagnostic, l'utérus étant abaissé dans l'ascite, alors qu'il est attiré vers le haut, s'il y a un kyste.

Lorsque le kyste de l'ovaire se complique d'ascite, ce qui se voit dans un certain nombre de cas, le diagnostic est plus difficile. Il faut alors chercher le signe de la double fluctuation (Barnes), d'abord fluctuation superficielle de l'ascite ; puis, avec une pression plus forte et plus brusque, fluctuation profonde du kyste. C'est ici également que le procédé de Chavannaz rendra les services les plus signalés, car la malade ayant été placée ainsi qu'il le recommande, la recherche des variations de la sonorité abdominale permettra de distinguer la matité d'une tumeur de la matité d'un épanchement, quand les deux existent.

La distinction d'une ascite partielle enkystée avec la *vessie distendue par l'urine* sera toujours facile : il suffira de songer au cathétérisme. Les *kystes du mésentère*, l'*hydronéphrose*, les *kystes hydatiques*, peuvent également donner lieu à une confusion ; mais ici, la forme de la matité et le siège presque toujours supérieur de la tumeur, au contraire des ascites enkystées, qui siègent d'ordinaire à la partie inférieure de l'abdomen, permettront toujours d'arriver à séparer l'ascite de ces tumeurs kystiques.

Nous ne signalons que pour mémoire un moyen très usité, il y a quelque temps encore, dans les diagnostic délicats, *la ponction exploratrice*, qui n'est plus guère en faveur aujourd'hui.

V. Diagnostic étiologique.

L'existence de l'ascite une fois nettement établie, il faut, par l'examen complet du malade, et par un interrogatoire, chercher à établir si l'hydropéritoine constitue la seule manifestation morbide, ou si, au contraire, il existe d'autres symptômes concomitants et ne dépendant pas de l'épanchement péritonéal. Dans certains cas, la coexistence de ces autres signes pourra permettre, presque dès les premiers moments, de préciser la cause de l'ascite.

En présence d'anasarque, de dyspnée, d'un pouls petit ayant parfois des caractères spéciaux, de congestion hépatique ou pulmonaire, d'oligurie, de lividité des lèvres et des extrémités, des signes fournis par l'examen du cœur et des poumons, on devra penser à une *cardiopathie* (*lésion valvulaire, péricardite*, etc.) ; l'ascite dont on a pu reconnaître la présence n'est alors qu'une des manifestations des troubles de la circulation en retour.

Lorsqu'il y a de l'œdème prédominant à la face, ou commençant par elle, de l'albuminurie, des cylindres dans l'urine, parfois des phénomènes urémiques, avec un épanchement tardif, peu considérable, c'est à l'idée d'une ascite dépendant d'une *néphrite aiguë* ou *chronique* qu'il faudra s'arrêter.

Si l'ascite est relativement modérée et ne s'est manifestée que très tardivement, alors que l'état général était depuis longtemps assez profondément atteint, que l'amaigrissement et que l'asthénie sont devenus très marqués et qu'il existe en outre toute une série de signes particuliers et variables (pigmentation de la peau et des muqueuses, altérations du sang, de la rate et des ganglions, etc.), c'est au diagnostic *d'ascite de cause dyscrasique* (*intoxication paludéenne, leucocythémie, cachexie par cancer ou syphilis*, etc.) que l'on doit songer.

Mais, si l'examen du malade et son interrogatoire ne permettent pas de déceler aucun autre trouble que l'ascite, ou bien si cette dernière, par son importance, semble constituer toute la maladie, ce sont d'autres diagnostics qu'il faudra envisager.

Il faudra tout d'abord penser aux affections qui s'observent le plus fréquemment, et chercher si la cause de l'épanchement ne doit pas être attribuée à *une cirrhose atrophique, à une péritonite tuberculeuse, à une péritonite cancéreuse, ou à la présence d'une tumeur intra-abdominale.*

On devra porter le diagnostic d'ascite due *à une cirrhose atrophique*, lorsque l'évolution de l'épanchement, qui est tout à fait libre dans la cavité péritonéale, a été lente, insidieuse et graduelle, jusqu'à nécessiter une ponction évacuatrice, suivie d'ailleurs d'une très rapide reproduction du liquide. La palpation de l'abdomen est indolore, et permet de relever de l'atrophie du foie, de l'hypertrophie de la rate ; superficiellement, on voit une circulation veineuse collatérale très considérable et prononcée, surtout au-dessus de l'ombilic (tête de Méduse). La pression artérielle est nettement abaissée, le malade est en outre très amaigri et en proie à divers troubles digestifs plus ou moins marqués.

Chez un malade d'un âge relativement jeune, où l'évolution de l'épanchement aura été également lente, insidieuse et torpide, mais où la palpation abdominale ne révèlera rien d'anormal du côté du foie et de la rate, et où l'inspection de la paroi montrera une dilatation veineuse bien moins marquée que dans le cas précédent, et plutôt à siège sous-ombilical, on songera à une *péritonite tuberculeuse.* On assistera parfois à la résorption lente et spontanée du liquide, ou à sa non reproduction après une ponction ; souvent on notera l'existence de lésions tuberculeuses dans d'autres organes.

Il ne faut pas oublier que dans certains cas, (forme granulique), le développement de l'ascite peut prendre une allure aiguë et fébrile ; que dans d'autres cas, on trouve à la palpation des gâteaux péritonéaux, et qu'il s'agit souvent d'ascite cloisonnée.

Ajoutons que le liquide retiré est souvent louche, parfois chyliforme ou hémorragique ; après sa centrifugation, on peut mettre en évidence, dans un certain nombre de cas, le bacille de Koch. L'inoculation au cobaye donne toujours une tuberculose expérimentale.

S'il s'agit d'un malade d'un âge moyen, où la production de l'épanchement ascitique s'est manifestée sans évolution caractéristique, tantôt total, tantôt cloisonné, souvent abondant, où l'état général s'est modifié depuis un certain temps, et où la palpation profonde permet de constater la présence, soit de nodosités péritonéales arrondies, multiples, irrégulières, soit d'un corps dur, résistant, avec souvent un engorgement des ganglions superficiels, on inclinera vers le diagnostic de *péritonite cancéreuse.*

Dans les cas où la palpation permet de sentir la coexistence d'ascite et de masses élastiques ou dures, bosselées ou régulières, siégeant dans le mésentère, faisant corps avec un autre organe, ou répondant à sa région, c'est à une *tumeur intra-abdominale* que l'on devra penser. On pourra dans quelques cas, surtout s'il existe des symptômes particuliers, pousser ce diagnostic plus loin ; mais si l'ascite est très abondante, il sera impossible ou très difficile de se rendre compte du siège exact et de la nature probable de la tumeur. Dans ce cas, comme parfois aussi dans le précédent (péritonite cancéreuse), la laparotomie exploratrice, bien supérieure à la ponction, deviendra le véritable moyen de diagnostic de la tumeur abdominale qui a provoqué la formation de l'épanchement ascitique.

Si aucune de ces affections ne paraît devoir être mise en cause, on devra alors songer aux autres lésions, d'observation plus rare, qui peuvent également être une cause de production d'ascite.

C'est ainsi que, dans le cas de très grand épanchement, à apparition très rapide, se reproduisant immédiatement et aussi abondamment, après la paracentèse, où la paroi abdominale présente un réseau veineux sous-cutané énorme, avec différents troubles gastro-intestinaux (gastro-entérorragies, diarrhée, etc.) et une mégalosplénie considérable, c'est à une *pyléphlébite* qu'il faudra rapporter l'ascite.

Lorsque depuis un certain temps, le malade a éprouvé des douleurs, sous la forme de tiraillement ou de pesanteur dans l'hypochondre droit, suivies de véritables crises avec vomissements et ictère, avec ascite peu considérable et œdème péri-malléolaire, et que chez lui, la percussion montre un déplacement de la zone de matité

normale du foie, alors que la palpation révèle dans l'abdomen l'existence d'une masse lisse, de consistance ferme, au bord tranchant avec les échancrures de la vésicule et de la veine ombilicale, on devra s'arrêter à l'idée d'un foie mobile, d'une *hépatoptose*.

Si enfin, c'est sans fièvre, sans douleurs, sans vomissements que se sont installées les premières réactions péritonéales, et si l'ascite, devenue rapidement considérable, s'accompagne alors de douleurs vagues, sourdes, de diarrhée et de différents signes de compression, il faudra penser à la possibilité d'une *péritonite chronique simple* et rechercher sa véritable cause, dont les plus fréquentes sont l'*alcoolisme*, le *mal de Bright* et les *cardiopathies*.

Tels sont les différents éléments du diagnostic étiologique de l'ascite et nous dirons pour terminer qu'il n'existe pas, de ce symptôme lui-même, de traitement curateur. Contre la cause de l'ascite, la thérapeutique devra donc être instituée différemment suivant chaque variété, régime lacté et iodure de potassium dans certains cas, laparotomie dans d'autres. Souvent, et cela chaque fois que le liquide par son abondance menacera directement la vie, il faudra avoir recours à la ponction évacuatrice de l'abdomen.

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE EN UNE SÉANCE PAR 6 CHAMPS

Premières observations,

Dr Ch. Guilbert,
Radiologiste des Hôpitaux.

Le traitement radiothérapique de l'hypertrophie de la prostate est d'un intérêt qui dépasse peut-être le traitement radiothérapique des fibromes. En effet, le malade atteint de cette lésion est un vieillard souvent affaibli par l'âge ou par une infection urinaire quelquefois grave, chez lequel le traitement chirurgical en 2 ou 3 temps, nécessitant autant d'anesthésies, est loin d'être sans danger. Ce mode de traitement n'est pas une nouveauté thérapeutique, mais jusqu'à présent, c'était un traitement souvent incomplet parce que la porte d'entrée unique du périnée n'admettait pas les doses suffisantes pour obtenir un résultat définitif. La méthode préconisée par le prof. Nogier au Congrès de l'Avancement des Sciences n'est qu'une modification très heureuse de la méthode ancienne. Mais elle oblige à des applications répétées que la sensibilité périnéale rend dangereuse. De plus, elle n'a pas, comme la technique en une séance, que nous avons décrite, une rapidité d'action qu'exige parfois la gravité des circonstances. Le seul inconvénient est de nécessiter un rayonnement ultra pénétrant (40 cent. d'étincelle).

C'est en août 1922 que nous avons publié cette technique personnelle. Cette méthode que nous appliquions depuis un an nous avait donné des résultats des plus satisfaisants, et nous avons cru opportun de la décrire. Aujourd'hui, il nous est permis de publier une première série d'observations.

Observation 1. — M. G. (61 ans), examiné le 5 octobre 1921 pour rétention d'urine. Le cathétérisme émet 3/4 de litre d'urine trouble. Le toucher rectal montre une hypertrophie considérable portant sur l'ensemble de l'organe. La prostate est rénitente, sans inégalités. La rétention oblige à mettre une sonde à demeure, et l'infection vésicale à pratiquer des lavages quotidiens. Le 18 octobre, le malade étant apyrétique, on lui retire sa sonde à demeure. Le malade urine seul. L'urine résiduelle mesurée est de 320 grammes. Le 21 octobre, application de radiothérapie profonde par 6 champs. Le malade est régulièrement sondé et on lui fait des lavages quotidiens de la vessie après l'application. Le 2 novembre, on constate une diminution considérable du volume de la prostate. Le ténesme qui était apparu diminue et la sonde n'est plus utilisée. Le 8 novembre, la miction est facile et fin novembre, la prostate est revenue à l'état normal. Le cathétérisme après miction ne ramène pas 10 grammes d'urines.

Observation 2. — M. C. (62 ans), examiné la première fois le 9 avril 1920. Les mictions sont plus fréquentes depuis 9 ans. Depuis un an, difficulté de l'émission au début. Dans les jours précédant l'examen, le malade s'est aperçu qu'il y avait un peu de sang au début de la miction. Le toucher rectal donne une prostate augmentée dans son ensemble, atteignant le volume d'un abricot. Le lobe droit est un peu plus développé que le gauche. Les cultures microbiennes sont négatives. Le 5 mai, l'urine résiduelle est de 90 grammes.

Au début d'octobre 1920, le malade éprouve quelques malaises, l'urine résiduelle est de 100 gr. Le lobe gauche s'est développé à son tour. Le 16 octobre 1921, première crise de rétention, urine trouble, température, 39°. A partir de cette date, cathétérisme régulier trois fois par jour et lavage de la vessie jusqu'au 2 novembre. Le malade a eu 2 hématuries avec violents accès de fièvre. Le résidu est de 250 gr. Le 3 novembre 1921, radiothérapie par la méthode des 6 champs. Le malade a une sonde à demeure, le

ténesme apparu après 5 jours diminue à partir du 15e jour. Le 20 novembre, la sonde à demeure est supprimée et on constate déjà une diminution de la prostate. Prématurément, le malade rentre chez lui, a une légère crise d'hématurie. Le 1er décembre, les urines sont claires, l'urine résiduelle est à peine de quelques grammes. La prostate est revenue aux dimensions normales, et le malade n'accuse plus aucun trouble.

Observation 3. — M. W. (66 ans), présente, le 10 mars 1922, de la pollakyurie nocturne avec de la dysurie et de la lenteur d'écoulement. Le 15 mars, première rétention aiguë, nouveau sondage le 17. L'examen prostatique décèle une prostate grosse, douloureuse, bombant fortement sous la paroi antérieure du rectum. Malgré le traitement belladoné et les lavements laudanisés, tous les symptômes persistent. Résidu urinaire : 90 gr. Le 11 avril 1922, traitement de radiothérapie profonde. Tous les phénomènes symptomatiques ont régressé, la dysurie le 5e jour, la pollakyurie nocturne le 10e jour. Le malade n'a pas présenté de ténesme, mais quelques épreintes pendant 10 jours. Le 23 mai, tous les phénomènes symptomatiques sont rentrés dans l'ordre, la prostate ne fait qu'une saillie très légère et non douloureuse sous la paroi du rectum. Urine normale.

Observation 4. — M. J. (64 ans), présente depuis plusieurs années des troubles de la miction, dysurie, pollakyurie nocturne et diminution du jet. Pas d'hématurie. Sensation de pésanteur périnéale et constipation opiniâtre. 3 juin 1922 : le toucher rectal révèle une prostate énorme, remplissant l'excavation pelvienne donnant, la sensation d'une petite tête fœtale engagée. Consistance rénitente sans travées dures ni noyaux fibreux. Impossible de distinguer les lobes. Pas d'adhérences avec le rectum. Cathétérisme facile, urine résiduelle, 600 gr. Le 30 juin, traitement de radiothérapie profonde. Pendant les jours suivants, on laisse une sonde à demeure. Suppositoires belladonés et lavages belladonés. Le 10e jour, la régression commence nettement. Le 17e jour, la sonde à demeure est retirée et le malade est encore sondé toutes les 4 heures. Le 22e jour, le malade urine seul. Le 30e jour, la prostate a diminué de 2/3 au moins. Après 6 semaines, elle est revenue aux dimensions normales. Urine résiduelle, environ 10 gr. Depuis lors, le malade n'accuse plus aucun trouble de la miction ; il ne se léve qu'une fois la nuit.

Observation 5. — M. L. (59 ans), est examiné à la fin de juillet 1922. Pollakyurie nocturne, miction difficile et longue. On constate du pus dans les urines. L'examen bactériologique décèle un bacille à extrémités arrondies ne prenant pas le gram, du genre coli. Epreintes et hématuries légères avec accès de fièvre violente. La première rétention aiguë a eu lieu 2 mois auparavant. Constipation opiniâtre. Cathétérisme assez facile. 400 gr. d'urine résiduelle. Le toucher rectal permet de sentir à travers un rectum souple une prostate de 6 cent. environ très allongée, développée sur tout le côté gauche et dans le lobe médian. Une sonde à demeure est mise en place. On pratique les lavages vésicaux quotidiens, et tous les 3 jours injection d'un cent. cube d'auto-vaccin sensibilisé. Le 15 août, radiothérapie profonde ; la sonde à demeure est laissée en place. Epreintes et ténesme vésical le 4e jour et qui persistent environ 8 jours. Dès le début de la seconde semaine, on constate une diminution du lobe moyen et du lobe gauche; au bout de 17 jours, on enlève la sonde et la miction spontanée est possible ; l'urine résiduelle n'est plus que de 100 gr. 6 semaines après l'irradiation, les lobes latéraux ont pris un même volume, mais restent un peu hypertrophiés. Vers le 15 octobre, le malade est encore obligé de se lever 2 fois par nuit. La prostate régulière est restée cependant un peu volumineuse. Le 30 octobre, nouvelle application de radiothérapie. Vers le 15 novembre, l'urine résiduelle n'est que de 10 cent. cubes. La prostate est normale avec une zone dure entre le lobe droit et le lobe médian. Plus de pollakyurie.

Note. Lors de la première application de radiothérapie, par suite d'une mauvaise distribution de l'énergie électrique, le voltage avait été insuffisant et le malade n'avait pu recevoir la dose normale.

Observation 6. — M. C. (70 ans), troubles urinaires remontant à plusieurs années, pollakyurie nocturne, puis diurne. Rétention incomplète, infection vésicale avec violents accès de fièvre. Cathétérisme quotidien. Les accidents ayant diminué, le malade a uriné seul, puis a dû reprendre l'usage de la sonde. Le 3 octobre 1922, rétention aiguë. On éprouve de très grandes difficultés à sonder le malade : mauvais état général, vessie énorme remontant à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le toucher rectal montre une très grosse prostate régulièrement hypertrophiée. Le lobe médian est particulièrement atteint, toutes les tentatives de cathétérisme restent sans résultat. On est obligé de pratiquer la cystostomie sus-pubienne avec anesthésie au chlorure d'éthyle. On sent dans la vessie le lobe médian faisant une saillie considérable, qui ne peut être mieux comparée comme volume et comme consistance qu'à un col utérin. Drainage sus-pubien avec drain de Marion. Lavages 3 fois par jour. Le 7 octobre, on peut passer une sonde béquille qui est laissée à demeure. Le 26 octobre, radiothérapie profonde. Les lavages quotidiens sont continués. Le 9 novembre, on passe une sonde de 18. Quinze jours après l'irradiation, la prostate a considérablement diminué ; on passe une sonde de 20. L'état général s'améliore. Sept semaines après l'application, la plaie de cystostomie ne livre passage qu'à une sonde de Pezzer. La cystoscopie faite par l'orifice de la plaie pour examiner le col ne laisse plus voir qu'un très léger soulèvement de la muqueuse au lieu de l'énorme saillie précédemment constatée. Fin décembre, l'orifice de la cystostomie est oblitéré chirurgicalement. La sonde à demeure est enlevée. Mais le malade ne peut uriner seul. Les

efforts intempestifs qu'il fait ouvrent à nouveau la plaie de la cystostomie. La sonde à demeure est replacée. La petite fistule sus-pubienne est incisée et pansée à plat. On essaye à nouveau d'obtenir des mictions spontanées en évitant les manœuvres maladroites du malade. Celui-ci accuse à ce moment quelques épreintes. Le rectum est souple sans altération; prostate normale, urine limpide. Depuis lors, la parésie vésicale consécutive à la cystostomie a été combattue par des applications de courant galvanique et le malade urine, à l'heure actuelle, spontanément.

OBSERVATION 7. — M. S. (50 ans), examiné le 21 octobre 1922. Pollakyurie diurne et nocturne remontant à 1 an 1/2 environ. Première rétention un an auparavant. Trois mois après, nouvelle crise et depuis 2 mois, ces crises se répètent toutes les semaines, et même jusqu'à 2 et 3 fois par semaine. Le malade accuse en plus une lourdeur et même une douleur périnéale, les urines restent claires. Le toucher rectal montre une prostate augmentée, résistante, sans inégalités. Le 31 octobre, application de radiothérapie profonde. Le 3 novembre, épreintes et ténesme vésical apparaissent et décroissent à partir du 5e jour. On constate, après 15 jours seulement, la diminution de la prostate, mais les crises de rétention presque quotidiennes ont disparu depuis le traitement. Au bout de 15 jours, le malade a eu cependant une petite alerte qui se borne à une difficulté de la miction. Deux mois après l'irradiation, le malade annonce la disparition complète des crises de rétention. Le toucher rectal montre une prostate très diminuée, dans son ensemble, indolore à la pression. Disparition de la pollakyurie et reprise des occupations ordinaires.

De ces observations de cas les plus divers, allant depuis les simples troubles de prostatisme jusqu'à la rétention aiguë, ayant nécessité la cystostomie, on peut conclure : la disparition rapide, presque immédiate après l'application, des phénomènes subjectifs ; le volume de la prostate commence à diminuer à partir du 15e jour, et cette diminution va en progressant jusqu'à la 6e semaine. Elle peut toujours être constatée par le toucher. Elle a pu, dans le cas favorable de l'observation 6, être constatée par la cystoscopie. Ces résultats paraissent devoir attirer l'attention sur un mode de traitement qui peut, dans certaines circonstances, être le seul que l'on puisse prescrire au malade hors d'état de supporter la moindre intervention chirurgicale. Mais il est nécessaire, dans tous les cas, que pendant la période de régression de la prostate, le malade soit entouré des mêmes soins qu'avant l'intervention thérapeutique : lavages vésicaux, sonde à demeure, désinfection et auto-vaccins s'ils sont nécessaires.

LA DUALITÉ ET LA SYNERGIE GLANDULAIRE

(5e *article*)

La synergie glandulaire est à l'ordre du jour. Elle envahit la thérapeutique de jour en jour. L'opothérapie, naguère encore d'un emploi restreint, s'impose aujourd'hui à l'attention du praticien.

Cependant, malgré l'usage étendu à la pratique médicale, la synergie glandulaire ne repose pas sur des données précises. Ni l'anatomie, ni la physiologie ne peuvent éclairer sa pathogénie. « Il y a encore une part d'hypothèse dans la conception des syndromes pluriglandulaires », dit LEREBOULLET (1).

La dualité j'espère, pourra jeter quelque clarté sur le sujet. Dans un travail intitulé : « La dualité et maladies congénitales » adressé au dernier congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, tenu à Montpellier, au mois de juillet 1922, nous avons réservé un chapitre, avec sous-titre : la cryptorchidie humaine ou animale. Voilà ce que nous disions: « La cryptorchidie humaine ou animale conserve l'allure mâle, l'instinct et l'appétit sexuels, mais présente l'azospermie ». MM. Bouin et Ancel ont démontré que la glande génitale, en particulier le testicule « représente *l'intrication de deux systèmes*, l'un « exogène, l'autre endocrine. Le premier provient « de la lignée séminale ; le second est formé des cel- « lules spéciales (interstitielles, cellules de Leydig) « au sein du tissu conjonctif interlobulaire. Ces élé- « ments déversent dans l'économie des hormones, « chargées de *stimuler* les autres glandes endocrines.

« Les deux appareils sont *indépendants*. La dégé- « nérescence de l'un ne conditionne pas celle de « l'autre. Dans ses expériences, Steinach (de l'Aca- « démie de Vienne) greffe, dans le tissu péritonéal de « vieux rats, des fragments de testicule provenant « d'animaux jeunes. Les rats séniles reprennent tous « les caractères de la juvénilité.

« En résumé, dans la glande testiculaire, il y a « deux éléments différents et complémentaires. L'élé- « ment séminal à spermatozoïdes et l'élément endo- « crinien stimulant l'organisme par les hormones. « Les deux éléments sont indépendants l'un de l'au- « tre. L'azoospermie peut coïncider avec l'allure « mâle.

« Voilà les données de la science, confirmées par « Steinach, Retterer, Voronoff, Kuntz, etc.

(1) LEREBOULLET. — *Le Journal Médical français*, août 1922, p. 329.

« Les deux éléments ont une fonction différente ; ils agissent aussi différemment aux Rayons X, à l'intoxication alcoolique (Kostide), L'élément interstitiel est plus résistant, il vieillit moins vite ; c'est lui qui provoque le rajeunissement dans les expériences de Steinach.

Quelle est l'origine de la glande interstitielle ?

Elle n'est pas entièrement élucidée.

M. Retterer lui reconnaît l'origine épithéliale. D'autres disent : « probablement, d'origine mésenchymateuse ».

Tel n'est pas notre avis.

On ne peut pas admettre, *a priori*, qu'un simple organe de soutènement puisse avoir une répercussion considérable sur la vitalité de l'organisme. Cette transformation radicale, ce rajeunissement ne peut provenir que d'une glande sexuelle complémentaire, de l'ovule, du gamète femelle. Dans le *Concours médical* du 22 janvier 1922, nous avons démontré que les corps médians sont de nature bisexuelle.

Le testicule, organe médian, est une glande bisèxuelle.

L'ébauche mâle formera la 1/2 glande visible, séminale, à spermatozoïdes. L'ébauche femelle donnera la 1/2 glande complémentaire, interstitielle, *invisible*, qui sécrétera les hormones ; c'est la glande endocrine qui stimule les autres glandes endocrines.

Les deux éléments du testicule proviennenl des deux gamètes.

C'est la théorie de la dualité.

On comprend dès lors les indications de l'opothérapie mixte génitale chez l'homme et chez la femme.

Dans les deux cas, l'organe sexuel est mixte.

L'homme recevra, en même temps, l'opothérapie testiculaire pour son système séminal et l'opothérapie ovarienne pour son appareil interstitiel, endocrinien.

Nous savons qu'il existe des fabricants lançant dans le commerce des produits d'opothérapie ainsi associés, très recherchés par le public médical, ce qui est une preuve de leur utilité. S'inspirant de ces idées, M. L. Berger a fait une communication à l'Académie des sciences, le 25 septembre 1922, avec ce titre : *Sur l'existence d'une glande ovarienne homologue de la glande interstitielle testiculaire.*

En voici le compte rendu dans la *Presse Médicale* du 8 novembre dernier : « Les organes paraganglionnaires du hile de l'ovaire ont leurs homologues « dans les amas cellulaires localisés dans les nerfs « sympathiques du hile testiculaire et de l'albuginée « ou à leur voisinage. Les amas paranerveux du testicule se continuent avec les éléments interstitiels « et suivent toutes leurs variations morphologiques et « évolutives. Ils *semblent* donc former avec eux *un ensemble.* Les organes de l'ovaire seraient les homologues de la glande interstitielle du testicules, mais « tandis que leur masse considérable dans le testicule gêne l'étude de leurs rapports, leur petit nombre dans l'ovaire permet de mieux apprécire leur « signification. Et comme ils ont, dans l'ovaire, les « attributs d'éléments paraganglionnaires, *il y a* « *lieu de se demander* si la glande interstitielle du « testicule n'est pas elle-même à considérer comme « paraganglion ». M. Berger semble reconnaitre la dualité de la glande génitale. *La bisexualité de la glande génitale a été aussi reconune par Er. Pfeiffer* (1) *qui a guéri l'homosexualité par la transplantation du testicule.*

M. Pfeiffer a implanté à un homosexuel, dans la gaine du grand droit, la moitié d'un testicule, après scarification de l'albuginée. Pour éviter l'intervention de la suggestion, l'opérateur fit croire au patient qu'il l'opérait d'une hernie. Six semaines après l'opération, on a pu constater le développement des poils du pubis suivant le type masculin avec une transformation psychique : l'opéré cherchait les femmes qui lui étaient auparavant indifférentes. Ce cas présente une confirmation de la théorie de la dualité. La glande interstitielle du testicule est, selon notre conception, d'origine sexuelle complémentaire, soit d'origine femelle. A l'état normal, la glande interstitielle se trouve à l'état *latent*, comprimé par la glande séminale qui prend un fonctionnement prépondérant. En cas d'atrophie de cette dernière, la glande interstitielle se réveille et montre son origine femelle. Il existe d'autres exemples d'états latents, dans l'économie. *L'adrénalinémie physiologique existe à l'état latent, dissimulée, inactivée.* L'adrénalinémie, niée par le professeur Gley, a été démontrée par MM. Abelous et Soula (2).

« En effet, on ne trouve plus d'adrénaline dans le « sang, dès l'embouchure de la veine surrénale dans « la veine cave, car un contact très court avec le « sérum sanguin suffit à lui faire perdre ses propriétés hypertensives et mydriatiques, que le *contact* « *des tissus* suffit à faire réapparaître. »

MM. Tournade et Chabrol (3) ont démontré par de nombreuses expérience que l'adrénaline existe à l'état *latent* « dans le sang de la veine surrénale. En abouchant la veine capsulaire d'un animal *donneur* au « bout cardiaque de la jugulaire d'un *transfusé*, les « auteurs réalisent le passage du sang surrénal adrénaliné de l'un, dans la circulation générale de l'autre. En excitant le bout périphérique du splanchnique chez le premier, ils constatent une hypertension chez les deux chiens, ils vérifient les effets « vaso-constricteurs de l'excitation du splanchniqus « chez le *donneur et les* effets adrénalino-sécréteurs « chez le transfusé. »

Voilà la preuve de l'état dissimulé de l'adrénaline dans le sang.

C'est dans le même sens que nous considérons la

(1) *Deustche medicinische Wochenschrift* (Leipzig), in *Presse Médicale*, du 13 septembre 1922.

(2) ABELOUS et SOULA. — Soc. biol., nº 14, 192?, in *Jour. méd. fr.*, août 1922, p. 358.

(3) TOURNADE et CHABROL. — Soc. biol., 15 oct 1921, in *Jour. méd. fr.*, août 1922.

glande interstitielle du testicule ou de l'ovaire, comme un état dissimulé, caché, *inactivé* du sexe *complémentaire. Dualité de la glande génitale.*

Le testicule contient à l'état *caché*, dans sa glande interstitielle, le sexe féminin ; l'ovaire garde inclus, à l'état *caché*, dans sa glande interstitielle, le sexe masculin.

Dans le syndrome adiposo-génital, l'adiposité est la conséquence du *développement* de la glande interstitielle, par *déficience* de la glande visible, externe, avec son cortège de frigidité et d'impuissance chez l'homme, d'aménorrhée chez la femme. Dans la glande cachée, la femme se montre, d'où la frigidité chez l'homme.

C'est la manifestation la plus pure de la dualité de notre organisme.

La dualité nous fait apercevoir l'importance du système endocrinien et la raison de la synergie glandulaire.

Importance du système endocrinien.

L'importance du système endocrinien résulte de sa situation médiane, axiale, bi-sexuelle.

Les glandes *closes* servent sur la ligne médiane de *trait d'union* entre les deux hémicorps. Chaque glande endocrine appartenant, par moitié, à l'hémicorps correspondant, se compose, elle-même, de deux moitiés indépendantes, d'origine sexuelle différente. C'est là, où les deux sexes se touchent, c'est là, la rencontre de tous les tissus différentiels de droite et de gauche ; c'est là le nœud qui unit, sur toute la hauteur, les demi-glandes vasculaires, bi-sexuelles, pour *équilibrer* l'organisme dans sa conception, dans son *développement.* C'est ce nœud qui sert à équilibrer et à développer.

Les deux hémicorps, c'est-à-dire, l'organisme entier sont en dépendance du trait d'union (glandes vasculaires) qui préside au développement et à l'entretien du corps humain. Si le trait d'union (chaîne glandulaire) est altéré, les deux hémicorps perdent leur système régulateur, se disloquent, par affaiblissement de leur attache.

L'intégrité de la glande endocrine est liée à la santé, à l'équilibre des deux hémicorps.

Ce qui est vrai pour une glande endocrine est aussi exacte pour toutes les glandes réunies.

Nous comprenons, grâce à la dualité, pourquoi l'adultération des glandes à sécrétion interne porte un préjudice à notre vitalité.

La dualité nous fait comprendre aussi le mécanisme de la synergie glandulaire

Mécanisme de la synergie glandulaire.

Dans notre 3e article, paru au *Concours* le 21 mai 1922, nous avons défini l'axe du corps.

Les glandes endocrines sont situées dans l'*axe* du corps, ce qui constitue leur solidarité.

En effet, l'axe du corps situé sur la ligne médiane constitue notre articulation.

C'est l'articulation qui articule les deux hémicorps. Cette articulation représente une unité, au même titre que toute articulation visible : genou, poignet, cou-de-pied, etc. C'est le trait d'union, c'est la chaîne solidarisant tous les chaînons, représentés par des glandes closes. Chaque glande endocrine est donc un chaînon. En supprimant une glande vasculaire, on disloque la chaîne. L'organisme s'affaisse.

D'où solidarité ou synergie glandulaire.

Nous saisissons maintenant pourquoi en thérapeutique la synergie glandulaire a obtenu les suffrages des cliniciens.

En opothérapie pluriglandulaire, le médecin, comme le bijoutier, consolide tous les chaînons d'une chaîne fatiguée.

L'opothérapie redresse toutes les glandes internes, dont les points de contact s'affaiblissent et s'éloignent.

L'hypophyse, la thyroïde, les parathyroïdes, le thymus, toutes glandes vasculaires, se continuent sans interruption, par continuité tissulaire, formant ainsi une véritable chaîne vivante, accrochée au pôle supérieur de l'axe du corps.

La surrénale et la glande génitale forment le nœud du pôle inférieur de la chaîne axiale.

Une corde à linge, attachée à deux clous, exprime la synergie glandulaire.

Lorsqu'une attache s'affaiblit, il est nécessaire de consolider la deuxième attache, pour ne pas laisser s'affaisser la corde, sous le poids du linge (glandes vasculaires altérées).

Le relâchement du nœud thyroïdien nécessite le renforcement du nœud surrénalo-génital, pour éviter la chute de la corde, l'affaissement de l'axe du corps, la mort.

Expérimentalement, cette conception a été exposée à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 28 octobre 1921, par MM. Rist et Weiss.

La trachéo-bronchoscopie exige une position de la tête *en hyperextension*, entraînant une tension du corps thyroïde. Cliniquement apparaissent, transitoirement, les symptômes de la maladie de Basedow.

En physique, l'idée d'hyperextension comporte une *ligne droite tendue à l'extrême* et *deux extrémités* accrochant la dite ligne.

Or, la thyroïde, par ses connexions intimes avec les glandes voisines (l'hypophyse, thymus, parathyroïdes) se trouve être sur cette ligne droite, supportant toutes les glandes vasculaires *solidarisées* ainsi.

La tension de la thyro-hypophyse fait tendre toutes les autres glandes, d'où *synergie glandulaire.*

La ligne glandulaire droite, tendue est la santé.

La ligne courbe, relâchée, est la maladie.

La ligne droite qui sert de trait d'union peut, à tout moment, équilibrer le dynamisme des deux hémicorps. La liaison par le sympathique est normale. La santé est bonne.

La ligne courbe est un mauvais conducteur d'énergie électrique, à cause des connexions *relâchées* des chaînons glandulaires altérés. Les deux hémicorps sont en déséquilibre, par suite d'irrégularité d'influx nerveux sympathique qui trouve des obstacles au passage des glandes malades de la chaîne axiale,

lésées de façon *inégale*, donnant un influx nerveux *inégal*, *inconstant*, *avec heurts*, laissant à chaque hémicorps sa *part d'autonomie*, d'où résulte le manque d'équilibre dynamique de l'organisme pris comme unité.

Quelques exemples de la synergie glandulaire vus sous l'angle de la dualité.

A. *La synergie thyro-ovarienne dans la maladie de Basedow.* Cette synergie se manifeste par l'*atrophie* (1) des organes génitaux. Le resserrement du nœud thyroïdien au pôle supérieur de l'axe médian provoque l'atrophie du nœud génital au pôle inférieur par l'élongation et le tiraillement des cellules génitales, déclicates, hypersensibles.

B. *Un syndrome pluriglandulaire par commotion cérébrale.* Dans le même numéro (2), M. Claude cite le cas d'un syndrome pluriglandulaire à la suite d'une commotion par éclat d'obus, sans blessure, sans aucune lésion organique appréciable. En un an, la déchéance physique fit des progrès stupéfiants. Voici comment nous interprétons le cas.

L'apparition d'un syndrome pluriglandulaire n'est possible que grâce à l'hérédité. Les glandes vasculaires, composées de deux demi-glandes de sexualité différente, présentent, dans l'hérédité maladive un contact médian imparfait de ces deux demi-glandes, une véritable cicatrice chéloïdienne, par mauvaise qualité des tissus transmis.

A l'état normal, l'union intraglandulaire est parfaite et solide à toute épreuve. Dans les cas héréditaires, l'union intraglandulaire est moins résistante. Une commotion violente a suffi pour relâcher cette union et *écarter l'articulation intraglandulaire*, d'où affaissement progressif de l'individu.

M. Henri Claude (3), dans son excellent article sur la synergie glandulaire, reconnaît que la science a des données insuffisantes pour donner la clé du problème. C'est qu'il y a dans « le système endocrinien des phénomènes de suppléance qui déroutent les chercheurs ».

La dualité en trouve la clé du problème.

C. *Les syndromes pluriglandulaires chez l'enfant.* M. Mouriquand (4) dit que l'enfant est sous *le coup* immédiat « de l'hérédité pathologique et diffuse des « lésions, surtout infectieuses, avec une facilité plus « grande que l'adulte. D'autre part, ses endocrines, « étant en *hyperfonctionnement*, sont plus fragiles, « donc plus facilement lésées. »

La dualité donne une autre interprétation : la soudure glandulaire n'étant pas encore faite chez l'enfant, une cause peut, plus facilement que chez l'adulte, *écarter* les éléments intraglandulaires et provoquer le syndrome pluriglandulaire.

(1) GODLEWSKI. — *Le Journal Médical français*, nov. 1921.

(2) CLAUDE et SOURDEL. — *Le Journal méd. Fr.*, nov. 1921, p. 462.

(3) Henri CLAUDE. — *Le Journal Méd. Français*, nov. 1921, p. 466.

(4) MOURIQUAND, — P. 468.

Etant donné ce que nous savons sur l'importance des glandes vasculaires, peut-on admettre qu'il soit possible d'éliminer une de ces glandes sans dommage ?

D. *L'hypophyse est-elle nécessaire à la vie* ? Des expériences de Jean Camus et Roussy, vérifiées par Percival, Bailley et Bremer, il résulte (1) que l'*hypophyse n'est pas nécessaire à la vie* et qu'on peut conserver en santé parfaite des chiens complètement privés d'hypophyse. La dualité ne nous permet pas d'admettre cette hypothèse. Pour nous, l'hypophyse est un chaînon *indispensable* pour le maintien de la tension de la chaîne glandulaire.

Nous appuyons notre pensée par les faits suivants :

1) L'infantilisme, syndrome d'hypopituitarisme a été obtenu expérimentalement par Caselli, (2) Fichera, Aschiner, Ascoli : l'ablation de l'hypophyse des jeunes chiens entraîne un arrêt total et immédiat de la croissance et l'atrophie des organes génitaux.

On ne peut pas admettre comme inutile un organe provoquant de si profondes lésions.

2) Recherches histologiques, indiquées par Lereboullet : cellules éosinophiles du lobe antérieur, lacs sécrétoires de la portion intermédiaire, enfin cellules épithéliales avec une substance *hyaline basophile* dans le lobe postérieur.

L'examen histologique montre toute son importance.

3) Les modifications de la selle turcique, visibles à la radiographie.

4) Des syndromes anatomo-cliniques, nets : dystrophies osseuses ; le gigantisme, le nanisme, l'infantilisme, le syndrome adiposo-génital, enfin la cachexie hypophysaire.

L'ensemble de ces faits ne nous permet pas d'accepter les conclusions des expériences de Camus et Roussy (3) de 149 interventions. Certes on peut distraire un chaînon, mais aux dépens de la longueur et de la valeur de la chaîne.

C'est le cas d'hypophysectomie expérimentale.

Le laboratoire *ne prime pas la clinique.*

M. Apert (4) a constaté que l'absence d'une grande partie « d'un hémisphère cérébral ou même de l'en- « céphale est compatible avec un développement « physique absolument normal. L'hydrocéphlite « anencéphalique peut être une découverte inat- « tendue d'autopsie. Cependant que dans les pre- « miers mois de la vie, l'enfant peut paraître *abso-* « *lument normal.*

Cela ne veut pas dire que le cerveau nous soit inutile.

« Il y a même des anencéphales complètement « privés de *centres nerveux.* La moelle fait défaut « aussi bien que le cerveau, le cervelet et le bulbe,

(1) P. LEREBOULLET. — *Journal méd., Français*, août 1922.

(2) MOURIQUAND. — Novembre 1921, p. 469.

(3) Soc. Biologie, 13 mai 1922.

(4) APERT. — *La Croissance*, 1921, p. 185.

« et pourtant, ces sujets ont leurs quatre membres « aussi bien développés que des nouveau-nés nor- « maux.

A la naissance, ces anencéphales s'agitent comme des sujets normaux, mais les mouvements sont incoordonnés. Le système nerveux commande donc la coordination, mais *nullement le développement.*

Le développement est commandé par l'hérédité siégeant dans l'axe du corps, dans la chaîne ganglionnaire axiale. Aucune d'elles ne peut être soustraite sans dommages pour la croissance et la santé. A la page 138, M. Apert dit que ce sont « unique- « ment les cliniciens qui ont pris l'initiative des étu- « des glandulaires à sécrétion interne. Les physio- « logistes n'ont fait que préciser les points spéciaux « qui ont été impossibles d'étudier chez l'homme. »

Le professeur Fernand Widal, président du XVI[e] congrès français de médecine, tenu à Paris les 12-14 octobre 1922, dans son discours inaugural, s'est longuement étendu sur la prééminence de la clinique sur la physiologie.

« L'étude clinique des maladies des glandes à sé- « crétion interne a révélé de son côté l'existence de « syndromes fonctionnels *autonomes*, en rapport avec « certaines altérations des glandes endocrines, syn- « dromes que l'ablation totale ou partielle de ces « organes ne parvient pas à reproduire. »

C'est le cas d'hypophysectomie par Jean Camus et Roussy.

Leur ablation physiologique ne correspond nullement à l'altération pathologique de l'hypophyse.

La dualité ne nous permet pas d'éliminer l'hypophyse comme inutile. Nous la considérons comme nécessaire à la vie, dans la synergie glandulaire.

D[r] Abramovitsch.
du Havre.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La transfusion du sang de l'animal à l'homme.

Il est généralement admis que la transfusion du sang n'est indiquée qu'à la condition que le donneur soit de même espèce que le récepteur.

Or, il résulte des recherches de MM. R. Cruchet et Ragot qu'il est possible de transfuser à un animal, le sang d'un animal d'une espèce différente, à la condition qu'ils soient de la même classe. C'est ainsi qu'ils ont transfusé du sang de mouton à 8 malades, dont cinq virent leur état général s'améliorer sensiblement.

Les auteurs résument ainsi leur exposé :

« Tels sont, sans commentaires, les résultats, de la transfusion du sang de l'animal à l'homme, tels que nous les avons observés.

« Les objections ne nous ont pas été ménagées ; en particulier, celles qui incriminent l'agglutination et l'hémolyse et, derrière cette réaction physico-chimique, le choc dit protéique ou humoral.

« Il n'est pas douteux que si l'hémolyse est rare, l'agglutination, au moins *in vitro* , est fréquente, presque habituelle. Cependant, il est curieux de noter que l'agglutination du sang de mouton et de cheval par le sérum humain n'existe pas nécessairement, et par définition, comme on l'admet classiquement. La même remarque générale s'applique à l'agglutination du sang d'animal par le sérum d'animal d'espèce différente. D'autre part, l'agglutination, quand elle existe, nous a paru entraîner des réactions sensiblement identiques à celles qu'on observe parfois dans les cas de transfusion interhumaine, où toutes les précautions de non-agglutination ont été prises.

« Il est évident que nous n'avons fait jusqu'ici que de petites transfusions de sang de l'animal à l'homme ; mais les résultats obtenus, dans nos expériences, entre animaux d'espèces différentes nous permettent l'espoir d'arriver ultérieurement à des transfusions plus fortes ; ils n'en paraissent pas moins, tels que nous les donnons, tout à fait contraires à ce qu'on croyait jusqu'ici. A ce titre, nous tenons à les faire connaître au public médical, de façon à attirer l'attention des chercheurs sur une question qui mérite d'être étudiée à nouveau, en laissant à peu près complètement de côté les théories et les hypothèses sur lesquelles elle repose actuellement ». (*Paris médical*, 27 janvier 1923.)

Le traitement de la gale par la frotte.

MM. Lortat-Jacob et Legrain en rappellent les temps successifs et les agents :

1° Frictions d'un quart d'heure sur tout le tégument, en insistant sur les régions de prédilection du sarcopte, avec du savon noir.

2° Bain tiède d'une demi-heure, au cours duquel la friction sera continuée.

3° Frotte proprement dite, avec la pommade suivante :

Soufre précipité........	60 gr.
Axonge	300 gr.

Le corps enduit de cette pommade, le galeux revêt du linge propre et couchera dans des

draps propres. Les mains également frottées seront gantées.

12 à 20 heures après, grand bain d'amidon tiède, suivi d'un saupoudrage au talc.

On désinfectera soigneusement le linge de corps, les draps, les gants, les sous-vêtements de laine. (*Prog. méd.*, 27 janvier 23).

Traitement de la séborrhée huileuse du cuir chevelu chez la femme.

D'après M. Brocq, la séborrhée huileuse du cuir chevelu dont on observe des cas infiniment plus nombreux aujourd'hui qu'autrefois, et qui se traduit par une sécrétion grasse au niveau du cuir chevelu, tandis que le cheveu, sous l'influence des lotions siccatives trop largement employées, devient cassant, après avoir présenté la lésion dite trichorexie, serait due à des troubles de la circulation et de la nutrition conditionnés par des influences héréditaires, et entretenus par une hygiène défectueuse. Le bacille de Sabouraud ne serait qu'un saprophyte, témoin, et non cause de l'affection.

Dans ces conditions, le traitement sera d'abord général, et comprendra des exercices physiques sagement pratiqués, de la marche, une alimentation comparable à celle du goutteux, une hygiène intellectuelle et morale irréprochable, de l'hydrothérapie, des alcalins, quelques prises de thyroïdine et d'ovarine.

Localement, on pratiquera des massages du cuir chevelu chaque soir ; des lotions sur le cuir lui-même, dans le sens du cheveu, avec un des liquides suivants :

1° Résorcine	2 gr.
Teinture de romarin	40 gr.
Alcool à 90°	160 gr.

2° Coaltar saponiné coupé plus ou moins d'eau bouillie ;

3° Polysulfure de potassium liquide, IV gouttes dans un demi-verre d'eau bouillie chaude.

Ces formules conviennent aux formes légères. Dans les formes plus intenses, on emploiera la liqueur d'Hoffmann, l'acétone, l'éther de pétrole, le tétrachlorure de carbone, le sulfure de carbone, la lotion soufrée suivante :

Soufre précipité	25 gr.
Alcool camphré	30 gr.
Glycérine neutre pure	5 gr.
Eau de roses	50 gr.

ou la poudre suivante :

Amidon	74 gr.
Soufre précipité	} àà 12 gr.
Borate de soude	}

Par contre, il sera bon de lubrifier l'extrémité libre du cheveu avec de l'huile antique, ou de la brillantine à l'huile de ricin.

S'il survient des pellicules, sur le cuir chevelu lui-même, mis à découvert au moyen de raies, on exerce des massages, en utilisant la pommade suivante :

Soufre précipité	} àà 2 gr.
Goudron purifié	}
Savon noir	1 gr.
Baume du Pérou	0 gr. 75
Vaseline pure	25 gr.

L'auteur insiste avec raison sur l'importance du traitement général. Lui seul est capable de modifier l'organisme, et de supprimer la séborrhée, contre laquelle le traitement local n'est prescrit que pour donner surtout satisfaction au désir des malades. (*Bull. méd.*, 27 janvier 1923.)

Deux nouveaux agents trypanocides.

M. Cheinisse leur consacre quelques bonnes pages, estimant qu'il n'est pas inutile que les médecins français sachent de quelles ressources ils disposent contre la maladie du sommeil.

L'un est la tryparsamide, employée aux Etats-Unis, et qui, après des expérimentations relativement concluantes chez les animaux, aurait donné des résultats encourageants chez l'homme.

L'autre est un remède secret, fabriqué en Allemagne, désigné sous le nom de Bayer 205, combinaison organique complexe dérivée d l'aniline, qui s'emploierait en injections intra-veineuses.

« Sans qu'il s'agisse d'un remède infaillible « et susceptible de réaliser, chez l'homme, cette « thérapia magna sterilisans, qui reste encore à « l'état d'idéal de la chimiothérapie, le « 205 » « paraît être le plus puissant des trypanocides « expérimentés jusqu'à ce jour ». (*Presse méd.*, 27 janvier 1923.)

Les œdèmes pulmonaires des cardio-rénaux.

Cet accident est un de ceux qui causent au médecin, dans sa pratique journalière, les plus vives angoisses, et qui peuvent aussi lui procurer les plus vives satisfactions, puisqu'une médication énergique appropriée opère le miracle de ramener en quelques minutes à la vie, des confins de la mort imminente, le moribond qui va succomber.

L'essentiel, c'est de savoir le reconnaître, ce qui est facile en certains cas, moins aisé dans d'autres. M. Jacquelin vient de traiter cette question très complètement, en traçant tout d'abord le tableau clinique de ce syndrome. Survenant chez des cardio-rénaux hypertendus, la crise a été parfois précédée de prodromes, tels que palpitations, dyspnée, angoisse, douleurs précordiales, avec modifications de la tension

artérielle minima, qui s'élève, diminuant ainsi la tension différentielle, ce qui indique l'imminence de la défaillance cardiaque.

Le début de l'accès est soudain, nocturne, marqué par une toux quinteuse, une angoisse dyspnéique effrayante, suivies d'une expectoration abondante, pouvant atteindre le volume de plus d'un litre, d'un liquide rosé, saumoné, ou même hémorragique, aéré et couvert de spume : caractère pathognomonique, ce liquide est très riche en albumine ; l'albumino-réaction de Roger est plus intensément positive qu'elle ne l'est dans aucune autre affection.

Les autres symptômes sont la polypnée avec tirage sus et sous-sternal, des râles crépitants fins partant des bases et envahissant la totalité des poumons, à la façon d'une marée montante, râles qui prennent ensuite un timbre humide et deviennent même de véritables gargouillements.

Si l'on mesure alors la tension artérielle, on constate qu'elle baisse notablement dans les premières heures, et de la façon dont elle se comporte ensuite, on tirera des indications pronostiques : remonte-t-elle rapidement au voisinage de son chiffre initial ? Pronostic très favorable. Continue-t-elle à s'effondrer ? Pronostic très sombre ; mort prochaine. Demeure-t-elle au-dessous de son niveau antérieur ? La dilatation cardiaque persiste, et enlèvera le malade en quelques semaines.

L'auteur décrit des formes foudroyantes ; des formes prolongées ; des formes hyperthermiques ; des formes larvées ; il expose, en outre, les conditions différentes dans lesquelles la crise se déclanche, soit à la suite d'une congestion pulmonaire ou d'une pneumonie, soit en cas de tuberculose du cardio-rénal, soit par dilatation aiguë au cours d'une néphrite aiguë.

En dehors de l'œdème aigu, il faut savoir reconnaître les œdèmes chroniques, les œdèmes mixtes, les petits œdèmes d'alarme, parfois latents.

Le diagnostic repose surtout, s'il y a possibilité de confusion avec une expectoration hydrorrhéique, sur l'albumino-réaction des crachats. On distinguera encore l'œdème pulmonaire de l'asthme cardiaque et de l'angine de poitrine.

Pour M. Jacquelin, l'interprétation pathogénique la plus séduisante est celle qui attribue l'œdème pulmonaire aux troubles cardiaques, et à la défaillance plus ou moins subite du ventricule gauche, en cas d'hypertension croissante. Ces troubles sont influencés d'ailleurs secondairement par des troubles vaso-moteurs, tels qu'un réflexe d'origine aortique déterminant une vasodilatation aiguë pulmonaire ; par des troubles pulmonaires ; par des états pleuraux (œdème aigu à la suite de la ponction).

Le traitement héroïque comporte la saignée générale copieuse et la morphine. (*Gaz. des hôp.*, 3 et 10 fév. 1923.) G. D.

Valeur des méthodes de recherche des bacilles de Koch dans les expectorations.

MM. L. Bernard et Ceste estiment qu'on accorde aux méthodes d'homogénéisation une valeur exagérée. L'examen direct suffisamment répété et prolongé a une valeur considérable. Si les méthodes de concentration en bacilles présentent, au point de vue scientifique, un intérêt certain, leur application pratique est discutable. Le manque de persévérance dans l'examen des lames d'étalement direct et dans la répétition de ces examens, telle est la raison essentielle du succès de l'homogénéisation ou des procédés voisins. Dans un même esprit de simplification, on a étudié de divers côtés l'homogénéisation des crachats tuberculeux par auto-digestion spontanée, à la température ambiante, à 37°, à 50° (Bezançon, Mathieu, Philibert (Société de Biologie, 1922) et montré que cette autolyse facilitait la recherche du bacille.

Ces constatations nous rappellent d'anciennes recherches de l'Ecole Bordelaise. Déjà, en avril 1913 (*Annales de l'Institut Pasteur*), le professeur Sabrazès avait indiqué que des crachats bacillifères abandonnés dans un flacon fermé, à la température du laboratoire, s'y fluidifiaient et 3 ans après contenaient des bacilles de Koch nettement reconnaissables. Il indiquait encore (Rapport scientifique, Paris 1906, pages 245, et 1907, page 318) que les crachats bacillifères, abandonnés en vases clos, perdent de leur virulence au bout de 6 mois environ. Inoculés au cobaye à hautes doses, ces crachats, ainsi surchargés de bacilles morts, ne provoquent pas de lésions tuberculeuses. Les animaux inoculés augmentent régulièrement de poids. Or, ces animaux, ayant reçu sans dommage une forte dose (1 cc.) de ces crachats fluidifiés farcis de bacilles, ont résisté plusieurs mois de plus que les témoins à la tuberculose inoculée, et les lésions tuberculeuses des points d'inoculation, des ganglions et de la rate se sont montrées moins bacillifères que celles des témoins.

Au microscope, les bacilles tuberculeux agglutinés, rapetissés, mais toujours nettement alcoolo-résistants, se retrouvent au fond des flacons. Ces énormes agglutinats de bacilles simulant une véritable culture sont accompagnés d'amas très denses d'acides gras.

Ce procédé d'obtention des bacilles de Koch en amas, amas de bacilles que l'on peut séparer facilement, pourrait être utilisé comme vaccin expérimental.

(*Paris Médical*, 20 janv. 1923),
C. Colbert.



Les Sociétés Savantes

Le pneumothorax thérapeutique chez l'enfant.

(M. P.-F. ARMAND-DELILLE. — *Académie de médecine*, 13-3-1923.)

Chargé, depuis un an, d'assurer le service des enfants tuberculeux à l'hôpital Debrousse, M. Armand-Delille a été amené à suivre ainsi 25 petits malades chez lesquels avait été pratiqué le pneumothorax artificiel thérapeutique. Dans la totalité des cas, les résultats immédiats furent très satisfaisants, et, d'autre part, les résultats éloignés sont également bons. Tous ces enfants, sauf deux, ont augmenté de poids.

L'auteur pense légitime de conclure, étant données la gravité bien connue et la rapidité d'évolution de la tuberculose pulmonaire de l'enfant, dont le pronostic est presque toujours fatal, que le pneumothorax thérapeutique doit être tenté chaque fois où sont réalisées les conditions voulues pour rendre l'intervention possible, en particulier la stricte unilatéralité des lésions.

Prévention de la coqueluche par le sérum de convalescent.

(M. Robert DEBRÉ. — *Académie de médecine*, 13-3-1923.)

L'action préventive que possède vis-à-vis de la rougeole l'injection de sérum de convalescent (méthode de Nicolle et Conseil), actuellement bien établie, devait inciter à appliquer une semblable technique à d'autres maladies contagieuses infantiles : scarlatine, oreillons, coqueluche. M. Robert Debré fait connaître aujourd'hui les résultats qu'il a obtenus dans la prévention de la coqueluche par l'injection de sérum de convalescent.

L'auteur s'est servi d'un mélange de plusieurs sérums, prélevés à la quatrième semaine de la maladie, recueillis stérilement et conservés plusieurs jours à la glacière. Cette conservation permet d'éviter toute contamination syphilitique, dans l'hypothèse d'une faute dans la réaction de Bordet-Wassermann, qui doit toujours être pratiquée.

Quarante enfants ayant été en contact prolongé avec des coquelucheux, furent soumis à l'injection préventive. Tous ceux (31) que l'on inocula en période d'incubation restèrent indemnes. Les autres (6) eurent une coqueluche bénigne, ou une coqueluche normale (3). Pour ces derniers, l'inoculation avait été manifestement trop tardive, la maladie ayant débuté aussitôt. La dose de sérum employée fut de 2 à 3 cent. cubes pour les enfants de moins de trois ans.

Il est donc vraisemblable que, comme pour la rougeole, on pourra prévenir l'éclosion de la coqueluche en injectant du sérum de convalescent aux sujets contagionnés. L'injection devra être faite pas trop tardivement, en période d'incubation. L'immunité ainsi conférée n'est que passagère, mais elle n'en est pas moins utile pour éviter aux nourrissons une maladie particulièrement sérieuse à cet âge.

Traitement rénovateur des plaies.

(M. SALVA MERCADÉ. — *Académie de médecine*, 13-3-1923.)

La thérapeutique chirurgicale comprend deux méthodes : l'antisepsie et l'asepsie. Les antiseptiques ont l'inconvénient, parfois, d'altérer les cellules vivantes, et l'asepsie se contente d'exercer un rôle de préservation. M. Mercadé estime qu'entre les deux pourrait se placer une méthode de pansement favorable à la nutrition et à la rénovation des plaies. Il emploie, à cet effet, la peptone, mêlée à du manganèse.

L'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale post-abortum.

(M. HALLER. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 5-1-1923.)

M. Lœwy présente un rapport sur une étude de M. Haller intitulée : l'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale post-abortum, forme septicémique. L'auteur pense que, chez une femme infectée, si, après un curetage, la température persiste ou tend à monter, l'état général devenant mauvais, s'étant assuré que l'utérus ne contient plus rien, qu'aucune localisation para-utérine n'existe, autrement dit qu'on a affaire à la forme septicémique de l'infection puerpérale, le chirurgien doit faire sauter l'utérus, par une hystérectomie vaginale, moins choquante que l'opération abdominale. M. Haller cite trois observations favorables à son opinion.

— M. LŒWY croit également qu'on ne fait pas assez d'hystérectomies dans les infections puerpérales.

— M. PAUCHET adopte la formule suivante : après une infection puerpérale, curetage ; si le curetage ne donne pas de succès rapide, hystérectomie. Le point délicat est de savoir quand il faut prendre cette détermination. En réalité, la décision dépend de l'*impression* que donne la malade et de la mentalité du chirurgien.

— M. Paul DELBET a recours à l'hystérectomie seulement quand les accidents deviennent menaçants. Fixer un délai (un délai de 48 heures après le curetage, comme on l'a dit), conduit à des exagérations. La présence du streptocoque doit aussi faire pencher la balance en faveur de l'intervention.

L'anesthésie des splanchniques dans la néphrectomie.

(MM. Billet et Maisonnet. — *Société de chirurgie*, 31-1-1923.)

M. Maurice Chevassu présente un rapport sur cinq observations de MM. Billet et Maisonnet, concernant des néphrectomies pratiquées au moyen de l'anesthésie des splanchniques.

La méthode, connue sous le nom d'anesthésie des splanchniques, est due à M. Roussiel, de Bruxelles. Elle consiste à enfoncer une aiguille sur le prolongement du bord inférieur de la 12e côte, à sept centimètres de la ligne médiane, comme si l'on voulait traverser le sujet de part en part. Arrivé sur le plan résistant de la colonne vertébrale (on ne doit pas dépasser une profondeur de 9 centimètres, sous peine d'atteindre l'aorte ou la veine cave), on injecte une cinquantaine de centim. cubes de liquide anesthésique, sur le flanc de la première et de la deuxième vertèbres lombaires, dans le tissu cellulaire où sont situés le plexus solaire et ses ganglions. On obtient ainsi une insensibilisation très satisfaisante du rein.

Malgré les avantages de cette technique, M. Chevassu considère qu'on ne saurait l'employer que d'une façon exceptionnelle. Les anesthésiques locaux s'éliminent, en effet, précisément par l'organe qu'il faut ménager plus spécialement ici, le rein. En outre, le rein opposé peut être touché directement ainsi que la surrénale par l'infiltration du liquide anesthésiant. L'indication de ce mode d'anesthésie demeure, en somme, délicate à préciser.

Le cancer du col sur l'utérus prolabé est-il rare ?

(M. Chavannaz, de Bordeaux. — *Société de chirurgie*, 31-1-1923.)

M. Chavannaz a remarqué la rareté du cancer cervical sur l'utérus prolabé aux deuxième et troisième degrés. Si cette opinion était confirmée par d'autres observateurs (l'utérus prolabé étant un organe particulièrement touché par les irritations locales), il faudrait conclure que les petits traumatismes répétés, l'irritation mécanique, souvent invoqués dans la pathogénie des processus cancéreux, ne jouent en réalité aucun rôle.

Sur l'insufflation péri-rénale.

(M. Chevassu. — *Société de Chirurgie*, 31-1-1923.)

M. Maurice Chevassu discute la méthode de radiographie du rein après insufflation péri-rénale, proposée par M. Carelli. L'image ainsi obtenue, dit-il, est souvent d'interprétation délicate et pas toujours plus instructive qu'une bonne radiographie sans insufflation. La technique en question, toutefois, n'en mérite pas moins d'être tentée dans tous les cas de tumeurs du flanc de diagnostic difficile, lorsque la radiographie ordinaire, l'insufflation des côlons et l'exploration fonctionnelle comparée des deux reins n'auront pas permis d'aboutir à une certitude.

Syncope chloroformique. Guérison par massage du cœur.

(M. Picquet, de Sens. — *Société de Chirurgie*, 7-2-1923.)

M. Lenormant rapporte une observation de M. Picquet intitulée : syncope chloroformique au cours d'une gastrectomie. Massage sous-diaphragmatique du cœur. Guérison.

Dans le cas en question, la syncope survint vers la fin de l'opération. M. Picquet fit faire la respiration artificielle, et, glissant sa main sous le diaphragme, il eut l'impression d'une sorte de frémissement du cœur. Il commença le massage : au bout de deux ou trois minutes, les battements du cœur reprirent.

Ce cas, conclut M. Lenormant, confirme ce que nous ont appris des observations antérieures. La réanimation définitive du cœur ne peut être obtenue que si son arrêt est incomplet ou n'est complet que depuis un temps très court, trois ou quatre minutes au plus. Passé ce délai, on peut bien encore provoquer par le massage quelques battements cardiaques plus ou moins réguliers, mais le rétablissement durable du rythme n'est pas obtenu.

Traitement des abcès amibiens du foie.

(M. Hartmann-Keppel. — *Société de Chirurgie*, 7-2-1923.)

M. Hartmann-Keppel a pu réunir 22 observations d'abcès du foie d'origine amibienne et il étudie à ce propos, dans un travail que présente M. Lenormant, la question du traitement de cette affection.

L'abcès amibien du foie, jadis uniquement du ressort de la chirurgie, est devenu, grâce à l'émétine, une maladie médico-chirurgicale. Bien plus, la cure médicale prime la cure opératoire et, dans bien des cas même, elles suffit à amener la guérison. En face d'une suppuration hépatique amibienne, il faut faire d'abord une série suffisamment suivie d'injections d'émétine. L'intervention, lorsqu'elle apparaît nécessaire, pourra être une ouverture large de la poche (Leroy des Barres) ou la ponction, conseillée par les chirurgiens anglais d'Extrême-Orient. Cette dernière semble préférable, ayant une mortalité moindre et exposant moins à l'infection secondaire.

Dans la clinique des abcès amibiens du foie, il reste cependant un point noir : les récidives, pas toujours faciles à éviter.

Epithélioma du col utérin et radium.

(M. Degrais. — *Société de Chirurgie*, 7 et 14-2-1923.)

M. Degrais relate l'histoire d'un épithélioma du col de l'utérus traité par le radium et guéri depuis dix ans. Le diagnostic d'épithélioma avait été porté par

des cliniciens autorisés (Ch. Monod, Demons, E. Monod). Il s'agissait, comme le remarque, dans son rapport, M. Robineau, d'un cancer inopérable.

— M. DE MARTEL a observé avec M. Faure une femme atteinte de cancer du col. On tenta d'intervenir, mais le ventre ouvert, il apparut plus sage de ne pas poursuivre l'opération. Une application de radium amena un résultat aussi beau qu'inattendu. La malade est complètement guérie depuis dix ans.

— M. POTHERAT, dans un cas d'épithélioma du col utérin d'apparence grave, qui semblait devoir entraîner à brève échéance la mort de la malade, a enregistré une survie de près de quatorze ans, à la suite d'un simple curetage, suivi de cautérisation ignée, pratiqués comme palliatifs.

M. Potherat a rencontré plusieurs exemples de cet ordre, avec des guérisons apparentes de cinq à huit ans. Quelques cancers du col peuvent donc être ainsi parfois modifiés très favorablement par des moyens divers. Il a paru à l'auteur qu'il s'agissait généralement alors de néoplasme à type végétant.

Suture du cœur. Guérison.

(M. Jean VIDAL, de Nice. — *Société de Chirurgie*, 14-2-1923.)

M. Pierre Duval lit un rapport sur une observation, due à M. Jean Vidal, de Nice, de plaie du cœur (ventricule droit), par coup de couteau, traitée par thoracotomie verticale trans-sternale et suture du cœur. Le blessé guérit.

P. L.

La maladie de Lane.

(M. Paul DELBET. — (*Société des Chirurgiens de Paris*, 2-3-1923.)

M. Paul Delbet fait une importante étude de la maladie dite de Lane, et se basant sur un grand nombre d'observations personnelles, apporte une conception nouvelle de cette affection.

L'auteur établit d'abord qu'il y a identité entre la maladie de Lane et la maladie de Glénard, avec cette seule différence que Lane a insisté surtout sur la stase intestinale, signe de début, et Glénard sur la ptose, accident terminal. La maladie de Glénard-Lane n'est pas caractérisée seulement par des troubles fonctionnels, mais encore par des lésions intestinales : atonie et distension du gros intestin avec formation de coudures et de brides.

Lane prétend que la stase précède les lésions intestinales. Cette opinion n'est point soutenable pour de multiples raisons que l'auteur expose, et dont la plus importante est que les malades présentant le syndrome de Glénard-Lane ne sont point des constipés héréditaires ou diathésiques, mais des individus qui, d'abord parfaitement normaux, ne deviennent constipés qu'après avoir présenté des troubles péritonéaux et intestinaux. *La constipation de ces sujets est nettement acquise.* Elle est, pour Paul Delbet, la conséquence d'une péritonite subaiguë ou chronique.

De nombreuses observations faites par l'auteur sur des malades opérés à divers stades de la maladie montrent qu'on observe successivement : au début, de la congestion du péritoine ; plus tard, des exsudats séreux ou séro-purulents ; aux périodes terminales, des brides péritonéales, mésentériques et épiploïques.

Ces péritonites chroniques sont, le plus souvent, chez la femme, d'origine génitale (métrite, salpingite) ; elles sont ordinairement la conséquence de gonococcies subaiguës ou chroniques, parfois la conséquence d'une infection banale ou obstétricale.

Chez la femme dont les organes génitaux sont sains et chez l'homme, ces péritonites sont d'origine intestinale. Il y a sous une influence quelconque, exaltation de la virulence du contenu intestinal, issue du coli-bacille et du perfringens à travers la paroi et péritonite. La transsudation microbienne se fait au niveau de l'appendice, du cæcum, de l'S iliaque. La péritonite une fois constituée, les lésions évoluent de la manière suivante.

Il y a d'abord péritonite torpide, provoquant de la parésie intestinale, première phase ; plus tard, il y a dilatation intestinale et stase, deuxième phase de la maladie ; enfin la trame conjonctive élastique du péritoine se dissocie et s'atrophie par place, et comme cette trame est le principal moyen de suspension des viscères, son altération amène la ptose avec coudures et brides.

Les lésions généralisées ou étendues du péritoine conduisent à la maladie de Glénard-Lane ; localisées, elles provoquent, suivant le point lésé : la typhloatonie, le cæcum mobile, l'inflammation de la membrane de Jackson, la sigmoïdite, la mésentérite rétractile. Ces affections diverses ne sont que des variétés d'une même maladie.

Les conséquences pratiques sont multiples et importantes. La première, c'est que la maladie de Glénard-Lane peut être prévue et prévenue. En surveillant l'alimentation, en soignant et opérant les lésions génitales, on peut arrêter l'évolution des lésions. La seconde, c'est qu'au début de la période de stase, les malades sont désinfectés et qu'il faut éviter à ce moment toute intervention ou n'intervenir qu'après une préparation particulière. A la période de stase cæcale, l'intervention de choix est la cæco-sigmoïdostomie. C'est seulement dans les cas anciens et généralisés qu'on pourra avoir recours à la colectomie totale.

Les Livres

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (1923).

L'Histoire des Lunettes.

Dans le roman si connu de Sienkiewicz : *Quo Vadis*, on peut relever cette phrase : « César (Néron), son émeraude à la hauteur de l'œil, regardait ces spectacles avec attention ». Comme Sienkiewicz est sérieusement documenté, tout porterait à croire que Néron corrigeait au moyen d'une émeraude sa prétendue myopie. Suétone n'a-t-il pas relaté qu'il avait la vue basse. Notre très distingué collaborateur, le Dr A. BOURGEOIS, dans un savant et très intéressant ouvrage intitulé : *Page d'histoire de l'ophtalmologie ; les Bésicles de nos Ancêtres*, étudie cette question : Quelle est l'origine et l'histoire des lunettes ? Sienkiewicz emprunte à l'Histoire naturelle de Pline l'Ancien (liv. XXXVII, par. 16), la légende de l'émeraude de Néron : « *Nero, princeps, gladiatorum pugnas spectabat in smaragdo* ». Mais l'examen de tous les textes anciens permet d'affirmer que la fantaisie de Néron, qui consistait à regarder à travers une émeraude, n'était pas destinée à corriger la myopie et comme le dit le docteur A. Bourgeois, les vieillards de l'antiquité, comme Cicéron, Cornélius Nepos et Suétone le leur conseillaient, n'avaient, lorsque leur vue faiblissait d'autre ressource que de se faire faire la lecture par un esclave. D'ailleurs, aucun objet découvert dans les fouilles de Pompéï ou d'ailleurs ne peut être assimilé aux lunettes.

L'on a voulu attribuer la découverte des bésicles aux Chinois : n'ont-ils pas tout découvert dans l'imagination de quelques Européens : la poudre, la boussolle, l'imprimerie, que savons-nous encore ? Eh bien ! non ; les gravures chinoises ne représentent des lunettes qu'à partir du XVIIIe siècle et tout porte à croire que le modèle des lunettes chinoises est d'origine européenne, et pas de la plus ancienne.

On a cru à l'existence antique des lunettes parce que les peintres de la Renaissance qui composaient leurs tableaux avec les costumes de leur époque avaient doté quelques-uns de leurs personnages de lunettes. M. le Dr Bourgeois fait un relevé minutieux des œuvres d'art où l'on retrouve ce singulier anachronisme du XIVe au XVIIe siècle.

La plus ancienne reproduction de lunettes est sur une enluminure de 1380 qui représente Saint Paul. On relève des lunettes à forme de binocle articulé dans les œuvres de Jean Van Eyck (XVe siècle) de Quentin Metzys, de Van Hemessen, de Martin de Vos, de Van Leyden, de Rubens, de Jordaens, dans l'Ecole flamande ; de Van Geertgen, Van Heemskerck, Golzius, Metzu, dans l'Ecole hollandaise ; de Woohlgemuth, Hans Holbein (le vieux), Schongauer, Cranac, Albert Dürer, von King, dans l'Ecole allemande ; de Ghirlandajo, Alumno, C rpaccio, Leonard de Vinci, Titien, Veronèse, Jean de C lcar, Chivrighino, Carrache, C rdi, Vorotari le Padouan, dans les Ecoles italiennes, florentines, vénitiennes, ombriennes, etc. ; de plusieurs peintres espagnols et parmi eux : Ribera, Zurbaran, Juan de Pareja ; de maîtres français : Jean de Boulongne, dit le Vénitien, Mignard, etc., etc.

L'on comprend que ces nombreux anachronismes manifestés dans des scènes de l'Ancien et du Nouveau Testament, aient pu faire croire à l'antiquité des lunettes et attribuer par exemple leur invention à Saint-Jérôme. Il n'en est rien.

Une pierre tombale dans l'église Sainte-Marie-Majeure à Florence qualifie d' « inventeur des lunettes » le florentin Salvino degli Armati, mort en 1317. Les lunettes furent d'une invention un peu antérieure et tout nous démontre que le mérite en revient au célèbre moine franciscain anglais, Roger Bacon, le « doctor mirabilis » du Moyen-Age, qui mourut en 1294. Dans son *Opus Majus*, Roger Bacon expose la théorie des verres lenticulaires destinés à corriger les troubles de la vue et il est vraisemblable que Salvino d'Armati en a perfectionné la fabrication.

Ces lunettes primitives furent appelées véricles, béricles et enfin bésicles (de vitriculus, vitrum, verre).

A moins que bésicles ne viennent de bis-oculus lorsqu'au lieu de la loupe, on se servit de deux verres.

Ce fut la forme arrondie des bésicles qui leur a valu le nom de lunectes et enfin de lunettes.

Le binocle fut d'abord articulé, puis formé d'un fil de métal, mais on était obligé de le tenir ; on chercha à donner aux verres correcteurs plus de fixité à la fin du XVIe et au XXVIIe siècles en fixant les lunettes d'abord avec des liens puis, en les dotant, mais au XVIIIe siècle seulement, de branches articulées.

Dans son ouvrage très minutieusement documenté et remarquablement illustré, le Dr A. Bourgeois consacre un chapitre aux pièces de monnaies, jetons de corporation, jetons de jeu et médailles où le binocle est figuré. Ces pièces remontent au XVIe et au XVIIe siècle.

Les verres correcteurs furent d'abord taillés par les moines dans les couvents.

Le plus ancien lunetier parisien, d'après le Dr Pansier, fut Chorez, à l'Isle-Notre-Dame, à l'enseigne du Compas, début du XVIIe siècle.

Depuis 1545 et en 1581, les lunetiers entraient dans la corporation des miroitiers et des bimbelotiers.

Parmi les lunetiers célèbres, le Dr Bourgeois cite au XVIIe siècle, le père Chérubin ; au XVIIIe siècle Thomin, au Miroir Ardent, rue Saint-Jacques, Chevalier, reçu maître en 1765, qui demeurait quai de l'Horloge près des Deux-Tourelles et fut l'ancêtre d'une famille d'opticiens, nom qui, depuis 1720, se substitua à celui de lunetier.

A partir du XVIIe siècle on se servit de conservatives ou lunettes à verres teintés en vert, bleu ou vio-

let. Les verres fumés ou à formes de coquilles datent du XIX[e] siècle.

Ce fut à la fin du XV[e] siècle qu'on commença à se servir des verres sphériques concaves après l'invention et la vulgarisation de l'imprimerie. Au début du XVII[e] siècle, Daça de Valdes commença à étudier scientifiquement l'effet correcteur des verres.

Nous devons remercier M. le D[r] A. Bourgeois d'avoir écrit cette belle page d'histoire de l'Ophtalmologie, qu'il termine par une bibliographie par ordre chronologique où sont mentionnés les ouvrages parlant des bésicles dès leur origine.

J. Noir.

A. Maloine et Fils éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 1923.

Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas, L. Babonneix. **Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.**

Tome XII : **Foie et pancréas**, par J. Castaigne, Brulé, Garban, Noël Fiessinger, Faroy. (1 vol. in-8°, 522 pages, 2[e] édition,. Prix : 22 fr.).

L'importance prise, au cours de ces dernières années, par la pathologie du foie, des voies biliaires, et du pancréas, démontre au médecin la nécessité qu'il y a pour lui de bien connaître les maladies de ces organes, ainsi que leurs moyens d'étude.

Si une place de premier ordre doit être réservée, à l'étude des troubles fonctionnels du foie et du pancréas, ainsi qu'aux découvertes si nombreuses dont elle fut l'origine, les procédés d'examen physique employés depuis Hippocrate conservent toujours leur importance, et méritent d'être mis en œuvre avant tous autres. Parmi eux, c'est la palpation qui, plus systématiquement employée et mieux maniée, a fourni le plus grand nombre de renseignements nouveaux : mobilité plus ou moins grande du foie (périhépatite avec symphyse, lobe flottant, hépatoptose) ; sensibilité du foie ; consistance et régularité du foie ; localisations lobaires d'une affection hépatique. Puis l'exploration radiologique est venue s'ajouter très utilement aux méthodes classiques (diagnostic difficile entre une affection vésiculaire, pylorique, duodénale ou pancréatique).

Quant à l'examen fonctionnel du foie et du pancréas, inauguré depuis longtemps par l'épreuve de la glycosurie alimentaire, il se complète actuellement par un examen spécial des urines (dosage de l'urée avec coefficient azoturique et coefficient d'imperfection uréogénique, de l'amino-acidurie, de la glycuronurie, de l'urobilinurie, etc. ; étude de l'élimination provoquée du glucose, de l'ammoniaque, du bleu de méthylène, etc.) ; par un examen du sang, où il y aura surtout grande utilité à doser l'azote résiduel du sérum dont l'importance, au point de vue de l'insuffisance hépatique, a été reconnue par la recherche spéciale de la bile dans les urines, le sang et les matières fécales.

On ne peut plus étudier complètement un sujet suspect d'affections pancréatiques, sans faire : 1° un examen spécial des urines (excès de chaux et surtout d'oxalate de chaux ; lipurie, pentosurie, glycosurie, réaction de Cammidge) ; 2° un examen des matières fécales, complété par un examen microscopique et chimique (graisses, fibres musculaires et amidon, épreuve des noyaux de Schmidt) ; 3° un examen du sang (recherche des ferments d'origine pancréatique et étude des hémoconies après repas d'épreuve à base de beurre).

L'insuffisance fonctionnelle du foie et du pancréas commande d'ailleurs le pronostic des maladies de ces organes. C'est ainsi que chez deux malades, atteints dans des conditions identiques de cirrhose hypertrophique, anascitique, J. Castaigne put porter sur chacun d'eux un pronostic absolument différent. L'un avait, presqu'au grand complet, les signes d'insuffisance hépatique ; l'auteur porta le diagnostic de cirrhose maligne et le malade mourut aussi rapidement que s'il avait eu un cancer ; mais l'autopsie montra une cirrhose graisseuse avec stéatose de l'ensemble des cellules hépatiques. L'autre ne présentait aucun signe d'insuffisance hépatique ; Castaigne catalogua sa maladie sous le nom de cirrhose hypertrophique bénigne ; il porta ainsi un très bon pronostic, car la guérison survint dans des conditions normales.

D'autre part, l'insuffisance hépatique et pancréatique peuvent être partielles ou totales ; elle peut même faire défaut, car il est possible qu'une cellule lésée conserve cependant un fonctionnement normal. De même, les signes d'insuffisance glandulaire peuvent mettre en évidence des lésions latentes des organes, et c'est là une notion importante au point de vue du pronostic de toutes les maladies aiguës (même celui d'une simple grippe).

Les méthodes modernes de recherches sont aussi de toute importance dans les ictères (recherche des pigments biliaires, de l'urobiline, des sels biliaires dans les urines, les matières fécales, — le sang, recherche pour le sang de la résistance globulaire, des hémolysines, des hématies granuleuses) ; c'est ainsi que grâce à ces méthodes on a pu isoler l'ictère hémolytique, dont l'existence était déjà soupçonnée par les anciens cliniciens, on a étudié les formes latentes de l'ictère, les ictères dissociés.

***

Cet ouvrage a été fait par des médecins qui, ayant contribué par leurs travaux personnels aux progrès de cette branche de la pathologie, étaient tout à fait qualifiés pour l'écrire.

Après une très intéressante introduction, due au D[r] J. Castaigne, le chapitre de l'exploration physique et fonctionnelle du foie est écrit par MM. Brulé et Garban, qui traitent également des « ictères par lésions du foie et des voies biliaires, ainsi que des « angiocholites et cholécystites ».

M. Brulé étudie les ictères hémolytiques, les kys-

tes hydatiques du foie, abcès du foie, la congestion active et passive du foie, les cancers du foie et des voies biliaires, les pyléphlébites, périhépatites, dégénérescences graisseuse et amyloïde du foie.

M. Noël Fiessinger a écrit le chapitre des hépatites chroniques scléreuses (cirrhose) et celui de la lithiase biliaire ; enfin, M. Faroy a rédigé celui des maladies du pancréas.

Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 1923.

Dr Paul Roussel, médecin-assistant au Sanatorium des Pins. — **La tuberculose conjugale** (*contagion et mariage. Etude médico-sociale*). (Un vol. in-8°, 125 pages. Prix : 10 fr).

La contagion tuberculeuse est rare entre époux, même dans la classe ouvrière, et ne se produit d'ordinaire qu'après une longue cohabitation (5,2 % de la statistique globale, et 11,56 % dans les tuberculoses ouvertes).

La transmission semble plus fréquente du mari à la femme que réciproquement ; ce fait serait dû surtout à la réceptivité particulière de la femme au moment de la grossesse, de la puerpéralité et de la lactation. Lorsqu'elle se produit entre époux, elle est le plus souvent bénigne (contaminations latentes) ; en cas de « contamination évolutive », l'évolution peut être immédiate ou tardive ; les cas de contagion conjugale relèvent rarement d'une contamination massive, le plus souvent d'une défaillance du terrain ou d'une sensibilisation antérieure du sujet (hérédo-tuberculeux et prédisposés). La rareté de la tuberculose conjugale s'explique par l'immunité que des surinfections faibles et répétées confèrent à l'adulte à l'égard des contaminations légères de la vie courante.

Par contre, dans les mêmes familles, les enfants se montrent extrêmement sensibles à l'infection tuberculeuse ; ils sont contaminés dans une proportion minima de 25,02 % de la statistique globale, et de 37,59 % en cas de tuberculose ouverte des parents.

La réceptivité particulière de l'enfant est due au fait qu'il s'agit d'un organisme vierge. Cette primo-infection présente des caractères particuliers, et sa gravité dépend surtout de la quantité des bacilles infectants. La primo-infection, lorsqu'elle n'est pas mortelle, détermine l'apparition chez l'enfant d'un état allergique (ou faculté de réaction modifiée). Suivant son degré d'imprégnation tuberculeuse, l'organisme se trouve sensibilisé ou relativement immunisé aux surinfections ultérieures.

Dès lors, la phtisie de l'adulte ne nous apparaît plus comme la conséquence d'une infection récente, le plus souvent primitive, du poumon, mais comme « la fin d'une longue histoire » dont les origines remontent généralement à l'enfance.

La base de toute prophlylaxie sérieuse repose sur la préservation rigoureuse de l'enfance contre la tuberculose. Le mariage retardé sera autorisé, sous certaines réserves, aux tuberculeux guéris depuis plusieurs années. La surveillance du Dispensaire permettra l'isolement du malade à domicile, mais « le taudis », rendra souvent la prophylaxie familiale très difficile.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 1923.

Dr Louis Ramond, médecin des hôpitaux de Paris. — **Conférences de clinique médicale pratique**. (1 vol in-8 d e 320 pages avec 49 figures. Prix : 12 fr.).

Quinze conférences représentant, chacune d'elles, la mise au point pratique de questions actuellement à l'ordre du jour, choisies parmi celles dont le diagnostic et la thérapeutique ont le plus profité des dernières acquisitions de la science. Elles embrassent toute la pathologie interne et l'on y trouvera, à côté de questions de médecine proprement dite (pleurésies hémorrhagiques, cancer du poumon, ictères par rétention, pneumothorax, gangrène pulmonaire, hémoptysies tuberculeuses), des questions de neurologie (épilepsie jacksonienne, paraplégie, embolies cérébrales, hémorrhagies méningées), de gastrologie (ulcère du duodénum), de cardiologie (hypertension artérielle) et d'urologie (polynéphrites aiguës, anurie).

L'observation d'un malade est le point de départ de chaque leçon ; vient ensuite la discussion du diagnostic, du pronostic et du traitement, conduite de telle manière que le lecteur a l'impression de la mener lui-même comme dans une « consultation » ; chemin faisant, l'étude complète de la maladie originelle est repassée, en ne mentionnant que les symptômes vraiment utiles à connaître en clinique et que les traitements qui ont fait leurs preuves. Ainsi ces conférences restent essentiellement pratiques ; quand il est nécessaire, des schémas démonstratifs aident à faire comprendre la raison d'être des symptômes cliniques.

G. F.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE « TIERS-PAYANT » ET LA FÉDÉRATION MÉDICALE PARISIENNE

Je viens de lire, sur ce sujet, dans le *Concours* du 18 mars dernier, un intéressant article de notre éminent confrère, le Dr Lian, médecin des hôpitaux et secrétaire général de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne. J'éprouve une grande estime pour le Dr Lian qui, possédant un titre recherché et une situation officielle, n'hésite pas, à l'encontre de tant d'autres, à se lancer dans la mêlée pour la défense du praticien, alors qu'on a plus de chances d'y recevoir des horions que des honneurs. C'est dire avec quelle attention sympathique j'ai lu son exposé des idées de la Fédération corporative et les réfutations qu'a voulu faire son secrétaire général des critiques que j'avais émises dans un article précédent (*Concours du* 24 décembre 22), sur le projet qu'il avait lui-même présenté. De la discussion jaillit la lumière. Il m'apparaît que nous ne sommes pas si loin de nous entendre, sinon en théorie, du moins en pratique, car dans cette discussion sur le tiers-payant, il semble que nous nous « payons » surtout de mots. Je vais m'expliquer.

Après avoir impartialement exposé les avantages et les inconvénients réciproques des deux systèmes du tiers payant et du payement direct par le malade, en assistance-maladie, le Dr Lian passe, dans son article, à un troisième chapitre intitulé : « *Comment rendre possible le payement des honoraires par le malade* ? » Et il débute ainsi : « Le malade recevrait, proposent certains, une indemnité fortaitaire quotidienne pour soins médicaux. *Il apparaît aussitôt* qu'il faudrait prévoir plusieurs catégories d'indemnités, en rapport avec l'importance des soins médicaux selon les maladies et les malades. » Avec raison, notre confrère n'admet donc pas d'indemnité journalière *forfaitaire*, ni même (la phrase suivante le prouve *in fine*) par *catégories de maladies*, ce qui serait aussi absurde, puisqu'il y a « des malades et non des maladies », ainsi qu'on le proclame, chaque jour, dans nos services hospitaliers. Il ajoute, en effet : « C'est ainsi que la Fédération corporative parisienne a été amenée à admettre que *la Caisse* devrait remettre au malade, en *coupons médicaux*, non pas une somme forfaitaire, mais une somme *égale à la valeur des honoraires médicaux* POUR CHAQUE CAS PARTICULIER.»

Il n'en est pas moins vrai que cette phrase me laisse rêveur. Si je la comprends bien, il en résulterait ceci : 1° Afin d'établir cette valeur pour chaque cas particulier, on devra dresser, tout d'abord, un TARIF, auquel on aura à se référer au fur et à mesure des cas. 2° Le malade touchera des COUPONS MÉDICAUX portant la valeur de chaque intervention d'après le dit tarif, et ces coupons, il les remettra à son médecin, en *payement direct*.

Fort bien... mais un coupon n'est pas de l'argent. Nanti d'une série de coupons, le médecin sera bien obligé de s'en faire rembourser le montant par la Caisse, ce me semble, à moins de s'en servir pour tapisser les murs de son cabinet. En fin de compte, c'est donc *la Caisse qui payera le médecin d'après un tarif*... ou je ne sais plus ce que parler veut dire. Ainsi, après l'avoir supprimé en paroles, c'est, en action, le rétablissement du tiers-payant, dans toute son horreur ! Avais-je raison de dire, tout à l'heure : « ne nous payons pas de mots » ?

Aurais-je mal compris ? En ce cas, je ne suis sans doute pas le seul, et je crois pouvoir réclamer des explications plus précises.

***

Ce n'est pas tout. A la suite de la phrase citée plus haut, où il est question de « la somme égale à la valeur des honoraires... », notre confrère ajoute : « Cette somme doit-elle obligatoirement être rigoureusement *égale* au montant des honoraires médicaux ? » Et, après ingénieuses explications sur « la gamme d'honoraires des médecins de grande ville », suivant « leur notoriété », leur « situation légitimée par leur valeur professionnelle », (réflexions justes, d'ailleurs, au point de vue général), il conclut : « Telles sont les raisons qui ont conduit le Conseil d'administration de la Fédération à adopter un texte rappelant celui de la loi sur les accidents du travail. Les honoraires réglés par la Cie d'assurance représentent légalement la part patronale que l'accidenté est libre de compléter par un supplément ». Nous sommes entièrement d'accord sur ce point. Le tarif adopté représentera la *part de l'Etat* dans les honoraires que chaque médecin *reste libre* de fixer à sa guise, d'accord avec son malade. C'est un *tarif minimum* que

l'Etat s'engage à payer... et c'est tout. Mais d'ailleurs, je ne vois pas en quoi un assuré de l'Etat, pas plus qu'un accidenté du travail, se verrait jamais légalement interdire d'ajouter, de sa poche, un supplément d'honoraires, alors qu'il n'a, par exemple, qu'un ticket de dix francs à offrir à un médecin qu'il *veut*, quand même, consulter, sachant que les consultations de celui-ci sont de 20 ou 30 francs. Il en aura toujours bien le droit, de même que, chez un dentiste, si l'Etat ne lui fournit qu'un ratelier en caoutchouc, alors qu'il en désire un en or, il lui sera toujours loisible de parfaire la différence des prix. De même que, chez le pharmacien, lorsque le médecin aura mis sur son ordonnance 50 grammes de sulfate de magnésie, il aura bien toujours le droit de demander, en payant le surplus, une limonade purgative, plus agréable.

Mais, de grâce, ne partons pas de cette idée de suppléments possibles — et d'ailleurs qui resteront très exceptionnels en pratique — pour déclarer, *urbi et orbi*, que le tarif à établir n'a pas à être *rigoureusement égal* au montant des honoraires médicaux dus. C'est là un véritable *danger* pour les praticiens, car c'est l'invitation à l'Etat, qui n'a certes pas besoin d'encouragement pour cela, d'établir un tarif à *bas prix*, parce que « tarif *partiel* » des frais.

Ces frais médicaux doivent être payés par l'Etat, aux praticiens, *leur valeur technique totale*. C'est cette valeur technique totale qui forme la part de l'Etat, qui s'est *chargé d'assurer les soins techniques*. Quant à ce qui reste en dehors, qu'il s'agisse pour l'assuré, d'idées personnelles, de luxe, de snobisme et *tutti quanti*... l'Etat ne peut plus, tout naturellement, en rester comptable et c'est à l'assuré à se payer, lui-même, ses fantaisies — pour le surplus — qu'il s'agisse de l'éminent professeur Un Tel, renommé à juste titre, ou du grand réclamiste Tartempion, ou d'un dentier en or, ou d'une savoureuse limonade...

***

Il est un autre point — très grave — sur lequel j'avais surtout insisté dans mes critiques. Voici comment y répond le Dr Lian : « Enfin, reste à envisager *comment serait fixé le tarif minimum* des coupons remis au malade par la Caisse, pour tout acte médical. Ce point a été *laissé en suspens* dans l'ordre du jour de la Fédération parce qu'elle était alors divisée, comme tout le corps médical français, sur la question du contrat collectif. »

C'est là répondre par un procès-verbal de carence. On a « laissé tomber » toute une partie du projet du Conseil de la Fédération qui avait déjà été publié. Je vais y revenir car, dans une question aussi grave, il est impossible de rester ainsi ... le pied en l'air, si je puis dire.

Mais auparavant, je voudrais parler du prétexte invoqué pour rester dans cette position... instable. On n'a pas conclu sur le *modus faciendi* du tarif, parce qu'on ne s'entendait pas sur la question du contrat collectif. Oh ! magie des mots.

Du moment où vous admettez l'établissement d'un tarif minimum, il en résulte qu'il va falloir l'établir *par contrats* entre l'Etat et le corps médical. Ou bien ce sera un *contrat général*, comme pour les accidentés du travail ou les blessés de guerre. Ou bien, ce qui me semble préférable, ce serait une série de *contrats locaux* entre les Caisses locales et le syndicat local. Et, dans ce cas, je serais d'avis (comme on vient de le faire à l'Union pour l'assistance médicale gratuite, qui est d'ordre départemental) qu'on facilite ces multiples contrats locaux par l'établissement d'un contrat modèle type, établi avec soin par toutes les compétences, sur lequel chaque syndicat local pourrait se guider, au besoin, en ajoutant toute modalité désirée et tous prix indiqués par les coutumes locales. Mais, dans tous les cas, il me semble *essentiel* qu'il y ait contrat — et comme il s'agit non d'individualités, mais de collectivités (Etat, assurés, médecins), ce serait là autant de « contrats collectifs », qu'on mette ou non, sur le flacon, l'*étiquette* qui « divise le corps médical ».

Ou bien... ou bien nous en revenons tout droit au *premier projet* du Conseil de la Fédération que chacun de nous a pu lire dans le numéro du *Concours* du 19 novembre dernier. Et, dans ce cas, je suis bien obligé de repéter que c'est là « *un projet dangereux* » pour le corps médical et d'en rappeler mes raisons, en raccourci.

Voici quels étaient les termes mêmes du projet :

« Les tickets médicaux ne seraient pas forcément *égaux* en valeur aux soins médicaux reçus par le malade. Ils représenteraient, en quelque sorte, *la part de la caisse dans le payement des honoraires*, c'est-à-dire la somme que la Caisse JUGE LÉGITIME d'allouer au malade pour le payement des soins méidcaux nécessités par son état de santé. Mais, le malade resterait libre d'assurer, sur sa responsabilité personnelle, tous frais médicaux *supplémentaires, qu'il serait d'accord avec son médecin* pour considérer comme justifiés..... La Caisse payerait au médecin sur seule présentation des tickets médicaux, la valeur représentée par ceux-ci ».

On y reconnaît : 1° le *payement partiel* par l'Etat des soins donnés par le praticien. Je viens d'en montrer le danger plus haut. J'ajouterai, ce qui a sa valeur en pratique, que *paiement partiel = payement total*, comme nous le savons par ce qui se passe en accident du travail. Donc, à la demande de la Fédération : mise à jour d'un

tarif partiel, donc *réduit* qui serait, en réalité, notre nouveau tarif *total*. Est-ce à souhaiter ?

2° Un tarif établi *en dehors* du corps médical (la somme que la Caisse *juge légitime*, elle, Caisse, elle toute seule).

Et vous dites, confrère Lian, dans votre dernier article, que « la Fédération a adopté un texte rappelant celui de la loi sur les accidents du travail ». ? Halte-là ! Expliquez-vous, je vous en conjure. Si vous voulez « rappeler » la loi sur les accidents du travail avec son tarif Breton, allez jusqu'au bout de vos prémisses et admettez franchement le contrat collectif, avec ou sans l'étiquette. Mais, inscrivez, *en toutes lettres* dans vos conclusions, que le *tarif minimum*, que vous préconisez, ne pourra être dressé *sans l'adhésion et la collaboration des représentants qualifiés du corps médical*,

Sinon, PAS DE TARIF DU TOUT. Le médecin touchera directement, de son malade, les honoraires qu'il lui demandera, ainsi que dans la clientèle courante actuelle. Pas de tarifs, pas de tickets, RIEN entre le malade et son médecin. Là, c'est la thèse véritable du payement direct du médecin, par le malade. Elle est soutenue par divers confrères et vaut ce qu'elle vaut. Je m'y suis toujours montré contraire parce que je suis d'avis qu'on doit *vivre avec son temps* et que le corps médical n'a pas le droit de s'opposer au grand courant qui entraîne la Nation vers la *prévoyance collective*, en vue des mauvais jours, pour le travailleur — vivant de son gagne-pain journalier, sans réserves où il puisse puiser en cas de besoin — et qui lui *assure* des secours temporaires destinés à suppléer aux réserves manquantes. Mais enfin, c'est là une thèse qui, du moins, est conséquente avec elle-même, dans ses conclusions.

Le Conseil de la Fédération, au contraire, a essayé, suivant ses propres termes, « de jeter un pont entre les deux théories ». L'intention était louable... mais c'était tenter l'union de la carpe et du lapin. Et il apparaît que « le produit incestueux » en résultant est mille fois plus dangereux pour le corps médical — et, par suite, pour la bonne et saine pratique de la médecine sociale. C'est là ce que j'ai voulu démontrer dans mon précédent article. Je n'y reviendrai pas aujourd'hui. Je me contente de constater qu'il n'a pas été répondu à mes graves objections qui restent donc entières.

D'ailleurs, ne nous frappons pas. Bien que le projet doive être présenté « d'ici peu » au Parlement, nous avons des années devant nous, avant qu'il soit voté. Puisque (nous tous, confrères qui discutons ainsi) nous sommes sincères et désireux d'aboutir à un accord qui nous permette de présenter un « front unique » aux autres collectivités, nous avons encore le temps de mettre au point ces complexes questions. Or, ce n'est qu'en « polissant et repolissant sans cesse » nos idées, en les « limant » les unes contre les autres, si disparates qu'elles paraissent au premier abord, que nous arriverons à nous entendre. Il est donc grandement utile que quelques-uns « brassent », sans se lasser, les diverses conceptions qui se font jour entre les confrères. Et les champions qui se lancent ainsi dans l'arène, loin d'être des adversaires, ne sont que des camarades de lutte qui se sentent unis fraternellement entre eux par le désir commun du progrès dans la pratique sociale de notre belle profession, et, par suite de l'amélioration de la médecine publique dans l'intérêt de la Nation tout entière.

Dr Fernand DECOURT.

L'ORDRE DES MÉDECINS (1)

Puisque le *Concours médical* ne s'est pas encore prononcé, en Assemblée générale, sur la question et que la correspondance nous donne les avis les plus divers, je demanderai à mes confrères la permission de leur dire pourquoi je repousse la création d'un *Ordre des médecins*.

J'estime qu'il ne faut pas se payer de mots : Je vais au fond des choses, je cherche ce que cet ordre pourra être, quels seront son fonctionnement, son autorité, etc..... et je conclus d'abord qu'il serait inutile et ensuite qu'il pourrait être dangereux.

Qu'attendent donc de sa création les partisans de l'Ordre des médecins ?

La moralisation de la profession ; — mais, en vérité, avons-nous donc tant que cela besoin d'être moralisés ? Et nous appartient-il, à nous, de nous décrier nous-mêmes à ce point, que l'intervention de la loi devienne nécessaire pour rehausser notre niveau moral ? Nous avons des brebis galeuses, certes, mais elles sont loin de constituer une fraction notable du troupeau ; nous exagérons à plaisir et, fanfarons de vices, nous nous donnons en pâture à la presse politique, dont les vertus dominantes ne sont certes ni la modération, ni la mesure, et qui nous arrange comme on sait. Nous nous enlevons même le droit de protester, puisque nous nous accusons nous-mêmes.

(1) Cet article, paru dans le *Concours Médical* le 16 octobre 1897, n'a rien perdu de son actualité. Il mérite d'être reproduit intégralement.

Il s'agit donc, en réalité, non pas de moraliser la profession médicale, mais de moraliser certains médecins qui sont, on l'avouera, fort peu moralisables.

Croit-on réellement que les affiches charlatanesques, les médecins ambulants, les traitement garantis, *exclusivement végétaux et sans mercure*, les plaques dynamisées et tous ces avatars de l'orviétan de nos pères disparaîtront parce qu'on aura créé un ordre des médecins ?

Et ces médecins qui ont la spécialité de guérir les *maladies réputées incurables*, qui avec leurs inhalations, leurs fluides magnétiques, leurs pommades extraordinaires ou leurs appareils mirifiques savent attirer la clientèle que votre honnêteté laisse échapper, croyez-vous qu'ils modifieront leur mode de faire ?

Tant que sur cette terre, il y aura des imbéciles — et on me concédera bien que l'espèce n'est pas prête à disparaître — il y aura des gens pour les exploiter : il y en aura parmi les médecins, comme parmi les notaires, parmi les banquiers, comme dans toutes les professions. On pourra légiférer, on ne supprimera jamais ces personnages, qui restent en marge du Code, qui tourneront la loi, pour ne pas la violer ou qui impunément, sauteront à pieds joints par dessus, car la sottise humaine plane au-dessus de tout dans une sphère sereine.

Les projets d'organisation d'un Ordre des médecins jusqu'ici proposés peuvent se diviser en deux catégories : les uns se contentent des moyens moraux, de l'avertissement, du blâme, de l'exclusion ; les autres vont jusqu'aux pénalités, l'amende, la suspension, le retrait du droit d'exercer.

Les premiers sont les plus nombreux, comme ce sont ceux qui comptent le plus de partisans. Je demande quelle pourra être leur action, non pas sur les catégories que je signalais plus haut — ce serait une naïveté — mais sur les médecins dont nous déplorons les agissements journaliers, qui vivent autour de nous et dont certes, nous avons plus à souffrir que des industriels n'ayant du médecin qu'un diplôme qui évidemment s'est trompé d'adresse.

C'est le voisin qui fait la concurrence du rabais, qui accepte avec empressement les situations que les autres croient de leur dignité de refuser, qui se fait l'homme lige du maire, du curé ou du pharmacien pour faire la guerre au médecin mal pensant, qui ne manque aucune occasion de déblatérer contre l'ignorance de ses confrères, en exaltant ses capacités propres, qui ignore, en un mot, les règles les plus élémentaires de la déontologie. C'est contre ceux-là, que nos correspondants invoquent l'ordre des médecins ; ah ! s'il existait ! — Et bien, ce serait la même chose absolument.

Que feront l'avertissement ou le blâme à des gens, qui n'obéissent qu'à une morale, à ce qu'ils croient être leur intérêt ? Se figure-t-on qu'ils ignorent le degré d'estime dont ils jouissent près de leurs confrères ? et pourtant ils continuent. Le blâme corporatif, qui, officiellement, leur pourra être infligé, mais ils s'en pareront comme d'un titre près de ce public ignorant, qu'ils courtisent : ils ont été blâmés, mais c'est qu'ils prenaient en pitié les malheureux auxquels ils se contentaient de demander 2 fr. quand leurs confrères prennent le double, mais c'est que leurs confrères sont jaloux de leurs succès .... et ils trouveront des applaudissements, qu'on le sache bien ! Ce sera pour eux, une réclame de plus.

On me dira qu'il y a l'exclusion — ils ne s'en soucieront pas plus que du blâme ; ce sera simplement un degré de plus dans la persécution, dont ils se diront victimes et qu'ils s'efforceront de faire tourner à leur avantage.

Ainsi compris, l'Ordre ressemble fort à un syndicat dont tous les médecins seraient membres ; or, l'action des syndicats, on la juge insuffisante ; elle représente pourtant bien ce que serait l'action de l'Ordre : ses exclus auraient la même situation et garderaient la même conduite que les exclus des syndicats, qui ne paraissent pas autrement humiliés, ni gênés.

Je connais un médecin qui, noté comme indigne, a été chassé de partout et exclu de son syndicat. — Croyez-vous qu'il en soit décontenancé ? Point du tout, il continue à marcher la tête haute, se pose en juge du savoir et de la moralité de ses confrères, se livre au charlatanisme le plus éhonté ..... et trouve derrière lui un nombreux public pour emplir ses salles d'attente et proclamer sa gloire ! Que fera, contre cet homme, votre Ordre des médecins ?

J'en connais un autre qui, ayant visité de trop près le secrétaire d'un client, a été condamné pour vol et est devenu expert en l'art de tresser les lisières ; sa peine expirée, il est revenu dans sa ville et a repris sa clientèle. Inutile de dire qu'il est tenu à l'écart le plus absolu, qu'il n'est pas salué par les autres médecins, ni par les gens honnêtes — en a-t-il quelque souci ? il n'y paraît guère en tout cas : il fait sa petite besogne bien tranquillement, il ne semble plus guère se souvenir qu'il a eu des malheurs. Que pourra votre Ordre contre un tel sire (1) ?

Un projet a ajouté une pénalité indirecte : le médecin exclu ne pourrait plus remplir aucune fonction publique ; il ne serait ni expert en justice, ni médecin de l'assistance, ni inspecteur des enfants du premier âge, ni médecin des mutualités — mais est-ce donc le pactole que

(1) D'ailleurs, en vertu de la *loi Chevandier*, si elle avait existé à l'époque où ce fait s'est produit, les juges auraient pu interdire l'exercice de sa profession, à un médecin voleur.

toutes ces fonctions ? Et croyez-vous que le médecin tenu, en dehors d'elles, en éprouvera un si grand tort matériel ? Et puis êtes-vous si sûrs d'obtenir cette sanction ? Pour moi, j'ai des doutes, et je vois mal l'Administration éliminant un médecin condamné par ses confrères, pour avoir trop confondu l'exercice professionnel avec la politique ... si celle-ci a été gouvernementale. Il est bien entendu que si cette politique avait eu un autre caractère, tous les gros bonnets du parti s'empresseraient de serrer les rangs et de donner d'amples dédommagements au coreligionnaire persécuté : c'est dans ce cas surtout que l'exclu n'aurait rien à perdre, il deviendrait presqu'aussi intéressant que les sœurs d'une école laïcisée.

Mais, nous entrons dans le chapitre des pénalités et, quelles qu'elles soient, elles soulèvent des considérations d'un autre ordre.

Les pénalités ne se conçoivent qu'avec un tribunal d'appel et ce tribunal ne peut être que la *Cour d'appel*, comme il en est d'ailleurs pour toutes les juridictions spéciales : chambres des notaires, ordre des avocats, tribunaux de commerce, etc.... L'assimilation avec les fonctionnaires de l'enseignement, qui ont le Conseil supérieur de l'Instruction publique, n'est pas admissible : il s'agit, en effet, ici, de défendre les intéressés contre l'omnipotence des préfets ou du Ministre ; le cas n'est pas le même.

Eh bien ! malgré mon absolue confiance dans la justice de mon pays, confiance qui est encore accrue par l'incessante bienveillance dont ses représentants font preuve en toute occasion envers le corps médical, je crains que les arrêts de la Cour d'appel ne confirment pas toujours le jugement de la Chambre médicale. Le point de vue auquel se placeront les deux juridictions ne sera pas toujours le même, et il pourrait arriver que tel fait, répréhensible aux yeux des confrères, semblât absolument correct à ceux de Messieurs les Conseillers. Les mauvaises langues sont seules d'ailleurs à dire, que ces derniers verraient d'un œil défiant des pékins comme les médecins se mêler de rendre une justice quelconque, et prendraient un malin plaisir à leur montrer que, pour une telle besogne, leur esprit n'a pas été suffisamment faussé par leurs études antérieures.

Or voyez-vous le cas du médecin frappé par la Chambre médicale et absous par la Cour d'appel ?

Et puis, ces pénalités, quelles sont-elles ? — l'exclusion, ce sera la libération pour beaucoup, car les exclus pourront-ils être frappés ultérieurement d'autres peines ? C'est douteux ; l'amende qui aura peu de partisans et sera rarement appliquée ; la suspension temporaire et le retrait du droit d'exercer qui seraient les seules sanctions efficaces si elles pouvaient être appliquées, mais qui ne le seront pas, je n'en veux pour preuve que ce qui se passe pour l'exercice illégal.

Comment ! vous ne pouvez, en dépit d'une législation formelle, vous débarrasser des rebouteurs, des marcous, des guérisseurs de tout poil et de toute robe, et vous vous figurez que vous empêcherez d'exercer un homme qui aura son diplôme de docteur en poche ! Vous êtes donc les hommes de toutes les illusions ?

On peut empêcher un avocat de plaider devant un tribunal, mais peut-on l'empêcher de donner des consultations juridiques ? On peut obliger un notaire à vendre son étude, mais qui l'empêchera de se transformer en agent d'affaires souvent très occupé ? Vous oubliez donc qu'avec les prétentions des pharmaciens, tous les médicaments simples ou composés pourront être librement délivrés sur la demande du malade ? Vous oubliez donc que, dans les pharmacies, le contrôle des ordonnances est impossible ? Vous oubliez donc que le commerce des appareils orthopédiques et autres est libre ?

Et alors, que reste-t-il de vos moyens de coercition ? Ils feront tout juste autant d'effet qu'un épouvantail à moineaux dans les champs.

Mais l'Ordre ne serait pas seulement inutile, il pourrait devenir dangereux.

Dangereux, parce qu'inefficace contre les coupables véritables, il risquerait de frapper des innocents pour des peccadilles insignifiantes ;

Dangereux, parce qu'à la tolérance qui nous fait arrondir les angles dans nos contacts journaliers et passer sur bien des choses — à notre grand profit à tous — il substituerait bientôt le prosélytisme pour le triomphe de la vertu et de la règle ;

Dangereux, enfin et surtout, parce qu'il obligerait le corps médical à parler dans des cas où tout lui commande le silence.

Voyez-vous le cas d'un malheureux qu'attend la Cour d'assises : les choses ne sont pas toujours aussi claires qu'on veut bien le prétendre ; nous devrons, nous, ses confrères, le juger par avance, sans posséder les moyens d'investigation de la justice et risquer d'aggraver sa situation, sans pouvoir, dans le cas contraire, le soustraire à l'humiliation de l'audience. Et si nous ne le jugeons qu'après condamnation, que pourra faire notre verdict d'absolution, et quel rôle aurons-nous en frappant un vaincu.

Faut de la vertu, point trop n'en faut, dit le proverbe ; l'excès en tout est un défaut, même dans les réunions professionnelles, et j'estime qu'il faut se défier des esprits trop pointus qui rêvent de moralisation à outrance. Le caractère du médecin, son rôle social font qu'en réalité il ne relève que de sa conscience ; faut-il donc que des jurés experts mesurent l'élasticité des consciences ? Je vois là une investigation odieuse et

je proteste par avance contre les dénonciations incessantes qu'elle occasionnerait.

Et puis, enfin, ne craint-on pas que des coteries ne se forment au sein des Assemblées médicales, que les divisions atténuées par les Syndicats libres, ne reprennent que de plus belle et qu'on ne voie chez nous, quelque jour, *les poules des amis du gouvernement et celles de l'opposition* ?

On n'a pas été mêlé au mouvement professionnel et placé à la tête d'un Syndicat, comme je l'ai été depuis de longues années, sans avoir fait bien des remarques, sans avoir reçu bien des confidences, sans avoir par des conseils aplani quelques difficultés. Eh bien, cette expérience, qu'on voudra bien m'accorder, me fait protester contre ces groupements officiels et obligatoires. Pourquoi introduire dans nos réunions si cordiales dans leur liberté, des éléments qui nous répugnent ou simplement nous déplaisent ? Pourquoi ce *compelle intrare* pour des individus qui préfèrent — et sans doute ils ont leurs raisons — se tenir à l'écart ?

Il n'est de pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre, et ceux qui prétendent les amender, risquent fort de prêcher dans le désert. Quant à ceux qui pèchent par ignorance ou par légèreté, il n'est pas besoin d'un appareil si formidable pour redresser leurs erreurs : les syndicats suffisent.

Avec ces derniers, du moins, nous sommes chez nous, nos décisions ne risquent pas d'être réformées et nous n'avons de mot d'ordre à recevoir de personne.

On nous dit que le mouvement syndical n'a pas donné ce qu'on en attendait, qu'il ne s'est pas généralisé suffisamment ; — je répondrai que, c'est à nous que nous devons nous en prendre, comme je dirai que c'est notre faute, si les syndicats médicaux ne jouissent pas encore de l'autorité morale, qu'ils devraient avoir près des médecins et près du public. J'ajoute d'ailleurs immédiatement, qu'il est pour nous des circonstances atténuantes et que l'existence des Syndicats médicaux ne date pas de si loin, que nous ayons pu, tous, modifier nos idées et nous imprégner de l'esprit de solidarité, qui doit régner au sein des Syndicats. Il faut laisser le temps faire son œuvre et savoir subir même les inconvénients de la liberté.

Mais renoncer à cette liberté pour pouvoir prononcer officiellement l'indignité des médecins de pissotières ou de ces chevaliers d'industrie, *membres de diverses académies, décorés de plusieurs ordres, honorés des plus hautes récompenses*, qui continueront comme auparavant leur petit commerce — vraiment la compensation est trop maigre.

A. GASSOT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Instruction du 7 octobre 1922 relative à l'application de la loi du 20 juillet 1922 instituant la médaille interalliée dite « Médaille de la Victoire »,

La présente instruction a pour but d'énumérer les diverses catégories d'ayants droit à la médaille de la Victoire et de préciser certains détails d'application de la loi du 20 juillet 1922.

Il ne sera pas délivré de diplôme. Tiendront lieu de diplôme et donneront aux intéressés le droit de porter l'insigne, qu'ils pourront se procurer à leurs frais, dès sa mise en vente dans le commerce :

a) L'autorisation provisoire du port du ruban de la médaille de la Victoire antérieurement remise aux ayants droit prévue par l'instruction ministérielle du 2 novembre 1919 (*Journal officiel* du 4 du même mois).

b) L'autorisation du port de la médaille qui sera délivrée, par les autorités énumérées au paragraphe 2, aux ayants droit ou à leur famille qui ne seraient pas déjà en possession d'une autorisation provisoire. Des imprimés de demandes d'autorisation seront déposés dans les mairies à la disposition des intéressés, qui sont priés de les compléter par toutes indications utiles se rapportant à leurs diverses situations militaires au cours de la guerre et permettant d'établir leurs droits.

§ 1er. — AYANTS-DROIT.

1° *Sans condition de délai.*

Ont droit à la médaille de la Victoire sans condition de délai de séjour, entre le 2 août 1914 et le 11 novembre 1918, après vérification des titres des intéressés par les soins des autorités prévues au paragraphe 2 ;

A. — Les militaires, infirmiers et infirmières civils, qui ont la Croix de guerre 1914-1918 ou qui ont été évacués pour blessure de guerre, ainsi que ceux ou celles qui, ayant fait partie des unités énumérées aux tableaux I, II, III, annexés à la présente instruction, ont été évacués pour maladie contractée ou blessure reçue au service.

B. — Les engagés volontaires dits « spéciaux » en vertu de l'article 4 de la loi du 17 août 1915

qui, ayant servi dans la zone des armées, ont été réformés pour maladie contractée ou blessure reçue en service.

C. — Les militaires de la classe 1919 et ceux marchant avec cette classe qui ont été envoyés en renfort, avant l'armistice, dans les formations énumérées aux tableaux, I, II, III annexés à la présente instruction.

D. — Les militaires prisonniers de guerre qui n'ont pas subi de condamnation, prononcée par un conseil de guerre français, à l'occasion de leur capture ou de leur séjour en captivité, ou qui ne seront pas l'objet d'une décision contraire du ministre. Pour cette catégorie, il appartient spécialement aux autorités chargées de recevoir les demandes (§ 2 de l'instruction) de s'assurer que rien ne s'oppose à la délivrance de l'autorisation. Les cas douteux, accompagnés d'un avis motivé, seront transmis pour décision au ministre (cabinet, 2e bureau).

a) Les militaires relevant du commandement des armées ou des théâtres extérieurs d'opérations ainsi que les agents mobilisés des portions actives et des subdivisions complémentaires territoriales des chemins de fer de campagne et le personnel militarisé du service de la télégraphie militaire de 2e ligne.

b) Les militaires qui ont relevé du commandement des régions situées dans la zone des armées du Nord et du Nord-Est et seulement pour les périodes durant lesquelles ces régions ont appartenu auxdites zones.

c) Les infirmiers et infirmières civils ayant servi dans les mêmes conditions que les militaires visés aux deux alinéas ci-dessus.

d) S'ils n'ont pas acquis des droits à la médaille dans leur pays d'origine, les étrangers (militaires et civils) ayant servi directement sous les ordres du commandement français, dans les conditions prévues pour les militaires français, et sous réserve pour lesdits étrangers dont le gouvernement a adopté le projet de la médaille de la Victoire, au cours de la conférence de la paix du 24 janvier 1919, de fournir à l'appui de leur demande l'approbation de leur gouvernement respectif.

Nota. — Conformément à l'article 14 de la loi du 20 juillet 1922, n'auront pas droit à la médaille, les militaires ou civils qui auront été reconnus indignes à la suite des condamnations sans sursis, au cours de la campagne, pour faits qualifiés « crimes » par le code de justice militaire.

§ 1er. — DÉLIMITATIONS SUCCESSIVES DE LA ZONE DES ARMÉES DES THÉATRES DU NORD ET DU NORD-EST.

Les délimitations successives de la zone des armées des théâtres du Nord et du Nord-Est sont déterminées par différents arrêtés ministériels qui ont été publiés dans les conditions suivantes :

(Suit le tableau des arrêtés et des publications au *Bulletin officiel*).

Ces renseignements rapprochés de ceux fournis par les journaux de marche des différentes unités, doivent permettre aux autorités chargées de la délivrance des autorisations spéciales, d'examiner les demandes des ayants droit prévus ci-dessus.

Ils ne s'appliquent pas aux différents théâtres d'opérations extérieurs (Orient, Palestine-Syrie, Russie-Caucase, Sibérie, Roumanie, Maroc, Afrique du Nord (Sud-Tunisien et Sud-Algérien), Cameroun, Afrique occidentale française et Afrique équatoriale française, Indo-Chine), qui doivent être considérés, entre le 2 août 1914 et le 11 novembre 1918, comme zone des armées.

Remarque importante. — Dans le décompte des dix-huit mois de présence, un mois de séjour dans une des unités énumérées aux tableaux I, II, III sera compté comme six mois de séjour dans la zone des armées des différents théâtres d'opérations.

§ 2. — AUTORITÉS CHARGÉES DE RECEVOIR LES DEMANDES, D'ÉTABLIR ET DE DÉLIVRER LES AUTORISATIONS.

Les autorisations spéciales prévues à l'article 13 de la loi du 20 juillet 1922, seront après examen des titres des intéressés, établies sur papier blanc de qualité convenable et de format tellière, d'après le modèle annexé à la présente instruction, par les autorités désignées ci-dessous qui devront les adresser sans délai aux nouveaux ayants droit, après enregistrement sur un registre destiné à cet effet.

Toute demande présentée par un ayant droit déjà titulaire de l'autorisation provisoire devra recevoir satisfaction.

1° *Militaires sous les drapeaux.*

a) Maréchaux et officiers généraux (ministère de la guerre, cabinet du ministre, 3e bureau).

b) Corps de troupes, états-majors et services (chef de corps ou de service auquel compte actuellement l'intéressé).

2° *Hommes dégagés de toutes obligations militaires*

a) Officiers rayés des cadres et militaires de classes antérieures à 1890 (ministère de la guerre, service du personnel et du matériel de l'administration centrale, archives administratives).

b) Militaires des classes 1891 à 1893, militaires réformés des classes 1891 à 1919, et familles des militaires tués ou décédés dans les conditions stipulées au paragraphe 1er de l'instruction : commandant du bureau de recrutement d'origine.

3° *Officiers de complément et hommes de troupe des classes* 1894 *à* 1919.

a) Personnels des corps de troupes et services. chef de corps ou de service porté sur le fascicule de mobilisation.

b) Officiers de complément hors cadres : général commandant la subdivision de résidence.

c) Hommes de troupe non pourvus de fascicule de mobilisation (affectation spéciale, non-affectation et non-disponibilité) : bureau de recrutement administrateur.

d) Personnels des sections de chemin de fer de campagne et du service de la trésorerie et postes aux armées : état-major de l'armée, 4e bureau.

b) Autres personnes, ministère de la guerre : état-major de l'armée ou directions d'armes intéressées.

Observations. — Au cas où l'une des autorités désignées ci-dessus ne pourrait être en mesure de délivrer l'autorisation spéciale, par suite de l'insuffisance de renseignements et, en particulier de ceux concernant le temps de séjour passé dans une des unités prévues aux tableaux I, II, III, ou dans la zone des armées, il appartient à cette autorité d'adresser au corps ou service qualifié, la demande de l'intéressé, pour suite à donner, en lui fournissant tous les renseignements utiles à cet effet, qui seraient déjà en sa possession.

§ 3. — CAS LITIGIEUX. — RÉCLAMATIONS.

Tous les cas litigieux ou douteux qui n'auraient pu être l'objet d'une décision par les généraux commandant les corps d'armée ou les régions devront être soumis, avec avis, au ministre (cabinet, 2e bureau).

Le ministre de la guerre et des pensions,
MAGINOT.

(*J. O.*, 12 octobre 1922).

Arrêté du 12 janvier 1923 relatif au payement des produits pharmaceutiques fournis aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 21 mars 1919.

Le ministre des pensions,
Le ministre des finances,
Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juin 1922 ;
Vu l'article 65 du décret du 25 octobre 1922, ainsi conçu :

« Le tarif des produits pharmaceutiques à livrer aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est établi par arrêté concerté entre le ministre des pensions et le ministre des finances, après avis d'une commission spéciale de neuf membres comprenant :

« Trois représentants de l'administration ;

« Trois représentants des associations centrales de bénéficiaires de la loi.

« Trois représentants des syndicats et associations médicaux et pharmaceutiques (soit un médecin et deux pharmaciens).

« Ce tarif comporte le prix des examens bactériologiques, analyses et réactions ordonnés par les médecins et pour lesquels on ne pourrait recourir aux laboratoires publics » ;

Vu l'avis de la Commission spéciale instituée en vertu dudit article 65,

Arrêtent :

Art. 1er. — Pour la blessure ou la maladie ayant motivé l'inscription sur les listes spéciales de soins gratuits, les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont droit à tous les produits pharmaceutiques énumérés dans la nomenclature de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France, sous les réserves indiquées ci-après :

1° Chapitre 3. — Accessoires de pharmacie et bandages.

Sont fournis par les pharmaciens les objets suivants qui figurent au chapitre III : petites attelles, leucoplastes, suspensoirs, pinceaux pour teinture d'iode, compte-gouttes, seringues en verre pour injections, œillères.

Les autres objets du chapitre 3 aux quels peuvent prétendre les bénéficiaires de l'article 64 sont fournis par les centres d'appareillage aux mutilés titulaires d'un livret d'appareillage ;

2° Chapitre 5. — Lunetterie et yeux artificiels.

Les objets du chapitre 5 sont fournis par les centres d'appareillage aux mutilés titulaires d'un livret d'appareillage ;

3° Chapitre 6. — Récipients divers.

Seul le premier récipient sera payé au pharmacien.

Art. 2. — Le tarif à appliquer aux produits pharmaceutiques fournis au titre de l'article 64 est celui consenti par l'Association générale des syndicats pharmaceutiques en faveur des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales, avec remise de 5 p. 100 de la part des pharmaciens établis dans les villes comptant 70.000 habitants et au-dessus, ainsi que dans le département de la Seine.

Les factures doivent être établies d'après le prix porté au bulletin de variation en cours à la date de la livraison des médicaments.

En outre, sur le montant total du mémoire trimestriel établi par chaque pharmacien au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, il sera fait une réduction proportionnelle à l'importance du mémoire et calculée sur les bases ci-après :

1 p. 100 sur le montant des mémoires trimestriels de 300 à 500 fr.

2 p. 100 sur le montant des mémoires trimestriels de 501 à 1.000 fr.

3 p. 100 sur le montant des mémoires trimestriels de 1.001 à 1.500 fr.

4 p. 100 sur le montant des mémoires trimestriels de 1,501 à 2.000 fr.

5. p. 100 sur le montant des mémoires trimestriels de 2.001 fr. et au-dessus.

Cette réduction portera sur le montant de l'ensemble des fournitures faites trimestriellement par chaque pharmacien lorsque ce montant aura été arrêté par la commission de contrôle après vérification et redressements s'il y a lieu.

Art. 3. — Les analyses chimiques ou biologiques et les examens bactériologiques ordonnés par les médecins sont payés au tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques.

Art. 4. — Les substances toxiques prévues au tableau B sont remboursées aux pharmaciens sur production d'une copie certifiée conforme des ordonnances en prescrivant la délivrance.

Art. 5. — Le présent arrêté entrera en vigueur à partir du 1er janvier 1923.

(*J. O.*, 13 janvier 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Ecole dentaire de Paris.** — *Concours pour un poste de radiographe.* — Un concours pour le poste de chargé du service de radiographie à l'école dentaire de Paris sera ouvert le lundi 6 juin 1923.

Ce concours aura lieu à l'école dentaire de Paris.

Il comprendra les épreuves suivantes :

1° Une épreuve sur titres ;

2° Une épreuve pratique (manipulation d'appareil) ;

3° Une épreuve sur malade (avec interprétation de clichés).

Les candidats devront s'inscrire avant le lundi 26 mai au secrétariat de l'école.

Le titulaire nommé au concours recevra une indemnité mensuelle de 500 francs. Il devra assurer un service trois fois par semaine, de 8 h. 50 à 12 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris IXe.

— **Laboratoire de sérologie.** Direction scientifique M. Rubinstein, 54, rue Saussure, XVIIe (métro : Monceau). — M. Rubinstein fera, du 15 mai au 15 juin, un cours de sérologie appliquée à la clinique. Les conférences auront lieu à 14 heures, les mardis, jeudis et samedis et seront suivies de travaux pratiques.

Le cours sera consacré plus particulièrement à l'étude du sérodiagnostic de la syphilis et de la tuberculose et comprendra l'exposé comparatif des diverses méthodes.

Le nombre des élèves est limité.

Le droit d'inscription est de 200 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire de 15 à 17 h.

— **Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France** (27 février 1923). — Sous la présidence d'honneur de M. le professeur Robin, sous la présidence effective de M. le Dr Durand-Fardel, s'est tenue la dernière séance de l'année du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France. Candidature de M. Arbinet-Labessède, lettre de remerciement de Madame Veuve Chambrelent, lettre de M. le prof. agrégé Perrin, de Nancy, demandant que lui soient envoyé tous documents utiles à son enseignement de l'hydrologie. Lettre de M. Scheurer à qui il a été accordé le dégrèvement demandé en raison de son payement injustifié de la taxe de séjour. L'assemblée s'occupe ensuite des rapports du S. G. avec l'Union des Syndicats et mandate le bureau pour aplanir la petite difficulté résultant de l'augmentation de la cotisation. Le Syndicat entend la lecture du rapport de MM. Carron de la Carrière et Molinéry sur une question posée par l'O. N. T. au sujet de la subvention à accorder aux diverses caravanes d'études médicales aux stations thermales. Le V. E. M., fondé par Landouzy et Carron de la Carrière doit avoir la priorité et une subvention annuelle de 10.000 fr. sera demandée pour lui, à l'O. N. T. Chaque Faculté de médecine pourvue d'un enseignement de l'hydrologie doit pouvoir organiser ces voyages d'enseignement. Il n'est pas douteux que l'on ne doive les encourager. Une somme de 22.500 fr. est proposée comme subvention devant être accordée par l'O. N. T. à ces divers voyages. La Commission consultative auprès de l'O. N. T. aura à présenter ces projets et à discuter au mieux des intérêts de nos stations. Nous savons déjà que l'O. N. T. désire étudier ces divers projets dans le plus large esprit de réalisation.

— **Le Foyer National des médecins français.** — Le Foyer National des Médecins Français, en voie de création et d'organisation, sera avant tout, un centre de réception pour les médecins français et étrangers.

Il faut que le Foyer National des médecins français donne à tous les médecins étrangers l'impression d'être reçus par la France elle-même. Il constituera un centre amical où tout médecin doit se trouver chez lui.

Au Foyer National des médecins français seront fournis tous les renseignements concernant les cours de la Faculté, les cliniques médicales et chirurgicales non seulement des hôpitaux, mais encore des organisations particulières, les laboratoires publics et privés ; les stations thermales, climatiques et balnéaires, les maisons de fabrication d'appareils de chirurgie, de médecine, de laboratoire, d'hygiène et de prothèse ; les grosses firmes de nos produits pharmaceutiques.

Au Foyer National des médecins français, véritable centre scientifique, sera créée une bibliothèque pourvue de tous les journaux de médecine et de chirurgie français et étrangers et de toutes les nouveautés médicales.

Il faut que le Foyer National des médecins français permette à tout praticien français et étranger de pouvoir exposer dans un cours ou dans une conférence, ses travaux ou sa technique personnelle. Nous aurons ainsi favorisé l'interéchange des idées par l'interéchange des conférenciers. Des projections cinématographiques ou autres seront prévues dans l'organisation.

Le Foyer national des médecins français pourra devenir le Siége social des Sociétés médicales qui y installeraient leurs bureaux et leurs salles de réunion.

Les laboratoires, les fabricants d'instruments de chirurgie, les stations thermales et climatiques pourraient y organiser des expositions.

Le Foyer National des médecins français, en liaison directe avec l'Office national du Tourisme, le Touring club de France, la Compagnie française du tourisme, les grands réseaux de chemins de fer, les Compagnies

de navigation, s'efforcera de faciliter les voyages de ses adhérents.

Le Foyer national des médecins français n'entrevoit pas pour le moment la création d'un hôtel ou d'un restaurant. Il mettra ses adhérents en relation directe avec des hôtels, des restaurants, des pensions de famille, de prix différents.

Le Foyer National des médecins français devra être en relations constantes avec les organisations similaires pouvant déjà exister et pouvant, un jour, être abritées au Foyer National des médecins français, tout en conservant leur autonomie.

La Commission d'études du projet sera très reconnaissante à tous ceux qui voudront la faire bénéficier de leurs suggestions.

Docteurs : Boucard, Dartigues, Decreton, Fassina, Forestier, Foucart, Helme, Kopp, Levassort, Molinéry, Noir, O'Followell, Thiéry, Vimont.

Monsieur Hardy, architecte, conseiller technique.

Monsieur le docteur Boudin, conseiller juridique.

— **La lutte contre la syphilis** — Les médecins soussignés, émus des récentes communications faites dans les grands quotidiens sur une méthode exclusive de diagnostic et de traitement de la syphilis, employée par l'Institut prophylactique, croient devoir appeler l'attention du public sur les points suivants :

1° La méthode de diagnostic, dite de « floculation », qui n'est pas une méthode nouvelle, n'est pas supérieure aux autres méthodes de séro-diagnostic de la syphilis et paraît même, dans nombre de cas, moins sensible et moins fidèle ;

2° Il est classique de suivre l'évolution de la syphilis par l'étude des réactions sérologiques et d'apprécier par là, les effets du traitement, mais croire que l'on peut mesurer numériquement l'infection syphilitique (syphilimétrie) est illusoire et dangereux.

3° Il est imprudent d'affirmer la guérison de la syphilis parce que pendant huit mois, la méthode de « floculation » et d'autres contrôles de laboratoire sont restés négatifs.

L'Institut prophylactique n'applique ni un procédé nouveau de diagnostic, ni des modes de traitement supérieurs à ceux employés par les autres médecins.

Dr L. Fournier, médecin chef de service de l'hôpital Cochin.

Dr P. Gastou, chef du laboratoire général des hôpitaux de la rive droite à l'hôpital Saint-Louis.

Dr Gougerot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Dr L. Hudelo, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Louis.

Dr E. Jeanselme, professeur des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis.

Dr Leredde, membre de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Dr André Léri, professeur agrégé, médecin chef de service à l'hôpital Cochin.

Dr Levaditi, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

Dr L. Lortat-Jacob, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Louis

Dr Louste, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Louis.

Dr Milian, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Louis.

Dr Marcel Pinard, médecin des hôpitaux.

Dr Queyrat, médecin honoraire de l'hôpital Cochin.

Dr P. Ravaud, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Louis.

— **Université d'Aix-Marseille.** — La deuxième session d'études de médecine et de pharmacie coloniales a commencé le lundi 9 avril et se terminera à la fin du mois de juin par les examens permettant d'obtenir le diplôme d'études médicales et de pharmacie coloniales de l'Université d'Aix-Marseille.

Des épreuves supplémentaires spéciales peuvent conférer en plus le titre de médecin sanitaire maritime.

En dehors des places de médecins de l'Assistance publique indigène disponibles dans les principales colonies, des places sont offertes par les grandes compagnies coloniales, telles que la Compagnie Cotonière en Afrique occidentale.

L'Ecole de médecine de Dakar a demandé un professeur d'Obstétrique. La Chambre de Commerce vient de mettre à la disposition de l'Institut deux bourses d'études de 1.500 fr. chacune.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Ecole de Médecine, Palais du Pharo, de 11 h. à midi et de 15 à 17 heures, ou à l'Institut de Médecine et de Pharmacie Coloniales, 40, Allées Léon-Gambetta, ancienne Faculté des Sciences de 10 h. à 11 h. 30.

— **Association amicale des anciens médecins des corps combattants.** — Le prochain dîner de l'Association aura lieu le samedi 14 avril à 20 heures à l'Hôtel Lutétia. Les inscriptions sont reçues chez le Dr G. Forestier, 12 rue d'Anjou, Paris VIIIe.

— **Section de médecine de l'Association générale des étudiants.** — Les membres de la Section de médecine de l'A. ont tenu leur grande réunion annuelle le vendredi 23 mars, 13 et 15, rue de la Bûcherie.

Le Président fit un exposé de la situation intérieure et extérieure.

Un nombre considérable d'étudiants en médecine se sont inscrits pendant l'année 1922-23. Des professeurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux ont apporté également leur appui.

Le service des remplaçements a particulièrement bien fonctionné. Plus de soixante mille francs ont été procurés aux médecins et étudiants en fin de scolarité.

La bibliothèque s'est accrue aussi dans de fortes proportions.

En ce qui concerne les questions extérieures, la section de médecine adhère à la F. M. R. P. et au Syndicat des médecins de la Seine.

Plusieurs demandes d'ordre professionnel ont été agréées. D'autres questions actuellement en cours d'étude sont examinées favorablement.

Enfin la création d'une revue mensuelle a été fort utile, car elle a permis de faire connaître « encore mieux » les efforts de la Section et les travaux entrepris au cours de l'année précédente.

Ces déclarations ayant été aprouvées à l'unanimité le nouveau bureau fut ainsi constitué :

Président : M. Jean Crouzat, président sortant.

Vice-présidents : MM. Lehmann et Taillard.

Secrétaires : MM. Boyer et Nigay.

Trésorier : M. Chamalet.

Bibliothécaires : MM. Davoigneau, Desprez et Rousseau.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours libre d'électrologie.* — La Société des médecins-chefs des laboratoires d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris organise, à partir du 23 avril 1923, une série de conférences d'électrologie et de démonstrations pratiques d'électro-radiologie.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 18 heures, à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris.

Des démonstrations pratiques auront lieu, le matin, dans les laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris. (Voir liste ci-contre).

Inscription. — Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser : au Dr Mahar, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris (XIIe).

PROGRAMME DES CONFÉRENCES.

A. *Electrologie* : lundi 23 avril. Dr Laquerrière : Modes d'utilisation de l'électricité en médecine. Courants galvaniques et faradiques. Electricité statique. — Mardi 24 avril, Dr Mahar : Courants de haute fréquence. Diathermie. — Mercredi 25 avril, Dr Bourguignon : Electrophysiologie générale. Electrodes. Electrolyse et polarisation. Variation négative et applications à l'électrocardiogramme. — Jeudi 26 avril, Dr Bourguignon : Electrophysiologie générale. Electrotonus. Lois polaires. Loi d'excitation. Contractions. — Vendredi 27 avril, Dr Bourguignon : Electropathologie et électrodiagnostic. Les lois polaires. La loi d'excitation et la contraction en pathologie. — Samedi 28 avril, Dr Bourguignon : Electrodiagnostic des nerfs moteurs et des muscles : techniques anciennes et modernes. — Lundi 30 avril, Dr Bourguignon : Electrodiagnostic des nerfs moteurs et des muscles : Interprétation. Electrodiagnostic des nerfs sensitifs : vertige voltaïque. — Mardi 1er mai, Dr Delherm : Traitement électrique des affections du neurone moteur périphérique. — Mercredi 2 mai, Dr Delherm : Traitement électrique des affections du neurone moteur périphérique (*suite*). — Jeudi 3 mai, Dr Delherm : Traitement électrique des affections du neurone sensitif. — Vendredi 4 mai, Dr Bourguignon : Traitement électrique des affections du système nerveux central et des névroses. — Samedi 5 mai, Dr Bourguignon : Traitement électrique des troubles vaso-moteurs et trophiques. — Lundi 7 mai, Dr Laquerrière : Traitement électrique des maladies de la nutrition. — Mardi 8 mai, Dr Maingot : Traitement électrique des affections rhumatismales et de l'appareil circulatoire. — Mercredi 9 mai, Dr Laquerrière : Traitement électrique des affections du tube digestif (œsophage-estomac). — Vendredi 11 mai, Dr Laquerrière : Traitement électrique des affections du tube digestif (intestins-glandes annexes). — Samedi 12 mai, Dr Belot Traitement électrique des affections de la peau : l'électrolyse en dermatologie, nævi, angiomes, hypertrichose, chéloïdes, lupus, etc. — Lundi 14 mai, Dr Belot : Traitement électrique des affections de la peau (*suite*). — Mardi 15 mai, Dr Belot : Traitement électrique des affections de la peau (*fin*) : Electricité statique. haute fréquence. Courant continu. Introduction d'ions médicamenteux. — Mercredi 16 mai, Dr Laquerrière : Traitement électrique des affections de l'appareil génital mâle et des affections communes aux deux sexes. — Jeudi 17 mai, Dr Laquerrière : Traitement électrique des affections génitales de la femme. Affections traumatiques aiguës. — Vendredi 18 mai, Dr Laquerrière : Traitement électrique des affections du système osseux et articulaire. Accidents du travail. — Samedi 19 mai, Dr Maingot : Dangers et accidents de l'électricité de haute et de basse tension. — Mardi 22 mai, Dr Laquerrière : Cryothérapie. Photothérapie. Héliothérapie. Méthode de Finsen. Rayons ultra-violets. Rayons infra-rouges, etc.

Liste des laboratoires ouverts aux démonstrations et exercices pratiques. — Electrologie :

Dr Belot, hôpital Saint-Louis : lundi, mercredi, vendredi à 9 h. 1/2.

Dr Bourguignon, hospice de La Salpêtrière : tous les matins à 9 h. 1/2.

Dr Delherm, hôpital de la Pitié : lundi, consultations pour hommes. — Mardi : consultations pour femmes. — Mercredi : Electro-diagnostic. — Jeudi : Prises de mesures en radiothérapie. — Vendredi : Chronaximétrie. — Samedi : Technique électro-radiothérapique. — Tous les jours : Traitements d'électro-radiothérapie-thermoluminothérapie.

Dr Laquerrière, hôpital Herold : jeudi à 10 h.

Dr Lobligeois, hôpital Bretonneau : lundi, vendredi à 10 h. 1/2.

Dr Mahar, hôpital Trousseau : samedi à 9 h. 1/2.

— **Remplacements.** — Les *médecins, chirurgiens et spécialistes* trouveront immédiatement à l'Association corporative des remplaçants sérieux, docteurs, internes ou étudiants ayant déjà fait des remplacements et remplissant toutes les conditions légales.

S'adresser de 10 heures à 23 h. 30 à l'Association corporative des étudiants en médecine, 8, rue Dante Paris (Ve). Télé. : Gobelins 58-90.

— L'Association corporative des étudiants en médecine, 8, rue Dante, soucieuse de faciliter le travail des étudiants et de permettre aux médecins installés de suivre les progrès de la science médicale, fait sténographier un certain nombre de cours professés à la Faculté.

Dès maintenant, chacun pourra se procurer à l'A. C. les cours de :

M. le professeur Roger (pathologie expérimentale, l'appareil respiratoire).

M. Garnier, agrégé (les glandes à sécrétion interne).

M. Villaret, agrégé (maladies du foie et des voies biliaires).

M. Lemierre, agrégé (les maladies du rein).

Une réduction de 20 % sur le prix de ces cours est accordée aux membres de l'Association corporative.

— L'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France aura lieu le dimanche 29 avril à 2 heures, à la Faculté de médecine. Le soir, banquet au Palais d'Orsay sous la présidence de Monsieur Strauss, ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Les confrères désireux d'assister au banquet doivent envoyer leur adhésion à l'Association générale, 5, rue de Surène, Paris (8e).

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le samedi 24 mars dernier, se réunissaient, pour leur banquet mensuel, au *Bœuf à la Mode*, les médecins de Toulouse à Paris.

Etaient présents les docteurs : Nigoul-Foussal, Mazet, Malavialle (d'Evian), Montrefet, Reinflet, Dartigues, Peribère, Bonys, Cosserat (de Cauterets), Calmel, Armengaud (de Cauterets), Groc, Buvat (de Vichy), Doazan, Bourguet, Marcorelles, Pradal (de Cauterets), Lhez.

La prochaine réunion est fixée au lundi 23 avril.

— **Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.** — Le Congrès français d'oto-rhino-laryngologie aura lieu les 7, 8, 9 mai 1923 à Paris, à l'Hôtel de la Société de géographie, 184, boulevard St-Germain, sous la présidence du professeur Jacques, de Nancy.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Les fibromes naso-pharyngiens*. Rapporteurs : MM. Sébileau, Moure, Georges Laurens.

2° *La radiographie en oto-rhino-laryngologie*. Rapporteurs : MM. Reverchon et Worms.

Le programme détaillé des communications sera publié ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Georges Liébault, secrétaire général de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, 216, boulevard St-Germain, Paris, 7e.

Le Directeur Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

per de la question, mais je serais heureux d'avoir votre opinion.

Dr C.

Réponse.

« Mon opinion est que :

1° C'est là..... du Courteline tout pur.

2° Les praticiens ne peuvent évidemment accepter et vous en donnez fort bien les raisons.

3° Le Syndicat doit *protester* contre ladite décision de la Commission départementale de contrôle et, suivant le règlement du décret présidentiel, en appeler (collectivement au nom des médecins traitants), devant la Commission supérieure.

Nota. — Je vais d'ailleurs faire paraître et votre lettre et ma réponse dans la rubrique spéciale à ce sujet, du *Médecin Syndicaliste, bulletin officiel* de l'Union, pour que tous les confrères syndiqués soient mis au courant de cette histoire funambulesque ».

Dr F. DECOURT.

Application du Tarif Breton.

I

Intoxication oxycarbonée

J'ai été appelé, il y a quelques jours, dans un magasin, où dix personnes venaient de subir un commencement d'intoxication par l'oxyde de carbone.

J'ai examiné successivement ces 10 personnes, fait inhalations d'oxygène et injections de caféine, huile camphrée, etc., aux unes et aux autres et les ai revues le lendemain.

Le patron du magasin est assuré.

Comment dois-je établir ma note pour l'assurance?

J'avais pensé la faire de la façon suivante :

14 *mars* : 1 visite pour le patron.....	8	fr.
Consultations à 9 employées (dont sa femme et sa belle-mère).......	63	»
Certificat initial collectif.........	5	»
15 *mars* : 1 visite pour le patron.....	8	»
Consultations à 3 employées.....	21	»
17 *mars* : 1 visite au domicile d'une employée alitée	8	»
Certificat individuel pour cette employée	5	»
18 *mars* : 1 visite au domicile de la même employée	8	»
24 *mars* : consultation (consolidation)	7	»
Total	133	»

Qu'en pensez-vous ?

Dr B.

Réponse.

Votre note, ainsi établie, me paraît absolument équitable.

Dr F. DECOURT.

II

Brûlures

J'ai soigné un plongeur qui avait été brûlé par de l'eau bouillante : brûlure du 2e degré (vésicules et phlyctènes) de *toute la surface de l'avant-bras* et d'*une partie du bras*.

Dois-je appliquer, pour chaque pansement, l'article 28 (grande brûlure) en passant, bien entendu, de la catégorie grande brûlure à celle de la moyenne, puis de la petite brûlure.

Dr G.

Réponse.

Il me semble qu'on peut compter, en ce cas, « brûlure d'un membre ou surface comparable : 50 fr. » par séance, en première catégorie, avec diminution progressive dans la suite.

Dr F. DECOURT.

III

Visite de nuit. — Brûlures

1° Appelé à 2 h. du matin à l'usine (3 kil.), j'ai eu à faire : suture (3 points) du cuir chevelu, injection de sérum.

Que faut-il majorer pour la nuit ?

Je vois dans les réponses du *Concours* 25 % pour les interventions de nuit et d'autre part, à l'article 4 : prix de visite ou consultation *triplé* entre 21 h. et 6 heures.

2° Brûlure assez profonde allant de la nuque au bas de la région lombaire sur une largeur variant de 6 centim. à 22 centim.

Puis-je compter les premiers pansements (les 8 premiers furent aussi longs), comme grande brûlure à 37,50 en 2e catégorie ?

Cette brûlure infectée a déterminé une sorte de pyodermite, le pansement comprenait *tout le dos*.

Dr B.

Réponse.

1° Vous avez en effet le choix dans ce cas, entre : visite de nuit triplée : 24 fr. (art. 4), sans compter vos points de suture, ou bien compter ceux-ci majorés de 25 % pour l'acte opératoire de nuit (art. 3), soit pour plus de 2 points : 25 fr., mais sans compter alors de visite de nuit.

Enfin, dans les deux cas, ajoutez naturellement vos frais de déplacement (1 fr. du kilomètre parcouru, sans majoration pour la nuit).

2° Vous pouvez certainement compter « grande brûlure : 37 fr. 50 », pendant les premiers jours, en diminuant ensuite « suivant les progrès de la cicatrisation », comme il est dit dans les « avis »

Dr F. DECOURT.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Régime et traitement de l'hypochlorydrie

Régime :

Absorber des aliments excitants de la sécrétion gastrique :

Viande en abondance, saignante ou bouillie ; vinaigre et condiments, sans excès ; sel à fantaisie, sans abus cependant.

Exclure les purées et éviter deux plats volumineux dans le même repas.

Graisse et alcool sont permis, en quantités modérées ; éviter cependant le jambon gras, les viandes d'oie et de dinde, et certains poissons gras, comme la tanche et la lotte.

Exclure les mets trop sucrés, qui provoquent l'irruption dans l'estomac d'un abondant afflux de liquide de dilution.

Recourir aux petits repas, peu copieux, régulièrement espacés, qui ont l'avantage d'exciter tout l'appareil digestif.

Les aliments seront divisés et mastiqués soigneusement.

Modérer la quantité des boissons, qui diluent le suc gastrique et retardent le transit stomacal.

Éviter l'eau gazeuse.

Préférer les infusions chaudes en mangeant ; ou encore, utiliser une limonade citrique légère : un jus de citron pour un demi-litre d'eau légèrement sucrée

Traitement :

Une demi-heure avant les repas, prendre un de ces paquets, dans un verre à Bordeaux d'eau sucrée :

Sulfate de magnésie . . . }
Phosphate de soude . . . } ââ 0 gr. 30
Citrate de soude . . . . . . }

Ajouter à la solution XXV gouttes de cette mixture :

Teinture d'ipéca . . . . }
Teinture de colombo . . . . }
Teinture de gentiane . . . . . } ââ 5 gr.
Teinture de fève de Saint-Ignace . . . . }

Cette médication sera utilement alternée, semaine par semaine, avec celle-ci :

Prendre, une demi-heure avant les repas, dans un demi-verre d'eau de Vichy ou de solution de Hayem, une cuillerée à café de peptone.

Plus simplement encore, avaler, une heure avant le repas, un cachet de :

Pepsine . . . . 0 gr. 15

à l'aide d'une tasse de bouillon (dégraissé à froid) ou d'extrait de viande (bouillon concentré).

A la fin du repas, prendre un verre à liqueur de cet élixir :

Papaïne	10 gr.
Eau distillée de menthe	80 gr.
Sp. de sucre	300 gr.
Alcool à 90°	60 gr.

ou, si pour des raisons particulières, on désire une préparation sans alcool, une cuillerée à café de cette poudre, dissoute dans une infusion de mélisse :

Orthophosphate de soude	ââ 20 gr.
Citrate de soude	
Papaïne	ââ 10 gr.
Lactose	
Essence d'anis	XX gouttes

S'il y a atonie gastrique, avec fermentation, donner, au milieu du repas, un cachet de :

Iodure double de bismuth et de cinchonidine	ââ 0 gr. 05
Sulfate de potasse	
Nitrate de potasse	
Quassine amorphe	0 gr. 01
Peroxyde de magnésium	0 gr. 20
Noix de muscade pulvérisée	0 gr. 50

S'il y a déficit des sécrétions glandulaires, associer au traitement, les extraits gastrique, entéro-pancréatique, hépatique, biliaire, etc.

Dr A. SATRE (de Grenoble).

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. Valeur du bulletin d'avis du chef d'entreprise pour le paiement de la première visite et du certificat initial.

Nous avons eu l'occasion, à maintes reprises, de signaler les procédés selon lesquels, juridiquement, est surprise la bonne foi des médecins. Au cours de sa consultation, ou d'urgence, parce que l'accident est grave, le praticien visite un blessé du travail. Cet ouvrier est porteur d'un bulletin imprimé, où des blancs ont été remplis à la plume, donnant les noms et prénoms de l'ouvrier, celui du chef d'entreprise, le nom et adresse de l'assurance.

Pressé, parce qu'il faut, avant tout, porter secours au blessé, le docteur ne regarde même pas ce bulletin d'avis : il donne ses soins.

Le pansement fini, il rédige le certificat initial de blessure. Il donne ensuite rendez-vous au patient pour un pansement ultérieur.

Plus tard, le surlendemain, ou plusieurs jours après, le chef d'entreprise prévient le docteur que l'accident est contesté, qu'il ne s'agit pas d'un traumatisme imputable au travail. Dans ces conditions, le dit chef d'entreprise décline toute responsabilité, pour le payement des honoraires médicaux.

Le docteur lit alors le bulletin d'avis, qui lui a été remis.

Souvent, il voit que le chef d'entreprise ne demande au praticien que de visiter le blessé et de décrire, par un certificat, la nature des lésions.

Summum jus, summa injuria : juridiquement le chef d'entreprise n'est tenu au payement que de ce qu'il a commandé de faire : c'est-à-dire un examen médical et la délivrance d'un certificat. Tout autre acte concomitant, ou ultérieur doit rester à la charge du blessé, si quelques jours, ou plusieurs mois après, un jugement intervient pour déclarer qu'il ne s'agissait pas d'un accident du travail. Tant pis pour le médecin : il n'avait qu'à lire le bulletin à lui remis et se faire payer par l'ouvrier, à chaque visite, ou pansement.

Mais, si le médecin agit ainsi, se faisant rémunérer chaque fois, le blessé va objecter qu'il n'a pas d'argent, qu'il n'a pas d'économies et qu'avant de le payer, il lui faut manger.

Quant au chef d'entreprise, il reprochera au blessé d'avoir payé le praticien, car cela va provoquer des difficultés avec l'assurance (au cas où l'accident est reconnu comme étant dû au travail). Il recommandera à ses ouvriers de choisir de préférence le médecin de l'assurance qui, étant payé à forfait et à l'année, ne détaille pas ces cas divers.

C'est donc toujours la même politique : agacer les médecins praticiens pour les faire renoncer à cette médecine du travail, afin que les blessés puissent être dirigés vers les docteurs à la solde des assurances, ou des grosses entreprises. Voici un des trucs employés pour violer le libre choix du médecin par la victime, libre choix inscrit dans la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905.

Nous avons entre les mains un autre bulletin, dont nous donnons le libellé.

Loi du 9 avril 1898.

Agence à
Agent M

Bulletin pour le médecin.

Mon ouvrier, le nommé âgé de ans profession demeurant à rue nº qui déclare avoir été blessé au cours de son travail, demande à être visité (*indiquer si c'est au cabinet du médecin ou au domicile de l'ouvrier*)

par Monsieur le docteur
rue n° à
Il demandera à M. le Dr pour être remis à la mairie, un certificat constatant la nature des blessures et leurs conséquences probables, le tout sans responsabilité de la part du patron, le présent bulletin étant remis sous réserve de contrôler les dires de l'ouvrier quant à l'application de la loi de 1898.

Fait à le 19
Signature du patron :

Le sinistré est-il mutilé de la guerre ?
Nature de la mutilation :

N. B. — La police ne couvre pas les cas de maladie. Les blessures qui ne proviennent pas d'un accident ou qui ne résultent pas directement du travail professionnel garanti par la police, ne donnent droit à aucune indemnité.

Avis au blessé. — Le blessé doit se rendre chez le médecin aux jours et heures indiqués par ce dernier, se conformer à ses prescriptions et à chaque visite lui faire viser ce bulletin.

Admirez l'astuce. C'est le blessé qui, déclarant avoir été blessé dans son travail, demande à être visité. Il réclamera un certificat au docteur, mais le chef d'entreprise décline toute responsabilité.

Alors ! pourquoi remplir ce papier ? L'ouvrier n'a qu'à se présenter chez le médecin sans ce bulletin, comme un client de droit commun. Au contraire, cette feuille laisse croire au praticien que le chef d'entreprise accrédite les dires de son ouvrier, qui déclare appartenir à l'entreprise et avoir été blessé au cours de son travail.

Nous donnons ci-après copie d'un jugement de paix rendu en pareille matière.

JUGEMENT DE PAIX 6e ET 7e CANTONS DE NANTES.

9 *juin* 1921.

Attendu que le docteur LEMARIE poursuit DUCAS en payement de la somme de 58 francs d'honoraires, pour soins données à un sieur DESFONTAINES, ouvrier blessé à son service, sur levée d'une fiche émanant du défendeur qui le priait de vouloir bien lui faire parvenir un certificat de constatation ;

Attendu que pour faire échec à cette action, le défendeur articule que la blessure de l'ouvrier n'était pas consécutive à un accident du travail et que la simple remise d'un bulletin par un patron à son ouvrier blessé destiné au médecin du choix de ce dernier en vue d'obtenir un certificat de constatation ne peut engager sa responsabilité vis-à-vis du médecin et conclut au rejet de la demande ;

Attendu qu'aux termes de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, le bénéfice de celle-ci est subordonné à l'existence d'une incapacité survenue par le fait ou à l'occasion du travail, et ayant duré plus de 4 jours ;

Qu'il en résulte que lorsque l'accident a une cause étrangère au travail, le bénéfice de la dite loi ne saurait être accordé à personne et qu'en ce cas le patron n'est débiteur, ni vis-à-vis de la victime, ni vis-à-vis du médecin, des frais médicaux occasionnés par cet accident (Cassation, ch. civile, 24 février 1913, mars 1914, p. 93 ; juin 1914, p. 216 ; février 1915, p. 343) ;

Attendu qu'il est reconnu à la suite du rapport du docteur LEMAIGNAN, expert commis pour examiner le blessé en date du 31 octobre 1920, que la blessure de l'ouvrier DESFONTAINES n'était pas attribuable à un accident du travail ;

Que le demandeur n'a par conséquent aucune action de ce chef contre le défendeur ;

Qu'il convient de rechercher si DUCOS ne serait pas tenu par un engagement spécial, au payement des honoraires du docteur LEMARIE comme le soutient celui-ci ;

Attendu qu'il est de doctrine et de jurisprudence que le médecin qui a donné ses soins à un malade sur la demande d'un tiers n'est pas par cela seul fondé à exiger de ce tiers le payement de ses honoraires s'il ne peut établir qu'il se soit engagé à les payer, que cette obligation résulte nettement, soit des circonstances de la cause, soit d'un quasi contrat ou d'une faute quelconque imputable à l'intermédiaire;

Attendu qu'il est acquis aux débats que, le 25 juin 1920, DUCOS a remis à son ouvrier DESFONTAINES qui venait lui déclarer qu'il avait été blessé dans son travail, un bulletin destiné au médecin qui serait choisi par cet ouvrier, par lequel il le priait de vouloir bien lui faire parvenir un certificat de constatation.

Que le choix de DESFONTAINES se porte sur le docteur LEMARIE ;

Attendu que la loi impose aux chefs d'entreprise de joindre un certificat médical à leur déclaration d'accident ; qu'il est d'usage, notamment à Nantes, que pour l'établissement de cette pièce, un bulletin signé du patron soit remis par l'ouvrier au médecin, qui a d'ailleurs l'habitude de l'exiger ;

Attendu que DUCOS n'a fait que se conformer à cet usage ;

Qu'il est d'ailleurs mentionné dans le bulletin qu'il sera remis au médecin choisi par l'ouvrier ;

Que c'est donc DESFONTAINES seul qui a fait choix du docteur LEMARIE en dehors et à l'insu du défendeur ;



Que le docteur Lemarie ne pouvait se méprendre sur le sens et la portée d'une fiche qui ne constitue qu'une simple formalité ;

Qu'il en faut déduire que Ducos agissant comme chef d'entreprise ne s'engageait qu'en cette qualité et non autrement ;

Attendu qu'aucune faute de nature à engager sa responsabilité ne peut davantage être reprochée au défendeur ;

Qu'en effet il s'est hâté de prévenir le docteur Lemarie, le 22 juillet 1920, dès qu'il apprit que la blessure de Desfontaines n'était pas due à un accident du travail, ce qui démontre de la façon la plus claire qu'il n'a voulu que sa responsabilité patronale.

Attendu que le docteur Lemarie aurait pu à l'examen se rendre compte de la nature et de l'origine de la blessure de Desfontaines, reconnaître qu'elle avait une cause étrangère au travail et cesser de donner ses soins au blessé ;

Attendu que, de ce qui précède, il échet de dire que Ducos n'était obligé que comme chef d'entreprise au payement des honoraires du demandeur dans le cas où son ouvrier eût été blessé pendant son travail, qu'il ne s'est pas constitué débiteur vis-à-vis du docteur Lemarie par un engagement spécial pour les soins donnés par celui-ci à l'ouvrier Desfontaines reconnu atteint par une lésion étrangère au travail et que l'action du demandeur a été dirigée à tort contre le défendeur ;

Par ces motifs,

Statuant contradictoirement en dernier ressort et par application des articles 1 de la loi du 12 juillet 1905 et 130 du code de procédure civile.

Disons non justifiée la demande du docteur Lemarie.

En conséquence l'en déboutons et le condamnons aux dépens.

Si, dès le début, le corps médical avait refusé de reconnaître, comme responsable de ses honoraires, toute personne autre que le seul blessé, toutes ces difficultés ne se produiraient pas.

Que dit la loi sur les accidents du travail ? pour le paiement des honoraires médicaux, une part est mise à la charge du patron (selon un tarif fixé par arrêté ministériel (tarif Dubief, tarif Breton), l'autre part est laissée à la charge du blessé. Ainsi le veut le caractère forfaitaire de la loi, qui a entendu laisser aux deux parties (ouvrier et chef d'entreprise) une part dans le sinistre.

Si le corps médical avait exigé le total de ses honoraires, quitte à la victime à se faire rembourser par le chef d'entreprise le quantum qui incombe à ce dernier, beaucoup de procès auraient été évités.

Mais, vivant au milieu de ceux qui souffrent, sachant la gêne que l'accident provoque dans les milieux ouvriers, connaissant la rapacité de

---

beaucoup de sociétés financières, dites assurances contre les accidents du travail (qui doivent faire des bénéfices, pour distribuer des dividendes aux actionnaires), le médecin n'a pas eu le courage de réclamer son dû au seul ouvrier. Il s'est contenté du tarif Dubief, puis Breton, abandonnant à la victime la part qui lui incombait.

Mais il croyait que, tout travail méritant salaire, il pouvait compter sur ses honoraires, lorsque le blessé se présente avec un accréditif du chef d'entreprise.

Cet accréditif est tendancieux ; on joue sur les mots et le médecin, qui n'a jamais appris le droit, ne voit pas les finesses de langage, ni les arguties de rédaction, par lesquelles on reconnaît sans reconnaître qu'il s'agit d'un accident du travail ; mais, si le chef d'entreprise peut se dispenser de payer, il le fera bien volontiers, pour le plus grand profit des actionnaires de l'assurance qui le couvre.

Confrères, apprenez à lire les papiers qu'on vous envoie, surtout lorsqu'ils émanent de sociétés uniquement fondées pour faire des bénéfices et distribuer des dividendes. Apprenez à vous faire payer comptant par le « consommateur de soins », sinon, par l'intermédiaire de votre syndicat local, établissez un contrat collectif de travail, qui puisse vous faire payer normalement et vous débarrasse de toutes ces embûches aussi agaçantes que vexatoires.

Dr Paul BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions des parlementaires et réponses des ministres

Revision des accidents du travail qui n'ont donné lieu à aucune cessation de travail ou à une cessation de moins de cinq jours

16956. — M. DELORY, député, rappelle à M. le ministre de la justice le texte de l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et demande : 1° si, dans le cas où le blessé ne cesse pas son travail, ou n'a cessé son travail que pendant une durée inférieure à cinq jours, le délai de trois ans, prévu par cet article pour l'instance en révision, n'est pas applicable ; 2° dans le cas de l'affirmative, si ce délai court du jour de l'accident ou du jour où le blessé a repris son travail. (*Question du 21 février 1923*).

Réponse. — Il n'appartient qu'aux tribunaux saisis de statuer sur la recevabilité d'une demande en révision d'indemnité fondée sur l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ; par suite, dans le cas visé par l'honorable député, seule la juridiction compétente peut dire si le délai de trois ans est ou non applicable, et, dans l'affirmative, en déterminer le point de départ. (*J. O.*, 17 mars 1923).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

SERVICE de PROPAGANDE
du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours médical,* afin de leur permettre d'apprécier ce journal, le présent numéro ne représentant pas le *Concours médical* dans sa physionomie habituelle (voir le Bulletin page XXXVII-1445).

LE SOU MÉDICAL

Les services qu'il rend.

Il faut le répéter sans lassitude, afin que les médecins qui vivent de leur profession sachent bien que le « Sou médical » est fait pour les soutenir, les appuyer et les défendre, dans toutes les circonstances de leur exercice où ils rencontrent une difficulté : *le « Sou médical » est évidemment une assurance, mais il n'est pas qu'une assurance, et s'il vaut mieux,* C'EST QU'IL FAIT INFINIMENT PLUS POUR SES ADHÉRENTS.

L'Assurance, — elle prévoit *uniquement* le risque résultant de la mise en jeu de la responsabilité civile du médecin, et elle couvre ce risque jusqu'à concurrence d'une somme qui varie selon les primes versées. Cela, le « Sou médical » le fait, avec cette différence pourtant que la prime est invariable, et représentée par la cotisation annuelle qui se monte à 25 francs. Qu'est-ce donc que 25 francs, en 1923, en comparaison de la cotisation de 20 francs d'avant-guerre ? Quant au risque, il est limité momentanéement à 20.000 francs. Mais il est probable que ce maximum sera dépassé prochainement. Qu'importe d'ailleurs ! Nous ne connaissons qu'une seule condamnation prononcée contre un médecin à 25.000 francs de dommages-intérêts.

Le risque couvert par le « Sou » serait depuis longtemps porté à une somme infiniment supérieure si le nombre de ses adhérents, qui est aujourd'hui de plus de 3.500, atteignait seulement 5.000. Il est inconcevable que tant de médecins praticiens ne se rendent pas encore compte de la valeur du « Sou médical » et n'en fassent pas partie ! ! !

Mais, il n'y a pas que l'Assurance contre la responsabilité civile ! Cela, ce n'est qu'une partie, combien minime des cas dont le « Sou médical » est appelé journellement à s'occuper.

Voulez-vous vous en convaincre ? Lisez le procès-verbal qui fait suite à cet exposé. Vous verrez combien divers sont les sujets qui retiennent son attention, et pour lesquels il met en œuvre la compétence de ses administrateurs, la science juridique de ses conseillers techniques, et les ressources de son trésor.

Ici, c'est un médecin diffamé par un pharmacien. Le « Sou » lui donne son appui et le soutiendra *devant toutes les juridictions*, pour lui faire rendre justice. Là, c'est un confrère assurant un service public, et rayé brutalement de la liste, parce qu'il a cessé de plaire à la municipalité de sa commune. Le « Sou médical » prend sa cause en main, et lui permet de montrer à ses adversaires qu'on n'en agit pas avec un docteur en médecine comme avec un vulgaire domestique à qui l'on donne ses huit jours. Ailleurs encore, c'est un client mécontent de se voir réclamer des honoraires légitimement dus, et qui, pour tâcher de s'en tirer à bon compte, et peut-être mieux encore, répond à la réclamation qui lui est adressée par une demande reconventionnelle, sous prétexte qu'il a été mal soigné. Ce client saura ce qu'il en coûte de vouloir se dérober ainsi à une obligation régulièrement contractée, en usant de procédés inacceptables.

Je pourrais multiplier les exemples : pas un jour ne se passe sans que nous soyons saisis par nos adhérents des conflits les plus divers auxquels ils sont obligés de faire face.

Ces conflits sont examinés très attentivement. S'ils rentrent dans le cadre des statuts du « Sou », ils sont retenus et l'appui du « Sou » est toujours accordé. Cet appui se traduit le plus souvent par une consultation qui permet au confrère lésé d'obtenir gain de cause amiablement, par le fait même que son adversaire cède dès qu'il sent qu'il n'est plus isolé, mais au contraire, qu'il est puissamment soutenu. Que si la solution amiable n'intervient pas, le même appui lui est *à fortiori donné*, et il se complète le plus ordinairement de l'appui pécuniaire, qui comprend tous les frais de procédure à sa charge, et, en outre, les honoraires de son avocat, dans des limites libéralement calculées.

J'avais donc raison de dire en commençant que le « Sou médical » est plus qu'une assurance. Il est plus, et je le répète, il fait plus, puisque, à l'encontre de la tradition, en honneur dans les assurances ordinaires, le « *Sou* » *ne transige jamais*. S'il succombe devant la juridiction du premier degré, il porte l'affaire en appel. Et si, là encore, il ne réussit pas, il examine les chances de succès d'un pourvoi en cassation et n'hésite pas à courir ces chances, dès lors que ses Conseils lui donnent l'assurance qu'elles existent.

Le « Sou médical » ne se contente pas d'accompagner ses adhérents de vant les juridictions civiles et correctionnelles. Aucun tribunal ne le rebute : Conseil de préfecture, Conseil d'Etat, Tribunal des Conflits, il n'est pas un seul aréopage judiciaire devant lequel il ne se soit présenté, derrière son adhérent.

Confrères, qui lisez ces lignes, si vous n'êtes pas déjà des nôtres, venez à nous. Vous ne savez pas si, demain, ne surgira pas sous vos pas le procès

qui vous trouvera, pour ainsi dire, désarmés dans votre isolement, alors que faisant partie du « Sou médical », vous sentiriez derrière vous l'appui d'une ligue puissante, dont les dirigeants ne ménagent ni leur temps, ni leur peine, ni les fonds dont ils ont la gestion, pour le triomphe des causes qu'ils se chargent de défendre.

Vous trouverez, page 1429 un *Bulletin d'adhésion* qu'il vous suffira de remplir et d'envoyer à notre trésorier avec le montant de votre cotisation, et vous pourrez alors dormir en quelque sorte sur les deux oreilles : le jour où vous seriez attaqués, ou forcés d'attaquer vous-mêmes, nous serions là ; *nous serions même un peu là* !

Le Conseil du « Sou médical ».

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Admissions. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

5799 Mons, Auneau (E.-et-L.).
5800 Lory, Limoges (Haute-Vienne).
5801 Chambrette, 29 , rue Ledion, Paris.
5802 Lechat, Noirmoutier (Vendée).
5803 Dalsace, 29, rue du Laos, Paris.
5804 Escande, Mazamet (Tarn).
5805 Emonin, Nuits-Saint-Georges (Côte-d'Or).
5806 Chaltiel, Ancerville (Meuse).
5807 Huguel, 20, rue Lacépède, Paris.
5808 Leleu, Maretz (Nord).
5809 Avinier, Grenoble (Isère).
5810 Ricaud, Branne (Gironde).
5811 De Coux, Rémy (Oise).
5812 Guelhard, St-Cézaire (Alpes-Maritimes).
5813 Ducatteau, Douai (Nord).
5814 Gilles, Vaucresson (Seine-et-Oise).
5815 Bilhaud, Corcieux (Vosges).
5816 Chauveau, Attichy (Oise).
5817 Chesnais, Baulon (Ille-et-Vilaine).
5818 Heckel, Forbach (Moselle).
5819 Massonnet, 50, rue Château-Landon, Paris.
5820 Chenier, Beauvais (Oise).
5822 Martin (André), Paris.
5823 Hervouet, 50, de Turenne Paris.
5824 Pennaforte, Reims (Marne).
5825 Picard, Douai (Nord).
5826 Briquet, Armentières (Nord).
5827 Barailhe, Egriselles-le-Bocage (Yonne).
5828 Thomas, Vichy (Allier).
5829 Lesbroussart, Maignelay (Oise).
5830 Fouache, Bosc-le-Hart (Seine-Inférieure).
5831 Lacorse, Brive (Corrèze).
5832 Grange, Mouy (Oise).
5833 Rivet, Pacy-sur-Eure (Eure).
5834 Perlis, Vailly (Aisne).
5835 Dumas, Toulon (Var),
5836 Blanquinque, Compiègne (Oise).
5837 Dartigues, Port-Gueydon (Alger).

5838 Devauchelle, Nanteuil-le-Haudouin (Oise).
5839 Baudin, Saint-Etienne (Loire).
5840 Soulier, Vallauris (Alpes-Maritimes).
5841 Gueneau, Argent-sur-Sauldre (Cher).
5842 Pivert, Laval (Mayenne).
5843 Mme Darcanne, 191, rue de l'Université, Paris.
5844 Martrou, Beaulon (Allier).
5845 Dreyer-Dufer, Chambéry (Savoie).

Protestations contre des admissions.

Une protestation a été reçue, contre l'admission de deux médecins de Paris qui sont accusés d'être de mauvais confrères, médecins de cliniques d'accidents du travail aux procédés douteux.

En ce qui concerne l'un d'eux, qui est membre du Syndicat des médecins de la Seine, le Conseil décide de renvoyer le protestataire à se pourvoir devant ce Syndicat.

Pour l'autre, qui a indiqué comme référence une Société qui n'est pas une association professionnelle médicale, il sera invité à donner comme référence une autre Société, ou deux parrains, membres eux mêmes du « Sou ».

Accidents du travail.

Le Dr S. (Loire-Inférieure) demande que, étant donnée l'importance de l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé antérieurement (voir n° 9, page 744), et la situation locale de l'expert dont il s'agit de combat're les conclusions, ce soit l'avocat-conseil du « Sou médical » qui aille lui-même plaider l'affaire à Nantes.

Le Conseil décide de donner satisfaction au Dr S. Au besoin même, le Dr Boudin, secrétaire général, irait également à Nantes si sa présence était utile au succès de l'affaire, notamment pour discuter l'expertise au point de vue médical.

— Le Dr A. (Loire) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'honoraires accidents, dont le payement lui est refusé sous prétexte que, dans un procès-verbal de conciliation fixant le quantum de la rente des blessés, dressé par le président du tribunal civil, les blessés n'ont pas fait insérer de réserves pour le payement des frais médicaux.

Conformément à l'avis de Me Nattan-Larrier, qui est que ce moyen n'est pas fondé en droit, le Conseil accorde au Dr A. l'appui pécuniaire demandé, pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires en justice de paix.

Honoraires de droit commun.

Le Dr N. (Cher) ayant poursuivi la victime d'un accident d'automobile, en payement de ses honoraires, a été débouté de sa demande par le juge de paix sous prétexte que le blessé ne l'avait pas commandé.

Me Auger étant d'avis que cette décision pourrait faire utilement l'objet d'un pourvoi en cassation, le premier responsable du payement des soins étant dans tous les cas la personne qui en a profité, le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr N. pour for-

mer un pourvoi en cassation et ordonnance à cet effet le versement d'une provision de 800 fr.

— Le Dr H. (Calvados), a été appelé à donner ses soins à un petit patron, blessé en travaillant pour un agriculteur. Le chef de culture qui a appelé le Dr H. a indiqué faussement, dans son avis écrit, que le blessé était au service de l'agriculteur, son patron.

Comme il s'agit d'une note élevée, qui nécessitera les frais d'une action devant le tribunal civil, le Conseil accorde au Dr H. l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement l'agriculteur et le blessé. Cet appui comprend les frais judiciaires proprement dits et, en outre, une somme de 300 francs, pour participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

— Le Dr C. (Allier), ayant donné des soins à domicile, puis dans un hôpital dont le règlement lui donne le droit de se faire payer par les malades non indigents, s'est vu présenter, après le traitement, un bon d'admission à l'Assistance médicale gratuite tardivement délivré à son client.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre en justice de paix le recouvrement de ses honoraires contre son client.

— Le Dr C. (Seine), ayant fait condamner au payement d'honoraires contestés, puis saisir une ancienne cliente, a été assigné en revendication d'objets saisis par le fils de celle-ci. Le tribunal, par erreur, a prononcé la nullité de la saisie pour la totalité, et non pas seulement en ce qui concerne les objets revendiqués.

Le Conseil accorde au Dr C. pour interjeter appel de cette décision inacceptable, l'appui pécuniaire, comprenant les frais judiciaires proprement dits, et en outre une somme de trois cents francs pour la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

— Le Dr J. (Calvados), ayant, dans un différend avec un client sur le montant de ses honoraires, obtenu devant l'expert désigné par le juge de paix, une transaction qui lui donne satisfaction, fait don au « Sou médical » du montant intégral des honoraires qui lui sont alloués, soit 300 fr.

Le Conseil adresse au Dr J. ses remerciements pour sa générosité.

— Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué qui est chargé de l'affaire du Dr B. (Loir-et-Cher), d'une provision de 300 fr. (Voir no 53 de 1922, page 4188).

Divers.

— Le Dr B. (Haute-Savoie), demande l'appui pécuniaire pour poursuivre un pharmacien qui ne cesse de le dénigrer et de détourner ses clients.

Avant de prendre une décision, le Conseil demande que le Dr B. lui produise des attestations de témoins éventuels susceptibles de déposer en justice sur les faits qu'il avance.

— Le Dr A. (Savoie) signale que le préfet a refusé d'approuver une délibération de la Commission

administrative des hospices, autorisant les médecins et les chirurgiens à se faire payer les interventions faites à l'hôpital aux mutilés de guerre, au tarif du décret du 25 octobre 1922.

Le Conseil décide de transmettre cette lettre à l'Union des Syndicats médicaux, qui a collaboré à la rédaction du décret ci-dessus-visé.

— Les Dr R. et M. (Seine-et-Oise), seuls propriétaires d'une maison de santé où ne son treçusque leurs malades, ayant été imposés à la cédule des bénéfices commerciaux, au lieu de celle des bénéfices des professions non commerciales, l'appui pécuniaire leur est accordé pour former une réclamation contre cette imposition erronée. Le soin de préparer et de suivre cette réclamation est confié à M. Martinot, conseiller fiscal du « Sou médical ».

— Le bandagiste H. et son voyageur, condamnés pour escroquerie sur la plainte d'un client qui avait acheté un bandage pour un prix exorbitant à la suite de leurs manœuvres délictueuses, ayant fait appel du jugement, l'appui pécuniaire du «Sou» est demandé pour aider le plaignant à défendre à cet appel.

Le Conseil, considérant qu'aucun membre du « Sou » n'est personnellement intéressé dans cette affaire, est d'avis que l'appui pécuniaire ne peut être accordé et que l'intéressé devrait s'adresser au Syndicat local, qui a pour objet la défense des intérêts généraux du Corps médical, alors que l'objet du « Sou » est de défendre les intérêts particuliers de ses adhérents.

— Le Dr G. (Eure), demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement intégral d'une note d'honoraires d'Assistance médicale gratuite, sur laquelle des réductions lui sont proposées à titre d'indication, et sans justification précise.

Le Conseil est décidé en principe à accorder l'appui pécuniaire ; il demande à être mis plus explicitement au courant des faits et notamment à avoir communication de la note contestée.

Responsabilité civile.

Dans l'affaire du Dr Vallet, de Vernon (Eure) M. Boudin, secrétaire général, étudie le dossier d'accord avec l'avocat qui plaidera devant la Cour d'appel. Le Conseil l'autorise au besoin à se rendre à Rouen pour l'examen du dossier au greffe, si l'avocat juge que ce déplacement soit utile à la cause.

Secret professionnel.

Le Dr X. ayant connu, comme médecin traitant de mutilés de guerre, des faits qui lui semblent constituer de véritables abus, commis au détriment des finances publiques, demande s'il peut les signaler aux autorités compétentes.

Le Conseil est d'avis que l'obligation de garder le secret professionnel interdit au médecin traitants en toute circonstance, de dénoncer ses anciens client,.

CORRESPONDANCE

Obligations fiscales des cliniques médicales

Je fais actuellement édifier une clinique avec 3 confrères, l'un fera les yeux ; l'autre, la radiothérapie ; l'autre l'obstétrique et moi, la chirurgie. Nous avons pour ce faire constitué une société en nom collectif. Je viens vous demander deux renseignements :

1° Cette clinique, qui nous appartiendra, où nous traiterons nos malades, est-elle soumise à l'impôt sur le chiffre d'affaires ;

2° Peut-elle bénéficier de cette loi récente qui exempte pendant 15 ans de contributions les constructions récentes.

Dr X.

Réponse.

1° On avait considéré généralement jusqu'ici que le médecin ou les médecins seuls propriétaires d'une maison de santé, médicale ou chirurgicale, dans laquelle ils ne recevaient que leurs malades exclusivement, n'étaient pas passibles de la taxe sur le chiffre d'affaires, de même qu'ils n'étaient imposables qu'à l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales, et non à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

Mais récemment, par arrêtés du 5 décembre 1922, le Conseil de Préfecture de la Seine, s'il a admis la solution que nous indiquons en ce qui concerne l'impôt cédulaire (Voir *Concours médical* du 4 mars 1923, page 761), a décidé, au contraire que le médecin aliéniste qui exploite et dirige une maison de santé est débiteur de la taxe sur le chiffre d'affaires à raison du logement et de la nourriture qu'il fournit, en conservant le droit de ne comprendre, dans ses relevés mensuels des affaires faites par lui, que les recettes correspondant à des fournitures, déduction faite de tous honoraires pour soins médicaux (*Concours médical*, 25 février 1923, page 663). Il y aurait donc lieu, d'après cette décision, de faire une ventilation, dans le prix de journée, entre les honoraires médicaux et les autres éléments qui le composent.

Mais cette jurisprudence ne peut être acceptée et l'arrêté précité du Conseil de Préfecture de la Seine a été déféré au Conseil d'Etat, qui aura à se prononcer souverainement sur la question.

Il y a donc lieu, en attendant, de maintenir le non assujettissement d'une clinique fonctionnant dans les conditions qu'énonce votre lettre, à l'impôt sur le chiffre d'affaires.

2° Sont exclus de l'exemption d'impôt bénéficiant aux constructions nouvelles pendant une durée de 15 ans, aux termes mêmes de l'article 20 de la loi du 31 mars 1922, qui a établi cette exemption, les immeubles ou portions d'immeu-

Voir la suite page XXXXI-1439

PARTIE SCIENTIFIQUE

Revue Générale

OPOTHÉRAPIE ET ENDOCRINOLOGIE

Par G. Fischer.

Le traitement par les sucs animaux constitue, de par l'étymologie, l'*opothérapie.*

Déjà les anciens, grâce à un empirisme éclairé, avaient acquis des faits d'observation indiscutables, qui mettaient en évidence une action bienfaisante des sucs animaux sur la croissance et sur la santé de l'individu.

Les travaux de Brown-Séquard et de Claude Bernard ont attiré de nouveau l'attention sur l'opothérapie, tombée dans l'oubli pour un temps ; ils lui ont imprimé un essor nouveau en lui donnant une base scientifique, celle de l'endocrinologie.

L'étude de l'endocrinologie nous apprend, en effet, que chaque *glande* (1) est douée, outre sa fonction physiologique spéciale, outre sa sécrétion externe, d'un pouvoir de *sécrétion interne* s'exerçant dans le milieu intérieur et nécessaire au au bon équilibre vital de l'organisme, en même temps qu'à la régénération de ses éléments cellulaires, selon un type toujours identique. On peut de plus affirmer, en l'état actuel de la science, que la vie organo-végétative, c'est-à-dire le métabolisme général et protoplasmique, paraît être sous la dépendance, non seulement des sécrétions glandulaires internes, mais encore du système neuro-glandulaire, ou mieux, des glandes endocrines associées au système nerveux sympathique et para-sympathique (2).

***

Les quelques faits suivants mettront en lumière la valeur de la sécrétion endocrine.

Au moteur humain, il ne suffit pas, pour qu'il se répare, de fournir les hydro-carbones, les graisses et les albuminoïdes utiles ; un autre élément est nécessaire, produit d'une sécrétion interne des tissus, du muscle et de certaines glandes endocrines : la vitamine.

Chez la femme gravide, l'hyperfonctionnement de certaines endocrines peut seul assurer le développement normal ainsi que la vie du fœtus, jusqu'à ce que les endocrines de celui-ci soient assez développées pour subvenir à ses besoins spéciaux ; et les endocrines de la mère régressent à mesure que se développent celles du fœtus.

Chez l'enfant en voie de développement, l'insuffisance ou l'hyperactivité de certaines glandes amène des troubles importants de la croissance : par exemple, le nanisme avec infantilisme par insuffisance hypophysaire ; le gigantisme et l'acromégalie par fonctionnement exagéré de l'hypophyse.

Chez l'adulte, le myxœdème est le syndrome de l'insuffisance thyroïdienne ; le basedowisme, celui de l'hyper-thyroïdisme.

Chez le vieillard, une insuffisance polyglandulaire peut déterminer l'apparition de troubles hyperplasiques, tels que le cancer.

Enfin, on peut se demander en quoi consistent les éléments de défense de l'organisme contre les agents pathogènes, que ceux-ci apparaissent naturels, ou acquis par des déterminations spécifiques, à l'occasion des infections, — sinon en des sécrétions internes auxquelles le sang sert de vecteur, et même de glande sécrétoire en ses éléments cellulaires.

***

Il apparaît donc tout à fait rationnel de parer à l'insuffisance ou au manque d'une sécrétion par l'administration de la sécrétion correspondante, comme de neutraliser aussi un excès de sécrétion, soit par la sécrétion homologue administrée à doses convenables, soit par l'action antagoniste d'une autre sécrétion endocrine.

On sait d'ailleurs que les extraits d'organes renferment cette sécrétion endocrine, et qu'en outre, ils sont susceptibles d'exalter électivement, chez le sujet qui les reçoit, les aptitudes fonctionnelles de l'organe de même nom. Cette stimulation peut aller, d'après certaines constatations (Carnot), jusqu'à la restauration anatomique du tissu ou de l'organe ainsi sollicité.

Enfin, l'administration de certains tissus en voie de régénérescence ou de croissance, a pour effet d'activer au maximum le fonctionnement ou la reviviscence du tissu de même nature mis momentanément en état d'infériorité (sang d'un

(1) Le terme de glande doit être pris ici dans son sens le plus général, qui est celui d'un groupe cellulaire, formant un organe.

(2) Le système nerveux sympathique et para-sympathique fera l'objet de l'article scientifique du numéro spécial du 16 mai 1923.

animal saigné quelque temps auparavant — moelle osseuse fœtale, c'est-à-dire en voie de croissance). Enfin, il existe entre certaines glandes une action antagoniste, qu'il est bon parfois d'utiliser, soit comme action principale pour neutraliser un hyperfonctionnement, soit comme action secondaire. Exemple : La médication hypophysaire tendant à créer un état d'hypothyroïdie légère ; il est donc utile, si l'on veut laisser à la thyroïde toute son activité sécrétoire, d'adjoindre à l'extrait hypophysaire une certaine quantité de thyroïde dont l'action tend à créer en compensation un état d'hyperthyroïdie.

Ce sont là les buts et moyens de la médication opothérapique, dont nous allons parcourir les chapitres les plus importants, et exposer les données les mieux établies.

***

Insuffisance thyroïdienne.

L'insuffisance thyroïdienne, et notamment le myxœdème, soit spontané, soit consécutif à la thyroïdectomie, est devenue le triomphe de l'opothérapie.

Tel est le résultat, d'une part, de la fameuse découverte de Reverdin établissant que la thyroïdectomie pour goitre était suivie de myxœdème ; et d'autre part, des expériences de Vassale et Gley, démontrant que l'injection d'un extrait thyroïdien atténuait ou faisait disparaître temporairement les troubles graves consécutifs à la thyroïdectomie.

« Les guérisons, qui se multiplièrent dès lors, d'une maladie incurable comme le myxœdème (à la condition que cette maladie fût traitée à une époque encore récente et assez voisine du début), par l'application si simple d'une donnée physiologique, achevèrent et fortifièrent la démonstration du rôle de l'extrait thyroïdien ». (A.-F. Plicque).

Myxœdème. — C'est donc toujours une amélioration considérable, et souvent la guérison, que l'opothérapie procure dans le *myxœdème congénital* ou infantile, dans le *myxœdème acquis de l'adulte,* comme dans le *myxœdème endémique ou post-opératoire* (Harvier).

Pour l'*enfant en bas âge,* les doses du début seront de 0.01 à 0.02 centigr. ; elles seront augmentées progressivement jusqu'à 0.05 centigr. Quelques semaines de traitement, dit Harvier, suffisent à diminuer rapidement l'infiltration des téguments et à opérer chez les sujets une véritable transformation physique : la peau perd de sa rudesse ; les cheveux sont moins secs et augmentent de longueur ; les traits du visage s'affinent, le poids diminue, la taille s'accroît, l'intelligence s'éveille.

Pour l'*enfant plus âgé,* la croissance retardée reprend son activité ; le développement intellectuel suit le développement physique, et en quelques mois, la transformation peut être complète. Mais il est des cas où la médication doit être continuée *longtemps,* sous peine de rechutes. Harvier cite l'exemple suivant, qui lui est personnel : une enfant myxœdémateuse prit, jusqu'à l'âge de 8 ans, presque journellement une dose de 0.05 cent. d'extrait thyroïdien. L'interruption du traitement pendant plus de 15 jours ramenait la torpeur, l'apathie, l'empâtement des téguments. A partir de 8 ans, la dose de 0.05 devint insuffisante ; elle fut portée à 0.10 cent. Depuis qu'elle a atteint l'âge de 12 ans, cette enfant prend 0.15 cent. d'extrait thyroïdien par jour, mais durant trois semaines sur quatre ; elle a grandi de 2 cent et 1/2 en 3 mois. Son état physique et psychique est fort satisfaisant.

Pour l'*adulte,* la durée du traitement est souvent moins longue et l'amélioration plus rapide ; aussi, admet-on volontiers que, dans certains cas, il se produise une *véritable régénération glandulaire,* qui suffise à un moment donné à assurer la fonction thyroïdienne.

Obésité. — Tandis que la maladie de Basedow se traduit par l'amaigrissement, le myxœdème se complique fréquemment d'obésité. La prédisposition des myxœdémateux à l'obésité s'explique par le ralentissement des échanges nutritifs, qui est la caractéristique de l'insuffisance thyroïdienne. Mais, pour diagnostiquer cette obésité thyroïdienne, il ne suffit pas de déceler un corps thyroïde atrophique, il faut mettre en lumière la diminution du métabolisme basal, qui est la meilleure caractéristique physiologique de l'insuffisance thyroïdienne.

M. Mouriquand établit que, lorsque l'origine endocrinienne de l'obésité est nettement démontrée, l'opothérapie trouve une indication formelle.

Mais, en dehors des cas de myxœdème fruste avec obésité (Hertoghe), la médication thyroïdienne ne devra être employée que prudemment. Seules, les faibles doses sont permises. Or, elles peuvent augmenter l'appétit, et, de ce fait, favoriser l'obésité. Les fortes doses sont susceptibles d'exercer une action sur l'obésité, mais elles s'accompagnent aussi bien de fonte des masses adipeuses que des masses musculaires, sans compter que les signes d'intoxication ne tardent pas à apparaître. Aussi, dans l'obésité commune, l'extrait thyroïdien à faible dose ne doit-il être considéré que comme un adjuvant du régime et de l'exercice.

Chez l'enfant, on commencera toujours la médication thyroïdienne par des doses faibles : un milligramme de poudre de corps thyroïde pendant 10 jours le premier mois. Le mois suivant, 5 milligrammes pendant 10 jours. Atteindre exceptionnellement, dans l'obésite commune

0.01 cent. à 0.025 milligr. L'enfant sera vu au début, au milieu, à la fin du traitement thyroïdien.

Toute tachycardie, sudation abondante, rougeur, énervement, diarrhée, etc. seront tenus pour des signes d'intolérance, et la médication sera suspendue (Mouriquand).

MM. Apert, Stévenin et P. Broca (Soc. méd. des hôpitaux, 22 déc. 1922) ont présenté un sujet de 10 ans, petit, *obèse*, et couvert de poils sur la face, le dos, la face externe des membres et sur le pubis comme un adolescent, mais *sans développement génital précoce*. La transformation s'est faite en un an. Le pouls et le rythme respiratoire sont ralentis, la pression artérielle est augmentée ; les chiffres sont devenus ceux d'un adulte. La mesure du métabolisme basal donne une diminution de 20 p. 100, ce qui le ramène également au chiffre normal de l'adulte.

Cette constatation a permis de poser l'indication d'un *traitement thyroïdien*, dont l'influence s'annonce efficace, tandis qu'un traitement hypophysaire antérieur donna un résultat négatif.

Hypothyroïdie bénigne. — Cette affection est également dénommée « *hypothyroïdie chronique d'Hertoghe* » ou « *petite insuffisance thyroïdienne* » de L. Lévi et de H. de Rotschild.

Les malades présentent un aspect caractéristique : « le teint est jaunâtre ; les cheveux sont secs, cassants ; les poils de la queue du sourcil sont raréfiés ou disparus (signe du sourcil) ; sur le corps, la peau est sèche, rude, parfois ichtyosique. Aux aiselles, au pubis, les poils sont clairsemés. Les extrémités présentent souvent un léger œdème blanc, indolent, en dehors de toute lésion cardiaque ou rénale. Les membres enfin peuvent être le siège de troubles vaso-moteurs, tels que livido, acrocyanose, asphyxie locale, engelures. Ces hypothyroïdiens viennent consulter pour toute une série de troubles : accès de migraines, névralgies, douleurs pseudo-rhumatismales, constipation opiniâtre accompagnée de crises de colite muco-membraneuse. Ils accusent une frilosité et une sensibilité particulière au froid. D'autres ont des lésions cutanées : eczéma, psoriasis, prurit, ou présentent diverses manifestations de rhumatisme chronique.

En ces cas, la posologie est plus délicate que dans le myxœdème ; il faut procéder par tâtonnement et utiliser au début de faibles doses (0.01 à 0.025), qui souvent amènent la rétrocession des symptômes. Si l'amélioration tarde, on recourt à des doses plus fortes qui, au début, auraient pu amener des troubles d'hyperthyroïdie réactionnelle. Toujours est-il que le traitement est très long et que, souvent, il doit être prolongé durant des mois et des années : médication discontinuée avec périodes de cure séparées par des intervalles de repos suffisants, afin d'éviter l'accumulation et l'intolérance.

Albuminurie thyroïdienne. — Elle apparaît dans certains cas d'insuffisance thyroïdienne ; l'opothérapie produit une amélioration notable dans l'état des malades.

Retards de développement chez certains nourrissons, avec obésité. Infantilisme myxœdémateux. — En pareils cas, il y a le plus souvent insuffisance thyroïdienne, tout au moins démontrée par les heureux résultats de l'opothérapie.

M. Maillet a fait connaître récemment à la Société de thérapeutique les résultats obtenus par la médication thyroïdienne chez 32 enfants de 20 mois, se développant mal, en état d'apathie avec hypotonicité musculaire, anorexie, troubles vaso-moteurs des extrémités.

L'âge du malade, si jeune soit-il, ne contre-indique pas le traitement. Les contre-indications sont l'état nerveux excessif, l'insomnie, les troubles gastro-intestinaux, aigus ou graves.

Les doses sont de 1 à 2 centigr. 5, suivant les cas. On doit se montrer très prudent, en ce qui concerne la dose du début, afin de ne pas provoquer, en même temps qu'une chute brusque du poids, de la tachycardie, des phénomènes d'agitation et des troubles gastro-intestinaux. La dose utile peut être inférieure à une première dose plus élevée et cependant bien tolérée. Les plus jeunes enfants supportent des doses relativement fortes, tandis que les enfants plus âgés ne bénéficient que de doses très faibles. L'indice qui permet de juger de l'utilité des doses employées n'est pas le poids, qui peut momentanément baisser, mais l'état psychique et la tonicité musculaire, qui sont rapidement améliorés.

Dans la majorité des cas observés par l'auteur, la dose utile a été de 1 centigr. Dans quelques cas seulement, il a fallu donner 2 centigr. Les effets se font sentir en 8 ou 15 jours. Parfois l'action est plus lente, et ne se manifeste qu'au cours d'une deuxième série.

La dose d'entretien est égale à la dose initiale ; on peut l'augmenter au cas où l'effet diminuerait d'intensité. Toutefois, il faut être très prudent, et, en pratique, ne pas dépasser 2 centigrammes.

Résultats. — Poids. — Une seule série peut augmenter le poids de 150 à 500 gr. en 8 ou 15 jours. Les séries suivantes, de dix jours chacune, provoquent une augmentation de poids qui va de 100 à 800 gr. A noter que, chez les hérédo-syphilitiques, ce traitement, au point de vue du poids, se montre comme un auxiliaire précieux du traitement spécifique.

Os. — L'action sur le développement des os du crâne est manifeste. L'auteur a observé la disparition de plusieurs cas de crâniotabès et le rétrécissement de la grande frontanelle.

La taille, l'évolution dentaire, la rhinopharyngite, les végétations adénoïdes, l'anorexie, donnent lieu à des améliorations parallèles. Le développement psychique et la tonicité musculaire subissent les améliorations les plus accusées.

Rhumatisme chronique. — D'une part, on sait que certains rhumatismes chroniques sont d'origine thyroïdienne. D'autre part, un rhumatisme apparemment banal, survenant chez un thyroïdien, a une tendance habituelle à la chronicité. Pour ces raisons, et pour la raison aussi que les extraits thyroïdiens sont des excitateurs du métabolisme général, il est légitime d'appliquer au rhumatisme chronique la médication thyroïdienne (Mouriquand et Michel).

La présence d'un goitre chez un rhumatisant à tendance chronique est une des meilleures indications de la médication thyroïdienne, associée ou non à la médication salicylée. Il en est de même lorsque le malade présente des signes d'instabilité thyroïdienne, qu'il faut connaître et rechercher : constipation chronique, céphalée matutinale, œdèmes vaso-sécrétoires, troubles de la calorification, etc.

Toutefois, ce traitement ne sera pas employé chez les rhumatisants basedowiens, car il augmenterait chez eux les troubles dus à l'hyperthyroïdie ; il sera appliqué très prudemment chez les rhumatisants cardiopathes, chez les tachycardiques, les nerveux, les cachectiques, les asthéniques, les tuberculeux.

Les meilleures préparations sont les poudres de glande totale desséchée dans le vide vers 0°.

L'amélioration est rarement rapide ; elle ne se manifeste qu'au bout de quelques semaines. Le traitement doit être continué durant des mois jusqu'à ce qu'il paraisse avoir atteint son maximum d'effet. On peut alors le suspendre, quitte à y revenir si de nouveaux phénomènes articulaires réapparaissent.

Dans les cas bénins et récents, la guérison peut être complète et définitive. Dans les cas plus anciens, le traitement procure un soulagement et une amélioration appréciables.

Incontinence nocturne d'urine chez les enfants. — C'est le plus souvent une manifestation de l'insuffisance thyroïdienne.

Presque toujours, les enfants, qui sont des incontinents depuis la première enfance, sont des retardataires et présentent l'habitus infantilique ; ils ont des végétations adénoïdes, des membres grêles. L'infirmité se prolonge à un âge relativement avancé en dépit de toutes les médications, de toutes les drogues auxquelles on soumet le patient.

Or, il faut savoir qu'un traitement thyroïdien persévérant, soutenu par quelques règles d'hygiène, vient presque toujours à bout de ce mal.

INSUFFISANCE THYRO-OVARIENNE.

De multiples observations montrent qu'il n'existe guère en clinique de troubles de la fonction thyroïdienne, sans troubles de la fonction ovarienne ; les premiers précèdent généralement les seconds et les déclanchent. La suppression totale ou subtotale du corps thyroïde, spontanée ou chirurgicale, s'accompagne d'ailleurs d'un état infantile des organes génitaux, d'aménorrhée et de stérilité. (Vignes et Cornil, 1922.)

Aussi, en pareils cas, notamment dans le *myxœdème fruste*, dans l'*hypothyroïdie chronique*, le traitement thyroïdien se trouve-t-il avantageusement renforcé par l'adjonction de poudre d'ovaire.

M. Lemaire prescrit alors l'extrait thyroïdien à des doses qui varient de 2 à 10 centigr., et l'extrait ovarien à 20 ou 30 centigrammes.

Dans certains *troubles de la menstruation* par hypo-ovarie, le dysfonctionnement thyroïdien a retenti sur l'appareil génital. Les malades présentent des symptômes associés d'insuffisance thyroïdienne et ovarienne, ces derniers caractérisés par des règles irrégulières, peu abondantes, douloureuses. L'opothérapie thyroïdienne sera efficacement renforcée par l'opothérapie ovarienne.

Les *vomissements gravidiques*, dus à l'hypo-ovarie, disparaissent généralement vers le milieu de la grossesse, au moment où la sécrétion du corps thyroïde hypertrophié vient suppléer à l'insuffisance ovarienne. On comprend dès lors les bons résultats que permet d'obtenir en pareil cas l'opothérapie thyro-ovarienne.

Naâmé prescrit pour une dose : thyroïdine, 0 gr. 05, ovarine 0 gr. 10. Trois doses par jour une demi-heure avant les repas, ou quatre doses, si les vomissements sont intenses et incoercibles.

Les *vomissements simili-gravidiques* surviennent chez des femmes non enceintes, et même chez des jeunes filles qui présentent un certain degré d'hypothyroïdie avec dysovarie : on leur prescrit avec succès la médication thyro-ovarienne.

INSUFFISANCE THYRO-HYPOPHYSAIRE ET OVARIENNE OU TESTICULAIRE.

Dans l'*infantilisme*, on peut reconnaître une viciation fonctionnelle de trois glandes au moins, et cela, avec des combinaisons variées :

Soit que l'infantilisme, primitivement thyroïdien ou hypophysaire, soit suivi d'altération testiculaire ou ovarienne ;

Soit que l'infantilisme, primitivement hypophysaire, s'accompagne secondairement d'atteinte testiculaire ou thyroïdienne (Lereboullet et Mouzon).

L'opothérapie triglandulaire est alors indiquée. C'est ainsi que l'extrait thyroïdien peut être prescrit aux doses de 0,02 à 0,05 centigr.

en même temps que l'extrait hypophysaire (0.10 à 0.20 centgr.), ou testiculaire (0.20 à 0.40 centgr.), ou ovarien (0.20 à 0.30 centigr.).

L'adipose douloureuse, ou maladie de Dercum, encore mal connue au point de vue pathogénique, est vraisemblablement due à des altérations thyro-hypophysaires, et peut-être surrénales et ovariennes. Elle est caractérisée par une série de symptômes secondaires : polysarcie secondaire avec nodosités lipomateuses, troubles psychiques, asthénie accentuée, et aménorrhée définitive ; elle réclame l'opothérapie associée.

Si la *sclérodermie* est, dans certains cas, améliorée par le traitement thyroïdien, l'opothérapie associée est souvent suivie de bons résultats (Lereboullet), car à côté de la viciation fonctionnelle du corps thyroïde, l'hypophyse, l'ovaire et peut-être la surrénale interviennent dans la pathogénie.

Dans l'*acromégdlie et le gigantisme*, syndromes hypophysaires, existe aussi de l'hypo ou de l'hyperthyroïdie, constamment de l'insuffisance ovarienne, et plus rarement de l'hypo ou hyperépinéphrie. Opothérapie associée.

PRATIQUE DE L'OPOTHÉRAPIE THYROIDIENNE. PROPHYLAXIE DE SES ACCIDENTS.

Dans l'hypothyroïdie, le seul mode d'administration de l'opothérapie thyroïdienne, qui ait résisté à l'épreuve, est *l'absorption par la voie digestive* de glande thyroïde, *fraîche ou sèche*.

Dans le premier cas, sous peine d'accidents, celle-ci doit être ingérée à l'état de fraîcheur absolue ; il faut, aux abatoirs, surveiller le prélèvement de cette glande, qui souvent est confondue avec le thymus ou les glandes sous-maxillaires. Ce traitement n'est pas toujours accepté sans répugnance de la part des malades. C'est le corps thyroïde du mouton, qui est le plus souvent utilisé ; un lobe pèse environ 1 gr. 50. Pour l'enfant, la dose moyenne est d'un demi-lobe à un lobe ; chez l'adulte, elle est de deux lobes. La glande est absorbée crue, étalée sur du pain grillé, ou mieux encore, finement hachée dans du lait ou du bouillon à peine tiède, ou bien incorporée dans une purée de féculents ou de la confiture.

Mais c'est l'ingestion de glande sèche qui constitue la préparation la plus recommandable, et qui, dans toutes les circonstances, est la plus utilisable en raison de son maniement facile. Cependant, il faut conseiller exclusivement l'emploi de la poudre desséchée à froid dans le vide, c'est-à-dire l'*extrait sec total de la glande*, dont 0.10 centigr. correspondent approximativement à 0.50 cent. de glande fraîche.

Le tissu thyroïdien s'administre en *lavement* chez certains nourrissons myxœdémateux congénitaux, qui déglutissent à peine, mais il faut l'avoir soigneusement râpé et mis à macérer dans une petite quantité d'eau physiologique.

Quant à *l'injection sous-cutanée* d'extrait thyroïdien glycériné, elle est moins utilisée à cause des soins particuliers qu'elle nécessite. Cependant, dans certains cas, son action est plus rapide.

***

L'opothérapie thyroïdienne exige une *surveillance attentive du malade*, car elle agit non seulement sur la nutrition générale par activation des échanges, mais encore sur le rythme cardiaque et la pression artérielle. L'extrait thyroïdien, administré par voie intra-veineuse, occasionne en effet une chute très nette de la pression sanguine et une accélération importante du pouls.

D'où la possibilité d'accidents d'intolérance et d'accidents toxiques.

L'intolérance se traduit pas des palpitations cardiaques, des bouffées de chaleur, des sueurs, de la diarrhée, du tremblement et un amaigrissement sensible. Dès l'apparition de ces signes, et notamment dès que le pouls dépasse 90, il faut interrompre la médication ; tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours.

La dose normale pour un adulte est, par 24 heures, d'un ou de deux cachets ou dragées dosés à 0.10 centigr. d'extrait.

***

Insuffisance surrénale (1).

Chaque fois que le médecin aura posé le diagnostic d'insuffisance surrénale, il devra recourir à l'opothérapie surrénale (Sergent).

Insuffisance surrénale aiguë. — C'est peut-être dans l'insuffisance aiguë, où les lésions ne sont ni fatalement définitives, ni constamment assez massives pour tuer d'emblée, que l'opothérapie s'est révélée le plus efficace.

En effet, les formes chroniques, dit Sergent, tiennent rarement à l'insuffisance surrénale pure. Dans la maladie d'Addison, en particulier, les symptômes, surtout la mélanodermie et les douleurs, sont avant tout fonction de l'irritation péricapsulaire des rameaux sympathiques du plexus solaire. Or, cette irritation surajoutée n'est point justiciable de l'opothérapie.

Et le même auteur a démontré, dès 1917, qu'il fallait employer des doses notablement plus fortes que celles qui sont communément indiquées, et que, d'autre part, en maintes circonstances, on doit préférer l'extrait total à l'adrénaline. L'adrénaline, en effet, exerce sur la tension artérielle une action qui est variable avec la dose employée ainsi qu'avec la voie d'intro-

(1) Les symptômes de l'hyperfonctionnement des glandes surrénales ne sont guère connus ; l'hypersécrétion de l'adrénaline se traduirait cliniquement par l'hypertension artérielle.

duction, et son action, même sur les phénomènes toxiques, n'est pas aussi complète que celle de l'extrait glandulaire total.

Avant les travaux de Sergent, et avant la recherche méthodique de la ligne blanche surrénale, on confondait souvent l'insuffisance surrénale aiguë avec un empoisonnement, une péritonite, une méningite, un état de collapsus (A.-F. Plicque).

Les accidents les plus caractéristiques en sont l'hypotension artérielle et la ligne blanche surrénale (ligne de Sergent), les vomissements, parfois les symptômes péritonéaux, l'asthénie profonde, et, dans certains cas, les accidents pseudo-méningitiques, l'amaigrissement, la cachexie rapide. La mort subite après affolement du cœur (tachycardie) et par syncope du cœur n'est point rare.

Cette insuffisance aiguë peut aussi apparaître secondairement, au cours ou à la fin d'une insuffisance lente, et en particulier d'une maladie d'Addison chez un tuberculeux.

D'autre part, la ligne blanche montre souvent l'origine surrénale du *shock dans l'anesthésie par le chloroforme*, du *shock post-opératoire, ou post-traumatique.* L'extrait surrénal ou l'adrénaline (sous la forme d'injection intra-veineuse lente et continue de sérum adrénaliné) préviennent ou font disparaître l'hypotension, les sueurs froides ou le collapsus, les vomissements.

Insuffisance surrénale lente. — Ainsi que nous l'avons rappelé, les formes chroniques tiennent rarement à l'insuffisance surrénale pure (Exemple : la maladie d'Addison).

En plus des symptômes de l'insuffisance aiguë, on note la frilosité, l'hypothermie.

Cette insuffisance lente présente d'ailleurs toute une gamme de formes cliniques, qui sont fondées sur la prédominance de tel ou tel symptôme : formes gastro-intestinale, asthénique, douloureuse, mélanodermique, algide. Elles varient aussi suivant l'évolution plus ou moins rapide des accidents. La mort subite est possible dans les formes les plus lentes.

Ces formes chroniques ne procurent donc pas toujours tous les résultats favorables que l'on serait en droit d'attendre de la pratique de l'opothérapie surrénale ; aussi, « n'est-il pas inutile de lui associer certaines médications, dont l'indication est commandée par les conditions étiologiques au milieu desquelles le syndrome d'insuffisance a fait son apparition, ou par la prédominance de tel ou tel symptôme » (Sergent) : injections de sérum hypertonique, injections d'huile cholestérinée, préparations lécithinées, etc.

Syndromes adynamiques des maladies infectieuses. — Ils sont caractérisés, soit par des signes nets d'insuffisance capsulaire, soit par des phénomènes plus vagues de dépression, d'hypotension, de tendance au collapsus ; une opothérapie précoce et suffisante les influence parfois d'une manière heureuse.

Il en est de même dans les *défaillances brusques de la tonicité cardio-vasculaire*, telles la *dilatation aiguë*, la *syncope*, les *accidents de collapsus* des maladies aiguës et des intoxications. L'extrait surrénal total injectable est avantageusement substitué à l'adrénaline.

— *L'opothérapie surrénale possède une action tonique gastro-intestinale, ainsi qu'une action trophique et récalcifiante.*

L'action des extraits surrénaux sur le *tube gastro-intestinal* est bien établie aujourd'hui (troubles digestifs de la maladie d'Addison : constipation dans les états chroniques ; diarrhée et vomissements dans les épisodes aigus). L'adrénaline, en particulier, agit différemment suivant les doses ; les doses faibles, étant inhibitrices, sont réservées pour les cas où il faut modérer la vascularisation, la sécrétion ou la contractilité gastro-intestinale ; les doses fortes étant dynamiques, on les administre dans les cas inverses. En ces cas, la voie de pénétration la meilleure est la voie rectale.

Dans l'*ostéomalacie*, et peut-être dans *le rachitisme*, ces extraits, et l'adrénaline, exercent une influence sur le processus de récalcification, à l'instar des extraits thyroïdien et testiculaire. Les expériences de Carnot montrent, en effet, que chez les animaux soumis à l'adrénaline, la réparation des fractures se fait plus rapidement, et avec un cal plus exubérant, par suite d'une réaction médullaire plus intense et d'une rétention plus grande des sels de chaux (*traitement des fractures avec retards de consolidation*).

Cette *action récalcifiante de l'opothérapie surrénale* est également utilisée dans le traitement de la *tuberculose pulmonaire* ; dans *la médication surréno-calcique de Sergent*, prescrire pendant 5 jours sur 10, soit de 0.30 à 0.90 cent. de poudre de surrénale chez des sujets à insuffisance glandulaire caractérisée, soit plus habituellement, de XX à XL gouttes de soluté d'adrénaline au millième, en outre de la préparation calcique choisie. Ces médications sont administrées entre les repas, l'estomac vide, à doses fractionnées. Par périodes, remplacer la surrénale par l'extrait hépatique (1 gramme par jour), par l'extrait de rate (0.50 de colloïdogénine), par des extraits hypophysaires (0.20 d'extrait total).

Mode d'administration

Rappelons tout d'abord que, si l'adrénaline peut être utilisée comme hypertenseur, son action reste insuffisante dans le traitement de l'insuffisance surrénale et des accidents toxiques, lesquels réclament l'*extrait glandulaire total.* Nous ne parlerons donc pas de l'*adrénaline*, dont la

posologie est connue de tous les praticiens, et cela d'autant mieux que l'adrénaline actuellement employée n'est pas extraite de la glande elle-même, mais préparée par voie de synthèse chimique, si bien que l'épithète d'opothérapie ne convient à cette médication que par comparaison.

Extraits surrénaux totaux. — Deux procédés : la voie buccale et la voie sous-cutanée.

Voie buccale. — Jadis, on administrait les glandes fraîches recueillies à l'abattoir ; mais cette pratique est abandonnée ; elle expose à des accidents toxiques ; elle est de plus inconstante et aveugle, car elle ne permet pas de doser exactement la quantité active des produits administrés ; ceux-ci, en effet, s'altèrent rapidement dans les glandes après la mort de l'animal, et ils ne sont pas contenus à dose égale dans toutes les glandes fraîches.

La voie buccale constitue un mode facile, non douloureux et susceptible d'être renouvelé sans inconvénient plusieurs fois par jour. Bien qu'utilisant des glandes desséchées et pulvérisées et, dès lors, n'échappant pas aux critiques formulées contre les glandes fraîches, elle permet d'obtenir des résulats favorables, à titre de médicament d'entretien, dans les états chroniques, qui nécessitent un traitement prolongé. Dans ces cas, Sergent associe souvent les glandes surrénales, à la dose de 0.30 à 0.60 centigr., en trois fois dans les 24 heures, aux injections d'adrénaline (1) ou aux lavements adrénalinés, de façon à compenser dans une certaine mesure l'altération des poudres conservées.

L'*injection sous-cutanée d'extrait surrénal total* est le procédé de choix le plus sûrement opérant. Dans les formes lentes de l'insuffisance rénale (maladie d'Addison, syndrome d'insuffisance pure, sans mélanodermie) on peut, pour éviter de multiplier les injections, ne faire l'injection que tous les deux ou trois jours, et donner les autres jours la poudre surrénale. La dose à injecter par jour est de 1 cc.

Dans tous les accidents aigus d'insuffisance surrénale, l'injection d'extrait est formellement indiquée ; elle est, d'ailleurs, souvent la seule manière d'administrer la médication, car les malades de cette catégorie ont presque toujours des vomissements. En pareils cas, on injecte par jour 1 cc. à 2 cc. en ayant soin de surveiller la tension artérielle et l'apparition des signes d'intolérance (vertiges, maux de tête, etc.).

Contre-indications. — Artério-sclérose, hypertension, brightisme, tuberculose fibreuse, diabète (en raison de l'action glycosurique de l'adrénaline).

(1) Il se sert d'ampoules à 1/2000e dont il injecte chaque fois 1 cc., ce qui fait 1/2 milligramme par injection ; ainsi il évite les accidents douloureux et ischémiques locaux, qu'on observe même avec 1/2 cc. de la solution au 1/1000.

***

Insuffisance hypophysaire.

L'étude de cette question nécessite quelques éclaircissements préliminaires.

L'hypophyse est un organe profond, dont le rôle est considérable, mais encore mal défini. Il se compose, on le sait, d'un lobe antérieur, assez important, qui dépend, au point de vue embryologique, de la paroi postérieure du pharynx, et d'un lobe postérieur, moins volumineux, dépendance anatomique et embryologique du 3e ventricule.

La fonction spéciale de chaque lobe est bien déterminée par les observations anatomo-cliniques, et aussi par le traitement opothérapique (M. F. Carrieu, *Gazette des hôpitaux*, 1er avril 1922.)

C'est ainsi que l'action du *lobe antérieur* s'exerce sur l'*évolution des organes génitaux*, et sur la *trophicité du tissu osseux*, en facilitant son développement, son évolution, en intervenant dans la production de certains gigantismes, nanismes, dans certaines dystrophies osseuses. Et d'autre part, le *lobe postérieur* agit sur l'évolution normale des graisses (*obésité*), sur le métabolisme des hydrates de carbone (*glycosuries, certaines polyuries*), sur la *pression sanguine* (élévation), sur la *sécrétion lactée* et sur les *contractions utérines* (renforcement).

Mais il faut bien remarquer que, s'il est établi qu'un certain nombre des troubles ci-dessus mentionnés sont sous la dépendance d'une altération de l'hypophyse, — *la clinique sait encore mal traduire leur singularité hypophysaire.* En d'autres termes, l'*hypophyse*, organe de profondeur, en *relation avec le tissu nerveux, avec les organes voisins de la selle turcique* (troisième ventricule, chiasma des nerfs optiques, etc.), *donne lieu, dans sa symptomatologie, à côté des symptômes directs, à des symptômes d'emprunt et de voisinage.*

***

Nous ne nous occuperons pas ici des lésions causées par l'*hyperpituitarisme* : exemple, l'hyperostéogénèse par hyperfonctionnement du lobe antérieur, donnant le *gigantisme* (si elle survient avant l'ossification des cartilages épiphysaires) ou l'*acromégalie* (si elle se produit après cette ossification).

L'*hypopituitarisme*, seul, retiendra notre attention, car il justifie l'opothérapie. Il résulte ou bien d'un dysfonctionnement sécrétoire de la glande, ou bien d'un obstacle à l'écoulement, de la sécrétion dans le liquide céphalo-rachidien par des lésions diverses (syphilitique tuberculeuse, cancéreuse).

Antérieur à l'adolescence, il produirait l'*infantilisme hypophysaire* (à distinguer de l'infantilisme myxœdémateux) ; postérieur à l'adolescence, il donnerait des *troubles utéro-ovariens.* Plus spécialement localisé au lobe postérieur, il aurait pour résultat l'*obésité*, la *polyurie*, le *diabète insipide.* Enfin, quand la glande entière est en hypofonctionnement, ces lésions peuvent s'associer de différentes manières, et notamment sous un type bien étudié en 1900-1901 par Frœlich et Babinski, qui est la *dystrophie adiposo-génitale.*

Infantilisme hypophysaire. — C'est une sorte de nanisme avec infantilisme, mais sans obésité. Chez la femme, les règles ne s'établissent pas ; les caractères sexuels secondaires n'apparaîtront jamais ; l'utérus et l'ovaire gardent leur caractère infantile, et c'est l'examen radiographique de la selle turcique qui, seul, révèle la cause de cet infantilisme (Lemaire).

Syndrome adiposo-génital de Frœlich-Launois. — Ici, l'insuffisance hypophysaire entraîne également une insuffisance ovarienne. L'affection, essentiellement caractérisée par une polysarcie monstrueuse à marche rapide, s'accompagne toujours d'anomalies dans la sphère génitale. Si elle survient dans l'adolescence, elle entrave l'établissement de la puberté : aucun caractère sexuel secondaire n'apparaît ; l'utérus et l'ovaire restent infantiles ; aucune menstruation ne s'établit. Après l'époque de la puberté, les signes d'insuffisance ovarienne se réduisent à une ménopause précoce avec atrophie régressive de l'utérus.

On prescrit l'hypophyse sous forme d'extrait de la *glande entière*, à la dose de 5 à 20 cent. par jour, par voie buccale. Mais, ce mode d'administration, moins actif que la voie sous-cutanée, n'est doué d'efficacité qu'à la condition d'être *longtemps* continué, mieux encore, d'être *associé ou alterné* avec d'autres opothérapies (ovarienne, thyroïdienne, testiculaire).

Contractions utérines. — Etant donnée l'action élective de l'extrait d'hypophyse (lobe postérieur) sur la fibre musculaire lisse, on peut admettre, dans une certaine mesure, que l'inertie utérine provient d'une insuffisance hypophysaire.

Cette action élective sur l'utérus est bien différente de celle de l'ergot, qui tétanise la fibre utérine ; si intenses, si rapprochées, si longues qu'elles soient, les contractions déclanchées par la médication hypophysaire gardent le type physiologique avec les périodes d'augment, d'amé, de déclin. Pour peu qu'il s'agisse d'une parturiente à terme ou près du terme, et déjà franchement en travail, c'est en général moins de cinq minutes après l'administration que les effets s'en font sentir. L'accouchement, qui traînait en longueur, prend aussitôt une autre allure : la dilatation se complète, les membranes se rompent, les efforts d'expulsion surviennent, et les cas ne sont pas rares de multipares, qui réclamaient une application de forceps et qui sont accouchées moins d'une demi-heure après une injection d'hypophyse (L. Pouliot).

Dans l'*inertie utérine primitive*, qui n'est point liée à une dystocie, mais surtout dans l'*inertie secondaire*, le succès de l'extrait hypophysaire est d'autant plus net que le travail est plus avancé ; cet état est apprécié non pas d'après le diamètre de l'orifice cervical dilaté (petite paume de main chez la primipare, pièce de 5 fr. chez la multipare); mais d'*après le degré d'assouplissement et d'amincissement du segment inférieur*, qui doit être aminci avec un orifice cervical à bords tranchants. Cet extrait amènera, dans l'inertie primitive, le déclanchement d'un travail régulier, et dans l'inertie secondaire, un accouchement spontané extra-rapide.

Une bonne technique est avant tout nécessaire. L'extrait injectable du *lobe postérieur* d'hypophyse doit provenir d'un laboratoire de tout premier ordre. Il se conserve mal et l'on ne doit pas faire de grosses provisions ; les ampoules que l'on a par devers soi doivent être conservées à l'abri de la lumière et de la chaleur.

D'après Pouliot, la dose normale est, suivant la préparation qu'on a adoptée, l'ampoule de 1/2, de 1 ou de 2 cc., représentant, dans l'un ou dans l'autre cas, 10 *centigrammes de glande fraîche.*

C'est là la *dose obstétricale normale* ; *la dose gynécologique* moyenne, seule de mise dans les suites de couches, sera de moitié moindre. Cette dose sera unique. Pour éviter une brusque action cumulative avec contraction utérine, on ne la renouvellera qu'au bout de 2 heures ou 2 heures 1/2 après la première, quand l'effet d'abord intense de celle-ci se sera progressivement atténué jusqu'à disparition.

Delestre recommande l'injection sous-cutanée d'un tiers de centimètre cube. Si l'action de cette piqûre s'atténue au bout d'un certain temps, ou si l'effet déjà obtenu a besoin d'être renforcé, on peut recourir à une nouvelle injection d'un tiers de cent. cube, à condition toutefois qu'une demi-heure se soit écoulée depuis la précédente piqûre. D'autres piqûres pourront être faites ultérieurement s'il est nécessaire, mais toujours en observant l'intervalle d'une demi-heure entre deux injections successives.

Dans le *post partum*, les indications sont moins nettes. On peut, si le col est intact, hâter une délivrance tardive ; mais Pouliot ne conseille pas de recourir à l'extrait hypophysaire pour combattre les hémorragies de la délivrance (la délivrance artificielle d'abord, l'ergotine ensuite, donnent les meilleurs résultats). Restent deux

applications plus lointaines : la *rétention d'urine*, qu'on combat ainsi sans courir le risque d'une infection vésicale par le cathétérisme, et la *subinvolution utérine*, qui cède le plus souvent à quelques injections semi-quotidiennes d'extrait pituitaire.

L'injection sera sous-cutanée ou intra-musculaire, en évitant la veine pour ne pas produire une brusque modification de la pression artérielle. Dans les suites de couches, on ne fera la piqûre qu'en dehors de la période digestive. Elle sera faite avec une seringue soigneusement refroidie après stérilisation, et l'on évitera de laisser quelque trace d'alcool sur la peau ou dans la seringue, la chaleur et l'alcool altérant le principe actif de l'hypophyse.

Des *contre-indications* naissent de l'intoxication gravidique chez les pré-éclamptiques. Il en est de même des cas de dystocie sérieuse et prolongée : viciations pelviennes, tumeurs utérines ou para-utérines, excès de volume ou présentation transversale du fœtus, rigidité cicatricielle du col ; on peut observer la tétanisation et même la rupture utérine.

L'inertie du post-partum ne s'observe qu'au cas d'usage précoce de l'extrait d'hypophyse ; il semble alors que l'utérus, fatigué par l'effort artificiellement imposé, se refuse à accomplir le reste de sa tâche ; il suffit pour prévenir cet accident de faire une deuxième injection aussitôt après l'expulsion du fœtus.

On a signalé quelques accidents fœtaux d'ordre asphyxique ; or, c'est la compression du cordon par un utérus aux contractions subintrantes qui en est la cause immédiate ; il faut donc considérer comme des contre-indications toutes les causes de compression du cordon en procidence, rupture prématurée des membranes, présentation du siège.

Obésité. — L'hypofonctionnement du lobe postérieur peut déterminer l'envahissement de toutes les parties du corps par la graisse dans des proportions énormes ; les membres sont transformés en de véritables colonnes à bourrelets superposés, laissant ordinairement normaux les mains et les pieds ; le ventre devient proéminent, sa paroi fait plusieurs plis et finit par former un véritable tablier cachant les organes génitaux, qui sont eux-mêmes atrophiés et noyés dans la graisse. Le poids de pareils sujets est étonnant : 42 kilos à 9 ans, 60 kilos à 15 ans, plus de 100 kilos pour des femmes de taille normale. Les viscères eux-mêmes sont infiltrés de graisse.

L'opothérapie hypophysaire est en pareils cas une réelle ressource. Lereboullet cite l'observation d'une jeune fille, qu'il a suivie depuis 1916, et chez laquelle l'obésité augmentait sans cesse, bien que traitée par le corps thyroïde, l'hypophyse, l'ovaire et la surrénale. (Elle était considérée comme polyglandulaire et même comme adiposo-génitale). Alors que, de petite taille, elle pesait 77 kilos, des piqûres d'extrait hypophysaire (lobe postérieur) pratiquées régulièrement, lui firent perdre près de 30 kilos en quelques mois. Très améliorée, elle put marcher plus facilement, et le résultat fut durable puisque, quatre ans après le début de cette thérapeutique, elle ne pèse que 52 kilos.

L'association de thyroïdine, ovarine et hypophyse, a donné dans pareil cas des résultats remarquables.

Diabète insipide. — L'étude des relations qui existent entre certains diabètes insipides et l'hypophyse est de date relativement récente. Nombreuses cependant sont déjà les observations où le contrôle, soit radiographique, soit anatomique, est venu confirmer l'existence d'une lésion de l'hypophyse chez un sujet présentant du diabète insipide. Du reste, ce syndrome a été noté en même temps que d'autres manifestations bien connues, dues à un trouble du fonctionnement de la glande pituitaire.

Le cas publié par Farini a montré l'effet vraiment spécifique de l'injection d'extrait hypophysaire sur la polyurie du diabète insipide, effet qui d'ailleurs a été vérifié par un grand nombre d'auteurs.

Lereboullet a vu un petit malade qui urinait 8 à 10 litres par jour ; en même temps, sa croissance s'était arrêtée sous l'influence d'une lésion ayant dû intéresser l'hypophyse. Or, chez ce petit malade, les injections d'extrait hypophysaire faisaient disparaître temporairement la polyurie d'une manière particulièrement nette.

« Actuellement, dit cet auteur, je connais une trentaine d'exemples de diabète insipide, avec ou sans infantilisme, améliorés ainsi par l'opothérapie hypophysaire sous-cutanée ».

Mouriquand écrit également que dans certains cas de diabète hypophysaire, la *polyurie* peut être diminuée par l'injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, mais non la *glycosurie* qui, au contraire, est souvent augmentée, comme par l'injection d'adrénaline.

Hémoptysies tuberculeuses. — L'extrait d'hypophyse, dont l'efficacité a été vérifiée, agirait en augmentant la coagubilité du sang (Rist, Léon Bernard, P.-Emile Weil). Mais, comme son action s'épuise vite (24 ou 48 h.), chez le malade tuberculeux, il est nécessaire de continuer le traitement durant 2 ou 3 jours, si l'on veut obtenir une hémostase durable, en donnant au caillot le temps de s'organiser.

« La première injection fait disparaître le sang des crachats pendant un temps qui varie de quelques heures à deux ou trois jours, puis l'hémorrhagie recommence. Une seconde injec-

tion l'arrête de nouveau ; une troisième est parfois nécessaire pour mettre difinitivement un terme à l'hémoptysie ». (Pissavy.)

A noter que si l'on injecte l'extrait non dilué, on peut observer des réactions assez impressionnantes : pâleur, angoisse, vertiges, syncopes, qui d'ailleurs disparaissent assez rapidement. Aussi faut-il mélanger un demi-centimètre cube d'extrait de lobe postérieur (ce qui correspond à 1/4 de lobe postérieur d'hypophyse de bœuf) à 10 cc. de sérum physiologique, et pousser ce mélange *dans une veine du pli du coude*, assez lentement pour que l'injection dure au moins *cinq minutes*. Les injections sous-cutanées et intra-musculaires ont dû être abandonnées, car elles diminuent dans de grandes proportions les chances de succès.

Mode d'administration.

La médication hypophysaire réclame les mêmes précautions, la même surveillance que la médication thyroïdienne. L'examen fréquent de la tension artérielle est nécessaire ; toute élévation progressive et prolongée de cette tension durant le traitement contre-indique la médication.

On emploie la *voie sous-cutanée, la voie intramusculaire* ou *intra-veineuse*, et parfois la *voie buccale*.

***

Insuffisance testiculaire.

La *suppression et l'hypofonctionnement du testicule* produisent des troubles bien définis.

Les castrations prépubères donnent lieu au syndrome de l'eunuchisme, caractérisé par le non développement sexuel, la non apparition des caractères sexuels secondaires, la production des caractères féminins, le non développement des poils du pubis, de la moustache, des aisselles, la modification de la voix (qui garde un caractère enfantin ou féminin), les modifications du squelette, l'exagération de la taille, l'élargissement du bassin, enfin les modifications des caractères. En 1889, Brown-Séquard disait : « La castration faite dans l'enfance ou l'adolescence est suivie chez l'homme de modifications profondes de l'individu au physique et au moral. Les eunuques sont remarquables par leur faiblesse et leur défaut d'activité physique et intellectuelle.

Ces faits, avec nombre d'autres, montrent clairement que les testicules fournissent au sang, soit par résorption de certaines parties du sperme, soit autrement, des principes qui donnent de l'énergie au système nerveux, et probablement aussi aux muscles ».

Pezart, étudiant chez les coqs les effets de la castration après la puberté, vit chez ces animaux la crête diminuer, s'atrophier ; de même pour les oreillons et les barbillons ; l'instinct sexuel et le chant disparaissent. Or, après transplantation du testicule dans le péritoine, la vie sexuelle se réveillait au bout d'une quinzaine de jours.

Le testicule posséderait donc un côté morphologique dans la formation des caractères sexuels secondaires.

On se rappelle également que Brown-Séquard préconisa également l'emploi de l'extrait testiculaire en injections comme susceptible de rendre l'énergie musculaire et génitale. A l'âge de 70 ans, il se fit injecter du suc testiculaire de bélier. L'emploi de l'extrait de testicule contre l'impuissance, contre l'anémie et la chlorose, contre l'asthénie de la vieillesse et la neurasthénie, donna des résultats. Mais, chez les vieillards, la stimulation ainsi produite n'alla point sans inconvénients. Rendre l'ardeur sexuelle de la jeunesse avec des artères de soixante ans et plus, comporte des risques pour ces artères.

Citons, pour mémoire, les récents travaux de Voronoff sur les greffes testiculaires.

Infantilisme. — L'infantilisme est un syndrome caractérisé avant tout par l'atrophie des organes génitaux et par l'absence des caractères sexuels secondaires. Les lésions sont toujours dues soit à une lésion testiculaire directe (tuberculose, syphilis, etc.), soit à une cause testiculaire indirecte, le non développement testiculaire étant le fait d'altérations initiales de la thyroïde ou de l'hypophyse. Le *rôle prépondérant est donc toujours dû à l'altération testiculaire.* L'infantilisme peut être vrai, ou acquis, tardif. Nous allons relater une observation d'infantilisme tardif ; elle nous permettra de signaler les diverses origines possibles de cette affection.

Le malade de Philibert (1) présentait une lésion testiculaire primordiale (d'origine ourlienne ou tuberculeuse).

« X... est actuellement âgé de 38 ans. Son faciès est caractéristique, grand, plutôt maigre. Extérieurement, son visage est celui d'un vieillard : les joues, le pourtour de la bouche sont sillonnés de petites rides multiples. Cet aspect contraste avec la blancheur du teint ; les joues sont pâles, et la peau, très fine, paraît dépigmentée. L'absence totale de barbe et de moustache vient encore faire opposition sur cette face de vieillard. L'épiderme est lisse, malgré les rides, sur les joues comme sur le menton, à peine sur la lèvre supérieure quelques rares poils follets sont-ils perceptibles. Par contre, les sourcils sont normaux et bien fournis, les cils présents, la chevelure abondante et brune.

« *Cet aspect si typique fait immédiatement supposer quelque déficience des organes génitaux.* En

---

(1) A. Philibert. — Un cas d'infantilisme acquis, (Le *Progrès médical*, 2 décembre 1922.)

effet, la verge est petite et offre le volume de celle d'un enfant de douze ans ; le scrotum est flasque et mou ; les testicules ont le volume d'une cerise ; ils ne sont ni sclérosés, ni aplatis. La sensibilité testiculaire à la pression a presque complètement disparu.

« L'aspect du bassin et celui de la région génitale sont typiques ; le mont de Vénus est gras comme celui d'une femme, mais glabre ; les poils du pubis sont presque complètement absents. Il n'y a pas de poils aux aisselles. L'abdomen est dodu ; la racine des cuisses, les hanches, aux formes arrondies, présentent l'aspect féminin.

« La voix revêt un timbre grêle et faible, sans cependant être élevée et nettement eunuchoïde.

« Le malade avoue qu'il n'a ni désirs vénériens, ni érection depuis quelques années ; son caractère s'est modifié ; plutôt triste, il est sujet à de promptes colères, à des emportements subits. Cet état n'a pas toujours existé ; il date seulement de quelques années.

« Le sujet fut bien portant dans son enfance, il s'engagea pour le service militaire à 18 ans ; à peine incorporé, il contracta les oreillons, en une atteinte sévère, suivie d'une longue anémie, qui motiva son renvoi dans ses foyers. Cependant, cette maladie ne s'était compliquée ni de rhumatisme, ni d'albuminurie, ni d'*orchite* ; les testicules seraient restés indemnes de toute localisation. A 20 ans, il est de nouveau incorporé, et fait une atteinte au sommet du poumon droit.

« A 23 *ans, il se marie ; sa femme lui donne un enfant en juin* 1914, *après* 5 *ans de mariage.*

« Mobilisé en 1914, il est évacué du front au bout de six mois pour bronchite suspecte. A ce moment, le malade prétend encore avoir été normal au point de vue génital ; pourtant, il se rappelle fort bien que le major, qui l'a évacué, a prononcé, après l'avoir examiné, le terme d'*infantile* à son sujet. En 1916, il tousse, maigrit, puis est réformé temporairement pour tuberculose pulmonaire du côté droit.

« Le malade fait dater son inappétence génitale de cette maladie, pendant laquelle, d'ailleurs, il aurait eu un *gonflement du cou.* Quoi qu'il en soit, c'est à partir de ce moment que les poils de la barbe et du pubis sont de plus en plus clairsemés, et que la voix, forte et bien timbrée auparavant, a pris un timbre grêle ; la modification est telle que le malade, qui se vante d'avoir eu une belle voix de ténor, est très mortifié ne de plus pouvoir convenablement chanter.

« A cette époque aussi est apparu un gonflement très particulier du petit doigt et du poignet. Le malade est resté très fatigué ; il toussotte habituellement et crache.

« En 1920-21, hyperthermie marquée et infiltration étendue du poumon droit.

« Les mains présentent de l'acrocyanose ; les ongles sont bombés sans que les doigts soient eux-mêmes hippocratiques ; mais à la main droite il existe une hypertrophie de toute l'étendue du pouce et du petit doigt, qui contraste fortement avec le volume resté normal des trois autres doigts. A première vue, on a l'impression d'une acromégalie parcellaire, mais en examinant le poignet, on trouve à la partie antérieure une tumeur fluctuante qui correspond à celles du pouce et du petit doigt : il s'agit d'une synovite chronique, qui a épargné (chose normale) les gaines synoviales des trois doigts médians ».

Ce malade, tuberculeux pulmonaire, est également infantile, *devenu infantile,* quoiqu'en général d'autres glandes endocrines que le testicule puissent être invoquées dans l'éclosion du syndrome infantile. Ici la lésion primordiale, analysée de près, dépend d'une *insuffisance testiculaire,* d'une hypo-orchidie.

La première idée qui vient à l'esprit est celle d'une atteinte ourlienne, si légère qu'elle aurait passé inaperçue. Cependant, dit Philibert, le fait que, depuis cette infection, le malade est devenu père, pourrait laisser supposer que la lésion génitale n'est pas imputable aux oreillons. Mais la chose est encore discutable, car nous savons que dans le testicule, on doit distinguer deux glandes différentes : la glande séminale et la glande interstitielle. La première a pour unique fonction la sécrétion des spermatozoïdes ; la seconde tient sous sa dépendance l'ensemble des caractères sexuels secondaires, c'est-à-dire, la forme et le développement des organes génitaux eux-mêmes et les attributs sexuels secondaires (poils, barbe, forme du squelette, instinct sexuel). Or, chez ce malade, c'est justement la disparition des caractères sexuels secondaires, qui attira l'attention. Ses organes génitaux sont atrophiés, les poils du pubis et du visage sont absents. Il présente une adiposité du type féminin ; enfin l'appétit sexuel a disparu. On pourrait donc supposer que, suivant une modalité peu fréquente, l'infection ourlienne n'a atteint que la glande interstitielle.

Mais si l'infection ourlienne n'est pas en cause, et si, comme le malade l'affirme, le syndrome d'infantilisme n'est apparu qu'en 1916, deux ans après la naissance de l'enfant, lors d'une poussée tuberculeuse, il semble rationnel d'admettre que le testicule a été frappé au cours de cette infection tuberculeuse et par celle-ci.

***

Chez ce malade, les autres causes possibles, uni ou pluriglandulaires, de l'infantilisme doivent en effet être écartées, et ceci, d'accord aussi avec les résultats du traitement opothérapique.

En effet, si le malade a présenté au cours de sa maladie un gonflement du cou, si une poussée aiguë sur le *corps thyroïde* a pu déterminer une



thyroïdite tuberculeuse scléreuse, qui aurait retenti secondairement sur le testicule, l'hypothèse de l'infantilisme thyroïdien est peu vraisemblable, car le malade ne présente aucun signe de la série thyroïdienne, ni par excès, ni par défaut.

Quant à l'hypothèse d'un *infantilisme hypophysaire*, si le malade présente de l'atrophie génitale et de l'impuissance, il n'a pas d'obésité ; il ne s'agit donc pas du syndrome adiposo-génital de Babinski-Frœlich. D'autre part, ce n'est pas, à la main droite, de l'acrocyanose, mais simplement une synovite tuberculeuse.

Il n'est pas question non plus d'un *syndrome thyro-testiculo-surrénal*, sur lequel H. Claude et Gougerot ont attiré l'attention, car si l'aspect du malade correspond à peu près aux cas qui ont été publiés de ce syndrome, les symptômes surrénaux, chez lui, sont absents (ni asthénie, ni pigmentation de la peau) ; il n'y a pas non plus de myxœdème, ni de déficience thyroïdienne.

D'ailleurs, nous l'avons dit, l'extrait testiculaire a paru procurer une légère amélioration.

En pareils cas, il faut toujours essayer également l'extrait thyroïdien, cependant inefficace chez le malade en question ; et il en est de même pour les extraits hypophysaire ou épiphysaire, hépatique, surrénal, en raison de la possibilité d'une altération testiculaire, qui serait secondaire à une lésion de ces glandes.

Obésité. — Dans les cas d'obésités consécutives à la castration et aux lésions testiculaires, on peut essayer l'opothérapie testiculaire ; mais elle ne donne de résultats que si elle est associée à l'opothérapie hypophysaire et thyroïdienne (Lereboullet).

Autres indications.

Impuissance. Sénilite. — Injections hypodermiques par périodes de 4 à 5 jours consécutifs ; renouveler le traitement 2 à 3 fois par mois.

Dans l'*ataxie locomotrice* et *autres scléroses de la moelle épinière*, Brown-Séquard insiste sur la longueur du traitement, qui doit durer 2 ou 3 mois au moins. Il ne faut pas attendre d'amélioration avant 3 ou 4 semaines. Pendant au moins un mois, il faut faire une injection de 2 cc. de suc tous les jours, puis, tous les 2 jours.

Ectopie testiculaire, castration, puérilisme mental, chlorose des jeunes filles.

Contre-indications.

Hystérie, épilepsie, paralysie générale, rhumatisme articulaire, incontinence nocturne des urines.

Posologie.

Cachets, dragées et comprimés : dosés à 0,20 ctgr. (correspondant à 1 gramme de glande fraîche) 4 à 6 par jour.

Suc injectable : ampoules de 2 cc. (correspondant à 1 gramme de glande fraîche), 1 à 2 par jour (Lematte).

***

Insuffisance ovarienne.

Certaines peuplades de l'Asie centrale pratiquent la castration ovarienne à l'époque prépubérale dans l'enfance, et il est intéressant de noter les résultats de cette opération : quand la femme a été castrée dans l'enfance, elle n'est pas menstruée et ne présente aucun des caractères sexuels secondaires féminins ; ses seins, son bassin, son système pileux ne se développent pas ; sa taille, par contre, est supérieure à celle des autres sujets par suite de l'allongement des membres.

Si maintenant la castration est pratiquée, comme la chose a lieu chez les femmes Hedjeras, aux environs de la puberté, alors que certains caractères pubéraux viennent d'apparaître, on assiste à leur régression : les seins s'atrophient, les poils du pubis tombent, les formes féminines disparaissent et deviennent anguleuses, l'attitude, la démarche et la voix prennent un caractère viril, enfin la femme cesse d'être réglée et l'aménorrhée devient définitive.

Cependant, quand la castration chirurgicale est faite chez une femme en pleine maturité sexuelle, les caractères sexuels ne sont pas modifiés ; seules, les règles disparaissent ; mais il se produit, par contre, certains troubles fonctionnels, vaso-moteurs et sécrétoires, tels que des bouffées de chaleur, avec congestion subite de la face, sensation de chaleur brûlante, bourdonnements et sifflements d'oreille. Ces troubles sont bien dus à la carence ovarienne, car ils cessent si l'on arrive à greffer sous la peau de l'abdomen un fragment sain d'ovaire de la malade. Quand l'utérus est resté en place, cette greffe ovarienne réussit également à ramener l'écoulement menstruel ; c'est pourquoi certains auteurs (Tuffier et Mauté) ont pensé que ces troubles pouvaient être liés, non à l'absence des ovaires, mais à la disparition de l'exutoire menstruel.

Quoi qu'il en soit, la preuve est ainsi faite que l'administration d'extrait ovarien, que l'*opothérapie ovarienne*, est susceptible de faire disparaître les accidents dus à la carence ovarienne par suppression ou par insuffisance de l'organe.

Au cas de *castration*, Jayle, Fraenckel, Dalché notamment, ont obtenu d'excellents résultats lorsqu'ils ont eu recours à l'opothérapie ovarienne. Jacobs a vu la médication ovarienne réussir chez la majorité des malades : sur 244 femmes ayant subi des mutilations plus ou moins graves de l'appareil génital, il a relevé 116 guérisons complètes, 48 guérisons passagères, 6 améliorations, et seulement 19 échecs.

Dans les *insuffisances génitales et pubérales,* dans les *troubles de la ménopause,* mêmes résultats favorables.

On considère également, dans le même ordre d'idées pour la thérapeutique, comme stigmate d'insuffisance ovarienne, un certain type de *dysménorrhée,* essentiellement caractérisé par l'irrégularité de la menstruation et par des phénomènes douloureux, abdominaux et lombaires, qui précèdent l'apparition de l'écoulement sanguin et cessent avec lui. D'ailleurs, cette dysménorrhée s'observe à la puberté chez des jeunes filles dont les ovaires sont parfois atteints de dégénérescence scléro-kystique ; et, quand elle survient au cours de la période active de la vie sexuelle, elle traduit des lésions ovariennes d'origine inflammatoire.

Dans *les psychoses d'ordre génital,* l'opothérapie ovarienne donne une amélioration lente, un peu inconstante, mais parfois remarquable.

Chlorose. — G. Etienne a été amené à considérer la chlorose comme un trouble général de la nutrition, des tissus, du sang, qui résulterait de l'absence de la sécrétion interne de l'ovaire, au moment précis où celle-ci serait nécessaire au développement de la femme. Ce serait également un trouble toxique, provenant de l'aménorrhée, qui empêcherait l'élimination menstruelle des produits toxiques de l'organisme.

D'autres auteurs ont également considéré la chlorose comme le trouble général, conditionné par l'absence d'une sécrétion interne, lorsqu'il y a interrègne entre l'entrée en fonction de la glande endocrine ovarienne et la cessation de la fonction d'un appareil endocrinien, le thymus peut-être, qui assurait jusque-là l'équilibre du métabolisme chez la jeune fille.

L'opothérapie ovarienne a donné les meilleurs résultats à Charrin, Spillmann, Dalché, Gilbert et Weill.

G. Etienne a cherché le contrôle opothérapique de sa conception pathogénique de la chlorose ; les résultats ont été frappants ; sur 16 observations, en un laps de temps variant entre 3 à 4 semaines, il a vu le nombre des globules rouges monter de 2.225.000 à 4.752.000, de 2.728.000 à 4.258.000, de 1.500.000 à 4.495.000, par exemple.

Parallèlement, le nombre des globules déformés diminuait ; la densité de l'urine augmentait alors que le taux de l'urée et de l'acide phosphorique passait respectivement de 11.71 à 16.91 et de 0.76 à 2.19. Enfin le poids des malades augmentait rapidement.

Dermatoses de la puberté, de la ménopause, de l'aménorrhée, de la dysménorrhée. — Saalfeld avait déjà mentionné les bons effets de l'opothérapie ovarienne sur ces affections cutanées. Dutail (Etats-Unis) a montré également que ces dermatoses étaient heureusement influencées par les extraits d'ovaire ou de corps jaune.

A. Gautier a établi, en effet, que si la fonction iodique de l'organisme appartenait à la thyroïde, *c'est à l'ovaire et au corps jaune qu'était dévolue la fonction arsenicale.* Ceux-ci favoriseraient l'accumulation de l'arsenic dans les glandes de l'utérus, en même temps que leur fonction sécrétoire arsenicale, qui se manifeste au moment des règles. Tout trouble dans la sécrétion des hormones ovariennes aurait donc un retentissement sur la fonction sécrétoire des glandes utérines, et par l'intermédiaire de celles-ci, sur la peau, qui deviendrait l'émonctoire de l'arsenic.

Posologie.

Cachets, dragées et comprimés, dosés à 0.20, (correspondant à 1 gr. de glande fraîche) 2 à 3 par jour.

Suc injectable : ampoules de 2 cc. (correspondant à 0.50 de corps jaune), 1 par jour (Lematte).

***

Hyperactivité ovarienne.

L'hyperovarie peut se traduire d'une manière extrêmement précoce chez le nouveau-né, sous la forme de la « crise génitale » de Jacquet et Rondeau : quelques jours après sa naissance, la petite fille présente un léger écoulement de sang par la vulve, ainsi que différents signes de la puberté ; les mamelles s'hypertrophient et sécrètent du colostrum ; l'appareil pilo-sébacé fonctionne activement, un fin duvet apparaît sur les membres supérieurs et le tronc. Ces phénomènes sont transitoires ; cette menstruation est unique et les autres symptômes s'atténuent rapidement.

Voici maintenant, chez la femme, le tableau de l'hyperovarie, d'après Dalché : expression vive, corps bien modelé, sans surcharge graisseuse, souvent maigre, nervosisme marqué, avec un sens génésique développé, surtout au moment des règles. Celles-ci sont, d'ailleurs, le plus souvent très précoces ; la puberté s'installe de bonne heure ; l'écoulement sanguin se produit abondamment dès le premier jour, dure 6 à 8 jours, s'accompagnant d'une congestion intense du petit bassin. Souvent, l'importance de l'hémorragie menstruelle est telle qu'on assiste à de véritables complications : les *ménorrhagies de la puberté et de la ménopause.*

Chez la jeune fille, les règles peuvent se prolonger ou se répéter si fréquemment qu'il s'ensuit une anémie profonde (*chlorose ménorrhagique de Trousseau*).

Chez l'adulte, on cherche en vain, pour justifier anatomiquement pareils symptômes, le cancer, le fibrome, l'infection (métrite hémorragique), la sclérose utérine.

Mais ces métrorragies essentielles paraissent bien être *sous la dépendance directe de la sécrétion interne de l'ovaire* : elles se rencontrent au moment de la vie où la sécrétion ovarienne est la plus profondément modifiée ; elles sont supprimées par la castration. Enfin, Forgue et Massabuau ont constaté que les ovaires étaient alors le siège d'une transformation microkystique (caractérisée par une abondante formation de cellules à lutéine), qui équivaut à une hypertrophie de la glande à sécrétion interne. Ces ovaires donnent naissance à une quantité anormale d'hormones, qui entretiennent une congestion exagérée de la muqueuse utérine et les hémorragies anormales qui s'ensuivent.

L'opothérapie est indiquée comme mode de traitement ; cependant il s'agit cette fois, non pas d'une opothérapie homonyme, mais d'une opothérapiee *antagoniste par hormone mâle*, basée sur l'antagonisme biologique des hormones mâles et femelle, à condition *que la dose employée soit suffisante.*

***

Un mot, à présent, pour démontrer l'existence de cet antagonisme sexuel, qui paraît général, car il a été constaté chez les végétaux comme chez les animaux (1).

Picado, de Costa-Rica, en effet, a communiqué à la *Société de biologie de Paris* (6 *mai* 1922) le cas très curieux d'une véritable castration biologique : il s'agit d'un lot de tiges florifères de lys, qui avortèrent de leurs bourgeons floraux plus ou moins complètement après l'injection de quelques gouttes d'un extrait de pollen de lys à la base des bourgeons naissants. Dans le groupe des lys témoins ou dans un autre groupe de lys injectés avec de l'extrait de pollen de maïs, aucun avortement ne fut constaté.

Chez les animaux, des expériences ont été faites sur des espèces variées. En voici un exemple : Dittler (*Munich. méd. Wochens*, 24 déc. 1920) a recueilli du sperme frais qu'il a injecté à plusieurs reprises, par voie intra-veineuse, à des femelles, qui antérieurement, avaient été fécondées et avaient mis bas. Le sérum de ces femelles acquit la propriété d'agglutiner les spermatozoïdes et de rendre la fécondation impossible. De même on a pu entraver le développement sexuel des mâles de rats, en leur injectant de l'extrait de corps jaune (Goet).

D'autre part, chez les bovidés, un fait d'observation est le suivant : dans le cas de grossesse gémellaire, il y a souvent stérilité de l'individu femelle, quand les jumeaux sont de sexe différent. On explique cette stérilité fréquente par une disposition anatomique de l'œuf, laquelle crée une anastomose entre la circulation fœtale des deux jumeaux, d'où imprégnation du sujet femelle par l'hormone antagoniste masculine, avec insuffisance consécutive de l'appareil génital femelle.

Si donc on considère dans un même ensemble ces deux groupes de phénomènes : d'une part l'existence chez certains sujets humains des deux sexes d'une exagération des sécrétions internes des glandes génitales, sous la forme permanente ou paroxystique, — et d'autre part, l'antagonisme biologique de ces mêmes sécrétions internes, il semble logique d'essayer un rétablissement de l'équilibre rompu, chez les hyperovariques, comme chez les hyperorchitiques, par l'emploi des extraits de glandes de signe contraire. « On réaliserait ainsi, dit le Dr Prevel, ce que les méthodes actuelles (rayons X, castration chirurgicale, opothérapie mammaire ou hypophysaire) ne peuvent nous donner : *un frein biologique des glandes sexuelles*, qu'il nous serait aisé d'employer suivant les besoins des indications pour neutraliser l'excédent de production des hormones, *à des doses variables suivant les effets* ».

L'histoire nous donne d'ailleurs des exemples de cette opothérapie antagoniste.

D'après Bouffard, les Chinois, dès la plus haute antiquité, ont utilisé les pilules de sperme contre la chlorose des jeunes filles ; certains pharmaciens louaient des jeunes gens de 20 à 25 ans, qu'ils payaient très cher, et qui devaient leur fournir le produit de leurs sécrétions testiculaires. Le sperme était desséché sous forme de pierre et vendu au public surtout contre la chlorose.

Les anciens auteurs ont également signalé la guérison fréquente de la chlorose des jeunes filles après le mariage, et l'opinion que la liqueur séminale possédait une vertu spéciale à ce sujet s'est précisée chez certains auteurs modernes. Mattée, en 1863, écrivait : « L'action de la liqueur séminale chez la femme est puissante en dehors de la fécondation, et cette action ne peut tenir qu'à l'absorption générale du liquide. La chlorose est, en général, guérie par le mariage, et la jeune fille qui était pâle, timide et faible, possède, quelques mois après le mariage, une fraîcheur, une force physique et morale insolites ».

Defougère publiait en 1902 une thèse : « Sur la chlorose, ses rapports avec le mariage ; traitement par le liquide orchitique ». Cet auteur constate qu'une injection hebdomadaire de 3 cmc. de liqueur orchitique de taureau avec absorption quotidienne de 3 cmc. d'extrait glycériné de la même substance, produisait une augmentation d'hémoglobine d'un tiers chez les chlorotiques, avec retour de l'appétit, des règles, de la santé générale.

Ces faits ont trait à la chlorose qui, généra-

---

(1) Dr L. Prevel. — *L'opothérapie antagoniste dans les syndromes d'hyperovarie et d'hyperorchidie.* (*La Vie médicale*, 10 novembre 1922.)

lement, traduit un état d'hypo-ovarie ; ils semblent donc *a priori* contraires au but recherché dans ce chapitre, qui envisage au contraire l'hyperovarie.

La contradiction n'est qu'apparente. Sans s'arrêter à l'effet bienfaisant que peut produire sur les chlorotiques la lécithine du suc testiculaire (lécithine, qui est un excitant énergique de la nutrition, qui augmente à la fois le taux de l'hémoglobine et le nombre des globules rouges), il faut y voir la preuve de l'excitation réalisée sur la glande interstitielle opposée, c'est-à-dire sur l'ovaire par le suc testiculaire.

Cette action une fois prouvée, l'*antagoniste frénateur* que l'on recherche *est fonction des doses employées.*

Les doses insuffisantes peuvent réaliser l'excitation de la glande opposée.

Au contraire, *employé à doses suffisantes*, en quantité et en durée d'application, l'*extrait testiculaire, comme l'extrait ovarien*, peut *jouer son rôle d'antagoniste frénateur vis-à-vis de la formation de l'hormone de signe contraire.*

Voici une observation très intéressante que publie, à l'appui de cette théorie, le Dr Prevel :

Jeune femme de 31 ans, précocément réglée, a toujours eu des pertes abondantes au moment des menstrues, très active, très nerveuse, mène depuis plusieurs années une très importante maison de commerce. Ayant perdu son mari, tué à la fin de la guerre, brusquement s'installe chez elle une constipation intense, avec phénomènes douloureux assez accentués du côté de l'S iliaque pour nécessiter à deux reprises un examen radiologique ; ces examens, très sérieux, ne signalent, comme anomalie notable, qu'un spasme colique gauche, à siège variable. Chose curieuse, ce spasme colique cesse au moment des règles, car la constipation disparaît pendant toute leur durée, et les selles deviennent normales, pour cesser de nouveau deux ou trois jours après la fin du flux menstruel.

Cette constipation est traitée par les méthodes les plus variées pendant trois ans sans amélioration appréciable. Durant ce temps, le nervosisme de la malade augmente, les nuits se passent souvent sans sommeil, remplies par les réflexions les plus mélancoliques : la malade s'attriste et se décourage,.

Il est aisé de soupçonner l'influence très importante, pour ne pas dire prépondérante, de l'instinct sexuel trop développé et contrarié, dans les troubles à la fois organiques et mentaux dont souffre cette malade.

Pour s'assurer de l'exactitude de son diagnostic, et du même coup tenter d'améliorer l'état de la malade, l'auteur lui prescrit, sous un nom fictif, un *extrait testiculaire* à prendre le matin et le soir, une heure avant le repas.

Au bout de huit jours, les nuits deviennent bonnes ; la malade se dit moins nerveuse, encore fatiguée cependant ; les règles, qui suivent le début de la médication (15 jours après), sont très nettement diminuées, surtout comme durée (quatre jours de moins), et comme abondance. D'autre part, fait très intéressant, les selles ont une tendance très nette à redevenir normales en dehors des règles, et il n'y a plus de crises douloureuses du côté de l'S iliaque.

La médication est continuée, à raison des mêmes doses, trois semaines sur quatre. L'état est nettement meilleur au triple point de vue de l'état nerveux général, de la régularisation de l'écoulement menstruel, et du fonctionnement intestinal.

Il est à remarquer que les règles n'avaient jamais été influencées depuis la puberté et qu'elles avaient toujours été pour la malade l'occasion de fatigues très notables à cause de leur abondance. Pour la première fois, depuis plus de trois ans, la constipation, qui ne cédait que pendant les règles, a disparu presque complètement, en ce sens que l'exonération intestinale se fait sans médicament ni lavements, presque tous les jours.

Dans six autres cas, le Dr Prevel a cru devoir prescrire l'opothérapie antagoniste d'une manière aussi anonyme ; il a obtenu, avec une intensité variable, des améliorations toujours très notables portant surtout sur les troubles nerveux et les troubles menstruels.

Cette méthode, basée sur des faits physiologiques intéressants et sur quelques observations cliniques encore trop peu nombreuses, mérite d'être essayée sur une plus large échelle. Les *doses fortes* paraissent une condition indispensable.

C'est la *voie digestive*, qui doit être utilisée à hautes doses, et par périodes assez longues, suivant les résultats obtenus. La voie sous-cutanée n'est pas recommandée, car il y a lieu de craindre qu'elle ne prédispose au bout d'un temps assez court à la formation d'anticorps nuisibles au bon rendement thérapeutique de l'extrait employé.

Dans *les ménorrhagies*, de la puberté notamment, il est toujours recommandé d'employer l'extrait testiculaire, surtout lorsqu'on n'a pu obtenir aucun résultat, ni par l'extrait ovarien, ni par l'hypophyse ou l'épiphyse.

***

Insuffisance splénique.

La rate joue un rôle important dans l'économie, ainsi qu'en témoigne son pouvoir de stimulation sur les organes hématopoïétiques et lymphopoiétiques ; on admet aussi que dans la rate s'opère la destruction des hématies usées ; et d'ailleurs, le sang splénique est doué de propriétés hémolytiques.

D'autre part, la rate possède une mission de défense, puisqu'elle s'hypertrophie au cours de

certaines maladies infectieuses : puludisme, fièvre typhoïde, tuberculose.

Si les signes de l'insuffisance splénique ne sont pas toujours faciles à déceler parmi ceux qui appartiennent en propre à l'infection, cette insuffisance n'en existe pas moins et contribue à rendre plus précaire la résistance de l'organisme : les heureux résultats obtenus en pareils cas par l'opothérapie splénique sont là pour en témoigner.

***

Il résulte des recherches de Schieff, mises au point par Hergen et Bellamy, que la rate déverse dans le sang une substance encore inconnue, qui fournit au pancréas l'agent nécessaire pour élaborer la trypsine. La trypsine, sécrétée par le pancréas, passe à son tour dans le sang, et elle est utilisée par les globules blancs pour leur fonction de défense dans l'organisme, celle-ci se trouve ainsi dépendre en partie de la sécrétion splénique.

Dès 1903, d'ailleurs, Bayle (1) avait été frappé par ce fait que la rate est une grosse glande annexée au système sanguin, et par cet autre que, dans la tuberculose expérimentale, elle est, avec le foie, l'organe le premier touché, et celui qui présente le plus de lésions. Il en avait conclu que si la rate était surmenée dans l'infection tuberculeuse, c'est qu'elle fonctionnait comme un organe de défense. Pour lui, la rate était une véritable glande endocrine, et cette nouvelle fonction était dénommée par lui la fonction colloïdogénique.

***

Tuberculose pulmonaire. — Bayle a administré aux tuberculeux la rate sous forme de rate crue pulpée d'abord, puis d'extraits par la voie buccale, et enfin d'extraits injectables.

Cette dernière forme est de beaucoup plus efficace et plus rapide dans son action.

Cet auteur réserve la voie buccale beaucoup moins active aux malades sans lésion décelable, aux anémiés, aux ganglionnaires légers, et, à titre prophylactique, aux personnes de l'entourage comme aux convalescents de maladies graves. La voie buccale peut encore servir d'adjuvant à la voie hypodermique, soit afin de diminuer le nombre des injections, soit enfin d'en augmenter l'action.

Le sirop d'extrait de rate correspond à 25 grammes de rate par cuillerée à soupe : quatre cuillerées à soupe par jour, aux repas, pour l'adulte.

Toutes les fois qu'il y a lésion, on doit employer la voie hypodermique : Bayle emploie un extrait de rate de porc, préparé en ampoules de 5 cent. cubes ; cette « colloïdogénine injectable » agit comme un véritable sérum antituberculeux.

Chez l'adulte, on emploie, d'après Ragain (1), 5 cc. par jour pendant dix jours consécutifs, repos quatre jours, et ensuite cinq nouvelles injections de 10 cc., cette fois à deux jours d'intervalle. Les injections de 10 cc. offrent l'avantage de laisser le malade au repos complet un jour sur deux. Quoique un peu douloureuses (un peu d'acuité durant 3 ou 4 minutes), elles sont en général aussi bien tolérées que les injections de 5 cc. ; on peut les rendre tout à fait indolores en injectant au préalable 1 ou 2 cc. d'une solution de novocaïne à 1 % ; on enlève la seringue, en laissant l'aiguille en place ; puis, on attend 5 minutes et on pousse l'injection de colloïdogénine, qui est alors indolore.

Ces injections n'ont donné jusqu'ici aucune réaction fébrile ; on n'a noté aucun phénomène d'anaphylaxie.

Le lieu d'élection est la fesse (aiguille de 3 cent. enfoncée normalement) pour les injections de 5 cc., et le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen pour celle de 10 cc.

Chez l'enfant, la dose sera de 1 cc. par année d'âge ; mais il ne faut pas hésiter à employer 5 cc. chez l'enfant de 4 ans, porteur de lésions.

L'opothérapie splénique agit dans la tuberculose :

a) En augmentant l'apport d'oxygène à l'organisme (augmentation de la surface fixatrice par le nombre des globules, et de la fixation par la quantité de l'hémoglobine), en activant aussi les échanges organiques, en empêchant l'encrassement des organes d'élimination et en brûlant les toxines ;

b) En empêchant les déperditions excessives en sels minéraux, qu'elle retient en les maintenant à l'état colloïdal ;

c) En orientant les globules blancs vers le rôle de défense (augmentation du nombre, modification de la formule leucocytaire) ;

d) En cicatrisant les lésions par l'activation du processus de cicatrisation (V. Carrel) ;

e) En rendant ainsi l'organisme un milieu défavorable au bacille de Koch, qui devient granuleux, puis disparaît.

Tuberculose ostéo-articulaire. — D'après le Dr Bayle (*lot. cit.*), il faut distinguer :

1° Les cas que l'on peut appeler « secs », c'est-à-dire sans abcès ossifluents et sans épanchement purulent intra-articulaire.

2° Les cas avec abcès ossifluents.

3° Les cas avec épanchement purulent intra-articulaire.

(1) Dr Bayle. — *Concours médical* (nos 49 et 50, 1922.

(1) Ragain. — *Thèse de la Faculté de médecine de Toulouse*, 1922.

4° Les cas fistulisés.

Dans les cas secs, le traitement splénique, avec immobilisation plâtrée ou silicatée, amène la guérison en un mois pour le coude, en 2 à 4 mois pour le genou, 4 à 6 mois pour la hanche ; le mal de Pott guérit en 8 mois environ dans ces conditions.

Les abcès ossifluents doivent être en même temps traités par des ponctions et des injections modificatrices ; la guérison pourra d'ailleurs, dans certains cas, être aussi rapide que dans les cas secs. Il en est de même pour les épanchements intra-articulaires ; Bayle a vu un cas de tumeur blanche du coude suppurée guérir en un an avec le traitement splénique, l'immobilisation, et une seule ponction, sans injection modificatrice.

La guérison sera toujours hâtée dans tous les cas fistulisés par le traitement splénique, avec l'héliothérapie, la thalassothérapie comme adjuvants.

Adénites tuberculeuses. — Si les adénites non suppurées régressent très rapidement, en un mois ou deux, sous l'action du seul traitement splénique, les adénites suppurées ont besoin, comme complément, de ponctions et parfois d'injections modificatrices.

***

Dans tous les cas traités, Bayle a noté une amélioration notable de l'état général.

Les hématies augmentent d'environ 50 % ; dans une observation, leur nombre est même passé de 1.395.000 à 4.836.000 ; la teneur en hémoglobine a augmenté de 30 % environ. L'augmentation des globules blancs, qui a porté sur les lymptocytes, a été non moins remarquable. L'élimination des phosphates a diminué dans 4/5 des cas.

***

Insuffisance pancréatique.

1° SÉCRÉTION EXTERNE.

Pancréatite. Troubles intestinaux. — On utilise avec succès, soit le suc pancréatique total, soit l'un de ses principaux ferments, la trypsine.

La *trypsine* est un ferment protéolytique, qui complète l'action du suc gastrique, et disloque complètement la molécule albuminoïde. Les autres ferments du suc pancréatique sont : la *lipase*, qui émulsionne et saponifie les graisses ; l'*amylase* et la *maltase*, qui agissent sur les hydrates de carbones (l'amylase les transforme en dextrine et maltose, que la maltase dédouble à son tour en glucose).

2° SÉCRÉTION INTERNE.

Diabète pancréatique. — L'opothérapie pancréatique paraît justifiée dans un certain nombre de cas ; elle s'adresse :

1° aux troubles digestifs, liés au diabète pancréatique ; sous l'influence de l'ingestion de pancréas, on a pu voir diminuer la stéarrhée (dans ces cas, c'est la glande externe qui agit).

2° Aux troubles diabétiques eux-mêmes, soit par du pancréas cru, soit par des extraits pancréatiques, soit par la sécrétion interne proprement dite.

Dans un cas de Laffite, la glycosurie tomba de 220 grammes à zéro, avec disparition des autres symptômes, après deux mois de traitement par du pancréas cru, très frais. Dans un autre cas, la glycosurie tomba de 93 à 13 grammes. Cependant on connaît un certain nombre d'échecs de cette méthode (Mouriquand).

Blum a rapporté des cas favorables obtenus avec la macération fraîche de pancréas, et Ch. Gardin avec l'extrait pancréatique.

***

La question de la sécrétion interne du pancréas paraît avoir fait ces temps derniers d'intéressants progrès, depuis que Lépine avait émis l'hypothèse que le diabète consécutif à l'ablation du pancréas, était dû, chez l'animal pancréatectomisé, à la suppression d'une sécrétion interne nécessaire au métabolisme normal du sucre.

En Amérique, Banting (1922) eut l'ingénieuse idée, pour obtenir l'hormone isolée, d'utiliser ce fait bien connu que les cellules pancréatiques, qui sécrètent les ferments, dégénèrent en quelques semaines, après ligature du canal pancréatique, tandis que les cellules des îlots de Langerhans, secrétant l'hormone pancréatique, demeurent plus ou moins intactes. Avec Best, cet auteur étudia l'effet produit par l'injection de cet extrait sur un animal rendu diabétique par extirpation du pancréas. Banting et Best virent ainsi que l'injection de ce produit, baptisé plus tard *insuline*, amenait chez cet animal une diminution considérable de la glycémie et de la glycosurie, produisait une amélioration de son état général et prolongeait sa vie.

Les auteurs américains poursuivirent leurs expériences, et parvinrent à préparer l'insuline dans de meilleures conditions techniques. Ils notèrent, par exemple, que chez les chiens dépancréatisés, l'insuline était capable de relever le quotient respiratoire considérablement abaissé chez ces animaux, ce qui indique un rétablissement du métabolisme des hydrates de carbone. Elle faisait aussi disparaître l'acétonurie et exerçait une action considérable sur le métabolisme des graisses (la teneur en graisse du foie tombait en deux jours de 12 à 5 p. 100).



Puis, Macléod (1922) étudia l'action de l'insuline sur l'homme atteint de diabète.

Le premier sujet était un enfant de 14 ans, atteint de diabète grave. L'injection d'insuline fit tomber chez lui le taux du sucre sanguin de 25 p. 100. Par la suite, d'assez nombreux cas de diabète furent traités par Banting, Best, Collip, Campbell et Fletcher.

Macléod indique que l'injection d'insuline à des doses suffisantes est susceptible de suspendre en très peu de temps, et pour une période de plusieurs heures, les symptômes cardinaux du diabète. Tant que ces injections sont continuées, le patient est capable d'assimiler une quantité d'hydrates de carbone beaucoup plus grande qu'auparavant ; son poids augmente, et il y a, en même temps, amélioration de l'état général et des aptitudes psychiques.

La valeur de l'insuline a paru surtout considérable dans les cas de diabète grave des adolescents ; son action dans le cas de coma menaçant est indéniable.

Rachitisme. — Dans le rachitisme, la sécrétion pancréatique étant déficiente, la désintégration des graisses et la formation d'acides gras deviennent insuffisants (ainsi, chez les rachitiques en période d'état, les matières fécales sèches renferment 75 p. 100 de graisses non transformées au lieu de 25 p. 100) ; or, normalement, les acides gras se combinent avec différentes bases, parmi lesquelles le calcium, et ces *sels de calcium*, absorbés par l'organisme, *contribuent à la formation de l'os*. Ainsi se justifie la thérapeutique qui consiste à faire ingérer des *extraits pancréatiques* aux rachitiques ou des savons formés d'acides gras et de calcium.

POSOLOGIE.

Cachets : dosés à 0.50 ctgr. (2 gr. 50 d'organe frais) ; 2 à 4 par jour.

Comprimés : dosés à 0.25 ctgr. d'organe frais) ; 4 à 8 par jour.

Suc injectable : ampoules de 2 cc., 1 à 2 ampoules par jour. Chaque ampoule correspond à 1 gramme d'organe frais (Lematte).

***

Insuffisance hépatique.

Rappelons tout d'abord que la fonction hépatique n'est que la somme des fonctions nombreuses qui sont imparties au folie.

Atelier de destruction, et peut-être de rénovation du globule rouge usagé ; laboratoire où s'achèvent la transformation des déchets azotés dont l'urée est la stase ultime ; barrage infranchissable opposé à tous les poisons (endogènes et exogènes) de provenance intestinale — le *foie* apparaît finalement comme l'imbrication intime de deux glandes distinctes et cependant inséparables :

1° La glande à sécrétion externe (biligénique).

2° La glande à sécrétion interne (glycogénique).

Nous ne nous occuperons pas de la sécrétion externe, ni de son emploi thérapeutique.

Quant à la sécrétion interne, elle est contenue intacte dans l'*extrait total* de la glande, puisque celui-ci possède des propriétés qui ne sont pas tout à fait celles de la bile ; son emploi est donc justifié en thérapeutique.

Cet extrait renferme néanmoins les éléments de la bile, et notamment la *cholestérine*. L'action *antitoxique* de ce lipoïde est tout à fait remarquable et particulièrement importante dans les actes de défense de l'organisme (Chauffard, Richet fils et Grigaut) ; c'est ainsi qu'on signale l'hyper-cholestérinémie dans la typhoïde au moment de la défervescence et l'hypo-cholestérinémie dans les néphrites compliquées de rétention azotée, ainsi que chez les tuberculeux fébriles (le taux de la cholestérine dans le sang est d'autant plus faible que la quantité d'urée sanguine est plus forte, ou la poussée fébrile plus accentuée).

De plus, cet extrait, grâce à la sécrétion interne (qui renferme des substances minérales, des hydrates de carbone, des lipoïdes, des ferments, etc.) est un *coagulant du sang et un antihémorrhagique* ; il exerce une action uropoïétique sur l'*élimination de l'urée*, et peut-être celle de l'acide urique.

L'une des formes les plus anciennes de l'extrait hépatique total est l'*huile de foie de morue*, qui possède une efficacité certaine dans le traitement de la *tuberculose*.

Diabète hépatique. — Dans le diabète par hyperhépatie, essentiellement caractérisé par l'hypertrophie hépatique, l'hyperazoturie, l'hyperglycémie, l'*opothérapie hépatique est contre-indiquée*.

Elle est au contraire indiquée dans le diabète par hypohépatie, c'est-à-dire par insuffisance hépatique, qui se traduit par l'hypoazoturie, l'hypertoxicité urinaire et une légère cholémie avec urobilinurie. En ce cas, le foie insuffisant laisse passer dans la circulation générale le sucre provenant des aliments, sans l'emmagasiner suffisamment. C'est en général un diabète curable à faible glycosurie, à azoturie modérée, qui devient facilement intermittent ; les complications y sont rares.

MODE D'EMPLOI. — On pourra donner du *foie de porc frais cru*, à la dose de 100 grammes par jour. Ce foie, finement haché, sera mélangé à du bouillon tiède. Mais la répulsion parfois éprouvée par le malade, et souvent la difficulté

é

qu'il y a de se procurer ce foie frais, obligent à se servir d'*extrait de foie* (poudre de foie desséché dans le vide). On donnera environ 12 grammes de cet extrait par jour (ce qui représente 100 gr. de foie). Cette dose suffit dans certains diabètes à diminuer considérablement la glycosurie, à relever le taux de l'urée et à améliorer l'état général

Il faut suivre les effets de cette opothérapie hépatique par des analyses d'urine répétées, mais son action peut être, dans certains cas, inconstante, et augmenter la glycosurie après l'avoir diminuée (Gilbert et Carnot).

Néphrites chroniques. — La fonction antitoxique de l'extrait de foie s'exerce vis-à-vis de l'urée sanguine comme de tous les poisons qui peuvent circuler dans le sang ; l'extrait hépatique est également diurétique, et produit une légère diminution de la tension artérielle.

AUTRES INDICATIONS :

Cirrhoses ; cirrhose atrophique avec œdème.

Hémorrhagies des cirrhotiques (l'extrait hépatique exerce sur le sang une action coagulante énergique.

Ictères hémolytiques.

Troubles hépatiques de la goutte, de l'arthritisme.

Tuberculoses cutanées.

***

Insuffisance rénale.

L'opothérapie rénale est particulièrement efficace contre toute insuffisance du rein, et plus spécialement contre l'urémie rebelle ; même, si elle n'amène pas une diurèse suffisante, si l'albuminurie persiste, cette médication améliore l'état général. Elle exerce, en effet, non seulement une action stimulante sur les épithéliums sécrétoires, mais encore une influence antitoxique remarquable.

Ainsi que l'ont établi les travaux de Henlé, Courmont et André, Heidenhain, Gilbert et Herscher, il existe une sécrétion rénale interne, qui excite la fonction rénale, à condition qu'une partie du parenchyme soit demeurée saine ; elle augmente la pression artérielle, accroît le taux de l'élimination urinaire, y compris les chlorures et l'urée ; elle diminue le taux de l'albumine. Les œdèmes, quand ils existent, se résorbent et les petits signes du brightisme disparaissent.

Comme nous l'avons dit, d'après R. Dubois, cette sécrétion interne jouirait aussi de propriétés antitoxiques ; elle ne serait pas toxique par elle-même, mais sa tolérance serait à surveiller.

Extrait rénal. — J. Renaut (de Lyon) employait dès 1896 la macération de rein de porc : 2 ou 3 reins, décortiqués et hachés menu, étaient lavés dans l'eau bouillante pour enlever l'urine, puis pulpés au pilon, enfin macérés au frais, pendant 4 heures dans 450 cc. d'eau salée à 8 ‰ On faisait absorber au malade dans les 24 heures le liquide décanté, et non filtré, soit environ 400 cc. Après 10 jours de traitement, on suspendait durant 4 ou 5 jours.

Aujourd'hui on préfère à la macération l'extrait de l'organe préparé suivant la méthode généralement admise.

Indications : *néphrites aiguës et infectieuses* (résultats parfois remarquables) ; *urémie, néphrites chroniques.*

Sérum de veine rénale. — Teissier (de Lyon) utilise la sécrétion interne du rein, sous la forme de sérum, retiré de la veine rénale chez la chèvre.

Toutefois, ce sérum ne doit pas être considéré comme un traitement curatif des lésions rénales, mais comme un moyen thérapeutique épisodique susceptible d'intervenir heureusement dans le cours d'un *processus néphrétique aigu*, ou d'une *aggravation passagère d'un processus chronique.*

***

Insuffisance cardiaque.

L'opothérapie cardiaque est susceptible d'exercer une action cardiosthénique vraie sur le trophisme et la force de contraction du myocarde. Elle semble agir surtout comme un agent trophique susceptible d'accroître de façon effective la puissance de réserve du cœur, et à ce point de vue, on ne connaît pas de médicament qui puisse lui être comparé (Martinet).

Son action est d'ordinaire lente, régulière, progressive ; on est cependant étonné parfois de sa rapidité .

Elle trouve ses indications dans les insuffisances cardiaques constitutionnelles (débiles, cardiaques, dystrophiques, hyposphyxiques), et de même dans les *insuffisances cardiaques subaiguës ou chroniques, les myocardites dégénératives post-infectieuses et toxiques.*

L'action favorable se traduit, d'après Martinet, par le relèvement de la pression différentielle avec abaissement de la minima, par l'augmentation de la puissance de réserve myocardique attestée par l'épreuve fonctionnelle d'effort, par l'augmentation de la diurèse, par la réduction ou la disparition progressive des œdèmes, de la dyspnée, par la réduction de la dilatation cardiaque nettement constatée à l'ortho-radiographie, par la dispartition de l'angor, etc.

Ces résultats ne s'observent cependant que dans les 3/4 des cas, soit que la dégénérescence cardiaque soit trop avancée, soit que le traitement n'ait pas été loyalement suivi ou que cette

médication n'ait une emprise effective sur le myocarde que dans des conditions insuffisamment déterminées.

L. Rénon se sert depuis dix ans de poudre de muscle ventriculaire de bœuf, desséché dans le vide, à la dose de 0.50 cent. par jour, et cela par périodes mensuelles de 20 jours pendant de longs mois ; il s'en est bien trouvé dans les cas d'insuffisance ventriculaire gauche ou arythmie extrasystolique.

La macération de cœur de bœuf n'a pas donné de résultats satisfaisants à M. Ch. Fiessinger, dans 3 cas de pouls lent permanent et d'insuffisance des cavités droites chez des mitraux.

Il faut lui préférer, avec Martinet, l'*extrait sec*, pulvérulent, peptonisé, représentant sept fois son poids d'organes frais, soit 35 grammes par cuillerée à café : on en prescrit deux cuillerées à café par la bouche, ou *mieux en lavement*, trois jours par semaine.

A remarquer que l'opothérapie cardiaque ne constitue nullement une modification de l'asystolie ; elle doit être combinée aux médicaments adéquats (digitale), comme elle doit être associée au traitement spécifique dans les dégénérescences syphilitiques, à la myothérapie dans hyposphyxies, etc.

***

Moelle osseuse.

La moelle osseuse (moelle rouge osseuse de veau jeune ou mort-né) provoque en général une leucocytose légère avec augmentation de polynucléose.

Les effets de son administration contre le *paludisme* avec hypertrophie splénique semblent assez bien démontrés.

D'autres indications se trouvent réalisées dans les *infections*, les *anémies*, le *rachitisme*.

Aux rachitiques de la première enfance, la moelle osseuse peut être donnée par la bouche sous forme d'extrait glycériné (15 grammes par jour) selon la méthode de Tedeschi et Amistani (de Padoue), ou plus simplement sous forme de comprimés dosés à 25 centigrammes (deux à six par jour, écrasés dans un peu de bouillie ou de confiture. — (G. L. Hallez).

***

Glandes mammaires.

Si la sécrétion lactée est sous l'influence des hormones ovariennes (et aussi des hormones placentaires et fœtales), il existe également une influence exercée par les glandes mammaires sur l'appareil génital : la lactation supprime les règles, comme s'il y avait un certain antagonisme entre la congestion génitale et l'activité mammaire (Pochon).

Aussi l'extrait de glandes mammaires a-t-il pu être employé avec succès dans certains cas de métrorrhagies, de fibromes. Provenant de glande en pleine lactation, il a donné quelques résultats comme galactogogue.

Indications : *métrorragies, fibromes, hémorragies internes, troubles de la menstruation, hypogalactie* (traitement prolongé).

Posologie.

Cachets, dosés à 0.50 (correspondant à 2 gr. 50 de glande fraîche), 2 à 4 par jour.

Suc injectable : ampoules de 2 cc. (correspondant à 1 gramme de glande fraîche), 1 à 2 par jour (Lematte).

***

Placenta.

De tout temps, le délivre a passé pour un remède utile. Et de fait, l'exemple des animaux dévorant leur arrière-faix après la parturition, ainsi que l'usage établi dans beaucoup de peuplades sauvages de faire manger par l'accouchée le délivre, sitôt l'expulsion, ont démontré l'action du placenta comme *galactogogue*.

D'autre part l'extrait sec de placenta (de vache ou de brebis) *favorise l'involution utérine* dans les suites de couches ; pour la même raison, il est recommandé pour la prophylaxie des *déviations utérines* et des *métrites parenchymateuses*. Il empêcherait aussi l'atrophie de l'utérus dans les suites d'ovariotomie.

Posologie.

Cachets dosés à 0.50 (correspondant à 2 gr. 50 d'organe frais), 3 à 6 par jour.

Comprimés dosés à 0.25 (correspondant à 1 gr. 25 d'organe frais), 6 à 12 par jour.

Suc ingérable, solution titrée (une cuillerée à café correspond à 1 cachet, 3 à 6 par jour.

Suc injectable : ampoules de 2 cc. (1 gramme d'organe frais), 1 à 2 par jour. (Lematte).

***

Hyperactivité pluriglandulaire.

Dans certains cas, le bon fonctionnement des organes peut nécessiter une hyperactivité des glandes endocrines ; et si cette hyperactivité fait défaut, il devient nécessaire d'y parer par la médication opothérapique, comme aussi l'on doit y pallier pour neutraliser ses effets devenus toxiques, dès qu'elle a cessé d'être utile.

Un exemple fera mieux comprendre ; c'est l'état gravide durant lequel l'hyperactivité plu-

riglandulaire doit assurer l'évolution normale de la gestation, comme la prophylaxie des dystocies, en même temps que le développement du fœtus dans de bonnes conditions.

Grossesse et dystocies. — Dès 1913, Markoé et Wing avaient signalé que la grossesse semblait déterminer un certain degré d'hyperthyroïdie qui ne régressait pas toujours après l'accouchement.

On avait vu aussi, chez des femmes atteintes d'hyperthyroïdie, les troubles d'insuffisance thyroïdienne s'atténuer pendant une gestation et un allaitement. C'est ainsi qu'Hertoghe citait le cas d'une malade hypothyroïdienne qui, à dessein, prolongea l'allaitement pendant deux ans, puis fut reprise de l'apathie et des douleurs par lesquelles se manifestait antérieurement son hypothyroïdie. En 1908, Apert avait obse vé une femme atteinte d'hypothyroïdie avec migraines, améliorée par l'opothérapie thyroïdienne qui, devenue plusieurs fois enceinte, fut non seulement débarrassée de ses migraines pendant ses grossesses, mais éprouva même des signes de basedowisme fruste (tachycardie, émotivité, tremblements), lesquels disparurent après l'accouchement ; à la dernière grossesse, elle nourrit son enfant et éprouva, pendant l'allaitement, le même bien-être, qui persista ensuite après le sevrage.

De ces faits, on doit retenir, au cours de la grossesse, l'action des fonctions génitales non seulement sur la glande thyroïde, mais encore sur la plupart des glandes endocrines, ainsi que nous allons le voir.

En effet, pendant l'état gravide, les glandes endocrines maternelles sont mises en hyperfonctionnement par le *corps jaune gravidique* pour accomplir le rôle antogénique supplémentaire qui leur incombe, puisque la gestante ravitaille l'œuf humain par voie sanguine. L'hyperfonctionnement de ces glandes dure pendant toute la grossesse, mais il est à son apogée pendant la période de formation des organes et appareils ; et, ensuite, il décroît progressivement dès que les glandes endocrines fœtales commencent, à leur tour, à entrer en fonctionnement.

Dès lors, c'est-à-dire pendant la seconde moitié de la grossesse, le rôle phylogénique des glandes endocrines fœtales devient complémentaire ; et le complément de chaque glande endocrine s'accroit à mesurer qu'on se rapproche du terme.

Si la décroissance fonctionnelle des glandes endocrines maternelles ne marche pas de pair avec l'accroissement fonctionnel des glandes endocrines fœtales, il en résulte des troubles pathologiques dont la complexité, l'intensité et la gravité sont subordonnées au nombre de glandes en hyperfonctionnement, et à leur degré d'hyperfonctionnement. Quand la sécrétion des glandes endocrines maternelles dépasse la quote-part supplémentaire, qui leur incombe, elle s'accumule dans le sang, qui devient de plus en plus toxique.

L'activité sécrétoire du corps jaune est très précoce ; elle se manifeste dès le début de la gestation et s'exerce avec intensité durant 7 à 8 semaines ; d'après Regaud et Dubreuil, elle persisterait jusque vers le milieu de la grossesse.

Tout en favorisant l'insertion et le développement de l'œuf dans la cavité utérine, le corps jaune gestatif sécrète une hormone susceptible de stimuler la mamelle, mais insuffisante à provoquer la *sécrétion lactée* ; quand le corps jaune a ainsi sensibilisé la mamelle, la fonction de cet organe peut subir la même influence d'une excitation mécanique, partie de l'utérus.

Sous l'influence du corps jaune, comme sous l'influence d'une *hyperthyroïdie* due à ce même corps jaune, les *capsules surrénales* s'hypertrophient. Elles augmentent d'une part leur production de cholestérine (action antitoxique) qui doit accroître la protection dont a besoin l'organisme féminin pendant la génitalité. D'autre part, elles renforcent, grâce à l'adrénaline, leur fonction angiotonique pour permettre au cœur et aux vaisseaux d'assurer dans les meilleures conditions la circulation plus difficile d'une masse sanguine plus considérable dans un système vasculaire augmenté (sinus utéro-placentaire).

Les ilôts de Langerhans, généralement regardés comme le siège le plus important de la sécrétion interne du pancréas, présentent une plus grande activité à partir du 4e mois, car ils remplacent dans ses fonctions le corps jaune, en train de s'atrophier et de disparaître.

L'*hypophyse* est également soumise au cours de la grossesse, à un processus d'hyperplasie, qui double son volume et augmente considérablement son poids. C'est le lobe antérieur qui subit les modifications les plus notables (organes génitaux, tissu osseux). Quant à la sécrétion du lobe postérieur, elle est utile par son action sur la contractilité utérine, l'activité mammaire, analogue en cela à la sécrétion thyroïdienne.

Il faut citer la suractivité du foie dans ses *fonctions* : *glycogénique* (utile au fœtus, surtout au début de la grossesse), *adipogénique* (fin de la gestation), *uréogénique* et *biligénique* (devant fournir au fœtus une quantité considérable de fer, le dixième de la ration totale de la mère ; à noter que la femme enceinte est en état d'hémolyse continuelle, car cette mobilisation du fer ne va pas sans destruction colossale de globules rouges, qui doivent céder leur hémoglobine).

La *rate*, enfin, produit une sécrétion interne qui activerait le ferment protéolytique du suc pancréatique. D'autre part, elle est aussi un agent hématopoiétique et de défense contre les

infections. Elle s'hypertrophie donc aussi sous l'influence de l'hyperovarie gravidique.

On comprend donc combien cette hyperactivité pluriglandulaire de la grossesse exige une surveillance particulière de la part du médecin, et combien grand peut être le rôle de l'opothérapie.

***

Insuffisance pluriglandulaire.

Cancer. — Si l'hyperactivité pluriglandulaire adapte l'organisme à l'état gravide en augmentant sa résistance, il est un cas où l'hypoactivité homologue, diminuant sa résistance, se trouve à l'origine du cancer. En pareil cas, le syndrome intéresse surtout la *thyroïde*, la *surrénale*, le *foie*, la *rate*.

Cette conception séduisante de Baronaki (1) repose sur des constatations anatomo-pathologiques qui viennent confirmer les signes cliniques et hématologiques. Elle s'appuie aussi sur les résultats positifs obtenus, dans ces cas d'insuffisance glandulaire, par l'application d'un traitement opothérapique rationnel.

Il existe, en effet, un ensemble de faits probants, qui démontrent toujours chez les néoplasiques l'existence d'une insuffisance pluriglandulaire particulière.

Les troubles dus à la thyroïde et à la surrénale sont tous bien connus chez le précancéreux ; ce sont : une dépression générale, une prostration variable, une grande sensibilité au froid, la peau sèche et épaisse, les sourcils raréfiés, la tension artérielle peu élevée, les troubles gastro-intestinaux.

Des signes d'insuffisance hépatique bien nets sont constitués par le teint subictérique, les selles fétides de couleur mastic, la constipation et une légère hypertrophie du foie, sans que celui-ci soit le siège d'un cancer.

L'examen du sang, dès l'apparition de la néoformation, n'est pas moins caractéristique par les troubles plasmatiques et globulaires qu'il présente et qui sont dus, en grande partie, à des troubles fonctionnels spléniques. Il est rationnel, enfin, d'attribuer aux troubles fonctionnels du pancréas l'amaigrissement précoce et la cachexie ultérieure si rapide et si spéciale aux cancéreux.

Il serait inadmissible, dit Baronaki, que dès l'apparition de la néoformation, ces accidents surgissent spontanément. Tout laisse au contraire supposer qu'ils sont antérieurs à cette néoformation.

Il résulte, en effet, des travaux de cet auteur qu'une sclérose précoce envahit ces glandes et qu'il existe des altérations artérielles intraglandulaires. Et il ne faut pas attribuer l'abondance anormale de ce tissu scléreux à la stérilité ou à une infection secondaire due au cancer, car les coupes histologiques ont amplement révélé, à toutes les phases de l'affection et à tout âge, les mêmes modifications. De semblables considérations s'appliquent à des altérations artérielles typiques de péri-artérite et d'endartérite qui, étant donnée leur fréquence, constituent un syndrome vasculaire qu'on retrouve toujours chez les cancéreux, tant au point de vue intra-glandulaire qu'au point de vue de la circulation artérielle en général.

D'autre part, l'action excitante des glandes ne s'exerçant plus normalement sur les ramifications extrêmes du système nerveux, celui-ci est privé de son élément d'excitation indispensable, et ses fonctions se modifient ; puis il s'altère lui-même. Ce système neuro-glandulaire tenant sous sa dépendance le métabolisme général et protoplasmique, c'est-à-dire la vie organo-végétative, il apparaît, sauf quelques points à éclaircir, que les troubles, dont il devient le siège, puissent constituer la *base de la diathèse cancéreuse*.

L'intégrité des sécrétions glandulaires et humorale ne constitue-t-elle pas la vitalité et la défense individuelle ? Le parasite ne joue-t-il pas un rôle secondaire dans bien des affections et en particulier dans la tuberculose ?

D'après Baronaki, l'insuffisance des sécrétions glandulaires endocriniennes aboutirait ainsi à la viciation des ferments humoraux, ainsi qu'à des modifications globulaires et plasmatiques ; les toxines s'accumuleraient et l'organisme ne serait plus en état de réagir.

Le sang est d'un poids spécifique diminué chez les cancéreux ; sa teneur en eau est augmentée et il y a diminution notable de la chaux, de la soude, de la potasse, de la magnésie, ainsi que de l'acide phosphorique. Il a une tendance marquée à la coagulation par suite de ces altérations, ainsi que des nombreux cadavres globulaires qu'il renferme ; il devient dès lors susceptible de provoquer une stase intra-capillaire ou intra-lymphatique qui, grâce aux altérations d'endartérite et de périartérite mentionnées plus haut, gagne les cellules avoisinantes. *Ainsi prend naissance le foyer toxique initial du cancer* ; celui-ci, d'abord inflammatoire et toxique, modifie de proche en proche les cellules, qui meurent ou se développent avec une indépendance et une exubérance des plus fantaisistes.

Le *traitement* du cancer, basé sur cette pathogénie, donnerait les meilleurs résultats ; il s'adresse à chacune des quatre étapes, par lesquelles passent les déviations pathologiques, qui conditionnent le cancer. (Ce sont les *perturbations endocrines*, les viciations consécutives des

(1) Baronaki. — *Le cancer et son traitement rationnel.* (Maloine, éditeur, Paris 1922.)

ferments organiques, les perturbations humorales et les perturbations globulaires). C'est en sa première étape, qu'il nous intéresse. Baronaki préconise un moyen, qui *exerce une action excitante sur les sécrétions glandulaires en général.*

Il emploie dans ce but un produit, qui doit d'ailleurs en même temps suppléer artificiellement aux substances chimiques en déficit dans le plasma. C'est une solution plasmatique raisonnée, ayant pour base les agents de compensation minérale suivants : calcium, potassium, magnésium et phosphore ; c'est la *néoplastine*, ainsi qu'il l'a dénommée. Il en pratique des injections intra-musculaires de 10 cc. à la région fessière, tous les vingt jours en moyenne, selon la gravité des néoplasmes.

Il prescrit aussi des extraits liquides : *thyroïdien, surrénal, hépatique* et *splénique*, conservés dans du sérum physiologique glycériné. Ces extraits sont alternés durant une vingtaine de jours avec des cachets de *cholestérine, lécithine, hémoglobine,* ainsi que des cachets de *ferments organiques*. Quand l'amélioration n'est pas suffisamment satisfaisante, on recommence tout le traitement après quelques jours de repos.

Cette thérapeutique s'adresse surtout à l'état général du cancéreux, à sa diathèse spéciale ; elle s'efforce de rendre le malade à son état normal, pour lui permettre d'augmenter sa défense, puis de faire les frais de la réparation.

Le cancer, traité à temps (localisation récente, sans atteinte d'un organe essentiel) pourrait ainsi guérir dans 25 % des cas ; la récidive de surface, sans complication viscérale, serait curable dans 70 % des cas. Le cancer viscéral ne serait pas curable ; tout au plus pourrait-on espérer quelque survie.

***

Conclusions.

L'opothérapie est chaque jour davantage renforcée par la science nouvelle de l'endocrinologie, qui se développe et étend son domaine, non seulement en physiologie et en pathologie, mais en médecine pratique. Cependant le médecin ne peut attendre que le physiologiste ait achevé son œuvre, qu'il ait pénétré le secret de chacune des glandes endocrines et découvert son rôle exact.

Or, il sait aujourd'hui reconnaître en pratique que telle ou telle glande est lésée ; il sait, de plus, apprécier si son fonctionnement est exagéré ou insuffisant. Et, il veut pouvoir opposer à ces troubles une médication efficace.

***

Sans parler de l'opothérapie proprement dite, appelée spécifique, ni de l'opothérapie symptomatique (employée contre un symptôme) ou associée (pluriglandulaire) — on peut dire que cette médication agit *par homo-stimulation* (hormones de Starling) lorsqu'il y a insuffisance glandulaire, — *par action trophique* (hormazones de Gley), — par *action inhibitrice* (chalones de Schœfer) ou *antagoniste* dans l'hyperfonctionnement.

Mais, nous venons de le voir au cours de cet exposé, les *données opothérapiques, actuellement certaines, s'adressent surtout* à l'*insuffisance glandulaire*, quelquefois à l'action trophique, très rarement à l'hyperfonctionnement.

Nous ne connaissons donc que d'une manière incomplète l'opothérapie ; notamment, celle-ci n'est jusqu'à présent capable de traiter l'hyperactivité glandulaire que par quelques antagonistes, encore bien mal définis ; et, aujourd'hui, cette hyperactivité reste encore réservée aux autres moyens thérapeutiques : exérèse chirurcale de la glande, radiothérapie, etc.

Cependant, en opothérapie comme en chimiothérapie, la règle de l'action médicamenteuse, variant (excitation ou inhibition) suivant les doses administrées (faibles ou fortes), doit être vraie.

Quelques essais, dans cet ordre d'idées, ont été réalisés dans le traitement de l'hyperthyroïdie ; ils doivent être confirmés ; et il faut les tenter *contre l'hyperactivité* des autres glandes endocrines.

Alors seulement, nous pourrons obtenir de l'opothérapie tous les résultats que nous sommes en droit d'attendre.





MŒURS CHIRURGICALES D'AUTREFOIS

Dans le numéro spécial qui paraîtra le 16 Mai prochain, nous publierons une très intéressante étude du Dr J. NOIR, sur l'histoire d'une opération : la taille par le grand appareil. Une famille illustre de chirurgiens : les Collot.

PARTIE PROFESSIONNELLE

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Quand le médecin doit-il être rendu responsable de ses actes professionnels ?

« Il semble que l'extension de la responsabilité soit en raison directe du degré de civilisation ». C'est par cette affirmation que débute la thèse de doctorat en droit de Manche (Paris 1913). Cette notion nous apparaît comme parfaitement juste et, dans les nombreux procès en responsabilité professionnelle dirigés contre les médecins, il ne faut voir qu'une des manières prouvant qu'au fur et à mesure la conscience humaine se développe, elle prend de ses droits, comme de ses devoirs, une notion plus nette.

Il ne faut pas croire qu'une déconsidération quelconque puisse rejaillir sur la profession médicale, du fait que des docteurs peuvent être poursuivis par des clients mécontents ; il semblerait plutôt que le public veuille poursuivre ceux d'entre nous qui, à tort ou à raison, lui sembleraient abandonner les anciennes traditions de dévouement, pour ne se laisser conduire que par le désir d'arriver rapidement à une situation brillante et fortunée.

Aussi, ne regrettons pas l'antique usage d'irresponsabilité, dont jouissaient les médecins et plaçons-nous hardiment sur le terrain scientifique, déontologique et professionnel, pour envisager tous les cas où la responsabilité du médecin peut être mise en jeu.

Sans doute, existent des cas où, à première vue, la responsabilité du médecin ne fait pas de doute. Et cependant on voit les tribunaux refuser toute indemnité au plaignant, au civil, comme ne pas vouloir appliquer la loi pénale.

C'est que la profession médicale repose sur des données scientifiques parfois obscures et mal élucidées, souvent contradictoires selon les écoles : pour se faire une opinion, le juge doit s'en reporter aux experts qu'il désigne et si l'accord de ces derniers n'est pas absolu, il ne peut être prononcé de condamnation.

La malfaçon d'un architecte, d'un industriel, d'un officier ministériel, se constate aisément : celle du médecin est plus aléatoire, basée qu'elle est sur les circonstances, les cas particuliers provenant du malade lui-même, ceci s'ajoutant aux capacités professionnelles du docteur.

Acceptons donc cette responsabilité professionnelle, en nous considérant, médecins, comme des citoyens ordinaires ; mais discutons la nature juridique, puis professionnelle de cette responsabilité.

Nature juridique de la responsabilité professionnelle.

1° Le *diplôme de docteur en médecine.*

L'attribution d'un diplôme, en fin de scolarité, peut-elle laisser croire à l'existence d'une irresponsabilité quelconque ? Non : le législateur de 1892 a posé le principe que celui qui ne possède pas le diplôme de docteur en médecine, ne peut pas exercer l'art de guérir, parce qu'il n'a pas acquis les connaissances nécessaires et indispensables pour soigner ses concitoyens.

Mais ce désir de protection de la santé publique ne doit pas être interprété comme l'affirmation que chaque élève, sortant des Facultés de l'Etat, possède toutes les connaissances suffisantes, lui permettant d'exercer sans jamais être sujet à l'erreur. D'autant que le titulaire du diplôme peut parfaitement cesser d'étudier tout en exerçant la médecine et devenir peu à peu, au regard de ses confrères, un arriéré et même un ignorant. La médecine est en voie perpétuelle de changement, ou de progrès ; le praticien est un éternel étudiant ; il ne saurait donc prétendre à une irresponsabilité, basée sur l'octroi de son diplôme, car la vérité scientifique d'aujourd'hui pourra être l'erreur de demain.

Nous en concluons que notre diplôme de docteur en médecine n'a pas été institué en notre faveur, par la loi, mais plutôt pour la sauvegarde de la santé publique.

2° *Faute lourde ou faute légère ?*

Si l'irresponsabilité complète est inacceptable, la responsabilité absolue est une exagération. Les fautes légères ne peuvent pas être imputables aux médecins, car la science de l'homme est bien souvent faillible ; les circonstances et même les inégalités inhérentes à chaque être font que le médecin, parce que médecin, ne saurait échapper aux faiblesses humaines.

Mais la faute grossière, l'erreur inexplicable, partant inexcusable, ne saurait être tolérée de ceux dont les études ont fait un individu d'intelligence moyenne, ayant acquis une faculté d'observation et de pondération.

Aussi le fardeau de la preuve est-il fréquemment laissé au plaignant : c'est à lui d'articuler des faits précis, à l'appui de sa demande en justice, pour que le juge puisse déterminer, par la suite, s'il y a eu véritablement préjudice pour la victime. Il en résulte que si la faute du médecin n'est pas rigoureusement établie, s'il n'est pas légalement démontré que l'erreur commise

ait entraîné un préjudice pour son malade, celui-ci doit être débouté de son action.

Ici se pose la question du libre choix du médecin par le malade. Peut-on dire que la victime présumée avait toute latitude pour désigner le docteur qui aurait à lui donner des soins ; par conséquent, s'il y a faute du praticien, la victime ne doit s'en prendre qu'à soi-même, pour avoir mal placé sa confiance ?

Non : par son diplôme, le docteur est présumé posséder la science nécessaire pour exercer l'art de guérir. La victime ne peut pas faire subir un examen au docteur, avant de lui confier sa santé.

Nous arrivons donc maintenant à la grande discussion doctrinale : le médecin est-il lié à son malade par un contrat ?

3° *Nature juridique des tractations entre malade et médecin.*

Un arrêt récent de la Chambre des requêtes de la Cour de Cassation (21 juillet 1919) vient de poser à nouveau la question. En d'autres termes, le médecin doit-il réparation de ses actes, en vertu des articles 1382 et 1383 du Code civil, en plaçant le praticien sous l'empire du droit commun, applicable aux fautes commises par tout citoyen ? Doit-il, au contraire, être considéré comme ayant failli au mandat à lui confié par le malade et, par conséquent, relever de l'application des articles 1137 et 1147 du Code civil ?

Théorie du contrat. — Nous laissons de côté les cas où un véritable contrat a été passé entre le médecin et le malade, comme entre le docteur et des tiers, ceux-ci étant les *negotiorum gestor* du client.

Ainsi, le médecin qui a accepté de soigner une famille, moyennant un prix forfaitaire annuel, ne saurait, sans engager sa responsabilité, abandonner cette famille, en plein traitement, sans avoir au préalable rompu son contrat selon les formes requises.

Un médecin, employé dans une usine, une clinique d'assurances contre les accidents du travail, un hôpital, ou ayant contracté à l'année avec une mutualité, avec le préfet pour le service de l'assistance médicale gratuite, etc., etc., serait rendu responsable de toute violation de son contrat de louage de services.

A contrario, ce médecin conserve la faculté de réclamer en justice des dommages-intérêts pour brusque renvoi injustifié. Le *Concours médical* a publié quelques décisions de jurisprudence à ce sujet.

A part ces cas, où la discussion est certaine, doit-on dire que, lorsque le médecin se rend, sur l'invitation d'un malade, au domicile de celui-ci, pour lui donner les soins nécessités par son état de santé, il se forme une convention synallagmatique entre eux ? Contre des honoraires, que le malade s'engage à verser au praticien, celui-ci donnera en échange toute sa science et son dévouement.

Peut-on dire, avec les auteurs anciens, que le malade donne au médecin *mandat* de le guérir ? Nous ne croyons pas au mandat, et notre opinion est corroborée par celle de nombreux auteurs. Aux termes de l'article 1984 du Code civil, le mandat, ou procuration, est un acte, par lequel une personne donne à une autre le pouvoir de faire quelque chose pour le mandant et en son nom. Par conséquent, pour être logique avec les termes du Code civil, il faudrait supposer que le client donne à son docteur le mandat d'exercer la médecine en son nom, client, alors que ce dernier n'a pas le droit légal d'exercer l'art de guérir.

De plus, l'article 1986 du Code civil spécifie que le mandat est essentiellement gratuit. Or, le médecin (mandataire) reçoit des honoraires de son client (le mandant).

Enfin, disons avec M. Planiol (*Droit civil*, t. II, p. 712) que l'homme qui exerce une profession libérale accomplit les actes qui en dépendent, en son propre nom, et nullement au nom et comme représentant de ceux qui doivent en profiter.

Les médecins, les avocats, les notaires, ne sont pas les mandataires de leurs clients : ils n'agissent pas au nom de ceux-ci ; tandis que l'avoué est un véritable mandataire, qui reçoit de son client le pouvoir de soutenir son action en justice.

Le contrat, qui lie le médecin à son malade, est plutôt un *contrat de louage de services* (Planiol, *op. cit.* ; Baudry-Lacantinerie et Wahl, *Du mandat*, n° 379 ; Labbé, note Sirey, 1893,1,497 ; Aubry et Rau, 5e éd. t. V, 371 *bis*). Certains auteurs l'appellent encore contrat *sui generis*.

L'article 1710 du Code civil définit le contrat de louage de services « un contrat par lequel une partie s'engage à faire quelque chose pour l'autre moyennant un prix convenu entre elles ».

Quelque choquant que puisse paraître, au premier abord, pareille définition appliquée aux actes médicaux, reconnaissons cependant qu'elle est juste et que, plus nous allons vers la médecine collective, plus nous devons aborder la question de contrat de louage de services. La récente application de la loi sur les pensionnés de guerre (31 mars 1919), la loi en préparation sur les assurances sociales obligent le médecin à envisager des modalités de contrat collectif de travail.

Mais, nous objectera-t-on, l'article 1780 du Code civil déclare « qu'on ne peut engager ses services qu'à temps, ou pour une période déterminée ». Peut-on, par suite, dire qu'il y a louage de service, dans le fait d'une seule consultation que le médecin donnera dans son cabinet, à son malade ?

Nous trouvons la réponse dans la thèse de

doctorat en droit de Balmary (Paris, 1909). En spécifiant une durée, pour la location de services ou d'ouvrage, le législateur a entendu protéger la liberté du travailleur, que sa condition économique et sociale ne rend pas toujours apte à discuter, à égalité, les conditions d'un contrat et qui pourrait se trouver peut-être confiné, toute sa vie, dans une position subalterne, humiliante et contraire à ses intérêts.

Or, le médecin peut librement discuter le quantum de ses honoraires, car il ne se trouve pas dans une situation inférieure à celle de son malade.

De plus, le médecin peut, à tout moment, déclarer à son client qu'il se refuse à continuer ses soins, si, par exemple, on ne suit pas ses prescriptions. Si l'on considère que ce refus de continuer ses soins constitue une faute, c'est surtout l'article 1142 du Code civil qui sera invoqué : « Toute obligation de faire ou de ne pas faire se résout en dommages et intérêts, en cas d'inexécution de la part du débiteur ».

En sens inverse, le malade conserve en tout temps le droit absolu de changer son médecin, sans que celui-ci, dans l'immense majorité des cas, ait un recours quelconque contre son client.

Mais, nous dira-t-on encore, dans le contrat de travail, l'employé doit ses services à un employeur déterminé, pour une durée de temps convenue, pour un travail d'un genre indiqué d'avance. Ce n'est pas le cas du médecin.

Certes, le travail scientifique et intellectuel du médecin fait l'objet d'un contrat, qui se rapproche encore du *contrat d'entreprise*, qui est une véritable location de travail, offerte au public, par l'entrepreneur.

Nous pourrions conclure cette argumentation purement juridique en disant que lorsqu'un docteur contracte, pour un temps plus ou moins long, l'engagement de donner ses soins aux membres d'une collectivité (usine, assurance, mutualité, A. M. G., etc.), il y a bien contrat de louage d'ouvrage, contrat de travail.

Si, au contraire, il donne ses soins à un malade déterminé, pour la durée d'une maladie, ou pour un temps plus court, il y a contrat d'entreprise.

Laissons de côté les cas où le praticien est appelé d'urgence auprès d'un blessé sans connaissance. Le médecin est juridiquement le *negotiorum gestor* du patient ; car il n'a pu se former entre les deux parties ni mandat, ni contrat. Et cependant, si le médecin prodigue ses soins, le malade lui doit reconnaissance et honoraires. Cette gestion d'affaires n'est pas gratuite, par la force des choses, différant en cela de la gestion d'affaires du Code civil.

Cette conclusion, à laquelle nous arrivons, à savoir que le médecin est lié à son malade, non par un mandat, mais par un contrat de louage de services, ou d'entreprise, quelquefois de gestion d'affaires, a une grosse importance pour comprendre l'orientation de la Cour de Cassation en matière de responsabilité professionnelle.

Le client vient-il à se plaindre de son médecin ? Ce seront les articles 1137 et 1142 du Code civil qui seront applicables et non les articles 1382 et 1383.

Il n'y aura pas droit à réparation, si l'obligé (le médecin) a apporté tout son soin dans l'accomplissement de sa tâche et s'il n'a pas compromis la santé de son client, en négligeant d'accomplir toutes les obligations professionnelles et scientifiques, nées de son contrat même, ou en méconnaissant les règles essentielles de la prudence, du bon sens et les principes fondamentaux et universellement reconnus de la science médicale.

Théorie de la responsabilité délictuelle. — La plupart des auteurs, qui ont écrit sur la responsabilité médicale ont toujours discuté le point de savoir si le médecin est responsable de sa faute, même légère, ou seulement de sa faute lourde. Ce problème soulève l'interprétation des articles 1382 et 1383 du Code civil, obligeant celui qui cause un dommage à autrui de le réparer.

La jurisprudence, en pareille matière, a, pendant longtemps, été fidèle à ce principe et, pour condamner un médecin à des réparations civiles, les juges cherchaient s'il y avait eu de la part du docteur, impéritie, négligence, ou ignorance absolue des règles les plus élémentaires de l'art de guérir.

Un revirement s'est produit, à propos de transport par chemin de fer. Après avoir, pendant de longues années, admis la responsabilité des compagnies de transport, basée sur les articles 1382 et 1383, un arrêt de la Chambre civile de la Cour de Cassation (21 nov. 1911), suivi de nombreuses autres décisions analogues, a admis que la responsabilité du transporteur découlait d'un contrat, passé entre ce dernier et le voyageur.

Cette même responsabilité contractuelle, basée sur les articles 1137 et 1142 du Code civil, fut appliquée au corps médical par la Cour de Cassation, dans un arrêt du 21 juillet 1919 (Chambre des requêtes).

La *responsabilité du médecin est-elle contractuelle ou délictuelle* ?

En cas de faute de la part du docteur, celui-ci doit-il être considéré comme ayant manqué à ses engagements, découlant d'un contrat de louage de services, ou d'entreprise, ou *sui generis*; doit-il, au contraire, être rendu responsable, comme ayant failli aux obligations imposées par le législateur à l'ensemble des citoyens ? Nous laissons bien entendu de côté toute responsabilité pénale, du moins pour le moment.

Le délit civil existe dès qu'il y a violation d'une règle de droit civil imposée par le législateur et c'est en vertu de ce principe que la partie lésée sollicitera des dommages-intérêts.

La jurisprudence de la Cour de Cassation, suivie tout récemment par le tribunal correctionnel d'Evreux (16 novembre 1922) semble abandonner l'ancienne conception de responsabilité délictuelle, pour adopter la thèse contractuelle. Le médecin serait responsable de sa faute, non parce qu'il a violé les règles de prudence et commis une faute, dont il doit réparation, en vertu de l'article 1382, mais parce qu'il n'a pas accompli tous ses engagements contractuels et professionnels envers le client qui lui a demandé ses soins (art. 1137 et 1142).

M. Laurent (*Principes de droit civil*, t. 20, n° 516) écrit : « Il serait dangereux de déclarer les médecins responsables en vertu des articles 1382 et 1383 du code civil, car ils répondraient de la moindre négligence et de la moindre imprudence. Pour échapper à cette conséquence, on a essayé de distinguer les faits de l'homme responsable de toute faute, tandis que le médecin ne serait tenu que de la faute lourde (Metz, 21 mai 1867 ; Dal. 67,2,110). Il est inutile de discuter cette distinction, car elle n'a de fondement ni dans le texte, ni dans les principes ; c'est la Cour qui l'a imaginée, en oubliant qu'il y avait des principes légaux sur la responsabilité. Il faut choisir, ou la règle de la responsabilité contractuelle, qui est celle de la faute légère, ou la responsabilité du quasi délit, qui est celle de la faute la plus légère : la responsabilité de la Cour de Metz n'est ni l'une ni l'autre, c'est-à-dire qu'elle est en dehors de la loi ».

Cette distinction est plus théorique que pratique. En effet, dans le cas de responsabilité contractuelle, ce n'est plus au client demandeur de faire la preuve que le médecin a commis une faute, mais c'est au praticien à prouver qu'il a agi selon toutes les règles de l'art.

Or, le juge nomme un ou plusieurs experts et ce sont ces derniers qui apprécieront la conduite professionnelle et scientifique de l'accusé.

Le juge a parfaitement raison de douter de sa compétence en matière professionnelle médicale. La science du médecin est imparfaite, sujette à l'erreur, non seulement de l'homme, mais même de la doctrine en faveur au moment. Lorsqu'il soigne son client, le praticien met en pratique la science qu'il a reçue et qu'il a entretenue par ses études ; mais il applique sa science selon son tempérament personnel ; il est un véritable artiste et se laisse guider selon ses conceptions, son bon sens, son audace ou sa grande prudence, tout ceci pour le mieux des intérêts de son patient. Il serait donc impossible, ce serait même dangereux pour la santé publique, de vouloir emprisonner, dans des règles de conduite étroites, la science, les aptitudes personnelles et les facultés individuelles de chaque médecin. En présence d'un cas déterminé, le docteur doit être laissé seul juge d'agir et d'ordonner selon sa conscience et surtout selon les circonstances.

Aussi, l'erreur serait-elle même constatée, qu'elle peut souvent ne pas être productrice de réparation, parce qu'elle ne constitue pas une faute étant donné les cas spéciaux. Seuls les praticiens peuvent (et encore, ne doivent-ils le faire qu'avec prudence et circonspection) juger la conduite scientifique et professionnelle d'un confrère.

Il n'est jamais superflu de rappeler ce que disait le procureur général Dupin, dans un procès fameux (Cour de Cassation, 18 juin 1835) : « Dans les questions de ce genre, il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à propos, ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, ou malhabileté à l'exécuter, si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel procédé, elle n'aurait pas mieux réussi. Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile, ni tomber sous l'examen des tribunaux ».

Conclusions. — Il n'y a pas lieu d'attacher grande importance, comme certains ont cru devoir le faire, à la nouvelle orientation de la jurisprudence, à la suite de l'arrêt de Cassation du 21 juillet 1919. Il s'agit plus d'une précision de doctrine que d'une aggravation de la responsabilité du médecin.

Que celui-ci commette une faute lourde, une imprudence caractérisée, une négligence grave, qu'il ait fait montre d'une ignorance des choses qu'un homme de l'art doit nécessairement connaître, il devra réparation du dommage qu'il aura causé, tout comme n'importe quel citoyen. Sa responsabilité pénale pourra même, le cas échéant, être mise en jeu.

Ici il n'est pas nécessaire de discuter le point de vue scientifique : la faute relève de l'appréciation du juge de droit commun, car elle est le fait de l'homme et non du praticien.

Mais s'agit-il d'une question d'ordre scientifique, tant de traitement que de diagnostic, le juge doit s'adresser aux hommes de l'art, pour que ces derniers puissent dire si, dans les limites de la science actuelle, la conduite du médecin incriminé est, ou non, génératrice de réparation.

Responsabilité pénale. — Au lieu de léser simplement les intérêts des particuliers, les fautes des médecins peuvent porter atteinte à l'intérêt général et à l'ordre public. Pas plus que tous autres citoyens, les docteurs n'échap-

pent aux lois que le législateur a édictées en vue de punir et de réprimer certains agissements.

Voici pourquoi quelques procès en responsabilité professionnelle sont soumis aux tribunaux correctionnels, qui auront à dire si, au nom de la paix publique, le médecin est coupable, ou non, d'un crime ou d'un délit. Puis, ces mêmes tribunaux décideront s'il y a lieu d'allouer à la victime réparation du dommage qu'elle a subie.

Par conséquent le médecin peut être absous, au nom de la justice répressive, tout en étant astreint à verser des dommages-intérêts à la victime, comme il peut être relaxé et de la plainte correctionnelle et de la demande civile en dommages-intérêts.

En l'occurrence, ce sont les articles 319 et 320 du Code pénal, qui peuvent être applicables au médecin : « Quiconque, par maladresse, inattention, négligence aura commis, ou provoqué involontairement, soit un homicide, soit des blessures, ou des coups ».

Or, le domaine d'application des articles 319 et 320 du Code pénal est beaucoup moins étendu que celui de l'article 1382 du Code civil : il faut que soit constatée une des causes suivantes : maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des réglements. De plus, cette cause doit avoir entraîné, pour la victime, soit la mort, soit des blessures, c'est-à-dire un dommage sérieux à la santé.

Si l'une de ces conditions ne se trouve pas réalisée, soit dans la cause, soit dans l'effet, les articles 319 et 320 ne sont pas applicables.

Mais, si la juridiction répressive met hors de cause la responsabilité pénale du médecin, la partie lésée n'en conserve pas moins le droit à la réparation du préjudice civil, si elle peut en prouver l'existence.

Pourquoi les malades poursuivent-ils leurs médecins en responsabilité professionnelle ?

Il ne faut pas se dissimuler que de plus en plus nombreuses sont les plaintes déposées en justice contre les docteurs. Nous avons connu une période de notre vie professionnelle, où nous pouvions hardiment affirmer que les procès en responsabilité étaient tellement rares qu'ils n'existaient pas à vrai dire.

Mais, depuis quelque dix ans, le « Sou médical » doit, de plus en plus souvent, intervenir pour assister un adhérent, inquiété par un de ses clients.

Laissons de côté les cas où la responsabilité du praticien repose sur la faute lourde, l'erreur, grossière, inexcusable, indéfendable, cas extrêmement rares dans les annales de la médecine. N'envisageons que les seules espèces courantes, celles dont nous avons à nous occuper fréquemment.

1° *Refus de payer.* — Une fois guéri, s'il n'a pas payé comptant, lors de chaque visite, le malade oublie progressivement la reconnaissance envers celui qu'il a appelé son sauveur, pour ne voir désormais, en ce docteur, qu'un vil créancier. Aussi, les journaux quotidiens, toujours à court de copie intéressante, toujours en quête de ce qui peut éveiller l'intérêt de leurs multiples lecteurs, sont à l'affût de toute nouvelle judiciaire et lui donnent-ils une publicité exagérée.

Tel procès vient de se dénouer devant le tribunal civil ou correctionnel : les quotidiens s'en emparent, commentent le jugement, en omettant de dire que ce jugement, frappé d'appel, sera probablement réformé, ou anéanti par la juridiction supérieure.

Le malade, qui se croit mal ou insuffisamment guéri, est, par suite, incité à user du procédé de l'intimidation : n'est-il pas entièrement satisfait des soins qu'il a reçus, qu'il émet la prétention de ne payer aucun honoraire. Pour obtenir plus aisément la remise de cette dette, escomptant le désir de paix et de tranquillité que les médecins montrent toujours, soutenu bien souvent, conseillé et guidé par un agent d'affaires plus ou moins véreux, qui reste prudemment dans la coulisse, le client menace le docteur de poursuites en justice, pour prétendue faute commise.

Pour avoir la paix, pour ne pas être éclaboussé par un scandale, bien que cependant il se sente parfaitement innocent de la faute qu'on lui reproche, le praticien accepte une transaction.

Mais, est-il adhérent au « Sou médical », cette Ligue de défense professionnelle accorde immédiatement tout son appui, pour que le docteur puisse résister victorieusement à la menace dont il est l'objet.

Résultat : beaucoup de procès sont étouffés dans l'œuf : le débiteur récalcitrant s'exécute et paye, lorsqu'il sait que son docteur n'est pas un isolé et que, derrière lui, se trouve notre Ligue de défense professionnelle.

2° *L'assistance judiciaire.* — « Poursuivez hardiment, cela ne vous coûtera rien ». Voici ce que déclare l'agent d'affaires au débiteur du médecin. De fait, les plaintes qui sont formulées contre des docteurs émanent de gens modestes qui demandent le bénéfice de l'assistance judiciaire. Alléchés par l'appât d'un gain quelconque provenant d'un jugement, ou plutôt d'une transaction, ce nouveau genre de chantage semble prendre droit de cité. Le plaignant sait qu'il n'aura rien à débourser devant toutes les juridictions, même si les juges reconnaissent le mal fondé de la plainte.

3° *Racontars des voisins.* — Les facilités de communication, le téléphone, l'automobile, ont supprimé les distances ; mais également a disparu l'ancien médecin de famille. Il est si facile de se procurer l'assistance d'un autre docteur, que souvent on ne résiste pas aux sollicitations d'une voisine, qui fait l'éloge de tel praticien. Alors intervient le facteur suivant :

4° *Propos imprudents des médecins eux-mêmes.* — Disons le à la honte de notre manque de déontologie : beaucoup de procès en responsabilité ont, comme *primum movens*, un dénigrement maladroit d'un médecin appelé à la suite d'un premier confrère. Croyant se mettre en valeur, désireux de se faire passer pour un excellent praticien, le second docteur oublie les devoirs élémentaires de la plus banale confraternité. Il laisse entendre que son prédécesseur a commis une erreur de diagnostic, il estime qu'il y a des critiques à formuler quant au traitement précédemment établi : bref, ouvertement, ou insidieusement, il « débine » la science ou la perspicacité d'un collègue. Il ne se remémore pas l'adage « *hodie mihi, cras tibi* ». Le public se laisse séduire par ces dénigrements et, perdant tout respect dans la science médicale, il se croit lésé lorsque le docteur ne lui a pas donné une guérison absolue, complète.... et à bon marché.

Confrères ! prenons-nous-en à nous-mêmes, si notre antique considération n'est plus qu'un souvenir.

5° *La science vulgarisée.* — Beaucoup de livres de vulgarisation sont mis en vente, ayant la prétention de faire connaître, par la lecture d'un seul volume, toute la science médicale que nous mettons de longues années à entrevoir et à bégayer.

Des journaux politiques ont des rubriques, pour tenir leurs lecteurs au courant de toutes les découvertes de la science. Or, à côté d'articles véritablement bien faits, s'en glissent beaucoup, qui ne masquent qu'une vulgaire réclame pour un produit qui doit guérir toutes les maladies.

Comment le pauvre patient peut-il se reconnaître, au milieu de ces notions plus ou moins désintéressées ? Il croit à la science ; il croit que sa maladie peut guérir complètement, puisque son journal lui affirme qu'avec l'emploi de tel mirifique produit, il sera débarrassé de ses maux. *Inde iræ* et fureur contre le médecin, qui n'a pas su, avec sa science, lui faire recouvrer la santé.

Défense du médecin contre son malade. — Nous le savons par expérience, le docteur veut sa tranquillité : il accepte que sa notoriété soit répandue à sons de trompe ; mais il pâlit dès qu'on laisse entendre qu'il a pu se tromper pour un de ses clients. Aussi, pusillanime, accepte-t-il une transaction, même lorsqu'il ne se sent pas coupable.

Nous ne parlerons pas du « Sou médical », qui n'attend pas que la plainte soit officiellement déposée entre les mains de la justice, pour engager les hostilités. Que de fois ne sommes nous pas consultés par des confrères, qui, à l'envoi d'une note d'honoraires se voient opposer, non seulement un refus de payer, mais même une menace en représailles devant les tribunaux.

Le « Sou médical » conseille immédiatement à son adhérent de citer en justice le débiteur en payement de sa note d'honoraires et, si ce dernier formule une demande reconventionnelle en responsabilité professionnelle, notre adhérent est assuré de tout notre appui moral et pécuniaire.

Le résultat ne se fait pas attendre : le client paye, se tient coi et souvent même présente ses excuses.

Aussi, est-ce avec plaisir que nous avons lu la décision du tribunal civil de Dijon, du 13 novembre 1922. Le plaignant, sur les conseils de son défenseur, avait cru habile de grossir sa demande en l'appuyant d'imputations téméraires à l'endroit du praticien. Et le plaignant fut condamné à payer au médecin le franc de dommages-intérêts que celui-ci avait demandé, pour le principe, en se portant, à son tour, reconventionnellement demandeur.

Matérialité de la faute professionnelle.

Nous allons passer une revue très rapide des cas où la responsabilité du médecin a été mise en cause.

La négligence. — Nous ne saurions trop recommander, à nos confrères, la plus grande circonspection dans l'exercice de leur profession.

Un client peut toujours se plaindre qu'il a été examiné trop hâtivement Le cas est-il difficile, le résultat n'a-t-il pas été la guérison absolue ? le médecin se voit traîné devant les tribunaux (trib. civ. Compiègne, mars 1898 ; acquittement). Mais, c'est surtout en matière d'accident du travail que le médecin doit être circonspect : le « Sou médical » a dû soutenir un de ses adhérents, auquel la compagnie d'assurances et le blessé reprochaient de ne pas avoir fait procéder à un examen radiologique de fracture.

En matière de certificat pour nourrice au sein, tout examen hâtif et superficiel peut entraîner la responsabilité du médecin : la contagion syphilitique ultérieure peut servir de base à une demande en dommages-intérêts (Cour d'Amiens, 12 août 1893 ; trib. civ. Seine, 9 nov. 1906 ; cour de Paris, 16 mars 1896 ; trib. Seine, 5e chambre, 11 décembre 1912 ; trib. Seine, 1re chambre, 24 octobre 1906).

Négligence dans l'assiduité des soins. — C'est surtout en cas de pose d'appareil plâtré que la question est soulevée, l'appareil étant trop serré provoque des troubles ultérieurs (Cour de Cassation, 21 juillet 1919).

Négligence dans la rédaction des ordonnances. — Est condamné le médecin ayant occasionné le décès d'un enfant auquel il a ordonné de l'huile de foie de morue phosphorée, sans préciser le titre de la préparation (Cour de Caen, 28 nov. 1898) ; trib. corr. Seine, 28 juillet 1894 ; trib. correct. Lectoure, 5 avril 1895 ; cour de Toulouse, 17 mai 1902).

Négligence dans la rédaction des certificats. — Internement de malades par délivrance de certificat, sans contrôle suffisant de l'état mental du malade (trib. civ. Rouen, 30 juin 1897, Cour de Cassation, 13 mai 1908, trib. civ. Blois, 3 déc. 1908, cour de Nîmes, 3 juillet 1911, Cour de Cassation, 13 mai 1908 ; trib. civ. Blois, 22 mars 1901 ; trib. civ. Seine, 1er mai 1912).

Un certificat incomplet, ne décrivant pas toutes les lésions que présente le blesse, surtout en matière d'accident du travail, peut engager la responsabilité du médecin. Il en sera de même si le certificat est rédigé en termes trop précis, pouvant devenir nuisible pour la personne qui s'en servira (trib. civ. du Havre, 4 juin 1921). Dans le cas particulier, le médecin a été déclaré fautif pour avoir délivré un certificat, qui lui était demandé par sa malade, sans se renseigner sur le but dans lequel l'attestation lui était demandée et sur la qualité de la personne qui sollicitait ledit certificat. Le tribunal estime que le docteur doit, avant de délivrer la pièce demandée, rechercher si le certificat qu'il va délivrer ne pourra pas servir pour un chantage, un internement injustifié, etc., ou s'il n'amènera pas, dans une famille, un ménage, le trouble et la discorde.

Notons une décision, concernant un *certificat de complaisance.* Le tribunal de la Seine, 24 décembre 1897, considère comme quasi-délit le fait, pour un médecin, de certifier l'existence d'une lésion grave, devant entraîner, pour le blessé, une longue incapacité de travail, alors qu'en réalité, il n'y avait eu qu'une très légère contusion.

Négligence pour certifications et déclarations exigées par la loi. — A défaut du père, le médecin doit déclarer les naissances auxquelles il assiste, même lorsque l'enfant est mort-né (Cassation, 2 août 1844). L'arrêt de Cassation du 7 août 1874 précise que l'enfant n'est réputé viable qu'après un minimum de 180 jours, ou six mois de gestation ; par suite, en combinant les articles 345 du Code pénal et 312 du Code civil, ce n'est qu'après cette durée de vie intra-utérine que le médecin est astreint à déclarer comme mort-né, un enfant à l'accouchement duquel il a assisté.

Signalons ici, en passant, la controverse, quelquefois soulevée, sur le point de savoir si le médecin ne violerait pas le secret professionnel au cas où il dévoilerait le nom de la mère, en déclarant la naissance d'un enfant illégitime. Un arrêt de Cassation, du 1er juin 1844 et un arrêt de la cour d'Angers, 1851 (*Journal du Palais,* 1851, 1, 21) arrêt de Cassation du 1er août 1845 obligent le médecin au silence.

Cependant, une fausse déclaration du docteur constituerait le crime de faux (même arrêt de 1845).

Ne parlons pas de la question de la déclaration des maladies contagieuses : cela constitue plutôt un problème de violation du secret professionnel, au regard de la protection de la santé publique.

Erreurs de diagnostic. — Le médecin, pour une erreur de diagnostic, peut être poursuivi correctionnellement, pour négligence, impéritie, ayant occasionné la mort ou des blessures ; il peut également être actionné en réparation du dommage par la victime ou les ayants droit.

Nous laissons de côté toute faute extra-professionnelle, imputable à l'homme seul, pris indépendamment de sa qualité de docteur. Demandons-nous seulement si le praticien est responsable pénalement et civilement de sa faute purement professionnelle, lorsqu'il n'a pas établi un diagnostic exact et que cette erreur est préjudiciable à son client.

Si la médecine était, comme les mathématiques, une science exacte, jamais sujette ni au doute, ni à l'erreur, ni même à la discussion, je n'hésiterais pas à reconnaître l'entière responsabilité des agissements du médecin.

Mais il est des cas où le praticien est induit en erreur par nombre de circonstances, en dehors de toute négligence, d'impéritie ou d'ignorance. De bonne foi, ou par calcul et intérêt, le malade peut tromper le médecin et celui-ci, aiguillé par le malade lui-même dans une mauvaise voie, ne s'apercevra pas à temps de l'erreur qu'on lui fait commettre. Cela se produit tous les jours, la malade ne voulant pas avouer une grossesse, une syphilis, une hérédité tuberculeuse, ou mentale. Des préjugés, des erreurs d'éducation, une absence d'instruction populaire, conduisent le patient à mentir à son médecin.

Celui-ci, qui a beaucoup de peine à trouver la vérité scientifique, même avec la collaboration intelligente de ses malades, aura grand'chance à errer, si le client est le premier à égarer ses recherches.

Puis, ce sont les erreurs provenant même des recherches de laboratoire : syphilis méconnue, ou affirmée par la réaction de Wassermann, qui n'est pas rigoureusement exacte ; radiographies mal interprétées, etc.

Joignons à cela la mauvaise habitude sociale qui consiste souvent à choisir un médecin, parce qu'il est moins cher que ses confrères. Pour arriver à gagner sa vie, le docteur au rabais doit faire de nombreuses visites à la hâte, comme cela se passe dans tous les services mal payés et à forfait (assistance, mutualité, médecine militaire, etc.).

Le confrère n'a donc pas le loisir matériel pour poser un diagnostic exact, ce qui peut être préjudiciable au client. Ici, la première coupable c'est la mauvaise habitude de comparer la concurrence scientifique entre médecins avec la concurrence commerciale entre marchands de

denrées quelconques : la médecine à bon marché, faite par des gens pressés, parce que mal payés, est un danger social.

La jurisprudence ne retient contre le médecin accusé d'une erreur de diagnostic, de traitement ou d'opération, que les fautes que l'état actuel de la science ne permet pas de commettre, qui dénotent une impéritie, une ignorance impardonnable, une négligence réelle, telles qu'on ne peut s'attendre à en rencontrer de semblables chez ceux qui ont fait des études spécialisées pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, avec les connaissances théoriques et pratiques, la clinique, la conscience et le bon sens nécessaires à tout médecin moyen.

De nombreuses décisions de justice précisent cette affirmation, soit se rapportant à la profession médicale, soit par analogie avec d'autres professions.

Nous concluons, de la lecture de cette jurisprudence, que le médecin accusé correctionnellement d'homicide par imprudence, sera relaxé s'il peut prouver que la mort du malade est naturelle, en ce sens que le médecin ne s'est pas écarté du pur domaine de la science, sans qu'il puisse être relevé, contre l'inculpé, de faute extra-professionnelles, de négligence, ou d'inobservation des règles de prudence généralement admises.

Il ne faudrait pas que, pour sauvegarder l'intérêt d'un seul individu, le médecin soit réduit à n'appliquer que la doctrine expérimentale du passé, sans essayer scientifiquement de rechercher une méthode nouvelle susceptible, après bien des insuccès, de guérir nombre d'individualités.

Aussi, dans ce pur domaine de la science, les juges s'abstiennent-ils et, laissant la parole aux experts, ne veulent jamais départager Hippocrate et Galien, car les experts eux-mêmes sont rarement d'accord sur une théorie scientifique ou d'ordre pratique.

Maladresses. — Le résultat n'est-il pas la guérison absolue, le malade accuse son docteur de maladresse, de malfaçon. Cependant, quelle dextérité ne faut-il pas au médecin, en présence des nombreux cas journaliers. La pratique des injections intraveineuses, facile en général, occasionne cependant des accidents soit locaux, soit généraux, souvent même avec des médicaments absolument inoffensifs. Nous ne retenons pas le procès, par lequel un médecin a été condamné, pour accidents consécutifs à des piqûres intraveineuses : le dossier contient un rapport d'expertise, qui ne donne pas la preuve scientifique de la culpabilité du médecin et celui-ci a été condamné surtout par le mode commercial d'exercice de la médecine qu'il employait. Disons simplement que, si le médecin peut prouver que sa technique est celle généralement employée, qu'il avait examiné son malade suffisamment pour prévenir toute complication, il ne saurait être rendu responsable.

Anesthésie. — Plusieurs procès ont été ou sont intentés pour accidents d'anesthésie. Les deux thèses ont été développées : l'une, dans le sens de la culpabilité du médecin, qui ne doit pas faire courir à son malade les risques d'une syncope mortelle, en l'endormant, pour lui éviter la souffrance d'un pansement, ou d'une petite intervention (trib. civ. Château-Thierry, 7 juin 1905) ; l'autre reconnaissant au médecin le droit d'agir pour le mieux des intérêts de son malade, pourvu que toutes les précautions ordinaires en pareils cas soient prises (cour d'Amiens, 1re ch., 14 février 1906, cassant le jugement précédent).

Nous pourrions citer d'autres jugements rendus dans le même sens.

Le médecin et ses aides. — Responsabilité du docteur des faits de ses infirmiers, internes, aides, assistants-infirmiers : le médecin n'est responsable, aux termes de la jurisprudence, qu'autant que l'aide est lié au praticien par un contrat de louage de services (comme cela existe pour les maisons de santé) ; le médecin est responsable s'il est prouvé qu'il n'a pas soumis son personnel, placé sous ses ordres, à une surveillance scientifique et professionnelle suffisante (cour d'appel de Paris, 25 juin 1920).

Pourrait être également rendu responsable le médecin qui plaçant lui-même une infirmière au lit du malade, ne se serait pas assuré que cette infirmière remplit toutes les conditions requises de savoir, pour soigner utilement le malade qui lui est confié. Le médecin serait alors répréhensible, non en vertu de l'article 1384 du code civil, mais pour faute professionnelle et manque de surveillance (tribunal correctionnel de Nîmes, 8 décembre 1920).

Conclusions générales. — Il ne saurait être donné de règle générale, en ce qui concerne la responsabilité professionnelle du médecin. Quelle que soit la théorie doctrinale qui soit invoquée : théorie du mandat, du contrat de louage de services, ou d'entreprise, responsabilité délictuelle de droit commun : chaque cas doit être envisagé séparément.

Quel que soit son rang scientifique, le médecin est sujet à l'erreur, soit du fait de sa science, toujours en perpétuelle évolution, soit parce qu'est vrai l'adage : *errare humanum est.*

Les livres de déontologie insistent sur les qualités physiques, morales, scientifiques et professionnelles que doivent avoir tous les médecins. Aucun de ceux-ci ne peut les posséder toutes à lui seul, d'autant qu'à la Faculté de médecine, on forme des savants, mais nullement des praticiens connaissant leurs droits, et surtout leurs devoirs.

Souvent le premier coupable est moins le médecin délinquant que ses maîtres, qui ont oublié cet enseignement pratique et social. Le jeune docteur, au sortir de la Faculté, est laissé à lui-même, sans direction morale ; il croit que la médecine peut se concilier avec des méthodes de concurrence acceptables dans tout autre métier, mais répréhensibles dans notre profession. Le jeune praticien ne connaît pas non plus ses devoirs, dictés par les lois : s'il est fautif, est-il le seul coupable ?

Quant à la science qu'il a reçue, combien changeante, capricieuse devient-elle, au contact de la vie journalière ! Une accusation d'ignorance est-elle formulée contre le médecin de campagne, que son acte professionnel sera apprécié par des experts, habitant la grande ville, et non la petite localité, experts souvent chefs d'école, par conséquent se croyant détenteurs de la vérité scientifique.

Erreurs dogmatiques, rivalités d'école, que d'absurdités n'a-t-on dites en votre nom !

Puis, le facteur malade : celui-ci n'est pas souvent le collaborateur de son médecin : on ment au docteur, pour ne pas avouer une faute, pour ne pas aller à l'hôpital, pour ne pas être condamné à s'arrêter dans ses occupations. Et si le praticien s'est laissé égarer par ces mensonges, c'est lui qui devra en supporter le poids.

Enfin, abordons le facteur principal de l'origine de la faute : le milieu. Personnellement, nous nous sommes trouvé, en pleine campagne, devant l'alternative suivante : commettre une imprudence, une hérésie même scientifique, pour ne pas laisser mourir un malade. Accouchement ultra-rapide à faire, sans avoir le temps de se désinfecter autrement que par des flots de teinture d'iode versés sur les mains, sans pouvoir les savonner ; cure radicale de hernie étranglée, sur un malade intransportable, sans aides : l'urgence commande : le médecin obéit à son devoir, malgré l'épée de Damoclès : la responsabilité professionnelle, le tribunal correctionnel, les dommages au civil.

Parfois même, bien que le malade ait été opéré dans les meilleures conditions, on se heurte à la fatalité : la guigne. Mort absurde, que rien ne laissait prévoir, mort *sine materia*, mort, que néanmoins on reprochera violemment au praticien.

Malgré tout, confrères, exerçons notre profession périlleuse, sans arrière-pensée, uniquement guidés par notre devoir, malgré que nous puissions faire connaissance avec les rancœurs de l'ennemi du peuple d'Ibsen. Le « Sou médical » est assez puissant, ses archives juridiques assez bien fournies, pour que notre Ligue de défense professionnelle puisse venir à votre secours et, si vous êtes innocent, faire proclamer cette innocence, devrions-nous épuiser, à nos frais, tous les degrés de juridictions.

Dr Paul Boudin.
Docteur en médecine et en droit.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Ce qu'elle était hier, ce qu'elle est aujourd'hui

De temps à autre et particulièrement dans ces derniers mois, nous avons reçu des lettres de jeunes confrères ou de nouveaux abonnés du *Concours*, lettres se résumant à peu près dans ces termes :

Nous lisons souvent dans le *Concours* des articles ou des annonces qui nous parlent de la Mutualité familiale, qui nous vantent ses avantages, qui nous donnent des détails et des précisions sur son administration, qui discutent ses diverses combinaisons... Mais tout cela ne nous dit guère ce que c'est que cette Mutualité familiale, et nous aimerions bien savoir quelque chose de ses origines, de son évolution, de ses moyens, de ses buts, de ses ressources. Au journal, vous n'en parlez que comme si nous la connaissions bien — or nous sommes nombreux à ne connaître que son nom alors que nous voudrions bien connaître son histoire.

Ces confrères ont raison, et au risque de nous répéter, il est nécessaire que nous redisions aux anciens et que nous apprenions aux jeunes ce que nous sommes.

I

Le *Concours médical* qui, dès sa fondation, avait inscrit sur son programme la prévoyance et la défense professionnelle, se devait à lui-même de créer une œuvre d'indemnité-maladie s'étendant à tous les médecins de France, et Cézilly, en 1885, publiait quantité de documents sur l'assurance Anglaise *Médical sickness annuity and life insurance friendly society*.

Le moment était propice, car la question s'agitait un peu partout : le Dr Gallet-Lagoguey présentait à la Société médicale du Xe arrondissement un projet qui devait se réaliser pour Paris et pour le département de la Seine ; le Dr Lécuyer, de Beaurieux, créait au sein du Syndicat médical des vallées de l'Aisne et de la Vesle, une Caisse d'indemnité-maladie ; d'autres allaient suivre l'exemple dans leurs départements.

Comprenant le danger que présenteraient de nombreuses petites associations, Cézilly s'adressa à l'Association générale des médecins de France pour lui demander de créer une grande société qui aurait immédiatement le bénéfice du nombre et la garantie de sa haute autorité.

En procédant de la sorte, il croyait aller plus vite — il allait au contraire perdre des années à batailler. En effet, à tous les efforts, à toutes les argumentations, l'A. G. répondait par un *non possumus* souvent maussade et la question renvoyée d'année en année ne faisait pas le moindre pas.

C'est alors que, voyant qu'il n'arriverait à rien, le Conseil de direction du *Concours* se mit à l'œuvre : il adressa à tous ses adhérents un questionnaire et, le 12 septembre 1893, il présentait un projet de statuts qu'adoptait l'Assemblée générale du 19 novembre suivant.

L'*Association Amicale des médecins français* était fondée.

Notre trésorier Gassot a montré comment le Conseil, voulant faire œuvre sérieuse et durable, s'était entouré des conseils de l'actuaire distingué qu'était M. Léon Marie et avait écarté toutes les suggestions sortant du cadre d'une société scientifiquement organisée.

Je me bornerai à ajouter que l'actuaire réclamait 300 membres pour commencer, mais que Cézilly, sachant bien que ce nombre ne serait jamais atteint, offrit la garantie du *Concours médical* et que cette garantie permit à la Société nouvelle d'ouvrir son recrutement le 1er janvier 1894.

II

Lors de la création de l'*Association Amicale*, tous ses membres étaient dans la même situation : ils faisaient partie de la Société jusqu'à 65 ans, mais, arrivés à cet âge, ils en étaient exclus de droit, par les statuts. Si pour une cause pathologique quelconque, ils se trouvaient dans l'impossibilité d'exercer, ils recevaient une indemnité de 10 fr. par jour pendant 60 jours (du 5e au 65e jour) et de 100 fr. par mois du 66e jour à la reprise du travail ou à la mort.

C'était, avec certaines modifications inspirées par la prudence et par l'expérience, l'extension à toute la France des principes de la *Medical sickness* et de la Société Lagoguey.

La Société avait débuté avec 73 membres, elle en comptait 167 lors de sa première Assemblée générale en novembre 1894.

Mais des réclamations s'étaient produites émanant de confrères relativement âgés qui se voyaient exclus de l'œuvre en raison du peu de temps de participation qui leur était accordé : on demandait au Conseil d'étudier une combinaison qui permît la participation jusqu'au décès.

Le Conseil résista d'abord, mais il finit par céder devant les instances réitérées des confrères et aussi devant l'affirmation de M. Léon Marie qui déclara que l'établissement d'une telle combinaison n'était pas impossible.

A partir du 1er janvier 1895, l'Amicale fonctionna donc avec deux combinaisons : la combinaison A qui était celle de la fondation et la combinaison B qui admettait, dans les mêmes conditions d'ailleurs, la participation pendant la vie entière.

Le nombre des adhérents s'élevait à 287 à la fin de la seconde année, à 371 à la fin de 1896 et à 650 à la fin de 1900, époque où devait avoir lieu le premier inventaire actuariel.

Cet inventaire fait par MM. Léon Marie et Emile Fleury, actuaires, accusa sur les prévisions initiales un excédent de 23.833 francs pour la combinaison A et de 12.033 francs pour la combinaison B. La situation était donc excellente et la nouvelle société pouvait envisager l'avenir avec confiance.

III

Depuis 1893, les idées s'étaient quelque peu modifiées au sein du Conseil général de l'Association générale : certains membres avaient disparu faisant place à des éléments plus jeunes et plus larges d'idées ; d'autre part, la loi sur les Sociétés de secours mutuels avait été votée par le Parlement ; enfin la création, couronnée de succès, de l'*Association Amicale* avait tourné vers la prévoyance bien des aspirations que la bienfaisance seule ne pouvait satisfaire.

Le 29 janvier 1901, les membres du Conseil de l'Amicale étaient convoqués par le Président de l'Association générale en une réunion commune avec les membres du bureau de l'A. G. en vue d'examiner la possibilité d'une entente entre les deux sociétés.

Le Président Lannelongue exposait que la création d'une Caisse indemnité-maladie au sein de l'A. G. était réclamée par un grand nombre de ses membres et que la modification de la législation sur les mutualités lui faisait un devoir d'accueillir cette réclamation ; il ajoutait qu'il savait les difficultés d'une organisation semblable qui forcément répéterait l'organisation de l'Amicale dont les preuves étaient faites ; comme conclusion enfin, il proposait à l'Amicale une entente qui ferait d'elle la Caisse d'indemnité-maladie de l'Association générale.

Les membres du Conseil de l'Amicale savaient les dangers que pouvait courir l'Amicale encore jeune, du fait de la création d'une Caisse semblable par l'A. G. ; ils reconnaissaient que si l'entente proposée présentait des inconvénients, ces inconvénients pouvaient être compensés par de sérieux avantages ; ils voyaient enfin que la

proposition qui leur était faite partait d'un désir d'entente sincère — ils acceptèrent.

Il fut convenu que :

1° L'Association générale renoncerait à la création d'une caisse d'indemnité-maladie et ferait sienne celle de l'*Association amicale* qu'elle soutiendrait, patronnerait et subventionnerait ;

2° L'Association amicale conserverait son autonomie, son bureau, ses errements antérieurs et ses statuts, sauf sur le point suivant ;

3° A partir du 1er avril 1901, l'Association amicale s'engagerait à n'accepter de nouveaux sociétaires que s'ils faisaient déjà partie de l'A. G.

4° Des démarches seraient faites près des membres anciens qui ne feraient pas partie de l'A. G. pour les décider à y adhérer en raison des avantages que cette adhésion leur procurerait.

Le 17 mars 1901, les membres de l'*Amicale*, convoqués en Assemblée générale extraordinaire, ratifiaient cette entente et votaient les modifications statutaires qu'elle nécessitait. L'Assemblée générale de l'A. G., le 15 avril suivant, ratifiait à son tour et le Président Lannelongue célébrait l'accord par un don de 3.000 francs à la Caisse auxiliaire de l'Amicale.

Les grands espoirs qu'avait fait naître cette entente ne se réalisèrent pas.

L'Amicale, liée vis-à-vis du Conseil général, ne put admettre un certain nombre de membres et vit se créer en dehors d'elle des Sociétés analogues (Rhône, Indre-et-Loire, etc...), tandis que le Conseil général de l'A. G., sans action sur les Sociétés locales autonomes, se trouva dans l'impossibilité de faire quoi que ce soit. Tout au plus versa-t-il à quelques sociétaires gênés leur cotisation à l'Amicale.

Des propositions élaborées d'un commun accord entre le Conseil général de l'A. G. et le Conseil de l'Amicale en vue de modifier cet état de choses ne purent arriver à être votées par l'Assemblée générale de l'A. G. en raison de l'hostilité non déguisée de quelques présidents ou délégués de Sociétés locales. Il advint même que des confrères furent empêchés d'entrer à l'Amicale, n'étant pas admis par leur Société locale parce que membres de la Prévoyance médicale !

On se rappelle le bouleversement qui s'en suivit dans le Conseil général de l'A. G., mais l'esprit du nouveau Conseil ne permit pas de nouvelles tentatives : l'Amicale, sacrifiée, aspirait à reprendre sa liberté, et c'est avec un véritable soulagement que son Conseil reçut la lettre du Président Gaucher dénonçant définitivement l'accord.

IV

Entre temps, l'Amicale qui avait changé sa situation légale de Société amicale plus ou moins analogue aux amicales d'anciens condisciples pour devenir une Société de secours mutuels libre régie par la loi du 1er avril 1898, avait supprimé le recrutement de la combinaison B.

Les dangers prévus lors de la création de cette combinaison commençaient à devenir une réalité : des sociétaires âgés de plus de 65 ans, obligés d'interrompre leur travail, réclamaient l'indemnité promise et le Conseil avait quelque peine à distinguer ce qui, dans ces interruptions, revenait à la maladie proprement dite de ce qui était la conséquence de l'usure et de l'âge. Or, seule, la maladie véritable pouvait assurer le droit à l'indemnité.

Le Conseil demanda à l'Assemblée générale de 1903 de fermer la combinaison B et de ne la maintenir que pour les anciens adhérents. En même temps il proposait la création d'une combinaison C donnant jusqu'à 65 ans l'indemnité maladie comme la combinaison A et au-delà de cet âge une pension annuelle et viagère de 1.200 francs.

L'Assemblée générale extraordinaire du 16 avril 1904 votait ces propositions.

En 1908, une nouvelle combinaison qu'on appela D fut encore créée dans le but de donner aux veuves des sociétaires une pension viagère de droit de 600 francs, pension reversible sur les orphelins mineurs en cas de décès de la mère.

L'Amicale offrait donc à ses membres l'indemnité maladie, la retraite à 65 ans et la pension aux veuves. Elle vécut ainsi jusqu'en 1911.

A ce moment, sous la poussée de l'opinion de nombreux confréres qui réclamaient la pension à 60 ans, l'accession à la retraite de la femme du médecin, etc., etc. l'Association amicale se décida à élargir encore ses cadres et prit le nom, qu'elle porte actuellement, de *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français.*

Elle donna à ses combinaisons une allure nouvelle en les séparant complètement les unes des autres et en créant à côté d'elles un compte spécial de gestion.

L'ancienne combinaison B continua à fonctionner pour ses membres survivants ;

La combinaison A prit le nom de MA pour indiquer qu'elle couvrait à la fois maladie et accidents ;

La combinaison C disparut, MA prenant le risque maladie et une combinaison nouvelle R assurant le service de la retraite à 65 ans ;

Une combinaison P donna la retraite à 60 ans ;

Enfin la combinaison D, pensions aux veuves, devint la combinaison V.

Les femmes des sociétaires furent admises aux combinaisons P et R pour les pensions de retraite.

A la veille de la guerre, la Mutualité familiale comptait 1.777 membres ; elle encaissait 201.000

francs de cotisations annuelles, payait 117.000 francs d'indemnités-maladie ; son avoir général était de 816.000 francs.

Je n'étonnerai personne en disant que la guerre a, pendant sa durée, non seulement tari notre recrutement mais nous a fait perdre un grand nombre de membres tant par décès que par démissions et radiations. Cependant la Mutualité familiale a doublé le cap des tempêtes et, fin 1920, sa situation se résumait de la manière suivante :

Sociétaires : 1.437.
Cotisations annuelles : 222.000 francs.
Indemnités maladie : 106.000 francs.
Avoir général : 1.247.000 francs.

V

L'après-guerre nous imposa de nouveaux devoirs : l'abaissement de la valeur du franc, la cherté de la vie nous obligèrent à envisager l'augmentation du taux des indemnités et du quantum des pensions.

Un inventaire particulièrement étudié nous prouvait la nécessité d'augmenter les cotisations des combinaisons maladie, par contre il nous permettait de diminuer celles des combinaisons retraites.

Il fallut donc, une fois de plus, modifier nos statuts pour les mettre en concordance des nécessités nouvelles.

Nous avons admis la possibilité de doubler l'indemnité-maladie en créant une nouvelle combinaison MAD, qui donne l'indemnité journalière de 20 francs et mensuelle de 200 francs, et de doubler aussi le chiffre des retraites en portant à 2.400 francs le maximum qui jusque-là n'avait été que de 1.200 francs.

Une disposition spéciale permit aux anciens membres de la combinaison MA de s'assurer l'indemnité de 20 francs sans quitter leur combinaison et porter le trouble dans son fonctionnement antérieur.

Enfin cette année même, nous avons admis les enfants des sociétaires à entrer aux combinaisons retraites.

La Mutualité familiale offre donc au Corps médical deux combinaisons donnant l'indemnité maladie :

MA donnant 10 francs par jour et cent francs par mois au-delà du 60e jour ;

MAD donnant dans les mêmes conditions 20 francs par jour et 200 francs par mois.

La participation dans l'une comme dans l'autre cesse à 65 ans.

Elle offre deux combinaisons retraites :

P qui la donne à 60 ans ;
R. qui la donne à 65 ans.

Dans l'une comme dans l'autre, le maximum actuel de la retraite est de 2.400 francs, mais il est possible de cumuler les deux.

Les sociétaires peuvent contre-assurer leurs cotisations de telle sorte que, s'ils viennent à mourir avant d'avoir touché leur première annuité de retraite, la totalité de leurs versements est remboursée à leurs ayants droit.

Les femmes et les enfants des sociétaires peuvent entrer à ces combinaisons.

Elle offre enfin la combinaison V (pensions aux veuves) qui sert actuellement des pensions de 600 francs mais qui augmentera ce chiffre dès que le nombre des inscrits le lui permettra.

Est-ce à dire que nous devions en rester là ?

C'est l'avenir qui en décidera : on a vu que la Mutualité familiale n'a jamais hésité à se transformer lorsque la chose lui a paru nécessaire et possible. Elle n'hésitera pas davantage à réaliser les améliorations réclamées lorsque le nombre de ses adhérents lui rendra la chose réalisable en toute sécurité.

Créée pour les praticiens par des praticiens, administrée par des praticiens, elle s'inspirera toujours de leurs besoins et de leurs desiderata; mais ayant à cœur de réaliser une œuvre durable et vraiment digne du Corps médical, elle ne s'écartera jamais des conseils des techniciens sur les avis desquels elle a été fondée et sous le contrôle desquels elle a toujours fonctionné.

Et maintenant, pour terminer, je vais donner la situation au 31 décembre 1922.

J'espère que, de cette façon, tous ceux qui auront bien voulu se donner la peine de lire ces quelques lignes sauront ce qu'est la Mutualité familiale actuellement et ce qu'elle a été dans le passé.

Ils lui accorderont certainement la confiance qu'elle mérite.

H. Mignon.

Situation de la Mutualité Familiale *au 31 décembre* 1922.

Nombre des sociétaires :	
Aux combinaisons indemnités maladie	1412
Aux combinaisons retraite	389
A la combinaison V	54
Pensions souscrites	514.920 fr.
Cotisations annuelles	294.970 fr.
Indemnités maladie en 1922	105.977 fr.
Retraites versées	3.600 fr.
Pensions aux veuves	2.520 fr.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
Thiron et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

bles affectés à une autre usage que l'habitation. Or, on doit comprendre qu'une clinique médicale ou chirurgicale, bien qu'elle reçoive des malades, n'est pas un local affecté à l'habitation. Elle ne peut donc, à notre avis, bénéficier de l'exemption d'impôt.

Le Ministre des Finances, en réponse à une question posée par M. Locquin, député, vient d'interpréter en ce sens la loi en refusant l'exonération à un hôtel à voyageurs (question n° 17.006, *J. O.*, 7 avril 1923). Bien que l'avis du Ministre soit basé sur l'utilisation du local dans un but commercial, il devrait s'appliquer également alors qu'il s'agit d'une utilisation professionnelle, comme celle d'une clinique médicale.

La limite d'âge de la Mutualité Familiale

Je m'étonne de n'avoir pas reçu par la poste le mandat à payer de la Mutualité Familiale du Corps médical français. Je l'attendais en janvier.

Veuillez me dire si j'ai été oublié ou si, au contraire, je ne fais plus partie de la Société, ce que je regretterais beaucoup. Dr D.

Réponse.

Vous avez eu 65 ans au mois de novembre 1922, vous avez donc été *sortant par âge* au 31 décembre conformément à l'article 42 des statuts.

Dura lex, sed lex.

Mais pourquoi, lorsqu'il était encore temps, ne pas vous être inscrit à la combinaison A pour une pension à 65 ans ? La cotisation n'était pas bien élevée et vous auriez touché la première annuité de 1.200 francs le 1er janvier dernier.

Votre exemple devrait être médité par nombre de nos confrères auxquels la combinaison R est ouverte. Elle est le complément naturel de la combinaison MA et de la combinaison MAD, dont la garantie cesse au 31 décembre de l'année où le sociétaire atteint 65 ans.

Je pourrais vous citer l'exemple du Dr S... devenu chronique depuis plusieurs années et qui, de ce fait, touchait l'indemnité mensuelle de cent francs. Au 1er janvier 1923, il a reçu 300 fr. montant de l'indemnité du 4e trimestre 1922, le dernier, mais en même temps, 1.200 fr. comme première annuité de sa pension et, chaque année, jusqu'à sa mort, il recevra cette pension de douze cents francs.

Dr A. G.

Revision d'accident du travail.

Je vous prie de vouloir bien me donner les renseignements suivants :

Quelle augmentation de rente réclamer pour un accidenté du travail qui reçoit actuellement 273 fr. par an (deux cent soixante-treize francs).

Blessé âgé actuellement de 48 ans accidenté le 13 mars 1910.

Coup de pied de cheval région temporale gauche.

Transport immédiat à l'hôpital ; où 2 jours de coma et quinze jours de séjour.

On constate fracture du crâne, ecchymose sous-conjonctivale et hémorrhagie méningée (par ponction lombaire).

A la suite de l'accident, une rente de 273 fr. par an fut allouée et 30 % de diminution de capacité de travail.

Trois ans après, même estimation et même rente.

Aucune procédure depuis. Actuellement le blessé est neurasthénique.

Insomnies.

Inaptitude au travail et bruit incessant perçu par le malade qui le compare au bruit d'une chute d'eau.

Le salaire était de 50 francs par semaine lors de l'accident. Actuellement, il est de 120 fr. 50 par semaine.

Il y aurait lieu, je pense, à élever le taux actuel de l'indemnité (pour le moins). La compagnie n'assure plus actuellement. Ce serait la maison elle-même qui ferait son assurance.

Et, en cette dernière occurrence qui actionner ? ancienne assurance ou compagnie qui a repris la liquidation des affaires en cours, avec la maison qui assure les accidentés actuellement.

Au cas de suite judiciaire à qui m'adresser ou mon client.

Dr C.

Réponse.

Puisqu'il s'est écoulé, même déduction faite de la durée des hostilités, plus de trois ans depuis la fixation de la rente, il n'est plus possible actuellement à l'ouvrier de demander la révision, quelle que puisse être l'aggravation de l'infirmité, et que cette aggravation provienne ou non des suites de l'accident primitif lui-même.

Si le délai de révision n'était pas expiré, la demande en revision ne pourrait concerner que le patron au service duquel l'ouvrier a été blessé et la Compagnie d'assurances qui l'assurait alors. Il serait procédé à une nouvelle évaluation de l'incapacité permanente et l'augmentation de la rente, si l'infirmité s'est aggravée, serait de la moitié de la différence existant entre le pourcentage actuel et le pourcentage évalué lors de la fixation de la rente actuelle (30 pour cent).

Application du Tarif Breton.

I

Epluchage, etc. Frais de déplacement.

Je vous adresse ci-inclus une note d'accident de travail (bûcheron qui s'est donné un coup de hache au niveau de l'extrémité inférieure de la cuisse).

Vous lirez les observations que me fait la compagnie.

Je n'ai pas, en effet, pratiqué d'anesthésie locale ni générale, l'homme étant extrêmement dur pour lui-même, mais j'ai fait une régularisation, épluchage et suture. D'ailleurs, le résultat (plaie profonde de 8 cent. de longueur) : guérison en moins d'un mois, prouve que l'intervention fut convenablement effectuée.

La Compagnie a-t-elle le droit d'exiger une anesthésie pour une régularisation ? Qu'est-ce que cet appendice du 28-6-21 que je ne connais pas.

Quant aux voyages, je n'ai pas visité un seul malade de la commune de P.... (moins de 100 habitants) pendant le laps de temps nécessaire à la guérison de la blessure.

Je me borne à accepter ce que vous me conseillerez et me propose d'envoyer l'avis que vous me retournerez à la Compagnie en acceptant votre arbitrage.

Dr B.

Réponse.

1° Je ne pense pas que vous puissiez compter un « épluchage, etc... », alors qu'il y eut de nombreux pansements consécutifs et pas de réunion par 1re intention (ni d'anesthésie non plus, d'ailleurs). La Compagnie s'en réfère, avec raison, aux avis insérés dans l'arr. ministériel du 28/6/21 que chacun de nous doit posséder aussi bien que le tarif lui-même.

2° Si vous avez fait tous vos déplacements *exclusivement* pour ce blessé, vous devez les compter tels. Si non, comptez chaque fois les « crochets » que, dans vos tournées, vous avez faits pour ledit malade (voir sur ce point, art. 2 avant-dernier paragraphe).

Dr F. DECOURT.

II

Visite avec le médecin de l'assurance.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignements suivant :

Le médecin de l'assurance demande au médecin du blessé un rendez-vous au cabinet de ce dernier médecin, pour une contre-visite d'accident. Le rendez-vous est accepté : le médecin du blessé, qui n'a pas quitté son propre cabinet, doit-il compter 50 % en sus du prix de la visite, ou en sus du prix de la consultation ?

Dr P.

Réponse.

C'est le prix d'une visite augmentée de 50 % qu'on doit compter dans ce cas, suivant l'article 3 A.— Et je dis bien d'une *visite*, même si celle-ci a eu lieu dans le cabinet même du médecin trai-

tant par suite d'un accord préalable avec le médecin d'assurance.

Dr F. DECOURT.

III

Ablation d'ongle,

J'ai en traitement un blessé du travail. Plaie de l'index droit ayant sectionné l'ongle transversalement et les parties molles sous-jacentes.

1er pansement. J'enlève facilement et sans anesthésie la partie terminale de l'ongle.

Cicatrisation normale, bourgeonnement un peu exubérant nécessitant l'ignipuncture, deux séances.

Malgré mes efforts, l'ongle en poussant s'insinue dans les bourgeons charnus et fait ongle incarné.

Je suis obligé d'intervenir. Après anesthésie en bague de la racine du doigt, j'extirpe complètement cet ongle qui fait corps étranger.

Comment établir ma note ?

Selon moi, je n'ai pas à faire figurer les séances d'ignipuncture et la première ablation d'ongle comprise dans les consultations.

Quel prix pour la petite intervention analogue à celle d'un ongle incarné dont je n'ai pas trouvé mention dans le tarif Breton ?

Dr M.

Réponse.

Nous n'avons pas pu faire admettre à la Commission une tarification spéciale pour ablation d'ongle. Il nous fut répondu que tout ongle à extraire, à la suite d'un accident du travail, était semi-détaché (voir précédentes réponses complètes sur ce point), sinon, il n'y avait pas de raison pour l'extraire, etc.....

Dr F. DECOURT.

DOCUMENTS OFFICIELS

La solde militaire et les bénéfices professionnels doivent être soumis séparément à l'impôt cédulaire sur le revenu.

16672. — M. GOURIN, député, demande à M. le ministre des finances : 1° si le contribuable qui, mobilisé pendant toute la guerre et démobilisé en mars 1919, a repris à cette dernière date l'exercice de sa profession d'avocat peut être imposé, au titre de l'exercice 1920, à la cédule des professions non commerciales en prenant pour base le montant global de sa solde militaire touchée au 1er janvier 1919 à mars 1919, augmentée des revenus de sa profession d'avocat de mars 1919 au 31 décembre 1919 ; 2° si l'on ne doit pas, au contraire, s'agissant de revenus se rattachant à des cédules absolument distinctes, appliquer le principe de l'autonomie des cédules qui interdit de réunir sous une cédule unique des revenus de nature différente ; 3° si l'on ne doit

pas, en l'espèce, séparer ces deux revenus et appliquer à chacun d'eux la cédule qui lui correspond, celle des traitements pour la solde militaire, celle des professions non commerciales pour la profession d'avocat, chacune de ces cédules bénéficiant du minimum exonéré. (*Question du* 13 *février* 1923).

Réponse. — Etant donnés leur source et leur caractère essentiellement différents, la solde militaire et les bénéfices professionnels du contribuable, visés dans la question, doivent être envisagés distinctement et, le cas échéant, soumis séparément à l'impôt susceptible de frapper les revenus de chacune de ces deux catégories. (*J. O.*, 22 mars 1923).

N. D. L. R. — Cette interprétation s'applique également aux médecins, dont les bénéfices professionnels figurent dans la même cédule que les bénéfices des avocats, celle des professions non commerciales.

La taxe des témoins en justice de paix en matière d'accidents du travail.

16906. — M. Ferdinand Buisson, député, expose à M. le ministre de la justice qu'avant les décrets du 5 octobre et du 27 décembre 1920, c'est l'article 24 du décret du 16 février 1807, qui était applicable en justice de paix pour fixer le taux des taxes à témoins en matière d'accident du travail et demande quelle est la jurisprudence actuelle de la chancellerie, étant donné que cet article n'a pas été expressément abrogé par le nouveau tarif civil du 27 décembre 1920. (*Question du* 23 *février* 1923).

Réponse. — L'article 24 du décret du 16 février 1807 est toujours applicable en justice de paix pour fixer le taux des taxes à témoins en matière d'accidents du travail. Cet article alloue une somme équivalente à une journée de travail et même à une double journée si le témoin a été obligé de se faire remplacer dans sa profession et une somme de 2 fr. au témoin qui n'a pas de profession. Toutefois, il appartient au magistrat taxateur d'apprécier la somme qu'il convient de passer en taxe, comme représentant le prix d'une journée de travail, mais dans tous les cas, cette somme ne saurait être supérieure à 8 fr. à Paris, 6 fr. dans les villes où siège un tribunal de première classe, 4 fr. dans les autres villes, ces prix ayant été fixés par le tarif du 27 décembre 1920 pour les témoins devant les tribunaux de première instance. Dans la pratique, après renseignements recueillis par la chancellerie, il est passé en taxe devant les justices de paix à Paris, 6 fr. et, en plus, les indemnités de voyage. (*J. O.*, 24 mars 1923).

Circulaire relative au règlement modèle des Bureaux de Bienfaisance

Paris, le 15 mars 1923.

Par une circulaire en date du 3 avril 1920, l'un de mes prédécesseurs vous a communiqué un projet de règlement-type des bureaux de bienfaisance, en leur signalant particulièrement l'article 15 relatif à la collaboration de ces établissements avec les œuvres d'assistance privée. Ce modèle de règlement ne devait remplacer officiellement celui précédemment adopté qu'après la réception de toutes les réponses des préfets. Bien que cette condition soit remplie depuis longtemps, diverses circonstances ont retardé cette substitution d'un texte à un autre ; un certain nombre de préfets, notamment, avaient préconisé la création d'un fichier départemental d'assistance et d'aide sociale , et cette suggestion, ayant été retenue, a motivé l'envoi d'une nouvelle circulaire relative à cette création. L'heure semble favorable pour réaliser les vœux du conseil supérieur de l'assistance publique à l'effet d'améliorer le fonctionnement des bureaux de bienfaisance.

Ce règlement-type a d'ailleurs reçu, au moins dans ses grandes lignes, l'assentiment général et, si des réserves ont été formulées, elles proviennent d'un malentendu facile à dissiper. Le règlement-type élaboré par le conseil supérieur n'a pas plus que le précédent, un caractère obligatoire ; il a la valeur d'un conseil et d'un modèle dont les préfets doivent s'inspirer, tout en conservant le droit d'approuver des dispositions différentes justifiées par des particularités locales.

Il est toutefois un principe posé par le conseil supérieur de l'assistance publique, dont l'adoption s'impose strictement, c'est celui qui a trait à la collaboration à organiser entre le service public des secours aux nécessiteux et les œuvres privées ayant le même objet. Aujourd'hui plus que jamais, en raison des circonstances économiques, il importe que les deniers publics soient le plus possible ménagés et le concours de la bienfaisance privée offre un appoint précieux pour obtenir ce résultat sans que les malheureux, dont les besoins sont augmentés par la cherté de la vie, cessent de recevoir l'aide sociale indispensable dans la mesure du minimum d'existence que la collectivité a le devoir de garantir à chacun de ses membres.

Cette entente nécessaire entre les bureaux de bienfaisance et les œuvres charitables n'a pas une moindre raison d'être entre les différentes administrations publiques d'une commune, surtout si celle-ci est populeuse, pour l'harmonie et la coordination des efforts d'entr'aide et d'assistance préventive. Le bureau de bienfaisance est appelé à collaborer avec le bureau d'hygiène, avec la commission administrative

Confrères : Voulez-vous être tenu au courant de toutes les questions et de la documentation professionnelles ? *Abonnez-vous au « Concours Médical »*, le seul journal qui consacre la moitié de ses colonnes aux questions professionnelles. (Bulletin d'abonnement page XXVII).

Voulez-vous être assuré non seulement contre les risques de la responsabilité civile mais aussi contre tous les ennuis que vous pouvez éprouver chaque jour dans l'exercice de votre profession ? Adhérez au *Sou Médical.* (Bulletin d'adhésion page XXVII).

des hospices, avec la caisse des écoles, avec l'inspection médicale scolaire, avec les sociétés de secours mutuels, avec les consultations de nourrissons, avec les dispensaires d'hygiène sociale, bref avec l'ensemble des institutions et des œuvres qui se proposent pour objet de combattre le paupérisme sous toutes ses formes et à sa source même.

Il va de soi que vous pouvez me soumettre pour avis, soit les demandes de dérogation, soit les suggestions de liaison entre les divers organismes de bien public.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistanc et de la préveyance sociales,
Paul STRAUSS.

(*J. O.*, 25 mars 1923.)

Le Foyer National des médecins français

Le *Foyer National des Médecins français*, en voie de création et d'organisation, sera, avant tout, un centre de réception pour les médecins français et étrangers.

Il faut que le *Foyer National des Médecins français* donne à tous les médecins étrangers l'impression d'être reçus par la France elle-même. Il constituera un centre amical où tout médecin doit se trouver chez lui.

Au *Foyer National des Médecins français*, seront fournis tous les renseignements concernant les cours de la Faculté, les cliniques médicales et chirurgicales non seulement des hôpitaux, mais encore des organisations particulières, les laboratoires publics et privés ; les stations thermales, climatiques et balnéaires, les maisons de fabrication d'appareils de chirurgie, de médecine, de laboratoire, d'hygiène et de prothèse ; les grosses firmes de nos produits pharmaceutiques.

Au Foyer National des médecins français, véritable centre scientifique, sera créée une bibliothèque pourvue de tous les journaux de médecine et de chirurgie français et étrangers et de toutes les nouveautés médicales.

Il faut que *le Foyer National des médecins français* permette à tout praticien français et étranger de pouvoir exposer, dans un cours ou dans une conférence, ses travaux ou sa technique personnelle. Nous aurons ainsi favorisé l'interéchange des idées par l'interéchange des conférenciers. Des projections cinématographiques ou autres seront prévues dans l'organisation.

Le Foyer National des médecins français pourra devenir le Siège social des Sociétés médicales qui y installeraient leurs bureaux et leurs salles de réunion.

Les laboratoires, les fabricants d'instruments de chirurgie, les stations thermales et climatiques pourraient y organiser des Expositions.

Le Foyer National des médecins français en liaison directe avec l'Office National du Tourisme, le Touring Club de France, la Compagnie Française du Tourisme, les grands réseaux de Chemins de fer, les Compagnies de Navigation, s'efforcera de faciliter les voyages de ses adhérents.

Le Foyer National des médecins français n'entrevoit pas, pour le moment, la création d'un hôtel ou d'un restaurant. Il mettra ses adhérents en relation directe avec des hôtels, des restaurants, des pensions de famille, de prix différents.

Le Foyer National des médecins français devra être en relations constantes avec les organisations similaires pouvant déjà exister et pouvant, un jour, être abritées

Le Docteur (Nom et prénoms)..

demeurant à .... *Rue*............................ *N°*.......

départ^t de..............................

demande à recevoir **gracieusement**, *quatre numéros consécutifs du " Concours Médical "*.

A........................*le*............ 1923.

Détacher ce bulletin et le renvoyer à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*
132, Rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS (Xe).

au *Foyer National des médecins français*, tout en conservant leur autonomie.

La Commission d'Etudes du projet sera très reconnaissante à tous ceux qui voudront la faire bénéficier de leurs suggestions.

Docteurs BOUCARD, DARTIGUES, DECRETON, FASSINA, FORESTIER, FOUCART, HELME, KOPP, LEVASSORT, MOLINÉRY, NOIR, O'FOLLOWELL, THIÉRY, VIMONT.

M. HARDY, architecte, conseiller technique.

Monsieur le docteur BOUDIN, conseiller juridique.

VARIÉTÉS

« Dieu vous bénisse »

On lit au XVIIe chant de l'Odyssée :

« La prudente Pénélope dit à Télémaque :

«..... Ah ! si jamais Ulysse revenait, s'il arrivait « à la terre de la Patrie, aussitôt, avec l'aide de son « fils, il châtierait l'insolence de ces hommes ».

« Ainsi dit-elle. Aussitôt Télémaque éternue avec force et tout le palais retentit d'un bruit terrible. Pénélope sourit et adresse à Eumée ces paroles ailées :

« Cherche l'étranger et l'amène devant moi. N'as- « tu pas vu que mon fils a éternué à mes paroles ? « Ainsi la mort est certaine pour les Prétendants, « pour tous, car aucun d'eux n'échappera à la mort « et à la destinée ... »

Je ne crois pas qu'au temps d'Homère, l'éternuement fût déjà considéré comme un dieu, cette multiplication des divinités est le fruit d'un travail ultérieur, qui s'est exagéré chez les Latins jusqu'à la trivialité. Mais l'idée de présage attachée à l'éternuement doit pousser ses racines au-delà de l'Histoire. La persistance de cette superstition, dans les populations non « émancipées », tend à le faire croire, car il semble que les croyances les premières nées soient les dernières à disparaître.

En Corse, il n'arrive jamais que l'on éternue près d'une personne du peuple, ville ou campagne, sans entendre la réponse : « Dieu vous bénisse ! » Ce qui serait intéressant, c'est de rechercher le sens du présage. Peut-être n'est-il pas toujours bon. Témoin, cet usage du pays, selon lequel il faut ajouter : « Dieu le bénisse ! », lorsque l'on a dit quelque chose de gracieux d'un enfant, sans doute afin de rassurer les parents en conjurant le mauvais sort.

Bon présage ou mauvais présage ? Libre à chacun de choisir selon sa propre mythologie. Le principal est de savoir que Dieu pense à nous chaque fois que nous éternuons.

Dr Raymond PENEL.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Lucien CONSTANT, à Prunay-le-Gillon (E.-et-L.), la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux « demande et offres. »*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical. *Adresser un mandat ou mieux verser au compte des chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 195. — Cherche occas. très sérieuse cycle-car ou 5 HP Citroën à un prix très avantageux. Envoyer prix renseignem. complets et si possible, photo à M. J. Logeais, 30, rue de Chaillot, XVIe, Interm. s'abstenir.

N° 196. — Poules Leghorns, Bracksels, Campines, Bresses, Minorques, races pures sélectionn. pour ponte, 25 fr. pièce. Coucous Malines, 30 fr. Œufs à couver de ces races, 20 fr. la douz. Dès mai-juin, grand choix belles poulettes Bresse noires reines des pondeuses depuis 16 fr. pièce. Nombreux prix Paris et province 1922-23. Dr Ruyssen, Haubourdin (Nord).

N° 197. — Très pressé, à vendre cause départ, auto neuve, Ford, roulé 7.000 kil. démarr. éclair. électr. 10.000 fr. et side-car Harleg-Davidson, pare-brise, capote, etc., vérit. occasion. 3.900.

N° 198. — Pour raison santé, à céder excell. cabinet médic. dans importante station thermale, condit. à débattre.

N° 199. — Cause achat Magondeaux ; à vendre 60 fr. générateur d'acétylène Nirona n° 75 dans belle boite acajou verni, fonctionnement garanti, parfait état. Dr Audouin, à Thouars (Deux-Sèvres).

N° 200. — A vendre moto F. N. 2 HP 1/2-1920, peu roulé, 2 vites. Kick starter, fourche élastique. Etat neuf, 2.200 fr. S'adr. Dr Haussmann, à Estissac (Aube).

N° 201. — A vendre Renault 8 HP, 2 cyl. 1913, excell. service, cause double emploi 4.000. Dr Brulin, Montreuil-sur-Mer (P.-de-C.).

N° 202. — Occasion thermocautère d'avant-guerre, 2 couteaux, une pointe fine, boîte chêne ciré n'a jamais servi, 300 fr. Téléph. Ségur 42-36.

N° 203. — A céder près Lille, poste tenu depuis 20 ans, moyenne 3 dern. ann. 60.000 touchés. Indemn. 40.000 dont 25.000 comptant, vélo suffit, loyer modéré, peu pressé. Ecr. M. Paul, 13, rue Nicot, Lambersart (Nord), qui transmettra.

CORRESPONDANCE

Les médecins exempts de la taxe de séjour

A la Roche-Posay.

J'ai le plaisir de vous faire connaître la décision prise par la Direction de la Société des Eaux de la Roche-Posay (Vienne).

Les médecins et les membres de leur famille seront toujours exemptés de la taxe de séjour à La Roche-Posay. Ils ont aussi la gratuité du traitement thermal en 1re classe.

Le meilleur accueil leur est réservé par les confrères de la station.

Dr Testut,
médecin-consultant
à la Roche-Posay.
(Vienne).

La commission de contrôle (ancien modèle) et la loi des pensions.

Voyant mes notes pour soins aux mutilés régulièrement rognées de quelque vingt à trente francs, tantôt pour manque de bulletins de déclaration, tantôt pour perte (par le contrôle), de bulletins de visite ou encore pour visites réduites à des consultations, pour motifs de visite insuffisants ! réductions que j'acceptais régulièrement pour éviter pour une si faible somme des démarches et dérangements nombreux, je portais sur mon dernier relevé trimestriel le prix d'une visite en plus de chaque intervention à tarif spécial (la rédaction du tarif ministériel prêtant à confusion). O miracle, le contrôleur se contenta de rayer de ma note globale les visites qui, en l'espèce, faisaient double emploi, et le reste, malgré toujours quelques bulletins de visite ou déclarations du médecin égarées, m'était intégralement payé. *Et nunc erudimini.*

Ceci me rappelle une histoire vécue de mes premières années d'exercice de la médecine (il y a quelques 25 ans), dans une petite ville provençale.

Un brave paysan était venu me régler une petite note, bien décidé à la rogner dans la mesure du possible. « Combien ça fait-il, monsieur le médecin ? ». — Trente francs mon brave (or, en provençal trente (trento), et quarante (cranto), ont à peu près la même prononciation). Oh, s'écrie le paysan, c'est bien assez de trente-cinq. — Mais, je ne vous en réclame que trente. — Alors, ce sera bien assez de vingt-cinq. »

Dr B. (Paris).

L'application de la loi sur les accidents agricoles.

Il me semble bien que les accidents agricoles sont ou vont être régis par la même loi applicable aux accidents du travail, du commerce et de l'industrie.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me fournir quelques précisions à ce sujet (surtout au point de vue : honoraires).

Dr E.

Réponse.

La loi du 15 décembre 1922 a décidé l'extension aux accidents agricoles de la législation spéciale sur les accidents du travail. Mais cette loi n'est pas applicable actuellement et ne le sera qu'un an après la publication des décrets qui doivent en réglementer l'application.

Ces décrets eux-mêmes n'ont pas encore été publiés. Ils doivent être rendus dans les six mois suivant la promulgation de la loi. On ne doit donc attendre la mise en vigueur de la loi que vers le milieu de l'année prochaine.

Nous avons publié, dans le *Concours médical* du 11 février dernier, un bref commentaire de la loi.

En ce qui concerne le tarif médical qui sera applicable aux accidents agricoles, il ne peut y avoir de doute, à notre avis : c'est le tarif Breton. Mais nous savons que certains intéressés espèrent faire admettre pour les accidents agricoles un tarif différent de celui qui est applicable aux accidents industriels et commerciaux. Le corps médical, en la personne de ses représentants, veille certainement à déjouer cette manœuvre.

Point de départ des prorogations.

Dans l' « Agenda médical » 1923, page 285, je lis : « Le point de départ de la prorogation est fixé au 24 octobre 1919, *pour les baux expirés antérieurement à cette date*..... Pour les locations verbales, la prorogation a commencé à courir...... le premier jour du terme qui a suivi la notification de la volonté du locataire de profiter de ladite prorogation... »

Mon bail s'est terminé le 31 mars 1918.

Je suis resté dans les lieux loués et le 14 janvier 1920, j'ai envoyé un acte extra-judiciaire à mon propriétaire pour lui signifier mon désir de profiter de la prorogation.

D'où part la date de ma prorogation ?

24 octobre 1919, puisque mon bail était expiré à cette époque ?

1er avril 1920 puisque mon bail étant expiré depuis le 31 mars 1918, j'habitais les lieux loués en location verbale ?

Si cette seconde solution m'est plus favorable, elle me semble difficile à soutenir, car alors que deviendrait dans ce cas la phrase « pour les baux expirés antérieurement à cette date (24 octobre 1919) » ?

Y a-t-il eu des jugements fixant ces deux points qui semblent se contredire ?

Dr X.

Réponse.

Votre prorogation n'a commencé à courir que le 1er avril 1920, puisque, au moment de la noti-

fication faite à votre propriétaire (14 janvier 1920), votre bail était expiré, et vous étiez par suite sous le régime des locations verbales.

La prorogation ne court que de la cessation du bail lorsque le bail était en cours au 24 octobre 1919 et, pour les baux expirés antérieurement à cette date, à compter de ladite date du 24 octobre 1919, mais seulement dans le cas où le locataire devait faire cette notification avant la date dont il s'agit, ce qui ne saurait s'appliquer aux locataires qui étaient mobilisés, et qui avaient, pour faire leur notification, un délai de trois mois après la cessation des hostilités, fixée au 24 octobre 1919.

Droits aux soins médicaux de l'article 64 de la loi des pensions.

Abonné au *Concours médical*, je me permets de vous demander un conseil :

J'ai un mutilé de guerre désarticulé de la hanche droite qui fait un ulcère variqueux du tiers inférieur de la jambe gauche laquelle est légèrement œdématiée.

Je pense que cet œdème et cet ulcère ne sont que la répercussion d'une mauvaise circulation due à l'effort demandé au membre inférieur qui reste.

A-t-il droit aux soins médicaux gratuits (article 64 de la loi des pensions) ?

D[r] M.

Réponse.

Les soins médicaux sont à la charge de l'Etat lorsqu'ils sont nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service qui a motivé la pension.

Si donc votre avis est que l'œdème et l'ulcère dont votre client a été atteint ont été la conséquence de sa mutilation de guerre, vous n'avez qu'à utiliser les bulletins de visites du carnet à souches que vous remettra le malade et à adresser le premier bulletin à la Commission de contrôle, qui, en cas de difficultés, aura à faire procéder au contrôle et à se prononcer sur l'admission des soins au bénéfice de l'article 64.

Application du Tarif Breton

I

Brûlures. Pansements le dimanche.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me faire connaître dans un prochain numéro du *Concours* (application du tarif Breton) :

1° Comment tarifer les pansements de brûlures au 2e degré étendues à toute la face et à la main droite.

2° Si ces pansements nécessités par l'urgence les dimanches et jours fériés donnent droit à une indemnité spéciale.

D[r] C.

Réponse.

1° Si *toute* la face est prise, la tarification est de 50 frs par séance (art. 28), pour les premiers jours seulement, en diminuant de prix « au fur et à mesure que la plaie diminue » ainsi qu'il est dit dans les avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921. Vous pouvez ajouter, si la brûlure en vaut la peine, 15 fr. les premiers jours, pour pansement de la main avec même restriction que ci-dessus pour la suite.

2° S'il y a un dimanche, dans les premiers jours, (urgence) et que le pansement ait eu lieu à domicile, vous pourriez compter une majoration de 50 % en cas de *visite simple* (art. 3) mais *pas de majoration* pour les pansements à tarif spécial, *comme ceux-ci*, toute intervention autre que visite simple ou consultation ne pouvant être majorée que de 25 % et seulement pour la *nuit* (art. 8).

Dr F. DECOURT.

II

Ventouses scarifiées.

Au sujet des soins aux victimes de la guerre, combien sont tarifées les ventouses scarifiées ? ?

Au prix d'une sangsue ? ?

Au prix d'une saignée ou bien sont-elles comprises dans le prix de la visite ?

Dr A.

Réponse.

Les ventouses, scarifiées ou non, sont comprises dans le prix de la visite ou consultation (article 6).

Dr F. DECOURT.

III

Spécialiste électro-thérapeute.

Dans un des derniers numéros du *Concours médical*, vous refusez le prix de 12 fr. pour séance d'électrothérapie à un médecin non spécialiste.

Dernièrement, un de mes malades atteint de paralysie radiale consécutive au port de béquilles fut, *après accord avec la Compagnie*, électrisé pendant le temps nécessaire à sa guérison.

Au moment du règlement, la Compagnie voulut me payer 8 fr. : je n'ai pas accepté, en rappelant l'article 15 qui dit :

« *Les soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialité, s'ils sont donnés par des médecins de la campagne ou de la ville, en ce qui concerne la pratique courante, seront rémunérés au tarif où ils sont inscrits dans chacune des catégories techniques* ».

C'est net et précis !

Je rappelai cela à la Compagnie qui me paya sur la base de 12 fr.

J'estime que votre dernière note au sujet de l'électrothérapie mérite une révision, car, pour ma part

j'ai obtenu déjà, à diverses reprises, payement sur la base de 12 fr.

Dr L.

Réponse.

Je n'ai pas à « rectifier » quoique ce soit dans mes réponses qui ne sont que des avis ou conseils personnels et dont chacun est libre de ne tenir aucun compte, naturellement. Dans le *Concours* du 25 mars 1923, sous le même titre que ci-dessus, j'ai simplement donné les raisons qui font que, pour moi, un confrère, en soutenant votre thèse, perdrait *devant un tribunal*. Et c'est le *nota* qui me le fait penser : « Tout acte d'électro-diagnostic ou d'électrothérapie ne pourra être fait par le médecin *électrologiste* qu'après avis conforme du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ». Avec un tel nota, spécial à ce cas et unique dans le tarif, je ne me crois pas en droit de prendre la responsabilité de pousser un confrère à soutenir votre thèse devant un tribunal..... et je conserve mon sentiment malgré votre lettre. Mais, je tiens à publier les précédents que vous invoquez, et ne manquerai pas de les signaler à l'avenir, sous réserve naturellement, et vous remercie enfin de me les avoir fournis.

Dr F. Decourt.

IV

Ablation de doigts.

Ayant été appelé dernièrement pour un accident grave du travail, je vous serais obligé de me faire savoir quels honoraires je puis réclamer à la Compagnie, d'après le nouveau tarif des accidents du travail.

Il s'agissait de plaies graves des doigts produites par une scie circulaire.

Voici ce que j'ai fait au blessé !

1° Une amputation du pouce ;

2° J'ai achevé une amputation partielle de l'annulaire, aux 9/10 faite par la scie ;

3° Réunion des autres plaies par sutures multiples et pansements multiples des doigts bien entendu.

Ai-je le droit d'additionner ces trois opérations ou sinon, que dois-je demander ?

Dr C.

Réponse.

Vous avez à compter (prix de 1re catégorie) :

1° Amputation totale du pouce..	75 fr.
2° Amputation partielle de l'annulaire	50 »
3° Sutures multiples (si faites à d'autres doigts ou sur la main)	25 »
Total	150 »

Dr F. Decourt.

V

Epluchage, etc.

Je vous soumets la note de la Compagnie X... que je viens de recevoir :

Est-il vrai que la régularisation épluchage, suture, etc., pour être payée 30 francs (2e catégorie), comporte ncécessairement la réunion par 1re intention sur tous les points de la plaie et la réunion par 1re intention, si parfaite soit-elle, ne comporte-t-elle pas elle-même un certain nombre de pansements, que j'appellerai de consolidation chez un cultivateur que sa profession expose aux excoriations de toute nature (la blessure était au pouce gauche).

Dr V.

Réponse.

Ainsi que je l'ai déjà fait observer, une « réunion par première intention » n'est pas sans comporter un petit nombre de pansements. Si vous avez fait un véritable « épluchage » (et dont il vous est alors facile de donner les raisons techniques d'après les lésions), vous avez droit aux honoraires spéciaux portés pour l'épluchage. Ce sont là des cas d'espèce qu'il est difficile de juger de loin. Par contre, il n'y aurait pas de doute sur le « non épluchage » si vous aviez fait un grand nombre de pansements, cela va sans dire.

Dr F. Decourt.

Application du Tarif Maginot.

Indemnité de déplacement d'un malade

Un tuberculeux, réformé de guerre, ayant besoin d'un examen radioscopique, je l'emmène chez un radiologue à 10 kil. Le confrère prélève un feuillet du carnet du malade, ainsi que moi-même et j'ai adressé un mot au secrétaire de la Commission de Contrôle, indiquant qu'un examen radioscopique a été effectué.

Que puis-je demander pour cela ?

Simple consultation, soit 5 fr. ?

Consultation avec confrère ?

Avec ou sans indemnité de déplacement ?

Je sais que je pouvais adresser simplement le malade au confrère radiographe et lui demander un calque ou un compte rendu de son examen. Mais, c'est une manière d'agir très défectueuse, à mon avis, loin de rendre les mêmes services qu'un examen sans intermédiaire.

Dr R.

Réponse.

Il me semble équitable de compter en ce cas une « consultation avec confrère ». Quant à l'indemnité de déplacement, je ne vois pas sur quel article du décret présidentiel vous pourriez vous baser pour la réclamer. L'art. 64 dit en effet : « Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des *soins à domicile* sont établies..... ». Et plus loin

(Voir la suite page XLVII-1533.)

PROPOS DU JOUR

L'Ordre des Médecins.

La question de l'Ordre des médecins dormait depuis une vingtaine d'années d'un si profond sommeil que nous la croyions définitivement morte et enterrée. Un de nos confrères, la *Dépêche médicale*, eut l'idée d'ouvrir à son sujet une enquête et de demander à ses lecteurs leur opinion à ce sujet.

D'autre part, M. le Dr Aversenq, secrétaire général de l'Association des médecins de Toulouse, entreprit de faire revivre le projet de la création d'un ordre des médecins, et M. le Pr Balthazard dans une conférence faite à la Faculté de médecine de Paris sur le syndicalisme médical, fit entrevoir la possibilité, en développant ce syndicalisme de ressusciter la corporation médicale de l'ancien régime, la vieille Faculté, dans un Ordre des médecins.

La Faculté (de Paris sous l'ancien régime), a dit en propres termes M. le Pr Balthazard, constituait un véritable Syndicat dont tous les médecins avaient l'obligation de faire partie, organisme tyrannique où les décisions résultaient d'ailleurs d'un vote émis à la majorité par tous les docteurs.

Elle réalisait cet Ordre des médecins que nous aspirons à reconstituer sous l'égide des Syndicats médicaux et des Associations professionnelles, avec une organisation calquée sur celle de l'Ordre des avocats ».

M. le Pr Balthazard a parlé des *immenses services* rendus aux médecins par l'ancienne Faculté, dont le passé ne fut pas, nous le reconnaîtrons bien volontiers, dépourvu de grandeur.

C'est à propos de cette conférence de M. le Pr Balthazard que nous avons tenu à montrer le revers de la médaille et à tracer, dans un raccourci historique, la progressive décadence de cette vieille corporation des médecins de Paris tyrannique, égoïste, jalouse, envieuse, ennemie systématique de tout progrès, non seulement chez elle mais chez ses voisins, qui finit par sombrer quelques années avant la Révolution dans une burlesque déchéance, n'ayant plus même un toit pour l'abriter. Et nous mettions en garde ceux qui rêvent de faire revivre en un ordre des médecins cet esprit étroit corporatif qui n'a rien de commun avec le souffle d'indépendance, de liberté, de large confraternité, qui doit animer nos syndicats médicaux, où tous les engagements pris doivent être librement consentis et où les portes d'entrée et de sortie restent ouvertes.

Nous n'avions jamais, dans notre article, songé à faire allusion au projet du Dr Aversenq, ni à le discuter, et ce n'est pas sans quelque surprise que nous nous sommes vus pris à partie par ce distingué médecin dans un article du *Bulletin médical* (4-7 avril 1923).

Ah ! il ne fait pas bon de différer d'avis sur la nécessité d'un ordre des médecins avec notre confrère de Toulouse. Ecoutez-le plutôt :

« Mais qu'un article, signé d'un syndicaliste notoire et paru dans l'organe d'un groupement qui nous a habitués à des initiatives heureuses et à des réalisations utiles, affecte les mêmes erreurs : voilà qui est plus étonnant.

Tel est le cas d'un article du Dr Noir, publié dans le *Concours médical* du 4 mars 1923.

M. Noir est cependant un homme averti. Il est rédacteur en chef du *Concours médical*. Il a fait partie — il nous le dit lui-même — comme délégué du Syndicat des médecins de la Seine, d'une Commission chargée d'étudier la question de l'Ordre. Il sait donc, il doit savoir ce dont il s'agit.

Pourquoi, dès lors, répond-il exactement à côté, en évitant soigneusement de discuter soit les faits, soit même les principes ?

Pourquoi ?

Le procédé de l'à-côté n'est pas neuf et il est fort bon ; nous voulons dire qu'il y a près de quarante ans qu'il sert dans l'espèce et que, jusqu'ici du moins, il a parfaitement réussi. Il consiste à passer sous silence les caractères de l'Ordre, en lui donnant ceux qu'il n'a pas et qui prêtent à facile critique.

C'est ainsi qu'à tout coup, les médecins, insouciants par nature, ennemis du changement (1) et du reste, mal renseignés, sont saisis d'une sainte horreur à l'idée d'une organisation caractérisée par la « tyrannie », l' « égoïsme » et l' « esprit réactionnaire ». Car, si l'instrument est toujours le même, l'air non plus ne change pas. C'est à chaque fois l'hymne à la liberté qui retentit. Il a de tels accents et d'un rythme si aimé qu'il suffit à nous charmer et que nous ne nous méfions pas des écueils où nous entraîne le chant des antiques sirènes.

Serons-nous toujours dupes ?

Voyons, cependant, l'argumentation du Dr Noir. Elle se résume à peu près à brandir le spectre — c'est le cas de le dire — de l'ancienne Faculté, que l'Ordre, affirme-t-il, ferait revivre. Entre temps, et de fort bonne façon, il résume les luttes parfois épiques entre la Faculté, les médecins de la Cour, l'Académie de médecine de Paris, fondée par Chirac et disparue avec lui, la Commission des médecins de Paris, devenue plus tard la Société royale de médecine.

Nous ne disons pas : en quoi cela nous intéresse-t-il ? Car cela nous intéresse beaucoup ; mais nous disons : quelle relation y a-t-il entre cette Corporation des médecins de Paris qui prétendait régenter à la fois l'enseignement et l'exercice de la méedecine, ces Sociétés plus

(1) Nous n'en voulons pour preuve que la lenteur avec laquelle les médecins sont venus aux Syndicats.

ou moins savantes qui s'en mêlaient aussi et l'Ordre des médecins qui n'a qu'un but de moralisation ?

M. Noir, pour nous dégoûter d'une reconstitution corporative, nous oppose « l'esprit rétrograde et dogmatique » d'une bonne partie du monde médical qui niait *à priori* les découvertes de Pasteur et faillit, d'une voix, le faire échouer à l'Académie. Vraiment, croit-il ainsi attaquer l'Ordre des médecins ?

Nous ne pouvons le penser. Cette attaque il l'a faite, et en termes inexacts — qu'il nous permette de le lui dire — quand, au début de son article, *il affirme que nous considérons l'Ordre des médecins comme le Syndicat obligatoire.*

Cette fois, du moins, nous sommes dans la question. Elle n'est pas posée nettement mais enfin elle est posée.

C'est bien sur le terrain professionnel que la discussion doit s'établir et dont elle ne doit pas sortir, et non sur celui de l'enseignement où l'Ordre n'a rien à faire.

Nous avons déjà répondu à cette objection dans notre rapport (1) ; nous allons y revenir encore et nous y reviendrons autant qu'il le faudra.

Non, cher confrère Noir, nous ne prétendons pas que l'Ordre des médecins est un Syndicat obligatoire. Nous savons parfaitement, que, comme vous le dites, « syndicalisme et obligation sont deux termes qui ne sauraient s'accoupler ».

Mais, vous doutez-vous, en formulant cette opposition très juste, qu'implicitement vous avez fait le procès du Syndicat en tant qu'organe de moralisation. Car, s'il y a opposition entre le Syndicat et l'obligation, il y a une opposition égale entre l'intérêt et la morale, et, au contraire union intime entre la morale et l'obligation (2). Qu'est-ce à dire ? Ceci : le Syndicat, qui, jusqu'ici a prétendu mener de front la défense et la moralisation professionnelles, doit se limiter à n'être qu'un organisme de lutte. Il y a incompatibilité de fait entre les deux fonctions qu'actuellement il assume ou prétend assumer, et l'expérience de tous les jours le prouve : *la morale est sacrifiée* et ne peut pas ne pas l'être. La morale exige l'obligation et exclut l'intérêt.

Nous savons la crainte des syndicalistes : ils craignent que les deux organismes, syndicat et ordre, ne s'opposent et n'entrent en conflit. C'est voir les choses avec sentiment et bien superficiellement.

Nous disons, au contraire, avec la raison, que ces deux organismes s'appellent, se complètent et sont *indispensables l'un à l'autre.*

Exempt du devoir de moralisation qui le gêne et qu'il ne peut remplir, le Syndicat redoublera de vitalité combattive et profitera de la cohésion du *corps* que l'Ordre aura créée.

Dégagé de tout souci de lutte professionnelle, qui est la loi du Syndicat, l'Ordre se tiendra au-dessus des partis, des passions et des doctrines, et aura une dignité et une autorité incomparables. Très supérieur en cela à l'Ordre des avocats lui-même, qui mêle de plus en plus, et imprudemment, les questions d'intérêt à celles de morale.

Quelle profession haute serait, sera la nôtre avec son Ordre, sa Faculté, sa Mutualité, ses Sociétés savantes, tous organismes et associations limités à leur objet, mais unis dans un amour commun, celui de la médecine française !

Concluons : le problème qui se pose est double. Doit-on moraliser le Corps médical et le peut-on ?

Si tout est pour le mieux dans la mieux organisée des professions, n'en parlons plus.

Si non, une moralisation est indispensable, le Syndicat, notre unique organisation actuelle, peut-il y parvenir avec son recrutement libre (que nul ne songe à rendre obligatoire) et sa charge des intérêts professionnels ?

S'il n'y peut parvenir, comme il n'y paraît que trop, qu'on instaure l'Ordre des médecins. Le plus tôt sera le mieux.

Voilà ce qu'en toute bonne foi nous disons et voilà ce qu'en toute bonne foi il faut discuter ».

(1) L'Ordre des médecins. Rapport présenté au Syndicat des médecins de Toulouse, le 10 janvier 1923 (*Bulletin médical* du 7-10 mars 1923).

(2) *Bulletin médical*, 7-10 mars 1923, p. 281.

Où M. le Dr Aversenq a-t-il lu que nous faisions allusion à son rapport, et que nous avons affirmé qu'il considérait l'Ordre des médecins comme le Syndicat obligatoire ? A-t-il la prétention de synthétiser à lui seul tous les partisans anciens, présents et futurs de l'Ordre des médecins ?

M. le Dr Aversenq est si plein de son sujet qu'il ne peut concevoir qu'on puisse, à propos de l'Ordre des médecins, s'adresser à toute autre personnalité qu'à lui-même.

Il nous accuse de répondre à côté, de brandir le spectre de l'Ancienne Faculté. Il nous demande même pourquoi ! !

Mais, cher confrère Aversenq, c'est tout simplement parce que nous ne nous adressions pas du tout à vous. Nous répondions, en réalité, à M. le professeur Balthazard, en toute courtoisie. Nous admettons, nous, au *Concours médical*, la discussion avec si peu de mauvaise humeur, que nous avons prié M. Balthazard de nous autoriser à reproduire sa très intéressante conférence dans notre numéro du 11 mars, page 819, où vous pourrez la lire.

***

Ce petit point personnel éclairci, revenons, s'il vous plaît, à la question de l'Ordre des médecins.

Peu de personnes ont pris une part plus active que nous à l'étude de cette question, dont nous fûmes même tout d'abord partisan comme la plupart de nos collègues de l'Union des Syndicats.

Rappelons qu'elle fut l'objet au grand *Congrès médical de* 1845 de rapports des docteurs Cerise et Forget ; qu'elle fut reprise en 1884 par le Dr Surmey, de Ham, et présentée à l'*Association des médecins de Saint-Quentin* ; que peu après, le Dr Mougeot présenta un projet analogue à l'*Association des médecins de l'Aube* et que ces projets furent repoussés par l'Assemblée générale de l'*Association des médecins de France* sur un rapport du Dr de Ranse.

En 1892, un médecin parisien, originaire de Bordeaux, le Dr Dignat, fit un nouveau projet qu'il communiqua à la *Société de médecine pratique de Paris.*

Lors de la discussion au *Sénat* de la loi sur l'exercice de la médecine (séance du 31 mars

1892), deux sénateurs, MM. Buffet et Halgan, proposèrent la création d'un Ordre des médecins, ce qui fut repoussé.

En 1897, alors que nous étions secrétaire général de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, notre excellent ami, le regretté Dr Lasalle, de Lormont (Gironde) qui fut vice-président de l'Union, présenta et défendit avec sa fougue toute méridionale, un projet au Conseil de notre Fédération syndicale ; ce projet modifié fut adopté par le Conseil. Il fut transmis *à tous les Syndicats médicaux de France* avec une circulaire, invitant ces Syndicats à se prononcer sur le principe de cette institution et à ne considérer le projet soumis que comme une base de discussion.

Cette circulaire était signée du secrétaire général : *J. Noir*, qui en collationnant les réponses, fut bien obligé de constater que les Syndicats, comme les Associations, ne voulaient pas d'un ordre des médecins. Le même résultat fut obtenu aux *Sociétés d'arrondissements de Paris* à la même époque.

Au *Concours médical*, le principe d'un ordre des médecins fut d'abord favorablement accueilli, (sauf par le Dr Gassot), comme il l'avait été partout, mais quand il s'agit d'élaborer un projet et d'en envisager les conséquences, les opinions se modifièrent comme, d'ailleurs, elles s'étaient modifiées partout, et à un tel point qu'à l'*Assemblée générale du* 14 *novembre* 1897, le principe même fut repoussé à l'unanimité.

La question revint en 1900, au grand *Congrès international de médecine professionnelle*, et un ordre du jour, liant la rédaction d'un Code de Déontologie à la création d'un ordre de médecins, fut adopté sans opposition dans une réunion où les médecins étrangers étaient en forte proportion, peut-être en majorité. Cependant, l'avocat-conseil du Syndicat des médecins de la Seine, Me Rocher, qui fut membre du Conseil de l'Ordre des Avocats de Paris, affirma que l'Ordre des médecins ne donnerait aucun résultat avantageux à la profession médicale.

La Commission, chargée en France d'élaborer un Code de Déontologie, *commission dont nous fûmes membre*, ne put aboutir à mettre sur pied un projet acceptable et les choses en restèrent là.

Depuis, le mouvement professionnel s'accentua ; nous eûmes un *Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine*, trois *Congrès des Praticiens* et l'on ne songea pas à exhumer les projets de création d'Ordre des médecins.

Tout esprit sensé et impartial, dirons-nous comme le Dr Aversenq, voudra bien admettre, après la lecture de ce court historique, que nous étions en droit d'affirmer qu'après toutes ces discussions dans des milieux médicaux aussi variés et d'esprit aussi différent, le sujet devait être épuisé.

Mais le Dr Aversenq pose nettement la double question :

Doit-on moraliser le Corps médical et le peut-on ?

Nous aurons la franchise de répondre NON à cette double question. Nous n'admettons pas la nécessité de cette moralisation dont le souci intempestif a déjà divisé le Corps médical et provoqué même une crise grave à l'Association générale des Médecins de France que nous ne voudrions pas rappeler.

Il conviendrait de préciser quelle serait cette moralisation et quels pourraient être les moralisateurs ? Il ne nous convient pas de voir le Corps médical réaliser la *Fable des animaux malades de la peste*, et nous avons une sérieuse appréhension d'entendre trop souvent crier :

« Haro sur le Baudet ! »

Il est des médecins criminels, nous n'en doutons pas. Ils doivent relever des tribunaux de droit commun comme tous les citoyens. Nous n'avons aucune confiance dans les tribunaux d'exception.

Supposons un instant qu'un Ordre des médecins soit légalement institué.

Le Dr Jacques Bonhomme, médecin à Petit-Trou-en-Vexin, a eu l'indélicatesse (ou l'imprudence) de vendre (ou de donner) au fabricant des pilules antidysménorrhéiques Z. une attestation vantant la valeur du produit. La lettre du confrère, reproduite aux annonces des journaux à grand tirage, est portée à la connaissance de millions de lecteurs. Les confrères de Jacques Bonhomme s'indignent. Il est cité devant le Conseil de l'Ordre et ne peut alléguer aucune excuse acceptable pour sa défense. A l'unanimité, le Dr Jacques Bonhomme est impitoyablement condamné.

Mais, à la même époque, les grands journaux (ceux qui se respectent), encartent des suppléments très artistiquement illustrés. Les portraits de toutes les notabilités de France, de Navarre et de l'étranger y sont réunis.

L'effigie de Sa Sainteté accompagnée d'une lettre du Cardinal secrétaire d'Etat, y voisine avec celles de nos Maréchaux ; les professeurs de nos Facultés, les membres de nos Académies y coudoient, si nous osons dire, *horresco referens* ! les fines jambes des premières ballerines de nos



opéras. Tous vantent dans des autographes dithyrambiques la valeur du vin de M. Y. (1).

Osera-t-on traduire devant l'Aréopage de l'Ordre, toutes les Académies, les Facultés, les grands spécialistes, les chirurgiens réputés. Ne serait-ce pas critiquer et poursuivre en même temps Sa Sainteté, l'Episcopat, nos glorieux maréchaux et généraux, nos savants, nos magistrats, nos hommes de lettres, nos grands artistes et quelques femmes aimables ?

Qui aurait cette audace ?

En vérité, ce ne serait pas nous, qui trouvons la question absolument sans intérêt. Mais n'empêche, qu'en attendant, le Dr Jacques Bonhomme reste bel et bien condamné :

Un haro général s'élève contre lui,
Il a, le malheureux, mangé l'herbe d'autrui,

J. NOIR.

Nous sommes persuadé que M. le Dr Aversenq est convaincu et sincère, et que sa conviction et sa sincérité sont les causes mêmes de son intransigeance ; nous en trouvons la preuve dans la lettre ci-dessous qu'il a adressée à G. Duchesne et que nous nous faisons un plaisir de publier :

Toulouse, le 6 avril 1923,

Monsieur et cher Confrère,

Laissez-moi d'abord vous remercier d'avoir discuté avec tant de courtoisie et de bonne foi les idées des partisans de l'Ordre des médecins.

C'est déjà un grand pas de fait vers l'entente quand les choses sont au point. Il n'y a rien de plus infécond et de plus misérable que les discussions qui portent à faux.

Toute la question est bien là : Pour remédier au malaise actuel, le Syndicat suffit-il et l'Ordre ferait-il mieux ?

Avant d'entrer dans le détail, je voudrais vous persuader d'une chose : c'est que le mouvement actuel n'émane pas d'antisyndicalistes ; il est né, au contraire, à Toulouse du moins, dans un groupe de syndicalistes fervents qui ont été, presque tous, des ouvriers de la première heure et qui, tous, ont foi dans l'avenir de nos Syndicats.

Je me permets de vous rappeler que le Syndicat des médecins de Toulouse a élaboré le premier un *Code de déontologie*, qui a eu les faveurs du corps médical entier (2) et que le premier, il a *essayé* d'en appliquer les sanctions.

C'est vous dire, mon cher confrère, que nous avons cru ardemment, si nous y croyons beaucoup moins, à l'action moralisatrice des syndicats.

Si j'ai souligné tout à l'heure — « essayé » — c'est qu'hélas ! nous avons été arrêtés tôt en chemin : les sanctions, bien faibles cependant, que le bureau du Syndicat, après vote de l'Assemblée générale, a voulu appliquer, les décisions d'arbitrage que notre conseil de famille a prononcées ont suffi à jeter la division parmi nous et à déterminer une crise dont notre syndicat est encore meurtri.

C'est qu'il faut entre les membres d'une association, pour que les liens soient solides, ou une règle obligatoire ou une puissante communauté d'intérêts. Cette dernière condition est très difficilement réalisable et n'est pas assurée de la durée. Je ne connais que le syndicat du Lot-et-Garonne qui, par un ensemble de circonstances rares, ait pu l'obtenir (1).

Ne vous étonnez donc plus de voir des syndiqués et des syndicalistes rechercher la première condition, celle d'une règle qui oblige. Ils ont appris à leurs dépens une chose que le simple raisonnement leur eût montrée *a priori*, s'ils avaient en plus de sens que de passion syndicale : c'est qu'il ne faut demander aux institutions que ce qu'elles peuvent donner.

Le syndicat est un organisme de lutte et de défense parfaitement adapté aux nécessités des professions libres chez qui le côté moral est secondaire. L'intérêt est son terrain. Dans notre profession monopolisée et d'un objet si pur, la tenue morale est de premier plan. Ici, le Syndicat, indispensable également, ne suffit pas. *Il ne peut pas* — le raisonnement le montre comme aussi la pratique — *il ne peut pas avoir une action moralisatrice*, si non précaire et tout à fait insuffisante. J'ajoute qu'en « forçant son talent », vous risquez de lui nuire — que, du moins l'exemple des Syndicats de Toulouse, de Tarbes et de tant d'autres servira de leçon. Et c'est grand dommage de voir ainsi faussé un bon instrument !

Vous m'objectez des cas d'espèces fort bien choisis, mais qui, je vous l'avoue, ne nous embarrassent pas le moins du monde. Mais, avant de les discuter, il faut bien s'entendre sur les caractères fondamentaux de l'Ordre des médecins.

Il ne s'agit pas d'en faire une institution édulcorée qui ne peut imposer sa règle et qui n'est pas maîtresse de ses jugements.

La première condition est acquise et je ne doute pas que M. Bertin, que vous avez cité, ne revienne à une conception plus saine : un ordre facultatif ne se comprend pas ; le syndicat est de beaucoup préférable.

Quant à la seconde, vous en soulevez la légitimité. La juridiction d'appel, dites-vous, ne saurait être d'exception. Pourquoi ? Il est exact que les décisions d'un ordre professionnel, jusqu'ici, sont susceptibles d'appel devant la juridiction de droit commun. Mais, il n'est pas interdit de prévoir une juridiction d'appel qui ne soit pas sous le contrôle de la Cour ou du Tribunal. Il y a d'ailleurs une tendance en législation à développer les tribunaux spéciaux, soit en raison de la nature des infractions, soit en raison de la qualité de ceux qui les commettent. En ce qui nous concerne — et sans revenir sur la différence entre l'Ordre des médecins et les tribunaux professionnels, développée dans mon rapport — du moment où l'on admet des infractions punissables par un code de morale professionnelle plus exigeant que le code pénal, il faut le faire appliquer par la profession et dans son cadre. Du reste, cette conception d'une juridiction seule capable de donner satisfaction aux exigences d'une moralité professionnelle plus haute ne m'est pas personnelle et n'est pas récente. Tous les projets, ou presque, ont prévu une chambre d'appel composée de médecins. Et le projet adopté par le Concile de 1845 et soutenu par le ministre, que seule la Révolution de 1848 empêcha d'aboutir, était ainsi conçu. Ce qui vous choque donc a trouvé les pouvoirs publics favorables, et dans un temps où leur autoritarisme était célèbre.

Certes, dans les projets élaborés, bien des points sont à revoir et à modifier ; ce sont uniquement des sujets pré-

---

(1) Ceci est nullement une critique, c'est le simple rappel d'un fait.

(2) Le docteur Boudin du *Concours médical* le cite avec éloges dans sa thèse : le Syndicalisme médical, (p. 42).

(1) En possession des bienfaits d'un contrat collectif déjà ancien, ce syndicat a pu *réaliser* des œuvres utiles et retenir les médecins par des avantages....., sans cependant pouvoir lui-même éviter les dissidences.

cis de discussion que les divers rapporteurs ont voulu présenter.

Mais il y en a qui relèvent des caractères même de l'Ordre et qui sont intangibles : l'obligation et la chambre médicale d'appel sont de ceux-là.

Cependant, ne dites pas : cette réforme n'est pas pour demain. Elle sera pour quand nous voudrons, si nous la voulons bien. Et nous la voudrons quand nous serons convaincus que l'Ordre n'attaque rien des organisations existantes, mais les renforce singulièrement. Les syndicats, en particulier, qui, actuellement s'épuisent dans des luttes intestines, verront leur action extérieure augmentée et leur importance grandie. De ceci, les exemples que vous me proposez et que je vais envisager font la preuve.

Prenons tout de suite votre objection principale, celle des médecins politiciens. Je comprends que le cas vous embarrasse du point de vue syndical. Car, il n'y a pas de question plus diviseuse que cette question politique, qui alimente les convoitises et roule avec elle autant d'ordures que de cailloux d'or. Un Syndicat qui se heurterait à elle et voudrait la résoudre dans le sens du droit serait immédiatement divisé, amoindri et bientôt menacé dans son existence même.

La politique y ferait le vide. Mais, avec l'Ordre, les choses vont différemment. Il ne s'agit pas de sortir de l'Ordre, *il s'agit même de faire tous ses efforts pour y rester.*

Vous craignez, peut-être à juste titre, que les magistrats reculent devant la condamnation d'hommes politiques. Mais une telle crainte n'est pas de mise avec les conseils de l'Ordre ; non parce que les hommes y sont meilleurs, mais parce qu'ici l'institution est meilleure, dans ce sens qu'elle échappe à l'influence politique. Dans ce tribunal professionnel, en effet, pas d'avancement qui risque d'être compromis ou hâtê. Ces hommes jugent en hommes, avec toutes les erreurs qui leur sont inhérentes, mais auxquelles ne viennent pas s'ajouter des intérêts trop puissants.

Quant à votre second cas, celui du médecin qui, par une sous-enchère, fait échouer une heureuse campagne syndicale, sa solution est facile. L'Ordre frappera le confrère si son délit relève des sanctions prévues par le Code de déontologie. Or, d'après nos projets, le Code doit être établi par les syndicats et tenu à jour par eux.

Nous touchons ici à la collaboration des syndicats et de l'Ordre, qui est presque toute l'économie du projet.

Quelle action aurez-vous contre les médecins chassés de la corporation, dites-vous. Que pourra l'ordre contre cet exercice illégal ? Mais, c'est le syndicat qui agira et non l'Ordre ; non pas certes, le syndicat actuel, qui numériquement comprend bien 15.000 hommes, mais qui voit ses troupes s'effriter à l'action et qui, pour gagner une partie où il n'y avait rien à perdre, a eu besoin de toute l'habileté et de toute l'autorité d'un Lafontaine ; mais, un Syndicat fort de toute l'union obtenue, de toute la noblesse reconquise et s'adressant à une magistrature rendue attentive davant cette force et déférente devant cette grandeur.

Vous paraissez assuré que cette réforme est lointaine, — et sans doute le souhaitez-vous. Craignez, au contraire, et craignons tous que, comme me l'écrivait récemment une haute personnalité médicale, l'opinion publique, révoltée de ne pouvoir distinguer l'ivraie du bon grain, ne nous impose cette règle et qu'en fin de compte, suivant une autre opinion également autorisée, l'Ordre ne se fasse contre le syndicat.

Perspectives, l'une et l'autre, affreuses ! Car rien de bon n'en peut sortir.

En ce moment, nous pouvons choisir notre règle et l'imposer au législateur. Encore une fois, il suffit pour cela que les chefs syndicalistes comprennent ce qu'ils doivent à la profession, au syndicat, et à eux-mêmes.

L'Ordre des médecins appuyé sur le Syndicat, le Syndicat appuyé sur l'Ordre, donneront à notre profession un lustre, une *vie qu'elle n'a jamais connue* et que sans leur union, *elle ne connaîtra jamais.*

Tôt ou tard, aujourd'hui ou demain, l'Ordre se fera parce que c'est dans la nature des choses, dans la nature de notre profession monopolisée ; mais il ne *vaudra* que si les forces vives, les forces syndicales, l'assistent à sa naissance et l'appuient de leur puissant élan.

Excusez cette longue lettre, mon cher confrère, que je demande à votre loyale impartialité de vouloir bien publier ; mais j'ai l'impression très nette que peu de choses nous sépare et qu'il suffirait de trouver le point vif où s'unit notre amour commun du métier.

Ce point, je l'ai cherché au long de ces feuilles et je voudrais de toute ma foi syndicale l'avoir trouvé.

Veuillez, agréer l'expression de ma confraternelle sympathie.

Dr AVERSENQ.

A propos du scandale des « Carnets de Mutilés » de Marseille

Le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, réuni à Paris, le 15 avril 1923,

Après avoir entendu l'exposé, par le Président du Syndicat des médecins de Marseille, de l'affaire dite des « Carnets de mutilés »,

Félicite le Syndicat médical de Marseille, son Conseil d'administration et, en particulier, son président, de leur attitude, de leur activité et de leur souci de la dignité professionnelle.

Les faits qui sont actuellement portés à la connaissance du public ont été, en effet, dénoncés à plusieurs reprises depuis 1920, tant par le Syndicat médical de Marseille que par l'Union des Syndicats médicaux de France, au Ministère des Pensions, au moment où les Syndicats médicaux luttaient pour obtenir un contrôle par les intéressés (mutilés, pharmaciens et médecins), en remplacement du contrôle organisé par l'Administration.

Le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France est convaincu que le nouveau régime de contrôle technique qu'il a obtenu par la modification de l'article 64 de la loi des pensions, contrôle technique auquel étaient hostiles la plupart des inculpés d'aujourd'hui, et qui doit être appliqué depuis le 1er janvier 1923, ne permettra plus les abus antérieurs dont s'est plaint, à juste titre, le Corps médical dans l'intérêt même des Mutilés.

Le Conseil de l'U. S. M. F. approuve unanimement l'énergique intervention judiciaire nécessitée par les abus anciens ayant échappé au contrôle administratif.

L'Union soutiendra, partout où il sera nécessaire, l'action d'assainissement poursuivie localement par les Syndicats médicaux.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DE LA COLITE A LA STASE

Essai clinique et thérapeutique

Par

G. FAROY, Médecin des hôpitaux, et J. BAUMANN, de Châtel-Guyon.

La stase intestinale chronique est une affection à évolution lente dont on s'accorde à reconnaître les origines lointaines. Lardennois, un des premiers, a signalé l'importance de la colite et de la péricolite dans la genèse des adhérences et des brides coliques, et noté « ces réactions infimes mais continues » qui, peu à peu, retentissent sur la séreuse pariétale et sur les mésos. Pierre Duval et J. Ch. Roux insistent de leur côté sur la fréquence de ces lésions passagères et superficielles, remontant souvent à l'enfance, qui, par stades successifs, altèrent la paroi, atteignent le péritoine et créent la péricolite adhésive chronique. En effet, s'il est possible de suivre l'évolution de certaines colopathies, si tout au moins on compare les résultats donnés par le laboratoire, la radioscopie, la rectoscopie, la clinique chez différents malades observés à des phases diverses de leur affection, si on a soin de fouiller leur passé pathologique et de tenir compte de tous les commémoratifs, on retrouve dans la complexité des phénomènes inflammatoires, moteurs, sécrétoires, sensitifs, un certain ordre chronologique dans l'apparition des symptômes, des étapes successives ayant leurs caractères propres, des images constantes.

Ce sont ces étapes dont nous voulons essayer de reconstituer la physionomie particulière, en les schématisant, pour en tirer quelques conclusions pratiques et une méthode thérapeutique à la fois curative et préventive.

C'est une opinion communément admise que la stase précède la colite et que celle-ci est le fait d'une irritation mécanique. Cela est exact dans certains cas. Des malformations, coudures, ptoses, ectasies congénitales, certaines formes de constipation par insuffisance glandulaire (insuffisance biliaire) ou par mauvaise hygiène, peuvent par coprostase primitive créer des lésions colitiques. Mais ces colites, à notre avis moins communes, ont une évolution beaucoup plus limitée et plus discrète que celle que nous envisageons ici. Tout au plus sont-elles capables de déterminer des troubles de la motricité, des réactions spasmodiques, des cercles vicieux et d'entretenir la stase par le processus que nous étudierons plus loin, sans amener de lésions graves. Les colites que nous avons en vue au contraire procèdent de lésions ou d'infections banales qui, livrées à elles-mêmes, s'aggravent progressivement et aboutissent à des réactions péritonéales, ou à des déchéances musculaires, à une forme de constipation qui s'établit lentement. Les troubles de l'évacuation n'apparaissent que tardivement et si, chez certains malades, l'affection s'arrête à un des stades de l'évolution sans aboutir aux complications extrêmes, chez d'autres, le cycle est vite parcouru et la stase succède de bonne heure aux accidents initiaux.

L'ordre des faits n'en varie point pour autant, et on peut distinguer trois périodes principales :

Période des colites aiguës et subaiguës.

Période des colites chroniques et syndromes entéro-névritiques.

Période de déchéance fonctionnelle et des péri-viscérites.

***

I.— Il faut très souvent remonter à l'enfance pour trouver l'origine de certaines colopathies, et les infections les plus banales sont la cause occasionnelle de nombreuses colites. Le tube digestif de l'enfant, en particulier le côlon droit et l'appendice riches en tissu lymphoïde, réagissent à la moindre infection intéressant le tractus digestif. La rougeole, la scarlatine, les angines, entraînent à leurs suites des séquelles digestives et des entérites. A plus forte raison, peut-on incriminer les états typhiques et paratyphiques, la grippe, les entérites aiguës de l'enfance, l'alimentation défectueuse. L'enfant est en outre sujet à des invasions parasitaires ; oxyures, trichocéphales, ascaris, capables de provoquer les premières lésions.

Chez l'adulte, on retrouve les mêmes causes à des degrés divers. Les grandes infections, grippes, typhoïde, dysenterie bacillaire, tuberculose,

Les Vaccins en ophtalmologie

OBSERVATION I. — Abcès de la cornée, guérison rapide par le stock-vaccin. Immunizol Grémy nº 61.

M. V... A..., 32 ans présente une érosion centrale de la cornée gauche le 3 juin 1921. On le voit pour la première fois le 6 juin 1921. A ce moment il présente un abcès central interstitiel, avec une très vive injection périkératique, et infiltration diffuse de la cornée autour de l'abcès. Les voies lacrymales sont perméables. On procède à un grattage de l'érosion, suivi d'instillation d'atropine.

Le 7 juin. — Injection de 1/2 cmc. de vaccin nº 61.

Le 9 juin. — Léger éclaircissement de la cornée, l'abcès n'a pas augmenté, injection de 1 cmc. de vaccin.

Le 11 juin. — La cornée s'éclaircit, l'abcès diminue d'étendue, on injecte 2 cmc. de vaccin.

Le 13 juin. — L'abcès a presque disparu. Il persiste seulement une petite tache claire. La cornée avoisinante est complètement éclaircie ; l'injection périkératique très diminuée.

Le 17 juin. — toute trace inflammatoire a disparu. Le malade reprend son travail le 20 avec une vision égale à 0,9 sans correction.

OBSERVATION II. — Ulcère de la cornée. Guérison rapide et sans incidents par le stock-vaccin Grémy nº 61.

C... L..., 36 ans, présente une plaie de la cornée droite datant de 2 jours. A son arrivée, le 13 juillet 1921, l'ulcère de la cornée droite est recouvert d'une couenne diphtéroïde de vilain aspect. L'injection périkératique est intense. La sécrétion conjonctivale est abondante. Les voies lacrymales sont perméables. L'ulcère est curetté légèrement, avec instillation d'atropine et application de pommade iodoformée.

Le 12 juin, l'ulcère est un peu détergé ; mais le pus conjonctival est encore très abondant. On fait une cautérisation au nitrate d'argent au 1/100e.

Le 15 juin l'état est stationnaire. On injecte 1/2 cmc. de vaccin.

Le 16 juin, on note une diminution sensible de la sécrétion conjonctivale.

Le 17 juin, on injecte 1 cmc. de vaccin.

Le 20 juin, les phénomènes inflammatoires sont nettement en régression. On injecte 1 cmc. 1/2 de vaccin.

Le 22 juin, l'amélioration est très sensible. Il existe un début d'épidermisation. On injecte 1 cmc. 1/2 de vaccin.

Le 24 juin. — Très bon état.

Le 27 juin. — Il persiste une taie légère. L'acuité visuelle est de 0,5.

Ces 2 observations paraissent affirmatives en ce qui concerne la cure vaccinothérapique des ulcères de la cornée.

Un certain nombre de cas analogues ont été rapportés par Weill devant la Société d'ophtalmologie.

Le vaccin est donc entré dans la pratique ophtalmologique.

L'Immunizol Grémy nº 61 « Ulcères de la cornée » est un vaccin polymicrobien polyvalent qui renferme.

Pneumocoques	50 millions
Streptocoques	20 millions
Colibacilles	5 millions
B. pyocyaniques	10 millions
Staphylocoques	200 millions

pour 2 cmc. d'eau physiologique.

Les injections se font sous la peau du bras à raison de 1 injection tous les 3 jours à doses progressivement croissantes de 1/2 cmc. jusqu'à 2 cmc., dose que l'on répète autant qu'il sera nécessaire.

Les réactions sont nulles ou de peu d'importance suivant les individus.

Dans les conjonctivites on prescrit l'Immunizol Grémy nº 60, qui est un stock-vaccin polymicrobien et polyvalent, dont la posologie et la technique sont les mêmes que pour l'Immunizol nº 61.

Dans les blépharites, orgelets à répétition, il est préférable de prescrire l'Immunizol Grémy nº 10 « Furonculose », vaccin à staphylocoques.

Ce vaccin existe en ampoules et en comprimés pour la vaccination par voie buccale.

occasionnent seules des désordres graves. Cependant, les intoxications alimentaires, certaines intoxications chimiques (traitement mercuriel) et le parasitisme jouent un rôle important. Certains agents parasitaires mieux connus, tels que lamblia, tetramitus, trichomonas, spirilles, et surtout amœba dysenteriæ sont des causes de lésions graves. Les irritations mécaniques : la constipation rectale (dyschésie de Hertz), les insuffisances gastriques, peuvent être le point de départ de colites qui plus tard pourront s'infecter, surtout si l'insuffisance biliaire vient entraver la désinfection physiologique de la cavité intestinale.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, la colite primitive aiguë a une symptomatologie presque identique et, comme le fait remarquer Combe, plus la colite de l'adulte est récente, plus sa marche ressemble à celle qu'elle affecte chez l'enfant. Ce sont des diarrhées plus ou moins fréquentes et abondantes, avec ou sans poussées fébriles, diarrhées *glaireuses* qui s'accompagnent parfois de vomissements, de météorisme, de douleurs abdominales généralisées. Ces diarrhées apparaissent par crises, laissant des périodes de rémission où apparaît de la constipation.

Les lésions sont, à cette période, très superficielles ; la muqueuse seule est atteinte, elle est simplement congestionnée et légèrement infiltrée, les tubes glandulaires sont élargis et dilatés.

Au cours de cette première étape se manifestent les premiers signes d'insuffisances glandulaires. Ils sont tardifs. Alors que les phénomènes aigus se sont amendés, que l'hypersécrétion muqueuse s'est atténuée, que les selles redeviennent normales, on peut constater que ces selles restent décolorées et pâteuses, fermentescibles ou putrides. Il s'agit presque toujours d'une insuffisance biliaire, peut-être préexistante, peut-être consécutive à l'infection qui, vraisemblablement, s'accompagne d'insuffisance de tout le système sécrétoire digestif et qui contribue dans une large mesure à entretenir et à favoriser l'état infectieux et la lésion muqueuse.

La durée de cette première période est courte, les premiers accidents cèdent aisément, mais si l'affection est négligée, si les circonstances, le terrain, s'y prêtent, elle ne tarde pas à s'installer de façon définitive.

***

II. — La seconde période se caractérise :

1° Par de la tendance à la chronicité et l'apparition d'infections secondaires ;

2° Par la localisation des lésions ;

3° Par des lésions du système nerveux abdominal qui conditionnent des troubles sensitifs, glandulaires et moteurs.

1° A la période de *chronicité, les lésions* colitiques s'accusent. Chez certains malades prédisposés (Combe, Loeper), le mucus sécrété se concrète, se coagule, est évacué sous forme de membranes ; la constipation domine : c'est la *colite muco-membraneuse*, expression la plus banale de l'inflammation de la muqueuse et fonction de son irritation. Chez d'autres, au contraire, et c'est cette forme qui seule nous intéresse, le mucus est encore sécrété en abondance, mais ne se concrète pas, il reste mélangé intimement aux fèces et les évacuations se font, soit par alternatives de constipation et de *fausse diarrhée*, soit plus souvent en selles pâteuses, volumineuses, luisantes et glaireuses. C'est la colite muqueuse de A. Mathieu.

La flore bactérienne de ces selles est particulièrement riche et variée, flore de bactéries et de levures iodophiles dont il est impossible d'isoler les trop nombreux éléments. Elles contiennent en outre de la mucine et des nucléo-protéides très putrescibles, en grande quantité, qui sont une cause d'intoxication au même titre que les albumines hétérogènes ingérées et incomplètement transformées. Si on ajoute les fermentations provoquées par les levures, l'absence ou la rareté de moyens de désinfection naturels, on trouvera normal que dans un tel milieu puissent s'implanter et prospérer des infections secondaires multiples. Cet ensemble explique le caractère si tenace des colites muqueuses, les rechutes fréquentes, l'allure torpide que prennent ces lésions toujours en contact avec des produits septiques, la lenteur du processus de cicatrisation.

Les lésions chroniques ont de plus tendance à se propager en profondeur. Aux lésions congestives de la muqueuse succèdent des érosions de la muqueuse, parfois de véritables ulcérations. Des lésions plus ou moins étendues apparaissent, et l'inflammation peut revêtir une forme infiltrante qui envahit la paroi, retentit sur les séreuses en provoquant de la lymphangite séro-séreuse des côlons et des mésos (Lardennois) et crée la périviscérite.

2° Un des traits saillants de cette période est la *localisation des lésions inflammatoires*. Elle est précoce et, dès la disparition de la crise initiale aiguë, les malades ne tardent pas à se plaindre de douleurs fixes à droite ou à gauche. Le *côlon droit* est le plus souvent atteint. La richesse en tissu lymphoïde de l'appendice, que l'on a comparé avec raison aux amygdales, sa disposition anatomique, son extrême fragilité ont certainement une grande part dans cette localisation élective. Il est vraisemblable que toutes les infections de l'enfance ont leur retentissement sur l'appendice et le cæcum, et depuis longtemps, on connaît les appendicites en série coïncidant avec des épidémies.



Ce sont des appendicites franches ou bien des formes larvées de typhlo-colite, avec syndrome appendiculaire fruste, souvent encore, pour employer l'expression de Martel et Antoine, de simples réactions locales, des *indigestions cæcales* à répétition, ou des formes prolongées toxi-infectieuses.

Tous ces troubles sont trop connus pour que nous nous étendions à leur sujet. Nous insisterons seulement sur ce fait que les infections du tube digestif trouvent dans le côlon droit un terrain de prédilection, et que l'appendicite et la typhlocolite marchent de pair. L'ablation de l'appendice n'entrave nullement le processus inflammatoire du côlon ascendant avec ses conséquences, et cette intervention, nécessaire dans la grande majorité des cas, ne doit pas faire négliger le traitement ultérieur de la colite proximale.

Les lésions localisées au *côlon distal* sont peut-être moins fréquentes. Elles sont constantes dans les colites par irritation comme la colite muco-membraneuse, mais paraissent assez rares à la suite des états infectieux. Elles sont plus communes chez l'adulte où elles sont pour un grand nombre de cas sous la dépendance d'un agent parasitaire. La dysenterie amibienne, les diarrhées dysentériformes si fréquentes depuis la guerre, causées par des flagellés, des spirilles, etc., fournissent beaucoup de colites recto-sigmoïdiennes ; il en est de même pour certains intoxications alimentaires, botulisme, etc. Quelques infections graves et la dysentérie bacillaire cependant en sont des causes assez banales. On aborde facilement ces lésions. La rectoscopie permet de les définir, de les limiter, d'en préciser l'étendue et la gravité. Bensaude en décrit deux formes, *une forme superficielle*, diffuse et torpide avec érosions ou petites ulcérations de la muqueuse, qui est friable, saignante, granuleuse, et une *forme profonde* hyperplasique ou infiltrante atteignant les couches sous-muqueuses qui sont hypertrophiées et sclérosées. Cette dernière aboutit à la sigmoïdite, à la périsigmoïdite, avec propagations péritonéales qui fixent les anses intestinales les unes aux autres, rétractent les mésos ou épaississent la paroi et arrêtent en ce point le cours des matières.

Les lésions du *côlon transverse* sont considérées comme plus rares, mais elles sont aussi moins connues. Les données du laboratoire étant très incertaines à son sujet, les symptômes cliniques assez imprécis, il est difficile d'isoler les phénomènes colitiques qui en relèvent. Néanmoins, le côlon transverse joue un rôle important dans la pathogénie de certaines formes de stase, parce qu'il est l'organe moteur et que c'est à son niveau que se manifestent les troubles de la fonction motrice. Son étude radiologique nous a permis de suivre ses différents aspects aux divers stades d'une colite ; dans la complexité des troubles moteurs, il nous semble possible de dissocier :

1° Une forme myopathique, par inhibition des centres nerveux, avec atonie musculaire transverse en guirlande, stase passagère n'excédant pas 30 heures.

2° Une forme arythmique, avec alternances de spasme et d'atonie, le spasme étant surtout marqué au niveau des zones de renforcement du transverse, première portion du transverse droit, partie supérieure du transverse gauche, côlon descendant, les zones adjacentes étaient dilatées et atones. Selles irrégulières.

3° Une forme éréthique que l'on peut observer chez des névropathes et au cours de stases segmentaires caractérisées. Le côlon moyen est contracté et tendu sur l'angle gauche qui est très élevé.

Les selles sont rares, en scybales.

4° Une phase ultime avec syndrome de déchéance musculaire et d'atonie totale, véritable asystolie intestinale, se traduisant par un allongement du transverse, dolichocôlon acquis, présentant les aspects les plus variés, coudures, accolements, etc. Stase permanente excédant 48 heures.

Ces images s'observent en dehors de toute ptose, et si le sujet est prédisposé, l'abaissement des deux angles au-dessous des crêtes iliaques se surajoute à l'allongement du transverse.

L'étude radiologique du transverse nous donne en outre des précieuses indications sur les rapports de ce segment avec les segments adjacents. En déplissant à la main les anses accolées, en mobilisant le transverse par la manœuvre respiratoire de Chilaïditi, on met en évidence la fixité ou la mobilité de l'organe, les points qui paraissent lésés ou adhérents à la séreuse pariétale ou aux organes voisins.

3) *Les entéro-névrites* constituent un des chapitres les plus importants de la pathologie intestinale, et il appartient à Loeper d'avoir décrit ces manifestations tardives des inflammations coliques et d'avoir objective les altérations des nerfs abdominaux qui conditionnent un certain nombre de phénomènes sensitifs et moteurs, trop souvent rapportés à une névrose.

On sait que le côlon possède un système nerveux propre, autonome, qui règle le péristaltisme automatique de cet organe même après section du vague et du sympathique d'où il émane (Bayliss et Starling, Glénard, etc.). Il est constitué par deux réseaux concentriques, le plexus de Meissner et celui d'Auerbach, qui se répandent dans les tuniques musculaire et sous-muqueuse où ils sont renforcés par de nombreux ganglions et d'amas de cellules nerveuses, particulièrement denses, selon Keith, dans certaines régions considérées comme des sphincters secon-

daires, des zones de renforcement musculaire : angle droit et première portion du transverse, première portion du descendant, région sigmoïdienne. Toute lésion un peu profonde entraîne des altérations de ce réseau auxquelles Loeper reconnaît trois formes : lésions dégénératives, inflammatoires ou fibreuses, suivant qu'il y a dégénérescence et fonte des ganglions et des amas cellulaires, ou propagation de l'inflammation aux ganglions et aux filets nerveux par l'intermédiaire de leurs gaines lymphatiques, jusqu'aux centres et plexus abdominaux, ou encore néoformation fibreuse des cellules nerveuses.

La rareté des éléments d'observation ne permet pas d'étudier les altérations produites par les lésions superficielles. Il ne semble pas cependant que l'on puisse nier leur existence. Il ne s'agit vraisemblablement là que d'une irritation, d'une sidération fonctionnelle plus ou moins passagère. Nous n'en voulons pour preuve que l'intensité des réactions nerveuses de tout ordre observées au cours de l'entérite muco-membraneuse, singulièrement plus marquées que dans toute autre lésion grave de l'intestin.

La répercussion de ces entéro-névrites se fait sentir sur tout le système nerveux abdominal et se traduit par des troubles sensitifs, moteurs ou glandulaires qui dominent en apparence la symptomatologie des colites.

Troubles sensitifs. — Ce sont d[illegible]lialgies localisées au niveau des plexus sola[illegible] mésentérique avec leurs crises douloureuses ou des manifestations moins brutales, que l'on peut attribuer à une rupture d'équilibre des deux grands centres pneumogastrique et sympathique, sans qu'il soit possible encore de faire la part exacte qui revient à chacun de ces nerfs. Les malades se plaignent de troubles divers : vertiges, névralgies, tendances syncopales, tachycardie, anxiété ; de troubles gastriques : nausées, états dyspeptiques du type sensitivo-moteur. C'est à leur estomac que beaucoup de colitiques rapportent tous ces phénomènes, c'est pour leur estomac qu'ils viennent demander conseil et il est facile par les divers examens de dépister ces faux gastropathes d'origine intestinale (Faroy).

Les troubles moteurs dont nous avons indiqué les diverses modalités à propos du côlon transverse dominent en grande partie la pathogénie des stases. Le spasme en particulier nous semble être entièrement sous la dépendance de lésions névritiques, et n'est que l'exagération d'un réflexe de défense au niveau des zones de renforcement. Il coexiste presque toujours sur un même segment avec des zones ectasiées et atones ou bien succède à des périodes d'atonie. Cette coexistence suffit à déséquilibrer le rythme moteur. Ces réactions exagérées fatiguent le muscle colique, qui finit par se relacher, s'allonger et perdre sa tonicité. On assiste progressivement à sa déchéance, à une statique paradoxale et à l'arrêt des fonctions d'évacuation. Le spasme essentiel nous semble très rare.

Les troubles glandulaires peuvent être encore le résultat de ces entéro-névrites. A cette seconde phase, ce sont les glandes endocrines qui paraissent les plus atteintes, alors qu'au début de l'affection, le système sécrétoire du tube digestif et en particulier la fonction biliaire et le pancréas se révèlent insuffisants. Nous ne croyons pas que les altérations observées au niveau des glandes thyroïde et surrénales soient capables de créer la stase, mais il est certain que ces glandes obéissent au sympathique et que leurs viciations fonctionnelles favorisent des cercles vicieux et affaiblissent les réflexes normaux de défense contre les intoxications d'origine cæcale.

III. — La rétention stercorale par obstacle mécanique ou maladie de Lane se précise à cette troisième période.

Deux ordres de phénomènes ont contribué à l'établir. D'une part, des troubles fonctionnels moteurs dont nous avons suivi la progression et qui sont arrivés au stade de déchéance musculaire avec allongement segmentaire, coudures, tassements, ptose ; d'autre part, un processus purement inflammatoire qui, peu à peu, a gagné la paroi et les séreuses et provoqué des réactions péritonéales, des adhérences, des brides, des néoformations membraneuses qui gênent la fonction d'évacuation par fixation, compression ou sténose. La première de ces formes est réductible, la seconde peut être considérée comme irréductible.

Ces deux formes peuvent coexister et se compliquer mutuellement. La symptomatologie de la maladie de Lane est trop connue maintenant pour que nous la décrivions en détail. Nous insisterons cependant sur certains petits signes précoces qui la font soupçonner, lorsqu'elle est à peine constituée.

La douleur est variable. Elle se manifeste très souvent par des douleurs gastriques tardives, plus tardives que celles de l'hyperchlorhydrie. Elles apparaissent 5 à 6 heures après les repas au moment du remplissage du cæcum et ne sont pas calmées par les alcalins. Ce n'est parfois qu'un malaise indéfinissable. Elles se manifestent aussi dans la nuit ou le matin à heure fixe : symptôme réveille-matin (Matignon et Baumann).

La douleur colique est localisée dans les fosses iliaques droite ou gauche suivant que le cæcum ou l'anse sigmoïde sont lésés. Ce sont des douleurs sourdes, continues, sensation d'endolorissement, de pesanteur exagérée par la marche, la station verticale. Sensation de barre assez pénible si le transverse est en cause. Elle se manifeste encore par des cœlialgies, des solarites,

sous forme de crises paroxystiques plus ou moins violentes assez imprécises avec localisation aux plexus.

La constipation est la règle dans la stase. Cependant, il existe encore des débâcles, des évacuations en bloc, fétides, ou bien des évacuations par regorgement après lesquelles le malade accuse une exonération incomplète. La pneumatose est fréquente et pénible.

Certains troubles toxi-infectieux sont précoces. Les migraines, les névralgies, les céphalées, de même certains troubles vagotoniques comme les nausées, les vomissements, peuvent mettre sur la voie d'une stase insoupçonnée. Les troubles dus à la toxémie, certaines dermatoses, les dysménorrhées, l'agénésie, les troubles vasculaires avec leur cortège divers sont plutôt l'apanage des formes ultimes de la stase. Il en est de même pour les troubles endocriniens qui s'exagèrent avec l'intoxication croissante de l'organisme.

Les signes radiologiques précisent le diagnostic. Il est nécessaire de pratiquer l'examen en série heure par heure. Tout arrêt qui se prolonge au delà de 30 heures indique la stase et doit faire rechercher les causes par un examen complet.

Pour les stases distales qui peuvent être confondues avec la constipation rectale (dyschésie), la rectoscopie, les commémoratifs, permettent d'éclairer le diagnostic.

***

Traitement. — Tous les auteurs s'accordent à reconnaître le caractère rebelle des colites infectieuses, et Nothnagel prétendait que les entérites aiguës étaient les seules qui guérissaient complètement. Sans partager le même pessimisme, nous sommes cependant obligés de reconnaître que si les colites aiguës guérissent facilement, il n'en est pas de même pour les formes chroniques et, à plus forte raison, pour les formes compliquées de péricolite et de stase. Elles exigent de la part du médecin et de celle du malade une certaine persévérance. Aussi, est-il nécessaire de traiter énergiquement les atteintes aiguës et de ne pas considérer comme négligeables ces petits épisodes subaigus, ces « crises d'enterite », qui surviennent à tout propos chez des sujets prédisposés et qui sont les reliquats d'un état infectieux banal. C'est à cette époque que l'on fera d'excellente prophylaxie.

Si la colite est constituée, si les lésions existent à l'état chronique, le traitement devient plus difficile et plus complexe. On ne doit pas se contenter d'établir un traitement connu ou un traitement symptomatique, mais se rendre compte de l'état de l'intestin, de la gravité des lésions et procéder selon la phase d'évolution par étapes successives pour éliminer l'un après l'autre les divers éléments pathologiques.

Traitement de la période aiguë.— Il doit être causal, puis s'adresser aux éléments infectieux et inflammatoires, enfin modifier la muqueuse et redresser les fonctions sécrétoires et motrices.

1° La coprologie fournit d'excellents renseignements si l'agent causal est un parasite ; ils sont beaucoup plus imprécis s'il est infectieux. Dans le premier cas, on doit mettre en œuvre le traitement spécifique à chaque forme parasitaire (émétine, arsénobenzol, vermifuges, thymol, bismuth, etc.). Dans le second, la désinfection intestinale suffira.

2° Contre le processus inflammatoire, mettre le tube digestif au repos, et à cet effet, la diète hydrique pendant 2 à 3 jours s'impose. Elle se compose de bouillon de légumes, décoctions de céréales, jus de fruits, etc. Passer ensuite, pour une période de 7 à 8 jours, au régime farineux de Combe, exclusivement végétarien, et progressivement à un régime plus large sans graisses, avec viandes grillées ou rôties en petite quantité. S'il y a localisation cæcale, régime mixte.

3° Désinfection intestinale. La diète hydrique suivie du régime de Combe réalise déjà une excellente antisepsie intestinale. On la complète, par des purgatifs légers, sulfate de soude, huile de ricin à petites doses, calomel à doses réfractées, solution de Bourget, solution de chlorure de magnésium, etc.

Les antiseptiques biologiques, cultures fraîches de bacilles lactiques, peuvent être utilisés en même temps que la diète hydrique. Il est préférable de les donner à doses élevées et pendant un temps assez court, 2 à 3 jours. On peut aussi les employer en lavement.

Les antiseptiques chimiques sont plus inconstants. On recommande l'eau oxygénée, le salicylate de bismuth, le peroxyde de magnésium, l'acide lactique, le benzo-naphtol, etc. Il est bon de les varier.

Les moyens mécaniques sont moins recommandables, le lavement irrite l'intestin. Cependant, on peut à la rigueur compléter le traitement antiseptique par un seul lavement de sérum physiologique donné goutte à goutte ou très lentement.

4° L'élément colite étant amendé, il est bon de chercher à modifier la muqueuse et à reminéraliser l'organisme. La cure calcique nous paraît être le traitement de choix. Loeper a insisté sur la décalcification intensive des entéritiques et montré l'insuffisance de certains régimes farineux en sels minéraux. On prescrira une alimentation riche en chaux et en même temps une cure recalcifiante ; phosphates de chaux, chlorure de calcium, carbonates de chaux, etc.

5° Malgré ces soins, on constate assez souvent que les selles ne reprennent pas leur aspect normal, qu'elles sont par intermittences décolorées

ou fermentescibles. Il faut alors surveiller les sécrétions, en particulier la sécrétion biliaire dont l'insuffisance est un facteur d'entretien de l'entérite et de la colite. C'est le moment de prescrire les cholagogues, l'opothérapie biliaire ou pancréatique, la pepsine, les diastases suivant le mode de réaction indiqué par l'examen coprologique.

Concurremment, surveiller les fonctions motrices et, s'il y a tendance à la constipation, conseiller les laxatifs mécaniques agar-agar, mucilages ou géloses.

Traitement de la période chronique. — Nous avons signalé déjà le caractère rebelle de la colite à cette phase de son évolution. Les infections secondaires, les lésions de la muqueuse, compliquent la situation et offrent une certaine résistance à une thérapeutique incomplète. Ici encore, il faut avoir recours à un traitement en plusieurs temps. Le régime alimentaire demeure au premier plan. Il est trop entré dans la pratique courante pour être détaillé ici. Signalons la nécessité de supprimer les aliments douteux, les œufs, les conserves, les graisses, le lait non écrémé, et de ne pas trop diminuer la ration alimentaire utile.

Dans ce but, multiplier les petits repas si cela est nécessaire, et attirer l'attention du malade sur la nécessité d'une mastication rigoureuse pour obtenir la transformation complète des substances albuminoïdes et celle des hydrates de carbone, solidaire d'une bonne insalivation.

2° Le traitement antiseptique sera le même que précédemment ; en alternant les agents antiseptiques, en les variant, on obtient de bons résultats. Rechercher avec soin les parasites pour instituer le traitement spécifique.

Pour lutter contre les infections, on peut utiliser la vaccinothérapie, très usitée en Angleterre, moins généralisée en France. Certains spécialistes cependant l'emploient avec succès. Arbuthnot Lane la recommande comme traitement préopératoire de la stase. C'est un moyen qui peut être utile, à condition d'employer les autovaccins de préférence aux stock-vaccins et de surveiller très attentivevement son application.

Si on soupçonne des lésions, on peut avoir recours aux lavements gélosés purs ou médicamenteux (Friedel) : ils ont l'avantage de ne pas irriter la muqueuse colique. Friedel a adopté la méthode suivante : faire bouillir 20 grammes d'agar-agar dans un litre d'eau pendant une demi-heure, passer au linge fin et ajouter pour un lavement désinfectant 1 cuillerée à café de liqueur de Labarraque ou 30 grammes de liquide de Dakin ; pour un lavement styptique, 3 grammes de chlorure de calcium par litre ou 0 gr. 10 d'émétine ; pour un lavement cautérisant : nitrate d'argent 0 gr. 20 ou acide lactique V à X gouttes, ou acide chromique sol. à 10 %, V gouttes. Ces lavements doivent être donnés lentement, additionnés de laudanum et gardés 20 à 30 minutes.

Pour les recto-colites, on emploie la gélose en solution crémeuse additionnée de poudres absorbantes, sels de bismuth, de chaux. Le lavage goutte à goutte (méthode de Murphy) avec sérum physiologique est encore à recommander.

Le traitement externe, et en particulier la thermothérapie abdominale, est un très bon adjuvant.

Enfin, c'est à cette époque de lésions refroidies et torpides que certaines eaux thermales rendent des services. En l'espèce, les eaux chlorurées magnésiennes de Châtel-Guyon peuvent être considérées comme spécifiques des colites chroniques. Ce sont à la fois des eaux cicatrisantes et désinfectantes, qui, en outre, aident à rétablir la péristaltisme intestinal.

3° Dès l'atténuation de l'élément colite, il est nécessaire de régler les fonctions intestinales. Supprimer les lavements qui ne doivent être qu'un épisode. On donnera la préférence aux mucilages, aux géloses, pris au cours des repas, à l'huile de paraffine administrée matin et soir. La bile de bœuf, le chlorure de magnésium sont en outre d'excellents médicaments. A la rigueur, petits lavements d'huile ou de bile (Bensaude).

4° Les phénomènes névritiques sont justiciables de moyens physiothérapiques : air chaud et applications chaudes, diathermie, hydrothérapie chaude, bains carbo-gazeux, etc.

Les troubles vago ou sympathico-toniques relèvent de certains agents médicamenteux que l'on donnera un peu par tâtonnement, en raison de la difficulté de dissocier les deux ordres de phénomènes. On se rappellera que l'adrénaline est un excitant du sympathique et l'ésérine un inhibiteur (Moutier), que la pilocarpine est un excitant du nerf vague et l'atropine un sédatif.

Les cures thermales ont encore leurs indications. Néris, Plombières, cures sédatives et spécifiques des états éréthiques et douloureux ; Châtel-Guyon, cure excitante, s'adresse aux états dépressifs et hypotoniques.

5° En dernier ressort, on s'occupera des insuffisances glandulaires, hépatique, pancréatique, gastrique ou intestinale, et surtout des états endocriniens à chacun desquels convient une opothérapie élective.

Traitement des stases. — La physiothérapie tient ici la première place, surtout en ce qui concerne les formes réductibles et à la condition que les phénomènes colitiques et douloureux soient très atténués. Tout doit être mis en œuvre pour hâter leur disparition et avoir quelque chance de succès.

Ce n'est pas seulement une rééducation du côlon qu'il faut entreprendre, mais il faut réduire des coudures ou des ptoses, rendre à l'in-



testin une certaine souplesse, lui donner du jeu. Nous avons adopté une technique (Loeper et Baumann) qui a pour but d'agir sur le côlon transverse et de le redresser par l'association de trois procédés, massage, spondylothérapie et gymnastique diaphragmatique.

Le massage n'offre rien de particulier : il est pratiqué uniquement de bas en haut par effleurages superficiels, puis profonds. Il doit s'exercer uniquement sur le côlon transverse, après examen radioscopique pour déterminer la position exacte du transverse, les adhérences possibles, les points douloureux et tendre à tonifier et à mobiliser ce segment.

La spondylothérapie (Abrams) consiste à exciter, par la percussion des apophyses épineuses, certains centres nerveux ou certaines racines de nerfs rachidiens, en particulier les dernières dorsales et les premières lombaires. On peut remplacer la percussion par la faradisasation de ces mêmes régions (Lebon et Aubourg, Jaworski).

On réalise la gymnastique diaphragmatique par la manœuvre de Chilaïditi en série. Après expiration, exécuter une inspiration forcée, nez et bouche fermés, qui entraîne la masse viscérale et la mobilise.

Quelques formes irréductibles par adhérences discrètes, brides, etc., sont parfois justiciables de ce traitement. On peut, dans une certaine mesure, obtenir leur relâchement. Mais, dans les formes graves, le traitement est voué à un échec presque complet et l'intervention chirurgicale est seule capable de remédier à ces stases et de lever l'obstacle.

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DANS LA PRATIQUE MEDICALE.

(13e *article*)

Syphilis et affections de la peau. Les hématodermites d'origine syphilitique,

Par le Dr LEREDDE.

L'*ichtyose* a été signalée chez les hérédosyphilitiques par Edm. Fournier ; Hudelo a constaté une séroréaction positive chez un malade atteint d'*épidermolyse bulleuse congénitale* ; j'ai observé une séroréaction positive dans un cas de *neurofibromatose* de Recklinghausen (père mort de P. G.) et je soigne en ce moment une fillette atteinte d'arriération mentale, avec stigmates dentaires, dont le père est atteint de la même affection : fait curieux, l'enfant présente sur le tronc, non des fibromes mais de larges nævi pigmentaires.

Le *vitiligo* est considéré à l'heure présente, d'une manière classique, comme lié habituellement à l'existence d'une syphilis acquise et surtout héréditaire. Le *zona* peut révéler à lui seul celle d'une méningite syphilitique. La *sclérodermie en plaques* peut coexister avec le tabes (Fournier, Méry). La *sclérodermie diffuse* se développe au cours de la période secondaire (Brocq, Fernet, Maurel), et peut rétrocéder sous l'influence de l'iodure de potassium (Gilbert) ; Jeanselme et Touraine l'ont vue se développer chez une femme hérédo-syphilitique ; le traitement mercuriel amena une amélioration franche.

Le *syndrome de Raynaud* (gangrène symétrique avec asphyxie des extrémités), qui peut apparaître au cours de la période secondaire, se rencontre habituellement chez des malades atteints de syphilis ancienne ou héréditaire ; l'affection peut céder au traitement antisyphilitique. Quelques cas paraissent dus à la tuberculose (1).

Le rôle de la syphilis à l'origine de la *pelade* est aujourd'hui connu, mais son importance me paraît encore plus grande qu'on ne l'a dit.

La séroréaction est rarement positive ; Sabouraud et Vernes indiquent le chiffre de 10 p. 100 ; mais, en outre, ils ont trouvé dans 11 cas sur 100 une syphilis des parents à peu près certaine, et 2 malades avec S. R. négative étaient atteints de syphilis acquise, 2 de syphilis héréditaire.

Je viens d'établir une statistique portant sur 18 malades. Je les ai classés suivant l'ordre de certitude décroissante.

1. Mlle Mark. 23 ans, W. : + ; H. : + ; J. : +.

2. M. Nad., 23 ans. W. : 0 ; H. : +. Pollutions nocturnes anciennes. La mère a perdu 7 enfants en bas âge.

3. M. Gay., 23 ans. W. : 0 ; H. : +. Eczéma lichénifié.

4. M. Rel., 38 ans. Syphilis à 18 ans. En outre, signes de basedowisme fruste, palais ogival, inégalité pupillaire.

5. M. Tal., 30 ans. Une canine supplémentaire. Père mort hémiplégique à 42 ans. Mère morte de méningite (traumatique ?).

6. M. Men., 34 ans. L. C. R. normal, mais ébauche

(1) Pour toutes ces affections v. LEREDDE : Domaine traitement, prophylaxie de la syphilis, 2e édit. Paris, Maloine, 1921.

de signes tabétiques oculaires (Rochon-Duvigneaud). Une sœur a un avant-bras estropié.

7. M. Gig., 32 ans, atrophie des incisives sub-latérales, 2 enfants dont un délicat.

La femme a eu une fausse couche. 4 frères ou sœurs sont morts en bas âge.

8. M. Dum., 12 ans. Leucoplasie commissurale.

9. M. Bru., 50 ans. Vitiligo. Extrasystoles. Un frère mort de méningite. Le père et la mère sont morts, âgés, mais subitement.

10. M. Bon., 33 ans. Stigmates dentaires. Père mort de cirrhose avec ascite Un frère peladique.

11. Mlle J., 11 ans. La mère a perdu 2 enfants à 9 mois. Altérations hématologiques d'infection chronique.

12. M. Br., 54 ans. Oreilles de loup.

13. M. Ton., 35 ans. Père mort de cancer buccal.

14. M. Aur., 32 ans. Père peladique. La mère présente des troubles nerveux et a eu 2 fausses couches.

15. M. Gue., 13 ans. Asymétrie faciale.

16. M. Mal., 34 ans. La mère a des troubles nerveux. Un frère mort à un mois.

17. Mme Poc., 51 ans. Dents mauvaises tombées. 2 filles mortes en bas âgé (scarlatine, pneumonie).

18. M. Lien., 42 ans. Dents mal plantées sans autres stigmates.

La séroréaction n'a pas été étudiée chez tous les malades ; l'étude du L. C. R. n'a été faite que dans 3 cas ; la recherche des stigmates a été parfois insuffisante ; l'enquête familiale n'a pu être complétée par les recherches de laboratoire.

Le traitement par les arsénobenzènes donne quelquefois des résultats rapides.

La syphilis est certaine dans 6 cas (4 avec S. R. positive, 1 chez une syphilitique ancienne, 1 chez un malade présentant des stigmates oculaires de type tabétique (Rochon-Duvigneaud). *Son existence est probable dans une dizaine de cas et possible dans les deux autres !*

***

Une communication récente de J. Darier à la Société de dermatologie me permet de parler à nouveau d'une question dont j'ai déjà dit quelques mots (1).

Les « tuberculides » auxquelles j'ai donné autrefois le nom d'*angiodermites tuberculeuses* sont des affections de la peau qui ont paru jusqu'ici d'origine tuberculeuse, malgré l'absence habituelle de bacilles et la non inoculabilité au cobaye. Le type en est fourni par le *lupus érythémateux* de Cazenave, à côté duquel prennent place l'*érythème induré* de Bazin-Hutchinson, *acnitis* et la *folliclis* de Barthélemy, l'*acné cachecticorum* de Hébra, l'*acné scrofulosorum* de Fox, les *sarcoïdes* de Boeck, l'*angiokératome* de Mibelli, etc.

Ravaut, en 1913, avait constaté la fréquence de S. R. positives chez les malades atteints de tuberculides et trouvait dans ce fait un argument pour combattre la spécificité de la réaction de Bordet-Wassermann. Il avait cependant constaté chez un malade atteint de lupus érythémateux une guérison à la suite d'injections de novarsénobenzol.

J'ai rapporté en janvier dernier l'observation d'un malade atteint de lupus érythémateux, avec séroréaction sanguine négative, mais altérations du L. C. R., chez lequel un traitement par le novarsenobenzol fut suivi d'une amélioration franche ; celle d'une jeune fille atteinte d'angiokératome guéri après injections de novarsénobenzol (séroréaction positive, père paralytique général).

Je retrouve dans mes fiches un cas de lupus érythémateux de la face chez une femme dont 3 frères ou sœurs sont morts en bas âge ; un autre chez une femme avec séroréaction positive (amélioration nette par le novarsénobenzol) ; enfin un cas de lupus érythémateux des joues de type congestif chez une femme atteinte de syphilis acquise avec W = ++++.

Je rappelle que les sarcoïdes de Boeck peuvent être dues tantôt à la syphilis, tantôt à la tuberculose.

M. Darier, constatant que les « tuberculides » peuvent être d'origine syphilitique dans certains cas, a proposé en mars dernier, à la Société de dermatologie de changer le nom du groupe et de les appeler « tuberculoïdes ». Il me semble qu'il vaudrait mieux parler purement et simplement d'angiodermites chroniques, tantôt bacillaires et tantôt syphilitiques.

Le domaine de la syphilis s'étend ainsi, en dermatologie, aux dépens de celui de la tuberculose, mais il est d'ores et déjà certain qu'il comprend bien d'autres affections ; en premier lieu des dermatoses banales, d'observation quotidienne, dont les rapports avec l'infection spirochétique sont restés inconnus, parce que les dermatologistes n'ont pas recherché celle-ci chez les malades atteints d'affections cutanées de caractère non spécifique et parce qu'ils ne savaient pas découvrir l'infection héréditaire. Il faut seulement citer l'opinion de Bazin qui déclarait que « la syphilis appelle la dartre » ; Fournier, d'autre part, avait classé le *prurigo de Hebra* parmi les affections parasyphilitiques.

***

Mes premières recherches sur les relations de la syphilis et des dermatoses banales remontent à 1919 ; j'ai publié à la Société de dermatologie et de syphiligraphie l'observation d'un cas de

(1) Syphilis et affections de l'appareil respiratoire, *Concours médical*, 14 janvier 1923.

grand *prurigo diathésique* chez une jeune fille de 18 ans, dont le père présentait des pupilles inégales, avec signe d'Argyll (fait vérifié par le Dr Rochon-Duvigneaud). Séroréaction négative chez le père, la mère et la malade. Celle-ci n'avait pas de stigmates (en dehors de tics).

Le traitement par le novarsénobenzol amena une amélioration graduelle, considérable de l'état cutané, l'atténuation du prurit, la disparition de zones de lichénification.

Fait intéressant, le père et la fille étaient asthmatiques (la coexistence et l'alternance de l'asthme et du prurigo est de notion banale).

Un second fait concerne une jeune fille de 18 ans, atteinte d'eczéma subaigu de la face dont je soignais en 1919 le père atteint de tabes gastrique, la mère atteinte de syphilis nerveuse. L'eczéma qui avait résisté à tous les traitements externes classiques guérit rapidement après quelques injections d'hectine. Ma malade ne présentait aucun signe de syphilis héréditaire en dehors d'une exagération des réflexes tendineux ; la séroréaction était négative.

Un troisième cas est relatif à une femme de 40 ans atteinte d'une dermatose non classée avec prurit généralisé, zones d'érythème, pigmentation diffuse, dont la séroréaction était négative. Amélioration considérable de la santé générale, disparition des accidents cutanés et du prurit à la suite d'un traitement par l'hectine. Cette femme a perdu un enfant 3 jours après sa naissance, le mari est atteint de syphilis ignorée (W = ++++). Fait curieux : il existait dans ce cas, contrairement à ce qu'on voit en général chez les syphilitiques, une polynucléose (89.5 %), avec leucocytose (18.500). Après 40 injections d'hectine le nombre des leucocytes s'abaisse à 13.000, le pourcentage des polynucléaires à 85.5 % ; la malade gagne 370.000 globules rouges.

En février 1920, j'ai publié l'observation de 2 cas de *lichen simplex* chez des hérédosyphilitiques. Dans le premier, l'infection était démontrée par une S. R. positive (W = +), l'état des enfants, les antécédents héréditaires (la mère ayant perdu 6 enfants en bas âge). Guérison (passagère il est vrai) de l'affection cutanée après traitement par l'hectine. Dans l'autre, action immédiate du traitement chez un malade âgé de 23 ans, sans stigmates (sauf l'exagération des réflexes tendineux), qui avait perdu deux frères en bas âge. Séroréaction négative d'ailleurs.

Mon troisième travail, publié en mars 1920 concerne deux malades qui étaient venus me demander conseil au sujet d'*urticaire*. L'un d'eux était syphilitique, de date ancienne ; quelques injections de novarsénobenzol firent disparaître l'urticaire qui datait de 4 ans. Le second malade, que j'observe encore à l'heure actuelle était un homme de 60 ans que j'avais soigné en 1909 pour un grand eczéma, sans chercher bien entendu s'il était syphilitique ! Je le vis de nouveau en mars 1920, atteint d'urticaire depuis 6 semaines. Séroréaction positive (Jacobsthal = +++). Légère leucoplasie commissurale. Hypertrophie cardiaque, dilatation aortique, bruit degalop de la pointe. Il est possible que le malade, qui n'a aucun antécédent personnel, soit un syphilitique acquis ; mais la mère est morte d'une affection spinale prolongée et a eu une fausse-couche.

La disparition de l'urticaire, au cours du traitement par le novarsénobenzol, n'a pas dans ce cas une grande valeur, en raison de la date récente de l'affection. Le malade a eu une poussée passagère d'eczéma sur les régions qui avaient été atteintes en 1909.

J'ai publié un quatrième travail en 1920 dans les *Annales des maladies vénériennes* sous le titre *Syphilis et dermatoses prurigineuses*. Il était utile en effet d'insister sur la relation de la syphilis et des dermatoses, accompagnées de prurit, l'opinion universelle, classique, étant que des lésions prurigineuses de la peau ne peuvent être dues directement ou indirectement à la syphilis, sauf cas exceptionnels.

Ce travail résume 16 observations *recueillies en série* :

1. Eczéma prurigineux chez un homme de 50 ans. Syphilis ancienne, W. : ++++.
2. Poussées d'urticaire, depuis 4 ou 5 ans. Eczéma rétro-auriculaire récent. Eczéma de la barbe. Syphilis (W. : +) probablement héréditaire.
3. Eczéma prurigineux des avant-bras. W. : ++++ (S. ignorée, probablement acquise).
4. Eczéma des mains chez une femme de 48 ans, syphilitique ancienne. W. : ++++.
5. Grand eczéma des mains chez un syphilitique. W. : ++++.
6. Eczéma des bourses, des cuisses. Séro-réaction négative, mais sclérose linguale, aortite, globulines dans le L. C. R.
7. Eczéma lichénifié des mains depuis l'enfance chez un homme de 21 ans. S. R. : 0., globulines dans le L. C. R. Père mort de cirrhose avec ascite. Un frère mort à 12 mois.
8. Eczéma des mains et de la face.
9. Eczéma chez une jeune fille de 27 ans, datant de l'enfance. Basedowisme fruste. Mère morte cardiaque à 42 ans. Un frère eczémateux.
10. Eczéma des membres datant de 2 ans.
11. Lichen simplex de l'avant-bras.
12. Eczéma du jarret, de la face dorsale des pieds, de la main droite chez une femme de 27 ans. Dents mal plantées ou tombées. Père mort hémiplégique.
13. Prurigo chez un enfant de 2 ans 1/2, mère syphilitique. W. : +++.
14. Urticaire chez une femme qui a eu 3 maris et 2 fausses couches.
15. Lichen de Wilson.

16. Eczéma testiculaire chez un enfant de 6 mois. La mère a perdu un enfant de méningite.

La syphilis est ou paraît certaine dans 8 cas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13) (aucun des malades n'est venu, bien entendu, me consulter comme syphilitique). Dans plusieurs des autres, son existence peut être présumée pour une raison ou pour une autre.

CONTRE-ÉPREUVE. — *Nouvelles recherches.* — Ce travail a été publié en décembre 1920. Je viens de faire le relevé de mes fiches relatives à des malades atteints de dermatoses prurigineuses banales (eczéma, urticaire, prurigo, lichenification) que j'ai observées depuis. Sur 58 cas, j'en trouve 24 dans lesquels l'existence de la syphilis, *presque toujours héréditaire,* paraît certaine ; 20 dans lesquels elle peut être présumée ; 14 seulement dans lesquels elle peut être exclue.

Cette classification a été faite d'une façon sévère ; je compte par exemple, parmi les cas où la syphilis est exclue, des faits dans lesquels une malade a une fausse couche, d'autres dans lesquels le ou la malade a perdu un frère ou une sœur en bas âge, où la mère a eu une fausse couche. Et la plupart de mes observations sont incomplètes, au point de vue du malade lui-même (absence d'examen du L. C. R. en particulier), toutes le sont au point de vue des membres de la famille.

Parmi les cas dans lesquels la syphilis peut être présumée, je relève des faits concernant des malades qui présentent un thorax en carène ou des incisives supérieures écartées, des femmes qui ont perdu plusieurs enfants en bas âge, un malade dont la mère est strabique, un autre dont le père est mort d'aortite, un dont le père est mort d'apoplexie à 55 ans et qui présente de la leucoplasie commissurale, une femme atteinte d'urticaire dont le mari est mort d'anévrysme aortique, des cas dans lesquels l'affection cutanée a disparu après injections d'hectine, de sulfarsénol, etc.

Voici les cas où la syphilis paraît certaine :

OBS. CXIV. — Mme Com., 32 ans, est atteinte depuis 10 ans d'eczéma sec, estival, des mains. Récemment, poussée d'eczéma suintant. Une plaque abdominale. Prurit. W. : 0 ; H. : + ; J. : 0. Aucun stigmate, sauf une légère scoliose.

Toujours délicate, Migraines. Crises d'entérite depuis une dizaine d'années. Le père est mort à 72 ans (ramollissement cérébral à partir de l'âge de 37 ans). La mère, 74 ans « se porte bien ». Elle a eu 10 enfants qui vivent « en bonne santé » mais en outre 6, morts en bas âge.

OBS. CXV. — Mlle Kr., 18 ans, atteinte d'eczéma des mains depuis l'âge de 12 ans. W. : 0 ; H. : 0 ; J. : 0. L. C. R. normal. Aucun stigmate.

Mais la mère (42 ans, atteinte de céphalée), a eu 2 enfants jumeaux nés à 7 mois, morts au bout de 5 à 6 jours. Elle présente des altérations du. L. C. R. (alb. : 0,35 0/00, globulines, séroréaction négative).

OBS. CXVI. — Mme Qui, 38 ans, vue en décembre 1920, atteinte de prurit depuis le mois d'août a eu à de nombreuses reprises des poussées d'eczéma depuis l'enfance. Incisives striées sans autres stigmates. Céphalées depuis la formation.

W. : 0 ; H. : + ; J. : 0.

Père mort d'aff. cardiaque à 68 ans, mère de bronchite chronique à 57. 2 ou 3 enfants sont morts en bas âge : 5 de 30 à 40 ans (2 de tuberculose). Mme G. a 2 petites filles dont une très nerveuse a eu des convulsions. Atténuation marquée du prurit au au cours du traitement par le novarsénobenzol.

OBS. CXVII. — M. Gag., 34 ans, présente depuis une dizaine d'années des poussées d'eczéma sur les mains. Zones d'eczéma lichenifié sur le corps. Quelques zones de pelade de la barbe. W. : 0 ; H. : + ; J. : 0. Le père est mort à 45 ans d'aff. du foie attribuée à l'alcoolisme. La mère 32 ans « se porte bien » a perdu une fillette âgée de 5 mois. M. G. a 5 frères ou sœurs vivants, tous sujets aux épistaxis dans leur jeunesse.

Mme G. (strabisme, mère atteinte de rétrécissement mitral pur morte à 42 ans) A eu une fausse couche. 2 enfants dont une prurigineuse (2 ans 1/2) présente de l'hypochromie (55) et une légère hypoglobulie (4.080.000).

OBS. CXVIII. — M. Dup., 68 ans. Urticaire. Thorax en entonnoir. Langue scrotale. Hypertension (200/150). W. : 0 ; H. : 0 ; J. : 0. Père mort subit. à 47 ans. Mère à 37 (tuberculose) . Mme Dup. présente de l'aortite , a eu un enfant mort-né.

OBS. CXIX. — M. Dur., 68 ans. Eczéma lichénifié (bourses, périnée, cuisses) depuis 2 ans. Sclérose superficielle de la face dorsale de la langue. Souffle systolique aortique. W. : 0 ; H. : 0 ; J. : 0. La femme est atteinte d'« asthme » a eu 3 enfants dont un mort à 6 mois. Une fille, malade, atteinte de troubles nerveux, a eu 3 fausses couches.

Amélioration nette de l'eczéma après 40 injections d'hectine.

OBS. CXX. — M. Lan., 45 ans. *Lichénification de la face,* depuis 2 ans. Eléments prurigineux au niveau du sternum et de la région interscapulaire. Pigmentation des aisselles. Nombreuses dents gâtées. Choroïdite ancienne, à droite ; cataracte franche. Opéré de strabisme en 1907. Convulsions dans l'enfance.

Nervosisme, frilosité, tremblement des mains. Le cœur paraît normal.

Père mort à 77 ans (congestion cérébrale, paralysie). La mère, 90 sans, se porte bien. Un frère neurasthénique.

Le malade n'est pas marié.



Obs. CXXI. — Roger Lec., 11 ans. *Prurigo* depuis l'âge de 11 mois, qui s'est atténué peu à peu. Bronchites répétées, accès d'asthme. Coryzas répétés. Enfant, très nerveux. Incisives supérieures convergentes, incisives inférieures surélevées. La mère a eu 3 fausses couches. Deux garçons, plus jeunes que Roger, ont eu également du prurigo.

Obs. CXXII. — M. Per. 52 ans, présente depuis 1910 tous les étés des poussées d'eczéma sec prurigineux avec périodes de suintement (face, avant-bras, cuisses).

Respiration courte. Bronchites hivernales, avec dyspnée. Au mois de juillet, sans toux, sans expectoration, râles ronflants dans toute la poitrine. Le cœur paraît normal.

Les dents supérieures sont tombées à 20 ans. Réflexes rotuliens assez faibles. W. : 0 ; H. : 0 ; J. : 0. Le père est mort à 30 ans, un frère à 3 ans de causes inconnues. Le malade, marié, n'a pas d'enfants.

20 inj. d'hectine sont faites en août 1921. Du mois de novembre à mai 1922, traitement régulier par le novarséno (24 inj. en 4 séries, de 0,10 à 0,90).

Le malade ne tousse pas, pendant tout l'hiver.

Aucun accident cutané, au cours de l'été 1922. Tout prurit a disparu : restent des zones immenses de pigmentation claire.

Un examen du L. C. R. fait en novembre 1922, a montré un état normal (gouttes assez rapides).

Obs. CXXIV. — M. Pou., 45 ans. Eczéma (membres inférieurs, bourses, tronc) récent. Syphilis à 25 ans. W. : ++++. Le malade a eu déjà de l'eczéma à l'âge de 15 ans. Son père est mort hémiplégique à 62 ans (ictus à 45 ans). Mère eczémateuse.

Obs. CXXIV. — Mme Ros. 57 ans. *Eczéma lichenifié des mains.* Anarchie dentaire. Vitiligo du cou. Quelques extra-systoles. Pas d'autres stigmates.

Père mort subitement à 80 ans. Mère à 75 migraines, eczéma), 6 enfants sont morts en bas âge.

Obs. CXXV. — Raphaël Luc., 35 mois. *Prurigo simplex* depuis 6 mois. Né avant terme. Hernie congénitale (inguinale) A 13 mois, br. pneumonie. La mère a 40 ans ; elle a eu 2 fausses couches et 7 enfants tous nés avant terme ; 5 sont morts, dont l'un à 25 mois (encéphalocèle), un à 19 mois (pneumonie) les autres à quelques jours.

Obs. CXXVI. — M. B., 37 ans Eczéma prurigineux depuis 10 semaines (aines, périnée). Syphilis en 1907. W. : 0.

Obs. CXXVII. — L'observation la plus remarquable que je possède est peut être la suivante :

Mlle Frank, 17 ans, est atteinte de prurigo et d'urticaire depuis l'âge de 3 ans. L'affection s'est atténuée peu à peu. Pas d'accès d'asthme mais tendance à la dyspnée d'effort.

Bonne santé d'ailleurs. Jolie fille, qui ne présente aucun stigmate. W. : 0 ; H. : 0 ; J. : 0.

L. C. R. : *hypertension* franche. Globulines. Wassermann positif !! La mère présente une S. R. négative, un L. C. R. normal. Troubles d'estomac et céphalées. Elle a un fils de 14 ans, peu vigoureux. Leucoplasie commissurale chez le père, sans autres signes de syphilis (S. R. : 0).

Le traitement par le novarséno mené chez Mlle Fr. avec une grande prudence, a semblé amener une diminution du prurit. La malade engraisse et devient plus vigoureuse.

Obs. CXXVIII. — Mme Ter., 46 ans. Eczéma des mains (blanchisseuse). A eu 7 fausses couches. Une fille 24 ans se porte bien. Séro-réaction non faite.

Obs. CXXIX. — Mlle Ric., 27 ans. Eczéma lichénifié du jarret, de la face dorsale des pieds, eczéma de la main droite. Pas de stigmates sauf chute des dents à la machoire supérieure. Migraines. W. : 0; H. : 0 ; J. : 0. Le père est mort à 54 ans hémiplégique. Amélioration graduelle de l'eczéma, de la santé générale à la suite d'un traitement par le mercure puis l'hectine.

Obs. CXXX. — Mme R., 37 ans. Prurit des avant-bras, du cou, depuis 3 ans. Eczéma vague de l'abdomen. W. : ++ ; J. : ++. Un enfant mort à un mois.

Obs. CXXXI. — Mad. Gay., 34 ans. Eczéma interdigital. Microdontisme. W. : 0 ; H.: 0. Cœur gros avec accentuation du 2e bruit aortique. Les parents ont perdu 2 enfants en bas âge.

Obs. CXXXII. — Mad. Gou., 45 ans. Lichénification de la face depuis une dizaine d'années. Réflexes rotuliens disparus. Pas d'autres stigmates. W.: 0; H. 0. Enquête familiale négative.

Obs. CXXXIII. — Mme Hai., 40 ans. Eczéma des plis depuis 2 mois, prurit généralisé. Réflexes exagérés même au poignet, sans autres stigmates.

W. : 0 ; H. : 0 ; J. : 0.

Mari mort hémiplégique à 53 ans, 3 fausses couches. Un fils a une affection cardiaque.

Obs. CXXXIV. — M. Duf., 66 ans. Eczéma des cuisses, du dos depuis 8 mois.

Inégalité pupillaire, myosis double excessif à gauche. Réflexes tendineux très vifs. W. : ++ ; Jacobsthal : +++ (syphilis ignorée).

Femme « neurasthénique ». Un fils « asthmatique ».

Obs. CXXXV. — Jos. Mar., 24 mois. *Prurigo, urticaire* en voie d'atténuation. Etat hématologique hémoglobine 60, hématies 4.220.000 leucocytes, 14.800, polynucléaires 29 %.

Disparition de tous les accidents cutanés au bout d'un an, après 30 inj. de sulfarsénol.

Le père est syphilitique.

Obs. CXXXVI. — M. Blo., 35 ans. Eczématisation vague des bourses et du périnée. Tendance au prurit généralisé. Obésité, sans diabète. Aucun stigmate.

Père mort avec acc. cérébraux, mère atteinte de glaucome double : une sœur jumelle est morte à la naissance. W. : 0 ; H. : + ; J. : 0.

Obs. CXXXVII. — Mme Lev., 74 ans. *Eczéma disséminé* (dos, membres) depuis 2-3 mois. Hypertension (180). Abolition des réflexes tendineux ; W. 0 ; H. : 0 ; J. : 0.

Mari mort presque subitement à 67 ans (bronchites « asthme » on a parlé d'angine de poitrine. Un fils « se porte bien ».

Amélioration considérable à la suite d'un traitement par l'hectine (application de pommade au thigénol, d'ailleurs).

Syphilis et psoriasis. — J'ai fait, en mars dernier, une communication à la Société de dermatologie et de syphiligraphie sur la recherche de la syphilis acquise ou héréditaire, chez 28 psoriasiques, *étudiés en série* (les malades venus comme syphilitiques, chez lesquels j'ai découvert un psoriasis, étant exclus). J'ai constaté, dans 2 cas une syphilis acquise, dans 4 une syphilis héréditaire certaine. Dans 7, l'infection a été exclue. Dans 8, l'existence d'une syhpilis héréditaire semblait des plus probables.

1. Grossesse trigémellaire de la mère, une sœur hémiplégique.
2. 2 filles jumelles, 2 fausses couches.
3. La mère a eu une fausse couche et perdu 2 enfants en bas âge.
4. Ictus. Une sœur morte d'accidents cérébraux, un frère à un mois.
5. Stigmates dentaires. La mère a eu une fausse couche, a perdu un enfant de convulsions ; un, qui vit, a eu des convulsions.
6. Arrêt de développement d'un membre. La mère a eu une fausse couche, a perdu 2 enfants de méningite ; souffre de sciatique.
7. Stigmates chez la mère et la malade.
8. Père syphilitique.

Dans 7 cas en outre, l'infection peut être présumée, pour une raison ou pour une autre.

1. Langue scrotale, leucoplasie commissurale fruste.
2. Un frère jumeau.
3. La mère morte d'hémorrhagie cérébrale, semble-t-il, a perdu 2 enfants en bas âge.
4. Migraines familiales. La femme a eu 2 ou 3 fausses couches et perdu un enfant en bas âge.
5. La mère a eu 2 frères morts-nés.
6. Stigmates dentaires. La mère a perdu 4 enfants en bas âge.
7. Disparition de tous les réflexes tendineux.

Ainsi chez des malades atteints de dermatoses d'observation banale, dont les lésions ne présentent aucun caractère spécifique, le médecin, *qui cherche la syphilis*, la rencontre à chaque instant presque toujours héréditaire. Je suis, le premier, inquiet de cette fréquence ; je me demande où s'arrêtera enfin le domaine de la syphilis, quelles sont les affections dont elle ne peut être la cause. Mais, de deux choses l'une : ou bien nos méthodes de recherches sont mauvaises, et nous avons tort d'attribuer, comme nous le faisons, à la syphilis, en l'absence de preuves pastoriennes au sens étroit du terme (fournies par la séroréaction du sang, du liquide céphalo-rachidien) des faits dans lesquels on trouve des stigmates, dans lesquels des individus appartenant à la famille d'un malade présentent une affection due au spirochète, dans tous les cas ou d'une manière fréquente, dans lesquels la mère a eu des fausses couches réitérées, où de nombreux enfants sont morts en bas âge, etc. (1), ou bien il existe une maladie, qui est la grande maladie humaine, qui se rencontre partout, qui se dissimule sous tous les masques et que nous commençons à peine à bien connaître, dissimulée qu'elle est par les descriptions classiques.

Si nos méthodes de recherche sont mauvaises, qu'on nous le prouve : mais on ne peut prouver qu'elles sont mauvaises sans faire, comme nous-mêmes des recherches étiologiques, sans faire un effort, semblable au nôtre, avec plus de précision, plus de rigueur, par les moyens que nous employons nous-mêmes.

***

Les hématodermites d'origine syphilitique. Le traitement antisyphilitique dans les dermatoses d'observation banale.

J'ai classé, il y a 25 ans, sous le nom d'*hématodermites* (2), des affections cutanées dont le développement paraît commandé par des altérations du milieu sanguin. Le type en est fourni par une dermatose rare, la « maladie » de Duhring ou *dermatite herpétiforme*, laquelle se présente au point de vue clinique sous forme de lésions érythémateuses, érythématobulleuses, bulleuses, récidivantes, associées presque toujours à un prurit souvent intense (chez les femmes enceintes elle prend le nom d'*herpès gestationis*). J'ai montré dans des recherches successives que cette dermatose s'accompagne normalement d'une éosinophilie sanguine parfois considérable, et d'une élimination de cellules éosinophiles

(1) Leredde. — Le domaine de la syphilis et la réaction de Bordet-Wassermann, *Presse médicale*, 30 nov. 1921. Nature syphilitique de l'épilepsie essentielle, *Presse médicale*, 19 juillet 1922. Essai sur le diagnostic de la syphilis héréditaire, *Presse médicale*, 4 avril 1923.

(2) Besnier, Brocq et Jacquet. — La Pratique dermatologique. Masson, Paris, 1901.

par les formations cavitaires de la peau (1). Des affections, plus rares encore, le *pemphigus foliacé* et le *pemphigus végétant*, s'accompagnent d'altérations semblables.

L'existence d'altérations morphologiques du milieu sanguin est fréquente dans d'autres affections de la peau, beaucoup plus communes, l'*urticaire*, le *prurigo*, et il est bien évident, du seul fait de la présence de ces altérations, qu'elles ne peuvent s'expliquer comme on a voulu le faire, par des troubles du système nerveux agissant sur le tégument externe. L'urticaire, le prurigo, comme la dermatose de Duhring sont des hématodermites mais non des *névrodermites*, des *dermatonévroses*. Il en est de même des érythèmes, en particulier des érythèmes toxiques, médicamenteux..: les substances toxiques agissant sur la peau, ne peuvent agir que par l'intermédiaire du milieu sangiun.

Je ne puis dire quelles sont exactement les limites du groupe des hématodermites ; l'eczéma, le psoriasis, qui s'accompagnent d'ailleurs bien souvent d'altérations du milieu sanguin, me semblent en faire partie d'une manière certaine.

La fréquence des hématodermites chez les syphilitiques acquis et surtout héréditaires n'a rien qui puisse surprendre ; on comprend que l'infection peut amener des troubles des organes hématopoiétiques, de la glande hépatique, dont le rôle dans la formation du milieu sanguin apparaît de plus en plus grand ; ces troubles, rien ne les révèle : ils restent latents jusqu'au jour où une cause morbide quelconque, souvent une intoxication banale *fait déborder le vase* et provoque des réactions qui ne se seraient pas produites dans un organisme sain. Exemple : l'urticaire est une affection d'origine toxique, que peut déterminer, par exemple, l'ingestion d'iodure de potassium ; tout individu qui absorbe de l'iodure n'est pas atteint d'urticaire.... tout individu qui absorbe un agent médicamenteux ne présente pas une exception médicamenteuse. L' « idiosyncrasie », l'état latent de l'organisme qui rend celui-ci sensible à l'action d'une cause qui n'est pas en général une cause nocive, s'expliquent par des altérations latentes : elles peuvent être fréquentes surtout chez les hérédo-syphilitiques, et plus fréquentes même chez les syphilitiques acquis que chez les individus non infectés par le spirochète.

Ces altérations latentes, cette intolérance, d'origine syphilitique, peuvent-elles céder à un traitement antisyphilitique ? Pouvons-nous d'une manière utile, devons-nous soumettre aux arsénobenzènes, au bismuth, au mercure, des malades atteints de dermatoses banales, lorsqu'ils sont syphilitiques ou hérédosyphilitiques ? dans les cas si nombreux où il y a de très sérieuses présomptions de syphilis héréditaire sans certitude complète ? Seuls, les faits permettent de répondre, et la réponse me paraît éloquente.

Il faut bien entendu, juger avec une extrême prudence, des succès qu'on croit obtenir chez des individus atteints d'affections dont l'évolution est irrégulière, qui sont susceptibles, comme toutes les dermatoses banales, de rémission spontanée, ne tenir compte que des faits dans lesquels il n'y a pas eu d'applications externes. Ces réserves je les ai faites dans tous les cas que j'ai traités. Mais j'ai vu trop souvent une affection cutanée se modifier d'une manière *rapide*, quelquefois presque immédiate, souvent durable ou même définitive, chez des malades traités par l'hectine ou les arsénobenzènes, quelquefois les sels mercuriels, pour ne pas croire profondément à l'utilité du traitement antisyphilitique, à son action curative. Mention des résultats du traitement est faite à la fin de quelques-unes des observations résumées dans cet article.

Le traitement antisyphilitique peut être d'ailleurs difficile, *dans quelques cas* : on fera bien de procéder toujours avec prudence, d'une manière très progressive, de prévoir et de laisser prévoir au malade des poussées ; le fait s'est produit par exemple chez une femme dont j'ai parlé à la Société de dermatologie. Cette malade présentait du psoriasis limité et du rhumatisme déformant limité à une main. Au cours d'un traitement par l'hectine puis le novarsénobenzol, extension du psoriasis, généralisation des troubles articulaires. Mais le nombre des globules rouges, qui était de 2.640.000 avant le traitement s'éleva graduellement à 4.560.000, l'état général s'améliora d'une manière remarquable. Un an et demi après la première visite de la malade, l'éruption était devenue insignifiante, et la malade n'avait plus que quelques douleurs « rhumatismales » insignifiantes.

En dehors de ce fait, j'ai soumis au traitement antisyphilitique 5 psoriasiques ; voici le résumé :

1er cas. — Le psoriasis disparaît au cours d'un traitement par le novarsénobenzol en laissant des taches pigmentaires (aucune application externe).

2e cas. — Disparition du psoriasis après 60 injections d'hectine (il y a eu, il est vrai, des applications de chrysarobine).

3e cas. — Disparition après 15 injections de novarséno. Aucune application externe.

4e cas. — A deux reprises, le psoriasis disparaît au cours d'un traitement par le novarséno, sans application externe.

5e cas. — Même traitement. Disparition rapide, sans application externe.

(1) Le dernier cas de dermatose de Duhring que j'ai vu était développé chez un syphilitique ignoré (W = ++++) : l'avant-dernier chez un tabétique !

(Un de mes malades m'a indiqué que les accidents cutanés disparaissaient normalement lorsqu'il était soumis au traitement mercuriel, pour reparaître lorsque celui-ci était interrompu).

Il est possible, d'ailleurs que je sois tombé sur une série favorable.

Il faut tenir compte au point de vue pratique des cas si nombreux dans lesquels la syphilis peut être soupçonnée sans être affirmée. Je suis bien convaincu qu'on ne peut jamais bien traiter un syphilitique sans lui dire de quelle maladie il est atteint, contrairement à ce qui se fait tous les jours ; mais un diagnostic étiologique ne peut être donné au malade, sans que la conviction du médecin soit entière, sans qu'il puisse donner ses preuves. Je conseille donc, dans des cas nombreux, de prescrire au début, sous prétexte de traitement arsenical, des injections d'hectine à 0 g. 10 puis 0 gr. 20 par jour (chez l'adulte). Après 2 ou 3 périodes de traitement de 3 semaines séparées par des intervalles égaux, une amélioration franche peut être survenue ; quelquefois, si on a fait au début un examen hématologique, on constate des modifications favorables ; le médecin peut alors dire nettement ce qu'il pense et agir avec plus de liberté.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement rationnel de la constipation.

Les laxatifs mécaniques ont pris une place importante et méritée dans la thérapeutique courante ; cela s'explique : ils n'irritent pas la muqueuse intestinale.

L'association de l'huile de paraffine à l'extrait de malt, sous forme d'une poudre cristalline, telle qu'elle se trouve dans le Laxamalt, représente le type de ces laxatifs.

En effet, l'action lubrifiante de l'huile de paraffine se trouve renforcée par l'extrait de malt dont l'action tonique et digestive conserve en outre son intérêt propre.

Le Laxamalt agit lentement, mais sûrement, à la dose moyenne de 3 cuillerées à soupe par jour. (*Courrier médical*, 18 mars 1923.)

La gastro-entérostomie dans l'ulcère de l'estomac.

Quand l'ulcère de l'estomac résiste au traitement médical, il faut de toute nécessité recourir à une intervention chirurgicale. Parmi ces interventions, l'une des plus en faveur est la gastro-entérostomie. Quand doit-on la pratiquer ? C'est ce qu'examinent MM. Delore et Barbier, dans une longue étude qui se termine par les conclusions suivantes :

« La gastro-entérostomie est une opération merveilleuse qui rend chaque jour les plus grands services et qui a sauvé beaucoup de malades, guérissant les uns, en améliorant d'autres et permettant souvent d'effectuer ultérieurement une exérèse curatrice.

« Dans certains cas, nous l'avons vu, et en particulier dans l'ulcère du pylore, la gastro-entérostomie peut souvent être l'opération définitive.

« Dans d'autres, et en particulier l'ulcère de la petite courbure, elle ne devra être considérée que comme une opération d'urgence, premier temps d'une exérèse de l'ulcus.

« Dans d'autres enfin, elle pourra être considérée comme une opération complémentaire, souvent nécessaire, toujours utile. En principe, on fera la gastro-entérostomie à la suture au catgut à trois plans. On réservera l'emploi du bouton aux cas d'urgence.

« I. *La gastro-entérostomie sera indiquée* :

« 1° Dans l'ulcère de la région pylorique ;

« 2° Dans l'ulcère de la petite courbure si des contre-indications tirées de l'état local ou général du sujet rendent impossible ou dangereuse l'exérèse d'emblée ;

« Dans l'ulcère biloculaire si la résection ou la gastrotomie sont impossibles ;

« 4° Dans l'ulcère perforé, à titre d'opération complémentaire ;

« 5° Dans les hémorragies de rétention.

« II. *La gastro-entérostomie devra être suivie de résection* :

« 1° Dans les ulcères du pylore de nature douteuse ;

« 2° Toujours dans les ulcères de la petite courbure et, à *fortiori*, dans ceux qui amènent une biloculation de l'estomac.

« 3° En principe, toutes les fois que l'ulcère est de nature suspecte et que l'on conserve quelque doute sur la possbilité de sa transformation néoplasique ». (*Lyon médical*, 10 février 1923.)

Les contre-indications de l'aspirine.

Dans les médications que le public s'administre volontiers à l'occasion de certaines indispositions qui ne lui paraissent pas justifier l'acte médical, l'aspirine a détrôné l'antipyrine, dont la vogue fut immense entre 1889 et 1893, époque fameuse par ses épidémies d'influenza.

Or, si les inconvénients et les dangers de l'antipyrine expliquent le quasi abandon dans lequel elle est tombée, il semble que l'aspirine ne lui soit pas très supérieure, et qu'elle ait également de multiples contre-indications. C'est ce que précise M. Ch. FIESSINGER.

Si elle mérite d'être prescrite dans les affections rhumatismales, les myalgies, les névralgies, il est par contre une foule d'états dans le traitement desquels on la fait volontiers entrer, et qui, loin de s'en bien trouver, n'en éprouvent que des aggravations manifestes qui peuvent aller jusqu'à la mort. Dans la grippe, par exemple, si elle peut servir à combattre une violente céphalée du début, on se gardera bien de l'employer comme antithermique : la fièvre tombant, disparaît en même temps sa puissance défensive ; l'infection progresse rapidement, aboutit au collapsus, et même à la mort avec des crises de tachycardie paroxystique.

Même contre-indication dans les manifestations douloureuses liées à une insuffisance rénale. « Une crise d'urémie peut faire suite à la prise d'un cachet de 0,50 d'aspirine ». D'où la nécessité d'examiner les urines des malades avant de leur prescrire ce médicament. Au demeurant, « l'aspirine ne saurait être considérée comme le médicament des familles qu'elle est devenu. Il faut un médecin pour la prescrire et la drogue n'est pas innocente comme il est admis dans le monde. Tous les remèdes actifs ont leur contre-indications, et l'aspirine est un des agents les plus précieux de notre thérapeutique. Il s'agit simplement de ne pas la laisser prendre à tort et à travers ». (*Journ. des prat.*, 3 février 1923.)

Comment diagnostiquer et traiter une encéphalite épidémique.

« L'encéphalite léthargique, écrit M. SAINTON, est une maladie infectieuse à détermination « sur le système nerveux, que l'on peut com- « parer à la polyomélite ». Et l'auteur énumère à sa période d'état, les formes cliniques de l'affection : formes suivant la localisation (formes cérébro-méningées, forme thalamique, forme cérébelleuse, forme mésocéphalique, formes bulbaires, formes médullaires, formes périphériques ou névritiques, formes associées). « La mobilité des symptômes est un des caractères cliniques de l'encéphalite épidémique à la période d'état ». L'évolution permet, d'autre part, de distinguer des formes foudroyantes, des formes aiguës, des formes subaiguës et des formes chroniques.

Les symptômes cardinaux de l'encéphalite sont la somnolence, et les troubles oculaires fugaces (diplopie, paralysie de la convergence, de l'accommodation), la salivation, auxquels on peut ajouter le myoclonus provoqué, les secousses, tremblements, fibrillations de la face, la gêne de la parole, l'hypertonie, les crises de bâillement...

L'examen du liquide céphalo-rachidien permet de noter de l'hyperglycorachie, qui ne serait d'ailleurs pas propre à l'encéphalite.

Il n'y a pas de traitement spécifique de cette maladie. On prescrira l'abcès de fixation de Fochier, l'uroformine en intra-veineuse, (1 gr. 50 à 2 gr. par jour en solution à 10, 25 %), l'électrargol, l'iodéol. La balnéation tiède agit comme sédatif et anti-infectieux ; la pilocarpine favoriserait l'élimination salivaire du virus. Les antispasmodiques et la compression du phrénique sont indiqués contre le hoquet.

« Lorsque un sujet a été atteint d'encéphalite « léthargique, il est impossible de fixer la date de « la guérison absolue : il y a lieu de le considérer « longtemps comme un convalescent et de le « mettre au repos ».

Parmi les séquelles de l'encéphalite, on notera un syndrome excito-moteur, un syndrome parkinsonnien, des troubles mentaux et d'autres manifestations neurologiques. (*L'Hôpital*, février 1923 A.)

La curiethérapie dans le traitement des métrorragies en dehors des cancers et des fibromes.

On a tendance à user, et même abuser, de la thérapeutique par les radiations pour combattre les hémorragies génitales. Or, si cette méthode possède une valeur incontestable, valeur qui la rend particulièrement recommandable, il serait imprudent et même dangereux d'en vouloir généraliser l'emploi à tous les cas de métrorragies. Aussi, M. SIREDEY a-t-il pris à tâche de préciser les indications et les contre-indications de la curiethérapie en gynécologie.

Il importe tout d'abord de reconnaître la cause exacte de la perte de sang, pour instituer une thérapeutique appropriée à sa pathogénie. Il y a des hémorragies en rapport avec certaines maladies générales : affections cardiaques (rétrécissement mitral), albuminurie, troubles des fonctions hépatiques, altérations dyscrasiques du sang, insuffisances endocriniennes. On conçoit que curettage et radio-radiumthérapie restent sans effet sur un état local qui procède d'abord d'un état général contre lequel doit être dirigé l'effort du thérapeute.

D'autres métrorrhagies sont dues à des lésions annexielles : kystes de l'ovaire, salpingo-ovarites chroniques, salpingites aiguës, fibromes de la trompe ou de l'ovaire, indurations diffuses d'origine syphilitique. Là, les radiations sont contre-indiquées.

En dehors des fibromes et du cancer, certaines lésions de l'utérus provoquent des métrorragies. Dans cette catégorie rentrent les hémorragies



NEURINASE

Odeur et saveur agréables

Valériane fraîche et Véronal soluble

(0 gr. 15 par Comprimé ou par cuillerée à café)

ÉCHANTILLONS GRATUITS

SÉDATIF - HYPNOTIQUE - ANTISPASMODIQUE

NEURINASE

LE MEILLEUR SOMMEIL AUX PLUS FAIBLES DOSES

Sans accoutumance

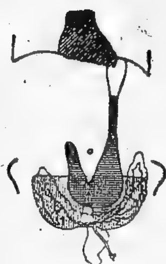
Sans effets toxiques, ni pénibles

Laboratoire **A. GÉNÉVRIER**, 2, Rue Débarcadère, PARIS

APPAREILS ANTIPTOSIQUES

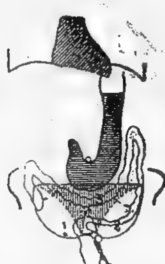
Déposés **"SULVA"** Brevetés France S. G. D. G. et Etranger

PTOSES GASTRIQUES, INTESTINALES ET RÉNALES



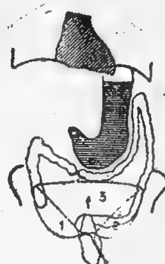
PELOTE
non gonflée

Montre les trois parties : deux poches inférieures et latérales 1 et 2 et une poche 3 supérieure et médiane.



DÉBUT DU GONFLEMENT

Les poches inférieures se gonflent les premières; grâce à l'obliquité de leur grand axe, elles s'insinuent entre les deux branches des angles coliques et déterminent un mouvement d'ascension du côlon transverse et subséquemment de l'estomac.



PELOTE
entièrement gonflée

La poche 3 se gonflant après réplétion des poches inférieures, soulève et maintient en position normale le gros intestin et l'estomac.

Réduction obtenue avec la pelote à expansion progressive "BI SULVA" appliquée dans nos corsets-sangles ou nos :—: sangles :—:

Notice sur demande.

BERNARDON
13, rue Treilhard
PARIS-VIIIe
Tél. : WAGRAM 67-56

ANTIASTHME BENGALAIS

POUDRE FUMIGATOIRE MENTHOLÉE

Eupnéique rapide
sans accoutumance
ni effets nauséeux secondaires

ASTHME, EMPHYSÈME, CATARRHE, CORYZA

En vente dans toutes les Pharmacies. — Littérature et Échantillons, s'adresser :
Laboratoires **FAGARD**, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE près PARIS

NÉOLYSE

Traitement et Prophylaxie du Cancer par les Composés Silico-Magnésiens

1° **En cachets** de 50 centigr. Boîtes de 60 cachets.
2° **Injectable** à l'état colloïdal en ampoules de 2 cc. Boîtes de 4 ampoules.
3° **Pansements** Boîtes de 10 compresses.

Les prospectus insérés dans chaque boîte sont rédigés de manière à ne pas renseigner le malade sur le nom de son affection. Le mot « cancer » n'y figure pas.

SÉRO-DIAGNOSTIC DU CANCER -:- **J. THOMAS et M. BINETTI**

Se vend sous forme de trousse **complète ou ampoule** seule d'extrait néoplasique

LABORATOIRE DE LA NÉOLYSE : **G. FERMÉ**, 55, *Boulevard de Strasbourg* — PARIS (10e)

Détail : STOULS, Ph. (Téléph. Passy 68-14), 156, Avenue Victor-Hugo, PARIS (16e)

Même Laboratoire **Muthanol** : *hydroxyde de bismuth radifère, indolore, non toxique, contre la Syphilis*

du début de la grossesse, de la subinvolution utérine, de la grossesse ectopique. Même contre-indication que précédemment pour les radiations.

Enfin, l'auteur décrit les métrites, à proprement parler hémorragiques, liées à des lésions de la muqueuse et du parenchyme utérin. C'est dans ces formes qu'on trouve les proliférations endo-muqueuses connues sous le nom d'adénomes bénins, au milieu desquelles on peut voir survenir des productions nettement épithéliomateuses. On note encore des métrites parenchymateuses, des états d'angiomatose diffuse, des utérus géants, avec hypertrophie scléreuse et myomateuse diffuse, à la base de certaines métrorragies.

La radiumthérapie trouve une de ses indications les plus nettes dans les cas où, avec ou sans lésions de la muqueuse, le parenchyme utérin a subi cette dystrophie scléreuse ou est le siège de petits myomes rudimentaires. Comme contre-indication cependant, on retiendra les annexites inflammatoires aiguës ou chroniques de même que la métrite aiguë.

Une seule application du tube de radium dans la cavité utérine, avec les précautions décrites par l'auteur, suffit assez souvent à arrêter les pertes sanguines. On préviendra les intéressées que la stérilisation définitive peut en être la conséquence.

Au demeurant, la curiethérapie est le traitement de choix des pertes de sang tenaces et rebelles pré-ménopausiques. Ce n'est plus qu'un traitement d'exception quand il s'agit de femmes en pleine activité génitale, et surtout de jeunes filles. On n'y recourra que lorsqu'on aura épuisé, sans succès, toutes les ressources de la médecine et de la petite chirurgie, le curettage pouvant suffire à assurer la guérison.

« Dans l'état actuel de nos connaissances, on « ne saurait trop mettre les médecins en garde « contre l'emploi inconsidéré du radium. Pru- « demment limitée aux métrorragies graves, qui « jusqu'ici semblaient réclamer une hystérecto- « mie, la curiethérapie peut être considérée com- « me un traitement de choix, appelé à rendre les plus grands services ». (*Paris méd.*, 3 février 1923.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Le Wassermann chez les femmes récemment accouchées.

(M. Brindeau. — *Académie de médecine*, 20-3-1923.)

M. Brindeau a fait rechercher le Wassermann chez 500 femmes récemment accouchées de son service. Il a trouvé 10 pour 100 de réactions positives et 90 p. 100 de réactions négatives. Les détails des cas positifs ont été les suivants : 10 fœtus macérés (sur 17), 8 avortements (sur 16) et enfin 15 réactions positives sans phénomène anormal apparent.

L'injection intra-trachéale par la méthode sus-glottique.

(MM. Caussade, Tardieu et Lucy. — *Soc. méd. des hôp.*, 16-2-1923.)

M. Caussade montre une radiographie faite après une injection intra-trachéale par la méthode sus-glottique. Le liquide opaque se montre dans les bronches. C'est un document à joindre à la discussion toujours en cours sur les injections dites intra-trachéales par le procédé sus-glottique.

Coqueluche grave traitée par le sang de convalescent.

(MM. H. Méry et L. Girard. — *Soc. méd. des hôp.*, 16-2-1923.)

M. Debré parlait récemment de l'emploi du sérum de convalescent dans la prophylaxie de la coqueluche. M. Méry rapporte aujourd'hui un cas de coqueluche grave qu'il a traité avec succès par injection de sang de convalescent. Ainsi s'établit, à titre préventif ou curatif, la valeur de cette nouvelle thérapeutique.

Sur la technique de floculation (de Vernes) et la syphilimétrie.

(MM. Lortat-Jacob et Legrain. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-2-1923.)

La technique de floculation de Vernes est une méthode de diagnostic de la syphilis visant au même but que le Wassermann. La floculation y est appréciée quantitativement et exprimée en densité optique, de 0 à 150, ce qui a fait parler de mesure de la spécificité, de syphilimétrie.

MM. Lortat-Jacob et Legrain, dans le but de fixer les mérites respectifs du Wassermann et de la floculation, ont étudié comparativement, à ce double point de vue, 51 sérums syphilitiques. Ils ont trouvé une concordance des deux réactions dans 46 cas et une discordance dans 5 cas. Ces discordances ont porté toutes sur des malades en traitement sans accidents. Elles ont été constamment dans le même sens, à savoir un Wassermann positif, avec un Vernes négatif. Le Wassermann offrirait donc une sensibilité plus grande, ne le cédant en cela qu'au Hecht, plus sensible encore.

— M. Queyrat considère le mot syphilimétrie, prononcé en pareille circonstance, comme une expression illusoire et dangereuse. Il entraînerait à des

erreurs regrettables pour le médecin et pour le malade.

— M. Milian ajoute que la réaction de floculation de Vernes ne saurait constituer un progrès puisqu'elle est moins sensible que le Wassermann, celui-ci encourant déjà le reproche de manquer parfois de sensibilité.

Purpura hémorrhagique traité par choc peptonique.

(MM. Paisseau et Alcheck. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-2-1923.)

M. Paisseau a traité par le choc peptonique un cas de purpura avec vastes ecchymoses et grandes hémorrhagies intestinales. Ce purpura, qui s'aggravait rapidement depuis quatorze jours malgré le traitement classique par le sérum de cheval, avait provoqué un état d'anémie intense et semblait devoir aboutir à bref délai à une terminaison fatale. L'injection intra-veineuse de peptone a brusquement enrayé le processus hémorrhagique.

Il est, en principe, préférable de recourir à la voie sous-cutanée pour la protéinothérapie des troubles anémiques ou hémorrhagiques. Les injections de sérum frais de cheval (P.-E. Weil), de peptone de Witte (Nolf), de sérum sérique (Dufour et Le Hello) et de lait, ont donné des résultats dans le traitement de l'hémophilie, de l'hémoglobinurie paroxystique, des états hémorrhagiques de causes diverses, et d'anémies de type pernicieux. Lorsque, cependant, ces médications échouent, on peut tenter l'effet d'un choc plus violent par voie endo-veineuse. Il ne faut pas oublier, il est vrai, les dangers du choc colloïdoclasique. C'est ainsi que Péhu, de Lyon, a vu succomber en quelques minutes un malade qui venait de recevoir une deuxième injection (intra-veineuse) de sérum anti-diphtérique. L'adrénaline pourra atténuer les conséquences du dit choc.

Le cancer érosif gastrique.

(MM. Félix Ramond et Hirschberg. — *Soc. méd. des hôp.*, 16-2-1923.)

Les classiques admettent quatre grandes variétés anatomiques de cancer gastrique : le cancer végétant, le cancer ulcéré, l'ulcéro-cancer et la linite plastique néoplasique. M. Ramond signale une cinquième variété, dont il a observé cinq exemples en deux ans, qu'il propose d'appeler cancer érosif. Il s'agit d'une forme dont la symptomatologie est très voisine de celle de l'ulcus simplex, comportant une tendance marquée à l'anémie, sans hématémèse ni mélæna appréciables cependant. Les cinq malades de l'auteur furent opérés de gastrectomie, avec, comme résultats opératoires, une mort presque immédiate et quatre survies.

Méningo-radiculite syphilitique guérie par le bismuth.

(M. Vialard. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 16-2-1923.)

M. Vialard, de l'école navale de Rochefort-sur-Mer, relate une observation de méningo-radiculite syphilitique secondaire, rebelle au mercure et à l'arsénobenzol (mercuro et arséno-résistante) qui fut guérie par des injections de sel de bismuth (oxyde de bismuth radifère).

Injections pulmonaires par voie trachéale.

(MM. Forestier et Leroux. — *Soc. méd. des hôp.*, 9-2-1923.)

Les injections intra-trachéales vraies, par voie transglottique, pénètrent bien dans les bronches et de là plus ou moins dans le parenchyme pulmonaire. Mais, dans la posture assise, habituelle, de l'opération, ce sont seulement les lobes inférieurs du poumon qui peuvent recevoir la préparation injectée.

MM. Forestier et Leroux ont recherché si, en variant la position donnée au malade, on ne pourrait pas faire pénétrer le liquide lancé dans la trachée dans les parties moyennes du poumon et même sur les sommets. Ils ont eu recours uniquement à l'injection vraie, la canule étant entrée dans la trachée au travers de la glotte, après anesthésie des cordes vocales et anesthésie légère de la trachée elle-même. Les résultats obtenus ont été contrôlés sous l'écran en utilisant des préparations opaques, de l'huile iodée principalement.

Les auteurs ont vu que dans la position ordinaire, assise, du malade, le liquide arrivait aux alvéoles des bases, du côté où le sujet s'inclinait. Lorsque l'injection était faite dans le décubitus latéral, la région moyenne du poumon était atteinte. Pour arriver aux sommets, il fallait mettre le malade absolument à plat. Donc, en modifiant la position du patient au moment de l'opération, on parviendrait à injecter à volonté telle ou telle partie du poumon, ou sa totalité.

M. Forestier estime que les manœuvres de l'injection transglottique sont plus simples qu'on ne le croirait *à priori*. Elles sont moins délicates qu'un tubage et seraient à la portée de tous les praticiens après un peu d'exercice. L'anesthésie préalable du larynx se pratique aisément par insufflation de poudre cocaïnée. Pour les régions moyennes du poumon, on doit faire l'injection le malade étant couché sur le flanc, la face regardant en haut. Pour le sommet, il faut adopter la position entièrement à plat, inclinée sur le côté à atteindre. Quand on injecte le sommet, tout le reste du poumon reçoit une part du liquide.

Méningite tuberculeuse apparemment guérie depuis 5 mois.

(MM. Pissavy et Terris. — *Soc. méd. des hôp.* 23-2-1923.)

MM. Pissavy et Terris rapportent un cas de méningite offrant les caractères cliniques et cytologiques de la méningite tuberculeuse, qui a guéri et reste guérie apparemment depuis cinq mois. Le liquide

retiré par ponction lombaire était clair, hypertendu, riche en lymphocytes, et contenait des bacilles acido-résistants. Toutefois, on notait une faible virulence de ce liquide dont l'injection au cobaye ne fut suivie d'aucune lésion tuberculeuse.

En 1908, MM. Rist et Boudet avaient présenté à la Société médicale des hôpitaux une observation analogue, concernant une méningite curable, à bacilles acido-résistants, morphologiquement identiques au bacille de Koch. Les inoculations effectuées avec le culot de centrifugation avaient également donné un résultat négatif.

M. Pissavy pense que le cas ci-dessus relaté par lui peut-être ajouté, sans réserve, à la liste des 46 guérisons de méningite tuberculeuse recensées dans un article récent de MM. Cramer et Bickel, paru dans les *Annales de médecine* (sept. 1922).

L'huile iodée en clinique.

(MM. SICARD et FORESTIER. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-2-1923.)

M. Sicard parle à nouveau des applications thérapeutiques et diagnostiques de l'huile iodée (lipiodol).

L'injection locale profonde de lipiodol faite au niveau d'une région douloureuse agit à titre de calmant. Elle est ainsi indiquée dans les névralgies, le lombago, etc. L'huile iodée est en outre une substance modificatrice, utilisable, mais avec prudence, en injections dans les séreuses.

Le lipiodol, d'autre part, préparation opaque, peut rendre des services en radiographie. Nous avons eu déjà, à plusieurs reprises, l'occasion d'en parler.

L'action antisyphilitique des arsenicaux.

(MM. SÉZARY et POMARET. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-2-1923.)

Deux groupes de composés arsenicaux sont doués d'un pouvoir antisyphilitique et spirillicide : les arsenicaux *pentavalents* (atoxyl, hectine, 190 de Fourneau) et les arsenicaux *trivalents* (arsénobenzènes : 606, 914, 132 de Pomaret). L'activité de ces deux groupes a fait l'objet des recherches bien connues d'Ehrlich et Hata, qui ont admis la valeur plus grande de l'arsenic trivalent. MM. Sézary et Pomaret ont repris cette étude, en comparant les derniers venus de chaque groupe, le 190 de Fourneau, et le 132 de Pomaret. Il leur a paru que si le 190 de Fourneau permettait une cicatrisation assez rapide des accidents secondaires, il agissait beaucoup moins sur le Wassermann et se montrait à ce point de vue nettement inférieur au 132 Pomaret.

Sur le traitement arsénobenzolique par voie buccale.

(M. Alex RENAULT. — *Soc. méd. des hôp.*, 2-3-1923.)

On sait que MM. Levaditi et L. Fournier ont employé avec succès, pour prévenir l'éclosion de la syphilis, le 190 de Fourneau, en pilules, par voie buccale.

Dans la communication sus-analysée, MM. Sézary et Pomaret concluent à la supériorité du 606 sur le 190 de Fourneau et ils proposent de substituer le 606 au 190, non seulement au point de vue prophylactique mais encore dans le traitement curatif de la syphilis, en utilisant la forme de pilules kératinisées.

A ce propos, M. Alex Renault rappelle que, dès l'année 1911, il a essayé le traitement de la syphilis par les pilules de 606, dans une étude qu'il fit en collaboration avec MM. L. Fournier et Guénot. Les résultats qu'il a obtenus ont été généralement minimes, en tout cas lents à acquérir et de durée peu prolongée. Il semble donc que l'usage *per os* de l'arsénobenzol ne soit pas appelé à un avenir thérapeutique bien important.

— M. SÉZARY se demande si les pilules kératinisées de 914 ne pourraient pas néanmoins offrir quelques indications, d'ailleurs restreintes : comme traitement prophylactique, à titre de préparant dans la syphilis nerveuse, à titre d'entretien enfin chez des malades apparemment guéris et ayant une séroréaction négative. L'auteur, toutefois, reconnaît n'avoir encore aucun fait clinique à apporter à l'appui de ses suggestions.

P. L.

L'acide picrique dans le zona.

(M. CHALLAMEL. — *Soc. de Thérapeutique*, 14-3-23.)

M. A. Challamel présente une note *sur l'utilisation de l'éther picriqué dans le zona, la dyshydrose, l'herpès et l'érysipèle*, et rapporte les résultats excellents qu'il a obtenus par ce traitement.

Il rappelle que cette utilisation trouve théoriquement sa raison d'être dans le travail présenté en 1906 à la Société de biologie par le Dr Brissemoret *sur les fonctions chimiques derméréthistiques.*

Toulouse

Société de Médecine

La protection de l'enfant à Barcelone.

M. BÉZY a pu se rendre compte que la protection de l'enfant occupe une large place dans l'esprit du peuple catalan ; il fait passer sous les yeux de ses collègues des publications et des gravures montrant l'importance des établissements consacrés à l'enseignement ménager et pratique de la jeune fille, aux jeunes aveugles, aux sourds-muets, aux classes en plein air, aux bains de mer pour écoliers. Ce qui a le plus attiré son attention, c'est la visite faite à l'Escola del mar, située au bord de la mer et destinée aux enfants des écoles dont la santé délicate nécessite le séjour au bord de la mer sans interruption des études.

Trois observations de méningite.

MM. BÉZY, père et fils, rapportent trois cas de cette affection : dans les deux premiers, il s'est agi

de méningite cérébro-spinale, qui se sont terminés par la guérison. Le troisième cas a trait à une méningite à cocco-bacille de Pfeiffer, affection relativement rare. Le début fut brusque et la terminaison fatale ; à signaler l'impuissance de toute thérapeutique, en particulier des injections de liquide céphalo-rachidien du malade sous la peau.

Lésions traumatiques dues au foot-ball rugby.

M. Gorse communique la statistique des accidents qu'il a observés dans la garnison de Toulouse, et qui concerne un total de 6 équipes ayant fait en moyenne une partie par semaine pendant quatre mois et demi.

Les accidents constatés ont été les suivants : une plaie contuse du sourcil gauche, 5 hydarthroses du genou, 2 hémarthroses du genou, 4 entorses tibio-tarsiennes, 4 fractures (côtes, clavicule, périnée), 3 luxations (acromio-claviculaire, coude, hanche).

La durée moyenne des invalidités a été de 25 jours. Par contre, un nombre sensiblement égal de parties de foot-ball association n'a entraîné aucun accident sérieux.

Un cas d'élévation congénitale de l'omoplate.

M. Vital-Badin rapporte un cas de cette malformation concernant une fillette de 7 ans 1/2 qui présente une asymétrie des plus nettes des 2 épaules, la droite étant surélévée de 4 cm. par rapport à la gauche. L'omoplate déviée en haut et en dedans a son angle inférieur 6 cm. plus haut que celui de l'omoplate gauche : les mouvements de l'épaule sont limités à l'angle droit dans la propulsion et l'abduction.

La radiographie, en confirmant le diagnostic, révéla qu'il existait d'autres lésions congénitales du squelette thoracique. Les 4e et 5e côtes droites sont soudées au niveau de l'angle postérieur ; il n'y a pas de côte surnuméraire, ni de pont osseux entre le rachis et le scapulum, mais la première côte est bifide et il existe un spina bifida occulta des 3e et 4e vertèbres dorsales.

Gangrène pulmonaire et pleurésie putride traitées par le sulfarsénol.

M. Daunée relate un cas de gangrène pulmonaire circonscrite du sommet droit, d'une extrême gravité en raison de la sidération cardiaque qui se produisit en quelques jours. La malade fut traitée par les moyens médicaux habituels, et par une série d'injections intra-veineuses de sulfarsénol, qui amenèrent une guérison rapide.

Une deuxième observation a trait à une pleurésie enkystée, vidée par vomique et devenue putride : le sulfarsénol produisit également de très bons effets.

L'auteur espère qu'en associant la pneumotomie ou le pneumothorax artificiel à l'arsénothérapie pour les gangrènes d'origine spirillaire et à la sérothérapie pour celles qu'engendrent les anaérobies, on pourra arriver à guérir un grand nombre de gangrènes circonscrites.

Société de Chirurgie

Arthrite gonococcique.

M. Lefebvre rapporte un cas de cette affection traité avec succès par l'arthrotomie, la fermeture immédiate et la mobilisation. Il s'est agi d'un jeune homme de 17 ans, atteint d'une arthrite du genou gauche à forme pyarthrosique, survenue au déclin de l'uréthrite après une poussée polyarticulaire. L'arthrotomie interne avec toilette de l'articulation, avec lavage à l'éther et sérothérapie intra-articulaire, suivie de mobilisation active et passive précoce, amena un résultat des plus heureux. Trois semaines après l'intervention, l'opéré marchait sans douleurs avec flexion spontanée et aisée de 135 degrés.

Lipome musculaire de la cuisse.

MM. Dambrin et Bernardbeig communiquent une observation de tumeur siégeant à la face interne du tiers moyen de la cuisse, dont le diagnostic fut particulièrement délicat. Par sa situation, elle était franchement intra-musculaire, et présentait le volume d'un œuf, indolore, de consistance molle, sans lobulation. Le diagnostic d'abcès froid ayant été éliminé par le résultat négatif d'une ponction exploratrice et celui de gomme syphilitique par l'absence de réaction positive du Bordet-Wassermann, on pensa à un fibrome ou à un fibro-sarcome.

L'intervention chirurgicale montra que la tumeur était située dans le vaste interne ; son examen histologique révéla qu'il s'agissait d'un lipome pur, variété de néoplasme siégeant assez rarement dans les masses musculaires.

Abcès sous-pectoral métapneumonique.

M. Ginisty a eu à intervenir chez un homme de 58 ans qui présentait une collection purulente occupant la paroi antérieure de l'aisselle droite, et qui avait évolué à la suite d'une infection grippale. L'analyse du pus montra qu'il s'agissait de pneumocoque pur.

Le connaissance d'un cas analogue avec récidive dans le creux ischio-rectal et la région paranéphritique permet de penser qu'il doit s'agir là d'une infection provoquée par la voie sanguine plutôt que par la voie lymphatique.

Péritonite par abcès durein.

M. Ginisty relate le cas d'un homme de 47 ans qui lui avait été envoyé pour pleurésie purulente gauche: en réalité, il s'agissait d'un phlegmon périnéphritique. Les suites opératoires furent des plus normales, mais un an plus tard, le malade revint avec des signes de péritonite, affection qui l'emporta rapidement. A l'autopsie, on trouva deux abcès de la région rénale qui s'étaient ouverts secondairement dans la cavité péritonéale et avaient causé ainsi la mort du malade.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Kystes multiples du vagin.

M. Dieulafé rapporte l'observation d'une femme de 32 ans, enceinte de 2 mois, qui présentait une tumeur kystique très douloureuse encombrant tout le vagin et ayant subi une augmentation depuis le début de la grossesse. Une intervention chirurgicale permit de faire l'ablation de cette masse kystique et d'extirper en même temps 3 autres petits kystes. Toutes ces formations étaient tapissées par un épithélium cubique : l'auteur pense qu'il s'agit là de kystes développées aux dépens de restes du canal de Wolff.

Hystérectomie subtotale pour physométrie.

MM. Audebert et Fournier ont eu à intervenir chez une femme à bassin rétréci, ayant subi 4 tentatives infructueuses de forceps, et dont l'enfant était mort depuis 48 heures. La malade était dans un état général grave : fièvre, pouls rapide, œdème du pubis, vagin en mauvais état avec plaques de sphacèle, utérus sonore en tablier avec menace de rupture.

On n'osa tenter une basiotripsie et on se décida à une intervention abdominale.

La tête très déformée, ayant tendance à s'engager, empêcha l'ablation en bloc; il fallut donc pratiquer la section utérine pour faire l'extraction du fœtus : on termina par l'hystérectomie subtotale. La malade succomba 13 heures après l'intervention.

Les Livres

Fumouze et Cie,
78, faubourg Saint-Denis, Paris.

Dr Henri Glover. — **L'auscultation électrique en physiologie et en clinique.** (1 brochure in-8, 224 pages avec 17 figures et 47 planches hors texte.)

Deux médecins, les docteurs Jules et Henri Glover, sont arrivés à mettre au point un appareil d'auscultation électrique, qui permet d'ausculter à distance, d'amplifier à volonté les bruits faibles, d'écouter, à deux ou à plusieurs, le même symptôme au même moment.

Les vibrations sont très imparfaitement recueillies par l'oreille externe pour être transmises ensuite à l'oreille moyenne, puis à l'oreille interne ; de plus, ces vibrations sont troublées par celles qui proviennent de la transmission crânienne du médecin, ainsi que de sa vie organique propre.

Dans l'auscultation électrique, le téléphone seul, sans microphone, a besoin d'être influencé par des vibrations d'une certaine amplitude, telles que les vibrations vocales. Or, on n'ausculte pas que la voix ; et, d'autre part, les bruits normaux ou anormaux de la respiration et du cœur sont d'un ordre vibratoire et d'une amplitude trop faibles pour pouvoir être perçus par le téléphone. Au contraire, le téléphone avec microphone, surtout employés dans des conditions spéciales, c'est-à-dire le stéthoscope microtéléphonique à résonnateur permet de réaliser à tous points de vue l'auscultation électrique.

Cette méthode toute nouvelle ne se substitue pas aux méthodes courantes, mais vient, avec ses caractères particuliers s'y ajouter pour les compléter.

L'appareil imaginé par les auteurs, se compose d'une petite boîte de 27 cent. de long sur 15 cent de haut et 8 de large. Elle contient un stéthoscope microtéléphonique, un voltmètre avec bouton de mise en circuit momentané, permettant au gré du médecin l'utilisation d'un voltage faible ou plus élevé, deux récepteurs, deux piles et leur compteur, une bobine d'induction, deux prises de courant, l'une pour un stéthoscope microtéléphonique, l'autre pour le galvanomètre à trois sensibilités, lequel est séparé de la boîte.

La plaque du microphone étant soumise à des déformations périodiques, le galvanomètre suit ces variations, d'après les variations du courant traversant e microphone ; ainsi peut se joindre à l'impression auditive une impression visuelle, qui toutes deux s'ajoutent à l'impression tactile, notamment dans l'examen du pouls : ainsi à la perception tactile de l'onde artérielle et de ses caractères, vient s'ajouter sur le galvanomètre la vision des oscillations d'ondes vasculaires, révélées par la fréquence, les hésitations, la lenteur, les variations du rythme des mouvements de l'aiguille ; on voit sur le galvanomètre et l'on apprécie mieux l a valeur des phénomènes vibratoires, dont il est à peu près impossible de percevoir tous les détails simplement par le tact. On se rend parfaitement et mieux compte, par la vue, des caractères du rythme vasculaire, et du mode d'innervation du cœur et des vaisseaux.

Le principe physique de l'auscultation électrique, fait graphiquement prouvé, repose sur la perception intégrale de l'oscillation en totalité et de toutes les périodes oscillatoires, condition nécessaire pour que l'impression auditive en auscultation soit parfaite.

***

Les avantages de l'auscultation électrique sont :

1° L'augmentation de la netteté et de l'intensité du timbre des bruits transmis et perçus par amplification sonore, que peut seul réaliser le stéthoscope électrique. Cet avantage peut, entre autres, avoir de l'intérêt pour les médecins dont l'ouïe diminue d'acuité, et qui retrouvent ainsi toute leur finesse d'auscultation.

2° L'auscultation rigoureusement localisatrice.

3° La mise à l'abri pour l'observateur des bruits parasites et ambiants.

4° L'auscultation topographique.

5° L'isolement vibratoire complet entre le malade ausculté et le médecin qui ausculte, isolement qui peut seulement être réalisé par l'auscultation électrique. Cet isolement place l'oreille du médecin dans des conditions physiques et physiologiques meilleures au point de vue de la précise perception des résultats sonores en auscultation.

6° L'auscultation simultanée d'une même région par plusieurs observateurs.

7° L'auto-auscultation, qu'il peut être intéressant d'employer pour faire suivre à un malade, qui le demande, l'évolution favorablement progressive de la disparition des séquelles de pleuro-pneumonie, de pleurésie, de pneumonie, etc.

8° L'isolement préventif entre un malade infectieux ou phtiriasique et le médecin.

J.-B. Baillière et Fils, éditeurs.
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr R. Burnand, directeur du Sanatorium populaire de Leysin. — **La guérison de la tuberculose pulmonaire.** (1 vol. in-16 de 198 pages. Prix : 6 francs. Collection « *Les Actualités médicales* »).

Les ouvrages spéciaux nous apprennent généralement dans quelles conditions approximatives guérit la tuberculose ; nous savons mal *comment* elle guérit.

Cette omission est permise à propos des maladies aiguës, dont la convalescence est caractérisée par une restitution rapide et intégrale des fonctions et de la structure normale des organes malades (comme dans la pneumonie, la fièvre typhoïde) ; mais elle est regrettable, lorsqu'il s'agit d'une maladie essentiellement chronique, dont l'évolution régressive, dans les cas les meilleurs, est lente, coupée d'accidents, de complications, de récidives, et dont la guérison n'est jamais pour ainsi dire, équivalente à la restitution intégrale des poumons et de leurs fonctions physiologiques.

Le praticien sait généralement discerner par l'auscultation l'évolution aggravante suivie par les tuberculoses pulmonaires, de la phase de germination à celle de l'infiltration, puis de ramollissement, reconnaître les complications inflammatoires, pulmonaires ou pleurales, qui surchargent les lésions proprement tuberculeuses. Il doit aussi pouvoir suivre par l'étude des signes locaux et généraux observés chez les phtisiques en voie de guérison, les progrès de la réparation au niveau des lésions qu'il cherche à traiter.

On dit que tout bon médecin familiarisé avec la pathologie générale comprendra d'instinct la valeur des symptômes régressifs, témoins, chez un malade donné, de l'arrêt de l'évolution tuberculeuse ou de la cicatrisation d'un foyer. Cela n'est vrai que jusqu'à un certain point. En effet, combien de praticiens, constatant « un souffle » au sommet d'un poumon, savent et osent se prononcer avec autorité entre le diagnostic de foyer sclérosé et guéri, et celui de foyer d'infiltration active ? Combien osent affirmer la guérison d'une tuberculose pleurale alors que celle-ci a laissé subsister toute une séquelle de bruits adventices fixes et définitivement installés ? L'expérience de la guerre nous a montré les erreurs de diagnostic innombrables dues à l'interprétation péjorative qu'une foule de médecins donnèrent à la découverte, chez des militaires parfaitement bien portants, des « signes de Grancher ». Enfin, combien de médecins connaissent assez minutieusement les allures qu'affecte l'évolution spontanée de la tuberculose pulmonaire, allures polymorphes, infiniment variées et déconcertantes, pour pouvoir juger avec quelque assurance des effets d'une médication antibacillaire employée dans un cas particulier ?

Dans une première partie de cet ouvrage, l'auteur montre, à l'aide de statistiques rigoureuses, quelle est la marche de la phtisie livrée à elle-même ou traitée, son pronostic, et la fréquence des guérisons qu'on peut observer.

Puis, dans la seconde partie, la plus importante, il groupe en quelques chapitres brefs et précis les notions sur lesquelles le praticien doit fonder le diagnostic du progrès et de la guérison chez les tuberculeux pulmonaires soumis à diverses méthodes de cure.

Ce volume ne prétend apporter au lecteur aucune notion absolument nouvelle ou inédite ; la plupart des éléments qui le composent existent dans les divers traités, mais ils y sont épars. L'auteur s'est contenté de les rassembler en une étude synthétique, de les discuter, de les critiquer à la lumière des connaissances les plus récentes dont s'est enrichie la phtisiologie.

Maloine et fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Méedecine, Paris.

Archives urologiques de la clinique de Necker, publiées par le Pr Legueu. (Tome III, fascicule IV, décembre 1922, 130 pages, 22 planches hors texte). Prix : 20 francs.

Ce fascicule est consacré à une étude très complète des *diverticules de la vessie*, par MM. Legueu et Papin : classification, étiologie, physiologie, pathologique, symptômes, complications, cystoscopie, radiographie, traitement chirurgical.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ORGANISATION DE LA PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE DANS LES DÉPARTEMENTS DU BAS-RHIN ET DU HAUT-RHIN

Par le docteur P. ROHMER,
Directeur de la clinique infantile de la Faculté de médecine de Strasbourg.

L'organisation de la protection des enfants du premier âge a pour base l'introduction, en Alsace et en Lorraine, de la loi du 23 décembre 1874, dite loi Roussel, qui règle la surveillance des enfants placés, contre salaire, en garde ou en nourrice. Les administrations départementales du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, d'accord avec leurs conseils généraux, ont décidé d'élargir les dispositions de cette loi et d'en faire le support d'un service de protection des enfants aussi complet et parfait que possible. Leurs efforts se sont rencontrés avec ceux des Sociétés de la Croix-Rouge qui avaient déjà provoqué une riche éclosion d'œuvres de puériculture, de certaines municipalités, caisses-maladies et personnalités privées, ainsi que de l' « Association Alsace et Lorraine de puériculture » (section régionale pour l'Alsace et la Lorraine du Comité national de l'enfance), dont le but est de grouper les œuvres de puériculture, et de leur donner une direction uniforme et scientifique. De la collaboration de tous ces facteurs intéressés aux œuvres de la protection de l'enfance d'une part, et des syndicats médicaux de l'autre, est né finalement l'idée de la création de *centres de puériculture*, dont on va lire l'organisation plus loin ; ils sont exclusivement chargés, par le préfet, de l'application des lois de protection et d'assistance maternelle et infantile dans leur secteur et devront tâcher de centraliser toutes les œuvres de puériculture, y compris celles qui visent plutôt la moyenne et la grande enfance.

I. ORGANISATION GÉNÉRALE.

1. Les centres de puériculture constituent des œuvres autonomes, qui peuvent être créées soit par des municipalités, soit par des Sociétés de la Croix-Rouge, des caisses-maladies, des industries privées, etc. ; ils en portent le nom, conservent leur caractère particulier et sont soumis au règlement qui leur est imposé par l'organisation qui les a créés.

2. Chaque centre entre comme membre collectif dans l'« Association Alsacienne et Lorraine de puériculture », dont il forme un « groupement local », et dont il accepte la direction technique.

3. Il tâchera, quelle que soit son origine, de faire entrer dans son organisation les municipalités, les caisses-maladies, les œuvres privées, etc., qui s'intéressent à la puériculture de son secteur.

4. Chaque centre de puériculture demandera son agrément au préfet ; le département peut prendre à sa charge une partie des dépenses qui toutefois n'excédera pas la moitié du total de leurs frais.

5. Il est prévu que des centres de puériculture pourront être complètement à la charge d'une organisation privée ; en ce cas, ils s'engageront à se soumettre au même réglement que ces centres subventionnés par le département.

5. Les centres de puériculture qui ont obtenu l'autorisation préfectorale sont chargés du contrôle de l'application des lois sur l'assistance maternelle et infantile, sur les primes d'allaitement et sur la protection des enfants du premier âge ; ils sont soumis au contrôle de l'administration départementale et acceptent d'en exécuter les prescriptions. Leur secteur ne dépassera pas, en règle générale, l'étendue d'un canton ou d'un rayon d'action d'une grandeur analogue.

6. On tâchera d'obtenir qu'ils soient en même temps chargés par les caisses-maladies locales et d'entreprises du contrôle des femmes en couches et nourrices qui bénéficient des allocations de ces caisses ; en ce cas, celles-ci participeront aux frais de l'œuvre.

7. En dehors et au-dessus de ce travail de contrôle, les centres de puériculture tâcheront d'atteindre individuellement chaque mère et chaque enfant qui auront besoin d'être conseillés et secourus, de répandre les prescriptions d'hygiène et de faire surtout une propagande efficace pour l'allaitement maternel ; en même temps, ils tâcheront de procurer à leurs protégés les secours matériels indispensables. Il est bien entendu qu'ils pourront, suivant leurs ressources et les besoins particuliers de leur secteur, étendre leur action ; par exemple, augmenter et prolonger le payement des primes d'allaitement et des secours aux mères nécessiteuses, créer des gouttes de lait, des mutualités maternelles, des crèches, etc., bref toutes les œuvres destinées à venir en aide aux mères et aux enfants nécessiteux.

8. Le travail pratique des centres de puériculture sera dirigé par un médecin qui aura sous ses ordres une ou plusieurs infirmières-visiteuses.

9. La nomination des médecins-inspecteurs, leur service et leur traitement sont réglés par une convention spéciale entre les préfectures et les syndicats médicaux.

10. La nomination des visiteuses se fait par le préfet, sur la proposition des Comités locaux, après avis de la Commission départementale instituée à cet effet et qui en examine les titres. Elles sont rétribuées par les organisations locales dans les centres de puériculture subventionnés par le département ; celui-ci y contribue pour la moitié, en versant cette somme au Comité du centre de puériculture.

Les infirmières-visiteuses ne sont pas des fonctionnaires départementales ; elles sont nommées pour un an et indéfiniment renouvelables ; leur engagement pourra être résilié de part et d'autre après un pré-avis de trois mois.

Sur la demande du Comité local, le préfet est obligé de changer une visiteuse de secteur ; le préfet, de son côté, peut à tout moment, pour des raisons graves, révoquer une infirmière-visiteuse et engager le Comité local à lui en proposer une autre. Avant de prendre une mesure définitive de ce genre, il est cependant obligé de fournir à l'intéressée l'occasion de se justifier et d'entendre l'avis du Comité local et du médecin-inspecteur.

Dans les districts où il ne sera pas possible de créer dès maintenant des centres de puériculture, le médecin d'arrondissement remplira, en attendant, les fonctions de médecin-inspecteur et assurera le contrôle de l'application des lois d'assistance et de protection maternelle et infantile.

S'il existe dans ces districts des œuvres de puériculture, elles fonctionneront à titre privé, à moins qu'elles ne se transforment en dispensaires cantonaux officiels.

Médecin-inspecteur.

Article 1.

Le service médical de toutes les organisations de puériculture chargées par le préfet du Bas-Rhin de l'application des lois, arrêtés et règlements sur la protection de l'enfance est assuré exclusivement par les médecins proposés par le Syndicat médical et agréés par le préfet.

Le préfet se réserve de refuser son agrément au candidat proposé par le Syndicat médical, en cas de motif grave, confidentiellement communiqué au président de la F. S. A. Dans ce cas, il invite le Syndicat à désigner un autre candidat.

Article 2.

Dans le rayon d'action de ces organisations de puériculture, la protection légale de l'enfance leur est entièrement dévolue et cesse de ressortir à l'autorité du médecin d'arrondissement.

Article 3.

Ces organisations ne doivent en aucun cas s'occuper de thérapeutique, ni s'immiscer en tiers entre le médecin traitant et les malades.

Article 4.

Elles ne doivent jamais fonctionner sans médecin. Elles n'ont chacune qu'un médecin titulaire et éventuellement un suppléant.

Article 5.

Si l'organisation de puériculture fonctionne sous la direction d'une œuvre privée, le Syndicat médical doit obtenir, pour son candidat, l'agrément de la personne (ou du Comité) qui administre le dispensaire.

En cas de désaccord, les objections de cette personne (ou du Comité) à la candidature proposée par le Syndicat médical sont soumises par écrit au préfet. Celui-ci prend l'avis d'une commission composée de son représentant, d'un représentant de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace, d'un représentant des Sociétés de Croix-Rouge et du directeur de la clinique universitaire infantile de Strasbourg. Cette Commission les discute dans un rapport, en concluant soit à leur rejet soit à leur prise en considération. Dans ce dernier cas, le Syndicat doit désigner un autre candidat.

Article 6.

Les honoraires du médecin chargé du service d'une organisation de puériculture sont fixés par séance de consultation, à :

20	frs.	pour	1 à 10	enfants	examinés.
30	»	»	11 à 20	»	»
35	»	»	21 à 30	»	»
40	»	»	31 à 40	»	»
etc.					

L'indemnité kilométrique sera en sus allouée au médecin sur les bases prévues pour l'application de la loi des pensions militaires.

Ces honoraires sont à la charge du centre de puériculture. Les visites prescrites au médecin-inspecteur par la loi Roussel pour faire le contrôle des enfants visés par cette loi lui sont payées directement par l'administration départementale.

Article 7.

Le médecin titulaire s'engage *ipso facto*, en acceptant sa nomination, à suivre un cours spécial de vingt leçons au plus qui auront lieu le samedi à la clinique infantile de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Il sera remboursé de ses frais de transport par voie ferrée en deuxième classe.

S'il n'a point satisfait à cette obligation dans le délai d'un an à dater du jour où il a reçu la convention à cet effet, sauf raisons majeures, dont le directeur de la clinique universitaire

infantile de Strasbourg est seul juge, le préfet peut le relever de ses fonctions et en avise immédiatement le syndicat médical intéressé.

ARTICLE 8.

Le médecin titulaire est nommé pour trois ans ; il est indéfiniment renouvelable dans ses fonctions selon la même procédure que pour sa nomination.

ARTICLE 9.

En cas de faute ou d'insuffisance technique, en cas d'irrégularité dans son service, le médecin peut être déféré par le préfet devant une Commission composée de l'inspecteur départemental d'hygiène du Bas-Rhin, du directeur de la clinique infantile de la Faculté de Strasbourg et du président de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace.

Cette Commission ne peut valablement délibérer que si elle est complète.

Elle peut proposer au préfet que le titulaire soit relevé de ses fonctions et le préfet est seul juge de la suite à donner à cette proposition.

ARTICLE 10.

En cas de condamnation judiciaire afflictive ou infamante, en cas de condamnation pour infraction à la loi sur l'exercice de la médecine, le médecin sera immédiatement relevé de ses fonctions.

En cas de manquement à la déontologie, commis dans l'exercice de ses fonctions et dûment établi par un jugement des tribunaux syndicaux professionnels, le médecin sera relevé des dites fonctions sur simple demande de la F. S. A.

ARTICLE 11.

Le médecin détient toute l'autorité technique sur le personnel officiel ou bénévole d'exécution dans le rayon d'action de l'organisation dont il est le chef.

Il a vis-à-vis de ce personnel le droit de proposition pour toutes les récompenses ou sanctions prévues qui ne peuvent être, ni les unes données, ni les autres infligées sans son avis.

ARTICLE 12.

Tout médecin chargé d'un service de puériculture, dont la nomination est antérieure au premier octobre 1922, devra sans délai soumettre cette nomination à la ratification du Syndicat médical local et ses fonctions seront dans la suite renouvelables, conformément à l'article 8.

Au cas où le Syndicat aurait des raisons sérieuses de ne pas ratifier cette nomination, il est tenu de les fournir au préfet par écrit. Le préfet se réserve le droit de soumettre ensuite le cas à la commission prévue par l'article 5 et dont la décision sera sans appel.

Toute nomination de médecin postérieure au premier octobre 1922 sera sans délai soumise à la ratification, conformément à la procédure prévue par les articles 1 et 5 de la présente convention.

ARTICLE 13.

Le présent contrat est valable pour quatre ans et renouvelable par tacite reconduction. Toute dénonciation devra être notifiée six mois à l'avance.

Instructions générales pour la visiteuse de puériculture de l'Association Alsacienne et Lorraine de puériculture.

I. *Le rôle de la visiteuse est double.* Elle est chargée :

a) Du contrôle administratif de certaines lois : loi du 23 décembre 1874 ; art. 7 de la loi du 27 juin 1904 (secours temporaires), loi sur l'assistance aux femmes en couches et aux familles nombreuses.

b) De la surveillance hygiénique des personnes appartenant aux catégories suivantes :

A) Femmes admises au bénéfice de l'assistance aux femmes en couches.

B) Enfants soumis à la loi sur la protection du premier âge :

1) Enfants de moins de deux ans placés en nourrice ;

2) Enfants assistés de moins de deux ans ;

3) Enfants de moins de deux ans secourus au titre de la loi du 27 juin 1904.

4) Enfants dont la mère bénéficie de l'assistance aux femmes en couches.

5) Enfants de moins de deux ans qui touchent les secours de l'assistance aux familles nombreuses.

6) Enfants fréquentant bénévolement les consultations de nourrissons.

C) Enfants non soumis à la loi sur la protection du premier âge :

1) Enfants assistés de plus de deux ans.

2) Enfants de plus de deux ans secourus au titre de la loi du 27 juin 1904.

3) Enfants de plus de deux ans secourus au titre de l'assistance aux familles nombreuses.

En dehors des catégories de mères sus-nommées, la visiteuse aura à cœur d'étendre son action sur toutes les mères de son district et d'en devenir peu à peu l'amie, la confidente et la conseillère, surtout des mères pauvres.

II. — *Contrôle administratif.*

La visiteuse veillera pour les enfants placés en nourrice à la stricte application des prescriptions de la loi du 23 décembre 1874.

Elle se renseignera très exactement sur la situation des personnes admises au bénéfice des autres lois précitées, s'assurera que cette admission est justifiée, signalera directement au service de l'inspection de l'Assistance publique les radiations ou les ad-

missions qui lui paraîtront devoir être poursuivies au titre des lois dont il s'agit.

III. — *Surveillance hygiénique.*

Cette surveillance et les mesures qui en découleront varieront suivant les personnel auxquelles elles s'appliqueront.

1) Hygiène de la grossesse.

Aussitôt que les femmes expectantes lui auront été signalèes, elle ira les visiter, inspectera leur intérieur, les conditions dans lesquelles s'effectuera l'accouchement et l'élevage de l'enfant, s'enquerra de la santé de la femme et des autres membres de la famille, de la situation de fortune, du sort des enfants précédents, discutera les projets d'avenir de la mère après l'accouchement, surtout pour ce qui concerne l'allaitement de l'enfant et l'époque où elle pense reprendre son travail. En même temps, elle jugera s'il y a lieu d'apporter des objets de layette et s'il est nécessaire de lui envoyer quelqu'un pour faire le ménage et s'occuper des enfants pendant les couches. Dans les communes où il existe une consultation pré-natale, la visiteuse y assistera.

Son rôle s'exercera :

a) Par des visites à domicile, aussi fréquentes que possible ;

b) Par des consultations des nourrissons qui seront dirigées par le médecin-inspecteur, mais auxquelles la visiteuse est tenue d'assister. Elle y inspecte les enfants, les pèse et les fait mettre au sein pour vérifier si l'enfant est réellement allaité. Elle avertit le médecin-inspecteur chaque fois qu'elle verra qu'un enfant ne progresse pas normalement ou présente des signes de maladie quelconque, ou bien si la mère veut prématurément sevrer son enfant pour des raisons de santé ou parce qu'elle n'a pas assez de lait.

Si un enfant malade est dirigé sur le médecin de famille, elle fera remettre à ce dernier un billet contenant toutes les dates qui pourront lui être utiles pour le traitement de l'enfant avec la prière d'être mise au courant du diagnostic et du traitement, afin de pouvoir surveiller utilement l'exécution des prescriptions médicales. Il sera d'ailleurs préférable qu'elle accompagne personnellement l'enfant chez le médecin, autant que ceci lui sera possible.

c) Au cours de ses visites et de ses entretiens avec les mères, les sages-femmes, etc., elle recueillera tous les renseignements qu'il lui sera utile à connaître concernant les usages anti-hygiéniques ou même criminels, dont elle aura eu connaissance, les croyances populaires, les raisons qui amènent les mères à supprimer l'allaitement maternel, la façon dont se fait l'alimentation artificielle et les fautes qui s'y commettent habituellement, bref, tout ce qui peut nous éclairer et guider dans la lutte contre la mortalité infantile.

d) Toutes les informations seront notées dans la fiche individuelle que la visiteuse est tenue de remplir pour chaque enfant.

Elle y consignera les constatations faites par elle au point de vue des soins, de l'allaitement, etc., les mesures qu'elle a cru devoir préconiser (envoi au médecin, etc.,), les mesures administrativees qui devront être fixées à la suite de ses consultations (suppression du secours à une famille dont l'admission à l'assistance n'est pas justifiée, de la prime d'allaitement à une mère qui a cessé d'allaiter son enfant ; retrait d'un enfant placé en nourrice ; intervention du préfet auprès du maire pour l'attribution de secours, etc.).

Elle établira un fichier qui contiendra les fiches de tous les enfants dont la naissance lui aura été déclarée, même ceux qu'elle n'aurait pas eus sous son contrôle. Dans ce cas, elle en notera les raisons, par exemple : enfant mort-né ; famille aisée, refus de recevoir la visiteuse.

IV. — *Rapports des visiteuses avec les sages-femmes.*

Les sages-femmes doivent être les collaboratrices des visiteuses.

La visiteuse avisera les sages-femmes de son passage dans leur lieu de résidence et ira les voir ; les sages-femmes lui feront connaître les femmes enceintes que la visiteuse pourra visiter utilement.

Les sages-femmes communiqueront à la visiteuse, par des cartes postalesqu'on mettra à leur disposition, chaque accouchement fait par elles. Si l'accouchée allaite son enfant, la visiteuse lui fera sa première visite quand la sage-femme cessera de la voir. Par contre, la sage-femme fera appel à la visiteuse chaque fois que, pendant qu'elle surveille l'accouchée, il se présente déjà des difficultés d'allaitement.

Pour chaque cas ainsi correctement transmis à la visiteuse, la sage-femme touchera du centre de puériculture une prime de 3 francs.

V. — *Rapports des visiteuses avec l'administration.*

a) Rapports avec les services départementaux.

La visiteuse devra être en liaison constante avec les services départementaux d'assistance.

Les services transmettront régulièrement à la visiteuse la liste des femmes et des enfants soumis à sa surveillance.

Elle dressera tous les mois à l'Inspecteur del'Assistance publique, par l'intermédiaire du médecin-inspecteur, avec les fiches en question, un rapport sur les visites qu'elle a faites et elle y indiquera les mesures d'ordre général qu'il y aurait intérêt à prendre (création d'une consultation de nourrissons, etc.). Elle établira tous lesmois une statistique sur la mortalité des enfants visités.

b) *Rapports avec les services communaux.*

La visiteuse se renseignera à la mairie, en consultant notamment les listes d'assistance, sur la situation exacte des familles qu'elle doit visiter. On engagera les mairies a lui signaler dans les 24 heures. chaque naissnace qui aura été déclarée à l'état civil.

Elle se mettra en rapport avec les visiteuses bénévoles prévues par la loi du 17 juin 1913, leur donnera les indications sur les conditions dans lesquelles elles doivent accomplir leur mission, proposera leur remplacement ou leur suppression si leur contrôle lui paraît mal exercé ou inopportun.

A la suite de ses visites, elle interviendra si c'est nécessaire, auprès du maire, pour que les mesures d'assistance qu'elle juge nécessaires soient prises immédiatement par ses soins. En cas de refus de ce dernier, elle pourra en référer au préfet et lui demander d'intervenir à cet effet auprès du maire.

c) Rapport avec les médecins-inspecteurs de la protection du premier âge.

La visiteuse travaillera sous les ordres du médecin-inspecteur. Elle l'assistera aux consultations des nourrissons. Elle lui signalera toute mesure d'ordre médical qu'elle aura cru ou croira devoir préconiser.

Elle lui transmettra les rapports qu'elle adresssera au préfet sur le fonctionnement de la surveillance dont elle est chargée.

L'AFFAIRE DES CARNETS MÉDICAUX DE MARSEILLE

La grande presse étale complaisamment, dans ses colonnes, la lamentable histoire des carnets médicaux de Marseille, éclaboussant de ses réflexions le Corps médical. Le *Concours*, journal de défense professionnelle, ne peut passer de tels faits sous silence. Il lui appartient, au contraire, d'en parler, ne fût-ce que pour mettre les choses au point.

Jamais personne ne pourra prétendre que, dans une profession groupant plus de vingt mille médecins, il ne puisse parfois se glisser quelques défaillances individuelles. Ce n'est pas parce que quelques-unes viennent soudain d'apparaître dans le plan de l'actualité, qu'il est permis d'en inférer que, suivant l'expression d'Hamlet, « il y a quelque chose de pourri dans le royaume de Danemark ». Et cependant, dans une sous-commission où mon ami Quivy et moi, nous avons l'honneur de représenter les médecins, certains représentants des commissions hospitalières n'ont pas craint, pour les besoins de leur cause, de déclarer, en faisant allusion à ces pénibles faits, que les médecins devaient être « surveillés » dans le payement de leurs honoraires. Si injustifiée qu'elle soit, cette calomnie n'en peut pas moins se répandre et comme « *vires acquirit eundo* », il convient de nous expliquer clairement sur ce qui s'est passé là-bas.

Quels sont les faits ?.... Quelques médecins et, parmi eux, certains, connus et estimés, dit-on, se sont procuré, de diverses façons, des carnets de pensionnés de guerre. Puis, ils s'en sont indûment appropriés les bulletins de visite qui, remplis et signés par eux, devenaient autant de billets de dix francs tombant dans leurs escarcelles. Des visites auraient ainsi été marquées à des prisonniers, à des morts... Des médicaments, coûteux et nombreux, auraient été mis à ces comptes, car des pharmaciens sont aussi impliqués dans ces malpropres combinazione. ..... Certains médecins, certains pharmaciens auraient touché ainsi, de l'Etat, des centaines de mille francs......

Et après ? S'il est prouvé que ces gens-là ont commis de telles escroqueries, les tribunaux sont là pour « en connaître » et en tirer la conclusion légitime. Mais que prouve cette histoire contre le Corps médical ? De quel droit généraliser ? Dans quel but plutôt ? ... Serait-ce tout bonnement pour *déplacer les responsabilités originelles* dans cette triste affaire ?

C'est, précisément de ces responsabilités que je voudrais parler aujourd'hui. Aussi bien, n'est-ce pas là cette « réaction de défense » que, nous médecins, nous sommes en droit de présenter contre des attaques qui se dessinent, en ce moment, contre nous, *sous ce prétexte*.

***

Tout d'abord, rappelons que, depuis de nombreux mois, les militants syndicalistes de notre corporation n'étaient pas sans connaître ce scandale. Loin, non seulement de l'excuser, mais même de chercher à l'étouffer, par esprit de corps, certains d'entre nous furent *les premiers* à le stigmatiser et à le signaler *en haut lieu*.... C'était à l'époque de notre lutte avec le ministre des pensions, alors que celui-ci déclarait avoir *ses médecins à lui* et prétendait les opposer aux praticiens. Persuadés que nous dressions simplement une arme de combat, les bureaux ministériels ne nous prêtèrent pas une oreille suffisamment attentive ...... Aujourd'hui, ils peuvent se rendre compte de la véracité de nos paroles et de la profondeur de leur erreur.

En tout cas, il est constant que, *déjà*, le Corps médical organisé avait pris position contre quelques confrères défaillants.... de toute façon. Qu'on ne vienne donc pas aujourd'hui tenter de nous *solidariser* avec ceux qui, à l'heure de la lutte, étaient de l'autre côté de la barricade, — *contre nous*.

Soyons juste. Quand je dis « on tente... » ce n'est plus des mêmes bureaux que je parle. Là, les luttes de naguère sont terminées. Non seulement la paix est faite, mais je suis persuadé que cette paix est sincère et loyale, des deux côtés, tout à l'opposé de celle de Versailles. Il n'est pas question de la Ruhr dans celle-là, et le fonctionnement des Commissions de contrôle montre qu'on a reconnu le Corps médical organisé digne de la confiance qu'il réclamait. Ce « On » dont je parlais plus haut, en vise donc d'autres .... avec lesquels il faudra bientôt une explication — si vive, si longue, si orageuse

qu'elle puisse devenir. Mais, laissons ce point, pour l'instant.

On le voit, la responsabilité collective du Corps médical n'est pas engagée dans cette affaire de Marseille qui se passe *en dehors* de ses groupements professionnels. Par contre, à notre tour, voyons si cela ne fait pas scintiller une des mille facettes où vient se refléter le mauvais fonctionnement de cette médecine sociale *ad-mi-nis-tra-tive*, telle qu'on voulait nous l'imposer à nous, les praticiens de France.

Il est un point à signaler, en premier lieu. C'est que les faits incriminés se sont précisément passés *avant* que ne fût mis en action le système actuel de contrôle, *réclamé* par nos syndicats et adopté ensuite, non sans peine, par l'administration.

Dans les grands magasins sont étalés des pièces d'étoffes, des mantelets, des fourrures, des rubans, sans aucune surveillance apparente. Chacun les examine, les palpe, les manie, les change de place, les rejette « au tas » dans un délicieux fouillis... Et l'on s'étonne que, devant ce laisser-aller bon enfant, quelques névrosées cèdent à la tentation et glissent en leur poche quelque colifichet, parfois par un simple *réflexe* de cette insidieuse tentation dont les propriétaires du magasin m'apparaissent comme les premiers coupables.

De même, toute proportion gardée, au début du régime des carnets de pensionnés de guerre, on jetait ainsi, dans les bras des praticiens, autant de liasses de billets de dix francs, en réalité, qu'il y avait de carnets. Et cela, sans surveillance aucune, sans même s'inquiéter de savoir où et par quels avatars ces carnets pouvaient passer. Là aussi, les tentateurs ne furent-ils pas les premiers coupables ... ?

Certes, il y eut, « vol » puisque bien d'autrui, or national dérobé ; mais les « voleurs » ne furent jamais à même de percevoir la sensation si troublante salvatrice parfois, qu'ils allaient devenir des voleurs, alors qu'ils commettaient leur faute, *pour la première fois*. Se rappelant le système D de la guerre, témoins du gaspillage des deniers de l'Etat dans la liquidation des denrées et marchandises, à la suite de cette même guerre, ils ont voulu, eux aussi, avoir part au butin, ils ont « chipé » d'abord un bon de visite .... puis, peu à peu, la funeste, la honteuse habitude fut prise. C'est là, pour moi, ce qui explique certaines compromissions, inexplicables, au premier abord.....

Oh ! je ne cherche nullement à innocenter des médecins, s'ils se sont laissé aller à commettre un tel abus de confiance. Je donne simplement l'explication qui me paraît résulter des *faits*. Il est toujours malséant de « tenter le diable » : c'est là ce que fit l'administration en jetant dans la circulation ces myriades de carnets, sans en régler la distribution. Or, parmi les vingt mille médecins français, si quelques détraqués se sont laissé tenter, est-il équitable de juger, d'après ces malheureux, de la santé morale du Corps médical ? Pour en revenir à ma précédente comparaison, ne serait-ce pas comme si on concluait, d'après le geste regrettable de quelques névrosées, que la plupart des visiteuses des grands magasins sont susceptibles d'en faire autant ?

Et ceci est d'autant plus injuste, plus cruel, qu'il y a, depuis la guerre, on ne saurait le nier, un *déclassement* général de toutes les professions *libérales*, par rapport au *gain* journalier universel.

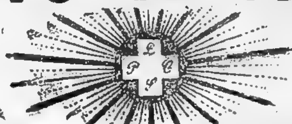
Examinons, parallèlement, la vie d'un commerçant par exemple, et celle d'un médecin. A 13 ou 14 ans, celui-là était commis et commençait à gagner sa vie, alors que ce n'est au plus tôt, qu'à 25 ans que le médecin peut passer sa thèse et espérer toucher quelque argent d'une clientèle ... à trouver. Pendant 12 années, apprenti ou commis, le futur commerçant a vécu de son propre gain, alors que l'étudiant était bien obligé de vivre aux frais de ses parents, soucieux qu'il était de voir son père, un « intellectuel » d'ordinaire, lui aussi, se priver pour suffire aux besoins des enfants. Enfin, voici l'étudiant devenu médecin. Après tant de temps passé et tant d'argent dépensé à acquérir une technique spéciale, il semble naturel que le « travail » fourni désormais à la société soit de « valeur » plus grande et plus rémunératrice ... Hélas ! trop souvent, le gain médical, difficilement acquis, suffit à peine à payer « les frais du métier » : loyer énorme, obligatoire à la ville, autos dispendieux à la campagne. Et le praticien végète misérablement, alors que le petit commis de jadis, devenu cossu commerçant, fait maintenant de gros bénéfices et contemple dédaigneusement l'ancien lycéen qui lui faisait tant envie autrefois... Je connais des confrères qui, leurs frais de métier retirés, gagnent moins qu'un terrassier.

A part de brillantes exceptions qui sont remarquées du public plus que la courante banalité, la profession médicale « nourrit péniblement son homme », comme on dit. Et, conscient de sa valeur sociale, on s'étonne que le médecin « regimbe » devant les sacrifices que, sous tant de formes, la société réclame de lui. On lui fait grief de ce que, lui aussi, il cherche à vivre de son métier et à en faire vivre les siens. On « chicane » ses notes d'honoraires, on « rogne » les tarifs d'assistance, on « ergote » sur les tarifs des accidentés ou autres... Et si le praticien, révolté, crie un peu fort, on va jusqu'à le traiter de « mercanti ! »

Enfin, si, un beau jour, quelques malheureux, *entraînés par l'ambiance de trop de gains illicites*, se laissent aller à des actes condamnables, on n'hésite pas à jeter l'anathème sur la corporation tout entière... Allons donc ! Dans l'actuel mercantilisme universel, n'est-ce pas renouveler le geste condamnant l'âne de la fable, coupable d'avoir tondu du pré la largeur de sa langue ?.... Parmi les milliers d'honorables praticiens de France, on a beau jeu vraiment, de considérer la « paille » qui vient de ternir la prunelle de quelques médecins dévoyés ; que chacun des calomniateurs commence, avant de vitupérer, par contempler la « poutre » qui en-

PANSEMENTS LA CROIX SOLEIL

COTONS, GAZES
COMPRESSES, BANDES
simples et stérilisés.



CATGUTS, CRINS, SOIES
Fils de Lin, de Bronze, d'Argent
Drains, Doigtiers, Gants.

Télégr. : CROZOL-PARIS. 77 et 79, Rue des Maraîchers, PARIS-XX[e] Tél. : ROQUETTE 44-58

L'AUVERGNE THERMALE

LA BOURBOULE	*15 Mai - 1er Octobre* Cures arsenicales	Lymphatisme, Adénopathies. Aff. des voies respiratoires (prétuberculeux), Anémie, Chlorose, Paludisme, Diabète, Aff. cutanées, Mal. des Enfants
CHATEL-GUYON	*1er Mai - 15 Octobre* Affections Intestinales	Entérites, Constipation, Diarrhées, Infect. intestinales, Congestions hépatiques, Dyspepsies infantiles, Maladies coloniales.
ROYAT	*1er Mai - 15 Octobre* Affections Cardiaques et Artérielles	Aff. et troubles fonctionnels [illegible] cœur, Troubles de la circulation (Hypertension et Artério-Sclérose). Arthritisme, goutte, rhumatisme Diabète, Eczéma sec, Anémie.
LE MONT-DORE	*15 Mai - 1er Octobre* Providence des Asthmatiques	Aff. des voies respiratoires, Asthme, Emphysème, Séquelles d'atteintes infectieuses, Trachéo-Bronchites, Rhino-Pharyngites, Rhume des foins.
SAINT-NECTAIRE	*15 Mai - 1er Octobre* Cure de l'Albuminurie	Cure de reminéralisation, Cure de lavage, Anémie, Lymphatisme, Arthropathies, Gynécopathies

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS, S'ADRESSER AUX ÉTABLISSEMENTS THERMAUX

CAPSULES BRUEL

à l'Ether Amyl Valérianique (Ether de la pomme de reinette et de la banane)

SPÉCIFIQUE DU SPASME

Un médicament valériané capable de faire céder un spasme aussi serré que celui de la colique hépatique est un médicament précieux pour le neurologiste qui s'aperçoit chaque jour que les phénomènes somatiques des anciennes névroses sont essentiellement spasmodiques, et que leur thérapeutique ne saurait être illusoire ou toxique.

Dr L. L.
Ancien Médecin de C. Neurologique.

DOSES :

A. — Curative de spasme :
3 à 4 caps. tous les 1/4 d'heure jusqu'à concurrence de 12 capsules.

B. — Préventive de spasme :
3 à 4 capsules le soir avant le sommeil.

- Colique hépatique
- Colique néphrétique

(Voir les traités de Thérapeutique.)

- Etats d'anxiété
- Fausse angine de poitrine
- Palpitations
- Migraines
- Tachycardie paroxystique
- Dysménorrhée membraneuse

Echantillons. Brochures. Renseignements : 36, rue de Paris, Colombes (Seine)

combre le regard de tant de membres de professions commerciales ou industrielles.....

***

Nous n'avons donc nullement à baisser la tête, à propos des incidents fâcheux de Marseille. Ce sont là « faits-divers », qui ne touchent en rien, à l'honorabilité du Corps médical français.

Il n'en est pas moins vrai qu'on en a fortement médit au Parlement, lors de la loi des pensions, et qu'au moment où s'ouvriront les discussions sur l'assurance-maladie, on ne manquera pas de se servir, contre nous, de ce qui s'est passé là-bas. On s'efforcera, cette fois encore, de généraliser .... Or, si « la femme de César ne doit pas être soupçonnée », il faut que même *dans les plus petits détails* de sa vie, elle ne puisse *laisser prise au moindre doute.*

Et c'est sur cette considération que je voudrais terminer. Qu'on me permette de la développer quelque peu.

Oui ! nous qui avons l'honneur d'appartenir à l'une des plus belles professions humaines, soyons toujours, quand il s'agit d'argent, minutieusement irréprochables. Si nous voulons acquérir la place qui nous est due, en matière de médecine sociale, que jamais dans nos rapports avec les collectivités, un seul de nos gestes ne puisse faire venir, à l'esprit de quiconque, que nous nous efforçons, par esprit de lucre, de tirer inéquitablement « la converture à nous ». Nous avons, par exemple, des tarifications officielles. Elles sont ce qu'elles sont. Mais, bonnes ou mauvaises, nous les avons *acceptées*, du jour où nous nous servons d'elles pour édifier une note d'honoraires. Il est alors de notre devoir de les respecter religieusement et de ne jamais sembler chercher à leur « faire rendre » *plus* qu'elles ne le doivent. Jamais de détours, de finasseries, ni de malices... plus ou moins cousues de fil blanc. On doit réclamer son dû, *tout* son dû, *rien que* son dû. Ne nous laissons pas entraîner sur la pente glissante. Seul, le premier pas coûte. Peu à peu, sans s'en douter, on en arrive à trouver naturelle une attitude qui, tout d'abord, aurait déplu à sa conscience. Tenons à honneur de suivre toujours la ligne droite, « the right way » ! et n'oublions jamais le vieux dicton : « Bonne renommée vaut mieux que ceinture dorée ».

Je m'arrête car voici vraiment que je tourne à l'homélie..... C'est que j'aime notre noble profession dont furent membres mon père, nombre de mes parents et à laquelle appartiennent mes deux fils. De plus, j'ai l'intime conviction que c'est encore dans le Corps médical qu'on rencontre le plus d'honneur et de probité, de même que c'est lui qui montre le plus de dévouement et d'altruisme.....

Et, par un juste retour de la justice immanente, voici que la poignée de médecins qui ont commis des fautes et se sont servis des pensionnés de guerre pour s'emparer d'un or mal acquis, se trouve précisément parmi les rares qui, au jour de la lutte à propos de ces pensionnés, se sont mis en dehors de notre famille médicale pour aider ceux qui prétendaient bâillonner sa voix puissante .... Ce sont ceux-là qui luttaient contre leurs confrères — unis dans un même sentiment de révolte alors qu'on les outrageait — qui viennent aujourd'hui démontrer qu'ils étaient, eux-mêmes, les vrais, les *seuls* « mercantis des mutilés ».

Dr Fernand DECOURT.

***

Mon cher Decourt,

Vous m'avez demandé un tour de faveur pour cet article, et j'ai déféré très volontiers à votre désir, parce que je n'ai rien à vous refuser, dans cet ordre d'idées.

Si j'ajoute un mot de mon cru à votre « défense du corps médical » vilipendé une fois de plus à propos du scandale de Marseille, c'est que vous vous servez à votre tour d'une phrase que j'ai souvent prononcée moi-même au cours de nos réunions. IL NE FAUT PAS TENTER LE DIABLE.

Or, que vous le vouliez ou non, toute organisation de soins qui exonère le malade de la charge des honoraires médicaux tente le diable, et aussi d'autres que lui. Elle tenterait saint Antoine, s'il était médecin ; ce qui ne veut pas dire qu'il céderait à la tentation. Mais saint Antoine est un saint. Sommes-nous des saints ? Vous avez répondu par avance à ma question.

Notez bien que le scandale de Marseille n'est que la conséquence de la sottise de certains individus qui ont cru, sans doute parce qu'ils étaient haut placés dans la hiérarchie sociale, qu'ils échapperaient à toute poursuite. Et cela a bien failli se produire puisque, par deux fois, Isoard incriminé a bénéficié d'un non-lieu ! Ils ont tout de même été un peu fort....

Mais pouvez-vous supputer le nombre de tous les cas dans lesquels le bénéficiaire de soins médicaux gratuits tente son médecin, en lui demandant, s'il est pensionné de guerre, par exemple, de faire passer au compte de l'État la visite qu'il lui a faite pour une autre affection que celle qui a motivé sa pension, ou qu'il a faite à sa femme, à son enfant ? Ne savez-vous pas, comme moi, combien il est facile de détacher deux coupons à l'occasion d'une seule intervention. Et me direz-vous combien, parmi ceux qui furent ainsi tentés, ont résisté, qualifiant comme elle le méritait la tentative dont ils étaient l'objet ? (1).

N'est-il pas établi, d'une façon péremptoire, que généralement, le malade qui ne paye pas lui-même son médecin est infiniment plus exigeant que celui qui l'honore de ses deniers,

(1) Aujourd'hui, c'est à Versailles que le scandale éclate. Hier, on disait qu'il allait renaître à Brest. Où demain ?

qu'il le dérange à propos de tout et de rien, qu'il réclame des visites dont on ne peut pas dire qu'elles sont toutes absolument sans motif, mais qui auraient été bien moins nombreuses, s'il avait dû lui-même en régler le prix ?

Voyez-vous, je le répète une fois encore, dussè-je me faire vilipender par ceux qui ne pensent pas comme moi : tout le mal de la médecine sociale vient de là ; il ne vient que de là. Et prenez garde aux conséquences de ces lamentables faits. Il y a là un danger formidable, et auquel le corps médical n'échappera que s'il attaque résolument le mal dans sa racine.

Gare au forfait ! Gare au forfait ! Voulez-vous l'éviter, vous qui êtes un de nos plus dévoués et plus loyaux militants ? Le moyen est facile. Mettez sur pied toutes les organisations qu'il vous plaira ; établissez des contrats, voire des contrats collectifs ; je n'en suis pas l'ennemi. Mais introduisez-y cette clause primordiale et salvatrice : LE MALADE PAYERA LUI-MÊME A SON MÉDECIN LA TOTALITÉ, OU TOUT AU MOINS, LA PLUS LARGE PART DE SES HONORAIRES.

Cette méthode a des inconvénients. Quelle entreprise humaine n'en possède pas ? Elle en a moins que les autres ; elle offre en outre le mérite d'une simplification qui n'est pas précisément l'apanage du système administratif. Et elle n'enlève rien à l'action bien comprise du Syndicat.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE FISCALE

Professions libérales. Frais professionnels à déduire des recettes

Dans les professions libérales comme dans les professions commerciales, le bénéfice net s'obtient en déduisant des recettes les frais occasionnés par l'exercice de la profession.

En partant de ce principe, et en poursuivant l'analogie qui existe entre les deux cédules pour la détermination du bénéfice net, on en conclut que, dans beaucoup de cas, la jurisprudence applicable à l'une de ces deux catégories peut être également appliquée à l'autre. Par exemple : un arrêt du Conseil d'Etat du 7 août 1920 a décidé que les sommes allouées à la femme et à la fille d'un comerçant, non commerçantes elles-mêmes, ont le caractère de véritable salaire lorsque, et dans la mesure où elles correspondent à un travail réellement fourni par les bénéficiaires ; dans ce cas, elles constituent une véritable charge de l'entreprise de nature à être admise en déduction dans le calcul du produit net.

Le Ministre des finances a, dans plusieurs réponses écrites à des questions posées par des membres du parlement, accepté cette jurisprudence en ces termes :

« Conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat, les appointements alloués par un commerçant à sa femme ou à ses enfants peuvent être considérés comme une charge de l'entreprise et, par suite, être déduits du bénéfice pour l'assiette de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, si les intéressés tiennent réellement la place d'employés dans l'établissement et si les appointements qui leur sont atiribués leur sont effectivement versés. » (*J.O.*, 24 février 1922, Ch., Débats, p. 482, col 2.)

Il est donc indiscutable que le commerçant peut porter dans ses frais généraux des appointements touchés par sa femme ou ses enfants, sous la seule condition que le bénéficiaire dudit traitement fournisse un travail effectif.

Pourquoi n'en serait-il pas de même des membres de la famille du médecin, de l'avocat ?

Nous pensons donc que, dans tous les cas où la femme du médecin tient les comptes, fait office de secrétaire, veille à l'entretien des instruments, etc., elle a droit à des appointements qui figureront mensuellement dans les frais professionnels.

Le résultat de cette écriture sera d'exonérer jusqu'à concurrence du minimum de traitement non imposable la somme annuelle touchée du droit de 6 % auquel sont soumis les bénéfices des professions libérales. En effet, la somme ainsi touchée devra figurer au nom de la bénéficiaire dans la cédule des salaires, mais elle bénéficiera de l'abattement à la base de 4.000, 5.000 ou 6.000 fr. selon l'importance de la localité.

Bien entendu ladite somme annuelle devra être comprise dans le revenu global du ménage et payer l'impôt général sur le revenu, mais l'atténuation de l'impôt cédulaire n'est pas négligeable et justifie l'inscription aux frais généraux.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Frais de gestion

Dans le discours prononcé par M. Anselme Patureau-Mirand dans la séance de la Chambre des Députés du 24 novembre, au sujet de la discussion du budget de la Mutualité, nous relevons le passage suivant :

« Si, en effet, dans toutes les communes, importantes, tout au moins, nous avons des sociétés de secours mutuels, lorsque la loi d'assurance sociale sera votée, elle pourra jouer par la Mutualité sans fonctionnaires. »

Je sais bien que le grand fléau du budget est le fonctionnaire. On en a tellement multiplié le nombre, avant et surtout depuis la guerre, notamment dans les régions libérées, à la liquidation des stocks, etc., qu'une notable partie du budget est grignotée par les traitements, les indemnités de vie chère, l'indemnité de logement, etc., Ils pullulent, les fonctionnaires de tout genre, de tout sexe, créatures électorales unies pour beaucoup par des liens communs, leur incompétence, leur désir de ne pas se fatiguer et d'être largement payés et qu'il faut savoir ménager. Aussi quand on veut réaliser des économies, on parle de suppression de 25 à 50.000 fonctionnaires (ils n'étaient donc pas très utiles) Il s'ensuit qu'un député garantissant au gouvernement le fonctionnement d'une loi sociale sans fonctionnaires peut espérer pour ce motif être écouté avec bienveillance.

Mais ou bien M. Anselme Patureau-Mirand n'est pas très au courant de la question, ou il cherche à bluffer.

Monsieur le président du groupe mutualiste a en vue le fonctionnement des petites sociétés de secours mutuels à effectifs réduits, pouvant être administrées (et comment le sont-elles ?) par quelques personnes zélées y consacrant quelques heures chaque mois. Peu de paperasses, peu de roulement de fonds, par conséquent affaire facile et peu de frais.

Il n'en est pas de même quand il s'agit d'une société à gros effectifs. Comme toujours, selon la formule de la mutualité, toutes les fonctions sont gratuites. Le secrétaire et le trésorier ne touchent rien et font faire leur travail par des employés salariés. S'ensuit-il que la société est gérée sans frais de gestion ? Je ne le pense pas. C'est une belle façade, mais derrière, le décor change. Je connais pour ma part maintes sociétés où les frais d'administration sont supérieurs aux frais de mutualité proprement dits (médecins et chômage) et il ne peut en être autrement.

Nous-mêmes, au *Concours médical*, pour nos œuvres de mutualité professionnelle, avions commis cette erreur. Nous avions supposé que, gérant nous-mêmes les caisses à nous confiées, nous ferions réaliser à nos sociétés l'économie des frais de gestion. Erreur que nous avons dû corriger dans la suite, et sur les conseils de notre actuaire, nous avons dû ajouter des frais de gestion à nos cotisations. Et il y a longtemps que cet oubli aurait été préjudiciable à nos œuvres si nous avions dû appointer un employé pour accomplir la besogne écrasante qu'assume notre dévoué Gassot depuis tant d'années. C'est donc une affirmation gratuite (ne voulant pas croire à une hypocrisie) qu'annonce M. Anselme-Paturaud-Mirand, quand il assure que, grâce à la mutualité, la loi sur les assurances sociales pourra fonctionner sans fonctionnaires et par suite sans frais.

Quand la loi sera établie, toutes les petites sociétés auront cessé d'exister ou se seront fondues dans des caisses régionales à gros effectifs, professionnelles, syndicales, patronales, confessionnelles, etc. Gros effectifs veut dire grosses dépenses. Car, si on rapproche le système en gestation de celui qui existe en Alsace-Lorraine, que de paperasses à remplir ! Et ce travail ne se fait pas seul, il y aura toute une hiérarchie d'employés, de chefs de bureau, d'administrateurs, de contrôleurs etc. Vous les appellerez employés, mais ne nous trompons pas ; employés si vous voulez, mais en réalité fonctionnaires, sinon de l'Etat, du moins des caisses, c'est tout comme. Ce sont toujours des fonctionnaires. Ils seront aussi coûteux que ceux de l'Etat. Mais tandis que ceux-ci par leur statut peuvent avoir la pérennité de leur emploi, les autres sont à la merci et au bon vouloir de Messieurs les administrateurs. En tout cas au point de vue des frais c'est kif-kif.

Mais ces fonctionnaires de caisses ne supprimeront pas les autres fonctionnaires d'État à créer. Celui-ci, en effet, aura le contrôle financier des Caisses. Sans cela, quelle gabegie ! Il devra donc nommer des inspecteurs chargés de vérifier les finances des sociétés, des vérificateurs des comptabilités, sans compter une direction ou un ministère devant assurer le fonctionnement de la loi, d'établissement des statistiques, etc.

Ce sera encore, il me semble, des fonctionnaires. C'est donc un leurre quand la Mutualité vient dire que, chargée du fonctionnement de la loi des assurances sociales, elle pourra le faire sans fonctionnaires et sans frais. Les dépenses seront égales à celles d'un service d'Etat. Nous ne savons ce que seront les résultats de sa direction : il est toujours facile de réaliser des économies en rognant sur le dû des sociétaires, en établissant un service médical de pure forme, n'offrant aucune garantie, en exploitant médecins et

pharmaciens. Mais est-ce le but que se propose l'Etat ? Est-ce là ce que désirent les intéressés? Je ne crois pas.

La plus belle fille du monde ne peut donner que ce qu'elle a. Pendant plus d'un demi-siècle, la mutualité a été incapable d'organiser soit un service maladie, soit un service retraite sérieux. Son passé est le sûr garant de l'avenir. L'organisation des assurances sociales est déjà très problématique, sa réussite très incertaine. Confiée à la Mutualité, elle est assurée de la faillite.

Dr Vimont.

LA LUTTE ANTI-VÉNÉRIENNE PAR LE FILM

J'ai assisté, il y a quelques semaines, à la présentation, salle de la « Madeleine-Cinéma » d'un film documentaire sur le *Fléau syphilitique*. Ce film était édité par la Maison Gaumont, sur l'initiative et les indications de la Société française d'Eugénique, qui compte dans son comité notre collaborateur et ami Leredde.

Voici d'ailleurs en quels termes cette société expose les raisons de cette tentative, toute nouvelle, d'éducation du public, en matière de syphiligraphie :

Documents sur le fléau syphilitique et ses conséquences individuelles et sociales

I

Le but du film qui vous est présenté est de faire l'éducation du grand public, et surtout des jeunes gens, pour mettre ceux-ci à l'abri du péril le plus grave qui menace leur santé et leur vie même ; de préserver la race, atteinte par les contaminations qui se répètent au cours de la vie sexuelle. Nous avons voulu prouver qu'on peut parler de syphilis et en démontrer les conséquences sans blesser les yeux et ou les oreilles les plus sensibles.

Il faut, pour vaincre le fléau, vaincre l'ignorance qui règne dans les esprits, combattre, jusqu'à ce qu'elle disparaisse de tous, l'idée, infiniment meurtrière, de maladie honteuse qui explique elle-même cette ignorance.

En dehors des hommes, mal informés, non instruits, qu'un entraînement de quelques instants expose aux dangers de l'infection, le nombre des victimes innocentes est formidable, puisqu'il s'élève à plusieurs millions : ce sont presque toutes les mères syphilitiques, et ce sont, sans exception, tous les enfants atteints de syphilis héréditaire, *victimes du préjugé même* puisqu'il empêche de connaître l'étendue et l'origine du mal.

Faut-il dire, à ceux qui ne le savent pas encrore, qu'une ligue antivénérienne a été créée en Belgique en 1922, sous le patronage de la reine des Belges, et du cardinal Mercier ? Par la voix d'une mère d'une situation éminente, sous la forme la plus claire, la plus directe, la plus intelligible, la ligue a dit au public que la syphilis n'est pas une maladie honteuse. La vérité, à ce sujet, est la même dans notre pays que chez nos voisins.

Les personnes invitées à cette réunion sont toutes, par leurs relations sociales, dans leur famille, dans leur milieu politique, administratif ou professionnel, des éducateurs. Nous leur demandons de contribuer, par leur influence, à la disparition du fléau syphilitique, dans l'intérêt du pays, dans l'intérêt des personnes qui les entourent, de leurs enfants même.

Nous résumons sous une forme sommaire des documents qui peuvent les instruire et compléter les notions exposées par le film.

II

Les statistiques annuelles de la Ville de Paris permettent de mesurer, dans les lignes générales, l'importance relative des maladies qui déterminent la mortalité française, sous cette seule réserve que la tuberculose est moins fréquente dans les campagnes et les petites villes que dans les centres industriels et les grandes agglomérations urbaines.

Il est mort à Paris en 1913, 44.624 individus, en chiffres ronds 45.000 pour une population de 2.900.000 habitants.

7.200 morts sont dues aux infections aiguës (nous comprenons dans ce chiffre celles de l'appareil respiratoire et pas seulement la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc.). 11.000 à la tuberculose, 3.300 au cancer, 1.900 à des « causes extérieures », accidents, suicides, meurtres.

Restent 21.600 morts, — dont 15.000 dues aux affections chroniques, locales, du système nerveux, de l'appareil cardio-vasculaire, du système respiratoire, du tube digestif, du foie, du rein, etc. Le reste comprend des maladies générales chroniques (type diabète, goitre exophtalmique), les cas de mort subite, les affections spéciales à la première enfance, les morts attribuées à la sénilité.

Quoique les statistiques officielles, qui inscrivent les victimes de la syphilis parmi les victimes des affections qui en sont la conséquence, attribuent à la syphilis, en 1913 à Paris, 106 morts seulement, il est aujourd'hui certain que le nombre de ses victimes annuelles est quatre-vingts sinon cent fois plus élevé. La moitié, *au minimum*, des morts attribuées à des affections locales de caractère chronique, sont dues à la syphilis acquise ou héréditaire : cause initiale, cause première de ces affections.

Toutes les affections chroniques du système nerveux, du cœur et des vaisseaux, de l'estomac, de l'appareil respiratoire, du corps thyroïde, etc., peuvent être dues à la syphilis *qui apparaît ainsi comme*

la cause principale de la mortalité (80.000 morts annuelles), *après la tuberculose* (plus de 100.000 en France).

Il est d'ailleurs à peu près certain que l'infection syphilitique est plus meurtrière que l'infection bacillaire, *si l'on tient compte des données récemment acquises sur la mortalité syphilitique de l'enfance.*

III

Le nombre des enfants qui meurent de zéro à un an a été à Paris de 4.812 en 1913, 2.823 de un an à cinq ans.

Sur 4.842 morts, la moitié au moins sont dues à la syphilis, qui s'appelle dans les statistiques officielles : diarrhée et entérite (1.290), débilité congénitale, ictère et sclérème des nouveau-nés (1.189), méningites (450), maladies variées ou mal définies, vices de conformation... La mortalité par infections aiguës, générales ou de l'appareil respiratoire est certainement plus élevée chez les enfants hérédo-syphilitiques que chez les autres.

Le rôle de l'infection syphilitique reste également considérable dans la mortalité infantile de un à cinq ans.

D'autre part, la syphilis est, après l'avortement volontaire, la cause principale de la morti-natalité. Le nombre des mort-nés déclarés, connu seulement du sixième mois au troisième jour après la naissance, est en France, chaque année de 38.000. Sur ce chiffre 19.000 sont des hérédo-syphilitiques. Le nombre des morts-nés par syphilis, avant le sixième mois, est-il chaque année de 20.000, 30.000 ou 40.000 ? Nous n'en savons exactement rien. Nous savons seulement, et c'est un fait qu'il faut signaler en outre aux personnes préoccupées de la dépopulation de notre pays, qu'un certain nombre de syphilitiques incapables d'avoir d'enfants, malgré leur désir, sont des individus stériles.

Un certain nombre d'aveugles (27.800 en France) sont des hérédo-syphilitiques. La plupart des sourds-muets (30.000) sont des hérédo-syphilitiques ; la plupart des enfants idiots, imbéciles, arriérés (40.000), des épileptiques (chiffre inconnu), sont des hérédo-syphilitiques.

Sur 100 aliénés, plus de 50 sont syphilitiques ou hérédo-syphilitiques.

Tous les vices de conformation peuvent être dus à la syphilis héréditaire.

Ajoutons à ces chiffres, le nombre immense des infirmes (hémiplégiques, paraplégiques...), des malades que l'infection met en dehors de la vie normale, pendant des années, avant qu'ils ne succombent...

Nous n'aurons pas encore le tableau exact et complet des conséquences de la syphilis, puisqu'elle joue un rôle considérable à l'origine du cancer et même de la tuberculose.

IV

L'heure est venue de lutter efficacement contre un tel fléau, — le plus grave peut-être des fléaux sociaux, — en mettant en œuvre tous les moyens : scientifiques, moraux, sociaux, qui le peuvent supprimer. Nous voulons propager le recours aux moyens techniques qui permettent de la combattre, développer les institutions qui s'occupent à l'éducation du public en répandant la connaissance des maux redoutables qu'entraîne la contagion syphilitique.

En mettant en garde contre la contagion syphilitique, nous prévenons d'ailleurs dans une certaine mesure les autres maladies vénériennes, moins redoutables, mais qui sont également des causes d'infirmités, de stérilité et de dépopulation.

Pour déterminer le public à s'associer à nos efforts, il faut créer un mouvement d'opinion : à Paris, dans les villes et surtout dans les campagnes ; les dépenses nécessaires permettront d'économiser chaque année des millions et peut-être des milliards de francs.

Nous espérons que ce film aidera, au milieu d'autres efforts, à réaliser le mouvement nécessaire.

APPELL.
Dr CALMETTE.
André HONNORAT.
Dr LEREDDE.

La coquette salle de « Madeleine-Cinéma » était comble. Le public, parmi lequel on comptait un nombre important de médecins, suivit d'un œil particulièrement intéressé l'apparition sur l'écran des scènes prises sur le vif, montrant d'abord les lésions les plus communes de chacune des trois périodes classiques de la syphilis ; puis, les ravages de la syphilis héréditaire ; le schéma de la réaction de Wassermann, avec la prise de sang au pli du coude ; la préparation et la mise en pratique de l'injection intra-veineuse ; enfin, des tableaux statistiques sur l'influence désastreuse de l'affection sur la morbidité et sur la mortalité.

Chaque partie était séparée de la précédente par un film parlé où MM. Honnorat, Calmette, Appell, dirent simplement, en quelques mots, l'importance considérable qui s'attache, dans l'intérêt supérieur de la race, à l'activité sans cesse accrue d'une propagande bien faite contre le fléau syphilitique.

Des critiques assez sévères ont été formulées contre le film lui-même. Elles me paraissent singulièrement exagérées. Il est certain que le chancre le plus commun, le plus fréquent, le chancre génital, n'a pas été projeté, tandis que les formes rares, telles que le chancre des doigts, de l'amygdale, ont eu longuement les honneurs de l'écran : or, nous savons précisément que les localisations extra-génitales n'ont pas exactement le même aspect que les génitales. Mais, devons-nous nous en étonner ? Dans une production destinée au grand public, il est vraiment difficile de faire figurer les organes génitaux, de l'un et l'autre sexe. Sans doute, pourrait-on prévenir à la porte les spectateurs de ce qu'ils

vont voir, afin qu'il n'y ait pas de surprises. Sans doute aussi pourrait-on faire un triage, afin d'éliminer préalablement les trop jeunes sujets. Mais, à partir de quel âge peut-on commencer l'éducation sexuelle ? Même avec ces précautions, l'image sexuelle proprement dite n'en prendrait pas moins, aux yeux de certains, le caractère d'une exhibition d'un goût douteux.

Nous vivons encore à l'époque où les organes génitaux sont volontiers qualifiés de « parties honteuses » — *pudenda*, — singulière et paradoxale épithète, lorsqu'elle s'adresse aux appareils auxquels incombe la mission, noble entre toutes, de perpétuer l'espèce en donnant la vie...

J'ai également entendu dire que, pour révéler des lésions anatomo-pathologiques, point n'était besoin de l'animation cinématographique, et que l'immobilité figée de la pièce de Musée y suffisait largement. J'entends bien que, s'il s'agit de faire une démonstration s'adressant à des professionnels, étudiants, médecins, hygiénistes... cette thèse se soutient parfaitement. Mais n'oublions pas qu'il s'agit là d'une œuvre de vulgarisation, mise à la portée du grand public, du public moyennement ou pas instruit, et ignorant en tous cas des notions élémentaires que possèdent les intelligences plus cultivées. Or, l'animation est là un facteur certain de l'intérêt que ce public prendra au spectacle qui lui est offert.

...Ce qui n'est pas douteux, c'est que, surtout à l'occasion de la guerre, et depuis qu'elle est terminée, le péril vénérien a pris les proportions d'un désastre national, et qu'il importe d'y faire courageusement et énergiquement face.

La lutte anti-syphilitique est à peine ébauchée ; et il est d'ailleurs profondément regrettable que les syndicats médicaux ne s'y intéressent pas plus qu'ils ne font. Je le dis en passant : Qu'ils y prennent garde ! Des organismes se créent, en dehors du corps médical, qui savent recueillir les ressources suffisantes à leur fondation et à leur entretien, et des patronages impressionnants. Ils trouvent le concours empressé de la grande presse, dont ils se servent pour répandre dans le public des idées, d'ailleurs dangereuses, sur le diagnostic sérologique, sur le traitement et sur les tests de guérison de la syphilis. Ces publications motivent d'énergiques protestations de la part d'une élite, dont on ne saurait méconnaître la valeur et la probité scientifique, mais qui n'a peut-être pas fait tout ce qu'elle pouvait pour organiser elle-même des centres de recherches et de diagnostic offrant toutes les garanties de discrétion, de sérieux, que les malades trouvent ailleurs... Je n'insiste pas : c'est là une grave question qui mériterait de très longs développements, et sur laquelle les praticiens des villes et des campagnes feront bien d'appesantir quelque peu leur attention.

J'en reviens à la propagande par le film et surtout au film lui-même. S'il n'est pas parfait, il n'en dénote pas moins une intention arrêtée d'entrer dans la voie des réalisations pratiques. Et, sans chercher à ternir cette intention d'un soupçon de réclame personnelle pour X, Y, ou Z, je ne veux que retenir la générosité d'un geste qui mérite d'être louangé et encouragé, quand il est inspiré par cette vertu à laquelle il faut toujours rendre hommage, et qui s'appelle la bonne volonté.

G. DUCHESNE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **La lutte contre le cancer.** — Une nouvelle organisation de lutte anti-cancéreuse vient de se créer à Nice sous le titre de Ligue départementale anti-cancéreuse des Alpes-Maritimes.

Le Conseil d'administration est composé de la façon suivante :

Président-Conseil : docteur Th. Casiglia ; président effectif : docteur J. Stefani ; vice-présidents : docteur Barbary, Edouard Berri, docteur Castelli ; secrétaire-général : docteur Robert Julien ; secrétaire général adjoint : docteur de Giovanni ; trésorier M. Maurice D ; Conseiller juridique : Me Gassin.

Comme l'indique le titre de la nouvelle Ligue, elle aura surtout une action départementale, mais ne craindra pas d'étendre ses bienfaits aux régions voisines du Var, des Basses-Alpes et de la Corse, tendant ainsi à créer un véritable centre régional anticancéreux autonome.

Le siège social est 5, rue de Longchamp où doivent être adressées toutes correspondances, adhésions et souscriptions.

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — Par décret du président de la République en date du 10 mars 1923, M. Paul DELMAS, agrégé des Facultés de médecine (section d'accouchements), est nommé professeur titulaire à la Faculté de médecine de Montpellier.

Nos sincères félicitations à notre distingué confrère, qui est en même temps un des plus nos fidèles et dévoués correspondants.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

« L'indemnité kilométrique n'est pas allouée lorsque la distance *entre le domicile du médecin et le domicile* du malade..... » Or, dans votre cas, il n'y a pas de visite faite au domicile du malade puisque c'est *le malade qui s'est déplacé*. Vous me direz bien : mais c'est moi qui l'ai voituré ! D'accord. Mais ce n'est plus là, question médicale. Vous avez fait office de voiturier bénévole et charitable..... et ceci n'est plus inscrit dans le tarif.

Par contre, si le malade demandait à être remboursé de ses frais de déplacement et que sa demande lui fut accordée, je trouverais légitime que, personnellement, il vous tienne compte des « frais de transport » que vous avez avancés pour lui.

Dr F. DECOURT.

NOTE DE MÉDECINE PRATIQUE

Action thérapeutique de l'hypophysine.

L'an dernier, j'ai exposé dans le *Concours médical* les résultats merveilleux obtenus en obstétrique par l'emploi *judicieux* de l'extrait hypophysaire (lobe postérieur). J'y reviens encore une fois, en relatant la courte observation suivante :

Femme de 28 ans, que j'ai accouchée normalement de 3 enfants et qui me retient pour son 4e. Appelé le samedi matin à 6 heures, après une nuit de douleurs, je constate un léger effacement du col qui est dilatable. Le soir, même état ; le lendemain, dimanche, les douleurs continuent sans grand effet sur le col, qui s'efface peu à peu. Je passe une partie de la nuit à attendre, sans résultat.

Le lendemain soir, lundi à 5 heures, on m'appelle d'urgence, car il y a des glaires marquées de sang. Le col est effacé, mais la dilatation traîne et à 7 heures du soir, il y a un orifice grand comme 5 francs. On s'impatiente, la malade est fatiguée de 3 nuits d'insomnie, et vraiment, cet accouchement est anormalement traînant.

Après confirmation de mon diagnostic de *présentation céphalique normale*, je propose l'injection d'hypophyse, qui est acceptée et que je pratique à 7 heures cinq. A 7 h. dix, les douleurs s'amplifient et se précipitent. A 7 heures vingt, *tout est terminé*, sans une goutte de sang. L'utérus est vide et rétracté au-dessus du pubis.

Cette violence dans l'action de la drogue contractile entraîne deux corollaires :

1° La nécessité d'un diagnostic précis de présentation ou de position avant d'utiliser le produit ;

2° L'interdiction aux sages-femmes de l'utiliser sans la présence du médecin.

Dr ROUX
(Saint-Gervais-les-Bains).

APHORISMES VÉCUS

Heureusement pour les malades, les théories médicales, quelquefois les mieux assises, sont fausses en pratique.

Les *grands* avocats brillent dans les *grandes* affaires, mais n'en changent guère le résultat. De même, les *grands* médecins dans les graves maladies. Malgré tout, le *prestige* en impose toujours et s'il n'a pas d'autre effet appréciable, pour les *plaideurs* et les *malades*, il donne de l'*espoir* et de l'illusion !

Le médecin n'a pas le droit d'être malade ou, plutôt, de le paraître !

Les progrès de la médecine et de la chirurgie profitent d'abord au malade et ensuite au médecin, par leurs résultats tangibles, par le prestige qui en rejaillit sur celui-ci.

En thérapeutique, il n'existe pas plus de *procédés* ou de *méthodes* infaillibles, que de remèdes radicaux et d'efficacité certaine. Cette précieuse qualité est, comme celle des *panacées*, l'apanage exclusif de ce qui est, sur l'organisme, d'une action *nulle*, comme par exemple celle des *pilules mica panis* ou de l'*aqua fontis* qui relèvent de la suggestion.

Abel Faivre a dit, avec raison, que le plus inoffensif des médecins est celui de l'*état civil*..... qui ne fait que constater les morts !

Les *médecins* vous disent : connais-toi, toi-même, pour conserver la santé. Les *philosophes* vous disent au contraire : *ignore-toi*, si tu veux être heureux. Médecins et philosophes ont raison, malgré l'apparence contradictoire de leurs idées.

On ne meurt que d'*usure* générale, d'*accidents*, d'*infections* ou d'*intoxications*.

Dr Ed. CROUZEL.
(Le Buisson, Dordogne).

ANTHOLOGIE MÉDICALE

L'Encoignure

Au docteur Poix.

Pour t'avoir libéré du tenace frisson
Que ton corps rapporta des régions palustres,
Je voudrais non de l'or sonnant (avers illustres,
Reliefs millésimés par le double poinçon),

Mais, svelte et désuet, ce meuble en écoinçon,
Fait de bois d'amarante et vieillot de vingt lustres,

Qui, dans cetangle, dresse, à la lueur des lustres,
Son galbe irréprochable, et pur de malfaçon.

Panneaux marquetés peints de fleurs enrubannées,
Ciselure rocaille aux courbes surannées,
Bronze des trois « *sabots* » dorés, griffus et tors,

Il m'enchante, joyau que l'art d'antan nous lègue,
Qu'œuvra Charles Cressent, Duplessis ou Lebesgue,
En ces profils Régence et ces légers décors.

Honoré BROUTELLE.

DOCUMENTS OFFICIELS

Vacance de directions de bureaux d'hygiene.

I

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bourbon-l'Archambault.

Le traitement alloué est fixé à 500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 29 mars 1923.)

II

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes

reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le Touquet-Paris-Plage (Pas-de-Calais).

Le traitement alloué est fixé à 250 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 7 avril 1923.)

Arrêté nommant une commission pour l'étude des moyens d'assurer la déclaration des causes de décès.

Art. 1er. — Une commission est instituée au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, à l'effet d'étudier les moyens d'assurer la déclaration des causes de décès.

Art. 2. — Sont nommés :

Président de la commission.

M. Branet, conseiller d'Etat.

Membres de la commission.

M. Bire, secrétaire chef des bureaux de la mairie du 15e arrondissement.

M. le docteur Paul Boudin.

M. Carbonneau, secrétaire général de la mairie de Vanves.

M. Cazée, directeur de l'hygiène, du travail et de la prévoyance sociales à la préfecture de la Seine ou son représentant.

M. Coussol, chef de bureau au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

M. le docteur Decourt, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux.

M, le docterur Faivre, inspecteur général des services administratifs.

M. le docteur Alfred Filassier.

M. Gaudier, maire de Clichy.

M. le docteur Guilhaud, conseiller technique sanitaire adjoint au ministère de l'hygiène.

M. Marc Honnorat, chef de la 2e division à la préfecture de police.

M. Huber, directeur de la statistique générale de la France.

M. Hudelo, conseiller d'État en service extraordinaire, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

M. Juillerat, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

M. Levy, secrétaire rédacteur au Sénat.

M. March, directeur honoraire de la statistique générale de la France.

M. Philippe Maréchal, maire du 8e arrondissement.

M. le docteur Pacaud, président du conseil général de la Vendée.

M. le docteur Quivy, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux.

M. le docteur Jules Renault, médecin des hôpitaux, conseiller technique sanitaire au ministère de l'hygiène.

M. Roux, directeur honoraire au ministère de l'intérieur.

M. le docteur Sainton, médecin des hôpitaux.

M. M. Géry, rédacteur au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, remplira les fonctions de secrétaire de la commission.

Fait à Paris, le 13 mars 1923. Paul STRAUSS.

(*J. O.*, 7 avril 1923).

Questions des parlementaires et réponses des ministres

L'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales est dû même en cas de cessation d'exercice de la profession.

157025. — M. Henri AVRIL, député, demande à M. le Ministre des Finances, si un contribuable exerçant une profession non commerciale et qui a cessé en cours d'année, peut être cotisé à l'impôt cédulaire au titre de l'année suivante, d'après les bénéfices réalisés pendant l'année de la cessation. (*Question du* 5 *mars* 1923).

Réponse. — D'après l'article 30 de la loi du 31 juillet 1917, l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales est établi chaque année à raison du bénéfice net réalisé par les redevables pendant l'année précédente et le fait qu'ils auraient cessé l'exercce de leur profession au cours d'une année déterminée n'est pas de nature à faire obstacle à ce qu'ils soient imposés l'année suivante. Cette règle est, en particulier, susceptible de s'appliquer au contribuable visé dans la question.

(*J. O.*, 7 avril 1923.)

JURISPRUDENCE

REPONSABILITÉ CIVILE. — ACCIDENTS DU TRAVAIL. — VOIES DE RECOURS. — APPEL. — FRAIS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES. — INCOMPÉTENCE. — DÉCISION DU JUGE DE PAIX. — LOI DU 9 AVRIL 1898, ART. 15, § 4. — LOI DU 25 MAI 1838, ART. 13.

TRIBUNAL CIVIL DE SAINT-MARCELLIN
9 décembre 1922.

(*Gazette du Palais*, 21 mars 1923.)

Le délai pour interjeter appel de la décision d'un juge de paix qui s'est déclaré incompétent sur une demande en payement de frais médicaux et pharmaceutiques est le délai de droit commun de 30 *jours de l'art.* 13 *de la loi du* 25 *mai* 1838 *et non le délai de quinzaine prévu par l'art.* 15, § 4, *de la loi du* 9 *avril* 1898 ; *le délai de quinzaine n'est applicable aux appels sur la compétence que s'il s'agit de décisions ayant statué à la fois sur la compétence et sur le fond.*

Le Tribunal,

Attendu que M. le Juge de paix du canton de Rives, saisi par Chêne, qui se prétend victime d'un accident du travail, d'une demande en payement de la somme de 1.670 fr. 60, représentant, à concurrence de 1.190 fr., des indemnités temporaires et à concurrence de 480 fr. 60 des frais médicaux et pharmaceutiques, a accueilli l'exception d'incompétence expressément soulevée par la Société défenderesse, motif pris de l'inapplicabilité de la loi du 9 avril 1898, et s'est, par jugement contradictoire du 23 mai 1922, déclaré incompétent ;

Attendu que Chêne a relevé appel de cette décision à la date du 17 juin 1922, et que la Société défenderesse soutient que cet appel est irrecevable comme ayant été interjeté après le délai de quinzaine fixé par l'art. 15, § 4, de la loi du 9 avril 1898 ; qu'en tout cas, il est mal fondé, le demandeur ne pouvant se prévaloir de la loi sur les accidents du travail ;

I. — Sur la recevabilité de l'appel ;

Attendu que l'art. 15, § 4, de la loi du 9 avril 1898 dispose que le juge de paix connaît des demandes relatives au payement des frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à 300 fr. en dernier ressort et au-dessus de 300 fr. à charge d'appel dans la quinzaine de la décision ;

Attendu que si l'on peut soutenir que ce délai de quinzaine est applicable aux appels sur la compétence aussi bien qu'aux appels sur le fond, le texte n'ayant fait aucune distinction à cet égard, cela s'entend des appels concernant les jugements qui ont statué à la fois sur la compétence et sur le fond, car une dualité de délais pour l'appel d'une seule et

même décision conduirait à des conséquences inadmissibles ;

Attendu que la question de dualité de délais ne se pose pas à l'égard du jugement entrepris, qui a statué uniquement sur la compétence et n'a pas examiné le fond ; que, dès lors, le délai exceptionnel de quinzaine paraissant réservé à l'appel des décisions des juges de paix qui, sur les demandes relatives au payement des frais médicaux et pharmaceutiques, après avoir, expressément ou non, retenu leur compétence, ont, en tout cas, statué au fond, il y a lieu d'appliquer, dans l'espèce, le délai de droit commun de l'art. 13 de la loi du 25 mai 1838, qui est de trente jours à dater de la signification ;

Attendu que cette solution s'impose d'autant plus dans la cause que le premier juge était saisi principalement d'une demande en payement d'indemnités temporaires dont il devait connaître en dernier ressort et que seule l'exception d'incompétence qu'il a eue à résoudre a rendu sur ce point son jugement susceptible d'appel, et ce, en vertu de l'art. 14 de la loi du 25 mai 1838 ; que les conditions de cet appel doivent donc être déterminées par l'art. 13 de ladite loi ; que les termes restrictifs de l'art. 15, § 4, de la loi du 9 avril 1898, qui vise spécialement les demandes en payement des frais médicaux et pharmaceutiques, ne sauraient, en effet, comprendre les jugements d'incompétence intervenant sur des demandes d'indemnités temporaires ;

Attendu, dès lors, que l'appel de Chêne doit être déclaré recevable comme étant intervenu dans le délai de trente jours fixé par l'art. 13 de la loi du 25 mai 1838 ;

II. — Au fond (sans intérêt) ;

Par ces motifs,

Déclare recevable en la forme l'appel interjeté par Chêne, le 17 juin 1922, du jugement rendu par M. le juge de paix du canton de Rives, le 23 mai 1922, etc.

Commentaires.

Pour faire cesser une fois pour toutes les brimades exercées contre ses adhérents, le « Sou médical » avait saisi la Cour de Cassation, d'un procès qui, basé sur une différence de 19 fr. seulement, présentait néanmoins la question de principe suivante : au cas où la compagnie d'assurances contre les accidents du travail déclinerait la compétence du juge de paix, aurait-elle le droit de faire appel du jugement de paix, dans les 30 jours de la signification, comme en droit commun, ou dans les 15 jours du prononcé du jugement, comme en matière d'accidents du travail ?

Pour le corps médical, cette question avait de l'importance, parce que les contentieux des compagnies d'assurances, mal renseignés sur

notre profession, croient lasser la patience des médecins, en les tenant en haleine, par des procès, pour lesquels on fait appel au dernier moment, uniquement pour arriver à ce but, que le praticien, agacé, puisse renoncer à la médecine des accidents du travail.

Les blessés de l'industrie seraient alors soignés dans les dispensaires des compagnies, ou dans des cliniques dirigées par des médecins à la solde occulte des compagnies.

Or, par arrêt du 21 novembre 1921 (*Concours médical*, 1922, page 2816), la Cour de Cassation a décidé qu'en matière d'accident du travail, le délai d'appel est de quinze jours, depuis le prononcé du jugement, même en cas d'exception d'incompétence.

« Attendu, dit l'arrêt, que le délai de quinzaine imparti par l'article 15, alinéa 4, de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, pour interjeter appel des décisions des juges de paix, rendues en matière de payement des frais médicaux et pharmaceutiques, est applicable aux appels sur la compétence, aussi bien qu'aux appels sur le fond, le texte précité ne faisant à cet égard, aucune disticnction ; que ce délai court du jour de la décision, si elle est contradictoire...

« Attendu que, néanmoins, le jugement attaqué déclare l'appel recevable parce que formé contre une décision sur la compétence, il pouvait être fait dans le délai de 30 jours, conformément aux articles 13 et 14 de la loi du 25 mai 1838 ;

« Qu'en statuant ainsi il a violé le texte de loi susvisé.... ».

Ainsi, le jugement d'appel de tribunal civil de Saint-Marcellin est rendu contrairement à l'arrêt de Cassation sus-visé, ainsi qu'à un arrêt antérieur de Cassation, du 12 juillet 1920 (*Gazette du Palais*, 1920, 1, 1921).

Si l'une des parties en cause avait été un médecin, membre du « Sou médical », notre Ligue de défense professionnelle n'hésiterait pas à dépenser les quelques mille francs nécessaires, pour faire casser ce jugement du tribunal de Saint-Marcellin.

Voici également la raison, pour laquelle nous prions et supplions nos confrères de ne jamais entamer une action judiciaire quelconque sans avoir reçu les avis de nos avocats-conseils. Nos archives juridiques sont actuellement suffisantes, pour que nous puissions, en véritables spécialistes du Droit médical, guider nos adhérents vers le succès, avec le minimum de risques et de frais.

Dr Paul BOUDIN.

Quarante-cinquième année, N° 17 29 Avril 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

Stations thermales.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs Lemoine, de Mortagne (Orne), Capart, de Montbrehain (Aisne), Dussac, de Paris, la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 204. — A céder neufs : Doyen, Traité de chirurgie, tomes 1, 2, 3, 4, ensemble 105 fr. ; Doyen, Atlas anatomie topogr., 279 planches photo 50 fr., contre rembours. franco. Dr, 74, rue Henri-Martin, Tours.

N° 205. — Auto Alba 6 HP, 2 pl., 5 roues amovib., 710 /90 sortie usine novembr. 1922, à partir de 9.000 fr.

N° 206. — A vendre ventous. Pireless av. 10 verres, 35 fr. ; 10 m. tuyau d'arros. toile (diam. 18 mm.) neuf, 30 fr. ; 1 pulvéris. S. M. pour bouillie bord. 2 litres, 32 fr. ; un arroseur autom. tourniquet cuivre sur pivot fonte (rayon d'action 4 à 5 m.), 45 fr. Dr Molumar, à Songeons (Oise).

N° 207. — A céder près Lille, poste tenu depuis 20 ans, moyenne 3 dern. ann. 60.000 touchés. Indemn. 40.000 dont 25.000 comptant, vélo suffit, loyer modéré, peu pressé. Ecr. M. Paul, 13, rue Nicot, Lambersart (Nord), qui transmettra.

N° 208. — Vérascope Richard état neuf, 6 × 3, objectif Ziess mod. d'avant-guerre, avec dispositif prphotograph. couleurs, écran, magasin et access., 800 fr. Dr. Gouneau, 8, rue Etienne-Jodelle, Paris.

N° 209. — A. vend. Salon genre Louis XVI, 5 pièces, doubles rideaux et dessus cheminée assortis, console laquée Trianon dessus marbre blanc, 1.200 fr. S'adr. Dr Lavalée, 128, rue Defrance, Vincennes.

N° 210. — Divers access. radiol. , sellette hte fréqu. Gaiffe, tableau électric. médic. continu 110 v. (électro diagnost.) dem. liste compl., prix. Dr Cassan, Dispens. Cx Rouge, rue Pradier, Nîmes.

N° 211. — A vend., cause départ, auto Lorraine-Dietrich, conduite intér., 4 places, 5.000 fr. avec access. et 4 pneus neufs.

N° 212. — Poules Leghorns, Brackels, Campines, Bresses, Minorques, races pures sélectionn. pour ponte, 25 fr. pièce. Coucous Malines, 30 fr. Œufs à couver de ces races, 20 fr. la douz. Dès mai-juin, grand choix belles poulettes Bresse noires reines des pondeuses depuis 16 fr. pièce. Nombreux prix Paris et province 1922-23. Dr Buyssen Haubourdin (Nord).

N° 213. — Docteur recommande jeune infirm. diplômée, très active. Excell. références.

N° 214. — A vend. Citroën 10 HP, torpedo série 1920, bon état de marche, éclair. démar. électr., 7.000 fr. Dr Aweng, à Joeuf (M.-et-M.).

N° 215. — Valromey : à vend. propriété compren. : 1 maison bourgeoise et une ferme, parc et bois, 750 m. alt. Peut convenir maison de repos, pays sain boisé, proxim. d'une ligne tramway. Me Coiron, notaire à Villette (Ain).

N° 216. — Ds sous-préfect. grde banlieue, poste d'avenir, petit rayon, grande maison très agréable, garage. Possible faire chirurgie. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

N° 217. — A céder de suite bon poste ds chef-lieu canton près Paris, rapport 40.000. méd. du Ch. de Fer. Habitation vaste avec jardin et dépendances. Très légère indemnité. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

UNE SOIRÉE A LA MAISON DES ÉTUDIANTS

La réception des étudiants écossais par la section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris.

Nous nous sommes rendus, jeudi 12 avril, à 9 heures, à la Maison des étudiants pour assister à la fête donnée par la section de médecine de l'A. en l'honneur des professeurs, médecins, chirurgiens et étudiants écossais. Le *Concours médical* avait été aimablement convié à cette cérémonie par nos jeunes confrères qui savent combien nous sommes leurs dévoués amis.

La fête a été réussie en tous points. Le public était nombreux et une franche gaieté régnait dans l'auditoire, surtout au fond de la salle où était massée une jeunesse exubérante qui nous a, par ses cris, ses chants, ses manifestations quelque peu frondeuses et parfois spirituelles, reportés à plus de trente années en arrière.

Le très sympathique doyen de la Faculté de Paris, M. Roger, assisté du président de l'A. D. R. M., le prof. Hartmann, présidait. Une longue ovation fut faite successivement par les étudiants à ces deux maîtres, nous rappelant les vivats dont nous saluions jadis les interventions du Pr Brouardel, le plus populaire des doyens. Les

étudiants écossais d'Edimbourg venaient faire un stage à Paris dans les services d'accouchements, aussi de nombreux accoucheurs, et parmi eux les Prs Couvelaire et Brindeau, assistaient à la cérémonie. Plusieurs de nos confrères de la Presse médicale, dont notre distingué collègue au Conseil de l'A. G., le Dr Foveau de Courmelles, étaient au nombre des invités, qui comptaient aussi de charmantes et belles dames, égayant de leurs claires toilettes et de la blancheur de leurs décolletés la nombreuse société masculine.

Le cercle musical universitaire, dirigé par un très jeune et distingué chef d'orchestre, M. Robert Chabé, joua successivement le *God save the King* et la *Marseillaise* qui furent religieusement écoutés debout et exécuta avec beaucoup de talent et de succès la symphonie *Jupiter*, de Mozart.

M. Graffe, « du Caveau », le chansonnier Goupil, du « Grillon » par leurs plaisantes chansons, mirent en gaieté l'auditoire, qui applaudit ensuite avec enthousiasme Mlle Hélène Baudry, de l'Opéra-Comique, accompagnée par Mlle C. Blanc de Fontebelle.

Pendant un intermède, le président de la section de médecine de l'A., M. Crouzat, souhaita en termes excellents la bienvenue aux maîtres de la Faculté et aux camarades écossais. Ces derniers répondirent l'un en anglais et l'autre en français et exprimèrent dans un langage parfait les sentiments de sincère amitié qui lient aux étudiants parisiens les étudiants d'Edimbourg.

M. le doyen Roger, commentant le beau programme qui avait été distribué, où les vues de Paris alternent avec celles d'Edimbourg, rappela l'hospitalité qu'il avait reçue lui-même à l'Université de la capitale écossaise qui lui décerna le diplôme de docteur honoraire... en droit, malgré son ignorance absolue de toute connaissance juridique. Il remercia les jeunes Ecossais d'avoir le soir même déposé une palme à la Sorbonne sur la plaque de marbre où sont inscrits les noms des étudiants morts pour la Patrie. Il est convaincu que les étudiants Ecossais et Français resteront des frères d'armes pendant la paix comme pendant la guerre, pour lutter désormais contre les maladies et faire reculer la mort.

Ovations, nouvelles auditions artistiques parmi lesquelles celles du poète compositeur, Théophile Drouchat, dont l'hymne émouvant à la Belgique fut longuement applaudi et nous nous retirâmes, encore charmé par les accents de l'orchestre du Cercle musical universitaire.

J. N.

CORRESPONDANCE

Les médecins exempts de la taxe de séjour A Vichy

Nous sommes heureux d'apprendre que les médecins et leur famille (femme et enfants non mariés) qui viennent faire une cure à Vichy seront désormais exonérés de la taxe de séjour.

L'impôt sur le revenu et les opérations de bourse

Le numéro du *Concours* du 8 avril 1923, page V 1201, sous la signature de M. Martinot, donne une réponse fort intéressante à la demande du Dr X à propos des impôts et des opérations de Bourse.

Je voudrais bien savoir ce qui se passe dans les cas cités, pour les coupons encaissés.

Si je fais des opérations à terme, il peut se faire que les faisant à l'époque où le coupon se détache, on mette son montant à mon crédit.

Si j'ai à cette époque des titres chez moi, j'encaisse ce coupon directement.

Dans l'esprit de M. Martinot y-a-t-il là toujours augmentation de capital ou revenu ?

Que pense de cette question votre conseiller fiscal ?

Dr F.

Réponse.

Etant donnée la nouvelle demande qui nous est faite relativement aux opérations de Bourse, nous croyons devoir trancher définitivement la question en nous plaçant à un point de vue général.

I. — *Particuliers se livrant à des opérations de bourse pour la bonne gestion de leur portefeuille:*

Comme il a été dit dans le *Concours médical* du 8 avril dernier, les plus-values réalisées au cours de l'année ne sont pas soumises à l'impôt général sur le revenu global. Les gains et les pertes ainsi réalisés affectent le capital et non le revenu.

Supposons maintenant que, pendant la période comprise entre l'achat et la vente d'un titre, un coupon soit arrivé à échéance. Il est encaissé par le possesseur actuel du titre. Celui-ci doit-il le considérer comme une plus-value ou le comprendre dans ses revenus ? L'avis de l'administration est qu'il doit en être tenu compte pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu global, même si le payement dudit coupon a contribué à revendre le titre un prix inférieur au prix d'achat.

II. — *Personne se livrant habituellement à des opérations de Bourse pour obtenir un bénéfice réel :*

Si les opérations n'ont pas pour but la bonne gestion d'un portefeuille, mais plutôt la réalisation d'un bénéfice, l'impôt général est dû sur la différence entre les augmentations de capital augmentées du montant des coupons qui ont pu être touchés relativement aux valeurs en question et les pertes en capital auxquelles ont pu donner lieu les dites opérations.

Le contribuable qui opère dans ces conditions est regardé comme exerçant une profession lucrative non commerciale. Il en résulte encore qu'il est soumis, sur les bénéfices réalisés, à l'impôt cédulaire de 6 %, mais pour l'établissement de ce dernier, on défalque le montant des coupons qui ont déjà acquitté la taxe sur les valeurs mobilières.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Le Combinaison MA.

Je suis avec un très grand intérêt ce que vous publiez dans le *Concours* sur la Mutualité familiale. Je reconnais que vous avez raison, mille fois raison, mais .... j'hésite car je trouve les cotisations bien chères.

Je voudrais m'inscrire à la combinaison indemnité maladie et à la combinaison retraite de manière à avoir une pension le lendemain du jour où je n'aurai plus droit à l'indemnité maladie.

J'ai 36 ans, je payerai donc 187 francs pour MAD et 322 francs pour vingt parts R, total 509 francs. Or c'est là une grosse somme pour mon budget.

Dr S.

Réponse.

Evidemment 509 francs représentent une somme qui n'est pas négligeable ; vous savez les avantages qu'elle assure ; si donc vous hésitez, c'est que réellement vous craignez de ne pouvoir la verser régulièrement. Mais alors pourquoi ne prenez-vous pas tout simplement MA avec R 10 parts ?

Vous n'aurez à verser que 36 + 161 = 247 francs. Certes vous ne toucherez pas l'indemnité journalière de 20 francs, mais l'indemnité de 10 francs n'est pas négligeable.

Veuillez réfléchir que pous pouvez être arrêté pour une longue période et que, dans ce cas, l'indemnité mensuelle de cent francs, pour modeste qu'elle soit, peut en se prolongeant arriver à faire une somme respectable.

Le fait vient de se produire : un confrère, mort le mois dernier à 63 ans, a reçu 21.649 fr. 45 d'indemnité pour un total de cotisations de 1.945 francs !

Sans doute il serait préférable de recevoir une indemnité plus élevée ; mais, si les versements

qu'elle nécessite vous paraissent trop chers, pourquoi ne pas vous contenter de l'indemnité moins élevée avec une cotisation plus en rapport avec vos possibilités budgétaires.

Rien, à mon avis, ne serait pire que de reculer devant MAD parce que trop chère et en même temps dédaigner MA parce que ne donnant qu'une indemnité modeste.

Vous reconnaissez vous-même que j'ai raison de prêcher la prévoyance aux médecins, vous suivez la campagne que je mène avec intérêt puisque vous prenez la peine de m'écrire, vous trouvez nos arguments convaincants .... et vous allez conclure par l'abstention complète ! C'est illogique. ....

Si nous avons créé la combinaison MAD, ce n'a pas été, vous le croirez sans peine, dans le but de tuer la combinaison MA. Nous avons voulu donner satisfaction à ceux qui nous réclamaient avec instance l'indemnité de 20 francs, mais nous savions bien que cette combinaison MAD ne pourrait convenir à tous et nous nous sommes bien gardés de fermer la combinaison MA qui conserve et conservera toujours sa raison d'être.

Le confrère convaincu, comme vous paraissez l'être, ne doit pas hésiter un seul instant à faire acte de prévoyance.

S'il peut prendre MAD, tant mieux pour lui, mais si son budget lui commande la prudence, il s'inscrira à MA, et en ce faisant, il aura, lui aussi, mille fois raison.

A. G.

Assistance obligatoire aux Femmes en couches

Certificat médical pour recevoir l'allocation

1° Les femmes enceintes ont-elles le droit de s'adresser au médecin de leur choix pour se faire examiner et se faire établir le certificat médical destiné à leur demande d'allocation avant les couches ?

2° Les certificats pour demande d'allocation avant les couches doivent-ils être obligatoirement établis par le médecin de l'état civil seulement, dans les communes où ce médecin existe ?

3° Le secrétaire de mairie d'une commune rurale est-il dans le vrai en déclarant à l'intéressée qu'une demande d'allocation accompagnée d'un certificat médical n'émanant pas du médecin de l'état civil sera rejetée par la préfecture ?

4° *Les sages-femmes sont-elles autorisées à établir des certificats semblables ?*

Ci-joint un imprimé-formule pour le certificat.

Dr C.

Réponse.

Ni la loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches, ni le règlement d'administra-

tion publique du 17 décembre 1913, rendu pour son application, n'imposent un médecin officiel pour la délivrance du certificat exigé par l'article 4 de la loi et l'article 8 du règlement. Il faut donc en conclure que la femme qui sollicite l'assistance a le droit de choisir librement le médecin qui rédigera ce certificat.

L'imprimé officiel que vous nous communiquez le prouverait d'ailleurs s'il en était besoin, car la qualité de docteur en médecine, qui y figure, n'est suivie d'aucune autre et il y a lieu d'en déduire qu'elle est suffisante.

La mairie ne saurait donc, à notre avis, refuser une demande qui ne serait pas accompagnée d'un certificat médical provenant d'un autre médecin que le médecin de l'état civil de la commune, si elle en a un.

D'autre part, les sages-femmes ne sont pas qualifiées pour délivrer de tels certificats, la loi et le règlement prescrivant un certificat médical.

Droit des médecins vaccinateurs officiels

Comme membre du « Sou » je vous prie de vouloir bien me donner le renseignement de déontologie suivant :

Un confrère de ma région, favorisé de la manne officielle : chemins de fer, nourrissons, vaccination, etc., s'impose un jour chez une nourrice et vaccine malgré elle le nourrisson.

Ce nourrisson était malade, je le soignais et il n'y avait pas lieu de le vacciner.

De plus, les parents du nourrisson avaient formellement défendu que ce médecin donne aucun soin à l'enfant.

Est-ce que ce confrère a outrepassé ses droits de médecin vaccinateur ?

D'habitude la vaccination officielle se fait à date fixe et à la mairie.

Voici déjà plusieurs fois que ce confrère s'impose ainsi au domicile des nourrices en dehors de l'époque fixée pour la vaccination officielle et qu'il vaccine des enfants qui devraient être vaccinés par moi.

Je serais content d'être fixé afin de pouvoir dire un mot à ce sujet au confrère et en connaissance de cause.

Dr X.

Réponse.

Dans un article, rédigé par une personne très compétente, que le *Concours médical* a publié l'an dernier et qui a été reproduit dans l'« Agenda-Memento du Praticien » de 1923, page 199, l'auteur s'exprime comme suit :

« Le fait d'être nommé vaccinateur spécial par arrêté du préfet ne confère aucun privilège

autre que celui d'avoir à sa disposition un local et un secrétaire pour gratter le papier officiel et le droit de prendre connaissance des certificats de vaccinations délivrés par les autres confrères pour leur substituer un certificat officiel ».

Le médecin vaccinateur dont il s'agit a donc outrepassé ses droits en s'imposant pour vacciner l'enfant et la nourrice aurait pu s'y opposer.

Rente d'un blessé du travail.

Je viens vous demander conseil. Il s'agit d'un blessé du travail.

Amputation de l'auriculaire gauche au milieu de la 2e phalange. Cicatrice palmaire en raison de la situation du lambeau que j'ai utilisé. Salaire journalier 14 fr. 50. Quelle est l'incapacité permanente partielle du blessé ?

A quelle rente a-t-il droit ? A quelle somme globale, au cas où il la préfèrerait à la rente. Dr G.

Réponse.

La perte de deux phalanges de l'auriculaire gauche est évaluée à 4 % au barème des pensions militaires qui peut être employé pour les accidents du travail. L'ouvrier aurait donc droit à une rente de 2 % de son salaire annuel.

Ce salaire doit être le salaire réellement touché pendant les 12 mois qui ont précédé l'accident, et non le salaire journalier multiplié par le nombre de jours ouvrables. Mais en admettant que le travail et la rémunération du blessé aient été réguliers, son salaire annuel serait environ de 300 fois 14,50, soit 4.350 fr., ce qui lui donnerait droit à une rente annuelle de 87 francs.

Cette rente, inférieure à 100 fr. pourrait être rachetée par un capital, mais suivant le barème officiel, c'est-à-dire variant avec l'âge du blessé.

Pour prendre un exemple, si le blessé a 30 ans, il aurait droit à 15 fr., 7134 par franc de rente, soit, pour une rente de 87 fr. à 1.367 fr.

Assurance complémentaire à celle du « Sou Médical »

J'ai l'intention de demander mon admission au « Sou médical » mais ne trouvant pas la somme assurée assez forte, je voudrais la compléter par une assurance. Je me suis adressé pour cela à la compagnie la X. Or je lis dans les conditions générales :

« En cas d'accident garanti par la compagnie, « celle-ci se met au lieu et place de l'assuré pour « traiter avec la victime ou ses ayants-droit et les « indemniser s'il y a lieu. A cet effet elle se réserve « exclusivement le droit d'entrer en pourparlers « avec eux ».

(Voir la suite page XLVII-1629)

PROPOS DU JOUR

Le manque de plan et de méthode dans les luttes d'hygiène sociale. La lutte contre la syphilis : L'affaire de l'Institut prophylactique.

Nous avons exposé dernièrement la sorte d'anarchie qui règne en France dans l'organisation de l'hygiène sociale. Ce manque absolu de plan et de méthode laisse la prophylaxie des fléaux qui déciment la population à la merci des caprices de la mode ou des fantaisies de personnalités qui veulent se faire une notoriété dans le domaine de la politique, de la philanthropie et même de la science. Pour ces gens, qui ne sont pas toujours dépourvus d'intelligence, ni de talent, l'intérêt public est évidemment le dernier des soucis.

Il semblerait qu'à Paris on eût été en mesure d'organiser quelque chose de sérieux. Les moyens, même financiers, ne manquaient pas si l'on en juge par les dépenses formidables qui ont été faites au cours du XIXe siècle pour aboutir au système incohérent actuellement instauré.

L'administration de l'Assistance Publique, héritière de l'hôpital général de l'Ancien régime, groupait autour d'elle toutes les ressources sanitaires de la région parisienne. Elle eût put servir de centre d'organisation. Mais cette administration, d'abord absolument autonome, devint de plus en plus la sujette du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine, ses ressources ne correspondant plus à l'immensité de la tâche qu'elle devait remplir. Elle ne voulut, ne sut ou ne put se charger de réaliser tout l'effort sanitaire. En tout cas, elle n'inspira pas une confiance suffisante à la Ville de Paris, au département de la Seine, ni à la philanthropie parisienne et les innovations qui se succédèrent furent toujours organisées en dehors d'elle, quand ce ne fut pas en concurrence avec elle. Citons les Asiles d'aliénés de la Seine, alors que l'Assistance avait déjà ses quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière ; l'hôpital Pasteur pour l'étude des maladies infectieuses, l'Office départemental d'hygiène sociale dont les dispensaires, les préventoriums, les sanatoriums, les colonies forment une administration autonome, quand l'Assistance parisienne avait depuis de longues années fondé le sanatorium d'Angicourt et ouvert un ou deux dispensaires antituberculeux, l'Ecole de Puériculture, confiée à la Faculté de médecine, enfin en dernier lieu, l'Institut prophylactique, œuvre antisyphilitique qui, depuis quelques mois, occupe l'opinion publique.

Nous ne nous plaignons pas de l'autonomie de ces divers organismes sanitaires ; nous voudrions même voir au contraire une autonomie, c'est-à-dire une initiative, aussi grande que possible, laissée à chaque hôpital, à chaque service. Mais ce que nous déplorons, c'est l'absence de méthode qui a présidé à la création de toutes ces institutions, c'est le caprice qui a régné sur elles dès leur naissance ; ce qui fait qu'il n'y a entre elles aucune cohésion, aucun lien, aucune collaboration.

Au lieu de se compléter, de s'entr'aider, ces formations sanitaires le plus souvent s'ignorent, parfois se jalousent, quand elles ne cherchent pas à gêner réciproquement leur action.

***

Le plus bel exemple de désordre et d'anarchie dans l'organisation d'une lutte d'hygiène sociale nous a été donné par la campagne menée contre la syphilis à Paris. Depuis la fondation de la Société internationale de Prophylaxie sanitaire et morale, il y a une trentaine d'années, les Ligues, les Sociétés, les Comités, se multiplièrent. Chacun tirant de son côté et se livrant aux critiques les plus acerbes. Il est vrai qu'il y avait matière à critique et nous nous contenterons de rappeler les reproches plus que fondés que le Dr Leredde a faites, à diverses reprises, aux consultations spéciales des hôpitaux.

L'Administration (Préfecture de police en l'espèce) croyait, d'ailleurs, avec ses médecins, que toute la prophylaxie antivénérienne se résumait dans la surveillance et la répression de la prostitution et tout le monde sait quels beaux résultats ont donné et donneront toujours en hygiène sociale les méthodes policières.

Cependant, le Pr Fournier, le seul homme qui, à son époque, ait eu des vues justes sur la question qu'il possédait si bien, avait dès 1902 à la *Conférence internationale de Bruxelles pour la prophylaxie de la syphilis et les maladies vénériennes* dressé un plan où la création de nombreux dis-

pensaires pour le traitement des malades d'abord, l'enseignement des médecins ensuite, formait le pivot de l'organisation antisyphilitique.

Les progrès considérables réalisés dans le diagnostic par les découvertes sérologiques et dans le traitement par l'emploi des arsénobenzols laissèrent entrevoir la possibilité de supprimer la syphilis comme avait été réduite la variole. En même temps, la grande guerre augmentait la gravité du péril syphilitique et rendait plus urgente l'organisation de la lutte.

Devant l'insuffisance des consultations hospitalières, le Dr Chautemps, sénateur et ancien ministre, fonda dans ce but, l'*Institut prophylactique*, obtint le patronage de l'Etat, de la Ville de Paris, du département de la Seine, fit accepter au Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur, la présidence de la nouvelle fondation et s'assura l'appui de plusieurs professeurs de la Faculté et médecins des hôpitaux.

Le Dr Arthur Vernes fut chargé de la direction médicale de l'Institut, dont le dispensaire, rue de la Glacière, pourvu du laboratoire indispensable, fonctionna activement, et ne tarda pas à attirer un nombre considérable de malades.

Désireux de donner à l'Institut prophylactique une plus grande extension, le Dr Vernes chercha à s'assurer desressources et des appuis moraux qu'il trouva dans de puissantes Sociétés industrielles et financières, auprès du Gouvernement, du monde de la politique, de la bienfaisance privée et des Croix-Rouge, etc., etc. Il fit appel à la publicité des journaux quotidiens à grand tirage qui lancèrent selon leurs procédés habituels et dithyrambiques à l'excès, l'Institut prophylactique. L'on annonça que le Dr Vernes avait fait la découverte d'une nouvelle méthode sérologique, basée sur la floculation, la syphilimétrie permettant de suivre avec une exactitude mathématique les effets du traitement sur l'infection syphilitique, de régler l'administration des médicaments spécifiques et d'obtenir dans un délai relativement bref, la certitude de la guérison.

Le Dr A. Vernes a évidemment de dangereux amis qui ont employé pour lancer sa méthode des procédés inusités dans les milieux médicaux et les milieux savants. Il eût été prudent, en tous cas préférable, avant d'annoncer aussi bruyamment une grande découverte, de soumettre cette découverte à la critique des gens compétents, car il faut avouer que les hommes politiques les plus éminents, les journalistes les plus talentueux, et même le grand philosophe, M. Bergson, qui préside le Comité de propagande de l'Institut prophylactique, ne sont pas des autorités suffisantes en syphiligraphie et en sérologie pour mettre à l'abri de toute discussion les procédés du Dr A. Vernes.

Un groupe de 14 syphiligraphes éminents, comprenant toutes les autorités parisiennes en la matière, a tenu à protester contre les affirmations des articles des grands quotidiens qui peuvent donner au public des illusions dangereuses (1).

D'ailleurs, auparavant, les procédés du Dr Vernes avaient été longuement discutés. A la *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, une communication de M. Rubinstein, ex-chef du laboratoire de sérologie au Val-de-Grâce, affirmait que la méthode de floculation, qui permettait à Vernes de pratiquer la « syphilimétrie », était le résultat des travaux de Meinicke, de Sachs et de Georgi, que le néphélémètre avec lequel il mesurait l'état de la floculation, était la reproduction de l'appareil employé par Cheneveau et Audubert qui avait été appliqué au liquide céphalo-rachidien par Baudouin et Bénard : que l'extrait de cœur de cheval employé par le Dr Vernes sous le nom de péréthynol, avait été primitivement usité par Meinicke. En somme, la méthode de M. Vernes consisterait dans l'application de procédés déjà connus et même l'aiguille pour faire les prises de sang, à laquelle on a donné son nom, ne serait que l'aiguille de Tribondeau.

Il y a certes, dans ces contestations scientifiques et ces discussions sur la priorité de la découverte des procédés pour obtenir la floculation et la mensurer, quelque chose de pénible et de déconcertant.

Mais l'important, au point de vue médical pratique, est de savoir quelle confiance l'on doit accorder à la floculation qui est la clef de voûte de la « méthode de Vernes ». La question a été discutée à la *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* notamment à la séance du 9 novembre 1922.

Le Dr Leredde dans une communication intitulée : *Erreurs de la syphilimétrie et leurs conséquences*, a apporté cinq observations (2 personnelles, une de Drouet, une de Chabassut, une de Frumusan), démontrant l'infidélité de la floculation. Cette méthode n'est pas spécifique, elle donne des résultats positifs chez les non syphilitiques et des résultats négatifs en pleine roséole, alors

(1) Cette protestation, que tous les journaux de la grande presse ont publiée, a été insérée dans le *Concours médical* du 15 avril, page 1299.

que la réaction de Bordet-Wassermann donne 100 pour 100 de résultats positifs.

MM. Paul Ravaut, Gougerot, Flandin, Marcel Pinard, appuyèrent de leur expérience les observations de Leredde et demandèrent qu'on fît de cette question une étude approfondie.

En somme, les procédés de floculation qui constitueraient la méthode de Vernes n'auraient qu'une valeur théorique et ne pourraient être employés que concurremment avec les réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht et de Jacobsthal, ces trois dernières, plus sûres, se complétant et se contrôlant.

Après tout le bruit fait autour de l'Institut prophylactique et la méthode de Vernes que l'on a vantée *urbi et orbi* comme une découverte merveilleuse, analogue à celles de Pasteur, il serait indispensable au public en général, et au public médical en particulier, d'être fixé sur la valeur de ces procédés.

Nous avouons notre incompétence absolue en sérologie et il nous répugne, même fort documenté, de prendre parti dans un débat aussi sérieux qui peut être gros de conséquences pratiques ; aussi nous nous rangeons volontiers à l'idée émise par M. Ch. Destrée, auteur d'un article sur la question dans le *Quotidien* du 25 mars 1923, qui demande au Ministre de l'Hygiène de « constituer une Commission d'enquête, présentant toutes garanties, tant au point de vue de la compétence que de l'impartialité, chargée de départager une fois pour toutes, l'école « officielle » et l'école « Vernes ».

***

Examinons la question des dispensaires antisyphilitiques à un autre point de vue. Est-ce que le système, appliqué tel qu'il l'est à l'Institut Prophylactique, est le meilleur pour arriver à la suppression de la syphilis ? Nous répondrons sans hésitation : non.

Qu'on ne nous accuse pas de partialité. Notre seule préoccupation dans notre vie professionnelle a toujours été l'intérêt de nos malades et *jamais* nous ne nous sommes laissé guider par d'autres considérations.

Il nous est arrivé fréquemment de ne pouvoir assurer à certains de nos clients syphilitiques un traitement régulier, à des heures ne les gênant pas dans l'accomplissement de leur travail, et dans des conditions suffisamment bon marché, s'adaptant à leurs modiques ressources. Nous les avons dirigés à l'hôpital d'où trop souvent, ils nous sont revenus désappointés ; nous leur avons alors indiqué le dispensaire de l'Institut prophylactique et nous devons à la vérité d'affirmer qu'ils en ont été satisfaits. Nous ne sommes donc pas systématiquement ennemis de l'Institut prophylactique. Mais autre chose, est à notre avis, le résultat individuel et l'action d'hygiène sociale qu'il convient de réaliser.

Les malades accourent déjà si nombreux à l'Institut prophylactique qu'il sera de plus en plus difficile aux médecins de les examiner sérieusement et de surveiller attentivement leur traitement. Avant peu, il en sera là comme dans les hôpitaux, l'on y fera une médecine anonyme, en série, avec des opérateurs de qualités morales et techniques les plus diverses, en somme de la mauvaise médecine officielle, contre la généralisation de laquelle nous avons toujours protesté.

En outre, le dispensaire antisyphilitique étant bien connu et étroitement spécialisé, éloignera toujours un nombre important de malades qui tiennent à cacher la nature de la maladie qu'ils viennent y faire soigner.

L'on aura beau proclamer que la vérole est une maladie comme les autres, qu'il n'y a pas de maladies honteuses, il y aura toujours un nombre appréciable de braves gens, qui ne tiendront nullement à étaler publiquement leurs tares et qui jugeront que le fait d'avoir contracté la syphilis, même en tout bien tout honneur, ne constitue pas pour eux, ni pour leur famille, une recommandation, ni un titre de noblesse. Ne leur reprochons pas cette pudeur, que deviendrait, sans elle, notre secret médical dont nous avons cependant un besoin si impérieux dans l'exercice journalier de notre profession ?

En outre, le rôle de la syphilis dans l'étiologie des maladies chroniques du système nerveux, osseux, du cœur, des artères, des poumons, du foie, des reins et de tous les autres viscères, prend une telle importance qu'il est difficile actuellement de concevoir l'utilité de la spécialisation des médecins pour le traitement de cette maladie. De plus en plus, on ne pourra admettre qu'un médecin praticien soit incapable de soigner la syphilis et la tuberculose ; que lui resterait-il à traiter, si on lui enlevait les affections qui de près ou de loin relèvent de ces deux infections ?

Il faut donc que la syphilis entre absolument dans le domaine de la pratique générale de la médecine et que le dispensaire n'intervienne que pour seconder le médecin praticien dans des cas exceptionnels, mettre à sa disposition les laboratoires de sérologie indispensables dans le traitement méthodique de l'infection et fournir à prix ré-



duits les coûteux médicaments aux malades insuffisamment fortunés pour en faire les frais.

C'est, du reste, un rôle considérable que doit jouer le dispensaire dans la lutte anti-syphilitique, surtout si l'on y ajoute le souci qu'il doit avoir de devenir un centre de renseignements et d'enseignement pour les médecins praticiens qui auront toujours besoin d'être tenus au courant des progrès techniques réalisés dans l'art de traiter les syphilitiques.

Nous croyons, en écrivant ces lignes, rappeler simplement la conception du Pr Bayet, l'éminent maître de Bruxelles, qui est devenu l'apôtre de la Croisade antisyphilitique aussi bien en France qu'en Belgique.

Nous ne voyons pas pourquoi l'on ne pourrait réaliser, à Paris et en France, ce qui existe à Bruxelles et en Belgique.

Si les protagonistes de la lutte anti-syphilitique veulent aboutir à des résultats sérieux, s'ils ne veulent pas qu'on taxe leur campagne de bluff et de comédie, qu'on suspecte leurs intentions, il faut qu'ils intéressent le corps médical à leur action. Ils ne le peuvent utilement qu'en prenant contact avec les syndicats médicaux et en leur laissant dans l'organisation de l'hygiène sociale la large part qui revient à des groupements utiles et dont on ne peut absolument pas se passer.

Lors de la dernière Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, nos confrères ont pu applaudir les communications faites par deux des plus distingués et des plus énergiques de nos chefs syndicalistes, les docteurs Renon, de Niort, et Lemarchal, de Laon ; les efforts que ces deux confrères ont faits au nom de leurs syndicats, ont donné, en matière d'organisation d'hygiène sociale, des résultats sérieux ; ils sont parvenus, dans les Deux-Sèvres et dans l'Aisne, à convaincre les pouvoirs publics. Il faut donc que les Syndicats médicaux entrent sans hésitations et même sans y avoir été invités dans les discussions du genre de celles qui s'ouvrent autour de l'Institut Prophylactique car, selon l'expression du Dr Renon, de Niort : *même en matière administrative, lorsqu'un Syndicat médical sait ce qu'il veut et le veut bien, il a beaucoup de chances de l'obtenir.*

Toutefois, comme le même Dr Renon le faisait remarquer, rappelons encore qu'*il ne s'agit pas de batailler pour des mots, ni de s'engager dans des querelles de personnes, mais de combattre pour des réalités.*

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DE QUELQUES MÉTRORRAGIES DITES « ESSENTIELLES »

Par Paul Dalché,

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Messieurs,

Au temps de nos premières études médicales, les étudiants de ma génération ont écouté pendant des jours et des années nos maîtres en gynécologie discuter à propos des métrorragies « essentielles », des dysménorrhées « essentielles », et d'autres accidents qu'ils appelaient « essentiels » sans s'être, à mon avis, jamais bien mis d'accord sur la valeur du mot.

Mais, peu leur importait ! Chacun n'en défendait pas moins avec âpreté son opinion, les uns ne voulant admettre une métrorragie, par exemple, que comme symptomatique d'une affection génitale, les autres avançant qu'elle se produit parfois dans des conditions telles qu'elle semble primitive, indépendante de toute lésion utéro-ovarienne préalable, et qu'elle survient alors comme constituant elle-même une sorte de maladie propre, « *essentielle* ».

Bien plus tard seulement, nous avons reconnu que la matrice obéit à des sollicitations parties de systèmes éloignés, à des influences générales qui, tantôt se bornent à lui causer des manifestations fluxionnaires, mais souvent aussi ne laissent sur ses tissus aucune trace de leur passage, qu'elles soient intervenues par inhibition, par influence toxique, par troubles du métabolisme, par modifications humorales. D'autres fois, nous devons invoquer notre *ignorance*, qui ne nous permet pas d'analyser la cause et les effets, ignorance qui tient à ce que nos instruments et nos méthodes de recherches ne sont pas assez parfaits, et d'autres fois, à ce que certaines lois biologiques nous demeurent encore inaperçues.

Nous apprenons chaque jour à chercher et à découvrir des causes insoupçonnées et qui ne se traduisent par aucune altération organique cliniquement appréciable, si même il existe une altération organique.

Aussi, nous respectons les hésitations des médecins d'autrefois et nous comprenons pourquoi, en face de certains phénomènes, ils tendaient à les considérer comme « essentiels », c'est-à-dire survenant à la façon d'une maladie propre, et ne dépendant d'aucune autre affection.

Mais le problème est insoluble. Précisément à cause de notre ignorance, nous n'aurons jamais le droit absolu d'affirmer qu'une métrorragie est essentielle. Celles qui, en l'absence de toute altération génitale, nous paraissaient le plus se manifester d'une façon *primitive*, nous finissons chaque jour par discerner qu'elles sont *secondaires* à des troubles des fonctions cellulaires, par excitation ou inhibition, troubles que les microscopes ne montrent guère et qui dépendent eux-mêmes d'autres causes.

Les réflexes, les phénomènes vasculaires et nerveux, les altérations du sang amènent des pertes qui simulent l'essentialité.

Savons-nous si la métrorragie d'origine émotionnelle elle-même, qui paraîtrait bien présenter les caractères de l'essentialité, ne dépend pas de quelque perturbation ovarienne ou surrénalique (la surrénale est la glande de l'émotion) et si une modification dans la sécrétion, les qualités, ou l'action des hormones n'est pas sa véritable cause ?

Car le rôle des endocrines est immense, tant par les lois de l'interdépendance glandulaire hormonienne que par leur rôle neuro-trophique.

Je ne veux pas énumérer de suite les pertes sanguines d'origine thyroïdienne, par exemple, sur lesquelles j'aurai à revenir plus loin. Toutefois, il me sera permis de signaler déjà certaines ménorragies (Wilson et Bourne) dites fonctionnelles, survenant sans lésion appréciable, mais avec un métabolisme basal nettement augmenté, et cédant à l'irradiation de la thyroïde, en même temps que le métabolisme basal revient près de la normale.

Les pertes d'origine ovarienne devront m'arrêter longuement aussi.

Durant ces derniers temps, des conceptions tout à fait nouvelles ont ouvert un chapitre insoupçonné sur le rôle de l'anaphylaxie dans la production des métrorragies, et sur l'analogie qu'elle présente avec certains phénomènes du molimen cataménial et des règles.

Une métrorragie produite par un choc anaphylactique est bien capable d'en imposer comme possédant un caractère d'essentialité.

Ces notions ne restent pas purement théoriques et spéculatives ; leur importance est des plus grandes au point de vue du *traitement*, etc'est la raison qui m'a engagé à aborder ce sujet aujourd'hui devant vous.

***

Anaphylaxie. — Laissez-moi vous exposer deux observations qui vous paraîtront peut-être opposées au premier abord.

Je fus appelé auprès d'une jeune femme de 25 ans, présentant tous les signes d'une dysovarie, en même temps que je constatais un petit arrêt de développement caractérisé par une matrice demeurée à l'état pubescent avec rétroversion pubérale. Depuis six mois, elle souffrait de métrorragies incoercibles, contre lesquelles tout avait été essayé et tout avait échoué. Un curetage n'avait amené aucune amélioration. Sans plus de succès à mon tour, je passai en revue la longue série des procédés que vous m'avez entendu énumérer à diverses reprises, lorsqu'à la suite d'une injection de sérum gélatiné, qu'en désespoir de cause pratiqua le médecin traitant, cette malade fit une *réaction sérique* se traduisant surtout par une forte fièvre et une plaque d'urticaire au niveau de la piqûre.

Dès ce jour, c'est-à-dire *après la réaction sérique*, les pertes diminuèrent rapidement et s'arrêtèrent.

Plusieurs mois après, elles recommencèrent ; les injections d'extrait hypophysaire, la mamelle, échouèrent tour à tour. Les pertes ne diminuèrent pour s'arrêter de nouveau qu'après des injections d'hémostyl, ayant provoqué une réaction fébrile anaphylactique.

Une seconde malade, âgée aussi de 25 ans, atteinte d'insuffisance ovarienne dès la puberté, avait fait une fausse couche de trois semaines (??) peu après son mariage. Quoi qu'il en soit de la valeur de cette fausse couche, elle accusa au moment des règles quelques caillots qui la préoccupaient fort et pour lesquels je lui prescrivis des cachets à l'extrait hypophysaire.

Leur absorption fut suivie d'une crise extrêmement violente d'urticaire, à poussées récidivantes et prolongées, qui ne disparut qu'avec la cessation des cachets hypophysaires. En même temps survinrent quelques troubles généraux et une métrorragie pour laquelle elle m'appela seulement au bout de dix jours, et qui était alors des plus abondantes, mais ne s'accompagnait d'aucune douleur.

Cette métrorragie guérit très facilement ; il me suffit de suspendre tout traitement et de me borner à quelques injections.

C'est la seule fois où j'ai vu des cachets hypophysaires provoquer à la fois de l'urticaire et une métrorragie.

L'hypophyse au contraire arrête les pertes.

Voilà donc deux observations où, pour la première, une réaction anaphylactique provoque l'arrêt d'une métrorragie, tandis que pour la seconde, l'apparition d'accidents anaphylactiques coïncide avec la venue d'une perte sanguine abondante.

***

Je compte vous exposer dans une prochaine leçon pour quelles raisons le mécanisme des règles nous paraît être « identique à celui du choc anaphylactique utérin ».

Aujourd'hui, je veux examiner à un point de vue tout particulier de la thérapeutique cette hypothèse que le temps vérifiera, je n'en doute pas.

Au cours d'expériences très judicieuses, Bouché et Hustin, introduisant du sérum de cheval dans la matrice, déterminent vers le deuxième ou troisième jour l'apparition à la vulve du sang bientôt revêtu de tous les caractères du sang des règles. La venue de cette hémorragie s'accompagne d'autres symptômes habituels à la menstruation : leucorrhée, pesanteur dans le bas-ventre, le haut des cuisses et la région sacrée, coliques, malaise général.

Mais alors, poursuivant leurs expériences, pendant cet écoulement provoqué, ils pratiquent une injection sous-cutanée de sérum, qui provoque une réaction locale au niveau du membre, et, *pendant le maximum d'intensité de cette réaction, l'écoulement utérin s'arrête.*

« Jamais, ajoutent-ils, les règles ne sont arrêtées ou n'ont diminué sous l'influence des injections sous-cutanées de sérum ».

A ce point de vue, nous devons donc tout de suite faire une distinction entre les règles normales et les métrorragies pathologiques. Dans la plupart des cas, nous ne connaissons pas l'antigène qui a provoqué la métrorragie. Néanmoins, nous pouvons « protéger dans une certaine mesure un organisme contre n'importe quel antigène, même inconnu, en le sensibilisant avec un antigène connu et en déclanchant un choc avec celui-ci ».

Il ne m'appartient pas d'entrer dans la discussion de ces faits, et je vous renvoie au travail si remarquable de Bouché et Hustin.

Il me suffira ici d'appliquer ces vues à l'étude de ma première malade.

Cette jeune femme, atteinte de métrorragies incoercibles, de cause et de nature inconnues, avait été traitée par des injections diverses d'hémostyl, d'extraits organiques, qui échouèrent tour à tour contre les pertes ; mais du moins, ils l'avaient sensibilisée. Un jour, une nouvelle injection provoque au niveau d'une cuisse un placard d'urticaire, et en même temps, un état général qui rappelle les accidents anaphylactiques. Les hémorragies diminuent et finissent par s'arrêter. Mais l'immunité ne dure pas indéfiniment. Quatre mois après environ, nouveaux accidents hémorragiques inquiétants contre lesquels demeurent impuissants des cachets de thyroïde, d'hypophyse et de mamelle. Une injection sous-cutanée d'hémostyl provoque de la fièvre, un malaise général, *sans toutefois de réaction locale*, et la métrorragie diminue presqu'aussitôt.

L'absence de réaction locale démontre que la loi n'est pas absolue ; il a suffi cette fois d'une réaction générale.

« Plus l'intensité de la réaction locale est grande, plus l'action thérapeutique est efficace » (Bouché et Hustin). Peut-être faut-il voir dans l'absence de réaction locale la raison pour laquelle j'ai observé une très notable diminution de l'écoulement sanguin plutôt qu'une cessation absolue.

Néanmoins la coïncidence, répétée deux fois, est trop frappante.

Mais je veux retenir un point sur lequel je reviendrai plus loin : l'intervention du sérum *n'est donc pas toujours une action coagulante.*

L'histoire de ma seconde malade appelle aussi quelques réflexions :

Cette jeune femme, deux mois après son mariage, prétend avoir fait une fausse couche de trois semaines.

Vous savez le peu de croyance que j'ajoute à ces prétendues fausses couches qui ne sont d'habitude que des désordres menstruels résultant des premiers rapports, d'autant plus que ma malade est une dysovarique depuis sa puberté.

Quoi qu'il en soit, à cause de quelques caillots pendant ses règles, elle prend des cachets d'hypophyse et, contre toute attente, une métrorragie apparaît, *en même temps il est vrai que des accidents anaphylactiques*, violente éruption d'urticaire, malaise général, douleurs, etc.

Ici, le choc anaphylactique s'est accompagné de pertes *chez une prédisposée* qui n'était pas préalablement sensibilisée.

Il paraît vraisemblable que divers accidents qui surviennent après l'administration sous la peau d'*extraits injectables endocriniens* relèvent de l'anaphylaxie, beaucoup plutôt que d'une intoxication spécifique. C'est un point que, dans sa thèse sur l'hypophyse en gynécologie, mon élève Lesage n'a pas manqué de signaler.

Mais il est très rare que l'absorption par les voies digestives d'*extraits secs* provoque les mêmes accidents. Cependant, je l'ai vu au moins une fois avec la mamelle ; je ne l'avais jamais observé avec l'hypophyse.

Il est à remarquer qu'il m'a suffi de suspendre les cachets hypophysaires pour que l'urticaire à répétitions et le malaise général disparaissent en même temps que les pertes diminuaient, puis s'arrêtaient.

Deux observations ne permettent pas, j'en conviens tout le premier, de tirer des conclusions définitives. Mais je tiens à les faire connaître, elles appelleront peut-être l'attention sur ce point. Les extraits secs ne mettent pas à l'abri d'accidents anaphylactiques.

***

Faut-il s'étonner de certaines discordances ? Peut-être sont-elles plus apparentes que réelles.

Il est vraisemblable que beaucoup de ces pertes proviennent de l'interdépendance des glandes endocrines, de leur influence sur le métabolisme général, des réactions qu'elles amènent, réactions que nous tendons à comparer aujourd'hui aux phénomènes

de la menstruation et que nous rapprochons de l'anaphylaxie.

Voyons, par exemple, ce qui se passe pour la thyroïde.

Les hémorragies utérines sont fréquentes et abondantes dans le myxœdème, et la médication par l'opothérapie thyroïdienne donne les résultats les plus efficaces, même dans des cas où l'*hypothyroïdie* se traduit à peine par quelques symptômes frustes.

Mais dans des cas d'*hyperthyroïdie* surviennent des pertes de sang non moins considérables qui ne cèdent qu'à la médication anti-thyroïdienne. Bien plus, chez des malades qui accusent des hémorragies utérines dont la cause n'est pas évidente, cette médication anti-thyroïdienne seule amène la cessation des accidents.

Si la thyroïde, *pour les deux cas opposés*, paraît en jeu dans l'étiologie, qui nous dit qu'elle intervient de la même façon ? Et savons-nous si dans un cas, son action ne serait pas directe par une sorte d'intoxication, ou bien si le manque de sécrétion thyroïdienne ne permet pas une exaltation ovarienne qui cause les métrorragies, tandis que dans l'autre, l'hyperthyroïdie provoque des chocs hémoclasiques ou des perversions du métabolisme dont le résultat est encore une métrorragie ?

Et tantôt alors, nous arrêterons les écoulements par une médication thyroïdienne, tantôt par une médication anti-thyroïdienne.

Nous ignorons encore bien des choses.

***

Je vous ai prononcé à plusieurs reprises le mot de *métabolisme basal*: laissez-moi vous en dire un mot.

J'emprunterai une définition très claire à NOBÉCOURT et JANET. « Le métabolisme basal représente la dépense d'énergie minima produite par le corps. C'est la quantité de chaleur émise par l'organisme, à jeun depuis 12 à 14 heures, au repos complet, et dans des conditions d'équilibre thermique avec le milieu extérieur. On rapporte habituellement cette quantité au mètre carré et à l'heure. Dire d'un enfant que son métabolisme basal est de 45, par exemple, c'est dire que cet enfant émet 45 calories en une heure et par mètre carré de surface du corps, dans les conditions d'expérience citées plus haut ».

Ce métabolisme basal est en rapport avec les fonctions endocriniennes. En particulier (JANET), il est augmenté dans le goitre exophtalmique, abaissé dans le myxœdème, influencé par l'opothérapie thyroïdienne.

Plus haut, je vous ai fait allusion à ces femmes (WILSON et BOURNE) atteintes de ménorragies sans aucune lésion génitale appréciable et dont le métabolisme basal est nettement augmenté.

Ces ménorragies qui se sont montrées rebelles à toute thérapeutique « cèdent en général à l'irradiation de la glande thyroïde, en même temps que le métabolisme basal revient à un taux voisin de la normale ».

Mais ce que produit la thyroïde, d'autres glandes doivent pouvoir l'amener aussi, comme aussi diverses causes que nous n'avons pas encore su reconnaître et qui agissent sur le métabolisme.

De pareilles métrorragies semblent naturellement tout à fait essentielles.

Il est en tout cas fort vraisemblable qu'elles ne s'accompagnent parfois d'aucune lésion, même transitoire, de l'appareil utéro-ovarien.

***

Dans une catégorie à côté, je rangerai volontiers certaines malades appartenant à la classe de celles que j'ai étudiées sous le nom de FAUSSES UTÉRINES.

Je viens d'en suivre un remarquable exemple.

Une dame de 44 ans environ était soignée pour une albuminurie remontant à une scarlatine dont les effets s'étaient greffés sur ceux d'une puerpéralité antérieure. Depuis quelque temps, elle était prise de métrorragies d'une fréquence et d'une profusion devenant inquiétantes. Elle était dans un tel état de pâleur, de fatigue et de délabrement que l'on redoutait un cancer utérin.

Je crus pouvoir éliminer la tumeur maligne, rapporter tous les phénomènes à l'albuminurie, mais à la néphrite albuminurique seule, car il ne s'agissait pas de lésions artérielles d'une scléreuse qui aurait pu saigner à la façon d'une épistaxis utérine par altération des parois vasculaires. La matrice était absolument saine.

Quand on essayait d'arrêter la perte par une médication anti-hémorragique, on réussissait assez difficilement et vous savez que dans ces cas, je suis parfois réduit à un tamponnement avec la gélatine. Mais de plus, la diminution ou la disparition des hémorragies retentissaient sur l'état général pour aggraver les conséquences de l'albuminurie : survenaient des crises de diarrhée, de dyspnée, d'œdème. Si bien que, finissant par regarder les hémorragies utérines presque comme un accident sinon favorable, du moins à respecter en partie, je me bornai à instituer le traitement de la néphrite, par le régime, aidé il est vrai de préparations à base de chlorure de calcium.

Je vous ai souvent répété que je considère le chlorure de calcium comme ayant fait faillite dans la médication des métrorragies ; je le prescrivais contre l'albuminurie, et je n'attribue pas à son action hémostatique l'amélioration qui s'établit, et qui du reste se manifesta d'une façon progressive, même pendant des périodes où le chorure de calcium n'était pas absorbé.

Car, contre toute attente, cette malade finit par guérir. Son albuminurie elle-même diminua dans des proportions très notables.

Cet exemple nous montre combien la discussion sur les mots est subtile.

La métrorragie de cette malade ne peut pas être



qualifiée d'essentielle puisqu'elle a évolué à la façon d'un accident urémique. Mais elle était purement fonctionnelle, puisque la matrice est demeurée saine et indemne de toute lésion. C'est sans doute dans les qualités du sang, dans une altération humorale, que nous devons chercher sa cause.

Chez de nombreuses fausses utérines, on peut invoquer des poussées fluxionnaires, des réflexes, mais pour cette urémie, comme pour d'autres accidents que je pourrais énumérer, il ne s'agissait nullement de congestion. Et cela est important au point de vue du traitement.

La dernière épidémie de grippe a été marquée par une tendance aux ménorragies telle, que toutes les malades, je peux dire, ou presque, venues à la salle Sainte-Marie, nous ont accusé des règles d'une profusion singulière. Et certainement parmi elles, j'en suis convaincu, un nombre important ne relevait pas de la congestion.

Le fait est encore plus évident au cours de divers empoisonnements. Je rappellerai pour mémoire le phosphore et l'ictère grave, mais j'en ai observé un singulier cas à la suite d'une tentative de suicide par l'oxyde de carbone.

Il y a bien des années, je remplaçais mon maître Gouraud à la Charité, lorsqu'on apporta dans le service une jeune femme que l'on avait trouvée dans sa chambre exposée depuis plusieurs heures à la classique intoxication volontaire par le charbon. Elle arriva dans un tel état que je jugeai le cas désespéré et que je fis part de mon impression aux élèves qui m'accompagnaient ; néanmoins, je prescrivis le traitement nécessaire.

Le lendemain matin, quand je rentrai dans la salle, je portai instinctivement les yeux vers son lit, près de la porte, elle était toujours là ; bien plus : elle allait mieux. Mais elle avait été prise d'une ménorragie si abondante que je ne crois pas en avoir vu de pareille. J'élucidai dans la suite qu'il s'agissait bien de règles et que d'habitude elles étaient normales.

La malade guérit et j'ai toujours pensé que cette perte lui avait été salutaire.

Je pourrais vous parler encore des ménorragies et des métrorragies émotionnelles.

Si quelques-unes relèvent de poussées fluxionnaires, d'autres dépendent de troubles ovariens, d'autres de maladies de l'ovulation et vraiment, quelques-unes semblent bien alors prendre le caractère de l'essentialité.

Il est une variété de ménorragie pubérale qui, vraiment au premier abord, semblerait bien primitive, c'est la ménorragie pubérale que j'ai appelée « de croissance ou d'évolution ».

Des jeunes filles, au moment de la puberté, présentent une transformation active, mais particulièrement marquée par un développement vigoureux de l'appareil génital. Cette brusque et violente entrée en scène de l'utérus et des ovaires s'accompagne de sensibilité pelvienne, de quelques coliques, mais surtout de ménorragies plus ou moins abondantes dont quelques-unes acquièrent une profusion singulière.

Au bout de quelques mois, de deux ou trois ans même, tout finit petit à petit par rentrer dans l'ordre. La poussée fluxionnaire qui résultait de cette évolution si vive s'est calmée lorsque le développement s'est modéré. L'équilibre s'est établi.

Il n'y a pas eu à la vérité de maladie génitale. Mais avant de prononcer le mot de ménorragie primitive, nous devons aussi nous demander si nous ne sommes pas en face d'une hyperovarie transitoire, ou plutôt d'une dysovarie à type d'excitation momentanée.

***

A côté de ces faits, nous en rencontrons d'autres dont l'interprétation est singulièrement difficile.

J'ai vu des malades qui, une fois dans leur vie, ont éprouvé une ménorragie ou une métrorragie abondante. Inquiétées à juste titre, elles m'ont prié de les examiner, et je n'ai rien constaté de cliniquement appréciable, elles n'avaient jamais eu de pertes auparavant et l'accident ne s'est pas reproduit.

Alors, bien entendu, on s'acharne et on finit souvent par découvrir une cause : une fatigue, le froid, une émotion, dans un cas que j'ai observé une purgation intempestive, un trouble digestif, etc., mais quelquefois aussi, ces explications sont purement des mots, et si l'on creuse le diagnostic, on s'aperçoit que le motif de la perte demeure inexplicable.

Je viens de suivre une malade, en ville d'abord, puis quelques semaines à l'hôpital, pour laquelle j'ai dû reconnaître mon ignorance. Un de mes collègues, chirurgien des hôpitaux tout à fait éminent, s'est trouvé dans le même embarras.

C'était une femme de 43 ans, ne présentant aucun passé pathologique, réglée à 16 ans et dont les premières menstruations cependant avançaient et duraient 8 jours. Mariée à 23 ans, elle n'a pas d'enfant, mais fait une fausse couche à l'âge de 26 ans à la suite d'une chute. Tout se passe bien, lorsque onze ans après, à 37 ans, survient une perte qui dure plus de trois semaines. A 40 ans, nouvelle perte, pour laquelle on pratique un curetage. A 42 ans, nouvelle perte, nouveau curetage qui du reste, n'arrête pas l'hémorragie. Elle consulte alors un chirurgien des hôpitaux qui ne s'explique pas la perte et refuse d'intervenir.

Les hémorragies reprennent, elle vient me consulter. Elle présentait alors l'habitus d'une anémique par grande hémorragie avec décoloration extrême des téguments et des muqueuses.

Et c'était à peu près tout ce que je pouvais apprécier. L'examen des organes génitaux les montrait

tout à fait normaux comme l'avait constaté mon collègue le chirurgien ; aucun autre organe n'était atteint.

L'examen du sang ne prouvait qu'une grande anémie : des hématies et des globules blancs à type normal ; 4.900 gl. blancs, 2.500.000 gl. rouges. La coagulation se faisait en 35 minutes au lieu de 20 minutes pour le sang normal. Cette anémie me parut secondaire aux pertes profuses et prolongées, plutôt que due à une hémophilie ou à une *hémogénie*, (maladie d'Emile WEIL).

Les pertes cédèrent facilement à des tamponnements à la gélatine et au sérum.

Je me trouvai dans l'impossibilité absolue de faire un diagnostic de leur cause, lorsque de nouvelles recherches vinrent encore augmenter mon embarras et compliquer la situation.

En face de métrorragies inexplicables, il faut toujours songer à la syphilis, acquise ou héréditaire. Des réactions de Wassermann faites dans deux laboratoires différents, à quelques jours d'intervalle à peine, me donnèrent, l'un un résultat ultra-positif, l'autre un résultat absolument négatif. Cliniquement, rien ne m'autorisait à soupçonner une syphilis acquise.

Ce n'est pas une raison suffisante : dans ces cas si embarrassants, pensez à la syphilis, à la syphilis héréditaire, qui ne se traduit parfois que par une débilité glandulaire avec instabilité ovarienne ; pensez aussi à un fibrome, à un petit fibrome situé de telle façon que sa constatation reste impossible. Il n'est pas nécessaire qu'un fibrome soit très volumineux pour donner naissance à des pertes rebelles.

Plus je vais, et plus je m'efforce de m'instruire, plus je m'aperçois combien nous ignorons de choses.

J'ai prononcé plus haut le mot de métrorragie de cause et de nature inconnues. Mon maître, Victor HANOT, employait volontiers l'expression *cryptogénique*. Diverses pertes restent pour nous *cryptogéniques*.

Pour certaines, l'interprétation qui me semble la plus probable est que nous pouvons soupçonner une perturbation momentanée de l'ovaire, elle-même primitive ou secondaire à un trouble d'une autre glande, de l'appareil neuro-glandulaire, du système nerveux, etc. Il faut tenir compte aussi des altérations humorales, d'un accident de la nutrition, etc.

* * *

Certaines modifications ovariennes qui semblaient cryptogéniques ont fini par être analysées et décrites.

Les travaux de l'école de MONTPELLIER ont beaucoup contribué à élucider quelques-uns de ces faits.

FORGUE et MASSABUAU, à propos d'une variété d'ovaires microkystiques, que déjà KAHLDEN considérait comme une maladie généralisée à tout l'appareil folliculaire, disent que « le fait essentiel réside dans la transformation des cellules conjonctives de la thèque interne en grosses cellules épithélioïdes qui deviennent les cellules interstitielles de l'ovaire. » Ces cellules envahissent le follicule et le transforment en un amas à fonction glandulaire. L'hypertrophie de la glande à sécrétion interne devient alors une cause qui détermine et entretient les hémorragies, en particulier à la ménopause.

SAPPEY, dans sa thèse, puis de ROUVILLE et SAPPEY, aboutissent aux mêmes conclusions.

Les cellules à lutéine existent : 1° autour des follicules normaux prêts à se rompre ; 2° surtout abondantes autour des follicules en voie d'atrésie. Elles ont une origine conjonctive, ce qui les différencie des cellules du corps jaune. Mais de cette glande interstitielle ou du corps jaune, il est à peu près impossible actuellement de savoir quelle est la part qui revient à chacun de ces deux éléments dans l'action générale de la sécrétion interne : de toutes façons, elles ont sur l'utérus une action vaso-dilatatrice et hémorragique.

SAPPEY surtout a trouvé que la glande interstitielle est d'autant plus abondante, et ses éléments d'autant mieux développés, que le syndrome hémorragique est plus accentué. « Aux méno et métrorragies correspond un hyperfonctionnement constant et des plus saisissants de cette glande interstitielle. »

Des hémorragies qui dépendent de l'hyperfonctionnement de la glande interstitielle ovarienne peuvent bien, même pour un esprit prévenu, être considérées quelque temps sinon comme essentielles, du moins comme de nature cryptogénique.

Tout ce qui touche au fonctionnement des hormones en pareille matière ne s'impose pas toujours d'une manière évidente et indiscutable. Pour établir notre diagnostic, nous avons besoin d'une analyse et d'une discussion des plus serrées. Et encore, nombreux sont les cas où nous restons dans le doute ; les effets de la thérapeutique eux-mêmes ne parviennent pas à les élucider.

* * *

Il faut donc comprendre que nos maîtres d'autrefois, qui ne pouvaient pas connaître ni même soupçonner ce que nous avons appris depuis leur enseignement, aient été conduits à regarder certaines métrorragies comme essentielles.

Nous-mêmes, nous avançons bien des hypothèses qui probablement, plus tard, et peut-être dans peu de temps, seront démontrées comme absolument fausses.

Nous devons, pour le moment, accumuler des observations, et dans la suite, leur comparaison servira à établir un diagnostic sur des bases plus solides.

Je ne passerai pas en revue toutes les hémorragies utérines qui peuvent simuler l'essentialité.

Vous penserez tout d'abord à une *fausse couche* méconnue ou que l'on vous cache, ce qui est plus fréquent Le *cancer* ne vous tiendra en hésitation

que peu de temps ; de même le *fibrome*. J'ai vu de petits *polypes muqueux* situés dans la cavité du corps, près du fond, donner naissance à des métrorragies inexplicables jusqu'à ce qu'une dilatation et un curetage explorateur viennent élucider la nature des accidents ; vous rechercherez une *rupture artérielle, une syphilis ignorée*. Je ne crois pas pouvoir jamais assez insister sur la *syphilis, acquise* ou *héréditaire*.

Les hémorragies *névropathiques, émotionnelles*, vous arrêteront plus longtemps ; de même les pertes qui surviennent chez toutes les *fausses utérines*. Je dois me borner à quelques citations, il me faudrait aborder un chapitre considérable de la gynécologie.

Je vous ai souvent parlé de l'*hémophilie* et de l'*hémogénie*, la maladie de P. E. Weil, caractérisée par le retard de la coagulation sanguine, l'accroissement prolongé du temps de saignement expérimental, la diminution de la rétractilité du caillot, et aussi, l'augmentation de la cholémie sérique.

A son sujet, quelques auteurs se sont demandé si le sérum que l'on injecte pour arrêter les pertes agit bien par son action coagulante ou par ses réactions anaphylactiques.

Mais de la *chlorose ménorragique*, que reste-t-il ?

D'abord une expression clinique qui peint admirablement l'apparence de certaines malades.

Ensuite, une description de Trousseau où l'on sent l'empreinte du maître.

Il est vraisemblable, il est même certain, que beaucoup de nos cas rentrent dans ce que Trousseau, ses élèves, et après eux de nombreux auteurs, ont appelé *chlorose ménorragique*. Les pertes de l'anaphylaxie, celles surtout qui accompagnent les troubles du métabolisme, les pertes d'origine endocrinienne, ovarienne, thyroïdienne, etc., celles que nous voyons chez de nombreuses *fausses utérines*, s'accompagnent d'un cortège symptomatique qui simule la chlorose : pâleur de la face, bouffissure des téguments, troubles cardiaques et dyspeptiques, etc.

Mais si la chlorose ménorragique est démembrée, il faut néanmoins, je pense, conserver cette expression. Car elle nous montre un syndrome tout à fait frappant, que nous devons analyser, il est vrai, pour en élucider les multiples causes.

***

Traitement. — Quand on est exposé à ne pas connaître la cause ni la nature d'un accident, il est bien difficile d'en formuler une thérapeutique rationnelle.

Lorsqu'on se trouve au lit de la malade, on s'aperçoit bien vite que tout est loin de se passer comme il est décrit dans les livres.

La plupart des médications habituelles échouent tour à tour ; ces insuccès répétés finissent pas déconcerter, si on ne découvre aucune indication qui puisse nous mettre sur une meilleure voie.

Je me suis trouvé parfois dans un cruel embarras en face d'une de ces métrorragies persistantes, intarissables, ayant résisté à tous les moyens, et qui m'obligeaient à *procéder par tâtonnements*.

Il est cependant quelques prescriptions générales qui reconnaissent leur emploi.

La malade est mise au repos, dans l'immobilité absolue, et souvent, je lui fais appliquer *une vessie de glace* sur l'hypogastre.

Après avoir constaté que les hémostatiques habituels demeurent sans effet, je m'arrête d'habitude à ordonner cinq grammes de *gélatine* matin et soir, dans une tasse de lait, de bouillon ou de chocolat. En raison de son action sur le métabolisme, bien plus qu'en vue de son hypothétique influence hémostatique, j'ajoute une potion avec quatre grammes de *chlorure de calcium*. La gélatine, tout au moins, doit être continuée longtemps.

De plus, elle est efficace en *tamponnement*. Ces métrorragies fonctionnelles, essentielles, sont celles pour lesquelles j'ai le plus volontiers recours au *tamponnement gélatiné*. D'autres fois, ou en cas d'échec, j'applique des tampons *imprégnés de sérum animal*, sérum de cheval non différencié, sérum antidiphtérique, peu importe. J'ai même usé d'un mélange dans lequel j'ajoutais des ampoules de sérum à une solution de gélatine à 5 %, à 10 %.

Je ne reviendrai pas sur l'emploi des diverses *injections*, chaudes, tièdes, ou froides : c'est un sujet que j'ai trop souvent traité devant vous. Cependant, laissez-moi vous dire que quelques-unes de ces pertes subissent une action très favorable des *douches plantaires froides*.

Si tous ces procédés tarissent momentanément la perte, ils ne l'arrêtent pas d'une manière définitive, car ils ne s'adressent *ni à sa nature, ni à sa cause*.

Et c'est là que réside la difficulté, la perte se reproduit.

Alors, il faut essayer l'opothérapie.

Les préparations endocriniennes interviennent par diverses actions, mais en particulier, par leur *influence frénatrice* sur l'ovaire, importante lorsque nous envisageons l'hyperfonctionnement de la glande interstitielle.

Les cachets d'extrait thyroïdien, surrénalique, hypophysaire, seront prescrits isolés ou associés. Depuis quelque temps, j'emploie très volontiers et, avec succès les injections de *lobe postérieur hypophysaire*.

Nous pouvons être conduits à essayer les effets d'une *réaction anaphylactique*, toujours délicate à provoquer.

Je l'ai vue survenir en pareil cas après le sérum gélatiné, après l'hémostyl.

Bouché et Hustin conseillent la technique

suivante : « Ils injectent d'abord à leurs malades 2 à 3 c.c. de sérum de cheval, afin de les sensibiliser ; quinze jours après, ils leur administrent sous la peau une injection de 1 ou 1 /2 c.c. qu'ils répètent tous les huit ou quinze jours, aussi longtemps que cela est nécessaire. »

Cette médication, qui nécessite quinze jours de préparation, et huit jours d'intervalle entre les piqûres, n'est pas évidemment une médication de toute urgence. Aussi, est-il besoin parfois de recourir en même temps, par exemple, au tamponnement séro-gélatiné ou à tout autre procédé.

Dufour et Le Hello injectent à leurs malades du sérum de lapins sensibilisés, introduisant ainsi dans le sang les substances coagulantes développées dans le sérum des animaux à la faveur des accidents anaphylactiques.

J'ai conseillé parfois aussi l'*auto-hématothérapie*, l'*hétéro-hématothérapie*. D'autres auteurs les ont aussi employées.

C'est un procédé qu'il ne faudra pas négliger de mettre en œuvre en face de cas aussi déconcertants ; il peut donner de bons résultats.

Mais mon expérience personnelle repose sur un trop petit nombre de faits ; assez rares, on le conçoit, sont les malades qui nécessitent une semblable thérapeutique : elle n'expose à aucun danger et son efficacité mérite d'être prise en considération.

Je dois me borner aussi à signaler la *transfusion du sang* et la neutralisation des ovaires par *les rayons X*.

La persistance des ménorragies, leur intensité, leur résistance à tout traitement, peuvent devenir telles qu'elles mettent la vie de la malade en péril, ou tout au moins qu'elles la réduisent à un tel état de délabrement qu'il faut envisager la suppression totale des fonctions ovariennes.

Mais avant d'en arriver là, et en tout état de cause, on n'aura pas manqué d'instituer la thérapeutique de l'état général, suivant qu'il s'agit d'une hépatique, d'une cardiaque, d'une brightique, etc.

NEUROLOGIE

M. le Pr Babinski.

Crise pithiatique (*Présentation de malade*)

Une femme, d'une quarantaine d'années, se présente à la consultation de M. le Dr Babinski, à l'hôpital de la Pitié, parce qu'elle est atteinte de crises convulsives qui ont apparu, il y a quelques semaines, survenant dans la journée et apportant une gêne notable dans la régularité de son travail. Elle avait déjà présenté pendant son adolescence quelques crises analogues, mais qui avaient disparu depuis longtemps. D'ailleurs, elle n'avait guère le temps de s'étudier, ni de penser à être malade, ayant trop besoin de travailler pour vivre. Son mari, qui gagnait peu, l'avait laissée veuve de bonne heure et, depuis de longues années, elle fait le dur métier de marchande des quatre-saisons. Travailleuse infatigable, elle a souvent fait preuve d'une grande énergie. Ayant eu plusieurs enfants, il lui est arrivé de retourner pousser sa voiturette au marché dès le quatrième jour qui a suivi la naissance de l'un d'eux.

Un médecin non averti aurait donc pu s'étonner de rencontrer chez elle les manifestations morbides qu'elle présente, ces manifestations étant, disons-le tout de suite, de nature nettement hystérique. Mais M. Babinski fait observer que si les phénomènes hystériques sont généralement déclanchés par le désir plus ou moins conscient du malade d'obtenir certains avantages matériels ou par un besoin anormal d'étonner, d'attirer l'attention, il n'en est pas toujours ainsi et que bon nombre de ces malades présentent des accidents qui vont à l'encontre de leurs meilleurs intérêts.

Cette malade raconte que, depuis quelques semaines, elle éprouve par instants des sensations bizarres de constriction au niveau du larynx, l'impression d'une boule qui lui monte au gosier et qui l'étouffe. Parfois tout s'arrête là, mais d'autres fois, elle perd connaissance, tombe et ne sait plus ce qui se passe. Mais on lui a dit qu'elle se débattait alors violemment au point qu'on était obligé de la tenir pour l'empêcher de se faire du mal. Pourtant, elle ne s'est jamais blessée au cours de ses crises, n'a jamais uriné dans ses vêtements, ne s'est jamais mordu la langue. Quand elle revient à elle, la crise terminée, elle pleure, se dit un peu lasse, mais n'éprouve pas le besoin de dormir et peut reprendre aussitôt ses occupations.

Ces crises ne se sont jamais produites la nuit pendant son sommeil. Elles surviennent dans la journée et sont généralement provoquées, dit la malade, par de petites contrariétés. Mais elle n'en a jamais présenté au moment de violentes émotions. Pendant la guerre, lors des bombardements de Paris par les « Berthas », la malade avait peur et descendait à la cave à l'avertissement des sirènes, mais ces alertes ne la troublaient pas plus que ses voisins et elle n'a jamais eu de crises en ces occasions.



M. Babinski fait remarquer qu'en effet, les émotions fortes, les « émotions-choc » ne provoquent pas de manifestations hystériques.

On avait tendance autrefois à faire jouer un beaucoup trop grand rôle à l'émotion dans l'apparition des phénomènes hystériques. Ce rôle de l'émotion a été ramené par M. Babinski aux faibles proportions qu'il ne dépasse jamais dans la genèse de ces phénomènes. Les secousses morales agissent comme les ébranlements physiques en affaiblissant le sens critique et en augmentant la suggestibilité du sujet. Ces éléments jouent ainsi un rôle indirect dans le développement des troubles hystériques, mais ils sont incapables de les créer de leur propre force. *L'émotion ne peut rien sans la suggestion.*

C'est la suggestion, en effet, qui est à la base de tous les phénomènes hystériques. Cette notion est maintenant bien établie depuis les nombreuses discussions qui ont eu lieu sur l'important problème de la « révision de l'hystérie », et qui ont profondément modifié les conceptions anciennes sur cette affection. La tendance d'autrefois était de considérer comme hystériques une foule de manifestations dépendant de lésions organiques mal étudiées et de faire entrer ainsi toutes sortes de troubles dans le cadre de l'hystérie, cette « grande simulatrice » comme l'appelait Sydenham.

Les progrès de la séméiologie moderne du système nerveux favorisèrent la revision de l'ancienne hystérie de Charcot. En décrivant les petits signes de l'hémiplégie organique, M. Babinski permit notamment aux observateurs de ne plus confondre la nature d'une hémiplégie. Le vaste champ de l'hystérie fut considérablement réduit. Il se limite actuellement à *tous les troubles que l'on peut créer par la suggestion et faire disparaître par persuasion ou contre-suggestion.* La suggestion détermine la forme, l'intensité et la durée de ces troubles. C'est pourquoi M. Babinski a proposé de remplacer l'ancienne dénomination d'hystérie par le terme de « *pithiatisme* » (guérissable par persuasion).

L'hystérique saisit l'idée d'un état pathologique et le réalise lorsque cette idée s'impose à lui par ses éléments affectifs systématisés (espérance, crainte...), c'est-à-dire lorsque cette idée éveille chez le malade le désir de certains avantages ou des inquiétudes obsédantes ou un besoin anormal d'attirer l'attention. Ces mobiles sollicitent la volonté facile à influencer de ces sujets.

La suggestion s'exerce sur les malades le plus souvent par l'action inconsciente du médecin qui pose des questions imprudentes ou qui influence parfois le malade par son attitude. Le besoin d'imitation inné chez ces sujets fait naître chez les voisins, prédisposés aux troubles pithiatiques, des accidents du même ordre. C'est pourquoi l'on voyait si souvent autrefois de véritables épidémies d'hystérie en ville et surtout dans les hôpitaux. Depuis que les médecins sont avertis du danger de la suggestion involontaire, cette contagion des troubles pithiatiques devient de plus en plus rare. Quand la suggestion médicale n'est pas en cause, les phénomènes pithiatiques peuvent parfois apparaître par simple auto-suggestion. Il existe, en général, dans ce cas-là, chez le malade, une épine organique qui crée un terrain favorable à l'éclosion des accidents hystériques. Ces accidents, une fois apparus, sont souvent entretenus par la sollicitude maladroite de l'entourage, si bien que l'auto et l'hétéro-suggestion combinent leurs effets.

Ce rôle de la suggestion dans la genèse des troubles pithiatiques est facile à démontrer. La preuve en est donnée par notre malade d'aujourd'hui. M. Babinski, comme il le fait toujours en pareil cas, prévient cette femme qu'il va provoquer chez elle une crise analogue à celles qu'elle a eues, que la chose est indispensable pour pouvoir bien établir la prescription de son traitement et qu'il ne faut pas qu'elle s'en inquiète. Il dit à la malade qu'il possède un moyen infaillible de provoquer les crises, c'est l'électricité. Avant même qu'il ait eu le temps de saisir les électrodes pour les approcher de la malade, celle-ci se raidit, renverse la tête et se laisse choir; on la soutient et on l'étend sur un drap couvrant le sol. La malade se débat violemment, gesticule, se met en arc de cercle, crie, pleure, grince des dents. M. Babinski l'interpelle alors et prévient à haute voix les assistants qu'il va faire cesser aussitôt la crise par un moyen aussi puissant que celui qui l'a provoquée. Il touche la malade aux tempes et immédiatement les convulsions cessent, les cris s'arrêtent et la malade se lève, guérie comme par enchantement. M. Babinski rassure alors cette femme, lui affirmant que ses crises n'ont aucun caractère de gravité et qu'elle ne doit plus en avoir d'autres. Qu'elle suive exactement le traitement qu'on va lui prescrire, et qu'elle revienne à la consultation si quelque chose à nouveau l'inquiète.

M. Babinski fait observer qu'il est possible de rencontrer chez le même sujet des crises épileptiques et des crises hystériques qui peuvent alterner. Rien ne s'oppose, en effet, à ce qu'un épileptique présente parallèlement au mal comitial des phénomènes pithiatiques. Il conseille de ne jamais provoquer de crises chez les hystériques qu'en présence d'un membre de la famille, d'abord pour éviter toute interprétation désobligeante à l'égard du médecin, et aussi pour que les proches puissent dire si la crise que l'on a déclanchée a bien eu les mêmes caractères que celles observées antérieurement par l'entourage du malade. Quand la crise provoquée et toutes les crises antérieures ont la même allure, on peut affirmer que toutes ces manifestations sont de

nature pithiatique, car le propre de ces troubles est d'être toujours identiques chez le même sujet. On les reproduit exactement par suggestion et on les fait disparaître immédiatement par contre-suggestion. Il y a là un puissant moyen de diagnostic qui ajoute un caractère positif à la série des signes négatifs qui servent habituellement à distinguer une crise hystérique d'une crise d'épilepsie ; c'est-à-dire : l'absence, dans les crises pithiatiques, de cyanose du visage, d'hémorragies sous-conjonctivales ou sous-cutanées, l'absence de cri initial, de morsure de la langue, d'écume sanguinolente aux lèvres, l'absence de miction involontaire et du signe de l'extension du gros orteil, l'absence d'abattement consécutif à la crise.

M. Babinski recommande encore d'éviter toute parole déplacée au cours de la crise du sujet car, bien que les pithiatiques prétendent ne se souvenir de rien de ce qui se passe pendant les crises, il est incontestable qu'ils perçoivent bien ce qu'on dit et il importe de ne pas créer involontairement une suggestion quelconque qui irait à l'encontre de la cure recherchée.

Quant aux fameux *stigmates*, si longtemps considérés autrefois comme caractéristiques de l'hystérie, M. Babinski démontre qu'ils n'existent jamais chez les malades qui n'ont pas été soumis à une suggestion médicale antérieure. Chez les sujets déjà examinés, on ne retrouve plus actuellement ces stigmates qu'avec une fréquence très variable suivant l'observateur, suivant le sujet et suivant les conditions de l'observation. Les cas où on les observe encore sont infiniment plus rares qu'autrefois parce que les médecins mieux avertis se montrent plus prudents dans leurs méthodes d'observation.

C'est par la suggestion involontaire du médecin que s'installaient autrefois ces hémianesthésies rebelles, ces troubles visuels tels que la dyschromatopsie, le rétrécissement concentrique du champ visuel. Le malade ne peut inventer lui-même ces troubles, car il n'a généralement pas dans l'esprit l'idée qu'ils puissent exister. C'est en l'interrogeant d'une façon systématique sur ce sujet qu'on éveillait en lui la possibilité de leur existeuce. Le malade peut tout au plus par auto-suggestion imaginer une anesthésie des membres inférieurs lorsqu'il est atteint de paraplégie ou une hémianesthésie quand il est hémiplégique. Mais le plus souvent, les stigmates hystériques étaient la création du médecin qui les recherchait sans les précautions nécessaires.

Il est intéressant cependant de procéder à cette recherche. M. Babinski n'y manque jamais, mais il insiste sur la nécessité d'éviter toute suggestion dans l'examen. Il fait placer un bandeau sur les yeux du sujet et lui dit « Faites attention et aussitôt que vous sentirez que je vous touche, prévenez-moi ». Il faut alors explorer la sensibilité sans que la recherche semble obéir à une idée préconçue et sans aiguiller le malade vers une systématisation quelconque. Lorsqu'on étudie la sensibilité thermique, il ne faut pas demander au sujet « Est-ce chaud ? Est-ce froid ? », mais lui dire simplement : « Que sentez-vous,— qu'est-ce que je fais ? » Dans de telles conditions on peut se convaincre de la grande rareté et de l'instabilité de l'anesthésie pithiatique. M. Babinski montre de la façon la plus évidente que ces troubles n'existent pas chez la malade présentée. Il en est de même du rétrécissement du champ visuel facile à explorer extemporanément en disant au malade : « Regardez bien mon front sans bouger les yeux, et dès que vous apercevrez mon doigt sur le côté vous me le direz ». En déplaçant alors son index de la périphérie du champ visuel vers le centre, pour chaque œil, l'observateur constate l'intégrité de ce champ chez tous les sujets non suggestionnés. La malade actuelle en offre encore la démonstration nette.

Constatons également qu'il n'existe chez cette femme aucun trouble dans l'état des réflexes tendineux, cutanés, ni pupillaires. Qu'elle ne présente ni altérations de la motilité, ni troubles trophiques.

Quelle est donc pour le médecin la conduite à tenir en présence de semblables malades ? C'est d'abord de prévenir la famille du sujet de la bénignité des phénomènes observés. Il faut que l'entourage sache bien que la guérison complète ne peut être obtenue qu'à la condition d'éviter toute suggestion nouvelle pour le malade. Il importe avant tout de ne jamais manifester devant lui cette émotion, cette inquiétude, cette compassion si fréquentes de la part des parents, des amis et souvent des infirmières qui n'ont pas été averties.

La thérapeutique qu'emploiera le médecin sera toute de persuasion, de contre-suggestion, de *psychothérapie*. Pour s'exercer efficacement, ce traitement a besoin d'une astmosphère de calme et de foi. Le premier soin du médecin doit être d'acquérir la confiance de son malade. La présence d'anciens malades guéris peut exercer une influence bienfaisante et entraîner la conviction d'un malade nouveau ; c'est un élément favorable, utile parfois à employer.

Le traitement doit être *précoce*. Plus les troubles pithiatiques sont soignés près de leur début, plus on a de chance de les faire disparaître aussitôt par psychothérapie. Il ne faut pas laisser se cristalliser ces troubles, car alors la contre-suggestion devient beaucoup plus difficile.

Enfin, qu'il s'agisse de crises convulsives ou d'accidents pithiatiques d'autre nature (paralysie, contractures, tremblements, mutisme), il importe que le traitement soit *brusque*. Le premier contact avec le malade réalise des conditions très favorables à la psychothérapie du médecin.

La foi du malade qui vient consulter est à son maximum : il est ému, anxieux de ce qu'on va lui dire. Il faut que le médecin tâche d'obtenir séance tenante la guérison complète des troubles pithiatiques ou tout au moins un résultat définitif qui frappe l'imagination du malade et entraîne sa conviction. En attirant l'attention du sujet sur ce premier résultat, on lui démontrera qu'il n'y a aucune raison pour que les accidents primitifs se renouvellent. Si la psychothérapie du médecin n'est pas entravée ensuite par une suggestion d'ordre inverse de l'entourage du sujet, on peut espérer une guérison complète et souvent définitive.

Leçon professée à la Pitié et recueillie par le Dr FRIBOURG-BLANC.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES SEPTICÉMIES EN GÉNÉRAL ET DE LA SEPTICÉMIE PNEUMOCOCCIQUE (PNEUMONIE) EN PARTICULIER

L'efficacité du traitement des septicémies par l'antisepsie intra-veineuse et l'emploi des métaux colloïdaux se manifeste avec tout son éclat dans le traitement de la pneumonie. Il s'agit en effet d'une affection dont le diagnostic précoce est aisé, le plus souvent indiscutable dès les premières heures, dont on connaît l'évolution cyclique inévitable avec les procédés de traitement habituels, dont on peut prévoir d'avance la marche jusqu'à la crise terminale qui marquera la fin de la maladie par la guérison ou par la mort. L'évolution de cette maladie qui se fait sous l'oreille, presque sous les yeux, permet d'apprécier presqu'aussi évidemment que dans une expérience *in vitro* la valeur de la méthode thérapeutique que je veux exposer.

En présence d'une pneumonie, on a bien l'impression (je l'ai toujours eue personnellement du moins), d'assister impuissant à la lutte qui se livre entre le malade et le microbe. Si je ne veux pas nier l'utilité des méthodes adjuvantes (enveloppements froids antithermiques (1), digitaline, etc.) pour venir en aide au malade, je ne sais pas dans quelle mesure ils lui apportent un secours efficace, car avec eux ou sans eux l'affection évolue suivant le même rythme dans le temps et la même apparente gravité dans l'intensité des symptômes. Je crois que tout l'arsenal thérapeutique habituel mis en œuvre a surtout pour avantage de masquer l'impuissance du médecin jusqu'au jour de la crise, où se jouera le sort du malade : on ne peut pas rester huit jours sans prescrire quelque chose ! Mais je crois à l'inefficacité totale de tous ces moyens sur le résultat du match. En tout cas, ne pouvons-nous en apprécier la valeur puisqu'ils ne raccourcissent pas d'une heure la durée de la maladie, et que parmi les malades qui y sont soumis, les uns meurent, les autres guérissent au jour prescrit par la clinique sans avoir été apparemment influencés par leur emploi.

J'affirme au contraire, que l'emploi de la médication antiseptique et colloïdale bouleverse la marche cyclique de la pneumonie, que par elle on en obtient l'abortion presqu'à coup sûr, *à la condition d'intervenir dès les premières heures, à la période où la septicémie est tout, la pneumopathie rien ou presque rien.*

(1) Je ne m'en sers jamais à moins d'y être contraint par l'entourage.

Un malade est pris soudain d'un grand frisson, avec ou sans point de côté (il est souvent plus tardif). Dans les heures qui suivent, la température monte à 40°, le pouls à 120, la respiration à 40, le diagnostic s'inscrit dans le crachoir ; le laboratoire y trouve l'ennemi : à défaut de tout signe stéthoscopique (qu'il est bien inutile et qu'il serait bien imprudent d'attendre) le diagnostic est certain. Il faut agir sur l'heure et avec le maximum de moyens à notre disposition : *le succès dépend de la brutalité de l'attaque.* Il faut agir avec la même décision qu'en face d'une hernie étranglée et ne pas remettre l'intervention au soir ou au lendemain. Dans les deux cas, la situation est la même et la certitude de survie est fonction de l'instantanéité du traitement ; la même thérapeutique, tout comme la même opération, auront des résultats totalement différents si on les met en jeu aujourd'hui ou demain. L'application de la méthode que je préconise appliquée au 4e ou 5e jour n'aura pas la brillante efficacité qui lui appartient et son emploi tardif ne pourra servir qu'à la discréditer.

Le diagnostic de pneumonie (ou d'une affection d'un groupe analogue : pneumonie grippale, broncho-pneumonie, etc.) une fois posé, j'institue, *dans l'heure qui suit*, le traitement suivant :

1° Matin et soir injection intra-veineuse d'urotropine ; (j'utilise la septicémine (1).

2° Injection quotidienne intra-musculaire d'électrargol.

3° Matin et soir, injection intra-musculaire de 4 à 5 centicubes (adultes) de:

Gaïacol	ââ 3 gr.
Eucalyptol	
Camphre	
Huile d'olives stérilisée	30 c.c.

4° Cinq gouttes, matin et soir, de digitaline cristallisée Nativelle (pour être paré au cas où, contre toute attente, la maladie n'avorterait pas).

L'instauration instantanée de ce traitement où le diagnostic posé (et il peut l'être dès les douze premières heures généralement, surtout avec le concours du laboratoire) amène la guérison des pneumonies

(1) Di-urotropine iodobenzométhylée.

les plus violentes dès le 2e ou le 3e jour. La chute brusque à 37°, le passage sans transition d'une situation grave à la santé parfaite, l'arrêt sur place des signes sthéthoscopiques, lorsqu'ils existaient déjà, sont impressionnants. Le malade est guéri, définitivement guéri, au moment où il ne ferait qu'entrer dans la période redoutable des 5e, 6e, 7e, 8e et 9e jours. Il y a déjà longtemps qu'il se lève, dort, mange et rit alors qu'il devrait commencer seulement à se débattre dans l'anhélation et l'angoisse des derniers jours. Alors qu'on multiplie dans ces jours tragiques piqûres de caféine, d'éther, de spartéine, d'huile camphrée, il y a beau temps qu'on a cessé la digitaline devenue inutile bien avant la date fixée, du fait de la guérison du malade.

Je n'ai en aucune façon la prétention d'inaugurer une thérapeutique nouvelle. Je veux seulement apporter l'appui d'une conviction profonde à l'emploi de cette méthode, telle que je l'ai réglée après divers essais, en insistant sur l'obligation absolue, faute de quoi elle serait inopérante, de l'appliquer dès la première visite, sitôt le diagnostic porté. C'est à la phase septicémique seulement qu'elle peut et doit guérir tout pneumonique en 48 heures en moyenne, souvent moins, rarement plus. Attendre pour l'employer que tout un poumon soit hépatisé, constitue par son bloc un danger mécanique et pour l'hématose et pour l'hydrodynamique circulatoire, et cela indépendamment de tout processus infectieux, c'est se mettre dans la presque impossibilité du succès et on n'a plus le droit d'infirmer l'efficacité de la méthode.

Je me suis arrêté au triple traitement indiqué plus haut, bien que chacun des agents qui le composent m'ait isolément donné des succès : leur conjonction ne m'a pas donné de déception.

J'ai obtenu des succès ultra-rapides de l'emploi intra-veineux de l'électrargol, mais parfois au prix de quelles angoisses en face de chocs hémoclasiques d'une violence extrême. C'est pourquoi je ne l'emploie que par voie intra-musculaire, réservant pour l'uroformine la voie vasculaire.

Quoi qu'il en soit, l'emploi simultané de cette triple médication dès le premier jour conduit, dans la grande majorité des cas, à la sidération de l'infection en 3 jours. Je n'ai pas d'expérience de la sérothérapie que je me réserve d'employer, étant très éclectique. Elle peut faire aussi bien, je crois difficile de faire mieux.

Ne laissons donc plus nos pneumoniques arriver au « grand soir » du 7e jour, car nous pouvons les guérir au matin du 3e.

Dr Le Duigou.
(Cherbourg).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Hypnotiques et narcotiques

Comme on l'a fait remarquer récemment, les médecins américains ont l'habitude de différencier de façon très nette les narcotiques et les hypnotiques. Il n'en est pas encore de même dans les pays de langue française et, cependant, il serait excessivement intéressant, pour le praticien, à la simple lecture d'une notice ou d'une étiquette, de savoir exactement à quelle sorte de médicament il a recours : s'agit-il d'un narcotique ou d'un hypnotique ? En effet, les médecins américains sont absolument dans le vrai ; il est essentiel de différencier les *narcotiques*, médicaments qui provoquent un sommeil lourd, qui « assomment », si on peut dire, le malade, et qui laissent, après le réveil, une sensation d'hébétude et de fatigue ; et, d'autre part, les *hypnotiques* qui donnent un sommeil calme, progressif, normal, suivi d'un réveil agréable, un sommeil identique en tous points au sommeil physiologique habituel. Parmi les narcotiques sont comprises toutes les substances du tableau B, l'opium et la morphine, la belladone et ses alcaloïdes, l'hyoscиamine, la scopolamine, etc... Parmi les hypnotiques, le plus maniable et le moins toxique, d'après M. Héresse, est le somnifène « Roche ».

Dans les insomnies essentielles, comme chez tous les agités, les excités, chez tous les malades atteints de psycho-névroses diverses, le somnifène (isopropylpropényl-diéthylbarbiturate de diéthylamine), s'est toujours montré un excellent sédatif et un hypnotique sûr et excessivement maniable (P. Combemale, Vullien, Assoignion, Boisnière, Kindler, Trampol, etc.) et tout récemment M. Barbé, médecin aliéniste des hôpitaux de Paris, dans la *Revue annuelle de psychiatrie* (*Paris médical*, 1922, n° 42) faisait remarquer combien le traitement des psychoses périodiques pourrait retirer de bénéfices de l'administration de ce médicament ; donné par la voie digestive, celui-ci est d'un emploi extrêmement pratique, n'influence pas la sécrétion urinaire et ne modifie pas l'élimination des matières azotées ; il paraît égal, sinon supérieur, aux divers hypnagogues, ne provoque pas d'accoutumance et rend de réels services dans les mélancolies avec agitation et le délire hypochondriaque. D'autre part, comme l'a justement fait remarquer M. L. Mayet, on n'a pas encore suffisamment insisté sur la forme gouttes, qui permet de donner à cha-



cun sa dose, de l'augmenter ou de la diminuer à volonté, et d'administrer ce médicament à partir de doses pour ainsi dire infinitésimales, par exemple chez les enfants et aussi chez les vieillards et tous les débilités. (*Bull. méd.*, 14 février 1923).

Traitement de la syphilis infantile par le sulfarsénol.

MM. PAUL-BONCOUR et J. CLÉMENT, estimant que les injections intra-veineuses sont pratiquement difficiles à utiliser chez l'enfant, donnent la préférence au sulfarsénol, dissous dans de l'eau bidistillée, et introduit dans l'organisme par la voie sous-cutanée, soit à la face externe de la cuisse, soit au niveau de l'omoplate ou de la région costo-latérale. L'enfant ne recevra aucune alimentation dans l'heure qui précédera et suivra l'injection. On procède par séries de 10 piqûres : les trois premières de trois en trois jours, les autres, tous les 5, 7 jours. Après un repos de 3 à 4 semaines, on renouvelle une série d'injections.

La dose de sulfarsénol injectée ne doit pas dépasser un cgr. par kilogr. de poids de l'enfant. On débutera par des doses variant, selon le poids, de 0,005 à 0,01 cgr., et on augmentera progressivement en tenant compte des moindres réactions de l'enfant.

Les incidents qui peuvent survenir ne présentent aucune gravité, tout en n'étant pas négligeables. Les résultats obtenus ont toujours été positifs, à des degrés divers. (*Prog. méd.*, 23 décembre 1923.)

L'aérophagie.

D'après M. LIVET, l'aérophagie se greffe sur un état général constant représenté par la constitution neuro-psychique du sujet, auquel se superpose un élément local, la spasmophilie. A l'origine de cette affection, on trouve généralement une épine irritative, psychique ou organique, quelquefois éloignée de l'estomac. Dans l'ordre psychique, ce sont les émotions, obsessions, cœnestopathies, idées délirantes. Dans l'ordre organique, ce sont les blessures nerveuses ou viscérales, les opérations et leurs suites, les adhérences cicatricielles, la fièvre typhoïde, l'appendicite, les dyspepsies, les entérites, les cardiopathies, les aortites. Le port de corsets, de gilets serrés, de ceintures, de bandages, joue un rêle physiopathique. La constipation est la règle, sans qu'on puisse affirmer quelle affection tient l'autre sous sa dépendance.

La thérapeutique sera tripartite : hydrothérapie et antispasmodiques, d'une part ; massage et rééducation du diaphragme, de l'autre ; et enfin, thérapeutique spéciale s'adressant à l'épine irritative quand elle est décelée. (*L'Evolution médico-chirurgicale*, février 1923.)

Epilepsie et paralysie générale.

M. MARCHAND étudie les rapports qui peuvent exister entre l'épilepsie et la P. G. De cette étude, nous retiendrons les propositions suivantes :

« Les rapports de l'épilepsie et de la paralysie générale peuvent présenter différentes modalités, suivant que la méningo-encéphalite diffuse subaiguë apparaît chez un sujet atteint d'épilepsie essentielle, d'épilepsie syphilitique secondaire, d'épilepsie syphilitique tertiaire, d'épilepsie hérédo-syphilitique. Il est quelquefois difficile de différencier les crises de l'épilepsie dite essentielle des attaques épileptiformes qui marquent le début de la paralysie générale avant l'apparition des symptômes psychiques et somatiques. Parfois, c'est l'épilepsie qui simule la paralysie générale, qu'il s'agisse d'un syndrome paralytique fugace post-paroxystique, d'un syndrome paralytique permanent, d'une démence épileptique à forme de pseudo-paralysie générale.

« Les commémoratifs, l'évolution de l'affection, les caractères des crises convulsives, les modifications du liquide céphalo-rachidien permettront dans la plupart des cas d'établir un diagnostic précis ». (*Presse méd.*, 7 février 1923.)

Traitement physiothérapique des varices.

En outre de la cure thermale à Bagnoles-de-l'Orne, que les variqueux ne peuvent pas toujours suivre, il y a, écrit M. VIGNAL, certaines pratiques physiothérapiques capables de calmer les algies qui accompagnent souvent les varices, de lutter contre la dégénérescence de la tunique moyenne des veines, et contre la myosite interstitielle qui s'y surajoute souvent.

La phlébite variqueuse, ainsi d'ailleurs que le coup de fouet, réclame d'abord le repos complet au lit ; ce n'est que lorsque le calme est revenu que la physiothérapie reprend ses droits. Sous forme de courants de haute fréquence, la physiothérapie agit efficacement sur les ulcères variqueux, qui ont résisté à toutes les autres médications.

En résumé, l'auteur répartit cette thérapeutique en trois phases :

« *Première phase.* — Courant galvanique, action sédative et excito-motrice du pôle positif ; trois séances de 30 à 45 minutes par semaine jusqu'à disparition des douleurs.

« Les jours intercalaires, massage léger (effleurage sous douche tiède en pluie).

« *Deuxième phase.* — Faradisation trémulante ou galvano-faradisation, une séance tous les jours de 10 à 20 minutes.

« Matin et soir, pendant 5 minutes, mouvements d'extension et de flexion rapide du pied sur la jambe.

« *Troisième phase.* — Quand la sensation de pesanteur aura totalement disparu, marche

rapide à petits pas suivie de repos allongé avec jambe surélevée.

« Surveiller l'hygiène de la marche, massage et ordonner une saison à Bagnoles-de-l'Orne.

« *Ulcère variqueux.* — Diathermie. Quand l'ulcère est guéri, faire comme précédemment ». (*Journ. des prat.*, 10 février 1923.)

L'appareil lutéinien de l'ovaire.

L'endocrinologie, science jeune, marche cependant à pas rapides vers une plus parfaite connaissance de la vérité. C'est ainsi que la sécrétion interne de l'ovaire, qui exerce une si grande influence sur tout l'appareil génital, se révèle comme émanant plus particulièrement de ce que M. Schil appelle l'appareil lutéinien, constitué pour la plus grande part par le corps jaune, qui dérive lui-même du follicule de de Graaf rompu et vide de son ovule.

Sans suivre l'auteur dans son exposé, nous retiendrons ses conclusions, ainsi formulées :

1° La sécrétion de l'appareil lutéinien ovarien est une sécrétion continue. Cette continuité assure le maintien des organes génitaux dans un certain état de développement.

2° Des oscillations dans l'intensité de cette sécrétion déterminent normalement diverses modifications des organes génitaux, et en particulier la menstruation.

3° Des oscillations exagérées ou diminuées sont la traduction de troubles pathologiques qui se manifestent par divers symptômes, dont les mieux connus sont des syndromes hémorragiques ou aménorrhéiques. (*Paris Méd.*, 10 février 1923.)

De l'épididymectomie dans la tuberculose génitale.

Au sujet de la tuberculose génitale masculine, certaines idées ont cours, contre lesquelles M. Marion s'inscrit formellement en faux. Ces idées sont que, dans les deux tiers des cas, le testicule lui-même est pris en même temps que l'épididyme ; que l'ablation de l'épididyme seul est impossible lorsqu'il existe des lésions suppurées ou fistulisées étendues ; que la suppression de la tuberculose épididymaire expose le malade à des généralisations ; et qu'enfin, la tuberculose génitale guérit assez souvent par le traitement médical.

Pour le chirurgien de Lariboisière, ces affirmations sont erronées, et son expérience personnelle, en lui fournissant les éléments du démenti qu'il leur donne, lui permet de résumer ainsi sa conception et sa pratique :

« 1° Huit fois sur dix au moins, la tuberculose génitale atteint l'épididyme sans toucher le testicule ; l'épididyme peut donc être supprimé sans qu'il en coûte rien au testicule ;

« 2° Cette suppression peut être réalisée, même dans les cas très avancés où les lésions sont arrivées à suppuration et ont provoqué des lésions fistuleuses multiples au niveau des bourses ;

« 3° Cette suppression de l'épididyme, foyer tuberculeux, ne semble pas provoquer, d'une façon plus fréquente que la suppression d'autres foyers tuberculeux, d'autres localisations dans l'organisme. Cette suppression constitue une opération extrêmement bénigne, non mutilante, puisqu'elle n'enlève qu'un organe de passage complètement inutile de toutes façons, même si la guérison se fait médicalement, et cette suppression a les plus heureux effets sur les lésions qu'a pu déterminer la localisation épididymaire du côté des vésicules ou du testicule ». (*Presse médicale*, 10 février 1923.)

La trachomthérapie par le cyanure de mercure.

Notre excellent confrère Junès, de Sfax, dont nous avons souvent publié les poétiques sonnets, expose le traitement du trachome par l'infiltration sous-conjonctivale de cyanure de mercure, tel qu'il le pratique.

Après un curettage minutieux des granulations, précédé de scarifications et aidé d'un brossage, il injecte en un point de l'espace sous-conjonctival situé dans l'angle supéro-externe du globe, à sept millimètres du limbe cornéen, de un à trois cmc. d'une solution de cyanure de mercure à 1 pour 1.500-5.000. Il fait précéder cette injection de l'instillation dans les culs-de-sac conjonctivaux de quelques gouttes de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
Adrénaline (au 1000e)..........	V gouttes
Eau distillée	10 gr.

La formule du liquide d'infiltration est d'autre part la suivante :

Cyanure de mercure............	un cgr.
Cocaïne (chlorhydrate)	0 gr. 30
Eau distillée	30 gr.

Dans les heures qui suivent cette infiltration, dès que l'action de l'anesthésique local a disparu, des douleurs violentes apparaissent dont le patient doit être prévenu, en même temps que des phénomènes d'irritation du côté de la conjonctive bulbaire et palpébrale. On combat douleurs et irritation avec des applications très chaudes ou très froides. Au bout de six à huit heures, tout tend à rentrer dans l'ordre. Dans les jours qui suivent, on couvrira l'œil avec un bandeau flottant, en même temps qu'on utilisera le collyre suivant :

Sulfate de cuivre	un gr.
Gaïacol synthétique............	0 gr. 20
Glycérine	10 gr.

Une seule injection suffit habituellement. En

cas de résultat incomplet, on peut récidiver une et plusieurs fois, à la condition d'attendre que la réaction de la précédente soit éteinte.

L'auteur décrit les incidents qui peuvent accompagner ce traitement, et auxquels il est facile de parer, et il pose les indications de cette petite intervention, qui sont : letrachome floride caractérisé par la prédominance de l'infiltration lymphoïde de la muqueuse. Comme contre-indication, il cite le trachome aigu et le trachome parvenu à la phase cicatricielle.

En résumé : 1° l'injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure, grâce à ses résultats souvent supérieurs à ceux des autres méthodes, constitue l'une des armes les plus efficaces que nous possédions actuellement contre le trachome floride.

2° Exempte d'inconvénients sérieux, sa technique est d'une application facile et à la portée de tous les praticiens ». (*Gaz. des Hôp.*, 20 février 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

La cure d'insuline dans le diabète.

(MM. Chabanier, Lobo-Onell et Lebert. — *Académie de médecine*; 27-3-1923.)

Tous les auteurs qui ont expérimenté l'insuline dans le traitement du diabète sont d'accord pour reconnaître que cette préparation est appelée à rendre les plus grands services en thérapeutique. Mais nombre de points restent encore à élucider. Utilisant, à leur tour, un extrait alcoolique de pancréas (insuline) préparé avec du pancréas frais de cheval, MM. Chabanier, Lobo-Onell et Lebert ont retrouvé les effets signalés par les médecins canadiens, en particulier la chute marquée et rapide de la glycémie. Au lieu de faire une injection isolée, ils ont eu recours à une série d'injections, réalisant de cette façon une véritable cure du diabète. L'action de l'insuline est si nette que l'on peut élever sans inconvénient, pendant son emploi, la ration d'hydrocarbonés.

Ainsi, chez les grands diabétiques avec dénutrition, des cures successives d'insuline (chaque cure comprenant une ou deux piqûres quotidiennes, pendant deux semaines) permettent d'instituer en même temps un régime alimentaire mixte abondant, et d'améliorer beaucoup l'état général. Il y aurait là, pour M. Chabanier, un véritable traitement de fond du diabète, du diabète grave principalement, et aussi une médication des poussées aiguës observées chez les diabétiques.

— M. Marcel Labbé confirme les résultats annoncés par les auteurs américains, par M. Blum, par M. Chabanier. Avec une insuline préparée dans son laboratoire, il a eu de très bons effets thérapeutiques. Il s'agit, dit-il, d'un médicament remarquable, supérieur à tous les agents jusque-là prescrits dans le diabète.

— M. Delezenne a étudié expérimentalement l'insuline, c'est-à-dire les extraits alcooliques de pancréas obtenus suivant la technique de Mac Leod. Il lui a paru que plusieurs détails importants avaient besoin d'être précisés.

La valeur d'une insuline est déterminée par l'injection-épreuve au lapin, qui doit abaisser, chez l'animal, la glycémie dans une proportion notable. M. Delezenne estime que ce *test* n'est pas d'une fidélité absolue. Une même insuline injectée à deux lapins produit chez eux des effets qui ne sont pas toujours, tant s'en faut, concordants.

L'injection d'insuline à dose trop forte, d'autre part, peut provoquer des phénomènes convulsifs. L'auteur en signale des exemples, même avec des extraits qui ne déterminaient pas d'hypoglycémie. On pourrait donc difficilement, en se basant seulement sur le degré de l'hypoglycémie consécutive au traitement, éviter avec certitude les accidents convulsifs. M. Delezenne signale enfin la possibilité, pour certains extraits alcooliques de pancréas, d'offrir des propriétés hyperglycémiantes.

— M. Chabanier considère ces objections comme étant plus expérimentales que cliniques. En fait, dans le traitement du diabète par l'insuline, le test de l'injection au lapin semble suffisant pour apprécier l'activité du produit. L'auteur n'a jamais observé d'accidents convulsifs chez ses malades. Il ne les a rencontrés chez l'animal qu'après une chute très forte de la glycémie et ils ont toujours cédé à l'injection de glucose. Il n'a noté, en aucune circonstance, l'hyperglycémie dont parle M. Delezenne, consécutivement à l'usage d'extraits alcooliques quelconques de pancréas.

— M. Marcel Labbé a remarqué l'action inconstante de l'insuline reçue d'Amérique.

— M. Netter signale une particularité analogue pour d'autres produits (antigènes) expédiés des Etats Unis. L'envoi paraît faire perdre à ces substances une partie de leur valeur. Il y a, en conséquence, un réel intérêt à produire ces préparations dans notre pays.

Réaction de Bordet-Wassermann chez les enfants.

(M. Nobécourt. — *Académie de médecine*; 27-3-23.)

M. Brindeau exposait dernièrement ses recherches sur la réaction de Bordet-Wassermann chez les femmes récemment accouchées. Il avait constaté, sur 100 cas, une proportion de 5,4 réactions positives fortes et 4,2 positives faibles. M. Nobécourt rappelle que dans un travail fait par lui à la Maternité, en 1920, il était arrivé à un chiffre similaire. M. Nobé-

court a poursuivi une étude du même genre sur le Wassermann chez les enfants, dans son service de l'hôpital des Enfants-Malades. Examinant la réaction sérologique chez les sujets suspects de spécificité à un titre quelconque, et reportant par proportion, les résultats sur la totalité des enfants hospitalisés, il enregistra, pour 100 enfants, 5,86 réactions positives et 4,78 réactions douteuses, au total environ 10 %.

Ces données, dont la valeur est évidemment plus documentaire qu'absolue, fixent ainsi, globalement, à 5 ou 10 pour 100, suivant que l'on rejette ou non les cas douteux, la fréquence de la syphilis de la femme récemment accouchée (Nobécourt et Brindeau) et celle de la syphilis congénitale (Nobécourt).

Le démembrement de la neurasthénie.

(M. DE FLEURY. — *Académie de médecine* ; 27-3-23.)

On sait comment, sous l'impulsion de Babinski surtout, l'hystérie de Charcot, ce monument que le vieux maître de la Salpêtrière avait construit, semblait-il, sur du roc, a été démembrée. M. de Fleury pense qu'il est temps de faire de même pour la neurasthénie de Beard.

Il y a une trentaine d'annés, le terme de neurasthénie s'appliquait couramment à une foule de malades offrant une forme quelconque de dépression nerveuse. On en recherchait les causes dans l'hérédité neuropathique, le surmenage, les chocs nerveux, la dyspepsie (Dujardin-Beaumetz), etc. Aujourd'hui, ce syndrome répond à plusieurs types morbides qu'il importe de distinguer les uns des autres.

M. de Fleury signale quatre de ces types : le *cyclothymique*, en premier lieu, qui désigne un malade instable par constitution héréditaire, tantôt déprimé, tantôt en état d'excitation hyperactive; le *mélancolique*, analogue au précédent, mais sans phases d'hyperactivité ; l'*hypochondriaque* ; l'émotif, enfin, correspondant à la psychonévrose émotive, au tempérament *émotif*, de Dupré.

Toutes ces variétés de dépression nerveuse éliminées, reste-t-il, autre chose, une neurasthénie vraie ? Oui, pense l'auteur, mais c'est une maladie rare. La guerre, qui a réalisé, au maximum, pendant cinq années, l'ensemble des conditions considérées comme les causes habituelles de la maladie de Beard, n'a en réalité donné lieu qu'à un nombre peu considérable de cas de neurasthénie vraie. Pendant quatre années passées au service de psychiatrie du Val-de-Grâce, sur 6 à 8000 malades, M. de Fleury a trouvé à peine une centaine d'exemples de neurasthénie vraie. L'auteur estime que, ceci établi, le démembrement de la maladie de Beard s'impose, comme celui de l'hystérie de Charcot.

L'entrainement respiratoire des vieillards.

(M. J. PESCHER. — *Académie de médecine* ; 27-3-23.)

L'essoufflement, habituel chez le vieillard, au moment des efforts, est généralement considéré comme un phénomène pour ainsi dire normal, attribuable à l'âge, et par conséquent ne comportant ni prophylaxie, ni thérapeutique. Depuis vingt ans, M. Pescher étudie la respiration et la capacité respiratoire des sujets à toutes les périodes de la vie. Il lui a paru que l'opinion concernant l'essoufflement par effort des vieillards était erronée. Tout d'abord, bien entendu, il faut éliminer les dyspnées pathologiques, par affection pulmonaire, cardiaque, ou autre et ne retenir que l'anhélation primitive que l'on attribue au seul fait de la vieillesse. Pour l'auteur, cet essoufflement est dû à une insuffisance de fonctionnement de l'appareil respiratoire, habituel chez le sujet âgé, habitant les villes en particulier, l'âge restreignant l'activité et incitant au repos. M. Pescher conseille, comme prophylaxie, la continuation de l'activité chez le vieillard, les exercices respiratoires volontaires et au spiroscope. Le spiroscope constitue également le moyen de traiter cette anhélation. On obtiendrait, de cette manière, des effets remarquables.

Luxation acromio-claviculaire. Opération de Cadenat.

(M. R. SOUPAULT. — *Société de chirurgie* ; 14-2-23.)

Dans le traitement des luxations acromio-claviculaires complètes, on s'est contenté pendant longtemps de suturer la clavicule et l'acromion. M. Delbet se proposa de reconstituer les ligaments coraco-claviculaires en réunissant par un fil métallique les segments osseux sur lesquels ils s'insèrent. M. Cadenat, visant le même but, utilisa le faisceau postérieur de la voûte acromio-coracoïdienne, dont il conseille de détacher l'insertion acromiale pour la fixer sur le périoste claviculaire.

M. Soupault a eu recours à l'opération de Cadenat, dans un cas de luxation acromio-claviculaire et elle lui a donné un bon résultat fonctionnel.

— M. SAVARIAUD a coutume de ne faire aucun traitement en pareille circonstance. Les luxations de l'extrémité externe de la clavicule qu'il a observées ont toujours offert une grande bénignité.

— M. DUJARIER est du même avis pour les cas où il y a déplacement minime, de 1 ou 2 centimètres, avec signe de la touche de piano. Dans les luxations sérieuses, avec grand déplacement, l'opération de Cadenat est une pratique avantageuse.

Petit diverticule de l'œsophage avec dysphagie grave.

(M. PICQUET, de Sens. — *Société de chirurgie* ; 14-2-1923.)

M. PIERRE MOCQUOT présente un rapport sur un travail de M. Picquet, de Sens, intitulé : Petit diverticule de l'œsophage déterminant des troubles dysphagiques graves. Extirpation en un temps. Guérison

La malade, une femme de 72 ans, accusait une dysphagie ancienne avec régurgitation immédiate d'une partie des aliments ingérés, et amaigrissement notable. L'examen radioscopique permit le diagnos-

tic de diverticule de l'œsophage et conduisit à un traitement bientôt suivi de guérison.

Les diverticules de l'œsophage, affection considérée pendant longtemps comme rare, sont en réalité assez fréquents. Leur histoire, intéressante à divers points de vue, a été éclairée par la radiographie.

Sept cas de diverticule pharyngo-œsophagien.

(M. Raymond Grégoire. — *Société de chirurgie* ; 28-2-1923.)

M. Raymond Grégoire relate sept observations de diverticule pharyngo-œsophagien recueillies dans sa pratique personnelle.

Les diverticules pharyngo-œsophagiens ne donnent lieu quelquefois à aucun trouble et sont découverts alors au hasard d'un examen radiographique. Inutile en ce cas de les opérer. L'intervention, par contre, s'impose quand existent des symptômes, symptômes qui sont au nombre de trois principaux : la gêne, les étouffements, le famélisme.

La gêne se produit pendant le s repas et aussi dans l'intervalle. Pendant les repas, le malade se plaint de percevoir l'odeur et le goût d'aliments absorbés plusieurs heures auparavant. L'haleine peut être fétide.

Les étouffements se montrent toujours durant les repas. Le patient, à ce moment, accuse une douleur rétro-sternale, le visage se congestionne et la respiration est altérée. Le rejet du contenu de la poche fait cesser la compression trachéale et l'entrave respiratoire.

Le famélisme est le terme auquel arrivent à peu près constamment les sujets atteints de diverticule pharyngo-œsophagien. La poche, en se remplissant, réduit la lumière de l'œsophage et arrête tout passage d'aliment. L'amaigrissement devient parfois considérable. Un malade de M. Grégoire avait ainsi perdu 40 kilogrammes, un autre 10 kilogrammes.

P. L.

Epreuve biliaire par la cure de Châtel-Guyon pour le diagnostic et le traitement de la dysentérie amibienne.

(Dr H. Gœhlinger, médecin consultant à Châtel-Guyon. — *Société de médecine tropicale* 18-4-23.)

A la Société médicale des hôpitaux (30 juin 1922), MM. Le Noir et Mathieu de Fossey ont montré que le diagnostic de la dysenterie amibienne, rendu parfois très-difficile par la rareté des parasites, peut être facilité en provoquant une phase aiguë artificielle et bénigne par l'administration d'extraits biliaires à doses progressives jusqu'à production d'une débâcle.

Sous l'influence de cette médication, au bout de quelques jours, on ne tarde pas à voir apparaître des selles diarrhéiques dans lesquelles les amibes vivants sont nombreuses ainsi que les kystes. Les auteurs ont insisté sur la facilité du traitement dans ces formes de parasites jeunes, très vulnérables à l'action des médicaments.

Dès la lecture de ce travail, nous avons pensé que l'eau de Châtel-Guyon, agent énergique d'hypersécrétion biliaire, doit donner le même résultat, et nous avons donc fait des examens successifs de selles chez des malades atteints de dysenterie chronique ou de troubles intestinaux rebelles.

Dans quatre observations, l'examen des selles, négatif au premier examen, nous a montré, par l'application de la cure de Châtel-Guyon, la réapparition des kystes amibiens et des amibes, et le traitement à l'émétine, administré à ce moment, nous a donné un succès total.

Observation I. — Il s'agissait d'une malade originaire de Corse, Madame C..., envoyée par le docteur B..., de Marseille. Elle avait présenté, quatre mois auparavant, un syndrome dysentérique qui n'avait duré que quatre jours et avait cédé aux médications symptomatiques (opium, bismuth). Depuis lors, la malade présentait une constipation opiniâtre, spasmodique, avec glaires abondantes et mucus.

Un premier examen des selles fait à l'arrivée ne montrait aucun parasite. Un examen fait sept jours après le début de la cure châtel guyonnaise montrait de très nombreux kystes d'amibe dysentérique, mais pas d'amibes. Une cure d'émétine donna un résultat très net avec cessation du spasme, disparition des glaires et des parasites. Depuis, elle a continué un traitement arséno-benzolé par voie buccale, et aux dernières nouvelles, la malade n'a plus ni glaires, ni mucus dans les selles devenues à peu près régulières.

Observation II. — M. Ch..., 42 ans, présentant depuis 1917 des alternatives de diarrhée et de constipation, nous est envoyé par le docteur M..., de Paris. Un examen des selles antérieur à son arrivée n'avait montré aucun parasite ; un autre, pratiqué au début de la cure, donna un résultat tout aussi négatif. Une semaine après le début de la cure, nous trouvions quelques amibes dysentériques et de nombreux kystes, cette constatation coïncidant avec une poussée diarrhéique et une augmentation des douleurs. Une cure d'émétine eut raison de ces symptômes. La cure thermale longtemps continuée donna un résultat remarquable, et le malade quitta Châtel-Guyon en parfaite santé, mais continuant l'usage du novarsénobenzol par voie buccale.

Observation III. — M. L..., capitaine d'infanterie, déjà soigné par nous trois ans auparavant pour diarrhée chronique, avait vu ce diagnostic modifié en celui de dysentérie amibienne, sur la constatation de kystes d'amibes dysentériques. Deux traitements à l'émétine avaient eu raison des symptômes, mais depuis quelques mois, la diarrhée avait repris sans que l'on pût constater l'existence de parasites. Au sixième jour de la cure de Châtel-Guyon, nous trouvâmes des amibes dysentériques nombreuses et très mobiles.

Observation IV. — Monsieur N..., lieutenant de l'armée belge, nous est envoyé par le docteur K..., de Bruxelles, pour colite chronique post-dysentérique. Trois ans auparavant, il avait contracté au Congo une dysentérie amibienne et au cours de la convalescence, une dysentérie à bacilles de Shiga. Il avait conservé une diarrhée profuse (14 à 15 selles par jour). Des essais multiples de traitement avaient été faits sans résultat (vaccins, émétine, etc.).

Il arrive à Châtel-Guyon le 15 septembre 1922 dans un état de dénutrition extrême, avec un œdème cachectique énorme s'étendant jusqu'aux cuisses. Les examens

antérieurs n'avaient montré ni amibes, ni kystes. Le premier examen pratiqué à l'arrivée montra quelques rares kystes de lamblia, mais pas de kystes dysentériques.

La cure châtelguyonnaise, à très faibles doses, donna une amélioration rapide. De 16, les selles tombèrent à 4 ou 5 par jour. Cependant, au bout de huit jours, nous trouvâmes des kystes d'amibes dysentériques. Le 15e jour, la diarrhée reprit avec une intensité accrue et les selles devinrent muco-sanguinolentes. A l'examen, on trouve alors des amibes vivantes, nombreuses, très mobiles.

Un traitement à l'émétine à doses rapidement croissantes eut rapidement raison de ces symptômes ; les selles devinrent de plus en plus compactes et le malade quitta Châtel-Guyon, le 15 octobre, ne présentant plus que 3 selles par 48 heures et ses œdèmes presque complètement disparus. Aux dernières nouvelles, la situation se maintenait très bonne.

Voilà donc une série de malades chez qui les formes parasitaires de la dysenterie amibienne, absentes au premier examen, sont reparues sous l'influence de la cure de Chatel-Guyon, fournissant ainsi un élément de premier ordre de diagnostic.

Au point de vue thérapeutique, la réapparition des formes jeunes de l'amibiase permet de comprendre l'efficacité du traitement émétinien.

D'ailleurs, dès ce moment, le traitement spécifique est aidé puissament par l'action désintoxicante de l'eau de Chatel-Guyon, et surtout par l'action cicatrisante du chlorure de magnésium.

Nous ne ferons que rappeler les expériences de Delbet et Karajanopoulo sur l'action cytophylactique de ce sel, qui est l'un des éléments principaux de l'eau de Chatel-Guyon.

Pour favoriser cette action cicatrisante, en dehors du traitement thermal habituel, on aura recours au goutte à goutte rectal de petites doses d'eau minérale, selon la méthode de Murphy.

En conclusion, l'eau minérale chlorurée magnésienne donne des résultats remarquables dans le traitement de la dysentérie amibienne à la condition que la réapparition des formes jeunes du parasite soit surveillée, et que l'on profite de ce retour pour y joindre le traitement émétinien.

Cette conception de l'action combinée de la cure thermale et d'un traitement spécifique est très intéressante parce qu'elle peut ouvrir un horizon nouveau à l'action hydrominérale. Pour nous, elle n'est pas une notion nouvelle, et dans un article du *Marseille médical* (1922) nous avons préconisé la combinaison de la cure thermale de Châtel-Guyon et du traitement quinique intensif dans la thérapeutique du paludisme chronique.

Dans ces recherches, nous avons été poussés par l'idée que la thérapeutique, longue et décevante de ces affections chroniques, serait réalisée plus facilement en s'adressant aux réveils et aux réactivations de ces affections. La cure thermale bien surveillée nous fournit un moyen d'obtenir ces phases aiguës artificielles.

Toulouse

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Décollement prématuré du placenta.

M. Laurentie relate le cas d'une VI-pare au 9e mois de la grossesse, albuminurique, qui fut prise brusquement de violentes douleurs, avec diminution de l'acuité visuelle, et écoulement de sang par la vulve. Le pouls était à 120, le facies pâle, l'utérus dur et douloureux, le col dilaté de 4 à 5 cm., mais rigide.

L'auteur pratiqua sous anesthésie la dilatation bimanuelle, un forceps permit d'extraire un enfant mort. La main introduite dans l'utérus fit constater que le placenta était décollé, avec une grosse quantité de caillots. La malade succomba environ 10 minutes après la délivrance.

Absence congénitale de l'utérus.

M. Laurentie communique le cas d'une jeune femme mariée depuis deux ans et qui n'a jamais été réglée ; les rapports sexuels sont douloureux. Le système pileux est assez développé et les mamelles sont normales, mais la vulve est atrophiée, le vagin ne présente qu'une profondeur de 3 cm., on n'aperçoit pas de col utérin au spéculum, la recherche de l'utérus par la palpation a été négative.

Torsion d'un kyste de l'ovaire au cours de la grossesse.

M. Laurentie a eu l'occasion d'intervenir pour un cas de torsion de kyste de l'ovaire survenue au cours d'une grossesse de 3 mois. Il s'agissait d'un kyste dermoïde à très long pédicule tordu 3 fois sur lui-même. Les suites opératoires ont été parfaites, la gestation ne fut pas interrompue.

Sous-anesthésie épidurale pour des forceps difficiles.

MM. Garipuy et Bernardbeig rapportent deux observations où, en prévision de la difficulté d'application du forceps, ils ont recherché l'anesthésie par la voie épidurale. Cette technique, qui leur a donné d'excellents résultats, semble devoir être l'anesthésie idéale pour les interventions obstétricales par voie basse, car elle respecte les fonctions du muscle utérin.

Opération de Porro.

M. Fournier a eu l'occasion de pratiquer cette intervention chez une primipare en travail depuis 36 heures, dont la poche des eaux était rompue depuis 24 heures, et chez laquelle 2 applications de forceps avaient été tentées sans résultat. Les suites ont été excellentes pour la mère et pour l'enfant.

Société anatomo-clinique.

Curiethérapie pré-opératoire pour cancer cervico-utérin.

M. Félix rapporte trois observations de malades atteintes de cancer du col de l'utérus, à forme bour-

geonnante, chez lesquelles il fit de la curiethérapie avant toute exérèse chirurgicale. L'examen histologique pratiqué après l'hystérectomie montra que les zones néoplasiques avaient été complètement *stérilisées*.

Encéphalite myoclonique.

M. Izard relate le cas d'un malade âgé de 20 ans qui présenta un syndrome d'hypertonie gauche avec parésie faciale et hémiatrophie linguale homologue, consécutif à une encéphalite avec myoclonies latélisées à droite.

Cancer de la tête du pancréas.

M. Tapie communique l'observation d'un malade atteint d'ictère chronique sans distension vésiculaire. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer de la tête du pancréas, et l'exception apparente à la loi de Courvoisier-Terrier s'explique aisément par ce fait que l'obstruction des voies biliaires siégeait au-dessus du confluent cysto-cholédocien.

Apophysite antérieure du tibia.

MM. Bouleran et Bonnefous présentent les radiographies des tibias de deux enfants de 13 et 14 ans atteints d'une apophysite antérieure unilatérale du tibia droit, apophysite de croissance analogue à celles qui existent au niveau du calcanéum.

Syndrome parkinsonien chez un enfant.

MM. Auban et Bonhoure montrent un enfant de 13 ans, atteint de rigidité généralisée et de divers troubles moteurs : les mouvements sont brefs, la démarche est saccadée avec antépulsion. Il y a en plus de la dysarthrie et une monoplégie du membre supérieur gauche.

Ces divers troubles doivent être mis sur le compte d'une encéphalite léthargique de moyenne intensité remontant à deux ans environ.

Cicatrice de zona sur un nævus radiculaire.

MM. Laporte, Tapie et Laborde communiquent le cas d'une jeune femme présentant, en plus de diverses malformations (insuffisance de développement, myopie congénitale, lésions dentaires, placards de vitiligo thoracique) un nævus au niveau de la région scapulaire gauche se prolongeant en avant vers l'aisselle. Sur ce nævus, on constate l'existence de petites cicatrices blanchâtres consécutives à un zona ayant évolué quelques années auparavant.

Pseudo-rhumatisme syphilitique subaigu.

M. J. Tapie rapporte l'observation d'une femme âgée de 43 ans, présentant des douleurs polyarticulaires dont la nature syphilitique fut établie par l'interrogatoire (chancre à 23 ans), la réaction de Bordet-Wassermann fortement positive, l'examen radiographique (lésions d'ostéite condensante), et surtout par le traitement d'épreuve qui amena une disparition rapide des différents troubles fonctionnels.

Cancer massif du pancréas.

MM. Sorel et Baillet ont constaté à l'autopsie d'une malade qui présentait depuis plusieurs mois des troubles intestinaux graves une tumeur du pancréas englobant la deuxième partie du duodénum, entourant le cholédoque, l'aorte, la veine cave et adhérant à la capsule surrénale droite. La vésicule biliaire remplie de calculs était petite et rétractée : il n'y avait jamais eu d'ictère. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma.

J.-P. Tourneux.

Les Livres

G. Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

E. Rochard et W.-M. Stern. — **Thérapeutique post-opératoire,** *à l'usage des chirurgiens, praticiens et infirmières.* (1 vol. in-8° de 730 pages avec 156 figures dans le texte, 1923. Prix : 30 fr.).

Cet ouvrage s'adresse à tous ceux qui, appelés à prescrire, à diriger ou à exécuter les divers soins, que comportent les suites, mouvementées ou non, d'une intervention, contribuent au succès de l'acte chirurgical.

Aide-mémoire pour le chirurgien, absorbé par les grandes opérations, guide pour les praticiens dans l'exercice de la moyenne et de la petite chirurgie, il rendra aussi de précieux services aux débutants et aux infirmières qui désirent s'instruire davantage, non seulement pour mieux soigner les malades qu'on leur confie, mais encore pour pouvoir les surveiller avec discernement et savoir attirer, à temps et d'une manière opportune, l'attention du chirurgien sur les troubles et symptômes insolites, que peuvent présenter les opérés.

C'est essentiellement un livre de pratique ; après une étude de la thérapeutique post-opératoire générale, toutes les opérations courantes de grande et de petite chirurgie y sont envisagées tour à tour, et pour chacune d'elles, les auteurs ont décrit les *suites normales*, et aussi les *suites pathologiques* ; ils ont indiqué, pour les unes comme pour les autres, les soins post-opératoires.

Les auteurs se sont efforcés de mettre en valeur les moyens de dépister, chose souvent délicate, certaines complications, qui peuvent surgir dans les jours

qui suivent une opération, dont la nature et la signification ne s'imposent pas toujours au premier coup d'œil.

Sauf pour certains cas, dont la thérapeutique est encore incertaine et flottante, ils n'ont indiqué pour chaque situation qu'une seule ligne de conduite, celle que l'expérience leur a toujours montrée comme étant la plus sûre. Certains moyens thérapeutiques encore relativement peu employés, comme la transfusion du sang, la vaccino, la sérothérapie, la méthode de Carrel, etc., sont décrits, avec toute la précision nécessaire. Il en est de même du traitement actuel du tétanos, de la gangrène gazeuse, des septicémies, de l'érysipèle, etc.

Toutes les opérations des diverses régions sont ensuite abordées et étudiées en détail.

IMPRIMERIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE,
Bruxelles, 34, rue Botanique.

Dr G. LEMOINE. — **Physiologie normale et pathologique de la miction.** (1 vol. in-4, 102 pages, 8 planches hors texte et 17 figures. Prix : 10 fr.)

Cette monographie reproduit, avec quelques corrections, le rapport présenté par l'auteur à la Société belge d'Urologie en juillet 1922. A la lumière de la physiologie normale, dont il a réuni les acquisitions les plus récentes, il a étudié quelques troubles pathologiques de la miction : les incontinences, le spasme de l'urèthre et les rétentions d'urine.

ETABLISSEMENTS ASH, CAPLAIN, SAINT-ANDRÉ,
12, rue de Hanovre, Paris.

A propos du trentenaire de la création du titre de chirurgien-dentiste, la *Semaine dentaire* publie une plaquette sur Pierre FAUCHARD, *chirurgien-dentiste* (1678-1761), son bi-centenaire, son œuvre dans la prothèse dentaire ; le premier examen pour l'obtention du grade de chirurgien-dentiste à la Faculté de Paris après la loi du 30 novembre 1892.

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr R. LEDENT. — **L'éducation physique basée sur la physiologie musculaire.** (1 vol. in-8° de 430 pages avec 88 figures dans le texte, 1923. Prix : 16 fr.)

L'auteur, directeur des cours provinciaux d'éducation physique de Liège, a voulu documenter le professeur d'éducation physique ou l'amateur des sports aux sources de la science. Il allie les notions de la biologie aux enseignements de la pédagogie pour en tirer les nombreuses applications pratiques relatives à l'enfance, à la gymnastique, aux sports, à la prépation militaire, aux fonctions respiratoires, et même à la thérapeutique.

MASSON ET Cie, éditeurs.

Pr Ch. ACHARD et LÉON BINET. — **Examen fonctionnel du poumon.** (1 vol. 156 pages avec 66 figures et schémas, Paris 1922. Prix : 12 fr.)

Dans ces dernières années, nombre de travaux intéressants ont été consacrés aux phénomènes chimiques de la respiration qui, longtemps restés dans le domaine de la physiologie pure, deviennent accessibles au clinicien ; et cet ouvrage a pour but de les rendre accessibles au médecin dans la pratique journalière.

Dans une première partie sont étudiées : la *circulation de l'air dans les poumons* et les conditions physiologiques, dont elle dépend :

Etude de l'amplification du thorax. Méthode pneumographique. Etude comparée de l'ampliation de chaque hémithorax. Capacité vitale. Ventilation pulmonaire. Débit respiratoire. Explorations pneumométriques. Explorations cliniques et radioscopiques du diaphragme. Epreuve du maximum d'apnée volontaire.

Dans une deuxième partie sont exposées les recherches qui concernent *les actes chimiques de la respiration*, dans lesquels le poumon n'intervient que comme une membrane perméable, propice aux échanges, mais dans lesquels le clinicien par des expériences portant directement sur le contenu gazeux du poumon, peut puiser des notions précieuses sur la respiration des tissus et la nutrition des organes.

Technique. Appareils. Résultats généraux. Variations des échanges respiratoires chez différents malades. Combustion du glycose chez l'homme à l'état normal et à l'état pathologique. Mesure de la tension de l'acide carbonique alvéolaire. Exploration du pouvoir éliminateur et du pouvoir absorbant du poumon. Métabolisme basal.

Le *métabolisme basal* peut être, en effet, mesuré directement par le colorimètre, puisqu'il s'agit d'établir, au repos complet et à jeun depuis 10 heures, la production totale de chaleur, par heure et par mètre carré de surface corporelle. Mais il est plus pratique de le rechercher d'une façon indirecte par la connaissance des échanges respiratoires (quantité d'oxygène absorbé, ou d'acide carbonique exhalé) que l'on rapporte à la surface du corps, déterminée au moyen de certaines formules. On sait, d'autre part, la valeur calorifique de l'oxygène ou de l'acide carbonique pour l'amidon, les graisses ou les albumines ; celle de l'acide carbonique est en moyenne de 5.58. Chez un sujet normal, sauf variations suivant l'âge et le sexe, le métabolisme basal est de 40 ; il subit d'importantes variations au cours des états pathologiques.

qu'il y eut suture. Est-ce cela que nous avons promis ? Ai-je le droit de me ranger à cet avis, sans faire faillite à mes engagements ?

J'aime les situations nettes. *L'épluchage ne fut accepté, par la sous-commission, que sous certaines conditions, auxquelles nous avons souscrit pour le faire admettre. Nous n'avons pas le droit de changer ces conditions après coup.* C'est une question de simple loyauté.

***

Mais il est un autre point — très important — dans la lettre du confrère L. M. sur lequel il convient de s'entendre.

Tout d'abord qu'avais-je répondu au Dr C. ? Le voici, *in extenso* :

La compagnie est dans son droit. Voir les *Avis* insérés dans l'Arr. Minist. du 28-6-21, au paragraphe intitulé Art. 17. Il y a « épluchage, etc. » en cas de suture primitive et réunion par première intention. Ce qui n'est pas votre cas puisqu'il y a eu 40 jours de pansements consécutifs.

C'est tout. Pas un mot de plus. Or, le Dr L. M. traduit ainsi « .... Et le confrère Decourt ajoute « la compagnie est dans son droit ; c'est la logique même ». Voyons, mon cher confrère, je n'ai pas parlé de *logique*, je me suis contenté de renvoyer à ce qui avait été *convenu* à la sous-commission et exposé dans les *Avis.* Convention fait loi entre les parties, dit la jurisprudence. Je n'avais pas le droit d'*interpréter* le tarif autrement, sans fausser la convention.

Si j'ai insisté sur le mot « logique », c'est que notre confrère part de là pour *généraliser* et ajouter : « Voilà qui est dangereux. C'est de laisser s'accréditer, pour une seule fois, le principe de la rémunération de nos honoraires, sur la réussite d'une intervention.... Jusque-là, la faute lourde etc.... » (voir plus haut).

Plus loin, enfin : « La théorie de l'insuccès opératoire serait-elle à la veille de s'implanter dans les mœurs ?.... »

Ceci deviendrait grave, en effet ; tout comme le confrère, je serais prêt à combattre, à fond, une théorie aussi pernicieuse qu'inéquitable. Mais il me semble que nous n'en sommes pas là. Qu'avons-nous convenu, en effet, à la Commission ? Qu'on payerait *beaucoup plus cher*, par *exception*, alors qu'au lieu d'une suture simple ou de sutures multiples, on ferait TELLE opération, dite « Régularisation, épluchage, et suture » *aboutissant à une réunion par première intention* ». C'était là le critérum sur lequel, seul, on pouvait se baser en tarification officielle. Autrement, *toute* suture, pourrait être appelée « régularisation, épluchage »....

Et c'est d'après ce critérium que j'ai toujours répondu, non pas en me basant sur l'*insuccès opératoire* qui n'est pas en cause, mais sur l'opération considérée comme *non faite suivant toutes les conditions* acceptées par nous et exposées dans les *Avis*, par l'auteur de la motion lui-même.

Sincèrement, d'ailleurs, je ne vois pas comment il m'eût été loisible d'agir autrement alors que, membre de la délégation médicale à la Commission, j'avais souscrit aux conditions posées avant le vote sur la motion Mocquot.

Si, contrairement à ce que je pense, les craintes du Dr L. M. étaient fondées, et son émotion légitime, si tel devait être le résultat de cette tarification supplémentaire accordée, sous certaines conditions, pour des sutures, je ne pourrais plus que m'écrier : « Alors, périsse plutôt cette motion : qu'on en revienne au *statu quo ante* et qu'on fasse disparaître du tarif Breton ces deux rubriques suspectes ! »

Mais, celles-ci étant données, il me serait impossible, sans manquer à la plus élémentaire probité, de répondre autrement que je l'ai fait jusqu'ici. Ce serait surprendre la bonne foi de ceux qui les ont acceptées, en nous faisant confiance sur les suites qu'elles comportaient. On comprendra que je ne puisse esquisser un tel geste auquel n'oserait même songer un parlementaire, si désireux qu'il fût de plaire aux électeurs.

Dr Fernand DECOURT.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR : LA LOI, LES MEDECINS, LES EMPIRIQUES, LE MONOPOLE MEDICAL

1° La Cour de Cassation a raison. Tant que la loi exige le diplôme de docteur en médecine pour soigner des malades, on doit condamner énergiquement ceux qui soignent sans diplômes.

La question est : êtes-vous en règle avec le diplôme ? et non pas : votre méthode est-elle bonne ? De même qu'on donne des procès-verbaux à quiconque n'a pas payé patente pour vendre un verre de vin (et la régie est autrement impitoyable que les tribunaux vis-à-vis des empiriques médicaux), de même il faut condamner ceux qui soignent sans être en règle administrative.

Pour avoir sa licence de débitant de boissons, on exige certaines conditions. Tout le monde ne peut pas l'obtenir, même en payant. Il y a des distances à observer par rapport aux établissements publics... le maire peut juger qu'il y a déjà suffisamment de débits dans la commune, etc. Quand on délivre la licence en question, on

ne préjuge pas de la qualité des marchandises qui seront vendues. Ce n'est pas le but de la licence. On exige de payer patente et, avant d'être ADMIS à payer patente, il faut remplir certaines conditions.

De même, pour soigner des malades, il faut payer patente et, pour être ADMIS à payer patente, il faut remplir certaines conditions dont la principale est : être muni du titre de docteur en médecine.

Donc, tant que la loi sera ainsi, elle doit être appliquée pour TOUS, SANS EXCEPTION... avec la même sévérité que montre la Régie pour un malheureux verre de vin vendu sans son autorisation (encore une fois, cette régie, n'y va pas doucement... informez-vous)

2° *La loi est-elle juste, qui exige le titre de docteur pour être admis à payer patente ?*

Cette loi n'a pas été établie pour « les beaux yeux des médecins ». C'est la société qui a éprouvé le besoin de se protéger. La médecine libre a été montrée, par l'expérience, absolument désastreuse. Les charlatans et les escrocs ont toujours eu beau jeu et ce sont les excès de leurs méfaiss qui ont entraîné a exiger des garanties. Par le diplôme de docteur en médecine, elle se met à l'abri d'une nuée de gens sans aveu qui exploiteraient facilement la crédulité publique pour arriver à des désastres financiers et sanitaires.

3° *Peut-on admettre que des gens, en dehors des médecins, soient capables de guérir ?*

Je ne crois pas qu'il existe des « guérisseurs » qui se mettent sur le terrain où se place la médecine : il serait vite démontré leur incapacité.

Presque toujours, il s'agit de personnages qui se placent sur le terrain du merveilleux. Ils se prétendent possesseurs d'un « pouvoir » occulte, mystérieux, surhumain. Ils empruntent parfois un jargon émaillé de locutions à consonnances scientifiques.

C'est bien simple : qu'ils fassent leurs études médicales ; ensuite, ils pourront employer leurs fameux moyens.

Puisque le nom de M. Valabrègue, de l'*Ere Nouvelle*, a été mis en avant, je lui dirai : « faites-vous docteur, et puis, vous emploierez les moyens qui vous plairont ». Au moins ces gens-là sauront-ils « de quoi » ils guérissent leurs malades.

Car il est une chose vraiment inadmissible : ces francs-tireurs de la médecine guérissent, disent-ils, mais de quoi ?

De deux choses l'une : 1° ces guérisseurs guérissent INFAILLIBLEMENT TOUTES *les manifestations morbides*. Dans ce cas ils n'ont évidemment pas besoin de savoir le nom de la maladie. Il suffit d'être malade de n'importe quoi pour être justiciable de leur procédé ; 2° ces guérisseurs ne guérissent pas *tout*. Alors devraient-ils être tenus de connaître la pathologie pour distinguer les cas de leur ressort et faire tenter par le malade la chance de se faire guérir ailleurs dans les cas qui ne sont pas du domaine du guérisseur.

1er *cas*. Si le guérisseur guérit TOUS les cas pathologiques par son moyen :

a) Il se prétend infaillible, dans ce cas, il n'y a qu'à l'amener dans une salle d'hôpital et lui ordonner de guérir tous les malades. Il rendrait service à ceux que notre impuissance qualifie d'incurables. S'il ne réussit pas, mettons-le en prison comme escroc. Le châtiment sera doux comparé à celui qui illustre les contes de fées. J'ai lu à plusieurs exemplaires l'histoire des empereurs malades que les charlatans se vantaint de pouvoir guérir. A la fin, ces princes mettaient à mort ceux qui échouaient (voir l'histoire suggestive de Darius, blessé en descendant de cheval, faisant supplicier ses médecins Egyptiens qui ne le guérissent pas, *in Æsculape*, du 1er janv. 23.)

b) *Le guérisseur ne se prétend pas infaillible.* S'il reconnaît que son « truc » ne réussit pas toujours, il n'est pas plus avancé que le médecin qui, lui, n'a jamais prétendu à l'infaillibilité. Il a la ressource et la ruse de prétendre échouer moins souvent que le médecin, mais il sera impossible de raisonner avec lui puisque, à la base de toute discussion de cet ordre, il y a la connaissance de la pathologie qu'il ignore. Le jour où il la connaîtrait, sa modestie deviendrait très grande et il aurait le vertige des « bourdes » formidables qu'il peut commettre.

Je parle évidemment pour le « guérisseur » « de bonne foi et qui vraiment croit avoir un « truc ». Pour l'escroc... pas de discussion possible. Il l'évitera, et pour cause. De guérisseurs de bonne foi, il doit y en avoir très peu... s'il y en a.

2e *cas. Le « truc » ne guérit pas tout* : il y a donc nécessité absolue de connaître d'une façon précise le domaine de sa puissance (donc avoir fait des études médicales) afin de ne pas exposer les malades à de graves mécomptes et ne pas jeter le discrédit sur la méthode employée à tort et à travers, même dans des cas où elle est impuissante, faisant perdre du temps et de l'argent au malade, l'exposant à ne pas guérir par le retard mis à essayer une autre méthode plus appropriée à son cas.

S'est-on jamais demandé : Pourquoi les hommes se sont creusé la cervelle et livrés à de durs travaux pour élaborer la médecine telle que nous la connaissons ?

A l'origine, l'homme, concurremment avec la science basée sur l'observation des faits naturels, a essayé d'aller plus vite et d'avoir moins de travail ardu, en recherchant le merveilleux. Quelle veine et quelle chance si par un geste, une prière, une incantation, un remède unique et merveilleux, on arrivait à guérir ! Plus besoin de

travailler dur à l'anatomie (étudiée dès la plus haute antiquité), à l'étude des plantes, des minéraux, à la cause des maladies, à leur mécanisme, etc. Les hommes n'ont pas réussi. Et Dieu sait si des intelligence profondes s'y sont efforcées ! Les travaux et les idées de nos chercheurs modernes de merveilles sont jeux puérils à côté de ce qu'ont cherché et cru trouver les Egyptiens, les Chaldéens, les Hindous, les Chinois ! Et c'est parce que cette expérience, cette recherche vieille de milliers d'années, s'est montrée vaine que l'homme s'est décidé au terre à terre du labeur constant et s'est résigné à *observer* et à *étudier la nature* pour en surprendre péniblement des bribes de secrets.

L'évolution dans le temps a démontré l'inanité de la recherche du merveilleux, mol oreiller sur lequel la paresse humaine a tenté de se reposer, effrayée par le labeur insensé que représente la recherche de la vérité scientifique telle que nous nous la représentons aujourd'hui !

Si M. Valabrègue, de l'*Ere Nouvelle*, réfléchissait tant soit peu, il se dirait ceci : « Il y a environ 20.000 médecins en France. Il y en a certainement autant en Allemagne, autant en Angleterre, beaucoup plus aux Etats-Unis, en Italie, Espagne, Russie, etc., etc. Sur ce nombre formidable, beaucoup certainement ont dû jeter un regard en dehors de la science médicale officielle (je peux lui affirmer qu'il y en a peut-être le 1/5e). Il y a peut-être 50.000 médecins dans le monde entier et actuellement vivants (ne parlons pas de morts) qui se sont demandé : qu'est-ce que l'hypnotisme ? Qu'est-ce que l'occultisme ? Qu'est-ce que ... tous ces mystères dont on parle tant ?

L'imprimerie a si bien diffusé la pensée que peut-être on ne trouverait pas une seule bibliothèque de médecin, ne contiendrait-elle que 200 volumes en tout, dans laquelle on ne trouverait au moins un seul volume traitant... de ce fruit mystérieux et tentateur, qui a hanté les cervelles jeunes et enthousiastes. La mienne en fut ! J'ai surpris bien des camarades qui en avaient rêvé et n'osaient pas l'avouer !

Hélas ! nous sommes peut-être plus de 50.000 qui avons espéré secrètement nous débarrasser du labeur... puis il a fallu, devant l'évidence, se courber sous la pathologie, l'anatomie, la biologie... et tant de noms en *ie*... Honteux d'avoir espéré autre chose, heureux peut-être d'avoir mieux senti la nécessité de l'étude méthodique, fruit des siècles passés, du labeur lent de nos ancêtres grecs, arabes, juifs, montpelliérains, salerniens...

Leur travail a éclos parce que la nécessité de son existence était démontrée par l'échec des rêveries féériques et extra-humaines.

Si l'homme avait réussi tant soit peu dans la recherche du merveilleux, il ne se serait pas cassé la tête à « turbiner » et à fonder une science médicale.

Jusqu'à ces derniers temps les deux sont allés de pair. Le jour où la médecine s'est débarrassée nettement du merveilleux, elle a fait un bond formidable en avant et ... merveilleux.

Les médecins guérissent-ils leurs malades ?

Le nombre des échecs est relativement peu élevé. Que tout praticien examine l'ensemble de ses résultats.

1° *Malades qui ne sont pas malades.* Le médecin sait parfaitement que le patient n'a rien. Suivant les cas, le praticien déclare « Vous n'avez rien ». Allez en paix », ou bien, si la mentalité du malade s'y oppose, il établit un semblant de traitement et la « guérison » se manifeste claire comme le jour aux yeux du « malade ». Le médecin ne se dupe pas. Le « guérisseur » (nous le supposons toujours de bonne foi) s'est parfaitement figuré qu'il guérissait.

2° « Malades » malades. Le médecin sait ce que les ressources de sa science peuvent donner avec toutes les nuances allant de la certitude à l'incertitude, il sait la part du hasard et des lois nettement définies.

En résultat... peu d'échecs à côté des succès !

Ce que l'on pourrait disputer au médecin, ce sont ces quelques insuccès. L'épreuve n'a jamais été faite sérieusement.

Y a-t-il intérêt pour le corps médical à ce que *soit maintenue la loi monopole* ?

Si l'exercice de l'art de la médecine était brusquement rendu libre, que se passerait-il ? Immédiatement, floraison insensée de « guérisseurs ». Leur succès serait formidable. Le corps médical en souffrirait beaucoup.

Mais il ne se passerait pas deux ans sans qu'il se produise un revirement extraordinaire.

Le public, après une expérience lamentable et douloureuse, serait le premier à réclamer le contrôle du doctorat.

Et d'ailleurs, le public est-il, actuellement, opposé au monopole

Depuis l'article paru dans le *Concours*, je pose la question dans mon entourage : « Ne croyez-vous pas que quiconque se croit capable de guérir devrait pouvoir exercer la médecine ? »

Je n'ai pas trouvé d'opinion favorable dans le public *neutre*.

Les réponses favorables émanaient de personnes qui y trouvaient un résultat immédiatement avantageux pour elles-mêmes, parce qu'elles se croyaient des aptitudes médicales (prêtres, infirmières, masseurs, etc).

Notez ce fait savoureux :

Un employé de gare qui a été infirmier sous mes ordres pendant la guerre et qui profite de ses loisirs pour faire du massage (il a même une bonne clientèle... il soigne tout par le massage), se plaignait à moi il y a deux mois de l'envahis-

sement de la profession de masseur par « un tas d'incompétences ». Il réclamait contre le gouvernement qui devrait réglementer la pratique du massage.

Je le vis ces jours-ci et, sans en avoir l'air, je l'amenai à donner son avis sur la question de la liberté de l'exercice de la médecine. Ce fut alors un discours véhément... tout le monde devrait être libre, et je suppose qu'il serait des premiers à en profiter : c'est peut-être à lui seul qu'il pensait à ce moment-là.

Le corps médical sortirait grandi de l'épreuve de médecine libre. Ce serait sa fortune. Les jeunes actuels ne s'y lanceraient pas et se dispenseraient volontiers des études dures, coûteuses, pénibles. L'encombrement de la carrière n'existerait plus.

Nous qui avons « le pied à l'étrier », pâtirions quelques années. Puis ce serait le retour du public. Nous n'aurions pas grand'peine à démolir la concurrence des « amateurs médecins ». Nous pourrions alors faire payer très cher notre concours qui serait mieux estimé, car il y aurait un point de repère, point de comparaison. Le dernier des praticiens ferait des miracles à côté du « guérisseur », et le public toucherait du doigt la différence. Le monde est gâté actuellement par les bienfaits de la science et ne les apprécierait que le jour où il en serait privé après en avoir goûté. Mais la chose serait trop inhumaine. Notre honneur ne nous permet pas de réclamer cette épreuve. Le public ne l'accepterait pas. Elle n'est réclamée en somme que par quelques « farceurs » qui sont à l'affût de gains et de profits illicites et quelques illuminés de bonne foi qui ne se rendent pas compte ... ils ne peuvent d'ailleurs pas s'en rendre compte à cause de la tournure défectueuse de leur esprit qui n'a pas le pouvoir de critique tel que nous le concevons et tel qu'il doit être pour bien observer la réalité des faits.

Dr L. SENDRAL.
(Pau.)

LA RUÉE VERS LA LOI DES PENSIONS

Dans le *Concours médical* du 25 mars 1923, l'inlassable docteur Decourt, vient de ramener la vérité sur « l'offensive médicale » contre la loi des pensions.

La question en vaut la peine, dit-il.

Je cherche refuge dans les colonnes du *Concours* pour faire une déposition d'actualité :

Des jugements sévères ont accueilli les communications de nos maîtres, de nos confrères. Elles furent ainsi flétries sous les appellations de « mauvaise action », « d'action maladroite ». (M. Maginot, Congrès des Mutilés, 19 mars).

Le Dr Molinié, député de la Seine, est allé jusqu'à la faute internationale, à la dénonciation tapageuse, au point d'interrogation injurieux. (*Petit Journal*, 22 mars).

Pourquoi donc un tel égarement d'interprétation ? Il n'est certes pas dans la pensée de l'offensive (?) partie de Montpellier, d'attenter aux Droits sacrés des Mutilés et Réformés de guerre ; il est dans cette pensée, aussi claire que les rayons de leur gloire, de sauvegarder leurs légitimes droits contre une libéralité d'usurpation.

Nous touchons à une époque où la tendance qui s'affirme peut être ainsi exprimée :

« Nombreux sont ceux qui, se reconnaissant une infirmité, ou qui frappés d'une maladie incidente, élèvent des droits au bénéfice de la loi des Pensions, pourvu qu'ils aient fait la guerre, de près ou de loin ».

S'il est possible d'admettre leur demande au nom de leurs droits supposés, tellement supposés qu'ils ont besoin pour s'étayer de forcer le seuil de la présomption d'origine et du domaine moral, n'est-ce point, au regard des droits réels des vrais méritants, une injustice sociale ?

Cette injustice s'est montrée à nous.

Fallait-il placer à la porte de la conscience médicale le : « Taisez-vous ; Méfiez-vous » — des heures tragiques ?

Personnellement, je crois remplir un devoir en livrant la communication suivante, qui touche aux affections oculaires :

Je ne suis pas médecin-vacateur attitré. Je me suis éloigné de cette fonction pour ne pas y retrouver le renouveau des luttes pénibles que j'ai connues au début de la guerre comme médecin de dépôt, dans la révélation de l'homme chez le soldat. Mais, sous la nécessité, je reçois quelquefois mission de suppléance.

Je viens de remplir cette mission du 16 mars au 23 mars 1923, et voici le résumé de 8 dossiers que j'ai eus à examiner :

1er, 16 mars. — A. N. Classe 1913, *x* R. d'infanterie. Leucomes cornéens ODG. Pas de maladie oculaire mentionnée au cours du service. 10 % d'invalidité. Demande d'augmentation.

2e, 16 mars. — D. P. Classe 1893, *x* R. d'infanterie T. Sclérose optique. Paludisme, 50 % d'invalidité. Demande d'augmentation.

3e, 19 mars. — G. F. Classe 1910, *x* R. d'Artil. lourde : Nystagmus. A réalisé en service une fièvre typhoïde. Demande de pension.

4e, 20 mars. — M. F. Classe 1903, *x* R. d'infanterie. : Enucléé OD. Blessure en service. Demande d'augmentation d'invalidité.

5e, 21 mars. — R. E. Classe 1893. *x* R. d'infan-

terie T. OD cataracte sub-complète. OG début d'opacification. Demande de pension.

6e, 21 mars. — R. P. Classe 1913, x R. d'infanterie. ODG myopie. Acuité visuelle corrigée ODG. 2 dioptries : 1 forcé. Demande de pension.

7e, 22 mars. — B. H. Classe 1890, x R. d'infanterie T. OD. amétropie hypermétropique papille correspondante physiologiquement. OG mucocèle. Début de cataracte. Demande de pension.

8e, 23 mars. — M. R. Classe 1895, x Train des équipages OD normal. OG énucléé pour tumeur intra-bulbaire (sarcome). Demande de pension.

L'étude de ces dossiers parle clairement à l'entendement médical.

Les 1, 5, 6, 7, 8 ne peuvent être scientifiquement rattachés dans leurs causes originelles aux cas qui doivent bénéficier largement de la présomption d'origine.

Le 4 comporte un plein droit.

On reste surpris devant la proportion de demandes à rejeter.

Si cette réalité s'est présentée dans un laps de temps aussi court, et dans un coin de territoire aussi réduit, est-ce une présomption criminelle d'ouvrir une pensée de généralisation sur le présent et sur le passé ?...

Non, ceux qui ont senti passer en eux le frisson du sacrifice ne trembleront pas et ne jetteront pas l'opprobre, si un jour devait sonner l'appel d'une révision.

Et en songeant à son exécution possible, j'ai à dire, en parlant par mon âme, qu'elle ne devrait pas recevoir une solution sur place, pour aller vite, pour aller économiquement. Il ne faut pas placer le médecin dans une ambiance de « surhomme ».

Son devoir doit s'exercer dans un champ libre d'entraves, loin du flux et du reflux des ressentiments et des rancunes, des tendances affectives, des appels d'influence ; dans le temple d'une conscience inaccessible aux divinités des coups d'épaule.

Les dettes de l France à ses défenseurs sont intangibles, mais la France n'a pas la mission de racheter par compensation la demi-humanité courbée sous les tares de sa destinée.

Dr Cazalis, Béziers.

MADAME L'INFIRMIÈRE INSPECTRICE DES NOURRISSONS

Comme il serait désirable qu'il en fût en toute occasion, il s'est écoulé plusieurs semaines entre le moment désagréable dont je voulais vous entretenir et le jour où j'écris.

Mais si désagréables que m'aient été les incidents, à moi personnels, de février-mars, ces incidents, et mon déplaisir d'alors, ne sont que futilités à côté de la douleur angoissante, *de l'angoisse douloureuse* serait plus juste, que nous apportent les journaux d'avril 1923.

Nous devons espérer que, entre les accusations publiées et les jugements à intervenir, plus d'un trouvera l'heure d'une défense réconfortante, mais le moins qu'il puisse rester de cet abominable cauchemar, c'est que nous aurons à nous soumettre — partout et toujours — au contrôle du *tiers payant.*

Mon sentiment me pousserait à une solution plus extrême : je pense que cette *marseillade* est la condamnation de ce qu'on appelle la médecine sociale.

Si là-bas, trente aigrefins ont pu trouver vingt millions, argent compté dans l'exploitation de quinze mille carnets à souche, répartis entre cinq mille individus, que ne trouvera-t-on pas quand il y aura des millions de détenteurs de carnets analogues ?

Qu'importent dès lors mes doléances ?

Cela importe tout de même et par deux fois.

Madame l'inspectrice est incontestablement dans son rôle quand elle date sa visite sur la souche du dernier bulletin que j'ai détaché, et elle eût été dans son rôle (défini si cruellement par l'affaire de Marseille) en datant encore le premier bulletin que j'ai à détacher. Tu me contrôles, je te contrôle — puisqu'il y a un tiers payant, c'est franc jeu.

Seulement, il fallait s'abstenir des commentaires :

Par exemple, ce fut une idée singulière que d'écrire sur mes souches, datées de ma main mais non paraphées en vérité, ces mentions : *une signature, par une seule signature ; signez vos souches, signez s.v.p.* !

Et ce fut une idée vraiment fâcheuse que de dire à une nourrice : *votre médecin fait ses visites trop tôt.*

Voilà pour la première erreur.

La seconde erreur est plus grave. Cette inspectrice est une infirmière. A ce titre, elle sait la médecine et elle fait de la médecine.

Dans le village de S., elle déclare : « *Tous les enfants, ici, ont le gros ventre* ». Rien que çà !

A H., elle fait déshabiller un bébé qui tousse, sans prendre garde que la chambre est froide, à ce moment-là. Deux heures après, grosse fièvre, respiration haletante,... convulsions. C'est l'orée d'une broncho-pneumonie grippale : j'ai dû m'offrir seize kilomètres dans la nuit pour commencer.

Nous nous en sommes tirés, non sans peine.

Mais il y a mieux : quand une dame fonctionnaire fonctionne, elle ne peut pas oublier que sa fonction n'a d'autre raison d'être qu'*organiser*... un peu de médecine sociale, et on me fait tenir un poulet qui comprend la petite statistique que voici :

La consultation de nourrissons pourrait, à P., être suivie par un nombre d'enfants suffisant, puisque, en dehors de la présence facultative des enfants libres (*sic* !), le règlement exige la présence...

Des enfants assistés au nombre de	zéro
Des enfants secourus temporairement »	zéro
Des enfants protégés »	onze
Des enfants bénéficiaires au titre : familles nombreuses »	zéro
Des enfants bénéficiaires de la prime d'allaitement »	zéro
Total	onze

J'ajouterai que les enfants libres sont au nombre de ...un.

Aussi que, sur les onze protégés, il en est sept à amener, par n'importe quel temps, d'un hameau éparpillé à 2 kilomètres de la mairie. Ils ont été confiés par des filles-mères, évidemment pas riches, à des nourrices peu fortunées (çà, je le sais) qui, ensemble (je veux dire mère et nourrice) n'ont que leurs bras ou la brouette pour promener les gosses.

Il est d'ailleurs urgent de changer quelque chose à vos us et coutumes : les enfants, libres ou non, nés à P s'obstinant, depuis nombre d'années, à fournir une mortalité zéro.

Les enfants protégés (lisez : nourrissons au biberon) sont généralement moins heureux, mais, pour 1922 précisément, ils ont atteint le record : mortalité : zéro.

En un sens — très sportif — ils l'ont même battu : zéro, sur un ou deux enfants nés natifs, çà ne procure pas grand chose.

Zéro sur onze, c'est mieux !

Avant de conclure, je rappelle mon opinion : à la ville, remplacez (ou complétez) les pestilences à venir des logis entassés, par les contagions qu'assurent vos consultations de nourrissons ; c'est votre affaire et je ne suis pas juge de savoir si vos leçons d'hygiène et le lait (propre ?) que vous distribuez, payent, contre-payent ce mal certain.

Mais dans nos villages ? Non !

Laissez-moi surprendre mes bonnes femmes, voir où sont les couches sales ; laissez-moi gronder ou conseiller, selon l'occurrence, mais à domicile.

Mais, surtout, laissez à ces pauvres mioches le bénéfice de leur quasi-isolement, — où le contage a toutes chances et d'être rare et de venir d'un seul et à petites doses.

Et je conclus : n'organisez pas tant de choses, ni partout.

Contrôlez-moi, c'est entendu ! mais contrôlez-vous vous-même, et veillez donc à ce que, ce que vous promettez soit tenu.

On nous chante une histoire énorme sur la Marseillade ! Moi je connais, de vous, une autre... et bien belle chanson : protégeons les mères !

Dans le fait, voici les deux derniers couplets que j'ai entendus :

A X, on refuse à Noëmie, pour son neuvième enfant à naître demain — LES HUIT AUTRES SONT VIVANTS — la *layette* que *permet* le réglement départemental.

A. R., Ida, qui a accouché, aux mains de la voisine, de son quatrième, me fait informer au passage — et me dit qu'elle ne m'a pas dérangé parce qu'on ne lui a pas donné *le bon pour me payer.* J'avais cependant fourni tous les certificats prévus et en temps utile.

Mais voilà : le budget ne peut pas fournir à tout. Payant une dame qui sait la médecine, il ne peut évidemment pas payer la layette du neuvième à Noëmie.

Il faut choisir. Il y a des gens qui pensent que, dans l'état actuel de nos finances, il serait prudent de ne pas créer.. ; les promesses déjà faites coûteront — coûteraient — déjà beaucoup trop cher... si on les tenait.

Que vous en semble-t-il ?

C.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat médical de Mulhouse et environs

Mon cher Confrère,

Dans le numéro 14 du 8 avril du *Concours médical* nous lisons à la page 1256 :

A la suite d'un arbitrage, le forfait fut porté à 19 francs, soit une augmentation de 35 % environ. Cette somme comprend, dans la plupart des caisses, les soins aux membres de famille.

Veuillez nous permettre de vous rendre attentif que la dernière phrase n'est pas juste et ne correspond pas à la réalité. Le forfait de 19 fr. est *uniquement* pour les soins aux assurés. Les soins aux familles sont payés, soit à la visite, soit avec une augmentation du forfait des assurés allant jusqu'à 50 %, suivant le nombre de chefs de famille membres de la Caisse.

Nous avons tenu à mettre au point cette inexactitude et vous serions obligés de vouloir la corriger dans un de vos prochains numéros.

Veuillez agréer, cher confrère, nos meilleures salutations confraternelles.

Le secrétaire,
Dr KLEIN.

1re Réunion annuelle du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Brioude

Ordre du jour : 1° Contrôle des pupilles de la Nation. Ce service est commencé dans certains cantons depuis 15 jours et s'effectue normalement. Le président invite les médecins contrôleurs à adresser au président de l'Office départemental un rapport sur le fonctionnement de ce service à l'issue de leurs tournées.

2° Commission de contrôle des Mutilés. Le Dr Dorel rend compte du fonctionnement de cette commission dont il assume les fonctions de secrétaire. Il fait part à ses confrères de l'installation du bureau administratif créé à la préfecture du Puy, et il se plaît à reconnaître que l'ordre y est très assuré et que les difficultés peu sérieuses, qui s'y rencontrent, sont vite tranchées grâce à la bonne entente du Corps médical et de la préfecture de la Haute-Loire.

Le Dr Dorel, président de la fédération départementale des médecins, invite les confrères de l'arrondissement de Brioude à assister nombreux à l'assemblée générale de cette fédération qui se tiendra en juin prochain à Yssingeaux.

La discussion sur le tarif kilométrique est très vive, et on regrette la réduction consentie par l'Union des Syndicats Médicaux de France en décembre 1922.

Les médecins du Syndicat de l'arrondissement de Brioude réunis en assemblée générale le 11 avril 1923 demandent à l'Union des Syndicats médicaux de France de soutenir très vivement les intérêts des médecins de campagne, toujours lésés depuis quelques années dans les tarifs établis pour les collectivités. Ils émettent les vœux : 1° suppression totale à l'avenir des catégories de médecins ; 2° rétablissement à 1 fr. 50 (pays de montagne), du kilomètre parcouru. Ils donnent mandat à leur président, le docteur Dorel, membre du bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France, de défendre leurs droits, et de porter à la connaissance du bureau de l'Union, leurs justes et légitimes revendications.

Le Dr Dorel rend compte ensuite de la visite que lui a faite récemment M. l'inspecteur primaire de Brioude, à l'effet d'organiser l'inspection sanitaire scolaire des écoles de cette ville. Les médecins de la ville de Brioude estiment que l'inspection scolaire serait une mesure très utile et ne refuseront pas leur concours, après entente avec le Syndicat, lorsque l'organisation tant administrative que budgétaire en sera faite, mais ils ne peuvent s'immiscer dans la création de cette organisation encore embryonnaire, qui dépend du Conseil municipal et du Conseil général. Ils réservent donc leur acceptation dès que le projet sera établi et leur sera communiqué. Cette délibération sera portée par le président à la connaissance de M. l'Inspecteur primaire.

Après entente, le Syndicat décide de tenir sa 2e session en septembre à la Chaise-Dieu, et le Dr Tillot veut bien se charger de la préparation de cette réunion. La question de l'hospitalisation des mutilés et accidentés du travail est envisagée au sujet de la rémunération des médecins et chirurgiens qui donnent leurs soins aux malades de ces catégories, hospitalisés. Lecture est donnée de la circulaire n° 11 de février 1923 de l'Union. Cette question n'intéresse pas directement les médecins de l'arrondissement de Brioude, qui ne possède que des hospices, qui ne reçoivent pas des mutilés aigus à traiter ou opérer. Toutefois, les médecins du Syndicat émettent le vœu que les médecins et chirurgiens des hôpitaux du Puy et Clermont-Ferrand où sont dirigés les malades de cet arrondissement s'entendent pour exiger des rémunérations égales à celles que reçoivent, d'après les tarifs établis pour les soins ou opérations à pratiquer sur des mutilés ou accidentés qui ne sont pas des indigents, les médecins ou chirurgiens des cliniques privées.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à midi 15 et on se rend au déjeûner confraternel et amical, qui termine agréablement les réunions syndicales de notre arrondissement.

Brioude, 12 avril 1923.

Le président,
Dr Dorel.

LETTRE OUVERTE A MM. LES PRÉSIDENTS DES SYNDICATS MÉDICAUX

Toulouse, le 23 mars 1923.

Monsieur le Président,

La Presse laisse entrevoir que, malgré toutes les enquêtes et tous les avis, le Parlement se prépare à discuter la proposition de loi Vincent sur les assurances-maladies obligatoires. Il serait temps que le corps médical groupe et coordonne ses efforts pour démontrer aux dirigeants de la Nation, aux classes de travailleurs qui seront comprises dans les catégories d'assujettis, aux médecins eux-mêmes, que ce projet n'est pas soutenable, étant de nature à léser les intérêts de tous.

Le budget national succombe sous les charges de tout ordre, dépenses utiles et indispensables, dépenses inutiles ou surabondantes, etc.

L'application de la loi Vincent le grèvera à nouveau, créant des difficultés trésorières toujours plus

grandes et cela sans aucune nécessité, sans que personne puisse en profiter utilement, sans que personne la réclame. . . . .

Les assujettis, eux et leurs familles, verront leurs systèmes actuels de services médicaux, libre choix d'un médecin en qui on a toute confiance, recours à des organisations mutualistes, remplacé par la médecine fonctionnariste, la consultation anonyme, les soins à forfait, en vitesse, la thérapeutique bureaucratique exempte de cette influence morale et bienfaisante qui se dégage de l'intervention d'un praticien que le client choisit, connaît et aime. Que les ouvriers, employés, artisans, agriculteurs, assujettis de tout ordre, songent à ce que sera pour eux et leurs familles toute leur vie, depuis le vagissement de leur nouveau-né jusqu'à l'agonie de leur mère, le régime médical de la caserne. Ce régime-là porte ses bienfaits quand il s'adresse à des individus bien disciplinés, en des conditions exceptionnelles de leur existence, mais ce n'est pas le régime de rêve pour tout le monde et pour tous les jours.

Les médecins, eux, pourront faire abandon de leur désir de perfectionner leur sens clinique, abandon de leur bonté, de leur dévouement, de leurs bienfaisances continues, ils marcheront à la vapeur, à l'heure et à la minute et sur ordre. Les enquêtes des Syndicats médicaux sont démonstratives : le système de l'assurance-loi n'a contenté personne ni à l'étranger, ni dans les Provinces reconquises et les médecins savent que, devenus fonctionnaires, l'idéal de leur profession est brisé.

Monsieur le Président, convoquez-nous, unissons-nous, mettons fin à des groupements de dissidences de vues, organisons un moyen de défense professionnelle unique, convenant à tous et assurons, en même temps que le respect de la dignité de notre profession, la défense des intérêts de l'Etat et des citoyens. Entrons en relations avec les syndicats ouvriers, travailleurs manuels ou intellectuels, unissons-nous pour assurer l'intégrité et le maintien du bien-être de tous, expliquons à nos Parlementaires l'erreur de leurs vues, arrêtons les au bord du gouffre, gouffre profond qui déséquilibrera les facultés financières de la Nation.

Comptant sur votre action, Monsieur le Président, je vous exprime mon attachement confraternel et mon dévouement.

Dr Dieulafé.

LE CONCOURS MÉDICAL ET SES FILIALES

Mutualité Familiale du Corps médical Français

Réunion du Conseil d'Administration

29 *mars* 1923.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Mignon, Gassot, Noir, de la Rochefordière, Pamart et Mazéroux.

Excusés : MM. Vimont, Huguenin, Boudin et Duchesne.

En l'absence de M. Boudin, M. le Dr de la Rochefordière remplit les fonctions de secrétaire.

Versement à capital réservé.

M. Mignon, secrétaire général, expose qu'à la suite de l'envoi par l'Association générale des médecins de France d'une circulaire dans laquelle elle se propose comme intermédiaire entre ses sociétaires et la Caisse nationale des retraites pour la constitution de pensions de retraite, il a reçu un certain nombre de lettres.

Ce qui a paru frapper particulièrement nos confrères, c'est qu'il est possible de faire à la caisse nationale des versements en réservant le capital, et ils nous demandent si la Mutualité familiale ne pourrait pas faire, elle aussi, une combinaison avec versements à capital réservé.

M. le président Maurat a consulté à ce sujet M. Fleury qui a répondu que la chose était, sinon impossible, du moins fort difficile pour une société comme la nôtre, que nous étions non pas une assurance, mais une société de secours mutuels, qu'il fallait un nombre considérable d'adhérents, que la cotisation serait forcément très élevée, qu'enfin, si on voulait entrer dans cette voie, il fallait se borner à imiter l'Association générale et à servir simplement d'intermédiaire entre les sociétaires et la caisse nationale des retraites. M. Maurat ajoute que la chose, ainsi envisagée, ne serait pas impossible puisque l'article 27 des statuts la prévoit, mais il estime qu'elle ne présente en réalité aucun intérêt.

La Mutualité familiale a une organisation bien définie : elle fait la contre-assurance des cotisations retraite. Ceux à qui ce mode de faire convient continueront à venir à elle, ceux qui veulent autre chose iront à la caisse nationale des retraites en s'adressant à l'Association générale ou plus simplement à leur percepteur ou au premier bureau de poste venu.

La Mutualité familiale n'a pas à bluffer ni à paraître concurrencer l'Association générale : puisqu'elle ne peut faire elle-même le capital réservé, elle restera ce qu'elle est.

Après une discussion à laquelle prennent part tous les membres présents, le conseil se range à l'avis du président et décide que la Mutualité familiale ne changera rien à son mode de faire actuel.

Indemnité maladie

Sur le rapport du secrétaire général, le conseil alloue les indemnités suivantes :

Combinaison MA et B.

34	Parmentier	Var	3 mois	300 »
61	Force	Puy-de-Dôme	3 mois	300 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
81	Treille	Creuse	3 mois	300 »
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
106	Roger	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
151	Grorichard	Jura	28 jours	300 »
154	Poirson	Jura	3 mois	280 »
162	Bilhaut	Paris	20 jours	300 »
164	de Grissac	Seine-et-Oise	3 mois	200 »
171	Laguens	Gironde	3 mois	300 »
178	Serrigny	Haute-Saône	10 jours	300 »
186	Collinet	Charente-Inférieure	2 mois et 6 jours chr.	100 »
188	Gamblin	Pas-de-Calais	7 jours	200 »
192	Houdart	Finistère	37 jours + un mois et 27 jours chr.	70 »
218	Nicolas	Aveyron	60 jours + un mois et 4 jours chr.	543 25
228	Tacheron	Aube	16 jours	713 20
255	Demmler	Oise	3 mois	160 »
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
265	Coudère	Creuse	37 jours	300 »
295	Barbier	Isère	60 jours + 6 jours chr.	370 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	620 »
341	Chabanon	Lozère	6 jours	300 »
348	Miltas	Creuse	30 jours	60 »
349	Servas	Ain	6 jours	300 »
357	Mathieu	Paris	3 mois	60 »
374	Traby	Pyrénées-Orientales	60 jours + un mois et 11 jours chr.	300 »
379	Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	736 25
416	Chabert	Gard	12 jours	300 »
432	de Lagoanere	Gironde	31 jours	120 »
490	Vincens	Alpes-Maritimes	3 mois	310 »
504	Delucq	Gers	3 mois	300 »
505	Levraud	Bouches-du-Rhône	37 jours	370 »
596	Grando	Pyrénées-Orientales	3 mois	370 »
614	Aube	Var	3 mois	300 »
640	Sondaz	Rhône	12 jours	300 »
669	Savatier	Paris	7 jours	120 »
673	Berger	Gironde	38 jours + 23 jours chr.	70 »
682	Viaud	Manche	48 jours	456 60
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	480 »
709	Sabatier	Bouches-du-Rhône	14 jours	300 »
717	Reynier	Haute-Savoie	13 jours	140 »
765	Gaudier	Paris	2 jours	130 »
791	Cotte	Bouches-du-Rhône	4 jours	20 »
793	Binet	Doubs	13 jours	40 »
800	Laurans	Loire-Inférieure	30 jours + 5 jours chr.	130 »
823	Moreau	Maine-et-Loire	3 jours	316 65
839	Girodolle	Corrèze	3 mois	30 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
878	Sallé	Somme	3 mois	300 »
899	Arène	Loire-Inférieure	11 jours	300 »
900	Duclos	Loire	3 mois	110 »
954	Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300 »
955	Soula	Ariège	41 jours	300 »
958	Saint-Germain	Haute-Garonne	2 jours + 1 6 jours chr.	410 »
969	Bouilloud	Ain	6 jours	73 30
982	Ambrois (1/2)	Isère	20 jours	60 »
993	Boutard	Eure	3 mois	100 »
1001	Chenouard	Indre-et-Loire	10 jours	300 »
1056	Etienne	Haute-Garonne	3 mois	100 »
1058	Achard	Oran	8 jours	300 »
1172	Renoult	Yonne	11 jours	80 »
1176	Tel	Lot-et-Garonne	12 jours	110 »
1190	Guillemin	Saône-et-Loire	14 jours	120 »
1215	Bruneau	Meurthe-et-Moselle	24 jours	140 »
1263	Bompard	Bouches-du-Rhône	60 jours + un mois et 17 jours chr.	240 »
1272	Molinéry	Haute-Garonne	3 mois	756 60
1298	Quesnel	Calvados	7 jours	300 »
1332	Ayasse	Oran	un mois et 6 jours chr.	70 »
1355	Robert	Yonne	6 jours	120 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	60 »
1371	Flour	Seine-Inférieure	10 jours	300 »
				100 »

A reporter 18.215 85

		Report	18.215 85
1381 BOULADE-PÉRIGOIS	Indre	18 jours	180 »
1408 GRANDOU	Eure	3 mois	300 »
1414 NICOLLET	Ain	20 jours	200 »
1425 ROUSSELOT	Marne	un jour	10 »
1466 BOUDIN	Côte-d'Or	43 jours	430 »
1476 BORDO	Pyrénées-Orientales	18 jours + 24 jours chr	259 90
1545 CARTON	Somme	19 jours + un mois et 7 jours chr	310 35
1573 LECOUILLARD	Manche	3 mois	300 »
1686 GAIGNARD	Maine-et-Loire	29 jours	290 »
1796 MARMARIAN	Allier	48 jours	480 »
1810 MOUGEOT	Jura	19 jours	190 »
1819 CHARVIN	Loire	4 jours	40 »
1825 MICHEL	Saône-et-Loire	10 jours	100 »
1852 LUCASSE	Pas-de-Calais	21 jours chr	69 95
1890 LELONG	Savoie	11 jours	110 »
1908 TRIQUENAUX	Nord	17 jours	170 »
1929 FAURE	Alpes-Maritimes	9 jours	90 »
1948 CADÉOT	Gers	30 jours	300 »
		Total	22.046 05

Combinaison MAD.

78 BERRAUD	Charente	39 jours	780 »
96 HUET	Indre	30 jours	600 »
111 GOY	Loire	16 jours	320 »
158 CHAUVENET	Côte-d'Or	8 jours	160 »
888 GAMBLIN (1/2)	Pas-de-Calais	7 jours	70 »
640 SONDAZ (1/2)	Rhône	12 jours	120 »
717 REYNIER (1/2)	Haute-Savoie	13 jours	130 »
793 BINET (1/2)	Doubs	13 jours	130 »
800 LAURANS (1/2)	Loire-Inférieure	30 jours + 5 jours chr	316 65
1172 RENOULT (1/2)	Yonne	11 jours	110 »
1190 GUILLEMIN (1/2)	Saône-et-Loire	14 jours	140 »
1381 BOULADE PÉRIGOIS (1/2)	Indre	18 jours	180 »
190 TRIQUENAUX (1/2)	Nord	17 jours	170 »
		Total	3.226 65

Pensions aux veuves

Le conseil alloue ensuite, pour leur pension du 1er trimestre 1923, les pensions suivantes à Mesdames :

4	Veuve Lepage, Paris	150 fr.
38	Madame Gilette, Calvados	150 »
43	Veuve Chevreux, Paris	150 »
45	Veuve Valot, Haute-Saône	60 »
13	Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	150 »
51	Veuve Rousselot, Marne	135 »

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 31 mars.

Remboursement de cotisations contre-assurées

Sur le rapport du trésorier, le conseil ordonnance le remboursement des cotisations contre-assurées versées à la combinaison R par le Dr Rousselot décédé : 1843 francs.

Ratification d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le conseil prononce l'admission définitive de Messieurs :

Combinaison MA.

MM. Bonnet, Richaud, Carrère, Dorion, Perrier, Vinon.

Combinaison MAD.

MM. Béal, Lavoine, Moreau, Colas, Gauthier, Hamant, Baleydier, Boisroux, Castelbon, Chavial, Eynard, Jacquemin, Jourdan, Le Troadec, Pierson, Ravot, Tissot, Cabiran, Chabriat, Delaunay, Hugues, Jouffrault, de Lacombe, Perrion, Pons, Routin.

Combinaison 1/2 MA

MM. Kent-Gayet, Fraikin, Pophillat, Dautry, Le Couteur, Vermeil, Roqueplane, Bellin, Morinière, Calmels, Hadot, Thiers, Serfaty, Willemetz, Demarque, Lefebvre, Leroux, Michel, Etienne, Charlin, Guihaudeau, Bricet, Poitevin, Dieuzaide, Mignon, M., Nicolas, Cauvin, Toupance, Nuelle, Laur, Hevé, Chaussaud, Chanfreau, Peytard, Caussade, Berté Henry, Allemand, Voinier, Moré, Dupond, Ruais, Curel, Pasquereau, Perrotte, Gilbert, Desbertraud, admis provisoirement le 12 décembre 1923.

MM. Arbey, Bugeau, Clément, Coulomb, Delthiel, Dufour, Hommel, Jossu, Leclerc-Montmoyen, Lelong, Mosnier, Olmer, Petit, Ribereau, Thomas, Robert, Virenque, Mouras, Lejeune, Boucher, Orliac, Level, Rauzier, Granier, Poirson, Casterau, Vigues, Galichon, Kœnig, Perrion, Bertucet, Crozat, Borrel, Huriey, Duvernay, Hocquette, Cattin, Brunetière, Descusses, Lesbroussart, Lecombe, Roques-Chabaud, Dupan, Ollagnier, Foucaud, Riom Picarougne, Boyé, Coste, Bouvier, Rozoy, Gaussorgues, Boudin, Quériaud, Bousrey, Pestre, Leroy, Bizot, Duret, Guillaud, Lenail, Gardiol, Channac, Poupon, Lasaygues, Maujot, Quézac, Sauveplane, Mons et Laval, admis provisoirement le 28 décembre 1922.

Admissions provisoires

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes à titre provisoire :

Combinaison MA.

M. le Dr Broussais, de Coulombs (Eure-et-Loir).

Combinaison MAD.

MM. les docteurs :
Door, de Paris.
George, de Nancy.
Thomas, de Saint-Saulne (Nord).
Royé, de La Trinité-sur-Mer (Morbihan).
Durand, de Tunis.
Breteille, de Paris.
Bel, de Dijon.
Coste, de Marmande (Lot-et-Garonne).
Deflinne, de Valenciennes (Nord).
Granvel, de Pauillac (Gironde).
Bayard, de Paris.
Labrue, de Saint-Astier (Dordogne).
Doucet-Bon, de Lyon.
Jesson, de Gerbeviller (Meurthe-et-Moselle.

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin juin.

Admissions

Le conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P.

MM. les docteurs :
George, de Nancy.
Lanoue, de Nantes.
Laurans, de Chateaubriant (Loire-Inférieure).
Madame Lanoue, de Nantes.
Laur, de Tournemire (Aveyron).

Combinaison R.

MM. les docteurs :
Couaillac, d'Ambès (Gironde).
George, de Nancy.
Giraudon, de Paris.
Ricaud, de Branne (Gironde).

M. Gassot, trésorier, communique au conseil les comptes de l'exercice 1922.

Le conseil donne son approbation à ces comptes.

M. Mignon, secrétaire général, expose qu'il a commencé un travail de propagande personnelle près des confrères qui lui ont été signalés comme susceptibles d'entrer à la Mutualité familiale, par des sociétaires anciens dévoués à l'œuvre.

Il a déjà reçu déjà quelques réponses.

D'autre part, l'appel aux femmes des médecins publié par le Dr Gassot dans le *Concours Médical* lui a valu bon nombre de demandes de renseignements.

Le conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, De la Rochefordière.

Le président, A. Maurat.

HYGIÈNE SOCIALE

Lutte contre les affections vénériennes,

(*Extrait du rapport présenté à l'Office public d'Hygiène sociale*),

Par le Dr Ott,

Inspecteur des services d'hygiène.

La lutte contre les affections vénériennes, bien que prévue dans le programme d'action de l'Office, n'a, en réalité encore été organisée effectivement dans aucun des centres ouverts jusqu'à ce jour. Les raisons de cette abstention momentanée sont multiples.

En premier lieu, il n'y avait pas urgence à le faire ; les agglomérations dans lesquelles avaient été ouverts les premiers Centres (Rouen, Le Havre et Fécamp) possèdent, ainsi que Dieppe, des Services annexes créés par le Ministère de l'Intérieur, actuellement dirigés et subventionnés directement par le Ministère de l'Hygiène.

Ces Services, très fortement organisés par lesdits Ministères, fonctionnent parfaitement sous la direction des médecins auxquels ils ont été confiés, le Dr Poupault, à Dieppe, le Dr Dalençon, à Fécamp, le Dr Thorel, au Havre et le Dr Payenneville, à Rouen. Ils se rattachent du reste à l'œuvre entreprise depuis 1918 sous la haute direction de M. l'Inspecteur général des Services Administratifs, Dr Faivre, et qui couvre en ce moment presque la France entière avec ses 190 consultations antivénériennes (rapport de 1921).

Vouloir doter d'emblée les centres d'examen médical de Dieppe, Fécamp, Le Havre et Rouen de leurs sections II, eût été s'exposer à concurrencer avec des armes inégales les Services annexes, si complètement et si fortement organisés par le Ministère de l'Hygiène et à effriter leur action en risquant de distraire l'attention de l'opinion publique. Il a paru préférable de laisser un courant s'établir sur ces Services ; la faveur dont ils jouissent auprès du public incite à penser qu'on a bien fait de procéder ainsi.

D'autre part, les Services techniques de l'Office ont éprouvé un certain scrupule à organiser des Centres de *traitement* comme doivent l'être les Sections II, et s'écarter ainsi de la règle posée au § 2 de l'alinéa 8 de l'article 4 du règlement de l'Office ainsi conçu : « En aucun cas, les Centres d'examen médical « n'assureront directement le traitement continu des « malades qui est toujours réservé au médecin habi- « tuel de la famille. ».

Malgré la netteté de ces termes, cette déclaration de principe dut être encore renforcée dans la deuxième partie du préambule précédant le règlement intérieur de l'Office et dont la rédaction a eu pour but de préciser les tendances de l'Office et d'apaiser des susceptibilités qui, à tort ou à raison, s'étaient fait jour dans le corps médical au moment de la discussion dudit règlement. Si mes souvenirs sont exacts, ce n'est que grâce à la netteté des termes de ce préambule, rédigé entre deux séances plénières, et reproduit ci-dessous, que le règlement intérieur de l'Office fut adopté à l'unanimité.

« L'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine-« Inférieure, particulièrement soucieux de respecter « l'indépendance du Corps médical et de ne point « nuire à ses intérêts légitimes, pose en principe que « son action à l'égard des personnes sujettes aux « maladies sociales, qu'il s'agisse de préserver celles-« ci, leur entourage ou la collectivité, ou de ménager « une cure, repose essentiellement sur le maintien du « rôle normal du médecin traitant habituel, médecin « de la famille ou de l'assistance médicale.

« Les organes techniques de l'Office, médecins spé-« cialisés, médecins agréés pour les Centres d'examen « médical, infirmières visiteuses, etc..., sont des « collaborateurs offerts par lui au Corps médical.

« Par le dépistage de cas ignorés, qu'il incombe « ensuite aux médecins traitants de soigner et par « l'aide qu'ils peuvent prêter au cours de certains « traitements, ils viennent renforcer l'action profes-« sionnelle de ces praticiens sans l'entraver ni la « réduire, encore moins s'y substituer.

« L'Office mettrait fin, sans hésiter, à toute initia-« tive de son personnel qui s'écarterait de cette règle « et qui serait portée à sa connaissance ».

Le point délicat soulevé dans les lignes qui précèdent a fait l'objet de fréquentes conversations avec des confrères et il est apparu que, malgré toutes les précautions prises par les médecins chefs des Services annexes, dépendant du Ministère de l'Hygiène, et malgré le souci certain de correction dont ils ont tous fait preuve, un certain nombre de confrères ont vu avec appréhension des clients aisés profiter des facilités mises à leur disposition par lesdits services annexes, et ont craint de voir se constituer en faveur de ceux-ci une sorte de monopole officiel du traitement des maladies vénériennes.

Ce point n'avait du reste pas échappé au créateur du Service antivénérien de France, le docteur Faivre. Il l'a abordé dans son deuxième rapport (1921) dans les termes suivants :

« Faut-il, à propos des médecins, revenir une fois « de plus sur la question des abus auxquels peut don-« ner lieu la gratuité des consultations, et le tort qui « peut en résulter pour les praticiens ? Il semble que « ce ne soit pas inutile puisque c'est souvent l'obs-« tacle principal à l'organisation des services antivé-« nériens dans les localités où ces créations sem-« blent s'imposer.

« Nous nous trouvons en présence d'un tel péril « au point de vue social et national, péril vis-à-vis « duquel tous les Français sont solidaires, que la pré-« occupation dominante doit être de provoquer le trai-« tement du plus grand nombre possible de véné-« riens, y eût-il parmi eux des gens en état de payer, « en tout ou partie, les soins qu'ils reçoivent ; mais il « est à supposer que les gens amenés par le seul at-« trait de la gratuité à demander ces soins demeure-« raient, sans cela, indifférents au danger qu'ils mé-« connaissent, ou s'adresseraient à des charlatans, de « sorte que, de toutes façons, ils ne deviendraient « pas des clients au sens profitable du mot pour les « médecins, dignes de ce nom, dont les intérêts nous « occupent ici. Que l'on veuille bien ne pas oublier au « surplus que le médecin qui assure la consultation a « toujours le droit de refuser ses soins à tout malade « qui lui semble y avoir recours d'une façon abusi-« ve..... ».

Dans le même rapport, M. le Dr Faivre a entrevu le remède à cette situation, en envisageant la création de cliniques privées pour petites bourses : « Cer-« tes, écrit-il, il en existe, mais peu, et elles s'adres-« sent à d'autres catégories de malades, celles qui « intéressent les vénériens étant en général aux mains « de charlatans, parmi lesquels se trouvent, hélas ! « quelques authentiques docteurs ! Et, dans ces der-« niers établissements, les malades sont non seule-« ment mal soignés, mais outrageusement volés !

« Il faudrait que les cliniques que nous envisa-« geons fussent placées sous l'égide (peut-être le con-« trôle) des Syndicats médicaux ; les malades peu for-« tunés y trouveraient alors des garanties.

« Rien ne s'opposerait d'ailleurs à ce que l'Admi-« nistration prit en considération le but social pour-« suivi et prêtât son concours, en mettant par exem-« ple gratuitement des locaux à la disposition des « organisateurs, ou en leur facilitant d'une autre ma-« nière la réalisation d'une œuvre à laquelle la santé « publique, en même temps que le Corps médical, « trouverait son profit.

J'ai, d'autre part, entendu souvent répéter que les traitements antivénériens sérieux ne sont pas toujours appliqués par les médecins. Ne serait-ce pas parce que, comme l'écrit le Dr Lafontaiene dans un remarquable rapport, qui fourmille d'aperçus justes et qui fut discuté à la dernière Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, ne serait-ce pas, dit-il, parce que « les moyens techniques « peuvent ne pas être accessibles à tous les médecins, « soit que, dans le milieu où ils exercent ces moyens « n'existent pas, soit qu'ils ne puissent être mis à leur « portée ». Et il ajoutait « Les moyens techniques, « suffisants peuvent et doivent être mis entre les « mains de tous les médecins ».

Tenant compte tout à la fois de la suggestion du Dr Faivre ci-dessus relatée, des réflexions qui m'ont été souvent exprimées par des confrères ainsi que des discussions intéressantes qui viennent d'avoir lieu à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, il me semble possible d'envisager

comme suit l'organisation prochaine des sections II antivénériennes dans les Centres d'examen médical de l'Office.

1° Mise à la disposition de tous les médecins exerçant dans la région desservie par le Centre, des moyens de diagnostic scientifique, notamment par la fourniture gratuite de nécessaires de prise de sang et les facilités d'envoi vers les laboratoires (comme cela est fait depuis deux ans pour le Service annexe de l'Hospice général de Rouen que dirige le Dr Payenneville) ainsi que par l'envoi direct du procès-verbal d'analyse au médecin demandeur.

2° Libre accès au Centre de tous les médecins qui pourront, avec le matériel et les produits mis à leur disposition, et avec l'aide du personnel éduqué attaché à la Section, assurer eux-mêmes et personnellement, s'ils le désirent, les traitements antivénériens qu'ils croiront devoir appliquer à leurs malades et par les méthodes qui leur sembleront les meilleures.

3° Libre accès au Centre seulement pour les malades qui y seront adressés par leur médecin ou qui rentrent dans une des catégories prévues par la loi du 15 avril 1916 (indigents et membres des sociétés de Secours mutuels).

4° Exécution du traitement par le médecin du Centre seulement en cas de demande, de refus ou de carence du médecin traitant préalablement informé.

5° Application aux Sections II du principe général admis par l'Office, à savoir qu'aucun acte accompli dans un Centre d'examen médical ou par son personnel ne saurait donner lieu à une rémunération quelconque.

L'adoption des règles posées ci-dessus paraît devoir rendre impossibles les abus que craint, à tort ou à raison, une partie du Corps médical, tout en permettant d'assurer le traitement et la guérison des pauvres et des gens à situation modeste. L'intérêt particulier du Corps médical semble ainsi sauvegardé ; il en est de même pour ses prérogatives et sa liberté thérapeutique ; l'intérêt général se trouve, en outre, également satisfait puisque l'organisation prévue permettra le traitement des malades qui, autrement ne se seraient pas guéris et auraient pu continuer à répandre les germes de leur maladie.

Qu'on ne craigne pas, d'autre part, de voir l'activité des Sections II diminuée par les quelques restrictions à la libre admission des malades, indiquées ci-dessus. Le recrutement de leur clientèle sera largement assuré par les constatations qui seront faites dans les autres sections, la section 3 (Surveillance médicale des femmes enceintes), la section 4 (Surveillance médicale des nourrissons), et même la section 5 (Inspection médicale des écoles). Il suffira de rechercher systématiquement la syphilis chez les personnes fréquentant ces sections. L'essai pratiqué depuis longtemps au Centre de la rue Crevier, à Rouen, pour les sections 3 et 4 qui y fonctionnent, est concluant ; bien des malades qui le fréquentent ont été dirigés par lui sur le Service annexe de l'Hospice général de Rouen, traités et guéris.

Où seraient installés ces Centres de traitement antivénérien ?

Il ne saurait être question d'en installer de nouveaux à Rouen, Dieppe, Fécamp et Le Havre où fonctionnent des Services annexes.

La banlieue de Rouen, par contre, bénéficierait de l'ouverture des Sections II à Petit-Quevilly, Darnétal, Maromme, Malaunay, Sotteville et Elbeuf. La région havraise de son côté bénéficierait de l'ouverture d'une succursale locale au Havre (ancien Graville), ainsi que d'une section à Bolbec-Lillebonne.

Toutes ces Sections seraient naturellement ouvertes en liaison avec les Services annexes existants et d'après les mêmes directives, toute liberté thérapeutique étant cependant laissée aux medecins qui voudront y fréquenter ou envoyer leurs malades. Les méthodes actuelles de traitement constituent certainement un progrès sur les anciennes méthodes en raccourcissant la durée des accidents contagieux et en s'opposant plus facilement à la reviviscence de ces accidents ; mais en matière de traitement, il serait téméraire d'affirmer que le dernier mot est dit et qu'un avenir, peut être prochain, ne nous apportera pas des méthodes au moins aussi efficaces et d'une application beaucoup plus simple.

La liberté thérapeutique du médecin traitant, en cette matière comme en d'autres, paraît toujours devoir rester entière, le rôle des organismes d'hygiène sociale consistant uniquement à faciliter l'obtention du traitement au plus grand nombre, dans les conditions matérielles et techniques les meilleures.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Hôpital Saint-Joseph.** — *Service des maladies cutanées.* — Sous la direction de M. le docteur Lenglet et avec la collaboration de MM. les docteurs Desaux et Babreau, de nouvelles démonstrations pratiques de dermatologie seront faites une fois par semaine, à partir du 1er mai 1923.

Se faire inscrire, le matin, dans le service, chaque jour, avant le 25 avril.

Droit d'inscription : 50 francs.

Monsieur le docteur Brocq veut bien assurer sa participation à ces démonstrations.

— Un concours pour la nomination de 4 médecins suppléants des hôpitaux d'Amiens aura lieu le mardi 26 juin prochain ; s'adresser au secrétariat des hospices 127, rue de Beauvais.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Cette dernière phrase n'implique-t-elle pas la non-intervention du Conseil judiciaire du « Sou médical » ? Or, en cas d'action en responsabilité, je tiendrais essentiellement à voir ma cause défendue par le « Sou ».

Cette chose est-elle possible en ayant une assurance complémentaire ?

Je vous suis très reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis sur ce point. Dr V.

Réponse.

Votre intérêt est d'adhérer d'abord au « Sou médical » dont, de par ses statuts, la garantie viendra alors en premier rang, puis de contracter une assurance complémentaire à l'autre compagnie, en lui déclarant que vous êtes couvert déjà à concurrence de 20.000 fr. par le « Sou ».

La Compagnie vous fera des conditions de prime meilleures ou, pour la même prime que vous auriez payée si elle avait assuré en premier lieu, vous garantira pour une somme supérieure.

Mais il serait préférable que, dans les conditions particulières de la police, elle consente à modifier la condition générale dont vous nous donnez copie, concernant la conduite du procès et la faculté de transiger.

En cas de procès, le « Sou médical » aura à s'entendre avec l'autre compagnie sur la marche à suivre.

Rappel de pension militaire.

Il y a quelques semaines je vous demandais si un officier RAYÉ des cadres en 1915, titulaire d'une pension depuis 1921 avait droit aur appel, 1915-1921. Votre collaborateur a répondu oui — la sous-intendance dit non — ou plus exactement a répondu ceci qui est peut-être à côté de la question : « la pension « d'invalidité d'un officier rayé des cadres commence « à partir de la Commission de réforme qui l'a pro- « posé pour un pourcentage d'invalidité ». — Y a-t-il une différence avec le cas de radiation par décrét présidentiel s'appuyant sur l'article 5 du décret du 31 août 1878, je l'ignore — n'étant pas au courant de toutes ces nuances. Mais je suis stupéfait qu'un confrère (*Concours médical* du 1er avril page 1117) ayant 100 % d'invalidité, ait eu une PROPORTION de rappel de 30 % alors qu'il n'était que « HORS CADRES », c'est-à-dire non rayé des cadres.

Au risque de paraître stupide, j'avoue n'y rien comprendre.

Je suis tout confus de vous ennuyer avec cette question para-médicale, mais il est vraiment désagréable de ne savoir à quelle bonne porte frapper.

Dr M.

Réponse.

Nous maintenons notre précédent avis : Le point de départ légal de la pension est fixé au

jour de la décision prise par la Commission de réforme (art. 3 de la loi) et cela sans qu'il soit nécessaire que celle-ci ait proposé un pourcentage.

Si donc, vous avez été rayé des cadres en 1915 pour la même maladie que celle qui vous a valu plus tard un pourcentage d'invalidité, vous avez droit au rappel depuis 1915.

L'intention du législateur a été en effet de tenir compte de la décision prise par toute commission qualifiée pour statuer dans les conditions où statue normalement la Commission de réforme. La chose est d'ailleurs confirmée par l'avis du Conseil d'Etat en date du 16 juillet 1919.

G. F.

Point de départ de la pension de réforme.

Membre du « Sou », je viens vous prier de vouloir bien me dire quelle est la conduite à tenir dans le cas suivant :

Je suis titulaire d'une pension de quarante pour cent d'invalidité qui m'a été allouée le 5 *novembre* 1920 sur proposition, à cette date, du centre de réforme de X., par arrêté du ministre des pensions en date du 26 *décembre* 1920, en vertu de la loi du 31 mars 1919, avec jouissance du 5 novembre 1920 au 4 novembre 1922. En décembre 1922, je suis convoqué devant les experts du même centre et la Commission de réforme du 9 février 1923 me propose pour une pension d'invalidité toujours de quarante p. 100 (que j'accepte) et ajoute pension *permanente* et non plus temporaire, car sur ma réclamation elle avait appris que, le 25 *janvier* 1919, j'avais sur la demande de mon médecin traitant, après avis du médecin de secteur, été convoqué devant le centre de réforme de Y. pour être l'objet d'une proposition de mise hors cadres en raison de la maladie que j'avais contractée aux armées, pour laquelle j'avais été hospitalisé, maladie pour laquelle les 2 commissions de X. m'allouèrent, le 5 novembre 1920 et le 5 février 1923, un pourcentage d'invalidité de 40 % — à la Commission de Y., je n'avais demandé moi-même que ma mise hors cadre. Il ne m'avait pas été donné d'invalidité — à la suite de la proposition de mise hors cadres du 25 janvier 1919 je reçus du ministre — sous-secrétariat du service de santé — une lettre en date du 27 mars 1919 m'informant que par décision ministérielle de ce jour et par application de l'article 11 du décret du 31 avril 1878, j'étais placé dans la position hors cadres.

Je croyais, comme la dernière commission du 9 février 1923, que le point de départ légal de ma pension en raison de ma mise hors cadres après comparution devant la Commission de réforme du 25 janvier 1919 de Y., je croyais, dis-je, que le point de départ légal était le 25 janvier 1919 et que ma pension après mon passage devant la Com-

mission de X. du 9 février 1923 devenait automatiquement définitive et permanente, le même motif prouvé par de nombreux papiers en règle qui avait motivé en effet ma mise hors cadre et mes 2 propositions de pension.

Il paraît que le ministère avait ignoré ma 1re Commission de réforme du 15 janvier 1919 et que la notification que j'avais reçue du ministère des pensions en date du 28 décembre 1920 faisant partir ma pension du 5 novembre 1920, celle-ci n'est point permanente contrairement à l'avis du centre de réforme dans sa commission du 9 février 1923, qui a reconnu l'erreur. Je voudrais vous demander s'il n'y a pas moyen de faire rectifier cette erreur de date dans le point de départ de ma pension.

Faire un pourvoi devant le tribunal des pensions contre la notification ministérielle du 28 décembre 1920. Mais ne sera-ce pas trop tard ? Attendre la notification — dans quelques mois de la confirmation de la dernière proposition du centre de réforme — j'aimerais bien mieux agir vite et faire connaître ma bonne foi au ministre avant cette notification qui ne peut que m'être défavorable. Faites-moi connaître votre avis, mes chances de succès, la marche à suivre.

Dr X.

Réponse.

Vous êtes entièrement dans le vrai en ce qui concerne l'établissement au 25 janvier 1919 du point de départ légal. Nul doute que le ministre vous donne satisfaction : attendez donc patiemment la nouvelle notification qui vous sera faite à la suite de la dernière visite que vous avez subie (9 février 1923). Vous nous préviendrez alors si l'on ne vous a pas donné raison et nous pourrons vous donner un conseil utile.

G. F.

Les alcoylarsinates dans la thérapeutique expérimentale

Les dérivés organiques de l'arsenic jouent un rôle de plus en plus important dans la thérapeutique arsenicale symptomatique, et l'emploi des alcoylarsinates possède des avantages considérables sur l'utilisation de l'acide arsénieux, dont l'effet puissant, mais trop brutal, entraîne souvent de graves inconvénients ; cependant il faut bien reconnaître que, malgré l'avantage de la production lente d'acide arsénieux, dont l'action paraît quelque peu exaltée par le fait du dégagement « à l'état naissant », le pouvoir thérapeutique des alcoylarsinates reste proportionnel à la quantité d'acide arsénieux produite dans l'organisme. Il semble que l'acide cacodylique quitte l'organisme sans être modifié et une très petite quantité de ce corps est éliminée sous forme d'acide arsénieux ; l'éthylarsinate disodique et le méthylarsinate monosodique ne semblent guère être plus modifiés ; l'acide allylarsinique et les ally-

larsinates de soude et de calcium semblent au contraire réaliser un véritable progrès dans cet ordre d'idées, car le radical allyl est plus facilement oxydé dans l'organisme que le radical éthyl ou le radical méthyl. Or cette action plus intense est facilement démontrable dans la trypanosomiase expérimentale. Comparés à l'acide arsénieux, les cacodylates, éthylarsinates et méthylarsinates sont pour ainsi dire inactifs ; il n'en est pas de même de l'acide allylarsinique et des allylarsinates sodiques et calciques, aussi bien *in vitro* que *in vivo* ; l'action de ces derniers sels se rapproche tout à fait de celle de l'acide arsénieux (action trypanocide, excellents effets sur l'état général et en plus tolérance parfaite).

Dr J.

Application du Tarif Breton.

I

Luxation de la clavicule

Membre de la Mutualité familiale et du « Sou médical », je viens vous demander de me faire connaître le prix à demander pour un accident du travail ayant eu pour conséquence une luxation sus-acromiale de la clavicule. Cette luxation ne figure pas dans la nomenclature du tarif des frais médicaux pour les accidents du travail. Faut-il assimiler le cas à une luxation de l'épaule dont la réduction est tarifée 1re catégorie, 75 fr., 2e catégorie 56 fr. 25 ?

Dr B.

Réponse.

Il y a des précédents sur ce point d'après lesquels, « par analogie technique », les luxations de la clavicule ont été payées le même prix que les fractures de cet os.

Dr F. Decourt.

II

Tarification des anesthésies.

Pourriez-vous me dire si la réduction de 25 %, applicable aux localités de moins de 100.000 habitants est légitime pour les anesthésies générales. Il n'en est pas fait mention dans les exemplaires du tarif Breton que j'ai vus et une compagnie prétend l'appliquer.

Dr D.

Réponse.

L'article 15 dit : « .... les chiffres *ci-dessous* donnés sont les prix de la 1re catégorie ; ils doivent être diminués de 25 % pour la seconde ». Cette diminution *ne peut donc porter* sur l'art. 12 (tarification des anesthésies) qui est « *ci-dessus* » par rapport à l'article 15.

Dr F. Decourt.

III

Certificats gratuits

Je reçois souvent des demandes de renseignements au sujet de blessés du travail, lorsque le blessé n'a

TRAITEMENT DU PSORIASIS
et des **DERMATOSES** par le

CEDROCADINOL VIGIER

Diphénols et éthers de diphénols de l'Huile de Cade
Essences de Cèdre et de Cadier.

ODEUR AGRÉABLE — INCOLORE — ACTIVITÉ AU MOINS ÉGALE A CELLE DE L'HUILE DE CADE

Glycérolé Vigier au Cédrocadinol à **10** et **20** %	Pâte Blanche Vigier au Cédrocadinol à **10** et **20** %
Vaso-Lainine Vigier id. à **10** et **20** %	Traumaticine Vigier id. à **10%**

Echantillons sur demande

Pharmacie *VIGIER et HUERRE, Docteur ès sciences, 12, Bd Bonne-Nouvelle, PARIS*

URACÉTOSE

ANTISEPTIQUE *(formaldéhyde)*
HÉPATO-RÉNAL

GRANULÉ EFFERVESCENT
(d'absorption agréable)

SPÉCIFIQUE ANTI-URIQUE
DIURÉTIQUE et ANTI-TOXIQUE

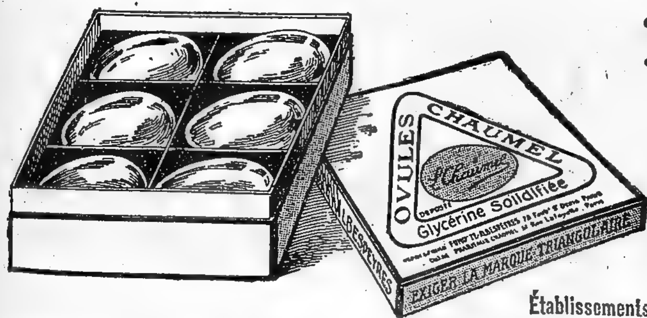
Echantillons et littérature : Laboratoires Février et Decoisy, 26, r. de Sévigné, Paris (IVe).

BENZOLACTOL

Antiseptique Spécifique
par action oxydante Mgo^2
GASTRO - INTESTINAL

GRANULÉ SUCRÉ
(d'absorption très agréable)

Echantillons et littérature : Laboratoires Février et Decoisy, 26, r. de Sévigné, Paris (IVe).



MÉTRITES

OVULES CHAUMEL
ICHTHYOL
à la Glycérine solidifiée
et aux principaux Médicaments

Établissements FUMOUZE, 78, Faubourg Saint-Denis, Paris

PRODUITS ORGANIQUES DE F. VIGIER

12, *Boulevard Bonne-Nouvelle* **PARIS**

Capsules de CORPS THYROIDE VIGIER

10 centigr. **Obésité**, Myxœdèmes, **Fibromes**, Métrorrhagie, Arrêts de croissance, Consolidation des Fractures, Rhumatismes, etc.

Capsules OVARIQUES VIGIER

à 20 centigr. **Chlorose**, Troubles de la **Ménopause** et de la **Castration** Aménorrhée, Dysménorrhée.

Capsules ORCHITIQUES à 20 centigr. Neurasthénie, Ataxie, Débilité sénile, Impuissance.

Capsules HÉPATIQUES à 30 cent. Contre l'ictère, Cirrhose hépatique.

Capsules PROSTATIQUES à 20 c. Maladie de la Prostate.

Capsules SURRENALES à 25 centigr. Maladie d'Addison Hémoptisies, etc.

Capsules RENALES à 30 centigr. Albuminerie, Insuffisance urinaire, Néphrites.

Capsules de THYMUS à 30 centigr. **Chlorose**, Troubles de la croissance, Maladies de Basedow, Pelade, facilitent le développement des seins.

Capsules GALACTOGÈNES à 30 centigr. de Placenta pour activer la sécrétion lactée.

Capsules PANCRÉATIQUES à 50 centigr. Contre le diabète (calme la soif).

Capsules SPLENIQUES à 30 centigr. de rate, Cachexie palustre.

Ces diverses capsules se prennent à la dose : 2 à 6 par jour.

pas repris au jour approximativement indiqué sur le certificat initial. Evidemment je puis ne pas répondre, me retranchant derrière le secret professionnel. Mais, d'une part, il est souvent si peu engagé, d'autre part le manquement au secret est tellement passé dans l'usage en matière d'accident du travail (il est si officiellement admis qu'il est tarifé au tarif Breton !) qu'il n'est guère possible de refuser de ce chef nombre de renseignements.

Si on demande des détails, la question est résolue : il est prévu 10 fr. d'honoraires, ce prix comprenant les frais de poste. Mais si on ne demande que si le blessé est guéri ou non le certificat n'est tarifé que 0 fr. 00 ! !

Comment peut-on comprendre les frais de poste dans le montant d'un certificat gratuit ? Certaines compagnies mettent un timbre pour la réponse. D'autres n'en mettent pas.

Je ne peux pas dépenser 0 fr. 25 de ma poche pour rendre service à une compagnie (1). Répondez-moi par la voie du *Concours*, la question intéressant tous les médecins.

Dr L. D.

Réponse.

Il est évident que vous pouvez ne rien répondre, en ce cas, si la Compagnie ne vous envoie pas une enveloppe toute timbrée, comme le font certaines avec raison, et cela puisque « ne sont pas considérés comme certificats de cette catégorie (payables) les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri » (art. 29).

C'est ainsi que font certains journaux ou administrations disant : il ne sera pas répondu aux lettres ne contenant pas de timbres pour la réponse.

Tout cela est affaire de sentiments personnels. Il est difficile de donner un avis général. Sauf cette opinion personnelle : il serait élémentaire pour les compagnies d'envoyer en ce cas un timbre pour la réponse.

Dr F. DECOURT.

(1) Certaines m'ont demandé jusqu'à 5 fois ce renseignement au cours d'un sinistre, d'où dépense de 1 fr. 25 pour moi.

Application du Tarif Maginot

Amputation illégitime... sur une note d'honoraires

Abonné du *Concours* et membre du « Sou médical », je vous prie de vouloir bien me donner un conseil pour le cas suivant, soit par lettre ou soit par le *Concours* si vous jugez le cas intéressant pour d'autres confrères :

J'ai donné mes soins du 29 décembre 1921 au 25 janvier 1922 à un mutilé de guerre, habitant dans une commune à neuf kilomètres de ma résidence, atteint d'un abcès phlegmoneux du tiers inférieur

de la cuisse droite et dans la partie mutilée. (Le carnet de visite porte comme indications : fracture du fémur au tiers inférieur et arthrotomie du genou.)

J'ai adressé ma note d'honoraires à Monsieur le préfet dans la première quinzaine de mois d'avril 1922 et rédigée comme suit :

Ouverture d'abcès phlegmoneux	18 fr. 00
11 voyages (9 × 3) = 27 × 11 = 297 fr. 00)	297 fr. 00
11 visites (11 × 6 = 66 fr. 00).......	66 fr. 00
11 pansements....................	00 fr. 00
Total	381 fr. 00

N'ayant rien reçu jusqu'au commencement du mois d'avril courant, c'est-à-dire, quinze mois après avoir donné mes soins, j'ai adressé à Monsieur le préfet une lettre de rappel en le priant de me faire mandater la dite somme.

Je viens de recevoir, comme réponse, un mandat à toucher de suite s'élevant à la somme de 115 francs seulement au lieu de 381 francs et sans aucune explication.

Je vous serais bien obligé de vouloir bien me faire savoir comment je dois procéder pour me faire payer le restant de ma note soit les 266 francs que la préfecture a tranché de mes honoraires par un simple coup de plume.

Je suis le médecin le plus rapproché.

D[r] T.

Réponse.

1° Il y a manifestement une erreur dans le compte de la préfecture et vous ne pouvez l'accepter. Depuis le nouveau tarif, le prix du déplacement kilométrique est de 1.24 par kilomètre *parcouru*. A défaut de connaissance du prix convenu auparavant (lequel prix ne pouvait être en tous cas inférieur à 1 franc) si je compte au tarif actuel, je trouve :

Déplacement par visite : 18 kil. à 1,24 = 22,30, soit pour 11 visites..	245,30
Si j'additionne avec les autres chiffres de votre note qui sont justes soit ....18 + 66 =	84,
Je trouve au total	329,30

qui me paraît normal et légitime étant donné que vous êtes le médecin le plus rapproché.

2° *A qui réclamer ?* .... A la Commission départementale de contrôle, à qui *tous* les différends doivent être soumis.

D[r] F. DECOURT.

Le permis de circulation des automobiles et le paiement des taxes

Nous empruntons à la « Revue du Touring Club de France » du mois d'avril, l'article ci-après, qui y a paru sous ce titre :

Ainsi que nous l'annoncions dans notre *Revue* de février, la feuille de papier jaunâtre dénommée « Permis de Circulation », délivrée par le service des Contributions indirectes, va faire place, à partir du 1er avril — tout au moins dans un certain nombre de bureaux — à une carte de même teinte et du format de la carte grise. L'administration a profité de la transformation de cette pièce pour y apporter quelques améliorations ;

Au bas du permis, un cadre a été ménagé, dans lequel le receveur inscrira, dès le premier payement, le montant des droits à percevoir chaque trimestre.

Tout risque d'erreur est ainsi écarté pour le cas où l'automobiliste préfèrerait effectuer le paiement des trimestres suivants par l'un des moyens ci-après : mandat-poste ordinaire, chèque barré, chèque postal (pour obtenir un reçu de l'administration, il est nécessaire d'ajouter au montant des taxes 0 fr. 25 pour frais d'envoi), ou encore mandat-contribution, dont le talon est libératoire.

Mais quel que soit le mode employé, il est nécessaire d'indiquer très exactement :

La date de délivrance du permis ;
Le bureau d'origine du permis ;
Le nom et l'adresse de l'automobiliste ;
Le numéro d'immatriculation de la voiture.

Puis, un extrait de la loi des Finances, du 25 juin 1920, reproduit au verso de la carte, permet d'avoir constamment sous les yeux les termes de cette loi et surtout la désignation des peines très sévères auxquelles expose tout manquement à ses prescriptions.

Au point de vue paiement, quelques modifications sont à signaler :

1° L'annotation du paiement des droits au dos du permis n'existe plus ;

2° En raison des facilités accordées pour le paiement par poste, aucun versement ne sera plus reçu dans une recette autre que celle du domicile.

Et enfin, une innovation qui sera particulièrement appréciée en province, car dans certaines régions, se rendre au bureau du receveur constitue une opération totalement dépourvue d'agréments ;

Les automobilistes auront, à l'avenir, la facilité de faire limiter la durée des permis de circulation au nombre de périodes trimestrielles qu'il leur conviendrait de fixer à l'avance.

Ceci demande une explication :

L'administration exige que toute personne désireuse d'être exemptée du paiement des taxes pour la ou les périodes trimestrielles pendant lesquelles la voiture n'aura pas à circuler, souscrive une *déclaration de cesser*, ce qui implique le dépôt du permis de circulation.

Cette formalité sera supprimée pour un automobiliste qui, ayant pris, le 1er janvier, un permis de circulation, aurait déclaré d'une façon formelle, mettre sa voiture en circulation jusqu'au 30 juin, c'est-à-dire pour deux trimestres.

Et la voiture devra cesser de circuler à cette date, sauf changement d'avis de son propriétaire, qui conserve le droit de prolonger la durée de son permis en payant pour une nouvelle période.

Nous tenons à féliciter l'administration des Contributions indirectes qui, entrant résolument dans la bonne voie que nous lui avions tracée, simplifie dans la mesure compatible avec les termes de la loi du 25 juin 1920, les formalités imposées aux propriétaires de voitures.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Modification à l'article 64 de la loi des pensions

La loi du 30 mars 1923 sur les douzièmes provisoires (*Journal officiel* du 31 mars) contient la disposition suivante :

Art. 22. — Le paragraphe 6 de la loi du 21 juillet 1922 est modifié ainsi qu'il suit :

« Si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades pourront être admis, à leur choix, soit dans les salles militaires ou les salles civiles des hôpitaux de leur ressort et, s'il y a lieu, dans les sanatoriums publics, soit dans les établissements privés agréés par la commission tripartite départementale. A l'hôpital public et au sanatorium public, l'Etat payera les frais de séjour au tarif des salles militaires ou des salles civiles de cet hôpital, ou au tarif du sanatorium ; à l'établissement privé, l'Etat payera les frais de séjour au tarif des salles civiles de l'hôpital pubic ou du sanatorium public le plus voisin dudit établissement ».

Le libellé de cet article est insuffisant. Il modifie bien la loi du 21 juillet 1922. Mais cette loi elle-même modifiait l'article 64 de la loi des pensions. C'est donc cet article 64 qui se trouve encore modifié.

Il ne s'agit, en l'espèce, que d'ajouter les sanatoriums aux hôpitaux pour la fixation des frais de séjour à la charge de l'Etat.

Quarante-cinquième année | N° 18 | 6 Mai 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

Stations thermales.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur CAUVIN, de Nice, la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 218. — Sur la mer, 2 jolies villas pouvant communiquer, meublées, 5 chambres à coucher, à louer 1.500 chacune pour la saison. Dr Trop, Loon-Plage (Nord).

N° 219. — Très bonne clientèle extr. facile à desservir médec. et pharmac. clientèle riche payant très bien, belle maison neuve. 30.000 touchés, prix de cession extr. réduit.

N° 220. — A vend. auto Renault 11 HP torpedo, 4 pl. marche parfaite. Dr Mercier, 68, rue des Halles, Beauvais.

N° 221. — Poules Leghorns, Brackels, Campines, Bresses, Minorques, races pures sélectionn. pour ponte, 25 fr. pièce. Coucous Malines, 30 fr. Œufs à couver de ces races, 20 fr. la douz. Dès mai-juin, grand choix belles poulettes, Bresse noires reines des pondeuses depuis 16 fr. pièce. Nombreux prix Paris et province 1922-23. Dr Buyssen, Haubourdin (Nord).

N° 222. — Dr Méline, 30, rue de Toul, Neuves-Maisons (M.-et-M.), demande infirmière chirurgie.

N° 223. — La supérieure de la Maison de Charité de Saint-Flour (Cantal) accepte fillettes 8 à 15 ans : 5 fr. en dortoir et 10 fr. en chambre, en mai, juin, juillet. Pas de contagieux, cure d'air altit. 900 m.

Nº 224. — A céder de suite dans chef-lieu de canton, 100 kilom. Paris, excellente client. rapp. 35.000. Pavillon, loyer 1.500, avec long bail.

Nº 225. — Jeune docteur ayant loisirs accompagnerait malade ou suppléer. confrère fatigué.

Nº 226. — Confrère demande la « Chirurgie d'urgence » de Lejars (édit. récente).

Nº 227. — Dr reprendrait cabinet médical (5 à 6 pièces), proximité métro Saint-Lazare, Châtelet, Réaumur, même sans clientèle, 15.000 comptant, arrangement pour le reste s'il y a lieu. Urgent.

Nº 228. — Infirmière ou ménage infirmier demandé. S'adr. à Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine.

Nº 229. — Docteur demande pour après-midi, infirmière secrétaire très soigneuse, parlant anglais.

Nº 230. — Docteur achèter. de suite auto 10 HP, 4 pl. pas antérieure 1920, de Dion, Panhard, Philos, ou similaire, ainsi que bicyclette homme, 3 vitesses, cadre 57 construction récente.

Nº 231. — Bretagne, très bon poste à céder près grande ville, seul médecin pro-pharmac. rapport. 53.000, maison neuve, 9 ans de bail. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Nº 232. — Normandie, très bon poste dans chef-lieu de canton sur grande ligne, bon rayon, rapport 65.000, petit loyer, maison avec dépendances. S'adr. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris, 5e.

Nº 233. — Veuve de médecin, recherche emploi d'infirmière ou de secrétaire auprès de docteur. Remplirait fonction de dame de compagnie auprès de personne seule, ou emploi analogue.

ERRATUM

A la Chronique fiscale parue dans le *Concours médical* du 22 avril 1923, page 1524, 2e colonne, avant-dernier paragraphe.

Au lieu de :

Mais elle bénéficiera de l'abattement à la base de 4.000 fr., 5.000 fr. ou 6.000 fr. selon l'importance de la localité.

Lire :

Mais elle bénéficiera de l'abattement à la base de 6.000, 6.500 ou 7.000 fr., selon l'importance de la localité.

CORRESPONDANCE

Le nouveau régime de la taxe de luxe sur les ventes d'automobiles

Comme abonné du *Concours médical*, je me permets de vous demander les renseignements suivants.

J'ai vendu ce mois-ci ma voiture automobile à un carrossier, qui m'a dit faire l'achat de vieilles autos et la vente après coup de peinture. Dois-je payer

la taxe de luxe ? Il paraît que depuis le 1er avril, cette taxe est abolie dans tous les cas pour les voitures d'occasion. S'il en est ainsi, existe-t-il d'autres charges pour le vendeur ?

Avant de vous écrire, j'ai demandé à l'enregistrement de la localité. Il m'a été répondu d'une façon évasive : « C'est fort possible, depuis le 15 avril, nous avons bien, en effet, entendu parler de quelque chose de nouveau à ce sujet... » et je n'en pus tirer davantage ; il est vrai que les premières chaleurs engourdissent.

Ne pouvant me contenter de cette réponse, j'abuse de votre obligeance et je vous remercie d'avance de vos bons renseignements.

Réponse.

Il est bien exact que le régime de l'impôt sur la vente des automobiles a été modifié par une loi spéciale, portant la date du 30 mars dernier et publiée au *Journal Officiel* du 31 mars. Cette loi est donc applicable à compter du 1er avril 1923 et vous pouvez prier les agents du fisc de demander sur ce point les instructions à leurs supérieurs.

Aux termes de la nouvelle loi, les automobiles neuves, servant au transport des personnes, leurs châssis, carrosseries, garnitures et accessoires acquittent une taxe de 10 % *ad valorem*, qui est payée par le constructeur sur le chiffre d'affaires réalisé, quelle que soit la qualité de l'acheteur, exception faite des ventes à l'exportation.

Les voitures d'occasion et les pièces détachées, exclusivement destinées aux réparations, ainsi que les cycle-cars, side-cars et similaires neufs, dont le prix de dépasse pas 5.000, fr. sont soumis à une taxe de 1,10 pour cent.

Par mesure transitoire, l'impôt sur le chiffre d'affaires continuera d'être perçu au taux de 10 % pour les ventes au détail ou à la consommation des véhicules ou objets désignés plus haut qui se trouvaient en possession des détaillants lors de la promulgation de la loi. Cette disposition ne s'applique pas à votre voiture, puisque vous ne l'avez vendue au carrossier que postérieurement au 1er avril.

Par la loi précitée, les automobiles sont, en fait, soumises à un régime spécial. Elles ne figurent plus dans la catégorie des marchandises de luxe, dont la vente est soumise à la taxe de 10 % quels que soient l'acheteur et le vendeur. Elles ne sont soumises à cette taxe, qui est la taxe sur le chiffre d'affaires, que lorsqu'elles sont vendues par les personnes qui, habituellement, achètent pour revendre ou qui accomplissent des actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, c'est-à-dire, en général, par des commerçants. Enfin, elles n'y sont soumises que lorsqu'elles sont neuves.



Incapacité totale ou partielle d'un blessé du travail.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire renseigner sur les mots incapacité permanente, partielle, totale. Quand je déclare qu'un blessé a une incapacité de travail de 15 jours à 3 semaines, quelle épithète dois-je mettre après le mot incapacité ; une incapacité permanente signifie-t-elle que le blessé ne pourra plus se servir de son membre ? et l'incapacité totale peut-elle signifier que le blessé ne pourra plus travailler ? Mais, comment pouvoir le dire le jour de l'accident ? Dr C.

Réponse.

Lorsque l'accident ne doit laisser aucune infirmité, aucune incapacité permanente, soit partielle, soit totale, mais seulement une incapacité temporaire, il y a lieu de noter, sur le certificat, que l'accident n'entraînera pas d'incapacité permanente.

Lorsque, au contraire, il est probable qu'il subsistera chez le blessé une infirmité, le médecin peut le déclarer dans le certificat initial, en disant si l'incapacité permanente sera totale (c'est-à-dire laissera la victime incapable de tout travail, ce qui est exceptionnel), ou si elle sera seulement partielle.

Quant à l'incapacité temporaire, elle est toujours totale, c'est-à-dire qu'elle est considérée comme empêchant tout travail pendant la durée du traitement et jusqu'à la délivrance du certificat de guérison.

Le certificat que vous nous soumettez porte les mots « état descriptif *initial* ou *final* » parce qu'il peut être utilisé, non seulement au début de l'accident, mais encore à la fin, lorsqu'il y a incapacité permanente, et que le médecin traitant est appelé à décrire cette infirmité, en vue de la fixation de la rente.

Expertises au Tribunal des Pensions

1° L'expert nommé par le tribunal des Pensions touche 25 fr. Dans quelle forme présente-t-il sa note ? A qui l'envoie-t-il ?

2° Il existe des pensionnés de guerre intransportables que l'on doit visiter à domicile.

Des médecins sont désignés par le centre de réforme pour les aller voir.

Comment obtenir d'être désigné pour ces visites ? Je vois qu'ici le choix se porte toujours sur deux de nos confrères. Dr P.

Réponse.

1° L'article 49 du décret du 2 septembre 1919 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi des pensions militaires prescrit que les indemnités et frais devant le Tribunal départemental et la Cour régionale des Pensions sont imputés à un compte de tré-

sorerie dans les conditions prévues par l'article 14, § 9, de la loi du 10 juillet 1901 sur l'assistance judiciaire.

Cet article indique que les frais judiciaires sont, pour le compte de l'assistance judiciaire, avancés par le Trésor, conformément à l'article 118 du décret du 18 juin 1811.

Mais ce décret lui-même a été abrogé, en vertu de la loi du 23 octobre 1919, et remplacé par celui du 5 octobre 1920, qui détermine actuellement la manière dont sont avancés les frais de justice criminelle, auxquels sont assimilés les frais en matière d'assistance judiciaire et, par suite, les frais judiciaires devant la juridiction spéciale des pensions militaires.

Nous vous rappelons que ces formalités, que nous avons publiées sous forme d'un extrait du décret du 5 octobre 1920, dans nos Agendas-Mementos de 1921 et 1922, consistent à dresser en double exemplaire un état ou mémoire, qui doit être, dans l'année où les frais ont été faits, envoyé au magistrat du ministère public près la juridiction compétente.

Le mémoire est taxé par le Président qui délivre exécutoire à la suite et le payement est effectué par le receveur de l'enregistrement.

Le Ministère public, au Tribunal des Pensions, est représenté par le Commissaire du Gouvernement désigné par le Ministre de la Guerre. C'est donc à lui qu'il y a lieu d'envoyer les mémoires, au siège du Tribunal des Pensions qui est celui du tribunal civil du chef-lieu du département.

2° Aucun règlement ne préside à la désignation des experts au Tribunal des Pensions. Cette désignation a donc lieu au choix et suivant le bon plaisir du tribunal, que l'expertise ait lieu au domicile des intéressés ou au cabinet de l'expert.

Droit de l'inspecteur des enfants du premier âge

Voulez-vous avoir l'obligeance de me donner votre avis sur le cas suivant :

J'ai un confrère qui est inspecteur des nourrissons. Dernièrement, il a visité des nourrissons, chez deux de mes clientes, à qui j'avais signé un certificat de nourrice gratuit qui se trouve inclus dans le carnet de nourrice. Mon confrère prétendant que ma cliente n'avait pas le droit de demander son certificat à *son* médecin, a biffé mon nom et l'a remplacé par le sien, chez la première nourrice, et a tout simplement déchiré le carnet chez la seconde.

Il n'est pas question de juger l'acte au point de vue confraternel et déontologique. Ceci est jugé. Je désire simplement savoir si une nourrice est dans l'obligation de faire signer son carnet par le médecin des nourrissons, ou si elle a le droit de le faire signer par son médecin traitant.

La question me paraissant d'intérêt général, je vous prie de me répondre par la voie du *Concours*.

Dr B.

Réponse.

S'il s'agit de la surveillance des enfants déjà placés en nourrice, il appartient au médecin inspecteur seul de faire les visites et de viser le carnet délivré à la nourrice, en exécution de l'article 30 du décret du 27 février 1877.

S'il s'agit au contraire de l'établissement du certificat médical que doit produire la femme qui veut prendre chez elle un enfant en nourrice, pour obtenir le carnet en question, le médecin inspecteur n'a qualité exclusive pour le délivrer que s'il habite la commune même où réside la nourrice. A défaut de médecin inspecteur habitant cette commune, le certificat médical peut être délivré par un autre docteur en médecine ou un officier de santé (article 29 du décret précité).

Mais, bien entendu, même si vous ne vous trouviez pas dans ces conditions, le médecin inspecteur a eu tort, déontologiquement, d'agir comme il l'a fait.

Amortissement des frais d'installation.

Le contrôleur des contributions directes m'a demandé le relevé de mes recettes et dépenses professionnelles de 1917 à 1920.

Pour 1920, j'ai fait intervenir 1250 francs à titre d'amortissement en 20 ans de mes frais d'installation. Je n'ai pas fait figurer ce chiffre pour les années précédentes, mais j'en ai tenu compte pour 21 et 22.

Le contrôleur me fait observer qu'exerçant depuis 35 ans, je ne puis plus parler de cet amortissement.

A mon tour, je lui fais remarquer que l'impôt sur les bénéfices de guerre ou sur le revenu n'existait pas au début de ma carrière et que j'en supporte les conséquences depuis 1915 seulement.

Dois-je maintenir ma prétention ?

Dr C.

Réponse.

Lorsque qu'un contribuable n'a pas tenu compte dans sa comptabilité d'avant-guerre de l'amortissement annuel de ses frais d'installation, il n'est, pendant la période d'imposition, pas fondé à faire intervenir le dit amortissement dans ses frais généraux, en vue de l'établissement de la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre et de l'impôt général sur le revenu global.

Plusieurs décisions rendues à ce sujet permettent au contrôleur de refuser formellement la déduction en question pour le calcul de la contribution ; et en particulier celle de la commission supérieure en date du 26 juillet 1918 ainsi conçue :

« C'est précisément parce qu'aucun amortissement n'avait été pratiqué pendant la période d'avant-guerre que l'on ne saurait accorder l'amortissement demandé pour la période d'imposition. La solution contraire aurait pour effet d'imputer sur les bénéfices de guerre des amortissements relatifs à la période de paix qui auraient dû venir en déduction du bénéfice normal. »

Il y a là une question de fait qui ne saurait être discutée par le contribuable.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Les intérêts non touchés d'un prêt ne doivent pas figurer dans la déclaration du revenu

Un contrôleur des contributions à qui je posais la question, me répondait, en janvier dernier, à propos des revenus provenant des prêts hypothécaires, que l'impôt n'était dû que sur les revenus effectivement perçus.

Un journal médical, qui n'est pas le *Concours*, annonce, ces jours-ci, que les revenus en question sont toujours présumés rentrés et qu'il faut les déclarer. Il me semble pourtant anormal de payer un impôt pour des arrérages que le débiteur verse quelquefois avec des années et même plusieurs années de retard.

Je vous serais très reconnaissant de me donner votre opinion à ce sujet.

Dr C.

Réponse.

La déclaration de revenu global ne doit comprendre que les revenus réellement encaissés.

Dans le cas où le contrôleur croirait relever une insuffisance, il demanderait des éclaircissements et vous devriez alors lui déclarer par écrit que les intérêts du prêt X n'ont pas été touchés depuis le... Cette affirmation est regardée comme suffisante jusqu'à preuve du contraire.

A. Martinot,
Conseiller fiscal

Base de la pension militaire

Abonné au *Concours médical* ainsi qu'au « Sou », je vous serais très obligé de me renseigner sur les points suivants :

Pensionné de guerre pour maladie, ma pension, malgré mes protestations, n'est calculée que sur le premier échelon du grade de médecin aide-major de

1re classe, sous prétexte que je n'aurais pas quatre ans de grade. Je viens donc vous demander si je dois être considéré comme n'ayant pas quatre ans de grade de M A M de 1re cl. En effet, j'ai été nommé M A M de 1re cl., pour prendre rang à la date du 3 octobre 1915 et j'ai été démobilisé à la date du 13 mars 1919 après avoir fait ,à partir du 3 octobre 1915, 2 ans 1 /2 de front. D'autre part, le point de départ de ma pension est du 1er février 1921. Le temps passé au front ne compte-t-il pas double pour le grade, et le temps passé dans la réserve ou la territoriale, c'est-à-dire pour moi après le 13 mars 1919 ne compte-t-il donc pas ? S'il ne compte pas, je n'appartiendrai jamais au 1er échelon.

Veuillez me dire aussi ce qui constitue une annuité au point de vue militaire, pour la Légion d'honneur par exemple, pour laquelle on est proposable à 25 annuités ?

Dr N.

Réponse.

L'art. 18 de la loi du 11 avril 1831 dispose que « la pension pour cause de blessures ou infirmités se règle sur le grade dont le militaire est titulaire ». Or, le 1er février 1921, point de départ de votre pension, vous étiez M. A. M. première classe, après quatre ans de grade ; c'est donc sur le taux du deuxième échelon que votre pension doit être liquidée.

Le temps passé au front ne compte double que dans certaines conditions, notamment pour la retraite en ce qui concerne les annuités de campagne. Il en est également tenu compte, à titre indicatif, pour la Légion d'honneur.

Une annuité est le temps correspondant à une annuité du calendrier solaire ; le temps de service est décompté par annuités ou années, mois et jours.

G. F.

Rapport sur le décès d'une victime de la guerre.

Je me permets de vous demander un renseignement, au sujet d'un point du tarif de la loi des Pensions.

La femme d'un réformé décédé me transmet une pièce qui lui a été envoyée par la section départementale des Pensions, pièce lui demandant de faire parvenir au sous-intendant, chef de la section départementale « un rapport médico-légal établi par le médecin qui a soigné M. X. »

Ce rapport devra faire ressortir d'une façon précise la relation de cause à effet entre le décès et la blessure reçue ou les maladies contractées en service. »

Je n'ai pas trouvé dans les dispositions de la loi des Pensions, ni dans le tarif récemment publié,

(Voir la suite page XLIII-1717)

PROPOS DU JOUR

Une offensive contre nos villes d'eaux. Une singulière circulaire anonyme.

Un de nos amis nous communique une circulaire que beaucoup de nos confrères ont reçue. Tantôt identique à celle que nous reproduisons, tantôt légèrement modifiée et signée : Dr Or . . ., cette circulaire est toujours anonyme. Nous n'avons pas l'habitude au *Concours médical* de tenir compte des écrits que leurs auteurs n'ont pas eu le courage de signer, quels qu'ils soient, nous les jetons au panier avec dégoût. Mais peut-on considérer le factum suivant comme anonyme ? Son épaisse balourdise, sa désopilante niaiserie qui s'efforce si sottement de revêtir une apparence d'honnête désintéressement, ne lui servent-ils pas de signature ? Bien que les phrases ci-dessous soient à peu près écrites en français, notre confrère Bérillon, qui a poussé si loin ses études sur la *« polychésie boche »*, a dû reconnaître sans peine à son odeur l'origine de ce papier, si toutefois il l'a reçu.

Voici d'ailleurs le texte de cette singulière circulaire :

Mon Cher Confrère,

Les confrères exerçant dans les stations thermales et balnéaires vous seraient infiniment reconnaissants si vous vouliez bien montrer plus d'impartialité dans le choix des stations hydrominérales que vous indiquez à vos malades et ils vous demandent ardemment de ne pas faire de dichotomie avec certains confrères de villes d'eaux à réclames tapageuses. Ces privilégiés confrères, percevant de gros honoraires sur leurs malades pendant l'été, peuvent faire de coûteux voyages pendant l'hiver et être constamment en contact avec vous, vous rappelant qu'il faut que vous leur envoyiez des clients.

Le résultat des multiples démarches de ces confrères voyageurs est que vous leur envoyez avec une partialité regrettable trop de clients et pas assez aux autres. Vous surpeuplez à l'excès une ou deux stations hydrominérales à climat estival des plus chauds où la principale préoccupation locale est l'exploitation intensive des hôtels.

Par contre, les confrères des autres stations ont une clientèle des plus réduites et se trouvent dans une situation des plus difficiles. La dichotomie détourne le malade du médecin intègre ; en outre, elle oblige les confrères exerçant dans une ville d'eaux à refaire chaque année une nouvelle clientèle, le client s'apercevant qu'il est dichotomé par le médecin ainsi que par les diverses opérations du traitement : massages, mécanothérapie, électrothésapie, examens radiographiques, opérations, cliniques, analyses, médicaments, ceintures, corsets. . ., devient méfiant, discrédite le corps médical ainsi que la station, ne revient pas, ou s'il revient, se passe de médecin.

Confrère, pas de dichotomie, pas de préférence au profit des confrères de l'une ou de l'autre des stations hydrominérales. Pour le bien de tous, nous vous demandons de ne jamais remettre au malade une lettre pour un confrère de la station hydrominérale où vous l'envoyez et de ne jamais lui recommander de voir un confrère de préférence à un autre. Dans l'espoir, etc. . .

Les médecins non dichotome (sic) *des stations hydrominérales balnéaires et estivales de France.*

Depuis trente ans que nous exerçons, nous avons eu l'occasion d'entrer en relations avec de nombreux médecins de villes d'eaux et de recevoir leur visite, or *jamais*, il ne nous est arrivé de les entendre tenir un propos capable de nous faire soupçonner de leur part une proposition de dichotomie.

D'ailleurs, nos confrères des stations balnéaires et climatiques n'ont pas besoin d'être défendus. Ils savent fort bien faire leur police eux-même. Certes, comme dans toutes les villes et toutes les régions de France, il existe dans les villes d'eaux quelques rares médecins tarés mais, méprisés de leurs confrères, au ban de la corporation médicale, ils sont tous bien connus. Exclus des syndicats et des sociétés qui groupent, dans chaque station, les médecins qui y exercent, ils ne sauraient pas plus entacher l'honorabilité de ces derniers que la douzaine de médecins marrons, qu'enfin la justice se décide à poursuivre, ne peut porter atteinte à la considération méritée du corps médical français, pris dans son ensemble.

Si le rédacteur de la circulaire ci-dessus avait eu le moindre sens psychologique, il se serait gardé d'adresser à des médecins français des conseils dont l'ânerie déconcerte et dépasse les limites de la naïveté, en engageant les praticiens à ne désigner à leurs malades aucune station indiquée par leur état de santé.

En proposant aux praticiens de ne pas indiquer à leurs clients de médecin pour les soigner

aux eaux, sous prétexte de délicatesse interconfraternelle, ils les laisseraient sans défense, aux prises avec les pisteurs que quelques bandits diplômés payent fort cher pour canaliser vers leurs louches officines et mettre en coupe réglée les baigneurs naïfs qui débarquent dans une ville d'eaux.

Le devoir d'un médecin consciencieux est d'envoyer ses malades aux stations indiquées pour les affections dont ils souffrent et où ils peuvent faire une cure utile. Si la valeur des eaux et la bonne organisation de quelques stations leur ont permis de prendre une extension plus grande que bien d'autres, loin d'être une raison d'en éloigner nos clients, c'est au contraire une garantie pour nous et nos malades. C'est aussi un exemple pour les petites stations insuffisamment outillées et un encouragement pour elles à faire un effort d'amélioration. Il serait étrange et même blâmable de ne pas indiquer au malade qui va dans une ville d'eaux le médecin qui devra le soigner. Pour qu'une cure thermale soit vraiment utile, pour que son action soit réellement efficace et puisse se continuer au retour, il convient que le médecin de la station balnéaire soit en liaison avec le médecin traitant. Trop fréquemment, il est vrai, nos malades vont aux eaux sans nous demander conseils, se fiant aux racontars de personnes étrangères à la médecine qui leur donnent même l'adresse d'un médecin. Trop souvent ce dernier, non content de diriger le traitement thermal, se permet de donner des conseils et de rédiger une ordonnance pour permettre à son client de se soigner seul au retour, sans avoir recours à son médecin ordinaire. Il convient aux médecins sérieux de réagir contre ces mœurs qui, si elles se généralisaient, porteraient le plus grand préjudice à nos stations thermales, et conduiraient inévitablement au but que poursuit l'auteur de la circulaire que nous avons publiée. Du jour où les médecins des stations balnéaires ignoreraient les médecins traitants, daterait le début de l'agonie de nos villes d'eaux. Il importe que les médecins hydrologues, par leurs publications, par leurs visites, par leurs relations cordiales avec leurs confrères, fassent connaître les vertus des eaux de leurs stations aux médecins praticiens, leurs indications, et *surtout* leurs contre-indications. Il importe, dans l'intérêt du malade, qu'après une cure thermale, le médecin traitant soit mis au courant des incidents de cette cure et des conséquences éloignées qu'elle pourra avoir sur la santé du baigneur. Tout ceci tombe sous le coup du bon sens, et nous avons presque honte de l'écrire. Nous le faisons néanmoins, parce que nous croyons indispensable et d'intérêt national, même d'intérêt public, de contrebattre une propagande supérieurement organisée, qui profite de toutes les occasions et de tous les moyens pour nuire à la France et nous tromper, mais qui, heureusement, sous-estimant notre intelligence, se manifeste dans son exécution avec une maladresse et une grossièreté qui la dévoilent et en annihilent les effets. Ici, comme dans la fable du bon La Fontaine, l'âne revêtu de la peau du lion, laisse passer le bout de l'oreille et est facilement reconnu.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SINUSITES

Par P. Truffert,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Paris.

Le traitement chirurgical des sinusites est une question que les récents congrès ont mise à l'ordre du jour. Les modalités en semblent nombreuses et, dans les revues ou les sociétés, les discussions auxquelles ce traitement donne lieu semblent créer entre les différents procédés un antagonisme frappant. Souvent cependant, l'opposition (comme dans de nombreuses discussions médicales) tient à ce fait que chacun défend son opinion en pensant à un cas particulier non superposable à celui qui suggère les réflexions de son contradicteur.

La chirurgie de la spécialité est en pleine évolu-

tion, l'heure n'est pas encore venue de l'enfermer dans des formules ou de l'énoncer en aphorismes délimitant étroitement la vérité.

Tel traitement qui paraît séduisant et bénin se révèle un jour, même entre les mains les plus expérimentées, mutilant et meurtrier. Les enthousiasmes sont cependant à la base des progrès et des acquisitions que nous faisons chaque jour dans notre art ; s'ils entraînent quelques déceptions et suscitent une réaction, les faits et l'expérience se chargent de leur assurer la place à laquelle ils ont droit au bout d'un temps plus ou moins long. Il semble qu'à l'heure actuelle, il soit permis d'essayer de classer et de préciser les indications dont relève chacun des procédés de traitement des sinusites.

Les sinus sont des cavités pneumatiques annexées aux fosses nasales, soit qu'ils se présentent comme des cellules en nid d'abeille creusant l'ethmoïde, soit qu'ils débordent sur les os voisins : frontal maxillaire, sphénoïde et palatin.

Pendant longtemps, seuls les deux premiers étaient considérés comme dignes d'une autonomie pathologique ; à l'heure actuelle, les sinusites ethmoïdo-sphénoïdales se manifestent comme présentant un égal intérêt.

Dans ce complexus cellulaire des sinus, il est possible de faire une classification simple, schématique, et qui nous serve de guide en thérapeutique.

Qu'est-ce, en effet, que ces cellules et ces sinus ? Ce sont tout simplement des évaginations de la muqueuse nasale dans le squelette facial. L'embryologie et l'étude anatomique nous apprennent qu'il n'existe que deux systèmes d'évagination : l'un antérieur : fronto-ethmoïdo-maxillaire, l'autre postérieur : ethmoïdo-sphénoïdo-palatin. (schéma 1).

Les deux systèmes sont isolés par une cloison osseuse : la racine cloisonnante du cornet moyen (Mouret) et le labyrinthe ethmoïdal se résume en quelque sorte à deux lamelles osseuses réunies par un seul pédicule à direction générale oblique en bas et en arrière. (Schéma 2, A. B. C.)

Nous comparerions volontiers, du point de vue de sa topographie, le système cellulaire périnasal à une glande acineuse à deux lobes complètement isolés, l'infection d'un acinus ne réagissant que sur les acini du même lobe.

Du point de vue de ses rapports périphériques avec l'orbite, la même séparation se justifie (fig. 3) : le groupe antérieur répond surtout à la chambre oculo-palpébrale où sont inclus les annexes ; le groupe postérieur répond à l'orbite, et particulièrement au sommet de la pyramide, avec le canal optique.

On conçoit que du point de vue clinique, la symptomatologie opposera également les *sinusites antérieures* dont les exsudats sont *mouchés*, où la céphalée est fronto-faciale, dont les extériorisations sont oculo-palpébrales, et les complications méningo-encéphaliques, aux *sinusites postérieures* dont les exsudats *sont crachés*, déglutis (troubles gastro-intestinaux) ou déversés dans l'appareil respiratoire (laryngo-bronchites rhinogènes de Flurin) dont la céphalée est verticale ou nucchale, dont les extériorisations sont orbitaires ou *optiques* (névrites rétro-bulbaires), dont les complications sont thrombo-phlébitiques.

Mais en ce qui concerne le traitement, le type évolutif influe plus que la localisation. De ce point de vue, nous classerons les sinusites en sinusites *aiguës* ; sinusites *prolongées* ; sinusites *chroniques* : *patentes ou latentes*.

Aiguës, les sinusites sont des complications des

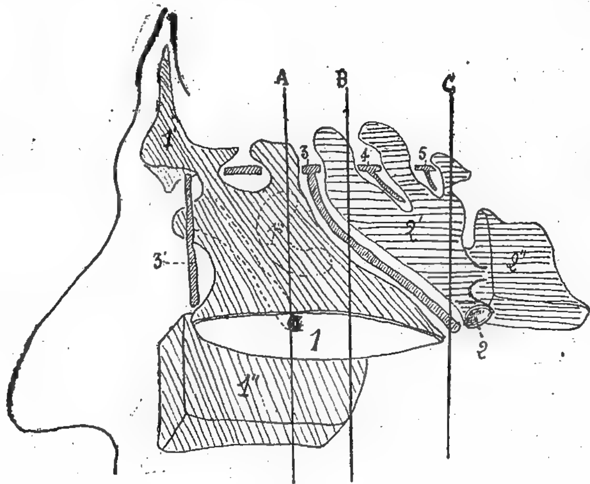


Fig. 1. — *Schéma des groupes cellulaires périnasaux.*

1. *Système antérieur* : 1' sinus frontal ; 1'' sinus maxillaire ; 1''' bulle ethmoïdale.
2. *Système postérieur* : 2' cellules ethmoïdales ; 2'' sinus sphénoïdal.
3. Racine cloisonnante du cornet moyen ; 3' insertion antérieure de ce cornet.
4. Racine cloisonnante du cornet de supérieur.
5. Racine cloisonnante du cornet suprême.

(A. B. C., direction des coupes de figure 2).

affections à catharre rhino-pharyngé (grippe par excellence).

La *prolongation* est due à un obstacle à l'évacuation du pus.

Chroniques, à la réaction de la muqueuse ou aux lésions d'ostéite qui succèdent à cette suppuration (1).

intervenir qu'en présence d'un état grave ou de la prolongation de la suppuration.

Sinusites prolongées. — Lorsque la suppuration persiste et ne se tarit pas malgré le séjour à la chambre et l'hygiène nasale, c'est qu'un obstacle

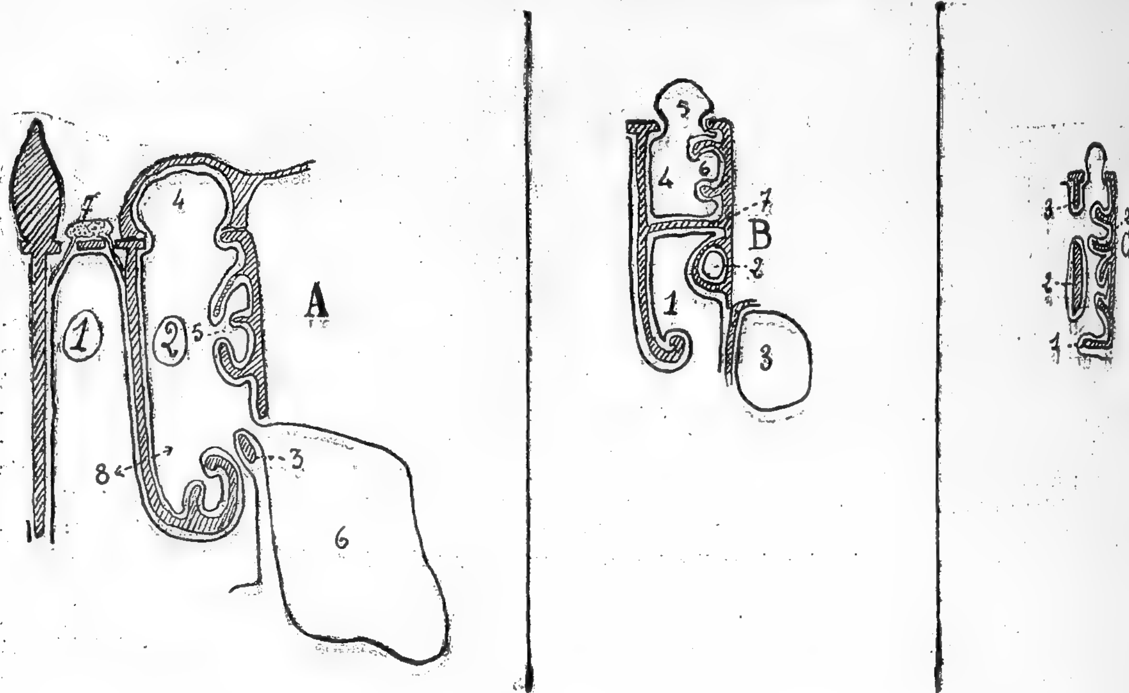


Fig. 2. — *Coupes frontales d'un ethmoïde (masse latérale droite, segment antérieur de la coupe).*

A. — *Coupe antérieure* : 1. Fente olfactive ; 2. Méat moyen ; 3. Apophyse unciforme ; 4. Cellule ethmoïdofrontale ; 5. Bulle ethmoïdale ; 6. Sinus maxillaire ; 7 Bulbe olfactif ; 8. Limite de la résection nécessaire du cornet moyen.

B. — *Coupe moyenne* : 1. Méat moyen (ethmoïde antérieur) ; 2. Bulle ethmoïdale ; 3. Sinus maxillaire ; 4 Méat supérieur (ethmoïde postérieur) ; 5. Cellule fronto-ethmoïdale ; 6. Cellule ethmoïdale postérieure ; 7. Racine cloisonnante du cornet moyen.

C. — *Coupe postérieure* : 1. Racine cloisonnante du cornet moyen ; 2. Queue du cornet supérieur ; 2' Sa racine cloisonnante ; 3. Cornet de Santorini.

S'extériorisent-elles par l'un quelconque des symptômes que nous avons ébauchés, elles se révèlent *patentes*. Mais dans certains cas, et c'est surtout le fait des sinusites postérieures, seule, une complication (localisation fixe nuccho-cervicale d'une céphalée tenace, troubles de la vue, laryngite chronique chez un psudo-tuberculeux) vient révéler l'infection *latente* (non fatalement suppurée) d'un groupe cellulaire postérieur.

Les sinusites aiguës en dehors de toute complication relèvent d'un traitement d'hygiène et de désinfection nasale. Si on peut faire appel à des médications vaso-contrictives pour faciliter l'évacuation des exsudats, l'acte chirurgical ne doit

(1) Une place à part doit être faite aux suppurations du sinus maxillaire d'origine dentaire. Il s'agit d'empyème du sinus maxillaire (parulie interne de Mahu) ayant infecté la muqueuse. Le traitement : l'avulsion des dents cariées, le curetage des kystes dentaires infectés, suffit en général à les guérir.

s'oppose à l'évacuation du pus. La chirurgie endonasale trouve alors son indication formelle.

Sinusites chroniques. — Mais si la sinusite entraîne des troubles graves, si la suppuration nasale reparaît et dure après une période de latence, et surtout, lorsque ces différents symptômes résistent au traitement endo-nasal, il faut alors intervenir largement et chirurgicalement à ciel ouvert.

Les traitements chirurgicaux endo-nasal et par voie externe des sinusites ne s'opposent donc nullement l'un à l'autre. Chacun à ses indications formelles. Mais dans les cas mixtes, les plus nombreux, la tendance personnelle intervient sans que l'on puisse objecter quoi que ce soit à la détermination prise. Il est cependant des contingences auxquelles nous sommes dans la pratique obligés de nous soumettre. Il est évident que nous conseillerons plus volontiers l'abord externe du sinus maxillaire que celui du sinus frontal ou du sinus sphénoïdal. Le

premier en effet ne laisse aucune trace cutanée, le second impose une cicatrice qui, dans le cas du sinus frontal, peut être mutilante.

Les raisons cliniques ou anatomiques ne suffiront donc pas à imposer les modalités de l'intervention.

Sinusites antérieures frontales, ethmoïdales, maxillaires. — Prolongées, elles relèvent du traitement endo-nasal.

Le but que l'on poursuit est d'éviter ou de combattre la rétention. Les voies d'abord en sont les *méats moyen et inférieur.*

Il faut donc d'abord enlever les obstacles qui s'opposent à l'évacuation du pus.

Ceux-ci peuvent être dus :

1° A un épaississement de la muqueuse ;

2° A un enroulement exagéré du bord libre du cornet moyen ;

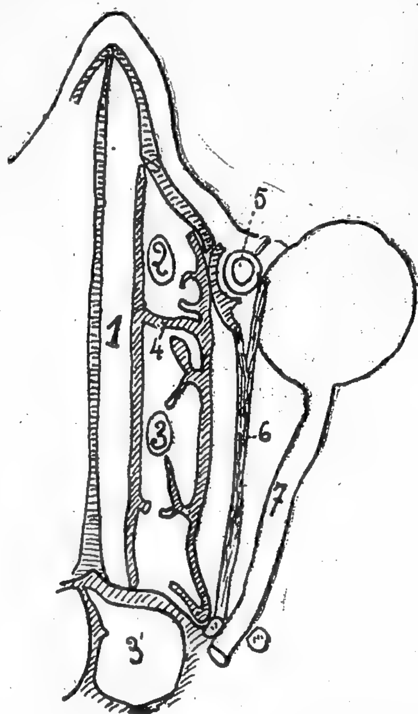


Fig. 3. — *Coupe horizontale des fosses nasales et de l'orbite*

1. Fente olfactive ;
2. Ethmoïde antérieur ;
3. Ethmoïde postérieur ; 3' Sinus sphénoïdal ;
4. Racine cloisonnante du cornet moyen.
5. Sac lacrymal.
6. Muscle droit interne.
7. Nerf optique.

3° A une obstruction des orifices des sinus, soit du fait de la transformation de la muqueuse, soit du fait d'une insuffisance du calibre anatomique.

Nous allons donc envisager successivement les différents actes chirurgicaux qui permettent de combattre ces obstacles.

Contre l'épaississement de la muqueuse, au décours d'une sinusite aiguë ou au cours d'une sinusite prolongée, l'action rétractive de la cocaïne et de l'adrénaline est seule employée. Mais si la sinusite se prolonge et si la muqueuse présente une dégénérescence myxomateuse, il faut enlever ces myxomes qui obstruent les méats et favorisent la rétention du pus. Cette exérèse est trop classique pour qu'il soit besoin d'y insister.

Aux obstacles anatomiques il faut opposer des actes chirurgicaux.

Il est classique de dire qu'un des premiers temps du traitement des sinusites est la résection du cornet moyen. Présentée sous cette forme, la formule est excessive et elle peut être dangereuse.

Ce qui forme obstacle en effet est le bord inférieur du cornet moyen dont l'enroulement se fait sous un trop grand rayon, dont le bord libre est quelquefois soufflé par une cellule. Il suffit donc d'en réséquer le bord inférieur en empiétant sur la tête, près de l'insertion antérieure. Il suffit, en effet, de dégager la gouttière de l'unciforme (gouttière qui déverse dans les fosses nasales les sécrétions sinusales antérieures).

Ce qu'il est préférable de ne pas faire (nous dirons même volontiers, ce qu'il ne faut pas faire), c'est réséquer ou arracher à la pince de Luc la totalité du cornet moyen.

Des cas ont été en effet signalés de méningites par fractures de la lame criblée, au cours de cette manœuvre. De plus, si par un excès de conscience dans l'application de ce précepte, on cherche à réséquer le cornet moyen jusqu'au niveau de son extrémité postérieure, l'artère sphéno-palatine court grand danger d'être sectionnée elle aussi, d'où hémorragie qui peut mettre la vie du malade en danger et nécessiter une ligature de la carotide externe. Si cette résection totale du cornet est inutile pour libérer le méat moyen, il est une raison pratique qui nous commande d'être économes dans les résections de ce cornet. Si l'on veut en effet se reporter au schéma A fig. 2, on verra que ce cornet est un repère précieux, une cloison qui sépare la zone ethmoïdale où l'on peut évoluer sans danger, de la zone olfactive où un instrument ne doit pénétrer à aucun prix. Le repère doit être ménagé, ne serait-ce qu'au cours d'une opération ultérieure. Il faut donc faire une résection économique et partielle du cornet moyen à la pince de Jansen, et cette résection est rapidement suffisante pour libérer la gouttière infundibulaire.

Lorsque celle-ci est dégagée, rien n'est plus aisé que d'effondrer une bulle trop volumineuse et d'évacuer par là même une rétention ethmoïdale.

Quant au traitement de *l'insuffisance orificielle* maxillaire et frontale, nous envisagerons successivement le sinus maxillaire et le sinus frontal.

I. Sinus maxillaire. — Le cathétérisme de l'ostium maxillaire est facile : il suffit en effet, après dégagement de la gouttière unciformienne, de suivre cette gouttière d'avant en arrière avec la canule coudée de Hartmann, et on pénètre dans le sinus, soit au travers de l'ostium, soit au travers de la muqueuse

qui cède à une simple pression. On peut alors pratiquer le lavage.

Cette manœuvre expose à des échecs ; de plus, on obstrue en totalité ou en partie l'orifice de sortie du liquide de lavage. C'est pourquoi on préfère la ponction, non pas diamétique mais diaseptale en passant par le méat inférieur.

Il ne faut pas chercher à ponctionner sur le plancher, mais en dirigeant la pointe du trocart, arrivé au milieu du méat, en haut et en dehors, on n'a qu'à perforer une mince lame papyracée qui cède facilement.

4 à 5 lavages bi-hebdomadaires suffisent le plus souvent à tarir la suppuration.

Si non, et en pratique si la sinusite ne rétrocède pas au bout d'une douzaine de lavages, il faut intervenir chirurgicalement.

L'abord chirurgical endo-nasal du sinus maxillaire est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

On ouvre le sinus au travers du méat inférieur, au ras du plancher, soit à l'aide d'un perforateur (Vacher), soit à l'aide de cisaille (Mahu), soit à l'aide d'une fraise (Escat).

Mais s'il s'agit d'une sinusite chronique avec une muqueuse entièrement dégénérée, il faut cureter celle-ci dans tous ses prolongements. La voie externe est sans contredit la voie de choix, parce qu'il n'est de traitement possible dans ce cas que sous le contrôle de la vue, la curette devant poursuivre les fongosités dans tous les replis, dans tous les prolongements.

L'opération de Caldwel-Luc, trépanation par la fosse canine avec contre-ouverture nasale, est trop connue pour qu'il soit utile d'y insister.

L'opération de l'angle supérieur de Vacher, l'opération de Denker, l'opération de Lombard et Lemée en sont des modalités maintenant classiques.

II. Sinus frontal. — La chirurgie du sinus frontal a subi dans les dernières années une évolution très marquée. Les indications réciproques du traitement endo-nasal et du traitement par voie externe se sont précisées. Nombreux sont en effet les spécialistes qui ont connu au moins un échec dans le traitement de la sinusite frontale.

Lorsque la libération des voies d'excrétion s'est révélée insuffisante, il faut alors agir sur le sinus frontal. Or, dans ce cas, l'opération par voie externe voit restreindre ses indications par le fait qu'elle peut être mutilante. C'est pourquoi nous voulons nous étendre un peu sur le traitement chirurgical endo-nasal en essayant de préciser ce qu'on est en droit d'en attendre, et de fixer les limites au-delà desquelles il est insuffisant et dangereux.

Le traitement endo-nasal de la sinusite frontale poursuit deux buts :

1° Augmenter la perméabilité de l'infundibulum pour éviter la rétention.

2° Désinfecter la muqueuse nasale pour tarir la suppuration. La technique, théoriquement simple, demande à être exécutée avec une extrême prudence. Il ne faut pas oublier en effet que l'infundibulum borde la lame criblée et que toute effraction vers celle-ci peut être mortelle. Or, l'opérateur le plus habile est à la merci d'une fausse route ou d'un faux mouvement.

Cette opération nécessite exclusivement l'anesthésie locale.

Les voies d'abord étant dégagées (résection de la tête du cornet moyen), on effondrera la bulle ethmoïdale si elle est très volumineuse, ainsi que la cellule enserrée dans les racines de l'unciforme (cellule de l'agger-nasi).

On cathétérise alors le sinus frontal. Le cathéter mis en place dans le méat moyen doit être dirigé en avant, en haut et légèrement en dehors. Il pénètre lui-même dans le sinus frontal. L'infundibulum étant repéré, il faut l'élargir. Pour cela, on peut se servir de fraises (la moins dangereuse étant la fraise tronconique de Halle) ou mieux, des râpes de Vacher. L'important est de ne faire porter l'action de l'instrument que sur la paroi antérieure de l'infundibulum. C'est pourquoi nous donnons la préférence à la râpe de Vacher qui, dentée seulement par sa concavité, ne peut mordre qu'en avant et met, autant que possible, à l'abri des accidents. Il est cependant des cas (exceptionnels) où les épreuves radiographiques montrent une ombre sinusale frontale, et où l'infundibulum ne se laisse pas cathétériser. Dans ces cas, on peut tenter l'effondrement du plancher du sinus frontal en attaquant avec une fraise munie d'un protecteur la partie tout antérieure du plancher suivant la méthode de Halle. Ces techniques ont été surabondamment reproduites dans ces dernières années.

L'acte chirurgical terminé, on peut faire un curetage prudent de la muqueuse avoisinant l'orifice. Il vaut mieux en pratique des cautérisations par badigeonnages avec une solution forte de chlorure de zinc. En tout cas, il ne faut ni mécher, ni tamponner.

Cette chirurgie endo-nasale du sinus frontal est évidemment séduisante, mais que peut-on exactement lui demander ?

Nous pensons que c'est elle qui précise la discrimination entre les *sinusites prolongées* (empyème du sinus frontal) et les *sinusites chroniques* dans lesquelles la muqueuse a subi une dégénérescence fongueuse totale, et dans lesquelles l'os est quelquefois dénudé, altéré, voire même nécrosé. Cette division n'implique nullement une notion de durée. Les *premières* guérissent facilement par le traitement endo-nasal ; le pus évacué, la suppuration cesse rapidement : ce sont les *succès*. Dans les *sinusites chroniques*, au contraire, le traitement endo-nasal amène une sédation temporaire des symptômes de rétention, mais la suppuration persiste et le malade reste exposé aux dangers et aux complications des sinusites chroniques : ce sont les *échecs* qui relèvent du traitement par voie externe. Néanmoins,

Laboratoires G. GRÉMY

14, Rue de Clichy, PARIS (9e)

Téléphone : Central 22-62 : — : Télégr. : Imunigrémi-Paris

De quelques Aphorismes en Vaccinothérapie

Dans un récent article qui a paru dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (février 1923), sir A. E. Wright, dont on connaît la compétence et l'autorité en matière de vaccins, proclame quelques aphorismes qu'il est intéressant de noter.

1° « Remarquons que, puisque dans l'inoculation prophylactique, les vaccins sont des « stocks-vaccins et donnent de bons résultats, « il n'est théoriquement pas indispensable d'employer des vaccins directement préparés avec « les microbes du malade. »

Voilà ce qu'en 1923 écrit l'« Inventeur » de l'auto-vaccin. Après de nombreuses années d'expérience, il reconnaît la valeur du stock-vaccin dans la prévention, comme dans la guérison des maladies.

2° « Dans tous les cas où les microbes peuvent « être cultivés hors de l'organisme, les vaccins « doivent être des cultures stérilisées. »

Il donne la priorité comme efficacité aux vaccins tués et rejette les vaccins renfermant des microbes atténués ou vieillis.

3° « Les vaccins peuvent être utilisés de différentes façons. Ils peuvent être employés non « seulement à titre de prophylaxie, mais aussi « comme traitement préventif pendant la période d'incubation. De plus, on peut les employer au point de vue thérapeutique dans « toutes les infections *localisées* autres que celles « qui se trouvent compliquées par une pyrexie « avec auto-inoculations fréquentes et massives. Dans cette dernière classe de maladies, « les vaccins sont contre-indiqués, comme aussi « dans les processus septicémiques dans lesquels « les toxines bactériennes circulent en grande « abondance dans le sang. »

Les Vaccins peuvent être préventifs ou curatifs. Les vaccins curatifs sont surtout efficaces dans les infections localisées ; ils sont contre-indiqués dans les septicémies. Cette dernière affirmation est peut-être un peu trop rigoureuse ; on peut, dans les septicémies, tenter la chance de sauver le malade par la vaccinothérapie.

6° « La dose de vaccin à inoculer varie suivant « que le patient est infecté ou ne l'est pas et « que, dans le cas où il est infecté, la dose à employer doit être inversement proportionnelle « à l'intensité de l'infection. »

Cette notion est de première importance ; en vaccinothérapie, il y a lieu de tâter pour ainsi dire la susceptibilité du malade, et de faire les injections en commençant par des doses minimes et progressivement croissantes.

Enfin Wright arrive à ébranler le dogme de la spécificité :

« Des substances antibactériennes élaborées « par suite de l'inoculation de vaccin agissent « d'une façon spécifique sur la variété de microbe « qui a fourni le vaccin, mais il est possible qu'en « plus on obtienne des immunisations accessoires. »

Ainsi l'action immunisante d'un vaccin n'est pas seulement valable pour le microbe infectant, mais pour d'autres microbes accessoires souvent associés à celui-ci.

Ces aphorismes s'appliquent en tous points aux Immunizols Grémy.

Les Immunizols Grémy sont des stocks-vaccins. Or, l'efficacité des stocks-vaccins est reconnue par Wright.

Les Immunizols Grémy sont des vaccins « stérilisés » par divers procédés combinés qui leur conservent leurs propriétés antigéniques et vaccinantes.

Les Immunizols Grémy sont des vaccins préventifs pour certains (n° 22 « typhoïde », n° 23 grippe »). Ce sont surtout des vaccins *curatifs* qui s'adressent à des infections localisées (voir la nomenclature ci-dessous).

Les Immunizols Grémy s'injectent à doses progressivement croissantes, à trois jours d'intervalle, ce qui permet de *doser* le vaccin et d'en ménager les effets.

Les Immunizols Grémy sont tous *polyvalents* et presque tous polymicrobiens, ce qui permet au médecin d'obtenir des immunisations spécifiques et de grippe, suivant les aphorismes de Wright.

Les Immunizols Grémy se font en ampoules et en comprimés pour la vaccination par voie buccale.

N° de l'Immunizol	IMMUNIZOLS GRÉMY EN AMPOULES	N° de l'Immunizol	IMMUNIZOLS GRÉMY EN AMPOULES
10	« Furonculose »	30	« Ostéomyélite »
11	« Entérite »	31	« Abcès chauds »
12	« Appendicite »	32	« Abcès froids »
13	« Asthme »	33	« Sarcome »
14	« Asthme des Foins »	34	« Gangrène »
15	« Eczéma »	40	« Cystites. Pyélonéphrites »
16	« Bronchiteschroniques »		
17	« Rhumatisme »	41	« Métrite. — Salpingite »
18	« Uréthrites »	50	« Otites. — Sinusites »
19	« Acné »	60	« Conjonctivites »
20	« Méningocoque »	61	« Ulcères de la cornée »
21	« Dysenterie »	70	« Pyorrhée alvéolo-dentaire »
22	« Typhoïde »		
23	« Grippe »		

N° de l'Immunizol	IMMUNIZOLS EN COMPRIMÉS
10	« Furonculose »
11	« Entérite »
12	« Appendicite »
13	« Asthme »
14	« Asthme des Foins »
15	« Eczéma »
18	« Uréthrites »
22	« Typhoïde »
40	« Cystite. — Pyélonéphrites »
41	« Métrite. — Salpingite »
70	« Pyorrhée alvéolo-dentaire »

même en cas de sinusite chronique, on est autorisé (on le doit même pour permettre aux malades de bénéficier d'une erreur dans l'évaluation de la dégénérescence de la muqueuse), à pratiquer d'abord le traitement endo-nasal qui, s'il ne guérit pas, met pendant un certain temps à l'abri des complications graves.

Par contre, si la suppuration persiste, si l'infundibulum s'obstrue à nouveau, on doit attaquer la sinusite par voie externe.

Là encore, il faut aller par étapes successives. En effet, s'il faut cureter complètement le sinus frontal, il faut limiter les dégâts et s'efforcer de n'être pas mutilant. C'est là une question de variété anatomique du sinus frontal, non pas de modalité opératoire, et encore moins d'opérateur.

La soufflure sinusale peut s'étendre très loin, dédoublant les deux tables frontales et le plafond de l'orbite. Or, il faut cureter les moindres recoins du sinus si on veut guérir à coup sûr les sinusites. Tout îlot de fongosités qui a échappé à la curette est le point de départ d'une récidive fatale. Néanmoins, il faut être économe et respecter l'arcade orbitaire qui est un des « *chevalets de la cosmétique faciale* » (Sebileau). C'est pourquoi on doit commencer par une opération économique qui d'ailleurs, se révèle le plus souvent suffisante.

L'*opération d'Ogston-Luc* a l'avantage sur les autres procédés de respecter la séparation sinuso-orbitaire ; de plus, elle est rarement mutilante. En effet, la brèche nécessaire pour explorer et cureter la totalité du sinus est en général assez peu étendue pour déterminer un enfoncement tégumentaire disgracieux. Néanmoins, il est des cas où elle échoue. Après une période plus ou moins longue, en général 1 ou 2 ans, pendant lesquels le malade a pu se croire guéri, la céphalée reparaît avec la suppuration nasale et souvent, la cicatrice rougit, s'abcède et se fistulise. Dans ces cas, il faut alors pratiquer une opération radicale qui assure, avec le curetage complet du sinus, son drainage large dans les fosses nasales.

La sinusectomie totale est une opération un peu absolue et très mutilante, puisqu'elle comporte la résection de l'arcade orbitaire. M. le professeur Sebileau a décrit récemment (1) un procédé technique dont nous avons pu apprécier entre ses mains les excellents résultats. L'opération consiste en une résection de la paroi externe du sinus « à la demande des lésions », — c'est-à-dire suffisante pour poursuivre tous les nids de fongosités, puis effondrement de la cloison inter-sinusale et curetage de l'autre sinus, s'il y a lieu.

Enfin, et c'est là le temps caractéristique, on fait « sauter le contrefort qui, en arrière de l'épine nasale du frontal, sépare les deux canaux naso-frontaux. » On resèque largement la partie antéro-supérieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. L'opération terminée, les deux sinus frontaux constituent une cavité unique, ouverte largement dans les fosses nasales.

Les soins post-opératoires sont simples : il suffit de pratiquer un nettoyage au tampon des fosses nasales avec une substance huileuse légèrement antiseptique.

III. Sinusites associées. — Les sinusites fronto-maxillaires sont fréquentes et après l'échec, également fréquent, des traitements endo-nasaux, il faut intervenir.

La logique voudrait que l'on nettoie d'abord la cavité supérieure. La pratique a montré, et M. Lermoyez l'enseigne depuis longtemps, que le nettoyage ethmoïdo-maxillaire tarit souvent la suppuration frontale.

Il faut donc d'abord cureter le sinus maxillaire, puis à l'aide d'une curette contre-coudée « curette fronto-ethmoïdale du professeur Sebileau », cureter complètement l'ethmoïde antérieur au travers de l'hiatus maxillaire. On peut également par cette voie atteindre à la râpe le sinus frontal. Cette opération mixte, nous l'avons réalisée sur les conseils de notre maître, M. le professeur Sebileau, et, si elle est d'une application encore trop récente entre nos mains pour que nous puissions la juger définitivement, nous sommes en droit d'en escompter les bénéfices de tout traitement endo-nasal de la sinusite frontale.

Elle présente à notre avis le gros intérêt de respecter complètement le cornet moyen, dont nous allons voir dans un instant toute l'importance pour l'attaque endo-nasale des sinusites postérieures.

Les sinusites postérieures. — Les sinusites postérieures ethmoïdales et sphénoïdales, dont nous avons vu la latence fréquente au point de vue clinique, ne se révèlent le plus souvent que par des complications dont la gravité impose une thérapeutique énergique et rapide.

On connaît à l'heure actuelle un nombre déjà notable de cas où un malade menacé d'amaurose a récupéré la vision par simple curetage de l'ethmoïde ou du sphénoïde, dont l'infection déterminait une névrite rétro-bulbaire.

Dufourmentel, à la Société de Neurologie, a présenté plusieurs cas de céphalée rebelle guéris par curetage sphénoïdal.

Enfin, depuis quelques années, des bronchites chroniques et rebelles (*rhino-bronchiques descendantes de Flurin*) doivent être considérées comme complication d'une suppuration nasale postérieure chronique.

Contre ces ethmoïdo-sphénoïdites, deux voies ont été proposées : la voie endo-nasale, la voie externe.

Voie endo-nasale. — Elle est séduisante et se ré-

(1) P. Sebileau. — Le plancher naso-frontal des sinus frontaux. Son défoncement chirurgical. L'opération de Lothrop et mon opération. (*Ann. des maladies de l'oreille*, 1922, n° 2, p. 113.)

vèle le plus souvent suffisante. C'est dans cette voie que le repère constitué par la lame des cornets conserve une importance considérable (fig. 2 B. et C.). En effet, tout le temps que la curette ou la pince évoluent en dehors d'elle, il n'y a aucun danger, mais toute déviation en dedans, dans la fente olfactive, expose à des dégâts et à des désastres.

Le malade étant anesthésié par simple tamponnement, avec une solution de cocaïne au dixième, on résèquera la tête du cornet moyen et le *bord libre* de ce cornet *sur une étendue suffisante pour permettre de voir facilement tout le méat moyen.*

(Dans certains cas, où une déviation septale favorise la rétention et crée un obstacle à la visibilité dans les fosses nasales, il faudra dans un temps préliminaire pratiquer un redressement du septum)

La chirurgie endo-nasale, en effet, doit se faire sous le contrôle de la vue. On ne doit attaquer que ce que l'on voit ; moyennant cette précaution, si du fait de certaines dispositions anatomiques insoupçonnables, l'opération se montre ultérieurement insuffisante, on aura au moins la certitude de ne pas avoir été nuisible à son malade.

Moyennant ces précautions :

1° Evoluer en dehors de la lame des cornets ;

2° Evoluer dans un champ opératoire visible ; on drainera un sinus sphénoïdal.

On commencera d'abord par effondrer la racine cloisonnante du cornet moyen, qui cède en général facilement, puis on détruira, soit à la curette, soit à la pince de Citelli, toutes les cellules du groupe ethmoïdal postérieur.

Lorsque ce labyrinthe ethmoïdal postérieur sera cureté, un tamponnement avec une solution d'adrénaline assurant l'hémostase, on voit facilement, sinon l'orifice du sinus sphénoïdal, du moins la paroi antérieure de ce sinus. Rien n'est plus aisé que de la réséquer et de cureter complètement la cavité.

Mais cette intervention endo-nasale, si prudente qu'elle soit, peut exposer à des ennuis ou à des accidents. Nous laissons de côté les complications méningées consécutives à une fracture de la lame criblée, accident qui sera évité si l'on veut bien évoluer toujours en dehors de la lame des cornets.

Par contre, il peut survenir des hémorragies rebelles, tenaces, et pouvant mettre la vie des malades en danger. Ces hémorragies sont dues à une blessure de l'artère spheno-palatine lors du curetage des cellules ethmoïdales postérieures, et le seul traitement possible en est la ligature de la carotide externe, sans s'attarder à des tamponnements illusoires et dangereux.

En général, cependant, les suites opératoires sont simples et les *symptômes disparaissent lorsque le curetage a été suffisant.*

Si les symptômmes persistent, et si la radiographie montre une ombre témoignant de l'insuffisance du curetage, il ne faut pas alors s'acharner au traitement endo-nasal : il faut opérer à ciel ouvert.

Voie externe. — La *rhinotomie para-latéro-nasale,* de MM. les professeurs Moure et Sebileau, est sans contredit l'opération de choix. On ouvre par cette voie largement le labyrinthe ethmoïdal et, sous le contrôle de la vue, on peut cureter complètement l'ethmoïde postérieur ainsi que le sphénoïde. Les nombreux cas que nous connaissons de cette intervention nous permettent d'affirmer que l'incision du sillon nasogénien n'est nullement mutilante, et que la cicatrice en est pratiquement invisible, à la condition que la suture ait été faite avec un affrontement aussi exact que possible.

En résumé, le traitement chirurgical des sinusites doit donc être éclectique. Endo-nasal, il s'adresse surtout aux rétentions de pus dans les cavités sinusales. Par voie externe, il est le seul moyen que l'on ait de poursuivre à coup sûr les lésions et d'assurer la cure radicale des sinusites chroniques.

Pour se prémunir contre les échecs, il sera toujours prudent de rechercher l'existence d'une spécificité possible. En effet, dans ces derniers mois, M. le professeur Jacques, de Nancy, a publié toute une série d'observations dans lesquelles le diagnostic posé avait été suivi de traitements chirurgicaux, même itératifs, ayant tous échoué.

Dans ces cas, par contre, un traitement spécifique dûment institué a amené une guérison complète et définitive de l'affection (1).

CLINIQUE MÉDICALE

La phlébite puerpérale.

M. le professeur Gilbert, médecin de l'Hôtel-Dieu.

A propos de quelques cas de phlébite puerpérale observés récemment dans le service, je voudrais vous entretenir de cette importante maladie. Je n'envisagerai pas toutes les formes de la phlébite et vous parlerai seulement de la plus importante d'entre elles, celle à laquelle nos ancêtres ont donné le nom de *phlegmatia alba dolens*, et que nous appelons plutôt aujourd'hui phlébite oblitérante.

Dans la puerpéralité, l'accouchement et l'avortement représentent les moments optima pour

(1) P. Jacques. — De la polypose syphilitique du nez. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1922, n° 11, p. 1114).

le développement de la phlébite. Cependant, il importe de savoir que la maladie peut apparaître également au cours de la grossesse et, en ce qui me concerne, j'ai eu l'occasion, il n'y a pas très longtemps, d'en observer un exemple. Lorsque la phlébite se montre au moment de l'accouchement ou de l'avortement, c'est généralement entre le 10e et le 12e jours qui suivent l'expulsion du fœtus qu'elle éclate. Elle peut se produire néanmoins plus tôt, dès le 5e jour, et plus tard, au 30e, 40e, 60e jour même.

Après une fébricule passagère, qu'il faut rechercher pour la constater, le premier signe qui vient manifester l'affection est la douleur. La douleur intéresse, dans la règle, la zone veineuse de la partie du corps qui va être atteinte. Or, cette partie est représentée, dans la majorité des cas, par l'un ou l'autre des membres inférieurs, les membres inférieurs étant le lieu d'élection non pas seulement de la phlébite puerpérale, mais de la phlébite en général. Le pli de l'aîne, la région interne de la cuisse, le creux poplité, le mollet deviennent dans ces conditions le siège de phénomènes douloureux. Quelquefois cependant, la douleur se manifeste du côté des nerfs et en particulier du sciatique. Nous avons eu ainsi, dans le service, une jeune femme chez laquelle, au début, les sensations douloureuses se sont montrées dans la sphère du sciatique, à la fesse, en arrière de la cuisse et au mollet. La douleur est d'intensité variable : parfois très minime; elle est, d'autres fois, violente, arrachant des cris à la patiente et nécessitant une piqûre de morphine. Vous concevez pourquoi nos devanciers ont fait intervenir l'épithète de *dolens* dans l'affection que nous envisageons.

Le symptôme douleur persiste, isolé, pendant une période de deux à cinq jours. Au bout de ce temps, apparaît un phénomène important, l'œdème, localisé d'abord à la racine du membre (quelquefois ailleurs) et étendu ensuite à la totalité de ce membre ; celui-ci est augmenté de volume, déformé, cylindroïde. Fréquemment, mais non toujours, on note le signe du godet, plus facile à constater au tibia. Le signe en question peut être absent. C'est que l'œdème de la *phlegmatia alba dolens* est un œdème dur, tendu, qui atteint, outre le tissu cellulaire, les mailles du derme. Il ne faut donc pas compter sur cet indice pour faire le diagnostic, car il manque assez souvent.

Le membre ainsi œdématié est ordinairement blanc, d'une coloration d'albâtre, lisse et luisant, d'où la désignation d'*alba* qui, avec celle de *dolens*, représentent deux des caractères les plus importants de la maladie. La coloration blanche n'est d'ailleurs pas constante et il n'est pas très rare que la peau soit rosée ou violacée, teinte sur laquelle vient trancher le bleu des veines superficielles dilatées.

A ces signes fondamentaux peuvent se joindre des symptômes de moindre importance : de l'hydarthrose, généralement légère ; de l'hyperthermie cutanée, la température de la peau du côté atteint pouvant dépasser de 1 à 4 degrés la température du côté opposé ; des troubles de sensibilité, des zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie. Autrefois, on attachait une certaine importance au cordon veineux que forme fréquemment la veine fémorale et l'on conseillait sa recherche. Eh bien, il y a longtemps que l'on a renoncé à cette exploration. On doit s'en garder et respecter au contraire la région de la veine fémorale. La constatation du cordon veineux n'est pas du tout nécessaire au diagnostic de la *phlegmatia alba dolens*.

J'aurai complété la description clinique quand j'aurai mentionné les troubles généraux, la fièvre, la leucocytose. La fièvre est peu élevée, dépassant rarement 38°5, presque nulle le matin, souvent. La leucocytose est légère, avec une polynucléose relative.

Tel est l'ensemble symptomatologique de la phlébite thrombosante puerpérale à sa phase d'état. Les signes ne sont pas très nombreux, mais ils sont très suffisants. Voici une femme qui vient d'accoucher ou de faire un avortement. Elle accuse des douleurs au niveau d'un membre inférieur. Vous devez songer à la phlébite. Cependant, le diagnostic peut s'égarer si les accidents douloureux affectent le type de la névralgie sciatique. Mais, lorsque l'œdème apparaît, avec l'impotence, le confinement au lit qui en sont la conséquence, le diagnostic n'est plus douteux. Aucune autre maladie ne peut réaliser ce tableau.

La marche de la phlébite oblitérante puerpérale est presque toujours la même. En avant-garde, la fébricule latente. Puis, les douleurs, l'œdème, la fièvre. L'évolution est complète entre trois et six semaines, ordinairement. Certains incidents, toutefois, sont susceptibles de se produire. Je vous signalerai d'abord la possibilité de l'extension de la maladie. Après l'atteinte d'un premier membre, il n'est pas rare de voir se prendre le membre opposé. En règle générale, les deux phlébites ne vont pas de concert. C'est quand la première touche à sa fin que la seconde commence. Il en résulte que l'affection se trouve doublée de durée. Rarement d'autres membres sont touchés.

Ce qui peut surtout troubler l'évolution de la phlébite, ce sont les complications multiples qui éclatent parfois au cours et à la fin de la maladie. Au premier plan de ces complications, il faut placer la redoutable embolie. Il y a lieu, d'ailleurs, de distinguer la petite et la grosse embolie, celle-ci, principalement, étant dangereuse, par sa taille et le point où elle s'arrête.

Les petites embolies, en général multiples,

ont une symptomatologie caractéristique. La malade est prise tout à coup d'un point de côté, d'une dyspnée vive, de toux et d'expectoration sanglante. La température s'élève. Les embolies en question s'arrêtent dans des petites ramifications de l'artère pulmonaire. Elles pénètrent plus ou moins dans l'intimité du poumon, réalisant le type de l'infarctus, de l'apoplexie pulmonaire. Elles peuvent être graves, mais le plus souvent elles se terminent par la guérison.

Il en va tout autrement de la grosse embolie. Celle-ci s'arrête dans le tronc même de l'artère pulmonaire ou dans une subdivision principale, voire dans le cœur. On conçoit la gravité extrême d'un tel accident. Le malade étouffe, le cœur bat tumultueusement, le pouls est insaisissable. C'est l'asphyxie sans phrase, la mort rapide. Cette complication est à redouter au cours de la phlébite en général, et de la phlébite thrombosante puerpérale en particulier. Pour la guérir, il faudrait qu'un chirurgien puisse intervenir aussitôt et enlever le caillot.

Ces embolies peuvent se produire depuis le début jusqu'à la fin de la maladie. On les observe non seulement au cours de l'évolution de la phlébite, mais également après la guérison apparente de celle-ci ou avant son développement. C'est que, une fois la veine débloquée, il peut rester un caillot pariétal, embolisant s'il se mobilise. De même, avant la formation du caillot oblitérant. On connaît un type de phlébite à début embolique. Il est des malades chez lesquelles l'affection s'annonce par l'embolie ; la douleur, l'œdème, apparaissent ultérieurement. Il existe encore des cas, appelés phlébites à manifestation embolique exclusive, dans lesquels le caillot se forme dans la veine sans qu'aucun trouble ne se montre. A un moment donné, l'apoplexie pulmonaire, l'embolie se produit. Le caillot, resté alors pariétal, n'a pas joué le rôle de bouchon et ne s'est manifesté qu'avec sa mobilisation.

Les autres complications de la phlébite thrombosante sont des complications tardives. Je vous signalerai les douleurs persistantes, la possibilité du développement de varices, d'œdème chronique accompagné d'éléphantiasis du membre, de végétation du système pileux. Enfin, on peut noter des troubles trophiques, de l'atrophie musculaire avec rétraction, déviations articulaires, pied bot phlébitique.

Comme vous le voyez, le pronostic doit être réservé. On ne sait jamais si une malade qui commence une phlébite n'aura pas certaines de ces complications, en particulier la plus grave, l'embolie. Dans l'immense majorité des cas, cependant, surtout si la patiente est l'objet de soins intelligents, l'affection guérit.

Il n'y a pas très longtemps que l'on connaît la nature exacte de la phlébite du type *phlegmatia alba dolens*. Les anciens avaient émis à ce sujet de nombreuses hypothèses. En fait, l'infection domine toute l'histoire de la maladie, comme vous le savez. C'est à l'infection que se rattache la phlébite puerpérale. Elle relève principalement, comme l'a montré Widal, du streptocoque. Elle ne dépend pas, toutefois, d'un germe unique. D'autres germes peuvent ici intervenir et il n'y a pas de différence entre la phlébite puerpérale due au streptocoque et celle due au staphylocoque, au pneumocoque, au proteus, au coli-bacille, pour me borner aux microbes générateurs les plus importants.

C'est dans ses voies génitales que la femme, au moment de l'accouchement ou de l'avortement, puise les germes morbigènes. Mais, ces germes sont suceptibles aussi d'être introduits du dehors, par des objets divers, voire les mains de l'accoucheur ou de l'accoucheuse. Il y a là un mode particulier d'infection, jadis assez répandu, aujourd'hui heureusement rare. Si l'infection a lieu principalement après l'accouchement ou l'avortement, c'est qu'à ce moment existe une porte d'entrée largement ouverte : la plaie placentaire.

Le chemin suivi par les agents de la phlébite pour parvenir au membre inférieur est variable. Quelquefois les microbes, parcourant la voie la plus courte, pénètrent dans la paroi utérine, les veines utérines, la veine hypogastrique, l'iliaque externe et la fémorale. Il semble bien que dans un certain nombre de cas, c'est par ce *circulus* direct que se fait la contamination du membre inférieur. On a pu, en effet, suivre, pour ainsi dire à la trace, ce cheminement microbien. D'autres fois, l'infection a lieu par la circulation générale. Les germes arrivent par les mêmes veines utérines dans la circulation puis au cœur, et vont ensemencer le membre inférieur en suivant les capillaires et les veines qui leur font suite, ou les petites artérioles nourricières des veines. Les veines d'un calibre assez fort ont, en effet, des vaisseaux nourriciers. Ainsi, l'infection s'effectue de dedans en dehors ou de dehors en dedans. De toutes façons, les microbes s'implantent d'abord sur l'endoveine et déterminent les lésions de la phlébite. Au niveau de la fixation microbienne, le sang se coagule et un caillot se forme : caillot pariétal pour commencer, en bouchon ensuite, adhérent dès le principe à la paroi. On donne à ce caillot l'appellation de caillot primitif. Il peut se produire en divers points du système nerveux. Fréquemment, il se constitue dans la fémorale au voisinage de son confluent avec la grande veine saphène. Toutefois, le dit caillot peut se développer en tous les points du système veineux du membre inférieur, dans la poplitée par exemple. Il arrive aussi que la phlébite est à plusieurs foyers, à foyers multiples.

Lorsque le caillot s'est ainsi établi, il arrête la circulation. Le sang stagne, se coagule et a une tendance à se coaguler dans une grande partie du système veineux inférieur, d'où la formation d'un long caillot secondaire, passif, prolongé en général jusqu'au point où la veine malade se rencontre avec une autre veine qui amène du sang circulant. Ce caillot, d'une part adhère par certains points à la paroi veineuse ; d'autre part, se termine par une extrémité arrondie, portée par un cou aminci, que l'on a comparé à une tête de serpent. Vous voyez qu'un tel caillot est tout préparé pour se fragmenter, se détacher et donner lieu à l'embolie. C'est pourquoi il importe de ne pas porter les mains sur cette région de la tête du caillot.

Tous ces détails de l'histoire de la phlébite sont connus. Je voudrais ajouter quelques mots relativement à la conception que l'on peut avoir sur la phlébite oblitérante envisagée comme processus de défense. En principe, il vaut mieux évidemment ne pas avoir de phlébite. Mais, la question se pose de savoir si une femme infectée n'a pas intérêt à faire une phlébite thrombosante au lieu de conserver intact son système veineux. Pour ce qui me concerne, je suis disposé à penser que dans nombre de cas, non seulement alors la phlébite ne représente pas une calamité, mais qu'elle constitue un événement heureux. A l'appui de cette opinion, je rapporterai une observation typique, qui date de trente ans, dont j'ai gardé le souvenir très net. Il s'agissait d'une jeune femme de 20 ans, qui, à la suite d'un accouchement, avait été prise de phlébite du membre inférieur gauche. La phlébite avait été assez sérieuse, avec température élevée, et s'était prolongée au-delà de ses limites habituelles. Au 50e jour de la maladie, la patiente, en s'asseyant sur son lit, fut prise d'accidents emboliques, relevant des petites embolies : point de côté, dyspnée, crachements de sang. Ce qui se passa fut très démonstratif. Alors que cette femme était apyrétique depuis un certain temps, au moment de l'embolie, de la désagrégation du caillot, elle fut reprise de troubles fébriles intenses, d'accès de frissons violents, de fièvre à 40° et 41°, accompagnés de sueurs, qui se répètèrent plusieurs jours.

Que s'était-il donc passé ? La malade avait emprisonné les microbes dans ses veines, dans les caillots, et peu à peu la fièvre s'était apaisée. Mais, quoique momentanément contenus, les germes avaient conservé leur virulence. Le caillot s'étant désagrégé, des accidents infectieux septiques, graves, s'étaient développés.

Vous saisissez ainsi le rôle de désinfection du sang que peut jouer le thrombose liée à la phlébite. En somme, une pareille observation permet de conclure que la thrombose représente un processus réactionnel de défense, grâce auquel les germes sont immobilisés et désarmés. C'est pour cela que depuis longtemps je professe cette idée que la phlébite puerpérale est un moindre mal, qu'il vaut mieux à coup sûr pour une femme n'en pas être atteinte, mais que, dans les conditions de la puerpéralité, c'est une forme d'infection favorable. La septicémie puerpérale est infiniment plus grave que la *phlegmatia alba dolens*. Celle-ci est la manifestation la plus fréquente, et aussi la plus bénigne de ce grand état infectieux. Il en est ainsi, grâce aux réactions qui se passent au niveau de la veine. Je sais bien que l'embolie est ici une épée de Damoclès suspendue sur la tête des malades. Toutefois, avec des soins convenables, une bonne immobilisation, et en évitant toutes manœuvres dangereuses, il est très rare que cette menace se réalise.

Leçon faite à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. Lacroix.

HÉLIOTHÉRAPIE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par MM.

le Dr R. Hervé, Directeur du Sanatorium des Pins, et le Dr P. Roussel, Médecin-Assistant.

Il y a plus d'un siècle, Loebel consacrait un important travail à la cure solaire (1), dont il préconisait l'emploi dans bon nombre de maladies. Parmi les contre-indications, il signalait particulièrement les affections pulmonaires et les hémoptysies.

Les doctrines médicales évoluent avec lenteur... Il est curieux de retrouver les mêmes préventions sous la plume de nos contemporains, qui continuent à poser en principe « que la cure solaire ne vaut rien dans la plupart des formes de tuberculoses pulmonaires » (1).

Il y a là, sans doute, une opinion toute faite trop facilement admise, contre laquelle nous croyons

(1) Loebel. — Wichtige Ansichten über die Berücksichtigung der Insolation in mehreren Uebelseinsformen, und über die Realisierung der Idee eines Sonnenbads ». (*Journal für praktische Heilkunde von Hufeland*, II., 6, 1815).

(1) *Paris médical*, 21 novembre 1922, p. 360.

utile de nous élever de nouveau, car elle est à l'origine de l'indifférence actuelle à l'égard du plus puissant, peut-être, de tous les agents thérapeutiques : l'énergie solaire.

Le Français, moins que personne, n'est à l'abri de ce reproche, et certains pays étrangers nous ont nettement distancés à cet égard. Une enquête entreprise en 1907 par l'Association des médecins de sanatorium allemands est particulièrement instructive (1).

Elle montre que la moitié au moins des établissements interrogés ont recours à l'héliothérapie dans la tuberculose pulmonaire. Quelques-uns la pratiquent depuis dix, quinze et même dix-sept ans, et beaucoup la complètent par un traitement à la lumière artificielle, dont la « Künstliche Höhensonne » (2) est le type le plus connu. L'effort est méritoire, sous un ciel moins clément que notre ciel de France.

Pour notre part, en dehors de toute inspiration étrangère, nous avons été amenés depuis dix ans à pratiquer l'héliothérapie au sanatorium des Pins, puis aux Escaldes, et nous l'associons systématiquement au pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Dès le mois d'octobre 1913, l'un de nous, qui croit pouvoir revendiquer la priorité de cette initiative (3), insistait sur le rôle adjuvant remarquable du bain de soleil dans la cure de Forlanini.

Depuis lors, l'ensemble de nos observations est venu pleinement confirmer la justesse de cette conception.

L'héliothérapie fait merveille dans le traitement de ces lésions discrètes qu'on découvre si fréquemment dans le « poumon sain » chez les pneumothoracisés (c'est ici le lieu de redire combien l'unilatéralité absolue des manifestations est rare dans la tuberculose pulmonaire). Elle contribue largement à la désintoxication du malade, à l'assèchement de ses lésions, et à la protection du poumon opposé contre les auto-réinfections provenant du poumon malade.

En dehors du pneumothorax artificiel, les résultats ne sont pas moins remarquables. Nous en sommes encore, par contre, à rechercher les accidents graves consécutifs à la cure solaire sagement conduite.

A la suite d'une expérience de dix années, nous sommes en mesure d'affirmer que l'héliothérapie *surveillée et bien réglée* est loin de faire courir au malade les dangers dont on l'accuse, et que la plupart de ces méfaits sont imaginaires.

Comme le remarque judicieusement Liebe (1), on a nettement l'impression que la majorité des auteurs s'inspirent beaucoup plus ici de considérations théoriques que d'une expérience pratique sérieuse.

Bon nombre des accidents incriminés résultent de *fautes de technique*. Pour être sans danger, l'héliothérapie doit être progressive.

On connaît la méthode prudente de Rollier (2), que nous avons adoptée dans ses grandes lignes. Les jambes d'abord, puis les genoux et tout le membre inférieur, l'abdomen, et enfin le corps entier sont successivement exposés aux rayons solaires.

Certains auteurs, tels que Jacquerod, ne soumettent à l'insolation que la moitié inférieure du corps. D'autres laissent au malade sa chemise, ou un vêtement léger. Ces pratiques timorées ne présentent guère, à notre sens, que des inconvénients : l'héliothérapie doit être à la fois totale et progressive (3).

La durée quotidienne des séances dépend de l'altitude et de l'exposition du lieu, de l'intensité lumineuse et, par dessus tout, de la résistance physique et de l'entraînement du sujet. De dix à quinze minutes d'insolation au début, nos tuberculeux atteignent souvent jusqu'à quatre et six heures par jour, en deux séances. Il est impossible de fixer à l'avance des règles absolues dans une matière aussi complexe.

Un autre point délicat, le plus discuté peut-être, est celui du *choix des malades* à traiter.

Loin de nous la pensée de nier les contre-indications de l'héliothérapie, mais certains ont étendu leur champ de façon vraiment excessive, C'est ainsi que Bacmeister en arrive à rejeter non seulement les formes actives, mais même toutes les tuberculoses pulmonaires ouvertes ! D'autres citent : l'éréthisme nerveux, la neurasthénie, la tachycardie, les troubles vaso-moteurs, et jusqu'à la tuberculose rénale.

En réalité, il convient surtout de tenir compte du caractère évolutif ou torpide de la maladie. A nos yeux, la grande contre-indication réside dans les formes aiguës, ou encore, accessoirement, dans les poussées évolutives transitoires au cours d'une tuberculose chronique.

La tendance aux hémoptysies ne constitue pas, comme on le croit fréquemment, un obstacle insurmontable, et tout au plus pourrait-elle contre-indiquer passagèrement l'exposition du segment tho-

(1) Liebe. — « Die Lichtbehandlung (Heliotherapie) in *den deutschen Lungenheilanstalten*, 2e édit., Leipzig 1921.

(2) Ce nom de « Soleil d'altitude artificiel » a été critiqué à bon droit, car ses radiations ne correspondent nullement à celles du spectre solaire.

(3) R. Hervé. — Pneumothorax et héliothérapie. (Communication à la conférence internationale contre la tuberculose, Berlin 1913. — *id.* Aperçu sur de nouvelles méthodes thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire. (Communication à la Société d'études scientifiques de la tuberculose, 12 février 1914.)

(1) Liebe. — *Loc. cit.*, p. 16.

(2) Rollier. — La cure de soleil. (Paris 1915). — Aimes. La pratique de l'héliothérapie (3e édit., Paris, 1920). — Armand-Delille. L'héliothérapie. (Paris, 1914).

(3) Sans rien enlever au grand mérite de Malgat comme initiateur, il faut bien reconnaître que son bain de soleil était souvent très incomplet et entouré de précautions vraiment excessives.

racique. Souvent, l'hyperémie périphérique provoquée par l'insolation nous apparaît bien plutôt comme un dérivatif énergique au cours des poussées congestives..

Notre conviction de l'innocuité de l'héliothérapie est si profonde qu'il nous est arrivé parfois, — sans aucune prétention thérapeutique, hâtons-nous de l'ajouter, — de pigmenter de grands cavitaires. Ils s'en sont généralement très bien trouvés et nous n'avons jamais enregistré d'incidents graves.

Nous n'insisterons pas sur l'action préventive remarquable de la cure solaire chez les « prétuberculeux », non plus que sur son action curative dans les formes pleurétiques ou ganglionnaires, la tuberculose du péritoine et du médiastin (pour ne citer que les formes dites médicales). L'accord tend de plus en plus à se faire aujourd'hui sur l'efficacité du traitement dans ces différentes localisations.

Nous pourrions y ajouter la tuberculose du larynx dans laquelle, sans autre instrumentation spéciale que le simple miroir laryngé, nous avons obtenu des améliorations importantes (1).

Au total, certains phtisiologues allemands admettent que 20 % de leurs malades sont justiciables de l'héliothérapie. Ce chiffre nous paraît manifestement très au-dessous de la vérité : c'est au moins trois fois plus qu'il faudrait dire, sans vouloir fixer de pourcentage précis.

Qu'on nous entende bien, cependant : nous n'émettons nullement la prétention de guérir les deux tiers de nos tuberculeux par l'héliothérapie. Nous voulons seulement insister sur la *proportion considérable de pulmonaires qui sont en mesure de s'exposer impunément aux rayons solaires et d'en tirer profit* dans une plus ou moins large mesure.

Dans les résultats obtenus, il faut faire la part de l'action générale, assez rapide, et celle de l'action locale, plus lente et plus profonde.

Bien peu de malades se trouvent hors d'état de bénéficier des *effets généraux* remarquables de la cure de soleil. Il est banal de rappeler l'état d'euphorie, l'excitation des forces et de l'appétit, la stimulation du système nerveux, le relèvement de l'état général, qui succèdent aux premières séances. Le malade renaît littéralement sous les rayons solaires.

Cette action tonique s'accompagne d'une puissante action antitoxique, qui joue un rôle décisif chez ces tuberculeux profondément infectés, convalescents traînants de pneumonies caséeuses ou d'évolutions aiguës que le pneumothorax est venu brusquement interrompre.

On connaît à cet égard les expériences de Nogier, d'Arloing et de Santori, qui démontrent l'atténuation des virus, le virus charbonneux en particulier — — sous l'influence de la lumière. De même la toxine diphtérique, la toxine tétanique et toutes les toxines, en général, sont rendues rapidement inactives par l'exposition au soleil.

Ces faits nous fournissent l'explication très plausible des effets antitoxiques de l'héliothérapie chez nos tuberculeux, effets renforcés encore par la sudation due aux rayons calorifiques, qui contribue de son côté à débarrasser l'organisme de ses produits nocifs.

La désintoxication progressive du malade se traduit généralement par la *chute de la température.* Les exemples sont nombreux de sujets qui se maintiennent obstinément entre 38° et 39° pendant tout l'hiver, et voient cette fièvre tomber au printemps avec les premières séances de cure solaire.

Sans doute, il nous arrive parfois de noter de petites poussées fébriles passagères, liées à une insolation trop hâtive ou trop prolongée chez des débilités, mais ce ne sont là qu'incidents de début sans gravité. Dans l'ensemble, nous avons observé pour la tuberculose pulmonaire des chutes de température analogues à celles dont Rollier a publié de beaux exemples dans les tuberculoses externes.

Nous abordons ici un point très controversé. La majorité des auteurs considèrent la tendance aux élévations thermiques comme une contre-indication. C'est ainsi que Bacmeister met tout spécialement en garde ses fébricitants contre l'insolation directe. Brühl, moins absolu, recommande de faire une première tentative prudente, pour étudier la réaction du sujet (1).

Nous pourrions multiplier les citations analogues. Elles ne sauraient prévaloir contre les faits que nous observons journellement et qui prouvent à l'évidence que, loin d'exacerber la température, la cure de soleil constitue souvent le meilleur moyen de la faire tomber définitivement.

Voici, par exemple, le cas d'une jeune fille de seize ans, entrée au sanatorium avec une caverne du lobe supérieur gauche et des lésions discrètes du côté opposé.

Le pneumothorax, pratiqué en octobre 1921, amène tout d'abord une amélioration rapide, mais la fièvre remonte ensuite au cours de l'hiver, pour atteindre chaque soir 39° et même 40°, au début de mai 1922.

Cette température s'atténue progressivement sous l'influence de la cure solaire, prolongée pendant tout l'été, et tombe au-dessous de 38°, dès la fin de juin. Après avoir inspiré de sérieuses inquiétudes, les lésions du côté droit se sont calmées.

La malade continue actuellement l'héliothérapie aux Escaldes, où elle est en bonne voie de guérison.

Mêmes résultats chez un homme de 30 ans, atteint de ramollissement du sommet droit et d'infiltration de la base gauche. B. K. +.

Le traitement hygiéno-diététique n'amène aucune amélioration et la température oscille entre 37°5 et 38°5 à partir de juillet 1922.

(1) Legourd. — Technique de l'héliothérapie laryngée, sans appareil, employée au Sanatorium des Pins. (*Presse thermale et climatique*, 15 janvier 1922.)

(1) Liebe. — *Loc. cit.*, p. 16.

La cure solaire est commencée le 12 novembre. La fièvre s'amende presque aussitôt. Elle se tient actuellement aux environs de 37° et l'évolution des lésions est elle-même nettement enrayée.

Nous possédons un nombre considérable d'observations analogues. Celles que nous rapportons, choisies parmi les plus récentes, sont simplement un exemple des bénéfices que le tuberculeux peut attendre de la cure solaire bien conduite.

En présence de résultats aussi patents, comment l'opinion médicale demeure-t-elle encore hésitante ou réfractaire ?

Nous croyons que beaucoup d'auteurs se laissent trop facilement rebuter par les petites poussées thermiques des premières séances. La pusillanimité du malade retentit sur celle du médecin, qui se laisse ébranler et abondonne prématurément la partie.

Aussi importe-t-il grandement de mettre en garde les débutants contre un découragement mal fondé. Ils doivent savoir que ces poussées fébriles sont passagères, et que « le bain de soleil... n'a pas d'influence durable sur la température centrale » (Rollier).

L'apparition de la pigmentation cutanée marque généralement la fin des menues réactions de la période d'adaptation. Dès lors, le malade peut se livrer sans danger à la cure solaire intensive, la seule qui exerce une action locale vraiment profonde sur les lésions pulmonaires.

En quoi consiste cette *action locale* ?

En dehors de constatations anatomo-pathologiques précises, qui font défaut, on a noté comme signe objectif l'atténuation de la dyspnée et la diminution progressive de l'expectoration qui correspondent à l'action sclérosante des rayons et à l'assèchement des foyers purulents. Le thorax amaigri retrouve sa musculature, tandis que les exsudats pleuraux se résorbent et que les points douloureux disparaissent.

Faut-il attribuer l'action profonde de l'héliothérapie à une congestion locale du poumon, véritable « réaction de foyer », ou bien au pouvoir bactéricide des rayons pénétrants ?

Une réponse univoque serait apparemment trop simpliste. L'expérience souvent citée de Malgat semble bien prouver la pénétration des radiations chimiques à travers les téguments : elles impressionneraient une plaque photographique à travers le thorax d'un sujet exposé au soleil. Mais Malgat a trouvé des contradicteurs qui n'ont pas obtenu les mêmes résultats.

On connaît aussi les nombreuses théories auxquelles le rôle de la pigmentation a donné lieu. Les pigments servent-ils d'agents de protection ou d'agents de réception à l'égard de l'énergie lumineuse ? Transforment-ils les radiations de faible longueur d'onde en rayons pénétrants de plus grande longueur d'onde ?

Aucune de ces hypothèses séduisantes n'est solidement étayée ? La prétendue congestion locale des lésions ne paraît pas mieux établie que le mode de pénétration des rayons ou la physiologie du pigment et toute l'étude systématique de l'héliothérapie pulmonaire est à reprendre par la base.

Seuls peuvent être considérés comme acquis quelques faits bien modestes et tout empiriques, tels que cette action antitoxique sur laquelle nous insistions plus haut et dont la chute progressive de la température est le témoin assuré.

Pour notre part, c'est à cette désintoxication, c'est à l'association systématique du pneumothorax et de l'héliothérapie que nous attribuons, en grande partie, les beaux résultats obtenus dans notre pratique du Forlanini.

Il est, à cet égard, une observation bien curieuse, c'est celle de l'évolution comparée de nos pneumothorax d'été et d'hiver. Alors que nos malades opérés pendant la belle saison et soumis de ce fait à l'héliothérapie se rétablissemt rapidement et complètement, nos pneumothorax d'hiver présentent souvent une convalescence traînante, des « crises de liquide » prolongées, fertiles en récidives et en complications.

Il y a là un ensemble de constatations qui nous paraissent susceptibles d'éveiller quelques doutes au sujet des opinions communément admises. Nous n'entendons nullement imposer notre conviction, mais exposer simplement le résultat de notre expérience et retenir une fois de plus l'attention sur un agent thérapeutique qui est considéré, à bon droit, par certains auteurs comme « un médicament paraspécifique » (1) de la tuberculose — des tuberculoses externes comme de la tuberculose pulmonaire.

LES TYPES HUMAINS ET LA MÉDECINE

L'article de mon savant confrère, le Dr Allendy, où je suis mis en cause, très aimablement d'ailleurs, m'oblige à une mise au point que je considère très importante.

Comme il le dit lui-même, par tempérament on peut entendre tout ce que l'on veut, et mon distingué confrère entend par là surtout quelque chose d'éminemment changeant. Moi, au contraire, j'entends par là quelque chose de très peu variable qui rapproche beaucoup le tempérament de la constitution et même du type.

Un exemple fera mieux comprendre ma pensée. Lavater disait : « les parties osseuses « dures » de la face indiquent les tendances naturelles de l'être, et les parties molles, l'usage que l'être en a fait. La

(1) GASSUL. — Die Bedeutung der verschiedenartigen Strahlen für die Diagose und Behandlung der Tuberk lose. Leipzig, 1921, p. 39 et 57.

première considération, médicalemeat, est celle du type humain, et la seconde, celle du tempérament.

Par ailleurs, je suis heureux de constater que ce n'est pas le traditionalisme qui a inspiré le Dr Allendy dans sa classification de 4 tempéraments. Son argumentation est si éloquente que je me suis laissé séduire.

Mais je dois montrer maintenant combien la question du type humain intéresse la médecine. D'abord, je pourrais rappeler les travaux si remarquables de Sigaud sur la morphologie humaine et toutes les considérations médicales très importantes qu'il en a tirées. Mais il y a plus. Sans vouloir répéter ce que j'ai dit dans mon article antérieur, il faut convenir que la connaissance du type peut beaucoup servir au pronostic. Par exemple, s'il s'agit du type « entomien » (et pas étomien comme on l'a imprimé par erreur), le type de l'hystérie constitutionnelle, (tempérament mystique, diraient d'autres), la gravité des troubles observés ne devra pas entraîner un pronostic aussi sérieux que chez d'autres individus, car on sait combien l'hystérie exagère les symptômes et les réflexes.

Pour la diététique et l'hygiène, la connaissance du type est importante. Le digestif ou reptilien aura besoin d'une nourriture abondante et de repos après les repas. Le pléthorique aviaire devra éviter les endroits confinés, même fuir le milieu urbain, faire des petits repas espacés, tandis que l'hominien ou cérébral, comme l'a dit Sigaud, devra rechercher le milieu social.

Mais ces considérations s'étendent beaucoup et, sans revenir à l'opothérapie du Moyen-Age, j'entrevois une zoothérapie nouvelle depuis que j'ai découvert que le sang de certains oiseaux a une action spécifique absolue sur les affections pulmonaires en général.

Le chiffre de mes observations augmente tous les jours et, pour ainsi dire, il n'y a pas d'échec chez les malades qui ont voulu suivre le traitement. Au début, quelques-uns ont été arrêtés par certains phénomènes de réaction.

J'ai communiqué ces travaux à la Société médicale des praticiens dans une note du 8 janvier qui a été publiée dans le *Bulletin* de mars ; mais, depuis, j'ai trouvé que le sérum avait les mêmes effets utiles que le sang et son action toxique pouvait être très atténuée. C'est ainsi qu'aujourd'hui, je suis arrivé à préparer un sérum parfait à tous les points de vue, sans que les réactions soient écartées totalement, car *les phénomènes de réaction semblent avoir une action utile.* D'ailleurs, *la dose employée est très petite.*

Quoi qu'il en soit, tous les malades en traitement sont déjà guéris ou améliorés, y compris les tuberculeux au deuxième degré, avec bacilles constatés dans les crachats. Chez les tuberculeux, en particulier, tous les symptômes ont disparu à peu près, mais nous n'avons pas encore eu l'occasion de refaire les analyses des crachats.

Nous croyons faire œuvre utile en attirant l'attention de nos confrères là-dessus, car ils tireront le plus grand bénéfice du sang d'oiseau, à défaut de sérum préparé, dans les affections pulmonaires aiguës, en particulier. Non seulement la pneumonie guérira, mais elle peut ne pas évoluer.

Nous espérons pouvoir plus tard étendre notre champ d'action, mais ce que nous avons observé déjà est entièrement convaincant.

Dr H. Jaworski.

P. S. — Nous serions reconnaissants aux confrères qui pourraient nous donner des indications au sujet d'un certain Dr Viguié de Maillane (il ne s'agit pas du pays), qui, paraît-il, il y a une quinzaine d'années, aurait employé avec succès le sérum de poulet ?

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les accidents oculaires tardifs de la rachi-anesthésie.

La rachianesthésie étant entrée dans la pratique courante en chirurgie opératoire, on commence à mieux connaître les incidents et les accidents de cette méthode, ainsi que les troubles consécutifs qu'elle peut apporter dans le fonctionnement de certains organes. Au nombre de ces troubles figurent les paralysies oculaires que décrit M. Terrien, et dont il a pu réunir soixante observations.

C'est le moteur oculaire externe qui se trouve le plus fréquemment atteint, et cela, dans environ 1 % des rachi-anesthésies. Il en résulte une diplopie dans les mouvements d'abduction et une déviation de l'œil en dedans.

La caractéristique de ces accidents est qu'ils apparaissent tardivement, en moyenne au bout de six à huit jours. Ils sont généralement unilatéraux, bien que, dans quatre cas, ils aient intéressé les deux yeux.

Ces paralysies, qui sont le plus souvent seulement des parésies, sont précédées de crises douloureuses et de céphalée en casque qui se montrent quelques heures, et même la veille, avant elles, et qui cèdent dès qu'elles sont constituées. Elles durent plusieurs semaines et se terminent



par la *restitutio ad integrum*, quoique, quelquefois, elles puissent être définitives.

Entre autres explications pathogéniques, l'auteur se range à l'idée que ces paralysies sont radiculaires et conditionnées par un processus méningitique dû lui-même à l'irritation causée par l'anesthésique sur les enveloppes méningées. Le pronostic en est ordinairement favorable. Enfin, on notera qu'elles apparaissent plus volontiers chez les syphilitiques. (*Bull. méd.*, 10 février 1923.)

La lumière solaire et le rachitisme.

A la faveur de travaux d'auteurs américains, M. Armand-Delille étudie le rôle de la lumière solaire dans la prophylaxie et le traitement du rachitisme. L'insuffisance de l'insolation a été évoquée par ces auteurs à l'occasion de la constatation qu'ils ont faite que les cas de rachitisme étaient plus nombreux au printemps qu'à l'automne, se montrant donc de préférence à la fin d'une longue période pendant laquelle l'activité solaire est très diminuée.

Il semble donc légitime de conclure, sans nier la valeur d'une alimentation rationnelle, que puisque le rachitisme est susceptible de se développer avec n'importe quel régime alimentaire, même chez les enfants au sein, le facteur alimentation ne joue pas le rôle essentiel dans cette affection ; que les *vitamines* elles-mêmes, dont l'action est cependant si grande sur la nutrition de l'enfant, n'interviennent pas non plus, du moins au premier plan, dans la pathogénie du rachitisme comme elles le font dans le scorbut infantile, mais qu'au contraire, la *lumière solaire joue un rôle primordial*. En effet, sa diminution ou sa suppression semblent être le facteur le plus important du rachitisme en modifiant le métabolisme du phosphate de chaux et la nutrition du cartilage ostéogène et du tissu osseux lui-même, de sorte que la lumière solaire est à la fois le meilleur traitement préventif et le seul vrai moyen curatif du rachitisme. (*Presse médi.*, 17 février 1923.)

Gestation et néphrectomie pour bacillose rénale.

La grossesse n'a que peu d'influence sur la fonction rénale normale. Quand, précédemment, un rein tuberculeux a été enlevé, l'autre rein subit une hypertrophie compensatrice. Si la femme, ainsi opérée, devient enceinte, MM. Favreau et Querrioux sont d'avis qu'à la condition que le rein subsistant fonctionne bien, on doit se borner à surveiller la gestante, en faisant de fréquentes analyses d'urine avec recherche du bacille de Koch, et en prescrivant une hygiène alimentaire sévère. En cas de complication, l'indication de l'avortement peut se poser.

Au cours de la grossesse, il faut intervenir en présence d'un rein tuberculeux, et l'enlever, car la grossesse exerce une action néfaste sur la marche de la tuberculose rénale.

« En résumé, après néphrectomie pour bacillose, le rein unique est suffisant, lorsqu'il est sain, pour assurer la fonction qui lui est attribuée.

« Il se comporte dans les cas d'intoxication et d'infections aussi bien que s'il s'agissait des deux organes.

« La gestation, le travail et les suites de couches ont en général une évolution normale. L'interruption de la grossesse sera envisagée dans les cas de complications graves.

« L'allaitement n'est pas contre-indiqué ; à la rigueur, par prudence, on peut recourir à l'alimentation mixte.

« Le pronostic pour la mère et pour l'enfant est bon.

« Une tuberculose rénale unilatérale, diagnostiquée pendant la grossesse, doit être opérée immédiatement, le rein sain fonctionnant mieux quand il est seul.

« Le mariage et la procréation ne seront autorisés que si le rein restant est sain, constatation qui sera faite par des analyses d'urine rigoureuses et des inoculations au cobaye. » (*Presse médicale*, 14 fév. 23.)

Le zona.

D'une revue générale de M. Roger (de Marseille), nous résumerons ce qui a trait particulièrement au traitement de cette douloureuse affection.

Contre l'éruption , on se bornera à prescrire des poudres isolantes telles que talc, oxyde de zinc, bismuth, maintenues par un bandage de corps. Eviter les lésions de grattage. Proscrire les pommades et les pansements humides. Si la réaction cutanée est intense, on pourra recourir à l'eau alcoolisée, aux badigeonnages picriqués, au liniment oléo-calcaire, aux liniments chloralé ou chloroformé, aux pommades cocaïnées, belladonées ou opiacées. L'eau d'Alibour convient aux formes ulcéreuses.

Dans le zona ophtalmique, on prescrira les instillations d'argyrol contre la kératite et d'atropine contre l'iritis menaçante.

Contre la douleur, on formulera l'aspirine, le chloral, le bromure de potassium, la belladone, la jusquiame. On se gardera des opiacés et de la morphine chez les vieillards et les grands débilités. La teinture de *gelsemium sempervirens* sera préférable.

Les algies traînantes seront justiciables de thérapeutiques locales : ponction lombaire, ventouses scarifiées, vésication cantharidienne limitée, stypage au chlorure d'éthyle, injections, au point d'émergence des nerfs intercostaux,

d'alcool, de salicylate de soude, de novocaïne, de fibrolysine. Les bains thermorésineux, l'électrothérapie, l'héliothérapie, la diathermie, la radiothérapie, rendront des services. Certaines cures thermales sédatives (Néris) pourront être conseillées.

Enfin, dans les formes tenaces et ultra-douloureuses, on pourra songer à certaines interventions chirurgicales agissant sur les racines des nerfs et sur les ganglions : elles ont quelques succès à leur actif, mais n'ont cependant pas encore fait suffisamment leur preuve pour pouvoir être conseillées sans réflexion. (*Gaz. des hôp.*, 17 fév. 23.)

De son côté, M. Ramond préconise contre l'éruption zostérienne l'application d'éther picriqué au 1/10e, suivie d'un large poudrage au talc, à l'oxyde de zinc, au dermatol.

Les algies post-zostériennes sont, par contre, selon lui, tenaces et résistent aux traitements les plus variés : frictions, onguents, pommades à base d'analgésiques ; analgésiques *per os* ou en injection *loco dolenti* (antipyrine, salicylate de soude, alcool) ; pulvérisations de chlorure d'éthyle, ou de méthyle ; injection sous-cutanée de fibrolysine associée à l'antipyrine et la cocaïne. Ce même auteur conseille également comme susceptible de bons résultats la ponction lombaire suivie d'une injection rachidienne de cocaïne ou de stovaïne ; l'application de rayons X. Quant aux interventions chirurgicales, consistant surtout dans la section de la racine extra-duremérienne de la racine postérieure, il semble que les résultats enregistrés dans les essais qui ont été tentés ne soient guère encourageants. (*Prog. méd.*, 3 mars 1923.)

Technique de la dilatation de l'urètre.

Opération de pratique courante, qui doit appartenir au praticien, la dilatation de l'urètre s'opère généralement avec les béniqués, et est destinée à combattre soit un rétrécissemeat de l'urètre, soit une urétrite chronique, ou bien à permettre l'introduction d'instruments plus volumineux, en vue de certaines interventions.

M. G. Luys en rappelle la technique avec certaines particularités bonnes à connaître. Il est entendu que la dilatation ne sera pratiquée que s'il n'y a pas d'écoulement abondant ni de douleurs à la miction et si les urines sont claires. Le méat étant accessible à la sonde métallique, on fait uriner préalablement le malade pour vider sa vessie, qu'on remplit ensuite avec de l'eau boriquée ou une solution d'oxycyanure de mercure à 1/4000.

En cas de rétrécissements serrés, avant d'employer le béniqué, on amorcera la dilatation avec de fines bougies en gomme jusqu'au no 12.

L'auteur rappelle les trois temps du passage du béniqué, en insistant sur le danger de presser sur l'extrémité de l'instrument pour le faire progresser. Dès qu'il a franchi la région pénienne de l'urètre et qu'il aborde la région membraneuse, c'est en quelque sorte par son propre poids qu'il doit pénétrer dans l'urètre postérieur. Si cette pénétration est difficile, l'auteur recommande la manœuvre suivante : « On pousse très légèrement la courbe du béniqué, qui est sentie sous la peau de la région scroto-périnéale, avec le pouce de la main droite, tandis que l'index et le médius de la même main soutiennent la convexité de l'instrument, l'empêchent de peser sur le rectum, et maintiennent ainsi en contact l'extrémité du béniqué avec la région membraneuse. Quelques pressions douces du pouce facilitent bien souvent l'introduction complète du béniqué. Pendant ce temps, bien entendu, la main gauche maintient en même temps la verge et l'extrémité distale du béniqué en position droite, parallèle à l'axe du corps. »

M. Luys conseille de ne pas passer plus de trois béniqués par séances, celles-ci ayant lieu de deux en deux jours, si le malade ne souffre pas et n'urine pas de sang. Il y a intérêt à laisser quelque temps chaque sonde en contact avec la muqueuse pour donner à la dilatation toute son action. En cas de douleurs et d'urétrorragies, on espacera davantage les séances.

Après quelques mots sur l'utilité des bougies conductrices pour éviter les fausses routes, l'auteur termine son exposé en rappelant que la dilatation doit se poursuivre sous le contrôle de l'urétroscope, qui seul, permet de se rendre compte des modifications du canal et de la disparition progressive des foyers d'infiltration. (*La Clinique*. fév. 23.)

Contagion et prophylaxie de la coqueluche.

On a longtemps admis que la contagion de la coqueluche était possible tant que le coquelucheux avait des quintes. Or, depuis que Bordet et Gengou ont découvert le bacille de cette affection, on a pu faire des recherches qui ont infirmé cette doctrine et permis de préciser les périodes nettement contagieuses. M. Dufourt rappelle à ce propos que c'est à Weill, de Lyon, que nous sommes redevables de ces précisions. En réalité, c'est à la période préquinteuse, période catarrhale, pendant laquelle le diagnostic est incertain, que la coqueluche est la plus contagieuse. Le pouvoir contaminant disparaît généralement à la fin de la seconde semaine des quintes. C'est d'ailleurs presque toujours directement que s'effectue la contagion.

Sur cette donnée très précise, Weill et Dufourt ont basé les règles de la prophylaxie.

A l'hôpital, on recevra les tousseurs dans des

boxes et on ne les mettra en salle commune qu'après vérification bactériologique de leurs mucosités bronchiques. L'isolement pendant 15 jours paraît suffisant. Après l'apparition des quintes, on ne maintiendra l'isolement que durant les deux premières semaines. La coexistence d'une broncho-pneumonie impose la continuation de l'isolement.

A l'école, l'éviction réglementaire est de 50 jours après la dernière quinte. On voit que cela n'est pas nécessaire et que le réglement mérite d'être révisé.

Dans les familles, il est difficile d'éviter la contagion entre frères et sœurs. On essayera d'isoler les enfants dès qu'ils commencent à tousser et sont en état d'incubation.

Enfin, on évitera de recevoir des tousseurs dans les crèches. (*L'Hôpital*, fév. 23 B.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

L'extrait pancréatique dans le diabète.

(M. Ch. Achard.— *Académie de médecine* ; 3-4-1923.)

L'introduction récente, dans la thérapeutique du diabète, des extraits de pancréas insuline appelle encore de nombreuses recherches quant à la préparation de ces extraits, leur dosage, leur posologie, les modalités de leur emploi, etc. M. Achard rapporte un fait intéressant qu'il a observé récemment avec un produit de ce genre conservé en ampoule depuis plusieurs années déjà.

Chez un homme atteint de cirrhose bronzée avec diabète, une injection du dit extrait fut pratiquée par M. Gardin. Avant la piqûre la leucémie était de 4 gr. 15 pour 1000 ; un quart d'heure après, elle tomba à 2 gr. 80. La tension de l'acide carbonique alvéolaire, évaluée avec l'appareil de Fredericia, et qui est l'indice de l'acidose, de 2 cmc. 4 pour 100 avant l'injection passa à 2 cc. 9, après.

De ces constatations, M. Achard retient, comme ayant un intérêt thérapeutique, la baisse de la glycémie et le relèvement de la tension de l'acide carbonique alvéolaire après l'injection d'extrait pancréatique.

Le sulfate de cuivre en thérapeutique.

(M. Léger, de Vichy. — *Académie de médecine* ; 3-4, 1923.)

Galippe et Armand Gautier ont montré que le sulfate de cuivre n'est pas toujours toxique. Administré par voie buccale, toutefois, il est très mal toléré par l'estomac, ce qui a rendu l'usage thérapeutique de ce sel particulièrement difficile.

M. Léger préconise l'emploi de pilules de sulfate de cuivre enrobées de gluten, l'enrobage permettant à la masse de passer dans l'intestin sans dommage pour la poche gastrique. La préparation cuprique, alors mise en liberté, est rapidement absorbée. Elle agit, comme l'avait pressenti Burcq, à titre de modificateur de la flore intestinale. Elle désodorise, par exemple, les selles des entéritiques, beaucoup plus rapidement que les ferments lactiques, le benzo-naphtol et les médicaments habituellement usités. Mais, là ne se bornerait pas, dit M. Léger, son action. Le sulfate de cuivre passe de l'intestin dans le sang, où il jouerait un rôle bactéricide vis-à-vis du staphylocoque et des bactéries pyogènes accompagnant le bacille tuberculeux. Ce serait un médicament sûr dans la furonculose, l'anthrax, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, les infections secondaires des bacillaires, etc.

M. Léger emploie des pilules glutinisées à 0 gr. 05 de sulfate de cuivre, jusqu'à 0 gr. 50 et 0 gr. 60 par jour, pendant assez longtemps.

A propos de condyles.

(M. Pierre Descomps. — *Société de chirurgie* ; 21-2, 1923.)

La Société de chirurgie, soulevant un point d'anatomie qui peut intéresser les candidats aux examens de doctorat, examine la question des « condyles ».

Dans la séance du 31 janvier, M. Labey présentait un malade traité par ostéosynthèse d'une fracture du « condyle interne du tibia ». M. Broca fit remarquer que, pour lui, il n'y avait pas de « condyles » du tibia, mais des « plateaux » du tibia. M. Pierre Descomps n'est pas de cet avis. L'usage a consacré, dit-il, ce terme de condyle — bon ou mauvais, d'ailleurs — et sous peine de ne plus s'entendre, nous devons le conserver, selon la tradition.

Intervenant dans la discussion, M. Lecène appuie l'opinion de M. Broca. Ni Cruveilhier, ni Farabeuf n'ont employé le terme de condyle du tibia. En grec ancien, un condyle désigne la saillie dorsale faite par les métacarpiens sur le poing fermé du boxeur. Ceci implique l'idée d'une protubérance osseuse formant tête et non pas d'un élargissement osseux plus ou moins aplati à sa portion libre.

M. Hartmann définit le condyle : un segment de cylindre coupé suivant son axe. Parler de condyles du tibia, c'est méconnaître le sens même du mot.

On le voit, l'accord est loin d'être unanime entre les chirurgiens sur ce petit détail de terminologie anatomique.

PANSEMENT GASTRIQUE NOUVEAU

Sédatif — Décongestif — Cicatrisant

BIOGASTRINE

MÉDICATION BON MARCHÉ

POSOLOGIE

Prendre chaque jour 1 ou 2 cuillerées à café.

I° le matin au réveil à jeun.

II° le soir au coucher, 3 heures au moins après le repas.

Ulcères de l'estomac

Gastrites aiguës chroniques

Tous les processus douloureux de l'estomac

Échantillons : BERTHIOT & Cie. Pharmaciens de 1re classe

1, Boulevard Henri IV, PARIS (4e)



Le Meilleur LAXATIF

à base d'extraits végétaux

UN seul grain avant le repas du soir

Nettoie l'estomac, Evacue l'intestin, Purifie le sang

Décongestionne le foie et la vésicule biliaire

Echantillons au Corps médical : **Laboratoire NOGUES**, 11, *rue J. Bara* **Paris** (6e

UNION DES INFIRMIERS & INFIRMIÈRES DIPLOMÉS

16, rue St-Severin, PARIS (5e) et 12, avenue Carnot, VILLENEUVE-St-GEORGES (S.-et-O.)

Téléphone : GOBELINS 50-17

Sur avis médical : Ventouses, massages, sondages, pansements, etc.

Envoi d'Infirmiers et d'Infirmières

TRANSPORT ET ACCOMPAGNEMENT DES MALADES PAR AMBULANCE AUTOMOBILE

Injections mercurielles solubles, hypertoniques, indolores, intra-musculaires de VIGIER

AMPOULES AU BENZOATE DE MERCURE INDOLORES VIGIER

Solution aqueuse saccharosée à 0 gr. 01 et à 0 gr. 02 de Benzoate d'Hg. par cent. cube

AMPOULES AU BI-IODURE DE MERCURE INDOLORES VIGIER

Solution aqueuse saccharosée à 0 gr. 01 et à 0 gr. 02 de Biiodure d'Hg. par cent. cube

TRAITEMENT MERCURIEL INTENSIF DE LA SYPHILIS

par les **SUPPOSITOIRES MERCURIELS VIGIER**, *à 1, 2, 3 et 4 centigr. de mercure*

PHARMACIE VIGIER-HUERRE, 12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, PARIS

TOUX - RHUMES - ASTHMES - CATARRHES, etc.

traités et guéris par les **COMPRIMES** de

SULFO-BENZOL

Soufre Colloïdal benzoïque 0.10 — Codéine 0,0025 par Cmés

DOSE : Adultes 8 à 12 Cmés par 24 heures — Enfants ½ dose

Guérison radicale de la COQUELUCHE par les GOUTTES de

SULFO-BENZOL (***Ether Ethyl-Sulfo-Benzoïque*** Absolument inoffensif)

Adultes : 30 gttes toutes les 2 heures — Enfants : 10 à 20 g. selon l'âge

G. VAURS, Pharmacien de 1re classe, 239, faubourg Saint-Honoré, PARIS

Intoxication grave à la suite d'anesthésie au protoxyde d'azote.

(M. Anselme Schwartz. — *Société de chirurgie* ; 28-2, 1923.)

Il est classique d'accorder au protoxyde d'azote une innocuité quasi absolue. Faudrait-il revenir sur cette opinion ?

M. Anselme Schwartz a observé, consécutivement à une anesthésie au protoxyde d'azote, chez une femme de cinquante ans, opérée pour cholécystite calculeuse, une série d'accidents ayant débuté quelques heures après l'intervention : syncopes, refroidissement, état de collapsus, vomissements, anurie, Cheyne-Stokes, dont la patiente guérit cependant.

— M. Cunéo se demande si les troubles en question ne relevaient pas plutôt d'une poussée de pancréatite dérivant de l'intervention biliaire.

— M. de Martel ne croit pas, non plus, que dans le cas de M. Schwartz on puisse accuser à coup sûr le protoxyde d'azote, bien que ce gaz, donné à l'air libre, cause parfois des accidents graves, cardiaques et pulmonaires.

— M. Labey signale un cas de mort par apoplexie cérébro-méningée qu'il a observé récemment à la suite d'une intervention pratiquée sous anesthésie au protoxyde. Peut-être, il est vrai, y a-t-il eu là une simple coïncidence.

— M. Chifoliau, sur 500 anesthésies au protoxyde d'azote n'a jamais noté d'accidents comparables à ceux observés par M. Schwartz.

— M. Lecène voit dans l'infection « endogène » une explication possible des troubles rencontrés dans le cas en discussion.

Injections sclérosantes dans le traitement des varices.

(M. A. Basset. — *Société de chirurgie* ; 28-2, 1923.)

M. Antoine Basset a traité avec succès deux malades porteurs de varices volumineuses par les injections sclérosantes. Les préparations dont il s'est servi ont été les suivantes : une fois,

Biiodure de Hg	1 gr.
Iodure de sodium	1 gr.
Chlorure de sodium	0 gr. 70
Eau distillée......q. s. pour	200 cent. cubes

(Au total 12 cent. c., en 4 séance et 9 piqûres).

Une autre fois, une solution de salicylate de soude à 20 pour 100.

Tuberculose du genou traitée par le vaccin de Grimberg.

(MM. Baudet et Grimbert. — *Société de chirurgie* ; 28-2, 1923.)

M. Baudet rapporte un cas de tuberculose fistulisée du genou droit soumise au vaccin colloïdal de Grimberg. Après 34 piqûres, la fistule s'est complètement tarie et le genou offre un aspect normal. Sans parler de guérison complète, l'affection a présenté une évolution nettement favorable à la suite du traitement par le collo-vaccin.

Transplantation d'une rotule de cadavre.

(M. Raymond Grégoire. — *Société de chirurgie* ; 28-2, 1923.)

M. Grégoire relate, au nom de M. Debrez (de Liège), une observation de rotulectomie suivie de transplantation d'une rotule de cadavre et de ses ailerons fixés à l'alcool. Quatre ans après l'opération, l'état est le suivant : l'extension active du genou est totale, la flexion active atteint l'angle droit la marche est absolument normale.

— M. Mauclaire remarque qu'il est difficile d'être fixé sur la reviviscence de l'os. Le résultat n'en est pas moins admirable.

Autoplastie faciale par lambeaux à longs pédicules tubulés.

(M. Paul Moure. — *Société de chirurgie* ; 7-3, 1923.)

M. Lenormant présente un rapport sur trois observations d'autoplastie de la face dues à M. Paul Moure. Le procédé utilisé par l'auteur emprunte au cuir chevelu un greffon cutané qui est descendu en incorporant les artères temporales, grâce à deux pédicules temporaux. L'enroulement des pédicules favorise l'irrigation sanguine du greffon.

Les applications de cette méthode d'autoplastie faciale par longs pédicules tubulés sont multiples, car il est possible de réparer ainsi les lèvres, le nez, la joue et la région de la commissure.

— M. Thiéry ne partage pas l'enthousiasme de beaucoup de chirurgiens pour les résultats des autoplasties faciales, en particulier pour ce qui concerne le nez. Les pièces de prothèse donnent souvent des corrections avantageuses. Un jour, à une époque où la prothèse était beaucoup moins perfectionnée qu'aujourd'hui, Verneuil envoya M. Thiéry chez un malade pour préparer une opération de récidive de cancer du nez. Ayant demandé à examiner le patient, il fut étonné de constater que c'était lui, qui, dans la chambre d'hôtel, avait ouvert la porte. L'appareil en céramique qu'il portait était si parfait qu'on ne le remarquait pas au premier abord.

— M. Lenormant est d'un avis différent. Un nez reconstitué, même informe, dit-il, est préférable à pas de nez du tout. L'autoplastie et la prothèse se complètent.

Rachianesthésie générale.

(M. Le Filliatre. — *Société des chirurgiens de Paris*; 2-2, 1923.)

M. Delaunay présente un rapport sur une étude de M. Le Filliâtre concernant la rachianesthésie générale.

M. Le Filliâtre, qui possède une longue pratique de la rachianesthésie, a adopté la technique suivante : avec une aiguille-trocart de 14 à 15/10e de millimètre de diamètre intérieur, stérilisée par ébullition, la ponction est faite au niveau de l'espace lombo-sacré (lieu d'élection). On laisse s'écouler 25 à 30 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien et l'on adapte à l'aiguille la seringue contenant la solution de cocaïne. Le piston est ramené en arrière jusqu'à 10 cent. cubes de contenu, puis poussé pour une injection brusque, ramené encore en arrière, et repoussé. C'est le procédé classique dit du barbotage, surtout utile si l'on doit pratiquer une opération haute.

La dose d'anesthésique à injecter est variable suivant le point où doit porter l'intervention. Pour un sujet de 60 kilogr. par exemple, 5 centigrammes de cocaïne donnent une anesthésie de deux heures pour les membres inférieurs, d'une heure et demie pour l'abdomen et d'une heure pour la région sous-mammaire du thorax. Six centigrammes procurent une anesthésie de trois quarts d'heure à une heure pour les régions hautes.

La puissance de la restauration osseuse spontanée.

(MM. Dartigues et A. Mouchet. — *Société des chirurgiens de Paris*; 2-2, 1923.)

En 1920, M. Dartigues relata une observation d'éclatement de l'humérus par balle avec perte de substance diaphysaire de 7 centimètres, dans laquelle la restitution se fit *ad integrum* spontanément, sans greffon, ni plaque.

Le même auteur signale aujourd'hui, au nom de M. A. Mouchet (de Constantinople), un cas de blessure de la jambe, chez un enfant, comportant une perte de substance du tibia équivalente au tiers de l'os. Sans greffe, avec de simples appareils de contention, la guérison se fit entière, l'enfant ayant marché dans la suite correctement avec une canne.

Ces deux exemples montrent la grande puissance de restauration spontané du tissu osseux. Ils montrent aussi, comme le remarque M. Dartigues, qu'appareils ou greffons chirurgicaux ne servent qu'à favoriser et à aider l'action de vitalité naturelle, ce qui est déjà beaucoup, il est vrai.

P. L.

Montpellier.

Réunion obstétricale et gynécologique.

Un cas de rétention placentaire.

M. Vallois. — A la suite d'administration intempestive d'ergot de seigle au cours d'un accouchement, contracture du corps utérin dont les parois retenaient le placenta sur lequel elles s'appliquaient fortement. Après des tentatives répétées d'extraction faites par la sage-femme et un essai infructueux tenté par un médecin, l'accouchée fut envoyée dans le service de M. Vallois qui réussit à extraire le délivre, sous anesthésie, 13 heures 1/2 après la naissance de l'enfant. L'accouchée présenta ensuite des phénomènes d'infection qui cédèrent assez rapidement à un traitement local (injections intra-utérines, glace) et général (stock-vaccin de Delbet, sérum térébenthiné, abcès de fixation). M. Vallois fait suivre cette observation de considérations sur l'emploi de l'ergot de seigle autrefois et aujourd'hui, dans la pratique des médecins et des sages-femmes.

Discussion. — M. Tédenat, à l'occasion des injections intra-utérines pratiquées comme traitement de l'infection, rappelle deux cas où l'usage de solutions faibles de sublimé entraîna une issue fatale.

Paralysie vésicale post partum.

M. Deveze. — Histoire d'un cas de distension vésicale considérable survenue très probablement d'une façon insidieuse pendant le dernier mois de la grossesse et qui n'a été reconnu qu'après l'accouchement. La vessie renfermait dix litres d'urine et le tableau clinique était tel qu'on avait pu songer à un moment à de l'infection puerpérale.

La vessie n'a repris sa tonicité qu'après un traitement électrique assez prolongé : électrisation intra-vésicale et électrisation des muscles de la paroi.

Discussion. — M. Tédenat souligne à ce sujet les points essentiels de la question des rétentions vésicales chez la femme.

Quelques faits relatifs à l'étude des rapports de la tuberculose et de la gestation.

MM. Vallois, Gaussel et Roume. — Observations dans lesquelles la grossesse et l'accouchement semblent avoir singulièrement accéléré l'évolution morbide. En particulier est à noter l'histoire d'une malade soignée pour tuberculose pulmonaire unilatérale par la méthode du pneumothorax artificiel. Après l'accouchement, on a constaté chez la mère une aggravation certaine ; des adhérences pleurales avaient gêné l'établissement du pneumothorax qui n'était que partiel.

Discussion. — M. Tédenat, malgré de longues survies chez des tuberculeuses grandes multipares, pense que de telles malades ne doivent aborder qu'avec circonspection le mariage et la maternité.

Avortement provoqué par l'introduction dans l'utérus d'une longue canule en os, suivie d'une injection d'eau vinaigrée. Perforation utérine, périnéo-salpingite aiguë. Laparotomie. Salpingectomie double ; résection des deux ovaires ; ablation par hystérectomie fundique partielle du trajet perforant gangréneux. Guérison.

M. de Rouville. — A l'occasion de cette observation, l'auteur insiste sur le devoir du gynécologue d'intervenir autant que faire se peut, chez

les femmes jeunes, d'une façon économique. Guérir en respectant si possible la fonction génératrice ; en cas d'impossibilité, tout faire pour respecter la fonctions menstruelle. Son observation est un nouvel argument en faveur de cette manière de faire.

Quelques considérations au sujet des pyrexies aiguës au cours de la puerpéralité.

MM. Vallois et Roume. — Les auteurs relatent une série d'observations d'infections diverses : scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde, grippe et névraxite épidémique évoluant chez les femmes gravides. Ils étudient la marche de ces infections et les troubles qu'elles ont apportés à la gestation. Ils s'étendent en particulier sur l'épidémie de grippe de 1918-1919 dont la mortalité fut si grande chez les accouchées.

Discussion. — M. Vallois souligne l'existence, chez de telles accouchées, d'hématomes rétro-placentaires.

M. Devèze a observé combien, en période de grippe, les opérations chirurgicales les plus simples peuvent comporter des suites sévères.

Volumineux fibrome kystique.

MM. de Rouville et Madon. — Huit jours après l'intervention, alors que la malade était considérée comme guérie, une énorme ascite séro-purulente à staphylocoque pur très virulent évolue sans réaction péritonéale. La guérison en est rapidement obtenue par simple colpotomie.

Lésions de la capsule surrénale dans un cas de mort subite chez un nouveau-né.

MM. Vallois et Rouff. — Les auteurs relatent un cas de mort subite chez un enfant, sans qu'aucun diagnostic clinique ait pu être porté. Cet enfant avait présenté seulement depuis la veille une cyanose généralisée de tous les téguments, un pouls petit et un état dyspnéique. L'autopsie a relevé des lésions importantes des capsules surrénales, consistant en des hémorragies siégeant surtout dans la substance médullaire.

Rupture tubaire secondaire à une grossesse péritonéale d'emblée.

M. Paul Delmas. — Une pièce, prélevée au cours d'une hystérectomie pratiquée d'urgence par l'auteur pour hémorragie cataclysmique secondaire à une rupture de grossesse ectopique, montre à l'examen histologique un mode assez exceptionnel de rupture de la trompe. Primitivement greffé dans la cavité péritonéale, un œuf jeune a corrodé par ses villosités la paroi tubaire. Contrairement à la règle, la perforation s'est donc faite, ici, de dehors en dedans.

Société des sciences médicales et biologiques

Métastase ombilicale d'un cancer du corps de l'utérus, fibro-myome de l'ovaire, épithélioma de l'ombilic.

MM. Estor et Aime. — Chez une malade présentant un cancer du corps de l'utérus et un fibromyome très volumineux de l'ovaire gauche, les auteurs ont observé une métastase du cancer de l'utérus au niveau de l'ombilic. Ce noyau métastatique cylindrique était profond, il était recouvert par un épithélioma cutané baso-cellulaire.

Ces tumeurs ont évolué lentement ; la malade a survécu un an à son opération ; elle a succombé sans récidive à une apoplexie cérébrale.

Les auteurs reviendront sur l'étude histo-pathologique de la métastase ombilicale et de ses rapports avec le cancer cutané.

Sécrétion lactée après hystérectomie pour métro-annexite.

MM. Etienne et Pagès. — Une femme de 35 ans ayant eu, 8 ans auparavant, un accouchement normal, présente, depuis un avortement de 2 mois remontant à un an environ, des symptômes de métro-annexite traités médicalement sans succès (27 juillet 1920).

A l'examen d'entrée, réaction péritonéale légère, pertes blanches, douleurs dans la zone ovarienne gauche, utérus un peu volumineux, annexes gauches grosses, douloureuses, prolabées dans le Douglas, température 38° 5.

Traitement : Priesnitz, injections vaginales. Sédation des phénomènes péritonéaux. Du 5 au 8 août, règles.

Le 14 août, hystérectomie subtotale sous rachi-Examen des pièces : congestion intense des organes génitaux, épaississement de la muqueuse, oblitération des orifices abdominaux des trompes, ovaires polykystiques. Suites opératoires simples : apyrexie, ablation des crins au 12e jour.

Le 27 août, sécrétion lactée très abondante.

Les auteurs rappellent les conceptions du mécanisme de la sécrétion lactée. Ils mettent leur observation en parallèle avec l'expérience suivante d'Ancel et Bouin : l'opération de Porro pratiquée chez la lapine plus de 14 jours après un coït infécond a pu déclancher la sécrétion mammaire.

Ils pensent que dans leur cas, l'inflammation ovarienne aidant, l'action de l'hormone cinétogène a pu mettre la glande en puissance de fonctionnement ; le traumatisme opératoire a pu faire apparaître la sécrétion soit par action nerveuse, réflexe, soit par libération dans le torrent circulatoire d'une hormone crisogène.

Kyste du parovaire pédiculé, présentation de pièces.

MM. de Rouville et Madon. — La pièce présentée provient d'une laparotomie pratiquée chez

une femme de 42 ans pour douleurs abdominales et troubles menstruels (dysménorrhée et ménorragies) chez laquelle l'examen permettait de limiter, dans le cul-de-sac vaginal antérieur, une tumeur du volume d'une petite orange, arrondie, rénitente, très mobile, située immédiatement en avant du corps utérin. Cette masse était constituée par un kyste à long pédicule, d'où sa mobilité ; la pièce en mains, on peut constater que ce kyste s'est développé entre les feuillets du ligament large qui se clivent sur lui ; l'ovaire enlevé avec le kyste est d'aspect normal.

Deux cas d'infection puerpérale grave guéris par un auto-vaccin auto-sensibilisé.

MM. VALLET et BOUDET. — Les auteurs rapportent deux observations d'infection puerpérale grave, avec complications multiples, phlegmons, congestion pulmonaire, phlébite. Partant dans un cas de la sérosité phlegmoneuse, dans l'autre, des crachats, ils isolèrent le streptocoque et préparèrent un autovaccin auto-sensibilisé selon la méthode de Vallet. Dès la première injection, les accidents graves s'amendèrent et la guérison survint rapidement.

Paul DELMAS.

Les Livres

Librairie Aristide QUILLET,
278, boulevard St-Germain, Paris (VIIe).

Docteur Joseph THOMAS, lauréat de l'Académie de médecine. — **Le cancer,** 1 volume relié : 9 fr. 50. franco contre mandat-poste.

Le nombre des cancéreux augmente d'une année à l'autre. Toutes les classes de la société sont indistinctement frappées. Passé l'âge de 40 ans, le cancer est une des causes de mort les plus fréquentes.

En 30 ans, la mortalité par cancer a doublé dans la plupart des pays d'Europe. En France, le nombre des décès s'élève annuellement à 30.000 et, dans Paris seulement, il meurt un cancéreux toutes les deux heures.

En présence d'un fléau aussi effroyable, le public a le droit et le devoir d'être instruit. Il faut qu'il en connaisse les premiers symptômes, qu'il sache bien que le cancer n'est pas douloureux à son début, que le médecin est par suite consulté trop tard, et que pourtant, les chances de réussite d'un traitement chirurgical ou autre sont d'autant plus élevées que celui-ci a été institué plus tôt.

L'ouvrage du docteur Joseph Thomas : « Le cancer » paru dans l'*Encyclopédie Scientifique*, vient à son heure. L'auteur a volontairement banni les expressions par trop techniques, susceptibles de nuire à la clarté de l'ensemble. Il traite successivement des principales questions se rattachant au sujet, la nature du mal, les caractères cliniques, le le diagnostic précoce, les influences de l'âge, du sexe, de la race, de l'hérédité, de la contagion, du traumatisme, le cancer des animaux et des végétaux, les divers modes actuels de traitement, etc.

La lecture est en même temps instructive et intéressante : c'est un volume que tout esprit consciencieux du danger auquel chacun est exposé doit posséder dans sa bibliothèque. Nous ne doutons pas que ce nouvel ouvrage n'obtienne du public tout le succès que méritent à la fois l'importance du sujet traité et la compétence de l'auteur qui l'a écrit.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

ISER SALOMON, radiologiste de l'Hôpital Saint-Antoine. — **La radiothérapie profonde.** (1 vol. de 152 pages avec 42 figures, 1923. Collection « *Médecine et chirurgie pratiques* ». Prix : 9 fr.)

La radiothérapie profonde est une question d'actualité ; sa technique s'est précisée au cours des dernières années ; ses résultats cliniques se sont affirmés, notamment en ce qui concerne le traitement des tumeurs et du cancer. L'intérêt de cette nouvelle méthode thérapeutique est grand, même pour les non-spécialistes.

L'auteur expose les bases de la radiothérapie profonde, la technique employée, les résultats obtenus.

Le chapitre I est consacré aux bases de la radiothérapie profonde, pénétration des rayons, leur diffusion, l'augmentation de la dose, etc.

Le chapitre II, aux principaux modèles d'appareillage. Le chapitre III, aux mesures du rayonnement en radiothérapie profonde.

Le chapitre IV enfin étudie les résultats cliniques, en distinguant : 1° les *affections bénignes* moyennes, tuberculoses viscérales et adénopathies tuberculeuses, maladies des glandes endocrines et du sang, dans lesquelles la radiothérapie à pénétration moyenne donne des résultats satisfaisants ; 2° les *affections malignes*, néoplasmes, sarcomes, cancers de l'utérus, des seins, et autres cancers (cancers du larynx, cancers endo-laryngés), qui nécessitent d'une façon impérieuse la radiothérapie profonde et pour qui, avec une technique rationnelle, cet agent thérapeutique augmente considérablement le pourcentage des guérisons.

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

A. GARRIGUES. — **Les orges.** (Tome I de la Collection « *Les plantes en médecine* »). (1 vol. in-8, 1923, 338 pages, avec 35 figures dans le texte.)

Il pourra sembler, qu'une étude des « orges » n'aidera guère au renouveau du galénisme, parce

qu'il paraît difficile de tenir l'orge pour une plante médicinale ; mais elle le fut autrefois et elle pourra le redevenir demain. Et puis, la médecine n'est pas seulement l'art d'administrer utilement des remèdes ; la diététique est aussi de son domaine. L'orge appartient à la médecine autant par les aliments et par les boissons qu'elle fournit, que par les médications qu'elle permet ou qui dérivent d'elle.

J.-B. Baillière et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris, 1923.

Dr L. Reutter, privat-docent à l'Université de Genève. — **Traité de matière médicale et de chimie végétale.** (L'ouvrage formera un volume in-4° de 850 pages à deux colonnes, avec 293 figures. Il est mis en vente en 8 fascicules de chacun 112 pages environ. Prix de chaque fascicule : 12 francs). En vente les 3 premiers fascicules.

L'introduction de cet ouvrage important comprend un historique très développé de la connaissance des drogues, une méthode analytique de chimie végétale, puis une liste des principaux réactifs usités par les chimistes.

L'auteur s'est donné comme tâche de décrire chaque drogue inscrite dans le Codex, tant au point de vue botanique qu'à son origine géographique, à sa morphologie et à sa récolte. Il s'est aussi particulièrement attaché à la partie chimique, car il est matériellement impossible de prescrire une drogue avec compétence, si le médecin et le pharmacien, appelés l'un à ordonner, l'autre à manipuler n'en connaissent pas la composition chimique, car seule, celle-ci nous permet d'entrevoir pour quelles raisons la busserole, par exemple, peut agir comme diurétique, la guimauve comme émollient, et le quinquina comme fébrifuge.

« Ce *Traité de matière médicale* est actuellement le plus au courant et le mieux mis à jour » (professeur Ranvez, de Louvain).

Librairie J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille, Paris, 1922.

Travaux annuels de l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire (4e *série*), publiés sous la direction du Dr F. Cathelin. (1 volume 560 pages, 51 planches et figures.)

Dans la première partie (généralités et travaux de laboratoire), le Dr F. Cathelin traite, en une revue générale, les *grandes hérésies chirurgicales de la pratique urinaire ou le faux progrès en urologie* : constante uréo-sécrétoire, cryoscopie, pyélographie rénale, immün-Körper dans le traitement de la tuberculose rénale, lombotomie simple ou double, exploratrice, greffes urétéro-rénales, cystoscopie, forage de la prostate, prostatectomie, plasties urétrales hétérogènes, vaccinothérapie des écoulements gonococciques, etc., etc. Ces méthodes, conclut-il, sont le reflet d'une fausse interprétation des faits ; « elles suffiront à éclairer le médecin praticien, et même les spécialistes de carrière sur les dangers de déductions trop hâtives que rien ne justifie, et surtout sur la nécessité de développer chez tout auteur cette loyauté scientifique sans laquelle ses erreurs seraient incompréhensibles et discréditeraient son nom en nuisant aux malades ».

Il étudie ensuite *les indications comparées et la technique des deux prostatectomies sus-pubienne et périnéale dans le traitement de l'adénome prostatique.*

M. Gauvin traite du *soufre urinaire*, de son dosage, du dosage des sulfates et du métabolisme du soufre, dans l'organisme ; le Dr Armand Beauvy consacre un chapitre aux *colibacilles urinaires* ; le Dr Detot, à la *résorption de l'appareil urinaire* ; le Dr Lobligeois, aux *procédés artificiels mis en usage en radiologie pour l'examen des voies urinaires.*

Ce sont ensuite des mémoires cliniques originaux :

La calculose urétérale pelvienne : étiologie, pathogénie, symptomatologie, diagnostic, évolution, pronostic, traitement ; voies d'abord chirurgicales de l'uretère pelvien (Dr Cathelin).

L'urétrite postérieure chronique post-gonococcique et son traitement (Dr Boulanger) : *période clinique* (symptômes, traitement) ; *période urétroscopique* (anatomie de l'urèthre postérieur, aspects de l'urèthre normal ; symptomatologie, anatomie pathologique, traitement, y compris l'histoire et l'évolution de l'urétroscopie, les traitements urétroscopiques).

L'anesthésie générale et locale dans la pratique urinaire (Dr Grandjean).

Considérations sur la lithotritie (à propos de 191 cas cas de la pratique de M. Cathelin) (Dr Brulé).

Causes pelviennes extra-vésicales de rétention d'urine chez l'homme et chez la femme, en dehors de l'hypertrophie prostatique. (Dr Lévy-Weissmann).

Les pierres vésicales lithotritiées chez des tuberculeux rénaux néphrectomisés (Dr Quenay).

Histoire de la pyélotomie postérieure (Dr G. Yvon)

La tuberculose rénale granulique de la corticalité. (Dr Siguret), etc., etc.

G. F.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MUTUALITÉ FAMILIALE

Une heureuse initiative

Je reçois du professeur Jeanbrau, de Montpellier, la lettre suivante

Monsieur et cher confrère,

Je vous serais très obligé si vous vouliez bien me faire envoyer une cinquantaine d'imprimés résumant les avantages de la Mutualité familiale.

Je vais faire prochainement, comme tous les ans, une conférence aux étudiants pour les engager à s'assurer contre la maladie, les accidents et l'invalidité. Je leur distribuerai vos imprimés.

Nous ne saurions assez dire au professeur Jeanbrau combien nous lui sommes reconnaissants de sa généreuse initiative.

Il y a réellement trop d'indifférence et d'ignorance dans notre corps médical pour tout ce qui concerne la prévoyance et il est bon que des maîtres, écoutés de leurs élèves, viennent de temps à autre leur faire connaître ce qui a été fait en cette matière.

Je ne puis que rapprocher l'action de propagandiste du professeur Jeanbrau et de son collègue, le professeur Delmas, de celle du professeur Verger, de Bordeaux, de celle du professeur Vanverts, de Lille, qui, sans se lasser, prêche le bon combat pour toutes nos œuvres de solidarité et en particulier pour le « Sou médical ».

Ces efforts ne sont pas perdus, qu'on le croie bien. Hier encore, je recevais la visite d'un jeune confrère de la faculté de Bordeaux qui venait se documenter près de moi et me disait avoir été incité par les conférences qu'avaient faites à sa faculté les professeurs que ne laissent pas indifférents ces questions pratiques de prévoyance et de solidarité.

Quant à nous, nous éprouvons un grand réconfort et une légitime fierté en voyant que nos œuvres sont de plus en plus comprises et appréciées du monde médical officiel.

Soutenus par lui, que ne pourrions-nous entreprendre ?

La propagande que nous tentons nous-mêmes semble toujours un peu suspecte d'intérêts particuliers : dès longtemps nous savons que certains se demandent quels avantages personnels nous devons tirer de leurs adhésions pour nous donner tant de mal et les attirer à nous.

Au contraire, tombant du haut de la chaire, la propagande de nos maîtres ne peut manquer d'avoir une très grande autorité. Ils peuvent dire et répéter que les confrères qui, au *Concours médical* comme autour de lui, ont assumé la tâche de veiller au bon fonctionnement d'œuvres comme le « Sou Médical » ou la Mutualité Familiale sont absolument désintéressés et que, ce qu'ils font, ils le font par une sorte de feu sacré d'apostolat qui les anime.

Evidemment, le secrétaire général et le trésorier doivent recevoir une indemnité en raison du travail écrasant et de la responsabilité qui leur incombent, des nombreux dérangements auxquels ils sont astreints, mais cette indemnité est bien faible si on la compare aux services rendus et à la rémunération qu'il faudrait donner à un employé qu'on chargerait de la besogne. Mais en dehors de ces indemnités statutaires, nul ne bénéficie du fonctionnement de l'œuvre, n'a aucun intérêt à la propagande.

Si nous la faisons, si nous demandons à nos amis de la faire, si nous remercions aussi vivement nos maîtres de nous prêter leur concours, c'est le seul intérêt de la corporation médicale qui nous pousse.

Vieillis aujourd'hui, nous avons vu, connu, vécu les misères de tant de confrères abandonnés, seuls en face de la maladie, de la vieillesse, de la gêne ! Nous avons été trop souvent navrés de ne rien pouvoir contre ces malheurs ; ayant pu être comptés dans les heureux de la profession, nous avons voulu, de toute notre force, en préserver les médecins de l'avenir.

Nous voulons que le médecin ait acquis et conquis le droit rigoureux d'être aidé, soutenu, indemnisé, défendu contre tout ce qui peut l'abattre dans sa carrière : ruines et procès, maladies et accidents, vieillesse et mort.

Et c'est pour cela que nous nous donnons, corps et âme, à notre Mutualité Familiale, à notre « Sou Médical ».

C'est pour cela, Maîtres distingués, que nous vous remercions de tout notre cœur d'apporter à la même tâche toute votre autorité. Après avoir infusé à vos élèves la science médicale, vous voulez leur apprendre à protéger en eux-mêmes le médecin et le praticien... vous faites là une œuvre de haute solidarité humaine et confraternelle et, ce faisant, vous avez bien mérité du corps médical français.

Et vous, chers confrères, resterez-vous sourds à tous ces appels ? Continuerez-vous à rester indifférents ? A croire que vous êtes pour toujours à l'abri de toutes les misères ?

Mais regardez donc ce qui, chaque jour, se passe autour de vous ?

H. MIGNON.

HYGIÈNE

Où faut-il cracher ?

Question ancienne, de temps en temps remise sur le tapis par les hygiénistes, question insoluble à notre avis.

Et pourtant nos voies publiques, nos trottoirs, nos jardins sont émaillés de placards jaunes verdâtres, répugnants, qui gâtent le plaisir de la promenade et menacent les promeneurs.

Le besoin de cracher est tellement impérieux souvent, qu'il faut le satisfaire sur-le-champ. Que d'asthmatiques, dilatés, bronchitiques, catarrheux, tuberculeux, ne peuvent se dispenser d'évacuer leurs bronches !

Les contraventions seraient innombrables, injustes, partiales même. Des crachats sont innocents, d'autres dangereux, une simple expuition ne peut être comparée à une expectoration caverneuse. L'agent verbalisera-t-il dans tous les cas ?

Des mesures de rigueur nous paraissent inapplicables d'abord, inefficaces ensuite.

Il faut agir sur l'esprit public par l'éducation, par la répétition et l'affichage et des conseils.

Multiplions les *Défense de cracher*, détruisons le plaisant préjugé qu'un crachoir est un instrument autour duquel on crache ; installons des crachoirs commandés dans les établissements publics et les magasins, recommandons le crachoir de poche aux tuberculeux et examinons quelle conduite personnelle il convient de tenir en dehors de chez soi.

Nous voici au grand air, dans la ville, dans la rue, puis dans un jardin. Nous avons à cracher.

Choisissons l'endroit le moins dangereux. Etant donné qu'il faut considérer tout crachat comme nuisible, que ce crachat sera d'autant plus nuisible qu'il sera plus vite desséché, réduit en poussièrre, dispersé par les vents ; crachons alors dans la rigole qui borde les troittoirs, dans la rivière, dans l'urinoir, dans des endroits écartés non favorables à la dispersion des poussières.

Dans d'autres circonstances, nous avons notre mouchoir de poche qui recèle déjà tant de choses malpropres. Le mouchoir de poche ne vaut pas le crachoir de poche, parce qu'il souille les vêtements et que les produits qu'on lui confie se dessèchent, mais à la rigueur il peut servir de crachoir à la condition d'en changer souvent.

Nous ne recommanderons pas le *tout à l'égout* qui consiste à avaler les crachats. Ce procédé n'est praticable que dans le monde, dans certaines situations délicates où il faut dissimuler ses imperfections.

Mais pourquoi n'aurions-nous pas un bloc de papier spécial. Ayez toujours du papier dans vos poches, etc., une industrie nouvelle est à créer. Bloc de papier crachoir. Crachez. Pliez avec soin et déposez au plus prochain panier à papier que l'on pourrait établir sur la voie publique comme ceux de nos jardins. Ce serait plus propre, plus pratique que des crachoirs publics. Question à étudier. Mais en attendant, faisons de la propagande contre le crachat. Essayons d'être propres et de ne point nuire à la collectivité. Il faut que chacun de nous y songe, et cela vaudra mieux pour l'hygiène que l'intervention policière.

Dr COURGEY.

UNE RÉDACTION SINGULIÈRE DE CERTAINES ORDONNANCES A MORPHINE (1)

Par M. le Pr A. ASTRUC.

Appelé, il y a quelques mois, à titre d'expert, dans une affaire de stupéfiants, j'ai été amené, au cours de mon enquête, à poser une question qui est restée sans réponse, et sur laquelle je crois nécessaire de revenir ; elle est susceptible, à mon avis, d'intéresser vivement le corps pharmaceutique tout entier.

En l'espèce, un pharmacien était poursuivi pour avoir complaisamment et imprudemment exécuté un très grand nombre d'ordonnances plus ou moins régulières, émanant d'un médecin quelque peu spécialiste des malheureux usagers des toxiques du tableau B. Comme les entrées et sorties du registre à stupéfiants de notre confrère présentaient quelques négligences impardonnables, une condamnation à une forte amende fut la conclusion de son procès, alors que le médecin, poursuivi en même temps, se voyait frappé d'une peine semblable, augmentée même de quelques mois de prison.

(1) *Répertoire de pharmacie*, n° 3, mars 1923.

Il n'est pas dans mon intention de rappeler ici les divers manquements à la loi de 1916 qui justifiaient pleinement la décision du tribunal correctionnel. Aussi bien, les pharmaciens sont tous à peu près fixés aujourd'hui sur la rédaction regulière des ordonnances, sur leur inscription aux registres, sur les conditions de leur non-renouvellement, sur la comptabilité spéciale des toxiques du tableau B, etc.

Ils savent, en particulier, que, lorsque les ordonnances médicales contiennent des doses de substances vénéneuses B supérieures aux maxima indiqués par le Codex, il faut que le médecin en prenne la responsabilité et répète, en toutes lettres, *je dis telle dose de...* Ils n'oublient pas, non plus, que la prescription ne doit pas porter de provision de ces mêmes médicaments pour une période supérieure à 7 jours ; l'article 39 du décret du 14 septembre 1916 est formel à ce sujet.

Mais c'est ici que se place la question faisant l'objet et l'intérêt de cette note :

Un médecin qui, légalement, peut prescrire des stupéfiants pour une durée supérieure à sept jours, a-t-il la faculté de rédiger son ordonnance de morphine, par exemple, ainsi qu'il suit :

« *Dose quotidienne* :
Chlorhydrate de morphine. vingt centigrammes
Je dis vingt centigrammes.
Eau distillée stérilisée...... 10 c.cubes.
A renouveler pendant 7 jours consécutifs » ?

Et le pharmacien qui, d'après l'article 38 du décret du 14 septembre 1916, ne peut « renouveler aucune ordonnance prescrivant des substances du tableau B, soit en nature, soit sous forme de solutions destinées à des injections sous-cutanées », peut-il chaque jour et pendant sept jours, ainsi *renouveler* ce que le médecin appelle la *dose quotidienne*, indépendamment de toute question de pourcentage de la solution ?

Autrement dit, le médecin, même pour ne pas mettre à la disposition d'un morphinomane une dose forte de toxique toujours dangereuse, a-t-il le droit de n'en formuler que le septième sur une ordonnance en spécifiant, comme ci-dessus, de la *renouveler pendant 7 jours consécutifs* ? et le pharmacien ne commet-il pas une faute professionnelle en renouvelant une ordonnance de ce genre, que l'article 38 rappelé plus haut n'a pas prévue ?

Question curieuse et troublante, en vérité, non solutionnée encore par la jurisprudence, à ma connaissance du moins, et qu'il serait intéressant de voir discuter et trancher.

Si ces faits étaient considérés comme réguliers, ne pourraient-ils pas devenir des moyens de se procurer des doses élevées de stupéfiants par une interprétation tout à fait spéciale de la loi ou de son réglement d'administration publique ?

Il me semble que le pharmacien n'a pas le droit d'exécuter pareille ordonnance, telle qu'elle est libellée.

Mais comme, en définitive, un médecin peut avoir des raisons sérieuses pour limiter au strict nécessaire la morphine absorbée par ses clients, j'admettrais parfaitement, pour ma part, que la prescription fût rédigée ainsi qu'il suit :

« Chlorhydrate de morphine. un gramme
quarante centigrammes
Je dis : un gramme quarante centigrammes
Eau distillée stérilisée...... 70 c. cubes

Dose pour sept jours, à délivrer un septième par jour (soit 10 c. cubes) ».

Il me paraît qu'une telle ordonnance est régulière, alors que la première ne l'était pas. Complétée par le nom lisible et la signature du médecin, son adresse, la date, l'indication d'emploi de la solution, il est évident qu'une pareille prescription, même délivrée par fractions journalières, *ne peut être considérée comme un renouvellement* et que tout pharmacien doit pouvoir l'exécuter sans qu'il en résulte, pour lui, le moindre ennui. Il pouvait ne pas en être de même, avec la rédaction première, qui constituait à vrai dire, un ordre de renouvellement, *fort adroit de la part du médecin*, mais, malgré tout, contraire à la loi.

Le Tribunal de Montpellier, malgré le grand nombre de prescriptions ainsi singulièrement rédigées, n'a pas retenu ni examiné l'observation que j'avais soulevée dans mon rapport au juge d'instruction ; elle prête, il est vrai, à la discussion. Qu'en pensent les milieux scientifiques et professionnels ? Ils seront sans doute d'accord avec moi pour conseiller aux pharmaciens de refuser l'exécution de toute ordonnance présentant une rédaction aussi fantaisiste que celle dont j'ai donné un spécimen.

UNE EXPLICATION DU SURNOMBRE DES MÉDECINS (1)

La question du nombre toujours croissant des médecins a fait couler beaucoup d'encre. Sans vouloir augmenter considérablement le chapitre, voulez-vous me permettre de demander :

(1) Nous laissons à notre correspondant l'entière responsabilité de son argumentation.
N. D. L. R.

Pourquoi y a-t-il tant de médecins ? Respectons le sentiment honorable des agriculteurs, des petits commerçants, qui poussent leurs fils vers la médecine civile. Respectons l'amour-propre des instituteurs et antres fonctionnaires, qui poussent leurs fils vers la médecine militaire, afin d'avoir la photographie d'un aide-major sur la cheminée.

Ces petites gens qui, grâce au labeur acharné de plusieurs générations, sont sortis de la plèbe, continuent l'étape. Quoique nous écrivions, le public est persuadé que les médecins meurent tous millionnaires, et que le riche mariage est quelque chose d'aussi obligatoire que, jadis, le haut de forme. Rien à faire contre ces préjugés.

Mais il y a là un fait évident, admis par tout le monde : le diplôme de docteur en médecine n'est pas un diplôme égal. Il y a des Facultés où l'on donne ce diplôme. Je n'insiste pas sur cet axiome que tout étudiant, qui commence la première année, finit toujours par devenir médecin.

Je voudrais mettre en relief ce paradoxe de chaque jour. Pourquoi les professeurs, qui sont l'élite de notre démocratie, s'acharnent-ils à discréditer le diplôme ?

Très rapidement j'indiquerais qu'en province, il y a deux sortes de Facultés :

a) Les Facultés siégeant dans des contrées riches et dont un ou deux départements forment le noyau scolaire. Dans ces Facultés, les professeurs n'ont qu'un souci : faire de chaque étudiant, non pas un médecin, mais un correspondant. La seconde année d'études, l'élève connaît 2 ou 3 Patrons qui savent où il s'installera. Les examens seront passés avec un minimum de connaissances, la thèse sera un sujet de congratulations, et le nouveau docteur enverra force clients au cabinet de son maître, ou le fera appeler en consultation à chaque instant. Ne croyez pas que j'exagère : je pourrai mettre les points sur les i.

b) Les Facultés siègeant dans des contrées moins fortunées, et qui sont au centre de plusieurs départements. Dans ces villes de Faculté, les professeurs font de la clientèle à outrance. J'ai souvenir d'un de ces professeurs, qui arrivait à l'hôpital après dix heures, essoufflé et fatigué. La visite était passée en vitesse. Les explications au lit du malade courtes ou médiocres. A 11 heures, le professeur tirait sa montre et disait : « Je pars, j'ai encore 4 visites en ville et je dois prendre une voiture ». A l'un de nous qui, un jour souriait, il répondit : « Vous riez ! vous verrez quand vous aurez une famille à nourrir ». Les examens se passaient comme les visites à l'hôpital. Il fallait être borné pour échouer deux fois.

Voilà donc un phénomène extrêmement grave : Ceux qui devraient rehausser le niveau médical l'abaissent. Conséquence : il en est du titre de professeur comme du titre de médecin, il ne jouit plus du même prestige. Y a-t-il un remède ?

Ne parlons pas, s'il vous plaît, de faire appel aux sentiments de MM. les professeurs. Sous leurs robes rouges, bat un cœur humain comme le nôtre, et on peut, à leur propos, répéter la parole fameuse : ce sont les institutions qui corrompent les hommes.

Parlons d'une réforme, la réforme des Facultés. Ce qui fait une Faculté, c'est l'hôpital ; ce qui fait l'hôpital, ce sont les malades ; ce sont les grandes villes qui fournissent les malades.

Donc, que dans les grandes villes seules existent des Facultés, que les Ecoles demeurent, si l'on veut, mais que les examens soient passés par des professeurs étrangers à la ville et à la région. Qu'il soit bien entendu pour le jeune étudiant, qu'on colle dur aux examens, et qu'à la deuxième colle, on est exclu.

Que d'accord avec l'Union des Syndicats, le ministre de l'Hygiène fixe tous les ans le nombre des élèves de 1re année à recevoir en France.

Soyez persuadés que, le jour où les parents sauront que, les études médicales sont devenues difficiles ; quand ils auront vu, par des exemples, qu'il ne suffit pas d'avoir été étudiant 4 ou 5 ans pour devenir médecin, soyez persuadés que beaucoup de parents hésiteront avant d'engager leurs enfants, qu'ils savent paresseux, dans l'étude de la médecine. Ne criez pas au scandale. Les bons élèves, riches ou pauvres, arriveraient. Les rossards, les viveurs abandonneraient. Bon débarras pour la profession. Il est scandaleux que, parce que les parents seront assez fortunés pour entretenir un crétin 7 ou 8 ans dans une ville de Faculté, ce crétin, par piston, devienne médecin. Il est encore plus scandaleux qu'avec de l'argent, ce médecin puisse acheter une clinique pour devenir l'associé d'un bon opérateur, ou acheter une succession pour exploiter une clientèle. Moins de Facultés, plus de sévérité aux examens, ce programme n'est pas trop ambitieux pour une démocratie digne de ce nom.

Depuis qu'on a supprimé les pharmaciens de seconde classe, les étudiants en pharmacie sont devenus rares. Résultat : le métier de pharmacien est devenu excellent. On en est réduit à afficher dans les lycées de jeunes filles que les femmes peuvent être pharmaciens. Puisqu'il n'existe pas de médecin de seconde classe, que la sévérité des professeurs aux examens empêche qu'il existe des médecins de second ordre.

X.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat des Médecins de la Seine

Le Syndicat des médecins de la Seine,

Très convaincu de la nécessité d'une lutte organisée contre la syphilis, mais surpris de voir des personnages considérables malheureusement incompétents et dépourvus de conseils techniques médicaux, couvrir de leur autorité les affirmations d'un médecin isolé, le Dr Vernes, qui se prétend l'auteur de procédés de diagnostic et de traitement de la syphilis supérieurs aux autres connus ;

Considérant que ces procédés employés à l'Institut prophylactique découverts, non par le Dr Vernes, mais par Porgès, Meier, etc., en 1907, étudiés en 1917 par Meinicke, mis au point par Saches et Georgi en 1918, ne sont pas tenus par les syphiligraphes comme supérieurs aux autres méthodes et qu'ils sont regardés par quelques-uns comme inférieurs ;

Considérant que les « traitements d'inspiration » dont parle le Comité pour l'abolition de la syphilis ont, depuis des années, cédé la place à des traitements comportant l'étude de l'évolution de la syphilis par la recherche des réactions sérologiques et l'examen du liquide céphalo-rachidien et, en conséquence, l'appréciation du résultat thérapeutique obtenu ;

Considérant d'ailleurs que, pour toutes les maladies, les procédés de laboratoire ne sont jamais qu'un complément de l'étude clinique qui reste toujours souveraine ;

Informe le public que l'intérêt des malades est de se confier à des cliniciens qui, s'aidant des procédés de laboratoire les plus sensibles et les plus fidèles, lui donneront les meilleurs conseils ;

Blâme de la manière la plus énergique le Comité pour l'abolition de la syphilis de ne s'être pas adjoint tous les médecins syphiligraphes de Paris, comme il en avait été question, et d'avoir exclu en particulier tous les professeurs syphiligraphes de la Faculté, tous les médecins syphiligraphes des hôpitaux pour s'en tenir à un seul spécialiste ;

Proteste contre l'exclusion systématique des médecins praticiens dans la solution d'une si importante question d'hygiène sociale alors que l'expérience démontre la si grande utilité de leur concours ;

Demande, dans l'intérêt des deniers publics, qu'avant de se lancer dans les achats onéreux de nombreux appareils, on attende de connaître d'abord les conclusions des hôpitaux et laboratoires qui vérifient la valeur réelle de la floculation ;

Appelle l'attention des pouvoirs publics sur l'urgente nécessité de faire contrôler le fonctionnement des dispensaires largement subventionnés de l'Institut prophylactique ;

Et transmet à toutes fins utiles, son ordre du jour à l'Union des Syndicats médicaux de France et au Comité pour l'abolition de la syphilis.

Concours d'admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major de 2e classe du service de santé militaire.

Arrêté du 13 mars 1923.

Un concours sera ouvert, le 10 décembre 1923, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et à cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active.

Les docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1923, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1894 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux au cours des hostilités ;

3° Avoir satisfait aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront :

A. — Pour les docteurs en médecine.

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale ; l'autre, d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

B. — Pour les pharmaciens de 1re classe.

1° Composition écrite sur une question de chimie appliquée à la pharmacie ;

ANTIASTHME BENGALAIS

POUDRE FUMIGATOIRE MENTHOLÉE

Eupnéique rapide sans accoutumance ni effets nauséeux secondaires

ASTHME, EMPHYSÈME, CATARRHE, CORYZA

En vente dans toutes les Pharmacies. — Littérature et Échantillons, s'adresser :
Laboratoires FAGARD, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE près PARIS

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DE LA CONSTIPATION



A BASE DE

1 à 6 Comprimés avant chaque repas.

1° *EXTRAIT TOTAL des GLANDES de l'INTESTIN* qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.
2° *EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ qui régularise la sécrétion de la bile.*
3° *AGAR-AGAR qui rehydrate le contenu intestinal.*
4° *FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS, action anti-microbienne et anti-toxique.*

LABORATOIRE DE BIO-CHIMIE-APPLIQUÉE — J. LEGRAND, Ph[ien], 21, Rue Théodore de Banville, PARIS

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au **SUC D'ORANGE**
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif — Délicieux

AUBRIOT 56, Boul[d] Ornano
PARIS



Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.

Exempt de **Drastiques**, de **Phtalleïne de Phénol**, de **Belladone.**

ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

PELLETIÉRINE DE TANRET

L'Alcaloïde de l'écorce de grenadier.

TŒNIA SOLIUM

TŒNIA INERME

ERGOTININE CRISTALLISÉE DE TANRET

L'Alcaloïde du seigle ergoté

	Hémoptysies.
Solution stérilisée à 1/1000	Métrorragies.
Ampoules à 1/1000	Pertes post partum.
Sirop (1/4 milligr. p. c. à café)	Hématémèses.
	Flux hémorrhoïdaire.

10, rue du Commandant Rivière, PARIS

2° Interrogations sur : 1° la physique ; 2° la chimie ; 3° l'histoire naturelle ; 4° la pharmacie ;

3° Épreuve de chimie analytique. — Recherche des acides et des bases renfermés dans plusieurs sels solides ou dissous ;

4° Vérification et titrage d'un médicament.

NOTA. — Tous les candidats seront en outre soumis à un examen médical en vue de la constatation de leur aptitude physique dans les conditions déterminées par la circulaire du 5 octobre 1922.

Majoration des points.

Une majoration de vingt points est accordée aux candidats qui remettront au président du jury une pièce officielle constatant qu'ils ont été nommés au concours internes des hôpitaux dans une ville de faculté. Cette majoration compte pour l'admissibilité au même titre que les épreuves scientifiques.

Une majoration de points sera également attribuée aux candidats pour tenir compte du dommage résultant de l'interruption de leurs études et de la durée de leur présence sous les drapeaux pendant les hostilités, d'après le barème ci-après :

1 point par mois de présence aux armées ou dans la zone des armées comptant pour l'obtention des brisques.

5 points par citation à l'ordre du régiment ou de la brigade.

10 points par citation à l'ordre de la division ou du corps d'armée.

15 points par citation à l'ordre de l'armée.

30 points si le candidat est décoré de la Légion d'honneur ou de la médaille militaire (sans cumul avec la citation qui a entraîné l'inscription au tableau pour ces distinctions).

10 points par blessure de guerre.

Les points résultant de la majoration pour services de guerre ne comptent pas pour l'admission et n'interviennent que pour le rang à donner dans le classement des candidats.

Pièces à produire.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes les pièces à l'appui au ministre de la guerre et des pensions (direction du service de santé, bureau du personnel) avant le 1er novembre 1923 au plus tard.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme, ou, à défaut, certificats de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe indiquant le régime d'études terminales (cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ;

3° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services ;

4° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

5° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans la réserve ;

6° L'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active ;

7° Etat des services conforme au modèle ci-après indiquant le temps passé aux armées, les blessures, citations et décorations donnant droit à la majoration ;

8° L'indication, par ordre de préférence, des villes sièges de faculté où le candidat désirerait être affecté à partir du 31 décembre 1923, jusqu'au 1er novembre 1924, date à laquelle il sera appelé à effectuer un stage à l'école d'application du service de santé.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée, pour quelque motif que ce soit.

Les candidats devront se rendre aux dates et heure fixées à l'école d'application du service de santé militaire, au Val-de-Grâce, sans attendre aucun avertissement particulier.

Les dossiers des candidats non reçus au concours sont renvoyés directement aux intéressés, au domicile indiqué dans la pièce n° 4.

NOTA. — Les candidats admis seront nommés médecins ou pharmaciens aides-majors de 2e classe à dater du 31 décembre 1923 et pourvus à cette date d'une affectation à un hôpital militaire ou aux salles militaires d'un hospice mixte se trouvant dans une ville siège de faculté de médecine ou de pharmacie, leur affectation sera prononcée d'après les vacances existant au 31 décembre 1923 et d'après l'ordre de classement des candidats, dans le cas où plusieurs d'entre eux solliciteraient leur affectation dans une même ville de faculté.

Les candidats qui ont servi pendant la guerre et qui, en cas de nomination au grade d'aide-major de 2e classe, désireraient bénéficier des majorations d'ancienneté dans ce grade accordées par la loi du 6 janvier 1923, devront joindre à leur demande un certificat constatant leur degré de scolarité le 2 août 1914 au moment de leur mobilisation.

Conformément aux dispositions de l'article 17 du décret du 10 février 1920 concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé

militaire, ils devront effectuer à cette école, à partir du 1er novembre 1924, un stage de neuf mois ; leur classement définitif sur la liste d'ancienneté sera déterminé d'après les résultats du concours de fin de stage.

(*J. O.*, 8 *avril* 1923.)

Circulaire relative à la réunion commune des Commissions et Conseils départementaux d'assistance et d'hygiène sociales.

La diversité et la complexité des problèmes d'assistance et d'entr'aide sociale ont déterminé, avant 1914, pendant la guerre et dans la période actuelle, un accroissement des comités, commissions et conseils départementaux. Quelques-unes de ces formations correspondent d'ailleurs aux grands organes consultatifs auxquels mon administration est heureuse de faire appel.

Chacun de ces conseils départementaux a son rôle propre et leurs spécialités diverses ne doivent pas être confondues. La commission départementale d'assistance est destinée à étudier et à vulgariser toutes les questions d'assistance et de bienfaisance, générales ou particulières, dans le cadre de la distribution des secours publics ou privés. La commission départementale de la natalité, tout en étant appelée à envisager accidentellement des problèmes d'assistance proprement dite, a pour mandat de les traiter, non pas seulement en vue du soulagement de la misère humaine, mais encore au regard de la lutte nationale contre les causes de dépopulation.

Le conseil départemental d'hygiène, le comité de protection des enfants du premier âge, le conseil de famille des enfants assistés, le comité de patronage des habitations à bon marché et de la prévoyance sociale, le comité départemental d'assistance aux tuberculeux, ou, lorsqu'il existe, l'office public d'hygiène sociale, etc., ont également leurs domaines bien définis, et il convient que, cantonnés sur leurs terrains respectifs, ces corps laissent à l'autorité préfectorale le soin de répartir entre eux les demandes d'avis sur les matières qui peuvent intéresser plusieurs, et que, dans la mesure où ils possèdent le droit d'initiative, ils s'en rapportent à vous pour apprécier les limites de leurs attributions.

Mais ce compartimentage, indispensable pour coordonner le travail que des philanthropes dévoués veulent bien fournir bénévolement dans l'intérêt des malheureux et du bien public, ne doit pas aboutir à la constitution de cloisons étanches qui les feraient s'ignorer réciproquement, travailler complètement à l'insu les uns des autres et s'abstenir de profiter de leur commune activité.

Il importe que vous vous rendiez compte des économies de temps ou d'argent susceptibles de résulter d'une collaboration constante et suivie, lorsque chacun est animé du même désir de découvrir les meilleures solutions des problèmes sociaux et de guider les pouvoirs publics dans la voie des réalisations pratiques.

A cet effet, je vous recommande de réunir ensemble, périodiquement et autant que possible sous votre présidence personnelle, comme l'ont fait avec profit quelques-uns de vos collègues, les différentes commissions dont les champs d'activité ont des points de contact, sans préjudice des réunions mixtes qui peuvent être utiles dans des cas déterminés. Il ne manque pas de questions connexes comportant des propositions concertées.

Vous pouvez, en outre, opérer des rapprochements profitables à la bonne expédition des affaires en fixant les dates des séances le même jour ou à des jours consécutifs, afin que les membres des commissions séparées aient l'occasion de se rencontrer et de se communiquer leurs observations ou leurs impressions.

Lorsque vous aurez obtenu ce concours de bonnes volontés dans la sphère consultative, vous devrez vous efforcer de le faire naître également dans la sphère administrative, en vous employant personnellement à établir la communication entre les services publics, de même nature, départementaux, communaux ou nationaux, et à les convaincre de la nécessité de se prêter, en toute circonstance, un mutuel appui.

Il convient même de faire plus et mieux ; entre les institutions et les établissements publics d'assistance ou d'aide sociale, il ne suffit pas que les conflits soient évités, et que les organismes fonctionnent d'une manière concordante, il importe que l'alliance aille jusqu'à l'interpénétration, celle résultant notamment du fait que les commissions dont il s'agit sont en partie composées des mêmes personnes.

Mais ce n'est pas tout. J'attache le plus grand prix à ce que s'établisse entre l'assistance publique et la bienfaisance privée une entente permanente qui s'affirmera au grand profit de chacune d'elles. La bienfaisance privée est nécessaire, non seulement pour combler les lacunes inévitables de l'assistance publique, mais encore pour tenter des essais et frayer la voie ; de leur côté, les œuvres charitables, dont beaucoup sollicitent des subventions sur les fond publics, n'hésiteront pas à répondre à votre appel, une fois que vous leur aurez fait comprendre nettement qu'il n'y a dans l'esprit du Gouvernement aucune arrière-pensée de mainmise sur l'initiative privée.

Un secrétariat départemental commun de ces conseils, comités ou commissions serait d'autant plus utile que vous pourriez, ainsi que l'ont fait plusieurs de vos collègues, lui confier, soit la tenue d'un fichier central, soit la tâche de renseigner exactement les

personnes qui s'adressent à la préfecture pour obtenir un secours de la collectivité. Toutefois, vous n'aurez à envisager pour cet objet une demande de crédits au conseil général qu'après vous êtes assuré que le service ne peut se faire gratuitement.

En tout état de cause, et pour mieux préparer et assurer cette liaison nécessaire, j'appelle votre attention sur l'intérêt qu'offre une réunion dans votre cabinet des chefs de division, des inspecteurs et contrôleurs, qui participent à la gestion des services d'assistance, d'hygiène, de mutualité, d'enseignement, de prévoyance sociale sous toutes les formes, habitations à bon marché, lutte contre la mortalité infantile, jardins ouvriers, bains-douches, prophylaxie des maladies vénériennes, assistance antituberculeuse, dépistage du cancer, etc., etc.

Ces vues d'ensemble et ce plan méthodique, qui doivent en même temps concourir à l'abaissement de la mortalité et au relèvement du nombre des naissances, devront être au premier plan de vos préoccupations et de votre action administrative.

Je compte sur votre plus actif concours, en vous priant de me faire connaître périodiquement, soit par lettre, soit de vive voix, le résultat amélioré et le rendement accru de ces efforts combinés et conjugués.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Paul STRAUSS.

(*J. O.*, 31 mars 1923.)

Commission des déclarations de décès

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, par arrêté du 18 avril 1923, a nommé membres de la commission instituée au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, par arrêté du 31 mars 1923, à l'effet d'étudier les moyens d'assurer la déclaration des causes de décès :

M. le professeur Balthazard, membre de l'Académie de médecine, président de la fédération corporative des médecins de la région parisienne.

M. le docteur Briau, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. le docteur Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

M. le docteur Pottevin, sénateur.

(*J. O.*, 21 avril 1923.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Un cours de chirurgie d'urgence et pratique courante en 10 leçons, par M. Daniel Petit-Dutaillis, prosecteur, commencera le 7 mai 1923, à 14 h. Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription : 150 fr. S'inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme du cours. — I. Traitement des plaies : épluchage, suture primitive, suture primitive retardée, suture des tendons et des nerfs. Traitement des plaies des vaisseaux : ligature, suture ; découverte large des vaisseaux profonds. — II. Lésions infectieuses des membres : panaris, phlegmon de la main, phlegmon de l'aisselle. Traitement des arthrites suppurées : arthrotomie, résection. Traitement de l'ostéomyélite aiguë. Traitement de la gangrène gazeuse. — III. Traitement des fractures compliquées des membres. Traitement conservateur, amputations. Traitement des plaies articulaires. — IV. Traitement des fractures du crâne. Traitement des plaies du poumon, des plaies du cœur. Traitement des pleurésies purulentes aiguës. — V. Traitement des hernies étranglées crurales, inguinales et ombilicales. — VI. Traitement des traumatismes de l'abdomen : sutures, résections et anastomoses intestinales, splénectomie, etc. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-phréno-laparotomie. — VII. Gastrostomie et gastro-entérostomie. Traitement des péritonites aiguës, de l'appendicite aiguë, de la perforation des ulcères gastriques et duodénaux. — VII. Traitement de l'occlusion intestinale. Entérostomie. Anus cæcal. Anus iliaque temporaire ou définitif. — IX. Traitement de l'infiltration d'urine et des abcès de la prostate. Ruptures traumatiques de l'urètre. Cystostomie. Urétrorraphie. — X. Traitement des ruptures de grossesse tubaire. Colpotomie. Hystérectomie vaginale. Traitement des hémorroïdes.

— Hôpital Tenon. — M. Proust, chirurgien de l'hôtal Tenon, avec le concours de MM. Coliez, Darbois. Forestier, Houdard, Mallet, Maurer et de Nabias, commencera, le mercredi 2 mai 1923, à 10 h. du matin, à l'hôpital Tenon (salle Duflocq), et continuera les jours suivants à la même heure, une série de 26 conférences suivies d'applications pratiques concernant : la curiethérapie et la radiothérapie pénétrante.

Programme du cours. — 1re leçon, mercredi 2 mai, M. Proust : principes généraux de la curiethérapie. — 2e leçon : jeudi 3 mai, M. Proust : principes généraux de la radiothérapie pénétrante. — 3e leçon, vendredi 4 mai M. Mallet : propriétés radio-actives du radium. — 4e

leçon, samedi 5 mai, M. Mallet : extraction et utilisation de l'émanation du radium.

5e leçon, lundi 7 mai, M. Mallet : des appareils et de la notation en curiethérapie. Technique générale des applications thérapeutiques. — 6e leçon, mardi 8 mai, M. Coliez : les sources de courant à haute tension en radiothérapie pénétrante. — 7e leçon, mercredi 9 mai, M. Mallet : ampoules à gaz. Etude du faisceau cathodique. — 8e leçon, vendredi 11 mai, M. Mallet : ampoules à vide. Etude des phénomènes thermo-ioniques. — 9e leçon, samedi 12 mai, M. Mallet : propriétés physiques des rayons X. Etude spectrale du rayonnement.

10e leçon, lundi 14 mai, M. Coliez : étude des lois de la répartition du rayonnement X dans les tissus. — 11e leçon, mardi 15 mai, M. Coliez : de la mesure pratique du rayonnement X et de son absorption. Ionométrie. Technique générale des applications thérapeutiques. — 12e leçon, mercredi 16 mai, M. Forestier : technique générale des biopsies. — 13e leçon, jeudi 17 mai, M. Forestier : les examens de laboratoire dans le diagnostic et le traitement des tumeurs. — 14e leçon, vendredi 18 mai, M. de Nabias : curiethérapie du cancer du col de l'utérus. — 15e leçon, samedi 19 mai, M. Houdard : technique de l'application abdominale du radium dans le cancer du col.

16e leçon, mardi 22 mai, M. Coliez : radiothérapie du cancer du col. Bases physiques de l'association de la curiethérapie et de la radiothérapie. — 17e leçon, mercredi 23 mai, MM. Proust et de Nabias : curiethérapie et radiothérapie du cancer du rectum. — 18e leçon, jeudi 24 mai, M. Maurer : les indications du traitement curiethérapique et radiothérapiquc dans le cancer de la prostate et de la vessie. — 19e leçon, vendredi 25 mai, M. de Nabias : traitement du cancer de la langue. — 20e leçon, samedi 26 mai : MM. Mallet et Psaume : technique des appareils moulés pour curiethérapie à foyers multiples.

21e leçon, lundi 28 mai, M. Proust : radiothérapie et curiethérapie dans le traitement du cancer du sein. — 22e leçon, mardi 29 mai, M. Proust : radiothérapie des tumeurs du testicule. — 23e leçon, mercredi 30 mai, M. Proust : les indications de la radiothérapie dans la maladie de Basedow et les lésions des glandes endocrines. — 24e leçon, jeudi 31 mai, M. Proust : indications de la radiothérapie dans les tumeurs de la tête et du cou. — 25e leçon, vendredi 1er juin, M. Darbois : traitement radiothérapique des fibromes de l'utérus. — 26e leçon, samedi 2 juin, M. Proust : des indications de la radiothérapie dans les adénopathies bacillaires et les tuberculoses chirurgicales.

Ce cours est gratuit, mais les élèves désireux de prendre part aux démonstrations pratiques auront à verser un droit de 150 fr. Se faire inscrire le matin, auprès de M. Forestier, chef de laboratoire à l'hôpital Tenon.

— **Clinique médicale de l'Hôpital Cochin.** — Cours de perfectionnement sous la direction de MM. Lemierre et Abrami, agrégés.

Premier cours. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée : dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin; 2° Rétention azotée: dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel; 3° hypertension artérielle et oscillométrie : procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique. Les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

Deuxieme cours. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherches de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline, valeur de ces recherches. Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal. Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies ; 2° Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique.

Diagnostic des maladies typhoïdes. — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses. Réactions de floculation.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux. — Pleurotuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Examen du chimisme gastrique et duodénal.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 h., à la clinique médicale de Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines. Le début du cours a eu lieu le lundi 30 avril. Le droit d'inscription est fixé à 100 francs pour chacun des cours. Prière de retirer les bulletins de versement relatifs à ces cours au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

— **Médecine opératoire spéciale.** — M. Jean Gatellier prosecteur, ouvrira, le vendredi 6 juin 1923, à 14 h., un cours sur la chirurgie du tube digestif.

Détail des leçons. — I. Voies d'abord de l'estomac. Exploration de l'estomac et du duodéno-pylore. La gastrotomie. La gastro-entérostomie : transméscocolique (susmésocol) ; transmésocolique (sous-mésocol) (von Hacker). — II. La gastropylorectomie ; procédé de Péan ; procédé de Billroth (deuxième manière) ; procédé de Kocher. — III. La gastrectomie : annulaire ; partielle en selle ; l'excision de l'ulcus par voie transgastrique ; la gastrotomie (W.-J. Mayo) ; la gastrectomie totale ; l'œsophagojéjunostomie. — IV. L'exclusion du pylore : les pyloroplasties (opération de Fredet-Ramsted) ; l'opération de Finney. — V. Duodénojéjunostomie : transmésocolique, sous-mésocolique ; les sutures intestinales ; entérectomies et entérorraphies ; traitement de l'invagination intestinale. — VI. La fistule cæcale : l'appendicectomie ; l'appendicostomie ; la fixation du cæcum et la fixation en cadre ; technique de la greffe épiploïque. — VII. La cæcosigmoïdostomie : les colectomies partielles et totales (pour stase et malformation) ; les colectomies dans les cancers du côlon : intervention en un temps ; intervention en deux temps. — VIII. Les anas-

tomoses côlo-coliques et iléo-coliques palliatives : anus iliaque : temporaire, définitif. — IX. Hémorroïdes : myorraphie des releveurs ; la colopexie étendue (Quénu et Duval) ; V. — Extirpation périnéale du rectum. Extirpation abdomino-périnéale du rectum.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs e n médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 150 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 15 h., les jeudis et samedis.

— **Œuvres d'enfance du bastion 42, boulevard Bessières**. — Le stage du Centre de formation d'assistantes sanitaires et sociales d'hygiène pour l'enfance ouvrira cette année, le 2 mai, pour se terminer fin juillet apar un examen théorique et pratique.

Un « diplôme » est accordé aux élèves ayant satisfait aux épreuves.

A. — *Théorie*. — Programme :

1° Cours de soins aux femmes enceintes et aux nourrissons, professés par Madame Clotilde Mulon, docteur-fondateur de la Pouponnière du Camouflage ;

2° Cours d'hygiène scolaire, professés par le docteur Henri Rouèche, ancien interne de l'Assistance publique de Paris, rédacteur en chef de *La Médecine infantile* ;

3° Cours d'éducation physique , professés par le docteur André Richard, de la Société médicale d'éducation physique.

(Répétitions gratuites par une déléguée qualifiée de l'Œuvre).

B. — *Pratique* (en étroite liaison avec les enfants inscrits à l'Œuvre). Programme :

Gymnastique par un professeur spécialisé ;

Sports et jeux de plein air (cirque spécialement aménagé pour les évolutions physiques des services, jeux de salle par des professeurs des terrains de jeux de la Croix-Rouge Américaine de la Jeunesse ;

Pesées et mensurations ; douches et frictions avec le concours de nos infirmières sanitaires ;

Enquêtes sanitaires et sociales avec le concours de nos infirmières visiteuses et sociales ;

Chorales : professeur Mlle D. Sternberg ;

Cinéma éducatif : Mlle Berges.

Présences obligatoires (après-midi de 2 h. à 6 h. 1 /2). ;

Le mercredi (jour des cours), durant tout le trimestre ;

Les mardi, jeudi, samedi (durant 6 semaines au moins) ; de mai à mi-juin ; ou mi-juin à fin juillet (choix à spécifier lors de l'inscription).

La présence aux séances des mardi, jeudi et samedi durant tout le trimestre n'en reste pas moins à conseiller aux stagiaires qui désirent acquérir une valeur professionnelle pratique réelle, dans la branche « Assistance sanitaire et sociale d'hygiène pour l'Enfance ».

Aucun uniforme spécial n'est exigé des stagiaires, qui doivent seulement adopter, pour toute la durée de leur stage, les chaussures à talons plats, les vêtements amples laissant toute liberté aux mouvements ; le chapeau à bord assez large pour abriter du soleil.

— Nous apprenons que vient d'être fondée à Bordeaux une association professionnelle réunissant les externes et les anciens externes des hôpitaux de Bordeaux. Cette association cherche à resserrer les liens de camaraderie entre ses membres, à leur assurer son appui pour toutes les questions matérielles ou morales qui peuvent les intéresser, et à permettre aux anciens externes dispersés de reprendre contact avec leurs camarades.

— **Les médecins poètes**. — Le docteur Charles GUÉRET vient d'être promu officier de l'Instruction publique.

A notre confrère, au poète du *Buisson ardent*, à l'auteur applaudi des *Deux Triomphes*, nous adressons nos meilleurs félicitations.

— **Centenaire de Pasteur** (Congrès international de propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique sanitaire et morale (Paris 24-27 mai 1923). — Nous avons l'honneur de vous informer que le Congrès International de propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique sanitaire et morale, primitivement fixé au mois de décembre 1922, *se tiendra à Paris, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente, du* 24 *au* 27 *mai prochain*, coïncidant ainsi avec la célébration des fêtes du Centenaire de Pasteur.

Ce Congrès, auquel sont conviés des médecins, des hygiénistes, des moralistes et tous les éducateurs de la jeunesse, étudiera d'une façon toute spéciale et dans tous ses détails, le programme de l'enseignement scientifique et moral des questions sexuelles au point de vue de l'individu, de la famille et de la race, et l'organisation de l'éducation sexuelle prophylactique, morale et sanitaire des deux sexes dans tous les milieux.

Dans l'espoir que vous voudrez bien participer aux travaux du Congrès, dont vous trouverez ci-contre le programme détaillé, nous vous prions d'agréer, M l'assurance de nos sentiments les plus distingués,

Le directeur général du Congrès, Dr SICARD DE PLAUZOLES, professeur au Collège libre des Sciences sociales, directeur général du Comité national de propagande, d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique, secrétaire général de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes au Ministère de l'hygiène.

Le secrétaire général du Congrès : Emile WEISWEILLER, secrétaire général du Comité national de propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique, directeur de la Section des maladies vénériennes de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, secrétaire général de l'Union internationale contre le péril vénérien.

Prière d'adresser la correspondance au Secrétariat général, 7, rue Mignon, Paris (6e).

Avis importants. — L'expérience des Congrès prouve qu'aucun résultat ne peut être obtenu si le travail n'est pas méthodiquement préparé. Les communications parfois improvisées et ne répondant pas toujours à la question posée, font perdre du temps, empêchent de discuter sérieusement et d'aboutir à des conclusions réfléchies. En conséquence, les rapporteurs sont priés de proposer de brèves conclusions qui puissent facilement être soumises à la discussion et prendre place dans des résolutions générales.

Les vœux et les résolutions adoptés par les sections seront soumis à la ratification de l'Assemblée générale le jour de la séance de clôture du Congrès.

Le Congrès comprend les délégués officiels, des membres titulaires et des membres adhérents.

1° *Membres titulaires* : peuvent faire partie du Congrès au titre de membre titulaire, toute personne et toute collectivité agréée par le Bureau du Congrès (cotisation : 50 francs).

2° *Membres adhérents* : peuvent faire partie du Congrès au titre de membre adhérent, les personnes faisant partie de la famille d'un membre titulaire (cotisation : 25 francs).

Publication des travaux du Congrès : les rapports seront seuls imprimés et remis exclusivement aux délégués officiels et aux rapporteurs.

Les comptes rendus des séances du Congrès seront publiés aussitôt que possible : les membres du Congrès recevront ces publications moyennant une souscription spéciale pour les travaux de chaque section et pour l'ensemble des publications.

Pendant la semaine du Congrès, le *Bulletin* des « Amis de l'Hygiène » publiera tous les renseignements concernant les travaux du Congrès ainsi que les manifestations diverses qui auront lieu à l'occasion de la célébration du Centenaire de Pasteur.

Au cours du Congrès, une représentation cinématographique des principaux films concernant les sujets qui font l'objet du Congrès sera organisée.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général du Congrès, 7, rue Mignon, . Téléphone : Gobelins 59-55.

— **Pour la justice** ! ! ! — L'Association corporative des étudiants en médecine, dans une lettre adressée à tous les journaux, a saisi l'opinion de l'abus de pouvoir commis par le ministre de l'Instruction publique, en accordant des dispenses d'examens.

Surpris par la désapprobation unanime qui, dans un même élan, unissait l'Université (maîtres et étudiants) et la Presse, le ministre de l'Instruction publique, par l'intermédiaire d'un des députés auquel nous nous étions adressés pour saisir de notre protestation le Groupe médical parlementaire, a fait répondre :

« Monsieur Bérard m'a affirmé que les cas tout à fait exceptionnels qui avaient motivé les décisions autorisées par son décret ne se reproduiraient plus et que d'ailleurs le décret lui-même ne serait plus appliqué ».

Ces circonstances exceptionnelles ne consisteraient-elles pas dans la satisfaction d'intérêts privés et ne serait-ce pas parce que ces intérêts ont été satisfaits que ces circonstances ne se reproduiront plus ?

Monsieur l'inspecteur D..., fils, grâce à un doctorat en droit facilement acquis a obtenu ce qu'il demandait. De même MM. N..., et S... qui ont ainsi franchi, malgré des échecs répétés, l'étape trop dure pour leurs moyens du 1er ou du 2e examen (ancien régime).

Mais, bien plus, l'Association corporative ne peut pas, dans cette réponse, ne pas voir une manœuvre. *On veut enterrer l'affaire*, car, se souvenant qu'une telle promesse a déjà été faite lorsque les professeurs de la Faculté de Droit protestèrent et qu'elle n'a pas été tenue, elle ne saurait la considérer comme offrant suffisante garantie. Mais encore elle veut plus : elle veut que, pour le passé même, le Droit soit reconnu, que la légalité soit observée et que l'intérêt public soit sauvegardé.

C'est pourquoi l'Association corporative des étudiants en médecine, comme l'a déjà fait l'Association nationale des avocats, a décidé *de se pourvoir devant le Conseil d'État*.

Nous avons déjà fait connaître au public de quelle façon le ministre de l'Instruction publique agit ; nous avons également saisi le Groupe médical parlementaire et la Ligue des droits de l'homme et du citoyen.

Aujourd'hui nous allons en justice. Face au ministre de l'Instruction publique qui, à une illégalité proclamée par les professeurs de la Faculté de droit, a ajouté des témoignages d'un favoritisme scandaleux, l'Association corporative des étudiants en médecine en appelle à la juridiction du Conseil d'Etat et se dresse pour prendre la défense des étudiants et des médecins et celle du public, le plus gravement lésé certes, puisque c'est lui qui sera la victime *des médecins de contrebande que fabrique le ministre de l'instruction publique.*

Pour le Comité
Le Secrétaire adjoint,
X.

— **Nécrologie**. — M. le Dr Cadenat, chirurgien des hôpitaux, qui collabore volontiers au *Concours médical*, vient d'être atteint d'un deuil cruel par la perte de Madame Cadenat, née Cruet, sa femme.

Nous le prions de trouver ici l'hommage attristé de nos sincères condoléances et de notre vive et profonde sympathie.

G. D.



Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imp. Daix et Thiron,
(Thiron et Cie, successeurs).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

aucun renseignement sur les rapports ainsi demandés. A qui dois-je donc m'adresser pour le payement de mon rapport, et quel tarif faut-il appliquer ?

Dr C.

Réponse.

Le rapport médico-légal est exigé en exécution des prescriptions de la loi du 2 août 1921, modifiant l'article 15 de la loi du 31 mars 1919. La veuve devant constituer son dossier de pension, c'est à elle que vous devrez vous adresser pour vos honoraires.

G. F.

Application du Tarif Breton

I

Même opération à renouveler

Abonné au *Concours médical* et au « Sou », je me permets de vous demander votre avis pour le cas suivant où je suis très embarrassé pour ma note d'honoraires.

Un ouvrier se fracture le maxillaire inférieur le 22 janvier. Son médecin lui applique un appareil de contention. Mais la fracture étant insuffisamment réduite, il me l'adresse.

Le 16 février, 15 jours après l'accident, j'interviens avec le médecin traitant, et cela, avec l'autorisation de l'assurance. Réduction sanglante de fracture du maxillaire inférieur sous anesthésie générale.

Aussitôt l'intervention, nous nous adressons à un dentiste pour la pose d'un appareil de prothèse. Le dentiste écrit à l'assurance pour fournir le devis et demander l'agrément de l'assurance. La réponse affirmative arrive DEUX MOIS PLUS TARD. Mais la fracture s'est consolidée de nouveau en position vicieuse. Donc, le 18 avril, réduction sanglante à la scie de Gigli sous anesthésie générale, prothèse de contention, etc.

Pour la deuxième intervention, la facture à présenter est simple.

1° Réduction de fracture du maxillaire inférieur, etc. .... 400 fr.
2° Anesthésie générale .... 50 fr.
3° Fourniture de l'appareil de prothèse, prix à forfait.

Mais pour la première intervention, je suis fort embarrassé :

1° Anesthésie générale .... 50 fr.
2° Réduction sanglante de fracture du maxillaire inférieur .... ?

Dr P.

Réponse.

Trois considérations à noter :

1° Pourquoi le dentiste, *l'assurance ayant été prévenue*, n'a-t-il pas posé de suite l'appareil

d'après vos indications, quitte à en discuter le prix dans la suite ? Il n'est pas dit, dans le tarif, qu'il faille « l'agrément de l'assurance pour que chirurgien ou dentiste posent un appareil urgent »

2° *Non bis in idem.* Vous ne pouvez, tarif en main, demander deux fois les honoraires du tarif,

3° Si vous avez dû faire deux fois la même opération, c'est que l'assurance a mis deux mois à répondre... Enorme négligence, dont je la trouve *pécuniairement responsable*, même sans y être obligée par le tarif.

Il résulte des trois considérations ci-dessus que vous pouvez lui réclamer le payement de vos *deux* mêmes interventions, en une cote mal taillée de 600 fr., par exemple...., cote qui ne m'en semble pas moins « taillée » logiquement. Naturellement, anesthésies à réclamer en plus par le médecin qui les a pratiquées.

Dr F. Decourt.

II

Plaie d'orteils.

Comme abonné du *Concours* et du « Sou Médical », je vous prie de me donner des renseignements suivants dans le prochain numéro du *Concours médical.*

Un domestique est blessé par l'essieu d'une voiture qui tombe sur le pied droit écrasant le gros orteil et le 2e doigt, produisant une plaie profonde, déchiquetée, saignante, de gros lambeaux détachés et une partie des phalanges broyée.

1° Je suis appelé d'urgence vers 11 h. 1/2 du soir à 2 k. de ma résidence.

Dois-je compter ma visite comme d'*urgence* au prix de 50 fr.

2° J'ai fait sur l'insistance du blessé un pansement provisoire et le lendemain matin épluchage, régularisation, hémostase, excision des lambeaux.

Dois-je compter pour chaque doigt 40 fr. qui font 80 fr., ou 40 fr. pour les 2 doigts (art. 17) ?

3° Dans les pansements suivis des deux doigts, dois-je compter 15 fr. comme pansements multiples ?

Dr H.

Réponse.

Vous avez à compter d'*après le tarif Breton* ;

1° Le premier jour, visite de nuit : $8 \times 3 =$ 24 francs + 4 francs de déplacement, soit 28 fr.

2° Le lendemain, *dans le cas* où vous avez fait une « réunion par première intention » vous comptez une « régularisation, épluchage, etc. » de la plaie totale soit 40 fr. (1re catégorie). Sinon vous comptez « sutures multiples :25 fr. »

3° Les pansements consécutifs sont bien des pansements multiples « 15 fr. » puisque vos plaies d'orteils ne sont pas « très superficielles » (auquel cas, elles seraient comprises dans les « pansements simples »). Dr F. Decourt.

Application du Tarif Maginot.

Rabais illégal d'honoraires. Visites trop nombreuses. Arriéré des déplacements.

Tous les confrères de l'arrondissement ont reçu, il y a environ 3 semaines, une circulaire de la préfecture leur interdisant de prescrire aux mutilés et réformés de guerre certains *médicaments coûteux ou réputés peu eficaces* (je cite) tels que poudres et cigarettes anti-asthmatiques, etc. et les avertissant d'autre part que les notes envoyées à la préfecture après la quinzaine qui suit l'expiration du trimestre subiraient un rabais de 30 %. Comme secrétaire du syndicat, j'ai étudié cette question tant dans le texte du décret que dans les avis autorisés qui ont paru et dans le *Concours* et dans le *Médecin Syndicaliste*; n'ayant rien vu qui puisse justifier ce rabais, j'ai proposé au syndicat de protester auprès du préfet par l'intermédiaire de la Fédération de la Manche. Sommes-nous en droit de protester ? Si oui et que nous n'obtenions pas satisfaction, que faudrait-il faire ?

La seconde difficulté m'est personnelle. J'ai envoyé à la préfecture au début de janvier mes mémoires pour soins donnés aux mutilés, Sans m'entendre et sans m'avertir que ma note était contestée, la Commission de contrôle m'a supprimé pour un malade 6 consultations sur 12, sous prétexte qu'il était exagéré de donner 12 consultations en si peu de temps (3 semaines) à un malade atteint de laryngite chronique; or, il s'agit d'un malade ypérité qui présente 1 ou 2 fois par an des crises congestives du larynx avec œdème considérable, dyspnée et dysphonie et dysphagies ; ces symptômes ne cèdent qu'aux injections intra-trachéales d'huile eucalyptolée ; j'ai protesté auprès du préfet qui me répond que cette décision d'ordre médical lui a été suggérée par la commission de contrôle en m'avertissant que je puis faire appel devant la Commission supérieure de contrôle.

D'un autre côté, des déplacements kilom. datant le premier du 24 déc. 1922 me sont comptés à 1 fr., le kil. chiffre établi d'accord entre le préfet et les syndicats, pour l'arriéré, mais le décret fixant à 1 fr. 24 le kil. pour pays de plaine n'a-t-il pas effet à partir du 21 juillet 1922 comme celui fixant les honoraires chirurgicaux ?

J'ai l'intention de faire appel de ces décisions devant la Commission supérieure, mais je serais heureux d'avoir votre avis et vous demanderais de m'indiquer la marche à suivre et à qui adresser ma réclamation.

Je vous demanderai de répondre par le *Concours* ces faits pouvant intéresser pas mal de confrères.

Dr B.

Réponse.

1° Il est certain que l'art. 33 prescrit l'envoi des notes d'honoraires « dans les 15 jours qui suivent l'expiration de chaque trimestre » et qu'on a tort de ne pas le faire. Mais il n'est noté

aucune sanction contre les défaillants. Celle annoncée par la préfecture est donc illégale. Vous devez naturellement refuser si, ce dont je doute, la commission départementale de contrôle outrepassait ses pouvoirs, en suivant la circulaire préfectorale qui n'avait nullement le droit de traiter cette question. Donc, vous refuseriez et vous en appelleriez suivant le décret présidentiel (art. 55) devant la commission supérieure.

2° Pour cette affaire de visites réputées « trop nombreuses », sans réclamer d'explication de votre part, c'est là une affaire de Commission de contrôle, dans laquelle vous devez bien penser que je n'ai pas à m'immiscer. Toutefois au point de vue « application du décret » je puis cependant vous rappeler :

A) L'art. 54, qui parle des notes et mémoires contestés qui « sont examinés spécialement par la commission de contrôle qui, *après avoir entendu* le créancier, etc... »

B) L'art. 55 qui prescrit au « créancier n'acceptant pas la décision du préfet d'en saisir la commission supérieure...

3° Pour l'arriéré des déplacements kilométriques, voir dans le *Médecin syndicaliste*, mes réponses : 65 (qui traite précisément de votre département) et 74.

JURISPRUDENCE

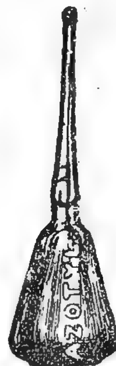
Colonie française. — Autorisation d'ouverture d'une clinique médicale

CONSEIL D'ETAT.

(15 décembre 1922.)

Vu 1° sous le n° 5 4.122, la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés par le sieur L., docteur en médecine, demeurant à F. (Madagascar), tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir, une décision en date du 8 février 1913, par laquelle le gouverneur général de Madagascar, subordonnait l'ouverture de la clinique fondée par le requérant à l'observation de la procédure d'autorisation prévue par l'arrêté du 8 décembre 1909.

Vu 2° sous le n° 4-54.123, la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés par le sieur L. docteur en médecine, demeurant à F. (Madagascar) tendant à ce qu'il plaise au Conseil joindre le présent recours à la requête enregistrée sous le n° 54.122 et annuler pour excès de pouvoir par les moyens précédemment exposés, une décision en date du 21 mars 1913 par laquelle le gouverneur général de Madagascar a prescrit la fermeture, jusqu'à délivrance d'un arrêté d'autorisation, de la clinique fondée par le requérant.



Fac-simile d'une ampoule d'AZOTYL

AIX-LES-BAINS

(SAVOIE)

à 9 h. de Paris sur la ligne directe ***PARIS-ROME***

AU BORD DU LAC DU BOURGET

TRAITEMENT PAR LE MASSAGE SOUS LA DOUCHE

GUÉRIT :

RHUMATISMES ⊙ GOUTTE

Syphilis ⊙ Sciatique ⊙ Suites de Blessures de Guerre

Eaux Sulfureuses chaudes (47°) radio - actives

ETABLISSEMENT THERMAL OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Pour tous renseignements et brochures :

S'adresser au *COMITÉ D'INITIATIVE,* **à AIX-LES-BAINS**

MICTASOL

CHAQUE COMPRIMÉ TITRE :

Camphre monobromé	0,02
Héxaméthylènetétramine	0,05
Noix de Sterculia purpuéra pulv.	0,25
Sucre vanillé	Q.S.

MODE D'EMPLOI :
CROQUER 6 COMPRIMÉS PAR JOUR
MATIN — MIDI — SOIR

PRIX : 8 FRANCS LE FLACON

SPÉCIFIQUE DU
PROSTATISME

EST UN DÉCONGESTIF EXTRÊMEMENT PUISSANT, UN ANTISEPTIQUE ÉNERGIQUE ET UN SÉDATIF CERTAIN ET IMMÉDIAT. SA TOLÉRANCE EST PARFAITE ET SON INOCUITÉ ABSOLUE. SANS CONTRE-INDICATION.

IL EST TOUT INDIQUÉ DANS LES
BLENNORRAGIES — URÉTHRITES
CYSTITES — PYÉLO-NÉPHRITES
URETÉRITES — CONGESTIONS RÉNALES
AVEC OU SANS ALBUMINURIE —
HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

Littérature et échantillons sur demande
LABORATOIRES JOCYL
COUDERC & ROZIÈS, Pharm. de 1re cl.
39, RUE St GEORGES
PARIS



Ouï M. Dayras, auditeur, en son rapport,

Ouï M. Talamon, avocat du sieur L...., en ses observations,

Ouï M. Mazerat, maître des requêtes, commissaire du gouvernement, en ses conclusions :

Considérant que les deux requêtes susvisées sont fondées sur les mêmes moyens en présentant à juger la même question, que dès lors il y a lieu de les joindre pour y être statué par une seule décision ;

Considérant que s'il appartenait au gouverneur général de Madagascar, en vertu du décret du 4 février 1904 et des pouvoirs de police à lui conférés, de prescrire, dans l'intérêt de la santé publique, les précautions convenables à l'effet de prévenir les dangers de contagion que l'établissement fondé par le requérant pourrait présenter, il n'a pu, sans porter atteinte au droit de propriété de ce dernier, subordonner l'ouverture dudit établissement à des conditions d'autorisation et de contrôle ; qu'ainsi, il y a lieu d'annuler la décision susvisée du gouverneur général de Madagascar en date du 8 février 1913 et qu'il doit en être de même, par voie de conséquence, de la décision du 21 mars 1913, qui a prescrit, en exécution de la précédente, la fermeture de la clinique ouverte par le requérant dans une maison lui appartenant.

Décide :

Les décisions susvisées du gouverneur général de Madagascar en date du 8 février et du 21 mars 1913 sont annulées.

Commentaires.

Nos confrères des colonies ont souvent demandé aide et protection contre les abus de pouvoir des vice-rois que la République Française entretient à grands frais dans les possessions d'outre-mer. De fait, de nombreux cas d'arbitraire nous ont été signalés et, malheureusement, nous nous sommes fréquemment heurtés au fait du prince.

L'arrêt ci-dessus du Conseil d'Etat prouve qu'il y a encore une justice à Paris et qu'un citoyen français doit avoir la liberté de travailler à sa guise, lorsqu'il ne contrevient pas aux lois de son pays.

Il serait inadmissible de voir un refus administratif à l'ouverture d'une maison de santé médicale, ou chirurgicale, uniquement parce que le médecin n'est pas en bons termes avec les puissants du jour.

Dr Paul Boudin.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Le corset orthopédique du praticien

Dans les notes hebdomadaires que publie le *Concours médical*, divers de nos confrères donnent le résultat de leur pratique. La qualité primordiale du médecin est l'observation : il

doit en découler un enseignement mutuel dont nos malades seront les premiers à bénéficier.

Une petite malade, atteinte de scoliose d'origine musculaire, nous avait été confiée pour être traitée à l'Institut physiothérapique de notre station. Nous fûmes frappés de l'aspect de son corset. Ayant appris que le Dr Privat en était l'auteur, nous avons prié notre confrère de nous laisser assister à sa confection, et nous avons demandé que nous soit rédigée une petite note par l'auteur lui-même.

« Un bon appareil orthopédique doit être construit d'une matière suffisamment résistante pour ne pas se laisser imposer la forme qu'il est chargé de corriger. Le plâtre possède à merveille cette qualité ; elle fait défaut au cuir moulé. Mais les appareils de plâtre sont très lourds et manquent de solidité quand, coupés en deux valves, ils sont rendus amovibles.

Le celluloïd présente de nombreux avantages : très rigide et indéformable, il est solide tout en restant léger ; malheureusement, il revient très cher, car, l'acétone, indispensable pour sa fabrication, a atteint des prix qui s'expliquent par son utilisation dans les explosifs de guerre. En outre, son odeur et les dangers d'incendie pendant la construction des appareils nécessitent des installations réservées à certains spécialistes, ce qui ne contribue pas à diminuer le prix de revient.

« Soucieux d'assurer à tous mes malades les avantages des appareils amovibles légers, j'ai adopté, après de nombreux essais, une nouvelle substance préférable au celluloïd, puisque, à poids égal, sa rigidité est plus grande ; le prix des matières premières qui entrent dans sa composition est insignifiant, et, avantage appréciable, *chacun peut l'employer soi-même.*

« *Ce corps nouveau est formé de* 150 *gr. de gomme arabique dissous dans un litre d'eau, auxquels vous ajouterez, au moment de faire l'appareil,* 500 *gr. de farine et une cuillerée de glycérine. C'est tout.* Je ne savais quel nom lui donner, quand mes malades m'ont réclamé des appareils en « Privatine » ; le nom est resté.

« La Privatine s'utilise comme la colle de celluloïd. Sur un moulage positif, enduit de savon noir, mettez un jersey de coton ; sur ce jersey, étalez un à un des carrés de tarlatane amidonnée, préalablement trempés dans la bouillie de Privatine. Pour un corset adulte, employez 15 épaisseurs de tarlatane ; pour un petit corset, 8 épaisseurs suffisent.

« Faites sécher rapidement l'appareil suspendu au soleil ou au-dessus d'un fourneau : 48 heures suffisent ; puis, déroulez l'appareil. Celui-ci, à ce moment, n'a pas encore toute sa rigidité ; laissez-le sécher encore pendant quelques heures, il durcira. Inutile de le doubler, le jersey mis sur le moulage suffira. Pour le border, collez à

cheval sur les bords une bande de leucoplaste ; elle durera autant qu'une bordure en peau et sera plus facilement remplaçable. Percez des trous pour les lacets, ou priez un cordonnier de mettre des œillets.

« Votre appareil est prêt. Au besoin, vous pouvez l'armer ; il supporte très bien le rivage de pièces en acier. Si sa couleur noirâtre ne vous agrée pas, recouvrez-le d'une couche de celluloïd, ou masquez sa teinte sous un vernis. La solidité et la durée de ces appareils sont très grandes : j'en ai en service depuis plus de 6 mois : ils n'ont pas bougé !

Vous voilà donc fixés : rien de plus simple et nous publierons les modifications que certains de nos lecteurs ne manqueront certainement pas de nous communiqcer.

Raymond MOLINÉRY.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques aux pensionnés de guerre.

Par arrêté du ministre des pensions en date du 14 avril 1923, pris en exécution de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 et de l'article 45 du décret du 25 octobre 1922, portant application de l'article 64 précité, sont nommés membres de la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques :

Membres titulaires.

Représentants de l'administration :

MM. le médecin inspecteur Odile, président ; Lehmann, inspecteur général au ministère des pensions ; Paloque, chef adjoint du cabinet, chef du service des soins gratuits au ministère des pensions ; Sauvalle, inspecteur général des finances ; Guérin, sous-directeur de la comptabilité publique au ministère des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 :

MM. le général Malleterre, président de l'association générale des mutilés de la guerre ; Marcel Héraud, vice-président de l'union fédérale des associations françaises des mutilés et réformés de la guerre ; Lissonde, secrétaire de l'union nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Delfau de Pontalba, de l'union nationale des combattants ; Mathure, secrétaire généfal de la fédération nationale des associations rrançaises de mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens :

MM. le docteur Lenglet, de la Seine ; le docteur Noir, de la Seine ; le docteur Decourt, de

Seine-et-Marne ; Bartet, pharmacien, de la Seine ; Cordier, pharmacien, de la Seine.

Sont nommés membres suppléants :

Représentants de l'administration :

MM. Sevin, sous-directeur à la direction de la liquidation du ministère des pensions ; Lhomme, du service des expertises médicales au ministère des pensions ; Vendeuvre, du service des expertises médicales au ministère des pensions ; Fichet chef de bureau au ministère des finances ; Charra, sous-chef de bureau au ministère des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 :

MM. Screve, de l'union nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Cauet, de la fédération nationale des associations françaises des mutilés et réformés de la guerre ; Hersent, de l'association générale des mutilés de la guerre ; Pichot, président de l'union fédérale des associations françaises des mutilés et réformés de la guerre ; Cassin, président honoraire de l'union fédérale des associations françaises des mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens :

MM. le docteur Caillaud, du Loiret ; le docteur Humbel, de Seine-et-Oise ; le docteur Philippeau, de la Seine ; Decramer, pharmacien, du Nord ; Joly, pharmacien, de la Sarthe.

(*J. O.*, 17 avril 1923.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Prévoir !

Aux rives de l'Adour, aux coteaux mosellans,
les coqs veilleurs, soudain, clangorent et buccinent,
quand le fourbe Goupil aux ruses assassines
rôde en la basse-cour, près des perchoirs branlants.

Prêtre d'Hygie, ainsi, tu seras vigilant !
Contre la bactérie hostile et la toxine
sois toujours en alerte ! Avertis ! Vaticine !
Démasque le péril dès son perfide élan !

Montre le guet-apens sournois et la menace
qui se glissent partout, patients et tenaces :
dans l'eau du puits, dans l'air glacé du carrefour,

dans le mets savoureux, dans la coupe fleurie,
dans les baisers passionnés du tendre amour...
— Car ton art doit prévoir, avant qu'il remédie.

Honoré BROUTELLE.

Quarante-cinquième année; N° 19 13 Mai 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale.

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr DENOMMÉ, à Paris, la somme de dix francs, pour bons offices de cette société.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Bouix,
Ax-les-Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank Duprat (Enfants). Portes.
Bagnoles-de-l'Orne. Joly, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contréxéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Lepage.
Evian. L. Dalard.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule Christin, Guillot, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Sailes, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Levadoux.
Néris. Ducros.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains. Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère, David.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Rosanoff.
Vittel. Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 234. — Sud-Ouest, exc. poste tenu 24 ans, station balnéaire et thermale 1er ordre, ouverte tte l'année. Titulaire âgé fatigué. Seule condition : achat belle villa admir. située ou location 16.000 fr. une année payée d'avance. Jardin, garage.

Nº 235. — Deux villas à louer au Pouliguen, 1 grande juin et juillet, 1 petite juillet-août-septembre.

Nº 236. — Dr expérimenté et actif est demandé pr voies urinaires, syphilis, gynécol. et peau. Ecr. : Dr Daniel, 34 Grande-Rue, Athis Mons (S.-et-O.)

Nº 237. — Docteur cherche cabinet d'accoucheur dans ville importante. S'adr. Dr Ardouin, Nemours (Algérie).

Nº 238. — Voiturette La Licorne 8 HP écl. électr. 4.700 bonne occasion, venir prendre 80 kil. de Paris.

Nº 239. — Dr à 70 kil. de Paris louerait en août sa maison meublée, avec jardin.

Nº 240. — Médecin expérim. et actf rceherche poste important littoral Méditerr. ou vallée du Rhône ou région Lyon, Grenoble, Valence, Ecr. : Guibaud, pharmacien, L'Hermenault, Vendée.

Nº 241. — Villégiature, convalescence, idéale vue splendide sur Loire, château Louis XIII peut convenir à conval. chir. ou médec. surveillée, 3 h. Paris, 18 pièces, Salle b., eau cour, w.c., tout égout, verger pot. serre, dépend. parc, ensemb. 5 hectares. A louer meublé ; vend. sans meuble, facil. payement. Aff. except. Dr B., 11 rue Guillaume-Tell, XVIIe. Wag. 43-62.

Nº 242. — Méd. 39 ans, très actif, titulaire d'un poste import. à la campagne, rech. avec ou ss apport de capitaux, situation stable ds affaire paramédic. (spécialités, assuranc. ou clinique) lui permettant habiter la ville pr éducation enfant.

Nº 243. — A céder : 14 ans Conc. méd. rel. 13 broch. 5 vol. path. et thér. Valleix ; pet. chir. prat. Tuffier Desfosses, 389 grav. Dict. méd. littré, 513 fig. et nombreux vol. Serrigny, Mantoche (Hte-Saône).

Nº 244. — Jeune docteur ayant charges familiales serait reconnais. à confr. qui indiquer. poste important à prendre ou à créer ds Paris ou banlieue immédiate. Echangerait poste 35 à 40.000 touchés, campagne agréable, proxim. gde ville d'eau, médec. du Chem. de fer, contre poste plus import. Paris ou banlieue.

Nº 245. — Dr reprendrait cabinet médical (5 ou 6 pièces) à proximité Métro St-Lazare, Châtelet, Réaumur même sans clientèle 15.000 comptant arrangement pour le reste s'il y a lieu. Urgent.

Nº 246. — Poules Leghors, Brackels, Campines, Bresses, Minorques, races pures sélection. pour ponte, 25 fr. pièce. Coucous Malines, 30 fr. Œufs à couver de ces races, 20 fr. la douz. Dès mai-juin, grand choix belles poulettes Bresses noires reines des pondeuses depuis 16 fr. pièce. Nombreux prix Paris et province 1922-23. Dr Buyssen, Haubourdin (Nord).

ANATOMIE

Un cas d'anomalie musculaire du grand pectoral

(Conséquences sur la physiologie de l'acte respiratoire)

Dr Hambert.

Le jeune homme dont nous relatons l'observation, bien que doué d'une forte constitution physique, présente une dissymétrie thoracique déterminée par l'absence partielle du muscle grand pectoral du côté droit : la portion claviculaire de ce muscle et quelques fibres à insertion sternale subsistent, les faisceaux à insertion abdominale faisant totalement défaut. De cette absence des fibres musculaires inférieures, il résulte que le muscle se trouve limité en bas par une ligne horizontale située à dix centimètres environ au-dessous du mamelon droit, ligne au-dessous de laquelle le tégument directement en rapport avec le gril costal dessine un méplat très accusé.

Cette absence des faisceaux abdominaux n'est pas sans influence sur les fonctions musculaires, qui se trouvent pour la plupart modifiées. C'est ainsi que la force de préhension de la main correspondante est diminuée dans de notables proportions, d'autant plus qu'il s'agit de la main droite chez un droitier. Les mouvements de rapprochement du bras droit vers la ligne médiane sont identiques à ceux du côté sain, et ce fait n'a rien qui doive surprendre, ces mouvements d'adduction étant dus à la contraction des faisceaux claviculaires et sternaux qui, dans le cas particulier, ne font pas défaut.

Plus intéressantes sont les modifications apportées dans le rôle que peut jouer le grand pectoral dans la physiologie de l'acte respiratoire : nous savons que lorsqu'il prend son point d'insertion fixe sur l'humérus, il élève les côtes sur lesquelles il s'insère et par là même, prend une part importante dans le phénomène de l'inspiration, cette fonction inspiratoire étant le fait de ses insertions inférieures.

Il n'est pas surprenant que cette fonction respiratoire soit troublée chez ce sujet et, de fait, la percussion nous montre que la tranche pulmonaire sous-jacente à la zone absente est hypersonore.

L'auscultation de cette même zone permet, à l'o-

reille qui ausculte sans interposition musculaire, de percevoir un murmure vésiculaire, augmenté dans son ensemble, mais cette augmentation ne porte pas sur le temps inspiratoire : l'inspiration forte et rude, humée dans la zone sous-claviculaire, conserve les mêmes caractères sans plus d'intensité dans la région inférieure de l'hémithorax où cependant, elle devrait être perçue plus nettement, l'oreille étant plus rapprochée du poumon. Cette diminution du phénomène de l'inspiration se trouve confirmée par l'examen radioscopique dont nous reproduisons très succinctement les données :

En position frontale, les sommets clairs s'illuminent parfaitement à la toux. Le jeu diaphragmatique, normal à gauche, est limité à droite dans son amplitude où il ne présente que des mouvements d'expansion de un centimètre et demi environ. Le sinus costo-diaphragmatique droit et la région de la base pulmonaire correspondante présentent une hyperclarté anormale. En position dorsale, même paresse diaphragmatique à droite.

L'intérêt de cette observation réside moins dans l'énumération d'un cas nouveau d'anomalie musculaire que dans les modifications qu'une telle anomalie peut apporter sur la physiologie de l'acte respiratoire. En présence d'anomalies respiratoires, il pourra être indiqué de rechercher si elles ne peuvent être expliquées par l'absence ou l'insuffisance de développement de faisceaux musculaires qui prennent une part active dans le mécanisme respiratoire.

CORRESPONDANCE

Les cotisations arriérées de la Mutualité Familiale,

Je vous ai déjà demandé de me faire le calcul de ce qu'il me faudrait verser à P pour récupérer ma retraite complète à 60 ans, car j'ai cessé mes versements en 1916 et je ne les ai pas repris.

Je reconnais que j'ai eu absolument tort.

Serait-il encore temps de le faire ? Et comment devrais-je m'y prendre pour cela ?

Dr R.

Réponse.

Oui, vous avez eu tort de ne pas reprendre vos versements.

Vous auriez dû les reprendre dès 1920, vous n'auriez eu ainsi qu'une lacune de quatre années que vous auriez pu combler ultérieurement si vous l'aviez voulu.

Vous êtes né en 1868, vous aurez donc 60 ans en 1928 et c'est en 1927 que vous devriez payer votre dernière cotisation.

Rappelez-vous que, dans les quatre dernières années, il n'est plus permis de verser l'arriéré : c'est donc cette année, en 1923, que vous devez vous décider ; — l'an prochain, il sera trop tard.

La somme que vous avez à verser actuelle-

ment est de 3.850 francs. Elle vous remettra en situation régulière jusqu'au 1er juillet prochain, époque où vous aurez à verser la cotisation du 2e semestre 1923.

Le mieux serait certainement de verser cette somme d'un seul coup, mais, si la chose vous était difficile, vous pourriez faire plusieurs versements : après chacun d'eux, je vous ferais les calculs pour vous montrer où vous en êtes et ce qu'il vous reste à verser.

Dans tous les cas, vous devriez toujours verser la cotisation de l'année 1923 et celles des années suivantes, — votre retraite se trouverait augmentée d'autant, et la chose en vaudrait la peine.

A. G.

Droit d'enregistrement sur les cessions de clientèles

A ma grande surprise, je viens de recevoir du receveur de l'Enregistreement la note suivante :

« Il ressort de l'examen des dossiers de réclamations pour transfert de patente, tenus à la Direction des Contributions directes, que M. le Dr C. vous a cédé sa clientèle, à la date du 15 mai 1921.

« Aucun acte de cession n'a été présenté à la formalité de l'enregistrement. Cependant la loi du 28 février 1872 soumet à l'impôt toutes les mutations de propriété de clientèles, et décide que l'acte de transmission ou la déclaration en tenant lieu devront être sous peine d'amende présentés au Bureau de l'Enregistrement dans les trois mois de leur date.

« J'ai l'honneur, en conséquence, de vous réclamer le payement du droit simple de mutation sur la valeur de la clientèle ainsi que le droit en sus encouru à titre d'amende, conformément à la loi précitée ».

Abonné du *Concours* et membre du « Sou médical », je vous serais très reconnaissant de bien vouloir éclairer d'urgence ma religion.

J'ai repris, le 15 mai 1921, la clientèle du Dr C. à V. Celui-ci, avec lequel je garde d'excellents rapports et qui est installé à C., reçut un jour sa feuille d'imposition pour le payement de sa patente à V. pendant toute l'année 1921. Il répondit en déclarant qu'à la date du 15 mai, il avait quitté V. en me laissant sa clientèle. Et j'ai reçu dernièrement une feuille me taxant, pour la patente, à partir du 15 mai 1921. Ceci est normal. Mais aujourd'hui, on me réclame, comme vous le voyez, une taxe d'enregistrement sur la cession de clientèle.

Or, il n'a pas été passé d'acte entre nous. D'autre part, j'ai entendu dire que la loi ne reconnaissait pas les cessions de clientèle médicale. Dois-je payer quelque chose à l'enregistrement ?

Dr N.

Réponse.

La loi du 28 juillet 1874 ne fait aucune distinc-

tion entre la clientèle civile (avocat, médecins, notaires, etc.), et la clientèle commerciale.

La cession de clientèle civile doit donc être déclarée si elle n'a pas fait l'objet d'un acte enregistré (Cassation Chambre civile 10 mars 1879, 6 juillet 1880, Bordeaux 7 août 1889).

La preuve de la mutation résulte de l'inscription au rôle des contributions, au nom du nouveau possesseur et des payements faits en vertu de ces rôles, sauf preuve contraire (Troyes, 26 juillet 1878, Seine 25 octobre 1889 et 7 février 1890).

Le fait de demander le transfert de la patente au successeur semble donc bien motiver la réclamation de l'enregistrement et c'est au contribuable à prouver qu'il n'y a pas véritable cession.

Pour éviter ces réclamations de la part du fisc, il suffit au docteur partant d'avertir le contrôleur qu'il n'exerce plus. Sa patente est supprimée pour l'année à venir et il règle avec son successeur la patente des mois restant de l'année en cours.

Le fait que la cession de clientèle médicale serait nulle n'a aucune influence sur la perception, l'enregistrement n'étant pas juge de la validité de conventions qui ne sont pas contraires à l'ordre public.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Déductions sur les revenus soumis à l'impôt

Abonné du *Concours médical*, et adhérent du « Sou », je serais heureux d'obtenir de notre conseiller fiscal des renseignements sur les questions suivantes :

Dans ma déclaration sur les bénéfices professionnels, suivant des indications fournies par le Carnet médical français, j'ai voulu faire entrer en déduction des sommes touchées, les sommes ci-dessous :

1.400 fr. pour amortissement de frais d'études en 25 ans ;

265 fr. pour amortissement de bicyclette en 3 ans et intérêt de la somme déboursée à l'occasion de cet achat. Le contrôleur ne conçoit pas cela, intérêt de quoi ? m'écrit-il. Quoiqu'il en soit de ce point particulier, sans discuter les sommes, le contrôleur me discute le droit d'amortir mes frais d'études et ma bicyclette qui est avec une moto un de mes instruments de travail.

Je prétendais, toujours sur la foi des mêmes renseignements, être exempté d'impôt sur la demi-valeur locative de ma maison, demi-valeur évaluée à 1.200 fr. (j'en suis propriétaire, je l'habite seul, elle m'a coûté, en 1914, 40.000 fr. Je compte à 6 %, 2.400 fr.). Le contrôleur estime à 600 fr. de valeur locative le loyer de mes trois pièces médicales et porte, d'autre part, à l'impôt général sur le revenu, le revenu réel (?) de ma maison à 1.800 fr.

Voudriez-vous me faire savoir si mes prétentions sont justifiées et, dans ce cas, m'indiquer les moyens de défendre mes droits.

Dr R.

Réponse.

1° Le contrôleur est en droit de vous contester, voire de vous refuser l'amortissement de vos frais d'études, cette déduction n'ayant jamais été admise par l'Administration ; en premier lieu parce que les dépenses n'ont, en général, pas été faites par le contribuable lui-même et ensuite parce qu'on manque de base d'évaluation. C'est une question à résoudre par voie législative.

2° Le droit d'amortir votre bicyclette ne peut être discuté si celle-ci est uniquement réservée à l'exercice de votre profession.

3° Quant à la déduction de la valeur locative de votre maison, la question doit être envisagée :

a) Eu égard à l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions libérales ;

b) Eu égard à l'impôt général sur le revenu.

a) Pour le calcul de votre bénéfice net passible de l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales, rentre dans les sommes déductibles le loyer des locaux professionnels, même lorsque l'immeuble appartient au propriétaire, parce que le revenu a déjà payé l'impôt cédulaire foncier. Si lesdits locaux se trouvent être situés dans une maison que vous habitez, la valeur locative, à porter aux frais généraux, sera calculée en rapprochant du nombre total des pièces que vous occupez celui des pièces nécessitées par votre profession. Si donc vous réservez 3 pièces pour l'exercice de vos fonctions et que votre maison en ait 6 ou 7, vous êtes fondé à défalquer en plus la moitié de la valeur locative, de votre bénéfice brut.

b) Pour le *calcul de l'impôt général* sur le revenu global : vous portez aux *revenus des professions non commerciales*, le bénéfice net tel qu'il a été calculé pour l'établissement de l'impôt cédulaire, c'est-à-dire défalcation faite des frais professionnels.

En ce qui concerne *les revenus des propriétés foncières bâties*, vous portez à cette catégorie, suivant que vous optez pour l'une ou l'autre des modalités prévues par la loi :

1° Ou le revenu net forfaitaire, c'est-à-dire le revenu figurant sur votre avertissement foncier (il est obtenu en déduisant de la valeur locative de l'immeuble bâti un quart (25 %) pour frais d'entretien, amortissement, etc.).

2° Ou le revenu net réel de votre maison, c'est-à-dire le loyer que vous toucheriez si vous la louiez, ou que vous pourriez en tirer si vous l'habitiez, déduction faite des frais d'entretien (répa-

(*Voir la suite page XLIII-1805*)

PROPOS DU JOUR

A l'Association générale des Médecins de France. La réception des Médecins espagnols. Une conférence sur la radiothérapie en gynécologie, du doyen de la Faculté de Madrid à l'Ecole de Médecine de Paris.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association s'est tenue, comme de coutume, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine sous la présidence du Dr Bellencontre qui, avec son éloquence coutumière, a remercié le secrétaire général Ch. Levassort dont le mandat est expiré et qui a désiré qu'il ne fùt pas renouvelé. La retraite du Dr Levassort, après avoir pendant 12 ans, assuré la charge écrasante de secrétaire de l'A. G., n'est pas complète puisqu'il reste membre du Conseil général. Mais tous les membres de l'A. G. doivent être profondément reconnaissants à ce confrère aimable et dévoué, à cet ami sincère et fidèle, à cet homme désintéressé et conciliant, qui a su pendant une période si difficile diriger avec tact, autorité et sagesse le secrétariat de notre grande Association. La reconnaissance que nous devons tous à Levassort doit être d'autant plus grande, que le secrétariat de l'A. G. (il faut le dire et le répéter pour ceux qui l'ignorent) exige de lourds sacrifices. La loi de la Mutualité n'autorise aucune indemnité à ceux qui assurent des fonctions dans les Sociétés de secours mutuels ; or, le secrétaire de l'A. G., non seulement est tenu à des pertes considérables de temps pour assurer l'administration de l'Association, et pour prendre part avec le trésorier à la gestion de sa fortune, mais il doit encore faire de nombreuses démarches et de fréquents voyages d'affaires peu compatibles avec l'exercice normal de la profession. Il est donc juste que Levassort, en quittant le secrétariat d'une Fédération comme la nôtre, qui n'a pu l'indemniser de ses services, reçoive en compensation l'expression la plus sincère de l'affectueuse reconnaissance du Corps médical français.

Son successeur, le Dr Thierry, ancien député de la Meuse, qui, en maintes circonstances, a rendu de nombreux services aux médecins praticiens, assurera, nous en sommes convaincus, les fonctions de secrétaire général comme Levassort et le remplacera sans toutefois le faire oublier.

***

L'Assemblée s'est tenue avec calme. Aucune des questions portées à l'ordre du jour ne pouvait susciter de discussions passionnées.

Les observations, ou plutôt, les constatations du Dr Clermont sur l'augmentation des frais généraux amènent à cette conclusion : puisque l'accroissement du prix de toutes choses triple aujourd'hui les dépenses d'avant-guerre, il serait logique de multiplier par le même coefficient les cotisations de nos sociétés. Or, nos confrères ne peuvent se résoudre à ce sacrifice et beaucoup s'évertuent encore à vouloir, chose difficile ! faire bonne chère avec peu d'argent. Comme tous les ans, l'on réclame à l'A. G. des retraites de droit, des assurances, mais sans apporter les moyens suffisants pour les réaliser.

Le très distingué actuaire de l'Association, M. Puges, est venu, avec une remarquable clarté, faire la démonstration de ce qu'il y avait de chimérique dans les propositions faites à l'Assemblée. M. Puges a su mettre à notre portée les problèmes ardus de la science de l'actuaire. Son intervention était nécessaire, car, dans leur généreux altruisme, beaucoup de nos sociétaires s'engageraient imprudemment dans des voies dangereuses.

Une question a été examinée, celle du Foyer national des médecins français. Ce projet, qui sort du programme de l'A. G., a été néanmoins patronné par son Conseil général, car sa réalisation serait désirable, tant au point de vue confraternel qu'au point de vue national. Si le Corps médical français veut sérieusement créer ce foyer, il convient qu'il fasse un effort et qu'il n'attende pas indéfiniment le *deus ex machina* qui ne viendra jamais le réaliser. Nous ne vivons plus à l'époque des contes de Fées.

Nous nous permettrons de faire remarquer que la question nous a paru mal posée. Evidemment, quand on demande aux médecins ce qu'ils désirent, leurs demandes sont des plus vastes.

« Voulez-vous que le Foyer national soit un Centre de renseignements, de réceptions, pourvu de salons, de bureaux, de salles de conférences,

avec restaurant, hôtel, où l'on trouvera à prix réduits bon souper, bon gîte et le reste ? » — « Oui, oui », répond avec une touchante unanimité l'Assemblée.

Ceci est bien naturel. Mais il ne s'agit pas de savoir quels sont nos désirs, mais de connaître les possibilités que nous avons de les réaliser. Aussi, est-il plus sage d'ouvrir une souscription, et quand l'on connaîtra le nombre d'actions que les médecins français s'engagent à souscrire pour créer le Foyer, l'on verra de quelle façon il sera possible de l'organiser et l'ampleur que l'on pourra donner à ses services.

***

Le banquet traditionnel de l'A. G., excellent. brillant et animé, a eu lieu au Palais d'Orsay. Une maladie malencontreuse de Madame Bellencontre qui, heureusement, est en voie de guérison, avait obligé notre président à se faire suppléer par le Dr Chapon, vice-président, qui dut faire les honneurs à nos invités de marque : M. le ministre de l'hygiène Strauss, et le directeur de son cabinet, le Dr Filassier, le doyen de la Faculté de médecine, Pr H. Roger, le président du groupe médical parlementaire, Dr Chauveau, le secrétaire général adjoint de l'Union des Syndicats médicaux de France, Dr Quivy, MM. Faure et Fumouze, représentants les grandes Associations pharmaceutiques, etc.

Dans un discours plein de courtoisie, de tact, de sincérité, de probité et d'énergie, le Dr Chapon, après avoir félicité le ministre, l'assura du concours des médecins praticiens dans la lutte contre la maladie qui est encore en voie d'organisation. Il déplora l'esprit de certains hommes haut placés, qui ignorent le praticien français au point de le croire capable de s'opposer aux mesures de prophylaxie dans un but d'intérêt personnel mesquin. Il n'eût jamais cru que pareille supposition eût pu se produire, s'il ne l'avait lui-même entendue dans une Commission officielle. Faisant allusion aux récents scandales, qui ne sauraient ternir, même de loin, l'honneur intangible du Corps médical, le Dr Chapon, aux applaudissements unanimes des convives, déclara au ministre que nous attendons les décisions de la Justice, trop tardives à notre gré. « Nous ne pourrons pas, affirma-t-il avec énergie, punir les fautes de ces gens qui en furent jamais des nôtres, mais nous saurons, comme il convient, les flétrir ».

Le ministre répondit longuement, en affirmant toute la confiance qu'il mettait dans la collaboration des médecins pour réaliser la tâche très difficile qu'il avait entreprise. Les efforts tentés, si insuffisants, ont déjà donné des résultats. Avec le concours des praticiens, il espère faire bien davantage. Il montre la nécessité de bien connaître le mal avant de le combattre, c'est-à-dire de posséder une statistique sérieuse des causes de décès à l'établissement de laquelle il travaille avec l'aide de notre confrère, le Dr Pacaud, président de la Société de la Vendée.

Le ministre lève son verre en l'honneur du médecin français, et à son concours indispensable en hygiène sociale.

***

Une heureuse coïncidence faisait arriver à Paris en gare d'Orsay, exactement à l'heure où se terminait le banquet, une mission médicale espagnole, conduite par le Pr Recassens, doyen de la Faculté de Madrid.

M. le Pr Roger, doyen de la Faculté de Paris, accompagné d'une délégation de l'A. G., fut rejoindre sur le quai d'arrivée le Pr Hartmann, président de l'A. D. R. M. et les membres de cette Association et du Bureau des Relations médicales extérieures, pour recevoir nos confrères espagnols. Très touchée de la nombreuse délégation qui était venue l'accueillir, la mission, qui comprenait plusieurs gracieuses dames, accepta, en dépit des fatigues du long voyage, de se rendre dans les salons du Palais d'Orsay où M. le doyen Roger et le Dr Chapon lui souhaitèrent la plus confraternelle bienvenue. Le Pr Recassens répondit, en français, en termes excellents et dit toute l'émotion qu'il éprouvait de pareille réception, et l'on but quelques coupes de champagne à l'union étroite de l'Espagne et de la France.

***

Mardi 1er mai, M. le Pr Recassens a fait, au Petit Amphithéâtre de la Faculté, devant un public nombreux de professeurs, de médecins et d'étudiants, une remarquable conférence sur la *Radiothérapie en gynécologie.*

M. le doyen Roger présenta l'éminent maître espagnol et rappela l'accueil inoubliable qu'il avait reçu lui-même à Madrid où il fut appelé aussi à faire une conférence.

Le Pr Recassens, s'exprimant en français, avec

une facilité d'élocution remarquable, adressa ses remerciements à la Faculté de Paris. Il rappela les précurseurs français des traitements radiothérapiques actuels, parmi lesquels Foveau de Courmelles. La radiothérapie, affirma le maître madrilène, a révolutionné la gynécologie ; de destructive, de mutilante cette spécialité est devenue conservatrice. Il y a trente ans, on ne pouvait concevoir un gynécologue qui ne fût pas un chirurgien, expert en asepsie, antisepsie et en médecine opératoire ! Avant peu, on ne pourra admettre qu'un gynécologue ne soit au courant de tout ce qui concerne la radiothérapie, tant comme physicien et mathématicien, que comme médecin.

M. Recassens fit alors un exposé simple et lumineux de la nature et de l'action des rayons X. Cette action est merveilleuse et sûre, mais il faut disposer de bons appareils, donnant des rayons suffisamment pénétrants, et il faut encore que le gynécologue sache doser les rayons, se servir de leurs diverses actions et éliminer les affections, assez rares du reste, où ils sont contre-indiqués.

M. Recassens n'insiste pas sur le traitement des corps fibreux utérins devenu courant et classique et qui donne des résultats constants et certains, ni sur celui du cancer, car il ne saurait passer en revue toute la radiothérapie en une séance : il désire parler de choses moins connues et dont l'avenir est plein de promesses.

Les rayons X peuvent, selon fa façon dont on les utilise, avoir trois actions différentes ; une action destructive, une action léthargique, une action excitante. L'action destructive se produit dans la radiothérapie des cancers, sarcomes et corps fibreux.

L'action léthargique donnera, s'il en croit les essais qu'il a pu faire, des résultats remarquables en provoquant ce qu'il appelle la *castration temporaire* de la femme, c'est-à-dire la suppression des règles pendant plusieurs mois, même plusieurs années. Quels services au point de vue social ne doit-on pas attendre de cette castration temporaire, qui permettra à une femme de réserver l'avenir pour la maternité, en évitant de concevoir d'un mari aliéné, épileptique, ou syphilitique contagieux, auquel elle ne peut se refuser sans danger ? Combien de naissances de dégénérés, de malades, de débiles pourra-t-on éviter, tout en permettant dans un avenir meilleur à des femmes de devenir mères ?

En outre, nombre d'affections inflammatoires annexielles ne peuvent être traitées médicalement avec succès parce que, chaque mois, la congestion menstruelle vient détruire les bénéfices du repos et du traitement institué. Par la castration temporaire, l'on peut permettre à ces affections de guérir, soustraire ainsi de nombreuses femmes à l'intervention mutilante du chirurgien, et les conserver intactes, aptes aux maternités prochaines.

Après l'action léthargique et la castration temporaire, l'on peut, par la radiothérapie, produire une action excitante, capable de ramener les règles. En associant l'action des rayons sur les ovaires à leur action sur l'hypophyse, le Pr Recassens est parvenu à réveiller les fonctions ovariennes prématurément abolies et à combattre la stérilité.

En terminant, M. Recassens a fait projeter sur l'écran une succession de clichés des plus intéressants, des plus nets et des plus démonstratifs, montrant tout le parti que l'on peut tirer de la radiographie en obstétrique, tant au point de vue de l'étude clinique que de la précision du diagnostic.

M. le doyen Recassens a ouvert, par cette très intéressante conférence, une série de leçons que ses collègues espagnols les professeurs Hernando, Cardenal, Aguilar, Marquez et Gozanès, ont faites à la Faculté, à l'Hôtel-Dieu, à Lariboisière, et à la Société de chirurgie.

En retournant en Espagne, la mission espagnole s'est arrêtée à Bordeaux où elle a été l'objet d'une chaleureuse réception de la Faculté de cette ville à la tête de laquelle était le doyen, M. le Pr Sigalas, membre du Conseil du Bureau des relations médicales extérieures.

Nous ne saurions assez applaudir à cette coutume d'échange de leçons entre médecins français et étrangers, qui arrivent ainsi à mieux se connaître, à s'apprécier et à s'estimer.

Ce sont là les meilleurs arguments à fournir pour démontrer la nécessité de développer l'A. D. R. M., le Bureau des relations médicales extérieures et de créer le Foyer national des médecins français à Paris.

J. Noir.



◆◆

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

Par Jacques Decourt (1).
Interne des hôpitaux de Paris.

L'encéphalite léthargique, sur laquelle l'attention a été attirée en 1917, reste actuellement à l'ordre du jour. Non seulement parce que, après les épidémies de 1917, 1918, 1920, elle a fait une réapparition très nette au cours de l'hiver dernier, mais aussi en raison des séquelles nombreuses, des rechutes lointaines, que cette singulière affection peut laisser après elle.

Les nombreux cas observés jusqu'à ce jour ont permis d'étudier sa symptomatologie si diverse et si instable, mais très particulière dans les cas typiques. Elle n'en reste pas moins, par son mode de transmission mal élucidé, par la nature encore incertaine de son virus, cette *mysterious disease* des Anglais qui suscite la sagacité des médecins et des biologistes.

Nature. — On sait actuellement que l'E. L. est une maladie infectieuse. Certains auteurs étrangers prétendirent en avoir isolé le germe : un diplocoque pléomorphe. Mais les travaux français ont établi qu'elle est due à un *virus filtrant*. On a pu la reproduire expérimentalement chez le singe et surtout chez le lapin. Des passages successifs ont pu être réalisés chez ce dernier animal, permettant d'obtenir un virus fixe, très pathogène pour le singe et le cobaye.

Epidémiologie. — Maladie infectieuse, l'E. L. est néanmoins peu contagieuse. Elle apparaît nettement sous forme d'épidémies, mais les cas de contagion directe, pour avoir été parfois évidents, n'en restent pas moins très rares. Il s'agit d'épidémies de quartier, à recrudescence saisonnière ; c'est de novembre à mars que se multiplie la maladie. Dans l'intervalle, un certain nombre de cas sporadiques jouent le rôle de porteurs de flambeau. C'est par la voie rhino-pharyngée que paraît pénétrer le virus, et sans doute faut-il admettre qu'il existe un grand nombre de porteurs de germes, sans manifestations pathologiques, ou avec des troubles minimes passant inaperçus, certains sujets seulement faisant une encéphalite en raison de prédispositions individuelles, constitutionnelles ou momentanées.

Ces caractères épidémiologiques, de même que la nature du virus permettent de rapprocher l'E. L. de la poliomyélite antérieure aiguë (paralysie infantile et maladie de Heine-Médin).

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomo-pathologique, nous ne dirons ici que ce qui est susceptible d'éclairer les faits cliniques. Comme le virus de la poliomyélite encore, le virus encéphalitique est remarquablement *neurotrope*. Mais ce qui va déterminer l'allure si spéciale de l'affection, c'est l'atteinte prédominante de la région mésocéphalique (région des pédoncules cérébraux). De là, les lésions irradient vers le corps strié et la couche optique d'une part, vers la protubérance et le bulbe d'autre part. Le locus niger et les noyaux du moteur oculaire commun (III[e] paire) sont les parties les plus touchées dans les formes habituelles.

A l'autopsie, tout se borne à un état congestif de l'encéphale, à prédominance mésocéphalique. Cette absence de lésions macroscopiques nettes est déjà caractéristique.

Mais les lésions histologiques sont évidentes. Caractérisées surtout par leurs localisations dans la substance grise que nous venons d'indiquer, elles consistent en infiltrations périvasculaires, composées de cellules mononucléées formant de véritables manchons autour des vaisseaux, tandis que les cellules nerveuses elles-mêmes sont peu atteintes. Dans les cas anciens, on a trouvé des lésions cicatricielles coexistant avec des lésions inflammatoires récentes.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il nous faut retenir, c'est cette *mésocéphalite*, expliquant la grande fréquence des paralysies oculaires.

Mais il n'est pas moins important de signaler la grande diffusion possible du virus, qui peut

(1) La direction du *Concours médical* a bien voulu nous demander notre collaboration. Nous n'avons pas la prétention de faire ici œuvre originale. Nous nous efforcerons, très simplement, de « mettre au point » et de façon concise, à l'usage des praticiens toujours occupés, quelques-unes des questions que les travaux modernes, épars dans de nombreuses publications, ont fait et font évoluer chaque jour.

léser toutes les parties du système nerveux, ceci nous faisant prévoir les prodigieuses variétés cliniques que pourra réaliser l'affection.

Symptômes. — Aussi la description symptomatologique n'en est-elle pas aisée. Nous décrirons cependant tout d'abord la forme oculo-léthargique, qui reste la plus fréquente, et qui répond aux cas observés lors de la première épidémie.

L'*incubation* de la maladie est difficile à préciser. Il semble qu'elle puisse être très variable, en tous cas toujours longue, pouvant durer de quelques semaines à plusieurs mois. Elle peut s'accompagner de prodromes plus ou moins vagues.

Le *début* clinique est habituellement marqué par un *syndrome infectieux* assez net : quelques frissons, un malaise général, très souvent de la céphalée, parfois intense, des arthralgies, quelques troubles digestifs. On note assez souvent une angine légère, intéressante parce qu'elle semble montrer la porte d'entrée du virus. La température est variable, tantôt ne dépassant pas 38°, tantôt atteignant 40°, tantôt assez fugace pour passer inaperçue. Nous verrons d'ailleurs qu'au cours de la maladie, elle ne se montre pas moins variable.

A ces symptômes banaux se joignent différents troubles qui varient avec la forme observée. Il y a autant de modes de début que de formes de la maladie ! Mais dans la forme mésocéphalique typique, l'apparition de la somnolence et les paralysies oculaires vont permettre de poser le diagnostic.

Forme mésocéphalique (oculo-léthargique).

La *somnolence* est en effet l'un des phénomènes les plus particuliers de l'affection, et qui avait frappé les premiers observateurs, qui lui donnèrent le nom (assez impropre, nous le verrons) d'encéphalite léthargique. Le malade éprouve un besoin de sommeil irrésistible et s'endort. Dans les formes où la somnolence est peu marquée, c'est lorsque le sujet veut se mettre au travail qu'elle survient. Tels ce comptable qui s'endormait sur son livre, la mère en allaitant son enfant. Dans les formes accentuées, le sommeil est tel que le malade reste confiné au lit.

Il semble dormir d'un sommeil normal. Le visage est reposé. C'est un sommeil continu, léger, mais, caractère spécial, si l'on interpelle le malade, *il répond immédiatement* et nettement, sans cet instant de désorientation que présente un sujet normal endormi que l'on réveille brusquement.

Cette hypersomnie peut se prolonger jusqu'à la mort et aboutir à une véritable léthargie. Elle peut persister des semaines, avec des périodes de réveil, puis finir par disparaître. Assez souvent elle dure peu, parfois quelques minutes, et c'est avec soin qu'il faut interroger les malades pour la retrouver.

Elle est d'ailleurs loin d'être constante. Elle peut faire place à de l'*insomnie*, qui s'accompagne parfois d'un délire doux et tranquille, de nature confusionnelle et hallucinatoire (hallucinations visuelles) : le malade rêve éveillé. Dans certains cas, particulièrement graves, ce délire était intense.

Il n'est pas exceptionnel enfin de voir une somnolence diurne contraster avec une insomnie nocturne.

Les *troubles oculaires* sont un des symptômes les plus importants et les plus constants de la maladie. Ils sont surtout suggestifs, lorsqu'ils s'associent à l'hypersomnie. On sait d'ailleurs qu'ils sont une des manifestations du besoin de sommeil physiologique : « le marchand de sable passe », dit l'expression populaire pour traduire les picotements oculaires, la diplopie, la chute irrésistible des paupières.

L'atteinte prédominante de la IIIe paire explique la fréquence du *ptosis*. Unilatéral ou bilatéral, il est habituellement incomplet. Le bord inférieur de la paupière recouvre une partie de l'iris. Le malade peut encore le relever, mais il se fatigue vite, et bientôt, la paupière retombe. Ce phénomène est souvent plus accentué le soir. Si parfois il semble lié à une simple hypotonie du releveur, il relève dans la majorité des cas d'une parésie. Très souvent il s'associe à du *strabisme*. Ce strabisme peut être convergent ou divergent, fréquemment unilatéral. Il se traduit par un symptôme subjectif important et précoce qu'il faudra rechercher avec soin dans l'interrogatoire du malade : la *diplopie*.

Ces trois symptômes, associés à la somnolence, sont très significatifs. Ils sont extrêmement fréquents. Mais les paralysies oculaires sont habituellement parcellaires et dissociées. Ce sont de simples parésies, souvent fugaces et migratrices. Aussi, l'examen du sujet devra-t-il porter sur tous les mouvements du globe oculaire, et souvent l'on sera frappé de voir l'œil atteindre les positions extrêmes, mais ne pouvoir y rester. Parfois la parésie sera remplacée par du *nystagmus*.

Ces paralysies oculaires régressent au bout d'un temps plus ou moins long.

Non moins importante est l'atteinte de la musculature intrinsèque de l'œil. La paralysie du muscle ciliaire se traduit par la *perte de l'accommodation*, qui constitue l'un des symptômes oculaires les plus caractéristiques et qui avait frappé les premiers observateurs : le malade ne peut plus lire, à moins que l'on ne corrige sa vue par des verres.

Les *troubles pupillaires* sont assez fréquents, mais variables : inégalité pupillaire, mydriase,

plus rarement myosis. L'étude des réflexes montre habituellement une abolition du réflexe pupillaire à la convergence, tandis que la réaction à la lumière est conservée ; c'est donc l'inverse du signe d'Argyll-Roberston. Parfois les deux réflexes sont abolis simultanément. Quant au signe d'Argyll, on a discuté pour savoir s'il était possible dans l'encéphalite ; il y est pour le moins très exceptionnel, et il reste un signe de très grosse présomption en faveur de la syphilis.

L'examen du *fond de l'œil* le montre habituellement intact ; l'acuité visuelle est normale. C'est là un signe négatif d'importance. Pourtant, des observations assez nombreuses montrent des exceptions à cette règle. On a pu signaler des altérations de la perception visuelle, allant dans quelques cas jusqu'à l'amaurose. Les ophtalmologistes ont observé de l'hyperhémie de la papille, avec parfois de petites hémorragies, et même une tendance plus ou moins nette à la stase papillaire. Cette question de la stase papillaire est d'un intérêt pratique considérable pour le diagnostic des tumeurs cérébrales, qui peuvent réaliser un tableau clinique rappelant en tous points celui de l'E. L.

A ces symptômes cardinaux (somnolence, troubles oculaires) qui étaient les phénomènes saillants de la première épidémie, il faut actuellement ajouter le *syndrome musculaire*, si fréquent et si particulier, relevant très vraisemblablement de l'atteinte des corps striés dont l'étude de l'encéphalite épidémique a précisément permis d'éclairer les fonctions, encore si mystérieuses.

Il faut mettre au premier rang les *myoclonies*, secousses musculaires plus ou moins amples, très brèves, qui peuvent dans certains cas être généralisées, mais restent le plus souvent localisées. Elles atteignent alors les membres supérieures plus souvent que les membres inférieurs. Mais elles peuvent se localiser à toutes les parties du système musculaire : aux muscles du cou, de la nuque, de la face, aux muscles abdominaux, au diaphragme. Elles peuvent se réduire à des fibrillations musculaires. C'est sans doute aux myoclonies qu'il faut rattacher les crises de hoquet. Ces crises, associées aux autres symptômes, ont une grosse valeur diagnostique. Elles sont parfois la seule manifestation apparente de la maladie, constituant alors un véritable *hoquet épidémique* (habituellement bénin), mais que l'autopsie de quelques cas mortels a permis de rattacher à l'encéphalite.

Ces différentes formes de secousses musculaires revêtent le plus souvent un type régulier rythmique.

Parfois (mais beaucoup plus rarement), les mouvements involontaires, au lieu d'apparaître sous forme de secousses brèves, se traduisent par des oscillations des membres, plus lentes, également rythmées, et rappelant les mouvements *choréiques* ou choréo-athétosiques. Enfin, dans le type dit *bradycinétique*, les mouvements, toujours rythmés, sont de grande amplitude.

Les mouvements de la face réalisent parfois de véritables grimacements. On peut constater des crises de bâillement, de grincements de dents, de mâchonnement.

Les types extrêmement intéressants sont les *types parkinsonniens*, où la raideur musculaire est le phénomène prédominant. L'aspect figé de certains malades, au visage inexpressif ou étonné, aux mouvements retardés et lents, avait déjà frappé les premiers observateurs. On note parfois une tendance à la catalepsie. Enfin, du *tremblement* peut se joindre à la rigidité musculaire, réalisant un tableau parkinsonnien complet, ce tremblement pouvant n'apparaître qu'au repos, disparaître lors des mouvements volontaires et réaliser les attitudes caractéristiques. Mais il nous faut noter qu'il s'agit ici seulement de parkinsonnisme, apparaissant à la phase aiguë de la maladie, et susceptible de régresser, par opposition aux syndromes parkinsonniens vrais, incapables de régression, que l'encéphalite est susceptible de laisser à titre de séquelle.

Enfin, certains auteurs rattachent encore à l'atteinte mésocéphalique un symptôme que réalise assez fréquemment l'encéphalite : les *algies*. Ces manifestations douloureuses précèdent habituellement les myoclonies, parfois pendant une période assez longue, eù elles peuvent être le seul symptôme de la maladie. On a appelé ces formes *algo-myocloniques*, et de nombreuses observations en ont été publiées. Les douleurs sont souvent unilatérales. Elles atteignent surtout la région cervico-brachiale. Extrêmement intenses, comparables à des sensations de broiement, de brûlures, de déchirement, s'accompagnant de paresthésies digitales, elles se montrent rebelles aux antinervins habituels.

A ces symptômes principaux de l'encéphalite épidémique (somnolence, troubles oculaires, troubles musculaires, algies) s'ajoutent des *signes généraux* très variables. La phase fébrile est habituellement nette, la *température* atteignant 39° ou 40° au début. Mais, tantôt, elle dure peu et risque même de passer inaperçue ; tantôt, au contraire, la température reste aux environs de 40° et peut rappeler une fièvre typhoïde (il s'agit là de cas graves) ; tantôt enfin, elle reste aux environs de 38° pendant un temps plus ou moins long.

Le *pouls* suit habituellement la température. Mais parfois il est très accéléré, ou au contraire ralenti (atteinte bulbaire).

De même la respiration est quelquefois accélérée, ou irrégulière, entrecoupée de pauses.

Laboratoires G. GRÉMY

14, Rue de Clichy, PARIS (9e)

Téléph. : Central 22-62. — Adresse télégr. : Imunigrémi PARIS

L'Épidosine dans le traitement des troubles de la croissance

La croissance, augmentation de la taille, du poids et de la surface du corps, est un résultat que l'on apprécie à longue échéance chez l'enfant à l'aide de la toise, de la balance et du ruban métrique.

La croissance prouve que les aliments ingérés par l'enfant sont de bonne qualité, que leur digestion et leur assimilation se font normalement, suivant les lois physiologiques de la nutrition.

La croissance est donc liée à la nutrition.

Tout trouble de la nutrition entraîne des troubles de croissance plus ou moins prononcés, appréciables au bout d'un temps plus ou moins long. Que les aliments soient de mauvaise qualité, que la digestion se fasse mal, que l'absorption soit défectueuse, que l'assimilation soit médiocre, que les glandes vasculaires sanguines qui président à la croissance : lobe antérieur de l'hypophyse, thyroïde, glandes interstitielles sexuelles soient physiologiquement troublées ou anatomiquement lésées, il s'ensuit des retards ou un arrêt de la croissance, plus rarement une exagération de croissance.

A ces troubles **complexes** qui se pénètrent les uns les autres, et qui se répercutent les uns sur les autres, on doit opposer une thérapeutique **complexe.**

Celle-ci est réalisée par l'**Epidosine** Grémy qui renferme, dans une pâte de fruits, tous les principes actifs nécessaires aux fonctions de nutrition.

L'**Epidosine** apporte à l'organisme :

a) Le principe actif du **lobe antérieur de l'hypophyse** qui préside au développement morphologique de l'être ;

b) Le principe actif extrait des **glandes interstitielles génitales** et les **autacoïdes thyroïdiens** qui jouent un rôle dans la croissance.

c) L'**extrait de foie** qui agit par ses lipoïdes sur l'organisme en général et qui possède en outre une action très nette sur les fonctions hépatiques, en corrigeant la débilité de cet organe qui, comme on l'a vu plus haut, est à incriminer souvent dans les troubles de la croissance.

d) Des **Vitamines** A et B extraites de la levure de bière, des **fruits** frais, d'écorces de céréales et d'organes animaux.

Les vitamines suppléent à la déficience de certains aliments de mauvaise qualité. Elles jouent un rôle dans l'assimilation (Funck, Falta, Weill et Mouriquand).

e) Du **phosphore végétal**, extrait de graines de céréales ou Inosite-phosphatide ;

f) Du **fluor organique** non encore minéralisé, retiré des organes de l'émail des ébauches dentaires.

Ces deux derniers corps jouent un rôle prépondérant dans l'ossification du squelette et dans le métabolisme général.

INDICATIONS. — L'**Épidosine Grémy** est indiquée :

1° Dans les *troubles digestifs* qui entraînent des troubles de croissance, vomissements acétonémiques, diarrhées profuses, anorexie, appétit capricieux, cholémie, maladies par carence, scorbut.

2° Dans les manifestations de l'*arthritisme* liées à une débilité hépatique et qui déterminent à la longue des troubles de croissance.

Manifestations cutanées: séborrhée, acné, urticaire, prurit.

Manifestations respiratoires : aphonie, asthme.

Manifestations cardiaques : palpitations, tachycardies.

Manifestations rénales : albuminuries, lithiase rénale.

Manifestations nerveuses : convulsions, débilité motrice, débilité intellectuelle, enfants arriérés, perversité, paresse, etc.

3° Dans les *troubles de la croissance* proprement dits : nanisme, infantilisme, retard de la puberté, gigantisme, acromégalie, déformations de croissance, scoliose, cyphose, etc.

ACTIVITÉ DE L'ÉPIDOSINE. — Sous l'influence de l'**Épidosine** on observe :

L'augmentation progressive du poids, l'accroissement régulier de la taille, le développement normal du périmètre thoracique, la suppression du retard des signes de puberté.

POSOLOGIE. — L'**Épidosine Grémy** se présente sous forme de rondelles de pâte de fruits très facilement acceptées par les enfants : prescrire une demi-rondelle avant chaque repas.

Les *urines* sont peu modifiées, sans albumine ordinairement.

Formes cliniques. — On pourrait varier à l'infini les formes cliniques de la maladie. Il faudrait presque en décrire une par malade. Déjà les symptômes que nous avons étudiés peuvent se grouper de façons diverses. Nous avons esquissé deux formes principales : forme oculo-léthargique, forme algo-myoclonique.

En réalité toutes les parties du système nerveux, central et périphérique, peuvent être atteintes par le poison encéphalique ; c'est dire que l'affection peut réaliser tous les syndromes nerveux. Nous rappellerons seulement les principaux.

L'*atteinte méningée* n'est pas habituelle (du moins cliniquement). Elle peut se manifester cependant par de la céphalée, de la raideur de la nuque, des contractures (qu'il ne faudra pas confondre avec la rigidité), la raie rouge vasomotrice, le tout associé aux troubles oculaires et à la somnolence réalisant un tableau de méningite tuberculeuse ou syphilitique. Nous verrons que même les résultats de la ponction lombaire, dans ces cas, demandent à être interprétés minutieusement.

Nous avons entrevu déjà les *formes psychiques*, qui peuvent se traduire par des syndromes variés : d'excitation confusionnelle ou de dépression, d'agitation maniaque, etc.

L'*atteinte corticale* peut se révéler par des crises d'épilepsie généralisée ou à type Bravais-Jackson, voire même par de l'aphasie.

Le *faisceau pyramidal* peut être touché : il en résulte des hémiplégies, des monoplégies, parfois un syndrome alterne. Le signe de Babinski est assez fréquent, associé ou non à du clonus du pied.

L'atteinte *cérébelleuse* a été observée : les troubles de l'équilibration, les phénomènes asynergiques en sont caractéristiques.

Celle du *bulbe* se traduit par des paralysies vélo-palatines, laryngées, par des troubles du goût. On a signalé la paralysie labio-glosso-laryngée. Les troubles de la respiration et du pouls peuvent lui être rattachés.

La paralysie faciale n'est pas rare.

Les *formes médullaires* revêtent un type paraplégique, dont le diagnostic est difficile avec la poliomyélite. Elles peuvent s'accompagner d'incontinence des urines et des matières.

Les *formes périphériques* ne sont pas rares, rappelant les polynévrites, et pouvant s'accompagner d'atrophie musculaire.

L'état des réflexes est très variable : tantôt normaux, tantôt exagérés, tantôt abolis, avec des variations d'un jour à l'autre.

Enfin le *système nerveux de la vie organique* est parfois atteint : la sympathicotonie serait plus fréquente que la vagotonie. C'est peut-être à cette dernière qu'il faut rattacher un signe assez fréquent, la *sialorrhée*, que certains auteurs rattachent à une atteinte des parotides et qui semble être un processus de défense, permettant l'élimination du virus (analogie avec la rage).

Il n'est donc pas une partie du système nerveux qui ne puisse être atteinte par l' « encéphalite léthargique ». C'est pourquoi certains auteurs ont proposé de désigner l'affection du terme beaucoup plus général de *névraxite épidémique*.

Elle apparaît comme une maladie-protée, en raison de son polymorphisme extrême. Dans certains cas, elle atteint tout le névraxe à la fois. Plus souvent, elle revêt un aspect *fruste*, voire monosymptomatique, et le diagnostic en devient extrêmement difficile. Mais un caractère sur lequel il faut insister, c'est la variabilité et la mobilité des symptômes, qui peuvent apparaître et disparaître d'un jour à l'autre, parfois au cours de la même journée. Chez un même malade, il n'est pas rare de voir plusieurs types cliniques se succéder, réalisant de véritables formes serpigineuses. Nous verrons en effet combien les rechutes sont fréquentes.

Il faut néanmoins retenir que c'est surtout par l'ensemble des symptômes que le diagnostic peut être fait, et que, dans bon nombre de cas, il reste relativement facile, grâce à l'existence de certains signes caractéristiques, au premier rang desquels il faut placer les signes oculaires, qui manquent rarement.

Examens de laboratoire. — L'examen des différentes humeurs de l'organisme ne peut venir apporter des renseignements décisifs dans les cas douteux. Cependant, l'étude du *liquide céphalo-rachidien* est intéressante.

Après avoir admis qu'il était normal, on sait actuellement qu'il se montre très fréquemment altéré si l'on a soin de pratiquer la ponction lombaire au début de la maladie (pendant la période fébrile). Le liquide est clair, parfois hypertendu. Une dissociation albumino-cytologique est la règle ; mais le plus souvent, c'est l'hyperleucocytose (sous forme de *lymphocytose*) qui prédomine. Plus rarement, c'est l'*albuminose* qui est la plus intense. Un signe de valeur, mais inconstant, est l'*hyperglycorrachie* (de 0,60 cgr. à 1 gr. et plus), qui s'oppose à la diminution du sucre dans le liquide céphalo-rachidien des méningites. Cette hyperglycorrachie relève pour les uns d'une atteinte bulbaire, pour les autres, n'est qu'un phénomène concomitant de l'hyperglycémie.

Enfin, fait important, cette réaction méningée disparaît vite, ce qui permet le diagnostic avec la méningite tuberculeuse, où elle s'accentue

progressivement. Elle peut cependant réapparaître au cours des rechutes.

La *réaction de Wassermann* a été pratiquée dans le liquide céphalo-rachidien des encéphalitiques, et elle s'y est montrée parfois positive, sans qu'il soit question, bien entendu, de rattacher l'encéphalite à la syphilis.

D'ailleurs un critérium existe dans la *réaction au benjoin colloïdal* de Guillain, qui se montre négative.

L'examen du *sang* montre habituellement une polynucléose légère, et parfois une poussée d'azotémie.

Evolution. Pronostic. — Le mode d'évolution est extrêmement variable. Il existe des formes suraiguës, tuant en quelques jours avec de l'hyperthermie, et souvent des phénomènes d'excitation marquée ; — des formes aiguës rappelant les méningites aiguës, la fièvre typhoïde, la granulie. Plus souvent, l'affection revêt une allure subaiguë, prolongée, ou chronique. En réalité, *on ne sait pas combien de temps durera la maladie. On ne sait pas quand elle finit.* Il y a souvent des rechutes, ou des récidives à longue échéance. Les malades aboutissent parfois à un état de cachexie extrême, et des escarres infectées, une parotidite, une pneumonie, peuvent survenir et les emporter.

Il existe néanmoins des formes bénignes. Le hoquet épidémique, certaines formes algiques et myocloniques, sont parmi celles-ci.

Malgré tout, devant la possibilité de rechutes, survenues parfois des mois et des années après une atteinte en apparence guérie, et en l'absence d'une thérapeutique vraiment efficace, il importe de toujours réserver le pronostic.

Les *séquelles* laissées par la maladie sont très fréquentes. On pense d'ailleurs actuellement qu'elles ne sont pas de véritables séquelles (lésions cicatricielles n'évoluant plus), mais des reprises, des rechutes encore évolutives. Elles sont pour la plupart le passage à l'état définitif des symptômes de la période aiguë : persistance ou réapparition de mouvements rythmiques involontaires ; syndrome de Parkinson, généralisé ou localisé, mais généralement progressif ; phénomènes paralytiques ou douloureux ; troubles mentaux. La connaissance de ces troubles est intéressante, en raison des rapports qui peuvent être établis entre l'encéphalite épidémique et certains syndromes encore mal classés : chorées, maladie de Parkinson, troubles dits hystériques, etc.

On a signalé aussi parmi les séquelles la possibilité de syndromes adiposo-génitaux, de diabète sucré, de diabète insipide, montrant l'atteinte probable de glandes à sécrétion interne au cours de l'E. L.

Diagnostic. — Discuter les problèmes de diagnostic que pose l'encéphalite épidémique, dans les formes si variées qu'elle est susceptible de revêtir, serait envisager toute la pathologie nerveuse.

Nous nous bornerons donc à rappeler que c'est par le groupement des différents symptômes que le diagnostic pourra être posé. Il faudra tout d'abord savoir penser à l'encéphalite, y penser surtout dans les agglomérations où d'autres cas auront été constatés. Il faudra ensuite rechercher avec soin les symptômes cardinaux : la somnolence, la diplopie, les paralysies oculaires, les secousses myocloniques. Il faudra s'aider de la ponction lombaire qui permettra d'éliminer les méningites : la méningite tuberculeuse par la recherche négative du bacille ; la syphilis par la réaction de Wassermann, et par la réaction au benjoin colloïdal, puisque nous avons vu que le Wassermann était parfois positif dans le liquide céphalo-rachidien des encéphalitiques. La ponction lombaire fera éliminer aussi l'hémorragie méningée. Il faut pourtant savoir qu'on a signalé la possibilité d'hémorragies méningées au cours de l'encéphalite.

L'hémoculture sera parfois utile pour éliminer une fièvre typhoïde, une septicémie, dans les cas à fièvre élevée.

L'examen du fond de l'œil sera souvent nécessaire pour éliminer une tumeur cérébrale. Encore avons-nous vu que des réserves étaient peut-être à faire à ce sujet.

Enfin, nous savons qu'actuellement, avant de poser un diagnostic de chorée, d'hystérie, de tic, de paralysie générale, de névroses, il faudra songer à l'encéphalite ; et que chez un parkinsonnien, surtout s'il est jeune, on s'efforcera de rechercher cette affection dans les antécédents.

Traitement. — Malheureusement, nous n'avons pas encore entre les mains de moyens thérapeutiques vraiment efficaces. En l'absence de virus bien défini, on ne saurait songer à un traitement spécifique. On a tenté cependant les *injections de sérum de convalescents,* mais elles n'ont pas donné de résultats probants ; et cela ne saurait surprendre, puisqu'il est impossible de fixer à quel moment un sujet peut être considéré comme guéri.

De même, l'autohémothérapie, l'autosérothérapie, les injections sous-cutanées ou intraveineuses aux malades de leur propre liquide céphalo-rachidien, pratiquées en vue d'activer leurs défenses, sont restées inefficaces.

On a préconisé le formol en injections intraveineuses. Actuellement, c'est surtout à l'*uroformine* que l'on a recours à la dose de 1 à 2 gr. par jour, sous forme d'injections intraveineuses d'une solution à 10 ou 15 p. 100.

L'*abcès de fixation* (injection de 1 à 2 cc. d'essence de térébenthine sous la peau) semble

lutter efficacement contre les formes graves et éviter en partie les séquelles.

Se basant sur l'hypothèse d'une élimination du virus par la salive, on a préconisé le jaborandi ou la *pilocarpine* pour activer cette élimination.

Plus récemment, on a attiré l'attention sur l'action du *salicylate de soude* en injections intraveineuses.

La thérapeutique symptomatique variera selon les formes.

Enfin, on se rappellera que le *repos absolu* est indispensable, non seulement parce qu'il restreint la dissémination de la maladie, mais aussi parce que toute fatigue physique et intellectuelle risque de favoriser l'infection du sujet.

Il y aura intérêt à isoler le malade dans un but *prophylactique*, bien que les cas de contamination directe restent rares. La déclaration obligatoire de la maladie existe d'ailleurs dans divers pays.

Mais on luttera peut-être plus efficacement contre la dissémination de l'encéphalite en faisant pratiquer une antisepsie rhino-pharyngée chez les personnes ayant été en contact avec le malade. (1)

CAUSERIES CHIRURGICALES

Les victoires du bistouri

Par Dartigues.

La grande victoire du bistouri.

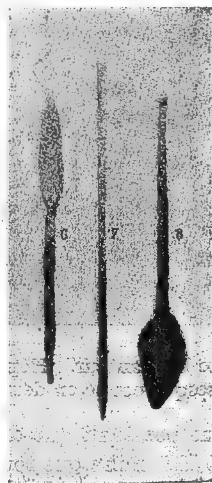
Au seuil de cet article, je dirai l'immense Victoire remportée par le bistouri : celle de la Grande Guerre !

Il a fallu, pour faire face à la lutte monstrueuse, des masses d'hommes telles que l'humanité guerrière n'en vit jamais dans l'histoire de ses combats infinis à travers les siècles batailleurs. Si la chirurgie avait été retardataire, il est certain qu'avec les armes de destruction formidables qui accomplirent pendant quatre ans leur œuvre de blessure et de mort, et que malgré les flots d'hommes succédant aux flots d'hommes dans l'immense marée précipitée à la tuerie, *la guerre eût cessé bientôt faute de combattants.*

On peut dire que chaque organisme humain, mis hors de combat, a été plusieurs fois sauvé, guéri, remis sur pied et en état d'affronter à nouveau l'écrasante bataille, grâce à la chirurgie moderne ; et l'on peut dire que le rendement de l'homme, chez nous, beaucoup plus qu'ailleurs, a été décuplé et que l'armée de la France a compensé le nombre de ses unités qui allait s'épuisant, par la résurrection des êtres qui sortaient de leurs lits et de leurs pansements pour retourner au front. La fameuse parole : « *Debout les morts* » ! — dans sa tragique horreur et dans l'effort désespéré pour la défense de la race — n'était, en somme, que la répétition amplifiée, jusqu'au paroxysme surhumain du mot d'ordre : « *Debout les blessés* ! »

Je me les rappelle, ces jours tragiques où le corps de santé, animé de la vertu romaine, sur des ordres venus de haut qui semblaient le commandement invisible et suprême de la Patrie défaillante du sang immensément répandu, refoulait dans son cœur apitoyé la tendresse humaine, pour ne penser qu'à rendre de la chair virile aux armées épuisées par le torrent continu de son horrible saignée.

Ce sont les ressources de la chirurgie, c'est la sûreté du bistouri sauveur, qui permirent ce miracle de multiplication des existences individuelles et des héros qui forcèrent le Destin pour nous. Le bistouri français, que nos adversaires mêmes admirèrent et jalousèrent, a remporté aussi la victoire, puisqu'il a permis qu'il y eut encore et toujours des guerriers. On peut dire sans exagérer que des tables d'opération en travail jusque sous le feu le plus proche de l'ennemi, la nation française, par les mains de ses chirurgiens, a fait surgir la reviviscence et se lever de nouveaux soldats.



Bistouris trouvés dans une trousse gallo-romaine, à Péronne et appartenant à la collection du Dr Hamonic.

La chirurgie n'a pas fait, à proprement parler, de progrès par la guerre.

Qui ne connaît la phrase si souvent répétée : *la guerre a fait faire beaucoup de progrès à la chirurgie* ? Je ne suis pas de cet avis. Le profane est surtout hanté par les blessures innombrables ; il soupçonne

(1) Principaux auteurs consultés : Achard, Foix, Lhermitte, May, Potet, Sainton, Sicard.

l'effort gigantesque fait pour les guérir ; il se laisse surtout impressionner par l'image fantastique de la guerre ; il ne pense même pas au mérite de la médecine dont les découvertes géniales ont permis, par des mesures prophylactiques, d'épargner des millions d'hommes que les épidémies des armées, plus redoutables que les armes meurtrières, eussent plus que jamais dévorés.

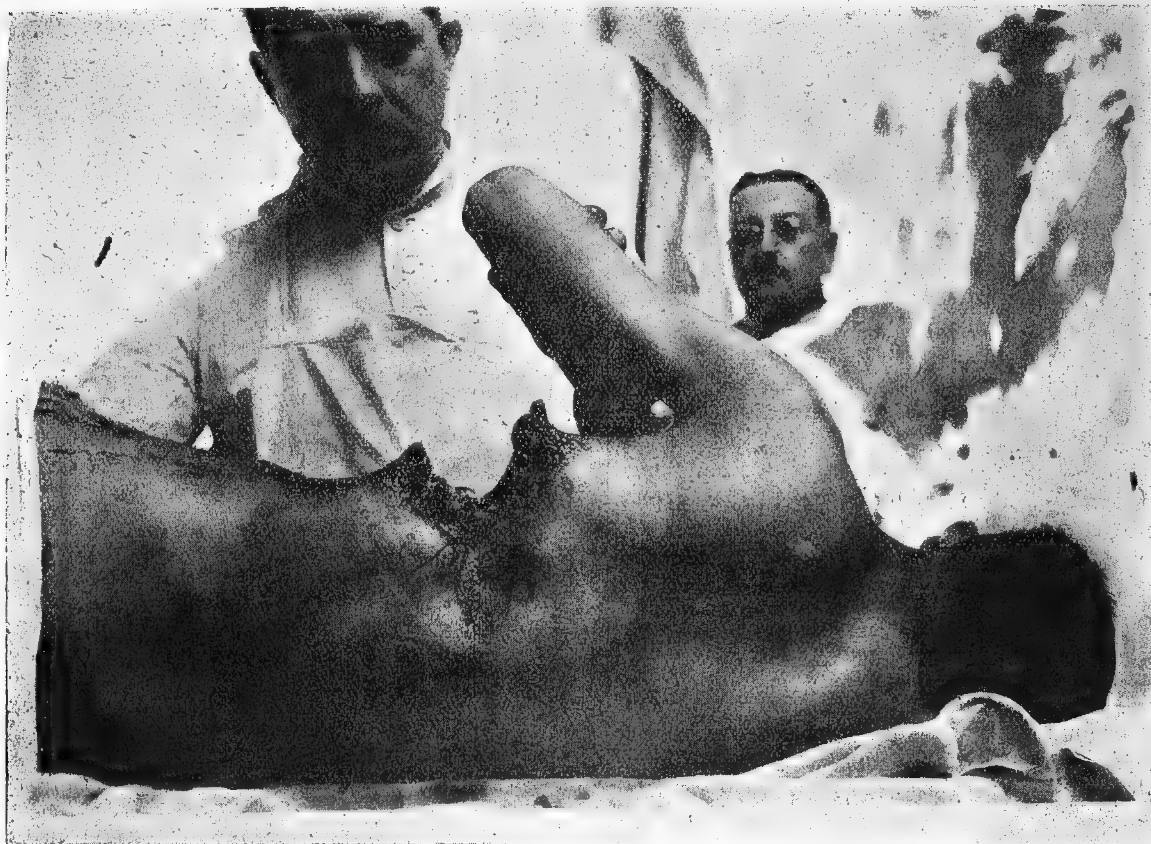
Oui, la guerre a été l'occasion, pour la chirurgie, de s'appliquer sur une immense échelle, elle a accumulé des cas innombrables ; elle a permis de faire des mises au point intéressantes à propos de questions sur lesquelles on ne possédait que des faits isolés ; mais il y a loin de là à croire que toute une science chirurgicale nouvelle est née pendant la guerre ! Une science ne fait pas des pas de géant en trois à quatre ans, surtout la science médico-chirurgicale qui est une science de la vie, ayant pour sujet d'expérience l'homme qu'on ne manie pas comme une substance inerte.

C'est parce que la chirurgie existait déjà, forte de ses immortels principes, forte de toutes ses expériences acquises dans ces quarante dernières années de découvertes, de perfectionnements techniques, forte de ses dociles servants instruits, ingénieux et habiles, qu'appliquée à la guerre, elle a contribué grandement à gagner la guerre.

La chirurgie a sauvé les deux tiers des blessés, a récupéré des effectifs nécessaires sous peine d'issue fatale : la plupart des blessés sont retournés plusieurs fois au feu ; *des armées entières* sorties du bistouri ont été rendues à la défense ; et c'est *là la plus grande victoire du bistouri* !

IL N'Y A PAS DE CHIRURGIE DE GUERRE : LA CHIRURGIE EST UNE.

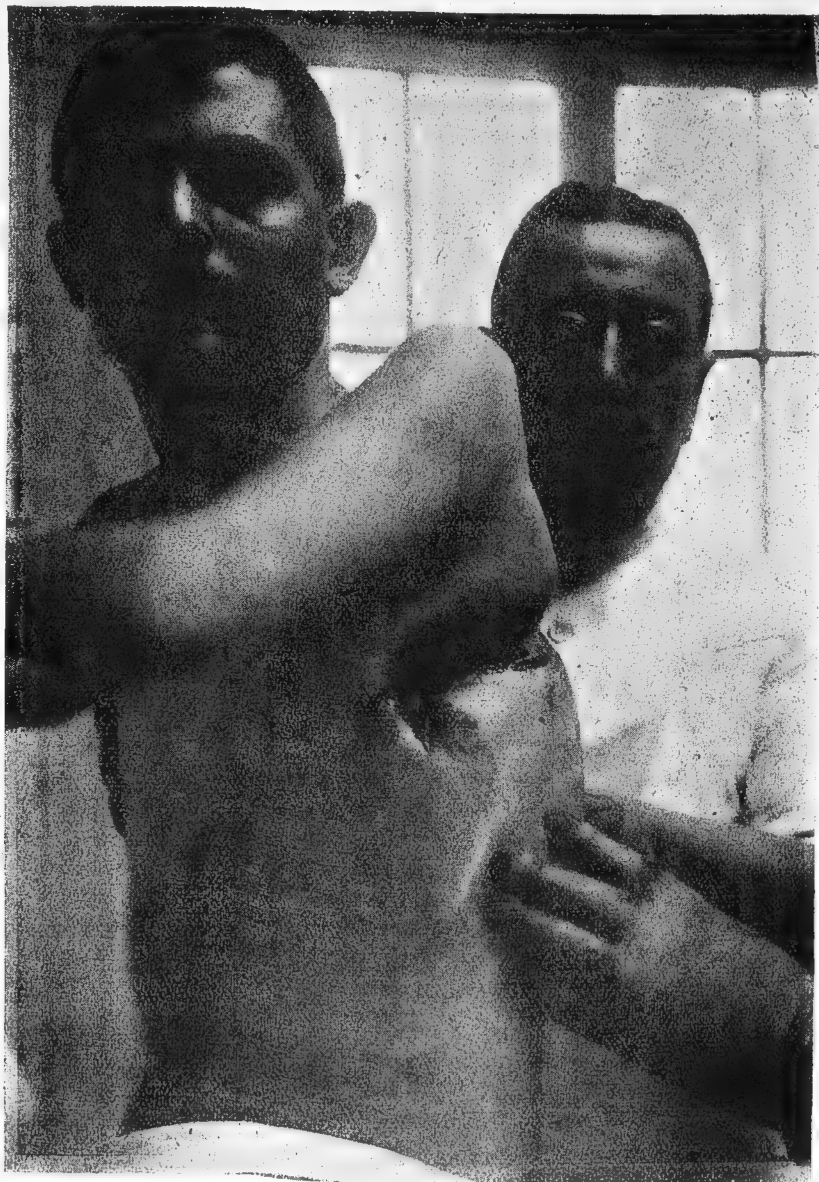
Quelques rares militaires ont prétendu, au début, qu'il y avait une chirurgie de guerre diéfférente de l'autre, la civile. Si l'on veut entendre par là qu'il y a une chirurgie qui s'applique à des blessures qui ne s'observent presque que sur les champs de bataille, on peut, à la rigueur, l'admettre, bien que chaque guerre renouvelle la façon de tuer et de frapper. Mais les principes de la thérapeutique chirurgicale ne sont pas différentes et les actes du bistouri sont presque toujours essentiellement les mêmes : la science chirurgicale est une, et divisible seulement par les compartiments anatomiques auxquels elle s'adresse. La chirurgie des accidents et en particulier des accidents de travail est la seule qui se rapproche de celle du temps de guerre. La chirurgie qu'on appelle du temps de paix, chirurgie générale et spéciale de l'homme touché par les multiples manifestations de la maladie dans le cours de la vie, est caractérisée, elle, par



Observation inédite de l'auteur. Hôp. 112, Amiens. 1917. Plaie énorme de la plèvre et du poumon ; l'homme a le thorax presque coupé en deux ; le blessé est vu au moment où il va être opéré. Ce soldat a guéri.

des procédés opératoires réglés d'avance et qui s'adressent à des affections diagnostiquées le plus souvent et prenant des dispositions anatomo-topographiques bien connues.

En bloc, on peut dire que la chirurgie de guerre est une chirurgie de réparation et de désinfection des plaies dans des organismes tout à fait bien portants quelques secondes avant le choc, et pour laquelle l'opérateur improvise ce qu'il peut, suivant les hasards infinis de la brisure ou de la pénétration, en suivant des principes identiques. C'est pour cela que bien des majors improvisés chirurgiens, qui ont pu rendre, sous de hautes et savantes directives d'ailleurs, des services inappréciables, quand ils ont cru, à cause de cela, qu'ils possédaient **la chirurgie**, se sont étrangement trompés et ont eu de fortes désillusions en même temps que des désastres, lorsqu'ils ont abordé la chirurgie de chaque jour, la chirurgie de la pathologie humaine, et en particulier, la chirurgie abdominale, où peuvent être seuls maîtres des chirurgiens de carrière. On peut dire que seuls ont bénéficié de la pratique forcée et étendue de la guerre, le traitement des fractures des os et des blessures des nerfs, un peu celui des plaies du cœur et du poumon, et encore, n'y a-t-il pas eu à leur sujet de découverte intégrale. La chirurgie que nous pratiquons existait avant la guerre, et heureusement, car ce sont les soldats qui ont en bénéficié, et non **la chirurgie**.



Observation inédite de l'auteur. Hôp. 112, Amiens, 1917. Blessure de la plèvre et du poumon opérée et en voie de cicatrisation. Guérison.

Comment se faire une idée de la chirurgie des plaies de guerre. Le musée du service de santé de l'armée, au Val-de-Grace.

Les idées générales que je viens d'énoncer s'imposent à celui qui visite ce musée unique au monde, dirigé si savamment et avec un soin si pieux par mon ami, le très distingué major Monéry. Ceux qui avec de la chair héroïque et martyre ; car là, plus que n'importe où, vous prendrez en horreur la guerre mutilatrice qui s'acharne à détruire ignoblement le fils de l'homme qu'a conçu, protégé, élevé la mère au prix de tant d'efforts et de tant d'amour. Ceux qui ont souffert inexprimablement pour la défense de leur pays sont là, dans des exemplaires étonnants



Observation inédite de l'auteur, Hôp. 112, Amiens 1917. Blessure de la plèvre et du poumon opérée et en voie de cicatrisation. Guérison.

feront cette visite, que tout Français devrait faire, se rendront compte, en parcourant les inestimables collections, de ce qu'a été la puissance du bistouri et de ce qu'ont déployé d'habileté, de génie même, ceux qui l'ont manié.

Je vous engage de toute mon âme à faire ce pèlerinage sacré à ce musée de science glorieuse édifié de leur substance torturée. Dans cette douloureuse vision d'enfer, plus que partout ailleurs, vous vous sentirez pénétrés, cependant, de l'idée consolatrice qu'à côté de l'homme qui sait et veut tuer, il y a sur la terre, en perpétuel travail d'une humanité plus haute, l'homme qui veut et sait sauver, guérir, soulager.

L'ŒUVRE DE PASTEUR ET LA CIVILISATION. LA VICTOIRE DU BISTOURI A ÉTÉ POSSIBLE PAR PASTEUR.

Dès 1914, j'étais tellement pénétré du rôle primordial qu'allait jouer le bistouri et de la puissance bienfaisante et réparatrice de la chirurgie, grâce à l'influence des idées pastoriennes, que j'écrivis un article intitulé : *Pasteur et la chirurgie de guerre*. Dans chacune des salles d'opérations d'hôpitaux de guerre où j'ai accompli ma tâche, j'ai fait inscrire sur la muraille, comme un symbole de tutelle pour le blessé, le grand nom de Pasteur accompagné de ceux de l'illustre anglais Lister, créateur de l'antisepsie, de Lucas-Championnière l'apôtre et le vulgarisateur de cette méthode en France, de Terrier, l'initiateur de l'asepsie.

Voici ce que je disais, à propos de Pasteur et de l'influence de son œuvre dans la chirurgie de la guerre :

Tandis que s'exécute un affreux travail d'anéantissement des êtres, s'opère un vivifiant travail de guérison et de résurrection : les blessures sont victorieusement combattues dans des proportions inconnues jusqu'à ce jour.

Sur des centaines de milliers de blessés, sur ces innombrables frappés par la balle et l'obus, qu'ils soient des nôtres, qu'ils soient les amis ou les ennemis même, des centaines de mille seront sauvés, guéris. Et cette chose merveilleuse et consolatrice est due au génie de l'homme qui fut un des exemples les plus hauts du pouvoir de découverte et de création de notre race intuitive et inventive.

Plus des trois quarts des blessés guériront complètement bien que nous ne puissions appliquer toujours les principes d'une chirurgie idéale que nous possédons, à cause des imperfections parfois inévitables de milieu et d'organisation. Aujourd'hui, presque plus de mutilations, alors qu'en 1870 on pratiquait de nombreuses amputations, suivies presque toutes de mort par infection purulente.

Et toute une technique perfectionnée permettra de rendre l'esthétique et la joie de vivre à des défigurés, le mouvement à des paralysés, par des sections de nerfs.

La découverte de Pasteur est immesurable dans ses conséquences. Des millions d'êtres humains, dans l'horrible fracas actuel de chair et d'os lui doivent le soulagement, l'apaisement de la douleur et la vie.

En vérité, l'œuvre de Pasteur a permis l'avènement de la victoire du bistouri.

LE BISTOURI EST L'INSTRUMENT PRIMORDIAL ET EN MÊME TEMPS LE SYMBOLE DE LA CHIRURGIE.

Le bistouri est un symbole, et quand on dit : *les victoires du bistouri*, cela veut dire les *conquêtes de la chirurgie*. Il est le premier et indispensable instrument ; il est à la base de presque tout acte chirurgical ; là où il intervient, on dit qu'il y a *chirurgie sanglante*, à l'encontre des manœuvres opératoires qui n'exigent pas de section et ne versent pas de sang. Mais, il faut savoir qu'il est loin d'être tout, et qu'il est des *opérations dites sanglantes*, même très importantes, où il ne joue qu'un rôle restreint, où il n'accomplit qu'une action, par exemple l'ouverture du ventre dans la laparotomie ; il est même des *interventions sanglantes* où l'on pourrait, à la rigueur, s'en passer complètement : ainsi, il m'est arrivé d'ouvrir des ventres rien qu'avec une paire de ciseaux ; cependant, il est indispensable, dans toutes les opérations qui nécessitent une dissection minutieuse et plus ou moins profonde comme s'il s'agissait d'une vraie préparation anatomique. Il est, pour ainsi dire, avant tout, l'instrument d'effraction pour pénétrer dans la région que l'on va opérer : c'est lui qui crée à travers la peau, les muscles, les aponévroses, les séreuses comme le péritoine, sac de l'intestin, les plèvres, sacs des poumons, une voie d'entrée pour le passage des autres instruments.

Forcément, les sections du bistouri provoquent une hémorragie qu'on arrête au fur et à mesure que se fait la tranchée opératoire, en pratiquant ce que nous appelons l'*hémostase*, c'est-à-dire la fermeture des artères et des veines, aussi, le deuxième instrument essentiel de la chirurgie est-il la *pince hémostatique* qui pratique l'arrêt immédiat et provisoire du sang ; cette pince, dans sa simplicité géniale, est un petit instrument dont la création et la vulgarisation sont dues à Kœberlé, le célèbre chirurgien de Strasbourg, et à Péan de Paris, le plus grand chirurgien opérateur de la fin du XIXe siècle. Elle a réalisé un progrès considérable et facilité toutes les opérations, en les rendant bien moins sanglantes et beaucoup plus rapides.

Le bistouri, qui *ouvre*, est vieux comme la chirurgie : il date de la préhistoire ; son pendant, la pince hémostatique, *qui ferme*, est une conquête de la fin du XIXe siècle.

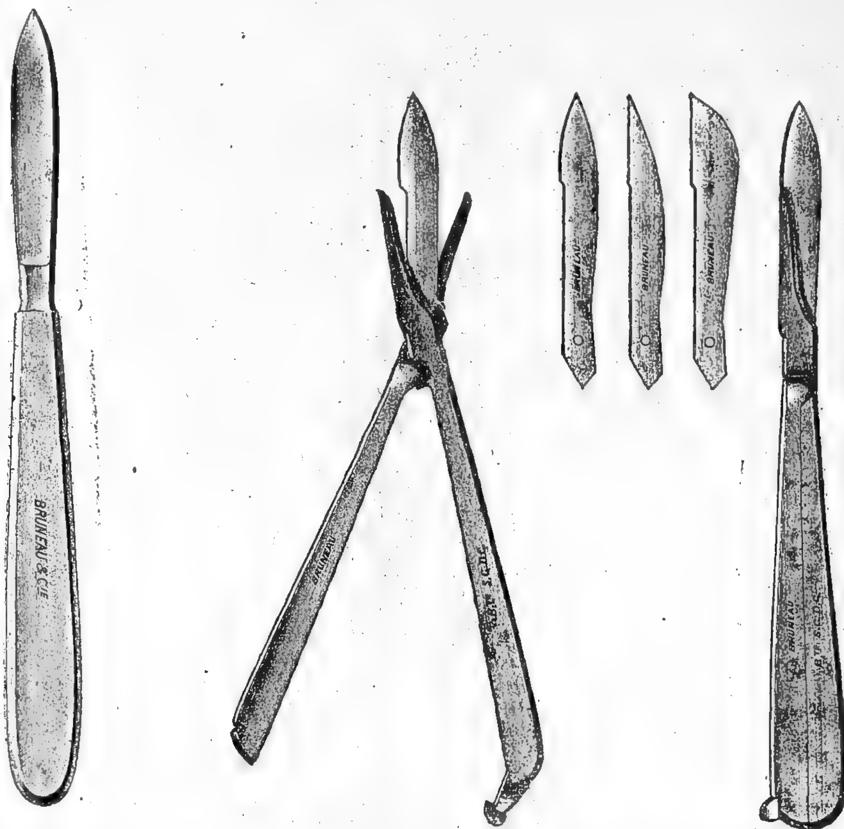
La saignée se faisait à l'époque préhistorique de la *pierre polie* et il y avait des couteaux, des bistouris de pierre, pour la pratiquer ; la circoncision ou ablation du prépuce se faisait déjà dans les temps préhistoriques, et il y avait des couteaux de pierre pour l'exécuter ; la trépanation ou ouverture du crâne se faisait aussi à une époque perdue dans la nuit des temps, et il y avait des couteaux de silex pour la réaliser. Il y a eu le bistouri en pierre taillée ou éclatée, en pierre polie, en cuivre pur, en bronze, en fer, en acier. Mon ami, le Dr Marcel Baudouin, le très savant anthropologiste, dit que le *couteau cultuel*, celui qui servait à pratiquer des opérations rituelles comme la circoncision, et peut-être même la trépanation, apparaît à l'époque la plus ancienne de l'âge de pierre, tandis que le *couteau opératoire ou bistouri* apparaît à l'époque la plus récente de cet âge de pierre.

Le bistouri, dans son essence même, c'est-à-dire consistant en une lame tranchante d'un côté, n'a guère varié à travers les siècles. Je représente ici l'image de bistouris trouvés dans une trousse de l'époque gallo-romaine, puis le bistouri en usage actuellement, enfin le dernier bistouri que j'ai créé l'an dernier pour remédier au défaut de tranchant des bistouris habituels. *Mon bistouri à lames interchangeables* se compose d'un porte-lame sur lequel s'adapte en 2 à 3 secondes une lame en tôle d'acier

extrêmement coupante, que l'on peut changer à volonté, ce qui permet d'avoir un fil toujours tranchant, car j'estime que *chaque opéré et chaque opération valent bien une lame.*

LES CONQUÊTES DE LA CHIRURGIE PAR LE BISTOURI.

La chirurgie, comme toutes les sciences médicales, se grandit de toutes les autres sciences qui lui font des apports qu'elle adapte à ses besoins : elle est une science faite d'un faisceau de sciences ; elle est un art aussi et c'est pour cela que le chirurgien doit



Le bistouri courant de la chirurgie actuelle.

Bistouri Dartigues à lames interchangeables, présenté au dernier Congrès de Chirurgie de Strasbourg, par le prof. J.-L. Faure.

On voit à gauche le porte-lames avec une lame saisie et qui va être coïncée solidement.

Au centre, 3 variétés de lames ; à droite, le bistouri complètement monté. On peut changer les lames instantanément et on a un bistouri qui coupe toujours.

être aussi artisan que savant et que l'exercice de ses facultés est si personnel. La physique, la chimie, la mécanique, les sciences naturelles, la microbiologie, la physiologie et l'anatomie surtout sont des sciences qu'elle met à contribution journellement, mais il faut mettre à part les résultats qu'elle obtient par l'audace savante et habile du seul bistouri.

Je vais, dans une fresque large, signaler les entrées triomphales du bistouri vainqueur dans les régions anatomiques jusqu'ici inexplorées, inattaquées et considérées comme inaccessibles chez le vivant.

La chirurgie, dans ses modes d'action; est triple : ou réparatrice, ou conservatrice, ou mutilatirce.

Réparatrice, elle atteint son plus haut sommet, car elle remédie à des organes absents par faute de développement, ou détériorés, ou détruits par le mal. Elle édifie, elle crée, elle répare la Forme et la Fonction.

Conservatrice, elle poursuit et supprime le mal en conservant l'organe, qui revient à sa forme et à sa fonction première.

Mutilatrice, elle n'arrive à la guérison que par la suppression plus ou moins totale de l'organe dont elle abolit la forme et la fonction. Le caractère mutilateur de chaque branche de la chirurgie est en raison inverse de son progrès. L'évolution de la chirurgie comporte cette phase mutilatrice, où l'on atteint la guérison, il est vrai, mais non pas une guérison idéale celle-ci comportant la suppression de la maladie, et la conservation de l'organe.

Les différents domaines de la chirurgie ont vu surgir tour à tour le mode de guérison complète dans la conservation totale. Tout le monde sait que les indications d'amputations d'organes périphériques et de membres sont devenus de plus en plus rares. De même les indications d'extirpations d'organes centraux ou de viscères tendent à se restreindre. Une ère nouvelle semble naître, même celle où la chirurgie, si elle s'impose quand même mutilatrice,

deviendra réparatrice par substitution d'organes ayant conservé une vitalité latente, comme en ont démontré la possibilité les merveilleuses expériences du Français Carrel.

Dans l'organisme humain, je pourrais dire, pour donner une division anatomique générale à retenir, qu'il y a trois contenants centraux avec leur contenu viscéral d'où rayonnent des prolongements : les membres.

1° *Boîte crânienne et canal vertébral*, forment l'axe central du squelette, et ce grand compartiment osseux contient dans un sac protecteur formé par les méninges crâniennes et rachidiennes : le cerveau et la moelle d'où s'échappent les nerfs. On sait jusqu'où les audaces du bistouri peuvent aller pour extirper des tumeurs jusque dans le centre même du cerveau (Cusching, Krause, de Martel, Bourguet, etc.) Je n'ajouterai qu'un mot sur l'utilisation en chirurgie des espaces qui se trouvent entre les vertèbres, pour aller porter l'anesthésie au niveau de la moelle, anesthésie qui permet d'exécuter les plus importantes opérations abdominales avec plus de facilité à cause de la paralysie momentanée de la paroi de l'abdomen et de l'intestin, anesthésie si merveilleuse que le malade, le ventre complètement ouvert, ne se doute pas des manœuvres opératoires compliquées dont il est le sujet, gardant sa conscience entière, tout en étant inconscient vis-à-vis de la douleur.

2° *Le thorax avec sa cage de côtes*, forme le deuxième contenant du corps qui abrite dans deux sacs protecteurs, le péricarde : le cœur, la plèvre, les poumons, Mon très éminent ami, le Pr J.-L. Faure a, l'an dernier, exposé ailleurs l'histoire des audaces du bistouri dans la chirurgie du cœur. Dans la *Science au XXe siècle*, en 1903, j'avais déjà exposé les *blessures du cœur et leur traitement.* Tout ce que j'ai dit alors n'a guère changé : les cas se sont multipliés pendant la guerre ; en temps de paix, nous ne verrons, heureusement, ces blessures que très rarement, rien qu'à l'occasion de crimes d'apaches ou de drames douloureux.

Qu'il me soit cependant permis de rappeler que dans un but scientifique nous avons, avec mon très distingué ami Robert Proust, fait un cours de chirurgie expérimentale, en 1906, où nous avons étudié la réparation des plaies du cœur. Nous commettions cette chose horrible d'assassiner d'un coup de couteau au cœur, pendant leur sommeil anesthésique, de pauvres chiens chez lesquels nous nous exercions à ouvrir avec une rapidité extrême la cage thoracique pour aller suturer la plaie bouillonnante de sang de ces cœurs si aimants des meilleurs compagnons de l'homme. Que l'âme de ces braves toutous nous pardonnent notre égoïsme philanthropique !

Pour ce qui est des plèvres et des poumons, la chirurgie les aborde avec succès depuis longtemps pour guérir les pleurésies purulentes ; elle s'est même attaquée à la gangrène, aux abcès du poumon, à la dilatation bronchique et jusqu'à la tuberculose ; elle est allée retirer des projectiles ou des éclats d'obus au niveau même, si dangereux, de la racine ou hile du poumon et il faut citer à ce sujet les noms du Pr Pierre Duval et de Petit de la Villéon. Pour avoir accès à la plèvre et au poumon, il est nécessaire d'extirper une ou plusieurs côtes ; dans ce sens, l'ablation divine d'un morceau de côte chez notre aïeul des aïeux, Adam, a été largement dépassée par nos terrestres chirurgiens !

Je dirai un mot, en passant de la transfusion sanguine qui, maintenant, est entrée dans le domaine pratique, surtout après les essais de Jeanbrau, Dupuy de Frenelle, Rosenthal, Pauchet et son interne Bécard, et cela, grâce à la citratation du sang qui empêche sa coagulation et permet de transporter le liquide sauveur avant de l'injecter.

3° *L'abdomen ou plutôt la cavité abdominale* contient tout le tube gastro-intestinal avec le foie, le pancréas, la rate : tous ces organes ont été abordés victorieusement par le bistouri. On arrive, pour des ulcères, des cancers, à réséquer une grande partie de l'estomac, par la *gastrectomie* ; à créer des voies de dérivation entre l'estomac et l'intestin, par la *gastro-entérostomie* ; à supprimer tout ou partie du côlon par la *colectomie*, dans des cas de cancers, de stase fécale, de gigantisme du côlon ; parfois même il est utile de fixer l'estomac entièrement tombé, par la *gastropexie.* On a osé, en pleine fièvre typhoïde où le malade meurt souvent de péritonite par perforation, ouvrir le ventre, aller boucher la perforation de l'intestin et l'on a ainsi sauvé des condamnés à mort par cette redoutable complication.

Le bistouri peut aussi extraire maintenant avec succès et survie durable des cancers du rectum. Il a aussi pénétré en plein foie pour y ouvrir des abcès profonds, enlever des kystes hydatiques produits par le *tænia echinococcus.* Chaque jour, on enlève des vésicules biliaires pleines de calculs ; on ouvre le canal cholédoque, le principal canal de la bile qui, oblitéré par un calcul, produit un ictère ou jaunisse par rétention biliaire dans le sang, incompatible avec la vie. Le pancréas, lui-même, situé profondément derrière l'estomac et au devant de l'aorte et de la veine cave, artère et veine grosses comme le pouce, a été attaqué par le bistouri pour y pratiquer l'ablation de kystes, etc.

Enfin, est-il besoin de rappeler les magnifiques conquêtes du bistouri agissant sur les reins qu'il ouvre ou enlève, sur la vessie à l'orifice de laquelle se trouve la prostate si souvent atteinte d'hypertrophie et que l'on peut extraire par la *prostatectomie*, opération merveilleuse qui sauve tant de gens âgés et leur permet encore une existence heureuse ?

Et que dire aussi des merveilles de la chirurgie gynécologique ? de l'extirpation des fibromes par la *myomectomie*, tout en conservant la matrice et les ovaires, de la guérison complète et certaine de ces tumeurs par l'*hystérectomie*, avec des statistiques merveilleuses parfois de 100 pour 100 et qu'aucune

autre thérapeutique ne peut égaler, cette opération ayant peut-être, comme je l'ai montré dans divers travaux et communications, atteint le plus grand degré de perfection technique de la chirurgie actuelle? que dire encore de l'*hystérectomie élargie pour cancer* de l'utérus pour laquelle J.-L. Faure a si vigoureusement combattu en France, et de l'association de la chirurgie et du radium dans la lutte contre le terrible mal ?

Parlerai-je des opérations plastiques qui font une nouvelle bouche génitale ou *stomatoplastie* pour remédier à la stérilité féminine par obstacle mécanique, de la création de *vagins artificiels* au moyen d'une anse intestinale détachée et menée au bon endroit, là où la nature, avare parfois, n'avait pas achevé son œuvre anatomique ?

Et que dire des opérations sur le *massif facial*, où se trouvent les cavités orbitaires, les fosses nasales et la cavité buccale, avec l'opération de la cataracte inventée par le Français Daviel, l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, l'extirpation du cancer si affreux de la langue ?

Et dans le cou : le bistouri ose aller enlever le larynx en entier auquel on a pu substituer un larynx artificiel, extraire les goitres les plus compliqués, et en particulier les goitres plongeants qui peuvent amener la mort rapide par asphyxie, et aussi extraire le goitre exophtalmique.

Et dans les membres : le bistouri va maintenant avec succès traiter les fractures si graves du col du fémur, en vissant ce col d'une façon si solide, qu'immédiatement après l'opération, le patient peut mouvoir la cuisse quelques instants auparavant inerte (méthode du Pr Delbet, Dujarrier, etc.)

Le bistouri a eu l'audace de séparer des monstres analogues aux frères Siamois, à Radica-Doodica, Rosa-Josepha, et d'en faire des êtres distincts, pouvant vivre d'une vie indépendante, les affranchissant de cette vie de promiscuité atroce combinée par la nature dans un aveugle débordement.

Je citerai enfin, des greffes extraordinaires, comme celle du testicule (méthode de Voronoff que j'ai expérimentée personnellement), celle du gros orteil à la place du pouce, faite par Lambret (de Lille) et par Henri Petit (de Château-Thierry), celle enfin que j'ai tentée et réussie du prépuce enlevé par circoncision et transposé sur un pouce d'enfant atteint de brûlure grave de la main, etc.

Je m'arrête là, car il faudrait un volume pour citer toutes les victoires du bistouri.

Mais que l'on sache bien, car je veux arrêter le lecteur sur cette idée générale, c'est-à-dire philosophique, qu'à l'encontre de la pensée du profane, la chirurgie n'est pas une science d'audacieuse destruction ou suppression des organes, mais au contraire de conservation de la chair des hommes ; la loi qui la guide, la réalisation qu'elle rêve incessamment est de supprimer le mal, en luttant avec le souci constant du respect de la vie, et en faisant tout pour conserver l'*organe* et la *fonction*, car nous n'oublions jamais, nous chirurgiens, ancrés fortement dans un profond idéal et animés de la foi en un grand avenir humain de beauté plastique et de santé dans la force et l'intelligence, que l'homme est un organisme animal, la plus admirable merveille terrestre de mécanique vitale, qui peut répondre d'une façon concrète à l'imagination des poètes et des artistes, qu'il peut produire des chefs-d'œuvre vivants, des athlètes impeccables, puissantes machines d'action, et enfin que l'homme encore est un objet d'art, fait de chair et de sang, qui possède un cerveau pour penser dans un progrès indéfini, et un cœur pour se passionner et aimer. C'est pourquoi, lorsque cet organisme est en péril de mort, la chirurgie audacieuse n'a pas craint de porter, avec victoire, son bistouri dans les centres les plus animateurs de la Vie.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les causes locales du cancer.

Les sujets atteints d'une tumeur invoquent toujours à son origine un coup, un choc ; pour les tumeurs du sein par exemple, les femmes n'y manquent jamais. Il fut un temps où la doctrine médicale n'admettait pas cette étiologie. Or, et M. Ménétrier en donne des preuves convaincantes, cette doctrine était erronée, et l'influence des causes irritatives, dans la genèse du cancer, est indiscutable, le cancer étant toujours au début une lésion exclusivement locale.

Parmi ces causes, les traumatismes tiennent la première place. Traumas brusques, déterminant des tumeurs conjonctivo-vasculaires ; traumas déguisés sous forme d'irritations et inflammations chroniques et répétées, produisant les cancers épithéliaux. Et ces irritations seront mécaniques, physiques, chimiques, les rayons X étant au premier plan des causes du cancer de la peau, faciles à saisir dans leur action.

L'auteur résume ainsi les faits fort intéressants qu'il expose : « des irritants divers, multiples et non spécifiques, sont capables de produire dans les tisuss des modifications susceptibles d'aboutir au cancer. L'observation histologique

montre une série d'altérations progressives dans le sens de l'hyperplasie par prolifération cellulaire, avec atténuation, disparition relative plus ou moins complète des caractères de différenciation des cellules, permettant d'établir la série de toutes les transitions qui relient l'élément primitivement normal à l'élément cancéreux doué de propriétés infestantes. Cette transformation ne se fait jamais d'emblée, mais de plus ou moins longues étapes sont à parcourir avant que le cancer soit réalisé. »

Il existe donc une phase précancéreuse, plus ou moins longue, dont la connaissance a une importance considérable.

Ces faits sont d'un intérêt indiscutable. Au moment où on organise la lutte contre le cancer, il est consolant de penser que les précisions que nous avons acquises sur l'étiologie et le développement du cancer permettent d'espérer « qu'avec du temps et du travail, nous pourrons arriver à nous en rendre maîtres. »

En outre, et dès à présent, nous pouvons concevoir une prophylaxie anti-cancéreuse, et la mettre en pratique. Cette prophylaxie consiste évidemment à combattre et à supprimer toutes les causes irritatives que nous trouvons presque toujours à l'origine du cancer : précautions particulières dans l'emploi des rayons X ; hygiène des ouvriers qui manient des substances irritatives cancérigènes (goudron) ; suppression des lésions circonscrites, telles que fistules, ulcères, sur lesquelles se greffe si souvent le cancer (ulcère de l'estomac) ; traitement énergique de la syphilis, dont certaines manifestations servent en quelque sorte de lit au cancer (leucoplasie buccale), ablation des tumeurs bénignes qui subissent parfois la dégénérescence cancéreuse. (*Paris méd.*, 17 fév, 23.)

Le salicylate de soude dans l'encéphalite épidémique.

Tous les auteurs qui ont traité de cette affection s'accordent pour reconnaître qu'il n'existe pas de traitement spécifique à lui opposer, et qu'on doit s'en tenir aux médications symptomatiques : ils proclament l'indigence de la thérapeutique en cette circonstance. Aussi, faut-il accueillir avec intérêt la tentative que viennent de faire MM. Carnot et Blamoutier, qui ont obtenu des résultats remarquables dans deux cas d'encéphalite épidémique aiguë, par les injections intra-veineuses de salicylate de soude. Dans le premier cas, le traitement n'ayant pas été assez longtemps suivi, après une rémission qui semblait présager une guérison prochaine, les accidents se sont reproduits avec une violence extrême (type choréique inexorable) et se sont terminés par la mort. Dans l'autre cas, au contraire, la guérison a été définitive.

Afin d'éviter l'action sclérosante sur les veines des solutions concentrées de salicylate de soude, les auteurs conseillent d'employer des solutions diluées, à 1/20 ou 1/30.

Quant aux formes chroniques, il est possible que ce traitement ait sur eux moins de prise ; toutefois, on ne risque rien à l'essayer, car il est bien supporté. (*Paris méd.*, 24 fév. 23.)

Péritonites aiguës d'origine annexielle.

MM. J. Ch. Bloch et R. Soupault publient trois observations de péritonites aiguës d'origine utéro-annexielle dans lesquels l'intervention chirurgicale a été suivie de guérison.

A ce propos, ils font une étude de cette forme d'infection du péritoine, qu'ils terminent par le résumé suivant :

« 1° Il existe des péritonites généralisées d'origine utéro-annexielle dans lesquelles les lésions tubaires sont minimes et semblent en apparence insuffisantes à provoquer une infection péritonéale aussi avancée et qui nous paraît résulter d'une inoculation de la séreuse par l'*ostium abdominale* de la trompe.

« 2° Ces péritonites sont d'un diagnostic étiologique difficile. Pratiquement, la cause, si elle est soupçonnée, n'est pas le plus souvent affirmée de façon précise.

« 3° Quand l'aspect clinique a décidé en faveur d'une intervention d'urgence, le traitement de choix est évidemment la suppression du foyer d'infection originel.

« 4° Les trois cas personnels traités dans cet esprit laissent à penser que le pronostic opératoire est favorable. » (*Paris méd.*, 24 fév. 23.)

Traitement chirurgical de l'écartement anormal des oreilles.

La mode est actuellement à la chirurgie esthétique qui cherche à corriger les imperfections morphologiques congénitales ou à réparer le disgracieux des conséquences de certains traumatismes.

Parmi les malformations congénitales, il en est une qui se rencontre assez fréquemment et qui donne à la physionomie de celui qui en est porteur un aspect animal, ce sont les oreilles décollées par écartement anormal des pavillons.

Or, si nous en croyons M. Houlié, rien n'est plus facile que d'obtenir ce qu'il appelle la reposition cosmétique des oreilles. Le procédé qu'il décrit, et dont les résultats esthétiques seraient toujours bons, paraît relativement simple. Il consiste essentiellement, sous anesthésie locale, à réséquer un segment elliptique du cartilage de la conque. L'oreille est alors rabattue sur la mastoïde, et les lèvres de la plaie, bien affrontées, sont suturées au crin de cheval. Pansement sec compressif.

Cette reposition de l'oreille est une opération



parfaitement réglée et absolument inoffensive. (*Progrès médical*, 24 fév. 23.)

Les séquelles appendiculaires après abcès.

L'inflammation d'origine appendiculaire détermine généralement des réactions de voisinage au niveau de l'épiploon, et aussi des anses intestinales, desquelles il résulte la formation d'adhérences qui protègent souvent la grande séreuse contre la généralisation de l'infection. Ces réactions et ces adhérences forment un plastron qui, dans certains cas, se résorbe plus ou moins rapidement, mais qui, dans d'autres, fréquents, se transforme en abcès, avec élévation de la température et douleurs vives.

L'indication est formelle. Il faut évacuer cet abcès par les moyens les plus rapides et les moins dangereux. Mais, faut-il, en même temps, extirper l'appendice, cause de tous ces dégâts ? M. HAMANT estime qu'en raison de la localisation de l'abcès et des difficultés rencontrées, il est prudent de laisser en place l'organe malade.

Quant à ce que devient cet appendice, l'auteur déclare que, dans la presque totalité des cas, il persiste après avoir donné naissance à l'abcès ; il persiste, soit avec tous ses caractères d'antan, soit ayant perdu une partie de sa longueur, soit rétracté et rétréci en un point quelconque. Ce n'est que très rarement qu'il disparaît. Or, tel qu'il persiste, il s'en faut qu'il cesse d'être menaçant. Il est donc indiqué de l'extirper secondairement. Cette ablation sera effectuée un mois au moins après l'évacuation de l'abcès, de manière à ce que les réactions inflammatoires soient complètement calmées. « En procédant ainsi, on se mettra dans les meilleures conditions pour guérir son malade avec le minimum de risques et le maximum de garanties pour l'avenir. » (*Rev. méd. de l'Est.* 15 fév. 23.)

Traitement de l'impétigo par la vaseline xylolée et iodée.

La formule préconisée par M. TIXIER est la suivante :

Vaseline	100 gr.
Xylol	10 gr.
Iode...................	0,50 à 0,75

Il conseille de commencer par faire tomber les croûtes avec des applications d'eau bouillie ou des cataplasmes de fécule de pommes de terre, et d'appliquer ensuite sur les surfaces malades matin et soir la pommade xylolée iodée, recouverte d'une compresse stérile. Les applications pourront être renouvelées deux ou trois jours de suite, selon l'intensité et l'âge des lésions. On substitue ensuite à cette pommade la pâte à l'oxyde de zinc, pendant deux jours. Si de nouveaux point de suppuration apparaissent, on recommence les applications de la première pommade de la même manière.

Il se forme parfois des croûtes dures et sèches au-dessous desquelles la cicatrisation se poursuit et qu'il faut respecter, à moins qu'elles prennent une coloration jaunâtre et se ramollissent, auquel cas, on les fera tomber pour recommencer le traitement xylolé iodé. La même pommade sera introduite dans les narines pour éviter la récidive des lésions impétigineuses de la face.

Quand la suppuration est tarie, si les surfaces malades sont étendues, on aura avantage à remplacer les pommades par la poudre de Comby :

Talc	ââ 20 gr.
Oxyde de zinc...........	
Sous nitrate de bismuth...	
Poudre de lycopode......	
Acide salicylique.........	1 gr.

(*La Pédiatrie*, fév. 23.)

Les rhino-pharyngites.

On ne prête peut-être pas assez d'attention au rhino-pharynx en pratique ; et il faut savoir gré à M. CARLES de nous rappeler, avec exemples à l'appui, que là est la grande porte d'entrée de certaines maladies infectieuses.

« Toute affection aiguë rhino-pharyngée est « susceptible aussi bien d'être le point de départ « de toutes sortes d'infections générales ». Ces infections seront des orchites, des ovarites, des néphrites, du pseudo-rhumatisme, du purpura, des éruptions cutanées, des endocardites infectieuses, etc.

Les néphrites en particulier sont fréquentes, consécutivement aux infections. Dans certains cas, l'infection pharyngée se complique de néphrite aiguë ; dans d'autres, la néphrite secondaire est d'emblée chronique, et prend souvent les apparences de la néphrite parcellaire.

« Les suppurations et les infections nasales « et naso-pharyngées ont sur l'arbre respira« toire une répercussion non moins immédiate « et non moins importante que sur les reins et « autres appareils. » Certaines de ces répercussions prennent la forme de pseudo-tuberculoses.

En pareils cas, le diagnostic étant nettement posé, on cherchera à agir le plus rapidement et le plus complètement possible sur l'infection rhino-pharyngée par des badigeonnages, des pulvérisations, des douches et bains locaux, des cures thermales. En cas d'insuccès, on aura recours à l'intervention opératoire, avec la curette ou la pince coupante. (*Journ. de méd. de Bord.*, 23 fév. 23.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

La neurasthénie.

(M. Hayem. — *Académie de médecine* ; 10-4-1923.)

A propos de la communication de M. de Fleury sur le démembrement de la neurasthénie, M. Hayem rappelle qu'il y a longtemps déjà, il a été conduit à faire la critique des opinions de Béard et de Charcot, pour ce qui concerne en particulier les rapports des névropathies et des gastropathies. Tandis que Béard et Charcot attribuaient les troubles stomacaux observés dans la neurasthénie à la névrose, elle-même, M. Hayem, dès 1894, soutenait une pathogénie différente et admettait le fait de la névropathie secondaire, de la neurasthénie gastrique.

Sus la loi des pensions.

(M. Emile Sergent. — *Académie de médecine* ; 10-4-1923.)

M. Sergent, dont la communication concernant la loi des pensions, a fait quelque bruit, vient préciser sa pensée qui a été sur certains point altérée. Il n'a jamais envisagé une révision de la loi sur le principe de la rétrocactivité, et il n'a jamais non plus opposé les malades aux blessés. Aux vrais malades de guerre, comme aux vrais blessés, il faut donner le maximum possible. Mais, parmi les récupérés, aujourd'hui pensionnés sous le prétexte d'une aggravation de leur état antérieur, un grand nombre étaient des malingres d'avant-guerre, qui sont restés malingres, sans plus, du fait d'avoir accompli quelques mois de service dans un bureau militaire. En 1915, à une époque où M. Sergent maintenait dans la réforme nombre de tuberculeux, il fut qualifié du titre d'« embusqueur en chef ». Aujourd'hui, on veut le représenter comme « l'ennemi des tuberculeux ». En réalité, il oppose simplement les tuberculeux aux pseudo-tuberculeux, et défend les premiers.

— M. Balthazard pense, pour sa part, que le principe de la présomption d'origine doit rester intangible pour tous les mobilisés. Il ne faut pas séparer, non plus, les combattants de l'avant des mobilisés de l'arrière. Nombre de ceux-ci ont travaillé jusqu'à la limite de leurs forces et l'avant a eu, lui aussi, ses embusqués. La législation pourrait être amendée dans le sens d'une révision des pensions définitives, qu'il n'est pas logique de considérer comme telles après quatre ans (comme le veut la loi), pour les malades. D'autre part, l'administration ferait œuvre utile, à la fois pour les intérêts légitimes des malades de guerre et pour les finances de l'Etat, en substituant aux visites hâtives des commissions, des expertises sérieuses et détaillées, qui fixeraient avec compétence et justice les droits réels de chacun.

Prophylaxie de la fièvre de Malte.

(M. H. Vincent. — *Académie de médecine* ; 10-4-23.)

M. Vincent présente, au nom de la commission de la fièvre de Malte, un rapport concernant la prophylaxie de cette affection.

En raison des dangers que peuvent offrir pour la santé publique les chèvres et autres animaux, lorsqu'ils sont infectés par le microbe de la fièvre ondulante (fièvre méditerranéenne, fièvre de Malte), l'Académie renouvelle le vœu, déjà exprimé en 1910, que cette maladie, qui frappe l'espèce humaine et les animaux, spécialement la chèvre, soit inscrite parmi les affections à déclaration obligatoire. Elle demande, en outre, que la fièvre de Malte soit ajoutée à la liste des maladies des animaux reconnues contagieuses par la loi du 21 juin 1898.

Les erreurs de l'auscultation et de la radioscopie pour apprécier l'étendue des lésions pulmonaires.

(MM. Ameuille et Gally. — *Société médicale des hôp* ; 9-3-1923.)

Sous le nom de défaillances de l'auscultation pulmonaire, M. Ameuille a signalé les erreurs de l'examen stéthacoustique dans la fixation du volume des lésions pulmonaires. A l'autopsie de malades ayant succombé à des affections du poumon, on trouve généralement des altérations beaucoup plus étendues que l'auscultation ne permettrait de les prévoir. L'erreur est aussi quelquefois en sens inverse.

On pourrait croire que l'examen radiologique des poumons met à l'abri de semblables critiques. Or, il n'en est rien. M. Ameuille signale sur ce sujet deux catégories d'erreurs. Les premières sont commises sur les lésions lobaires massives. L'obliquité des scissures fait que le lobe supérieur descend très bas devant l'inférieur, de sorte que la condensation d'un seul lobe forme une ombre qui s'étend largement sur l'autre : celui-ci intact, paraît alors atteint. On y remédiera par un examen en position latérale. Les secondes tiennent à la projection confluente, sur le plan d'observation, de lésions discrètes espacées en profondeur et qui donnent l'impression d'un foyer unique de condensation. Avec deux clichés pour la stéréoscopie, on voit les taches se dissocier.

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine.

(M. Sérane, de Saint-Nectaire. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-3-1923')

M. Pasteur Vallery-Radot présente une note de M. Sérane sur l'épreuve de la phénol-sulfonephtaléine dans ses rapports avec l'azotémie.

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine est un procédé simple d'appréciation du fonctionnement rénal dans les néphrites. Elle ne nécessite que deux mictions et elle est achevée en une heure dix. Les résultats s'enregistrent par simple lecture, avec facilité. Dans un travail de 1914, avec MM. Widal et André Weil, M. Pasteur Vallery-Radot montrait qu'une épreuve de phénolsulfonephtaléine normale permet de conclure à une urée sanguine et à une constante d'Ambard normale. Une élimination défectueuse de cette substance concorde avec un trouble de l'excrétion uréique, sans que l'on puisse déterminer avec précision le degré de ce trouble. Toutefois, si l'élimination est diminuée de plus de moitié, on peut admettre que le taux de l'urée du sang est probablement exagérée. Si la phtaléine n'est éliminée qu'à l'état de traces indosables, le chiffre de l'urée du sérum est sans doute supérieur à 2 grammes.

Les résultats apportés par le travail de M. Sèrane confirment ces conclusions.

Un cas de méningite vermineuse.

(M. P. Gautier, de Genève. — *Société médicale des hôp.* ; 16-3-1923.)

On a relaté récemment à l'Académie de médecine un cas de méningite vermineuse, avec examen du liquide céphalo-rachidien. Cliniquement, l'affection avait rappelé la méningite tuberculeuse (fièvre, céphalée, vomissements, constipation, troubles pupillaires, etc.). Le céphalo-rachidien offrait une exagération considérable des éléments, des réactions de Pandy et de Weichbrodt légèrement positives et une réaction au benjoin colloïdal également positive. L'administration d'un tænifuge amena la guérison de la malade en quelques jours.

M. Gautier rapporte un cas analogue. Il concerne un enfant de cinq ans entré à l'hôpital avec des signes de méningite bacillaire (délire, Kernig, raie méningitique, raideur de la nuque, vomissements, etc.). La ponction lombaire ramena un liquide clair, contenant 0 gr. 25 p. 1000 d'albumine, 400 éléments à la cellule de Nageotte, dont 78 pour 100 de lymphocytes, 22 p. 100 de polynucléaires, sans bacilles de Koch. Ayant trouvé dans une selle spontanée des anneaux de tænia on administra de l'extrait de fougère male. Guérison en quelques jours et disparition des modifications du céphalo-rachidien.

Gigantisme congénital partiel du pied.

(MM. Gandy et Boulanger-Pilet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-3-1923.)

MM. Gandy et Boulanger-Pilet ont observé un exemple de gigantisme congénital partiel du pied et des orteils. Chez leur malade, un femme de 42 ans, atteinte de cirrhose hépatique avec Wassermann positif, le segment antérieur du pied droit et les trois premiers orteils de ce pied sont volumineux et déformés. La radiographie révèle une hypertrophie des parties osseuses. La déformation, au dire de la patiente, serait congénitale.

Les cas de gigantisme partiel du pied, sans être communs, ne sont pas toutefois absolument exceptionnels. Dans un travail d'ensemble, Caubet et Mercadé en ont relevé un certain nombre d'observations, sous des désignations diverses : mégalopodie partielle, hallomégalie, macropodie partielle, etc. Au point de vue pathogénique, il semble que la syphilis puisse être incriminée, dans son type héréditaire, quelquefois.

Les deux types de compression cave supérieure : le type œdémateux et le type phlébectasique.

(MM. Chiray et Lebon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-3-1923.)

M. Chiray, s'appuyant sur deux observations d'anévrysme de l'aorte entraînant de la compression cave supérieure, montre qu'en pareil cas le symptôme dominant est tantôt l'énorme développement du lacis veineux de circulation collatérale (type phlébectasique), tantôt l'œdème en capeline (type œdémateux). Ces deux types ne sont d'ailleurs pas indépendants. L'étape œdèmateuse dépendrait de compressions brusques, s'effectuant tout au moins dans des délais courts.

Le cobaye peut-il être le réactif d'insalubrité d'un local, en matière de tuberculose ?

(M. Remlinger. — *Société de biologie* ; 17-3-1923.)

C'est une opinion assez répandue, qu'exposés aux poussières chargées de bacilles de Koch, telles celles d'une chambre habitée par un phtisique, les cobayes deviennent facilement tuberculeux et qu'il existe dans cette constatation un procédé de contrôle de la salubrité d'un local. M. Remlinger pense qu'une telle opinion concorde mal avec ce que l'on observe dans les laboratoires, où rarement, les cobayes contractent la tuberculose par contact avec leurs congénères soumis aux inoculations. Même en faisant séjourner ensemble, pendant des mois, des cobayes à tuberculose ouverte et des cobayes sains, dans la même cage métallique, on ne réalise la contagion qu'une fois sur cinq ou six. L'auteur a fait une expérience plus directe. Il a placé des cobayes en cage sur le plancher d'une salle d'hôpital de tuberculeux et il les y a fait vivre pendant six mois. Les autopsies des animaux, pratiquées à ce moment, ont été toutes négatives.

Sur la vision extra-rétinienne.

(M. Lapicque. — *Société de Biologie* ; 17-3-1923.)

On parle beaucoup, en ce moment, dans la presse extra-scientifique, d'une découverte pour le moins curieuse : celle d'une vision dite extra-rétinienne, ou paroptique, se faisant par la peau. La peau posséderait, selon cette théorie, des éléments lui permet-

tant, dans certaines conditions, de voir les objets, leurs couleurs, etc.

Il y a trois ans déjà, il fut question de cette « vision » paroptique, et M. Farigoule publia sur ce sujet un premier travail (1920). M. Lapicque raconte qu'un jour, à cette époque, il fut convié à assister au laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne, à une démonstration de vision paroptique faite par M. Farigoule. Le sujet en expérience, un bandeau sur les yeux, déclara « voir » avec ses doigts des chiffres. En réalité, une contre-expérience, montra qu'il pouvait apercevoir les objets placés contre sa poitrine par l'espace compris entre le nez et la joue, le bandeau passant seulement en pont sur cet espace. De très bonne foi, le sujet et les assistants étaient ainsi amenés à admettre la vision paroptique. La découverte, reprise aujourd'hui, serait-elle du même ordre ?

Contribution au traitement prophylactique de la maladie ourlienne.

(M. A. Challamel. — *Société de Thérapeutique* ; 11-4-1923.)

Les cas rapportés, minutieusement notés, prouvent que la durée de la période d'incubation est bien de 20 jours, que la phase de contagiosité doit être très courte et que la contagion des sujets sains, dans la plupart des cas, se fait dans les heures qui précèdent l'apparition des premiers symptômes chez le sujet en puissance d'oreillons, déjà contagieux.

De la constatation de cette phase de contagiosité très courte, M. Challamel tire cette conclusion que, pour la prophylaxie, il faut, dès l'apparition d'un cas de maladie ourlienne, isoler, non pas tant le malade, mais le sujet qui s'est trouvé en contact avec lui la veille du jour de l'éclosion. Cet isolement du sujet sain se fera pendant 24 heures, le 19e jour qui suivra l'éclosion des symptômes chez le sujet malade. *Cet isolement au* 19e *jour des suspects* se présente, selon l'auteur, comme la seule méthode capable d'enrayer une épidémie commençante en ne laissant pas ce jour-là aux sujets *en puissance d'oreillons* la possibilité de contaminer à leur tour, et en permettant *aux cas sous roche* de se déclarer.

L'auteur ajoute que l'arrêté ministériel du 3 février 1912, qui a trait aux mesures d'isolement des affections contagieuses, devrait être revisé en ce qui concerne les oreillons. P. L.

Les Livres

Grande Imprimerie de Blois
22, rue du Poids-du-Roi.

Dr H. Hamant. — **Pour combattre la tuberculose.** — Recueil d'articles extraits de *Vers l'avenir*, organe médico-social de lutte antituberculeuse.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire ne comporte pas que des prescriptions médicamenteuses ; je dirai même que celles-ci n'en sont guère que l'accessoire. Le principal, en effet, c'est, pour le tuberculeux, de savoir cracher, respirer, s'alimenter, se vêtir, dormir, etc.

M. Hamant, à qui toutes ces questions sont particulièrement familières, les a traitées en détail dans une série d'articles qu'il a publiés dans le journal *Vers l'Avenir*. Chacune d'elles est résumée en quelques lignes qui représentent les explications écrites qu'il a l'habitude de remettre à ses malades. Il traite successivement : Le crachat et la destruction des microbes qu'il renferme. — La cure d'air. — La température. — La cure de repos. — L'exercice. — Les promenades. — La cure d'alimentation. — Le vêtement. — Quelques points d'hygiène antituberculeuse.

Voici, à titre d'exemple, l'explication relative au « vêtement : « Etre vêtu, même au lit, de façon à « ne jamais avoir ni trop chaud, ni froid. Porter de la « laine sur la peau (gilets de flanelle, tricots, avec « manches, caleçons, bas ou chaussettes). Porter des « chaussons dits de Strasbourg semelles de cuir, tiges « montantes, et ne jamais sortir sans chausser des « sabots, par-dessus les chaussons, de façon à avoir « toujours les pieds au chaud et au sec, condition « indispensable pour ne pas s'enrhumer et, aussi, « éviter la poussière, qui est particulièrement nui- « sible aux poumons malades ou délicats. »

Bien que s'adressant au public des malades, cette petite brochure ne laissera pas le médecin indifférent il y trouvera ample matière à se documenter utilement, dans un domaine où il ne se passe pas de jours qu'il n'ait accès.

Je signalerai, du même auteur, une plaquette sur la station des Eaux-Bonnes, éditée chez Dauresse, 41, rue de Maubeuge, Paris, et un article sur la dé-urotropine iodo-benzométhylée dans le traitement de la tuberculose, publié dans *Paris Médical*, le 24 février 1923.

G. Duchesne.

Edition de la Revue « qui sait ».
12, rue de Bellechasse.

Dr Paul Manceau, docteur en Droit. — **Des maladies envisagées comme causes du divorce, lorsqu'elles entrainent l'impossibilité médicale de la cohabitation.**

A cette question : « Faut-il admettre l'état de maladie comme cause du divorce, à la demande d'un seul des époux, lorsqu'il a comme conséquence de rendre au conjoint sain ou à ses enfants

l'existence commune intolérable ou dangereuse dans les conditions ordinaires de la vie familiale ?

L'auteur, qu'une longue pratique du droit et de la jurisprudence a particulièrement qualifié pour traiter un pareil sujet, n'hésite pas à répondre par les conclusions suivantes, qui résument une argumentation substantiellement nourrie de faits et d'opinions diverses ;

« Il faut admettre l'état de maladie comme cause non péremptoire de divorce à la demande d'un seul époux, lorsque cet état a comme conséquence de rendre l'existence commune intolérable ou dangereuse pour le coinjoint sain ou pour ses enfants dans les conditions ordinaires de la vie conjugale, déterminant ainsi *l'impossibilité morale* de cohabitation.

« Il faut entourer cette forme *spéciale* du divorce d'un certain nombre de garanties *spéciales*, concernant :

A. La personne du conjoint malade et comprenant:

a) Les soins ;

b) Les aliments qui devront en tant que de besoin lui être assurés ;

B. Les modalités et les formes de la procédure spéciale qui devra être instituée et comprendre *obligatoirement* :

a) La présentation personnelle de la requête par l'époux demandeur ;

b) La tentative de conciliation par le juge ;

c) La signification personnelle au défendeur de tous les éléments de la procédure ;

d) La désignation par le juge d'un mandataire au cas où le défendeur n'en désignerait pas. Les mandataires habituels des aliénés demeurant chargés de les représenter ;

e) L'admission de tous modes de preuve et d'enquête habituels ;

f) La désignation par le juge de trois médecins experts au moins, qui seront chargés de déterminer entre autres points, dans un rapport motivé ;

1º S'ils sont en présence de malades ;

2º Si l'état de maladie qu'ils constatent entraîne, en ce qui regarde le demandeur, l'impossibilité morale de cohabitation temporaire ou définitive ;

3º S'il entraîne pour les enfants un danger physique ou moral ;

4º S'il n'est pas possible de concilier les parties soit de suite, soit dans un certain temps ;

g) Quand l'état de maladie sera reconnu par les médecins, les débats devront avoir lieu à huis clos ;

h) L'avis des médecins ne s'imposera pas au juge de façon péremptoire, il conservera la faculté, en tenant compte des données de la science médicale, de prendre en sa conscience la décision qu'il estimera la meilleure. »

Imprimerie MONNOYER,
12, place des Jacobins, Le Mans.

Dr E. PRUVOST. — **Erreurs et dangers des théories microbiennes actuelles** (1 petite brochure, in-16, 76 pages. Extrait du *Courrier médical* des 11-25 juin et 2 juillet 1922.)

L'auteur émet sur la contagion des maladies des idées nouvelles, qu'il dépose dans les esprits des cliniciens, espérant qu'un jour prochain, elles y arriveront à maturité.

Son travail a pour objet de montrer les erreurs qui semblent résulter de l'observation insuffisante du principe de Pasteur sur la propriété que possèdent tous les microbes de varier leur virulence, selon les milieux, et, par suite, de subir parfois, dans certains organismes, une atténuation minima compatible avec l'état saprophytique.

De nos jours, cette propriété est déniée à certains microbes réputés spécifiques, tels que les bacilles de Koch, Eberth, Loeffler et d'autres. Cette spécificité, affirmée parce que le laboratoire est impuissant à faire parvenir à l'état typique leurs formes atténuées, saprophytiques, empêche les cliniciens de reconnaître ces formes atténuées comme appartenant à la famille du bacille spécifique. Dès lors, celles-ci sont considérées comme de pseudo-microbes, et l'on ne peut les reconnaître pour établir leur transformation pathogène par augmentation de leur virulence.

Aussi est-on enclin à voir dans l'hétéro-infection et la contagion la source de la plupart des maladies, alors qu'il s'agit simplement d'auto-infections, les formes saprophytiques des bacilles spécifiques ayant, dès le plus jeune âge, leur habitat soit dans le tractus intestinal, soit dans l'appareil uro-génital, et développant sur place leurs éléments pathogènes, ou inondant de leurs toxines les divers organes pour y créer d'autres terrains de moindre résistance.

Les résultats prophylactiques et thérapeutiques obtenus par la séro et la vaccinothérapie dans certaines maladies infectieuses n'infirment nullement l'origine gastro-intestinale ou uro-génitale de ces maladies. Mais, dit l'auteur, cette médication ne peut être considérée que comme un adjuvant de celle qui, rationnellement, doit s'adresser à la cause première et toujours agissante, c'est-à-dire aux lésions latentes et souvent méconnues des systèmes organiques sus-désignés. G. F.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

AMEUILLE, BORDET, COURCOUX, P. LABRO, Emile SERGENT, PRUVOST, SOURDEL. — **Appareil respiratoire**. *Deuxième volume du tome III* : ex- **Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée**, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. (1 vol. in-8, 1922, 392 pages, 35 figures. Prix : 20 francs).

Ce second volume sur l'*appareil respiratoire* est divisé en cinq parties :

Dans la première sont étudiées, par Messieurs AMEUILLE et Fr. BORDET, les maladies chroniques du

poumon : l'asthme et l'emphysème, l'atélectasie, les scléroses, les pneumokonioses, et les pierres du poumon, enfin les tumeurs, le cancer et les kystes hydatiques du poumon.

La deuxième partie est consacrée aux pleurésies aiguës et chroniques (M. Courcoux) et au pneumothorax (P. Labro).

Viennent ensuite les affections du médiastin, étudiées surtout du point de vue des grands syndromes auxquels elles donnent naissance, par MM. Bordet et Ameuille.

Dans la quatrième partie, MM. Sergent et P. Pruvost, traitent des séquelles médicales et médico-chirurgicales des blessures de poitrine, puis M. Sourdel envisage les séquelles des intoxications par les gaz asphyxiants.

D'excellentes pages sont enfin consacrées aux déformations et malformations thoraciques. (MM. Ameuille et Bordet).

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecolede-Médecine, Paris.

L. Lematte, docteur en pharmacie. — **L'opothérapie du praticien** (Un volume in-8° 283 pages, 3 planches hors-texte, 1923. Prix : 5 fr.).

Ce livre, écrit pour le médecin praticien, donne des indications précises sur la posologie, le mode d'administration et l'emploi des préparations opothérapiques.

Dans la première partie sont discutées les techniques qu'on doit employer pour avoir des préparations actives.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des glandes et des tissus utilisés.

Dans la troisième partie sont exposées les applications de l'opothérapie aux différentes maladies que le médecin rencontre dans sa pratique quotidienne ; seuls, les résultats très nets sont mentionnés.

En consultant l'index thérapeutique, il est facile de prescrire la médication opothérapique dans certaines affections où la thérapeutique courante est habituellement inefficace : cancer, arriération infantile, myxœdème, asthme, etc.

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr Serge Voronoff, directeur de la Station de Chirurgie expérimentale du Collège de France. — **Greffes testiculaires**. (Une brochure, 83 pages, avec 19 planches hors texte, 1923.)

Dans cet opuscule intéressant, l'auteur traite successivement des greffes testiculaires sur les femelles, sur les mâles castrés, sur les animaux séniles, et sur des hommes. Il étudie les indications de la greffe testiculaire, le procédé opératoire, puis l'origine de l'hormone testiculaire.

« La Vie Médicale »,
40, boulevard de la Croix-Verte, Poissy (S.-et-O.).

Dr Jules Tusseau. — **Le médecin de demain.** (1 vol. in-8, 297 pages, 1922.)

Le but de ce livre est, pour l'auteur, de communiquer, de communier avec ses confrères, en même temps que d'infuser le plus possible aux générations médicales de demain l'expérience de l'aîné.

Le Dr Tusseau envisage successivement : les études médicales, les débuts dans la carrière médicale, la vie professionnelle, puis formule d'intéressantes conclusions. En voici quelques extraits :

« Le Corps médical doit rester lettré, classique, entraîné dès le jeune âge aux littératures anciennes, la meilleure des gymnastiques de l'intelligence et du cœur.

« La médecine restera pour lui ce luth, cette cithare dont chacune les cordes correspond à une science. Les doigts et l'âme du médecin collaborent pour constituer l'artiste, qui les fait vibrer euphoniquement, en harmonieux accords.

« La médecine, sous les convulsions sociales de la Grande Guerre, a été lézardée en différents points de ses assises. Il faut au plus tôt cimenter les crevasses, remplacer les clefs de voûte, et jusqu'au béton des fondations en certains points.

« La confraternité médicale actuelle est mensongère. Il faut supprimer certaines prérogatives mal calculées et certaines classes ou catégories que rien ne justifie. Le corps médical doit être homogène, fraternisant comme les camarades de l'Ecole Polytechnique et des grandes Ecoles de l'Etat. Tous les médecins seront internes.

« Le concours, trop estimé chez nous, reste la plus stupide, la plus injuste, la plus inégale, la plus capricieuse des institutions. Il vicie les élus fort souvent, il décourage ou discrédite à tort ceux qu'il a lésés. Il sème dans le monde des erreurs d'appréciation. Sous le masque carnavalesque de l'équité et de la science, il se rit de tout cela.

« Laissons -le au professorat, qui déjà s'est chargé de le juger. La France est l'un des derniers refuges du concours partout pourchassé et honni.

« On peut superposer des examens en quantité suffisante, pratiquer des éliminations autour des épreuves en nombre et variété, telles que le praticien apportera infailliblement au lit du malade une compétence et une garantie comme il n'en a jamais encore, sous l'ère des concours, présenté autant. Ainsi naîtra un corps médical homogène, puissant parce que supérieurement intellectuel.

« Bien uni, il pourra lutter à la fois par la valeur et la quantité à une époque où les unités éparpillées sont vouées à l'impuissance ».

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES BEAUTÉS DE L'HYGIÈNE ADMINISTRATIVE

L'Infirmière-visiteuse, le médecin inspecteur et la nourrice

28 avril 1923.

Monsieur le préfet,

Monsieur le maire me transmet une lettre, datée du 18 avril 1923, venant de M. l'inspecteur départemental de l'assistance publique de Seine-et-Oise, et dont voici copie. J'appelle votre attention sur la gravité des deux premiers paragraphes et sur l'explication du troisième (*in cauda venenum*).

L'Inspecteur d'Assistance publique,
à Monsieur le maire,

« L'infirmière visiteuse qui procéda, dans « le courant du mois dernier, à l'inspection des « enfants protégés placés dans votre commune, « a constaté « que les nourrices sont ignorantes « de l'alimentation qui doit être donnée aux nour- « rissons et qu'elles n'observent pas les règles « les plus élémentaires d'hygiène ».

« Je vous serais obligé de vouloir bien prier « le médecin inspecteur de donner toutes indi- « cations utiles aux nourrices dont il s'agit.

« Il convient, à ce sujet, de regretter qu'une « importante agglomération comme la vôtre « soit dépourvue d'une consultation de nour- « rissons qui serait la véritable école des mères « et des nourrices ».

L'inspecteur départemental,
Signé : X.

Comme il y a 37 années que j'inspecte, en votre nom, ces nourrices, le coup me touche. Il tombe d'ailleurs à point :

Il n'est mort aucun nourrisson, dans ma circonscription, en 1922. Il n'est mort qu'un enfant de ceux nés dans le pays (un prématuré débile qui n'est devenu un mort-né qu'au bout de onze jours (1). Je me permets d'attribuer ce beau résultat, non point à l'*absence* de consultations de nourrissons, mais tout simplement à la faible léthalité — générale — de l'année 1922, d'une part. D'autre part (et ceci arrive à point en notre époque de carnets médicaux), ce matin même, j'avais le plaisir de rendre compte à Monsieur le maire du petit fait suivant : — la troisième (1° : un cas, 2° : quatre cas 3° : quarante-cinq cas) poussée de l'épidémie de rougeole, survenant aux dates annoncées par ma lettre du 7 (?) avril courant à vos services, touche 45 enfants, dont la moitié a droit aux soins gratuits de votre A. M. G. Or, j'ai été appelé, les 19 et 20, auprès de six enfants en tout (trois visites payées par les parents, trois par l'A. M. G.) pour 45 enfants malades chacun pendant 4 jours au moins. A quoi tient cette discrétion ?

A ce que ces mêmes femmes que, du haut de sa science livresque, Madame l'infirmière juge si ignorantes, savent si bien soigner leurs enfants, et ceux qu'on leur confie, qu'une seule ordonnance suffit pour tout le village ... sauf complications, bien entendu (2).

Il y aura, en tout, plus de cent cas de rougeole ici : je serais bien malheureux, cette année, si ma mortalité dépassait ... un .... un débile que je sais, et qui m'inquiète d'avance.

La véritable raison d'être de cette lettre remarquable est tout autre : avec une persistance digne du socialisme le plus invétéré, quelqu'un rêve de règlementation quand même, de bureaucratisation à outrance, et ce quelqu'un est outré contre les résistances qu'il rencontre. Madame l'infirmière qui, à ce titre, sait évidemment plus de médecine et d'hygiène que moi — devenue inspectrice, avait été stylée (par ce quelqu'un qui n'est pas le signataire de la lettre) avant de venir par ici. En tant que, *savante sur l'alimentation*, que plus savante sur *les règles les plus élémentaires de l'hygiène*, et que .... sachant la médecine (Oh ! pas plus que cela !) c'est-à-dire, en somme, en tant qu'infirmière qualifiée, cette dame a été d'une maladresse rare : elle a *débiné* (il n'y a pas d'autre mot) leur

(1) Toutes les femmes accouchées par moi, en 1922, sauf une, ont donné elles-mêmes le sein, dans la mesure et pour tout le temps où elles ont eu du lait. Il en est de même depuis de nombreuses années.

(2) La complication est venue : en raison de la coïncidence (c'est un phénomène connu) d'une épidémie de rubéole avec l'épidémie de rougeole, j'ai dû entrer dans une douzaine de maisons, soit le 21, soit le 23 avril. Les mères doivent s'entendre pour partager équitablement les charges : il y a encore une maison payante sur deux appels. Je ne change pas mon pronostic !

vieux médecin auprès de ces femmes, QUI FONT REVENIR LEURS FILLES AU PAYS, QUAND IL Y A LIEU, POUR QUE CE SOIT MOI QUI LES ACCOUCHE (1).

Mais, pour que nul n'en ignore, en tant qu'inspectrice, cette *pauvre dame* a voulu trouver quelque chose. Ça, a été assez difficile : elle a dit (aux nourrices) que je faisais ma visite trop tôt (2) ! Bon, ça, mais pas suffisant ; elle a donc inscrit sur les talons des feuillets détachables (qui *payent* mes visites d'inspection), des mentions comme celle-ci : « pas une seule signature » .... et enfin.... « Le médecin est prié de signer les talons ».

Ici, je dois avouer mes torts ; sans avoir jamais constaté que ma coupable négligence fît tort aux nourrissons, je reconnais n'avoir jamais paraphé ces talons, que je date presque toujours.

Il est facile maintenant de comprendre que les explications ont dû être difficiles entre Madame l'infirmière et ses nourrices ; que celles-ci, quelques-unes par ahurissement, beaucoup par malice, ont dû répondre très mal aux questions (tirées du Parfait Manuel) à elles posées, par celle-là sur la puériculture officielle ; ... aussi sur ce que savait, de cet art, leur médecin.

Et puis, en plus d'un de ces logis, il se trouve que la nourrice, qui est astreinte à ce pénible métier de par sa propre misère, ne reçoit de la mère, pauvre elle-même, qu'un médiocre salaire ! Alors ? alors ! l'ensemble ne ressemble en aucune façon à la nursery idéale, voire même, spectacle théoriquement odieux, mais de tous les jours en cet hiver pluvieux, les couches sèchent péniblement, vite et vite, car on en a si peu, au-dessus de l'unique poêle où, côte à côte, mijote la soupe des grands et se réchauffe doucement le lait sucré (coupé de moitié eau, sur *mon ordre*) dont vivent ces petits — les protégés.

Le lait stérilisé est interdit, mais il y a pis : quand il y a une chèvre, on donne son lait cru, je dis C-R-U !

Ainsi, il apparaît que, entre la brillante élève de l'école de puériculture théorique, et ces femmes qui ne savent que pratiquement comment on élève les enfants, une barrière d'incompréhension mutuelle a été élevée ... par ma faute.

Mais, pour juger, il faut connaître les résultats. J'ai chez moi les fiches de tous ces protégés depuis 1904. J'attendais 1924 pour faire une belle statistique ; la date n'ayant rien de fatidique, je peux me mettre à l'œuvre tout de suite, et je sortirai un beau décompte — que dis-je ? deux décomptes — où vous verrez, Monsieur le préfet, qu'il nous faut être bien modestes, soit qu'on compte comme moi, adjoignant plus d'une réserve, soit qu'on compte comme font vos services .... mais il faudrait ici tant de réserves qu'il vaudrait mieux, par ma foi, ne pas compter du tout.

Je tiens toutefois à mettre à l'aise ceux qui ont la charge d'administrer l'hygiène publique : si les consultations peuvent être utiles à la ville, — si, là, les maîtres de l'art les louent à l'envi, — j'ai pu soutenir qu'elles sont inutiles (seraient même nuisibles par rapport à ce qui est) dans mon milieu, et ces mêmes maîtres ont, à plusieurs reprises, approuvé mes dires comme en fait foi le palmarès de l'Académie de médecine (hygiène de l'enfance, médaille d'Or, en 1921).

Je continuerai donc à abuser du fait que je suis seul de mon espèce en mon village pour n'y pas instaurer une *organisation* de plus, avec toutes les dépenses de personnel et de matériel, et tout le temps perdu que comporterait cette *très inutile* organisation.

Abstraction faite de la personnalité qui est venue jeter le trouble dans ces parages, il me faut bien maintenant me demander de quoi il s'agit : est-ce de grossir démesurément l'importance de l'organisation confiée à un fonctionnaire ? de multiplier, pour cela, et le nombre des subordonnés et l'importance des dépenses engagées ? est-ce tout simplement du *mieux être* des jeunes enfants ? de ceux que gardent leurs mères comme des autres ?

Si quelqu'un juge avoir le droit d'engager de nouvelles dépenses publiques en ces années 192.., je veux bien lui dire où il y a œuvre à faire .... sans tapage.

Et comme un fait vaut mieux que toutes les théories ... je vais vous dire ce que *j'ai toléré* ... une fois entre beaucoup d'autres fois.

Si, chemin faisant, vous trouvez trop de laideurs à mon récit, reportez-vous à ces mots soulignés : j'ai toléré.

Il y a, dans un de nos villages, une misérable femme qui a eu, qui aurait encore si la guerre n'avait tué l'aîné, trois enfants de son mari et six autres.

Ainsi recommandée, elle jouit d'un singulier privilège : avec sa nichée, on lui permet d'habiter les maisons abandonnées avant leur ruine définitive. Les toits qui fuient, les fenêtres sans vitres, les portes qui ne ferment point... les intérieurs qu'on ne saurait décrire, mais qui sont

(1) Nous n'avons jamais d'infection puerpérale. Je dis *nous*, parce que je n'ai, comme assistante, comme aide, comme garde-malade, d'autre ressource que l'une de mes ignorantes : l'amie ou la voisine, ou bien les deux. Ici, cependant, j'en ai spécialisé une qui sait lier proprement le bout distal du cordon, et ne jamais tirer sur le bout proximal.

(2) Trop tôt dans le mois ? Trop tôt après l'arrivée ? Probablement ceci, parce que, — mes nourrices ont décidément un mauvais esprit, — m'avertissant *elles-mêmes*, dès que le gosse est là, elles sont cause que je fais ma première visite *avant* que les livrets, registres, avis officiels, etc..., ne soient en règle.

en harmonie avec le mobilier... aussi, hélas ! avec l'aspect des gens, — sont le lot de ces malheureux.

De ces malheureux ? de ces malheureux, *tous fort bien portants*, à l'impétigo près, fils des poux et de la proximité crasseuse, (jamais d'adénites).

Or, cette femme *reçoit* des nourrissons. On les lui apporte. Des mères apportent des enfants là-dedans et les laissent. L'élevage des nourrissons a été la seule industrie de cette femme... depuis toujours.

Et toujours il lui vient *des* nourrissons.

Comment cela est-il possible ?

Il y a une première raison : elle ne prend pas cher. Mais tout de même ?

Au premier décès, j'ai songé *à la faiseuse d'anges.* J'ai été dur, j'en ai fait rendre vite et vite qui ne *faisaient pas bien.* Elle m'a battu sur ce terrain, ayant appris tout de suite à reconnaître quels seraient assez rustiques pour s'adapter, et quels, non !

Mais pourquoi lui confiait-on quand même des nouveau-nés ? Pas de ces enfants de six mois qui ont franchi les heures dangereuses, mais bel et bien des *petits tout rouges* (1).

Bien avant qu'un nommé Einstein vint nous enseigner la relativité, un sondage devait me donner la clef du mystère et me rappeler qu'un miséreux trouve toujours plus miséreux que soi... qui l'oblige et qu'il oblige.

Voici mon sondage : mandaté à cet effet par une grosse administration, je suis appelé à donner mon avis (en fait, cet avis fait décision) sur l'opportunité de prolonger le séjour au grand air d'enfants de la ville. Les suppliques exposent des motifs divers au milieu desquels se détache ce refrain : *nous sommes si mal logés* !

Je dois juger en tenant compte de l'état de l'enfant, et *aussi de ce qui est écrit.* Tout de même, un jour je suis allé voir un de ces logements ; j'excédais les limites de ma mission et les gens auraient pu parfaitement me flanquer à la porte. Ils m'ont, au contraire, très bien reçu ; il y avait même une chaise qu'il m'a fallu accepter.

La mère m'a fait quelques confidences, entre autres celle-ci : que ses cinq enfants avaient eu la chance d'être élevés, jusqu'à deux ans, par une nourrice pas chère, à la campagne :

« Alors, vous comprenez, ici, ils ont de la peine à s'habituer. »

Et je comprenais, en effet, très bien.

Nos taudis ruraux ont un avantage, qui leur donne valeur de palais *relativement* aux taudis parisiens ; c'est qu'il n'y a que la porte à franchir pour être dehors. La mère parisienne, travailleuse, ordonnée même, celle-là *peut envier* l'immonde logis de ma misérable nourrice.

Ici, les *neuf* crasseux font de l'impétigo sans faire des adénites ; à Paris, les *cinq* font des adénopathies ... pour commencer.

Et voici la morale. Il s'est trouvé, Madame l'infirmière, que, à quelques jours de votre visite, on a enlevé à ma misérable son trentième nourrisson — il payait bien celui-là — juste à une heure choisie et qu'indiquait la morale la plus sévère : cette misérable héberge, à peu près sans salaire, les deux enfants de sa propre fille.

Ça lui en fait onze.

Ils ne crèveront pas tout à fait de faim : de par l'aîné, mort pour la patrie, on reçoit 800 francs par an.

Cette femme est une sale garce et une garce sale ! Elle ne peut conserver que des nourrissons nés de filles-mères ; des misérables, nés d'autres misérables, dotés de cette résistance aux maux humains que, seule, assure une conception de misère dans les milieux de misère, qu'un peu d'air ici réconforte et fait vivre, pour lesquels personne ne peut payer les gros prix.

Elle se comptait neuf enfants, à elle ; je lui en compte onze maintenant ; il y a, en plus, l'enfant d'une autre fille-mère qui paye... combien ?

Monsieur le préfet m'a délégué pour protéger l'enfance. Je protège cette femme, à cause de ces onze, et je tolère le douzième, ne disposant point d'argent pour leur faire un sort moins dur.

Je la surveille. C'est dur ! Il me serait plus facile de lui interdire d'avoir des nourrissons que de négocier tout le temps, comme je fais, entre le moins mal et le plus mal. Ça me serait beaucoup plus facile, parce que, voyez-vous, Madame, le Manuel de la Parfaite nourrice, eh bien ! je pourrais l'écrire, sans relire aucun livre. Seulement j'en ferais plusieurs éditions : celle des riches... pas besoin de moi après tout, c'est trop facile ; celle des pauvres... mais vous ne comprendriez pas.

Et c'est une conclusion.

Docteur C.

P. S. — 27 avril 1923. — Hier, 26 avril, j'ai reçu de la femme D., à H... une lettre « pour vous informer que mon nourrisson est arrivé hier...... « Il est né le 22 ». Je viens d'aller voir ce nourrisson, il a une conjonctivite légère de l'œil droit.... on lui a donné, *cependant*, des soins dès sa naissance.

Vous savez ce que cela veut dire !

Supposez maintenant que j'aie attendu, pour faire ma première visite, la huitaine qui suit l'avis de placement que m'enverra la mairie de H., dans les deux jours qui suivront le jour où elle-même aura reçu, de la mairie du X., avis de la déclaration (de placement) à laquelle les

(1) Jusqu'à la date récente depuis laquelle on impose l'allaitement au sein pendant les douze jours du séjour de la jeune mère chez la sage-femme *agréée*.

parents sont obligés. Ajoutez les délais de transport des plis par la poste ... et voyez *ophtalmie* pour le nourrisson, l'enfant de la nourrice, etc... » A moi ! la consultation de nourrissons.

Et ceci : ma miséreuse, celle aux neuf enfants, savez-vous ce qu'elle a fait en 1922 ? On venait de lui amener un nourrisson, *un bon*, autrement dit qui payait cher ; et puis, il avait un an. La mère file, le gosse tousse, puis tousse encore. La nourrice m'envoie chercher : pas de doute, c'est la coqueluche... et il y a d'autres enfants dans la maison ! Télégramme ; par le premier train, le lendemain la mère arrive et reprend le petit. On n'a pas eu le temps d'inscrire son nom sur les registres de la protection.

Oh ! rassurez-vous, ce n'est pas la miséreuse qui a payé le télégramme, mais elle m'avait fait venir pour que je l'envoie, ce télégramme, qui lui enlevait son *bon* nourrisson ! !

G.

LES PÉNALITÉS FISCALES SONT-ELLES PERSONNELLES ?

Deux arrêts du Conseil d'Etat, des 24 février 1922 et 23 février 1923, ont décidé qu'en permettant d'asseoir sur la déclaration de l'intéressé la contribution extraordinaire des bénéfices de guerre, la loi, tout en réservant à l'administration tous moyens de contrôle, a entendu prendre toutes mesures propres à assurer l'existence et la sincérité de cette déclaration ; qu'elle a, à cet effet, édicté notamment la majoration de 10 % au cas de déclaration tardive ou d'absence de déclaration ; que cette majoration, qui fait partie de l'ensemble des mesures destinées à garantir la perception de la contribution extraordinaire, ayant un caractère nettement fiscal, grève directement le patrimoine de l'assujetti et constitue une dette à la charge des héritiers comme de leur auteur.

Un arrêt du 23 février 1923 a décidé que la majoration des droits prévue par l'article 18 de la loi du 15 juillet 1914, fait partie de l'ensemble des dispositions destinées à garantir la perception de l'impôt général sur le revenu ; qu'elle a donc un caractère nettement fiscal ; qu'elle grève directement le patrimoine de l'assujetti, et constitue après son décès, ainsi que l'a d'ailleurs reconnu l'art. 11 du décret du 17 janvier 1917, une dette de la succession à la charge des héritiers.

Ces trois arrêts ne donnent pour motif du maintien de la pénalité à la charge de la succession que le caractère nettement fiscal de la majoration. Cette raison nous paraît insuffisante.

En effet, il ne suffit pas qu'il s'agisse d'une pénalité fiscale pour que l'amende ne soit pas personnelle. Si nous recherchons dans la législation et la jurisprudence antérieures, nous constatons que toutes les fois que la pénalité a perdu son caractère personnel, c'est par suite d'une disposition spéciale de la loi.

En matière d'enregistrement, l'administration a reconnu par une solution du 20 janvier 1872 que les pénalités s'éteignaient à la mort du contrevenant et cette thèse est toujours en vigueur.

Au contraire, en matière de timbre, la pénalité est réclamée aux héritiers parce que l'art. 76 de la loi du 28 avril 1916 le prescrit.

Il y a donc lieu, d'après nous, de rechercher, pour chaque contribution, si le législateur a entendu ou non frapper le contribuable ou l'hérédité.

En matière d'impôt général, nous devons nous reporter à la loi du 15 juillet 1914 modifiée par les lois des 30 décembre 1915, 23 février 1917, 29 juin 1918, 25 juin et 31 juillet 1920. L'art. 20 porte qu'en cas d'absence ou d'insuffisance de .... déclaration ou de taxation constatée à l'ouverture d'une succession, le trésor opérera le recouvrement des impôts non perçus, majorés comme il est dit à l'art. 18.

L'article 18 prononce les pénalités suivantes :

« Le montant de l'impôt sera majoré de 10 p. 100 pour le contribuable qui n'aura pas souscrit de déclaration dans le délai prévu par l'article 16.

Dans le cas où le contribuable n'a déclaré qu'un revenu insuffisant, il est tenu, s'il n'établit pas sa bonne foi, de verser, en sus des droits afférents au montant réel de son revenu imposable, une somme égale au quadruple de la partie de ces droits correspondant au revenu non déclaré. Toutefois le droit en sus n'est applicable que si l'insuffisance constatée est supérieure au dixième du revenu imposable ».

Enfin toutes les pénalités encourues depuis le 1er janvier 1920 ont été augmentées de deux décimes et demi par l'art. 110 de la loi du 25 juin 1920.

En présence de ces textes, il ne semble pas y avoir de doute. Les pénalités encourues pour défaut, retard ou insuffisance de déclarations relatives à l'impôt général sur le revenu frappent non seulement le contrevenant, mais encore ses héritiers.

En est-il de même en matière de contribution sur les bénéfices de guerre ? Nous ne le pensons pas, car rien dans la loi du 1er juillet 1916 qui institua cette contribution, ni dans les lois postérieures, ne vise les héritiers du contribuable.

D'ailleurs M. Baudoin-Bugnet, directeur général des contributions directes, parlant comme commissaire du gouvernement, a répondu en ces termes à M. Bonnevay, député, à la séance de la Chambre du 30 juin 1916, c'est-à-dire au moment du vote de la loi du 1er juillet 1916 :

« La Commission départementale et la Commission supérieure, qui sont surtout des Commissions d'équité, jugeront certainement que, toutes les fois qu'il sera nettement établi que les héritiers n'ont pas eu connaissance des bénéfices réalisés par le défunt, il n'y aura pas lieu de les soumettre à la pénalité ».

Il y aurait donc lieu de demander au Conseil d'Etat de réformer sa jurisprudence en matière de pénalité encourue par un contribuable décédé et d'appliquer le principe admis en matière d'enregistrement, savoir :

Lorsqu'un contribuable est décédé après avoir encouru une pénalité en matière de contribution sur les bénéfices de guerre, l'amende s'éteint et les héritiers ne sont tenus que d'acquitter le droit simple.

Il ne pourrait en être autrement que si une condamnation a été prononcée par jugement définitif avant le décès du contrevenant. Dans ce cas la condamnation est une dette de la succession.

A. MARTINOT.

Directeur du « Contribuable Français »
Conseiller Fiscal.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Quelques considérations sur la Pension de retraite

Une question qui préoccupe ceux de nos confrères qui voudraient s'assurer une pension de retraite est la crainte qu'ils éprouvent de ne pouvoir peut-être, par suite d'incapacité de travail, continuer le payement de leurs cotisations et arriver à cette retraite indispensable à leurs vieux jours.

Bien portants, ils travailleront et trouveront bien le moyen de payer ; mais s'ils tombent malades, s'ils deviennent chroniques, s'ils voient leurs ressources diminuer, qu'adviendra-t-il ?

Plusieurs lettres que j'ai reçues m'incitent à revenir sur cette question.

Je répondrai d'abord que l'interruption et même la cessation du payement des cotisations aux combinaisons retraites n'entraînent pas la déchéance. Les statuts sont formels :

Si le participant a versé au moins cinq cotisations annuelles pour la retraite à la combinaison à laquelle il est inscrit, il lui sera remis une retraite réduite calculée sur ses versements et suivant les bases qui ont servi à l'établissement des tarifs.

Pour que la pension ne puisse être liquidée, il faudrait qu'au moment où il atteint l'âge fixé pour la retraite, il n'ait pas versé au moins cinq cotisations : chose bien difficile à admettre.

J'ajoute immédiatement qu'il lui est toujours loisible de reprendre le versement des cotisations en souffrance sauf pendant les quatre dernières années qui précèdent l'âge de la retraite.

Mais il y a autre chose.

Ce que nous conseillons avant tout au médecin, c'est de s'inscrire à une combinaison donnant l'indemnité maladie ; à notre avis, la retraite ne doit venir qu'en second lieu.

Admettons donc qu'il soit inscrit soit à M A soit soit à MAD, puis ensuite qu'il entre pour une retraite à P ou à R. S'il tombe malade, il reçoit l'indemnité-maladie ; si la maladie se prolonge, il reçoit l'indemnité mensuelle des chroniques, et cette indemnité lui facilite le payement de sa cotisation retraite.

Rien ne vaut des exemples :

Un de nos confrères, qui a reçu au 1er janvier dernier la première annuité de sa pension à R, était inscrit à MA ; après avoir été, à plusieurs reprises, arrêté plus ou moins longtemps, mais sans qu'il ait eu à se préoccuper sérieusement, il est définitivement touché dans le dernier trimestre de 1919 — impossible pour lui de reprendre l'exercice de la médecine. La combinaison MA lui a versé d'abord 600 francs pour les soixante premiers jours de maladie, puis l'indemnité mensuelle de cent francs jusqu'en 31 décembre 1922. Les 1.200 francs annuels lui permettaient de payer à R. ses dernières cotisations et d'atteindre régulièrement sa pension de retraite.

Le docteur P. est plus jeune et il ne touchera le premier arrérage de sa pension que le 1er janvier 1926, mais dès 1900, après six années de sociétaire, il est atteint d'une grippe infectieuse dont les séquelles lui enlèvent définitivement la possibilité d'exercer. La combinaison MA, depuis cette époque, lui sert l'indemnité mensuelle et ses 1.200 francs annuels lui permettent de payer sa cotisation à R. sans difficultés.

On a fait quelque bruit sur l'organisation nouvelle préconisée par l'Association générale des médecins de France, organisation grâce à laquelle, moyennnant une surprime, elle s'engage à payer à la Caisse nationale des retraites les cotisations de ses sociétaires s'ils en sont empêchés par la maladie.

Il m'est permis de dire que l'organisation de la Mutualité familiale est de beaucoup préférable.

La circulaire de l'A. G. dit qu'à 30 ans une surprime de 51 francs garantira le payement des 730 francs d'une cotisation assurant 3.000 fr. de pension à 60 ans. Mais il faut que le sociétaire ait au moins 3 mois de maladie et en aucun cas l'A. G. n'indemnise la maladie.

A la Mutualité familiale, à ce même âge de 30 ans, une cotisation annuelle de 82 fr. 50, gestion comprise, assure au malade d'abord 600 fr. pour ses 60 premiers jours de maladie et ensuite 100 fr. par mois quelle que soit la durée ; le sociétaire trouve dans cette indemnité la somme nécessaire au payement de sa combinaison retraite et il lui reste encore quelque chose.

Pour le médecin qui veut être assuré d'avoir sa pension de retraite entière, la meilleure garantie est de s'inscrire en même temps à une combinaison indemnité maladie.

Pour celui qui a choisi la combinaison P, c'est même le moyen d'avoir, s'il est malade, pendant la période qui va de 60 à 65 ans, à la fois la retraite et l'indemnité maladie, celle-ci ne cessant qu'à 65 ans.

Les avantages offerts par l'Association générale sont loin d'être équivalents.

Quant à la femme du médecin qui s'inscrit, elle aussi, à une combinaison retraite, j'ai montré dans une étude précédente que la meilleure garantie consistait dans l'entrée de son mari à la combinaison V.

Que peut-elle en effet redouter de plus ? la mort de son mari qui changera vraisemblablement beaucoup sa situation, eh bien ! elle reçoit alors sa pension de veuve qui lui permet de continuer ses versements à sa combinaison retraite, soit jusqu'au terme normal qui lui donne la pension entière, soit jusqu'au bout des cinq années statutaires qui lui assurent la pension proportionnelle.

Une chose m'étonne, c'est que les adhésions qui nous viennent depuis quelque temps émanent de confrères relativement âgés. Je sais bien qu'à partir d'un certain âge on réfléchit davantage et que la prévoyance paraît autre chose qu'un mot ; je ne puis pourtant arriver à comprendre pourquoi les jeunes montrent tant d'insouciance.

Se figurent-ils donc qu'ils sont invulnérables, à l'abri de tout danger, de toute maladie ?

Il y a quelques semaines, un médecin jeune, plein de santé, se tuait dans un accident d'automobile. Il était inscrit à MA, à R et à V ; si MA ne lui a versé que 10 fr. d'indemnité, R a remboursé les versements qu'il avait faits et V assure une pension à sa veuve. Que ne l'avait-il pas fait inscrire à R, elle aussi ?

Vraiment quand on songe qu'avec vingt sous par jour on peut s'assurer l'indemnité quotidienne de 20 francs, mensuelle de 200 francs, et à 65 ans la retraite de 2.400 francs, on ne comprend pas qu'un confrère de 30 ans hésite.

Vingt sous ! Ce que notre confrère La Bonnardière appelait le cigare de Monsieur ou le gâteau de Madame !

A. Gassot.

DÉONTOLOGIE PRATIQUE

Au temps, déjà lointain, où j'étais étudiant en médecine, cinq notaires étaient internés, dans la prison de Béthune, pour des méfaits que j'ignore.

En passant, un farceur traça, à la craie, sur la porte de la « *Maison d'Arrêt* » cette phrase lapidaire : « *Chambre des Notaires* » ; c'était, à la fois, spirituel et méchant.

Demain, peut-être, un facétieux anonyme — car l'insulte est, le plus souvent, lâche — écrira, furtivement, la nuit, dans l'ombre, sur une des prisons de Versailles ou de Marseille : « *Chambre des médecins* ».

Si l'on voulait relever la liste des magistrats, juges, etc. qui ont failli à leur devoir, les professions libérales relèveraient, à leur actif, des défections attristantes.

Mais, de ce qu'un homme a failli, — fût-il notaire, médecin, magistrat, prêtre, officier ou soldat — peut-on déduire que les corporations auxquelles appartiennent ces personnalités soient, dans leur ensemble, gangrénées par le mal qui s'est extériorisé dans quelques-uns de ses membres ?

Ce serait folie que de le croire, ce serait absurdité que de le prétendre, ce serait mensonge que de l'affirmer.

La vérité, c'est qu'en toute classe sociale il est des « brebis galeuses » et qu'il reste, encore, grâce à Dieu, dans notre admirable corps médical — car, en l'espèce, il ne peut s'agir que de lui, en cet article — de nombreux médecins pratiquant honorablement leur art ; médecins de campagne, ils vont, jour et nuit, usant leur intelligence, leurs forces, pour aider leurs clients.

Spécialistes, ils consacrent leur temps à l'étude des meilleures méthodes de guérison.

Consciencieux, ils subordonnent leurs honoraires à la situation sociale de leurs malades.

Enfin, lorsqu'ils ont affaire à des pauvres, ils les soignent, bien souvent, pour rien.

Entre eux, les médecins honorables — et c'est la majorité — s'estiment et entretiennent les meilleures relations.

« L'*Invidia medicorum* » est une boutade qui n'a plus de portée.

Lorsqu'un différend existe, le syndicat est là,

pour le régler. Bref, les médecins se sentent, actuellement, les coudes, grâce à cette « *union sacrée* » qu'ont réalisée les syndicats.

Mais, si, par hasard, de très, de tout, de trop jeunes confrères veulent se mettre en marge de la grande école qui s'appelle « la Déontologie », alors, ils se brisent le nez contre ce mur qui s'appelle « la Loi ». Et alors, il nous est bien difficile d'intervenir en leur faveur, puisqu'ils n'ont pas daigné faire partie de nos associations ; associations, dans lesquelles, avec le respect de ses confrères, on apprend les notions de celui qu'on doit au public.

Dr Galand.
(de Cambrai).

A PROPOS D'UNE RÉDACTION SINGULIÈRE DE CERTAINES ORDONNANCES A MORPHINE. RÉFLEXIONS PRATIQUES (1)

Par M. G. Pégurier.
Docteur en pharmacie à Nice.

Après lecture de l'intéressant article de notre confrère, le professeur Astruc (1), nous retenons deux questions posées : 1° un *renouvellement* de dose quotidienne de morphine injectable est-il légal en s'en tenant à la règle des sept jours ?

Exemple de M. Astruc pour cette première question :

Ordonnance n° 1.

Dose quotidienne :
Chlorhydrate de morphine, vingt centigrammes
Je dis vingt centigrammes.
Eau distillée stérilisée..... 10 c.cubes.
A renouveler pendant 7 jours consécutifs.

2° Une délivrance prescrite *exclusivement journalière* de morphine est-elle légale alors que le médecin formule simultanément une dose globale et hebdomadaire de toxique ?

Exemple de M. Astruc pour cette deuxième question

Ordonnance n° 2.

Chlorhydrate de morphine. un gramme
quarante centigrammes
Je dis un gramme quarante centigrammes.
Eau distillée stérilisée..... 70 c. cubes
Dose pour 7 jours, à délivrer un 7e par jour, soit 10 c. cubes.

Pour ma part, et en restant sur le terrain purement juridique, je répondrai, comme M. Astruc, *non* à la première question et *oui* à la deuxième.

Je m'explique : je réponds *non* à la première question parce que la loi sur les toxiques stupéfiants est évidemment de droit étroit et que tout renouvellement, quel qu'il soit, est interdit par la loi, et j'ajoute qu'il doit en être ainsi, car il serait trop facile au pharmacien de perdre le compte des renouvellements prescrits et de délivrer la morphine tout au moins une fois de plus qu'il ne le doit.

Je réponds *oui* à la deuxième question, parce que rien ne s'oppose à ce qu'un médecin rédige sa prescription comme il l'entend, si, d'autre part, il respecte scrupuleusement la durée légale de sept jours de médication stupéfiante, ainsi que les indications posologiques obligatoires.

Mais ici le pharmacien va faire la grimace. Il consent à être le gardien légal de ses propres toxiques, mais il lui répugne, semble-t-il, d'être le gardien bénévole des toxiques du voisin, fut-ce même de son client.

Le morphinomane — mettons, pour ne désobliger personne, le morphinisé — est souvent un client peu commode.

Il commande ; il s'impatiente et menace parfois de tout briser si on ne lui donne pas sa morphine au jour et à l'heure où il la réclame. De là, des scènes parfois scandaleuses, dont j'ai été le témoin dans des officines où l'on entendait respecter et faire respecter la loi.

Il me paraît donc que le pharmacien serait en droit de refuser l'exécution d'une semblabe ordonnance, attendu, je le répète, que la loi ne l'a pas constitué gardien des toxiques des autres et qu'au surplus il ne tient nullement à la visite *quotidienne* d'un client que sa manie rend quelque peu indésirable.

Mais ce n'est pas tout. Quand et comment le pharmacien fera-t-il sa sortie de toxique B sur son registre ? Est-ce en une seule fois pour toute la semaine, ou 7 fois pour chacun des 7 jours de la semaine ?

La rédaction de l'ordonnance n° 2 impose bien l'inscription de la sortie de 1 gr. de morphine au jour de la préparation. Et cependant, il n'est sorti en réalité, ce jour-là, de l'officine, que 1 gr. divisé par sept, soit 0 gr. 1428... de morphine à quelques décimales près. La sortie du registre sera donc fictive. D'autre part, le nom du malade peut être inconnu du pharmacien en vertu du secret professionnel, mais la loi oblige le pharmacien à inscrire chaque fois le nom de *l'acheteur* sur son livre de comptabilité. Nouvelle complication.

Mais qui sera l'acheteur le jour où le malade sera retenu à la chambre ou empêché pour une cause quelconque ?

Quel pouvoir légal aura le premier messager venu de se faire délivrer la dose journalière de stupéfiant s'il n'a aucune ordonnance en mains, l'original

(1) *Rép. de pharmacie*, n° 4, avril 1923.
(2) *Répertoire de pharmacie*, n° 3, mars 1923, p. 65.

restant toujours à l'officine ? Pour couvrir sa responsabilité, le pharmacien devra-t-il lui réclamer une procuration notariée ?

Voilà bien des complications d'écritures et des soucis de tous les jours pour le malheureux pharmacien déjà suffisamment... empoisonné par sa comptabilité des poisons. Et je comprends que le Tribunal de Montpellier ait éludé la question, cependant si piquante, de notre excellent confrère, le professeur Astruc. Tout aussi bien, n'avait-il pas à la trancher car les tribunaux repressifs s'en tiennent habituellement au fait ou à l'espèce visée, et rien de plus. Je termine et je conclus : le médecin devrait rigoureusement s'abstenir de prescrire une provision de morphine lorsqu'il présume que son client pourra en faire un emploi contre-médical.

Que médecins et pharmaciens s'en tiennent donc aux usages courants et qu'ils s'arment du maximum de prudence à l'égard des doses et du summum de défiance envers le malade chez lequel l'excès du bien d'un remède héroïque a fait naître sournoisement le mal irréparable de la toxicomanie.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Association Générale des Médecins de France

5, rue de Surène Paris (8e)

L'Association générale des médecins de France a tenu, le 29 avril, à 2 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, son assemblée générale, sous la présidence de M. le Dr Bellencontre. Plus de 150 présidents et délégués de 93 sociétés locales assistaient à la réunion.

Le Dr Ch. Levassort ne sollicitant pas le renouvellement de son mandat, est remplacé comme secrétaire-général par le Dr Thiéry.

Les docteurs Oberkirch, député du Bas-Rhin, et Dartigues, de Paris, sont élus membres du Conseil général.

Les comptes présentés par le Dr Bongrand, trésorier-général, sont approuvés à l'unanimité.

Les conclusions du rapport du Dr Doizy sur les Pensions viagères sont adoptées, et, sur sa proposition, 17 nouvelles pensions sont accordées à des confrères âgés et incapables de continuer l'exercice de leur profession. L'A. G. continuant son œuvre bienbienfaisante, s'efforce de soulager de son mieux les infortunes dont le nombre s'accroît malheureusement sans cesse et consacre à cette tâche les revenus de son avoir.

Il est procédé ensuite à la discussion des questions portées à l'ordre du jour :

La Maison médicale, devenue le Foyer National des médecins français, retient particulièrement l'attention des délégués de province.

L'Assemblée a étudié diverses formes de retraite, soit par le jeu de la mutualité (proposition de l'Aube), soit par une cotisation globale couvrant les différents risques : maladie, invalidité, retraite (Castres et Lavaur) ; soit enfin par l'aliénation d'un capital devant servir à nos arrière-petit s-neveux.

Tout le poids de la discussion fut soutenu par le Dr Ch. Levassort avec l'autorité et la compétence qui lui sont coutumières, secondé par le très habile M. Puge, l'actuaire distingué qui sait mettre les chiffres et les combinaisons à la portée de tous.

La séance est levée à 5 heures.

Le soir, à 7 h. 1/2, au Palais d'Orsay, un banquet présidé par M. Strauss, Ministre de l'hygiène, réunissait les présidents et les délégués présents à la réunion et les invités du Conseil général.

Au dessert, M. Chapon, vice-président, en l'absence de M. le Dr Bellencontre, leur a souhaité une cordiale bienvenue et remercié, en termes éloquents, M. le ministre de l'hygiène d'avoir bien voulu honorer de sa présence notre banquet annuel.

M. Strauss, dans un discours plein de cordialité, a remercié les médecins présents, venant de tous les points de la France, de la précieuse collaboration qu'ils lui apportent dans la lutte contre les maladies contagieuses, collaboration qui lui est précieuse et à laquelle il continuera à toujours faire appel.

A l'issue du banquet, une chaleureuse réception a été faite à une délégation de 22 médecins Espagnols, conduite par M. le Pr Recassens, Doyen de la Faculté de médecine de Madrid, qui était arrivée en gare d'Orsay par le Sud-Express à 22 h. 15, et qu'attendait sur le quai M. le Pr Roger, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, entouré de plusieurs notabilités médicales et des délégués de l'Association.

Syndicat de la région Nortaise

(1er mars 1923)

La séance est ouverte à 16 h. 25, par notre nouveau président, le Dr Clénet. Regrettant la démission du Dr de Sallier-Dupin, il nous rappelle que « l'unité de « vue et d'action, sont choses primordiales pour le « bon fonctionnement du syndicat. . , « Les démo- « craties s'épuisent et meurent du changement « continuel de direction », et exprime à notre président honoraire toute sa gratitude et ses remerciements pour les éminents services qu'il a rendus. Il était de ces quelques-uns, qui dès 1902, se réunissaient en dîners confraternels formant le Cercle médical de la région Nortaise, cercle qui, s'élargissant, forma en 1912, un syndicat indépendant ayant ses propres statuts.

Notre président nous redit :

1° La lutte qu'il engagea avec les Pouvoirs publics pour l'A. M. G. dont nous sommes sortis victorieux.

2° Les interventions aux Assemblées de l'Union où il fit, entr'autres, voter, le relèvement de la cotisation, relèvement nécessaire et sans lequel nos dirigeants ne pourront faire œuvre utile.

3° Son projet de contrôle à deux juridictions qui donnera toute garantie aux médecins.

Ensuite le Dr Clénet applaudit aux succès de notre président de Fédération, le Dr Méloche, élu membre du Conseil de l'Union à très grosse majorité. Il faut nous en réjouir, car nul autre ne saura mieux que lui défendre les intérêts du corps médical, nous l'avons déjà vu à l'œuvre pour les Pupilles de la Nation et l'A. M. G.

Il enregistre avec un plaisir non dissimulé la nomination du Dr Chauvet, président du syndicat de Nantes, comme membre de l'Union ; nous sommes heureux de le voir secrétaire de la commission de contrôle (mutilés), car sa compétence et ses conseils faciliteront notre tâche.

Après avoir souhaité la bienvenue à nos nouveaux adhérents, les docteurs Parthenay et Paignon, notre président conclut en montrant la prospérité toujours croissante de notre syndicat qui, aujourd'hui, comprend 35 membres. Nous sommes une force avec laquelle doivent compter les Pouvoirs publics, et cette force, nous la devons à notre cohésion et à notre bonne confraternité, ce dont il félicite les confrères syndiqués.

La parole est au secétaire-adjoint pour la lecture du procès-verbal de la dernière réunion, qui est adopté. Ensuite notre très dévoué trésorier, le Dr Gaschignard obtient d'unanimes félicitations : nous bouclons le budget avec un boni fort appréciable.

Notre secrétaire, le Dr Guesné, a la parole ; il nous relate ce qui s'est passé depuis notre dernière réunion.

Blessés de guerre. — 1° A la dernière réunion de la Fédération, et dans une lettre récente, le Dr Chauvet, secrétaire général de la commission de contrôle des blessés de guerre, nous a donné quelques conseils pratiques, qu'il nous a prié de vous transmettre.

a) Envoyer le bulletin de déclaration de maladie dès la première visite.

Après question posée par le Dr Bichon, c'est le bulletin de consultation ou de visite que l'on expédie. Dans l'établissement des notes d'honoraires, il faut signaler que ce bulletin a été envoyé.

b) Adresser les mémoires régulièrement à la fin de chaque trimestre pour faciliter et activer les règlements de comptes.

c) Prévenir le secrétaire de la commission, s'il est nécessaire de pratiquer plus de cinq injections consécutives.

d) Ne pas formuler de spécialités ; cependant certaines d'entre elles, qui ne peuvent être remplacées en pharmacie ordinaire, sont tolérées : digitaline Nativelle, Hémostyl Roussel, diverses marques de jus de viande. L'eau de Vichy, en petites quantités, est admise dans les crises aiguës.

e) Les demandes de radiographies et d'hospitalisation des blessés de guerre doivent être adressées directement au secrétaire de la Commission, sans passer par les mairies (sauf pour éviter l'affranchissement). Tous les établissements hospitaliers sont acceptés en principes.

2° Des contrôleurs sont proposés et acceptés ; ce sont les docteurs Méret, Allaire, Briau, Daveau.

3° La demande faite par les mutilés d'un tarif de faveur en dehors de leur cause de réforme est repoussée à mains levées.

II. *Vaccinations.* — Le préfet a ratifié toutes les propositions de vaccinations, aussi nous espérons que les nominations parviendront aux intéressés sans trop tarder.

A la précédente réunion, nous avons chargé le Dr Méloche de demander aux Pouvoirs publics un tarif kilométrique. Cette proposition sera transmise ainsi que celle émanant de divers syndicats régionaux, qui élève de 0 fr. 75 à 1 fr. le prix de la vaccination.

III. *Pupilles de la Notion.* — Vraisemblablement le service fonctionnera d'ici quelques mois. Dans trois ans nous espérons pouvoir relever nos tarifs déficitaires vis-à-vis de ceux des départements voisins et adopter le contrat d'Ille-et-Vilaine qui donne toute satisfaction et le plus de garantie pour le bon fonctionnement du service.

Les communes des régions dévastées et l'indemnité kilométrique pour soins aux pensionnés de guerre (1)

1° *Arrêté inter-ministériel en date du 15 janvier 1923.*

ARTICLE 1er. — Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont fixées comme suit, en France, pour l'année 1923 :

Dans les régions de plaine, 1 fr. 24 par kilomètre effectivement parcouru.

Dans les régions de montagnes et les régions dévastées, 1 fr. 27 par kilomètre effectivement parcouru.

ARTICLE 2. — A l'occasion de chaque visite, le médecin doit inscrire lisiblement au recto du bulletin de visite extrait du carnet à souches de bons médicaux et pharmaceutiques, le nombre de kilomètres effectivement parcourus et le prix correspondant, compte étant tenu des dispositions des paragraphes 2 à 6 de l'article 64 du décret du 25 octobre 1922.

ARTICLE 3. — Un arrêté préfectoral déterminera dans chaque département, les communes qui doivent être considérées comme étant en région de plaine, région de montagne, région dévastée.

La liste des communes des régions dévastées sera révisible annuellement.

Le Ministre des Finances — DE LASTEYRIE.
Le ministre des Pensions — MAGINOT.

2° *Arrêté préfectoral pris en exécution de l'article 3 de l'arrêté susvisé.*

ARTICLE 1er. — Sont considérées comme faisant partie des régions dévastées et donnent droit à l'indemnité de déplacement de 1 fr. 27 par kilomètre effectivement parcouru les communes ci-après du département du Nord.

ARRONDISSEMENT DE CAMBRAI.

Canton de Cambrai-Est : Awoingt, Eswars, Thun-Lévêque.

Canton de Cambrai-Ouest : Abancourt, Aubencheul-au-Bac, Bantigny, Blécourt, Cuvillers, Fontaine-Notre-Dame, Frossies, Haynecourt, Hem-Lenglet, Morenchies, Proville, Raillencourt.

Canton de Marcoing.— Lesdain, Anneux, Banteux Bantouzelle, Boursies, Cantaing, Crèvecœur-sur-Escaut, Doignies, Flosquières, Gonnelieu, Gouzeaucourt, Honnecourt, Marcoing, Masnières, Nœuvres, Rumilly, Villers-Guislain, Villers-Plouich.

ARRONDISSEMENT DE DOUAI.

Canton d'Arleux : Arleux, Aubigny-au-Bac, Bugnicourt, Estrées, Féchain, Fressin, Gœulzin, Hamel Lécluse, Marcq.

Canton d'Orchies : Orchies.

ARRONDISSEMENT D'HAZEBROUCK.

Canton de Bailleul Nord-Est : Stoenwerck, Bailloul et Nieppe.

Canton de Bailleul Sud-Ouest : Méteron, Vieux-Berquin, Merris.

Canton de Merville : Estaires, La Gorgue, Neuf-Berquin, Le Doulieu, Merville.

Canton d'Hazebrouck-Sud : Strazeele.

ARRONDISSEMENT DE LILLE.

Canton d'Armentières : Capinghem, Erquinghem-Lys, Armentières, Bois-Gronier, La Chapelle d'Armentières, Frelinghion, Houplines, Prémosques.

Canton d'Haubourdin : Beaucomps, Ennetières-en-Weppes, Erquinghem-le-Sec, Escobecques, Ligny, Le Maisnil, Radinghem.

Canton de La Bassée : Fournes, Illies, Aubers, Fromelles, Herlies, La Bassée.

Canton de Quesnoy-sur-Deule : Lompret, Pérenchies, Verlinghem, Comines, Deûlémont, Quesnoy-sur-Deûle, Warneton-Bas, Warneton-Sud.

ARTICLE 2. — Toutes les autres communes du département sont considérées comme étant en région de plaine et les indemnités auxquelles peuvent avoir droit les médecins sont fixées à 1 fr. 24 par kilomètre effectivement parcouru.

ARTICLE 3. — Le décompte des indemnités de déplacement à allouer aux médecins sera effectué sur les bases ci-dessus indiquées à partir du 1er janvier 1923

ARTICLE 4. — Les dispositions du présent arrêté sont valables jusqu'au 31 décembre 1923.

(1) Document communiqué par le Dr Galand, d'Anzin.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Association amicale des anciens médecins des corps combattants.** — Le dîner de printemps de l'Association a eu lieu avec un plein succès, samedi dernier 14 avril, à l'Hôtel Lutetia, sous la présidence de M. Marcel Pinard médecin des hôpitaux de Paris. Un grand nombre de confrères de Paris et de Province étaient présents. L'Assemblée a décidé de poursuivre avec rigueur la réalisation des buts de l'Association : camaraderie et soutien professionnel et de faire une active propagande pour hâter l'adhésion de tous les médecins et étudiants qui ont servi dans les régiments pendant la guerre.

Pour tous les renseignements, s'adresser au Dr R. Jeudon, secrétaire adjoint, 132, avenue d'Orléans, Paris, XIVe.

— **Remplacements médicaux.** — La Section de médecine de l'Association générale des étudiants, 13 et 15, rue de la Bûcherie, rappelle à MM. les médecins de Paris, banlieue et province qu'elle tient à leur disposition des étudiants munis des inscriptions réglementaires. Bureaux ouverts (dimanches exceptés), de 14 à 18 heures 30. (Tél. Gob. 07-40 et 59-19. Demander le bureau médecine.).

— **Congrès de thalassothérapie de Venise.** — Le Congrès international de Thalassothérapie qui vient de tenir ses assises à Venise a été un grand succès pour la Science française. Nos amis et alliés ont fait avec nous assaut de courtoisie et M. le secrétaire général Dr Baudouin a prononcé dans son discours de fortes paroles que tous ont appaudies. Dans ce prestigieux décor de Venise où l'on semble vivre une vie de rêve et de fée, nos Congrès devraient bien avoir une permanence. . Nous donnerons prochainement quelques détails sur les importantes communications qui y ont été faites.

— **Société d'hydrologie et de climatologie clinique de Bordeaux et du Sud-Ouest.** — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons le très vif succès que vient d'avoir la réunion annuelle de cette Société qui compte plus de 250 membres dont un grand nombre de professeurs et de praticiens. Deux grandes questions étaient inscrite à l'ordre du jour. Leur discussion a donné lieu à un échange de vues les plus intéressantes. M. le professeur Arnozan a conduit les débats avec la haute autorité qui est la sienne. Les médecins hydrologues ont présenté, en outre, de très curieuses communications sur les résultats thérapeutiques obtenus dans leurs stations. Nous y reviendrons.

— **Voyage d'études médicales de Strasbourg.** — Le premier mai se termine le V. E. M. que le prof. Léon Blum a dirigé cette année parmi les stations de la Côte d'Azur, Toulon, Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Lerins, Antibes, Grasse, Vence, Nice, Menton, le Cap Martin, Monaco et Monte Carlo ont été successivement visités. Le Dr Arbinet-Labessède avait remarquablement organisé ce voyage, subventionné par l'O. N. T. et les stations de la Côte d'Azur. Landouzy et Carron de la Carrière peuvent être heureux : l'Œuvre qu'ils ont fondée, il y a vingt ans, a fait des petits !

— **Voyage de pharmaciens aux stations Pyrénéennes.** — On nous annonce que M. le professeur Radais, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris, va conduire aux stations pyrénéennes un groupe de 120 pharmaciens. Le voyage aura lieu du 20 au 30 mai.

— **Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire,** 156 *bis*, avenue de Suffren, 15e arrondissement (métro-Sèvres). — Chef du service : M. le Dr F. Cathelin. — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes.* — Semestre d'été à partir du jeudi 3 mai 1923. *Programme* : Consultations, tous les jours, sauf le vendredi, de 9 heures à 11 heures. — Opérations et lithotritie : les vendredis à 9 heures, au Pavillon Annexe. — Cystoscopie et cathétérisme des uretères : les mardis et samedis à 9 heures et demie. — Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches : les jeudis à 10 heures. — Injections épidurales, radiographies et électricité (haute fréquence) : les mercredis à 9 heures et demie. — Urétrites, examen des gouttes et radiographies : les lundis à 9 heures. — Traitements : tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le Musée, la Bibliothèque et les Laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
(THIRON ET Cie, SUCCESSEURS).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

rations), frais de gestion, assurances, amortissement, etc.

Mais ce revenu, qu'il soit calculé forfaitairement ou qu'il soit réel, doit être porté intégralement sur la déclaration de l'impôt général.

Vous n'êtes donc pas fondé à défalquer le loyer de vos locaux professionnels pour les raisons suivantes :

D'abord la déduction serait opérée 2 fois, à la cédule des professions libérales et à la cédule des propriétés bâties.

Ensuite, si vous habitiez une maison dont vous seriez locataire, vous loueriez l'immeuble dont vous êtes propriétaire et porteriez son revenu net à votre déclaration d'impôt général sans avoir le droit de porter en dépenses déductibles le loyer payé par vous.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Calcul de la rente d'un blessé du travail

Abonné du *Concours*, je vous prie de vouloir bien me renseigner sur la rente qui sera allouée à un blessé à qui l'auriculaire de la main droite avec la tête du métacarpien a été amputé. Si on lui offre une somme globale, quelle somme serait juste dans ce cas ? « Blessé de 30 ans, menuisier, gagnant 35 fr. par jour ».

Dr D.

Réponse.

Le Guide-barême des Pensions militaires, qui est souvent utilisé pour l'évaluation des incapacités permanentes des blessés du travail, fixe à 10 pour 100 l'infirmité résultant de l'amputation ou de la désarticulation de l'auriculaire de la main droite.

Le blessé du travail atteint de cette infirmité aurait donc droit à une rente de 5 % de son salaire, calculé comme le prescrit la loi sur les accidents du travail.

C'est le salaire effectivement perçu qui doit servir de base. Mais, si l'on admet que l'ouvrier a travaillé 300 jours dans l'année, il a gagné, à raison de 35 fr. par jour, 10.500 fr.

Pour le calcul de la rente, le salaire est compté pour la totalité jusqu'à...	4.500 fr.
Pour le quart, ensuite, jusqu'à 15.000, soit 1/4 de 6.000..........	1.500 fr.
Ensemble	6.000 fr.

L'ouvrier aurait donc droit à une rente de 5 % de 6.000, soit de 300 fr., qui étant supérieure à 100 fr., ne peut être rachetée.

Passage tardif à un grade supérieur Supplément de solde.

Je me permets de mettre votre bienveillance à contribution pour vous demander un renseignement militaire.

Ayant été nommé médecin aide-major de 2e cl. à T. T.. le 18 mai 1916, j'étais inapte par suite de blessure de guerre (et donc aurais dû être nommé le 18 mai 1918 au grade supérieur ?) et malgré 2 demandes faites, je suis resté au même grade jusqu'à ma démobilisation, 2 mai 1919.

Or, je viens de recevoir un extrait du *Journal officiel* dont copie ci-jointe.

Si la loi qui veut le passage au grade supérieur au bout de 2 ans de grade, pour les inaptes par suite de blessure de guerre, a effet rétroactif, je devrais avoir droit au supplément de solde (différence entre la solde de sous-lieutenant et de lieutenant), pendant la période du 18 mai 1918 au 8 août 1918, puisque d'après le décret ci-joint, je suis repassé à cette dernière date au grade d'aide-major de 2e classe (mais à titre définitif). Ai-je le droit de faire une réclamation ?

S'il vous est possible de me donner ce renseignement, je vous en serais très reconnaissant.

Dr X.

Réponse.

Il serait préférable que vous adressiez une réclamation au Ministre de la Guerre (7e division), car différentes mesures ont été successivement édictées pendant la guerre, qui peuvent se compléter ou s'annuler les unes les autres, sans qu'il nous soit possible de vous donner une solution certaine de cette question.

G. F.

Présomption d'origine d'une maladie pour l'obtention d'une pension militaire.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant :

Un jeune soldat de la classe 22, incorporé le 15 novembre dernier, fait, le 15 décembre, une pneumonie. Après sa pneumonie, une radioscopie démontre des sommets voilés. Il est en conséquence réformé temporairement le 18 janvier. Donc en totalité, 2 mois de service.

Or, ce réformé temporaire fait, ces jours derniers, une hémoptysie violente.

A-t-il droit à la gratuité des soins ? Si oui, comment faire pour l'obtenir ?

Dr C.

Réponse.

Ce jeune soldat (classe 1922), n'ayant pas fait 60 jours de service effectif, n'a pas droit à la pré-

somption légale, c'est-à-dire que sa pneumonie n'est pas imputable au service, à moins qu'il n'en fasse la preuve lui-même par la production des pièces d'origine habituelle.

Si cette affection première n'est pas imputable au service, il n'a pas droit aux soins gratuits.

G. F.

Application du Tarif Breton.

!

Banlieue ou non ?

J'ai l'honneur de vous informer que la Compagnie d'assurances « La P. », refuse de me reconnaître la 1re catégorie pour le tarif des frais médicaux des accidents de travail, sous prétexte que la commune de B. est située à 10 kilomètres de N. (ci-joint copie du refus).

Or, rien n'est plus faux.

Veuillez avoir la complaisance de lire la carte que je vous envoie et vous constaterez que c'est la route de N. au bourg de B. qui a une distance de 10 kilomètres, mais que la commune de B. elle-même est limitrophe de celle de N., d'après le plan cadastral. De plus, la localité des C. (commune de B.) que j'habite et dont l'agglomération s'étend du Pont des C. à B., sur la route de B., est située à moins d'un kilomètre des limites de la ville de N. par la route qui va du Pont des C. à T., en traversant une portion du territoire de la commune de R.

Quant aux limites administratives de la ville de N. directement et immédiatement en contact avec les limites de la commune de B., elles limitent précisément le territoire de N. sur lequel sont construits le plus grand nombre des chantiers et des usines dont les ouvriers, accidentés du travail, s'adressent à moi, parce que beaucoup d'entre eux ont leur domicile dans ma région.

J'ajoute que c'est la première fois qu'une assurance, parmi toutes celles avec lesquelles je suis en rapport, me conteste la 1re catégorie. Les agents locaux savent absolument à quoi s'en tenir sur ma situation régionale ; il n'en est probablement pas de même des agents de la P. à P.

En conséquence, Monsieur et honoré confrère, je vous demande de bien vouloir étudier la question.

Dr B.

Réponse.

Pour savoir si vous êtes « banlieue » donc 1re catégorie, l'unique question qui se pose est de savoir si « la partie la plus importante de l'agglomération » qui se trouve dans le territoire de votre « commune » (soit B... et non C...) est « dans un périmètre de 2 kil. à partir de la limite administrative de la ville de X. Les C. n'entrent pas en ligne de compte parce que « le principal emporte ici l'accessoire ».

Vous trouverez tout ce que j'ai mis entre guillemets dans les avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921.

Conclusion. — D'après la carte que vous m'avez communiquée, je ne vois pas que vous soyez « banlieue »... sous toutes réserves, car il m'est difficile de porter un jugement de loin en telles matières, et cependant, il m'en apparaît bien ainsi. Examinez vous-même, après les précisions fournies ci-dessus.

Dr F. DECOURT.

II

Anesthésie

Je vous serais très obligé si vous vouliez bien me faire savoir si après une anesthésie générale nécessitant la surveillance du blessé pendant un temps plus ou moins long, on est autorisé à faire application de l'article 6 du tarif Breton.

Bien que la chose ne me paraisse pas douteuse, je serais désireux d'avoir sur ce point l'avis éclairé de votre service du contentieux.

Dr L.

Réponse.

L'art. 71 dit *in fine* : « La rémunération de l'anesthésie est fixée à 50 fr. plus l'indemnité kilométrique, s'il y a lieu ».

Il m'apparaît que c'est là un prix forfaitaire, comprenant la surveillance du blessé jusqu'à disparition des phénomènes d'anesthésie.

Dr F. DECOURT.

Application du Tarif Maginot

Ablation d'ongle incarné

Je vous serais très obligé de me faire connaître votre avis sur le cas suivant :

Un mutilé de guerre amputé de la cuisse gauche, souffre d'un ongle incarné du gros orteil droit au point de ne plus pouvoir marcher.

Je fais l'ablation complète de l'ongle.

L'intéressé est-il en droit, pour solder mes honoraires, d'utiliser son carnet de blessé de guerre ? L'ongle incarné à droite paraît n'être devenu douloureux qu'à la suite des troubles de la statique occasionnés par l'amputation de cuisse à gauche.

Dans l'affirmative, quel est le montant des honoraires d'après le tarif Maginot ?

Dr M.

Réponse

Théoriquement, je suis d'avis de l'affirmative. Vous trouverez les raisons motivées dans ma ré-

ponse 58 du *Médecin Syndicaliste,* si cela vous intéresse, et surtout dans le 3° qui est un cas analogue au vôtre.

Pratiquement, puisque l'extraction d'ongle incarné ne figure pas dans le tarif, je ne vois, comme analogie à invoquer, que « régularisation, épluchage et suture d'une petite plaie du pied : 40 fr. ».

Dr F. Decourt.

Le Sou Médical n'est pas chargé de la défense des intérêts généraux du corps médical

Je viens de recevoir votre numéro réclame pour le « Sou médical » 18 avril, et tiens à vous avertir que j'ai été fort surpris des termes de l'entrefilet concernant le bandagiste H., page IX.1381. Dans cette affaire vous avez eu le jugement entre les mains, je vous ai averti en temps utile, et vous savez par le jugement même qu'il s'agit non seulement d'escroquerie, mais encore d'une affaire de professionnels d'exercice illégal de la médecine. A mon avis, vous n'avez pas rempli les conditions de votre contrat disant : le « Sou » prend, en outre, la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux. Comme une vulgaire compagnie d'assurances, vous avez tourné la difficulté, ce n'est pas ce que l'on doit attendre de vos promesses.

Je ne suis pas le seul de mon avis, parmi les confrères de la région. Mon intention est donc de porter l'affaire devant notre Syndicat, un voisin la portera à X., et je dois informer le président du Syndicat d'A. en demandant de faire juger votre attitude et de vous voter un blâme si les Syndicats jugent que vous l'avez mérité.

Malgré cela, je reste du « Sou médical » et du *Concours.*

Salutations.

Dr B.

Réponse.

Très honoré Confrère,

Le Conseil du « Sou Médical » a pris connaissance de votre lettre de protestation du 22 courant. Il comprend parfaitement votre émoi, lorsque vous constatez que notre Ligue ne peut accorder de secours à Monsieur P., pour défendre à l'appel du jugement correctionnel du 5 février 1923.

Mais, tout en respectant votre droit absolu de porter plainte contre notre attitude, le Conseil tient à vous rappeler vos devoirs, dictés par la simple lecture de nos statuts. Vous y verrez, en effet, que tout membre du « Sou médical », mécontent d'une décision du Conseil d'administration a le droit de porter l'affaire devant l'assemblée générale du « Sou », seule compétente pour en connaître. Tout autre acte pourrait être con-

sidéré comme constituant l'intention de nuire à notre association.

De plus, la lecture des dits statuts vous prouvera que nous n'avons aucune qualité pour nous substituer aux Syndicats, qui détiennent seuls, des lois du 21 mars 1884 et 12 mars 1920, le droit de défendre la profession tout entière.

Nos statuts du « Sou » sont limitatifs : nous ne pouvons venir en aide qu'à nos seuls adhérents, pour des intérêts particuliers. Or, nous ne savons pas que M. P. soit membre de notre Ligue de défense professionnelle.

Que ne vous adressez-vous à votre syndicat local et à l'Union des Syndicats médicaux de France, seuls qualifiés pour venir en aide à M. P.

Nous espérons que cette explication suffira pour calmer votre ardeur combative à notre endroit et, si vous portez cette affaire devant la juridiction de vos syndicats locaux, vous seriez, nous l'espérons, le premier à nous en avertir pour que nous puissions présenter notre défense et user des droits que nous confèrent les statuts contre ceux qui portent préjudice à notre Ligue.

Veuillez agréer, très honoré confrère....

Le secrétaire général,
P. Boudin.

Note sur les propriétés analgésiques et hypnotiques des barbituriques.

Poursuivant l'étude des uréiques, entreprise dans le laboratoire du professeur Cloetta, de Zurich, par M. Alday Redonnet, M. Ritz vient de publier dans les *Archives internationales de pharmacodynamie*, une note excessivement intéressante sur l'action comparée des divers barbiturates, acide dipropénylbarbiturique, diméthylbarbiturique, isopropylpropénylbarbiturique isoamylallybarbiturique, etc., et il a montré que l'acide isopropylpropénylbarbiturique avait une action supérieure à celle des autres barbiturates: comme, d'autre part, l'acide isopropylpropénylbarbiturique s'est montré le moins toxique des barbiturates, son emploi semble indiqué comme hypnotique dans la plupart des cas, d'autant plus que ce barbiturate forme avec l'amidopyrine une combinaison stable, très facile à absorber et douée non seulement de propriétés hypnotiques, mais aussi de propriétés sédatives et surtout analgésiques : les barbiturates d'amidopyrine sont des médicaments excessivement utiles dans la pratique médicale et parmi eux, l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine semble appelé à un grand avenir dans les algies empêchant le sommeil et dans toutes les insomnies douloureuses.

JURISPRUDENCE

Le prix du duplicatum du certificat initial

Justice de Paix d'Amiens (S. O. 3e Arrond.)

1er mars 1923.

Par exploit de Me Coquerelle, huissier à Amiens, en date du 8 février 1923, enregistré, M. C. a fait citer M. D. à comparaître devant nous à l'audience publique du 15 février 1923, pour :

Attendu que le demandeur est créancier du cité d'une somme de quarante-deux francs pour soins donnés et visites faites et certificats délivrés à la suite de l'accident survenu au sieur P. (Louis), employé à son service, de laquelle somme le demandeur ne peut obtenir payement ;

Par ces motifs et tous autres à faire valoir à l'audience,

S'entendre le cité condamner à payer au demandeur ladite somme de quarante-deux francs ;

S'entendre, en outre, condamner aux intérêts de droit et en tous les frais et dépens.

La cause appelée et après lecture de l'exploit susvisé, le docteur C. déclare persister dans les fins de l'exploit et en requiert l'adjudication à son profit, soutenant qu'ayant délivré deux certificats, ils devaient lui être payés.

A quoi, il a été répliqué par Maître Hatté pour M. D. qu'il offrait immédiatement le payement de la somme de trente-sept francs,

Que c'est à tort que le docteur C., s'appuyant sur le § 1er de l'article 29 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, aux termes duquel le certificat médical constatant sommairement la nature de la blessure et le pronostic probable étant tarifié cinq francs, réclame dix francs pour les deux certificats qu'il dit avoir délivrés ; qu'en effet, un second examen du blessé n'ayant pas été fait, le deuxième certificat ne pouvait, dès lors, être que la copie du premier ;

Qu'au surplus, cette prétention est contraire aux dispositions du tarif ministériel en vigueur, dont les termes impératifs ne peuvent être sujets à aucune interprétation et ne sauraient être modifiés même du consentement des parties ;

Qu'en outre, le tarif ministériel ne prévoit aucune indemnité particulière pour la délivrance des duplicata d'un seul certificat ;

Et il a conclu à ce qu'il nous plaise déclarer son offre de trente sept francs suffisante et libératoire, et condamner le docteur C. aux dépens.

Jugement :

Ouï les parties en leurs dires, explications et conclusions :

Attendu que les parties discutent entre elles le prix du duplicata d'un certifictat délivré par le Dr C., après les soins et visites faites au sieur P. (Louis), employ é au service de D. boucher, lequel avait été victime d'un accident du travail ;

Attendu, qu'il est de jurisprudence constante que

le médecin qui délivre un certificat médical initial, constatant la nature de la blessure et le pronostic probable pour lequel il ne perçoit que la somme de cinq francs n'est pas tenu d'en délivrer un duplicata ;

Que d'ailleurs, l'arrêté fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accident du travail, prévu par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905 ne prévoit pas le cas, un seul certificat devant suffire ;

Qu'il est dès lors de toute équité et de toute justice que le médecin auquel un second certificat est demandé, serait-il même la reproduction du premier, étant dérangé et obligé de le rédiger à nouveau, sans qu'il y soit tenu en aucune façon, réclame des honoraires à celui qui le lui demande, et perçoive le même prix que pour le certificat initial ;

Que c'est donc à bon droit que le docteur C. réclame le prix des deux certificats délivrés par lui ;

Que sa demande n'étant pas exagérée, il y a lieu de condamner D. à lui payer la somme de quarante-deux francs.

Sur les dépens :

Attendu qu'ils sont supportés par la partie qui succombe .

Par ces motifs,

Statuant par jugement contradictoire et en dernier ressort.

Condamnons M. D. à payer au docteur C. la somme de quarante-deux francs qu'il lui doit pour la cause sus-indiquée, avec l'intérêt de droit, le condamnons en outre aux dépens.

Signé : Martin, Dassiet.

Commentaires

Maintes fois la question a été posée au « Sou médical » : « A qui incombent les frais de rédaction du double du certificat initial ? » Aux termes de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, le médecin n'est appelé qu'à rédiger un seul certificat initial, destiné à faire la déclaration de l'accident à la mairie.

Or, les assurances réclament un double de ce certificat, pour leurs propres bureaux ; mais elles se refusent à payer un honoraire quelconque au médecin. Celui-ci proteste et répond que tout travail mérite salaire, qu'il n'est pas copiste par métier et qu'un certificat supplémentaire au certificat initial doit comporter le même honoraire que ce dernier. Et, du moment où ce deuxième certificat n'est utile qu'à la compagnie d'assurances, c'est à celle-ci qu'en incombent les frais.

Si l'assurance trouve exorbitant un honoraire de 5 francs, elle n'a qu'à demander, à l'employé de mairie, un duplicatum du certificat médical, qui lui est présenté à l'appui d'une déclaration d'accident du travail.

Le juge de paix a donc bien jugé en équité, car les assurances ne se gênent pas à se servir de cette copie du certificat soit pour faire examiner, comme c'est leur droit absolu, le blessé par le médecin de la compagnie, soit encore pour chercher noise au médecin traitant, si le certificat n'est pas assez explicite, ou s'il contient des omissions ou erreurs.

Dr Paul Boudin.

Quarante-cinquième année; **N° 19** *bis* (Supplémentaire) 16 Mai 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office des Renseignements du « Concours »

Le *Concours Médical* a organisé un office de Renseignement mis gracieusement à la disposition de ses abonnés afin de les documenter et de les renseigner sur tout ce qui a trait a l'exercice de la profession médicale.

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des Tarifs
Déontologie
Impositions diverses
Maisons de santé, sanatorium, etc...

SERVICE de PROPAGANDE
du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours médical*, afin de leur permettre d'apprécier ce journal, le présent numéro ne représentant pas le *Concours médical* dans sa physionomie habituelle (voir le Bulletin page XVIII 1865).

Lisez, page 1866, les Services que rend le "*Sou Médical*".
Ceci fait, si vous n'êtes pas déjà membre, vous vous empresserez d'y adhérer.

HYDROLOGIE

Taxe de séjour.

Liste des Stations thermales et climatiques qui nous ont fait savoir qu'elles exemptaient de la *taxe de séjour* les médecins et leur famille.

Aix-les-Bains.
Bagnères-de-Bigorre, Brides-les-Bains, Bourbonne-les-Bains.
Cauterets, Châtel-Guyon.
Lamalou-les-Bains, La Bourboule, Le Mont-Dore, La Roche-Posay.
Saint-Gervais.
Vals-les-Bains, Vichy, Vittel.
Wimereux.

CORRESPONDANCE

Discussion des déclarations de revenus

Abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de répondre à une consultation juridique

que je me permets de vous demander au sujet de l'impôt sur le revenu.

Voici ce dont il s'agit :

Après ma déclaration d'impôt sur le revenu, le contrôleur me pose les questions suivantes, auxquelles il me demande réponse :

1° Dans les 3.450 fr. que vous déclarez comme revenu des valeurs et capitaux mobiliers, y avez-vous compris le revenu des ..... francs dont a hérité Madame X. de sa mère ?

2° Vous me déclarez 6.000 francs de bénéfices professionnels.

Veuillez me faire connaître le total de vos recettes et celui de vos frais, en me mettant à part votre dépense d'essence pour l'auto.

A la première question, j'ai répondu : je maintiens ma déclaration de 3.450 francs et je ne crois pas devoir vous donner d'autres explications au sujet d'une somme dont aurait hérité ma femme et dont le montant est erroné et fantaisiste.

A la deuxième question, je lui ai fait connaître que mes recettes s'élèvent à la somme de 19.000 fr. ; mes dépenses à 13.000 francs dont 4.187 francs pour l'essence.

Le 12 avril, j'ai reçu du contrôleur une nouvelle note conçue dans les termes suivants :

1° Je ne saurais accepter votre fin de non recevoir au sujet de l'héritage fait par Mme X.. Si donc vous ne croyez pas devoir me donner d'autres explications plus satisfaisantes, je ferai état du renseignement qui m'a été communiqué pour rehausser votre déclaration comme il convient en vous appliquant en pénalité la majoration d'impôt de 500 % prévue par la loi.

Veuillez me faire connaître également *par nature*, la décomposition de vos frais professionnels de 13.000 — 4.187 = 8.813 francs. Au cas où vous ne croiriez pas non plus me fournir *toutes justifications utiles* sur cette somme, qui me paraît exagérée, je vous avise que je la réincorporerai entière aux bénéfices de 6.000 déclarés, avec pénalité bien entendu.

3° Vous voudrez bien également, en ce qui concerne les bénéfices de 5.000 fr. déclarés pour votre profession en 1921 et 1922 (revenus de 1920 et 1921), me faire connaître pour chacune de ces deux années : 1° le montant total des recettes (indemnités kilométriques comprises) ; 2° le montant de vos dépenses décomposées par nature. En l'absence de renseignements satisfaisants, votre déclaration sera rehaussée sur les bases de celle de cette année.

Pour la première question, dois-je lui fournir les explications qu'il me demande, ma déclaration étant exacte, et n'est-ce pas à lui de prouver qu'elle est fausse? Je ne sais où il a puisé les renseignements sur une prétendue somme de ..... francs dont aurait hérité ma femme.

La vérité est celle-ci. Par acte de partage du 24 mai 1922, il résulte que la sœur de ma femme ayant été avantagée par sa mère du tiers, ma femme a eu pour sa

part ..... fr,, le montant total de la succession s'élevant à ..... fr. ; sur cette somme elle avait déjà touché une partie ; une autre partie lui a été attribuée en immeubles, il lui reste à percevoir une somme de ...:. francs constituée par un titre de rente nominatif dont nous n'avons pu obtenir encore le transfert par le service de la dette publique, et dont nous ne percevons pas encore les revenus.

Pour la 2e question, qu'est-ce qu'il entend par justifications utiles ? Je ne suis pas commerçant et j'espère bien ne pas être obligé de lui montrer des livres. Mais je suis disposé à lui fournir des chiffres qui démontreront que mes dépenses annoncées ne sont pas exagérées

Quant à mes déclarations de 1920 et 1921, pour lesquelles aucune objection ne m'avait été faite, je ne possède plus de notes pour les justifier.

Enfin, à supposer que le contrôleur m'impose d'office avec les pénalités dont il me menace, comment et devant quelle juridiction dois-je porter l'affaire ?

Dr X.

Réponse

Voici la consultation que vous avez bien voulu nous demander au sujet de la discussion de vos déclarations de revenu global.

Sous l'empire de l'art. 17 de la loi du 15 juillet 1914 qui institue l'impôt général sur le revenu global en France, le contrôleur était tenu de vérifier les déclarations uniquement à l'aide des éléments certains dont il disposait en vertu de ses fonctions, tels que les données servant à l'établissement des rôles des contributions directes et taxes assimilées, ainsi que ceux qui, recueillis par tous les services publics en vertu des lois existantes, devaient sans exception lui être communiqués. Il n'avait le droit d'exiger de l'intéressé la production d'aucun acte ou document quelconque.

Ce texte a été modifié par l'art. 5 de la loi du 30 décembre 1916 et est remplacé maintenant par celui-ci :

« Le contrôleur vérifie les déclarations. Il peut demander au contribuable des éclaircissements.

« Il a le droit de rectifier les déclarations ; mais dans ce cas, il adresse au contribuable, avant d'établir la matrice du rôle, l'indication des éléments qui serviront de base à son imposition, l'invite à se faire entendre ou à faire parvenir son acceptation ou ses observations et à fournir, s'il y a lieu, les justifications utiles au sujet des déductions qu'il demande par application des articles 10, 12 et 15. Si le désaccord persiste, le contribuable conserve le droit de réclamer par la voie contentieuse, après la publication du rôle.

« Lorsqu'une insuffisance de revenu déclaré aura été constatée par l'administration après l'établissement du rôle, la cotisation correspon-

dant à cette insuffisance pourra être réclamée au contribuable soit dans l'année même, soit au cours des cinq années suivantes.

« Si une réclamation est introduite, le tribunal saisi du litige apprécie les motifs invoqués par l'administration et par le contribuable et fixe la base d'imposition, la charge de la preuve incombant à l'administration ».

Il résulte de ce nouveau texte que le contrôleur a le droit de vous demander des éclaircissements parce qu'il possède un document qui lui permet de contester votre déclaration.

Vous pourriez, il est vrai, vous borner à lui répondre que le renseignement qui lui a été communiqué est faux et que vous le priez de demander à l'enregistrement des renseignements complémentaires.

Si, regardant votre réponse comme insuffisante, le désaccord persiste, le contrôleur vous taxe d'office et vous applique l'amende de 500 %. Au reçu de l'avertissement vous pouvez réclamer devant le Conseil de Préfecture ; en fournissant la preuve de l'inexactitude des renseignements, qui ont servi de base à votre imposition, vous obtiendrez le dégrèvement. Mais, comme les réclamations ne sont pas suspensives de payement, le percepteur vous poursuivra et vous serez obligé de payer, sauf à être remboursé dans un an au minimum.

Nous pensons donc que, dans votre propre intérêt, il vaudrait mieux fournir immédiatement au contrôleur les explications qui démontrent l'exactitude de votre déclaration ? Vous pourriez les faire précéder de quelques lignes exprimant votre déplaisir de voir suspecter votre bonne foi et d'être mis en la nécessité de vous justifier parce qu'il a plu à l'administration de l'enregistrement de communiquer à celle des contributions directes un extrait incomplet de l'acte relatif à l'héritage fait par Mme X.

En ce qui concerne l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions libérales régi par les lois des 31 janvier 1917, 25 juin et 31 juillet 1920 et 30 mars 1923, le contrôleur doit prendre pour base le bénéfice déclaré, à moins qu'il ne le reconnaisse inexact. Dans ce dernier cas, il peut le rectifier, mais alors il fait connaître à l'intéressé, avant d'établir l'imposition, le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration, en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier ce redressement ; il invite, en même temps, l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans un délai de vingt jours. Si le désaccord persiste, le contribuable conserve le droit de contester, après l'établissement du rôle, le chiffre arrêté par le contrôleur. Le tribunal saisi du litige apprécie les motifs invoqués par l'Administration et par le contribuable en tenant compte, s'il y a

ieu, des obligations du secret professionnel et fixe la base d'imposition.

Tout contribuable astreint à la déclaration prévue, qui ne souscrit pas cette déclaration dans les premiers mois de l'année, est invité par le contrôleur à la produire dans un nouveau délai de vingt jours, passé lequel le bénéfice imposable est déterminé d'office, sauf réclamation du contribuable après l'établissement du rôle. Mais, dans ce cas, l'impôt est majoré de moitié.

Le contribuable qui n'a déclaré qu'un revenu insuffisant est tenu, s'il n'établit sa bonne foi, de verser, en sus des droits afférents au montant réel de son revenu imposable, une somme égale au quadruple de la partie de ces droits correspondant au revenu non déclaré. Toutefois, le droit en sus n'est applicable que si l'insuffisance constatée est supérieure au dixième du revenu imposable.

Si l'insuffisance est découverte après l'établissement du rôle, un supplément de cotisation peut être réclamé au contribuable soit dans l'année même de l'imposition, soit au cours des 5 années suivantes.

En conséquence de ces principes, vous êtes tenu, pour vos honoraires, d'indiquer vos recettes brutes sans justification. Quant à vos dépenses professionnelles, il faut en donner non seulement le total, mais encore un détail en vous conformant à ce que nous avons publié à ce sujet dans le *Concours médical* du 24 décembre 1922.

« Les dépenses déductibles sont notamment le loyer des locaux professionnels, les frais d'entretien, d'éclairage, de chauffage desdits locaux ;

La rémunération des employés, aides, etc...

Les frais de bureaux, de déplacements.

Les frais d'entretien du matériel, des voitures, etc.

Les impôts relatifs à la profession.

Enfin, l'amortissement correspondant à la dépréciation du matériel, des voitures, etc. ; le prix d'achat ne devant pas figurer dans les dépenses déductibles, puisque la somme versée est compensée par la valeur de l'objet acquis. Pour le matériel ordinaire, l'amortissement est de 10% pour les autos, voitures et chevaux : 20 % ; pour le petit outillage, le prix peut être amorti en une seule fois ».

Nous comprenons combien il est déplaisant d'être astreint à tenir de tels comptes, mais nous pensons qu'il est de l'intérêt du contribuable de donner au contrôleur l'impression qu'il est de bonne foi ; il évite ainsi une foule d'ennuis et il ne risque pas d'être obligé d'acquitter des amendes onéreuses.

Vous remarquerez enfin que le fisc peut rectifier les déclarations pendant les cinq années qui suivent celle de l'imposition.

A. Martinot,
Directeur du « Contribuable Français »,
Conseiller fiscal.

Impôt sur le revenu.
Abattement en faveur des mutilés

Pourriez-vous encore me donner un renseignement sur l'impôt sur le revenu.

Ayant vu que les mutilés titulaires d'une pension avaient droit à un « abattement » de 1.000 fr., je suis allé voir le contrôleur pour lui signaler que par ignorance, j'avais omis, sur ma déclaration, d'indiquer que j'avais une pension.

Fort aimable, il m'a déclaré que cela n'existait pas pour nous, *professions libérales*.

J'écris sous sa dictée :

Il y a 2 parties dans l'impôt sur le revenu :

L'impôt sur le salaire qui seul vous intéresse dans la circonstance actuelle.

Il y a : impôt sur le SALAIRE.

Abattement de :

a) 6.000 à la base ;

b) 3.000 pour la femme non salariée et sans revenus personnels ;

c) 2.000 fr. par enfant ;

d) 1.000 fr. pour invalidité.

Pour les professions libérales ;

6.000 fr. à la base.

C'EST TOUT.

Il m'a spécifié : vous êtes médecin, vous avez un revenu professionnel de 12.000 avec femme, 2 enfants et une pension ; vous êtes imposable.

Vous êtes comptable, mêmes conditions, avec un salaire de 12.000.

Vous n'êtes pas imposable.

C'est idiot, mais c'est ainsi, à moins que nous recevions des instructions pour nous dire que la Chambre des députés a entendu étendre le mot salaire aussi aux bénéfices des professions libérales ; jusqu'à présent nous n'en avons pas reçu, aussi je ne puis tenir compte de votre invalidité.

Son interprétation est-elle juste ?

Dr V.

Réponse.

Il est exact qu'en vertu de la loi du 30 mars 1923 (art. 6), les mutilés titulaires d'une pension d'invalidité bénéficient d'un abattement de 1.000 francs.

Mais cette disposition est uniquement applicable à la cédule des traitements, salaires, pensions et rentes viagères.

En ce qui concerne les professions libérales, pour le calcul de l'impôt, il n'est pas accordé d'autre déduction que l'abattement à la base qui a été porté en vertu de l'art. 7 de la nouvelle loi à :

6.000 fr. si le contribuable est domicilié dans une commune de 500.000 et au-dessous.

6.500 si le contribuable est domicilié dans une commune de plus de 500.000 habitants.

7.000 si le contribuable est domicilié dans le département de la Seine.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

La combinaison 1/2 MAD de la Mutualité Familiale

Vous me rendriez service en me donnant des éclaircissements :

Le Dr Mignon m'a écrit que ma cotisation annuelle pour la combinaison 1/2 MAD serait de 127 fr. 50 plus 10 % de frais de gestion. Or, vous me réclamez 12 0 fr. 70 pour un semestre.

Mon versement pour le 4e trimestre 1922 était de 60 fr. 35 ainsi détaillé :

Combinaison 1/2 MAD	31 90
Gestion 10 %	3 20
Droit d'entrée	25 »
Timbre quittance	25

Il me semble que le droit d'entrée ne se paye qu'une fois : comment pouvez-vous arriver à 120 fr. francs 70 ?

Réponse.

Votre embarras vient de ce que vous oubliez la combinaison MA.

On ne peut être membre de 1/2 MAD si on n'est en même temps membre de MA, puisque chacune de ces combinaisons assure l'indemnité de 10 francs et que c'est leur réunion qui donne les 20 francs.

Votre cotisation annuelle se détaille ainsi :

Combinaison MA	91 »	
Combinaison 1/2 MA	127 50	218 50
Gestion 10 %		21 85
Total		240 35

et la cotisation semestrielle est de moitié, soit 120 fr. 20 et avec le timbre quittance 120 fr. 70, ce qui est bien la somme réclamée.

Nombre de sociétaires ont commis la même erreur que vous : ils se sont figuré qu'ils n'avaient plus à verser la cotisation de MA ; ils n'ont pas réfléchi que si 91 fr. donnaient l'indemnité de dix francs, 127 fr. 50 ne pouvaient pas donner l'indemnité de 20 francs !

Le grand tort des médecins est de ne pas lire ce qu'on leur envoie : ils jettent un coup d'œil sur le titre et cela leur suffit — plus tard, ils s'étonnent de ne pas comprendre..... et ils trouvent que l'organisation de la Mutualité Familiale est d'une complication !!!

A. G.

Assistance à l'expertise

Je suis chargé par une Compagnie d'assurances d'assister à l'expertise, faite en son cabinet par un de mes confrères de la localité.

Voir la suite page XXVIII-1876

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES CONCEPTIONS MODERNES SUR LA PHYSIO-PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX VÉGÉTATIF

Par Pierre-Paul LÉVY.

Dans son excellente revue générale du mois dernier (1), G. Fischer mettait au point les données actuelles sur les glandes endocrines et montrait comment le médecin peut agir sur leur excès ou leur défaut d'activité. Il rappelait que la vie organo-végétative est sous la dépendance, non seulement des sécrétions glandulaires internes, mais encore du système neuro-glandulaire, c'est-à-dire des glandes endocrines associées au système nerveux sympathique et parasympathique. Le rôle encore mystérieux de cet organisme préoccupe depuis quelques années l'attention des physiologistes et des cliniciens. Des notions nouvelles ont été acquises. Une terminologie spéciale les consacre, avec laquelle il faut vous familiariser. Vous resterez ainsi des médecins « à la page », au lieu d'être taxés de fossiles par les *roupious* et par les femmes savantes.

Il faut bien reconnaître d'ailleurs que, malgré de belles et récentes recherches, les sources pures auxquelles sont venus puiser les travailleurs modernes restent encore les travaux des physiologistes du siècle passé. « Ce sont ces biologistes laborieux et parfois géniaux qui ont réuni la plupart des documents sur lesquels nous travaillons aujourd'hui ; il ne faudrait pas l'oublier à la vue de théories, de doctrines plus ou moins neuves et séduisantes. Regardez de près ce bel habit tout neuf : il est fait d'un drap qui fut tissé il y a longtemps déjà par de rudes tisserands ; la ligne en est peut-être moderne, mais soyez sûrs que la solide étoffe se prêtera encore, pour la joie de nos descendants, à de nouvelles coupes suivant le goût de leur époque » (Camus.)

VUE D'ENSEMBLE SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME DE LA VIE ORGANO-VÉGÉTATIVE.

Nous emprunterons surtout aux professeurs CAMUS et SICARD, et à GUILLAUME les notions schématiques qui suivent et dont la connaissance est indispensable.

Du temps de WINSLOW régnait la théorie des *sympathies.* On désignait ainsi des synergies, des effets incompréhensibles ou réflexes éveillés par certains actes ou par certains états. Ces sympathies, indépendantes de la volonté, étaient du domaine immense et inexploré de la vie organique, végétative, dont BICHAT montra l'opposition à la vie animale.

« La vie animale ou organo-végétative, c'est en substance la vie des organes liée à l'entretien de l'organisme et celle des tissus qui composent cet organisme... Elle est réglée, commandée par des processus humoraux et par des processus nerveux qui ... retentissent réciproquement les uns sur les autres ». (Guillaume).

Le processus humoral règle le milieu intérieur, à l'élaboration duquel concourent sans exception toutes les cellules de l'organisme, depuis la simple cellule conjonctive jusqu'à celle de la glande endocrine la plus active.

Le processus nerveux règle les rapports entre les centres supérieurs et les appareils multiples de la vie végétative.

Le système sympathique comprend 3 étages : un étage profond, un étage intermédiaire, un étage périphérique.

L'*étage profond* correspond aux deux cordons nerveux qui longent le rachis, de la 8e vertèbre cervicale à la 3e vertèbre lombaire. Ce sont deux chapelets dont les grains constituent les ganglions fusiformes d'où partent les *rami communicantes.* Par ceux-ci est assurée la liaison avec le système nerveux médullaire.

Dans le cou, les filets cervicaux abandonnent le tronc puissant de la colonne vertébrale et s'accolent à un tuteur vasculaire, la carotide, qui les conduit dans le crâne. Ils suivent ainsi les arborisations artérielles et contractent des connexions avec les nerfs crâniens qu'ils n'abandonnent plus.

On estime que les ramuscules du sympathique ne se terminent que dans les profondeurs du mésocéphale, des noyaux gris centraux et de l'écorce cérébrale.

L'*étage intermédiaire* correspond aux réseaux abdominaux, dont les plexus solaire, cœliaque, mésentérique et hypogastrique constituent les centres les plus importants. Par eux s'établissent les relations entre la moelle et les viscères.

L'*étage périphérique* correspond aux ramifications viscérales du système végétatif.

Par exemple, au niveau du tube gastro-intes-

(1) G. FISCHER. — Opothérapie et endocrinologie. (*Conc. Méd.*, n° 15 *bis*, 18 avril 1923.)

tinal, les filets dessinent le plexus sous-péritonéal, le plexus musculaire d'Auerbach et le plexus sous-muqueux de Meissner ; au niveau du cœur, le plexus cardiaque.

Des connexions étroites de ces trois étages s'établissent donc :

A l'étage profond, avec les racines médullaires antérieures et postérieures et avec la moelle ;

A l'étage intermédiaire, avec les plexus solaire, cœliaque, mésentérique, hypogastrique.

A l'étage périphérique, avec l'intimité même des viscères.

Les choses seraient relativement simples s'il s'agissait d'un seul système sympathique, dont toutes les fibres originelles seraient placées sous un « commandement unique ». Il n'en est pas ainsi.

Parmi les connexions que ses rameaux contractent, certaines doivent être retenues particulièrement : ce sont les connexions avec les nerfs pneumogastriques. On attribue aux fibres issues de ces nerfs une telle importance que leur groupement constitue un véritable système parallèle à celui du sympathique, et même antagoniste de celui-ci. C'est le système nerveux pneumogastrique ou système *vague*. On le dénomme encore système *autonome*, *para-sympathique*, *symvague* (Sicard).

A cet organisme rival du sympathique appartiendraient les fibres principales des réseaux végétatifs de l'encéphale et de l'abdomen (rameaux nerveux de la pupille, corde du tympan, pneumogastrique des classiques, filets pelviens et génito-urinaires). Aussi LANGLEY et les auteurs anglo-saxons l'appellent-ils encore *système crânio-pelvien*, par opposition au système sympathique, qu'ils dénomment *thoraco-lombaire*.

Anatomiquement, on retiendra que l'appareil neuro-végétatif, envisagé dans ses différents étages, résulte de l'accolement de deux sortes de fibres issues de deux origines : le système sympathique et le système vague ou parasympathique. Ainsi cheminent dans les canalisations électriques des conducteurs constitués chacun par deux fils enroulés étroitement, dont la vrille forme la tige où vient s'épanouir l'ampoule.

Les recherches primordiales de CLAUDE BERNARD, BROWN-SÉQUARD, VULPIAN, ont mis en lumière le rôle respectif des fibres sympathiques et vagales.

Schématiquement — et avec une inexactitude certaine — on peut dire qu'à toute action due à l'un des systèmes s'oppose une action inverse imputable à l'autre. Si l'un accélère, l'autre ralentit. La sécrétion provoquée par l'agoniste est tarie par l'antagoniste. Celui-ci contractera un anneau sphinctérien, celui-là le relâchera complètement.

Cette lutte perpétuelle ne cesse qu'à la mort. Chez les sujets normaux, elle est harmonieuse ; chaque système prend à son tour le dessus, favorisé par un centre supérieur au moment nécessaire. Le fonctionnement des organes se déroule suivant les règles préétablies et la vie végétative suit son cours, en un RYTHME auquel est assujetti tout un univers d'éléments cellulaires.

Ainsi se poursuivent, chez l'être animé, les fonctions respiratoire, circulatoire. La digestion s'accomplit en des temps successifs, auxquels aboutissent des actes de sécrétion, d'excrétion, de péristaltisme et d'expulsion. La sécrétion et l'excrétion urinaires obéissent aux mêmes lois. Les fonctions délicates et complexes des cellules du foie relèvent du même système, ainsi que toutes les cellules glandulaires, quelles qu'elles soient.

Toutes ces fonctions, placées sous le contrôle du système neuro-végétatif, s'accomplissent donc suivant des cadences, des rythmes : Sicard pense même qu'une des fonctions motrices dévolues à la vie organique est la *fonction même du rythme*, « rythme nettement cadencé, comme dans le rythme cardiaque et respiratoire, ou ondulant comme dans les contractions péristaltiques de l'intestin, ou sécrétoire comme dans l'éjaculation des urines et l'éjaculation spermatique, ou encore, rythme de la température matinale et vespérale.... Le rythme qui se déforme suivant le type hypotonique paralytique est d'un pronostic beaucoup plus sévère que celui qui s'oriente vers l'hypertonie, vers le spasme. »

Etant donné que le point de départ des incitations pathologiques rythmiques est situé dans les corps optostriés, Sicard est bien près de supposer que le rythme physiologique a son centre dans les mêmes noyaux. Il appuie son hypothèse sur la fréquence des troubles végétatifs dans l'encéphalite épidémique, dont les lésions affectent au maximum les corps optostriés. En fait, n'observe-t-on pas dans cette affection des variations du rythme cardio-respiratoire, du rythme thermique ? Ne donne-t-elle pas aux malades de l'insomnie nocturne et de la narcolepsie diurne, inversant le rythme normal du sommeil et de l'état de veille ?

Quoi qu'il en soit de ce centre particulier, les CENTRES du système nerveux organique sont répartis en des points très distincts de l'économie. Les uns siègent dans les viscères, les autres sont paramédullaires ou parencéphaliques : ce sont les ganglions sympathiques ; enfin il en est d'intracérébraux et d'intramédullaires. Le bulbe, le mésocéphale, contiennent les centres primordiaux, tels les centres respiratoire, régulateurs du cœur, les vasomoteurs, tel enfin le

centre de la polyurie que Camus et Roussy ont individualisé récemment dans le plancher du 3e ventricule.

Les centres de la croissance, de la trophicité générale et spéciale, sont encore mal connus.

Certains centres ne fonctionnent qu'en cas d'alarme ; ce sont les centres de secours, de Camus ; tels le centre du vomissement, de la toux.

On pourrait multiplier à l'infini le nombre de ces organisations et en admirer l'ordonnance ; leur localisation est, pour la plupart d'entre elles, ignorée de nous.

Des facteurs multiples, physiques, chimiques, biologiques, sont capables d'impressionner ces centres. La chaleur, la lumière, l'état de réplétion ou de vacuité, la pression atmosphérique rentrent dans la catégorie des agents physiques.

Tous les corps chimiques fabriqués par l'organisme ou en dehors de lui, les hydrates de carbone, les graisses, l'urée et les produits de désintégration, les ferments cellulaires et les hormones, exercent leurs effets. Transportés par le sang, véritables messagers chimiques (*chemical messengers*) ou *métabolites* (Gaskell), ils baignent les cellules des centres et celles-ci réagissent. De ces neurones partent des courants qui suivent les *conducteurs centrifuges* : il en résulte des actions réflexes adaptées au rythme qui maintient l'équilibre vital.

Aux centres neuro-végétatifs n'aboutissent pas seulement des impressions transmises par le milieu intérieur ; il existe aussi des *conducteurs centripètes* capables de leur donner des informations en provenance du système de la vie de relation, ou des régions plus obtuses des viscères.

On peut concevoir encore différemment le groupement de ces centres. Camus distingue les *centres trophiques*, départementaux, réunion des neurones d'origine d'un nerf, et des *centres fonctionnels*, chargés de coordonner une action des neurones dans un but déterminé : déglutition, respiration, excrétion.

Il faut leur adjoindre les *centres des images cœnesthésiques*, analogues aux centres des images visuelles, qu'on décrit dans le système nerveux de la vie de relation. Il est certain que nous gardons une souvenance des malaises vagues de nos organes, des coliques viscérales et des sensations obscures qui les précèdent. L'enfant qui médite sa crise de coqueluche en ressent confusément les approches. La nausée occasionnée par la vue d'une cuillérée d'huile de ricin peut suffire à produire le péristaltisme intestinal et l'effet total de l'absorption du médicament. « Les images cœnesthésiques font partie du bagage mental de chaque individu, leur richesse est plus ou moins grande, leur évocation plus ou moins facile, plus ou moins nette .... Elles débordent sur la vie de relation, sur la vie psychique, parfois de façon excessive, constituant des états pathologiques. » (Camus.)

Tout ce qui précède montre les relations intimes et innombrables qui unissent solidement les systèmes de la vie animale et de la vie végétative, artificiellement disjoints.

Aussi la volonté intervient-elle dans une foule d'actes dont l'intimité est neurovégétative. La miction, la défécation, la respiration sont influencées par la volonté ; certains sujets pourraient en partie suspendre les battements de leur cœur. En dehors de la volonté, certains réflexes à point de départ organique aboutissent à des effets du domaine de la vie animale : la distension de l'aorte produit des sensations douloureuses dans le territoire du nerf cubital. Inversement, un réflexe né dans les fibres terminales d'un nerf appartenant au système myélinique se propage par les voies centrifuges d'un nerf du système sympathique : une sensation de douleur atroce au niveau d'un membre produit une syncope, par arrêt des mouvements du cœur.

*

Les connexions entre les conducteurs vagosympathiques et les glandes endocrines sont d'un ordre encore plus étroit : les unes et les autres appartiennent au même système organo-végétatif.

Des faits embryologiques prouvent l'existence de ces connexions. Ainsi, l'infundibulum né du plancher du 3e ventricule, en se réunissant au diverticulum issu du fond de la cavité buccale, forme l'hypophyse. Les organes chromaffines proviennent des mêmes cellules que le sympathique. La cellule primordiale, née de la moelle de l'embryon, donne la *sympathogonie*. Celle-ci pourra indifféremment engendrer une cellule nerveuse, le *sympathoblaste*, ou une cellule surrénale, le *phaeochromoblaste*.

Des faits anatomiques et histologiques corroborent ces notions. Des filets nerveux issus du sympathique peuvent être suivis jusque dans l'intimité cellulaire de l'hypophyse, du corps thyroïde, de l'ovaire et du testicule, de la glande surrénale.

La physiologie montre l'union indispensable de la cellule nerveuse à la cellule glandulaire. Il existe une véritable *articulation* du neurone et de la cellule ; c'est cette articulation que les Anglais dénomment le *synapse*. Celui-ci agit comme une membrane séparant des solutions colloïdales chargées d'électrons différents. Il peut livrer passage ou s'opposer à certains éléments, d'où excitation ou au contraire inhibition.

Ainsi les processus humoraux sont étroitement liés aux phénomènes nerveux. « Nous sommes, dit Oddo, entrés dans la phase physico-

chimique de l'histoire du grand sympathique. »

Enfin, les faits expérimentaux et cliniques illustrent l'intrication neuro-glandulaire. L'influence des endocrines sur les nerfs et des nerfs sur les endocrines est prouvée par les exemples suivants. L'adrénaline accroît la sensibilité du sympathique envers lequel elle agit comme un *excitor excitorum* ; c'est, selon l'expression anglaise, le courant d'air qui souffle sur le feu. (Claude). L'action du sympathique sur les endocrines est mise en évidence par les résultats de l'excitation ou de la section du nerf sur la fonction thyroïde, sur la fonction surrénale. On connaît l'influence favorable de la section du sympathique cervical sur le goitre exophtalmique.

Les troubles sympathiques dus à la puberté, à la ménopause, sont encore témoins de l'association neuroglandulaire. La pathologie en fournit des exemples constants ; il suffiit de citer la maladie de Basedow, la maladie d'Addison, et toutes les insuffisances ou hyperfonctionnements glandulaires pour évoquer tous les symptômes de la *dystonie neurovégétative*.

C'est cette séméiologie qu'il convient maintenant d'exposer.

Le rythme physiologique de la vie végétative résulte de l'accord des systèmes sympathique et parasympathique. Que l'un d'eux vienne à prédominer, qu'il y ait un ton de trop dans sa **partition** et l'on obtient des dissonances. Cette prédominance pathologique, c'est l'*hypertonie*. Inversement, le désaccord peut provenir de l'*hypotonie* d'un système.

Nous aurions donc à décrire l'*hyper* et l'*hyposympathicotonie*, l'*hyper* et l'*hypovagotonie*.

« En général, quand il se produit une rupture d'équilibre entre deux forces représentées par le sympathique et le symvague, l'une acquiert ce que l'autre perd. On ne peut cependant conclure forcément à l'hypertonie d'un système quand l'autre est à l'état d'hypotonie...... On étudie en clinique ordinaire les seuls signes témoins de l'excitation de l'un ou de l'autre des nerfs. Il est d'usage de supprimer les termes d'hyper ou d'hypo et de ne se servir que de ceux de sympathicotonie ou de vagotonie dans le sens majoratif du terme, c'est-à-dire d'hypertonie ». (Sicard.)

Cela simplifie la description en la ramenant à deux types morbides tranchés. A la sympathicotonie et à la vagotonie il faut adjoindre un 3e groupe d'états caractérisés par le déséquilibre du système végétatif, sans qu'il y ait prédominance globale d'un système sur l'autre : ces états appartiennent au groupe des *dystonies végétatives*.

Comment donc reconnaître ces états ? Par des signes cliniques et par des épreuves biologiques ou *tests*.

On doit la connaissance de ces signes et de ces épreuves à Eppinger et Hess, et aux médecins qui ont suivi la voie qu'ils avaient tracée. Parmi les travaux français les plus importants à cet égard, il faut citer ceux de Claude, Achard, Roger, Laignel-Lavastine, Loeper, Lereboullet, André Thomas, Ramond, Harvier, et tant d'autres que nous nous excusons de ne pas citer.

La physiologie nous enseigne qu'en excitant le sympathique, on obtient de l'exophtalmie, de la mydriase, de la polyurie, de la glycosurie ; le rythme cardiaque s'accélère, le péristaltisme intestinal et les sécrétions digestives sont inhibées. En excitant le vague, on obtient de l'enophtalmie, du myosis ; les mouvements du cœur se ralentissent, les cellules digestives sécrètent, l'intestin se contracte. C'est en mettant en valeur l'opposition de ces effets que Eppinger et Hess ont distingué schématiquement les groupes des vagotoniques et des sympathicotoniques ; c'est pour rendre encore plus tranchées les oppositions entre ces deux catégories de sujets qu'ils ont institué la méthode des tests.

Les tests.

Comme nous l'avons déjà dit, la paralysie de l'un des systèmes sympathique ou parasympathique entraînera des troubles opposés ; l'hypertonie sympathique ou parasympathique se jugera par des effets adverses. Donc, vagotonie et hyposympathicotonie d'une part, sympathicotonie et hypovagotonie d'autre part, donneront aux épreuves des résultats superposables. Autrement dit, des substances paralysantes pour un système produiront les mêmes effets que des substances excitantes pour le système antagoniste.

On conçoit dès à présent qu'une série de tests sera réalisée par l'introduction dans l'organisme de substances capables d'influencer les deux systèmes de l'appareil neuro-végétatif. Un deuxième groupe d'épreuves consistera dans des manœuvres cliniques ayant pour but, par des réflexes, d'exciter ou d'inhiber les nerfs de cet appareil.

A. — Tests par injection, ingestion, inhalation.

On agit sur le sympathique et le parasympathique principalement au moyen des injections d'adrénaline, d'atropine, de pilocarpine, d'ésérine.

1° *Adrénaline.* — On injecte un milligramme d'adrénaline par la voie sous-cutanée.

L'adrénaline excite le sympathique et produit les effets suivants : vasoconstriction, élévation de la pression artérielle, accélération du rythme cardiaque, polyurie, glycosurie.

Ces phénomènes seront accentués chez les sympathicotoniques, nuls ou à peine ébauchés chez les vagotoniques. Chez ceux-ci même, on noterait parfois un ralentissement du pouls avec angoisse et pâleur.

2° *Atropine.* — On injecte sous la peau un demi-milligramme d'atropine.

L'atropine paralyse le système vague, accélérant le pouls, inhibant les sécrétions, donnant de la mydriase.

Ces effets sont accentués surtout chez les sympathicotoniques (puisque ceux-ci réagissent comme les hypovagotoniques). Les vagotoniques réagissent peu ou pas à l'épreuve.

3° *Pilocarpine.* — On injecte — toujours sous la peau — un centigramme de nitrate de pilocarpine. Cet alcaloïde est un excitant du vague. Son action provoque des sueurs, de la salivation, du ralentissement du pouls, des suffocations asthmatiformes avec angoisse. On noterait même une augmentation des éosinophiles du sang. L'injection de pilocarpine produirait au maximum ces troubles chez les vagotoniques, alors que les sympathicotoniques, aux doses indiquées, réagiraient à peine par quelques sueurs.

4° *Esérine.* — On fait ingérer un à deux milligrammes de cet alcaloïde, dont l'effet, probablement inhibiteur sur le sympathique, diminuerait les troubles observés chez les sympathicotoniques.

De toutes ces épreuves, les plus classiques sont celles de l'adrénaline et de l'atropine.

5° Claude a utilisé en outre l'*hypophyse* qui produit la glyscosurie chez les sympathicotoniques, alors qu'elle reste sans effet chez les vagotoniques.

6° Quant à l'*extrait thyroïdien*, il augmente les malaises des sympathicotoniques.

7° L'*extrait de pancréas* révèle la vagotonie.

8° *Nitrite d'amyle.* — On sait que Josué et Godlewski utilisent l'inhalation de nitrite d'amyle pour discriminer, parmi les bradycardies, celles qui sont dues à l'action du pneumogastrique et celles qui dépendent d'une lésion du faisceau de His.

L'inhalation de cette substance produit un abaissement instantané de la pression artérielle; en même temps la face rougit, les tempes battent, le pouls s'accélère, le sujet est pris de vertiges. D'après Sicard, tous ces phénomènes sont beaucoup plus marqués chez les sympathicotoniques que chez les vagotoniques.

B. — Tests réflexes.

Les réflexes les plus utiles pour étudier le système neuro-végétatif sont le réflexe oculo-cardiaque, le réflexe pilo-moteur, le réflexe du plexus solaire. Nous en citerons accessoirement quelques autres.

Avant de les décrire, à l'exemple de Sicard, nous engloberons dans ces épreuves quelques investigations cliniques simples qui permettent de « débrouiller » le tropisme sympathicotonique ou vagotonique des malades soumis à l'examen.

Parmi ces signes, il retient :

a) *L'examen du pouls*, rapide chez les sympathicotoniques, lent chez les vagotoniques ;

b) *L'examen de l'œil.* — Il y a exophtalmie et mydriase chez les sympathicotoniques, énophtalmie et myosis dans le cas opposé ;

c) *La raie dermographique.* — En traçant avec l'ongle ou avec la pointe d'une épingle une raie sur la peau, on obtient chez les sympathicotoniques un bourrelet rouge, avec des taches vasomotrices. Chez les vagotoniques, il y a plutôt vaso-constriction, la raie est blanche ou à peine rosée, sans dermographisme ;

d) *La réflextivité tendineuse.* — On peut être surpris de voir figurer les réflexes tendineux dans des signes d'étude du système neurovégétatif. Cependant, la vivacité du réflexe peut être influencée par le tonus même du muscle strié qui, lui, est influencé par le système de la vie organique. Aussi observe-t-on que la réflectivité tendineuse est exagérée dans les cas de sympathicotonie, diminuée chez les vagotoniques.

Il est bien entendu que pour conserver quelque valeur à cette épreuve, il faut être certain de l'intégrité des voies nerveuses du système de la vie de relation.

Le reflexe oculo-cardiaque. (Dagnini-Aschner). La compression bilatérale et simultanée des globules oculaires détermine normalement une diminution de 6 à 10 pulsations par minute. En même temps, il se produit une chute de la tension artérielle, une réduction du nombre des mouvements respiratoires, parfois un réflexe nauséeux, exceptionnellement de la polyurie, de la glycosurie, de l'albuminurie. La compression doit être forte et maintenue pendant quelques secondes. Le sujet doit se prêter sans réserve ni contrainte à cet examen souvent assez pénible. Chez les vagotoniques, on obtient une véritable bradycardie, 10 à 20 pulsations en moins par minute ; chez les sympathicotoniques, il y a absence de ralentissement du pouls, parfois même accélération.

Sicard et Robineau, Loeper et Mougeot ont montré l'origine centripète du réflexe oculo-cardiaque. C'est le trijumeau qui transmet l'excitation aux centres mésocéphaliques, d'où elle se réfléchit par voie centrifuge au pneumogas-

trique et sans doute au sympathique. Il s'agit donc d'un arc réflexe trigémino-bulbo-pneumogastrique.

Le réflexe pilo-moteur (André THOMAS).

Ce réflexe est très important à connaître. Bien manié, il permet de résoudre des problèmes ardus de localisations lésionnelles.

Si l'on excite directement le sympathique abdominal d'un chat, la queue de l'animal quadruple de volume, par suite du hérissement de tous ses poils.

Chez l'homme, certaines sensations, le froid, une peur intense, produisent une contraction vive des muscles érecteurs des poils. Ceux-ci se dressent perpendiculairement à la peau qui prend l'aspect mamelonné de la chair de poule.

Les fibres sympathiques d'innervation de ces muscles se rendent aux ganglions paravertébraux, d'où partent les cylindre-axes se terminant dans les centres médullaires de ces nerfs amyéliniques.

Des excitations de tous ordres peuvent déclancher ce curieux réflexe pilo-moteur. Un frôlement épidermique, une douleur vive, une impression visuelle ou surtout auditive (crissement d'un ongle sur le tableau noir, grincement d'une scie sur la pierre de taille). Les émotions vives, la peur, l'audition d'une musique émouvante, mettent en jeu le réflexe. Celui-ci peut apparaître à l'évocation d'un souvenir, d'une représentation mentale. Toute idée « horripilante » peut créer la chair de poule.

Chez les mélancoliques, dont l'affectivité est atténuée, il est difficile de provoquer le réflexe.

Dans tous les cas où c'est une évocation, une impression subjective qui est la cause provocatrice, le centre du réflexe est évidemment encéphalique et la réponse cutanée se fait bilatéralement. Par contre, si l'origine du réflexe est périphérique, l'horripilation s'effectue seulement du côté où est née l'excitation.

On provoque celle-ci par un frôlement, un chatouillement, l'apposition d'un bloc de glace. Certains zones sont particulièrement réflexogènes : telles la nuque, la naissance de l'épaule, l'aisselle.

L'excitation unilatérale peut donner un réflexe unilatéral et total, qui s'étend alors à toute la moitié du corps ; le réflexe peut être unilatéral et partiel et se localiser à une zone radiculaire. Généralement, il est plus accentué sur la face d'extension des membres que sur leur face de flexion. Il manque aux mains et aux pieds.

A. Thomas, qui a fait une étude magistrale de ce réflexe, a localisé ses centres et précisé ses voies. Grâce à la disposition métamérique du sympathique, le réflexe pilo-moteur permet de déterminer le siège d'une lésion vertébrale, médullaire, nerveuse, quand celle-ci s'étend, et cela est fréquent, au sympathique.

Le réflexe pilo-moteur est exagéré chez les sympathicotoniques.

Sicard et Paraf ont montré que le réflexe oculo-cardiaque inhibe momentanément le réflexe pilo-moteur. Ils en concluent que le sympathique médullaire est subordonné au sympathique encéphalique, sur lequel agit la compression des globes oculaires.

Le réflexe du plexus solaire. — (A. THOMAS et J.-Ch. ROUX, CLAUDE.)

Une compression profonde du creux épigastrique diminue l'intensité du pouls radial jusqu'à le supprimer.

Pour mettre en jeu le réflexe, il faut appuyer sur l'épigastre en remontant de bas en haut ; on perçoit à un moment donné les battements de l'aorte. Après quelques secondes (5 à 20), si l'on pratique l'oscillométrie, on constate la diminution ou même la cessation des oscillations. Le cœur lui-même bat beaucoup plus faiblement ainsi qu'en peut témoigner l'écran radioscopique.

CLAUDE estime qu'on ne saurait actuellement apprécier la valeur de ce réflexe ni s'il affecte le sympathique ou le parasympathique.

On peut rapprocher de ces faits le ralentissement du pouls observé par BRODIN, au cours de l'insufflation du péritoine.

Les réflexes sudoraux. — (PARHON et Mme PARHON.)

L'ingestion de liquide produit une sudation abondante. Le phénomène est plus net si le liquide absorbé est chaud.

C'est un réflexe de régulation thermique et aqueuse de l'organisme ; il a reçu le nom de réflexe gastro-sudoral.

Il existe d'autres manifestations réflexes sudorales, plus rares, décrites par les mêmes auteurs.

L'ensemble de ces tests cliniques permet de discriminer très suffisamment l'état de prédominance du tonus sympathique ou parasympathique. On peut y adjoindre quelques recherches complémentaires :

Ainsi, la compression oculaire peut être suppléée ou remplacée par la compression de la région carotidienne, qui équivaut à celle du nerf pneumogastrique. Cette manœuvre peut, chez les vagotoniques, entraîner une suspension des battements cardiaques ; Sicard a utilisé avec des résultats analogues la compression de la trachée, des testicules.

BARBIER recherche la sympathicotonie par l'étude de la réaction adrénalinique localisée au plexus sympathique périartériel. Il met en place le brassard du sphygmotensiomètre, puis

il injecte dans la partie sous-jacente un milligramme d'adrénaline. Chez les sympathicotoniques, l'auscultation artérielle permet d'entendre des pulsations violentes, de tonalité aiguë, très différentes de celles qu'on perçoit chez les vagotoniques.

LA CLINIQUE DES ÉTATS DE DÉSÉQUILIBRE VAGOSYMPATHIQUE.

Les notions déjà exposées font prévoir comment se présentent, dans les cas tranchés, les maladies par déséquilibre du système neurovégétatif.

I. VAGOTONIE. — La vagotonie s'observe chez des sujets pâles, myotiques. Leur peau se pigmente facilement à la lumière solaire.

Le pouls est lent, les digestions capricieuses, les sueurs fréquentes.

Le retentissement de ces troubles sur l'état mental aboutit à l'asthénie, à l'indécision, au manque de confiance et de volonté.

II. SYMPATHICOTONIE. — La sympathicotonie est l'apanage de sujets rubiconds, mydriatiques. Leur peau est soumise à des rougeurs brusques, par vasodilatation. Le dermographisme, l'horripilation sont fréquents.

Le pouls est rapide, la température instable, plutôt élevée.

Les digestions sont irrégulières, la diarrhée prédomine.

Enfin chez ces malades, femmes le plus souvent, il existe une versatilité, une impulsivité caractéristiques. Ce sont des êtres lunatiques, dont les perturbations psychiques sont exagérées par les règles menstruelles.

III. DYSTONIE VÉGÉTATIVE. — Comme on le peut penser, en clinique, il n'existe pas que des sujets strictement sympathicotoniques ou vagotoniques. En réalité, les différences sont rarement aussi tranchées ; c'est, nous l'avons vu, pour les accentuer qu'Eppinger et Hess ont imaginé la méthode des tests.

Dans la majorité des cas, on envisagera des états de déséquilibre avec prédominance fugitive et alternative de l'un ou de l'autre système. Ce sont les dystonies, les cœnestopathies de Sicard.

Les malades qui en sont atteints souffrent de névralgies mal définies, de douleurs diffuses, qui affectent d'ordinaire un type régional ; il s'agit alors de névralgisme facial, solaire, génital, cardiaque.

On décrit aussi des hypertonies localisées de l'un ou de l'autre des deux systèmes ou des deux à la fois. C'est ainsi que LAIGNEL-LAVASTINE a individualisé des syndromes solaires, cervicaux, thoraco-abdominaux. Cet auteur a isolé aussi parmi les syndromes sympathiques généralisés les *sympathoses univoques*. Celles-ci comprennent les cœnesthésies ou troubles sensitifs, les troubles circulatoires, les troubles trophiques et les troubles lisso-moteurs, c'est-à-dire qui affectent les fibres musculaires lisses des viscères.

L'hypertonie peut être généralisée. Elle est alors, soit alternative, exaltant successivement l'un puis l'autre système, soit simultanée : il y a excitabilité excessive du vague et du sympathique. DANIELOPOLU dénomme ces états les *amphotonies*. On emploie souvent à tort pour désigner cette hypertonie généralisée le mot de prédisposition vagotonique.

D'une façon générale, d'ailleurs, c'est plutôt par hypotonie que pèchent les dystoniques végétatifs.

Un rythme capricieux auquel s'ajoutent les influences météorologiques modifie sans cesse l'équilibre instable de ces sujets. Le froid, la nuit, augmentent leur vagotonie ; la chaleur en fait des sympathicotoniques. Leur caractère oscille au gré des prédominances transitoires des deux systèmes.

Quand les fonctions végétatives s'effectuent bien, mieux même que normalement, la gaieté est excessive, les malades sont exubérants et forgent de beaux projets ; puis, la période d'hypotonie apparaît, avec son cortège de signes de dépression nerveuse, d'asthénie surtout psychique.

Les dystoniques sont donc des *cyclothymiques*. Comme l'appoint d'hypotonie est prédominant chez eux, c'est surtout l'abattement, la psychasthénie, l'hypochondrie que l'on observe. Les douleurs viscérales, les cœnestalgies, les sensations profondes obtuses, mais pénibles par leur continuité, finissent par en faire des préoccupés, des anxieux, des obsédés. Médecins ou chirurgiens, gardez-vous de leur appliquer une thérapeutique active. Ils pourraient lui imputer une aggravation de leurs sensations et devenir, à votre égard, d'âpres revendicateurs.

Sicard distingue avec raison les *dystoniques essentiels* ou fonctionnels, chez lesquels il n'y a pas de lésion apparente des nerfs végétatifs, et les *dystoniques secondaires*, chez lesquels une affection primitive a occasionné à titre de complication une névrite des fibres sympathiques. Pour prendre un exemple, la cœlialgie ou névralgie du plexus cœliaque, bien étudiée par LOEPER, peut être secondaire à des lésions inflammatoires du sympathique abdominal, comme en peuvent causer la syphilis, le tabes, des compressions par tumeurs abdominales, le mal de Pott, des lésions du tube digestif, ulcus ou cancer. Dans la cœlialgie essentielle, au contraire, on ne retrouve pas ces lésions.

Les névrites du plexus hypogastrique comprimé par un cancer utérin appartiennent au

même groupe ; de même, la névrite du sympathique cervical entraînant comme conséquence le curieux syndrome de Claude Bernard-Horner.

IV. Retentissement sur l'équilibre vago-sympathique des états pathologiques. — Nous ne pouvons envisager ici les répercussions sur le système neurovégétatif de toutes les affections capables d'avoir de tels effets. Il faudrait feuilleter toute la pathologie. Nous limiterons notre étude à quelques points intéressants.

Les *endocriniens* sont éminemment justiciables des investigations et des tests que nous avons décrits. La sympathicotonie est évidente dans le goitre exophtalmique, la vagotonie dans la maladie d'Addison.

Dans les maladies du système nerveux central, il y a toujours un élément végétatif à envisager. Sicard étudie le syndrome dans 4 affections principales : les polynévrites, le tabes, le zona, la syringomyélie.

Dans les polynévrites, on observe du tremblement, de la tachycardie, des phénomènes sudoraux et une *surréflectivité pilomotrice exagérée.*

Le tabes lèse constamment et profondément les fibres du sympathique et traîne presque toujours à sa suite la vagotonie. Les crises gastriques revêtent l'allure d'un syndrome solaire intense.

Partant de l'idée que chez les tabétiques, le sympathique est amoindri, Sicard a tenté de traiter les douleurs fulgurantes et les crises douloureuses viscérales par l'adrénaline, médicament hypersympathicotonisant. Roger, par un raisonnement analogue, pour lutter contre la vagotonie, utilise l'atropine, médicament hypovagotonisant.

La *syringomyélie* est le type des maladies qui, détruisant *in situ* les neurones des centres médullaires du sympathique, occasionne le maximum de troubles végétatifs, sous les espèces de la main succulente, des lésions trophiques, des arthropathies.

Dans le zona, le virus neurotrope se localise sur les ganglions rachidiens, et par voisinage, atteint le sympathique médullaire. Aussi observera-t-on dans cette maladie des troubles vaso-moteurs, des bulles cutanées. La persistance de la névralgie post-zonateuse dénonce la profondeur des lésions souvent indélébiles du sympathique ; la pigmentation des cicatrices parle dans le même sens.

On a décrit un syndrome neurovégétatif dans l'*encéphalite épidémique*. En particulier, les recherches de Laignel-Lavastine et Coulaud, de Litvak, de Bouttier ont déterminé l'état du réflexe oculo-cardiaque dans cette désolante infection.

L'*épilepsie,* dans ses deux modalités, essentielle et symptomatique, que l'on tend à confondre aujourd'hui, est une maladie où, sous une influence d'accumulation mal élucidée, le système nerveux central subjugué se soumet aux forces aveugles du système de la vie organique.

Des lueurs nouvelles éclairent certains côtés de sa pathogénie, depuis les recherches de Pagniez sur les rapports entre l'anaphylaxie et le mal comitial. Tinel, Santenoise et Garrelon, dont nous retrouverons plus loin la trace, ont reconnu l'importance des variations de l'équilibre vago-sympathique dans la genèse des paroxysmes épileptiques.

A l'heure actuelle, le syndrome neuro-végétatif réclame donc sa part dans l'interprétation des maladies anaphylactisantes. Voici que la vagotonie veut expliquer l'urticaire, la migraine et l'asthme. Dans le domaine pathologique des chocs et de l'hémoclasie, exploré et défriché par l'école de Widal, s'annonce le règne de la vagosympathie.

Déjà Widal avait noté que l'*asthme* s'observait chez des sujets dont le pneumogastrique est irrité par une cause morbide. Il fallait une épine pulmonaire, sclérose syphilitique, tuberculeuse ou autre, pour produire l'hypertonie générale du vague, favorisante de l'anaphylaxie. Bezançon et ses élèves avaient appuyé sur cette nécessité. Lian, Ferrand ont précisé les conditions d'action de la vagotonie des asthmatiques. Il s'agit d'une vagotonie constante, sur laquelle se greffent des crises d'exacerbation du tonus. Aussi la médication vraiment héroïque de l'asthme réside-t-elle dans l'association des médicaments inhibiteurs du vague et excitateurs de l'antagoniste, c'est-à-dire de l'atropine, de l'adrénaline et de l'hypophyse.

Dans l'*appendicite*, c'est l'irritation des filets du pneumogastrique et la vagotonie consécutive qui expliqueraient la toux rebelle et asthmatiforme dont la prépondérance symptomatique donne parfois à la maladie un masque pulmonaire.

Revenons sur les connexions entre vagotonie et hémoclasie. Widal, dès le début de ses travaux classiques, a groupé ainsi les principaux effets du choc colloïdoclasique : chute de la pression artérielle, dyspnée, angoisse, tachycardie, troubles vaso-moteurs, crise sanguine avec leucopénie et modification de la formule leucocytaire. Tous ces accidents qui portent la marque de l'anaphylaxie, découverte géniale de Richet, ne sont-ils pas sous la dépendance du système neuro-végétatif ?

Tinel et ses collaborateurs partent de leurs études sur les épileptiques, les maniaques et anxieux, les intermittents, malades chez lesquels l'équilibre vago-sympathique subit de toute évidence des variations qui semblent bien

régler le cycle de leurs manifestations. Ils rapprochent ces manifestations des troubles anaphylactiques et finissent logiquement par attribuer le rôle essentiel à l'état de déséquilibre vagosympathique dans la genèse de l'anaphylaxie.

Un certain état d'équilibre vago-sympathique est « la condition nécessaire de toutes les « réactions de mode anaphylactique ou ana- « phylactoïde. On retrouve avec une constance « remarquable ce même état d'hypervagotonie « dans les chocs sériques, peptoniques, colloï- « daux, nitritoïdes, etc. C'est, au contraire, par « la provocation d'un état inverse d'hypova- « gotonie et de sympathicotonie passagère que « se caractérisent les états d'insensibilité anaphy- « lactique et que paraissent agir les différents « procédés d'antianaphylaxie .»

Ainsi les états vagotoniques sont à l'origine des chocs. Inversement, un choc provoqué bouleverse l'état d'équilibre vagosympathique, exagérant tout d'abord l'hypertonie du système ordinairement prédominant, puis l'inversant. La première phase d'un choc, en exagérant une hypertonie déjà anormale, est donc toujours dangereuse. C'est la période critique du traitement colloïdoclasique.

Tinel et ses collaborateurs ne se sont pas arrêtés en bon chemin. Leurs remarquables études ont encore montré le rôle du vago-sympathique dans les intoxications. « Il se dégage « de nos recherches une véritable loi biologique « générale, établissant les rapports intimes de « l'équilibre vago-sympathique avec la sensibilité « de l'organisme à toutes les actions toxiques « quelles qu'elles soient, qui portent sur le sys- « tème nerveux, et dont l'action se montre en « grande partie conditionnée encore par l'état « d'hypervagotonie ».

Les effets des poisons sont en effet exagérés par l'hypertonie du pneumogastrique. Il faut 2 fois moins de cyanure de potassium pour tuer un chien dont le vague a été excité par une injection de pilocarpine que pour tuer un chien de même apparence dont on a inhibé le même nerf par une injection d'atropine.

Ces résultats expliquent bien des idiosyncrasies. Ils expliquent aussi la différence d'action des médicaments suivant les heures de la journée où ils sont ingérés, avant ou après le repas, à des moments où le rythme des prédominances vagales ou sympathiques change le degré de sensibilité des sujets.

Nous avons voulu terminer, par ces notions nouvelles et d'un passionnant intérêt, cette causerie un peu rébarbative.

Il faut maintenant arrondir les angles et estomper largement les traits volontairement accusés d'une description schématique.

Depuis le début, nous avons parlé du système neurovégétatif comme si une dualité absolue le scindait en deux organismes rivaux. Cette scission est nécessaire pour l'exposition et pour la compréhension. Opposer perpétuellement le vague au sympathique est éminement commode pour l'énumération des faits d'anatomie, de physiologie, de pathologie. Or, dans aucun de ces domaines, cette division ne correspond à la stricte réalité.

Le schéma qui dessine dans chaque filet nerveux organique une fibre sympathique et une fibre vagale est manifestement faux. Dans la plupart des nerfs végétatifs, il y a prédominance ou exclusivité de fibres sympathiques ou parasympathiques. D'autre part, les substances capables d'agir sur le système nerveux organique n'ont pas une telle électivité qu'elles s'adressent exclusivement à l'un ou l'autre des deux réseaux antagonistes.

Enfin, en clinique, nous avons dû, dès la description des premiers types morbides, reconnaître que rarement on réalisait des types purs de vagotoniques et de sympathicotoniques, mais qu'il s'agissait en majorité de dystoniques végétatifs. Pour tous ces motifs, personne ne veut plus admettre la division du système vagosympathique en deux parties égales, juxtaposées et opposées.

Cette restriction était nécessaire à l'affirmation de la vérité et à l'allègement de notre conscience de conférencier. Maintenant, nous n'aurons plus scrupule à parler de la division neurovégétative. Elle est fausse, elle ne rend pas compte de tous les éléments du problème, mais qu'importe, puisqu'elle permet de les exposer ?



MŒURS CHIRURGICALES D'AUTREFOIS

L'histoire d'une opération : la taille par le grand appareil. Une famille illustre de chirurgiens : les Colot (¹)

Une anecdote du XVII[e] siècle rapporte qu'un chirurgien, spécialisé, comme nombre de ses confrères, dans le traitement du mal napolitain (qu'à Naples d'ailleurs on qualifiait de mal français), s'agenouillait chaque jour devant la statue de Charles VIII, et, dans une prière, remerciait ce Monarque qui avait ramené d'Italie avec son Armée l'affection qui faisait sa fortune. A notre époque, ce conte serait sans saveur : les chirurgiens, comme les médecins s'efforcent à prévenir les maladies et à en diminuer le nombre. Au lieu de glorifier Charles VIII, le propagateur inconscient de la syphilis en France, le corps médical fête le Centenaire de Pasteur qui, directement ou indirectement, est l'inventeur des méthodes qui mettent ou mettront la pauvre Humanité à l'abri des fléaux qui la déciment.

C'est qu'il s'est produit une singulière évolution dans les mœurs des chirurgiens. Jadis chacun conservait jalousement ses recettes et ses procédés opératoires. Le maître initiait son fils, lui passait son secret et, c'était à défaut d'un fils, à son gendre, à son cousin, à un ami, à un associé, que la méthode était transmise. Elle restait longtemps la propriété de quelques-uns. Les concurrents, les jaloux cherchaient à se renseigner, espionnaient, volaient au besoin le secret. Souvent, un homme puissant, parfois le Roi lui-même, intervenait. Pour empêcher la disparition de la méthode du chirurgien réputé, l'on créait une charge d'opérateur de sa Majesté à la condition que le dit opérateur enseignât son procédé à quelques-uns de ses confrères et sous certaines conditions.

Quelle différence avec notre époque ! les savants ne cachent plus leurs découvertes, ni les chirurgiens leurs procédés opératoires ; ils s'empressent de les publier, parfois même un peu trop hâtivement. Les échos du dernier Congrès de chirurgie et les articles de la grande presse internationale ont appris au public étonné combien les mœurs de nos chirurgiens s'étaient transformées en quelques siècles, et de quelle façon, loin de garder le secret de leurs méthodes, ils le livrent à une publicité prématurée et excessive.

L'histoire, à certain point de vue légendaire, de l'opération de la taille de la vessie, dont le procédé dit *grand appareil* resta la propriété de la famille Colot (2) pendant plusieurs siècles, est un exemple des plus curieux à cet égard. Nous allons en faire le rapide exposé, nous servant de quelques documents que nous avons pu recueillir et que nous croyons intéressant de publier (1).

LES ORIGINES DE LA TAILLE. — LA LÉGENDE DU FRANC-ARCHER. — L'HISTOIRE DU GRAND APPAREIL ET DE LA FAMILLE COLOT.

Les origines de l'opération de la taille remontent sans doute à la préhistoire, on trouve cette opération décrite dans le *Sucruta*, livre sacré de l'Inde antique, et Hippocrate la jugeait dangereuse au point de l'interdire dans le serment qu'il faisait prêter à ses élèves. C'est que cette taille était aveugle, elle consistait à aller à la recherche du calcul en incisant brutalement et sans précaution le périnée sur la pierre que l'on faisait saillir en enfonçant les doigts dans le rectum. Elle ne nécessitait aucune instrumentation spéciale, d'où le nom qu'on lui donna plus tard de *petit appareil*. Celse, Paul d'Egine, les Arabes relatent avec plus ou moins de détails la taille par le petit appareil, et Guy de Chauliac la pratiqua au XIV[e] siècle.

Mais la légende veut qu'au siècle suivant, sous Louis XI, l'on tentât un nouveau procédé, sans doute la taille qui, en raison de son instrumentation compliquée, prit le nom de *grand appareil*.

Nous trouvons reproduite cette légende, déjà relatée dans l'histoire de Mézerey, dans un curieux petit livre, intitulé *Anecdotes de médecine*, publié en 1761 par Barbeu du Bourg, docteur régent de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, homme curieux et érudit qui fut l'ami et le correspondant de Franklin. Elle est empruntée d'ailleurs à la chronique scandaleuse de Louis XI.

« En France, dit la CXLI Anecdote de médecine de Barbeu du Bourg, les médecins osèrent même représenter à Louis XI, qui régnoit alors, que plusieurs personnes de considération, étant travaillées de la pierre, colique, passion et mal de côté, qu'il serait très utile d'examiner l'endroit où s'engendroient ces maladies ; qu'on ne pouvoit mieux s'éclairer, qu'en opérant sur un homme vivant ; et qu'ainsi ils demandoient qu'on leur livrât un franc Archer qui venoit d'être condamné à être pendu pour vol, et qui avoit été fort molesté par les dits maux. Le Roi acquiesça à cette demande et l'on fit publique-

(1) Cet article a fait l'objet d'une communication au Comité d'Etudes Archéologiques et Historiques de la *Montagne de Ste-Geneviève et abords.*

(2) Colot s'orthographie avec un l ou ll, mais le plus fréquemment avec un seul.

(1) Les estampes reproduites sont empruntées à la collection de l'auteur.

ment l'opération dans le cimetière de Saint-Sévérin. Après qu'on eut examiné et travaillé, dit la Chronique de Louis XI, on remit les entrailles dedans le corps du dit franc Archer, qui fut recousu et par l'Ordonnance du Roi très bien pansé, et tellement qu'en quinze jours, il fut guéri et eut rémission de ses crimes sans dépens, et lui fut même donné de l'Argent. »

L'on broda sur cette légende du franc Archer de Meudon, précisent les uns, ou de Bagnolet, selon les autres ; l'on fut jusqu'à citer le nom de l'opérateur du Charnier de St-Sévérin, le chirurgien GERMAIN COLOT. Or, Germain Colot n'a pas existé ; la preuve en est que François Colot, un des membres les plus distingués de la famille chirurgicale des Colot, qui, durant plusieurs siècles, conserva en France le monopole et le secret de la taille par le grand appareil, ne fait aucune allusion à Germain Colot dans l'historique très complet qu'il a écrit lui-même sur la taille par le grand appareil et sur sa propre famille (1). Le passage du Traité de François Colot nous paraît assez intéressant et curieux pour être reproduit en entier :

« Les anciens n'ont rien dit de ce grand appareil parce qu'ils ne le connaissaient pas ; et ce fut en 1525, qu'il fut inventé par JEAN DES ROMAINS, médecin de la ville de Crémone ; il le pratiqua aussi bien que la nouveauté le pouvoit permettre, et tout imparfait qu'étoit cet appareil, il lui aquit la réputation ; mais il n'en profita pas longtemps, étant pour lors dans un âge avancé. Il résolut donc d'en faire part à MARIANUS SANCTUS DE BARLETTE, son meilleur ami. Marianus étoit aussi docteur en médecine ; et s'il entreprit de faire cette opération conjointement avec la médecine, ce fut de l'avis et de l'agrément des docteurs de la Faculté de Padoue, où il avoit pris le bonnet. Ces Messieurs crurent que cette profession n'étoit pas indigne d'être entre les mains d'un de leurs confrères. Malgré le serment qu'ils avoient prêté à l'exemple de leur divin Maître (Hippocrate), ils jugèrent que cette opération étoit d'autant plus du ressort de la médecine qu'elle demandoit plus que l'adresse d'un chirurgien ; et de là il faut conclure que ce n'est pas assez d'opérer, mais que cette opération renferme tant de choses qui dépendent du médecin, qu'elle lui appartient du moins autant que le reste de la médecine. C'est de Marianus, que nous avons un traité intitulé : *Libellus aureus de Lapide è vesica extrahendao.*

Il instruisit OCTAVIAN DE VILLE, chirurgien de Rome, lequel s'étant trouvé seul après lui, étoit appelé de tous côtés, même dans les pays étrangers. Il fit divers voyages en France, où la pierre est d'autant plus commune que le vin avec certaines eaux et la bonne chère y contribuent beaucoup ; il s'y acquit une grande réputation, quoi que dans ces premiers temps cette méthode ne se pratiquât pas encore avec la même assurance qu'elle se pratique aujourd'hui.

Cet habile homme avait souvent passé par la petite ville de Tresnel près de Troyes en Champagne, et ce fut là qu'il contracta une étroite amitié avec LAURENT COLOT, qui, quoique professant la médecine, ne laissoit pas de faire les opérations de Chirurgie les moins usitées et les moins connues du commun des chirurgiens. C'est le même Laurent Colot, duquel parle Ambroise Parez, premier chirurgien des Rois François Ier et Henri II, dans son traité des opérations et des monstres ; c'est encore lui qui cite Kolsincius, célèbre médecin d'Allemagne, sur le témoignage de M. Baillou, habile médecin de Paris, dans son Traité des purgatifs, page 123.

Octavian de Ville s'en retourna à Rome où il mourut peu de tems après ; ce qui fit qu'en 1556 Laurent Colot, qui étoit le seul qui pour lors pratiquât la méthode dont je parle, fut obligé de s'établir à Paris par ordre exprès de Henri II qui l'honora d'un présent digne d'un aussi généreux et d'un aussi grand Prince ; il fit plus, car à son sujet il créa une charge d'opérateur de sa maison pour la taille. Laurent Colot a joui de cette charge le restant de ses jours. Trois de ses successeurs en ont hérité ; Philippe Colot, mon père, a été le dernier ; il avoit pourtant, de son vivant, obtenu pour moi la survivance de cette charge, sans qu'il m'en dût rien couter, non plus qu'à mes pères ; mais M. Valot, qui pour lors étoit premier médecin de sa Majesté, soit par négligence, soit par quelques raisons que je ne veux pas pénétrer, me fit perdre cette charge. Il apporta tant de délais, soit pour me faire prêter le serment accoutumé, soit pour signer mes lettres, que mon père étant décédé, on ne me parla plus de la charge que pour me la vendre. Je ne voulus pas l'acheter croyant que je ternirois mon nom, si je mettois à prix d'argent une charge qui n'avoit été créée que pour récompenser mes Ancêtres. Je préférai donc le parti de travailler à me rendre digne de succéder à la réputation de mes pères, sans envier un avantage qui devenoit le prix de l'ambition ou de l'intérêt.

Philippe Colot, petit-fils de Laurent et par conséquent mon grand-père, se trouva seul capable de continuer la Profession de lithotomiste ; mais le fardeau devint trop pesant pour le pouvoir soutenir, à cause du nombre des malades ; d'ailleurs il étoit valétudinaire et ne pouvoit pas se dispenser de suivre la Cour, ni de s'attacher à la personne de Henri-le-Grand. Il prit donc la résolution de se soulager et pour se rendre utile au Public, d'instruire deux sujets. Le premier fut RESTITUT GYRAULT, auquel il donna en mariage sa fille aînée, à condition qu'il instruirait Philippe Colot, son fils et mon père, quoique très jeune. Mon père reçut de lui les lumières suffisantes pour le rendre habile tant dans la théorie

(1) Dans un autre passage, François Colot émet l'hypothèse que l'opération, pratiquée sur le franc Archer de Bagnolet, fut une néphrotomie et non une lithotomie.

que dans la pratique et après quelques années, Restitut Gyrault s'associa avec lui, conjointement avec JACQUES GYRAULT, son fils, et cette société a duré pendant toute leur vie. L'autre élève fut SÉVÉRIN PINEAU, chirurgien ordinaire du Roi, auquel il fit épouser Geneviève Colot, sa cousine ; enfin tous les deux s'étant perfectionnés, Philippe Colot mourut âgé seulement de 42 ans.

M. du Laurens, pour lors premier médecin de sa Majesté, persuadé qu'il étoit du devoir de sa charge de conserver à la postérité un secret d'une aussi grande importance, représenta au Roi la nécessité où l'on étoit d'avoir de bons Opérateurs pour ceux qui étoient affligés de la pierre et qu'il falloit les secourir dans leurs pressans besoins. C'est pour cela que Henri le Grand, de l'avis de M. Sanguin, Sieur de Livry, Conseiller du Roi et de son Parlement de Paris, ordonna que Sévérin Pineau, qui ne songeoit qu'au présent, n'ayant point d'enfans, prendroit soin de faire instruire dix jeunes chirurgiens choisis et qu'on lui donneroit une récompense convenable à ses peines et au mérite de la chose. Pour cela, il fut passé un contract entre nos Seigneurs De Sillery, chancelier de France, le Duc de Sully, pair de France, pour Sa majesté ; Messieurs les Prévôt des Marchands et Echevins de cette ville de Paris d'une part et ledit Sévérin Pineau de l'autre qui tous s'engagèrent sous le bon plaisir du Roi. Séverin prit les mesures nécessaires pour satisfaire au contract avec honneur et bonne foi, mais soit qu'il mourut trop peu de tems après ou que ces dix Elèves n'eussent pas répondu à ses soins, le public ne reçut pas de cet établissement les avantages qu'il s'étoit proposés ; ce qu'il fit que Restitut Gyrault et ses deux élèves qui continuèrent leur application avec succès furent seuls capables de rendre à l'Etat un service aussi important. Je suis l'unique (1) qui ait été instruit par ces deux derniers ; car Gyrault le fils se trouvant mon allié par deux différents mariages ne refusa pas, après la mort de son père, de s'unir avec le mien pour me former dans mes premières opérations. Ils ont formé aussi tous les Opérateurs, et il n'y auroit que moi qui pratiqueroit à présent le grand appareil, si ces deux grands hommes n'avoient pas été touchés de compassion pour les pauvres de l'hôpital de la Charité de Paris ; ils ont été les premiers qui y ont opéré gratuitement, et j'ai bien voulu travailler avec le même désintéressement à l'Hôtel-Dieu, où j'ai fait seul toutes les opérations de la pierre pendant dix-huit années sans récompense. Ce fut dans ces deux maisons, où les chirurgiens, qui gagnoient la maîtrise, s'instruisirent en nous surprenant ; ils firent secrètement quelques ouvertures au plancher entre les deux solives directement au-dessus de la chaire où l'on plaçoit les malades pour y être taillés : ce sont eux qui, dans la suite, ont conduit ceux qui opèrent aujourd'hui et ceux-ci ont instruit tous ceux qui se sont retirés dans différentes provinces, ou qui ont vécu dans leur particulier ».

Tel est le récit que fait François Colot des origines de la taille par le grand appareil à laquelle est intimement mêlée l'histoire de sa propre famille. Et chose piquante, François Colot fut lui-même atteint de la pierre, il porta le diagnostic de sa maladie, se fit tailler par son propre fils, guérit et occupa sa vieillesse à noter ses observations. On les trouva plus tard dans la bibliothèque de son fils, et elles furent publiées en 1727 à Paris, sous le titre de *Traité de l'opération de la pierre*. C'est à ce traité que nous avons emprunté la longue citation que nous venons de faire.

LA GÉNÉALOGIE DES COLOT.
LA RÉPUTATION DONT ILS JOUISSAIENT.

A la suite de recherches faites, soit aux Archives Nationales, soit dans les registres de plusieurs paroisses de Paris, le très érudit bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, A. Chéreau, a pu dresser le tableau généalogique de la famille Colot que nous empruntons au *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, et que nous complétons par quelques renseignements que nous avons recueillis nous-même :

En parcourant les renseignements notés sur ce tableau généalogique, l'on peut se rendre compte de la considération dont jouissaient les Colot par les charges de chirurgiens ou d'opérateurs qu'ils ne cessèrent d'occuper durant trois siècles dans les maisons du Roi ou des princes du sang. Philippe I, Colot, qui fut en outre valet de chambre du roi, épousa la fille du célèbre médecin Martin Akakia. Or l'on sait que la Faculté de médecine avait alors peu de sympathie pour les chirurgiens. Les Akakia (dont le nom était *Sans Malice*, qui traduit en grec devient A kakia) formèrent une famille de médecins illustres. Le premier, ami et médecin du poète Marot, médecin ordinaire de François I[er], fut délégué en 1645 au Concile de Trente. Son portrait était conservé dans la salle d'assemblée de la Faculté de médecine. Son fils, beau-père de Philippe Colot, fut lecteur en chirurgie au Collège Royal (Collège de France). Ami de Jacques Amyot, il compta parmi les médecins de Henri II, mourut en 1588 et fut inhumé dans l'église de St-Germain l'Auxerrois. Deux autres Akakia furent lecteurs au Collège Royal et l'un des beaux-frères de P. Colot fut doyen de la Faculté de médecine de Paris en 1618 et 1619 et médecin ordinaire de Louis XIII. L'on peut juger, par cette seule alliance, du rang que tenaient les Colot. D'ailleurs un des derniers Colot connus, Armand-Joseph, un des trois fils de l'auteur du Traité de l'opération de la taille, fut reçu doc-

(1) François COLOT.

teur en médecine de la Faculté de Paris le 4 octobre 1696.

La réputation des Colot est en outre bien établie par les témoignages de leurs contemporains.

Ambroise Paré, dans le XVIIᵉ livre de ses œuvres, intitulé *De plusieurs opérations de chirurgie*, cite :

Maître Laurent Colot, chirurgien ordinaire du Roy et mesmement ses deux enfans, les plus excellens et parfaicts ouvriers en leur vacation qu'il est possible de trouver en nostre tems.

Un siècle plus tard, le fameux Gui Patin qui ne fut jamais tendre pour les chirurgiens, parle à diverses reprises des Colot avec éloges.

« M. Philippe Colot, écrit-il en décembre 1656 à son ami Falconet, de Lyon, ce grand et excellent lithotome, est mort à Luçon en Poitou, depuis 15 jours ; il était allé taillé un Huguenot près de la Rochelle ; il y est mort de la dysenterie ».

Dans une lettre à Spon, datée du mardi 3 décembre 1656, le même Gui Patin est plus explicite :

« Nous avions ici, écrit-il, deux cousins fort excellents hommes à tailler la pierre par incision de la vessie. Le plus jeune des deux, nommé Gyrault, mourut âgé de 50 ans le mois de juillet dernier à Evreux, où il était allé pour tailler un gentilhomme. Il avait autrefois taillé le pape d'aujourd'hui à Cologne, l'an 1642. L'autre s'appelait Ph. Colot, âgé d'environ

Laurent COLOT

Originaire de Tresnel près de Troyes ; chirurgien des rois Henri II, François II et Charles IX. Mort en 1572 dont parle Ambroise Paré avec éloges.

Martin COLOT

Chirurgien du duc d'Alençon en 1572, reçut 1.200 francs pour services rendus à sa Majesté (comptes de Cl. Gairaut trésorier de l'Epargne).

Zacharie COLOT

Chirurgien de Henri IV en 1599, reçut 1.200 livres en attendant la charge de son père que détenait René Pineau.

Philippe I COLOT

Chirurgien et valet de chambre du roi, mort à Luçon en novembre 1656, à l'âge de 42 ans (Gui Patin rapporte sa mort dans une lettre à Falconet de décembre 1656). Il avait épousé Marie Akakia, fille de Martin Akakia, docteur régent de la Faculté de Paris et lecteur au Collège Royal. Habitait rue Quincampoix en 1648.

Charles COLOT

Opérateur du prince de Condé (1638) puis du Roi (1644). Il épousa, le 29 juillet 1638, Françoise Reing.

Jacques COLOT

Chirurgien du prince de Condé en 1644.

Robert COLOT

Mort jeune le 25 juillet 1644.

Marie COLOT

Qui épousa le chirurgien de Paris Etienne Lemaistre.

Une fille mariée à Restitut Giraut, le lithotomiste célèbre associé aux Colot.

Jérôme COLOT

Lithotomiste qui exerça d'abord à Lyon que cite Guy Patin et épousa Madeleine Moinet.

Philippe II COLOT

Opérateur du roi.

Pierre COLOT

François COLOT

Philippe COLOT

Mort en bas âge.

François COLOT

Né en 1652, épousa Marie Moreau, sans doute fille ou parente d'un des Moreau qui furent à cette époqua professeurs de médecine et de chirurgie au Collège royal ; auteur du *Traité l'opération de la taille.*

COLOT

Lithotomiste à Aix-en-Provence en 1726.

Armand-Joseph COLOT

Né en 1672, docteur en médecine de Paris le 4 octobre 1696, mort en 1726.

Philippe III COLOT

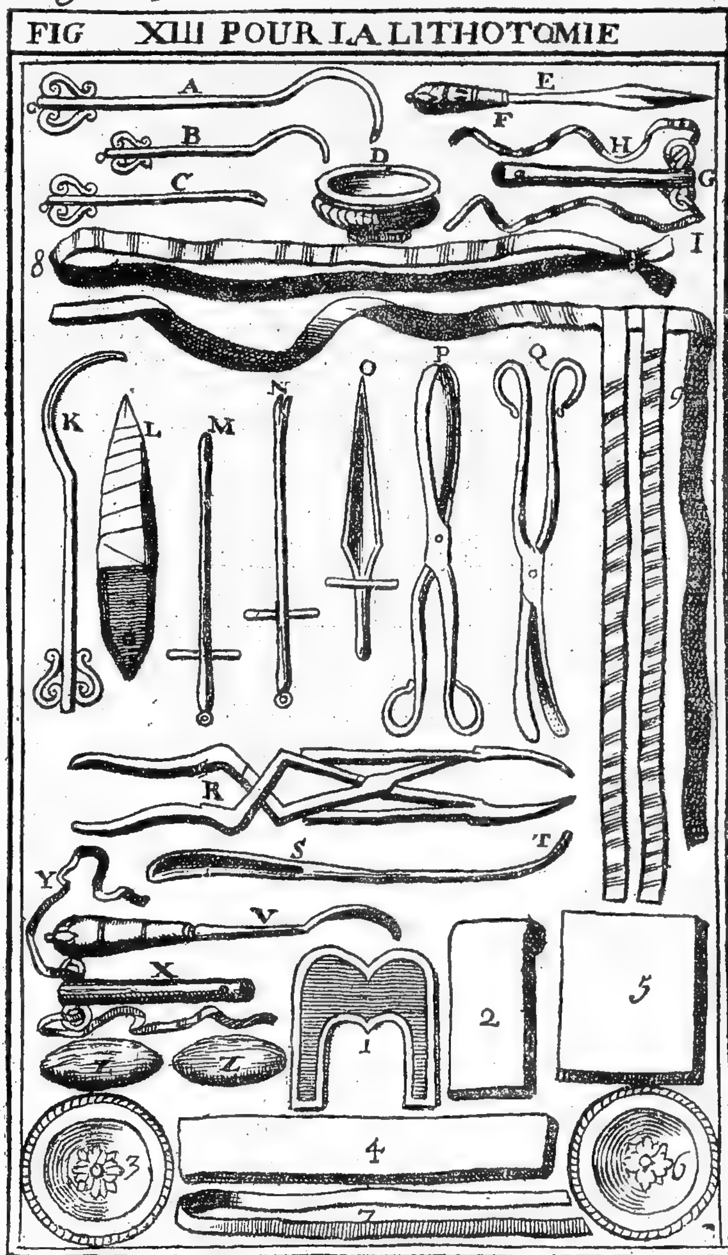
Opérateur du Roi en 1754.

58 ans, qui a été *peritissimus artifex*. Il était allé tailler un homme près de La Rochelle, il est tombé malade de la dysenterie et est mort à Lusson. Voilà aujourd'hui A. Ruffin, jadis chirurgien de la Charité, le premier lithotomiste de Paris. Il y a aussi quelques autres qui courent après cette réputation lucrative, comme Javot, chirurgien de la Charité, Govin de l'Hôtel-Dieu et un autre Colot, cousin du défunt, qui était à Bordeaux et qui vient ici busquer fortune ».

Dans une autre lettre Gui Patin écrit :

« Je vous donne le bon jour au commencemen de l'année et je vous dirai que (ce 2 janvier 1659) ce matin j'ai rencontré un homme qui m'a fait vos recommandations. Il s'appelle Jérôme Colot. *Lithotomus expertus et peritus sed nondum tantæ famæ quantum voluisset.* Il m'a dit que vous lui aviez fait tailler plusieurs malades et m'a témoigné qu'il vous en avait de l'obligation.........................

Il m'a dit qu'il demeurait rue St-Honoré, chez M. Maurice, parfumeur, vis-à-vis l'Hôtel de Schomberg. S'il se présente l'occasion, je le servirai très volontiers à cause de vous. »



L'instrumentation pour la lithotomie par le grand appareil. Figure empruntée au *cours d'opérations de chirurgie démontrées au Jardin du Roi*, par Dionis.

Enfin dans deux autres lettres à Falconet, Gui Patin parle encore des Colot, avec éloge et sympathie.

13 *mai* 1659. *Lettre à Falconet.*

« Janot, chirurgien de la Charité, a taillé l'abbé du Châtelet qui en est mort 8 jours après ; 3 autres lui sont morts après la même opération, si bien qu'il est ici malheureux en réputation. Le petit Colot en a taillé d'autres qui en sont réchappés ; j'espère qu'il deviendra aussi bon que son père : *fiat* ! »

21 *nov.* 1669. *Lettre à Falconet.*

« Le petit François Colot a depuis peu taillé ici M. le marquis de Hauterive, frère de M. le garde des sceaux de Chateauneuf, qui s'en porte bien à l'âge de 85 ans. Il est allé en Flandre tailler un riche bourgeois ».

Nous pouvons donc juger par ces citations de Gui Patin, au caractère habituellement malveillant, surtout pour les chirurgiens, des succès qu'obtenaient les Colot.

Les Colot avaient d'ailleurs la réputation d'être charitables et généreux. Non seulement ils opéraient gratuitement les pauvres de la Charité et de l'Hôtel-Dieu, mais en octobre 1646, Philippe Colot, Charles Colot, Jacques Gyrault, leur cousin et Antoine Ruffin avaient organisé au faubourg Saint-Antoine une maison où « ils faisoient estat, tout le long de l'année de loger, panser, médicamenter et nourrir gratuitement, charitablement et à leurs dépens, les pauvres malades affligés de la pierre (1) ».

Les Colot gardaient le secret de leur méthode ; c'était dans les mœurs de l'époque et ceci s'explique par le nombre des charlatans qui battaient la campagne et allaient de ville en ville exploiter la crédulité du public et même de l'aristocratie. Aussi,les chirurgiens de Paris étaient-ils envieux. François Colot nous a raconté comment ils surprirent leur secret en perçant le plafond des salles où les Colot opéraient à la Charité et à l'Hôtel-Dieu.



GEORGES MARÉCHAL, premier chirurgien du Roi.

Le chirurgien Pierre Dionis, dans la Troisième Démonstration, consacrée à la lithotomie et faite au Jardin du Roi où il professait la chirurgie depuis 1662, cite Tolet et Jeannot, lithotomistes à la Charité, mais ne parle pas des Colot. Au cours de la description un peu confuse qu'il fait des diverses manœuvres nécessaires pour pratiquer la taille par le grand appareil, Dionis insiste sur des détails qui nous paraîtraient puérils, si

(1) Registres de la Faculté de médecine de Paris, XIII, fol. 298. Cité *in Dict. encycl. des Sc. méd.*

l'absence d'anesthésie ne leur donnait à cette époque une grande importance.

C'est ainsi qu'il insiste sur la nécessité pour le chirurgien de se munir d'une gibecière, attachée devant son tablier, dans laquelle sont cachés, tout en étant sous sa main, les nombreux instruments nécessaires au grand appareil, car la vue de ces instruments, installés sur une table, terrorisait le patient. Seul, le bistouri ne peut être mis dans la gibecière, un aide doit le tenir et ne pas oublier d'en présenter le manche au chirurgien quand il le réclame. Il faut éviter l'accident qui survint à Georges Maréchal, premier chirurgien du Roi, qui, en taillant le duc de Grammont, fut lui-même blessé à la main, l'aide lui ayant, par mégarde, présenté la lame du bistouri.



LES CHARLATANS OPÉRATEURS : FRÈRE JACQUES

Les Colot avaient, répétons-le, quelques bonnes raisons pour garder le secret de leur méthode et Dionis n'avait pas tort de montrer une certaine réserve à l'égard des lithotomistes ; c'est qu'à cette époque des opérateurs ignorants, empiriques parfois très habiles, venant de l'on ne savait d'où, battaient l'estrade, allant de ville en ville, opérant souvent des gens très illustres et jouissant d'une réputation excessive, parfois cependant en partie méritée. Le plus connu, et non le moins mystérieux de ces empiriques, était Frère Jacques dont la fortune fut vraiment singulière.

Quel étrange personnage, que ce Frère Jacques, dont l'histoire est rapportée tout au long par Dionis, dans le *Cours d'opérations de chirurgie démontrées au Jardin du Roi* ! Originaire de Letendonne, en Franche-Comté, ce Jacques de Baulieu arriva à Paris en août 1697, se faisant appeler Frère Jacques et vêtu d'un costume de

récollet, mais portant une chemise et un chapeau au lieu de capuchon. Il se donnait comme opérateur et était d'ailleurs accompagné par un certain Paulony, lithotomiste italien. Porteur de nombreuses attestations écrites de son habileté opératoire, il se rendit à la Charité et y offrit d'apprendre aux chirurgiens de cet hôpital un procédé de taille qui lui était propre. Mais Georges Maréchal, le premier chirurgien du Roi, s'opposa à faire servir les malades de la Charité à une expérience de ce genre et proposa à Frère Jacques de procéder sur un cadavre. Ce fut fait, mais les chirurgiens de la Charité ne furent pas satisfaits et le moine opérateur quitta Paris pour se rendre à Fontainebleau où séjournait la Cour. Recommandé à Duchesne, premier chirurgien des Princes, ce dernier intéressa à son sort Fagon, premier médecin du Roi et Bourdelot, premier médecin de la Duchesse de Bourgogne.

Un cordonnier de Versailles, atteint de la pierre, étant à Fontainebleau, il fut décidé de le faire opérer par Frère Jacques en présence des médecins de la Cour, de Duchesne et de Félix, premier chirurgien du Roi. L'opération fut faite avec dextérité ; trois semaines après, le cordonnier guéri se promenait dans les rues. Frère Jacques fut considéré comme une sorte d'envoyé de Dieu pour guérir les misères de l'humanité et Félix lui donna l'hospitalité.

Frère Jacques se livra alors à une foule d'opérations pour la pierre et pour les hernies ; malgré son habileté, il lui arrivait bien parfois de blesser le vagin et d'enlever le testicule en opérant une hernie, mais il n'y ajoutait aucune importance. C'était avec le même mépris qu'il considérait les soins post-opératoires. Si on lui parlait de la nécessité de panser un opéré : « Je lui ai tiré la pierre, répondait-il, Dieu le guérira ». Mais Dieu était loin de vouloir toujours guérir les lithotomisés de Frère Jacques.

La Cour étant retournée à Versailles, le moine revint à Paris avec une auréole de gloire. Félix lui fit opérer quelques malades à la Charité de Versailles avec assez peu de succès, car Dionis, appelé à autopsier certaines de ses victimes, trouva le rectum blessé. Les magistrats, et à leur tête M. de Harlay, premier président du Parlement de Paris, intervinrent, demandèrent un rapport à Méry, chirurgien de la Charité, et imposèrent Frère Jacques, comme opérateur de la pierre à la Charité et à l'Hôtel-Dieu. Les médecins, les chirurgiens et tous les personnages distingués de la ville voulurent assister aux opérations qui, parfois, se faisaient devant plus de 200 personnes. On était loin de la méthode si jalousement tenue secrète par les Colot. Les résultats n'étaient pas brillants, le nombre des décès surpassait, et de beaucoup, celui des guérisons. Le public qui défendait Frère Jacques, accusait les chirurgiens jaloux d'empoisonner les opérés et de causer leur mort. Le cordonnier, opéré à Fontainebleau, qui avait gardé une fistule urinaire, mourut deux ans après l'opération sans que la réputation de Frère Jacques en fut ternie. Mais le moine eut l'imprudence de s'attaquer aux gens de qualité. Il voulut opérer le Maréchal de Lorge, qui mourut le lendemain de l'opération, le 22 octobre 1702. De sorte que Fagon, qui avait protégé Frère Jacques, atteint lui-même de la pierre, refusa ses soins et se fit opérer avec succès par le chirurgien Georges Maréchal. Frère Jacques jugea alors prudent de quitter Paris et même la France.

Il gagna la Hollande, en allant de village en village, opérant pierres et hernies. La fortune devait encore lui sourire davantage. Le 15 juillet 1704, il taillait les malades devant les magistrats d'Amsterdam. Il guérissait de hauts personnages de l'Over Yssel, et devenait aux Pays-Bas une véritable divinité. Nourri aux frais du trésor, son portrait était gravé avec cette inscription :

Frater Jacobus de Baulieu, anachoreta Burgundus, lithotomus omnium Europeæ peritissimus.

On frappait, en outre, une médaille de 400 livres avec son buste et la légende : *Pro servatis civibus*. En 19 ans, il avait fait plus de 4.500 lithotomies et opéré 2.000 hernies étranglées. Après un court repos en 1707, à son pays natal, Leteudonne, Frère Jacques reprenait sa vie errante ; il passa successivement à Lyon, Genève, Nancy, Liège, Strasbourg, Vienne, en Autriche, gagna Venise et Rome. Il avait alors modifié et amélioré son procédé, s'il faut en croire Salsmann, médecin et chirurgien réputé de Strasbourg, qui lui vit faire de nombreuses opérations. Ayant enfin gagné Besançon pour rendre visite à son ami Laurent Décart, Frère Jacques y mourut le 7 décembre 1714, âgé de 69 ans.

Le procédé de Frère Jacques n'était pas sans valeur. Il consistait à pratiquer la taille latéralisée en ouvrant la vessie de droite à gauche et d'avant en arrière, en incisant obliquement la prostate et le col vésical. L'ignorance du moine en anatomie annihila souvent le mérite de son indiscutable adresse. Mais ce procédé, repris par par de vrais chirurgiens, anatomistes experts, tels que Raw, d'Amsterdam, et Cheselden, de Londres, constitua un réel progrès.

FRÈRE CÔME.

LE CRÉPUSCULE DES LITHOTOMISTES

Dix ans après la mort de Frère Jacques, arrivait à Paris un jeune élève chirurgien, Jean Baseilhac qui, avec un tout autre caractère et une science très approfondie, devait, sous le nom de Frère Côme, reprendre le procédé de Frère Jacques et, sans charlatanisme, en méritant l'estime des honnêtes gens, se faire une réputation



au moins égale à celle du moine lithotomiste errant.

Né en 1703, à Pouyastruc (bourg actuel du département des Hautes-Pyrénées), Jean Baseilhac était fils et petit-fils de chirurgiens. Il commença à étudier à Lyon auprès d'un de ses oncles aussi chirurgien dans cette ville, vint en 1724 à Paris, où il fut élève chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

Le Prince F. Arm. de Lorraine, évêque de Bayeux, se l'attacha comme chirurgien en 1726. Très ingénieux, fabricant lui-même ses instruments, désirant se consacrer entièrement à son art, Jean Baseilhac entra en 1729 chez les Feuillants et s'appela Frère Jean de St-Côme ; il fut dès lors plus connu sous le nom de Frère Côme. Il fit une étude approfondie du grand appareil et du procédé de Frère Jacques. Pour faciliter et rendre moins dangereuse l'incision de la vessie, il imagina un instrument très apprécié : le lithotome caché. Frère Côme était un modèle de conscience chirurgicale. Il ne voulut pas le premier se servir de sa découverte ; ce fut Laroche, maître en chirurgie, qui le 8 octobre 1748, essaya le lithotome sur un marchand de chaux de Meudon.

La réputation de Frère Côme devint telle que les Feuillants durent, en 1753, fonder exprès pour lui un hôpital près de la porte St-Honoré.

Il mourut le 8 juillet 1781 à l'âge de 78 ans. Il fut doué d'un véritable génie chirurgical. Il perfectionna la taille hypogastrique de Franco, pratiqua aussi avec une grande habileté la cataracte et créa ou perfectionna nombre d'instruments de chirurgie.

Sa disparition fut le début du crépuscule des lithotomistes et du grand appareil. La taille sus-pubienne allait disputer la première place à la taille périnéale. Peut-être Van Coppenole, de Gand, dont nous reproduisons le portrait, fut-il un des derniers lithotomistes ?



Van Coppenole, de Gand, Lithotomiste.

Nous avons jugé intéressant de résumer ainsi l'histoire du grand appareil et de la lithotomie : elle est faite pour bien montrer l'évolution de nos mœurs chirurgicales. Elle nous permet d'affirmer que, sur ce point, nous n'avons rien à regretter des temps passés, quelles que soient les imperfections morales et techniques de notre époque.

J. Noir.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES ASSURANCES SOCIALES

A moins d'événements politiques considérables, la Chambre des députés va entreprendre, dès la rentrée de Pâques, l'étude du projet de loi sur les assurances sociales. Le rapport de la Commission de prévoyance et d'assurances sociales a été distribué fin mars, aux parlementaires : il constitue un gros volume de 512 pages, dû au labeur du Dr Grinda, député des Alpes-Maritimes.

Le *Concours médical* a déjà publié (1923, pages 1155 et suiv.) un extrait de ce rapport, ainsi que le texte de loi proposé, en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques.

Aujourd'hui, nous n'avons l'intention de donner, en toute impartialité, sans émettre une opinion personnelle, qu'un travail d'ensemble sur ce projet de loi. A nos lecteurs de se faire ensuite une conception de ce que pourront être leurs rapports professionnels, tant avec les assurés qu'avec les Caisses d'assurances.

Au *Concours médical*, tribune librement ouverte, nous accepterons toutes les discussions et toutes les suggestions, jusqu'au jour où les médecins syndiqués auront, par les assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux, fait connaître les directives qu'adoptera le Corps médical des praticiens.

Pourquoi ce projet de loi sur les assurances sociales ?

L'humanité a toujours eu ses pauvres et ses déshérités. Malades ou infirmes, ces derniers ont, de tout temps, été à la charge de la collectivité. De quelle manière, historiquement, est-on venu en aide à ces miséreux ?

1° *Période de charité et de bienfaisance.*

Jusqu'en 1893, les âmes généreuses et altruistes ont fait des dons, des legs, institué des fondations pour secourir les infortunes.

Avant la Révolution de 1789, l'Eglise recevait ces dons, qu'elle administrait ; mais elle prenait en charge l'hospitalisation, ou les soins à domicile, des malades indigents, infirmes ou incurables.

La tourmente révolutionnaire, unifiant le budget de l'Etat, supprima les biens du clergé ; mais l'Assemblée nationale se substitua à l'Eglise, pour continuer aux malheureux, au nom de la Nation, les soins et secours qu'ils recevaient jusqu'alors de la bienfaisance privée. (Voir à ce sujet, le commentaire que nous avons publié, dans le *Concours médical* de 1922, page 2121, sur le rapport rédigé par La Rochefoucault-Liancourt et présenté, au nom du Comité de mendicité, à l'Assemblée nationale du 13 janvier 1791).

Mais l'Empire, la Restauration laissèrent la majeure partie de l'assistance aux miséreux à la charge de la bienfaisance privée. La loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, règlemente l'administration hospitalière ; mais ces établissements publics tirent surtout leurs ressources des legs, donations et fondations. De même, la loi du 7 frimaire an V organisait les Bureaux de Bienfaisance « qui ont pour mission de recevoir les dons qui leur seraient offerts et de répartir les secours à domicile ».

2° *Période d'assistance sociale.*

Ce n'est qu'avec la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, que les secours à donner aux indigents malades sont mis à la charge des communes, des départements et de l'Etat. Tout malade, privé de ressources, a désormais droit à être soigné aux frais de la collectivité.

Depuis cette même époque, les médecins ont commencé à accepter d'être payés par d'autres que leurs propres malades. Jusqu'en 1893, les docteurs faisaient la charité comme bon leur semblait et à qui ils voulaient. A partir de la loi sur l'assistance médicale gratuite, les praticiens ont consenti, moyennant des honoraires votés par le Conseil général de chaque département, à soigner les miséreux : le « tiers payant » se substituait légalement au débiteur malade.

Ultérieurement, est intervenue la loi du 14 juillet 1905, sur l'assistance à donner aux vieillards, infirmes et incurables.

Rappelons, pour mémoire, les lois qui mettent à la charge de la collectivité les secours à allouer aux femmes en couches (7 juin 1913), aux femmes qui allaitent elles-mêmes leur enfant (24 octobre 1919), aux familles nombreuses (14 juillet 1913).

Ainsi, peu à peu, s'ébauche la solidarité sociale, s'exerçant, non plus uniquement par l'intermédiaire des âmes généreuses et compatissantes, mais grâce aux ressources que le législateur inscrit d'office aux budgets départementaux et communaux, ainsi qu'au budget de l'Etat.

3° *Période de solidarité privée.*

Soucieuses de l'avenir, des associations se formèrent peu à peu, entre personnes désireuses de mettre en commun, tant les ressources que les charges, occasionnées par la maladie et la vieil-

lesse. La Mutualité, avec sa belle formule, « tous pour un, un pour tous », recevait sa charte, par la loi du 1er avril 1898.

Inutile d'insister ici sur les causes d'échec de la plupart des sociétés de secours mutuels : à côté de la politique, des ambitions personnelles, des rivalités de clocher, le fait de demander à autrui le complément de cotisations, trop minimes pour couvrir les risques, donnait à la Mutualité, moins le caractère d'une assurance privée entre ses membres, que la perpétuation du système ancestral de bienfaisance et de charité.

4° *Période d'assurance sociale.*

Avec la loi du 9 avril 1898, le législateur entend assurer l'ouvrier contre les risques professionnels. Cette loi forfaitaire délivre le blessé du fardeau de la preuve que l'accident est dû à la faute du patron (art. 1382 à 1386 du Code civil) ; mais ouvrier et patron supporteront par moitié les charges des accidents du travail.

Des lois ultérieures étendirent l'applicabilité de la loi (30 juin 1899 sur les moteurs inanimés ; 15 juillet 1914, sur les accidents forestiers ; 25 octobre 1919, sur les maladies professionnelles ; 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles). Signalons enfin, la loi du 26 juin 1894, sur les caisses de secours aux ouvriers mineurs.

Réflexions générales.

Nous assistons donc à une évolution très nette de la mentalité sociale. On veut de moins en moins rester exposé aux coups du hasard et, de même qu'on s'assure contre l'incendie, on veut se sentir préservé contre les difficultés, voire même la misère, qui s'installent, avec la maladie et la vieillesse, dans beaucoup de foyers de travailleurs.

A l'étranger, certaines lois organisèrent l'assurance sociale. Le rapport du Dr Grinda expose minutieusement tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour.

En France, l'initiative privée a créé des mutuelles obligatoires pour tous les ouvriers et leurs familles de certaines industries, usines ou entreprises commerciales. Une association patronale de sursalaire familial fonctionne actuellement. Enfin, des services médicaux, véritables salariats de l'art de guérir, distribuent soins, opérations et médicaments aux ouvriers de certaines industries privées.

En dernier lieu, le retour de l'Alsace et de la Lorraine à la mère-patrie imposait au législateur français l'obligation, ou la conservation aux deux provinces de leur autonomie, en ce qui concerne l'assurance sociale, ou la suppression de cette assurance, ou l'établissement dans toute la France d'un régime d'assurances sociales.

Au Parlement de décider, par son vote sur le projet de loi, qui est actuellement soumis aux délibérations de la Chambre des Députés.

Mécanisme de l'assurance sociale.

Tous les salariés français, de l'un et l'autre sexe, gagnant moins de 10.000 francs par an, sont assurés obligatoirement. Ce taux est augmenté de 2.000 francs par enfant de moins de 16 ans, à la charge de l'assuré.

Peuvent facultativement bénéficier de l'assurance les fermiers, cultivateurs, métayers, artisans, petits patrons, travailleurs intellectuels non salariés et, d'une manière générale, tous ceux qui, sans être salariés, vivent principalement du produit de leur travail, à la condition que leur revenu annuel ne soit pas supérieur à 10.000 francs. Ici encore, il faut augmenter ce taux de 2.000 francs par enfant de moins de 16 ans, à la charge de l'assuré.

Le recouvrement des cotisations est confié à l'Union des caisses de chaque région.

Des *régions d'assurances*, dont le nombre ne peut dépasser 25, sont créées par décret rendu en Conseil d'Etat. Chacune de ces régions forme la circonscription territoriale d'une Union des caisses d'assurances, d'une Fédération agricole des caisses et d'un Office d'assurance.

Chaque Union régionale, groupant toutes les caisses d'assurances ayant leur siège, ou celui d'une section régulièrement constituée dans la région, est chargée du recouvrement des cotisations et de la répartition de ces dernières. Chaque Union est administrée par un conseil, composé de membres élus par les caisses locales d'assurances, au prorata de leurs adhérents.

L'Union régionale assure l'encaissement de toutes les cotisations et exerce, s'il y a lieu, toute action ou poursuite, en vue de recouvrer ces cotisations.

En outre, elle doit opérer la ventilation des cotisations perçues et en assurer la répartition entre les caisses, en calculant les sommes à affecter pour chaque assuré, tant à son compte individuel d'assurance-vieillesse qu'aux diverses autres branches d'assurances (maladie, invalidité, maternité, décès, garantie d'un minimum de retraite).

Caisses locales.

L'assuré a le droit d'adhérer, pour l'assurance maladie-maternité et pour l'assurance vieillesse-décès soit à une caisse mutualiste, soit à une caisse professionnelle ou syndicale, soit à une caisse patronale (usine, établissements commerciaux, etc.), soit à une caisse autonome ; mais toutes ces caisses doivent donner à leurs adhérents les prérogatives attribuées par la loi.

Les caisses mutualistes qui désirent participer au service des assurances sociales, doivent réunir un minimum de 1.000 adhérents, compter 40 % au plus de membres âgés de 45 à 65 ans, si elles ont au moins 10.000 adhérents. Si une caisse mutualiste cessait de remplir les enga-

gements et conditions prévus par la loi, elle serait dissoute par l'Office régional d'assurances, sauf recours devant les conseils contentieux.

Les autres caisses, fondées par des syndicats professionnels ou par des organisations patronales ou agricoles, sont dispensées de la double condition relative au nombre minimum et à l'âge de leurs membres (conditions imposées aux sociétés mutuelles), lorsque le syndicat ou l'établissement patronal prend l'engagement de couvrir les excédents de dépenses, résultant du fonctionnement de la caisse d'assurances.

La gestion de tous ces organismes est libre, autonome, sous réserve de règles de garantie précisées par la loi, pour sauvegarder le patrimoine des assurés. Tous les excédents de recettes réalisés par chaque caisse lui restent acquis et ces bonis peuvent servir à diminuer le taux des cotisations.

Chaque caisse est administrée par un conseil, dont font partie de droit, pour la moitié, les représentants des assurés.

Une Caisse régionale de garantie est instituée, assumant la charge de compenser les bons et les mauvais risques et de constituer des réserves.

Les caisses locales d'assurances peuvent prélever, sous certaines conditions, des fonds sur leur compte de réserve, soit pour créer, ou développer des hôpitaux, sanatoria, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraite, gouttes de lait, terrains de jeux et autres institutions d'hygiène sociale, soit pour faire bénéficier leurs membres, ou leur famille d'avantages supplémentaires, comme pour accorder à leurs vieillards et retraités les soins médicaux et pharmaceutiques.

Mais, si en fin d'exercice, un déficit est constaté, il y est pourvu par le fonds de réserve et, en cas d'insuffisance de ce dernier, par des avances de la Caisse générale de garantie. En outre, les administrateurs peuvent être rendus civilement responsables de leur mauvaise gestion.

D'ailleurs, si les Caisses d'assurances relèvent, au point de vue technique, de l'Office national des assurances sociales, elles sont placées, au point de vue financier, sous la surveillance du Ministre des Finances.

Chaque caisse régionale autonome d'assurance sociale est administrée par un Conseil d'administration de 24 membres, comprenant : 12 représentants élus des assurés ; 8 représentants élus des employeurs ; 2 membres choisis par l'Office national des assurances sociales, dans les commissions administratives des hospices, bureaux de bienfaisance et bureaux d'assistance, commissions administratives des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, les commissions départementales de la natalité ; 2 membres choisis par l'Office national des assurances sociales parmi les directeurs des succursales de la Banque de France et de la Caisse des dépôts et consignations, les représentants du Crédit foncier, les administrateurs et directeurs de banques coopératives et de caisses de crédit agricole.

L'Union des caisses d'assurances de la région est administrée par un conseil composé de représentants des caisses adhérentes, proportionnellement au nombre de leurs adhérents. Ces délégués doivent être pris parmi les administrateurs des caisses et comprendre moitié d'assurés au moins.

Organismes d'administration.

L'administration générale est confiée à un office, par chaque région, représentant l'office national des assurances sociales.

L'office régional est l'intermédiaire entre l'assuré et la caisse locale : c'est lui qui vérifie les droits des assurés, leur classification dans une catégorie d'assurés, qui délivre les livrets individuels d'assurance sociale, qui perçoit les cotisations, qui poursuit le recouvrement de ces dernières, qui reçoit les réclamations des employeurs et des employés assurés.

Cet office régional est administré par un conseil composé de 2 représentants élus des employeurs, 2 représentants élus des assurés, 8 représentants des intérêts généraux, dont 2 conseillers juridiques et 2 conseillers techniques désignés par le Ministre du Travail, 1 représentant de l'administration des Finances désigné par le Ministre des Finances, 1 représentant de l'administration de l'Hygiène et de l'Assistance, désigné par le Ministre de l'Hygiène, 2 administrateurs d'institutions de prévoyance et d'hygiène sociales, choisis par le Ministre du Travail.

L'Office national des assurances sociales est chargé de contrôler l'application générale de la loi. Parmi ses membres, nous relevons un représentant des groupements professionnels de médecins, un des sages-femmes, un des pharmaciens.

C'est un véritable conseil supérieur des assurances sociales, qui, entre autres fonctions, devra être obligatoirement consulté sur les projets de lois et de textes réglementaires concernant les assurances sociales : il remplit donc le rôle de conseiller technique, tant du Ministre que du Parlement.

En ce qui concerne notre profession, remarquons que les délégués des médecins, pharmaciens et sages-femmes, à cet Office national des assurances sociales, auront à se prononcer sur le tarif suivant lequel sont délivrés les médicaments, pour le compte des caisses ; ils auront à connaître, en appel, des décisions des commissions locales de contrôle du service médical et pharmaceutique, ainsi que de tous les contrats passés entre les caisses locales et les syndicats médicaux, ou avec les individualités médicales.

Contentieux.

Pour statuer sur les contestations, poursuites et recours auxquels peut donner lieu l'application de la loi, il est institué :

1° Au chef-lieu de chaque arrondissement, un conseil local du contentieux des assurances sociales ;

2° Au chef-lieu de chaque région d'assurance, un conseil régional du contentieux ;

3° Enfin un conseil supérieur du contentieux.

Le conseil local est composé d'un magistrat désigné par le ministre de la justice et un assureur et un employé, désignés par l'Office régional.

Le Conseil régional du contentieux est composé de deux magistrats et de 3 délégués de l'Office, dont un employeur et un employé.

Cotisations.

L'égalité dans la participation patronale et ouvrière part de ce principe qu'un effort personnel doit être demandé à tous ceux qui bénéficient, sous quelque forme et à quelque degré que ce soit, de la loi sur les assurances sociales.

Les premiers intéressés sont les assurés : par sa cotisation, le travailleur assure sa propre sécurité et celle de sa famille ; il acquiert le droit aux soins, au lieu de recevoir l'aumône, comme lorsqu'il a recours à l'assistance médicale gratuite ou aux hôpitaux.

Il participe également à l'administration de la caisse d'assurances, qu'il a librement choisie et, de ce fait, les organisations syndicales ouvrières auront une force nouvelle, en ce qui concerne la politique des assurances et de la protection de la santé publique.

Les employeurs ont également intérêt à ce que le capital humain, qu'ils emploient, soit toujours dans l'état du meilleur rendement possible. En réduisant la morbidité, l'assurance sociale réduira les interruptions de travail, qui nuisent au bon rendement des entreprises. Et grâce à une hygiène mieux surveillée, à une prévention bien organisée, à des soins plus attentifs, le travailleur, considéré au seul point de vue économique, donnera un rendement sensiblement accru dont bénéficiera l'employeur.

Celui-ci devra payer à l'Office régional 10 % du salaire de ses employés et ouvriers, quitte au patron à retenir 5 % à chaque paye.

Ici intervient le *principe de l'obligation*. Beaucoup, dans le camp patronal, ont été, réclamant la liberté de l'assurance. Il ne fut pas difficile de montrer l'échec complet de la Mutualité et de la loi de 1910 sur les retraites ouvrières. L'obligation prévient la négligence et beaucoup de malades, d'infirmes avant l'âge et de vieillards seront heureux d'avoir été contraints de s'assurer alors, qu'en bonne santé, ils ne croyaient pas devoir être atteints, un jour, par la maladie, l'accident ou la vieillesse prématurée.

De plus, le travailleur imprévoyant devient une charge pour la collectivité, qui doit le soigner au compte de l'assistance médicale gratuite, ou à celui des hospices et hôpitaux.

Des *sanctions* sont prévues contre ceux qui voudraient se soustraire aux obligations de la loi. Les pénalités ne sont, en réalité, applicables qu'aux employeurs, puisque ce sont ces derniers qui doivent déclarer, à l'Office régional, les ouvriers et employés, qu'ils ont à leur service, indiquer les salaires versés et enfin payer le 10 % de ces salaires à la Caisse d'assurance locale, ou autonome, ou à l'Office.

L'employeur, qui a négligé de se conformer aux prescriptions de la loi, est poursuivi par l'Office national devant les conseils du contentieux. Il peut être astreint, à titre d'indemnité, au payement d'une somme égale aux versements et aux contributions, qui correspondent à la période d'emploi non déclarée, ou qui aurait dû être acquittée.

Il peut, en outre, être prononcé contre le délinquant, l'inéligibilité aux chambres de commerce, comices agricoles, tribunaux de commerce, conseils de prud'hommes, pendant une période de 6 mois à 5 ans. De plus, la publicité du jugement, dans les journaux et l'affichage peuvent être ordonnés aux frais du délinquant.

L'obligation imposée à l'employeur de payer sa quote-part et celle de ses ouvriers, est donc le facteur principal de l'applicabilité de la loi.

La limitation de l'intervention de l'Etat.

Beaucoup de personnes, n'ayant que peu ou pas du tout étudié le projet primitif de loi sur les assurances sociales, ont parlé d'étatisation ; ils croyaient que la puissance publique était chargée à la fois de percevoir les cotisations et de les répartir, par les moyens d'une nouvelle administration d'assurance. Il n'en est rien et l'on peut comparer l'organisation future à une vaste mutualité obligatoire, à cotisations suffisantes pour couvrir les risques assurés et administrée par des particuliers, ayant un intérêt direct et immédiat au bon fonctionnement des caisses locales.

L'Etat va bénéficier de la diminution de ses charges actuelles, en ce qui concerne l'assistance médicale gratuite, les secours aux femmes en couches, aux vieillards, infirmes et incurables, etc.

Aussi a-t-on mis à sa charge les frais de gestion du nouveau service, qu'entraîne le fonctionnement des offices, des conseils de contentieux et des caisses d'assurances.

L'Etat assume encore la charge des bonifications faites, pour charges familiales des assurés. Enfin, il intervient pour compléter les cotisations déficitaires perçues sur les salaires modiques de la première catégorie d'assurés, pour

donner à ces derniers les mêmes avantages en nature (soins, médicaments), que pour les classes supérieures, comme pour donner à ces pauvres une retraite plus élevée que ne le comporterait la modicité des cotisations versées à cet effet.

Pourquoi les assurances sociales sont-elles acceptées avec faveur dans les milieux ouvriers ?

Il ne faut pas se le dissimuler, la classe ouvrière accorde tout son appui au projet de loi. Il y a huit jours encore, la Fédération des mutualités ouvrières votait un ordre du jour, donnant mandat à ses délégués au prochain congrès national de la Mutualité, qui se tiendra le mois prochain à Lyon, de soutenir à fond le projet de loi sur les assurances sociales. Cette Fédération invite encore le parlement à aborder la discussion, puis le vote, dans le plus bref délai possible.

Egalement se sont prononcées dans le même sens les grandes organisations ouvrières et syndicalistes, telles que la C. G. T., le parti communiste, etc.

Les modestes travailleurs, qui ne gagnent pas suffisamment pour pouvoir faire quelques économies (et ils sont nombreux) savent qu'avec la maladie ou l'accident, entrent la gêne, la misère dans leur logis. La médecine, à l'heure présente, est très chère, bien que le docteur n'ait pas relevé ses honoraires proportionnellement au coût de la vie, — les médicaments sont majorés. De plus la médecine, devenant très scientifique, nécessite des examens de laboratoire, des recherches radiologiques, sériques ; les traitements de spécialités, les opérations, les piqûres répétées, avec des médicaments fort coûteux, entraînent des dépenses telles que le malade se réfugie à l'hôpital.

Or, l'assurance sociale donnera à ce même malade le droit de se faire soigner chez lui, avec tout l'arsenal thérapeutique employé pour les personnes plus fortunées.

Il sera, en outre, loisible à l'assuré de ne plus regarder à la dépense d'une visite médicale, soit pour lui-même, soit pour l'un des siens. La consommation médicale augmentera donc.

En nous plaçant à un autre point de vue, les milieux ouvriers qui sont très documentés sur les méthodes actuelles de traitement scientifique des accidents du travail, reconnaissent que nos hôpitaux manquent fréquemment de l'outillage nécessaire pour donner de bonne thérapeutique. Avec les ressources provenant des assurances sociales, les bénéficiaires, gestionnaires des caisses d'assurances, sauront faire créer des maisons de cure tout à fait modernes.

Les femmes d'ouvriers envisagent la possibilité de construction d'habitations plus confortables et de prix plus accessibles, grâce aux placements que les caisses d'assurances feront en édifiant ces immeubles de rapport. Ainsi la question du taudis sera-t-elle en partie résolue.

Enfin, le dernier argument que donne la classe ouvrière, c'est qu'elle sait parfaitement qu'elle n'aura rien à payer, pour bénéficier de la loi. En principe, le patron doit retenir 5 % du salaire ; mais la loi de l'offre et de la demande fera monter les salaires de ce 5 %. D'autant que la loi d'airain du grand économiste Ricardo est toujours vraie : l'ouvrier ne peut gagner que la somme qui lui est nécessaire pour ne pas mourir de faim. Les hauts salaires actuels, bien que ne correspondant pas toujours à l'élévation du prix de la vie, ne sont que momentanés, dus à ce décalage social que, parmi tous les fléaux qu'occasionne une guerre, la dernière tourmente nous a valu.

De leur côté, les chefs d'industrie se sont rendu compte qu'ils porteraient ces cotisations à leurs frais généraux. Ils majoreront leurs prix de revient, partant ceux de vente et en dernier lieu, ce sera l'innombrable consommateur, tant de France, que de l'étranger (par l'exportation) qui subira l'incidence de la loi. Or, cette majoration des prix ne sera guère, calculs faits, que de 1 1/2 %.

Pourquoi la loi est-elle bien accueillie dans certains milieux intellectuels et bourgeois ?

Beaucoup de travailleurs intellectuels (ingénieurs, architectes, avocats, etc.) se rapprochent de plus en plus de la classe ouvrière manuelle. Les besoins, les aspirations sont les mêmes : ces techniciens sont souvent, les uns et les autres, malgré des titres pompeux, de simples employés d'un patronat. La cherté de la vie empêche le Français de penser à l'antique bas de laine et la gêne entre souvent dans les familles moyennes, avec la maladie, ou même la naissance.

L'idée d'une assurance collective fait son chemin et nous voyons des intellectuels, et non des moindres, réclamer le droit de bénéficier de la loi future. C'est dans ce sens que la C. T. I. a conclu dans son rapport de l'an dernier.

Avantages conférés aux assurés.

Les prestations, dont bénéficient les ressortissants de la loi sur les assurances sociales, sont de deux sortes :

1° Prestations en nature, comprenant les soins médicaux et les interventions chirurgicales ; la fourniture de médicaments et d'appareils ; enfin le traitement dans les maisons de cure.

2° Prestations en argent, comprenant des allocations journalières ou mensuelles, à la condition que l'incapacité de travail soit supérieure à 60 %.

Si l'incapacité de travail, supérieure à 60 %,

dépasse 5 ans et demi, l'assuré reçoit une pension d'invalidité prématurée. Dans ce cas. il bénéficie des soins médicaux et pharmaceutiques si son incapacité est de 100 %.

Critiques de certains points du service médical. Nos lecteurs ont déjà trouvé, dans le *Concours médical* (page 1155, année 1923), le texte même du projet de loi, en ce qui concerne le service médical. Nous nous bornerons à une critique générale.

Libre choix du médecin, de la sage-femme et du pharmacien.

Le projet concède, à l'assuré, le libre choix entre tous les praticiens, ayant accédé aux conditions du service médical et pharmaceutique. Ces conditions sont prévues, par l'article 23, § 2, comme établies par un contrat collectif, passé entre la caisse locale et le groupe professionnel médical, ou de sages-femmes, ou de pharmaciens. Ce contrat local s'inspirera des habitudes locales et des prix locaux. Mais, la rédaction de ce paragraphe 2 de l'article 23 comporte une certaine ambiguïté.

Il est dit, en effet, que la liste des praticiens, soumis au choix des assurés, comprend tous les médecins syndiqués, faisant partie du groupe professionnel, ayant contracté collectivement au nom dudit groupe ; mais également sont compris les praticiens « ayant adhéré aux conditions fixées par la caisse d'assurances ». Cela veut-il dire qu'à côté des conventions collectives passées avec les syndicats, les caisses conservent le droit d'établir d'autres tractations avec des médecins isolés et non syndiqués ?

Je sais bien qu'il ne saurait être question d'instituer, d'une manière détournée, le syndicalisme obligatoire. Je sais, d'autre part, que certains membres de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre, peu au courant des organisations professionnelles médicales, ont cru que le nombre des médecins isolés était considérable et que chaque caisse d'assurance devait contracter individuellement, lorsque, dans un village, hameau, ou commune, ne réside qu'un seul médecin. La géographie syndicale, établie par l'Union des syndicats médicaux, prouve, au contraire, que les contrats collectifs sont possibles partout, sans gêner, en quoi que ce soit le fonctionnement des caisses locales, ni léser les intérêts légitimes des non-syndiqués.

Pour ma part, je souhaiterais que les collectivités médicales puissent contracter avec les collectivités-assurances, pour éviter les abus de sous-enchères individuelles et les tractations occultes qui se feraient au détriment des malades.

D'ailleurs, au moment même où la complicité de réformés de guerre complaisants, de fonctionnaires corruptibles et de médecins peu consciencieux provoque quelques scandales locaux, à l'heure où les consciences médicales révoltées ressuscitent, une fois de plus, ce cadavre à la vie si dure, qui a nom l'Ordre des médecins, il apparaît très clair que les tractations individuelles doivent faire place à des tractations collectives. Les médecins syndiqués sont soumis aux règles déontologiques fixées par le groupe ; le respect en est assuré par le conseil de famille syndical : cependant le praticien reste libre, dans son syndicat, libre d'exercer honnêtement sa profession, en face du malade, qui est libre de lui préférer tout autre docteur, en lequel il a plus confiance.

Le contrat collectif ne doit pas effrayer quiconque, s'il se borne à établir un tarif minimum local dans les limites d'un tarif maximum, déterminé par une Commission nommée par l'Office national, comprenant les délégués des groupes professionnels de médecins, pharmaciens et sages-femmes (article 24, § 1).

Il établira ensuite les attributions de chaque partie : à la caisse, le contrôle administratif et de police collective de ses assurés ; aux médecins, le contrôle professionnel et déontologique. Aux commissions régionales, composées par tiers de délégués de l'office des représentants des caisses et de mandataires des groupes professionnels de médecins, pharmaciens et sages-femmes, de connaître des difficultés, pouvant surgir du fonctionnement du service médical et pharmaceutique des caisses. Ces commissions régionales arrêteront également le montant des mémoires, présentés par les intéressés, après que ces derniers auront eu la faculté de présenter leurs observations. Appel de ces décisions peut toujours être porté devant la commission de l'Office national.

Mais le 3e paragraphe de l'article 25 doit retenir notre attention. Il y est dit qu'en cas d'abus de la part d'un assuré, qui dérange inutilement un médecin, ce dernier est tenu d'en aviser sans délai la caisse d'assurances.

Non : ceci est inadmissible. Que le médecin porte plainte, lorsqu'il le croit nécessaire, pour défendre ses légitimes intérêts, c'est le droit commun ; mais qu'on fasse au docteur l'obligation de porter à la connaissance de la caisse, c'est-à-dire, de dénoncer les abus qui sont commis, non ! le praticien n'acceptera pas ce rôle. Aux caisses à faire leur contrôle personnel : le médecin n'a jamais voulu être l'auxiliaire de quelque justice que ce soit.

D'ailleurs les abus de visites seront très rares, si les caisses organisent comme il faut le service des *tickets modérateurs*. Dans la nouvelle rédaction du projet de loi, ces tickets modérateurs ne seront plus un complément d'honoraires pour le médecin, mais une participation du

client aux frais que fait la caisse pour le service médical. Son taux est fixé tous les ans par chaque caisse ; mais le maximum ne peut dépasser le tiers du montant de l'allocation journalière. Il est payé par le malade à la caisse directement.

Le malade contribue de même aux frais pharmaceutiques, par une participation fixée chaque année et qui ne peut être supérieure à 10 % du prix des médicaments.

Maternité.

Les soins médicaux sont assurés au cours de la grossesse et pendant les 6 mois qui suivent l'accouchement. De plus, la femme assurée touche une allocation journalière, si la grossesse, par ses complications, provoque une incapacité de travail, soit complète, soit partielle, mais évaluée à 60 % au moins. Cette allocation est de plein droit pendant les six semaines, qui précèdent les couches et les six semaines consécutives, à la condition que la femme cesse tout travail salarié et ne se livre qu'aux travaux de son propre ménage.

Une allocation d'allaitement est allouée aux femmes qui nourrissent leur enfant : 100 francs pour chacun des deux premiers mois, 75 francs pour le 3e ; 50 fr. du 4e au 6e ; 25 fr. du 6e au 9e et 10 francs du 10e au 12e mois.

Charges de famille.

La femme de l'assuré, qui ne s'occupe que de son ménage, a droit, en cas de maladie ou d'accident, aux soins médicaux et chirurgicaux, aux médicaments et au traitement dans les établissements spéciaux.

En cas de grossesse, elle a les mêmes droits que la femme assurée.

Les enfants âgés de moins de 16 ans et non salariés bénéficient également du médecin et du pharmacien ; mais la participation de l'assuré aux frais pharmaceutiques peut être élevée par la caisse locale jusqu'à 20 % de ces frais.

En outre l'assuré a droit à une majoration de son indemnité journalière ou mensuelle, ou de pension , par chaque enfant non salarié de moins de 16 ans.

Décès.

Au décès de l'assuré, il est versé une allocation à son conjoint, ou aux descendants, variant selon la classe, de 175 francs à 1.200 frs., payables en deux mois, par moitié.

Cette allocation au décès est majorée de 100 francs par chaque enfant non salarié de moins de 16 ans.

Vieillesse.

A 60 ans, la pension de vieillesse varie, selon la classe, de 500 francs à 3.000 francs par an. Cette retraite peut être demandée à 55 ans, comme elle peut être différée à 65 ans, sur la demande de l'intéressé.

Cette pension peut être transformée en acquisition d'une terre, ou d'une habitation, qui deviendra inaliénable et insaisissable.

L'assuré peut également demander la réversibilité de sa pension de retraite sur la tête de son conjoint, en subissant une réduction calculée d'après des calculs d'actuaire.

Assurance spéciale pour les femmes des salariés.

La femme non salariée d'un assuré peut, moyennant un versement de dix francs par mois, solliciter son admission à l'assurance, dans l'année qui suit le mariage, ou dans l'année qui suit la mise en vigueur de la loi, si le mariage est antérieur.

Cette assurée spéciale continue à bénéficier de cette assurance, si elle devient veuve, ou si le divorce est prononcé aux torts du mari.

Conclusions générales.

Telles sont les très grandes lignes de ce fameux projet de loi, qui a tant ému le corps médical. A nos confrères de se faire une opinion, au lieu de discuter *a priori*, sans documentation précise.

Disons d'abord que nous avons le temps nécessaire pour réfléchir et arrêter notre future ligne de conduite : la loi ne viendra en discussion à la Chambre qu'en mai ou juin. Sera-t-elle votée avant la fin de cette législature ? Certains l'assurent.

Néanmoins le projet, amendé, modifié par la Chambre, ira au Sénat. Combien de temps y restera-t-il ?

Puis amendé et modifié par la Haute Assemblée, il reviendra devant la nouvelle Chambre, élue en 1924. Quel sort celle-ci fera-t-elle au projet ? Se mettra-t-elle de suite à la besogne ?

Enfin, il faudra que Sénat et Chambre se soient mis d'accord, avant que la loi soit en état d'être promulguée par le président de la République. C'est donc un total de plusieurs années que nous avons devant nous.

Confrères, étudiez ce projet de loi à deux points de vue. Comme citoyens, d'abord, parce que vous aurez à payer le précompte pour vos domestiques, chauffeurs, jardiniers, employés, infirmiers et infirmières. Vous êtes donc du côté patronal.

Puis, vous vous préoccuperez de la répercussion que cette loi aura sur vos habitudes professionnelles. Convient-il, comme certains le demandent, de rester en dehors de la loi, en proclamant que notre liberté de tractations doit rester entière entre malade et médecin ?

Croyons-nous nécessaire d'envisager des contrats collectifs locaux, pour couper court aux sous-enchères des « renards » de la profession

amateurs de situations fixes et de traitements à forfait ?

Devons-nous redouter la création d'un « corps de santé civil » composé de médecins inférieurs, officiers de santé de jadis, se bornant à faire des diagnostics hâtifs, à prescrire sirops anodins et pommades sans efficacité, pour trier le malade sérieux et l'adresser, pour examen, puis traitement, à la maison de cure ? Là, se trouveront de véritables médecins scientifiques et consciencieux qui soigneront les malades avec tout le temps et toute la science nécessaires.

Devons-nous d'ores et déjà envisager la prise en charge de la médecine individuelle et sociale par nos syndicats médicaux ? A eux d'étudier dès aujourd'hui, comment ils pourront, avec les ressources que l'assurance sociale mettra à leur disposition, organiser des maisons de diagnostic et de cure, où chaque praticien pourra avoir son cabinet bien agencé, pour les soins à donner aux assurés ; comment le syndicalisme médical s'occupera de prophylaxie, par l'impulsion qu'il donnera aux caisses, pour la construction de maisons saines et confortables, pour l'organisation de sports bien compris, inspection médicale des écoliers, avec orientation professionnelle, conférences payées, pour l'éducation populaire en matière d'hygiène, etc., etc.

Quoi qu'il en soit, ne disons pas, en haussant les épaules, que cette loi ne sera jamais votée, ni appliquée. On en a dit autant au moment de la loi sur les accidents du travail, en 1898.

Le peuple est séduit par les avantages qu'on lui promet ; la Mutualité y voit sa renaissance, qui la sauvera de la ruine, où elle se trouve actuellement ; les patrons, bien qu'à regret, se laissent convaincre, sûrs qu'ils sont de conserver certaines de leurs organisations, à masque philanthropique, mais avec lesquelles ils peuvent maintenir une puissance formidable sur leur personnel, grâce au concours d'un salariat médical.

C'est une idée qui est en marche dans le peuple : la législateur sera obligé de suivre. A nous d'étudier.

Dr Paul BOUDIN.
Docteur en médecine.
Docteur en droit.

SOU MÉDICAL

Les services que rend le Sou Médical

Convaincus, par une expérience vieille bientôt de vingt-cinq années, des services que rend le « Sou médical » aux médecins, pris individuellement, nous ne nous lasserons pas de presser les confrères qui n'en font pas encore partie, de s'en rendre compte à leur tour, par la lecture des procès-verbaux de notre Conseil d'Administration, dans lesquels sont évoquées les multiples affaires qui lui sont soumises, de s'en convaincre à leur tour, et de venir à nous, renforçant ainsi, par le nombre, la puissance indiscutable qu'il tient déjà de ses 3.500 membres.

Il importe cependant que nous précisions une fois de plus que le « Sou médical » ne se charge pas de la défense des intérêts généraux du Corps médical : c'est là l'œuvre des Syndicats, auxquels il ne doit pas chercher à se substituer. Quant à lui, il a été créé pour pourvoir à la défense du médecin, dans tous les cas particuliers où ses intérêts personnels sont en péril.

Mais il va sans dire que si, par-dessus l'espèce qui lui est soumise, il entrevoit une question de principe dont la solution, dans un sens déterminé, importe à la corporation tout entière, ce lui est une raison de plus pour mener le combat, toutes forces déployées, sans redouter de recourir à toutes les armes que le droit, la jurisprudence et la procédure mettent à sa portée.

C'est en ce sens, seulement en ce sens, qu'il faut concevoir l'intervention indirecte du « Sou médical » en faveur des questions d'ordre général.

Ceci dit, revenons aux services que rend le « Sou médical ». L'un des cas où il est fréquemment mis à contribution est celui dans lequel la responsabilité du médecin est mise en cause. Or, cette responsabilité tend à prendre une extension considérable, et son évocation devient de plus en plus menaçante, car elle dépasse l'acte technique lui-même, et peut déborder sur des terrains où il semblait bien, jusqu'à présent du moins, que le médecin était inattaquable. C'est d'un de ces cas que nous voulons vous entretenir aujourd'hui.

Donc, dans une petite ville du Midi, un confrère, le Dr D., fut, un certain dimanche soir, requis par le maire d'aller visiter, à l'Asile municipal de nuit, un individu que les gendarmes venaient de relever sur la voie publique, à la suite d'une chute de bicyclette. Comme il paraissait inconscient, qu'il avait vomi, la première pensée qui s'offrait à l'esprit était qu'il s'agissat d'un ivrogne, et qu'ainsi s'expliquaient la chute, les vomissements vineux, et l'obnubilation intellectuelle ; et c'est bien ainsi que les braves gendarmes apprécièrent la situation, par la façon, quelque peu rude, dont ils conduisirent l'individu à l'Asile, où ils le couchèrent sur la paille ; notre confrère, le Dr D., ayant procédé à son examen, en vertu du mandat qu'il en avait

reçu du maire, rendit compte immédiatement à celui-ci qu'il lui était impossible de se prononcer, qu'il reverrait cet homme le lendemain matin et qu'il pourrait sans doute alors formuler une opinion.

Ainsi fut fait ; le lendemain matin, le Dr D., ayant revu l'homme, rendit de nouveau compte au maire qu'il y avait lieu de le transporter dans l'hôpital le plus voisin.

Or, le malade, — c'en était un, — avait tout simplement été atteint d'une hémorragie cérébrale justifiant l'état dans lequel on l'avait relevé à la suite de sa chute, et dont il garde une hémiplégie classique.

Là-dessus, la famille attaque notre confrère, en prétendant que c'est l'insuffisance des soins qu'il a donnés à ce malade qui a aggravé son état, et lui réclame, comme de juste, des dommages-intérêts.

Un premier jugement « avant faire droit » a été rendu. Et savez-vous ce qu'il retient à l'encontre du Dr D. ? Mettant hors de cause sa responsabilité technique proprement dite, le jugement émet l'hypothèse qu'il est possible que, d'avoir passé la nuit sur la paille, dans un local inconfortable, l'état du malade s'en soit trouvé aggravé ; et qu'il appartenait au médecin de donner l'ordre de le coucher dans un lit qui se trouvait à proximité..... Et il désigne trois experts pour dire si l'hypothèse émise est soutenable dans les faits.

Ainsi, voilà un médecin qui a reçu un mandat précis, qui l'a accompli dans toute son étendue, qui a, par conséquent, fait tout son devoir de technicien ; on reconnaît que, de ce chef, il n'a mérité aucun reproche. Mais, on ne s'en demande pas moins s'il ne serait pas responsable d'avoir omis de donner certains ordres qui relevaient, en réalité, de la police municipale, laquelle appartient au maire.

Vous avouerez que c'est tout de même, comme on dit vulgairement, « un peut fort de café !! »

Le « Sou médical » a pris en main la cause du Dr D. et il la défendra envers et contre tous, en épuisant toutes les juridictions, si cela est nécessaire.

Confrères qui ne faites pas encore partie du « Sou », méditez sur cette histoire vécue. Demandez-vous si vous ne vous êtes jamais trouvés en pareil cas, ou si demain, pareille aventure ne peut pas vous arriver. Représentez-vous l'embarras dans lequel vous plongerait votre isolement. Ne vous croyez pas complètement protégés parce que vous aurez contracté une assurance, dans les formes ordinaires, à une Compagnie dont les spéculations financières sont au premier plan de ses préoccupations et de ses buts, et qui, se substituant à vous uniquement pour endosser le risque pécuniaire, traitera, transigera, arrêtera l'affaire à son gré, sans tenir toujours suffisamment compte de certaines considérations d'ordre moral, qui ont bien leur prix.

Venez au « Sou médical » ! Pour 25 francs par an, vous aurez plus que triplé l'airain dont il faut être revêtu pour se protéger contre les injures auxquelles nous sommes plus que jamais exposés.

Les scandales de Marseille, de Versailles et d'ailleurs, ne sont pas faits pour rendre les tribunaux indulgents envers les médecins qui, demandeurs ou défendeurs, comparaîtront devant eux. Que si cette éventualité vous arrive, soyez armés pour pouvoir faire « flèche de tout bois ». Arme, protection, appui moral, appui pécuniaire, vous les trouverez au « Sou médical » pour vingt-cinq francs !

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'administration (1)

Honoraires de droit commun.

Le pourvoi en cassation du Dr M. (Gironde), contre un jugement qui l'a condamné à rembourser une partie des honoraires qui lui avaient été payés sans discussion par un client, a été admis par la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation.

Il viendra maintenant devant la Chambre civile et le Conseil ordonnance à cet effet le versement d'une provision de 600 fr.

Le Dr L. (Seine-et-Oise) a été débouté de l'appel qu'il avait formé, avec l'appui du « Sou médical », contre un jugement de paix qui avait réduit ses honoraires aux chiffres du tarif Dubief, quoiqu'il eût été choisi par la blessée et qu'il n'eût même pas su, au début, qu'il s'agissait d'un accident du travail. Le tribunal de Melun a jugé que l'appel était tardif, ayant été formé plus de quinze jours après la date du jugement de paix.

Me Auger estime qu'un pourvoi en cassation pourrait utilement être formé contre le jugement d'appel, parce que le procès a été engagé sous le régime du droit commun, et non sous celui des accidents du travail.

En conséquence, l'appui pécuniaire est accordé au Dr L. pour se pourvoir en cassation et le Conseil ordonnance à cet effet le versement d'une provision de mille francs.

Le Dr B. (Yonne) demande le remboursement de 150 francs d'honoraires, qu'il a payés à l'avoué qui a plaidé pour lui une affaire de recouvrement d'honoraires contre un maître, pour soins donnés à sa domestique.

Le jugement, commenté par l'avoué lui-même, a été publié dans le *Concours médical* du 11 mars 1923.

---

(1) Voir les Admissions page 1881.

Le Conseil ordonnance le remboursement de la somme de 150 fr. demandée.

Responsabilité civile.

Le Dr Vallet, de Vernon (Eure), a, sur appel de la partie civile, été condamné par la Cour de Rouen à 11.500 francs de dommages intérêts.

Vu la briéveté du délai accordé pour le pourvoi en cassation (trois jours), ce pourvoi a été formé en attendant d'avoir connaissance du texte complet de l'arrêt.

La suite à donner à cette affaire est donc réservée jusqu'à l'étude que feront de l'arrêt les avocats conseils du « Sou ».

Le Dr D. (Bouches-du-Rhône) était assigné en dommages intérêts par le père d'un jeune homme qui, ayant été trouvé sans connaissance sur la route, tombé de bicyclette, est demeuré atteint d'hémiplégie et d'aphasie. Le père prétend que la responsabilité du Dr D. est engagée parce que, appelé par le maire à examiner le malade le soir, il n'a pu établir un diagnostic et n'a pas donné l'ordre de transporter de suite, soit à l'hôpital, soit au moins dans une chambre chaude, le malade qu'il avait trouvé couché sur la paille dans la pièce destinée à recevoir les cheminots.

Le Tribunal a ordonné une expertise pour rechercher si ce fait pouvait avoir occasionné ou aggravé la maladie, admettant en principe la faute du Dr D.

Me Nattan-Larrier est d'avis qu'il serait préférable de faire dès maintenant appel du jugement, la faute, suivant lui, ne pouvant être mise à la charge du Dr D. L'avocat qui a plaidé l'affaire, au contraire, pense que, l'expertise ne pouvant qu'être favorable, il est préférable de laisser l'affaire suivre son cours.

Après discussion, il est décidé que Me Nattan-Larrier se mettra en rapport avec son confrère pour lui demander les motifs de son opinion.

Le Dr J. (Ardennes) est menacé, par un client à qui il réclame ses honoraires, d'une plainte basée sur ce qu'il n'a pas opéré sa femme.

Le Conseil décide d'inviter le Dr J. à poursuivre le client en payement de ses honoraires. Si la menace qui lui a été faite est réalisée, l'appui pécuniaire lui sera accordé pour se défendre.

Affaires diverses.

Le Conseil ordonnance le versement :

Au Dr G. (Somme), d'une provision de 500 francs qu'il a avancée à l'avoué chargé de la plainte à former contre ses diffamateurs (appui pécuniaire du 26 décembre 1923).

A l'avoué du Dr C. (Seine), d'une provision de 300 francs, pour l'appel d'un jugement qui a prononcé la nullité d'une saisie (voir procès-verbal publié dans le *Concours médical* du 18 avril 1923).

Le Dr B. (Haute-Savoie), ayant produit les attestations de témoins qui lui ont été demandées (voir le procès-verbal ci-dessus visé), l'appui pécuniaire lui est accordé à titre définitif pour poursuivre en dommages-intérêts le pharmacien qui le dénigre. Cet appui pécuniaire comprend, outre les frais judiciaires proprement dits, un crédit de 300 francs pour participation aux honoraires de l'avocat.

Le Dr G. (Seine-et-Oise) est assigné en garantie d'une condamnation prononcée au profit d'un pharmacien contre une Compagnie d'assurances accidents pour prix de fournitures pharmaceutiques à des blessés du travail. La Compagnie prétend que les prescriptions du Dr G. auraient été exagérées.

Le Conseil accorde au Dr G. l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande, et ordonnance le versement d'une provision de 150 fr. à son avoué.

Le Dr A. (Seine) demande si un docteur d'Université, qu'il emploie comme aide, peut être admis au « Sou médical ».

Le Conseil, considérant que le titulaire d'un diplôme d'Université n'a pas le droit d'exercer la médecine, même à titre de remplaçant, estime qu'il ne saurait être admis comme membre du « Sou ».



LA PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE

Les pensions de retraite

La pension de retraite est une véritable nécessité pour quiconque, vivant de son travail personnel, est exposé, arrivé à la vieillesse, à se trouver dépourvu des ressources nécessaires à son existence.

L'Etat l'a compris le premier et il a institué des retraites pour ses serviteurs, les militaires d'abord, puis successivement les fonctionnaires civils et les agents de tout ordre.

Les grandes administrations, les Compagnies de chemins de fer, les Sociétés minières, industrielles et commerciales ont suivi l'exemple et ont également créé des retraites pour leur personnel.

Enfin, plus récemment, l'Etat a tenté de créer les retraites ouvrières.

Mais il reste toujours des travailleurs qui ne rentrent pas dans les catégories précédentes, qui n'ont aucune attache avec aucune organisation et pour lesquels la retraite ne constitue pas un besoin moins impérieux.

Parmi ces derniers figure le médecin dont l'activité professionnelle est bien souvent le seul moyen d'existence et qui, la vieillesse venue, peut se trouver dans une situation précaire.

Le médecin doit donc pouvoir lui aussi se créer une pension de retraite et il faut lui en faciliter les moyens.

Il y a deux mantières de se constituer une retraite : la plus simple est évidemment de faire à une caisse spéciale, publique ou privée, des versements réguliers pour arriver à constituer le capital nécessaire au service de cette retraite. Les tables de mortalité, le taux de l'argent, le principe de la mutualité, permettent de déterminer le quantum de ces versements pour arriver au capital qui s'éteindra à mesure que les annuités de retraites seront servies et disparaîtra avec le sociétaire.

La seconde manière consiste à capitaliser les revenus d'une certaine somme, à laquelle il ne sera pas touché, pour, avec ces revenus, former le capital nécessaire au service de la retraite.

Un particulier peut très bien par ce moyen se constituer lui même une retraite, mais il lui est beaucoup plus facile de s'adresser à une caisse existante spécialement créée dans ce but.

Le premier mode est appelé *retraite à capital aliéné*, le second retraite *à capital réservé*.

Mais, quel que soit le système choisi, il faut toujours arriver à un capital de ..... pour obtenir une pension de ..... On ne fait rien avec rien, voilà ce dont il faut bien se pénétrer ; et ce qu'il ne faut pas oublier non plus, c'est qu'en pareille matière, il ne saurait y avoir de bénéfice ; il ne faut pas se laisser fasciner par un trompe-l'œil — les chiffres sont les mêmes pour tous.

Le capital réservé ne coûte pas moins cher que le capital aliéné : il faut toujours qu'à l'âge fixé pour la retraite une somme soit atteinte qui sera absorbée par le payement des annuités de la pension.

Que cette somme soit versée d'une façon ou d'une autre, peu importe, il faut qu'elle soit versée. Si les fonctionnaires, les employés, les ouvriers versent moins, c'est que les administrations, les caisses sociales ou patronales font le complément. Si le capital est réservé, il faut que les intérêts de ce capital constituent à eux seuls la somme indispensable.

On pourrait donc dire que, dans le système dit à capital aliéné, le sociétaire conserve lui-même ce capital dont il verse les seuls intérêts et que, dans le système dit à capital réservé, c'est la caisse qui conserve ce capital, pour le rendre au décès du sociétaire, ne faisant usage que des intérêts.

La contre-assurance des versements est une autre chose : c'est une sorte d'assurance sur la vie du sociétaire, assurance qui cesse à l'âge où il commencera à toucher sa pension. Il est assuré, je suppose, pour une pension à 60 ans — s'il vient à mourir avant qu'il ait atteint cet âge, la totalité de ses versements est remboursée à ses ayants droit ; meurt-il au contraire après, il n'y a plus de remboursement.

De ce qui vient d'être exposé, il résulte nécessairement que, pour une pension de chiffre égal au même âge, la cotisation est moindre si les versements sont aliénés, qu'elle est plus élevée si ces versements sont contre-assurés, qu'elle est plus élevée encore si le capital est réservé.

La Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical français s'adresse à des situations modestes, elle a donc adopté les systèmes dont les versements sont le plus faciles.

Elle fait la pension à versements aliénés et la pension à versements contre-assurés.

Le système à capital réservé dépassait ses possibilités ; il eût fallu de trop grosses réserves et un trop grand nombre de sociétaires.

Les combinaisons qu'elle offre sont au nombre de deux : l'une donne la pension à 60 ans, l'autre la donne à 65 ans. Dans l'une, comme dans l'autre, la contre-assurance des versements est facultative.

Les cotisations sont très abordables : en voici quelques exemples pour une pension annuelle de 1.200 francs :

Age d'entrée	Cotisations simples	Cotisations contre assurées
	Retraite à 60 ans.	
26 ans	119 fr.	140 fr.
30 —	154 »	181 »
35 —	217 »	255 »
40 —	320 »	372 »
45 —	510 »	575 »

Retraite à 65 ans

26 ans	64 »	79 »
30 —	87 »	108 »
35 —	121 »	150 »
40 —	172 »	214 »
45 —	256 »	316 »

Pour une pension de 2.400 francs, il faut naturellement doubler.

Les deux combinaisons peuvent se cumuler, ce qui permet une première pension à partir de 60 ans et une seconde à partir de 65 ans.

Les femmes des sociétaires sont admises dans les mêmes conditions que leur mari.

L'âge d'entrée est celui que le sociétaire a eu ou aura dans l'année de son admission.

La participation part uniformément du 1er janvier de l'année de l'admission.

Il en résulte qu'il n'y a pas de cotisation à payer dans la 60e ou dans la 65e année, suivant le cas.

La pension est payée, en totalité, au 1er janvier de chaque année sur la production par l'intéressé d'un certificat de vie gratuitement délivré dans les mairies pour les sociétés de secours mutuels.

Ces temps derniers, l'Association générale des médecins de France, toujours sollicitée de créer des retraites de droit, a prévenu ses membres que désormais elle pourrait servir d'intermédiaire entre eux et la Caisse nationale des Retraites pour la constitution de pensions de retraites pouvant atteindre 6.000 fr.

La circulaire qu'elle a envoyée, bien qu'un peu vague, peut être ainsi résumée :

1° L'A. G. sera l'intermédiaire entre ses membres et la Caisse nationale de retraites pour les y faire inscrire et opérer leurs versements moyennant une légère surprime pour rémunérer sa gestion ;

Les versements pourront être faits à capital aliéné ou à capital réservé ;

2° Moyennant une surprime, l'A. G. assurera le payement des primes de ceux de ses membres que la maladie met dans l'impossibilité de le faire.

Les conditions de maladie ne sont pas précisées dans la circulaire, mais voici ce qui nous a été dit :

« L'assurance complémentaire fonctionnera dès qu'elle aura recueilli au moins cent adhérents. A partir du jour où ce service fonctionnera, les adhérents pourront obtenir le payement de la prime correspondant à leur période de maladie. Toute incapacité inférieure à un mois ne donne droit à aucune exonération. Les durées sont comptées par quinzaine. Toute durée inférieure à 8 jours est négligée, toute durée supérieure à 8 jours compte pour une quinzaine. S'il y a plusieurs périodes de maladie dans une même année, elles ne s'additionnent pas et sont comptées séparément ».

Quoi qu'il en soit, cette proposition a éveillé l'attention d'un certain nombre de nos confrères qui nous ont demandé si la Mutualité Familiale, dont c'est précisément un des objets, ne pourrait faire la même chose.

Cette demande ne pouvait être écartée *à priori* d'autant que les statuts de la Mutualité Familiale l'autorisent à recourir, elle aussi, à la Caisse nationale des retraites ; elle fut donc examinée par le Conseil d'administration.

Après s'être entouré d'avis éclairés et avoir fait une étude minutieuse de la question, le Conseil de la Mutualité Familiale a été d'avis de ne pas compliquer ses services par la création d'une combinaison nouvelle dont l'objet serait de faire ce que fait l'Association générale, et voici les raisons de sa décision.

D'abord, pourquoi faire double emploi et diviser les efforts ?

La majorité des membres de la Mutualité Familiale sont membres de l'Association générale et nous ne voyons pas pourquoi nous irions, sans raison sérieuse, concurrencer une Société avec laquelle nous entretenons d'excellents rapports.

Ce que fait l'A. G. est inutile ou nécessaire — Si c'est inutile, à quoi bon le tenter à notre tour ? Si c'est nécessaire, ceux des nôtres que la chose intéresse s'adresseront à l'A. G. Certains pourront ainsi s'assurer 6.000 fr. à la Caisse Nationale et s'ils les cumulent avec les retraites de la Mutualité, atteindre ainsi près de 12.000 francs.

Donc nous ne voulons en rien contrecarrer l'effort de l'A. G.

Et puis — je prie mes lecteurs de ne pas considérer cet argument comme une critique — à quoi bon nous charger, à force de paperasseries nouvelles, de faire inscrire nos membres à la Caisse nationale quand ils peuvent tout aussi bien le faire eux-mêmes, sans aucuns frais supplémentaires de gestion, en passant chez leur percepteur ou au prochain bureau de poste ? Ceux qui agiront ainsi feront l'économie des frais de gestion que nous serions obligés de leur réclamer, tout comme doit le faire l'A. G.... et je ne vois pas bien à quoi nous servirions.

Oui ! Mais, dira-t-on, l'A. G. promet de payer les primes si le sociétaire est malade depuis plus d'un mois.

A cela, je réponds qu'en ce qui nous concerne nous n'avons rien à innover pour établir cette garantie. Si nos sociétaires sont inscrits à notre combinaison MA, ils touchent, s'ils sont malades, l'indemnité journalière de 10 fr. d'abord et au-delà de 2 mois, l'indemnité chronique de 100 fr. par mois qui leur permet de payer leur cotisation retraite.

A 30 ans, chez nous, il faut verser 75 fr. ; l'A. G., au même âge, demande 51 francs pour une prime de 700 fr. environ.

Et, comme cette remarque s'adresse également à ceux qui, pour des raisons que je ne veux pas discuter, refusent d'adhérer à l'A. G., j'ajouterai qu'ils

font encore l'économie de leur cotisation annuelle à leur Société locale.

Mais il y a plus. Nous ne sommes pas absolument convaincus des si grands avantages présentés par la Caisse nationale de retraites : je ne veux pas dire que nul n'en connaît ni n'en surveille la gestion financière, mais les formalités administratives, les certificats de vie, les dépôts de titres pour visa, les allées et venues répétées tous les trois mois pour toucher les arrérages énervent et rebutent plus d'un rentier.

Chez nous, combien moins de soucis et de difficultés pour toucher la pension !

Pour toutes ces raisons, et pour d'autres aussi, telle que celle de ne pas compliquer outre mesure notre organisation qui semble déjà trop complexe à beaucoup, nous avons décidé de rester dans le *statu quo*.

De ce qui précède, il est facile de déduire un parallèle de ce que devra faire le médecin qui veut s'assurer une retraite, soit qu'il s'adresse à l'A. G., soit qu'il veuille entrer à la Mutualité Familiale.

Il devra pour avoir une pension de 2.400 francs.

Capital réservé à l'Association générale.	*Versements contre assurés à la Mutualité Familiale.*
1° Adhérer à la Société locale et verser une cotisation annuelle qui est en moyenne de 25 francs par an ;	
2° Envoyer son dossier à l'A. G. qui le déposera, à la Caisse nationale de retraites et se fera délivrer un livret individuel;	1° Adhérer à la combinaison P (retraite) et MA (indemnité-maladie).
3° Verser à l'A. G. une cotisation annuelle qui, à 30 ans, sera de 578 fr. 35 plus une cotisation supplémentaire de 51 fr. pour obtenir le payement des primes en cas de maladie dans les conditions indiquées ci-dessus.	2° Verser à la Mutualité Familiale une cotisation de 508 fr. 20 plus la cotisation de MA 82 fr. 50 qui lui assurera en cas de maladie 10 fr. par jour pendant 60 jours et, au-delà, cent francs par mois — somme qui lui permettra largement de payer sa cotisation annuelle.
4° A l'âge de la retraite, fournir tous les trois mois un certificat de vie signé par le maire et légalisé par le préfet, déposer son titre pour visa de la Trésorerie générale, retourner chercher son titre et passer toucher sa pension du trimestre.	3° A l'âge de la retraite, envoyer chaque année, au commencement de janvier, un certificat de vie signé par le maire et attendre à domicile l'arrivée de la pension annuelle qui est délivrée d'un seul coup, sans frais et sans dérangements,

Si le sociétaire vient à mourir, avant 60 ans, dans l'un comme dans l'autre cas, la totalité de ses versements est remboursée à ses ayants-droit.

Tous les avantages seraient donc nettement à la Mutualité Familiale, s'il n'y avait le remboursement du capital assuré par l'A. G. après 60 ans.

En résumé, je l'ai montré, tout cela se vaut. Ce qu'offre l'A. G. n'a rien d'extraordinaire et chacun peut même l'obtenir sans la faire intervenir. Et, qu'on le note bien, ce n'est pas une critique que j'entends lui faire : notre vieille *Alma mater* fait ce qui lui paraît possible pour aider ses membres à s'assurer le pain de leurs vieux jours. Si elle ne fait pas plus, c'est que son organisation surannée l'en empêche.

Mais ce qu'elle fait, elle se devait de le faire.

Certains membres de la Mutualité Familiale n'ont pas pu ou voulu entrer à l'A. G., ce qui a amené la rupture du contrat qui nous liait à elle ; des membres de l'A. G. peuvent ne pas vouloir entrer à la Mutualité Familiale — : il fallait pour les uns comme pour les autres une organisation qui leur permît de s'assurer une retraite indispensable ; tous ont satisfaction ; certains pourront même cumuler en entrant aux deux organisations.

Travaillons donc, chacun avec nos moyens, dans notre sphère respective en nous aidant mutuellement toutes les fois que la chose esera possible.

Quant à nous concurrencer, jamais !

Jamais une Filiale du *Concours médical* ne se prêtera à une guerre quelconque, avouée ou non, contre notre vieille Association générale.

H. Mignon.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imp. Daix et Thiron,

(Thiron et Cie, successeurs).

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

L'Agenda-Memento du Praticien

L'Edition 1924

La rapidité avec laquelle l'édition 1923 s'est enlevée ; les nombreuses demandes que nous avons reçues depuis, et auxquelles il ne nous a pas été possible, malheureusement, de pouvoir donner satisfaction, nous ont démontré surabondamment en quelle faveur nos abonnés tiennent cette publication périodique.

Ce succès est pour nous la récompense de nos efforts et un encouragement précieux à continuer, en nous efforçant de perfectionner notre œuvre.

C'est à quoi nous allons nous employer dans la préparation de l'édition qui portera le millésime de 1924, et paraîtra dans le courant de décembre prochain.

Nous maintiendrons la première partie relative aux *renseignements généraux*, que nous avons inaugurée l'an dernier, et dont le besoin n'a plus à être démontré, puisqu'elle renferme toute une série de documents d'ordre usuel, et qu'il est nécessaire, pour s'éviter des pertes de temps dans des recherches longues et parfois difficiles, d'avoir sous la main.

Quant aux *renseignements professionnels*, ils comporteront tout particulièrement une mise au point des lois et réglementations en vigueur, pour tout ce qui concerne l'exercice de la médecine.

Les consultations de notre collègue, le Dr Decourt, relatives à l'application des tarifs Breton et Maginot, feront l'objet d'une attention toute spéciale. Ce sont, en effet, de judicieuses interprétations de ces tarifs, dans tous les cas où l'espèce envisagée n'a pas été expressément visée par la nomenclature ; elles font autorité, Decourt étant l'un des membres les plus écoutés de la Sous-Commission du tarif Breton, et les Compagnies d'assurances acceptant très volontiers les solutions que donne notre collaborateur des petits problèmes qui sont posés devant le praticien, dans sa pratique de la médecine des accidents du travail.

Les décisions de justice qui peuvent faire jurisprudence, au point de vue professionnel, tiendront leur place habituelle.

Les lois, circulaires, décrets, arrêtés, relatifs à la profession médicale, que l'année aura vu éclore, viendront en bon rang, avec les commentaires qu'ils réclameront.

Enfin, nous chercherons tous les documents qui possèdent quelque importance, et qui n'ont pas été imprimés depuis quelques années, pour les publier de nouveau, afin d'éviter à nos confrères l'ennui de feuilleter d'anciennes éditions, qu'ils ne possèdent peut-être plus, et dans lesquelles ces documents ont autrefois paru.

Ce que nous recommandons, surtout à ceux qui s'intéressent à l' « Agenda-Memento du Praticien », c'est de nous envoyer sans retard leur souscription, en utilisant le *Bulletin* qu'ils trouveront ci-après. Passé le 1er août, aucune souscription nouvelle ne pourrait être acceptée.

NOTICE

La prochaine édition paraîtra vers le 15 décembre prochain et sera envoyée franco à tous les souscripteurs.

L'**Agenda-Memento du Praticien** forme un volume de 850 pages, relié pleine toile, format in-8o raisin. Il se compose de deux parties : le **Memento**, recueil de tous les documents professionnels indispensables au praticien et qui ont été réunis depuis quarante ans par le *Concours Médical*; l'**Agenda**, comprenant une page pour chaque jour sur papier spécial à registre, permettant au médecin d'y inscrire tous ses actes journaliers. Un répertoire alphabétique termine cette partie.

***

Ce volume, unique en son genre par les pièces qu'il contient et dont la plupart sont exclusives au « Concours médical » *renferme tous les renseignements d'*ordre professionnel *que tout médecin a intérêt à connaître et qui sont complétés par la documentation que le* « Concours médical » *a pu recueillir, tant au point de vue pratique que juridique.*

Aussi, c'est par centaines que se comptent les lettres d'encouragement et de félicitations reçues par l'Administration du « Concours médical » *pour l'initiative qu'elle a prise de mettre sous la main du praticien un véritable Code médical.*

Il n'est pas possible de publier chaque année tous les documents intégralement; notre volume atteindrait alors des proportions qui le rendraient peu maniable et auraient alors le grave inconvénient d'augmenter considérablement son prix de vente.

Nous publions chaque année *les documents d'actualité indispensables au praticien ; quant aux autres renseignements officiels (lois, décrets, arrêtés, etc.), nous les publions environ tous les trois ans ; de cette façon, les souscripteurs de trois volumes consécutifs sont en possession d'un travail d'ensemble très complet.*

On trouvera page 1875 *la nomenclature des questions traitées dans les différentes éditions.*

DOCUMENTS publiés dans les différentes éditions de l'Agenda-Memento du Praticien

Renseignements généraux.

Postes, télégraphes, téléphones, affranchissements et taxe diverses.
Les chemins de fer.
Code de la route, de la chasse, de la pêche.

Renseignements professionnels.

Les établissements médicaux spéciaux.
Les propharmaciens.
Renseignements pour la pratique journalière de la clientèle.
Technique des prélèvements, etc...

Législation.

A. — *Exercice de la médecine.*
B. — *Exercice de la pharmacie.*
C. — *Aliénés.*
D. — *Enfants du premier âge.*
E. — *Syndicats professionnels*
F. — *Assistance.*
G. — *Accidents du travail.*
H. — *Mutualité.*
I. — *Hygiène publique.*
J. — *Médecine sanitaire maritime*
K. — *Articles des codes intéressant la profession médicale.*
L. — *Pensions militaires.*

Les Honoraires médicaux.

I. — *Les tarifs médicaux : tarif général des honoraires médicaux; tarif spécial des accidents du travail ; tarif médico-légal ; tarif des pensions ; tarifs pharmaceutiques.* Interprétation des tarifs Breton et Maginot.
II. — *Le recouvrement des honoraires médicaux : rédaction des notes d'honoraires ; comment le médecin peut-il recouvrer ses honoraires ? la responsabilité des honoraires ; prescription des honoraires ; privilège du médecin pour frais de dernière maladie.*

Les Actes médico-légaux et médico-sociaux du Praticien.

Certificats.
Médecine légale.
Le secret médical.
La responsabilité civile du médecin

L'Assistance publique en France.

Vue d'ensemble sur l'Assistance publique.
Assistance médicale gratuite.
Bureaux de bienfaisance.
Hôpitaux et hospices.
Institutions et Œuvres diverses d'Assistance publique.
Vieillards, infirmes et incurables.
L'Assistance publique à Paris.
La surveillance médicale des Enfants-Assistés.

Les Services d'Hygiène et de Médecine publiques.

Les services de la loi de 1902.
L'inspection médicale des nourrissons
L'inspection médicale des écoles.
La lutte anti-tuberculeuse.

Service médical des Collectivités.

Les accidents agricoles. Les accidents individuels.
Les accidents du travail.
La Mutualité.
Rapports des médecins civils avec l'autorité militaire.
Les Pensions militaires.

Jurisprudence médicale.

Accidents du travail.
Droit commun.

Les Renseignements professionnels spéciaux.

Cessions et achats de clientèles.
Remplacements.
Baux et locations.
Les impositions du médecin.
Les moyens de transport du médecin.
Les obligations militaires du médecin.
Les incompatibilités professionnelles.
I. — *Memento thérapeutique.*
II. — *Les principales stations thermales et eaux minérales françaises et leurs indications.*

Les Services du « Concours Médical ».

Le service vaccinal.
La bibliothèque et la librairie.
Le service des remplacements.
Les échanges de clientèles.
Office de renseignements.

L'Annuaire des œuvres du « Concours ».

Société civile du « Concours Médical ».
Mutualité Familiale du Corps médical français.
Sou médical.

Table des matières.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'Agenda-Memento du Praticien (édit. 1924)

NOTA. — La souscription sera close irrévocablement le 1er août 1923.

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au Concours Médical (1), *médecin à* ....

*dép*t .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1924 (2)

(3) { *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 13 fr.*
Je verse 13 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95
Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément). }

(3) : *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... *le* ....

(1). — *Pour les non abonnés le prix de l'*Agenda-Memento *est de* **15 fr.**
(2). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*
(3). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 1er août 1923, à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

Voudriez-vous m'indiquer le rôle, la conduite que j'ai à tenir vis-à-vis du confrère et les obligations à remplir vis-à-vis de la compagnie.

Dr D.

Réponse.

Vous êtes le mandataire et le représentant de la Compagnie d'assurances, qui vous a donné très certainement un mandat précis ; vous êtes donc chargé de la défense des intérêts de votre mandat, au cours de l'expertise à laquelle vous devez assister.

Or, puisqu'il y a « expertise », c'est qu'un conflit a surgi entre cette Compagnie et quelqu'un ayant un lien de droit avec elle : patron assuré par exemple, s'il s'agit d'un accident du travail. Sur quoi repose ce conflit ? Tout est là. La Compagnie vous aura sans doute fait connaître les faits de la cause, et les raisons pour lesquelles elle a demandé, accepté ou provoqué cette expertise.

C'est dans cet état d'esprit que vous devez vous rendre chez votre confrère, du moment que vous avez accepté la mission qui vous est confiée.

Là, vous écouterez, avec la plus grande attention les explications qui seront données par l'expertisé, ses conseils et ses assistants. Vous l'examinerez à votre tour. Vous vous ferez une opinion aussi impartiale que possible de la situation. Celle-ci faite, vous écouterez les argumentations de l'expert, s'il en énonce. Vous ferez toutes les observations et remarques que vous jugerez utiles à l'accomplissement de votre mandat.

Mais vous devez savoir qu'habituellement, les experts ont pour première mission de concilier entr'elles les parties qui sont en procès. En vue de cette éventualité, vous devrez demander à votre Compagnie de vous définir exactement les limites dans lesquelles elle consent à transiger, en vue de cette conciliation.

Si la conciliation n'est pas réalisée, vous rendrez compte purement et simplement à votre mandante, par écrit si elle vous le demande, de ce qui se sera passé à l'expertise.

Vis-à-vis du confrère expert, ne vous départez pas naturellement de la plus parfaite courtoisie déontologique, quels que soient vos rapports habituels avec lui. Si c'est un de vos amis, ou si vous avez avec lui des relations cordiales, prévenez-le de la mission qui vous a été confiée. Si c'est un inconnu de vous, ou si vous ne l'avez jamais rencontré, présentez-vous à l'heure fixée pour l'expertise, et faites-vous connaître comme le mandataire de la Compagnie.

G. D.

Installation d'un laboratoire d'analyses

Pourriez-vous me faire connaître quelques renseignements sur les points suivants :

1º Un médecin a-t-il le droit d'installer en son nom un laboratoire d'analyses (urines, sang, selles, etc...).

2º Cette industrie n'est-elle pas réservée aux pharmaciens ?

3º Dans le cas où ce serait possible, le médecin ne doit-il pas déposer son diplôme à la préfecture comme s'il exerçait ?

Dr R.

Réponse

Il n'est besoin d'aucun diplôme, soit de médecin, soit de pharmacien, pour ouvrir un laboratoire d'analyses. Un chimiste peut parfaitement faire des analyses, et n'importe qui peut se dire chimiste, comme architecte ou ingénieur.

Mais le non diplômé qui ferait des diagnostics et prescrirait des traitements des maladies, serait passible d'être poursuivi et condamné pour exercice illégal de la médecine.

Il résulte de ce qui précède que le docteur en médecine qui se bornerait à faire des analyses, sans diagnostic, ni traitement, ne serait pas considéré comme exerçant la médecine, et par suite, ne serait pas astreint à faire enregistrer son diplôme.

Pensions militaires.

Abonné du *Concours*, je lis dans le numéro du 25 mars, page 1023, votre réponse au sujet d'une pension d'invalidité.

Je serais heureux d'avoir votre avis sur mon cas personnel et vous remercie à l'avance de votre amabilité.

En octobre 1919, la commission de réforme m'accorde 10 % d'invalidité (j'étais alors sous-lieutenant de *réserve* de janvier 1918).

En septembre 1921, nouvelle commission de réforme qui m'accorde 25 % (dans l'intervalle, j'avais été nommé lieutenant de réserve en date du 20 mai 1920). Il m'est alors délivré un titre d'allocation provisoire d'attente de 25 % établi sur le grade de lieutenant.

Le 26 juillet 1922, je refuse un titre définitif établi sur le grade de sous-lieutenant et sur avis du sous-intendant chargé des pensions, j'adresse ma réclamation au Ministère des Pensions. J'attends encore la réponse.

Il y a un mois, il m'a été déclaré à cette sous-intendance que je n'avais pas droit à une pension de lieutenant (*quoiqu'aucune réponse n'ait été reçue du Ministère*). Et l'on me réclame aujourd'hui par ma feuille de décomptes le trop perçu sur mon titre d'allocation provisoire ! Ce fait me paraît contraire à votre réponse du 25 mars ?

Dr S.



Réponse,

Notre réponse du 25 mars exige un commentaire ; elle n'est exacte que *si l'intéressé a refait du service en possession de son nouveau grade.*

Exactement, voici :

Un sous-lieutenant obtient à une première visite 10 %. Promu lieutenant dans la suite, il passe une 2e visite, et dès lors, il faut distinguer :

1° S'il est maintenu à 10 %, lors de la 2e visite, sa pension sera toujours liquidée sur le taux de sous-lieutenant même ayant repris du service ;

2° S'il est augmenté, à 20 %, par exemple, sa pension ne sera liquidée sur le taux de lieutenant, que s'*il a repris du service comme lieutenant*, car dès lors on considère l'aggravation comme résultant de la nouvelle période de service effectuée. Sinon les 20 % de la 2e visite seront liquidés sur le taux antérieur de sous-lieutenant.

Dans votre cas, vous n'avez donc droit à 25 % (taux de lieutenant) que si vous avez repris du service après le 20 mai 1920, date de votre promotion à ce grade.

G. F.

Application du Tarif Breton.

I

Incision renouvelée d'un même panaris

Membre du « Sou médical », je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'éclairer sur les points suivants :

1° Ayant présenté à la Compagnie d'assurances une note pour soins donnés à un blessé, dans l'occurrence : « écrasement d'un doigt », je reçois une lettre m'avisant qu'une réduction de 7 fr. avait été faite à mon mémoire pour le motif suivant : « Aux termes « de l'article 13 du tarif Breton, le prix de la consul- « tation ne doit pas être cumulé avec un acte opéra- « toire quelconque (dans le cas présent cumul d'une « consultation avec l'injection de sérum antitétani- « que). Chaque intervention doit être tarifée à part « *sans adjonction de prix de visite* ».

Or, comme j'avais fait au blessé un pansement avant de lui faire son injection, j'estimais être en droit de demander :

7 fr. pour la consultation et pansement ;
15 fr. pour l'injection de sérum ;
22 fr. au total.

2° A un accidenté du travail atteint de section du tendon d'Achille, je fais le 1er jour : régularisation, nettoyage, épluchage de la plaie, suture du tendon

ligature d'artériole, suture de la plaie cutanée après, drainage.

Or, 10 jours après, à la suite d'un faux mouvement, le blessé tombe en se rendant de sa chaise à son lit, fait un effort et rouvre la plaie cutanée que je suis obligé de suturer à nouveau avec du fil d'argent (3 points).

Que dois-je compter pour la première intervention : 75 fr. ou 112 fr. 50 (je suis du tarif de province) ? Pour la deuxième, 18 fr. 75 sans doute ?

3° Un garçon boucher se fait une plaie du pouce qu'il ne soigne pas au début. Il vient me trouver le 4e jour parce qu'il souffre. Je constate un panaris de la gaine que j'ouvre le lendemain. Après une amélioration notable puisque cet accidenté se promenait et pouvait même visiter ses clients pour prendre les commandes, je suis demandé le 3e jour au matin, le blessé souffrant de nouveau. La main était œdématiée, le pus ne sortait plus par l'ouverture faite précédemment, la température était à 38°6, le pouls à 120; en présence de ces signes je fais une deuxième ouverture du panaris au niveau de la phalange...

Dans l'après-midi, je revois le blessé dont l'état est grave et lui injecte 20 cc. de sérum antistreptococcique, 10 cc. d'huile camphrée et de la collobiase d'or.

Dans la nuit, on vient me chercher et je fais une autre injection d'huile camphrée.

Le lendemain matin, les symptômes s'aggravant, l'œdème de la main ayant atteint l'avant-bras, je l'envoie à l'hôpital après une injection d'huile camphrée et de collobiase d'or.

J'ai l'intention de présenter, quand le malade sera guéri, la note suivante pour laquelle je serais heureux d'avoir votre avis :

15 mars : ouverture de panaris	26.25
18 mars : 1re visite : nouvelle ouverture de panaris	26.25
» » 2e visite dans l'après-midi..... Pansement. Injection de 10 cc. d'huile camphrée, injection de collobiase d'or	7 »
Injection de sérum antistreptococcique.	15 »
3° Visite de nuit..........................	24 »
Injection d'huile camphrée.	
19 mars : visite, pansement. Injection de 10 cc. d'huile camphrée et de collobiase d'or	8 »
Certificat envoyé à la Compagnie pour l'avertir de la gravité du cas et lui annoncer l'envoi à l'hôpital...........	5 »

Dr B.

Réponse

1° Jamais de cumul (art. 13) : la Compagnie est dans son droit ;

2° Vous pouvez compter 112 fr. 50 pour la 1re intervention, mais je ne vois pas comment vous pourriez compter des points de suture faits 10 jours après la blessure ;.

3° *Non bis in idem.* Je ne vois pas davantage que vous puissiez réclamer à la Compagnie deux incisions de panaris alors qu'il s'agit du même. Donc le 15 : incision ; le 18 : 1re visite : visite simple, 2e visite : injection antitétanique (sans visite en plus, car il y aurait cumul) ; 3e visite : visite de nuit, triple ; enfin le 19 : visite simple.

Dr F. Decourt.

II

Déplacement dominical

J'ai fourni à la compagnie d'assurances une note d'honoraires où je compte :

1re visite :

Déplacement de 22 kil.	22	»
Visite ordinaire	8	»
	30	»
Cas urgent le dimanche	30	»
	60	»
Certificat	5	»
	65	»

La Compagnie prétend que j'interprète mal l'art. 3 du tarif et me propose :

Certificat	5	»
Déplacement (22 kil.)	22	»
Visite ordinaire	8	»
Augmentation de 50 % sur le coût de la visite (pour visite du dimanche)	4	»
	39	»

Est-ce que son interprétation est valable. Si oui, pour 4 francs de majoration je me serai dérangé un dimanche après-midi, j'aurai fait 22 kil., j'aurai passé 1 h. 1/2 entre le trajet et mon examen du blessé. C'est peu.

Il semble que la visite à 11 kil. coûte 30 fr. et que c'est sur la totalité du coût de la visite qu'il faut appliquer l'augmentation.

Réponse par le *Concours*, s. v. p.

Dr B.

Réponse

Le prix de la « visite » faite le dimanche est augmenté de 50 % (art. 3). Quant aux frais de déplacements, on nous a refusé toute majoration, à la Commission, même pour la *nuit*. Et cela sous prétexte que c'est un simple remboursement de nos frais et que l'essence est du même prix employée de jour ou de nuit, sans vouloir admettre nos raisons, que le dérangement et le *temps passé* à courir sur les routes, la nuit, auraient pourtant valu un supplément, outre celui même de la visite.

Dr F. Decourt.

Application du Tarif Maginot

Questions diverses

Comment faut-il tarifer (application du tarif Maginot) une ponction d'abcès par congestion avec injection modificatrice ?

2° Le spécialiste doit-il compter la consultation 20 fr. + l'intervention :

Ex. : Iridectomie : faut-il compter 300 ou 20 + 300.

3° Si le spécialiste, au lieu d'une consultation à son cabinet, fait une visite en ville avec ou sans intervention, quel tarif lui appliquer ?

4° Vous avez écrit que l'indemnité kil. à 1,24 et 1,27 s'appliquait depuis le 21 juillet 1922, cependant le décret ministériel dit : « Pour 1923, les prix sont ainsi fixés. » D'ailleurs les trimestres précédant ce décret concernant les indemnités kilométriques ont eu les mémoires mandatés. Il était impossible à la Commission de contrôle dont je suis secrétaire de faire les rappels.

Dr D.

Réponse

1° On doit additionner 20 + 20, puisqu'on lit dans le tarif (art. 74) : ponction de la vaginale : 30 fr. et ensuite : ponction de la vaginale avec injection modificatrice, 60 fr., et qu'on a pris soin de diversifier les deux interventions.

2° Non, puisque « ne sont pas comprises dans le tarif de l'opération les visites ou consultations ou interventions *consécutives* à cet acte » tandis que celle dont vous parlez est *concomitante*.

3° Il n'est pas noté de tarif spécial pour les visites de spécialistes.

4° La rétroactivité n'existe que pour les articles 74 à 80 (voir art. 93), donc pas pour l'indemnité kilométrique notée à l'art. 54.

Toutefois, il me semble que la tarification actuelle doit partir du jour du décret présidentiel (25 octobre 1922).

Dr F. Decourt.

SOU MÉDICAL

Admissions

Sous réserve des publications statutaires, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

5846 Joxe, La Fère-en-Tardenois (Aisne).
5847 Jullien, Joyeuse (Ardèche).
5848 Knebelmann, Anglès (Tarn).
5849 de Lafont, Mouliherne (M.-et-L.).
5850 Fages, Capdenac (Aveyron).
5851 Maitre, Besançon (Doubs).
5852 Drouot, Blainville-sur-Eau (M.-et-M.).
5853 Fedorowsky, Cachan (Seine).

Confrères : Voulez-vous être tenu au courant de toutes les questions et de la documentation professionnelles ? *Abonnez-vous au « Concours Médical »*, le seul journal qui consacre la moitié de ses colonnes aux questions professionnelles. (Bulletin d'abonnement page XXIII).

Voulez-vous être assuré non seulement contre les risques de la responsabilité civile mais aussi contre tous les ennuis que vous pouvez éprouver chaque jour dans l'exercice de votre profession ? Adhérez au *Sou Médical*. (Bulletin d'adhésion page XXIII).

5854 Viret, Romans (Drôme).
5855 du Sault, Saint-Sylvestre (L.-et-G.).
5857 Papin, Bordeaux.
5858 Lebouc, Héry (Yonne).
5859 Bourgeois, Fumay (Ardennes).
5860 Muller, Saint-Etienne (Loire).
5861 Faulony, Fontenay-aux-Roses (Seine).
5862 de Sablet-d'Estieres, Coudray-Saint-Germer (Oise).
5863 Lesecq, Hérin (Nord).
5864 Chagavat, 20, rue des Ecoles, Paris.
5865 Molin de Teyssieu, Bordeaux.
5866 Micolier, Rive-de-Gier (Loire).
5867 Guilluy, Etaples (Pas-de-Calais).
5869 Mazand, Ailly-sur-Noye (Somme).
5870 Fourrier, Vincennes (Seine).
5871 Bouissiere, Saint-Amans-Valtoret (Tarn).
5872 Collot, Blamont (M.-et-M.).
5873 Talent, Fayence (Var).
5874 Lafon, Lavardac (L.-et-G.).
5875 Callier, Besançon (Doubs).
5876 Bardou, Tunis.
5877 Martin, Saint-Dizier-Lerenne (Creuse).
5878 Bigou, Perpignan (P.-Or.).
5879 Leborgne, Hem (Nord).
5880 Petel, Calais (P.-de-C.).
5881 Degrave, Lagrasse (Aude).
5882 Vannies, Le Pertie (I.-et-V.).
5883 Barrillot, Beaumont-du-Gatinais (S.-et-M.).
5884 Bertaux, Meaux (S.-et-M.).
5885 Delmas, Nîmes (Gard).
5886 Honorat, Mostaganem (Oran).
5887 Dumans, Gacé (Orne).
5888 Butel, Rémalard (Orne).
5889 Lafont, 19, av. La Motte-Picquet, Paris.
5890 Brulon, Sornac (Corrèze).
5891 Loiselet, Montrouge (Seine).
5892 Gaudichon, Le Lavandou (Var).
5893 Couvert, Bourg-de-Thizy (Rhône).
5894 Béraud, Loué (Sarthe).
5895 Couraud, Damville (Eure).
5896 Conil, Roquevaire (B.-du-R.).
5897 Sivan, Saint-Maximin (Var).
5898 Paravicini, Bastia (Corse).
5899 Bosquet, Yvetot (Seine-Inférieure).
5900 Tourel, Lodève (Hérault).
5901 Dore, 47, rue de Sèvres, Paris.
5902 Corchon, Saint-Julien-le-Faucon (Calvados).
5903 Fournier, Senonches (Eure-et-Loire).
5905 Broussais, Coulombs (E.-et-L.).
5906 Jousselin, Dreux (E.-et-L.).
5907 Poirault, Dreux (E.-et-L.).
5909 Murard, Le Creusot (S.-et-L.).
5910 Montagard, Avignon (Vaucluse).
5911 Auclert, Brezolles (E.-et-L.).
5912 Bayol, Oued Taria (Oran).
5913 Metayer, Bû (E.-et-L.).
5914 Flot, 24, rue des Ecoles, Paris.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Ollivier, de Plouha (Côtes-du-Nord), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 250. — On désire placer pr 3 mois ds famille ou établiss. bord de la mer, préfér. Nord ou Bretagne, garçon 9 ans, débile, non malade. Env. condit. Dr Benoist, Mazangé (L.-et-Ch.).

N° 251. — Docteur actif célibat. cherche situation médicale région ouest.

N° 252. — Dr Caffeau, à Besse (P.-de-D.), prie ses confrères de lui signaler leurs œuvres littéraires ainsi que leur adresse, pr. achat.

N° 253. — 10 H P. Torpedo Opel, 1re marq. all. 1920. 6 roues interch. éclair. Magondeaux, 4 pl. état mécan. irrépr, peinture, coussins, pneus neufs, cause achat cond. intér. Prix 9.000. Laborat. Drouet, rue Carnot, Rueil (S.-et-O.).

N° 254. — A vend. moto Cleveland 2.400 fr., excell. état de marche et d'entretien, 2 cablés Michelin 760 × 90, 120 fr. pièce ; 1 Goodrich pastilles 760 × 90, 100 fr. les 3 ayant fait 150 kil. Dr Vilbonnet, à Blet (Cher).

Nº 255. — En pleine campagne, 30 kil. de Paris, proxim. gare, enfants seraient pris pensionn. par dame possédant tout confort moderne et dt fille brevetée pourrait assurer instruct.

Nº 256. — A vend. basset vendéen tricolore, 22 mois chassant bien. Au sevrage chiots bassets griffons vendéens issus de mère primée. Dr Charrier, à St-Etienne-du-Bois (Vendée).

Nº 257. — Bon poste à céder très prochainement, gros rapport, fixes intéressants, frais minimes, cond. à débattre.

Nº 258. — A vend. table bureau noyer ciré 130 × 75, 2 tiroirs doublés acajou, 350 fr. ; glace ovale cadre doré sculpté à jour, 130 × 100, 350 frs.

Nº 259. — Voiturette La Licorne 8 HP., écl. électr. 4.700, bonne occasion, venir prendre 80 kil. de Paris.

Nº 260. — Jeune docteur habitué clientèle, référ., reprendrait d'ici quelques mois clientèle sérieuse, centre Paris.

Nº 261. — Poules Leghorns, Brackels, Campines, Bresses, Minorques, races pures sélection, pour ponte, 25 fr. pièce. Coucous Malines, 30 fr. Œufs à couver de ces races, 20 fr. la douz. Dès mai-juin, grand choix belles poulettes Bresses noires reine des pondeuses depuis 16 fr. pièce. Nombreux prix Paris et province 1922-23 Dr Ruyssen, Haubourdin (Nord).

Nº 262. — Dr recommande tt. particulièrem. à parents désirant pr. fillettes séjour tr. agréable à la mer tte sollicitude et dévouements assurés. Disponible dès juin. Mlle Rots, 30, rue de la Mer, Luc-sur-Mer (Calv.).

Nº 263. — Radiolog. des hôpit. disposant d'un appar. de radiothérapie pénétrante non monté entrerait en relations avec confrère de province pr. créer centre d'applications.

Nº 264. — A repr. d'urgence ds conditions très avantageuses bon poste dans grande banlieue parisienne. Rapport : 40.000 frs., grde maison. Très petit compt. et facilités. S'adr. Breitel et Gorct, 1, rue Dante, Paris, Ve.

Nº 265. — A vendre : beau mâle Lapin argenté, âgé d'un an, 40 frs. port en sus. Dr Denel, à Fronton (Hte-Garonne). Compte chèque postal Toulouse 10.810.

Nº 266. — On dem. infirmière diplômée ou non pour service de petit sanatorium, 20 lits. Ecr. Pension médicale à St-Jean-d'Aulph (Hte-Savoie).

CORRESPONDANCE

Refus d'admission d'une clinique privée pour l'hospitalisation des mutilés.

Excusez-moi de venir vous importuner à nouveau. Je serais bien aise d'avoir votre opinion au sujet de la réponse que m'a adressée le préfet à ma demande.

Ce n'est pas que je manque de malades pour ma clinique, mais je trouve que la décision de rejet prise par la Commission départementale étant muette sur les causes de ce rejet, je ne saurais l'accepter sans protestation. Tel est-il votre avis ?

Dr X.

Réponse

Aux termes de l'article 34 du décret du 25 octobre 1922, les décisions de la Commission départementale, tant administratives que contentieuses, peuvent être déférées par les parties intéressées, pendant un délai de vingt jours à partir de leur notification, devant la Commission supérieure.

Comme la décision vous a été notifiée par lettre du 28 mars, il est actuellement trop tard pour former un recours. Mais comme la liste des établissements privés qui ont demandé à hospitaliser les bénéficiaires de l'article 64 est dressée chaque année par la Commission, aux termes de l'article 31, vous pourrez renouveler votre demande l'année prochaine et, si elle est à nouveau rejetée, déférer la décision en temps utile à la Commission supérieure.

En ce qui concerne le fait que la décision qui vous a été notifiée n'était pas motivée, il y a lieu d'observer que si, en vertu de l'article 23, la Commission statue par décision motivée sur toutes contestations auxquelles donne lieu l'application de l'article 64, il semble ressortir de l'article 34, qui distingue les décisions administratives et les décisions contentieuses, que cette obligation de motiver les décisions ne s'applique pas aux décisions administratives, au nombre desquelles figure l'établissement de la liste dont il s'agit.

D'ailleurs, même la décision eût-elle dû être motivée que vous ne pouviez attaquer ce défaut de motifs que par la voie du recours devant la Commission supérieure, sauf recours en Conseil d'Etat contre les décisions de cette Commission elle-même.

Bases du droit proportionnel de patente

En qualité d'abonné et de membre du « Sou médical », je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire donner le renseignement suivant.

Ayant loué à Saint-A. une grande villa d'un loyer de 6.000 fr. à l'usage de maison de santé en septembre 1922, le contrôleur des contributions m'écrivit en novembre, me demandant de lui faire connaître l'adresse de mon habitation personnelle et de mon cabinet de consultation. Habitant le rez-de-chaussée de la villa où j'ai également mon cabinet, je répondis au contrôleur que la moitié de la villa était destinée à mon habitation, l'autre moitié étant réservée pour recevoir des pensionnaires.

Je reçois aujourd'hui ma feuille de patente pour le 4e trimestre 1922 et je vois que j'ai été imposé à la patente sur la *totalité* de mon loyer et non pas sur la moitié seulement. Est-ce régulier et sinon que dois-je faire ?

Dr J.

Réponse.

Le droit professionnel de patente est établi, non seulement sur les locaux professionnels, mais encore sur la valeur locative de l'habitation principale du patentable.

C'est donc à bon droit que votre patente a été établie sur le loyer total de la villa que vous habitez et dans laquelle vous exercez votre profession, et vous ne pouvez que vous incliner. Même si votre habitation et vos locaux professionnels étaient séparés, vous auriez à payer patente sur la valeur locative de l'une et des autres.

Paiement des arrérages de pensions militaires en cas de modifications de leur taux

Je vous serai reconnaissant si vous pouviez me renseigner sur le point suivant, malgré qu'il n'ait rien de médical :

X., blessé à la guerre par balle à l'avant-bras, se voit octroyer une pension de 50 % le 17 janvier 1920 par la Commission de réforme de R.

Peu après, sa pension est ramenée à 40 % par le Ministère.

Vers octobre 1921, il dut rembourser 430 fr. environ comme trop perçu.

Or, le 7 janvier, le C. S. R. a remis sa pension à 50 % qu'il touche depuis.

N'a-t-il pas droit au remboursement des 430 fr. versés comme « trop perçu » ?

Si oui, qulles sont les formalités à remplir ?

Dr N.

Réponse

La visite du 17 janvier 1922, portant le taux de la pension à 50 %, est une visite qui sert de point de départ à une nouvelle période bis-annuelle et qui, en principe, est indépendante de la première période bis annuelle au point de vue indemnisation. On peut donc percevoir 40 % pour la première et 50 % par suite d'aggravation pour la 2e, sans qu'il y ait lieu à la réclamation

que vous envisagez, celle-ci ne semblant avoir que peu de chances d'aboutir dans les conditions indiquées.

Si vous réclamez, écrivez directement par lettre recommandée au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris, 7e.

G. F.

Prescription des substances vénéneuses.

J'ai recours à votre obligeance coutumière pour vous prier de me faire connaître si nous devons, nous médecins, lorsque nous renouvelons une ordonnance de produits toxiques, réinscrire *toujours* et *en toutes lettres*, les médicaments précédemment prescrits ou si nous pouvons nous contenter d'inscrire *le numéro* de la préparation du pharmacien.

Ex. : « Renouveler la potion nº x..., les pilules nº x:... (pour un usage de moins de sept jours).

La date, la signature, sur ordonnance avec entête.

Ai-je ainsi satisfait à la loi ?

Dr L.

Réponse.

L'auteur de la prescription, dit l'article 20 du décret du 14 septembre 1916, est tenu, sous les sanctions prévues par la loi du 19 juillet 1845..... d'énoncer *en toutes lettres* les doses de substances vénéneuses prescrites et d'indiquer le mode d'administration du médicament ».

Rien n'indique, dans les articles suivants, que les renouvellements de prescriptions soient exemptés de l'une quelconque des règles édictées pour la forme des ordonnances.

Le renouvellement, d'ailleurs, n'est prévu que pour l'exécution de certaines ordonnances et non pour leur réitération. On peut dire qu'il n'y a que des prescriptions nouvelles, et non des renouvellements de prescriptions.

Il y a donc lieu de conclure que, lorsque le médecin prescrit à nouveau à son client des substances vénéneuses qu'il lui a déjà prescrites antérieurement, il ne peut se dispenser d'en énoncer en toutes lettres les doses et d'en indiquer à nouveau le mode d'administration.

Bien entendu, il doit également dater et signer son ordonnance et mentionner lisiblement son nom et son adresse.

Droits des membres du « Sou ». Taxe sur le chiffre d'affaires

Ayant versé ma cotisation au « Sou médical » dernièrement, je désirerais savoir si je puis dès maintenant profiter de ses conseils et de son aide dans des affaires d'accidents du travail et autres.

Je vous serais très obligé de me faire savoir également, si le médecin est astreint à la taxe sur le *chiffre d'affaires* en ce qui concerne les médicaments et produits dont il se sert au hasard des circonstances, sans cependant en faire un véritable commerce.

Dr L.

Réponse

Dès votre admission au « Sou médical », (et elle a été prononcée), vous avez droit aux avis et consultations juridiques et à l'appui moral du « Sou ».

Quant à l'appui pécuniaire, vous n'y auriez droit, conformément aux statuts, que pour les actions concernant des faits postérieurs à votre admission.

Les médecins, même ceux qui, à défaut de l'existence d'une officine de pharmacie ouverte dans la localité où ils sont établis, délivrent à leurs clients des médicaments, ne sont pas soumis à la taxe sur le chiffre d'affaires de ce chef. *A fortiori*, pour les produits dont font usage eux-mêmes, sans en faire la vente, (ce qui d'ailleurs outrepasserait leurs droits), ceux qui ne se trouvent pas dans cette situation.

Rechute d'accident du travail

Quelle conduite dois-je tenir dans le cas suivant (accident du travail) ? Un ouvrier a été atteint le 29 février 1923 de fracture du cubitus gauche ; le 25 avril dernier il me demande le certificat de guérison ; je l'ai établi sous réserve, la consolidation étant complète. Le 1er mai c'est-à-dire il y a deux jours il fait un travail de manœuvre très pénible et le soir le bras est enflé et douloureux ; il ne peut reprendre son travail le lendemain.

Si l'ouvrier reste plusieurs jours sans pouvoir travailler par suite de ces accidents douloureux, dois-je le signaler à la compagnie et touchera-t-il son demi-salaire ou y a-t-il une autre ligne de conduite ? Quelle sera cette ligne de conduite si ces accidents deviennent permanents.

Dr F.

Réponse.

Aux termes d'un arrêt de la cour de Cassation chambre civile, du 6 juin 1921 (*Recueil spécial des accidents du travail*, août 1921. — *Concours médical*, 1921, 3255), l'indemnité journalière cesse d'être due à partir du jour où la victime, complètement guérie, a repris son travail. En cas de rechute ou d'aggravation, c'est à la procédure de révision qu'il y a lieu de recourir.

Par suite, comme les accidents douloureux dont a été atteint votre client n'ont pas été occasionnés par un accident du travail nouveau, mais paraissent avoir eu pour cause la fatigue qu'il a subie, le patron ne pourrait être condamné à payer à son ouvrier des demi-sa-

laires ni des frais médicaux ou pharmaceutiques. Cependant, si cet état douloureux persistait ou se reproduisait d'une façon périodique ou permanente, il pourrait y avoir lieu à une revision et à la fixation d'une rente pour incapacité permanente partielle.

Le délai de revision est de trois ans à compter de la cessation de l'incapacité temporaire, c'est-à-dire, en l'espèce, du 25 avril dernier. La procédure de revision est déclenchée par une simple déclaration au greffe du tribunal civil du lieu de l'accident.

Mais, même s'il y a revision, l'ouvrier ne touchera pas d'indemnité journalière et vous ne pourrez vous adresser qu'à lui-même pour le payement de vos honoraires.

Prorogation de bail

A titre de vieil abonné du *Concours médical* et du « Sou médical » j'ai recours à votre grande compétence pour me fixer d'une façon catégorique sur mes droits au sujet de la prorogation de bail.

Mobilisé jusqu'en fin février 1919, mon bail était expiré depuis le 11 novembre 1918. En juillet 1919, je fis savoir à ma propriétaire, par ministère d'huissier, mon intention de profiter de la prorogation. De quelle date prend effet cette prorogation ?

Est-il exact, comme certains me l'affirment, que étant actuellement en location verbale cette prorogation ne partira que du jour où mon propriétaire me donnera congé, ce qu'il n'a encore pas fait ?

De plus, si je reçois ce congé, n'ai-je aucun recours ? Voilà 15 ans que j'exerce la médecine dans une maison où l'exerçait mon prédécesseur. S'il me faut la quitter, je n'en trouverai *certainement* pas d'autre ici, ni même dans les environs, et il me faudra aller recommencer......... je ne sais où ? ?

Dr X.

Réponse.

Avant la loi du 31 mars 1922, il avait été admis, en effet, que la prorogation ne courait que de la date à laquelle le congé aurait normalement mis fin à la location verbale. Comme, étant sous le régime de la location verbale, puisque votre bail avait pris fin le 11 novembre 1918, vous n'avez pas encore reçu congé, bien qu'ayant notifié votre intention de bénéficier de la prorogation, celle-ci n'aurait pas encore commencé à courir.

Mais la loi du 31 mars 1922, article 1er, a décidé que, pour les locations verbales, la prorogation avait commencé à courir, qu'il y ait eu congé ou non, le premier jour du terme qui a suivi la notification de la volonté du locataire de bénéficier de la prorogation. Si la notification a été faite avant le 24 octobre 1919, la prorogation n'a commencé à courir qu'à partir de cette date.

(Voir la suite page XLVII-1969)

PROPOS DU JOUR

Le scandale des carnets médicaux et les coopérateurs. La médecine coloniale : Jeunes confrères, méfiez-vous des trop alléchantes promesses ! L'offensive contre nos stations sanitaires continue.

Est-il besoin de parler à nos lecteurs du scandale des carnets médicaux ? Nous ne saurions mieux dire au sujet de ceux qui se sont rendus coupables de ces honteuses escroqueries qu'en répétant la phrase du discours que notre ami, le Dr Chapon, a adressé au Ministre de l'hygiène, au banquet de l'Association générale : « Nous ne saurions punir ces gens si les tribunaux démontrent leur culpabilité, car ils ne furent jamais des nôtres, mais nous saurons néanmoins les flétrir. » Et si le hasard voulait qu'une de ces brebis galeuses se fût, à notre insu, glissée dans notre troupeau, nous saurions la chasser comme il le convient, et nous sommes assez sûrs de l'hygiène morale des nôtres pour ne pas craindre la contagion.

Le scandale des carnets médicaux a eu cependant un heureux résultat pour les médecins honnêtes, nous voulons dire pour l'unanimité (ou presque) du corps médical ; il a fait réfléchir le public, et quelques personnes de bon sens ont compris qu'une des causes des escroqueries que toute le monde condamne et déplore, est, de la part des collectivités l'exigence d'un travail médical au rabais qui tend à en exclure l'honnêteté. Nous empruntons au *Bulletin de l'Union des coopérateurs* (no 243), du 28 avril 1923, l'article suivant que nous publions *in extenso*, engageant nos lecteurs à le méditer.

Mutualité générale des coopérateurs.

L'HONNETETÉ DU TRAVAIL MÉDICAL.

De récents scandales ont révélé au public que certains médecins ne craignaient pas de trafiquer honteusement, en matière de soins aux blessés de guerre et aux accidentés du travail.

Réjouissons-nous que la clarté se fasse sur ces faits ! On évitera ainsi que le mal persiste et s'étende..

Entre tous les métiers, c'est la profession médicale qui exige le plus de probité et de dévouement de la part de ceux qui l'exercent.

Or, la vie est devenue tellement dure pour la majorité des médecins, on a cherché à obtenir d'eux si constamment du travail au rabais, que plusieurs ont été tentés par l'argent vite gagné du travail mal fait ou pas fait du tout ; ils ont glissé tout doucement sur la pente, l'escroquerie...

C'est leur faute, sans doute, et je ne les excuse pas.

Mais c'est aussi la faute de la clientèle des médecins.

Sous trois formes, les clients des médecins excitent ceux-ci à duper, soit la collectivité, soit le malade lui-même.

1° En matière d'accidents du travail, ce sont les ivrognes et les paresseux qui ont permis les truquages de ceux que nous appelons des « médecins marrons » ;

2° D'autre part, le malade cherche rarement des garanties sérieuses en matière de soins médicaux. C'est le beau parleur, le « bluffeur », qui gagnera souvent la faveur du public. On désire avant tout être ébloui ou flatté ;

3° Les puissantes organisations des mutualités pourraient parfaitement exercer une sorte de contrôle moral et même commercial sur le travail médical, si elles voulaient bien se soucier de la *valeur technique* du travail médical et ne pas chercher presque uniquement à obtenir les prix les plus bas des médecins les plus complaisants.

Dans la vie, on n'en a presque toujours que pour son argent.

Il faut que les coopérateurs le comprennent. *C'est à eux d'instituer des organisations techniques telles que le médecin fournisse un travail honnête pour un prix honnête.*

E.-M. HOUDRE.

Ces organismes techniques sont tout trouvés, ce sont les syndicats médicaux qui, en élaborant un traité collectif convenable avec les coopérateurs, leur fourniront un travail honnête pour un prix honnête.

***

Puisque nous en sommes au prix honnête que l'on doit offrir au médecin pour exiger de lui un travail honnête, nous croyons devoir avertir le public médical, et plus particulièrement nos jeunes confrères, du danger qu'il y a à accepter comme réalité le mirage des situations médicales « mirobolantes » dans nos colonies, telles que les décrivent certaines personnalités officielles évidemment mal renseignées.

Un de nos confrères, qui exerce la médecine

libre en Nouvelle-Calédonie, nous écrit la lettre suivante :

Nouvelle-Calédonie, le 17 février 1923.

Mon Cher Confrère,

Un bel exemple de bourrage de crânes, c'est l'article que je vous adresse ci-inclus. Tout ce qui y est souligné au rouge est faux ;

Tout ce qui est souligné au bleu est erroné ou tendancieux.

Je reçois à ce sujet du confrère X, qui en a pris connaissance lui aussi, ces lignes :

« Et si un jeune collègue, alléché par ces mirobo-« lantes promesses, venait ici et, désillusionné, se « retournait contre le signataire de cet article, ne « serait-il, pas, en droit, fondé à lui demander des « dommages et intérêts ? »

Veuillez agréer, Mon Cher Confrère, mes salutations distinguées.

Dr Z.
Un ancien du *Concours.*

Et notre confrère néo-calédonien nous envoie un article paru au cours de l'an dernier dans un journal médical où un de nos confrères de l'armée coloniale qui, évidemment, n'avait pas vécu suffisamment en Nouvelle-Calédonie, en faisait un Eden, le pays de nos rêves.

Il y qualifiait cette île un des pays les plus salubres du monde quand, note notre correspondant, *lèpre* et la *peste* y sont endémiques. Il n'y aurait pas de région marécageuse, ni de moustiques. Or la côte occidentale ne serait pas dépourvue de marais et les moustiques foisonnent dans la colonie, toujours selon notre correspondant. Ce dernier met en garde les voyageurs contre les prétendues douceurs des traversées du Pacifique que notre confrère militaire vante. Ce dernier ferait encore erreur en affirmant que tous les *quinze* jours, un bateau part de Nouméa pour approvisionner les centres échelonnés le long des côtes. Le bateau existe, mais ne part que tous les *trente jours.* Notre correspondant proteste encore contre la prétendue surveillance par des vétérinaires militaires de la fabrique de boîtes de conserve de viande pour l'armée qui existerait là-bas. Il proteste avec énergie contre l'affirmation que la solde des médecins à contrats renouvelables tous les cinq ans, oscille entre 12.000 et 18.000 francs. Depuis 1905, *un seul* médecin aurait pu obtenir 18.000 francs. Il proteste encore contre l'affirmation que la solde est largement doublée par les expertises médico-légales et la clientèle payante. Ce serait sans doute possible, si les médecins de marine et de l'armée coloniale ne faisaient pas une concurrence désastreuse aux médecins civils. Enfin notre correspondant, qui est un *vieux néocalédonien,* ne trouve pas que le vie soit facile et peu chère dans son île, et ne connaît pas de médecin qui se soit doublé d'un colon et se soit livré aux antipodes à une fructueuse exploitation agricole comme le confrère militaire l'insinue.

Des conversations que nous avons eues avec divers médecins exerçant dans nos colonies ou pays de protectorat, il résulte que les jeunes médecins ne doivent pas se laisser entraîner par les trop alléchantes promesses officielles et qu'ils doivent très sérieusement se renseigner avant de partir ; qu'en tous cas, il est prudent pour eux de spécifier dans les contrats qu'ils signent que les contestations seront jugées par les tribunaux de la métropole.

***

L'offensive contre les stations sanitaires françaises continue. Aujourd'hui, l'on s'en prend aux sanatoria. Un de nos lecteurs nous communique la circulaire suivante :

X..... le 21 avril 1923.

Monsieur,

Un de nos pensionnaires nous a demandé de vous adresser des renseignements concernant notre établissement.

Il est certain que le meilleur moyen de guérir une tuberculose pulmonaire est de faire un séjour suffisant dans les hautes montagnes de 1600 à 1800 m. En France, il n'existe ni sanatorium ni stations pour malades à cette altitude. A X. vous trouverez chez nous, dans notre établissement de construction toute récente, muni de tous les perfectionnements du confort moderne et d'un outillage médical et chirurgical complet, tous les soins que nécessite votre état.

X... est le rendez-vous des Français et des Belges ; vous trouverez tout de suite chez nous une société de compatriotes qui vous fera trouver plus agréable votre séjour ici. Un médecin français est attaché à notre maison.

Comme vous vous en rendrez compte d'après notre prospectus, nos prix de pension ont été réduits au minimum pour tenir compte du change français toujours peu favorable. Dans le prix de francs suisses, 17 fr. par jour, sont compris tous les avantages matériels (chambre, 5 repas par jour, bains, frictions, chauffage, éclairage) les soins médicaux et les analyses de laboratoire. Comme victime de guerre, nous vous ferons une réduction de 1 fr. par jour pour ce prix de fr. : 17.

En faisant auprès des autorités françaises des démarches nécessaires, vous pouvez obtenir, je crois, une

indemnité de 12 francs français par jour pendant votre séjour en Suisse, tout comme si vous étiez hospitalisé dans un établissement français.

Dans l'attente de vous lire bientôt, je vous prie d'agréer, Monsieur, etc...

Faut-il faire remarquer qu'avec le change, les 17 francs suisses, par jour, si l'on y ajoute les frais de voyage et les dépenses fatales qu'occasionne le séjour en une station éloignée et étrangère, ne constituent pas du tout un prix avantageux.

L'affirmation que le meilleur moyen de guérir une tuberculose pulmonaire est de faire un séjour suffisant dans les hautes montagnes, à 1.600 et 1.800 mètres, est plus que discutable. Nous avons vu nombre de nos malades guérir à Cambo, à Bligny, à Angicourt, à Arcachon, à Lamothe-Beuvron, à Durtol, à Hauteville et ailleurs. *Il n'est pas besoin d'aller en Suisse pour traiter et guérir la tuberculose.* Prétendre qu'en France il n'existe pas de stations d'altitude, alors que nos lecteurs connaissent bien les Escaldes, Font-Romeu et Superbagnères, est une affirmation osée.

Enfin, la dernière phrase du factum, qui laisse entendre que les autorités françaises pourraient contribuer par des subventions à faire soigner les victimes de la guerre, les gazés, dans des sanatoriums, parfois exploités par des Allemands, est véritablement stupéfiante.

Nous ne sommes pas les ennemis de la Suisse et nous comptons plus d'un ami en Suisse romande, mais nous savons avec quelle habileté l'Allemand a su se glisser partout, et accaparer les hôtels et les sanatoriums. Cette invasion ne s'était-elle pas produite en France avant la guerre, plus particulièrement sur notre Côte d'Azur, et Paris lui-même ne conserve-t-il pas encore dans quelques-uns de ces hôtels « kolossaux » qui déparent ses plus belles avenues, la tache flétrissante de l'invasion boche d'avant 1914 ?

L'époque est peu favorable à l'envoi de nos malades à l'étranger, même dans les pays amis ; et, avant de les laisser s'y rendre, il serait prudent d'être sérieusement renseigné sur la direction de l'établissement sanitaire où ils seraient accueillis.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE

Par le D[r] Germain Blechmann,
Ex-chef de clinique infantile à la Faculté.

Si l'on considère la multiplicité des médicaments proposés pour guérir la coqueluche, celle-ci est, avec l'asthme, la *maladie-record.* Quel praticien n'éprouve pas un sentiment d'un certain agacement quand des prospectus lui vantent, après mille autres, des médications nouvelles, souvent inattendues ?

A parler franc, certaines coqueluches cèdent assez vite à n'importe quelle thérapeutique dont elles consacrent alors la renommée. D'autres, hélas ! résistent avec opiniâtreté, et c'est alors que, pour excuser les échecs, on invoque l'état du naso-pharynx, l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique préexistante, etc.

Je crois donc utile de faire la critique des traitements que l'on a étudiés le plus récemment.

TRAITEMENT CURATIF

A. Traitement par ingestion :

I. *La teinture de drosera.*

La *teinture de drosera* est un remède excellent dont je n'ai eu qu'à me louer. Mon maître, M. Lereboullet, en a bien étudié la posologie (1) et je ne puis mieux faire que de le citer mot à mot :

« Personnellement, j'administre la teinture de drosera en comptant *dix gouttes par année d'âge* (avec maximum initial de 100 gouttes), dose répétée *trois fois par jour et en augmentant rapidement* de deux à cinq gouttes chaque dose, chaque

(1) *Paris Médical*, n° 5, 3 février 1917.

jour, jusqu'*au triple de la dose initiale* et même au delà. Volontiers, je donne le drosera à distance des repas, le médicament étant à l'habitude parfaitement toléré par l'estomac. J'arrive ainsi rapidement à des doses considérables : 400 à 600 gouttes par vingt-quatre heures, ce qui représente jusqu'à plus de 10 grammes de teinture. Je n'en ai jamais vu aucun inconvénient. Il faut toutefois remarquer que, chez certains jeunes enfants, sous la forme de teinture, on arrive à donner ainsi une assez notable quantité d'alcool, insuffisante pour intervenir dans l'action du médicament, capable pourtant d'expliquer l'irritabilité nerveuse parfois notée. *Chez le nourrisson*, chez lequel le drosera m'a paru un médicament particulièrement utile, je commence par donner *autant de gouttes que l'enfant a de mois, trois fois par jour*, augmentant chaque dose de deux gouttes par jour, et arrivant volontiers à une dose relativement élevée, sans dépasser à l'habitude 120 gouttes par jour. Administrées dans un peu d'eau sucrée, par cuillerées à café, *à distance des tétées*, elles sont en général très facilement acceptées. »

M. Lereboullet se « hâte d'ajouter que le drosera est loin d'avoir toujours la même efficacité et que, comme tous les autres médicaments de la coqueluche, il reste parfois sans action apparente, notamment chez l'adulte, malgré des doses fort élevées. » (1).

II. *L'adrénaline.*

Dumont (2) a recommandé l'*adrénaline* en solution au 1/1000e :

Au-dessous de 3 ans, donner II gouttes toutes les 3 heures ; de 3 à 7 ans, III gouttes ; de 7 à 15 ans, IV gouttes, immédiatement après les quintes, afin d'éviter le rejet au cours d'un vomissement.

Au bout de 3 jours de traitement, si les quintes ne diminuent pas de violence, on augmente chaque dose d'une goutte et on continue à augmenter le nombre de gouttes par prise tous les quatre jours, jusqu'à ce que l'amélioration soit indiscutable.

D'après l'auteur, le plus souvent, guérison en deux à trois semaines.

III. *Médications anciennes.*

Je déconseille l'antipyrine, le bromure, le bromoforme.....

(1) D'après une communication verbale de M. Lereboullet, la teinture de drosera est actuellement moins active qu'avant la guerre. Quant à l'alcoolature, il est impossible de s'en procurer.

(2) Société de Thérapeutique, 13 avril 1921.

B. Traitement par inhalation :

Comme M. Lereboullet, j'ai l' « impression d'avoir obtenu un peu plus avec le drosera, en l'associant à des inhalations de Sargéthyle, remède assez maniable dont la formule reste cabalistique et qui — jusqu'à présent — ne m'a pas paru produire d'effets toxiques, d'aucun ordre. Tout au moins, son effet psychique sur l'entourage est indéniable, grâce aux effluves balsamiques que ce produit répand !

C. Traitement par injections :

I. *Vaccination curative.*

On sait que l'agent pathogène de la coqueluche a été découvert par Bordet et Gengou. Ils ont pu isoler de la sécrétion bronchique des petits coquelucheux un petit bacille à coloration polaire, ne prenant pas le Gram, voisin morphologiquement du bacille de la peste et du bacille de Pfeiffer.

Un stock-vaccin fluoré a été préparé avec le bacille de Bordet-Gengou (injections de 250 millions de germes : (1/4 de cc.) ne donnant aucune réaction locale ou générale et renouvelées tous les jours ou tous les deux jours (10 à 12 injections de vaccin-Nicolle sont ainsi faites).

Mais l'action *curative* du vaccin est douteuse : la diminution des quintes n'est ni constante ni durable (d'après Luzzati) (2).

A Strasbourg, le professeur Rohmer et Mlle Brandenberger (3) ont fait des essais, tant à la clinique infantile que dans la clientèle privée, avec des injections de Dmétys. Ils établissent 3 catégories : *a*) les enfants qui, tout en entourant un coquelucheux, ne présentèrent encore aucun symptôme de la maladie au moment où le traitement a commencé, ont pu être protégés par des injections de Dmétys ; *b*) la plupart de ceux qui sont traités au Dmétys dans les 3 premiers jours de la toux ont fait une coqueluche typique ; *c*) à partir du 4e jour de la période catarrhale, et plus encore dans la période convulsive, on ne compte plus que des succès rares et partiels.

II. *Sérothérapie.*

a) Les sérums préparés avec le bacille de Bordet-Gengou (sérum de Klimenko, etc.) n'arrêtent pas le processus de la coqueluche, mais diminuent (?) la violence des reprises et le nombre des quintes.

(1) *Exceptionnellement* (spasme de la glotte par ex.) on pourra recourir à l'injection de morphine. (Triboulet, Marfan).

(2) Voir mon article : Coqueluche. (*Année Médicale Pratique* 1922, page 102.)

(3) *Presse Médicale*, 20 janvier 1923. p. 65.

Duthoit (de Bruxelles) d'après l'étude de 72 cas, n'a pu tirer de conclusion nette (1).

b) Sérum de convalescents.

D'après M. Lesné et Mlle Petot (2), le sang total de convalescent, *prélevé un mois après le début des quintes*, injecté même à doses fréquemment répétées de 10 à 20 cmc. à des enfants atteints de coqueluche, est dénué d'action sur le nombre ou l'intensité des quintes et sur la durée de la maladie. Dès que la maladie est déclarée, dit Debré, l'injection est sans aucune efficacité (3).

Mais cette thérapeutique posséderait une influence favorable et rapide sur les complications broncho-pulmonaires de la coqueluche, même lorsqu'il s'agit des broncho-pneumonies très graves des tout jeunes enfants.

III. *Injections d'éther.*

Les injections intra-musculaires d'*éther* ont été préconisées à plusieurs reprises (4) par M. Audrain (de Caen). « Les injections intra-musculaires d'éther pur agissent d'une manière remarquable contre la coqueluche. A la dose de 1 ou 2 centimètres cubes, de deux jours en deux jours, elles parviennent très vite à supprimer les vomissements, puis les quintes, enfin la toux.

Quel est ici le rôle de l'éther ?

Le professeur Weill, de Lyon, qui préconise ma méthode, l'attribue à une action anesthésiante.

Je pense qu'il s'agit vraiment d'une activité anti-microbienne puissante et rapide. »

Très prisée à Lyon (Pr Weill, Dufourt), la méthode est moins appréciée à Paris où l'on a signalé de nombreux échecs.

a) *Le pour.* — D'après les partisans de la méthode, les échecs seraient dus à ce que l'on traite souvent, comme coqueluche, la toux coqueluchoïde chez les adénoïdiens.

« L'origine du réflexe quinteux, dit Audrain, est différente : la glotte pour la coqueluche, le cavum pour les adénoïdiens.

Aussi, doit-on d'abord se préoccuper de l'état antérieur du naso-pharynx : s'informer si l'enfant respirait la bouche ouverte, s'il était survenu quelque crise de faux croup, s'il existe des granulations pharyngées, de l'épaississement du tissu lymphoïde du cavum, et surtout des végétations adénoïdes.

(1) *Journal Médical de Bruxelles*, n° 40, 3 octobre 1912.
(2) *Presse Médicale*, n° 19, 7 mars 1923.
(3) *Presse Médicale*, n° 22, 17 mars 1923.
(4) *La Médecine*, n° 11, août 1920.

En ces cas, on doit faire toutes réserves comme pronostic et comme succès de traitement ? »

Doses. — Jusqu'à 7 *mois*, 1 cmc. ; de 7 à 10 *mois*, 2 cmc. ; *à partir de* 10 *mois*, 2 cmc. Employer l'éther pur à 66°. Une piqûre tous les deux jours. *Trois piqûres doivent suffire* (1).

Point d'élection. — Le tiers postéro-supérieur de la fesse, en se repérant autant sur la crête iliaque que sur le sommet du trochanter (cuisse en extension complète).

Injection. — Enfoncer l'aiguille aussi profondément que possible. Il faut être certain d'avoir largement dépassé l'aponévrose dont on sent le léger ressaut. Si l'on ne voit pas de sang à l'embase de l'aiguille, injecter franchement, mais lentement. Retirer très vite l'aiguille, d'un seul coup. La peau fait occlusion.

Il se produit une crampe à la première piqûre ; il n'y a de brûlure ressentie que si l'éther a fusé.

E. Weill et Dufourt (2) procèdent de la façon suivante : une injection d'éther trois jours de suite, puis une injection entremêlée d'un jour de repos. « En général (3), on obtient des résultats *dès la seconde injection*, et au bout de 5 ou 6, le nombre des quintes, qui oscillait par exemple de 18 à 25 par jour, tombe à 6 ou 7, quelquefois à moins encore. Il y a cependant des sujets où l'effet des injections d'éther est lent à apparaître ; c'est l'exception. Mais ce qu'il y a aussi de très typique, c'est que les quintes, non seulement diminuent de nombre, mais encore et surtout de violence et de durée..... Les cas les plus influençables par cette thérapeutique sont jugulés *en moins d'une semaine*... » et je souligne ceci : « *Nous devons avouer aussi que certaines hypercoqueluches, traitées dès leur début, ont résisté à l'éther. Il faut alors recourir, en plus, aux inhalations répétées d'oxygène.* »

b) *Le contre.* — Voici un autre son de cloche (4) « Dans la ville où je pratique, écrit Radulesco, sévissant cet hiver une épidémie de coqueluche, j'ai eu l'idée de traiter, au moins une partie des malades par les injections d'éther, d'après la méthode d'Audrain et ayant comme guide l'article de M. Bonnette, publié à la rubrique « questions et réponses », dans la *Presse Médicale*, n° 89 (novembre 1922).

Etant données les nombreuses restrictions que

(1) Bonnette. — La *Presse Médicale*, 8 novembre 1922.
(2) Weill et Dufourt. *Lyon Médical*, novembre 1919.
(3) Dufourt. — *L'Hôpital*, n° 15, janvier 1920.
(4) Radulesco. — La *Presse Médicale*, n° 26, 31 mars 1923.

ce traitement comporte, il est compréhensible que j'aie commencé le traitement avec de légitimes appréhensions.

Donc, j'ai choisi onze cas de coqueluche, de gravité variable, dont le nombre de quintes ne se laissait pas influencer par les causes extérieures (froid, etc.)

En outre, ces malades n'étaient pas très susceptibles au refroidissement, et ne faisaient de rhumes que rarement. Ils respiraient fort bien par le nez et dormaient la bouche fermée. Le nombre des quintes était variable ; elles variaient entre 10 et 60 par jour.

Comme tous ces malades étaient âgés de plus de 10 mois, je leur ai fait une injection intramusculaire de 2 cmc. d'éther du commerce tous les 2 jours ; 10 enfants ont reçu 3 injections chacun, le 11e a reçu 6 injections.

Le résultat a été des plus décourageants ; j'ai noté 4 faibles améliorations (il s'agissait de coqueluches bénignes, 10 à 20 quintes par jour).

Les 7 autres n'ont pas été influencés par le traitement. Les quintes ont été tout aussi nombreuses qu'avant le traitement, s'accompagnant presque toujours de vomissements.

Le traitement a été institué au commencement de la période des quintes. 4 malades ont été traités chez eux, le reste aux consultations ambulatoires. Je trouve superflu de remarquer qu'il ne restait aucun doute sur l'exactitude du diagnostic.

Les injections d'éther ne sont que peu douloureuses, mais il reste toujours après, un endolorissement de la fesse qui dure en moyenne un mois.

De ce qui précède, il s'ensuit que le traitement de la coqueluche est encore à trouver. »

MARCOU, d'Ajaccio, rapporte le fait suivant (1) : « Ayant à soigner un enfant de 3 ans, atteint de coqueluche avec broncho-pneumonie grave, je lui fis deux injections profondes de 2 cmc. d'éther. La seconde piqûre fut suivie d'un abcès gangréneux à longue évolution. La marche fatale du mal ne fut pas enrayée. Quoique prévenus de la gravité de son état, les parents naturellement pensent que c'est la piqûre qui a « tué » leur bébé. Or, depuis que je suis en Corse, malgré les nombreuses piqûres de quinidine pratiquées, je n'ai jamais encore eu d'abcès. C'est que l'éther, tout comme la térébenthine, peut donner des suppurations aseptiques. Il est utile qu'on le sache et de prévenir les parents qu'un « abcès de fixation » pourrait survenir. »

(1) MARCOU. — La *Presse Médicale*, n° 35, 2 mai 1923.

TRAITEMENT ADJUVANT

Nous empruntons à M. Dufourt (*loc. cit.*) les excellentes prescriptions qui suivent :

ÉVITER LES INFECTIONS DU VOISINAGE.

Les coqueluchеux doivent être soignés loin de tout foyer d'infection : (broncho-pneumonie, pyodermite, otite, tuberculose).

Le séjour à l'hôpital est à rejeter, à moins que les conditions hygiéniques à domicile ne soient déplorables.

L'enfant sera gardé dans une pièce tempérée, vaste et que l'on aérera suffisamment.

SORTIES DE L'ENFANT.

Les sorties (fort discutées) ne seront autorisées qu'après la période aiguë des quintes, et seulement si la température le permet. Quant aux enfants qui continuent à garder quelques petites quintes par jour, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper ni de les entraver dans leurs sorties quotidiennes et la reprise de leurs études scolaires.

CHANGEMENT D'AIR.

Le changement d'air a toujours préoccupé beaucoup les médecins. Certains, autrefois, ordonnaient aux coqueluchеux de changer de chambre continuellement. « On considère maintenant que le changement d'air, nuisible au début et même à la période d'état, ne devient utile qu'à partir du moment où les quintes décroissent. Il peut donner alors des résultats excellents. »

ALIMENTATION.

L'alimentation est difficile à régler dans les hypercoqueluches et dans la coqueluche des nourrissons. Les repas doivent être donnés après les quintes. On en augmentera le nombre en restreignant la quantité pour qu'ils soient plus facilement tolérés.

REPOS.

Les coqueluches sévères demandent un repos absolu au lit dans une atmosphère calme, de température égale. D'ailleurs, les jeux violents doivent toujours être prohibés, car ils provoquent l'apparition des quintes. Pendant celles-ci, les enfants doivent être placés dans la position assise, la tête penchée en avant. Chez les tout petits, il peut être indiqué de nettoyer avec le doigt le pharynx, lorsque l'expulsion des mucosités ne se fera pas naturellement.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Avec les professeurs Weill et Rohmer, il paraît évident que le *traitement spécifique* de la coqueluche est essentiellement un traitement

prophylactique ; ce sont les enfants bien portants qui se sont trouvés en contact avec des enfants coquelucheux, qu'il faut traiter, si l'on veut enrayer l'épidémie.

I. Période de contagion.

E. Weill (1) admet que le contage n'est à craindre qu'*avant la période des quintes*, et à un moindre degré, pendant les premiers jours de la période d'état. Il est certain que la maladie est surtout contagieuse au début, avant qu'on la puisse diagnostiquer. Comby dit cependant avoir vu des transmissions se faire en pleines quintes. Elles sont exceptionnelles, dit W., après la deuxième semaine de cette période confirmée.

II. Traitement préventif.

a) Vaccination préventive. D'après Luzzati (2), le vaccin fluoré possède une action préventive favorable.

b) Sérothérapie préventive. — Nous avons vu que Robert Debré a appliqué à la coqueluche la méthode de Ch. Nicolle et Conseil, si précieuse pour la prévention de la rougeole. Se fondant sur l'épreuve de la déviation du complément, il a choisi, pour prélever le sérum chez des sujets atteints de coqueluche, la quatrième semaine ; à ce moment, en effet, le sérum est riche en sensibilisatrices. Ce sérum conservé quelques jours à la glacière pour éviter toute possibilité de contamination syphilitique (dans le cas d'une erreur clinique et d'une faute dans la réaction de Wassermann), est injecté à la dose de 2 cmc. 1/2 à 3 cmc. chez les enfants que l'on veut protéger.

L'injection, pratiquée au début de la période d'incubation, diminue l'intensité et la durée de la maladie.

L'auteur a montré par des exemples les heureux résultats que peut avoir l'emploi de cette méthode dans une crèche, une pouponnière, une salle d'hôpital, pour arrêter l'éclosion et le développement des redoutables épidémies de coqueluche.

(1) *Journal de médecine de Lyon*, n° 25, janvier 1921 et *La Médecine*, n° 11, août 1921.

(2) (Voir *Année Médicale pratique, loc. cit.*)

CONCLUSIONS.

Il n'existe pas de traitement spécifique de la coqueluche.

A. S'il s'agit d'une collectivité enfantine à protéger ou d'un nourrisson de quelques mois, on pourra (si la contagion a été inévitable) user de la sérothérapie préventive — quand des travaux ultérieurs auront confirmé l'optimisme des récentes communications.

B. Si la coqueluche est déclarée :

1) *Traitement hygiénique* : De l'air ; *mais ni sorties, ni changements d'air au début.* Des repas petits, compacts, peu espacés. Isoler l'enfant pour éviter les apports microbiens de l'entourage.

2) *Traitement curatif* : *a*) Ni vaccin, ni sérum ; attendons leur mise au point ; *b*) une bonne potion de teinture de drosera à laquelle on associera modérément dans *un julep gommeux* :

La teinture de racine d'aconit ;

La teinture de belladone (à surveiller son emploi de très près) ;

La teinture de grindelia robusta et, dans certains cas, le sirop d'éther et le sirop de Desessartz.

La glycérine a été recommandée comme excipient, mais les nourrissons la supportent parfois assez mal.

c) Après 10 à 15 jours de drosera, on commence l'adrénaline qui, si elle n'a peut-être pas d'action directe sur la coqueluche, agit sur le vague, paraît anti-émétique dans une certaine mesure, et stimule l'organisme.

d) Si la famille ne répugne pas aux piqûres, tentez les injections d'éther, mais prévenez d'un échec possible.

e) Un dernier conseil : ne refusez pas (pour ne pas vous faire reprocher plus tard votre abstention) l'emploi d'un médicament anodin X, Y ou Z « qui a si bien réussi au petit garçon de la voisine », car malgré toutes les médications ci-dessus : *b*), *c*) et d), séparées ou réunies, la coqueluche peut durer d'interminables semaines, se compliquer de broncho-pneumonie, etc., et préparer le champ à une future tuberculose.



◆◆◆

CAUSERIES CHIRURGICALES

Des idées-mères dans l'évolution de la chirurgie au point de vue des principes et des modes instrumentaux

Par Dartigues.

L'évolution de l'instrumentation si on la scrute tant soit peu, montre que, comme pour la plupart des idées, d'ailleurs, les choses ne sont pas si nouvelles qu'elles nous le paraissent sous le soleil qui luit très peu de temps pour nos individualités qui passent et disparaissent sans avoir le temps de prendre conscience des filiations de la pensée à laquelle nous avons abouti et que nous avons trop de tendance à croire être une génération spontanée de l'intellect. Il nous faut être modestes. Comme la Nature, l'Idée *non fecit saltus* ; elle est progressive et se déroule en une lente évolution. Si les créations du cerveau de l'homme semblent tout à coup avoir des bondissements inattendus et incalculables de conséquences, c'est qu'elles sont la libération brusque de principes et de lois arrivés à la maturité d'éclosion par un travail millénaire de pensée en génèse, et, qu'une fois les certitudes pleinement établies, l'horizon se révèle en un vaste déchirement où les réalisations possibles apparaissent.

Nous nous élevons donc de certitudes en certitudes scientifiques dans un rythme progressivement accéléré et multiplié par l'importance et la grandeur.

Il y a eu, suivant des oscillations formidables, des périodes d'extinction ou d'éclipse dans la vie des civilisations avec tous leurs apports et leurs acquisitions, mais il est vraisemblable que l'humanité a tendance à recommencer l'effort spirituel comme l'effort matériel suivant une logique préétablie d'essence universelle, ainsi que semble le prouver l'exemple actuel des races qui ne marchent pas du même pas cadencé et qui sont encore à l'arrière dans le fantastique défilé ethnique vers le progrès. L'humanité, très visiblement, a tendance à réinventer suivant les mêmes types primordiaux et en se guidant suivant ce que je pourrai appeler les idées-mères en lesquelles se trouve incluse la puissance des mêmes formes réalisables.

En somme, pour ce qui est de l'instrumentation chirurgicale, on peut dire que nous avançons lentement, après avoir, sans doute, maintes fois recommencé. Les formes essentielles initiales, les mécanismes essentiels initiaux ou primordiaux sont depuis longtemps trouvés : dans le très beau livre qui vient de paraître, de mon ami le Pr Lecène, sur l'*Evolution de la chirurgie*, on en voit des exemples iconographiques tout à fait démonstratifs. Nous avons surtout, ayant recommencé instinctivement l'invention instrumentale suivant les idées mères qui s'imposent à l'esprit des hommes renouvelés par la reproduction de la vie et qui cherchent (car il ne peut s'agir toujours de plagiat, ni de réminiscences), nous avons surtout, en réinventant, perfectionné et affiné. Cela se conçoit, car ce perfectionnement et cet affinement sont la résultante de moyens nouveaux, mis au service de la redécouverte, et, à un point tel, que certains de ces perfectionnements sont de véritables révolutions ou effectuent de réels progrès.

Les formes et les actions véridiquement neuves sont donc exceptionnelles ; ce qui est surtout nouveau, c'est le domaine sans cesse agrandi où elles ont l'occasion de s'appliquer et de se révéler utilisables et utiles.

En tout cas, un fait certain se dégage, avant tout, de l'examen de l'évolution de la technique instrumentale : c'est la *tendance mécanique de la chirurgie.* Qu'il s'agisse d'assurer une vitesse plus grande à l'instrument qui œuvre, ou de multiplier sa force à un degré extrême, ou de réaliser du travail plus précis, géométrique, pour ainsi dire, ou de substituer un mouvement spontané de l'instrument à une partie du mouvement de l'opérateur, pour utiliser l'instrument, ou au contraire le faire revenir à sa disposition primitive de repos, ou enfin, de propager à distance l'action efficace, le rôle mécanique prend une place de plus en plus grande et cela d'une façon très heureuse. Qu'il s'agisse de couper, de scier, de ligaturer, d'anastomoser, de suturer, de plus en plus, il est évident que se glisse de plus en plus dans ces différents modes chirurgicaux, une tendance plus ou moins accusée à l'*automatisme.* Cette tendance mécanique apparaît surtout dans la chirurgie osseuse qui sort progressivement de sa période primitive et simpliste à moyens archaïques frustes et brutaux pour prendre un caractère de célérité et de précision, grâce à la transmission de la force et du mouvement par l'électricité.

L'œuvre manuelle, proprement dite, n'est pas appelée à disparaître comme on pourrait le croire à une vue trop superficielle ou trop anticipée ; elle conservera toujours une valeur primordiale et indiscutable, mais elle est surtout appelée à se métamorphoser. Toujours est-il, cependant, que la chirurgie, tendant à s'industrialiser, je veux dire par là, non péjorativement, à avoir une organisation de plus en plus complexe pour un rendement plus étendu et plus rapide, afin d'être en demeure d'offrir au blessé ou au malade la plus grande sécurité, le plus hâtif secours, et la plus précoce guérison, devient de moins en moins ambulante, si je puis ainsi dire, et se centralise dans des lieux appropriés destinés uniquement aux opérations et aux soins qui devraient être comme de petites usines parfaites et outillées impeccablement. Il en résulte que tout ce que peut donner le développement des moyens industriels comme lumière, chaleur, électricité, force et mouvement transmis, prend une place

prépondérante et que le côté mécanique même de la pure action chirurgicale suit la même ascension.

Il y a, par quelques côtés, une certaine similitude tendant à s'établir entre la chirurgie et les industries qui travaillent la matière brute, dure, comme le bois ou le fer, et une certaine similitude aussi entre la chirurgie et les industries qui travaillent la matière brute, mais souple, comme l'étoffe. Cependant, restera toujours, probablement ce qui appartient en propre à la chirurgie, à cause de son sang, à cause de sa vie, à cause des élaborations et des fonctions organiques, car l'organisme humain est, lui aussi, une véritable usine vivante d'agents physiques et d'agents chimiques, pleine de vibration, de transmutation et d'intense existence qui se propage par le tubulibranchage inouï de sa vascularisation sanguine émanée du centre cardiaque et se transmet par la ramification à l'infini du réseau où court l'influx venu des centres nerveux.

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

(14e *article*)

La question du diabète. Syphilis thyroïdienne Syphilis rénale,

Par le Dr Leredde.

La révolution syphiligraphique, qui touche à l'origine et au mécanisme de toutes les maladies chroniques est, en fait, une révolution médicale. Elle irrite de nombreux esprits, qui admirent peut-être la clarté, la précision et l'efficacité de la médecine actuelle : il est facile de s'en rendre compte dans les conversations privées. Les fidèles de l'école anatomo-clinique gardent le silence dans les travaux qu'ils publient. Cette méthode, opposée dans tous les temps aux idées neuves, même qui s'appuient sur les faits les plus nombreux et les mieux observés, est la meilleure ; pendant dix ans, par exemple, les journaux et les revues, affiliés à l'école de la Salpêtrière n'ont pas soufflé mot des travaux de Fournier sur l'origine et la nature du tabes. Les syphiligraphes vont aujourd'hui beaucoup plus loin ; ils osent écrire que Fournier, accusé de voir la syphilis partout, l'a vue seulement dans quelques-unes des affections dont elle est la cause. Ils prétendent qu'il faut la chercher chez tout malade atteint d'une affection chronique quelle qu'elle soit, chez les tuberculeux eux-mêmes. Ils ajoutent qu'on la rencontre tous les jours, lorsqu'on la recherche d'une certaine manière, suivant certaines règles ... Quelques médecins perdent patience : un excellent journaliste, le Dr Henri Bouquet vient d'être, si j'ose dire, leur porte parole à l'occasion d'une communication du prof. Marcel Labbé, relative à l'origine syphilitique du diabète (1).

***

Le Dr Marcel Pinard avait rappelé en 1921 que parmi les syphilitiques, les diabétiques ne sont pas rares, que les diabétiques sont souvent syphilitiques. Sur 23 cas de diabète examinés avec M. Velluot, il a trouvé 10 cas de S. acquise, 5 de S. héréditaire. Restent 8 malades, examinés d'une manière incomplète : plusieurs sont suspects. (1)

M. Pinard ajoutait qu'on observe chez les diabétiques des accidents tels que l'abolition des réflexes rotuliens, des maux perforants, des névrites (sciatique, etc.), des hémiplégies, des monoplégies, l'angine de poitrine, l'aortite, si souvent dus au spirochète, que le traitement antisyphilitique peut amener la diminution considérable sinon la disparition du sucre, qu'il n'est pas rare de trouver des lésions syphilitiques à l'autopsie des diabétiques. Deux auteurs américains, Warthin et Wilson, ont même trouvé, sur 6 autopsies de diabétiques (dont aucun n'avait été considéré comme syphilitique pendant la vie) 2 fois des lésions syphilitiques viscérales ; *dans les quatre autres cas, où ils ont cherché le spirochète par la méthode de Levaditi, le parasite dans le myocarde.*

Le prof. Marcel Labbé a répondu que les faits de Warthin et Wilson ne sont pas encore confirmés, qu'il n'est pas exact de considérer les lésions syphilitiques, en particulier celles du foie et du système nerveux, comme fréquentes à l'autopsie des diabétiques, que les effets du traitement antisyphilitique sont souvent nuls, et n'ont pas de valeur quand le malade est soumis simultanément à un régime, que les accidents attribués à la syphilis par M. Pinard peuvent être dus au diabète même sans l'être à la syphilis, à moins qu'il n'y ait coïncidence, enfin, qu'après avoir étudié 500 diabétiques en collaboration avec le Dr Touflet il a trouvé une syphilis certaine dans 7, 8 % des cas, douteuse dans 5.8 %, au total 13.6 %. Or sur 200 mala-

(1) *Monde médical*, 1er février 1923.

(1) M. Pinard et Velluot. — L'origine syph. du diabète. Soc. méd. hôp. Paris, 20 mai 1921.

des, pris au hasard dans un service de médecine, la fréquence de la syphilis certaine atteint 8 % et de la syphilis douteuse 2.5 %.

***

Les documents que je possède ne me permettent aucune conclusion personnelle sur les rapports du diabète et de la syphilis. Le travail de M. Marcel Pinard ne m'avait pas paru tout à fait décisif ; mais celui de M. Labbé ne l'est certes pas davantage... Je suis inquiet surtout du nombre de malades étudiés en collaboration avec M. Touflet, et je voudrais des recherches portant sur un nombre beaucoup plus restreint, mais étudiés d'une manière complète, au point de vue antécédents personnels, enquête familiale, stigmates, examen du sérum sanguin et du L. C. R. dans les cas négatifs.

Et aucune discussion ne vaudra, bien entendu, des recherches faites à l'autopsie et après l'autopsie dans le but de contrôler les affirmations de Warthin et Wilson. J'ai été souvent surpris de constater que les anatomopathologistes, si soucieux bien souvent de détails infimes, ne se préoccupent jamais, peut-on dire, de la recherche du spirochète dans les tissus qu'ils examinent.

Le Dr Bouquet voudrait que la discussion soit déjà close ; il constate avec satisfaction que « le bon sens reprend de temps en temps ses droits en médecine », que des esprits logiques s'élèvent contre des exagérations « toujours fort à la mode ». Il remercie M. Labbé au nom de « la saine médecine » et prend acte d'une victoire sur les partisans de la « pan-syphilis ». Le diabète ne sera pas encore inscrit demain, ajoute-t-il, au chapitre « syphilis », des traités de pathologie, « ce qui est regrettable au point de vue de la simplification de la médecine. » Il faudra continuer à prescrire aux diabétiques des remèdes, moins faciles à déterminer qu'une série d'injections intraveineuses n'est à faire ». Et notre confrère conclut en quelques mots :

« Le diabète ira rejoindre *l'appendicite*, le *goitre exophtalmique*, *l'ulcère d'estomac* et tant d'autres affections de tout siège et de toute nature, dans le groupe des maladies que l'on a toutes, SANS RAISON SUFFISANTE, imputées au spirochète de Schaudinn ».

II

Sans raison suffisante ? Le Dr Bouquet me paraît bien imprudent, son information incomplète, et je renvoie le lecteur à ce que j'ai écrit au sujet de l'ulcère d'estomac et même de l'appendicite, avant de passer à la syphilis thyroïdienne dont j'ai déjà parlé aux lecteurs du *Concours médical* (1). Les progrès de la syphiligraphie apportent bien, comme on va le voir quelque simplification en médecine, dans l'intérêt des malades, et j'ajoute des médecins eux-mêmes : je ne vois pas quel avantage nous pouvons trouver à étudier les maladies humaines sans chercher à bien les comprendre.

Il n'est pas question du corps thyroïde dans le grand Traité de la syphilis de Fournier dont le quatrième volume a été publié en 1905. Or, nous ne connaissons plus une seule affection chronique du corps thyroïde qui ne puisse être d'origine et de nature syphilitique, à l'exception du cancer qui peut être implement d'origine syphilitique !

Thyroïdites chroniques : sclereuses, scléro-gommeuses, qui s'observent à la période secondaire, tertiaire ou chez les héréditaires.

Goitre simple : le Dr Léonard écrit que la séro-réaction est positive 30 fois sur 100 goitreux. Encore un fait dont l'importance paraît capitale, mais qui reste à vérifier, comme celui qu'annoncent les Drs Warthin et Wilson, au sujet de spirochètes dans le myocarde des diabétiques.

Petite insuffisance thyroïdienne : j'ai montré que la liste des signes de cette petite insuffisance, dressée par Léopold-Lévi, comprend des stigmates certains de syphilis héréditaire.

Myxœdème : la notion de son origine hérédosyphilitique fréquente est devenue banale.

Goitre exophtalmique, enfin : Schulmann a réuni dans sa thèse 27 cas de syndrome de Basedow chez des syphilitiques ou des hérédo-syphilitiques ; le syndrome peut apparaître à la période secondaire de l'infection acquise ; un goitre simple peut se « basedowifier » chez un malade infecté par le spirochète (ce qui n'exclue pas, rappelons-le, une infection congénitale); l'action curative du traitement antisyphilitique est évidente ; les échecs, assez rares, s'expliquent par des traitements insuffisants. L'existence de cas multiples de syndrome de Basedow dans des familles syphilitiques apporte à elle seule une preuve irréfutable à l'appui du rôle du spirochète.

J'ai donné, dans mon article du *Concours* deux observations personnelles, dont une familiale, de goitre exophtalmique hérédosyphilitique. Chez l'une des malades, la réaction de Hecht était positive dans le sang, le Wassermann positif dans le L. C. R. Chez la seconde malade, *le résultat des recherches de laboratoire fut* NÉGATIF ; il existait des stigmates, surtout une aortite : le diagnostic étiologique s'appuyait plus encore sur les résultats de l'enquête familiale (hémiplégie mortelle chez le père à 59 ans, un frère mort hydrocéphale, un à moitié fou, épileptique.)

Cette malade a été traitée à mon dispensaire de la rue Saussure, depuis juin 1921 ; elle a reçu 54 injec-

(1) LEREDDE. — Syphilis et corps thyroïde, *Concours Médical*, décembre 1921.

tions de novarsénobenzol (de 0.05 à 0.80) bien supportées.

Le goitre a diminué des deux tiers, sinon des trois quarts.

Diminution considérable du tremblement.

Règles devenues tout à fait normales.

Disparition de tout œdème.

Le pouls qui était à 120, est tombé à 80-90, il n'y a plus de tachycardie orthostatique, ni même alimentaire.

L'exophtalmie persiste, moins marquée nettement qu'en 1921.

Je n'ai pas vu depuis un an de cas nouveaux de syndrome de Basedow ; j'ai vu une malade atteinte d'*entérite*, dont j'ai publié l'observation (1) ; son père est mort d'hémiplégie à 48 ans ; sa mère de syndrome de Basedow, — une jeune fille atteinte de syphilis héréditaire, dont la mère est basedowienne ; ces jours-ci une jeune fille de 24 ans atteinte d'accès de *tachycardie paroxystique* dont la mère est *basedowienne*. La syphilis congénitale n'a pas été démontrée chez cette malade (la séroréaction a été successivement positive et négative dans un même laboratoire (!) et j'ai hésité à en demander une nouvelle) : son histoire pathologique, l'enquête familiale, rendent l'existence de l'infection à peu près certaine.

III

Mes observations personnelles de syphilis héréditaire avec localisation rénale sont peu nombreuses.

Obs. LXXXVIII. — Mlle A. H., 16 ans, vue le 15 juillet 1922.

Cette jeune fille est grande, très maigre (40 kgr. 600), d'une extrême indolence. Aucun stigmate, sauf écartement des incives médianes supérieures et aplatissement du thorax. Cœur vibrant, émotif, sans lésions vasculaires. Mlle A. H. est née à la Martinique ; elle a eu des accès de paludisme.

Albuminurie persistante, sans autres signes de néphrite. W : 0 ; H : 0 ; J : 0.

Examen hématologique : hémoglobine 65 %, hématies 3.640.000, leucocytes 6.600, dont polynucléaires 51 % seulement.

Je n'ai trouvé aucun signe de syphilis chez le père.

La mère a 47 ans. Elle présente depuis huit années du purpura des jambes, avec tendance à l'œdème (alb. urinaire = 0). Pas de stigmates. Séroréaction négative. 3 fausses couches. Le père est mort de cancer pharyngé, la mère se porte bien (74 ans).

Une seconde fille, Mlle A. J., 14 ans, est plus vigoureuse que sa sœur, a aussi un peu d'albuminurie Aucun stigmate. Examen hématologique : hémoglobine 75, hématies 4.200.000, leucocytes 7.400 dont polynucléaires 54.3 % seulement.

(1) *Concours médical*, 5 novembre 1922. Obs. IX.

Cette jeune fille n'a été soignée que d'une façon pasagère. La sœur aînée, par contre, a reçu 23 injections de novarsénobenzol (de 0 gr. 05 à 0 gr. 50) de juillet 1922 à janvier 1923. Elle a retrouvé l'énergie, un sommeil régulier, les règles sont devenues normales ; elle a engraissé graduellement de trois kilogr. 900 grammes (1).

Enfin, la quantité d'albumine relevée tous les jours s'est abaissée *graduellement* ; elle variait, au début du traitement de 0.20 à 0.80 et même un gramme par jour. Dès le mois d'octobre, elle devient presque toujours indosable ; en janvier il n'y a plus que des traces insignifiantes tous les matins.

La quantité d'hémoglobine est montée de 65 à 80, le nombre des hématies de 3.640.000 à 4.200.000, le taux des polynucléaires est devenu normal (68 au lieu de 51.)

Je fais remarquer que le diagnostic de syphilis héréditaire, avant traitement, n'était fondé que sur des présomptions dont un grand nombre de médecins auraient eu le droit de discuter la valeur.

Obs. CXXXIX. — Mad. Jan., 21 ans, vue le 18 décembre 1920, m'a été confiée par le Dr Etienne, de Vernon.

Elle a eu, à 13 ans, une première poussée de néphrite avec anasarque ; 2 ans plus tard, nouvelle poussée. En 1918, hématurie ; elle présente depuis une albuminurie persistante, de 20 à 30 centigr. par jour. Face pâle, léger œdème palpébral. Il n'y a pas d'azotémie.

Aucun stigmate. W : 0. Hecht positif.

Mariée en 1920, en mars fausse couche de 5 semaines. Mad. J. est enceinte de nouveau depuis le mois d'octobre.

Père syphilitique. La mère a eu une fausse-couche et a perdu un enfant à 6 mois de « méningite ».

Le traitement par le novarsénobenzol fait pendant 4 mois a paru amener une certaine amélioration, la malade est repartie en province, et a accouché en juin d'une fille qui est morte au bout de 3 heures (double pied bot, gros foie dur, avant-bras droit plus court d'un tiers que le gauche).

Obs. CXL. — Mlle B., 14 ans, vue le 23 janvier 1921, est atteinte d'*albuminurie orthostatique* ancienne. Personne n'a pensé à la syphilis. Celle-ci a été soupçonnée enfin par un médecin du Havre, qui a adressé la mère et l'enfant à un consultant de Paris. Celui-ci a nié la syphilis chez la mère, atteinte d'accidents nerveux et prescrit.... de l'iodure de potassium.

Depuis le mois de décembre 1920, Mlle B., présente des céphalées violentes, empêchant tout travail. Troubles visuels (vue trouble, confuse). Ta-

(1) Les syphilitiques traités par les arsénobenzènes n'engraissent pas d'une manière normale, malgré tout ce qu'on dit de l'action *banale* de l' « arsenic ».



chycardie avec accès d'oppression. Le médecin qui la soigne découvre une séroréaction positive.

Stigmates : oreilles déformées, dents mal plantées. La mère a eu 3 fausses couches.

L'observation suivante est d'un gros intérêt au point de vue thérapeutique.

Obs. CXLI. — Asl. Kal., 11 ans, vu le 29 juin 1918, présente depuis 3 mois de l'albuminurie, qui s'est révélée par un œdème facial. Amaigrissement, tristesse. Aucun stigmate. W : 0 ; H : 0.

La mère a eu des fausses couches multiples et une grossesse gémellaire.

La quantité d'albumine varie de 0.15 à 0.25 par jour.

29 juin 1918 : injection de novarsénobenzol à 0.05. Le 30, albumine = 0,16 ; le 1er juillet = 0.16 ; le 2, traces ; le 3, 0.25 ; le 4 et le 5 = 0 ; le 6 = traces.

6 juillet : 0.10 (novarséno). Traces d'albumine 2 jours seulement, les autres = 0.

13 juillet 1918 : 0.10 (novarséno). Même résultat.

20 juillet 1918 : 0.15 (novarséno). Traces d'albumine 2 jours seulement.

3 août 1918 ; 0.15 (novarséno). L'albumine est recherchée tous les jours jusqu'au 2 septembre. Il n'y a *jamais* d'albumine.

4 injections à 0.10, 0.15, 0.20, 0.25, du 7 au 29 septembre. Il n'y a *jamais* d'albumine.

Poids : le 29 juin : 27 kgr. 400 ; le 24 septembre : 30 kgr. 800.

Obs. CXLII. — D. Frédéric, 25 mois, est le fils d'un malade atteint de s. pulmonaire dont j'ai déjà parlé.

La mère, qui paraît en bonne santé et a une S.R. négative, n'a pas eu d'autre enfant.

Frédéric D. est un beau petit garçon que sa mère trouve nerveux, qui a eu de l'entérite pendant, 2-3 mois, quoique nourri régulièrement au sein. Petits ganglions cervicaux.

Examen hématologique : hémoglobine, 70 ; hématie, 4.260.000 ; leucocytes, 5.100 ; polynucléaires, 29 ; mono, 5.5 ; lympho, 64.5 ; éosino, 1.

On a constaté un peu d'albumine à 17 mois, au cours de l'entérite. Il n'y en a plus eu depuis.

L'albumine reparaît, en petite quantité, au cours d'un traitement par l'éparséno (réaction de Herxheimer probable).

IV

Mes documents personnels ne me permettent pas d'étudier, d'après des faits originaux, la syphilis héréditaire du foie, de la rate, des organes génitaux chez l'homme et la femme, des organes des sens, des os et des articulations, des ganglions lymphatiques... Je crois avoir montré, par des exemples assez nombreux, l'importance de la syphilis héréditaire dans la pratique médicale, que je n'ai pas soupçonnée, tant que j'ai attendu pour la reconnaître des signes visibles, des stigmates évidents, tant que je ne me suis pas imposé une RÈGLE : la chercher chez tout malade atteint d'une affection chronique, *quelle qu'elle soit*, tant que je n'ai pas suivi, dans cette recherche, une MÉTHODE.

J'approche de la fin de ma tâche. Il me reste quelques mots à dire au sujet des « maladies familiales » et du mécanisme des « maladies chroniques ».

***

A. Nous voulons donner au terme « maladie » un sens précis, qu'il n'a pas encore dans la langue médicale. On ne peut parler plus longtemps de « maladies » à l'occasion des syndromes et d'affections, telles qu'un rétrécissement mitral, une aortite, une cirrhose, une néphrite, une hémorragie cérébrale ; on ne peut parler plus longtemps de « maladies » de Basedow, d'Aran-Duchenne, de Bright, de Recklinghausen, de Banti ou de Korsakoff...

Les syndromes, les affections sont des résultats, qui ont quelquefois une cause agissante unique (type tabes) ou beaucoup plus souvent des causes agissantes multiples (type : néphrites chroniques).

Il n'existe pas de « maladies » de cause immatérielle, même parmi les « maladies du germe ». (Ce dernier terme a été appliqué, on le sait, surtout aux « maladies familiales » auxquelles des travaux importants ont été consacrés, par Apert en particulier).

Ces travaux n'ont pas tenu compte, comme je l'ai montré, du rôle qui appartient à la syphilis à l'origine des « maladies familiales » (1).

Les AFFECTIONS familiales, dues à la syphilis sont nombreuses, la liste que j'ai donnée et qui est certainement très incomplète, comprend, outre la *paralysie générale familiale*, qui en est le type le plus remarquable, l'*hydrocéphalie*, l'*idiotie*, la *méningite*, la *syphilis cérébrale*, le *syndrome de Little*, la *migraine*, le *syndrome de Friedrech*, le *tabes*, la *neurofibromatose*, le *syndrome hépatique* de Wilson, l'*ictère hémolytique congénital*, l'*ulcère gastrique*, le *pouls lent permanent*, le *rétrécissement mitral pur*, le *myxœdème*, la *petite insuffisance thyroïdienne*, le *syndrome de Basedow*, la « *maladie* » *osseuse de Paget*, les *exostoses ostéogéniques*, l'*hémoglobinurie paroxystique essentielle*.

Et, fait essentiel, dans toutes les « maladies familiales » où le rôle de la syphilis est ignoré, des recherches n'ont pas été faites ... Il en est peut-être que nous devrons exclure de son domaine ; nous le pourrons seulement le jour où des cas particuliers, en nombre suffisant, *étudiés*

(1) LEREDDE. — Existe-t-il des maladies par générations spontanées. Syphilis et maladies familiales. *Presse médicale*, juillet 1922.

en série, auront fait l'objet d'enquêtes étiologiques précises, complètes, par les moyens cliniques d'une part, les moyens de laboratoire de l'autre.

Parmi les « maladies » même que l'on explique (?) par cette cause immatérielle, métaphysique, qu'est l'hérédité, il en existe de nombreuses qui ont une cause agissante, le spirochète de Schaudinn, et sont simplement des affections familiales, des syndromes d'origine parasitaire, se développant sous une forme identique chez plusieurs individus d'une même famille. L'hérédité apparait comme une cause *prédisposante* : elle explique la localisation : mais elle n'explique pas les lésions matérielles, qui sont dues à une cause *matérielle, exogène*, contre laquelle nous sommes armés, dont nous pouvons prévenir l'action par la prophylaxie et modifier les effets par une thérapeutique étiologique.

B. Depuis une trentaine d'années, on voit peu à peu les causes parasitaires apparaître dans les chapitres consacrés à l'étiologie des « maladies » chroniques. L'évolution des idées a été surtout remarquable parmi les neurologistes et c'est, je crois, à M. Pierre Marie qu'en revient l'honneur. Il paraît avoir été le premier à rechercher la cause de la sclérose en plaques non plus dans le refroidissement (! !), le surmenage, les excès, les traumatismes et même les intoxications, mais dans l'infection ou mieux les infections. La sclérose disséminée survient, dit-il, à la suite d'un grand nombre de maladies aiguës (Kahler et Pick) de nature évidemment infectieuse... celles qui donnent le plus fort contingent sont la fièvre typhoïde et la variole. Viennent ensuite la rougeole, la scarlatine, plus rarement la diphtérie, la coqueluche, l'érysipèle, la dysenterie, le choléra, la rhumatisme cérébral, quelquefois la pneumonie ; plus souvent peut-être le paludisme. Le Pr Marie ajoute que Moncorvo revendique énergiquement un rôle pour la syphilis et ne croit pas pour sa part que cette infection prenne une part notable dans la production de la sclérose en plaques (1).

La théorie a fait tache d'huile : c'est ainsi que pour les neurologistes, l'épilepsie, le goitre exophtalmique ne sont plus aujourd'hui des névroses, mais des maladies chroniques dont l'origine doit être recherchée très souvent dans des infections aiguës.

Et rien ne semble plus naturel que d'accuser celles-ci de produire une aortite *chronique* ou une néphrite *chronique*.

***

Il existe cependant une difficulté dont M. P. Marie, fort inquiet, semble-t-il, de l'« impérialisme » des syphiligraphes, sera le premier à comprendre l'importance (1).

Il est facile de comprendre l'évolution d'une maladie chronique (d'une affection chronique), de comprendre les lésions qui l'accompagnent lorsqu'elle est due au parasite d'une infection chronique : tuberculose, syphilis, paludisme. Il est facile de comprendre une épilepsie due au spirochète de Schaudinn, une néphrite due au bacille de Koch, une cirrhose due à l'hématozoaire de Laveran.

Il existe des parasites qui déterminent des infections aiguës, et peuvent, vivant à l'état saprophytique, déterminer des poussées réitérées, aiguës elles-mêmes : type érysipèle à répétition de la face, dû au streptocoque. Il existe des parasites qui déterminent des infections aiguës, à la suite desquelles l'immunité ne s'établit pas : l'infection aiguë prend un caractère chronique. Il en est ainsi du bacille de la morve, du colibacille, du staphylocoque surtout : type ostéomyélite chronique. L'endocardite chronique, due au parasite inconnu du rhumatisme articulaire aigu, s'explique peut-être par un de ces mécanismes.

Peut-on croire, par contre, que des infections qui guérissent normalement en laissant une immunité réelle, solide, sinon définitive, puissent déterminer une affection chronique, qu'il puisse exister des affections chroniques, d'origine parasitaire, mais dans lesquelles la cause agissante initiale aurait disparu ? Je veux bien, mais il faut avouer que ces affections sont peu intelligibles, que leur mécanisme paraîtrait singulièrement obscur, si les chapitres consacrés à l'étiologie des maladies et des affections humaines n'étaient pas, presque toujours écrits avec une légèreté incomparable, et au courant de la plume !

Qu'est-ce qu'une épilepsie due à la scarlatine ? Un goitre exophtalmique dû à la scarlatine ? Qu'est-ce qu'une néphrite chronique, due à la scarlatine ?

Et ceci me permet de formuler encore une hypothèse : des affections chroniques telles qu'une néphrite, un goitre exophtalmique, une épilepsie, qui *paraissent* consécutives à une scalatine, à telle ou telle infection aiguë, ne sont-elles pas *dans certains cas* des affections hérédo-syphilitiques, dont le développement a été provoqué par l'infection aiguë ?

J'ai dit : *une hypothèse*. Je veux dire que, sur ce point comme sur tant d'autres, des recherches sont nécessaires, qu'il ne suffit pas, que personne n'a le droit de contester les *affirmations* actuelles des syphiligraphes, de n'accorder au-

(1) P. Marie. — Traité de médecine de Charcot, Bourchard, Brissaud. t. VI, art. *Sclérose en plaques*, Paris, Masson 1894.

(1) P. Marie. — De quelques néosuperstitions médicales, *Progrès médical*, 14 décembre 1922.

cune attention aux opinions qu'ils sont en droit de formuler, sans faire des recherches semblables aux leurs (1) menées suivant les mêmes méthodes ou des méthodes plus rigoureuses. En matière scientifique, il n'est permis ni de se fâcher ni de protester, ni de nier, purement et simplement. Il est permis de *contrôler*, et c'est ce que demandent, j'imagine, tous les médecins qui comprennent, avec moi, que la médecine est entrée dans une période étiologique et veulent savoir : 1° tout ce que la syphilis fait ; 2° ce qu'elle ne fait pas et ce que sont les affections chroniques quand elles ne sont dues ni au spirochète, ni au bacille de Koch, ni à tel ou tel autre parasite connu, classé, et capable de déterminer une infection chronique.

* * *

Donc, il existe une maladie, la plus fréquente des maladies chroniques et que nous savons aujourd'hui la plus meutrière des maladies humaines, la plus grave, au point de vue social par les maux sans nombre et les infirmités dont elle est la cause.

Cette maladie, le médecin la rencontre tous les jours et la méconnaît tous les jours. Il la méconnaît parce que les maîtres dont il a reçu l'enseignement ont cru et lui ont laissé croire que la syphilis est une maladie visible, parce qu'il ignore que les formes profondes en sont cinquante fois plus fréquentes que les formes externes, parce que les livres qu'il a lus et qu'il lit encore veulent donner à ces formes profondes des caractères différentiels, qui n'existent pas ou n'existent à peu près jamais. Il la méconnaît parce que la médecine actuelle admet l'existence de maladies locales créées par l'organisme, parce qu'il ne sait pas encore que ces maladies sont des affections, des syndromes, dus à des causes agissantes, dont le spirochète est la plus commune.

Le rôle de l'hérédité en pathologie est immense, comme les médecins l'ont toujours cru. Mais l'hérédité n'est pas une cause agissante et il n'y aurait pas de maladies humaines s'il n'existait pas de causes agissantes. L'homme mourrait très tard, usé, desséché comme les vieux arbres, mais ne serait pas malade.

(1) LEREDDE. — Essai sur le diagnostic de la S. héréditaire. *Presse médicale*, 4 avril 1923.

Il existe en très grand nombre des *affections* héréditaires ; en pratique il n'existe qu'une seule MALADIE héréditaire ; la syphilis, parce qu'elle est, en pratique, la seule dans laquelle la cause agissante passe de la mère au fœtus.

Héréditaire, la syphilis est beaucoup plus souvent ignorée que la syphilis acquise et pour les mêmes raisons que celle-ci. Elle ne s'accompagne, dans la plupart des cas, d'aucun signe, d'aucun stigmate spécifique. Il ne faut pas, pour la découvrir, croire qu'elle vient à vous, il faut aller à elle, chez tout individu atteint d'une affection chronique, et même de quelques affections aiguës ou subaiguës (aortites, méningites, néphrites, entérites).

La syphilis héréditaire est surtout ignorée chez le nourrisson, à l'âge où le médecin peut tout pour la guérir et en prévenir les terribles conséquences, où elle n'a produit aucune lésion définitive, où elle n'a pas entravé le développement physique, ralenti ou dévié le développement intellectuel.

Elle est ignorée parce que les médecins d'enfant, à quelques exceptions près, ignorent sa fréquence, *parce qu'ils n'ont pas reconnu* jusqu'ici *la nécessité de l'examen des parents*, par les moyens cliniques et de laboratoire, pour dépister la syphilis du nourrisson, parce que l'organisation même des consultations de puériculture ne permet pas de faire les recherches nécessaires, parce que les doctrines qu'ils acceptent sont celles de l'école topologique.

Or les idées des praticiens, au sujet de la syphilis infantile en général, de la syphilis du nourrisson en particulier sont encore celles des médecins d'enfants...

Ceux-ci, à quelques exceptions près, n'ont pas suivi l'évolution de la syphiligraphie contemporaine. Ils ne l'ont pas suivie, en outre, au point de vue thérapeutique : j'ai pu écrire, au début d'une communication récente, que la syphilis de l'enfance n'est pas reconnue dans la plupart des cas, et que, lorsqu'elle est reconnue, elle est traitée d'une manière barbare, sauf exceptions, qui sont rares (1).

(1) LEREDDE. — Le diagnostic de la syphilis congénitale et les consultations hospitalières, Soc. de méd. de Paris, 27 mai 1922.
Le traitement de la syphilis congénitale, *ibid*, 9 juin.
La syphilis de l'enfance et les médecins d'enfants, *ibid.*, 13 octobre.



L'Actualité Scientifique

La Presse

La crise génitale des nouveau-nés.

Cette crise, qui s'observe dans l'un et l'autre sexe, dans les jours qui suivent la naissance, n'est, au demeurant, qu'une puberté fugace ébauchée, une puberté en miniature, ainsi que le dit M. Vaudescal.

Chez la petite fille, elle se manifeste par un écoulement sanguin qui dure de quelques minutes à 48 heures, et qui correspond à une augmentation de volume de l'utérus, dont la muqueuse est hyperémiée avec un épithélium décollé ou non.

Chez le petit garçon, on note une hydrocèle vaginale, limitée à la seule séreuse scrotale, et dont l'apparition est précédée par une hypertrophie nette du testicule.

Ici et là, le phénomène n'offre aucune gravité et ne nécessite aucun traitement. Il faut être bien informé de son éventualité et de sa signification, surtout pour rassurer l'entourage.

En dehors de ces manifestations qui se localisent au niveau de l'appareil génital, il faut citer, parallèlement, une congestion de la glande mammaire, qui peut être suivie d'une sécrétion lactée, et à la suite de laquelle on observe parfois la formation d'un abcès, si l'on a voulu combattre l'engorgement par l'expression. On évitera cette manœuvre, en même temps qu'on lavera le mamelon tous les jours avec de l'alcool à 80°. Il faut citer aussi des réactions pilo-sébacées dont la plus commune est la localisation de l'enduit sébacé nommé *vernix caseosa*, en des points d'élection (plan postérieur du corps) au niveau desquels apparaît précisément ce fin duvet éphémère appelé lanugo.

Enfin, on rapprochera de ces faits la présence également éphémère de miliaire sébacée au niveau du nez et du menton, constituée par de petits grains jaunâtres dont l'expression fait sortir des petits filaments vermicelliformes.

L'explication de ces phénomènes est ingénieuse. Comme il ne saurait être question d'une sécrétion interne de l'ovaire ou du testicule à cette époque de la vie, comme génératrice de ces passagères révélations d'une sexualité différenciée, on en est conduit à admettre que ce sont des hormones fabriquées par l'organisme maternel, qui passent dans la circulation de l'enfant et agissent ensuite sur son appareil génital. (*L'Hôpital*, mars A 23.)

Dépistage de la syphilis au début de la gestation.

La syphilis des femmes honnêtes, dit en substance M. M. Pinard, est généralement mal soignée ou même pas du tout soignée. Il en résulte des conséquences désastreuses pour les produits de conception de ces femmes. Aussi, l'attention du médecin doit-elle être en éveil, si certains faits surtout l'attirent du côté de ce diagnostic. Les fausses couches antérieures, non provoquées, sont une forte présomption de syphilis ; de même l'hydramnios, le placenta volumineux et l'enfant volumineux, l'accouchement avant terme, la grossesse gémellaire univitelline, les enfants précédemment nés avec du pemphigus, des rhagades, du coryza, un aspect cachectique, un gros foie, une grosse rate.

Si l'examen minutieux du père et de la mère est négatif, on songera à la possibilité d'une syphilis de deuxième génération ; on poussera l'enquête du côté des ascendants.

Un enfant qui crie sans raison nuit et jour, qui fait de la diarrhée verte, des vomissements incoercibles, des convulsions, qui maigrit avec une ration suffisante, doit être présumé hérédo-syphilitique.

Le diagnostic posé, on devra mettre en œuvre un traitement énergique, et non pas ces traitements par la bouche, qui sont notoirement insuffisants.

Celui que l'auteur conseille est le traitement arsenical, bien supporté par la femme gravide, et consistant en injections intra-veineuses d'arsénobenzol ou de novarsénobenzol, ou en injections sous-cutanées de sulfarsénol. (*Paris médical*, 3 mars 23.)

Diagnostic schématique des lésions chroniques du testicule et de ses annexes chez l'adulte.

Voici une excellente revue de séméiologie clinique dans laquelle l'auteur, M. Chevassu, examine successivement, après un exposé préalable de l'anatomie du testicule, de l'épididyme, de la vaginale et du cordon, les cas devant lesquels le praticien peut se trouver, indiquant, chemin faisant, comment il posera un diagnostic exact.

Je noterai rapidement les étapes parcourues par l'auteur. Le testicule et l'épididyme sont facilement reconnaissables, et dans ces conditions, c'est tantôt l'épididyme, tantôt le testicule lui-même qui porte la lésion. Ailleurs, le testicule et l'épididyme ne sont plus reconnaissables ou ne le sont que difficilement ; on trouve alors, soit une tumeur fluctuante et transparente (hydrocèle), soit une tumeur solide non transpa-



rente (cancer), soit enfin une tumeur mixte, formée de parties fluctuantes et transparentes et de parties solides et non transparentes.

Après avoir dit un mot des inversions testiculo-épididymaires, il conclut à « la nécessité, dans toute étude des lésions intra-scrotales, de toujours chercher comme point de repère les éléments normaux, en utilisant ce qu'ils ont de plus reconnaissable : le canal déférent, sa consistance spéciale ; l'épididyme, l'aspect typique de ses deux pôles, surtout la tête ; la vaginale, son pincement ou son épanchement transparent ; le testicule, sa sensibilité. J'ai pris depuis longtemps l'habitude de ne jamais trancher un diagnostic difficile de lésions intra-scrotales sans avoir dessiné un schéma des différentes zones étudiées, et sans y avoir noté en particulier la présence ou l'absence, l'état normal ou pathologique, des points particulièrement importants ci-dessus indiqués. Des diagnostics semblant fort épineux, tant que leurs lésions n'ont pas été transcrites sur le papier, s'éclairent parfois de façon lumineuse à mesure que le dessin des lésions apparaît sur le schéma. Je ne saurais trop recommander cette manière de faire ; elle facilite grandement le diagnostic des lésions les plus complexes de l'appareil épididymo-testiculaire. » (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 fév. 23.)

Les hépatites et les cholécystites d'origine intestinale.

Il s'agit d'un véritable syndrome entéro-hépatique, analogue au syndrome entéro-rénal, infiniment mieux connu. On ne songe pas assez en effet en pratique aux répercussions possibles de troubles intestinaux sur le foie. Or, d'après MM. Brulé et Garban, il est au contraire fréquent d'observer des sujets qui se plaignent du foie, et chez lesquels un examen attentif révèle une atteinte intestinale plus ou moins ancienne. Tels sont certains gros mangeurs qui font volontiers de la congestion hépatique, et qui sont atteints en même temps de rétention stercorale du côlon droit ; le traitement de celle-ci amène la disparition de celle-là. De même, des jeunes femmes de souche névropathiques, des intellectuels, qui présentent des accidents hépatiques sont surtout des intestinaux. Il en est enfin chez qui l'état intestinal, présumé normal, reste insoupçonné, parce qu'ils déclarent que leur intestin fonctionne régulièrement chaque jour, tandis qu'en réalité, ils présentent des alternatives de constipation et de diarrhée, des selles pâteuses, des vertiges, de l'aérocolie, du spasme.

L'atteinte hépatique de ces malades se manifeste sous trois formes : la congestion hépatique, la rétention biliaire, la cholécystite.

Ce que ces manifestations ont de remarquable, c'est qu'elles s'améliorent dès que l'état intestinal s'améliore lui-même.

Ce syndrome entéro-hépatique se rencontre aussi chez l'enfant et chez le vieillard ; il explique certaines insuffisances du foie, certaines cholécystites de la grossesse, certaines congestions hépatiques des pays chauds.

Comme pour le syndrome entéro-rénal, on admet que l'infection, partie de l'intestin, atteint le foie par la voie sanguine.

On devra distinguer ces troubles de la lithiase biliaire, de la colique hépatique, de la cirrhose, de l'appendicite chronique. Le diagnostic sera porté avec exactitude si l'on prend soin d'examiner soigneusement le tube digestif, et surtout l'intestin de tout malade qui accuse d'abord son foie.

On soignera donc en premier lieu l'intestin, avec un régime alimentaire approprié, d'où le lait sera banni. On sera circonspect dans la prescription des extraits biliaires, du calomel, des purgatifs salins ; par contre, on usera largement des poudres inertes, des laxatifs huileux, des mucilages en paillettes, des ferments digestifs, des ferments lactiques. Si des obstacles mécaniques entrent en jeu pour favoriser la stase stercorale, on pourra être amené à discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Enfin, certaines cures thermales trouveront là leur indication. Et je remarque, non sans étonnement, que les auteurs citent complaisomment Vichy, et pour cause, alors qu'ils passent sous silence d'autres stations, dont la spécialisation dans le traitement des affections intestinales, et aussi de certaines affections du foie, est aujourd'hui bien connue, et dont l'énonciation ne ferait nul tort à la grande station de l'Allier. Et j'ai particulièrement en vue sa voisine Châtel-Guyon, dont les médecins préconisent volontiers l'association avec Vichy, tant ils savent être impartiaux (*Presse Médicale*, mars 1923.)

De l'administration de deux substances antagonistes (protéidique et lipoïdique) extraites de l'ovaire.

La conception de Schaffer, qui admet que la sécrétion ovarienne referme deux sortes d'autacoïdes agissant sur l'utérus d'une façon antagoniste, a suscité des tentatives d'isolement de ces deux principes, qui seraient, l'un, une hormone activante, l'autre, une chalone frénatrice.

M. C. Bru, s'inspirant de ces données, a expérimenté deux préparations, l'agomensine et la sistomensine. De leur essai, chez un certain nombre de malades, il a retenu plusieurs observations, qui lui ont paru frappantes et caractéristiques de l'action de ces deux substances. Il en résulte que l'opothérapie protéidique, ou activante (agomensine), donne des résultats certains et satisfaisants, malgré que, assez sou-

vent, on se trouve en présence de cas cliniques indiquant son association à l'opothérapie thyroïdienne ou surrénale. Cette opothérapie est indiquée chez la plupart des aménorrhéiques et elle devra être alors prolongée et régulière ; il en est de même dans l'oligoménorrhée, surtout lorsque celle-ci s'accompagne de malaises locaux et généraux. L'opothérapie lipoïdique ou frénatrice (sistomensine) a donné des résultats peut être plus nets encore. Ils se sont traduits par la régularisation du flux menstruel, et, dans un grand nombre de cas, par l'atténuation ou la disparition des douleurs dysménorrhéinques.

L'administration *per os* des deux extraits est assurément le procédé le plus pratique, et répond au plus grand nombre d'indications.

L'injection sous-cutanée, en solution aqueuse et huileuse, des extraits protéidiques et lipoïdiques, s'est montrée d'une activité plus grande encore, et surtout plus prompte, mais elle a donné lieu parfois à quelques accidents de choc léger, sans qu'une toxicité propre à ces extraits puisse être mise en cause ; ces accidents, toujours bénins, doivent donc disparaître avec une purification poussée plus avant, et il n'est point douteux que ce mode d'administration rende alors les plus signalés services. (*Bull. Méd.*, 11 avril 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Insuline et lévulose dans le diabète.

(MM. Desgrez, Bierry et Rathery. — *Académie de médecine*, 17-4-1923.)

Dans une série de communications récentes, MM. Desgrez, Bierry et Rathery se sont efforcés de démontrer les avantages de l'emploi du lévulose dans le traitement diététique du diabète. Aujourd'hui, où une nouvelle médication — la cure d'insuline — s'annonce comme devant jouer un rôle intéressant dans la thérapeutique antidiabétique, il leur a paru opportun de revenir sur la question du lévulose, en apportant à ce sujet quelques expériences complémentaires, confirmatives des précédentes. Les auteurs estiment que l'association à l'insuline du lévulose — le mieux toléré des sucres, par le diabétique — donnera les meilleurs résultats, en favorisant et prolongeant l'influence passagère des extraits pancréatiques.

La syphilis pulmonaire.

(M. Maurice Letulle. — *Académie de médecine*, 17-4-1923.)

Depuis les travaux de Virchow, de Cornil, Lancereaux, Balzer, Darier, Tripier et Bériel, les pneumopathies syphilitiques sont bien connues et bien classées. Les incomparables leçons de Dieulafoy ont aussi beaucoup contribué à éclairer leur histoire. Or, ces derniers temps, des réserves ont été faites à ce propos. M. Letulle a même l'impression que, dans l'esprit du corps médical parisien, la syphilis pulmonaire a perdu de son importance, et c'est pour lutter contre cette tendance qu'il élève la voix.

Il faut étudier la question, dit l'auteur, non seulement sur le vivant, mais aussi sur le cadavre. M. Letulle présente, comme exemple, des pièces anatomo-pathologiques où se voient des lésions types d'infiltration gommeuse diffuse du lobule pulmonaire, des cloisons inter-lobulaires, et des bronches. En poursuivant ainsi, méticuleusement, l'examen histologique des pneumopathies sclérogènes et des bronchiectasies, on arrivera peut-être un jour à établir que la syphilis joue, dans la pathologie du poumon, un rôle aussi grand, aussi nocif que dans les organes considérés comme les plus accessibles aux méfaits du tréponème, le foie, l'aorte et le cœur.

— M. Sergent reconnaît, comme M. Letulle, qu'il est de mode aujourd'hui, d'afficher un certain scepticisme vis-à-vis de la syphilis pulmonaire et de rattacher à la tuberculose la plupart des lésions qui lui avaient été assignées. Et cependant, les observations de syphilis du poumon ne sont pas rares.

Un autre point a été plus particulièrement envisagé par M. Sergent. C'est l'association de la syphilis et de la tuberculose. En pareil cas, la bacillose prend souvent la forme fibreuse, que Potain et Landouzy avaient bien vue.

— M. Léon Bernard pense également qu'un certain groupe non négligeable de malades considérés comme tuberculeux sont, en réalité, des syphilitiques pulmonaires. Mais, les faits que l'on rencontre plus fréquemment encore, sont ceux d'association de syphilis et de tuberculose du poumon. Un des traits les plus intéressants de cette symbiose est l'efficacité souvent remarquable du traitement par les arsenicaux organiques.

Poliomyélites par intoxication.

(MM. Rémond (de Metz) et Colombies. — *Académie de médecine*, 17-4-1923.)

MM. Rémond et Colombies ont pu suivre, au cours de ces trois dernières années, deux malades chez lesquelles la poliomyélite a évolué sous une influence étiologique spéciale, à savoir une intoxication par les champignons. Les auteurs posent le problème du mécanisme qui relierait les accidents toxiques aux accidents médullaires.

Essais de vaccination protéinique polyvalente.

(MM. F. Arloing et Langeron. — *Académie de médecine*, 24-4-1923.)

Clarck et Stone ont constaté expérimentalement que l'on pouvait immuniser les animaux contre l'infection typhiqu e par une injection de vaccins microbiens staphylococciques ou streptococciques. Rapprochant cette vaccinothérapie microbienne hétérologue de la protéinothérapie, MM. Fernand Arloing et L. Langeron se sont demandé si le mode d'action commun des deux méthodes n'était pas le même, d'ordre protéinique, et si, dès lors, on n'obtiendrait pas, avec les seules injections de protéines banales, un effet préventif anti-infectieux polyvalent.

Partant de là, les auteurs ont pratiqué chez des cobayes soumis ultérieurement à l'inoculation intra-péritonéale de culture de bacille pyocyanique, des injections préventives de substances protéiques (sérum de cheval, caséine, peptone). Les résultats ont été les suivants. La mortalité s'est élevée à 55 pour 100 chez les animaux traités et à 86 pour 100 chez les témoins. Lorsque l'injection protéinique précède de peu (30 minutes) l'inoculation la mortalité n'est que de 26 %. Pour un délai de 48 heures, au contraire, elle s'élève à 100 %, dénotant un état d'hyper-réceptivité. Plus la dose de protéine employée est élevée, plus l'action de protection est forte. La nature de la protéine utilisée n'a pas semblé jouer un rôle important.

En somme, il a paru que, dans les conditions de l'expérience, l'injection d'une substance protéique banale pouvait conférer au cobaye une immunité relative, ou mieux un état réfractaire vis-à-vis d'une infection microbienne spécifique mortelle (maladie pyocyanique). Toutefois, il est prudent, pour le moment, de ne pas dépasser la signification, assez restreinte encore, des essais en question.

MM. Arloing et Langeron, abordant ensuite le côté physio-pathogénique de cette immunité, rappellent le rôle attribué au déséquilibre vago-sympathique dans les variations de résistance de l'organisme aux causes toxiques extérieures. La phase de vagotonie serait celle de la sensibilité à l'infection, la phase de sympathicotonie répondrait à une meilleure résistance.

Le cobaye se tuberculise-t-il très facilement ?

(M. Remlinger. — *Académie de médecine*, 24-4-1923.

Il est classique de considérer le cobaye comme le réactif le plus sensible à la tuberculose. C'est exact, pour la tuberculose d'inoculation. Mais, doit-on déduire de là que le cobaye se tuberculise facilement en dehors des conditions expérimentales ? Nous avons signalé un travail de M. Remlinger dans lequel cet auteur montrait que des cobayes, placés dans une salle de tuberculeux, devenaient rarement tuberculeux. L'auteur revient aujourd'hui sur ce « paradoxe bactériologique ».

Dans les laboratoires, les cobayes neufs, qui vivent en commun avec d'autres animaux porteurs de lésions de bacillose ne sont contagionnés que dans des proportions assez minimes. M. Remlinger l'expliquerait volontiers par ce fait que la plupart des modes expérimentaux d'inoculation de la tuberculose (voie sous-cutanée, péritonéale, etc.), auxquels l'animal est sensible, tournent en quelque sorte les défenses naturelles de l'organisme, celles-ci étant plus spécialement orientées vers la contamination respiratoire et digestive.

Au point de vue pratique, ces recherches semblent appeler une conclusion. Le cobaye reste l'animal réactif de la tuberculose expérimentale, mais offrant à la tuberculose ordinaire une certaine résistance, il faudra en tenir compte lorsqu'on voudra conclure de cet animal à l'homme, en matière de bacillose, en général.

Un nouveau dérivé mercuriel anti-syphilitique.

(MM L. Spillmann et Douris. — *Académie de médecine*, 24-4-1923.)

M. Balzer présente une note de MM. Spillmann et Douris sur un nouveau dérivé mercuriel anti-syphilitique. Il s'agit d'un composé arsenical du cyanure de mercure. Son action thérapeutique est en cours d'étude.

La constante d'Ambard dans l'albuminurie orthostatique.

(M. Ch. Aubertin. — *Société médicale des hôpitaux*, 13-4-1923.)

Le praticien est souvent embarrassé, en présence d'un cas d'albuminurie orthostatique, pour porter un pronostic et établir un traitement. Les malades de cette catégorie, en effet, ne présentent en général aucune répercussion fonctionnelle, aucun œdème, aucune hypertension. L'albuminurie orthostatique, cependant, attribuée autrefois uniquement à un trouble circulatoire, comporte assez souvent un certain degré de néphrite latente, bénigne, parcellaire, séquelle d'une néphrite infectieuse. Il y aurait donc un réel intérêt à pouvoir distinguer l'albuminurie orthostatique, dite essentielle, de la même affection avec fonction rénale troublée. M. Aubertin montre que la recherche de la constante d'Ambard permet de fixer ce point. Une constante normale autorise à porter un pronostic bénin et à laisser les sujets au régime carné. Une constante élevée, sans être d'un pronostic vraiment sérieux, oblige néanmoins à instituer un régime moins libéral, hypoazoté ou lacto-végétarien.

— M. Linossier pense, et a écrit il y a assez longtemps, que l'albuminurie orthostatique relève de la combinaison de deux facteurs : un trouble de la circulation du rein provoqué par la station debout, et un degré variable d'altération rénale. Cette dernière, insuffisante pour causer l'albuminurie, la réalise quand intervient le trouble circulatoire provoqué par l'orthostatisme. Tantôt, comme chez les convales-

cents de scarlatine, le facteur rénal est prédominant, tantôt, c'est le facteur circulatoire. Celui-ci arrive-t-il, quand il est porté à un haut degré, à entraîner à lui seul l'albuminurie, le rein étant tout à fait normal comme structure et fonctionnement ? On ne peut le nier d'une manière absolue.

Syphilis tertiaire du foie à forme pseudo-chirurgicale.

(MM. Denéchau, d'Angers, Fruchaud-Brin et Agoulon. — *Société médicale des hôpitaux*, 13-4-1923.)

La syphilis tertiaire hépatique a été l'objet, récemment, de travaux nombreux. Aux types déjà décrits, et qui étaient surtout médicaux, MM. Denéchau, Fruchand-Brin et Agoulon en ajoutent un autre, à physionomie plutôt chirurgicale, qui concerne des sujets qu'un diagnostic mal précisé peut conduire à une opération, pour le moins inutile, l'affection guérissant rapidement par la cure spécifique.

Les auteurs en ont observé quatre cas, qui ont rappelé : l'un un abcès du foie, l'autre un cancer, le troisième une tumeur, le quatrième un cancer gastrique propagé au foie. Deux des patients eurent de la fièvre. Chez trois, la douleur fut assez vive. Deux seulement avaient une syphilis connue. Les autres niaient, de bonne foi, la spécificité. Le traitement arsenical fit merveille.

Rage mortelle, trois ans après la morsure.

(M. Dumitresco-Maute. — *Société médicale des hôpitaux*, 13-4-1923.)

La durée de l'incubation de la rage ne dépasse ordinairement pas deux mois et l'éclosion des phénomènes rabiques après sept mois devient exceptionnelle. Cependant, on a cité des exemples d'incubation prolongée à un an, deux ans et même trois ans (une fois quatre ans). M. Dumitresco-Maute, de Bucarest, relate une observation d'accidents rabiques, terminés par la mort, survenus trois ans après la morsure, malgré un traitement vaccinothérapique fait antérieurement.

P. L.

La vraie nature de ce qu'on appelle ostéochondrite ou « coxa-plana ».

(M. F. Calot. — *Académie de médecine*, 24-4-1923.)

M. Calot apporte les résultats de ses recherches sur cette prétendue « maladie nouvelle et acquise » de la hanche inventée par Leeg, de Boston, en juin 1909, et depuis 14 ans si passionnément discutée dans les deux mondes (1).

Voici ses conclusions :

1° Ce qu'on appelle coxa-plana, c'est, en réalité, l'un des aspects radiographiques de la dystrophie spéciale, d'origine médullaire ou cérébrale, qui donne la luxation congénitale, ou nette, ou simplement amorcée.

De même que les fémurs « en baguette de tambour » sont un des aspects anatomiques de cette autre dystrophie spéciale d'origine médullaire qui donne la luxation du tabes, ou nette, ou simplement virtuelle. (La dystrophie étant dans les deux cas, l'élément essentiel, primordial, et la disjonction articulaire l'élément secondaire).

2° C'est dire qu'on ne trouve l'aspect radiographique de coxa-plana que dans les hanches atteintes de cette dystrophie spéciale aux luxations congénitales (franches ou larvées) et *jamais* dans une hanche normale (non *malformée congénitalement*). M. Calot l'a prouvé au dernier Congrès de chirurgie.

Si bien que, dès qu'on voit à la radiographie cet aspect de coxa-plana, l'on peut affirmer l'existence d'une malformation congénitale (de la hanche) de l'espèce *des luxations* (1). *C'est pathognomonique.*

3° *Inversement*, dans toutes les hanches présentant cette malformation congénitale (que la dislocation soit de quelques *millimètres*, ou de quelques centimètres), l'on pourra voir (mais non pas forcément), à un moment donné, de 3 à 16 ans (période où l'ostéogénèse et le métabolisme de la chaux sont le plus actifs dans ces épiphyses), *survenir* cet *aspect* de *coxa-plana*, souvent sous l'influence de causes occasionnelles saisissables (chutes, traumatismes divers, pression de la tête sur le cotyle, rupture de l'équilibre fonctionnel de la hanche, à la suite du surmenage ou de maladies intercurrentes ayant affaibli le tonus musculaire), mais souvent aussi sans cause nette appréciable, pas plus ici que dans les coxopathies du tabes.

Ainsi, l'on observe cet aspect de coxa-plana :

1° Dans les *luxations congénitales réduites* (et l'on peut invoquer alors, comme cause occasionnelle, la pression réciproque des deux os adystrophiés, remis en contact).

2° Dans les *subluxations congénitales* ou *amorces* de subluxations (et l'on peut encore ici invoquer la pression devenue irrégulière des deux os, l'adaptation fonctionnelle jusqu'alors existante ayant cessé par rupture de l'équilibre musculo-ligamenteux, sous l'influence des causes diverses énumérées plus haut).

3° Dans les luxations *non réduites* (par exemple, lorsque la tête vient presser sur l'os iliaque, mais ceci est rare chez les enfants, c'est-à-dire à l'âge de l'ostéogénèse et du métabolisme le plus actifs dans les épiphyses de la hanche).

4° *Dans tous les cas* présentant l'aspect d'ostéochondrite ou coxa plana, il est *possible de retrouver*, si l'on *cherche bien* (par la *radiographie* de tout le *membre* et des deux *membres*, et par *un examen clinique minutieux*) les caractères d'une dystrophie (primitive) qui s'étend du sacrum aux orteils, portant sur les os et les tissus mous, la même

(1) « De l'espèce des luxations », ceci pour les distinguer de ces deux autres malformations, la coxa-vara et la coxa-valga congénitales.

dystrophie, bien que d'un moindre degré généralement, que dans la luxation congénitale la plus haute (les observations de M. Calot et celles de Blanchard, de Chicago, et des docteurs Fouchet et Bercugnat et d'autres le prouvent).

De plus, dans la coxa-plana et la luxation congénitale haute, même hérédité, mêmes antécédents, même bilatéralité des lésions radiographiques dans plus de la moitié des cas, avec silence clinique d'un côté ; même réponse négative de tous les examens de laboratoire, etc..., même coexistence, extrêmement fréquente, de spina bifida et d'autres malformations.

5° Si l'on oubliait, dans le tabes ou la syringomyélie, l'influence capitale de la dystrophie spéciale, il serait impossible de comprendre leurs lésions articulaires souvent si paradoxales.

Ici, de même, si l'on oublie ou méconnaît la dystrophie causale de la luxation congénitale, impossible de comprendre toutes les particularités qu'on trouve dans celle-ci (et qu'on retrouve dans la coxa-plana), par exemple : le retard d'ossification des épiphyses surtout visible sur le fémur, la malléabilité de la tête et du col, le métabolisme spécial de la chaux (1) surtout à la période de la plus active ostéogénèse, de 3 à 15 ans, d'où possibilité de décalcification partielle ou totale suivie de récalcification également partielle ou totale de l'épiphyse fémorale, sous des influences périphériques minimes, ou même non appréciables.

A noter, à ce propos, que ce qu'on a nommé fragmentation, destruction et reconstruction de la tête, il faudrait, pour être exact, l'appeler décalcification et récalcification (toujours par ce métabolisme du calcium appartenant en propre à la dystrophie des malformations de l'espèce des luxations).

6° La logique voudrait que l'on décrivît dans nos livres les luxations congénitales et malformations de la même espèce, c'est-à-dire les subluxations et coxa-plana, à côté des arthropathies du tabes et de la syringumyélie avec lesquelles elles présentent tant d'analogies, dont voici les principales :

Dans les unes et les autres : origine nerveuse centrale ; la dystrophie, élément essentiel, la dislocation n'étant que l'élément secondaire. Même discordance entre le « *beaucoup* », c'est-à-dire les grosses lésions de la hanche révélées par la radiographie et le « *presque rien* » qu'on trouve à l'examen clinique. Même indolence de la hanche. Même mobilité presque entièrement conservée, parfois même exagérée (presque une hanche de polichinelle (2).

Dans les unes et les autres, irrégularités de répartition de la chaux dans les épiphyses de la hanche.

Dans les unes et les autres, mélange paradoxal, *analogue* d'atrophie et d'hypertrophie osseuse observé sur les deux hanches du même sujet, parfois sur la même hanche, côte à côte. Même bilatéralité fréquente. Même réponse négative de la bactériologie.

Même impossibilité de les produire expérimentalement si l'on agit exclusivement sur la hanche. En effet, tandis que l'on peut créer ainsi une luxation traumatique, par contre, l'on ne pourra jamais créer les vraies lésions d'une luxation congénitale ou d'une coxa plane, (Allison, qui a essayé de créer des coxa-plana en traumatisant la hanche, a échoué et devait échouer), pas plus qu'on ne peut ainsi créer une luxation tabétique ou syringomyélique. C'est l'évidence même, car il n'y a pas le *terrain* voulu ; il faudrait logiquement, si cela se pouvait en pratique, *commencer* par *créer* le terrain spécial de la luxation congénitale et de la coxa plana en agissant sur *la moelle* épinière ou le cerveau, pour y produire l'hydropisie ou l'hydromyélie trouvées dans les autopsies de Lannelongue (de même que pour créer le *terrain* de l'arthropathie tabétique ou synringumyélique, il faudrait commencer par créer la sclérose syphilitique des cordons postérieurs et des racines postérieures ou les lésions médullaires propres à la syringomyélie). *Après quoi seulement* un traumatisme exercé sur la hanche pourrait avoir quelque chance de développer les lésions que nous observons respectivement dans les trois coxopathies trophiques d'origine centrales : *a*) tabétiques ; *b*) syringomyélitiques ; *c*) luxations congénitales de la hanche, y compris la coxa plana qui n'en est qu'un des aspects radiographiques.

7° Quant à la nature intime de cette dystrophie qui frappe os et tissus mous, du sacrum aux orteils, et qui produit à la hanche une disjonction articulaire (par disproportion dans le développement primitif de la tête et du cotyle, et par relâchement des ligaments), cette dystrophie est idiopathique, elle appartient en propre à ces malformations.

Ce n'est pas, (M. Achard l'a bien démontré), ce n'est pas sur les muscles et les tissus mous, les lésions de la paralysie infantile, comme le croyait Verneuil, et ce n'est pas non plus sur les os les lésions du rachitisme ou de l'ostéomalacie ou de l'ostéoporose banale, pas plus que la dystrophie du tabes ou celle de la syringomyélie ne sont de l'ostéomalacie ou du rachitisme ordinaire. P. L.

(1) D'où ces variations de teinte et de densité qu'on peut observer dans leur image radiographique et ces aspects de « clairières », de « taches » et de « fragmentation », signalés quelquefois

(2) Bien qu'à la longue il puisse survenir de l'ankylose dans tel cas de malformations de l'espèce des luxations.

Société d'hydrologie et de climatologie cliniques de Bordeaux et du sud-ouest

(*Session annuelle*)

Ce fut un véritable congrès que nous offrit récemment la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest. Le nombre et la valeur des communications, l'ampleur des discussions, les hautes personnalités qui ont présidé les débats, le lieu même des réunions (le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Bordeaux), tout a concouru au grand et légitime succès de la session annuelle à

laquelle le professeur Sellier, secrétaire général et fondateur de la Société, nous avait convié.

La séance inaugurale a été présidée par M. le prof. Barthe qui avait à ses côtés M. le professeur Sigalas, doyen de la Faculté ; MM. les professeurs Beille, Sauvageau, Sellier prenaient place au bureau, en même temps que MM. Grenier de Cardenal, chef des travaux d'hydrologie ; Vergely, du *Journal de médecine de Bordeaux* ; Pierre Fourment, secrétaire des séances. MM. les professeurs Lamarque, Mandoul, Cruchet, Roché, MM. les directeurs du Service de santé de la marine et de l'armée, furent également assidus. M. le prof. Arnozan, présida la séance de clôture avec l'autorité que tous lui reconnaissent.

Deux questions furent soumises aux discussions générales : *le traitement hydrominéral du rhumatisme chronique* et *le traitement climatique de l'asthme*. A leur sujet, de nombreux congressistes furent amenés à discuter sur la pathogénie de ces deux affections, et cela nous valut quelques aperçus de saine doctrine. Parmi les communications qui furent données, citons celles de MM. les docteurs Dutech, de Luchon : « *sur l'augmentation de la capacité respiratoire par le traitementt hermal* » ; Barrieu, de Royat : « *le traitement des arythmies cardiaques* » ; Hervé, de Lamotte-Beuvron : «*essai de classification des climats dans le traitement de la tuberculose* » ; Baqué, de Luchon : « *la médication sulfurée* » ; Cornet, de Pau : « *les éléments et les adjuvances de la cure climatique* » ; Perpère, du Mont-Dore, : « *l'anosmie, une indication peu connue du Mont-Dore* » ; Goudard, de Pau : « *le traitement climatique de l'asthme* » ; Flurin, de Cauterêts : « *considérations sur le humage tel qu'il est pratiqué à Cauterets* » ; David, de Salies-de-Béarn : « *les indications post-opératoires de la cure de Salies-de-Béarn* » ; Sérégé, de Vichy : « *la colique hépatique vésiculaire contre-indique-t-elle un traitement aux Eaux de Vichy ?* » ; Germès, de Luchon : « *Contribution aux modifications de pression artérielle au cours d'une cure thermale* » ; Reisdorff, de Saint-Roch-sur-Mer, près Oran : « *Saint-Roch station climatique et thermale* » ; Tournier, de Vic-sur-Cère : « *l'antecure et la post-cure à Vic-sur-Cère, station climatique et hydrominérale* ».

Boyer, d'Ax-les-Thermes, donna les *indications du traitement de la constipation par la douche chaude hyperthermale* ; Sersiron, de la Bourboule, dit *comment les jeunes enfants peuvent être soumis au traitement arsenical de la Bourboule dès l'âge le plus tendre*. Pierre Fourment, de Barèges, montra comment l'*ionothérapie est un puissant adjuvant* dans la thérapeutique barégeoise ; Molinéry, de Luchon, démontra possible et nécessaire l'*utilisation des galeries de captage de Luchon en galeries de cure* et, cela d'après les récents et admirables travaux de M. Bardet, le regretté maître de l'Institut d'hydrologie de Paris. *Les indications majeures de La Roche-Posay* furent développées par MM. Georges Bardet et Testut en ce qui concerne la thérapeutique des dermatoses. Robert Dubois, de Saujon, donnait une belle étude sur *le climat de Saujon* chez les nerveux. Une communication fort originale fut faite par M. Gandy, de Bagnères-de-Bigorre sur *les contre-indications en médecine thermale*, alors que M. Carcy, de Capvern, traitait des *pyuries*. L'*action de La Malou sur les polynévrites*, action sédative, fut étudiée par M. Charles Ménard. M. Corone, de Cauterets, ainsi que M. Bouyer, de la même station, traitèrent *des états aigus de l'asthme*. *Arcachon*, ville de santé, fut brillamment défendue par M. Michel.

M. le Secrétaire général, professeur Sellier, salua la mémoire des morts de l'année : MM. Hobbes, Jolyet, Dubruel et fit une admirable synthèse des travaux déjà effectués.

A. M. Grenier de Cardenal, d'Argelès, avait été confiée la difficile tâche d'indiquer l'*état actuel de l'enseignement de l'hydrologie en France*. Enfin, M. Henri Lamarque, l'auteur si apprécié d'un ouvrage d'Hydrologie et de climatologie, fit la genèse des *voyages d'études médicales*, aux stations thermales et climatiques. Ces deux rapports feront l'objet de notre part d'une note plus complète et de commentaires que ces deux belles études justifieront.

Le professeur Arnozan, dont la leçon d'adieu à la chaire de clinique médicale de la Faculté de médecine de Bordeaux est une leçon d'histoire et une page de sereine philosophie, n'eut pas de peine à souligner comment l'hydrologie et la climatologie occupent enfin la place qui leur est due dans l'enseignement de la thérapeutique et dans les prescriptions quotidiennes du praticien.

Un somptueux banquet réunissait près de cent congressistes dans les beaux salons de l'Hôtel de Bordeaux. Discours, toasts, conversations charmantes..... des au revoir et des adieux.

Nos confrères bordelais ont eu la très heureuse idée de nous confier un matin à notre érudit confrère M. le Dr Maxwell, procureur général, pour nous faire visiter, sous sa direction, les curiosités de cette belle capitale de l'Aquitaine... Ce ne fut point la partie la moins intéressante d'un congrès dont on peut, en toute vérité, dire que le succès fut très vif et très complet.

Dr Raymond MOLINÉRY.

Les Livres

G. Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr Caillaud. — **Notions d'acoustique physiologique et musicale.** (1 vol. in-16 de 165 pages avec 20 figures dans le texte, 1923. Prix : 8 francs.)

Ce travail s'adresse surtout aux musiciens et à ceux qui débutent dans l'étude de l'examen de la voix et de l'audition.

Tous ceux qui cherchent à savoir la musique trouveront le rappel de notions pleines d'intérêt : étude des sons musicaux, théorie de la gamme, étude acoustique des accords, recherche des lois qui expliquent certains problèmes de composition muscicale, phonétique des consonnes, des voyelles et des mots.

Ceux qui se destinent à l'examen de l'audition trouveront les notions indispensables pour comprendre les diverses épreuves de l'examen de l'ouïe, et pour saisir le peu que nous connaissons de la physiologie de l'audition.

L'auteur a adopté les grandes divisions de l'acoustique comme plan général de son ouvrage : production du son, organisation des sons entre eux, propagation du son, perception du son.

G. F.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Un nouveau groupe d'agents thérapeutiques. « Les picro-balsamiques »

L'action thérapeutique des essences végétales a été utilisée depuis l'antiquité. Toutefois, les essences végétales sont peu connues et les quelques auteurs qui, depuis un certain temps, en ont étudié les propriétés, se sont généralement attachés à rechercher la toxicité de ces essences.

Il faut cependant citer les études de Lucas-Championnière (1) qui utilisait couramment les essences, en particulier sous forme de pommades.

Jougla (2) cherche à remettre en honneur les propriétés curatives des essences végétales. Il démontre que les auteurs ont méconnu la valeur thérapeutique des produits qu'ils étudiaient et qu'un choix judicieux des essences permettait l'utilisation de celles-ci sans aucun effet toxique.

Tout récemment, quelques travaux, au premier rang desquels il faut citer l'article d'Auger (3), ont attiré l'attention sur les propriétés thérapeutiques des essences végétales fixées par l'adjonction d'acide picrique.

C'est à ce groupe de mélanges que les expérimentateurs ont donné le nom de « picro-balsamiques ».

Après des travaux de laboratoire établissant les doses maniables des mélanges d'essences picriquées, de nombreuses observations cliniques ont permis de fixer les indications et la posologie des picro-balsamiques.

L'action principale des picro-balsamiques est une action antiseptique utilisée par voie externe dans le traitement des plaies, des ulcérations, en dermatologie, en gynécologie, en laryngologie. A leur action microbicide extrêmement énergique, les picro-balsamiques joignent une action kératoplastique tout à fait remarquable.

Par voie interne, les picro-balsamiques ont été utilisés dans le traitement des infections et, en particlier, dans les maladies aiguës de l'appareil pulmonaire. La voie utilisée est tantôt la voie buccale, tantôt la voie rectale, tantôt la voie intra-musculaire.

A l'heure actuelle, un certain nombre de tuberculeux sont traités par injections intra-musculaires de picro-balsamiques. Les résultats, qui sont jusqu'à présent favorables, seront publiés ultérieurement.

Les picro-balsamiques ont été utilisés également dans le pneumothorax artificiel. Quelques auteurs injectent dans la plèvre de l'azote en barbotage dans un mélange d'essences picriquées. (1)

Enfin, tous les expérimentateurs ont signalé l'action des picro-balsamiques sur l'élimination des déchets, en particulier de l'acide urique et des urates. Ces propriétés ont été utilisées dans le traitement de certains rhumatismes chroniques avec un plein succès.

Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention des praticiens sur ce nouveau groupe d'agents qui sont appelés à prendre une place importante en thérapeutique.

(1) Pratique de la chirurgie antiseptique.
(2) Thèse de Paris, 1903-1904.
(3) *Journal de médecine vétérinaire et de zootechnie*, février 1923.

(1) Bonnamour. — *Société Médicale des hôpitaux de Lyon*. 24 Avril 1923.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA RECONNAISSANCE DES MALADES

Un cas de conscience mal récompensé

Le Dr L. avait été consulté par une de ses clientes pour une tumeur du sein. Ayant diagnostiqué cliniquement un néoplasme vraisemblablement malin, il décida la malade à demander l'avis du chirurgien le plus rapproché de son domicile, — un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Celui-ci confirma le diagnostic de son confrère, et tous deux tombèrent d'accord pour proposer à l'intéressée une intervention chirurgicale, destinée à la débarrasser de cette tumeur.

L'opération fut pratiquée dans les formes habituelles ; la guérison s'ensuivit. Médecin traitant et chirurgien reçurent les honoraires qu'ils avaient réclamés.

Toutefois, afin de vérifier histologiquement leur diagnostic clinique, et acquérir ainsi l'assurance qu'ils avaient fait exactement ce qu'ils devaient, dans l'intérêt de leur malade, — d'accord avec elle, ils envoyèrent la pièce au chef de laboratoire d'un professeur de clinique de la Faculté de Paris. Celui-ci calma définitivement les scrupules de nos confrères, en leur faisant connaître qu'il s'agissait d'un épithélioma canaliculaire, néoplasie maligne, vis-à-vis de laquelle la large amputation est indiquée aussi précoce que possible.

En même temps, il adressait sa note d'honoraires à l'opérée, à qui il réclamait modestement 70 francs ! Un premier envoi ne reçut aucune réponse ; sur une nouvelle tentative, on l'envoya promener, sous le prétexte que, n'ayant rien commandé, on ne devait rien.

Nous avons été consultés par notre confrère L. pour savoir si des poursuites engagées contre cette cliente récalcitrante auraient quelque chance de succès. Nous avons dû répondre par la négative.

Le chef de laboratoire n'ayant aucun lien de droit avec elle, puisque ce n'est pas elle qui l'a mis en œuvre, ne pouvait manquer d'être débouté. Quant au médecin traitant et au chirurgien, ils auraient subi le même sort, la défenderesse pouvant arguer qu'il s'agissait d'une recherche spéculative, sans intérêt pour elle, et qu'elle n'avait pas demandée. C'est eux qui, finalement, rémunéreront l'histologiste de son travail.

Moralité : Confrères, quand vous vous trouverez dans un cas analogue, si, pour vous mettre à l'abri du reproche d'avoir fait une opération inutile, vous voulez faire confirmer votre diagnostic clinique par un examen anatomo-pathologique, ce qui est votre droit, exigez l'acquiescement de vos malades, et, en tout état de cause, comprenez les honoraires de cette recherche dans l'ensemble de votre note.

***

Cette histoire a une suite qu'il serait dommage de ne pas raconter.

Dans la commune où exerce le Dr L., avec trois autres confrères, un cinquième médecin est venu s'installer depuis la guerre, qui se tient à l'écart des quatre autres et se montre aussi mauvais confrère que possible. Vous allez en juger :

L'opérée du cancer du sein ayant été lui demander un avis, il lui tint à peu près ce langage : « Ma pauvre femme, on vous a mutilée ! Et cela n'était pas nécessaire... »

Et comme cette femme, tout de même, lui déclarait que le diagnostic histologique avait été positif, il eut le toupet d'ajouter : « Oh! dans les laboratoires, on dit ce que l'on veut. »

Aussi, pour récompenser le Dr L. de l'intérêt qu'il lui avait porté, s'empressa-t-elle d'aller chez lui l'eng....uirlander dans les grands prix, lui reprochant véhémentement d'avoir fait pratiquer sur elle une opération de complaisance.

Elle ne se gêne pas, en outre, pour tenir sur son compte les propos les plus désobligeants.

Nous avons conseillé au Dr L. de ne pas s'en tenir là, de réunir tous les témoignages possibles, et de poursuivre en diffamation, et la femme mécontente, et le mauvais confrère qui lui a monté la tête. S'il en est besoin, le « Sou Médical » ne lui ménagera pas son appui.

***

De tels actes échappent au Conseil de famille du syndicat, dont d'ailleurs le diffamateur ne fait pas partie. Ils relèvent du droit commun, et c'est aux tribunaux de droit commun qu'il faut en demander la répression.

Il y a des bêtes venimeuses inaccessibles à aucun bon procédé, et vis-à-vis desquelles la manière forte est seule efficace. Quand la malignité de l'*invidia medicorum* revêt une telle forme, c'est faire fausse route que de se contenter de la mépriser, le mépris étant considéré comme une faiblesse, et peut-être un aveu. S'il y a encore des juges en France, c'est à eux qu'il faut s'adresser pour obtenir qu'ils frappent, et qu'ils frappent fort. Ce n'est pas impossible, et nous avons des exemples de cas analogues où la justice a dit le mot qu'il convenait.

Nous aiderons, s'il le faut, notre confrère L. à faire taire ses diffamateurs.

G. DUCHESNE.

LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES FRANÇAISES

Leur état actuel. Leur avenir

Par le Dr MATHÉ.

Bien que fréquentées, les eaux françaises n'ont pas eu depuis la guerre, la prospérité qu'elles étaient en droit d'espérer. Après une année excellente due en grande partie aux avantages du change, nous enregistrons une légère diminution imputable à diverses causes.

Pourquoi ?

Si nous jetons un coup d'œil à l'étranger, nous verrons que le succès des eaux allemandes, s'il a été aidé par la chute du mark, est dû plus encore à une propagande savamment organisée et ne reculant devant aucun moyen d'action.

L'Italie, à son tour, essaye de donner de la vitalité à ses stations thermales en les faisant connaître et en organisant un V. E. M.

L'Espagne préfère profiter des avantages appréciables que lui donne la peseta et aller à l'étranger.

Enfin, la vente à la bouteille est entravée par les prix élevés dus à la main-d'œuvre, au transport, et au souffle de protectionnisme qui se fait sentir partout.

Espérons que la nouvelle loi votée par la Chambre permettra aux établissements thermaux, non seulement de parer à l'établissement possible de nouveaux droits, mais encore d'obtenir une diminution de ceux qui existent.

Comment pouvons-nous entreprendre de donner à nos stations la prospérité que mérite l'efficacité de leurs eaux et favoriser l'accroissement du nombre des étrangers venant leur demander la santé, lorsque les changes se stabiliseront ?

Les eaux minérales se présentent sous un triple point de vue :

Scientifique ;

Médical ;

Commercial.

C'est donc sous ce triple aspect que doit être envisagée leur extension à l'étranger, en agissant scientifiquement, médicalement et commercialement.

Scientifiquement. — Les eaux minérales ont une constitution, des caractères, des propriétés physiques, chimiques, voire thermiques, qui règlent leur action physiologique et thérapeutique au même titre que les médicaments.

Il importe donc de connaître cette constitution, ces propriétés, pour comprendre les modes d'action des différentes sources et fixer leur emploi qui n'a rien d'empirique.

C'est en agissant scientifiquement qu'on les fera connaître et apprécier des grands médecins étrangers.

A cet effet, on aura recours aux conférences faites par des hommes de valeur, experts et spécialisés en la matière (Carnot, Lafforgue, Cellier, Linossier, etc.). Mais ils ne peuvent passer leur temps à parcourir les pays et ils n'accepteraient pas ce rôle qu'excellent à remplir les médecins d'outre-Rhin.

Il faut donc envisager la centralisation et la publication des conférences qu'ils peuvent faire, des articles, des travaux comme ceux de M. le prof. Moureu, des études, des recherches originales, des communications scientifiques, dans tous les pays, dans la langue du pays si possible et avec illustrations.

Pourquoi cette tâche ne rentrerait-elle pas dans les attributions des *Instituts d'hydrologie* ?

Donc : conférences, travaux scientifiques, tracts scientifiques.

Médicalement. — C'est l'action individuelle de nos médecins d'eaux. Ils pourraient dans leurs visites médicales à leurs collègues étrangers appuyer directement les communications scientifiques, les conférences magistrales faites sur la station où ils exercent.

A la rigueur, on pourrait envisager des conférences avec projections. Ces conférences seraient faites, partie par des médecins français, partie par des médecins du pays et embrasseraient une région. Le côté touristique serait présenté accessoirement comme un des attraits de la station pour la famille qui accompagne le malade.

Enfin, les nombreuses sociétés dont font partie les médecins hydrologues doivent s'intéresser à cette action et favoriser directement ou indirectement leurs membres par des réunions lors de visites d'étrangers, par des lettres de recommandation auprès des collègues du pays visité.

Commercialement. — Pour les établissements thermaux, c'est la vente à la bouteille.

Chaque groupe de stations pourrait avoir un agent

qui, deux fois par an au moins, visiterait les médecins et ne négligerait pas la publicité dans les milieux susceptibles de consommer les eaux françaises. Cette publicité varie dans chaque pays, et il importe d'utiliser certaines formes discrètes, mais portant bien, qui peuvent être d'un très bon rendement.

Mais il faut pour cela un agent *habile*, *sûr*, connaissant bien la langue et les *coutumes*, et habitant le pays.

Il est nécessaire d'avoir un dépositaire *toujours très bien approvisionné* de façon à ne jamais se trouver dans le cas de refuser une vente, et de posséder un bureau de renseignements susceptible de donner les renseignements de tous ordres sur toutes les stations.

Enfin, nous signalerons les voyages, comprenant toute une région et exécutés de telle façon que chaque station soit visitée, mais que *seules soient examinées* celles dont l'installation est au point. Il sera bon que des visites régionales soient faites d'accord avec les professeurs d'hydrologie et l'Office du Tourisme.

Les voyages sont un des meilleurs moyens de faire connaître nos richesses thermales, s'ils sont bien compris et leurs avantages particuliers ne sont peut-être point ceux qu'on se plaît à leur attribuer.

Les voyages doivent durer le temps juste nécessaire pour voir ce qu'il y a intérêt à connaître sans permettre de se perdre dans les détails inutiles.

Ils doivent être accompagnés de conférences qui auront les qualités de la science française : simplicité, clarté, méthode.

S'appuyant sur des données scientifiques, ces causeries feront ressortir les qualités des eaux de la station visitée, ses indications thérapeutiques et ses résultats. Elles seront courtes ; fatiguer l'attention des auditeurs serait aller à l'encontre du résultat désiré. Rappelons que chaque station a une *indication de choix* qui l'impose et que les eaux ne sont pas une panacée. Enfin, au cours de la causerie, on pourra laisser entrevoir les agréments touristiques et artistiques de la région.

Il y a intérêt à ce que les membres d'un voyage médical aient un aperçu des *distractions possibles* : une station thermale ne doit pas être un sanatorium hydrologique et le malade qui prend sur ses vacances pour se soigner est heureux de trouver une compensation au sacrifice qu'il s'impose.

Mais elle ne doit pas davantage être une succursale de dancing. Les voyages répondront ainsi à leur programme scientifique et médical : ils seront auss une des meilleures formes de la publicité commerciale et la *meilleure réponse aux calomnies d'outre-Rhin*, surtout si on sait montrer aux voyageurs que l'étranger est considéré comme l'indigène.

Toutefois, nous croyons que ces conférences gagneraient à ne pas être présentées sous la forme habituellement employée. Nous pensons qu'elles auraient plus de poids et éveilleraient moins de défiance si elles se présentaient sous un aspect rigoureusement scientifique au lieu d'annoncer leur véritable objet dès le titre.

Il est désirable que des réceptions officielles soient organisées ; point n'est besoin qu'elles soient grandioses, il suffit qu'elles soient empreintes de la plus franche cordialité, qu'elles paraissent dictées par la sympathie et non par l'obligation d'être poli.

Soyez convaincus que le meilleur agent est l'*étranger* qui vient faire une saison, aussi doit-il être traité de telle façon qu'il emporte le meilleur souvenir de son séjour.

Par exemple, un médecin qui aurait l'intention de parler de l'action des eaux de Vichy dans les affections du foie, n'intitulerait pas sa conférence : action des eaux de Vichy dans, etc., mais : *indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans le traitement de la lithiase biliaire*. Passant rapidement sur les divers traitements et leurs indications, il s'appesantirait sur les résultats obtenus à Vichy et pourrait même ajouter que, dans certains cas, d'autres stations moins actives peuvent être préférées.

De cette façon, le médecin étranger vient à la conférence, lit l'article ou la brochure, alors qu'autrement, les considérant comme simple publicité, il les jette sans y porter attention et invite ses compatriotes à venir se soigner dans une station dont les eaux sont efficaces et où on est admirablement reçu, aussi bien par l'administration que par le Corps médical, les habitants et les hôteliers.

Il est une question annexe dont il me paraît utile de dire quelques mots.

Pour que les malades trouvent dans la ville thermale tout ce qu'ils peuvent désirer à tous points de vue, il faut que les municipalités comprennent que leur intérêt est lié à celui de l'Établissement thermal. Les redevances et taxes qui leur sont versées doivent servir à améliorer l'hygiène de la ville, à l'embellir, à la faire propre, agréable, bien tenue et non à servir à acheter des bannières aux pompiers ou à favoriser la propagande électorale. C'est les détourner de leur destination.

Beaucoup d'établissements sont délaissés parce que le séjour de la ville est désagréable, malsain, inconfortable, d'où perte pour l'établissement et la commune.

Au contraire, l'établissement est-il bien aménagé, les hôtels confortables, je ne dis pas luxueux, la ville propre, riante, hygiénique, le personnel affable, les habitants aimables et ne s'ingéniant pas à rendre désagréable le séjour aux étrangers, la municipalité en bonne intelligence avec l'administration de l'établissement thermal et sachant éviter les tracasseries et les taxes vexatoires, et c'est l'or qui coule à flots pour tous.

Il est du devoir de l'*Office du tourisme* de veiller à l'emploi des subventions obligatoirement attribuées aux villes et d'user de ses droits en cas de détournement d'affectation.

LA SUPPRESSION DES MÉDECINS DE L'HYGIÈNE

Par sa circulaire du 15 septembre 1921 aux préfets, le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, se rendant compte du manque de liaison entre les organes du service, et sans doute, des difficultés éprouvées par les médecins de l'Hygiène pour l'établissement des rapports, dont l'application ne serait pas entravée par des influences intéressées, prévenait ces médecins d'avoir à les lui adresser directement, sous timbre « Contrôle et Inspection générale ».

Quelque temps après survenait une rectification. L'administration préfectorale, estimant qu'elle devait prendre connaissance de ce qui se passait dans son département, rectifiait la note qu'elle avait confirmée, le 22 octobre 1921, et par une nouvelle circulaire du 23 novembre, priait, à nouveau, ces médecins de correspondre avec le Ministre, mais par son intermédiaire et sous le timbre « Direction de la santé et de l'Hygiène sociale ».

Depuis longtemps, je considérais ces comptes rendus sanitaires, comme l'accomplissement d'un devoir stérile, convaincu, par avance, de leur inutilité, dans la majorité des cas. Ce semblait le fait d'un zèle intempestif ou d'un entêtement fastidieux de signaler, périodiquement, les mêmes errements contre lesquels les maires étaient d'avance décidés à ne rien faire à moins que leurs intérêts matériels ou celui de leurs conseillers ne fussent en jeu, comme le fait se produisit, lors d'un déplacement de cimetière dont je supportai seul, devant l'opinion, toute la responsabilité.

En général, c'est plutôt l'inverse qui se produit, comme par exemple, dans les deux cas suivants. L'un est celui d'un maire, qui chargé par le Conseil départemental d'hygiène de faire exécuter des mesures sanitaires contre une série de puits intoxiqués par des viandes avariées, donnait à ses administrés la marche à suivre pour protester contre la décision préfectorale ; l'autre, celui d'un adjoint, qui, après avoir officiellement obligé un individu à la désinfection pour maladie épidémique, contresignait sa pétition, tendant à le dispenser de cette désinfection.

Autant de faits multiples et fréquents dans les communes rurales, où l'incompétence des municipalités, leur inintelligence des lois de l'hygiène, n'a d'égale que leur partialité intéressée. Ceci ne modifie en rien la conduite du médecin qui, basée sur sa seule conscience, ne se prête pas aux complaisances locales, mais crée autour de lui toute une ambiance de difficultés.

Bref, suivant la prescription ministérielle, j'établis un rapport général concernant la commune principale où j'exerce et en ayant bien soin de spécifier que, dans les grandes lignes, les autres localités qui dépendaient de ma circonscription n'étaient pas mieux partagées, sous ce rapport. Pour ne rien oublier des points litigieux, je suivis, point par point, le plan d'un de nos traités classiques d'hygiène.

Du ministère et de la préfecture, le rapport revint au maire.

Sans médire de la psychologie de l'aréopage municipal, on peut affirmer que ce retour fut accueilli comme un pavé dans la mare aux grenouilles.

Bien probablement suggestionné par le silence des uns, les réflexions acidulées des autres, sinon par sa propre pusillanimité, le maire, pour dégager sa responsabilité, fit voter l'affichage du rapport, tout comme celui d'un simple discours présidentiel ! Excès inusité d'honneur, bientôt accompagné des imprécations d'une partie de la population ameutée contre le médecin, strictement conformé à son mandat.

Que le temps de ces cataclysmes de faible amplitude dure la vie d'une bulle de savon, ce n'a que peu d'importance, mais symptôme plus grave, qui en a davantage, c'est que semblable à la petite pluie qui calme les grands vents, un silence significatif, gros d'inertie et relatif à l'observance des prescriptions indiquées, suivit, à part quelques mesures effectives, la période d'agitation.

Evidemment, on n'installe pas, du jour au lendemain un service d'hygiène dans un milieu ignorant et réfractaire qui n'en n'a jamais possédé qu'un rudimentaire, mais la plus banale compréhension des faits consistait à faire le moindre effort officiel. L'essentiel était de veiller au nettoiement des caniveaux, à la suppression de l'écoulement du purin, de faire analyser l'eau polluée des puits publics, d'empêcher l'écoulement des fèces dans le ruisseau de l'endroit, et de mieux contrôler les boucheries, etc., etc. Cela pouvait se faire très simplement avec le minimum de récriminations électorales.

L'année se passe. Nouveau rapport en janvier 1923, rapide, succinct et se résumant approximativement en ces termes :

« Le médecin de l'hygiène a envoyé à pareille époque son rapport annuel portant sur un certain nombre d'améliorations possibles. Que l'ordre émanât du Conseil départemental d'hygiène ou du maire, prenant ainsi la responsabilité des mesures à exécuter, ledit rapport fut affiché à plusieurs exemplaires, après vote du Conseil municipal. Tout nouveau travail, semblant parfaitement inutile dans ces conditions, il y a lieu de demander au maire ce qu'il a dû faire pour se conformer aux faits signalés ».

Tout porte à croire que le Conseil départemental d'hygiène, qui avait reconnu, dans le dit maire, un des propriétaires protestataires d'un des puits infectés, il y a 15 ans, lui laissa, en effet, la responsabilité du fait, car celui-ci se plaignit amèrement, à moi-même, de l'admonestation préfectorale que lui valut son acte intempestif. Et je terminais, comme je le fais ici, par la conclusion suivante, qui doit nous mener aux réalisations pratiques.

Outre les villes organisées, à ce sujet, les agglomérations rurales, qui font la majorité de notre population, ne présentent que des rudiments intentionnels

de service. Il existe un médecin de l'hygiène et des épidémies dont le concours désintéressé ne lui rapporte que des blâmes locaux, s'il veut se conformer loyalement à sa mission, ou la critique officielle, si par sa faiblesse ou sa désinvolture, il est cause de morts évitables.

Les aboyeurs qui hurlent encore contre la vaccination, et contre les prescriptions hygiéniques susceptibles de modifier leurs habitudes ou de grever leurs finances seront les premiers à lapider « l'ennemi du peuple » dont la vigilance sanitaire aura été impuissante contre les ravages d'une épidémie meurtrière. Çà, c'est un fait connu !

Le titre honorifique de médecin-hygiéniste est purement platonique. C'est un rouage supplémentaire dont le déclanchement utile ne se fait que dans des circonstances exceptionnelles, quand le scandale devient si évident qu'il n'a nullement besoin d'être signalé par un spécialiste attitré.

Le médecin de l'hygiène est utile, ou non ? S'il ne l'est pas, sa suppression ne modifiera pas grand'chose à l'état actuel. S'il l'est, qu'on lui donne toute latitude, ou qu'on le relève de ses fonctions pour le remplacer par un administrateur cantonal, dont il sera le conseiller technique et dont les prescriptions seront, sans discussion, imposées aux maires.

Il se fera certainement une meilleure besogne, les bourgeoises du dernier arrivage sauront se laver les pieds, et les maires de village accepteront pour conseils ce qu'ils prenaient auparavant pour des brimades.

Dr François Houssay.

DÉMOGRAPHIE

Le problème de la natalité

I

Moi aussi, je m'intéresse au problème de la dépopulation ou plutôt à celui de la repopulation. La solution dudit problème est subordonnée à une modification profonde, j'oserais dire à un bouleversement de la législation et des mœurs françaises actuelles.

Le premier facteur de la restriction volontaire, c'est l'égoïsme, le besoin de jouir, qui est au fond de chacun de nous. Pour résister à ce penchant éminemment humain, pour y résister jusqu'à condamner et soi-même, et les nombreux enfants qu'on procréera, à la gêne, à l'oubli de soi, au sacrifice, puisqu'il faut appeler les choses par leur nom, on a besoin d'une énergie et d'une constance de volonté qu'il est difficile de trouver ailleurs que dans une foi profonde en l'aide de la Providence ici-bas, et dans l'espérance d'un Au-delà largement compensateur.

Dans quelque temps, dans quelque région qu'elle vive on ait vécu, la nombreuse famille a connu ou connaîtra, à des degrés divers, cette gêne, ces sacrifices. Ils sont fonction de la nature humaine, de l'ensemble des temps et des circonstances qui s'appelle l'imprévu, du milieu social et légal. Or, *ce milieu social et légal*, le malheur veut que ce soit *en France*, qu'il *impose à la famille nombreuse le maximum de gêne et de sacrifices.*

Aussi, il faut être, actuellement, en France, un peu héroïque ou un peu fou pour avoir beaucoup d'enfants : j'en sais quelque chose : j'en ai neuf.. Chacun convaincu de l'immensité du danger couru par un pays stérile se bat les flancs pour trouver un remède efficace : c'est un traitement compliqué et rationnel qu'il faudrait. Divers palliatifs ont été proposés : il en est d'humoristiques, comme l'augmentation du nombre des bâtards (législation contre l'avortement et primes aux filles-mères, etc.) ou l'augmentation de l'invasion pacifique étrangère (voyez La Fontaine : *La lice et ses petits*), voyez aussi le problème de demain, la question Italo-Tunisienne ? Il en est de candides, comme la puériculture : 1° actuellement on a deux enfants, crainte de casse ; supprimez les risques de casse, au lieu de deux, on en aura un ; 2° quel joli bénéfice pour l'espèce, pour l'armée, que la récupération de quelques avortons qu'on aura arrachés à la mort, etc.

Il y a les moyens.. draconiens... dont le moindre défaut est qu'ils ne seront jamais exécutés, ni même votés, ni même soutenus, ni même présentés : une loi draconienne sera mort-née.

Un mot du système des primes : il sera inopérant si la prime n'est pas considérable, ou si elle est donnée une fois pour toute, écrasante pour l'Etat, si la prime est forte ou annuelle : or, Etat obéré = augmentation d'impôts ; augmentation d'impôts = augmentation du prix de la vie ; qui trinquera ? le consommateur... quel consommateur ? La grande famille.

La prime réelle est donc insuffisante et ruineuse.

Il y avait un autre genre de prime, qui, personnelle et réelle à la fois, n'eût pas coûté un centime à l'Etat ; bien plus, elle lui eût rapporté *gros*.

C'eût été le dégrèvement du service militaire en faveur de fils de familles nombreuses ; prime réelle, puisqu'elle conserve à la famille le gain pécuniaire d'une année au moins de chacun de ses garçons — personnelle, puisqu'elle avantage, personnellement, chacun des dits garçons.

Elle n'eût rien coûté à l'Etat ; ceci ne se discute pas ?

Elle lui eût rapporté gros : je m'explique.

Il s'agissait, dit M. Maginot, de faire une loi de défense nationale. Or la « défense nationale » doit être prévue, non seulement pour 1923 ou 24, mais pour 1940 et suivantes, semble-t-il : il n'y a pas apparence qu'en 1940, on ait trouvé cette quadrature du cercle qui s'appelle la paix universelle et inviolable ; qui dit « défense nationale » dit nombre de défenseurs, qui dit nombre de défenseurs dit nombre de naissances. S'il n'était possible d'augmenter le nombre de défenseurs pour 1923 et suivantes qu'en allongeant la durée du service militaire, il était facile d'augmenter le nombre de défenseurs pour 1940 et suivantes, en augmentant le nombre des naissances en 1923 et suivantes.

Cette augmentation pouvait être conditionnée avec certitude par l'établissement d'une prime judicieuse, d'une exonération sérieuse, importante, du service militaire, en faveur des enfants des familles de plus de six.

Je sais. Le rapporteur de la loi a déclaré le remède inutile et inopérant. Il n'a même pas essayé de le prouver. Il n'en sait rien. Il n'est pas un de nous qui n'ait rencontré dans sa vie un de ces confrères qui, sceptique, ou ignorant, déclare, dans des cas presque désespérés, inutiles tous les remèdes proposés. Il n'en sait rien. Seulement, c'est un prétexte commode pour se croiser les bras en attendant la catastrophe.

Je puis apporter la preuve du contraire de cette affirmation. Le service militaire est, et justement, le plus impopulaire de tous les impôts ; c'est le *seul*, parce qu'il est *personnel*, dont l'affranchissement serait une prime suffisamment alléchante à la polygénèse. La preuve EN EST FAITE : ouvrez les registres de l'état-civil : vous y constaterez le nombre des naissances de quatrième ou sixième pendant la guerre : c'est que l'un apportait la sûreté à l'arrière, l'autre le retour dans les foyers.

Sous le régime de la loi de 1872, l'aîné de sept était exonéré de tout service. Nombre de sixième et de septième un peu « tard venus » accusent chez les parents l'intention de procurer l'exemption à l'aîné, à l'instigation, parfois, de celui-ci lui-même. Je connais tel médecin, telle matrone à qui n'a jamais été pardonnée la mort d'un septième.

Les objections ne tiennent pas debout.

I. Pauvreté du contingent actuel : 1° bien des moyens s'offrent pour lever cet obstacle : augmentation de la durée du service militaire. Reprise pour quelques mois des célibataires de plus de 30 ans, etc. ; 2° le contingent va toujours diminuant et sera minime dans 20 ans. Le danger de guerre croîtra pendant ce même espace de temps.

II. Injustice du procédé : la question serait de savoir s'il y a injustice !... Celle-ci fût-elle démontrée, il y a bien d'autres injustices qui ont été ou sont légales.

III. Privilèges : 1° il y a des privilégiés partout : depuis les déplacements gratuits des députés jusqu'au droit du morticole, tout n'est que privilège ; 2° privilège (*privata lex*) implique charge : d'où charge implique privilège ; or, quelle charge plus écrasante que l'éducation, la préparation de l'avenir de nombreux enfants ?

Et puis... facile d'ironiser sur les remèdes à la dépopulation ; un fait est là, brutal. Dans 20 ans, les ironistes d'aujourd'hui courent tout simplement le risque du knout bolcheviste ou de la schlague boche : leur rire changera de couleur.

Quelles que soient les lois en faveur de la natalité, elles devront créer des privilèges, des inégalités, ou elles n'auraient pas de raison d'être. Donc, les deux dernières objections tombent.

Quoi qu'il en soit, comme il faudra à cette triste maladie une thérapeutique complexe, chacun fait bien d'y aller de son petit système, quitte à susciter des discussions ; l'ensemble peut devancer, préparer, éclairer l'opinion ; il peut inspirer un jour une législation plus énergique ou plus prévoyante.

J'ai moi-même assez souvent brodé sur ce thème.

Je ne me fais pas d'illusions. Le ménage qui, par égoïsme, de propos délibéré, préfère ses aises, son confortable, aux aléas multiples qui sont le lot des nombreuses familles, celui-là, on aura bien peu de chances de le décristalliser.

Toutefois, il y a des degrés dans l'égoïsme.

Il y a des égoïstes qui sont, avant tout, pusillanimes : ils exagèrent peut-être un peu la défiance... la prévoyance du moins... que demanderaient-ils pour procréer ?... Une ambiance assez favorable à la grande nichée ; ont-ils tort ? non ; on ne peut pas obliger les gens à agir en héros ou en fous ! C'est à ces natures, plus riches de bonne volonté que de volonté, que la loi doit apporter des encouragements pratiques et opérants.

On peut poser en principe qu'il faut 4 enfants au moins dans une famille : deux pour remplacer le père et la mère, un pour la casse, un pour l'augment.

Toute famille qui a eu 4 enfants a rempli son devoir envers la Patrie.

Celle qui a eu moins de 4 n'a pas rempli son devoir : elle doit à la Patrie des compensations.

Celle qui a eu plus de 4 enfants a fait plus que son devoir, elle a droit à des compensations de la part de la Patrie.

C'est à la Patrie, personne morale, intéressée au plus haut point dans la question, lésée par les

uns, servie par les autres, qu'il appartient d'exiger des premiers ce qu'elle répartira sur les derniers.

(Ces compensations seraient de divers ordres. Je n'envisage aujourd'hui que les compensations pécuniaires).

Elle ne demandera rien pour... elle... pas d'impôts supplémentaires , par conséquent, elle se fera simplement intermédiaire, distribuant *intégralement*, d'une main, ce qu'elle aura reçu de l'autre.

Cette fonction d'éclusier, elle ne la dévoluera pas à l'Etat. L'État n'a que trop de monopoles, un de plus ferait du fonctionnarisme de plus, du gaspillage de plus, du passe-droit de plus....

Cette fonction échoira à un organisme autonome genre Académie, Crédit Foncier, Banque de France, ou autre, contrôlé par l'Etat et des délégués des familles nombreuses, ayant la personnalité civile complète.

Appelons-le si vous voulez, pour fixer les idées la polypédophile, ou la P.P.P.

La Caisse de la P.P.P. s'alimenterait à plusieurs sources. Les deux principales seraient les droits successoraux et les droits de mutations.

Droits successoraux : La famille type comporte, avons-nous dit, non pas trois enfants, mais quatre.

Toute succession doit avoir obligatoirement quatre héritiers, enfants propres ou adoptifs.

A défaut de ces quatre héritiers, la P.P.P. se subroge automatiquement aux partageants qui font défaut, elle hérite d'autant de parts d'enfants qu'il en manque pour compléter le nombre de quatre héritiers.

Ceci se fait, ai-je dit, automatiquement et par le même mécanisme, dans les mêmes conditions, avec les mêmes droits que les héritiers personnels du défunt, naturels ou adoptifs.

Le *Concours* posait au confrère Armand une objection qui se résout d'elle-même. *Quid*, disait-il, dans le cas d'un *seul* champ, d'une *seule* maison ?.... Je réponds : *quid*, s'il y avait quatre enfants ? Oui, que deviendrait cette *seule* maison, s'il y avait quatre partageants ? La loi a prévu le cas, cher Confrère, nous rentrons dans un quartier du Code très connu. Si P.P.P. représente trois enfants, elle héritera des 3/4 du bien, qui sera traité suivant les coutumes et lois déjà existantes.

Notez qu'il ne saurait s'agir ici d'une pénalité : n'a pas des enfants qui veut. Il s'agit simplement d'aider les paucigènes à accomplir entièrement le devoir qu'ils n'ont pas pu, ou pas voulu remplir ; de diminuer en une certaine mesure le manque d'équilibre de la natalité ; de donner, à ceux qui voudront engendrer, une certaine confiance dans l'avenir de leurs enfants.

En effet, que deviendra la somme ainsi encaissée comme part d'héritage par le P.P.P. ? Elle devra être employée strictement et exclusivement à fonder des bourses en faveur des enfants des familles de plus de quatre, bourses de naissance, d'éducation, d'entretien, de dotation.

Je ne me dissimule pas toutefois qu'ainsi conçue, ma « loi » ferait partie de ces mesures draconiennes qui sont vouées à ne jamais sortir de la théorie.

On aura beau s'en défendre, elle aura des allures de « pénalité » aussi dans la pratique, elle ne sera exécutée qu'à titre très exceptionnel. Grâce à un correctif qui, tout en en confirmant le principe, en modifiera l'application dans un sens très libéral.

Voici comment. J'ai dit tout à l'heure, quatre enfants propres ou adoptifs. C'est que l'adoption devrait entrer dans nos mœurs et devenir une formalité habituelle.

Elle se ferait par l'intermédiaire obligé de la P.P.P. Toute famille de moins de 4 enfants aurait la faculté de fonder dans la P.P.P. autant de « bourses » d'adoption qu'il lui manque d'enfants pour parfaire le nombre 4. Cette bourse d'adoption comprendrait obligatoirement l'équivalent de tous les frais nécessités pour l'entretien, l'éducation et la dotation d'un des enfants propres de la famille fondatrice : son importance pécuniaire varierait donc, comme il est juste, suivant le milieu social et les ressources pécuniaires de chaque intéressé.

Le fondateur d'une ou plusieurs bourses aurait le droit de choisir, s'il y avait lieu, parmi ses proches, le ou les titulaires de ces bourses : il serait tenu compte de son choix, à la condition que les bénéficiaires fussent en surnombre dans des familles de plus de quatre.

Il y aurait lieu de prévoir différents cas particuliers, par exemple, succession de célibataire, héritiers au nombre de moins de quatre, mais ayant eux-mêmes un assez grand nombre d'enfants.

Dans le premier cas, on pourrait faire jouer l'adoption sur deux enfants. Dans le second, la P.P.P. pourrait reverser sur les sous-héritiers les bourses exigées des héritiers.

Ce serait seulement dans le cas où une famille se serait refusée ou à fonder une bourse, ou à la doter suivant ses moyens, qu'interviendrait le partage de l'intégralité de sa fortune avec la P.P.P. En ce cas, si pénalité il y avait, la pénalité serait de toute justice.

Mutations : Pour les droits de mutations, l'Etat percevrait sa part comme à présent, sans progression toutefois, en raison du nombre d'enfants. La P.P.P. interviendrait de la façon suivante : elle percevrait sur les deux parties, acheteurs et vendeurs, lorsque le nombre réuni de leurs enfants donnerait une moyenne inférieure à quatre, des droits supplémentaires, inversement proportionnels au nombre des enfants, et assez rapidement progressifs. Ces fonds devraient

lui servir à rembourser à l'Etat les droits de mutation dont il dégrèverait les familles de plus de quatre, progressivement aussi à leur nombre d'enfants.

Pendant que nous sommes sur le chapitre succession, il y aurait lieu aussi d'établir un barème d'après lequel les ayants droit recevraient, non d'après leur seul nombre, mais partie d'après leur nombre, partie d'après celui de leurs enfants. Exemple : 3 frères, l'un ayant deux enfants, l'autre 1, le dernier 8. Une bourse d'adoption ou un quart de la succession va à la P.P.P., cette partie revient aux enfants du 3e. Quant au reste de l'héritage, il y serait fait dix parts : une pour chaque héritier 1re génération, une pour chaque couple d'héritiers de la seconde génération.

Tout étant liquidé le 1er aurait deux parts ; le 2e aurait trois parts ; le 3e aurait cinq parts + le quart du tout ou les bourses correspondantes.

Un sort spécial serait fait aux héritiers de la première génération d'un âge inférieur à 25 ou à 30 ans, par exemple.

Dr Renoul.

II

Je lis avec plaisir et profit ce que vous publiez — parfois — sur le problème de la natalité. La question est si grave qu'on ne saurait trop la creuser et qu'on ne peut écarter *a priori* aucun des remèdes proposés. Il n'est pas douteux que l'égoïsme des chefs de famille les pousse à préférer leur bien-être aux soucis d'une famille nombreuse, dussent-ils les colorer du prétexte d'assurer à un enfant unique une situation plus enviable que celle qui serait faite à chacun des membres d'une famille de 3 ou 6 enfants par exemple.

Si l'on statistiquait les situations respectives des « Uniques » et des « pluraux » dans la vie, on reconnaîtrait assez vite que le calcul est faux et que ceux-ci réussissent bien mieux que ceux-là. Il serait facile de trouver les raisons de ce fait qui me paraît — dans l'ensemble — hors de discussion.

Les causes de la diminution de la natalité sont donc d'ordre économique et c'est surtout par des remèdes « économiques » qu'il faut agir contre elle.

Notre conception politique actuelle qui repose sur l'individu et non sur la famille a aussi beaucoup d'importance. Il n'échappe pas à l'observateur que la politique est en général un sport pour célibataires : je crois que le vote à base familiale aurait une influence réelle sur le sujet qui nous occupe.

Il est très difficile d'apprécier l'action des religions et du catholicisme en particulier (religion nominale de 95 % des Français) sur la natalité. *A priori*, la glorification du célibat monastique et sacerdotal rend difficiles les adjurations pressantes à la procréation et les rend un peu singulières. D'autre part, il est hors de doute que la Religion développe l'altruisme en subordonnant l'individu, roi de l'époque, à toutes sortes de suprématies d'ordre spirituel et temporel.

Il ne suffit pas de dire que la Bretagne mystique voit aussi sa natalité baisser, car rien ne prouve qu'elle ne baisse pas en proportion de l'atténuation parallèle de la foi. Mieux vaut saisir par des exemples concrets l'influence religieuse sur la natalité ; les prêtres seuls pourraient parler, mais le secret du confessional les lie. J'ai pour ma part observé deux cas que je veux vous soumettre. Un jeune ménage chrétien mais non dévot, se trouva fort empêché certain jour où le confesseur refusa aux 2 conjoints l'absolution de leurs fraudes conjugales. Le résultat ne se fit pas attendre ; un 3e bébé vint bientôt s'ajouter aux 2 premiers qui devaient sans doute accomplir les vœux définitifs des époux.

Une dame, déjà mère de 3 enfants, trouvant sans doute qu'elle avait assez fait pour la patrie, se fit avorter par une de ces spécialistes que nos magistrats, clients eux-mêmes, se gardent généralement de poursuivre. Le confesseur, moins accommodant sans doute, lava sérieusement la tête à sa pénitente que je connais pourtant comme assez peu dévote : le mari aurait trouvé mauvais qu'elle ne fit pas ses Pâques. Résultat, un magnifique bébé ne tarda pas à venir au monde.

Je crois que bien des médecins ont reçu des confidences analogues. Le jour où ces familles encore pratiquantes préfèreraient leur bien-être matériel à leurs croyances religieuses, je suis certain que la natalité n'aurait rien à y gagner. Avons-nous le droit, dans notre détresse, de faire fi d'un pareil appoint ?

Je ne serais pas éloigné de croire aussi à une baisse du sens génésique, de l'appétit sexuel, du désir charnel sans que je sache si cet état est ou non en rapport avec le développement de la civilisation. Cela vous semblera d'abord bien paradoxal. Il suffit de constater l'étalage des provocations au plaisir..... mais seraient-elles si nécessaires ces provocations si vraiment le sens qu'elles visent n'avait pas subi quelque fâcheuse éclipse ?

Le bon coq a l'éjaculation facile et peu déprimante : l'éjaculation retardée et fatigante paraît être fonction du vieillissement de la race. La question mériterait d'être approfondie, mais par quels moyens obtenir des confidences si intimes et si délicates.

Cette appétence génitale me paraît beaucoup moins discutable chez la femme. On a vite dit que la carence des mâles explique la diminution des mariages. Il suffit de regarder autour de soi

pour constater que bon nombre de jeunes filles ne se marient pas et *n'éprouvent pas le besoin de se marier*. Le sens génésique paraît éteint chez la plupart. Parmi celles, si nombreuses aujourd'hui, qui flirtent avec passion, cet allumage ne paraît à peu près jamais provoquer l'incendie. Elles ne manquent pas de trouver les raisons les plus plausibles pour expliquer leur continence ou tout au moins leur éloignement du mariage.

La vérité est que si elles avaient tant soit peu de tempérament, si la passion chauffait en elles, leurs belles raisons ne tiendraient pas une heure contre le désir. L'exacerbation par le flirt ne le rendrait que plus impérieux.

L'homme a maints moyens de retarder l'union conjugale... mais la femme ? ?

En fait, dans les deux sexes, le sens génésique est en voie de régression. De là s'impose la nécessité de l'immigration, de favoriser l'entrée en France des individus appartenant à des races moins avancées en civilisation, et de rajeunir notre sang vieilli par une hétérogamie intensive.

J'ajoute que l'émigration aurait des résultats analogues, mais nous ferait perdre une fraction, devenue trop précieuse, de notre population. Les pauvres reçoivent mais ne donnent pas.

Je vous livre ces quelques idées, si chacun apportait sa pierre on aurait, sinon le monument, du moins les matériaux de construction.

Dr Mazel.

III

Je viens de lire, dans le *Concours Médical* du 5 novembre, des documents forts intéressants au sujet de la dépopulation. Parmi ceux-ci, l'un m'a fait sourire, c'est celui qui met sur le compte de l'arthritisme notre déficit en matière de natalité. Vrai ! je me demande comment un confrère a pu accoucher d'une hypothèse aussi extraordinaire, alors que la vérité crève les yeux. En effet, pourquoi les naissances vont-elle en diminuant dans notre pays ? Mais uniquement parce que les gens ne veulent plus faire d'enfants ! Et à quoi tient que les couples réduisent leur descendance ? A une foule de causes dont je vais essayer d'énumérer les principales.

1° Les nations qui atteignent le faîte de la civilisation, touchent à la décadence parce que leurs peuples voulant jouir de la vie font passer leur égoïsme personnel avant l'intérêt national.

Le moins de charges possible pour obtenir le maximum de rendement dans les plaisirs, le confort, avec le minimum de soucis.

Lorsque Rome eut atteint l'apogée de sa civilisation, elle tomba en décadence, et n'eut plus d'hommes à opposer à ses ennemis.

2° Il est humain, surtout chez les peuples très civilisés, que l'individu veuille donner à ses enfants une situation égale à la sienne, sinon supérieure. Quel est le contremaître d'usine qui ne rêve de faire de son fils un ingénieur?

Si cet individu ne possède qu'un enfant il pourra se sacrifier pour lui donner un rôle plus important dans la société, mais s'il a 12 enfants, qu'en fera-t-il ?

Voyez-vous, par exemple, un médecin de campagne ayant 4 fils, en faire 4 médecins ? mais le malheureux ne suffira pas à la tâche et plus tard, il sera dans l'extrême misère.

Il en sera tout autrement si un père de famille peut consacrer toutes ses ressources sur une seule tête.

3° On fait tout pour dégoûter les gens d'avoir des enfants. Où sont les locaux salubres pour familles nombreuses ?

Comment facilite-t-on l'existence du père de 10 mioches ? Peut-il leur donner gratuitement et à tous les degrés une instruction professionnelle solide ?

4° L'avenir toujours sombre est-il engageant pour les personnes voulant fonder une grosse famille ? Quelles seront demain les conditions de la vie ? autant de questions qui travaillent le cerveau du procréateur « conscient ». *Primo vivere deinde philosophare.*

En résumé : civilisation sentant la décadence, égoïsme guidant l'individu dans la recherche d'une existence toujours plus facile et meilleure, difficultés énormes de la vie matérielle. Voilà à mon avis les raisons pour lesquelles les Français ne font plus d'enfants.

Alors que faire ? Comment remédier à cette situation angoissante qui menace l'avenir de notre race ? Cette question est hérissée de difficultés, presque insolubles, car dans un avenir plus ou moins lointain nous serons absorbés par une race qui sera plus prolifique que la nôtre. L'histoire est un perpétuel recommencement !

Nous devons néanmoins réagir et essayer de lutter, par quels moyens ? Par la propagande ? Blague ! quel est le confrère qui venant de faire un accouchement n'a pas dit à la mère « Eh bien ! il ne vous reste plus qu'à continuer », ce à quoi la maman a répondu « Si vous voulez les élever.... »

C'est à l'Etat seul qu'il faut s'adresser. L'Etat a l'impérieux devoir de demander au Parlement des lois.

Nos députés, au lieu de faire de la démagogie et d'attendre le mois de novembre (n'est-ce pas écœurant) pour discuter le budget, pourraient enfin s'occuper d'une œuvre de salut national !

Quels seront donc les devoirs du législateur.

1° Lutte à outrance par tous les moyens contre le prix excessif de la vie.

2° Encourager les familles nombreuses, non pas avec une aumône, ou des réductions de tarif dans les chemins de fer comme le disait un con-

frère, mais par des largesses : à partir du 3e enfant, un ménage devra recevoir annuellement une rente qui ne sera pas inférieure à 1200 fr., par enfant, avec tarif progressif. On paye des gens pour faire des canons, payez au moins ceux qui leur fourniront de la chair !

3° Il faudra créer des habitations confortables, hygiéniques pour les familles nombreuses, des maisons de retraites (non des hospices) pour les vieux parents qui auront donné au pays une nombreuse progéniture.

4° Réserver effectivement les places publiques à ces familles.

5° Honorer les filles mères et ne pas, sous prétexte de fausse cagoterie, en faire des parias de la société.

6° Obliger les propriétaires sous peine de voir leurs impôts décuplés à loger *d'abord* les grosses familles.

7° Lutter contre les maladies, la tuberculose surtout, par des moyens sérieux.

Il ne restera plus, ces mesures une fois adoptées, qu'à trouver l'argent nécessaire pour les rendre opérantes. La chose est simple : on créera la *Caisse nationale de natalité*. Cette caisse, l'Etat n'y déposera pas un centime, elle sera uniquement alimentée par les gens qui n'ont pas d'enfants.

En plus de ses impôts, le célibataire à partir de 26 ans donnera la moitié de ses revenus et du produit de son travail, Les couples qui n'auront pas d'enfants au bout d'un an de mariage seront tenus aux mêmes redevances ou alors devront faire élever à leurs frais un certain nombre d'enfants de la collectivité.

Voilà les moyens que l'Etat devra mettre en vigueur dans le plus bref délai s'il en est temps encore.

Qui a besoin d'enfants ? La société : elle n'a qu'à payer. Aux grands maux les grands remèdes. Quel est le parlementaire qui aura le courage de sonner le tocsin ?

Dr Jean COLARD.
Ornans (Doubs).

IV

Cette lettre nous a été adressée du Canada, *où* le Concours Médical, *est lu. Nous remercions particulièrement notre confrère Villecourt, de Montréal, des renseignements intéréssants qu'il nous envoie.*

Au sujet des articles relatifs à la repopulation de la France, publiés dans le *Concours*, je crois qu'il vous serait utile de connaître les particularités suivantes :

Nous avons ici, dans la Province de Québec, deux millions de Canadiens-Français, provenant des Français implantés au XVIIe siècle, qui ont conservé leur langue et qui sont régis par le code Napoléon. En dehors de la Province de Québec, il existe dans l'Ouest des groupements assez importants d'agriculteurs de même langue et de même origine. Aux Etats-Unis, particulièrement dans les Etats formant ce qu'on appelle la Nouvelle Angleterre, il y a près d'un million de Canadiens-Français émigrés. Tous, sont restés attachés à la France et leur amour de l'ancienne mère Patrie, est d'autant plus vivace, chez les familles nombreuses qui forment la totalité du petit peuple canadien, que le croisement avec les races indigènes ou étrangères est presque nul.

La France aurait pu créer un centre de recrutement au Canada, pour contribuer à la repopulation de ses campagnes, et nombreux sont les Canadiens, qui auraient été heureux d'immigrer en France, si on leur en offrait les moyens.

En organisant tout d'abord un village canadien, sur le territoire français, on aurait amorcé l'immigration des autres et je suis certain que l'on trouverait facilement 10.000 familles canadiennes prêtes à passer en France, si on leur assurait du travail et la perspective d'un avenir.

La vie rude du cultivateur, l'hiver long et rigoureux, le climat pénible, sont des raisons, avec beaucoup d'autres, qui poussent l'habitant de la province de Québec à s'expatrier.

Il y a une autre question qui intéresse la repopulation de la France. Nous avons sur le continent américain au moins un million de Français, en dehors du Canada, ou descendants de Français, ayant fait souche et dont la plupart ont élevé beaucoup d'enfants. Un certain nombre d'entre eux ne veulent pas retourner en France, pour des raisons personnelles. Les uns, ont eu des dissentiments de famille, les autres sont partis après de mauvaises affaires, les autres ont un casier judiciaire, pour des peccadilles de jeunesse (j'en ai fait engager dans l'armée canadienne, pendant la guerre, une vingtaine, qui ne pouvaient pas prendre du service dans l'armée française, et dont l'un d'eux était un évadé de la Guyane, où il avait purgé une condamnation à sept ans de travaux forcés, pour menées anarchistes à l'âge de 18 ans). Dans l'Est de la Californie, nous comptons plus de 25.000 Français à l'heure présente, dont certainement un tiers pourraient reprendre le chemin de la France, si on leur facilitait le retour.

Pour cela, il faudrait voter une loi d'amnistie, en faveur de ceux qui se trouvent dans cette situation. Pour les autres, il suffirait de leur avancer les frais de rapatriement et leur assurer du travail. Un grand nombre de nos nationaux souffrent de la séparation de la France et reviendraient sur le sol français, si on leur facilitait le rapatriement.

Si vous connaissez un groupement qui veuille s'occuper de la question et créer un organisme

dans ce sens, je pourrais devenir son correspondant ici et faire la propagande nécessaire.

Je suis établi depuis 24 ans au Canada et je possède quatre publications médicales.

VILLEGOURT.

V

A propos de votre article « Le problème de la dépopulation, je vous envoie la petite note ci-jointe, extraite d'un article de G. HERVÉ, dans *La Victoire*, dont j'ai supprimé les attendus politiques, justes d'ailleurs, mais qui n'ont rien à faire au *Concours Médical*.

Le fait que me signale la lettre suivante, qui me vient d'un de nos lecteurs de Roanne, chacun peut le constater dans son entourage :

Voulez-vous me permettre de vous communiquer les chiffres suivants qui corroborent singulièrement quelques-uns de vos articles récents :

Il y a au Lycée de Roanne 21 professeurs mariés :

13 sont libres-penseurs : dans les 13 ménages on trouve 5 enfants.

8 sont des croyants pratiquants : les 8 familles réunissent 31 enfants.

Ce qui donne comme nombre d'enfants moyen :

Ménage libre-penseur : 0,38.

Ménage croyant : 3,87.

Soit, chez les croyants, une natalité dix fois plus élevée que chez les incroyants.

Dr G.
Abonné du *Concours*.

VI

Soufre et démographie

Par le Dr Frank DUPRAT,

Médecin-consultant à Bagnères de-Bigorre.

A 18 kilomètres de Bagnères-de-Bigorre, à l'extrémité d'une gorge étroite et sauvage, émerge une source sufureuse, la fontaine universellement connue de LABASSÈRE (1).

Des éboulis de rochers parmi les sapins et les hêtres, un torrent mugissant au creux de la vallée que parcourt une route étroite, des pentes abruptes où s'accrochent, clairsemées, des maisons aux toits d'ardoises grises, des granges basses parmi les bruyères, nous sommes sur le territoire de la commune des *Soulagnets*.

L'endroit est pittoresque et farouche. Du hameau, à mesure que l'on s'enfonce dans la gorge, une odeur particulière vous étreint, odeur sulfureuse qui monte du torrent où se déverse sans cesse le trop plein de la source de LABASSÈRE dont le débit est considérable, et atteint 28.000 litres par 24 heures.

Cette région est remarquable à plus d'un titre; elle l'est surtout par un fait tout à fait exceptionnel à l'heure actuelle ; la fécondité absolument extraordinaire de ses habitants.

La commune des *Soulagnets* est peut-être de toutes les communes de France celle qui présente le plus grand nombre de naissances annuelles eu égard au chiffre de sa population.

D'une statistique démographique portant sur ces cent dernières années, due à M. Suberbie, adjoint au maire de Bagnères, nous extrayons les renseignements suivants :

SOULAGNETS : population de 233 habitants.

Sur ces 88 dernières années, particularité remarquable en raison du mouvement général de dépopulation croissante, Soulagnets en compte 62 où le nombre des naissances a dépassé celui des décès.

Dans ce petit hameau, on constate en particulier que en 1921 il y a eu 21 naissances sur les 139 enregistrées dans l'ensemble de la commune, soit le septième environ du chiffre total, tandis que sa population en est le 35e.

Et alors que durant cent années, un déficit de 209 unités est constaté dans Bagnères-Ville, le hameau des Soulagnets relève ce chiffre par un excédent de *deux cent cinquante et une* !

(Ces renseignements ont figuré au *Journal Officiel* du 12 décembre 1922.)

Rapprochant ces faits de certaines notions démographiques recueillies sur les vallées à soufre, et notamment sur le pays des « solfatares » en Sicile, une question se pose :

Existe-t-il vraiment une relation de cause à effet entre la présence d'éléments sulfurés dans cette vallée et la fécondité quasi anormale des indigènes ?

La question vaut d'être envisagée en détail.

Rappelons d'abord en quelques mots les lois les plus connues du métabolisme du soufre :

Universellement répandu dans la nature, ce corps est un des éléments qui conditionnent la vie.

Sa molécule fait partie intégrante des matières albuminoïdes du corps humain, et se retrouve dans l'oxyhémoglobine.

Une première étape chimique paraît néanmoins indispensable à la pénétration dans l'organisme de tout produit sulfuré : c'est sa transformation préalable en H^2S, corps commun que l'on retrouve inévitablement à l'origine de la pénétration.

Quelle que soit la voie d'absorption envisagée (voie digestive, pulmonaire, cutanée ou intraveineuse), c'est, semble-t-il, toujours à la faveur

(1) LABASSÈRE, sulfurée, sodique froide, reconnue au dernier Congrès de Monaco la plus stable des eaux sulfureuses. Exploitée accessoirement (lymphatisme, voies respiratoires), à Bagnères-de-Bigorre, salfatée calcique pyrénéenne ; (station du nervosisme, anémies, algies névropathiques).

de l'étape H^2S que la molécule soufre *pénètre* dans l'organisme, pour y subir avant de s'éliminer des combinaisons par oxydations successives, H^2S s'y comportant comme un véritable ferment oxydant qui favorise les échanges cellulaires, active la nutrition et augmente la richesse globulaire.

Ceci rappelé, et sans entrer dans le détail de l'hydrologie clinique, comment réagit habituellement un organisme soumis à l'émanation sulfureuse ?

Quelle que soit sa voie d'absorption, le corps commun originel, H^2S produit des réactions constantes, et que connaissent bien les médecins exerçant aux stations thermales sulfureuses :

Nous n'en retiendrons que celles ayant trait à la question qui nous occupe ; ce sont :

1° D'abord cette excitation générale, légère ivresse sulfurée, que Bordeu nommait action de « remontement » et qui se traduit à dose thérapeutique par une action tonique profonde ;

2° Ensuite ce fait que l'on note assez souvent aux stations sulfureuses une certaine excitation génésique, quelquefois une avance de la menstruation, parfois aussi dans les mois qui suivent la cessation de stérilités anciennes ou rebelles à tout traitement.

Certaines eaux pyrénéennes ont à ce point de vue une vieille réputation d'« engrosseuses », et la station de Saint-Sauveur a conservé une véritable spécialisation dans les affections gynécologiques, métrites et stérilité, spécialisation justifiée d'ailleurs par la propriété que possèdent les eaux sulfureuses de réveiller la tonicité utéro-pelvienne défaillante ou amoindrie, action excito-motrice du même ordre que celle que produit le soufre sur les fibres musculaires lisses des bronches (1).

Rappelons enfin que pendant toute la période génitale l'organisme fait une consommation considérable de soufre (sécrétions glandulaires, sperme, formations ectodermiques, élimination urinaire).

Les rapports de H^2S avec la sphère génitale sont donc incontestables.

Tout être humain soumis à l'action prolongée du principe sulfureux réagira fatalement, même à son insu, dans le sens qu'indiquent ces observations séculaires, et qu'expliquent aujourd'hui les acquisitions de la chimie biologique.

Si nous rappelons maintenant que le hameau des « Soulagnets » dont il est question dans cette étude, baigne en quelque sorte en permanence dans les émanations d'H^2S qui montent du torrent ; que, d'une enquête à laquelle nous nous sommes personnellement livré, il ressort que les indigènes font pour toute espèce de malaise un usage empirique des eaux sulfureuses ; qu'il est constant de les leur voir utiliser journellement à des doses dépassant de beaucoup les doses thérapeutiques habituelles ; nous avons là une explication parfaitement rationnelle de leur coefficient démographique.

Excitation génésique et aptitude à la fécondation paraissent bien ici en rapport direct avec l'habitat.

La fécondité des habitants de cette vallée est d'ailleurs d'autant plus remarquable qu'elle constitue un fait absolument unique dans une région où la natalité s'effondre lamentablement. Le hameau des « Soulagnets » constitue en quelque sorte un îlot restreint et parfaitement limité de multinatalité.

A ce titre, sa situation spéciale mérite de retenir l'attention, outre qu'il y a là peut-être tout un chapitre à ajouter à l'histoire du soufre, chapitre qui n'en serait pas le moins curieux s'il venait à être étayé par des observations concordantes.

(1) VINCENT. — *Les médications sulfurées*, 1922.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

PROJET DE LOI TENDANT A MODIFIER LA LOI DU 15 AVRIL 1916 SUR LES DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs, malgré son application relativement récente, la loi du 15 avril 1916, due à l'initiative de M. Léon Bourgeois, a donné des résultats tangi bles. Plus de 400 dispensaires ont été créés, dont 300 environ dotés d'un personnel d'infirmières-visiteuses professionnelles et diplômées manifestent une vitalité et une influence qui répondent au vœu du législateur. Un certain nombre de départements sont maintenant pourvus d'une organisation antituberculeuse dont l'activité est appréciable. Il ne saurait donc être question d'apporter des modifications importantes à la législation bienfaisante dont on est en droit, étant donnés les résultats obtenus à ce jour et le généreux élan qu'elle a suscité, d'attendre une atténuation sensible des ravages de la tuberculose.

Toutefois, l'application de la loi du 15 avril 1916 a révélé que des retouches, conformes d'ailleurs à l'esprit dans lequel elle a été conçue, seraient de nature à en augmenter le rendement et à en assurer le bénéfice d'une façon plus large.

La nécessité des modifications exposées dans le projet ci-après a été mise en évidence tant par les résultats obtenus à ce jour que par les lacunes d'application constatées jusqu'à présent.

Ces lacunes se réfèrent aux deux points suivants :

1° Conception même du dispensaire public et spécialement du dispensaire dit « départemental » ;

2° Extension de l'action des dispensaires aux autres branches de l'hygiène sociale et notamment à la protection maternelle et infantile, à la prophylaxie antivénérienne et à la lutte contre le cancer.

C'est sur chacun de ces points que le présent projet de loi se propose d'apporter une solution plus conforme aux nécessités aujourd'hui démontrées d'une lutte efficace contre les fléaux sociaux, et en particulier contre la tuberculose.

I. — Conception du dispensaire public et spécialement du dispensaire dit « départemental ».

La loi du 15 avril 1916 avait eu en vue les dispensaires, organismes d'exécution en contact direct et effectif avec les consultants et avait prévu leur création sous forme d'organismes distincts et séparés. Le statut juridique qui était considéré comme le statut-type auquel le plus grand nombre des articles de la loi était consacré, était celui du dispensaire public constituant un établissement public.

Sur ces deux points, la pratique a révélé la nécessité de modifications :

a) Quoique la forme de l'établissement public eût manifestement et très justement les préférences du législateur puisque seule elle permet de donner aux organismes envisagés, avec la stabilité financière qui leur est nécessaire, la souplesse d'action et le caractère de technicité sans lesquels ils ne peuvent que difficilement accomplir leur mission, il a été créé en réalité, un très petit nombre de dispensaires publics. Cela tient, d'une part, et surtout à la composition du conseil d'administration, telle qu'elle est fixée *ne varietur* par l'article 4 de la loi du 15 avril 1916. Beaucoup de dispensaires ont dû renoncer à avoir recours à la forme de l'établissement public en présence de l'impossibilité dans laquelle ils se trouvaient d'admettre au sein du conseil d'administration des personnalités les ayant aidés dès leurs débuts ou les ayant même dotés de libéralités importantes. Afin de remédier à ces difficultés, l'article 14 du projet, tout en laissant subsister la possibilité du recours aux différents statuts juridiques visés par la loi du 15 avril 1916, facilite la constitution des dispensaires publics en prévoyant qu'il appartiendra au décret portant création de l'établissement de fixer la composition du conseil d'administration afin de tenir compte de toutes les considérations locales.

A vrai dire, il ne paraît pas désirable de multiplier le nombre des établissements publics. Il nous a paru intéressant surtout de faciliter aux organismes de coordination l'acquisition de la personnalité morale, ceux-ci ayant, comme tous les établissements publics, la possibilité de créer des dispensaires en vertu de l'article 10 de la loi du 15 avril 1916, c'est surtout sous cette forme que le développement des dispensaires paraît devoir se faire à l'avenir ;

b) La pratique a démontré, en effet, la nécessité des organismes de direction et de contrôle. Aussi se sont-ils créés dans la plupart des départements sous le nom de comités ou d'offices. Leur création n'était pas prévue expressément par la loi du 15 avril 1916. L'article 4 cependant indiquait qu'un même conseil d'administration pouvait gérer un ou plusieurs dispensaires. Rien n'empêchait donc de constituer sous la forme du dispensaire public un dispensaire départemental, organisme central de coordination susceptible de créer lui-même les différents dispensaires, organismes d'exécution, qui en devenaient ainsi les dépendances. Mais les difficultés que nous avons signalées plus haut présentaient ici toute leur importance. En vertu de l'article 3 de la loi du 15 avril 1916, tous les conseils municipaux compris dans la circonscription, c'est-à-dire tous les conseils municipaux du département, devaient être consultés et la composition du conseil d'administration, telle qu'elle était fixée par l'article 4, risquait de devenir un obstacle insurmontable. Les conseils généraux, notamment appelés à supporter la dépense de l'organisme central, n'avaient au sein du Conseil d'administration qu'une représentation insuffisante.

Seuls les départements des Pyrénées-Orientales, d'Alger, d'Oran et le territoire de Belfort ont créé des dispensaires publics départementaux.

Certains départements, comme ceux de la Seine, de la Seine-Inférieure, de Meurthe-et-Moselle ont profité des dispositions de l'article 10 de la loi du 15 avril 1916 pour créer des services départementaux. On s'est efforcé, dans ces départements, par des formules ingénieuses, d'obvier aux inconvénients qui résultent de l'application d'une procédure administrative un peu lourde à une organisation extrêmement vivante nécessitant des qualités de souplesse, d'initiative et exigeant des garanties de technicité. On n'y est parvenu qu'imparfaitement. Le conseil général de la Seine, notamment en créant le dispensaire d'hygiène sociale du département de la Seine qui a pris ensuite le titre plus exact d'office public d'hygiène sociale, a manifesté le regret de ne pouvoir le créer comme établissement public et, par différents vœux, a demandé sur ce point la modification de la loi du 15 avril 1916.

Mais la plupart des départements ont institué, en marge de la loi de 1916 et sous le régime plus restreint de la loi de 1901, des organismes qui ont pris le nom de comités départementaux ou d'offices départementaux.

Il est indispensable qu'une telle solution de fait soit, d'une manière explicite et précise, reconnue par la loi et devienne une situation de droit. Le projet de loi le prévoit et distingue nettement du dispensaire l'organisme départemental de direction, auquel est réservé le nom d'office ou comité.

Une proposition de loi, déposée en 1919 par MM.

Ranson, Paul Strauss, Léon Barbier, T. Steeg, Charles Deloncle, de Freycinet, Mascuraud, Magny, sur le bureau du Sénat et rédigée en conformité des vœux du conseil général de la Seine, avait pour objet de prévoir les modalités d'application de la loi du 15 avril 1916 au département de la Seine en créant dans ce département un office public d'hygiène sociale ou plutôt en dotant de la personnalité morale l'organisme déjà créé sous ce titre et qui a produit jusqu'ici de si appréciables résultats dans le domaine de la lutte antituberculeuse.

La commission compétente a estimé très justement que le besoin d'un organisme de coordination ne se faisait pas seulement sentir dans le département de la Seine et qu'il était par suite préférable de légiférer par voie de dispositions applicables à l'ensemble de la France.

Afin de ne pas imposer aux finances départementales une charge qui, même réduite aux frais de local, de bureau et de personnel de l'administration centrale, pouvait, dans l'état actuel des budgets publics, apparaître trop lourde à certains départements, nous n'avons pas cru devoir rendre obligatoire la création des organismes prévus. Nous avons cru préférable de faire confiance aux assemblées départementales qui déjà, dans leur très grande majorité, ont montré qu'elles étaient disposées à collaborer à l'œuvre d'hygiène sociale, en créant ces organismes ou en les subventionnant largement.

La forme de l'établissement public nous paraît, comme aux législateurs de 1916, adéquate au but poursuivi, et les raisons qui l'avaient fait préférer pour le dispensaire d'exécution nous paraissent avoir plus de valeur encore quand il s'agit de l'organisme départemental de direction et de coordination. Les articles 1er à 11 prévoient la création d'offices publics d'hygiène sociale, qui, en principe, doivent avoir une circonscription départementale, mais qui, après accord entre les conseils généraux intéressés, pourraient avoir une action interdépartementale.

Le statut juridique de ces offices est calqué sur le statut des offices d'habitations à bon marché qui ont fait leurs preuves de souplesse et de vitalité en recourant à des formules de gestion se rapprochant heureusement de celles qui sont appliquées dans les œuvres d'initiative privée.

Afin d'éviter les difficultés qui étaient résultées d'une fixation légale trop stricte et la composition du Conseil d'administration dont nous avons marqué les inconvénients, l'article 6 se contente de prévoir le minimum et le maximum des membres du Conseil d'administration ainsi que la division tripartite des sièges entre :

1o Les délégués du conseil général ;

2o Les membres désignés par le préfet, à raison de leurs fonctions ou de leur compétence technique ;

3o Les membres désignés par le préfet pour représenter les différents organismes dont l'action est connexe à celle des offices ou pour associer à la gestion de ceux-ci les personnes bienfaitrices.

Le décret créant l'office déterminera dans chaque cas, conformément à ces règles, la composition du conseil d'administration. Il pourra ainsi être tenu compte des considérations locales.

La tâche de direction nous a paru, par ailleurs, un peu lourde, pour être assurée par un administrateur délégué exerçant des fonctions gratuites. Elle est confiée à un directeur nommé par le préfet sur la proposition du conseil d'administration.

A l'exception de ces deux points, les règles applicables aux offices d'habitations à bon marché, telles qu'elles sont contenues dans les articles 11, 12, 13, 15, 16, 18 et 72 de la loi du 5 décembre 1922 sont étendues aux offices publics d'hygiène sociale.

Il paraît désirable que ces offices, seuls susceptibles d'assurer l'indéniable besoin d'unité nécessaire à l'œuvre d'hygiène sociale, soient constitués dans tous les départements où les statistiques de mortalité en feront sentir le besoin et où l'état des finances départementales le permettra. Dans les autres, l'article 12 prévoit qu'à défaut d'office, il pourra être créé un comité départemental qui, à la condition d'être agréé par une délibération du conseil général approuvée par le préfet, deviendra le collaborateur des représentants du département pour la mission de coordination et de contrôle confiée aux offices, là où ils existeront, par les paragraphes 1er, 3, 4 et 5 de l'article 1er.

II. — Extension de l'action des dispensaires aux autres branches de l'hygiène sociale et notamment à la protection maternelle et infantile, à la prophylaxie antivénérienne et à la lutte contre le cancer.

Le dispensaire apparaît, à l'heure actuelle, comme l'élément essentiel de toute œuvre d'hygiène sociale. Il se distingue de la simple consultation s'adressant surtout aux malades par son but clairement indiqué par l'article 1er de la loi du 15 avril 1916 et qui est essentiellement un but d'éducation d'hygiène et de prophylaxie, poursuivi dans l'ensemble de la population. Il s'en distingue aussi par son organisation qui place à côté du service médical et sous l'autorité du médecin chef, un service social d'infirmières visiteuses sans lequel tous les hygiénistes sont d'accord pour estimer que la mission dévolue par la loi à ces organismes ne saurait être entièrement remplie.

Si la formule convient à la lutte antituberculeuse, elle convient également à la prophylaxie antivénérienne, si urgente et tant nécessaire, à cette lutte contre le cancer qui, pour être en voie d'organisation, n'en est pas moins riche de promesses et d'espoir ; elle doit aussi s'adapter au relèvement de la natalité et à la protection maternelle et infantile dont la bonne organisation ne permettra pas seulement d'abaisser une mortalité infantile et une morti-natalité beaucoup trop élevées dans notre pays, où les statistiques accusent par exemple un taux double de celui constaté dans les pays scandinaves, mais constituera aussi le plus sûr encouragement à l'accroissement des naissances. Il importe, en effet, que la femme soit surveillée dès la période de gestation et dans une

période aussi rapprochée que possible du moment de la conception. A cette condition, seulement, on pourra dépister à temps la syphilis, ce qui permettra d'instituer le traitement efficace qui atteindra l'une des causes principales de mortinatalité et de mortalité des premiers jours ; la tuberculose, ce qui permettra de prendre les mesures nécessaires pour atténuer chez la femme les complications résultant trop souvent d'une gestation, et surtout pour sauver l'enfant d'une mort quasi-certaine, en le séparant de la mère avant que la maladie contagieuse et non héréditaire ait pu l'atteindre. A cette condition seulement, on pourra faire respecter l'hygiène de la grossesse, instituer à temps le repos nécessaire et diminuer ainsi les cas d'accouchements prématurés qui occasionnent un si grand nombre de morts pendant la parturition et dans les premiers jours consécutifs à la naissance, ainsi que le démontrent les statistiques de décès par « débilité congénitale ». Mais ces résultats ne pourront être atteints que si l'on pénètre dans la famille par l'intermédiaire de l'infirmière-visiteuse, seule susceptible de renseigner complètement le médecin et de concourir à l'éducation de la mère. La visiteuse pourra d'ailleurs, en intervenant opportunément dans la famille avant la naissance et en indiquant toute l'aide que les pouvoirs publics ou les œuvres privées sont susceptibles de donner à la mère qui garde son enfant et l'allaite, empêcher dans beaucoup de cas, les abandons et les envois en nourrice. Utile avant la naissance, cette action à domicile ne l'est pas moins après dans un but d'éducation des mères. Le dispensaire d'hygiène sociale, tel qu'il a été défini par la loi du 15 avril 1916, peut seul remplir complètement le but poursuivi et l'admirable floraison qui s'est produite en France d'œuvres destinées à préserver l'enfance, et principalement des consultations de nourrissons, facilitera sur ce point une tâche déjà commencée et qu'il suffira de mettre au point pour lui faire produire tous ses résultats utiles.

Le dispensaire d'hygiène sociale doit-il être complet, c'est-à-dire prévoir tous les services dont nous venons rapidement d'énumérer les principaux ?

Est-il préférable d'avoir des dispensaires d'hygiène sociale spécialisés les uns pour la lutte antituberculeuse, les autres pour la protection maternelle et infantile, et pour la lutte antivénérienne ?

C'est une question d'espèce qui ne peut être tranchée par une réponse générale. Dans les centres peu importants, on ne trouverait sans doute pas les ressources nécessaires pour créer de multiples dispensaires. Il paraît, d'autre part, impossible de prévoir là un dispensaire antivénérien séparé qui risquerait d'être insuffisamment fréquenté. Tous les services pourront dont être réunis dans un même local, pourvu que les dispositions soient prises pour que des parties différentes d'un même bâtiment soient affectées aux différents services et que les femmes et les enfants fréquentant le dispensaire de protection maternelle et infantile ne soient pas mélangés avec des adultes venant demander le secours des autres services d'hygiène sociale. Dans les grandes agglomérations, au contraire, il semble ne pas y avoir d'inconvénients à adopter la formule de dispensaires distincts, à la condition qu'une liaison étroite existe entre tous ces organismes, liaison qui sera précisément assurée par l'office ou par le comité départemental.

Celui-ci aura également à organiser la liaison avec les différents services d'hygiène ou d'assistance déjà existants, avec l'inspection départementale d'assistance, avec l'inspection départementale d'hygiène, avec l'inspection médicale des écoles.

L'article 1er du projet laisse une grande initiative à l'organisme de coordination chargé de dresser le programme de réalisation qui sera arrêté, après avis du conseil général et du préfet, par un décret rendu sur la proposition du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Ainsi il pourra être tenu compte de toutes les considérations locales tant au point de vue des besoins qu'au point de vue des ressources susceptibles de leur donner satisfaction.

Nous n'avons pas cru devoir aller plus loin dans la voie de l'obligation que le législateur de 1916. Celui-ci n'a prévu la possibilité de rendre obligatoire la création du dispensaire que dans les communes sur le territoire desquelles la mortalité a dépassé la moyenne pendant cinq années consécutives. Cette disposition contenue dans l'article 11 de la loi de 1916 reste en vigueur.

Sans doute, dès la discussion de cette loi, il était apparu à beaucoup de bons esprits que l'obligation prévue ainsi à titre exceptionnel aurait dû devenir la règle. Sans doute, depuis cette date, la loi du 7 septembre 1919 a rendu le sanatorium obligatoire et a exigé pour l'allocation des subventions d'Etat que le sanatorium fût rattaché à un dispensaire, ce qui ne peut être réalisé qu'autant que les dispensaires soient organisés partout, au moins pour la partie antituberculeuse.

Cependant, pour les mêmes raisons financières qui nous ont fait écarter l'obligation de l'organisme départemental, nous avons cru ne pouvoir en ce moment dépasser les dispositions de la loi de 1916.

L'expérience montre d'ailleurs qu'on peut, sur ce terrain, faire confiance aux pouvoirs locaux qui comprendront l'importance d'une œuvre d'hygiène sociale au développement de laquelle est infiniment lié l'avenir de notre pays.

Telles sont les considérations qui ont inspiré et motivé les diverses dispositions prévues au projet de texte ci-après, qui, tout en maintenant le caractère facultatif de l'excellente loi Léon Bourgeois, va plus avant dans la voie de la coordination nécessaire des efforts et des tentatives d'hygiène sociale.

PROJET DE LOI

TITRE Ier.

DES OFFICES PUBLICS D'HYGIENE SOCIALE.

Art. 1er. — Dans chaque département, il peut être

créé un office public d'hygiène sociale chargé, en liaison et en collaboration avec les services publics d'hygiène, d'assistance et de prévoyance et avec les œuvres privées d'hygiène sociale, d'organiser dans le département l'éducation hygiénique ainsi que la lutte contre les maladies sociales et spécialement contre la tuberculose, la mortalité infantile, les maladies vénériennes, le cancer.

Cet office est autorisé à créer les différents établissements nécessaires au but poursuivi.

Il doit notamment veiller dans les conditions prévues ci-après à l'application de la loi du 15 avril 1916, modifiée par la présente loi et de la loi du 7 novembre 1919.

A cet effet, il a pour mission d'élaborer le programme départemental prévu à l'article 13 ci-après, soit en coordonnant l'action des dispensaires déjà créés par les communes, les établissements publics et les organismes privés, soit en suscitant la création de nouveaux dispensaires et en déterminant la circonscription des uns et des autres.

Il assure la complète direction des dispensaires qu'il a créés, exerce un contrôle général sur tous les dispensaires, adresse à cet égard toutes les propositions utiles au préfet du département, notamment en ce qui concerne les demandes de subventions pour aider à la création ou au fonctionnement des dispensaires, demandes pour lesquelles il devra être consulté.

Il peut, en outre, instituer des sanatoriums publics, dans les conditions prévues par la loi du 7 septembre 1919.

Les collectivités intéressées peuvent lui rattacher les sanatoriums publics qu'elles ont créés ou la charger de leur gestion.

(A suivre)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Luchon.** — *Bibliothèque des Thermes.* — La bibliothèque des établissements thermaux, actuellement reconstituée, comprend deux belles salles où nos confrères et leurs familles ont seuls accès. Cette bibliothèque qui renferme près de 2.000 volumes est une des plus complètes de nos Pyrénées thermales et touristiques.

Nous félicitons Luchon d'avoir ainsi créé un véritable *Foyer médical*, salon de lecture, de conversation, de correspondance, qui, l'an dernier, a été fréquenté par plus de 400 de nos confrères.

— Les amis et les élèves de M. le professeur Ménétrier, désirant lui adresser un témoignage d'estime, de reconnaissance et d'affection ont décidé de se réunir pour lui offrir une médaille.

Le graveur Prudhomme a bien voulu se charger de l'exécution de cette médaille.

Ils espèrent que, dans cette circonstance, vous voudrez bien vous joindre à eux et vous prient d'adresser le montant de votre cotisation à Messieurs J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, à Paris VIe. (Chèque postal : Paris, n° 202).

Le Président du Comité : Pr Gilbert,

Le secrétaire du Comité : Dr Touraine (7, boulevard Raspail).

Une souscription de 50 francs donne droit à une médaille de bronze, une souscription de 150 francs à une médaille en argent.

On est prié d'envoyer de préférence sa souscription par *chèque barré* ou *chèque postal*, afin d'éviter les formalités et frais d'accusé de réception.

— **Enseignement oto-rhino-laryngologique** (*Hôpital St-Joseph*). — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique et avec le concours de ses assistants, MM. C. Hubert et Girard, un cours élémentaire en 9 leçons d'oto-rhino-laryngologie sera fait à l'hôpital Saint-Joseph, les mardi, jeudi, samedi à 9 h. du mardi 22 mai au samedi 9 juin.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Chaque séance comprendra :

1° Un bref aperçu théorique avec schémas, dessins, pièces osseuses.

2° Des exercices sur des appareils fantômes.

3° L'assistance à la consultation avec présentation de malades.

Droit d'inscription 60 fr.

S'inscrire tous les matins dans le service du Dr Georges Laurens à l'hôpital St-Joseph, 1, rue Pierre-Larousse près des assistants du service.

— **La saison thermale d'Enghien-les-Bains.** — L'établissement thermal sera ouvert le 22 mai prochain. Comme par le passé, la direction met gracieusement les différents services des thermes à la disposition de MM. les médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

— Si nous avions pu jamais douter de l'embarras où se trouve Monsieur Léon Bérard, nous en serions aujourd'hui complètement assurés. La protestation de l'*Association corporative des étudiants en médecine* contre les dispenses d'examens a été appuyée par tous nos maîtres, par les Syndicats et Associations médicales, par notre Presse professionnelle et par la grande Presse. La vieille tradition du quartier des écoles défendant la vérité et la justice contre les fantaisies du pouvoir continuait : Monsieur Bérard ne pouvait que plaider coupable et céder. Notre thèse n'est pas moins forte parce qu'une voix discordante s'est élevée et que Monsieur Bérard a obtenu l'approbation de la section médicale d'une Association d'étudiants officielle.

Nous regrettons un désaccord sur une question de principes aussi grave, et nous nous étonnons de l'incompréhension que manifestent certains étudiants.

Nous y trouverons une nouvelle raison de continuer notre action : du quartier, une voix toujours s'élève contre les abus, et celui que nous avons relevé est trop criant pour admettre qu'on le maintienne en disant comme les enfants : « Je ne le ferai plus ».

Le secrétaire,

X.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Ce dernier cas est le vôtre, puisque vous avez fait votre notification en juillet 1918. Votre prorogation a donc commencé à courir le 24 octobre 1919. Comme sa durée est de 5 ans et 83 jours et doit être prolongée d'un délai suffisant pour achever le terme d'usage, vous pouvez facilement calculer la date à laquelle, sans qu'il soit besoin d'un congé, finira votre prorogation. Ce sera au cours de l'année 1925.

Vous vous trouverez alors, sauf l'effet de nouvelles lois qui pourraient être votées d'ici là, dans la même situation que si vous aviez eu un bail expirant à cette date.

Application du Tarif Breton.

I

Brûlures

Vous seriez bien aimable de me dire ce que je puis compter pour une brûlure du troisième degré de la face antérieure de la jambe droite, brûlure longue de quinze centimètres, large de cinq et sept centimètres, brûlure faite avec du pétrole.

Je fais les pansements à l'ambrine.

Puis-je compter 37 fr. 50 pour les premiers pansements, puis 11 fr. 25 pour les pansements ultérieurs

Dr M.

Réponse.

C'est encore là un exemple de l'échelon intermédiaire manquant dans le tarif des brûlures qui saute de 15 frs. à 50 frs. Dans ces cas, j'ai déjà plusieurs fois proposé, et avec succès, la tarification intermédiaire de trente francs.... pour les premiers pansements, avec diminution ultérieure pour les autres, comme il est dit dans les Avis.

Dr F. Decourt.

II

Ventilation à effectuer dans certaines notes d'accidents

Je viens, en ma qualité de membre du « Sou médical », vous demander conseil au sujet d'une note que je viens d'envoyer à la compagnie d'assurance le Syndicat de garantie X. J'ai eu un malade à soigner (bûcheron) pour fracture des deux os de l'avant-bras. Ce malade pouvait se déplacer et est venu me voir chez moi. Au cours du traitement, il est tombé assez sérieusement malade de la grippe et j'ai dû lui faire plusieurs visites dans les bois, à la fois pour son bras et pour la grippe. J'ai établi ma note de la façon ci-dessous :

Distance kilométrique 9 km.

10 mars : certificat	5
Consultation	7
14 mars : appareil plâtré	90
15 mars : visite	26
17 : visite	26
19 mars : visite	26

24 mars : visite	26
30 mars : consultation	7
4 avril : consultation	7
10 avril : consultation	7
15 avril : consultation	7
20 avril : consultation	7
	241

Je signale que « le malade ayant eu de la fièvre n'a pu se déplacer les 15, 17, 19 et 24. Les 4, 10, 15 et 20 avril, j'allais voir son fils dans le même bois et je n'ai compté qu'une consultation pour le père blessé. Ma note est-elle régulière, ou dois-je l'annuler et en envoyer une autre modifiée suivant vos conseils.

Dr Q.

Réponse.

Votre malade étant atteint de fracture du membre supérieur, pouvait, « se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé » (art. 1er). S'il eût la grippe le dit inconvénient provient non plus de l'accident (donc sous responsabilité patronale), mais bien du malade *lui-même* qui, de même que son fils, avait attrapé la grippe.

C'est donc lui et non le patron, qui apparaît comme vous devant les *déplacements* que vous avez dû faire. Et je pense que c'est ainsi qu'un tribunal apprécierait le cas. Je ferais donc ma note, pour l'Assurance, ainsi que vous l'avez faite, mais en y supprimant les frais de déplacement des 15, 17, 19, 24 mars... que je réclamerais à part à mon malade ex-grippé — tous les « frais de fracture » et *eux seuls* restant au compte du patron ».

Dr F. Decourt.

III

Demi-castration

Membre du *Concours* et du « Sou » je sollicite du Dr Decourt le renseignement ci-dessous :

Une castration unilatérale doit-elle être honorée 300 fr. en première catégorie ou bien ce tarif est-il réservé à la castration double ? La compagnie d'assurances offre 150 fr. sous prétexte qu'un seul testicule a été enlevé ; le chirurgien réclame 300 fr. Mais les deux parties acceptent l'arbitrage du Dr Decourt.

Dr H.

Réponse.

De même que lorsqu'un chirurgien a fait, en même temps, deux opérations tarifées à part, j'ai toujours conseillé de compter non pas le total des deux opérations, mais le tarif de la 1re en entier et la moitié du tarif de la deuxième, puisque tous les « accessoires » de l'opération n'ont pas été mis deux fois en œuvre, de même, aujourd'hui par semblable déduction, mais par calcul inverse,

je ne crois légitime ni de compter 300 fr., puisque non castration totale, ni de compter 150 fr. seulement puisque dans les deux cas d'uni ou de bi-extraction testiculaire les « accessoires de l'opération » sont les mêmes. Je compterais donc comme j'ai dit plus haut : 150 + 75 = 225 fr.

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que je conclus de cette façon qui se trouve tantôt favorable, par suite, à l'assurance, tantôt au praticien. Mais c'est je crois le plus juste et le plus équitable : et d'ailleurs ce fut chaque fois accepté des deux parties.

Dr F. DECOURT.

Inauguration du Musée Landouzy

Les leçons de choses sont très légitimement à la mode. Nos facultés ont admis les démonstrations cinématographiques. Il est bon que le laboratoire de thérapeutique, où l'hydrologie occupe enfin la place qu'elle mérite, puisse présenter à ses étudiants gravures, plans, photographies, maquettes, etc., des établissements thermaux où sont mises en œuvre les pratiques hydriatiques nécessaires au traitement des malades qu'ils auront à y envoyer. On ne sait bien que ce que l'on a vu. Le Musée Landouzy, voulu par l'ancien doyen de la Faculté de Médecine, remplit bien le but qui lui fut assigné et par son fondateur et par le professeur Carnot qui en la garde. Tour à tour, MM. les professeurs Roger, Léon Bernard, Marcel Labbé, Carnot prirent la parole. M. Carnot évoque le souvenir de la création féconde des V. E. M.

En 1889, Landouzy et Carron de la Carrière (président du prochain Congrès international d'Hydrologie), eurent l'idée de transporter la chaire de thérapeutique de station en station pour les faire mieux connaître du médecin français et du médecin étranger.. Cette propagande répondait à une telle nécessité que, l'an dernier, par exemple, on ne put donner satisfaction à toutes les demandes d'inscription et que, actuellement, chaque faculté de médecine a le désir d'instituer (et pour plusieurs d'entre elles, c'est chose faite) pour son propre compte, une caravane d'études médicales aux stations thermales et climatiques...

Ne sait-on pas que l'*Office National du Tourisme*, à l'instigation du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, vient de voter un chiffre intéressant de subventions pour favoriser tous ces voyages ?

Le Musée Landouzy est destiné à donner à chacun tous renseignements scientifiques et pratiques sur nos stations de cure. Bibliothèque particulière que l'on souhaite voir se peupler de lecteurs assidus, cartons de magnifiques gravu-

res et estampes évocatrices de temps qui ne sont plus, et qui furent exposées durant tout le Congrès international de Monaco (le Musée doit de posséder cette collection unique à la libéralité de M. Blanc), clichés pour projections sont à la disposition de tous. Il ne faut pas que toutes ces ressources dorment, admirablement classées, mais servent à tous ceux qui ont compris que l'action et l'initiative individuelles sont encore les meilleurs moyens de lutter contre l'indifférence.

M. Déjerine, le Dr Jacquinet, de Reims ; le prof. Charles Richet, M. Strauss parlèrent de l'ami, du médecin, de l'artiste, de l'animateur que fut le grand doyen Landouzy. L'inauguration se termina par une visite des salles du nouveau Musée dont M. le professeur Carnot fit les honneurs.

Souhaitons beaucoup de visiteurs au Musée Landouzy pour le plus grand renom de nos stations hydrominérales et climatiques.

Raymond MOLINÉRY.

JURISPRUDENCE

Les propharmaciens sont assujettis à la vérification des poids et mesures

L'assujettissement des médecins propharmaciens à la vérification des poids et mesures était demeuré jusqu'à ce jour assez controversé. Le ministre du commerce, en réponse à une question faite par M. Delmas, député, et publiée au *Journal officiel* du 22 avril 1922 (*Concours médical*, 14 mai 1922, page 1614), avait même conclu au non assujettissement, ajoutant toutefois qu'il serait désirable que le propharmacien fît procéder, de temps à autre, à titre officieux, au contrôle de ses instruments par le vérificateur des poids et mesures et qu'il résultait de l'enquête que les médecins du même département que celui qui était en cause dans la question et l'avait vraisemblablement fait poser, vendant des médicaments, se soumettaient sans difficulté à la vérification.

Et telle est, en effet, la vérité.

A la suite de la publication de la question et de la réponse précitées, nous avions conclu, comme nous le faisons également dans l' « Agenda-Memento », que cet assujettissement était tout au moins possible, en vertu de l'article 6 du décret du 26 février 1873, aux termes duquel les commerces, industries et professions analogues à ceux qui sont énumérés au tableau A, joint audit décret et qui n'y ont pas été compris, peuvent être soumis à la vérification par arrêtés spéciaux des préfets, sauf approbation du ministre de l'agriculture et du commerce.

L'arrêt de cassation qui est relaté dans la *Nouvelle Revue synthétique des solutions pratiques extraites des arrêts, jugements et dé-*

cisions *judiciaires* » tranche souverainement la question dans le sens de l'assujettissement.

J. D.

1051. — POIDS ET MESURES. — **Médecin vendant des médicaments.**

Le médecin établi dans une commune où il n'existe pas de pharmacien ayant officine ouverte et vendant des médicaments en conformité des dispositions de l'article 27 de la loi du 21 Germinal An XI, est assujetti à la vérification des poids et mesures. Il importe peu qu'il ne soit pas autorisé à tenir officine ouverte, dès lors que les opérations auxquelles il se livre exigent nécessairement l'emploi de poids et de mesures dont l'exactitude doit être constatée pour assurer la fidélité du débit. Il est également indifférent qu'il ne soit pas inscrit sur le rôle des patentes au titre de pharmacien, aucune loi ne faisant dépendre de l'accomplissement de cette formalité l'assujettissement à la vérification des poids et mesures (Cass. Civ., 17 fév. 1923 ; *Gaz. trib.*, 11 mars 1923.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions des parlementaires et réponses des ministres

Enquête du juge de paix à la suite d'un accident du travail

17051. — M. REILLE-SOULT, DUC DE DALMATIE, député, demande à M. le Ministre de la Justice : 1° si, en matière d'enquêtes à la suite d'accident du travail, le juge de paix peut surseoir à la continuation de l'enquête, jusqu'à ce que la victime puisse se transporter en son cabinet ou en son prétoire, ou bien s'il doit, ainsi que l'indique l'article 13 de la loi du 9 avril 1898, se transporter auprès de la victime, incapable de se déplacer, pour procéder à son audition, de façon à pouvoir clore l'enquête aussi rapidement que possible et au plus tard, dans les dix jours à partir de l'accident ; 2° dans ce dernier cas, s'il ne conviendrait pas de donner des instructions aux magistrats cantonaux dont certains ont pris l'habitude de surseoir à l'enquête ordonnée jusqu'à ce que la victime de l'accident puisse venir à leur cabinet. (*Question du* 6 *mars* 1923.)

Réponse. — Des instructions du ministère de la justice du 10 juin 1899 ont rappelé que les ju-

ges de paix sont tenus de se rendre auprès des victimes d'accidents du travail incapables de se déplacer, afin que l'enquête qui leur incombe puisse être terminée dans les dix jours de la date de l'accident. Si l'honorable député vise des cas particuliers, il est prié de bien vouloir les faire connaître à la chancellerie, afin qu'elle puisse procéder à une enquête.

(*J. O.*, 29 avril 1923.)

Les abattements dans les diverses cédules de l'impôt sur le revenu.

16915. — M. Paul Bénazet, député, demande à M. le Ministre des Finances de préciser la question des abattements prévus dans les différentes cédules de l'impôt sur le revenu, ajoutant qu'il semble bien que des déclarations faites lors de la discussion de la loi (Sénat, 31 juillet 1917), permettent de considérer que les contribuables peuvent cumuler les abattements, non seulement dans les différentes cédules, mais encore dans la même cédule, comme c'est le cas, pour celle des salaires et pensions. (*Question du* 26 *février* 1923).

Réponse. — Lorsqu'un contribuable dispose de revenus provenant de sources différentes, ces revenus doivent être soumis séparément aux impôts cédulaires susceptibles de les atteindre spécialement, l'intéressé pouvant, dans ce cas, bénéficier simultanément des abattements prévus pour le calcul de chacun de ces impôts. Mais, si les opérations auxquelles il se livre caractérisent, dans leur ensemble, l'exercice d'une profession unique, ou si, en dehors de sa profession principale, il effectue des opérations qui, par leur nature et leur importance, ne sont que l'accessoire de sa profession principale, le redevable en cause doit être assujetti, pour l'ensemble de ses revenus professionnels, à un seul impôt cédulaire, qui est celui qui correspond à sa profession unique ou principale, sous déduction des seuls abattements prévus pour le calcul dudit impôt.

(*J. O.*, 7 avril 192).

Taux de la taxe additionnelle à la taxe de séjour dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme.

Arrêté du Ministre des travaux publics du 3 *avril* 1923.

Art. 1er. — La taxe additionnelle à percevoir, en sus de la taxe de séjour, dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme, en exécution des articles 18 et 19 de la loi du 24 septembre 1919, est fixée, pour l'année 1923, aux taux ci-après :

10 p. 100 dans les stations suivantes, où le produit net de la taxe principale n'a pas dépassé 20.000 fr. pendant l'année 1922 :

Bains-les-Bains (Vosges).
Bayonne (Basses-Pyrénées).
Betpouey-Barèges (Hautes-Pyrénées).
Binic (Côtes-du-Nord).
Bormes (Var).
Bréhat (Côtes-du-Nord).
Briançon (Hautes-Alpes).
Bussang (Vosges).
Capvern (Hautes-Pyrénées).
Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes).
Carcassonne (Aude).
Chaudesaigues (Cantal).
Durtol (Puy-de-Dôme).
Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées).
Etables (Côtes-du-Nord).
Gréoux (Basses-Alpes).
Lacaume (Tarn).
Le Lavandou (Var).
La Roche-Posay (Vienne).
Marly-le-Roi (Seine-et-Oise).
Martigny (Vosges).
Mas-d'Azil (Ariège).
Menthon (Haute-Savoie).
Mont-Louis (Pyrénées-Orientales).
Pralognan (Savoie).
Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).
Saint-Jean-Cap-Ferrat (Alpes-Maritimes).
Thonon (Haute-Savoie.
Trébeurden (Côtes-du-Nord).
Vals (Ardèche).
Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

15 p. 100 dans les stations suivantes où le produit net, supérieur à 20.000 fr., n'a pas dépassé 50.000 fr. pendant l'année 1922, ou dans lesquelles la taxe n'a pas encore été perçue pendant une année entière :

Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).
Ajaccio (Corse).
Allevard (Isère).
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).
Ax-les-Thermes (Ariège).
Bastia (Corse).
Beaulieu (Alpes-Maritimes).
Beausoleil (Alpes-Maritimes).
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire).
Bourbon-l'Archambault (Allier).
Bourbonne-les-Bains (Haute-Savoie).
Brides-les-Bains (Savoie).
Contrexéville (Vosges).
Etretat (Seine-Inférieure).
Fontainebleau-Avon (Seine-et-Marne).
Gérardmer (Vosges).
Hendaye (Basses-Pyrénées).
Lamalou (Hérault).
La Nouvelle (Aude).
L'Isle-Adam (Seine-et-Oise).
Luxeuil (Haute-Saône).
Néris-les-Bains (Allier).
Odeillo-Via (Pyrénées-Orientales).
Pléneuf (Côtes-du-Nord).

Plombières (Vosges).
Roquebrune-Cap-Martin (Alpes-Maritimes).
Saint-Cast (Côtes-du-Nord).
Saint-Gervais (Haute-Savoie).
Saint-Honoré (Nièvre).
Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine).
Saint-Martin-Vésubie (Alpes-Maritimes).
Sainte-Maxime (Var).
Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).
Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord).
Saint-Servan (Ille-et-Vilaine).
Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes).
Villers-sur-Mer (Calvados).

20 p. 100 dans les stations suivantes, où le produit net a dépassé 50.000 fr. pendant l'année 1922 :

Aix-les-Bains (Savoie).
Annecy (Haute-Savoie).
Arcachon (Gironde).
Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées).
Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).
Bagnoles-Tessé (Orne).
Berck (Pas-de-Calais).
Biarritz (Basses-Pyrénées).
La Bourboule (Puy-de-Dôme).
Cabourg (Calvados).
Cannes (Alpes-Maritimes).
Cauterets (Hautes-Pyrénées).
Chamonix (Haute-Savoie).
Châtelguyon (Puy-de-Dôme).
Dax (Landes).
Deauville (Calvados).
Dinard-Saint-Enogat (Ille-et-Vilaine).
Evian (Haute-Savoie).
Houlgate (Calvados).
Hyères (Var).
Lyon (Rhône).
Malo-les-Bains (Nord).
Menton (Alpes-Maritimes).
Mont-Dore (Puy-de-Dôme).
Nice (Alpes-Maritimes).
Paramé (Ille-et-Vilaine).
Pau (Basses-Pyrénées).
Perros-Guirec (Côtes-du-Nord).
Royat-Chamalières (Puy-de-Dôme).
Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées).
Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).
Saint-Raphaël (Var).
Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).
Le Touquet-Paris-Plage (Pas-de-Calais).
Trouville (Calvados).
Vichy (Allier).
Vittel (Vosges).
Wimereux (Pas-de-Calais).

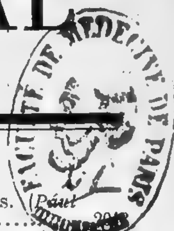
Art. 2. — Le recouvrement aux taux ci-dessus sera effectué en même temps et dans les mêmes formes que celui de la taxe principale et les fonds versés mensuellement dans les conditions et suivant les règles fixées par l'article 83 du décret du 4 mai 1920.

(*J. O.*, 5 avril 1923).

Quarante-cinquième année — N° 21 — 27 Mai 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur GARASSE, à Aulnay-sous-Bois (S.-et-O.), la somme de cinquante francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Bouix.
Ax-les-Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank, Duprat (Enfants). Portes.
Bagnoles-de-l'Orne. Joly, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Baillivet.
Enghien-les-Bains Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. Lepage.
Evian. L. Dalard.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule Christin, Duliège, Guillot, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*). Sailes, Sammuller, de Torrès
Luxeuil-les-Bains: Bornéque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Levadoux.

Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère David.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon, Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Martin-Péridier, Reynes, Rosanoff.
Vittel. Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 267. — A vend. Roanne (Loire) belle propriété, 1 hectare, compren. : 1° grande villa, tout confort mod. dépendances, jardin, verger, fruitier, tennis ; 2° maison organisée en clinique chirurg. spécialement ophtalm. O.R.L. 12 lits, organisation scientifiq. complète. S'adr. Dr Capony à Roanne.

N° 268. — Sud-Est, ds ville industrielle, excell. poste à céder contre indemn., long bail.

N° 269. — A vend. 5.500 torpedo 10 HP Pilain, revue bon état de marche. S'adr. Dr Flandrois, 90, rue Carnot, Lorient.

N° 270. — A vend. Le Mée, 3 kil. Melun, 3/4 h. Paris, rég. pittor. pêche et ch., maison 8 p. W.C., chauf. centr. Dépend. gde véranda, terr. beau jardin, clos mur envir. 4.000 m. bon rapp. au plus offr. à partir 50.000. Dr Castelbon, Montargis.

N° 271. — 10 HP Torpedo Opel, 1re marq. all. 1920. 6 roues interch. éclair., Magondeaux, 4 pl. état mécan. irrépr. peinture, coussins, pneus neufs, cause achat cond. intér. Prix 9.000. Laborat. Drouet, rue Carnot, Rueil (S.-et-O.).

N° 272. — Dr célibat. actif, cherche situation méd. région ouest ou banlieue.

N° 273. — A céder neufs: Doyen, Traité de chirurgie, tomes 1, 2, 3, 4 ensemb. 85 fr. Doyen atlas anatomie topog. 279 planches photo 35 fr. contre remb. franco. Dr 74, r. Henri-Martin, Tours.

N° 274. — A céder cabinet radiologie dans importante ville de l'Est.

N° 275. — Poste ancien ds banlieue immédiate, bon rapport. Bicyclette suffit, peu de déplacements, Petit pavillon. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e.

N° 276. — Paris, A vendre lit d'enfant laqué et cuivre en bon état 1 m. 35. Sommier et deux piqués 300 fr.

CORRESPONDANCE

Blessés du travail appelés sous les drapeaux

Le *Concours médical* sait-il ce que vont devenir mes accidentés du travail qui font partie de la classe partant sous les drapeaux, blessés qui sont

bien loin d'être guéris : l'un même a besoin de surveillance étroite (région du nerf cubital à la main intéressée, suite de plaie par verre ayant sectionné l'artère cubitale) et conservera peut-être une incapacité partielle permanente.

J'attends votre réponse et vous remercie d'avance.

Dr L.

Réponse

Les blessés du travail appelés sous les drapeaux qui ne sont atteints que d'une blessure légère non susceptible de les empêcher de se déplacer devront rejoindre le corps qui leur aura été indiqué, sauf, à leur arrivée, à déclarer leur incapacité temporaire de service. Ils seront d'ailleurs visités et soignés, s'il y a lieu.

Quant à ceux que leur état empêcherait de se rendre à la convocation, ils devront faire la déclaration de cette situation à la gendarmerie, en l'accompagnant autant que possible d'un certificat médical. La gendarmerie leur indiquera ce qu'ils devront faire.

Il a été jugé, à un autre point de vue, que le blessé du travail doit toucher l'indemnité journalière pendant une période de service militaire, même s'il reste pendant ce temps à l'infirmerie à cause de sa blessure. Les appelés qui se seront rendus au corps devront donc toucher leur demi-salaire jusqu'à la guérison définitive.

Taxation des bénéfices industriels

Comme abonné du *Concours*, je vous serais très obligé si vous vouliez me donner votre avis sur le cas suivant.

Je suis associé dans une entreprise industrielle et dans la déclaration de mes revenus, que j'adresse tous les ans au fisc avant le 31 mars, j'indique en plus de mes revenus professionnels la part qui me revient d'après les accords de mes bénéfices de l'industrie. L'association dont je fais partie ne présente pas de bilan, mais se contente de déclarer au fisc le chiffre d'affaires de l'année précédente en calculant les bénéfices au 10 p. 100 du chiffre d'affaires (coefficient fixé par le fisc).

Ensuite je retranche du total de mes revenus la part des impôts de cette industrie proportionnellement à la part des bénéfices que je retire (impôts sur le chiffre d'affaires, impôts sur les bénéfices commerciaux, patentes, etc.)

Cette manière de pratiquer avait été acceptée jusqu'à présent par le contrôleur ; or cette année je viens de recevoir de celui-ci une communication qui dit :

« Il n'est pas possible de déduire de vos revenus « l'impôt sur le chiffre d'affaires, etc. etc., puisque « l'association dont vous faites partie a pris pour « base de détermination de ses bénéfices commerciaux l'évaluation forfaitaire d'après le chiffre « d'affaires ».

Le contrôleur a-t-il raison et dois-je accepter sa manière de voir ? Si oui, il s'agit de nouvelles instructions plus sévères qui doivent avoir paru pour l'évaluation des revenus, car en 1919-1920-1921-1922 il n'avait jamais été fait cette objection.

Dr A.

Réponse.

Pour répondre à la question qui nous est posée, nous croyons pouvoir dire que deux modalités sont prévues pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux :

1° *La taxation du bénéfice net réel, tel qu'il ressort de la comptabilité.*

On obtient le bénéfice net en retranchant les frais généraux du bénéfice brut.

Dans les frais généraux doivent alors entrer les impôts payés au cours de l'année précédente, tels que l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, la patente, l'impôt sur le chiffre d'affaires,

2° *La taxation du bénéfice net évalué* par application au chiffre d'affaires d'un coefficient approprié (cas qui nous est soumis).

Puisque ce mode de procéder permet d'obtenir le bénéfice net en multipliant le chiffre d'affaires approximatif par un coefficient, on ne peut déduire encore du produit ainsi obtenu des impôts ou charges qui, s'il y avait une comptabilité, figureraient aux frais généraux. Pour que la déduction soit permise, il faudrait que le coefficient donnât le bénéfice brut et non le bénéfice net.

Vous ne devez retrancher de l'ensemble de vos revenus que les impôts qui vous sont personnels et ceux de votre profession, si vous ne les avez pas déduits des recettes pour obtenir le bénéfice net professionnel.

Le fait que votre manière de procéder pour les années précédentes n'a pas été critiquée prouve simplement qu'elle a échappé au contrôle de l'agent du fisc. Rien n'a été changé à ce sujet depuis la promulgation de la loi qui a institué cet impôt ; une réclamation basée sur l'admission de la déduction pendant les années précédentes ne pourrait que vous faire imposer supplémentairement pendant les dites années.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Base de la patente

Je vous serais obligé de vouloir bien transmettre à votre conseiller juridique la demande de renseignements suivante :

J'ai un loyer de 700 francs par bail, ancien toujours en cours à l'heure actuelle. C'est sur ce chiffre qu'ont été calculées jusqu'à présent ma patente, avant la guerre, les droits basés sur le principal fictif de la patente depuis la guerre. Or je viens de recevoir

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1924)

NOTA. — La souscription sera close irrévocablement le 1er août 1923.

Le soussigné (nom et prénoms) ....
abonné au Concours Médical (1), *médecin à* ....
dépt .... *désire recevoir l'*Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1924 (2).

(3) {
J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 13 fr.
Je verse 13 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95
Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).
Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.

A .... *le* ....

(1). — *Pour les non abonnés le prix de l'*Agenda-Memento *est de* **15 fr.**
(2). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*
(3). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 1er août 1923, à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

l'avertissement pour l'année 1922 (la perception des impôts est en retard dans nos régions). Le calcul est fait maintenant sur une valeur locative de 1000 francs. Y a-t-il là matière à réclamation ?

Sans doute si je devais louer actuellement mon loyer serait plus élevé (sans que j'en connaisse d'ailleurs le chiffre éventuel), mais le contrôleur a-t-il le pouvoir d'évaluer lui-même la valeur locative de l'immeuble que j'habite sur une simple impression, après avoir vu la façade, sans avoir visité, sans avoir demandé le moindre renseignement ? Mon bail n'arrive à expiration qu'en 1924 ; je ne suis donc pas encore en prorogation. Dr V.

Réponse.

L'art. 12 de la loi du 15 juillet 1880 prévoit que le droit proportionnel de patente est établi sur la valeur locative de la maison d'habitation et des locaux servant à l'exercice de la profession, ladite valeur locative étant déterminée au moyen de baux authentiques ; c'est votre cas, et votre imposition doit être établie sur le prix de location prévu à votre bail, à moins que vous n'ayez fait construire des dépendances à votre habitation, par exemple un garage pour automobile, ou que ce dernier séparé de votre habitation ne fasse l'objet d'une location distincte. Si ce n'est pas le cas, vous pouvez adresser, au sous-préfet de l'arrondissement, une réclamation rédigée sur papier timbré et accompagnée de l'avertissement.

A noter que même pendant la durée de la prorogation la patente devrait être basée sur le prix de location prévu au bail.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Les médecins exempts de la taxe de séjour

A Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre).

Le docteur Comoy, de Saint-Honoré, nous annonce que les médecins sont exonérés de la taxe de séjour dans cette station. Ils y recevront le meilleur accueil de la part des hôteliers, de l'établissement thermal et du Casino.

A Ax-les-Thermes.

De même, le Dr Gomma, d'Ax-les-Thermes, nous informe que sa station est de celles qui ont « eu le geste ».

A Luchon.

De même encore, le Dr Casal-Gamelsy, de Luchon, nous signale sa station comme étant dans le même cas.

Dont acte.

Prorogation de bail

Vieil abonné du *Concours Médical*, pourriez-vous, je vous prie, me donner quelques renseignements sur ces malheureuses lois sur les loyers.

Voici mon cas : bail de 9 ans du 1er octobre 1909, s'est terminé le 30 sept. 1916 pendant la guerre. Je n'ai pas renouvelé mon bail et suis resté en location verbale.

Au mois de juin 1921, mon propriétaire me signifia par huissier qu'il me donnait congé. Je répondis en même temps, le jour même, par huissier, que je voulais bénéficier de la prorogation que m'accordait la loi sur les loyers, c'est-à-dire prorogation de 5 ans et 83 jours partant du premier jour du terme qui a suivi la notification. Payant à l'année, le premier jour du terme suivant est le 1er octobre 1921.

Il y a quelques jours mon propriétaire me faisait savoir que mon bail s'étant terminé *pendant la guerre*, ma prorogation devait partir du mois d'octobre 1919.

Qui a raison ?

Dans le *Concours du* 23 juillet 1922, page 2402, je vois un cas identique au mien, avec cette différence que je n'ai pas été mobilisé.

Dr P.

Réponse.

C'est vous qui avez raison. En cas de location verbale, régime sous lequel vous étiez placé, puisque votre bail avait pris fin pendant la guerre, la prorogation commence à courir du premier jour du terme qui a suivi la notification de la volonté du locataire de profiter des dispositions de la loi. Ce n'est que lorsque la prorogation a été faite antérieurement au 24 octobre 1919 que la prorogation commence à courir à cette date.

Prestations pour un cycle-car

Je possède un cycle-car (quadrilette Peugeot 4 HP). Je paye 100 fr. par an. Le fisc me demande 64 fr. de prestations en plus des 100 fr. Est-ce légal ? Et dois-je payer ces 64 fr. de prestations ? Seriez-vous assez aimable de me renseigner là-dessus ?

Dr D.

Réponse

Le cycle-car ne paye, en effet, que le droit de circulation de 100 francs comme impôt d'Etat, taxe sur les automobiles proprement dite. Mais il peut également être soumis à l'impôt des prestations dans les localités où cet impôt existe.

Ayant un cycle-car de 4 chevaux, c'est donc à bon droit que vous êtes imposé de ce chef à l'impôt des prestations. Mais nous ne pouvons vous renseigner sur le bien-fondé du chiffre de l'impôt, ce chiffre variant avec chaque localité.

Rente d'un blessé du travail

Abonné du *Concours Médical*, je vous serais obligé de me renseigner sur ce point.

Un accidenté du travail, mineur, perd un œil

(énucléation). Son salaire journalier, depuis plusieurs années est de 10 fr. + 2 fr. 50 d'indemnité de vie chère. A quelle rente a-t-il droit ?

Dr D.

Réponse.

La perte complète d'un œil donne lieu, d'après le Guide-barème des Pensions militaires, qui peut être appliqué en matière d'accidents du travail, a une diminution de capacité de 30 %, soit à une rente de 15 pour cent du salaire annuel.

Ce salaire est celui qui a été effectivement touché par la victime pendant les 12 mois qui ont précédé l'accident. Il doit être approximativement, puisque le gain journalier total était de 12,50, de 3750 fr.

Le blessé aurait donc droit à une rente de 562.50 environ.

Application du Tarif Breton.

I

La visite de contrôle.

Membre du « Sou », je viens vous soumettre le cas suivant :

J'ai adressé au début de l'année, à la compagnie X., une note d'honoraires ainsi conçue :

9 octobre,		pansement brûlure	10 fr
		certificat	5 »
10	—	pansement brûlure	10 »
11	—	consultation	8 »
12	—	consultation	8 »
14	—	consultation	8 »
16	—	consultation	8 »
18	—	consultation	8 »
20	—	visite à heure fixe	15 »
		(contre-visite du médecin de la Cie)	
			80 fr.

La Compagnie m'offre 77 fr., sous prétexte que la contre-visite ayant eu lieu à mon cabinet doit être tarifée 8 + 8/2 = 12 fr. Ci-inclus la lettre que je reçois à ce sujet.

Il me semble avoir lu dans le *Concours* que le prix de la contre-visite devait être égal à celui de la visite augmenté de 50 %, que cette contre-visite ait lieu au cabinet ou au domicile du blessé. Si je suis dans le vrai, que dois-je faire ? Assurément la Compagnie refusera de me payer, et encore plus le patron que je poursuivrai le cas échéant. Dans ce dernier cas, puis-je compter sur votre appui ? Il me semble qu'il y a là une question de principe utile à trancher une fois pour toutes.

J'ajoute que, depuis que j'ai vu dans le *Concours*, la note relative à cela, j'ai toujours compté 15 fr. et j'ai toujours été payé.

Dr F.

Réponse.

J'ai déjà eu plusieurs fois à répondre à cette question. La tarification indiquée art. 3 § A, parle du « prix de la *visite* » et non de celui de la consultation (au contraire de l'art. 4 qui parle du « prix de la visite ou de la consultation »). Et c'est naturel, attendu qu'il y a toujours lieu à une visite quand il y a une question de contrôle. Autrement, si l'on pourvait supposer qu'il y ait lieu à consultation (donc au cabinet du médecin), ce serait donner le *droit*, au médecin contrôleur, de *pénétrer chez le praticien*, ce qui est inadmissible. Si d'aventure, la visite a lieu dans le cabinet du praticien, c'est par entente amiable entre les 2 confrères, mais en dehors de toute tarification. C'est là une question de principe assez grave à mes yeux, pour être suivie, s'il le fallait, jusqu'au bout par le « Sou », malgré la somme minime qu'elle représente.

Dr F. DECOURT.

II

Suture tendineuse.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je viens solliciter vos lumières au sujet d'une intervention sur un blessé du travail.

Ce matin, j'ai dû procéder à la suture d'un tendon extenseur de l'annulaire droit au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Il m'a fallu pour cela, ouvrir largement la plaie. Puis-je compter dans ce cas :

1° Suture d'un tendon extenseur....... 50 fr.
2° Sutures multiples de la peau........ 20 fr.

Dr D.

Réponse.

La suture d'un tendon, comme toute intervention sanglante, comprend, au point de vue tarification, l'opération tout *entière* avec les sutures de la peau que vous avez dû sectionner pour faire la dite suture.

Dr F. DECOURT.

III

Laparotomie avec sutures n'ayant pas tenu.

Excusez-moi de vous demander conseil pour une évaluation d'acte chirurgical qui vous embarrassera comme moi.

Le 15 avril j'opère un accident du travail, plaie du foie, par timon, laparotomie, suture et tamponnement, fermeture de la paroi aux fils de bronze. Jusque là tout est simple quant au tarif.

Le 21 avril, j'enlève les agrafes de Michel intercalées entre les fils de bronze, et le lendemain, le malade ayant beaucoup toussé, je trouve dans le pansement un mètre d'intestin grêle.

(Voir la suite page XLVII-2065)

PROPOS DU JOUR

Une belle réalisation et un projet grandiose. L'école modèle d'infirmières d'Auteuil et la ville médicale de France.

Grâce à la générosité du Comité américain pour les régions dévastées de France, Paris va être doté d'une Ecole modèle d'Infirmières à laquelle sera annexé un hôpital uniquement destiné à l'éducation des nurses françaises.

Nous avons eu la bonne fortune d'assister à l'élaboration du projet dès sa conception. Miss Evelyn T. Walker qui dirige avec tant de dévouement et une connaissance si approfondie de la tâche qu'il s'est imposé, le Centre des nurses américaines de Soissons, avait bien voulu nous convier aux séances du Comité d'action qui avait été convoqué dans ce but.

Avant de quitter la France, le Comité américain des régions dévastées a le désir d'y laisser une fondation utile et durable. Or, il a constaté qu'il n'existait pas à Paris d'Ecole d'infirmières, pourvue des perfectionnements des Ecoles américaines.

Le projet fut étudié et est aujourd'hui réalisé, puisque le Comité américain a recueilli les sommes importantes indispensables, approuvé les plans qui ont été dressés, et signé les contrats et les actes nécessaires.

La nouvelle Ecole sera réalisée par la transformation de l'Ecole de la rue Amyot, qui a déjà un brillant passé, un capital appréciable, un personnel très au courant de l'enseignement spécial qui doit être donné aux infirmières. Cette Ecole est, en outre, reconnue d'utilité publique, ce qui, au point de vue juridique, lève tous les obstacles.

La nouvelle Ecole s'élèvera à Auteuil, rue Boileau, dans un vaste parc. Annexé à cette Ecole, étroitement uni par contrat avec elle, sera construit en même temps un hôpital modèle de 150 lits qui servira à l'éducation des élèves de l'Ecole. Cet hôpital, dont M. le Dr Oberthur est le fondateur, comprendra *tous* les services nécessaires à l'instruction parfaite des infirmières.

La directrice de l'Ecole de la rue Amyot, Mademoiselle de Joannis, qui, pendant la guerre, s'est brillamment distinguée, et possède toutes les qualités de cœur et d'esprit pour mener à bien la tâche délicate de l'installation de la nouvelle fondation, revient d'un voyage d'études de cinq mois en Amérique. Elle a pu se mettre au courant à Columbia University, de New-York, des méthodes d'enseignement et d'administration américaines et étudier le travail des nurses dans les divers hôpitaux et écoles de New-York, Washington, Baltimore et Boston.

Le but que poursuivent les fondateurs de l'Ecole d'Auteuil, est de créer un établissement modèle qui, à lui seul, ne pourra certes pas répondre à toutes les exigences de l'assistance aux malades de notre pays, mais qui pourra, comme l'Ecole Florence Nightingale de Bordeaux, que dirige notre distingué confrère, Mlle la doctoresse Hamilton, vice-présidente de notre Mutualité Familiale, servir d'exemple à des créations nouvelles du même genre.

Pour être admises dans cette institution, les élèves devront avoir fait de fortes études secondaires, ou tout au moins des études primaires supérieures et il est probable que l'on sera obligé avant peu d'établir un concours d'entrée, car le nombre des élèves y sera fatalement limité.

Nos confrères comprendront tout l'intérêt qu'a, pour le Corps médical, cette création destinée à donner aux médecins de nos hôpitaux, aux œuvres d'hygiène sociale qui prennent actuellement un si grand essor, un état-major d'infirmières, formé, non de petites bourgeoises prétentieuses aussi ignorantes que ridicules, non de bonnes à tout faire mal dégrossies, mais de jeunes filles sérieuses, d'une bonne instruction générale et ayant reçu une éducation spéciale qui leur permettra d'inspirer confiance au Corps médical et de diriger avec autorité et compétence une institution sanitaire.

A notre époque, où les hécatombes de la guerre laissent en France une proportion de trois femmes pour un homme, beaucoup de jeunes filles, répétons-le, sont vouées au célibat. Beaucoup de filles de nos confrères, du fait des perturbations économiques qui ont ruiné la petite bourgeoisie, sont à la recherche d'une situation. L'Ecole d'Auteuil va être pour elles un débouché précieux. Mademoiselle de Joannis nous a affirmé qu'elle recevait à l'Ecole de la rue Amyot, un nombre considérable d'offres d'emplois très intéressants pour ses élèves, emplois dont le chiffre dépasse de beaucoup les personnes instruites qu'elle peut désigner pour les remplir. Cela suffit

à démontrer combien la nouvelle création vient à son heure, la faveur avec laquelle elle sera accueillie de tous et la reconnaissance que nous devons témoigner au Comité américain des régions dévastées, à Miss Evelyn T. Walker et à ses collaboratrices, dont l'intelligente générosité permet la réalisation d'un progrès trop longtemps attendu en France.

***

Nous venions à peine d'apprendre la création de l'Ecole modèle d'infirmières d'Auteuil que l'on nous faisait part d'un projet vraiment grandiose, celui de la *Ville médicale de France*.

Ce projet a été conçu par un ingénieur français, M. Poitau, qui, avec une ténacité, une puissance de travail et une largeur de vues vraiment extraordinaires, est parvenu à dresser le plan de la Ville médicale, a en rédiger le programme dans ses moindres détails, à y adapter tous les perfectionnements qu'il a relevés dans ses nombreux voyages d'études.

M. Poitau sait si éloquemment exposer son projet, répondre avec tant de précision et d'à propos à toutes les objections, qu'il parvient à faire partager à ceux qui l'écoutent la robuste confiance qu'il a dans la création de sa *Ville médicale de France* que l'on serait tenté, au premier abord, de considérer comme une irréalisable chimère.

Il est parvenu à convaincre de nombreuses sommités des mondes de la politique, de la médecine et de la finance, tant en France que dans d'autres pays, et il est convaincu de trouver, dans ces différents milieux les appuis et les concours nécessaires.

Partant des idées que nous avons maintes fois exposées dans le *Concours médical* sur la révolution qui s'accomplit chaque jour dans l'art de guérir et qui, fatalement, est appelée à transformer totalement l'exercice de la médecine, M. Poitau, dans sa *Ville médicale de France*, réalise ce que nous avons déjà décrit sous le nom de Maison médicale, ce que le Dr Rouillès, d'Agen, a déjà institué, ce que le Dr Cruchet a exposé sous le nom de Clinique rurale; mais la conception de M. Poitau est d'une telle ampleur que nous n'aurions guère osé l'envisager autrement qu'en rêve; et cependant, les plans complets et détaillés qu'il montre, l'étude poussée jusqu'au bout des services, la prévision de tout ce qui est nécessaire à leur construction, à leur organisation, l'assurance qu'il a reçue de nombreux concours, nous donnent l'espoir que la réalisation de la Ville médicale de France est sans doute prochaine.

La Ville médicale de France doit être une ville de cure complète qui s'élèvera à proximité de Paris, pouvant bénéficier elle-même de toutes les ressources médico-chirurgicales de la capitale, et mettant à la disposition de cette dernière une organisation parfaite de tout ce qui a été imaginé dans le domaine des sciences médicales, pour le diagnostic et le traitement de toutes les affections connues.

Un Institut de puériculture, avec tous les services annexes désirables, y tiendra une place importante.

La section chirurgicale sera, cela va sans dire, pourvue des derniers perfectionnements. Il est même question d'innover là quelque chose qui n'existe dans aucun pays, un Centre chirurgical crânio-facial, où toutes les applications thérapeutiques pour le traitement des affections de la tête seront mises à la disposition des médecins, des chirurgiens et des malades.

Un Institut physiothérapique absolument complet (aérothérapie, héliothérapie, radiothérapie, radiumthérapie, électrothérapie, hydrothérapie, mécanothérapie, thermothérapie, etc., etc., etc.), formera un des quartiers principaux de la nouvelle cité médico-chirurgicale.

Il va sans dire que les laboratoires biochimiques et biologiques ne seront pas oubliés, qu'ils seront magnifiquement outillés ; qu'à côté des recherches cliniques nécessaires à l'établissement des diagnostics et à l'application des traitements sérothérapiques ou autres, on s'y livrera à des recherches tendant à la découverte de nouveaux agents ou produits thérapeutiques ou à leur amélioration. L'auteur du projet entrevoit ainsi la possibilité de rivaliser avec les plus grandes et les plus complètes institutions pharmacologiques d'Outre-Rhin.

Les malades, qui viendront se faire traiter à la Ville médicale de France, auront, en outre, une maison d'habitation pourvue dans ses moindres détails de tous les progrès réalisés pour le confort et l'hygiène. Un théâtre, dont l'installation matérielle sera sans rivale, des distractions, des parcs, seront à leur disposition.

En un mot, M. Poitau désire concentrer sur un seul point, à côté de Paris, les institutions les plus parfaites dont il a étudié le fonctionnement en Allemagne, en Angleterre, en Amérique.

Est-il besoin de faire ressortir le grand intérêt national qui résulterait de la réalisation de ce projet grandiose ?

La clientèle riche de tous les pays du monde affluerait à la Ville médicale de France, certaine de ne rien trouver d'aussi parfait ailleurs. Les familles des malades les suivraient, profitant de l'occasion pour connaître Paris, visiter les sites si pittoresques et si variés de la France. Un séjour dans nos stations climatiques et thermales serait le complément indispensable de la cure effectuée dans la nouvelle Iatropolis.

On comprend, par ce court exposé, que pareil projet, dont la mise au point est complète, ait enthousiasmé de nombreuses personnalités éminentes, les ait décidées à en poursuivre sa réalisation, et qu'elles aient tenu à le soumettre d'abord à l'examen du gouvernement français, espérant obtenir ses encouragements et son patronage.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE INFANTILE

Rhinites et rhino-pharyngites purulentes de la scarlatine

M. le Professeur Nobécourt, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

La scarlatine, a écrit Trousseau, est une maladie essentiellement angineuse, dans sa période d'invasion et d'éruption. La gorge y est rouge : c'est l'énanthème scarlatineux. D'autres fois, il s'y joint du gonflement et l'on parle alors d'angine scarlatineuse. Les auteurs ont discuté sur les cas à qualifier d'énanthème et sur ceux à qualifier d'angine, mais c'est là une discussion sans grand intérêt. L'une et l'autre manifestations sont scarlatineuses. On peut voir, en outre, apparaître des lésions gutturales d'un autre ordre, des angines avec exsudat, des angines ulcéreuses, ulcéro-membraneuses, membraneuses, quelquefois diphtériques — qui sont des complications, n'appartenant plus en propre à la scarlatine.

Ces manifestations sont bien connues, classiques. Ce qui l'est moins, c'est le retentissement de la scarlatine sur les fosses nasales et le naso-pharynx. On dit couramment que la scarlatine aime le pharynx et n'aime guère les voies respiratoires. Celles-ci cependant sont quelquefois touchées, et dans des cas qui ne sont pas très rares. A la période d'invasion, il n'est pas exceptionnel de rencontrer de la congestion de la pituitaire, du coryza, de l'épistaxis. M. Roger dit avoir constaté du catarrhe oculo-nasal dans un dixième des cas. Plus important est le coryza purulent scarlatineux.

Ce coryza purulent a été signalé il y a longtemps déjà. Jadis, Fothergill l'avait observé au cours d'épidémies de scarlatine, à Londres. Trousseau le cite également. Rilliet et Barthez le mentionnent à leur tour, remarquant qu'il s'agit d'un trouble pas très rare, grave, et d'un pronostic généralement mauvais. Il a surtout été étudié par le professeur Roger, en 1902, et par ses élèves, à l'hôpital d'Aubervilliers. En général, les auteurs le décrivent associé aux angines et insistent moins sur ce fait qu'il peut apparaître en dehors de tout état angineux important.

Eh bien ! il faut savoir qu'il est susceptible de se rencontrer isolé et dominant. Depuis le premier janvier, date à laquelle nous avons pris la direction du pavillon de la scarlatine dans cet hôpital, nous avons vu cinq exemples de coryza purulent. Je me propose de vous en parler et commencerai par deux observations.

La première est celle d'une fillette de deux ans, déjà sujette aux coryzas, dit la mère, qui fit, le 28 janvier, une éruption scarlatineuse généralisée, avec angine rouge, fièvre (40°), et entra le 1er février à l'hôpital dans un état relativement satisfaisant, la température étant tombée et l'éruption presque disparue. Après quelques jours d'apyrexie, la fièvre reparut, à 38° le 9 février, à 39° le 10, à 40° le 11. Elle se maintint ensuite, à 40°, à 39°, 39°5, et l'état devint sérieux. On constata, à ce moment, un coryza intense, en même temps que l'examen de la gorge montrait du muco-pus descendant en abondance derrière le voile du palais, du cavum dans le pharynx buccal. Des fissures apparurent aux narines, et l'on trouva des ganglions enflammés, volumineux, à la région cervicale. La période fébrile prit fin seulement le 23 février. La température ne tarda pas d'ailleurs à remonter, deux jours plus tard, à 38°5, ce qu'expliquait une autre complication, une otite double suppurée. L'otite



évolua de façon régulière et aujourd'hui, 10 mars, la petite malade est en voie d'amélioration. On note, cependant, à la base pulmonaire gauche, quelques frottements, et nous nous demandons si une complication nouvelle ne va pas surgir.

La deuxième observation, qui est superposable à la précédente, concerne une fillette de 2 ans et demi, sujette elle aussi aux coryzas. Le 25 janvier, elle fut prise de fièvre, d'angine, et elle entra à l'hôpital avec 40°, un pouls à 150 et une éruption scarlatineuse généralisée. Rapidement, la fièvre tomba, mais l'apyrexie ne dura que 4 à 5 jours. Le 3 février, la température remonte à 40° et les ganglions cervicaux se tuméfient. De nouveau, la température baisse, pour reprendre à 40°, à 39° et persister. Ce retour de l'hyperthermie coïncide avec un coryza purulent qui s'évacue par les narines et le cavum, et se complique d'otite gauche suppurée. Douze jours plus tard, la fièvre disparaît tout à fait.

Le tableau clinique, chez ces deux malades, a présenté beaucoup d'analogies. Toutes deux ont été atteintes d'un coryza purulent scarlatineux intense, avec otite suppurée, et symptômes généraux accusés.

Le début de ces rhinites purulentes est tantôt précoce, tantôt tardif. Il peut se faire à la période d'invasion, ou survenir ultérieurement vers le dixième jour et au delà. Il s'accompagne de phénomènes généraux et locaux divers. C'est la fièvre qui attire d'abord l'attention. Elle est plus ou moins élevée. Quand le coryza est précoce, cette fièvre se confond avec la fièvre scarlatineuse. La température frappe alors par son intensité. Elle dépasse 40° et atteint même 41°. Une fois l'éruption terminée, la fièvre, au lieu de cesser, continue. Quand il s'agit d'un coryza tardif, après une période d'apyrexie plus ou moins longue, on voit la température remonter, à 39°, 40° et durer un temps variable, affectant une courbe irrégulière, sans type particulier.

Les rhinites en question sont donc essentiellement fébriles. L'état général est touché, le pouls petit, les forces diminuées, le teint pâle, avec un peu de cyanose quelquefois. Comme dans tous les états infectieux, l'appétit est perdu et la diarrhée assez commune. Les urines sont rares, foncées, souvent albumineuses. En somme, symptômes généraux traduisant une infection sévère.

Les symptômes locaux permettent d'établir la cause de cet état. Le signe capital est l'écoulement nasal, liquide, jaunâtre, muco-purulent, à odeur désagréable, tachant l'oreiller, remarquable par son abondance. Il faut savoir que chez les tout jeunes enfants, que l'on laisse couchés sur le dos, l'écoulement tombe dans la gorge. Si l'on n'est pas prévenu, il peut échapper à l'attention du médecin et de l'entourage. Il apparaît aux narines dès que l'on fait asseoir le petit malade. Il peut contenir et contient quelquefois des débris membraneux, rappelant la diphtérie, et il est assez souvent sanguinolent, rarement hémorrhagique.

Une telle sécrétion ne va pas sans entraîner des troubles fonctionnels. La respiration nasale est gênée, bruyante, gargouillante, et l'enfant est amené à respirer par la bouche. La gêne respiratoire détermine de la cyanose, de la polypnée, parfois du tirage. On pense à une complication broncho-pulmonaire. Il peut s'ensuivre un retentissement sur l'appareil circulatoire, sur le rythme cardiaque. Dans mes leçons sur les maladies du cœur chez l'enfant, faites en 1914, j'ai rapporté le cas d'un petit malade de 5 ans qui offrait un pouls paradoxal de Kussmaul, dont la disparition suivit le moment où la respiration nasale fut rétablie. Cette observation confirme la théorie pathogénique selon laquelle le pouls paradoxal de Kussmaul est une conséquence de la gêne respiratoire. Lorsqu'il s'agit d'un nourrisson, l'alimentation est difficile, l'obstruction nasale entravant les tétées.

L'écoulement du coryza purulent irrite les narines et la lèvre supérieure, déterminant de l'érythème, des croûtes, au niveau des ailes du nez, de la lèvre, des joues mêmes. Les ganglions de la région sont tuméfiés.

Lorsqu'on examine le pharynx, on note de la rougeur et l'on aperçoit du muco-pus descendant du cavum, derrière le voile du palais. Il y a quelquefois un peu d'exsudat ou une angine ulcéreuse concomitante.

Cette infection du nez et du rhino-pharynx ne reste pas d'ailleurs localisée et, dans la majorité des cas, elle s'étend, par voie lymphatique ou contiguïté, et l'on assiste aux complications du coryza purulent. Une des propagations les plus précoces est celle qui suit la voie lymphatique pour donner des adénites, souvent volumineuses, avec empâtement du tissu cellulaire voisin. L'adénite n'est pas spéciale à l'infection du rhino-pharynx. Elle se produit également dans l'angine. Ordinairement même, c'est dans la gorge que l'on cherche d'abord son origine. N'y trouvant rien, vous devez penser au rhino-pharynx. Ces adénites sont de longue durée, tenaces, quelquefois suppurées, et pas toujours vers la superficie, pouvant s'ouvrir dans la profondeur, ulcérant les vaisseaux, ce qui, heureusement, est exceptionnel. Chez les nourrissons, les ganglions sous-maxillaires et cervicaux ne sont pas les seuls intéressés ; les ganglions rétro-pharyngiens et latéraux peuvent être touchés, d'où abcès, rétro-pharyngien et latéro-pharyngien, possibles.

Une autre voie de propagation de l'infection est la voie muqueuse. Il est facile de l'imaginer. La lésion nasale est susceptible de gagner le

canal lacrymo-nasal et la conjonctive. Plus souvent, c'est la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne qui sont frappées. L'otite, l'otite suppurée, n'est pas rare dans la scarlatine, en particulier s'il y a rhino-pharyngite purulente. Elle est d'autant plus commune que l'enfant est plus jeune. L'orifice tubaire du nourrisson est, en effet, au ras du voile. Il est dépourvu de bourrelet et la trompe du nouveau-né est grêle.

L'otite moyenne est quelquefois légère, catarrhale ; le plus ordinairement suppurée. Si elle s'accompagne parfois de douleurs vives, dans nombre de circonstances, les phénomènes douloureux ne sont pas très accusés. Il importe de rechercher ces otites d'une façon systématique, pour pouvoir inciser le tympan assez précocement. Traitée convenablement, l'otite scarlatineuse évolue sans complication, dans nombre de cas. Cependant, on peut voir survenir la mastoïdite, et, tout à fait exceptionnellement, la phlébite des sinus et la méningite otitique.

L'infection nasale peut se propager aux sinus. Les sinusites que l'on s'attendrait à rencontrer assez souvent ici, ne sont pas en réalité très communes. Le hasard a fait que parmi les malades du pavillon de la scarlatine qui ont présenté de la rhinite purulente, deux ont offert une complication sinusienne. Le premier, un enfant de 4 ans, est entré à l'hôpital le 2 janvier pour une scarlatine à cours d'abord normal. Un mois plus tard, le 3 février, se produisit une rechute de la maladie, ce qui, vous le savez, n'est pas absolument rare. La température remonta à 39° et, en même temps, apparut un coryza purulent, associé à une amygdalite membraneuse à staphylocoques. Parallèlement, se développa une adénite avec les caractères dont j'ai déjà parlé.

Les choses restaient en l'état, la température oscillant aux environs de 39°, lorsque, le 18 février, survinrent des phénomènes nouveaux : fièvre à 40°, tuméfaction de la paupière droite, œdème et rougeur de la joue à la région sous-orbitaire droite, douleurs à ce niveau, état général grave, donnant l'impression d'une toxi-infection intense. Après avoir éliminé une affection oculaire (un phlegmon de l'orbite), on s'arrêta au diagnostic de sinusite maxillaire. Les applications locales de compresses chaudes amenèrent une atténuation de l'élément inflammatoire, mais la situation alla en s'aggravant et, le 23 février, l'enfant succomba. L'autopsie montra le sinus maxillaire droit et les cellules ethmoïdales remplies de pus, un épanchement purulent dans la plèvre droite, et une caverne tuberculeuse à la base, du côté droit également. Le pus contenait des streptocoques.

L'autre observation a trait à un garçon de huit ans entré dans le service de la scarlatine au septième jour de sa maladie. Le 11 février, apparut un écoulement purulent par les narines avec grosse adénopathie. Le 16 février, la paupière inférieure et la joue droite se tuméfièrent, traduisant une sinusite maxillaire, bientôt suivie de congestion pleuro-pulmonaire et d'épanchement pleural puriforme. L'enfant guérit.

L'infection du nez et du cavum se propage ainsi, plus ou moins fréquemment, aux organes voisins, et aux voies respiratoires inférieures. Ces complications « respiratoires » de la scarlatine ne sont pas exceptionnelles, contrairement à l'opinion classique. M. Hutinel les a bien décrites en 1914. Il a signalé les laryngites, les laryngites ulcéreuses (tableau du faux croup), plus souvent encore les bronchites et les bronchopneumonies. Ces manifestations, qu'on ne rencontre guère dans la scarlatine ordinaire, sont communes quand existe une rhinite purulente scarlatineuse. Elles évoluent d'une façon assez latente, l'auscultation — difficile d'ailleurs — ne donnant pas grand signe, quelquefois un souffle. On peut trouver de la dyspnée et l'on conçoit que l'apparition de telles complications rende le pronostic notablement plus sérieux.

Le coryza purulent de la scarlatine n'a pas toujours la gravité que je viens d'exposer. On peut voir, au bout de 8, 10, 15 jours, la fièvre diminuer et la guérison survenir. L'otite, qui est la propagation la plus fréquente de ce coryza, n'est pas fatalement menaçante. Il y a une forme moyenne — je ne dis pas légère — de la rhinite, souvent curable, et des formes graves, fréquemment mortelles. Cette gravité du coryza purulent scarlatineux avait déjà frappé les pédiatres, jadis. Rilliet et Barthez y insistaient. Quelques statistiques modernes ont donné des précisions à ce sujet. Sur 2213 scarlatineux soignés à l'hôpital d'Aubervilliers, M. Roger a noté 64 morts, dont 13 par coryza purulent. Vingt pour cent des décès relèvent, ici, du coryza purulent. M. Gouget, à l'hôpital Claude-Bernard, a trouvé 18 cas de rhinite purulente scarlatineuse, avec 9 décès. M. Hutinel a montré également que le coryza purulent faisait partie intégrante du tableau de la scarlatine maligne. Nous-même, ces derniers mois, nous avons observé cinq coryzas purulents, terminés deux fois par la mort.

Il s'agit donc toujours d'une complication sérieuse. L'importance varie avec l'âge. Plus l'enfant est jeune, plus le pronostic est sévère.

Le diagnostic est ordinairement facile. Il suffit de regarder et de constater l'écoulement nasal. Quand le coryza est précoce, des erreurs sont possibles. M. Roger cite le cas d'un adulte, de 23 ans, entré à l'hôpital avec un jetage purulent (contenant des streptocoques), une température élevée, de la splénomégalie, et un exanthème scarlatiniforme. On pensa à la morve. Le malade ayant succombé au bout de 48 heures,

l'autopsie révéla une suppuration des sinus frontaux et une méningite purulente.

Autre exemple, où la maladie fut primitivement méconnue : un enfant, reçu à l'hôpital avec un coryza purulent à streptocoques et une éruption dite scarlatiniforme, est considéré comme atteint de rhinite avec érythème. Deux jours après, la mère est en pleine éruption scarlatineuse.

Dans certains cas, lorsqu'il y a coryza membraneux, on pense à la diphtérie.

Le coryza purulent de la scarlatine est surtout l'apanage de l'enfance, de la première enfance. Rien d'étonnant à cela, quand on se représente l'importance, à cet âge, du tissu adénoïde, des végétations adénoïdes, dont le rôle est grand en l'espèce.

Ce qui intervient surtout alors, pathogéniquement, ce sont les infections secondaires. Rilliet et Barthez ont évoqué le rôle du « génie épidémique », représenté actuellement par la grippe. Au premier rang des agents microbiens en cause, se place le streptocoque. En ceci, rien d'ailleurs de particulier à la scarlatine. Nous voyons des faits du même ordre dans la rougeole.

Ces notions ont une grande valeur pour la prophylaxie individuelle et collective. Elles montrent l'utilité de la désinfection du nez et du cavum (instillations nasales de sérum additionné de métaux colloïdaux, de protargol ; gargarismes ou lavages de la gorge). Dans les familles, dans les hôpitaux, on isolera les sujets ayant du coryza purulent des autres scarlatineux.

Le traitement de la rhinite purulente déclarée comprend des moyens locaux et généraux. Le protargol, l'eau oxygénée, mélangés à du sérum ou à une solution de bicarbonate de soude à 4 p. 1000, pourront être instillés dans les fosses nasales. Pas de lavages du nez sous pression, peut-être des lavages du cavum avec une sonde uréthrale passée dans une fosse nasale. Le traitement général sera celui de la scarlatine compliquée : bains, enveloppements, huile camphrée, éther, adrénaline.

Leçon faite à l'Hôpital des Enfants-Malades et recueillie par le Dr P. Lacroix.

LA SEPTICO-PYOHÉMIE

Par le docteur Ricolfi,
Chirurgien des hôpitaux de Nice.

Evoquer, à l'heure actuelle, les spectres de la fièvre traumatique, de la septicémie, de la pyohémie, pourra paraître, à certains, hors de saison.

Après les remarquables travaux et les communications du professeur Gaudier, de Lille, sur la suture primitive des plaies, de R. Lemaître, sur le même sujet, de Policard, de Lyon, sur l'évolution des plaies de guerre, de Carrel, de Dakin, de Dehelly, de Mencière, de Lumière, et de tant d'autres sur le traitement des plaies infectées et sur la cicatrisation, il semblerait que l'on ne devrait plus avoir à s'occuper de la fièvre septique traumatique, terreur de nos anciens.

Hélas ! nous avons souvenance, alors que nous étions dans les formations de l'avant ou de l'arrière, de suppurations abondantes, tenaces, résistant énergiquement à tous les traitements : débridements, épluchages, irrigation continue au Dakin, liquide de Mencière, poudre de Vincent ; nous avons souvenance aussi de malheureux blessés, foudroyés par la septicémie, ou emportés après d'affreuses souffrances par la pyohémie !

Et même à l'heure actuelle, malgré les remarquables résultats obtenus dans le traitement des plaies, grâce à l'asepsie, au débridement et à l'épluchage larges, à la chimiothérapie, à la sérovaccinothérapie, à l'héliothérapie, de trop nombreux traumatisés, arrivés à nous trop tard, ou bien auxquels un traitement intempestif, une expectative nuisible, une opposition inintelligente, ont fait perdre le bénéfice d'un nettoyage et d'une stérilisation rapides, nous présentent encore le tableau de la septicémie embolique de Verneuil.

Que le praticien ne l'oublie jamais : toute plaie, si minime soit-elle, est infectée ; elle pourra, par conséquent, donner lieu à des accidents locaux ou généraux, ou légers, ou fort graves.

Il faut donc que les leçons de la guerre ne soient pas perdues pour les blessés de la rue, pour les blessés du travail. Si nous ne voulons pas courir le risque de souffrances inutiles, de mutilations, quand encore elles nous permettront de sauver notre blessé, nous devons utiliser aujourd'hui encore la même action hardie et rapide de débridement large, d'épluchage, la mise à plat de la plaie afin d'éviter les résorptions toxiques, les embolies microbiennes, afin d'en obtenir rapidement la stérilisation.

C'est à cet acte chirurgical que des traumatisés sans nombre, présentant des plaies minimes ou étendues des tissus mous, des membres, atteints de fractures ouvertes, de plaies articulaires, doivent la conservation de leur membre et souvent même de leur vie.

Il faudrait réserver le terme de septicémie aux infections généralisées, dues au passage dans la circulation de toxines élaborées au niveau d'une

plaie, et que Baumgartner a appelées des toxinhémies : telles sont les toxinhémies du tétanos ou de la gangrène gazeuse.

A l'heure actuelle, et dans la plupart des cas d'infection généralisée post-traumatique, la pratique de l'hémoculture permet de découvrir dans le torrent circulatoire des microbes faisant partie par ailleurs de la flore microbienne de la plaie ; il s'agit de bactérinhémie ; le streptocoque est le microbe le plus fréquemment en cause, mais nous pouvons aussi, surtout dans la septico-pyohémie, trouver des staphylocoques, des entérocoques, etc.

Dans la pratique, nous assistons :

1° A des septicémies franches, dans lesquelles les phénomènes généraux prédominent et persistent même souvent, si un traitement local énergique supprime le foyer d'infection ; l'organisme est sidéré et le blessé est rapidement emporté ;

2° A des bactérinhémies, la circulation charriant en même temps des microbes et des toxines : ou le blessé est emporté, ou il reprend le dessus ; dans ce dernier cas, ou il est guéri complètement, ou il reste dans un état de microbisme latent qui se traduira à plus ou moins longue échéance par la formation de foyers purulents métastatiques à sièges variés ;

3° A l'évolution parallèle et d'emblée d'une septicémie grave avec bactérinhémie et pyohémie, que nous désignons sous le nom de septico-pyohémie.

Nous n'entraînerons pas les praticiens, et nous ne nous perdrons pas dans toutes les querelles qui ont divisé nos prédécesseurs dans l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de la septicémie et de la pyohémie.

Retenons seulement les faits suivants : dans toute plaie infectée, la virulence microbienne peut être, petit à petit ou brutalement, exagérée ; des toxines sont produites et résorbées, elles amoindrissent la résistance de l'organisme créant un état typhique dangereux.

Les microbes passent à leur tour dans la circulation, provoquant des réactions humorales dangereuses ; des parcelles de pus chargées de micro-organismes pénètrent dans un vaisseau et sont arrêtées par une artériole ; les micro-organismes pullulent et colonisent au point d'arrêt, et c'est à ce niveau que va apparaître un foyer purulent qui peut aussi avoir pour origine une phlébite avec formation d'un thrombus suivi d'embolie microbienne.

Ces abcès métastatiques affectionnent plus particulièrement les poumons, mais on peut encore les observer dans le foie, la rate, les reins, les tissus cellulaires sous-cutanés, le périoste, les séreuses, etc.

La septicémie débute deux ou trois jours après l'infection de la plaie, tandis que la pyohémie n'apparaît qu'une à deux semaines après cette infection.

Le diagnostic est assez facile à faire, car la septicémie franche a une température presque en plateau, sans grandes rémissions matutinales ; elle évolue avec des phénomènes ataxo-adynamique dans l'espace d'une semaine, ou vers la guérison, ou vers la mort ; tandis que la pyohémie a une évolution plus lente, une température irrégulière avec grands frissons vespéraux, grandes oscillations, apparition de foyers pulmonaires et d'abcès à distance.

Dans la septico-pyohémie, tous les phénomènes et tous les symptômes ci-dessus s'imbriquent ; la fièvre s'allume irrégulière, en même temps que la plaie devient atone et sanieuse, et même, si l'acte chirurgical supprime le foyer traumatisé infecté, il est trop tard : microbes et toxines ont envahi l'organisme, la courbe de température devient irrégulière avec des ascensions brusques, des plateaux, des chutes brusques, de grandes oscillations : l'hémoculture, l'apparition de collections purulentes et de symptômes pulmonaires, de décharges bactériuriques, donneront la signature de la pyohémie et expliqueront ces frissons erratiques, ces sautes brusques de température, observés au cours d'un état septicémique simulant une éberthémie.

L'observation typique que nous allons relater, permettra, mieux que toute autre description, de suivre pas à pas la symptomatologie et l'évolution de la septico-pyohémie :

Le 29 mars 1921, le chauffeur d'automobile B. J., 35 ans, gaillard et vigoureux, a la main gauche prise et déchiquetée par le volant d'embrayage de sa voiture ; il est aussitôt transporté à l'hôpital St-Roch où le chirurgien de garde constate un éclatement des tissus mous de la main gauche avec fracture des métacarpiens, ouverture de l'articulation radio-carpienne, et suffusions sanguines dans les espaces cellulaires de l'avant-bras, dues aux tiraillements éprouvés par les tissus ; il tente, après nettoyage, un traitement conservateur ; dès le lendemain, la fièvre s'allume et se maintient pendant deux jours à 37°8, 38°4 ; l'état local est satisfaisant ; du 1er au 4 avril, date à laquelle nous prenons le patient en main, la température monte graduellement à 40° ; la main est œdématiée, les tissus ont pris une mauvaise allure, la plaie est grisâtre et la pression de l'avant-bras et de la main fait sourdre du liquide sanieux par les drains qui ont été placés dans la plaie ; en même temps, l'état général s'altère, le blessé est prostré, les yeux brillants, la langue sèche. Nous faisons sauter les points de suture et débridons la plaie, et soumettons le membre à la balnéation chaude continue, alternativement au liquide de Dakin et à l'eau permanganatée.

Nous faisons en même temps, ce jour-là, 10 cc. de



sérum polyvalent de Mérieux, 5 cc. d'électrargol sous-cutané.

Le 5 avril, nous injectons une ampoule de propidon (bouillon de Delbet). Ce traitement paraît amener une amélioration, puisque la température descend graduellement du 4 au 7 de 40° à 38°2 ; nous refaisons ce jour-là une deuxième injection de propidon.

Le 8 avril, le blessé est très agité, subdélirant, du pus s'écoule de ses plaies, de l'articulation radio-carpienne et, dans la matinée, sous anesthésie générale à l'éther, nous pratiquons rapidement la section plane de l'avant-bras gauche à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, en tissu apparemment sain ; nous débridons par deux incisions latérales et nous pansons à plat.

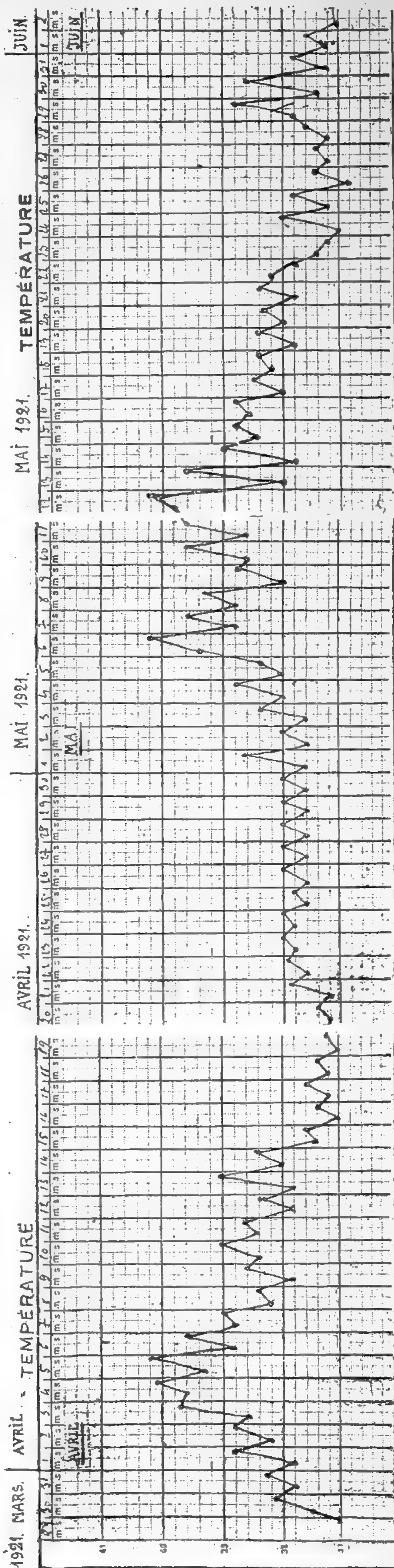
Le lendemain, le blessé est très agité, il a des soubresauts musculaires ; nous injectons la troisième ampoule de propidon et 10 cc. de sérum antitétanique (10 cc. ont déjà été injectés le jour de l'accident).

Du 9 au 12 avril, le malade est, tantôt prostré, tantôt agité, la langue sèche, les pommettes rouges, les yeux brillants et paraît perdu dans les nuages ; du côté de l'amputation, il y a formation de sérosité abondante et on fait sur le moignon des vaporisations au dakin ; en outre, dès le 9, le blessé se plaint de sa cuisse droite ; il se forme rapidement de l'empâtement profond sur la face externe, au tiers moyen ; on sent une fluctuation profonde et, le 14 avril, sous anesthésie locale, j'évacue à ce niveau une collection purulente profonde à point de départ périosté ; à la suite de cette petite intervention, la température qui avait oscillé très irrégulièrement entre 37°8 et 39°1, tombe à 37°, 37°5, et se maintient à ce niveau jusqu'au 21 avril.

Du 21 avril au 4 mai nous avons une température, presque en plateau à 38° avec un état général à allure éberthienne ; prostration ou délire calme, langue rôtie, fuliginosités, peau sèche, urines rares et formant dépôt. L'hémoculture nous permet de déceler dans la circulation du staphylocoque en abondance ; l'analyse des urines donne une réaction alcaline avec 3.61 % de chlorures et 10.80 % d'urée, des traces d'albumine vraie, des phosphates ammoniaco-magnésiens abondants, des leucocytes, des cellules pavimenteuses nombreuses et quelques traces très légères de muco-pus.

Nous instituons un traitement général, potion tonique, huile camphrée, etc.

Le 4 mai, le malade est plus agité que d'habitude ; il veut se lever dans le délire ; sa respiration est rapide, superficielle, et à l'auscultation, la base droite est congestionnée, mate, avec des bouffées de râles sous-crépitants qui font place le lendemain à un souffle : expectoration sanguinolente ; le cœur paraît souffrir et la température est le soir à 40°2 (le 6 mai). Du 6 au 9 mai, la température descend en lysis, pour se rallumer brutalement ce jour-là ; l'auscultation permet de dépister un nouveau foyer



pulmonaire vers l'espace interlobaire gauche. Le 12 mai, nouveau frisson solennel avec dyspnée intense, agitation, délire et formation d'un troisième foyer dans le lobe moyen droit. Expectoration purulo-sanguinolente abondante (pneumo-staphylo-entérocoques) et une nouvelle hémoculture pratiquée le 12 mai a montré la présence constante du staphylocoque dans la circulation. Nous avons traité cet état de pyohémie à localisation pulmonaire par le large enveloppement alcoolisé frais du thorax, par des potions toniques ; du 4 au 12 mai, par des injections journalières d'électrargol et d'huile camphrée, et du 11 au 15, nous avons ajouté une injection journalière intra-veineuse de 1 gr. d'uroformine et 1 cc. de vaccin cépède S. P. E. S. en injection sous-cutanée.

Pendant cette période, nous avons cru que nous n'arriverions pas à tirer notre opéré d'affaire ; mais, grâce à ce traitement énergique, la courbe de température quittait sa marche à oscillations ascendantes le 15 mai et notre attention se portait ailleurs.

Notre patient, qui revenait à la conscience, se plaignait de douleurs lombaires ; nous assistions en même temps à l'émission d'urines abondantes et troubles, à réaction alcaline et contenant du pus ; l'analyse bactériologique révéla la présence de très nombreux urocoques, de nombreux diplocoques prenant le Gram, et de bacilles prenant et ne prenant pas le Gram. Les douleurs rénales accompagnées de bactériurie et urines purulentes ont persisté avec une température en plateau vers 38°, 38°5 du 15 mai au 23 mai.

Pendant cette période, l'état général a été meilleur ; la plaie opératoire du bras se cicatrisait lentement avec persistance d'un suintement ; nous avons traité cette poyhémie à siège rénal par les injections intra-veineuses d'uroformine, sans oublier le traitement général.

Le 23 mai, purgation, et comme le malade est excessivement amaigri et asthénié, nous reprenons dès le lendemain l'alimentation.

Une hémoculture pratiquée le 22 mai donne encore des staphylocoques ; nous proposons au blessé une série d'auto-vaccin, mais il s'y refuse.

Tout n'était pas fini, car si l'état général était meilleur, si les urines étaient redevenues normales, nous avions, le 27 mai, une vive douleur dans la région testiculaire droite, accompagnée d'œdème, d'empâtement, de rougeur, et la palpation le lendemain permettait de sentir un épididyme volumineux coiffant le testicule gauche. Cette épididymite céda à une nouvelle série d'injections intraveineuses d'uroformine et au traitement classique des épidydymites.

Le 2 juin, la température revenait à la normale et le blessé quittait notre service le 5 juin 1921. Il persistait un suintement au niveau de la plaie opératoire et l'exploration au stylet permettait de se rendre compte qu'il s'était produit de l'ostéite des tronçons du cubitus et du radius.

Le 7 juillet, je pratiquai à la clinique Ste-Marguerite la désarticulation du coude ; les suites de cette intervention furent normales et sans incidents et le blessé peut être considéré comme apparemment guéri le 7 septembre 1921.

Le malade avait repris, était dans un bon état général, mais nous pensions bien que nous pourrions encore avoir affaire avec ses staphylocoques.

En effet, le 12 septembre 1921, je devais inciser un abcès périosté de la face antéro-interne, tiers moyen, du tibia gauche ; à la suite de cette lésion, il persista pendant quelque temps de la fatigue à la marche, de l'œdème, des douleurs osseuses nocturnes et un léger épaississement du périoste.

Le 5 juillet 1922, je dus inciser à ce même niveau une autre petite collection purulente, d'ailleurs vite tarie, et une radiographie permit de constater qu'il n'y avait pas de lésion osseuse.

A l'heure actuelle, B. a repris son embonpoint, mène une vie très active malgré la perte de son avant-bras gauche et souffre seulement de temps à autre de son tibia gauche.

Cette observation, que nous avons tenu à relever tout au long, nous évite de la sorte de revenir sur la gravité de la septico-pyohémie et sur son allure générale, sur ses diverses localisations, sur la marche de la courbe thermique, sur le traitement.

Des lésions locales excessivement graves évoluent parallèlement à un état général des plus inquiétants ; les deux, mettant à chaque instant, la vie du patient en danger.

Malgré la suppression du foyer de suppuration, la septico-pyohémie a continué à évoluer pour son compte ; et malgré nos efforts, nous n'avons pas pu enrayer d'une façon radicale la marche du mal.

Nous avons soutenu le malade dans ses réactions humorales ; c'est en réalité, en sincérité, et en nous dégageant de toute école, tout ce que nous pouvons dire.

Nous avons assisté à la lutte de l'organisme contre les microbes et leurs toxines ; la bataille fut dure, et nous avons eu la sensation pendant quelque temps que, malgré notre aide vigoureuse, nous étions dominés.

Puis, nous avons assisté à la victoire d'un organisme vigoureux et sans nul doute lui-même puissamment outillé pour la défense à laquelle nous avons apporté, nous, tous les matériaux que la thérapeutique actuelle met à notre disposition.

Retenons de cette étude, que dans toute plaie, il faut intervenir largement et rapidement ; on court un bien trop grand risque à vouloir attendre un beau résultat de l'expectation.

Débridez toute plaie, même minime ; si elle n'est pas infectée, elle se cicatrisera rapidement ; si elle l'est peu, elle se nettoyera bien vite.

Si la plaie est anfractueuse, enlevez tout ce qui paraît frappé à mort ; ne laissez pas se former de chambre d'attrition ; surtout, pas de suture avec des drains ; laissez largement ouvert ; pansez à plat ; le pansement sec, l'éther, le Dakin, le sérum de cheval, pourront donner de beaux résultats pour la stérilisation. Selon le cas, laissez la cicatrisation se faire seule ou pratiquez une suture secondaire après examen bactériologique.

S'il y a écrasement, arrachement des tissus, ouverture d'articulation ou de foyers de fracture, sachez vous décider rapidement. Il faut parfois avoir le beau geste et couper dans le vif : mieux vaut un bon moignon d'amputation en bonne place avec un bon appareil orthopédique que de risquer d'avoir un membre atrophié, sclérosé, ankylosé, rétracté, source de fistules et de dégénérescence amyloïde du rein et du foie par intoxication chronique, ou avec la crainte d'une issue fatale, ou que d'assister à l'évolution d'une septico-pyohémie dont nous espérons ne pas avoir en vain fait surgir le spectre devant vous.

CAUSERIES CHIRURGICALES (1)

De quelques anticipations en chirurgie et de quelques suggestions,

Par Dartigues.

L'avenir de la chirurgie, en particulier, sous le rapport de l'instrumentation et de l'outillage, n'est pas que lié, comme je le crois fermement, au développement de la mécanique et à l'application des sciences mécaniques dans les branches de l'activité industrielle ; il est lié vraisemblablement aussi aux progrès et aux applications des sciences physiques et chimiques. Tout se tient scientifiquement, aussi, tout ce qui apparaît dans un ordre donné de connaissances parfois très éloignées et très disparates, peut avoir des répercussions inattendues et parfois prodigieuses dans un autre ordre de connaissances. La chirurgie, plus que n'importe quelle autre science, et plus que n'importe quel autre art, est une grande emprunteuse : on ne peut lui reprocher, en vérité, de ne pas rendre en bienfaits sans pareils tout ce dont elle s'empare. Souhaitons-lui, en tout cas, d'être une grande assimilatrice.

Il n'est pas impermis, quand on a liquidé la question des faits précis hors lesquels il n'y a point de science ni de vérité, et quand on aborde les idées générales qui sont après tout, et souvent des émanations de synthèse de faits particuliers et qui peuvent préparer la recherche en jetant quelques lueurs devant les pas qui s'avancent vers l'obscurité de l'incertitude et de l'inconnu, il n'est pas défendu, je pense, de se livrer à l'espérance de certaines anticipations. Autant que la mécanique, la physique fera quelques apports par les propriétés de la lumière, de la chaleur, du son, de l'électricité ; bien des choses de la chirurgie peuvent être bouleversées, en tout cas orientées dans des directions insoupçonnées. Par la lumière des phares, miroirs et scialitiques, la chirurgie devient une chose, si je peux dire, sans ironie, bien mieux et plus utilement éclairée : l'éclairage artificiel tend à affirmer sa progressive supériorité au point qu'il entraîne comme conséquence la conception de nouvelles salles d'opérations bien plus simples et bien moins dispendieuses comme construction que les salles d'aujourd'hui à éclairage solaire parfois aléatoire et insuffisant, et comment ne peut-on pas penser que nous allons, de ce pas, vers l'opération où l'organisme lui-même sera éclairé à diaphanéité, et où la région anatomique apparaîtra à l'opérateur, dans l'ambiance obscure, avec toute la transparence et la richesse de ses couleurs profondes et graduées ? Par la chaleur, depuis un certain temps déjà, on a fait bénéficier la chirurgie de son action, ne serait-ce que par les tables opératoires chauffantes qui remédient à la déperdition calorique faite par le patient dans les anesthésies générales, et comment ne pas penser que par la variation des températures obtenues instantanément par des dispositifs spéciaux, l'opérateur réalisera à son gré des hyperhémies ou des hypohémies, ou même des anémies passagères et localisées au sein des organes dans lesquels il interviendra ? Par les propriétés du son amplifié, le chirurgien n'obtiendra-t-il pas des renseignements de la plus grande utilité et de la plus grande précision : on a vu déjà des résonnateurs pour l'indication du contact profond avec des corps étrangers métalliques, en particulier des projectiles et de même qu'il y a des instruments haut-parleurs, comment ne pas escompter qu'il y aura des haut-résonnateurs pour amplifier, au gré du chirurgien dans le cours de son intervention, les bruits du cœur de l'opéré, et la puissance ou la faiblesse ou la variation de ses battements, comme dans une sorte d'auscultation à distance qui permettra au chirurgien, de consulter à chaque instant l'état cardiaque de son opéré et le niveau de sa résistance ?

Ne mesurons-nous pas déjà, la tension artérielle, à ce propos, au cours de nos opérations ? Et de l'optique, par des grossissements formidables, en cours d'opérations encore, que de surprises ne devons-nous pas atteindre et que de constatations utilisables ? Et de la radiographie, et de l'électricité, que de réalisations n'obtiendrons-nous pas aussi, à commencer par l'anesthésie électrique qui

(1) Voir *Concours Médical*, n° 20, 20 mai 1923.

sortira, sans doute, mise au point, du domaine de l'expérimentation entreprise depuis plusieurs années déjà par le Pr Leduc, de Nantes. Autant que la mécanique et la physique, la chimie fera, elle aussi à la chirurgie des apports inappréciables. Que de substances chimiques sont déjà utilisées en anesthésie générale ou locale pour imprégner ou imbiber des centres nerveux ou des troncs nerveux, et même pour être absorbés par des muqueuses, ainsi par voie rectale ! Chaque jour, on en découvre de nouvelles, et d'un intérêt croissant : par exemple, des anesthésiques locaux qui continuent leur action bien au-delà de l'opération, de telle sorte qu'on peut espérer faire franchir non seulement la période opératoire, mais la période post-opératoire hors de la douleur. J'entrevois très bien, également des possibilités prochaines pour modifier au gré du chirurgien le sang au point de vue de la coagulation ou de l'anticoagulation. La citratation du sang utilisée et vulgarisée par le Pr Jeanbrau dans la transfusion du sang, peut avoir sa contre-partie utile dans l'aptitude à la coagulation produite par d'autres substances et même par des substances similaires. N'avons-nous pas appris tout récemment, à notre grande surprise, que le citrate de soude était paradoxalement coagulant ou anticoagulant suivant le degré des solutions ? J'ai pensé déjà pour ma part à certaines poudres coagulantes pour éteindre des hémorragies en nappes ou pour modifier des hémorragies à caractère hémophilique. Il est permis de penser qu'on pourra, pour faciliter certaines techniques ou rendre des exérèses plus aisées, liquéfier des tissus solides, comme on pourra au contraire, solidifier des liquides ou des tissus mous. Et, à côté de ce rôle déjà esquissé des substances coagulantes ou anticoagulantes, on peut, il me semble, songer à faire jouer en chirurgie opératoire un rôle utilisable aux substances colorantes : ainsi, il n'est pas impossible de croire qu'on pourra injecter, ou faire ingérer, préalablement à l'opération, les corps chimiques colorants, bleu de méthylène ou autres, qui coloreront d'une façon élective certains tissus profonds, à la façon d'une préparation histologique, de manière à conduire le bistouri plus sûrement encore et à délimiter d'une façon plus précise aussi les zones de l'action chirurgicale. Combien d'autres suppositions peut-on faire encore ? Mais je me borne à ces quelques anticipations, ne voulant exprimer que quelques suggestions. Dans la recherche d'une invention ou d'un perfectionnement d'instrument, que votre esprit toujours s'oriente vers le mécanisme le plus simple et celui qui, tout en donnant le maximum de rendement, exige le minimum d'effort et de temps.

Dans l'ordre des idées, il faut s'astreindre à voir ce qui se passe par dessus le mur mitoyen, je veux dire par là qu'on retirera grand bénéfice à passer de l'une à l'autre spécialité et à recueillir des choses qui seront mutuellement d'un transport utile. Certaines spécialités chirurgicales sont plus riches que d'autres en instrumentation et en techniques : il sera bon réussir d'y faire des incursions fructueuses.

Beaucoup de choses de la chirurgie ont été empruntées aux divers métiers manuels, aux métiers primitifs, à ceux des artisans qui offrent l'exemple de pratiques séculaires et par conséquent sont une émanation de l'individualité agissant par les plus simples moyens. Le chirurgien gagnerait à être apprenti successivement chez des menuisiers, serruriers, mécaniciens. Certains stages pratiques où des gens forts intelligents, déjà instruits, s'assimileraient en beaucoup moins de temps que l'ouvrier ordinaire des choses bien plus aisées à comprendre que celles, très difficiles parfois, où ils appliquent leur esprit et où il faut des aptitudes spéciales au-dessus de la moyenne, seraient bien plus utiles que certaines obligations livresques.

On devra chercher aussi des idées nouvelles d'instrumentation dans l'outillage industriel qui est d'une richesse incomparable. Certains ne s'en sont pas fait faute, d'ailleurs, et ont pu passer pour ingénieux à bon marché, car si des choses ont pu paraître nouvelles à des chirurgiens, c'est qu'ils ne connaissaient aucune industrie mécanique, ignoraient les éléments des divers métiers manuels. n'avaient jamais fréquenté ou visité d'ateliers n'avaient jamais regardé travailler, et encore moins travaillé eux-mêmes. J'ai dit, dans un article antérieur, que le vrai chirurgien de l'avenir, en dehors de savant, sera un homme de sport, j'ajoute qu'il devra être un bon ouvrier des instruments et des mécanismes sur matière brute avant de prétendre à être un excellent ouvrier sur la matière vivante si précieuse qu'elle est irréparable si on la gâche.

Le chirurgien devrait être plus qu'ouvrier : ingénieur ; il ne me déplaît pas que le chirurgien se crée à soi-même une partie de son instrumentation, car, établie sur son concept et faite à sa mesure, elle lui facilite sa tâche et suivant sa manière personnelle. Certains esprits ont le sens de la mécanique et peuvent adapter merveilleusement leur pensée et leurs trouvailles instrumentales à leurs connaissances anatomiques, physiologiques et de technique opératoire. Par contre, l'ingénieur pur sans connaissances biologiques ne peut, à lui seul, de son côté, établir des instruments adéquats : il ne peut être que très fructueusement consulté. Aussi, une collaboration très étroite s'impose entre des hommes de connaissances et parfois de mentalité différentes. Qui n'a pas opéré ne se doute pas de ce qu'est en réalité la chirurgie : bien des médecins eux-mêmes, n'en ont pas l'idée vraie.

D'après l'étude générale que j'ai faite de l'instrumentation, il me paraît que ce sera plutôt dans la partie active de l'instrument, appliquée pour ainsi dire au besoin anatomique, que la recherche trouvera du nouveau, et que la nécessité opératoire créera des formes nouvelles, bien plus que dans les mécanismes essentiels qui sont depuis longtemps trouvés

Le cinématographe devra être utilisé plus qu'il



ne l'est, car non seulement il pourra servir à la démonstration d'une technique opératoire ou de l'usage proprement dit de l'instrument, mais il aidera à diriger fort utilement la cinétique de l'opérateur, c'est-à-dire à lui apprendre les mouvements les plus aisés et les plus économiques en même temps pour le maniement d'une forme instrumentale donnée. Et cela m'amène à dire qu'on pourrait songer à un enseignement théorique et pratique de la mécanique chirurgicale.

CE QU'IL FAUT PENSER DE LA NEURASTHÉNIE SYPHILITIQUE

Par le Dr Gilbert PIGNET, de Toulon.

En lisant, cette semaine, dans un journal médical, une étude sur le dernier ouvrage d'un de nos romanciers psychiatres, j'ai relevé cette phrase : « Le héros du roman n'était entaché que par son hérédité nerveuse, l'infection des centres nerveux par le tréponème n'existait pas chez lui ». Comme il s'agit d'un neurasthénique, il est évident que, pour notre confrère, critique littéraire d'occasion, la neurasthénie lorsqu'elle est constatée chez les syphilitiques, est la conséquence de l'infection des centres nerveux par le tréponème.

Je m'empresse d'ajouter que c'est là une opinion courante, même parmi les syphiligraphes et que Fournier, dans son *Traité de la syphilis*, décrivait, sous le nom d'*asthénie secondaire syphilitique*, cet état de dépression générale, avec faiblesse, courbature, céphalée, engourdissement psychique, que nous désignons aujourd'hui sous le nom de neurasthénie. D'après Fournier, cette asthénie des syphilitiques est limitée à la période secondaire et elle frappe surtout la femme. Chez l'homme, et en particulier chez l'adulte, la syphilis n'éveille le plus souvent qu'une réaction minime et légère vers le système nerveux. Au contraire, chez la femme, prédisposée la plupart du temps par un état d'atonie native et de nervosisme héréditaire ou acquis, les manifestations nerveuses sont plus fréquentes : « C'est la vérole jeune, dit-il, qui seule existe et ébranle le système nerveux féminin ». Enfin l'auteur constate, ce qui témoigne encore de sa croyance à l'origine spécifique de la neurasthénie, que cet état asthénique, bien que quelquefois durable, cède assez vite au traitement antisyphilitique.

Depuis Fournier, et depuis Landouzy, qui a déclaré qu'il n'y avait pas de neurasthénie essentielle, il a été admis définitivement que la neurasthénie constatée chez les syphilitiques était due à la syphilis, à l'infection des centres nerveux par le tréponème, comme dit notre confrère critique littéraire.

J'ai déjà eu l'occasion (1) de m'élever contre cette opinion, que je considère comme erronée, bien que générale, et de nouvelles observations me permettent de déclarer, aujourd'hui plus fortement que jamais, qu'à mon avis la neurasthénie du syphilitique n'est pas due à la syphilis elle-même, et que le tréponème n'est pour rien dans cette manifestation nerveuse.

(1) *In* « Diagnostic clinique de la syphilis » 1921, p. 211.

Voici sur quelles raisons, toutes tirées de l'observation, j'ai édifié mon opinion :

1° D'abord le *syphilitique neurasthénique*, à moins qu'il ne soit atteint concomitamment de lésions méningées ou cérébrales, *ne présente pas de signes révélant une atteinte des centres nerveux* : troubles oculaires, troubles des réflexes, modifications du liquide céphalo-rachidien, etc., etc.

2° Ensuite, en principe, *tous les vénériens* (syphilitiques, blennorragiens) *sont neurasthéniques*. Et ils le sont, même quand ils sont médecins, parce qu'ils croient que la vieille goutte militaire ou la syphilis sont des affections incurables, parce qu'ils s'imaginent que les maladies vénériennes, que l'on a stigmatisées si longtemps, sont des affections honteuses, parce qu'ils se figurent que chacun, dans leur entourage, connaît leur tare, et enfin, parce que les maladies vénériennes frappent surtout les organes génitaux (1), si étroitement liés au système nerveux central, et parce qu'elles interrompent en général pour quelque temps la vie génitale des malades.

Ricord n'a-t-il pas dit : « Si jamais je deviens nosologiste, je classerai la blennorragie chronique parmi les maladies mentales » ? Est-ce à dire que les centres nerveux des blennorragiens sont lésés par le gonocoque ? Pouquoi alors, si la neurasthénie blennorragique n'est point le fait du gonocoque, pourquoi vouloir rendre spécifique la neurasthénie syphilitique qui lui ressemble si étrangement ?

3° *Un sujet syphilitique, ignorant la nature de son affection, n'est point neurasthénique*. Prenons un sujet syphilitique, et de préférence une femme syphilitique, en pleine explosion secondaire, avec roséole, plaques muqueuses buccales et génitales, alopécie, anémie, etc., etc., et supposons qu'elle se présente devant le médecin pour la première fois, ignorant la nature de son affection. Elle sera peut-être déprimée physiquement, par suite de son anémie et de son infection généralisée, elle sera sans doute vaguement inquiète au sujet de cette affection qui se manifeste en tant de points à la fois et qui pourrait

(1) Bien que la syphilis ne soit pas à proprement parler une affection des organes génitaux, elle est classée comme telle par le public, parce qu'elle est provoquée le plus souvent par des rapports génitaux. A ce propos, il nous faut signaler encore que d'autres affections génitales, quoique non vénériennes, engendrent la neurasthénie : impuissance, spermatorrée, annexite chronique, etc.

bien être la syphilis ou tout autre maladie vénérienne, matière sur laquelle elle est mal renseignée. Mais la dépression morale, l'asthénie nerveuse, la neurasthénie, ne surviendra qu'une fois le diagnostic formulé. A l'instant même où vous avez prononcé le mot fatal, le choc nerveux se produira, se traduisant par de la pâleur, de l'angoisse, et souvent même par une syncope plus ou moins complète. Votre cliente sortira de votre cabinet affaissée moralement, et quelquefois même avec des idées de suicide. Dès lors, cet état psychique ne fait que s'aggraver : il faudra le traitement qui blanchit, il faudra le temps qu'accompagne l'oubli, pour ramener en cette âme blessée l'espoir et la confiance en la vie.

De plus, quoiqu'en ait dit Fournier, la neurasthénie n'affecte pas la femme davantage que l'homme, la femme étant peut-être plus habituée que l'homme à la souffrance morale. Elle semble frapper indistinctement les individus, et peut-être même davantage le gars solide que la femme chétive.

4° *Un sujet non syphilitique devient neurasthénique, du jour où, bien qu'à tort, le diagnostic de syphilis est formulé à son sujet.* Et cela, qui de nous ne l'a constaté ? En ces temps d'officines louches, sur la porte desquelles on pourrait inscrire : « lasciate ogni speranza voi che' ntrate », puisqu'on n'en sort qu'avec la syphilis et un traitement *ad hoc*, en ces temps de Wassermann à outrance, où chacun n'est tranquille qu'en se faisant Wassermanniser (et Dieu sait souvent par quelles mains !) tous les six mois, il n'est pas rare, il est même fréquent d'avoir à rassurer de pauvres diables, atteints d'une simple gale ou d'un vague prurigo étiquetés spécifiques, et que tous les traitements arsénobenzolés, malgré leur prix élevé, n'ont pu juguler. Qui me démentira si j'affirme que la neurasthénie est aussi fréquente chez ce genre de clients que chez les véritables syphilitiquss ?

5° Enfin, *tout phobique de la syphilis devient, bien que non syphilitique, incurablement neurasthénique*, si l'on ne parvient pas à le convaincre qu'il n'est point avarié. Tous, nous connaissons le client qui veut être syphilitique à tout prix, comme celui qui veut à toute force être atteint de prostatite ou de « goutte militaire », qui court de cabinet en cabinet, d'officine en officine, qui se ruine en séro-réactions et que la neurasthénie n'abandonne que le jour où il se suicide à moins qu'un confrère moins scrupuleux, ou peut-être simplement plus psychologue, ne lui rende l'espoir en le déclarant syphilitique et en le traitant comme tel.

....

Une conclusion s'impose donc : la neurasthénie du syphilitique n'a rien de spécifique et elle se manifeste en dehors de toute lésion des centres nerveux par le tréponème. Plus exact serait, pour la désigner, le terme de neurasthénie vénérienne, puisqu'elle se manifeste comme les asthénies nerveuses qui accompagnent les affections vénériennes, et plus exact encore serait celui de neurasthénie génitale, (bien que, je le répète, la syphilis ne soit pas à proprement parler une affection génitale), puisqu'elle se manifeste comme les asthénies nerveuses qui accompagnent en général les affections génitales.

LE CLIMATISME DU PRATICIEN

Par le Dr Raymond Molinéry.

(*Médaille d'or de l'Académie de Médecine*)

L'Allemand ne désarme pas : il est dans sa norme. Fidèle à de millénaires traditions, ses voisins sont toujours ses ennemis. Ses armes ? Celles du champ de bataille, du laboratoire, de l'économie politique. La méthode ? l'effort persistant, la propagande, L'espionnage est une de ses habiletés... la calomnie en est une autre. Il sait que de mentir, il reste toujours quelque chose. Il salit ce qu'il touche : souvenez-vous de l'étude de Bérillon sur ce sujet.

La semaine dernière, nous recevions tous des lettres circulaires anonymes. Anonymes ? leurs fautes de français en désignaient les auteurs. On discréditait nos stations thermales en discréditant les médecins qui y exercent. On a fait bonne et prompte justice. Démasquer l'adversaire qui se cache est déjà le vaincre... Il ne se tient pas pour battu : il abandonne les lunettes d'or du « Herr Professor », s'affuble d'un faux nez et passe en Suisse. Du haut d'une station d'altitude on nous écrit : « Mon cher Confrère, un de mes pensionnaires (voyez le fil blanc !) me demande de vous donner quelques renseignements sur mon établissement. Vous savez, sans doute, que la tuberculose ne peut guérir qu'en haute altitude, qu'en France, rien, absolument rien n'existe pour soigner les malades atteints du bacille de Koch... ou bien alors ce sont des prix qui font frémir ! Tandis que nous, pour quelques francs français, nous vous donnerons : hôtels, médicaments et médecins, examens de laboratoire. Mais ce n'est pas tout : vos pauvres soldats ont été gazés, (ils ne vont pas jusqu'à ajouter « par nos obus asphyxiants ») envoyez-les nous. Faites pression sur les autorités militaires françaises et nous vous concéderons une réduction »....

Je garantis absolument la véracité de cette lettre communiquée par notre ami le Dr Hervé, des Escaldes. Il faut que chacun sache ce que fait notre ennemi, mais ceci dit, ne craignons pas de faire un retour sur nous-mêmes. Perdons enfin l'habitude de nous jeter la première pierre et de clamer à tout venant « la grande pitié de nos stations climatiques ». Depuis cinquante années, un pas immense a été franchi : nos Alpes, nos Pyrénées, le Plateau Central s'organisent. Nos stations de plaine, elles aussi, ont eu leur pléiade

de travailleurs. Nos climats marins ont eu leurs apôtres. Qui ne connaît les noms d'Anglada, Béchamp, Fleig, dont les travaux ont illustré l'Ecole de Montpellier ? de Garrigou, dont les études sont universellement appréciées ? de Hameau, de Lalesque, de Viault et Jolyet, qui ont jeté tant de lustre sur les Facultés de Toulouse et de Bordeaux ? Je ne parle pas des Alpes, ni de la Côte-d'Azur, ni de la Manche, ni du Nord : tout récemment M. le Dr Comby nous donna, à la Faculté de Médecine de Paris, une conférence sur les climats marins et leurs applications aux enfants.

Les études physiologiques conduites en haute altitude sont entrées dans une voie nouvelle depuis le jour où la Compagnie des Chemins de fer du Midi et la Société des Chemins de fer et Hôtels de Montagne aux Pyrénées décidèrent, en pleine communion d'idées avec le corps médical, de créer les stations inégalées de Font-Romeu et de Luchon Superbagnères. Dans une réunion où les Maîtres les plus éminents de l'Académie, des Facultés, des Hôpitaux avaient bien voulu assister, M. Paul, directeur de la Compagnie du Midi, exposa un plan dont les vues d'ensemble furent immédiatement adoptées par son auditoire.

Rien ne serait négligé pour créer des laboratoires d'examen dans ces deux stations et au lendemain d'un voyage mémorable à Font-Romeu, MM. les professeurs Langlois et Nattan-Larrier reçurent mission de commencer les travaux.

Ceux-ci sont déjà avancés au point que certaines conclusions, qui seront ailleurs développées par leurs auteurs, peuvent déjà en être déduites. Pour établir les indications physiologiques de la cure d'altitude, il faut pratiquer un examen du cœur au moment où la cure va commencer ou, plus exactement, avant même que la cure ne commence, avant l'ascension. Les variations de la tension artérielle seront enregistrées, de même que celle du pouls et du rythme respiratoire. La durée de séjour en haute altitude sera appréciée suivant les réactions physiologiques individuelles et aussi les modalités de l'acclimatement ; modalités qui peuvent varier de 3 à 20 jours. En haute altitude, le travail musculaire (donc les sports) ne doit pas être laissé au libre jugement du curiste. Vous vous souvenez des curieuses constatations relatées par Mouchet, en plaine, au stade de Blois. Une fois en altitude, les réactions à la descente et à l'ascension sont un critérium d'adaptation ou de non adaptation. Système cardio-vasculaire, système respiratoire, système nerveux subissent des modifications extrêmement variables avec les individus, avec l'âge, avec le sexe. Il faut déplorer une héliothérapie fantaisiste à laquelle croient pouvoir se livrer impunément les curistes et dont les résultats pourraient compromettre l'utilisation d'une méthode à laquelle il n'a pas encore été assez demandé.

Héliomètre, thermomètre, baromètre, hygromètre, pluviomètre, anémomètre, sont déjà installés à Font-Romeu et Superbagnères, et l'an dernier, nous avons publié ici même, les remarquables courbes relevées par M. Mengel, directeur de l'Observatoire de Perpignan, qui a bien voulu se charger de la prise d'observations, à Font-Romeu. Ces observations météorologiques parallèlement aux observations physiologiques dont MM. Langlois et Nattan-Larrier ont fixé un protocole, permettront de donner les précisions les plus rigoureuses d'indication ou de contre-indication de la cure.

M. Jules Renault, médecin des hôpitaux de Paris, membre du Conseil supérieur d'hygiène de France, au soir de l'inauguration de Luchon Superbagnères, donna, en quelques mots, les caractéristiques comparées de nos grandes stations d'altitude. « Nous savons que, tout en ayant une indication principale commune, les stations maritimes ne donnent pas des résultats identiques et que la Manche, l'Océan, la Méditerranée présentent des indications secondaires dont il faut tenir compte. » De même, quand nous envoyons nos malades ou nos convalescents surtout à 1800 mètres d'altitude nous obtenons des résultats différents suivant les stations. C'est pourquoi Font-Romeu et Superbagnères ne présentent pas les mêmes indications. « L'une et l'autre vivifient, « fortifient le corps et l'esprit, *mais Font-Romeu, plus « doux à cause du voisinage de la Méditerranée, « convient mieux aux personnes adultes ou aux « enfants anémiés, mais énervés, qu'il faut calmer en « même temps que fortifier*. Luchon Superbagnères *« plus rude devant son cirque de montagnes neigeu- « ses, s'adresse particulièrement aux sujets fatigués « mais déprimés et aux enfants lymphatiques qui « ont besoin d'être stimulés en même temps que toni- « fiés...* » En créant ces deux stations climatiques, avec un confort qu'aucune station étrangère ne saurait dépasser la société des Chemins de fer et Hôtels de montagne aux Pyrénées a rendu un immense service au corps médical et au pays tout entier. Elle nous permet de ne plus être tributaires de nos voisins, de faire profiter nos compatriotes des qualités merveilleuses de nos climats si variés. »

Or, nous savons que Font-Romeu et Superbagnères de Luchon ne constituent que la première étape du plan préconisé par la Compagnie du Midi. Toutes nos Pyrénées, aux altitudes si variées, aux expositions si diverses, se couvriront dans un avenir que tout le monde souhaite proche de stations d'altitude pour les fatigués, les surmenés, les convalescents et ceci est d'autant plus remarquable que chacune de ces stations se doublera le plus souvent d'une station thermale sise dans le voisinage.

Il faut donc dire bien haut toutes ces choses-là sans craindre aucunement que l'on nous taxe de faire de la « publicité ». Où, du reste, serait le mal ? Nos stations actuellement organisées donnent plus qu'elles ne promettent. Le mal serait de ne pas le dire puisque « France d'abord » est le cri de ralliement de notre politique thermale et climatique...

L'Actualité Scientifique

La Presse

Enquête sur 47 cas de néphrites de guerre.

M. Siguret a observé et suivi, à Saint-Nectaire, 47 malades atteints de néphrites de guerre, dont la situation actuelle est la suivante : 2 grands azotémiques hypertendus, sont morts ; trois sont considérés comme guéris ; vingt-deux sont très notablement améliorés : avec une bonne élimination des chlorures, ils conservent des douleurs lombaires constantes ; neuf n'ont éprouvé aucun changement dans leur état ; six enfin sont aggravés, deux d'entre eux ayant, en outre, greffé une tuberculose rénale sur leur néphrite antérieure... « Il est actuellement impossible de réglementer l'évolution ultérieure d'une néphrite de guerre. Certes, la plupart de ces néphrites présentent de nombreux signes de bénignité ; mais qui peut affirmer que telle néphrite, bénigne aujourd'hui, ne deviendra pas demain une néphrite maligne ? C'est le cas de répéter qu'ici, la prudence s'impose. Au surplus, avant de porter un pronostic ferme, rappelons-nous qu'il peut exister des périodes de rémission, assez longues, et que la guérison définitive ne peut être assurée qu'après plusieurs années d'observation ». (*Arch. médico-chir. de province*, avril 1923.)

Le diabète est-il d'origine syphilitique.

Des observations de diabète guéri à la suite de la mise en action du traitement spécifique ayant permis à certains auteurs d'échafauder une théorie du diabète, fonction de la syphilis, M. Malherbe se demande si l'on peut dire que le diabète est d'origine syphilitique. Et il n'hésite pas à répondre par la négative.

Il invoque l'autorité des anciens auteurs qui avaient parfaitement remarqué que le mercure et l'iodure faisaient, parfois et pour longtemps, disparaître le sucre des urines, tout comme les arsenicaux et le bismuth de la thérapeutique moderne, tout aussi bien d'ailleurs que d'autres médicaments, ce qui lui permet d'affirmer : « Si puissant que soit un agent spécifique, son action sur le sucre urinaire n'est pas indubitablement la preuve de la nature spécifique du diabète... La suppression du sucre de l'urine d'un diabétique n'implique pas la guérison certaine du diabète ».

Quant à l'influence de l'hérédo-syphilis sur le diabète, l'auteur la conteste, l'hérédo-syphilis étant fréquente chez l'enfant, alors que le diabète est rare.

« En résumé, la vérole n'englobera pas encore le diabète. Et ce qu'avaient vu les vieux cliniciens à ce propos reste vrai. On peut donc dire : il existe un diabète sucré dû à la syphilis, il apparaît surtout à la période tertiaire. Puis, à côté de ces cas, qui ne sont pas les plus nombreux, nous admettrons toute une catégorie de diabètes qui n'ont rien de commun avec la vérole ». (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er avril 1923.)

Un cas d'hyperovarie et un cas d'hypoovarie traités par les extraits lipoïdique et protéidique de l'ovaire. (opothérapie ovarique dissociée).

Il semble, d'après M. J. Tissot, que l'on puisse trouver dans l'expérience clinique la confirmation de l'hypothèse admise par les physiologistes modernes sur l'existence d'une hormone et d'une chalone ovariennes. L'hormone, congestive et activante du flux cataménial, se trouverait dans la partie protéidique des extraits totaux ; la chalone, décongestive, frénatrice et modératrice de l'écoulement menstruel, dans la partie lipoïdique de ces mêmes extraits. C'est ainsi que, par l'application de ces données, l'opothérapie ovarienne s'est enrichie depuis quelques mois de deux nouvelles préparations, l'agomensine et la sistomensine, dont l'action serait inverse : la première se réclamant d'une activité hormonique, la deuxième d'une activité chalonique.

L'auteur, parmi plusieurs observations apportant à cette thèse une confirmation expérimentale, en cite deux qui, par leur netteté, ont, à ses yeux, la valeur d'un véritable test physiologique, et, de ces faits cliniques très opposés quant à leur symptomatologie, il conclut à la possibilité de traiter les troubles dérivant d'un dysfonctionnement de l'ovaire par une thérapeutique plus rationnelle que l'ancienne méthode qui consistait à administrer un extrait total renfermant, à doses variables et non définies, les deux principes antagonistes de la glande.

L'opothérapie ovarique dissociée par l'agomensine et la sistomensine réalise au mieux cette thérapeutique nouvelle qui, même en cas d'échec, a du moins l'avantage d'éclairer le diagnostic par élimination, en orientant l'observation sur d'autres déficiences possibles. (*Paris médical*, 30 mars 1923.)

Traitement des infections urinaires à colibacilles par le bactériophage de d'Hérelle.

MM. Beckerich et Hauduroy ont traité un certain nombre de malades (adultes et enfants) atteints d'infections coli-bacillaires des voies urinaires avec une préparation de bactériophage de d'Hérelle, avec des résultats encourageants.



Sur 11 cas en effet, ils ont enregistré six guérisons complètes (cliniques et bactériologiques), une guérison clinique, trois échecs, et un cas dans lequel le traitement ordinaire avait été efficace, mais qu'une injection de bactériophage est venue renforcer.

Les doses injectées sont de 1 cmc. à 2 cmc. pour les adultes, 3/4 de cmc. pour les enfants ; on répète l'injection à 48 heures d'intervalle par voie sous-cutanée. On observe une réaction locale (gonflement, rougeur, douleur éphémère), et une réaction générale (crise sudorale). En dehors des injections, les auteurs conseillent de faire des lavages *in situ* avec le bactériophage.

« On fera utilement l'essai préalable *in vitro* et on laissera de côté tout malade à coli réfractaire aux souches de lysat dont on peut disposer ». (*Bull. méd.*, 10 mars 1923.)

L'entérocolite chronique à selles muqueuses.

Il s'agit de malades qui ont chaque jour plusieurs selles, — 1 à 4 — grumeleuses, non liées, ou en purées, mélangées de mucus, d'odeur souvent putride, parfois décolorées. Cet état, qui dure des années, est parfois continu, parfois entrecoupé, soit d'accidents franchement diarrhéiques, soit de phases de constipation.

L'état général de ces malades reste longtemps indemne. Mais, à la longue, il finit par s'altérer, et à montrer une fatigue qui peut aller jusqu'à l'asthénie.

Le régime alimentaire doit être éclectique. Il faut procéder par tâtonnements, en éprouvant la susceptibilité de chacun pour tel aliment. Le pain, les fruits crus, les boissons glacées, les pâtisseries sont généralement à rejeter.

On prescrira la belladone et la jusquiame pour combattre les réactions gastro-coliques, les solutions salines sulfatées sodiques ou sulfatées sodiques et magnésiennes. L'auteur M. G. Durand, recommande particulièrement les cures à domicile d'eau de Châtelguyon-Gubler, les cures thermales à cette station.

On les alternera avec des cures d'acide phosphorique aux repas. L'eau de chaux, à la dose d'une cuillerée à soupe après les repas, est efficace.

On recommandera le port d'une ceinture de flanelle, l'abstention des fatigues physiques, des veilles prolongées.

Enfin, il sera bon de rechercher le parasitisme possible, sous la forme d'oxyures ou d'amibiase ; les examens coprologiques devront être pratiqués. (*La Consultation*, mars 1923.)

La dysménorrhée et son traitement symptomatique.

M. Cheinisse passe rapidement en revue les travaux étrangers qui viennent de paraître sur cette question, pour en déduire la conduite thérapeutique en pareil cas.

Il y aurait, schématiquement, trois variétés de dysménorrhée : la D. obstructive, par obstacle mécanique (sténose du col, déviations utérines) ; la D. ovarienne due à une hypersécrétion de l'ovaire ; la D. vagotonique, par hyperexcitabilité nerveuse autonome.

De cette revue se dégage ce fait que la médication opothérapique est difficile à codifier, parce que les relations de la D. avec les insuffisances glandulaires sont encore très obscures. Il est donc préférable de s'en tenir à la médication fonctionnelle, à laquelle répond excellemment la papavérine, très supérieure à la morphine et à la codéine, et mieux encore, au benzoate de benzyle.

Les injections intra-veineuses de bromure de calcium agiraient, tant sur les pertes sanguines que sur les douleurs de la dysménorrhée.

Lorsque la D. est sous la dépendance d'états congestifs de l'appareil génital, les antispasmodiques sont sans effet, et il faut leur préférer les dérivatifs (purgatifs salins, saignée) et l'hydrastis canadensis. (*Presse méd.*, 10 mars 1923.)

Rôle antihémorragique de l'extrait d'hypophyse.

MM. Perrin, Hanns et Stefanovitch se sont livrés à des recherches intéressantes sur l'influence de l'hypophyse sur la coagulation sanguine, sur la pression artérielle et sur le pouls.

Ils injectaient par la voie intra-veineuse de un à deux cmc. d'extrait de lobe postérieur.

A une époque où l'on s'efforce de préciser l'action de l'hypophyse préconisée dans tel ou tel cas, il est intéressant de noter leurs conclusions :

« L'action de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse est réelle, bien qu'irrégulière, sur la coagulation sanguine, sur la tension artérielle et sur le pouls. L'action sur la coagulation est la plus constante (8 fois sur 10) ; l'action sur la tension artérielle a été assez fréquente si l'on tient compte des baisses légères (6 fois sur 10) ; mais elle a été très inconstante si l'on ne tient compte que des fortes baisses (2 fois sur 10) ; dans tous les cas, elle n'a jamais consisté en une élévation de pression ; enfin, l'action sur le pouls s'est montrée également inconstante (5 fois sur 10).

« Cette irrégularité d'action peut tenir, soit à l'inégalité d'activité des ampoules, soit à l'inégalité des capacités réactionnelles des organes ou systèmes sur lesquels l'extrait porte ses effets ; ces capacités réactionnelles dépendant de l'état de ces organes, donc du passé pathologique ou des prédispositions congénitales de chaque individu.

Le rôle antihémorragique de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse nous paraît donc dû principalement à son action sur la coagulabilité sanguine, comme le pensent la plupart des auteurs. » (*Paris médical*, 1er mars 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Un appareil pour respiration artificielle.

(M. Germain Panis. — *Académie de médecine* ; 1-5 1923.)

M. Léon Bernard présente une note de M. Germain Panis concernant un appareil destiné à pratiquer mécaniquement la respiration artificielle.

Les applications de la respiration artificielle sont nombreuses et le deviennent de plus en plus, en raison du développement de l'industrie électrique (électrocutions) et des industries dégageant des gaz irrespirables. On s'est demandé, dans ces conditions, s'il ne serait pas possible de construire un appareil effectuant la respiration artificielle en supprimant les deux inconvénients du facteur humain : l'incompétence et la fatigue.

M. Panis a cherché à résoudre le problème. Parmi les méthodes classiques de respiration artificielle, il a éliminé d'abord les tractions rythmées de la langue, de Laborde, dont l'efficacité est souvent en défaut, et la manœuvre de Sylvester, active certes, mais offrant la difficulté de la prise de la langue. Il s'est arrêté à la manœuvre de Shaefer qui consiste à provoquer des mouvements d'inspiration et d'expiration par tractions sur les épaules et pressions sur le thorax, le sujet étant dans le décubitus ventral.

L'appareil proposé par l'auteur comprend un support destiné à recevoir la face ventrale du thorax et un jeu de leviers pour effectuer les mouvements. Le sujet étant mis, *à plat ventre*, sur le support, qui emboîte les deux épaules, on fixe une sangle sur le dos et l'on met en mouvement les leviers. Ceux-ci élèvent d'abord les épaules (inspiration), puis viennent presser sur le thorax (expiration), ce rythme, d'une grande douceur, se répétant 15 fois par minute environ.

Dans certaines asphyxies (submersion, électrocution, intoxication oxycarbonée), on associe à la respiration artificielle le masque à inhalation d'oxygène, pour combiner les deux moyens de traitement de ces asphyxies.

L'auteur pense qu'un *poste de secours*, ainsi composé d'un appareil à respiration artificielle et d'un masque à oxygène, trouverait son indication dans les grandes usines où peuvent survenir des accidents asphyxiques et dans des endroits divers (hôpitaux, etc.). La manœuvre de l'appareil étant simple, les secours pourraient être mis en œuvre immédiatement aussitôt l'accident.

Syphilis et tuberculose pulmonaire fibreuse.

(MM. E. Sergent et P. Cottenot. — *Académie de médecine* ; 1-5 1923.)

M. Sergent revient sur les rapports, qu'il a étudiés à diverses reprises, de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire fibreuse.

La tuberculose fibreuse n'implique pas toujours et nécessairement la présence de la syphilis, mais la spécificité ancienne est, parmi les causes de bacillose fibreuse du poumon, une des plus fréquentes, sinon la plus fréquente. La tuberculose des syphilitiques est surtout individualisée cliniquement par des caractères radiologiques à prédominance scléro-calcaire. On trouve communément alors des stigmates de spécificité (signe d'Argyll-Robertson, leucoplasies bucco-linguales, Wassermann positif).

— M. Dolêris demande si le traitement spécifique produit, en pareil cas, des résultats.

— M. Sergent pense que la cure spécifique est dans ces circonstances souvent favorable. Pour ce qui est non plus de la syphilis associée à la tuberculose, mais de la syphilis pulmonaire proprement dite, elle est toujours justiciable du traitement antisyphilitique.

Les malades de guerre pensionnés.

(M. Sergent. — *Académie de médecine* ; 1-5 1923.)

Les communications se succèdent sur les expertises concernant les pensionnés de guerre pour tuberculose pulmonaire. M. Sergent en prend acte, car elles appuient la thèse qu'il soutient sur l'utilité de certaines modifications à apporter aux règlements actuels. Il signale, à côté d'abus ayant trait à des pensions non légitimes, d'autres abus en sens inverse. Un malade de son service, ancien prisonnier en Allemagne, ayant contracté durant sa captivité une bronchite dont l'aggravation est progressive, ne peut plus aujourd'hui demander de pension, n'étant pas réformé, et le délai de 6 mois prescrit par la loi de 1919 étant échu, alors qu'un ancien réformé n° 2, qui a seulement effectué un court service de bureau pendant la guerre, peut encore le faire. Une loi qui rend possible de si flagrantes injustices, dit-il, est une loi qu'il faut reviser.

Désensibilisation par cuti-réactions répétées.

(MM. Trabaud et Charpentier. — *Société méd. des hôp.* ; 16-3-1923.)

Depuis l'observation princeps de Widal, d'un cas d'asthme professionnel chez un marchand de moutons, asthme engendré par les odeurs se dégageant de ces animaux, l'influence des phénomènes anaphylactiques dans la crise d'asthme est un fait aujourd'hui classé. On s'est efforcé, dans ces conditions, de guérir la maladie par la cure de désensibilisation, en utilisant les différentes techniques de cette cure.

M. Pasteur Vallery-Radot a eu recours, à cet effet,

à la méthode des cuti-réactions répétées et il en a obtenu, dans un cas d'asthme d'origine équine, les meilleurs résultats. MM. Trabaud et Charpentier se sont trouvés en présence d'un malade atteint depuis longtemps d'accès d'asthme de source ovine, accès déterminés par le contact de la laine, de la laine des matelas en particulier. Ils s'adressèrent à la même méthode de désensibilisation par cuti-réactions répétées. Ils prirent des échantillons de laine de matelas, stérilisée au four Pasteur, et l'appliquèrent sur des scarifications faites à la région deltoïdienne. Les réactions locales se traduisirent par une plaque d'urticaire, en même temps que se produisait une crise de dyspnée. Les cuti-réactions, faites tous les jours, puis tous les deux jours, furent suivies, au bout de quelques semaines, de guérison. Actuellement, le malade dort sur un matelas de laine sans la moindre gêne.

— M. Pasteur Vallery-Radot rappelle sur quels principes il a établi sa nouvelle méthode. Il partit de l'observation suivante : un asthmatique, dentiste dans une ville de province, ne pouvait recevoir un client descendant d'une voiture à chevaux sans être atteint aussitôt d'une crise d'asthme. Les cuti-réactions faites chez ce patient avec du poil de cheval amenèrent des accidents locaux et souvent généraux (hémoclasie, dyspnée). C'est alors que l'auteur entreprit une désensibilisation par cuti-réactions répétées, avec du poil de cheval chauffé à 100° trois fois en six jours. Pendant plus de deux mois, le malade fut soumis à des cutiréactions journalières et la désensibilisation fut obtenue. Les crises disparurent complètement.

Sur l' « ectodermose érosive pluri-orificielle ».

(M. de Lavergne. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 23-3-1923.)

M. de Lavergne (du Val-de-Grâce) revient sur une communication de M. Noël Fiessinger concernant l'ectodermose érosive pluri-orificielle.

Ce syndrome a été décrit pour la première fois en 1917 par MM. Noël Fiessinger et Rendu. Un de leurs élèves, M. Berho, a pu en réunir dix observations dans sa thèse. La symptomalotogie comprend une série d'érosions cutanées et muqueuses, intéressant les régions orificielles surtout, la bouche (stomatoglossite), les organes génitaux, l'anus, quelquefois les membres, et des signes d'infection générale. M. de Lavergne rapporte quatre cas de ce syndrome encore mal défini et dont le diagnostic n'est pas toujours facile.

La tuberculose dans les centres militaires de réforme.

(M. Brelet, de Nantes. — *Société médicale des hôpitaux,* 16-3-1923.)

Dans un travail présenté par M. Nobécourt, M. Brelet, professeur à l'école de médecine de Nantes, apporte quelques documents cliniques intéressants sur la question des malades réformés et pensionnés de guerre.

Expert dans un grand centre de réforme, l'auteur a été lui aussi surpris de voir pensionner des malades d'avant-guerre, dont le service avait seulement consisté en un court séjour dans les dépôts de l'intérieur. Mais, s'empresse-t-il d'ajouter, ceci n'est plus de la médecine.

Pour ce qui concerne les pensionnés pour tuberculose pulmonaire, c'est surtout l'examen clinique qui doit faire apprécier leur état. Les renseignements fournis par l'interrogatiore sont de nature douteuse. Tel sujet qui, examiné dans un centre de réforme militaire, se déclare incapable de travailler, proteste de sa validité entière lorsqu'il se présente (devant le même médecin quelquefois), à peu de temps de là, pour une admission à un emploi quelconque dans une administration, ou pour contracter une assurance sur la vie.

Si la radioscopie peut donner des renseignements utiles, c'est principalement sur les résultats de l'auscultation, de la percussion, sur la recherche des troubles généraux, que l'expert doit baser son diagnostic et son appréciation.

Epithélioma vésical avec adénopathie sus-claviculaire.

(MM. Morel et J. Tapie, de Toulouse. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-3 1923.)

M. A. Lemierre présente un travail de MM. Ch. Morel et Tapie, de Toulouse, intitulé : épithélioma atypique de la vessie avec adénopathie cancéreuse sus-claviculaire.

Les recherches de Troisier ont montré que les cancers de la cavité abdominale peuvent se propager aux ganglions sus-claviculaires gauches par l'intermédiaire du canal thoracique. La valeur séméiologique de ces adénopathies — symptôme plutôt tardif — n'est d'ailleurs pas très importante.

Ces métastases lointaines, déjà peu communes dans les cancers du tube digestif, ont été rarement rencontrées au cours des néoplasmes du rein et de la prostate, et plus rarement encore dans les tumeurs de la vessie. L'observation de MM. Morel et Tapie — adénopathie sus-claviculaire dans un épithélioma vésical — constitue donc une exception. Les tumeurs de la vessie ne se généralisent pas fréquemment. Sur 17 cas réunis par Albarran, deux fois seulement les ganglions envahis atteignaient le diaphragme, et l'on n'a vu presque jamais des métastases en d'autres endroits. Ces tumeurs sont le plus souvent des papillomes.

La prophylaxie de la rougeole par le sérum de convalescent.

(MM. de Jong et E. Bernard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-3 1923.)

Au cours d'une épidémie de rougeole survenue à la crèche des enfants du personnel de l'hospice

d'Ivry, MM. de Jong et E. Bernard ont mis en œuvre la méthode prophylactique de Nicolle et Conseil par le sérum de convalescent. Les résultats ont été excellents. Les auteurs n'ont eu à constater qu'un seul cas de rougeole parmi les injectés, qui a présenté, de plus, les caractères d'une rougeole atténuée.

Arthrite blennorrhagique et arthrotomie.

MM. Bezançon, Mathieu-Pierre Weil et (Weissmann-Netter ; *Société médicale des hôpitaux* 23-3 1923.)

L'introduction dans la thérapeutique des techniques nouvelles de traitement de l'arthrite blennorrhagique (vaccins, sérums) a fait un peu oublier l'utilité des méthodes chirurgicales dans certaines formes de cette affection.

M. Bezançon relate un cas de mono-arthrite gonococcique du genou pour lequel le traitement sérothérapique, longtemps suivi, demeura inopérant. L'arthrotomie, par contre, amena une chute immédiate de la fièvre et une guérison rapide et complète. L'auteur note un détail d'ordre bactériologique : l'isolement facile du gonocoque par culture. Toutefois, une précaution est nécessaire : se servir, pour le prélèvement, d'une aiguille, d'une seringue et d'un tube *chauffés*. Le gonocoque, comme le méningocoque, est en effet sensible au froid, et sa culture peut devenir impossible si le liquide qui le renferme y a été exposé.

Lymphosarcome cervico-médiastinal.

(MM. Blamoutier et Quignon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-3 1923.)

MM. Blamoutier et Quignon ont observé un lymphosarcome médiastinal, avec propagation cervicale, terminé par la mort. Un traitement novarsenical (la malade était syphilitique, avec Wassermann positif) avait amené une diminution nette, quoique momentanée, du volume de la tumeur.

P. L.

Lyon

Société de médecine et des sciences médicales.

Calculs du rein.

M. Rafin présente deux calculs enlevés par lui, calculs qui, malgré leur petit volume, avaient amené une dilatation du bassinet dont la capacité était de 80 grammes. M. Rafin rappelle à ce propos qu'il a déjà eu l'occasion de faire observer que la rétention pyélitique n'est nullement en rapport avec les dimensions du calcul : des calculs énormes remplissant les calices et le bassinet peuvent laisser filtrer l'urine, tandis que de petits calculs, comme dans le cas présenté, peuvent amener la dilatation du bassinet et la rétention suivie d'accidents fébriles et douloureux.

M. Arcelin rappelle, à propos de ce cas, la méthode qu'il emploie pour localiser, par la radiographie, de semblables calculs. Le malade de M. Rafin présentait deux petites ombres arrondies superposées à celle de la 12ᵉ côte, et situées à 10 centimètres de la ligne médiane. Une autre épreuve faite en inspiration forcée montrait que l'ombre du rein s'était abaissée vers la crête iliaque d'environ 6 centimètres et que les deux petites ombres présentaient un déplacement identique, ce qui démontrait leur siège rénal.

Fibrome de la langue.

MM. X. Delore et Ch. Dunet présentent un cas de cette affection, d'ailleurs exceptionnelle. Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans. L'affection a débuté il y a environ 3 ans et s'est développée progressivement. La tumeur atteint à l'entrée le volume d'un *œuf de poule* et occupe la face dorsale de la langue ; elle est sessile, médiane, bien limitée, indolore, la muqueuse à son niveau n'est pas modifiée. Les troubles fonctionnels sont presque nuls, à peine un peu de gêne de la déglutition et de la mastication. La tumeur fut facilement enlevée par énucléation. Hémorrhagie abondante, facilement arrêtée par la suture. Le lendemain, œdème considérable de la langue nécessitant l'alimentation par la sonde nasale et qui disparut en une douzaine de jours.

Anévrysme de l'aorte descendante thoracique.

MM. Pallasse et Badolle présentent les pièces provenant de l'autopsie et la radiographie d'un malade de 55 ans venu à l'hôpital pour oppression et points de côté. La dyspnée survenait par crises paroxystiques de plus en plus fréquentes. Le diagnostic fut fait par la radioscopie qui montra dans l'hémithorax gauche une masse sombre faisant saillie latéralement dans la clarté pulmonaire, au-dessus de la base du cœur, du volume d'une orange. Cette masse ne présentait ni battements, ni mouvements d'expansion. L'examen en position oblique montrait que cette masse, franchement paravertébrale et située en arrière de l'espace clair, était indépendante de l'aorte ascendante et de la crosse.

Uretère double.

M. Giuliani présente un rein avec uretère double enlevé à une malade venue le consulter pour cystite avec pyurie abondante et douleurs rénales gauches. La cystoscopie montra à gauche un orifice urétéral d'où sortait un bouchon de pus, et au-dessous de cet orifice, un deuxième. Un cathétérisme de ces deux orifices avec des sondes opaques aux rayons X permit de reconnaître qu'il s'agissait bien d'un uretère double. L'état de la malade s'étant aggravé, M. Giuliani enleva le rein malade. Sur la pièce présentée, il semble qu'il y ait deux reins, l'un supérieur,

avec son bassinet et son uretère normaux, et une substance médullaire un peu atrophiée et un petit abcès à son pôle inférieur ; l'autre ressemble à un rein transformé en pyonéphrose.

Spina bifida occulta.

M. Durand présente une jeune fille entrée à l'hôpital pour une vaste ulcération de la plante du pied droit datant de 10 ans. Cette ulcération, s'accompagnant d'affaissement de la voûte du même côté, de pied creux à gauche, d'atrophie musculaire au niveau des deux jambes, attira l'attention du côté du système nerveux et on constata l'existence, au niveau de la région dorso-lombaire, d'une volumineuse houppe de poils, tandis que la palpation de cette même région montra que les apophyses épineuses sont manifestement altérées et dédoublées. Il s'agit donc d'un spina bifida, diagnostic que confirme la radiographie. Toute intervention paraît impossible et le traitement doit se borner au repos et au pansement de l'ulcère plantaire. A noter qu'il existe en même temps une double luxation congénitale de la hanche.

A propos d'une résection d'ulcus peptique.

M. Léo Barbier présente, au nom de M. Delore et au sien, l'observation d'un malade opéré trois fois par ce dernier : une première fois (1917) pour des signes de péritonite brusque (simple laparotomie) ; une seconde fois (1918) pour ulcus pylorique (gastro-entéro-anastomose), une troisième fois enfin (novembre 1922) pour un ulcus peptique que l'on résèqua. Suites très simples ; le malade se lève le 14e jour.

L'auteur insiste sur la bénignité de la résection des ulcères peptiques que M. Delore considère comme le traitement de choix de cette affection. Quant au traitement de la perforation au cours de l'ulcus gastrique, M. Delore pratique tantôt, suivant les cas, la simple laparotomie, tantôt l'enfouissement, tantôt la résection de l'ulcus.

Abcès froids tubaires et kyste de l'ovaire gauche.

MM. Cotte et de Rougemont présentent l'observation d'une malade qui fut trouvée, à l'intervention, porteuse de deux abcès froids tubaires et d'un petit kyste de l'ovaire gauche. L'intérêt de ce cas réside dans la coexistence de ce dernier avec des lésions bacillaires, coexistence intéressante au point de vue de la pathogénie du kyste ovarique.

Société médicale des hôpitaux.

Deux observations de fièvre typhoïde avec atteinte de l'appendice.

MM. Dumas, Fayol et Bouvier rapportent une première observation concernant un malade de 38 ans ayant eu antérieurement plusieurs crises appendiculaires et qui fut opéré pour une nouvelle crise ; l'intervention montra l'existence d'adhérences anciennes et de lésions inflammatoires récentes. Après l'intervention, la température continue à s'élever et le malade entre dans le service de contagieux, où l'hémoculture se montra positive en bacilles d'Eberth. La guérison survint en quelques semaines sans autre incident qu'un léger retard de cicatrisation de la plaie. Il est probable, bien que la preuve bactériologique manque, l'intervention ayant été faite hors de l'hôpital, qu'il s'agissait d'une localisation appendiculaire éberthienne primitive, d'un appendiculo-typhus.

La deuxième observation a trait, au contraire, à la localisation tardive sur l'appendice d'une septicémie éberthienne, la première en date. Fièvre typhoïde sévère, avec hautes températures et hémorrhagie intestinale. Au cours de la défervescence, douleur au niveau de la fosse iliaque droite avec empâtement. Intervention : collection séro-purulente rétro-appendiculaire. On trouve dans l'appendice du coli-bacille. Il s'agit donc d'une infection secondaire.

Fièvres typhoïdes graves de l'adulte dues à la contagion par l'enfant.

MM. Dumas et Bouvier ont observé quatre cas de fièvre typhoïde grave, dont un mortel, chez des personnes ayant contracté la maladie en soignant leur enfant. La fièvre typhoïde des enfants avait toujours été bénigne et M. Dumas pense qu'il faut admettre une activation du bacille typhique par son passage dans l'organisme jeune de l'enfant.

De l'utilité des tracés électriques dans le diagnostic des formes frustes du syndrome de Stokes-Adams.

MM. Gallavardin, Gaillard et Veil relatent l'histoire d'un malade de 50 ans qui, d'après les renseignements fournis par son médecin, le Dr Angellier, avait traversé, en 1913, une période avec état de mal vertigineux de la plus haute gravité : accidents syncopaux se répétant de 100 à 150 fois par jour, avec souvent arrêt complet du pouls et du cœur. Le sujet resta ensuite en assez bonne santé pendant 6 ans. Dans ces trois dernières années, trois syncopes, et dans ces six derniers mois, le pouls fut plusieurs fois trouvé à 36. Quand M. Gallavardin examina le malade, le pouls était régulier à 80, et l'examen clinique et radioscopique complètement négatif. Mais les tracés électriques recueillis chez lui permettent d'affirmer l'existence de troubles latents de la conductibilité auriculo-ventriculaire ; on note en effet une altération marquée du complexe ventriculaire, et une assez grande variabilité de forme de ces complexes, d'une contraction à l'autre.

Du block total considéré comme facteur de décompensation dans l'insuffisance aortique.

MM. Gallavardin et Gaillard. — D'ordinaire, le block total avec pouls à 30 ou 40 est bien toléré,



PLASMA OXY-ORGANO.
OMNIUM
NUTRITIONIS
MORBORUM
CYTOSAL
THERAPIA
OMNIPOTENS
POLYMINÉRALISÉ



SEL DIGESTIF
Bémecé
SPÉCIFIQUE de l'HYPÉRACIDOSE
Bicarb. de Soude. Magnésie. Carbonate de Chaux léger
lactosés & Chimiquement purs
POS. : une cuiller à café après chaque repas
ODINOT. 25 rue Vaneau. PARIS

Dans deux cas cependant, les auteurs ont noté un certain rapport entre l'installation du blocage et l'apparition de troubles fonctionnels ; dans les deux cas, il s'agissait d'insuffisance aortique. Les auteurs donnent de ces faits l'explication suivante : dans le block total, le remplissage du ventricule se prolonge, ce qui amène sa dilatation, mais celle-ci reste compatible avec un fonctionnement cardiaque normal.

Dans l'insuffisance aortique, cette dilatation se trouve aggravée du fait du reflux par l'orifice sigmoïdien : « le ventricule se remplit par les deux bouts ». Si la tolérance cardiaque est à la limite, on conçoit que l'installation du blocage amènera l'insuffisance cardiaque.

Valeur séméiologique des hémorrhagies occultes fécales dans l'ulcus gastrique.

M. A. Cade. — Les hémorrhagies occultes fécales se manifestent d'une façon très intermittente au cours de l'évolution de l'ulcère gastrique ; il est nécessaire de les rechercher par des examens répétés en série, ce qui tend évidemment à diminuer leur valeur séméiologique pratique. Leur absence ne permet pas d'éliminer l'ulcus, d'autant que le cancer donne plus souvent et de façon plus continue des hémorrhagies occultes. La persistance de celles-ci chez un sujet présentant un syndrome ulcéreux plus ou moins ancien doit faire suspecter la transformation néoplasique ou l'existence d'un ulcéro-cancer. Malgré ces réserves, la méthode mérite de continuer à être mise en œuvre ; après une gastrorragie évidente, elle permet d'en suivre l'évolution et des indications précieuses pour la reprise de l'alimentation. La persistance des suintements sanguins peut, d'autre part, constituer une indication d'intervention chirurgicale.

Un cas d'acanthosis nigricans.

MM. Nicolas, Gaté et Lebeuf présentent une malade atteinte d'*acanthosis nigricans*. Cette lésion consiste en une pigmentation ardoisée, avec exagération des plis et des sillons de la peau, et la présence de papillomes disséminés. Ces lésions siègent à la nuque, à la région ano-génitale, au niveau du cuir chevelu, des aisselles, du mamelon, de l'aréole des seins. Cette affection coexiste habituellement avec le cancer et, de fait, cette malade a été opérée, en 1919, pour un ulcéro-cancer de l'estomac.

Méningite et broncho-pneumonie tuberculeuses. Radiographie instantanée du thorax

MM. Mouriquand et P. Ravault présentent l'observation d'un enfant de 3 mois entré à l'hôpital pour une toux spasmodique, sans dyspnée, sans autres signes stéthoscopiques que quelques sibilances. Des signes très nets de méningite apparurent les jours suivants. La radioscopie n'ayant pas donné d'indications précises, on fit pratiquer une radiographie instantanée qui montra les deux poumons semés de pommelures, avec en plus, à droite, une opacité plus uniforme au niveau du hile et de la partie moyenne. L'autopsie montra des lésions telles que les faisait prévoir la radiographie : poumons farcis de grosses granulations relativement espacées à gauche, confluentes à droite à la partie moyenne. L'intérêt de ce cas réside dans le début atypique par des symptômes de compression des voies aériennes (toux spasmodique), dans la latence des phénomènes thoraciques, dont seule la radioscopie instantanée permit de reconnaître la nature.

Tuberculose précoce du nourrisson.

MM. Weill, Bertoye et Bernheim relatent une observation de tuberculose caséeuse des poumons et des ganglions trachéo-bronchiques chez un nourrisson de trois mois. Les auteurs insistent à ce propos sur l'importance de la cuti-réaction pour le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant.

La quinidine dans l'*auricular flutter*.

MM. Gallavardin et Gravier relatent deux observations d'« auricular flutter » rapidement transformé en rythme normal par l'emploi de la quinidine. On sait que l'« auricular flutter » est une tachycardie où la fréquence des contractions auriculaires est double ou triple des contractions ventriculaires. Le premier malade de MM. Gallavardin et Gravier avait un pouls à 150 depuis plus de deux ans ; les tracés électriques montraient deux contractions auriculaires pour une contraction ventriculaire. La digitaline et l'ouabaïne s'étaient montrées impuissantes à faire disparaître ce rythme anormal, d'ailleurs bien toléré. La quinidine amena dès le 3e jour une chute du pouls à 70-80, qui s'est maintenue à ce chiffre depuis un mois, le malade continuant à prendre trois fois par semaine de la quinidine.

L'autre malade avait un pouls à 135-140 qui devint normal également par la quinidine. Mais ce malade, qui était un insuffisant cardiaque, fut peu modifié au point de vue fonctionnel.

La quinidine dans la tachycardie paroxystique.

MM. Gallavardin et Gravier rapportent l'observation d'une femme de 65 ans atteinte de tachycardie paroxystique depuis l'âge de 30 ans. Pendant 30 ans, les accès ont été courts et assez rares ; depuis l'âge de 60 ans, ils sont devenus de plus en plus fréquents et prolongés ; depuis un an, ils sont en quelque sorte subintrants, provoqués par les émotions, le moindre effort (tachycardie à centre excitable de Gallavardin). L'administration de la quinine amène une amélioration extrêmement nette, la malade n'ayant eu pendant le dernier mois que trois ou quatre accès de trois minutes à peine et, d'infirme qu'elle était, est devenue capable de mener une vie presque normale.

Crises gastriques et entéralgiques chez une tabétique avec lésions de l'estomac et de l'intestin.

MM. Rebattu, Grivet et Gardere présentent l'observation d'une femme de 37 ans morte tabétique dans le service de l'un d'eux. Il s'agit d'un tabès très précoce, ayant débuté à l'âge de 22 ans. La malade avait présenté des crises gastriques rebelles à tout traitement, tant chirurgical que médical, puis des crises laryngées, et enfin des crises intestinales dysentériformes. L'autopsie montra l'existence de lésions gastriques : ulcère calleux cicatriciel, dans la région prépylorique, ulcère encore en évolution du côté de la petite courbure, et des lésions intestinales : vastes zones ecchymotiques sur les côlons, avec exulcérations superficielles. Or, si l'on a déjà décrit des lésions gastriques dans les crises gastriques du tabes, l'état anatomique de la muqueuse intestinale ne semble pas avoir jusqu'ici attiré l'attention. Quant à la nature de ces lésions, on a le choix entre trois hypothèses : troubles trophiques du tabes, lésions banales ou lésions de nature syphilitique.

A. C.

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs, Paris.

E. Brumpt, professeur de parasitologie à la Faculté de Paris. — **Précis de parasitologie**. (3e édition, 1923, 1 vol. de 1216 pages avec 736 figures et 2 planches hors texte en héliogravure. (Collection des *Précis médicaux*). Broché : 44 francs ; cartonné : 50 francs.)

Cette 3e édition transforme l'ouvrage au point de vue du texte et l'illustration.

Le plan d'exposition est resté le même : une *étude morphologique* permet d'identifier les parasites et de les classer en suivant les règles de la nomenclature scientifique.

Une *étude biologique* permet de préciser leur habitat, leurs fonctions de nutrition et de relation, leurs tropismes, leur mode de reproduction, les modalités de leur évolution, enfin l'action du milieu ambiant qui permet de connaître leur distribution géographique actuelle et de prévoir leur dissémination future.

Les parasites étant connus ainsi que leurs voies de sortie et d'accès, *leur rôle pathogène est étudié* ainsi que les conditions étiologiques générales et individuelles qui favorisent les infections et déterminent leur symptomatologie plus ou moins complexe.

Enfin, la parasitologie, poursuivant surtout un but pratique, qui est la *destruction*, des paragraphes spéciaux sont consacrés au *diagnostic*, au *traitement*, à la *prophylaxie*...

Grâce à une habile disposition typographique, l'auteur a fait entrer dans cet ouvrage une grande quantité de détails, qui le transforment en un traité très complet, permettant aux médecins de tous pays, tempérés ou tropicaux (civils et militaires) de résoudre toutes les difficultés du diagnostic des maladies parasitaires.

Ce Précis est suivi d'une table alphabétique très détaillée (34 pages) permettant rapidement toutes les recherches.

Librairie Arnette,
2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Dr P. Bianquis. — **Bismuth et syphilis.** (*Etude clinique d'un dérivé benzoïque soluble de bismuth*). (1 petite brochure de 54 pages).

L. Fournier et Guénot concluaient, à la suite d'un exposé des résultats obtenus par eux, grâce à l'emploi de différents dérivés bismuthiques dans le traitement antisyphilitique, que cette méthode nouvelle, inoffensive, efficace, facile à employer, marquait un des plus grands progrès réalisés jusqu'ici en thérapeutique syphilitique.

Mais la plupart des auteurs s'étaient attachés à l'étude des sels insolubles, acceptant peut-être trop facilement la condamnation prononcée contre les sels solubles pour toxicité excessive.

Le dérivé soluble, expérimenté par Grenet et Drouin, est un dérivé sodique de l'acide tri-oxybismutho-benzoïque (benzo-bismuth). Il est non caustique, de faible toxicité, et il unit les avantages de la méthode par les sels solubles (injections intra-musculaires évitant le choc par les injections intra-veineuses), à ceux du bismuth (action spécifique antisyphilitique pouvant être comparée à celle des arsénobenzènes et à celle du mercure).

Ce dérivé benzoïque sulfité a fait ses preuves cliniques, ainsi que l'a établi le Dr Bianquis :

a) Les tréponèmes disparaissent en 24 à 48 heures des lésions ouvertes ;

b) Les accidents primaires, secondaires et tertiaires sont rapidement cicatrisés ;

c) La réaction de Wassermann reste négative ou le redevient ;

d) La stomatite, inconvénient grave de la plupart des thérapeutiques bismuthiques, est pratiquement négligeable avec son emploi à doses moyennes.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

UN JOLI CADEAU A FAIRE... AU CORPS MÉDICAL

L'ordre des médecins

Nous lisons dans les journaux :

MM. Vallat, Daudet et Rendu, députés, viennent de déposer une proposition de loi tendant à l'institution d'un ordre des médecins.

« Autant que pour l'avocat, le notaire ou l'avoué, disent-ils, on doit exiger du médecin des garanties formelles d'honorabilité ». Et, rappelant les scandales en cours, relatifs aux carnets médicaux, ils ajoutent :

« Il importe, au point de vue général, que les médecins — et c'est le vœu de la plupart d'entre eux — soient groupés obligatoirement en un vaste « corps médical » organisé et qu'ils puissent eux-mêmes prendre des sanctions contre les indésirables de leur profession, sans attendre que des faits scandaleux deviennent publics et inquiètent, à juste titre, le pays. »

Les sanctions prévues vont de la simple réprimande à l'interdiction perpétuelle de l'exercice de la médecine.

En outre, il serait constitué un conseil médical régional pour chaque circonscription de faculté ou d'école de médecine, devant lequel seraient portés les appels.

L. DAUDET, renégat de la médecine, moralisateur de la profession médicale, en même temps qu'auteur de *Suzanne*, de l'*Entremetteuse*, et autres œuvres de haute moralité..... C'est à pouffer de rire ! ! !

L'ORDRE DES MÉDECINS, COMME COROLLAIRE DU SCANDALE DES « CARNETS »?

Nous y reviendrons, s'il le faut.

Le tour des idées humaines est vite fait, puisqu'il en est quelques-unes qui remontent sans cesse à la surface de nos conversations, comme bouchon en une mare. Tous les vingt ou trente ans, ces idées renaissent-elles de leurs cendres, ainsi que le phénix, ou sont-elles apportées par des vents insidieux comme les graines légères ou les épidémies ?... Sont-elles, plus humainement, le produit d'ébullition de cerveaux en gésine qui sont férus de vieux neufs et vous les servent de nouveau, comme on fait, aux halles, de ces « arlequins » où fume l'odorante soupe composée des multiples restes de festins de la veille ?... En tous cas, le fait est que ces idées reviennent périodiquement, ainsi que la fièvre intermittente et, parmi celles-là, qu'on me permette de saluer cette vieille connaissance qui reparait en ces jours : « l'Ordre des médecins ».

Et voilà que, comme jadis, des articles s'étalent, à ce sujet, dans nos journaux professionnels, des échanges d'idées fluent dans leurs colonnes, des polémiques s'ébauchent. Et voilà que je retrouve (ce qui ne me rajeunit guère), les mêmes phrases pompeuses, avec les mêmes réponses ironiques, suivant le côté de la barricade. Et voilà que m'apparaît ainsi la vieille dame elle-même. *Incessu patuit dea*... elle s'avance dans toute la grâce de ses atours, avec sa crinoline, son châle et ses « anglaises », minaudant parmi nous et s'efforçant de l'emporter, en nos cœurs, sur les fines parisiennes de 1923...

A-t-elle quelque chance de réussir, cette idée à papillottes, et de faire notre conquête, à nous, les praticiens de France ? Il lui faudrait, pour cela, nous ramener au temps des pataches et des diligences alors que, dans les chemins aux profondes ornières, trottinait la vieille mule portant, avec une majestueuse lenteur, le praticien d'autrefois, à la sacoche pourvue de « simples », de baumes et d'onguents, sans oublier la lancette, universelle guérisseuse. Mais les temps ont marché depuis et la course vers le progrès s'est faite chaque jour plus rapide, vertigineuse parfois. Et je ne vois pas le monde médical désireux de se courber sous le joug qu'ont *repoussé* nos grands pères — ni, remontant plus loin le cours des ans, renouer la chaîne des anciennes coutumes de France, des « corporations » que supportaient, avec tant de peine, nos ancêtres médicaux à longues robes et bonnets pointus.

Je n'ai donc pas un seul instant l'idée de me lancer, à mon tour, dans des controverses épuisées, sur le bon ou le mauvais côté de l'ordre des médecins. Ce sont là, pour moi, de simples amusettes comme lorsqu'on fait collection de vieilles pièces de monnaie. Ces idées-là n'ont également plus cours dans notre vie actuelle et nous avons, je trouve, d'autres chiens à fouetter.

Confrères « *ordristes* » (qu'on me permette ce

néologisme puisqu'on dit légitimiste, papiste... ou syndicaliste), donc, confrères « ordristes », parmi lesquels je compte de bons amis que j'estime profondément, je vous vois déjà fronçant les sourcils et trouvant que je traite vos conceptions bien à la légère ..... C'est que, sur cinquante praticiens, je ne pense pas qu'on puisse en trouver plus d'un qui partage vos opinions. Et j'imagine qu'on n'oserait jamais *imposer de force* au Corps médical un « ordre » dont celui-ci ne voudrait pas. C'est pourquoi, d'un œil amusé et sceptique, je contemple votre essai actuel qui prend, chez certains, une allure d'apostolat ...

Vous voulez que nous parlions sérieusement ? Soit !..... Aussi bien, tout à l'heure, vous me verrez encore plus sérieux que vous ne l'imaginez.....

***

Au fond, qu'est-ce, au juste, que votre Ordre des médecins, tel que vous nous le proposez, sinon ce que nous avons déjà établi avec nos syndicats et leurs Conseils de famille, mais en ajoutant la suppression de notre *liberté*, avec le retour aux antiques *corporations*, si fermées, et les *sanctions obligatoires* de vos Conseils de l'Ordre, allant jusqu'à l'interdiction de l'exercice de la médecine ? Pas du tout, dites-vous, c'est tout autre chose, plus grande, plus noble, plus efficace, plus « gardienne de l'honneur corporatif ... » et alors vous nous vantez l'*Ordre des avocats* pour nous engager à entrer dans votre galère.

D'abord, quelle analogie trouvez-vous entre l'avocat qui coudoie chaque jour ses confrères au palais et vit, par excellence, d'une vie *collective*, et le médecin, un indéniable *isolé* dans le sillon de sa clientèle quotidienne et qui ne rencontre que rarement un confrère, dans un acte corporatif commun..... Et puis, entendons-nous bien sur ce fameux « Ordre des Avocats ». Celui-ci n'existe nullement tel que vous préconisez son analogue médical avec une juridiction centrale que d'aucuns prévoient sous la direction du président de l'Académie de médecine (???) qui peut être, à l'occasion, un chimiste ou un vétérinaire. L'ordre des avocats n'existe pas en tant qu'unité. Ce sont de *multiples* ordres locaux, autant qu'il y a de barreaux groupés autour d'un tribunal. S'il y a un bâtonnier à Paris (élu d'ailleurs par ses confrères) avec des centaines d'avocats sous sa direction, il en est d'autres qui ne groupent qu'un nombre infime de membres. Il suffit qu'un barreau compte *six avocats* pour former un Ordre, avec son Conseil et son bâtonnier, le tout à l'élection des avocats eux-mêmes. .... Que nous sommes loin de l'Ordre des avocats que vous vantez, l'Ordre avec un grand O, qui, seul, pourrait amener « l'ordre » dans des écuries d'Augias !... Mais alors vous voyez que ces Ordres locaux ressemblent furieusement à nos Syndicats locaux. Pourquoi donc changer d'*étiquettes* et vouloir remplacer nos Syndicats jeunes, alertes, vivants, par ces vieux vestiges d'un passé moribond...

J'entends bien que, dans nos Syndicats, nous avons cette *liberté* que vous voulez proscrire. Toujours le retour aux *corporations* : il faut que chacun soit soumis à l'Ordre et à ses ordres. Ou alors, c'est la mise à la porte, et l'interdiction d'exercer la médecine. Le bon billet ! Commencez donc par l'interdire à tous les *illégaux* : nous pourrons ensuite reparler de vos graves sanctions. Et puis, l'Ordre des Avocats a-t-il jamais empêché un seul de ses membres de marcher dans les lisières du juste, s'il est, de nature, un « avocat marron » ? N'avons-nous pas entendu parler, de-ci, de-là, de certains scandales dans cette honnête corporation ? Est-il, d'ailleurs, un groupement quelconque sans brebis galeuses ?... De plus, si un avocat, rayé du barreau, peut faire autre chose comme avocat-consultant, homme d'affaires, etc... que voulez-vous que fasse un médecin à qui on interdit son métier ? Il deviendra simplement un « rebouteux », un « guérisseux » ... et, renforcera d'autant mieux cette armée d'illégaux contre lesquels vous n'avez jamais rien pu.

Et c'est pour ce geste impuissant que vous voulez tout chambarder dans notre syndicalisme actuel qui a pour but non seulement de *défendre* mais de *moraliser* la profession. C'est pour ne pas faire davantage que vous voulez, par vos Conseils de l'Ordre, remplacer nos Conseils de famille syndicaux qui prennent chaque jour plus de force et d'autorité ? Permettez-moi de vous dire, comme dans la chanson :

« Ce n'était pas la peine assurément.... ».

A moins que vous ne le fassiez par haine du syndicalisme médical, et de son esprit de progrès, ce que je me refuse à croire.....

***

J'ai dit plus haut que je serais beaucoup plus « sérieux » vers la fin qu'au début de cet article. C'est, en effet, qu'à propos de l'Ordre des médecins, j'ai lu certaines déductions, certaines conclusions contre lesquelles je ne puis m'empêcher de protester hautement.

Un *ordre des médecins s'impose*, ont déclaré des confrères, *à la suite du scandale des carnets des pensionnés*. Or, cette conclusion, faite en toute bonne foi, j'en suis persuadé, m'est apparue comme la *pire injure* qu'on puisse faire aux praticiens français et c'est sur cette création d'un Ordre des médecins « en fonction » de ce scandale comme on dit en mathématiques, que je désire m'expliquer maintenant.

Commençons par bien situer la déduction ainsi posée. Des abus ont été commis par quelques médecins qui se sont servis de la facilité avec laquelle on pouvait se procurer des carnets des pensionnés, pour en acquérir frauduleusement des stocks et se livrer ainsi à des escroqueries médicales et pharmaceutiques, aux dépens de la Nation.

Une dizaine, une vingtaine même de praticiens, si vous voulez, sur plus de vingt mille, se sont mal conduits ; *donc*, concluent certains confrères, *méfions-nous* de *tous* les praticiens français et tenons les dorénavant en lisière en créant un « Ordre » qui fera la police parmi eux. Telle est la thèse qu'on vient nous servir comme argument nouveau.

C'est absolument le geste du préfet qui prend un arrêté par lequel, un ou deux chiens enragés ayant été signalés dans le département, tous les chiens devront être désormais munis d'une muselière. Merci de l'analogie, confrères « ordristes » : je la trouve insuffisamment justifiée.

De plus, en rattachant votre « Ordre » aux scandales des carnets, n'est-ce pas faire penser au public que les médecins ne sont plus capables de vivre aussi honnêtement que les autres citoyens ? Les lois actuelles ne suffisent plus pour les empêcher de se conduire mal, il faut en créer de *spéciales à eux*, pour les maintenir dans le devoir..... Dame ! On peut se faire épicier, tailleur ou charcutier sans dépendre d'autres lois que celles communes à tous, mais, dorénavant, celui qui voudra exercer la médecine devra, en outre, être maintenu dans le droit chemin par des lois particulières, des lois d'*exception*. Avec ses Conseils de l'Ordre obligatoires, il sera pourvu dans le cours de son existence, d'une sorte de *Conseil judiciaire*, tout comme un fils de famille qui a fait des bêtises... Il sera ainsi diminué dans sa liberté, dans ses droits de citoyen, dans sa capacité civile, en quelque sorte. Serait-il donc reconnu qu'un médecin est « taré », par le fait de son diplôme et doit, *à priori*, être tenu comme *suspect* aux yeux de ses concitoyens ?

Le scandale des carnets a-t-il donc dévoilé de telles turpitudes que l'on doive empêcher le Corps médical, par des lois spéciales, de nuire à la Nation ? etc., etc... La voilà bien l'injure gratuite et la suspicion troublante que vous verseriez sur nous, confrères « ordristes », en vous servant d'une telle « occasion » pour proclamer la *nécessité* de votre Ordre des médecins. Ne serait-ce point, je vous le demande, le pavé de l'Ours de la fable ? .....

Je ne doute pas, un seul instant, que vos intentions soient pures. Mais le moment de vous lancer dans cette campagne est-il opportun ? Réfléchissez bien, je vous en prie, à la *répercussion* que peut avoir votre geste sur l'esprit public, après ce que celui-ci vient d'apprendre sur certains agissements de quelques médecins dévoyés. Sans doute, me répéterez-vous, l'Ordre des Avocats existe. Chacun le connaît et il n'a jamais nui aux membres du barreau. D'accord, mais songez que cet Ordre ne vient pas d'être créé *aujourd'hui*, ni à la suite de scandales récents. S'il existe, c'est qu'il *continue une tradition*, et se meut, dans ses règlements surannés, par la vitesse acquise et la force indulgente de la routine...

Il n'en serait pas de même d'un Ordre des médecins qui apparaîtrait comme le corollaire nécessaire du scandale des carnets, par action de police et de salubrité corporative. Ah ! confrères « ordristes », je ne souris plus maintenant de vos efforts, bien qu'ils m'apparaissent toujours infructueux. C'est que, devant la répercussion qu'aura forcément dans le public, *votre campagne si inopportune*, je crains fort que, sans le vouloir, vous poussiez à la roue, alors que le respect et l'estime, auxquels nous avons droit par notre conscience et notre dévouement, suivent actuellement une pente déclive....... Ce n'est pas le moment, je voudrais vous en persuader, de faire une guérilla et de lancer des projectiles contre l'*alma mater*, même dans la meilleure intention.

Laissons de côté toute opinion préconçue, toute querelle de personnalités, toute zizanie puérile. Unissons-nous au contraire. Serrons les rangs devant des faits et des propos qui nous éclaboussent tous, plus ou moins.

L'Ordre des médecins ! mais il existe déjà dans les Conseils de famille de nos Syndicats. Renforçons-en la puissance par l'*unanimité* avec laquelle, tous, syndicalistes ou non, nous nous grouperons dans la seule force corporative actuelle qui puisse nous servir, à la fois, de bouclier et de drapeau. Que tous les médecins, aussi bien ceux chargés de titres et de dignités que les plus modestes d'entre les praticiens, *tiennent à honneur* de venir confraternellement se confondre dans nos syndicats largement et librement ouverts à tous..... *N'en seraient exclus que les indignes*. Ceux-là, mis à l'index, qu'ils aient accepté, *ou non*, de se soumettre à la juridiction corporative, n'en seraient désormais, par suite de l'unanimité des autres, que mieux marqués au fer rouge de l'opinion publique....

Ainsi serait évoquée, automatiquement, la seule sanction efficace contre toute vilenie. Et cela, sans la création suspecte de rouages *nouveaux*, paraissant inspirés par la nécessité de relever un moral défaillant, dans une profession qui s'est toujours montrée l'une des plus dignes de l'estime, de l'affection et du respect de tous.

Dr Fernand Decourt.

P.-S.— Cette fois, la manœuvre se dessine nettement contre notre *liberté* professionnelle, illustrant l'*inopportunité* de la campagne de confrères. Sous prétexte qu'il y a, parmi nous, quelques

brebis galeuses, on veut pouvoir mieux nous *tenir en mains*, en vue de la médecine sociale à instituer avec l'assurance-maladie. On n'a pas oublié notre campagne syndicale à propos de la Loi des Pensions. Allons-nous tendre, nous-mêmes, le cou au collier..... Ah ! confrères « ordristes », vous avez raison, c'est plus « sérieux » que je ne l'aurais pensé, plus sérieux, plus *grave* même pour notre responsabilité. F. D.

***

Et moi, sans rouvrir la discussion pour mon compte, je me contente de demander aux protagonistes de l'Ordre des médecins, — notamment aux amis de Toulouse, qui n'ont pas pu empêcher Béziat, le guérisseur d'Avignon, et, d'être acquitté en première instance et en appel, nonobstant l'arrêt de Cassation qui annule ces deux décisions de justice —, je leur demande de me faire connaître le moyen qu'ils emploieront pour empêcher qu'un médecin, suspendu par sentence de l'Ordre des médecins, du droit d'exercer la médecine, se rende à l'appel des malades qui, conservant malgré tout en lui toute leur confiance, voudront, envers et contre tous, être soignés par lui.

Rousseau, illégal de la médecine, qu'il exerçait en compliquant son délit de celui d'usurpation de titre et de port illégal de décorations, vient d'être condamné à quoi ? *A six mois de prison* ! Quelle pénalité plus forte pourrait donc encourir un docteur en médecine, régulièrement diplômé, qui passerait outre à la sentence de suspension prononcée contre lui par un tribunal professionnel, et continuerait à pratiquer son art ? ? ?

Ceux qui tentent de créer un Ordre des médecins, — que le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le professeur Roger, condamne lui-même (Voir *Excelsior* du 10 mai dernier), — ceux qui, par l'agitation qu'ils ont faite autour de ce projet, ont amorcé l'initiative parlementaire de Daudet et Cie, ceux-là encourent une lourde responsabilité, et je leur souhaite de n'avoir pas un jour à en porter le poids...

Et je leur réitère la question : si, pour eux-mêmes, ou pour quelqu'un des leurs, ils tenaient à appeler un médecin auquel ils auraient pleine et entière confiance, et qui aurait été suspendu par décision du Conseil de l'Ordre qu'ils auraient contribué à fonder, qui pourrait les en empêcher ?

G. Duchesne.

Non bis in idem?

Le fantôme d'un Ordre des médecins apparaît de nouveau. Il a lui ici-même dans *Paris médical*, loyalement présenté par notre très distingué collaborateur Me Peytel, avocat à la Cour d'appel (Voy. e numéro du 24 février). Le revenant est apparu au Syndicat des médecins de Toulouse, par l'évocation magique du Dr Aversenq, secrétaire général, dont le rapport, très étudié, retient l'attention. Enfin, cette ombre du passé vient de planer un peu partout, non sans causer çà et là quelque frisson. Pourquoi ? Parce que, pour nombre de médecins du moins, cette apparition se produit dans des circonstances qui surprennent, c'est-à-dire tout juste en un temps où les médecins français auxquels les dangers et les malheurs communs ont appris à se mieux connaître, s'unissent de jour en jour sous les formes de collectivités les plus variées (syndicats, amicales, fédérations, etc.), non seulement pour la défense de leurs intérêts légitimes, mais pour cultiver, par voie de corrélation, l'esprit corporatif de bonne et noble confraternité.

Dans de telles conditions, que viendrait faire un tribunal correctionnel spécial ? Alors même que les collectivités médicales existantes seraient plus immédiatement poussées par les circonstances à défendre les intérêts matériels et sociaux de la profession, s'imagine-t-on qu'elles se désintéressent et qu'elles peuvent se désintéresser de l'honorabilité des membres qui les composent ? N'ont-elles pas déjà, par elles-mêmes, un rôle éducateur et préventif qui ne peut que réduire au minimum les fautes répréhensibles ? Un Ordre des médecins serait une superfétation à laquelle ne suffirait bientôt plus le rôle d'une gendarmerie, et qui empiéterait fatalement — ne fût-ce que pour ne pas rester longtemps en état d'infériorité par rapport à l'Ordre des avocats qu'on voudrait singer comme parangon — sur nos Sociétés de secours mutuels, d'assistance et de défense professionnelle. Ce serait l'absorption étouffante de toute la vie professionnelle, sans que le nouveau système de répression puisse obtenir normalement, dans la pratique, les résultats cherchés.

Ainsi que l'a fait ressortir notre grand confrère le Dr Maurice de Fleury (en réponse à une question de la *Dépêche médicale*, février 1923), on constate des différences entre l'exercice de la profession d'avocat et celui de la profession médicale. Il y a l'*unité de lieu* — le Palais — ainsi que des traditions, des usages, qui distinguent celle-là de celle-ci. Je pourrais ajouter, s'il est permis, que les avocats ont une *unité d'origine* : ils émanent tous de la Licence ou du Doctorat en droit. Chez les médecins, au contraire, les nombreux concours ont engendré de nombreuses catégories auxquelles s'ajouterait une nouvelle : celle de MM. les « membres du Conseil de l'Ordre » Ce serait le premier résultat tangible (1).

P. Cornet.

***

Il est des confrères qui, avec les meilleures intentions du monde, occupent leurs loisirs à ressusciter des morts : je veux parler de l'*Ordre des médecins*.

(1) *Paris Médical*.

Ils remettent la question sur le tapis, d'une façon périodique, et à chaque tentative nouvelle, nouvel échec.

Jamais la création d'un Ordre des médecins ne fut prise au sérieux, et son plus grand succès fut d'avoir fourni un thème aux revues et chansons.

Je ne sais si, un jour, la république ou la commune libre de Montmartre sera dotée de cette intéressante création : en tout cas un de nos meilleurs chansonniers de la Butte, Gabriel MONTOYA, créait, il y a une vingtaine d'année, la chanson que nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs et qui a paru à la date du 25 décembre 1900 dans une feuille médicale éphémère ayant pour titre : La Confraternité médicale.

M. V.

L'ordre des médecins

Oyez ceci, lecteurs affamés de nouvelles :
On dit qu'un subtil acarus
Vient d'éclore dans les cervelles
Des neveux de Diafoirus.

Ces messieurs que des zizanies
Font jaboter à contresens
Et, qui par moultes avanies,
Ont troublé des cœurs bien pensants

Veulent enfin doter la France
D'un ordre neuf, prestigieux,
Pour résoudre les cas, souvent litigieux,
Du corps médical en souffrance.

Qu'en dites-vous, Messieurs les avocats,
Dont un ordre puissant assure la concorde,
Et vous aussi, Messieurs de tous les syndicats ?
La médecine tient la corde.

Quel médecin jamais voudra se compromettre
En intervenant illico :
Le malade aura beau gueuler, claquer peut-être,
Ce sera kif-kif bourrico.

On n'opèrera plus qu'après conseil de l'ordre,
Le bâtonnier sera chaque jour consulté,
Et c'est alors que l'on ne mourra que par ordre
De la très docte Faculté.

JURISPRUDENCE

Escroquerie en matière médicale. Fabricant de bandages herniaires voyageur. Client crédule. Faux diagnostic de hernie. Hydrocèle. Extorsion de sommes importantes.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE MAMERS

5 février 1923.

(*Gazette du Palais*, 24 avril 1923.)

Constitue le délit d'escroquerie le fait, par le voyageur d'une maison de bandages herniaires, de se faire passer pour un spécialiste, aux yeux d'un client crédule, de l'examiner, de diagnostiquer mensongèrement une hernie, au lieu d'une hydrocèle et, sous la menace d'une aggravation, de lui soutirer, après marchandage, une somme d'argnt importante, prétendûment destinée à l'achat par abonnement, d'appareils renouvelabl es mensuellement pendant deux ans, alors d'ailleurs que l'appareil primitif, réellement fourni, susceptible d'un usage de une à trois années, n'a jamais été remplacé.

Constitue également le délit d'escroquerie le fait, par le fabricant d'appareils herniaires, d'avoir inspiré lesdites manœuvres de son voyageur et d'en avoir bénéficié.

Le tribunal,

Attendu que suivant ordonnance de Monsieur le juge d'instruction rendue à la date du quinze janvier mil neuf cent vingt-trois, les nommés H. et S. ont été renvoyés devant le tribunal correctionnel, sous l'inculpation d'avoir à Mamers, en novembre mil neuf cent vingt et un, en tous cas depuis temps non prescrit, en employant des manœuvres frauduleuses, escroqué partie de la fortune de P., cultivateur, en se faisant remettre une somme de mille francs, et lui laissant espérer la guérison, ou l'amélioration d'une infirmité dont il est atteint.

Attendu que l'escroquerie, au sens usuel et vulgaire du mot, c'est le fait d'une personne qui emploie des manœuvres pour se faire remettre le bien d'autrui, ce qui constitue une variété du vol, dont elle ne diffère que par le procédé dont il est fait usage, l'escroc obtenant par ruse la remise volontaire d'un bien que le voleur prend par force.

Attendu que ce délit comporte trois éléments dont la réunion s'impose pour qu'une poursuite pénale puisse être sanctionnée, savoir :

I. — L'emploi de moyens frauduleux ;

II. — Le but de l'agent ;

III. — Le résultat de l'opération qui procure à son auteur un injuste profit, après qu'il a induit un tiers en erreur à l'aide d'artifices et de ruses.

Attendu, à ce point de vue, que les annonces, réclames, circulaires, « boniments », n'entrent dans la constitution du délit qu'à titre d'élément secondaire ; qu'il faut y ajouter toutes les circonstances particulières, telles que machination, mise en scène employées pour donner du crédit au mensonge, impressionner le tiers, obtenir son assentiment, et triompher de ses hésitations.

Attendu, en un mot, et suivant la formule de la Cour de Cassation, que le délit existe lorsque les allégations mensongères ont été renforcées et

appuyées par la mise en œuvre de choses ou de personnes dont le but était de nature à donner au mensonge un caractère déterminant, à faire croire à un pouvoir imaginaire, ou à faire naître l'espoir d'un succès chimérique.

Attendu enfin, qu'il faut une remise de fonds, car l'escroquerie est un délit contre les biens et non contre les personnes, et que l'agent, s'il a fait emploi des sommes versées, n'ait fourni qu'une chose bien au-dessous de la valeur qu'il s'est fait remettre, après avoir, avec une habileté consommée, spéculé sur l'éducation, la position et l'intelligence de celui avec lequel il a contracté.

Attendu que ces principes posés, il s'agit d'examiner, pour chacun des deux prévenus, si les éléments constitutifs du délit d'escroquerie se rencontrent en l'espèce, et quelle sanction ils comportent.

En ce qui concerne.

Attendu qu'il résulte de l'information et des débats que le sieur P., cultivateur, qui avait reçu plusieurs fois des prospectus annonçant le passage du spécialiste herniaire H., s'est présenté à Mamers à l'hôtel d'Espagne où il fut, sur sa demande, mis en présence du prévenu qu'il dénomma Monsieur H., sans que celui-ci le détrompât, le fit se dévêtir, le palpa, l'invita à s'asseoir et à compter jusqu'au nombre quatorze, et lui déclara finalement qu'il était atteint de hernie nécessitant un traitement de deux années pour le prix de mille six cents francs, mais que sur le refus de P., il consentit à un rabais immédiat de six cents francs ; que le client n'adhérant pas à cette dernière proposition, S. lui montra alors une gravure représentant un homme atteint d'une énorme éventration, et il lui dit : « Voilà ce qui vous attend ; si vous ne vous soignez pas, votre hernie deviendra hernie étranglée, vous ne pourrez plus travailler, et vous serez obligé de garder le lit » ; qu'effrayé de ce pronostic et de cette perspective, P. consentit alors à l'acquisition d'un appareil au prix de mille francs, sur lequel il remit, à titre d'arrhes, une somme de cent cinquante francs à S., le surplus, soit huit cent cinquante francs ayant été versé lors de la réception de deux appareils, l'un de jour, l'autre de nuit.

Attendu que S. déclare qu'après avoir diagnostiqué un hydrocèle, il a commandé deux appareils pour cette infirmité à la maison H. dont il est le voyageur, mais que le prix convenu de mille francs représentait, non seulement le prix d'un appareil, qui est de quarante à cinquante francs, mais encore la fourniture pendant deux ans avec pour maximum un appareil nouveau par mois, et ce, conformément aux instructions reçues de Monsieur H., de ne pas abandonner un client à moins de cinq cents francs par an, et qu'enfin il n'a pas promis à son visiteur une guérison, mais une amélioration de son état.

Attendu que P., maintient qu'il n'a jamais été question d'hydrocèle, mais uniquement de hernie, comme dans les circulaires, lors de la consultation de S. ; qu'il est indiqué sur les prospectus illustrés adressés à domicile, sous enveloppe, que « la hernie met nos jours en danger, que les hernieux meurent presque tous de leur mal, en pleine force de l'âge », et, de plus, que la hernie est héréditaire, mais peut-être guérie radicalement, et que des centaines de malheureux doivent leur salut à la maison H., et aux appareils fabriqués à Paris.

Attendu que S. n'ignorait pas que son client n'avait qu'une hydrocèle, puisque sa commande à la maison H. en fait foi, car s'il n'a aucun diplôme de médecine, il est du moins muni, ainsi qu'il appert des documents versés aux débats, de renseignements techniques sous forme d'instructions aux voyageurs, où les divers cas de hernie ou accidents similaires y sont minutieusement décrits, notamment l'hydrocèle ainsi désignée, « poche d'eau se formant dans les bourses, pouvant atteindre un très gros volume, facilement reconnaissable à ce qu'elle est totalement détachée de l'aîne », d'où il suit qu'il a volontairement laissé P. dans l'erreur de l'infirmité dont il se plaignait, ne lui a jamais parlé que de « hernie » et de danger grave auquel il s'exposait, en refusant de se soigner, ce qui constitue d'évidence une manœuvre frauduleuse.

Attendu, en outre, que le contrat dit « abonnement » est une nouvelle forme d'escroquerie, en l'espèce, puisqu'il n'a jamais été fourni d'autre appareil à P., qu'il était inutilisable au surplus pour une hernie, dont ce dernier se croyait atteint, erreur dans laquelle S. l'a laissé, appareil que l'expert Massard a déclaré être, comme exécution, de qualité irréprochable et pouvant avoir une durée normale de une à trois années, donc non renouvelable dans le temps indiqué par S. et ensuite ne pouvant jamais faire disparaître l'hydrocèle.

Attendu que S. a encaissé cent cinquante francs à titre d'arrhes.

Attendu que le médecin légiste, à l'examen duquel a été soumis P., déclare celui-ci atteint d'hydrocèle, infirmité nécessitant l'intervention de grands chirurgiens, pour un coût approximatif de mille francs, ou l'emploi de ponctions à renouveler fréquemment, au prix de cinquante francs l'une, ajoutant que l'appareil fourni pour hydrocèle par la maison H. peut être évalué de dix à cent francs.

Attendu donc que la poursuite pour escroquerie dont est inculpé le sieur S. est des plus justifiée, réunissant trois conditionsp rescrites par la jurisprudence.

En ce qui concerne le nommé H. :

Attendu que celui-ci déclare que n'ayant jamais vu P. il s'est borné à faire exécuter dans ses ateliers deux appareils destinés au traitement d'une hydrocèle, suivant les données et mesures envoyées par S., l'un de ses voyageurs, appareils dont il reconnaît avoir encaissé le prix fixé à mille frs. par S., c'est-à-dire à un prix représentant vingt fois la valeur réelle et commerciale du dit appareil, prix établi suivant ses dires, en tenant compte de ses frais généraux de publicité et de propagande, très importants puisqu'il occupe vingt-huit voyageurs

payés quarante-cinq francs par jour et une commission de dix à quinze pour cent, selon leur chiffre d'affaires, sans parler d'un fixe de deux cents francs par mois.

Attendu qu'il ajoute : « mes voyageurs ont ordre, autant que faire se peut, d'engager les clients à s'abonner au prix de cinq cents francs par an, afin de pouvoir changer, aussi souvent qu'il est nécessaire les appareils très promptement détériorés par la radiation. »

Attendu qu'H. ne peut nier qu'ayant donné des instructions en vue de l'abonnement à un appareil dont le prix pour deux années lui a été versé, alors que la nécessité du renouvellement de cet appareil est démentie en raison de sa solidité, par l'expert Massard qui lui assure une durée normale de un à trois ans, et n'a d'ailleurs pas été effectué puisque ni H., ni son voyageur n'ont pas revu P., ni correspondu avec lui depuis la livraison de l'appareil, il est, tant en fait qu'en droit, le coauteur du délit reproché à S., son mandataire, dont les agissements ont été conseillés et encouragés par lui ; qu'il en a été le bénéficiaire, conservant les mille francs, sauf la commission allouée à son voyageur, sans tenir la promesse faite d'un renouvellement d'appareil.

Attendu donc qu'il serait aussi peu équitable que juridique, en présence d'un texte de loi, destiné à protéger es ignorants, de ne pas retenir à la cause H., inspirateur et bénéficiaire des manœuvres qu'un tiers accomplit en son nom, de parfait accord avec lui.

Statuant sur les conclusions de la partie civile.

Attendu qu'il résulte de l'instruction édifiée, ensemble des débats de l'audience, que la vente d'un appareil herniaire au sieur P, a été effectuée par le sieur S., alors voyageur au service de H., et comme tel, étant son commis ou préposé.

Que celui-ci, sans titre ni diplôme quelconque pour ce faire, a diagnostiqué une infirmité grave (hernie) dont le sieur P. n'était nullement atteint, ainsi qu'il a été démontré depuis pour le décider à acquérir un appareil spécial, qu'après lui avoir marchandé à mille six cents francs, il lui a laissé au prix de mille francs.

Attendu que c'est effrayé par le diagnostic prononcé par le sieur S., en suite de la visite médicale, à laquelle celui-ci venait de se livrer sur sa personne, que P. s'est décidé à signer le contrat qui lui était présenté, dont il ne lui fût même pas donné lecture et qui vraisemblablement, a été postérieurement rédigé par le voyageur, au moment de sa transmission à son commettant.

Que le dit voyageur, qui lui vendait un appareil herniaire absolument inutile pour le traitement d'un hydrocèle, infirmité très guérissable et sans danger, ne comportant pas l'emploi d'un semblable appareil, s'est abstenu et pour cause, de lui indiquer l'inopportunité du traitement qu'il préconisait n'ayant d'autre objectif que celui de faire une vente, et de toucher une commission forfaitairement convenue avec son patron.

Attendu que la teneur de la souscription qu'il a obtenue ainsi, puis transmise à H. son patron, atteste plus qu'à suffire le caractère dolosif de ses agissements.

Attendu que comme conséquence de ceux-ci, H. a indûment reçu et encaissé en deux fois, la somme principale de mille francs, dont P. est légalement fondé à lui réclamer le remboursement.

Attendu qu'H. a si bien compris la responsabilité par lui encourue qu'il a dû avouer, interpellé à cet égard à l'audience, qu'il a offert à P. le remboursement des mille francs indûment perçus par lui.

Attendu les dispositions de l'article mille trois cent quatre-vingt-quatre du code civil.

Par ces motifs :

Déclare S. et H. convaincus d'escroquerie et en vertu des articles 405, 463 du code pénal, 194 du code d'Instruction criminelle, lus par Monsieur le président, et ainsi conçus :

(Suit la teneur de ces articles).

Condamne H. à deux mois de prison, deux mille francs d'amende, et S. à un mois de prison.

Les condamne conjointement et solidairement aux dépens liquidés à quatre-vingt-dix-sept francs quatre-vingts centimes.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Et statuant sur les conclusions de la partie civile :

En la FORME :

Reçoit P. partie civile intervenante aux débats.

Au FOND :

Dit et juge son intervention justifiée, et y faisant droit :

Condamne H. et S., conjointement et solidairement entre eux, à restituer et rembourser au sieur P. la somme de mille francs, montant des causes sus-énoncées.

Les condamne, au même titre, au besoin, à titre de dommages-intérêts, en tous les frais et dépens qui comprendront ceux exposés par P., en sa qualité de partie civile, provisoirement liquidés au jugement, et sauf taxe ultérieure par état, à la somme de vingt francs, sans qu'ils y ait lieu à d'autres dommages-intérêts.

Commentaires.

Quand y a-t-il exercice illégal de la médecine ? La profession de bandagiste est libre, en ce sens que celui-ci n'est pas obligé d'exiger une ordonnance de médecin, avant de vendre un bandage quelconque, comme le pharmacien en a l'obligation, avant la délivrance de médicament. La jurisprudence a décidé que la fabrication et la vente des accessoires médicaux reste entièrement libre, non seulement quant aux instruments et appareils servant aux médecins, mais aussi quant aux accessoires de toutes sortes destinés au public : ceintures, corsets médicaux, bandages, appareils orthopédiques, verres d'optique médi-

cale. etc. (Cassation, 15 nov. 1906 ; trib. correct. Seine, 10e chambre, 22 oct. 1903 ; Cour de Nancy, 12 mai 1897).

Lorsqu'un client se borne à demander au bandagiste qu'il lui prenne mesure, pour la confection d'un appareil approprié à son infirmité, dont le diagnostic a été établi, au préalable, par un médecin, il ne saurait y avoir, dans ce fait, le délit d'exercice illégal de la médecine.

Le marchand aurait même le droit d'indiquer, à son client, le moyen d'utiliser l'objet que celui-ci lui achète, notamment la façon d'appliquer un bandage, ou de porter une ceinture orthopédique (trib. correct. Seine, 22 octobre 1903).

Mais, si le malade vient chez le bandagiste, pour se faire examiner, pour savoir s'il a une hernie et s'il a besoin d'un appareil contenteur, le bandagiste doit se refuser à porter un diagnostic, parce qu'il n'est pas médecin. Vend-il un bandage après qu'il aura examiné le malade et donné son opinion de diagnostic, qu'il peut se rendre coupable séparément ou à la fois, du délit d'exercice illégal de la médecine, de celui d'escroquerie, et enfin de blessures par imprudences.

L'exercice illégal de la médecine a été reconnu, pour un opticien, ayant vendu des verres de lunettes, sans examen préalable d'un médecin (trib. correct. Le Havre, 23 mars 1898). De même sont nombreuses les condamnations contre les mécaniciens dentistes ayant pris des empreintes, des mesures, etc., pour confectionner ensuite, de leur propre autorité, des appareils ou pièces de prothèse (Cassation, 15 nov. 1906 ; Cour de Paris, 29 oct. 1904. Voir également *Journal officiel*, débats parlementaires : Sénat, séance du 9 avril 1892, page 408 et suiv.).

Si le bandagiste, ou le mécanicien dentiste peut essayer les bandages, ceintures, appareils, que le client peut normalement s'adapter lui-même, il outrepasserait son droit, en lui posant des appareils, ou pièces de prothèse, devant être appliquées à demeure et dont l'adaptation exigeant une instruction particulière, ne relève que des médecins, ou des dentistes. (Cass. 15 novembre 1906).

Quand y a-t-il escroquerie ? — Les promesses mensongères de guérison ne suffiraient pas à constituer le délit d'escroquerie : il faut qu'elles soient accréditées par une mise en scène, déterminant l'extorsion. (Cass. 21 juin 1855 ; 18 mai 1912, 17 février 1913).

Dans l'espèce du jugement de Mamers, l'escroquerie était nettement caractérisée par l'attribution d'une fausse qualité, venant s'ajouter à une erreur de diagnostic et à une extorsion de fonds par la vente d'un appareil bien au-dessus de son prix normal et par une promesse de soins par abonnement.

La Cour d'appel d'Aix a déjà jugé (12 juin 1896) que si de simples mensonges ne peuvent constituer les manœuvres prévues par l'article 405 du Code pénal, il n'en est pas de même lorsqu'on se fait donner, par un tiers, une fausse qualité, celle de médecin par exemple.

En effet, il n'est pas défendu de s'affubler du titre de docteur, à la condition que cette qualification ne serve pas à attirer, dans son cabinet, des malades, qui croient se trouver en présence d'un véritable docteur en médecine. C'est pour ce fait que la loi du 30 novembre 1892 n'a prévu de peine, pour l'usurpation du titre de docteur en médecine, que lorsque cette usurpation s'accompagne du délit d'exercice illégal de l'art de guérir. Voir à ce sujet la séance de la Chambre des députés, du 19 mars 1891 (*Journal officiel*, 20 mars 1891, débats parlementaires, Ch. p. 679).

L'usurpation de titre peut constituer le délit d'escroquerie, s'il vient à l'appui de promesses fallacieuses de guérison. Tel fut le cas d'un bandagiste qui s'était affublé, sans droit, du titre de docteur. (Tribunal correctionnel de Parthenay, 13 février 1899). Voir à ce sujet, la note sous l'arrêt de la Cour de Paris du 23 mai et du 7 juin 1912, en ce qui concerne la jurisprudence, qui protège la crédulité publique contre les manœuvres d'aigrefins, qui cherchent à extorquer des sommes souvent énormes, en exploitant le désir de guérison, alors qu'ils ne livrent que des médicaments, ou appareils de valeur marchande minime.

D'ailleurs, dans le rapport que nous avons fait au Congrès de l'exercice illégal de la médecine, Paris 1906, nous avions donné de nombreux exemples des réclames charlatanesques employées par des voyageurs en bandages herniaires. Il arrive fréquemment que le patron d'une firme de ceintures et appareils orthopédiques fait voyager de simples employés, n'ayant aucune qualité scientifique. C'est ce qui s'est passé dans le cas précité de Mamers et on peut comparer ce jugement aux décisions suivantes de jurisprudence : Cassation, 25 novembre 1858 ; 14 mai 1897 ; 5 mai 1905.

Blessures par imprudence. — Ces voyageurs inexpérimentés dans l'art de guérir, uniquement poussés par le désir d'enlever des commandes, appliquent parfois des bandages d'une manière intempestive, sur des lésions, qui n'ont jamais été des hernies.

Ainsi, des désordres très grands peuvent être consécutifs à l'application d'un bandage herniaire sur une hydrocèle, ou sur une adénite inguinale. (Trib. correct. Lisieux, 19 mars 1890 ; Cour de Paris, 18 mars 1901).

Les auteurs de blessures sont poursuivis soit au correctionnel, soit au civil, en dommages-intérêts par le malheureux qui s'est laissé tromper.

Dr Paul BOUDIN.

CONSTATATIONS DE DÉCÈS

Les constatations de décès sont nécessaires au point de vue de la sécurité sociale, de l'hygiène et de la statistique, qui vient en aide à l'hygiène.

Que l'on discute et plaisante sur les résultats de la statistique, il n'en est pas moins vrai que celle-ci est utile et que ses conclusions en ce qui concerne le service dans les grandes villes approchent de la vérité.

Pendant 40 ans, nous avons fait le service de la constatation des décès, dans une grande ville où nous connaissions tout le monde, il est vrai, notre diagnostic du décès était fait d'avance et nous ne pensons pas avoir commis beaucoup d'erreurs, malgré le mutisme de certains praticiens qui ne donnent aucun renseignement à la famille, sur la maladie de leur client.

De notre longue pratique, il résulte que la constatation de décès peut être pratiquée dans les grandes villes, telle qu'elle l'est actuellement, et de préférence par un vieux médecin qui n'exerce plus.

Mais il est nécessaire que la constatation soit faite partout. Pour cela, on est obligé d'en arriver à la constatation par le médecin traitant qui offre le plus de garantie et d'exactitude.

La formule du préfet de la Charente-Inférieure nous paraît satisfaisante, à la condition, comme le dit très bien le Dr Boudin, que le certificat du médecin traitant soit adressé au bureau d'hygiène de la ville et, à son défaut, au médecin inspecteur départemental d'hygiène.

Dans les centres de grande ou moyenne importance il sera nécessaire que le maire désigne, en dehors des médecins traitants, un médecin spécial pour les cas où le décédé n'aura pas reçu de soins médicaux, pour les morts subites, accidents, suicides, empoisonnements, asphyxies ; pour les décès dans les garnis et autres cas spéciaux.

Il y aura donc les constatations des médecins traitants et celles d'un médecin administratif agréé par le maire ou le commissaire de police.

Reste à examiner la question du secret professionnel au sujet de la déclaration par les médecins traitants.

Tout d'abord nous pensons que dans la généralité des cas, la rumeur publique les met à couvert. C'est le secret de polichinelle.

Et puis, nous sommes libres de délivrer des certificats ou de ne pas en délivrer. Combien de fois cela n'arrive-t-il pas au praticien, sans qu'on lui demande pourquoi.

Si, à propos d'un décès suspect ou dont la cause ne lui paraît pas devoir être dévoilée par lui, le médecin n'envoie *aucun* certificat, y a-t-il violation du secret professionnel.

Indirectement, répondront quelques-uns. Eh bien, malgré tout le respect que nous avons pour le secret professionnel, nous n'estimons pas que, dans ce cas, il y ait violation.

Le silence est un aveu, mais il peut être d'or. Pourquoi suspecterait-on mon silence vis-à-vis la cause du décès.

Il ne faut pas trop s'arrêter aux subtilités. Donc, pas de certificat du médecin traitant, c'est le médecin administratif qui fera la constatation.

Ces mesures peuvent s'appliquer en tous lieux et nous les croyons susceptibles de donner les meilleurs et les plus satisfaisants résultats.

Dr Courgey.

L'AVENIR DE LA PROFESSION MÉDICALE (1)

Le sens profond du mot de Claude Bernard s'affirme de jour en jour :

« Il est heureux de vivre en ces moments pour ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine ».

Le nombre de ceux qui s'y intéressent s'accroît prodigieusement. Partout s'organisent des associations, des ligues, groupant dans un but social hommes d'Etats, gouvernants, membres du clergé, politiciens, philanthropes des deux sexes, et la plupart de ces groupements poursuivent une lutte énergique contre le fléau des maladies diverses.

De leur côté, les médecins apportent à ces ligues l'appui désintéressé de leur savoir, de leur compétence, de leur dévouement.

Il y a, dans ces préoccupations de notre époque, un courant irrésistible entraînant les forces intellectuelles du pays vers un but général de mieux-être et de bonheur. C'est un phénomène que tous nous constatons, et dont la répercussion sur la profession médicale doit retenir notre attention.

Nous l'avons maintes fois répété : il est inutile de tenter de faire barrage ou de remonter le courant. Une action dans ce sens risquera toujours d'être au moins mal interprétée, si pas mal jugée. Le Corps médical se doit, pour conserver son prestige et sa place honorée dans la société, de monter sur le navire social et d'en saisir avec autorité le gouvernail.

Mais il est un écueil à éviter : le fonctionnarisme. Par ce mot, nous n'avons nulle intention d'offenser qui que ce soit, mais il existe une antinomie radicale entre le rôle du médecin praticien et celui que l'on pourrait envisager chez le médecin fonctionnaire. Il y a, entre les deux, toute la distance séparant une profession essentiellement libre n'ayant pas d'autres

(1) *Le Scalpel*, 3 mars 1923.

bornes que la conscience du devoir à accomplir, le sens de la responsabilité morale et les forces physiques et cérébrales, la séparant, disons-le nettement, d'une fonction limitée dans le temps et l'espace par un règlement, des ordres hiérarchiques et souvent une absence d'initiative.

Nous entendons d'ici les plaintes des découragés et des résignés, devant une situation qui nous inquiète à bon droit pour l'avenir de la médecine.

Depuis la fin de la guerre, tous les peuples ont constaté les profondes perturbations sociales qui agitent le monde. Les notions saines de justice, d'équité, de loyauté, sont bouleversées. Ne voyons-nous pas les nations de l'Europe centrale donner l'exemple de la déloyauté, du mépris de la parole donnée et des contrats signés, travaillant avec une haine inassouvie à préparer les pires catastrophes, pourvu qu'elles entraînent les autres nations à les subir avec elles ?

Ces exemples néfastes exercent une triste répercussion sur les individus, et sont certes de nature à troubler les consciences.

Aussi est-il consolant de considérer, à côté du mal, le bien qui se prépare par le coude-à-coude des hommes de bonne volonté. Notre tâche est limitée à l'étude du bien social qui se prépare dans le domaine de la médecine.

Ici cependant, force nous est de tenir compte d'une sorte de divorce entre les idées et les conceptions de nos jeunes confrères et celles des médecins d'âge plus mûr. Ces derniers se trouvent un peu déconcertés devant les tendances nouvelles, pour la plupart puisées et dans les enseignements de la guerre et dans les organisations médicales de l'Amérique.

C'est en nous inspirant de certaines théories qui seront demain traduites en faits, que nous désirons envisager l'avenir de la profession médicale. Car, si nous ne préparons pas nous-mêmes cet avenir, si nous nous abstenons de conduire les événements au lieu de les subir, tout nous fait craindre un fâcheux asservissement de notre art.

Il suffit d'arrêter nos réflexions sur des incidents très récents pour motiver nos inquitétudes.

De ce point de vue, nous avons tenu à poursuivre méthodiquement l'examen d'un projet que le corps médical belge peut aisément réaliser à son grand avantage.

Les médecins sont d'ordinaire de mauvais financiers, non par incompétence, mais par sollicitude pour une clientèle à laquelle ils sacrifient leurs journées entières. Malgré cela, ils ont néanmoins réussi à créer deux affaires qui, après les inévitables tâtonnements du début, sont l'une en plein rendement, c'est « La Médicale: », compagnie d'assurances, l'autre : l'Imprimerie Médicale, qui connaîtra prochainement une ère prospère.

A côté de ces deux institutions, un groupe de médecins vient de fonder une autre société, poursuivant sous le nom d' « Ambulance automobile », les procédés techniques les plus modernes et pratiques pour transporter les patients dans les diverses cliniques. Pour le moment, cette société nouvelle possède un seul dépôt d'autos, agencés pour recevoir un lit et véhiculer un patient sans heurts, ni souffrances, mais elle se propose de créer des agences dans les centres où ses services seront mis à la disposition des établissements de cure et de traitement.

Pourquoi ne pas élargir le cercle de nos entreprises sur un domaine où il est autrement urgent de le porter ?

Nous voulons parler des cliniques médico-chirurgicales. Si nous nous laissons devancer sur ce terrain, les médecins se trouveront devant des réalisations où, loin d'être les maîtres tout indiqués, ils seront les asservis. N'insistons pas trop sur ce côté très délicat de la question, tous nos lecteurs savent à quoi nous faisons allusion : les institutions basées sur des buts politiques. Nous ne songeons pas à blâmer les hommes qui ont su créer des cliniques où malades et blessés trouvent des soins médicaux prompts et assurés, mais nous regrettons que les médecins n'aient pas voulu créer eux-mêmes ces cliniques dont le succès va grandissant avec l'évolution des idées sur les soins à donner aux patients. Si naguère, on a considéré comme une manière d'égoïsme la pensée de faire soigner un être aimé en dehors de la demeure familiale, bientôt on considérera le traitement à domicile comme une imprudence ou une négligence graves. Il suffit de voir ce qui se passe dans les cliniques des grandes villes, créées à l'initiative des chirurgiens et spécialistes, où il arrive de devoir refuser des patients faute de place, pour affirmer le succès assuré des établissements similaires, créés par les médecins.

Nous avons désiré présenter à nos confrères un projet qui ne fût ni simplement entrevu ou bâti en l'air, et interrogé sur ce point des gens rompus aux affaires et habitués à manœuvrer sur un terrain solide. Et c'est ici que se justifie l'en-tête de notre article : « L'avenir de la profession médicale ». Notre intime conviction est que c'est de ce côté que nous devons faire un effort qui, en sauvegardant notre liberté professionnelle, la dégagera des emprises politiques, patronales, mutualistes, et la sauvera même des hardiesses sociales d'amis imprudents.

Le plan financier de l'affaire est son pivot naturel. Pour le mettre debout, il ne faut que le concours de gens connaissant bien la situation et sachant ce qu'ils veulent.

Il sera nécessaire de créer une société anonyme à capital assez sérieux, dès le début. Pour fixer un chiffre, prenons 5 millions. Le capital de 5 millions serait divisé en 5.000 actions de 1.000 francs. Il n'est pas nécessaire de libérer entièrement ces actions. La loi n'exige pas au-delà d'un versement de 20 %, soit 200 francs.

Ce capital, une fois constitué, la société est assurée de trouver le concours d'une puissante compagnie, grâce à l'émission d'obligations hypothécaires, obligations aujourd'hui parfaitement légales dont on émettrait les tranches au fur et à mesure des néces-

sités. Avec un capital de 5 millions, sur lequel 20 % est versé, la société peut émettre des obligations pour une somme équivalente, obligations qui peuvent être prises ferme par une institution financière. Les bénéfices à réaliser d'une manière certaine dans cette opération destinée à créer des cliniques permettra l'amortissement des obligations émises.

Nous voulons nous borner aujourd'hui à lancer un projet qui, pour réussir, doit être promptement saisi et examiné.

Les médecins de tout le pays comprendront aisément l'urgence de la constitution d'une affaire les soustrayant à toutes les emprises politiques, patronales et mutualistes.

Les événements se précipitent et si nous ne parons pas aux dangers menaçant l'avenir de notre profession, il arrivera que la loi sur les assurances sociales nous trouvera désarmés et impuissants.

Il est bon de tenir compte de quelques éléments psychologiques dans l'étude d'un projet intéressant aussi bien le public que les médecins. La confiance d'un malade à l'endroit du médecin traitant est un de ces éléments. Nous constatons tous les jours la méfiance du public vis-à-vis du médecin imposé, quelle que soit la valeur de celui-ci. Dans la classe des mutualistes, chez les ouvriers, les artisans, les petits bourgeois, la plupart ont à cœur de recourir à leur médecin.

Chacun de nous connaît les raisons de la défiance que nous ne tenons nullement à développer, parce que d'essence sentimentale.

Unissons-nous donc pour prévenir un danger certain et assurer à tous nos concitoyens une sécurité basée sur notre absolue impartialité.

Les unions professionnelles joueront un rôle prépondérant le jour où les établissements de thérapeutique médicale et chirurgicale appartiendront aux praticiens et seront établis dans toutes les régions du pays.

Dr L. DEJACE.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

L'INFIRMIÈRE-VISITEUSE, LE MÉDECIN INSPECTEUR ET LA NOURRICE

Je lis dans le *Concours médical* de ce jour une longue lettre adressée par un médecin de Seine-et-Oise à M. le préfet de ce département, qui est insérée sous le titre « Les beautés de l'Hygiène administrative, l'infirmière-visiteuse, le médecin-inspecteur et la nourrice ».

J'ai l'honneur d'attirer votre bienveillante attention sur la confusion que ce titre même peut engendrer dans l'esprit des médecins de France, peu familiarisés avec les formes et les dessous de l'Administration.

Malgré les efforts des médecins hygiénistes français, il y a encore deux formes de l'hygiène administrative dans notre pays : l'hygiène de la première enfance, l'hygiène générale.

La première est confiée, dans tous les départements je crois, au service de l'Inspection de l'Assistance publique, exceptionnellement dirigé par un méedecin.

La seconde, confiée aux directeurs des bureaux d'hygiène dans les villes de plus de 20.000 habitants ou dans celles de plus de 2.000 habitants pourvus d'une station thermale, et, dans certains départements seulement, à des inspecteurs départementaux d'hygiène, fonctions seulement facultatives en application de la loi de 1902, a pour mission de veiller à la situation sanitaire générale et à tout ce qui peut la menacer. Presque tous les titulaires sont des médecins, spécialisés ou non.

Le titre « Les beautés de l' Hygiène administrative » peut laisser sous-entendre que les services généraux de l'hygiène sont conçus de la même façon que le service de l'hygiène de la première enfance, alors qu'il n'en est rien.

Les inspecteurs de l'Assistance publique, lorsqu'ils ne sont pas médecins, ignorent tout de la confraternité médicale ; ils peuvent avoir des opinions qui seraient, de la part d'un médecin, parfaitement anti-déontologiques. L'impulsion qu'ils donnent aux infirmières visiteuses s'en ressent, et les inconvénients signalés par notre confrère de Seine-et-Oise sont susceptibles de se multiplier. Ce danger n'est pas à craindre lorsque les confrères ont affaire, dans les services départementaux, à un des leurs, ce qui se passe pour les questions relatives à la protection générale de la santé publique.

Il faut noter que M. l'Inspecteur de l'Assistance publique de Seine-et-Oise n'est pas un médecin, et qu'il n'y a pas, dans ce département, d'Inspection d'hygiène confiée à un médecin.

J'ai cru devoir vous faire part de ces considérations, afin d'éviter que nos confrères, peu au courant de ce qui se passe dans les Administrations, n'aient tendance à généraliser à propos de toutes les questions d'hygiène ce qui est constaté en ce qui concerne la protection du premier âge, service absolument distinct de celui de l'hygiène publique, et je vous serais très obligé de vouloir bien, à cet effet, insérer cette lettre dans un des plus prochains numéros du *Concours médical*.

Veuillez agréer, je vous prie, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr P. PAQUET,
Membre du *Concours médical*,
Inspecteur départemental d'hygiène de l'Oise,
Auditeur au Conseil supérieur
d'hygiène publique de France.

Syndicat médical de Lille et de la région

(16 mars 1923)

Compte rendu. — Deux observations sont présentées à propos du compte-rendu de la séance du 15 février :

1° Madame Bernson insiste sur la nécessité de remettre l'opuscule de propagande syndicaliste à tous les jeunes docteurs au moment de leur thèse. Mme Bernson voudrait que tous les jeunes médecins soient, dès leur installation, entourés de tous les renseignements concernant la déontologie et les intérêts professionnels. Le Dr Vanverts fait observer qu'une fois installé, tout jeune médecin a le devoir de s'affilier au Syndicat local, lequel doit, de son côté, soutenir ses membres et veiller à l'observation des principes déontologiques.

2° Le Dr Vanverts apporte une rectification à l'opinion qu'il avait émise dans la séance précédente, à savoir qu'un ministre n'accepterait jamais de nommer, dans une Commission administrative des hôpitaux, le médecin qu'un Syndicat lui présenterait. Le Dr Vanverts donne lecture d'une circulaire ministérielle de date récente qui recommande au contraire aux préfets de nommer dans tout Conseil d'administration hospitalière, un médecin présenté par les associations professionnelles. Il suffirait donc, pour que le Syndicat obtienne satisfaction, de demander au préfet l'application de la circulaire ministérielle. Le Syndicat en décide ainsi.

Après ces observations, le compte rendu de la séance de février est adopté.

Correspondance. — Le président donne lecture :

1° D'une communication écrite reçue de l'avocat-conseil de la Fédération ; celui-ci, avec documents juridiques à l'appui, estime qu'il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions de médecin ou chirurgien d'un hôpital et celles d'administrateur de cet hôpital. La consultation de l'avocat-conseil sera classée dans les archives de la Fédération.

2° Circulaire n° 17 de l'Union des Syndicats médicaux de France sur la nécessité d'organiser solidement, dans chaque Syndicat, le secrétariat et les archives. A cette circulaire est joint un questionnaire relatif au fonctionnement du secrétariat du Syndicat de Lille. Le Dr Vanhaecke y a répondu. L'Union demande, dans le même document, que les Syndicats médicaux veuillent bien prendre un abonnement de propagande au *Médecin Syndicaliste* dont la collection sera conservée aux archives. L'abonnement proposé est adopté par le Syndicat.

Examen médical obligatoire des conducteurs d'automobiles. — Après discussion et modifications, le vœu suivant est adopté, sur la proposition du Dr Vanverts.

« Il ne sera délivré de permis de conduire qu'aux sujets âgés de plus de 18 ans. Le permis de conduire sera refusé à tout candidat présentant des troubles mentaux ou des lésions du cœur ou du système nerveux ou une insuffisance de la vue ou de l'ouïe constatée par une Commission spéciale instituée d'accord avec les Syndicats médicaux. Le permis de conduire ne sera accordé aux mutilés qu'au cas où les appareils dont ils seront munis leur assureront une aptitude suffisante à conduire. Le permis délivré ne sera valable que pour une période de 10 ans au bout de laquelle un nouvel examen médical devra être subi par le titulaire. Le permis sera retiré à tout conducteur d'auto surpris en état d'ivresse. Dans certains cas spéciaux, le permis ne pourra être délivré que pour trois ans. Tout conducteur d'auto ayant provoqué par sa faute un accident sera soumis à un nouvel examen médical. Les conducteurs de voitures à chevaux étant fréquemment responsables, par suite de leur inobservance des réglements, des accidents attribués aux automobilistes, il est indispensable que toute infraction au dit règlement par eux commise soit sévèrement réprimée.

Demi-assistance. — Cette question ne concerne pas le Syndicat médical de Lille, puisque le Service de l'Assistance médicale gratuite à Lille possède son autonomie. Le Syndicat médical de Lille s'en rapporte aux décisions qui seront prises à ce sujet par l'Assemblée générale de la Fédération.

Contrôle de l'impôt sur les revenus professionnels du médecin. — La protestation émise par le Dr Jules Leclerc, du Syndicat de Lille, se confond avec une protestation identique communiquée par le Syndicas des médecins de la Seine. Le Syndicat médical de Lille s'associe à ce mouvement et émet le vœu suivant :

« Le Syndicat médical de Lille et de la région, ému d'un vote récent de la Commission des Finances, proteste contre le système irréalisable préconisé de « Carnet du médecin » contrôlé par un fonctionnaire sur d'autres carnets de clients, pour les raisons suivantes :

1° Ce système aboutirait fatalement, quelles que soient les précautions prises, à la violation du secret médical qui est la base de notre charte et la sauvegarde des malades ;

2° Il assimilerait finalement la profession médicale à une profession commerciale, ce qui est contraire à la Loi.

Les ennemis du médecin. — Le Dr Dhaine fait un exposé des procédés de dénigrement systématique employés par certains fabricants d'appareils médicaux et paramédicaux. Il conseille vivement aux confrères de ne pas s'adresser, le cas échéant, à ces maisons qui font preuve d'une hostilité systématique à l'égard du Corps médical. Il met en garde également les jeunes confrères vis-à-vis de certaines Compagnies d'assurances garantissant les risques professionnels. Le Dr Dhaine pense qu'il y a lieu, avant de contracter une assurance de ce genre, de prendre des

informations sérieuses sur la situation financière de ces compagnies.

Cette question sera étudiée par le Bureau du Syndicat qui convoquera le Dr Dhaine, de façon que celui-ci puisse fournir tous les renseignements précis qu'il peut posséder à ce sujet.

Modifications éventuelles à apporter à l'exercice de la profession de sage-femme. — Il s'agit d'une enquête faite par le professeur Bar, auprès de tous les Syndicats médicaux de France, dans le but d'établir un rapport à l'Académie de médecine.

Le Syndicat médical de Lille institue une Commission composée des docteurs Vanverts, Paucot et Vanhaecke, chargée de répondre au questionnaire du professeur Bar.

Le secrétaire général : Dr VANHAECKE.

Syndicat médical de Valenciennes

(18 mars 1923)

Révision de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898. — L'assemblée, après avoir entendu de M. le Dr Levesque lecture du rapport rédigé par les chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de Valenciennes, au sujet des modifications proposées par le Conseil supérieur de l'Assistance publique à l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, en ce qui concerne la rémunération des soins donnés dans les hôpitaux aux victimes d'accidents du travail.

Approuve ce rapport, en adopte les conclusions.

Donne mandat à son bureau de le transmettre comme l'expression du *vœu du Corps médical* de l'arrondissement *tout entier* à Messieurs les présidents des Commissions administratives de Valenciennes, de Saint-Amand et de Bouchain.

Rémunération des soins donnés dans les hôpitaux aux victimes de la guerre. — La motion suivante est adoptée à l'unanimité.

Le Syndicat médical de Valenciennes,

Saisi par son bureau du vœu émis par le Syndicat médical d'Arras le 26 novembre et par le Syndicat médical de Douai le 3 décembre 1922 tendant à ce « que les médecins et chirurgiens d'hôpitaux qui donnent leurs soins dans les établissements hospitaliers aux victimes de la guerre soient payés au même titre que les médecins et chirurgiens de cliniques » ;

Vu l'art. 67, par. 2, du décret du 25 octobre 1922 ainsi conçu : « Si le malade est admis dans un établissement privé, les frais dus par l'Etat comprennent : 1° le prix des interventions du tarif spécial prévu ci-après, pratiquées par les médecins traitants » ;

Vu la résolution précédemment adoptée en ce qui concerne les victimes d'accidents du travail ;

Considérant que les motifs invoqués pour la rémunération des chirurgiens et spécialistes des hôpitaux en raison des soins donnés aux victimes d'accidents du travail sont applicables également quand il s'agit des soins donnés dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la loi des Pensions (art. 64) ;

Adopte le vœu émis par les Syndicats médicaux d'Arras et de Douai ;

Décide d'adresser aux Pouvoirs publics, à l'appui de ce vœu, le rapport adressé par les chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de l'arrondissement de Valenciennes aux présidents des Commissions administratives.

Vœu émis au sujet de la situation des externes et internes des hôpitaux en cas de maladies ou d'accidents survenus dans leur service.

Le Syndicat médical de Valenciennes,

Emu d'incidents récemment publiés au cours desquels des internes ou externes des hôpitaux atteints d'affections contractées dans leur service se sont vu réclamer le montant de leurs frais de séjour à l'hôpital ;

Sans s'arrêter au texte des règlements ou à leurs prescriptions prétendues impérieuses, et sans vouloir examiner les combinaisons administratives ou financières proposées pour éviter les situations scandaleuses ;

Estime qu'il est manifestement contraire à l'équité et aux convenances de réclamer le prix de soins donnés en cas de maladie à ceux qui les donnent gratuitement. Que l'administration bénéficiant de leurs services sans limites, doit les traiter en « bon père de famille », et ne pas chicaner sur leurs besoins ;

Considère que l'Administration, mettant à profit leur dévouement, doit les protéger contre ses conséquences fâcheuses, dussent-elles contracter des assurances à leurs propres frais pour cela ;

Et réclame une réforme immédiate des règlements sur ce point s'il n'est pas possible d'en obtenir une interprétation libérale.

Examen médical obligatoire des conducteurs d'automobile. — Au sujet d'un vœu émis par l'Académie de Médecine, le Syndicat de Valenciennes adopte une motion concluant à l'utilité d'un examen médical pour les conducteurs d'automobile (le certificat d'aptitude pourrait être délivré par tout médecin praticien), mais s'oppose à une réglementation excessive qui gênerait sans profit pour la sécurité publique l'usage normal de l'automobile.

Demi-assistance. — Le Syndicat médical de Valenciennes, sollicité par la Fédération des S. M. du Nord d'émettre un vœu au sujet de la *demi-assistance* dans le service de l'A. M. G. départementale ;

Considérant que cette mesure, assez inquiétante pour les médecins au premier abord, est appliquée depuis trop peu de temps pour qu'on puisse se rendre compte de sa portée exacte ;

Demande que l'étude en soit ajournée à un an ;

Rappelle que la loi organique de 1893 ne prévoit aucune disposition de ce genre et fait les plus expresses réserves sur la légalité du règlement départemental qui l'a instituée ;

Consultations de nourrissons. — Le Syndicat sollicité par laFédération des S. M. du Nord d'émettre un vœu au sujet du projet de loi Dron sur les consultations de nourrissons ;

Se référant au vote émis dans l'assemblée générale du 1er février dernier,

Approuve à la majorité les dispositions du projet de loi Dron qui permettraient de faire concourir les initiatives privées à l'application des lois d'assistance sans les brimer et sans gêner leur fonctionnement ;

Estime qu'un décret ou un arrêté ministériel suffirait à obtenir ce résultat ;

Se déclare peu favorable aux tendances exprimées de différents côtés à l'occasion de ce projet et tendant à rendre la fréquentation des consultations de nourrissons obligatoire, au moins pour certaines familles, sous peine de véritables sanctions administratives ;

Le docteur Relle exprime l'avis que les consultations de nourrissons, ne pouvant servir aux enfants réellement malades et gardant le lit, manquent en grande partie leur but. Ces enfants devraient être visités à domicile par le médecin du bureau de bienfaisance moyennant une rétribution supplémentaire.

M. le docteur Tauchon exprime le vœu que les allocations aux mères de famille soient réservées à celles qui présentent leurs nourrissons à la consultation.

Rapport entre les syndicats de spécialistes et les syndicats locaux. — Le Syndicat sollicité par la Fédération des S. M. du Nord d'émettre un vœu à ce sujet.

Considérant que les Syndicats généraux de spécialistes ne peuvent aider leurs membres disséminés sur tout le territoire de la France dans leurs difficultés d'ordre local ; qu'ils ne peuvent exercer de contrôle appréciable sur leurs actes professionnels ;

Emet le vœu que : « Tout médecin doive justifier de son affiliation à un Syndicat local pour être ou rester membre d'un Syndicat de spécialisation ».

Code de déontologie. — Le Syndicat émet le vœu que la rédaction du « Code médical » soit entreprise et qu'on étudie parallèlement l'institution d'un Ordre des médecins ou de toute autre juridiction professionnelle.

Enquête de M. le professeur Bar sur la profession de sage-femme. — Aux questions posées, le Syndicat répond comme suit :

Il semble qu'une sage-femme de notre région puisse gagner sa vie en exerçant honorablement sa profession au moins au tarif actuel du Syndicat à la ville et à la campagne.

Le nombre est à peu près suffisant ; mais il paraît avoir diminué dans la région depuis 15 à 20 ans.

Une des causes de ce fait est, sans doute, qu'elles veulent à présent vivre de leurs émoluements au lieu de les considérer un peu comme un « salaire d'appoint ».

Il ne paraît pas opportun de modifier l'exercice de leur profession tel qu'il est fixé par la loi fondamentale du 30 novembre 1892 (art. 3 et 4), et par des usages éprouvés.

Leur compétence doit s'étendre en droit comme en fait à tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement, les soins de la période d'allaitement à l'état normal.

On doit les détourner avec insistance de s'appliquer à ce qui revêt un caractère pathologique, si atténué soit-il.

On peut et on doit tenir leur diplôme *institué par la loi* comme au moins équivalent à ceux des infirmières dites « de puériculture ». La création de nouveaux diplômes ne paraît pas désirable. Il n'est nullement désirable non plus de les répartir d'office sur l'ensemble d'un territoire suivant les besoins présumés, etc...

Sur la réforme de l'enseignement et la refonte du statut professionnel de l'art dentaire en France (1)

(*Etude et publication décidées par un groupe de praticiens indépendants et confiées, pour exécution, à l'un d'eux* : M. Th. Raynal, rapporteur).

Aux termes de ces considérations dont il sera malheureusement aisé de reconnaître la nécessité, il convient de nous résumer et de conclure :

1° La tendance logique et générale, en dehors de quelques groupements directement intéressés au maintien du *statu quo*, est d'orienter la profession de dentiste vers l'obligation préalable du doctorat en médecine intégral ;

2° Un très grand nombre de praticiens de l'art dentaire, même des dentistes faisant partie des groupements dits « Odontologistes », seraient prêts à adopter cette thèse s'ils avaient la certitude que les droits et la situation qu'ils détiennent ne seront, dans cette transformation, amoindris, ni primitivement ni secondairement ;

(1) A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-médecine, Paris, 1923.

3° La Commission interministérielle d'étude, chargée d'examiner les moyens d'améliorer l'enseignement dentaire, a été saisie, le 12 décembre 1921, d'un rapport, présenté au nom de la Société des dentistes des hôpitaux de Paris, par le président de cette société, M. le docteur Sauvez. Un nombre important de dentistes, chirurgiens-dentistes et docteurs en médecine, désireux d'une part de manifester leur adhésion entière au principe de ce projet et, d'autre part, de faire hautement connaître son point de vue sur cette question, a chargé un de ses membres de rédiger le présent rapport ;

4° L'histoire, l'évolution de la profession, les conditions de l'art dentaire et son statut actuel, examinés tant au point de vue pratique, scientifique, légal, didactique et de la situation sociale qu'il mérite et qu'il détient, appellent au plus tôt un remaniement complet et l'obligation du doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire ;

5° Les arguments de l'opposition pour éluder cette réforme inéluctable ou en retarder le plus possible l'application ne reposent que sur des sophismes. Ces arguments sont sans réelle portée pour qui est exactement renseigné. Ces arguments, spécieux, ne peuvent avoir une ombre de valeur que pour un esprit ignorant la situation exacte de la profession ou décidé d'avance pour des considérations diverses à ne pas désobliger les opposants ;

6° La création d'un doctorat en chirurgie dentaire ne saurait être une solution aux inconvénients de la situation actuelle dont le statut actuel est périmé, car cette création tendrait à le perpétuer, sinon à l'aggraver ;

7° Les promoteurs du présent rapport déclarent se trouver en principe, à très peu près, en communion d'idées avec les conclusions générales du rapport Sauvez. En pratique ils ne s'en écartent que sur l'application qu'il propose de ses prémisses, notamment :

8° Sur la collation, qu'il prône, d'un titre de docteur en médecine d'Université : ce titre ne résoudra pas la question, il la déplacera et créera au contraire, en France, une nouvelle catégorie de dentistes, retardant ainsi le moment de l'unification absolue du titre.

9° Il y a lieu, par analogie avec ce qui a été fait en 1892 pour les Officiers de Santé, puis lors de la suppression des pharmaciens de 2e classe, d'étudier et de mettre au point les équitables mesures transitoires à faire jouer pour permettre aux chirurgiens-dentistes français qui le voudront, de devenir, facultativement, docteurs en médecine d'Etat.

10° Cette unification du titre, il y a lieu de l'accélérer le plus possible. Pour cette raison, ils rejettent au même rang le titre de docteur en médecine d'Université préconisé par le rapport Sauvez, et le titre de docteur en chirurgie-dentaire prôné par certains groupements dentaires.

11° Enfin ils signalent la nécessité de n'admettre au bénéfice de la transformation que les seuls citoyens français.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Hôpital Trousseau.** — Dix leçons de clinique thérapeutique sur les affections non tuberculeuses du système osseux chez l'enfant, par M. Hallopeau, chirurgien de l'hôpital Trousseau, du 2 au 13 juillet 1923.

Programme. — Traitement des fractures du membre supérieur. — Traitement des fractures du membre inférieur. — Traitement de l'ostéomyélite aiguë. — Traitement des pieds bots congénitaux. — Traitement des scolioses. — Traitement des difformités acquises (pied plat, hallux valgus, torticolis, etc). — Traitement des séquelles de la paralysie infantile. — Traitement des articulations ballantes et pseudarthroses. — Traitement des ankyloses. — Traitement de la luxation congénitale.

Les cours auront lieu le matin, à 10 h., à l'hôpital Trousseau (rue Michel-Bizot) où l'on devra s'adresser pour tous renseignements.

Ce cours sera suivi d'un cours fait à Berck, du 16 au 29 juillet, par M. Sorrel, chirurgien de l'hôpital maritime, sur la tuberculose ostéo-articulaire et ganglionnaire.

— **Hôpital maritime de Berck.** — Douze leçons sur la tuberculose ostéo-articulaire et ganglionnaire, et quelques éléments d'orthopédie pratique, par M Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime, avec la collaboration de MM. Andrieu, chirurgien assistant à l'hôpital maritime ; Tridon, chirurgien assistant à l'hôpital maritime ; Mozer, chef de laboratoire de l'hôpital maritime ; Parin, chef de laboratoire de radiologie de l'hôpital maritime, du 16 au 29 juillet 1922.

Programme des cours. — 16 juillet : mal de Pott. Anatomie pathologique. Examen de pièces et de radiographies. — 17 juillet : Mal de Pott. Diagnostic et traitement. Les pseudo-maux de Pott (arthrite sèche vertébrale, épiphysite vertébrale de croissance, etc.). — 18 juillet : Coxalgie. Anatomie pathologique. Examens de pièces et de radiographies. — 19 juillet : Coxalgie. Diagnostic et traitement. Les « pseudo-coxalgies » (ostéochondrites. Arthrite déformante. Arthrites infectieuses chroniques. Coxa vara). — 20 juillet : Tumeur blanche du genou. — 21 juillet : Ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses du pied. — 23 juillet : Tuberculose de l'épaule, du coude et du poignet. — 24 juillet : Ostéites tuberculeuses. Spina ventosa. Abcès froids des parties molles. — 25 juillet : Généralités sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires. Eléments de diagnostic fournis par le laboratoire et la radiographie. — 26 juillet : Ostéites et ostéo-arthrites non tuber-

culeuses. Diagnostic clinique et diagnostic de laboratoire. — 27 juillet : Adénites chroniques. Leur traitement (cure hélio-marine, radiothérapie, traitement chirurgical). — 28 juillet : Rachitisme. Traitement des déformations. Les scolioses et leur traitement. — 29 juillet : Luxation congénitale de la hanche et son traitement.

Les cours auront lieu l'après-midi, à 2 h., à l'hôpital maritime. Les matinées seront réservées à des démonstrations pratiques.

Examens cliniques, les lundis. — Opérations et ponctions, les mardis et vendredis. — Plâtres et appareils amovibles, les mercredis et samedis. — Démonstrations de laboratoire, les jeudis.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Parin, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

— Le poste de directeur médecin de l'asile agricole de Chezal-Benoit est actuellement vacant.

Pourraient être appelés à cette direction, les médecins du cadre des asiles publics, appartenant au moins à la 5e classe ou susceptibles d'y être prochainement promus.

Du fait de son affectation dans un établissement appartenant au département de la Seine, le directeur médecin de l'asile agricole, conformément au décret du 10 octobre 1919, recevrait, à classe égale, un traitement de 2.000 francs supérieur à celui de se s collègues de province, plus une indemnité exceptionnelle et temporaire de 3.000 fr., en exécution de l'arrêté du 30 mars 1923.

(*J. O.*, 5 *mai* 1923.)

— **Hôpital Saint-Joseph.** — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique, et avec le concours de ses assistants, MM. C. Hubert et Girard, un cours élémentaire en 9 leçons d'oto-rhino-laryngologie sera fait à l'hôpital Saint-Joseph, les mardis, jeudis, samedis, à 9 h., du mardi 22 mai au samedi 9 juin.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Chaque séance comprendra : 1° Un bref aperçu théorique avec schéma, dessins, pièces osseuses. — 2° Des exercices sur des appareils fantômes. — 3° L'assistance à la consultation avec présentation de malades.

Droit d'inscription : 60 fr. S'inscrire tous les matins dans le service de M. Georges Laurens, à l'hôpital Saint-Joseph, 1, rue Pierre-Larousse, près des assistants du service.

— **Visites. Conférences des œuvres de l'enfance.** — *Le Comité national de l'enfance*, 37, avenue Victor-Emmanuel-III, à Paris, 8e, organise au mois de juin des visites-conférences :

1° *Centre d'hygiène infantile* (*fondation Parquet*), 37, boulevard de Courbevoie, île de la Jatte, à Neuilly-sur-Seine, *le mardi* 5 *juin* 1923, *à* 15 *heures* (tramway Madeleine-Jatte-Pont-Bineau).

2° *Ecole de plein air*, Bastion 42, boulevard Bessières (18e), en face le n° 91, près la porte de Clichy, *le jeudi* 7 *juin à* 15 *heures* (Nord-Sud, Porte de Clichy, tramways : 31 Etoile-Bastille ; 39 Madeleine-Gennevilliers. Autobus : Ligne R, Hôtel-de-Ville-Porte de Clichy; Ligne H, avenue de Clichy-Odéon ; Ligne L, square du Temple-Porte de Saint-Ouen).

3° *Jardins d'enfants*, du Lycée Jules-Ferry, 77, boulevard de Clichy (18e), *le mardi* 18 *juin à* 14 *heures*, Nord-Sud, Métro : Clichy. Tramways et Autobus passant place Clichy.

4° *Asile d'allaitement. L'abri maternel de Nanterre*, 2, rue du Granchamp, à Nanterre, *le jeudi* 14 *juin à* 15 *heures*. Tramway : Porte-Maillot, Saint-Germain. Descendre à Nanterre. La Boule. Durée du trajet : 15 minutes.

— **Le 17e V. E. M.** — *Voyage d'études médicales aux stations du Jura et des Alpes* (9-22 sept. 1923). — Le 17e V. E. M. aura lieu sous la direction scientifique du Pr Paul Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris et du Pr agrégé Rathery. Il comprendra les *stations du Jura, de la Savoie et du Dauphiné* et se déroulera du 9 au 22 *septembre* 1923.

En quatorze jours, il visitera successivement les stations du Jura, (La Moulière, Salins-du-Jura, Divonne), les Facultés suisses de Genève et de Lausanne, Leysin, les stations de Savoie (Evian, et Thonon, Chamonix, Saint-Gervais, Annecy, Aix-les-Bains, le Revard, Challes, Allevard, Moutiers-Salins, Brides, Pralognan), les stations du Dauphiné (Uriage, Grenoble et Saint-Pierre-de-Chartreuse, La Motte-les-Bains, La Grave et Le Lautaret). La dislocation aura lieu le 22 septembre à Lyon, après la visite de la ville et de la Faculté de médecine.

Le V. E. M., voyage d'études *médicales*, est exclusivement réservé aux médecins et étudiants en médecine ; par exception, ceux-ci pourront être accompagnés de leur femme ou d'une de leurs filles, mais seulement dans la proportion du sixième (soit 16 %) du nombre total des adhérents.

Le prix du voyage, du point de concentration au point de dislocation, est fixé à 790 *francs*, tous frais compris. Une réduction de 50 % sera accordée sur les chemins de fer français de la gare frontière ou du lieu de résidence à *Besançon*, point de concentration, et de *Lyon*, point de dislocation, au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées dès maintenant au docteur M. Gerst, secrétaire général, 94, boulevard Flandrin, Paris, 16e. Mais il ne sera statué sur ces demandes par le Comité de direction, qu'à la date du 1er juillet 1923, *sans priorité d'inscription*, afin d'équilibrer les places entre les différentes catégories de participants, et entre les différentes nationalités, dans l'esprit de propagande pour les stations françaises, qui est la raison d'être des V. E. M.

Le versement de la cotisation ne devra donc être effectué (par chèque barré au Dr Gerst), qu'après avis de l'inscription définitive.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imp. Daix et Thiron,
(Thiron et Cie, successeurs).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Que celui qui n'a jamais eu cette pénible surprise me jette la pierre !

Rachianesthésie, lavage à l'éther, réintégration de l'intestin, fil de bronze supplémentaire. Dois-je faire une note supplémentaire pour la deuxième intervention et quel tarif appliquer, avec ou sans analogie.

Je vous serais reconnaissant de me permettre de compléter ma note, le blessé étant rendu à son médecin.

Dr M.

Réponse.

Je ne vois pas que vous puissiez compter une deuxième opération parce que vos sutures n'ont pas tenu et que vous ayez dû y revenir une deuxième fois. Le tarif d'une « laparotomie » comprend la *fermeture* de la cavité abdominale. Que vous l'ayiez obtenue en une ou deux fois, vous n'en avez pas moins fait que la *seule* laparotomie nécessitée par l'accident du travail.

Dr F. Decourt.

Application du Tarif Maginot

Régions libérées.

Veuillez me faire connaître et le faire savoir largement par le *Concours* si en Seine-et-Marne, nous avons raison oui ou non de demander le tarif s'appliquant aux régions libérées pour les blessés de la guerre.

Dr L.

Réponse

Dans le tarif des pensionnés, aucune commune de Seine-et-Marne, au contraire de ce qui se passe dans le tarif Breton, n'est considérée comme faisant partie des régions libérées.

Dr F. Decourt.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Régime et traitement de la diathèse urique

Régime :

Aliments permis :

Potages maigres.

Hors-d'œuvres : radis, melon, concombres, tomates, olives, huîtres, maigre de jambon.

Œufs à la coque, sur le plat, en omelette.

Viandes : bœuf, mouton, porc frais maigre, poulet, dinde, lapin.

Poissons : *de rivières* (perche, goujon, gardon, brochet, truite) ; *maigres* de mer (merlan, rouget, dorade, raie, morue fraîche, sole, limande, carrelet, colin).

Légumes verts et herbacés, sauf ceux exclus plus

bas ; *secs* (en petite quantité). Pommes de terre, carottes, poireaux, navets, salsifis.

Pâtes alimentaires, *farines, grains* : macaroni, nouilles, pâtes d'Italie, vermicelle, semoule, farines diverses, riz, tapioca.

Laitages : lait, lait caillé, crème, fromages frais ou peu fermentés, beurre (très peu).

Entremets : crèmes renversées, gâteaux de riz.

Desserts : gâteaux secs, biscuits, gaufrettes, macarons, brioche, pain d'épices, tartelettes.

Fruits : tous, crus ou cuits, ou desséchés.

Assaisonnement : sel en quantité modérée, citron, vinaigre en petite quantité.

Pains : rassis, grillé, croûte, biscottes.

Boissons : vin léger, blanc ou rouge, étendu d'eau. Bières peu alcoolisées. Infusions thé, très léger. Sirops, orangeade, citronnade. Eau d'Evian (Cachat) ou de Vittel (Grande source).

Aliments à éviter :

Bouillon et extraits de viande.

Crustacés, mollusques. Œufs de poisson, laitances.

Charcuterie (sauf jambon maigre) ; conserves.

Viandes : veau, agneau, chevreau, pigeon, porc gras ; tête de veau, pieds, mets à la gelée ; gibier ; viandes fumées ou de conserve ; foie, foie gras, rognons, cervelles, ris de veau.

Poissons gras : maquereau, saumon, sardine à l'huile, thon, turbot, hareng, anguille, carpe, brême. — Poissons marinés.

Légumes : oseille, épinards, haricots verts, rhubarbe, betterave, asperges, champignons, truffes.

Graisses, lard, fritures.

Fromages fermentés.

Poivre, moutarde, pickles.

Café, chocolat, cacao, vin pur, boissons fermentées (champagne, bières fortes), vins de grand crû, vins de liqueurs, alcool, apéritifs, liqueurs diverses.

Table simple, sans apprêt, peu abondante et composée surtout d'aliments de digestion facile et rapide, divisés et bien cuits.

TRAITEMENT :

Dix jours par mois, prendre, aux trois repas, un de ces cachets :

Acide thymimique		0 gr. 20
Formine	} ââ	0 gr. 30
Lysidine	}	

Dix autres jours, prendre, dans les mêmes conditions, une de ces pilules :

Quinate de pipérazine	0 gr. 05
Extrait d'arenaria	0 gr. 15

Les dix derniers jours du mois, prendre, matin et soir, dans un demi-verre d'eau de Seltz, additionnée d'une cuillerée à soupe de glycérine, un de ces paquets :

Carbonate de lithine	0 gr. 25
Acide benzoïque	1 gr.

Le mode d'administration indiqué ci-dessus est à retenir, car l'acide benzoïque n'est soluble que dans la glycérine (et dans l'alcool que le malade doit éviter) et le carbonate de lithine que dans les liquides chargés d'acide carbonique.

Dr A. SATRE (de Grenoble).

UNE BONNE NOUVELLE POUR LES AUTOMOBILISTES

Les permis de circulation pourront être délivrés à l'avance

(Extrait de la *Revue du Touring Club de France*)

La semaine précédant les fêtes de Pâques nous a amené un certain nombre de réclamations de la part de ceux de nos camarades automobilistes qui, ayant souscrit au bureau du receveur des contributions indirectes une *déclaration de cesser*, étaient désireux de remettre leur voiture en circulation avec l'intention de profiter des fêtes de Pâques pour excursionner ou se rendre à leur lieu de villégiature préféré.

Mais la plupart avaient compté sans le receveur, qui se refusait énergiquement à leur délivrer le permis de circulation avant le 1er avril, date fatidique marquant le commencement du deuxième trimestre de l'année 1923 ; sauf, toutefois, s'ils consentaient à acquitter le montant des taxes du premier trimestre. Et, en cette circonstance, ce refus s'aggravait du fait que le 1er et le 2 avril étant fériés, il n'était pas possible à ces automobilistes d'obtenir satisfaction avant le 3.

Cette prétention émise par les receveurs de faire perdre aux intéressés deux jours de congé nous a paru inadmissible ; aussi, avons-nous immédiatement saisi la direction générale de ces incidents, en la priant de bien vouloir y remédier.

Par circulaire en date du 28 mars, adressée à MM. les directeurs de chaque département, l'administration a bien voulu nous donner entière satisfaction, et nous ne saurions trop l'en féliciter, étant donné que, pour le prochain trimestre, le 1er juillet se trouvant un dimanche, les mêmes difficultés n'auraient pas manqué de se représenter.

Dorénavant, les receveurs *seront tenus de délivrer à l'avance les permis de circulation* ; ils devront simplement, dans ce cas, apposer une mention très visible indiquant la date à laquelle la voiture objet de la délivrance du permis pourra être mise en circulation. Etant données les pénalités très graves résultant de la loi du 25 juin 1920, il semble que jamais aucun automo-

biliste ne se risquera à devancer la date à laquelle il sera autorisé à se servir de son permis. Mais nous ne verrons plus se produire, comme au 31 mars dernier, et cela dans la plupart des recettes des grands centres, le spectacle scandaleux de plusieurs centaines d'automobilistes attendant que M. le receveur veuille bien leur délivrer, contre payement des taxes, la pièce qui leur était indispensable pour s'envoler sur nos belles routes de France.

Car, moins intransigeants, quelques receveurs avaient tout de même consenti à la remise des laissez-passer le 31 mars, mais ils furent complètement submergés par l'affluence des ayants droit, qui s'étaient vainement présentés à leurs bureaux quelques jours auparavant.

Si l'administration y met du sien, il est néressaire que les automobilistes fassent tout leur possible pour lui faciliter sa tâche ; que ceux-ci n'attendent plus le dernier jour du trimestre pour se mettre en règle, qu'ils payent le plus possible par mandats-contributions, chèque postal, chèque barré, qu'ils le fassent suffisamment à temps pour que les vérifications puissent être opérées par l'administration.

N. B. — Complétant les indications données le mois dernier, page 155, nous rappelons à nos camarades désireux de payer par poste qu'il est absolument nécessaire d'indiquer sur le talon du mandat ou du chèque postal :

1° Le numéro du permis ;
2° La date de sa délivrance ;
3° Le bureau qui l'a délivré ;
4° Le nom et l'adresse du propriétaire ;
5° Le numéro d'immatriculation de la voiture.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Circulaire relative aux comités départementaux et aux offices publics d'hygiène sociale

Paris, le 15 avril 1923.

Messieurs les préfets,

A mesure que se développent en nombre et en intensité les institutions et les œuvres d'hygiène sociale, le besoin d'une coordination des efforts publics et privés se fait davantage sentir. La lutte contre la tuberculose, contre les divers fléaux évitables, exige impérieusement une action méthodique, faute de laquelle risque de se produire le gaspillage des générosités et des dévouements.

Toute la médecine préventive est faite d'ordre, de méthode, de synthèse. C'est une justice à rendre à la plupart des départements qu'en s'engageant résolument dans la voie de la lutte

contre la tuberculose, cette nécessité d'une cohésion leur est apparue pour l'application des lois de 1916 sur les dispensaires et de 1919 sur les sanatoriums. Le comité national de la tuberculose, d'une part, la commission Rockfeller, d'autre part, ont heureusement contribué à une organisation qui, presque partout, commence à être salutaire.

Dans la plupart des départements, des organismes de direction et de contrôle ont pris naissance sous la forme soit d'associations constituées sous le régime de la loi du 1er juillet 1901, soit d'établissements publics, soit de services départementaux.

En déposant, il y a peu de jours, sur le bureau du Sénat, un projet de loi tendant à modifier la loi du 15 avril 1916, le Gouvernement s'est proposé, d'abord, d'encourager la création de ces organismes centraux dans les départements qui en sont dépourvus, de consolider ceux qui existent en les dotant d'un statut juridique bien défini, en second lieu d'étendre leur action à toutes les branches de l'hygiène sociale, en les invitant à dresser le programme d'ensemble de l'œuvre à entreprendre contre toutes les maladies sociales et en leur confiant la tâche de coordination nécessaire.

D'ores et déjà, sans préjudice de la mise au point législative, dont le principe ne saurait être contesté, j'ai cru nécessaire d'appeler votre attention, ainsi que celle des conseils généraux, sur la méthode à suivre en vue d'intensifier la prophylaxie de la tuberculose et des autres fléaux sociaux non moins évitables, la mortalité infantile, les maladies vénériennes, le cancer.

L'essentiel est d'établir ou de maintenir un organisme départemental de gestion, de contrôle, d'entente, sans qu'aucune situation de fait puisse en être amoindrie. Le choix est laissé aux départements, soit de créer ou de conserver un comité départemental sous la forme d'une association régie par la loi du 1er juillet 1901, soit de constituer ou de consolider un organisme sous la forme d'établissement public.

Tel est le caractère, telle est la portée du projet de loi destiné à consacrer l'existence et le fonctionnement des établissements publics, offices publics d'hygiène sociale ou des associations déclarées ou reconnues d'utilité publique.

Quelle que soit la forme juridique de l'organisme départemental, ce qui importe, c'est de lui attribuer un mandat de coordination de tous les efforts accomplis en matière d'hygiène sociale, soit à l'égard de la tuberculose, soit vis-à-vis des autres maladies sociales.

C'est pour mieux atteindre le but que s'est assigné le législateur de 1916, fidèle interprète de la pensée de M. Léon Bourgeois, que le dispensaire est à la base de toute action prophylactique, de toute tentative d'assistance aux

tuberculeux. Un dispensaire anti-tuberculeux convenablement outillé, disposant d'infirmières visiteuses, a tout à la fois la mission de procéder à l'éducation prophylactique, de veiller sur les logis menacés, de prendre en charge les enfants, en rapports de collaboration avec l'œuvre Grancher, avec les préventoriums et les sanatoriums.

Le dispensaire d'hygiène sociale peut être réalisé d'après un plan-type complet, réunissant dans un même immeuble, mais dans des locaux distincts, les différents services d'hygiène sociale.

Le dispensaire d'hygiène sociale peut, au contraire, être spécialisé, l'un consacré à la prophylaxie anti-tuberculeuse, un second destiné à la protection maternelle et infantile sous la forme excellente de consultation de nourrissons, un troisième spécialement réservé à la prophylaxie anti-vénérienne et à la dermatologie, enfin un quatrième relevant d'un centre régional anti-cancéreux.

La solution à adopter dépend des considérations, des convenances, des préférences locales. La plus grande liberté, la plus grande souplesse d'organisation ne s'opposent nullement à l'objet essentiel d'entente et de coordination.

Ce qui importe au plus haut point, c'est d'assurer la liaison la plus intime entre tous les services, entre toutes les œuvres d'hygiène sociale par les soins d'un organisme départemental, comité ou office.

Aucun malentendu ne saurait planer sur le plan d'ensemble qui doit être poursuivi avec le concours ardent et généreux des conseils généraux, sous votre impulsion et votre contrôle, avec la collaboration persévérante et dévouée des œuvres, des bienfaiteurs, des philanthropes, des hygiénistes.

En vous conviant récemment à me faire connaître votre armement antituberculeux, avec l'exposé de vos besoins et de vos projets d'avenir, comme en vous invitant à redoubler de zèle et de méthode dans l'organisation des services d'hygiène sociale à tous les degrés, j'ai la confiance que vous continuerez à vous faire, à la prochaine session des conseils généraux, les avocats tenaces et chaleureux de l'œuvre de salut public à entreprendre victorieusement dans une haute pensée de prévoyance et de patriotisme.

Paul Strauss.

(*J. O.*, 19 avril 1923.)

Circulaire relative à la prophylaxie des maladies transmissibles par l'eau.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, à MM. les préfets.

Paris, le 17 avril 1923.

L'article 9 de la loi du 15 février 1902 prescrit que « lorsque, pendant trois années consécu-

tives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune. »

Cette enquête doit, notamment, comprendre une étude portant sur les eaux d'alimentation ainsi que sur les conditions d'évacuation des eaux résiduaires et matières usées.

En ce qui concerne les examens et analyses nécessités par cette enquête, je vous signale que désormais, vous pouvez utiliser le concours du laboratoire du ministère de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales (52, boulevard Montparnasse).

J'ai déjà eu l'occasion d'appeler votre attention, par une circulaire, en date du 2 mai 1922, sur la nécessité que présente la prophylaxie des maladies transmissibles par l'eau, qui constituent un facteur si important de la morbidité et de la mortalité générales.

J'attache donc un intéret tout particulier à ce que vous me fassiez parvenir, dès que possible, les résultats des enquêtes auxquelles vous auriez à faire procéder dans les cas dont il s'agit, en m'indiquant les communes où sévissent d'une façon particulièrement manifeste les maladies d'origine hydrique.

Ces indications pourront être utilisées en vue de l'établissement des projets d'adduction d'eau ou d'évacuation des matières usées.

Vous voudrez bien me faire connaître les mesures que vous aurez cru devoir prendre.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Paul Strauss.

(*J. O.*, 21 avril 1923.)

Loi du 7 avril relative à la titularisation des médecins aides-majors de complément à titre temporaire, non pourvus de leur diplôme à la date du 24 octobre 1922.

Article unique. — Le délai accordé par l'article 18 de la loi du 22 juillet 1921 aux médecins aides-majors à titre temporaire de complément nommés au cours de la guerre, pour justifier de l'obtention du diplôme de docteur en médecine, est prorogé jusqu'au 31 décembre 1923.

(*J. O.*, 10 avril 1923.)

Questions des parlementaires et réponses des ministres.

Admission à l'assistance aux femmes en couches

17355. — M. Poitou-Duplessy, député, expose à M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assis-

tance et de la Prévoyance sociales que M. G..., grand mutilé de guerre, ayant demandé pour sa femme l'assistance médicale aux femmes en couches, s'est vu refuser celle-ci par la municipalité de R... (Charente) ; sur appel, la commission cantonale a décidé l'admission de Mme G... au bénéfice de cette assistance, décision qui fut annulée par la préfecture pour vice de forme ; après nouvelle délibération, la commission cantonale a maintenu sa décision première et, malgré cela, pour des raisons de politique et de parti pris, le maire de B... refuse l'inscription de la bénéficiaire sur les listes de l'assistance aux femmes en couches, et demande au ministre de faire cesser au plus tôt cette situation et quelles mesures il compte prendre pour rappeler le maire susvisé à une meilleure compréhension de ses devoirs envers ses administrés et, principalement, les victimes de la guerre. (*Question du* 23 *mars* 1923).

Réponse. — Aux termes de l'article 17 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, à laquelle se réfère l'article 6 de la loi du 17 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couches, la commission cantonale statue souverainement sur les réclamations qui lui sont soumises, le maire entendu, sa décision est donc définitive et un maire ne peut se refuser à en assurer l'exécution. Si, cependant, le maire se refuse à opérer sur la liste d'assistance l'addition prononcée par la commission cantonale, le préfet a le devoir, après une mise en demeure infructueuse et en vertu de l'article 85 de la loi du 5 avril 1884, d'ordonnancer d'office le mandatement de l'allocation d'assistance et d'inscrire le montant de la dépense occasionnée par l'admission à l'assistance au budget de la commune.

(*J. O.*, 29 avril 1923.)

Délivrance aux blessés du travail des copies des rapports d'expertises.

16710. — M. Delory, député, demande à M. le Ministre de la Justice, comme suite à la réponse faite à sa question écrite n° 16057 du 26 décembre 1922 (1), pour quelles raisons l'action introduite par l'ouvrier n'est pas du domaine de la loi sur les accidents du travail, faisant observer que c'est la seule loi qui permette à un ouvrier d'assigner son patron en payement des demi-salaires, ajoutant que s'il ne s'était pas agi d'un accident du travail, dans l'espèce qui a fait l'objet de la question susvisée, le juge, au lieu de rendre un jugement nommant expert, aurait rendu un jugement déclarant la demande de l'ouvrier irrecevable. (*Question du* 13 *février* 1923).

(1) Voir question et réponse *in* numéro du *Concours médical* du 25 février 1923, page 677.

Réponse. — Il résulte des nouveaux renseignements fournis à ma chancellerie par M. le procureur général à Douai que l'ouvrier actionnant la société au service de laquelle il prétendait avoir été blessé, en vertu de la loi du 9 avril 1898, paraît devoir bénéficier de toutes les faveurs concédées par cette loi. Il peut donc prétendre obtenir gratuitement l'expédition du rapport d'expert commis dans l'affaire, et j'ai invité le greffier à lui rembourser les émoluments qu'il a touchés.

(*J. O.*, 28 mars 1923).

Un bénéficiaire de l'article 64 de la loi des pensions employé dans une administration militaire conserve le droit de choisir son médecin.

16991. — M. Charles Ruellan, député, demande à M. le Ministre de la Guerre : 1° si un réformé de guerre, employé dans une administration militaire, conserve le droit, que lui confère la loi, de choisir son médecin pour la maladie ou la blessure qui l'a fait réformer et pensionner, si ce médecin a le droit d'indiquer le temps d'indisponibilité et si sa décision est valable pour maintenir les droits au traitement prévus par la loi ; 2° si un employé principal auxiliaire d'un corps de troupes (homme ou femme) n'étant pas victime de la guerre, peut conserver son emploi au détriment des mutilés, réformés ou veuves de guerre. (*Question du 1er mars* 1923).

Réponse. — 1° Les agents civils de l'administration de la guerre bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, conservent le droit, que leur confère la loi, de choisir leur médecin pour la maladie ou blessure au titre de laquelle ils sont pensionnés. Le médecin appelé dans ces conditions, par le pensionné de guerre, peut indiquer la durée de l'indisponibilité de ce dernier, mais sa décision n'a de valeur pour la détermination du droit au salaire de l'intéressé que dans la mesure où elle est conforme à l'avis du médecin de l'administration, agissant comme médecin de contrôle. Le décret du 25 octobre 1922 (*Journal officiel* du 29, p. 10651), a d'ailleurs nettement défini le rôle du médecin civil traitant ; 2° aux termes de la circulaire interministérielle du 30 mai 1923, les licenciements sont effectués dans chaque organe ou service par emploi ou profession. Dans chaque emploi ou profession, les licenciements sont prononcés dans l'ordre fixé par cette même circulaire. Il en résulte que si des licenciements étaient envisagés dans la catégorie des employés principaux, les employés principaux victimes de guerre ne devraient être licenciés qu'après ceux de ces employés qui ne sont pas victimes de guerre.

(*J. O.*, 7 avril 1923).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur COLBERT, de Cambo-les-Bains (B.-P.), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 277. — Les produits Lambiotte frères, 3, rue d'Edimbourg, Paris (8e), recherchent pour octobr. proch., jeunes médec. ou ex-étudiants en médec. pr. visites médicales à Paris, Marseille, Bordeaux, Lille. Ecr. ou se présenter.

N° 278. — A vend. Le Mée, 3 kil. Melun, 3/4 h. Paris, rég. pittor. pêche et ch., maison 8 p. W. C., chauf. centr. Dépend. gde véranda, terr. beau jardin, clos mur envir. 4.000 m. bon rapport au plus offr. à partir 30.000. Dr Castelbon, Montargis.

N° 279. — 10 HP. Torpedo Opel, 1re marq. all. 1920, 6 roues interch. éclair., Magondeaux, 4 pl. étatmécan. irrépr. peniture, coussins, pneus neufs, cause achat cond. inter. Prix 9.000. Laborat. Drouet, rue Carnot, Rueil (S.-et-O.).

N° 280. — Dr célibat., actif, cherche situation méd. région ouest ou banlieue.

N° 281. — Drôme, à vend. Auto Clément-Bayard, coupé, 2 pl. confort. cond. intér. 8/10 HP., 1913, entièr. revue, marche parfaite, au plus offrant, à partir 6.500. Dr Seu de Rouville, Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

CORRESPONDANCE

Impôts sur le revenu. Amortissements, exemptions.

Abonné au *Concours Médical* et membre du « Sou » je viens vous soumettre le cas suivant au point de vue impôt sur le revenu :

J'ai fait au fisc en temps voulu (avant le 1er avril) une déclaration de revenu se montant à 5.830 francs. Quelques jours après, je recevais du contrôleur une lettre m'invitant à lui envoyer « le total des recettes et le détail des dépenses professionnelles afin de justifier la faiblesse du bénéfice net, 5.830. »

Mon compte ayant été établi en toute bonne foi, et bien que ma déclaration faite en temps voulu me dispensait de me justifier, je ne crus pas devoir me dérober et j'envoyais mon compte détaillé au contrôleur qui m'en accuse réception en déclarant que l'examen en était réservé.

Le 17 avril dernier, une nouvelle feuille me fut adressée avec la mention suivante :

« Le chiffre des bénéfices devant servir de base à votre imposition de l'année 1923 (pour 1922 probablement) est fixé à 11.664 francs. »

« Ce rehaussement est motivé par la réintégration dans les bénéfices de certaines sommes qui ne peuvent être admises en déduction :

« 1° Amortissement frais d'études et d'installation (2000 francs) on ne peut amortir qu'en matière commerciale ou industrielle) ;

« 2° Réparation auto 2000 au lieu de 4000 (j'avais indiqué que j'étais possesseur de deux autos et les 4000 francs comprenaient des frais de réparation et accessoires pour les deux).

« 3° Amortissement petite voiture 1800 francs ;

4° Assurance petite voiture 34 francs.

« Divers autres comptes pourraient être également contestés, mais étant donné l'entière bonne foi de M. M... et son empressement à répondre à la demande de l'administration, on a borné les rehaussements aux indications ci-dessus ; ils ne seront d'ailleurs frappés d'aucune pénalité ».

A la réception de cet avis, je demandai quel serait le montant de mon imposition indiquant ce que je supposais.

Impôt revenu global :

Exemption à la base	6.000
Marié	3.000
Trois enfants	3.000
	12.000

donc rien à payer au titre de l'impôt global.

Impôt des professions non commerciales :

Exemption à la base 1°	4.000
A ajouter, moitié entre 4 et 8.000 2°	2.000
Trois enfants	3.000
	9.000

11.664 — 9.000 = 2.664, imposé à raison de 6 % = 159 fr. 84.

Je reçus une nouvelle lettre modifiant le tableau ci-dessus de la façon suivante :

Impôt revenu global :

Exemption à la base	7.000
Marié	3.000
Trois enfants	6.000
	16.000

rien à payer de ce chef.

Impôt professions non commerciales.

Exemption à la base 1°	6.000
Moitié entre 6 et 8.000 2°	1.000
	7.000

11.664 — 7.000 = 4.664 imposé à 6 % = 279,64.

Je viens vous demander : 1° A) N'y a-t-il pas erreur de la part du contrôleur quand il me refuse le droit d'amortir non seulement mes frais d'études mais encore mes frais d'installation.

B) N'y a-t-il pas erreur également quand le contrôleur me refuse le droit d'amortir ma petite voiture, d'en compter l'assurance et les réparations alors que le fisc d'autre part accepte que je ne paye que demi taxe pour mes deux voitures, les considérant toutes les deux comme nécessaires à ma profession. Je n'ai d'ailleurs pas de chauffeur et elles ne sortent par conséquent jamais ensemble.

2° Le tableau de payement qui m'est proposé n'est-il pas celui qui vient d'être récemment voté par le parlement, alors que dans les départements voisins le rôle ayant été publié avant le vote des chambres, les contribuables ont payé au tarif ancien qui est celui que je proposais. A ce titre doit-on m'imposer d'après la nouvelle loi et la date de 1923 que j'ai soulignée comme étant une erreur ne veut-elle pas dire que je serai imposé ainsi seulement l'an prochain.

Je me trouve lésé du fait que la nouvelle loi ne fait plus de remise pour les enfants.

Je me plais à rendre hommage en passant à la parfaite courtoisie du contrôleur de mon arrondissement, qui a répondu très clairement et très rapidement aux questions que je lui ai posées.

Je vous prie d'excuser, Monsieur le Directeur et très honoré confrère la longueur de ma lettre et l'ennui que je vous cause en vous posant après tant d'autres ces questions fastidieuses.

Dr M.

Réponse.

Les contrôleurs ont le droit de demander des éclaircissements et renseignements même en cas de déclaration (loi du 31 juillet 1917, art. 35).

1° L'administration n'admet pas l'amortissement des frais d'études parce qu'en général ils n'ont pas été faits par le contribuable et que de plus on manque de base d'évaluation. C'est une question qu'il faudra résoudre par voie législative.

Les frais d'installation justifiés pourraient donner lieu à amortissement.

Les frais de réparation d'auto justifiés doivent être déduits. De même pour l'amortissement de la petite voiture.

Les frais d'assurance sont déductibles.

2° Les dispositions de la loi du 30 mars 1923 sont applicables à partir du 1er janvier 1923 pour les bénéfices des professions libérales réalisés au cours de l'année 1922.

Les contribuables ne sont pas lésés du fait de ladite loi, mais au contraire jouissent d'un abattement à la base plus fort.

Pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, le minimum non imposable n'a jamais été augmenté en raison des charges de famille.

Votre imposition, conformément à l'art. 31 de la loi du 31 juillet 1917 modifié par l'article 1er de la loi du 25 juin 1920, aurait été calculée de la manière suivante :

Exemption à la base : 1°	4,000
à ajouter, moitié entre 4 et 8.000 . . .	2,000
	6.000

sous l'empire de la loi nouvelle vous avez droit à :

L'exemption à la base............	6.000
Moitié entre 6 et 8.000............	1.000
	7.000

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Calcul de la patente.

Membre du *Concours* depuis plusieurs années je viens vous demander le renseignement suivant :

Mon loyer qui était à 3.000 vient d'être porté brusquement à 3.800 + 200 francs de charges.

Jusque-là je payais pour la patente le principal calculé à 1/15 de la valeur locative. Mais j'ai vu sur votre agenda qu'à Paris, ce 1/15 était porté à 1/12 quand la valeur locative dépassait 4.000 francs.

Je viens vous demander si les 200 francs de charges font partie de la valeur locative.

Si oui, mon loyer atteint donc 4.000. Dans ce cas je payerai 1/12e ; ou faut-il pour payer 1/12e qu'il ne suffise pas qu'il atteigne le chiffre de 4.000, mais qu'il le dépasse.

2° En plus des charges je paye 36 francs pour la colonne montante de l'électricité et 12 francs pour l'électricité. Mais je pense bien que ces 48 francs ne font pas partie du loyer pour le calcul de la patente.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me fixer sur ces 2 sujets, car je ferais auprès de mon porpriétaire des instances d'autant plus pressantes pour obtenir un abaissement de quelques francs, que cet abaissement pourrait me diminuer ma patente de plusieurs centaines de francs.

Dr X., de Paris.

Réponse.

Le taux du droit proportionnel est porté au 12e à Paris, lorsque le contribuable occupe des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 4.000 fr.

Le droit proportionnel est assis sur la valeur locative réelle et brute sans déduction aucune pour frais d'entretien et de réparations autres que celles locatives. Les 200 fr. de charges font donc partie intégrante du loyer imposable. Doivent également être comprises dans le loyer les charges d'électricité et d'eau lorsqu'il s'agit de l'éclairage de l'escalier et de la fourniture de l'eau nécessaire aux usages généraux de la maison. En conséquence, les 48 fr. que vous payez pour la colonne montante et l'électricité feront partie de la valeur locative pour le calcul du droit proportionnel.

A. MARTINOT,

Délivrance d'un certificat d'incapacité permanente.

Excusez-moi d'abuser ainsi de votre obligeance, mais je suis littéralement persécuté par la Cie X.

pour que je signe le certificat ci-joint que je reçois à l'instant avec la lettre incluse.

Il s'agit d'un blessé grave de la jambe (fracture et œdème) datant de 5 mois et pour lequel la Cie refuse le traitement électrique que j'ai jugé indispensable dans un certificat motivé envoyé il y a 3 semaines. Il me semble que signer ce certificat qu'ils me proposent serait me déjuger, d'autant qu'*aucune addition* ne serait admise.

D'autre part depuis cinq jours, ils ont fait refuser au blessé (qui a de la famille) le demi-salaire auquel il a droit.

Peuvent-ils agir ainsi et que puis-je conseiller à mon blessé qui est en même temps un client fidèle, depuis plus de 15 ans ?

Dr S.

P. S. — J'oubliais de vous dire que la Cie a voulu qu'il soit vu par le chirurgien de la localité : nous l'avons examiné ensemble et son opinion a été conforme à la mienne.

Réponse.

A notre avis, si vous estimez que le blessé n'est pas consolidé et que le traitement électrique que vous avez conseillé et que la Compagnie refuse, est susceptible d'améliorer son état, vous ne devez pas signer le certificat que l'on vous demande. En constatant, en effet, que le blessé « reste atteint... d'une incapacité permanente partielle », vous auriez l'air de dire que son état est définitif et justifieriez la cessation du payement de l'incapacité temporaire.

Vous pourriez, à la formule qu'on vous propose, ajouter seulement 2 lettres et mettre : « restera atteint » au lieu de « reste ».

Ainsi, le juge de paix, saisi de ce certificat, devra faire l'enquête prescrite par la loi et vous n'aurez pas dit, même à mots couverts, ce que vous ne pensez pas et ce qui n'est pas.

Quant au blessé, si le payement de l'indemnité journalière lui est refusé, il pourra citer son patron, devant le juge de paix du lieu de l'accident, en payement de cette indemnité.

Contre-visite d'un blessé du travail.

Abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de me dire si une compagnie d'assurances a le droit d'envoyer un blessé dans un grand centre désigné par elle pour être examiné (à ses frais) par un médecin de la compagnie en l'absence et à l'insu du médecin traitant.

Je croyais que le médecin contre-visiteur devait examiner le blessé chez lui en présence du médecin traitant prévenu, après rendez-vous demandé à ce dernier, solution évidemment plus onéreuse. Mon blessé m'a demandé ce qu'il devait faire et attend mes ordres.

Dr R.

Réponse.

Le patron ni la Compagnie d'assurances n'ont le droit de contraindre un blessé du travail à se déplacer pour subir la contre-visite de leur médecin. Et d'ailleurs, cette contre-visite doit être effectuée en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

Le blessé, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, serait donc parfaitement dans son droit en ne se rendant pas à l'examen du médecin de la Compagnie et vous pouvez parfaitement le conseiller en ce sens.

Bien entendu, si le blessé désire passer outre et se rendre à l'invitation de la Compagnie, vous ne pouvez utilement vous y opposer, la loi étant faite en faveur des blessés et non en faveur des médecins.

Etat antérieur dans les accidents du travail.

Le 7 mai courant, je vous ai demandé quelle devait être ma ligne de conduite dans le cas suivant : un ouvrier se fracture le cubitus gauche le 19 février, le 25 avril il est guéri, j'établis le certificat de guérison sans réserve, et le 2 mai, à la suite d'un travail pénible, il souffre de son bras et ne peut s'en servir ; c'est à ce sujet que je vous ai écrit, vous m'avez répondu le 5. Après quelques jours de repos, la douleur et l'impotence ayant disparu, le blessé avait repris du travail chez un autre patron.

Ce matin 14, il se représente dans mon cabinet avec fracture du cubitus au niveau de l'ancienne fracture et, en plus, fracture du radius qui était indemne lors du premier accident. Cette fracture est survenue à la suite d'un effort pour soulever un poids lourd. L'assurance du nouveau patron n'est pas la même que lors du premier accident. Dans le cas où la nouvelle Cie voudrait incriminer la première blessure comme cause prédisposante, que dois-je faire ? Personnellement, ne dois-je pas en faire mention ?

Dr F.

Réponse.

En vertu de la jurisprudence qui a admis que, dans l'indemnisation des accidents du travail, il ne devait pas être tenu compte de l'état antérieur de la victime, le nouvel accident dont a été atteint l'ouvrier que vous avez soigné doit être entièrement à la charge du patron au service duquel il est survenu, et par suite, de la Compagnie qui assure ce patron.

Il n'est pas nécessaire que vous fassiez mention, dans votre certificat, de l'accident antérieur et de la prédisposition qu'il constituait au passif de la victime. Il appartenait au nou-

(Voir la suite page XLIII-2153)

Lisez page 2131, l'arrêt de la Cour de Rouen, concernant l'affaire du Dr Vallet, et les commentaires juridiques de BOUDIN.

PROPOS DU JOUR

A propos de l'Ordre des médecins.

Nous avons reçu de M. le Dr AVERSENCQ, de Toulouse, la lettre suivante que nous nous faisons un devoir et un plaisir de publier. Nous ne sommes, nous n'avons jamais été, nous ne serons jamais les partisans ni les adversaires *a priori* d'une réforme quelconque, et c'est pour cela que nous ouvrons largement nos colonnes à l'exposé de toutes les opinions, même lorsqu'elles sont opposées aux nôtres. Nous admettons ici toute discussion, pourvu qu'elle soit courtoise entre gens de bonne foi et de bonne volonté. M. Aversencq nous excusera de faire suivre sa lettre de quelques réflexions qui, sans être à proprement parler une réponse, lui montreront pourquoi nous n'envisageons pas sans appréhension la création d'un Ordre des médecins.

Monsieur et cher confrère,

Vous admettez la discussion, au *Concours médical*, avec si peu de mauvaise humeur, que j'ose vous demander de la continuer.

Laissez-moi d'abord vous remercier de l'honneur du long article que vous me faites, et rectifier ensuite certains points qui risqueraient de nous diviser. Vous dites : « Où M. le docteur Aversencq a-t-il lu que nous faisions allusion à son rapport et que nous avions affirmé qu'il considérait l'Ordre des médecins comme le Syndicat obligatoire ? »

Je réponds, dans le style direct : Où avez-vous lu que je me considérais comme particulièrement visé ? — Vous faites-là une supposition nullement autorisée et qui vous a desservi, vous-même, au point de vous entraîner à des termes vifs qui risquent sans profit de passionner la discussion, et qui jurent dans la défense d'une bonne cause.

Trois phrases de votre article suffiront à mettre les choses au point ; Vous écrivez : « Nous avons appris que quelques confrères tentaient de faire revivre les projets d'Ordre des médecins »— Plus loin : « Un des arguments que servent les partisans de l'Ordre des médecins est qu'ils le considèrent comme le Syndicat obligatoire.... » Enfin : « L'expérience de l'Ordre des médecins a été d'ailleurs faite ; elle a duré plusieurs siècles, elle se déroule dans l'histoire de l'ancienne Faculté de médecine de Paris.... »

Je suis parmi les quelques confrères qui tentent de faire revivre les projets de l'Ordre des médecins, et j'ai cru pouvoir répondre que nous ne considérons pas l'Ordre des médecins comme le Syndicat obligatoire et, aussi, que cet Ordre n'avait rien à voir avec l'ancienne Faculté de médecine de Paris.

Ce petit point personnel, comme vous dites si bien, avait encore besoin de quelques éclaircissements : excusez-moi de les lui avoir apportés.

J'arrive à la discussion de vos arguments.

Que vous soyez parfaitement au courant de la question, qui vous a sollicité dès 1897, je l'ai noté de moi-même ; et c'est pourquoi je m'étonnais du terrain où vous paraissiez vouloir la cantonner. Mais, désormais, nous sommes dans la bonne voie.

Certes, le Corps médical a été fréquemment consulté au sujet de l'Ordre des médecins, et toutes facilités lui ont été données pour se faire une opinion et l'affirmer. Mais faut-il s'étonner qu'il n'en ait rien fait ? Il suffit de connaître l'indifférence avec laquelle il accueille les mouvements, les actes où ses intérêts les plus chers sont engagés. Et puis, en 1897, en 1900, et encore tout récemment, la foi dans le Syndicat, dans le Syndicat moralisateur était entière. Maintenant, je le répète, *le temps des illusions est passé.* Ce ne sont pas les actuels scandales qui le ramèneront.

C'est pourquoi j'admire que vous puissiez nier l'utilité de moraliser notre profession. Vous n'ignorez pas, cependant, que l'affaire des carnets médicaux n'a soulevé qu'un coin du voile, qui recouvre bien d'autres erreurs. Peut-être est-il imprudent de penser qu'il va retomber. Mais nous reviendrons sur ce point.

Je poursuis. Vous craignez que cette campagne en faveur de la moralisation ne divise le Corps médical. Etrange crainte ! Du reste, sans objet ; car, cette division, toute de surface et toute de circonstance, disparaîtra la réforme faite. C'est risquer bien peu pour obtenir beaucoup.

Vous n'acceptez pas l'idée d'un tribunal d'exception, composé de vos pairs. Avez-vous tant de méfiance ? et comment l'accordez-vous avec votre confiance de l'instant ? J'entends bien qu'on peut être un honnête médecin et un mauvais juge. N'est-ce pas chez vous, cependant, que j'ai vu célébrer, très justement, le bienfait des Conseils de famille et souhaiter que leur juridiction s'étende à tous les cas de litige professionnel — avec cette restriction et ce regret que les non syndiqués en soient hors ? N'est-ce pas chez vous, si non sous votre signature, du moins sous celle du Dr Duchesne, que j'ai vu signaler la partialité révoltante de la justice envers les puissants du jour, nous disons : les politiciens ! Si donc

la juridiction des Conseils médicaux vous paraît bonne et celle des tribunaux partiale, comment, ici encore, accordez-vous ces sentiments avec ceux qu'aujourd'hui vous exprimez ?

Enfin, dites-vous, supposons que l'Ordre soit établi et soyons convaincus que le Dr Jacques Bonhomme sera frappé quand les magnats de la médecine ne le seront pas. Souffrez que je vous reproche cette conviction. Car elle traduit l'inquiétude et l'erreur syndicales présentes ; inquiétude, que déjà le Dr Duchesne avait manifestée dans son article (25 mars 1923) et que j'ai cru pouvoir calmer (22 avril 1923) : si le Syndicat connaît des fuites, l'Ordre n'en connaît pas, sa règle oblige grands et petits ; erreur, qui consiste à voir la moralisation de notre profession sous l'angle étroit des revendications syndicales : une règle, librement consentie, s'appliquera d'elle-même, après une courte période d'adaptation ; progressivement, sans heurts, se prendront des habitudes de décence qui sont actuellement si loin de nous que leur expression même étonne.

Je viens de discuter posément vos objections les unes après les autres. Je ne crois pas y voir eu grande peine. Mais, se peut-il que vous ne sentiez pas que la question n'est pas là, ou plutôt n'est plus là ? Depuis que la polémique est ouverte dans votre estimable journal, les choses ont bien changé d'aspect, et je vois avec appréhension se dessiner un mouvement que je voulais prévenir. Ce n'est plus moi qui « entreprend » — avec et après bien d'autres, du reste, — de faire revivre la question de l'Ordre des médecins, ce sont les évènements qui vont impérieusement la poser. « Les scandales des carnets médicaux » alimentent la presse d'opinion et ont ému les pouvoirs publics. Sans que notre entreprise y soit pour quelque chose, une règle est demandée. Cependant que nous, les intéressés, inconscients du danger, nous discutons encore sur le bien fondé d'une réforme, dont la nécessité crève les yeux, sur des détails, sur des impressions. « Craignez, vous écrivais-je, et craignons tous que l'opinion publique, révoltée de ne pouvoir distinguer l'ivraie du bon grain ne nous impose cette règle et qu'en fin de compte, l'Ordre ne se fasse contre le Syndicat ! » Que je voudrais être mauvais prophète ! Pour notre part, nous aurons tout fait pour prévenir cela.

Mon cher confrère, il en est encore temps. Prenons, prenez la tête de ce mouvement qui risque de nous dépasser. Si nous en perdons la direction et qu'il nous prenne en remorque, où nous traînera-t-il ? Vous regretterez alors les tribunaux d'exception, l'autonomie professionnelle, les libertés corporatives que notre projet vous offre et que, par sentiment, vous repoussez. Songez-y : C'est encore un mouvement syndical. Votre responsabilité et celle de tous les dirigeants syndicaux seraient grandes, s'il cessait de l'être.

Je m'arrête, j'aurais encore fort à dire, mais je ne veux pas abuser de votre hospitalité et vous faire subir un nouveau rapport. Vous avez bien voulu reconnaître ma conviction et ma sincérité, elle est celle de la Commission dont j'ai été le rapporteur et du Syndicat qui m'a donné son unanime approbation. Je suis heureux d'apporter la même appréciation sur vous-même. J'ai mis quelque vivacité à vouloir ramener la question sur son vrai terrain. Par une vivacité égale, vous avez répondu à la mienne. Voilà deux énergies qui gagneraient à s'unir pour le bon renom et le bonheur de notre profession. Vous y travaillez depuis longtemps, je me hâte de le proclamer, et avec un zèle et un succès auxquels tous les syndicalistes, dont je suis, rendent hommage.

Je vous demande de me permettre de l'affirmer en publiant cette lettre, au bas de laquelle vous voudrez bien trouver l'expression de mes meilleurs sentiments.

AVERSENCQ.

Nous sommes d'accord avec M. le Dr Aversencq pour déplorer le scandale des carnets médicaux et l'amoralité d'un certain nombre de médecins. Cette amoralité est d'ordre général et non d'ordre professionnel, et c'est pour cela que nous pensons qu'elle relève des tribunaux de droit commun, et non de conseils professionnels.

Il est des gens qui considèrent que voler l'Etat ou une collectivité n'est pas chose répréhensible ; que ce soit en ne déclarant pas honnêtement son revenu, afin d'éviter qu'il soit fortement taxé pour le payement de l'impôt global, que ce soit en dissimulant des bénéfices de guerre, que ce soit en trafiquant d'une influence politique ou administrative, ou en se livrant à la contrebande, ou enfin en exploitant de connivence avec pharmaciens et mutilés les carnets médicaux, le délit est, pour nous, le même, et la répression doit incomber à la même juridiction. Contribuables, entrepreneurs, parlementaires, fonctionnaires, contrebandiers, pensionnés, pharmaciens, médecins doivent être poursuivis de la même façon s'ils sont coupables du même délit, celui de voler l'Etat.

Nous avons personnellement quelque répugnance à jouer le rôle de moralisateur. A notre avis, la moralisation des médecins qui sont, sauf de bien rares exceptions, gens instruits et intelligents, est inefficace. Elle aboutit à transformer le cynisme en hypocrisie, et le mal caché nous paraît encore plus redoutable que celui qui s'étale à tous les regards.

Et puis, sommes-nous en droit d'espérer que ceux que la confiance de leurs confrères aura désignés au rôle de moralisateurs, auront l'habileté et les qualités nécessaires pour assumer cette tâche plus que délicate ? Nous avons rempli et remplissons nous-même, dans nos divers

groupements, à peu près toutes les fonctions, grâce à la sympathie que ne nous ont pas ménagée nos confrères, et cependant, nous avouons humblement que nous ne nous sentons aucune des qualités nécessaires pour faire office de juge ou de moralisateur. « Eh bien ! vous ne serez pas candidat » nous répliquera-t-on. Hélas ! il est peu d'hommes qui ont conscience de ce qu'ils valent et qui se connaisssant eux-mêmes, et il est à craindre que ceux qui brigueront avec le plus d'âpreté ces fonctions, seront souvent ceux qui seront les moins aptes à les bien remplir.

Comme l'affirme M. Aversencq, nous avons défendu ici et défendrons encore l'action utile des Conseils de famille de nos syndicats, de nos Commissions d'arbitrage, de nos Commissions de contrôle. Mais cette action est limitée, les sanctions ne mettant pas un homme dans l'impossibilité de gagner sa vie et ne brisant pas sa carrière. Heureusement, d'ailleurs ! Car il nous serait facile de citer plus d'un cas où le jugement prononcé méritait sérieusement d'être réformé.

Qu'on laisse aux magistrats de profession le soin d'administrer la justice quand il s'agit de choses graves. Il leur arrive fréquemment de se tromper, et ils ont cependant à leur disposition tout l'appareil de l'instruction judiciaire, tous les concours de la police et de la force publique. Qu'on tâche, en tout ce qui concerne la médecine et les médecins, d'éclairer suffisamment les magistrats, de les renseigner exactement en organisant l'expertise contradictoire, en documentant le mieux possible le défenseur, comme le fait tous les jours notre « *Sou médical* ».

L'Ordre des médecins, ou un organisme similaire (car il ne faut pas songer à créer une institution analogue à l'Ordre des avocats, notre profession s'exerçant dans des conditions totalement différentes), pourrait peut-être nous donner satisfaction, si on le laissait organiser par nous-mêmes. Et encore ! ! Mais n'oublions pas que, pour l'instituer, il faut une *loi*, que cette loi sera votée par le Parlement, et que les membres de nos Chambres politiques ne sont pas des médecins, que la plupart même sont imbus de préjugés en ce qui concerne l'exercice de la médecine. Sans doute nous pouvons compter sur le zèle du groupe médical parlementaire, mais sommes-nous sûrs que dans cette question délicate, il arrive à se faire écouter ? « Vous êtes orfèvres ! » leur répliquera-t-on, et non sans raison.

On cite dans quelques journaux médicaux l'opinion d'un sénateur médecin, aujourd'hui décédé, qui était un grand partisan de l'Ordre des médecins. Or, ce sénateur, dont nous ne voulons point attaquer la mémoire, —paix à ses cendres ! — et qui réclamait la création d'un Ordre des médecins pour réfréner les abus des accidents du travail, était, tout en remplissant son mandat de sénateur, médecin des Compagnies d'assurances dont il allait, lui parlementaire, défendre les intérêts devant les juges de paix. Bien mieux, il devint, lui sénateur, directeur ou président d'une compagnie d'assurances dont on retrouverait facilement le nom en feuilletant la collection du *Concours médical* d'avant guerre, et les délibérations du Conseil « du *Sou médical* » de cette époque.

L'Ordre des médecins, s'il se réalise, le sera par une *loi*, élaborée par des *parlementaires*. Cette loi sera exécutée d'après un *règlement* d'administration publique rédigé par des *administrateurs*, et il est douteux que nous puissions faire triompher auprès d'eux nos revendications les plus légitimes. Qui oserait affirmer que l'on ne profiterait pas de la rédaction de cette loi pour nous imposer certaines obligations, dans le but de favoriser contre nous les mutualistes et les assurances sociales ? Et nos hygiénistes officiels, les administrateurs des hôpitaux, etc., etc. manqueront-ils, si cette occasion se présente pour eux, de donner assaut à notre secret professionnel pour simplifier leur tâche dans les déclarations des maladies, l'établissement des statistiques d'état-civil et dans nombre d'autres questions que nous ne pouvons prévoir ?

Aussi, sans avoir été *a priori* un adversaire de l'Ordre des médecins, après même l'avoir, il y a environ 25 ans, accepté, peut-être défendu, nous sommes obligés de reconnaître qu'il nous inspire aujourd'hui, après de sérieuses réflexions, une véritable méfiance.

Le public, s'il est malveillant, n'y verra aucune garantie. Si le médecin frappé est populaire, l'on accusera ses confrères, érigés en juges, de jalousie professionnelle. Si le médecin acquitté ne jouit pas de la faveur publique, les bonnes langues concluront : Les loups ne se mangent pas entre eux. Notre profession, nous le craignons fort, n'en retirera aucun prestige.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

QUELQUES MODIFICATIONS DE LA VOUTE DU PIED

Mécanisme. Diagnostic. Traitement,

Par J. PRIVAT,

Ancien interne provisoire des hôpitaux,
Ancien assistant du Dr Calot, à Berck.

C'est un truisme de dire que la voûte du pied est faite pour la marche, le saut et la course ; c'est une erreur de penser qu'elle est faite pour supporter le poids du corps dans la station debout immobile, et il faut admirer les connaissances de statique humaine que possédait Spiegel quand il disait : « Les fesses ont été données à l'homme pour qu'assis sans fatigue, il puisse s'appliquer plus commodément à l'étude des choses divines ».

Malheureusement dans la vie moderne, l'homme ne peut pas se contenter de marcher, de courir ou de danser, il doit également demeurer longtemps immobile sur ses pieds. Il se produit alors des tassements, des affaissements au niveau de la voûte du pied, d'où résultent des douleurs qui, à la longue, rendent la marche fort pénible et la station immobile sur place presque impossible.

Naturellement, tous les pieds ne s'affaissent pas, certaines voûtes résistent davantage ; par contre, d'autres sont déversées congénitalement ; certaines ne voient leur dislocation apparaître qu'à la suite d'efforts exagérés ou de troubles pathologiques mettant leur moyens de connection en défaut, mais pour toutes, une fois les désordres établis, les symptômes accusés par le malade sont identiques, c'est au médecin d'en rechercher les causes premières pour instituer un traitement approprié.

Pour bien se rendre compte des troubles qui peuvent se produire dans la voûte, il est nécessaire de la connaître en son état normal. Cette étude est aride ; Farabeuf et Destot, quand ils l'abordent, concèdent qu'elle est fatigante à lire et « qu'il est mieux de remettre à un autre jour cette besogne ardue que de l'entreprendre mal disposé ».

Je ne vous demanderai point pareil effort, ne voulant mettre en lumière que les points intéressant particulièrement l'étude de la déformation improprement appelée pied-plat. J'ai fait de larges emprunts aux auteurs déjà cités ainsi qu'à Charpy et à Duchenne, de Boulogne, reproduisant même parfois certaines de leurs phrases, jugeant téméraire d'exprimer en d'autres termes ce qu'ils avaient si clairment énoncé.



FIG. 1. — Pied plat valgus. Le bord interne du pied touche le sol. Vous ne pouvez pas glisser la main sous la partie moyenne du bord interne.

La voûte du pied.

Les différentes pièces du squelette du pied sont disposées de manière à former une demi-coupole reposant sur le sol par son bord externe et ses deux extrémités antérieure et postérieure, son bord interne surélevé se trouve dans le vide.

Cette disposition offre de nombreux avantages : solidité réalisée avec un minimum de matériaux ; points de contact avec le sol minimum, d'où vitesse plus grande, (comparez le large appui d'un mollusque ou d'une chenille

qui rampent ou de l'ours plantigrade, avec le pied comprimé des animaux coureurs, le cheval (Charpy).

Mais, en revanche, il en résulte une première source de déformations dues à l'exigence des lois qui régissent la solidité et l'équilibre d'une telle demi-voûte.

Un second avantage pour le mouvement tient à ce que les diverses pièces de cette voûte ne sont pas réunies par un mortier inextensible, mais par des liens élastiques, muscles et ligaments, d'où la souplesse nécessaire à la marche et la possibilité d'utiliser la pointe du pied comme un ressort ; mais en revanche, nous concevons la fragilité d'un pareil système, car la moindre insuffisance d'un de ces nombreux moyens d'union élastique engendrera des déformations dans la voûte ; elles s'aggraveront si leur cause persiste : la lézarde compromettra la solidité de l'ensemble.

Donc le pied peut être déformé soit par des modifications dans le poids de la charge qu'il doit porter, ou dans le point de pression de cette charge, soit par des déficiences dans les moyens de contention de ses matériaux.

Troubles statiques.

Ils sont dus à ce que le poids du corps ne porte pas sur la ligne de résistance maximum ou sur la ligne d'équilibre optimum de la voûte.

Pour comprendre le mécanisme des déformations qui se produisent alors, analysons l'architecture de cette voûte.

Avec Charpy, il faut admettre que cette demi-coupole est formée de deux arcs, l'un externe sert essentiellement à l'appui, l'autre interne, au mouvement.

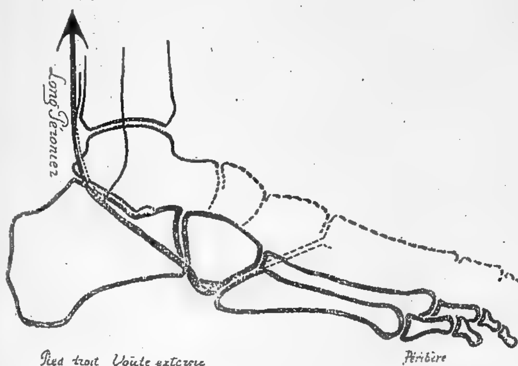


Fig. 2. — La coupole du pied est formée de 2 arcs. L'*arc externe* est un cintre régulier, très surbaissé, formé de gros os unis par des ligaments très puissants, *il est essentiellement organisé pour la force et la stabilité.*

La voûte externe est un cintre régulier, mais très surbaissé ; elle comprend le calcanéum, le cuboïde et les deux derniers métatarsiens. De puissants ligaments, notamment le ligament en Y et l'énorme ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, le plus fort de l'organisme, résistent aux efforts d'inflexion qui tendent à disjoindre le cuboïde. Le calcanéum, os court, massif, organisé pour la force et la stabilité, reçoit le poids du corps transmis par l'astragale.

L'arc externe est bien la voûte originelle de l'appui. Sa faible courbure, sa largeur, l'épais matelas charnu qui la garnit et qui présente une vaste surface de contact, la dureté et le peu de sensibilité de la peau à ce niveau, la mobilité passive des deux derniers orteils qui leur permet de s'adapter aux inégalités du sol, sont autant de dispositions liées à cette fonction de support. Seule aussi elle fonctionne quand nous sommes assis ou debout au repos, car nous pouvons facilement alors mouvoir le gros orteil sans nuire à la stabilité (Charpy).

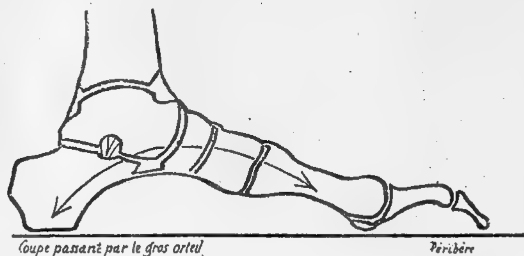


Fig. 3. — L'*arc interne*, plus élevé et à plus grande courbure est formé d'os courts et peu épais ; essentiellement élastique, il *est organisé pour le mouvement.*

L'arc interne, plus élevé et à plus grande courbure, est l'arc du mouvement.

Il comprend l'astragale, les deux premiers cunéiformes et leurs métatarsiens le troisième cunéiforme et son métatarsien étant surtout une pièce d'union avec l'arc externe). Formé de six pièces (orteils non compris) il est essentiellement élastique, organisé pour le mouvement ; c'est le ressort du pied (Charpy).

Cet arc interne joue un autre rôle. Grâce à l'orientation du gros orteil, oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors il forme une jambe de force qui soutient, dans la station debout, la voûte externe et empêche le dévers interne (Destot).

J'en aurai terminé avec ces considérations anatomiques, quand j'aurai ajouté qu'en arrière l'arc du mouvement surplombe l'arc de l'appui. L'astragale reçoit le poids du corps qu'il répartit ensuite sur l'arc d'appui quand nous sommes debout immobile sur l'arc du mouvement dans la marche.

Equilibre transversal.

Pour pouvoir utiliser le pied sans en troubler la statique, il faut que le poids du corps soit transmis à l'arc d'appui et que sur cet arc il exerce sa pression maximum au point optimum de résistance et d'équilibre.

L'arc d'appui n'étant qu'une demi-coupole dont le bord interne surplombe le vide, il faut pour éviter qu'il ne bascule en dedans que la pression maximum se fasse sur sa partie externe : équilibre transversal.

Ce danger du dévers est bien mis en évidence par l'image suivante de Destot, mais tandis qu'il l'applique à la demi-coupole tout entière du pied, il me paraît préférable de la réserver seulement à son arc d'appui : « on peut le comparer à une assiette creuse, cassée et renversée, un peu ébréchée sur le bord. Il est bien évident que si l'on appuie sur le bord de l'assiette, tout le système va se renverser en dedans, pour que le système se tienne en équilibre, il faut que l'appui se fasse en dehors sur le bord externe de l'assiette » (Destot).

Dans un membre normal, l'action du poids du corps, transmise par l'astragale au calcanéum, ne rompt pas l'équilibre, le maximum de pression s'exerçant sur la partie externe de l'astragale ; le centre de pression tombe alors entre les deux tubercules postérieurs du calcanéum. Qu'il se déplace de quelques millimètres

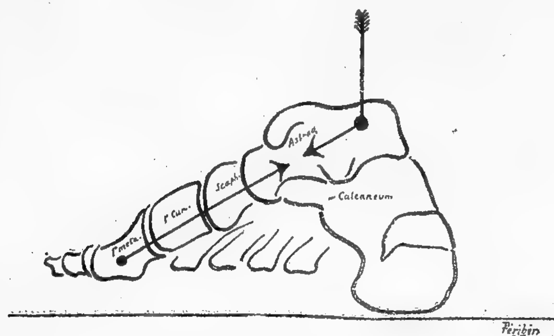


Fig. 4. — Le système du gros orteil, oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans forme une jambe de force qui soutient la voûte dans la station debout et empêche le dévers en dedans

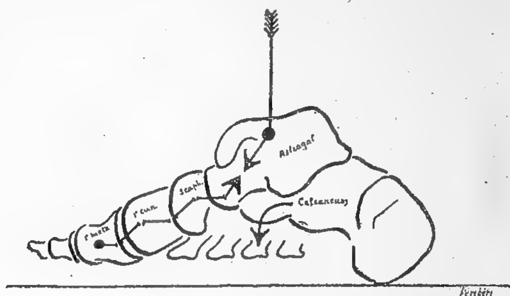


Fig. 5. — Si l'action du poids du corps s'exerce sur la partie interne de l'astragale, le bloc astragalo-calcanéen déverse en dedans. Il en résulte la formation d'un pied valgus, mais *la voûte conserve ses courbures normales, seule son orientation est changée* : la coupole du pied tout entière a basculé abaissant son bord interne. *Il y a attitude vicieuse, non difformité.*

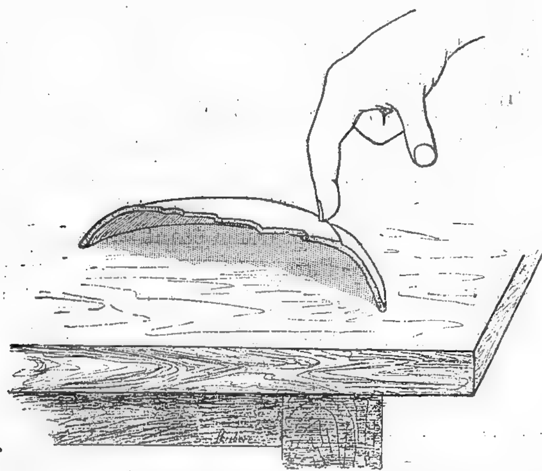


Fig. 6. — Le mécanisme du dévers du pied est bien mis en évidence par la comparaison de Destot. Si l'on appuie sur le bord externe d'une assiette creuse, cassée, et renversée, elle reste en équilibre.

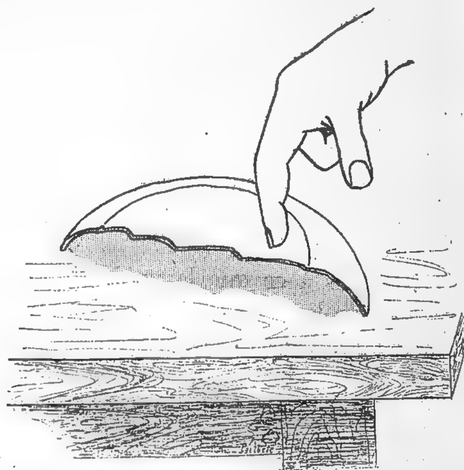


Fig. 7. — Comparaison de Destot (*suite*). Si l'on appuie sur le bord cassé de l'assiette, elle se renverse en dedans.

en dedans, le calcanéum tendra à tourner. Le premier métatarsien, qui forme, comme nous l'avons vu, une excellente jambe de force, cherchera bien à empêcher le dévers : mais son action sera momentanée car elle dépend de la contraction du long péronier latéral (voir plus loin). Si le porte-à-faux persiste, ce muscle fatigué se relâche et le bloc calcanéo-astragalien se déverse en dedans. Il en résulte la formation d'un pied valgus.

Un examen sommaire pourrait faire croire qu'il y a en même temps pied-plat avec effondrement de la voûte, car la main ne peut pénétrer sous le bord interne du pied. Il n'en est rien, au moins au début ; la voûte conserve ses courbures normales, seule son orientation est changée, et, si, en dedans, elle se trouve plus rapprochée du sol, c'est parce que la coupole tout entière du pied a basculé, abaissant son bord interne tandis que son bord externe se surélève. *Il y a attitude vicieuse, non difformité.*

Ce mécanisme dictera le traitement.

Dans la station, chez l'homme normal, l'astragale reçoit le poids du corps sur sa branche postérieure (Destot). Celle-ci la transmet à la partie postérieure du calcanéum : c'est la position optimum. Mais si, pour une raison quelconque la poussée du poids du corps vient presser sur la partie antérieure de l'astragale, cet os la transmet à la partie antérieure du calcanéum. Or, celui-ci ne repose sur le sol que par ses deux tubérosités postérieures sur lesquelles il est cabré, la force qui agit sur cette partie antérieure surélevée tendra à l'abaisser ; mais le calcanéum ne possède de mouvements propres ni de flexion, ni d'extension ; pour se dérober aux deux pressions auxquelles il est soumis, poids du corps et résistance du sol, il ne peut que faire jouer l'articulation astragalo-calcanéenne et se coucher sur le côté interne.

Augmente-t-on de quelques degrés l'extension d'un tel pied, c'est la portion postérieure de l'astragale qui reçoit alors le poids du corps, position optimum.

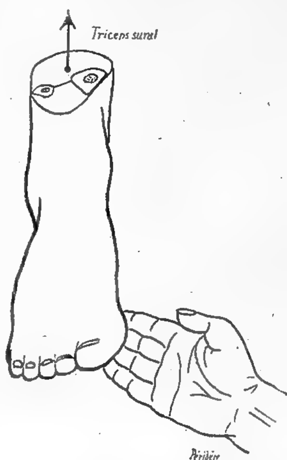


Fig. 8. — Quand la pointe du pied se trouve abaissée uniquement par la contraction du triceps sural, seule sa partie externe est solidement maintenue, le moindre effort produit sous le premier métatarsien suffit pour relever le bord interne.

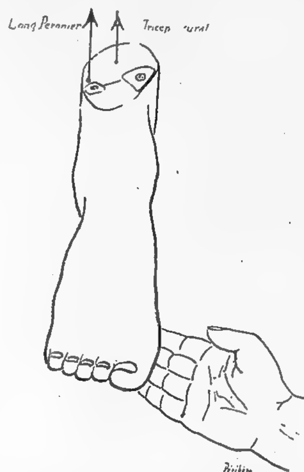


Fig. 9. — Pour que la partie interne du pied soit maintenue fortement abaissée, il faut que le long péronier latéral joigne son effet à celui du triceps sural.

Equilibre antéro-postérieur.

La portion puissante de la voûte d'appui est la partie postérieure du calcanéum. Le calcanéum supporte une pression qui a été estimée tantôt aux deux tiers tantôt aux trois quarts de la charge totale, le reste revenant au talon antérieur. Or, suivant le sens antéro-postérieur, le corps est en équilibre instable dans l'articulation tibio-tarsienne et suivant le degré de flexion ou d'extension du pied sur la jambe, l'astragale reçoit le poids du corps en un point plus ou moins près de sa tête.

Mais si cette extension augmente au-delà d'une certaine limite, sans doute c'est toujours la portion postérieure de l'astragale qui reçoit le poids du corps, mais, maintenant, ce n'est plus au calcanéum qu'elle le transmet, c'est, par l'intermédiaire du scaphoïde, à l'arc du mouvement, position néfaste si elle persiste pendant l'arrêt.

Nous voyons l'importance capitale que la hauteur du talon prendra dans certains cas.

Troubles provenant des moyens de contention.

Pour que la grandeur de la voûte ne change



pas, il faut qu'il existe un état d'équilibre entre l'effort, poids du corps, et la résistance, muscles et ligaments, avec une certaine prédominance en faveur des muscles.

La surcharge ajoutée au poids normal du corps, tel que le port habituel de fardeaux, rompt l'équilibre et fait céder la voûte ; aussi un certain nombre de professions, comme celle de portefaix, entraînent facilement le pied-plat (Charpy).

La station immobile écrase aussi la voûte, comme nous le disions au début de cette étude. En effet, ce sont les muscles et les ligaments qui maintiennent unies entre elles les différentes pièces constituant la voûte. Or, les muscles sont rapidement fatigués, non par l'effort qu'ils ont à accomplir, mais par la continuité de cet effort. Les ligaments ou les aponévroses restent alors seuls à supporter le poids du corps par leur ténacité et leur élasticité qui sont considérables sans doute, mais insuffisantes.

tion du triceps sural, seule sa partie externe est solidement maintenue, le moindre effort produit sous le premier métatarsien suffit pour relever le bord interne.

L'action de ce muscle vient-elle à diminuer, il en résulte un double inconvénient. D'abord, pendant la station immobile, le système du gros orteil ne peut jouer son rôle d'arc-boutant interne, il n'adhère pas assez fortement au sol pour y prendre point d'appui, la voûte externe bascule en dedans.

De plus pendant la marche, lorsque le pied n'appuie sur le sol que par sa pointe, le poids du corps, ne trouvant pas d'appui fixe en dedans, tend à venir appuyer sur le cinquième métatarsien, mais alors, l'axe du membre prolongé est dévié en dehors, il ne se trouve plus dans la direction des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne (articulation de la flexion) mais de la calcanéo-astragalienne, aussi cette dernière articulation est mise en mouvement, de manière

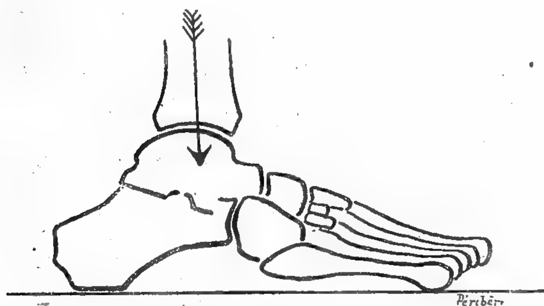


Fig. 10. — Dans certains pieds, l'action du poids du corps s'exerce trop en avant et ne se transmet pas d'une manière suffisante à la partie postérieure du calcanéum destinée à la recevoir.

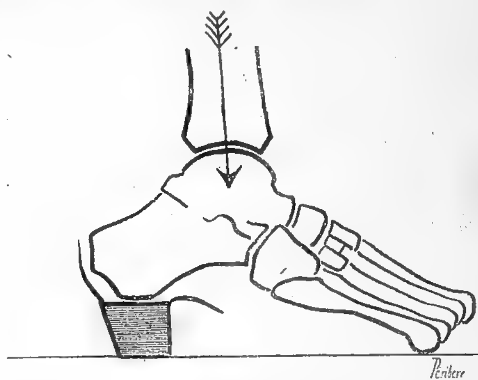


Fig. 11. -- Le talon de la chaussure en changeant l'orientation de l'astragale par rapport au tibia ramène la pression du pied du corps au point d'élection.

Enfin, toute cause d'affaiblissement même passagère des muscles qui concourent au maintien de la voûte amèneront son affaissement, et de plus, en déplaçant le point d'application du poids du corps qui se portera en dedans, créeront des conditions favorables à la formation d'un pied-plat valgus statique. Or, de tous les muscles qui ont la charge de onserver à la voûte du pied sa forme normale, le plus important est sans conteste le long péronier latéral, comme l'a montré Duchenne de Boulogne. Il est le seul muscle destiné à abaisser puissamment la saillie sous-métatarsienne, appuyant ainsi le pied sur le sol ; il est le seul aussi qui maintienne la partie interne du pied solidement fixée à sa partie externe. En effet, quand la pointe du pied se trouve abaissée uniquement par la contrac-

à produire le renversement du pied et son abduction (valgus). Le jambier antérieur, qui seul s'oppose à ce mouvement, ne peut alors, on le conçoit, supporter le poids du corps (Duchenne).

Ces variétés de pied-plat seront justiciables, les premières d'un changement de profession, les secondes de massages et de traitements électriques.

Examen du malade.

Avant tout, laissez-moi vous mettre en garde contre une erreur.

Il est admis que l'empreinte plantaire d'un pied normal est représentée par une tache antérieure (les têtes des métatarsiens) et une tache postérieure (le talon) réunies par une bande externe ; on dit que le pied est plat quand la

partie interne de la plante imprime sa trace.

Or, il existe des pieds carrés, courts, bien garnis de muscles et de graisse sous leur plante, mais dont le dos est arrondi et la voûte osseuse bien cintrée, ce sont de bons pieds de marche signalés dans les instructions pour le recrutement de l'armée : « beaucoup d'habitants de la campagne ont la plante des pieds plate, sans aucune excavation, et cependant ces hommes sont en général d'excellents marcheurs. Leur forme provient souvent alors de ce que la courbure du pied est remplie par les muscles de la face plantaire qui ont pris un accroissement insolite ; cette circonstance prouve l'énergie de la puissance locomotrice ».

Mais ce ne sont pas ces bons marcheurs qui viendront vous consulter, aussi n'est-ce pas eux que je tiens à signaler à votre attention ; ce sont les pieds maigres, à musculature faible, ayant en outre une voûte effondrée, et qui cependant marquent une empreinte normale sur le sol. Il en est de même des pieds déformés par des chaussures spéciales et qui présentent des cambrures artificielles mais mal comprises.

Ce n'est donc pas l'étude des empreintes qui peut nous renseigner sur l'état de la voûte plantaire, et d'ailleurs *peu importe la hauteur du bord interne au-dessus du sol, le vagus seul est à considérer*, car c'est le porte-à-faux du poids du corps tombant dans le vide en dedans du bord interne qui rend la marche pénible, la station debout immobile impossible.

Placez votre malade debout sur une table et vous tournant le dos. Chez l'individu normal, la verticale passant par la malléole externe laisse le pied en dedans ou en effleure le bord externe. Si cette verticale rencontre ce bord externe, il y a valgus.

Essayez alors de soulever la tête du premier métatarsien. Si vous le pouvez, il y a insuffisance du long péronier latéral et le valgus en est la conséquence. Si vous ne le pouvez pas le valgus est de cause statique.

Traitement.

Dans tous les cas, prescrivez le port d'un soutien voûte plantaire ; le meilleur est celui fait par M. Darré.

Dans le cas d'insuffisance du long péronier latéral, instituez en outre un traitement électrique.

Dans le cas de valgus léger, le soutien voûte suffira. Si le valgus est plus accusé, placez le pied de votre malade sur une semelle de bois, introduisez sous le talon des cales de plus en plus hautes jusqu'au moment où le patient sentira son pied confortable ; puis, sous le côté interne du talon et de la tête métatarsienne, mettez d'autres cales de plus en plus hautes de manière à soulever ce bord interne ; arrêtez-vous quand la verticale abaissée de la malléole externe ne rencontre plus le bord externe du pied.

Mesurez la hauteur des cales ainsi introduites, faites-en placer par un cordonnier de semblables, en cuir, sous la partie interne de la semelle de la chaussure.

CAUSERIES CHIRURGICALES

Des conséquences du progrès anatomique et physiologique en chirurgie,

Par Dartigues.

Vue en dehors du côté biologique pur, on peut dire que, pratiquement, l'anatomie humaine est immuable : elle a été, est et sera sans modifications importantes si ce n'est au point de vue myologique volumétrique, force d'attaches et puissance motrice, résultant d'un changement de conception de la vie sous le rapport social, esthétique et athlétique qui s'accentuera et se réalisera de plus en plus. Mais la science anatomique, elle, n'est pas immuable ; malgré les apparences, elle progresse, et son progrès se fait dans le sens de la précision la plus grande, de l'intelligence plus claire des rapports, de l'importance des groupements topographiques et de la vision de plus en plus logique de son exposition didactique.

L'étude consommée de l'anatomie dans les temps récents a permis ces résultats pratiques de mieux connaître : 1° toutes *les voies d'abord ou d'accès* des organes ou des régions ; 2° la forme et *les rapports des organes* que le chirurgien a à saisir ou circonscrire ; 3° la *distribution nutritive sanguine*, c'est-à-dire la répartition départementale de l'irrigation artérielle dont les notions exactes permettent les techniques rationnelles, précises et jalonnées. C'est ainsi que le progrès de l'anatomie rejette de plus en plus la part du hasard et de l'inconnu dans la marche chirurgicale de l'intervention et fait que les techniques deviennent moins massives, de plus en plus clarifiées, et, si les processus pathologiques ont bouleversé une région au point de la rendre méconnaissable de prime abord, il n'en est pas moins vrai que demeure sous leurs bouleversements et leurs

métamorphoses morbides, une anatomie sous-jacente normale, essentielle, que le chirurgien devra s'efforcer de retrouver toujours, car c'est elle, qui, au milieu du désordre, permettra de se retrouver : les clés d'une opération sont presque constamment les mêmes ; il s'agit de les posséder ou de ne pas les égarer.

Un fait indéniable, c'est que l'action chirurgicale est aujourd'hui beaucoup plus sûre qu'autrefois, non seulement du fait des méthodes aseptiques, mais aussi du fait de la connaissance de l'anatomie au point de vue réaliste les instruments savent mieux qu'autrefois où ils vont ; beaucoup d'organes affreusement redoutés ne le sont plus parce qu'on connaît mieux les chemins à frayer. On peut dire que si le progrès de l'anatomie utilitaire a abouti à des techniques plus simplifiées, et plus sûres, il a entraîné une confection instrumentale adéquate, de telle sorte que celle-ci s'est allégée des instruments inventés par la crainte de blesser, en ne voyant pas, (certaines sondes, trocarts spéciaux, bistouris boutonnés, etc.).

Il n'est pas paradoxal de dire, en définitive que c'est elle, l'anatomie, qui réclame et indique des *formes* adéquates de la part de l'instrumentation. Il est bien naturel, en somme, que la *morphologie anatomique* suscite une *morphologie instrumentale*, soit pour se faire jour, soit pour conserver l'avantage du chemin acquis, soit enfin, pour exécuter les actes principaux de l'opération : exérèse anatomo-pathologique, ou réfection anatomo-physiologique.

On peut dire que si le chirurgien possède véritablement la connaissance de la structure anatomique, longuement étudiée sur des planches artistiques, des schémas, des préparations et sur le cadavre attentivement disséqué, il est vraiment, de par la pratique en plus, professionnelle et quotidienne de la chirurgie, l'anatomiste le plus complet, celui qui se rapproche de la norme parce que seul il connaît l'*anatomie vivante*, l'anatomie pour ainsi dire en fonction sous la force qui domine tout, pénètre partout dans l'organisme : la circulation sanguine. En vérité, sans exagérer, littéralement, on peut bien dire que l'opérateur chemine à travers les tissus et les organes en côtoyant un torrent toujours prêt à déborder : c'est ce qui fait la grande difficulté matérielle de la chirurgie.

La connaissance de l'anatomie implique pour le chirurgien la connaissance parallèle de la physiologie de l'organisme sur lequel il agit, pour son rétablissement, ou pour un fonctionnement meilleur. Il ne faut pas oublier, en définitive, que si l'anatomie est la matière vivante sur laquelle il œuvre, que si l'instrumentation constitue les moyens de l'action, *le but de la chirurgie est physiologique.*

La notion de l'importance physiologique des organes incitera le chirurgien à ne faire que les sacrifices proportionnels. La chirurgie sort de plus en plus de son simplicisme initial de guérir en supprimant les organes : elle devient à tendance conservatrice à mesure qu'elle comprend, qu'elle apprend l'importance de fonctions jusque là ignorées. Cette tendance conservatrice, à elle seule, a été l'occasion de créer des instruments nouveaux et le sera de plus en plus. Tout ce qui permettra de mieux voir, de moins blesser irréparablement, de mieux réparer, servira à cette conservation. Dans l'instrumentation à créer ou perfectionner, il faut donc tenir compte des conditions physiologiques de l'organisme sur lequel on agit et, pour n'en citer que quelques-uns, je ferai allusion en passant aux diverses pressions de liquides circulants : pression du sang, pression du liquide céphalo-rachidien, aux diverses expansions viscérales : expansions du cœur, du poumon, du cerveau, aux diverses sécrétions et à leur écoulement qu'il ne faut interrompre qu'au minimum. Néanmoins de nouvelles méthodes peuvent apporter des modifications imprévues ; ainsi, dans quelques rares cas, la compression peut amener la suspension de la circulation sanguine d'un vaste territoire, comme dans le procédé de Mombourg, entraînant l'application d'un moins grand nombre de pinces hémostatiques placées souvent au hasard, dans l'angoisse, alors qu'on est submergé ou qu'on ne voit plus rien ; ainsi, encore, la ligature d'un tronc important de commande artérielle procurera comme dans l'hystérectomie abdominale élargie (ligature préalable de l'hypogastrique suivant le conseil de J.-L. Faure), une opération plus étanche avec application de moins d'instruments d'hémostase ; et, meilleur exemple, je pense, l'apport de l'anesthésie rachidienne nous a donné la surprise, en chirurgie abdomino-pelvienne, de la paralysie pariéto-abdominale et de la paralysie intestinale qui avait incité à créer quelques instruments destinés à la combattre et qu'on n'aura pas, le plus souvent, besoin d'utiliser.

Donc, dans les conditions physiologiques de l'organisme, des découvertes peuvent apporter des bouleversements tels, qu'elles peuvent à la fois entraîner à la création de nouveaux instruments et à la suppression de certains autres, ce qui est mieux, car tout ce qui diminue de nombre ou se simplifie est un progrès en chirurgie.

Enfin, malgré l'inattendu, on ne trouvera pas trop étrange que j'ajoute que si le chirurgien doit connaître l'anatomie de son semblable, l'opéré, il connaît par conséquent la sienne, et y peut puiser la notion de ce qu'il doit de perfectionnement de son propre organisme pour le maximm de ce qu'il pourra en faveur de la vie et de la santé de son patient. Comme il faut s'en convaincre, il faut aussi tenir compte des conditions physiologiques de l'organisme qui agit, c'est-à-dire de celui du chirurgien qui doit viser à la précision, à la rapidité, à la force, à l'endurance, à l'énergie, en réglant heureusement par une culture physique appropriée autant qu'intellectuelle, son influx nerveux, son flux circulatoire, sa mobilité articulaire et sa puissance musculaire.

PATHOLOGIE INTESTINALE

La constipation

Il y a une dizaine d'années, la constipation était considérée comme un état banal, indigne de retenir l'attention prolongée du médecin, et l'on aurait cherché vainement, dans la presse médicale et dans les livres, des travaux d'ensemble sur ce trouble, si fréquent, de l'évacuation intestinale. Quand on avait exposé qu'il s'agissait d'une perturbation, tant de la sécrétion glandulaire que de la motilité du tractus intestinal, il semble qu'on avait tout dit et que la question était épuisée. On prescrivait quelques conseils d'hygiène générale et alimentaire, des lavages intestinaux plus ou moins copieux, des laxatifs, une cure thermale choisie un peu au petit bonheur, parmi les stations réputées pour convenir à la pathologie intestinale. Et la conscience se déclarait satisfaite.

Avec les progrès de la radioscopie et de la coprologie, qui permettent de saisir sur le vif, pour ainsi dire, l'état de la statique et de la dynamique intestinale, ainsi que les résultats plus ou moins anormaux du travail digestif, une ère nouvelle s'est ouverte, et voici qu'au contraire, les publications abondent, qui fouillent consciencieusement un terrain plus facilement explorable, qui précisent, à la lueur de l'observation et de l'expérimentation, la pathogénie, les types cliniques, le diagnostic, et qui formulent une thérapeutique, qui part de l'hygiène pure et simple, dans les cas bénins, pour aboutir à l'intervention chirurgicale, dans quelques formes graves.

Nous avons publié récemment un très intéressant travail de MM. Faroy et J. Baumann sur la colite et la stase (1). Dans le même temps, paraissaient une étude très approfondie de notre excellent confrère et ami F. Baraduc, de Chatel-Guyon (2), et une autre, non moins complète, de MM. Trémolières et Caussade (3), cependant que M. Lefebvre exposait ses idées sur le traitement chirurgical de la stase chronique (4).

Ici et là, les grandes idées générales sont les mêmes. On note cependant quelques divergences de vues entre les auteurs, sur certains détails symptomatologiques, qu'il importe de mettre en évidence, afin de tâcher de faire la lumière à leur sujet, et d'en tirer les déductions thérapeutiques qui s'imposent, et qui offrent un réel intérêt.

C'est ainsi que MM. Trémolières et Caussade conservent l'antique et périmée distinction entre la constipation atonique et la constipation spasmodique, tandis que Baraduc n'hésite pas à affirmer que « la conception de la division de la constipation colique en constipation atonique et en constipation spasmodique a vécu. La constipation habituelle, dit encore ce dernier, reconnaît avant tout pour cause un trouble de la musculature colique ». Et, partant de ces prémisses, il distingue une constipation gauche, liée à la stase recto-sigmoïdique, et une constipation droite, due à la stase cæco-ascendante, laquelle comporte plusieurs degrés. Il insiste sur les cas si nombreux, dans lesquels il existe une fausse diarrhée due à l'évacuation incomplète ou accidentelle d'un côlon irrité, qui expulse « des débâcles de selles dures plus ou moins diluées et masquées par un liquide d'exsudation ».

En présence d'un cas de constipation rectale, on recherchera d'abord si celle-ci n'est pas provoquée par des lésions de voisinage : fissure, hémorroïdes, lésions prostatiques, utéro-annexielles, dont la guérison suffit à rétablir le rythme de l'évacuation dans sa régularité. Cette éventualité écartée, on recommandera simplement la présentation régulière à la garde-robe, les suppositoires au beurre de cacao, les petits lavements d'huile ou de bile.

Dans la constipation colique, on observe, ainsi que Baraduc l'a noté, plusieurs degrés, de gravité croissante.

Dans un premier degré, les manifestations sont atténuées ; la constipation est surtout sigmoïdienne. A cette forme, conviennent la rééducation, le régime et l'hygiène : présentation régulière à heure fixe à la garde-robe ; gymnastique abdominale et massage léger du ventre ; alimentation suffisante et variée, composée de légumes, pâtes, fruits, beurre frais, fromages frais, lait caillé, miel, pour les 2/3, viandes, poissons ou œufs, pour 1/3 ; pain complet, rassis ou grillé, boissons non excitantes, prises surtout en dehors des repas ; exercice physique et marche prudemment dosés.

Le deuxième degré, le plus habituellement rencontré, répond à une association mixte de constipation gauche et droite, caractérisée par du spasme sigmoïdien et de la distension cæcale. Aux prescriptions précédentes, on ajoutera l'emploi des mucilages, de l'agar-agar, de la graine de lin, du psyllium, de l'huile de paraffine pure, administrée tantôt immédiatement au commencement des repas (estomac tolérant), tantôt un quart d'heure avant (estomac hypersthénique, douloureux). On aura parfois avantage à associer les mucilages et l'huile de paraffine, mélangée ou non à l'huile d'olives. La gymnastique abdominale, les massages doux et prudents, seront complétés par l'électrothérapie. L'opothérapie biliaire, ou mieux associée (bile, pancréas, intestin), remédiera aux insuffisances sécrétoires.

Si les résultats ne sont pas satisfaisants, on pourra recourir aux petites doses de cascara, de rhamnus, d'huile de ricin, de magnésie hydratée, celle-ci additionnée suivant les cas de soufre, de charbon, de lactose, de bicarbonate de soude, de carbonate de



(1) *Concours médical*, n° 16, 22 avril 1923.
(2) *L'Hôpital*, mars 1923 B.
(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 février 1923.
(4) *Presse médicale*, 24 février 1923.

bismuth, de kaolin, même de sulfate de soude associé aux bicarbonate, citrate, phosphate de soude (hypersthéniques).

La constipation prédominant à droite caractérise le troisième degré (forme toxique et douloureuse) avec crises possibles de typhlite ou de typhlo-colite. Là, les exercices physiques seront proscrits. Le malade se présentera à la selle après un repos prolongé, au cours duquel il aura procédé à de larges applications abdominales de compresses humides chaudes, et mieux encore, de cataplasmes. Les aliments seront très divisés et bien mastiqués, les purées tamisées, les fruits cuits passés. Les œufs, le lait, la viande même seront exclus du régime, en raison des putréfactions qu'ils provoquent ; les légumineuses seront prohibées, s'il existe au contraire des fermentations. Le lait caillé, le kéfir, les bouillons lactiques, par contre, seront indiqués. L'eau lactosée et les tisanes émollientes (graine de lin) formeront la base des boissons.

Les mucilages purs sont souvent irritants ; on les remplacera par du carbonate de bismuth ou du kaolin, associés avec de l'huile de paraffine, de l'huile d'olives, voire de l'huile de ricin. Le sulfate neutre d'atropine, l'extrait de belladone, le bromhydrate de cicutine, les bromures, la valériane, combattront les spasmes douloureux. Les grands lavages à l'eau bicarbonatée (38°) sous faible pression, les massages doux, sous contrôle radioscopique, l'électrothérapie, la diathermie, trouveront là leurs indications respectives. Aux ptosés, on ordonnera le port de ceintures abdominales munies ou non de pelotes médianes ou latérales, selon les cas.

Enfin, le quatrième degré correspond au type décrit par Lane. Le traitement médical du troisième degré sera encore ici avantageusement mis en œuvre. Mais s'il existe des brides, des coudures, des accolements, etc., on pourra être conduit à envisager l'opportunité d'une intervention chirurgicale, en tenant compte cependant de cette considération, judicieusement formulée par Lefebvre : « Les malades atteints de stase intestinale chronique sont, en général, des ptosiques, des asthéniques, des instables à tous les points de vue ; ils accusent des douleurs variées et variables ; ils présentent une véritable déficience de tous les tissus, aussi bien des organes digestifs que des éléments moteurs, que du système nerveux ; et le chirurgien ne peut réellement pas prétendre les guérir par une cæco-sigmoïdostomie..... Il est de toute nécessité qu'un régime particulier, tant physique que diététique et moral, vienne continuer l'œuvre commencée par le chirurgien, œuvre qui met à même le malade de retrouver petit à petit un état de santé relative et proportionné à la valeur même des tissus composant ses différents organes ».

Baraduc, tenant compte de l'état général défectueux des constipés habituels, recommande de les tonifier par la strychnine, le cacodylate de soude, le glycéro-phosphate, les nucléinates, les injections d'eau de mer, les douches écossaises, les frictions et le massage général, là où prédomine la dépression et l'anémie. Aux nerveux excitables, il ordonne les bromures, la valériane, les grands bains chauds, les douches tièdes, l'électricité statique. Les troubles endocriniens relèveront de l'opothérapie thyroïdienne, ovarienne, hypophysaire, surrénale, selon les cas. Enfin, la psychothérapie ne sera pas négligée vis-à-vis de sujets dont il faut faire l'éducation générale, en même temps qu'on cherche à rééduquer leur intestin.

Dans tout ce qui précède, se retrouvent les différents traitements que conseillent de leur côté Trémolières et Caussade, avec des nuances particulières qui sont sans intérêt. La divergence que j'ai signalée entre les conceptions de ceux-ci et celles de Baraduc apparaît lorsqu'il s'agit des cures thermales, si souvent indiquées dans la thérapeutique de la constipation habituelle.

Conservant l'antique distinction des constipés en atones et spasmodiques, ils restent fidèles à la non moins antique prescription : les atones à Châtel-Guyon, les spasmodiques à Plombières. La distinction clinique a vécu, redirons-nous avec Baraduc. La distinction thermale basée sur celle-ci, et qu'on retrouve stéréotypée en quelque sorte sous la plume de tant d'auteurs mal ou insuffisamment informés, doit subir le même sort.

Combien plus exacte et plus conforme à la *vérité* clinique et thermale la doctrine de Baraduc, qui est également la doctrine générale châtelguyonnaise :

« A Châtel-Guyon, on enverra les constipés déprimés, anémiés, intoxiqués, ceux qui présentent des troubles hépatiques ; ceux chez lesquels prédominent les phénomènes de stase segmentaire, qu'ils présentent ou non des spasmes localisés et des douleurs liées à l'irritation et à la distension coliques.

« De Plombières seront plus particulièrement justiciables, les arthritiques hypersthéniques, ceux chez lesquels prédominent les spasmes et les algies liés à un état d'*irritabilité nerveuse manifeste* ».

Je crois que la vérité, ainsi exprimée par Baraduc, peut être présentée sous une autre forme, tout aussi acceptable, — comme étant l'expression des propriétés respectives des deux stations intestinales, et que j'énonce ainsi :

Les intestinaux chez lesquels spasmes et atonie coexistent, en proportions variables, répondant habituellement, mais non nécessairement, au grand type général *hypo*, dont le trouble local est primitif et dont l'état général n'est atteint que secondairement, sont justiciables de Châtel-Guyon.

Les nerveux irritables, dont l'état général ressortit au terrain névropathique, qui répondent habituellement au grand type général *hyper*, et chez lesquels l'état intestinal n'est qu'une localisation, au même titre que beaucoup d'autres, de leur excitabilité, sont justiciables de Plombières.

G. DUCHESNE.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les médications spécifiques de la tuberculose.

M. A. JOUSSET qui veut bien, de temps en temps, collaborer au *Concours médical*, est l'inventeur d'un sérum anti-tuberculeux, dont il a entretenu précédemment nos lecteurs (1). Ainsi qu'il a pris soin de bien le préciser, ce sérum est loin de convenir à tous les cas, et il possède des indications et des contre-indications bien tranchées.

C'est sur ces indications qu'il revient, dans une revue fort intéressante, et dont l'originalité mérite de retenir notre attention.

L'auteur commence par déterminer dans quels cas il faut recourir, dans les maladies infectieuses, à la vaccinothérapie, dans quels autres cas, à la sérothérapie. La première s'adresse à l'infection lésion, c'est-à-dire localisée ; la seconde à l'infection maladie, c'est-à-dire, généralisée. On est ainsi conduit à l'équation suivante :

Maladies générales = Sérum.
Affections locales = Vaccin.

La tuberculose n'échappe pas à cette loi. Elle évolue en plusieurs étapes distinctes, sans que le passage de l'une à l'autre s'effectue nécessairement. La première étape correspond à l'invasion primaire et prend le type fluxionnaire. Elle peut se dérouler insidieusement, ou au contraire, donner lieu à une fièvre élevée, suivant la réaction des foyers touchés par l'infection, et dont les principaux sont la rate et les ganglions médiastinaux.

Cette fièvre s'éteint progressivement. Le sujet, — un enfant habituellement, — est imprégné et immunisé dans une certaine mesure. La guérisont peut être définitive. Elle peut aussi n'être que temporaire, et céder devant une deutéro-infection, qui sera autogène ou exogène, mais qui constituera une seconde étape, celle des enkystements, des localisations. « Le malade entré dans la tuberculose chronique progressive présentera les types fébriles les plus variés, depuis l'apyrexie jusqu'au tracé anarchique de la phtisie terminale. »

Ceci étant, la sérothérapie conviendra aux bacilloses aiguës, à la bacillose maladie, à l'infection primaire de l'enfant, à la granulie généralisée, aux polysérites, aux formes aiguës du rhumatisme de Poncet... aux bacilloses qui, malgré leur localisation limitée, conservent une variabilité fluxionnaire et comportent une possibilité de régression.

La vaccinothérapie conviendra, au contraire, aux tuberculoses localisées, fixées, avec peu de fièvre, ou une certaine fièvre à oscillations.

Enfin, il y a des cas mixtes dans lesquels, à côté des localisations fixes, on note des lésions minuscules diffuses, répondant à des décharges bacillémiques : sérothérapie et vaccinothérapie seraient alors de mise.

Cliniquement, c'est la courbe de la température qui doit guider le médecin dans le choix de la médication spécifique.

Sur ces données, en partie théoriques et expérimentales, M. Jousset entend édifier une méthode pleine d'efficacité, car il conserve « avec un optimisme irréductible, une confiance absolue dans les ressources de la méthode pasteurienne appliquée à la lutte antituberculeuse. » (*Presse médicale*, 14 mars 1923.)

Traitement de la bronchite aiguë simple.

M. G. ROSENTHAL le prescrit en ces termes :

1° Rester au lit ou tout au moins à la chambre, ou se fera la toilette. Veiller à la température égale de la chambre. Feu de bois s'il est nécessaire ;

2° Alimentation ordinaire légère, avec boissons chaudes, tisanes (lavande, hysope, lierre terrestre, romarin, aunée, herbe au chantre, marrube blanc, bourgeons de sapin, quatre fleurs). Grogs légers au citron ;

3° Veiller à la liberté du ventre (une cuillerée à café d'huile de ricin tous les deux jours) ;

4° Le matin, avant le petit déjeûner, mettre dans les narines gros comme un pois de la pommade suivante :

Vaseline	40 gr.
Borax	2 gr.
Goménol	0 gr. 40
Menthol	0,05 à 0,10

5° Frictionner ensuite la poitrine alternativement avec de l'huile eucalyptolée et de l'alcool eucalyptolé à 2 %.

6° Faire évaporer près du malade de l'eau additionnée de feuilles d'eucalyptus, de thym ou d'une cuillerée à café de Goménol ;

7° Avant le grand déjeûner, prendre dans une tasse de quatre fleurs, une cuillerée à café de soufre lavé ;

8° Avant le déjeûner, à 11 h. 1/2, à 15 h., et à 18 h., prendre une cuillrée à soupe de la potion suivante :

(1) Cf *Concours médical*, 7 mai 1922, p. 1472.

Terpine	1 gr. 20
Teinture d'eucalyptus	25 cc.
Bromure de sodium	1 gr. 50
Eau de laurier cerise	25 gr.
Sirop de codéine .... q. s.	pour fiole

de 180 cmc. dans une tasse de bourgeon de sapin.

En outre, si nécessaire, prendre de deux à six des pilules suivantes :

Ext. de belladone	un cgr.
Poudre de réglisse	q. s. pour une pilule.

9° Avant dîner, toilette du malade à l'eau chaude aromatisée à l'alcool de lavande, et appliquer dix ventouses sèches en arrière du thorax.

10° Renouveler l'introduction de la pommade dans les narines. (*L'Evolution médico-chirurgicale*, mars 1923).

Les jours de jeune au cours du traitement des angio-cholécystites chroniques.

Les cures de jeûne, mises à la mode par Guelpa, gagnent du terrain, et, petit à petit, prennent place dans le traitement de certaines maladies de la nutrition. Elles donnent d'excellents résultats dans certaines formes du diabète sucré. Et voici que MM. Loeper et Binet en vantent les bons effets dans la cholélithiase, et dans l'angio-cholécystite qui, soit cause, soit effet, lui est presque toujours associée.

La diététique de ces affections est à cette heure bien précisée, mais elle ne saurait amener la guérison d'états qui, par définition, sont essentielleement chroniques. Aussi assiste-t-on souvent à une tendance des malades vers l'inanition avec toutes ses conséquences, en même temps que la constipation, accompagnée généralement de fausse diarrhée, s'accentue, du fait de la réduction alimentaire.

A l'affection vésiculaire s'ajoute très fréquemment une colite, l'une et l'autre étant en connexion étroite, « sans qu'on puisse connaître dans quelle mesure exacte une stase colique est susceptible de retentir sur l'état vésiculaire ».

Le propre du jeûne, en pareil cas, c'est de mettre tout le tractus digestif, foie compris, au repos aussi complet que possible. Si l'on en profite pour administrer une purgation au malade, on élimine ainsi tous les produits de putréfaction qui encombrent, en y séjournant, le segment cæco-colique.

Sur ces données, les auteurs édictent comme suit le régime alimentaire dans les angio-cholécystites chroniques :

« En principe, le régime alimentaire doit à notre sens, être hebdomadaire. Fixé pour une semaine, il subira cependant dans son cours d'importantes variations.

« Les trois premiers jours comporteront un régime mixte, les trois jours suivants un régime végétarien, le dernier sera utilisé pour le jeûne.

« Pendant la première moitié de la semaine, on autorisera, on prescrira même l'usage des viandes. Leur effet cholagogue n'a plus à être démontré et elles auront pour résultat de relever et de maintenir à un taux suffisant la nutrition du sujet. Viandes de boucherie ou viandes légères, jambon, préparés simplement, cela va de soi, en quantité à régler en la basant sur le poids du sujet, à raison approximativement de 2 gr. 50 à 3 gr. par kilo. Le reste de l'alimentation sera assuré par des bouillons de viande ou de légumes, du poisson, des légumes secs et verts, des pâtes, des céréales, des fromages cuits, du beurre, des fruits, etc. Pour notre part et sans qu'il soit utile d'y insister, nous maintenons formelle, la prohibition des œufs, même dans ces conditions.

« A ces trois jours de régime mixte succèdent trois autres jours de régime végétarien. Bouillon de légumes, légumes secs et verts, pâtes alimentaires, céréales, fromages cuits, fruits, composeront le menu du malade. Il nous paraît opportun d'adjoindre l'autorisation du beurre cru pour accroître la richesse nutritive de cette alimentation, de même qu'il nous semble logique de recommander, pendant ces trois jours, l'emploi des différents laits fermentés, yoghourt, de préférence, pris en deux fois, le matin au petit déjeuner, et dans le courant de l'après-midi.

« Le 7e jour, jour de jeûne, sera réglé de la sorte. Le matin, à jeun, prise d'une petite cuillerée à café de sulfate de soude desséché, en solution dans 150 ou 200 cmc. d'eau ordinaire ou mieux, d'eau de Vichy chauffée. Deux heures après et ensuite, de 2 h. en 2 h. jusqu'au coucher, ingestion de 150 à 200 cmc. d'eau ordinaire additionnée de sucre ou de lactose. Bouillon de légumes, lait, crème et dérivés, demeurent totalement prohibés. Le lendemain de ce jour de jeûne, nouvelle prise de 5 gr. de sulfate alcalin dans les mêmes conditions et retour au régime mixte pour trois jours consécutifs, lesquels à leur tour seront suivis d'un même nombre de jours de régime végétarien puis d'un nouveau jour de jeûne. Et ainsi de suite ».

Quand le jeûne est bien supporté, ce qui semble être la règle, il peut même y avoir avantage à doubler le premier jour de suppression de tout aliment, par un second identique.

La même formule alimentaire conviendrait d'ailleurs aux cas dans lesquels on hésite entre un ulcus duodéno-pylorique et une cholélithiase, quand en un mot, la cholécystite est seulement soupçonnée.

S'il survenait une poussée aiguë ou une crise hépatique, on inverserait la formule, en commençant par le ou les jours de jeûne, suivis de la période végétarienne ; huit ou dix jours après, en

l'absence de fièvre et de réactions douloureuses du côté de la vésicule, on pourrait autoriser l'adjonction de la viande.

La perspective d'une intervention chirurgicale comporte comme le meilleur, ce rythme alimentaire, aussi bien d'ailleurs qu'après cette intervention.

Les auteurs insistent sur ce fait que c'est pendant des mois qu'il faut persévérer dans cette alimentation sélectionnée, dont les périodes sont coupées par des jours de jeûne. (*Progrès médical*, 17 mars 1923.)

Le traitement de l'eczéma.

Notant qu'aucune des théories émises, pour expliquer la pathogénie de l'eczéma, n'est proprement satisfaisante, M. Sauphar examine comment l'eczéma se présente et évolue chez le nourrisson. Il rejette l'hypothèse de méfaits alimentaires générateurs d'eczéma. Sauf indication spéciale tirée d'une affection concomitante, il est opposé à tout régime sévère. Aux adultes, il conseille les viandes grillées en petite quantité, les légumes et les farineux, des laxatifs légers. Aux enfants, on donnera une ration de lait conforme à leurs besoins physiologiques.

Seul, le traitement local, bien conduit, donne des résultats. Il comporte l'emploi du goudron de houille, selon la formule suivante :

Goudron brut de houille Oxyde de zinc.........	} ââ 20 gr.
Vaseline .... Lanoline	} ââ 30 gr.

Cette pâte, dans laquelle le goudron est à sa concentration optimum, doit être employée largement, en couches épaisses à la surface des lésions, entretenues en permanence et renouvelées dès qu'il n'en existe plus.

En cas d'eczéma irrité, suintant, on préparera le terrain par une pulvérisation prolongée à l'eau bouillie, suivie d'une application de pâte de zinc, l'oxyde de zinc s'y trouvant à parties égales avec la vaseline et la lanoline. Le lendemain, on utilisera la pâte au goudron. Si celle-ci n'était pas bien tolérée, on renouvellerait les pulvérisations et la pâte de zinc.

En présence de lésions infectées, impétiginisées, on commence par les déterger en faisant tomber les croûtes à l'aide de pulvérisations ou d'ouataplasmes. On procède ensuite à un attouchement léger avec la solution de nitrate d'argent au 1.000e. Le lendemain, on applique la pommade au goudron. (*Paris médical*, 17 mars 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Trois années d'expertises militaires concernant la tuberculose pulmonaire.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 8-5 1923.)

M. Léon Bernard verse aux débats, dans la discussion sur la loi des pensions, sa statistique de trois années d'expertises militaires concernant la tuberculose pulmonaire.

L'auteur, surexpert dans les Commissions de réforme, a eu à pratiquer, jusqu'à la fin de 1922, 323 examens. Sur ce chiffre, 195 sujets ont été reconnus atteints de tuberculose pulmonaire, affectant d'ailleurs une forme plus ou moins nette. Dans la catégorie des non tuberculeux (128 cas) 58 fois, il n'existait aucune maladie. Quelques médecins experts, pense l'auteur, sont parfois enclins au doute, et, bien que ne percevant rien de précis, ne croient pas pouvoir affirmer l'état normal d'un candidat à la pension. Ils accordent un léger pourcentage, ce qui est une erreur, préjudiciable aux finances publiques et à l'esprit des pensionnés.

M. Léon Bernard voit le remède dans une meilleur application de la loi, beaucoup plus que dans une révision de celle-ci. Le texte légal aurait besoin, non d'être modifié dans ses bases essentielles, mais d'être adapté aux difficultés de la pratique. On supprimerait de cette manière les principaux abus signalés en matière de pensions de guerre.

L'appréciation pré-opératoire du fonctionnement rénal.

(M. Maurice Chevassu. — *Société de chirurgie* ; 7-3 1923.)

M. Chevassu revient sur les accidents de l'anesthésie au protoxyde d'azote et, à ce propos, examine l'important problème du rôle de l'état rénal en chirurgie opératoire.

Le protoxyde d'azote est un hypertenseur énergique, contre-indiqué chez les hypertendus. Cette action pourrait expliquer l'hémorrhagie cérébro-méningée observée par M. Labey après une anesthésie au « gaz ».

Certains accidents de cette anesthésie relèvent d'impuretés du produit utilisé. Le protoxyde d'azote contient quelquefois, en effet, une assez forte proportion d'acide carbonique, du peroxyde d'azote surtout, très toxique. On veillera donc sur les bouteilles de protoxyde, qui seront vérifiées avant l'usage



D'autres fois, la cause susceptible d'intervenir est l'asphyxie lente au cours de l'anesthésie. Pour administrer le protoxyde d'azote, il faut bien connaître la technique de son emploi.

Enfin, une autre cause est l'état rénal. M. Chevassu montre que le chirurgien doit se préoccuper, avant l'opération, de la fonction urinaire chez son malade. Une analyse d'urine ne permet nullement d'être fixé à ce sujet. Des insuffisances rénales graves peuvent coïncider avec la simple présence de traces d'albumine ou même une absence totale d'albuminurie, de même que des albuminuries notables sont susceptibles de dépendre de lésions rénales minimes.

L'appréciation du fonctionnement rénal doit se faire par le dosage de l'urée sanguine, ou encore par les procédés colorimétriques : le vieux bleu de méthylène ou la jeune phénolsulfonephtaléine, dont l'avenir paraît plein de promesse.

M. Chevassu a la conviction que beaucoup des accidents de la narcose se produisent chez des sujets qui sont en état d'équilibre physiologique précaire. Ce sont des insuffisants que guette la mort subite, cet apanage des urémiques latents. La narcose ne fait que déclancher la catastrophe.

Il y a donc grande utilité à connaître l'état rénal du malade avant l'opération. Le rein est l'émonctoire dont on étudie le plus facilement le fonctionnement. Le chirurgien augmentera ainsi sa sécurité.

Traitement de l'ulcère variqueux par la « botte de Unna ».

(M. Okinczyc. — *Société de chirurgie* ; 21-3 1923.)

M. Okinczyc a traité à la consultation chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de nombreux cas d'ulcères variqueux par la pâte et la « botte » de Unna. Les résultats ont été vraiment remarquables.

Nous avons tous connus, dans la clientèle d'hôpital, la longue kyrielle de ces malheureux qui viennent demander, pour leurs quasi éternels ulcères de jambe, des pansements réguliers, et une admission dans les salles, qu'on leur accorde d'ailleurs rarement. Eh bien, M. Okinczyc est parvenu, sans opération, par une technique intéressante, à réduire beaucoup ce lamentable défilé. Le traitement auquel il s'est adressé a été le pansement rare, à la pâte et aux bandelettes de Unna. Voici comme on l'applique.

L'ulcère est d'abord nettoyé, détergé, la peau décapée et préparée. On fait alors l'application de la botte de Unna. Des bandelettes de tarlatane, stérilisées et imprégnées de pâte de Unna, sont fixées (en botte) sur la région malade, constituant ainsi un véritable appareil immobilisateur.

Ce traitement offre deux avantages : la rareté des pansements et la fréquence, pour ne pas dire la constance, des résultats. Sur 56 malades ainsi soignés (pansements renouvelés tous les quinze ou vingt jours) 20 sont complètement guéris et les 36 autres sont pour la plupart en voie d'amélioration. La récidive reste évidemment possible, mais il n'en faut pas moins enregistrer ces succès remarquables, dans une affection dont la curabilité n'a jamais paru simple.

Ostéite typhique du radius.

(M. A. Martin. — *Société de chirurgie* ; 21-3 1923.)

M. Hallopeau lit un rapport sur une observation d'ostéite typhique du radius, due à M. Martin.

L'ostéite typhique du radius (localisation rare) a évolué chez ce malade lentement, en dix années. L'auteur a associé, dans le traitement, l'intervention chirurgicale et la vaccinothérapie, à titre adjuvant.

Ostéosarcome et traumatisme.

(M. Dehelly, du Havre. — *Société de chirurgie* ; 21-3 1923.)

Les rapports des tumeurs et des traumatismes constituent un gros problème de chirurgie des accidents du travail. M. Dehelly, du Havre, vient à nouveau de l'évoquer.

En 1913, il fut appelé à soigner un malade atteint d'ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. Le patient avait été victime, six mois auparavant, d'un traumatisme du bras. La radiographie, faite à ce moment, avait montré une fracture de l'humérus sur un os en apparence normal par ailleurs. Aussi M. Dehelly crut-il devoir étiqueter cette observation : ostéosarcome traumatique de l'humérus droit. Le patient fut opéré (désarticulation interscapulo-humérale) et il guérit. Neuf ans plus tard, en janvier 1922, il entrait à nouveau à l'hôpital pour une récidive dans les ganglions thoraciques et la plèvre droite, accidents auxquels il succomba.

— M. Hartmann estime que l'affirmation d'ostéosarcome traumatique est un peu osée, pour ce qui concerne cette observation. Il faudrait, avant de l'admettre, examiner avec soin la radiographie pris au moment de la fracture, pour voir si on n'y troue verait pas des traces de lésions néoplasiques préexistantes. Il est possible que la fracture initiale ait été dans la réalité une fracture pathologique.

— Pour M. Tuffier l'intensité du traumatisme doit toujours être précisée dans les cas douteux de néoplasmes post-traumatiques.

— M. Paul Thiéry rappelle que dans une discussion qui suivit un rapport de Ségond, dans un Congrès de chirurgie, l'accord ne fut pas fait entre les chirurgiens sur les relations des tumeurs et des traumatismes. La fréquence des traumatismes, la rar eté des ostéosarcomes, peuvent faire supposer une coïncidence.

— M. Lapointe conclut que l'observation de M. Dehelly n'a pas apporté un argument probant en faveur de l'origine traumatique de certains ostéosarcomes.

La fracture de Monteggia.

(M. Albert MOUCHET. — *Société de chirurgie* ; 21-3 1923.)

La fracture de Monteggia, affection plus particulière à l'enfance, désigne la fracture du cubitus avec luxation de la tête radiale en avant et en haut. C'est une lésion assez importante au point de vue fonctionnel. Kirmisson soutenait qu'en pareil cas la luxation est tout et la fracture rien. Il découlait de là, pour lui, la nécessité d'intervenir d'abord sur la luxation et secondairement sur la fracture. D'autres auteurs, il est vrai, ont retourné la formule et déclaré que la fracture était tout, et la luxation rien.

Quoi qu'il en soit, au point de vue thérapeutique, la fracture de Monteggia a semblé nécessiter habituellement l'intervention chirurgicale, l'ostéosynthèse du cubitus et la réduction consécutive de la luxation. M. Aglave présentait dernièrement de beaux succès obtenus par cette méthode.

M. Mouchet relate aujourd'hui une observation de fracture de Monteggia dont il a pu obtenir la guérison par des moyens plus simples. Le blessé (un garçon de douze ans) fut anesthésié à l'éther et, pendant qu'un aide faisait de la contre-extension sur l'humérus, l'auteur appuya avec son pouce gauche fortement sur la cupule radiale tout en tirant d'une façon continue sur l'avant-bras. Un claquement annonça le retour en place de la tête radiale. Le membre fut ensuite immobilisé en flexion aiguë dans une gouttière plâtrée. La radiographie montra que, non seulement la réduction était obtenue, mais encore que les fragments du cubitus étaient bien coaptés.

Si donc, dans cette lésion cubito-radiale, l'ostéosynthèse est souvent nécessaire, il pourra arriver aussi que de simples manœuvres externes soient suffisantes.

— M. LENORMANT a obtenu de la même technique le même résultat, dans un cas analogue.

Une brosse à dents dans la plèvre droite.

(M. AUVRAY. — *Société de chirurgie* ; 21-3 1923.)

M. Auvray présente une brosse à dents qu'il a extraite de la plèvre droite dans les conditions suivantes. La malade, une aliénée hospitalisée dans un asile, avait essayé de se suicider en s'enfonçant dans la gorge, profondément, une brosse à dent. Le corps étranger, ayant fait une large déchirure de la paroi pharyngée postérieure, pénétra finalement dans la plèvre. Après un examen œsophagoscopique non suivi de succès, une radiographie permit de localiser le corps étranger dans la cavité pleurale. M. Auvray en fit l'extraction mais la malade succomba, vraisemblablement à des accidents de médiastinite.

Le collo-vaccin anti-tuberculeux de Grimberg dans les tuberculoses chirurgicales.

(M. R. BAUDET. — *Société de chirurgie* ; 14-3 1923.)

Le vaccin colloïdal anti-tuberculeux de Grimberg suscite, en ce moment, un certain mouvement de curiosité parmi les chirurgiens.

Ce vaccin est une suspension de bacilles de Koch, tués par la chaleur, débarrassés de leur exotoxines après lavage, broyés et réduits en fines particules colloïdales par un procédé spécial. Son unité est de 1/10e de cent. cube, quantité que l'on injecte au début du traitement. On augmente progressivement, sans dépasser en général un centimètre cube.

M. Baudet présente un rapport sur un total de 31 observations concernant des tuberculoses chirurgicales diverses, ouvertes ou fermées, traitées par le vaccin colloïdal de Grimberg. Il s'est agi de tuberculoses osseuses, du genou, du tarse, du sternum, d'adénopathies, etc. Douze fois la guérison fut obtenue et les améliorations furent fréquentes dans les autres cas.

Le traitement provoque quelques réactions locales et générales et dure un temps variable, en général six à dix semaines. P. L.

Les Livres

MASSON ET CIE, Paris.

H. VIGNES, accoucheur des hôpitaux de Paris. — **Physiologie obstétricale normale et pathologique.** Préface du professeur COUVELAIRE. Un vol. de 450 pages, avec figures. Prix net : 22 frs.

M. VIGNES a des idées aussi intéressantes qu'originales sur la physiologie de la gestation. Le fœtus se développe aux dépens de l'organisme maternel, auquel il fait subir de constantes et importantes spoliations. Il en résulte une perturbation dans le fonctionnement des grands systèmes et appareils, tels que le foie, les reins, le sang, les organes hématopoiétiques, le sympathique, les glandes endocrines. Ce sont ces perturbations que l'auteur étudie plus particulièrement, en insistant sur les troubles endocriniens qui s'observent au niveau de la thyroïde des capsules surrénales, de l'hypophyse, des ovaires. Il donne la première synthèse des faits physiologiques et pathologiques observés sur ces glandes, au cours de la gestation, et permet d'entrevoir le soulagement possible de maints malaises ressentis par la femme enceinte. Il donne, par ailleurs, une théorie d'ensemble de la contraction utérine et des anomalies, dont l'étude est de nature à fournir des indications précieuses à l'emploi des médicaments susceptibles de modifier le tonus de la contraction utérine : les anesthésiques et les ocytociques.

Comme le dit excellemment le professeur Couvelaire dans la Préface qu'il a écrite pour cet ouvrage, « c'est un essai de mise au point des données physiologiques susceptibles de guider le clinicien dans l'analyse des états pathologiques qu'il observe chez la femme gravide ou parturiente et dans le choix des moyens thérapeutiques dont ces états pathologiques peuvent être justiciables... Tous les médecins seront reconnaissants à M. Vignes d'avoir dressé le bilan de nos connaissances, dans le domaine de la physiologie obstétricale normale et pathologique ».

A. LEGRAND, 93, boulevard St-Germain, Paris.

H. FLURIN, de Cauterets. — **Cures hydro-minérales en oto-rhino-laryngologie.** Monographies oto-rhino-lryngologiques internationales.

La pathologie de l'oto-rhino-larynx, pour spéciale qu'elle apparaisse, en raison de la localisation même des lésions, n'en a pas moins des rapports étroits avec la pathologie générale. Au vrai, si les états aigus attirent tout particulièrement l'attention du spécialiste sur les organes qui en sont le siège, dès qu'ils passent à la chronicité, l'organe envisagé en lui-même passe dans une certaine mesure au second plan, et c'est l'organisme, pris dans son ensemble, qui mérite d'être considéré. La notion du terrain devient primordiale, et le substratum diathésique sur lequel évolue l'otite, la rhino-pharyngite, la laryngite, sollicite la sagacité du clinicien et du thérapeute. Ce sont là des principes que M. Flurin expose, lumineusement, en introduction à la crénothérapie en O. R. L., parce qu'il considère, avec juste raison, que la plupart des diathèses sont fondées à demander aux eaux minérales la modification humorale qui les combattra.

L'auteur traite la question successivement, au point de vue des affections O. R. L., puis à celui des ressources hydrominérales dont le médecin dispose. Il examine les diverses indications de cette thérapeutique dans les maladies des voies aériennes supérieures, en insistant sur la solidarité pathologique intime qui les unit, qu'il s'agisse des formes éréthiques aussi bien que des torpides.

Deux principes essentiels sont à mettre en lumière : 1° l'importance qui s'attache à l'application du traitement hydrominéral dans les formes à répétition bien plus que dans les cas réellement chroniques, et par là même ; 2° son utilité chez les sujets jeunes ; la nécessité d'associer le traitement local au traitement général dont la cure thermale n'est qu'un des éléments.

Toutes les stations auxquelles ressortit l'oto-rhino-laryngologie, sont ensuite passées en revue, chacune d'elles étant présentée par des confrères tout à fait qualifiés par leur compétence et leur expérience. Ce sont Allevard (Dr Vallée), Ax-les-Termes (Dr Bousquet), Cauterets (Dr Flurin), Challes (Dr Girod), La Bourboule (Dr Jumon), Le Mont-Dore (Dr Debidour), Luchon (Dr de Gorsse), St-Honoré (Dr Maurice Ségard).

La Monographie de M. Flurin renferme, en résumé, tous les éléments d'une prescription judicieuse, basée sur la connaissance du malade, et des exigences particulières de son affection, alors que, trop souvent, un empirisme teinté de scepticisme détermine l'action du praticien et explique des insuccès faciles à éviter. G. D.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE. 26, rue Jacob, Paris (VIe).

Albert MAUPAS. propriétaire agriculteur, membre de la Société des Agriculteurs de France. — **L'emploi du purin en France et en Allemagne (Nouvelles méthodes de production, de conservation et l'emploi du purin)** Un vol. de 86 pages avec figures. Broché : 3 fr. 50. Franco : 4 fr.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris, 1923.

Dr VIOLLE, professeur d'hygiène à l'Ecole de Médecine de Marseille et R. WIBAUX, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène. **Manuel de législation sanitaire française.** (1 vol. in-8° de 300 pages. Prix : 12 fr.)

Ce manuel est un véritable *code d'hygiène*, indispensable à *tous les fonctionnaires de l'hygiène publique, de l'hygiène sociale et du service sanitaire maritime.*

Dans le but de conserver à ce livre des proportions réduites, toutes les dispositions législatives d'exception ou intéressant des cas spéciaux et très limités dans leur application ont été élaguées. Pour le même motif, les commentaires sont sobres et ne figurent qu'en annotations.

La *première partie* est consacrée aux rapports de l'hygiéniste avec l'administration. Des extraits des lois et des arrêtés spéciaux précisent les obligations des administrateurs et des hygiénistes.

La *deuxième partie* traite de la protection de la santé publique : maladies à déclaration et à désinfection obligatoires ou facultatives, mode de déclaration de ces maladies, appareils à désinfection, organisation et fonctionnement du service de désinfection, instructions prophylactiques applicables aux maladies à symptômes intestinaux ou gastro-intestinaux, ou bien affectant la peau ou les muqueuses des voies respiratoires, les muqueuses oculaires et génitales.

L'administration des bureaux municipaux d'hygiène est envisagée ; il en est de même de la vaccination, ainsi que des obligations des médecins vaccinateurs.

On y trouve aussi les dispositions sanitaires relatives aux régions atteintes par les événements de guerre. (Extrait de la loi du 17 avril 1919 et du décret du 2 juin 1919).

La *troisième partie* est consacrée à la police sanitaire maritime, c'est-à-dire à la loi du 3 mars 1822 et au décret du 26 novembre 1921.

La *quatrième partie* contient les lois et décrets du 15 avril 1916 sur les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, sur les sanatoriums destinés au traitement des tuberculeux, sur l'établissement, le fonctionnement et la surveillance des sanatoriums.

VIGOT FRÈRES, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

J. VANVERTS et PAUCOT. — **Manuel d'obstétrique et d'hygiène de la première enfance.** (1 vol. in-8 écu de 850 pages cart. avec 266 fig., Paris, 1923. Prix : 25 fr.)

L'obstétrique, comme les autres branches des sciences médicales, ne peut être enseignée à l'étudiant dans tous ses détails. Il est nécessaire de limiter cet enseignement aux questions dont la connaissance est indispensable à l'exercice de la pratique médicale journalière.

Aussi les auteurs de ce livre, tous deux professeurs à la Faculté de Lille, ont-ils laissé délibérément de côté l'historique, les discussions théoriques et autres points secondaires. Ils ont même adopté pour l'impression deux caractères typographiques distincts. Les notions que le futur médecin ne peut ignorer sont en gros caractères. Ce qui est en petit texte sera consulté avec fruit par l'étudiant qui désire compléter son instruction et permettra au médecin praticien de se documenter dans certains cas exceptionnels ou difficiles. De nombreuses notes renferment également des renseignements complémentaires ou des explications utiles.

Les notions exposées par les auteurs permettront de surveiller utilement l'évolution d'une grossesse, de prendre les précautions nécessaires pour que cette évolution s'effectue normalement jusqu'à terme, de prévoir et, si possible, de prévenir les complications qui pourront survenir au moment de l'accouchement, de surveiller la marche du travail et de la délivrance, de combattre les accidents qui se produisent parfois d'une façon brutale et inattendue, et qui nécessitent l'application immédiate des moyens thérapeutiques appropriés, d'où dépendent la vie de la mère et de l'enfant, de diriger enfin l'alimentation et l'élevage du nouveau-né.

Les Thèses

P. — Dr SIMONPIETRI. — **Le Sonéryl (butyl-éthyl-malonyl-urée) Etude chimique, pharmacologique et clinique.** (Les Presses universitaires de France, Paris, 1923.)

La butyléthylmalonylurée ou acide butyl-éthyl-barbiturique (Sonéryl), hypnotique puissant qui, grâce à ses propriétés sédatives, peut être avantageusement substitué au véronal et à ses succédanés, est une poudre blanche microcristalline, légèrement soluble dans l'eau et devenant très soluble en présence des alcalis minéraux et organiques.

Elle s'emploie par la *voie buccale, la voie sous-cutanée ou intra-veineuse, la voie rectale.*

Elle est sans action appréciable sur le cœur, la circulation et le rein, chez l'homme. Nullement toxique aux doses thérapeutiques, elle n'est pas irritante pour les muqueuses et, en injections, elle n'est pas douloureuse. Elle ne présente donc pas de contre-indications.

Elle est indiquée dans l'*insomnie des nerveux*, dans l'*insomnie des délirants aigus*, dans l'*insomnie des douloureux*, dans l'*insomnie des infectieux* (grippe, pneumonie, etc.), dans l'*insomnie des tuberculeux*, et celle due *aux affections de l'appareil respiratoire*, etc.

Les doses utiles varient de 0,05 à 0,10. On a pu atteindre 0,30 dans le délire aigu.

LA THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Emploi du Sedobrol dans le traitement de l'hyperchlorhydrie au début de la tuberculose et des états pré-cachectiques,

Par le Dr SABATIER,

Médecin-consultant à Luchon.

Dans un article tout récent (voir *Presse Médicale* n° 101, pages 1906 et suivantes) A. Frouin, traitant de l'action des chlorures sur la sécrétion gastrique, constate que, quelle que soit la voie d'introduction du chlorure de sodium dans l'organisme, la sécrétion gastrique et l'acidité augmentent proportionnellement à la quantité de chlorure absorbée.

Les chlorures de calcium et de magnésium ont la même action sécrétoire que le chlorure de sodium et cette action dépend du chlorure qu'ils renferment.

« Ces résultats, conclut l'auteur, expliquent l'inefficacité, l'inutilité du traitement de l'hyperacidité par les alcalins et les alcalino-terreux : on arrive bien, en employant les bicarbonates alcalins ou les carbonates alcalino-terreux, à neutraliser l'acide du suc gastrique, à favoriser l'évacuation de l'estomac et à soulager ainsi temporairement le malade, mais les *sels formés*

provoquent ultérieurement une augmentation de la sécrétion et de l'acidité. »

Voici donc que reparaît sur le terrain physiologique, et toujours à propos du traitement de l'hyperchlorhydrie, le procès des carbonates alcalins.

Germain Sée les avait conseillés à doses massives, Albert Mathieu, au contraire, les administrait à doses faibles, mais réitérées. Dans ce mode de traitement, les douleurs, calmées pour un temps, renaissaient après un délai plus ou moins important, exacerbées (ce qu'expliquent bien les constatations de Frouin). Aussi, les doses de bicarbonate de soude de plus en plus considérables, 10, 20, 30 grammes et plus par jour, devenaient-elles nécessaires. La maladie évoluait toujours, et Mathieu de conclure : «Les alcalins à hautes doses combattent les douleurs, empêchent l'auto-digestion : il semble qu'il ne faille pas leur en demander davantage, mais c'est déjà beaucoup. »

La faillite des alcalins en face de l'hyperchlorhydrie ne doit pas nous surprendre : sera de même inefficace et même dangereuse toute médication, qui ne verra dans l'hyperchlorhydrie qu'un excès d'acidité, un simple phénomène chimique. Ce serait comme si l'on voulait faire tenir le traitement de l'asthme dans les fumigations de datura ou traiter l'artério-sclérose en combattant uniquement l'hypertension.

Pour arriver au but, il faut élargir le cadre de l'hyperchlorhydrie, rechercher les conditions de sa genèse, dépister les affections générales dont l'hypersthénie secrétoire et motrice de l'estomac dépend, et préciser les phénomènes morbides satellites de son évolution.

Depuis une dizaine d'années que j'étudie l'hyperchlorhydrie, fonction de troubles organiques généraux, j'ai eu mon attention éveillée par la constatation de deux phénomènes : fréquence de l'hyperchlorhydrie dans ce qu'on est convenu d'appeler Etats prétuberculeux ; coïncidence d'une forte hyperchlorhydrie avec les poussées évolutives de la tuberculose.

Ecoutons, du reste, dans cet ordre d'idées, ce que disait Destot à la Société de Médecine de Lyon (1) : « L'hyperchlorhydrie est un symptôme : c'est une résultante dont les premiers termes nous échappent. En effet, j'ai interrogé beaucoup de malades avec grand soin, et si quelquefois l'alcool semble avoir joué un certain rôle, le plus souvent on trouve des gens sobres. Je noterai seulement que j'ai examiné régulièrement le thorax de mes malades, et que j'ai rencontré souvent des traces de tuberculose ancienne. J'ai même eu des malades niant d'abord toute histoire de tuberculose, et qui revenaient plus tard, rappelant des hémoptysies remontant à 17 et même à 20 ans. »

En recherchant moi-même les antécédents familiaux de mes malades, j'ai fréquemment noté, chez les jeunes sujets, des hérédités ascendantes ou collatérales très chargées : granulie, méningite, péritonite. Chez les malades de la cinquantaine, je repérais des malformations thoraciques, des cicatrices d'adénite suppurée, des coxalgies, etc.

Dans l'instant que j'écris ces mots, se dresse devant moi, de façon très précise encore, la silhouette d'une jeune fille examinée en mai 1922. Cette malade (femme de chambre d'un de mes amis, savant otologiste de la capitale) se plaignait de l'estomac. C'était une hyperchlorhydrique : fringales, soif, crampes douloureuses calmées par l'absorption des aliments, douleurs tardives, réveil nocturne, clapotage à jeun, etc.

L'analyse du suc gastrique confirme le diagnostic. La radioscopie montra un estomac abaissé, dilaté, en hyperkinésie au début de l'examen. L'état général de ma cliente laissait beaucoup à désirer, l'amaigrissement, la tachycardie me faisaient craindre une infection grave, Aussi, pris-je soin d'éveiller l'attention de mon confrère, et de lui recommander de ne rien négliger pour le rétablissement de sa jeune domestique. Entre temps, une analyse d'urine avait fourni des renseignements *qu'il est important de mettre en exergue* : la formule urologique de cette malade constituant, comme un gabarit, un type retrouvé bien souvent au cours de mes recherches. La densité était exagérée : 1028 à 15° au lieu de 1018 ; il y avait phosphaturie (élimination en nombre absolu et relativement au chiffre de l'urée) hyperchlorurie considérable, la quantité des chlorures évaluée seule, puis rapporté eau taux de l'urée : on constatait, en outre, une diminution de l'urée correspondant à une élévation de l'acide urique.

En résumé, cette formule urologique pouvait se schématiser ainsi : Densité + acide phosphorique + chlorure + acide urique + urée.

J'ai retrouvé bien souvent une pareille figure urologique s'accompagnant du syndrome hyperchlorhydrique et d'hyperesthénie gastrique, avec ou sans dilatation de l'organe.

Pour en revenir à la malade dont j'analyse l'observation, je dois dire qu'en novembre 22, soit *six mois* après l'époque de l'examen, je reçus, de mon confrère parisien, la nouvelle que sa domestique, en pleine poussée de tuberculose aiguë, avait dû se retirer dans sa famille pour s'y faire soigner.

J'ai choisi, pour la démonstration de ma thèse, la plus typique, la plus péremptoire de mes observations, mais que de fois avant et depuis l'époque précitée, me suis-je trouvé en présence de situations semblables chez de jeunes sujets ?

(1) *Lyon Médical*, n° 49.

Tout ce que j'ai constaté et appris dans cet ordre d'idées me fait voir l'évolution de la tuberculose sous les apparences chères à LERBFAIT de Rouen (Congrès d'août 1921, XIIe section de médecine et de chirurgie), évolution conditionnée : 1° par une cause efficiente, la contamination spécifique, fatale, *mais non suffisante* ; 2° par une cause déterminante, trouble fonctionnel nutritif déclenchant la pullulation microbienne, la septicémie bacillaire mortelle ou atténuée et, dans ce cas, suivie de localisations plus ou moins redoutables. La puberté m'est toujours apparue comme un tournant dangereux pour l'organisme déjà infecté.

L'hyperchlorhydrie, s'accompagnant de graves troubles nutritifs, s'associant, comme le prouve l'analyse des urines, à une dysfonction hépatique et semblant conditionner l'élimination exagérée des phosphates alcalins et des chlorures, me paraît être à la base de la faillite organique qui prépare la mobilisation du bacille tuberculeux.

Faisons trêve aux discussions portant sur la date d'apparition de la phosphaturie chez le tuberculeux : Teissier et Robin, qui envisagent la phosphaturie comme complication obligée de la tuberculose, Stockvis et Ronsin pour qui l'élimination phosphatique serait normale, Arloing, Dumarest, Maignon, Pierret et Gouraud qui n'ont vu que des tuberculeux hypophosphatiques, *ont tous raison*, car ce qui détermine le sens du métabolisme phosphatique, c'est *la période évolutive de la tuberculose* ; au début et correspondant à la période d'exagération des combustions, il y a toujours phosphaturie ; quand la phosphatie paraît normale, c'est que l'on observe le tuberculeux à son point de passage entre la phosphaturie du début et l'hypophosphatie de la période pré-cachectique, hypophosphatie marquant alors un effort désespéré de l'organisme pour retenir ses dernières réserves minérales. Mais la *phosphaturie* nous paraît être à *l'avant-garde de la tuberculose clinique*. Si on la constate au début de cette affection, c'est parce qu'un ancien phosphaturique continue sa dénutrition phosphatique tout en devenant tuberculeux, et que sa phosphaturie est découverte à l'occasion de sa tuberculose. (1)

La phosphaturie et l'hyperchlorhydrie, ces deux signes de la tuberculose, nous apparaissent comme liées l'une à l'autre et comme faisant partie d'un même trouble du métabolisme général. Une perturbation nerveuse semble être à la base de ce processus de désintégration organique, et l'hyperchlorhydrie (dont nous avons envisagé le traitement) procède de l'hypersthénie nerveuse générale par l'intermédiaire du plexus solaire, où se rencontrent et se mêlent fibres nerveuses pneumo-gastriques et sympathiques. Ce plexus solaire, cerveau abdominal, préside aux fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac. Quand une excitation, partie d'un étage quelconque du névraxe ou de la périphérie, parvient, en foisonnant à travers les connexions nerveuses, à déclencher l'hyperactivité du plexus solaire, l'hypersthénie gastrique, l'hypersécrétion et l'hyperacidité chlorhydrique sont constituées.

Se contenter d'éponger les produits, sans cesse renaissants de la suractivité stomacale, par le coup de balai irritant des sels alcalins, est donc faire œuvre dangereuse et décevante.

Nous devons chercher à agir sur le plexus solaire et, si nous le pouvons, remonter jusqu'au trouble nerveux dont l'hyperesthésie solaire n'est qu'un retentissement.

Leven, qui le premier a signalé la part prépondérante du plexus solaire dans la genèse de la dyspepsie, a placé le remède à côté du mal en introduisant le bromure de sodium dans la thérapeutique gastrique (*Le Clinique*, 24 avril 1914). Ce médicament a donné à Leven, à Pron, d'Alger, à Besse et Goutzait, de Genève, d'excellents résultats.

J'ai montré déjà (*Concours Médical* du 20 juin 1920) tout ce qu'on pouvait attendre dans le pyloro-spasme, du bromure de sodium, un des plus puissants modificateurs de la sensibilité que nous connaissions, un antispasmodique de premier ordre, un modificateur réflexe des plus précieux. Ce médicament m'est apparu depuis comme un *régulateur de la nutrition.*

A la banale potion de bromure de sodium, dont la saveur métallique et saumâtre constitue pour beaucoup de dyspeptiques un vice redhibitoire, j'ai substitué la préparation pharmaceutique : *bouillon bromuré achloruré*, connue sous le nom de Sédobrol. Cette préparation, dont le nom n'éveille aucune méfiance, est toujours acceptée et admirablement tolérée, et est de plus en plus utilisée en thérapeutique (1). Le bromure étant camouflé dans le sédobrol, on évite, par son emploi, *la production salivaire réflexe* que provoque, au moment de son ingestion, le bromure en nature. Ceci est très important : d'un

(1) Ed. DEHAUSSY, de Lille, a mis au point cette question. Voir n° 6 de la *Revue de la tuberculose* : Contribution à l'étude du chimisme urinaire dans la tuberculose expérimentale du lapin.

(1) Cf. aussi : Drs BESSE et GOUTZAIT, *Progrès Médical*, 1919, n° 48 ; Dr G. BARDET, *Bull. gén. thérap.*, 1913, p. 71 ; Drs SALIN et AZÉMAR, *Gaz. des hôp. Paris*, 31 mars 1914 ; Pr MAYOR, *Presse Méd.*, Paris, 13 déc. 1913 ; Dr TOULAN, Thèse de Montpellier, 1919 ; Dr COURBON, *La Médecine*, Paris, février 1921 ; Dr G. MAILLARD, *Bull. Méd.*, Paris, 1921, n° 39 ; Pr LAIGNEL-LAVASTINE, *La Médecine*, Paris, 1921, n° 2 ; Dr SABATIER, *Concours Médical*, Paris, 20 juin 1920 et 5 juin 1921 ; Pr ROGER, *Monde Médical*, Paris, 1922, p. 364 ; Dr R. TARGOWLA, *Prat. Méd. fr.*, 1922, n° 8, etc., etc.

côté, on échappe à une production salivaire abondante pouvant à elle seule déclencher une crise d'aérophagie, et d'autre part, l'action synergique des glandes salivaires sur les glandes gastriques ne se produit pas, ce qui est capital dans la circonstance.

Enfin, la forme achlorurée augmente, comme Richet et Toulouse l'ont démontré, l'activité du médicament. Huchard et Fiessinger ont encore attiré l'attention des praticiens sur ce fait dans leur « Thérapeutique en vingt médicaments ».

Suivant le conseil que Leven donne (*loco citato*) et pour obtenir un contact le plus prolongé possible du médicament avec la muqueuse gastrique, j'administre une tablette de sédobrol fondue, extemporanément, dans une tasse d'eau chaude, *au milieu du repas*.

J'ai pu continuer l'usage de ce médicament, aux doses de 2 ou 4 tablettes par jour, sans aucun inconvénient. Il m'a même paru que les éruptions bromiques étaient beaucoup plus rares et infiniment plus discrètes qu'avec les préparations ordinaires.

Quels résultats ai-je obtenus de l'emploi biquotidien du sédobrol dans l'hyperchlorhydrie ? Ces résultats sont *locaux* et *généraux*.

Au point de vue gastrique, l'action du sédobrol calme rapidement l'exagération de la fonction motrice et de la fonction glandulaire. Cette action d'arrêt se traduit cliniquement par l'atténuation d'abord, et la disparition, au bout de quelques jours, de tous symptômes cliniques relevant du spasme du pylore : gêne de la déglutition, sensation de striction pharyngée, salivation, aérophagie, douleurs pré et post-prandiales.

Le réveil nocturne, à horaire fixe, que l'on doit considérer comme un équivalent des douleurs tardives ; disparaît en même temps, il en est de même des fausses faims, des fringales et enfin des retentissements lointains de la dyspepsie : migraines, vertiges, constipation.

Au point de vue général, on constate une sédation inattendue de tout l'axe cérébro-spinal, comme si l'action hypoesthésiante du bromure sur le plexus solaire se répercutait au moyen des connexions nerveuses et de l'interréaction des centres nerveux les uns sur les autres, sur la moelle, le bulbe et l'encéphale.

Du reste, nous avons un témoin irrécusable de l'action médicamenteuse du bromure dans les modifications apportées à la formule urologique et dans les éléments de cette formule, schématisant les processus nutritifs. C'est ainsi que la phosphaturie *diminue* en même temps que le taux de l'*urée augmente*. Le coefficient $\frac{\text{acide phosphorique} \times 100}{\text{urée}}$ tend donc vers la normale. Parallèlement le taux de l'acide urique baisse : il en est de même de la chlorurie.

Or, si l'on veut bien se rappeler que la sécrétion initiale des glandes de l'estomac est une sécrétion chlorurée saline, destinée à donner l'acide chlorhydrique par l'action des phosphates sanguins, on a dans la diminution de la *chlorurie* et de la *phosphaturie* la preuve indéniable du tempérament que le bromure de sodium apporte à l'hyperactivité des processus de dénutrition. En fermant le robinet que l'hyperfonction de l'estomac avait ouvert à la chlorurie-témoin de la rapidité de l'écoulement, — et à la phosphaturie — index de la déminéralisation, — le sédobrol arrête le travail d'usure de l'organisme. Aussi constate-t-on parallèlement aux modifications survenues dans la formule urologique, ou un arrêt dans la chute jadis progressive du poids, ou même une légère augmentation de ce poids et la disparition des phénomènes neurasthéniques. Ce dernier phénomène doit être considéré comme la preuve sensible de la cessation de la phosphaturie et de la fixation des phosphates alcalins dans les cellules et les fibres nerveuses.

Des esprits malveillants avaient accusé Jacquet de traiter la syphilis au moyen du citron, parce que cet auteur avait conseillé le jus de ce fruit dans la désinfection de la bouche et des lèvres, en cas de plaques muqueuses. Que l'on ne m'accuse pas de traiter la pré-tuberculose ou la pré-cachexie par le sédobrol. Ma prétention est tout autre et je conclus en disant :

L'hyperchlorhydrie, relevant d'une perturbation fonctionnelle du plexus solaire, en déséquilibre nerveux, me paraît être à la base de la phosphaturie et de troubles graves de la digestion et de la dénutrition. Elle ouvre une fissure par où pénètre la cachexie. Il est de bonne guerre de chercher à rétablir l'équilibre solaire et de boucher cette fissure.

Le bromure de sodium, administré sous la forme du bouillon bromuré achloruré, ou sédobrol, forme toujours acceptée et des plus actives, m'a paru un des meilleurs agents à opposer à l'hyperchlorhydrie, facteur de dénutrition et de déminéralisation. Les constatations cliniques, les modifications survenues dans la formule urologique, la cessation de l'amaigrissement, et, dans quelques cas, l'augmentation du poids fournissent un faisceau de preuves les plus susceptibles d'entraîner la conviction vis-à-vis d'un médicament de maniement aisé et d'une action toujours identique à elle-même.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

JURISPRUDENCE

Responsabilité professionnelle. Erreur de diagnostic. Traitement chirurgical ayant provoqué la mort. Condamnation.

COUR D'APPEL DE ROUEN
21 *avril* 1923

Entre Monsieur P. appelant d'un jugement rendu par le tribunal correctionnel d'Evreux le seize novembre mil neuf cent vingt-deux, partie civile. Et le docteur Vallet André, intimé ; attendu que par jugement du seize novembre mil neuf cent vingt-deux, le tribunal correctionnel d'Evreux a renvoyé Vallet des fins de la poursuite intentée contre lui par le ministère public sous la prévention d'homicide involontaire sur la personne de la veuve J., née P., et a débouté de sa demande en dommages intérêts le sieur P., qui s'était constitué partie civile tant en son nom personnel comme père de la défunte qu'au nom et comme tuteur des trois enfants mineurs de celle-ci ;

Attendu que l'appel par la partie civile est régulier et recevable en la forme.

Au fond, attendu qu'en l'absence d'appel du ministère public, l'acquittement du docteur Vallet est définitif, l'action publique se trouvant irrévocablement atteinte ; que cependant l'action de la partie civile ne pouvant prendre sa base que dans une violation de la loi pénale, la question principale à trancher par la Cour demeure celle de savoir si le fait d'où serait résulté le préjudice dont P. demande réparation de l'intimé réunit les caractères du délit d'homicide involontaire prévu par l'article trois cent dix-neuf du code pénal ;

Attendu que, le deux février mil neuf cent vingt et un, le docteur Vallet, consulté par la dame J., âgée de quarante ans pour des malaises abdominaux diagnostiqua un fibrome utérin à extirper et fixa aussitôt l'opération à la semaine suivante, qu'au cours de l'intervention qui eut lieu le neuf février, alors qu'après avoir ouvert l'abdomen et mis à nu l'utérus, il avait déjà commencé l'hystérectomie, le chirurgien s'aperçut qu'il s'était trompé dans son diagnostic et qu'il était en présence d'une grossesse, qu'il pratiqua alors l'opération césarienne et retira de l'utérus un enfant vivant et viable, né à terme ou près du terme, que dans la soirée du même jour, la veuve J. succomba à une complication hémorragique consécutive, ainsi que l'expertise l'a établi, à l'opération qu'elle venait de subir ;

Attendu qu'une erreur de diagnostic, même lorsqu'elle a eu pour conséquence de décider d'une opération malencontreuse qui a entraîné la mort du malade, ne saurait en principe et par elle-même constituer en faute le médecin ou chirurgien qui l'a commise ; qu'il est avéré, en effet, qu'en raison des difficultés parfois insurmontables que peut présenter un diagnostic, le savoir et l'expérience non plus que les explorations les plus attentives et les plus minutieuses ne mettent pas toujours l'homme de l'art à l'abri d'erreurs de ce genre et que les maîtres les plus compétents et les plus consciencieux n'en sont pas exempts ;

Mais attendu que, si elle n'impose pas au médecin l'infaillibilité, la loi, d'accord en cela avec l'intérêt public, ne va pas jusqu'à lui permettre d'établir un diagnostic à la légère en négligeant de s'entourer de tous les renseignements nécessaires, ou même simplement utiles pour éclairer sa religion, et sans avoir recours aux procédés de contrôle et d'investigation recommandés par la science ; que ce sont là des règles de bon sens et d'élémentaire prudence qui échappent à toute discussion d'ordre théorique ou technique et dont la méconnaissance, qui constitue une faute que le médecin ne doit pas commettre, est susceptible de motiver contre lui, s'il s'est trompé dans le diagnostic qu'il a ainsi imprudemment porté et si son erreur coupable a occasionné la mort du malade, l'application de l'article trois cent dix-neuf du code pénal qui vise quiconque par... imprudence, inattention... aura commis involontairement un homicide, ou en aura été involontairement la cause ;

Qu'il échet donc de rechercher si l'erreur de diagnostic qui a amené le docteur Vallet à pratiquer sur la veuve une opération qui a eu des suites mortelles est imputable à son imprudence, à son inattention ou à sa négligence ;

Attendu que dans son premier interrogatoire du vingt-huit février mil neuf cent vingt et un, le docteur V. avait dit au juge d'instruction que le deux février, lors de l'unique consultation qu'il a donnée chez lui à la veuve J., en raison de l'excellente réputation de la famille, et bien que ne connaissant pas personnellement la malade, il s'en était rapporté aux affirmations de celle-ci pour écarter la possibilité d'une grossesse;

Que ce n'est qu'ultérieurement, devant les docteurs Paul, Rieffel et Tissier, commis comme experts, que revenant, sur sa première déclaration, il a prétendu avoir éliminé l'hypothèse d'une grossesse parce qu'il n'avait perçu ni mouvements du fœtus, ni parties fœtales, ni battements du cœur, et n'avait rien relevé du côté des seins, qu'il a déclaré ensuite pour la première fois, dans son dernier interrogatoire du vingt-quatre février mil neuf cent vingt-deux, que le matin du neuf février à la clinique, avant de procéder à l'opération, il avait à nouveau examiné la veuve J., précisant qu'il s'était assuré à l'aide du stéthoscope qu'il n'y avait pas de bruits du cœur de l'enfant ; qu'enfin, à l'audience du tribunal, il a parlé d'un autre examen qu'il aurait fait par la palpation le sept février, jour de l'entrée de la veuve P., à la clinique, et il a ajouté que le matin de l'opération, il avait eu recours non seulement à l'auscultation par le stéthoscope, mais aussi au toucher vaginal ;

Attendu qu'en tenant pour exactes ces déclarations quelque peu tardives et en admettant, puisque le contraire n'est pas établi, que le docteur V. ait effectivement mis en jeu tous ces moyens d'investigation qu'il a successivement révélés à la justice depuis son premier interrogatoire, l'erreur de diagnostic qu'il a commise apparaît comme peu compréhensible, suivant l'expression employée par les experts dans leur rapport ; qu'en effet, bien que l'autopsie ait démontré que la veuve J. avait un pannicule graisseux notablement développé, il semble invraisemblable que les explorations que l'intimé prétend avoir pratiquées sur elle ne lui aient pas fait reconnaître l'existence d'une grossesse qui était à terme ou près du terme ;

Attendu, il est vrai qu'ainsi que l'a relevé le tribunal dans son jugement, les experts posent comme un fait notoire que « bien des grossesses ont été méconnues, prises pour des tumeurs et traitées en conséquence » et qu'ils attestent que pas un chirurgien, parmi les plus expérimentés et les plus consciencieux, n'a été au cours de sa carrière indemne de cette méprise ;

Mais attendu qu'ils ajoutent immédiatement que ces erreurs souvent inévitables, se sont presque toujours produites dans les premiers stades de la grossesse ou bien s'expliquent par une anomalie, hydramnios, gémelléité, monstruosité, grossesse molaire, grossesse ectopique, grossesse dite angulaire; malformation utérine, mort fœtale *in utero*, ou par la coexistence d'un kyste ou d'un fibrome pelvien, qu'ils constatent que, dans le cas de la veuve J., il n'existait aucune de ces dispositions troublantes et qu'ils en concluent, tout en faisant état, comme circonstance atténuante, des faux renseignements que le docteur V. prétend lui avoir été donnés par sa cliente, que l'erreur de diagnostic qu'il a commise constitue une faute ;

Attendu qu'encore, bien que les experts, sortant de la mission purement médicale qui leur avait été confiée, aient cru devoir ajouter que « cette faute ne rentre pas dans la catégorie des fautes lourdes susceptibles de tomber sous le coup des articles trois cent dix-neuf et trois cent vingt du code pénal », la Cour estime que, même dans la mesure où ils l'ont mise en lumière et retenue à la charge du docteur V., elle serait déjà suffisante pour motiver contre lui l'application de la loi pénale ;

Mais attendu qu'il y a lieu d'aller plus loin et de tirer des considérations formulées par les experts eux-mêmes des conclusions plus sévères quant à l'appréciation de la faute commise par l'intimé ;

Attendu en effet, qu'ils ont écrit dans leur rapport : « Il nous semble que le docteur V., à défaut de diagnostic précis, eût dû avoir soupçon d'un état gravide, pressenti quatre mois auparavant par le docteur Mordagne et conjecturé par la sœur Saint-Etienne, dés l'entrée à la clinique ;

Que s'il est vrai, selon le sentiment exprimé parles experts, que dans le cas en présence duquel il se trouvait, le docteur Vallet aurait dû soupçonner l'existence d'une grossesse, et les recherches qu'il dit avoir faites jusqu'au dernier moment ne lui permettent pas de prétendre qu'il ne l'a pas soupçonnée et qu'il ne la soupçonnait pas encore quelques instants avant d'ouvrir le ventre de sa malade, il est inexcusable de n'avoir pas tout tenté pour lever un doute aussi grave avant de procéder à une opération, dont pouvait dépendre la vie de deux êtres ;

Que tout d'abord, n'ayant jamais soigné la veuve J., qu'il ne connaissait même pas personnellement, il aurait dû, ce qu'il reconnaît n'avoir pas fait et ce que ne manqueront jamais de faire les praticiens consciencieux, car la plus élémentaire prudence le leur impose, demander à sa nouvelle cliente, si elle avait un médecin habituel, ou tout au moins si elle avait déjà consulté un de ses confrères, qu'il se peut qu'elle lui eût alors indiqué le docteur Mordagne, qui était le médecin de sa famille depuis plus de trente ans et qu'elle avait consulté quatre mois auparavant pour des troubles digestifs, qu'en ce cas, il aurait pu apprendre de son confrère que celui-ci, par un simple diagnostic *de visu*, avait eu l'impression d'une grossesse, ainsi que cela résulte, non seulement de l'information, mais aussi d'une lettre produite aux débats par la défense ; qu'il est possible toutefois que la veuve J. se soit gardée de lui faire connaître son médecin, mais qu'au moins on ne pourrait pas alors reprocher au docteur V. de n'avoir pas tenté de se renseigner.

Qu'en outre, il est permis de relever le devoir qu'il avait, en l'état actuel de la science radiologique, que tout homme de l'art doit nécessairement connaître, de ne pas négliger de recourir à cet efficace procédé de diagnostic qu'est la radiographie dans les cas douteux, que si le professeur J.-L. Faure a pu dire devant le tribunal, ainsi que l'a constaté le jugement, que l'emploi de ce mode d'exploration en semblable conjoncture lui paraissait discutable, il est impossible de méconnaître que c'est là un

moyen d'investigation qui se vulgarise de plus en plus, et il ressort de documents autorisés produits par la partie civile, notamment de travaux du professeur Potocki, des docteurs Delherm et Laquerrière et d'autres radiologues des plus qualifiés, qu'en ce qui concerne spécialement la recherche du fœtus « *in utero* » si la radiographie ne donne pas de résultats tangibles dans les premiers mois de la grossesse, elle permet, grâce aux procédés opératoires en cours depuis nombre d'années déjà, d'obtenir une image fœtale à partir du cinquième mois et à plus forte raison dans les deux derniers mois, où le squelette du fœtus peut-être reproduit avec une très grande netteté dans la plupart de ses détails. Que l'objection du docteur V. quant aux dangers que la radiographie présenterait quelquefois pour la mère et l'enfant, ne se trouve pas confirmée par les documents qu'il produit en vue de la justifier. Qu'il s'agit en effet de la communication faite à la Société de chirurgie de Paris au sujet de fibromes, traités par la radiothérapie, procédé de traitement qui comporte souvent des séances multiples et plus ou moins prolongées et qu'il ne faut aucunement confondre avec la simple prise d'une épreuve radiographique ;

Attendu que si le docteur V. avait fait appel à tous les moyens qui étaient à sa disposition pour s'assurer dans la mesure du possible l'exactitude de son diagnostic, il est probable, sinon certain, qu'il aurait découvert la grossesse, que si cependant, malgré tout ce qu'il aurait tenté pour s'éclairer, la fatalité avait voulu que cet état ne lui fût pas révélé et qu'il eût persisté dans son erreur, c'est alors qu'il serait en droit de dire qu'il n'a encouru aucune responsabilité à raison d'une opération qu'un diagnostic consciencieux mais erroné lui aurait fait pratiquer ;

Mais, attendu que, hâtivement, alors qu'apparemment la vie de sa cliente n'était pas en danger, il a entrepris cette opération, dont il devait prévoir les suites possibles, après avoir omis, avec une légèreté et une négligence inexcusables, de faire tout ce qui dépendait de lui pour se mettre à l'abri d'une erreur que l'opération, à laquelle il a ainsi imprudemment procédé, a été suivie de la mort de l'opérée, et que la relation de cause à effet entre cette opération et son issue déplorable ne saurait être mise en doute en presence des constatations des experts, qu'il suit de là que la mort de la veuve J., est imputable à l'imprudence, à l'inattention et à la négligence du docteur V., et que c'est à tort que les premiers juges n'ont pas retenu contre lui le délit d'homicide involontaire prévu par l'article trois cent dix-neuf du code pénal.

Attendu qu'il est dès lors sans intérêt d'examiner si, après avoir ouvert le ventre et mis à nu l'utérus, le docteur V. aurait pu et aurait dû, à l'aspect de cet organe, s'apercevoir à temps, avant de commencer l'hystérectomie, de l'état de grossesse de la patiente, que d'ailleurs, d'après les divergences d'opinion qui se sont manifestées sur ce point devant le tribunal entre professeurs également réputés, la question de savoir si un utérus gravide a ou n'a pas le même aspect qu'un utérus fibromateux, paraît être une de ces questions scientifiques, dont le procureur général Dupin, dans des conclusions rapportées dans les recueils de jurisprudence sous un arrêt de la Cour de Cassation du dix-huit juin mil neuf cent trente-cinq, disait qu'elles sont à débattre entre docteurs et ne peuvent pas tomber sous l'examen des tribunaux ;

Attendu enfin qu'à la critique formulée par la partie civile relativement à une faute opératoire que l'intimé aurait commise au cours de son intervention, il a été répondu par les experts qu'il leur était impossible d'incriminer la technique du chirurgien ; qu'aussi bien, il n'entre pas dans la pensée de la Cour de contester au docteur V. une habileté chirurgicale qui est attestée, non seulement par ses confrères, mais encore par les chefs qui l'ont eu sous leur direction et l'ont vu à l'œuvre pendant la guerre, que sa faute, et elle est suffisamment grave pour qu'il ne soit pas besoin d'eu rechercher une autre, est d'avoir imprudemment affronté une opération qui, même bien conduite, pouvait avoir des conséquences mortelles, ainsi que l'évènement l'a malheureusement démontré.

Attendu qu'il n'y a pas lieu pour la Cour d'envisager l'hypothèse d'une responsabilité partagée, aucun élément ne lui étant apporté en dehors des déclarations intéressées de l'intimé, pour lui permettre de dire comme l'ont gratuitement admis les experts, que la veuve J., qui a pu se défendre d'être enceinte, aurait effectivement contribué à induire en erreur le docteur V. en lui donnant de faux renseignements ;

Attendu en ce qui concerne les dommages-intérêts dus à la partie civile que le sieur P. réclame dix mille francs pour lui-même, seize mille francs pour Marthe J. née le sept janvier mil neuf cent deux, 30.000 fr. pour Raymond J., né le 5 mars 1907 et cinquante mille francs pour Denise J., née le neuf octobre mil neuf cent treize ;

Attendu que ces chiffres sont manifestement exagérés. Que le sieur P. n'apporte aucune précision au sujet du préjudice matériel, que ce préjudice existe cependant et que la Cour est en mesure de l'apprécier ainsi que le préjudice moral, que de ce double chef, le père et les enfants de la victime ont droit à une réparation qui peut être équitablement arrêtée à deux mille francs pour le sieur P. quinze cents francs pour Marthe J., trois mille francs pour Raymond J. et cinq mille francs pour Denise J., sans préjudice de ce qui va être décidé pour les dépens de première instance ;

Par ces motifs, reçoit P. tant en son nom personnel qu'ès qualité, appelant d'un jugement rendu par le tribunal correctionnel d'Evreux le seize novembre mil neuf cent vingt-deux ;

Et infirmant le dit jugement,

Décharge P. aux qualités qu'il agit, des dispositions et condamnations lui faisant grief ;

Déclare le docteur V. coupable du délit d'homicide par imprudence prévu par l'article trois cent dix-neuf du code pénal ;

Le condamne à payer à titre de dommages-intérêts, en réparation du préjudice causé, les sommes de :

Primo deux mille francs pour P ;

Secondo. Quinze cents francs pour Marthe J ;

Tertio. Trois mille francs pour Raymond J ;

Quarto. Cinq mille francs pour Denise J ;

Le condamne en outre à tous les dépens de première instance, au besoin à titre de dommages-intérêts supplémentaires et à ceux d'appel qui comprendront les frais de Me Bréant, avoué, dont le ministère est reconnu avoir été nécessaire, et liquidés.

Commentaires

La Cour d'Appel a surtout jugé en fait. Au début de l'arrêt, elle décide que le médecin ne saurait être rendu responsable d'une erreur de diagnostic, lorsqu'il peut apporter la preuve qu'il s'est entouré de toutes les garanties scientifiques, de tous renseignements et de tous examens, propres à éclairer sa religion.

En effet, l'exercice de la médecine ne serait plus possible si les docteurs devaient être rendus responsables de tous leurs échecs thérapeutihues. Grands professeurs, aussi bien que médecins de quartier, ou de modeste campagne, sont soumis à la même loi, que les « princes de la science » oublient trop souvent : *errare humanum est.*

Ces prémisses posées, la Cour aborde immédiatement le point de fait, et base sa conviction de la culpabilité du Dr Vallet sur les points suivants :

1o Notre confrère aurait fait, dès le prime abord, des déclarations, qu'il aurait ensuite rétractées, laissant entendre que, devant la bonne réputation dont jouissaient la veuve et sa famille, il n'avait pas cru, un seul instant, à la possibilité d'une grossesse. A la lecture de l'arrêt, on sent que la Cour a été très influencée par ce fait.

2o Il est reproché au docteur de ne pas avoir eu de consultation avec le médecin de la famille, qui aurait vu la malade quelques mois auparavant et qui, au dire de la partie civile, aurait pensé à la possiblité d'une grossesse.

Or, la malade avait ses raisons de se méfier du médecin de la famille, ne voulant pas laisser savoir qu'elle avait eu des rapports sexuels malgré son veuvage. Elle avait donc dû cacher au Ds Vallet qu'un autre médecin l'avait examinée quatre mois avant, et même, si le Dr Vallet avait proposé une consultation avec le confrère, cette consultation aurait été vraisemblablement refusée, et pour cause.

Les conseillers à la Cour de Rouen, parce que non-médecins, ne savent pas combien une femme enceinte est menteuse, lorsque cette femme veut cacher sa grossesse, et lorsqu'elle espère se faire avorter scientifiquement par un médecin qu'elle aura trompé. Journellement, dans les services d'hôpitaux, des femmes essayent de s'attribuer de faux symptômes, pour subir un examen intra-utérin, qui produira ensuite l'effet désiré, c'est-à-dire l'avortement.

Ces imprudentes, peu familiarisées avec les choses de la médecine, ne savent pas à quel danger elles s'exposent. Certaines même ont une telle déformation mentale, provoquée par la phobie de la grossesse, qu'elles risquent délibérément leur vie, pour pouvoir être délivrées de leur produit utérin.

3o L'arrêt reproche au médecin de n'avoir pas employé les épreuves radiologiques, pour poser le diagnostic de grossesse. Ces bons magistrats ignorent qu'il faut pour cela des instruments spéciaux et coûteux, une installation très puissante, avec des tubes particuliers, pour obtenir des clichés suffisants. Il est douteux qu'à Vernon pareilles installations radiologiques puissent exister, puisqu'elles sont rares à Paris même.

4o Puis après avoir ouvert le ventre, le chirurgien aurait dû s'apercevoir, à l'aspect extérieur de l'utérus, que ce dernier était habité. Les conseillers à la Cour estiment que la prudence exigeait de refermer purement et simplement l'abdomen, au lieu de faire une césarienne.

C'est une opinion : c'est celle des experts, mais ce n'est pas l'avis de tous les chirurgiens, qui font presque journellement des laparotomies. La Cour aurait agi prudemment en ne s'immisçant pas entre les discussions d'Hippocrate et de Galien.

5o Enfin, se basant souvent sur le rapport de deux des experts, la Cour estime que le diagnostic de grossesse au début peut être difficile ; mais qu'il n'en est plus de même à partir du 5e ou 6e mois. Il est regrettable que les experts, quelle que soit leur situation scientifique, soient aussi affirmatifs, qu'ils puissent oublier qu'ils ne sont pas des juges, mais de simples auxiliaires des juges, devant se borner à donner une opinion scientifique.

Or, j'ai vu, et je ne suis pas le seul, des maîtres tout aussi compétents que les deux experts commettre des erreurs de diagnostic, en méconnaissant, ou en affirmant l'existence d'une grossesse, lorsqu'ils se trouvaient en face d'une tumeur abdominale.

Au lieu d'être choisis par les magistrats, les experts devraient être non plus des experts, mais les avocats techniques de chacune des deux parties, ayant à soutenir l'un l'accusation et l'autre la défense, avec un troisième expert, désigné par le Parquet au nom de la Loi.

Si les experts savaient que leurs dépositions seraient discutées par la partie adverse et par les témoins qu'on ferait citer, ils se croiraient moins détenteurs de la vérité.

Que faire ?

Le Dr Vallet était couvert en premier par une compagnie d'assurances contre la responsabilité professionnelle. Mais le « Sou Médical » avait tenu à donner à son adhérent tout son appui, et son secrétaire général a eu de fréquentes entrevues avec le défenseur, Me Mercier, avocat à la Cour de Paris.

Sitôt l'arrêt connu, nous avons conseillé au Dr Vallet de former un pourvoi en Cassation, parce qu'il n'avait que trois jours francs, depuis le prononcé de l'arrêt, pour se décider.

La compagnie d'assurance, bien que se disant spécialisée pour la défense du corps médical, a estimé qu'elle avait assez dépensé pour son adhérent. Elle nous a prévenus que, si le « Sou Médical » persistait à engager le Dr Vallet à se pourvoir en Cassation, elle laissait à la charge de notre Ligue, non seulement les frais qui découleraient de ce pourvoi (quelques milliers de francs), mais encore toute somme supérieure à 11.500 francs, si une autre Cour d'appel venait, après cassation, condamner le Dr Vallet, au lieu de l'acquitter.

Le « Sou Médical » a accepté, parce qu'il y avait un intérêt supérieur à faire décider, en faveur et du corps médical et de notre adhérent, en particulier.

Malheureusement, nos juristes nous ont démontré que le recours en Cassation n'était pas possible. Lorsque nous avons eu la copie de l'arrêt, il nous a été prouvé que la condamnation ne reposait que sur des points de fait et non de droit. Or, la Cour de Cassation ne rend ses arrêts que pour faire respecter la loi ou la forme ; jamais la Cour suprême ne juge en fait.

Force a été pour nous de nous incliner et le Dr Vallet lui-même a été le premier à se désister du pourvoi en Cassation, que nous avions formé dans les trois jours de l'arrêt.

Morale : Croyez-vous, confrères, qui avez souscrit des polices d'assurance contre la responsabilité professionnelle, que vous soyez aussi complètement garantis comme vous devriez l'être ?

Dr Paul Boudin.

LA QUESTION DU DEUXIÈME CABINET (1)

Par Gabriel Batier.

Un médecin peut-il donner des consultations en deux domiciles différents ?

La question est revenue sur l'eau récemment à Strasbourg et a provoqué l'échange de vues différentes, où les intérêts individuels n'étaient point oubliés. Essayons ici de l'envisager en elle-même, sans le moindre souci des contingences.

Légalement rien ne s'oppose à cette pratique.

Au point de vue déontologique, il n'y a point de faute, il n'y a aucune diminution morale à donner des consultations en deux domiciles différents.

D'assez nombreux spécialistes, surtout à Paris, en Belgique et dans le nord de la France, sont l'honneur de la profession et donnent cependant leurs consultations chez eux et dans un domicile annexe suburbain. Si les deux cabinets sont dans des localités différentes, cela permet de donner à la population l'avantage d'un spécialiste dans des agglomérations trop petites pour suffire seules à son activité.

Si les deux cabinets sont dans la même ville, cela permet de donner des consultations à deux catégories de clientèle. C'est ainsi qu'à Paris, il n'est pas rare qu'un médecin — surtout spécialiste — ait une consultation à son domicile aux prix élevés dans un quartier aristocratique et une consultation à bas prix dans un quartier ouvrier. C'est ainsi qu'à Strasbourg plusieurs font, par l'ouverture de deux cabinets, la discrimination entre la clientèle de Caisses et la clientèle privée.

Donc au point de vue légal, au point de vue de la morale professionnelle également, rien ne s'oppose à ce qu'un médecin ait deux foyers d'activité. On peut même soutenir que, ce faisant, il rend parfois service, par exemple lorsqu'il apporte ses connaissances spécialisées dans une agglomération dépourvue de spécialiste.

Que dit notre code de déontologie ?

Ouvrons une parenthèse : certains ont tendance à mettre sur le même plan toutes les prescriptions du code. Il y a lieu cependant d'y distinguer : 1° des fautes contre la morale, 2° des fautes contre la déontologie professionnelle, telle qu'elle est universellement comprise, 3° des fautes contre la discipline du corps médical, 4° des fautes contre la civilité puérile et honnête. Il va de soi que ces fautes sont de gravité fort variable et vont du manque d'éducation à la canaillerie, avec queques degrés intermédiaires.

Il peut donc arriver qu'un acte soit licite *en soi* au point de vue déontologique, et cesse de l'être devant notre code particulier de déontologie. Il s'agit alors presque toujours d'un acte

(1) *Le médecin d'Alsace et de Lorraine*, 1er mai 1923.

contraire aux disciplines que le corps médical régional s'est librement données. Dans ce cas, la faute déontologique n'est point dans l'acte lui-même, mais dans ce fait qu'il est commis par un médecin dans le temps que ses confrères se l'interdisent ; elle consiste essentiellement en un profit illicite que ce médecin tire pour lui seul des restrictions que s'est imposées le corps médical, en contrevenant seul à ces restrictions.

Par exemple, si le code de déontologie défendait d'ouvrir un deuxième cabinet de consultations, le médecin, même non syndiqué, qui malgré cette défense ouvrirait un deuxième cabinet, profiterait de la restriction imposée par le corps médical à lui-même. Pur sophiste, celui qui soutiendrait ici la thèse de la liberté, car il causerait un dommage aux confrères, en usant *seul* d'une possibilité interdite aux autres par le respect des engagements pris.

En fait le code de déontologie dit ceci : (1).

« Art. 47. — *Le médecin ne doit donner des consultations régulières qu'à son cabinet. Dans des cas exceptionnels, le syndicat intéressé pourra cependant autoriser un médecin à avoir dans la localité de son domicile deux cabinets de consultation, l'un étant réservé exclusivement à la clientèle privée, l'autre exclusivement à la clientèle de collectivités. Il est interdit d'organiser des consultations régulières en dehors de la localité du domicile du médecin, sauf dans le cas ou le syndicat compétent en aurait reconnu la nécessité* ».

La pensée des rédacteurs est très claire. Ils ont voulu interdire le deuxième cabinet ; mais ils se sont trouvés devant certains cas particuliers infiniment respectables et ils ont reculé, ils ont prévu l'exception.

Or, en matière de discipline syndicale — et ici il ne s'agit point d'autre chose — l'exception est toujours mauvaise, l'exception est la porte entrebâillée, large aujourd'hui, étroite demain, large pour les amis, étroite pour ceux qui n'ont point l'heur de plaire ; l'exception, c'est l'arbitraire. On pourrait citer tel cas où l'autorisation, refusée à un confrère, fut accordée à un autre dans des conditions identiques et au même lieu, quinze jours après.

En fait, actuellement, le syndicat de Strasbourg ne refuse plus l'autorisation d'ouvrir un deuxième cabinet pour clientèle de Caisses. Il ne le peut plus. Les prétextes ne manquent pas pour justifier une demande, quand ce ne serait que la crise de logement. Le conseil d'administration ne veut pas courir le risque de paraître partial, en refusant l'autorisation qui fut si souvent accordée.

La situation de fait ne concorde donc plus avec la situation de droit. Il y a là un point douloureux, sous lequel naîtra certainement un abcès, si l'on n'intervient pas tout de suite.

Il faut réviser l'article 47 du code de déontologie, ou dans le sens de *la liberté pour tous*, ou bien dans le sens de l'*interdiction pour tous*. Les deux thèses se peuvent soutenir ; mais il faut chasser de nos syndicats jusqu'au dernier vestige, la politique des camarades ! (1).

G. Batier.

Cette question nous est souvent soumise par nos correspondants, soit qu'elle les intéresse à leur bénéfice, soit qu'ils croient devoir se défendre contre une concurrence possible. Nous sommes heureux de reproduire ici l'opinion autorisée de notre distingué confrère Batier.

Pour notre compte, nous avons l'habitude de répondre à ceux qui nous consultent qu'il n'y a pas à ce sujet de règles générales, et que la question doit être envisagée et résolue, dans le plan local ou régional, par le syndicat qui, selon les lieux, les habitudes et les besoins des malades, sait ce qu'il doit défendre, ce qu'il doit autoriser.

G. D.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat départemental des médecins de la Sarthe.

10 avril 1923

Rapport du secrétaire :

1° *Statistique des médecins syndiqués*. — Au total dans le département, 144 médecins exerçant et 133 syndiqués.

2° Le docteur Guitton, président du Cercle de St-Calais, a démissionné pour raisons de santé. L'Assemblée lui adresse ses plus vifs remerciements pour les services rendus et lui souhaite un prompt rétablissement.

Le docteur Jousse est chargé de provoquer une

(1) Il s'agit bien entendu du code de déontologie de la fédération des S. M. d'Alsace. Celui du S. M. de Toulouse, par exemple, est muet sur la question et laisse donc toute liberté à ce point de vue.

(1) La mise en pages de ce numéro était terminée et le tirage à la veille de commencer, quand l'assemblée générale du Syndicat de Strasbourg-Ville s'est prononcée dans le sens que nous demandions ici ; la majorité s'est déclarée en faveur de la liberté pour tous.

réunion du Cercle en vue de l'élection d'un président.

3º *Organisation du secrétariat.* — La Commission étudie la question d'un bureau administratif.

4º Le docteur COSSE, de Tours, a été élu à l'Union et y représentera la Sarthe.

5º *Entente intersyndicale.* — Des démarches sont faites dans ce sens auprès des départements voisins.

6º *Sociétés de secours mutuels.* — Le tarif de 6 et 8 fr. s'applique à peu près partout. Encore un petit effort et il n'y aura plus d'exception. Les confrères défaillants seront rappelés à une plus juste compréhension de leurs propres intérêts.

7º *A. M. G.* — La Commission de l'A. M. G. a décidé de présenter au Conseil général : le libre choix des médicaments du Codex ; un tarif des opérations obstétricales ; d'augmenter de 50 % le tarif kilom. de nuit.

A la suite d'un incident entre un confrère et la préfecture, *le libre choix absolu* sera demandé.

Le Dr ALBERT lit un très intéressant rapport (qui sera publié dans le *Bulletin*) où la mauvaise foi de l'Administration est clairement exposée. L'Assemblée décide de s'opposer à toute tentative d'abaissement de tarif.

8º *Article* 64. — Les Drs NEAU et PLAISANT continueront à représenter le Syndicat à la Commission.

9º *Pupilles de la Nation.* — Les prix actuels sont de :

4 fr. 50 par pupille inscrit dans la commune de résidence du médecin ;

5 fr. 50 par pupille inscrit hors de la commune de résidence du médecin .

Le bureau engage les confrères à faire tous leurs efforts pour voir le plus grand nombre de pupilles possible chaque année.

Une démarche sera faite auprès de l'Office pour que les pupilles indigents soient inscrits à l'A. M. G.

10º *Dispensaire antituberculeux.* — Le Dr LANGEVIN en expose le fonctionnement et son rôle de dépistage sans thérapeutique, qui est laissée au médecin traitant.

Le secrétaire,
Dr PLAISANT.

Congrès international des travailleurs intellectuels.

PREMIÈRE SESSION

Séance inaugurale.

La séance d'ouverture du premier Congrès international des travailleurs intellectuels, convoqué par la C. T. I. française, s'ouvre, le 5 avril 1923, à 17 heures, dans l'Amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne, sous la présidence d'honneur de M. Léon BOURGEOIS, sénateur, délégué de la France à la Société des Nations et la présidence effective de M. Henry DE JOUVENEL, sénateur, délégué à la Société des Nations.

M. Louis GALLIÉ, l'un des secrétaires du Comité d'organisation, donne lecture du règlement préalable du Congrès et salue les délégués ou observateurs présents ainsi que les diplomates représentant les Ambassades ou Légations d'Autriche, de Belgique, de Colombie, d'Esthonie, de Suède, de Tchéco-Slovaquie. Il donne ensuite la lecture d'une lettre de M. Léon BOURGEOIS encourageant l'initiative des travailleurs intellectuels, en rappelant qu'il s'est efforcé, depuis de longues années, de faire triompher aussi bien l'idée de solidarité nationale entre les classes, que l'idée de solidarité internationale.

M. Romain COOLUS, délégué général de la C. T. I. française, exprime les intentions des invitants qui sans faire de politique, acceptant les directives générales de la Société des Nations, restant sur le terrain professionnel, s'efforcent de réaliser l'entente universelle des travailleurs intellectuels, dans l'intérêt des individus, de la pensée et de la civilisation.

M. Henri de WEINDEL, secrétaire général de la C. T. I. française, résume l'histoire et les travaux de celle-ci, depuis sa fondation le 18 mars 1920.

Cinq délégués de C. T. I. étrangères déjà constituées affirment la volonté de leurs mandants de collaborer avec la Confédération des travailleurs intellectuels français et leur sympathie pour les directives proposées ; ce sont : M. LATHAN, pour la Grande-Bretagne ; M. CHAVANNES, pour la Suisse ; M. HUYSMANS, pour la Belgique ; M. STOILOFF, pour la Bulgarie ; M. NILLO A. MANNIO, pour la Finlande.

M. Henry DE JOUVENEL clôture la séance par un discours où il félicite les travailleurs intellectuels de s'être organisés pour obtenir la reconnaissance de l'importance sociale de leurs personnes et de leur profession. Il indique quel rôle efficace la Confédération des travailleurs intellectuels pourra jouer entre les Syndicats patronaux d'une part et les Syndicats ouvriers de l'autre, en substituant l'arbitrage au compromis.

Première séance de travail.

FONDATION DE LA C. I. T. I.

Constitution du Congrès. — La première séance de travail s'est ouverte le 6 avril, à 15 heures, dans l'Amphithéâtre Descartes.

Les deux secrétaires du Comité d'organisation, MM. Louis GALLIE et Henri VERNES, procèdent à la vérification des pouvoirs des délégués ou observateurs.

Le Congrès est définitivement constitué ainsi qu'il suit :

Délégués présents de C. T. I. existantes, par ordre alphabétique :

Belgique, Bulgarie, Finlande, France, Grande-Bretagne, Roumanie, Suisse.

Délégués annoncés, mais absents ou excusés :

Autriche, Italie.

Observateurs de pays où existent des associations de travailleurs intellectuels :

Danemark, Grèce, Italie, Norvège, Pays-Bas, Perse, Pologne, Serbie, Suède, Tchéco-Slovaquie.

Excusés en raison d'un deuil national : deux observateurs du Japon.

La déléguée autrichienne, excusée, est remplacée par un observateur.

Au total : 9 C. T. I. nationales constituées, dont les 7 représentants groupent près d'un million de travailleurs intellectuels.

Onze nations ont envoyé des observateurs.

Election du bureau. — Sur la proposition de M. Stoiloff, à l'unanimité est élu président de séance, M. Romain Coolus.

Sur la proposition de M. Otlet, à l'unanimité, est élu vice-président, M. Henri de Weindel.

Assesseurs : MM. Otlet (Belgique) ; Stoïloff (Bulgarie) ; N. A. Mannio (Finlande) ; Lathan (Grande-Bretagne) ; Procopiu (Roumanie) ; Chavannes (Suisse).

Exposés des délégués et observateurs. — Conformément à l'ordre du jour, le président invite, par ordre alphabétique national, chaque délégué à exposer l'organisation et l'état numérique de sa C. T. I. nationale.

Autriche : 250 associations ; 300.000 membres.

Belgique : 9 associations ; 10.000 membres.

Bulgarie : 19 associations ; 40.000 membres.

Finlande : 4 associations ; 15.000 membres.

France : 111 groupements ; 150.000 membres.

Grande-Bretagne, Fédération des travailleurs techniques : 17 associations, 350.000 membres, plus la Fédération des arts.

Roumanie : 10 associations ; 10.000 membres.

Suisse : 19 associations ; 108 comités ; 8.300 membres.

Chaque observateur expose la situation numérique et morale des organisations d'intellectuels dans son pays. Tous manifestent le très grand désir de leurs compatriotes de voir créer prochainement une C. T. I. nationale et tous ont manifesté leur vive sympathie pour l'initiative française.

Fondation de la C. I. T. I. — Puis l'ordre du jour suivant a été rédigé séance tenante après un échange de vue général :

Le Congrès international des Confédérations nationales des travailleurs intellectuels réuni à Paris, à la Sorbonne, le 6 avril 1923, vote à l'unanimité la fondation de la CONFÉDÉRATION INTERNATIONALE DES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS, C. I. T. I.

Il décide la nomination d'une Commission exécutive composée :

1° De deux délégués par nation ayant une C. T. I. constituée. Chacun de ces délégués aura voix délibérative.

2° D'un observateur pour chaque pays ayant envoyé une délégation au présent Congrès. Ces observateurs auront chacun voix consultative.

Cette Commission exécutive est chargée :

1° De provoquer, examiner et accueillir les adhésions ultérieures des C. T. I. nationales ;

2° De rédiger, en s'inspirant des vues échangées au Congrès, un projet de statuts de la Confédération internationale des travailleurs intellectuels (C. I. T. I.) qui, après avoir été soumis aux C. T. I. nationales sera présenté à la seconde session du présent Congrès qui se tiendra à Paris, en décembre 1923.

Cet ordre du jour est adopté à l'unanimité.

Le président déclare : La Confédération internationale des travailleurs intellectuels (C. I. T. I.) est « fondée ».

L'Assemblée se lève tout entière et salue d'acclamations et d'applaudissements enthousiastes la naissance de la C. I.

Deuxième séance de travail.

La seconde séance de travail s'est ouverte le 7 avril, à 15 heures, dans l'Amphithéâtre Descartes :

Election du président de séance. — Sur la proposition de M. Romain Coolus, président de la première séance de travail, à l'unanimité M. Otlet, délégué de la C. T. I. belge est élu président de la séance.

Rectification de l'ordre du jour de la veille. — Sur observation de M. Brereton, le texte de l'ordre du jour de la veille est précisé sur un point : La Commission exécutive comprendra un observateur pour chaque pays n'ayant pas de C. T. I. constituée et ayant envoyé un observateur au Congrès. Adopté à l'unanimité.

A la demande de M. Coolus, le Japon, excusé par deuil national, sera considéré comme ayant eu des observateurs présents.

Organisation du secrétariat. — Sont nommés secrétaires de la Commission exécutive de la C. I. T. I. : M. Louis Gallie, secrétaire ; M. Henri Verne, secrétaire-adjoint. Le siège du secrétariat sera à Paris, 7, rue Nouvelle.

Désignation des membres de la Commission exécutive. — On procède à la désignation des délégués et observateurs à la Commission exécutive.

Délégués : Autriche, à désigner.

Belgique : Huysmans et Otlet.

Bulgarie : à désigner.

Finlande : N. A. Mannio et Langfors.

France : R. Coolus et H. de Weindel.

Grande-Bretagne : Lathan et C. Brereton.

Roumanie : Hurmuzescu, second à désigner.

Suisse : Chavannes, second à désigner.

Observateurs : Danemark : Vilsboe ; Norvège : G. Bassoe ; Pays-Bas : Van Nieuwenburg ; Suède : J. Bech-Friis ; Tchéco-Slovaquie : Jelinek.

A désigner : Canada, Grèce, Japon, Perse, Pologne, Serbie.

Relations avec le B. I. T. et les associations internationales. — Il est admis que la Commission exé-

cutive ne devant être composée que des délégués régulièrement mandatés de C. T. I. nationales et des observateurs officiellement désignés de pays ayant des Associations de travailleurs intellectuels, elle ne pourra comprendre aucun représentant d'une autre association internationale, ni du bureau international du travail. Mais des collaborations seront envisagées sur des points déterminés avec les associations internationales et un contact régulier sera établi avec le bureau international du travail.

Statuts de la Confédération internationale des travailleurs intellectuels. — Le secrétariat est chargé d'élaborer un projet de statuts de la C. I. T. I. qui sera envoyé pour examen aux C. T. I. nationales et soumis à la session de décembre.

Sont inscrites à l'ordre du jour des études de la Commission exécutive les questions suivantes :

a) Propriété intellectuelle. Reconnaissance de cette propriété dans tous les pays où elle n'est pas encore reconnue. Sa protection, création de la propriété scientifique. Droit intellectuel et droit collectif. Extension et unification de la durée *post mortem* de la propriété intellectuelle.

b) Enquête sur la situation morale des fonctionnaires dans les divers pays et leur participation à la gestion des services.

c) Transmission aux C. T. I. nationales et aux observateurs des vœux de la Semaine des travailleurs intellectuels de France.

d) Développement de l'outillage intellectuel.

e) Protection des titres.

f) Droit moral des artistes et écrivains sur leurs œuvres.

g) Placement international des travailleurs intellectuels et spécialement des professeurs.

Après deux allocutions du président, M. Otlet, et de M. Brereton, délégué de la C. T. I. Britannique, exprimant l'un et l'autre leur confiance dans l'avenir de la C. I. T. I. qui vient d'être fondée, le Congrès s'ajourne au mois de décembre 1923, à Paris.

Les secrétaires du Congrès.

PROJET DE LOI TENDANT A MODIFIER LA LOI DU 15 AVRIL 1916 SUR LES DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE

(*Suite*) (1)

PROJET DE LOI

TITRE Ier.

DES OFFICES PUBLICS D'HYGIENE SOCIALE.

Art. 2. — La création d'un office public d'hygiène sociale doit résulter d'une délibération du conseil général qui devra indiquer le montant de la dotation mobilière ou immobilière constituée à l'office ainsi que le minimum de la subvention annuelle qui lui sera accordée.

Art. 3. — Plusieurs départements pourront, après accord entre les conseils généraux intéressés, demander la création d'un office public interdépartemental ou régional. La représentation au sein du conseil d'administration de cet office et la participation aux dépenses seront fixées proportionnellement à la population de chaque département intéressé.

Art. 4. — Les délibérations prises par les conseils généraux en exécution des articles 2 et 3 de la présente loi devront être approuvées par un décret en conseil d'Etat, qui portera création de l'office.

Art. 5. — Les offices publics d'hygiène sociale constituent des établissements publics. Les règles générales fixées pour les offices d'habitations à bon marché par les articles 11, 15, 16, 18 et 72 de la loi du 5 décembre 1922 leur sont applicables, sauf les dispositions contraires de la présente loi.

(1) Voir n° 20, p. 1960.

Toutefois, les attributions conférées au ministre de l'intérieur par l'article 5 de la loi du 21 mai 1873, auquel se réfère l'article 11 de la loi du 5 décembre 1922, seront, en ce qui concerne les offices publics d'hygiène sociale, exercées par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, sans qu'il y ait lieu de consulter le ministre du travail.

Art. 6. — Chaque office public est administré par un conseil d'administration dont la composition est déterminée par le décret instituant l'office public.

Le conseil comprend 21 membres au moins et 45 au plus.

Un tiers est composé de conseillers généraux élus par le conseil général.

Un tiers de membres nommés par le préfet et choisis parmi les fonctionnaires attachés aux services publics d'hygiène, d'assistance et de prévoyance ou parmi les personnalités compétentes en matière d'hygiène sociale.

Un tiers de membres nommés par le préfet parmi les personnalités qualifiées pour représenter les organismes publics ou les associations dont le but est connexe aux œuvres d'hygiène sociale ou parmi les personnes bienfaitrices qui auront le plus contribué à aider l'office public par concours financier ou moral. Seront compris dans ce tiers les représentants des Syndicats médicaux, au nombre de deux au minimum et de trois au maximum.

Les conseillers généraux seront désignés pour la durée de leur mandat.

Les autres membres sont nommés pour trois ans. Leurs pouvoirs peuvent être renouvelés.

Le président du conseil d'administration est désigné annuellement par le préfet. Ses fonctions peuvent lui être renouvelées.

Les autres membres du bureau sont élus par le conseil d'administration dans les conditions fixées par le règlement intérieur de l'office, qui devra être approuvé par le préfet.

Art. 7. — Les fonctions d'administrateur délégué telles qu'elles sont définies par l'article 4 *in fine* de la loi du 15 avril 1916 et l'article 14 de la loi du 5 décembre 1922, sont exercées par un directeur nommé par le préfet, en dehors du conseil d'administration de l'office, sur la proposition de celui-ci.

Le directeur a sous ses ordres le personnel de l'administration centrale et des établissements annexes.

Il représente l'office en justice, soit en demandant, soit en défendant.

Art. 8. — Le conseil d'administration de l'office public se réunit en session ordinaire quatre fois par an. Chaque session se compose d'une ou de plusieurs séances, selon le nombre et l'importance des questions à l'ordre du jour.

En dehors des sessions ordinaires, le président du conseil d'administration peut réunir celui-ci aussi souvent qu'il le juge utile.

Il doit le réunir sur la demande du préfet ou sur la demande signée par un tiers des membres du conseil.

Dans l'intervalle des sessions, une section permanente, composée du président, des vice-présidents, du secrétaire et des membres élus par le conseil d'administration, au nombre de trois au moins, de cinq au plus, règle les affaires qui lui sont envoyées par celui-ci, dans les limites de la délégation qui lui est faite. Elle se réunit au moins une fois par mois.

Art. 9. — Le conseil d'administration règle, par ses délibérations, les affaires de l'office. Toutefois, ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par l'autorité supérieure les délibérations portant sur les objets suivants :

1° Les aliénations et échanges d'immeubles ou de titres de valeurs mobilières ;

2° Les acquisitions d'immeubles, ainsi que les projets, plans et devis de constructions et de grosses réparations ;

3° Les budgets ;

4° Les emprunts ;

Art. 10. — Les délibérations énoncées à l'article précédent sous les numéros 1, 2 et 3 sont exécutoires sur l'approbation du préfet après avis de la commission départementale. Les délibérations concernant les emprunts sont exécutoires, en vertu d'un arrêté du préfet après avis du conseil général ; cependant si la somme à emprunter dépasse 3 millions de francs ou si, réunie au chiffre des autres emprunts non encore remboursés, elle dépasse 3 millions de francs, l'emprunt ne peut être autorisé que par un décret du président de la République, pris sur le rapport du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Art. 11. — Les ressources des offices publics comprennent notamment :

1° Les dotations mobilières ou immobilières que le conseil général ou les conseils municipaux intéressés leur constituent ;

2° Les subventions qui pourront leur être accordées par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics, ainsi que par des personnes ou des associations privées ;

3° Les contributions prévues sur les budgets de l'Etat, des départements et des communes, en vertu des articles de la présente loi, pour les dispensaires gérés directement par les offices ;

4° Les indemnités payées par les particuliers non privés de ressources ou les collectivités, dans les conditions prévues par les articles 1er et 7 de la loi du 15 avril 1916 ;

5° Les contributions prévues sur les budgets de l'Etat, des départements et des communes, en vertu de l'article 3 de la loi du 7 septembre 1919, pour les sanatoriums gérés par les offices ;

6° Les indemnités payées par les particuliers non privés de ressources ou les collectivités, pour le remboursement total ou partiel du prix de journée dans les sanatoriums gérés par les offices, sous réserve du droit de recours éventuel reconnu à l'Etat par le 3° du paragraphe 3 de l'article 3 de la loi du 7 septembre 1919 ;

7° Le produit des dons et legs faits directement aux offices ;

8° Le produit des emprunts contractés par les offices.

TITRE II

DES COMITÉS DÉPARTEMENTAUX D'HYGIÈNE SOCIALE

Art. 12. — A défaut d'office public, il peut être créé, dans chaque département, un comité organisé sous la forme d'association, dans les conditions prévues par la loi du 1er juillet 1901.

Si ce comité est agréé par une délibération du conseil général approuvée par le préfet, il est autorisé à recevoir des subventions sur les fonds publics et collabore avec le conseil général et le préfet pour la réalisation de la mission confiée aux offices publics là où ils existent, par les paragraphes 1er, 3, 4 et 5 de l'article 1er de la présente loi.

Ce comité est autorisé à créer les différents établissements nécessaires au but poursuivi, dans les conditions fixées par l'article 9 de la loi du 15 avril 1916 et par les articles 1er (§ 2), 7, 8 et 9 de la loi du 7 septembre 1919.

TITRE III

DES DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE.

Art. 13. — Des dispensaires d'hygiène sociale, affectés à la préservation antituberculeuse, à la lutte

contre les maladies vénériennes, à la protection maternelle et infantile, à la lutte contre le cancer, pourront être établis dans chaque département, dans les divers centres où leur création aura été jugée indispensable et de telle sorte qu'en tenant compte des conditions de population, de lieu et de moyens de communications, le département soit divisé en circonscriptions d'hygiène sociale, rattachées chacune à un dispensaire d'hygiène sociale complet ou à un groupe de dispensaires spécialisés.

Un programme est élaboré dans ce but par l'office public d'hygiène sociale ou à son défaut par le comité départemental.

Il devra prévoir notamment l'ouverture des dispensaires dont la création a été rendue obligatoire par l'article 11 de la loi du 15 avril 1916.

Il devra comporter en outre, soit la création d'un laboratoire départemental, soit le rattachement au laboratoire d'un département voisin. Il est transmis au préfet qui appelle à en délibérer le conseil général.

Les conseils municipaux intéressés sont également saisis chaque fois qu'ils ont à contribuer aux dépenses des dispensaires. Il est statué après avis du préfet par un décret rendu pour chaque département sur la proposition du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Dans le cas où il n'existe pas d'office public, les créations de dispensaires continuent à être réalisées dans les conditions prévues par la loi du 15 avril 1916.

Art. 14. — Les dispensaires prévus à l'article précédent peuvent être créés directement par l'office public d'hygiène sociale dans les conditions prévues par l'article 10 de la loi du 15 avril 1916. Ils peuvent également être organisés sous l'une des formes prévues par la loi du 15 avril 1916, et notamment sous la forme de « dispensaire public ». Dans ce cas, et par dérogation aux dispositions contraires contenues dans l'article 4 de la loi du 15 avril 1916, le décret portant création du dispensaire fixera la composition du conseil d'administration.

Art. 15. — Le dernier paragraphe de l'article 7 de la loi du 15 avril 1916 est modifié de la façon suivante :

« Les dépenses des dispensaires dépendant de l'office public d'hygiène sociale ou des dispensaires publics qui n'auront pu être couvertes au moyen des ressources susénoncées seront supportées par la commune, le département et l'Etat conformément aux barèmes annexés à la loi du 15 juillet 1893.

« La dépense restant à couvrir sera d'abord répartie entre les communes faisant partie de la circonscription du dispensaire proportionnellement à leur population, puis supportée par l'Etat, le département et la commune conformément aux tableaux A et B de la loi du 15 juillet 1893 ».

TITRE V

Dispositions générales.

Art. 16. — Les dispositions de la loi du 15 avril 1916 contraires aux dispositions de la présente loi sont et demeurent abrogées.

Art. 17. — Des règlements d'administration publique détermineront les mesures nécessaires pour l'application de la présente loi. Ils fixeront notamment les conditions de recrutement des médecins et des infirmières-visiteuses attachés aux dispensaires d'hygiène sociale.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Association française pour l'avancement des sciences.** — A l'occasion de ce Congrès, nous recevons les deux circulaires suivantes :

Monsieur et très honoré confrère,

La 47e session de l'*Association française pour l'avancement des sciences* se réunira à Bordeaux, du 30 juillet au 4 août 1923.

Appelé à l'honneur de présider à l'organisation de la XIIe section (*Médecine et chirurgie*), je viens solliciter votre précieux concours pour nous apporter le résultat de vos travaux et prendre part à nos discussions.

Vous voudrez bien faire parvenir au secrétariat de l'Association, rue Serpente, 28, Paris (VIe), avant le 20 juin prochain. :

1° Votre adhésion ;

2° Le titre de votre communication.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr J. Sabrazès.
Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin des Hôpitaux,
50, *rue Ferrère, Bordeaux (Gironde).*

N. B. — Pour faciliter la préparation du Congrès MM. les auteurs sont instamment priés d'adresser au secrétariat de l'Association, rue Serpente, 28, Paris (VIe arr.), *avant le* 20 *juin*, dernier délai, le titre de chacune de leurs communications.

Le règlement limite à 6 pages des *Comptes rendus* la place totale disponible pour chaque auteur ou groupe d'auteurs.

Monsieur et cher collègue,

Le prochain Congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences* se réunira à Bordeaux, du 30 juillet au 4 août 1923.

Appelé à l'honneur de présider, cette année, la section d'*Hygiène et de médecine publique*, je viens solliciter votre précieux concours et vous prier de vouloir bien prendre part aux travaux du Congrès.

Je vous serais obligé de me faire connaître au plus tôt les titres des communications que vous avez l'intention d'y présenter, mais je crois devoir signaler l'intérêt que présenteront, en raison de la crise si grave de la natalité en France, les travaux concernant la puériculture, et la protection de l'enfance contre les

fléaux, l'hygiène scolaire et la culture physique, la lutte contre la tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme, les huîtres et la santé publique.

Comptant sur votre contribution aussi large qu'utile et pratique aux travaux du Congrès, je vous prie d'agréer, Monsieur et cher collègue, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr B. AUCHE,
Professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux,
8, rue Vital-Carles, Bordeaux.

N. B. — Pour faciliter la préparation du Congrès, MM. les auteurs sont instamment priés d'adresser au secrétariat de l'Association, rue Serpente, 28, Paris (VIe) *avant le 20 juin*, dernier délai, le titre de chacune de leurs communications.

Le règlement limite à 6 pages des *Comptes rendus* la place totale disponible pour chaque auteur ou groupe d'auteurs.

— **Hôpital psychiatrique** (*service d'hygiène mentale et nerveuse*, 1, rue Cabanis, Paris (14e), Dr TOULOUSE. — Le dispensaire est en mesure d'assurer :

1° L'examen complet et le traitement de malades susceptibles de recevoir un traitement externe ;

2° La distribution gratuite des médicaments aux personnes nécessiteuses ;

3° L'admission dans le service libre des malades dont l'hospitalisation est nécessaire. Ils sont reçus sans aucune des formalités légales imposées pour le placement dans les asiles.

4° L'examen et la rédaction des certificats pour l'internement, volontaire ou d'office.

En vue de l'admission dans le service libre ou de l'internement, il est désirable que les malades soient accompagnés de pièces d'identité et si possible des 4 dernières quittances de loyer. Mais l'envoi des malades au dispensaire ne doit pas dépendre de la transmission de ces pièces que le service social est en mesure de se procurer.

Affections mentales traitées au dispensaire ou dans le service libre.

1° Etats d'asthénie et de dépression mentale ; mélancolie, hypocondrie ;

2° Déséquilibre constitutionnel ou acquis de l'intelligence ; anomalies de l'humeur et du caractère ; obsessions ; phobies ; tics ; impulsions diverses ; toxicomanies ; perversions sexuelles.

3° Névroses et psychonévroses. Troubles postcommotionnels de guerre ;

4° Etats délirants ne nécessitant pas l'internement ;

5° Confusion mentale. Psychoses toxiques et post-infectieuses.

6° Psychopathies organiques, de cause cérébrale ou périphérique, ou par insuffisance endocrinienne, épilepsie;

7° Arriérations intellectuelles.

En général, toute affection mentale ou nerveuse ne donnant lieu de la part du sujet, à aucune réaction dangereuse, soit pour lui-même, soit pour autrui, ou encore toute affection mentale ou nerveuse demandant, avant la décision d'ordre thérapeutique ou administratif, une observation médicale suffisamment prolongée et spécialisée.

Service libre.

Le service libre est destiné au traitement des malades dont l'état n'exige pas l'internement, mais nécessite l'hospitalisation. Ils y sont admis sans formalités légales, mais doivent supporter les frais de séjour s'ils ont les ressources suffisantes. Sinon les frais de séjour incombent à leur famille.

C'est seulement à défaut de ressources, soit du malade, soit de la famille, qu'intervient l'assistance de la collectivité. La dépense est alors supportée par le département, avec le concours de la commune du domicile du malade.

Pour être admis dans le service, les malades doivent fournir les pièces suivantes :

1° Une pièce d'identité ;

2° Un certificat de domicile légalisé par le Commissaire de police et attestant un an de séjour dans la même commune ;

3° Un engagement de subvenir aux frais d'hospitalisation, délivré par le maire de la commune, pour les malades nécessiteux n'habitant pas Paris.

Pensionnaires.

Quinze lits (15) sont réservés, en dehors de ces catégories, à des pensionnaires qui s'engagent à supporter personnellement l'intégralité des frais de séjour, le prix de la journée est de vingt-cinq francs (25 fr.). Ces malades doivent seulement produire une pièce d'identité.

Dispensaire.

Traitement externe des malades atteints d'affections nerveuses et mentales. Distribution de médicaments. Patronage et orientation professionnelle.

Consultations de psychiatrie générale.

Tous les jours, de 9 h. à 10 h. (sauf le dimanche) : Dr TOULOUSE, médecin de l'asile-clinique Ste-Anne ; Dr Roger DUPOUY, ancien chef de clinique à la Faculté. Jeudi, de 9 à 10 h. : Dr ROGUES DE FURSAC, médecin de l'asile de Ville-Evrard ;

Samedi, 14 h., : Dr CAPGRAS, médecin de l'asile de Maison-Blanche ;

Samedi, de 9 à 10 h. : Dr VURPAS, médecin de la Salpêtrière.

Consultations spéciales.

Enfants arriérés et anormaux, Dr ROUBINOTVICH, médecin de l'hospice de Bicêtre, samedi, 14 h. et jeudi, 10 h.

Dégénérés antisociaux, Dr COLIN, médecin de l'asile-clinique Ste-Anne, vendredi, 14 h.

Neurologie, Dr TINEL, médecin des hôpitaux, lundi, vendredi, 10 h.

Epileptiques, Dr MARCHAND, médecin de la maison nationale de Charenton, vendredi, 14 h.

Psychothérapie, Dr MIGNARD, médecin de l'asile de Vaucluse, mercredi 14 h.

Examens de médecine générale, Dr TEISSEIRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, lundi, jeudi et samedi de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2.

Oto-rhino-laryngologie, Dr VINCENT, mercredi 9 h. 1/2.

Ophtalmologie, Dr DARRIEUX, médecin oculiste de la maison départementale de Nanterre, vendredi 9 h. 1/2.

Examens de laboratoire.

Laboratoire de chimie-biologique, Dr BLANCHETIÈRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Laboratoire de physiologie, Dr LAUGIER, préparateur à la Sorbonne.

Laboratoire de sérologie et d'hématologie, Dr MUTERMILCH, chargé du service du Wassermann à l'Institut Pasteur.

Laboratoire de psychologie et d'orientation professionnelle, J.-M. LAHY, chef des travaux à l'école pratique des Hautes-Études.

Examens biologiques, Dr TARGOWLA, assistant à l'asile clinique Ste-Anne.

Patronage familial et visites à domicile.

Dr A. MARIE, médecin de l'asile-clinique Ste-Anne.
Dr RODIET, médecin de l'asile de Ville-Evrard.

Examens et certificats concernant les malades dont l'aliénation mentale nécessite le placement à l'asile.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

veau patron, avant de l'embaucher, de faire passer une visite à son ouvrier, s'il entendait se prémunir contre une diminution de sa résistance physique.

Point de départ de la prorogation de bail.

Membre du *Concours* et du « Sou » je vous serais reconnaissant de me donner un avis juridique sur une question de loyer.

Voici le cas : locataire avant guerre par bail verbal, j'ai droit à une prorogation égale à la durée des hostilités. L'immeuble que j'habite et où j'exerce a changé de propriétaire, il y a près de deux ans. Le nouveau m'écrivit alors pour me faire connaître officiellement ce changement de situation ; il me demandait en même temps si je voulais quitter la maison ou continuer à l'habiter, et à quelles conditions. Je répondis par lettre, que je désirais conserver le loyer aux mêmes conditions que par le passé et en bénéficiant de la prorogation accordée par la loi. Tout s'est borné là ; depuis lors pas d'autre correspondance entre nous sur ce sujet. Je n'ai reçu à aucun moment aucune signification de congé. Or, il y a quelques jours, au cours d'une conversation avec le propriétaire, celui-ci me demanda si je comptais avoir quitté la maison le 1er janvier 1927. Ce serait à cette époque, la fin de la durée de la prorogation, qui, d'après le propriétaire, partirait de septembre 1921, date de ma lettre.

Je voudrais donc savoir si cet échange de lettres constitue un fait équivalent à une signification et une acceptation de congé. La prorogation a-t-elle commencé en septembre 1921 ou bien faut-il que je reçoive une signification de congé en règle pour dater de ce jour-là, du jour de cette signification, le début de la prorogation ?

Voilà la question que je désire voir élucider pour pouvoir répondre à mon propriétaire en toute connaissance de cause.

Dr L.

Réponse.

Aux termes de l'article 1er de la loi du 31 mars 1922, pour les locations verbales, la prorogation a commencé à courir, qu'il y ait eu congé ou non, le premier jour du terme qui a suivi la notification faite *par lettre* ou par acte extra-judiciaire, de la volonté du locataire de profiter des dispositions des lois sur les loyers.

Votre demande de bénéficier de la prorogation, faite par lettre répondant au propriétaire qui vous interrogeait sur la date à laquelle vous vouliez quitter la maison, a donc eu pour effet de faire courir la prorogation du premier jour du terme qui a suivi cette lettre.

Comme la prorogation professionnelle à laquelle, comme médecin, vous avez droit, est de la durée des hostilités, soit 5 ans et 83 jours et doit être prolongée d'un délai suffisant pour

achever le terme d'usage, il vous est facile de calculer si, étant donné la date de votre lettre, elle doit se terminer, comme le prétend le propriétaire, le 1er janvier 1927. Il en est ainsi, à notre avis, si les termes d'usage dans la localité que vous habitez se placent le 1er octobre et le 1er janvier.

Accident de battage Assujettissement à la loi de 1899.

Membre du *Concours Médical* depuis 25 ans, et du « Sou Médical » je viens, moi aussi, mettre à contribution votre autorité et votre amabilité.

J'ai un petit différend, bien plus de principe que de fait, avec une Cie d'assurance au sujet d'un accident agricole que je crois soumis à la loi d'accident du travail.

Dans une ferme, la machine à battre est actionnée par un moteur inanimé et un des serveurs de la machine à battre, un homme qui délie les gerbes pour les livrer à la batteuse, est blessé par son voisin pendant cette action ; je crois que la loi du 30 juin 1899 lui est applicable ; l'assurance dit que non parce que :

1° La loi ne vise que les accidents déterminés par le moteur ;

2° Le blessé était salarié non par le propriétaire du moteur mais par le cultivateur chez qui on battait;

3° Le blessé a été blessé du fait de l'imprudence de son voisin de travail qui déliait lui aussi des gerbes, utilisant un couteau malgré les ordres donnés.

L'affaire n'a aucune gravité, le principe seul est en cause, et je serais très heureux d'avoir votre avis.

Dr B.

Réponse.

Si, comme il est probable, les deux ouvriers, celui qui a été blessé et l'auteur de l'accident, travaillaient sur la plate-forme de la batteuse, l'accident tombe sous l'application de la loi de 1899.

L'ouvrier occupé sur la plate-forme de la batteuse à la section des liens et à la préparation des gerbes se trouve dans le rayon d'action de la machine et, par suite, est garanti par la loi, ont décidé plusieurs tribunaux (Tribunal civil de Soissons, 28 novembre 1900, Recueil du Ministère du Travail, I. 457 ; Cassation, Ch. des Requêtes, 16 décembre 1908, même Recueil XI, 79 ; Cour de Riom, 18 août 1909, même Recueil, XII, 128).

Réduction sur les chemins de fer au profit des mutilés.

Un blessé militaire ou un militaire malade avec une incapacité de 25 % a-t-il droit a une réduction sur les chemins de fer.

Si oui, quelles formalités doit-il remplir pour en profiter ?

Dr A.

Réponse.

1° Une invalidité dont le taux est évalué de 25 % à 50 % exclus, donne droit à demi-place en chemin de fer.

50 % et au-dessus (y compris 100 %), donne droit au quart de place.

Le guide d'un invalide de 100 %, bénéficiant de l'art. 10, ne paye pas sa place.

2° Adresser une demande à la mairie, en joignant un extrait authentique de la délibération de la commission de Réforme, qui a reconnu et évalué les droits à pension.

G. F.

Rétroactivité d'une pension militaire.

Je serais très heureux d'avoir votre avis sur le cas suivant :

Evacué du front pour maladie en juin 1918, j'ai été, après un séjour de deux mois dans un hôpital de l'intérieur, envoyé en convalescence en attendant ma mise hors cadres, dont la nécessité avait été admise par les médecins du centre de réforme après tous les examens et visites d'usage, notification de cette mise hors cadres m'a été faite le 11 octobre 1918.

La loi des pensions ayant été votée, j'ai demandé à en bénéficier et j'ai obtenu une pension temporaire de 20 % à dater du 24 septembre 1919, invalidité constamment maintenue aux différentes visites que j'ai eues à subir depuis et ayant entraîné ma radiation des cadres le 22 septembre 1922.

Convoqué de nouveau devant le Conseil de réforme quelques jours après ma radiation, j'ai réclamé le bénéfice de l'article 7 à dater du 11 octobre suivant, convaincu que ma pension devait devenir définitive 4 ans après ma première mise hors cadres (11 octobre 1918). La commission s'est rangée à ma façon de voir et a conclu en ce sens.

Je croyais l'affaire réglée lorsqu'il y a quelques jours je reçus une nouvelle convocation pour me présenter au centre de réforme.

Je m'y suis rendu, mais pour protester contre cette nouvelle visite à laquelle j'ai d'ailleurs refusé de me soumettre.

En agissant ainsi, étais-je dans le droit ? L'article 7 (dernier paragraphe) de la loi m'est-il applicable ? car bien que j'aie été visité en 1918 par les médecins du centre de réforme, je n'ai pas le souvenir de m'être présenté devant la commission ; j'ignore dans quelles conditions a été constitué mon dossier à cette époque n'ayant en ma possession que la notification ministérielle de mise hors cadres, et si vous pensez que j'ai raison, quelle attitude dois-je adopter

maintenant pour faire admettre par l'intendance la légitimité de mes prétentions ?

Dr X.

Réponse.

Si l'infirmité, pour laquelle vous avez obtenu une pension de 20 % en 1919, est la même que celle ayant motivé votre mise hors cadres en 1918, il est indubitable que vous avez droit à la pension, par rétroactivité, à partir du 11 octobre 1918, date de votre mise hors cadres.

Votre pension dès lors est devenue définitive (art. 7) et cela au taux de la visite que vous avez subie quelques jours après votre radiation des cadres, parce qu'elle était subie dans les six derniers mois des 4 ans.

Adressez une réclamation au Ministre des Pensions, 37, rue de Bellechasse, à Paris, et exposez en détail votre situation.

G. F.

Application du Tarif Breton.

I

Hémostase.

Je vous soumets une note accident de travail que la Cie d'A. veut me réduire à 266 fr. (c'est d'ailleurs dans ses habitudes...)

Je vous serais obligé de bien vouloir me donner à ce sujet l'avis du « Sou Médical ».

Il s'agit d'un blessé à moitié scalpé par une courroie de transmission : je l'ai trouvé exsangue et j'ai dû faire plusieurs ligatures d'artérioles du cuir chevelu et ensuite faire de nombreuses sutures du cuir chevelu : il semble bien qu'il y avait là *deux actes* distincts : *hémostase* et *sutures multiples*, qu'en pensez-vous ? ?

Dr M.

Réponse.

Je ne pense pas qu'on puisse tarifer comme « Hémostase au fond d'une plaie » (art. 17) les ligatures d'artérioles superficielles du cuir chevelu. Mais, par contre, il n'est pas exact de dire que l'hémostase soit *de plano* complémentaire à des sutures multiples, alors qu'il s'agirait de plaies profondes.

F. D.

II

Interventions répétées

Abonné au *Concours Médical*, je vous serais très reconnaissant de me dire comment je dois libeller une note d'honoraires pour accident de travail.

Une voiture passe sur les reins d'un employé de patron assuré. On m'appelle le samedi soir à 9 h. 1/2.

On me rappelle dans la nuit du samedi au diman-

che à 2 h. du matin. Je fais plusieurs essais infructueux de cathétérisme de l'urèthre.

Je reviens voir le malade le dimanche après-midi à 3 h. A ce moment, l'état du blessé paraissant alarmant, je demande d'urgence une consultation avec un confrère, cela aux parents seuls du malade : ils vont immédiatement chercher le confrère qui arrive aussitôt (je n'ai donc pas avisé, par lettre recommandée, le patron, ni même de vive voix : il est d'ailleurs arrivé pendant notre consultation).

Le blessé part à l'hôpital le lundi matin à 4 h. et est décédé pendant une intervention, dans la journée.

Ce qui m'embrouille, ce sont les prix des visites les dimanches : la nuit de samedi à dimanche doit-elle être tarifée comme pour la journée, c'est-à-dire : 3 × 8 = 24 fr. plus 11 fr. 25 = 35 fr. 25 ? (2e catégorie) ou 3 × 12 = 36 + 11,25 = 47 f. 25.

Le dimanche, consultat. avec un confrère : 3 × 12 = 36 fr. ou 3 × 8 = 24 fr.

La visite du samedi soir à 9 h. 1/2 doit-elle se compter : 3 × 8 = 24 fr. ?

Je vous serais donc très obligé si vous pouviez sans retard me répondre à ce sujet, soit par voie du *Concours*, soit par lettre.

Dr M.

P. S. — Dois-je majorer de 25 % le cathétérisme fait à 2 h. du matin ?

Réponse.

Vous ne pouvez *cumuler* les majorations. Il vous faut choisir entre celles que vous jugez devoir être les plus justes. Voici comment je compterais vos interventions :

Samedi 1re visite de nuit (art. 4)....	24 fr.
Samedi 2e visite de nuit (art. 4).....	24 fr.
Dimanche (cons. avec confrère) art. 5........................	24 fr.
Total	72 fr.

Remarques : 1° Si vous comptiez votre essai de cathétérisme, vous ne pourriez plus compter la visite, sans pratiquer le cumul défendu par l'art. 13.

2° Si vous comptiez : visite du dimanche (art. 3-b) vous ne pourriez plus compter en même temps la « consultation avec confrère » (art. 5).

F. D.

III.

Soins d'urgence.

Je vous serai reconnaissant de m'indiquer si je peux établir ainsi une note d'honoraires pour l'accident du travail suivant :

1° Plaie anfractueuse face postéro-interne du poignet droit, dilacération des parties molles et des tendons; ouverture large des articulations du poignet.

2° Plaie anfractueuse au 1/3 moyen, avant-bras droit, mettant à nu les masses musculaires et fracture des deux os à ce niveau.

3° 3 plaies du cuir chevelu, dont une de 8 cm. de long a décollé le cuir chevelu.

4° Plaie de la pointe du menton.

5° Plaies minimes et contusions diverses, notamment du thorax avec fracture probable de la 4e côte sur la ligne axillaire.

J'ai fait la toilette des 2 plaies de l'avant-bras, rasé le crâne, immobilisé provisoirement les fractures pour permettre au blessé d'être évacué sur l'hôpital.

J'ai injecté sérum antitétanique et sérum de Leclainche et Vallée, etc.

Immobilisation fractures.........	7 fr.
Pansement du crâne............	50 fr.
Certificat descriptif.............	10 fr.
Total	67 fr.

Dr D.

Réponse.

Je ne comprends pas comment vous avez établi votre note. Il a dû y avoir un *lapsus calami.* En tous cas, vu les Avis insérés dans l'Arr. Minist. du 28-6-21, voici comment je compterais :

Soins d'urgence en vue de transfert à l'hôpital....................	50 fr.
Injection antitétanique...........	20 fr.
Certificat descriptif.............	10 fr.
	80 fr.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

I

Recherche du bacille de Koch.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou » je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me donner le renseignement suivant. Une circulaire du préfet que j'ai par hasard sous les yeux rappelle aux médecins qu'ils doivent avertir la commission de contrôle pour interventions, examens radiologiques qu'ils seraient amenés à prescrire chez les malades bénéficiant des soins gratuits comme mutilés ou réformés. Est-ce que la recherche des bacilles de Koch dans les crachats que je viens de prescrire chez deux tuberculeux réformés entre dans cette catégorie et dois-je en aviser la commission de contrôle ?

Dr B.

Réponse.

On doit donner avis à la Commission de contrôle quand on prescrit une recherche de bacilles de Koch qui est un « examen de laboratoire ». (Art. 18).

F. D.

II

Renouvellement d'une ordonnance.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner par la voie du journal le renseignement suivant, qui pourra intéresser le plus grand nombre de nos

confrères : le renouvellement d'une ordonnance, sans plus, pour les mutilés et réformés de guerre, nous autorise-t-il à détacher et à remplir pour notre compte le bon valable pour une consultation ?

Il semblerait que oui, puisque, par analogie, vous mentionnez dans le dernier bulletin du *Concours* un jugement disant qu'un duplicata du certificat d'accident du travail, fût-il la copie exacte du premier, serait payé 5 fr. comme celui-ci.

Dr G.

Réponse.

C'est là une question de conscience professionnelle qui ne peut être résolue de façon générale. Si vous faites acte médical quelconque, vous devez le faire payer et, pour cela, détacher le bon de visite du carnet. Par contre, si vous ne faites en rien cet acte médical, il serait abusif de faire payer... ce que vous n'avez pas eu à faire.

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de direction de bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Maisons-Alfort et Alfortville.

Le traitement alloué est fixé à 12.000 fr. par an, pour chacun des deux bureaux d'hygiène, lesquels auront un directeur commun.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notorité acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

Les candidats devront être docteurs en médecine d'une faculté française et prendre l'engagement de ne pas faire de clientèle.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des

titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 16 *mai* 1923.)

Circulaire relative aux dangers que présentent les mouches et les moustiques au point de vue de la santé publique.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, à MM. les préfets.

Paris, le 8 mai 1923.

Par circulaires en date du 15 avril 1922 et du 10 juillet 1922, j'ai appelé votre attention sur les dangers que présentent les mouches et les moustiques, au point de vue de la santé publique, et sur les moyens de les éviter.

Je vous ai prié de faire, à cette occasion, dans votre département, la plus large propagande.

Le retour de la belle saison pose à nouveau les mêmes problèmes. J'insiste donc auprès de vous pour que vous renouveliez votre effort.

En ce qui concerne spécialement la mouche, il a été démontré que l'un des moyens les plus efficaces consiste à détruire les œufs avant qu'ils ne soient éclos. Vous voudrez bien signaler à la population qu'il importe, dès à présent, d'assurer, au besoin par des badigeonnages au lait de chaux, la propreté des écuries, étables, W.-C., etc.

Je vous prie de vouloir bien me faire connaître ce que vous aurez fait en exécution de la présente circulaire.

Paul Strauss.
(*J.O.*, 15 *mai* 23.)

BULLETIN DE SOUSCRIPTION
à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1924)

NOTA. — La souscription sera close irrévocablement le 1er août 1923.

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au Concours Médical (1), *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1924 (2).

(3)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 13 fr.*
- *Je verse 13 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... *le* ....

(1). — *Pour les non abonnés le prix de l'*Agenda-Memento *est de* **15 fr.**
(2). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*
(3). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 1er août 1923, à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

Quarante-cinquième année — N° 23 — 10 Juin 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Le Dr Ricard-Pomarède quitte Capvern pour aller s'installer définitivement à Bagnères-de-Bigorre.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Nouvian, de Fismes (Marne), la somme de vingt-cinq francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Bouix,
Ax - les - Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank Duprat (Enfants). Portes, Ricard-Pomarède
Bagnoles-de-l'Orne. Hugel, Joly, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Robine
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon - Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes Creignou.
Enghien-les-Bains Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Lepage.
Evian. L. Dalard.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule Christin, Duliège, Guillot, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Sailes, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains: Bornéque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salles-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy
Salies-de-Béarn. Caustère David, Matton.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau. Gannat, Guinard, Martin-Péridier, Reynes, Rosanoff.
Vittel Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 290. — Centre, dans commune import. à céder cause santé clientèle ancienne, propharmac. chem. de fer. proxim. grande ville, pays agréab. cours d'eau, bail 6 ans 1/2, belle habitat. Moyenne 2 dern. ann. 55.000. Ind. 35.000 dont 1/2 compt.

Nº 291. — Belle client. riche et payant bien, belle maison, 28.000 à 30.000 touchés. A céder cause départ presque pour indemn. de déménagement.

Nº 292. — Pharmacie à vendre, seule dans sous-préf. Alpes, centre climatiq. tourisme et industriel, avenir proch. Logement vaste très agréab. Propriétaire âgé se retire.

Nº 293. — Banlieue immédiate Paris à céder poste ; 31.000 touchés, légère indemn. Très urgent.

Nº 294. — Dr célibat. actif, cherche situation méd. rég. ouest ou banlieue.

Nº 295. — 10 HP Torpedo Opel, 1re marq. all. 1920. 6 roues interch. éclair., Magondeaux, 4 pl. état mécan. irrépr. peinture, coussins, pneus neufs, cause achat cond. intér. Prix 9. 000. Laborat. Drouet, rue Carnot, Rueil (S.-et-O.).

Nº 296. — Sud-Est, dans ville industrielle, excell. poste à céder contre indemn. long bail.

Nº 297. — Dr 53 ans, marié, très actif cherche bon poste, ville ou campagne, Saône-et-Loire, Côte-d'Or ou Nièvre.

Nº 298. — A vend. 3.000 fr. torpedo 2 pl. Clément Bayard moteur remis entièrem. à neuf. 4 pneus neufs marche parfaite. Dr Rançon, à Samer (P.-de-C.).

Nº 299. — A céder Paris très import. Etabliss. traitements agents physiques. Affaire très ancienne et connue. Instal. très complète et très bien comprise. Beau quartier. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e.

Nº 300. — Banlieue immédiate. Très ancien. polyclinique, faisant 50.000 fr. susceptib. de plus gros rapport. Très bien situé, plusieurs salles. Petit loyer, long bail. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Nº 301. — A vend. Le Mée, 3 kil. Melun, 3/4 h. Paris, rég. pittor. pêche et ch., maison 8 p. W. C., chauf. centr. Dépend. gde véranda, terr. beau jardin, clos mur environ 4.000 m. bon rapport au plus offr. à partir 50.000. Dr Castelbon, Montargis.

Vaccinothérapie préventive dans la coqueluche

Il y a quelque temps, nous nous sommes trouvé en présence d'une épidémie de coqueluche contre laquelle nous avons été amené à faire un essai de vaccinothérapie préventive dont les résultats nous semblent dignes d'être publiés.

Dans une agglomération importante faisant partie de notre circonscription sanitaire, depuis quelques mois la coqueluche sévissait. L'épidémie, d'allure bénigne, n'inquiétait personne et les parents des petits malades, comme il arrive presque toujours en semblable occurence à la campagne, se bornaient à leur faire prendre qnelqu'un de ces sirops soit disant souverains qu'on trouve un peu partout, pour se donner l'illusion de soigner un mal dont à la vérité le remède certain reste à trouver.

Tout à coup, à l'apparition des premiers froids, la maladie prit une allure de gravité exceptionnelle, les complications pulmonaires devinrent la règle et la broncho-pneumonie, en quelques jours, tuait coup sur soup quatre enfants. Alors, on s'émut et l'on vint nous supplier de trouver quelque chose pour enrayer « cette peste ».

Que faire ? La matière médicale est impuissante ; l'isolement des malades pratiquement irréalisable ; les mesures préventives le plus souvent illusoires dans le milieu où nous exerçons. Tout bien pesé, nous fîmes la proposition d'immuniser les sujets indemnes au moyen d'un vaccin.

Heureusement secondé par un maire clairvoyant, encouragé par des pères de famille à qui la guerre a du moins laissé le souvenir des bienfaits du vaccin antityphoïdique, nous pûmes faire admettre notre manière de voir et, en conséquence, inoculer trente enfants dont les âges variaient entre 5 mois et 11 ans.

Cette observation n'étant pas une réclame, nous n'indiquerons pas autrement le vaccin employé que par la formule qu'en donne le laboratoire qui le fabrique. Cette formule est la suivante :

Bacilles de Bordet.........	250 millions
Fluorure de sodium.........	1 /1000
Eau physiologique phéniquée à 5 /1000...........	1 c.c.

Nous fîmes deux piqûres à quatre jours d'intervalle. L'injection fut faite à la partie postérieure de l'épaule dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région sus-épineuse. Il fut injecté du vaccin : aux enfants de la 1re année, 1 /2 cc., aux autres 1 cc.

Au moment de la vaccination, cinq seulement de nos petits malades toussaient. Pour n'être pas absolument caractéristique, leur toux qui, sauf pour deux, ne s'accompagnait d'aucun signe pulmonaire, était évidemment le premier symptôme d'une coqueluche à son début. Tous les autres étaient indemnes,

mais tous faisaient partie de l'agglomération au milieu de laquelle régnait le mal. Le milieu familial des uns était infecté, celui des autres ne l'était pas. Si bien qu'on peut les diviser en trois catégories.

1° Sujets atteints depuis moins de 8 jours.

2° Sujets non atteints en contact immédiat avec des malades (ce sont ceux cohabitant avec des coquelucheux).

3° Sujets non atteints en contact médiat avec des malades (ce sont ceux ne cohabitant pas avec des coquelucheux, mais, comme tous les autres, vivants dans le milieu épidémique).

Systématiquement nous n'avons pas inoculé les enfants atteints de coqueluche confirmée, ils furent simplement soumis à un traitement classique dont la drosère fit à peu près tous les frais. Les enfants inoculés ne reçurent aucun médicament, nos seules prescriptions à leur sujet furent des mesures d'hygiène générale et individuelle, mesures d'ailleurs bien difficiles à obtenir sérieuses et régulières dans les milieux ruraux.

Ceci posé, voici les résultats que nous avons obtenus.

1re *catégorie* (sujets atteints depuis moins de 8 jours). 5 *enfants.* Chez l'un la toux a complètement disparu au 8e jour après la première injection ; la mère a ce mot : « la piqûre lui a coupé la coqueluche ». Chez deux autres, dès la première inoculation, les quintes diminuent d'intensité et s'espacent pour disparaître tout à fait au bout du second septenaire.

Chez le quatrième, la maladie évolue de façon bénigne en un mois. Chez le cinquième, elle dure deux mois, assez intense, mais les quintes, défigurées, n'occasionnent jamais ni cyanose, ni vomissements.

Deuxième catégorie (sujets non atteints en contact immédiat avec des malades) 10 *enfants.*

7 *ne contractent pas la coqueluche.*

3 ont une coqueluche très bénigne dont la durée n'atteint pas quinze jours.

Troisième catégorie (sujets non atteints en contact médiat avec des malades) 15 *enfants.*

12 *ne contractent pas la coqueluche.*

3 la contractent. Chez deux d'entre eux, la maladie évolue d'une façon subaiguë ; chez le troisième, elle est d'allure plus sévère, mais la période de décroissance des quintes s'établit plus vite qu'habituellement et la maladie se termine sans incidents.

Bien entendu, ces trente enfants n'avaient absolument rien dans leur passé qui puisse faire penser à une atteinte antérieure.

Lorsque nous aurons ajouté qu'à la suite de ces vaccinations préventives, l'épidémie cessa dans le village où elle sévissait, et qu'elle ne s'étendit pas aux villages voisins, on peut, croyons-nous, admettre qu'en matière de coqueluche, la vaccinothérapie préventive a du bon et conclure que, en milieu rural, on ne doit pas hésiter à s'en servir, d'autant plus qu'elle nous a paru d'une innocuité absolue.

Dr J. Coste.

CORRESPONDANCE

Un docteur en médecine peut exercer la médecine dans la commune où sa femme est institutrice publique

Le Dr S. demande si une institutrice publique peut être l'objet d'une mesure disciplinaire parce que son mari, docteur en médecine, exerce dans une commune où est située son école.

La négative ne nous paraît pas douteuse.

D'après l'art. 25, § 1er, de la loi du 30 octobre 1886, toute profession commerciale ou industrielle est interdite aux instituteurs et institutrices publics. Mais la profession médicale n'ayant pas un caractère industriel ou commercial, on admet qu'un instituteur peut exercer la médecine à condition, bien entendu, que son service n'en souffre pas. (Dalloz des Communes 1911.3.-77). Il en est ainsi à plus forte raison lorsque c'est le conjoint de l'instituteur ou de l'institutrice qui exerce la profession médicale, d'autant plus que l'interdiction de l'art. 25 est une interdiction personnelle, et qu'on ne peut même pas faire grief à la femme d'un instituteur ou au mari d'une institutrice d'exercer un commerce ou une industrie (D. P. v° Enseignement, § 359).

P. Nattan-Larrier.
Docteur en droit.
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou Médical ».

Accident commercial ou accident agricole

Pourriez-vous me donner votre avis au sujet du tarif à appliquer dans le cas suivant :

Un boulanger cultivateur a une assurance mixte : loi pour les accidents de travail de boulangerie, agricole pour les accidents au cours de travaux de culture.

Son ouvrier, en attelant un cheval, est mordu sérieusement au doigt. Je réclame mes honoraires au tarif commun, estimant qu'une morsure de cheval n'a rien à voir avec les accidents de boulangerie soumis à la loi de 1898.

L'agent d'assurances répond à l'envoi de ma note que c'est le tarif-loi qui doit être appliqué. Je lui objecte le motif indiqué ci-dessus et sur lequel je m'étais basé pour l'établir. Il me répond de nouveau: « Vous oubliez que l'accident a été déclaré (?) comme accident-loi et que si c'est de la loi, l'ouvrier touche sa demi-journée, alors que si c'était un accident agricole, il ne toucherait que 1 fr. 50 ».

Qu'est-ce que cela peut me faire ? Mais voici, je me trouve pris dans le dilemme suivant :

Si j'accepte le tarif loi, je perds 1/3 de mes honoraires et l'ouvrier encaisse son demi-salaire.

Si je réclame le montant intégral de ma note, il ne touche que 1 fr. 50 par jour et alors quelles récriminations !

Suis-je dans mon droit de refuser dans ce cas le tarif-loi.

Le fait d'être bessé en attelant un cheval, fût-ce

pour porter du pain à la campagne, ne me paraît pas avoir de rapport avec le travail de boulangerie. J'ajoute que le boulanger a une auto pour ce service. Mais elle était en réparations. Si l'ouvrier eût été blessé par l'auto, on ne m'aurait pas imposé le tarif-loi.

Bref, j'estime que le fait d'atteler un cheval dans les conditions précitées me paraît du ressort d'un domestique, mais non d'un ouvrier boulanger. Qu'en pensez-vous ?

Dr X.

Réponse.

S'il est établi que c'est en attelant le cheval à la voiture qui était destinée à porter le pain, que l'ouvrier a été mordu par ce cheval, il y a accident du travail garanti par la législation spéciale, et si vous avez été choisi par l'ouvrier, le tarif Breton vous est applicable à l'égard du patron.

Les commerçants, en effet, sont assujettis à la législation sur les accidents du travail par la loi du 12 avril 1906 et le danger que présente le travail assujetti n'est pour rien dans cette disposition légale. En effet, le travail agricole est, d'une manière générale, plus dangereux que le travail commercial et cependant, actuellement encore, il n'est pas garanti par cette législation spéciale, puisque la loi qui l'a étendu aux exploitations agricoles n'est pas encore applicable ; au surplus, elle sera loin d'atteindre toutes les exploitations agricoles.

Il est d'ailleurs inexact de dire que si l'ouvrier avait été blessé par l'auto que possède son patron pour la livraison de son pain, il n'aurait pas été garanti par la législation spéciale. Il aurait effectué un travail commercial et la garantie de la loi se serait appliquée à lui.

Déduction des impôts du revenu déclaré

Voudriez-vous me donner une consultation fiscale. Je vous en remercie d'avance.

Je suis un des rares qui déclare exactement mes bénéfices en vue d'impôt. Or, j'en déduis toujours de ma cote bénéfices professions non commerciales, la patente.

Cette fois-ci le contrôleur m'envoie la lettre ci-jointe. Je crois que s'il y a des frais professionnels à déduire du total, c'est bien la patente.

Dr G.

Réponse.

Le contribuable en vertu de la loi du 15 juillet 1914 et 23 février 1917, a la possibilité de déduire de l'ensemble de ses revenus les impôts directs et taxes assimilées acquittés par lui au cours de l'année précédente.

Si le contrôleur a réintégré dans les revenus la patente et l'impôt sur les bénéfices non commerciaux, la raison doit en être la suivante : il a pensé que la défalcation avait été opérée une première fois pour l'établissement du bénéfice net résultant de l'exercice de la profession.

Il est, en effet, généralement procédé de la manière suivante, pour la déduction des impôts et taxes acquittés au cours de l'année précédant l'imposition.

En ce qui concerne les impôts dits cédulaires, ils sont ordinairement directement défalqués des bénéfices bruts laissés par l'exercice de la profession.

Dans le cas présent, il est probable que la patente et l'impôt sur les professions libérales payés en 1922 ont été imputés aux frais généraux pour l'établissement de l'imposition sur les bénéfices non commerciaux.

Il n'y a pas lieu alors d'opérer à nouveau la déduction sur l'ensemble des revenus.

En ce qui concerne les impôts personnels (taxes assimilées, impôt général sur le revenu) ils sont déductibles du revenu global et doivent être portés au cadre VI de la formule de déclaration.

Dans le cas où le docteur n'aurait pas fait la déduction sur son bénéfice brut des impôts inhérents à l'exercice de sa profession, il devrait en informer le contrôleur qui alors permettrait sans doute l'imputation sur l'ensemble des revenus.

A. Martinot.
Conseiller fiscal.

Vente d'une auto d'occasion à un intermédiaire

J'ai été surpris par votre note sur « le nouveau régime de la taxe de luxe sur les ventes d'automobiles » numéro du 6 mai. Je croyais que lorsqu'on vendait une auto d'occasion à *un intermédiaire* dont la seule fonction était de la revendre, la taxe de luxe ne jouait pas (je parle avant la loi du 30 mars) et que cette taxe de luxe n'était due que lorsque l'intermédiaire revendait la voiture.

Mon histoire est la suivante :

Le 22 *mars* 1923, je passe à un garagiste la commande d'une voiture.

Je m'engage, le jour de la remise de la voiture neuve, à laisser entre ses mains mon ancienne, le tout en versant une somme de X, dont 1.000 fr. à la commande. On me remet la voiture neuve *le 14 avril* 1923, je n'ai payé la taxe de luxe que sur la voiture neuve. Je vous demande :

1° Si la vente de ma voiture d'occasion doit être considérée comme effectuée le 22 mars ou le 14 avril, avant ou après la loi.

(Voir la suite page XLIII-2241)

PROPOS DU JOUR

Les lacunes de l'assistance hospitalière. Le service social à l'hôpital.

Nous nous souvenons d'avoir assisté jadis à une représentation de *La Mascotte*. Dans la scène du début, un malheureux fermier, que poursuivait la « Guigne », se plaignait que son frère, fermier aussi, mais riche et prospère, se bornait, pour le secourir, à lui envoyer chaque année un panier d'œufs et une lettre de bons conseils. Les œufs étaient vite consommés : quant aux bons conseils le malchanceux, hélas ! n'en avait que faire.

Cette histoire est exactement celle du malade à l'hôpital. Le médecin bienveillant lui donne fraternellement son panier d'œufs, sous forme de traitement, puis quantité de bons conseils. Le traitement consommé, le malheureux sort de l'hôpital, il lui reste les bons conseils ; ils sont certes, excellents : s'il est diabétique, albuminurique, dyspeptique ou tuberculeux, il lui est prescrit régime, repos, cure de plein air. Mais le pauvre diable affaibli, encore plus appauvri, par son séjour à l'hôpital, n'a d'autre alternative, en fait de régime, que de manger de nouveau la vache enragée de jadis, de reprendre le même travail éreintant comme repos, et, comme cure de plein air, de se plonger à nouveau dans l'atmosphère empuantie de son taudis.

S'il est des médecins qui limitent leur rôle à l'examen clinique de ceux qu'ils soignent et à ses conséquences thérapeutiques, sans sortir du cadre restreint de l'hôpital, il en est heureusement beaucoup d'autres qui voient plus loin, et songent à l'avenir de leurs malades et à ceux qui les entourent. Certains même, comme le Dr Cabot, de Boston, après s'être dévoués pendant de longues années, sont pris de découragement et presque de dégoût en constatant, après enquête, le peu de résultats vraiment utiles obtenus, malgré le travail clinique opiniâtre et consciencieux auquel ils se sont livrés. « Je ne pouvais, écrivait le médecin américain, regarder mes malades en face, sachant le peu que je pouvais leur donner. Il me semblait que j'étais un raté ou un imposteur. »

Avec la même franchise, le Dr Louis Guinon, le distingué médecin de l'hôpital Bretonneau, a récemment écrit : « Quand, au cours de sa carrière, le médecin d'hôpital soumet à la critique son travail hospitalier et cherche à évaluer dans quelle mesure il a pu aider au progrès social, il éprouve quelque tristesse devant le peu de rapport qu'il y a entre l'effort donné et le résultat obtenu. »

Et ce n'est pas une de nos moindres récompenses, à nous, très modestes et très humbles praticiens, qui ne possédons ni l'étendue des connaissances de nos savants confrères des hôpitaux, ni les moyens techniques dont ils disposent, que de pouvoir constater, après une longue carrière, qu'avec notre faible savoir, doublé de quelque bon sens et de quelque expérience, nous avons rendu et nous rendons de réels, d'indiscutables services, et cela, parce que nous pouvons suivre nos malades, adapter nos conseils au milieu où ils sont obligés de vivre, les réconforter dans les périodes critiques, les mettre en garde contre ce qui peut leur être nuisible, en somme, doubler notre diagnostic et notre traitement cliniques d'un diagnostic social et d'une thérapeutique sociale. « N'envoyez jamais à l'hôpital un enfant en bas âge, nous disait un de nos vieux maîtres, pédiâtre distingué, homme de conscience et de cœur. Quels que soient les conditions de mauvaise hygiène et de misère où il peut se trouver, soigné par sa mère, il a des sérieuses chances de guérir. S'il vient à l'hôpital, il est presque fatalement perdu. » Notre vieux maître avait raison, et trente ans de médecine populaire pratique nous l'ont éloquemment démontré

A Paris, plus qu'ailleurs, cette absence de « traitement social » à l'hôpital se fait fâcheusement sentir. L'hôpital parisien, jusqu'à notre époque, comme la monade de Leibniz, n'avait ni portes, ni fenêtres ouvertes sur l'extérieur. Il se suffisait à lui-même. Chose qui paraîtra un jour inconcevable, et qui montre à quel point atteint l'imperfection des secours médicaux parisiens, il n'a existé, jusqu'à ce jour, aucun lien entre le traitement de l'indigent à l'hôpital et le traitement du même indigent à domicile. Le même malade chronique est alternativement renvoyé de l'hôpital à son domicile, et de son domicile à l'hôpital, comme une balle de tennis, sans que jamais les médecins qui le soignent sachent

les accidents qui lui sont survenus, ni les traitements qu'il a subis. Nous laissons à toute personne de bon sens le soin d'apprécier les résultats que pareille incohérence permet d'obtenir et le gaspillage pharmaceutique qui fatalement en résulte.

Ces lacunes de l'Assistance hospitalière sont devenues si choquantes, si intolérables, qu'on a cherché à les atténuer et l'honneur d'en avoir trouvé le remède revient au Dr Cabot, de Boston, qui, le premier, créa l' « Hospital Social Service » vers 1903, s'adjoignant une auxiliaire nouvelle, la « Social Worker », que l'on traduit en France : Assistante sociale ou Infirmière visiteuse.

Le service social à l'hôpital se développa rapidement aux Etats-Unis et au Canada. Ce fut grâce à une communication de Mme la docteresse Nageotte-Wilbouchewitch à la Société de Pédiatrie, en novembre 1913, que le service social fut introduit en France, et nos lecteurs assidus doivent se souvenir d'un de nos « Propos du Jour », où nous avions déjà exposé la question. Des essais d'abord timides et insuffisants furent faits dans les maternités, dans les hôpitaux d'enfants, dans les Services de tuberculeux. Aujourd'hui, grâce à l'actif dévouement de Mesdames de Clermont, Georges Getting, Jacques de Broglie, grâce aux docteurs Louis Guinon et Louste, et à M. Emile Deutsch de la Meurthe, les divers essais de *service social à l'hôpital* se sont groupés en une société, reconnue d'utilité publique par décret du 4 juillet 1922, et sa première Assemblée générale s'est tenue en février dernier, sous la présidence du Ministre de l'hygiène, M. Paul Strauss. Le Directeur de l'Assistance publique de Paris, M. le Dr Mourier, appréciant toute l'importance de cette organisation nouvelle, en a accepté la présidence effective.

***

Si vous voulez être renseignés d'une façon précise sur le fonctionnement du *Service social à l'hôpital*, vous n'avez qu'à vous procurer l'intéressante thèse sur ce sujet, que Madame Ed. Krebs-Japy, ancienne externe des hôpitaux de Paris, a soutenue récemment devant la Faculté de médecine (1).

A vrai dire, des essais même anciens avaient été tentés en France. Saint-Vincent-de-Paul, en créant en 1634 la *Compagnie des Dames pour le service de l'Hôtel-Dieu de Paris*, n'avait eu d'autre but que d'organiser un service social, et ce n'est pas la faute de ce génial philanthrope, si l'absence de toute connaissance hygiénique réduisait les secours à la seule assistance religieuse, ce qui à cette époque était absolument normal. Il y eut à Paris de nombreuses œuvres de visiteuses des malades à l'hôpital, de placement des malades sortant de l'hôpital, de convalescence, les vestiaires des hôpitaux, les caisses de secours pour les malades, etc., etc., mais ces œuvres agissaient sans liaison et avec des moyens limités et insuffisants. Trois sociétés nouvelles ont été fondées à Paris :

1° Le service social à l'hôpital ; 2° les volontaires du service social ; 3° le service social de la Ligue Franco-Anglo-Américaine contre le cancer.

1° *Le service social à l'hôpital* comprend à l'heure actuelle une section des *tuberculeux*, une section des *maternités*, une section des *enfants*. Chaque section est administrée par un conseil autonome. Une permanence, ouverte tous les jours de 9 à 12 heures et de 14 à 18 heures, existe au Siège de l'Œuvre, 3, rue de Berri, dans les locaux de la Commission Rockefeller. Les archives y sont conservées, comprenant les rapports des assistantes et les fiches. La directrice, Mlle Noufflard, assure la liaison entre les assistantes sociales, les médecins, l'Assistance publique et l'Office départemental d'hygiène sociale. Toutes les semaines, une réunion générale des assistantes d'une section se tient sous la direction de la présidente de section. Il existe en outre trois comités : un comité d'honneur, un comité général, et un comité de propagande qui se réunissent tous les trois mois. Chaque service social d'hôpital coûte 12.000 fr. par an. L'assistante responsable du service touche 7.200 fr. par an. Les auxiliaires rétribuées touchent 300 fr. par mois, si elles ne sont employées que la matinée, 500 fr. si elles sont employées toute la journée. Les assistantes des maternités et des enfants doivent être pourvues du diplôme d'infirmières. Les services sociaux à l'hôpital sont complètement indépendants de l'administration, et sont libres de prendre toutes les initiatives utiles ; leur seul lien avec l'assistance publique est que le Comité général de l'Œuvre est présidé par le Directeur de l'Assistance de Paris.

Nous ne donnerons pas la statistique du travail accompli : visites à domicile, placements d'enfants, placements d'adultes (refuges, sanatoriums, convalescence), placements de femmes

---

Madame Ed. Krebs-Japy : *Le service social à l'Hôpital.* Paris. Les Presses Universitaires de France, édit. 1923.

avec leurs enfants, travail procuré aux malades guéris, abandons d'enfants conjurés, signalements de cas intéressants aux dispensaires de l'Office d'hygiène sociale, enquêtes faites pour l'Assistance publique, dons de vêtements, layettes, berceaux, médicaments, etc., etc. ; contentons-nous d'enregistrer que par leurs démarches, les assistantes sociales ont obtenu pour leurs malades plus de 25.000 francs de dons en 1922, dès le début de leur activité.

2° L'œuvre des *volontaires du service social* est une œuvre protestante qui, depuis 1914, s'occupe de la maternité de l'hôpital de la Charité. Une assistante rétribuée dirige des volontaires dont le service est gratuit.

3° *Le service social dans les services hospitaliers de cancéreux à Paris* est annexé au service du Dr Regaud, à l'hôpital Pasteur. Il s'exerce en outre à l'Hôtel-Dieu (serv. du Pr Hartmann), à Villejuif (serv. du Dr Roussy), à Tenon (serv. du Dr Proust), à la Salpêtrière (serv. du Dr Gosset). Ce service social est assuré par des dames bénévoles. Un fichier social des cancéreux est constitué depuis 1919 par Mme Hartmann. Outre les utiles interventions d'assistance auprès des cancéreux guéris ou non, les dames visiteuses rendent d'inappréciables services aux malades, en assurant leur surveillance médicale, et aux chirurgiens en leur permettant de faire de sérieuses statistiques.

***

Nos lecteurs nous excuseront de ne pas entrer plus intimement dans les détails du fonctionnement de l'œuvre ; s'ils tiennent à se renseigner exactement, ils voudront bien se reporter à la thèse de Mme Krebs-Japy. Nous ne doutons pas qu'un peu partout, des services analogues pourraient être organisés, et nous serions heureux de voir les médecins, et surtout les syndicats médicaux, prendre en province l'initiative et la direction de ces utiles innovations qui gagneraient à rester en étroite liaison avec le corps médical. La création de ces services est à l'étude à Strasbourg, à Reims, à Lyon. Des tentatives isolées sont faites aux maternités de Rouen et de Toulouse. Ces services s'étendent aux aliénés, aux vénériens, mais nous devons avouer qu'il y a encore beaucoup, sinon tout, à faire dans notre pays.

A l'étranger, le service social à l'hôpital s'est rapidement développé.

En Allemagne, il existe à Berlin, à Hambourg, à Francfort, à Stettin, à Leipzig, à Breslau, etc. En Angleterre, il existe en fait depuis 1895 où les *Ladies Almoners*, d'abord simples enquêteuses pour se renseigner sur la fortune des hospitalisés, sont devenues rapidement de véritables assistantes sociales.

En Autriche, des institutions semblables existent à Vienne, en rapport avec les Caisses d'assurances pour les malades. Nous les voyons s'organiser en Belgique, surtout à Bruxelles.

Le service social à l'hôpital fonctionne au Canada, à Toronto. Aux Etats-Unis où il a pris naissance, il est très répandu. Nous le retrouvons en Hollande, à Amsterdam, à Utrecht officiellement, à Haarlem, à Arnhem, à Groningue, à La Haye, grâce à l'initiative privée. Il fleurit dans toutes les grandes villes d'Italie, notamment à Rome, Florence, Turin, Bologne ; dans les Etats Scandinaves ; il est sur le point de se réaliser en Pologne, en Roumanie, en Serbie, en Tchéco-Slovaquie. Il n'est pas douteux que l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Japon, les Républiques Sud-Américaines, l'Afrique du Sud ne sont pas restés ou ne resteront pas en retard.

Nous devons reconnaître que ce grand courant d'assistance, aussi intelligemment et pratiquement compris, a été créé par les comités américains, et nous nous plaisons à constater que grâce à la générosité des philanthropes et des intellectuels Américains, un progrès considérable dans l'Assistance des malades aura été accompli dans le monde entier. Le service social à l'hôpital est une des plus belles manifestations de ce progrès, faible, mais noble consolation des horreurs de la guerre, pour tous ceux dont le cœur n'est pas dépourvu de sentiments d'altruisme et de pitié.

J. Noir.



◆◆

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SUR CERTAINS TROUBLES SÉCRÉTOIRES D'ORIGINE NERVEUSE OU RÉFLEXE

Par L. Pron.

Dans un article sur les troubles génito-urinaires nerveux, paru ici même il y a quelque temps (1), j'ai mentionné la *pollakiurie*, l'*albuminurie*, la *phosphaturie*, l'*azoturie*. Ils auraient été mieux à leur place dans l'article d'aujourd'hui.

Je me bornerai donc à les rappeler, et j'y ajouterai l'*oligurie* réflexe (pouvant même aller jusqu'à l'*anurie*), qui est de règle dans la colique néphrétique et qu'on observe souvent, d'autre part, après les instillations de nitrate d'argent dans la vessie. Elle peut se montrer également dans les shocks nerveux généraux, tels qu'un grand traumatisme, une émotion, etc. et elle constitue une manifestation courante de l'hystérie. Elle accompagne quelquefois les coliques intestinales banales ou les crises coliques, ceci, en raison des anastomoses existant entre l'appareil nerveux de l'intestin et celui du rein. Outre les anastomoses classiques, Gil Vernet et Gallart-Monès viennent d'en décrire une nouvelle (2) : c'est un petit ganglion fusiforme et médian, situé sur la face antérieure de l'aorte, au niveau du point d'origine de l'artère mésentérique inférieure, à cinq millimètres du pédicule rénal, qui reçoit des filets, des ganglions de la chaine lombaire, et qui en envoie au plexus rénal.

M. Leven dit que « la sécrétion urinaire reflète.... l'irritation des centres nerveux, » et que l'irritation nerveuse simple suffit à faire tomber la quantité moyenne de 1.500 gr. à 2 ou 300 gr. en 24 heures (3).

Le même auteur a signalé la *mucorrhée urinaire*, c'est-à-dire le *catarrhe de la vessie*, à titre de complication de la dyspepsie (4).

Dans un second article, paru peu après et consacré aux troubles cutanéo-muqueux d'origine nerveuse (5), je parlais des *sueurs hystériques*, de l'*hyperhydrose* réflexe, localisée au crâne ou à la face, qui se montre chez certains sujets à muqueuse gastrique particulièrement irritable, immédiatement après l'ingestion de salade ou d'un mets épicé, et de la *séborrhée faciale*, qui peut aboutir à la formation d'une couche de crasse permanente (M. Leven).

J'y ajouterai aujourd'hui l'*anhydrose*, c'est-à-dire l'hypocrinie sudorale, qui aboutit à la sécheresse de la peau et à son écaillement facile ; on la rencontre dans les névroses banales, dans les névrites et dans l'hémiatrophie faciale progressive (6).

Mais à côté des modifications en plus ou en moins, le fonctionnement des glandes sudoripares peut être perturbé qualitativement. A côté de l'hyper et de l'hyposudation, il y a la parasudation ou *parahydrose*, les sueurs colorées ou *chromhydrose*, et les sueurs odorantes ou *osmhydrose* : les premières déterminent sur la peau des taches noires ou bleu foncé, qui souillent le linge et qui sont dues à la présence d'indican, les secondes, exhalant généralement une odeur d'urine. Déjérine, d'une part, Gaucher, d'une autre, ont signalé les *sueurs rouges* et les *sueurs phosphorescentes*. « La chromhydrose, disent Hallopeau et Apert, survient le plus souvent chez des hystériques et à l'occasion d'émotions. Parrot la considérait comme liée à un trouble de l'innervation cutanée » (7).

Les troubles sécrétoires d'origine nerveuse sont surtout marqués le long du tractus digestif, depuis la bouche jusqu'au côlon.

A la bouche, l'*hypersalivation* ou *sialorrhée* est consécutive à toute excitation portant sur la muqueuse gastrique. La *sialo-aérophagie* purement nerveuse, c'est-à-dire d'origine centrale, est très fréquente ; mais, la variété gastrogène (8) ne lui cède en rien, à ce point de vue.

L'œsophage peut également être le point de départ de l'hypersalivation (réflexe œsophago-

(1) *Concours médical* (21 juillet 1921).
(2) *Archives des maladies de l'appareil digestif* (1921, n° 2, p. 105.)
(3) *Système nerveux et maladies* (1893) p. 240.
(4) *La névrose* (1887), p. 198.
(5) *Concours médical* (7 août 1921).

(6) *In* Grasset. — *Les centres nerveux* (1905), p. 599.
(7) *Traité élémentaire de pathologie générale* (1904), p. 706.
(8) J'ai à m'excuser ici de la critique, que j'ai faite dernièrement (11 mars 1923), de la terminaison «gène», qui signifie tantôt : « *qui engendre* », et tantôt : « *qui est engendré par* ». Renseignement pris auprès d'une autorité littéraire, cette ambiguïté est légitime. Le contexte seul indique le sens.

salivaire de ROGER). Le phénomène se produit de façon marquée pendant le cathétérisme de l'estomac.

Les émotions brusques s'accompagnent couramment, au contraire, d'*hyposalivation.*

Mais, l'état psychique ne conditionne pas seulement en plus ou en moins la salivation. Une même glande, en l'espèce la sous-maxillaire, sécrète une salive différente, selon la nature de l'excitant. C'est ainsi que MALLOIZEL (1), en présentant de la viande à un chien, porteur d'une fistule, a constaté l'écoulement d'une salive très visqueuse ; en lui montrant un tube rempli de sel, la salive est liquide. Par la voie olfactive, on obtient, avec une macération de viande, une salive épaisse ; avec du chloroforme ou une essence quelconque, une salive très fluide.

En ce qui concerne l'estomac, les troubles sécrétoires d'origine nerveuse ou réflexe sont trop connus pour qu'il y ait lieu d'insister. La perturbation en plus, *hyperchlorhydrie,* est beaucoup plus fréquente que l'*hypochlorhydrie,* à la suite d'un choc moral et surtout d'une fatigue physique ou intellectuelle ; les excès génitaux et le tabagisme constituent des facteurs très importants d'*hypersécrétion continue,* et tous les dypeptiques savent, par expérience, qu'une simple préoccupation ou un tracas d'affaires sont suivis immanquablement d'une augmentation de leurs malaises. Inversement, un changement de vie, de milieu, d'entourage, de climat, etc., suffit pour améliorer leur état subjectif.

Mais, d'une façon générale, si le système nerveux joue un rôle capital dans la génèse de bon nombre de gastropathies et dans la marche ou l'intensité des symptômes subjectifs, il n'en est pas moins vrai, comme je l'ai fait remarquer à diverses reprises (2), que la proportion des dyspepsies nerveuses, c'est-à-dire d'essence purement dynamique, est faible. Quand le mal dure depuis des mois et des années, il aboutit à des désordres organiques : inflammation chronique (gastrite avec ses modalités diverses), ou lésions véritables (ulcère et adhérences).

En ce qui concerne le foie, l'*ictère émotif* (dont on a en vain tenté de nier l'existence, il y a quelques années, pour en faire une hépatite d'origine infectieuse) est une banalité. Il n'y a pas trouble sécrétoire proprement dit, mais excrétoire, le sphincter d'Oddi entrant en spasme et empêchant l'écoulement de la bile dans l'intestin.

La *mucorrhée intestinale* (côlique) est beaucoup plus souvent la conséquence d'une irritation du plexus mésentérique inférieur que d'une côlite vraie, cette irritation étant elle-même secondaire à une affection de l'estomac dans un grand nombre de cas. L'entéro-côlite muco-membraneuse devrait être dénommée classiquement *entéro-névrose* (ou mieux côlo-névrose), selon la désignation employée par G. LYON.

Dans un domaine bien éloigné du tube digestif, il y a à signaler, parmi les troubles sécrétoires nerveux ou réflexes, l'*épiphora* ou hypersécrétion lacrymale, qui se montre fréquemment chez les hypocondriaques, les paralytiques généraux et les hystériques. C'est à cette cause qu'est dû le brillant des yeux des hystériques ou des névrosés. Dans la paralysie faciale, l'épiphora est la conséquence de la paralysie du muscle de Horner qui, normalement, attire en dedans les points lacrymaux et, ici, les écarte vers le dehors.

Inversement, quand la paralysie faciale a une origine intra-temporale, il y a suppression de la sécrétion lacrymale. La sécheresse des yeux ou *xérophtalmie* s'observe également dans la simple neurasthénie.

Beaucoup de personnes ne se mouchent presque jamais ; ce sont des personnes nerveuses. Plus rare est le *coryza,* qui « dure des mois, des années chez les nerveux.... il diffère, s'il est provoqué accidentellement par le froid : il n'a alors qu'une durée limitée et disparaît avec l'irritation passagère de la cellule ; les sécrétions des glandes, après avoir été purulentes, se rétablissent et redeviennent normales ; chez le nerveux, d'ordinaire, le mucus reste clair, transparent et se sécrète tant que le système nerveux n'est pas rétabli » (3). Il va de soi qu'un traitement local est entièrement inefficace ; c'est au système nerveux qu'il faut s'adresser (hydrothérapie tiède, bromure, valériane, etc.) (4).

Comme la salivation, la *lactation* peut être modifiée, non seulement en quantité, mais en nature, par des facteurs nerveux. Une colère, une frayeur de la nourrice, dit Marfan (5), peuvent diminuer la sécrétion lactée, « ou communiquer au lait des propriétés nuisibles, puisque, en cette occurrence, le nourrisson peut diminuer

(1) *Société de biologie* (21 juin 1902).

(2) Entre autres, in *Concours médical* (4 décembre 1921).

(3) M. LEVEN. — *Système nerveux et maladies* (1893) p. 77.

(4) Il vient d'y avoir, à Alger, une conférence, donnée par le Dr MERSEY sur la *méthode de* COUÉ, c'est-à-dire sur l'auto-suggestion et son pouvoir thérapeutique.

Ayant publié ici même un certain nombre d'articles sur le rôle pathogénique du système nerveux *dans tous les domaines,* je suis amené par là — et non à propos du coryza nerveux spécialement — à formuler un jugement sur cette méthode, et je n'hésite pas à l'approuver intégralement, quand elle est appliquée à des maladies fonctionnelles.

(5) *Troubles dus aux modifications qualitatives de la sécrétion lactée* (*Journal des Praticiens,* 3 février 1917).

de poids ou être pris de diarrhée.... VERNOIS et BECQUEREL ont analysé du lait, recueilli après une violente émotion accompagnée de fièvre, chez une femme dont le lait avait déjà été analysé quelques jours auparavant ; après l'émotion, le lait contenait plus d'eau et de caséine, moins de sucre, de sels et surtout de beurre. »

Mais, c'est principalement dans le domaine des glandes à sécrétion interne que le système nerveux fait sentir son action, et c'est presque une tautologie que de le dire, car, ontogéniquement comme physiologiquement, le système sympathique et le système endocrinien ne font qu'un.

Aux premières périodes de son évolution, l'axe nerveux cérébro-spinal est une gouttière, différenciée aux dépens de l'ectoderme. Les « éléments constituants apparaissent sous la forme de *cellules germinales* qui, par des transformations parallèles, donneront, d'un côté, les cellules épendymaires, de l'autre, 1° les cellules neurogliques, les spongioblastes ; 2° les cellules nerveuses, les neuroblastes » (1). Pendant leur transformation, les cellules germinales arrivent au stade de *cellules indifférentes* ; celles-ci « migrent à la fois le long de la racine postérieure et de la racine antérieure ; elles atteignent ainsi la portion du nerf spinal formée par la réunion des deux racines, c'est-à-dire le nerf mixte rachidien, et là, changeant de route, inclinant leur nouvelle direction de 90° sur la précédente, elles quittent le nerf, pour se porter en avant de lui et s'assembler en une masse, qui deviendra le *ganglion sympathique* ou *sympathogonie*. Arrivée à ce stade, la cellule migrante « ne borne pas là son évolution : elle va plus loin, histologiquement parlant, et, bifurquant selon les nécessités, elle s'oriente alors, soit du côté nerveux pur, devenant un *sympathoblaste*, soit du côté glandulaire, devenant un *phœochromoblaste* » c'est-à-dire un élément endocrinien.

Que l'organisme adulte vienne à subir un choc nerveux ou une série d'excitations portant sur le système cérébro-rachidien ou sur le système sympathique, et que ce choc soit d'ordre physique ou d'ordre psychique, telle ou telle glande du système endocrinien est immédiatement perturbée et les effets de cette perturbation sont locaux ou généraux, passagers ou de longue durée.

Les deux glandes le plus facilement et le plus souvent touchées sont le corps thyroïde et les surrénales.

MARANON (de Madrid), spécialiste en pathologie endocrinienne, sur 159 cas d'*hyperthyroïdisme*, en a relevé 48, soit 28 %, dus à un facteur émotionnel, en l'espèce la dépression morale, chez les combattants de la grande guerre (2). Le Pr MERKLEN a fait la même remarque et attiré l'attention sur l'accroissement du nombre de maladies de Basedow chez l'homme pendant la guerre, particulièrement chez les évacués du front, et DANYSZ, dans un ouvrage de philosophie biologique, a assimilé les émotions à des énergies se mouvant en ondes, constituant des excitants puissants et agissant au premier chef sur les sécrétions humorales (3). Ceci, aussi bien chez les animaux que chez l'homme. BUSCANO a même constaté chez des animaux soumis à la frayeur d'importantes modifications histochimiques du système nerveux et des glandes endocrines : amoindrissement de l'affinité pour certains colorants, augmentation du nombre des corpuscules nucléaires et du taux des graisses neutres. DANYSZ va jusqu'à écrire : « Chez l'homme cultivé, ce sont les événements de la vie quotidienne, les impressions bonnes ou mauvaises, agréables et désagréables, qui règlent bien plus les sécrétions de ses glandes, le fonctionnement de ses organes, les conditions de nutrition de l'organisme et par conséquent l'état de santé générale, que la nature des aliments qu'il absorbe » (p. 184).

ASHER a fourni des preuves expérimentales de l'influence de l'excitation du nerf splanchnique sur la sécrétion de l'adrénaline, et CANNON a pu démontrer ensuite que les émotions provoquent de l'*adrénalinémie* (4).

GLEY semblait avoir ruiné cette conception, et il refusait même à l'adrénaline la qualité de sécrétion interne, dans un travail reposant sur des recherches expérimentales poursuivies avec QUINQUAUD (5). Mais TOURNADE, dans une série de communications à la Société de biologie, dont il a présenté récemment un résumé (6), a montré que les expériences de GLEY étaient entachées d'une erreur de technique ; en réalisant une anastomose veineuse surrénalo-jugulaire entre deux chiens, il a prouvé l'existence de l'adrénalinémie, consécutive à l'excitation du splanchnique et son rôle efficace : hyperten-

(1) GUILLAUME. — *Le sympathique et les systèmes associés*, deuxième édition (1921), p. 2.

(2) *Le facteur émotionnel dans la pathogénie des états hyperthyroïdiens* (*Annales de médecine*, n° 2, 1921).

(3) *La génèse de l'énergie psychique* (1921). Livre II, p. 178 et sq.

(4) *Innervation des glandes à sécrétion interne, etc.*, (*Société suisse de neurologie*, 11 et 12 novembre 1911). De même, HIRST (*British medical journal*, 29 septembre 1917).

(5) *Quatre leçons sur les sécrétions internes.* Deuxième édition.

(6) *Existe-t-il une adrénalinémie physiologique* (*Journal de médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord*, février 1922).

sion artérielle et mydriase. HOUSSAY (1) a confirmé entièrement ces résultats.

Les commotions, cela va sans dire, agissent sur le corps thyroïde de la même façon que les émotions. MONIER-VINARD a présenté, à la société des sciences médicales des Armées d'Orient (2), un malade atteint d'un syndrome basedowien typique, à la suite de commotion due à un éclatement de projectile et BABONNEIX et CÉLOS (3) ont observé deux cas de *goitre exophtalmique* fruste, apparus dans des conditions analogues.

Un pur traumatisme peut également aboutir au même résultat. DUPLANT (4) a communiqué l'observation d'un soldat de 21 ans, qui présentait les symptômes caractéristiques de la maladie de Basedow, à la suite d'une chute de 17 m. de hauteur sur l'épaule et la base du cou ; pour lui, la peur ne suffit pas à expliquer cette complication ; il est vraisemblable que le choc violent a déterminé une lésion des nerfs cardiaques.

Comme forme tout à fait singulière de trouble sécrétoire d'origine nerveuse, je citerai le cas observé tout récemment par M. BRIAND (5). Il s'agit d'un blessé du crâne, sujet aux crises et aux absences comitiales, et chez lequel les accidents sont annoncés par une odeur de pourriture, qui est nettement perçue par l'entourage du malade et qui disparaît quelques minutes après l'accès. Les vêtements ne conservent aucune odeur spéciale, ce qui permet d'éliminer la transpiration ; d'autre part, il n'y a ni éructations, ni borborygmes, ce qui semble montrer que l'estomac n'est pas en jeu. M. BRIAND conclut que l'odeur résulte d'une exhalation pulmonaire, tout en reconnaissant que le problème des émanations olfactives est, d'une façon générale, extrêmement obscur. HARTENBERG, pour le cas présent, tend à admettre un déséquilibre vago-sympathique, favorisant la production ou l'absorption, par la muqueuse intestinale, de poisons volatils, qui sont éliminés par le poumon, et R. CHARPENTIER croit aussi au rôle prépondérant du tube digestif dans ce phénomène.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le varicocèle et son traitement (6)

M. J.-P. TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux.

Je tiens à vous entretenir aujourd'hui d'un de nos malades qui présente un type bien complet d'une affection que vous serez appelés à rencontrer communément, et qu'il importe de bien connaître, au double point de vue des accidents qu'elle peut amener, et du traitement qu'il convient de lui appliquer.

Il s'agit de ce cultivateur, âgé de 32 ans, qui est entré dans notre service il y a quelques jours, et qui occupe actuellement le lit n° 8 de la salle Saint-Pierre. Les antécédents héréditaires, consanguins et personnels de notre sujet, ne nous apportent aucun fait intéressant à noter : une fracture de l'avant-bras dans sa jeunesse, deux blessures superficielles au cours de la dernière guerre ; à part cela il a toujours joui d'une excellente santé.

Il y a environ quatre ans qu'il a remarqué pour la première fois, du côté droit du scrotum, l'existence d'une petite tumeur ayant le volume d'une amande. Cette tumeur a subi un accroissement graduel, sans arriver cependant à acquérir des dimensions considérables et sans déterminer des douleurs ou une gêne bien appréciable. Il porte actuellement un suspensoir, parce qu'il se plaignait de ressentir une sensation de pesanteur au niveau des bourses.

Si l'on examine ce malade couché dans son lit, dans le décubitus dorsal, c'est tout juste si l'on est amené à constater que le côté droit du scrotum est un peu plus volumineux que le côté gauche. Mais, il n'en est plus de même, si on le fait lever, car dès qu'il est debout, on remarque que le scrotum droit descend d'un tiers plus bas que le gauche, et que, de ce même côté, la peau des bourses, qui paraît d'ailleurs un peu amincie, semble soulevée par une tuméfaction irrégulière et bosselée. En palpant attentivement la région, on remarque, en outre, que cette tuméfaction, dont la consistance est assez mollasse, occupe tout le trajet du cordon spermatique, dont elle fait d'ailleurs partie, en s'étendant ainsi depuis l'orifice externe du canal inguinal, jusqu'au pôle supérieur du testicule. Cette tumeur présente donc, dans son ensemble, une forme allongée ; mais sous l'action des doigts,

(1) *Décharges d'adrénaline par excitation du nerf splanchnique.* (*Réunion biologique de Barcelone*, in *Comptes rendus de la Société de Biologie* (1920), p. 1279.)

(2) Séance du 12 novembre 1917.

(3) *Société médicale des hôpitaux de Paris* (1er juin 1917).

(4) *Réunion médicale de la 1re armée* (mai 1916).

(5) *Une forme singulière d'aura épileptique : odeur nauséabonde répandue par le malade.* (*Société de Psychiatrie*, 19 avril 1923.) A la séance du 17 mai, BROCHET a communiqué l'observation d'un vieil épileptique, sujet à une grande crise, tous les deux ou trois mois. Le paroxysme était annoncé quelques heures ou même un jour à l'avance, par divers symptômes maniaques et en outre, par le dégagement d'une odeur fade que BROCHET compare à une odeur de navets cuits.

(6) Leçon professée à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

elle se laisse décomposer en un certain nombre de cordons irréguliers, qui, par leur réunion, procure une sensation tout à fait analogue à celle que l'on éprouverait en palpant un paquet de vers plus ou moins agglomérés. Ces cordons ne sont autre chose que des canaux remplis de liquide, et ce qui le montre bien, c'est que leur volume, comme d'ailleurs leur rénitence, augmentent lorsque notre malade est resté debout pendant un certain temps, alors qu'ils diminuent au contraire quand le sujet est couché. En pressant doucement de bas en haut, sur la tuméfaction, on obtient une réduction presque complète, comme si on arrivait en quelque sorte à expulser le contenu des canaux qui la constituent, mais cette tuméfaction se reproduit presqu'immédiatement, dès que l'on cesse les manœuvres de compression.

Le testicule droit est légèrement atrophié par rapport au testicule gauche, et son volume n'atteint que les deux tiers de celui de son congénère. Il paraît également atteint dans sa sensibilité, car lorsqu'on le saisit entre le pouce et l'index, et qu'on exerce une pression, on ne détermine plus chez notre malade la même sensation qu'on lui fait éprouver en exécutant la même manœuvre sur la grande génitale gauche. Cette dernière est d'ailleurs complètement saine, et du côté du cordon, on ne constate aucune lésion qui puisse être rapprochée de celles que nous avons pu relever du côté droit.

Il est à remarquer que toutes ces manœuvres d'exploration, dont je viens de vous parler, s'effectuent sans provoquer la moindre réaction douloureuse, et que notre malade n'a, en quelque sorte, jamais véritablement souffert de la lésion qu'il présente ; il accuse en effet simplement une sensation de gêne et d'agacement dans toute la région, s'accompagnant d'une sorte de lassitude dans les membres inférieurs.

L'examen de ses autres organes est resté complètement négatif : tous fonctionnent d'une façon normale ; il n'y a donc rien à signaler en dehors des lésions siégeant sur le cordon droit et qui préoccupent beaucoup notre malade, puisque c'est leur seule présence qui l'ont déterminé à demander une intervention.

Je n'insisterai pas longuement sur le diagnostic de l'affection dont je viens de vous esquisser la symptomatologie, car il s'impose en quelque sorte. Par suite du siège anatomique de la lésion, elle se localise dans le cordon spermatique, et d'après son aspect, la sensation particulière qu'elle offre au palper, sa réductibilité partielle sous l'influence du décubitus dorsal et son augmentation dans la station debout, il est bien évident qu'il ne peut s'agir dans ce cas que d'un varicocèle, c'est-à-dire de varices des veines du cordon spermatique.

Il convient cependant d'ajouter qu'il n'en est pas toujours de même, et que dans certaines conditions, le diagnostic du varicocèle peut devenir plus difficile. Dans quelques cas, où la tumeur est franchement funiculaire et bien localisée, on a pu prendre le varicocèle pour une tumeur du cordon, kyste, lipome ou fibrome : il s'agit là de faits tout à fait exceptionnels que je me borne à vous signaler. Plus souvent, on a pris un varicocèle pour une hernie épiploïque réductible descendant dans le scrotum ; je vais vous indiquer une petite manœuvre qui vous permettra d'éviter cette erreur de diagnostic. Vous faites coucher votre malade, vous réduisez sa tumeur, et vous oblitérez avec un doigt l'orifice inguinal externe. Cela fait, dites à votre malade de se lever : s'il s'agit d'un varicocèle, la tumeur se reconstituera peu à peu de bas en haut ; s'il s'agit au contraire d'une hernie épiploïque, elle se produira de haut en bas, et seulement lorsque vous aurez cessé de comprimer le canal inguinal. D'ailleurs, l'épiplocèle forme en général une tumeur bien isolée, indépendante du testicule, pourvue d'un pédicule abdominal qui manque totalement au varicocèle.

L'hydrocèle communicante a pu également parfois prêter à la confusion ; elle forme cependant une tumeur lisse, régulière, bien compacte, très facilement réductible et qui ne se reproduit pas non plus lorsqu'on comprime l'anneau inguinal externe. Ce sont là des signes suffisants pour ne pas se tromper dans son examen.

Je passe sur un point un peu plus délicat, celui du diagnostic du varicocèle de la queue de l'épididyme ; j'y reviendrai dans un moment.

Chez notre sujet, l'ectasie variqueuse se manifeste dans tout le paquet veineux, mais il n'en est pas toujours ainsi. Vous savez qu'au point de vue anatomique, on divise les veines du cordon en trois groupes : l'un, antérieur ou spermatique, accompagne l'artère du même nom ; le groupe moyen ou déférentiel entoure le canal déférent et son artère ; enfin, le groupe postérieur ou épididymaire, le moins volumineux, est constitué seulement par quelques veines partant de l'épididyme. Le varicocèle peut donc réagir isolément sur chacun de ces groupes veineux ou les atteindre simultanément, et les anciens auteurs ont insisté particulièrement sur ces différentes variétés qui ne présentent plus aujourd'hui l'importance qu'on leur attribuait autrefois. Il est à remarquer, d'ailleurs, que la dilatation veineuse n'est qu'exceptionnellement localisée à un groupe et que, dans l'immense majorité des cas, elle s'étend à tout l'ensemble du cordon. Cependant, il ne faut pas oublier que parfois, et en particulier chez les vieillards, le varicocèle peut rester localisé au faisceau épididymaire, à l'exclusion des deux autres groupes ; il constitue alors une forme un peu particulière, bien décrite par Doumange en 1875, se traduisant par l'existence

d'une petite tumeur scléreuse, inégale, localisée à la queue de l'épididyme et n'offrant en aucun point la mollesse caractéristique et la dépressibilité du varicocèle ordinaire. Vous comprenez aisément que le diagnostic est ici beaucoup plus délicat, et que l'on tend plutôt à songer à un nodule tuberculeux guéri, ou à un reliquat d'épididymite chronique, qu'à une lésion veineuse, à moins toutefois que l'existence d'autres altérations variqueuses ne vienne attirer votre attention dans ce sens.

Mais il ne suffit pas de porter le diagnostic de varicocèle, il faut encore établir à quelle variété on se trouve avoir affaire : vous devez savoir qu'au point de vue pathogénique, on doit distinguer, d'une part le *varicocèle secondaire* ou *symptomatique*, et de l'autre, le *varicocèle primitif* ou *idiopathique*.

Le premier s'observe à la suite des compressions des veines spermatiques en un point quelconque de leur trajet, par un bandage, par une tumeur de la région inguinale ou de la fosse iliaque, ou encore par une tumeur du rein. C'est là un point sur lequel J.-L. Petit avait bien insisté, mais qui n'a été bien mis en évidence que par Guyon en 1881, date à laquelle cet auteur montra toute l'importance que présentait l'existence d'un varicocèle pour le diagnostic des tumeurs du rein. J'ajouterai encore que l'on a beaucoup discuté pour se rendre compte par quel mécanisme s'établissait la compression des veines. Cette dernière ne pouvait être produite par la tumeur elle-même, puisque le varicocèle n'existe ni dans l'hydronéphrose, ni dans la pyonéphrose, qui pourtant, atteignent un volume bien plus considérable que les cancers, et que bien souvent, le varicocèle apparaît à une époque où le néoplasme est encore si petit qu'il ne peut être accusé d'exercer une action directe sur les veines.

Certains auteurs ont invoqué la thrombose de la veine rénale gauche, ou celle des veines spermatiques ; il semble bien que, conformément aux recherches de Legueu, le varicocèle symptomatique soit dû à la compression exercée sur les veines spermatiques par les ganglions atteints d'adénopathie néoplasique, ganglions s'échelonnant depuis le hile du rein jusqu'au bas de la colonne lombaire.

Nous n'avons pas manqué de rechercher chez notre malade s'il s'agissait de cette forme de varicocèle, mais l'exploration de l'appareil urinaire est restée complètement négative, et nous n'avons donc, par suite, aucune raison pour soupçonner une pareille origine dans le cas qui nous occupe.

Il s'agit donc, chez notre malade, d'un varicocèle primitif ou idiopathique ; reste à en savoir la cause. Deux grandes théories se sont efforcées d'expliquer la production des varices des veines du cordon, comme d'ailleurs des autres varices, et en particulier celles des membres, en les mettant sur le compte, soit de troubles dynamiques, soit d'altération chronique des parois veineuses. Il semble bien qu'il faille admettre aujourd'hui, sans que je puisse entrer dans le fond de la discussion, ainsi que l'ont bien montré Pierre Delbet et Mocquot, que la sclérose veineuse ne s'observe que dans un petit nombre de cas, et que la théorie mécanique semble bien répondre à l'immense majorité des faits.

Je ne puis vous parler ici de toutes les hypothèses qui ont été émises pour bien mettre en lumière ces troubles dynamiques : on a parlé d'insuffisance physiologique des tissus, d'aplasie veineuse congénitale, d'insuffisance valvulaire, de l'action de l'effort abdominal, de l'hyperémie génitale, etc. Tous ces faits ont évidemment une certaine influence dans la production de l'ectasie veineuse, mais il est infiniment probable que la cause primordiale réside, comme l'indiquait J.-L. Escat dès 1898, dans l'aplasie congénitale des veines spermatiques ; le défaut d'étoffe veineuse, peut-être d'origine arthritique, et l'insuffisance des valvules, entraînent comme conséquences immédiates l'ectasie et l'allongement des veines.

Le varicocèle est une affection extrêmement commune, qui s'observe surtout chez des sujets jeunes, de 15 à 25 ans ; certaines professions, exposant à la station debout ou à un effort abdominal souvent répété, semblent favoriser son apparition.

Il est infiniment plus fréquent à gauche qu'à droite, comme va vous le montrer la statistique de de Dellinger Borney : sur 403 cas réunis par cet auteur, 365 fois il s'agissait d'un varicocèle gauche, 5 fois d'un varicocèle droit, et dans 33 cas, la lésion siégeait des deux côtés. Vous voyez donc l'énorme disproportion qui existe au sujet de la localisation et, à ce point de vue, nous pouvons presque dire que notre malade constitue une exception. Beaucoup d'auteurs se sont efforcés de rechercher la cause de cette prédominance à gauche, et ont cherché à l'expliquer en se basant sur les dispositions anatomiques particulières à ce côté. C'est ainsi qu'ils ont invoqué la compression produite par le côlon pelvien, le mode d'abouchement à angle droit, dans la veine rénale, de la veine spermatique gauche (ce qui donne un excès de pression dans les veines funiculaires), ainsi que l'absence de valvules dans la veine spermatique gauche. C'est évidemment à la difficulté de la circulation en retour dans les veines du côté gauche, qu'il faut rapporter la grande différence qui règne dans la répartition des lésions des deux côtés.

Le début brusque ou insidieux du varicocèle, l'évolution plus ou moins rapide, permettent de distinguer des formes aiguës et des formes chro-

niques. Dans un certain nombre de cas, il y a une simple ectasie veineuse : le scrotum garde ses dimensions normales, et la palpation seule permet de sentir un paquet de veines variqueuses plus ou moins sensibles à la pression. Dans d'autres, il y a surtout allongement des bourses, orchidoptose : elles paraissent avoir perdu toute tonicité et descendent très bas, recouvrant des veines allongées, sinucuses, mais ne paraissant pas dilatées. Enfin, il existe parfois en même temps ectasie veineuse et ptose testiculaire, variété cutanéo-veineuse de Tuffier.

Au varicocèle sont, dans un grand nombre de cas, associées d'autres lésions : pointe de hernie inguinale, relâchement de la paroi abdominale, varices des membres inférieurs, hémorroïdes ptoso-viscérales, léger prolapsus rectal, qui montrent alors, comme le dit Sébileau, que le varicocèle n'est qu'un des éléments du syndrome d'insuffisance congénitale des tissus.

Au point de vue clinique, il y a lieu d'envisager deux formes évolutives basées sur les symptômes fonctionnels et généraux ; c'est, d'une part, le varicocèle banal, presque indolore ; c'est, de l'autre, le varicocèle douloureux et compliqué de troubles psychiques ou d'atrophie testiculaire.

Je ne vous parlerai pas davantage de la première forme, forme bénigne, dont vous avez dans le service un exemple frappant sous les yeux ; je m'étendrai au contraire un peu plus longuement sur ce que l'on peut désigner du nom de forme grave. Ici, on n'observe pas seulement une gêne et une pesanteur permanente, mais encore de véritables douleurs, souvent extrêmement vives, qui, parties de la région inguino-scrotale, s'irradient vers le périnée, les lombes et l'abdomen. Ces phénomènes douloureux sont en général nettement influencés par les modifications de la circulation testiculaire, augmentant sous l'action de tout ce qui provoque la stagnation du sang, diminuant au contraire dès que la décongestion du plexus spermatique est effectuée. On observe également, dans ces cas, des troubles réflexes de toutes sortes, des frissons, des bouffées de chaleur, des migraines, des névralgies intercostales, des paresthésies diverses, etc.

Il est à noter à ce propos que, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, les varicocèles douloureux sont habituellement de petit volume, les gros varicocèles restant ordinairement indolents. Cette simple constatation suffit à infirmer un certain nombre d'opinions qui ont été émises pour expliquer la production de ces phénomènes douloureux.

C'est ainsi qu'on avait incriminé la compression des nerfs du cordon par les veines dilatées, ce qui ne tend guère à s'accorder avec l'absence de douleurs dans les varicocèles volumineux ; d'autres avaient invoqué l'ectasie des vasovasorum, qui peut évidemment jouer un certain rôle lorsqu'il s'agit de gros troncs nerveux, mais ne paraît avoir qu'une importance bien minime pour des nerfs de petit volume, comme ceux du cordon. Il est parfaitement vraisemblable que les douleurs qui accompagnent certains varicocèles sont plutôt liées à l'état général du malade. On observe en effet, chez ces sujets, tout un ensemble de phénomènes morbides qu'on peut désigner du nom de *neurasthénie*, et parfois, ces accidents peuvent acquérir une gravité telle, qu'ils arrivent à conduire les malades à l'hypochondrie la plus accentuée et au suicide.

Tristes, toujours ennuyés, ces malades concentrent toute leur attention sur leur maladie ; ils s'observent avec une méticuleuse inquiétude, exagérant tout ce qu'ils ressentent. Ils sont inquiets, impressionnables, agités ou déprimés ; le moindre exercice les fatigue, le plus petit travail les plonge dans une extrême lassitude ; ils concentrent tout dans la préoccupation de leur personne et ne cessent de combiner tous les moyens susceptibles d'atténuer leur mal.

Dans beaucoup de cas, il semble bien que ces troubles mentaux doivent être rapportés à de l'insuffisance testiculaire, mais, presque toujours, il faut accuser la psychopathie beaucoup plus que le varicocèle. Seuls, les tarés, les héréditaires, les surmenés, deviennent ainsi des hypochondriaques, et comme l'a dit si bien Sébileau, le varicocèle est moins la maladie qui provoque l'éclosion de ces troubles mentaux, que l'accident fortuit, autour duquel prend corps et s'affirme une déviation mentale qui, jusqu'alors, s'égarait et qui aurait bien pu prendre pour prétexte un trouble quelconque des fonctions urinaires ou de tout autre appareil de l'économie.

Divers éléments peuvent venir, sous forme de complications possibles, aggraver le pronostic du varicocèle, soit bénin, soit grave.

C'est d'abord l'atrophie du testicule, qui perd en même temps sa consistance normale ; certains auteurs, comme Paget, ont pensé que cette lésion n'était pas sous la dépendance du varicocèle et constituait seulement une affection concomitante, mais d'autres, comme Pott, Curling, Cooper et Barwell, ont bien montré l'action indiscutable de l'ectasie veineuse, le testicule ayant repris un volume normal et une consistance plus ferme à la suite des interventions chirurgicales.

En second lieu, la présence de varices spermatiques diminue la résistance du testicule et crée une prédisposition à l'inflammation de cet organe, et par cela, vous pouvez tout de suite juger les accidents testiculaires qui peuvent survenir au cours de l'évolution d'une urétrite blennorragique ou d'une maladie infectieuse.

Sous l'influence d'un traumatisme ou d'un violent effort, il peut se produire la rupture d'une

veine variqueuse, donnant alors lieu à un hématome funiculaire, accident, je dois l'avouer, fort rare et de pronostic assez bénin.

La dernière complication, beaucoup plus grave, est la thrombo-phlébite du cordon ; très commune jadis, au temps de la chirurgie septique, elle est aujourd'hui extrêmement rare. Elle peut se présenter sous trois formes différentes : de septicémie veineuse, de phlébite suppurée et de thrombo-phlébite adhésive. Dans les derniers cas, il y aurait lieu d'envisager un diagnostic différenciel avec les hernies étranglées, l'orchivaginalite et la torsion du cordon.

Tous les varicocèles ne sont pas justiciables de la même thérapeutique : il y en a qu'on doit opérer, il y en a qu'on peut opérer, il y en a qu'on ne doit pas opérer.

L'on doit opérer les varicocèles qui sont douloureux, qui tendent à provoquer l'atrophie du testicule, qui altèrent les fonctions génitales, et qui mettent en quelque sorte un obstacle à la profession du malade.

L'on peut opérer les varicocèles qui sont volumineux, mais non douloureux.

L'on ne doit pas opérer les autres varicocèles et les réserver au traitement médical. Il faut surtout ne pas opérer les hypochondriaques, les névropathes, qui ne guériraient pas, et ne manqueraient pas d'accuser leur chirurgien et de rendre sa thérapeutique responsable de tous les maux qu'ils endurent.

Pour toute cette classe de malades, vous devrez vous borner à instituer un traitement palliatif à l'aide d'un bon suspensoir, et de prescriptions d'hygiène relatives à la profession, aux fatigues, aux efforts, aux excès qu'il doit éviter.

Quant au traitement curatif, au traitement chirurgical, pendant quelque temps, il a été basé en quelque sorte sur l'évolution clinique des lésions.

S'il y avait de l'orchidoptose, de l'allongement des bourses, c'était à la résection du scrotum qu'il fallait s'adresser ; dans le cas de simple ectasie, à la résection veineuse ; enfin dans la variété mixte, cutanéo-veineuse, il fallait combiner la résection veineuse à la résection scrotale.

Ces différentes méthodes qui, dans un certain nombre de cas, ont produit des guérisons complètes et définitives, ont été, dans d'autres, suivies de récidives, ou ont donné lieu à des complications assez sérieuses.

C'est ainsi que la résection du scrotum, même très étendue, a été complètement inefficace chez bon nombre d'opérés, car par le poids seul du testicule, les téguments ne sont allongés secondairement et ont reproduit la lésion originelle. Chez d'autres, où l'hémostase n'avait pas été parfaite et pratiquée à ciel ouvert, il s'est produit le lendemain de l'intervention des hématomes très étendus, dont vous pouvez deviner les inconvénients et les dangers. La résection veineuse, qu'on la pratique par la voie basse, scrotale, ou la voie haute, inguinale, a été également la source de graves complications. Je ne veux pas parler d'accidents inflammatoires, toujours possibles, mais qu'avec une aseptie rigoureuse on doit pouvoir éviter, mais des lésions d'atrophie testiculaire qui ont suivi la résection veineuse. L'artère spermatique, nourricière du testicule, se trouve cachée et dissimulée derrière les veines funiculaires antérieures; or, si l'on peut toujours reconnaître le canal déférent et ne pas le lier, il n'en est pas de même de l'artère spermatique. Elle est petite, serpente au milieu d'un lacis veineux : aussi, a-t-on toutes les chances de la comprendre dans une ligature quand on tente de faire l'ablation du paquet veineux.

Certains chirurgiens ont bien soutenu que, la section de l'artère spermatique étant sans importance, l'irrigation testiculaire était assurée par l'artère déférentielle, mais à la suite de nombreuses interventions, on n'a pas moins vu se produire une véritable fonte testiculaire, preuve manifeste de l'arrêt complet de la circulation. Donc, soyez prudents si vous faites jamais cette intervention, et tâchez de ménager le faisceau veineux entourant l'artère.

Pour ces différentes raisons, on tend aujourd'hui à s'adresser à la chirurgie conservatrice du varicocèle, qui, d'une part, ne demande aucun sacrifice de tissus, et de l'autre, assure, par la suspension des viscères, la circulation de retour en évitant la stase veineuse dans un scrotum distendu, dans un cordon abaissé et élongé.

Je ne vous entretiendrai certes pas de tous les procédés opératoires qui ont été imaginés : la ligature sous-cutanée en bourse du scrotum de Nimier, le hamac scrotal de Malherbe, etc. Je me bornerai à vous dire quelques mots de la technique que je compte suivre chez notre malade.

Elle est essentiellment basée sur le procédé, dit de Parona, ou de suspension par la vaginale retournée, dans lequel, après avoir, comme dans la cure radicale de l'hydrocèle, pratiqué le retournement de la vaginale, qui forme alors une sorte de sac contenant le cordon spermatique et les veines variqueuses, on fixe ce dernier par quelques points de catgut à l'anneau inguinal externe. Ainsi, en suspendant le testicule, on l'empêche de peser sur les bourses, ce qui permet la rétraction spontanée du scrotum, et en même temps, on empêche les veines de se tendre et de se gorger de sang.

Je sais bien que l'on a fait à ce procédé un certain nombre de critiques : on a prétendu que le testicule était placé trop haut, que la décortication pourrait donner des hématomes ; mais

ces critiques sont loin d'être décisives, et tous ceux qui ont utilisé la méthode de Parona, ou celle de Longuet, qui n'en n'est qu'une modification, se sont toujours trouvés satisfaits des résultats obtenus.

C'est donc ce procédé que nous suivrons dans quelques jours pour notre malade, mais au lieu de suivre la voie scrotale, j'interviendrai par la voie inguinale ainsi que j'ai coutume de le faire depuis longtemps pour toutes les interventions portant sur la glande génitale mâle et ses annexes.

RÉFLEXIONS SUR L'ACTIVITÉ BACILLAIRE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET SUR L'EMPHYSÈME

A la suite des essais faits dans les écoles au sujet de la gymnastique respiratoire infantile (1) et des conclusions qui en découlent, nous avons été amenés à faire les réflexions suivantes que nous énonçons, ne pouvant faire nous-même les expériences qu'elles suscitent.

A l'examen radioscopique des poumons, on voit souvent, dans la zone sus-claviculaire, des taches apexiennes indiquant d'anciennes lésions éteintes, leur porteur paraissant en bon état de santé et ne présentant aucun signe d'activité bacillaire. Cependant, quelquefois, on assiste à un réveil de cette activité. Comment expliquer cet état latent du bacille de Koch ?.

Si on considère le poumon, on peut le comparer à un soufflet que le diaphragme mettrait en mouvement, le tuyau aspirateur étant la grosse bronche intermédiaire entre la trachée et les bronches pulmonaires ; or dans cet ensemble, l'apex pulmonaire se trouve à l'écart, il est aéré par la bronche supérieure presque perpendiculaire au sens de l'aération du soufflet, et il semble constituer un diverticule ou plutôt, une poche de sûreté où, à l'état de repos, les échanges respiratoires sont presque nuls, mais qui aura son utilité dans le cas de modification brusque de pression : ascension dans les montagnes, aviation, sports, courses en particulier, cette pression pulmonaire pouvant devenir très élevée.

D'après ce qui précède, il semble donc que dans cette région pulmonaire où les échanges respiratoires sont presque nuls, la vie bacillaire soit ralentie, latente, végétative. Si cette conséquence était une règle générale, on devrait pouvoir faire d'autres constatations analogues ; or, le pneumothorax est un cas artificiel où le bacille de Koch, ayant une vie très ralentie, est amené en moins de deux ans à l'asphyxie (2).

Dans l'asthme, l'emphysème, le cas est analogue. Chez un véritable emphysémateux, l'ampliation respiratoire est presque nulle, ne dépassant pas d'ordinaire un centimètre alors que chez les jeunes gens de 14 à 15 ans, comme nous l'avons expliqué précédemment, on arrive facilement à 10 centimètres.

(1) Voir la revue médicale : *Physis*, février 1923.

(2) Des bacilles, renfermés dans des crachats, contenus dans un flacon hermétiquement bouché pendant six mois, ne sont plus susceptibles de contaminer un cobaye par injection : ils ont donc subi l'asphyxie.

Dans la pleurésie, les cortico-pleurites, où le bacille a peu d'activité, les échanges respiratoires sont plutôt restreints.

Dans cet ensemble de cas où la vie du bacille est ralentie, nous dirons qu'il est en état d'hyporespiration. Ce n'est donc pas pour lui une situation normale ; le bacille est aérobie ; il lui faut une quantité d'air déterminée pour vivre ; s'il n'en a pas assez, il végète ; mais qu'on lui en donne un peu plus, et son activité reparaît. C'est ce qui se produit quand un tuberculeux prend de l'exercice ; il augmente ses échanges respiratoires, et sa température s'élève, quand le malade est au repos et soumis à une aération trop violente, vent du bord de la mer par exemple. Le résultat est le même quand un pneumothorax est en discussion. Quel est le point délicat ? On recherche s'il n'existe pas dans le poumon sain, en particulier, près du hile, des foyers latents susceptibles de devenir évolutifs. Pourquoi ? Parce qu'il y aura une respiration supplémentaire capable de produire cet effet. Pour cette même raison, des bacilles à l'état latent près du hile du poumon malade seraient susceptibles de recevoir une aération propice et d'envahir le poumon sain.

Si, au-dessus de la clavicule, la vie végétative du bacille est la règle, il n'en est pas de même dans la région sous-claviculaire, soit du côté interne, soit du côté externe où se trouverait sa situation optima. C'est là, comme l'a fait remarquer Maingot, que l'activité bacillaire atteint son apogée. Le bacille y trouve des conditions respiratoires qui lui sont éminemment favorables, et si les conditions de terrain s'y prêtent, il pourra s'y développer avec une extraordinaire rapidité.

La base du poumon du côté externe, bien que plus rarement infectée, semble être aussi un lieu d'évolution de choix.

Prenons un adulte sain : nous constatons une amplitude respiratoire d'au moins dix centimètres, une capacité pulmonaire d'au moins quatre litres. Si des bacilles pénètrent dans les bronches pulmonaires, ils sont bientôt brûlés par l'aération intense de ce poumon sain ; il y a donc eu hyperrespiration bacillaire ayant provoqué sa destruction.

Pour pénétrer dans le poumon, le bacille devra l'éviter, quitte à rester à l'état d'hyporespiration, et il suivra les lignes broncho-vasculaires cheminant dans la région péribronchique avant d'arriver aux

régions de choix, si la phagocytose et l'aération lui en laissent la possibilité.

Il ne créera d'ulcération dans la lumière de la bronche que lorsque le sujet, devenu cachectique par exemple, n'aura que des échanges respiratoires presque nuls.

En résumé, nous constatons que là où les échanges respiratoires sont presque nuls, il y a vie ralentie du bacille de Koch (lésions apexiennes, emphysème, pneumothorax, pneumocoses), qu'il suffit d'augmenter l'aération pour provoquer l'activité ou réactivation bacillaire (exercice, ventilation au bord de la mer, respiration supplémentaire), que dans un poumon sain où l'aération est et reste intense, le bacille introduit par les bronches est rapidement détruit.

Nous arrivons maintenant à l'emphysème. Pour nous rendre compte de ce que cela peut être, envisageons un coureur à pied. Le coureur à bout de souffle a la sensation d'avoir ses poumons gonflés, et ils le sont en effet ; il a besoin d'oxygène et le réflexe qui commande l'inspiration (et ceci doit coïncider avec une modification de la composition sanguine) est plus fort que celui de l'expiration ; il persiste, le poumon se dilate encore plus, surtout à l'apex, c'est-à-dire à la poche de sûreté, mais l'air, donc l'oxygène, n'arrive plus et pour faire cesser cet état paroxystique, le sujet est obligé de s'arrêter. Or, qu'est-ce ceci si ce n'est un emphysème vicariant ou supplémentaire tout à fait transitoire ?

Ici, il s'agit d'un sujet sain dont le tissu pulmonaire élastique est parfait ; aussi cet état transitoire est sans inconvénient, nous pourrions même dire utile puisqu'il fait fonctionner à fond les alvéoles de l'apex qui d'habitude se dilatent peu ; mais nous voyons ce même phénomène se produire dans des cas morbides, dans la broncho-pneumonie des enfants par exemple, où le réflexe inspiratoire a une action si forte et si persistante que l'expiration semble ne pouvoir arriver à se produire ; dans l'asthme, cet emphysème paroxystique où le nombre des respirations peut descendre à 10 ou 8 par minute ; dans la sténose nasale, etc. Les maladies infectieuses, la tuberculose entre autres, peuvent avoir le même effet, le défaut d'oxygène pouvant se faire particulièrement sentir.

Que ce phénomène plus ou moins paroxystique se produise à intervalles répétés chez des individus en état d'infériorité, avec des alvéoles plus ou moins lésés, alors les fibres élastiques de la poche de sûreté commenceront à céder, à se rompre. Ce sera le premier stade de l'emphysème vrai, l'apex ne pourra plus se dilater à l'inspiration forcée, la respiration sera diminuée, le manque de rétraction et la dilatation permanente occasionneront la sonorité et la poche de sûreté n'existera plus. La conséquence ne tardera pas à se faire sentir ; s'il survient à certain moment une pression pulmonaire exagérée, il n'y aura plus de compensation possible et le poumon cédera en un point faible. La radioscopie nous montre que ce point est aux bases, qui s'élargissent. De même qu'à la partie supérieure du poumon, les fibres élastiques des alvéoles arriveront à se rompre et la succession des mêmes faits se reproduira peu à peu sur l'ensemble des alvéoles pulmonaires. Le deuxième stade sera constitué ; on pourra voir à la radioscopie l'élargissement des bases, l'aplatissement des coupoles diaphragmatiques, l'espace rétrosternal en dilatation permanente, etc. Un troisième stade, ou plutôt, une répercussion des deux premiers, consistera en ce que, les échanges respiratoires étant devenus presque nuls, l'acide carbonique qui d'ordinaire ne dépasse pas 5 oà 6 %, augmentera considérablement, s'accumulant aux bases ; comme il y est en milieu humide, il tendra à dissoudre les métaux de l'organisme, la chaux en particulier, provoquant l'hyperclarté des bases avec côtes anormalement claires.

En résumé, les 3 phases de l'emphysème sont :

1° Distension alvéolaire des poches pulmonaires de sûreté (au sommet) avec rupture des fibres élastiques.

2° Distension alvéolaire des bases, puis de l'ensemble du tissu pulmonaire avec rupture des fibres élastiques.

3° Action dissolvante de l'acide carbonique accumulé aux bases, d'où hyperclarté du poumon et décalcifictation des côtes.

Ces trois phases, en réalité, chevauchent plus ou moins les unes sur les autres, mais, ainsi comprise, la maladie semble mieux s'expliquer.

Dr L. Marcotte,
Directeur du Bureau d'Hygiène d'Ivry-sur-Seine.

QUELQUES RÉFLEXIONS AU SUJET DU PLACENTA PRŒVIA

Ayant eu justement cette semaine un cas de placenta prævia, j'ai lu, avec d'autant plus d'intérêt, l'article du docteur Ricolfi traitant ce sujet dans le *Concours médical* du 4 février.

Je vais d'abord relater mon observation, et j'essayerai ensuite de déduire quelques conclusions pratiques, tant de l'article que de l'observation :

Mme F., âgée de 40 ans, enceinte pour la troisième fois, n'ayant pas accouché depuis douze ans, à terme vers le 10 février, me fait appeler d'urgence dans la nuit du 27 janvier, parce qu'elle ressent quelques douleurs et surtout, perd du sang en assez grande abondance. Le ventre est volumineux, et me fait penser au premier abord à une grossesse gémellaire ; mais un exament plus complet me montre qu'il y a surtout de l'hydramnios.

L'utérus est tellement surdistendu qu'on sent à peine le fœtus ; et c'est avec difficulté que je finis par me

rendre compte par le palper qu'il s'agit d'une présentation céphalique. Au toucher, je constate que l'excavation est vide. Le col n'est pas effacé, mais l'orifice externe permet très facilement l'introduction du doigt et je sens une masse mollasse, charnue, obturant complètement l'orifice externe. Il n'y a pas de doute : j'ai affaire à un placenta prævia.

J'essaye prudemment de le décoller sur la face antérieure, d'insinuer l'index entre la paroi interne et les cotylédons pour arriver aux membranes et procéder à une large rupture, mais sans autre résultat que de faire saigner un peu davantage. Comme il n'y a pas de péril pressant, je prescris le repos complet au lit, une injection très chaude toutes les deux heures tant que l'hémorrhagie ne sera pas arrêtée, et je remets le reste au lendemain.

Quand je revois la malade, douleurs et écoulement ont cessé depuis déjà plusieurs heures. La perte de sang a été de un litre environ.

Après avoir fait, quelques jours après la première hémorrhagie, une autre perte sanguine moins importante, Mme F., dans la matinée du 3 février, perd ses eaux et les douleurs commencent aussitôt sans le moindre saignement. On vient me chercher et je trouve, une heure après, un ventre très diminué de volume, un col dilaté comme une pièce de cinq francs et une tête engagée et l'obturant complètement.

Au bout de trois heures, tout est terminé heureusement. Seule, la délivrance a demandé un temps un peu long. Les membranes sont rompues juste à l'attache du placenta qui était inséré sur le segment inférieur gauche, le milieu de son bord droit correspondant à peu près au col et présentant, à l'endroit de la rupture membraneuse, une épaisseur tout à fait anormale d'environ 4 centimètres, ce qui eût été un obstacle pour arriver jusqu'aux membranes, si, lors de ma première visite, j'avais persisté à vouloir rompre la poche des eaux et essayé de pratiquer le décollement à droite, seul côté où je pouvais le faire avec succès. Je pouvais très bien et devais même penser au placenta prævia central.

Voici donc un cas qui s'est terminé par un accouchement très facile, et qui pourtant, m'a rendu bien perplexe pendant plusieurs jours. J'avais déjà eu plusieurs cas de placenta prævia dans ma clientèle et chez les confrères voisins ; entre autres, deux cas de placenta prævia central, où j'avais été obligé, comme le confrère Ricolfi, de passer à travers le placenta pour faire une version. Dans un cas, non seulement l'enfant n'était plus en vie ; mais la femme mourut exsangue quelques heures après la délivrance.

Il est vrai qu'elle avait eu auparavant quatre ou cinq hémorragies abondantes.

Dans le second cas, je plus fus heureux, et si l'enfant ne put être ranimé, du moins la mère se tira d'affaire, après avoir donné toutefois de sérieuses inquiétudes.

J'estime qu'une césarienne, faite dans de bonnes conditions, est dix fois préférable et moins dangereuse qu'une intervention de ce genre, et j'avais été sur le point d'envoyer ma cliente dans une clinique et même téléphoné à ce sujet à un chirurgien.

Je fus cependant bien inspiré en ne donnant pas suite à ce projet, et en attendant les évènements, après avoir préparé ballon de Champetier, sérum physiologique, huile camphrée, toutes choses qui m'auraient probablement servi, si j'avais eu affaire à un placenta prævia central.

Est-il possible, avant ou au commencement du travail, de se rendre compte, sinon avec certitude, du moins avec une grande probabilité, si l'on a affaire à une variété centrale ou presque centrale ; ou, au contraire à une variété marginale ou fortement latérale. Si oui, la conduite à tenir serait tout à fait différente? Dans le premier cas, comme le dit le Dr Ricolfi : « Lorsque le diagnostic aura été tôt posé et, si l'entourage et la malade acceptent ; lorsque bien entendu, l'on est assez près du terme pour espérer avoir un enfant capable de survivre ; toutes nos préférences iront à l'opération césarienne abdominale, seule capable dans la plupart des cas de sauver la mère et l'enfant ».

Dans le second cas, au contraire, en pratiquant une large rupture des membranes suivie, si nécessaire, d'une version au moment opportun, ou de l'application du ballon de Champetier, on réussit presque toujours à terminer heureusement l'accouchement, malgré quelquefois une sérieuse hémorrhagie.

Dans l'observation que j'ai relatée, pareil diagnostic était tout à fait impossible par l'examen, bien que le col fût tout à fait perméable ; et il doit en être ainsi dans la généralité des cas.

Le caractère, ou plutôt, l'époque des hémorrhagies peuvent-ils nous renseigner davantage ? Dans les deux cas de placenta prævia central où il m'a été donné d'intervenir, la première fois, la femme avait commencé à perdre à sept mois et demi, et avait eu, en un mois, plusieurs hémorrhagies successives toujours plus abondantes.

La seconde fois, au contraire, la première hémorrhagie était survenue à quelques jours du terme ; et le travail, sans qu'on ait rompu les membranes, avait commencé quelques heures après.

Dans le cas du Dr Ricolfi, les hémorrhagies sont également survenues, alors que la femme était à terme, et l'examen ne lui avait pas permis non plus de diagnostiquer un placenta prævia central.

Comme on le voit, à moins d'être placé dans des conditions spéciales et d'avoir toujours un chirurgien sous la main, ce qui n'est pas notre cas, à nous médecins de campagne ; dans l'impossibilité de pouvoir faire un diagnostic précoce, ou bien on fera pratiquer une laparotomie à une femme qui, quelques jours après, eût accouché presque normalement, ou, au contraire, pour avoir compté sur la chance et hésité devant une césarienne, on aura à la fois à déplorer et la perte de l'enfant et celle de la mère.

Dr A. GAMBLIN.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Diagnostic précoce des cancers de l'estomac et de l'intestin.

La précocité du diagnostic de ces cancers est, en effet, selon M. CADE, une condition de succès thérapeutique, puisqu'elle permet la mise en œuvre d'un traitement radical. Malheureusement, le problème demeure difficile à résoudre.

Dans le cancer de l'estomac, l'hématémèse est un signe avant-coureur de grande valeur : il fait souvent défaut. La dyspepsie initiale se traduit par la perte de l'appétit, non constante, d'aillleurs, et le dégoût de la viande et des graisses ; par une sensation de plénitude et de tension épigastrique avec aigreurs, pyrosis, éructations, nausées, hoquet quelquefois, vomissements rarement. Cette dyspepsie résiste à tout traitement symptomatique. Chez les fumeurs, l'indifférence au tabac est un bon indice de cancer.

L'état général se modifie (amaigrissement, perte de forces, décoloration des tissus). L'hémocoprologie, l'étude du chimisme gastrique, le cytodiagnostic gastrique (cellules polyédriques épaisses), l'exploration radiologique de l'estomac, l'examen du sang et des urines, la gastroscopie, sont des recherches auxquelles il faut se livrer pour leur demander les renseignements dont le groupement pourra orienter le diagnostic dans la voie de l'exactitude.

Le diagnostic précoce du cancer de l'intestin (rectum exclus) est encore plus difficile. Une constipation survenant chez un sujet jusqu'alors régulier dans son fonctionnement intestinal, et augmentant progressivement, en demeurant rebelle à tout traitement, doit être retenue ; elle peut aboutir à de petites crises d'occlusion (coliques, météorisme, vomissements). On tiendra compte des douleurs, des troubles dyspepsiques d'apparence gastrique ; les modifications de l'état général, l'examen de l'abdomen, la coprologie, le toucher rectal et vaginal, la sigmoïdoscopie... seront mis à contribution.

En résumé, « le diagnostic précoce du cancer stomacal et surtout du cancer intestinal présente de sérieuses et souvent d'insurmontables difficultés, même un clinicien très averti n'arrive, en pareil cas, bien souvent qu'à un diagnostic de simple probabilité, suffisant cependant pour justifier une intervention et d'abord une laparotomie exploratrice. On ne saurait abuser de celle-ci, dont la trop grande facilité pourrait conduire à négliger la recherche clinique attentive de la lésion ; mais, lorsque les efforts effectués dans cette voie n'ont pu aboutir à une certitude, on ne doit pas faire perdre au malade le bénéfice possible d'une intervention exploratrice, si du moins l'application des notions et des méthodes plus haut exposées conduit à soupçonner sérieusement la néoplasie.

« Le diagnostic précoce du cancer gastrique ou intestinal reste encore malheureusement rare, soit parce que les malades négligent trop longtemps de soumettre à leur médecin les troubles que provoquent l'évolution insidieuse du cancer, soit parce que les médecins méconnaissent la valeur de ces troubles et ne s'attachent pas suffisamment à la recherche de la redoutable lésion. » (*Paris Médical*, 7 avril 23.)

Formes atypiques de la goutte aiguë.

Ces formes sont décrites par MM. F. BEZANÇON, M. P. WEIL et L. DE GENNES et répondent aux dénominations suivantes : forme pseudo-phlegmoneuse, forme phlébitique, forme hydarthrodiale, forme d'arthrite aiguë des grandes articulations simulant le pseudo-rhumatisme infectieux, forme pseudo-tuberculeuse à allure de tumeur blanche.

Le critérium du diagnostic positif de goutte, dans ces types anormaux, et où l'apparence est contre celui-ci, résidera dans la constatation dans les antécédents de la crise du gros orteil, et la présence de tophi.

L'hématologie et la chimie du sang sont impuissantes à fournir une certitude. Aussi demandera-t-on la plus grande somme de probabilités à la clinique.

« Si maintenant on cherche à analyser ce qu'il y a de précis dans cette impression clinique, on retrouve l'intensité et le développement rapide des phénomènes fluxionnaires, l'absence de toute cause infectieuse apparente, l'importance considérable de la note œdémateuse, la participation fréquente du système veineux, le bon état général du malade contrastant avec l'intensité des symptômes locaux. La preuve de la valeur de ceste impression clinique est d'ailleurs apportée par l'extraordinaire influence de l'épreuve thérapeutique. Peu de médicaments usités en art médical ont une spécificité aussi rapide, aussi impressionnante, que le colchique sur la crise aiguë de goutte. Son influence sur les formes anormales au même titre que sur la crise typique est donc à bon droit un argument de premier ordre pour le rapprochement qu'on peut établir entre elles. » (*Presse Méd.*, 7 avril 23.)

Les lavages du bassinet.

Les lavages du bassinet, dans le traitement des infections urétro-pyélitiques, ont été préconisés en France par ALBARRAN et PASTEAU, mais ils ont aussi trouvé des détracteurs parce que la technique était insuffisante. C'est surtout dans la pyélite simple avec distension que les lavages apportent les meilleures résultats, après détermination de l'état du bassinet par l'examen histobactériologique des urines, la mesure de la capacité du bassinet et la pyélographie. Parmi les substances à employer, M. E. PAPIN mentionne tout spécialement l'iode colloïdal (Iodargol) : « J'ai obtenu, dit-il, les meilleurs résultats avec l'iode colloïdal. Cette substance non irritante est merveilleusement supportée par les muqueuses des voies urinaires ; son pouvoir antiseptique est considérable ». (*Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*, 15 janvier 1923.)

Symptômes d'alarme de la méningite tuberculeuse de l'adulte.

M. TERRIS rapporte un certain nombre d'observations qui lui servent à étayer son exposé, duquel il résulte que les symptômes d'alarme de la méningite tuberculeuse de l'adulte, sont la céphalée, l'obnubilation, la constipation, l'exagération de certains réflexes, surtout unilatéraux, des troubles sensitivo-sensoriels et des troubles moteurs (parésies et paralysies). En présence de ces symptômes, isolés ou associés, l'attention étant ainsi éveillée, on procédera à l'examen du liquide céphalo-rachidien que l'on trouvera toujours hypertendu, s'il s'agit d'une méningite, et qui présentera en outre de l'hyperalbuminose, de la lymphocytose, des bacilles de Koch.

En résumé, la méningite tuberculeuse de l'adulte est toujours secondaire à une lésion tuberculeuse éteinte ou latente ou en activité ; elle atteint ordinairement la corticalité de la convexité, sous forme de petits foyers nettement localisés. Son évolution est extrêmement variable. Aussi, sera-t-on très attentif aux moindres signes de réaction méningée afin de réserver un pronostic qu'une tuberculose discrète pourrait comporter moins grave en apparence. (*Gaz. des hôp.*, 5 avril 23.)

Mort apparente du nouveau-né et injections d'oxygène.

Au dire de M. FAVREAU, les expérimentations faites sur l'animal, avec des injections sous-cutanées, établissent que « l'oxygène injecté donne à l'animal une résistance plus marquée à l'asphyxie en milieu confiné ». L'oxygène ainsi introduit dans l'organisme est rapidement résorbé, et remplacé par de l'acide carbonique. Les téguments rougissent, la température locale s'élève sous l'influence des échanges gazeux, les mouvements respiratoires augmentent d'amplitude et se ralentissent, les pulsations cardiaques sont également plus fréquentes et plus énergiques.

Sur ces données expérimentales, l'auteur base un traitement préventif et curatif de l'asphyxie du nouveau-né. Préventivement, on pratiquera des injections d'oxygène sur tout enfant dont la vitalité paraît compromise, au moment de l'accouchement, par la lenteur de celui-ci, la compression du cordon, etc. Le siège et les cuisses étant déjà hors des parties maternelles, rien de plus simple que de pratiquer cette injection.

De même, quand l'enfant est né, et qu'il ne respire pas, à la suite d'un traumatisme obstétrical, d'une extraction podalique, d'une version, etc. Tous les procédés classiques employés, on y ajoutera efficacement l'injection d'oxygène.

Le meilleur appareil est celui de Bayeux, avec lequel on injecte, au niveau de la face externe de la cuisse ou de la région fessière, de 50 à 100 cmc. d'hygiène, à la vitesse de 20 cmc. à la minute.

D'une façon générale, dans les asphyxies des enfants, on peut aller jusqu'à 400, 500 et même 800 cmc. (*Journ. des Prat.*, 24 mars 1923.

L'épreuve de la phénosulfonephtaléine.

Cette épreuve est un excellent moyen, d'après M. MERKLEN, de se rendre compte de la perméabilité rénale et d'explorer le fonctionnement du rein.

C'est surtout dans les néphrites chroniques qu'elle est employée. Elle consiste à injecter par la voie intra-musculaire 6 milligrammes de phénosulfonephtaléine et d'en surveiller ensuite l'élimination dans l'urine.

A l'état normal, cette élimination commence six ou sept minutes après l'injection : elle atteint en 1 heure 10 de 51 à 63 %. Mais même, avec une élimination moins forte, 45 à 50 %, il est difficile d'affirmer l'état pathologique.

S'il existe une néphrite, à condition qu'il n'y ait pas d'oligurie, l'élimination de la phtaléine est beaucoup plus lente et moins forte. Elle marche en sens inverse de la constante d'Ambard. Plus l'élimination se ralentit et diminue, plus la constante d'Ambard s'élève ; ce qui prouve qu'elle donne une idée très exacte du fonctionnement rénal.

Chez les cardiaques, dans l'asystolie confirmée, l'élimination est entravée du fait de l'insuffisance du cœur. Mais, quand le trouble cardiaque est atténué ou insuffisamment perceptible cliniquement, l'épreuve de la phtaléine peut indi-

quer l'intégrité du rein. En effet, si l'énergie des contractions du cœur est relevée par la digitaline, on constate que l'élimination phtaléinique se ramène à un taux voisin de la normale.

On conçoit qu'il n'en soit plus de même chez les cardio-rénaux. Même après relèvement de l'énergie du myocarde, l'élimination de la phtaléine demeure au-dessous de la normale.

C'est donc un très bon procédé pour s'assurer de l'état des reins même au début de leur atteinte, alors qu'elle n'est qu'à peine soupçonnée. (*La Médecine*, mars 23.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Spondylodiagnostic et spondylothérapie.

(Dr Jules Regnault (de Toulon). — *Société de pathologie comparée*, 8 mai 1923.)

L'étude de la métamétrie des vertébrés supérieurs, jette une vive lumière sur des questions de physiologie et de pathologie jusque-là fort obscures. Les organes restent en liaison avec leur neuromère, dont ils se sont souvent éloignés au cours de leur évolution. Cette dépendance explique les douleurs spontanées ou provoquées se manifestant à distance de l'organe lésé, en particulier le long de la colonne vertébrale.

La localisation de la douleur au niveau de tel ou tel neuromère, c'est-à-dire en tel ou tel point de la colonne vertébrale permet, dans beaucoup de cas, de préciser quel est l'organe lésé ; pour faciliter les recherches de *spondylodiagnostic*, l'auteur a imaginé un appareil, un *algesispondyloscope* ou explorateur spinal, constitué par deux roulettes qu'on fait marcher de part et d'autre de la colonne vertébrale et qui possèdent un dispositif enregistrant la pression exercée.

Si la réaction douloureuse au niveau de tel ou tel neuromère peut donner des indications sur l'organe malade, inversement, l'excitation appropriée de tel ou tel métamère pourra provoquer la contraction ou la dilatation de tel ou tel organe de tel ou tel segment d'appareil ; cette *spondylothérapie* a été bien étudiée par le Dr Albert Abrams ; à vrai dire, le principe de la méthode ne constitue pas une nouveauté, on le trouve déjà appliqué dans le *Kua-Tsu*, qu'utilisent les Japonais pour ranimer, par des percussions de la 7e vertèbre cervicale et de la 3e lombaire, les blessés mis en état de mort apparente ou inhibés par certains coups de *Jiu-Jitsu*.

Parmi les principaux réflexes utilisés, citons ceux de contraction ou de dilatation du cœur, des poumons, des vaisseaux, du foie, du rein, de la rate, des intestins, ceux d'ouverture et de fermeture du pylore.

Le maximum d'excitabilité des réflexes se manifeste dans des conditions d'*orientation* précisées par l'auteur. Les réflexes viscéraux sont très sensibles à l'action de divers agents sans action sur nos sens ; ils peuvent être utilisés comme *détecteurs* pour mettre en évidence diverses énergies, et, en particulier l'action très nette du champ magnétique terrestre sur l'organisme, action qui avait été niée jusqu'à ces dernières années.

Les éléments nerveux forment des réseaux complexes qui peuvent agir comme *résonateurs* et servir à déterminer la nature ou la vibration de produits physiologiques, pathologiques ou pharmaceutiques.

Prophylaxie de la tuberculose chez le nourrisson.

(MM. Léon Bernard et R. Debré. — *Académie de médecine*, 15-5-1923.)

La tuberculose, chez le nourrisson, est beaucoup plus accessible à la prophylaxie qu'à la thérapeutique, D'où l'importance toute particulière de la préservation à cette époque de la vie.

On connaît les idées soutenues par M. Léon Bernard, en la matière. La tuberculose du nourrisson, a-t-il montré, est exclusivement fonction de contagion, de contagion familiale principalement. C'est le père et surtout la mère, tuberculeux, qui contagionnent le nouveau-né. Pour préserver celui-ci, il faut éloigner au plus tôt et à la naissance, si possible, l'enfant de ses générateurs bacillifères.

Un nourrisson, mis à l'abri du contage, dès le premier jour, reste indemne de tuberculose. S'il a été infecté, il peut encore guérir — quelquefois — s'il est éloigné assez tôt.

Sur quoi peut-on se baser pour établir le pronostic d'une tuberculose de nourrisson. Sur plusieurs principes généraux. La durée du contact, d'abord. Un contact court suffit à contaminer, rarement à tuer. Sur l'âge de l'enfant, ensuite. Un nouveau-né contagionné dès sa venue au monde, même par un contact discret, ne saurait résister à l'infection tuberculeuse. Une contamination par un malade peu soigneux, très bacillifère, est plus grave. Enfin, un dernier principe a trait à la durée de la survie de l'enfant après sa séparation du foyer infectant : un nourrisson qui a résisté un mois a de fortes chances de s'en tirer.

M. Léon Bernard signale les résultats de l'œuvre du Placement familial des Tout-Petits, dont il a été l'instigateur. Cette œuvre reçoit des nourrissons de père ou de mère tuberculeux. Dépistant les mères malades dans les services et les consultations d'obstétrique, il devient facile de faire, au moment de l'accouchement, la séparation de la mère et de l'enfant. L'œuvre possède, en Sologne, trois centres (Salbris, Argent, La Ferté-Saint-Aubin) et elle dispose actuellement de 225 places. En 2 ans et demi (avril 1920 à décembre 1922), elle a reçu 183 enfants, et n'a eu qu'une mortalité très faible de 5,46 pour 100. Le prix de la journée s'est élevé à 6 fr. 36.



Les associations microbiennes dans la tuberculose pulmonaire.

(MM. Paul COURMONT et BOISSEL. — *Académie de médecine*, 15-5-1923.)

D'une étude sur les associations microbiennes dans la tuberculose pulmonaire, étude portant sur 142 malades et 568 examens bactériologiques, MM. Paul Courmont et Boissel concluent :

Le bacille de Koch est très souvent seul décelé dans les crachats des diverses formes de tuberculose pulmonaire, si l'on exclut les erreurs de technique (crachats non frais et non lavés).

Cependant, dans 20 pour 100 des cas, les auteurs ont rencontré des associations microbiennes abondantes, qui semblent jouer un rôle important dans l'aggravation de la maladie, et sont polymicrobiennes (9 cas) ou mono microbiennes (15 cas : micrococcus catarrhalis, B. cutis commune, tétragène, etc.)

La vaccinothérapie, en pareille circonstance, peut être essayée, avec les auto-vaccins, et est susceptible de donner des résultats temporaires.

Sur l'extrait alcoolique de pancréas (insuline).

(MM. CHABANIER, LOBO ONELL et LEBERT. — *Académie de médecine*, 15-5-1923.)

M. Chabanier a présenté récemment un travail dans lequel il recommandait chaudement les cures d'insuline dans le diabète. M. Delezenne avait soulevé quelques objections concernant le titrage et la toxicité de l'insuline.

Pour répondre à ces objections, MM. Chabanier, Lobo-Onell et Lebert ont fait une nouvelle série d'expériences, qui les engagent à ne rien changer à leurs conclusions antérieures. Le titrage de la préparation leur a paru toujours suffisamment précisé par le test injection au lapin. D'autre part, les accidents convulsifs' observés après emploi de l'insuline relèvent d'une chute trop forte de la glycémie et sont évitables par un usage moins brutal du médicament.

— M. HALLION estime, néanmoins, que la cure d'insuline dans le diabète demande beaucoup de précautions. Il faut, dit-il, mettre en garde les praticiens contre l'idée qu'il s'agit là, dans l'état actuel des choses, d'une médication courante du diabète de forme commune.

Névralgie et paraplégie par spina bifida occulta.

(M. André LÉRI. — *Soc. méd. des hôp.*, 23--3-1923.)

M. André Léri a montré, à différentes reprises déjà, que des accidents importants, des névralgies tenaces, des phénomènes paralytiques, pouvaient apparaître tardivement au cours de spina bifida occultes, de déformation des vertèbres seulement décelables à la radiographie et ne comportant aucun signe clinique extérieur. Recherchant, plus ou moins systématiquement, par la radiographie, ces spina bifida occultes chez des malades se plaignant de troubles nerveux rebelles, il a pu les découvrir un certain nombre de fois.

Il rapporte, aujourd'hui, un cas de spina bifida occulta cervical s'étant manifesté, très tardivement, à l'âge de 40 ans, par une névralgie occipitale et une paraplégie brachiale sensitivo-motrice. L'affection durait depuis sept ans, quand une radiographie vint révéler la lésion vertébrale : un spina bifida, une ouverture médiane remplaçant l'apophyse épineuse de la 3e vertèbre cervicale.

L'oxygénothérapie.

(MM. Camille LIAN et Ph. NAVARRE. — *Soc. méd. des hôp.*, 9-3-1923.)

M. Lian présente deux appareils destinés à l'oxygénothérapie : un pneumo-oxygénateur, pour inhalations, et un hypodermo-oxygénateur, pour injections sous-cutanées d'oxygène.

Les inhalations d'oxygène avec l'appareil ancien, à sucette, ne donnent que des résultats extrêmement minimes. Pour faire réellement respirer de l'oxygène, il faut, comme le rappelait dernièrement à l'Académie M. Nicloux, un masque spécial, analogue aux masques pour l'anesthésie, qui amène le gaz en grande quantité et le sépare de l'air inspiré ou expiré. M. Lian a fait construire, pour cet usage, un appareil particulier, qu'il a nommé pneumo-oxygénateur.

L'injection sous-cutanée d'oxygène est une méthode entrée actuellement dans la pratique, mais l'appareil de Bayeux, dont on se sert, à cet effet, est coûteux. Celui de M. Lian, tout en remplissant les mêmes indications, offre, entre autres avantages, celui d'un prix moins élevé.

Dans quels cas s'adresser aux inhalations, et dans quels cas aux injections sous-cutanées d'oxygène?

L'oxygénothérapie, indispensable dans les intoxications oxycarbonées, rend aussi de précieux services dans les grands états dyspnéiques, avec ou sans cyanose, d'origine respiratoire ou circulatoire. Le moyen de choix paraît être à M. Lian l'oxygénation intensive avec l'appareil inhalatoire à soupapes. Il est bon d'associer aux inhalations une injection sous-cutanée quotidienne, l'oxygène ainsi introduit dans le tissu cellulaire étant utilisé par l'organisme dans l'intervalle des inhalations. Si les circonstances ne permettent pas l'oxygénothérapie intensive par inhalation (difficulté d'approvisionnement), on pourra se contenter des injections sous-cutanées.

Géants, acromégaliques et hommes de haute taille.

(M. René BENARD. — *Soc. méd. des hôp.*, 13-4-1923.)

Il existe des hommes de haute taille (état normal), des géants (état anormal), et des acromégaliques (état pathologique à caractères définis). Pierre Marie distinguait nettement le gigantisme de l'acromégalie. Brissaud tendait, au contraire, à confondre ces deux troubles en une sorte d'acromégalie-gigantisme, le gigantisme étant une acromégalie où l'exagération de

la taille domine, avec quelques symptômes plus ou moins frustes d'acromégalie. M. Souques, allant plus loin, pense que chez tout individu dont la taille dépasse notablement la moyenne, on doit s'attendre à trouver des stigmates d'acromégalie-gigantisme.

M. René Bénard rapporte un cas de ce genre, concernant un sujet de grande taille offrant des indices frustes d'acromégalie, et son observation soulève un intéressant problème de thérapeutique.

— M. Sicard se demande, en effet, si, dans l'hypothèse d'un gigantisme en évolution, au cours de l'adolescence, la radiothérapie pituitaire n'aurait pas une influence favorable pour l'arrêt de cette croissance exagérée.

— M. Achard pense que la radiothérapie, qui a fait la preuve de son activité plus dans l'acromégalie que dans le simple gigantisme, paraît indiquée chez le malade de M. Benard.

Gangrène pulmonaire traitée par le lardage.

(MM. Caussade et Rosenthal. — *Soc. méd. des hôp.*, 13-4-1923.)

Le mot « lardage » désigne, pour les auteurs, l'injection d'agents médicamenteux dans un foyer pulmonaire par la voie transthoracique. Ils ont traité par cette méthode un cas de gangrène pulmonaire que les traitements habituels (injections intra-trachéales d'huiles antiseptiques, sérum de Weinberg, teinture d'ail), n'avaient pas amélioré. Ils pratiquèrent deux injections intra-pulmonaires, à quatre jours d'intervalle, de 10 cent. c. d'un mélange, à parties égales, d'électrargol et d'huile goménolée (la première fois), d'électrargol et de lipiodol (la seconde fois). Huit jours après la dernière injection, la guérison, tout au moins clinique, était assurée. Quant aux injections, elles furent faites avec le trocart de Rosenthal, enfoncé sur la partie latérale du thorax, dans le 7e espace intercostal, à une profondeur de 8 centimètres environ.

— M. Dufour fait des réserves sur la guérison définitive de cette gangrène pulmonaire. Une de ses malades, guérie apparemment pendant une année de gangrène pulmonaire, fut reprise des mêmes troubles au bout d'un an.

— M. Henri Lemaire signale les accidents qu'il a observés chez des nourrissons, dans le service du professeur Marfan, à la suite d'injections intra-pulmonaires. Chez un enfant, l'injection fut suivie de cyanose. Un autre, après une injection intra-pulmonaire de 2 cent. c. de sérum anti-pneumococcique, présenta de la cyanose, de la dyspnée avec tirage et succomba dans le collapsus.

L'action des arsenicaux (914 et 190) par voie buccale.

(MM. Sézary et Pomaret. — *Soc. méd. des hôp.*, 20-4-1923.)

Dans une communication antérieure, étudiant l'action du 914 d'Erlich et du 190 de Pomaret administrés par voie sous-cutanée, MM. Sézary et Pomaret ont montré que, pour ce qui concerne la spirillose des poules, l'arsenic du 190 est trois fois moins actif que l'arsenic du 914.

En est-il de même pour ces mêmes produits administrés par voie gastrique. On sait que MM. Levaditi, Fournier et Guénot ont utilisé avec succès le 190 par voie buccale dans le traitement préventif de la syphilis expérimentale et humaine. Le 190 agit-il mieux par le tube digestif que le 914 ? MM. Sézary et Pomaret, expérimentant sur la spirillose des poules, ont vu que, administré de cette façon, l'activité du 190 se rapprochait beaucoup de celle du 914. Le 190 est absorbé plus intensivement par l'intestin que le 914. Si cette constatation se vérifiait chez l'homme, il y aurait là une notion intéressante quant à la thérapeutique *per os* de la syphilis par les arsenicaux.

P. L.

Toulouse

Société de médecine.

Deux cas d'apoplexie du voile du palais.

M. Escat rapporte deux nouveaux faits identiques à celui déjà relaté par Bosviel en 1911 à la S. d'O. R. L. de Paris, mais qui se sont produits pendant la déglutition. L'auteur, admettant comme mécanisme de l'accident, la rupture sous-muqueuse d'une vésicule dont les parois ont perdu de leur élasticité normale (dystrophie chronique ou état inflammatoire passager) attribue la rupture à une contraction incoordonnée ou violente des muscles staphylins. Il en fait un accident analogue à l'hémorragie sous-muqueuse de la corde vocale et au coup de fouet de la jambe, et situe la déhiscence vasculaire dans un rameau de la veine palatine inférieure.

Les fausses images lacunaires de l'estomac.

M. Timbal envisage, sous ce nom, des aspects radiologiques anormaux, comparables à ceux que donnent les cancers gastriques, et qui ont une signification tout à fait différente. L'effacement ou amputation du pylore peut s'observer, ainsi, dans les tumeurs bénignes de l'estomac, dans la syphilis gastrique, et dans certains troubles réflexes provoqués, soit par la cholécystite, soit par l'occlusion progressive de l'intestin grêle.

De même, l'aspect dentelé ou festonné de la grande courbure peut être réalisé par l'ulcère, et surtout par la gastrite chronique.

De cette étude, il conclut à la nécessité de compléter et de contrôler l'examen radiologique de l'estomac par l'examen complet du malade. La radiologie est nécessaire, mais elle ne peut se passer de la clinique sans aboutir à des erreurs regrettables.

De l'orchidopexie croisée dans l'ectopie testiculaire unilatérale.

M. J. P. Tourneux, après avoir montré les inconvénients qui résultent de l'orchidopexie simple et du procédé de Walther (testicules placés du même côté, l'un au-dessus de l'autre, ce qui laisse persister l'atrophie scrotale primitive et la déviation du raphé médian, et donne, par suite, un résultat inesthétique), décrit le procédé technique qu'il utilise, procédé dérivé de celui employé par Ombredanne dans l'ectopie bilatérale.

On commence par dégager le testicule ectopié en ouvrant le canal inguinal, puis, en dissociant le tissu cellulaire, on crée une loge scrotale. Cela fait, on incise le scrotum normal du côté opposé et on libère le testicule : on fend ensuite au bistouri la cloison des bourses et, avec une pince de Kocher, on fait passer le testicule ectopié dans la cavité scrotale normale et l'autre testicule dans la cavité que l'on a créée. Il ne reste plus qu'à fermer le canal inguinal et la plaie scrotale par une suture quelconque. Ainsi le testicule, primitivement en ectopie, se trouve placé dans une cavité réelle et, étant retenu par la cloison des bourses, n'a pas de tendance à remonter ; de même, la cavité scrotale façonnée au doigt, garde les dispositions qu'on lui a données, par suite de la présence d'un gros testicule qui pèse sur le fond du scrotum.

L'auteur a appliqué pour la première fois ce procédé en octobre 1912 ; depuis lors, il a eu l'occasion de l'utiliser dans 18 autres cas et a obtenu chaque fois de très bons résultats, comme on peut s'en rendre compte en examinant son dernier opéré, un jeune homme de 17 ans, qu'il vient de présenter à la Société. Les deux testicules sont bien en place, à la même hauteur, le repli scrotal n'est pas dévié, et l'examen des régions inguinales permet seul de se rendre compte de quel côté siégeait l'ectopie.

Le praticien et le traitement des syphilitiques à l'heure actuelle.

M. Mossé, après avoir rappelé l'importance que présente le péril vénérien, puisque la grande presse politique est en train de s'en occuper, insiste sur la nécessité d'enseigner de la façon la plus complète aux jeunes étudiants, praticiens de demain, à bien reconnaître et à dépister les divers accidents syphilitiques qu'ils auront à soigner plus tard, ainsi qu'à bien connaître les agents thérapeutiques dont ils pourront disposer.

Il étudie ensuite les différentes manières par lesquelles la Société peut se défendre contre cette affection qui tend à se propager de plus en plus, et termine en montrant que ce n'est que par la parfaite union des pouvoirs publics, des organisations syndicales et des praticiens indépendants, que l'on pourra lutter avec efficacité contre le péril vénérien.

Deux cas familiaux d'hérédo-ataxie cérébelleuse.

MM. Auban, P. Bézy et Bonhoure présentent deux frères âgés de 5 et 9 ans, et offrant toutes les caractéristiques du syndrome cérébelleux. Les troubles fonctionnels d'équilibre statique et cinétique, l'incoordination des mouvements complexes et notamment de la préhension, l'asynergie, la dysimétrie, l'exagération des réflexes, le nystagmus avec lésions du fond de l'œil, forment un complexus donnant bien un air familial pathologique aux deux petits malades.

Il existe cependant chez les deux frères quelques signes différents, qui tendent à faire rentrer le cas de l'un d'eux dans le cadre pur du syndrome cérébelleux, tandis que le cas du deuxième paraît se rapprocher du groupe des affections des voies pyramidales, avec un syndrome nettement spasmodique.

Les auteurs discutent des différents diagnostics, syndrome de Little, maladie de Friedreich, paraplégie spasmodique infantile, sclérose en plaques, familiale ; toutefois, en présence de l'importance clinique du syndrome cérébelleux dans les deux cas qu'ils présentent, ils adoptent le diagnostic d'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Kyste hydatique du poumon droit.

M. Serr rapporte un cas de kyste hydatique fermé de la partie moyenne du poumon droit, dont le diagnostic clinique fut confirmé par l'examen radioscopique et l'intervention chirurgicale. Ce kyste hydatique présentait, en plus des symptômes classiques, à la partie moyenne de l'hémi-thorax droit, dans sa portion antéro-latérale, un souffle superficiel, à caractère aspiratif et inconstant, nettement rythmé par le cœur, perçu surtout au moment des inspirations et s'atténuant dans la suspension de la respiration sans qu'il y eut de transmission des battements cardiaques.

La cause de la production de ce souffle paraît être due à la compression du tissu pulmonaire perméable par le kyste systématiquemnet refoulé par le cœur, avec lequel il présentait un contact assez immédiat.

Il est assez singulier de constater qu'un pareil phénomène ne paraisse pas avoir été signalé dans les cas de kystes hydatiques du poumon gauche; peut-être ces souffles ont-ils été confondus avec des souffles extra-cardiaques banaux, peut-être aussi n'ont-ils pas été différenciés de la respiration soufflante fréquemment constatée dans la zone avoisinant le kyste hydatique.

A propos de quelques cas d'avortement provoqués.

M. Audebert, après avoir rappelé l'augmentation incessante des avortements provoqués, relate trois cas qu'il vient d'observer et qui montrent bien la gravité qu'ils peuvent atteindre.

Le premier cas a trait à une femme mariée, IIpare, qui ne voulait plus avoir d'autres enfants ; l'avor-

tement eut lieu le 31 décembre, et la malade resta chez elle sans soins jusqu'au 7 janvier, date à laquelle elle fit venir un médecin, tout en lui cachant ce qui s'était passé. Elle fut envoyée d'urgence à la clinique d'accouchements où elle mourut de péritonite suraiguë quelques heures après son arrivée.

Dans le 2e cas, une bonne se fit avorter le 10 décembre, et resta à travailler jusqu'au 14, jour où elle fut obligée de s'aliter. Elle fut alors envoyée à la clinique pour pelvi-péritonite suppurée : une colpotomie produisit une amélioration considérable, mais il n'est pas douteux qu'il faudra terminer par une hystérectomie.

Le 3e cas se rapporte également à une bonne qui fit un avortement le 28 février, qui resta à son travail jusqu'au 7 mars, et fut alors obligée d'entrer à l'hôpital pour annexite durable : elle peut être considérée actuellement comme guérie.

Voilà donc trois cas tout à fait différents ; le premier s'est terminé par la mort, le deuxième entraîna une mutilation génitale, seul le troisième a guéri sans intervention.

L'auteur s'efforce de rechercher comment l'on peut interpréter cette différence de gravité, et pense qu'en dehors des agents septiques amenés lors des manœuvres abortives, de l'infection plus ou moins considérable, et de la résistance individuelle des sujets, on doit tenir un grand compte de la clandestinité de l'acte. La malade, qui a succombé, n'a jamais voulu avouer ; elle a induit son médecin en erreur, d'où thérapeutique tout à fait insuffisante, (à l'autopsie, l'utérus était rempli de débris placentaires putréfiés). Les deux autres malades n'ont pas suivi la même conduite, et dans ces deux cas, on a pu instituer le traitement indiqué, ce qui leur a sauvé la vie.

Société de chirurgie.

Tumeur abdominale maligne chez un gallinacé.

M. Tapie présente une tumeur ovoïde, de coloration blanchâtre, mesurant environ 10 cm. de large sur 6 de large, à surface irrégulière et mamelonnée, qui fut trouvée dans le ventre d'une jeune poule. La région où s'était developpée ce néoplasme permet de supposer une origine ovarienne. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

Volvulus du côlon transverse.

M. Ginesty rapporte l'observation d'un homme envoyé d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite appendiculaire. Le début des accidents remontait à une dizaine de jours, et au moment de l'hospitalisation, le malade présentait des douleurs s'irradiant dans tout l'épigastre : le ventre était dur et tendu, la température normale, le pouls élevé.

La laparotomie montra, dès l'ouverture du ventre, un segment intestinal très dilaté, constitué par le cæcum, le côlon ascendant et la moitié du transverse qui était tordu trois fois sur son axe. Etant donné le mauvais état général du malade, la détorsion ne fut pas suivie de colopexie, mais on crut devoir établir un anus cæcal. Le malade succomba dans la nuit.

J.-P. Tourneux.

Les Thèses

Ly. — Dr Regnault. — **Du sarcome ostéoïde de la choroïde** (Imp. Noirclerc et Fénétrier. Lyon, 1922.)

P. — Dr Henri Louge. — **Le réflexe palato-cardiaque physiologique** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1923.)

Le palais est le point de départ de différents réflexes qui déterminent des modifications dans le domaine vago-sympathique, dont les plus importantes portent sur l'appareil circulatoire.

Suivant le mode d'excitation, on observe des résultats opposés :

1° Une pression de 30 centimètres de mercure exercée au niveau du palais détermine une accélération du rythme cardiaque de 8 à 12 pulsations à la minute (en moyenne) et de l'hypertension artérielle.

2° Le grattage léger de la muqueuse palatine provoque un ralentissement de 8 à 12 pulsations par minute (en moyenne) et une hypotension artérielle portant surtout sur la minima.

L'auteur a appelé le premier de ces réflexes : *réflexe ortho-sympathique* (suivant la dénomination de M. le professeur Laignel-Lavastine) et le second : *réflexe parasympathique*. Le point de départ (le palais) et le point d'arrivée (le cœur) étant communs à ces deux réflexes, ils sont groupés sous une seule appellation : *le réflexe palato-cardiaque.*

Ce réflexe, dans ses deux modalités, est susceptible de varier grandement suivant les sujets (influence du tempérament sympathicotonique ou vagotonique) et, chez un même sujet, aux différents moments de la journée, sous l'influence de divers facteurs, au premier rang desquels il faut citer la digestion. Les épreuves de l'inhalation du nitrite d'amyle et de l'anesthésie de la muqueuse palatine donnent le droit de penser que ces deux modalités du réflexe palato-cardiaque suivent les voies anatomiques différentes, qui sont les conducteurs orthosympathiques pour la première modalité et les conducteurs para-sympathiques pour la seconde.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

UN JOLI CADEAU A FAIRE AU CORPS MÉDICAL

L'ordre des médecins.

Battons le fer pendant qu'il est chaud, et mettons sous les yeux de nos lecteurs toutes les pièces du procès, afin que, copieusement documentés, ils puissent se prononcer en connaissance de cause le jour où ils seraient consultés officiellement.

La grande presse continue à consacrer de temps en temps des articles à la question de l'Ordre des médecins, qui vient de prendre un véritable caractère d'acuité depuis que l'initiative parlementaire en a fait l'objet d'un projet de loi.

Parmi ces articles, il en est deux qui ont particulièrement retenu notre attention. L'un a paru en tête de l'*Echo de Paris* (22 mai), sous la signature de Raoul BLONDEL. L'autre est un film de Clément VAUTEL, publié dans le *Journal* (15 mai).

Le premier est l'œuvre d'un médecin ; l'autre émane d'un profane. Il est curieux de constater que, de ces deux journalistes, c'est, à mon avis, le profane qui dit les choses les plus raisonnables.

R. Blondel, dont j'aime les œuvres musicales qu'il compose, sous le pseudonyme de Brunel, — et dont quelques-unes, telle une Ste-Thérèse, ont eu les honneurs des concerts Lamoureux, — infiniment mieux que les travaux journalistiques, est le chroniqueur médical attitré de l'*Echo de Paris* et du *Journal*, où il initie hebdomadairement le grand public aux mystérieux problèmes de la pathologie et de la thérapeutique, créant ainsi vraisemblablement mille difficultés à ses confrères, qui ont à se défendre ensuite contre les colles que leurs malades leur poussent, sous l'empire de la digestion plus ou moins laborieuse que ceux-ci ont faite de ce qu'ils ont lu dans leur quotidien.

Il ne semble pas se douter qu'en préconisant la création d'un Ordre des médecins, il « crache proprement en l'air », pour en être ensuite lui-même éclaboussé. Car il n'est pas douteux que le premier soin de cet Ordre serait de lui interdire, ainsi qu'à ses pareils, le droit de publier des articles médicaux dans des journaux profanes.

— La difficulté, proclame-il, consiste à empêcher le titulaire d'un diplôme de docteur en médecine d'exercer. Or, cette difficulté, d'après lui, est loin de se montrer insoluble. Il suffirait qu'une oi exclût, des avantages représentés par le diplôme, le droit d'exercer, celui-ci n'étant conféré au docteur en médecine qu'après qu'il aurait subi un *examen professionnel* spécial devant un jury qui « *interrogerait le candidat et aurait à s'assurer que ces règles (déontologiques) lui sont bien connues dans leur texte et dans leur esprit, ainsi que les lois régissant l'exercice de la médecine* ».

Tiens ! Mais je croyais que la déontologie et la législation médicale devaient, au moins théoriquement, être enseignées dans les Facultés et faire l'objet d'interrogations spéciales au cours de certains examens, notamment du 4e ! Et me trompé-je, en rappelant ici que les *Verger*, de Bordeaux, les *Vanverts*, de Lille, les *Martin*, de Lyon, les *Jeanbrau*, de Montpellier..., ne manquent pas de professer sérieusement cet enseignement ? (1) Que s'il s'en faut qu'il ait l'ampleur qu'il mérite, dans les programmes et dans leur pratique, il suffirait de la lui donner en faisant au besoin appel, en dehors des universitaires eux-mêmes, à des praticiens connus pour être des parangons d'honorabilité professionnelle, de vertus déontologiques et de compétence médico-juridique. *Non bis in idem.* Il me paraît que l'examen spécial envisagé par M. Blondel est une complication inutile et inopérante, en ce sens qu'il n'empêcherait nullement le médecin, frais émoulu de l'école, d'y satisfaire, tout en s'empressant de passer plus tard outre aux règles apprises, si telle était sa mentalité et son bon plaisir.

En dehors de cette innovation, qui n'en est pas une, au demeurant, l'auteur prévoit, comme M. Aversencq, de Toulouse, des Conseils professionnels, à qui seraient déférés les médecins contre lesquels des plaintes auraient été formulées, ou des condamnations de droit commun prononcées, et qui frapperaient les coupables de fortes amendes et de la suspension du droit d'exercer. Les pharmaciens, informés, n'exécuteraient pas leurs ordonnances ; le contrôleur des contributions, avisé, pourrait infliger aux contrevenants de fortes amendes.

J'ai à plusieurs reprises déjà demandé hum-

(1) Rappellerai-je que LEGENDRE, — qui fut de nos collaborateurs, — inaugura, à Paris, il y a bien longtemps, un cours de Déontologie, qu'il professa systématiquement, et qu'il a publié dernièrement, revu, corrigé et considérablement augmenté ?

blement qu'on m'indiquât un moyen pratique d'empêcher un médecin suspendu de se rendre à l'appel des malades qui entendraient lui continuer leur confiance. Je récidive. Le barrage pharmaceutique lui-même ne serait qu'un leurre. Est-ce que les rebouteux, empiriques et autres illégaux, ne soignent pas leurs clients en se passant du pharmacien ? Le médecin suspendu ne pourrait-il s'approvisionner chez un droguiste des vingt médicaments nécessaires pour traiter à peu près toutes les maladies, et préparer lui-même ses propres ordonnances ? Délit d'exercice illégal de la pharmacie, dira-t-on ? Délit répréhensible ? Certes ; cinq cents francs d'amende, tel est le tarif, qui ne peut être dépassé.

Quant aux amendes elles-mêmes, comment les récupérer ? Comment peigner un diable qui n'a pas de cheveux, quand le diable reçoit tous ses honoraires au comptant, de la main à la main ; quand il prend soin de vivre en garni, ne possédant rien par lui-même, ou d'habiter chez un tiers ? La contrainte par corps ? Pourquoi pas la réclusion, voire le bagne ? ?

Il faut laisser une bonne fois de côté la comparaison qu'on continue à vouloir faire, ici et là, entre les avocats et les médecins. Il n'y a rien d'analogue, dans les deux professions, et surtout dans les conditions où elles s'exercent.

M. Blondel n'a pas certainement songé à ces tours de passe-passe qui rendraient sa loi inopérante. Il croit au contraire fermement à la vertu de celle-ci. Mais comme il ne veut pas la mort du pécheur, — la mort de faim, — il prévoit que « *le médecin qui ne peut plus ouvrir un cabinet peut s'employer comme assistant dans une clinique, un laboratoire, ou occuper un poste administratif dans une maison de santé, prêter son concours à une fabrique d'instruments, à une maison d'éditions.... si l'on veut bien de lui*, prend-il la précaution d'ajouter ». Ouais ! Voyez-vous l'accueil que ferait le directeur de la clinique, ou de la maison de santé, ou de la fabrique... au médecin condamné par un Conseil professionnel ?

Je ne prolongerai pas cette argumentation. M. Blondel ne m'a pas convaincu, et je ne saurais mieux faire, pour lui répondre plus compendieusement encore, que de lui opposer la thèse de Clément Vautel. Emanant d'un profane, ainsi que je l'écrivais en commençant, elle n'en a que plus de valeur à mes yeux. On ne dira pas que c'est un « orfèvre » qui l'a soutenue. Tout en est à citer :

Mon film.

Le scandale de Marseille vient de décider trois députés à proposer la création d'un « ordre des médecins » qui, s'inspirant de l'ordre des avocats, ferait régner l'honneur et la vertu parmi les disciples d'Hippocrate. « Science et conscience », telle serait sa devise...

Le corps médical organisé aurait sa propre juridiction : prévenant l'intervention de la justice, un conseil de discipline châtierait les médecins fautifs et même, à l'occasion, leur retirerait le droit de soigner le moindre bobo... Ce tribunal sévère, mais juste, ayant épuré la corporation placée sous l'égide du serpent et du miroir, nous ne risquerions plus, à l'heure de la souffrance, de tomber dans les mains d'un de ces morticoles avides qui saignent leurs clients aux quatre veines.

Excellente idée, comme vous voyez. Malheureusement, je ne la crois pas très pratique.

Le conseil de l'ordre des avocats dispose d'un pouvoir assez réel (n'exagérons rien) parce que les défenseurs de la veuve et de l'orphelin exercent leur profession dans le même milieu : ils vivent ensemble, sous l'uniforme, à la caserne judiciaire. Mais les médecins ! Ils ont le plus individuel des métiers et luttent dans la vie en ordre dispersé... Comment les surveiller ? Comment placer entre eux et les malades une autorité supérieure ? Et qui oserait, sur la foi de dénonciations plus ou moins sérieuses, briser la carrière d'un médecin en le rendant suspect, alors que, pareil à la femme de César, il ne doit pas être soupçonné ? A quoi se reconnaissent les vrais « indésirables » ? N'en est-il pas de très haut placés qui se moqueront de tous les conseils de discipline ? Ceux-ci chasseront du temple le pauvre médicastre qui procure de la coco à Gaby de la place Blanche, mais s'attaqueront-ils au grand chirurgien qui pratique la « dichotomie » et taille exagérément dans le vif des millionnaires ?

En un mot, le conseil de discipline aurait-il osé — avant le juge d'instruction — convoquer le docteur Platon, professeur de faculté et adjoint au maire de Marseille ?

Je me permets d'en douter, d'autant plus que son président eût été, c'est probable, ce même Platon.

Ces juridictions en vase clos ont de singulières complaisances pour les gros, tandis qu'elles font la vie dure aux petits... Elles empêchent les scandales, oui, mais c'est en les étouffant. Aussi bien, les loups ne se mangent pas entre eux et je ne vois pas du tout les médecins enfonçant eux-mêmes le bistouri dans les abcès découverts à Marseille, à Brest, à Versailles et ailleurs : ils useront plutôt d'émollients, et c'est bien naturel (1).

La corporation médicale est, au surplus, injustement décriée... C'est encore chez elle qu'on rencontre le plus d'hommes épris de leur art, dévoués et même désintéressés.

Et si les microbes de l'arrivisme, de l'âpreté au gain, de l'inconscience professionnelle, menacent de contaminer ceux qui doivent trouver la vraie discipline dans le sentiment du devoir, je ne crois pas que cette contagion puisse être efficacement combattue par des emplâtres administratifs et policiers.

Clément VAUTEL.

(1) A moins qu'au contraire, l'*invidia* ne trouve là une excellente occasion de faire des siennes, et ne frappe à tour de bras sur le pelé, le galeux... G. D.

C'est le bon sens même, ne trouvez-vous pas ?

Et pour terminer, je citerai sur le même sujet le petit papier suivant que je découpe dans l'*Ordre Français* (17 mai 1923), publication éditée par notre bon confrère PINEAU. Un Ordre facultatif ? A quoi bon, confrère Pineau ? Le Syndicat, avec son Conseil de famille, ne vous donne-t-il pas satisfaction sur ce point ? On m'a bien objecté que pareil Conseil n'existe que pour la forme, et qu'il n'a jamais à fonctionner. Vraiment ? Je regrette de ne pouvoir citer ici toutes les décisions qui ont été prises, à ma connaissance, par cet organisme syndical, contre des médecins qui s'écartaient un peu trop des règles et de la correction, qui sont encore de tradition, — n'en déplaise aux détracteurs systématiques de notre profession, — parmi la grande masse des praticiens de France.

L'Ordre des Médecins.

Les médecins se plaignent de leur situation, beaucoup de malades se plaignent des médecins.

La situation n'est pas la même. Toutes les carrières libérales traversent une crise, la carrière médicale est touchée, elle aussi, très sérieusement.

Plusieurs fois, les journaux politiques ont signalé des scandales, celui récent des carnets de réformés n'est pas le moindre. Il y a des brebis galeuses. Pour s'en débarrasser, voici qu'on préconise la création d'un ordre des médecins, analogue à celui des avocats.

Les litiges professionnels, les fautes qui, tout en étant blâmables, n'ont pas de sanction pénale, seraient évoquées devant lui.

Les promoteurs de cette réforme fondent sur elle les plus grands espoirs, mais elle rencontre de sérieux adversaires.

Beaucoup de syndicalistes croient que le Syndicat peut rendre les mêmes services que l'Ordre, sans en avoir les inconvénients. Beaucoup d'indépendants craignent de voir la nouvelle organisation accaparée par des coteries tracassières, exclusives, oppressives.

Pourquoi les partisans de l'Ordre des médecins demandent-ils qu'une loi le rende obligatoire ? N'est-il pas plus simple de le créer immédiatement, sans faire appel à l'Etat, de lui donner des statuts sévères, sévèrement appliqués ?

Le fait d'en être membre confèrerait une indiscutable autorité morale aux praticiens qui consentiraient à se soumettre à un contrôle constant.

Quelle que soit l'organisation d'un ordre obligatoire, il comptera toujours dans son sein des personnalités de valeur douteuse. S'il n'a que des adhérents volontaires, il en sera tout autrement.

Enfin, créer un ordre à recrutement facultatif serait sans aucun doute, le meilleur moyen de prouver son utilité.

Je m'arrête aujourd'hui. Je reprendrai prochainement la critique de l'Ordre des médecins

G. DUCHESNE.

ERRATUM. — Dans l'article de Decourt, paru dans le numéro 21, page 2035, il faut déplacer la première phrase : *Nous y reviendrons, s'il le faut* ; — et la reporter tout à fait à la fin du P. S., page 2040.

Même page 2040, à la 5e ligne de mon petit papier, lire : le guérisseur d'*Avignonel*.

G. D.

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE AUX COLONIES

Nous avons reçu à ce sujet la lettre suivante :

Hyères, le 23 mai 1923,

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours médical*,

Je viens de lire, dans le *Concours médical* du 20 mai, un article relatif à la médecine coloniale. Il m'a paru contenir quelques inexactitudes. Voulez-vous me permettre de m'adresser à votre courtoisie et à votre impartialité pour les rectifier dans l'intérêt de la vérité, et aussi, pour ne pas égarer l'opinion de vos lecteurs que cette question intéresse. Je suis médecin de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale et je suis bien renseigné.

Tout d'abord, je ne crois pas qu'il y ait « pour nos jeunes confrères du danger à accepter comme réalité, le mirage des situations médicales « mirobolantes » dans nos colonies ». — Quand on présente à ces jeunes confrères un contrat d'engagement de 20.000 fr. fixes par an — le logement et le mobilier, le voyage en 1re classe sur les paquebots et les chemins de fer..... je ne vois là aucun mirage dans ces propositions essentiellement concrètes.

Que le Dr Z..., un ancien du *Concours*, vieux néo-calédonien qui exerce la médecine libre en Nouvelle-Calédonie, laisse percer dans son article un peu de désenchantement, il ne s'ensuit pas forcément que tout ce qui touche à la médecine coloniale soit du bourrage de crâne ; tous les lecteurs du *Concours* auraient pris connaissance avec intérêt de l'article dont il parle où tout est faux ou tendancieux. Pourquoi ne pas le publier pour qu'il puisse servir de base à une discussion loyale ?

Le Dr Z... fait remarquer qu'il y a en Nouvelle-Calédonie de la lèpre et de la peste... mais s'il n'y en avait pas, on n'y aurait pas besoin de médecins. A Paris n'y a-t-il pas de la tuberculose et de la syphilis ? et les médecins parisiens trouvent-ils là un motif de discréditer la capitale ?

Le Dr Z... paraît critiquer les horaires des bateaux desservant seulement une fois par mois les postes du Pacifique.

Que vient faire là-dedans la médecine coloniale? (1)

Egalement, le Dr Z... proteste encore contre la surveillance par des vétérinaires militaires de la fabrique de boîtes de conserve de viande.

Que vient faire encore ici la médecine coloniale ?

Quant à la solde, je ne discuterai pas, ignorant cette question pour la Nouvelle-Calédonie.

Mais ce qui est certain, c'est qu'elle est augmentée par la clientèle payante, *laquelle va au médecin qui la mérite*, qu'il soit habillé en dolman ou en jaquette, et *non point fatalement* au médecin de marine ou de l'armée coloniale. Je connais personnellement en Afrique occidentale des médecins civils vivant côte à côte des médecins militaires et qui avaient de magnifiques situations en dehors de leur solde de fonctionnaires.

Relativement à la vie chère elle est, comme partout aux Colonies, chère seulement pour les produits importés de France : farine, vin, conserves, dont les prix sont augmentés des frais de transport et des bénéfices des maisons de commerce.

Bien que le « moi » soit toujours haïssable, permettez-moi de terminer par l'exposé de mon auto-observation récente et authentiquement vécue.

J'ai signé un contrat, en décembre 1920, de 18.700 par an (aujourd'hui ils sont offerts à 20.000).

Je suis parti le 1er février 1921. J'ai fait un séjour de 26 mois à Matam, sur le Sénégal — poste de début où la clientèle payante n'est pas très considérable — mais où un poulet vaut 0 fr. 50 cent., un chevreau de trois mois, trois francs, une douzaine d'œufs, 0 fr. 60 centimes, etc...

J'y ai vécu largement.

J'en suis revenu le 1er mai dernier avec une excellente santé physique et morale.

J'ai rapporté 30.000 fr. (trente mille) d'économies — et un congé de 6 mois agréablement édulcoré d'une gratification mensuelle de mille francs.

Les chiffres ont une éloquence brutale supérieure à toute discussion.

Dr Louis Cros,
11, rue Saint-Antoine, Hyères (Var).

P. S. — Je serais très heureux que vous publiiez cette lettre dans le *Concous médical*, et n'oubliez pas ma signature : je ne recherche pas l'anonymat.

Nous ne doutons pas de la réalité absolue de ce que nous affirme M. le Dr L. Cros, mais nous avons la même confiance dans ce que nous a communiqué notre abonné de Nouvelle-Calédonie. Il ne nous a pas demandé l'anonymat et nous a envoyé l'article qu'il critique. Si nous n'avons pas signé sa lettre de son nom, et si nous n'avons pas publié l'article vantant les avantages que les médecins trouvent en Nouvelle-Calédonie, c'est parce que les échanges de correspondances entre Nouméa et Paris demandent 4 à 5 mois au moins à se faire, et que les nouvelles que nous aurions reproduites, en publiant l'article incriminé, auraient été de l'an dernier ; nous ne pouvions pas ouvrir dans de pareilles conditions une polémique à ce sujet.

Toutes les colonies n'ont pas les mêmes gouverneurs et n'obéissent pas aux mêmes réglements. Ce qui est réalisé en Afrique occidentale peut ne pas l'être en Nouvelle-Calédonie.

Si notre confrère, vieux Néo-Calédonien, nous a parlé de la traversée du Pacifique, de l'impaludisme, de la lèpre, et de la peste, c'est pour répondre aux affirmations du médecin qui faisait, de la Nouvelle-Calédonie, un pays tout particulièrement salubre, et du Pacifique un Océan de tout repos où pouvait voguer sans secours le « Vaisseau des Caresses ».

Nous avons publié, il y a quelques mois, des fragments du compte rendu officiel du Conseil général de Nouméa, empruntés à un journal de la localité, et nos lecteurs ont pu constater comment l'administration de l'île océanique considérait les médecins libres dans ce doux pays.

Notre but n'est pas de détourner les jeunes confrères de la médecine coloniale, mais de les mettre en garde. Nous n'avons pas seulement reçu de plaintes que de Nouvelle-Calédonie. Nous désirons simplement qu'on assure aux médecins qui se rendent dans nos colonies pour y exercer, une situation en rapport avec les risques qu'ils courent et les sacrifices qu'ils font en s'éloignant de leur patrie, qu'on ne les gêne pas et ne les concurrence pas dans l'exercice de leur profession, que l'on tienne les promesses qu'on leur a faites et que l'on ne renvoie pas aux calendes grecques, par des moyens procéduriers, le règlement de leurs contrats, enfin qu'on leur accorde la même considération que celle dont nous jouissons en France. Ces exigences ne nous paraissent pas excessives et nous ne doutons pas que M. le Dr L. Cros soit sur ce point de notre avis, c'est-à-dire de l'avis de nos correspondants coloniaux.

J. Noir.

* * *

Un de nos correspondants nous envoie la lettre, accompagnée de la coupure, que nous reproduisons ci-après.

Tout n'est donc pas, partout, pour le mieux, pour les médecins de colonisation.

Permettez-moi de vous soumettre une réflexion personnelle : à l'heure où la plupart des journaux médicaux et même extra-médicaux mènent campagne pour encourager l'émigration des médecins aux Colonies, à l'heure où l'Algérie elle-même (pourtant la plus proche de nos colonies) manque de médecins de colonisation et de candidats à ce poste (voyez le

(1) Le ravitaillement des bourgades éloignées de Nouméa intéresse cependant les médecins qui sont obligés de s'y rendre.

J. Noir.

piteux échec des derniers concours), il est regrettable de voir comment nous traitent les administrations publiques et il ne serait peut-être pas mauvais que les jeunes confrères qui ont l'intention de venir parmi nous sachent les nombreux avantages (!) que l'administration offre aux jeunes gens désireux de venir faire le « Toubib dans le Bled », ainsi que vous pourrez le constater par le compte-rendu de la dernière réunion des médecins du département d'Oran publié par l'*Echo d'Oran*, dont je vous joins l'article et que vous pourrez reproduire.

Les médecins de colonisation.

Les médecins de colonisation de l'Oranie se sont réunis, le 27 février, à la mairie d'Oran. Cette réunion des praticiens du bled ne semble pas avoir eu pour but de manifester leur satisfaction de la situation morale et matérielle qui leur est faite. Ce fut un concert de doléances, les uns et les autres se plaignant d'être assimilés aux sous-officiers pour les passages gratuits sur mer, d'être à la merci d'un bon plaisir municipal tant que leurs feuilles signalétiques seraient adressées aux autorités communales, d'être privés de tout avancement par des textes qui les maintiennent à la même classe pendant de longues années, d'être astreints à des déplacements de plus en plus onéreux (visites des centres, épidémies), dont les débours sont à prélever sur le traitement, d'être menacés par une récente circulaire du parquet général (n° 1137 du 30 janvier 1923), en vertu des art. 43 et 44 du code de justice criminelle, d'avoir à escorter et assister les officiers de police judiciaire au cours des instructions auxquelles ils collaborent déjà à leurs dépens... etc., etc.

Une douzaine de vœux ont été votés à l'unanimité et seront transmis au président du Syndicat professionnel des médecins de colonisation.

* * *

A propos de la lutte antisyphilitique et des dispensaires

Nous jugeons sévèrement et avec raison les « Instituts » qui font « à tour de bras », sans raison et sans précaution, des injections d'arsénobenzol.

Mais que penser d'un dispensaire antisyphilitique de grande ville, où l'on fait ces mêmes injections avec une insouciance rare ?... Les injections intra-veineuses d'arséno y sont faites sans examen sérieux, sans prise de tension artérielle, sans examen d'urine, sans absorption préalable d'adrénaline. Je ne sais si les malades sont à jeun, mais ils ne sont pas toujours couchés et s'en vont aussitôt l'injection faite. Il y a bien de temps à autre quelques syncopes, mais l'on n'y prête aucune attention ; enfin, au cours du traitement, il n'y a aucune surveillance du malade (foie, cœur, reins).

Un médecin qui, dans ces conditions, aurait un accident en clientèle privée, serait infailliblement condamné, et cela, à juste titre, car sa conduite serait assimilée « à la faute lourde ». Le confrère qui fait ou fait faire ces traitements avec une pareille désinvolture se doute-t-il qu'il n'est nullement couvert par la municipalité, et que sa responsabilité subsiste entière?

Il est des traitements particulièrement actifs, mais délicats et avec lesquels il ne faut pas jouer ; et que ce soit en clientèle privée ou à l'hôpital, le malade a droit à la même conscience professionnelle.

LE CONCOURS MÉDICAL ET SES FILIALES

MUTUALITÉ FAMILIALE

A M. le Dr Th. et aux anciens membres de la M. F.

Nous recevons la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Depuis que je vous ai adressé la liste des confrères susceptibles d'entrer à la Mutualité Familiale, je n'ai pas eu l'écho que beaucoup aient répondu à votre pressant appel. Dans le but de lutter contre leur indifférence, je vous propose de faire distribuer à nos assemblées générales, qui auront lieu en juin, les tracts et autres imprimés que vous voudriez bien me faire adresser, en même temps que je leur rappellerais les œuvres du *Concours*.

Croyez, mon cher confrère, etc.,

Dr Th..,
Secrétaire de la Fédération
des Syndicats du département.

Réponse.

Mon cher confrère,

Le silence et l'indifférence dont vous vous plaignez commencent à ne plus m'étonner. Je n'ai vu, nulle part, autant que dans la profession médicale, cette veulerie, ce laisser-aller, cette coupable négligence qui consiste à ne rien faire pour prévoir la maladie et parer à ses conséquences. Alors que dans toutes les professions on se préoccupe d'assurer le travailleur contre le risque maladie-accidents, alors même que les Pouvoirs publics s'apprêtent à appliquer à dix millions de citoyens l'obligation de s'affilier à des Caisses-maladies, — projet qui, entre paren-

thèses, n'est guère fait pour enrichir le médecin, ni le soulager, — alors que, par profession, par essence, le médecin est mieux placé que quiconque pour savoir et voir quelle catastrophe est souvent pour un foyer la maladie ou l'accident de celui qui le fait vivre ; il est vraiment navrant de constater que, sur plus de 20.000 médecins exerçant en France, il n'y en a pas 2.000 qui aient compris leur devoir vis-à-vis d'eux-mêmes, de leur famille, et même de leur clientèle, en s'assurant la tranquillité, le repos moral, le nécessaire, ou simplement le remplaçant au jour où ils seront à leur tour frappés par la maladie ; il n'y en a pas 2.000 qui aient consenti un léger effort pécuniaire pour se garantir contre ce risque maladie, assurément le plus dangereux de tous ceux qui menacent leur carrière !

J'ai écrit personnellement à plus de mille jeunes médecins dont les dévoués comme vous m'avaient donné les noms. Je ne cesse de parler de notre M. F. dans les colonnes du *Concours* qui ne se lasse pas de nous donner son hospitalité. Les vrais propagandistes comme vous ne manquent pas une occasion de rappeler aux camarades la nécessité, l'urgence d'être prévoyants, non seulement contre l'incendie, non seulement contre la mort, non seulement contre le client mauvais payeur ou processif, mais aussi contre la maladie qui terrasse en permanence 7 à 8 % des nôtres.

Et bien ! Tout cet effort aboutit à quoi ? A quelques dizaines d'adhérents par trimestre, alors que si les médecins comprenaient leur devoir, c'est par centaines que des œuvres comme la M. F. devraient compter chaque année leurs nouveaux adhérents.

Que faire, alors, pour secouer leur torpeur, leur apathie, leur coupable indifférence ?

Ce que vous faites, mon cher Th., qu'à chaque réunion du Syndicat, des Fédérations, de l'A. G., de la Prévoyance, qu'à chaque rencontre au lit du malade, qu'à toute occasion, nos vieux camarades de la M. F., tous nos adhérents anciens qui connaissent notre œuvre, l'apprécient et l'aiment, se fassent un devoir de « cramponner » l'indolent jusqu'à l'en lasser, et de ne le lâcher qu'après son adhésion formelle. Rien ne vaut une bonne propagande individuelle avec des exemples à la clef et je voudrais que nos anciens malades, que nos chroniques même soient les premiers à nous marquer leur reconnaissance en se mettant à la tête de ce mouvement de propagande.

Moi, j'ai toujours un peu l'air orfèvre, quand j'en parle. Mais vous, mon cher Th., vous tous, mes chers vieux camarades des premiers jours, vous tous qui avez bénéficié de l'œuvre, vous avez bien plus de chances de séduire et de convaincre l'ignorant et l'indifférent.

Sachez donc tous que je n'attends qu'un signe de vous pour vous adresser tous les imprimés nécessaires et je n'ai plus qu'à vous souhaiter bon succès dans vos efforts. C'est pour tout le Corps médical que vous travaillez. Qu'il vous en soit un jour reconnaissant, en venant à nous sous votre égide ! Dr H. MIGNON.

DÉMOGRAPHIE

De l'influence des religions sur la natalité (1)

Par le Dr René MARTIAL.

Parmi les nombreuses études publiées au sujet de la crise de la natalité, certaines tendent à démontrer que la natalité d'un pays est d'autant plus faible que le degré de civilisation de ce pays est plus avancé. Mais, il y a, semble-t-il, confusion entre progrès matériel et instruction, d'une part, et civilisation, d'autre part. Cette dernière comporte aussi le développement intellectuel, artistique et moral. La décroissance de la natalité n'est pas due à ce qu'on appelle communément la civilisation, mais à cette prévoyance qui a tué la foi en la vie, l'esprit d'initiative, la hardiesse de caractère, en un mot, le courage de vivre. Lorsque l'on veut prévoir tous les aléas de la vie, celui de la grossesse est des plus aisés à parer. Le problème est tout moral.

Dans toute collectivité, la nature, l'instinct, agissent d'abord, mais l'éveil à la vie morale et au devoir ne tarde pas, à paraître, et, à partir de ce moment, frauder l'instinct est équivalent à un péché. Il en était ainsi dans l'antiquité, il est de même aujourd'hui avec nos religions actuelles. Dira-t-on que la religion est exclusive de la civilisation, alors qu'à l'origine de toutes civilisations, on trouve une religion ?

A quoi l'on répond que civilisation ne veut pas dire instruction et que seules ont beaucoup d'enfants les populations ignorantes de certains pays ou de certaines villes. On cite, par exemple, les Polonais, les Espagnols, et telles villes où la population catholique refoule la protestante, comme à Glasgow. A ces exemples, il est facile d'opposer celui de Genève, celui du Canada français, celui de la Hollande. Ce ne sont point là des villes, ni des pays dénués d'instruction ils sont, en même temps, profondément religieux,

(1) Communication à l'Académie de Médecine 22 mai 1923.

tant les catholiques que les protestants. En France, les catholiques du Nord n'ont-ils pas de splendides familles, et les pasteurs protestants aussi ? On ne saurait nier qu'il s'agit dans les deux cas de familles présentant une haute intellectualité.

L'histoire de plusieurs d'entre elles est fort instructive à cet égard. La civilisation même la plus raffinée n'exclut la natalité que lorsque la loi religieuse n'agit plus.

Voici un tableau fragmentaire où l'on a essayé de comparer la natalité, la religiosité et l'instruction de divers pays. On n'a pas pu trouver tous les chiffres nécessaires à l'établissement d'un tableau complet, parce que les recherches ont été entravées par les lacunes dues à un manque d'unification statistique dans les divers pays, à la diversité des lois, aux circonstances de la guerre. On verra plus loin que même la statistique municipale de France est, en ce moment et pour assez longtemps encore, très loin d'être au courant.

Pays	Naissances °/oo	Degré de religion	Recrues illettrées °/oo	Décès °/oo
Espagne	33	très religieux	?	22
Italie.......	33	id.	306	19,4
Portugal....	30.7	id.	?	19,3
Allemagne...	29.8	discipline religieuse.	0.3	16.2
Hollande	29	religieux	10	14
Danemark ..	27.5	assez religieux		14.6
Norvège	26.2			13.5
Suède	25			14
Angleterre ..	25	religieux		14
Suisse	25	id.		15
Belgique....	23.7	très religieux	89.8	15.8
France	19.7	décadence religieuse.	36	17.9

En dehors d'Europe, il existe, à Fez, un exemple curieux. L'ensemble de la ville comporte trois parties absolument distinctes et trois populations presque expérimentalement juxtaposées. La ville arabe : 100.000 habitants de population fixe, la ville israélite ou Mellah, 7.750 ; Européens, 1.800, dont 900 logés à la ville européenne, les autres en majeure partie, au Mellah et à Fez-Djedid. Parmi ces Européens, environ mille Français, sept cents Espagnols et le reste très mélangé.

D'un graphique établi pour la population israélite, il résulte que, même les années où une épidémie (rougeole 1918 et 1922) a fait grandir le nombre des décès, où, de plus, comme en 1902, 500 personnes environ ont quitté la ville pour aller en Palestine, même ces années-là, le taux des naissances est demeuré de beaucoup supérieur à celui des décès. De 1913 à 1922, la natalité est de 37.2 %o, alors que les décès ne s'élèvent qu'à 17.46 %o.

Quatre villes européennes ayant une population totale aussi proche que possible des 110.000 habitants de Fez donnent les chiffres suivants ; la plus forte natalité est là où l'instruction est la plus répandue — et, si la population israélite de Fez n'est pas instruite, on ne saurait lui dénier de remarquables dons intellectuels.

		naissances °/oo	décès °/oo
Toulon ...	106.000 hab.	17.44	18.
Livourne .	105.000 hab.	23.5	24.5
Utrecht ..	130.000 hab.	27.5	14.5
Bâle	135.400 hab.	25.5	13.8

Pour deux villes musulmanes seulement nous avons pu trouver des statistiques, encore ne sont-elles pas à la date du jour.

		naissances °/oo	décès °/oo
Alexandrie .	500.000 hab.	36.5	31
Le Caire. ..	1.000.000 hab.	39.3	40

D'un second graphique, établi de 1917 à 1922, il ressort que la petite population européenne, même estimée à 1800 âmes depuis 1917, ce qui n'était pas le cas, n'a donné pour ces six années que 19 %o naissances contre 26.8 %o décès.

On n'a pas pu établir de graphique analogue pour la population musulmane qui habite Fez-Djedid et la Medina, cette dernière encore appelée Fez-Bali, parce que l'état civil n'existe pas pour celle-ci. Seuls, les chiffres mensuels des décès sont très approximativement connus. Mais, de par divers indices, on sait que ceux actuellement fournis sont très inférieurs à la réalité.

Quant aux naissances, aucune donnée numérique, même approchée. Toutefois, on possède plus que des impressions, mais il faut savoir un peu ce que c'est que cette admirable famille musulmane qui rappelle par certains traits religieux celle de la cité antique. Comme dans cette dernière, assurer la perpétuité de la famille est une *nécessité religieuse impérative*.

Même en dehors du monde musulman d'ailleurs, on pourrait citer, non loin de la France, telle secte religieuse ancienne chez laquelle il ne peut pas y avoir mariage, s'il n'y a pas certitude de fécondation.

On fera observer que les Arabes sont polygames. En quoi consiste donc cette polygamie légitime que les Arabes savent si bien opposer à la nôtre, clandestine.

Le Coran accorde à tout musulman quatre femmes légitimes, à la condition qu'il puisse subvenir complètement à leur entretien effectif ; il peut aussi, sous certaines conditions bien déterminées, acheter autant d'esclaves qu'il peut en nourrir. La polygamie n'apparaît donc que dans les familles déjà très aisées, bien que la vie arabe soit beaucoup moins compliquée que la vie européenne.

Généralement, les fasi ne vont pas au delà de deux femmes légitimes. Le nombre des concubines est fort variable. Les enfants des deux sexes sont innombrables. La grossesse est un honneur, la femme qui ne donne pas d'enfants peut être répudiée. La stérilité est une malédiction de Dieu. Le mariage une nécessité. Dans nombre de maisons fasi, il y a assez de pe-

tits garçons — de douze à vingt — pour que le père y crée une école coranique privée afin d'éviter de les envoyer à l'école publique.

Tout enfant a un père connu. Il n'y a pas de filles-mères. Il n'y a pas de recherche de la paternité. L'enfant d'une esclave vit dans la maison comme ses frères et sœurs légitimes, et reçoit parfois, il y a eu des exemples illustres, une instruction et une éducation aussi, et même plus soignée que ces derniers.

La natalité est considérable, et compense la mortalité infantile qui est très importante. Quatorze et quinze enfants sont une moyenne très ordinaire dans la famille fasi. Chez les pauvres, il y en a autant qu'Allah veut bien en donner. Chez les très riches, on peut compter jusqu'à 37 enfants mâles !

Or, comme la religion des dieux lares, le Coran, la Bible hébraïque, l'Ancien et le Nouveau Testament disent : « Croissez et multipliez ». D'après les préceptes religieux, la grossesse, l'enfantement, ne sont pas seulement un devoir, mais bien un honneur, une bénédiction, un bonheur. Pour les femmes musulmanes comme pour les israélites, une femme stérile est à peu près déshonorée, elle est répudiée. Une femme qui ne donne que des filles est moyennement honorée, mais une femme qui donne un garçon, et surtout le premier de toute la future maisonnée, est choyée, fêtée, honorée, elle s'enorgueillit. De ce fait, elle gardera toujours un ascendant sur les autres. Plus la femme fasi a d'enfants, plus elle est fière, la stérilité des Européennes la déroute. La maternité est un honneur familial et social.

La famille arabe étant fondée sur le droit coranique, sa perpétuité est une bénédiction.

La jeune fille israélite ne redoute pas plus la maternité que la jeune fille arabe. De bonne heure, dès qu'elles sont nubiles, les jeunes filles pensent à la maternité et s'y intéressent. Bien que monogames, les familles israélites sont nombreuses, et la moyenne de six enfants est habituelle.

Au contraire, dans le petit groupe européen où l'on trouve une majorité de catholiques, et quelques protestants, c'est, sauf de rares exceptions, la restriction qui est la règle. Et l'on ne peut pas imputer ce phénomène à la haute culture de la plupart de ces Européens. Comme en France, la maternité n'est pas en honneur, mais une source de gêne et d'ennuis. Et, si nous revenons en Europe, niera-t-on la vigueur de la foi catholique en Belgique ? La foi simpliste de nos sœurs latines, la discipline religieuse de l'Allemagne tant chez les catholiques que chez les luthériens, l'ardente émulation des religions réformée et catholique en Hollande, etc. ?

Pour tous ces peuples : musulmans, israélites, latins, germaniques, etc., le livre de base est le même, Là où il n'y a pas d'enfants, c'est que la majorité de la population l'a perdu de vue.

Plus on observe la vie collective des sociétés, des villes, des nations, plus évidemment on constate que le progrès moral ne marche pas du tout de pair avec le progrès matériel. Le Coran a donné à ses adeptes avertis, sensés, intelligents, une élévation morale considérable, il est la cause directe de la famille nombreuse ; toutes les fois que la Bible a été observée, il en a été de même. La civilisation, même raffinée, la science poussée à ses limites humaines ne sont pas exclusives d'une foi religieuse. Est-il besoin de rappeler Pasteur et Branly ? Est funeste, a dit le grand penseur, tout ce qui libère l'homme sans qu'il y ait en même temps, chez lui, progrès moral parallèle.

R. MARTIAL.

***

Puisque vous avez ouvert, dans le *Concours*, une rubrique spéciale où chacun est appelé à donner son avis sur la grave question de la natalité qui occupe tous les moralistes et tous les patriotes, je me permets de joindre mon son de cloche à tous ceux qui se sont déjà fait entendre. Certes, je n'ai pas la naïveté de croire que ma note sera plus juste que celles qui l'ont précédée, mais c'est avec un certain nombre de notes plus ou moins bien harmonisées qu'on compose un morceau. A force de tourner et de retourner cet angoissant problème dans tous les sens, peut-être finira-t-on par trouver une solution ; pour ma part, me souvenant de la recommandation que me faisait, il y a bon nombre d'années, mon éminent président de thèse, le professeur Debove : *Primo non nocere*, je me compte bien volontiers parmi les médecins sceptiques dont parle le confrère Renoul ; depuis longtemps, je suis convaincu que bien des malades sont morts un peu plus vite parce qu'on les a tourmentés jusqu'à la fin, d'injections, de piqûres, etc., alors qu'ils ne demandaient qu'à mourir en paix ; il y a un moment où le malade est trop malade pour pouvoir supporter l'action d'un médicament actif ; il est donc dangereux d'employer celui-ci, et inutile d'employer ceux qu'on sait pertinemment être incapables de rendre le plus petit service. Actuellement, la nation française est très malade, si vous voulez la remettre sur pieds n'employez pas de moyens violents.

Je suis particulièrement frappé de voir presque tout le monde, évêques dans leurs mandements, moralistes dans leurs études, médecins dans leurs observations, etc..., d'accord pour déclarer que la principale cause est l'égoïsme et la soif des plaisirs. Cette manière d'envisager le problème me remplit de stupeur ; ou bien alors, il s'agit d'un égoïsme dont je comprends mal la nature. Depuis trente ans, j'ai certainement vu quelques égoïstes voulant utiliser tous leurs revenus à vider toutes les coupes de volupté, mais j'ai surtout rencontré de modestes employés qui se privaient même du nécessaire pour essayer de donner une carrière moins misérable à leur unique ou à leurs deux enfants ; j'ai vu de petits commerçants, de petits industriels obligés de vivre fort chichement pour faire honneur à leur signature ; j'ai vu des professeurs de collège au traitement de 2.500 francs, avant la guerre, élever, par quel tour de force ! deux ou trois enfants, j'ai vu des officiers à 4.000 fr.

faire de même, et que de fonctionnaires dans le même cas ! J'ai vu d'honnêtes ouvriers ne pouvoir se tirer d'affaire qu'avec des prodiges d'abnégation ; tout cela, est-ce de l'égoïsme ? Certes, j'ai vu des célibataires jouir de la vie, mais ils ne dépensaient dans ces jouissances qu'une somme qui aurait été à peine suffisante, avec beaucoup d'économie, pour entretenir bien modestement une femme légitime ; avec un ou deux enfants, la misère serait venue.

Il en est de même maintenant. Que de personnes passent pour aisées, riches même selon les « on-dit », et qui n'ont, en réalité, qu'une situation bien médiocre ! Quel est celui d'entre nous qui ne s'est pas dit bien souvent, qu'avec les mêmes charges et deux mille francs de plus, il aurait la vie large ? Il en est de même dans les autres carrières, et ce ne sont pas ces deux mille francs qu'on emploie à adoucir les amertumes de la vie qui, utilisés autrement, permettraient d'élever un seul enfant de plus, et cependant ces deux mille francs employés avec discernement nous donnent l'apparence d'une large aisance, presque de la richesse : et alors...... les langues vont leur train.

L'égoïsme ici est encore pour bien peu de chose dans la dénatalité. La grande cause du mal, la principale, presque l'unique, est tout autre ; comme l'a écrit le professeur Richet, c'est la civilisation arrivée à un tel point de raffinement que toutes les forces matérielles dont dispose le noyau familial sont absorbées par tous les besoins qu'exige notre seconde nature ; d'où le remède tout indiqué : revenir à notre première nature. Très naïf, je l'avais un peu espéré ; j'ai eu la faiblesse de croire que les hommes qui avaient constaté qu'on pouvait vivre, et somme toute pas trop mal, quand il n'y avait ni torpilles, ni marmites, dans un trou creusé en terre, une fois rentrés chez eux, enchantés de s'être débarrassés dans les tranchées de toutes les conventions imposées par la civilisation, vivraient simplement, à la façon des troglodytes des falaises de Dieppe, des coteaux crayeux de Caubebec, de Duclair, d'Ezy, etc... et qui ont beaucoup d'enfants à la place de loyers dispendieux, d'habits luxueux, de meubles en marqueterie, de dépenses représentatives, toutes choses qui ne donnent qu'un plaisir illusoire, tandis que de sains enfants sont la joie de tous les instants. Hélas ! au lieu de rester dans le ton simple et cordial de la zone de feu, tous les mobilisés ont augmenté leurs besoins artificiels d'avant guerre, de tout ce qui leur a manqué pendant la guerre.

Aussi, je pense que tous les remèdes proposés jusqu'ici sont, non seulement inefficaces, mais plutôt dangereux. Déjà, dès 1915, dans ses articles sur la famille, Henri Lavedan avait suggéré l'idée reprise avec quelques modifications par le Dr Renoul. Si jamais une Chambre votait une loi permettant à l'Etat de se présenter dans toute succession qui n'aurait pas quatre héritiers directs, et de se substituer aux manquants, je suis bien convaincu que tous ceux qui ont actuellement deux enfants n'en auraient plus qu'un en se disant : « puisque cet enfant n'aura qu'un quart de notre bien, il faut faire ce quart le plus gros possible, et par conséquent, n'avoir qu'un enfant à élever. » Il y aurait à craindre que beaucoup de parents missent leur fortune en viager pour en jouir largement au lieu de la laisser à l'Etat, en s'efforçant de faire quelques économies pour les passer de la main à la main à leur unique rejeton. Dans cet ordre d'idées concernant les héritages, je préférerais, sans croire d'ailleurs à son efficacité, un système limitant pour tout le monde, et d'abord le maximum des fortunes qu'on aurait le droit de posséder en propre, et ensuite la part maximum qu'on pourrait hériter ; on verrait peut être disparaître cette soif d'argent, cet amour du lucre qui poussent tant de gens à ne vivre que pour amasser un trésor dont le plus souvent, ils ne tirent aucune jouissance que celle bien vaine de l'édifier ; d'autre part, adieu les vastes ambitions individuelles, les entreprises audacieuses qui conduisent soit à la ruine, soit à la grande fortune ! adieu les énergies indomptables qui bravent tout pour arriver à la puissance que donne l'or : serait-ce un mal ? Il est permis de croire que l'industrie moderne, transformant les villages en usines a apporté plus de maux que de biens ; d'ailleurs, la grande industrie pourrait continuer à se développer au moyen de sociétés comptant de nombreux actionnaires et obligataires.

Il est douteux que la dispense du service militaire pour les fils d'une famille de six enfants augmente sensiblement le nombre des naissances ; je crois volontiers que ceux qui ont pu appeler à la vie cinq enfants feront leur possible pour en procréer un sixième, mais les procréateurs de deux enfants qui ont presque toujours la chance d'avoir un garçon et une fille, comme si la Providence favorisait leurs desseins, ne passeront pas facilement de deux à six !

Les partisans d'une forte natalité invoquent souvent l'argument : devoir envers la Patrie. C'est un point que j'aimerais voir traiter à fond par quelqu'un de compétent ; je me permets simplement cette remarque : la Patrie étant une société résultant de conventions tacites, orales ou écrites, et n'ayant pas le caractère de nécessité absolue, car seule la famille est une société naturelle, peut-on, au nom d'une société arbitraire, violer les volontés et imposer l'effort de procréation ? si oui, on ne le croirait pas, les lois humaines ayant tout fait pour disloquer la famille au profit apparent de l'individu. Si l'on interprète comme un ordre ferme les paroles que Dieu adressait à Abraham : « Croissez et multipliez », je me rallie complètement à l'opinion que développait tout récemment devant moi un théologien ; selon cet exégète, il faut tenir compte que Dieu a d'abord dit : « Croissez » ; or croître, c'est augmenter, augmenter, c'est plus ou moins s'enrichir ; donc, l'homme avant de songer à multiplier, doit songer à croître, c'est-à-dire à agrandir ses ressources, afin de ne pas procréer dans la misère ; et c'est là bien certainement l'une des grandes causes de la faiblesse de la natalité, la pauvreté étant essentiellement relative et en

étroit rapport avec la situation morale ; il y a des millionnaires qui sont pauvres ; bien rares sont ceux qui, avec mille efforts, peuvent augmenter leurs ressources. Les Normands savent bien qu'un pommier ne doit rapporter des pommes qu'en proportion de sa croissance ; sinon, les fruits sont mal venus et l'arbre risque de mourir ; pour le laisser se couvrir de fruits, ils attendent qu'il ait bien crû.

Puisque nous sommes entre médecins, prenez comme exemple tous les médecins de petites agglomérations ayant à peu près quinze cents têtes dans leur clientèle ; seules, des épidémies pourraient augmenter leurs ressources, et encore, si elles revenaient tous les ans, les clients s'appauvriraient et les médecins ne pourraient que décroître au lieu de croître. Sincèrement, peut-on croire que la majorité des médecins gagnent assez pour avoir quatre enfants et les élever selon la condition qu'ils occupent ? car jusqu'à preuve du contraire, il me paraît que c'est un devoir d'essayer de donner aux siens au moins l'éducation et l'instruction que soi-même on a reçues, sauf impossibilité absolue ; quatre enfants de neuf à seize ans, envoyés en pension, coûtent chacun au moins quatre mille francs par an, total : seize mille francs rien que pour les enfants, et il en faut encore au moins douze mille pour les frais de monsieur, madame et de la maison, total vingt-huit mille francs ; y a-t-il beaucoup de médecins qui, leurs dépenses professionnelles payées, ont vingt-huit mille francs à dépenser dans leur foyer, et cela sans rien mettre de côté pour l'avenir ? je pense que c'est là une infime minorité ; aussi la plupart d'entre nous ont zéro, un ou deux enfants ; ce dernier nombre est déjà élevé. Pourquoi voudrait-on que, dans les autres professions, on ait plus de facilités que dans la nôtre ? Il est permis de penser que dans la classe moyenne, en général, c'est le médecin qui, malgré la dureté des temps, est le plus à son aise, ou le moins gêné ; tout le monde sait qu'actuellement, les architectes ne gagnent rien, que les fonctionnaires, les professeurs, les magistrats, les officiers, etc., ne peuvent disposer de vingt à vingt-cinq mille francs par an dans la période de leur vie où ils pourraient songer à fonder une famille !

Il semble qu'il n'y a que trois catégories de personnes qui puissent faire un effort de repopulation, les gens vraiment riches, beaucoup moins nombreux qu'on a la déplorable habitude de le dire, les ouvriers ayant un bon métier, formant des ménages où les deux époux gagnent de gros salaires entièrement pour eux, et les cultivateurs.

Les familles bourgeoises très aisées comptant quatre ou cinq enfants ne sont pas rares. Les terriens ont encore des enfants en nombre respectable ; c'est d'ailleurs la meilleure manière pour eux de résoudre le problème de la main-d'œuvre raréfiée. Seuls, les ouvriers ne veulent plus d'enfants ; c'est évidemment là qu'on trouve le plus d'égoïsme et le plus de basse jouissance ; tout le gain passe en plaisir sensible et même sensuel ; je veux bien croire qu'ils n'ont pas une absolue mauvaise volonté, mais il faudrait les atteindre pour les convertir à une morale plus élevée or, ils ne lisent que des feuilles qui les trompent sur leurs droits et sur leurs devoirs et ne fréquentent que des lieux où l'on bafoue la morale qui a fait autrefois la grandeur de la France. Auprès d'eux, le rôle de la religion, et particulièrement de la religion catholique que prône si justement le confrère Mazel, ne peut être d'aucune efficacité ; dans le monde ouvrier, industriel, la proportion des ouvriers qui fréquentent (je dis fréquentent et non vont de temps en temps) à l'église ne dépasse pas trois pour cent. De plus, ne voulant pas comprendre que bien des situations qu'ils envient procurent moins de ressources que leurs états, et avec beaucoup plus d'obligations, car bien trop souvent, il faut dépenser uniquement pour tenir son rang, honneur oblige, les ouvriers prennent prétexte que la petite classe moyenne, la plus opprimée, n'a pas d'enfants, pour l'imiter ; mais celle-ci ne peut pas, alors que ceux-là pourraient.

D'ailleurs, il ne faudrait pas exagérer la puissance de la pratique religieuse pour l'augmentation de la natalité. Ce n'est un mystère pour personne que la doctrine catholique n'oblige pas les fidèles à avoir des enfants ; elle les oblige, simplement, à vivre selon la chasteté relative de leur état : célibataire, on ne doit pas connaître la volupté sexuelle que le Créateur n'a créée que pour nous pousser à la continuation de son œuvre, et pour nous donner l'honneur d'y participer ; marié, si l'on use des droits du mariage, on ne doit rien faire pour entraver les conséquences des actes qui doivent être conformes à leur nature. En cela, comme pour le reste, l'Eglise, très sage et très prudente, enseignant qu'on ne doit pas tenter Dieu et Lui demander tous les jours et pour tout le monde le renouvellement du miracle de la multiplication des pains, pousse les croyants à l'usage des sacrements bien plus pour les aider à vivre chastement que pour les pousser à donner le jour à des enfants. Aussi, un renouveau de catholicisme pratique donnerait un résultat bien minime ; tout le monde peut s'en rendre compte. En 1920, les confesseurs ont reçu l'ordre de Benoît XV d'éclairer leurs pénitents sur le crime qu'ils commettent en fraudant dans l'usage du mariage ; pour tous ceux qui savent observer, le résultat ne s'est pas fait attendre, au grand désespoir des pasteurs qui ont vu les sacrements désertés par dix-neuf jeunes femmes pour un jeune ménage qui persévérait. Dans les petites paroisses où l'on se compte facilement, le fait saute aux yeux ; mesdemoiselles X, Y Z. communiaient fréquemment avant leur mariage ; elles ont continué quelque temps, souvent jusqu'au deuxième enfant puis arrêt ; retour pour une sur vingt, suivi d'un troisième enfant, deuxième arrêt de cette unique sur vingt et probablement jusqu'à la ménopause ou bien jusqu'à ce que la situation ait crû. Qu'on aille d'église en église, qu'y verra-t-on à la Sainte Table, des jeunes filles, quelques adolescents, deux ou trois jeunes ménages, de nombreuses femmes sur le retour et quelques hommes décidés à se ranger parce qu'ils croient, et qu'indiscutablement

ils trouvent dans les sacrements reçus avec foi la force de vivre chastement.

D'autre part, comme le fait remarquer le Dr Mazel, les ministres de la religion catholique qui, malgré les calomnies dont on les abreuve, en très grande majorité, pratiquent exactement la chasteté, sont mal placés pour conseiller de procréer puisqu'ils échappent aux charges écrasantes de la famille et glorifient la pureté et la chasteté placées immédiatement après les vertus théologales ; dans le catalogue des saints, on compte un nombre respectable d'hommes et de femmes mariés qui, par amour de la pureté, car « Bienheureux les purs, parce qu'ils verront Dieu », ont continué dans le mariage à pratiquer la chasteté absolue et ont donné le bel exemple prôné par Saint-Augustin, d'une amitié parfaite entre homme et femme, celle où les âmes trouvent le mieux à s'épanouir entièrement, où tout se partage et rien ne se rompt, où des devoirs égaux s'imposent aux deux parties contractantes qui doivent apporter une même espérance, un même cœur aux doux liens destinés à les unir toujours et dans ce monde et dans l'autre.

L'actuel archevêque janséniste d'Utrecht s'est rendu compte de cette situation paradoxale du clergé célibataire et, dans sa lettre pastorale de novembre dernier, il supprime le célibat obligatoire des prêtres jansénistes, leur donnant le droit de se marier, non pour satisfaire leurs sens les plus inférieurs, mais pour donner l'exemple de bons époux et de bons pères de famille ; en même temps, ils se rendront peut être mieux compte des difficultés de l'heure qui ont été exposées éloquemment par Mgr. de la Villerabel dans son beau mandement sur la Famille française. Avant d'adresser des remontrances à ses brebis, il trouve dans son cœur beaucoup d'excuses à leur conduite, beaucoup de circonstances atténuantes qui, bien souvent, enlèvent aux fautes même les plus graves le caractère du plein consentement ; il accuse nettement et avec véhémence la société moderne qui rend quasiment impossible la pratique de tous les devoirs du mariage.

Le Dr Mazel se demande si l'on ne pourrait pas invoquer, comme l'une des causes très secondaires de la dénatalité, la diminution du sens génésique. Il me paraît certain que les hommes de trente à quarante ans sont déjà blasés et fatigués, mais c'est probablement parce que, sans contestation possible, la jeunesse d'il y a dix à vingt ans, tout comme l'actuelle, a été plus luxurieuse que la jeunesse d'il y a quarante ans et surtout d'il y a soixante ans, alors que n'existait pas le service militaire obligatoire et que les jeunes gens avaient plus de réserve. Quant aux femmes, beaucoup de bons esprits admettent que de tout temps, elles n'ont de goût à la volupté charnelle qu'après y avoir goûté avec quelqu'un d'expert ; avant cette connaissance pratique, elles n'ont guère que de de la curiosité. Quoi qu'il en soit, faut-il une si grande puissance génésique pour procréer quelques enfants que l'on doive être de la force d'Hercule ? !

Dans tous les remèdes qu'on propose pour combattre ce fléau qu'ont connu toutes les civilisations avancées et dont les racines remontent chez nous à la féodalité, il me paraît qu'on attelle les bœufs derrière la charrue, dans ce sens qu'on argumente sur les devoirs envers la Nation et qu'on oublie de parler de ceux qu'on contracte envers ses enfants, dès le jour qu'on les appelle à la vie.

Autrefois, on apprenait dans les cours de morale que nos devoirs nous liaient d'autant plus qu'ils se rapportaient à des personnes plus près de nous. Premièrement les devoirs envers Dieu, deuxièment et troisièmement, les devoirs envers nos père et mère et nos enfants, quatrièmement nos devoirs envers nos proches, puis envers la Patrie, et enfin envers l'humanité. Ce doit être aujourd'hui comme autrefois. Or, parfois ces devoirs sont en opposition et bien des consciences désireuses de bien faire (et il y en a beaucoup plus qu'on a l'air de le croire) sont fortement embarrassées. Qu'on ouvre ce petit livre parfait, le catéchisme de la doctrine catholique, on y lit : « Les parents doivent à leurs enfants l'amour, tout ce qui leur est nécessaire pour le corps et pour l'âme, leur faire embrasser un état de vie selon leur condition, veiller sur eux, les corriger, leur donner le bon exemple et même les alimenter à l'âge adulte s'ils ont mangé leur bien propre et se trouvent sans ressources même volontairement (ce qui me semble exagéré) ». Si cette morale est la vraie et doit être suivie à la lettre, par quel moyen, comme le suggère le Dr Colard, un médecin ayant quatre ou cinq fils pourra-t-il leur faire embrasser un état en rapport avec sa situation ? s'il a quelques filles, comment pourra-t-il les établir dans des conditions analogues ? Et puis, quelles obligations a-t-on à l'égard d'enfants paresseux qui n'ont jamais voulu fournir le moindre effort et qui, vers dix-huit ans, ne veulent embrasser aucune carrière ? Par quel miracle des parents riches parce qu'ils ont, par exemple, deux millions, pourront-ils assurer une situation semblable à leurs enfants s'ils en ont une dizaine ? fils de millionnaire, ils n'auront chacun que cent cinquante à deux cent mille francs, ce qui est une miette de pain par le temps qui court, et pour comble de malheur, ils passeront pour riches, auront tous les ennuis de la richesse sans en avoir les agréments.

On lit aussi dans certaines théologies morales : « Les parents ne peuvent disposer de leurs biens que dans une certaine (laquelle ?) mesure, car ces biens ne sont plus entièrement à eux (paraît-il) à partir du jour qu'ils ont des descendants ; de là, à admettre ques des enfants puissent reprocher à leurs parents de les avoir faits trop nombreux et ainsi d'avoir diminué leur part, il n'y a qu'un pas que franchissent bien des enfants par trop nombreux ; bien des jeunes filles d'âge à marier ont trouvé mauvais que leurs mères fussent encore de jeunes mamans, ce qui parfois empêchait leur mariage, leurs dots se trouvant diminuées (et vous lisez également dans les mêmes ouvrages que les parents doivent doter leurs enfants)...

Comment interpréter ces trois malheureux petits

mots « selon leur condition » ? Si des parents riches élèvent leurs nombreux enfants avec tout le luxe que prouve la fortune, ils en feront des aigris, des mécontents qui se trouveront malheureux, car au moins neuf sur dix resteront sensiblement au-dessous de leur point de départ ; loin de croître, ils auront décrû. Actuellement, ce sont les familles bourgeoises aisées qui, dans les villes ont le plus d'enfants ; si les parents se croient obligés d'élever bourgeoisement leurs enfants et de leur donner une éducation dite bourgeoise, nous tournons dans ce cercle extrêmement vicieux qu'on continuera à avoir beaucoup trop de médecins sans malades, d'architectes sans travaux, d'avocats sans plaideurs, d'agents d'affaires sans affaires, de courtiers sans ventes, d'assureurs sans assurés, de commerçants sans négoce, de non producteurs enfin, et à voir les conditions matérielles de la vie devenir de plus en plus inextricables. Pour combattre un tel état de choses, j'aurais rêvé la remise en honneur des professions manuelles, même pour les fils de bourgeois ; le jour n'est pas loin où un maçon gagnera dix à douze mille francs par an sans frais alors qu'un médecin ou un avocat ne les aura pas, ses frais professionnels défalqués. On pourrait admettre qu'un jeune homme instruit peut gagner sa vie sans déchoir en travaillant huit ou dix heures par jour avec ses mains, et consacrer le reste du temps à des occupations en rapport avec son éducation et son instruction ; en somme, faire deux parts très nettes de sa vie, l'une matérielle et corporelle, l'autre intellectuelle et spirituelle ; être en blouse pour trouver ses moyens de subsistance e t porter avec distinction la jaquette en dehors du lieu de travail servile, me paraissent du domaine des choses raisonnables. De même, que *Virtus est præmium virtutis*, de même l'instruction générale doit être sa propre satisfaction. On doit s'instruire pour la joie de savoir et par ce moyen donner plus de valeur à son moi, et non dans le but vulgaire d'échapper aux saines fatigues du corps. Il ne s'agit que de changer une mentalité déplorable. On le peut. Le jour où la Grande Presse le voudra, elle accomplira cette révolution et l'on verra des gens distingués par la naissance, l'éducation et l'instruction, remuer sans fausse honte la terre nourricière, conduire les machines comme jadis de nobles coursiers, etc., etc. Si comme l'empereur Dioclétien, on quittait les pompes et les vanités de ce monde pour entrer de plain-pied dans la vie simple, on y trouverait un tel charme, une telle paix qu'à son exemple (à ceux qui l'importunaient pour remonter sur le trône) il répondait : « Vous ne me parleriez pas des honneurs si vous voyiez mes beaux choux et mes jolies carottes »), on répondrait à ceux qui parleraient de reprendre la vie præternaturelle (du monde) : « vous ne me feriez pas de telles propositions si vous voyiez les intéressantes installations électriques (ou autres), que je fais ». Le bonheur, fonction de la simplicité des mœurs, reviendrait sur la terre et particulièrement sur la « doulce » terre de France.

Une ligne de conduite précise est vraiment nécessaire ; se contenter pour décider les jeunes ménages à procréer, de dire que l'armée a besoin de soldats, c'est un peu maigre comme stimulant quand tant de difficultés se présentent à l'esprit des procréateurs, et qu'on ne fait rien pour les résoudre.

Le mal qu'on déplore est étroitement en rapport avec une civilisation matérielle trop éloignée de la nature. Les âmes scrupuleuses s'effrayent de l'infinité de cas de conscience dans lesquels elles s'empêtrent, ne trouvant pas de guide sûr pour les délivrer de bien des doutes qui les oppressent. Il faudrait donc apporter la paix dans les âmes en prenant le mal à sa racine. Une nouvelle loi, religieuse ou humaine, semble vouée à un échec certain si elle prétend attaquer le mal juste au point où il en est. Seule l'initiative privée pourrait donner quelque chose, avec l'appui des autorités ; par les ligues on est arrivé à faire disparaître les ivrognes, les brutes maltraitant sans pitié les animaux, etc. ; une société analogue aux Croix, rouge, verte, bleue, blanche, s'intitulant : « La Vie simple » qui pourrait prendre comme emblême une croix violette, avec une violette comme motif décoratif, cette charmante fleur étant le symbole de la simplicité et de la modestie, aurait chance de recruter un grand nombre de membres ; beaucoup de personnes sont navrées d'être entraînées dans le tourbillon actuel, mais n'ont pas la force de lutter isolément contre toutes les dispendieuses habitudes modernes ; se sentant en nombreuse compagnie, soutenues par une puissante société, ces mêmes personnes pusillanimes seraient enchantées de rompre avec les mœurs actuelles, en proclamant bien haut qu'elles sont membres de la Croix violette.

Dans l'exposé du but de la Ligue, on pourrait, une bonne fois, établir les devoirs stricts des parents à l'égard de leurs enfants. Actuellement, beaucoup vivent sur de vieilles données qui ne paraissent plus au point ; d'autres, les plus nombreux, déclarent l'enfant roi et oublient qu'ils sont les parents ; ils lui font une place trop grande ; somme toute, il n'y a pas d'accord dans la conception des droits et des devoirs réciproques des parents et des enfants ; le plus singulier c'est que presque personne n'a l'air de s'en soucier ; c'est pourtant le point de départ de la question qui nous préoccupe. Si cette première difficulté n'est pas tranchée, surtout dans le sens de plus de droits aux parents avec des devoirs moins draconiens, on ne résoudra pas la seconde. Bien des gens n'ont qu'un ou deux enfants par devoir ; ils se croient moralement obligés de chercher à laisser leurs descendants dans les meilleures conditions possibles.

Une fois l'utilité de la Ligue bien démontrée, les devoirs et les droits des parents bien codifiés, on pourrait songer aux statuts. Il faudrait que chaque membre de la Ligue soit moralement obligé de renoncer à toutes les dépenses de luxe ou absolument inutiles quand elles ne sont pas nuisibles : tabac, bijoux, meubles d'art, fourrures, réceptions, thés, cadeaux pour des oui et pour des non, bals, théâtre, casino, voyages dits d'agrément, changement de résidence

dans le courant de l'année par snobisme, aliments recherchés, mets rares, vins de grands crus, etc., etc. enfin toutes choses qui avec beaucoup de tracas ne procurent que peu de satisfaction et grèvent le budget familial d'une dépense de plusieurs milliers de francs L'automobile, ce mangeur de biens, à moins qu'il ne soit absolument nécessaire pour la profession, ne serait autorisé qu'après le troisième enfant (entre parenthèse, je pense que ce serait le meilleur remède si une loi était établie dans ce sens ; la folie du volant est telle, que pour avoir le droit de chauffer avant quarante-cinq ans, on se déciderait bien à mettre au monde trois ou quatre enfants). On devrait également se contenter de l'enseignement local pour les enfants ordinaires et réserver les pensions onéreuses et trop souvent inutiles, seulement à ceux vraiment capables d'en profiter, c'est-à-dire à une très petite minorité. L'enseignement primaire bien compris est suffisant pour presque tout le monde, car il met à même jeunes gens et jeunes filles de compléter chez eux leur instruction générale par un cours fait par correspondance, ayant l'avantage appréciable de coûter bien moins cher qu'un cours suivi dans une ville plus ou moins éloignée, et l'avantage inappréciable de laisser les frères et les sœurs en contact permanent dans l'intimité du foyer où ils prendront, avec chance de le conserver, l'amour de la famille. Il va de soi que les filles comme les garçons devront apprendre un état. Qu'on enterre définitivement cette odieuse conception bourgeoise qu'une jeune fille bien élevée ne doit pas travailler !

En passant ainsi au crible toutes les complications inutiles de la vie moderne, la Vie simple pourrait en faire disparaître un grand nombre, et par suite, créer l'abondance dans les foyers ; là où il y a abondance, il y a croissance, et quand on croît, on peut facilement multiplier.

Croissez, puis multipliez, *tuto, cito et jucunde* ».

Dr Félix Legros,
(Pont-de-l'Arche).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Les journées médicales de Bruxelles.** — Les « Journées médicales de 1923 », auxquelles Leurs Majestés le Roi et la Reine viennent d'accorder Leur Haut Patronage, auront lieu du 24 au 27 juin. *Bruxelles-Médical* en assure comme précédemment l'organisation, le Comité d'honneur comprend S. E. M. l'Ambassadeur de la République Française, S.E.M. le ministre de Suisse M. le chargé d'Affaires du Grand Duché de Luxembourg, les Ministres de l'Intérieur et de l'Hygiène, des Sciences et des Arts, des Affaires étrangères, de la Défense Nationale, le Bourgmestre de Bruxelles, le Gouverneur du Brabant, MM. les professeurs Bordet, Depage, Héger, Vandervelde, Van Ermengem, Jean et René Vèerhoogen, Vince ; M. Velghe, directeur général de l'Hygiène, et le Lieutenant Général Wilmears, inspecteur général du service de Santé de l'Armée.

Ces Journées, qui tiennent le juste milieu entre les Congrès, trop spécialisés, et les cours de perfectionnement, trop absorbants pour le praticien, connaîtront cette année encore le juste succès qu'elles remportèrent en 1921 et 1922. Grâce à la collaboration dévouée des personnalités les plus marquantes du corps enseignant universitaire, des chefs de service et de leurs assistants des hôpitaux, instituts et polycliniques de la capitale, le Comité a pu mettre sur pied un programme scientifique du plus haut intérêt qui permettra aux praticiens de se mettre au courant, en quatre jours, de tout ce qui a été fait de nouveau en matière de pratique et de technique médicales et chirurgicales. Toutes les spécialités seront envisagées au cours de cette session : l'anatomie pathologique, la cardiologie, la curiethérapie, la gynécologie, l'hygiène, la médecine infantile, la neurologie, l'obstétrique, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pathologie générale, la radiologie, les recherches biologiques, la syphiligraphie, la thérapeutique, l'urologie, les voies digestives, les voies respiratoires. Une large part sera faite à l'expansion scientifique par le cinéma.

Les grandes conférences et les communications seront nombreuses. De par la collaboration française, on peut dire que les Journées de 1923 seront une nouvelle et éclatante manifestation de l'amitié franco belge. A côté de MM. De Beule (Gand), Dustin et Rulot (Bruxelles), il faut signaler les conférences de MM. Balthazard et Levaditi (Paris), Forgue (Montpellier), Bergonié (Bordeaux), Pittard (Genève,) Moulonguet (Paris), Pont (Lyon), Klein (Strasbourg), Caumartin (Lille).

La matinée de la quatrième Journée sera consacrée à la visite des installations scientifiques et sanitaires de la ville d'Anvers. On en verra le programme détaillé dans le Carnet du Congressiste envoyé à tous les adhérents vers le quinze juin. A 12 h. 1/2, les membres des Journées s'embarqueront à bord d'une des spacieuses malles de l'Etat, venue spécialement d'Ostende et descendront l'Escaut jusqu'à Flessingue pour gagner ensuite Ostende en longeant la côte belge. Ce sera un voyage magnifique, pour les Belges comme pour les étrangers, et qui, fait dans des conditions très spéciales de confort, clôturera de façon splendide les « Journées médicales de 1923. »

Le programme des festivités comprend notamment une soirée artistique suivie de raout et une représentation de gala au Théâtre Royal de la Monnaie.

Un programme spécial est réservé aux dames des congressistes, à Bruxelles comme à Anvers.

Les adhésions, accompagnées du montant de la cotisation (25 fr. ; 15 fr. pour les abonnés à *Bruxelles Médical* ; 40 fr. pour l'excursion (trains et paquebot), doivent être envoyées au Secrétaire général, le Dr Beckers, 36, rue Archimède, à Bruxelles.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
Thiron et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

2° Si sur cette vente il y a taxe de luxe, ce que je ne crois pas.

Dr G.

Réponse.

1° L'article 1586 du code civil dispose que la vente est parfaite entre les parties et la propriété acquise de droit à l'acheteur dès qu'on est convenu de la chose et du prix, quoique la chose n'ait pas encore été livrée ni le prix payé.

En stipulant que les ventes constitutives du chiffre d'affaires sont celles « effectivement et définitivement réalisées », l'art. 62 de la loi du 25 juin 1920 exige formellement qu'aient été remplies les deux conditions que la loi civile exige pour la perfection du contrat de vente : livraison de la marchandise d'une part, payement du prix, d'autre part.

En ce qui vous concerne, la marchandise a été livrée seulement le 14 avril 1923 (jour où vous avez reçu la voiture neuve) et le payement du prix soldé définitivement à cette date.

En conséquence l'affaire a été réalisée définitivement le 14 avril.

2° Depuis la loi du 25 juin 1920, la vente, par un particulier, d'une automobile d'occasion, était toujours soumise à la taxe de luxe, quelle que fût la qualité de l'acheteur. La loi du 30 mars 1923 exonère de la taxe de luxe la vente des automobiles d'occasion.

L'art. 3 de la même loi prescrit que, par mesure transitoire, l'impôt sur le chiffre d'affaires continuera d'être perçu au taux de 10 % pour les ventes des dites voitures qui se trouveront en possession des détaillants lors de la promulgation de la présente loi, c'est-à-dire le 30 mars 1923.

En conséquence, vous êtes redevable de la taxe de 10 %, pour la vente de l'automobile d'occasion en votre possession au 30 mars.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Situation militaire.

Je viens encore abuser de votre complaisance pour vous demander avis et conseils.

1° Sur ma situation militaire. D'abord exposé de la situation, puis demande sur les points que je voudrais voir éclaircir.

Classe 1899, S. X. avant-guerre, maintenu pendant la guerre. Médecin auxiliaire jusqu'en août 1918. Médecin aide-major 2e classe à titre temporaire en août 1918. Démobilisé 12 février 1919.

En 1920, je reçois ordre de faire demande de nomination à titre définitif. Je m'y refuse à plusieurs reprises. Finalement, sur menace d'être reversé simple soldat, je me résigne à cette demande, mais j'avais

fait une demande de mise hors cadre pour raisons de santé et le 30 septembre 1920, j'avais obtenu une proposition de mise hors cadre et une pension temporaire de 10 %. Cette pension a été portée à 25 % le 30 septembre 1922.

A la suite de ma demande de nomination au grade de médecin aide-major à titre définitif, faite sous menaces, j'ai déclaré ne pouvoir donner le certificat d'aptitudes exigé. On m'a fait passer une visite spéciale, et la décision a été inaptitude. J'ai été cependant nommé médecin aide-major à T. D., en 1921.

Puis j'ai reçu notification de mise hors cadre du 8 mars 1922.

Donc classe 1899, médecin aide-major à titre définitif, proposé pour mise hors cadre 30 septembre 1920, mis hors cadre, 8 mars 1922.

Aujourd'hui on m'écrit pour me faire signer une pièce : copie de la lettre suit :

« En conformité de l'article 72 de l'instruction du 2 février 1909, les officiers arrivés au terme de la durée légale du service doivent être proposés pour la radiation des cadres, radiation subordonnée à la décision du général de brigade. En conséquence signez la pièce jointe où vous demanderez soit à être maintenu soit à être rayé des cadres ».

Je désire être rayé des cadres pour raisons de santé, rester pensionné, et pensionné suivant mon grade.

1° Combien de visites ai-je encore à passer avant d'être rayé des cadres pour santé ? avec pension définitive (1re visite juin 1920, 2e juin 1922).

2° Que dois-je répondre à la lettre que l'on m'a transmise. Je ne désire plus rester mobilisable. Je n'en suis pas capable. Je ne puis songer qu'à me retirer de la profession et à me reposer. Quelle influence peut avoir sur ma situation et ma pension la réponse que je ferai à cette lettre ? Si je demande à être rayé des cadres, suis-je ensuite pensionné au tarif d'aide-major ou de soldat de 2e classe ? Dr X.

Réponse.

Les questions d'indemnisation et d'aptitude au service militaire sont différentes l'une de l'autre.

Ayant passé votre première visite en juin 1920, c'est en juin 1924 que votre indemnisation pour raison de santé donnera lieu à une pension définitive par le jeu de l'art 7 de la loi du 31mars 1919. Quant au taux de cette indemnisation, il sera fixé au moment d'une visite que vous subirez dans les 6 derniers mois de la période de 4 ans, prévue par cet art. 7. Il vous reste donc encore une visite réglementaire à passer.

D'autre part, c'est au bout de 3 ans passés hors cadres, qu'un officier doit régulièrement être mis dans les cadres ou rayé des cadres. En ce cas, acceptez votre radiation, si vous vous sentez incapable de faire du service.

Option entre la réserve et la territoriale.

J'ai recours à votre obligeance pour me fournir le renseignement suivant :

Le directeur du service de santé de ma région me demande d'opter entre la réserve de la territoriale. Je dois vous faire connaître ma situation militaire qui est la suivante, actuellement :

Médecin aide-major de 1re classe de réserve à titre définitif, rang du 30 octobre 1922.

Je suis parti à la mobilisation comme médecin auxiliaire, nommé médecin A. M. de 2e à T. T. en juin 1915, et A. M. de 1re classe à T. T. en juin 1917, nommé médecin A. M. de 2e à T. D. rang du 11 mars 1919 et aide-major de 1re classe à T. D. rang du 30 octobre 1922.

Croix de guerre (1 citation au C. A.). Ai-je un intérêt quelconque à demander à rester dans la réserve, ou à suivre le sort de ma classe c'est-à-dire à passer dans la territoriale ? (J'ai 35 ans).

Dr B.

Réponse.

Si vous préférez un service plus actif, optez pour votre maintien dans la réserve ; sinon, suivez le sort de votre classe et passez dans la territoriale. Nous ne voyons aucun intérêt immédiat pour vous à rester dans la réserve.

G. F.

Application du Tarif Breton.

I

Luxation de la clavicule.

Comment dois-je établir une note accidents pour une luxation acromio-claviculaire et fracture de côtes.

A quoi dois-je assimiler la luxation et dois-je ajouter le prix de la réduction de fracture de côtes à celui de la réduction de la luxation ?

Dr P.

Réponse.

J'ai déjà proposé, avec acceptation des deux parties, l'assimilation de la luxation de la clavicule, *par analogie* technique, avec fracture de la clavicule, 50 fr. (art. 18).

2° Les deux interventions sont à additionner : 20 + 50 = 70 frs.

F. D.

II

Corps étrangers superficiels.

Je viens, comme tant d'autres, recourir à votre inépuisable complaisance et à votre dévouement inlassable pour les deux questions ci-dessous :

1° Un ouvrier d'usine reçoit une masse de sable dans l'œil, il vient me trouver le soir après 9 heures, il y avait des grains de sable (c'était du sable à mouler, très fin) partout dans les culs-de-sac palpébraux

supérieur et inférieur. Le tarif mentionne, art. 27 A : extraction d'un corps étranger superficiel (au singulier) de la cornée, de la conjonctive, ou *sous-palpébral*, 15 fr. (pour moi, 2e catégorie c'est 11 fr. 25 seulement). Mais, dans mon cas, les corps étrangers sont extrêmement nombreux (40 à 50 environ, plus ou moins collés, disséminés un peu partout), il a fallu quelque temps pour extraire tout cela à la lumière artificielle.

Comment faut-il tarifer : corps étrangers superficiels nombreux. Extraction après 21 heures ?

2° Un blessé reçoit dans l'avant-bras droit une paille d'acier qui file sous la peau ; pour l'extraire, j'ai dû inciser, puis faire une suture. La première intervention nécessitait la 2e et il me semble que je puis compter :

Extraction de corps étranger superficiel, 2e catégorie	15 fr.
Suture simple, 2e catégorie	11 fr. 25
	26 fr. 25

A remarquer cette différence singulière du tarif :

Extraction d'un corps étranger superficiel (oculistique)	15 fr.
Extraction de corps étranger superficiel sans désignation	20 fr.

Le prix de l'acte du spécialiste est moins cher que celui de l'acte de médecine générale.

Dr C.

Réponse.

1° Vous avez à compter « extraction de corps étranger.... multiplié : 20 fr. (art. 27), auquel vous ajoutez 25 %, de majoration de nuit (art. 8) : soit, puisque vous êtes en deuxième catégorie 20 frs. — 25 % + 25 % = 20 frs.

2° Le point de suture n'est qu'un acte terminal d'une extraction (plus ou moins complexe) d'un corps étranger.

3° Le corps étranger oculaire n'est superficiel que s'il est accolé à la surface. S'il a quelque peu pénétré sous la conjonctive il devient profond, ce qui n'a pas lieu, en tant que tarification, sur les autres parties du corps, d'où prix inégaux.

F. D.

III

Luxation du poignet.

J'ai eu hier un accidenté du travail qui est arrivé dans mon cabinet aussitôt après son accident avec une luxation du poignet droit en avant, luxation que j'ai pu réduire immédiatement.

Le barème du tarif Breton ne mentionne pas la luxation du poignet. Combien dois-je compter ?

Dr A.

Réponse.

On pourrait équitablement assimiler la réduction de luxation du poignet à celle du coude.

C'est ainsi, du moins, que fut déjà réglée cette réduction par une compagnie d'assurances.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

I

Rétroactivité des interventions

Au cas où cela pourrait être utile pour le corps médical, je vous envoie les documents relatifs à une intervention faite sur un malade à pneumothorax et pleurésie purulente et que l'État refuse de payer.

J'ajoute que je ne suis en aucune façon suspect, car membre de la Commission de contrôle de l'A. M. G. plusieurs années (proposé par le Syndicat des médecins).

Je n'ai pas besoin d'ajouter que s'il n'y a aucun intérêt général à cela, il est inutile de poursuivre.

Dr M.

Réponse.

D'après l'art. 93, le tarif n'est applicable qu'à partir du 22 juillet 1922. Auparavant, toute intervention, radio, etc., devait être pratiquée à l'hôpital et n'était pas l'objet d'une tarification spéciale. Le Préfet est donc dans son droit strict en vous faisant la réponse que vous me communiquez.

F. D.

Appareil transitoire pour varices et fourniture de bas

II

Je traite un réformé pour varices, actuellement atteint d'ulcère, par l'application répétée tous les huit jours d'un appareil *souple* gélatino-glycériné, analogue à l'appareil silicaté qui est rigide.

Cet appareil s'étend des orteils au genou.

La mise en place nécessite le feu, occupe un aide et moi pendant une heure.

Dois-je demander 50 fr. par analogie avec l'article : Toute répétition d'appareils plâtrés ou silicatés des grands segments de membres ?

J'espère guérir mon malade avec 4 applications comme moyenne et maintenir la guérison par le port d'un bas à varices.

Le ministère des pensions fournira-t-il le bas à varices en question ?

Dr B.

Réponse.

1° Je ne crois pas que la Commission de contrôle accepte l'assimilation que vous invoquez.

2° Je pense qu'elle peut accepter de fournir des bas à varices pour un pensionné dont le cas de réforme porte la mention de varices précisément.

F. D.

Les médecins exemptés de la taxe de séjour.

A Chamonix.

Je suis heureux de vous informer que le Conseil municipal de Chamonix a décidé d'exonérer, les médecins et leur famille de la taxe de séjour.

Il leur suffit de justifier de leurs nom et qualités à la mairie.

Dr S.

A Saint-Nectaire.

Les membres de la Société médicale de St-Nectaire informent les lecteurs du *Concours médical* que dans la station de St-Nectaire, il n'a jamais été perçu de taxe de séjour pour les médecins, femmes de médecins, et enfants de médecins non mariés (âgés de moins de 21 ans).

Dr N.

Les fêtes du Centenaire de Pasteur

Les fêtes du Centenaire de Pasteur ont porté à son apogée la glorification du savant génial qui a tellement révolutionné les sciences, qui a eu une si grande influence sur les destinées humaines dont il a amélioré la condition, que son passage ici-bas a marqué le début d'une ère nouvelle, l'ère pastorienne, comme on dit l'ère chrétienne : tant il est vrai qu'il y a quelque chose de divin dans sa personne et dans son œuvre !

Plusieurs cérémonies se sont déroulées à Paris, à Versailles, à Chantilly, à Dôle, à Arbois et à Strasbourg.

Parmi ces cérémonies, je citerai la séance solennelle qui s'est tenue à la Sorbonne, sous la présidence du chef de l'Etat, et au cours de laquelle le monde entier, dans la personne des représentants des grandes nations civilisées, est venu apporter un public hommage d'admiration et de reconnaissance, au grand Français qui a honoré si hautement sa Patrie et l'Humanité tout entière.

Voici le récit que nous en a donné l'un des nôtres.

« Tout le monde de la pensée et de la science s'était donné rendez-vous, vendredi 25 mai, à 3 heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, pour fêter le centenaire de celui qui, par son génie, son inlassable travail, la prodigieuse influence qu'il exerça dans le domaine des recherches scientifiques, a bien mérité de l'humanité tout entière.

Pasteur est, de par ses qualités, le digne, fils de la France, il a tout le génie de sa race, a dit en substance M. Millerand, de sa belle voix assurée et retentissante ; c'est ce qu'ont répété tour à tour, avec des intonations diverses et un accent de terroir qui n'était pas sans charme, les délégués de tous les pays des villes universitaires

de toutes les Académies, Collèges et Instituts scientifiques du monde entier.

Le corps diplomatique et le corps professoral au complet, dans leurs costumes somptueux et chamarrés, se mêlaient aux brillants uniformes étrangers. Les Chinois, rutilants d'or, les Britanniques, éclatants de pourpre, l'Europe latine couverte d'hermine, les Etats-Unis magistralement enveloppés d'écarlate, le représentant du Saint-Siège sobrement vêtu, comme il convient, tous, les uns après les autres, sont venus déposer sur le bureau gouvernemental, en une adresse magnifiquement reliée, l'hommage de leur admiration, de leurs regrets et aussi de leur affection, pour le grand homme de science et de bien, dont la France s'enorgueillit d'être la mère.

Jamais les voûtes de notre Université nationale n'ont retenti d'acclamations plus nourries et plus sincères, qu'au passage de ces nobles Académies belges « Bruxelles, Louvain, Liège », de ces Instituts amis « Rome, Milan, Londres, Belgrade », de ceux qui, ennemis hier, « Bulgares, Hongrois, Autrichiens, Turcs », communiaient aujourd'hui dans les œuvres de la paix qui furent aussi celles de Pasteur.

La salle, soulevée d'émotion et de reconnaissance, entraînée par la chaleureuse allocution de M. Strauss, ministre de l'hygiène et de la prévoyance sociales, n'a pas manqué d'associer au même triomphe l'admirable Dr Roux, le collaborateur de Pasteur, le continuateur de ses travaux, l'éminent directeur de l'Institut qui porte son nom, et la foule émue et recueillie s'est dispersée, emportant le souvenir d'une fête, d'autant plus grandiose, qu'elle fut plus simple.

OEL.

J'ai moi-même assisté au gala de la Comédie Française, le dimanche 27 mai. Au programme : L'*Avare* et l'*Ecole des Maris*, de notre immortel Molière. Brillante chambrée où le monde des sciences, des lettres et des arts s'était donné rendez-vous. J'ai pris un plaisir extrême à entendre ces deux comédies, interprétées magistralement par de Féraudy, admirable dans sa composition d'Harpagon, Dessonnes, Dehelly, Siblot, Granval, Dorival, Mmes Valpreux, Pierrat, etc.

A l'entracte, le doyen Silvain est venu lire un A-propos de L. Payen, véritable hymne à la gloire de Pasteur, et qui a été longuement applaudi.

Le *Concours médical*, qui avait été particulièrement invité à toutes ces cérémonies, s'est ainsi associé, dans ces solennités commémoratives, aux admirateurs de Pasteur, parmi lesquels il se range au nombre des plus enthousiastes, comme étant de ceux qui ont apprécié et apprécient chaque jour les bienfaits qu'il a répandus à pleines mains sur l'Homme et sur la Nature, comme il s'est associé

quelques jours après, dans la personne de Boudin, aux acclamations qui ont salué l'inauguration de sa statue, à Strasbourg (1). G. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions des parlementaires et réponses des ministres

L'impôt sur les bénéfices médicaux n'est dû que par les médecins vivant au 1er janvier de l'année de l'imposition.

17234. — M. Ernest Macarez, député, demande à M. le ministre des finances : 1° quelle est, au point de vue fiscal, la situation d'un médecin décédé en juin 1922, à l'égard de l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales établi au titre de l'exercice 1923; 2° si l'administration est fondée à exiger des héritiers le payement de l'impôt afférent aux bénéfices professionnels réalisés par ledit médecin pendant les six premiers mois de l'année 1922. (*Question du* 16 *mars* 1923.)

Réponse. — D'après les dispositions combinées des articles 30 et 32 de la loi du 31 juillet 1917, l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales est établi, chaque année, au nom des personnes qui ont réalisé les bénéfices imposables, dans la commune où ils ont leur domicile au 1er janvier de l'année de l'imposition. Dès l'instant par suite qu'il est décédé en 1922, le médecin visé dans la question ne peut pas être soumis à l'impôt en 1923, pour les bénéfices qu'il a réalisés du 1er janvier 1922 jusqu'à la date de son décès.

(*J. O.*, 9 *mai* 1923.)

(1) Le récit en paraîtra ici dans huit jours.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Cadaver

Au coin de la paupière où l'œil flétri se vide,
Une mouche hardie, au corselet d'émail
Sème, au hasard, ses œufs, dans un ardent travail...
La table s'offre, riche, à sa vermine avide.

Tôt, éclosent les vers, qui par plis et par rides,
Grouillent en ondulant, comme un vivant corail,
Ils soulèvent les cils, écartant leur fermail
Qui s'empèse de sucs, liquéfiés et putrides...

Voici qu'on est venu draper dans un linceul,
Le cadavre avancé, qui n'ira point, tout seul,
Dans la bière hermétique, aux joints clos et fidèles.

La Mort, qui le dissout, attend la larve aussi !...
Oh ! l'Insecte étourdi, qui ne prit point souci,
Que les siens périraient, sans avoir jamais d'ailes !

Mars 1923. Dr Louvel.
(La Ferté-Macé).

Quarante-cinquième année — N° 24 — 17 Juin 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur AUBY, de Saint-Martin d'Apres (Orne), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux de CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 302. — A vend. Torp. de Dion, 10 HP 1913, bon état mécaniq. tous access. Dr Chambras, Larche (Corrèze).

Nº 303. — Somme : Institut orthopéd. de Cayeux-Brighton bord plage sable fin et forêt pins. 10 et 15 fr. par jour. pens. et traitement. compris. M. et Mme Zimmer, Dir.

Nº 304. — Voiturette La Licorne, 8 HP éclair. élect. 4.700 (à prend. 80 kil. Paris).

Nº 305. — A vend. Torped. de Dion 7/10 HP, 4 cyl. 2 pl. cap. : entièr. revue, bon état marche. Magond. Econ. 5.500, Dr Debray, Creil (Oise).

Nº 306. — Dr Harlet, Roubaix : 1º achète cond. int. 5 à 10 HP marque récente seulement. 2º vend Berliet torpedo 15 HP état neuf roulé 3.000 kil. seulement : 9.500 francs.

Nº 307. — Confrère recomm. tout particulièr. infirmière dipl. de A. P. très au cour. de sa technique, pourrait convenir à établiss. médic., ayant fait économat.

Nº 308. — A vend. Cond. intér. Ariès 8 HP, marche parf. garantie, essais à volonté, Dr Porte, à Brioude (Haute-Loire).

Nº 309. — Directrice clinique ayant références cherche situation analogue.

N° 310. — Dr environs de Tours demande sage-femme sérieuse, pays riche, rayon étendu.

N° 311. — Dr en médec., pharmac. cherche situat. intér. poste propharm., assoc. dans spécialités ou autres, affaire para-médic., etc., vers. indemn.

N° 312. — Parente de Dr ayant villa à la campagne en Touraine prendrait belle saison 2 pensionnaires convalescentes, non contagieuses.

N° 313. — A céder clinique médecine générale et accidents du travail. S'adr. Masson, 8, quai du Port, Marseille.

N° 314. — A céder à Paris, très anc. client., rapp. 45.000, petit appart. agréable sur gr. avenue, indemn. très intéress. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e.

N° 315. — Dans gr. ville marit. excell. poste rapp. 60.000 prouvé, pavill. 11 pièces, prix dem. 25.000 compr. mobilier et instrum. aucun frais locom. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

CORRESPONDANCE

La déontologie et les jeunes médecins

A mon distingué confrère M. le Dr M. Archimbaud, Aubenas.

Puisque le *Concours* veut bien m'autoriser à vous répondre, par son canal, je désire le faire brièvement pour ne pas tenir une place qu'occuperait utilement une prose plus intéressante que la mienne.

A propos des scandales médicaux, vous avez lu, dites-vous, dans un journal de Lyon, l'interview d'un soi-disant professeur, d'après lequel de telles défaillances étaient le fait des *jeunes* médecins à l'existence difficile.

Vous trouvez ces assertions à la fois malveillantes et injustes ; vous protestez et vous avez raison ; puis, vous ajoutez : « ..... J'ai été plus surpris encore de trouver cette opinion sous la plume de notre honorable et vieux confrère, le Dr Galand (de Cambrai).

« Dans un article du *Concours médical* du 13 mai 1923, sous le titre de déontologie, il écrit : « Mais si, par hasard, de très, de tout, de trop jeunes conférres veulent se mettre en marge de la grande école qui s'appelle la déontologie, alors ils se brisent le nez contre ce mur qui s'appelle la loi ».

Je suis désolé, mon cher confrère, d'avoir pu vous inspirer les idées que vous me prêtez.

Tenez, consentez seulement à transposer les temps de ma phrase. Lisez : « Si de trop jeunes confrères *voulaient* etc., ils *se briseraient* le nez ».

Voilà, je vous le jure, le fond de ma pensée, qui est celle d'un praticien qui compte un jeune confrère, dans sa parenté la plus proche. Certes, « *l'impécuniosité*, si je puis dire, est mauvaise conseillère ; mais il n'y a pas que des médecins jeunes qui joignent, péniblement, les deux bouts ; il en est, parmi les vieux, j'en connais. En tous cas, la précarité des honoraires ne saurait justifier des actes, tels que ceux qu'ont commis, non seulement des « jeunes », mais

comme vous me le rappelez, des praticiens en vue, des professeurs, des personnages politiques ; médecins qui ont deshonoré leurs cheveux blancs, cette auréole déposée, par le temps, autour de la tête des nombreux « Benassis » que, grâce à Dieu, compte encore notre magnifique corporation.

S'il m'était permis de développer plus amplement ma pensée je vous dirais que je vois, dans le Syndicat, le *preventorium* contre bien des défaillances professionnelles. Tandis que l'*ordre* des avocats groupe, *obligatoirement*, tous les membres inscrits au barreau de la ville, dans laquelle ils exercent, le *Syndicat*, lui, plus libéral, ne réunit que les confrères qui veulent bien y adhérer.

L'*ordre* n'a pas créé la discipline, mais il l'applique en frappant les membres indignes et en les expulsant de son sein.

De même, le Syndicat n'a pas engendré la déontologie, il en est, simplement, l'école : c'est un organe d'éducation, de propagande et de vulgarisation.

Tous ont intérêt à s'y agréger. Là, ils trouveront l'esprit de confraternité, l'aplanissement des conflits, l'appui et la force indispensables au triomphe des revendications corporatives.

Le jour où le Syndicat pourra dire à tous les confrères d'une ville, d'un arrondissement, d'un département : confrère un tel, vous agissez contre la déontologie ; confrère un tel, si vous persistez dans telle ou telle attitude, nous nous réservons le droit de vous mettre en quarantaine et de signaler vos fait s et gestes au mépris public.

Ce jour-là, croyez-m'en, le scandale ne sera plus : les médecins dignes de ce nom l'auront enterré pour l'éternité ! *Amen* !

Dr GALAND (de Cambrai).

Conditions fiscales des reconnaissances de dettes

Je vous prierais de transmettre, au confrère compétent — à qui j'adresse d'avance tous mes remerciements — les questions suivantes qui m'intéressent :

1° A quelles formalités sont soumises, pour être valables et légales, les *reconnaissances de dettes* ? Faut-il les faire enregistrer (si oui dans quel délai?) ou plus simplement les *établir sur « papier timbré »* ? dans ce dernier cas, la valeur du papier est-elle proportionnelle, au montant de la dette ? (*quel en est le barême*, pour 10 mille, 15, 20 mille francs par exemple ?)

Au cas où vous ne pourriez me documenter, où serais-je susceptible de trouver ces renseignements ?

2° D'autre part, X. s'engage à servir à Y. une pension annuelle. Cet engagement de X., pour être valable, doit-il être *rédigé seulement sur « papier timbré »* (dans ce cas, le barême, à appliquer est-il le même que

le précédent ?) ou, au contraire, soit enregistré, soit passé par devant notaire, soit suivant les modalités particulières ? Quel est la façon de faire la plus simple ?

Dr D.

Réponse.

L'enregistrement et le timbre n'ajoutent rien à la validité des actes, mais depuis la loi du 29 juin 1918, tous les actes synallagmatiques doivent être enregistrés.

Les actes unilatéraux (signés par un seul) ne sont pas soumis à l'enregistrement tant qu'il n'en est pas fait usage en justice.

Le droit d'enregistrement des obligations est de 3 %.

Les reconnaissances, rédigées sous forme de billets simples, sont soumises au droit proportionnel d'enregistrement de 1 % et au droit de timbre de 5 centimes par cent francs, si l'échéance est de moins de 6 mois, et de 10 % par 100, si l'échéance est de plus de 6 mois.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Calcul des bénéfices professionnels

En faisant en mars dernier ma déclaration de revenus professionnels, j'établissais ainsi mon bilan pour l'année 1922 :

Chiffre d'affaires	40.670 fr.
Sur ce chiffre :	
Somme touchée	31.444 fr.
somme non touchée	9.226 fr.
Dépenses	21.444 fr.

Je reçois la réponse du contrôleur qui veut compter les honoraires non rentrés, soit les 9.226 fr. et m'imposer pour un revenu professionnel de :

1° Revenu déclaré	10.000 fr.
2° Honoraires non rentrés	9.226 fr.
3° Frais d'études en médecine de mon fils (23 ans)	4.000 fr.
4° Loyers de guerre (2 trimestres que j'ai payés en 1922)	275 fr.
Total	23.501 fr.

Je viens donc vous demander si le contrôleur a réellement le droit de me taxer sur des honoraires de 1922 non rentrés en 1923.

D'après le contrôleur, les irrécouvrables seront déductibles l'année où l'insolvabilité des débiteurs aura été constatée. Ce sont ses propres mots. C'est-à-dire jamais, même si ces 9.000 fr. ne me rentrent jamais.

Dr X.

Réponse.

En vertu de l'art. 30 de la loi du 31 juillet 1917, l'impôt est calculé sur le bénéfice net de l'année précédente constitué par l'excédent des

recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession.

Or, on appelle recettes les sommes effectivement encaissées au cours de l'année précédente, sans qu'il y ait lieu de tenir compte si elles sont la rémunération de services rendus au cours de ladite année ou au cours d'années précédentes. D'autre part, en s'appuyant sur le même principe, les honoraires non versés ne sauraient être réintégrés dans les bénéfices pour le calcul de l'imposition.

Dans le cas présent, c'est l'intéressé lui-même qui a soulevé la difficulté en fournissant à l'administration ses recettes y compris les produits non recouvrés. Mais une pétition faite en s'appuyant sur la jurisprudence lui donnera gain de cause auprès du contrôleur.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Avantages fiscaux des médecins assermentés

Je viens d'être nommé médecin assermenté — pourquoi ?

Parce que notre arrondissement est si singulièrement construit qu'il y fallait un 2e et un 3e *médecin assermenté*, celui du chef-lieu étant inaccessible aux trois-quarts de la population !

Bon çà ! Mais où gît le guide du parfait médecin assermenté ?

Vous devez connaître cela, vous ? et aussi les règles qui président au choix du papier selon qu'on agit comme médecin traitant ou comme médecin assermenté... timbré ou non (je veux dire le papier) selon que le client est du cadre actif ou n'en est pas (la receveuse, ici ; le facteur, là !)

Dr J. C.

Réponse.

La différence entre le médecin assermenté et celui qui ne l'est pas consiste en ce que le second ne doit délivrer sur papier libre des certificats aux agents de l'administration que lorsque ces agents appartiennent au service actif, alors que le médecin assermenté peut toujours employer le papier libre lorsqu'il délivre des certificats aux agents de l'administration, qu'ils soient actifs ou sédentaires.

Et, en dehors de l'ennui d'avoir à se procurer le papier timbré et à le faire payer, celui d'avoir à juger si un agent est ou non du service actif n'est pas négligeable.

Réquisition par un maire.

Abonné au *Concours médical*, je me permets de vous demander un renseignement :

J'ai été appelé, réquisitionné par le maire, dans une commune distante de 5 kilomètres de mon domicile, pour examiner le cadavre d'un homme trouvé dans un bois, son fusil entre les jambes et la cervelle emportée. Y avait-il crime ou suicide ? J'ai fait un rapport disant qu'il s'agissait plutôt de suicide que d'assassinat, mais qu'il y avait doute. Le parquet s'est dérangé pour faire une enquête qui conclut à un suicide.

A qui dois-je envoyer ma note ?

Au maire ou au parquet et en l'occurrence à qui ?

Juge d'instruction ou procureur ?

Veuillez me faire un modèle d'honoraires.

Voyage de nuit à 5 kilom. Examen du cadavre. Rapport. Certificat.

Dr M. (Lot).

Réponse.

Comme vous avez été réquisitionné par le maire, officier de police judiciaire, et qu'il y avait suspicion de crime ou de délit, c'est le tarif criminel du décret du 5 octobre 1920, qui est applicable, c'est-à-dire qu'il vous est dû :

Pour visite judiciaire, comprenant la rédaction et le dépôt du rapport et même, le cas échéant, la prestation de serment ...... 15 fr.
pour le déplacement, 60 centimes par kilomètre par couru, tant à l'aller qu'au retour, soit pour 10 kilom........... 6 »

Total.................... 21 fr.

Le tarif ne fait mention d'aucune majoration pour les opérations effectuées la nuit.

Votre mémoire doit être envoyé, en double exemplaire, dont un sur papier timbré à 2 fr. (à votre charge), au procureur de la République près le tribunal de l'arrondissement, au plus tard dans l'année qui suit les opérations.

Le projet de loi sur la protection de la propriété commerciale et les médecins

Abonné du *Concours médical*, j'ai l'honneur de demander à son Office de renseignements de m'éclairer sur la question suivante, question qui d'ailleurs intéresse tout le Corps médical.

La Chambre est en train de discuter une loi sur la protection de la propriété commerciale et industrielle. Elle ne parle pas, à ce que je sache, de loyers à usage professionnel. Peut-on assimiler ces loyers, en particulier les loyers des médecins, aux loyers à usage commercial et bénéficieront-ils de la nouvelle loi ? Dans la négative, savez-vous si le législateur a l'intention de faire quelque chose en vue de la protection de la propriété médicale et sous quelles condi-

tions ? Quels sont les organes et groupements professionnels qui s'occupent de cette question ?

Dr K.

Réponse.

La loi qui aura pour objet la protection de la propriété commerciale, ne s'appliquera pas aux médecins, si elle sort des délibérations du Parlement telle qu'elle vient d'être votée par la Chambre des députés.

Elle ne concerne, en effet, que les baux commerciaux et industriels et il n'y est pas question, au contraire de ce qui a eu lieu pour les prorogations des baux professionnels.

Elle pourrait difficilement, d'ailleurs, s'appliquer aux médecins, car la sanction du refus de renouvellement du bail doit être une indemnité basée sur la plus-value apportée à la valeur locative de l'immeuble par suite de la création ou du développement de l'industrie ou du commerce du locataire sortant. Or, c'est là un élément dont il pourrait difficilement être tenu compte, lorsqu'il s'agit d'un bail de médecin, puisqu'il est admis que la clientèle médicale ne peut être cédée et, par suite, n'a pas de valeur marchande.

Les groupements, qui s'occupent de la défense des intérêts de la profession médicale, semblent craindre l'assimilation de cette profession aux professions commerciales, assimilation qui, pour quelques avantages, serait susceptible d'entraîner de graves inconvénients.

Situation militaire.

Je vous saurais gré de vouloir bien transmettre au confrère chargé de répondre à ces diverses questions, les suivantes pour y répondre dans la « Correspondance » du *Concours*.

I. — Je suis passé, il y a presque un an et demi, du grade de médecin-auxiliaire à celui d'aide-major de 2e classe de réserve. J'ai reçu en son temps l'extrait du *Journal officiel* portant cette nomination. Mais j'ai toujours mon livret militaire de médecin auxiliaire et *le fascicule de mobilisation* correspondant. Il y aurait intérêt, je crois, à régulariser cette situation, ne serait-ce qu'en cas de mobilisation ultérieure.

A qui dois-je m'adresser pour obtenir l'échange de mon livret individuel et de mon fascicule de mobilisation ? Au recrutement qui les établit habituellement ou à la Direction du Service de Santé. Vous seriez bien aimable de me renseigner à ce sujet.

II. — Y a-t-il des règles fixes pour le passage des médecins de réserve au grade supérieur ? Notamment du 1er au 2e galon. Est-ce un avancement automatique régulier, au bout de x années, ou, au con-

traire au choix influencé ou non par les états de services antérieurs ?

III. — Que savez-vous des périodes ? Cette question est-elle réglée et si oui quel en est le nombre et la durée ?

Dr D.

Réponse.

1° Adressez-vous au directeur du Service de santé de votre région qui fera le nécessaire.

2° Il faut 4 ans de grade pour passer de 1 à 2 galons ; l'avancement pour ce grade est automatique.

3° La nouvelle loi sur le recrutement de l'armée (1er avril 1923), dispose simplement en son article 49 que ..... « les médecins peuvent être convoqués dans les périodes d'exercices, dont le nombre et la durée sont fixés par le Ministre de la guerre, sans que leur durée totale puisse excéder 4 mois. »

G. F.

Droit de la veuve d'un mobilisé à une pension. — Avantages au frère de morts à l'ennemi.

Comme abonné du *Concours* et du « Sou », je viens mettre votre bon vouloir à contribution en vous priant de me donner votre avis sur les deux cas paramédicaux suivants. Je me permets de détailler le premier cas afin que vous ayez tous les renseignements désirables.

M. X..., cultivateur, 48 ans (à sa mort en 1918), mobilisé en août 1914 au fort de X., jusqu'en mars 1916. Passe à cette date au ne R. I. T. dans une compagnie spéciale. Le 13 juillet 1916 est renvoyé chez lui comme ouvrier agricole non démobilisé et doit être 2 jours par semaine à la disposition des habitants de la commune, pour travaux agricoles.

Il contracte la grippe chez lui fin octobre 1918 et meurt le 18 novembre de complications cardio-pulmonaires.

Sa veuve dernièrement a fait une demande pour toucher une pension à titre de veuve de militaire décédé mobilisé, et on lui répond que cette maladie aiguë (grippe) n'était pas une conséquence directe du service. Jusqu'ici rien à dire.

Cependant, le 12 juillet 1916, au moment où il devait se faire vacciner contre la typhoïde, le médecin (signature illisible) a écrit sur son livret sur la fiche verte de vaccination par T. A. B. : « Contre-indication permanente, asthme ». Ainsi le cas me paraît plus intéressant. On peut soutenir que ce cultivateur a pu mourir plus facilement de la grippe par suite de son affection de cette tare asthmatique et que de ce fait, l'Etat paraît être engagé, puisque cet

(*Voir la suite page XLVII-2337*)

PROPOS DU JOUR

Comment est diversement favorisée la collaboration du corps médical à la prophylaxie et à l'hygiène sociale

Depuis 45 ans, qu'il existe, le *Concours médical* n'a cessé d'engager les médecins praticiens à prendre une participation active à l'organisation de l'hygiène et de la prophylaxie. Depuis 15 ans que nous avons l'honneur d'écrire dans ces colonnes, on ne saurait découvrir un numéro de ce journal où nos collaborateurs et nous ne nous soyons efforcés à engager les praticiens nos lecteurs à s'occuper de médecine sociale. Dans la modeste mesure de notre influence, nous avons sans relâche,depuis près de trente ans,cherché à montrer au Corps médical le devoir social qui lui incombe et nous avons toujours secondé sans réserves, quand nous n'en avons pas eu nous-mêmes l'initiative, ceux qui se sont ingéniés à aiguiller le syndicalisme médical sur cette voie où l'intérêt public se confond avec l'intérêt bien compris du médecin,.

Les Ministres ou les Directeurs qui, chaque année, ont pris part à nos banquets, ont tous dans leurs discours reconnu nos efforts et soutenu notre thèse. Tout récemment, M. Strauss, l'actuel ministre de l'Hygiène, était le premier à escompter la bonne volonté des médecins praticiens de France.

Malheureusement, nous ne sommes pas toujours secondés dans notre campagne pour le Bien Public par ceux-là même qui, par leur situation officielle, devraient le plus nous aider et nous encourager dans une tâche indiscutablement difficile. Et nous avons le regret de constater que ceux qui cherchent à éveiller contre nous des suspicions ou à diminuer l'importance évidente et reconnue du rôle que le médecin praticien doit remplir, sont des professeurs de notre Faculté et des membres de l'Académie de médecine. Hâtons-nous de dire qu'ils ne sont pas nombreux et gardons-nous de généraliser. Nous savons que, depuis quelques années, l'esprit de nos maîtres s'est singulièrement modifié et qu'ils savent reconnaître, pour la plupart, l'utilité de notre action et l'importance de notre syndicalisme. Il n'en est pas moins fâcheux de voir des médecins haut placés qui remplissent des fonctions officielles très importantes, venir, dans un but qu'il nous est difficile de définir, mettre en doute la bonne volonté des médecins praticiens ou s'efforcer de réduire l'utilité de leur action.

Notre ami, le Dr Chapon, a publiquement déploré, au banquet de l'Association, en s'adressant au ministre de l'Hygiène, la singulière opinion qu'un médecin réputé avait émise, dans une Commission officielle, sur la mentalité qu'il prêtait à ses confrères. A l'en croire, il ne fallait pas compter dans la lutte antituberculeuse sur les médecins praticiens, *parce que ces derniers ne voudraient pas ainsi contribuer à diminuer le nombre de leurs malades.* Pareille opinion était émise au Moyen Age contre les médecins juifs qu'on accusait d'empoisonner les fontaines pour propager la peste, et pouvoir assurer leur fortune. La boutade est si singulière qu'elle mérite à peine d'être relevée et que nous n'entreprendrons pas de la discuter. Ce serait faire injure à la médecine française et à l'honneur de ce Corps médical français, qui, quoi qu'on puisse en dire, est considéré par tous ceux qui l'ont approché et connu pendant la guerre comme sans rival tant pour sa valeur que pour sa conscience professionnelle.

Une intervention que nous jugeons encore déplorable, et que nous nous permettrons de commenter, est celle qui vient de se produire à l'*Académie de médecine*, juste au moment où le Syndicat des médecins de la Seine allait discuter quels seraient ses rapports avec l'Office départemental d'Hygiène sociale dans la lutte antituberculeuse. Nous empruntons au *Temps* du 31 mai 1923 le résumé de cette communication où les auteurs s'efforcent de diminuer le rôle du médecin-praticien :

Le recrutement d'un dispensaire antituberculeux. — M. Léon Bernard et Mme de Retz ont recherché comment se recrutait la clientèle d'un dispensaire urbain et ont pris comme type le dispensaire Léon Bourgeois. Ils en ont dépouillé la statistique et ont vu que, de mars 1921 à la fin de décembre 1922, 611 consultants l'avaient fréquenté. Sur ce total, il faut compter 47 sujets déjà en traitement à l'époque où commencent ces recherches, 85 envoyés par des œuvres diverses, 99 par les hôpitaux, 88 venus spontanément, ayant été touchés par la propagande, 76 adressés par d'anciens consultants, 99 par leur

médecin, 67 amenés et 50 entièrement dépistés par les infirmières visiteuses. La première conclusion que tirent les auteurs de cette statistique, *c'est que si les médecins seuls, comme il a été demandé, pouvaient adresser des malades aux dispensaires*, le champ prophylactique de ceux-ci serait singulièrement réduit ; la seconde, que les infirmières visiteuses ont à cet égard une action directe des plus importantes, outre qu'elles prennent une grande part à la propagande, qui se montre efficace.

Nous ne discuterons pas longuement la statistique de M. le professeur Léon Bernard. Nous lui ferons remarquer cependant que le chiffre de 611 consultants en 22 mois n'est pas impressionnant lorsqu'il s'agit d'un dispensaire urbain type, pour lequel la grande et la petite presse ont fait une si active propagande. Cette propagande lui a amené d'ailleurs 88 *malades, soit exactement 4 par mois en moyenne.* Si 99 malades ont été envoyés par leurs médecins, 85 ont été adressés par des œuvres, qui, sans doute, et nous pouvons personnellement l'affirmer, ont consulté un médecin avant de prendre cette détermination. Les 99 malades, envoyés par les hôpitaux, avaient été vraisemblablement dirigés par des médecins sur le dispensaire et les 76 adressés par d'anciens consultants ont bien encore été, croyons-nous, conseillés par ces anciens consultants se livrant comme nous à l'exercice pratique de la médecine. Restent donc 50 malades *entièrement dépistés* par les infirmières-visiteuses, cela fait en moyenne un peu plus de 2 *malades par mois*. Si les auteurs de la communication ont voulu démontré que les infirmières visiteuses de leur dispensaire « ont une action directe des plus importantes et prennent une grande part à la propagande qui se montre efficace », nous reconnaîtrons bien volontiers, qu'en gens modestes, ils se contentent de peu. Il n'eût pas été sans intérêt de mettre en regard le budget du dispensaire et de nous indiquer d'après les enquêtes faites sur les 611 consultants qui nécessairement ont été suivis, quels résultats utiles ont été obtenus et quel en a été le coût.

Peut-être avec la collaboration plus active, mieux organisée des médecins traitants, une sélection plus judicieuse aurait pu s'opérer parmi les consultants du dispensaire, un nombre plus considérable y aurait pu être dirigé et les résultats utiles au point de vue social se seraient trouvés vraisemblablement accrus. L'action des infirmières visiteuses eût été sans doute moins directe, mais comme en général les infirmières du dispensaire n'ont pas fait d'études médicales et n'ont pas une grande pratique de l'auscultation, il est probable que, renseignées par un médecin traitant, elles auraient effectué des dépistages plus nombreux et plus sûrs.

Personne ne peut nous accuser d'être opposé à la création des infirmières visiteuses, nous n'avons cessé et nous ne cesserons de demander leur multiplication, et le développement pratique et raisonnable de leur instruction et de leur éducation, mais nous prétendons que M. le Pr Léon Bernard, en cherchant maladroitement à diminuer le rôle des médecins praticiens et à amplifier celui des infirmières visiteuses qui doivent se borner à être des auxiliaires, compromet beaucoup plus qu'il ne sert la cause de ces visiteuses que nous nous sommes toujours efforcés de défendre.

* * *

Après avoir exprimé ces regrets, nous devons maintenant constater que le ministère de l'Hygiène cherche de plus en plus à entrer en relations avec nos organisations professionnelles. Cette bonne volonté se manifeste parfois un peu bizarrement comme dans le cas suivant, mais c'est un fait que nous nous plaisons à constater et qu'il convient d'encourager tout en en redressant les erreurs :

A la dernière réunion du Conseil de l'Association des médecins de France a été lue la lettre suivante dont nous nous sommes empressés de prendre copie :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris le 28 mai 1923.

Monsieur le Secrétaire général,

En vue des discussions qui auront lieu à la Commission consultative de l'opium de la Société des Nations, à Genève, au sujet des certificats d'importation, je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire connaître :

1° Les quantités de cocaïne ordonnées, pour des besoins légitimes, pendant l'année 1922 ;

2° Les quantités d'opium ordonnées, pour des besoins légitimes, pendant cette même année.

Votre syndicat devant être en rapport avec des syndicats médicaux de départements, il vous sera peut-être possible d'obtenir ces renseignements pour la province, aussi bien que pour Paris.

Permettez-moi de vous signaler l'intérêt et l'urgence de cette question.

Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire général,

avec mes remerciements anticipés, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le Ministre
Le Conseiller d'Etat, directeur,
ILISIBLE

Monsieur le secrétaire général de l'Association des Médecins de France, rue de Surène.

La confusion entre l'Union des Syndicats médicaux et l'Association générale des médecins de France existe toujours au ministère de l'Hygiène ; il serait bon de s'efforcer de la dissiper pour éviter des quipropos et des conflits, bien qu'actuellement l'Union des Syndicats et l'Association générale entretiennent les rapports les plus cordiaux et les plus sincères pour le grand profit du Corps médical.

Nous ne nous livrerons pas à des plaisanteries faciles sur les questions posées dans cette lettre. Nous avons cependant tenu à la publier, non pour faire ressortir ce qu'il y a de « stupéfiant » dans cette demande, mais par ce qu'elle montre combien les administrations, même celles qui sont en rapport constant avec nous, se rendent peu compte des conditions dans lesquelles nous exerçons notre profession.

Si quelqu'un expliquait à M. le Directeur, Conseiller d'Etat, la statistique compliquée que serait obligé de dresser un médecin pour pouvoir répondre à ses questions, les calculs qu'il devrait faire pour établir l'équivalent en opium des potions, sirops, élixirs, pilules et cachets qu'il prescrit tous les jours, il serait le premier à sourire de sa lettre.

Nous devons néanmoins constater avec plaisir que le ministère de l'Hygiène, en présence d'une question qui a trait à l'exercice de la médecine, n'hésite plus à s'adresser aux Syndicats médicaux.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PATHOLOGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les cas d'interprétation difficile. (1)

Docteur DERVIEUX,

Chef des Travaux de Médecine Légale,
Médecin-Expert près le Tribunal de la Seine.

La loi du 9 avril 1898 n'a fourni aucune définition de l'accident du travail. Ce n'est qu'en 1899 qu'un Garde des Sceaux en a donné l'interprétation officielle suivante :

L'accident consiste dans une lésion corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. La loi ne s'applique pas aux maladies professionnelles provenant d'une cause lente et durable.

C'est donc la soudaineté qui caractérise l'accident du travail ainsi opposé à la maladie professionnelle. Il arrive, en effet, que la lésion soit constituée par la répétition d'une cause lente et durable, l'événement ayant dû se reproduire plusieurs fois pour l'établir. Il ne s'agit plus dès lors d'un accident du travail mais d'une maladie professionnelle, celle-ci n'étant pas indemnisée dans l'état actuel de la loi, à l'exception de certaines conséquences du saturnisme et de l'hydrargyrisme.

A côté de ces cas nettement tranchés, il existe des cas-limites dans lesquels il est très délicat d'établir si l'on est en présence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, bien que, dans l'une et l'autre hypothèses, les lésions se soient produites pendant le travail ou à l'occasion du travail.

Ce sont ces cas litigieux que nous allons passer en revue, en cherchant, pour chacun d'eux, comment on peut arriver à une solution équitable.

BOUTON D'HUILE. — Cette dermite a été fréquente pendant la guerre, alors que le travail avait été intensifié dans les usines, mais on a eu le grand tort de désigner sous ce vocable unique diverses affections qui, en réalité, sont très différentes.

(1) Leçon faite le 5 mars 1923 à la Faculté de Médecine de Paris.

Qu'est-ce que le bouton d'huile vrai, l'élaïokoniose ? Les pores de la peau sont bouchés par l'huile et par les poussières métalliques qu'elle tient en suspension, puis il se produit secondairement une infection. Les lésions sont donc sous la dépendance d'une cause extérieure qui se répète lentement, de façon durable ; elles ne constituent par conséquent pas un accident du travail.

Cependant toutes les lésions cutanées qui surviennent aux ouvriers travaillant dans l'huile ne sont pas nécessairement de l'élaïokoniose et il est très fâcheux, je le répète, qu'on les ait toutes comprises sous la dénomination de « bouton d'huile ». Des affections qui ressemblent au bouton d'huile n'en sont pas et peuvent constituer des accidents.

Des ouvriers travaillent sous un jet d'huile mélangé de particules métalliques : ne saurait-on envisager la production d'épidermites simples qui seraient constituées par une multitude d'excoriations de la peau ?

A l'occasion d'une expertise, j'ai dépisté un cas de ce genre. L'ouvrier venait devant moi avec le diagnostic de « bouton d'huile ». En examinant ses mains et ses avant-bras à la loupe, je constatai l'existence d'une série de petites coupures et je demandai une enquête à l'usine. Voici ce que j'appris. L'huile tombait, après usage, dans un bac, puis elle était pompée pour être ramenée dans un réservoir assez élevé d'où elle retombait sur la pièce. Cette huile n'était ni filtrée ni même décantée et elle véhiculait de grosses parcelles métalliques.

Il y avait, dans cette observation, coexistence de deux lésions, d'abord bouton d'huile, maladie professionnelle, ensuite épidermite causée par les particules métalliques qui avaient déterminé des plaies accidentelles. L'épidermite-accident était localisée aux régions soumises au traumatisme (mains et avant-bras) ; le bouton d'huile, maladie professionnelle, était disséminé sur les mêmes parties du corps, mais on en trouvait aussi à la partie antérieure du thorax, sur l'abdomen, sur les cuisses, partout où la peau avait été en contact constant avec les vêtements imprégnés d'huile.

Cet exemple illustre parfaitement la recommandation que doit toujours avoir présente à l'esprit le médecin qui établit le certificat initial. On ne saurait trop insister sur ce point ; il n'a ni à poser un diagnostic ferme exprimé par un mot concis, ni à interpréter trop à la hâte des symptômes en n'exprimant en somme qu'une opinion personnelle sujette à discussion. Le certificat initial gagnerait à être exclusivement descriptif de constatations objectives.

Lumbago. — Les cas de lumbago viennent très souvent en expertise, la plupart du temps, il faut le dire, parce que les ouvriers obtiennent trop facilement des certificats qui rattachent le lumbago à un accident. Or, la difficulté de la tâche des médecins-experts provient précisément de ce qu'ils ne sont à même d'examiner l'ouvrier que plusieurs semaines après le traumatisme allégué.

On ne constate aucun symptôme de l'affection et l'on se trouve en présence d'un certificat initial portant uniquement le diagnostic de « lumbago traumatique ». Quels sont les signes cliniques qui ont permis de poser à coup sûr le diagnostic de lumbago ? Quelles sont les raisons valables qui ont autorisé à affirmer que ce lumbago était d'origine traumatique ? Dans ce cas encore, un certificat exclusivement descriptif, énumératif de symptômes ne serait-il pas préférable à tout ?

Les lumbagos traumatiques sont presque toujours contestés soit que le diagnostic lui-même soit discuté, soit que l'origine traumatique de l'affection ne soit pas admise.

L'expert peut, la plupart du temps, résoudre la difficulté au moyen des commémoratifs. La déclaration d'accident est souvent très sommaire, les dépositions des témoins — si le juge de paix a fait une enquête — sont parfois contradictoires. Il ne nous reste plus qu'à questionner l'ouvrier sur les circonstances qui ont accompagné et suivi l'accident allégué.

Dans la très grande majorité des cas, l'ouvrier interrogé, commence par donner des explications confuses ; il ne sait plus bien s'il a fait seulement un effort ou s'il s'est heurté, ou même s'il ne se serait pas heurté à l'occasion d'un mouvement brusque. Il n'affirme qu'une chose, c'est qu'il a ressenti une douleur. Cependant il a continué son travail, il a terminé sa journée, il est rentré chez lui par les moyens ordinaires, il s'est couché et n'est allé voir un médecin que le lendemain parce qu'au moment de se lever il a constaté que la douleur était plus vive que la veille. Enfin il a continué à aller quotidiennement se faire masser dans une clinique maintes fois fort éloignée de son domicile.

Il faut avouer qu'un cas qui se présente ainsi est très discutable, très sujet à caution, car n'est pas un lumbago traumatique celui qui n'a pas causé une immobilisation totale immédiate. Tous ceux qui ont eu un lumbago par effort, un « tour de reins » rapportent qu'ils ont été aussitôt immobilisés et contraints de conserver pendant un moment la position dans laquelle ils avaient été surpris par une douleur aiguë.

L'interrogatoire de l'ouvrier nous permet donc de déterminer si oui ou non nous nous trouvons en présence d'un lumbago traumatique par effort.

Cependant, à côté de ce lumbago purement traumatique (diastasis sacro-iliaque ou rupture musculaire) il existe des lumbagos diathésiques,

révélés ou passagèrement aggravés à l'occasion du travail, chez certains individus rhumatisants, par exemple. Un ouvrier travaillant dans un atelier très chaud ou très humide peut ressentir brusquement une douleur dans les lombes quand il se trouve dans un courant d'air ou quand il passe brusquement dans un milieu froid.

Mais est-il certain que le travail a été pour quelque chose dans l'éclosion de cette affection purement médicale ?

Tout sera une question d'espèce. Si l'ouvrier n'a pas fait un acte anormal, s'il n'a pas ressenti une douleur l'immobilisant subitement, il n'apparaît pas que le lumbago soit un accident. Si le contraire est bien établi, on doit accepter que, sur un état rhumatismal antérieur, il est venu se greffer un lumbago qui entraîne une incapacité temporaire.

La question du lumbago est, d'une façon générale, rendue plus délicate encore par le laconisme du certificat initial qui, je tiens à y insister, ne porte que le mot « lumbago » sans autre renseignement. Une simple note localisant le point douloureux à telle articulation sacro-iliaque, à tel côté de la masse musculaire sacro-lombaire, précisant, en un mot, le caractère d'unilatéralité de la lésion, serait plus probante qu'un diagnostic. Il serait, en effet, impossible d'admettre qu'un accident a causé des lésions bilatérales.

Durillon forcé et hygroma. — Le durillon forcé et l'hygroma sont deux affections intéressantes à étudier, du point de vue qui nous occupe, parce qu'elles sont de nature à entraîner des chômages prolongés et même des infirmités plus ou moins graves. Ce sont, par excellence, des cas d'interprétation difficile parce qu'il est souvent très embarrassant d'établir si l'on est en présence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Le durillon est l'apanage de certaines professions. Le frottement répété du manche des outils a occasionné le durillon et déterminé la réaction inflammatoire, par conséquent pendant le travail et à l'occasion du travail. Toutefois, nul ne saurait préciser le moment exact où l'abcès s'est formé : il s'agit d'une maladie professionnelle. Il n'en serait pas de même si le durillon se trouvait arraché : il y aurait une cause soudaine, on fixerait la minute, la seconde à laquelle la plaie est apparue et il s'agirait d'un durillon forcé accidentel.

L'hygroma ne se constate également que dans des métiers bien déterminés. On le trouve au niveau du trapèze chez ceux qui portent habituellement de lourdes charges sur les épaules ; on le rencontre plus fréquemment au genou, notamment chez les raboteurs de parquets.

L'inflammation de la bourse séreuse s'étant installée sous l'influence d'une cause extérieure, d'un frottement répété, l'impossibilité de préciser le moment de l'infection donne à l'hygroma le caractère d'une maladie professionnelle.

Que l'on imagine une écharde, un clou, pénétrant dans un hygroma, cette piqûre constituera une cause extérieure soudaine et l'hygroma, jusque-là maladie professionnelle, deviendra secondairement, par la complication infectieuse, un accident de travail indiscutable.

C'est encore dans ces cas que l'expert aurait besoin d'un certificat initial descriptif, car, généralement, il procède à son examen après une opération qui a été nécessitée par un abcès ou un phlegmon. L'ouvrier ne porte plus qu'une cicatrice qui ne renseigne en rien sur les causes qui ont déterminé l'intervention. Dans l'hypothèse où l'expert ne possède pas les éléments nécessaires pour solutionner le problème, il n'a pas à prendre position en s'appuyant sur des possibilités ou des probabilités, il doit se borner à exposer des données scientifiques. Le magistrat procédera à une enquête pour rechercher s'il est ou non survenu un fait accidentel et il tranchera juridiquement la question demeurée médicalement douteuse.

Hernie. — On établissait autrefois une distinction très tranchée entre la hernie de force et la hernie de faiblesse ; on admettait que la hernie de force était toujours un accident du travail, on le niait pour la hernie de faiblesse. N'a-t-on pas, dans un désir de classification à outrance, élargi le cadre pour confondre les éventrations et les hernies de force ?

Une compression violente de l'abdomen détermine ou une déchirure de la paroi c'est-à-dire une éventration, ou une dilacération d'un orifice préformé, c'est-à-dire une lésion beaucoup plus proche de l'éventration que de la hernie. Ceci m'amène à préciser que s'il n'existe pas de prédisposition, on ne saurait concevoir la production d'une hernie de force, si l'on tient à conserver cette expression.

Les lésions de cette importance sont indiscutables, mais elles sont rares et l'on voit presque exclusivement, en matière d'accident du travail, des hernies de faiblesse survenant chez des individus encore plus évidemment et plus nécessairement prédisposés.

D'ailleurs, pour que la discussion puisse seulement être instituée, il est indispensable que la hernie litigieuse ait deux caractères primordiaux : il faut que, d'une part, elle soit unilatérale ou unique, que, d'autre part, elle soit de petit volume. On peut imaginer qu'un effort fasse apparaître une hernie ; il est impossible d'admettre la sortie simultanée de deux hernies. Le volume de la hernie doit être minime et n'excéder guère le volume d'une noix. N'est-ce pas ainsi que les choses se passent chez les indi-

vidus prédisposés qui, à l'occasion d'un effort de toux, d'un éternuement, font une hernie qui, à son apparition, est de minimes dimensions, unique ou unilatérale ? Pourquoi la symptomatologie serait-elle différente en matière d'accident du travail ? Supposez un homme qui se présenterait avec une hernie inguinale double, avec deux tumeurs grosses comme le poing, qui donc discuterait qu'il s'agit d'une affection certainement ancienne ?

Pour ne pas compliquer cet exposé, j'envisagerai exclusivement la hernie inguinale de beaucoup la plus fréquente. Tout le monde est d'accord pour estimer que cette hernie ne peut pas se manifester s'il n'y a pas persistance du canal vagino-péritonéal, c'est-à-dire une prédisposition congénitale.

L'individu que l'on examinera sera donc un hernieux à sangle abdominale distendue, à ventre en besace, tombant, trilobé, à anneaux inguinaux très larges, admettant la pulpe du doigt explorateur. Chez lui, la hernie est toute prête à sortir à l'occasion d'un effort, quel qu'il soit, mais encore faut-il, pour rester dans l'esprit de la loi de 1898 qui veut, à la base de l'accident, selon l'expression d'un ministre de la justice, « l'action soudaine d'une cause extérieure », que cet effort soit anormal, que ce ne soit pas un effort habituel.

Que l'on se refuse à accepter cette distinction, il deviendra désormais impossible d'établir une différenciation quelconque : toute hernie sera une hernie accidentelle même si l'ouvrier l'a fait apparaître en se mouchant un peu fort à l'atelier, car je défie quiconque d'administrer la preuve contraire.

Il m'apparaît qu'un peu de rigueur scientifique est de mise dans cette question. Si donc un ouvrier perçoit subitement dans une aine une douleur assez vive pour déterminer un état syncopal, et si le désir naturel que les témoins et lui-même ont de regarder l'endroit douloureux amène à constater la présence d'une tumeur herniaire unilatérale et de petit volume, il ne fait pas de doute qu'il s'agit d'un accident du travail. La hernie existait en puissance : l'accident l'a fait apparaître, l'a révélée.

Souvent aussi, la tumeur était constituée. L'effort, en occasionnant un pincement douloureux, a attiré l'attention de l'ouvrier du côté d'une hernie déjà sortie dont il n'avait cependant pas encore constaté l'existence. A quel médecin n'est-il pas arrivé d'examiner des malades porteurs de hernies avérées venus consulter pour tout autre chose, et de leur apprendre l'existence d'une infirmité jusque-là insoupçonnée d'eux-mêmes ? Il importe donc de se rappeler que, de la même façon, le traumatisme ne fait qu'attirer l'attention de l'ouvrier du côté d'une hernie préexistante à l'accident dont le rôle a été ainsi à la fois révélateur et aggravateur. Dans ce cas, la hernie a augmenté de volume, elle est devenue irréductible, elle s'est étranglée, mais quelle que soit la modalité de l'évolution, la scène initiale s'est, ainsi que je l'exprimais tout à l'heure, déroulée à grand fracas, accompagnée de lipothymie, de vomissements, de douleurs, etc.

On se trouve parfois gêné, au moment de l'expertise, pour faire seulement le diagnostic de hernie, car, l'ouvrier étant resté au repos depuis son accident, il est fréquent que la hernie soit rentrée. Quand le certificat initial descriptif est bien précis, il faut faire des réserves et, sans nier l'existence de la hernie, indiquer qu'on ne l'a pas retrouvée, en précisant que l'éventualité n'est pas exceptionnelle. Il serait imprudent de se borner à constater l'absence de la tumeur : il conviendra d'examiner le blessé et de signaler, par exemple, s'il est un hernieux.

Supposons que nous soyons arrivés à conclure que la hernie apparue sous l'influence d'un effort est une hernie-accident, comment proposerons-nous d'indemniser le blessé ? L'incapacité temporaire sera généralement de courte durée, et correspondra au temps pendant lequel le repos est indispensable pour calmer la douleur qui a accompagné l'accident. On la prolongera au besoin jusqu'au moment où l'ouvrier sera muni d'un bandage ou jusqu'à sa guérison s'il s'est fait opérer.

La hernie — si l'ouvrier ne recourt pas à une cure radicale — constitue-t-elle une infirmité permanente ? Personnellement je ne saurais admettre que l'on mette sur le compte du travail une tumeur dont une disposition anatomique est, en réalité, seule responsable.

Il est un point sur lequel les auteurs qui ont traité de la hernie d'accident n'ont, à mon sens, pas suffisamment appuyé. Comment n'a-t-on pas envisagé avec insistance la question du sac qui cependant, me paraît primordiale ? On n'a parlé que de prédisposition, ce qui est insuffisant. Imaginerait-on qu'une hernie peut sortir s'il n'existait pas un sac préformé ? Faudrait-il donc supposer que, chez un individu prédisposé, une hernie s'est fait subitement jour et a trouvé un sac tout prêt à la loger ? Devrait-on admettre, parce qu'on est en matière d'accident du travail, qu'une anse intestinale ou un fragment d'épiploon du volume d'une noix et parfois plus gros, a, sans grande réaction, distendu le péritoine pour former subitement un sac, qu'en un mot, une hernie s'est instantanément constituée en bloc ? Cette question du sac, je tiens à le répéter, me paraît la plus importante de toutes et de nature à empêcher d'admettre si facilement l'origine traumatique des hernies.

Les considérations que je viens d'exposer en les basant sur des données anatomiques ont, sans doute, le grand tort de ne pas être en har-

monie avec la jurisprudence. Un arrêt de la Cour de Cassation du 22 novembre 1922 a d'abord donné une nouvelle définition de l'accident du travail : « toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident ». L'expert avait conclu : « l'effort n'a pas été la cause de la hernie qui doit être attribuée à une prédisposition purement constitutionnelle ». La Cour de Cassation tout en admettant que le travail n'avait pas été la cause de la hernie, mais qu' « il en avait été du moins l'occasion » a jugé que la hernie avait été un accident du travail.

Je crois comprendre que si cette manière de voir continuait à être adoptée, toutes les maladies professionnelles deviendraient des accidents du travail, puisque la notion de soudaineté de l'apparition de la lésion n'est plus comprise dans la nouvelle définition et que, toute considération médicale écartée, toutes les hernies devraient être indemnisées. Mais il ne m'appartient pas de discuter une décision de la Cour suprême et je me borne à maintenir tout ce que j'ai dit au sujet de la hernie.

J'insiste encore une fois, en en terminant avec la hernie, sur la nécessité du certificat initial descriptif. Je n'ai pas oublié deux erreurs que j'ai dû réformer. Les deux certificats portaient uniquement le diagnostic de hernie alors qu'il s'agissait d'un gros ganglion et d'un varicocèle.

Kystes synoviaux. — Il est bien difficile, pour les raisons que j'ai déjà exposées, d'admettre l'origine accidentelle des kystes synoviaux dus à la répétition d'une même cause et présentant par conséquent les caractères propres à la maladie professionnelle.

Ulcères variqueux. — Les contusions des membres variqueux, surtout dans la région de la crête tibiale, se compliquent, la plupart du temps, d'ulcères dont la cicatrisation est fort longue à obtenir. L'expert ne peut pas affirmer que la guérison est définitive et doit, par conséquent, indiquer la possibilité, voire la probabilité de rechutes, l'affection étant essentiellement récidivante. L'ulcère étant cicatrisé et la lésion n'existant plus, il ne subsiste pas, à proprement parler, d'infirmité permanente. Il importe cependant que l'ouvrier soit garanti contre un chômage implicitement prévu. Il est assez généralement admis que l'ouvrier peut être considéré comme restant atteint d'une petite infirmité permanente et partielle, celle-ci étant constituée non par la lésion d'ailleurs disparue mais par une prédisposition aux rechutes. La rente ainsi allouée a pour but de compenser les interruptions éventuelles de travail.

Je voudrais, en terminant cette revue sommaire de quelques cas d'interprétation difficile, insister encore une fois sur l'importance du certificat initial. La solution de ces problèmes délicats est, ainsi que nous l'avons vu, donnée généralement par les premières constatations, d'autant que les examens d'expertise sont, la plupart du temps, pratiqués à une époque tardive quand les lésions sont guéries ou ont disparu.

Un diagnostic laconique porté extemporanément risque d'être inexact et peut toujours être critiqué, car il ne présente qu'une interprétation de signes cliniques. Un certificat exclusivement énumératif et descriptif, détaillé et complet enregistre des faits, n'est par conséquent pas discutable et il concourt de la façon la plus efficace à la découverte de la vérité.

COMMENT TRAITER LES TUMEURS BLANCHES DU GENOU

Par Georges Audain,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Stell.

La tumeur blanche du genou est une affection que le praticien est appelé à rencontrer souvent. Elle est aussi la plus fréquente parmi les ostéo-arthrites tuberculeuses. On l'observe à tout âge, aussi bien chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte. On la voit évoluer chez des sujets âgés et tout récemment nous en avons observé une chez un vieillard de 79 ans.

Nous envisagerons dans cette étude non pas toutes les tuberculoses du genou, mais la tumeur blanche confirmée, nette, avec limitation des mouvements, gonflement articulaire, épaississement de la synoviale, ganglions de la fosse iliaque, etc. Toutes les formes frustes, atténuées, la simple hydarthrose tuberculeuse par exemple, seront donc éliminées.

En présence de tumeur blanche du genou, que faire ?

Parfois le praticien pourra hésiter sur la conduite à tenir.

Il n'y a pas, en effet, un, mais plusieurs traitements possibles entre lesquels il pourra avoir à se décider. L'âge étant un des plus gros facteurs déterminants du traitement, nous envisagerons celui-ci suivant l'âge du malade.

1° Enfants et adolescents ;
2° Adultes ;
3° Vieillards.



Chez l'enfant et l'adolescent, il ne peut être question d'intervention chirurgicale, de résection du genou. Celle-ci, intéressant, en effet, les cartilages de conjugaison chez des sujets en période de croissance, aboutirait dans l'avenir à des résultats désastreux (arrêt de développement du membre, déformations, etc.). Force est donc de recourir à l'immobilisation. Celle-ci se fera dans un appareil plâtré du type des gouttières que l'on emploie pour les fractures de jambe. On aura bien soin de laisser l'articulation découverte assez largement en avant et latéralement, car elle aura besoin, dans la suite, d'être surveillée de très près. *A fortiori,* s'il existe un abcès ou une fistule. L'abcès sera traité, suivant la méthode classique, par ponctions répétées, suivies d'injections modificatrices, s'il devient menaçant pour la peau. Peu importe le produit employé pour ces injections : éther simple, éther iodoformé, etc., tous donnent à peu de chose près le même résultat. La ponction sera pratiquée, bien entendu, non pas au point culminant de l'abcès, mais à distance de celui-ci, en ayant soin de faire suivre au trocart un court trajet parallèle à la peau avant de pénétrer dans la cavité de l'abcès.

Voici le jeune malade immobilisé. Il s'agit alors de prévenir la famille que cette immobilisation sera de *très longue durée* : *dix-huit mois,* DEUX ANS peut-être davantage. Il est très important aussi de prévenir l'entourage que le genou sera raide, la guérison ne pouvant s'obtenir que par ankylose articulaire. Le profane, en effet, a une tendance naturelle à penser que si le genou est raide, c'est parce qu'il a été « *mal soigné* ».

L'immobilisation, les ponctions sont une grosse partie du traitement, mais elles ne sont pas tout. On aura intérêt à y adjoindre l'héliothérapie naturelle ou artificielle (rayons ultraviolets) et aussi un traitement général (arsenicaux, fer, cure d'air, etc.).

Supposons maintenant que nous nous trouvions en présence d'un adulte. Quelle conduite tenir ? Pour ceux qui ont étudié de près la question, qui ont suivi des malades, qui ont comparé les résultats obtenus par différentes méthodes thérapeutiques, il n'y a aucune hésitation possible : LE TRAITEMENT DE CHOIX, DANS CE CAS, EST LA RÉSECTION DU GENOU. Il est bien entendu que l'état général du sujet doit permettre cette intervention. On n'a pas l'habitude, que je sache, de réséquer des tuberculeux cavitaires avancés ou complètement cachectiques.

Notre collègue et ami Rougier (de Cahors), dans sa très intéressante thèse (1), met au point cette importante question et expose en détail la technique employée par M. Arrou. Devant la constance des bons résultats obtenus, Rougier s'étonne de la défaveur dans laquelle cette opération est tenue par nombre de chirurgiens. Les résultats moins parfaits obtenus par certains excellents chirurgiens proviennent sans doute d'une différence de technique et peut-être aussi, comme le dit Rougier de « procédés », de « détails » qui peuvent paraître infimes, mais dont le résultat démontre l'importance. Ce qui importe pour le praticien, c'est de faire comprendre au malade et à son entourage que LA RÉSECTION OFFRE SUR L'IMMOBILISATION D'ÉNORMES AVANTAGES :

1° *Guérison en 4 mois environ au lieu de 2 ou 3 ans,* ce qui est fort appréciable ;

2° *Suppression du foyer tuberculeux* qui, laissé en place dans le traitement par immobilisation, pourrait être, dans l'avenir, le siège d'un réveil de la maladie ou le point de départ d'une infection tuberculeuse à distance : « l'adulte voile sa tuberculose osseuse, mais ne la *guérit* jamais. Elle reste donc là latente, sans doute, mais non morte ». (Arrou).

3° *Résultat fonctionnel meilleur.* En effet, le malade réséqué ayant un membre en rectitude un peu plus court que le membre du côté sain, projette directement la jambe en avant, comme dans la marche normale, sans que le pied bute contre le sol. Celui, au contraire, qui est guéri par ankylose du genou, se voit forcé de marcher en fauchant.

Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans les détails de la technique opératoire, ce qui ne saurait intéresser le praticien. A ceux que la question intéresse nous recommandons la lecture du travail de Rougier. Qu'il nous suffise de dire qu'une intervention bien conduite doit supprimer d'une façon totale les lésions osseuses, synoviales et périarticulaires.

Nous revenons à la question de l'indication opératoire. *A partir de quel âge la résection est-elle indiquée et jusqu'à quel âge peut-elle être pratiquée* ? En général, on pourra intervenir à partir de 16 ans. Il est mieux de prendre pour base l'état de développement du sujet plutôt que son âge absolu. Ainsi, un adolescent de 15 ans 1/2 qui paraît avoir atteint sa presque complète croissance, est justiciable de la résection. Il en va de même pour la limite supérieure. On a admis, un peu théoriquement, l'âge de 45 ans. Mais ce qui compte, avant tout, ce n'est pas tant l'âge « officiel » du sujet que son âge « physiologique », c'est-à-dire l'état de sa résistance générale et la valeur fonctionnelle de ses différents organes. Il est bien certain, par exemple, que l'on n'opèrera pas un sujet de 47 ans, déprimé, asthénique, artériosclércux ou azotémique. Il risquerait fort de ne pas supporter l'intervention ou encore de ne pas faire les frais de la réparation ultérieure. Par contre, on hésitera moins à intervenir chez un malade de 51 ans qui en porte 45, qui a une ten-

(1) Maretheux 1918.

sion normale, un foie, un rein en bon fonctionnement et qui présente un état général satisfaisant.

Pour ce qui est de la possibilité de lésions pulmonaires concomitantes, différents cas sont à envisager. Evidemment, on n'opèrera pas un sujet porteur de cavernes pulmonaires. Mais au stade de crudité et même à la phase de ramollissement, surtout si la tuberculose a tendance à évoluer vers la forme fibreuse, on aura intérêt à intervenir, la suppression du foyer ostéo-articulaire amenant souvent, dans ces cas, une amélioration notable du côté pulmonaire.

Telles sont les indications tirées de l'âge, de l'état général du malade et des lésions pulmonaires concomitantes. Il importe aussi, tout au moins pour la date de l'intervention, de tenir compte de l'état local articulaire. Parfois, et Rougier insiste avec raison sur ce point, il faut, avant la résection, préparer la jointure, la mettre au repos, refroidir les lésions en quelque sorte, au besoin ponctionner les abcès, faire des injections modificatrices, curetter une fistulette, toutes manœuvres destinées à rendre l'intervention ultérieure plus aisée et à en assurer la complète réussite.

Supposons maintenant que le praticien se trouve en présence D'UN SUJET AGÉ, D'UN VIEILLARD qui présente une tumeur blanche nettement caractérisée. Quelle décision convient-il de prendre ? Ici, il ne faut plus songer à la résection. *Deux voies sont possibles* :

a) Si le malade refuse l'intervention ou s'il ne semble pas trop infecté par sa bacillose, se contenter d'un traitement palliatif : *repos*, sans appareil (car on ne peut espérer, même par une immobilisation très prolongée voir le vieillard cicatriser ses lésions ostéo-articulaires), ponctions suivies ou non d'injections modificatrices, s'il y a lieu. Traitement général.

b) Si l'état local est mauvais, en particulier s'il existe des fistules infectées secondairement, ou de gros abcès, des décollements avec atteinte à l'état général, il est préférable de recourir d'emblée à l'*amputation* qui est parfois la seule solution possible.

Pour résumer ce bref aperçu sur le traitement des tumeurs blanches du genou, nous dirons :

I. — *Pendant l'enfance et l'adolescence* : immobilisation plâtrée prolongée. Ponctions et injections modificatrices, héliothérapie, traitement général.

II. — *Chez les vieillards, chez les sujets au-dessus de* 50 *ans*, chez ceux plutôt dont l'état général, dont la résistance ne permettent pas d'espérer une guérison par immobilisation ou par résection, il faut se contenter des « petits traitements » palliatifs ou amputer. Ici, c'est tout ou... presque rien.

III. — **Chez l'adulte**, chez le sujet à état général passable, même porteur de lésions tuberculeuses à condition que celle-ci ne soient ni galopantes, ni trop avancées, **il n'y a pas deux traitements de la tumeur blanche, il n'y en a qu'un et c'est la résection du genou,** qui, pratiquée suivant une technique précise, amène d'une façon, on peut dire certaine, une guérison rapide et définitive de cette tuberculose ostéo-articulaire.

PSYCHIATRIE

Débilité mentale et perversions instinctives.

(*Présentation de malade*)

M. le Prof. H. CLAUDE

M. le prof. H. Claude présente un jeune homme de 17 ans qui est entré à l'asile Sainte-Anne, il y a trois mois et demi, en décembre dernier. Ce jeune homme, d'une tenue correcte, répondant avec à propos et raison à toutes les questions, n'est ni déprimé, ni excité, ni délirant. On pourrait s'étonner qu'il soit interné. Nous apprenons que c'est à la suite d'un délit d'apparence banale : vol avec effraction, que R... a été conduit à l'asile. Pourquoi donc l'y a-t-on conservé ? C'est que le cas de ce jeune délinquant soulève un problème fort intéressant de psychiâtrie et de médecine légale. Des cas analogues, pour lesquels la police n'a pas eu toutefois à intervenir, se présentent fréquemment dans la pratique de ville.

Le sujet nous raconte qu'un jour de décembre dernier, il avait rencontré à Montmartre un camarade qu'il connaissait à peine et qui l'avait entraîné à faire la fête. Ce camarade était, paraît-il, un habitué des tribunaux correctionnels et avait subi déjà plusieurs condamnations et, n'ayant plus d'argent, il avait suggéré à notre jeune malade d'aller en chercher chez ses parents. Ce dernier avait suivi le conseil un peu à contre cœur et n'avait fait, dit-il, qu'obéir aux ordres de l'autre. Il avait les clefs de l'appartement de ses parents, ceux-ci étaient à leur travail : les enfants entrèrent dans le logis, mais ils durent fracturer la porte d'une chambre pour trouver ce que le mauvais conseiller recherchait. Le camarade se saisit d'une certaine somme d'argent et R... se contenta de prendre le revolver de son

père, pour le vendre, dit-il. Ils furent bientôt recherchés par les agents de la police et notre jeune délinquant fut pris à Montmartre au café des Noctambules, vendu, dit-il, par son « copain ». On le conduisit au commissariat, puis à l'infirmerie du dépôt et de là à l'asile Sainte-Anne.

Dès son arrivée à l'asile, il avait manifesté un vif regret de sa faute, avait écrit à ses parents pour leur demander pardon et s'était montré docile, travailleur, empressé à rendre service. On pouvait se demander si le délit qui avait amené son internement n'était pas un simple incident isolé, dû à un mauvais entraînement. Mais cet écart de conduite, s'il était le plus grave commis jusqu'à présent par le jeune R..., était loin d'être le premier.

Depuis sa plus jeune enfance, il a fait preuve à maintes reprises d'une instabilité complète dans le travail. Sans volonté ferme, il s'est toujours laissé entraîner par les impulsions du moment. Tout enfant, c'était à chaque instant l'école buissonnière, l'irrégularité absolue dans l'application à ses leçons. Doux, affectueux et prévenant pour sa mère, il montrait cependant des troubles du caractère soudains et violents qui inquiétaient beaucoup ses parents. Il devenait tout à coup irritable, volontaire, coléreux. Dépourvu d'esprit de suite dans ses désirs , dans ses projets, dans son travail, on avait été obligé de le changer d'école plusieurs fois. Puis, lorsque l'âge d'apprendre un métier fut venu,il fit une série d'ateliers qu'il quittait successivement sans motif sérieux, si bien que son apprentissage demeura toujoursincomplet.

Les parents de R... avaient été frappés de l'*allure périodique* des troubles de l'humeur et de la conduite de leur fils. Il restait pendant un certain temps docile, appliqué à sa tâche, reconnaissant aux siens des sacrifices qu'ils faisaient pour lui et montrant un repentir sincère de la peine qu'il leur causait.

Malgré ces bons sentiments affectifs, les incidents fâcheux se renouvelaient et augmentaient, avec l'âge, de fréquence et de gravité. Ce n'était plus seulement l'école buissonnière, mais des fugues véritables. R... sans raison apparente quittait le domicile de sa famille et s'en allait sans bien savoir où, passant les nuits dehors et vivant d'expédients. Depuis 1919, il fit ainsi toute une série de fugues. On le faisait rechercher, on le retrouvait errant le plus souvent dans le voisinage de chez lui, ennuyé de s'être enfui, mais disant qu'il n'osait plus rentrer de crainte d'une réprimande. M. le prof. Claude fait observer que ce fait est assez fréquent chez les débiles mentaux qui font une fugue sans bien savoir pourquoi, pour le simple plaisir de s'en aller, de vagabonder, d'être libres et qui, ensuite, malgré leur désir de rentrer chez eux, n'osent s'y résoudre par timidité, par indécision ou par crainte irraisonnée.

Pour donner une apparence de justification à ses fugues, R...s'était mis à mentir. Il racontait à ceux qu'il trouvait sur son chemin des histoires invraisemblables inventées de toutes pièces. En 1920, pour trouver un motif à quitter l'atelier où il travaillait, il raconte à son patron que sa mère s'est grièvement blessée dans le métro et qu'il doit aller la soigner. Il s'échappe, s'en va dans la campagne et passe la nuit à errer dans les champs. Ramené chez sa mère, il demande pardon, promet de ne plus recommencer et obéit docilement à ses parents en restant couché par mesure de pénitence.

En mars 1922, ses parents l'ayant placé dans une école de mécanique, il est repris subitement, sans raison, par son désir de vagabondage, se sauve, apitoie une voisine qu'il rencontre, lui disant qu'il a besoin de rentrer d'urgence chez lui, emprunte vingt francs à cette femme, prend un train pour aller faire un tour de promenade et présente pour payer un prospectus au conducteur. Comme résultat de cette fugue, il est chassé de l'école.

En avril 1922, c'est une nouvelle fugue. Il quitte la maison en laissant à sa mère une lettre dans laquelle il assure qu'il rentrera le soir même. Or, il s'en va chez une parente à laquelle il demande asile, lui disant qu'il est bien malheureux et que sa mère est morte. Ramené encore chez ses parents, il reste quelques semaines tranquille, puis repart et s'en va faire un petit tour de France, bricolant pour vivre, allant de ville en ville, se tirant d'affaires en peinant à de rudes besognes. Cette vie d'aventures dura trois mois au bout desquels sa famille arriva à le retrouver et le recueillit à nouveau en bien piteux état, amaigri, déguenillé et repentant comme à l'ordinaire.

Enfin, en décembre 1922, ce fut l'aventure fâcheuse que nous avons relatée au début et qui le conduisit à Sainte-Anne.

Actuellement, il se rend parfaitement compte de l'importance de toutes les bêtises qu'il a faites. Son repentir paraît très sincère. Il est gentil avec tout son entourage et il sait se rendre intelligemment utile. Qui pourrait dire cependant qu'à sa sortie de l'asile, il ne recommencera pas de nouvelles esclandres ?

La décision médico-légale à prendre à son égard est assez délicate. Faut-il le considérer comme un vulgaire mauvais sujet et l'abandonner aux sanctions de la justice correctionnelle, ou convient-il de le considérer comme un malade irresponsable et de le soigner comme tel ?

M. le prof. Claude se défend de la naïveté des gens qui, trop souvent, s'apitoyent sur le sort de mauvais garnements peu dignes de leur pitié. Il est une nombreuse catégorie de jeunes délinquants dont toute l'activité est orientée vers le mal, dont le sens moral est complètement faussé ;

paresseux, jouisseurs, dépourvus à peu près de tous bons sentiments affectifs, inadaptables à la vie régulière en société. Ce sont les pervers constitutionnels pour lesquels tout effort de rééducation reste généralement vain ; natures ingrates qui versent automatiquement dans la délinquance et qui font le désespoir de tous les patronages, de toutes les œuvres de relèvement de l'enfance coupable.

Mais il faut bien reconnaître que chez le jeune R..., nous avons affaire à un état psychique assez différent de celui du pervers instinctif ordinaire. Ce qui frappe chez notre sujet, c'est l'*élément périodique*, si particulier, de ses troubles de l'humeur et de la conduite.

Cette périodicité, déjà indiquée par la famille, dans le déclanchement des fugues, de l'irritabilité, de la mythomanie survenant par véritables accès a pu être constatée chez R... depuis son entrée à l'asile. A son arrivée, en décembre, il était un peu déprimé, honteux et attristé de la peine qu'il avait faite à sa mère. En janvier, s'étant ressaisi, il s'était mis gentiment au travail, prenant plaisir à rendre service à tous. Mais, dans le courant du mois de férvrier, tout à coup, il a été pris du désir de changer d'occupation ; il était devenu indocile, irritable : lorsqu'on le contrariait, il était pris de crises de larmes ; on ne parvenait plus à fixer son attention, il répondait par des impolitesses à la moindre réprimande et se livrait à des actes désordonnés. Au début de mars, le calme était complètement revenu et R... s'était remis très docilement au travail. Enfin, du 20 au 28 mars, on observa une reprise des troubles de l'humeur et du caractère qui ne dura qu'une semaine et fit place à l'état de bon équilibre dans lequel nous le voyons actuellement.

Il était intéressant de pratiquer chez ce malade les recherches biologiques capables de donner une indication sur la nature de ses troubles. Le réflexe oculo-cardiaque enregistré à la fin du mois de janvier, en période de calme, était normal (78/72) ; repris en février pendant la phase de troubles psychiques, il était très nettement exagéré, (66/24), soit un ralentissement de 42 pulsations par minute au cours de la compression oculaire ; l'on observait à la fin de la compression, une légère syncope de 5 secondes. Ces constatations traduisaient alors un état d'hypervagotonie marquée chez le jeune R... Au mois de mars, alors que l'équilibre psychique s'était rétabli, le réflexe oculo-cardiaque devenait nul : 72/72. L'allure cyclique des troubles de l'humeur et du caractère du jeune R... est ainsi confirmée par la constatation d'un déséquilibre du fonctionnement du système nerveux végétatif.

Nous sommes donc en présence ici d'un *état de débilité psychique constitutionnelle avec tendances aux perversions, s'accompagnant de phases d'impulsivité paroxystiques déchaînant les perversions instinctives*. (Signalons que la grand'mère de R... considérée par son entourage comme « lunatique » avait été internée, — qu'une de ses tantes avait été également placée dans un asile — et que son père, qui était resté longtemps aux colonies, avait un caractère très instable.

Cet état se distingue de celui des pervers délinquants habituels par son type cyclique et son évolution sur un fond mental qui n'est pas foncièrement mauvais, l'affectivité étant conservée et pouvant servir de base à un essai de rééducation morale.

Quelle peut être la conduite à tenir dans des cas analogues ? Le problème est difficile à résoudre. Il ne convient pas, d'une façon générale, d'être trop porté à l'indulgence à l'égard des jeunes délinquants. La « responsabilité atténuée » n'est qu'une expression commode dont on a trop usé et qui ne conduit à aucune solution utile. Cette grande question du relèvement de l'enfance coupable est encore à l'étude. Les diverses méthodes proposées jusqu'à présent demandent à être mises au point et leur succès semble dépendre d'une soigneuse sélection des jeunes délinquants, dont chaque type est justiciable d'une méthode répressive ou éducative appropriée.

Il est un fait bien reconnu à l'heure actuelle. C'est que les maisons de correction n'ont donné que des déboires ; les diverses sortes de colonies pénitentiaires ne valent guère mieux, et les initiatives les plus dévouées se sont heurtées bien souvent en cette matière à de grandes désillusions.

Il faut surtout chercher à prévenir, dans la plus large mesure possible, l'éclosion de ces troubles du caractère et de la conduite chez l'enfant. La première condition à remplir est celle d'une éducation attentive et ferme. La juste mesure à observer est assez délicate à fixer, car une trop grande sévérité peut décourager l'enfant débile et le pousser aux fugues.

Il faut surtout savoir *faire vibrer la corde affective*, lorsqu'il en est temps encore et avant que le caractère de l'enfant ne se soit endurci dans ses mauvais penchants. On obtient parfois de bons résultats en s'efforçant de le raisonner affectueusement. Cette façon de faire réussit mieux que les menaces, car les natures à tendances perverses se regimbent vite à la correction.

Ces conseils généraux d'éducation, le médecin aura souvent à les donner en clientèle, car, sans avoir affaire toujours à des enfants nettement pervers, il rencontrera fréquemment de ces enfants difficiles à élever, rebelles aux conseils et aux réprimandes, coléreux à l'excès et qui causent à leurs parents de réelles inquiétudes. Assez souvent le médecin apprendra de la famille que ces troubles de l'humeur et de la conduite surviennent par accès intermittents et revêtent un



véritable caractère cyclothymique. C'est dans ces derniers cas qu'il sera particulièrement indiqué d'étudier minutieusement le fonctionnement du système nerveux de l'enfant et de pratiquer toutes les recherches biologiques possibles. Ces recherches pourront conduire parfois à des constatations très utiles pour le traitement.

Les divers sédatifs du système nerveux seront à conseiller pour calmer les phénomènes des phases d'excitation. Mais on est en droit d'espérer que les nouvelles recherches entreprises dans l'ordre biologique fourniront dans l'avenir des indications plus précises pour la meilleure thérapeutique à mettre en œuvre.

Leçon professée à l'asile Sainte-Anne et recueillie par le Dr FRIBOURG-BLANC.

HYDROLOGIE

De l'utilisation des galeries de captage de Luchon en galeries de cure pour les affections des voies respiratoires supérieures et les manifestations du rhumatisme,

Par le docteur Raymond MOLINÉRY, de Luchon.

L'an dernier, avec mon collaborateur et ami Jean Dufrénoy, j'eus l'honneur de vous présenter quelques considérations sur la nécessité qu'il y aurait à transformer les galeries de captage des sources de Luchon en galeries de cure. Nous établissions ces considérations sur le fait que sont utilisées depuis de fort longues années dans cette station des étuves naturelles individuelles et sur les résultats thérapeutiques obtenus par ce mode de thérapeutique. Les longs et fréquents séjours que nous y avions faits l'un et l'autre, pour nos recherches comparées sur la vie des barégines dans les eaux de Barèges et dans les eaux de Luchon, nous avaient permis certaines constatations biologiques. La Société des Etudes médicales de Luchon demanda dès lors à la municipalité de faire faire un travail par une personne compétente qui pourrait à la fois être médecin hydrologue, géologue et chimiste. La municipalité porta tout naturellement ses regards vers le Dr Bardet, dont la science française regrette si vivement la perte. Après trois semaines de séjour, pendant lesquelles le Dr Bardet fit toutes les recherches possibles, (avant de quitter Paris, pendant les mois qui précédèrent cette prospection, M. Bardet avait lu et résumé tout ce qui avait été écrit sur les galeries de Luchon), un rapport extrêmement fouillé, fut remis à la municipalité.

Ayant eu le grand honneur de travailler tous les jours aux côtés de M. Bardet, je crois devoir aujourd'hui, avec l'autorisation de la municipalité de Luchon qui m'a confié le rapport de M. Bardet, vous donner les conclusions auxquelles il a abouti.

Si la France possède quelques stations thermales où les vapeurs des sources sont utilisées tant bien que mal (Aix, Plombières, Evaux, Cransac, Luchon avec ses étuves actuelles), notre pays, dit M. Bardet, ne peut se comparer à ce que nous trouvons en Italie : Battaglia, Acqui, Bagni di Roma, Viterbe, Pouzzoles, Ischia, Agnano, Monsumato, etc.

Dans cette dernière station, une grotte de 250 m. s'avance sous la montagne. Dans une atmosphère de 35 deg. de T, saturée de vapeurs et de gaz, sont disposés des lits de sudation. Bains et piscines sont à la sortie à la disposition des malades. Les résultats obtenus à Monsumato dans la cure du rhumatisme sont des plus remarquables.

Or, la France peut organiser des stations analogues puisque sur certains points de son territoire, sa constitution géologique le lui permet. Luchon, dans le premier quart du dix-neuvième siècle, avait déjà creusé quatre galeries de recherches. Le célèbre ingénieur François de Neufchateau, alors en service dans l'Ariège, fut appelé en 1837, et de 1838 à 1856, creusa et aménagea 18 galeries nouvelles. Soit donc 22 galeries dont le développement total atteint plus de mille mètres.

Il faut lire, dans le Mémoire que François a publié dans le *Journal des Mines* de 1842, le détail de cette magnifique propection.

M. Bardet, frappé de ce fait que les gaz et les vapeurs dégagés par les sources ont une particulière importance à Luchon où le humage, dit-il, « c'est-à-dire l'introduction dans les voies respiratoires des vapeurs et gaz médicamenteux est l'un des principaux moyens de cure », propose le mot : inhalatorium naturel ; car, ajoutait-il, les malades atteints d'affections des voies respiratoires, au même titre que les rhumatisants, pourront très heureusement tirer parti d'un séjour dans ces salles de sudation et d'inhalation. En effet, si l'eau des sources permet l'envoi dans les appareils de humage d'une grande quantité de vapeurs et de gaz (vapeurs et gaz étudiés d'abord par Moissan qui y reconnut du soufre à l'état colloïdal et par M. Lepape l'an dernier), il n'y a aucun doute que dans les galeries, ces

vapeurs et ces gaz ne se dégagent en grande abondance de la roche elle-même dans l'atmosphère ambiante. Quant à l'application de ces vapeurs et de ces gaz pour le traitement du rhumatisme, la chose ne se discute même pas,

Les galeries, telles qu'elles sont, présentent en certains endroits une hauteur de 1 m. 70 et une largeur de 1 m . 60. Ailleurs elles n'ont pas les mêmes dimensions et il faut courber la tête pour les parcourir. Mais une partie de leur longueur pourrait dès maintenant être immédiatement utilisée.

Le problème posé à M. Bardet était de savoir si de nouveaux travaux faits en vue d'obtenir une véritable salle de sudation creusée dans la roche ne seraient pas susceptible de compromettre les sources actuelles.

M. Bardet se livre alors dans son rapport à une fort savante étude de la constitution géologique des Galeries. Tout en rendant hommage aux travaux curieux de Garrigou, il relève certaines erreurs du maître toulousain et insiste en particulier sur la présence à Luchon, non seulement du granit et du schiste dont tout le monde a parlé, mais d'une pegmatite à tourmaline qui joue un rôle prépondérant dans la minéralisation des Eaux sulfurées pyrénéennes, et surtout dans la gazéification active.

On pourra lire dans les *Annales de l'Institut d'Hydrologie* qui le publieront *in extenso*, le mémoire de M. Bardet.

Le 15 juin 1922, M. Bardet accompagné de M. le Dr Dutech, de François Burgala qui fut l'aide de François de Neufchateau et à qui son grand âge n'a rien enlevé ni de son activité ni de sa mémoire, de Barthélemy Cantaloup, garde-fontaine, et de moi-même, se livra à un examen détaillé du massif.

Il avait beaucoup neigé la nuit précédente : les portes des galeries étant ouvertes pour aérer dans des conditions minimum au point de vue de la calorification.

Deux grandes divisions permettent le repérage des galeries de Luchon : le groupe nord le plus schisteux, le plus sulfureux, le groupe sud le plus granitique, le plus radioactif. C'est dans ce groupe sud que nous nous trouvions dans la matinée de juin 1922. MM. Dutech, Cantaloup et moi-même présentions au même moment et à la même hauteur un thermomètre dont nous avions vérifié l'identité de mesure avec les deux autres. Arrivés au carrefour du petit îlot la température relevée fut de 35 degrés ; un mètre plus haut, de 38 degrés. Nous gagnâmes ensuite un degré chaque sept mètres parcourus, jusqu'à 42 degrés. Nous éloignant alors de ce point vers le fond de la galerie dite du Saule, nous redescendîmes d'un degré chaque sept mètres, jusqu'à 38 degrés.

C'est donc dans l'angle sud-est du massif c'est-à-dire dans la partie qui donne naissance aux sources du Pré, du Saule, que l'on trouve la température la plus favorable pour la création d'une étuve dont la température à peu près constante, une fois installée, pourrait se maintenir entre 42 et 45 degrés, mais ne descendrait certainement jamais au-dessous de 40.

Notez que dans la partie nord de ces galeries, une température moyenne de 36 à 38 degrés saturée de vapeurs médicamenteuses permet un agencement thérapeutique du plus haut intérêt.

De l'étude topographique et géologique pétrographique de ces galeries du sud, M. Bardet déduit d'abord que les gaz actifs chargés d'émanation de radium naissent dans une pegmatite absolument analogue à celle que l'auteur étudia en Cerdagne, à Lamalou, et à celle que l'on retrouve à Antsirabé, source auprès de laquelle M. le professeur Moureu et M. Lepage vont se rendre prochainement.

Ensuite, deuxième déduction : il doit exister une faille nord-sud et une faille nord-est où de nouvelles sources peuvent être découvertes. Enfin, au point de vue général, M. Bardet est amené à rechercher l'origine des eaux minérales. Rendant hommage au génie intuitif de Garrigou qui, en 1860, « osait écrire que les roches granitiques des Pyrénées représentaient d'anciens dépôts métamorphosés par les Eaux minérales », M. Bardet reconnaît que cette manière de voir est généralement admise aujourd'hui. « La venue actuelle de l'eau minérale peut être considérée comme la continuation du métamorphisme ancien : les griffons n'étant que l'aboutissant d'où, il y a des milliers d'années, jaillirent des fumeroles ».

Comment obtenir l'inhalatorium dans ce massif granitique que nous avons délimité ? M. Bardet propose le mode de construction des hypogées d'Egypte, lesquelles furent établies dans une roche analogue. A droite et à gauche de l'îlot délimité, de quatre mètres en quatre mètres, on creuserait des galeries de 3 mètres de large sur une profondeur de 10 mètres. Puis, on recouperait ces dernières par des « travers bancs » qui permettraient d'obtenir de 3 en 3 mètres des séries séparées par des piliers d'un mètre de section sur le pourtour desquelles seraient creusés des bancs. Ce système aurait l'immense avantage d'éviter tout éboulement, d'être gracieux et de permettre par matinées ou soirées le traitement de 30 à 40 malades par heure.

Et M. Bardet ne fait que souligner la possibilité grande de découvrir de nouveaux jaillissements !

Dans l'aménagement de ces chambres d'inhalation, M. Bardet a naturellement prévu l'aménagement de deux piscines, l'une froide, l'autre chaude : leur emplacement se trouverait à l'entrée du souterrain où l'on sait que vont être

construites les nouvelles buvettes et les bains radioactifs alimentés par la source Lepape.

Conclusions. — Les récentes découvertes de M. Lepape, les résultats thérapeutiques obtenus depuis de si longues années par les vapeurs sulfurées spontanément émises par les sources de Luchon, rendent opportunes les créations nouvelles. « La station de Luchon, dit M. Bardet, complétée par un service aussi complet que celui que nous venons d'envisager, venant s'ajouter aux moyens très perfectionnés qu'elle possède déjà, pourra être considérée comme l'une des plus belles et des plus parfaites du monde entier ».

L'Actualité Scientifique

La Presse

Choc et traumatismes de l'abdomen.

Au dire de notre collaborateur et ami G. Blechmann, le choc traumatique serait un syndrome caractérisé par un faciès misérable, un refroidissement marqué des extrémités et un abaissement marqué de la pression artérielle.

Cette action d'un trauma sur la pression artérielle s'observe surtout au cours des opérations sur l'abdomen. Elle coïncide avec les tiraillements, les malaxations exercées sur le paquet intestinal et sur le péritoine ; les grands lavages à l'éther agissent dans le même sens.

Deux observations, rapportées par l'auteur, appuient son argumentation, la mesure de la pression artérielle pratiquée systématiquement tout au long de l'intervention ayant prouvé d'une façon indiscutable que la chute se faisait brusquement à chacun des temps opératoires, réalisant tiraillements et malaxation : incision du péritoine et prise de l'appendice (dans une appendicectomie) ; puis, écrasement de l'appendice et dégagement de celui-ci accompagné de tiraillements ; section de l'appendice.

Blechmann conclut en s'appropriant les constatations du professeur Roger, ainsi formulées : « La sensibilité du péritoine rend compte de la fréquence du choc, quand le traumatisme ouvre les cavités abdominales et surtout quand il atteint un des viscères qui y sont contenus. Le moyen le plus simple pour déterminer le choc chez les animaux consiste justement à inciser la paroi abdominale et à soumettre les intestins à une malaxation. » (*Gaz. des hôp.*, 19 avril 23.)

Appendicite et gestation.

L'appendicite est rare au cours de la grossesse ; il s'agit vraisemblablement d'un réveil d'un état pathologique latent et préexistant. Ce réveil serait provoqué par les tiraillements exercés sur un appendice malade et soudé par des adhérences ou des brides péritonéales par un cæcum que le développement de l'utérus déplace de bas en haut. On peut aussi invoquer comme cause déterminante une coli-bacillémie se localisant sur l'appendice sensibilisé par une atteinte antérieure, tout aussi bien que sur le rein, la vésicule, ou par une annexite voisine.

Cliniquement, on peut observer des formes aiguës et même foudroyantes. Le plus souvent, la marche de l'affection est plutôt à allure chronique. « Pendant la gestation, la symptomatologie de l'appendicite est variée. Il faudra toujours y penser lorsqu'il s'agira d'un syndrome douloureux, même s'il y a des modifications dans sa forme et dans sa localisation. La difficulté du diagnostic est considérable à cause de l'existence, au cours de la grossesse, de troubles de l'appareil digestif, du foie, des reins ou de l'appareil utéro-annexiel qui présentent des symptômes analogues à ceux de l'appendicite ». Ainsi s'expriment MM. Favreau et Chaput, qui indiquent ensuite les affections avec lesquelles le diagnostic devra être fait : indigestion, vomissements graves, occlusion intestinale, hernie étranglée, fièvre typhoïde, entérocolite, diverticulites, affections du foie (cholécystites), des reins, des annexes, torsion du pédicule d'un kyste ovarien ou d'un fibrome, grossesse extra-utérine, rupture utérine.

L'évolution semble aggravée par la grossesse ; le pronostic est sévère.

Le traitement médical est à rejeter. On posera nettement l'indication d'une intervention : appendicectomie. (*Prog. Méd.*, 24 mars 23.)

Les vieux tousseurs sont-ils des tuberculeux dangereux ?

En 1918, j'ai eu l'occasion de soigner un bel enfant de six ans qui mourut d'une méningite tuberculeuse ayant évolué en trois semaines, classiquement (examen positif du liquide c.r.). Recherchant l'origine de cette tuberculose, j'appris que cet enfant passait en quelque sorte sa vie avec son grand-père, tousseur invétéré.

Appelé un peu plus tard à soigner ce vieillard, je n'eus aucune peine à diagnostiquer une tuberculose pulmonaire à l'évolution de la troisième période de laquelle (cavernes) j'assistai, et qui aboutit rapidement à la mort.

Ces observations me reviennent en mémoire, en lisant le travail de MM. HALBRON et POTEZ sur ce sujet. La vérité, c'est que la bronchite chronique et l'emphysème qu'on constate si fréquemment chez les vieillards masquent une tuberculose indiscutable, et cela, en des proportions infiniment supérieures à celles qu'indiquent les statistiques.

Mais ce qui résulte de l'expérience des auteurs, c'est que le nombre de ceux qui, présentant le tableau clinique de vieilles lésions tuberculeuses, n'expectorent pas de bacilles, serait assez élevé.

Aussi, sans mettre en doute la réalité de la contagion familiale ou scolaire par les vieillards tuberculeux, confirmée à mes yeux par le cas que je rapporte plus haut, les auteurs concluent-ils « qu'il faut s'abstenir de toute généralisation ; chez tout vieillard bronchitique chronique, il faudra penser à une tuberculose méconnue et faire des examens systématiques des crachats. La nécessité de dépister ces véritables porteurs de germes est évidente, mais il ne faut pas sans raison valable jeter inconsidérément l'alarme dans l'entourage de tous les vieux tousseurs et faire le vide autour de ces nouveaux suspects. » (*Presse Méd.*, 24 mars 23.)

Insuffisance ovarienne et goître exophtalmique.

M. MAURIN rappelle que l'équilibre endocrinien est réalisé par le fonctionnement normal des glandes à sécrétion interne. La dysfonction de l'une d'elles peut retentir électivement sur une ou plusieurs autres. C'est ainsi que l'interdépendance thyro-ovarienne est très marquée et que, dans la maladie de Basedow, on a noté des alternatives d'augmentation et de diminution du goitre en relations évidentes avec le cycle menstruel, de même que l'aggravation des symptômes au moment de la ménopause. On peut donc admettre que la synergie des sécrétions thyro-ovariennes est détruite dans la maladie de Basedow, comme elle l'est à la ménopause, et que, de cette rupture et de cette dysharmonie résultent les troubles observés. Dans les deux cas, l'opothérapie ovarienne trouve son indication, depuis surtout que celle-ci peut être administrée sous forme d'extraits différenciés (l'agomensine et la sistomensine), dont l'action est beaucoup plus sûre. On sait que, pour l'ovaire, ces deux extraits à action antagoniste sont, l'un de nature protéidique (l'agomensine, activante), l'autre de nature lipoïdique (la sistomensine, frénatrice, régulatrice). Un beau succès a été obtenu par l'auteur avec le premier de ces extraits dans un cas de goître exophtalmique chez une jeune fille au moment de sa formation pubertaire :

Réglée normalement à 14 ans, vers la même époque, apparut un goitre qui s'est progressivement basedowifié, en même temps que les règles diminuaient pour cesser bientôt complètement. Ni atrophie utérine, ni lésion utéro-annexielle, ni malformation congénitale.

Echec de la médication par la poudre d'ovaire, l'hypophyse et l'hémato-éthyroïdine. Puis, traitement par l'agomensine. Les règles revinrent alors à peu près normales, résultat qui se maintint ensuite. Le goitre, très diminué, se stabilise à un volume moyen avec des signes de basedowisme très atténués.

L'intérêt du cas réside, d'une part, dans la concomitance de l'établissement progressif de la maladie de Basedow avec la diminution du flux menstruel ; d'autre part, dans le résultat favorable obtenu par l'opothérapie ovarienne protéidique pratiquée à l'aide de l'agomensine, qui a donné des résultats très supérieurs à ceux de l'opothérapie ovarienne totale, et même de l'opothérapie ovaro-hypophysaire et hémo-éthyroïdienne, lesquelles s'étaient montrées tout à fait inefficaces. (*Journ. de Méd. de Paris*, 7 avril 1923.)

La stérilité d'origine tubaire et son traitement.

La stérilité féminine ne tient pas seulement aux obstacles opposés à la fécondation par un col utérin anormal ; l'ovaire et la trompe peuvent être également responsables, non seulement, en ce qui concerne la trompe, lorsqu'il s'agit d'annexites volumineuses et facilement reconnaissables, mais encore en raison d'états légers qui s'opposent à la migration de l'ovule.

Ce sont ces états que M. CUNÉO étudie, après avoir rappelé les rapports anatomiques de l'ovaire et du pavillon de la trompe, notamment au moment de la rupture du follicule de Graeffe et de la ponte ovulaire. Il est permis d'admettre qu'à ce moment, le pavillon vient en quelque sorte coiffer l'ovaire de dedans en dehors pour recevoir l'ovule dans sa cavité. Mais les franges du pavillon ne restent pas elles-mêmes inactives, et elles sont vraisemblablement attirées vers l'ovule, par la vertu de certains phénomènes chimiotactiles, et peuvent le capter.

Cette physiologie de la migration salpingienne de l'ovule est troublée s'il existe des adhérences immobilisant la trompe et l'ovaire, des brides comprimant la trompe ou la coudant, ou encore, ce qui est particulièrement intéressant, une oblitération du pavillon par repliement partiel des franges enflammées, qui se soudent les unes aux autres.

D'après l'auteur, une intervention bénigne permet de lever l'obstacle quel qu'il soit, et de



rendre de nouveau la trompe perméable. De plus, au cas d'oblitération du pavillon, on peut suturer la trompe à l'ovaire pour assurer à l'ovule, d'une façon permanente, l'accès de la cavité tubaire.

Des grossesses ayant succédé à cette intervention en démontrent le rôle utile. (*La Médecine*, avril 1923).

Les hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés.

Il s'agit d'une affection sérieuse puisqu'elle entraînerait une mortalité de 50 %. Elle se traduit par le rejet de sang par la bouche ou par l'anus, dans les premiers jours de la vie, conséquence d'une hyperémie de la muqueuse digestive ou de son ulcération (duodénale). L'hérédo-syphilis serait souvent en cause.

Dans les cas bénins, on réchauffera l'enfant, on le soumettra à la diète hydrique, et on instituera le traitement spécifique par les frictions mercurielles.

Dans les cas graves, on procèdera à la transfusion du sang de la mère, donneuse idéale. Selon M. Vignes, on pourra puiser dans la veine de la mère 20 cmc. de sang ultérieurement citraté et injecté dans les masses musculaires de la fesse.

S'il fallait aller très vite, l'injection pourrait se faire dans le sinus longitudinal, au niveau de la fontanelle antérieure, parallèlement à la suture sagittale.

Sur neuf cas, l'auteur a obtenu six succès. (*La Médecine*, avril 1923.)

Splénopneumonie et pleurésie enkystée.

MM. Ardin-Delteil, Derrieu et Lévi-Valensi rapportent deux observations dans lesquelles une splénopneumonie a masqué, pendant un certain temps, une pleurésie interlobaire.

Cette modalité clinique doit donc trouver place à côté des splénopneumonies fonction de tuberculose ou de pneumococcie prolongée.

« Il semble donc, concluent-ils :

« 1° Que la splénopneumonie puisse traduire non seulement une pleurésie interlobaire, mais aussi une pleurésie enkystée et qu'on puisse la considérer comme une réaction pulmonaire vis-à-vis d'une inflammation pleurale localisée, d'une épine pleurale souvent minime ;

« 2° Que le diagnostic puisse errer quelquefois longtemps jusqu'à la vomique révélatrice, et que la radioscopie ne puisse pas toujours apporter à la clinique une aide décisive ;

« 3° Que l'évolution puisse se faire spontanément vers la guérison, à la faveur d'une fistulisation bronchique. Mais il ne faut jamais compter entièrement sur cette évolution favorable. Le drainage du foyer purulent s'effectue mal à travers une trop mince fistule, et souvent, malgré la guérison apparente, il subsiste un foyer purulent, plus ou moins latent, mais susceptible de se rallumer ultérieurement et de causer la mort du malade. D'où l'indication d'intervenir chirurgicalement dans tous ces cas, pour mettre le malade à l'abri de toute complication ultérieure ». (*Paris médical*, 31 mars 1923.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Diagnostic de la sclérose en plaques

(M. Ch. Achard. — *Académie de médecine* ; 22-5-23.)

Le diagnostic de la sclérose en plaques, simple lorsque la symptomatologie est complète, est beaucoup plus difficile dans les formes frustes, qui sont d'ailleurs les plus communes. Or, ce diagnostic se trouve aujourd'hui singulièrement éclairé par l'examen du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire.

On peut, d'abord, constater dans ce liquide la présence du spirochète, considéré par nombre d'auteurs comme la cause de la maladie, agent dont l'importance a été bien mise en lumière par M. Auguste Pettit, de l'Institut Pasteur. Ce spirochète névrophile n'est pas toujours, il est vrai, retrouvé, soit à l'ultra-microscope, soit à l'inoculation.

Les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien, et en particulier la réaction du benjoin, fournissent souvent également, dans ces cas difficiles, des données intéressantes. Chez tout un groupe de malades atteints de sclérose en plaques, en effet, on a trouvé une réaction du benjoin colloïdal positive ou sub-positive, alors que le Wassermann demeurait négatif. La dissociation des résultats des deux réactions devrait alors faire penser à la sclérose en plaques.

M. Achard a observé quelques exemples de ce genre qu'il vient joindre aux cas jusque-là signalés.

— M. Souques rappelle que, dans un travail récent, qu'il a publié en collaboration avec MM. Mouquin et Walter, il a apporté une série de douze observations de sclérose en plaques dans lesquelles (à part une exception) la réaction du benjoin colloïdal fut positive ou subpositive, coexistant avec une réaction de Bordet-Wassermann négative, dans le liquide céphalo-rachidien, et avec une intégrité cellulaire et clinique de ce liquide.

— M. Achard ajoute que la nature spirochétosique de la sclérose en plaques fournit à la thérapeutique une indication : l'essai des médicaments actifs contre les spirochètes.

Ouverture du sinus sphénoïdal par la cloison nasale.

(M. E. V. Ségura, de Buenos-Aires ; *Académie de médecine* ; 8-5-1923.)

Le bord postérieur de la cloison nasale vient appuyer, dans la profondeur des fosses nasales, en haut, sur la face antérieure du sinus sphénoïdal. Pour ouvrir le sinus sphénoïdal et également la selle turcique, dans les cas pathologiques, M. le professeur Ségura, de Buenos-Aires, a imaginé une opération basée sur cette notion anatomique. Il incise la cloison, décolle la muqueuse, résèque les parties cartilagineuse et osseuse, et arrive ainsi sur le sinus, par cette voie *endo-septale*. Il introduit dans la brèche septale un long spéculum spécial, qui permet un accès large sur le sinus. L'auteur a pratiqué 38 fois cette opération, avec succès, dans des sinusites sérieuses, avec ou sans névrite rétro-bulbaire.

Oblitération de la veine cave supérieure d'origine syphilitique.

(M. Rintinga, d'Amsterdam. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-4-1923.)

M. Rintinga relate une observation d'oblitération de la veine cave supérieure s'étant révélée par sa symptomatologie habituelle (circulation veineuse, œdème en péleine), dont la cause, méconnue à l'examen histologique, était une endo-péri-phlébite syphilitique.

Krauss, dans une statistique portant sur 100 cas d'oblitération de la veine cave supérieure, avait trouvé l'étiologie suivante : 29 fois un anévrysme de l'aorte, 40 fois une tumeur du médiastin, 3 fois un encerclement par du tissu cicatriciel, et 14 fois de la thrombose ou de la phlébite. Sur ces 17 derniers cas, 3 étaient probablement causés par la syphilis.

L'étiologie syphilitique serait donc assez rare. On connaît, en France, l'observation de Comby concernant un malade qui fut guéri par le traitement spécifique et succomba treize ans plus tard à une paralysie générale. Dans un article plus récent (1918), Favre cite quatre cas nouveaux d'oblitération de la veine cave supérieure par thrombo-phlébite syphilitique, qui, toutefois, pendant la vie, n'avaient pas été reconnus comme tels.

La bronche de drainage des cavernes tuberculeuses

(MM. Ameuille et Levesque. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-4-1923.)

M. Ameuille désigne sous le nom de bronche de drainage la bronche dans laquelle s'écoule vers le hile du poumon le suintement des cavernes tuberculeuses. Cette bronche, souvent altérée, devient par cela même plus facilement appréciable à la radioscopie. On peut tirer de là quelques déductions pour le diagnostic. Lorsqu'on hésite en face d'une image faisant penser à une caverne, la présence de la bronche de déversement, de la bronche de drainage, constituera un appoint au diagnostic radiologique.

Troubles mentaux dans une cardiopathie.

(M. René Targowla. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-4-1923.)

M. Toulouse présente, au nom de M. Targowla, une observation de « folie cardiaque » au cours d'une insuffisance ventriculaire gauche (maladie de Corrigan).

Les auteurs ont insisté, depuis Morel, sur la fréquence des états dépressifs et mélancoliques chez les mitraux et les ont opposés à l'excitation et à l'agitation que présenteraient les aortiques. Ce n'est pas là un fait constant, d'ailleurs, et une part importante doit être attribuée à la prédisposition.

M. Targowla estime qu'il convient de faire une place à certains accidents cérébraux (brusques accès de confusion, excitation psychique et agitation motrice, crises convulsives) parmi les manifestations paroxystiques de l'insuffisance ventriculaire aiguë. Il lui a été donné d'en rencontrer plusieurs exemples.

Paralysie générale galopante et fébrile.

(MM. Roger, Mignot et L. Marchand. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-4-1923.)

La forme fébrile de la paralysie générale a été contestée, les cas signalés sous ce nom ayant été discutés quant à l'origine de l'hyperthermie, que l'on attribuait non à la maladie nerveuse mais à une complication associée. MM. Mignot et Marchand rapportent aujourd'hui un cas de paralysie générale, chez un homme de 33 ans, ayant évolué rapidement, en neuf mois, et comporté un état fébrile (entre 38° et 39°) prolongé, sans lésion appréciable des grands appareils viscéraux. L'autopsie et l'examen histologique ne montrèrent effectivement aucune altération importante dans les divers organes autres que le cerveau. On peut admettre donc que, dans ce cas, la fièvre était déterminée par les lésions méningo-corticales de la paralysie générale.

Polynévrite émétinique.

(MM. Ardin-Deltheil, R. Azoulay, st Salles. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 27-4-1923.)

Depuis la thèse de Guglielmetti, de Buenos-Aires (1916), la toxicité du chlorhydrate d'émétine et les polynévrites consécutives à son emploi immodéré sont bien connues. Quelques-unes de ces polynévrites se sont terminées par la mort (cas de Guglielmetti, de Laroche, de Soca).

Actuellement, grâce à la connaissance plus exacte des doses à ne pas dépasser, ces faits deviennent de plus en plus rares. M. Ardin-Delteil a eu l'occasion cependant d'en observer un nouvel exemple, au début de 1923, à la suite de l'injection d'une quan-

tité totale de 1 gr. 22 d'émétine se répartissant sur 40 jours environ. Le malade guérit néanmoins, et de son syndrome dysentérique, et de sa polynévrite émétinique.

Ce cas démontre une fois de plus la toxicité accumulative de l'émétine et l'intérêt qu'il y a à ne pas dépasser les doses habituelles.

L'action des amers sur la leucopédèse gastrique.

(MM. Loeper et Marchal. — *Soc. de Biologie* ; 28-4-1923.)

Pour apprécier l'action des amers sur l'estomac, MM. Loeper et Marchal l'ont étudiée dans ses effets sur la leucopédèse gastrique. Ils ont vu que, sur ce point, le colombo se montrait plus actif que le quassia, et le quassia plus que la gentiane. La noix vomique jouirait de propriétés leucopédétiques assez faibles.

Les recherches des auteurs tendent à prouver que l'action des amers n'est pas seulement réflexe et psychique, mais qu'elle peut s'exercer directement sur la muqueuse gastrique elle-même. Cette action resterait néanmoins inférieure à celle de l'amidon, des peptones et du bouillon, qui sont des leucopédétiques notablement plus énergiques.

Opération en deux temps dans la chirurgie intracranienne du trijumeau.

(M. Jean Villette, de Dunkerque. — *Soc. de chir.* ; 11-4-1923.)

M. de Martel présente un rapport sur un travail de M. Villette, concernant l'opération en deux temps dans la chirurgie intra-cranienne du trijumeau.

Les opérations qui visent la résection du ganglion de Gasser, dit M. Villette, ne présentent en elles-mêmes aucune difficulté particulière, mais la patience du chirurgien est mise à l'épreuve par l'étroitesse du champ opératoire et le suintement sanguin qui vient constamment l'obscurcir. L'auteur pense tourner en grande partie ces deux impedimenta en pratiquant l'intervention en deux temps.

M. de Martel considère, néanmoins, la neurotomie rétro-gassérienne en un temps comme plus avantageuse, au point de vue de l'asepsie en particulier, et il continue à la pratiquer ainsi.

Même opinion de M. Robineau.

Ulcères perforés de l'estomac, en péritoine libre.

(M. Kummer, de Genève. — *Société de chirurgie* ; 11-4-1923.)

La discussion se poursuit sur le traitement des ulcères de l'estomac perforés en péritoine libre.

S'appuyant sur sa pratique personnelle, M. Kummer pense que dans les cas où l'état du malade exige l'emploi d'une technique peu shockante, l'occlusion simple de l'orifice de perforation est souvent suffisante. Lorsque l'état du malade est meilleur, il sera bon de faire, en outre, une gastro-entérostomie. Dans les cas, plus rares, où l'état du patient semble l'autoriser, et où l'enfouissement offrirait de réelles difficultés, il y aura lieu d'envisager la résection d'emblée. Aucun signe, malheureusement, ne permet de délimiter ces trois états, ct c'est à son sens clinique que le chirurgien devra s'en rapporter.

Epingles de sûreté avalées par des nourrissons.

(M. Bergeret. — *Société de chirurgie* ; 25-4-1923.)

M. Hartmann présente un rapport sur une observation de corps étranger du duodénum (broche ouverte) chez un enfant de huit mois. M. Bergeret, ayant précisé la position de la broche par la radiographie, en pratiqua aussitôt l'extraction. L'enfant guérit.

— M. Veau remarque qu'il ne faudrait pas, se basant sur le rapport de M. Hartmann, se croire obligé d'intervenir chaque fois qu'un enfant a avalé une épingle de nourrice *ouverte*. L'épingle est souvent évacuée sans inconvénient par l'anus, au bout d'un délai variable (15 heures, 24 heures, 4 jours, 83 jours.)

— MM. Dujarier et Albert Mouchet ont observé également des exemples d'élimination spontanée d'épingles de nourrice ouvertes.

— M. P. Bazy a vu une broche être rejetée dans les selles au bout de 72 jours.

— M. Hartmann ne méconnaît pas ces évolutions favorables. Toutefois, il ne faut pas toujours compter sur elles. Quand il y a la moindre manifestation pathologique — le petit malade de M. Bergeret avait du hoquet — il est prudent d'opérer immédiatement.

P. L.

Similitudes des chocs en médecine. Leur superposition dangereuse, mais évitable.

(M. Foveau de Courmelles. — *Académie des sciences* ; 11-1-1904.)

M. Louis Bazy a signalé en 1922 le cas d'une fibromateuse irradiée aux rayons X, puis ayant recouru à l'intervention chirurgicale qui fut simple et sans complications. Cependant, la malade succomba. D'autre part, quelques chirurgiens ont signalé le choc opératoire plus intense chez des malades antérieurement radiothérapisées.

Peu après les premières applications des rayons X au traitement des fibromes (1), je signalai des accidents, hypotension, fièvre, courbature, plus ou moins intenses chez des patientes irradiées avec intervalles. En mai 1904, les chocs hémoclasique, anaphylactique, étaient inconnus et je me bornai à constater et publier le premier fait assez inquiétant venant de se produire. J'en eus, ensuite, d'autres

(1) Foveau de Courmelles. — *Académie des sciences*, 11 janvier 1904.

moins graves. Les intensités étaient faibles : je procédai alors par séries de dix séances avec longs intervalles de repos, de façon à laisser aux radiations le temps d'agir et de s'éliminer. Les accidents de choc — indéniables à la clarté actuelle des travaux des professeurs Ch. Richet, F. Widal — ne se produisaient pas au début des applications, ni même par leur cumul. Mais après un repos et une reprise des séances, donc, par choc anaphylactique ou anaphylactoïde.

Un cas récent, très typique, a été également cité à la *Société de chirurgie* en 1922 par M. Auvray : il s'agissait d'un fibrome traité plusieurs années sans accidents, puis, après une application de deux heures, une poussée de pelvi-péritonite se produisit. Il s'agissait donc là encore d'un véritable choc, de cause réelle, vraisemblablement dû à une application brusquement plus intense et plus longue.

La radio-anaphylaxie, comme je l'appelle, existe donc (1), et je n'en veux faire état que pour démontrer le choc par les radiations se pouvant ajouter à d'autres chocs, médicamenteux, traumatique, opératoire, pouvant par suite produire des accidents graves, voire mortels, et dont la cause paraissait inconnue. Le cas publié par M. Louis Bazy ne doit pas être le seul, et son explication par superposition de deux chocs, peut permettre d'en éviter le retour.

L'état de choc étant connu, se révélant par l'état du sang, des variations globulaires, de la tension artérielle, la coagulation, l'indice réfractométrique, on n'opèrera pas immédiatement un ou une malade en état de choc radio-anaphylactique.

Inversement, dans les cas de cancers opérés, on irradie souvent assez rapidement après l'acte chirurgical, pour empêcher ou retarder les récidives ; parfois même, certains opérateurs ont fait irradier la plaie ouverte. On voit qu'il conviendra également, dans ces cas, de vérifier l'état des patients au point de vue du choc chirurgical, et s'il existe, d'attendre qu'il soit disparu, avant de procéder à la radiothérapie.

C'est l'état de choc de la radiothérapie dite profonde, si vantée à l'heure présente, qui a produit le nombre de cas de morts déjà publiés (à côté de plus nombreuses guérisons retentissantes). Les expériences faites sur des organes isolés, puis ramenés à la circulation générale des sujets en expérience, ont montré des phénomènes de floculation mortels. Ceci est à rapprocher de cas de blessés de guerre pris dans des éboulements par un membre par exemple, sortant indemnes en apparence, puis, en proie à des phénomènes graves, et mourant. Les produits toxiques, ou mieux floculés (A. Lumière), ont envahi l'organisme et ce choc en a supprimé toute vitalité.

Certaines brûlures industrielles électriques, en apparence très localisées, peu graves, certains corps chimiques corrodant une petite région, ont ainsi parfois une action ultérieure, allant même jusqu'à la mort, et vraisemblablement par entraînement, dans tout l'organisme, de produits floculés d'abord sur place.

MM. H. Vallée et L. Bazy pensent que l'intoxication déterminant le choc des blessés de guerre peut être due aux toxines sécrétées par les microbes anaérobies infectant les plaies. Dans le choc radio-anaphylactique, produit souvent sans ulcération apparente, l'explication paraît différente. Mais les manifestations, les résultats, les phénomènes résultants, semblent bien démontrer la similitude des chocs et leur addition possible.

Quoi qu'il en soit, les chocs, quelle que soit leur origine, paraissant analogues et superposables. En matière de radiations, rayons X, radium, ultra-violets sont parfois interchangeables. Quand on le peut, l'urgence ne s'imposant pas toujours, on doit donc éviter toute superposition de chocs, la valeur de chacun étant encore difficile à apprécier exactement, et variant d'ailleurs avec chaque individu : ainsi, croyons-nous, bien des morts ou des accidents graves seront évités.

(1) *Société de Pathologie comparée*, 11 avril 1922, 13 juin 1922 et 14 novembre 1922.

Lyon

Société Nationale de médecine et des sciences médicales.

Maladie de Recklinghausen.

MM. J.-F. Martin, Milhaut et Mantelin présentent un malade atteint de maladie de Recklinghausen, caractérisée par :

1° D'innombrables petites tumeurs cutanées plus nombreuses sur le tronc, revêtant l'aspect du molluscum ou du lipome, d'un volume variant de celui d'un grain de chènevis à celui d'une noix ; 2° des taches pigmentaires café au lait, dont la plus grande occupe presque tout le dos ; 3° une « tumeur royale » énorme insérée à la partie inférieure droite du tronc et pendant jusqu'au genou droit, en recouvrant la cuisse droite ; cette tumeur, de consistance molle, donne à la palpation, dans sa partie inférieure, la sensation d'un paquet de boyaux de poulet. L'examen somatique est négatif.

La maladie est à la fois congénitale et familiale : les tumeurs existaient dès la naissance, y compris la tumeur royale qui avait alors le volume d'une grosse orange. La mère et un frère du malade sont porteurs de tumeurs semblables.

Empoisonnement par le véronal

M. Mantelin rapporte l'observation d'un malade qui tenta de se suicider en absorbant, en deux fois, dix-huit comprimés de véronal à 0 gr. 50 : vertiges et perte de connaissance après l'absorption de la seconde dose. A son entrée à l'hôpital, le malade est subcomateux, oligurie marquée : 250 cc. d'urine en 36 heures, gros disque d'albumine. Pas d'inconti-

nence, ni de rétention. Le troisième jour, le malade urine 3 litres et sort peu à peu de sa torpeur. Les urines, analysées ultérieurement, ont présenté des pigments biliaires et de l'urobiline, ce qui, joint à une glycosurie phloridzique négative et à une crise hémoclasique positive, permettent d'affirmer l'atteinte du foie et des reins. Cet état a évolué en neuf jours vers la guérison, avec cependant persistance de l'albuminurie. M. Mantelin a retrouvé dans la littérature vingt cas d'intoxication aiguë par le véronal. La dose toxique varie de 1 à 11 grammes. La guérison est survenue 16 fois sur 20. Il ne semble pas y avoir de rapport absolu entre l'intensité de la dose et l'intoxication mortelle : la mort est survenue avec des doses de 10 gr., 6 gr. 50, 6 gr. et même 1 gr. Cela tient sans doute à ce qu'il faut tenir compte de l'état des reins.

Thrombose de l'artère sylvienne chez un tuberculeux pulmonaire.

MM. Pallasse et Bouvier présentent l'observation et les pièces d'autopsie d'un malade entré à l'hôpital pour une tuberculose pulmonaire banale bilatérale et qui tomba dans le coma huit jours après son entrée, avec hémiplégie droite. L'autopsie montra l'existence d'une thrombose au niveau de la terminaison de la carotide interne gauche, thrombose qui se poursuivait dans le tronc et les branches de l'artère sylvienne.

Inversion viscérale.

MM. Branche et Martine présentent les pièces d'autopsie d'un malade du service de M. Bériel où il était entré pour des crises épileptiformes et qui mourut subitement trois semainnes environ après son entrée. Pendant la vie, on avait pu constater la dextrocardie, la présence du foie à gauche de l'espace de Traube à droite. L'autopsie montra une inversion de tous les viscères, et d'autre part, un double hydrothorax avec œdème pulmonaire, un gros hydropéricarde et de très petits reins granuleux.

Obstruction intestinale liée à des fibromyomes utérins

M. Violet présente les deux observations suivantes : I. malade de 44 ans, ayant eu deux crises aiguës abdominales en trois mois, crises consistant en douleurs violentes, avec ballonnement, absence de gaz et vomissements. On ne trouve à l'examen qu'un fibrome du volume d'une tête d'enfant. La laparotomie montre, en plus du fibrome, un appendice épiploïque de l'S iliaque adhérent à la trompe et à l'ovaire gauche et déterminant une stricture très serrée de l'S iliaque. Section de la bride, ablation du fibrome. Disparition des crises.

II. Malade de 61 ans, opérée deux fois pour cancer probable des seins, porteuse d'un fibro-myome et ayant présenté en un mois deux crises abdominales : douleurs, ballonnement, absence de gaz et vomissements. Intervention : processus scléreux souspéritonéal rayonnant d'un centre de péritonite d'origine annexielle, mais ayant formé des tractus comprimant le rectum à son union à l'S iliaque. Ces tractus sont incisés et dissociés. Hystérectomie totale.

Un cas de sarcomatose cutanée.

M. Jourdanet présente un malade atteint de sarcomatose cutanée primitive de Kaposi. Ce malade est porteur de nombreux nodules de couleur foncée, de volume variable (petit pois, amande) ; aux jambes, larges placards infiltrés, télangiectasiques. Certains nodules sont sous-cutanés, la peau à leur niveau étant parcheminée. La marche est lente ; état général assez bon ; pas de signe de généralisation viscérale.

Rétrécissement tricuspidien.

MM. Pallasse et Bouvier présentent une observation de rétrécissement tricuspidien associé à un rétrécissement mitral ; ce dernier seul avait donné des signes pendant la vie.

Lithiase de la glande sous-maxillaire.

M. Dunet présente les pièces et les coupes d'une glande sous-maxillaire atteinte de lithiase. On constatait chez le malade qui en était porteur l'existence d'une tuméfaction sous-maxillaire, très dure, de la grosseur d'une amande. Cette tuméfaction augmentait de volume et devenait très douloureuse au moment des repas, signes pathognomoniques. M. Dunet pratiqua l'ablation de la glande.

Cholestéatome juxta-thyroïdien.

MM. Delore et Dunet relatent l'observation d'une malade porteur depuis une trentaine d'années d'un goitre kystique dont l'aspect s'était depuis peu modifié par l'apparition en dehors et en haut d'une tumeur plus petite, de consistance pâteuse, mobile, non adhérente. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un vieux goitre kystique, à contenu louche, renfermant de nombreuses paillettes de cholestérine. Les tissus voisins étaient infiltrés d'un liquide analogue à celui du kyste et paraissant provenir de ce dernier par un pertuis situé dans sa paroi. La tumeur secondaire était un cholestéatome développé dans cette zone d'infiltration et doit être interprétée comme le résultat de la réaction des tissus infiltrés par la cholestérine. On sait que pour G. Rousse, le cholestéatome serait à la cholestérine ce que le tophus est à l'uricémie.

Généralisation de sarcome mélanique.

MM. Cade et J. Barbier relatent l'observation d'un malade porteur d'un nævus pigmentaire de la paroi abdominale et soigné à diverses reprises pour tabes (mal perforant, crises gastriques). Le nævus s'étant ulcéré, on vit apparaître brutalement des signes de généralisation : gros œdème, foie énorme,

cyanose, gonflement des jugulaires ; radioscopie ; artère médiastinale considérablement élargie. Evolution très rapide et mort. Autopsie : foie truffé, noyaux dans la rate, les poumons, les ganglions mésentériques, les capsules surrénales. Les lésions les plus intéressantes siégeaient au niveau du cœur : volumineux épanchement hématique intra-péricardique ; cœur couvert de granulations noires, avec volumineux chou-fleur noir en avant des gros vaisseaux, noyau mélanique libre en grelot dans l'oreillette gauche.

Tuberculose hypertrophique du grêle.

MM. Durand et Baurrat présentent l'observation d'une femme de 62 ans, sans antécédents bacillaires, chez laquelle s'est installé progressivement depuis 2 ans un syndrome douloureux abdominal survenant par crises terminées parfois par une débâcle gazeuse ou par un vomissement. Amaigrissement, teint jaune-paille. L'examen radioscopique fait penser à un cancer du côlon gauche. Intervention : le côlon gauche, le transverse, l'S iliaque sont trouvés sains. Par contre, on trouve vers la terminaison de l'iléon une anse grêle présentant une induration sténosante du volume d'un œuf de poule ; mésentère bourré de ganglions. Ablation de la tumeur, résection cunéiforme du mésentère. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses.

Péritonite aiguë par perforation gastrique.

MM. Durand et Bourrat présentent une malade porteur d'une large perforation de la petite courbure de l'estomac par ulcus gatrique, perforation qui ne donnerait pas lieu à des symptômes fonctionnels marqués. L'inspection de l'abdomen de cette malade faisait plutôt songer à une obstruction du grêle. Opérée à la dix-huitième heure environ et traitée simplement par le drainage et le cloisonnement, la guérison est survenue de façon rapide et sans incident.

Société médicale des hôpitaux.

Syndrome adiposo-génital avec selle turcique normale

MM. Mouriquand, P. Ravault et Chassard présentent deux observations : l'une concerne un enfant de 11 ans, pesant 54 kgr. pour une taille de 1 m. 41 ; organes génitaux peu développés ; l'autre est celle d'une fille de 13 ans pesant 50 kgr. 600 et mesurant 1 m. 56, non encore réglée, système pileux à peine ébauché. Dans les deux cas, la radiographie montrait une selle turcique normale, alors qu'elle est assez souvent élargie dans le syndrome adiposo-génital.

Endocardite infectieuse à entérocoque.

MM. Gallavardin et Langeron présentent l'observation d'une jeune fille de 20 ans entrée à l'hôpital avec des signes nets d'endocardite infectieuse : insuffisance et rétrécissement mitral avec insuffisance aortique ; gros foie, grosse rate, à facies d'infectée ; température oscillant entre 38 et 39. Une hémoculture donne un microbe présentant les caractères de l'entérocoque. Un essai d'auto-vaccinothérapie reste infructueux et la malade meurt un mois après son entrée. On sait que l'endocardite infectieuse peut être due à divers microbes dont le plus fréquent est le streptocoque. L'entérocoque est d'une exceptionnelle rareté.

Accidents provoqués par la quinidine.

M. Cordier relate l'histoire d'une femme de 50 ans chez laquelle il observa des accidents singuliers consistant en arrêt brusque de la respiration, chute en arrière, apnée totale de deux à trois minutes, pendant laquelle on constate que le pouls s'accélère légèrement ; puis, réveil brusque et la respiration repart subitement. L'examen clinique était négatif, et la seule cause que l'on put trouver à ces accidents était l'emploi de la quinidine pour des palpitations. M. Cordier a trouvé dans la littérature la relation d'accidents analogues, notamment par des auteurs allemands et anglais.

Maladie de Banti : splénectomie. Résultats éloignés.

MM. André et Joseph Chalier rappellent que la maladie de Banti ou splénomégalie primitive évolue en trois périodes : la première, de splénomégalie avec anémie, la seconde où l'anémie s'accentue et s'accompagne de troubles digestifs, gros foie, urobilinurie et oligurie ; enfin la troisième période, de splénomégalie avec cirrhose atrophique du foie, ascite, hémorrhagies, anémie profonde et cachexie. Le traitement médical est inefficace ; le traitement chirurgical par la splénectomie a donné des résultats surtout aux deux premières périodes. A la troisième, il est discuté. Or, MM. Chalier présentent un cas de maladie de Banti arrivé à la troisième période avec mauvais état général, ascite, œdèmes, anémie notable (3.700.000 hématies) ; l'intervention, *splénectomie avec omentopexie*, pratiquée (Dr André Chalier) en juillet 1920, amena une amélioration immédiate et actuellement (deux ans et demi après l'opération) la guérison s'est maintenue.

Hémorrhagie méningée et encéphalite hémorrhagique tuberculeuse chez un nourrisson.

MM. Weill et Gardère présentent l'observation d'une enfant d'un an et demi, dont la mère est tuberculeuse, et qui est entrée à l'hôpital pour de la toux et de la dyspnée ; température 39° ; râles de bronchite bilatéraux ; cuti-réaction à la tuberculine positive. Au cours de l'évolution de sa maladie, l'enfant fut prise de crises convulsives avec secousses cloniques au niveau du côté gauche de la face, du bras et de la jambe gauches ; ces crises se sont succédé pendant 24 heures, résistant à tout traitement, la

température s'est élevée à 40°9 et l'enfant est morte en état de mal. L'autopsie a montré, au niveau des poumons, la lésion initiale sous forme de deux tubercules au niveau de la base gauche, avec adénopathie hilaire satellite ; nombreuses granulations récentes dans le reste des poumons. Du côté de l'encéphale, absence à peu près complète des lésions habituelles de la méningite tuberculeuse. Par contre, au niveau de l'hémisphère droit, on trouve une hémorrhagie méningée sous pie-mérienne en nappe ; en même temps, thrombose généralisée des veines de la surface externe. Dans l'hémisphère gauche, îlot d'encéphalite hémorrhagique. Chez le nourrisson, la tuberculose aiguë de l'encéphale peut donc revêtir soit anatomiquement, soit cliniquement, le type de l'encéphalite aiguë hémorrhagique ou de l'hémorrhagie méningée. La cuti-réaction peut, en ce cas, permettre le diagnostic, en montrant l'existence d'une tuberculose latente.

Huile de foie de morue et scorbut.

MM. Mouriquand, P. Michel et Sanyas présentent un cobaye qu'ils ont soumis à un régime composé d'orge, de jus de citron et d'huile de foie de morue. L'animal, sacrifié au 50e jour, présente les lésions caractéristiques du scorbut expérimental Des cobayes nourris au même régime auquel on ajoute du foin ne présentent pas ces lésions. Sans vouloir tirer de ces faits des conclusions définitives, M. Mouriquand se demande si l'huile de foie de morure administrée au hasard, chez des enfants soumis à un régime incomplet, n'est pas plus nuisible qu'utile.

Troubles de l'écriture chez les parkinsonniens.

M. Froment. — Dans les états parkinsonniens post-encéphalitiques, comme dans la maladie de Parkinson proprement dite, du reste, on observe souvent des troubles de l'écriture qui devient parfois tellement fine qu'elle est illisible (micrographie) Ce trouble est évidemment négligeable chez un parkinsonien avancé et infirme ; mais il peut apparaître précocement chez des malades dont l'état figé est à peine ébauché et il peut y avoir alors intérêt à le combattre. Pour cela il suffit, d'après M. Froment, de faire écrire les malades sur du papier rayé en double ligne : l'écriture redevient alors d'emblée normale.

A. C.

Les Livres

A. Maloine et fils, éditeurs.

M. Garnier et V. Delamare. — **Dictionnaire des termes techniques de médecine.** (1 vol. de 640 pages, 1923. Prix : 16 fr).

C'est la 8e édition d'un lexique des termes médicaux, dont il donne l'étymologie et le sens en quelques mots. Un ouvrage de ce genre est d'une utilité certaine pour les médecins, s'ils veulent comprendre les néologismes qui pullulent dans la langue médicale et lire avec fruit tous les auteurs scientifiques médicaux.

Rousseau et Cie, éditeurs,
14, rue Soufflot.

Roger Dalimier et Louis Gallié. — **La propriété scientifique.** *Le projet de la C.T.I.* (Prix : 3 fr.)

Ce petit volume, préfacé par M. Emile Borel, de l'Académie des sciences, est la reproduction du rapport présenté à la Semaine professionnelle des Travailleurs intellectuels, organisée par la C.T.I. (Confédération des Travailleurs intellectuels), sur la propriété des découvertes et inventions biologiques.

Le *Concours Médical* du 25 mars dernier a publié l'exposé qui en a été fait à la réunion par M. Gallié, l'un des rapporteurs.

Après un historique de la question, et la discussion des projets présentés par les syndicats d'ingénieurs et M. Barthélemy, député, les auteurs citent et expliquent le projet de loi de la C. T. I. qui a pour objet de protéger « les découvertes, c'est-à-dire les démonstrations de l'existence, jusqu'alors inconnue, de principes, corps, agents et propriétés des êtres vivants ou de la matière, et les inventions, c'est-à-dire les créations de l'esprit consistant en méthodes, appareils, produits, compositions de produits encore inconnus et, d'une façon générale, toutes les applications nouvelles des découvertes et inventions. » La protection de la loi s'appliquerait aux découvertes ou inventions concernant la thérapeutique, sous réserve que les auteurs ne pourraient les exploiter par eux-mêmes que s'ils étaient pourvus du diplôme de pharmacien.

Les auteurs des inventions et découvertes ne pourraient s'opposer à l'exploitation industrielle ou commerciale des applications nouvelles, mais conserveraient un droit d'auteur dans cette exploitation, droit dont la quotité, à défaut d'accord amiable, serait déterminée par les tribunaux civils.

Ils pourraient se faire représenter, dans leurs rapports avec les exploitants, par un groupement professionnel.

J. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

UN JOLI CADEAU A FAIRE AU CORPS MÉDICAL

L'ordre des médecins.

Je reprends à mon compte une pensée de Noir, sur laquelle il me semble que ceux qui traitent de la question de l'Ordre des Médecins, soit pour le défendre, soit pour le combattre, n'ont pas assez insisté : je viens d'ailleurs de la retrouver sous la plume de P. Cornet (*Paris Médical*).

Le médecin, tout comme un autre, peut se rendre coupable de fautes de droit commun (délits et crimes) ; parmi ces fautes, les unes sont commises à l'occasion de l'exercice de la profession ; les autres n'ont rien à voir avec celle-ci. Néanmoins, les unes et les autres relèvent du Code civil et du Code pénal, et méritent d'être déférées aux tribunaux ordinaires.

Une escroquerie, comme celles qui font l'objet d'instructions judiciaires à Marseille, à Versailles et autres lieux, un homicide par imprudence, un avortement, un meurtre, une diffamation, demeurent des escroqueries, homicide, meurtre...., bien que commis par un médecin. Il importe peu d'ailleurs que l'escroquerie, l'homicide, le meurtre, aient été perpétrés, à l'occasion d'un acte médical, ou non. Pour juger ces délits et ces crimes, point n'est besoin de recourir à une juridiction strictement d'exception. Si l'on soutenait le contraire, il faudrait être logique avec soi-même, et demande que les délits et les crimes commis par un ingénieur fussent jugés par un tribunal d'ingénieurs, les délits et les crimes commis par un épicier, par un tribunal d'épiciers. On voit où cela nous entraîne.

En dehors de ces cas, le médecin peut attenter aux règles de la déontologie. C'est alors qu'il est légitime d'envisager, pour en connaître, un tribunal professionnel. Or, ce tribunal existe, en droit et en fait, sous la forme du Conseil de famille des Syndicats médicaux. J'ai déjà établi que ces Conseils fonctionnent, et rendent des décisions qui ont force de loi. Est-il nécessaire, dans ces conditions, de les déposséder de cette attribution, pour en saisir une juridiction plus étendue, sous la forme d'un Conseil de l'Ordre ? Ceux qui le soutiennent considèrent que, le Syndicat n'étant pas obligatoire, son Conseil de famille ne peut instrumenter que contre ses propres membres ; ce qui n'est pas tout à fait exact. Ce Conseil peut, en effet, citer devant lui un médecin non syndiqué, et prendre contre lui, certaines sanctions, telles que la mise à l'index, ainsi que le fait s'est plusieurs fois produit, à ma connaissance.

Cela ne peut d'ailleurs se passer que dans le cadre local ou régional. C'est qu'en effet, la déontologie ne repose pas, comme la loi, sur le droit absolu. Avec des principes communs à toutes les régions, elle varie selon les latitudes et les longitudes, au gré des habitudes, des coutumes, des besoins..... Tel Syndicat condamne les tournées à jours fixes que tel autre approuve. Ici, le double cabinet est interdit ; là, il est admis. En Seine-et-Marne, l'usage est établi de fixer l'honoraire minimum qui sera demandé dans une commune rurale, dans un hameau, dans un bourg, de telle sorte que le médecin le plus éloigné ne viole pas la déontologie en prenant le même prix que le médecin le plus rapproché, ce qui, en d'autres lieux, serait considéré comme une concurrence déloyale.

En matière de tarifs, nous considérons que la surenchère à rebours constitue une faute déontologique. N'empêche que de très bons esprits, parmi les profanes, soutiendront que la concurrence est libre, et qu'on n'est nullement répréhensible pour la pratiquer à son profit.

Par ces quelques exemples, j'ai voulu montrer qu'il n'existe pas de législation univoque, que la déontologie est différente selon les lieux, et qu'il faut, en conséquence, laisser aux Syndicats le soin d'apprécier, en tenant compte des conditions de temps et d'espace.

Si donc, les Tribunaux ordinaires sont qualifiés excellemment pour juger l'escroquerie, le vol, la fraude, le meurtre, quelle que soit la condition sociale de l'inculpé ; si, d'autre part, les Syndicats sont armés pour juger les fautes déontologiques, dans la mesure du possible j'avoue ne pas saisir l'intérêt qu'il y aurait à créer une nouvelle juridiction d'exception, à laquelle serait interdit le jugement prononcé au nom de la loi commune, et qui, d'un autre côté, ne ferait pas mieux que le Syndicat.

Mais je reconnais, à la réflexion, que les fautes de droit commun commises par un médecin, dans l'exercice de sa profession, peuvent, en certains cas, revêtir un aspect spécial que ne peuvent véritablement bien apprécier que des médecins.

A force de lire tout ce qui a été écrit depuis quelques jours sur ce sujet, et notamment l'ar-

gumentation puissante, je le reconnais, de notre confrère Aversencq, à force de réfléchir, j'en suis arrivé à conclure qu'il peut, en effet, y avoir quelque chose à faire. Et voici ce que j'imagine, et ce que je livre à la méditation et à la discussion de nos lecteurs.

Les fautes (délits et crimes), commis par un médecin, dans l'exercice de sa profession, seraient déférées à une Cour d'assises, dans laquelle le jury serait uniquement composé de médecins. Ces assises, dont les juges seraient des conseillers à la Cour d'appel, se tiendraient tous les trois mois, en même temps que les autres. Seul, le jury serait différent : il se composerait de douze médecins tirés au sort sur une liste comprenant tous les médecins syndiqués du ressort, ayant au moins dix années d'exercice effectif de la médecine. Elle connaîtrait, non seulement des crimes, mais aussi des délits, et aussi des affaires purement civiles (responsabilité). Le jury déciderait de la culpabilité ou non de l'inculpé, des circonstances atténuantes ou aggravantes... Les magistrats prononceraient ensuite la peine.

Je suis d'avis qu'il y aurait intérêt à essayer de traiter la question qui nous occupe sous cet angle, puisque nous trouverions ainsi réunis un jury professionnel, plus apte que des profanes à apprécier la réalité et le degré de culpabilité d'un de ses pairs, et un tribunal de droit commun, façonné par destination à rendre la justice.

Avec une modification de l'expertise, comme nous la réclamons depuis longtemps, et selon laquelle celle-ci serait contradictoire, les experts représentant respectivement l'accusé et le Ministère public, avec un tiers expert pour les départager en cas de besoin, nous aurions toutes les garanties que nous sommes en droit d'attendre, quand il s'agit de circonstances difficiles à juger impartialement, si l'on n'est pas du métier.

C'est que, parmi ceux qui défendent l'Ordre des Médecins, il s'en trouve qui n'y vont pas de main morte. Voici, par exemple, M. R. Blondel, dont j'argumentais la semaine dernière la thèse, en certaines de ses parties, qui voudrait que l'on trouvât « une disposition légale ou une tradition puissante, afin que les décisions du Conseil de l'Ordre fussent régulièrement appliquées dans une forme où le recours au Conseil d'Etat deviendrait vain ».

Ailleurs, j'ai lu, sous la plume d'un avocat (de quoi va-t-il se mêler, etque dirait-il si nous, médecins, nous nous immixtions dans les affaires de sa corporation), j'ai lu, dis-je, que le fonctionnement du Conseil de l'Ordre devrait être tel que le médecin frappé ne put même avoir recours à la presse, pour saisir l'opinion publique de son cas.

Allez-y, Messieurs. Ne vous gênez pas. Pourquoi vous arrêter en si beau chemin ? Et ne pas rétablir la *lettre de cachet* contre le médecin fautif, ou présumé tel ?

D'ailleurs, il me semble que c'est faire fausse route que de vouloir mêler la presse à cette discussion. C'est préjuger un peu vite de son attitude. Dans trois grands journaux à très fort tirage, j'ai découpé hier les annonces qui suivent :

Syphilis, blennorragie, prostatite, impuissance, filaments, rétrécissements, métrite, salpingite, pertes, guéris par docteur spécialiste, Ray. X., sérums, vaccins, radium, méthodes toutes nouvelles, économie, discrétion, pour chez soi. Venir ou écrire. ....

Dr X., voies urinaires, rue ...., 10 à 12, 3 à 7, Broch. 0,50. Correspondance.

Docteur spécialiste de la Faculté, ancien chef de laboratoire. Guérison rapide et complète des maladies du sang et de la peau, syphilis, voies urinaires, prostate, maladies des femmes, sous le contrôle scientifique d'examens microscopiques et analyses du sang. Consultations de 9 à 12 h., de 2 à 8 h. et dimanche matin. Conseils gratuits par lettres discrètes aux malades trop éloignés, ...

Prostate, urètre, vessie, voies urinaires, métohode curative spéciale. Ecrire ou se présenter, ...

Voies urinaires, syphilis, faiblesse, reins, vessie, prostate (consultations correspondance, discrétion), traitement facile à suivre en travaillant. ....

Maladies intimes, syphilis, voies urinaires, maladies des femmes, consultation de 10 à 12, de 3 à 8, dimanches et fêtes de 9 à 12, docteur spécialiste, H.............. (laboratoire d'analyses, salon pour dames).

Un autre des premiers soins d'un Conseil de l'Ordre des médecins serait évidemment d'interdire la publication de semblables annonces, qui n'ont rien d'illégal, mais que, cependant, nous sommes majorité à trouver déontologiquement incorrectes et condamnables.

Allez, allez demander aux agences de publicité qui sont liées par contrat avec les journaux, ce qu'elles penseraient de cette interdiction ; demandez aux journaux eux-mêmes s'ils accepteraient de se voir tenus ainsi en lisière ?

Je sais bien que, dans le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, figure un article qui interdit et punit les annonces qui promettent la guérison radicale de toutes les maladies. Mais cette loi n'est pas encore prêt d'être discutée. Souvenez-vous de l'accueil que la Chambre a fait, il y a quelques jours, aux députés qui demandaient que ce projet fût mis à l'ordre du jour des séances.

Je conclus pour aujourd'hui. Pas d'Ordre des médecins, plus ou moins calqué sur l'Ordre des avocats. Recherche d'une modification à apporter à la loi pour que, dans les procès intentés à des

médecins, la plus grande somme de garanties soit donnée, tant à ceux-ci d'une part, qu'au Corps médical, tout entier, et à la Société, d'autre part. Renforcement de l'action syndicale dans l'application du Code régional de déontologie.

G. DUCHESNE.

***

Proposition de loi relative à l'institution d'un ordre des médecins, présentée par MM. Xavier Vallat, Léon Daudet, Ambroise Rendu, Jean Jadé, Paul-Simon (Finistère), Balanant, Dufos du Rau, Taurinès, de Gailhard-Bancel, Joly, H. Regnier (Nièvre), Jules Burnet (Eure), Gabriel Maunoury, Oberkirch, Charles François, députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

A l'heure où partout l'on s'occupe d'organisation professionnelle, où des collectivités se créent et s'organisent, où le besoin de groupement se fait impérieusement sentir, pour lutter contre l'état de déséquilibre qui a suivi le cataclysme mondial de 1914-1918, il nous a paru étonnant et regrettable que, parmi l'élite intellectuelle du pays, presque seuls, les médecins soient isolés et divisés, ne formant pas véritablement un « corps médical ».

Autant que pour l'avocat, le notaire ou l'avoué, on doit exiger du médecin des garanties formelles d'honorabilité.

D'une part, le rôle social du médecin est considérable et les lois à l'étude, par exemple sur l'hygiène, sur l'assurance invalidité-maladie, vont encore rendre son rôle plus important.

D'autre part, la valeur personnelle et surtout la conscience professionnelle de celui qui exerce la médecine sont les facteurs indispensables à la confiance du malade.

De plus l'art médical, bien qu'ayant fait des progrès immenses dans ces dernières années, n'est pas encore une science ; des idées très dissemblables peuvent avoir cours, par exemple, en matière de traitement. Il s'ensuit que les tribunaux de droit commun ne peuvent, en premier ressort, juger sainement des différends médicaux. Des procès récents en font foi.

Enfin, les derniers scandales, au sujet des carnets médicaux, montrent que, si les médecins, dans leur ensemble, restent au-dessus de tout soupçon, ils ont parmi eux des brebis galeuses qui jettent un discrédit troublant sur toute la profession. Eux-mêmes sont les premiers à le constater. Des rapports récents, présentés deci-delà, devant des groupements médicaux, par des médecins justement émus de cet état de choses, montrent avec évidence que la profession médicale est mal défendue et peu ou pas organisée.

Messieurs, il y a là un mouvement d'opinion auquel le législateur ne peut rester indifférent. Il importe, au point de vue général, que les médecins — et c'est le vœu de la plupart d'entre eux — soient groupés obligatoirement en un vaste « corps médical » organisé et qu'ils puissent eux-mêmes prendre des sanctions contre les indésirables de leur profession, sans attendre que des faits scandaleux deviennent publics et inquiètent à juste titre le pays.

C'est pourquoi nous vous soumettons aujourd'hui la présente proposition de loi, portant création d'un « ordre des médecins ».

PROPOSITION DE LOI.

ARTICLE PREMIER.

Les médecins inscrits dans chaque arrondissement judiciaire sur la liste prévue par l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 forment un ordre de médecins qui est soumis aux règles ci-après.

ART. 2.

L'enregistrement prévu par l'article 9 devra avoir lieu avant tout exercice de la profession ; la date de l'enregistrement déterminera le rang d'ancienneté.

ART. 3.

L'ordre des médecins jouit de la capacité civile prévue par la loi du 12 mars 1920. Chaque ordre est administré par un conseil composé de 6 membres jusqu'au nombre de 30 médecins inscrits ; de 9 si le nombre des inscrits est de 31 à 100 ; de 15 s'il est supérieur à 100 ; de 24 à Paris.

Le conseil élit annuellement son président.

Il est élu pour trois ans au scrutin de liste, à la majorité absolue du suffrage des membres présents.

Le conseil est renouvelé par tiers tous les ans.

Les membres sortants ne sont rééligibles qu'après un intervalle d'un an.

ART 4.

Sont électeurs les médecins exerçant depuis cinq ans dans l'arrondissement.

Pour les trois premières années d'application de la loi, ce délai est porté à dix ans.

Sont éligibles les médecins exerçant dans le même arrondissement depuis dix ans. Pour les trois premières années d'application de la loi, ce délai est porté à vingt ans, sauf pour les médecins ayant fait partie pendant cinq ans des conseils de famille ou de discipline d'un syndicat ou d'une association médicale.

ART. 4.

Le conseil de l'ordre, siégeant en conseil de discipline, poursuit et réprime d'office, ou sur les plaintes qui lui sont adressées, les infractions ou les fautes commises par les médecins inscrits au tableau ou les remplaçants autorisés.

Il applique, suivant la gravité des manquements aux règles de la déontologie, les peines disciplinaires suivantes :

L'avertissement ;

La réprimande qui peut être accompagnée ou non de l'interdiction de faire partie du conseil de l'ordre pendant un délai qui ne peut excéder dix ans ;

L'interdiction temporaire, laquelle ne peut excéder une année ;

La radiation du tableau ;

L'interdiction temporaire pour plus d'un an et l'interdiction perpétuelle d'exercer la médecine ne peuvent être prononcées qu'en cas de récidive ou après les condamnations prévues par l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892.

L'exercice de la médecine pendant les périodes d'interdiction ou après l'interdiction permanente passée en force de chose jugée est puni des peines de l'exercice illégal.

ART. 6.

Les étudiants en médecine ne peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur, conformément à la loi du 27 février 1880 et à l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892 qu'après avis du Conseil de l'Ordre, complété par un délégué des étudiants en médecine élu annuellement par ses camarades.

ART. 7.

L'appel est recevable lorsque la décision prononçant la réprimande a, en outre, privé le médecin qui en a été l'objet du droit de faire partie du Conseil de l'Ordre ou quand elle a prononcé des pénalités plus graves.

L'appel est porté devant les conseils médicaux régionaux.

ART. 8.

Il y a un conseil médical régional pour chaque circonscription de faculté ou d'école de médecine. Le conseil comprend : le doyen de la faculté ou le directeur de l'école de médecine, membre de droit et quinze membres élus pour trois ans et renouvelables chaque année par tiers par les membres des conseils de l'Ordre de la circonscription.

Les membres sortants ne sont rééligibles qu'après un intervalle d'un an.

ART. 9.

L'administration du patrimoine de l'ordre, le contentieux des élections, la procédure disciplinaire, les formes et les règles des recours sont réglés par les dispositions du décret du 20 juin 1920 sur l'exercice de la profession d'avocat qui sont déclarées communes à l'Ordre des médecins.

ART. 10.

Un réglement d'administration publique déterminera les autres conditions d'application de la présente loi.

Commentaires.

Nous allons commenter, en toute impartialité, cette proposition de loi, laissant à chacun de nos lecteurs le soin de conclure selon ses préférences.

Tout d'abord, nous regrettons, une fois de plus, que les représentants du peuple, qui ont, constitutionnellement, la mission de faire les lois, au nom des citoyens, n'aient pas la prudence de s'entourer des avis de compétences.Les signataires de la proposition de loi ci-dessus se seraient épargné le désagrément d'être pris en flagrant délit d'ignorance des choses sur lesquelles ils prétendent légiférer, pour le plus grand bien de la nation.

Certes, ces députés ont agi avec le souci de faciliter l'épuration de la profession médicale ; mais, s'ils avaient pris le soin de s'appuyer sur une documentation sérieuse, ils n'auraient pas écrit cette phrase : « ... il nous a paru étonnant et regrettable que, parmi l'élite intellectuelle du pays, presque seuls, les médecins soient isolés et divisés, ne formant pas véritablement un *corps médical* ».

Comment se fait-il que ce corps médical, qui, d'après les députés ci-dessus, est inexistant, soit représenté officiellement au sein du Conseil supérieur de la Mutualité et à celui de l'Assistance publique ? Comment se fait-il que ce même corps médical ait été consulté récemment, par le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, au sein d'une commission, instituée pour l'étude pratique de la certification scientifique des décès ?

Comment se fait-il encore que ce même corps médical ait mené, contre le Ministre des Pensions, la lutte qu'on connaît, uniquement pour forcer ce Ministre à prendre les mesures nécessaires pour éviter les abus, qu'on reproche actuellement à quelque vingt médecins, sur les 24.000 qui exercent en France ?

Si les rédacteurs de la proposition de loi avaient pris la peine de se documenter sérieusement, ils auraient appris que l'Union des syndicats médicaux groupe plus de 16.000 médecins syndiqués, alors que beaucoup de professeurs de Faculté, de médecins de laboratoire, médecins administratifs, de bureaux d'hygiène, ou autres, sont le plus grand nombre parmi ceux qui restent en dehors des syndicats.

Ils auraient su que des journaux, tels que le *Médecin Syndicaliste*, ou le *Concours médical* touchent ce même corps médical, en lui donnant la documentation et les articles professionnels, propres à déterminer une directive corporative.

Ils auraient appris que le Corps médical est si peu inexistant, qu'il possède une vaste société de secours, dite Association générale des médecins de France, une mutuelle, dite Mutualité du corps médical français, une Ligue de défense professionnelle, dite « Sou médical », de nombreuses sociétés scientifiques, etc.

Le Corps médical est si peu organisé qu'il a été appelé à donner son opinion sur le projet de loi sur les assurances sociales, après que les délégués de l'Union des Syndicats médicaux eussent été convoqués par la Commission d'assurances sociales de la Chambre.

Certes, nous sommes de l'avis des rédacteurs de la proposition de loi sur l'Ordre des médecins, lorsqu'ils estiment « que le rôle social du médecin est considérable et que les lois à l'étude, par exemple sur l'hygiène, sur l'assurance invalidité maladie, vont encore rendre son rôle plus important. »

Mais, nous n'avons cessé de réclamer un enseignement officiel, pour apprendre aux futurs médecins, à la Faculté de médecine, quels seront leurs devoirs envers la société. Personnellement,

nous avons démontré, tant dans notre thèse de doctorat en droit, que, dans certains articles, la carence de ces études sociales à la Faculté de Paris.

Aussi, pourrait-il apparaître qu'un enseignement puisse être plus profitable qu'un Ordre des médecins. Il convient d'éclairer les consciences, d'introduire des habitudes dans les mœurs professionnelles, avant d'instituer des mesures de coercition.

D'ailleurs, pour donner quelque poids à leur thèse, les auteurs de la proposition de loi sur l'Ordre des médecins comparent notre profession à celle des avocats, des notaires et des avoués, qui sont dotés d'une organisation disciplinaire professionnelle.

Nous ne renouvellerons pas les arguments que nous avons déjà soumis dans notre thèse de doctorat en Droit, lorsque nous comparions les conseils de famille des syndicats médicaux aux Ordres des avocats, ou autres. L'avocat, qui exerce uniquement en public, devant un prétoire, peut se voir retirer le droit de plaider ; mais il continuera à donner des consultations.

Au contraire, le médecin exerce dans le silence du cabinet, loin des regards extérieurs. Comment l'empêcher de pratiquer, alors qu'il nous est presque impossible de réprimer l'exercice illégal de la médecine par les nombreux empiriques ?

Comment encore permettre au médecin de présenter sa propre défense, lié qu'il est par le secret professionnel ? Car ce secret existe aussi bien envers un profane quelconque, que vis-à-vis d'un jury médical, bien que composé de docteurs, liés également par l'article 378 du Code pénal. Bien qu'accusé, le médecin doit se taire : *dura lex, sed lex.*

Quant à comparer la profession médicale à celle des avoués, c'est méconnaître que notaires, comme avoués, ont des charges en nombre limité et transmissibles, en dehors desquelles il n'est pas possible d'exercer.

Disons enfin que les opposants à l'Ordre des médecins s'appuient sur certaines confidences d'avocats, lesquels déclarent que leur Ordre, avec conseil de discipline, n'empêche nullement le racolage, les ristournes, la dichotomie. Parfois même, les anciens de la profession se serviraient des prérogatives conférées par les règles de leur barreau local, pour brimer les jeunes et les entraver le plus possible dans leurs débuts au Palais.

Continuant notre critique de cette proposition de loi, nous lisons avec stupeur ces lignes : « De plus, l'art médical, bien qu'ayant fait des progrès immenses, dans les dernières années, n'est pas encore une science... »

Disons alors que la physique, par exemple, la mécanique, etc., ne sont pas des sciences, puisqu'elles reposent sur des hypothèses. Personne n'a pu donner une définition de la matière, de la force, de la vitesse ; personne ne sait ce que c'est que l'électricité. Doit-on conclure à la négation de la science physique ou mécanique ?

En médecine, nos études, à la Faculté, ont pour but de nous apprendre des éléments de science : anatomie, physiologie, etc. ; à l'hôpital, au lit du malade, on apprend l'art professionnel. Muni d'un minimum de bagage scientifique, minimum constaté par plusieurs examens, le jeune médecin aura ensuite à exercer, d'après les bases scientifiques qu'il a reçues, mais avec son tempérament, ses conceptions personnelles, sa conscience, etc. Tel l'artiste peintre, qui apprend d'abord le trait, la perspective, etc., et qui ensuite reproduit la nature, soit en la copiant, telle qu'il la voit, avec ses propres yeux et ses centres cérébraux, soit en créant, en essayant de dégager une idée, une conception artistique ou en matérialisant un langage symbolique.

De cette négation de la science médicale, les auteurs de la proposition de loi déduisent « que les tribunaux de droit commun ne peuvent, en premier ressort, juger sainement des différends médicaux ». Faut-il en conclure que les juges de second ressort sont plus savants en médecine que ceux du premier ressort ? Cela prouve-t-il encore que les arrêts d'appel soient infaillibles, en matière médicale ?

Nous avons eu l'occasion de dire maintes fois notre propre opinion sur ce point : nous avons critiqué l'expertise, telle qu'elle est actuellement pratiquée et nous avons proposé des réformes. Ce jour-là, les juges seront mieux informés et pourront dire le droit, en ce qui concerne notre profession.

Quant au scandale des carnets médicaux, il n'aurait pas existé si le Ministre de la Guerre, M. Maginot, ne s'était pas entêté à refuser, au début, la collaboration de l'Union des Syndicats médicaux, qui voulait que fût organisé un service de contrôle, pour empêcher tout abus, par suite de la complicité du réformé.

Passons à la critique des articles du projet.

Sont exclus de l'ordre des médecins, les docteurs en médecine qui ne font que de la science, sans faire de clientèle, ceux qui n'exerçant pas officiellement, se livrent à des occupations paramédicales, tiennent des maisons de santé, ouvertes aux confrères, dirigent des établissements thermaux, balnéaires, etc. ; médecins administratifs, soit dans une administration privée, ou publique, soit comme directeurs de bureaux d'hygiène, inspecteurs départementaux d'hygiène, etc., etc.

Donc, l'enregistrement du diplôme, comportant l'inscription sur les registres de la patente, donne seul le droit de vote et l'éligibilité.

Remarquons la précaution de l'article 3, dernier paragraphe, décidant que les membres sortants ne sont rééligibles qu'après un intervalle

d'un an. D'une part, certains juges ne s'incrusteront pas dans leurs fonctions ; mais, d'autre part, on peut se priver d'un juge excellent et connaissant parfaitement son rôle.

L'article 4 enlève le droit de vote et d'éligibilité à tout médecin qui quitte son poste pour aller exercer ailleurs. Il lui faudra recommencer son stage de cinq ans, ou de dix ans, quelle que soit la notoriété professionnelle ou l'ancienneté acquises pendant le séjour passé dans le poste antérieur.

Le dernier paragraphe prévoit une exception en faveur des membres des conseils de famille, ou de discipline des syndicats médicaux, ou d'association professionnelle. Pourquoi donc, dans l'exposé des motifs, nier l'associationnisme médical ?

L'article 5 constitue le code pénal professionnel. Mais, qui établira les règles déontologiques à observer ? Le congrès de 1900 a échoué, comme l'avait fait celui de 1845. Les Congrès des Praticiens, comme les Assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux, de l'Association générale des médecins de France, du *Concours médical* ne sont jamais parvenus à édifier un Code de déontologie. Le rapport, rédigé par le Dr Lereboullet, est toujours resté à l'état d'avant-projet.

Au surplus, l'adage « vérité en deçà des Pyrénées ; erreur au-delà » est applicable à nos mœurs professionnelles. Ici, est licite, pour un docteur, d'apposer à sa porte, ou à l'entrée de l'immeuble qu'il habite, une plaque indiquant son nom et ses titres. Ailleurs, ce fait est considéré comme réclame de mauvais aloi. Ici, les tournées médicales à jour fixe, dans les campagnes et localités isolées sont autorisées ; ailleurs sévèrement interdites. Ici, toute ristourne, dichotomie, partage quelconque est honni ; ailleurs, il est toléré de remercier, par un cadeau en nature, un bon dîner suivi d'une soirée à l'Opéra, ou autre lieu de plaisir, une invitation à une partie de chasse, etc., etc. ? Où commence la ristourne ?

Et la publicité par cartes envoyées à de nombreux clients, au jour de l'an, complaisances pour les concierges, à quel point sont-elles répréhensibles ? Et les soins gratuits aux pharmaciens, ou même entre confrères ?

Faut-il interdire les grands panneaux qui, à la porte des hôpitaux, indiquent, en gros caractères, les noms des chefs de service ? Certains y voient une publicité aussi répréhensible que le fait, employé par les médecins Suisses, de faire paraître un avis, dans les journaux politiques, indiquant leur départ, ou leur retour de vacances.

Abandonnons ce Code de déontologie à créer et à rédiger, pour envisager les pénalités. Entre le blâme, réprimande et l'interdiction temporaire ou définitive d'exercer la médecine, il n'y a aucune transition.

Quant aux poursuites en exercice illégal, à l'encontre de l'interdit, elles sont parfaitement illusoires. Celui qui, par des procédés répréhensibles, gagne beaucoup d'argent, se rira des quelques centaines de francs, qui lui seront infligées en amende, par application de l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892. Imitant le zouave Jacob, qui sut se réfugier dans le maquis de la procédure, celui qui saura se donner l'auréole du martyr, se disant victime de la jalousie de ses confrères, moins savants que lui, s'amusera à faire dépenser des sommes énormes au Conseil de l'Ordre qui le poursuivra. Il épuisera ainsi rapidement le trésor de guerre de ses adversaires, cependant qu'il continuera à gagner de l'argent, grâce à son cabinet bien achalandé. Qu'en pensez-vous, esprits généreux, qui avez organisé le Congrès de 1906, pour la répression de l'exercice illégal de la médecine ? Qu'avez-vous obtenu, comme résultats pratiques, malgré la collaboration de médecins, de juristes et de personnalités politiques ?

Non, il faut trouver autre chose, comme pénalités vraiment efficaces, ou bien modifier carrément les dispositions de la loi du 30 novembre 1892, titre V.

Partisans ou adversaires du Conseil de l'Ordre, la discussion est ouverte : donnez-vous en à cœur joie.

Mais disons auparavant qu'il ne faut pas prendre au sérieux cette proposition de loi : la Chambre actuelle est trop préoccupée de sa réélection ; elle entend voter des lois, ayant surtout une grosse répercussion dans les milieux électoraux ; il faut livrer bataille, et renverser un ou plusieurs ministères, pour que chaque parti politique puisse s'efforcer d'avoir un ministre de l'Intérieur qui, en mai 1924, lui soit favorable. Aussi cette proposition de loi ne sera-t-elle pas discutée, d'ici mai prochain et, suivant le sort de toutes les propositions de loi, elle trépassera avec la présente législature.

Nous avons donc le temps d'en parler et même de nous occuper d'autre chose.

Dr Paul BOUDIN.

***

Que pense-t-on de l'Ordre des médecins en Belgique !

Lisons ce qu'écrit à ce sujet notre confrère Dejace (1).

Les tristes événements de Marseille ont à nouveau soulevé la question d'un Ordre des médecins, créé sur le modèle de l'Ordre des avocats. Et, chose bizarre, alors que nombre de praticiens, naguère partisans de cette institution officielle, ont renoncé à la prôner, s'en proclament même les adversaires, et c'est le public qui semble vouloir forcer la main aux

(1) *Le Scalpel.*

autorités gouvernementales, et les journaux se font l'écho du public en cette matière.

En France, le grave *Journal des Débats*, à l'occasion du « Scandale des carnets médicaux », estime nécessaire la création d'un Ordre des médecins, chargé de veiller à l'honorabilité de la corporation, et les arguments développés par ce journal ont été reproduits, commentés et approuvés par la plupart des feuilles politiques.

En Belgique, où les Unions professionnelles jouissent de la personnification civile et sont chargées de veiller aux intérêts moraux et matériels des professions qu'elles réunissent en solides faisceaux, les médecins du pays se sont groupés en Unions professionnelles, et l'action de ces groupements peut être assez puissante pour se substituer à celle d'une organisation officielle.

Toutefois, il est toujours utile de s'instruire des thèses présentées par des hommes avertis, sérieux et pondérés, à l'occasion des problèmes de moralité publique se posant dans les affaires médicales et professionnelles.

Le point de vue se déplace en matière de jugement rendu par des personnages non médecins.

La thèse a de quoi séduire le public et même les médecins. Mais nous devons ajouter qu'elle n'a rien de nouveau pour nous et que les attendus argumentaux ont été dits et redits. Les praticiens d'avant 1914 les ont entendus à la tribune des congrès professionnels, et les ont lus dans les revues médicales s'occupant des questions professionnelles. La mentalité des praticiens, depuis la fatale époque de la guerre, s'est un peu modifiée, nous ne le contestons pas, mais nous ne pouvons admettre que la jeune génération, de formation toute récente, soit intoxiquée par le virus qui empoisonne les professions mercantiles, et les partis politiques ; au surplus, les relations nécessaires s'établissant entre médecins jeunes et mûrs corrigent souvent les divergences d'appréciation ; relations professionnelles, réunions dans les sociétés scientifiques, affiliations à des cercles médicaux sont, pour tous, d'une portée morale évidente, et convergent vers des buts identiques : respect de soi, enseignement mutuel, honneur médical, lutte contre les fléaux sociaux, rôle de la médecine dans la société moderne.

Que pourrait-on ajouter à cet ordre de choses, né spontanément sous la pression des événements: un Ordre des médecins ?

Certes, il fut une époque où nous étions partisans d'un Ordre des médecins, mais c'était avant la fondation de nos Unions professionnelles. La création d'un Ordre des médecins ne peut apporter au corps médical rien qui n'ait été prévu, dans les statuts de nos Associations. L'exemple de l'ordre des avocats n'est pas fait pour nous séduire. L'avocat rayé du tableau de l'ordre, ne peut plus plaider, mais continuera à donner des consultations dans son bureau, ou se transformera en agent d'affaires. *Il en va de même pour le médecin qui, supposons le rayé de l'ordre, exercera son art dans son cabinct et chez les clients se confiant à un savoir que le jugement de ses pairs ne peut supprimer* (1).

Le succès rencontré par les officines médicales, les rebouteurs et les charlatans ne nous instruit-il pas sur l'inanité des sanctions ? Les condamnations encourues par les personnes pratiquant illégalement ne sont-elles pas souvent considérées, par le public, comme une manière de martyre? L'institution d'un Ordre des médecins nous apparaît actuellement sous les paroles que le doux Virgile, dans son Enéide, a placées sur les lèvres du grand prêtre Laocoon : « *Timeo Danaos*, etc. ». Virgile glorieusement rappelé au souvenir des races latines par les fêtes Virgiliennes du 30 avril, nous donne, dans ce distique connu, un conseil de prudence. Uu cadeau officiel pourrait être la rançon de ce qui nous reste de liberté.

(1) Exactement ce que je prétends. G. D.

RELATIONS SCIENTIFIQUES MÉDICALES ENTRE LA FRANCE ET L'ESPAGNE

Le professeur Recasens

Doyen de la Faculté de Médecine de Madrid

Par Dartigues,

Président-fondateur de la Unión Medico-Franco-Ibero-Americana ou Umfia.

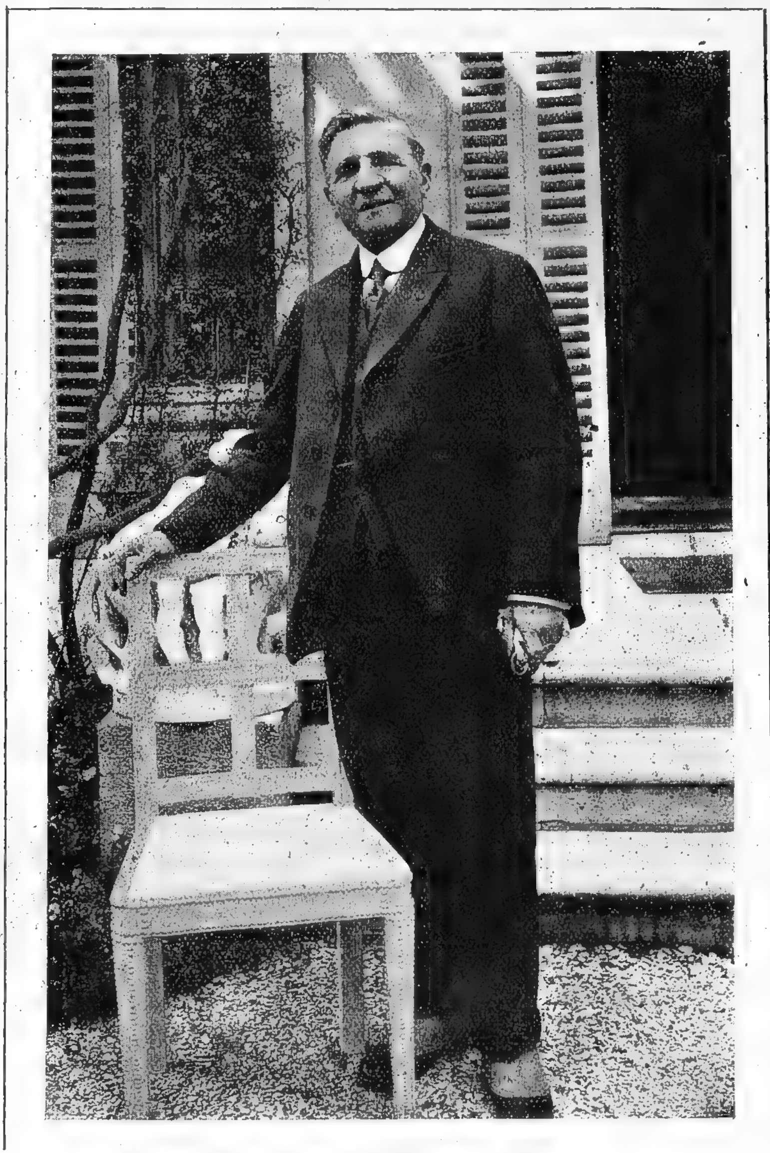
Il y a des notoriétés ou des célébrités scientifiques qui ont, en quelque sorte, une valeur internationale, comme la science d'ailleurs, qu'ils représentent. Il est bon, utile et nécessaire de les connaître au même titre que les vedettes médicales de chez nous, d'abord par justice intégrale, et ensuite pour se rappeler en guise de noble stimulant, qu'elles sont citoyennes du monde et qu'elles nous appartiennent comme nous appartenons à ce qu'elles englobent dans leur rayonnement spirituel.

J'ai d'ailleurs déjà, par le moyen d'esquisses biographiques, contribué à mieux préciser certaines personnalités du monde médical espagnol, en particulier Vargas, de Barcelone; Cortezo, de Madrid, Lozano, de Saragosse. Aujourd'hui, je veux dire pour nos confrères qui est Recasens, de Madrid.

Professeur d'obstétrique et de gynécologie, Recasens est doyen de la Faculté de médecine de Madrid.

Il est venu, il y a longtemps en France, et il y est venu souvent, car il est un grand voyageur scientifique qui aime notre pays, parle très bien notre français, et est à la recherche de tout progrès en quelque lieu où on peut le trouver. Sa venue dernière, il y a quelques jours, à la tête d'un groupe de hautes personnalités espagnoles qui comprenait les noms des scientifiques médicales et chirurgicales, le Pr Recasens, est, on peut le dire, arrivé en fastueux ambassadeur de la science de son pays.

Il a fait une magnifique conférence, originale, puissante, de grande portée, et *en français* ! Que ceci nous serve d'exemple et que plusieurs d'entre nous qui avons quelque chose d'intéressant à dire, ou de pra-



professeurs Marquez, de la Pea, Marañon, Goyañès, Poblaciôn, Tello, les docteurs Coca, Taboada, Gutierrez, Puelles, etc., etc., a eu un grand retentissement.

Reçu officiellement par la Faculté de Paris, par l'A. G. M. F. ou *Association générale des médecins de France*, l'A. D. R. M., ou *Association pour le développement des relations médicales entre la France et es pays amis*, l'U. M. F. I. A. ou *Union médico-franco-ibero-americana*, et par de nombreuses Sociétés tique à montrer, franchissent les Pyrénées et en fassent autant *en espagnol* !

C'est à cet effort et à cette volonté identiques que se mesureront nos hommes. Avoir un beau cerveau, avoir des idées, être l'auteur d'un progrès quelconque c'est bien, mais trouver assez d'étendue de culture pour mettre à leur service la puissance logique et claire d'une éloquence d'exposition directe est mieux! Je ne suis pas ici pour m'extasier, je suis ici pour ad-

mirer et faire admirer au point d'inciter à l'imitation des supériorités. Je suis un idéaliste, mais si l'on veut bien me reconnaître quelque mérite, c'est de m'être efforcé de faire rentrer mon idéalisme dans la réalité : aussi, je ne conçois d'écouter, de regarder, d'écrire ou de parler que s'il doit en sortir une leçon profitable. A mon sens, ce n'est pas la splendide conférence de Recasens dans l'amphithéâtre de notre Faculté qui est une leçon, c'est sa venue en France, c'est le risque admirable de parler avec bonheur dans une langue qui n'est pas la maternelle, qui sont une leçon ! Et, quand nous ferons du haut d'une cathèdre espagnole qui nous offrira sa haute hospitalité intellectuelle, au sein d'une assemblée d'intelligence et de savoir prête à recueillir notre enseignement sur un point donné de la science, une exposition en castillan, alors nous pourrons dire que nous donnerons aussi une leçon et que, même, nous offrirons à une nation amie un bel exemple de politesse complète. Je sais que ce n'est peut-être pas facile encore, mais cela viendra ; il faut que cela vienne, ou nous ne nous montrerions pas dignes de notre travail et de notre vouloir.

Recasens est né à Barcelone en 1863. Si jamais vocation médicale fut irrésistible, ce fut bien celle de celui qui est parvenu à la plus haute situation scientifique d'Espagne, puisqu'il est le chef, pour ainsi dire, de l'Université espagnole médicale, et qu'il possède une renommée justement universelle : à l'âge de 12 ans, il jouait un rôle de docteur dans une comédie jouée dans son collège ; un autre que lui aurait sans doute abouti au Conservatoire, mais possédé du génie initial, abandonnant l'idée plus facile de la fiction, il s'est orienté vers la réalité qui demandait l'étude, la méditation, l'effort vers la recherche et la lutte pour les idées. Ses diverses étapes dans la hiérarchie médicale ne furent qu'une suite de triomphes.

Le doyen-professeur Recasens est actuellement membre de l'Académie royale de médecine de Madrid, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, et membre d'honneur des Académies de Buenos-Aires, de Budapest, du Pérou et de la Havane : c'est un académicien pour ainsi dire universel !

Il est l'auteur d'un *Traité de chirurgie de l'enfance*, d'un *Traité d'obstétrique*, d'un recueil de *Leçons de gynécologie* (en collaboration avec le Dr Conill) ; le tout représente une érudition et une expérience matérialisées en 5.000 pages. Mais sa fécondité ne s'arrête pas là, puisqu'il publie dans les principaux journaux et revues de France, d'Italie, d'Amérique et d'Allemagne. Il est le directeur de *La Revista de d'Ostetricia y Ginecologia*. En tant que chirurgien, il a pratiqué 4.000 laparotomies ; il a traité plus de 2.000 cancéreuses dans son installation physio-radiothérapique, qui est une des plus belles du monde. Il est le président de l'Association anticancéreuse d'Espagne. Commandeur de la Légion d'honneur, il porte avec joie et fierté notre décoration.

Vigoureux, tête à la romaine, éloquent, persuasif, Recasens est une haute intellectualité au service d'une belle âme, d'un grand cœur qui nous aime et qu'en retour, nous aimons comme il le mérite.

Recasens est un modeste : il a voulu partager avec ses collègues le plaisir et l'honneur de parler à des savants. Ses collègues ont eu aussi un très grand succès. Mais puisque, comme je l'ai dit plus haut, il faut que tout soit matière à enseignement et que de tout surgisse une leçon, qu'il me soit permis d'exprimer cette dernière, fût-ce au prix douloureux d'une amère critique :

Le Pr Goyanès, extrêmement versé dans la chirurgie vasculaire, laquelle a un avenir peut être immensément grand et que ne connaissent encore qu'un nombre infime de chirurgiens dans le monde, le Pr Goyanès a fait une leçon magnifiquement substantielle et chargée d'expérience sur les opérations vasculaires à la Société de chirurgie. Eh bien ! triste à dire : après une élection qui comptait 50 votants (et comme si une élection avait seule un pouvoir d'émotion ou de captation d'attention !), 17 sociétaires seulement sont restés pour entendre cette leçon ! ! Il n'est pas bien qu'un public scientifique s'évanouisse dans une telle proportion quand un étranger de valeur va parler et il s'agissait ici d'un Grand d'Espagne de la Chirurgie !

J'aime beaucoup cette Société de chirurgie, la plus merveilleusement organisée de France peut-être ; je suis l'ami de la plupart de ses membres qui font honneur à la science de leur pays, ce qui les oblige à faire aussi honneur à la science du pays des autres, surtout quand c'est un pays frère par l'identique culture, la même origine mentale et le même sang cérébral ! Oui, je sais que la vie de Paris avec ses occupations débordantes et trépidantes nous dévore : nous sommes en proie au Monstre, et ceci nous fait un peu pardonner au dehors. *Mais, il n'y a de beauté que dans quelque sacrifice* : quand la science parle, et parle avec sagesse et de haut, pour un bien en quelque sorte de portée humaine universelle, l'occupation banale, quand elle n'est pas vraiment d'urgence, peut attendre. Voilà mon sentiment. Je sais bien, moi, où je trouverais facilement le mobile psychologique qui ferait remuer les indifférents dans le sens de la droiture, de correction réciproque qu'on se doit dans les élites..... ; et s'il le faut nécessairement, je trouverai un jour le moyen de les incliner sous une force invisible et irrésistible aux obligations de l'Honnête Homme, dans le sens que nous attachions à ce mot en France au XVIIe siècle : ceci est mon secret que je dirai plus tard en lui donnant, en même temps que le jour, la force animatrice de sa réalisation immédiate.

Le doyen-professeur Recasens, en venant en France, avec ses éminents collègues, a fait honneur à la représentation de son pays. Admirons-le ! et que cette admiration soit une pure et louable tentation d'imiter dans son bel exemple cette haute figure médicale d'Espagne et de notre monde scientifique latin et méditerranéen.

Dartigues.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Application du Tarif Breton

De l'évaluation d'un acte chirurgical nécessité par un accident post-opératoire en matière d'accidents du travail.

Dans le numéro du 27 mai du *Concours médical*, je lis dans la « Correspondance », sous le titre « Laparotomie avec sutures n'ayant pas tenu », une demande d'un chirurgien anonyme qui est la suivante :

Le 15 avril, le chirurgien opère un blessé atteint de plaie du foie par torsion. Laparotomie, suture du foie, tamponnement, fermeture de la paroi aux fils de bronze. Entre les fils, quelques agrafes à la peau. C'est parfait.

Au 6e jour, le chirurgien défait le pansement pour enlever les agrafes. Quelle n'est pas sa surprise ! Il existe une éviscération d'un mètre d'intestin grêle.

Nouvelle intervention, qui consiste à réduire cette anse dans le ventre et à mettre un fil métallique de plus.

L'opérateur doit-il faire payer la deuxième intervention ?

Et notre distingué confrère, le Dr Decourt, de répondre non, la laparotomie consistant à ouvrir et à fermer le ventre.

J'estime que la réponse du Dr Decourt est pour le moins discutable.

En voici les raisons.

L'éviscération après laparotomie est chose rare, mais elle existe. Elle constitue un accident post-opératoire.

Cet accident peut survenir dans deux conditions différentes : par la faute de l'opérateur, s'il enlève les fils trop tôt par exemple ; ou en dehors de sa responsabilité comme c'est le cas dont il s'agit.

En effet, l'opérateur a fait un tamponnement du foie, sans doute parce que la suture ne lui avait pas donné complète satisfaction. Or, c'est justement ce tamponnement, que l'état des lésions a rendu indispensable, qui a vraisemblablement favorisé l'éviscération. Sans ce tamponnement, la paroi aurait été hermétiquement suturée et l'éviscération ne se serait pas produite.

Mais le blessé aurait pu mourir d'une hémorragie interne.

Le chirurgien a agi au mieux des intérêts du malade et de la Compagnie d'assurances.

Celle-ci doit donc supporter les frais de la deuxième intervention, comme elle aurait supporté la responsabilité pécuniaire de la mort de l'accidenté, même causée par une hémorragie interne.

Sinon à quelle curieuse situation n'aboutirait-on pas ?

Dans un cas, plaie grave du foie, pas de tamponnement, bonne suture de la paroi, pas d'éviscération, mort par hémorragie interne : la Compagnie est responsable.

Dans un autre cas semblable, tamponnement de la plaie du foie, suture incomplète, et défectueuse de la paroi, éviscération intestinale, guérison : la Compagnie ne paye pas la totalité du traitement.

En résumé, s'il y a faute de technique de la part du chirurgien, *sa conscience* lui dit de réparer sans rien demander de plus.

S'il y a accident post-opératoire, dont il ne peut être responsable, la Compagnie doit payer les frais nécessités par l'intervention qui a eu pour but de parer à cet accident.

Dans le cas du chirurgien anonyme, la 2e intervention peut être tarifée au tiers de la 1re, soit 200 fr. par exemple.

Dr Revel (de Nîmes),
Chirurgien en chef des hôpitaux.

Réponse.

Je viens de lire attentivement la thèse de notre excellent confrère..... Et cependant, me plaçant au point de vue « tarif Breton », je ne puis que répéter ce que je disais, à savoir que, d'après ledit tarif, le chirurgien a droit à 600 francs d'honoraires pour une « laparotomie », et que cette opération comprend la *fermeture* de la paroi abdominale. Si la suture qu'il a pratiquée dans ce but n'a pas tenu, je ne vois pas que cela puisse être rangé parmi les « accidents post-opératoires », comme une hémorragie secondaire ou un phlegmon. En tous cas, puisque « la question est pour le moins discutable », il serait utile, en vue de l'avenir, de la faire trancher, à l'occasion, par un tribunal.

F. Decourt.

LA RÉFORME DE L'ART DENTAIRE

Je viens de lire dans le dernier numéro du *Concours Médical* un article sur : « La réforme de l'enseignement et la refonte du Statut professionnel de l'art dentaire en France ».

Cet article qui contient onze paragraphes me paraît mériter une grande attention. Je suis absolument de l'avis des confrères qui l'ont rédigé pour les 7 premiers articles, mais j'estime que pour les trois suivants, il y a d'importantes distinctions à faire. Distinctions qui, à mon humble avis, intéressent non seulement le corps médical, mais encore la santé publique.

L'article 8 repousse les conclusions du rapport Sauvez qui réclame pour les dentistes le titre de docteur en médecine d'Université. « Ce titre ne résoudra pas la question, il la déplacera et créera au contraire en France une nouvelle catégorie de dentistes, retardant ainsi le moment de l'unification absolue du titre ».

C'est ici que siège toute l'importance de la question, et j'estime que pour mieux la comprendre, il faut scinder la discussion en deux parties.

1° Dorénavant, les jeunes gens qui se destineront à l'art dentaire devront faire des études de médecine COMPLÈTES, ne se spécialisant qu'ensuite, comme actuellement les urologistes, oculistes, etc. Ils passeront leur thèse comme leurs confrères ordinaires et seront docteurs en médecine d'État, simplement spécialisés et ayant d'ailleurs, comme tous leurs confrères, le droit de faire de la médecine générale ou d'utiliser leur diplôme comme bon leur semblera, jouissant *pleinement* des prérogatives qui y sont attachées.

2° Il existe actuellement des dentistes installés, parfois depuis de longues années, qui ont des intérêts légitimes qu'il faut sauvegarder. L'installation de nouveaux dentistes, tous docteurs en médecine, risque de leur causer un préjudice important. Il est donc nécessaire d'accorder à ces anciens de la profession, qui n'ont plus l'âge ni le temps de refaire des études de médecine COMPLÈTES, la possibilité d'arriver, grâce à des équivalences et de larges tolérances, à posséder ce titre de docteur en médecine qui flatte le client.

Jusqu'ici je suis encore d'accord avec les auteurs de l'article, mais pas pour longtemps.

Si je comprends la nécessité d'accorder facilement ce titre de docteur en médecine aux dentistes déjà installés ou en fin d'études ordinaires, je n'admets pour eux que le titre de docteur en médecine d'Université. En voici les raisons : ce nouveau docteur pourra mettre son titre sur sa plaque, son amour-propre et ses clients seront satisfaits, *mais il ne pourra exercer la médecine, le diplôme d'Université n'accordant pas ce droit*, et si, quelque jour il lui prenait fantaisie de le faire quand même, il pourrait être poursuivi pour exercice illégal.

Si, au contraire, vous lui accordez dans les mêmes conditions le diplôme d'Etat, je ne vois pas bien sur quelle loi ou quel décret vous vous appuierez pour l'empêcher de jouir des prérogatives de sa peau d'âne. Il sera un concurrent pour les confrères qui pensaient qu'il resterait dentiste, et un danger pour ses clients éventuels en exerçant une profession qu'il n'aura jamais apprise.

Ne vous semble-t-il pas qu'il y ait là un point très important à fixer ? La proposition pourrait se résumer ainsi :

Pour tout jeune homme se destinant à l'art dentaire : études médicales complètes, spécialisation ensuite, diplôme d'Etat avec toutes prérogatives sans limitation.

Pour les dentistes déjà installés ou en cours d'études, diplôme d'Université donnant le titre de docteur, mais ne permettant d'exercer que l'art dentaire. L'argument *in finem* de l'article huit ne porte pas : la question sera résolue et non déplacée ; il n'y aura pas une nouvelle catégorie de dentistes, ceux qui n'auront que le diplôme d'université étant appelés à disparaître par voie d'extinction. Dans quelques années, l'unification absolue du titre sera acquise, tout en sauvegardant les droits de tous : clients, médecins et dentistes.

L'article neuf dit qu'il y a lieu de procéder par analogie avec ce qui a été fait en 1892 pour les officiers de santé, et depuis lors, pour les pharmaciens de 2e classe, etc.

Nos distingués confrères paraissent ignorer que l'officier de santé était un médecin, le pharmacien de 2e classe un pharmacien quand même, alors que le dentiste, si vieux soit-il dans la profession, n'a jamais été un médecin. Octroyer à ce dernier le diplôme d'Etat me paraît absolument inadmissible, et pour les confrères, et pour la santé publique.

Je suis enfin absolument de l'avis de nos confrères pour l'article 11, et je l'appuie de toute mon énergie, en ce qui concerne le diplôme d'université dont la possibilité de l'acquérir ne doit être accordée qu'aux seuls citoyens français.

Dr MICHELEAU,
(Coutras.)

CHRONIQUE DES ARTS

Les Salons de 1923

En l'an mil neuf cent vingt-trois
Les salons s'en furent par trois !!!!

Combien cruelle est la perspective de ne plus rien être quand on devient vieux : La vieillesse aime la puissance !

Présidents de la République et ministres n'ont pas de plus chère préoccupation que de placer des serviteurs sûrs dans les postes où l'on nomme à d'autres postes, afin de se réserver encore quelque influence même alors qu'ils ne seront plus que de simples parlementaires, ou de modestes électeurs.

C'est là, par comparaison avec la vie des politiciens, toute la question des Trois Salons de 1923 : pour pouvoir, même dans le domaine des arts, demeurer puissant tout en ayant, avec davantage d'âge. bien moins de talent, il faut demeurer toute la vie un des distributeurs de la bonne manne officielle, ce qui consiste, pour un artiste, à devenir à vie membre des jurys d'admission ou des comités chargés de distribuer les récompenses aux Salons et de décider des achats et des commandes de l'Etat : on est alors quelqu'un à ménager ; on reçoit de toutes parts sollicitations et marques de déférence : c'est la gloire dans son aspect mondain, c'est l'antichambre de l'Institut.

Le rêve, c'est donc d'être membre du jury des Artistes français, puisqu'on y est nommé à vie ! Afin de se « rapprocher, quelques artistes, et non des moindres, mais qui, trop jeunes, trouvaient que les « pontifes », non contents d'accaparer toutes les bonnes places dans les milieux de panneaux, se cramponnaient de toutes leurs forces à leurs prérogatives ..... et à l'existence, décrétèrent une première scission : ils partirent, et fondèrent l'ancien salon du Champ de Mars, devenu aurourd'hui la Société Nationale des Beaux-Arts.

A la Nationale, tous les ans, le jury est tiré au sort parmi les « Sociétaires » qui n'en ont pas encore fait partie ; leur tour revient ainsi tous les dix ans environ, et dans un but de justice, afin de leur épargner l'ennui des sollicitations, ce tirage n'est fait qu'à la veille des opérations d'admission, et la liste des élus est tenue, jusqu'au dernier moment, aussi secrète qu'il est possible, lorsqu'un pseudo secret est connu de plusieurs personnes et.... intéresse les journalistes. Rien donc, ici, des agréments départis aux membres officiels et permanents de la vieille société officielle !

Or, la Nationale est dirigée par un comité, et lorsqu'après de rudes combats, un groupe plus ardent et — à nouveau plus jeune, parvint à tenir la majorité, ses membres n'eurent plus qu'une pensée : devenir membres du jury, pour toujours, à vie, comme les tant désirés et tant honnis pontifes officiels. Un beau jour, le comité décida qu'à titre d'essai, il ferait lui-même fonction de jury.... Bruit dans le Landerneau des Vieux sociétaires qui voyaient apapprocher leur tour... enfin !... et qui perdaient de ce coup l'espoir de cette royauté d'un jour : venus à la Nationale dans l'espoir de cet heureuse journée, tous leurs rêves s'envolaient.

Il faut dire, en outre, qu'agriculteurs et automobilistes ayant de plus en plus besoin du Grand Palais et que le Gouvernement avait officieusement « ordonné » la fusion des sociétés..... automatiquement les membres du Comité devenus membres du jury auraient bénéficié, lors de la fusion, d'une assimilation de laquelle aurait résulté la permanence à vie tant désirée.

Mais la mèche fut vite éventée, et devant la protestation des sociétaires dont le plus grand nombre tint à demeurer fidèle à l'idée qui avait donné naissance à la « Nationale », le comité doit démissionner. Illogisme des choses, ce furent ces sociétaires irréductibles qui, dès leur nomination au nouveau comité, s'empressèrent de voter la réunion de leur salon avec celui des artistes français.... se plaçant ainsi en première ligne pour les postes en vue, cependant que le comité dissident n'ayant pas de raison de laisser sans suite le premier avantage obtenu, et trouvant là un admirable moyen de le consolider, jaloux aussi des lauriers des Artistes indépendants et de leurs anciens baraquements, fondèrent avec jury..... le salon des Tuileries pour y démontrer que, sans lui, la Nationale n'existait plus. C'étaient gens de talent et.... modernes, ils ont fait la démonstration qu'à eux seuls, ils pouvaient faire une fort intéressante exposition, et cela, tout en ne surprenant aucun de ceux qui les connaissaient, n'a pas empêché le salon de la Vieille Nationale de se distinguer nettement de celui des Artistes français, malgré le voisinage des salles et leur imbrication.

Muni de ces données nécessaires, j'ai parcouru les trois Salons : au grand Palais, les placeurs des deux sociétés ont mis avec une extrême coquetterie tout ce qu'ils avaient de mieux dans les salles contiguës et quasi communes : c'est là que se trouve la vraie fusion, et il faut avouer que la transition est quasi insensible : au salon des Tuileries, on retrouve une sorte d'élément de transition entre les tendances modernes de la Nationale et celles de l'élément professionnel de la Société des indépendants ; on pourrait dire encore une sorte de salon d'automne restreint, avec l'élément sage en moins.

La scission est nette, les talents sont infiniment divergents, il n'est guère possible d'aimer à la fois les uns et les autres ; les fervents des Tuileries fuiront

épouvantés du Grand Palais ; ceux qui aiment les formules bien établies — tant vieilles que nouvelles — parcourront sans plaisir les salles, cependant confortables et bien éclairées, des Tuileries.

Comme la place m'est mesurée, j'indiquerai seulement pour chaque salon quelques toiles, en prenant le critérium suivant : les œuvres que je préfère sont celles que j'aurais le plus longtemps plaisir à regarder, si je devais les rencontrer chaque jour en des endroits familiers où elles seraient à leur place ; il en résulte que je m'efforce de faire abstraction de certains effets de voisinage, parce que beaucoup parmi les toiles exposées seraient pleines de beaucoup plus de charme, si elles se trouvaient à fa fois isolées et en leur place, et que, par réciprocité, bien des toiles à effet, peintes en vue des salons dans des ateliers trop éclairés, perdent le plus gros de leur portée dès que moins éclairées ou vues à la lumière.

Au salon des Tuileries, voir une statue équestre de grand style par Bourdelle ; la première offrande, statue de Henri Arnold ; les jardins décoratifs, de Charmaison ; des femmes claires, de Marvalles ; eaux et ciels transparents, de Mlle Florence Este ; une partie de campagne somptueuse et confortable, de M. Prinet (tout surpris de se trouver ainsi au milieu des révoltés) ; à la fin de la guerre, de Lucien Simon, ici supérieur à lui-même ; les paysages synthétiques, de Maurice Chabas et la sortie des Barques au crépuscule, fine vision de Carlos Reymond.

Aux Artistes Français : de Paul Gervais, des scènes de plein air femmes nues et animaux, formule ensoleillée et définitive de l'impressionnisme, manié par quelqu'un qui sait regarder ; clownesse en culotte d'Arlequin, d'Antonio Gonzalez Moreno ; l' « appel », de Rochegrosse, dans lequel le Christ semble apparaître à quelque académicien pour l'inciter à voter « comme il faut » ; de Paul Chabas, l'Esprit des eaux, et de Marcel Béronneau, une Salomé dans laquelle, pour les Gobelins, il épuise l'harmonie complète des couleurs pures du prisme. De Gustave Courtois, un soir au Lac Majeur d'une exquise pureté. (On ne sait plus peindre ainsi)... A la gravure, une délicieuse petite Fée des Bois de Mme Bouisset Mignon ; puis, plus loin, deux admirables portraits de femme de Jules Cayron. Un tryptique ensoleillé, de Cauvy, et deux belles toiles marocaines, de Camille Boiry, quelque peu écrasées par les belles bottes du bon faiseur qui soutiennent un grand portrait du Maréchal Liautey. A la rétrospective : de Jean-Paul Laurens, un très beau portrait, et presque aussi sympathique que le modèle de M. le docteur Queyrat.

Sans aucun inconvénient, toutes ces toiles pourraient avoir été admises à figurer dans les salles de la Nationale, et ce, même par un jury annuel et composép de simples sociétaires.

A la Nationale : il faut voir l'exposition d'ensemble de Forain (complément du très beau tableau dans lequel Rip, à la Revue du Vaudeville, grâce à l'admirable artiste qu'est Signoret, montre le nouveau membre de l'Institut revenant après sa réception voir ce qui se passe sous le Pont des Arts et s'offrant le doux plaisir : Enfin !... d'être — sans danger comme sans excès — impertinent vis-à-vis d'un agent). La danseuse à la barre, de René Carrère, œuvre magistrale ; les combats de coqs, de Caro Delvaille ; une scène chez le dentiste, par Albert Guillaume ; un Christ, de Jean Béraud. Une baigneuse, et un portrait de « lui-même », dans une délicate facture et une douce atmosphère qui lui est familière par Louis Picard. Pour terminer, je veux mentionner tout spécialement les œuvres d'un très grand artiste dont les attaches avec le corps médical évoquent toutes les sympathies, une Musette ivoire et vieux bleu d'une harmonie infiniment précieuse, d'une matière exquisément délicate, et un salon d'Hercule à Versailles, que Lemoine serait heureux d'avoir vu comprendre d'aussi magistrale manière que l'a fait Lobre.

En somme, les salons de 1923 qu'ils soient au Grand Palais ou aux Tuileries, sont indivisibles, ils sont « Le Salon » qui ne peut manquer un jour ou l'autre de se reconstituer dans la forme officielle, parce que les bureaux sont encore et toujours appelés à demeurer les plus forts..... heureusement, peut-être, pour la France !... Rassemblés, les salons seront l'image palpable de la trinité dans l'unité ; ils matérialiseront les trois Ethers, les trois plans des occultistes qui sont nombreux parmi les artistes et dans la pensée desquels ils représentent en somme le passé, le présent et le futur : ceux qui vivent des souvenirs d'autrui, ceux qui ont en partie délaissé ce souvenir pour courir vers le futur, et ont trouvé dans cette fugue ce qu'ils considèrent comme la forme du présent, ceux enfin qui faisant aisément fi du passé, qu'ils connaissent souvent bien peu, et n'ayant pas encore trouvé le présent, avides de nouveauté plus que de beauté ou de vérité, poursuivent dans le futur la forme évolutive d'une esthétique nouvelle que les plus sincères d'entre eux découvriront peut-être plus tôt que nous n'osons l'espérer

Dr PAUL-MANCEAU.



REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Une manifestation de la ligue d'hygiène mentale au grand amphithéâtre de la Sorbonne.** — Le 29 mai 1923 a eu lieu, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Justin Godart, député du Rhône, ancien ministre, une imposante manifestation organisée par la Ligue d'hygiène mentale.

Un très nombreux public avait envahi l'immense rotonde, dès l'ouverture des portes, et l'entrée a dû en être refusée à plus de 2.000 personnes.

A cette cérémonie assistaient de nombreuses notabilités françaises et étrangères, les représentants des différents ministères et du corps diplomatique, et un certain nombre de délégués étrangers réunis à Paris pour l'organisation du *Congrès international d'hygiène mentale*, qui doit avoir lieu à Washington en 1925, et pour lequel M. Clifford W. Beers est venu organiser en Europe une active propagande

Les délégués présents étaient le Pr Ley (Belgique) le Pr Viggo Christiansen (Danemark), le Dr Belarmino-Rodriguez Arias (Espagne), Mlle le Dr Helen Boyle (Grande-Bretagne), le Pr Ferrari (Italie), le Dr Eversen (Norvège) et le Pr Hascovec (Tchéco-Slovaquie).

A côté de M. Justin Godart avaient pris place le général Pau, les médecins-inspecteurs généraux Toubert et Rouget, le médecin-général de la marine Girard, le Pr Claude, les docteurs Toulouse, Antheaume, Génil-Perrin, M. J.-M. Lahy.

A près l'exposé financier de M. Lahy et le compte-rendu moral où le Dr Genil-Perrin a indiqué les buts poursuivis par la Ligue d'hygiène mentale et les résultats déjà obtenus (en particulier création du service ouvert du Dr Toulouse), le Pr Ley présente au public M. Clifford W. Beers, auteur du livre célèbre en outremer : « *A Mind that found itself* » (Une intelligence qui se retrouve).

On sait que ce livre, émouvante autobiographie écrite à la suite d'une douloureuse expérience personnelle, a eu une influence comparable à celle qu'a eue, pour l'abolition de l'esclavage, le populaire ouvrage de Mme Bécher-Stove : *La Case de l'Oncle Tom.*

C'est après avoir pendant trois ans souffert dans de cruelles conditions de traitement que, revenu à une parfaite santé mentale, M. Clifford W. Beers s'est consacré au soulagement des infortunes mentales. Il a obtenu la création du *Comité National d'hygiène mentale* de New-York et est devenu secrétaire général de cet important organisme, dont le budget annuel se chiffre actuellement par 200.000 dollars.

M. Beers a tenu à saluer lui-même, dans sa langue maternelle, les efforts français pour l'amélioration de l'assistance psychiatrique.

Le Pr Claude fit ensuite une conférence sur les *Poisons sociaux* (*morphine et cocaïne*) et le Dr Genil-Perrin lut une adresse de M. Paul Bourget, retenu à Chantilly par une réception des délégués étrangers aux fêtes de Pasteur.

M. Justin Godart avec l'autorité qui lui est justement reconnue en tout ce qui touche les progrès de l'hygiène, indiqua, dans une allocution chaleureusement applaudie, tous les espoirs qui peuvent être fondés sur l'hygiène mentale pour le relèvement de la France meurtrie par la guerre.

En raison de l'heure avancée, le Dr Toulouse, auteur direct des réformes réalisées en France, avec le concours de certaines administrations, renonça modestement à la parole pour laisser au public la joie d'applaudir plus tôt les artistes qui, bénévolement, prêtaient leur concours à la cérémonie.

Il est inutile d'insister sur le succès de cette partie artistique puisque les interprètes en furent M. et Mme Silvain, de la Comédie-Française, Mlle Marguerite Herleroy, de l'Opéra, Mme Trouhanowa, M. Lugné-Poé, M. et Mme Gabaroche et l'inénarrable Dranem, qui, en rupture de tout préjugé, pénétrait pour la première fois en Sorbonne.

L'enthousiasme du public fut un encouragement précieux pour le Comité de la Ligue d'hygiène mentale, en même temps qu'une indication utile pour ceux, en existe-t-il encore d'ailleurs ? qui ne croient pas à l'urgente nécessité de la réalisation des réformés demandées par la Ligue d'hygiène mentale.

— **Mariage.** — Samedi dernier 9 juin, à Bellevue, a été célébré le mariage de Mademoiselle Huguette Janot, avec M. A. Flourens.

Mlle Janot est la fille de notre distingué confrère et ami, Paul Janot, directeur de l'*Auvergne thermale*, cette luxueuse publication qui se consacre aux cinq stations du Plateau central.

Nous adressons nos vœux les meilleurs aux jeunes époux et nos sympathiques compliments au Dr et à Madame Janot.

G. D.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec regret la mort du docteur L. Grellety, de Vichy, survenue le 18 mai dernier.

Ecrivain de race, penseur aux fortes idées originales, il a tenu pendant de longues années une place importante dans la presse médicale où il publiait des aperçus médico-philosophiques marqués au bon coin d'une observation avisée.

Nous adressons à sa famille l'hommage de nos sincères condoléances.

— **Comité d'hygiène sociale et de défense contre la tuberculose du département de la Charente-Inférieure.** — « Une place de médecin des dispensaires antituberculeux « de Saintes et Saint-Jean-d'Angély est actuellement « vacante : Traitement de début : 18.000 francs et « remboursement des frais de voyage. Conditions : ne « pas faire de clientèle. En cas de démission, interdic- « tion d'exercer dans le département pendant trois ans- « Stage obligatoire de deux mois environ à Paris.

« Envoyer les titres avant le 1er juillet prochain au « président du Comité d'hygiène sociale et de défense « contre la tuberculose à La Rochelle. »

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Clinique d'oto-rhino-laryngologie,* cours de perfectionnement. — Ce cours, d'une durée de quinze jours, aura lieu du 23 juillet au 4 août 1923. Il s'adresse aux praticiens spécialistes et a pour but de les mettre au courant des nouvelles méthodes opératoires et thérapeutiques.

Le cours sera fait par le professeur MOURE et le Dr PORTMANN avec la collaboration des professeurs LAGRANGE (ophtalmologie) VERGER (médecine légale), PETGES (dermatologie et syphiligraphie) et des professeurs agrégés MAURIAC (médecine), DUPÉRIÉ (maladies des enfants) et RÉCHOU (électrothérapie). Il comprendra des séances opératoires, des examens de malades, de la médecine opératoire, des conférences sur les sujets d'actualité, des examens de laboratoires.

Droit d'inscription : 150 francs. Le nombre de places étant limité, on est prié de s'inscrire aussi rapidement que possible au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— **Livre d'or des médecins morts pour la Patrie.** — Après distribution aux souscripteurs et aux bibliothèques françaises et étrangères, le Comité se trouve encore avoir à sa disposition un certain nombre d'exemplaires du Livre d'Or. Il a été décidé que ces volumes seraient attribués à titre gracieux et jusqu'à concurrence des disponibilités : 1° aux médecins et étudiants en médecine mutilés par blessures de guerre ; 2° après eux aux médecins ayant le plus long temps de front.

Prière à ces confrères d'adresser leur nom et leur adresse en justifiant de leurs titres, au docteur A. Baudouin, 5, rue Stanislas, Paris. Ceux dont la demande pourra être satisfaite seront avisés du jour où ils pourront retirer le volume qui leur est offert.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — *Maladies des yeux.* — Le Dr A. CANTONNET ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des Drs JOLTROIS et FOMBEURE, fera, le mardi 3 juillet 1923, les jeudis, samedis et mardis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de *dix conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.*

Présentation de malades. Projections. Prix : 30 francs. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre.

Semblables séries en novembre 1923 et en février 1924

Tous les jours, à 9 h. 1/2 : présentation d'affections oculaires courantes.

— **Un monument aux externes et anciens externes des hôpitaux de Paris morts pour la France.** — Sur l'initiative de l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris, un important Comité s'est formé pour élever un monument à la mémoire des externes morts pour la France. Ce monument s'élèvera sous la galerie ouest de la grande cour d'honneur de l'Hôtel Dieu. Le Comité d'honneur du monument est ainsi constitué sous le haut patronage de M. Paul Strauss, Ministre de l'hygiène ,

Président M. le professeur H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine.

Vice présidents. : M. le Dr MOURIER, directeur généra de l'A. P. ; M. Gaston THOMSON, député, ancien ministre.

Membres du Comité : MM. les professeurs Pierre MARIE, E. SERGENT, JEANSELME ; MM. les professeurs agrégés THIROLOIX, MARION, GARNIER, OKINCZYC ; MM. les docteurs L. BABONNEIX, LIAN, MILIAN, *médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris* ; M. le Dr CHAUVEAU, sénateur ; M. le Pr PINARD, M. le Dr GRINDA, députés ; MM. LEVÉE, CALMELS, AUCOC, ROUSSELLE, REBEILLARD, OUDIN, VARENNE, BURNET, RENDU, ROBAGLIA, *conseillers municipaux* ; M. le Dr MEIGE, *professeur à l'école des Beaux Arts* ; MM. les docteurs O. CROUZON, PAGNIEZ, POTOCKI, LENORMANT, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris ; MM. BOMPARD, BÉCHET, M. le Dr Paul BOUDIN, *membres des conseils de l'assistance publique* ; M. le Dr François HELME, M. Lucien DESCAVES.

On sait combien nombreux étaient, parmi les 18.000 médecins mobilisés, ceux qui, dans l'exercice de l'externat, avaient développé leurs nobles qualités de dévouement et de conscience professionnelle. Les externes de demain, en saluant le monument élevé aux Morts glorieux, seront fiers de la manière dont les médecins soldats ont servi et garderont, dans la paix, le souvenir des exemples admirables que les aînés ont prodigués dans la bataille.

Tous les anciens externes sont vivement sollicités de collaborer à cette œuvre de pieux souvenir.

Adresser les souscriptions, même les plus modestes, à M. BAZOUGE, trésorier, 37, rue de l'Abbé-Grégoire, Paris 6e. *Chèque postal de l'A. E. Paris* 446 36.

Luchon. — *Notre propagande française en Hollande.* — Nous recevons de M. le Dr Léonard Van der Hoeven une lettre dont nous croyons devoir publier les passages essentiels car ils intéressent toutes nos stations thermales et climatiques : « Vous est il possible de me faire adresser, au plus vite, une cinquantaine d'exemplaires de vos brochures de propagande. En raison des difficultés actuelles, nos agences reçoivent un très grand nombre de demandes de renseignements au sujet des stations françaises ; mais leur stock est complètement épuisé. Faites-moi donc envoyer tout ce qu'il vous sera possible ; j'aurai soin de faire distribuer les brochures, plans, guides, etc. immédiatement parmi nos agences de voyages. C'est de toute urgence.

Nous gardons toujours le souvenir inoubliable du 16e V. E. M. »

Il me paraît absolument inutile d'insister sur l'importance de la lettre que nous adresse notre confrère hollandais dont les sentiments francophiles nous sont connus depuis si longtemps.

Nous comptons donc sur chacun des directeurs des stations thermales et climatiques pour lui faire un envoi qui lui permettra de répondre à toutes les demandes. Adressez tous vos envois à M. le Dr J. V. D. HOEVEN LEONARD, de Lairessestraat 154, Amsterdam.

R. M.

— **Good Will Delegation.** — Chacun le sait, 60 des plus grands journaux américains envoient en France des délégués afin de voir jusqu'à quel point les Allemands ont exercé leur barbarie sur nos provinces du Nord et de l'Est. Ces envoyés constituent la Good Will Delegation.

Inutile d'insister sur l'importance considérable de la propagande française des articles qui seront ainsi publiés dans l'Amérique du Nord.

Le syndicat général des stations thermales et sanitaires de France avait saisi M. TARDIEU, son président d'honneur, de l'importance qu'il y aurait à ce que cette délégation puisse visiter les stations thermales de France. M. FRANCIS, directeur, avise M. le Dr MOLINÉRY, que le second groupe de la Good Will Delegation,

ui doit arriver en France le 30 mai, visitera Lyon, le ura, les Vosges et l'Alsace.

Les troisième groupe, qui arrivera en France le 1er juillet, visitera les Pays Basques et les Pyrénées, Biarritz 6 juillet, Pau et Lourdes 7 et 8 juillet, Luchon-Gavarnie le 9 juillet, départ pour Carcassonne, Nîmes, Avignon, Arles, Tarascon, qui seront successivement visités.

— **Le XVIIe Congrès français de médecine** aura lieu à Bordeaux du 27 au 29 septembre 1923.

Rapports. — 1° *Suites éloignées du paludisme.* — Rapporteurs : M. le professeur Le Dantec, de la Faculté de Bordeaux, avec la collaboration de M. le Dr Hesnard, médecin de la marine, professeur à l'école de santé navale de Bordeaux, qui s'occupera spécialement des psychoses post-paludéennes et de M. le Dr Marcel Léger, médecin-major des troupes coloniales, directeur de l'Institut physiologique de Dakar, qui traitera des lésions viscérales paludéennes.

Corapporteur, M. le Dr Broden, directeur de l'école de médecine tropicale de l'Etat, à Bruxelles.

2° *Rapport du sympathique et des glandes endocrines en pathologie.* — Rapporteur : M. le professeur Pachon, de la Faculté de médecine de Bordeaux ; corapporteur, M. le professeur agrégé Perrin, de la Faculté de médecine de Nancy.

3° *Traitement des infections à méningocoques.* — Rapporteurs : M. le Dr Dopter, professeur au Val-de-Grâce et M. le Dr Boidin, médecin des hôpitaux de Paris. M. Dopter parlera spécialement de la sérothérapie et M. Boidin de la vaccinothérapie.

— **Hôtel-Dieu d'Orléans.** — *Concours pour l'internat*, 30 juillet 1923, à deux heures et demie, pour trois places d'internes titulaires.

Les épreuves de ce concours consistent :

1° En une composition écrite sur un sujet d'anatomie tiré au sort ;

2° En l'examen de deux malades, l'un de médecine, l'autre de chirurgie ; chaque examen d'une durée de vingt minutes, suivi, après vingt minutes de réflexion, d'une exposition orale d'une durée de dix minutes.

Une heure est accordée pour la composition écrite.

Seront seuls titularisés les candidats qui auront obtenu le nombre de points fixés par le Jury.

Les candidats qui n'auront pas obtenu le minimum de points nécessaire pourront être admis à titre provisoire par l'administration, d'après le rang obtenu au concours. Ils auront les mêmes avantages matériels que ceux accordés aux internes titulaires ; mais ils ne jouiront ni du titre d'interne, ni des prérogatives qui s'y rattachent, c'est à dire : prix, exemption du stage de spécialités.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er octobre 1923.

Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de mille huit cents francs.

De plus, un prix spécial de 200 fr. sera accordé à chacun des candidats ayant obtenu les deux tiers du maximum des points au concours, à la condition qu'ils aient donné toutes satisfactions à leurs chefs de service et à l'administration pendant leur première année d'internat.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans.

Ils ne doivent faire aucun remplacement médical sous peine de renvoi.

Sont admis au concours : tous les étudiants et étudiantes en médecine, français ou naturalisés français, ayant au moins huit inscriptions ;

En cas d'insuffisance du nombre de candidats français, les étudiants et étudiantes étrangers, élèves d'une Faculté française, pourront être admis à concourir dans la limite où l'administration croira devoir le décider.

Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire.

Les internes changent de service tous les six mois, d'après un roulement établi par l'administration.

Pendant la durée des vacances des élèves sages-femmes, les internes peuvent être appelés à tour de rôle à assurer le service de la Maternité.

Nota. — En dehors des avantages matériels qui leur sont offerts, les internes ont, aux hospices d'Orléans, de très grandes ressources professionnelles.

Cet établissement contient :

Cinq cents lits de malades aigus ; deux services de médecine générale ; trois services de chirurgie générale ; un service de gynécologie ; une maternité ; un service de chirurgie enfant et un autre de médecine enfant ; un service de maladies vénériennes ; un service d'yeux ; un service d'oto-rhino-laryngologie ; un laboratoire ; un service de radiologie et de physiothérapie ; un service de contagieux ; plusieurs services de vieillards ; une crèche ; une bibliothèque très bien montée ; un amphithéâtre ; une consultation externe des maladies de peau ; une consultation de médecine ; une consultation de chirurgie, etc.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au Directeur des hospices d'Orléans.

— **Ministère des Pensions.** — Par arrêté du ministre des pensions en date du 31 mai 1923, pris en exécution de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 et de l'article 45 du décret du 25 octobre 1922, portant application de l'article 64 précité, a été nommé membre suppléant de la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, M. Cuvillier, chef de bureau au ministère des finances, en remplacement de M. Charra.

— Le V. E. M., qui a été fondé par le professeur Landouzy et le docteur Carron de la Carrière, et qui est dirigé depuis deux ans par le professeur Carnot, jouit actuellement d'une telle faveur que les organisateurs se voient dans l'obligation de refuser une grande partie des demandes d'inscription qu'ils reçoivent des médecins français, surtout que les confrères étrangers occupent plus de la moitié des places disponibles.

Il en résulte que le Nord (départements du Nord, du Pas-de-Calais, de l'Aisne et de la Somme), la région *la plus importante* de la France à tous les points de vue (du nombre de médecins et de malades en particulier), est sacrifié ou n'a pas, dans cette caravane, la représentation qu'il mérite.

Aussi, pour remédier à cet état de choses, sans vouloir aucunement nuire au V. E. M., et à l'instigation des groupements de Lyon, Nancy, Toulouse, Strasbourg, etc., un médecin consent à prendre l'initiative de l'organisation de Voyages d'études médicales aux stations climatiques et hydrominérales, semblables à ceux des docteurs Landouzy et Carron de la Carrière, s'il reçoit l'assurance d'être un peu aidé et d'obtenir l'adhésion d'un nombre suffisant de confrères du Nord, du Pas-de-Calais, de l'Aisne et de la Somme, à qui ces voyages seraient exclusivement réservés.

Les approbations et les suggestions seront reçues avec plaisir au bureau du journal qui transmettra, et il y sera donné la suite qu'elles comporteront.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

homme a été maintenu sous les drapeaux, malgré une maladie chronique. Qu'en pensez-vous ?

2e *cas.* Un jeune militaire ajourné classe 21 part en 22, a bientôt un an de fait. A 4 sœurs plus âgées que lui, a eu 2 frères tués à l'ennemi. Croyez-vous que ce jeune soldat ne fera qu'un an au lieu de 18 mois? Et dans l'affirmative quel article de loi le concerne ?

Dr F.

Réponse.

1er *cas.* — M. X... étant détaché agricole et selon toute vraisemblance catégorie A, c'est-à-dire propriétaire exploitant, est considéré dès ce jour comme un civil (art. 50 et 51 de la loi) et sa veuve ne peut être indemnisée du fait que son mari est décédé, au cours de son détachement, d'une maladie aiguë. D'autre part, il semble difficile d'établir une filiation médicale entre cette maladie aiguë et l'asthme, contre indication permanente à la vaccination anti-typhoïdique.

2e *cas.* — Il est impossible de vous donner des précisions ; ces cas font l'objet chaque année de décisions ministérielles spéciales.

C. F.

Application du Tarif Breton.

I

Extraction de corps étrangers

J'ai enlevé à un ouvrier forgeron un éclat métallique, implanté dans l'avant-bras, perceptible au doigt, *non visible*, sans radio, sous-anesthésie locale. Il était sous la peau.

Que dois-je compter ?

Rien, une consultation ou corps étranger profond sans radiologie, 37 fr. 50.

2o De même, une écharde de bois implantée dans la paume de la main, *non visible*, enlevée sous anesthésie locale.

Rien, ou soit 7 fr. ou 37 fr. 50.

Dr P.

Réponse.

Ce sont là des corps étrangers superficiels dont l'extraction est tarifée 20 fr., au début du tableau terminal des avis insérés dans l'arr. minist. du 28 juin 1921. L'anesthésie locale est comprise dans le prix de l'intervention (art. 12).

F. D.

II

Abcès superficiel ou profond

Puis-je solliciter votre avis pour le cas suivant ?

Un accidenté du travail présente un hématome ostéo-périostique suppuré, 1/3 inférieur du cubitus.

Je fais : incision, débridement, drainage. Quel tarif appliquer pour cette intervention en première catégorie ?

Il me paraît raisonnable de l'assimiler à un abcès profond non viscéral : 100 fr. (art. 17) ?

Vous pouvez me répondre par la voie du *Concours médical* auquel je suis abonné.

Dr H.

Réponse.

Un hématome suppuré, au 1/3 inférieur du cubitus est sous-cutané. Je ne vois donc pas à quel titre on pourrait le faire entrer dans la catégorie des « abcès profonds », c'est-à-dire qu'il faut aller chercher dans la profondeur des tissus. Cette incision me paraît donc devoir être comptée comme celle de tout abcès superficiel.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

Dilatation pour fissure anale

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre avis autorisé sur la question suivante :

Je viens de faire une dilatation de l'anus pour fissure anale à un réformé de guerre à la suite d'une plaie transfixiante des 2 fesses, avec lésion de l'artère fessière ayant nécessité ligature de fistules périnéales consécutives. Voici exactement le libellé de son titre de pension : « réformé 10 % pour fistule borgne externe, région périnéale antérieure, suppuration persistante, cicatrice aux 2 fesses dont l'une de 13 centimètres adhérente à droite ».

La fissure de l'anus peut-elle être considérée comme résultant des blessures de guerre ?

Le blessé ayant été hospitalisé pour l'intervention, puis-je demander des honoraires pour ladite intervention et quel en est le tarif ?

Dr M.

Réponse.

Cette fissure de l'anus me paraît pouvoir être considérée comme séquelle du cas de réforme de votre pensionné et, par suite, votre intervention pouvoir être payée... si elle a été pratiquée dans un établissement privé (lire attentivement les art. 66 et 67 du décret présidentiel). Quant au prix, on pourrait peut-être, par analogie, proposer 200 fr. comme pour « ouverture d'abcès périnéaux » (art. 75) puisque cette intervention pour fissure n'existe pas dans le tarif.

F. D.

NOTE DE MÉDECINE PRATIQUE

Vaccinations esthétiques et inesthétiques

En adressant, aux *médecins-vaccinateurs* officiels, le vaccin destiné au « *populaire* », l'Institut Pasteur leur recommande ou, si vous préférez, leur conseille d'employer la *scarification grillagée.*

Or, cette scarification donne, généralement, une *cicatrice déchiquetée.*

Pour la vie, les vaccinés porteront sur leurs bras et épaules ces stigmates inélégants.

Je connais un ministre dont l'arrière grand-

père gagnait 3 fr. 75 par jour, dans une manufacture qu'il est inutile de citer.

Ce ministre a donné 5 millions de dot à sa fille, ce qui lui suppose une fortune d'au moins 20 millions : c'est d'un homme intelligent !

Je suis persuadé que si cette, d'ailleurs très aimable, bonne et distinguée jeune femme avait eu le choix de l'endroit auquel on devait la vacciner, elle n'aurait pas désigné ses épaules, qui voient fréquemment les feux des lustres de l'Elysée, pour qu'on y imprime le cachet vaccinal.

On vaccine, maintenant, dans la région rétrotrochantérienne, en pleine chair : cela n'est pas douloureux et « prend » très bien. J'en ai eu maintes preuves, ce mois-ci. *Experto crede Roberto.* Là, au surplus, on peut faire de la scarification, çà n'a aucune espèce d'importance.

Mais, quand il s'agit du *vulgum pecus*, pourquoi ne respecterions-nous pas l'esthétique et ne viserions-nous point à obtenir la cicatrice la plus harmonieuse possible ? Qui sait si le pauvre bambin d'aujourd'hui, et la petite prolétaire ne seront pas demain des « personnalités » ? Il n'y a pas que le bolchévisme qui mène à tout ! ... Et quand même.

Voilà les pensées qui me sont venues lors de mes très récentes vaccinations, en mai 1923.

Partant de ce principe que le vaccin, livré, aux municipalités du Nord, par l'Institut Pasteur de Lille, dont mon éminent maître et bien cher ami, M. le professeur Calmette fut le fondateur, est un vaccin excellent agissant, sous une quantité minime, j'ai tenté les 3 variétés de vaccinations suivantes.

1° *Vaccination à* LA LANCETTE.

On *trempe* la pointe de la lancette dans le vaccin et l'on fait, en un seul point, une piqûre sous-dermique d'environ cinq millimètres.

La blessure est presque rectiligne et la pustule produite, régulièrement cyclique est toute petite.

2° *Vaccination en étoile au* VACCINOSTYLE.

Le vaccinostyle trempé dans le vaccin trace une toute petite étoile sur le bras.

3° *Vaccination par scarification ou grillage.*

En résumé, avec un bon vaccin, la vaccination à la lancette, la vieille lancette de nos aïeux me semble préférable.

Mais, objectera-t-on, que faites-vous de l'hygiène ? Ne craignez-vous pas de contaminer des sujets sains, ayant, par exemple, vacciné, avec votre lancette, des hérédo-syphilitiques ou des tuberculeux ?

L'objection a sa valeur. Mais on peut y répondre victorieusement.

Mettez, dans un flacon de 30 cc., à large ouverture, bouché à l'émeri, 15 grammes d'alcool

à 90°, 5 grammes d'éther sulfurique, 5 grammes de phénosalyl et 5 grammes de teinture d'iode.

Entre chaque vaccination, immergez votre lancette dans ce mélange, elle sera *radicalement* stérilisée. Essuyez-là, avec un linge fin et propre. Et continuez vos vaccinations.

Dr GALAND.
(de Cambrai).

Les Fêtes du Centenaire de Pasteur
à Strasbourg

Le *Concours médical* a été invité, en tant que journal scientifique et professionnel médical, à participer officiellement aux différentes fêtes du centenaire de Pasteur. A tour de rôle, les membres du Conseil de Direction ont représenté nos 8.000 adhérents.

J'ai eu, pour ma part, l'honneur de faire le voyage de Strasbourg.

Inutile de dire les conversations nombreuses, dans le train spécial, tant à l'aller qu'au retour, conversations scientifiques avec des délégués étrangers médecins, conversations professionnelles et juridiques avec les attachés des divers ministères, ou avec les représentants de la haute administration.

C'est ainsi que, peu à peu, on arrive à faire connaître, dans les milieux profanes, l'existence de nos organisations professionnelles. Surtout, on déracine l'idée que ce n'est pas une individualité, qui représente le Corps médical, alors que ce médecin ne donne que sa propre opinion : si l'on veut savoir les résultats des assises professionnelles annuelles, qu'on se tourne vers l'Union des Syndicats médicaux, seule qualifiée pour rassembler et ordonner les desiderata du Corps médical constitué.

A Strasbourg, fêtes de toutes sortes. Nous n'envisagerons que le côté véritablement professionnel.

Pasteur a beaucoup aimé Strasbourg, non seulement parce qu'il y avait trouvé la compagne de sa vie laborieuse, mais parce qu'il a beaucoup travaillé dans cette ville. Aussi les pouvoirs publics ont-ils tenu à célébrer, dans cet important centre universitaire, la mémoire du grand disparu.

Très nombreux étaient les savants venus des quatre points du globe : les gouvernements, les associations scientifiques diverses avaient envoyé leurs représentants officiels. Quelle Tour de Babel ! tous les langages, tous les dialectes se faisaient entendre, parmi cette foule, unie par un

même idéal : la glorification du travail, en la personne d'un bienfaiteur de l'humanité.

Les hommes peuvent avoir une patrie : les découvertes scientifiques n'en ont pas et les travaux immortels de Pasteur furent célébrés devant une foule internationale émue, respectueuse et reconnaissante.

Le jeudi matin, 31 mai, inauguration du monument Pasteur, devant l'Université, monument bizarre, en granit rouge, avec des ors, à mon avis maladroits et peu esthétiques. Nombreux discours officiels.

L'après-midi, inauguration du Musée Pasteur : architecture sobre, simple, mais élégante. La salle des conférences était trop petite pour la réunion empressée. Après les hommages de professeurs et de délégués d'Universités étrangères, nous entendîmes un remarquable discours, au point de vue littéraire, voire même académique, de M. Poincaré. Cet homme froid, quelque peu sec, eut son moment d'émotion, lorsqu'il rappela qu'il eut l'honneur douloureux de célébrer, au nom du gouvernement (il était alors ministre de l'Instruction publique), l'éloge de Pasteur, au moment de ses funérailles nationales.

Puis, transport à l'exposition Pasteur, établie dans un grand parc comprenant de vastes stands d'appareils d'hygiène, de produits pharmaceutiques divers, etc.

La partie récréative du programme eut belle allure. Réception officielle, le mercredi soir, au Palais du Rhin, sous la présidence du Président de la République ; grand banquet de plus de mille couverts, le jeudi matin, dans le grand Palais des fêtes, banquet où les vins de la Moselle s'associèrent au fameux pâté de foie gras, la grande spécialité de Strasbourg.

Puis, devant le Palais du Rhin, grand défilé des délégations alsaciennes et lorraines, avec leurs habits et coiffures pittoresques, défilé de sociétés diverses, nombreuses, parce qu'en pays reconquis, les associations sont très florissantes, avec des buts divers.

C'était l'hommage de tout un peuple, non seulement au gouvernement de la République française, mais surtout à la mémoire d'un homme illustre, grand bienfaiteur de l'humanité.

Le jeudi soir, une foule immense se pressait sous les fenêtres de l'Hôtel-de-Ville, acclamant les pouvoirs publics, cependant qu'une magnifique réception réunissait les délégués des diverses nations représentées.

Et du balcon, d'où nous pouvions contempler ce spectacle grandiose, cette mer humaine, parfois calme et respectueuse, parfois vibrante d'acclamations, enthousiasmée, transportée par les sons entraînants des musiques et de la retraite aux flambeaux, nous pensions à cette manifestation du désir de vivre, de voir les savants reculer encore la limite de l'existence humaine.

Oui, comme le dirent certains orateurs, Pasteur fut un ouvrier de vie, s'opposant à ceux, qui, dans un espoir de conquêtes, accomplissent des œuvres de mort. Pasteur aimait profondément sa patrie. Après 1870, il ne voulut pas s'incliner devant l'agression allemande, qui lui avait ravi la ville, où il avait accompli ses premiers travaux. Il rendit tous ses titres allemands, ses décorations, les honneurs universitaires, qui lui avaient été prodigués de l'autre côté du Rhin.

Mais si, comme Français, il répudiait la barbarie tudesque, comme citoyen du monde, il travaillait sans relâche au bonheur de l'humanité.

Aussi, cette manifestation internationale, s'ajoutant à la souscription internationale, qui servit à édifier le Musée et l'Institut Pasteur de Strasbourg, ont associé, dans une commune pensée d'altruisme, les savants du monde entier, s'opposant ainsi à ceux qui ne recherchent, dans la science, que les moyens de faire triompher un impérialisme par la guerre et la mort.

Le Corps médical, qui rendit d'immenses services, pendant la guerre, qui sut réparer les désastres humains, sort réconforté de pareilles manifestations scientifiques ; à nous le privilège de soigner, de guérir parfois, de soulager et de consoler toujours.

Dr Paul BOUDIN,

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Constitution d'une Commission pour étudier l'influence éventuelle des rayons X dans le voisinage.

Arrêté du Ministre de l'hygiène.

Art. 1er. — Une commission est constituée à l'effet d'étudier l'influence éventuelle de l'emploi des rayons X sur le voisinage.

Art. 2. — Sont nommés :

Président de la commission.

M. le docteur Béclère, membre de l'académie de médecine.

Membres de la commission.

Mme Curie, membre de l'académie de médecine.

M. Becquerel, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

M. le docteur Belot, chef du laboratoire central d'électro-radiologie à l'hôpital Saint-Louis.

M. le docteur Bergonié, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux.

M. le docteur Broca, professeur à la faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Faivre, inspecteur général des

services administratifs au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

M. le docteur Hirtz, professeur à l'école d'application du Val-de-Grâce.

M. Hudelo, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

M. le docteur Ledoux-Lebard, chef du laboratoire de radiologie des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Mourier, directeur de l'assistance publique de Paris.

M. le docteur Regaud, directeur de l'institut du radium.

M. Charles Vaillant, ancien chef de laboratoire de radiologie à l'hôpital Lariboisière.

M. le docteur Zimmern, professeur agrégé à la faculté de médecine.

Fait à Paris, le 5 mai 1923.

Paul STRAUSS.
(*J. O.*, 6 *mai* 1923.)

Questions des parlementaires et Réponses des ministres.

Ne peuvent être nommés aides-majors que les docteurs en médecine

17584. — M. Léon DAUDET, député, demande à M. le ministre de la guerre, si les internes des hôpitaux, anciens combattants, qui, pour la plupart, ont fait la guerre comme médecins auxiliaires, peuvent être nommés médecins aides-majors de réserve sans attendre d'avoir passé leur thèse de doctorat. (*Question du* 8 *mai* 1923.)

Réponse. — La réglementation actuellement en vigueur ne permet pas de nommer au grade de médecin aide-major de réserve les médecins auxiliaires non pourvus du diplôme de docteur en médecine, même s'ils ont servi pendant la guerre.

(*J. O.*, 23 *mai* 1923.)

Concours de médecins directeurs de sanatoriums

17470. — M. POITOU-DUPLESSY, député, signale à M. le ministre de l'hygiène que le dernier concours de médecin directeur de sanatorium n'a pas eu lieu conformément à la loi et dans les délais prescrits par les réglements, les candidats régulièrement inscrits ayant tous été éliminés, alors que les promotions de médecins adjoints eurent lieu, médecins qui n'avaient aucun droit de postuler à cet emploi, n'ayant pas figuré sur la liste d'aptitude et demande pourquoi de vieux médecins, assujettis pour le dernier concours à un stage onéreux et condi-

tionnel, ont été éliminés. (*Question du 29 mars* 1923.)

Réponse. — Ni la loi du 7 septembre 1919, ni le décret du 10 août 1920, n'ont prévu que les concours pour les postes de médecins directeurs des sanatoriums publics devraient avoir lieu dans un délai déterminé. L'article 29 du décret du 10 août 1920 dispose simplement que la commission de concours « se réunit sur la convocation du directeur de l'assistance publique, toutes les fois qu'une ou plusieurs places (cinq au maximum) sont vacantes ». En ce qui concerne la préparation de la liste aux fonctions de médecins directeurs, la commission de concours est absolument libre dans le choix des candidats qu'elle juge aptes à cet emploi, pourvu que ces derniers, conformément aux articles 27, 28, 32 et 33 du décret du 10 août 1920, justifient de leur qualité de Français, et produisent un extrait de leur casier judiciaire et un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat. L'inscription des médecins adjoints sur la liste d'aptitude des médecins directeurs est donc parfaitement régulière ; c'est même le mode normal de recrutement des médecins directeurs, ainsi qu'il résulte de l'article 26 dudit décret.

(*J. O.*, 16 mai 1923.)

Les mémoires des médecins experts au tribunal des pensions sont dispensés du timbre.

16142. — M. Antier, député, demande à M. le Ministre des Pensions si les mémoires des médecins experts commis par les tribunaux des pensions sont soumis au timbre, suivant la prétention de certains receveurs d'enregistrement, et s'ils ne peuvent pas être sur papier libre, ainsi que le prévoit l'article 44 de la loi du 13 mars 1919 pour tous les actes de procédure auxquels donne lieu l'application de cette loi. (*Question du* 30 *décembre* 1923.)

2e *réponse.* — Par application de l'article 44 de la loi du 31 mars 1919, les mémoires dont il s'agit sont dispensés du timbre, sous réserve qu'ils soient revêtus d'une mention indiquant expressément qu'ils sont établis pour exécution de la loi du 31 mars 1919. (*J. O.*, 30 mai 1923.)

Services publics assurés par les inspecteurs départementaux de l'Assistance publique.

17667.—M. Victor Le Guen, député, demande à M. le Ministre de l'Hygiène : 1° quels sont les services publics que les inspecteurs départementaux de l'assistance publique doivent obligatoirement assurer ; 2° quel est ou quels sont les articles du budget de l'Etat où figurent les crédits

destinés au traitement ou partie de traitement afférents à chacun de ces services. (*Question du* 8 *mai* 1923.)

Réponse. — Les services publics que les inspecteurs départementaux doivent obligatoirement assurer sont ceux des enfants assistés et de la protection des enfants du premier âge. Cette obligation résulte, pour eux, des textes législatifs suivants : 1° « Enfants assistés », loi du 27 juin 1904, article 11 : « La protection des enfants de toute catégorie et la tutelle des pupilles de l'assistance publique instituée par la présente loi, sont exercées par le préfet ou par son délégué, l'inspecteur départemental... » ; et article 29 : « Le service des enfants assistés est réglé par le Conseil général ; il est administré par le préfet et, sous l'autorité du préfet, par l'inspecteur départemental de l'assistance publique... » ; 2° « Protection des enfants du premier âge », loi du 23 décembre 1874, article 1er ; « la surveillance instituée par la loi du 23 décembre 1874 en faveur des enfants au-dessous de deux ans, placés, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de leurs parents, est exercée, sous l'autorité du préfet, assisté du comité départemental, par des commissions locales, par les maires, par des médecins inspecteurs et par l'inspecteur des enfants assistés du département » ; et article 16 : « L'inspecteur du service des enfants assistés est chargé , sous l'autorité du préfet, de centraliser tous les documents relatifs à la surveillance instituée par la loi. Chaque année, il présente un rapport sur l'exécution du service dans le département, et il rend compte du résultat de ses tournées. » A la suite de la mise en vigueur de nouvelles lois d'assistance relatives à la natalité et à la protection de l'enfance, les préfets ont été amenés à confier à l'inspecteur départemental, comme au fonctionnaire le plus compétent en ces matières, la direction de services plus étendus. Dans les départements où elle a été réalisée, cette extension est d'ailleurs sanctionnée par le vote du conseil général accordant les crédits nécessaires pour le fonctionnement desdits services. Quant au traitement proprement dit des inspecteurs départementaux de l'assistance publique, la dépense en est imputée, pour l'exercice 1923, sur le crédit inscrit au chapitre 22 du budget du ministère de l'hygiène, en conformité des dispositions de l'article 48 de la loi du 27 juin 1904, sur le service des enfants assistsés, et du décret du 28 juillet 1906, concernant le personnel de l'inspection de l'assistance publique, modifié en ce qui concerne les traitements par le décret du 21 mai 1920. (*J. O.*, 2 juin 1923.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Ducamp, de Retiers (I.-et-Vil.) la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Bouix,
Ax-les-Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank Duprat (Enfants). Portes, Ricard-Pomarède
Bagnoles-de-l'Orne. Hugel, Joly, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Belloeuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazerau, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes Creignou.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Lepage.
Evian. L. Dalard.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule Christin, Duliège, Guillot, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère David, Matton.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Martin-Péridier, Reynes, Rosanoff.
Vittel Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 316. — On garderait ds famille docteur, villa Côte d'azur, enfants 10 à 12 ans, non contagieux, vie familiale excell. très simple.

No 317. — A vend. Harpe Erard gothique, 86 cordes excell. état, très peu servi.

No 318. — Très pressé. Poste oculiste à reprendre gratuitement ds ville de l'Est.

No 319. — Dr André à Orsay (S.-et-O.) demande bicyclette garçonnet, bon état, prix raisonnable.

No 320. — Banlieue immédiate Paris à céder poste 31.000 touchés, légère indemn., très urgent.

No 321. — A louer en août grande maison meublée avec jardin à 70 kilom. Paris.

No 322. — Nord-Est. A céder clientèle importante, gros rapport, belle maison. S'adr. H. Vauthier, 1 place Saint-Michel, Paris.

No 323. — Médecin désire acheter belle clientèle Touraine ou régions voisines de préférence, avec ou sans propriété.

No 324. — A céder ds grande banlieue Paris poste seul propharm., gros produit, grande maison à vendre ou à louer, contrée riche. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 325. — Centre. Poste ancien beau rayon rapp. 40.000 médec. du chem. de fer, grande habitation 10 ans de bail, région agréable, près grande ville. S'adr. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris 5e.

AVIS IMPORTANT

Les Bureaux du *Concours Médical* et du *Sou Médical* sont fermés l'après-midi du Samedi.

En cas de nécessité urgente, prendre rendez-vous préalable avec le Secrétariat de ces deux Organismes, 132, Faubourg St-Denis.

DIÉTÉTIQUE

De l'utilité de la pellicule et des pépins dans la cure de raisins.

Par le Dr Ed. CROUZEL, Le Buisson (Dordogne).

La plupart des malades soumis à la cure de raisins, guidés seulement par leur *courte-vue* thérapeutique, évitent d'ingérer la *pellicule* et les *pépins*. C'est un véritable contre-sens médical, presque une aberration, contre lesquels le médecin doit prémunir les malades.

Indépendamment de ces principes nutritifs, des parties constituantes du raisin (sucre, oxydases, albumines végétales, phosphates, tartrates, etc.) il ne faut pas oublier les *vitamines* et les *levures* (saccharomyces). Les travaux récents ont montré l'importance de ces éléments dans la direction du *mieux thérapeutique*. Il ne faut pas oublier, en outre, que la matière hydrocarbonée, inattaquable par les sucs digestifs, agit *mécaniquement* dans cette cure.

De mes expériences et de mes observations cliniques, qu'il est facile à tout praticien de vérifier, en les reproduisant, il résulte que l'ingestion, le matin à jeun, d'une ration suffisante (1 kilogr.) composée *exclusivement* de raisins *blancs*, bien mûrs pour éviter l'hyperacidité du fruit, provoque très rapidement la désinfection des fèces et la disparition des flatulences d'origine infectieuse. A l'examen des excreta, on constate que les *pépins* agglutinés ont augmenté de volume ; leur surface rugueuse a remplacé la contexture *lisse* primitive. Seuls, les éléments *cellulosiques* sont intacts. Les vides produits par l'*évasion* des produits solubles ou solubilisés par l'acte digestif ont été accomplis par des phénomènes d'osmose. Les divers éléments septiques, habituels ou exceptionnels, du milieu intestinal, ont été *aspirés* et *drainés*, pour le plus grand bénéfice de la cure. Quant à la *pellicule* en partie déchirée par la mastication, elle a cédé, elle aussi, ses éléments solubles ou attaquables par les sucs gastro-intestinaux. La coque celluleuse restante, dans les mouvements péristaltiques de brassage, à pris les formes de *pochettes* irrégulières qu'emprisonnent et enrobent les déchets alimentaires, plus ou moins septiques, en les entraînant au dehors, après avoir diminué les contacts avec les muqueuses intestinales.

Ce rôle spécial, sur lequel j'appelle l'attention des observateurs, me paraît très important et, du moins à ma connaissance, n'a pas encore été signalé. Si l'on me permet d'employer, ici, une image, on pourrait comparer les *pochettes pelliculaires* du raisin de cure, à un gendarme qui s'empare, dans une réunion troublée, des

indésirables et les expulse, *manu militari*. Les *pépins* et la *pellicule* produisent donc une action à la fois *modificatrice* et *expulsive* spéciale.

Pour favoriser au *maximum* celle-ci, il importe de réduire au *minimum* les effets préalables de la mastication qui doit, ici, consister seulement à *écraser* le raisin et non à le *broyer* complètement par une division trop *poussée*. C'est donc une mastication systématique réduite qu'il faut recommander aux malades comme capitale, pour obtenir de la cure de raisins tous les effets utiles désirables.

Un examen attentif permet de constater que les *sacs pelliculaires* sont gorgés de *mucus granuleux* diversement coloré, de débris *fécaloïdes* et *épithéliaux* de revêtement et de renouvellement de la muqueuse intestinale. Les anfractuosités des pépins, attaqués et corrodés par l'action des sucs gastro-intestinaux, témoignent des réactions digestives opérées pendant leur trajet de cheminement dans le tube digestif, en milieux successivement *acide* (estomac) et *alcalin* (intestin), sous des influences physiologiques et pathologiques de l'organisme dont les troubles sont nécessairement visés par la *cure de raisins*. Les *pellicules* et les *pépins* sont, à mon avis, les compléments *indispensables* de la cure dite de raisins, faute desquels le traitement est incomplet. Le jus de raisin considéré, jusqu'ici, comme le seul utile, n'est que *complémentaire*, en ce sens que les *éléments constituants* de cette partie du raisin sont différents de ceux de la *pellicule* et du *pépin*. Ces derniers, en augmentant le nombre des réactions complexes, rendent celles-ci plus sûres et plus efficaces par leur effet *in situ* et, par répercussion, sur le foie d'abord et sur le sang ensuite. Il en résulte, au total, une orientation vers l'alcalinité par les sels organiques de potasse (tartrates), en milieu sucré. Les conducteurs centrifuges d'élimination des cellules usées et des éléments pathologiques, toxiques, anormaux, en sont renforcés par une suractivation de l'*uropoïèse*. On note, dans les matières fécales, en cours de cure de raisins, une diminution de l'ensemble des produits habituels de la fermentation intestinale et la disparition progressive de l'aberration physiologique qu'il s'agit de corriger.

Sans la *pellicule* et les *pépins*, la cure est presque inséparable de la purgation légère, donnée aux malades, tous les deux jours de traitement, tandis que l'adjonction systématique de l'ingestion de ces deux éléments du raisin remplit avantageusement l'office de cette dérivation intestinale. Celle-ci agit *mécaniquement* et sans irritation de la muqueuse. A défaut de raisins, ce qui arrive fréquemment, on peut instituer, en lieu et place de cette cure spéciale, une *cure de fruits* que j'ai eu l'occasion d'essayer, plusieurs fois, et qui m'a donné de bons résul-

tats. Il n'y a que certains fruits qui se prêtent à cette médication et qui, par leur composition, se rapprochent le plus de celle du raisin. Il faut noter la poire, en première ligne, surtout la *William* et la *Duchesse*. La prune *Reine-Claude* vient ensuite. L'action diurétique constitue la manifestation la plus apparente et la plus immédiate de la cure de raisins et de fruits. Elle est peut-être plus typique, par l'emploi de la poire. Dans tous les cas, la maturité complète est indispensable à la réussite du traitement par cette cure, qui constitue un véritable *lavage du sang*, avec toutes ses conséquences favorables sur l'organisme.

CORRESPONDANCE

Durillon forcé accident du travail

Pouvez-vous me guider dans la petite affaire que voici ?

En avril 1922, un ouvrier m'est adressé par un patron d'usine comme blessé au cours de son travail ; je constate une plaie de la paume de la main ; l'ouvrier, au cours de son travail, s'est arraché une ampoule ; de plus il a attendu quelques jours, résultat : infection ; un abcès se prépare, je l'ouvre le lendemain. Guérison en une semaine. Total de la note 48 francs. J'ai l'imprudence, par inexpérience, en adressant ma note d'honoraires à l'assurance, de porter comme diagnostic : durillon forcé. L'assurance refuse de payer.

Je m'incline ; mais je me fais la juste réflexion que je n'ai tout de même pas rêvé ; j'ai donné mes soins à quelqu'un : qui doit me payer.

L'ouvrier ne veut rien savoir : c'est un taciturne, il ne donne aucune raison.

Le patron est aussi un taciturne ; 3 lettres de moi, lui demandant poliment son avis, sont restées sans réponse.

Dr T.

Réponse.

Puisqu'il y a eu arrachement d'une ampoule en travaillant, il y a eu accident du travail et l'ouvrier doit être payé de son demi-salaire, comme vous-même de vos honoraires.

Comme vous le reconnaissez, vous avez eu le tort de porter sur le certificat le diagnostic de durillon forcé. Cette expression, en effet, éveille l'attention des Compagnies d'assurances, trop enclines à voir partout des carottiers et des simulateurs. Il eût été préférable d'indiquer autre chose, comme, par exemple, infection consécutive à la déchirure d'une ampoule, ce qui, en l'espèce, eût été la vérité.

Quoiqu'il en soit, vous avez raison de dire que, ayant donné des soins, vous devez en être payé et, si la responsabilité du patron peut être

considérée comme douteuse, car vous ignorez si l'accident a eu lieu pendant le travail ou à l'occasion du travail, vous avez un débiteur certain, c'est l'ouvrier lui-même.

Vous pouvez donc poursuivre solidairement ouvrier et patron devant le juge de paix du lieu de l'accident, qui aura à les départager.

Fixation et rachat de rente d'un blessé du travail.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me renseigner dans le cas qui m'occupe :

Le 20 juillet 1922, une jeune ouvrière repasseuse se brûle au fourneau l'extrémité des doigts (médius et annulaire). Pansements, cicatrisation. Toutefois pendant longtemps, la jeune fille se plaint d'une sensibilité marquée du bout des doigts cicatrisés et, comptant sur l'action du temps pour atténuer et faire disparaître cette gêne légère, je conseille à la blessée d'attendre et de patienter.

Il y a 10 mois 1/2 de cela, Après un long silence, la blessée est revenue me voir. Elle déclare souffrir toujours de ses bouts de doigts qui, il faut l'avouer, ont subi un très léger amincissement dans leur centimètre terminal. Je crois bien faire en évaluant à 2 pour cent l'incapacité permanente partielle qui résulte de sa brûlure.

Le patron qui n'est pas assuré, se trouve également être mon client.

Que me conseillez-vous de faire en l'occurrence ? Puis-je conseiller aux deux parties de se mettre d'accord à l'amiable, au patron de donner, à l'ouvrière d'accepter une somme d'argent, représentant à peu près le capital de la rente due. (En l'occurrence elle serait de 0 fr. 12 par jour).

Ai-je le droit d'agir ainsi, dois-je *forcément*, faire intervenir dans toute cette affaire et le juge de paix et le président du tribunal civil. En ce cas pourriez-vous me dicter la marche à suivre, s'il vous plait !

Dr L.

Réponse.

Lorsque l'accident a occasionné une incapacité permanente de travail, aucune convention valable ne peut intervenir entre le patron et la victime en dehors des formes prescrites par la loi sur les accidents du travail. La convention amiable que vous avez envisagée comme possible serait donc radicalement nulle.

Pour aboutir à une fixation régulière de la rente, il est nécessaire que l'accident soit déclaré à la mairie, et qu'un certificat médical indiquant qu'une incapacité permanente partielle subsistera soit déposé à la mairie, avec ou après la déclaration d'accident.

Le maire transmettra alors le dossier au juge de paix qui fera une enquête, puis qui enverra

lui-même son dossier au président du tribunal civil de l'arrondissement.

Le président, à son tour, convoquera les parties qui pourront se concilier devant lui et fixer le montant de la rente à laquelle a droit la victime.

Puis, comme cette rente sera inférieure à 100 francs, les parties pourront convenir de la remplacer par le versement d'un capital, si la victime est majeure.

Ce capital devra être fixé conformément au barème officiel.

Pour une personne de 21 ans, ce barème donne 16,4863 pour 1 franc de rente. Si vous voulez connaître le chiffre afférent à l'âge exact de la jeune fille, nous sommes à votre disposition pour vous l'indiquer.

Le médecin qui ne donne des soins qu'accidentellement n'est pas patentable.

Un petit mot de réponse, s'il vous plait, dans le journal, cela pourra intéresser quelques vieux confrères. Je suis vieux, la clientèle me lâche et réciproquement je ne puis plus sortir la nuit et je ne suis plus tous les jours disposé à marcher. Dans ces conditions, j'ai pensé à me faire rayer du rôle des patentes, mais un confrère m'a dit qu'étant rayé du rôle des patentes, je n'aurais plus le droit de signer une ordonnance. S'il en est ainsi, j'aime mieux continuer à payer l'impôt. Qu'en pensez-vous ?

Je vais déménager, que devrai-je payer pour faire changer la bande du journal.

Dr B.

Réponse.

Il n'est pas exact que le médecin qui n'est pas patenté n'ait pas le droit de délivrer une seule ordonnance sans courir le risque d'être à nouveau imposé à la patente. Pour être patenté, il faut exercer la médecine et cet exercice suppose des actes assez répétés pour dénoter chez leur auteur une occupation ordinaire et principale.

La patente n'est pas due par un médecin qui donne des soins purement accidentels (Conseil d'Etat, 18 juin 1859, D. P. 60.3.30 ; 22 mars 1895, *Rec. Arrêts* C. E. 1895, p. 278).

Pour un changement d'adresse, le *Concours* demande l'envoi de 75 centimes, qui peut être effectué en timbres-poste.

Enregistrement de cession de clientèle.

Ayant lu dernièrement dans le *Concours médical* que la succession d'un poste médical devait faire l'objet d'une déclaration au bureau de l'enregistre-

(*Voir la suite page XLVII-2433*)

PROPOS DU JOUR

L'exercice de la médecine aux colonies. Une conférence à l'Association des Etudiants.

A la demande de plusieurs de nos correspondants, nous avons fait part à nos lecteurs des doléances de médecins coloniaux. Dans notre dernier numéro, nous avons, par contre, publié la lettre d'un confrère colonial qui est satisfait de son sort. Personne, nous l'espérons, ne mettra en doute la pureté de nos intentions.

Ce n'est pas pour détourner systématiquement les jeunes médecins de notre domaine colonial, ni pour mettre en échec l'administration de nos colonies, que nous avons divulgué les plaintes de nos confrères; c'est pour attirer l'attention sur la singulière façon dont procèdent ou ont procédé envers leurs médecins les Administrations de certaines colonies, c'est pour assurer à nos confrères qui s'expatrient et ne craignent pas d'aller dans des régions dangereuses et malsaines, où ils savent d'avance qu'ils n'auront aucun avenir assuré, la juste indemnité qui doit leur revenir et la considération à laquelle les services qu'ils rendront doivent leur donner droit.

Nous entendons partout demander des médecins pour les Colonies, proclamer que le médecin est un véritable missionnaire laïque, vanter les services qu'il peut rendre à l'expansion française, déplorer le petit nombre, si non l'absence totale, de candidats pour des postes qu'en cette période de difficultés économiques, on devrait se disputer. Tout cela n'est pas sans nous troubler.

Nous savons bien qu'il y avait colonies et colonies ; que l'Algérie, la Tunisie et le Maroc ne pouvaient pas être comparées au Sénégal, au Soudan, au Dahomey ou au Congo, que Madagascar différait de l'Indo-Chine, et que la Nouvelle-Calédonie ne pouvait être assimilée à la Guyane.

Mais toutes les correspondances et les confidences que nous avons reçues sur l'exercice de la médecine coloniale ne nous permettent pas de nous faire une idée nette sur ce sujet. Aussi avons-nous répondu avec plaisir à l'invitation de nos amis de la section de médecine de l'Association générale des étudiants qui nous conviaient à assister à une conférence sur la *vie du médecin* et l'*exercice de la médecine aux Colonies* par M. le Dr Joyeux, professeur agrégé de parasitologie à la Faculté de médecine, conférence avec projections et films cinématographiques, donnée dans la salle des fêtes de la Maison des Etudiants.

***

La conférence était présidée par M. le Dr Even, député des Côtes-du-Nord, assisté par l'aimable organisateur de la soirée, M. Crouzat, président de la section de médecine de l'Association des étudiants.

En une charmante allocution, M. le Dr Even a rappelé son passé d'étudiant et de médecin praticien de campagne dans son cher pays breton. Il a dit tout le plaisir qu'il avait à retremper son enthousiasme au milieu de la jeunesse des écoles, l'intérêt qu'il portait à l'avenir de nos colonies, les projets de réformes et d'organisation si bien conçus par le ministre actuel, M. Albert Sarrault, et le rôle que le médecin colonial doit remplir.

Mais l'organisation ne suffit pas, il faut autre chose ; pour tirer de puissants effets des moyens matériels, il faut des forces morales, de la volonté, de l'énergie, de l'enthousiasme, de la foi en un mot, et tout cela, on ne le trouve que dans la jeunesse. C'est bien là ce qu'il vient demander aux étudiants, espérant que parmi eux, se trouveront les pionniers de demain, les médecins coloniaux qui doivent si puissamment contribuer à la prospérité de l'empire colonial de la France.

Ce discours, dit d'une voix chaude bien qu'avec simplicité, émaillé de citations de nos meilleurs poètes, prononcé par un orateur qui, malgré ses affirmations, n'a nullement besoin de retremper sa fougue, ni son enthousiasme au milieu d'une jeunesse où il n'était d'ailleurs nullement déplacé, a été vigoureusement applaudi.

***

Le conférencier prit alors la parole.

M. le Dr Joyeux est un homme de science qui avait ici le rare mérite de parler de choses qu'il connaissait bien parce qu'il les avait vécues. Il a exercé lui-même la médecine coloniale, notamment dans l'Afrique occidentale ; il pouvait donc en parler en connaisseur. Son langage simple et précis, ses descriptions réalistes, sa forte documentation, les jugements qu'il a porté sans opti-

misme de commande et sans pessimisme malsain, ont fait que sa conférence a donné à tous ses auditeurs la conviction qu'elle était l'expression sincère de la vérité.

Il ne faut pas, nous a dit M. le Dr Joyeux, que le jeune docteur considère avec une appréhension excessive les difficultés de la vie du médecin colonial ; il ne faut pas non plus qu'il parte avec des illusions trop grandes, car la déception qui en résulterait le porterait, en revenant en France, à propager des opinions et des jugements outranciers sur les défauts de notre organisation coloniale.

Il convient d'abord de faire une distinction entre les colonies de peuplement et les colonies d'exploitation, entre les colonies où les Européens peuvent vivre, prospérer, fonder des villes et où l'exercice de la médecine est sensiblement analogue à ce qu'il est en France, et les colonies où l'on ne peut séjourner longtemps, où après deux ou trois ans l'Européen est obligé de quitter le pays. Ce sont ces colonies qui ont surtout besoin de médecins ; les autres, sauf la Nouvelle-Calédonie pour des raisons d'ordre local, sont abondamment pourvues.

M. le Dr Joyeux nous expose les diverses situations faites au médecin dans les colonies : les uns sont totalement indépendants, chargés parfois de fonctions officielles rétribuées ; les autres sont de véritables fonctionnaires avec des appointements et une retraite assurée, un avancement prévu et régulier ; certains sont fonctionnarisés par un contrat de durée assez courte, passé avec l'Administration de la Colonie. M. le Dr Joyeux est d'avis que, dans les colonies d'exploitation comme l'Afrique occidentale, la fonctionnarisation du médecin est nécessaire. Il convient qu'il ait son avenir assuré et qu'il puisse, par un retour périodique dans les colonies où il aura déjà exercé et qu'il connaîtra bien, rendre de réels services et utiliser son influence sur les indigènes.

Quelles études convient-il de faire pour être un bon médecin colonial ? Les études d'un bon médecin praticien, affirme M. Joyeux qui est professeur de l'Institut de médecine coloniale de la Faculté de Paris. Un bon médecin de campagne qui peut utilement et intelligemment soigner tous les malades, qui fait de la chirurgie courante, qui a des notions sur toutes les spécialités, qui sait, en un mot, « se débrouiller », repasser ses bistouris, réparer ses instruments, en improviser au besoin, fera un parfait médecin colonial, comme il a fait d'ailleurs le meilleur des médecins militaires pendant la guerre.

Et les maladies exotiques, objectera-t-on ?

Les maladies exotiques ! En trois mois, le nouveau docteur en apprendra suffisamment sur elles aux Instituts de médecine coloniale de Paris, de Bordeaux ou de Marseille et, après un stage d'un mois à l'hôpital du centre de la colonie où il exercera, avec des notions de pharmacie et de médecine vétérinaire, il sera capable de rendre tous les services qu'on lui demandera une fois rendu à son poste.

Pour exercer utilement dans une colonie, il faut d'abord se pénétrer de la mentalité des indigènes. Le primitif considère le médecin comme une sorte de sorcier. Il ne vient pas à lui pour se faire observer, examiner, il vient chercher le remède qui chassera le mal. Il ne faut donc pas que le médecin dédaigne les médicaments. L'important pour le docteur nouveau venu est de se faire une réputation, d'inspirer la confiance, la foi. Ce résultat obtenu, le médecin sera un véritable thaumaturge, les indigènes feront plusieurs journées de voyage à pied pour venir le consulter et se soumettre aveuglément à ses prescriptions. Au début, au contraire, il provoquera la désertion des villages par leurs habitants quand il y passera en tournée de vaccination.

Il faut se garder de commencer par faire de la chirurgie. Un échec aurait des conséquences désastreuses. Une fois connu, ce sera tout autre chose, les indigènes accepteront avec toutes leurs conséquences les interventions les plus audacieuses. M. le Dr Joyeux nous montre le pays où il a exercé, la case qu'il a habitée durant le long séjour qu'il a fait en Afrique occidentale, sa chambre à coucher avec le lit enveloppé de deux moustiquaires, son cabinet de travail, son laboratoire, tout cela sommairement aménagé avec le souci constant de se défendre contre le soleil et les moustiques. Il parle de la vie assez monotone qu'il a menée, des tournées dans les villages pour les vaccinations, pour la lutte contre les épidémies, pour l'assainissement des agglomérations, pour assurer l'écoulement des eaux, abattre les arbres où pullulent les larves du stygomia, propagateur de la fièvre jaune. Il nous fait assister à sa consultation, nous montre en projection les indigènes qui attendent ses soins avec le cheval qu'il sera aussi tenu de traiter. Il nous mène à travers la brousse, à cheval ou en litière portée par des noirs, allant visiter un colon malade et le trouvant, généralement, après deux ou trois jours de marche, guéri ou..... mort.

Nous avouons que cette vie aventureuse, au

milieu de sauvages, sans agréments et non sans dangers, ne nous paraît pas faite pour tenter beaucoup de jeunes gens.

Donc, si l'on veut avoir des médecins coloniaux, il faut les payer. Il faut que le jeune médecin qui se décide à mener cette vie, puisse être certain de revenir après quelques années, pourvu d'économies suffisantes pour pouvoir se choisir en France un poste sérieux et s'installer convenablement. Or, les médecins de l'Afrique occidentale ont des appointements et des indemnités qui, au total, ne dépassent guère 20 à 25.000 francs par an. Dans les conditions économiques de la vie actuelle ce n'est pas suffisant. Nos voisins du Congo belge font les choses plus largement : le gouvernement belge ou les entreprises privées du Congo belge payent leurs médecins 45.000 francs par an environ. Il en résulte que les meilleurs élèves de nos Instituts de médecine coloniale signent des engagements avec les Belges. Sommes-nous en droit de le leur reprocher ?

Ces révélations parurent avoir fait une profonde impression sur notre confrère du Parlement, le Dr Even, qui promit de les transmettre à la Commission des Colonies de la Chambre des députés Dont il est membre.

***

La conférence fut suivie d'une succession de films cinématographiques prêtés par les gouvernements de l'Indo-Chine et de l'Afrique occidentale.

Nous assistâmes à une incantation pour la guérison d'un malade au Laos, à une cérémonie cultuelle pour débarrasser le pays d'une épidémie de choléra, à l'inhumation d'un notable, à l'incinération d'un bonze. Nous fûmes émerveillés par la vue et l'organisation de la station climatérique de Tam Do où les colons et les fonctionnaires vont se reposer et reprendre des forces en pleine montagne. L'Ecole d'éducation physique, l'Ecole d'art annamite où nous avons vu les enfants et les jeunes gens indigènes se livrer aux exercices les plus variés et s'appliquer à réaliser des chefs-d'œuvre de menuiserie, de modelage, de broderies, etc., etc., nous ont émerveillés et nous ont fait comprendre le respect et le prestige mérités dont peut jouir la France en Indo-Chine.

Transportés en Afrique occidentale, nous avons assisté aux danses barbares des Nègres, à leur vaccination ; nous avons pu suivre en détail l'enseignement donné aux élèves indigènes de l'Ecole de médecine et de la Maternité de Dakar.

Il n'est pas douteux que l'Œuvre coloniale de la France est considérable et merveilleuse : c'est une raison suffisante pour que notre Gouvernement ne ménage plus au médecin colonial, qui contribue puissamment à cette œuvre, la considération et les avantages pécuniaires qu'il a en toute justice le droit d'exiger.

***

Nous étions venus entendre la conférence de M. le Dr Joyeux avec quelque scepticisme. Allions-nous assister à une séance de propagande maladroite, à un « bourrage de crâne » officiel et dangereux ?

En sortant, nous étions tous charmés de ce que nous avions appris et touchés de la sincérité du distingué conférencier, auquel nous nous faisons un devoir d'adresser nos remerciements et nos félicitations.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU REIN MOBILE (1)

Par Dartigues.

I. Opportunité et indications opératoires.

Ce sont surtout les femmes et, parmi elles, les multipares qui sont atteintes de rein mobile (95 femmes néphroptosiques pour 5 hommes, et sur ces 95 femmes, environ 65 multipares et 33 nullipares ; 55 % appartiennent au type maigre, 22 % au type moyen, 23 % au type obèse).

Le côté essentiellement pratique de la question c'est de savoir la conduite thérapeutique à obser-

(1) *Les figures sont inédites et ont été dessinées d'après mes indications par M. Dupret.*



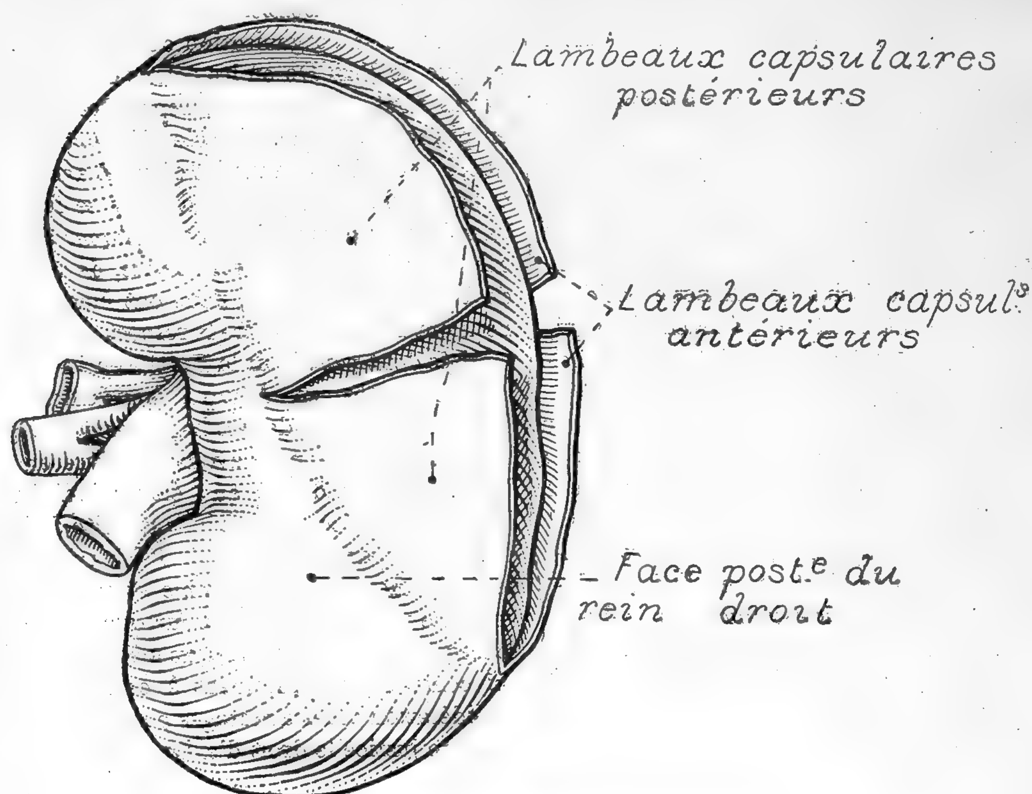


FIG. 1. — Procédé Guyon-Albarran-Marion.

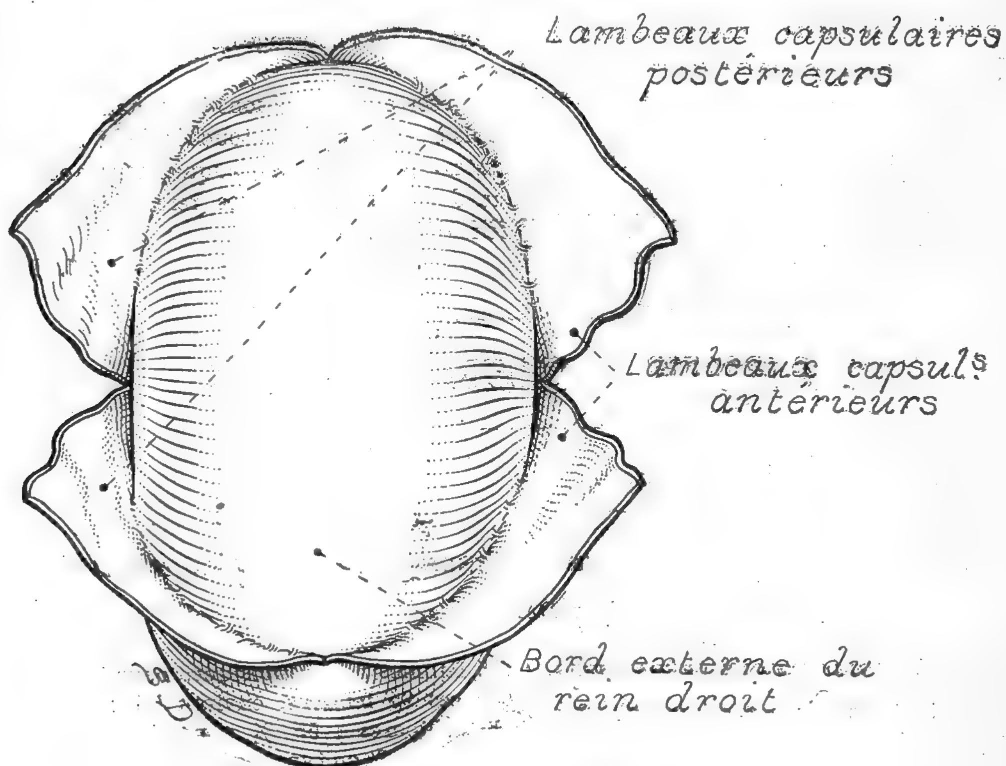


FIG. 2. — Procédé Guyon-Albarran-Marion.

ver en cas de néphroptose. Donc, quelles sont les meilleures techniques actuellement à la disposition du chirurgien ?

Or, ici peut-être plus encore qu'ailleurs, l'indication opératoire dépend de la particularité clinique inhérente à chaque cas. Par exemple : *a stase urinaire dans le bassinet, provoquée par la coudure de l'uretère à la suite du rein déplacé* et ayant quitté, soit par intermittence, soit est une combinaison de bismuth et de tribromophénol) — et de radiographier la région intéressante. En ce cas, nulle hésitation n'est possible. Si l'état général du malade le permet, il convient d'opérer sans retard.

Depuis un certain nombre d'années, la façon de voir et d'apprécier la pathologie du rein mobile tend à se modifier. Il semble que la conception du rôle du rein mobile dans tous ses degrés

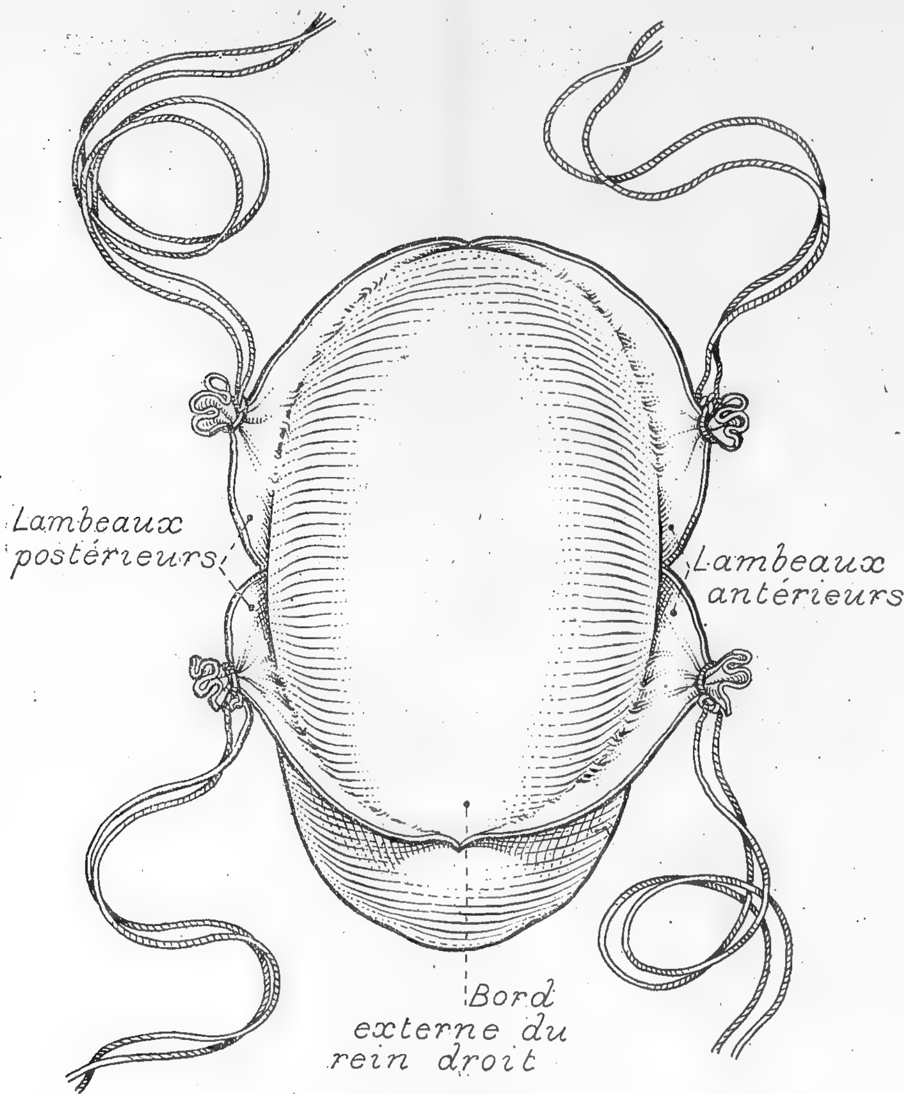


Fig. 3. — Procédé Guyon-Albarran-Marion.

d'une façon constante, sa loge anatomique. Le cathétérisme urétéral permet aisément de constater que l'orifice de l'uretère répondant au côté de la néphroptose ne donne aucune émission d'urine, tandis que cette émission entre en action dès que la sonde urétérale a été poussée jusque dans le bassinet, c'est-à-dire au-delà de la coudure. Pour avoir une idée nette de cette éventualité clinique fréquente, il suffit de remplir le bassinet d'huile xéroformée — (le xéroforme

d'intensité se soit transformée dans un sens analogue à la conception de la rétroflexion mobile de l'utérus.

La plupart des chirurgiens estiment maintenant qu'il est judicieux de s'imposer dans l'appréciation et l'interprétation de troubles vagues et peu caractéristiques, la plus grande réserve avant de se prononcer pour une relation de cause à effet par la présence incontestable d'un rein mobile. Très souvent, l'on trouvera dans la

constatation certaine d'une hystérie, d'une neurasthénie, d'une mobilité cæco-côlo-ascendante, d'une maigreur excessive, d'une flaccidité anormale des tissus, etc., des raisons suffisantes pour expliquer les troubles dont se plaignent les malades. Quoi qu'il en soit, ces individus, en dépit de l'existence réelle d'un léger degré de néphroptose, ne sont point justiciables d'une intervention chirurgicale. Si tant est trop dépourvue de graisse périrénale, a pu retrouver des conditions à peu près normales.

Lorsque la mobilité du rein atteint le plus haut degré, qu'on rencontre l'organe « en ballade » dans des endroits bien éloignés de sa loge primitive, notamment dans le pelvis, le diagnostic de rein mobile flottant ne suffit pas pour mener à bien le traitement. Il faut tâcher d'en préciser la nature et discerner le *rein migrateur*

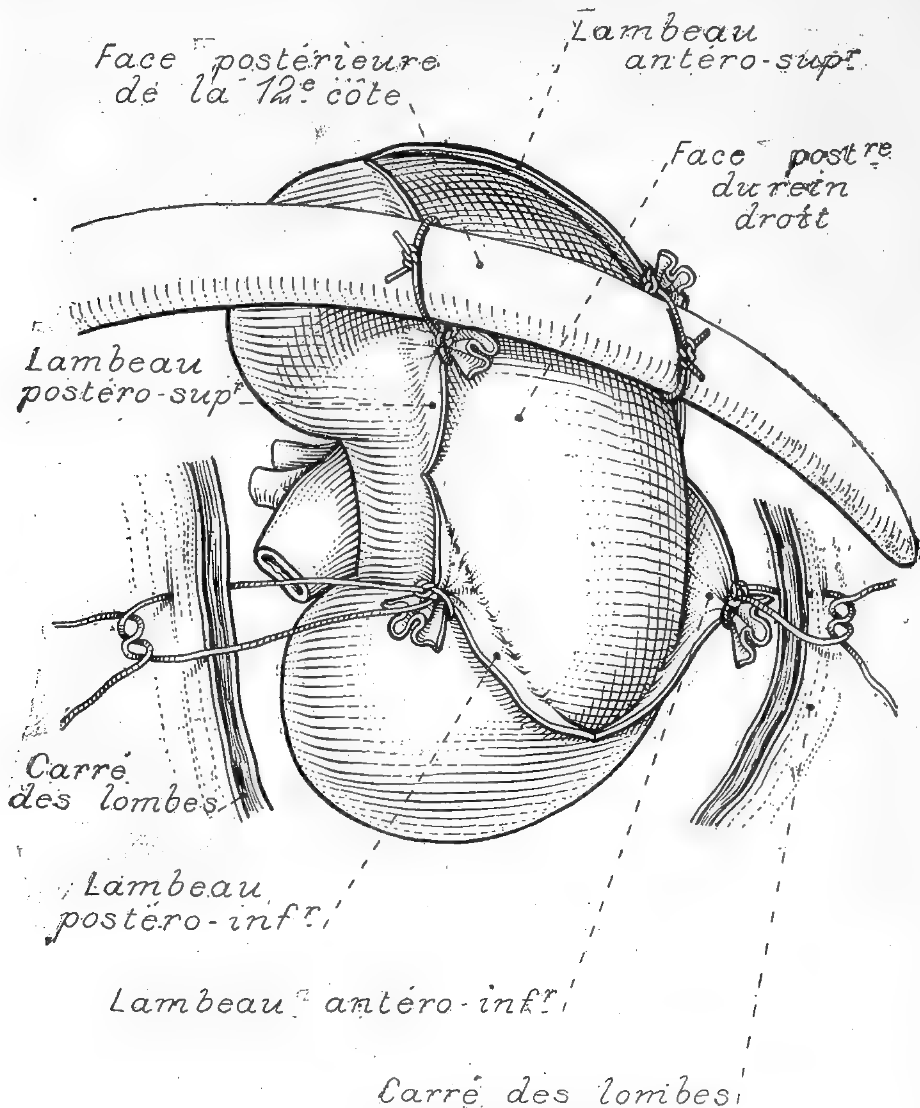


Fig. 4. — Procédé Guyon-Albarran-Marion.

qu'on veuille s'épargner la désagréable surprise de voir, à la suite d'une néphropexie, persister, réapparaître, empirer même des troubles imputés au rein mobile; il est sage de soumettre tout d'abord son malade à un traitement anti-nerveux et à une cure d'engraissement intelligemment dirigée. Ceci procure sinon toujours, du moins dans une proportion assez considérable de cas, une fermeté et un appui solide aux organes, notamment au rein dont la loge trop large, *acquis* du *rein ectopique congénital* situé habituellement dans la région sacrée.

Congénitale ou acquise, cette anomalie de position est fréquemment compliquée par des maladies surajoutées, telles que *pyélo-néphrite, lithiase, hydro-néphrose suppurée ou non, tuberculose.* Et c'est généralement l'affection secondaire qui détermine le choix du procédé opératoire consistant alors plus souvent en une néphrectomie qu'en une néphropexie.

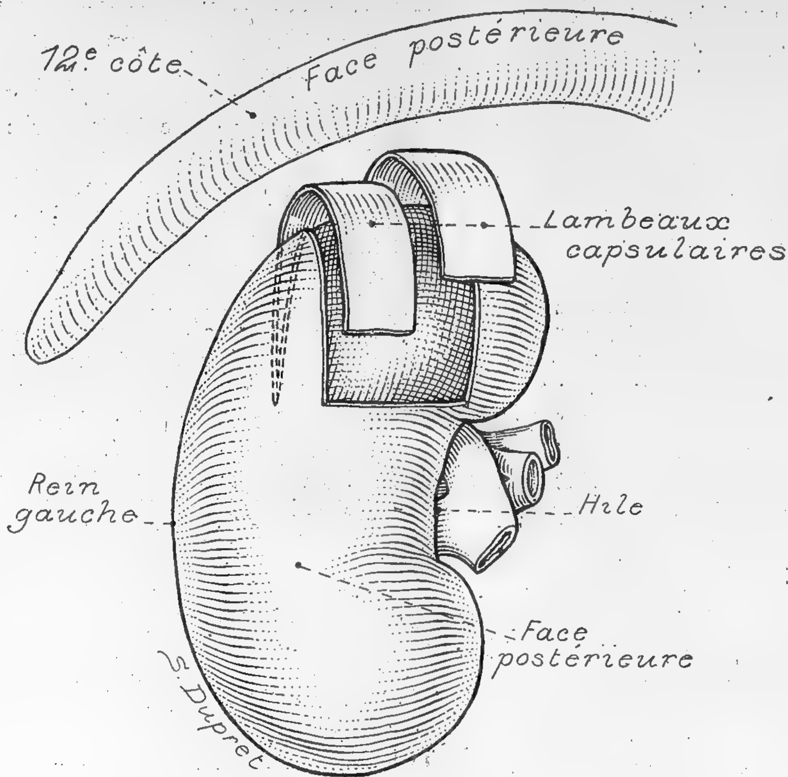


Fig. 5. — Procédé de Vogel.

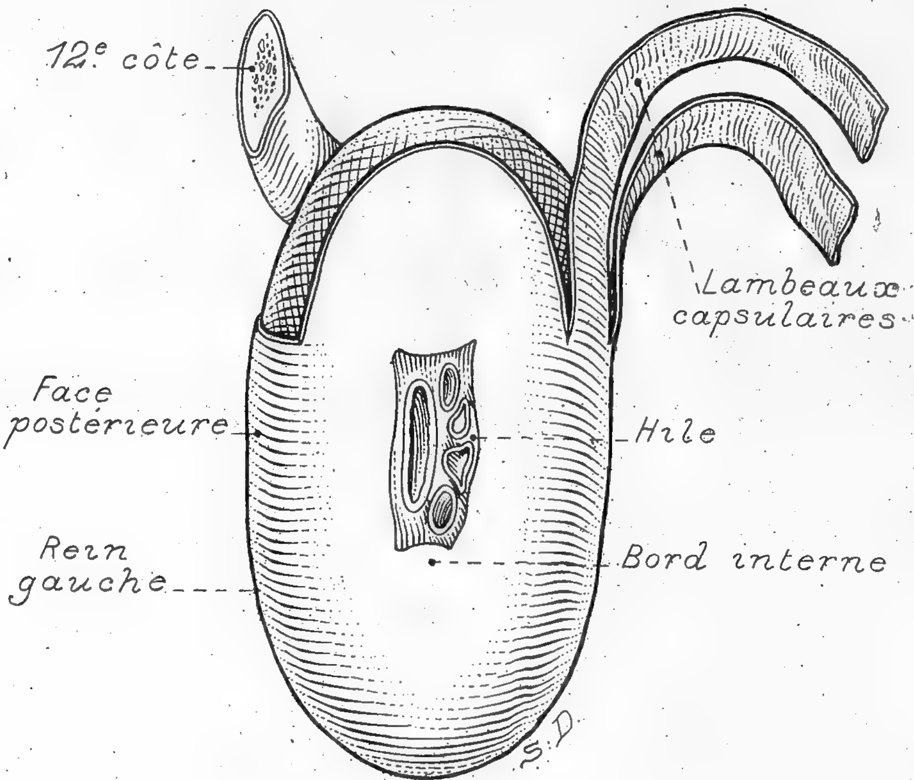


Fig. 6. — Procédé de Vogel



Quant au rein mobile, en tant que symptôme partiel de l'entéroptose de Glénard, le traitement non-opératoire est assurément celui qu'il convient d'employer en principe. On obtient des résultats satisfaisants d'amélioration et même de guérison par l'hydrothérapie combinée généralement à des procédés diététiques tendant à relever et à fortifier l'état général du malade. D'autre part, l'application opportune d'un bandage, d'une ceinture hypogastrique ou de sangles contribuera pour une grande part à rendre aux organes ptosés, notamment au rein mobile, sinon une solidité ou une fixité normales, du moins le soutien qui leur est nécessaire pour assurer leurs fonctions et affranchir les malades de leurs troubles.

Il y a donc, envisagées au point de vue thérapeutique, deux catégories bien distinctes de reins mobiles : d'*ordre médical*, de loin le plus fréquent, et d'*ordre chirurgical*.

Le traitement chirurgical du rein mobile s'est singulièrement restreint ces dernières années. Opérer, par quelque procédé que ce soit, sans indication formelle et nettement délimitée, est une grave erreur de conception. Il est inutile de fixer un rein mobile seul, alors qu'on se trouve en présence d'une ptose générale, car il faut s'attendre à une récidive très probable.

L'opération n'est indiquée que dans le rein mobile qui ne constitue pas le symptôme partiel d'une ptose générale, que dans le rein mobile à la suite d'un traumatisme quelconque, que dans celui qui est pour ainsi dire idiopathique et indépendant.

L'indication opératoire sera absolue lorsque la mobilité rénale *aura occasionné une coudure, une torsion, une traction de l'uretère avec toutes leurs conséquences.*

II. Technique opératoire.

Nous disposons actuellement de deux ou de trois bonnes méthodes.

Le premier chirurgien qui eut l'idée de s'attaquer opératoirement au rein mobile fut Greenwill Dowell, de Galveston, en 1874. Greenwill-Dowell transfixait la paroi en séton avec une longue aiguille courbe dans le genre de celle de Doyen et cherchait à provoquer ainsi des adhérences et une gangue conjonctive pour retenir le rein dans sa loge.

Martini, en 1878, proposa et pratiqua lui-même la néphrectomie pour le rein mobile. Cette opération trouve encore aujourd'hui certaines indications : lorsque le rein mobile, primitivement ou secondairement, est lui-même atteint (hydronéphrose, bacillose, tumeurs antérieures, concomitantes ou consécutives au rein mobile). Cette éventualité n'est pas très rare, d'autant qu'un rein mobile est plus enclin à la morbidité qu'un rein normalement fixé. Il va donc sans dire que chaque fois que s'impose une néphrectomie, cette indication s'étend aussi au rein mobile, et il serait absurde dans ces cas-là de pratiquer une pexie. Mais la néphrectomie trouve encore une indication : c'est celle du degré suprême du rein mobile, du rein migrateur et flottant, lorsque, par exemple, il occasionne des troubles mécaniques très graves et qu'une fixation, très difficile à exécuter en pareille circonstance, n'offrirait que peu de chances de réussite, et, enfin, lorsque, malgré une ou plusieurs fixations correctement exécutées, il y a récidive de la mobilité et récidive des troubles. Il ne faudrait pas oublier (est-il nécessaire de le rappeler ?) de faire d'abord l'examen fonctionnel du rein opposé.

La néphrectomie peut donc avoir sa raison d'être. Mais l'opération de choix est la néphropexie. Elle fut conçue par Hahn, en 1881.

La *néphropexie directe* peut être *capsulaire* ou *parenchymateuse*. La transfixion du parenchyme rénal, qui est encore pratiquée par nombre de chirurgiens, devrait être complètement abandonnée parce qu'elle entraîne fréquemment l'atrophie et la sclérose du rein à plus ou moins longue échéance, parce qu'elle a été la cause d'hémorragies post-opératoires parfois très graves et enfin, parce qu'elle a occasionné des fistules urinaires.

On s'est donc appliqué à éluder ces inconvénients, tout en tenant compte de la nécessité d'une fixation bonne et durable, par la néphropexie capsulaire, à laquelle Marion a eu l'idée d'ajouter la suspension des pans supérieurs de la capsule à la 11e ou 12e côte.

Procédé de Guyon, Albarran, Marion.

Le malade est placé sur un support de Pillet ou, à défaut de celui-ci, sur un billot ou rouleau quelconque. La jambe inférieure du malade couché sur le côté est fortement fléchie, tandis que la jambe supérieure, celle du côté à opérer, est en extension.

Incision lombo-iliaque. Le rein étant souvent fortement déplacé, l'aide aura soin de l'amener doucement au-devant de l'opérateur. On se garde d'ouvrir le péritoine en se tenant toujours en arrière. On se gardera aussi, ce qui arrive facilement, de confondre le rein avec un lobe hépatique abaissé et proéminent.

Une fois le rein extériorisé, on procédera à sa décortication ? La capsule fibreuse sera donc incisée sur le bord convexe de l'organe, depuis son pôle supérieur jusqu'au niveau de son tiers inférieur : il faut éviter de décortiquer toute l'extrémité inférieure pour maintenir le rein dans un véritable panier capsulaire.

Puis cette incision longitudinale de la capsule sera croisée à mi-hauteur par une incision horizontale, de façon à ce qu'on obtienne 4 lambeaux

un supérieur et un inférieur d'une part, sur la face postérieure du rein, d'autre part sur la face antérieure. La décapsulation, sauf le tiers inférieur sera aussi complète que possible, c'est-à-dire ira des deux côtés jusqu'au bord interne et au hile de l'organe, afin d'obtenir de larges surfaces d'adhérences.

Le rein doit être fixé aussi solidement que

Enfin, un dernier fil réunira, au niveau du pôle inférieur, la paroi musculaire et capsule adipeuse pour donner à l'organe un dernier support.

Drainage pendant environ 3 à 5 jours, sauf contre-indication.

Lever après environ 20 jours pour assurer une cicatrisation solide.

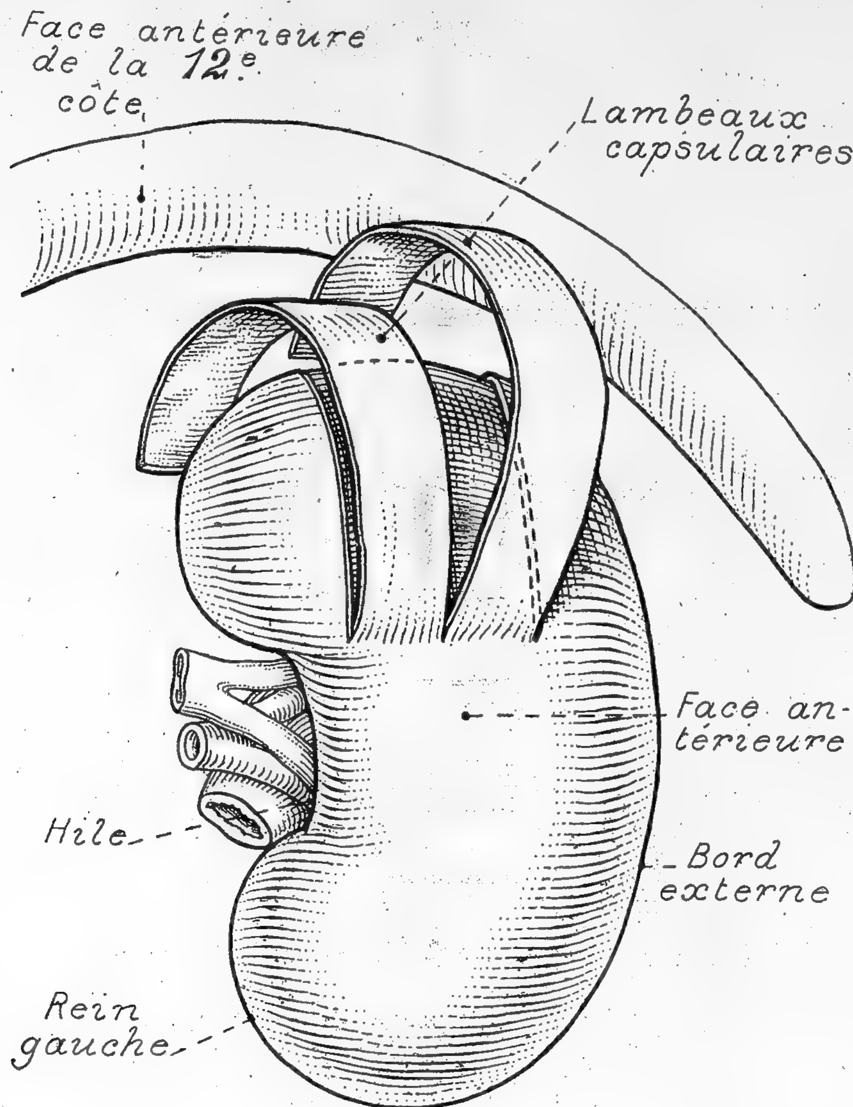


FIG. 7. Procédé de Vogel.

possible, et d'autre part, *aussi haut que possible.* Chacun des 4 volets de la capsule sera fixé à sa base par un fil de soie ou de lin. Puis une grande aiguille courbe de Doyen sera conduite à travers le dernier espace intercostal, suivra la face interne de la 12e côte, puis elle sera chargée du fil fixé à l'un des lambeaux capsulaires supérieurs, et qui sera noué sur la côte.

Quant aux fils des pans capsulaires inférieurs ils traverseront la musculature sacro-lombaire où ils seront noués.

Procédés de Vogel et de Narath.

L'idée d'utiliser la capsule découpée en bandes pour la fixation du rein, est d'Albarran. Ce chirurgien ne pratiqua cependant la suspension de l'organe que par un fil à la 12e côte et se borna à le fixer dans les muscles pariétaux de la loge rénale. La solidité en était donc incomparablement inférieure à celle du procédé de Marion. Mais l'utilisation des bandes capsulaires comme fils suspenseurs du rein a été reprise par Vogel. Ce qu'il y a d'original dans le procédé de Vogel,

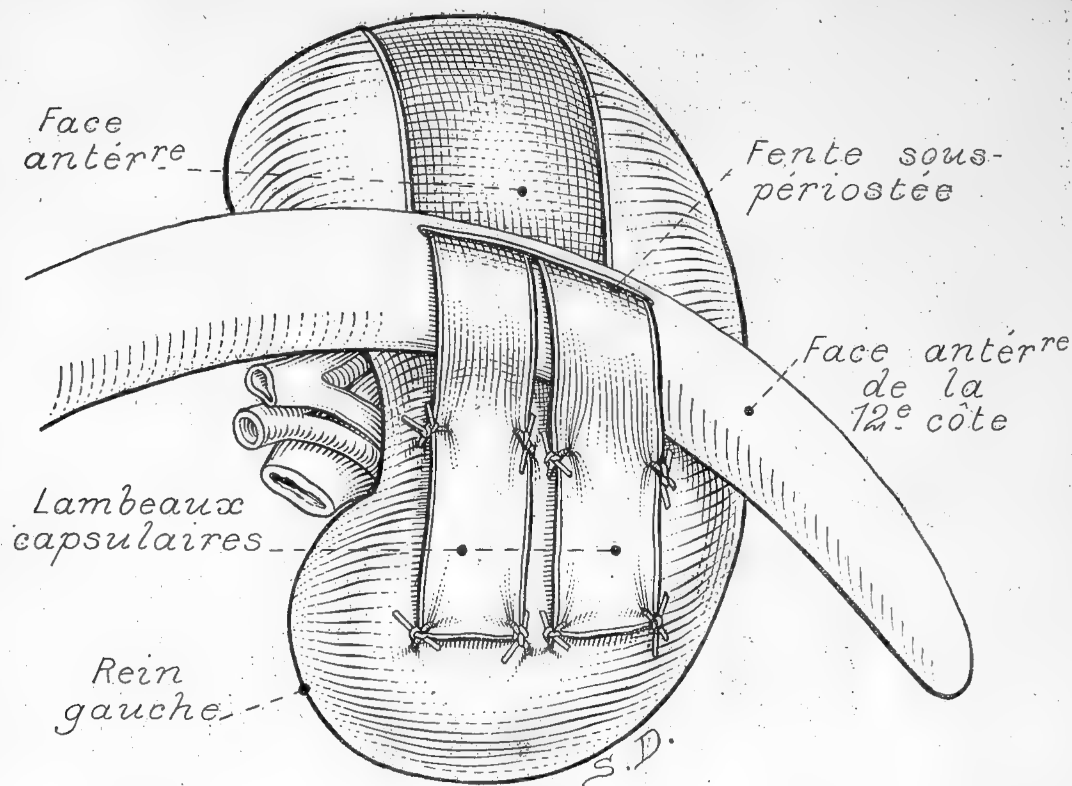


Fig. 8. — Procédé de Vogel.

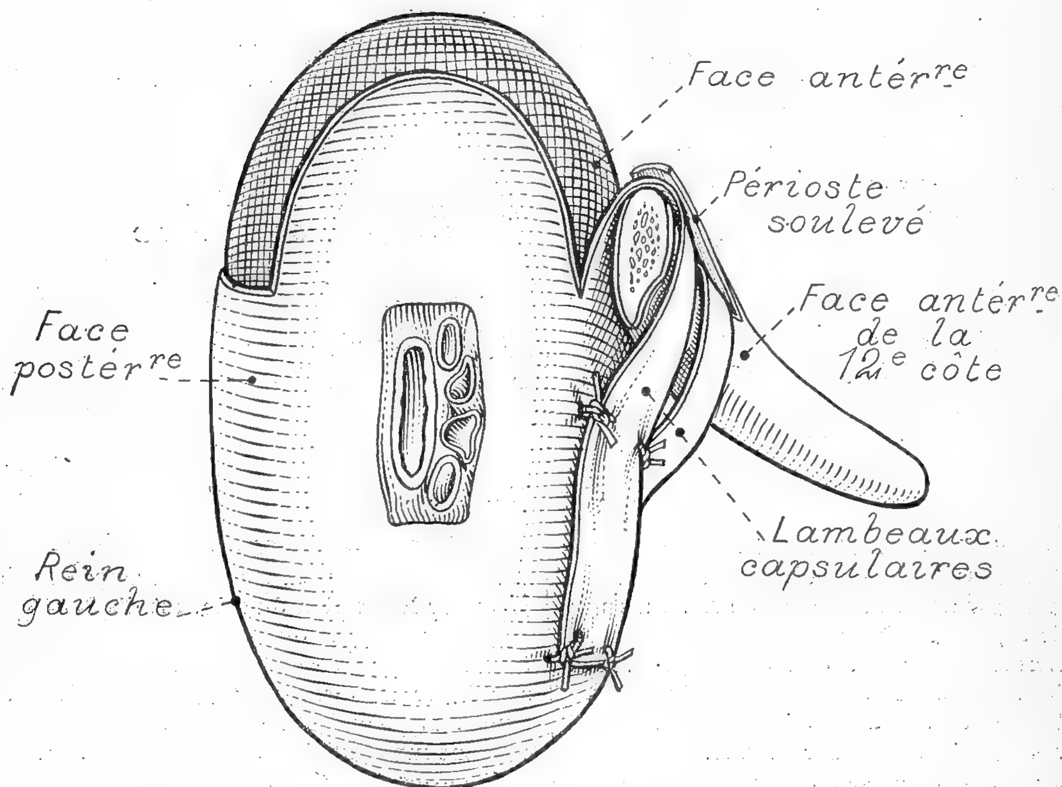


Fig. 9. — Procédé de Vogel

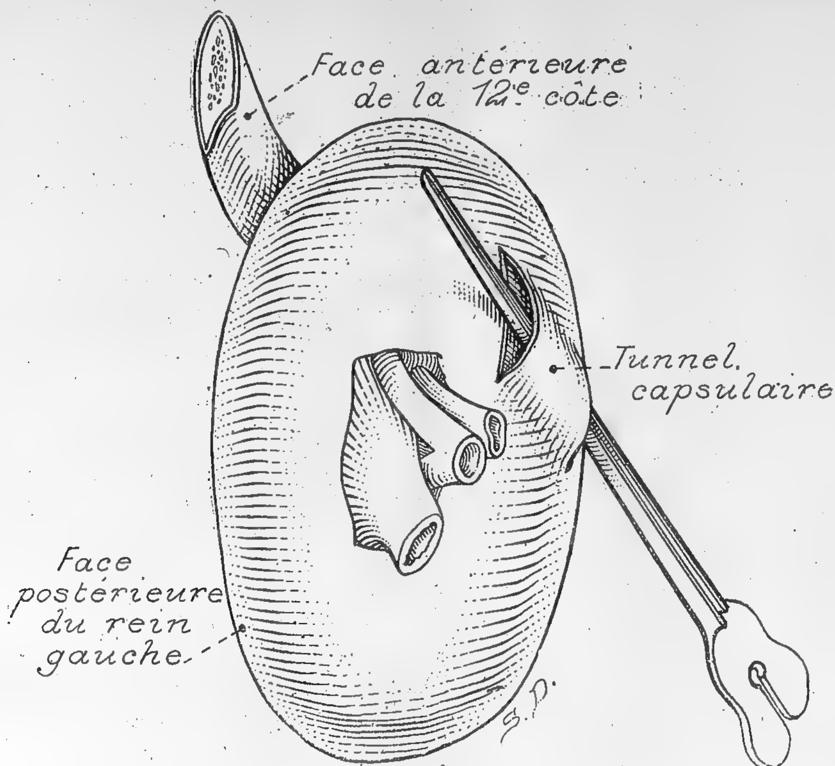


Fig. 10. — Procédé de Narath.

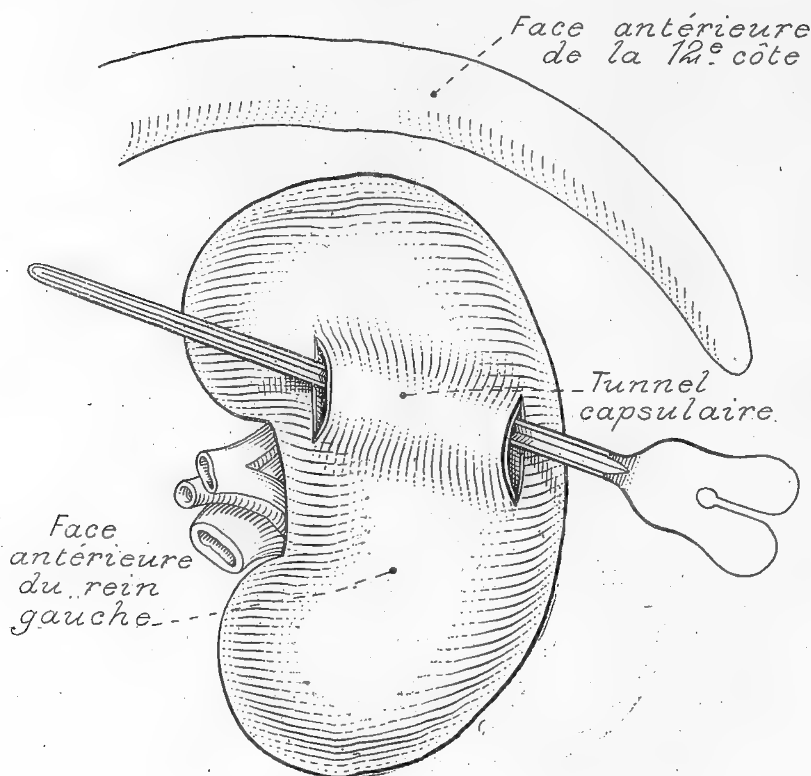


Fig. 11. — Procédé de Narath



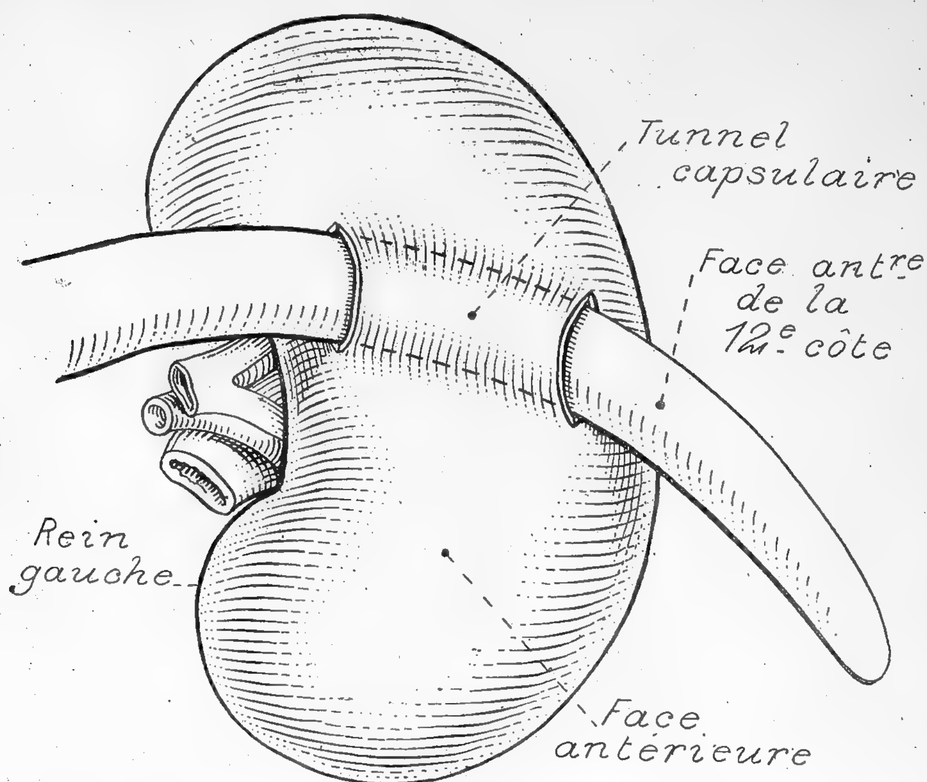


FIG. 12. — Procédé de Narath

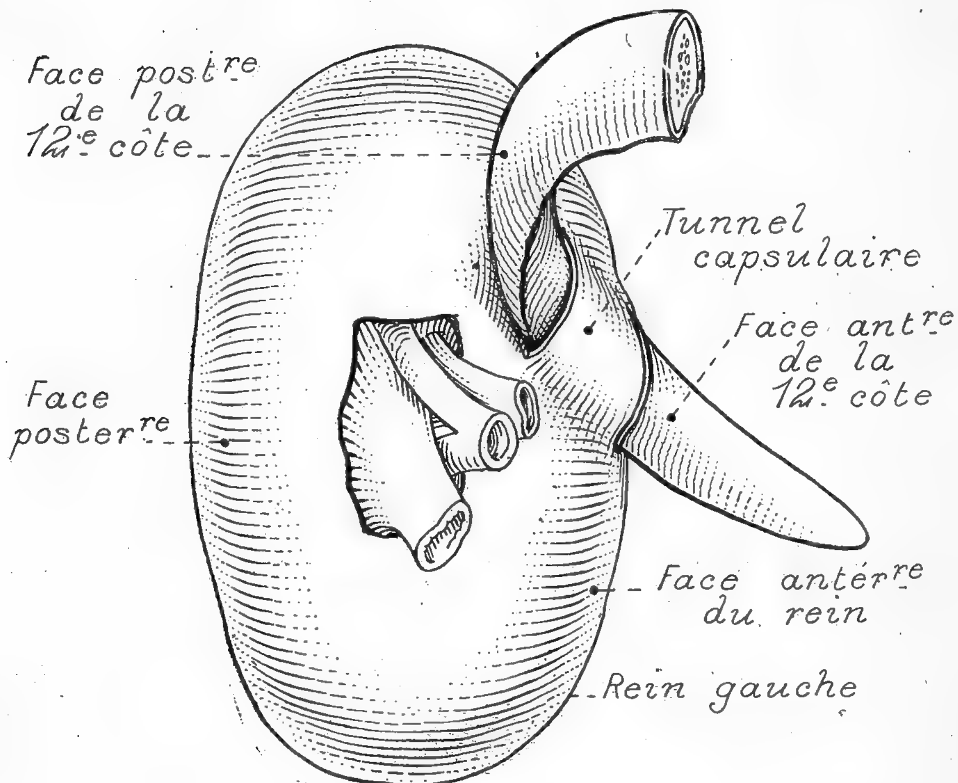


FIG. 13. — Procédé de Narath.

c'est la fixation des bandes capsulaires à la 12e côte. Voici sa manière de faire.

Le rein bien extériorisé et son pédicule dûment examiné en raison des malformations fréquentes observées dans la ptose rénale, on taille sur sa face postérieure un lambeau capsulaire dont la base, dépassant le pôle supérieur de l'organe jusqu'à environ la limite du tiers supérieur et moyen, se trouve donc au-delà de lui, sur la face antérieure.

Le lambeau capsulaire est rabattu sur la face antérieure et fendu sur son axe longitudinal en deux bandes de largeur égale.

Ces bandes sont ramenées à travers une boutonnière sus ou sous-périostée, faite au ras du bord supérieur de la 12e côte, par-dessus celle-ci, pour être suturée ensuite à la capsule de la face antérieure.

Le rein bien relevé ainsi se trouve donc suspendu largement à la 12e côte.

Pour éviter que le rein n'ait une situation trop superficielle, et qu'il ne soit exposé à la pression de la musculature dorso-lombaire directement sus-jacente, Vogel recommande de briser la 12e côte à un travers de doigt de son articulation, dans le but de permettre au rein de s'avancer plus aisément vers la cavité abdominale.

Bien qu'un peu compliquée, la méthode semble être excellente. Elle est logique et efficace. Elle semble indiquée surtout, lorsqu'il y a des raisons spéciales pour stabiliser et suspendre un rein très mobile, difficile à fixer autrement.

Quant au *procédé de Narath*, il n'est qu'une simplification du précédent. Il consiste, après extériorisation en totalité de l'organe à faire sur la face antérieure deux incisions-boutonnières de façon à permettre la constitution d'un tunnel capsulaire allant en direction transversale légèrement oblique du bord rénal externe à l'interne. Ce tunnel, fendu sur la sonde cannelée reçoit la 12e côte et se referme sur elle par des points de suture.

En résumé l'opération réglée et perfectionnée successivement par Guyon, Albarran et Marion peut être considérée comme la méthode de choix indiquée dans la grande majorité des cas.

Celles de Vogel et Narath, plus brutales, rendront de bons services lorsque les circonstances laissent prévoir un succès nul ou médiocre de l'autre et aussi en cas de récidive.

D'une façon générale, la néphropexie donne des résultats immédiats presque toujours satisfaisants et la suspension aux côtes assure l'avenir de la fixité rénale.

En ce qui concerne la gravité de l'intervention toutes les statistiques établissent que la mortalité est presque nulle. Ainsi Albarran, en 1895, réunissait 378 cas avec seulement 4 morts, et il me semble qu'à l'heure où j'écris, ce chiffre soit encore un peu trop élevé.

BIBLIOGRAPHIE.

Albarran. — Technique de la néphropexie. (*Presse Méd.*, 1906, 21 avril, 253.)

Bazy. — Des formes graves du rein mobile. (*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1899, p. 222.)

Bishop. — Mobile Kidney with a description of a new operation for its treatment. (*Brit. Med. Journal*, 5 oct. 1907, p. 901.)

Debove. — Rein flottant. Hydronéphrose intermittente et crises d'entérite muco-membraneuse. (*Rev. Méd.*, 1904, p. 289.)

Duchesne (G.) — Contribution à l'étude du rein mobile (Thèse de Paris, 1891.)

Edelbohls. — The technic of Nephropexy modified by combination with the lumbar Appendicectomy. (*Annales of Surgery*, 1903, t. I. p. 137.)

Goituras. — The technic of nephropexy with special reference to a method of attaches the kidney as nearly as possible in its normal position. (*The medical Record*, 1904, 11 april.)

Gardner. — Fistules rénales consécutives à la néphropexie. (*Ann. des mal. des org. gén. uri.*, 1905, t. I, p. 361.)

Gollet. — Method of suturing the prolapsed Kidney (*Annals of surg.* 1903, t. XXXVIII, p. 769.)

Hahn. — Die operative Belendlung des beweglicher Niere durch Fixation . (*Zentralblktt f. Chirurgie* 1881.)

Kocher. — Le traitement opératoire du rein mobile (*Corresp. Blatt. fur Schweitzer Arzte*, n° 18, 3 mai 1913, p. 515.)

Jaboulay. — Le traitement du rein mobile.

Laquerrière. — De l'électrisation dans le rein mobile et douloureux. (*Bull. off. de la Soc. Franç. d'électrothérap. et de radiol. méd.*, 1904, XI, p. 238.)

Le Dentu. — Rein mobile. (*Annales des mal. des org. gén.-urin.*, 1901, p. 17.)

Legueu. — Des fistules rénales consécutives à la néphropexie. (*An. des mal. des org. gén.-urin.*, 1905, t. I, p. 561. VIIe *Sem. de l.ass. franç. d'urol.*, Paris, 1903, p. 696.)

Appendicectomie lombaire. (*Presse Méd.*, 27 mai 1908, n° 43, p. 313.)

Lucas-Championniere. — Rein mobile. (Acad. de Méd., 1907, t. LVII et LVIII.) Sciences, II juin et 14 déc. 1907, p. 742 à 756.)

Rein mobile et néphropexie. Résultats éloignés. (*Jour. de méd. et chir. prat.*, 1903, p. 807, art. 20.060).

Luzoir. — De la néphropexie (Thèse de Paris, 1913,)

Lenormant. — Sur la valeur et les indications de la néphropexie. (*Press. Méd.*, samedi 9 mai 1911.)

Marion. — Traité d'urologie.

Marini. — Etude critique des différents procédés proposés pour la néphropexie. Description d'une technique nouvelle. (Thèse de Tonlouse, 1906.)

Morris. — Different conditions in movable Kidney and their Treatment. (*Med. News* , t. LXXXVII, 1905, p. 573.)

Narath. — Zur Operation der Wanderniere. (*Zentralblatt f. Chir.*, 1912, n° 48.)

Riedel. — Uber die verschoben an falschemOrte durch Verwachsungen fest gelegte rechte Niere. (*D. Med. Woden uh.*, 1907, 41 à 42.)

Ross. — Dislocation of the Kidney. (1897, t. II, p. 965.)

Ruggi, de Bologne. — Pathogénie et traitement de la neurasthénie en cas de néphroptose. (*Ann. des mal. des org. génit. urin.*, 1904, p.

Vogel. — Für Operation der wanderniere. (*Zentralblatt f. Chir.*, 1912, n° 41.)

CLINIQUE MÉDICALE

Sur les cures thermales
Traitement hydro-minéral des maladies de la nutrition

M. le Professeur CHAUFFARD, Médecin de l'Hôpital St-Antoine.

Les cures thermales constituent un important chapitre de thérapeutique, dont aucun médecin ne saurait se désintéresser. Ce chapitre est actuellement en pleine rénovation, du fait de notions modernes, grâce auxquelles les médications hydro-thermales tendent à entrer dans une voie essentiellement scientifique.

Le début clinique de la médecine thermale, en France, remonte à l'époque gallo-romaine. Nos sources connurent à ce moment une première période de floraison. Puis, vint une longue phase d'obscurité, d'où l'on ne sortit qu'au XVIIe siècle, par quelques cures célèbres. Louis XIII, qui était marié à Anne d'Autriche depuis plusieurs années et n'avait pas d'enfant, se rendit à Forges-les-Eaux. Le résultat de cette villégiature du couple royal fut la naissance de Louis XIV. On accourut alors à Forges-les-Eaux ! Vous connaissez tous la cure de Madame de Sévigné à Vichy. Le traitement de Vichy était à cette époque très dur, intensif. Je vous citerai enfin la cure non moins célèbre de Madame de Montespan, à Bourbon-l'Archambault. Sous de tels patronages, les médications thermales entrèrent vite dans la mode et eurent une grande vogue.

Ce n'est guère qu'au siècle dernier, toutefois, qu'a commencé, pour les traitements thermaux, la phase des observations scientifiques qui se poursuit de nos jours. A cette étude hydrominérale, il y a malheureusement des obstacles, des difficultés. La médecine thermale est encore très traditionnaliste, empruntée souvent à l'observation séculaire, à la vieille tradition, plus qu'à la documentation scientifique. Elle commence seulement à venir aux conceptions modernes, mais elle y arrive résolument.

Tout médecin doit être allé aux principales stations thermales. Il doit les avoir vues et se rendre ensuite compte des effets de la cure sur les malades, en examinant ceux-ci avant et après le traitement thermal.

Que faisons-nous quand nous envoyons un malade à une station hydro-minérale ? Nous mettons en œuvre une thérapeutique complexe. Nous soustrayons, d'abord, le sujet à son existence habituelle, à son surmenage, par travail ou plaisir. L'organisme du malade subit ainsi une détente. Par malheur, les cures thermales ont deux opposants, qu'il faut connaître, l'hôtel et le casino. L'hôtel, où l'on mange trop, est en voie timide d'évolution. On commence à obtenir des tables de régime, mais il y a beaucoup de progrès à faire dans cet ordre d'idées encore. Le casino, où l'on veille tard, entrave le repos. Les Anglais ont, pour les stations thermales, un mot expressif, celui d'*health resorts*, endroits où l'on va chercher la santé — et non le plaisir.

Cela dit sur le milieu thermal, quels moyens thérapeutiques emploie-t-on dans les établissements hydro-minéraux ? Des moyens externes et des moyens internes, habituellement les deux associés. Les moyens externes comprennent une action thermique (l'eau est généralement chaude), une action de percussion (douche), des massages, une action sur les muqueuses (inhalations, etc.). Il est des bains spéciaux : les bains radio-actifs, les bains carbo-gazeux de Royat, générateurs de bulles gazeuses qui s'attachent aux téguments et provoquent des réactions utiles sur la tension artérielle.

Les stations thermales, enfin, ont une tendance à utiliser les agents annexes de traitement, physiothérapiques, mécano-thérapiques, électriques (diathermie), applications de boues (agissant par la chaleur et la radio-activité). On cherche, de plus en plus, à rendre complexes les traitements hydro-minéraux.

A ces techniques externes, s'ajoute l'eau en boisson. Il y a là des points obcurs. Nous voyons clairement, certes, certaines actions organiques et tissulaires. En revanche, nous sommes parfois embarrassés pour expliquer les propriétés différentes de deux sources voisines et de composition chimique à peu près semblable. A Vichy, La Grande Grille et l'Hôpital sont, chimiquement, presque pareilles. Et cependant, au point de vue physio-pathologique et thérapeutique, elles offrent de grosses oppositions. La source de l'Hôpital abaisse la cholestérinémie et ne modifie pas la tension. La Grande Grille, au contraire, modifie la viscosité sanguine, augmente la tension, sans intervenir sur la cholestérinémie. Il en résulte que la Grande Grille est plus forte et plus dure que la source de l'Hôpital ou que Chomel, et qu'un cholélithiasique qui passe de l'Hôpital à la Grande Grille pourra avoir une crise — qu'il convient d'éviter.

Un nouvel élément intervient, vous disais-je : la radio-activité. Des recherches poursuivies sur ce sujet, à Luchon et à Plombières, ont abouti à des conclusions curieuses. Moins l'eau est minéralisée, plus elle vient de régions profondes, et plus elle a de chances d'être radio-active. A

Luchon, il y a des sources sulfureuses fortes et des sulfureuses faibles, ces dernières d'une radio-activité notablement plus développée. Il semble qu'il y ait une sorte de balancement entre la richesse chimique de l'eau et sa radio-activité. Ceci pourrait expliquer l'action de certaines sources de composition indéterminée.

Pour contrôler les effets d'une cure thermale, on s'est longtemps contenté de constater le résultat global. On essaye, maintenant, de faire mieux, de dissocier les résultats. Les analyses d'urines sont assurément un bon moyen d'appréciation, mais il convient aujourd'hui de remonter de l'étape urinaire à l'étape sanguine. De plus, nous attachons une grosse importance à la tension artérielle. Lorsque, jadis, on ne se guidait pas sur cet élément, on a pu observer, au cours des cures hydro-minérales, de véritables désastres, des hémorrhagies cérébrales, par exemple. Il en fut ainsi à la source des Célestins où des cures exagérées, intempestives, provoquèrent des accidents, des poussées d'hypertension. De même, à Contrexéville, lorsqu'on avait recours à la cure de lavage intensive, par litres. La recherche de la tension fait éviter tous ces troubles. D'ailleurs, la source des Célestins ne sert plus au traitement thermal et est devenue une eau d'exportation. On n'emploie plus, d'autre part, les grandes cures de lavage. Là où on comptait par litre, on compte par 100 grammes et l'on obtient la même polyurie avec ces petites doses. L'essentiel, en effet, dans ce traitement, est de faire évacuer plus d'eau que le malade n'en ingère. Nous devons également apprécier l'action de la cure thermale sur l'état général, avec la balance particulièrement.

Quels sont les états humoraux que nous enverrons aux stations thermales. Je dis états humoraux et non maladies. Le premier de ces états est l'état diabétique, comportant de l'hyperglycémie et de la glycosurie. Vichy est la station traditionnelle du diabète. Elle convient aux diabétiques non consomptifs, à ceux qui font seulement du sucre aux dépens des aliments, aux glycosuriques alimentaires. Tel de ces malades, arrivé à Vichy avec 50 gr. de sucre, en repartira avec 2 gr., 1 gr., 0 gr. même. La médication thermale a agi, probablement, d'une façon complexe : sur le pouvoir de la cellule hépatique, pouvoir d'emmagasinement ; sur le pancréas ; sur les tissus enfin, attirant vers la voie rénale le sucre des tissus. J'ajoute que ces recherches classiques auraient intérêt à être reprises en se plaçant sur le terrain de la glycémie.

Les bénéfices de la cure alcaline ne sont, il est vrai, que temporaires et durent un temps assez bref, 2, 3 ou 4 mois en général. Ce n'en est pas moins une rémission heureuse et un avantage sérieux pour le malade.

Pour ce qui concerne le diabétique autophagique, chez qui la réduction alimentaire ne modifie pas la glycosurie, il ne bénéficie guère de Vichy, dont le traitement est trop dur pour lui. Dans le diabète consomptif *léger*, Pougues peut rendre au contraire des services. Dans cette forme également, chez le diabétique qui maigrit sans être encore un grand consomptif, La Bourboule est utile.

Le deuxième groupe d'états humoraux justiciables d'une cure thermale est l'hypercholestérinémie. Ici, nous possédons quelques données précises. Nous savons qu'à Vichy, et à Contrexeville également, la cholestérinémie est ramenée à son taux normal. De toutes les déviations humorales, celle de la cholestérine semble être la plus accessible aux traitements thermaux. On comprend ainsi l'action de Vichy sur la lithiase biliaire, Vichy réduisant le taux de la cholestérine, améliorant la fonction de la cellule hépatique et réduisant peut-être même la boue lithiasique.

Les hyperuricémiques et oxaluriques iront à d'autres stations. Bien que la Grande Grille agisse sur l'acide urique, ce n'est pas elle que l'on conseille. Il est une médication thermale classique de ces états, par les eaux de lavages, utilisant tantôt les sources peu minéralisées (Vittel, Evian), tantôt les sources plus minéralisées de Contrexéville, Martigny ou Capvern. On obtient ainsi le lavage des tissus. *A priori*, on croirait qu'après le traitement, l'acide urique doit avoir diminué dans le sang. Grigaut et Schneider ont vu, à Contrexéville, que c'était là une idée fausse. A la fin de la cure, on trouve autant sinon plus d'acide urique dans le sang, qu'avant, et le résultat paraît plutôt fâcheux. Mais, si l'on revoit le malade au bout de 2 ou 3 mois, on constate une forte réduction de l'uricémie. En réalité, la cure a mobilisé les réserves tissulaires d'acide urique et n'a pas eu le temps de les éliminer avant la fin du traitement. Leur élimination s'achève dans les semaines qui suivent.

Autre groupe de dystrophiques de la nutrition : les polysarciques, les obèses. Pour ceux-là surtout, le changement de milieu est nécessaire. Ils trouvent à Brides des tables de régime et une eau spoliatrice au point de vue intestinal. La réduction de l'alimentation, la cure laxative, les marches, constituent un ensemble combiné au but recherché.

Certains malades atteints de petits reliquats albuminuriques, d'albuminurie résiduelle, d'albuminuries du type orthostatique, seront adressés à Saint-Nectaire, ou à Evian. Saint-Nectaire donne des résultats précieux dans les petits reliquats albuminuriques et les albuminuries orthostatiques. Les reliquats néphritiques se trouvent bien aussi des cures de Vittel et Evian, appliquées avec ménagement.



D'autres malades relèvent de troubles de la nutrition. Je veux parler des hypertendus, qui arrivent à cet état par des infections anciennes (la syphilis) ou des troubles du métabolisme, anciens également. Les cures thermales sont, là encore, actives. Les bains carbo-gazeux font tomber la tension artérielle. L'effet, quoique non durable, n'en est pas moins avantageux, car il procure une détente momentanée aux vaisseaux surmenés. Evian et Vittel sont de même utiles, mais il faut y recourir avec toute la prudence convenable, sous peine d'accidents, d'éclatement des petites artérioles par hypertension, quand la cure est trop aqueuse.

Vous voyez combien est vaste le champ de la thérapeutique hydro-minérale. Il ne faut pas l'observer avec les idées traditionnalistes seulement, mais faire acte d'intervention médicale raisonnée. Dites-vous bien que ces eaux sont des médicaments spéciaux, qui offrent des substances dissoutes sous une forme ionique par excellence. Certaines sont hypertoniques, d'autres (Vichy, Uriage, Saint-Nectaire) sont isotoniques, d'autres (Vittel, Evian) sont hypotoniques.

Nous employons aujourd'hui, ces moyens avec beaucoup plus de prudence qu'autrefois. A l'époque de Mme de Sévigné, on prenait 12 verres et plus d'eau de Vichy. L'ancienne cure de lavage comportait l'ingestion de 2 et 3 litres d'eau. Elle était dangereuse chez les hypertendus. De plus en plus, on s'en tient aux petites doses. Donner 100 gr. d'eau d'Evian, 60 à 80 gr. d'eau de Vichy, paraît peu de chose. Et cependant, ces doses agissent. On doit se demander, alors, si elles n'interviennent pas plutôt par ce qu'elles sollicitent, comme agents catalyseurs, comme ferments. C'est dans cette voie, des ferments, de la radio-activité, que s'engagent les recherches. Elles dépassent de beaucoup l'analyse chimique.

Leçon faite à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et recueillie par le Dr P. Lacroix.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement symptomatique et étiologique de l'urticaire.

M. du Castel étudie le traitement de l'urticaire, dans ses formes aiguë et chronique. Contre le prurit de l'urticaire aigu, on ne recourra aux bains d'amidon que faute de mieux, et, en ce cas, on les donnera prolongés. Mieux valent les lotions à l'eau de guimauve, à l'eau vinaigrée, les attouchements à l'alcool camphré, à la glycérine phéniquée ; on utilisera des poudres contenant 1 /20e de camphre ou de menthol mélangés avec des poudres inertes. Le résultat en est médiocre.

Si la cause est externe (ortie, poils de chenille, piqûres d'insectes, topiques), le traitement sera prophylactique ; on se souviendra que cette forme prédispose à l'acheminement vers la forme chronique. Parmi les causes internes, figurent certains aliments. On cherchera, pour les interdire, ceux qui seront en cause. On pensera, en dehors des causes digestives, aux causes nerveuses, aux médicaments (quinine, semen-contra, morphine).

En certains cas, l'urticaire passe au second plan ; ce sont les phénomènes de shock qui prédominent. On procèdera à l'injection d'adrénaline à raison de un demi à deux cmc. par jour de la solution au 1.000e. L'œdème de la glotte, par urticaire laryngée, pourra nécessiter la trachéotomie.

L'urticaire chronique est justiciable d'un traitement externe au moyen de corps gras (sapolan, huile de foie de morue) ou de colles, selon la formule de Darier :

	(Hiver)	(Eté)
Gélatine	15 gr.	30 gr.
Oxyde de zinc.....	15 gr.	10 gr.
Glycérine	25 gr.	30 gr.
Eau	45 gr.	30 gr.

« On liquéfie la masse au bain-marie ; on l'applique au pinceau, puis, pendant que l'enduit est encore visqueux, on en tamponne la surface avec de l'ouate hydrophile qui y adhère et lui donne l'aspect d'un molleton. On enlève après plusieurs jours par arrachement ou à l'eau chaude ».

En outre, on cherchera à dépister l'étiologie de la crise urticarienne (froid, fatigue, traumatisme, émotions déprimantes...).

On tiendra compte du terrain. Si des manifestations hémoclasiques sont reconnues, on pourra utiliser la méthode de Pasteur Vallery-Radot et Pagniez : un cachet de 0,50 de peptone une heure avant les repas, ou encore l'auto-hémothérapie : injection dans les muscles fessiers de 5 à 20 cmc. de sang du malade lui-même. Répéter l'injection tous les deux jours, puis espacer de plus en plus jusqu'à effet. L'hyposulfite de soude (5 à 10 gr. par jour, *per os*, ou en injection intra-veineuse) a parfois fait merveille. On procèdera par tâtonnements pour trouver le remède optimum.

Si l'on soupçonne la sympathicotonie ou la vagotonie, on ordonnera l'adrénaline comme excitant du sympathique et la belladone comme inhibiteur du vague.

On s'efforcera de remonter à la cause même de l'hémoclasie, qui tiendra parfois à des troubles hépatiques, parfois à de l'hyperthyroïdie, et on obéira aux indications thérapeutiques qui en découlent.

Enfin, l'urticaire peut alterner avec la goutte : le traitement est celui de la diathèse.

« On voit qu'une analyse minutieuse est né« cessaire pour comprendre la signification même « d'une crise accidentelle ; cette analyse permet « seule le traitement général sans lequel le trai» tement local compte bien peu : l'urticaire est une « manifestation cutanée de diagnostic évident, « le traitement étiologique nécessite des connais« sances variées de médecine générale ». (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 mars 1923.)

Pommes de terre et hyperchlorhydrie.

M. Pron avait depuis longtemps reconnu que les purées de légumes secs qui sont volontiers recommandées aux hyperchlorhydriques et aux atones gastriques, ne peuvent qu'augmenter leur état de paresse et d'impuissance et il avait renoncé à les introduire dans le régime de ses malades. Mais il demeurait fidèle à la purée de pommes de terre.

Or, à la suite d'observations cliniques et d'expériences *in vivo*, il y renonce pareillement, en raison de l'excitation sécrétoire marquée que ce légume exerce sur la muqueuse. La purée de pommes de terre sera donc éliminée du régime des hyperchlorhydriques et surtout des atones et des dilatés. (*Journ. des Prat.*, 7 avril 1923.)

Auto et hétéro-sérothérapie. Auto et hétéro-hémothérapie.

Ces méthodes nouvelles tendent à entrer de plus en plus dans la pratique. Cependant, si leur principe commence à être bien connu, leur technique a besoin d'être bien précisée. C'est ce que fait M. G. Lyon.

Pour obtenir le sérum nécessaire à la sérothérapie, on recueille par ponction veineuse le sang du donneur ; on le répartit dans des tubes à raison de 15 à 20 cmc. par tube ; ceux-ci sont disposés dans une position inclinée à la température de la chambre jusqu'à ce que le caillot soit formé. Le sérum qui surnage est alors aspiré et distribué dans des flacons stérilisés ou des ampoules, qu'on tyndalise. S'il s'agit d'autosérothérapie, c'est au malade, lui-même, en état de crise, que le sang est emprunté, pour être mis à coaguler dans un tube placé dans un endroit frais (à la glacière, disent certains auteurs). Le sérum est ensuite injecté par la voie sous-cutanée, à raison de 3 à 5 dixièmes de cmc. pour commencer. Le lendemain on monte à un demi-cmc., un cmc. ; les jours suivants, à un, deux cmc., en espaçant les injections. L'injection peut être introduite par la voie endoveineuse ; mais le choc qu'elle détermine peut être tellement violent que, pratiquement, c'est un procédé qu'il vaut mieux ne pas employer.

L'hémothérapie est plus facile à utiliser. Le sang recueilli par ponction veineuse est mélangé à une solution citratée ou novarsénobenzolée, pour en éviter la coagulation, et il est immédiatement réinjecté soit sous la peau de la cuisse, soit dans les muscles fessiers, à raison de 10 à 20 cmc.

L'hétéro-hémothérapie se pratique de la même manière, à la condition de vérifier l'intégrité du donneur, notamment en ce qui concerne la syphilis et la tuberculose.

Il semble bien que le mécanisme d'action de ces méthodes soit une variété de protéinothérapie ; c'est, en somme, un choc plus ou moins intense qu'on cherche à provoquer. Les affections qui en sont justiciables sont l'anaphylaxie en général (désensibilisation d'un malade), les maladies hémorragipares, les maladies infectieuses, les dermatoses.

« Toutefois, les résultats sont inconstants, sans qu'on puisse prévoir ou expliquer la diversité des résultats dans des cas comparables. L'injection à titre prophylactique, utilisée jusqu'ici dans la rougeole seulement, mérite également de retenir l'attention, malgré les insuccès qui ont été signalés ». (*Bull. méd.*, 14 avril 1923.)

Les urémies curables.

A côté des urémies incurables, conditionnées par des insuffisances rénales dépendant ellesmêmes de lésions étendues, inaccessibles à l'action thérapeutique, il en est d'autres, dit M. Chevassu, « qui sont, au contraire provoquées par des lésions en face desquelles notre impuissance n'est pas complète ; il en est même en face desquelles nous sommes relativement tout puissants ».

Sur cette entrée en matière, l'auteur rappelle que l'insuffisance rénale, productrice d'urémie, n'est diagnosticable que par la recherche et la mesure de l'azotémie. Il élimine de son étude les azotémies médicales (néphrites aiguës, azotémie asystolique, azotémie œdémateuse) et ne retient que les azotémiques secs. La gravité des lésions rénales, susceptibles de provoquer l'insuffisance de la dépuration urinaire, dépend de leur nature, de leur intensité, de leur étendue. « La généralisation des lésions incurables de sclérose, voilà ce qui fait l'incurabilité du mal de Bright ». De même, la sclérose qui succède à certaines inflammations chroniques, telles que la tuberculose, lorsqu'elle frappe les deux reins.

Par contre, les lésions des épithéliums excré-

teurs du rein sont en principe des lésions curables, ainsi qu'il en rapporte des exemples. « La condition de la curabilité, c'est que l'altération ne soit pas trop intense d'emblée, et qu'on puisse rapidement en supprimer la cause ». Telles sont les urémies qu'on observe dans le cas de tuberculose unilatérale du rein, avec néphrite toxique de l'autre côté. En supprimant le rein tuberculeux, on guérit l'urémie.

Les urémies calculeuses représentent une autre variété provenant de l'altération et de la destruction du parenchyme par les calculs ; elles diffèrent de l'anurie calculeuse par obturation de l'uretère des deux côtés, ou par une poussée de néphrite sur le rein opposé à celui que bloque le calcul, occasionnant ainsi une rétention septique.

Une autre catégorie d'urémies curables est représentée par celles que causent les lésions des voies d'excrétion : compression des uretères, par cancer, par kystes, par fibromes, par grossesse dans un utérus rétrofléchi... Cette compression peut être lente et l'urémie ne se manifestera que par des symptômes insidieux ; l'urémie est latente et doit être décelée par la recherche de l'azotémie. L'obstacle peut être représenté par une hypertrophie de la prostate, provocatrice d'azotémie par rétention chronique.

Le diagnostic des urémies curables doit être fait en se basant sur l'étude de la miction, sur l'examen des urines à l'œil nu ; sur le toucher vaginal et rectal, qui doit se compléter par le palper bi-manuel. L'examen de la pression artérielle permet de considérer comme curable un urémique qui n'est pas hypertendu. La radiographie décèlera certains calculs qui, immobilisés, ne se révèlent par aucun signe clinique. Enfin, la cystoscopie et le cathétérisme des uretères apporteront leur complément d'information.

Le traitement consiste d'abord à éviter les intoxications alimentaires, médicamenteuses et les auto-intoxications. Donc, diète hydrique pendant quelques jours ; diurétiques (théobromine, lactose, sérum glucosé) ; purgations à l'huile de ricin.

Le malade ainsi préparé, on procèdera d'abord à l'intervention minima nécessaire pour faire disparaître les accidents d'urémie : drainage d'une rétention rénale, d'une vessie au-dessus d'une grosse prostate, mobilisation d'un calcul. Plus tard, l'urémie étant passée, on agira sur la cause elle-même (néphrectomie d'un rein tuberculeux, ablation des calculs, prostatectomie).

L'auteur conseille de recourir quand on le peut à l'anesthésie locale. Si l'anesthésie générale est indiquée, il recommande le protoxyde d'azote ou, pour une courte opération, le chlorure d'éthyle à petite dose (3 cmc. au maximum pour un adulte). (*Presse médicale*, 11 avril 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

La mortalité par maladies microbiennes avant et après Pasteur.

(M. A. Calmette. — *Académie de médecine*, 29-5-1923.)

M. Calmette présente un tableau comparatif de la mortalité par maladies microbiennes, en France, avant et après la mise en œuvre des méthodes pastoriennes.

Considérant d'abord le grand groupe des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphtérie, rougeole, scarlatine, coqueluche), on voit que le chiffre des décès pour 10.000 habitants, est passé de 22.456 en 1890, à 7.432 en 1910, soit un abaissement du pourcentage de plus des deux tiers.

La mortalité infantile a subi une décroissance moins grande, quoique appréciable, allant de 167 décès pour 1.000 à 126. Il est possible, d'ailleurs, d'obtenir beaucoup mieux. Dans divers pays étrangers, en Suisse, en Suède, en Norvège, au Danemark, l'application des principes pastoriens a amené une réduction notablement plus considérable de la mortalité des enfants du premier âge.

Les ravages de la tuberculose, par contre, sont encore voisins de ce qu'ils étaient il y a trente ans, bien que l'on commence à enregistrer une atténuation du mal. Pour le cancer, il semble en augmentation, plus apparente peut-être que réelle. Le diagnostiquant mieux, il apparaît plus répandu.

Traitement des adénites tuberculeuses par les rayons X et ultra-violets.

(MM. Saidman et Robine. — *Soc. méd. des hôp.*, 13-4-1923.)

Les rayons X sont employés depuis quelque temps dans le traitement des adénites tuberculeuses et, plus récemment, on a proposé dans le même but l'usage des rayons ultra-violets et infra-rouges.

MM. Saidman et Robine ont pensé que l'association de ces deux moyens pourrait procurer des résultats meilleurs encore. Chez un certain nombre de malades, ils ont obtenu ainsi des améliorations importantes des adénopathies.

Dans cette association, la radiothérapie intervient par son action locale, longue d'ailleurs à se manifester, puisqu'elle ne produit des modifications cellulaires qu'au bout de plusieurs semaines. Les rayons ultra-violets ont, d'autre part, des propriétés toniques générales, se traduisant par une multiplication des globules rouges, une amélioration de l'état général et une augmentation de poids. En raison de leur

faible pénétration, ils n'interviennent localement que d'une façon restreinte.

Le syndrome de froin (xantochromie et coagulation massive du céphalo-rachidien.)

(MM. ARDIN-DELTEIL, LÉVI-VALENSI et DERRIEN, d'Alger.— *Société médicale des hôpitaux*, 27-4-1923.)

Depuis que Froin a individualisé le syndrome de xantochromie avec coagulation massive et hémato-leucocytose du liquide céphalo-rachidien, les observations qui s'y rapportent sont devenues assez nombreuses.

MM. Ardin-Deltheil, Lévi-Valensi et Derrien ajoutent un nouveau cas de ce syndrome concernant une méningo-radiculite syphilitique.

La pathogénie de cet état semble se réclamer surtout de cloisonnements des espaces arachnoïdiens, de poches méningées isolées dans leur circulation par une compression ou une symphyse méningo-médullaire (Sicard, Mestrezat et Roger). Cependant, il n'en est pas toujours ainsi et l'on a noté assez souvent l'absence de tout isolement du cul-de-sac dure-mérien.

Le traitement de la paralysie générale par les arsenicaux.

(M. René TARGOWLA. — *Société médicale des hôpitaux*, 27-4-1923.)

M. Toulouse présente, au nom de M. Targowla, une note sur le traitement de la paralysie générale par les arsenicaux. L'auteur relate trois observations de paralysie générale traitée par la méthode de Sicard (injections hypodermiques arsenicales fréquemment répétées et longtemps prolongées). Les effets ont été : une fois une amélioration, et les deux autres fois, une action légère ou nulle.

— M. SICARD a eu l'occasion, depuis six à sept ans, de soumettre un assez grand nombre de paralytiques généraux au traitement arsenical intensif par le procédé des petites doses répétées. Les résultats furent dans la majorité des cas satisfaisants, et plusieurs de ces malades ont pu reprendre la vie familiale, sinon professionnelle, restant toujours diminués néanmoins physiquement et intellectuellement. En général, la réaction rachidienne de Bordet-Wassermann reste irréductible, même après traitement intensif. Le cerveau, par contre, interrogé après une petite trépanation, avant et après traitement, s'est montré mieux influencé. Les spirochètes, décelables avant la cure, ne se retrouvaient plus après celle-ci. Il y a dans ces recherches une indication biologique intéressante.

— M. Marcel PINARD a observé également un arrêt dans l'évolution de la paralysie générale avec des traitements arsenicaux intensifs, prolongés et coupés de courtes périodes de repos.

A propos de la vision par la peau.

(M. Raphaël DUBOIS. — *Société de Biologie*, 5-5-1923.)

Il y a plus de trente ans déjà, à la suite d'expériences sur la *Pholade dactyle*, curieux mollusque qui peut écrire (à sa manière) ce qu'il voit... sans yeux, M. Raphaël Dubois a signalé la vision par la peau, à laquelle il donna les noms de dermatoptisme, vision dermatoptique, sensations photodermatiques, etc... L'auteur chercha, à cette époque, s'il ne retrouverait pas de phénomènes analogues chez l'homme. N'ayant rien décelé chez des sujets sains, il s'adressa à la Salpêtrière, où il put faire quelques expériences chez une névropathe. Celle-ci, les yeux bandés, chaque fois que l'on envoyait sur son bras un faisceau lumineux, en accusait la réception. En réalité, le sujet se guidait sur le bruit fait par l'appareil à chaque projection, et il continuait à répondre alors même que l'on interposait un écran entre la peau et la lumière. Il trompait consciemment ou inconsciemment.

En pareille occurrence — et cette remarque doit s'appliquer à la vision extra-rétinienne que l'on cherche à rénover maintenant — il faut toujours prendre garde à la supercherie, avant de conclure.

L'épreuve de l'adrénaline chez les sujets normaux.

(MM. Marcel LABBÉ, NEPVEUX et LAMBRU. — *Société de Biologie*, 5-5-1923.)

En 1918, Gœtsch a proposé, pour mettre en lumière les états d'hyperthyroïdie, une épreuve consistant dans l'injection sous la peau de 1/2 à 1 milligr. d'adrénaline. Les sujets sains ne présenteraient aucune modification appréciable, tandis que les hyperthyroïdiens offriraient une accélération du pouls, une augmentation de la tension artérielle, ainsi que l'apparition de nombreuses manifestations fonctionnelles telles que : tremblement, angoisse, palpitations, asthénie, et parfois une ascension thermique, de la pâleur de la face et des sueurs. D'après Lueders, l'épreuve offrirait une plus grande valeur, si on y ajoutait la recherche de la glycosurie et de la glycémie. On sait que l'injection d'adrénaline à dose suffisante provoque de l'hyperglycémie et de la glycosurie.

Cette épreuve a été utilisée par un certain nombre d'auteurs qui ont conclu en général dans le même sens (Claude, René Porak, S. Bloch). M. Labbé, cherchant à vérifier les données de cette épreuve chez le sujet normal, a constaté (chez 10 sujets sains) qu'il ne se produisait effectivement aucune modification bien notable. Il se propose de poursuivre cette étude chez les hyperthyroïdiens.

La lipolyse pulmonaire.

(MM. H. ROGER, Léon BINET et J. VERNE. —*Société de Biologie*, 5-5-1923.)

Les travaux du professeur Roger ont établi l'existence de propriétés lytiques du tissu pulmonaire vis-à-vis des matières grasses. Cherchant à définir le mécanisme histologique de ce processus, de cette lipodiérèse, MM. Roger, Binet et Verne ont vu qu'il s'agissait de ferments attirés du parenchyme pulmonaire vers la graisse contenue dans les vaisseaux. Ces ferments ne sont capables d'intervenir que si

l'aération est suffisante. La graisse est attaquée et détruite dans l'intérieur du système circulatoire. C'est la première fois, semble-t-il, qu'on a pu observer une digestion intra-vasculaire.

L'hypercalcémie du rhumatisme chronique.

(MM. Mathieu-Pierre Weil et Guillaumin. — *Société de Biologie*, 24-3-1923.)

Chez les malades atteints de rhumatisme chronique, caractérisé par des raideurs et des ankyloses avec ou sans déformations (maladie de Charcot, rhumatisme ankylosant non déformant, rhumatisme thyro-ovarien, rhumatisme chronique syphilitique), il est commun d'observer une élévation du taux du calcium dans le sérum sanguin. Cette anomalie souligne le trouble du métabolisme de la chaux, révélé d'autre part par l'examen radiographique. MM. Mathieu-Pierre Weil et Guillaumin ont trouvé cette hypercalcémie fréquente dans les formes avancées de la maladie, mais souvent absente dans les formes légères. Elle manquerait même quelquefois dans des cas où la radiographie indique des altérations osseuses importantes.

Les antagonismes microbiens : bacille de Lœffler et pneumobacille ; bacille de Lœffler et staphylocoque.

(MM. Papacostas et Gaté. — *Société biologique de Lyon*, 19-3-1923.)

Dans un travail antérieur, MM. Gaté et Papacostas ont montré que le pneumobacille empêche le bacille de Löffler de sécréter ses toxines. La question inverse se posait : le bacille de Löffler non virulent peut-il atténuer le pneumobacille virulent ?

D'une série d'expériences, les auteurs concluent que l'antagonisme entre le bacille diphtérique et le pneumobacille est unilatéral. Le pneumobacille de Friedlander atténue le bacille de Löffler, mais la réciproque ne se retrouve pas.

MM. Gaté et Papacostas ont examiné également les relations antagonistes possibles du bacille diphtérique et du staphylocoque. On sait que, selon certains auteurs, l'apparition du staphylocoque chez les porteurs de germes diphtériques est un signe de disparition prochaine de ces derniers. Pour d'autres, au contraire, l'association bacille de Löffler-staphylocoque implique un pronostic grave.

Cherchant à départager ces opinions opposées, MM. Gaté et Papacostas sont arrivés à cette conclusion expérimentale que le staphylocoque, soit par lui-même, soit par ses produits de sécrétion, ne paraît pas avoir d'action sur la virulence du bacille diphtérique.

Radiothérapie et cancer.

(MM. Villandre et Rabeau. — *Société des chirurgiens de Paris*, 18-5-1923.)

MM. Villandre et Rabeau présentent une malade atteinte de cancroïde de la face qui, à la suite de cinq séances de radiothérapie, vit se développer au siège de son néoplasme une ulcération qu'il fallut opérer à deux reprises. La réparation fut obtenue par autoplastie à deux lambeaux, frontal pour la réfection de la peau du nez, et jugal pour la réfection de la muqueuse nasale. Il s'agissait d'une radiodermite ulcéreuse sur laquelle s'étaient développées des lésions épithéliomateuses.

Les auteurs estiment qu'une intervention chirurgicale eût été préférable aux rayons, dès le début.

— M. Peugniez remarque que l'opportunité de l'emploi des rayons est question de sagesse et d'expérience.

Chondro-sarcome d'une phalangette.

(M. Dartigues. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 18-5-1923.)

M. Dartigues a enlevé une tumeur intéressante par sa rareté : un chondro-sarcome de la face antérieure de la phalangette de l'annulaire droit. P. L.

Les Livres

Maloine et fils, éditeurs
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr H. et J. Bon. — **Encéphalite hyperthermique guérie à Lourdes le 8 septembre 1922.** (1 brochure, in-8° de 44 pages avec 2 planches en photogravure et une courbe de température, 1922. Prix : 3 francs).

Nous nous trouvons en présence de la guérison subjective *instantanée*, et *objective*, en moins d'une heure de temps, d'une lésion organique du système nerveux central en évolution progressive depuis 17 mois.

Durant cette longue période, les auteurs ont suivi cette malade à leur clinique ; l'un d'eux l'a vue guérir sous ses yeux. Ils nous livrent l'observation complète avec tous les éléments de discussion (courbes de température, de poids, examen de laboratoire, etc.). C'est une contribution importante à l'étude des encéphalopathies tuberculeuses ou épidémiques et de la difficulté de leur diagnostic, sinon lésionnel, du moins différentiel. Les caractères particuliers de la guérison lui donnent un grand intérêt, à la fois scientifique et philosophique.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Pourquoi et comment déterminer l'hypotension chez les hypertendus.

L'hypertendu présente un équilibre circulatoire qui n'est stable qu'à la condition que l'élimination rénale soit satisfaisante, et que les autres viscères fonctionnent à peu près normalement. C'est grâce à cet équilibre que certains ne ressentent aucun malaise et paraissent en parfaite santé jusqu'à ce qu'une épistaxis ou une attaque de glaucome, ou même une hémorrhagie cérébrale viennent faire découvrir l'état de leur circulation.

On sait en effet que, dans certains cas, la tension élevée peut rester à peu près immuable en toutes circonstances, mais, le plus souvent à la suite d'un surmenage physique ou intellectuel, ou au moment des règles chez les femmes, on voit se produire des paroxysmes hypertensifs pendant lesquels apparaissent des accidents multiples et variés suivant l'état de résistivité des divers organes du malade.

Ce sont, en dehors des hémorrhagies cérébrales, méningées, rétiniennes, des troubles fonctionnels *sine materia* ; des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, du glaucome, des attaques d'amaurose, de la céphalalgie, de l'insomnie, certaines bizarreries mentales et un état d'asthénie ou de fatigue extrême qui sont d'autant plus accusés que la tension s'élève davantage.

Du côté de la circulation périphérique, la musculeuse artérielle, hypertrophiée pour résister à l'hypertension, devient sujette aux spasmes, d'où les crampes, la cryesthésie, le doigt mort, les engourdissements nocturnes des mains, la claudication intermittente que l'hypertension exagère et qui cède plus ou moins complètement avec elle.

Si l'aorte à sa base est quelque peu enflammée et surtout si les plexus intra et péri-aortiques sont intéressés par cette inflammation, chaque augmentation même légère de la tension déterminera des crises angineuses plus ou moins douloureuses et frustes. Le cœur lui-même peut devenir brusquement inférieur à sa tâche, se dilater et déterminer de l'œdème du poumon, de la dyspnée ou de l'asystolie.

Du côté du rein, l'hypertension peut provoquer par ses paroxysmes de véritables crises d'anurie.

Il est donc indispensable, en présence des malaises et des accidents multiples qui menacent l'hypertendu, d'abaisser sa tension, qui seule les provoque.

Une stricte hygiène alimentaire et la modification du genre de vie de l'individu ne seront pas suffisantes pour obtenir un résultat durable et il faudra en même temps instituer une médication active.

La tension sanguine de l'hypertendu ne devra jamais être abaissée brusquement, sauf en cas de crise paroxystique et alors par la saignée ; c'est pour cette raison que les nitrites et les éthers nitrés ont été progressivement délaissés après une vogue de quelques années.

L'action lente et progressive devra, pour être durable, s'exercer à la fois sur le système nerveux central, sur les appareils vasculaires périphériques, sur le cœur et les appareils sécréteurs.

Le Gui est le seul médicament qui réalise ces diverses indications ; depuis son apparition dans la thérapeutique, à la suite des observations de Gaultier et des travaux de Leprince et de Chevalier, les résultats qu'on a toujours obtenus de son emploi comme hypotenseur ont montré qu'il n'était pas un simple *vaso-dilatateur* périphérique à action fugace, mais un véritable *modificateur* de l'appareil circulatoire.

Chevalier, puis Fubini et Antonini, ont montré qu'il agissait sur le système nerveux central en atténuant son excitabilité et sur les muscles à fibres lisses dont il diminue la tonicité. En outre, les tracés publiés par Lesieur établissent qu'il possède une action dépressive sur le sympathique et, par conséquent, sur la sécrétion de la surrénale qui est diminuée.

En même temps, il agit, par son inosite, comme tonique de la musculature cardiaque dont il prévient la déchéance et l'épuisement.

En outre, il est diurétique, augmente l'excrétion azotée et chlorurée et modifie en même temps le volume et la viscosité du sang, ainsi que l'ont constaté le Pr Pic et ses élèves.

Comme le disait dernièrement le Pr Richaud, dans sa leçon d'ouverture, la chimiothérapie ne nous donnera jamais synthétiquement de médicaments qui puissent réaliser des actions pharmacodynamiques aussi coordonnées et aussi physiologiques et longtemps encore il faudra leur préférer les synthèses et associations végétales naturelles.

Avec des préparations de Gui frais, soigneusement titrées comme la Guipsine, administrée à la dose de 6 à 8 pilules par jour, on déterminera rapidement non seulement la chute de la tension chez les hypertendus, mais aussi une modification durable de leur état circulatoire et de leur nutrition générale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Un décret est en préparation, qui doit inaugurer un régime nouveau des études médicales. Ce projet a été soumis à l'examen des Facultés de médecine.

Notre excellent confrère, M. le Pr Vanverts, de Lille, en fait une critique serrée et judicieuse qui mérite d'être signalée ici.

Il déplore d'abord, et avec combien de raison ! — que, pour l'élaboration de ce nouveau régime, le corps médical n'ait pas été consulté, et que l'Union des Syndicats, qui est la représentation légale de celui-ci, n'ait pas été appelée à donner son avis. Il déplore également que les étudiants, et leurs associations, soient restés en dehors de l'enfantement d'un régime qu'ils sont destinés à subir, et dont ils auraient quelque qualité pour discuter les avantages et les inconvénients.

Nous nous associons pleinement aux regrets exprimés par M. Vanverts.

Relativement au régime lui-même, l'auteur s'élève contre la trop large place laissée à l'enseignement théorique.

« Le professeur ne doit pas se contenter de « doubler » les livres. Il a un rôle plus utile à remplir que celui de discourir devant des auditeurs plus ou moins attentifs. Il doit constamment, au cours de son enseignement, entrer en relation directe avec l'élève, lui donner les explications qu'il réclame, le diriger dans la compréhension des pièces anatomiques ou pathologiques, exécuter devant lui les manœuvres expérimentales ou opératoires, puis, les lui faire répéter, etc. »

Il proteste contre la suppression des exercices de médecine opératoire, d'autant plus que le cours théorique de médecine opératoire, comportant la sanction d'un examen oral, est conservé, ce qui est pour le moins étrange et se comprend difficilement.

Ces exercices seraient remplacés par des gardes obligatoires dans les hôpitaux. C'est ce que nous avons toujours réclamé, et je rappelle ici les lances que Noir a rompues, à différentes reprises, en faveur de l'internat obligatoire, qui est encore la meilleure façon de faire des gardes hospitalières.

M. Vanverts apprécie hautement cette réforme. Mais il craint, non sans raison, que les administrations des hôpitaux ne s'y montrent défavorables et n'y opposent la force d'Inertie ; il redoute aussi que ces gardes n'aient qu'une valeur toute théorique, les petites interventions d'urgence devant vraisemblablement échapper aux stagiaires, pour rester l'apanage des internes et des externes.

Dans le domaine de l'obstétrique, il demande qu'un examen pratique avec manœuvres sur le mannequin précède obligatoirement l'examen clinique. Ce en quoi il se montre particulièrement avisé. Quand on a assisté comme moi à l'embarras du jeune médecin, appelé à faire pour la première fois une application de forceps dans sa clientèle, on regrette qu'il n'ait pas été plus rigoureusement familiarisé avec la manœuvre de cet instrument.

« Je terminerai cette étude critique, du reste incomplète, en demandant à nouveau que des *programmes précis et détaillés d'enseignement soient établis dans toutes les facultés et écoles*. Le futur praticien doit recevoir non pas une partie, mais la totalité de l'enseignement — et particulièrement de l'enseignement pratique — qui lui sera utile. La faculté ou l'école a le devoir de le pourvoir de toutes les connaissances dont il aura ultérieurement besoin. Il n'est pas admissible qu'en face d'un malade ou d'un blessé, le médecin soit obligé de recourir à une manœuvre dont il connaît l'indication et la technique, mais qu'il n'a jamais exécutée au cours de ses études. Il y a donc à établir des programmes détaillés pour qu'aucun oubli ne soit fait.

« Ces programmes dressés, les facultés et écoles les distribueront à leurs membres et les appliqueront suivant leurs convenances et leurs possibilités. Elles devront toutefois veiller — et ceci devrait être inscrit dans le réglement du nouveau régime — à ce que les divers enseignements ne chevauchent pas les uns sur les autres, à ce que telle matière ou tel exercice ne soit pas enseigné par plusieurs professeurs, alors qu'une autre matière ou un autre exercice important sera négligé par tous. La distribution des matières à enseigner doit être assurée par les assemblées de faculté ou d'écoles ; mais il ne suffit pas, comme cela se fait actuellement, que chaque professeur ou chargé de cours dresse à la fin de chaque année le programme de son enseignement pour l'année suivante, et qu'il le communique à ses collègues qui l'approuvent sans en avoir pris connaissance. Il faut que tout membre d'une faculté ou d'une école comprenne qu'il doit s'intéresser à ce que font ses collègues et qu'il n'hésite pas à formuler des critiques s'il les juge utiles au bien général.

« En assurant la cohésion des divers enseignements, les facultés et les écoles de médecine obtiendront un rendement bien supérieur à celui que donne le système actuel des « compartiments étanches (1) »

Toutes les observations de M. Vanverts sont parfaitement justifiées, et on conviendra qu'il est essentiellement qualifié, de par sa fonction de professeur, pour les formuler. Il en est une cependant sur laquelle il y aurait lieu d'insister, s'il est temps encore de chercher à éclairer les auteurs du projet de décret en question.

L'enseignement qui est destiné à faire des praticiens doit incontestablement être avant tout pratique. Et puisque ces praticiens doivent exercer leur art au profit des malades, et à l'occasion de leurs maladies, ne semble-t-il pas que, dans ce que j'oserai appeler leur apprentissage, ils soient le plus rapidement possible, et tout au long de leurs études, maintenus en contact aussi étroit que possible avec des malades ?

D'où il résulte nécessairement que l'hôpital devrait être le principal centre d'enseignement de la médecine. On ne peut que s'étonner, avec M. Vanverts, des cloisons, un peu trop étanches, qui existent entre la Faculté et les hôpitaux. Sans doute, les services de clinique, qui dépendent de la Faculté, se trouvent-ils dans les hôpitaux. Mais, ces services sont en très petit nombre, par rapport à l'importance de l'organisation hospitalière, au moins à Paris, et dans les très grandes villes. Et l'on sait par ailleurs que, si l'on y peut venir recueillir la parole du maître, ce n'est pas là qu'il est possible d'approcher les malades et de « mettre la main à la pâte. »

Et puis, ce n'est qu'un des petits côtés de la question. La clinique s'apprend, par définition, au *lit* (κλινος) du patient ; c'est donc dans les salles d'hôpital, et presque là seulement, qu'elle peut être enseignée.

Il faudrait voir plus grand. Et je ne saurais prendre de meilleur exemple que la clinique des maladies infantiles à la Faculté de Strasbourg, que dirige notre distingué confrère, le professeur Rohmer. Là sont réunis tous les services hospitaliers (médecine générale, maladies contagieuses, isolement...), une crèche ou pouponnière, les laboratoires, les amphithéâtres... Si bien que l'étudiant, sans quitter ce centre, se voit dispenser l'enseignement de la pédiâtrie dans des conditions éminemment favorables à une instruction aussi complète et aussi perfectionnée que possible.

Ce qui existe à Strasbourg, mériterait de se généraliser. Toutes les Facultés de médecine devraient posséder une pareille organisation. L'hôpital, avec toutes ses dépendances, serait sa propriété, et en ferait obligatoirement partie. Il en serait même le noyau essentiel.

Je crois d'ailleurs qu'une semblable organisation ou quelque chose d'approchant, avait été envisagée à Paris, et que, seules, les dépenses nécessaires en ont pu différer la réalisation. En tous cas, je suis assuré de n'être pas seul à considérer que c'est en ce sens et vers ce but que mériterait d'être aiguillée la réforme des études médicales.

D'autre part, cette réforme, qu'elle soit seulement ébauchée dans le projet actuel, ou qu'elle aboutisse plus tard à la fondation de l'hôpital, centre d'enseignement, — ne produira son maximum d'effet que le jour où les professeurs, comme le souhaite M. Vanverts, s'intéresseront aux étudiants, surveilleront et contrôleront systématiquement leurs travaux. Il ne suffit pas en effet de s'en tenir à la signature d'une feuille de présence ou à un appel au début d'une séance de travaux pratiques ; il ne suffit pas davantage de la perspective d'un examen et des aléas qu'il comporte, pour obtenir de l'étudiant une assiduité réellement féconde et un labeur véritablement instructif. Ce qui fait, je n'hésite pas à le proclamer, l'indiscutable valeur des études commencées dans les écoles préparatoires de province, c'est que les élèves y sont peu nombreux, que les professeurs et leurs collaborateurs les connaissent tous, qu'ils ont l'œil sur eux, qu'ils les suivent attentivement, et qu'ils les forcent ainsi à travailler.

Enfin, il y a un troisième point qui doit retenir notre attention. Si l'on apprend, au cours des études médicales, à examiner correctement un malade, à faire proprement un diagnostic, et à formuler un traitement opportun, — si l'on apprend, ou si l'on est présumé apprendre, ce qui n'est pas tout à fait la même chose, — il y a un enseignement qui reste encore trop négligé, encore que d'excellents esprits, au nombre desquels se range précisément M. Vanverts, s'efforcent de le dispenser, c'est ce que je nommerai le *métier*, désignant ainsi la façon dont le futur médecin mettra en pratique les connaissances qu'il aura acquises, et dont il règlera ses rapports avec ses malades, avec ses confrères, avec les collectivités de tout ordre, qu'il ne pourra méconnaître : toute cette branche si importante de l'exercice de la médecine, c'est la déontologie et la législation médico-sociale.

A une époque où l'on va clamant partout que : « Madame se meurt, Madame est morte » — Madame c'est ici la conscience et la probité professionnelles des médecins — ne serait-il pas indiqué d'apprendre à ceux-ci, pendant qu'ils sont encore sur les bancs de l'école, quels sont leurs droits ; quels, leurs devoirs ; quels, les pièges qui leur seront tendus ; quels, les risques qu'ils courent ?

Cet enseignement, il n'est pas fatalement nécessaire qu'il soit professé par des universitaires.

(1) *Progrès Médical*, 5 mai 1923.

Revenant sur une idée que j'ai exprimée précédemment après d'autres, et tenant compte des conditions dans lesquelles exercent les professeurs, conditions complètement différentes de celles de la pratique courante, à la ville et surtout à la campagne, tenant compte également de la méconnaissance relative où ils se trouvent de la législation médico-sociale, je suis d'accord avec un certain nombre de confrères bien renseignés pour souligner l'intérêt qu'il y aurait à confier cet enseignement à des praticiens éprouvés, et dont quelques-uns se sont précisément fait une spécialité des questions de jurisprudence et de législation.

De timides tentatives de ce genre ont été faites, à de rares reprises, par des maîtres qui ont eu la louable idée de céder leur chaire à quelque praticien connu en raison de la place qu'il tient dans la vie professionnelle, et qu'ils avaient convié à initier leurs élèves aux mille petits détails de métier que leur haute et exceptionnelle situation ne leur permet pas de connaître à fond. Si mes souvenirs ne me trompent pas, notre ami Levassort conférencia ainsi, il y a déjà longtemps, dans le service du professeur Gilbert.

Exemple trop rare, je le répète, mais qui gagnerait d'être suivi, et érigé à l'état de système. Ne croyez-vous pas que les deux ou trois confrères, qui sont en même temps docteurs en droit et font, à Paris, des questions médico-juridiques, l'objet de leurs plus habituelles occupations, ne sont infiniment plus compétents que tel universitaire de la Faculté de médecine ou de la Faculté de Droit, pour faire connaître aux futurs médecins les lois à l'application desquelles ils coopéreront, les obligations qui en découleront pour eux, les avantages qu'ils en pourront retirer, ainsi que les inconvénients qu'elles entraînent avec elles ?

Mais ce sont là assurément des questions qui resteront encore longtemps sans réponse — sans réponse satisfaisante tout au moins. Et il en sera sans doute ainsi tant que les Pouvoirs publics ne comprendront pas que les Syndicats médicaux doivent jouer auprès d'eux le rôle de conseillers techniques, et qu'ils auraient tout à gagner à les consulter toutes les fois qu'ils entendent toucher, par quelque côté, aux choses de la médecine.

Et il m'est agréable, en finissant sur ces mots, de m'associer au professeur Vanverts, pour déplorer de nouveau, avec lui, l'absence de représentants désignés par l'Union des Syndicats médicaux, dans la Commission qui a préparé le nouveau régime d'études dans les Facultés de médecine. Satisfaction d'ailleurs purement platonique, j'en conviens, et qui le restera, jusqu'au jour où le syndicalisme, suffisamment fort, saura revendiquer le droit qu'on lui conteste encore, mais qu'il tient de la loi, d'étudier et de défendre les intérêts de la profession qu'il représente.

G. DUCHESNE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Agrégation.** — Parmi les lauréats du récent concours d'agrégation, nous avons grand plaisir à relever les noms de MM. CADENAT (chirurgie) et LIAN (médecine). Le *Concours Médical,* dont ils veulent bien se dire les amis, se réjouit du titre qui vient de leur être attribué et qu'ils ont si bien mérité, et leur adresse ses amicales félicitations.

G. D.

— **Clinique médicale propédeutique.** — Cours de perfectionnement sur la tuberculose. — Tuberculose chirurgicale, par M. le professeur Aug. Broca, à l'hôpital de la Charité, à 3 h. 30, les 28 et 29 juin ; 2, 4, 5 et 6 juillet à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi matin, à 9 h. 1/2.

Tuberculose pulmonaire, par M. le professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Guinon, Babonneix, Bertier, Brissaud, Cottenot, Courcoux, H. Durand, Genevrier, Gimbert, Mme Gouin, MM. Guillon, d'Heucqueville, Hubert, Küss, Laurens, Lortat-Jacob, Louste, Pignot, Pruvost et Ribadeau-Dumas, du 13 juin au 12 juillet 1923.

Conférences à l'hôpital de la Charité (à 17 h. 1/2, à moins d'indication contraire). — Mercredi 13 juin, à 10 h. 30, M. Sergent : Exposé général sur l'évolution clinique de la tuberculose pulmonaire. A 17 h. 30, M. Pruvost : Bactériologie et expérimentation. — Jeudi 14 juin, M. Pruvost : Moyens de diagnostic de laboratoire. — Vendredi 15 juin, M. Ribadeau-Dumas : Exposé général d'anatomie pathologique. — Samedi 16 juin, M. Durand : Techniques de laboratoire. — Lundi 18 juin, à 14 h. 30, M. Sergent : Tuberculose pulmonaire de l'adulte. Eléments généraux de diagnostic. — Mardi 19 juin, M. Brissaud : Signes stéthoscopiques dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — Mercredi 20 juin, M. Laurens : Tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx. — Jeudi 21 juin, à 14 h. 30, M. Sergent : Les signes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — Vendredi 22 juin, M. Courcoux : La tuberculose pleurale. — Samedi 23 juin, M. Courcoux : La tuberculose des séreuses. — Lundi 25 juin, M. Ribadeau-Dumas : Tuberculose de la première enfance. — Mardi 26 juin, M. Guinon : Tuberculose de la deuxième enfance et de l'adolescence. — Mercredi 27 juin, M. Sergent : Les signes généraux. Les signes d'évolution. Les éléments du pronostic. — Jeudi 28 juin, M. Brissaud : Diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — Vendredi 29 juin, M. Courcoux : Le tube digestif des tuberculeux. — Samedi 30 juin : Visite au préventorium de Plessis-Robinson.

Lundi 2 juillet, M. Ribadeau-Dumas : Les signes radio-

logiques. — Mardi 3 juillet, Mme Gouin. L'infirmière visiteuse et l'œuvre sociale du dispensaire. — Mercredi 4 juillet, à 17 h., M. Küss : Le rôle du médecin dans un dispensaire. — Jeudi 5 juillet, M. Pruvost ; Les réactions humorales. La cuti- et l'intradermoréaction. — Vendredi 6 juillet, M. Gimbert : Principes généraux d'hygiène. — Samedi 7 juillet, à 17 h., M. Courcoux : Le pneumothorax tuberculeux ; à 18 h., M. Bertier : Le pneumothorax artificiel. — Lundi 9 juillet, M. Gimbert : Traitement médicamenteux. Traitement spécifique. — Mardi 10 juillet, M. Guillon : Le statut juridique des différents organismes de lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale. — Mercredi 11 juillet : Visite au sanatorium de Bligny. — Jeudi 12 juillet, à 9 h. 30, M. Bertier : Traitement des complications.

Deux conférences sur la mesure de la capacité respiratoire seront données, en outre, par M. d'Heucqueville, le vendredi 22 juin et le lundi 25 juin, à 14 h. 1/2, et une sur la technique radiologique, par M. Cottenot, le 7 juillet, à la même heure.

M. Evrot fera une conférence sur l'organisation départementale des dispensaires à une date qui sera fixée ultérieurement.

Exercices pratiques (l'après-midi). — Démonstrations cliniques et radiologiques. Examens de laboratoire Visite de dispensaires, de préventorium (Plessis-Robinson) et de sanatorium (Bligny).

Stage hospitalier (le matin). — Répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux, boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Les droits d'inscription, pour les deux cours joints, sont de 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. Un certificat sera délivré aux élèves du cours. Ouverture du cours, le mercredi 13 juin, à 9 h. 1/2, à la Charité.

— **Buste de Pasteur.** — Aux confrères qui désirent se procurer un buste de Pasteur, nous sommes heureux de faire savoir qu'il existe un buste en terre cuite (15 cm. de haut) à la faïencerie de Moret, dépôt, 65, faubourg Poissonnière, au prix de 12 francs.

— L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris a tenu récemment sa réunion trimestrielle d'administration, sous la présidence de M. le Dr P. Fumouze. Le président en exercice a exposé les résultats obtenus dans ces derniers mois. C'est ainsi que la si importante question des soins gratuits dans les hôpitaux a été heureusement résolue grâce à la bienveillance de l'Administration de l'A. P. Le Comité d'érection du monument aux morts a exposé les modalités de la souscription maintenant ouverte. Appel est fait à tous les anciens externes sur la générosité desquels le comité compte pour mener à bien cette tâche de pieuse reconnaissance.

Adresser la souscription à Monsieur P. Bazouge, trésorier, 37, rue de l'Abbé-Grégoire. Chèque postal n° 446-36.

— **Admission aux emplois de médecin et pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.** — Les docteurs en médecine et des pharmaciens de 1re classe seront admis en 1923, sans concours et sur production de leurs titres universitaires, aux emplois de médecins et de pharmaciens aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens dont l'admission sera prononcée seront nommés aides-majors de 2e classe pour compter du 31 décembre 1923. Ceux d'entre eux qui ont subi un retard dans leurs études du fait de la guerre, bénéficieront d'une rétroactivité de prise de rang dans le grade d'aide-major de 2e classe, dans les conditions fixées par le décret du 1er avril 1923 (*Journal officiel* du 10 avril 1923).

Les renseignements relatifs à l'admission aux emplois sus-visés ont été insérés au *Journal officiel* sous forme d'instruction (*Journal officiel* du 4 octobre 1922) et d'arrêté (*Journal officiel* du 7 juin 1923).

Une notice relative à l'organisation et au fonctionnement du corps de santé des troupes coloniales sera adressée aux candidats qui en feront la demande au ministère de la guerre (8e direction, 3e bureau).

— **Un dimanche à Valenton.** — Le dimanche 3 juin dernier, le Comité de direction de la Maison du médecin a eu la très heureuse idée de convier nos confrères parisiens et leurs familles à venir rendre visite à leurs anciens, retirés en leur Thélème du Château des Charmilles, à Valenton. Par une heureuse exception que ne pouvait à la vérité, refuser Apollon à ses fidèles sujets et disciples, le soleil fut de la fête, et sous la direction du toujours actif et sympathique Dr Paul Guillon, en trois auto-cars, la cohorte des visiteurs fut emportée, joyeuse, à travers la jolie campagne parisienne, si fraîche en ces jours printaniers.

A l'arrivée, le très aimable président, le Dr Cazin, entouré des hôtes de la Maison et de leurs femmes, souhaita la bienvenue aux visiteurs ; après quoi, sous leur direction, on fit le tour du propriétaire. Et quel tour parmi bois, près et jardins, de ce parc seigneurial. Dans ce château des rêves... médicaux, c'est selon la formule chère au fondateur : non seulement le repos dans la dignité, *otium cum dignitate*, mais encore le repos avec le charme de pouvoir enfin s'adonner à ses goûts. Ainsi les uns font-ils du jardinage, d'autres de la peinture, ceux-là le salon des Médecins leur réserve un coin de cimaise.

Après le cadre, voici le château, avec ses chambres gaies et confortables, ses salons, sa bibliothèque, sa salle de billard, sa belle salle à manger, où le plus aimable des Five o'clock réunit visiteurs et hôtes autour d'une table débordant de gâteries. Auparavant le Dr P. Guillon, en quelques paroles émues et éloquentes, rappela et le noble but de l'œuvre : réunir, donner un foyer aux vieux confrères isolés et désemparés, et les noms à jamais respectables du fondateur, le Dr Courtault et parmi les bienfaiteurs celui du Dr Regnier. En fin de quoi ce fut la vraie fête de famille dans toute son acception heureuse et chaude. Ce fut comme la visite aux grands-parents, à la campagne, avec le rapprochement des têtes blanches qui sourient en se souvenant et des têtes encore pleines d'illusions et de projets. Parmi celles-ci, parmi ces jeunes confrères, combien au retour, en la perspective du collier à reprendre, de la lutte à continuer n'ont pas mélancoliquement songé à cette heure du repos. Où la passeront-ils ? qui sait ? Les plus heureux, les plus entourés peuvent la voir dans la solitude. Qu'à tout hasard, ils songent donc dès maintenant à la Maison du Médecin qui peut leur être un jour accueillante ; qu'ils adhèrent à son œuvre et ne l'oublient pas dans les miettes de leur budget. C'est sans doute un tout petit placement à fonds lointain, à fonds de cheveux blancs, en tout cas c'est un placement celui-là, qui ne sera jamais à fonds perdu !

P. R.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MEDICAL »

ANNÉE 1923

1er Semestre

Cette table contient quatre parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale.

I

Partie Scientifique

A

B

C

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

II

Partie Professionnelle

M

N

O

P

III

NOMS DES AUTEURS

IV

Jurisprudence Médicale



Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
(THIRON ET Cie, SUCCESSEURS).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

ment et ayant consulté le receveur de l'endroit à ce sujet,ce dernier n'est pas au courant de la question.

Je vous serais très obligé de me faire savoir, soit dans un prochain courrier, soit par voie du journal, quel genre de déclaration il faut faire : verbale ou écrite, sur papier timbré ou libre. D'autre part s'il y avait un acte sous seing privé, doit-il obligatoirement être enregistré et dans ce cas à combien s'élèvent les frais d'enregistrement.

Dr P.

Réponse.

La cession de clientèle est passible du droit proportionnel de 5 % ; elle doit faire l'objet, soit d'une déclaration au bureau de l'enregistrement, soit d'un acte sous seing privé rédigé sur timbre et enregistré dans les trois mois de l'entrée en jouissance ou de la date de l'acte, si celle-ci est antérieure (Cassation, Chambre civile, 10 mars 1879, 6 juillet 1880).

A. MARTINOT,

Passage au 2e échelon du grade. Indemnité pour incapacité de travail à la suite de blessures de guerre.

J'ai recours aux bons offices du *Concours médical* pour obtenir quelques renseignements relatifs au fonctionnement de la loi des pensions.

1° Médecin aide-major de 1er cl. (de complément) le 15 septembre 1912 — 1er Conseil de réforme (point de départ de la pension) le 12 avril 1916. Mis hors cadres le 18 octobre 1917. Pension définitive le 24 janvier 1921. Le ministre prétend que : « rappelé à l'activité le 2 août 1914 et mis hors cadre le 18 octobre 1917, vous ne réunissez pas 4 ans de grade dans le service actif. Dans ces conditions, votre pension portant jouissance du 12 avril 1916 et concédée le 24 janvier 1921, doit être établie *au 1er échelon* A-t-il raison ? Il me semble que, récemment, dans le *Concours*, à propos d'un cas à peu près semblable vous avez déclaré que la pension devait être établie au 2e échelon.

Par suite de complications de mes blessures, je dois subir sous peu une intervention, d'où incapacité de travail pendant quelques jours. N'ai-je droit à aucune indemnité pendant ce temps-là ? Naturellement, je ne veux pas être hospitalisé.

Dr P.

Réponse.

Il faut quatre années de service effectif pour passer du 1er échelon au 2e échelon. Dans ces conditions, c'est à juste titre que votre pension a été liquidée sur le taux du 1er échelon de votre grade.

2° Aucune indemnité n'est prévue pour ce cas. L'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 met à votre disposition les ressources de l'hospitalisation.

G. F.

Point de départ de la prorogation de bail

Je serais bien aise d'avoir votre avis au sujet du cas qui me concerne de prorogation de bail.

J'ai été mobilisé pendant toute la guerre. Mon bail (9 ans) s'est trouvé terminé le 29 septembre 1919 (le 29 septembre étant le terme habituel des baux en Bretagne). J'ai notifié à mon propriétaire, par huissier, mon désir de prorogation à la date du 2 août 1919. De quand date pour moi la prorogation?

Dr D.

Réponse.

Conformément à l'article 1er de la loi du 31 mars 1922, la notification ayant été faite antérieurement au 24 octobre 1919, la prorogation n'a commencé à courir qu'à partir de cette dernière date.

Comme vous avez droit à la prorogation professionnelle de la durée des hostilités, soit 5 ans et 83 jours, prolongée d'un délai suffisant pour achever le terme d'usage, votre prorogation doit prendre fin, s'il n'y a, dans votre localité, qu'un seul terme d'usage, le 29 septembre 1925.

Maladie contractée au service militaire. Preuve.

Un malade atteint de rhumatisme ankylosant dit avoir contracté cette affection pendant sa mobilisation. Il a été réformé définitivement le 6 mai 1921 ; invalidité évaluée à 80 % pour rhumatisme, ne s'est pas mis en isntance dans les délais légaux, n'est pas recevable, d'après le centre de réforme.

Parce qu'il a demandé trop tard, a-t-il perdu tout droit à une pension ou bien y a-t-il quelque chose à faire et quoi ?

Dr T.

Réponse.

L'intéressé s'étant mis en instance de pension après les délais légaux, ne bénéficie plus de la présomption légale. Mais il peut toujours apporter la preuve que son infirmité est due au service, à condition que cette preuve soit apportée au maximum dans les cinq années qui suivent le 24 octobre 1919. (Cessation des hostilités).

Cette preuve consiste en pièce d'origine démontrant que, durant son service, il a souffert de la maladie en cause, ou a été traité pour cette maladie. A noter que les preuves testimoniales ne valent que pour un prisonnier de guerre.

G. F.

Application du Tarif Breton

I

Extraction de corps étrangers

Abonné au *Concours médical*, je vous serais très obligé de me faire savoir quels honoraires je dois

demander en matière d'accident du travail pour l'intervention suivante.

En forgeant, un ouvrier maréchal reçoit à l'avant-bras gauche un éclat de son marteau, lequel éclat a pénétré assez profondément pour nécessiter une radio.

Extraction sous anesthésie régionale. Cet acte médical ne figure pas au tarif Breton.

Dr G.

Réponse.

1° Je ne pense pas que vous puissiez compter : « extraction de corps étranger profond nécessitant la localisation radiologique : 300 frs. » (art. 28), cette rubrique n'ayant été faite que pour les extractions en endroits profonds et dangereux, autrement que pour votre avant-bras. L'extraction de corps étrangers superficiels est cotée 20 frs. dans le tableau terminal des Avis insérés dans l'Arr. Minist. du 28 juin 1921. Ceci me paraît insuffisant vu vos explications. Je compterais l'extraction de corps étrangers profonds à 50 frs. (art. 28) bien qu'avec radio.

2° Quant à l'anesthénie, elle n'est cotée *régionale* qu'au cas où elle est pratiquée sur les *troncs nerveux* d'une région (voir les Avis). Si c'est cela que vous avez fait, c'est 50 frs. (art. 12)... non pour vous, mais pour le *médecin* qui vous a servi d'aide, s'il y en eut un. Sans ces deux choses, vous rentrez dans l'anesthésie *locale* qui est comprise dans le prix des interventions (art. 12).

F. D.

II

Interventions simultanées.

Je serais heureux d'avoir quelques renseignements au sujet de l'application du tarif Breton.

Plaie contuse 10 cm. face dorsale pied *gauche.*

Plaie contuse du gros orteil *droit* avec fracture et grand lambeau presque détaché.

L'article 13 dit que l'on peut cumuler les honoraires afférents à chaque intervention faisant l'objet d'une tarification spéciale. Puis-je compter : 2e catégorie ;

Plaie contuse 10 cm. face dorsale pied gauche : sutures multiples..........	18 fr. 75
Plaie contuse gros orteil droit : 1 suture pour maintien lambeau............	11 fr. 25
Fracture gros orteil	15 fr.
Pansements multiples sur 2 membres différents (chacun d'eux est compris sans doute dans la tarification précédente)	
Injection de sérum antitétanique.......	15 fr.
	60 fr. 00

Plaies contuses multiples et superficielles de la face interne des index, médius et annulaire de la main gauche.

Plaie contuse large et profonde du pouce gauche en toute sa largeur.

Puis-je tarifer :

Consultation et pansements multiples sur un segment de membre avec plaie profonde	11 fr. 25
1 suture simple pour maintenir les chairs	11 fr. 25
1 injection sérum antitétanique	15 fr.
	37 fr. 50

3° Quand une Compagnie d'assurance demande des explications au sujet d'un blessé ou des circonstances de l'accident, non sous forme de certificat, mais sous forme de rapport, ou de lettre explicative, peut-on s'en rapporter à l'art. 29 et assimiler ces explications à un certificat spécial, compté 10 fr. ?

Dr R.

Réponse.

1° Vous pouvez compter : *a*) sutures du pied gauche ; *b*) réduction de fracture du gros orteil droit ; *c*) injection antitétanique ; *d*) certificat. Mais, en outre de réduction et contention de la fracture de l'orteil, je ne vois pas que vous puissiez y ajouter encore pour ce même doigt une suture, celle-ci me paraissant faire corps avec l'intervention déjà tarifée. Les jours suivants, comptez 1 pansement distinct pour chaque pied, soit le prix de 2 visites, mais pas le premier jour, car il y aurait le cumul défendu par l'art. 13.

2° Vous pouvez compter à la fois, pansements multiples plus suture, puisque ce sont là deux interventions à tarif spécial.

3° Seule l'attestation affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri n'est pas susceptible de payement. S'il y a des explications complémentaires, que vous les appeliez rapport ou certificat, il vous est dû 10 fr. d'après le dernier paragr. de l'art. 29.

F. D.

III

Transport de malade.

1° Quand je fais à un accidenté du travail une injection de sérum antitétanique et un pansement, puis-je compter à la fois le pansement avec consultation ou visite et l'injection de sérum ?

2° J'ai eu un accidenté du travail (fractures de métatarsiens) que j'ai dû faire radiographier chez mon confrère le plus proche (4 kilomètres). Le blessé n'ayant pas à sa disposition de moyen de locomotion, je l'ai transporté moi-même chez le confrère radiographe et ramené à son domicile. Puis-je me faire indemniser par la Compagnie d'assurance pour ce déplacement ?

Dr T.

Réponse.

Vous ne pouvez compter le prix d'une visite ou consultation (dans lequel est compris le prix

d'un pansement), avec une intervention quelconque (art. 13).

2º Ce n'est plus une question de tarif médical. Vous avez agi en « loueur de voiture ». Je l'ai déjà plusieurs fois expliqué. Vous rentrez dans le droit commun et devez réclamer au blessé, quitte à lui à se retourner vers son patron, s'il y a lieu.

F. D.

IV

Réduction ou non.

Permettez-moi d'avoir recours à vous, pour un renseignement touchant l'application du tarif Breton.

J'ai eu à soigner un couvreur qui, après une chute de 6 mètres de haut, a eu des contusions multiples sur le corps, et une fracture de l'extrêmité inférieure du radius droit.

Pas de déformation bien caractéristique de la main, mais en tirant un peu de chaque côté du membre lésé, on arrive à produire, par frottement des deux fragments, une crépitation osseuse nette.

En somme : fracture du radius, sans déplacement notable. Immobilisation quelques jours (sans plâtre) et massages.

Y a-t-il un tarif spécial ; en somme, je n'ai fait aucune réduction de fracture, puisque les fragments étaient à peu près au contact l'un de l'autre.

Dr B.

Réponse.

La « réduction et contention d'une fracture d'extrémité inférieure du radius » est cotée 80 fr. (art. 18). Ou bien vous avez « réduit et contenu » par un appareil quelconque votre fracture, auquel cas il vous est dû 80 frs. Ou bien vous n'avez eu à faire qu'une visite simple, auquel cas il ne vous est dû que le prix de celle-ci. Tarif en main, je ne vois pas d'autre alternative à vous offrir.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

Traitement par correspondance.

Un réformé est soigné à 20 kilm. de mon domicile par plusieurs confrères, dont le dernier habite dans sa maison comme locataire. Alité, le réformé prie son locataire d'accepter une consultation avec moi. Le Dr X., malade lui-même, ne peut se déplacer et conseille à son malade de me déléguer un des siens, muni du carnet médical.

Les consultations ont lieu, par correspondance ou par délégation, on doit m'apporter le réformé malade

Il exige un certificat pour le centre de réforme.

1º Quelle somme porter sur carnet, je n'ai jamais porté que 5 frs.

2° Puis-je porter 10 fr. pour le certificat ou bien le malade, qui demande à repasser un Conseil, doit-lui-même l'acquitter ?

Cas complexe pour un Dr infirme, et dont je vous serais bien reconnaissant si vous pouviez me tirer.

Dr A.

Réponse.

1° Il n'est dit nulle part, dans le tarif, qu'on puisse donner des soins par correspondance ou par délégation. Je ne vois donc point sur quel article vous baser pour détacher, dans ce cas, un bon de visite ou de consultation.

2° D'une façon générale, on peut faire payer par l'Etat une consultation qui a pour conclusion l'établissement d'un certificat, mais je ne vois pas davantage sur lequel article se baser pour faire payer le certificat lui-même.

F. D.

II

Causalité originelle de la maladie traitée.

Je serais heureux d'avoir votre avis concernant le fait suivant.

Un mutilé de guerre, amputation de la *cuisse droite* très haut, pesant 95 kilos, marchant péniblement est pris de mauvaise circulation dans la jambe gauche, variqueuse. Dans certains endroits la peau laissait prévoir l'apparition prochaine d'un ulcère.

Par voie hiérarchique ce mutilé avec ma consultation demande au centre d'appareillage de Tours un bas à varices.

Le poids du corps, par suite d'amputation de la jambe droite reposant presque en totalité sur la jambe gauche qui se fatigue, l'apparition de varices et autres est donc une suite du cas de réforme.

Le centre d'appareillage répond à ce mutilé, que n'étant pas pensionné pour cela, il n'a pas droit à un bas. (C M 3175 Ap. du 31 mars 1921).

Ce mutilé doit-il s'incliner devant cette décision ou persister à réclamer un bas à varices.

Dr P.

Réponse.

Il y a une infériorité due à l'infirmité du malade que lui crée, en l'espèce, un cas *minoris resistentiæ*. Ici les varices de la jambe gauche peuvent fort bien provenir ou être aggravées par la privation du membre inférieur droit. Il semblerait donc, sinon légal, dans la lettre, du moins équitable qu'on lui fournisse le bas à varices nécessaire. C'est là une question d'espèce à présenter à l'examen de la Commission départementale, en lui donnant toutes explications nécessaires.

Sérothérapie de l'impétigo

Sous le titre : un traitement de l'impetigo, notre confrère le Dr Ledroit (de Nemours) signale l'action curatrice rapide du sérum antitétanique chez un impétigineux et demande s'il y a eu d'autres observations analogues.

Il y a 15 ou 20 ans, un portier d'hôtel à Saint-Gervais fit une chute de bicyclette qui lui fit au visage plusieurs balafres superficielles. Négligeant tout soin médical, le blessé vit, au bout de quelques jours, les plaies traumatiques se couvrir de croûtes impétigineuses. Sur les avis du professeur Teissier (de Lyon), mon éminent maître, en villégiature à Saint-Gervais, le blessé vint me voir pour recevoir une injection de sérum antitétanique, étant donné le caractère traumatique originel des plaies.

Or, l'injection de sérum fut radicalement cicatrisante. Trois jours après, l'impétigo avait disparu et les plaies étaient cicatrisées sans pansement.

M. le professeur Teissier et moi remarquâmes très bien l'action thérapeutique sur l'impétigo, et le professeur l'attribua au *sérum* en tant que *sérum* et non pas en vertu de l'action antitétanique.

Dr Roux,
Saint-Gervais-les-Bains.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de direction de Bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition, et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Vanves (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 12.000 fr. par an avec interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques). 6e bureau, leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieu-

res. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène. (*J. O.*, 6 juin 1923.)

Question parlementaire et réponse ministérielle

Un acte de naissance peut être dressé sans certificat médical.

5766. — M. Mando, sénateur, demande à M. le garde des sceaux, ministre de la justice, si, depuis la loi du 20 novembre 1919, le père d'un nouveau-né, se présentant avec deux témoins, peut exiger de l'officier de l'état-civil que l'acte de naissance soit dressé immédiatement sur sa seule déclaration et sous sa responsabilité sans production d'un certificat de médecin ou de sage-femme. (*Question du* 1er *mai* 1923.)

Réponse. — La loi du 20 novembre 1919 a modifié l'article 55 du code civil, en supprimant à la fin du paragraphe 1er de cet article les mots : « l'enfant lui sera présenté ».

Le rapporteur de la loi devant la Chambre des députés a rappelé dans son rapport que cette présentation était en fait supprimée et qu'elle était remplacée, soit, dans les grandes villes, par la visite à domicile du médecin de l'état-civil, soit, dans les communes de moindre importance, par différents moyens dont il convient de laisser le choix aux autorités municipales.

La circulaire de la chancellerie du 12 décembre 1919 rappelle ces principes et constate que les municipalités ont le choix entre divers procédés pour constater que le nouveau-né est vivant au moment où est dressé l'acte et que la naissance ne remonte pas à plus de trois jours.

Ces prescriptions conservent tout leur effet, le père d'un nouveau-né peut se présenter avec deux témoins pour déclarer son enfant à l'officier de l'état-civil. Celui-ci doit dresser l'acte, tout en gardant le droit de s'assurer par le moyen qui lui paraît le plus convenable que l'enfant est vivant et que sa naissance ne remonte pas à plus de trois jours. (*J. O.*, 24 mars 1923.)

Quarante-cinquième année — N° 26 — 91496 — 1er Juillet 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.) Caffeau.
Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Palavas-les-Flots. Gelly,
Paramé. Rousin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
St-Quay-Portrieux. Christian, Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 326. — Dr marié, ayant habitude clientèle, cherche à reprendre bon poste banlieue parisienne.

N° 327. — Centre de Paris, cabinet médical à vendre.

N° 328. — Confrère âgé demande jeune confrère, ancien interne autant que possible, pour le seconder.

N° 329. — Je cherche associé pour fonder, centre de Paris, cabinet médical voies urin., yeux, O. R. L., varices, dentiste.

N° 330. — A vendre : machine statique WG. 2 plateaux 55 cm., divers acces. et moteur d'entraînem. de 6 kilogrammètres avec rhéostat de démarrage, le tout sur table spéc. ; tabl. galvano-faradique acajou verni pr. courant continu 125 v., réducteur de potentiel, milliamp. C. T. III. en 25 et 250 ; métronome Bigonié-Huet ; table spéculum avec allong., étriers, tablettes, en chêne. Tout parfait état. Madame Jules Eressent, 72, Rampe Bonoreuil, à Rouen.

N° 331. — Banlieue imméd. Paris, à céder poste 31.000 touchés, légère indemn. très urgent.

N° 332. — Directrice-économe est demandée pr. Maison de Sté importante Paris. Ecr. avec références.

N° 333. — Polyclinique de banlieue imméd. demande spécialiste voies urinair., gynécol., O. R. L., peau et sang. Frais insignifiants.

N° 334. — Occ. bicycl. dame marque Richard, chang. de vit. B. S. A., excel. état, 250 frs. Dr, 30 rue des Chambards, Bois-Colombes.

N° 335. — Dr campagne Bourgogne reçoit en famille enfants non contagieux, 10 fr. par jour.

N° 336. — Sœur médecin, 40 ans, divorcée, instruite, musicienne, excell. éducation, recherche place dame de compagnie, lectrice, secrétaire, médecin âgé, veuf ou célibat. Ecrire Mme Dindabure, 105, avenue Wilson, Levallois-Perret.

N° 337. — Voiturette Licorne 8 HP., éclair. électr. 4.500 à prendre 80 kil. Paris, parfait état.

N° 338. — Confrère dem. pr. clinique médico-chirurg. sage-femme ou infirmière expérim. au courant accouchem., afin d'assister le docteur à domic. et donner les soins qui suivent. Sér. référ. exigées, place stable et recomm.

N° 339. — Vends bas prix cond. intér. Citroën 4 pl., intégral com. nue, reprendrais compte torpedo 5 ou 10 HP. récent. D'Entremont, 7, rue Grands-Degrés, Paris, Ve.

N° 340. — Prendrais convalescente seule juillet, août, sept. ds ma maison, chambre confort. moderne, vue splendide sur lac, 50 fr. par jour. Dr Rouch, à Malbuisson (Doubs).

N° 341. — Moto Cleveland, armée, 3 HP., 2 vit., débray. exc., état, gros pneus, vend. prix avantag. Dr Bailly-Salin, à Sens (Yonne).

N° 342. — Docteur praticien cherche collaborat. en vue succession ou achèterait bon poste à Paris ou banlieue imméd.

N° 343. — A vend. Châssis Renault 10 HP. 1921, 5 roues et pneus, démar. et éclair. élect. très bon état. 8.000 fr. Dr Odeye, à Lesneven (Finistère).

N° 344. — Matériel radio comprenant pied support ampoules articulé table et appareil complet pour scopie, le tout en très bon état. D. Drouet, 16, rue Carnot, à Rueil (S.-et-O.).

N° 345. — Très ancien poste seul médecin à céd. dans localité près sous-préfect. 1 h. 1/4 Paris, rapp. 40.000, facile à augmenter, maison particulière, électr., jardin. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

N° 346. — A céder d'urgence pr raison santé, excell. poste d'avenir, seul médecin pro-pharmacien, nombreux fixes, médec. du Chem. de fer, villa, présentation. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

CORRESPONDANCE

Prix de revient des automobiles.

Voudriez-vous me rendre le grand service de faire contrôler par une personne compétente les chiffres soulignés sur le devis ci-joint.

Dr L.

Service d'un médecin sur 12.000 kilomètres par an.

1° avec 9 HP genre citroen.

Gages du conducteur	5.400	
Intérêts du capital d'achat (15.500 à 6 %)	930	
Amortissements prix d'achat 15.500 moins **prix de revente 3.000** **soit 12.500 en 5 ans**	**2.500**	
Impôts sur 9 HP	221	87
Assurance incendie 15.500 à 6.43 %	99	67
Assurances accidents tiers	165	
Divers : réparations, location auto en cas de panne, gages d'un remplaçant en cas d'indisponibilité du conducteur.	2.000	
Essence : **12 litres aux 100 km.** 1.440 litres à 1.60	2.304	
Huile **0 l. 300** aux 100 km., 36 litres à 4.50	**162**	
6 enveloppes et deux chambres	**1.010**	
soit 1 fr. 232 le km.	14.792	54

2° avec 10 HP genre de Dion.

Gages du conducteur	5.400	
Intérêts du capital d'achat (15.000 à 6 %)	1.140	
Amortissement : prix d'achat 19.000 moins **prix de revente 5.000** **soit 14.000 en 5 ans**	**2.800**	
Impôts sur 10 HP	231	28
Assurances incendie 19.000 à 6.43 %	122	17
Assurance accidents tiers	165	
Divers : (comme ci-dessus)	**2.000**	
Essence : **14 litres aux 100 km.** 1.680 litres à 1.60	**2.688**	
Huile **0 l. 300 aux** 100 km., 36 litres à 4.50	**162**	
6 enveloppes et 2 chambres	**1.095**	
soit 1,316 le km.	15.803	45

3° avec 12 HP genre Renault

Gages du conducteur	5.400	
Intérêts du capital d'achat (18.000 à 6 %)	1.080	
Amortissement : prix d'achat 18.000 moins **prix de revente 4.000,** **soit 14.000 en 8 ans**	**2.800**	
Impôts sur 12 HP	250	
Assurance incendie 18.000 à 6.4%	115	74
Assurance accidents tiers	165	
Divers (comme ci-dessus)	**2.000**	

Essence 16 litres aux 100 km., 1.520 litres à 1.60	3.072
Huile 0 l. 300 aux 100 k., 36 litres à 4.50	162
6 enveloppes et 2 chambres	1.095
soit 1 fr. 344 le km.	16.139 74

Réponse.

Une personne compétente nous dit que vos chiffres lui paraissent bons, attendu que vous comptez largement les dépenses de consommation et d'entretien et l'amortissement.

Cependant nous publions vos schémas, dans l'espoir de recevoir des avis intéressants de ceux de nos lecteurs qui ont l'expérience des trois types de voitures pour lesquels ont été établis vos calculs.

Point de départ de pension militaire.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant soit directement, soit par voie du *Concours* ?

Mis hors cadre en septembre 17 pour pleurésie contractée aux armées, réintégré par décision ministérielfe du 31 juillet 18, démobilisé le 12 février 19. Pensionné le 3 mars 20 pour tuberculose consécutive à pleurésie contractée aux armées (100 %). Rayé des cadres le 13 août 1920, j'appartiens à la classe 96.

A quelle date ma pension est-elle définitive ? 4 ans après ma première mise hors cadres, septembre 17 ? ou 4 ans après la première attribution de pension, mars 1920 ? Autrement, ma réintégration dans les cadres du 31 juillet 18 au 11 février 19, m'empêche-t-elle de faire remonter le point de départ de ma pension à ma première mise hors cadres, justifiée par la maladie qui a entraîné ma pension ?

Dr M.

Réponse.

Votre pension deviendra définitive 4 ans après le 3 mars 1920, date de la première commission de réforme, qui a reconnu vos droits à pension. Il ne saurait en effet être question de la date de votre mise hors cadre, car lorsque vous avez été réintégré ultérieurement dans les cadres (sans qu'il ait été établi un pourcentage pour les reliquats possibles de votre invalidité première) on vous a considéré comme propre au service armé c'est-à-dire comme guéri.

Votre réintégration dans les cadres vous empêche donc de faire remonter votre point de départ légal au mois de septembre 1917.

G. F.

Prorogation de bail.

Abonné au *Concours médical*, je viens vous soumettre le cas suivant :

Le bail de l'appartement que j'occupe (bail d'avant guerre) a expiré le 24 décembre 1920. En plus de la prolongation de 5 ans que la loi m'accorde — mon local d'habitation se confondant avec mon local professionnel, ai-je droit, à l'expiration de cette prolongation de 5 ans, à *une nouvelle prolongation de* 3 *ans* qu'accorderait, paraît-il, aux médecins une loi du 1er avril 1922 ?

J'habite une ville de moins de 10.000 habitants dont la population ne s'est pas accrue.

Dr G.

Réponse.

La loi du 31 mars 1922 institue, en effet, une prorogation nouvelle, mais seulement dans les localités de plus de 10.000 habitants et leur banlieue, celles qui ont vu augmenter le nombre de leurs habitants ou de leurs foyers, celles des régions libérées.

Cette prorogation qui n'est d'ailleurs pas acquise de plein droit, mais peut seulement, en cas de difficultés, être accordée par les tribunaux, ne peut aller, en outre, au delà du 1er janvier 1925.

Or, en ce qui vous concerne, votre bail ayant pris fin le 24 décembre 1920, la prorogation de la durée des hostilités (5 ans et 83 jours), prolongée du temps nécessaire pour achever le terme d'usage, à laquelle vous avez droit à titre professionnel, ne se terminera qu'après le 1er janvier 1925, de sorte que même si, ce qui n'est pas, la prorogation de la loi du 31 mars 1922 était applicable dans votre localité, vous n'y auriez pas droit.

Exercice de la propharmacie.

Membre du « Sou médical », je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant.

Est-il possible à un médecin, non pro-pharmacien, exerçant dans une grande ville et consultant seulement à son cabinet, d'avoir en dépôt des mélanges de plantes pour livraison exclusive à ses clients, soit qu'il porte les recettes qui pourraient en découler à la connaissance du fisc, soit d'autre part que, ne spéculant aucunement sur ces recettes, il fasse tranmettre par compte chèque postal le montant à l'herboristerie de province qu'il accepterait de préférence comme fournisseur pour la seule raison de cueillette irréprochable, constance égale de qualité et conscience dans les mélanges.

En effet, si le plus commode serait d'ordonnancer purement et simplement ces mélanges de plantes, lesquelles selon les besoins et indications changent de cas en cas et de ce fait ne représentent pas des spécialités, encore est-il qu'il y a lieu surtout, dans ce genre d'ordonnances, de tenir la main à des livraisons adéquates et d'où dépend l'efficacité de cette méthode thérapeutique.

Il m'a donc semblé intéressant de vous poser cette question de principe ; j'aimerais à être conseillé par vous de façon à pouvoir organiser la chose légalement en même temps que pratiquement.

Dr C.

Réponse.

L'article 37 de la loi du 21 Germinal An XI

sur la pharmacie interdit la vente des plantes ou parties de plantes médicinales indigènes, fraîches ou sèches et l'exercice de la profession d'herboriste à toute personne qui n'a pas subi un examen spécial. Il s'agit de l'examen qui donne droit au diplôme d'herboriste.

Par suite, il n'est pas licite de vendre des plantes médicinales dans une grande ville sans être titulaire de ce diplôme.

Evidemment, l'herboristerie étant une branche de la pharmacie, un médecin établi dans une localité où il n'existe pas d'office de pharmacie ouverte aurait le droit de faire l'herboristerie. Qui peut le plus peut le moins. Mais un médecin établi dans une ville où il y a des pharmacies ne peut avoir ce droit que s'il a le diplôme d'herboriste, qui est d'ailleurs, assez facile à obtenir.

L'indemnité temporaire est due pendant l'incarcération d'un blessé du travail.

Un ouvrier accidenté du travail en cours de traitement est condamné à une peine d'emprisonnement. Pendant le temps passé *en prison*, ce blessé a-t-il droit à son demi-salaire. Vous m'excuserez de vous poser de pareilles questions, vous allez penser que j'ai à faire à des gens bien peu recommandables ! Hélas ! je vous assure que dans un port de mer industriel, on en voit « de toutes les couleurs » ! !

Dr N.

Réponse.

La jurisprudence admet que le blessé du travail qui a été incarcéré, de même d'ailleurs que celui qui a été appelé à accomplir une période de service militaire, doit toucher son demi-salaire durant son incarcération ou son incorporation, même s'il est resté pendant ce temps à l'infirmerie à cause de sa blessure (Justice de paix de Lyon, 25 octobre 1905. *Recueil du ministère du travail*, VI, 22. Justice de paix d, St-Amand, 17 janvier 1911. Même Rec., XIV 35. Justice de paix de Paris, 27 avril 1911. Même Rec., XIV, 49. Cour d'Appel, de Besançon, 14 février 1913. Même rec., XV, 258).

NOTE DE MÉDECINE PRATIQUE

Les gants pour radiologues

En février 1913 j'ai présenté à la Société de médecine du Nord un tricot de soie chargée de phosphostannate de plomb. Avec cette soie il estpossible de tricoter des gants qui ont une souplesse supérieure à celle des gants de caoutchouc. Ceux-ci, depuis la guerre surtout, sont, pour quelques-uns au moins, presque inutilisables.

La soie est chargée à 300 % ; sur 400 gr. de soie ainsi préparée, il y a par conséquent 100 gr. de soie

et 300 gr. de phospho-stannate de plomb. On peut, *presque à volonté*, augmenter l'épaisseur de telle ou telle partie, plus exposée. Quelques radiologues les trouvent insuffisamment protecteurs.

Je n'en emploie pas d'autres depuis 10 ans ; tout récemment, un confrère qui les a essayés m'écrivait qu'avec une forte intensité ces gants ne sont pas entièrement opaques mais il ajoutait : « les gants de caoutchouc sont si gênants, que je ne les portais à peu près jamais ; ce sera déjà un réel progrès ».

Les gants de caoutchouc sont eux aussi bien insuffisants ; pour protéger les mains des radiologistes, me dit un confrère, il faudrait 3 à 4 mm. de P b au minimum, ce qui est évidemment impossible.

Dr BETTREMIEUX.

JURISPRUDENCE

CESSION DE CLIENTÈLE — OBLIGATIONS DE FAIRE ET DE NE PAS FAIRE — TRANSMISSION DES « FIXES » — INSUCCÈS DU CESSIONNAIRE.

TRIBUNAL CIVIL DE BAR-SUR-AUBE
18 juin 1920.

Confirmé par Paris (4e Ch.), 3 mars 1923.

LE TRIBUNAL,

Attendu que le docteur B. a fait citer le docteur T. en nullité de la cession de clientèle consentie en juillet 1919, en remboursement du prix de la dite cession et en 5.000 frs. de dommages-intérêts.

Attendu qu'à la date sus-indiquée, des conventions verbales sont intervenues entre les parties, mal dénommées par elles cession de clientèle, mais comportant, ainsi que le reconnait lui-même B. dans ses conclusions, l'obligation par le docteur T. d'employer ses efforts à la transmission de sa clientèle de médecin à M. au docteur B. qu'il désignait comme son successeur,

Attendu que si la clientèle d'un médecin, produit du choix libre et de la confiance des intéressés, n'est pas dans le commerce, il n'en est pas de même des obligations de faire et de ne pas faire, ayant pour objet les actes ou démarches qui semblent plus propres à assurer la transmission de cette clientèle et qui se traduisent le plus souvent pour la profession médicale par la cession du droit au bail, la désignation du successeur aux clients et l'engagement pour le cédant de ne plus exercer dans la région ;

Attendu que tel semble bien avoir été l'objet des conventions intervenues entre B. et T ;

Attendu en ce qui concerne la cession du local précédemment occupé par T. dans la maison appartenant à ses beaux-parents, que c'est la dame T. elle-même, agissant comme mandataire de ces derniers, qui a consenti à B. le bail authentique de la dite maison.

Attendu que l'obligation de ne plus exercer dans

la région a, d'autre part, dominé les conventions conclues, au moment où T., pressé par les raisons de santé qu'il faisait connaître dans son offre de cession, d'abandonner complètement l'exercice de sa profession, s'est empressé de conclure le traité afin de pouvoir, trois semaines plus tard, quitter définitivement le pays et prendre dans une région éloignée le repos absolu qui lui était indispensable ;

Attendu enfin qu'à ces deux articles indéniables des conventions intervenues, qui ont un objet certain et suffiraient à faire décider qu'il ne s'agit pas d'une obligation sans cause, se serait ajoutée d'après B. lui-même, qui le reconnaît implicitement en alléguant l'insuffisance de son exécution, l'obligation d'une désignation à la clientèle sous une forme qui n'a pas été déterminée et dont il sera question ci-après, mais qui s'est manifestée tout au moins, par une présentation, au moment du départ, dont 20 certificats produits par T. attestent la réalité ; Attendu que chacune des obligations ci-dessus indiquées étant valables comme ayant une cause, les conventions intervenues entre B. et T. ne sauraient être déclarées nulles pour défaut de cause, et qu'il importe peu pour leur validité que l'ensemble de ces obligations ait été désigné par elles, comme il l'est habituellement par les journaux médicaux, par l'expression juridiquement impropre de cession de clientèle. Attendu qu'il échet maintenant pour solutionner complètement le différend, d'examiner si les conventions intervenues ont été exécutées.

Attendu qu'à la date du 29 juin 1919, T. a fait paraître dans le journal « Le *Concours médical* » l'annonce suivante : « Raison de santé. A céder en Seine-« et-Oise, bonne clientèle de 10 à 12.000 touchés, « susceptibles d'augmentation, à une heure de Paris, « sur une grande ligne. Petits fixes transmissibles ». Attendu que cette offre ayant déterminé la demande de B., T. écrivait à ce dernier, à la date du 5 juillet, en lui précisant la localité et en l'invitant à une entrevue : « Je désirerais céder la clientèle moyen-« nant une indemnité de 5.000 fr., prix d'une demi-« annuité minimum, payable en deux fois, une partie « à la cession et le reste un an après ». Attendu que c'est sur ces bases que T. et B. ont traité à la date de 16 juillet ainsi qu'en font foi un reçu de 3.000 frs. et un billet de 2.000 fr. à échéance du 1er novembre 1920, tous deux datés du même jour ;

Attendu qu'il importe tout d'abord d'établir que contrairement aux allégations de B., aucune erreur ou dol n'a vicié ce contrat ;

Que la production des livres de T. fournit la preuve que le chiffre de 10 à 12.000 frs. n'était pas surfait ainsi que B. eût pu s'en assurer en contractant.

Attendu qu'aussitôt la conclusion de l'accord, T., après avoir assuré la permanence de l'office pendant un voyage que B. a fait en Normandie du 16 au 24 juillet, a fait signer chez le notaire le bail précité du 26 juillet avec entrée en jouissance du premier

(*Voir la suite page XLIII-2487*)

PROPOS DU JOUR

Un incident au concours d'agrégation de chirurgie. Les erreurs de diagnostic.

Un incident au concours d'agrégation vient trop tardivement donner une leçon aux magistrats de la Cour d'Appel qui ont rendu responsable et condamné le Dr Vallet pour avoir été trompé. Il s'agirait d'une erreur de diagnostic d'un de nos chirurgiens les plus réputés, qui, lui, ne pouvait, comme notre confrère, invoquer l'excuse d'avoir été dupé par sa malade (1).

Voici comment le journal *Le Matin* relate cet incident :

Le professeur X..., qui présidait le jury du concours d'agrégation de chirurgie, vient de donner sa démission sans motifs précis par lettre adressée au ministre de l'instruction publique.

Depuis plusieurs semaines avaient lieu les épreuves du plus haut concours de la faculté de médecine.

Le titre d'agrégé, qui conduit à la chaire professorale est passionnément disputé dans la république d'Esculape. Il s'attribue au concours. On se souvient que les épreuves ont été maintes fois troublées par des incidents retentissants.

Cette année-ci il s'est terminé par la nomination de MM. Mondor, Cadenat et Paul Moure.

La démission du président du jury serait due à une controverse scientifique. Un des candidats, après l'examen d'une malade, en diagnostiquant une affection relevant de la chirurgie, se trouvait en désaccord avec le professeur X... L'opération fut pratiquée ensuite par le professeur Y..., et le mystère abdominal étant dévoilé, il se trouva que le candidat avait eu raison contre son président de jury.

On voit qu'en médecine, le juge qui se trompe s'exécute lui-même.

On frémit en songeant à l'hara-kiri qui résulterait ailleurs, si pareilles coutumes s'implantaient dans d'autres prétoires.

(1) Depuis la rédaction de cet article, plusieurs lettres, interprétant de façons différentes l'incident, ont été publiées dans le *Matin* et divers journaux politiques par le Pr X. d'une part, et par d'autres professeurs, membres du jury, d'autre part ; nous n'avons pas à prendre parti dans ce débat. Quelle que soit l'interprétation donnée, elle ne peut en rien changer nos conclusions. Nous n'avons qu'à exprimer le regret de cette publicité, qui ne peut en rien relever le prestige de notre corps professoral en faisant le public juge de questions qu'il ne saurait comprendre et que la presse ne peut qu'interpréter malicieusement.

J. N.

Nous n'entreprendrons pas la défense de M. le Pr X..., ce serait de notre part de l'outrecuidance. Quel est le chirurgien, le médecin, le professeur, même le plus réputé, qui oserait prétendre à l'infaillibilité ? Cet incident nous rappelle quelques piquants souvenirs, que nous nous permettrons de conter à nos lecteurs et l'on nous excusera d'en tirer quelques conclusions d'ordre professionnel et ... universitaire.

Nous étions, en 1890, externe et secrétaire du Pr V. Cornil. Cet excellent maître, qui prenait au sérieux ses fonctions de professeur d'anatomie pathologique, avait conservé en hiver un service à l'annexe de l'Hôtel-Dieu, dernier reste du vieil Hôtel-Dieu aujourd'hui démoli. Tous les matins, nous traversions avec lui la Seine et la place du Parvis pour aller en face au nouvel Hôtel-Dieu faire les autopsies des services de clinique de la Faculté. M. Cornil les pratiquait avec le plus grand soin et nous dictait ses constatations que nous transcrivions sur un registre, quand nous ne lui servions pas directement d'aide. Un matin, en arrivant à la salle d'autopsie, notre bon maître fut accosté par un interne ou un chef de clinique :

« M. le professeur, lui dit-il, il y a aujourd'hui une nécropsie très intéressante. Une symphyse cardiaque ! » — « Ce n'est pas fréquent, répliqua M. Cornil en esquissant un sourire sceptique. Etes-vous sûr du diagnostic ? » — « Oh ! mon cher maître, c'est M. le professeur Germain Sée qui l'a posé lui-même ! » — « Nous allons voir, conclut M. Cornil ».

L'autopsie fut faite. Il n'y avait pas trace de symphyse cardiaque mais nous trouvâmes le poumon gauche complètement hépatisé ! L'assistant du Pr Germain Sée était consterné, car ce dernier avait la réputation méritée de faire des diagnostics impeccables, surtout en pathologie cardiaque.

Il n'y a donc aucune honte à reconnaître qu'on s'est trompé, et pour un maître, c'est une preuve de haute valeur morale que d'avoir la franchise et le courage de reconnaître ses erreurs, ce qui n'est pas d'ailleurs toujours la règle. Cependant il y est des professeurs qui eurent cette audace et qui furent même jusqu'à tirer un enseigne-

ment de la suite de leurs erreurs soigneusement relatées.

Nous nous souvenons avoir lu, il y a une vingtaine d'années, dans un journal de médecine du Canada, la remarquable leçon d'un vieux professeur de clinique chirurgicale de Montréal qui, avant d'abandonner sa chaire, crut utile d'exposer et de commenter devant ses élèves les erreurs de diagnostic qu'il avait faites au cours de sa longue carrière. Il avait intitulé sa leçon : *A travers les tombes* et, au cours d'une promenade allégorique dans les allées d'un cimetière qu'il prétendait avoir peuplé, il s'arrêtait devant chaque monument funèbre, s'accusait d'un décès, dû à l'imperfection de son diagnostic ou de sa technique, décès qui aurait pu être évité depuis. Et ce vieux maître concluait aux applaudissements enthousiastes de ses élèves :

« Mes amis, vous le voyez, je suis coupable de beaucoup de meurtres. Je mérite d'être lapidé, mais que le chirurgien qui n'en a pas autant sur la conscience me jette la première pierre. »

Nous avons admiré la haute conscience, le courage de ce grand honnête homme. C'était un véritable maître et le souvenir de sa leçon est resté profondément gravé dans notre mémoire bien que nous ayons oublié son nom.

Le savant le plus réputé, le professeur le plus émérite peut donc se tromper. Concluons : Il faut montrer un peu d'indulgence pour les erreurs des praticiens modestes et signaler aux magistrats que l'infaillibilité est loin d'être un monopole médico-chirurgical, même aux plus hauts sommets de ce que nous appelons la Science. Ils doivent donc, s'ils ont une conscience, réfléchir à deux fois avant de rendre responsable d'une erreur celui qui n'a pu chercher à atteindre ces hauts sommets.

Nous tirerons encore de ces erreurs une autre conclusion contre le mode actuel de recrutement des agrégés. Le concours de l'agrégation est une hypocrisie. Loin de nous la pensée de vouloir insinuer que les agrégés de nos Facultés ne sont pas au niveau de leurs fonctions. Tous, sauf des exceptions infiniment rares, méritent la situation qui leur est attribuée et sont des maîtres distingués. Mais la plupart des candidats au concours de l'agrégation se valent et tous ne triomphent pas. Certes on ne peut nommer tout le monde, le nombre des places est limité. Mais que vaut le concours ? Dans le cas de l'incident récent, si le Pr Y. n'avait, en opérant la malade, démontré que le Pr X, et non le candidat, s'était trompé, ce dernier eût été certainement refusé. En outre peut-on considérer comme équitable un concours dont les candidats ne subissent pas des épreuves identiques. Et ces épreuves fussent-elles identiques, prouveraient-elles que tel concurrent est supérieur à tel de ses rivaux ? Est-il possible à notre époque d'accumuler les connaissances de tout ce que l'on publie en sciences médicales ? Dès l'internat, les jeunes médecins qui briguent les concours, sont obligés de se spécialiser ; l'un s'occupe surtout de neurologie, l'autre des affections du cœur. Celui-ci se consacre à l'étude des maladies du tube digestif, celui-là à celle des maladies pulmonaires. Tous peuvent-être également supérieurs dans leur spécialité. Quelle mesure permettra de comparer ces unités qui ne sont pas de même espèce ?

Ne serait-il pas plus simple et plus juste de borner le concours à l'examen des titres et à l'appréciation de leçons publiques faites pendant une certaine période à la Faculté ?

Vous livreriez ainsi le choix des agrégés au népotisme et aux intrigues, nous objectera-t-on. Vraiment ! népotisme et intrigues seraient-ils plus étalés qu'aujourd'hui ? Et puis ! soyons francs : Lorsqu'un maître s'efforce d'assurer le succès de son élève préféré, n'est-ce pas parce qu'il a pu l'apprécier, l'estimer au cours de sa carrière ? N'est-ce pas parce qu'il le considère souvent comme celui qui continuera son œuvre, comme l'héritier de ses méthodes, le fils de sa Pensée, qu'il croit très sincèrement supérieur aux autres comme souvent un père qui s'illusionne sur la valeur des enfants qu'il a engendrés, élevés et choyés. Ne parlons donc pas de justice, ni d'injustice dans les concours actuels. Ils sont ce qu'ils peuvent être et ne peuvent être que ce qu'ils sont.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CE QU'IL FAUT SAVOIR DU TRAITEMENT DES PIEDS BOTS

Par le Dr R. Massart,

Assistant de chirurgie orthopédique, à la Clinique chirurgicale infantile de la Faculté.

Quelle question paraît plus complexe que celle du traitement des pieds bots et quel doit être l'embarras de bien des confrères après avoir mis au monde un enfant atteint de cette infirmité.

Et cependant ! la conduite à tenir peut être résumée en quelques points faciles dont il importe de se bien pénétrer.

Lorsque le pied bot est observé à la naissance, il doit être immédiatement traité.

Si tant de pieds bots sont réfractaires au traitement par manœuvres externes, c'est qu'un grand nombre ne viennent nous consulter qu'après de longues semaines d'hésitation. On attend, pensant que le pied va s'arranger, la famille demande conseil à son entourage et on laisse passer la période où la réduction est relativement facile et où la certitude d'un bon résultat ultérieur est plus grande.

S'il y a souvent beaucoup d'hésitation, avant d'entreprendre un traitement, c'est que la plupart d'entre nous ont à l'esprit les opérations sanglantes qui s'adressent à des sujets plus âgés ; ils pensent, et avec raison, qu'il y a intérêt à ce que l'enfant soit plus grand pour mieux supporter l'opération et c'est quelquefois guidés par d'excellents motifs que nous voyons des confrères faire perdre à l'enfant le bénéfice d'une réduction tentée dans les premières semaines.

Il importe de dire que les manœuvres externes qui permettent la correction des pieds bots ne nécessitent aucune anesthésie ; elles sont d'autant moins douloureuses que le pied de l'enfant plus jeune a des noyaux osseux moins développés et que la force à déployer pour corriger la difformité est moindre.

Cette réduction est purement manuelle ; elle se fait uniquement avec les mains, sans qu'il soit besoin du coin de Lorenz qu'on doit réserver pour des sujets dont le traitement n'aura pas été commencé si tôt ; sans qu'il faille recourir aux instruments de torture que sont tous les ostéoclastes, vestiges d'une chirurgie qu'on ne fait plus.

Les manœuvres de réduction doivent être répétées fréquemment dans les premiers mois : notre but, en intervenant aussi tôt, est de remettre en place l'astragale, que la radiographie montre déplacé, et d'empêcher son noyau osseux de se déformer tandis qu'il se développe. Il est bon qu'au début ce soit un chirurgien habitué à ces manœuvres qui les pratique sur le nouveau-né ; mais il est bien certain que les médecins traitants, les familles même, peuvent continuer à faire les massages et les mouvements articulaires qui permettent de corriger et de maintenir la correction du pied bot. A l'hôpital des Enfants-Malades, les parents viennent nous montrer leurs enfants régulièrement ; nous leur indiquons les manœuvres à faire, nous gardons la surveillance du pied bot et les résultats sont excellents. Les enfants ainsi traités restent guéris ; parfois vers 18 mois il persiste un léger équinisme qu'une ténotomie d'Achille corrige parfaitement. Les cas invétérés sont rares ; s'il en existe, on les diagnostique dès le début du traitement, et pour ceux-là le plus simple sera d'attendre que le sujet ait deux ans pour intervenir sur son pied.

C'est souvent vers 4 ou 5 mois que nous voyons l'enfant pour la première fois. Quel traitement allons-nous conseiller ?

Il faut encore, à cet âge, essayer la réduction manuelle ; elle est difficile, le pied est déjà fortement déformé, avec varus très prononcé et saillie de la tête de l'astragale.

L'opération demande l'anesthésie générale. La réduction du varus se fera sur le coin de Lorenz et il sera indispensable d'immobiliser le pied dans un appareil orthopédique, voire même dans un plâtre, pour contenir la réduction. Mais un traitement bien suivi, complété suivant les cas par une ténotomie, donne de bons résultats, avec une déformation légère du pied.

◆◆

Les opérations sanglantes s'adressent aux enfants plus âgés.

Il faut savoir que, si elles guérissent la déformation congénitale, elles laissent un pied déformé, raccourci, qui exige le port constant de chaussures orthopédiques.

Si l'on compare les résultats des pieds bots traités dès la naissance, à ceux opérés vers 5 ou 6 ans, on se persuadera que le vrai traitement de cette difformité est orthopédique.

L'affirmation de Lucas-Championnière, qui conseillait de laisser aller la croissance du pied jusqu'à l'âge de 6 ans et d'intervenir à cette période, doit être reprise et modifiée ; elle ne s'applique plus guère qu'aux pieds bots invétérés et à ceux qui sont restés sans traitement jusqu'à ce que l'enfant marche.

LA THÉRAPEUTIQUE DES NÉPHRITES

Le traitement du syndrome de rétention chlorurée.

M. le professeur agrégé LEMIERRE.

Les travaux de physiologie pathologique poursuivis depuis une vingtaine d'années sur les néphrites ont conduit à une thérapeutique de ces affections sensiblement plus satisfaisante que celle mise en œuvre antérieurement.

Avant d'aborder le traitement du syndrome de rétention chlorurée, objet de cette leçon, je vous parlerai du traitement des néphrites aiguës. Il se sépare de la thérapeutique des néphrites chroniques. C'est un traitement à caractère d'urgence, d'abord. Ensuite, il est rare qu'une seule rétention soit en cause. Fréquemment, la néphrite aiguë comporte une oligurie extrême qui peut aller jusqu'à l'anurie, de la rétention azotée et chlorurée, sans parler des symptômes infectieux et toxiques dépendants de la maladie originelle.

Nous n'avons pas d'action directe, en pareil cas, sur le rein, mais nous pouvons mettre le malade dans les conditions les meilleures pour que ses reins se réparent. Il faut prescrire le repos au lit, chose facile à obtenir étant donné la gravité de la maladie. Au point de vue alimentaire, le même repos de l'organisme est nécessaire, et il n'y a ici qu'un seul moyen à recommander : la diète hydrique. Rien ne presse de nourrir le malade et l'on aura recours à la diète hydrique aussi longtemps que le rein ne sera pas perméable. Cette diète hydrique comprend l'ingestion d'eau, de tisanes, et de quelque chose qui ne passe pas par le rein : le sucre, le lactose. Sucre et lactose sont brûlés par l'économie, où ils donnent de l'eau et de l'acide carbonique. Vous pourrez donner du sucre (300 gr., 400 gr. par jour de sucre de canne), du jus de fruits, des sirops, du jus d'orange, de raisin, en attendant la polyurie libératrice.

Il faut savoir qu'il n'est pas nécessaire, qu'il est dangereux même, de vouloir forcer le rein par les boissons abondantes, sous peine, parfois, de fatiguer le cœur et d'augmenter les œdèmes. On s'en tiendra à l'ingestion de quantités modérées de liquide, 800 gr., 1 litre, 1 litre et demi au maximum, par 24 heures. Par contre, il est utile de favoriser l'élimination par les autres voies, par l'intestin en particulier. Prescrire, à cet effet, des purgatifs drastiques, de l'eau-de-vie allemande, de la scammonée également, 0 gr. 75 à 1 gr. 50 par 24 heures, en cachets. Autre procédé encore, les lavements frais, qui sont des stimulants de la sécrétion rénale.

Nous pouvons, d'autre part, être en présence de symptômes graves, dyspnée, œdème pulmonaire. Les émissions sanguines sont alors indiquées. Elles seront locales, sous forme de ventouses scarifiées, au nombre de 8 ou 10, que l'on renouvellera s'il y a lieu. Mises sur la région rénale, elles atténuent aussi les douleurs lombaires, souvent accusées par les patients dans ces néphrites. Si les grands accidents congestifs et dyspnéiques persistent, c'est à la saignée générale qu'il faut avoir recours. On la poussera jusqu'à 500, 600 et 700 cent. cubes et on la répétera, si besoin est.

Enfin, une question angoissante se présente lorsque l'oligurie est extrême, lorsqu'il existe même de l'anurie, depuis 48 heures, trois jours parfois. La chirurgie, à laquelle on s'est adressé, ne donne pas de résultats très brillants. M. Legueu et M. Chevassu l'ont même abandonnée. Un moyen, l'injection intra-veineuse de solution glucosée hypertonique, semble avoir donné quelquefois des succès. On a commencé par la solution isotonique, à 47 grammes de glucose pour 1 litre. Puis on s'est aperçu que les résultats étaient meilleurs avec la solution hypertonique, à 300 grammes de glucose pour un litre d'eau. La dose injectée est en général de 200 centim. cubes, soit 60 gr. de glucose pour 200 cc. d'eau. L'injection sera toujours poussée lentement et l'on se tiendra prêt à l'arrêter s'il survient des accidents, quitte à reprendre ensuite. Quelquefois, c'est après l'injection que les accidents éclatent, sous forme d'accès fébriles, de

transpirations. En général, il est vrai, tout se passe bien. L'injection intra-veineuse de sérum glucosé semble avoir donné des résultats dans certains cas, et avoir déclanché la diurèse dans ces néphrites aiguës avec anurie. L'action du sérum glucosé a été, il est vrai, contestée par quelques auteurs, par M. Rathery en particulier. Mais M. Rathery s'est adressé aux néphrites chroniques et il s'agit ici de néphrites aiguës.

Enfin, quand on est en présence d'une néphrite aiguë, il faut penser à sa transformation possible en néphrite chronique. La convalescence des néphrites aiguës est lente. Il faut prolonger longtemps le séjour au lit, le régime, mettre le malade à l'abri des refroidissements. On pourra considérer le patient comme guéri, lorsque l'albuminurie et les cylindres auront disparu des urines. Et encore, ne pas oublier les retours éloignés de la néphropathie.

Le traitement des néphrites chroniques peut être plus systématisé. Nous sommes alors en face, de l'un des trois syndromes : de rétention chlorurée, de rétention uréique, d'hypertension, qui peuvent aussi, bien entendu, être plus ou moins associés, avec l'un d'eux souvent prédominant.

Entre tous, le syndrome le plus satisfaisant est la chlorurémie. Son traitement diététique est le régime déchloruré ou hypochloruré. Il y a d'abord le vieux régime lacté, qui n'a pas dit son dernier mot. Il est hypochloruré, et vraisemblablement c'est à cette qualité qu'il doit l'efficacité qu'on lui a reconnue jadis. On pensait que les albumines du lait étaient moins toxiques que les autres albumines, mais il est probable que c'est le peu de chloruration du lait qui joue le principal rôle. En ajoutant, en effet, du sel au lait, Widal a vu que le régime lacté perdait son efficacité.

Une grande partie de la valeur du régime lacté est donc due à ce qu'il s'agit d'un régime déchloruré. Le lait ordinaire contient, en effet, 1 gr. 50 à 1 gr. 80 de chlorure de sodium par litre. Il est des laits renfermant jusqu'à 2 gr. de chlorure de sodium. Or, comme ces malades ont faim et sont obligés de consommer une quantité assez considérable de lait pour se nourrir (3 litres, et plus même), on se trouve en présence de deux inconvénients. D'abord, c'est, à cette dose, un régime encore trop chloruré, arrivant à 6 et 8 gr. de chlorure de sodium par 24 heures. D'autre part, la masse liquide ingérée est trop considérable. Chez les infiltrés d'œdème, il y a intérêt à faire une certaine réduction des boissons, à ne pas dépasser 1 litre et demi, à descendre même à 1 litre et 800 cent. cubes.

On s'adressera donc, en définitive, à un régime mixte déchloruré, ne comportant qu'une petite quantité de lait ou pas du tout, et formé d'autres aliments. Le pain ordinaire contient une dose assez forte de sel, jusqu'à 20 gr. par kilogr., en moyenne 10 à 14 gr. Il est trop salé, mais on fabrique un pain sans sel, renfermant seulement 0 gr. 70 de chlorure de sodium par kilogr. La viande, que l'on n'aurait jamais osé permettre autrefois, peut être donnée ici, dans une certaine mesure. Elle est peu chlorurée, contenant seulement 1 gr. de sel par kilogr. Les œufs sont dans le même cas : un œuf de 50 gr. renferme 6 à 7 centigr. de chlorure de sodium. Les poissons d'eau douce sont encore des aliments peu salés. Les poissons d'eau de mer, même, ne contiennent qu'une quantité faible de chlorure de sodium, 4 à 6 gr. par kilogr. Voilà des aliments albuminoïdes qui peuvent servir chez les malades n'ayant pas de rétention azotée. Ils réussissent quelquefois très bien et vous verrez parfois des malades végétariens infiltrés d'œdème s'améliorer avec les viandes.

Mais, comme il faut toujours songer à l'azotémie, les aliments de choix dans le régime déchloruré seront plutôt les végétaux. Les végétaux et les fruits ne contiennent que des traces de sel. La pomme de terre, le riz, presque pas salés, sont précieux à ce sujet. Par contre, il faut bannir toutes les conserves, la charcuterie, les poissons salés.

C'est avec ces éléments que l'on peut constituer un régime mixte, déchloruré. On établira la ration en se souvenant qu'un gramme d'albumine fournit 4 calories 1/2, 1 gr. d'hydrates de carbone 4 cal. 1/2, 1 gr. de graisse 8 calories, et qu'un individu a besoin de 1.500 à 1.600 calories au repos, et de 2.000 calories lorsqu'il se lève. Voici, par exemple, un régime type qui ne dépasse par 1 gr. à 1 gr. 50 de chlorure de sodium : 250 grammes de pain sans sel, 250 gr. de pommes de terre, 200 gr. de viande, 50 gr. de sucre, vin, eau.

Le régime déchloruré fait fondre l'œdème. Si vous donnez 1 gr. de sel à un malade qui peut en éliminer 6 gr., il prend sur ses tissus les 5 gr. formant la différence, et se déshydrate.

Un moment délicat est celui où la déchloruration est terminée. Le régime déchloruré est un régime d'exception qu'on ne saurait continuer indéfiniment. Il est d'ailleurs pénible et les malades s'en lassent. Pour le faciliter, on peut permettre certains condiments, la moutarde, l'estragon, le vinaigre, qui le rendent moins dur. Il finit cependant par être supporté avec peine et il déprime même un peu, le sel ayant une action excitante, que le patient ressent bien à la reprise du régime chloruré.

Lorsque tout le chlorure retenu a été éliminé, faut-il continuer le régime déchloruré ? Non, il convient de faire des concessions. En maintenant la cuisine déchlorurée, on permettra un peu de sel. On fait faire des paquets de 1 gramme de chlorure de sodium et l'on commence par

un paquet, au cours du repas. On apporte ainsi un réconfort au malade. C'est le moment de surveiller le patient, de le peser, d'analyser les urines. Si l'on donne 3 gr. de sel et qu'il n'en est éliminé que 1 gr. 50, le poids augmente. On doit réduire. Dans d'autres cas, vous voyez la tolérance au sel s'améliorer et l'on peut parfois porter à 4 gr. et 5 gr. la dose de chlorure de sodium, sans aller trop haut, cependant. Le régime déchloruré n'est pas seulement un palliatif, c'est souvent aussi un curatif, qui améliore la perméabilité au sel. Soit dit en passant, il en va autrement pour l'urée. Il est difficile d'améliorer la perméabilité rénale pour l'urée.

On n'obtient pas toujours du régime, il est vrai, des résultats suffisants, et l'on est obligé dans ces conditions de s'adresser à certains médicaments diurétiques déchlorurants. Le type est la théobromine, substance insoluble qui se prescrit en cachets à la dose de 1 gr., 1 gr. 50, jusqu'à 3 grammes. Elle peut donner des résultats remarquables. Son action est généralement immédiate ; pourtant elle provoque quelquefois des troubles d'intolérance, de la céphalalgie, par exemple, quand elle n'est pas pure principalement. Elle agirait, pour les uns par dilatation des vaisseaux du rein, pour les autres directement sur l'épithélium rénal, en abaissant le seuil d'élimination des chlorures. On a cherché à pallier à son insolubilité et l'on a utilisé un salicylate de théobromine, soluble, qui n'est que de la théobromine solubilisée par la soude. Or, la soude est irritante. Une autre préparation est un isomère, la théocine ou théophylline, qui provient des feuilles de thé. Son activité est plus forte et il ne faut pas dépasser la dose de 0 gr. 80, par fractions de 0 gr. 20. Elle est irritante pour le tube digestif et semble déterminer parfois des troubles convulsifs. Néanmoins, elle est plus puissante encore que la théobromine.

Récemment, enfin, on a préconisé le chlorure de calcium. Déjà, il y a longtemps, Iscovesco avait donné ce médicament dans l'albuminurie. Pendant la guerre, deux médecins allemands traitèrent les néphrites de guerre avec grand œdème par le chlorure de calcium à hautes doses, 16 à 18 grammes. Leurs recherches furent reprises par Blum, de Strasbourg. Il partit d'un point de vue différent. Pour lui, la cause de l'œdème est non le chlorure de sodium, mais l'ion sodium. Pour combattre l'œdème, il suffira de favoriser l'élimination du sodium. Or deux choses peuvent se substituer au sodium : le potassium et le calcium. Le potassium, toxique, n'est guère utilisable. Au contraire, le chlorure de calcium, peu toxique, peut être donné en quantités assez fortes, 15 et même 25 gr. par jour. M. Blum vit ainsi fondre des œdèmes néphritiques qui avaient résisté aux autres traitements. Il montra, en outre, que cette propriété s'étendait aux autres hydropisies, dépendant d'affections hépatiques, cardiaques, et même aux épanchements pleuraux tuberculeux.

Il ne semble pas cependant que l'usage du chlorure de calcium dans les œdèmes se soit très répandu. Des auteurs ont signalé des résultats inconstants. D'autre part, c'est un traitement difficile à supporter, le médicament ayant un goût détestable. On lui reproche aussi de causer des troubles gastro-intestinaux, de la constipation, des vomissements, et également un certain état de fatigue physique et psychique. Je crois cependant qu'on peut l'employer dans quelques cas. Il a une action et l'on a vu des malades perdre encore de l'eau avec le chlorure de calcium après avoir épuisé les effets d'un régime et d'un traitement déchlorurant convenable. C'est un médicament d'attente. On s'y adressera quand on aura utilisé les ressources habituelles, sans trop prolonger son usage.

Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris et recueillie par le Dr P. Lacroix.

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE PROPHYLAXIE. TRAITEMENT

(15e *article.*)

par le Dr Leredde.

Je n'ai pas l'intention d'étudier d'une manière complète les questions relatives à la prophylaxie et au traitement de l'hérédo-syphilis. Il faudrait étudier tout le problème de l'organisation de la lutte antisyphilitique, critiquer celle des consultations de puériculture (1), parler du traitement de la femme enceinte... puis exposer en détail les règles du traitement, les justifier, comparer les armes antisyphilitiques, discuter lonuguement le mécanisme des accidents, etc. Je voudrais simplement provoquer les réflexions des lecteurs et indiquer, sous une forme sommaire, la méthode que j'ai créée et que j'ai exposée dans un livre récent (1).

(1) Leredde. — Le diagnostic de la S. congénitale et les consultations hospitalières, Soc. de méd. de Paris, 27 mai 1922.)

(1) Leredde et Drouet. — Traitement de la syphilis récente, ancienne, héréditaire. Méthode normale. Maloine, Paris 1922.

Si la syphilis, acquise ou héréditaire, détermine les deux tiers ou les trois quarts des morts attribuées par les statistiques officielles aux affections du système nerveux, du cœur et des vaisseaux, aux affections chroniques en général ; si elle est la cause normale des infirmités et des malformations ; s'il est vrai que les deux tiers ou les trois quarts des aliénés soient syphilitiques ; si elle se rencontre, dans des cas nombreux, à l'origine de la tuberculose et du cancer ; si elle est la plus grave des maladies humaines, nous pouvons juger du bien qui sera la suite de sa disparition : la plus féconde des révolutions ou des évolutions sociales ne saurait en produire un plus grand.

Pensons aux drames auxquels nous assistons chaque jour, cruels certes, quand il s'agit d'une maladie aiguë, plus cruels souvent et souvent désastreux lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique qui frappe la femme après l'homme, les enfants après la mère, qui ruine le foyer et y amène la misère, aux drames que le médecin observe à son foyer même. Contre la maladie née de l'organisme, en dehors de toute cause externe, créée par une fatalité héréditaire, il ne peut à peu près rien, il est à peu près désarmé. Contre une infection partout présente, qui se transmet d'un individu à un autre, d'une génération à une autre, le médecin peut tout : prévenir la contagion, s'il reconnaît la maladie dès son début, stériliser l'organisme ; prévenir les conséquences, en la soignant DÈS SON DÉBUT ; chez l'adulte, quand elle est acquise ; *chez le nourrisson, quand elle est héréditaire*. Mais ce résultat, il ne peut l'obtenir que par une action ÉNERGIQUE et PERSÉVÉRANTE. Restera-t-il indifférent au progrès qui doit se faire, fidèle à des doctrines sans espoir ? Oubliera-t-il que la médecine se transforme tous les jours, dans ses doctrines, dans ses moyens ?

Les découvertes pastoriennes ont déjà supprimé les grandes maladies épidémiques, telles que le choléra, diminué la fréquence des grandes maladies endémiques, telles que la fièvre typhoïde. Le médecin constate la disparition de ces fléaux, il en est le témoin. Elle est la suite des progrès de la bactériologie et de l'hygiène plus que de son effort personnel, de son action directe.

Maintenant, cet effort et cette action deviennent nécessaires : son inertie et son indifférence seraient coupables. Il faut oublier ce que nous avons appris ; apprendre ce que nous ne savons pas encore. Nous n'avons pas le droit d'obéir à des routines qui nous empêchent d'agir d'une manière efficace ; nous n'avons pas celui de ne pas chercher la syphilis et de ne pas apporter plus d'attention au diagnostic étiologique qu'au diagnostic anatomique ; il ne nous est pas permis de négliger chez chaque malade l'infection pour traiter seulement les accidents qui la révèlent.

***

Les obstacles à la disparition de la syphilis se rencontrent chez le médecin, dans les Pouvoirs publics, en particulier dans le Ministère même de l'hygiène, et l'opinion publique.

On m'a déjà reproché d'avoir accusé le médecin en classant ainsi les difficultés qui se rencontrent. J'ai accusé et j'accuse les auteurs qui le guident, les livres qu'il lit, les doctrines qu'il accepte encore (1).

Le médecin est un homme pressé qui monte des étages dans les grandes villes et court en automobile à la campagne.

Le médecin est un homme pressé qui passe d'un malade atteint d'une affection à un autre atteint d'une affection différente. Dans la même journée il ouvre un panaris, il voit un enfant qui souffre d'une angine, parfois simple et parfois diphtérique, un autre qui tousse, un vieillard atteint d'apoplexie, un dyspeptique, un cardiaque, un homme qui crache du sang et une femme enceinte. Son opinion, au point de vue thérapeutique, ne peut s'appuyer seulement sur son expérience personnelle, *toujours insuffisante*, parce qu'il voit des faits isolés, parce qu'il ne peut *observer en série*.

Le médecin vit de la vie commune. Il croit nécessaire d'accompagner sa famille à une réception, d'assister à une pièce de théâtre, parfois de faire de la politique, de rendre visite au député ou au sous-préfet. Quelquefois il prend part à des réunions professionnelles : parfois, trop rarement, il prend une part active au travail syndical, dont sa femme ne comprend pas le bénéfice immédiat. Il tient ses comptes, il signe des papiers administratifs ; à la campagne il s'occupe de son jardin, de ses bêtes et parfois de ses

(1) Les erreurs de traitement dont les syphilitiques sont victimes ont pour origine les erreurs de diagnostic dont j'ai parlé, les opinions erronées qui sont encore répandues sur le pronostic de la maladie, sur sa non contagiosité quelques années après son début, sur l'absence d'infection chez une femme *qui paraît saine* chez des enfants *qui paraissent sains*. Elles ont d'autres causes, que j'ai indiquées.

TOUTES, SANS EXCEPTION, SE TROUVENT DANS LES TRAVAUX DE SYPHILIGRAPHES OU DE NEUROLOGISTES qui ne mesurent pas les conséquences de leurs opinions au point de vue social, qui créent dans l'esprit du médecin des craintes sans fondement et veulent substituer des règles mécaniques, un traitement mécanique à un traitement qui a pour but d'amener la stérilisation chez chaque malade et de contrôler les résultats.

L'obstacle principal à la disparition de la syphilis est d'ordre technique ; il se trouve chez le médecin luimême. *Ceci parce que les notions essentielles que nous possédons aujourd'hui sur cette infection, sur son domaine et ses conséquences, sur sa gravité réelle, sur les règles de son traitement sont récentes et ne sont pas encore passées dans les esprits* ». LEREDDE. — La syphilis et l'organisation de la lutte antisyphilitique. Plon, Paris, 1922.



champs ; il fait parfois de la littératuire et relit ses classiques.

Entre deux malades, il lit les travaux de médecins dont la vie est semblable à la sienne. Les meilleurs de ces travaux sont signés d'hommes qui ont, dans les hôpitaux, des matériaux de recherche, mais qui sont, dans les hôpitaux, débordés de travail, parce que les malades sont trop nombreux, qu'il faut aller vite, qui font faire, *par leurs élèves*, une partie de leur besogne, *et même de celle qui servira à des recherches « originales »*, qui écrivent un article, le soir, à la lumière de la lampe, sans avoir réuni, pendant des mois, les faits, les observations, sans lesquels l'article n'a, véritablement, *aucune valeur.*

***

Les travaux que lit le médecin ne sont pas, ne peuvent être des travaux désintéressés. Lorsqu'un chirurgien, le plus consciencieux, le plus honnête a inventé une technique opératoire, lorsqu'elle a été acceptée sous son nom, qu'elle a fait connaître du monde entier, ce chirurgien s'oppose à l'usage d'une technique nouvelle. Lorsque Fournier proteste contre l'emploi des injections mercurielles, nous devinons qu'il a l'habitude de prescrire le traitement sous forme de pilules, qu'il devrait, pour faire des injections mercurielles aux malades qui viennent le consulter, modifier ses habitudes et avouer que la technique a fait des progrès dont il n'est pas l'auteur. Lorsque des discussions passionnées s'engagent dans les sociétés de syphiligraphie sur l'usage des arsénobenzènes, à la suite de la découverte d'Ehrlich, des questions de prestige, d'amour-propre entrent en jeu, des adversaires du nouveau traitement accusent ses partisans de faire du bruit, de prétendre guérir la syphilis en quelques injections ; ne pouvant nier les effets des arsénobenzènes dans le traitement de l'infection récente, ils affirment leur insuccès dans le traitement de la syphilis ancienne ! Ils accusent les partisans des arsénobenzènes de tuer leurs malades. Ceux-ci répondent que les partisans du mercure oublient les accidents dus à celui-ci, et les accusent de laisser mourir les syphiltiques. Les discussions médicales rappellent les discussions politiques ; l'habileté des orateurs, le son de leur voix, l'éclat de leurs gestes, leur situation officielle surtout, l'emportent souvent sur les faits, qui seuls ont ou devraient avoir une importance. Et personne ne paraît absolument de bonne foi.

On comprend l'embarras du médecin, homme pressé, au milieu de ces rumeurs. Il s'en remet à l'autorité d'hommes qui lui conseillent de s'en tenir à ce qu'il a déjà fait, ou bien, provoqué parfois par les malades eux-mêmes, il obéit à la mode, qui lui propose un moyen nouveau, toujours meilleur que les anciens, bien entendu. Tout le monde, d'ailleurs, écrit sur la thérapeutique et rien n'est plus difficile, en cette matière, que d'établir une vérité stable et de valeur scientifique (1).

J'ai pris part aux discussions sur le traitement de la syphilis qui se poursuivent depuis une quinzaine d'années, après avoir reconnu en 1902 l'importance de la question des doses de mercure (négligée jusqu'à cette date !). Lorsque les accidents de l'arsénobenzol furent étudiés à la Société française de Dermatologie, je fus amené à étudier la gravité de la syphilis non soignée *ou soignée suivant les méthodes habituelles et par les moyens anciens* : les chiffres que j'ai donnés sont aujourd'hui acceptés en France.

J'ai toujours cru que pour apporter quelque lumière dans les débats il fallait établir une doctrine ; celle-ci peut se résumer en quelques formules :

1º La syphilis est une maladie des plus graves, puisqu'elle tue, au minimum 80.000 individus chaque année en France (le chiffre de 150.000 n'a rien d'invraisemblable) ;

2º Cette mortalité deviendrait insignifiante, si tous les syphilitiques étaient bien soignés et soignés en particulier dès le début de la maladie ;

3º Un syphilitique bien soigné peut « aller mal », un syphilitique « mal soigné » peut aller bien. On ne peut juger la valeur d'une méthode thérapeutique sur des faits particuliers.

4º J'appelle bien soigné un syphilitique chez lequel le médecin poursuit la stérilisation, la régression de l'infection, et non la guérison des accidents, contrôle les résultats du traitement et surveille, après celui-ci, les retours offensifs de l'infection.

Peu importe l'agent antisyphilitique employé : le médecin qui comprend la nécessité absolue du contrôle emploiera nécessairement celui dont la valeur sera démontrée par les résultats de ce contrôle.

5º Tous les agents antisyphilitiques peuvent être dangereux, mais ces dangers sont dus à des erreurs de technique.

6º Le médecin qui soigne un syphilitique a pour devoir, bien entendu, d'éviter les accidents dus au traitement, mais il a aussi, ce qu'oublient de lui dire de nombreux syphiligraphes, le devoir impérieux : *a*) de supprimer les accidents contagieux de la syphilis, d'une manière définitive ; *b*) de mettre le malade à l'abri des dangers d'une maladie qui est la plus meurtrière des maladies humaines.

(1) LEREDDE. — Des causes d'erreur et de la méthode en thérapeutique, *Revue pratique des maladies cutanées*, 1905.

II

La prophylaxie de la syphilis héréditaire se confond avec celle de la syphilis acquise ; la première ne disparaîtra que lorsque celle-ci aura disparu. Mais, en attendant, le nombre des enfants hérédo-syphilitiques qui naissent, chaque année, atteint ou dépasse le chiffre de cent mille (1) dont 40.000 de 0 à 5 ans succombent chaque année (Leredde) ; contre la syphilis du nourrisson, sauf dans quelques cas rares, nous sommes armés : il faut reconnaître l'infection dès la naissance, sauver les enfants hérédo-syphilitiques.

Je rappelle encore que la syphilis est mal connue du médecin, parce que les syphiligraphes la décrivent comme une maladie qui se voit. Bien plus souvent que la syphilis acquise, qui s'accompagne, à son début, d'un chancre et souvent d'une roséole (parfois invisibles, souvent inconnus du malade), l'infection héréditaire ne se voit pas. Sans pouvoir donner de chiffres précis, j'admets que les accidents externes, « spécifiques » n'existent guère que dans un cas sur 40 ou sur 50. Sinon, comment comprendre que les statistiques officielles accusent à Paris la syphilis de déterminer 77 morts de 0 à un an chaque année, alors qu'il meurt, en fait, 3.000 ou 4.000 enfants de 0 à 5 ans !

En l'absence d'accidents externes, le diagnostic de syphilis paraît difficile sinon impossible aux médecins d'enfants parce qu'ils procèdent dans un esprit analytique, *parce qu'ils cherchent de nouveaux symptômes*. Les plus hardis, qui admettent la fréquence extraordinaire de la syphilis infantile, en soupçonnent ou en affirment la présence, lorsqu'un enfant présente un gros foie et une grosse rate, ou du crânio-tabes ou des végétations adénoïdes précoces, ou des vomissements habituels, etc. (Marfan) (2).

En somme le médecin devrait avoir présent à l'esprit des signes de la syphilis héréditaire et les chercher pour la reconnaître. Je crois que cette méthode, qui est classique, est mauvaise, car l'enfant hérédo-syphilitique ne présente fréquemment aucun trouble morbide, aucun état pathologique ; *la syphilis du nourrisson ne doit pas être décrite sous une forme didactique*, le médecin ne doit pas attendre l'apparition d'un signe quelconque pour savoir si un enfant est hérédo-syphilitique. Il est, certes, utile de connaître tous ceux qui peuvent révéler l'existence de l'infection chez un nourrisson ou après le sevrage, et je ne dis pas que les travaux de M. Marfan soient inutiles, mais le diagnostic repose essentiellement sur sa découverte chez les parents, qui doivent être examinés dans tous les cas, par les moyens cliniques et de laboratoire (1).

Que le méthode classique, traditionnelle, soit mauvaise, on n'en saurait douter d'ailleurs, quand on voit les médecins d'enfants les plus avertis négliger, dans leur énumération des symptômes ou des syndromes d'origine syphilitique, les affections même, d'observation quotidienne, sous le nom desquelles se dissimulent presque toutes les morts dues en fait à l'infection congénitale : l'ENTÉRITE, en premier lieu, les méningites, la débilité congénitale, l'ictère et le sclérème.

Tout enfant de syphilitique doit être présumé hérédo-syphilitique (2).

***

Mais, dira-t-on, tout enfant de syphilitique n'est pas syphilitique. Je l'espère bien. Je ne demande pas que tout nourrisson né d'une femme atteinte de syphilis ancienne soit soumis à un traitement, qui ne serait d'ailleurs jamais dirigé avec méthode et resterait toujours banal. Mais je crois que l'existence, chez un enfant de syphilitique, d'un trouble *quelconque*, qu'on ne songera jamais à rattacher à la syphilis, des troubles intestinaux les plus légers lorsque l'alimentation est normale, des troubles du sommeil les plus légers, prendra, si l'infection a été reconnue chez les parents, une valeur « spécifique », imposera le traitement d'épreuve. Je crois aussi que l'examen hématologique, dont j'ai commencé à montrer l'importance, que des faits nouveaux confirment chaque jour, doit être fait chez tout enfant de syphilitique, que toute hypoglobulie, toute hypochromie, toute mononucléose est SUSPECTE et impose un traitement d'épreuve, et je voudrais que cet examen soit fait, *d'une manière sérieuse*, chez tout enfant de syphilitique.

***

J'ai écrit que le traitement, chez les enfants hérédo-syphilitiques, est fait presque toujours, à l'heure présente, sous une forme barbare, parce qu'il est fait sous forme de frictions mercurielles. Les raisons qui expliquent l'usage universel de celui-ci me paraissent les suivantes :

a) En premier lieu, les médecins sont préoccupés du tube digestif, chez les nourrissons, à ce

(1) M. MARFAN admet que 30 % des enfants qui sont présentés aux consultations hospitalières sont atteints de s. congénitale. M. HUTINEL (COMM. ORALE) M'A DONNÉ LE CHIFFRE FORMIDABLE DE 40 P. CENT.

(2) MARFAN. — Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-nés et des nourrissons, *Presse médicale*, 25 avril 1923

(1) LEREDDE. — Essai sur le diagnostic de la S. héréditaire, *Presse médicale*, avril 1923.

(2) LEREDDE. — Sur un cas d'épilepsie d'origine hérédo-syphilitique méconnue. Résultat positif du traitement par le novarsénobenzol. (*Soc. de Dermatologie* avril 1923.

point qu'ils n'osent pas employer la médication mercurielle par voie gastrique (or le traitement mercuriel par voie gastrique est parfaitement supporté par l'enfant, même atteint d'entérite, quand il est appliqué avec l'attention nécessaire.)

b. L'usage des frictions est traditionnel : elles peuvent être appliquées sans qu'il soit nécessaire de prononcer le mot syphilis devant la mère, chez laquelle la prescription d'une solution mercurielle éveillerait des soupçons (?). Les frictions paraissent le moyen idéal du traitement « camouflé ».

c. Tout médecin qui doute de la valeur des frictions, rencontre un confrère qui a obtenu « de beaux résultats ».

Personne n'oserait dire cependant que les frictions représentent un mode de traitement précis, permettant de doser la quantité de mercure introduite dans l'organisme. L'action utile des frictions, les beaux résultats qu'elles amènent, font partie de ces vérités auxquelles tout le monde croit, tout simplement parce que personne ne les discute.

Le mercure est un agent qu'il est impossible d'employer, chez *l'adulte*, à une dose supérieure à quatre ou cinq centigrammes par jour, sans risque d'accidents d'intoxication MORTELS.

L'onguent napolitain contient 50 % de mercure métallique. Lorsqu'on frotte la peau d'un *nourrisson* de 6 kgr. avec 0 gr. 50 d'onguent napolitain (cette quantité correspond à 0 gr. 25 de mercure), l'enfant succomberait à une seule friction, si le dixième de la dose pénétrait dans l'organisme.

En fait, la quantité absorbée est des plus faibles ; elle varie suivant l'énergie de la friction, suivant la durée de celle-ci, suivant la région où elle est faite, l'état de la peau, qui peut varier lui-même d'un jour à l'autre ! Les frictions représentent donc le type parfait, le type idéal du traitement, *à doses quelconques*.

Les « beaux résultats » s'expliquent, chez l'adulte, par quelques faits relatifs à des malades atteints d'accidents graves, qui frappent l'imagination du médecin, malades qui guériraient aussi bien par un traitement *à doses connues* ! Tout syphiligraphe sait qu'il est facile de guérir une gomme de la peau et, dans quelques cas, une gomme cérébrale ou pulmonaire. La valeur d'un moyen de traitement antisyphilitique se mesure non à la dimension des lésions qu'il fait disparaître, ni même à l'importance des symptômes qui cèdent à ce moyen ! mais à son action sur les *lésions rebelles*, sur la *séroréaction*, sur les *altérations du L. céphalo-rachidien*.

Chez le nourrisson et l'enfant, les « beaux résultats » s'expliquent aussi sans peine. Ils comprennent quelques succès réels, et surtout des succès apparents. Il existe des nourrissons hérédo-syphilitiques, qui vivent, en état de parfaite santé apparente, d'autres ont des troubles, qui peuvent être passagers, *guérir sans aucun traitement spontanément*, qui guériront, même si on fait des frictions ! d'autres qui guériront par un traitement mercuriel *quelconque* et fourniront, si l'on veut, des succès réels, s'ils sont traités par les frictions, enfants qui resteront d'ailleurs infectés jusqu'à leur mort *à peu près comme si le médecin n'avait rien fait*.

Nous ne pouvons, en somme, croire à la vertu des frictions chez les hérédo-syphilitiques. Les méthodes de traitement ne valent que par comparaison, elles ne sont pas une méthode inutile, elles sont seulement la plus mauvaise de toutes, malgré l'assentiment universel des pédiatres. Tous les raisonnements, *a priori*, sont, dira-t-on, discutables : qu'on nous apporte donc, *ce qu'on n'a jamais fait*, des statistiques portant sur quarante ou cinquante enfants hérédo-syphilitiques, traités par les frictions et suivis pendant plusieurs mois. En attendant, je maintiens ce que j'ai dit à la Société de Médecine de Paris, qu'il meurt en France 40.000 enfants hérédo-syphilitiques chaque année, parce qu'ils ne sont pas soignés *ou parce qu'ils sont mal soignés*.

***

La question du « camouflage » mériterait de longs développements. A l'heure présente, la plupart des médecins qui osent chercher la syphilis héréditaire n'osent pas annoncer à une femme que son enfant est hérédo-syphilitique, que ses autres enfants sont sans doute atteints, et qu'elle est infectée elle-même.

Résultat : l'enfant n'est JAMAIS traité d'une manière sérieuse ; la mère n'est JAMAIS traitée d'une manière sérieuse. Résultat : traitements courts, dont la raison n'est pas comprise, traitements sans énergie et qu'on suspend lorsqu'ils provoquent le moindre trouble. Résultat : enfants qui meurent, qui deviennent épileptiques, aliénés, sourds-muets, etc.

La vérité est qu'il est en général facile de parler de syphilis au médecin qui a la confiance de ses malades et a acquis sur eux quelque autorité. Il est toujours possible de dire à une mère que son enfant est atteint de symptômes dont l'exis-

---

(1) J'ai déjà parlé (*Concours médical*, V, 21 juin 1922), d'une fillette hydrocéphale, atteinte à 8 mois d'effondrement nasal, traitée jusqu'au 22e mois, 15 jours par mois, par les frictions, 20 *minutes par jour*. A 22 mois, chloroanémie profonde, hémoglobine 20, hématies 1.960.000, mononucléose prononcée.

Cette observation dispense de commentaires.

Cette fillette a été traitée par le sulfarsénol de juin 1921 *à décembre* 1922. *En janvier* 1922 *la quantité d'hémoglobine est montée à* 35, *en juillet à* 55, *le nombre des hématies à* 2.540.000 *puis* 4.040.000, *le taux des polynucléaires s'est élevé à* 37 *puis* 50 *p. cent.*

tence fait penser à une infection remontant à deux ou trois générations, qu'il y a lieu de la chercher, dans l'intérêt de l'enfant, dans son intérêt propre et j'ai eu la grande satisfaction de voir des praticiens partager, après expérience, mes idées sur ce point. Inutile de prononcer le mot syphilis, qui sera prononcé un jour ou l'autre par la mère ou par le père. Et si celui-ci, ce qui arrive ! est atteint de syphilis acquise, il sera reconnaissant au médecin qui aura dit ce qu'il fallait dire, sans le mettre en jeu. Il faut accuser seulement les morts, qui ont souvent été coupables, d'ailleurs. L'hérédité de 2e et 3e génération permet de lever bien des difficultés pratiques.

Or, lorsqu'on aura dit la vérité, non pas toujours sur l'origine réelle de l'infection, ce qui est *inutile*, mais sur son existence, ce qui est *indispensable*, il sera loisible de ne pas faire d'une femme et de ses enfants des victimes du camouflage, d'employer les agents *nécessaires*, aux doses *nécessaires*, pendant le temps *nécessaire*.

***

L'esprit du traitement antisyphilitique. Le contrôle des résultats. — Le médecin s'est préoccupé jusqu'ici surtout du traitement des maladies aiguës et des maladies chroniques à leur période avancée, souvent à leur période terminale : la thérapeutique médicale a surtout pour but de combattre des symptômes. L'esprit de la thérapeutique étiologique est différent ; elle a pour but d'agir sur une cause microbienne, jusqu'à ce qu'elle ait disparu ; dans les infections chroniques, lorsque la stérilisation complète ne peut être obtenue, de pousser celle-ci aussi loin que possible, puis de surveiller les retours offensifs. Elle suppose par suite, de la part du médecin de la méthode, de la ténacité, une direction dont il comprend l'importance et qu'il imposera au malade seulement s'il la comprend bien lui-même : elle suppose qu'il pense, à chaque instant, chez tout malade, aux dangers de l'infection non réprimée, mal réprimée.

Le malade atteint d'une maladie aiguë ou d'une maladie chronique à sa période terminale présente des symptômes graves ; c'est un individu qui souffre, qui est inquiet, dont l'entourage est inquiet. Le tuberculeux, en dehors des hémoptysies, des poussées fébriles, le syphilitique, quand il n'a pas d'accidents, sont des malades qui ne souffrent pas, qui ne se croient pas malades. Il faut leur donner une direction morale, leur apprendre ce qu'ils ne savent pas, sur les risques auxquels ils sont exposés et la nécessité d'une action préventive.

La raison principale pour laquelle la syphilis est mal soignée, est que le médecin en ignore la gravité réelle et toutes les conséquences lointaines, à l'heure même où elle apparaît, qu'il croit encore, avec Fournier, *que le pronostic s'atténue avec le temps.* Erreur qui s'expliquait au temps de Fournier, qui a connu seulement quelques-uns des dangers de la syphilis, qui ne s'explique plus, mais qui persiste dans l'acte, toujours en retard sur l'idée.

Je rencontre à chaque instant des médecins qui ne pensent pas à la gravité réelle de la syphilis, aux désastres auxquels elle expose. Je vois en ce moment deux malades de province soignés par des médecins excellents, connus. L'un d'eux est un syphilitique ancien, qui n'a jamais présenté que des accidents vagues, sans aucune gravité apparente. Une ponction lombaire a cependant montré il y a près de 2 ans des altérations précises du L.C.R. ; bien plus, cette ponction a été suivie de phénomènes très rares (diplopie passagère, engourdissement passager d'un membre), *qui ne peuvent s'expliquer que par une syphilis cérébrale latente.* Ce malade a parfaitement compris la nécessité d'un traitement vigoureux et prolongé ; il reste difficile de le faire accepter du médecin qui le soigne.

L'autre malade est une jeune fille, hérédo-syphilitique, chez laquelle l'infection a été découverte à l'occasion d'une ostéite du cubitus. La réaction de Hecht est positive ; il existe des altérations hématologiques. Après 3 ou 4 mois de traitement, l'état général est devenu meilleur, toute sensibilité cubitale disparue ; le médecin qui la soigne a conseillé d'abandonner la cure. Cependant la séro-réaction est restée positive, des altérations sanguines persistent ! Cette jeune fille va se marier un jour ou l'autre ; elle peut avoir des fausses couches, un enfant qui sera un monstre, ou un épileptique, sans parler des dangers qui la menacent personnellement.

(*A suivre.*)



L'ECZÉMATEUX A TABLE ET A LA STATION THERMALE

Par le Dr Albert Guyot,

Médecin-consultant à la Roche-Posay.

La thérapeutique de l'eczéma, comme chacun sait, est complexe, et bien souvent décevante. C'est pourquoi, en outre des médications classiques, il y a nécessité d'instituer chez ces malades un *traitement général*, de manière à favoriser la disparition des manifestations cutanées et à éviter le développement des accidents viscéraux.

Or, il n'y a pas de traitement général *médicamenteux* de l'eczéma. M. Brocq a bien insisté sur les bons effets du traitement antisyphilitique, et, tout dernièrement, M. Marcel Pinard a signalé qu'en présence d'un eczémateux, il faut toujours chercher de parti pris l'infection chronique, qui est le plus souvent ou la tuberculose ou l'hérédo-syphilis, et quelquefois les deux associées.

La méthode de désensibilisation peut rendre d'appréciables services à certains eczémateux , et M. Ravaut, reprenant une médication ancienne, prescrit l'hyposulfite de soude aux doses de 4 à 15 gr. par jour en injections intraveineuses ou par la bouche. Mais M. Brocq conseille de n'atteindre ces doses élevées que très progressivement. L'autohémothérapie relève de la même méthode, et, au cours de ces dernières années Tzanck, dans le service de M. Darier, l'a appliquée avec succès dans des cas d'eczéma rebelle.

Nous préciserons aujourd'hui le régime alimentaire de l'eczémateux et les bénéfices qu'il peut retirer d'une cure hydrominérale.

Le *régime alimentaire* de l'eczémateux doit être surveillé. Les régimes classiques trop longtemps imposés sont débilitants et retardent souvent la guérison. Il faut donner au malade ce qu'il digère le mieux, varier sa nourriture, « proportionner, — selon l'expression de M. Brocq, — l'apport à la dépense ». L'eczémateux étant un insuffisant rénal et hépatique, et surtout un uricémique, on lui interdira les éléments facilement toxiques parce que riches en purines, tels que conserves, gibier faisandé, charcuterie, crustacés, mollusques, fromages fermentés ; les aliments riches en nucléines, source d'acide urique, tels que viandes d'animaux jeunes — veau, agneau chevreau — les cervelles, le ris de veau, le foie, les rognons, et, en général, tous les abats, particulièrement nuisibles aux uricémiques. Les œufs très cuits et très frais pourront être permis avec modération ainsi que les fromages frais. Le lait sera donné en petite quanitité, en dehors des principaux repas, de préférence au petit déjeuner et au goûter. Les poissons maigres pourront être permis, mais à condition d'être très frais, condition difficilement réalisable pour les poissons de mer, mais possible pour les poissons de rivière, tels que brochet, truite, perche, à l'exclusion des poissons gras tels que anguille, carpe, tanche, saumon et les fritures, tant à cause de leur teneur en nucléines qu'à cause de la graisse qui alourdit la digestion. On permettra les viandes d'animaux adultes : rouges, telles que mouton, bœuf, cheval ; ou blanches, telles que poulet, lapin, rôties ou grillées, sans sauce. Chez beaucoup d'eczémateux, il existe des fermentations gastriques et intestinales, et de l'hyperacidité des humeurs. Il y a donc intérêt à éliminer les aliments fermentescibles, les crudités, les pâtisseries, les sauces vinaigrées, les corps gras, et particulièrement les graisses ayant subi l'action de la chaleur qui les transforme en acides gras. Le pain, les pâtes riches en phosphore acidifient les humeurs ; les pommes de terre, riches en potasse, ont un effet inverse. Les légumes verts,sauf l'oseille, sont des alcalinisants, de même les fruits par leurs malates, citrates et tartrates alcalins. Les légumes secs décortiqués peuvent être donnés de préférence aux aliments albuminoïdes d'origine animale parce que trois fois moins riches en nucléines à égalité de teneur en albumine. Les condiments nuisibles à l'estomac et au foie doivent être proscrits : de même, les boissons alcooliques. Les boissons excitantes (thé, café, cacao) contribuent à développer le nervosisme et on doit en interdire l'usage, spécialement chez les dames.

Il ne faut pas oublier d'inspecter soigneusement la bouche d'un eczémateux. Celui-ci a un excellent appétit..... mais sa langue est saburrale et son haleine est fétide. M. Darier met en cause « le mauvais état des dents » qui, tout à la fois, provoque une intoxication par les produits fétides de la carie dentaire et de la pyorrhée alvéolaire, et favorise les fermentations gastro-intestinales anormales par mastication et insalivation incomplète des aliments. On rendra grand service au malade en l'envoyant au dentiste, en lui prescrivant les repas à heure fixe et la mastication lente. Chez les nourrissons eczémateux on trouve toujours des troubles digestifs, et il est de première importance de veiller à la réglementation des tétées, à l'hygiène alimentaire de la nourrice, à la quantité de lait ingéré, en se tenant, pour les doses, aux limites inférieures. D'une manière générale, on se trouvera toujours bien de la diète hydrique pendant 24 ou 48 heures, suivie d'une réalimentation progressivement croissante.

Mais, c'est dans les *stations hydrominérales* que le traitement général des eczémateux a le plus de chances de donner les meilleurs résultats. C'est qu'alors le malade est soumis à un repos moral qu'il est très souvent impossible d'obtenir chez lui,dans son milieu. Loin de ses occupations, de sa famille, de ses affaires, sources d'ennuis moraux, il goûte l'air pur des

champs ou de la montagne ; on le soumet à des exercices physiques s'il était sédentaire, au repos s'il était surmené ; il mange à heures fixes, se couche tôt, se lève de bonne heure. Il peut suivre un régime alimentaire parfaitement conçu.

A l'intérieur le traitement hydrominéral utilise l'eau en boisson et douches ascendantes.

Il agit sur l'état constitutionnel même de l'eczémateux : lymphatique, strumeux, goutteux, autointoxiqué, nerveux. Il modifie les processus nutritifs, les stimule, les régularise, les améliore. Il facilite l'acheminement des déchets vers les émonctoires dont il active le fonctionnement. L'*eau prise à jeun*, à doses progressivement croissantes, est rapidement absorbée et rapidement éliminée. Il se fait une véritable lessive de l'organisme qui choisit, conserve, assimile ce qui lui est utile parmi les substances médicamenteuses que lui apporte l'eau minérale, et rejette les produits excrémentiels et toxiques anormalement élaborés et retenus.

La *douche ascendante* donnée sans pression et très lentement, presque au goutte-à-goutte, avec une longue sonde intestinale permet de faire absorber à l'eczémateux de l'eau minérale par la voie rectale, en même temps que se fait le lavage de l'intestin qui contribue à désintoxiquer le malade.

A l'extérieur, le traitement hydrominéral utilise l'eau en bains, douches, pulvérisations, lotions, enveloppements, douches filiformes.

Tempéré, le *bain* hydrominéral a une action sédative : il calme l'excitabilité du sujet, et secondairement, son prurit, et ramène le sommeil. L'effet sédatif est d'autant plus marqué que la durée des bains est plus longue. Le bain est désintoxiquant. Il augmente la diurèse et, par conséquent, provoque l'élimination de toxines par la voie rénale. Mais il augmente également l'excrétion des glandes sudoripares. Or, M. Marcel Pinard considère, avec juste raison, l'eccéma comme une réaction d'élimination par la peau de substances toxiques : le bain active le fonctionnement de cet émonctoire supplémentaire. Dans le bain, l'eczéma se décongestionne : il suinte abondamment en même temps que les croûtes se ramollissent et tombent, que la peau se déterge et desquame. L'inflammation se calme et le malade éprouve au sortir de son bain une sensation de bien-être dont la durée est variable selon les formes d'eczémas et les individus.

Certaines eaux minérales précipitent, au contact même des lésions, des matières minérales ou végétales qu'elles contiennent en dissolution ou en suspension, et réalisent de la sorte un excellent pansement.

Loin d'être irritants (comme pourrait le faire craindre la composition de certaines eaux), les bains hydrominéraux sont, au contraire, calmants, non seulement pour les eczémas chroniques, rebelles, lichénifiés, mais aussi dans les formes les plus irritables. Dans certaines stations, comme *La Roche-Posay*, par exemple, on prescrit d'emblée des bains quotidiens assez prolongés, non seulement sans aucun inconvénient, mais encore avec un réel succès ; et maintes fois, nous avons vu de pauvres malades, qui, depuis longtemps avaient été privés, à leur domicile, de soins hygiéniques, par crainte de poussées inflammatoires, et qui avaient, à leur arrivée, une véritable « terreur de l'eau » venir nous réclamer avec insistance, après quelques jours de traitement, d'augmenter la fréquence ou la durée de leurs bains, tellement ils s'y trouvaient soulagés.

Comment expliquer cette action calmante des bains d'eaux minérales, notamment dans les formes irritables, et, en particulier, dans les cas pour lesquels le contact de l'eau est formellement contre-indiqué en ville ? Pourquoi ces eaux sont-elles moins irritantes que ne pourrait le faire craindre leur composition chimique ? M. Brocq croit qu'il faut attribuer l'action remarquable et précieuse de ces eaux à la présence de végétaux d'ordre inférieur, de glairine, barégine, sulfurine, diatomées, etc..., ou à une inconnue quelconque. Il est bien certain que le domaine des inconnues dans les eaux minérales est encore immense, mais il est permis de supposer que des substances minérales ou autres, qui existent dans certaines eaux à l'état de traces, et que l'on considère la plupart du temps comme négligeables, peuvent avoir une action thérapeutique très importante et que plusieurs de ces substances associées, même en quantités infimes, peuvent constituer une formule heureuse, un milieu favorable, d'autant plus difficile à réaliser artificiellement que ces substances sont en plus grand nombre et en quantités moins facilement dosables. Il est bien certain d'autre part que la radioactivité joue un rôle qu'il ne faut pas oublier. Bien que complexe, son action n'est pas niable.

Les bains donc réalisent, en même temps qu'un traitement général, un traitement local. L'eau déterge les téguments, en calme l'inflammation et dépose à la surface des lésions eczémateuses des substances minérales ou végétales calmantes ; elle assèche les lésions et en calme le prurit.

Les *lotions* ont pour but de nettoyer et de déterger les surfaces malades et sont à la fois émollientes, sédatives et antiphlogistiques.

Les *pulvérisations* ont un effet analogue. De même que l'enveloppement qui réalise en quelque sorte un bain local.

La grande *douche générale*, tiède, a un effet sédatif. Elle est particulièrement indiquée chez les nerveux qui présentent des symptômes d'excitation.

Quant à la *douche filiforme*, elle n'est utilisée que pour le traitement de certains eczémas chroniques, rebelles, peu irritables, lichénifiés. Elle a surtout pour but de décaper les téguments et de calmer le prurit et donne d'excellents résultats en particulier dans le traitement des eczémas anciens et très prurigineux de la vulve et de l'anus.

Le traitement hydrominéral exclut bien entendu l'emploi de topiques irritants. Tout au plus, peut-on avoir recours parfois, pour éviter la dessiccation trop rapide des lésions cutanées, à l'emploi de topi-

ques calmants tels qu'axonge fraîche, huile d'amandes douces, cérat et cold-cream frais, glycérolé d'amidon.

En résumé, *la cure hydrominérale constitue un excellent traitement général et local de l'eczéma*, et le meilleur moyen, à notre avis, d'en prévenir les rechutes et les récidives en évitant l'apparition de congestions viscérales.

LE CANCER ET SA THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

par le Dr BARONAKI

Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois

Depuis une dizaine d'années, par des dépôts et communications successifs à l'Académie des Sciences ainsi que par différentes publications, nous nous sommes appliqué à démontrer que le cancer est une affection générale, d'une symptomatologie bien caractérisée, dont la localisation n'est que la conséquence.

Nous croyons avoir suffisamment établi que l'origine de cette affection générale réside dans les troubles des glandes endocrines, puis, consécutivement, des ferments organiques, du plasma et des globules sanguins, ainsi que de certaines modifications cellulaires.

Nous avons préconisé avec succès contre cette affection générale un traitement exclusivement général.

Malgré l'accueil très favorable qui a été fait à notre conception, tant en France qu'à l'étranger, par ceux qui se sont spécialement consacrés à l'étude du cancer, nous constatons encore une certaine hésitation chez des praticiens qu'un scepticisme systématique empêche de se rallier à notre méthode, négligeant ainsi une arme qui, dans l'état actuel de la science, est la meilleure qui puisse leur permettre de lutter contre le cancer et d'en triompher. Il se pourrait que l'indifférence de ces confrères provînt de l'absence de parrainage officiel, mais, à défaut de cette mise en relief, ne semble-t-il pas qu'une claire démonstration scientifique, confirmée par des résultats tangibles, puisse être de quelque valeur ? D'ailleurs beaucoup de nos lecteurs comprendront que, pour conserver son indépendance entière, on est obligé de s'imposer quelquefois certains sacrifices.

Ces dernières années, l'application directe du radium et des rayons X aux néoformations a détourné l'attention du réel problème du cancer. On a été fasciné uniquement par la localisation, la considérant comme évoluant seule, avec une parfaite indépendance, en dehors de toute influence de terrain et sans se préoccuper de savoir si cet état local n'était pas tributaire d'un état général spécial susceptible d'éclairer l'obscure pathogénie du cancer.

Toutes les théories admises jusqu'à ce jour pour expliquer la genèse des néoplasmes ne sont pas défendables dans l'état actuel de nos connaissances. La théorie parasitaire, qui est la plus en faveur, est basée sur la croyance de l'intervention d'un microbe spécifique toujours resté introuvable. Il nous semble donc, pour bien des raisons encore, que nous ne pouvons développer dans ce cadre restreint, que tous les travaux sur ce sujet sont un peu hypothétiques.

En réalité, le problème du cancer nous paraît beaucoup plus simple, et il y a tout lieu de supposer que c'est une *banale auto-intoxication* qui a pour origine des troubles dyscrasiques bien typiques.

A notre avis les déviations pathologiques qui, en quelque sorte, conditionnent les néoplasmes passent par quatre étapes, à savoir :

1° *Perturbations endocrines.* — Les altérations sont d'ordre anatomique, dégénérescence cellulaire, sclérose intense, altérations artérielles intraglandulaires, et d'ordre fonctionnel : troubles sécrétoires, insuffisance et viciations des sécrétions ;

2° *Perturbations humorales* : modifications du plasma sanguin dans ses caractères physiologiques, dans sa toxicité et dans sa composition chimique déficitaire : acide phosphorique, potasse, soude, manganèse et chaux.

3° *Viciations des ferments organiques et hémopoiétiques*, en particulier des hormones, provoquant par des processus successifs des troubles de nutrition cellulaire et de tous les échanges de l'organisme ;

4° *Perturbations globulaires* : diminution du nombre des hématies et de leur teneur en hémoglobine, en lécithine, en cholestérine, déformation et dégénérescence granuleuse des globules, puis leucocytose.

Les éléments constitutifs de la genèse des néoplasmes se trouvant ainsi précisés, il s'ensuit que, pour être vraiment rationnelle et avoir chance de succès, la thérapeutique anti-néoplasique doit être *une thérapeutique essentiellement causale*, mettant obstacle au processus morbide originel et aux conditions de vulnérabilité que présente le cancéreux. Elle devra, par conséquent, viser à exciter les fonctions défectueuses de ses glandes, à suppléer artificiellement à leurs sécrétions insuffisantes, à régénérer le plasma déficitaire en améliorant sa composition chimique, puis, enfin, à rétablir l'équilibre globulaire et favoriser les fermentations organiques.

Sur ces principes, nous avons établi un traitement organo-chimique, sous forme d'une solution plasmatique raisonnée injectable, ayant pour base les agents de compensation minérale suivants : calcium, sodium, potassium, magnésium et phosphore pour suppléer aux substances chimiques en déficit dans le

plasma sanguin et pour exercer une action excitatrice sur les sécrétions glandulaires.

En même temps, nous faisons absorber aux malades des cachets renfermant de la cholestérine, de la lécithine, de l'hémoglobine, ainsi que des cachets de ferments organiques sélectionnés.

On complète ce traitement par les extraits liquides opothérapiques : thyroïdien, surrénal, hépatique, et splénique conservés dans du sérum physiologique glycériné.

En aucun cas, nous ne touchons à la localisation cancéreuse qui est d'une extrême irritabilité et nous évitons soigneusement l'emploi d'un antiseptique quelconque.

Tel est, en résumé, dans sa simplicité, le traitement que nous préconisons: il est d'une innocuité absolue et bien toléré n'étant ni toxique, ni caustique. Grâce à lui, nous pouvons hautement et en toute conscience, déclarer que les guérisons ne sont plus à compter. Ce traitement, sans être la panacée de tous les néoplasmes, est actuellement le plus actif élément de défense individuelle qui soit opposable au cancer.

Ainsi que l'on peut s'en rendre compte, on s'adresse exclusivement à l'état général typique du cancéreux et l'on s'efforce de le rendre à son équilibre normal pour augmenter d'abord sa défense et ensuite lui permettre de faire la réparation de sa localisation cancéreuse.

Aussitôt l'équilibre organique d'un cancéreux rétabli, il est facile d'observer autour de la localisation néoplasique un bourrelet fibrineux, avec prolifération de cellules normales intense, qui emprisonne la néoformation, la nécrose et l'élimine.

Dans les cas de perturbations locales étendues telles que : infection gangréneuse, abcès et phlegmasie des vaisseaux, etc., l'action de notre thérapeutique est moins accusée et la réparation devient des plus problématiques, mais, dans ces cas désespérés même, on parvient à calmer considérablement les douleurs, à améliorer l'état général au point de donner une survie inespérée et l'illusion d'une guérison.

Il est à noter que la disparition totale de la néoformation par notre méthode ne met pas à l'abri, dans les formes graves, d'un dénouement fatal. Il est à supposer que l'organisme, dans un sursaut de défense se débarrasse du néoplasme, mais le malade ne succombe pas moins d'accidents cardiaques ou médullaires qui sont dus exclusivement aux lésions initiales de son affection générale.

En définitive, il est possible de classer la thérapeutique du cancer en trois catégories bien distinctes :

1° Les néoplasmes de localisation récente avec un état général assez satisfaisant, n'ayant pas lésé un organe essentiel ou déterminé une vaste perte de substance, qui sont susceptibles de guérison dans une proportion de 80 % environ ;

2° Les récidives de la surface du corps, en particulier du sein, n'ayant pas lésé profondément d'organes essentiels et sans complications viscérales ; elles sont curables dans une proportion de 70 % en moyenne ou tout au moins susceptibles de rester stationnaires pendant des années ;

3° Les néoplasmes profondément infiltrés sur une vaste étendue, compliqués de métastases et d'infection sont pour ainsi dire irréparables et on ne peut espérer dans ces cas qu'un soulagement avec une survie très appréciable.

Nous attirons tout particulièrement l'attention des praticiens qui veulent bien s'intéresser à cette méthode sur les différentes catégories que nous venons de tracer rapidement et qu'il est indispensable de connaître pour faire le pronostic. Il est bon de se rappeler qu'à côté des cas curables de cancer, il y en a un certain nombre pour lesquels l'intervention trop tardive de ce traitement ne peut procurer qu'un soulagement, une amélioration et une période de rémission.

Nous croyons également utile de faire remarquer que l'action de notre traitement *n'étant pas directe* et n'agissant *que par élimination*, il peut se produire des fluctuations locales avant la disparition définitive du néoplasme. Il ne faut donc pas se laisser influencer par son extension apparente au début, car elle est due à des phénomènes d'élimination dans les tissus infiltrés antérieurement.

D'autre part, il est à noter que si généralement l'action de notre traitement se manifeste dès les premiers mois, il est souvent indispensable de persévérer beaucoup plus longtemps avant d'obtenir la guérison définitive.

L'application de notre méthode est très indiquée chaque fois qu'une intervention chirurgicale est menacée de récidive, et, à des doses très atténuées comme prophylactiques pour tous les pré-cancéreux.

Nous pouvons donc hautement déclarer que le cancer, qui faisait jadis le désespoir du médecin et du malade, et qui, en dehors du bistouri sommaire et de l'action éphémère de la radiothérapie et de la radiumthérapie, résistait à tous les moyens pour le combattre, est, règle générale, vaincu s'il est soigné à temps et considérablement amélioré si l'intervention de notre méthode est trop tardive.

En terminant, nous osons espérer que cette conception essentiellement française ne sera pas imposée par des suggestions d'outre-mer que certains indices nous font supposer proches.



L'Actualité Scientifique

La Presse

Les vomissements de la grossesse.

Trois observations typiques permettent à M. Watrin de rappeler à quelles causes principales ressortissent les vomissements graves de la grossesse, et quelle doit être, en face de chaque espèce, la conduite du médecin.

Dans une première variété, les vomissements sont d'origine nerveuse, voire psychique ; l'étude du sang et des urines montre que le métabolisme n'est pas troublé, et qu'en conséquence, le foie et les reins en particulier ne sont pas touchés. Toute thérapeutique psychique, toute forme de suggestion doit réussir.

Dans une deuxième variété, il s'agit de vomissements réflexes, provoqués par exemple par un kyste de l'ovaire. A condition d'attendre le 3e mois écoulé et de s'abstenir de toute manipulation de l'utérus gravide, l'extirpation de la tumeur est indiquée et amène la disparition des vomissements.

Enfin, la troisième variété comprend les vomissements incoercibles proprement dits, qui s'accompagnent d'amaigrissement rapide, d'oligurie et même d'anurie, de rapidité croissante du pouls, même d'élévation de la température, et qui sont particulièrement graves et aboutissent à la mort si l'utérus n'est pas vidé de son contenu.

L'examen des urines et du sang montre une atteinte profonde de toutes les fonctions du foie (biligénique, antitoxique, uréopoiétique). Il est possible que d'autres glandes vasculo-sanguines soient touchées elles-mêmes, et contribuent à aggraver la situation.

Dès que l'avortement thérapeutique a été pratiqué, on assiste à une véritable et presque immédiate résurrection.

« L'exploration fonctionnelle du foie paraît très importante dans tous les états pathologiques de la grossesse. Le pronostic des toxémies gravidiques émétisantes et convulsivantes dépend surtout de la résistance de la glande hépatique ». (*Liège médical*, 22 avril 1923.)

Les céphalées suites de rachianesthésie. Leur traitement.

Ces céphalées sont fréquentes à la suite de la rachianesthésie. Elles sont rappelées et exaspérées par le mouvement, la station verticale ; le décubitus et le repos les calment. Elles sont le plus souvent dues à une hypotension du liquide céphalo-rachidien.

Cette hypotension peut être mesurée rigoureusement avec le manomètre de Claude. On la préviendra d'abord en ne soustrayant pas une trop grande quantité de liquide céphalo-rachidien au cours de la ponction ; puis, celle-ci terminée, en massant légèrement le lieu de son passage, pour éviter que ledit liquide continue à s'écouler par l'orifice ainsi créé.

Pour remédier à la céphalée, si elle apparaît cependant, on peut remonter la tension intra-rachidienne en injectant, comme le conseille M. Hamant, 200 à 250 cmc. de sérum artificiel sous la peau, ou en injectant 30 à 40 cmc. d'eau distillée par voie intra-veineuse ; ces injections peuvent être renouvelées une fois, au besoin. L'auteur signale aussi les injections d'hypophysine qui élèveraient la pression au niveau des plexus choroïdiens.

Dans d'autres cas, c'est l'hypertension qui provoque les malaises en question. On peut, dit l'auteur, renouveler la ponction lombaire qui soustraira une nouvelle quantité de liquide. On peut aussi, plus pratiquement, injecter une solution hypertonique de chlorure de sodium à 30 % ou de glucose à 40 %, à raison de 50 à 100 gr. intra-veineux. Plus simplement encore, on fait absorber au patient une solution très concentrée de sucre (60 %), par cuillerées à café tous les quarts d'heure. La sédation des douleurs céphaliques serait immédiate. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars 1923.)

Traitement des lésions tuberculeuses bucco-pharyngées.

Ces lésions évoluent sous deux types distincts. Dans un premier type, il s'agit de lésions aiguës, miliaires, complications de lésions viscérales, et comportant une marche rapide et un pronostic fatal. Dans un second type, au contraire, les lésions sont torpides, à marche chronique, à forme ulcéro-végétante.

Forts d'une observation très complète, dans laquelle les résultats de l'examen clinique ont été confirmés par la réaction négative du B. W. et par les recherches histologiques, MM. Gamaleia et Morlot ont obtenu une guérison complète en prescrivant à leur malade (une fillette de dix ans), un, puis deux et trois grammes d'iodure de potassium *pro die*, en même temps qu'ils procédaient à des attouchements discrets de l'ulcération avec de l'acide lactique.

« Nous conclurons en disant que toutes les fois que nous sommes en présence d'une lésion ulcéreuse bucco-pharyngée, lésion en face de laquelle nous hésitons entre la syphilis et la tuber-

culose, n'oublions pas que nous avons des moyens de contrôle puissants fournis par la biopsie et le Bordet-Wassermann. Si cette lésion est reconnue comme étant d'origine tuberculeuse et qu'elle n'évolue pas sur un terrain déjà miné par le bacille de Koch, ayons recours à l'iode.

« Si les moyens de contrôle nous manquent, l'iode encore nous rendra service, qu'il s'agisse de syphilis ou de lésion hybride, ou qu'il s'agisse de tuberculose, ce en quoi nous ne sommes pas d'accord avec les conclusions du Dr Arlet qui croit à une influence néfaste de l'iode sur certaines lésions tuberculeuses. Les iodiques maniés d'une façon progressive ne nous ont jamais donné de mécomptes, même à des doses élevées, et les derniers travaux de nombreux auteurs s'occupant de la tuberculose tendent, au contraire, à prouver l'heureuse influence de l'iode même dans la tuberculose pulmonaire ». (*Paris médical*, 14 avril 1923.)

Symptômes, diagnostic et traitement des gros reins

M. Pillet rappelle les caractères cliniques des tumeurs moyennes d'origine rénale : forme rénale, ballottement au palper bimanuel, rénitence, mobilité, situation lombaire, accolée à la paroi postérieure, sonorité en avant à la percussion. Il existe généralement en même temps un varicocèle symptomatique qui doit toujours être recherché.

On aura soin également de faire uriner le malade chez lequel on soupçonne une tumeur rénale, pour examiner ses urines. L'origine rénale résulte de la constatation de crises de coliques néphrétiques antérieures, de la pyurie et des hématuries qui colorent les urines du commencement à la fin de la miction.

Sur ces données, on fera le diagnostic avec une hydropisie de la vésicule (radiographie des calculs), ou un kyste hydatique du foie (réaction de Weinberg, éosinophilie), ou un lobe hépatique prolabé, hypertrophié ; avec les tumeurs de la rate ; un cancer de l'angle des côlons. On s'aidera de la cystoscopie et du cathétérisme des uretères.

Quand la tumeur est très volumineuse et devenue abdominale, elle a perdu les caractères qui précèdent et le problème est plus difficile à résoudre. On examinera le malade après l'avoir purgé et plongé dans un bain chaud, sous anesthésie générale, en position de Trendelenburg.

On tiendra aussi compte de l'âge des sujets. Chez l'enfant, il s'agit presque toujours d'un sarcome ; dans l'âge moyen, ce sont les grosses hydronéphroses qui prédominent ; chez les vieillards, ce sont plutôt les néoplasmes.

En présence d'un gros rein avec urines claires, on pensera à une hydronéphrose, à une pyonéphrose fermée, à un cancer (signes distinctifs) ; si le rein est gros avec urines troubles, les pyonéphroses sont les plus probables.

L'incision exploratrice n'est pas sans danger ; elle ne sera pratiquée qu'à bon escient.

Le diagnostic enfin posé, on envisagera les indications opératoires, en se souvenant du mot de Guyon : il n'est jamais trop tard dans la tuberculose rénale, il est souvent trop tard dans le cancer.

C'est par la voie lombaire, extra-péritonéale, que le rein devra être abordé pour son extirpation. (*Journ. des Prat.*, 14 avril 1923.)

Les fibromes compliqués de la grossesse.

Les fibromes plus volumineux qu'un œuf sont rares au cours de la grossesse : 8 /1000, selon M. Brindeau, qui en étudie l'anatomie pathologique, les signes cliniques et le traitement. Ce sont généralement des fibro-myomes, qui se transforment en myomes gravidiques et dont le siège est influencé par la gravidité. Ils subissent parfois la dégénérescence dite nécrobiose aseptique. Ils sont parfois difficiles à reconnaître.

En résumé, dit l'auteur :

« Les fibromes utérins sont rarement compliqués par la grossesse. S'ils sont compliqués, il s'agit le plus souvent de nécrobiose aseptique.

« Les femmes enceintes atteintes de fibromes doivent être surveillées. S'il n'y a pas d'accident, l'expectation doit être la règle ; en cas d'accident, la laparotomie s'impose. Si la femme arrive à terme et si la tumeur est prævia, il ne faut pas attendre le travail pour opérer : césarienne suivie de myomectomie si l'opération est possible, suivie d'hystérectomie subtotale, si la myomectomie est impossible.

« Ne jamais faire la césarienne conservatrice.

« Enfin, toute femme, étant accouchée spontanément, doit être surveillée dans les suites de couches et s'il survient de l'infection, il faut immédiatement pratiquer l'hystérectomie ». (*Presse* avril 1923.)

Pathogénie et traitement des affections biliaires.

D'après M. Larcher, la pathogénie des affections biliaires a beaucoup évolué, grâce aux méthodes de laboratoire et aux travaux si remarquables de Chauffard, Widal et Abrami, Roger. Ainsi, la lithiase biliaire serait due à la *cholestérinémie* (Chauffard) ; les ictères, autrefois attribués à la rétention, reconnaissent aujourd'hui une étiologie sanguine, par biligénie extrahépatique (Widal et Abrami).

La thérapeutique n'a pas suivi ce progrès. Cependant, la bile reste le médicament de fond des affections hépato-biliaires. Avant tout, les sels biliaires sont actifs, ils sont « le plus puissant des cholagogues » (Roger) et ils ne nuisent pas comme la bile totale aux phénomènes de la

digestion. Ils sont l'agent de drainage naturel de la cholestérine et facilitent son expulsion ; ils excitent le péristaltisme, augmentent la motricité intestinale, diminuent l'action des produits toxiques de l'intestin.

On utilise donc aujourd'hui tout spécialement les sels biliaires dans les affections telles que la lithiase, les ictères, la précirrhose, la cholémie, les angiocholites et cholécystites, la constipation avec acholie.

Un second agent thérapeutique d'importance primordiale en thérapeutique hépato-biliaire est l'hexaméthylène-tétramine. C'est un antiseptique biliaire admirable, éliminé par la bile et un désinfectant urinaire et intestinal.

Chauffard, après Croves, a insisté sur l'utilisation de cet antiseptique dans les affections des voies biliaires.

« Dans 4 cas de Croves, une bile contenant en abondance de l'Eberth et du colibacille ne donnait plus en culture sur plaques, après administration d'hexaméthylène-tétramine, que quelques colonies sans importance ou même restait stérile ».

Le Dr Larcher a eu l'idée d'utiliser en même temps les sels biliaires et l'hexaméthylène-tétramine, estimant que cette association devait présenter une synergie thérapeutique utile.

Il a donc administré aux malades la Félamine, combinaison stable et définie de sels biliaires retirés du fiel de bœuf et d'hexaméthylène-tétramine chimiquement pure.

Cet auteur cite plusieurs observations personnelles (lithiase, cholémie, colites muqueuses avec acholie) où les résultats obtenus sont tout à fait intéressants.

« Dans la plupart des cas, dit le Dr Larcher, la Félamine a donné des résultats anti-toxiques et cholagogues tout à fait remarquables et supérieurs à ceux habituellement obtenus par toute autre médication. La formation des calculs est empêchée et la désinfection des voies biliaires assurée ».

La dose de Félamine à utiliser est de 3 à 6 et 8 comprimés par jour. (*Les Sciences médicales* 15 mars 1923).

G. D.

Les Sociétés Savantes

Le recrutement des dispensaires anti-tuberculeux

(M. L. Bernard et Mme de Retz. — *Académie de médecine*, 29-5-1923.)

M. Léon Bernard, dans une communication que notre rédacteur en chef Noir a déjà longuement commentée, expose le recrutement des dispensaires anti-tuberculeux, en présentant la statistique de 1922 du Dispensaire Léon-Bourgeois, à Paris.

Comment les malades viennent-ils au Dispensaire anti-tuberculeux ; par qui y sont-ils adressés ? Sur 611 malades, 348 connurent le dispensaire de façons diverses (hôpitaux, œuvres, propagande, etc.), 99 furent envoyés par leur médecin et 117 furent recrutés par les infirmières visiteuses. Voici deux exemples de l'action de « dépistage » de ces dernières :

Une visiteuse se présente dans un hôtel meublé pour procéder à une enquête sur un malade. Elle s'adresse au logeur et apprend que celui-ci, qui tousse et crache, a l'habitude de coucher dans chacune de ses chambres, au hasard de leur vacuité. On arrive à convaincre le logeur de la nécessité de se soigner et on lui fait quitter son hôtel.

Une visiteuse se rend au domicile d'un enfant inscrit au dispensaire. Elle y trouve une femme tuberculeuse à expectoration bacillifère, qui lui déclare qu'elle gagne sa vie à garder deux ou trois enfants. Le Dispensaire intervient alors pour prendre les mesures de prophylaxie convenables.

Les enseignements de la diphtérino-réaction

(MM. Carnot et Blamoutier. — *Soc. méd. des hôp.*, 4-5-1923.)

La diphtérino-réaction permet de classer les sujets en réceptifs et réfractaires à la diphtérie. Elle peut fournir aussi nombre d'autres enseignements.

La clinique avait montré déjà que les nourrissons et les adultes contractent rarement la diphtérie. La recherche des individus réceptifs par la méthode de Schick est venue donner à cette notion ancienne une confirmation et une précision, un pourcentage. Park et Zingher ont trouvé, au-dessus de vingt ans, une proportion de 15 % seulement de sujets réceptifs. Langeron a noté un chiffre différent, 37 %. MM. Carnot et Blamoutier, sur 140 adultes, sont arrivés à une proportion intermédiaire, de 19,2 %.

On sait que l'injection de sérum anti-diphtérique procure une immunité pendant quelque temps, et c'est là une preuve de son efficacité. Pour apprécier la valeur de la sérothérapie anti-diphtérique par voie buccale, duodénale et rectale, MM. Carnot et Blamoutier ont recherché l'état de la réaction de Schick, avant et après le traitement. Ils ont vu que la réaction positive ne subissait aucune modification après ingestion de sérum, lavement de sérum, ou injection intra-duodénale avec le tube d'Einhorn, démontrant l'absence de valeur de ces modes d'administration du sérum. Les auteurs n'ont observé la disparition de la réaction positive (attestant une absorption du sérum)

que chez quatre malades atteints d'ulcération gastrique ou duodénale.

— M. Lereboullet constate, avec M. Carnot, une fois de plus, l'inefficacité du sérum administré par voie stomacale.

L'abcès dysentérique du poumon

(MM. L. Ramond, Denoyelle et Lautman. — *Soc. méd. des hôp.*, 4-5-1923.)

L'abcès dysentérique du poumon est peu connu. Il n'est pourtant pas exceptionnel, bien qu'il soit notablement moins fréquent que l'abcès du foie. Il peut être associé à d'autres localisations extra-intestinales de la dysentérie, ou être isolé. MM. Ramond, Denoyelle et Lautman viennent d'observer un cas d'amibiase pulmonaire de ce dernier groupe, qui ne comporte encore qu'un petit nombre d'exemples publiés.

L'amibiase pulmonaire est toujours secondaire à une dysentérie intestinale, dont elle constitue une complication parfois précoce, mais le plus ordinairement tardive. Le siège de l'abcès dysentérique du poumon est à la base, à la base droite principalement. Les signes physiques sont ceux d'un foyer de condensation pulmonaire. Un symptôme doit mettre sur la voie du diagnostic : l'expectoration à la fois purulente et hémorrhagique.

L'hémoptysie étant le signe le plus constant de l'amibiase pulmonaire, on comprend pourquoi cette maladie a été souvent confondue avec la tuberculose. L'absence de bacilles dans l'expectoration, les signes physiques, leur localisation à la base, éviteront l'erreur.

Abandonnée à elle-même, l'amibiase pulmonaire se termine par la mort. En revanche, elle guérit rapidement avec l'émétine. Le diagnostic est donc particulièrement intéressant, puisqu'il aboutit à une sanction thérapeutique efficace.

Maladie de Hodgkin

(*Société médicale des hôpitaux*, 4-5-1923.)

A propos d'une observation de M. Jacob, M. Robert Debré montre que le syndrome de Hodgkin, insuffisamment connu, n'est pas très rare, tout au moins chez les sujets jeunes. En présence d'une hypertrophie ganglionnaire, on pense plutôt à la tuberculose. Ces malades doivent être adressés de bonne heure au radiothérapeute et les rayons pourront donner des rémissions prolongées.

— M. Noël Fiessinger oppose les lymphogranulomatoses avec fièvre et celles où la fièvre est minime. Le pronostic des formes fébriles est beaucoup plus grave.

— M. Lortat-Jacob appelle l'attention sur les symptômes cutanés possibles du syndrome de Hodgkin : le prurit, l'infiltration, l'érythrodermie.

— M. Marcel Labbé estime que la description de la lympho-granulomatose manque de précision. Les formes en sont variées : il en est de généralisées, de localisées, de fébriles, d'apyrétiques, avec ou sans prurit ou érythrodermie, etc. L'étiologie est inconnue. Cependant, on peut trouver quelque ressemblanc avec le paludisme, les leishmanioses, les piroplasmoses.

— M. Dopter se demande, avec plusieurs auteurs américains, si certains cas de maladie de Hodgkin ne relèvent pas de l'amibiase. Ravaut a constaté des kystes amibiens dans la lymphogranulomatose inguinale de Nicolas et Favre — maladie différente, il est vrai, de la lymphogranulomatose de Hodgkin.

— M. Ménétrier pense également que l'on groupe sous le nom de lymphogranulomatose des cas assez disparates. A côté de la forme ordinaire, fébrile ou non, qui paraît infectieuse, il est des formes néoplasiques, d'autres leucémiques etc.

Séro-diagnostic du cancer par la réaction de Botelho

(MM. A. Cabanis et Ch. Foulquier. — *Société de Biologie*, 21-4-1923.)

D'un travail portant sur 140 sérums (18 de sujets atteints d'affections cancéreuses, 34 de sujets atteints d'affections diverses, et 88 de sujets ayant demandé une réaction de Wassermann), MM. Cabanis et Foulquier concluent que la réaction de Botelho peut être positive dans d'autres affections que le cancer, dans l'urémie et les affections typhoïdes par exemple. Sans être spécifique du cancer, par conséquent, cette réaction se retrouve cependant avec un très fort pourcentage dans les néoplasies malignes (75 à 77 pour 100). On peut penser dès lors que ladite réaction, simple, facile à exécuter, constituera non un moyen de trancher sûrement le diagnostic, mais un appoint intéressant dans le diagnostic.

Sur la neuro-vaccine

(MM. Blanc et Caminopetros. — *Société de Biologie*, 21-4-1923.)

On parle maintenant d'une *neuro*-vaccine et d'une *dermo*-vaccine, cette dernière étant l'ancienne vaccine tout court.

Dès 1901, Calmette et Guérin montrèrent que la vaccine peut se conserver dans le cerveau pendant au moins quatre jours. En 1920, M. Aug. Marie réussit à déterminer, chez le lapin, une encéphalite mortelle par l'inoculation de pulpe vaccinale sous la dure-mère. Ces faits, repris par Levaditi et ses collaborateurs, ont conduit à la conception d'une neuro-vaccine, d'un virus vaccinal neurotrope, à côté du virus vaccinal dermotrope.

De leurs travaux récents, MM. Blanc et Caminopétros concluent que les caractères qui séparent la neuro-vaccine de la dermo-vaccine n'ont rien d'absolu.

Kyste dermoïde de l'ovaire aberrant

(M. Dartigues. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 1-6-1923.)

On a cité des exemples de fibromes aberrants. M. Dartigues relate une observation typique de kyste ovarien aberrant.

Il s'agit du cas curieux d'une femme de 27 ans qui, il y a quatre ans, eut des phénomènes de péritonite aiguë pelvienne que l'on rattacha à de l'appendicite aiguë. En réalité, on avait affaire à des accidents de torsion d'un kyste,détaché de son insertion annexielle gauche, et venu s'implanter, vivant pour ainsi dire exilé, au devant du ligament large droit, de telle sorte que l'on pouvait croire au premier abord à un kyste ovarien droit. Or, les annexes droites étaient entièrement placées derrière ce kyste.

— M. Brodier montre que l'observation de M. Dartigues soulève un intéressant problème d'embryologie, celui de l'absence congénitale des annexes de l'utérus. M. Brodier soigne actuellement une jeune fille de vingt ans qui présente des anomalies mammaires et génitales, et dont la mère, opérée pour appendicite, offrait une absence des annexes d'un côté.

— M. Thévenard a également observé, récemment, une absence congénitale des annexes gauches chez une jeune fille de vingt et un ans, non réglée. La laparotomie montra un utérus couché sur le côté droit, dans le fond de la fosse iliaque et maintenu dans cette position par des annexes petites. Il n'a pas trouvé de cavité utérine.

Anomalies vertébrales confondues avec le mal de Pott.

(M. Rœderer. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 1-6-1923.)

M. Rœderer rappelle, d'abord, que la scoliose congénitale par hémi-vertèbre, est souvent, chez le nourrisson, prise pour un mal de Pott.

Il a vu, plus tard, chez un garçon de huit ans, une malformation de la 4e vertèbre lombaire confondue avec une maladie de Kümmel.

Au moment de la puberté, ce sont souvent les spina bifida de la 5e vertèbre lombaire ou de la 1re sacrée qui, devenant douloureux au point de provoquer des contractures de la masse sacro-lombaire, donnent à penser à une tuberculose vertébrale.

Chez les grands adolescents, M. Rœderer a rencontré deux exemples, l'un de spina-bifida, l'autre de fragmentation de la 12e dorsale, confondus avec le mal de Pott à forme scoliotique.

Chez l'adulte, les erreurs sont encore plus fréquentes. Il en fut ainsi pour un spina bifida de la 5e lombaire, chez un homme de 49 ans ; pour une anomalie de la 9e dorsale chez une femme de 30 ans, avec crises de douleurs aiguës. Chez un blessé de guerre ayant conservé des éclats d'obus dans la masse sacro-lombaire, un spina bifida de la première sacrée souleva un gros problème médico-légal. Une anomalie de la 5e vertèbre lombaire, chez une femme de 45 ans, a pu également être interprétée comme une ostéite vertébrale.

Les crises douloureuses ne sont pas toujours, en pareils cas, facilement explicables, mais les faits restent indéniables. Il est intéressant de penser à ces éventualités avant de fixer un diagnostic de mal de Pott.

Cancer gastrique à évolution rapide.

(M. Victor Pauchet. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 18-5-1923.)

M. Pauchet présente une pièce anatomo-pathologique concernant un cancer greffé sur un vieil ulcus de l'estomac. Aucun trouble clinique n'avait été observé dans le passé et le patient vint seulement consulter une semaine avant l'opération pour des digestions pénibles. La radiographie fit faire le diagnostic de néoplasme et, aussitôt après, la sténose pylorique apparut.

— M. Ozenne se demande si, avant d'opérer une sténose de ce genre qui ne met pas la vie du malade en danger immédiat, il ne serait pas prudent de tenter un traitement spécifique, la syphilis pouvant alors être en cause.

Luxation récidivante de la mâchoire consécutive à une injection d'alcool.

(MM. Combier et Murard, du Creu sot. — *Société de chirurgie*, 9-5-1923.)

M. Roux-Berger rapporte, au nom de MM. Combier et Murard, une observation de luxation récidivante unilatérale de la mâchoire inférieure, consécutive à une injection d'alcool pour névralgie du trijumeau, et guérie par la résection du ménisque.

On connaît certaines complications possibles des injections d'alcool : paralysies oculaires, faciales, kératites ulcéreuses. La luxation récidivante de la mâchoire n'avait pas été signalée jusqu'à ce jour. M. Sicard pense que l'alcool a, dans ce cas, pénétré les fibres du ptérygoïdien externe, d'où rétraction de ce muscle. On sait que M. Sicard a proposé de provoquer la rétraction d'un autre muscle, le masséter, obtenue également par injection d'alcool, précisément dans le traitement de la luxation récidivante de la mâchoire.

P. L.

Note sur le traitement prophylactique de l'orchite ourlienne par l'argent colloïdal administré par la voie buccale.

(M. A. Challamel. — *Soc. de thérap.*, 9 mai 1922.)

Je dirigeais un service de contagieux pendant la guerre et, au cours d'une épidémie d'oreillons, je fus frappé du fait suivant : les malades qui présentaient un état saburral marqué des voies digestives étaient ceux qui étaient atteints d'orchite ourlienne.

Je commençai par diminuer chez ces malades la quantité de lait absorbé journellement en donnant

en remplacement une quantité équivalente de bouillon de légumes épais (1). J'obtins quelques résultats, mais insuffisants, car l'état saburral,bien qu'atténué, n'en persistait pas moins dans la plupart des cas. Des laxatifs répétés, ou l'association de ferments lactiques, ne me donnèrent pas encore satisfaction : mes malades présentaient toujours un état saburral marqué, et l'orchite survenait parfois.

Comme à ce moment, depuis plus de deux ans, je poursuivais l'expérimentation de l'argent colloïdal donné par voie digestive comme traitement de l'état saburral dans toutes sortes d'affections aiguës, allant du simple embarras gastrique à la fièvre typhoïde, et comme les résultats obtenus étaient si encourageants qu'ils inspirèrent ma *note clinique sur les résultats de l'emploi de l'argent colloïdal par voie digestive*, publiée en 1918 (2), j'appliquais ce traitement à mes malades atteints d'oreillons.

Les résultats sur les symptômes digestifs furent immédiats.

Mais j'obtins un autre résultat qui est infiniment supérieur au précédent ; à partir de ce jour, chez les malades traités, je n'observais plus de complications du côté des glandes testiculaires. *Quelques centigrammes d'argent colloïdal pris par voie buccale constituent une médication prophylactique efficace de l'orchite ourlienne.*

Aussi, dans la note clinique que je rappelais tout à l'heure, visant les faits que je rapporte aujourd'hui, c'est-à-dire visant le cas spécial de la maladie ourlienne, avais-je écrit dans mes conclusions :

« C'est une médication bactéricide et antifermen-
« tescible de premier ordre. Son influence, dans bien
« des affections aiguës, *s'étend même au-delà de l'an-*
« *tisepsie digestive*, comme je le montrerai ultérieure-
« ment » (3).

Il est remarquable de voir que l'argent colloïdal pris par voie buccale, que je considère comme un bon traitement pour lutter, avec succès dans la plupart des cas, contre l'état saburral, est devenu à ce jour le prophylactique de choix vis-à-vis de l'orchite ourlienne.

Mais il est d'autres questions encore que viennent soulever ces résultats.

Aucun auteur, à ma connaissance, n'a utilisé dans une mesure aussi large que moi-même l'argent colloïdal donné par voie digestive. A l'époque où j'ai fait ces tentatives d'emploi, sur une vaste échelle, de novembre 1915 à novembre 1918 (3), la colloïdothérapie n'avait pas encore l'ampleur qu'elle possède actuellement.

Depuis, dans son livre, notre collègue M. Laumonnier a pu écrire « qu'il n'y avait pas lieu de s'arrêter
« à l'emploi des colloïdes par la bouche, chaque col-
« loïde agissant alors presque exclusivement, sans
« jamais déterminer une diaphylaxie appréciable, par
« les propriétés chimiques du corps actif qu'il ren-
« ferme » (4).

Toutefois, je tiens à faire les remarques suivantes :

Les phénomènes actuellement connus d'hémoclasie par voie digestive,mis en lumière par les travaux du professeur Widal, de ses collaborateurs, et de tant d'autres, phénomènes pouvant être provoqués simplement par l'absorption des albuminoïdes contenus dans un verre de lait, permettent d'affirmer que l'action diaphylactique générale due à l'emploi par voie digestive des métaux colloïdaux, et, en l'espèce par l'argent colloïdal, ne saurait être nulle, car nous connaissons la parenté physique qui existe entre les matières albuminoïdes et les colloïdes.

L'analogie ne va pas jusqu'à l'identité puisque si, au cours de certains états morbides, les matières albuminoïdes du lait — associées aux matières grasses — amènent l'état saburral, à l'inverse, l'argent colloïdal peut faire disparaître ce même état saburral.

La rapidité d'action dans certains cas des prises d'argent colloïdal sur l'état saburral des voies digestives tendrait à démontrer qu'il ne s'agit pas uniquement d'une action antiseptique locale, et il est permis de supposer qu'il y a là le résultat d'un effet d'ordre général à distance.

Mes observations sont une confirmation, *avant la lettre*, des idées de notre collègue M. Laumonier sur le pouvoir chimiothérapique des colloïdes qui vient renforcer, et peut-être dominer au point de vue où je me place, l'action diaphylactique commune.

Aussi, si les qualités de spécificité du colloïde qui devraient guider le thérapeute dans son choix, sont exactes, l'*agent inconnu de la maladie ourlienne doit-il être particulièrement sensible aux sels d'argent.*

Est-ce là le mécanisme de l'efficacité de la méthode prophylactique que je propose ? Je ne puis que poser le problème.

En terminant, je rappelle que chez l'adulte les doses employées, et suffisantes, furent de 12 ou de 16 centigrammes *pro die*, en 3 ou 4 prises, pilules ou cachets. Chez l'enfant, le médicament se donne à des doses appropriées à l'âge, en solution aqueuse, par exemple dans un peu de café léger et sucré.

La série heureuse de mes observations a porté sur une quinzaine de cas. Je ne puis croire qu'il m'ait été donné d'observer une épidémie d'oreillons exempte de complications, puisque,avant la mise en œuvre de cette thérapeutique, 1 fois sur 3 ou 4, je voyais survenir l'orchite.

Je puis conclure qu'à ce jour, le traitement prophylactique de l'orchite ourlienne comporte deux éléments : en premier lieu, *il faut lutter contre l'état saburral* des voies digestives ; ensuite, dans cette lutte, l'*argent colloïdal administré par la voie buccale constitue une thérapeutique préventive* aussi intéressante par sa simplicité que par son efficacité.

(1) Sans beurre, ni graisse.
(2) Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 13 décembre 1918. *Bulletin* n° 35, p. 1171.
(3) Voir *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1918, p. 1173.
(4) LAUMONIER. — La colloïdothérapie, Alcan, Paris, 1920, p. 272.

Les Livres

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE.
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

H. JUDET. — **Traité des fractures des membres.** (2e édition). Un volume grand in-8° de 700 pages avec 102 planches hors texte et 338 figures dans le texte. 1922. Prix : 36 fr.)

Cette deuxième édition, exposée suivant la même méthode que la première, est notablement enrichie en texte et en figures.

La description clinique de chaque fracture est suivie d'un examen radiographique détaillé servant de commentaire à une image radiographique, reproduite à grande échelle.

Les aspects radiographiques normaux sont même représentés pour servir de terme de comparaison.

Un véritable atlas de radiographie se trouve de la sorte intercalé dans le texte.

Une innovation consiste en ce que les fractures sont étudiées à part chez l'adulte et chez l'enfant ; ainsi sont nettement marquées les importantes différences qui existent aux divers âges.

En ce qui concerne les fractures compliquées, l'auteur expose les acquisitions, dues à la guerre, dans toute la mesure où elles sont applicables à la pratique civile.

Le traitement est envisagé dans tous ses détails au point de vue de la mise en œuvre des procédés orthopédiques, c'est-à-dire non sanglants, mais l'auteur n'a garde d'oublier de préciser les cas où l'ostéo-synthèse et la suture osseuse se recommandent par la supériorité de leurs résultats.

L'auteur expose les techniques modernes, en laissant de parti pris dans l'ombre les dispositifs qui n'ont plus qu'un intérêt historique.

La description des appareils est éclairée par de nombreuses figures.

De la lecture de cet intéressant volume, à la fois scientifique et pratique, on retient notamment que la technique non sanglante des fractures fermées a réalisé, au cours de ces dernières années, des progrès importants que tous les médecins ont intérêt à connaître.

VIGOT FRÈRES, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

L. DARTIGUES et E. ROUCAYROL. — **La phimosiectomie, ou circoncision par suture circulaire invaginée** (1 brochure grand in-8°, 14 pages avec 9 planches, 1922.)

EDITION DU LIVRE DE FRANCE.
43, boul. de Port-Royal, Paris.

Dr A. RÉMOND (de Metz). — **Leçons élémentaires de clinique médicale**. Préface du Pr Achard. (1 vol. 246 pages, 1922.)

Le Dr Rémond, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Toulouse, a consacré ses leçons à des questions de pratique usuelle ; rédigées avec simplicité, clarté et précision, elles sont parsemées de réflexions personnelles qu'une longue pratique lui a suggérées. Si elles ne négligent pas la thérapeutique, elles accordent aux théories la place de second plan qui leur convient dans la pratique.

Autrefois, la leçon clinique se composait surtout de descriptions vivantes, propres à se graver dans la mémoire et à faire surgir un diagnostic à la simple vue des signes extérieurs. Aujourd'hui, il faut plus de science ; c'est l'avènement de la clinique expérimentale. Quelque bien doué que soit le médecin de ce qu'on appelle le sens clinique et de cette intuition qui est surtout le fruit d'un long exercice, il dispose de moyens d'investigation plus nombreux et plus précis, dont l'usage exige de sa part plus d'efforts, mais qu'il a l'impérieux devoir d'employer pour faire de bonne besogne.

La variété des sujets traités intéressera sûrement les praticiens, et la lecture facile de cet ouvrage en fera pour eux un livre familier, qu'ils auront profit à consulter.

G. F.

ERRATUM

Dans l'article de M. le Dr H. Sabatier (de Luchon) paru dans le *Concours médical* du 3 juin dernier et ayant pour titre : Emploi du Sédobrol dans le traitement de l'hyperchlorhydrie au début de la tuberculose et des états précachectiques, — dans la traduction en formule de l'analyse d'urine, page 2124, au lieu de :

Densité + acide phosphorique + chlorure + acide urique + urée.

Lire :

Densité (+) acide phosphorique (+) chlorure (+) acide urique (+) urée (—).



PARTIE PROFESSIONNELLE

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

Les Journées médicales de Bruxelles, organisées par *Bruxelles médical* et qui ont eu lieu au commencement de cette semaine (24-27 juin) viennent de connaître un succès sans précédent.

J'ai eu l'honneur d'y représenter le *Concours médical.* J'en rendrai compte d'une façon détaillée dans huit jours.

J'entends aujourd'hui m'en tenir aux sincères félicitations et aux chaleureux remerciements que j'adresse à notre très sympathique confrère, le Dr René Beckers, secrétaire général, qui a su réaliser un véritable tour de force et qui peut être légitimement fier des résultats brillants qu'il a obtenus. G. Duchesne.

Travaux Originaux

UN JOLI CADEAU A FAIRE AU CORPS MÉDICAL

L'Ordre des médecins

« Comment se fait-il, nous disait hier un de nos amis parisiens, que vous, qui êtes si raisonsables, et en même temps si dévoués aux intérêts du Corps médical, vous preniez si ouvertement et si fermement parti contre l'Ordre des médecins ? C'est inexplicable ! »

Tous tant que nous sommes, il y eut un moment, dans notre vie, où, réfléchissant aux multiples problèmes que pose, professionnellement, l'exercice de la médecine, nous pensâmes que l'Ordre des médecins, autour duquel on fait de nouveau aujourd'hui tant de bruit, était une panacée qui nous apporterait la solution définitive de tous ces problèmes, un héroïque remède aux maux dont nous souffrons, aussi bien qu'à ceux qui nous menacent.

C'est dire que nous n'avons aucun parti-pris, et que nous ne prononçons pas de condamnations à la légère, *a priori.*

Mais nous avons médité, les uns et les autres, et nous nous sommes trouvés d'accord pour faire le procès d'une institution dont le besoin ne se fait nullement sentir, au point surtout où est parvenu le syndicalisme médical, et avec le développement et la puissance qu'il prend de jour en jour.

Nous en supputons bien les dangers. Nous voyons nettement la forme et la rudesse du collier de servitude qu'il nous mettra autour du cou. Nous sommes impuissants à en discerner le moindre avantage. Dangers certains, avantages illusoires, tout cela est pour nous d'un lumineux qui ne laisse place à aucune hésitation, aucun scrupule. Et nous considérons comme un devoir de continuer à chercher à éclairer nos confrères, et en même temps, à les documenter, en faisant passer sous leurs yeux toutes les argumentations pour et contre, qui se publient actuellement à droite et à gauche.

Une loi ne vaut que par l'efficacité de ses sanctions. Or, les sanctions prévues par les auteurs des différents projets de création d'un Ordre des médecins qui défrayent la chronique médicale, n'ont pas plus de portée que celles que peuvent, dès à présent, édicter les Syndicats médicaux. Avertissement, réprimande, blâme, amende... Que voulez-vous que de semblables pénalités produisent sur l'esprit des médecins qui se tiennent délibérément en dehors de nos groupements, et pour qui l'opinion de leurs confrères est le cadet de leur souci ? En dehors de celles-ci, la plus sérieuse serait évidemment la suspension et l'interdiction du droit d'exercer la médecine. Il faut être aveugle volontaire pour ne pas voir qu'elle serait radicalement inopérante, à l'égard de ceux surtout qu'elle frapperait pour avoir contrevenu aux règles de la déontologie. Je ne cesserai pas de répéter à satiété la question que j'ai déjà posée à différentes reprises ici même : vous, qui défendez si âprement l'Ordre des médecins et son Code pénal, qui pourrait vous empêcher d'appeler ou d'aller consulter pour vous ou quelqu'un des vôtres, le confrère qui aurait toute votre confiance, même s'il était suspendu ou interdit ?

Il faut voir la vérité en face et ne pas craindre de la proclamer : si le nombre des médecins syndiqués est déjà très élevé, il s'en faut cependant que tous, parmi les praticiens, soient partisans du Syndicat et consentent à y adhérer. Parmi les réfractaires, il y a des indépendants, des indifférents ; mais il y a aussi de farouches

anti-syndicalistes, qui seraient ravis d'assister à l'effondrement du syndicalisme. Ce sont ceux-là surtout qui s'érigent en défenseurs acharnés de l'Ordre des médecins. Il en est du moins ainsi des choses à Paris, où les médecins syndiqués ne représentent pas le tiers du corps médical de l'agglomération parisienne. Leur objectif, secret ou avoué, c'est de dresser en face du Syndicat, et contre lui, une organisation qui engloberait obligatoirement tous les médecins exerçant, et permettrait à quelques-uns d'entre eux de tenir les autres en lisières.

Remarquez que, parmi les signataires du projet de loi que nous avons publié il y a quinze jours, figurent d'honorables médecins députés, dont les opinions sont bien connues pour la publicité qu'ils leur ont donnée, notamment au cours des débats qui ont présidé à l'élaboration de l'article 64 de la loi des pensions, première manière.

Souvenez-vous de la déclaration de M. G. Maunoury, à la Chambre des députés, en avril 1921. Voici comment s'exprimait notre confrère :

« Vous parlez toujours de l'Union des Syndicats « médicaux ; je crois que le corps médical a une re- « présentation plus normale et plus générale : c'est « l'Association générale des médecins de France, qui « a toujours été une association ayant un égal souci « de la moralité et des intérêts de la profession et qui « a ses ramifications dans toute la France. *La majo- « rité des médecins ne fait pas partie des Syndicats* « mais appartient à l'Association générale des mé- « decins de France. Vous obtiendrez de ce groupe- « ment sur ces questions professionnelles, un avis « donnant mieux l'opinion du corps médical que « celui de l'Union des Syndicats médicaux ».

Et encore ceci :

« J'ignore si on a essayé de constituer les commis- « sions mixtes qui devaient être l'émanation réelle des « sociétés médicales. Je dis « sociétés médicales », et « non « syndicats médicaux », parce qu'il y a beau- « coup de médecins qui n'ont pas voulu, — *ils n'ont « peut-être pas eu tort* » — constituer des syndi- « cats ..... »

J'entends bien que l'Ordre des médecins compte aussi des partisans parmi les médecins qui sont en même temps d'excellents syndiqués. Je crois qu'ils sont une infime minorité et que leur opinon est basée sur une sorte d'aberration, — je le dis en bonne part, — qui leur fait oublier que le mieux est l'ennemi du bien.

Mais il n'en demeure pas moins certain pour nous, que les plus bruyants, les plus chaleureux, les plus enragés défenseurs de l'Ordre des médecins sont précisément les adversaires, avérés ou déguisés, du Syndicalisme. Et cela suffit, en ce qui les concerne, à juger leur attitude.

Si nous le combattons, pour notre part, ce n'est pas pour défendre le syndicalisme qui n'en a pas besoin, étant parvenu à l'age adulte où l'on a généralement bec et ongles pour résister et, au besoin, attaquer. C'est, encore une fois, parce qu'il est parfaitement illusoire d'en attendre monts et merveilles pour la moralisation du demi-quarteron d'amoraux qui ne veulent pas être moralisés, et parmi lesquels il s'en trouve qui, tout en restant dans les limites de la légalité, n'en continueront pas moins une industrie que, déontologiquement, nous désavouons.

Il est matériellement impossible de les en empêcher, — nonobstant un argument de M. Blondel dont je n'ai pas fait état précédemment, mais que je n'entends pas laisser dans l'ombre.

— La preuve, dit-il, qu'on peut exclure des avantages concédés par le diplôme de docteur en médecine le droit d'exercer, c'est qu'il existe, en France, un diplôme dit d'Université, dont les détenteurs n'ont pas le droit de se livrer à la pratique médicale.

Argument qui semble assez impressionnant au premier abord, mais qui, à l'examen, me donne au contraire raison.

Savez-vous combien les Facultés françaises ont délivré de diplômes d'Université de 1902, année de la promulgation de la loi qui créa cette catégorie de médecins, à 1920 inclus, soit pendant dix-neuf ans ? Exactement 1.004 (mille quatre), soit à peine 60 par an. La plupart, des étrangers naturellement, sont retournés chez eux parés d'un titre honorable qui augmente considérablement leur prestige. Les autres, ceux qui sont restés en France, les autres, je mettrais ma main au feu que, envers et contre la loi, ils exercent la médecine. Il y en a, j'en connais, qui figurent dans les Annuaires, *dont les diplômes ont été enregistrés préfectoralement*, et qui se sont si bien créé une clientèle qu'ils ont trouvé le moyen de la vendre ... Voulez-vous qu'après celle-là, nous tirions l'échelle ? ?

Passons maintenant aux leçons que nous devons tirer de l'expérience de l'Ordre des médecins qu'ont faite des confrères étrangers. Au Canada, par exemple, l'Ordre des médecins existe sous le nom de Collège des médecins.

Nous lisons dans *La Clinique de Montréal* (mars 1923) :

« Nous pourrions citer des exemples où le rebou- « teur, dans certains cas, s'est vu couvrir d'une espèce « d'immunité par le Collège des médecins lui-même ! « En faisant tomber les Collèges des médecins, on « fera disparaître tous les abus qui sont soigneuse- « ment entretenus par eux..... Dans la province de « Québec, le Collège des médecins est anti-confrater- « nel... L'année passée, n'avons-nous pas constaté « qu'un certain nombre de médecins avaient été con- « damnés par les tribunaux correctionnels pour con-

« travention à la loi sur les narcotiques ? Que fit le « Collège ? Il fit comparaître ces confrères, déjà suffisamment punis, devant le conseil de discipline, « pour leur imposer une nouvelle pénalité monétaire ! ..... Cette corporation anti-médicale, établie sur « l'injustice, est donc aujourd'hui la menace la plus « grave contre la liberté individuelle ou collective « de ses membres ».

D'un autre côté, *L'Indépendance médicale*, de Montréal, publie dans son numéro du 15 mai dernier, le détail des poursuites intentées contre un vieux médecin, le Dr Bourbonnais (d'origine française), qui voulut se soustraire à la tyrannie du Collège des médecins, en refusant d'acquitter les droits fiscaux que perçoit cette organisation sur ses membres. Il faut croire que sa cause n'était pas tellement mauvaise puisque, au cours de l'un des procès qui lui furent faits, le ministre de la justice lui-même voulut aller le défendre. La conclusion :

« C'est celle qui découle de la manière dont le Col« lège des médecins et chirurgiens de la province de « Québec comprend la confraternité et même la cha« rité envers ses membres ».

Faisons la part de la différence de détails qui existe entre le Collège des médecins canadiens tel qu'il se comporte et fonctionne, et l'Ordre des médecins français, tel qu'il est projeté, faisons également la part des habitudes et des mœurs : ce qui ne diffère pas sensiblement, ce sont les hommes eux-mêmes, si civilisés soient-ils ; ce sont leurs faiblesses et leurs erreurs, qui sont inséparables de leur nature. Facteur important dont il faut toujours tenir compte, en se gardant d'armer d'un pouvoir qui pourrait être redoutable, ceux qui, appelés à juger leurs semblables dans l'ordre professionnel, sont infailliblement destinés à obéir à des considérations qui n'ont rien à voir dans la sereine administration de la justice, — et dont l'impartialité ne peut manquer, quoiqu'on fasse, d'être un jour mise en défaut.

G. Duchesne.

***

Je lis avec intérêt, dans le *Concours médical*, la campagne qui s'est engagée sur l'idée d'un Ordre des médecins. Très partisan au début de cette création, j'avoue que ses adversaires ont fait sur moi une assez forte impression et que j'en aperçois à présent tous les inconvénients pour notre profession. Et pourtant ! ! Il nous faut quelque chose.

Les partisans de l'Ordre des Médecins se sont réveillés et révélés assez nombreux parmi ceux qui honorent notre profession ; je pense pour ma part que ce réveil subit est un véritable cri de détresse de la conscience professionnelle.

Nous sommes en famille au *Concours*, nous pouvons parler, nous devons parler, nous devons regarder bien en face les tares de notre métier.

Entre les tristes héros de Marseille et l'honnête praticien, nous trouvons malheureusement toute la gamme des capitulations de conscience et si le scandale n'est pas plus grand et plus étendu, c'est que les faits sont moins importants, moins précis, et que, souvent, les fraudes sont assez habilement dissimulées pour que la partie lésée n'ose pas porter de plainte, quoique les connaissant fort bien. Et que dire de la mentalité de surenchère, le charlatanisme, qui s'étalent imprudemment un peu partout, la réclame grossière, qui exploite la crédulité d'un public toujours emballé par le goût et le désir du merveilleux ?

Ces mœurs sont, croyez-le bien, plus répandues que vous ne le pensez à Paris ; nous autres, médecins de province, nous nous coudoyons suffisamment pour nous connaître, et d'ailleurs, le public se charge de répandre les réputations usurpées.

D'où vient le mal ? Je ne pense pas qu'il soit absolument inhérent à la profession ; je crois que notre genre de profession le favorise. Il vient de la mentalité générale de notre époque ; s'enrichir vite, avoir une jouissance matérielle, avec le dédain absolu de la jouissance morale qui, seule, relève la vie humaine.

Le point de départ se trouve dans la mauvaise éducation de la famille ; cette mauvaise éducation est aggravée, il faut bien le dire, par la mauvaise éducation de nos facultés où, à côté des maîtres devant lesquels chacun s'incline très bas, nous coudoyons les intrigants, les jouisseurs et les courtisans.

Il est évident que, d'après ce que je vous écris d'une façon peut-être un peu crue, mais que je crois exacte, pour relever la mentalité médicale, il faudrait relever la moralité publique ; cela n'est pas de notre ressort.

Mais je crois que les honnêtes gens de la profession, et je pense qu'ils sont encore nombreux, seraient heureux d'avoir un point solide sur lequel s'appuyer ; ils ont, tout naturellement, pensé à l'Ordre des médecins ; si cette création a de gros inconvénients, trouvons autre chose, mais il est temps d'agir.

Dr G. Bréhier,

Président du Syndicat de l'arrondissement de Pont-l'Evêque.

***

Au Dr Noir.

J'ai lu, dans le *Concours médical*, les lignes où se déroule votre controverse avec le docteur Aversenq de Toulouse. L'argumentation qu'il a donnée au *Bulletin médical* est assez séduisante et, ma foi, il réussit à rendre quelques apparences de vie à ce moribond que l'on croyait mort : l'Ordre des médecins. J'aime moins sa lettre, un peu confuse, à votre distingué collaborateur Duchesne. Quant à vous, vous ne semblez pas très impressionné par cette résurrection. J'avoue que vos arguments historiques sont,

très forts : la quasi-unanimité avec laquelle les médecins ont condamné l'institution dont il s'agit, au cours des années de plus d'un demi-siècle écoulé — ne citez-vous pas le grand Congrès de 1845 ? — ne constitue certes pas un certificat de bonne santé. En somme, vous êtes sceptique. Moi aussi.

Non pas que je ne trouve l'idée belle et généreuse en elle-même. Nous l'avons tous caressée au temps de notre jeunesse professionnelle : surtout ceux d'entre nous qui, confiants et peu combatifs, ont eu à souffrir dans leur cœur, autant que dans leurs intérêts, de la mauvaise foi, de l'âpreté et de la mesquinerie des luttes pour la clientèle. L'ordre en question ne changera rien à cela. Grâce à lui, le cynisme ou la rusticité qu'on rencontre trop souvent deviendront peut-être de l'habileté, mais il ne diminuera point l'ardeur des compétitions en face des malades, toujours démoralisés par notre manque d'entente et toujours prêts à en tirer parti contre nous.

Il n'y a qu'un remède à cette situation, comme il n'y en a qu'un contre des infamies pareilles à celles qui viennent de soulever le public et la presse contre les parties gangrénées du corps médical : l'organisation de la médecine en France, conjointement avec le développement de l'hygiène. Les syndicats n'en veulent pas ? Les syndiqués seraient peut-être embarrassés, pour la plupart, de produire leurs raisons. Et vous-même, pourquoi rejetez-vous le syndicat obligatoire, alors que l'obligation, avec des sanctions, peut seule le rendre efficace ? Organisation n'est pas synonyme de fonctionnarisation. J'entends par elle : la limitation du nombre des postes, à la ville aussi bien qu'à la campagne, et la création, quand c'est rationnel et possible, de circonscriptions, avec les corollaires ou les prémisses que ces mesures imposent, à savoir un concours à la fin des études, un traitement fixe basé sur les concessions générales à la clientèle et formant en quelque sorte la première assise des honoraires, une retraite et une limite d'âge pour l'exercice de la profession. Tout cela, bien entendu, ne saurait aller sans une certaine ingérence administrative : l'Etat qui paye a le devoir de surveiller l'emploi des deniers publics. Mais le nombre des postes, leur répartition, les changements, l'avancement, les avertissements et les révocations appartiendraient d'abord à l'initiative des syndicats, dont tous les praticiens feraient obligatoirement partie.

L'indépendance du Corps médical ne subirait aucune atteinte du fait de ces dispositions. Au contraire, chacun de ses membres serait moins exposé à devenir la victime de misérables contingences. Quant au libre choix, il ne serait pas moins respecté que dans l'ordre de choses actuel, les habitants d'une circonscription rurale ayant la faculté de demander, avec un supplément de frais approprié, le titulaire de la circonscription voisine, et l'homme de l'art que les moyens actuels de sélection ou l'assentiment de ses confrères auraient mis hors de pair pouvant partout demander les honoraires qui lui conviendraient, afin que ne soit point compromis cet élément essentiel du progrès dans les sociétés modernes : la consécration en numéraire de l'échelle des valeurs sociales.

Pourvus ainsi d'un minimum de sécurité, après un concours où des considérations morales entreraient pour une part à côté des connaissances acquises, mieux protégés contre la concurrence déloyale par les limites de leur circonscription et la suppression à l'intérieur de celle-ci de l'indemnité kilométrique que par les règles trop platoniques de la déontologie, assurés contre la misère des vieux jours et, s'ils le veulent, au moyen de précautions complémentaires telles que celles dont votre association a pris depuis longtemps l'initiative, contre les divers malheurs qui peuvent les frapper pendant leur carrière, les médecins connaîtraient des jours meilleurs — les malades également — et sauraient apprécier les bienfaits et les joies de la véritable solidarité confraternelle. Ils entretiendraient, dans la quiétude de leur âme, cette haute conception de leur grande tâche sociale et nationale, qui devrait les protéger toujours contre les défaillances, et que les rigueurs du temps présent finiraient par obscurcir. Les sociétés ou groupements confraternels aideraient, au surplus, à maintenir dans le devoir ceux que l'esprit de lucre et de révolte inciterait encore à mal faire.

Dr E. François.

Nous avons préconisé, nous-même, il y a 25 ans, cette limitation du nombre des médecins ; d'autres après, ont repris cette idée : elle est séduisante, en théorie, tout comme l'Ordre des médecins ; en pratique, elle serait des plus dangereuses. Nous y avons depuis longtemps renoncé. Nous ne l'argumenterons pas de nouveau, laissant au Dr François la responsabilité de l'avoir de nouveau exhumée, et lui accordant très confraternellement la satisfaction platonique de la développer dans le *Concours médical*.

G. D.

LE 5e CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE A STRASBOURG

Tout d'abord, je crois nécessaire de présenter mes excuses à nos confrères du *Concours*, pour la grande liberté que je prends, humble praticien, de parler de ces questions de lutte contre la tuberculose, domaine réservé à certains « savants » catalogués, ainsi qu'à Mesdames les Infirmières-visiteuses. Il est de notoriété publique, — et cela nous fut plusieurs fois indiqué au Congrès — que les praticiens n'ont rien à faire en cette histoire, pour laquelle, d'ailleurs, ils sont insuffisamment compétents. Donc, qu'on excuse le profane, que je suis, de pénétrer ainsi dans les arcanes réservées aux dieux antituberculeux et d'oser en

faire ici quelques commentaires ....., Je ne ferai, du reste, qu'un simple compte rendu, non technique, de la partie *scientifique*, laissant à de plus autorisés le développement des rapports qui furent lus en ces séances. Je ne m'aventurerai qu'à commenter la partie *sociale* de cette lutte, telle qu'elle nous fut exposée et sur laquelle, malgré notre incompétence congénitale de praticiens, il m'apparaît cependant que nous ayons quelques mots à dire.

Ce Congrès de Strasbourg, qui se tint du 2 au 6 juin, fut organisé par le Comité national de défense contre la tuberculose que préside M. Léon Bourgeois, le président universel. A ce comité était adjointe l'Œuvre de la tuberculose et enfin l'Association alsacienne et lorraine, qui y avait sa place bien marquée dans un Congrès strasbourgeois. M. Strauss, ministre de l'Hygiène, présida la séance inaugurale du samedi matin, puis laissa la place au Dr Holtzmann, président du Congrès, assisté du secrétaire général Léon Bernard et de divers professeurs, surtout strasbourgeois. D'éloquentes allocutions d'ouverture, démontrèrent tout ce qui avait déjà été fait pour lutter contre le redoutable fléau, dénombrant les résultats obtenus et esquissant le tableau de ce qui reste encore à faire..... Puis, le Dr Bezançon fit entendre son rapport, fort intéressant, sur les associations microbiennes dans l'infection tuberculeuse. Ces associations sont-elles nuisibles à la guérison ? Pas trop, dit le Dr Bezançon. Beaucoup riposta le Dr Courmont (de Lyon). Oui et non conclurent MM. Teissier, Sergent, etc..... Hippocrate, Galien — et Salomon — durent en tressaillir d'aise dans leurs tombes.

Dans la séance de l'après-midi, les rapporteurs Rist et Ameuille (de Paris) expliquèrent les différences entre les tuberculoses ouvertes ou fermées. Il y en a qui sont ouvertes, quoique fermées, au contraire de la fameuse porte ....., au fond, il fut dit là des choses judicieuses et utiles, sinon toujours de première nouveauté. Le soir, à 5 heures, visite du dispensaire de Strasbourg, du preventorium de la forêt de Neuhof et de l'hôpital-sanatorium Saint-François, à la Robertsau, établissements modèles qu'on voudrait voir multipliés dans toute la France..... avec les fonds nécessaires pour hospitaliser des milliers et des milliers de malades — et les fonds nécessaires pour faire vivre, en outre, la famille de ces malades, quand est hospitalisé le père chargé « d'apporter l'eau au moulin ». Combien tout cela serait parfait si les milliards, indispensables aux besoins pouvaient être fournis. Hélas ! ..... En attendant, nous ne pouvons guère, devant l'étendue du fléau, considérer ces établissements que comme des « échantillons » de ce qui devrait être fait. C'est la goutte de vin qu'on déguste dans le gobelet pour apprécier la saveur du liquide que contiendrait le tonneau..... s'il était construit et rempli.

Le soir, eut lieu, au cercle des étudiants, la réception des congressistes par le Comité local d'organisation du Congrès et le lendemain matin, dimanche, le travail était repris. Dans cette 3e séance, M. Goris (de Paris) exposa la constitution chimique du bacille tuberculeux et les milieux synthétiques de culture. Puis, M. Mouriquand (de Lyon) parla de la tuberculose chez les sujets en état de « carence » et MM. Breton et Ducamp (de Lille) exposèrent la terrible influence qu'eut, sur les tuberculeux du Nord, le régime de famine que les Boches firent peser sur eux, durant l'occupation. Les tuberculeux avancés périrent rapidement. Les autres, supportèrent relativement assez bien ces misères. Mais les enfants furent frappés, en grand nombre, de tuberculoses locales, ganglionnaires surtout, dont subsistent encore de nombreuses séquelles.

L'après-midi du dimanche fut consacré à l'exposition internationale du centenaire de Pasteur, puis les Congressistes furent aimablement reçus par la marquise de Loys-Chandieu, en son château de la Robertsau. C'est ainsi que se termina la partie scientifique du Congrès, la partie sociale devant commencer le lundi matin.

***

Mais, avant d'y arriver, maintenant que nos confrères sont au courant des grandes questions, si médicales, si *techniques*, qui furent débattues dans les premières journées, qu'il nous soit permis d'esquisser quelque peu la physionomie même de ce Congrès de la tuberculose. En face des éminents orateurs, voyons quel auditoire se trouvait et quel profit il a pu tirer de ces doctes paroles.....

Sans aucun doute, on se figure une assistance compétente et capable d'extraire de ces rapports et de ces débats la « substantifique moelle ... » ? Or, la dite assistance se composait, pour la très, très grande partie, d'infirmières-visiteuses, certaines bénévoles en sobre costume, la plupart diplômées et estampillées avec leurs longs voiles et leurs signes cabalistiques brodés en rouge au front ou sur les manches. Notons cependant que, deci, delà, on arrivait à découvrir quelques auditeurs du sexe fort et même quelques médecins..... *rari nantes*, submergés en la foule féminine. Oui ! proclamons-le bien haut ! Au Congrès de la tuberculose de Strasbourg, on pouvait apercevoir *même des médecins* dans l'auditoire — en petit nombre, c'est entendu, mais enfin en plus des « ténors », il y en avait tout de même quelques-uns....., assez heureux pour avoir pu pénétrer dans le sanctuaire.

Oh ! ce n'était pas toujours chose aisée ! le lundi matin, la séance devait avoir lieu à 9 heures, à l'Institut d'hygiène. Quelques camarades et moi, nous nous dirigeâmes donc vers l'endroit indiqué..... porte close ! « C'est changé, nous expliqua aimablement une dame à voile. C'est dans l'amphithéâtre de la Clinique A..... Si vous voulez, je vais vous conduire ». Nous suivîmes le voile bleu sombre et, après un quart d'heure de pérégrinations à travers le grand bloc clinico-hospitalo-scolaire que forme, très harmonieusement, la vie médicale strasbourgeoise, nous arrivâmes enfin à la Clinique A...

Les organisateurs du Congrès, qui, *de Paris*, avaient tout réglé, avaient magnifiquement fait les choses. L'amphithéâtre choisi ce matin-là pouvait bien contenir..... le quart des congressistes, en sorte que les 3/4 avaient seulement le droit de contempler les murs derrière lesquels se passait quelque chose. Nos confrères de Strasbourg nous expliquèrent qu'il ne manquait pas pourtant de vastes salles ..... Nous restâmes donc dehors, après avoir pu apercevoir, à travers des voiles bouchant la porte, d'autres voiles plus heureux, assis dans la salle. Heureusement que, déçus et dépités, la foule des non-élus se retira, de guerre lasse, pour aller visiter la ville, tandis que stoïques — et têtus — nous restions de planton auprès de la porte. A la fin, jouant doucement, galamment, des coudes, emmi les voiles, nous parvînmes enfin à risquer un œil, puis une oreille...

Ceci exposé, entrons maintenant dans la salle — et dans la partie *sociale* de la lutte contre la tuberculose. Nous allons voir comment le Comité national, comment les organisateurs du Congrès de Strasbourg et leurs orateurs comprennent cette lutte, à l'heure actuelle. Je n'en ai pas encore parlé, bien que, les jours précédents, quelques allusions assez limpides y eussent été faites. Je me réservais, sur ce point, jusqu'à maintenant, de façon à réunir le tout, espérant être ainsi plus clair.

D'après ce que nous avons pu entendre, la doctrine officielle est bien simple. La tuberculose ne fera que croître et embellir tant qu'on ne saura pas mieux lutter contre elle. « Nous autres savants », nous possédons la lumière. Nous allons donc créer partout des lieux de traitement efficace, des *dispensaires*. Là, les tuberculeux seront *enfin* soignés scientifiquement par des médecins spéciaux, choisis et désignés par nous — et auxquels nous aurons inculqué notre science, avec la manière de s'en servir. L'Etat nous fournira des millions, grâce auxquels nous aurons nos laboratoires à nous, nos radios à nous, nos cliniciens à nous, etc..... Pour alimenter ces dispensaires et y faire affluer les malades, que nous seuls pouvons sauver, nous aurons nos agents de liaison à nous, nos admirables *infirmières-visiteuses*... Les aimez-vous ? On en mettra partout. Il y en aura de départementales, de cantonales, voire de communales. Qui n'aura pas son infirmière ?

Il faudrait lire, tout au long, les rapports de Madame de Retz (de Paris) et de Madame Haloua (de Lille) sur « le rôle de l'infirmière-visiteuse, dans la lutte anti-tuberculeuse et les principes de son éducation professionnelle ». Sans doute, il y a beaucoup de choses sensées, dans ces rapports et nous sommes loin, bien loin, d'en rejeter toutes les idées en bloc. Certes, l'infirmière-visiteuse peut rendre de très grands services, dans la lutte contre la tuberculose, mais si elle ne sort pas de son rôle d'auxiliaire intelligente du médecin traitant, du médecin de famille qui, quoi qu'on dise et qu'on fasse, restera toujours l'*organe essentiel* de la lutte. C'est pourquoi, nous autres praticiens, nous déplorons le *mauvais aiguillage actuel*. Nous serions les premiers à faire appel à leur bonne volonté, à leur dévouement, pour nous aider dans notre tâche, auprès des familles et surveiller si sont bien exécutées les mesures d'hygiène que nous prescrivons chaque jour, même avant les discours de Strasbourg. Mais encore faut-il qu'elles soient vraiment nos *auxiliaires* dans cette lutte journalière et non pas seulement « l'agent de dépistage », l' « agent de liaison » et la fournisseuse, *avant tout*, d'un dispensaire, dont elles ne seraient que les employées, sans « liaison » aucune, avec le médecin traitant regardé un peu, révérence parlée, comme un chien dans un jeu de quilles.

Au contraire de cette conception que nous avons de la lutte, d'une lutte où chacun contribuerait de son mieux, qu'avons-nous entendu, à Strasbourg ?

L'infirmière visiteuse sera un merveilleux « agent de dépistage ». Eduquée, diplômée, embrigadée par nous (les savants officiels antituberculeux) voilée à nos initiales, elle se rendra en tous lieux, pénètrera aisément dans les familles, fera « l'éducation hygiénique » de chacun, « exercera sa surveillance prophylactique sur le malade et son entourage ». Pour acquérir la compétence nécessaire, elle fera auparavant deux années d'études dans nos écoles . Et « le programme institué a tenu compte de ses conceptions ».

« La plus large part est naturellement faite à la tuberculose de l'adulte et de l'enfant, à la prophylaxie de cette maladie par le dispensaire, à son traitement dans les hôpitaux et sanatoria. Une part très importante est réservée ensuite à l'hygiène et à la pathologie infantile et à toutes les notions spéciales nécessaires à l'infirmière scolaire.

Les autres leçons sont consacrées à l'hygiène générale, à l'hygiène alimentaire, à la désinfection, à la pharmacie élémentaire et à la déontologie.

Des clartés assez étendues sur les maladies de la peau et sur la syphilis viennent compléter cet enseignement et souligner l'importance de la continuité de la surveillance et du traitement chez les individus contaminés, si dangereux pour les êtres qu'ils procréent ».

Etc., etc... Que pensez-vous, confrères, de ce mirifique programme. Que faut-il de plus pour que disparaissent de France, tuberculose, syphilis et toutes les autres maladies..... Devant les bataillons sacrés des infirmières, instruites par « nous autres savants », qui *dépisteront* pour nous les malades et assureront leur *liaison* avec le dispensaire et les hôpitaux et sanatoria, les microbes anéantis vont tous disparaître de la surface de la terre ! ..... Sans doute, penserez-vous qu'il est, en notre pays, un certain nombre de gens qu'on pourrait aussi intéresser à la lutte. Ils sont plus de vingt mille, les médecins praticiens, qui ont fait quelques études sur ce sujet et pourraient, peut-être — eux aussi, qui sait ?..... — apporter leur petite pierre à l'édifice et rendre quelques services ..... Oh ! combien vous retardez sur le progrès. *Les praticiens n'ont pas place dans la conception officielle et dans le programme de la lutte sociale contre la tuberculose.*

Et cela se comprend. Ils n'y connaissent pas grand'

chose. A quoi seraient-ils utiles ? Ils feraient bien auparavant de « faire un stage à côté des infirmières visiteuses». (Ceci fut dit, je crois bien, en ces propres termes).

Quant aux dispensaires, ils n'ont pas plus à s'en occuper. Ceux-ci ne sont nullement faits pour eux, ni pour les malades qu'ils pourraient s'entêter à soigner. S'il leur arrivait d'y adresser un malade pour une radio, ou d'y envoyer des crachats pour examen, le Dr Kuss, un des savants officiels, a déclaré, aux applaudissements de l'auditoire féminin, que le dispensaire « n'avait pas à fournir à un praticien le résultat d'une radio ou d'un examen de crachat »..... Cette fois, notre excellent confrère allait un peu fort. Dans la séance du lundi, après-midi, notre ami Legras, le président de l'Union des Syndicats médicaux de France, demanda la parole, au début de la séance, pour une communication à faire et protesta hautement, en notre nom, contre ces paroles inconcevables. Légèrement gêné par cette intervention inopportune, quand tout le cérémonial prévu se déroulait si bien, le Dr Kuss déclara alors, que ses paroles avaient été mal interprétées. Il avait « simplement » voulu dire qu'on ne fournirait jamais — au nom de la science ?? — au médecin traitant le seul résultat d'une analyse ou le seul résultat d'une radio. Mais qu'on pourrait, s'il le réclamait, lui donner le dossier *complet* du malade envoyé, avec les examens de laboratoire *et de clinique*, étant entendu que le malade serait inscrit et pris en charge par le dispensaire. Je me trompe peut-être, mais j'eus l'impression que cette « rectification » aggravait encore la suspicion jetée publiquement sur le corps des praticiens français. N'était-ce pas dire qu'un praticien n'était pas capable de tirer parti d'une radio (ceci, d'ailleurs, avait déjà été dit auparavant par un autre « savant »), ni d'un examen de crachats, alors qu'il n'aurait pas été également et *en même temps* éclairé par l'examen clinique pratiqué par des compétents spéciaux dans le dispensaire. Percuter, ausculter, etc....., qu'est-ce que peut bien y connaître un praticien ? Ne faut-il pas (en outre, des recherches de laboratoire) lui fournir un « guide-âne », si j'ose dire, pour qu'il puisse s'y reconnaître dans les symptômes que présente son malade ?

Merci !

***

Après cela, direz-vous, il n'y a plus qu'à tirer l'échelle ? Et cependant je n'ai pas tout dit. Je crois même que certains confrères ont pris des notes sur certaines phrases de ce genre. Et il serait curieux de les faire connaître au grand jour..... Mais continuons notre compte rendu qui, qu'on se rassure, commence à tirer vers sa fin.

Notons donc le rapport de M. Moutet, du Musée social, sur « le problème de l'habitation dans ses rapports avec la tuberculose ». Je n'y insisterai pas, pensant que — quoique praticiens — nos confrères, dans le cours de leur carrière, ont eu l'occasion, peut-être bien autant que les « savants », de visiter des logements insalubres et de se rendre compte, par eux-mêmes, des ravages qu'y peut faire la tuberculose. Un mot seulement à souligner : « Il faudrait des milliards, soupire M. Moutet, on dispose de sept millions !... » Navrante constatation, à laquelle les plus beaux discours ne peuvent suppléer. Il faudrait « *démolir les maisons surpeuplées et insalubres* » nous a-t-on révélé à Strasbourg... N'est-ce pas là ce que nous n'avons cessé de clamer dans tous nos Congrès des Praticiens, ainsi que lorsqu'on voulut nous imposer, avant toute autre réforme, la déclaration obligatoire de la tuberculose ?

A noter également l'intéressant rapport « Tuberculose et habitation » de M. Aug. Brion et du Dr Alb. Brion, tous deux de Strasbourg, demandant, entre autres choses judicieuses, la *désinfection* des locaux habités par un tuberculeux lors de son déménagement ou de son décès ; signalant le manque d'air et de lumière dans trop de logements, aussi bien à la campagne qu'à la ville, avec statistiques à l'appui et concluant par le rappel du vieil adage italien : *Dove non entra il sole, entra il medico.*

Fort remarquable aussi le rapport de M. Weill, président de l'Union des Caisses de maladie d'Alsace et de Lorraine, sur « le rôle des assurances sociales dans la lutte contre la tuberculose ». Nous y trouvons toutes les améliorations qu'ont pu faire ces Caisses de maladie, en ce domaine, et l'extension des dispensaires et des sanatoria. Nous avons pu, à cette occasion, nous apercevoir que, là-bas, du moins, les médecins traitants ne sont pas laissés à l'écart de la lutte, comme le voudraient les dirigeants de notre « Comité national ». Le président des Caisses constate, en effet, que « les services administratifs et médicaux des Caisses constituèrent un précieux auxiliaire dans la lutte contre le taudis et les grands fléaux sociaux » et, de même, que « les services médicaux signalent actuellement aux dispensaires antituberculeux tous les cas des maladies des voies respiratoires survenus chez leurs assurés ». C'est bien là le « dépistage » médical, dans toute son horreur, au lieu du dépitage savant de l'infirmière-agent de liaison..... qui est le fin du fin pour nos officiels antituberculeux.

Sur ce point, le rapport du Dr Scheib, un confrère alsacien, est encore plus net. J'en citerai ces quelques lignes seulement, à propos de l'admission des malades dans les centres de soins :

« Le procédé d'admission des malades est le suivant : le médecin traitant, médecin de caisse ou autre, propose le malade pour un traitement curatif approprié ; la demande, appuyée par un certificat médical, est adressée à l'Institut d'assurance sociale, où le médecin-conseil fait le triage en distribuant les différents cas dans les sanatoriums qui entrent en ligne de compte pour le genre de maladie ou sa gravité. Cette distribution tient toujours compte, s'il est possible, des propositions du médecin traitant, en observant, selon le rapport du médecin, les cas qui paraissent douteux d'être susceptibles d'une amélioration par le traitement..... »

On voit ainsi que nos camarades, les praticiens d'Alsace et de Lorraine, sont loin d'être *res ignota* dans la lutte contre la tuberculose et qu'on « tient toujours compte, s'il est possible, des propositions du médecin-traitant »..... Je suis même assuré qu'on ne leur refuse pas les renseignements de laboratoire qu'ils demandent pour leurs malades et que les résultats des examens de crachats ou de radio ne sont pas soustraits à leur « curiosité », comme on éloigne des enfants les images ou les journaux qui ne sont pas à leur portée ..... Là-bas, du moins, le médecin traitant a sa place officiellement marquée dans la lutte contre le fléau et on ne cherche nullement *à le remplacer* par je ne sais quels bataillons de *succédanées*, si j'ose dire, en jupes et en voiles, dont on rêve de doter tous les coins de France, comme autant d'amazones lancées à la conquête de la Toison d'or.....

***

Entendons-nous bien. Je n'ai nullement l'intention de me dresser ici en bataille contre l'institution des infirmières-visiteuses. Ce n'est pas dans le *Concours*, dont le rédacteur en chef, notre ami Noir, a si souvent, dans ces colonnes mêmes, rompu des lances en faveur de celles-ci, qu'une telle idée saurait se faire jour. A mes yeux, comme aux siens, cette institution n'a que trop tardé chez nous. Elle constitue un progrès pour le mieux-être de la santé publique et, nous praticiens, nous regardons avec la plus garande sympathie l'éclosion et la multiplication de ces écoles nouvelles de « nurses » françaises, qui nous aideront à répandre, dans les masses, les salutaires notions d'hygiène et de prophylaxie de maladies d'autant plus graves qu'elles ont été trop méconnues des malades jusqu'ici. Les infirmières-visiteuses françaises, tout comme leurs collègues de l'étranger, seront aptes à rendre de grands services et susceptibles de devenir, pour nous, des collaboratrices aussi précieuses que dévouées.

Mais, après ce que nous avons entendu à Strasbourg, après cette « exaltation », comme on dit en théologie, que l'on a fait de leur rôle, en face de la suspicion d'ignorance qu'on a publiquement jetée à la face du praticien français, il nous apparaît qu'on s'est efforcé (je ne sais dans quel but ?) de jeter un fossé entre elles et nous..... Nous croyons donc de notre devoir de praticiens soucieux de la santé publique, de nous dresser contre de telles tendances, si néfastes pour l'avenir, dans notre bataille journalière contre la maladie.

Nous sommes persuadés que *le « Comité national » fait fausse route dans son ignorance voulue, préméditée, systématique, du médecin traitant*. Cette fois encore, on veut construire un édifice *administratif*, avec ses chefs, ses sous-chefs et ses employés ; ceux-ci plus facilement tenus en main parce que femmes, parce que embrigadées solidement et *fonctionnarisées*. Nul ne sera réputé, désormais, comme sachant soigner la tuberculose, nous a-t-on dit, en somme, à Strasbourg, hors nous, nos délégués et nos infirmières. Hors nous et les nôtres, point de salut !.....

Quant à nous, nous élevons plus haut notre objectif. Nous nous déclarons prêts à apporter notre concours à l'œuvre du Comité national, à *toutes* les œuvres destinées à combattre un des fléaux les plus redoutables qui menacent notre belle race française. Et c'est au nom du bon sens même que nous nous élevons contre de tels errements et que, nous adressant à la conscience publique, nous dirons, avec un éminent administrateur alsacien, M. Weill, le président de l'Union des Caisses de maladie d'Alsace et de Lorraine : « *L'essentiel* est que tous ceux qui entreprennent cette lutte contre la tuberculose, cherchent à *coordonner tous les efforts*, pour rendre cette lutte toujours plus méthodique et plus efficace ».

Dr Fernand Decourt.

***

Sommes-nous au carreau du Temple ou dans une assemblée de médecins ?

Quels sont ces privilégiés du ciel que le genre humain attendait avec impatience pour soigner et guérir la tuberculose ?

Que sont ces dames visiteuses, qui, drapées dans des capes soyeuses, nous diront désormais : suivez-moi jeune homme !

Tout cela a lieu à Strasbourg, en face des Boches qui ne nous donnent jamais le spectacle de pareilles puérilités dans leurs Congrès ! Chez eux, la guerre et l'après-guerre nous l'ont appris, il n'y a pas de différence entre les travailleurs et on sait pousser jusqu'à l'extrême limite ceux qui savent émerger de la tourbe vulgaire ! qui de nous connaissait Einstein après l'armistice ?

Ainsi, en France, le traitement de la tuberculose ne peut être fait que par des prédestinés, des savants et dans un certain milieu (1) : qui dit cela ? Ce n'est pas un reporter d'un grand quotidien, ce n'est pas un malade guéri, ce n'est pas un médecin ordinaire, c'est le moi, dans toute sa splendeur, de quelques-uns !

Je regrette que dans le Congrès une faible voix n'ait pu s'élever pour demander quel est le savant qui a trouvé le remède spécifique de la tuberculose, incontestable et incontesté : il n'y en a pas.

Le diagnostic infaillible, avec radio, analyse des crachats, fixation de complément, existe-t-il vraiment et peut-on le soutenir sérieusement ? En dehors des cas grossiers ! — Peut-on affirmer qu'il y a plus de guérisons au sanatorium que dans la clientèle civile ? Non.

50 % des tuberculeux guérissent sans le concours de la médecine officielle ou privée, et cela ne serait pas à notre avantage ! Les autres 30 % peuvent se guérir par toutes les méthodes, même par les huiles des plantes, les décoctions d'orchidées, les résines d'euphorbe !

(1) Personne ne sait encore la nature exacte de l'agent causal de la tuberculose : *quot capita, tot sensus* !

Pour les 20 % qui restent, les traitements les plus modernes ne les empêchent pas de mourir avec ou sans radio !

J'ai soutenu, et je soutiens toujours, que tout praticien sérieux peut dépister, soigner et quelquefois guérir une tuberculose.

Je m'étonne que la radio soit prise comme critérium et je m'étonne que le dispensaire puisse s'imposer en maître.

Ou bien c'est une gageure, ou bien c'est une conjuration déguisée afin d'édifier un monument qui alimentera de nombreux parasites comparables aux centres de mécanothérapie de la guerre !

Pour compléter la pétaudière, vous allez y voir le bataillon féminin ! ah ! passez-moi ce Pavillon de Flore où l'odeur de la créosote sera remplacée par le Dernier Nom !

Dans la profession médicale, nous sommes sursaturés de la présence négative de celles qui sont destinées à tout autre besogne ; il nous faudra les suivre ; Ah ! non, qu'elles fassent des enfants, et si elles n'en veulent pas ou si elles ne peuvent pas, qu'elles époussettent les meubles, qu'elles fassent la lessive, mais qu'elles laissent au diable et à nous la tuberculose.

Moi, je demande qu'on attribue d'abord le rôle de visiteurs aux milliers de mutilés et de tuberculeux de la guerre qui sont rejetés de tous les emplois comme des non-valeurs ; ils feront aussi bien que toutes ces S. G. D. G.

Je demande ensuite que ce rôle soit attribué aux confrères qui n'ont pu rétablir leur situation d'avant-guerre, qui sont âgés mais encore valides, et qui feront aussi bonne besogne, et avec leur diplôme encore !

Quel est donc ce vaste chantier dont on jette les assises ?

Je me souviens d'un chantier semblable avant l'assurance accident obligatoire, je vois cet autre chantier pour l'assurance maladie obligatoire.

Quels sont les futurs adjudicataires ? Ah ! oui, renseignez-nous, ô *Concours*.

Dr G. SALLES.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La mutualité et la crise de la population française

La crise de la dépopulation qui menace la vie de notre pays et l'avenir de la civilisation est pour tout bon Français l'objet de constantes préoccupations. Le *Concours*, à maintes reprises, s'est entretenu de la question. Mais il ne suffit pas de constater un fléau, il faut y porter remède et s'il n'est pas possible, dans notre période troublée d'après guerre, période de vie chère, d'impôts écrasants, d'amener les gens à donner la vie à une nombreuse progéniture, tous les efforts doivent au moins tendre à diminuer la mortalité.

Madame Touche à tout (je veux parler de la Mutualité) ne pouvait se désintéresser de la question et dans une « chronique » de son *Bulletin*, remplie d'aperçus judicieux, elle nous apporte enfin la solution du problème.

C'est l'adhésion aux sociétés de secours mutuels. « Au premier rang des œuvres privées « qui peuvent contribuer à l'amélioration de « notre situation démographique, figurent les « sociétés de secours mutuels dont l'objet « essentiel et fondamental est l'assurance en « cas de maladie », mais l'important, c'est de donner les soins les plus efficaces et d'après cette bonne Mutualité, il n'y a pas de méthode supérieure à celle actuelle : fournir les soins en nature ainsi que les médicaments, et non allouer une indemnité globale qui permette au malade de choisir son médecin.

Il est peut-être bon de débiter ce boniment aux sociétaires, de leur bourrer le crâne avec l'efficacité absolue du service médical actuel, de leur prouver l'inanité de la liberté de confiance ; mais nous autres, médecins, nous sommes fixés sur la valeur de la médecine mutualiste, comme de toute médecine sociale, mal payée et partant, il ne faut pas hésiter à le dire, souvent mal faite. Médecine militaire à l'usage du civil militarisé dans les mutualités.

« Mais il ne suffit pas qu'une Mutualité soigne « ses adhérents, il faut aussi que les soins qu'elle « leur procure soient efficaces, c'est-à-dire appro- « priés à leur état et conformes aux progrès « réalisés par la science médicale dans l'art de « guérir. »

En lisant cette phrase, on se livre à toute espèce de suppositions. On est tenté de croire que la Mutualité, cessant ses habitudes anciennes de donner à ses sociétaires, au lieu de soins réels, des drogues quelconques, au petit bonheur, allait moderniser son service médical, employer les injections médicamenteuses, les agents physiques et notamment la radiographie et la radiothérapie avec l'aide ou le contrôle des laboratoires ; c'est ce qui fut si vivement réclamé au Congrès d'Angers où l'on dut constater que les malades étaient visités, drogués et non soignés. On pensait qu'elle allait s'adapter et faire pour cela l'effort financier suffisant, et au besoin puiser dans sa caisse où s'empilent inutilement des millions sans emploi. Mais écoutez la suite :

« *Certes il ne saurait être question, pour cha-* « *cune de nos sociétés de créer des organisations* « *médicales coûteuses et compliquées.*

« Mais il est incontestable que les présidents « et administrateurs des groupements mutua- « listes auraient intérêt à utiliser le plus large-

« ment possible, pour les soins à donner à leurs « adhérents, les institutions d'hygiène et de « prophylaxie qui, depuis quelques années, se « créent sur tous les points du territoire ; ces « institutions disposent d'un personnel médical « tout à fait compétent, d'un matériel perfec- « tionné et elles peuvent donner aux malades « qui s'adressent à elles, des soins particulière- « ment efficaces. Un docteur non spécialisé, « quels que soient sa science et son dévouement, « a-t-il les moyens d'examiner aussi sérieusement « un malade menacé de tuberculose que le « médecin d'un dispensaire antituberculeux qui « dispose des appareils nécessaires pour procé- « der, sur place, aux examens radioscopiques « et bactériologiques souvent indispensables.

« Il faut donc que les administrateurs mutua- « listes n'hésitent point à recourir, pour soigner « leurs sociétaires, aux œuvres de prophylaxie « sociale créées ou patronnées par le ministre « de l'hygiène. Il lui sera facile de s'entendre « avec les dirigeants de ces œuvres *pour que des « jours spéciaux soient réservés aux prévoyants, « ces sociétés versant, à cet effet, une légère con- « tribution aux dépenses générales de l'établisse- « ment d'assistance.* »

C'est toujours le même système : faire de la philanthropie avec l'argent des autres, encaisser et ne rien payer, sauf pour des organisations de banquets ou des Congrès, occasions de décorations pour les dirigeants.

Et si ces messieurs consentent à payer une modeste rétribution, ils veulent des jours spéciaux, pour ne pas coudoyer les prolétaires, car il ne faut pas perdre de vue qu'actuellement les mutualités, véritables assurances maladie, ouvrent leurs portes à tout le monde et comprennent souvent des sociétaires qui sont fortunés. A la suite de ce préambule, l'article que j'analyse conseille l'adhésion en bloc de tous les mutualistes de la région aux dispensaires anti-tuberculeux et anti-vénériens et aux œuvres de protection de la première enfance.

Mais cela ne suffit pas, nos bons mutualistes ont des ambitions plus grandes.

« Nous voudrions voir se généraliser les mai- « sons de santé mutualistes où les membres « participants de nos sociétés viendraient subir « les opérations de grande chirurgie contre « payement d'un prix de pension modique. « Ainsi ils n'auraient plus à demander leur « admission à l'hôpital où ils sont confondus « avec les malades relevant de l'Assistance « médicale gratuite. »

Pouah ! Quelle sale promiscuité ! Je me permets toujours de faire observer qu'il n'est pas question des honoraires des chirurgiens, qui se trouvent sans doute suffisamment honorés par la confiance à bon marché des Mutualités.

Quand le rédacteur de cet article a trouvé ces solutions épatantes, il triomphe et conclut :

« Telles sont les principales améliorations qui « nous paraissent à la fois désirables et réalisa- « bles dans l'organisation médicale de nos socié- « tés de secours mutuels.

« La Mutualité, qui est à l'avant-garde du « progrès social, a le devoir strict de faire pro- « fiter ses adhérents de tous les perfectionne- « ments qui peuvent être apportés dans la mé- « decine.

« Ainsi, elle servira utilement à la fois les inté- « rêts de ses membres participants, ses intérêts « propres (qui ne sont sans doute pas ceux des « membres participants) et l'intérêt supérieur « de la Nation. »

Ainsi, confrères qui cherchez un remède à la dépopulation, faites adhérer tous vos clients aux Mutualités, faites adhérer toutes les mutualités de votre région aux dispensaires d'hygiène sociale et vous aurez enfin trouvé la solution du problème, la natalité sera relevée et la mortalité abaissée. Laissez-moi rire.

Dr M. Vimont.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex

(6 *Mai* 1923)

I. — Article 4 de la loi du 9 avril 1898.

L'Assemblée proteste contre la décision du *Conseil Supérieur de l'Assistance publique* et adopte l'avis de la *Commission du tarif* Breton, mettant à la charge du chef d'entreprise les honoraires des chirurgiens et médecins des hôpitaux, pour les soins donnés aux accidentés du travail. *Honoraires devant être payés directement aux chirurgiens et médecins.*

II. — Article 64 de la loi du 31 mars 1919. Contrôle.

Après l'exposé du fonctionnement de la *Commission du Contrôle départemental* par le Secrétaire, le *Syndicat* adhère aux propositions formulées par l'*Union des Syndicats Médicaux* dans son communiqué à la Presse, au sujet des scandales de Marseille. Il vote un ordre du jour de félicitations au *Syndicat*

de Marseille, pour la lutte qu'il a menée contre les voleurs et les faussaires.

Le secrétaire fait d'ailleurs remarquer que c'est par l'organisation du contrôle par les praticiens eux-mêmes, que la profession médicale sera débarrassée des indignes et des criminels.

III. — QUESTIONS MÉDICALES D'ORDRE GÉNÉRAL.

Le *Syndicat* adhère à différents vœux émis par le *Syndicat Médical de la Seine* :

1° Inquisition fiscale dans ses rapports avec le secret professionnel ;

2° Dispense des examens dans le cours des études médicales ;

3° Création d'un diplôme de masseur ;

4° Lutte contre la syphilis.

IV. — DIFFICULTÉS ADMINISTRATIVES ENTRE DÉPARTEMENTS VOISINS.

Un journal quotidien de la région, dans le compte rendu de la session du *Conseil Général de la Haute-Savoie*, relate le vœu suivant émis par cette assemblée : « *Le Syndicat médical de la Hante Savoie* demande que les médecins de l'Ain ne puissent « pas venir soigner les malades de la Haute-Savoie, « la réciprocité n'existant pas. Adopté. »

Tout le monde convient qu'il s'agit de l'*Assistance Médicale gratuite*.

Or, de la discussion qui s'engage à ce sujet, il paraît résulter que la réciprocité existe entre confrères de l'Isère et du Jura, limitrophes de l'Ain, comme la Haute-Savoie.

Il n'y a donc pas de raison pour que la réciprocité n'existe pas entre la Haute-Savoie et l'Ain.

Le Secrétaire écrira, à ce sujet, au *Syndicat de la Haute-Savoie*.

V. — DÉONTOLOGIE MÉDICALE.
EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

Il est donné lecture d'*Annonces commerciales*, faites dans un journal d'Oyonnax, concernant :

1° Le docteur GAILLARDOT « *du Collège de France.* »

Or le docteur GAILLARDOT n'a jamais été que *préparateur* au Collège de France.

On lui rappellera ses titres, en le priant de ne pas les tronquer, pour induire sciemment les clients en erreur.

2° Le sieur OLTRAMARE « *masseur diplômé* » d'une clinique de Genève, vient donner des consultations à Oyonnax et prétend guérir « *d'une façon efficace, les douleurs rhumatismales et toutes les affections qui en découlent* ».

Le Secrétaire est chargé d'écrire à la Préfecture, au nom du Syndicat, pour signaler le fait d'exercice illégal de la médecine.

VI. — COMMISSIONS ADMINISTRATIVES DES HOPITAUX ET HOSPICES DE PROVINCE.

Loi du 21 mai 1873, modifiée par celle du 5 août 1879, sur l'administration des hôpitaux de province.

Aux termes de cette loi, les *Commissions administratives des hôpitaux et hospices* sont composées du maire et de six membres renouvelables. Quatre de ces administrateurs sont nommés par le Préfet.

Par une *Circulaire du* 20 *avril* 1920, M. BRETON, ministre de l'Hygiène, a signalé aux Préfets l'utilité de faire figurer un médecin parmi les membres de cette commission administrative. (Ce médecin pourrait être proposé, au choix du Préfet, par les *Associations professionnelles locales*).

Se basant sur cette circulaire ministérielle, le Secrétaire du Syndicat écrira au Préfet de l'Ain, pour lui demander de nommer, à la *Commission administrative* de l'hôpital de Belley, un des médecins chirurgiens traitant de cet hôpital, en remplacement d'un des administrateurs démissionnaire (1).

Le secrétaire adjoint,
Dr MARICHAL.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Gellé, de Paris, ancien-vice-président de la Société de Biologie, à l'âge de 90 ans.

Le Dr Gellé laisse une réputation très méritée de savant otologiste ; il fut un des premiers qui se consacra en France à l'étude des maladies des oreilles.

Le Dr Gellé était le père du distingué laryngologiste, décédé prématurément avant la guerre, gendre de feu le Dr Arthur Petit, un vieil ami du *Concours médical* et le beau-père du Dr M. Petit, de Montereau, fils du Dr A. Petit.

Le *Concours médical* adresse aux familles Gellé et Petit ses plus sincères condoléances.

J. N.

— **Cours d'orthopédie de M. Calot** — Du lundi 6 août au 13 août, à Berck-Plage (P.-de-C.), avec *exercices pratiques individuels.* — En une semaine, de 9 heures du matin à 7 heures du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. — Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. — Explications en Espagnol et en Anglais. — Droits d'inscription : 150 francs. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fouchet, *Institut Calot, Berck-Plage* (P.-de-C.), ou *Clinique Calot*, 69, *quai d'Orsay, Paris.*

(1) *M. le Préfet a fait droit à la demande du Syndicat* et a nommé M. le docteur Chaboux, membre du Conseil d'administration de l'hôpital.

Résumé du Programme :

I. *Tuberculoses externes* : abcès froids, adénites, épididymites, péritonites tuberculeuses, tumeurs blanches, coxalgie, mal de Pott.

II. *Déviations congénitales et acquises* : luxation congénitale, pied bot, paralysie infantile, pied plat, scoliose, torticolis, difformités rachitiques, etc.

II. *Fractures* : comment les praticiens doivent les traiter.

IV. *Les dernières acquisitions orthopédiques* :

a) *Preuve faite* que sont des malformations congénitales méconnues :

1° 1/3 des hanches actuellement étiquetées coxalgies.

2° Toutes les prétendues ostéochondrites ou coxa-plana.

3° Les hanches étiquetées arthrites déformantes et Morbus coxæ juvenilis, et même aussi le Morbus coxæ senilis d'Adams, admis partout depuis un siècle.

b) Nouveau traitement de la luxation congénitale et des récidives de luxations.

— **Maladies de la nutrition.** — Programme du cours de MM. M. Labbé, H. Labbé, Stévenin et Nepveux. — Le s principes de la nutrition. — Les grands syndromes gastriques. Examen clinique des dyspeptiques. — Analyse du suc gastrique. — Les syndromes intestinaux et pancréatiques. Entérites aiguës et chroniques. — Les fèces. Examens macroscopique et microscopique ; recherche du sang ; recherche des parasites. — Analyse chimique des fèces : azote total, azote ammoniacal et azote aminé ; indice d'oxydabilité ; hydrates de carbone. — Les fèces : dosage des graisses, des insaponifiables, des acides volatils. — Analyse des urines : azote total, urée, ammoniaque, acides aminés, azote colloïdal ; coefficients d'utilisation azotée. — Acide urique et purines ; dosage dans les urines et dans le sang. Créatine et créatinine. — Pigments biliaires, sels biliaires, urobiline : dosage dans l'urine et dans le sang. Lipoïdes et cholestérine dans le sang. — Chlorures et phosphates urinaires. — Albumines, albumoses et peptones dans les urines. — Le glucose et les divers sucres de l'urine Méthodes micro-chimiques pour le dosage du glucose dans le sang. — Réactions d'acidose : corps acétoniques dans l'urine et le sang. Dosage de l'acide carbonique dans le sang. Dosage des acides organiques dans les urines ; acidité ionique. — Obésité : pathogénie et thérapeutique. — Uricémie et oxalémie : goutte, lithiase urinaire. — Le diabète : pathogénie, évolution et thérapeutique. — L'acidose : le coma diabétique et les acidoses non diabétiques. — Les grands syndromes rénaux : diagnostic et thérapeutique. — Les syndromes hépatiques : diagnostic de l'insuffisance fonctionnelle du foie. — Interprétation clinique des analyses d'urine — Mesure des échanges respiratoires le métabolisme basal.

— **Visite des établissements thermaux de Luchon par une caravane d'étudiants en pharmacie de la Faculté de Toulouse.** — Sous la haute direction de MM. les professeurs Gerbert, Moog, Valdiguier, de la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse, une caravane d'étudiants a récemment visité les établissements thermaux et les galeries de captage de Luchon.

Le grand effort fait par la municipalité de Luchon, la rénovation complète de ses thermes, l'utilisation en galeries de cure de ses fameuses galeries de captage qui font l'admiration de tous les ingénieurs des mines qui les ont étudiées, ont retenu l'attention de ces messieurs.

Le directeur technique et plusieurs membres du corps médical et pharmaceutique de la station leur ont donné toutes explications utiles et ont souligné le rôle que les pharmaciens peuvent avoir dans l'expansion de nos stations thermales et climatiques françaises.

La journée s'est continuée par une visite à Luchon-Superbagnères où a eu lieu une étude de géographie botanique et l'hydrologie.

Cette journée s'est terminée par une réception au Casino, une visite dans le parc et la ville.

Nul doute que ces caravanes où l'on sait si bien allier l'utile à l'agréable, ne soient, dans un avenir très prochain, profitables au thermalisme et au climatisme français.

— **Création d'un nouveau groupement professionnel.** — Le 3 juin 1923, s'est tenue dans les locaux de la Faculté de médecine de Paris une réunion de chirurgiens-dentistes de Paris et de toutes les régions de la France. Au cours de cette séance, présidée par M. Raynal, de Marseille, un groupement a été constitué sous le nom de Association française des chirurgiens dentistes, en vue d'obtenir :

1° La refonte du statut professionnel du 30 novembre 1892 ;

2° L'unification par le doctorat en médecine des titres actuellement exigés pour l'exercice de l'art dentaire, avec la possibilité pour les chirurgiens-dentistes actuels et les étudiants en cours d'études, d'accéder au doctorat en médecine (d'Université ou d'Etat).

3° La réorganisation de la législation concernant l'exercice illégal.

Le siège social de cette Société est fixé : Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, à Paris.

Le Conseil d'administration du groupement a été ainsi constitué :

Président : M. Billoret, chef de clinique, école dentaire de Paris ;

Vice-présidents : MM. Seimbille, prof. suppl. à l'école Odontotechnique ; Raynal, chir.-dentiste à Marseille ; Bouchard, chir.-dentiste à Lyon.

Secrétaire général : M. Arnold, chef de clinique, école dent. de Paris ;

Secrétaire adjoint : M. Nones, aide de clinique, école Odondotechnique ;

Trésorier : M. Chambrillon, chir.-dentiste à Paris.

Archiviste : M. Lafond, chir.-dentiste à Paris.

Conseillers : MM. Gibert, d'Aurillac, ex-chef de clin., école Odontotechnique de Paris ; Lohezic, chir.-dentiste à Lorient ; Michel, chir.-dentiste à Saint-Calais ; Bernard, chir.-dentiste à Marseille ; Debat, chir.-dentiste à Toulouse ; Siou, chir.-dentiste à Brest ; Bourcy, chir.-dentiste à Paris ; Dauzier, professeur à l'école Odontotechnique ; Druo, chef de clinique à l'école Odontotechnique ; Charon, assistant à l'Asile Sainte-Anne ; Sapet, chef de clinique à l'école Odontotechnique ; Regnart, chef de clinique à l'école Odontotechnique.

— **Le Banquet du Syndicat des médecins de la Seine de 1923.** — Le Syndicat des médecins de la Seine a donné, dimanche 10 juin, son troisième banquet, dont le succès a dépassé de beaucoup les précédents. M. le professeur Roger, doyen de la Faculté, présidait cette nombreuse réunion et a fait une allocution qui a été couverte d'applaudissements.

Une soirée très brillante, organisée avec le concours d'une dizaine d'artistes, a terminé très agréablement cette petite fête de famille.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
Thiron et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

août, qui assurait immédiatement à B. son installation régulière dans les locaux professionnels ;

Attendu qu'ainsi l'installation de B. à sa place, a eu lieu par les soins de T. et qu'il ne reste plus à examiner que la question de savoir si ce dernier n'a pas failli à une partie de ses engagements en ne prêtant pas à son successeur un concours assez actif dans la présentation à la clientèle ;

Attendu que les conditions dans lesquelles cette présentation devait se faire n'apparaissent pas clairement et qu'il semble bien que les parties n'aient rien prévu de précis à cet égard ; qu'elles ne paraissent même pas avoir songé à l'envoi d'un prospectus, estimant sans doute que dans un petit pays l'installation dans le local d'un prédécesseur et les présentations, même en nombre limité, qui appuieraient cette installation, constitueraient une investiture suffisante ;

Attendu en fait qu'après le retour de B. de Normandie, T. est resté avec lui jusqu'au 6 août et l'a présenté à la clientèle dans la mesure restreinte où il pouvait le faire dans ce laps de temps limité, le mettant notamment en relations avec des personnes notables de la résidence ;

Attendu qu'à cette date du 6 août, T. est parti sans que B. ait élevé la moindre protestation, aucune de leurs conventions ne semblant d'ailleurs l'avoir obligé à faire une présentation plus complète, ni à ce moment, ni ultérieurement.

Attendu que B. attachait alors si peu d'importance à une présentation effective et complète de la clientèle qu'il a demandé seulement le 19 août à T. la liste des personnes qu'il pouvait aller voir officiellement et que lorsque son prédécesseur en lui désignant les personnes les plus qualifiées par leurs relations pour que cette visite portât ses fruits, lui offrait de lui envoyer la liste de tous ses anciens clients en soulignant les plus importants, B. n'a même pas répondu à cette offre ;

Attendu qu'il était si peu convenu, d'autre part, que T. dût revenir pour compléter ses présentations et que B. escomptait si peu ce retour, que lorsqu'à la date précitée du 19 août, B. lui écrit que le docteur L. Maire de M., lui conseillait de revenir pour la transmission d'un fixe dont il sera ci-après parlé, et que T. eut fait connaître à son successeur que ce voyage était impossible à raison de sa santé, B. lui a répondu « Je vous ai envoyé l'avis du docteur L. mais je « pensais bien qu'il vous serait impossible de venir » ;

Attendu qu'il résulte des pièces produites que non seulement B. n'a jamais mis en demeure T. de s'acquitter des prétendues obligations qu'il n'aurait pas remplies, mais qu'il ne paraît même lui avoir demandé aucun renseignement complémentaire détaillé sur la clientèle, qu'il n'a fait entendre à aucun moment ni réclamation, ni protestation, et que la correspondance s'est poursuivie cordiale entre le cédant et le cessionnaire, B. mettant en toute simplicité T. au courant de sa vie professionnelle.

Qu'il a été produit notamment à cet égard une

lettre du 30 septembre où B. faisait part à T. des nouvelles visites médicales, faites ou en perspective, et l'informait qu'il assurait les remplacements du docteur L..., maire de M., qui est en relations suivies avec T. et occupe dans le pays une situation médicale prépondérante ;

Attendu qu'ainsi rien ne pouvait faire prévoir à T. la *brusque assignation qui l'a touché sans préambule, sans aucune invitation préalable à remplir de prétendus engagements inexécutés, sans aucune allusion directe ou directe à cette inexécution* ;

Attendu qu'il n'échet de s'attarder à discuter la difficulté soulevée dans l'assignation concernant la transmission des fixes, qu'il n'était pas au pouvoir de T. d'assurer et qu'il ne pouvait que signaler à son successeur ;

Attendu, au demeurant, que la correspondance révèle les démarches faites par T., son entourage et ses anciens clients pour faire attribuer à B. la place de médecin des nourrissons, qu'en ce qui concerne le poste de médecin adjoint de l'hospice, B. qui d'ailleurs avait peu de chances de succès, ne s'étant pas encore fait connaître, n'a pu établir qu'il ait fait une demande pour l'obtenir, alors que le contraire résulte de l'affirmation de T. ;

Attendu enfin que la médecine des indigents, qui n'est pas un fixe, eût été accessible à B. d'après le choix des indigents eux-mêmes, conformément à l'usage suivi à M., s'il était demeuré dans la localité ;

Attendu en résumé que T. ne paraît avoir manqué à aucune de ses obligations, qu'il n'a été mis en demeure d'en exécuter aucune et n'y a même pas été invité, son successeur n'ayant jamais fait à cet égard la moindre allusion, au cours de leur correspondance échangée jusqu'au jour où l'assignation lui a révélé pour la première fois des griefs insoupçonnés ;

Attendu qu'il est certain que la production de l'agenda de B. révèle des produits très inférieurs à ceux de T., que les causes de cet insuccès peuvent être multiples, provenir de circonstances imprévues ou du fait même de B., mais qu'il ne saurait être question en tout cas de rendre T. qui n'a pas commis de faute responsable du défaut de réussite de son successeur auquel il est étranger ; que s'il a plu à ce dernier de quitter M. parce qu'il désespérait d'y réussir plus complètement et aussi parce qu'une situation meilleure semblait s'offrir à lui à raison d'une double circonstance fortuite relevée aux débats par la *lettre d'un tiers*, il ne peut se soustraire aux conséquences de ses engagements et chercher à les limiter par un procès VEXATOIRE intenté à celui envers qui il les a contractés ;

SUR L'ARTICULATION SUBSIDIAIRE DU DEMANDEUR :

Attendu qu'il résulte d'ailleurs de tout ce que dessus que l'offre de preuve de B. est inopérante, les faits articulés n'étant ni concluants par eux-mêmes, ni susceptibles d'infirmer la situation nettement établie par les pièces versées aux débats ;

SUR LA DEMANDE RECONVENTIONNELLE EN DOMMAGES-INTÉRÊTS :

Attendu que, bien qu'une instance vexatoire soit de nature à autoriser celui contre qui elle est dirigée à se porter reconventionnellement demandeur en dommages-intérêts, il y a lieu de tenir compte, en l'espèce, non seulement des pertes déjà subies par le demandeur, alors même qu'elles proviendraient en partie de son fait, mais aussi de ce que la maladie du docteur T. ne lui a pas permis de guider l'inexpérience de son jeune confrère, comme il l'eût fait en d'autres circonstances, même en l'absence de stipulations précises ;

Qu'il paraît équitable de limiter les dommages-intérêts à mettre à la charge de B., aux dépens comprenant au besoin tous droits, doubles droits et amendes entraînés par l'instance ;

PAR CES MOTIFS.

Donne acte à B. de ce qu'il offre la preuve dans la forme des enquêtes de quatre faits ainsi articulés :

1° Le docteur T. n'a pas fait les démarches qui eussent été nécessaires pour assurer à B. la clientèle du bureau de bienfaisance et le poste de médecin adjoint de l'hôpital de M. ; 2° les malades indiqués par le docteur T. comme étant en traitement à l'exception des deux ci-dessus désignés, n'ont point été présentés à B. comme malades.

3° Les clients dont les noms suivent indiqués comme ayant été présentés par le docteur T. à B. ne lui ont jamais été présentés, MM. A., J., Mme F., M. T., Mme P., M. C., M. M.

4° La clientèle cédée était sans valeur marchande, ainsi qu'en témoignent les visites et consultations relevées sur le livre de B. et les recettes tout à fait insignifiantes ne permettaient même pas à B. de vivre très modestement.

Donne acte à T. de ce qu'il dénie les faits, les déclare non concluants et l'articulation inopérante ; rejette en conséquence l'offre de preuve.

Donne acte à T. de ce qu'il tient ses livres à la disposition du tribunal.

Déclare B. mal fondé en ses demandes, fins et conclusions, l'en déboute.

Reçoit T. reconventionnellement demandeur en dommages-intérêts.

Rejette le surplus des conclusions des parties, les en déboute, notamment en ce qui concerne l'allocation de tous autres dommages-intérêts que ceux ci-dessus spécifiés.

Et condamne B. en tous les dépens qui comprendront au besoin, à titre de dommages-intérêts, tous droits, doubles droits et amendes qui pourraient être perçus à l'occasion du présent jugement dont distraction au profit de Me Chevillotte, avoué.

Enregistré à Bar-sur-Aube, le 24 juin 1920. — F° 24 Case : 3. — Reçu : 25 frs. décimes compris. Signé : DOR.

Pour copie conforme,
Collationnée par l'avoué soussigné.

COUR D'APPEL DE PARIS (4e Chambre).

Audience du 3 mars 1923.

Entre : le docteur B., appelant et le docteur T., intimé.

La cour :

Après avoir entendu en l'audience du 24 février dernier en leurs conclusions et plaidoiries respectives P. Levasseur, avocat du docteur B., assisté de Rouget son avoué. Nattan-Larrier avocat du docteur T., assisté de Parmentier, son avoué ; ensemble le ministère public en ses conclusions, la cause continuée en ce jour pour prononcer arrêt. Et après en avoir délibéré conformément à la loi. Statuant sur l'appel interjeté par le docteur B. d'un jugement rendu par le tribunal civil de Bar-sur-Aube, le 18 juin 1920 ;

Adoptant les motifs des premiers juges qui font une exacte appréciation des faits de la cause ;

Considérant en outre que la cession de clientèle seule visée dans le contrat comprenait d'autres éléments, notamment la mise en possession des lieux professionnels, la présentation à laquelle le docteur T. s'était engagé de présenter la clientèle au docteur B. ainsi que ce dernier le reconnaît lui-même dans son assignation, tous éléments qui permettent de reconnaître la validité de ce contrat ;

Que les présentations ont été suffisantes et que le docteur T. justifie par des services appréciables le prix de cession de clientèle fixé au contrat ;

Que la demande du docteur B. est mal fondée à tous égards ;

Par ces motifs, et sans qu'il y ait lieu de répondre par voie de dispositif spécial aux dire et juger des conclusions d'appel, auxquels répondent suffisamment les motifs ci-dessus visés ;

Confirme le jugement entrepris. Déclare le docteur B. mal fondé en son appel. L'en déboute et le condamne à l'amende et aux dépens dont distraction est faite au profit de Me Parmentier avoué qui l'a requise aux offres de droit ;

Commentaires

Ce jugement, confirmé par arrêt, consacre une fois de plus la jurisprudence, déjà établie, en matière de cession de clientèle médicale. Parce que produit de la confiance des malades en leur médecin, parce que reposant principalement sur le libre choix et sur le secret professionnel, cette clientèle ne saurait être l'objet de tractations commerciales.

Mais un médecin peut parfaitement s'engager, vis-à-vis d'un de ses confrères, à des obligations de faire, ou de ne pas faire : par exemple : présentation à la clientèle, cession du droit au bail, ventes d'objets professionnels, ou meublants, etc. ; interdiction d'exercer la médecine, pendant un laps de temps déterminé, ou dans un rayon précis.

Ces obligations ont une valeur juridique absolue (trib. civ., Seine, 17 février 1897 ; 8 avril

1897 ; 22 février 1906 ; trib. civ. Loches, 19 mars 1908 ; Riom, 13 mars 1894 ; Paris, 3 août 1894 ; Nîmes 11 janvier 1899 ; Amiens (1° ch.) 30 nov. 1905).

La non exécution de ces obligations peut ouvrir le droit à des réparations, ou à des dommages-intérêts (Nîmes, 11 janvier 1899).

Mais, par contre, ces obligations ne doivent pas n'être que l'accessoire de la vente de la clientèle, dont la cession constituerait la partie principale de la transaction. En pareil cas, l'annulation de la cession de clientèle entraîne nécessairement celle des clauses et conditions destinées à en assurer l'exécution et le cédant ne saurait, de ce chef, réclamer aucune somme à ceux avec lesquels il a traité (trib. civ. Seine, 22 nov. 1904).

Néanmoins les engagements ne dépendant pas uniquement de la vente de la clientèle et pris en même temps que cette dernière, doivent être respectés, lorsqu'ils ne contiennent rien de contraire à l'ordre public. Dans ce cas, il y a lieu d'opérer la ventilation du prix, pour maintenir à la charge de l'acheteur la partie de ce prix, qui peut être considérée comme corrélative aux obligations régulièrement contractées par le vendeur (trib. civ. Seine, 17 février 1905).

Aussi, recommandons-nous toujours, tant au *Concours médical* qu'au « Sou médical », à tous nos adhérents, d'apporter une grande correction juridique, dans la rédaction d'un acte de cession de clientèle. Une partie, de mauvaise foi, ou se croyant trompée et abusée sur la valeur exacte du poste cédé, doit s'appuyer sur d'autres arguments que sur la prétention de faire annuler l'acte de cession, parce que contraire à l'ordre public.

C'est encore en vertu de ce principe que la clientèle d'un médecin ne peut pas faire l'objet d'un contrat, qu'elle ne repose que sur la confiance qu'inspirent la science et l'expérience du praticien, que la veuve d'un médecin ne peut pas céder cette clientèle, ni la faire exploiter, à son bénéfice, par un docteur régulièrement diplômé (trib. civ. Seine, 25 juillet 1896).

Mais, si la veuve, ou les héritiers d'un médecin s'engagent à présenter à la clientèle de celui-ci, son successeur, l'installent dans l'immeuble qu'occupait le défunt et lui abandonnent le droit au bail, ces clauses sont de nature à procurer à l'acquéreur un réel avantage et rendent la cession absolument valable (trib. civ. Versailles, 8 juin 1894).

En ce qui concerne la vente des maisons de santé, il a été jugé que cette vente et accessoirement celle du mobilier et des instruments qui s'y trouvent est la partie principale de l'acte, alors que l'expression « cession de clientèle » improprement employée par les parties, n'a d'autre objet que d'obliger le cédant à aider son succes-

seur de ses conseils et de son concours, de façon à le faire accepter par ses clients. On ne peut d'ailleurs séparer la maison de santé, laquelle est incontestablement dans le commerce, de la clientèle à laquelle elle se rattache étroitement ; on ne peut, en conséquence, établir une ventilation de prix entre ces deux éléments et la cession doit être maintenue dans son intégralité (trib. civ. Seine. 5e ch., 22 février 1906).

La cession d'une maison de santé, possédée par une personne qui n'a aucune qualité pour avoir personnellement une clientèle médicale, n'est pas autre chose qu'une cession de fonds de commerce (trib. civ. Seine, 7 janvier 1904).

Par suite, un médecin, propriétaire d'une maison de santé, où il reçoit ses propres malades, peut parfaitement céder la partie matérielle de cette exploitation commerciale à un non médecin (trib. commerce Seine, 6 déc. 1899 ; trib. civ. Seine, 28 janvier 1907).

Quant aux effets des stipulations, qui ont pu être faites, en cas de cession de clientèle, il a été jugé que, s'il est d'une façon absolue interdit au médecin confident nécessaire de ses clients, de divulguer les secrets, soit d'ordre intime, et moral, soit d'ordre purement médical, que ceux-ci lui ont révélés, ou que l'exercice de son art l'a amené à découvrir, cette interdiction ne s'étend pas, sauf de rares exceptions, au fait même de son intervention, qui est souvent de notoriété publique, ni au règlement de ses honoraires. Il ne saurait donc exciper d'obligations, qui ne le lient pas, pour refuser, dans son propre intérêt, de faire connaître des faits, qui n'ont rien de secret ou de confidentiel. Il en est ainsi des constatations consignées dans la comptabilité du médecin cessionnaire, que celui-ci était astreint à tenir, par cela seul qu'il s'était engagé à partager, avec la veuve de son prédécesseur, les bénéfices à provenir de certains clients. (Paris, 6e chambre, 3 janvier 1900).

Dans le procès ci-dessus, qui a été conduit avec l'appui du « Sou médical », le jugement, confirmé en appel, indique que la non réussite du cessionnaire n'est pas un motif valable et suffisant pour annuler le contrat. Cette non-réussite peut provenir de causes multiples et souvent personnelles et l'insuccès du cessionnaire peut être de sa propre faute.

Quant à la cession des « fixes », le cédant ne peut que s'engager à faire son possible pour que son cessionnaire lui succède dans tous les postes qu'il occupait. Mais là se borne son action, car ces « fixes » dépendent d'administrations ou de sociétés diverses, qui ont seules pouvoir et qualité pour nommer qui bon leur semble.

Dr Paul Boudin.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de Direction du bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Chalon-sur-Saône.

Le traitement alloué est fixé à 2.400 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — 6e bureau) leurs demandes, accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 10 juin 1923.)

Questions des parlementaires et Réponses des ministres.

Le respect de la liberté des mutilés de guerre.

17266. — M. Aubry, député, demande à M. le ministre des pensions pourquoi certains médecins experts du centre de réforme de X... demandent à des mutilés qu'ils examinent à quelle association ils appartiennent, et si ces renseignements sont susceptibles de les guider dans la rédaction de leurs certificats d'expertise ou pour l'attribution du pourcentage. (*Question du* 29 *mars* 1923.)

Réponse. — Seules des considérations médicales et juridiques interviennent dans l'attribution des pensions. L'honorable député est donc prié de bien vouloir faire connaître quels faits précis ont motivé sa question.

(*J.O.*, 29 *avril* 1923.)

Le bénéfice sur la vente d'un immeuble n'est pas soumis aux impôts sur le revenu.

17032. — M. Frédéric Hugues, député, demande à M. le ministre des finances si une personne exerçant une profession libérale ou titulaire de charge ou office, ayant revendu avec bénéfice un immeuble acheté par elle quelques mois auparavant, est tenue, en vertu des articles 30 et 33 de la loi du 31 juillet 1917, de comprendre dans sa déclaration de bénéfices des professions non commerciales et, par suite, dans celle de son impôt général sur le revenu, le montant du bénéfice qu'elle a réalisé par la revente du capital immobilier, alors que sa profession ne consiste nullement à acheter et à revendre des immeubles et alors d'ailleurs qu'elle n'a jamais acheté et revendu un seul autre immeuble, et si les articles précités, peu précis, peuvent permettre à l'administration des contributions directes de prétendre qu'est passible de l'impôt sur le revenu, toute personne, quelles que soient sa profession et sa qualité, ayant réalisé, ne fût-ce qu'une seule fois, un bénéfice dans une revente d'immeuble. (*Question du* 5 *mars* 1923.)

Réponse. — Dès l'instant qu'il ne fait pas profession d'acheter des immeubles pour les revendre, le contribuable visé dans la question doit être considéré, pour la transaction immobilière à laquelle il s'est livré, comme ayant fait acte de propriétaire et le bénéfice qu'il a pu réaliser à cette occasion n'est pas susceptible d'être soumis aux impôts sur le revenu.

(*J. O.* 9 *mai* 1923.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Le Moustique

(D'après l'aquarelle de F***)

Vainement je m'efforce, en ma longue insomnie,
De chasser, loin de moi, ton vol subtil et lent :
Tout près de mon oreille, ô Moustique affolant !
Eclate, sans arrêt, ta stridente harmonie.

De quelle humide plaine, encore mal assainie,
Viens-tu, pour mon malheur ? de quel bord pestilent ?
Les germes de la fièvre habitent-ils ton flanc ?
M'apportes-tu la Mort et sa blême agonie ?

Je m'assoupis, parfois, de fatigue épuisé,
Goûtant un doux repos dans la nuit étouffante.
Alors, — ô cauchemar que ta piqûre enfante ! —

Rêvant qu'un spectre affreux, l'appétit aiguisé,
Se vautre sur ma chair et de mon sang se gorge,
Je m'éveille en sursaut, l'épouvante à la gorge !

Dr Emile Junès.
Sfax (Tunisie).

Quarante-cinquième année | N° 27 | 8 Juillet 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Bodin, d'Onzain (L.-et-Ch.), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

L'Agenda-Memento du Praticien 1924

Nous rappelons à nos lecteurs que la souscription à l'*Agenda-Memento du Praticien* sera close irrévocablement le 1er août prochain.

Nous les prions de ne pas manquer de nous adresser, avant cette date, leur bulletin rempli et signé (voir page L-2546) s'ils désirent être assurés de recevoir en décembre prochain ce volume, dont nous avons précédemment détaillé l'intéressant sommaire.

Médecins spécialistes

Notre édition de l'*Agenda-Memento* contiendra, comme les précédentes, la liste des abonnés exerçant une *spécialité*. Ceux de nos lecteurs qui rentrent dans cette catégorie et qui désirent être mentionnés, sont instamment priés de nous en informer, en spécifiant bien leur spécialité, leurs jours et heures de consultation, leur numéro de téléphone et l'adresse de leur clinique s'il y a lieu.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Bouix,
Ax-les-Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank Duprat (Enfants). Portes, Ricard-Pomarède
Bagnoles-de-l'Orne. Hugel, Joly, Poulain.
Bains-les-Bains. Dr M. Henry.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillère. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Balliyet.
Eaux-Bonnes. Creignou.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Duliège, Guillot, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Sailes, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère David, Matton.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Martin-Péridier, Reynes, Rosanoff.
Vittel Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 347. — A vend. Citroën Cond. intér. 3 pl. parfait état, 2 roues secours 4 pneus neufs, 13.000 fr. Dr Jouvin, Pontorson (Manche).

No 348. — Cause double emploi à céder 3.600 fr. coupé cond. intér., 3 pl. Clément-Bayard, Carros. de luxe garnie cuir, très confort. mécanisme parf. état. Excell. occ. vendu av. garantie. Dr Mercier, R. Montléan Montmirail (Marne).

No 349. — Etudiant en médec. 27 a. 15 inscript. ancien régime d'études cherche pour juillet-août-sept. occupation médic. ou para-médic. Ecr. Capel, 123, Bd Soult, XIIe.

N° 350. — Dr campagne bon climat accepte pensionnaires non contagieux de 5 à 15 ans, vie de famille Dr Fournier, La Bazoge (Sarthe).

N° 351. — Excell poste à céder près Paris, pays de chasse. Aff.faites : 50.000, prix dem 30 000 dont 20.000 compt. Maison confortab. et superbe jardin entouré de murs. Loyer 1.800 fr. Très pressé.

N° 352. — Médec. libre matinées cherche occupation chez confrère ou dans clinique.

N° 353. — Docteur campagne Bourgogne reçoit en famille enfants non contagieux. Dix fr. par jour.

N°354. — A céder à Paris bonne clientèle rapp 35.000. grand appartem. 7 pièces, quartier périphérique très passager. Cession pr cause de santé. S'adr. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris, 5e.

N° 355. — A céder ds grande ville, excell. cabinet spécialités électro et radio, aff. très ancienne, très gr. produit, belle install. mise au courant sérieuse. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

CORRESPONDANCE

L'opalol.

Quelque aimable correspondant pourrait-il nous renseigner sur ce produit, destiné à assurer la miscibilité de l'eau avec les essences ?

G. D.

Les cerises urticariantes

Voudriez-vous me permettre, puisque nous sommes au temps des cerises, de vous relater une observation personnelle qui pourrait intéresser quelques confrères ?

Il y a deux ou trois ans, à Marseille, où j'habitais alors avec ma famille, une porteuse de lait vint à la maison offrir des cerises superbes, d'une belle couleur rouge, très appétissantes. J'en mangeai une douzaine environ. Vers la fin du repas, une vive démangeaison se fit sentir et je constatai que le prurit était causé par de l'urticaire sur les bras et la poitrine particulièrement. Ma femme eut quelques nausées et l'une de mes filles de l'urticaire également. Je ne me rappelle pas en avoir présenté antérieurement. Soupçonnant, à juste titre, les cerises d'avoir occasionné ces malaises, je n'en mangeai pas le lendemain et n'eus pas d'urticaire. Le second jour, j'en pris trois, toujours apportées par la même femme : une urticaire moins abondante, mais très appréciable parut sur les deux bras. Deux jours de repos sans cerises et sans urticaire. Le troisième jour, je mangeai une seule cerise et des plaques parurent quelques instants après. C'est bien la première fois que des accidents de cette nature m'arrivent. J'ai mangé des cerises en France, au Japon, en Amérique, et jamais je n'ai été incommodé. Voulant continuer mon expérience, j'attendis deux autres jours, puis j'en fis prendre chez une fruitière. J'en mangeai deux douzaines sans que cette ingestion fût suivie d'aucun trouble. Depuis lors, j'ai mangé beaucoup de cerises, jamais plus je n'ai eu d'urticaire, mais j'ai changé ma marchande.

Je vous serais très reconnaissant s'il vous était

possible de me renseigner sur la cause probable, capable de déterminer des accidents aussi rapidement.

Serait-ce une solution toxique pour conserver la fraîcheur et le brillant des cerises ?

Dr H. PAPAIL,
Rennes.

Les médecins exemptés de la taxe de séjour.

A Allevard.

J'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien ajouter à la liste des stations thermales qui ont exonéré les médecins de la taxe de séjour, Allevard-les-Bains (Isère).

Les médecins, leurs femmes, leurs enfants non mariés sont dispensés de cette charge et c'est là une faible marque de gratitude des villes d'eaux qui sont alimentées par le Corps médical.

Ici, comme ailleurs sans doute, les médecins ont, en outre, pour eux et leur famille le *traitement gratuit* à l'Etablissement thermal.

Dr BOEL.

Aux Eaux-Bonnes.

Le Dr CREIGNAN nous informe aimablement qu'aux Eaux-Bonnes, les médecins et leur famille sont également exempts de la taxe de séjour.

Vente de terre et impôt sur le chiffre d'affaires.

En qualité de vieil abonné du *Concours médical*, je me permets de mettre à contribution vos lumières et vous prie de me dire dans quelle situation je vais me trouver vis-à-vis du fisc.

J'ai une propriété, un bois, dont je me suis décidé à tirer parti. Je vends de la terre aux horticulteurs..

1° Dois-je payer les 1.10 % ? Je ne suis pas commerçant, je vends petit à petit mon bien.

2° Dois-je compter le produit de cette exploitation dans mes revenus ? Ce ne sont pas à proprement parler des revenus, puisque je me dépouille *motte à motte*.

Dr X.

Réponse.

Aux termes de l'art. 59 de la loi du 25 juin 1920, l'impôt sur le chiffre d'affaires est dû sur « toutes les affaires faites en France par des personnes qui habituellement ou occasionnellement achètent pour revendre ou accomplissent des actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux ».

Les revenus des professions agricoles comme ceux des professions libérales sont exonérés de la taxe.

Or, la vente de terreaux provenant d'une propriété, relevant directement des professions

agricoles, échappe également à la contribution de 1.10 %.

Vis-à-vis de l'impôt général sur le revenu, les produits de cette exploitation doivent figurer dans la déclaration à la 4e catégorie : bénéfices de l'exploitation agricole.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Contribution mobilière du médecin logeant en meublé

Je vous serais fort obligé de vouloir bien me donner le renseignement suivant.

Est-ce que les médecins logeant en meublé dans la station thermale, sont astreints au payement de la personnelle mobilière ?

Si non, puis-je me faire restituer la somme indûment perçue par le trésor ?

Dans quel service dois-je faire ma réclamation ?

Je vous adresse en même temps mon feuillet de contribution et le bout de journal qui m'a donné l'éveil.

Dr L.

Réponse.

L'art. 16 de la loi du 21 avril 1832 est ainsi conçu : « Les habitants qui n'occupent que des appartements garnis ne seront assujettis à la contribution mobilière qu'à raison de la valeur locative de leur logement, évaluée comme un logement non meublé ».

Mais conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat, il est nécessaire que l'habitation soit à la disposition du contribuable, c'est-à-dire que ce dernier puisse s'y installer à tout moment de l'année. Si la location n'est conclue que pour une saison par exemple et si, la saison passée, la maison est remise à la disposition du propriétaire, le locataire n'est pas imposable.

Pour être parfaitement exacte, la phrase de l'article visé dans votre lettre devrait donc être complétée pour tenir compte de l'exception indiquée ci-dessus.

En ce qui vous concerne, si le logement meublé que vous occupez à M. est considéré comme étant à votre disposition (si par exemple il est loué à l'année ou si vous l'avez occupé continuellement de 1920 à 1922), l'imposition est régulière.

Dans le cas contraire, vous pourriez la contester en adressant au préfet du département une pétition sur papier timbré, à condition cependant que les payements n'aient pas été effectués depuis plus de trois mois au jour de la présentation de la pétition.

La dite pétition devrait établir que vous ne possédez pas à M. d'habitation à votre

disposition, les termes étant entendus dans le sens indiqué ci-dessus.

A. MARTINOT.
Conseiller fiiscal.

Le pansement peptoné

Réponse à une question posée il y a quelques semaines

M. SALVA-MARCARDÉ a fait à l'Académie de médecine, le 13 mars dernier, une communication sur le pansement des plaies par des applications quotidiennes d'une poudre peptonée composée, qu'il emploie depuis 1917, avec des résultats remarquables.

« En somme, nous pouvons dès aujourd'hui affirmer que l'application de notre pansement peptoné est bien supérieure à celle de tout pansement aseptique ou antiseptique, quelle que soit la nature de la plaie traitée. Sous l'action locale des protéines, les tissus se défendent mieux contre l'infection, et les bourgeons charnus, éléments de la cicatrisation, poussent avec une étonnante rapidité. Il s'agit là d'un fait que plusieurs années d'expériences nous ont confirmé et qui prouve que la protéinothérapie, qui a déjà tant de succès à son actif, trouvera dans le domaine des plaies un nouveau et vaste champ d'application locale ». (*Journ. des Praticiens*, 19 mai 1923).

Application du Tarif Breton.

I

Air chaud, massage et cumul.

Je vous serais très obligé de me dire, si je suis autorisé à formuler de la façon suivante, une note d'honoraires d'accident du travail.

Diagnostic : contusion profonde de l'avant-bras sans lésions du squelette (il y a eu un examen radiographique), mais avec impotence absolue du membre.

J'ai fait à la malade un certain nombre de séances d'air chaud (de source électrique) et de massage avec mobilisation.

J'ai facturé chaque séance d'air chaud, 15 francs, en me fondant sur l'article VI, paragraphe IV, du tarif des électro-radiologistes.

La Compagnie d'Assurances me répond : « Le cumul est interdit et il n'est dû que 7 fr. 50 par séance d'air chaud ou de massage, en seconde catégorie ».

Ai-je raison de facturer ma note comme je vous l'ai indiqué, ou, si le cumul est vraiment interdit, veuillez me dire en vertu de quel article du tarif.

D'autre part, comment dois-je facturer l'ablation d'un corps étranger métallique profond de l'avant-bras, après localisation radiologique par une double radiographie de face et de profil ?

Dr D.

Réponse.

1° La séance d'air chaud est tarifée 10 frs. (en 1re catég.) à l'art. 24.

2° *Idem.* pour la séance de « massage »... quand il « nécessite l'intervention d'un spécialiste kinésithérapeute » (art. 24). Quand le massage n'est pas pratiqué par un spécialiste kinésithérapeute, il est *compris* dans la visite ou consultation (art. 16) et n'est donc pas payé à part.

3° Si vous comptez une séance d'air chaud (intervention spéciale), vous ne pouvez en même temps y adjoindre le prix de la visite, car il y aurait le *cumul* défendu par l'art. 13.

F. D.

II

Pansements multiples.

Imitant les nombreux confrères, je viens comme membre du *Concours* vous demander le renseignement suivant :

J'ai soigné à mon cabinet un blessé du travail (main prise dans engrenage de machine à battre) pour :

Plaies multiples du petit doigt, de l'annulaire, du médius et de l'index de la main gauche.

Ecrasement avec fractures multiples et décollement musculaire presque complet du médius et de l'index.

Je faisais un pansement à chaque doigt tous les 2 jours. Que dois-je compter pour le pansement multiple ? Je suis de la 2° catégorie et je sais que la consultation ne se cumule point. Dr J.

Réponse.

Vous avez à compter, en 2e catégorie, pour chaque séance : 11,25, d'après l'art. 7, 4e alinéa disant : « pansements multiples sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine (autre que doigts et orteils, en cas de plaies très superficielles). Dans ce dernier cas, si les plaies de doigts et orteils étaient très superficielles, ce ne serait plus que le « pansement simple », soit le prix de la visite ou consultation.

F. D.

III

Généralisation abusive

Vous avez eu l'obligeance de me donner votre avis au sujet d'une note d'honoraires pour éventration consécutive à une laparotomie. Votre réponse était celle que j'attendais, conforme à la conception que vous exposez habituellement et j'ai envoyé ma note en suivant votre avis.

Quelques jours plus tard, j'ai demandé à un médecin de l'assurance à laquelle j'adressais ma note — ce qu'il pensait à ce sujet — Se basant sur une série de faits antérieurs, il considère que les complications des opérations qui nécessitent des soins particuliers ou d'autres opérations, entraînent le droit à des honoraires supplémentaires,

Votre thèse, accueillie favorablement par les assurances, m'a été encore présentée ce soir, par l'une

d'elles. Un confrère envoie une note de 150 fr. pour réduction de fracture de jambe. Une radiographie ultérieure montre l'insuccès de la réduction. Il faut recommencer. L'assurance refuse de payer l'intervention qui n'a pas réussi.

Moi-même, il y a un mois, je pratique pour un écrasement de jambe : épluchage, fracture ouverte et réduction. Malgré mes efforts, 8 jours après, je suis amené à amputer. L'assurance conteste le droit à des honoraires pour la première intervention.

Je vous confie ces craintes que votre pensée ne soit dépassée par des gens intéressés à trouver dans vos écrits un appui favorable.

Dr M.

Réponse.

Non bis in idem est un adage de droit contre lequel je ne crois que pas nous puissions nous élever *en général*. Mais il est, chaque fois, en médecine, des *cas d'espèce* à examiner à part.

1° Une complication réelle de laparotomie donne droit à des honoraires supplémentaires pour les interventions ultérieures ; 2° une réduction de fracture ne peut se payer deux fois, mais on paye 50 frs. (Art. 18) pour l'appareil plâtré qu'on est obligé de refaire à la suite de cette 2e tentative de réduction ; 3e votre épluchage a été fait et doit être payé si une *complication* ultérieure (gangrène par exemple) oblige à l'amputation, etc.

Cas d'espèce à examiner chaque fois et à régler en conscience. Je n'avais, d'ailleurs, donné mon avis que sur un cas d'espèce qu'on me présentait et ne reconnais pas le droit à une assurance de s'en prévaloir pour *généraliser*.

F. D.

IV

Questions diverses

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de me donner quelques tuyaux au sujet de l'application du tarif Breton.

1° Il me paraît bien entendu que pour la cure radicale d'une hernie inguinale double accidentelle, le chirurgien a le droit de compter deux fois le prix d'une cure radicale.

Mais pour deux hernies épigastriques distantes de 5 à 6 cmc. l'une de l'autre, dois-je compter une ou deux cures radicales ? L'incision cutanée fut unique, un peu plus longue, mais il y eut deux dissections du sac, deux fermetures péritonéales et deux fermetures aponévrotiques.

2° Un de mes confrères m'a présenté dernièrement un accidenté : fracture de jambe avec retard de consolidation ; actuellement, il existe un cal, mais qui s'infléchit progressivement sous le poids du corps. J'ai conseillé et appliqué un Delbet de marche.

Dois-je compter répétition d'appareil plâtré, 50 fr., et cependant ce n'est pas moi qui ai appliqué

les précédents appareils, ou bien dois-je appliquer le tarif : réduction et contention de fracture de jambe 150, bien que j'aie dû laisser persister une certaine incurvation qui n'eût été réductible que par une ostéotomie ?

3° Un docteur, prié par une compagnie d'assurances de contrevisiter un blessé soigné par un confrère, doit-il compter ses honoraires au tarif Breton ou au tarif normal ?

Dr B.

Réponse.

1° Dans ce cas, je ne pense pas que vous ayez à additionner les deux opérations, mais ainsi que je l'ai préconisé, à augmenter de *moitié* le prix du tarif pour une intervention.

2° Je ne pense pas qu'on puisse compter deux fois la réduction d'une *même* fracture (*non bis in idem*). Vous ne pouvez donc compter « réduction » si votre confrère a déjà compté cette même réduction. Comptez donc « répétition d'appareil plâtré : 50 frs. quitte à vous entendre pour le départage des honoraires globaux réclamés par vous deux à l'assurance.

3° Ce n'est plus le tarif Breton qui est en jeu. Le médecin contrevisiteur est mis en œuvre par la compagnie et doit être payé par celle-ci, suivant tarif convenu à l'amiable, sans tarification officielle invoquée.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

Indemnité kilométrique.

Je vous serai obligé de me donner réponse aux questions suivantes relatives à une lettre que m'adresse la Commission de contrôle de la préfecture relative aux soins donnés aux réformés de guerre dans deux communes de la région.

« Y a-t-il lieu d'appliquer, comme vous le faites, « le tarif kilom. pour les réformés vus à V... et à « B... ?

« Pouvez-vous certifier que vous ne soignez aucun « autre malade dans lesdites communes aux mêmes « dates ? »

Tels sont les termes de la lettre de la Commission de contrôle.

V. est à 7 k. 3/4 aller et retour, B. à 10 km. ; directions complètement opposées. Ayant vu dans ces deux communes, deux ou 3 réformés, j'ai compté pour un d'eux visite + kilom., pour le ou les autres, visites de passage et ai donné sur les bulletins les raisons nécessitant la visite à domicile.

Les alinéas 3 et 4 (art. 64, chap. II, titre III), donnent la réponse sur le premier point : indemnité à compter supérieure à 2 kilom. aller et retour et fraction de 500 mètres.

(*Voir la suite page XLIII-2539*)

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(24 juin - 27 juin)

S. M. la Reine ELISABETH traverse les salles d'Exposition, à l'issue de la séance d'inauguration.



S. M. LA REINE

Dr MAYER
Rédacteur en chef
de *Bruxelles Médical.*

Vicomte BERRYER
Ministre de l'Intérieur
et de l'Hygiène.

Comtesse de
CARAMAN-CHIMAY
Dame d'honneur.

M. HERBETTE
Ambassadeur de la
République française

Dr BERNARD
Secrétaire de la Rédaction
de *Bruxelles Médical.*

Dr R. BECKERS
Secrétaire général des
Journées Médicales.

PROPOS DU JOUR

Les Journées médicales de Bruxelles.

Je reviens de Belgique, où j'ai eu l'honneur de représenter le *Concours médical* aux magnifiques Journées médicales, organisées sous les auspices du vaillant journal belge : *Bruxelles médical*.

J'en reviens avec un mélange complexe de sentiments où se mêlent l'admiration, la gratitude, et aussi du dépit et des regrets.

Admiration très franche et très sincère pour le Comité d'organisation, en général, et, en particulier, pour nos très distingués confrères, MM. R. Bernard, M. Cheval, L. Mayer, et le sympathique secrétaire général, R. Beckers, qui se sont dépensés sans compter pour mener à bien leur entreprise, et qui peuvent être légitimement fiers du brillant résultat qu'ils ont obtenu. Tous ont bien voulu me dire quelle estime et quelle considération ils professent pour le *Concours médical*, et combien ils étaient touchés que notre journal se fût fait représenter auprès d'eux.

Je dois ajouter d'ailleurs que, dans la salle où étaient exposés les périodiques médicaux, le *Concours médical* occupait une place de choix.

Pour tout cela, et aussi, pour les égards particuliers dont j'ai été entouré, j'exprime aux organisateurs des Journées médicales ma très sincère gratitude : j'emporte de mon séjour en Belgique un souvenir ineffaçable.

Quant au dépit et aux regrets que j'éprouve, je m'expliquerai plus tard à leur sujet.

***

Qu'est-ce donc, au demeurant, que ces Journées médicales ? Une formule nouvelle et excellente de grandes assises internationales de langue française, au cours desquelles se déroule un abondant programme de documentation, d'enseignement, et aussi de distractions variées, de telle sorte que le praticien n'a que le choix entre tous les sujets traités, pour se perfectionner et accroître ses connaissances, dans le domaine des sciences et de l'art médical. C'est la troisième fois qu'elles ont lieu, et leur succès indiscutablement croissant prouve manifestement qu'elles répondent à un véritable besoin, et donnent satisfaction à leurs adhérents. Je n'en veux pour preuve que le chiffre impressionnant de 1.300 inscriptions, dont 300 françaises, qui nous a été communiqué le dimanche 24 juin par le Dr Beckers, et qui, le mardi suivant, par suite d'adhésions tardives, s'élevait à plus de 1.500.

Les conférences et les séances de projections avaient lieu dans les vastes salles du Palais d'Egmont, où se tenait, en outre, une brillante exposition de produits spécialisés, d'instruments de recherche (radiologie, pression sanguine, perméabilité rénale), etc. ; là, les grandes firmes françaises étaient amplement représentées.

Les démonstrations cliniques, les séances opératoires, les communications se répartissaient dans les différents services des Hôpitaux de Bruxelles, des Policliniques, des Instituts, avec un horaire si bien calculé, qu'il était possible aux amateurs d'assister, dans la même matinée, à plusieurs manifestations dans le domaine de leurs préférences.

***

Première journée. — Séance solennelle d'inauguration, honorée de la présence de S. M. la Reine Elisabeth, sous la présidence de M. le vicomte Berryer, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène.

Je veux saluer tout d'abord très respectueusement cette belle figure de Souveraine, que la guerre a marquée du sceau du plus pur héroïsme, et dire l'impression saisissante que j'ai ressentie devant tant de bonne grâce, tant de charme rayonnant, tant de simplicité, dans la dignité de la puissance royale.

Et je n'en saurais donner un plus frappant exemple qu'en rapportant ici un mot de la Reine, qui m'a été répété, et qui La peint tout entière.

Une vacance s'étant produite dans le personnel de Ses dames d'honneur, Son choix se porta sur une grande dame de l'aristocratie belge, qu'Elle pressentit à cet effet. Or, cette dame hésitant à accepter une charge qu'elle croyait très lourde, et dont la perspective l'effrayait, la Reine lui dit ces mots délicieux : « Je vous en prie, Madame, acceptez, au moins, de Me prendre six mois à l'essai ! »

Le Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, au nom du Gouvernement, le professeur Depage, l'ancien médecin-chef de la glorieuse ambulance de La Panne, au nom de l'Université, souhaitèrent la bienvenue aux Congressistes en général et aux délégués des Gouvernements étrangers en particulier : MM. les professeurs Forgue, Bergonié, Levaditi, Balthazard, pour la France ; M. le médecin-inspecteur Oberlé, pour le Sultan du Maroc et le maréchal Lyautey ; M. le professeur Pittard, pour l'Université de Genève ; M. le docteur Forman, pour le Gouvernement et le Corps médical du Luxembourg ; M. le Dr Gardette, pour l'Association de la Presse médicale française. (1) « Nous tâcherons, dit en terminant le professeur Depage, de travailler en commun pour nous avancer vers la lumière ».

MM. Forgue, Forman, Pittard, et Gardette, répondirent à leur tour. Tous les orateurs débutèrent par un salut adressé à la Reine Elisabeth, et, en termes particulièrement heureux, ils se plurent à rappeler le rôle héroïque qu'Elle tint à jouer au cours de la grande guerre, en se plaçant délibérément à la tête de ces infirmières qui se penchèrent maternellement sur les souffrances des blessés. Célébrant la communauté de la souffrance et la fidélité dans les épreuves qui lient étroitement le peuple belge et le peuple français, le professeur Forgue fut excellemment inspiré en appliquant à la Reine cette belle parole de Percy : « C'est le cœur de la femme qui approche le plus près du mortel aux prises avec la douleur ».

La musique militaire, qui prêtait son concours à cette séance d'inauguration, et qui avait salué l'entrée de la Reine aux accents de *La Brabançonne*, exécuta, après chacun de ces discours, l'hymne national des Gouvernements représentés. Et d'entendre *La Marseillaise*, sur ce sol étranger, dans ce cadre suggestif, en présence des hauts dignitaires de l'Etat et de la Cité, de l'ambassadeur de la République française, du chargé d'affaires du Grand-Duché du Luxembourg, je vous assure que cela me fit tout de même quelque chose !

Le professeur Pittard donna ensuite une conférence très intéressante, illustrée de projections suggestives, sur *ce que nous savons aujourd'hui de la plus antique humanité*. J'en veux retenir la magnifique conclusion : « En Suisse, dans le fond de nos vallées, a dit le distingué professeur d'Anthropologie, aux approches du jour, nous sommes plongés dans une obscurité profonde, lorsque le soleil, qui se lève, commence d'illuminer nos hauts sommets montagneux. Puis, lentement, mais progressivement, la lumière envahit les pentes et finit par nous irradier nous-mêmes. De même, nous fûmes longtemps plongés dans l'obscurité dont nous enveloppait l'ignorance en laquelle nous nous trouvions de l'histoire de l'humanité. Et puis, voici que la lumière de la science commence d'irradier les sommets. Il s'en faut qu'elle soit encore parvenue dans les fonds où nous nous trouvons. Mais nous sentons qu'elle nous gagne peu à peu. Et nous pouvons concevoir qu'un jour viendra où elle finira par nous atteindre, et, comme le soleil dans nos vallées, elle projettera sur nous la lueur éblouissante de la vérité ».

Lorsque la Souveraine se retira, saluée de nouveau de *La Brabançonne*, un tonnerre d'acclamations respectueuses accompagna sa sortie.

L'après-midi, le professeur Forgue donna à son tour une conférence sur *les hautes traditions de la chirurgie d'armée en France ; trois grandes figures : Ambroise Paré, Percy, Larrey*. Il sut, en un langage châtié et élégant, abondamment documenté de citations et d'anecdotes, mettre en valeur, dans chacun des grands ancêtres, le soldat, le savant, l'homme. Les chaleureux applaudissements qui accueillirent sa péroraison lui montrèrent à quel point il avait su intéresser son auditoire.

La conférence du professeur Forgue fut suivie de la projection d'un certain nombre de films scientifiques, parmi lesquels j'ai été très vivement rendu attentif par l'exécution du manuel opératoire de la ligature des artères axillaire et humérale. Et je me suis dit alors qu'il y avait là un moyen puissant d'éducation, qu'il serait bon d'employer systématiquement dans nos écoles de médecine.

Le professeur de Beule, de Gand, exposa ensuite l'état de nos connaissances en ce qui concerne *la stase iléo-colique : ses effets, son diagnostic, son traitement*. « Quand le traitement médical, qui est tout, est cependant demeuré sans résultat, on est autorisé à intervenir chirurgicalement, et l'on a alors le choix, selon les cas, entre trois opérations : le cæco-colopexie, l'anastomose du grêle avec l'anse sigmoïde, et la colectomie ».

D'autres conférences ont terminé la partie

◆◆

(1) Le Dr GARDETTE représentait en outre *La Presse Thermale et climatique*.

D'autre part, le Dr JEANNENEY, de Bordeaux, qui vient de triompher au dernier Concours d'agrégation, représentait le *Journal de médecine de Bordeaux*.

scientifique de la journée, de MM. Delort, Bigwood et Remy (1).

Le soir, nous étions reçus par le bourgmestre et les échevins de Saint-Gilles, dans l'admirable monument qu'est l'Hôtel de Ville de cette commune suburbaine de l'agglomération bruxelloise. Un concert, à la fin duquel notre nationale Yvette Guilbert fit longuement applaudir de vieilles chansons françaises, fut suivi d'un raout dont le buffet, copieusement et délicatement servi, sut nous donner une haute idée de l'hospitalité de nos hôtes.

Deuxième journée. — Parmi les nombreux sujets offerts à ma curiosité éveillée, j'ai choisi et entendu, dans le beau service de clinique du professeur Vandervelde, à l'hôpital Saint-Pierre, une communication de M. le Dr Gallemaerts, *sur la manière d'établir les régimes à l'aide de règles et de tableaux à calculer.*

L'auteur a imaginé une règle formée d'une lame fixe sur laquelle sont inscrits les nombres croissants de calories qu'il s'agit d'obtenir avec le régime et la ration alimentaire, selon le diabétique en cause. Trois curseurs mobiles permettent, par un jeu d'une parfaite simplicité, de trouver immédiatement la quantité d'hydrocarbones, de graisses, et de protéines nécessaires. Des tableaux dressés, avec abcisses et ordonnées selon la nature des différents aliments, donnent quantitativement la répartition des matériaux alimentaires, dans chaque espèce utilisable.

M. Duprez nous initia ensuite aux *méthodes modernes de recherche du bacille de Koch dans les crachats.* Il n'est pas de praticien, si éloigné soit-il d'un centre, qui ne se trouve en état de procéder lui-même à ces recherches, si intéressantes pour formuler un diagnostic aussi précoce que possible de la tuberculose.

A la Policlinique de Bruxelles, où je me suis rendu plus tard, j'ai assisté à la démonstration, par M. le Dr Vandamme, de l'exploration fonctionnelle du tube digestif. En quelques minutes, il a procédé aux manipulations qui lui permirent de calculer rapidement la teneur, dans un résidu gastrique de digestion, de l'acide chlorhydrique libre et combiné, des peptones, de l'amidon et du sucre, des acides de fermentation. Son assistant nous montra ensuite comment on effectue la réaction de Weber, grâce à laquelle on décèle les hémorragies occultes dans les selles, réaction qui élimine ou confirme le diagnostic d'ulcère ou de cancer des voies digestives.

Dans un service voisin, M. le Dr Cohen nous rappela la symptomatologie des méningites cérébro-spinales et le traitement sérothérapique de cette redoutable affection, et fit défiler sous nos yeux des préparations de méningocoque et de bacille de la méningite cérébro-spinale septicémique.

L'après-midi, j'ai entendu une conférence du professeur Balthazard sur *la médecine française et les lois sociales.* Loi sur l'assistance médicale gratuite, loi sur les accidents du travail, loi sur les maladies professionnelles, loi sur les pensionnés de guerre, projet de loi sur l'assurance invalidité-maladie furent successivement passés en revue par le sympathique professeur. Il a terminé sa causerie en montrant *la nécessité de l'union étroite du Corps médical en un groupement, en un faisceau solide, pour empêcher nos vieilles traditions d'être balayées par un air nouveau, tout en sachant évoluer et s'adapter aux conditions de l'exercice de la médecine que crée l'évolution sociale* (1) ».

Le soir, nous étions conviés à une représentation de gala, au théâtre de la Monnaie, des *Contes d'Hoffmann*, supérieurement interprétés par de talentueux artistes, auxquels l'assistance témoigna par ses bravos nourris et ses rappels réitérés quel plaisir elle avait éprouvé à les entendre. Le moins empressé à applaudir n'était pas Mgr. le Duc de Brabant, qui avait bien voulu honorer la représentation de sa présence, et dont le charme juvénile suscita l'enthousiasme des spectateurs.

Troisième journée. — Le matin, à l'hôpital Saint-Jean, dans le service du professeur R. Verhoogen, M. Fontaine, assistant de M. Stordeur, nous a lu une très claire et très instructive communication de son maître sur *la thérapeutique des affections cardiaques par le strophantus et ses dérivés (ouabaïne et solubaïne).* M. Weill nous fit la démonstration pratique de la *recherche de la perméabilité rénale au moyen de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine.* Il s'agit là encore d'un procédé de laboratoire à la portée de tous les praticiens des villes et des cam-

(1) Delort. — Le syndrome duodénal.
Bigwood. — L'ammoniaque urinaire..., Sa valeur en clinique.
Remy. — Les aptitudes. Influence qu'elles exercent sur le rendement intellectuel et manuel.

(1) Autres conférences de l'après-midi : Dustin. Quelques idées nouvelles sur la pathogénie des tumeurs malignes. — Povain : Traitement médical et chirurgical de la métrite du col. — Pechère : Les déficiences endocriniennes. — Buys : L'examen vestibulaire. — Watry : Le péril dentaire. — Maquet : Film sur les Œuvres de l'enfance en Belgique.

pagnes, et qui les aidera puissamment pour établir le diagnostic et le pronostic de certaines néphrites sèches par azotémie, dont la connaissance ne nous est acquise que depuis qu'on sait calculer la teneur du sang en azote. L'élimination retardée de la phénolsulfonephtaléine est, en quelque sorte, en sens inverse du taux du sang en urée. Celle-ci est donc facile à calculer en partant de celle-là.

M. Verhoogen nous soumit l'observation et les clichés radiographiques impressionnants pris par lui, au cours de l'évolution heureuse d'une *tuberculose cavitaire*, traitée par le *pneumothorax artificiel*.

Il insista sur la nécessité de poser avec précision les indications de cette intervention, dont on a abusé et mésusé, au début de son application, et qui, comme toutes les nouveautés médicales, la tuberculine par exemple, n'a pris, en pratique, la place raisonnable qu'elle mérite d'occuper, qu'après qu'un « amoncellement de cadavres a rendu les expérimentateurs circonspects (*sic*). »

L'après-midi, le professeur Bergonié, de Bordeaux, exposa l'*état de la lutte contre le cancer, en France*. Il proclama la nécessité de se borner à organiser quelques centres régionaux, complètement outillés, non seulement en appareils pour les radiations, mais encore en installation chirurgicale, de manière à assurer la collaboration constante du chirurgien et du médecin radiologue.

Il émit, en terminant, une conception originale sur l'accroissement de la fréquence du cancer avec l'âge des individus. « Le terrain favorable à l'apparition et à l'évolution du cancer est conditionné par la diminution progressive du métabolisme basal ».

Martyr de la science, — il a subi la désarticulation de l'épaule droite et sa main gauche n'est pas exempte de lésions dues aux radiations, ce qui, d'ailleurs n'altère en rien sa sérénité, —le professeur Bergonié a été l'objet d'une grandiose manifestation de sympathie d'un très nombreux auditoire, qui l'a longuement acclamé.

Après lui, le professeur Levaditi, de l'Institut Pasteur, a trouvé le même auditoire particulièrement attentif, tandis qu'il exposait ses nouvelles découvertes dans le *traitement et la prophylaxie de la syphilis, notamment avec le bismuth et ses sels*.

Comme je ne pouvais être partout à la fois, tandis que M. le Dr Rulot, inspecteur principal d'hygiène, conférenciait sur le *corps médical et l'hygiène*, je suis allé entendre et applaudir une intéressante causerie de mon cher ami Raphaël Massart, sur *l'ostéo-chondrite de la hanche chez l'enfant et son évolution* (1).

Quatrième journée. — Nous avons pris, dès le matin, un train spécial qui nous a conduit à Anvers, où nous nous sommes divisés en groupes pour visiter les différentes formations sanitaires de cette grande et belle ville. Je me suis joint au groupe qui, avec le médecin inspecteur Oberlé, s'est rendu à l'hôpital militaire, le mieux conçu et le plus moderne, en Belgique.

Le médecin-chef nous a fait cordialement les honneurs de son bel établissement. Nous en avons parcouru tous les services, aussi bien les administratifs que les techniques, et nous avons été émerveillés du degré de perfection dans tous les détails qui nous a été ainsi révélé. Nos administrations hospitalières feraient bien d'aller sur place prendre une excellente leçon de choses, de laquelle elles pourraient tirer ensuite des inspirations pour réaliser, en France, des créations analogues. La seule critique que je me permettrai de formuler porte sur le nombre de malades par salles, qui varie de 25 à 30. Je persiste à croire, avec l'expérience que j'ai acquise au cours de la guerre dans la direction de l'hôpital militaire qui m'a été confiée, qu'il y a avantage à disposer de salles plus petites et plus nombreuses, hospitalisant chacune une dizaine de malades. Mais c'est là une remarque de minime importance, et qui ne retire rien aux qualités d'un établissement qui confine à la perfection.

A midi, nous nous embarquions sur un superbe paquebot, de la ligne Ostende-Douvres, la *Princesse Clémentine*. Par un temps ensoleillé, mais qui, par malheur, se couvrit peu à peu, et se fondit finalement en pluie, nous descendîmes majestueusement l'*Escaut* ; nous longeâmes la côte belge où nous aperçûmes Zebbrughe qui fut le repaire des sous-marins boches et que les Anglais, à l'époque où ils étaient nos amis, réussirent à embouteiller, et nous débarquâmes à Ostende, d'où un train spécial nous ramena à Bruxelles.

Ainsi finirent ces mémorables Journées, dont ce compte rendu ne peut donner qu'une faible

(1) Autres conférences de l'après-midi : LEMOINE. La physiologie normale de la miction. — GIANELLA : Rôle de l'innervation des filets des vagues dans le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique. — MOULONGUET : Traitement curiethérapique et rœntgenthérapique du cancer de l'estomac. — GASTOU : L'opothérapie en dermato-syphiligraphie. — DAM : L'organisation de l'assistance aux estropiés.

idée. J'ai rapporté ici ce que j'ai vu et entendu. Mais je n'en finirais pas s'il me fallait énoncer seulement le titre de toutes les conférences qui figuraient au programme, lequel fut entièrement réalisé.

Je ne parle pas davantage des visites qui eurent lieu au Sanatorium Prince-Charles, pour enfants tuberculeux, à l'Institut pédagogique Sainte-Elisabeth, etc.

Je ne saurais mieux traduire mes impressions que par ces mots : « Je suis enthousiasmé ».

***

En dehors des manifestations officielles auxquelles j'ai pris part, il m'est advenu, au hasard d'un heureux voisinage, d'avoir la chance d'approcher certaines personnalités marquantes, parmi celles qui assistèrent aux Journées médicales. Et j'ai pu recueillir quelques déclarations que je m'en voudrais de ne pas rapporter ici.

C'est ainsi que j'ai eu place dans une intéressante conversation tenue par M. le professeur Bayet, l'éminent syphiligraphe belge, dont Noir a souligné, dans nos colonnes, les initiatives particulièrement réussies dans l'organisation de la lutte anti-vénérienne. « Dans cinq ans, a-t-il fermement déclaré, il n'y aura plus un seul cas de syphilis en Belgique ». Et cette autre affirmation, qui m'a été très agréable, pour y retrouver une assertion que j'ai moi-même jadis exprimée : « La solution du problème de la dépopulation ne réside pas tant dans la tendance à relever la natalité, ce qui est d'une réalisation proprement illusoire, que dans notre volonté à diminuer la mortalité, ce qui est parfaitement possible. Chose curieuse, notre natalité en Belgique n'est pas plus élevée que la natalité française. Si la dépopulation est chez nous moins marquée, c'est que nous nous sommes organisés pour faire pratiquement de l'hygiène bien comprise et de la prophylaxie efficace ».

J'ai, d'ailleurs, l'impression qu'un effort considérable d'éducation du grand public est actuellement tenté en Belgique, en particulier sur le terrain de la lutte anti-vénérienne. C'est ainsi que, à quelques centaines de mètres l'un de l'autre, deux cinémas affichent, l'un, un film intitulé : *Le mortel baiser* ; l'autre, un film intitulé brutalement : *Syphilis*. Entre les deux, un troisième projetait sur l'écran un film intitulé : *Cocaïne*.

J'ai eu une longue conversation avec le distingué docteur Van Langendonck, secrétaire de la Commission médicale provinciale de Bruxelles. Il m'a entrepris sur la question de l'Ordre des Médecins, dont il se déclara d'abord partisan. Je ne lui ai pas caché qu'ici, nous en étions les adversaires absolus. Et je lui ai longuement développé les raisons sur lesquelles s'appuie notre attitude. Je ne crois pas, je l'avoue, l'avoir convaincu. Cependant, comme je lui exposais la conception à laquelle j'en suis arrivé, d'une sorte de jury chargé d'éclairer les magistrats dans tous les cas de fautes professionnelles de droit commun commises par les médecins, il me rétorqua immédiatement : « Ce jury sera suspect de partialité, puisque orfèvre ». Vous pensez bien que je n'ai pas perdu de temps à lui riposter : « Et votre Ordre des médecins, érigé en tribunal, n'est-il pas, plus encore, orfèvre à la n^e puissance ? » Et il en a convenu de bonne grâce.

Cet entretien avait lieu tandis qu'il me faisait visiter les locaux du Palais d'Egmont, dans lesquels se réunissent, et le Collège des médecins (Fédération des Unions professionnelles) et la Commission provinciale. On y trouve également une Ecole d'infirmières.

Je reviendrai un jour prochain sur cette Commission provinciale, sur sa composition, sur le rôle qu'elle joue. Il y a là quelque chose d'intéressant, et dont je vois une imitation à faire, en France, par laquelle nous créerions un organisme qui pourrait se superposer aux Syndicats, dont il serait une émanation, et qui serait de nature à donner satisfaction aux partisans d'un Ordre des Médecins, sans en avoir les inconvénients.

Le Dr Van Langendonck m'a dit, incidemment, qu'en Belgique, les infirmières visiteuses se tiennent à leur place, et qu'il n'y a jamais de conflits entre elles et les praticiens : affaire d'éducation, sans doute.

Il m'a enfin appris que, dans la lutte anti-vénérienne, l'Etat met à la disposition des médecins les médicaments gratuits nécessaires au traitement des malades qui, sans être des indigents, sont dans une situation modeste, ne leur permettant pas d'en faire les frais, en précisant que, *seuls, les médecins faisant partie des Unions professionnelles (Syndicats) peuvent bénéficier de ces distributions.*

Je saisis l'occasion qui m'est offerte, en passant, pour remercier M. Van Langendonck de sa grande amabilité à mon endroit et pour lui dire quel grand plaisir j'ai éprouvé à le connaître et à converser avec lui.

En voyageant de Bruxelles à Anvers, j'ai eu le grand honneur de me trouver auprès du profes-

seur Forgue, de Montpellier. Il a bien voulu me dire la grande estime en laquelle il tient le *Concours médical* et ses œuvres : il fait partie du « Sou médical. »

Il m'a rappelé, ce que je sais pertinemment, que Montpellier a toujours été un foyer ardent de syndicalisme médical, et que l'accord le plus parfait y règne, sur les questions professionnelles, entre le personnel enseignant de la Faculté de médecine et les praticiens.

Nous avons effleuré les différents sujets qui nous préoccupent actuellement. La réforme des études médicales nous a retenus quelques instants. L'éminent et sympathique professeur a fait devant moi le procès des examens, tels qu'ils sont subis, m'expliquant pourquoi des candidats médiocres parviennent cependant à se faire recevoir, emportant ensuite un diplôme qui leur met entre les mains une arme redoutable ..... Il faudrait modifier la composition et le fonctionnement des jurys. Ceux-ci seraient formés de professeurs autres que ceux qui sont en relation constante avec les élèves qu'ils enseignent. M. Forgue ne verrait aucun inconvénient à ce qu'un praticien, honorablement connu, pût être adjoint à ces professeurs. Il faudrait aussi que les examens terminaux de clinique devinssent plus sérieux. Au lieu de se borner à l'étude et la présentation rapides de deux sujets, dans chaque branche (médecine, chirurgie, obstétrique), ils devraient comporter un stage préalable d'une semaine dans le service hospitalier de chacun des juges, qui auraient ainsi le moyen d'apprécier sérieusement l'étendue et la valeur des connaissances des candidats.

C'est vous dire la largeur de ses idées, et l'audace, qui ne fut pas pour me déplaire, de quelques-unes d'entre elles.

***

Je tiens à adresser mes hommages respectueux et mes remerciements à Mesdames L. Mayer et M. Cheval, qui m'ont reçu chez elles avec une hospitalité charmante, dont j'ai été vivement touché. Je n'oublie pas davantage l'accueil particulièrement affable que j'ai trouvé chez le professeur Hegger Gilbert, à la table duquel je me suis assis, et qui m'a traité avec une cordialité dont je lui garde une vive gratitude.

Enfin, je tiens à renouveler mes remerciements et mes félicitations au très aimable Dr Beckers. Il a été le grand animateur des Journées médicales, et j'ai à cœur de lui dire que l'organisation, si complexe, qu'il a su réaliser, m'est apparue comme un modèle du genre. Sa parfaite bonne grâce, les égards dont il m'a entouré, les éloges qu'il m'a faits du *Concours médical*, m'ont été très doux, et je demeure sous le charme des satisfactions de tout ordre, intellectuelles, sentimentales, et même gastronomiques, qui m'ont été si libéralement dispensées.

***

Et j'en reviens, en terminant, au dépit et aux regrets auxquels je faisais allusion en commençant ce compte rendu.

Tandis que se déroulaient sous mes yeux les diverses manifestations des Journées médicales, j'enrageais à part moi, en pensant que nous n'avons pas encore été capables, en France, de prendre une semblable initiative.

La formule de nos Congrès se montre à cette heure périmée. Les communications académiques qui constituent le morceau de résistance de leurs programmes sont sans doute intéressantes pour les progrès de la science. Mais elles ont infiniment moins d'attrait immédiat pour le Corps médical. Ce que les praticiens demandent, c'est une initiation rapide aux doctrines et aux méthodes nouvelles ; c'est aussi un rafraîchissement de leurs connaissances, une mise au point des grandes questions de pratique qui font l'objet de leurs constantes préoccupations. C'est ce que nos amis belges ont parfaitement compris et réalisé.

Leur exemple mérite d'être suivi par nous. A quand les Journées médicales parisiennes ? ? ?

G. Duchesne.

P. S. — L'organisation de l'Exposition annexée aux Journées médicales était en grande partie l'œuvre de M. R. Lépine, à qui j'adresse ici mes compliments pour la façon heureuse dont il a su la mener à bien. Il a bien mérité de l'Industrie française des spécialités pharmaceutiques.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET SYPHILIS

Par Léon GIROUX et Louis BRIN,
Anciens chefs de clinique à la Faculté.

La syphilis paraît à l'heure actuelle la cause principale de l'hypertension artérielle, sans que toutefois l'on soit exactement fixé sur la fréquence de son action. Si cette maladie peut, à son début, à la période secondaire, abaisser d'une façon durable ou transitoire la tension artérielle, en réalité cette hypotension n'a qu'une valeur pronostique médiocre ; ce qu'il faut surtout retenir, c'est qu'à une période tardive, la syphilis s'accompagne souvent d'une hypertension, variable dans ses modalités cliniques et dont il est important de surveiller l'évolution pour intervenir en temps opportun.

On commence seulement aujourd'hui à voir la place importante qu'il faut réserver à la syphilis dans l'étiologie des néphrites hypertensives ; mais depuis un certain temps déjà, on connaissait l'extrême fréquence de la néphrite chronique hypertensive au cours de l'aortite syphilitique et, comme le dit Gallavardin, il serait contraire au bon sens d'admettre que les plaques gélatiniformes et l'ectasie aortique concomitantes sont de nature syphilitique et que la néphrite relève d'une autre origine. Comme le dit cet auteur, il est évident que tout est syphilitique, la néphrite et l'aortite. D'autre part, on ne voit pas pourquoi la néphrite hypertensive ne pourrait pas survenir en dehors de toute aortite et comme manifestation unique de la syphilis.

La fréquence de la syphilis chez les hypertendus est déjà signalée au Congrès de Buda-Pesth en 1909 et, depuis cette époque, de nombreux auteurs, en se basant sur les commémoratifs, l'examen clinique et la réaction de Bordet-Wassermann, ont souvent décelé la syphilis chez les sujets atteints d'hypertension solitaire ou de néphrite chronique hypertensive. Actuellement, on voit s'établir un courant très net pour incriminer la syphilis dans les cas de néphrite urémigène (Hirtz, Stoll, Letulle et Barjon, Amblard, Castaigne, Vaquez et Leconte, Laubry et Parvu, etc.)

Personnellement, nous avons été, comme les auteurs précédents, frappés de la fréquence de la syphilis chez les hypertendus et, dans quelques mois, nous avons pu en réunir six cas, dont trois furent remarquablement influencés par le traitement.

D'autre part, l'hypertension a souvent été signalée chez les tabétiques et les paralytiques généraux c'est-à-dire, chez des sujets sûrement contaminés. Dumont a insisté sur la fréquence de l'hypertension au cours de la paralysie générale. Bricout, sur 15 sujets tabétiques ou anciens syphilitiques, âgés pour la plupart de 40 ans environ, mais toujours au-dessous de 50 ans, a noté une tension égale ou supérieure à 20.

En rapprochant les documents réunis et les différentes statistiques, il est aisé de se convaincre de la fréquence de la syphilis chez les hypertendus, et encore faut-il se souvenir que l'hypertension est le plus souvent une manifestation tardive ; qu'elle survient à une période où une réaction de Bordet-Wassermann négative n'implique nullement l'absence d'une contamination antérieure.

L'hypertension est généralement une manifestation tardive de la syphilis. C'est vers la vingtième année, ou même beaucoup plus tard après l'infection, qu'on l'observe, mais il est probable que le processus hypertensif débute beaucoup plus tôt et qu'il évolue depuis un certain temps quand les troubles fonctionnels attirent l'attention du malade et l'obligent à faire appel au médecin. Dans certains cas cependant, l'hypertension peut être beaucoup plus précoce et survenir à la période secondaire. Tranck et Milian l'auraient observée à cette période. Personnellement, nous en avons observé un cas récemment : il s'agissait d'une jeune femme de 24 ans qui vint nous consulter pour des troubles moteurs et sensitifs du côté gauche. Le corps était couvert de cicatrices dont la nature syphilitique était évidente d'autant plus qu'en un point il existait des lésions en activité. Un an auparavant, la malade avait présenté une angine qui aurait persisté plusieurs mois et dont la nature ne paraît pas douteuse, si l'on en juge par sa durée et par les accidents qui lui ont succédé. La tension artérielle, mesurée avec le Pachon à double poche, atteignait malgré le jeune âge, 22-12

L'hypertension des syphilitiques se présente à l'observation dans des circonstances cliniques différentes, et le rôle de la syphilis n'est pas tou-

jours facile à mettre en évidence. Souvent cependant, en particulier dans les cas de néphro-aortite rencontrés chez des sujets encore jeunes et porteurs d'un stigmate certain tel qu'une insuffisance aortique, le diagnostic s'impose. Ces néphro-aortites sont fréquentes et l'on sait, depuis les travaux de Tripier, que l'insuffisance aortique qui survient en dehors du rhumatisme chez des sujets habituellement âgés de plus de 40 ans, est consécutive à une aortite syphilitique propagée aux sigmoïdes. Les relations de cette insuffisance aortique avec la syphilis sont aussi évidentes que celles du tabes et de la paralysie générale.

Chez ces sujets, on trouve en général une forte hypertension ; il s'agit d'une hypertension permanente se maintenant sans grandes variations à des taux élevés. Comme le dit justement Gallavardin, il semble que ce soit surtout chez ces sujets qu'on rencontre les chiffres de 25-30 de tension maxima et 14-15-16 de tension minima. Quand l'aortite s'accompagne secondairement d'insuffisance, la minima est moins basse qu'elle ne l'est généralement, elle atteint 9-16 et il y aurait là un rapport tensionnel systolo-diastolique caractéristique des néphro-aortites syphilitiques.

La syphilis pourra encore être sûrement incriminée quand, en dehors de l'hypertension, on découvrira un anévrisme aortique ; elle sera fortement soupçonnée chez un sujet hypertendu atteint d'angine de poitrine, mais avec moins de certitude, car le syndrome angineux n'est pas toujours d'origine syphilitique.

Parfois, l'origine syphilitique de l'hypertension sera plus difficilement reconnue ; il s'agit bien encore d'une néphro-aortite, mais l'atteinte de l'aorte ne se traduit par aucun signe objectif : l'insuffisance sigmoïdienne, l'ectasie aortique, l'angine de poitrine font défaut et les malades sont considérés comme de simples hypertendus. C'est dans ces cas qu'on constate à l'autopsie une aortite spécifique demeurée latente jusqu'à la mort.

Souvent, on se trouve en présence d'un sujet atteint d'une néphrite chronique hypertensive ou d'une hypertension solitaire sans troubles apparents de la fonction rénale. Dans ces conditions, en l'absence d'un stigmate vasculaire certain, le rôle de la syphilis est difficile à mettre en évidence. Les commémoratifs, l'examen du malade, l'enquête familiale, la réaction de Bordet-Wassermann, même s'ils fournissent des résultats positifs, ne sauraient prouver que l'intervention de la syphilis est certaine, mais seulement très probable. Par contre, l'épreuve du traitement se montre beaucoup plus décisive. Si, comme cela s'observe dans certains cas, elle améliore les troubles fonctionnels du rein ; si elle détermine une chute importante et durable de la tension, elle fournira la preuve directe de la nature syphilitique de l'hypertension.

L'hypertension des syphilitiques dans sa forme pure serait, d'après Vaquez, bien tolérée, mais il est bien évident que, même dans cette forme, elle est susceptible, à une échéance plus ou moins tardive, de provoquer des accidents divers et en particulier la fatigue cardiaque. Il suffit de se rappeler les différentes modalités cliniques de l'hypertension des syphilitiques pour entrevoir les graves éventualités auxquelles ces malades sont exposés ; angine de poitrine, insuffisance rénale, insuffisance ventriculaire gauche. Le pronostic revêt toute sa gravité dans les néphro-aortites où tout converge : l'hypertension, la sclérose rénale, les lésions de l'aorte et les lésions cardiaques souvent concomitantes, — pour précipiter la défaillance cardiaque et ses graves conséquences.

La connaissance du rôle de la syphilis dans la genèse de l'hypertension artérielle est d'une importance capitale, car elle a pour conséquence de nous permettre d'opposer, à un syndrome sérieux et souvent grave, un traitement qui s'adresse directement à sa cause. Elle doit en outre nous inciter à surveiller attentivement la tension des syphilitiques de façon à intervenir d'une façon précoce, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables. Cette surveillance a la même importance que la recherche des réflexes, aujourd'hui entrée dans la pratique courante. Sauf les contre-indications que nous allons envisager, tout hypertendu syphilitique doit être soumis au traitement.

Les considérations précédentes nous ont montré que l'hypertension s'observait chez les syphilitiques dans des conditions cliniques différentes ; qu'elle pouvait être solitaire et bien tolérée, ou accompagnée de lésions rénales ou cardio-aortiques. Ces différentes éventualités sont importantes à retenir au point de vue du traitement, si l'on veut en retirer un bénéfice réel, et ne pas s'exposer à de fâcheuses conséquences.

Dans le cas le plus simple, quand il s'agit d'un sujet dont l'hypertension ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel cardiaque ou rénal, il faut traiter le malade comme un syphilitique banal. Le cyanure de mercure en injections intra-veineuses, à la dose d'un centigramme à un centigramme et demi par jour, nous paraît être le traitement de choix, car il présente une action diurétique et ne comporte aucune surprise à redouter. Il sera administré en séries de 12 à 15 piqûres qu'on fera alterner avec un traitement par l'iodure de potassium ou l'huile iodée ou lipiodol. L'iodure sera prescrit à la dose de 2 grammes par jour, et le lipiodol en séries de 10 ou 12 piqûres intra-musculaires pratiquées tous les jours ou tous les deux jours.

Les arsenicaux constituent également une médication très efficace, mais qui n'est pas toujours sans dangers. Si l'on juge utile d'y recourir, il faudra le faire avec prudence, utiliser au début, pour tâter la susceptibilité du sujet, de petites doses quotidiennes sous-cutanées. Si ce traitement est bien supporté, on pourra alors utiliser le voie intra-veineuse et injecter des doses progressivement croissantes, sans toutefois dépasser 0 gr. 45.

Quant à la médication par le bismuth, elle est encore d'un usage trop récent pour qu'on puisse à son sujet formuler un jugement ; mais d'après les résultats acquis, elle paraît devoir dans l'avenir prendre une place importante.

Dans les cas où la valeur fonctionnelle du rein est relativement compromise ; où l'état du cœur est légèrement déficient, il faut renoncer aux arsenicaux et recourir uniquement au cyanure d'hydrarygre, en lui associant un régime approprié et les toni-cardiaques.

Enfin, le médecin se trouve en présence d'une insuffisance rénale grave ou d'une déchéance cardiaque irréductible. Dans ces conditions, il faut renoncer au traitement et considérer le malade comme un cardiaque ou un rénal, et le traiter commme tel. Tout essai de traitement étiologique serait, dans ces circonstances, suivi d'une aggravation des troubles que l'on se propose de combattre.

Quand le traitement est conçu dans cet esprit et que le malade en comprend l'intérêt, on peut en attendre les meilleurs résultats. Stoll a souvent obtenu une amélioration fonctionnelle du rein. Castaigne a noté des effets favorables. Audry et Nauta, par les arsenicaux, ont obtenu une action hypotensive durable, de Halle, par le traitement mercuriel, a constaté des résultats identiques ; Parvu, chez trois malades, a noté une chute importante et durable de la tension ; chez l'un, la tension tomba de 26 à 21 ; dans un second cas, de 25-14 à 18-10 ; dans un troisième, de 25 à 20. Personnellement, nous avons observé un certain nombre de cas comparables, dont nous retiendrons les trois suivants : le premier concerne un homme de 45 ans, contaminé à 29 ans. La tension s'abaissa par le traitement de 23-12 à 18-10.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme âgé de 65 ans qui vint nous consulter pour des vertiges et des fourmillements dans le membre inférieur droit. Ce malade présentait en outre des lésions de leucoplasie linguale. Traité énergiquement, la tension artérielle tomba de 21-12 à 16-9 et se maintient à ce chiffre depuis 4 ans ; les vertiges ont disparu et la leucoplasie linguale a complètement guéri. Le troisième cas concerne la jeune femme dont nous avons résumé l'observation au cours de cet article ; sous l'influence du traitement, la tension artérielle tomba rapidement de 22-12 à 17-10.

Ces résultats sont intéressants, et on peut pour l'avenir les espérer meilleurs, quand la notion de l'hypertension syphilitique sera plus répandue. Ils montrent l'intérêt qu'il y a à surveiller attentivement la tension des syphilitiques et à intervenir d'une façon précoce par un traitement intense et prolongé.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Corps étrangers du genou.

M. J.-P. Tourneux, chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Vous m'avez vu intervenir il y a quelques jours dans un cas de corps étranger du genou, qui présentait à peu près tous les symptômes classiques de cette lésion : le moment me paraît donc tout à fait choisi pour reprendre aujourd'hui avec vous l'étude de cette affection, assurément des plus intéressantes, et pour vous donner quelques détails sur la formation des corps étrangers intra-articulaires. Et, à ce sujet, je tiens à vous prévenir dès à présent que ces corps étrangers, que l'on rencontre au sein des articulations, n'offrent aucune ressemblance avec les autres corps étrangers que l'on a coutume d'observer en divers points de l'économie. Il ne s'agit pas en effet de ces corps extrêmement divers, tous d'origine extérieure, que l'on peut trouver plus ou moins fréquemment au niveau de certains organes tels que l'œsophage, la vessie, le vagin, le rectum ; il ne s'agit pas non plus de balles, de fragments d'armes blanches, ou de débris de vêtements qui auraient pénétré dans l'article à la suite d'une blessure. Ce que l'on désigne du nom de *corps étrangers intra-articulaires, ou articulaires*, ce sont des formations pathologiques qui, par un mécanisme que j'envisagerai dans un instant, prennent directement naissance aux dépens des éléments propres, des éléments constitutifs de l'articulation. Retenez donc bien ce point, qui a une certaine importance, et qui vous permettra de ne pas vous embrouiller au point de vue de la pathogénie.

La malade qui va faire le sujet de cette leçon, est cette femme, âgée de 35 ans, qui est entrée le 28 mars dernier dans notre salle Sainte-Marthe où elle occupe le n° 2 ; elle a été adressée à la

consultation du service par son médecin qui, appelé à l'examiner pour les différents troubles fonctionnels qu'elle présentait, avait constaté au niveau de la face externe de l'articulation du genou droit, la présence d'un corps étranger, et lui avait conseillé d'entrer à l'hôpital en vue d'une intervention chirurgicale.

Cette malade s'est aperçue, il y a 3 ou 4 ans, qu'elle ressentait, à la suite d'une marche un peu longue ou pénible, une légère douleur dans le genou, douleur peu intense au début, et qui disparaissait très rapidement avec le repos. Puis, elle s'est rendue compte que cette douleur tendait à devenir petit à petit plus intense, et qu'à mesure que les mois s'écoulaient, elle commençait à survenir non plus seulement après un exercice fatigant, mais même après une simple promenade. Elle a cherché alors, par elle-même, à se rendre compte s'il n'existait rien d'anormal dans son article et elle a pu constater, sur la face externe du genou, un peu au-dessus de la rotule, l'existence d'un petit corps, offrant les dimensions d'une amande, indolore, dur et mobile. Ce corps en effet ne gardait pas toujours la même situation : parfois il disparaissait complètement dans l'épaisseur de l'articulation et la malade n'arrivait plus à le trouver ; d'autres fois, il se montrait du côté de la face interne du genou. Et la malade avait constaté que la marche devenait beaucoup plus pénible et douloureuse quand le corps étranger avait quitté sa place habituelle, c'est-à-dire le côté externe de l'articulation ; en particulier, lorsque le corps étranger disparaissait complètement, la flexion devenait presqu'impossible, et la malade faisait alors exécuter à son membre inférieur certains mouvements de latéralité qui, combinés à la pression directe, arrivaient à refouler en bonne place le corps étranger, ce qui lui permettait de fléchir le genou.

Ultérieurement, la marche est devenue de plus en plus pénible, par suite de douleurs lancinantes, parfois extrêmement vives, qui survenaient dès la mise en jeu de l'article : le corps étranger, en même temps, avait augmenté considérablement de volume et commençait à devenir gênant. Le moindre mouvement se transformait en véritable fatigue, la marche ne pouvait plus s'effectuer sans boiterie, aussi la malade se décida-t-elle à faire examiner son genou par son médecin, qui s'empressa de nous l'adresser.

Vous avez pu examiner ce genou tout à loisir, et vous avez pu constater sur son côté droit, à 3 cent. au-dessus du plan passant par la base de la rotule, dans le cul-de-sac quadricipital, la présence d'un corps dur, de forme assez irrégulièrement ovalaire, aplati, complètement indolore. Il était assez facilement mobilisable, et lorsqu'on exerçait sur lui certaines pressions, il disparaissait complètement ; mais il suffisait que la malade effectuât quelques mouvements de flexion, pour qu'il revînt de lui-même reprendre la place qu'il occupait auparavant.

Le genou ne nous paraît pas, à l'examen clinique, atteint de lésions bien importantes, la flexion et l'extension ne présentent pas de limitation, les muscles du quadriceps ne sont pas atrophiés : seule, l'existence d'un léger choc rotulien montre l'existence d'une petite quantité de liquide, révélateur d'un certain degré d'arthrite chronique.

L'état général de la malade est excellent, tous les divers appareils de l'économie fonctionnent d'une façon normale : à noter simplement quelques troubles particuliers au niveau du membre supérieur droit, et qui tiendraient à certains accidents qu'aurait présentés la malade à la suite d'un accouchement. Une infection puerpérale se serait compliquée d'hémiplégie droite transitoire, dont il lui reste comme traces une diminution de la force musculaire ainsi qu'une perte de la sensation tactile.

La présence d'un corps étranger intra-articulaire une fois dûment constatée, restait à en rechercher l'origine, et c'est pourquoi je me suis empressé de demander à la malade si quelques années avant le début des accidents qu'elle présente en ce moment, elle n'avait pas subi quelque traumatisme du genou. La réponse a été affirmative, car la malade a raconté qu'à l'âge de 12 ans, elle avait fait une chute violente sur le genou, et que la douleur ressentie avait été tellement intense, qu'elle avait entraîné une syncope.

Quelles lésions le traumatisme a-t-il exactement déterminées ? Y a-t-il eu une entorse grave, une luxation du genou, ou une fracture ? Je vous avouerai que le résultat de l'interrogatoire ne m'a pas permis de conclure, car les réponses de la malade manquent complètement de netteté ; il est vrai qu'il y a 23 ans que l'accident s'est produit, et qu'au bout d'un pareil laps de temps, bien des choses peuvent s'oublier. Ce qui me paraît résulter, en tous cas, c'est que ce traumatisme, subi lorsque notre malade avait 12 ans, qui est le seul qu'elle nous ait signalé, le seul donc dont nous puissions faire état, a dû être un traumatisme grave puisqu'il a entraîné une syncope ; on pourrait par conséquent, d'une façon assez logique lui rapporter la présence de ce corps étranger que nous constatons aujourd'hui.

Il est cependant un fait qui me paraît extrêmement important, et sur lequel je veux attirer votre attention dès à présent : c'est le long espace de temps qui s'est écoulé entre la production du traumatisme et l'apparition des premiers phénomènes révélateurs du corps étranger. Notre malade avait 12 ans lorsqu'elle a fait une chute accidentelle sur le genou ; elle en avait 31



lorsqu'elle a commencé à souffrir : il y a donc un intervalle de 19 ans, ce qui est beaucoup. Assurément, la chute violente sur le genou, accusée par la malade, n'a pas dû créer d'emblée un corps flottant articulaire, car il se serait évidemment manifesté d'une façon beaucoup plus précoce par les différents troubles fonctionnels qui ne se sont manifestés qu'il y a quelques années. Pour expliquer cette sorte d'anomalie qui semble exister, je ne vois que deux hypothèses. Ou bien le traumatisme, en lésant une des parties constitutives de l'articulation, n'a pas dû en détacher complètement un fragment, et ce dernier est resté rattaché à une surface osseuse par un pédicule, qui s'est résorbé plus tard ou s'est rompu à la suite d'un mouvement ; ou bien, il s'est produit à la suite du traumatisme une attrition du cartilage diarthrodial et des couches osseuses sous-jacentes, aboutissant à la suite d'un long processus nécrotique à l'élimination du séquestre sous forme de corps étranger articulaire.

Pour essayer de mieux approfondir sa nature et signification, et pour tâcher également de me rendre compte quelle pouvait être sa provenance, j'ai fait faire deux radiographies du genou, l'une de face et l'autre de profil. L'examen des clichés m'a d'abord montré un fait assez important, c'est que le corps étranger était en partie bien opaque, preuve manifeste qu'il contenait un noyau osseux. En second lieu, j'ai pu constater, en dehors de l'intégrité complète de l'interligne articulaire, ce qui mettait hors de cause les cartilages semi-lunaires, une déformation bien nette de la face antérieure du condyle fémoral externe, qui présentait une perte de substance assez nette, en partie comblée par du tissu osseux de nouvelle formation. Enfin, ce qui est encore plus important et qui semble bien montrer qu'il ne s'agit pas dans le cas qui nous occupe d'un corps étranger détaché directement par le traumatisme, c'est qu'en divers points des surfaces articulaires, au niveau de l'extrémité externe du plateau tibial ainsi que sur le condyle interne, on observe de petites productions, des soulèvements osseux, qui me paraissent être autant de futurs corps étrangers. Aussi, devant ces diverses constatations, le diagnostic que je portai fut donc celui de corps étranger du genou provenant d'une ostéo-chondrite disséquante post-traumatique du condyle externe du fémur.

Il ne restait donc plus qu'à intervenir, et c'est ce qui eut lieu le 6 avril, sous anesthésie générale à l'éther : une incision longitudinale, de 5 à 6 centimètres, faite sur le côté externe de l'articulation, me permit de sectionner les différents plans tégumentaires, puis d'ouvrir le prolongement sous-quadricipital où se trouvait le corps étranger, qui fut saisi par une pince et amené au dehors. La synoviale fut suturée par quelques points de catgut, un plan fibreux fut reconstitué ; on plaça quelques agrafes de Michel sur la peau, et on termina par un pansement légèrement compressif.

J'ajouterai que nous pouvons tous être complètement rassurés sur les suites de cette intervention ; nous sommes aujourd'hui au 7e jour il n'y a ni douleurs, ni élévation de température, seulement un peu de gonflement comme on en voit toujours après l'ouverture d'une articulation.

Voici le corps étranger que j'ai extrait, et vous pouvez remarquer qu'il présente d'assez jolies dimensions : il mesure, en effet, 4 cm. 5 de long, 3 cm. 4 de large, et une épaisseur de 1 cm. 3; son poids est de 7 gr. 5. Son contour est légèrement sinueux, festonné ; l'une de ses deux faces, celle qui regardait en dehors au moment de l'ablation, offre une coloration blanchâtre, nacrée ; elle est mamelonnée, et totalement recouverte de cartilage, l'autre face ne présente de productions surajoutées qu'à sa périphérie, le centre est encore complètement lisse. Il me resterait à vous parler de la structure intime de ce corps étranger, mais c'est ce que je ne puis pas faire en ce moment, la pièce n'étant pas encore complètement décalcifiée et ne pouvant donc pas, par conséquent, être coupée.

Je n'insisterai pas longuement, Messieurs, sur la symptomatologie des corps étrangers articulaires, notre malade nous en ayant offert un tableau clinique assez complet. Il est un signe cependant qu'elle n'a pas présenté, c'est celui du bloquage de l'articulation : voici en quoi il consiste. Au milieu d'une marche, sans cause appréciable le plus souvent, il se manifeste au genou une douleur très intense, et en même temps, le mouvement commencé s'arrête brusquement, comme si quelque chose était venu caler la jointure ; le membre s'arrête dans une position fixe, le plus souvent en demi-flexion.

Ce symptôme, que l'on attribuait ordinairement au coincement du corps étranger entre deux surfaces articulaires, ou entre une surface articulaire et la capsule ou un ligament, n'a pas été présenté par notre malade, et l'absence de ce signe doit probablement tenir à ce que le corps étranger très volumineux n'avait que peu de tendance à se mouvoir librement. Il restait presque toujours dans la partie externe du prolongement synovial sous-quadricipital, où il n'avait aucune chance de se faire coincer.

Je n'insisterai pas non plus longuement sur la question du diagnostic, qui ne présentait ici aucune difficulté, le corps étranger étant nettement palpable. Il n'en est pas toujours ainsi, surtout après des traumatismes récents du genou, où l'on peut se demander s'il existe un corps étranger véritable, ou s'il ne s'agit pas d'une luxation des ménisques articulaires. On doit se baser dans ce dernier cas, sur une douleur plus nette au

niveau de la région du ménisque interne, sur la constatation d'un bourrelet au niveau de l'interligne, et sur l'absence de corps étranger à l'examen radiographique. Retenez que ce diagnostic est souvent difficile ; l'un de vos maîtres, M. le Pr Dambrin, cite plusieurs observations où le diagnostic de luxation ne fut porté qu'au cours d'une intervention pratiquée en vue d'extraire un corps étranger.

Ces corps ostéo-cartilagineux que l'on trouve dans les articulations sont connus depuis très longtemps, puisque leur première mention remonte à Ambroise Paré, qui en opéra un avec succès. La première explication donnée pour montrer leur provenance fut le traumatisme : émise par Munro en 1726, elle fut d'abord adoptée par tous les observateurs. Mais bientôt, à la suite de Laënnec, d'autres auteurs, comme Cruveilhier, Gaujot... etc. frappés de l'absence complète de tout traumatisme dans les antécédents des malades atteints de corps étrangers articulaires, ou de sa faible importance, émirent l'idée que, dans bien des cas, les arthrophytes ne devaient pas être d'origine traumatique, et qu'un bon nombre d'entre eux devaient relever de lésions inflammatoires de l'articulation, d'arthrite sèche.

Après pas mal de discussions, de mémoires, et d'examens de pièces, on semblait s'être mis d'accord sur la création de deux grands groupes, comprenant, l'un les corps étrangers qui se développent secondairement dans les articulations atteintes d'arthrites sèches, et l'autre, les corps étrangers post-traumatiques, quand divers auteurs, Poulet et Vaillard (1885), Kragelund (1886) et surtout König (1887), montrèrent par des observations cliniques, des examens histologiques et des recherches expérimentales, qu'à côté des deux variétés de corps étrangers décrits, il en existait une troisième comprenant des arthrophytes produits par la séquestration de fragments des têtes articulaires, séquestration qui nécessitait la production d'un processus nécrosant particulier, l'ostéochondrite disséquante.

Spontanément, c'est-à-dire à la suite d'une affection générale ou locale, ou à la suite d'un traumatisme léger, une portion ostéo-cartilagineuse est troublée dans sa nutrition, puis un processus inflammatoire, qui dure des années, car il s'agit de tissu osseux, sépare la portion lésée du reste de l'os ; un tissu de granulation se forme entre eux, tissu qui se résorbera ultérieurement et permettra la mise en liberté du corps étranger.

Cette théorie de l'ostéochondrite disséquante a été violemment attaquée par de très nombreux auteurs : en Allemagne par Borth, Schmieden, Rimann, et en France par Dujarrier, qui se sont tous efforcés de montrer que les différents stades des lésions décrites par König n'existaient pas, et que c'était au seul traumatisme qu'il fallait rapporter la production des corps étrangers.

Que le traumatisme ait l'action primordiale, il faut bien le reconnaître, et je suis le premier à l'admettre : dans bien des cas, ceux où les corps étrangers apparaissent quelques mois après une chute, son action directe est indéniable ; c'est lui, qui, en enlevant un fragment de surface articulaire, a créé l'arthrophyte. Mais à côté de ces cas, extrêmement nets, il en est d'autres, comme celui qui fait le sujet de cette leçon, où l'interprétation des faits est plus délicate. Chez notre malade, il y a eu un trauma, mais le corps étranger ne s'est manifesté que 19 ans après : il est manifestement impossible qu'il soit contemporain de l'accident et qu'il soit resté silencieux si longtemps. Peut-on penser que le corps étranger n'a pas été détaché totalement et qu'il est resté pendant des années rattaché au reste de l'os par un pédicule ? Je ne le crois pas non plus, car il s'agirait alors d'une véritable fracture incomplète, qui tendrait plutôt à se réparer spontanément qu'à se compléter.

Il me semble au contraire qu'il est plus rationnel de songer au processus de l'ostéo-chondrite disséquante qui, par son évolution lente, nous rend bien compte des faits passés et nous explique de la façon la plus satisfaisante le long intervalle séparant le traumatisme de la révélation de l'existence du corps étranger : à y bien réfléchir, je suis à me demander comment on pourrait l'expliquer autrement.

Cette étude de l'ostéo-chondrite, qui est encore obscure sur bien des points, vient d'être reprise par Moreau dans un très intéressant article des *Archives Franco-Belges de chirurgie*, et les descriptions qu'il donne de la marche de l'affection s'accordent tout à fait avec ce que nous avons pu observer chez notre malade.

Mais, me direz-vous, l'examen de ces corps étrangers doit pouvoir permettre de les identifier, car suivant leur origine, ils doivent présenter des structures tout à fait différentes ? Théoriquement, c'est très vrai ; mais il faut compter avec les lésions d'atrophie, de régression qui vont se produire ainsi qu'avec l'accroissement de volume que présentera le corps étranger, du fait d'un long séjour dans la cavité articulaire. Il se produit des modifications extrêmement marquées qui changent totalement la structure primitive et ne permettent pas dans la plupart des cas de se prononcer avec certitude.

En terminant sur la question du traitement, je me bornerai à vous rappeler que la seule thérapeutique possible est l'intervention chirurgicale, et qu'il ne faut opérer qu'en s'entourant de toutes les précautions aseptiques, car une articulation se défend beaucoup moins bien

contre l'infection qu'une surface séreuse. Quand le corps étranger est volumineux, et peu mobile, il ne risque guère de se déplacer, on le retrouvera toujours ; mais s'il est de petit volume, il est absolument nécessaire de le bien repérer et même de le fixer avec les doigts avant d'inciser la peau, sous peine de le voir disparaître dans l'articulation et se loger dans un diverticule de la synoviale où il sera des plus malaisés de le découvrir.

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE PROPHYLAXIE. TRAITEMENT (1)

(15e *article*.)

par le Dr LEREDDE

(*suite et fin*)

Mon ami le Dr Sabouraud, dont le grand talent est redoutable lorsqu'il soutient une erreur, a écrit récemment, à mon extrême surprise, qu'à son avis, la syphilis héréditaire ne peut être soignée comme l'infection acquise. Mon opinion est exactement inverse : qu'elle soit ancienne ou récente, héréditaire ou acquise, la syphilis ne peut être bien soignée si l'INFECTION ELLE-MÊME n'est pas soignée, réprimée d'une manière complète. Ceci, quel que soit l'agent antisyphilitique employé par le médecin. C'est-à-dire que chez le nourrisson, aussi bien que chez l'enfant, chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte, le traitement sera *régulier*, que les périodes de repos seront *courtes*, que l'action thérapeutique sera aussi énergique que le permettra la tolérance de l'organisme, que, dans tous les cas SANS AUCUNE EXCEPTION, le but sera d'atteindre la STÉRILISATION de celui-ci : ce qui implique l'usage des moyens de contrôle.

Quel que soit le moyen employé dans le traitement de la syphilis, celui-ci est bien fait dans les cas seulement où le médecin recherche, au cours de la cure, les résultats obtenus, les progrès accomplis. Il ne suffit pas de connaître l'impression du malade ; certains ne se savent pas et ne se sentent pas en mauvaise santé ; l'enfant n'a pas d'opinion sur son état. D'autres, qui présentent des troubles divers, n'accusent aucune amélioration, alors que des signes physiques, fournis par l'examen clinique ou le laboratoire, montreront l'action du traitement. Mieux encore : il existe des malades chez lesquels celui-ci exagère les symptômes, parfois d'une manière persistante, chez lesquels il y a aggravation *apparente* par réaction de Herxheimer (2).

Lorsque la séro-réaction est positive, le traitement doit la faire disparaître.

Lorsqu'il existe des altérations du liquide céphalo-rachidien, il faut les faire disparaître.

Lorsqu'un malade atteint de troubles cardiaques présente de l'arythmie persistante ou matinale ou de la tachycardie, il faut faire disparaître ces symptômes.

Lorsqu'un malade atteint de troubles rénaux présente de l'albuminurie, il faut la faire disparaître, et même, dans la suite, la cylindrurie, s'il en existe, etc. Et lorsque les signes physiques ont disparu, une surveillance s'impose pour constater qu'ils ne reparaissent pas.

Le médecin procède donc vis-à-vis du syphilitique dans le même esprit que l'horloger qui répare une montre et en vérifie les mouvements. Il recherche les signes, qui révèlent l'infection générale, l'infection méningée, la lésion de tel ou tel organe, il agit jusqu'à ce que ces symptômes aient cédé au traitement, il constate, dans la suite, la persistance de leur disparition.

Cette notion du contrôle domine aujourd'hui le traitement de la syphilis, elle s'impose avec la force d'une vérité indiscutable ; mais elle pénètre trop lentement dans les esprits. Les obstacles sont dus aux habitudes, aux routines, aux difficultés qui se rencontrent dans les hôpitaux, où l'encombrement des malades a pour suite le sabotage, aux difficultés que rencontre surtout le praticien, qui voit et soigne des syphilitiques au milieu de malades atteints d'affections différentes, qui n'a pas en province de laboratoire à sa disposition et obéit à des auteurs qui recommandent, pour lui être agréables et parce qu'ils les emploient eux-mêmes, des moyens mécaniques et de moindre effort. Comment le praticien conseillerait-il aux malades atteints de syphilis récente de se soumettre à la ponction lombaire, alors que la plupart des syphiligraphes ne la font pas encore d'une manière systématique à l'hôpital ? Aucun de ceux-ci n'ignore cependant qu'après S. R. négative, tout malade atteint de syphilis récente peut présenter de graves altérations du liquide céphalo-rachidien, qui ne se révèlent par aucun signe clinique.

***

Les armes antisyphilitiques. Les agents que

(1) Cf *Concours médical*, no 26, p. 2458.

(2) L'exemple qu'on observe chez un certain nombre de tabétiques dont les douleurs augmentent quelquefois pendant un, deux, trois mois, a une valeur générale ; on en voit de semblables chez des malades atteints de syphilis cérébrale, cardiaque, ostéoarticulaire, etc.

l'on emploie dans le traitement de l'infection sont le mercure, le bismuth, les arsénobenzènes. Leur activité est inégale, et on est d'accord pour admettre que l'action spirillicide des arsénobenzènes est supérieure à celle du bismuth, supérieure elle-même à celle du mercure. Les chiffres donnés par Milian : arsénos : 10 ; Bi : 7 ; Hg : 4, me paraissent acceptables, en sous-entendant bien entendu que la comparaison se fait aux doses usuelles, assez mal déterminées encore pour le bismuth, dont la découverte est récente. Une réserve est faite par quelques auteurs qui prétendent que l'action du bismuth est plus solide, plus persistante que celle des arsénobenzènes ; je ne la crois justifiée en aucune manière. On nous a dit de même que le mercure convient mieux au traitment de l'infection syphilitique ancienne que les arsénobenzènes ; je serais heureux, pour ma part, de savoir sur quels faits s'appuie une affirmation dont personne n'a pris la peine de chercher à démontrer la valeur.

Dans le traitement de l'infection syphilitique, les arsénobenzènes ont, en dehors de leur activité plus grande, un avantage énorme, qui n'a pas été compris jusqu'ici. Lorsqu'il s'agit de traiter un adulte pendant un an et plus, les injections rares se prêtent mieux au traitement que les injections répétées. Les injections arsenicales se font une fois par semaine ; les injections de bismuth se répètent deux fois au moins en huit jours. Les injections de mercure peuvent se faire il est vrai sous forme d'huile grise, chaque semaine, mais il est impossible, sous cette forme, d'agir énergiquement sur l'infection (les injections de calomel, plus actives, à la dose de 0,10 par semaine, sont pénibles, quand elles ne sont pas douloureuses. Il faut tenir compte sinon des dépenses, au moins du temps que tout traitement prend à un malade ; le syphilitique pauvre accepte d'aller à l'hôpital ou dans un dispensaire deux fois à trois fois par semaine pendant un ou deux mois, il ne peut y aller pendant un an.

Lorsqu'il s'agit d'enfants que les parents doivent accompagner chez le médecin, les difficultés dues à la répétition des injections sont les mêmes. Bref, à activité égale, les injections rares permettent des traitements prolongés que ne permettent pas les injections plus fréquentes ; sous forme d'injections rares, les arsénobenzènes sont plus actifs que les autres agents antisyphilitiques.

***

La seule objection à l'usage des arsénobenzènes se trouve dans leurs dangers : *cette objection ne s'appliquant pas au nourrisson et à l'enfant jeune*, ceux-ci ne doivent être traités que par les arsénobenzènes qui sont le moyen le plus actif et le plus pratique.

Les cas de mort chez le nourrisson publiés de 1911 à 1913, après la découverte du 606, s'expliquent par l'ignorance où l'on était à cette époque des dangers des arsénobenzènes à doses fortes, au début du traitement. Chez l'adulte de poids normal, à la période la plus virulente, en pleine roséole, il peut être dangereux de faire les premières injections à des doses supérieures à 0,15 et 0,20 (novarsénobenzol) huit jours après ; chez les malades atteints de syphilis cérébrale de paralysie générale en particulier, de néphrite, d'une affection cardiaque en général, la première injection ne doit même être faite qu'à 0,10 (1).

Ces doses étant calculées pour des individus de 60 kgr. il est donc imprudent, en principe, de faire, chez un enfant de 6 kgr., la première injection à une dose supérieure à 0,01 (novarsenobenzol) à 0,005 chez un nouveau-né de 3 kgr. *En suivant cette règle élémentaire, en élevant les doses lentement d'injection en injection, après la première, aucun accident ne sera possible*, de même que chez l'adulte ; bien entendu on n'attribuera pas aux arsénobenzènes des cas de mort, chez des enfants profondément infectés, soignés trop tard et qui succombent malgré le traitement et non par suite de celui-ci.

Les injections intraveineuses n'ont rien de nécessaire et ne sont pas pratiques tant que les veines du pli du coude ne sont pas apparentes. L'injection du novarsénobenzol en dehors des veines étant douloureuse, il ne faut se servir dans ce cas et en particulier chez le nourrisson que du sulfarsénol qui s'emploie aux mêmes doses que le novarséno ou de l'éparséno, qui contient deux fois plus d'arsenic et s'emploie par suite à doses de moitié plus faibles. Les injections de sulfarsénol se font sous la peau, tous les 8 jours, au niveau des fesses ; les injections d'éparséno, dans le muscle fessier, tous les 8 jours, aux lieux d'élection, c'est-à-dire au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'extrémité du sillon interfessier.

La progression normale chez un adulte de 60 kgr. étant de :

0,10 ; 0,15 ; 0,20 ; 0,30 ; 0,45 ; 0,60 ; 0,75 ; 0,90 (novarsénobenzol).

Chez un enfant de 6 kgr., on injectera de même :

0,01 ; 0,015 ; 0,02 ; 0,03 ; 0,045 ; 0,06 ; 0,075 ; 0.09 (sulfarsénol). 0,005 ; 0,007 ; 0,01; 0,015 ; 0.02 ; 0,03 ; 0,04 ; 0,05 (éparséno).

Chez un enfant de 3 kgr. :

0,005 ; 0,07 ; 0,01 ; 0,015 ; 0,02 ; 0,03 ; 0,04 ; 0,045 (sulfarsénol) . 0,002 ; 0,003 ; 0,005 ; 0,007 ; 0,01 ; 0,015 ; 0,02 ; 0,025 (éparséno).

Chez les enfants profondément infectés et qui paraissent sur le point de succomber, il peut

(1) LEREDDE. — Domaine, traitement, prophylaxie de la syphilis. Les dangers du traitement, 2e édit. Paris, Maloine, 1921.



même être prudent de commencer à dose plus faible, et si le poids est de 3 kgr. d'injecter seulement deux milligrammes de sulfarsénol, un d'éparséno pour commencer.

Il faut suivre avec attention les changements de poids de l'enfant, de manière à élever les doses totales, lorsque le poids augmente. Je rappelle d'autre part que chez l'enfant comme chez l'adulte, la dose initiale de chaque série peut être élevée sans crainte lorsque la période de repos a été de durée normale (3 semaines) (1).

Combien de temps faut-il traiter une enfant hérédo-syphilitique ? A cette question, il est difficile de répondre. En principe, il faut, comme chez l'adulte, pousser le traitement jusqu'à disparition des traces de l'infection. L'examen du sérum sanguin, très difficile pendant les premiers mois, peut-être fait plus tard, de même que celui du L.C.R. (qui s'impose chez les enfants atteints de troubles nerveux ou intellectuels.) L'examen hématologique, morphologique avec dosage de l'hémoglobine me paraît nécessaire et pouvoir donner des résultats précieux. Dans la suite, l'enfant sera surveillé, par les moyens cliniques et de laboratoire, et traité de nouveau si des signes de l'infection reparaissent. Jusqu'à nouvel ordre, et tant que la nécessité des recherches de laboratoire ne sera pas mieux comprise qu'aujourd'hui non seulement du médecin, mais de l'opinion publique et des Pouvoirs publics, on peut accepter des formules toutes faites, *mécaniques* : admettre par exemple que tout hérédo-syphilitique sera traité *d'une manière rigoureuse* pendant un an, puis sera soumis à des cures, *toujours sérieuses*, durant 3 ou 4 mois à des intervalles de plus en plus éloignés. Il est évident que cette méthode est mauvaise, qu'elle ne convient exactement à aucun cas particulier...

***

Les résultats du traitement par les arsénobenzènes chez le nourrisson et l'enfant jeune, quand il n'est pas commencé à une heure trop tardive, sont simplement admirables. Aucune raison, en dehors de la simple routine, ne justifie plus l'emploi du mercure chez l'enfant, aucune ne saurait justifier l'usage du bismuth, moins actif, sauf dans des cas d'intolérance bien constatée aux arsénobenzènes, *qui ne paraît pas exister chez l'enfant.*

Je serai très bref sur le traitement de la syphilis héréditaire chez l'adulte : les règles sont celles du traitement de la syphilis ancienne en général et je renvoie aux travaux que j'ai publiés ailleurs. Les difficultés sont assez fréquentes ; dans quelques cas rares, elles sont des plus graves.

Comme chez l'enfant, il faut, en principe, préférer les arsénobenzènes parce qu'ils sont plus actifs que les autres moyens.

Un grand nombre d'héréditaires les supportent parfaitement bien ; je soigne en ce moment une femme de 62 ans atteinte d'ostéo-arthrite du pied, considérée d'abord comme d'origine sarcomateuse puis tuberculeuse. Cette femme, dont la syphilis est démontrée par une séro-réaction positive et de nature héréditaire par l'enquête familiale, a reçu une trentaine d'injections de novarsénobenzol et de sulfarsénol *sans aucun incident* (la dose de 0 gr. 60 n'a pas encore été dépassée il est vrai. Il existe chez elle une aortite avec hypertension (200-120 Vaquez-Laubry).

Les difficultés sont dues : *a*) à la réaction de Herxheimer, dangereuse seulement au début du traitement, quand on commence celui-ci à doses trop fortes ou chez des cardiaques, des rénaux, quand le traitement est fait à l'aveugle et sous une forme mécanique ; *b*) à l'intolérance. Celle-ci se manifeste, soit par des *crises nitritoïdes*, dont je rappelle les signes : rougeur de la face après l'injection, état nauséeux assez souvent, vomissements. Quelquefois, sensation d'angoisse, douleurs abdominales et rachidiennes dans quelques cas, parfois la crise se prolonge et on observe un état lipothymique. On sait qu'il faudra faire avant les injections suivantes des injections d'adrénaline à 0 gr. 001. Si les crises persistent et tendent à s'aggraver, substituer l'injection sous-cutanée à l'injection intraveineuse, enfin si l'état nitritoïde s'aggrave nettement, renoncer aux arsénobenzènes.

— soit par des accidents éruptifs, qui sont assez fréquents, très souvent de faible importance et ne manifestant ni une intolérance complète, ni une intolérance définitive. Bien entendu lorsque les accidents s'aggravent on est amené soit à diminuer les doses, soit même à employer un autre agent antisyphilitique.

Les phénomènes hémorrhagiques sont un accident très grave, très rare, heureusement, auquel il faut toujours penser, ce qui permet de le prévenir. Lorsqu'un malade, soigné par les arsénobenzènes, présente du saignement gingival, des taches de purpura, parfois des bulles hémorrhagiques buccales, il existe une grande intolérance, il faut renoncer aux arsénobenzènes.

Les cas de mort que j'ai publiés me paraissent avoir atteint exclusivement des hérédo-syphilitiques. Deux ont été observés, alors que la gravité des accidents hémorrhagiques était inconnue ; il aurait suffi de suspendre le traitement dès le début pour éviter tout accident. Le troi-

(1) Soit un enfant de 3 kgr. qui a reçu 10 injections d'éparséno à 0.001, 0.002, 0.005,, 0.01, 0.015, 0.02, 0.02, 0.02, 0.03 0.03. Après 3 semaines de repos le poids est de 4.500.

La 2e série comprendra 8 ou 10 injections à : 0.005, 0.01, 0.015, 0.02, 0.025, 0.03, 0.04, 0.04, 0.05.

sième que j'ai publié en 1922 concerne une femme atteinte d'hémogénie (P. E. Weil), manifestée par des règles irrégulières parfois bimensuelles, abondantes, douloureuses. Deux injections ne furent suivies d'aucune hémorrhagie ; la 3e à 0,15 (novarséno) détermina la mort. Il faut donc, avant de soigner une femme par les arsénobenzènes, l'interroger sur les accident et les caractères de ses règles....

***

Le bismuth est un agent antisyphilitique remarquable qui ne peut remplacer les arsénobenzènes, *mais qu'il faut lui substituer dans les cas d'intolérance et qui me paraît destiné à remplacer le vieux mercure*, sauf dans les cas où il est mal supporté lui-même. Il est utile au praticien qui ne sait pas faire d'injections intra-veineuses, qui ne sait pas ou n'ose pas manier les arsénobenzènes : mais je ne lui conseille pas de se servir du bismuth sans faire attention à certains faits.

Comme le mercure, le bismuth détermine de la stomatite : ce qui oblige à faire mettre la bouche du malade en état par un dentiste avant de commencer le traitement (enlever les chicots, nettoyer les dents cariées, etc.) et pendant le traitement, faire prendre les mêmes précautions de nettoyage quotidien que chez les syphilitiques mercurialisés.

La stomatite bismuthique paraît moins sérieuse et relativement moins fréquente que la stomatite mercurielle, *en ce moment*.

Depuis les premiers travaux qui ont été publiés sur la médication bismuthique, les doses ont été en effet singulièrement abaissées ; le médecin se sert maintenant de préparations relativement inactives qui contiennent 20 p. 100 de bismuth métal : ainsi les malades ne sont plus exposés aux accidents qui ont été signalés à l'origine. Les résultats sont-ils les mêmes ? ce point, *qui est le plus important de tous*, ne préoccupe pas la plupart des syphiligraphes....

En fait, si l'on veut agir d'une manière efficace par le bismuth, on fera les injections à des doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 de bismuth MÉTAL par semaine, il faut employer de préférence des hydroxydes à 80 p. 100 (muthanol, curalues). Les injections, intra-fessières, se faisant 2 fois par semaine. Dans ces conditions on peut observer une stomatite et, dans des cas heureusement rares, une néphrite (qui peut être mortelle) *ce qui oblige à surveiller de très près les urines avant et pendant les périodes de cure.*

Les autres accidents du bismuth sont mal connus, parce qu'on ne les publie pas, et parce qu'on n'a pas fait attention jusqu'ici aux incidents qui suivent les injections. L'expérience restreinte que je possède, étant restée jusqu'ici fidèle aux arsénobenzènes, m'a montré que ces incidents existent, qu'il faut les rechercher et en tenir compte dans la direction du traitement. Le médecin ne peut croire qu'il existe un agent anti-syphilitique qui ne peut être manié d'une façon mécanique, qui exige de l'attention, de la souplesse, l'observation des malades et qu'il n'en est pas de même des autres, du bismuth et du mercure et qu'on peut employer ceux-ci à doses quelconques ! Il existe une intolérance bismuthique, que nous apprendrons peu à peu à connaître lorsqu'on publiera les cas dans lesquels elle s'observe.

Je ne parlerai pas du mercure dans le traitement de la syphilis héréditaire. J'ai déjà dit que son emploi s'impose chez les malades intolérants aux arsénobenzènes et au bismuth : leur nombre me paraît des plus restreints. Avant la découverte du bismuth, il m'arrivait, deux ou trois fois par an, de soumettre des syphilitiques au traitement mercuriel, j'ai remarqué, ce que je savais avant la découverte du 606, combien les malades acceptent mal celui-ci, *quand il est fait à doses sérieuses.*

Les idées que je viens d'exposer ne sont certes pas celles de la majorité des médecins, troublés par les articles qu'ils lisent chaque jour ; de nombreux syphiligraphes emploient des traitements mixtes. Un argument qui mérite l'attention a été donné depuis peu.

Quelques auteurs ont publié des observations dans lesquelles des accidents, rebelles aux arsénobenzènes, auraient cédé au bismuth : il existerait donc des cas d'*arsénorésistance* ; il existe de même des cas de *mercurio* et de *bismutho-résistance*. Dans certains cas, on a parlé d'arséno, comme de mercurio-résistance chez des malades soignés d'une manière persévérante, peut-être, mais à doses trop faibles et on a comparé les résultats *négatifs* d'un traitement fait par un agent anti-syphilitique, mal manié, aux résultats *positifs* d'un traitement fait par un autre agent bien manié.

Il est surtout certain qu'il existe des cas de syphilis rebelle, de syphilo-résistance, si l'on veut. Dans l'infection *récente*, ces cas sont d'une extrême rareté, je ne possède, parmi des centaines d'observations qu'une seule fiche relative à un malade soigné au moment de la roséole dont la séro-réaction n'obéit pas au traitement par le novarsénobenzol (18 injections en 2 séries *dont sept à 1 gr.* 35 (poids 58 kgr.). Le père étant mort de paralysie générale, je pense que ce malade était hérédo-syphilitique.

Dans la syphilis *ancienne* ou *héréditaire*, l'existence de séro-réactions rebelles est beaucoup plus commune (je ne parle bien entendu que de malades soignés énergiquement suivant les

règles que je suis moi-même). Il existe d'ailleurs des cas où la séro-réaction est rebelle et où l'amélioration clinique est évidente (1).

Chez d'autres malades, la séro-réaction obéit au traitement, mais les phénomènes cliniques *paraissent* rebelles.

Il existe donc des cas où il est peut être utile de passer d'un agent antisyphilitique à un autre, à condition bien entendu de manier le second avec énergie, comme le premier. Dans ces cas, comme chez tous les syphilitiques, il faut d'ailleurs observer de près les malades et chercher par tous les moyens possibles, y compris les moyens de laboratoire, à juger du résultat obtenu : on sera amené quelquefois à revenir au premier agent.

Ce que je n'admets pas, c'est qu'on passe d'un moyen à un autre *sans raisons précises*, en l'absence de faits positifs, c'est qu'on emploie, comme je l'ai déjà dit, les agents anti-syphilitiques d'une manière mécanique suivant des formules toutes faites, suivant un « calendrier ».

Je suis surpris de constater que des syphiligraphes, qui sont de bons médecins, de bons cliniciens ne comprennent pas comme moi-même qu'on ne saurait faire de bonne thérapeutique sans adapter le traitement à chaque cas, suivant l'état du malade au début du traitement et suivant les incidents qui surviennent au cours de celui-ci : le fait s'explique seulement par les habitudes qui se prennent dans les hôpitaux où le nombre des malades traités est trop considérable et où la direction et l'application du traitement sont abandonnées à des élèves.

Il est impossible de soigner sérieusement un syphilitique quelconque, sans obéir à des idées directrices, à des règles, *qui s'appliquent au traitement de l'infection syphilitique* en général, mais il est également impossible de soigner sérieusement un syphilitique quelconque sans adapter ces règles à chaque cas particulier. Qu'il s'agisse de S. récente, ancienne ou héréditaire, les règles générales sont les mêmes : il faut soigner, dans tous les cas, à la fois la syphilis et le syphilitique.

(1) Exemple entre autres : Mlle B., 12 ans. Père et mère syphilitiques W : ++++. Céphalées violentes, périostite tibiale. Disparition de tous les symptômes cliniques au cours d'un traitement qui comporta 43 injections de novarséno en 8 séries. Le poids s'élève de 35 kgr. 800 à 43 kgr. 200 en quatorze mois. La séro-réaction reste positive forte (++++).

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'angiome caverneux diffus du rectum.

Sous cette dénomination, MM. Bensaude et Antoine décrivent une tumeur vasculaire « à tendance envahissante, qui peut se développer considérablement et parvient à réaliser une tumeur d'un volume notable, à limites supérieure et inférieure mal définies », vraisemblablement, d'origine congénitale.

S'appuyant sur deux observations particulièrement instructives, les auteurs exposent les signes cliniques de cette affection : hémorragies intestinales très abondantes, survenant aussi bien à l'occasion des selles qu'en dehors d'elles, composées soit de sang pur, soit d'un mélange de sang et de glaires, soit enfin de sang en voie de digestion ; douleurs souvent très violentes, se montrant par crises, avec ténesme et épreintes. Il en résulte une anémie progressive qui peut aboutir à un état de déchéance organique extrême, compliqué encore par la morphinomanie que détermine l'usage continu de la morphine destinée à calmer les douleurs.

A l'examen du sang, on constate la formule sanguine des anémies vraies (diminution considérable des hématies et de l'hémoglobine, leucocytose normale).

L'examen radioscopique révèle un défaut de remplissage du segment recto-colique, et une évacuation accélérée et presque instantanée du segment malade.

Le toucher rectal ne donne que des renseignements insignifiants (hémorroïdes, dilatations veineuses anormales, nodosités veineuses, bleuâtres). La rectoscopie permet de noter par contre, l'absence de cavité rectale, l'aspect œdémateux de la muqueuse, l'absence de lésions ulcéreuses.

Anatomo-pathologiquement, il s'agit d'un tissu caverneux diffus envahissant et dissociant toutes les tuniques de l'intestin.

Le diagnostic sera fait avec les hémorroïdes : l'examen endoscopique y pourvoira, en même temps qu'il permettra de différencier l'angiome circonscrit de l'angiome diffus.

Si le pronostic de cette affection est grave, l'état des malades n'est cependant pas désespéré et la thérapeutique peut avoir quelque efficacité, surtout de soulagement.

Celle-ci s'adressera à l'anémie grave résultant des hémorragies profuses et menaçantes, et comprendra le repos, la morphine, les injections de sérum glucosé ou gélatineux, la transfusion du sang ; le fer et l'arsenic trouveront aussi leurs indications respectives.

Si la tumeur n'est pas trop étendue et n'a pas envahi la cavité abdominale, on pourra recourir à l'exérèse en plusieurs temps. L'anus contre nature, en dérivant le cours des matières, calmera les douleurs et améliorera les malades. Enfin, la radiothérapie pourra peut-être modifier le tissu angiomateux, en amenant sa régression. Méthode à l'étude, qui paraît devoir donner d'excellents résultats. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, janvier 1923.)

Culture du sperme et vaccinothérapie des infections blennorragiques chez l'homme.

On tend à admettre de plus en plus qu'un homme, ayant été atteint d'une blennorragie, peut paraître cliniquement guéri de cette affection, ne plus présenter aucun écoulement urétral, ou présenter des exsudations desquelles le gonocoque est absent, et cependant, demeurer capable d'infecter une femme. C'est, en effet, que le gonocoque, disparu de l'urètre et de ses glandes, reste volontiers présent dans les voies séminales ; c'est donc dans le sperme qu'il faut le rechercher, car c'est par l'intermédiaire du sperme que se fera l'infection.

M. Massias expose que l'examen direct du sperme ne permet pas toujours de constater la présence du gonocoque ; c'est au moyen de cultures soigneusement faites qu'on y parvient. L'auteur décrit la méthode qu'il préconise à cet effet.

Le gonocoque étant reconnu dans le sperme, on tentera d'en débarrasser le porteur par la vaccinothérapie, à l'aide d'un vaccin poly-antigénique, pour la préparation duquel on ne tiendra compte que des espèces trouvées à plusieurs examens directs, et pathogènes.

« L'auto-vaccinothérapie gonococcique chez « les porteurs chroniques de gonocoque, très sou- « vent utile, ne réclame ni un engouement sans « limite, ni une admiration sans bornes : elle « exige une technique sûre et une critique rigou- « reuse des faits ». (*Gaz. des Sc. méd. de Bor- « deaux*, 29 avril 1923.)

L'invagination chronique.

L'invagination chronique est celle dans laquelle l'étranglement se produit tardivement, incomplètement ou manque tout à fait. Cette définition de Rafinesque est reprise par M. Delannoy, qui envisage deux formes de ce syndrome : la forme récidivante, et la forme chronique permanente, à laquelle il consacre son exposé.

Celle-ci, rare chez l'enfant, se montre plus fréquemment chez l'adulte, même après 50 ans ; elle affectionne le sexe masculin plutôt que le féminin jusqu'à 50 ans ; ensuite, elle serait plus souvent observée chez la femme.

Les causes prédisposantes sont les écarts de régime et la mauvaise hygiène alimentaire, ainsi que certaines dispositions du mésentère, à souplesse excessive ou congénitalement trop long. Les causes efficientes sont les tumeurs de l'intestin (bénignes et malignes), et, en particulier, les polypes, la tuberculose intestinale, l'appendicite, le diverticule de Meckel, les corps étrangers, les purgations intempestives, les traumatismes abdominaux.

Les signes de l'invagination chronique sont la douleur, graduelle et progressive, susceptible de parvenir à des paroxysmes très violents, siégeant à l'ombilic, à l'épigastre, dans les fosses iliaques, avec des irradiations dans tous les sens ; la tumeur abdominale, perçue surtout dans les variétés iléales et iléo-cæcales, allongée, de volume et de consistance variable, de siège également variable (tumeur migratrice) ; la présence de sang dans les selles (selles dysentériformes, muco-sanguinolentes).

On note aussi des troubles gastro-intestinaux (vomissements, troubles de l'évacuation intestinale, épreintes), du météorisme, avec des modifications de l'état général (amaigrissement, anémie, pâleur, diminution des forces), fièvre persistante avec hypothermie au moment des crises, état nauséeux.

On distingue une forme chronique d'emblée et continue, une forme paroxystique, une forme récidivante. La durée varie de un mois (forme chronique d'emblée), à plusieurs années (14 ans et plus dans la forme paroxystique).

Le diagnostic est généralement facile, surtout si l'on y pense ; l'amaigrissement et la rapidité du pouls sont des symptômes qui doivent y faire penser. On ne négligera pas le toucher rectal et la radioscopie qui peuvent fournir leur part de renseignements.

On aura à distinguer l'invagination chronique de l'appendicite, de la tuberculose péritonéale, entéro-péritonéale, du cancer de l'intestin, du volvulus du côlon iléo-pelvien, les gastro-entérites, la dysentérie. Le siège de l'invagination est difficile à préciser, à moins d'une laparotomie exploratrice.

Le traitement chirurgical est seul de mise. L'invagination découverte, on tentera la réduction, mais si l'anse invaginée est atteinte dans sa vitalité, on n'hésitera pas à pratiquer sa résection. La réduction étant impossible, on choisira entre l'anastomose ou la résection, celle-ci paraissant l'intervention de choix. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, mars 1923.)

Injections intra-rachidiennes de sérum antidiphtérique dans la diphtérie maligne.

Dans les formes malignes de la diphtérie « où l'enfant reste blanc, cireux, en état de toxémie profonde, plus qu'en état d'asphyxie..., où

la dyspnée persiste malgré le tubage et où les troubles du rythme cardiaque dominent la scène clinique... où les phénomènes généraux graves s'accompagnent de doses massives d'albumine, d'un taux élevé d'urée dans le liquide céphalo-rachidien », MM. Benhamou, Gamatte et Flogny, recommandent les injections intra-rachidiennes de sérum antidiphtérique, poussées très lentement, après soustraction de 10 à 20 cmc. de liquide céphalo-rachidien, l'enfant étant couché sur le côté, tête basse, ainsi qu'ils l'ont fait dans quatre cas qui se sont terminés par la guérison.

« Nous ne conseillons pas d'employer la voie intra-rachidienne dans les cas de moyenne gravité, et toutes les fois qu'on peut obtenir un succès certain par la voie musculaire et par la voie sous-cutanée. *Nous faisons de l'injection intra-rachidienne un traitement d'attaque dans les formes sévères de la diphtérie maligne, traitement d'attaque associé à l'injection musculaire et aux injections sous-cutanées de hautes doses de sérum.* Frapper *vite, fort, partout* et *longtemps*, telle nous paraît devoir être la formule qui permettra d'abaisser encore le coefficient de mortalité dans les cas désespérés ». (*Paris médical*, 28 avril 1923.)

Le problème des vitamines et la pratique médicale.

La notion de carence alimentaire et de déficience en vitamines, écrit M. G. Houlbert, est actuellement universellement admise. Après les nombreux travaux de laboratoire qui en ont déterminé le rôle exact dans la pathogénie de diverses affections, telles que le scorbut et le rachitisme, et auxquelles l'auteur a apporté une contribution personnelle importante, il a étudié depuis quelques années l'action des vitamines d'une façon plus générale dans la pratique courante de la clientèle, et c'est en clinicien qu'il parle aujourd'hui.

Si l'on considère les manifestations cliniques des carences alimentaires, on peut les diviser en deux grandes catégories :

I. — Symptômes de carence chez les enfants ;

II. — Symptômes de carence chez les adultes.

Chez les enfants, ce sont des troubles souvent mal définis : symptômes de scorbut fruste, avec douleurs vagues au niveau des épiphyses ; état « grognon », avec anémie apparente et réelle ; pâleur des téguments, muscles flasques, peau molle ; mauvaises digestions, gros ventre, vomissements, diarrhée ou constipation. Quelquefois, syndrome rachitique au début, retard de soudure des fontanelles, retard de la dentition et, plus tard, caries multiples des dents.

Chez les adultes, l'ensemble constitue un syndrome de débilité, d'asthénie générale, d'anémie, d'inappétence et de troubles gastro-intestinaux, s'accompagnant souvent d'hypotension et de tendance à la neurasthénie.

Le premier devoir du médecin se trouvant en présence de troubles qu'il sait ou qu'il soupçonne être d'origine avitaminosique, est de corriger d'abord l'erreur diététique qui les a fait éclore. Ce n'est pas toujours aussi facile qu'on le pense, et ce n'est pas toujours, non plus, suffisant pour obtenir la guérison rapide de ces troubles. Il est des malades, les entéritiques particulièrement, qui tolèrent mal les aliments riches en vitamines, les légumes cortiqués, les salades, les fruits crus, etc., de sorte que le nouveau régime se traduit par une recrudescence de leurs malaises qui le leur fait bientôt rejeter. Chez eux, comme d'ailleurs et pour les mêmes raisons, chez beaucoup d'enfants, il est utile, sinon indispensable, d'activer le retour vers la santé par l'adjonction à la ration, peu ou pas modifiée tout d'abord, d'un extrait vitaminé apportant le maximum possible de vitamines avec le minimum de substances inertes. L'auteur a utilisé dans ce but la *biotose* qui lui a paru être la préparation pharmaceutique la mieux appropriée au but recherché. Toutes ses observations montrent les résultats constamment efficaces d'une telle médication : l'amélioration, cependant, ne s'est pas manifestée toujours avec la même rapidité ; il a fallu, dans certains cas, un temps assez long (trois semaines et plus) avant de noter un changement évident, mais les progrès ont été alors d'autant plus rapides.

L'auteur croit que c'est surtout par excitation des glandes à sécrétion interne qu'agissent les vitamines, les résultats cliniques correspondant très sensiblement aux modifications histologiques notées par lui dans ses premières expériences *in anima vili*.

Au total, la nutrition générale ne peut que gagner à un large apport vitaminique, grâce à quoi la vie peut être en quelque sorte intensifiée, la résistance physiologique augmentée probablement dans de grandes proportions. (*Paris Médical*, 14-4-1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

La réglementation de la profession de sage-femme

(M. Bar. — *Académie de médecine* ; 5-6-1923.)

On se préoccupe depuis quelques années, à l'Académie de médecine, d'une réglementation nouvelle de la profession de sage-femme. M. Bar présente aujourd'hui, sur ce sujet, au nom d'une Commission spéciale, un rapport, dont nous résumons ci-après les conclusions principales :

1° La sage-femme pourra donner des soins d'hygiène à la femme enceinte dont la grossesse est certaine (perception des bruits du cœur fœtal) et normale. S'il y a complication, elle conseillera de se confier à un médecin.

2° La sage-femme pourra donner des soins à la femme dont l'accouchement est normal. Elle appellera le médecin s'il se produit un fait anormal. En cas d'urgence, toutefois, elle sera autorisée à faire les interventions suivantes : la version, par manœuvres externes ou internes, l'extraction de l'enfant par le siège, la rétropulsion du cordon, la délivrance artificielle, la suture des déchirures limitées à la commissure postérieure. Elle doit user de gants de caoutchouc stériles pour toute manœuvre interne.

3° La sage-femme pourra soigner la femme accouchée pendant les suites de couches normales et conserver le contrôle de l'allaitement et de l'hygiène de l'enfant jusqu'à l'âge de deux ans, sauf symptôme morbide.

4° Elle pourra pratiquer les vaccinations et revaccinations, et prescrire certains médicaments conformément à la liste arrêtée après avis de l'Académie.

Traitement du décollement de la rétine.

(M. Sourdille, de Nantes. — *Académie de médecine* ; 5-6-1923.)

M. de Lapersonne signale les résultats intéressants obtenus par M. Sourdille dans le traitement de cette affection grave qu'est le décollement de la rétine.

M. Sourdille préconise deux méthodes qui s'inspirent de moyens déjà connus, mais qu'il a avantageusement modifiés. Dans un premier procédé, dit du bistouri, il ponctionne la rétine décollée et y injecte une solution de cyanure de mercure. Dans le procédé du galvano-cautère, qui s'applique à certains décollements plats, il fait des ponctions perforantes au galvanocautère fin. Sur 35 opérés, les résultats ont été les suivants : 9 guérisons et 10 améliorations persistantes.

Le rôle du médecin dans la colonisation au Maroc

(M. Desnos. — *Académie de médecine* ; 5-6-1923.)

Le médecin, par les services qu'il rend et par le prestige qu'il acquiert aux yeux des populations arabes, est un des meilleurs agents de pénétration chez l'indigène au Maroc. A ce point de vue, a pu dire le maréchal Lyautey, un médecin vaut un bataillon.

L'action du médecin n'est pas sans comporter pour lui des risques, car il peut être mal reçu et mal traité. Néanmoins, lorsqu'il a fait quelques cures, sa réputation ne tarde pas à se répandre. L'incision évacuatrice d'un abcès, la disparition d'une rétention d'urine par un cathétérisme opportun, la terminaison rapide d'une dystocie obstétricale que les invocations à Allah n'avaient pas modifiée, font auprès des indigènes l'effet du prodige. On honore et on sollicite le « toubib ». Mais, il ne faut pas qu'il se trompe, sous peine de déchoir vite de son piédestal. On doit aussi tenir compte de la mentalité des populations et recourir principalement à des traitements actifs, solides et d'action durable.

Tant de services rendus nous attirent-ils une gratitude réelle des Arabes, se demande M. Desnos ? Certes, mais il convient de ne pas trop se nourrir d'illusions. Le « toubib », quoique bien accueilli, ne saurait prétendre lever tous les obstacles.

Une remarque intéressante d'un groupe d'officiers bien au courant des tendances d'esprit des indigènes : ils estiment que ceux-ci attacheraient plus de prix à des soins rémunérés qu'à des soins gratuits.

Projet de création de visiteuses des nourrisssons.

(M. G. Schreiber. — *Académie de médecine* ; 12-6-1923.)

Pour réduire la mortalité infantile due à l'allaitement artificiel par nourrices mercenaires, M. Schreiber voudrait que la déclaration du placement d'un enfant soit faite 15 jours avant la séparation et que, d'autre part, soient créées des visiteuses de nourrissons, dont le rôle serait d'intervenir pendant cette période de deux semaines pour chercher à modifier la décision des parents. La visiteuse aurait pour mission de montrer à la mère la gravité de l'acte projeté, si préjudiciable à son enfant. L'expérience a appris à M. Schreiber qu'une démarche entreprise dans ces conditions est souvent couronnée de succès, lorsqu'elle est pratiquée par une personne intelligente et compétente.

Un sérum contre l'intoxication par les champignons.

(M. Dujarric de la Rivière. — *Académie de médecine* ; 12-6-1923.)

M. Dujarric de la Rivière a préparé un nouveau sérum contre l'intoxication par les champignons. Il ne l'a expérimenté toutefois, jusqu'à ce jour, que chez l'animal.

Partant d'un extrait glycériné de champignons

vénéneux du genre *amanita*, il établit d'abord une échelle de toxicité des dilutions aqueuses de cet extrait. Il pratique à cet effet des injections au lapin et enregistre les symptômes observés : paralysies du train postérieur, secousses cloniques, agitation, puis abattement, mort plus ou moins rapide. Avec une toxine ainsi définie, il immunise un cheval par des quantités progressivement croissantes.

Le sérum de cheval soumis à cette préparation possède une valeur anti-toxique incontestable. Chez l'animal, chez le lapin par exemple, il neutralise plusieurs doses mortelles.

L'auteur se propose de poursuivre ses essais de sérothérapie anti-fungique dans un but d'applications cliniques.

Les dysmorphoses facio-craniennes et la santé générale

(M. P. ROBIN. — *Académie de médecine* ; 12-6-1923.)

M. Robin a remarqué que les sujets atteints de dysmorphoses facio-cranio-vertébrales n'atteignaient pas un âge avancé. En fait, dit-il, ces dysmorphies, assez communes chez des sujets jeunes, ne se voient que rarement après 40 ans. L'auteur estime que les dysmorphiques en question, particulièrement exposés aux infections et aux intoxications, meurent de bonne heure, en général. Il y aurait donc grand intérêt à lutter, d'une manière précoce, contre ces déformations céphaliques diverses.

Traitement du cancer cervico-utérin. Hystérectomie et rayons.

(M. Robert MONOD. — *Société de chirurgie* ; 2-5 1923.)

M. GOSSET, dans un rapport sur un travail de M. Robert Monod intitulé : traitement du cancer cervico-utérin par l'hystérectomie consécutive à la curiethérapie, soulève à nouveau la question de la thérapeutique du cancer de l'utérus et de la part que doivent y prendre la chirurgie, la radiumthérapie et la radiothérapie pénétrante.

MM. Gosset et R. Monod ont adopté pour méthode générale la curiethérapie pour préparer le terrain, et l'hystérectomie faite consécutivement pour enlever le foyer néoplasique déjà plus ou moins entièrement stérilisé. M. Monod présente une première statistique de 27 cas de cancers de l'utérus, presque tous mauvais cas, ayant des contre-indications opératoires. Traités ainsi, par curiethérapie suivie d'opération, ils ont donné 2 morts et 25 guérisons opératoires. La durée de la guérison varie actuellement de 6 mois à 2 ans et demi.

M. Gosset considère qu'à l'heure actuelle, les cancers cervico-utérins devraient toujours être soumis à un traitement mixte : d'abord le radium, et, quelques semaines plus tard, l'exérèse chirurgicale.

— M. FAURE accepte cette formule pour les cancers inopérables ou sur la limite de l'opérabilité. Ici, l'application de radium est parfaitement recommandable et excellente. Mais il ne lui paraît pas avantageux de commencer le traitement par la curiethérapie pour le cancer opérable. De 1910 à 1920, il avait l'habitude de faire suivre toutes ses hystérectomies pour cancers d'une application de radium. Or, les récidives s'élevèrent à 50 % alors qu'elles n'atteignaient pas 40 % auparavant. Le radium, s'il détruit le cancer dans une zone rapprochée, a l'inconvénient d'amener à une certaine distance, où son action reste atténuée, des phénomènes d'excitation, et de provoquer des récidives plus communes. Ce qu'il fait après l'opération, il doit évidemment le faire aussi avant.

— M. PROUST reconnaît cette action excitante du radium à la zone périphérique. C'est pourquoi, dit-il, il faut compléter toute séance de curiethérapie par une application largement débordante de radiothérapie pénétrante.

— M. GERNEZ donne son impression sur la radiothérapie pénétrante, associée ou non à la radiumthérapie, dans le cancer du col utérin. Après quelques essais imparfaits en 1916, il eut connaissance en 1919 des travaux d'Outre-Rhin sur la question et il vint assister aux effets de la « Kiefenthérapie » dans le service du prof. Vaquez. Il l'appliqua, alors, à la Pitié. Les séances de radiothérapie pénétrante sont pénibles pour nombre de femmes chez lesquelles le « mal des rayons » se manifeste à un degré assez accentué pour nécessiter du courage dans la continuation du traitement. Mais la récompense est au bout de ces fatigues. Les lésions disparaissent, l'état général s'améliore, les douleurs de la cellulite pelvienne sont calmées. Le temps jugera l'avenir de ce traitement.

— M. DUJARIER demande à M. Gosset si la curiethérapie pré-opératoire ne provoque pas des difficultés pour l'intervention.

— M. GOSSET répond non, à condition de ne pas laisser un intervalle trop long entre l'application de radium et l'opération.

L'intervalle recommandable est de 4 à 6 semaines.

— M. FAURE montre qu'une opération faite plusieurs mois après une application de radium, lorsque celle-ci a produit tout son effet de sclérose, peut devenir délicate. Lorsque, au contraire, on se contente d'employer le radium pour rendre opérable un cas -limite, l'hystérectomie étant pratiquée 4 à 6 semaines après l'irradiation, il n'y a aucune difficulté particulière.

— M. TUFFIER a vu la curiethérapie permettre au chirurgien d'intervenir dans des cas franchement inopérables. Mais, pour les cancers facilement opérables, M. Tuffier ne pratique pas la radiumthérapie primitive. Elle fait perdre du temps, pendant lequel la néoplasie peut gagner des zones inaccessibles. Après l'opération, il a recours volontiers au radium, qui lui a paru retarder les récidives. Celles-ci se font, alors, plus haut, lorsqu'elles se produisent.

Ankylose temporo-maxillaire. Opération et dilatation.

(MM. P. Hallopeau et Darcissac. — *Société de chirurgie* ; 2-5-1923.)

M. Hallopeau présente une malade de 14 ans qui était atteinte depuis l'âge de 6 ans d'ankylose temporo-maxillaire permettant un écartement des incisives de 6 à 8 millimètres maximum. Un traitement par la mobilisation combinée au massage et à l'air chaud, longtemps suivi, n'avait procuré qu'une légère amélioration momentanée d'ailleurs. L'auteur intervint opératoirement en libérant le condyle maxillaire, et fit continuer le traitement avec l'appareil dilatateur de M. Darcissac. L'écartement de la bouche dépasse actuellement 35 millimètres.

L'origine de l'ankylose paraît avoir été une arthrite blennorrhagique, l'enfant ayant eu à cette époque une vulvite gonococcique.

La réaction de Botelho dans le cancer.

(MM. P. et M. Guérin. — *Société de biologie* ; 19-5-1923.)

MM. P. et M. Guérin ont eu l'occasion, dans le laboratoire du service de M. Brouardel à l'hôpital Necker, d'étudier un certain nombre de sérums pathologiques, cancéreux et non cancéreux, par le procédé de Botelho.

Les auteurs considèrent ce séro-diagnostic comme très intéressant. La technique en est d'abord simple et facile. La réaction est tout à fait exceptionnellement positive chez les sujets non malades. Si elle se montre quelquefois positive dans un certain nombre d'états pathologiques, il s'agit généralement d'affections avec lesquelles le cancer ne saurait être confondu. D'autre part, une réaction de Botelho négative permet avec quasi-certitude d'éliminer le diagnostic de cancer.

La vaccination locale.

(M. Besredka. — *Société de biologie* ; 19-5-1923.)

Expérimentant sur le cobaye les effets respectifs de la vaccination anti-staphylococcique, en injections sous-cutanées, en injections cutanées, et en applications locales, M. Besredka a vu l'immunité être obtenue plus activement dans le second cas que dans le premier, et plus efficacement dans le troisième cas que dans le second. Le vaccin utilisé en pansement serait donc ici plus efficace que le vaccin injecté et donnerait un résultat plus rapide.

P. L.

Montpellier

Société des Sciences médicales et biologiques.

Rupture de grossesse extra-utérine et tentative d'avortement criminel.

M. Gaussel. — Au cours d'une autopsie médico-légale pour mort suspecte chez une femme d'une trentaine d'années, on trouve une inondation hémorragique du petit bassin due à la rupture d'une trompe gravide. Les accidents prémonitoires du décès ont éclaté après l'absorption de drogues abortives dont l'action congestionnante s'est fait sentir sur la trompe comme sur l'utérus.

De tels faits sont rares ; les femmes qui portent des grossesses ectopiques ont fréquemment des métrorragies qu'elles prennent pour des menstrues. Elles méconnaissent ainsi souvent leur grossesse, d'où la rareté des manœuvres abortives en de tels cas.

M. Milhaud rapporte une observation analogue.

Au sujet de la transmission de la tuberculose de la mère à l'enfant par hérédité directe.

MM. Roume et Sollier. — Résultat de quelques recherches. Des travaux publiés à ce sujet, il ressort que la transmission de la tuberculose de la mère à l'enfant à travers le placenta existe, mais qu'elle est rare et paraît l'exception. La tuberculose placentaire, au contraire, serait plus fréquente. Les résultats qu'apportent les auteurs concordent avec cette manière de voir. Ils rapportent trois observations de mères tuberculeuses dont le placenta prélevé aseptiquement immédiatement après l'accouchement fut inoculé après broyage à des cobayes. Deux inoculations furent positives et les cobayes tuberculisés.

Réunion obstétricale et gynécologique.

Fistule stomacho-vaginale consécutive à une collection suppurée et énorme du Douglas.

M. E. Godlewski. — Malade qui, avec des accidents péritonéaux aigus, est porteuse d'une collection suppurée remplissant le Douglas et une partie de l'abdomen (5 litres de pus). Opérée d'urgence, le résultat opératoire paraît excellent. Au 20e jour, alors que tout allait pour le mieux et que la malade commençait à s'asseoir sur son lit, brusquement les aliments introduits dans l'estomac par voie buccale apparaissent dans la cavité vaginale par l'incision de colpotomie. Il s'est produit une fistule stomacho-vaginale : cachexie rapide, refus de la famille et de la malade à toute intervention et mort au bout de 25 jours.

Discussion. — M. Tédenat se montre surpris de cette évolution à quoi eût dû s'opposer l'action défensive de deux couches péritonéales.

Deux pièces anatomo-pathologiques de périmétrite grave avec état parfait des trompes et de leurs pavillons.

M. Tédenat. — A l'encontre de cette notion classique qu'une des premières lésions de la périmétrite est constituée par l'occlusion du pavillon de la trompe, l'auteur rappelle, et les deux pièces qu'il présente en font foi, que l'on peut aussi trouver des trompes d'aspect normal, malgré des adhérences en nappe et en filaments autour d'elles. Les pavillons tubaires sont souples et étalés.

Deux observations de vomissements gravidiques traités avec succès par la méthode d'Henrotay.

M. Vayssière. — Après purgation et diète absolue, lavement de chloral (de 3 à 4 grammes), administré le matin et ensuite alimentation progressive en profitant de l'engourdissement cérébral et de la diminution de la sensibilité et de l'excitabilité réflexe. Pour l'une au moins de ces malades profondément touchée (subictère, syncope), l'auteur a l'impression que le chloral a joué un rôle primordial sauvant mère et enfant. A partir du troisième lavement à l'une, du 6e chez la seconde, l'alimentation redevient possible et bientôt, la grossesse reprit un cours normal.

Méningite tuberculeuse chez une femme enceinte.

MM. Vallois et Roume. — Observation d'une méningite tuberculeuse évoluant chez une femme enceinte. L'accouchement se produisit à terme sans aucun incident, mais à partir de ce moment, la maladie prit une marche rapide. Le diagnostic n'a été précisé que grâce à la ponction lombaire. A noter que la réaction cytologique se traduisait par une formule leucocytaire à prédominance de polynucléaires, ce qui n'est pas classique dans la méningite tuberculeuse. Les bacilles de Koch étaient particulièrement nombreux dans le liquide céphalo-rachidien.

Discussion. — M. Godlewski souligne que l'intérêt de ce cas réside dans la présence de bacilles dans le liquide céphalo-rachidien qui lui paraît l'aboutissant d'une véritable septicémie bacillaire.

Grossesse avec fibrome et kyste ovarien.

M. Robiolis. — Accouchement eutocique à terme, mais phénomènes de torsion en cours des suites de couches. Primipare de 34 ans souffrant du ventre et visitée par le Dr R. 40 jours environ après un accouchement qui fut en tout point normal. Sous la paroi abdominale, on sentait une tumeur dure remontant à 22 cm. au-dessus du pubis, tandis que par le toucher vaginal, on avait une sensation toute différente de tumeur molle, résistante, kystique. Intervention, ablation d'un gros fibrome utérin en partie sphacélé et d'un kyste ovarien, hématique, tordu sur son pédicule. Il convient de souligner l'absence de toute dystocie et la difficulté qu'il y a parfois à diagnostiquer ces tumeurs kystiques au cours d'une grossesse avancée.

Etude statistique sur la longueur du cordon portant sur 1.000 cas, à la clinique obstétricale de Marseille.

M. Loriot. — Sur 1.000 cordons de fœtus à terme examinés, l'auteur trouve 25 cm. et 95 cm. comme longueurs extrêmes. Sa statistique montre que le nombre de cas croît jusqu'à 50 cm. pour rester à peu près stationnaire jusqu'à 60 cm. et décroître ensuite. Les maxima observés se trouvent à 50 cm. (71 /1.000) et à 60 cm. (66 /1.000). La moyenne mathématique de toutes les mensurations est de 56 cm.

Il en conclut que les limites les plus fréquentes entre lesquelles oscille la longueur du cordon sont 50 et 60 cm. (536 /1.000), que le chiffre de 55 cm. peut être choisi comme longueur moyenne et enfin, qu'il est beaucoup plus fréquent de rencontrer un cordon exagérément long qu'un cordon exagérément court.

Un cas d'hydramnios chronique considérable.

M. Robiolis. — Quadrigeste rachitique, atteinte d'un hydramnios chronique de plus de 20 litres. Le fond utérin atteignait au moment de la ponction 67 cm. au-dessus du pubis. Tour de taille : 130 cm.; cette observation présente un triple intérêt — cas très rare — diagnostic positif et différentiel impossible à faire sans le secours d'une radiographie qui révéla un squelette fœtal. Enfin, diagnostic étiologique incertain dans lequel la syphilis ne paraît pas nettement en cause.

Grossesse gémellaire univitelline.

MM. Vallois et Roume. — A 8 mois 3 /4 de grossesse, expulsion d'un petit fœtus momifié ayant les dimensions d'un fœtus de 3 mois environ. Section du cordon au niveau du col. Perception des battements du cœur d'un second enfant. Continuation de la grossesse sans incident jusqu'au terme. A ce moment, accouchement normal d'un enfant vivant bien portant du poids de 3.250 grammes. Délivrance naturelle. On constate qu'il s'agit d'une grossesse univitelline. La mort du fœtus à 3 mois de grossesse, et plus tard, son expulsion n'ont gêné en rien le développement du second enfant et la marche de la grossesse jusqu'au terme normal.

La préparation de la pièce permet de se rendre compte de la disposition des deux poches et des modifications subies par la portion placentaire afférente au petit fœtus. Cette portion est ratatinée et d'aspect sclérosé. Le petit fœtus présente le type classique du fœtus compressus, papyraccus, décrit par les auteurs.

Toxhémie gravidique à forme de néphrite urémigène.

MM. Paul Delmas et Villa. — Les troubles observés chez la malade, assez graves pour qu'à son entrée une opération, de Düerhesen ait été envisagée, relevant de la rétention uréique (elle a atteint 2 gr. 65 par litre), et de l'état acidosique concomitant, après avoir été aggravés par l'évacuation de l'utérus spontanée, ont cédé devant le régime hypoazoté et le sérum bicarbonaté. Ni albuminurie, ni chlorurémie. Il s'agissait donc d'une rétention partielle, limitée aux déchets azotés.

Discussion. — M. E. Godlewski souligne le caractère exceptionnel de la survie après une azotémie ainsi faite.

M. Tédenat a observé autrefois des faits cliniques analogues que les moyens d'investigation actuels permettent de serrer de plus près.

M. Paul Delmas oppose les insuffisances rénales gravidiques survenant chez des sujets jeunes et sains, secondaires à l'attaque du poison syncitial, aux déchéances irrémédiables observées en clinique médicale alors que la sénescence ou les états pathologiques antérieurs ont altéré les parenchymes sans espoir de retour.

Paul Delmas.

Névralgie de l'ophtalmique. Inefficacité de l'énucléation. Guérison par injection d'alcool au sommet de l'orbite.

(M. Delord. — *Congrès ophtalmologique de Strasbourg* ; 12-6-1923.)

M. Delord (de Nîmes) relate une observation intéressante de névralgie de l'ophtalmique.

L'énucléation d'un œil hors d'usage fut sans effet sur la névralgie.

L'alcoolisation successive des trois branches de l'ophtalmique fut faite tout d'abord dans le trajet orbitaire, avec l'alcool titré à 75°. L'amélioration fut nette, mais la guérison survint seulement après injection au sommet de l'orbite, au niveau de la fente sphénoïdale, avec de l'alcool à 90°, titre préconisé par Sicard. La réaction fut violente, mais les douleurs cessèrent après quelques heures et la guérison complète s'est maintenue depuis 6 mois.

Il s'agit là de l'alcoolisation tronculaire du nasal, du lacrymal et du frontal que M. Delord a obtenue, de la même manière que Sicard obtient l'alcoolisation tronculaire du maxillaire supérieur et inférieur en faisant l'injection dans les trous grand rond ou ovale.

Cette question intéresse aussi les neurologues et les chirurgiens, car cette injection profonde dans l'orbite pourrait parfois remplacer la neurotomie rétro-gassérienne.

Les Livres

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Rubens-Duval et A. Lacassagne. — **Classification pratique des cancers dérivés des épithéliums cutanés et cutanéo-muqueux.** (*Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique*). 1 vol. in-8° raisin de 32 pages avec 16 planches hors texte, 1922, Prix : 6 fr.

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Ch. Finck (de Vittel). — **La goutte. Sur quelques points controversés ou peu connus de son histoire** (une brochure in-8° de 80 pages, 1922, Prix : 4 fr. 50.)

Dans la goutte, l'acide urique ne joue pas un premier rôle, mais sa présence en excès dans le sang est constante chez le goutteux, et les variations de l'uricémie sont superposables aux manifestations cliniques de la maladie. L'uricémie augmente au cours de l'accès de goutte, et, en comparant les résultats de l'examen du sang et des urines, l'auteur arrive à conclure que l'accès, contrairement à l'opinion classique, n'est pas la manifestation bruyante de la formation du dépôt goutteux, mais celle de sa résorption.

A l'occasion d'observations faites sur la localisation du premier accès chez les syphilitiques, il a constaté que, contrairement encore à l'opinion généralement admise, l'accès exige pour se produire un minimum d'activité circulatoire, et que si la goutte remonte avec l'âge, c'est parce que la circulation se ralentit aux extrémités.

Un chapitre est consacré aux manifestations extra-articulaires aiguës de la goutte qui se voient de préférence sur les organes où il existe du tissu cartilagineux. Fait intéressant, le testicule et la parotide, qui sont assez fréquemment le siège d'un chondrome, sont aussi la localisation préférée des accès de goutte glandulaire.

Chez les goutteux glycosuriques, il y a un balancement très marqué entre la rétention urique et la glycosurie : les grosses décharges uriques s'accompagnent d'une diminution et souvent de la disparition de la glycosurie.

L'auteur expose les premiers résultats de l'*auto-sérothérapie antigoutteuse.* Il estime dangereuse toute méthode qui ne s'accompagne pas de désaturation. Celle-ci peut être obtenue par des moyens divers, mais comme elle s'accompagne de manifestations douloureuses lorsqu'elle est intensive, il voit dans le colchique le moyen de la doser et suppose que l'action inhibitrice du colchique sur les phénomènes de résorption est le secret de son action thérapeutique.

G. Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr G. Portmann, chef de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Bordeaux. — **Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien.** Préface du Pr Moure. (1 volume in-8° de 264 pages, avec 38 figures, 1923. Prix : 14 fr.)

Pour les praticiens, faisant de la médecine générale ou de la spécialité, l'auteur a réuni les éléments indispensables du traitement des affections de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles.

Chaque prescription est précédée d'une brève

notice, donnant en quelques lignes les principaux symptômes fonctionnels ou objectifs qui caractérisent la maladie à traiter.

Le lecteur trouve ensuite, non seulement ce qu'il doit faire pour établir une thérapeutique efficace, mais encore tout ce qu'il est nécessaire d'écrire sur sa feuille d'ordonnance (formules, mode d'emploi, régimes, etc.) et même les indications qu'il convient de donner verbalement au malade pour être sûr de la bonne application du traitement.

Pour chaque maladie existe une grande richesse de prescriptions, qui met à la disposition du médecin traitant une gamme thérapeutique, dans laquelle il pourra faire un choix pour varier ou graduer le traitement.

Les médications générales, toniques, reconstituantes, dépuratives, etc., sont aussi envisagées avec détails.

Enfin, un chapitre des incompatibilités pharmaceutiques utiles à connaître complète ce livre, dont la lecture permettra d'éviter bien des erreurs préjudiciables au malade.

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Ed. Delthil et J.-J. Sédillot. — **Le catéchisme, de l'asthmatique et de l'arthritique (les symptômes, les causes, le traitement)** (1 vol.in-16 raisin de 132 pages. 2e édition, Paris, 1922, Prix : 6 fr.)

La première édition de ce livre intéressant fut écrite en 1918 par Delthil, après 55 ans de clientèle spécialisée, et près de 4000 cas traités. Sédillot reprend aujourd'hui les idées de son maître, sans sacrifier d'ailleurs aux médications nouvelles, dont pas une encore n'a fait sa preuve. Il s'attache à montrer comment tous les faits d'acquisition récente (anaphylaxie, hémoclasies, chocs humoraux) viennent simplement apporter l'explication scientifique de tous les principes admis par Delthil, en ce qui concerne la pathogénie et le traitement de l'asthme : de nombreux faits cliniques, un exposé complet des résultats obtenus viennent à l'appui de tous les points importants.

Ce livre, clair et précis, se recommande aux asthmatiques par son titre ; il sera également lu avec beaucoup d'intérêt par les médecins.

Masson et Cie, éditeurs, Paris.

A. Martinet. — **Les angines de poitrine. Le syndrome clinique. Pathogénie. Pronostic. Thérapeutique. Pratique médicale.** (1 volume in-8 écu de 140 pages avec 35 figures et 14 planches. Collection de médecine et chirurgie pratiques, 1922, Prix : 8 fr.)

Après avoir montré que l'angine de poitrine n'est qu'un syndrome clinique, banal, sans spécificité nosologique, l'auteur relate un certain nombre d'observations personnelles typiques.

Il étudie la *pathogénie* des angines de poitrine, ainsi que le rôle des pressions artérielles et celui des artères coronaires dans la genèse des angines de poitrine. Les éléments du *pronostic*, il les dégage de diverses statistiques, et surtout de la sienne, qui est particulièrement documentée. Il donne ensuite les indications de thérapeutique générale.

Une partie importante du volume est consacrée à la *Pratique médicale courante*. L'auteur dépouille une statistique de 100 cas réels d'angine de poitrine : angine subordonnée à une aortite, à la goutte, la pléthore, l'angiospasme, angines subordonnées à la névropathie, à l'aérophagie, angines souvent réflexes.

Il en déduit les points essentiels du diagnostic, à résoudre en présence de toute angine, et d'où découlent les indications thérapeutiques, qui peuvent se résumer en 4 types d'ordonnances, suivant qu'on se trouve en présence de cas différents.

Le traitement est étudié en dehors des crises, et au moment de la crise.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

L.-H. Dejust. — **Examen critique de l'homéopathie** (Un chapitre d'histoire de la médecine). (1 vol., 93 pages, 1922, Prix : 7 fr.)

En biologiste, qui n'est pas homœopathe, l'auteur procède à une exposé critique de la doctrine homœopathique.

C'est le premier essai de ce genre, qui ne soit ni un réquisitoire, ni un plaidoyer, mais une recherche des éléments utilisables que peuvent renfermer les théories de cette école.

Après avoir raconté la vie d'Hahnemann et la naissance de la doctrine, l'auteur en précise les idées directrices d'après les publications contemporaines dans les différents pays ; on sait qu'en Amérique, notamment, les homœopathes, fort nombreux, font paraître de nombreux travaux.

Deux grands principes sont à la base de l'homœopathie : celui de *similitude* (*similia similibus curantur*), et celui de *posologie* ; l'application de ce dernier conduit à utiliser ces extrêmes dilutions qui donnent à la pharmacopée homœopathique son caractère si particulier.

L'auteur indique dans quels cas se manifeste cette similitude, prévue par Hahnemann entre le mal et le remède : sérothérapie, vaccinothérapie, organothérapie. Il rappelle ensuite les travaux contemporains, qui ont établi d'une façon définitive que les végétaux inférieurs étaient sensibles à des traces infimes de certains éléments.

Un chapitre, illustré de nombreuses citations, expose comment les homœopathes appliquent ces principes, examinent un malade, conçoivent la matière médicale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

L'admission des malades payants, dans les hôpitaux, peut-elle être considérée comme un acte de concurrence déloyale vis-à-vis des maisons de santé et cliniques privées ?

Un hôpital, qui reçoit des malades payants, soit dans une salle, soit dans des chambres particulières, peut faire concurrence aux maisons de santé et cliniques privées de la localité. Les prix de journée de l'hôpital sont nécessairement inférieurs à ceux demandés dans la clinique, car les frais généraux sont répartis sur un plus grand nombre de malades (à cause de la présence de tous les hospitalisés admis en vertu des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.)

De plus, l'hôpital. étant un établissement public, n'a pas d'impôts à acquitter.

Aussi, les réclamations commencent-elles à se faire entendre, de la part du corps médical. Celui-ci accepte volontiers de collaborer au bien public, en donnant ses soins gratuitement aux pauvres ; mais il ne veut pas accorder les mêmes faveurs de gratuité à ceux qui peuvent payer, et qui devraient ainsi aider les docteurs à gagner leur vie pour élever leur famille.

De plus, peu nombreuses sont les commissions administratives d'hôpitaux, qui ouvrent les salles payantes à tous les médecins de la localité : la plupart du temps, seul le médecin ou chirurgien attitré de l'établissement a le droit exclusif d'opérer les payants. Ces derniers n'ont donc pas le libre choix du médecin et le personnel médical hospitalier acquiert une sorte de monopole pour les soins à donner, à l'hôpital, à tous ceux qui y sont admis, bien que non-indigents.

Je sais bien que ce service des payants compense pour le médecin de l'hôpital, le manque à gagner qu'il éprouve de la part des indigents : c'est un droit à rémunération, qui vient s'ajouter au titre de médecin ou de chirurgien de l'hôpital.

En second lieu, la commission administrative sait tirer parti du quartier payant de l'établissement : les non-indigents sont une source de revenus, tant par la location des salles ou chambres particulières, que pour l'occupation de la salle d'opération, pour la fourniture des médicaments et matières de pansement.

Mais ce désir légitime de trouver des ressources supplémentaires à la dotation de l'établissement des pauvres doit-il permettre une concurrence, parfois effrénée, telle qu'on la voit, dans certaines villes, s'exercer, au profit des salles payantes de l'hôpital et au détriment des cliniques et maisons de santé voisines ?

La loi du 7 août 1851, qui forme la charte actuelle des hospices et hôpitaux, est muette, à ce point de vue. En 1851, seuls les indigents étaient admis à l'hôpital, : celui-ci était un lieu de souffrance, sans grand confort, lieu de misère, réservé aux pauvres et aux miséreux.

Mais le législateur de 1851 n'avait pas prévu l'évolution scientifique, qui a transformé ces établissements publics, en les dotant de services de chirurgie, de radiologie, de maternités, etc. Aussi, les payants, qui cherchent leur profit, trouvent-ils plus économique de venir se faire opérer sans grands frais, dans un établissement créé pour les pauvres, et en exploitant ainsi le dévouement du corps médical.

Personnellement, j'ai fait tout mon possible pour que le réglement modèle des hôpitaux, adopté par le Conseil supérieur de l'assistance publique, en sa séance du 30 juin 1920, puisse réglementer l'admission des malades payants dans les hôpitaux, devant le silence de tout texte législatif.

Ce règlement, par son article 27, paragraphe 5 dit, en substance : « le principe de la spécialité des établissements publics ne permet de réserver de lits aux malades payants qu'à titre exceptionnel et dans une faible proportion, l'hôpital et l'hospice étant, par définition, affectés aux pauvres. D'ailleurs, le terme : pauvre n'implique pas absence totale des ressources. Il doit être entendu largement... »

Voilà donc un premier point établi : l'hôpital est, par définition, un établissement public, c'est-à-dire ne pouvant ni faire de bénéfices, ni se livrer à une entreprise commerciale quelconque. Sa seule clientèle : ce sont les pauvres ; mais, exceptionnellement, les non-indigents peuvent être admis dans l'établissement. Dans quelles conditions ?

Le règlement modèle précité envisage trois catégories de payants :

1° Des malades atteints de maladies conta-

gieuses, soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune, mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent pas être soignés à domicile utilement pour eux-mêmes, ou sans péril pour autrui ;

2° Des malades étrangers de passage, atteints de maladies soit chirurgicales, soit médicales, lorsqu'il n'existe pas dans la commune de maison de santé ;

2° Des malades habitant la commune, dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté qu'il est impossible de la faire dans des conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans une maison de santé.

Il semble donc bien établi que l'hôpital ne peut recevoir de malade payant qu'autant qu'il n'existe pas de maison de santé dans la localité, ou que celle-ci soit trop chère pour être accessible aux bourses modestes.

Pour pouvoir faire la preuve que l'établissement hospitalier est sorti de sa spécialité en admettant trop facilement des malades payants, il faut réunir un certain nombre de conditions.

D'abord, il faudrait rechercher les exemples de réclames faites par l'hôpital, en vue d'attirer la clientèle des payants. Ces réclames sont-elles faites par affiches, par tracts, par annonces dans les journaux ? Alors, l'hôpital, établissement public, pourrait être accusé de rechercher des bénéfices commerciaux, dans un bon but, il est vrai, puisque ces bénéfices serviraient à boucler le budget des pauvres, mais bénéfices commerciaux tout de même, pouvant, en cas d'échec, compromettre les droits qu'ont les indigents à avoir des lits, ou diminuer leur bien-être, par fonds dilapidés en vue de l'aménagement des locaux payants.

Il faudrait ensuite apporter la preuve qu'un malade payant a été détourné de la clinique pour être attiré, puis admis à l'hôpital.

Il faudrait enfin démontrer que la maison de santé est organisée pour recevoir, à tous prix, des malades payants de condition de fortune inégale.

Il serait alors possible de faire un procès en concurrence déloyale et détournement de clientèle. Le « Sou Médical » n'hésiterait pas à confier le dossier à ses avocats-conseils, pour que l'affaire puisse recevoir tout le développement juridique qu'elle comporterait.

Le corps médical a trop souvent donné des preuves de son désintéressement, vis-à-vis des misères humaines, pour pouvoir être accusé de mercantilisme, ou de soif de l'argent. Mais ce même corps médical ne veut pas être dupe : il lui faut vivre, élever une famille, payer des impôts de plus en plus élevés. Aussi ne veut-il pas se laisser déposséder de son gagne-pain. Si les hôpitaux ne peuvent plus boucler leurs budgets, qu'ils s'adressent aux communes, départements, ou à l'Etat ; mais ils ne doivent pas concurrencer une profession honorable qui a droit à l'existence. Quand on veut faire la charité, on la fait avec son propre porte-monnaie et non avec celui du voisin. Que MM. les membres des commissions administratives des hôpitaux recherchent les moyens propres à équilibrer les finances hospitalières par d'autres procédés que celui qui consiste à faire soigner gratis, par les médecins, tous malades susceptibles de payer de légitimes honoraires au corps médical.

Dr Paul BOUDIN.

LE CONCOURS MÉDICAL ET SES FILIALES

MUTUALITÉ FAMILIALE

I

Les combinaisons indemnités-maladies.

Un certain nombre de mes correspondants, surtout parmi les jeunes candidats à notre société, me posent la question suivante :

« L'article 46 des statuts interdit le passage de la combinaison MA à la combinaison MAD. Je commence à créer une clientèle : je suis obligé de veiller à mon budget ; la prime MAD me semble lourde et je vais choisir MA ; mais comment devrai-je faire pour m'assurer une indemnité double le jour où mes ressources me permettront de payer la prime de MAD ? Une indemnité de 10 fr. par jour peut me suffire en ce moment où je suis célibataire et sans charges ; elle sera insuffisante quand je serai marié. Pourquoi ne pas trouver un moyen de remplacer l'adhésion à MA par une adhésion à MAD ? »

A cette question fort intéressante voici ce que je puis répondre :

D'abord, si nous avions autorisé *ipso facto* et sans réserve le passage de MA à MAD, c'en était fait de cette pauvre combinaison MA et ceux qui n'auraient pas eu la possibilité d'opter pour

MAD soit à cause de leur âge, soit à cause de leur santé, n'auraient plus formé qu'un groupe infime et non viable : car il ne faut pas oublier qu'à la Mutualité familiale chaque combinaison est autonome, a sa vie propre, ses comptes à elle, et doit marcher seule sans être à charge à ses sœurs.

C'est pour cette raison que nous avons créé la combinaison 1/2 MAD qui a permis à tous les membres de MA qui l'ont voulu et qui l'ont pu, de doubler leurs indemnités, sans nuire à la combinaison mère.

Aujourd'hui MA est composée de tous nos anciens membres dont un gros groupe a formé la combinaison supplémentaire demi-MAD, et des membres nouveaux dont les ressources sont modestes et qui n'osent pas charger leur budget de la prime MAD.

Il faut pourtant que ces derniers puissent trouver chez nous le moyen d'augmenter leur prévoyance et leurs secours au jour de la maladie et du besoin.

Or, si l'article 46 dit qu'on ne peut pas passer de MA à MAD par simple jeu d'écriture pour ainsi dire, il ne défend pas aux membres de MA d'adhérer à MAD. Pour cela il suffit de démissionner de MA et de faire un acte de candidature à MAD, tout comme un nouveau membre.

Cette opération offre au sociétaire la facilité de choisir la combinaison adéquate à ses ressources, au moment qu il juge opportun. Elle l'oblige par contre à un nouvel acte de candidature, à un nouvel examen médical et au droit d'entrée qui s'y ajoute ; mais cette mesure s'impose, car il est évident que l'on ne peut pas admettre à la double indemnité un sociétaire membre de MA, qui a été atteint par exemple d'une maladie chronique et dont la santé n'offre plus les garanties nécessaires : ce serait réellement une trop bonne affaire que de rester à MA tant qu'on n'est pas malade et de passer à MAD le jour où on a le droit de passer aussi à la caisse : toucher 20 fr. par jour ou 200 fr. par mois vaut bien un effort financier supplémentaire de 150 fr. par an !

Et c'est ce que le Conseil d'administration n'a pas voulu. Un instant de réflexion suffit pour comprendre à quels abus, à quels cataclysmes nous serions allés sans cette précaution.

Donc pour passer à MAD, il faut faire acte de candidature nouvelle.

Le seul inconvénient est que, le stage étant obligatoire, le candidat à MAD se trouvera « en l'air » pendant 3 mois et perdra pendant ce temps son droit à l'indemnité en cas de maladie.

En effet pour adhérer à MAD il faut être démissionnaire de MA au moins pour la fin du trimestre en cours, et comme il faut 6 mois de stage pour avoir la jouissance des droits aux indemnités, on se trouve comme suspendu pendant 3 mois.

Je ne vois pas comment on pourrait parer à cet inconvénient : je dis même que le dit inconvénient est une nécessité pour qu'il n'y ait pas d'abus ni de truquages, car ce serait facile autrement de faire le changement au jour où l'on se sent flancher au point de vue santé ; et ces trois mois de suspension ne peuvent nuire qu'aux douteux et aux suspects.

Que ceux qui veulent éviter ce risque adhérent donc d'emblée à MAD.

Quant aux autres, qu'ils songent à y poser leur candidature dès que leur bourse le leur permet, et avant de payer leur tribut à la maladie.

II

Un mot à nos chroniques.

Et maintenant qu'il me soit permis d'adresser encore un rappel à l'ordre à nos chroniques et à leurs familles.

Un certain nombre de nos vieux malades, le Dr B., le Dr M., le Dr D., etc., etc. oublient régulièrement de me donner de leurs nouvelles aux époques statutaires.

Ainsi, les trois que j'ai désignés par leurs initiales ne m'ont écrit que pendant la première quinzaine d'avril pour me rappeler qu'ils vivaient toujours et j'étais resté sans nouvelles d'eux depuis décembre. Ils n'ont donc pas été payés fin mars de leur indemnité du 1er trimestre. Or, aujourd'hui, fin juin, je n'ai pas la moindre nouvelle d'eux depuis avril. Et quand ils verront juillet se passer sans le mandat attendu de Gassot, ils vont fulminer contre *notre* négligence et *notre* sévérité.

Or, il s'agit de confrères ayant toute leur tête : et ce sont des récidivistes de la négligence ! Faudrait-il donc que ce soit moi qui m'astreigne à les rappeler systématiquement à l'ordre à chaque trimestre pour leur éviter l'amende que le Conseil va certainement être obligé de leur infliger ?

Ne doivent-ils pas savoir que, avant la fin de chaque trimestre, le Conseil a besoin de savoir qu'ils vivent encore pour leur allouer leur indemnité trimestrielle ?

Ne doivent-ils pas comprendre enfin qu'ils devraient donner aux personnes de leur entourage tous les renseignements utiles afin que leurs familles sachent ce qu'elles auraient à faire vis-à-vis de nous, le jour où eux-mêmes seraient rendus incapables de remplir les formalités nécessaires, du fait d'une aggravation de leur état de santé ?

Car, tout cela, ce n'est que de la stricte administration correcte ; et, avec un peu de bonne volonté, il serait bien facile d'éviter les retards, les rappels, les erreurs, les amendes et les récriminations.

Je sais bien que nos pauvres vieux chroniques sont souvent les plus intéressants de nous tous, que leur pénible situation mérite certaines considérations. Mais le fait que ce sont eux notre plus lourde charge devrait les inciter davantage à plus de régularité ; et au contraire, ce sont toujours eux les plus négligents !

En voulez-vous une preuve ? Le 22 juin 1923, à 4 jours de la réunion du Conseil, 21 chroniques ne m'avaient pas encore donné de leurs nouvelles depuis le précédent trimestre !

Va-t-il donc falloir, pour parer à tant de laisser-aller, que le Conseil étudie l'application de sanctions plus sévères, telles que la radiation pure et simple de l'indemnité ?

Confrères, je vous en supplie, ne nous obligez pas à de telles mesures et songez que nous faisons assez pour vous pour que, de votre côté, vous ne compliquiez pas notre tâche par de telles négligences.

Le secrétaire général.

H. Mignon.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'administration

Admissions

Sous réserve des publications statutaires, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

5904 Blanc, Dreux (E.-et-L.).
5915 Baudot, Damvillers (Meuse).
5916 Guinaud, Sartrouville (S.-et-O.).
5917 Dournes, Saint-Céré (Lot).
5918 Vicherat, Maule (S.-et-O.).
5919 Basile, Pierrepont (M.-et-M.).
5920 Faron, Cires-les-Mello (Oise).
5921 Artaud, Ivry-l'Evêque (S.-et-L.).
5922 Daban, Tremblay-le-Vicomte (E.-et-L.).
5923 Luigi, Dieulefit (Drôme).
5924 Juste, Saint-Drézery (Hérault).
5925 Guibert, Saussignac (Drôme).
5926 Delecour, Noyelles-sous-Lens (P.-de-C.).
5927 Barthelet, Montbarrey (Jura).
5928 Bouquet, Nogent-le-Roi (E.-et-L.).
5929 Vizerie, Souillac (Lot).
5930 Saint-Paul, Lavernose (Hte-Garonne).
5931 Commes, Ezy (Eure).
5932 Cordier, Epinac-les-Mines (S.-et-L.).
5933 Laplaze, Saint-Céré (Lot).
5934 Tridon, Berck-Plage (P.-de-C.).
5935 Latouche, Rochefort-sur-Loire (M.-et-L.).
5936 Chevy, Verdes (L.-et-Ch.).
5937 Pacaut, 3 place Jussieu, Paris.
5938 Lautzmann, Senones (Vosges).
5939 Boulanger, Louvres (S.-et-O.).
5940 Fernet, Albert (Somme).
5941 Parquet, Villemeux (E.-et-L.).
5942 Tison, Le Cateau (Nord).
5943 Paul-Manceau, 12 rue Bellechasse, Paris.
5944 Defosse, la Ciotat (B.-du-R.).
5945 Duponchel, Dôle (Jura).
5946 Almeras, Villefort (Lozère).
5947 Guichard, Bourg-Argental (Loire).
5948 Viard, St-Denis-de-Jouhet (Indre).
5949 Gigante, Ste-Florine. (Hte-Loire).
5950 Parin, Berck-Plage (P.-de-C.).
5951 Kaplan, St-Rémy-sur-Avre (E.-et-L.).
5952 Aubert, Oraison (Basses-Alpes).
5953 Sibut, 21 boul. St-Martin, Paris.
5954 De Beauchamp, Luchon (Hte-Garonne).
5955 Baron, Levallois-Perret (Seine).
5956 de Saint-Avit, Parmain (S.-et-O.).
5957 Guyot, Chateaumeillant (Cher).
5958 Verger, Mâcon (S.-et-L.).
5959 Rigaud, St-Rambert-en-Bugey (Ain).
5960 Labarrière, Amiens (Somme).
5961 Bardoz, Delle (Belfort).
5962 Gireaux, Nocé (Orne).
5963 Lasserre, Lembaye (Basses-Pyr.).
5964 Coulon, Gourdon (Lot).
5965 Charpentier, Bécherel (I.-et-V.).
5966 Houlbrecque, Fécamp (Seine-Inf.).
5967 Duvochel, Pomérols (Hérault).
5968 Mandet, Louvigné-de-Bais (I.-et-V.).
5969 Fournier, Boiscommun (Loiret).
5970 Bondneame, Sens de Bretagne (I.-et-V.).
5971 Jacqueau, Lyon (Rhône).
5972 Delezenne, Ascq (Nord).
5973 Brabant, Anzin (Nord).
5974 De Nevreze, 20 rue Mogador, Paris.
5975 Vallée, Meslay-le-Vidame (E.-et-L.).
5976 Simon, St-Michel (Aisne).
5977 Chédeville, 115, boul. Haussmann, Paris.
5978 Herck, Livry-Gargan (S.-et-O.).
5979 Peguet, Chauffailles (S.-et-L.).
5980 Aimé, Sérent (Morbihan).
5981 Grimbert, Rilly-la-Montagne (Marne).
5982 Gay, Annemasse (Hte-Savoie).
5983 Naugé, Arpajon (S.-et-O.).
5984 Aubert, Marigny le-Châtel (Aube).
5985 Amsler, 8 boul. Voltaire, Paris.
5986 Petit, Brunehamel (Aisne).
5987 Porcheron, Croissy-sur-Seine (S.-et-O.).
5988 May, Vigneux-sur-Seine (S.-et-O.).
5989 Royet, Pont-du-Château (P.-de-D.).
5990 Rouffart, Laroche-Canillac (Corrèze).
5991 Atger, Graveson (B.-du-R.).
5992 Farina, Menton (Alpes-Marit.).
5993 Huth, Seloncourt (Doubs).
5994 Dupont, Bougival (S.-et-O.).
5995 Theronde, 12 rue de la Pompe, Paris.
5996 Bezine, Méry-sur-Seine (Aube).
5997 Lesueur, Brionne (Eure).
5998 Rabot, Coulonges-sur-Sarthe (Orne).
5999 Leroy, St-Germainmont (Ardennes).
6000 Caradec, Quimper (Finistère).
6001 Lamaison, Bayonne (Basses-Pyr.).
6002 Barroyer, Croix (Nord).

Accidents du travail.

La créance du Dr F. (Seine-et-Oise), sur la faillite d'un patron dont il avait soigné les ouvriers victi-

mes d'accidents du travail, ayant été admise par privilège, M. Audebert a recouvré le montant intégral des honoraires, s'élevant à 1.067 fr., sur lequel il lui est dû, pour frais et honoraires, 120 fr.

L'appui pécuniaire ayant été accordé au Dr F., les frais et honoraires de M. Audebert, sont à la charge du « Sou médical » et les honoraires réclamés pour le Dr F. seront envoyés intégralement à ce dernier (1).

Le Dr A. (Seine) a été débouté par un juge de paix d'une demande en payement d'honoraires accidents du travail par le motif que le patron étant assuré, le médecin n'avait plus d'action contre lui, mais seulement contre la Compagnie d'assurances, qui est en faillite.

MM. Auger et Nattan-Larrier sont d'avis que cette décision serait cassée si elle était déférée à la Cour suprême, mais il leur paraît inopportun que le « Sou » dépense une somme élevée pour attaquer une décision antijuridique et qui ne peut former jurisprudence. Dans ses motifs, en effet, le juge de paix cite des articles de la loi sur les accidents du travail qui s'appliquent à l'affiliation aux sociétés de secours mutuels et à la garantie de la Caisse nationale des retraites et non à l'assurance.

Le Conseil du « Sou » se rallie à l'opinion de ses avocats-conseils et, pour que le Dr A. ne subisse aucun préjudice, il est disposé à lui verser le montant de sa note d'honoraires (213 fr.) et les frais du procès, se réservant de porter plainte entre les mains du procureur général contre le juge de paix ignorant ou partial.

Le Dr P. (Dordogne), ayant touché des honoraires, conformément au règlement de l'hôpital, du patron d'un blessé du travail hospitalisé, est l'objet, de la part de ce patron, qui n'a pu se faire rembourser par la Compagnie d'assurances, d'une demande de restitution de la somme versée.

Le Conseil accorde en principe l'appui pécuniaire au Dr P. pour défendre à cette demande, si elle était portée en justice.

Honoraires de droit commun.

Le Dr L. (Vienne) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre une cliente qui a été inscrite sur la liste de l'Assistance médicale gratuite postérieurement à l'opération qu'il a pratiquée sur elle à l'hôpital, où elle était entrée comme malade payante et dont le règlement lui donne le droit de réclamer des honoraires aux malades payants.

Le Conseil accorde au Dr L. l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr A. (Seine-Inférieure) demande l'appui pécuniaire pour le recouvrement d'une note d'honoraires de 285 fr., que le secrétariat du « Sou » avait approuvée avant sa présentation. Le client offre 100 fr., dont 30 pour anesthésie et assistance à une opération.

A titre tout à fait exceptionnel, et qui ne pourra être invoqué comme précédent et attendu qu'il s'agit d'un procès non susceptible d'appel, le Conseil accorde au Dr A. l'appui pécuniaire demandé. Il lui ouvre, en plus des frais judiciaires, un crédit de 100 fr. pour les honoraires de son défenseur.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr Vallet, de Vernon (Eure), ayant manifesté son intention de se désister du pourvoi en cassation formé contre l'arrêt de la Cour de Rouen (voir *Concours médical*, n° du 3 juin , page 2131), le Conseil en prend acte, estimant, au surplus, qu'il n'y a pas lieu de regretter cette décision,étant donnés les termes de l'arrêt, rendu en fait et qui ne laisse pas, par suite, beaucoup de chances de succès à un pourvoi en Cassation.

Le Conseil ordonnance le payement au Dr A. (Seine) de la somme de 300 fr., montant de la participation du « Sou », dans les honoraires de l'avocat qui l'a assisté lorsqu'il a été inculpé de violation de la loi sur la prescription des substances vénéneuses, affaire qui s'est terminée par un non lieu pour le Dr A. et l'un de ses confrères, également membre du « Sou » et ayant également bénéficié de son appui.

Le Dr P. (Seine) ayant assigné d'anciens clients en payement d'honoraires d'accouchement, s'élevant à 850 fr., une demande reconventionnelle en 2.000 fr. de dommages-intérêts a été formée contre lui pour prétendue faute commise. Les adversaires offrent actuellement de payer 600 fr., plus les frais et de se désister de la demande reconventionnelle.

Le Conseil, conformément à l'avis de Me Nattan-Larrier, et étant donné surtout que le Dr P. avait, antérieurement au procès en cours devant le Tribunal civil, porté l'affaire devant le juge de paix, en réduisant sa demande à 600 fr. pour rester dans la compétence de ce magistrat, est d'avis qu'il y a lieu d'accepter les propositions de la partie adverse.

Le Dr L. (Charente-Inférieure) est menacé par un client, à qui il réclame ses honoraires, d'une demande en 200 fr. de dommages intérêts pour l'avoir abandonné. Or, c'est le client qui a négligé de se rendre au cabinet du médecin, comme celui-ci l'en avait prié, après lui avoir donné des soins à domicile, et alors qu'il pouvait se déplacer sans inconvénient pour sa santé.

L'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale sont assurés au Dr L. dans le cas où son ancien client donnerait suite à sa menace.

Le Dr L. (Corrèze) est assigné en 100.000 fr. de dommages-intérêts par un client, qui lui reproche d'avoir mal soigné une fracture dont il a été atteint

(1) Le Dr F. en remerciement de l'appui du « Sou, lui a fait don de 50 fr. pour bons offices.

et d'avoir ainsi été cause qu'il lui subsiste une infirmité.

Le Dr L. est admis à la Garantie de la Caisse spéciale dans les conditions des statuts et règlements.

Diffamation.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr G. (Somme) de la somme de 300 fr., montant de la provision qu'il a versée à son avoué dans l'affaire de faux témoignage diffamatoire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été antérieurement accordé (réunion du 26 décembre 1922.)

Les médecins de V. (Manche) demandent l'appui contre un journal régional qui a publié une information d'après laquelle 2 médecins et 2 pharmaciens de leur ville étaient inculpés pour escroquerie aux carnets de mutilés, alors qu'il n'y a absolument rien de vrai dans cette nouvelle.

Me Nattan-Larrier a donné le conseil d'envoyer au journal une demande de rectification, comme le prévoit la loi sur la presse. Dans le cas où il ne serait pas donné satisfaction à cette demande, l'appui pécuniaire serait accordé, pour un procès en diffamation, aux médecins de V. membres du « Sou » (3 sur 4)

Divers.

Le Dr M. (Seine) demande éventuellement l'appui pécuniaire pour poursuivre contre le Protectorat du Maroc l'exécution des obligations qu'il a contractées envers lui.

L'appui pécuniaire serait accordé au Dr M. dans le cas où, ses réclamatinons amiables ayant échoué, il serait contraint de recourir à la voie judiciaire pour se faire rendre justice.

Le Conseil ordonnance le payement à l'avoué du Dr T. (Seine-et-Oise) près la Cour de Paris, de la somme de 150 fr. à titre d'honoraires particuliers dans l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé.

Le Dr P. (Seine) a gagné, après plaidoirie de Me Nattan-Larrier, le procès que lui avait intenté son propriétaire, qui contestait le point de départ de sa prorogation de bail, fixé cependant par un jugement antérieur, également avec l'appui du « Sou » (1).

Le Conseil ordonnance le payement des honoraires de Me Nattan-Larrier, soit 300 fr. et des frais avancés dans cette affaire, qui s'elèvent à 18 fr.

Le Dr D. (Maine-et-Loire) demande l'appui pécuniaire pour intenter un procès en dommages-intérêts à un messager qui a détérioré son automobile, qu'il transportait chez un mécanicien pour réparations.

Le Conseil, étant donné qu'il s'agit d'une voiture servant à l'exercice de la profession de son adhérent, lui accorde l'appui pécuniaire demandé et lui ouvre, en outre du payement des frais judiciaires proprement dits, un crédit de 200 fr. pour participation du « Sou » dans les honoraires de son avocat.

Le Dr P. (Tonkin), nommé médecin du service externe de l'hôpital indigène de H., emploi qui lui a été retiré ensuite, demande que le « Sou » lui donne son appui pour former un recours en Conseil d'Etat contre ce qu'il considère comme une révocation illégale.

Les docteurs Courtois-Suffit et Bourgeois, ayant publié dans un journal médical une étude sur la responsabilité professionnelle, à la fin de laquelle ils expriment le regret qu'il n'existe aucune organisation médicale ayant pour objet la défense du corps médical, le Conseil décide d'écrire à l'un d'eux, pour lui signaler l'existence du « Sou » et l'œuvre qu'il a accomplie déjà et dont il poursuit l'accomplissement.

Le Dr C. (Indre), qui n'est pas membre du « Sou », a fait publier dans un journal médical une lettre où est présenté inexactement le rôle joué par le « Sou », dans son différend avec un chirurgien, pour le payement des honoraires d'assistance à l'opération (1). Il indique, dans cette lettre, que le « Sou » n'a pas donné son appui à son confrère, qui le lui aurait demandé. Or, ce dernier ne fait pas non plus partie du « Sou médical », qui ne lui a donné qu'un conseil.

Le Conseil décide de demander au journal qui a publié cette lettre l'insertion d'une rectification.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Groupe médical parlementaire

Le Groupe médical s'est réuni le 17 mai à 17 heures 15, à la Chambre, sous la présidence de M. le docteur Chauveau, sénateur.

Assistaient à cette séance MM. Quivy, président, et Lafontaine, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux.

La parole est d'abord donnée à M. le docteur Lafontaine. Celui-ci expose avec précision les demandes faites dès 1920, renouvelées en 1921 et 1922, pour empêcher les abus et réclamer un contrôle sérieux sur les soins à donner aux mutilés en vertu de l'article 64 de la loi des pensions.

(1) Voir *Concours médical*, 1922, p. 1326.
(2) Voir *Concours médical*, n° 5 de 1923, p. 392.

En février 1921, le Syndicat médical de Marseille qui avait déjà prévenu l'administration, faisait placarder une affiche (dont M. Lafontaine montre un exemplaire) pour prévenir la population des abus qui se commettaient.

Dès le début, les Syndicats médicaux ont insisté pour avoir un contrôle.

Le contrôle administratif étant reconnu insuffisant et inefficace, les Syndicats médicaux ont avisé l'administration.

Depuis que le système de contrôle tri-partite (administration, médecin et mutilé) fonctionne, les abus ont été découverts et poursuivis.

Le Dr Lafontaine exprime cependant la crainte que le rôle du secrétaire des Commissions (le médecin) ne soit entravé par le président de ces Commissions (le préfet) et que le contrôle médical ne puisse jouer en toute liberté.

Il croit que l'article 64 de la loi doit être maintenu et que le contrôle sévèrement exercé par les Commissions tri-partites empêchera les abus signalés.

Après le départ de MM. Quivy et Lafontaine, le Dr Gilbert Laurent expose en quelques mots le sens général et l'esprit de l'interpellation qu'il a déposée. Désolidariser le corps médical des fautes de quelques indignes. Exiger des sanctions sévères contre tous les coupables. Montrer les faiblesses et les complaisances de l'administration et de la justice, qui n'ont pas su ou n'ont pas voulu sévir au début et ont ainsi permis aux abus scandaleux signalés par les médecins de continuer et de s'aggraver jusqu'au scandale.

Une discussion s'engage ensuite, y prennent part MM. Pinard, Dezarnaulds, Legros, Hermabessière, Gadaud, Constant, députés, MM. le Dr Chauveau, Goy, Merlin, etc., sénateurs.

A la suite de cette discussion, le Groupe décide de « féliciter le Dr Gilbert Laurent de ne pas avoir laissé à d'autres le soin de stigmatiser les forbans de la profession et lui donne mandat de réclamer le maintien entre les mains du corps médical organisé du contrôle technique et de la direction du contrôle administratif des soins à donner aux mutilés et blessés de guerre par la loi des pensions ».

La séance est levée à 19 heures.

Le Secrétaire,
Dr Gilbert LAURENT,
Député.

Le Président,
Dr CHAUVEAU,
Sénateur.

Syndicat médical de la région de Guingamp

(8 *avril* 1923).

Exercice illégal de la médecine. — Un nouveau dossier a été transmis au procureur concernant l'affaire de Paimpol. Il s'en est suivi une enquête faite par la gendarmerie de la localité, enquête qui a été nettement favorable à l'accusé. Dans ces conditions, l'Assemblée, persuadée qu'elle n'a aucune chance d'obtenir gain de cause, décide de ne pas poursuivre l'affaire.

Loi des pensions. — M. Rouault fait remarquer qu'en vertu de l'article 66 du chapitre IV, les honoraires chirurgicaux sont réglés aux chirurgiens dans les cliniques privées, tandis qu'à l'hôpital public le règlement des interventions est subordonné aux décisions des Commissions administratives. L'Assemblée émet le vœu que cette différenciation disparaisse et que les soins donnés aux victimes de la guerre soient rémunérés à l'hôpital comme à la clinique privée.

Loi de 1898. — Le Président rappelle que l'article IV de la loi de 98 a été modifié. Le « tout compris » a été supprimé et l'acte médical, à l'hôpital, est rémunéré conformément aux honoraires fixés par le tarif Breton, mais « en tenant compte du règlement en vigueur à l'hôpital ». Les Commissions administratives ont interprété ce texte à leur façon et ont pris la décision d'encaisser au profit de l'hôpital les sommes versées pour la rémunération des actes médicaux accomplis dans leurs établissements. L'Union a demandé à tous les confrères intéressés de protester auprès des Commissions administrative contre cette interprétation de la loi. Le Président insiste pour qu'ils interviennent dans ce sens dans le plus bref délai possible et qu'ils lui rendent compte aussitôt de l'accueil qui aura été fait à leur protestation.

A. M. G. — M. Baudot expose l'état actuel de la question. Tous les confrères du Syndicat de Guingamp, sans exception, ont envoyé leur démission au préfet, et dans tout le département, il n'y a qu'une cinquantaine de confrères qui soient restés en dehors du mouvement. Tous nos efforts doivent être faits pour amener l'union complète afin de pouvoir obtenir satisfaction. De son côté, le président a vu M. le préfet qui s'occupe activement de la question, et qui, après consultation de certains conseillers généraux a établi un rapport où il propose à l'Assemblée départementale l'étude du conflit actuel par une Commission comprenant des délégués des médecins, choisis par nous ; cette Commission, qui serait créée à la session d'avril, aurait à se mettre au travail aussitôt pour établir d'accord un tarif et un règlement à soumettre au Conseil général à la session d'août. Après discussion, il est décidé que cette solution éventuelle ne nous satisfait pas et qu'il y a lieu de demander que la question de tarif soit solutionnée par le Conseil général à la session d'avril même. Pour augmenter les chances de réussir, l'Assemblée accepte de faire, si c'est nécessaire, les concessions

extrêmes suivantes : 1 fr. 25 le kilomètre, le jour, et 2 fr. la nuit ; 3 fr. la consultation le jour, et 5 fr. la nuit ; 4 fr. l'acte médical le jour, et 6 fr. la nuit ; opérations et accouchements comme précédemment. Mais il est entendu que ce ne sera là qu'un tarif provisoire, qui pourra varier avec le coût de la vie, qui ne servira, en aucun cas, de base aux contrats des lois sociales à venir, qui sera applicable à partir du 1er janvier 1923, et aura par conséquent un effet rétroactif permettant de régler l'arriéré. Nous exigerons en outre une refonte complète du règlement actuel et une réfection des listes où ne pourront figurer que les vrais indigents.

Quant à l'assistance partielle, le docteur Trégoat, de Boubriac, donne lecture d'un rapport sur la question. Il accorde qu'en principe il est juste d'aider des familles momentanément gênées, qu'il existe des malades qui sont à même de payer une part des frais et qu'en intéressant les assistés à la dépense on peut obtenir de bons résultats, puisque cette participation peut jouer le rôle de ticket modérateur. Mais en pratique on se heurtera à mille difficultés. D'abord le nombre d'inscrits s'accroîtra, car la demi-assistance ira à toutes les catégories de clients (aisés, demi-aisés, indigents). En outre, la répartition entre assistés et demi-assistés sera une source de discussions et de mécontentements. Enfin l'application de la demi-assistance créera toutes sortes de conflits, car en présence d'un malade qui nous apportera un billet de demi-assistance, nous nous demanderons si, pour le reste, nous appliquerons le tarif assistance ou le tarif syndical. Ce qui arrivera la plupart du temps, lorsque nous ferons un demi-compte pour l'administration et un demi-compte pour le client, ce dernier ne nous sera pas payé. Il en sera de même pour l'hospitalisation des demi-assistés. Mais le plus grand inconvénient de la demi-assistance, et ceci lui est commun avec l'assistance complète, c'est la façon dont seront faites les listes. Tant que ce travail sera confié aux élus du suffrage universel, municipalités ou autres, il y aura des abus d'inscriptions. Ce qu'il faudrait, ce serait de le laisser à des fonctionnaires indépendants du public, les juges de paix par exemple. De cette façon, on arriverait à comprimer les listes et par suite les dépenses. Le rapporteur conclut en demandant au Syndicat de rejeter la demi-assistance. Si la loi était votée, il faudrait confier la confection des listes à des fonctionnaires indépendants, et accorder aux indigents soit l'assistance complète médicale, soit l'assistance complète pharmaceutique.

L'Assemblée adopte les conclusions de M. Trégoat et émet le vœu qu'elles soient soumises à la discussion lors de l'établissement du nouveau règlement.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** *Maladies des yeux.* — Le Dr A. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des Drs JOLTROIS et FOMBEURE, fera, le mardi 3 juillet 1923, les jeudis, samedis et mardis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de dix conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.

Présentation de malades ; projections. Prix : 30 francs. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre.

Semblables séries en novembre 1923 et en février 1924. Tous les jours, à 9 h. 1/2 : présentation d'affections oculaires courantes.

— **Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.** — Un cours de perfectionnement essentiellement pratique sur les maladies du tube digestif et du foie sera fait par M. Hartmann, professeur de clinique chirurgicale, avec la collaboration de M. Parmentier, médecin de l'Hôtel-Dieu ; M. Maingot, radiologiste des hôpitaux ; M. Renaud, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu ; M. Bergeret, chef de clinique.

Ce cours comportera l'étude des divers modes d'examen (clinique, radiologie, recherches de laboratoire), et celle du traitement tant médical que chirurgical des diverses maladies du tube digestif et du foie. Il aura lieu à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, du 2 au 13 juillet, le matin de 9 h. à midi, l'après-midi de 4 à 6 h.

Le nombre des auditeurs admis à le suivre est limité à vingt. Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet no 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

— **Hôpital Trousseau.** — Dix leçons de clinique thérapeutique sur les affections non tuberculeuses du système osseux chez l'enfant, par M. Hallopeau, chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Programme. — Fractures du membre supérieur. — Fractures du membre inférieur. — Ostéomyélite aiguë. — Pied bot congénital. — Scoliose. — Difformités acquises (pied plat, hallux valgus, torticolis, etc.). — Séquelles de la paralysie infantile. — Articulations ballantes et pseudarthroses. — Ankyloses. — Luxation congénitale de la hanche.

Les leçons auront lieu tous les matins, à 10 h., à l'hôpital Trousseau, du 2 au 13 juillet. S'adresser, pour renseignements, à l'hôpital Trousseau (158, rue du Général-Michel-Bizot).

Ce cours sera suivi d'une série de leçons faites à Berck du 16 au 29 juillet, par M. Sorrel, chirurgien en chef de l'hôpital maritime, sur la tuberculose ostéo-articulaire et ganglionnaire.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Pour le deuxième point, y a-t-il lieu de tenir compte vis-à-vis des réformés des visites faites le même jour à d'autres malades, clients ordinaires ? Quel est l'article de la loi qui le spécifie ?

Un client ordinaire ne pourrait-il à son tour demander à bénéficier de la suppression de l'indemnité kilom. si le même jour on voit un blessé de guerre prétextant que ce doit être celui-ci qui doit supporter les frais de déplacement ; ce qui reviendrait à dire qui, de l'Etat payant pour le réformé, du client ordinaire, voire même du médecin, doit supporter les frais de déplacement.

Dr H.

Réponse.

1º Voir dans le *Médecin Syndicaliste* ma réponse 100, où ce sujet est longuement traité. Je disais notamment : « Quant à savoir si le médecin a été, le même jour à B ou à C., pour d'autres malades que des pensionnés, cela ne regarde en rien la Commission qui n'a qu'à considérer si le « service de soins à domicile des pensionnés a été exactement rempli ».

2º 7 kil. 3/4 = 8 kilomètres dans le tarif (art. 64 ; 4e aliéna).

F. D.

II

Fistule anale

Je viens de voir un réformé de guerre pensionné à 25 % et réformé pour le motif suivant : fistule anale extra-sphinctérienne récidivante avec orifice à bords ulcérés, cicatrice opératoire de fistule à droite actuellement guérie.

Cet homme présente actuellement deux fistules, une à gauche et l'autre à droite. Il veut qu'on l'en débarrasse. J'ai cherché sur la nomenclature des opérations que l'on peut effectuer le tarif applicable à celle-ci, mais je ne l'ai pas trouvée mentionnée sur cette nomenclature. Que faut-il faire ? Ne pas opérer ou opérer et dans ce dernier cas quel tarif appliquer ?

Dr M.

Réponse.

Il faut toujours opérer si le malade en a besoin. S'il n'y a rien d'urgent, prévenez le secrétaire de votre commission départementale et vous pourriez proposer, par *analogie*, le prix de 100 frs., comme pour « abcès profonds non viscéraux » (art. 74), prix qui est loin d'être exagéré, en l'espèce. Quant à la légitimité du payement par l'Etat, elle me semble démontrée par le cas de réforme portant : fistule... récidivante » En tout cas, il y a là une lacune du tarif que votre Commission départementale pourrait utilement porter à la connaissance de la Commission supérieure.

F. D.

A propos des considérants de la cour d'appel de Rouen au sujet de l'affaire Vallet.

On reproche, dit mon excellent confrère, le Dr Boudin, au Dr Vallet de n'avoir pas recouru à tous les moyens d'investigation et notamment aux rayons X. Il est certain que la radiographie peut maintenant rendre de grands services et n'est pas dangereuse comme la radiothérapie. Mais il ne faut rien exagérer : même si les clients l'acceptent et consentent à en faire les frais supplémentaires, elle exige un outillage très puissant, encore rare, même à Paris.

Le Prof. Recassens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid, a montré en sa conférence du 1er mai 1923 à la Faculté de médecine de Paris, de bien belles radiographies de fœtus *in utero* à partir du sixième mois. Son outillage, qu'il m'a décrit en une conversation particulière, est spécial, très onéreux, et chaque radiographie risque de brûler un tube — coût, plusieurs centaines de francs. En outre, ajouterai-je, s'il y a superposition de fibrome, l'un peut masquer l'autre. Il m'a été donné de radiographier chez une fibromateuse une grossesse à terme : j'ai obtenu le contour de l'enfant débordant la tumeur, les os masqués par celle-ci ; la femme a accouché le soir même ; elle est revenue me faire traiter ensuite son fibrome qui existait bel et bien.

Je ne parle pas des difficultés de technique du savoir radiologique spécial nécessaire, des énormes dépenses. On conçoit donc combien sont erronés les considérants de Rouen.

Dr Foveau de Courmelles.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement des insomnies.

Observer, avant tout, une bonne hygiène.

Se coucher, tous les soirs, à une heure déterminée et suffisamment distante du dernier rzpas. Se lever aussi à une heure fixe et régulière.

Prendre chaque nuit la même somme de repos.

Immobilité en position allongée, laissant libre le jeu de la respiration : aucune ceinture, aucun vêtement trop serré ne gênera les mouvements du thorax et de l'abdomen.

Respiration ample et régulière ; les inspirations profondes augmentent la circulation pulmonaire, diminuent au contraire la circulation cérébrale et favorisent ainsi le mécanisme anatomo-physiologique du sommeil.

Température de la chambre aux environs de 18°.

Si l'hygiène seule est impuissante à rééduquer la fonction du sommeil, recourir aux agents phy-

siques avec : le massage du cou, la faradisation de la tête, la douche tiède (33°-37°), en jet brisé, promené, pendant une durée de 2 à 3 minutes, sur tout le corps et notamment sur les côtés de la colonne vertébrale.

Si l'insomnie est liée à un état congestif de l'encéphale, essayer le bain de siège froid et court (de 2 à 5 minutes), à la température de 15 à 18°, ou le bain de pied froid et court (de 10 à 15°) ; ou bien recourir aux bains d'avant-bras dans un récipient d'eau douce (38°-39°) pendant 5 minutes, ou aux enveloppements humides chauds des avant-bras, à garder toute la nuit : ces divers moyens aboutissent à une vaso-dilatation locale intense et, secondairement, à la décongestion encéphalique, avec effet somnifère.

Contre l'insomnie fébrile, ceintures et emmaillottements humides; affusions chaudes à l'éponge, répétées trois ou quatre fois, sur la nuque et le long de la colonne vertébrale.

Dans tous les cas, on sèchera sans frictionner, la friction étant excitante, et l'on fera coucher le malade immédiatement.

Ne recourir qu'en dernier ressort aux médicaments.

En cas d'insomnie accidentelle, employer les paquets de sulfonal ou de trional, dosés à 0 gr. 25 et absorbés dans une infusion chaude deux ou trois heures avant le coucher ; ou bien introduire, après le souper, un suppositoire de :

Paraldéhyde	0 gr. 50
Beurre de cacao	3 gr.

Lorsqu'on désirera un effet plus rapide, prendre, en se mettant au lit, une cuillerée à soupe de cette potion :

Bromure de potassium purifié	āā 10 gr.
Chloral pur	
Extrait de jusquiame	dix centigram.
Sp. de fleur d'oranger	200 gr.

Contre l'insomnie nerveuse, on prescrira une cuillerée à entremets, répétable au besoin dans la nuit, de cette préparation :

Oxycamphre, en solution alcoolique, à 50 p. 100	2 gr.
Alcool à 60°	20 gr.
Hydrolat de menthe... q. s. p.	90 cmc.

L'insomnie liée à l'état fébrile sera efficacement combattue avec un de ces cachets, pris à l'aide d'une infusion de tilleul :

Phénacétine	0 gr. 30
Véronal	0 gr. 20
Codéine	deux centigrammes.

Les alcooliques pourront jouir d'un sommeil sans cauchemars en prenant cette potion tout entière dans la soirée :

Chloralamide	} âã	2 gr.
Bromure de strontium		
Eau chloroformée		30 gr.
Teinture de zestes d'oranges		15 gr.
Eau distillée	q. s.	150 cmc.

Enfin, si l'insomnie a pour cause la douleur, on donnera au coucher, une ou deux cuillerées à soupe de :

Hypnal	10 gr.
Bibromure de codéine	0 gr. 10
Sp. de fleur d'oranger	200 gr.

Dr A. SATRE.
(de Grenoble).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Règlement administratif concernant l'organisation et le fonctionnement du centre régional contre le cancer de Toulouse.

Approuvé par arrêté du ministre de l'hygiène du 4 juin 1923.

Art. 1er. — Le centre régional de lutte contre le cancer, créé près la Faculté de médecine de Toulouse sera organisé suivant le plan adopté par la commission du cancer, instituée par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Locaux.

Art. 2. — Les locaux provisoirement mis à la disposition du centre par la Faculté de médecine seront aménagés pour recevoir :

a) Un service de consultation fonctionnant comme dispensaire pour les cancéreux non hospitalisés ;

b) Un service d'hospitalisation des cancéreux (hommes et femmes) ;

c) Un service thérapeutique (chirurgie, radiothérapie pénétrante et curiethérapie) ;

d) Un service d'enseignement et de recherches scientifiques.

Admission des malades.

Art. 3. — Les malades admis dans le centre régional contre le cancer de Toulouse proviennent soit du département de la Haute-Garonne, suivant décision prise par le conseil général en séance plénière (session d'avril 1923), soit des départements voisins dont les conseils généraux (comme celui de la Haute-Garonne) ont organisé dans ce but (règlement départemental) le service de l'assistance médicale gratuite, en rattachant leur département tout entier ou une partie du département au centre régional de Toulouse pour le traitement des cancéreux (art. 4 de la loi du 15 juillet 1893).

Instrumentation.

Art. 4. — Le centre de Toulouse comportera trois appareils au moins de radiothérapie pénétrante pourvus de tous les moyens de protection et de sécurité. La dotation en radium de ce centre sera au minimum de 200 milligrammes de radium élément.

Toutes les ressources de la chirurgie devront pouvoir être utilisées dans le centre anticancéreux ou, pour les opérations graves, dans un centre chirurgical voisin.

Service d'enseignement et de recherches.

Art. 5. — Il sera fait par le directeur de ce centre ou par les autres chefs de service des leçons et des démonstrations destinées à compléter l'instruction des étudiants et des praticiens, particulièrement sur la nécessité d'un diagnostic précoce du cancer. Des locaux de recherches, tant biologiques que physiques, devront être annexés au centre de Toulouse pour des travaux ayant pour but de rendre plus efficace la lutte contre le cancer.

Service d'hygiène sociale.

Art. 6. — Le directeur du centre régional devra procéder, soit par lui-même, soit par l'intermédiaire de ses collaborateurs et assistants, à toutes les enquêtes d'ordre sanitaire, professionnel et démographique, susceptibles d'apporter une contribution utile sur la genèse et l'étiologie du mal (casier sanitaire des maisons, catégories professionnelles, distribution géographique, etc.) A cet effet, il pourra recourir à la collaboration des inspecteurs départementaux d'hygiène, des inspecteurs du travail et de toutes les autorités compétentes.

Directeurs et chefs de service.

Art. 7. — Le ministre nommera le directeur du centre régional, sur la proposition du conseil d'administration et après avis du conseil de la faculté. Il nommera également les chefs de service du centre, sur la proposition du directeur et après avis du conseil de la faculté. Ceux-ci pourront être soumis au concours, si le conseil d'administration en décide ainsi.

Après entente avec le directeur, la commission administrative des hospices choisira le personnel secondaire — infirmiers et infirmières — nécessaire au fonctionnement du centre.

Au point de vue technique, le directeur aura l'entière responsabilité de l'admission, du traitement des malades, de la surveillance du personnel.

Au point de vue administratif, il engagera les dépenses et donnera quittance, comme le fait un professeur de faculté pour l'administration de son laboratoire.

Il recevra en consultation, au moins trois

fois par semaine, les nouveaux malades et les malades anciens, soit de Toulouse et de la Haute-Garonne, soit des départements limitrophes, prononcera sur leur hospitalisation ou sur leur séjour momentané au centre. Il soumettra à ses collaborateurs les cas de cancer pour lesquels leur intervention paraîtrait nécessaire.

Administration du centre régional de Toulouse.

Art. 8. — Le conseil d'administration du centre régional de Toulouse sera composé : du doyen de la Faculté de médecine, représentant le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts ; du directeur du centre ; des chefs de service du centre ; de l'inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Garonne ; d'un représentant de la commission administrative des hospices, d'un représentant désigné par le conseil municipal de Toulouse ; d'un représentant désigné par le conseil général de la Haute-Garonne, d'un représentant désigné par les conseils généraux des départements ressortissant du centre ; le doyen de la faculté de médecine de Toulouse remplira les fonctions de président.

Budget.

Art. 9. — Un chapitre spécial, en recettes et dépenses, sera ouvert au titre du centre régional de Toulouse au budget de la faculté de médecine.

Les propositions concernant ce chapitre seront établies par le conseil d'administration du centre et seront préalablement soumises à l'examen et à l'approbation du ministre de l'hygiène.

Le développement de ce chapitre figurera en annexe audit budget.

Le doyen, président du conseil d'administration du centre, sera tenu de présenter annuellement au ministre de l'hygiène un compte rendu administratif du dit chapitre.

Un inventaire du matériel, avec valeurs estimatives, sera dressé et tenu régulièrement à jour ; il fera l'objet d'une vérification annuelle par le directeur du centre assisté d'un membre désigné par le conseil d'administration.

(*J. O.*, 13 juin 1923.)

Vacance de direction de bureau d'hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'applica-

tion, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Neuilly-sur-Seine.

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an.

Le titulaire conservera le droit d'exercer sa profession.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 13 juin 1923.)

Questions parlementaires et Réponses des ministres.

Illégalité de la création des directions départementales d'assistance et d'hygiène.

17696. — M. Jean Maillard, député, demande à M. le ministre de l'intérieur : 1° dans quels départements ont été créées des directions d'assistance, d'hygiène ou autres ; 2° si indépendamment de sa circulaire du 16 décembre 1922, il a adressé aux préfets des instructions en vue de faire disparaître ces directions que le conseil d'Etat a déclarées illégales (arrêt du 2 mars 1923, Var) ou s'il a pris d'autres mesures pour assurer l'application de la loi du 1er avril 1920. (*Question du 8 mai* 1923.)

Réponse. — 1° Dans les départements ci-après : Basses-Alpes, Corse, Gard, Haute-Garonne, Loir-et-Cher, Lot-et-Garonne, Seine-et-Oise, Var ; 2° les directions dont il s'agit ont été créées à la suite d'une circulaire adressée aux préfets par M. le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales en vue d'une réorganisation des services d'assistance. En conséquence, il importe, préalablement à toutes nouvelles instructions, qu'une entente intervienne entre les ministres de l'intérieur et de l'hygiène au sujet des mesures susceptibles de mettre la réorganisation envisagée en harmonie avec la jurisprudence adoptée par le

Conseil d'Etat. En attendant, les arrêtés préfectoraux portant création des directions susvisées resteront sans approbation.

(*J. O.*, 9 juin 1923.)

Echange des permis de circulation des automobiles des médecins.

17816. — M. Taurines, député, signale à M. le ministre des finances la situation des médecins et vétérinaires ruraux, en ce qui concerne l'impôt sur les voitures automobiles, ajoutant que ces honorables praticiens roulent par tous les temps et par tous les chemins, que, dans l'intérêt même de leurs clients, ils possèdent deux voitures, l'une en circulation, l'autre de secours, rappelant que l'administration des contributions indirectes à inauguré, depuis longtemps, pour une catégorie de contribuables, le système du laissez-passer 23 A *bis* pour deux voitures, ne comportant le payement de l'impôt que sur l'une de ces voitures et demande au ministre d'appliquer ce système 23 A *bis*, par exemple, aux médecins et vétérinaires ruraux qui, selon une formule administrative du 22 août 1903 « substituent accidentellement dans le cours de la même journée une voiture à l'autre », ces substitutions n'affectant pas un caractère régulier et permanent. (*Question du* 15 *mai* 1923.)

Réponse. — Les médecins et vétérinaires possesseurs de deux automobiles dont une seule est en circulation, ont la possibilité d'utiliser le véhicule de secours sans être astreints au payement d'un impôt supplémentaire. En cas de substitutions exceptionnelles, ne se reproduisant pas systématiquement à dates périodiques, l'administration admet, en effet, l'échange pur et simple des permis de circulation, sans rappel de droits. Cette facilité paraît être de nature à répondre à tous les besoins légitimes sans qu'il soit nécessaire d'étendre aux automobiles le régime des laissez-passer mixtes en vigueur en matière de voitures publiques. Il est, en effet, nécessaire de pouvoir s'assurer que les substitutions n'affectent pas un caractère régulier et permanent.

(*J. O.*, 8 juin 1923.)

VARIÉTÉS

Les saints protecteurs des accouchées.

La féconde érudition du Dr Cabanès vient de donner le jour au septième volume de ses recherches sur les *Mœurs intimes du passé*. Ce nouveau

livre, qui ne le cède en rien comme intérêt, documentation, anecdotes et illustrations, à ses devanciers, porte le titre d'*Enfances royales* (1). Nous n'avons pas à refaire ici l'éloge de Cabanès. Au fur et à mesure qu'il avance en âge, ses livres deviennent de plus en plus intéressants ; sa critique s'affine, la sélection des documents qu'il reproduit est plus sévère, en un mot, il tend vers la perfection dans le genre d'études où il excelle et qui est devenu pour lui presque un monopole. Nous nous contenterons d'emprunter à ce nouveau volume, que nous ne voudrions pas déflorer par une analyse trop complète et qui mérite plus qu'un banal compte rendu, un bref résumé du premier chapitre en ce qui concerne les saints protecteurs des accouchées.

***

Il est tout naturel, qu'à une époque de foi sincère et profonde, l'on songeât tout d'abord à invoquer l'intercession de la Vierge au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Louis XI, encore dauphin, eut un fils en juillet 1459 ; il fut alors au sanctuaire de Notre-Dame-de-Hal, près Bruxelles, remercier la Vierge et mettre son fils nouveau-né sous sa protection.

(1) Albin Michel, édit., 22, rue Huyghens, Paris, 1923, 440 pages. Prix : 7 fr. 50.

Charles VI et Isabeau de Bavière, en des circonstances analogues, s'adressèrent à N.-D. de Chartres, mais les souverains réclamèrent, en outre, une relique étrange le « circonciz Notre Seigneur, pour le travaillement de ladite dame Isabeau ».

Cette préputiale relique était loin d'être considérée par le clergé comme authentique, quinze églises ou abbayes se vantaient de la posséder (Charroux, près Poitiers, Saint-Jean-de-Latran, de Rome, Heldersheim en Saxe, l'abbaye de Coulomb, la Collégiale d'Anvers, le Puy-en-Velay, Saint-Jacques-de-Compostelle, Compiègne, Fécamp, Conques, Metz, Langres, etc.). Un pape, consulté sur l'authenticité de ces reliques, refusa prudemment de se prononcer, laissant à Dieu le soin de prendre une décision. Le roi d'Angleterre Henri V réclama à l'abbaye de Coulomb, sa relique pour aider les couches de la reine lors de la naissance de Henri VI.

Quand Henri IV vit le jour à Pau, Jeanne d'Albret, dès les premières douleurs, se mit à chanter un cantique en patois béarnais à Notre-Dame-du-Bout-du-Pont (*Nouste Dame deü cap deü poun*), et c'est encore Notre-Dame-du-Bout-du-Pont que les Béarnaises en couches ne cessent d'implorer.

Quand Anne d'Autriche devint grosse de Louis XIV après vingt ans de stérilité, elle fit demander pour ses couches la ceinture de la Vierge conser-

vée à l'église de Notre-Dame du Puy. Ajoutons qu'elle fit venir en même temps à Saint-Germain-en-Laye, où elles se trouvaient, les reliques de Saint-Léonard dont la réputation d'accoucheur était grande dans tout le Limousin.

Cette histoire fut connue en Russie, car à la naissance du dernier tsarevitch, le dernier couple impérial des Romanow invoqua Saint-Léonard. Sainte-Marguerite protégea les couches de Marie de Médicis et de Marie-Thérèse, l'épouse de Louis XIV. La ceinture de cette sainte était conservée à Saint-Germain-des-Prés. Rabelais, en contant dans *Pantagruel* l'accouchement de Gargamelle ; le poète-médecin Courval-Sonnet dans un livre publié en 1621 ; Gui Patin dans une lettre à Epon, font allusion à la lecture de la vie de Sainte-Marguerite qu'il était coutume de faire pendant les accouchements laborieux.

Lors de la naissance du fils du Grand Dauphin, on eut recours à la fois à la ceinture de Sainte-Marguerite et aux prières d'un saint homme de Capucin, le R. P. Marc Aviano. Marie de Modène, femme de Jacques II, préféra s'adresser à Notre-Dame-de-Lorette.

Saint-François de Paule avait la réputation d'obtenir par son intercession la naissance d'enfants mâles (Louise de Savoie, la reine Claude furent par lui exaucées).

Le vénérable Frère Fiacre, augustin déchaussé, qui vivait au XVII[e] siècle, avait le même pouvoir légendaire.

Enfin, les chemises de Notre-Dame, conservées à Chartres, jouissaient du même privilège. Henri III, à deux reprises, fit le pèlerinage de Chartres, puis s'adressa à la châsse de Sainte-Geneviève de Paris et à Notre Dame de Cléry. Le chapitre de Chartres, pour éviter aux rois le voyage, envoyait aux reines en couches une chemise de satin ou de taffetas blanc qui avait touché la sainte chemise et l'impératrice Marie-Louise serait une des dernières souveraines qui aurait reçu ce pieux cadeau lors de la naissance du roi de Rome.

J. Noir.

Quarante-cinquième année — N° 28 — 15 Juillet 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Simon, de Dinan (C.-du-N.), la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

L'Agenda-Memento du Praticien 1924

Nous rappelons à nos lecteurs que la souscription à l'*Agenda-Memento du Praticien* sera close irrévocablement le 1er août prochain.

Nous les prions de ne pas manquer de nous adresser, avant cette date, leur bulletin rempli et signé (voir page L-2546) s'ils désirent être assurés de recevoir en décembre prochain ce volume, dont nous avons précédemment détaillé l'intéressant sommaire.

Médecins spécialistes

Notre édition de l'*Agenda-Memento* contiendra, comme les précédentes, la liste des abonnés exerçant une *spécialité*. Ceux de nos lecteurs qui rentrent dans cette catégorie et qui désirent être mentionnés, sont instamment priés de nous en informer, en spécifiant bien leur spécialité, leurs jours et heures de consultation, leur numéro de téléphone et l'adresse de leur clinique s'il y a lieu.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.) Caffeau.
Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Palavas-les-Flots. Gelly,
Paramé. Rousin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
St-Quay-Portrieux. Christian, Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 356. — Excell. poste à céder près Paris, pays de chasse. Affaires : 70.000, prix dem. 30.000 dont 20.000 compt. Maison confortab. et superbe jardin entouré de murs. Loyer 1.800 fr. Très pressé.

Nº 357. — A vendre : machine statique WG. 2 plateaux 55 cm., divers acces. et moteur d'entraînem. de 6 kilogrammètres avec rhéostat de démarrage, le tout sur table spéc. ; table galvano-faradique acajou verni pr. courant continu 125 v., réducteur de potentiel, milliamp. C. T. III. en 25 et 250 ; métronome Bigonié-Huet ; table spéculum avec allong., étriers, tablettes, en chêne. Tout parfait état. Madame Jules Gressent, 72, Rampe Bouvreuil, à Rouen.

Nº 358. — Pas-de-Calais, à céd. avec maison client le de pro-pharma. gras rapport, fixe intéress., seul médec., livres à l'appui, condit. à débattre.

Nº 359. — Uréomètre clinique de Bouriez neuf, à vendre 50 frs. contre rembours. Dr Crouzel, Le Buisson (Dordogne).

Nº 360. — Dr exerçant ds commune sur P. L. M. à 1.000 m. altit. accepterait ménage confrère désirant se reposer en montagne, comme remplaçant, la clientèle y étant facile.

Nº 361. — Dr libre tout l'été, cherche occupation dans clinique ou chez confrère, Marseille et région. S'adr. Dr L'Hermier des Plantes, 23, Bd. Banon, Marseille, qui transmettra.

Nº 362. — Dr 41 ans, exerçant depuis 15 ans, reprendrait clientèle médec. génér ou accouchem., région littor. méditerranée.

Nº 363. — Dr habitant bord de la mer, prendrait en famille enfant 10 à 12 ans, non contagieux 15 fr. par jour.

Nº 364. — A céder poste, rapp. 53.000 touchés proximité ville d'eaux médec. chem. de fer, petit loyer long bail, faible indem. Ecr. Fraisse, 57, boul. Gambetta, Vichy.

Nº 365. — On demande médecin praticien, importante situation s'il est travailleur. Dr Caux, 26 Faubg. St-Jacques, Paris.

Nº 366. — De Dion 10 HP., 1921, torpedo 4 pl. et strapontin, bon état, 8.000 kil., env., éclair., démarr. électr. à vend. 16.000 comptant, visible, 44, rue de Beaumont, L'Isle-Adam (S.-et.O.).

Nº 367. — Directrice clinique ayant références cherche situation analogue.

Nº 368. — On demande remplaçant radiologue pour le mois d'août.

Nº 369. — A céder ds station de montagne très connue bon poste, jolie villa, saison d'été et d'hiver. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

Nº 370. — Région Centre, poste très ancien, rapport

CORRESPONDANCE

Calcul du loyer, base de la patente.

J'ai vu dans le dernier n° du *Concours médical* sous le titre : Base de la patente, pages VII-1987 et suivantes, la lettre d'un confrère et la réponse du *Concours* concernant une situation qui est entièrement la mienne.

Mon loyer est de 1.800 fr. Mon bail, fait en 1912, est de 20 ans, l'administration cette année a cru bon de m'imposer sur un loyer de 2.600 fr. sans autre raison ?

S'il est possible de réclamer, je vous serais reconnaissant de me donner le texte des lois sur lesquelles je peux m'appuyer.

Je ferais une réclamation à ce percepteur. *Tous les confrères de la ville sont dans mon cas.* Dr C.

Réponse.

Si vous vous trouvez dans la situation exposée dans le *Concours médical* du 27 mai, p. 1987, c'est-à-dire si vous n'avez pas fait construire de dépendances (un garage par exemple) à votre habitation, dépendances qui feraient l'objet d'une location distincte pour laquelle il serait tenu compte de la hausse sur les loyers, votre imposition doit être établie sur le prix de location prévu dans votre bail, soit 1.800 frs.

Toutefois, les charges, si elles ne sont pas comprises dans ce prix, doivent être ajoutées à la valeur locative pour servir de base à l'imposition.

La réclamation pour augmentation non motivée de la base servant au calcul de la patente doit être adressée au préfet dans les trois mois qui suivent celui de la publication du rôle. Elle sera rédigée sur papier timbré et accompagnée de l'avertissement.

Il n'est pas utile que la pétition s'appuie sur des textes de loi. Un exposé de la situation et la copie de la partie du bail relative au prix de la location suffisent pour prouver que les bases prises par l'administration sont erronées.

Vous pouvez toutefois rappeler le texte de l'art. 12 de la loi du 15 juillet 1880 ainsi conçu :

« Le droit proportionnel de patente est établi sur la valeur locative tant de la maison d'habitation que des magasins, boutiques, hangars, remises, chantiers et autres locaux servant à l'exercice des professions imposables.

« La valeur locative est déterminée soit au

moyen de baux authentiques ou de déclarations verbales dûment enregistrés, soit par comparaison avec d'autres locaux dont le loyer aurait été régulièrement constaté ou sera notoirement connu ou à défaut de ces bases par voie d'appréciation ».

A. MARTINOT,
Conseiller Fiscal,

Nomination des experts sur requête en cas d'accident du travail

Les compagnies d'assurances accidents ont pris depuis quelque temps l'habitude de faire nommer des experts par requête à l'insu du blessé et par suite sans jugement.

48 heures après l'accident et quelquefois 24 heures après, le blessé est invité par l'expert à se présenter d'urgence à son cabinet, à fin d'expertise.

Pensez-vous que cette procédure soit légale ?

Le blessé est-il obligé de répondre à la convocation de l'expert ?

Peut-on invoquer la nullité de l'expertise en raison du fait que le blessé n'a pas eu connaissance de la nomination de l'expert ?

Ce dernier n'est-il pas obligé de prêter serment en présence du blessé ?

L'affaire des carnets médicaux enchante les compagnies d'assurance qui caressent l'espoir de faire modifier en leur faveur la loi sur les accidents du travail. Vous pouvez vous attendre à un assaut de leur part. Dr S.

Réponse.

Le Dr S. signale que certaines compagnies d'assurances ont pris, depuis quelque temps, l'habitude de faire nommer des experts par requête, à l'insu du blessé et par suite, sans jugement, 24 heures ou 48 heures après l'accident.

Il demande si cette procédure est légale, si l'expert ainsi nommé est tenu de prêter serment et si le blessé doit répondre à ces convocations.

D'après l'article 13 de la loi sur les accidents du travail, lorsque le certificat médical ne lui paraît pas suffisant, le juge de paix peut désigner un expert pour examiner le blessé, et peut aussi commettre un expert pour l'assister dans l'enquête.

Il paraît bien que cette désignation doit être spontanée, du moins dans le premier cas : lorsque le certificat médical *ne lui paraîtra pas suffisant*, dit la loi. On ne retrouve pas, en effet, dans l'art. 13, les termes si précis de l'art. 4 dernier alinéa, dans lequel il est dit : « Le chef d'entreprise peut requérir du juge de paix un expert médical. »

Nous croyons donc qu'en principe, le juge de paix doit prendre l'initiative de la désignation et qu'il pourrait certainement refuser d'accueillir la demande de la compagnie.

Toutefois, il nous semble difficile de contester le droit que possède la compagnie d'assurance, ou le blessé, d'attirer l'attention du juge sur l'intérêt qu'il peut y avoir à corroborer ou com-

pléter les indications du certificat ou à demander l'assistance d'un homme compétent.

Ils pourraient signaler cette nécessité au juge de paix par une simple lettre et rien ne les empêche de saisir le juge par une requête.

Il arrive souvent que les circonstances de l'accident ou que le diagnostic soient contestés. L'enquête peut être obscure, difficile à conduire logiquement : il est ainsi nécessaire, dans l'intérêt des parties, que des vérifications soient faites rapidement. C'est ainsi que dans un article récent publié par le *Concours Médical*, le 17 juin, le docteur Dervieux explique que dans les cas de lombagos traumatiques, presque toujours contestés, la difficulté de la tâche des médecins experts provient précisément de ce qu'ils ne sont à même d'examiner l'ouvrier que plusieurs semaines après le traumatisme allégué.

Pour ne parler que de l'intérêt du médecin traitant, qui se confond ici comme presque toujours avec celui de la justice, il est important que la constatation du caractère de l'accident se fasse dès le début et que les circonstances qui permettent de fixer définitivement les responsabilités soient discernées le plus tôt possible.

Mais il faut, bien entendu, que le médecin appelé à départager le blessé et la compagnie dans leurs prétentions respectives, présente des qualités d'impartialité et de science que le juge doit, ou devrait toujours trouver chez les experts.

Le médecin désigné par le juge de paix ne devra donc être attaché à aucun titre aux compagnies d'assurances et il devra être choisi sur la liste des experts qualifiés et prêter serment.

Sur ce dernier point, dans son traité sur les « Les Accidents du Travail », M. Sachet émet un avis formel.

Les opérations du médecin désigné par le juge de paix auront donc le caractère d'une expertise et le médecin désigné devra déposer un rapport.

Il est évident que l'ouvrier devra se prêter à l'examen, mais les sanctions prévues par l'article 4, avant-dernier alinéa, ne sont certainement pas applicables, car elles ont un caractère pénal et ne peuvent être étendues d'un cas à un autre.

L'ouvrier pourra demander que son médecin soit présent aux constatations, il nous semble même nécessaire que le médecin désigné par le juge de paix prévienne son confrère du jour où ces constatations auront lieu. Aucune disposition ne figure dans la loi à cet égard, mais le médecin traitant a la responsabilité des soins et il paraît impossible, du moins dans les cas importants, que le médecin désigné par le juge enlève les pansements, défasse les appareils en dehors de la présence de son confrère, si l'ouvrier n'y consent pas.

Enfin, il nous semble impossible que l'ouvrier n'ait pas connaissance de la mission donnée à l'expert désigné. S'il s'agit de compléter le certi-

ficat médical, l'ouvrier doit être nécessairement prévenu.

Si le médecin doit assister le juge à l'enquête, l'ouvrier ne peut guère ignorer sa présence puisque l'enquête est faite contradictoirement.

Pierre NATTAN-LARRIER,
Avocat à la Cour d'appel,
Docteur en droit.

Accident survenu à l'occasion du travail.

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur le cas suivant :

Un manœuvre employé dans une carrière de pierres, se trouve dans un « puisard », profond de six mètres où il travaillait lorsque l'heure du repos sonne. En remontant du « puisard » au moyen d'une échelle, pour aller déjeuner, il tombe, se fracture le crâne et meurt quelques heures après à l'hôpital où il a été transporté. La Cie d'assurances prétend que ce n'est pas un accident du travail puisque l'heure du repos avait sonné ; donc le travail avait cessé. A-t-elle raison ?

Pour remonter du puisard, il fallait absolument employer l'échelle.

Réponse.

Sont garantis, aux termes de la loi, les accidents survenus « par le fait ou à l'occasion du travail ».

Or, il ne nous semble pas douteux que celui que vise votre lettre rentre dans la seconde catégorie. L'ouvrier, en effet, au moment où il est tombé, avait cessé le travail proprement dit, c'est-à-dire qu'il ne mettait plus en œuvre les moyens de production dépendant de son activité ; mais il était toujours au lieu du travail, ou tout au moins dans les dépendances nécessaires de ce lieu et sous l'autorité de son patron, à qui il appartenait de prendre les précautions nécessitées par le danger provenant des difficultés que présentait la sortie du puisard par la voie indispensable d'une échelle.

Si, en général, ainsi qu'il a été admis par la jurisprudence, le trajet parcouru par l'ouvrier lorsqu'il a cessé son travail et quitté le lieu du travail, n'est pas dans la sphère de surveillance et d'autorité du patron et si la loi ne lui impose pas l'obligation de garantir les accidents dont ses ouvriers sont victimes pendant ce trajet, cette obligation peut résulter de dangers inhérents à l'accès du lieu du travail.

Ainsi, il a été jugé que l'accident survenu à l'ouvrier tamponné par une locomotive tandis qu'il se rendait par la voie du chemin de fer à la gare où il devait travailler était un accident du travail (Trib. Civ. de Montluçon, 22 juin 1900. Rec. du Min. du Travail, I. 356).

De même l'accident survenu à l'ouvrier obligé de traverser la voie ferrée pour se rendre à son

poste (Cour d'Amiens, 15 novembre 1905. Même Recueil, IX. 49).

A fortiori sommes-nous persuadé qu'il en est de même de l'accident survenu à un ouvrier carrier en sortant du puisard où il travaillait. Il n'y a pas, à notre connaissance, de décision de jurisprudence sur un cas analogue, par le seul motif, peut être, que l'espèce est trop claire pour avoir été contestée.

Le Tarif Breton n'est pas applicable aux soins donnés à un patron blessé.

Pardonnez-moi de vous importuner encore : c'est ma deuxième lettre en moins de 15 jours.

Une compagnie d'assurance a-t-elle le droit de m'imposer le tarif Breton pour des interventions chirurgicales faites sur la personne d'un patron ?

J'ai eu dernièrement l'occasion de pratiquer — à 25 km. environ de chez moi — deux interventions sur un fermier grièvement blessé en tombant d'une échelle :

1° (Un dimanche !) régularisation, épluchage, esquillectomie, etc., réduction d'une fracture ouverte de jambe.

2° Quelques jours plus tard (la nuit) amputation haute de cuisse pour gangrène gazeuse.

J'ai ultérieurement envoyé ma note d'honoraires (sur les bases habituelles dans une région où les tarifs chirurgicaux sont modérés, 1000 fr. pour chaque opération y compris déplacement et honoraires de mes aides). Je l'ai envoyée à la famille qui m'avait, les deux fois, demandé de venir.

Ma note a été transmise à la Cie, car il paraît que le blessé « était à l'assurance », et cette Cie veut m'imposer le tarif Breton, bien qu'il s'agisse d'un patron.

Il me semble que la loi de 98 ne s'applique qu'aux ouvriers et que, personnellement, je dois ignorer l'assurance, pour ne connaître que le blessé et sa famille, qui m'ont fait appeler.

En tout cas si un monsieur quelconque juge utile de s'assurer contre les accidents, son médecin et son chirurgien me paraissent devoir être honorés au tarif habituel. Je voudrais avoir votre opinion éclairée sur la question.

Dr B.

Réponse.

Le tarif Breton n'est applicable qu'aux soins donnés aux ouvriers blessés dans un travail garanti par la législation spéciale sur les accidents du travail, et encore, dans les relations entre médecin et patron, et lorsque le médecin a été choisi, non pas par le patron, mais par l'ouvrier lui-même.

Il ne saurait être, en droit, appliqué aux soins donnés à un patron, que celui-ci soit ou non

assuré. *A fortiori*, d'ailleurs, lorsque le patron est un fermier, dont les ouvriers mêmes ne sont pas garantis, actuellement, par les lois spéciales sur les accidents du travail.

Mais il arrive souvent que les patrons, surtout les agriculteurs, sont assurés personnellement, par la même police que leurs ouvriers, ou par une police distincte et que cette police stipule que l'assurance payera les frais médicaux au tarif Breton.

Mais cette clause n'est nullement opposable au médecin, qui est toujours libre de s'adresser au client qui l'a appelé et à qui il a donné ses soins, et de lui en demander le payement à son tarif habituel. C'est, d'ailleurs, bien entendu, le blessé, et non l'assurance, qu'il doit appeler en justice en cas de difficultés.

Droits des ayants cause d'une victime du travail

Pourriez-vous me fournir les renseignements suivants :

Un de mes clients s'est noyé accidentellement en travaillant.

Age 22 ans, salaire 18 francs par jour. Il était célibataire.

Sa famille : son père 52 ans, journalier ; sa mère 57 ans, infirme, est incapable de subvenir à ses besoins, enfin il pouvait être considéré comme le soutien partiellement (mais pour une grande part) de sa famille : il y a cinq frères ou sœurs plus jeunes que lui, dont trois infirmes.

Quelle somme réclamer à l'assurance si la famille a des droits éventuels à faire valoir par suite de cette mort accidentelle ?

Dr G.

Réponse.

Lorsque la victime d'un accident du travail n'a ni conjoint, ni enfants, chacun des ascendants qui étaient à sa charge a droit à une rente viagère de 10 % de son salaire annuel.

Pour avoir droit à cette rente viagère, il faut, non seulement que les parents aient été dans le besoin, mais encore qu'ils aient obtenu, ou tout au moins réclamé à leur enfant une pension alimentaire, ou des secours en nature. C'est une question de fait à apprécier par les tribunaux, en cas de contestation.

Quant aux frères et sœurs, ils ne peuvent avoir droit à aucune indemnité.

Les augmentations à la charge des locataires bénéficiaires de prorogations.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je sollicite une petite consultation juridique.

La loi sur les loyers du 31 mars 1922 prévoit que les locataires bénéficiant de prorogation doivent « contribuer à l'augmentation qui s'est produite, à compter du 1er août 1914, dans les impôts et taxes de toute nature grevant l'immeuble loué, *à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière.* »

Comment faut-il interpréter ces derniers mots ? Y a-t-il exception pour la *totalité de l'impôt foncier* ? Doit-on excepter seulement, comme prétendent certains, *la part de l'Etat dans l'impôt foncier* ? Doit-on, comme le conseillent d'autres, calculer à 10 % *du revenu foncier* l'impôt sur le revenu de la propriété foncière. Dans ce dernier cas, doit-on compter pour 1914 un taux de 4 % *du revenu foncier.*

Je serais heureux d'avoir à ce sujet un avis autorisé et compétent.

Autre question :

Un propriétaire est-il en droit d'englober l'augmentation de son assurance-incendie dans le titre prévu par la loi comme « augmentation subie des prestations payées pour la commodité des locaux »

Dr S.

Réponse.

1° On doit excepter seulement pour le calcul des augmentations de loyers, la part de l'impôt foncier qui revient à l'Etat, et non celle qui revient aux départements et aux communes.

C'est donc 10 %, actuellement, du revenu de la propriété foncière, sans qu'il soit besoin de tenir compte de ce qu'il supportait en 1914, puisque la totalité de ces 10 % ne doit pas figurer dans les impôts dont l'augmentation peut être réclamée au locataire bénéficiant de la prorogation.

2° Le propriétaire ne peut réclamer à ses locataires prorogés l'augmentation subie par les diverses primes d'assurances qu'il paye pour l'immeuble. Ces primes ne correspondent pas, en effet, à des avantages dont jouissent les locataires, mais sont seulement destinées à garantir les risques courus par le propriétaire lui-même. On ne peut donc valablement soutenir qu'il y a là des prestations payées pour la commodité des locaux.

Délai de revision de la rente d'un blessé du travail.

J'ai soigné en 10-12 un ouvrier charpentier P qui avait reçu dans l'O.D. un corps étranger : celui-ci avait produit une ulcération de la cornée, cause elle-même d'une tache de la cornée avec perte considérable de V. (Le malade voit pour se conduire).

Par suite de cette amaurose, P s'est vu attribuer une rente viagère de 135 fr. en vertu de la loi du 9-4-98.

(*Voir la suite page XLIII*-2593)



— V. E. M —

LE VOYAGE D'ÉTUDIANTS AUX EAUX MINÉRALES (VICHY ET LES STATIONS D'AUVERGNE)

des professeurs Carnot, Rathery, Perrin, Pierret, photographié à Chatel-Guyon le 20 mai 1923

PROPOS DU JOUR

Nos maîtres, les savants tuberculologues !

Nous avions cru que l'attaque, si malencontreusement déclanchée à l'Académie de médecine contre les médecins praticiens, éliminés délibérément de la lutte antituberculeuse, était un fait isolé, une boutade sans lendemain ni conséquences. Le Congrès de Strasbourg ne nous permet plus de croire qu'il en est ainsi. Ce fut, si nous en croyons le *Médecin Syndicaliste* et le tableau si coloré, si vivant, qu'en a brossé notre ami Decourt, une levée de boucliers des « savants » tuberculologues contre les médecins praticiens, aux applaudissements des dames d'œuvres, et des infirmières-visiteuses de profession, ces sœurs déjà ennemies. Comme toutes femmes, ces dames ne furent pas insensibles à la flatterie ; ce fut donc tout naturel de les entendre répondre par des ovations aux paroles de leurs maîtres, les « savants », éliminant en leur faveur ces gênants, incapables et inutiles praticiens. Nous avions espéré trouver en elles d'utiles auxiliaires, de dévouées et intelligentes collaboratrices. Nos maîtres, en tuberculologie, Messieurs les « savants », usant des procédés de surenchère électorale, ont jugé préférable de leur proposer de nous faire la classe et de nous engager à aller à l'école apprendre auprès d'elles un peu de médecine sociale.

Tout ceci, qui nous parut tout d'abord monstrueux, fut dit, nous a-t-on affirmé, avec une telle ingénuité, qu'il serait difficile d'y voir une action concertée et cela est beaucoup plus fâcheux : MM. les savants, MM. les tuberculologues paraissent sincères.

« Toute profession spéciale, a écrit H. Bergson dans son Etude sur le *Rire*, donne à ceux qui s'y enferment certaines habitudes d'esprit et certaines particularités de caractère où ils se ressemblent entre eux, et par où aussi ils se distinguent des autres. De petites sociétés se constituent ainsi au sein de la grande. Sans doute elles résultent de l'organisation même de la Société en général. Et pourtant, elles risqueraient, si elles s'isolaient trop, de nuire à la sociabilité. Or, le rire a justement pour fonction de réprimer toute tendance séparatiste. Son rôle est de corriger la raideur en souplesse, de réadapter chacun à tous, enfin d'arrondir partout les angles. Nous aurons donc ici une espèce de comique dont les variétés pourraient être déterminées d'avance. »

C'est pour cela qu'après avoir été tout d'abord indigné et même attristé de ce qui, nous le craignons, aura pour conséquence de nuire à la lutte antituberculeuse et à la prospérité des infirmières visiteuses, que nous avons toujours défendues, c'est pour cela que nous avons pris le parti d'en rire, ce qui est du reste le parti le plus sage.

Nos maîtres, « les savants », sans s'en douter, nous donnent un bel exemple de comique professionnel.

« La vanité, affirme encore à ce sujet H. Bergson, inclinera d'ailleurs ici à devenir solennité à mesure que la profession exercée renfermera une plus haute dose de charlatanisme (ici réel mais inconscient, nous en sommes persuadé). Car c'est un fait remarquable que plus un art est contestable (1), plus ceux qui s'y livrent tendent à se croire investis d'un sacerdoce et à exiger qu'on s'incline devant ses mystères. Les professions utiles sont manifestement faites pour le public, mais celles d'une utilité plus douteuse ne peuvent justifier leur existence qu'en supposant que le public est fait pour elles ; or, c'est cette illusion qui est au fond de la solennité. Presque tout le comique des médecins de Molière vient de là : ils traitent le malade comme s'il avait été créé pour le médecin et la nature elle-même comme une dépendance de la médecine. »

Evidemment, la tuberculose est le domaine exclusif de nos maîtres, « les savants » tuberculologues.

Ah ! si Molière, dont nous avons fêté, l'an dernier, le troisième centenaire, revenait en ce basmonde, avec quelle verve célèbrerait-il le mariage du « savant » Diafoirus et de l'aimable Philaminte, immédiatement suivi des fiançailles du non moins « savant » Desfonandrès et de la précieuse Cathos ? Il n'oublierait pas l'Intermède

(1) Et quoi de plus contestable que la lutte antituberculeuse menée sans le concours des médecins praticiens ?

et nous ferait assister à la réception solennelle d'un « savant » tuberculologue :

Per totam terram videmus
Grandam vogam ubi sumus
Et quod grandes et petiti
Sunt de nobis infatuti.

Totus mundus, currens ad nostros remedios,
Nos regardat sicut deos ;
Et nostris ordonnanciis
Principes et reges soumissos videtis.

Amen.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES TROUBLES TROPHIQUES ET NUTRITIFS D'ORIGINE NERVEUSE

par L. PRON.

Il y a quelques années, parler de troubles de nutrition, c'était parler exclusivement de perturbations dans la chimie organo-physiologique ; en dehors des *calories*, en effet, on ne voyait rien qui pût expliquer l'engraissement ou l'amaigrissement, et tous les régimes contre l'excès ou le manque d'embonpoint étaient basés uniquement sur une diminu tion ou une augmentation du nombre de calories comprises dans l'alimentation.

La découverte des *vitamines* est venue montrer qu'au point de vue de la nutrition, il y avait autre chose que l'équivalence calorique et la chimie dans les aliments. Des traces « d'infiniment petits » étaient reconnues capables de modifier radicalement l'orientation des échanges organiques, puisqu'il suffisait d'ajouter de la décoction de céréales ou du jus d'orange, de valeur calorique nulle, aux biberons de certains bébés élevés au lait stérilisé ou au lait condensé, pour voir leur hypotrophie se changer en eutrophie.

Mais, il a y encore autre chose que les calories et les vitamines pour comprendre les troubles nutritifs, généraux ou locaux ; ce quelque chose est le *système nerveux*.

Au siècle dernier, M. LEVEN a développé amplement la conception de l'*obésité*-névrose et de l'*amaigrissement*-névrose dans des ouvrages basés sur la clinique, c'est-à-dire sur l'observation des malades et des faits, non qu'il s'agisse d'affections bien déterminées du système nerveux, mais simplement de l'*irritation* de l'un des deux centres qui résument le fonctionnement nerveux de l'être humain : cerveau et plexus solaire. Une fois l'irritation née dans l'un, elle se transmet rapidement à l'autre, et, de là, à leurs dépendances réciproques, de telle sorte que le système cérébro-rachidien et le système sympathique arrivent plus ou moins vite à être viciés dans leur dynamisme.

Dès lors, dit LEVEN, les troubles de nutrition apparaissent et s'installent, et ils durent tant que l'équilibre dynamique n'est pas rétabli. « *Ce sont les centres qui président à la chimie de l'économie*, et nous avons beau intervenir par des agents chimiques, nous ne ferons rien sur les centres nerveux... Lorsque l'individu a les centres nerveux irrités, ce n'est pas seulement la graisse importée qui va se déposer dans les tissus : tous les aliments, matières azotées, sucres, féculents, feront moins d'urée, moins d'acide carbonique ; ils se changent en graisse ; la température du corps s'abaisse ; tous contribueront à augmenter l'embonpoint : la viande, le sucre, aussi bien que les féculents deviennent graisse ; l'aliment ne remplit plus son rôle habituel ; il dévie dans sa fonction ; que les centres nerveux se calment, la graisse diminue, l'obésité cesse et le médecin aura beau conseiller au malade des féculents qui jouissent d'une si déplorable réputation, il maigrira en mangeant des fécules » (1).

D'où provient l'irritation des centres nerveux ? Souvent de l'hérédité ; on naît équilibré ou déséquilibré du système nerveux, — ou simplement fragile — et alors, il suffira d'une cause en apparence banale pour déclencher le déséquilibre. Ce sera le surmenage intellectuel (cerveau), la vie trépidante moderne des grandes villes (cerveau et moelle épinière), le régime alimentaire défectueux (plexus solaire = dyspepsie), l'accouchement ou l'avortement (plexus hypogastrique), etc.

G. LEVEN a repris la conception de son père

(1) *La névrose* (1887), p. 237-238.

et a consacré sa thèse inaugurale à l'obésité (1). Pour lui, en pratique, on ne voit jamais l'obésité évoluer seule ; ce n'est pas une maladie, c'est un symptôme morbide, qui apparaît au cours d'états physiologiques ou pathologiques très différents : menstruation, grossesse, lactation, ménopause, maladies aiguës, traumatisme, émotions, etc., ou qui accompagne une autre maladie. Les rapports entre l'obésité et la dyspepsie ne sauraient être niés. Si, le plus souvent, les dyspeptiques sont des maigres, il en est un certain nombre qui sont des gras. J'ai attiré l'attention autrefois sur la bonne conservation de l'état général chez certains gastropathes (2) ; j'ai actuellement en traitement un ulcéreux du pylore, souffrant de l'estomac depuis des années et qui pèse 91 k. 300 et une femme d'une cinquantaine d'années, atteinte d'ulcère duodénal (radioscopie), malade de l'estomac depuis 16 ans, et qui pèse 89 k. 600 au lieu de 82 k. en 1917, et je viens d'avoir la visite de M. D., de Sétif, qui se plaint, surtout depuis 2 ans, du ventre, et qui pèse 83 k., malgré un ulcère duodénal avec adhérences sous-hépatiques (chimisme à jeun et radioscopie).

Toujours est-il que BOUCHARD trouvait, sur 1000 obèses, 265 dyspeptiques (3) : 183 fois, dyspepsie simple ; 69 fois, dilatation ; 35 fois, gastralgie ; 23 fois, gastrite. G. LEVEN va beaucoup plus loin ; il dit qu'en étudiant complètement le malade et en analysant avec soin ses anamnèses, jamais on ne trouvera en défaut cette notion : « l'obèse est toujours un dyspeptique » ; et l'on sait que, pour lui, la dyspepsie consiste essentiellement en l'*irritation* du plexus solaire (4).

Je n'accepte plus intégralement la conception de LEVEN. Tous les obèses ne sont pas des dyspeptiques et, en supposant que tous le soient, rien ne prouverait que leur embonpoint fût toujours la conséquence de leur gastropathie ; mais, bon nombre le sont et il m'est arrivé assez souvent de réduire l'obésité, en appliquant le traitement de LEVEN, c'est-à-dire en supprimant toutes causes d'irritation du système nerveux, en mettant les patients au repos physique et cérébral et en leur indiquant un régime alimentaire antidyspeptique, c'est-à-dire comprenant *à volonté* purées de légumes secs, pâtes, etc., mais dont étaient exclus tous les aliments irritants pour la muqueuse gastrique : pâtisserie, sauces, graisses, pain, etc. En laissant les malades manger à leur faim des aliments riches en calories, *mais faciles à digérer*, et en supprimant dans leur genre d'existence toute cause de fatigue, j'ai pu vérifier la faillite de la théorie calorique et le bien-fondé de la théorie nerveuse chez une certaine catégorie d'obèses . Je rappellerai, entre autres, le cas d'une jeune fille de 15 ans, qui pesait, à jeun, 83 k. 500 en mars 1912, et qui, sans aucun médicament « fondant », tombait à 67 kg. 600 en février 1913, soit une diminution de 16 kg. en 11 mois (1), et celui d'un homme de 44 ans, pesant 90 kg. en avril 1912 et tombant à 83, vingt-neuf jours après, avec le régime de pâtes, féculents, œufs, etc., et une diminution de son travail physique, toujours sans l'emploi d'un médicament autre que ceux habituels dans la dyspepsie.

En modifiant le dynamisme du plexus solaire, le fonctionnement de tout le système nerveux (cérébro-rachidien et sympathique) se modifie parallèlement et celui des glandes endocrines également, car le sympathique ne fait qu'un fonctionnellement avec le système endocrinien.

Voilà pourquoi également le même régime alimentaire, comprenant la même quantité de nourriture et les mêmes médicaments, fait engraisser le dyspeptique maigre et maigrir aussi souvent le dyspeptique gras. J'ai observé fréquemment le fait, et M. LEVEN rapporte (2) les observations de deux dames, venues le consulter en même temps : l'une, âgée de trente-sept ans, désolée de sa maigreur excessive, de la pâleur de son teint, l'autre, âgée de soixante-trois ans, qui « se désolait de son obésité » et qui, soumises aux mêmes prescriptions (les fécules composaient une grande partie de leur alimentation) revinrent « à la même consultation après trois semaines ; l'une et l'autre m'adressèrent des remerciements, la première de ce qu'elle avait déjà engraissé de quatre ou cinq livres, la deuxième de ce qu'elle avait maigri de cinq ou six livres. L'une et l'autre sentaient leur état général très amélioré. La première fut guérie, après neuf mois, d'une maladie qui durait depuis vingt ans et engraissa de 18 livres, et la deuxième maigrit en trois mois de vingt livres. Ainsi engraissèrent et maigrirent, par un même régime, deux malades nourries avec les fécules ; l'une a gagné en poids, et l'autre a perdu en poids avec ces aliments qui, au dire des chimistes, font toujours de la graisse. Il y a donc dans l'obésité et l'amaigrissement autre chose que la chimie simple, et les réactions que subissent les aliments par l'organisme ; l'obésité et l'amaigrissement ne peuvent donc être prévus par la chimie. »

Evidemment, quand il s'agit de cancer ou de

(1) *De l'obésité* (1901). Thèse couronnée par la Faculté de Paris.
(2) *Revue suisse de médecine*, 4 octobre 1913.
(3) *In* LEVEN.
(4) *La dyspepsie* (deuxième édition, 1921), et *in* SOUPAULT : *Traité des maladies de l'estomac* (1906), quatrième partie, p. 644.

(1) *A propos du traitement de l'obésité, particulièrement chez les dyspeptiques* (*Société de thérapeutique*, 9 avril 1913). L'observation est exposée là, tout au long.
(2) *La névrose* (1883), p. 238.

tuberculose, pour l'amaigrissement — de ménopause artificielle ou d'un trouble endocrinien pur, pour l'obésité — tout ce qui vient d'être dit tombe à faux.

Mais, cliniquement, le rôle du système nerveux doit être retenu dans la genèse de bon nombre d'obésités ou de maigreurs. Cette opinion a été reprise par certains auteurs, entre autres par HECKEL, qui a écrit cette phrase : « En somme, l'*influence du système nerveux dans le processus nutritif est primordial* » (1).

Les troubles de nutrition d'origine nerveuse se traduisent d'autre part, par des modifications de la composition de l'urine.

CLAUDE et BLANCHETIÈRE (2) ont constaté que dans l'épilepsie, pendant les jours de crise, le *coefficient azoturique* s'abaisse, pour se relever ensuite ; pendant les périodes intercalaires des crises, il y a de la *rétention chlorurée* ; après les crises, il y a, au contraire, de l'*hyperchlorurie*. Dans l'hystérie, il y a augmentation manifeste de l'*acide urique* après les crises : 0,39 au lieu de 0,14 chez une série de malades. La psychasthénie s'accompagne d'une *rétention des matières minérales* et d'un abaissement du coefficient de l'utilisation azotée. Dans la myasthénie, il y a diminution de l'acide urique et *élévation du coefficient azoturique*. Dans deux cas de dépression mélancolique, ces auteurs ont trouvé de l'hyperchlorurie et de la *diminution des phosphates*, ainsi que des matières minérales non chlorurées. Chez deux sujets atteints de tétanie, ils ont observé une *augmentation des échanges nutritifs*.

J'ai mentionné, dans un article paru antérieurement (3), le *diabète* et le *phosphaturie*, et j'ai rappelé l'observation d'une malade de M. LEVEN, chez laquelle l'excrétion uréique était complètement indépendante de l'alimentation. Chez une autre également, dont le régime quotidien se composait d'un litre de lait, 50 gr. de viande, 200 gr. de pommes de terre et 100 gr. de pain grillé, la quantité d'urée éliminée, qui était de 20 à 22 gr., dépassait de beaucoup ce qu'elle aurait dû être, d'après la chimie (4).

La *goutte* étant la conséquence d'une viciation du métabolisme général, il convient de la ranger auprès de l'obésité et de l'amaigrissement et de lui appliquer, par conséquent, au moins dans une certaine proportion, la même pathogénie.

(1) *Les maladies de la nutrition sont d'ordre nerveux.* (*Journal de diététique et de bactériothérapie* 1914, p. 75.)

(2) *Recherches sur les troubles de la nutrition dans quelques maladies du système nerveux.* (*Journal de physiol. et de pathol. gén.*, janvier 1909.)

(3) *Les troubles génito-urinaires réflexes et nerveux.* (*Concours médical*, 17 juillet 1921.)

(4) *La névrose* (1883), p. 125

Un fait, d'observation courante et qui est d'un grand poids à ce point de vue, c'est que, de même qu'il y a des obésités à l'origine desquelles on chercherait en vain un excès d'apports alimentaires, il est assez fréquent de rencontrer la goutte chez des sujets qui n'ont jamais fait bonne chère et qui n'ont usé que parcimonieusement de viande et de vin. LEVEN cite même le cas d'un malheureux musicien ambulant, « qui n'avait pas à manger depuis plusieurs années, dans la misère la plus profonde ; et il avait les mains et les pieds couverts de tophus, qui firent tomber les doigts de pied par la gangrène » (1).

Non seulement LEVEN, mais aussi LANCEREAUX, au XIX[e] siècle, rattachait la goutte au système nerveux, de même que DYCE DUCKWORTH — et, avant eux, CULLEN. — « Ce sont, dit LEVEN les centres nerveux irrités qui altèrent la nutrition, créent l'uricémie et détermineront chez l'individu prédisposé par l'hérédité un accès de goutte ; ce ne sont pas les aliments, les boissons fermentées, qui donneront la goutte ; ils irritent les centres et alors, la goutte devient possible. Pour ce motif, cette maladie peut s'observer aussi bien chez le pauvre, qui a les centres nerveux irrités par les besoins, la misère, que chez le riche, qui irrite les centres par une alimentation excessive. Ces données prouvent l'erreur de GARROD qui prétendait que la dyspepsie entraînait la goutte à cause de la digestion incomplète. L'insuffisance d'oxydation des matières azotées provient du système nerveux directement ; un individu peut manger, boire en excès un certain temps ; tant que le système nerveux est intact, il n'aura ni dyspepsie, ni gravelle, ni goutte ; mais, comme rapidement l'excès de nourriture, de boisson fermentée, aura irrité les centres, il aura bientôt des maux de tête, des vertiges, des névralgies, de l'asthme, de la dyspepse, des coliques hépatiques ou néphrétiques et la goutte finalement. Voilà la genèse de cette affection, que l'individu, né d'un goutteux, pourra éviter, s'il se tient dans une bonne hygiène et s'il ne surmène pas les centres nerveux ; mais, dés que paraîtra un symptôme quelconque de ces centres, la voie est ouverte à la goutte, et celle-ci pourra durer tant que les centres ne sont pas revenus à leur état d'équilibre. »

Cette conception de la goutte-névrose a été récemment presque adoptée par LINOSSIER qui a écrit (2) : « Je serais plutôt disposé à admettre, par analogie avec ce que nous observons dans les autres maladies de la nutrition, qu'il s'agit d'un poison formé au sein même de

(1) *Ibidem*. p. 216.

(2) *La pathogénie de la goutte et les travaux récents sur le métabolisme des nucléo-protéides.* (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1911, p. 252.)

l'organisme, par suite, d'un trouble de fonctionnement des glandes vasculaires sanguines. Ce trouble pourrait être commandé par des lésions encore inétudiées de ces glandes ou par une altération du système nerveux central, que, dès longtemps, Cullen, puis plus tard Dyce Duckworth, Lancereaux, ont considéré comme le *primum movens* de la goutte ».

Mais, c'est surtout par les manifestations locales que s'affirme le rôle du système nerveux dans la trophicité. S'il est permis de discuter ce rôle à propos de l'obésité ou de l'amaigrissement de tout l'organisme, on ne le peut plus quand on constate avec quelle précision un trouble ou une lésion d'un territoire nerveux déterminé provoque des modifications dans un territoire bien délimité du corps.

L'histoire de l'*atrophie numérique* est récente. Après quelques observations de Raymond et de Landouzy, c'est Klippel qui, dans deux mémoires publiés en 1893 et 1897, individualisa ce trouble trophique, qui consiste, non en une dégénérescence des éléments anatomiques, mais en une diminution de leur nombre. Cette *aplasie* atteint tous les tissus : la peau s'amincit, le tissu cellulaire est moins abondant, les muscles et les os sont moins développés que dans la région symétrique. Trémolières et Gallois en ont rapporté plusieurs cas (1) depuis la thèse de Daniel (1899) et celle de Renaud (1907), entre autres les deux suivants, qui sont résumés par leur titre : 1° Brûlure cutanée de la tempe droite dans la première enfance ; atrophie numérique de la moitié droite de la face et du cou, de l'hémithorax droit et de la ceinture scapulo-humérale droite ; éruption de séborrhéides consécutive localisée au côté droit du cou. 2° Furoncle de la jambe gauche à l'âge de 7 ans, atrophie numérique du membre inférieur gauche ; vingt ans plus tard, périostose syphilitique tertiaire du tibia gauche, localisée au niveau de la cicatrice du furoncle.

L'atrophie numérique succède aux lésions les plus variées, mais particulièrement aux brûlures, aux suppurations superficielles ou profondes, aux arthrites, aux fractures, aux contusions.

Quand elle est localisée du côté de la lésion, elle « doit correspondre, *a priori*, à des troubles limités à la moitié homologue de la moelle ; Klippel a constaté, en effet, que la corne antérieure de la moelle, au niveau des centres d'un membre atrophié, était moins développée du côté atrophié que de l'autre, et que les grandes cellules y étaient moins nombreuses. »

Plus récemment, A. Thomas (1) a publié l'observation d'une malade qui, à la suite d'une fracture de la première phalange du petit doigt, ayant déterminé, pendant sept mois, des douleurs extrêmement vives, d'abord localisées puis généralisées, présentait une *atrophie de la main* avec *décalcification* de tous les os. Le syndrome correspondait à celui décrit par Guillain et Barré, sous le nom de névrite irradiante.

Il s'agissait là évidemment d'*atrophie banale*, comme on la rencontre dans toutes les névrites. Je ne fais que rappeler, en passant, l'atrophie de toute la jambe dans la névrite sciatique et même dans la simple névralgie sciatique.

Je ne fais également que mentionner l'*atrophie musculaire progressive*, qui est due à une lésion des cornes antérieures de la moelle ou plutôt, dit Grasset (2) « du neurone moteur inférieur bulbo-médullaire » — la *paralysie atrophique spinale infantile, l'amyotrophie des hémiplégiques, la sclérose latérale amyotrophique, l'hémiatrophie de la langue tabétique*, etc.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont plus souvent touchés que les masses musculaires. Qu'il me suffise de rappeler les *eschares du décubitus*, qu'on observe sur la fesse paralysée dans l'apoplexie, les *eschares du bras ou de la jambe*, qui se montrent du côté paralysé dans certaines hémiplégies, le *mal perforant*, qui se localise, non seulement à la plante du pied, mais au dos du pied, à la paume de la main, à la bouche, aux viscères et qui accompagne certaines maladies du système nerveux (paralysie générale, paralysie infantile, syringomyélie, paralysie agitante, etc.) dont le tabès tient la tête — la *sclérodermie* qui affecte une distribution périphérique ou névritique (nerf saphène interne, brachial cutané interne, espaces intercostaux, plexus brachial, etc.) — une distribution radiculaire — ou une distribution segmentaire ou métamérique (sclérodactylie). Si un certain nombre de cas relèvent d'une pathogénie circulatoire ou toxi-infectieuse, d'autres dépendent, à n'en pas douter, du système nerveux.

Pour les autres manifestations cutanées : *pelade*, etc., je renvoie à un de mes articles précédents (3).

Le *sympathique* peut jouer là un rôle important, ainsi que l'a montré Molhant (4), à pro-

(1) *Contribution à l'étude de l'atrophie numérique* (*Presse médicale*, 9 octobre 1909). Renaud avait, peu auparavant, insisté sur les troubles de croissance caractérisés par l'atrophie numérique et consécutifs à une lésion locale, cutanée, articulaire ou osseuse, (XXXVIe *session de l'A. française pour l'avancement des sciences*, Reims, août 1907) ; les éléments cellulaires des tissus atrophiés ont le même volume que ceux des tissus normaux ; on ne rencontre jamais de lésion interstitielle ou parenchymateuse ; l'atrophie résulte d'une diminution du pouvoir de prolifération cellulaire.

(1) *Société de neurologie* (6 décembre 1917.)

(2) *Les centres nerveux* (1905), p. 608.

(3) *Les troubles cutanéo-muqueux d'origine nerveuse ou réflexe.* (*Concours médical*, 7 août 1921.)

(4) *Contribution à l'étude de la pathologie du système nerveux sympathique.* (*Société belge de neurologie*, 30 mai 1914.)

pos d'un cas d'*acronévrose* (angiotrophonévrose des extrémités digitales chez un ancien psoriasique). Tout dernièrem nt, LEVY-FRANCKEL et JUSTER (1), ayant constaté l'abolition fréquente du réflexe pilo-moteur au niveau des zones peladiques, ont également tenté d'établir une relation entre le système endocrino-sympathique et les troubles pilaires, pigmentaires et kératodermiques. BARRAGUER (2) a de même rattaché à une altération du sympathique un cas d'atrophie du tissu cellulo-adipeux, localisé à la face et à la partie supérieure de la poitrine et qui n'était ni de la sclérodermie, ni de l'hémiatrophie faciale, ni de l'atrophie musculaire ordinaire ; cet amaigrissement, qui avait débuté à l'âge de 13 ans et qui allait, en progressant depuis 12 ans, donnait à la malade un aspect cachectique qui contrastait avec l'état normal du reste du corps.

L'atrophie peut se rencontrer, indépendamment de toute lésion, dans les névroses simples, par exemple dans l'hystérie ; BABINSKI, dès 1886, a consacré un mémoire à l'*atrophie musculaire hystérique* (3). A côté de cette modification, se rangent les *gangrènes cutanées hystériques*, dont LE GALL (4) a fait deux types : l'éruption pemphigoïde et l'urticaire fosée, toutes deux aboutissant à une eschare, puis à une ulcération ; la lésion se montre, tantôt à la suite d'un traumatisme minime, tel qu'un grattage d'ongle, tantôt à la suite d'un choc moral.

La névralgie et la névrite sciatique amènent presque toujours une atrophie franche et prononcée de tout le membre, principalement la cuisse et le pied. Mais, il est des cas, où, en même temps, on constate de l'*adipose sous-cutanée*. LANDOUZY a signalé le fait dès 1878. LORTAT-JACOB et VITRY (5) ont recherché si des lésions expérimentales du sciatique pouvaient déterminer des modifications dans la nutrition du tissu conjonctif ; quel que fût le mode d'altération du nerf, ils ont noté l'existence de nombreux petits pelotons adipeux, le long du sciatique, en particulier au niveau du creux poplité et ils ont été frappés de l'augmentation de volume du ganglion lymphatique situé là. L'examen histologique leur a montré que ce ganglion contenait plus de graisse que celui du côté sain ; il n'est donc pas douteux que le tissu lymphoïde joue un rôle important dans le métabolisme de la graisse ; ce tissu semble être un intermédiaire entre l'excitation nerveuse et la localisation anormale du tissu adipeux.

La *lipomatose diffuse symétrique* a été discutée, quant à sa pathogénie. *L'adipose douloureuse* ou *maladie de Dercum*, étudiée pour la première fois à Philadelphie en 1888, puis dans tous les pays par de nombreux auteurs, consiste en masses élastiques et lobulées, très sensibles à la pression, qui apparaissent d'ordinaire sur le dos, les épaules et les flancs. On y trouve presque toujours associés des symptômes nerveux variés. La *neuro-fibromatose* ou *maladie de Recklinghausen* a été rattachée tantôt à un trouble polyglandulaire, tantôt à une atteinte profonde des centres trophiques du tissu conjonctif (SARAZANAS).

Aux atrophies partielles ou unilatérales font pendant certaines hypertrophies.

L'*hypertrophie partielle congénitale du corps*, signalée pour la première fois par GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, a été étudiée à nouveau par GRIMAUD (1), qui en a rapporté une belle observation personnelle. Tantôt, il y a hémi-hypertrophie totale, tantôt hypertrophie croisée, tantôt localisation à un membre. L'hypertrophie est presque toujours accompagnée de deux autres symptômes : varices et nævus et quelquefois d'autres manifestations : hyperthermie locale, hypersudation et hypertrichie. GRIMAUD, quant à la pathogénie de ce syndrome, rejette complètement la théorie vasculaire et la théorie lymphatique, pour se rallier à la théorie nerveuse ; il attribue les symptômes à des troubles à distribution soit métamérique, soit radiculaire.

En ce qui concerne la langue, son *hémihypermétrie* (syndrome de BABINSKI-NAGEOTTE) a été étudiée, après d'autres travaux, par RICALDONI (de Montevideo) (2). Le fait le plus saillant, parmi les symptômes constatés était la perturbation de la motilité ; quand le malade tirait la langue, celle-ci se projetait vivement et montrait, à droite, un prolongement très aigu de la pointe, qui s'élançait avec la rapidité d'un ressort détendu obliquement vers la gauche, pour revenir de suite en place normale.

En même temps, on constate de l'hypermétrie d'un membre. Cette anomalie est due à des lésions bubaires d'origine artérielle et elle s'accompagne, d'un côté, d'asthénie avec hypotonie, de dysmétrie, d'asynergie, de tremblement intentionnel, de nystagmus, de perte de l'équilibre, de paralysie du voile du palais et de paralysie oculo-sympathique — de l'autre côté, de thermo-analgésie.

Le *trophœdème* est connu depuis peu. Il est constitué par une hypertrophie de tous les tissus :

(1) *L'origine endocrino-sympathique des troubles cutanés trophiques.* (*Société de neurologie*, 1er mars 1923.)
(2) *Un cas d'atrophie du tissu cellulo-adipeux.* (Imprimerie de l'Avene, Barcelone, 1906).
(3) *Archives de neurologie*, T. XII.
(4) Thèse de Paris (1902).
(5) *Revue de médecine* (10 mars 1909).

(1) Thèse de Paris (1901).
(2) *Société médicale des hôpitaux de Paris* (2 juin 1922).

peau, tissu cellulaire et os, comme le montre la radioscopie. C'est un œdème blanc, dur, indolore, qui est réparti de façon symétrique.

Dans un cas de MABILLE (1), il s'agissait d'une femme de 49 ans, qui présentait une hypertrophie énorme des pieds, des jambes et des cuisses avec anesthésie au contact, parésie et hémiplégie gauche incomplète : elle avait subi un traumatisme crânien de côté droit dans sa jeunesse. MABILLE admet deux sortes de lésions : centrales (hémiparésie) et médullaires (affectation de la totalité des membres inférieurs). Il fait du trophœdème une dystrophie conjonctive, comparable aux dystrophies musculaires.

Dans un cas de JOUSSET (2), il s'agissait d'une malade de 32 ans, chez laquelle la jambe droite avait commencé, à l'âge de 15 ans, à augmenter de volume ; le pied était respecté.

La pathogénie ne peut guère s'expliquer que par la théorie métamérique de BRISSAUD, que DEBOVE acceptait également. Dans deux cas de G. ETIENNE (3), l'un concernant un vieillard de 70 ans (œdème chronique, blanc, dur, indolore, énorme, localisé au bras gauche), l'autre, concernant une jeune fille de 24 ans (jambe gauche), il y avait, à l'origine, un traumatisme local ; l'œdème était apparu, dans le premier cas, au bout d'un an, dans le second, au bout de quelques jours ; il était accompagné d'une vive douleur. La pathogénie de ce genre d'œdèmes réside dans une névrite initiale, retentissant sur la cellule ganglionnaire du protoneurone centripète, et dans l'action de cette dernière sur les éléments sympathiques du même métamère ou des métamères voisins. La réaction défectueuse du sympathique aux excitations du protoneurone centripète lésé aboutit à une formation exagérée de lymphe : aussi, y a-t-il une grande ressemblance clinique entre le trophœdème et les autres œdèmes chroniques ou l'éléphantiasis.

Je passe sous silence les *lésions osseuses du tabès*, qui constituent une banalité classique, et pour les *troubles trophiques des cheveux*, je renvoie à mon article (1) sur les troubles cutanéo-muqueux d'origine nerveuse.

(1) *Bull. Soc. Méd. Chir., La Rochelle* (1901).
(2) *Société de l'Internat des hôpitaux de Paris* (29 juillet 1907).
(3) *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 2 (1907)

(1) *Loc. cit.*

CHIRURGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les lésions de l'appareil génito-urinaire dans les accidents du travail.

M. le Professeur agrégé PROUST, chirurgien des hôpitaux.

Je vous parlerai des altérations de l'appareil génito-urinaire, considérées au point de vue médico-légal, dans les accidents du travail. Nous étudierons les caractères généraux de ces altérations, leur retentissement sur la fonction et sur la capacité ouvrière, pour apprécier le dommage ainsi causé par l'accident au blessé.

Considérons, en premier lieu, les lésions des voies urinaires. Elles peuvent intéresser le rein, la vessie, l'urèthre. Le rein est atteint dans une certaine catégorie d'accidents, chez les employés de chemins de fer, par exemple, quelquefois victimes de coups de tampon, au moment de l'attelage des wagons principalement. Tuffier a montré qu'il existait des zones accessibles du rein, au-dessous du bord inférieur des côtes, devant le rachis, à la hauteur de la colonne lombaire. Un trauma portant à cet endroit, sous les fausses côtes, appuyant sur la colonne lombaire, peut léser plus ou moins sérieusement le rein.

Une éventualité, grave, de ces accidents, est la rupture du rein. Elle s'observe par choc direct, dans le cas d'écrasement entre deux tampons, à la suite d'un coup de pied de cheval, ou quand un individu reçoit un lourd colis sur le flanc. Elle se rencontre aussi par cause indirecte, à l'occasion d'une chute sur les pieds, à la suite d'un éboulement, d'une rupture d'échafaudage, etc. Il semble bien alors que le rein vienne se briser lui-même sur la colonne vertébrale.

Sur le rein traumatisé, on peut voir une série d'altérations, depuis la simple ecchymose sous-capsulaire jusqu'à la rupture de l'organe. Quand la rupture a été totale, l'expert se trouve en présence d'un malade néphrectomisé, car l'opération radicale, la néphrectomie, est le seul moyen de guérir le blessé. Vous avez à discuter la réduction de capacité entraînée par la perte d'un rein. Quand la lésion est bien consolidée, si la fonction rénale est conservée, si le rein opposé donne une urine normale, la constante d'Ambard étant également normale, il n'en reste pas moins que le sujet n'a plus qu'un seul rein. Pour ce motif, il doit s'abstenir des professions exigeant de gros efforts. Même avec une bonne apparence, il est plus sensible aux intoxications, aux coups de froid. En un mot, il est atteint dans sa résistance, la perte du rein entraînant une réduction de capacité de travail.

La jurisprudence est d'accord pour l'apprécier au minimum le plus raisonnable de 33 pour 100. Mais si la fonction urinaire laisse à désirer, s'il y a de l'albuminurie, l'état du sujet demandant des précautions qui ne s'accordent pas toujours avec les exigences d'un métier, l'incapacité peut très bien s'élever à 50 pour 100. Le barème de guerre accorde d'ailleurs 50 pour 100 pour la perte d'un sein.

Prenons une autre éventualité. Il y a eu contusion rénale, un peu d'hématurie, qui a cessé, sans intervention opératoire. Le patient a guéri spontanément et paraît guéri. Il faut se souvenir qu'il existe souvent une néphrite traumatique unilatérale, bien des fois temporaire, d'autres fois prolongée et susceptible de retentir sur le côté opposé. Cette néphrite traumatique amoindrit la valeur du rein d'une façon considérable. M. Frédet, dans l'examen fonctionnel d'un rein ainsi touché, a vu la sécrétion réduite au septième. Il y a parfois des lésions importantes qui, n'ayant pas intéressé la capsule, ne se sont pas extériorisées et n'ont pas conduit à l'opération. Elles laissent communément des scléroses, des gros déchets. Vous devez rechercher l'albuminurie et les troubles fonctionnels : ils peuvent aboutir à une réduction de capacité allant à 30 pour 100. Il est bon de voir, en outre, si le travail, à sa reprise, exagère ou non les troubles rénaux, ce qui peut justifier une augmentation de l'incapacité. Ce n'est pas tout encore. Il arrive que la néphrite unilatérale se transforme en néphrite bilatérale, finissant en un véritable mal de Bright. Le pourcentage s'élève ici jusqu'à 60 pour cent.

Certains auteurs ont parlé de pyonéphrose, de pyélonéphrite post-traumatiques. Ce sont là des cas d'espèce, qui restent assez exceptionnels. Les malades atteints antérieurement de pyélonéphrite ou de pyonéphrose accusent volontiers des chocs, grands ou petits, d'être intervenus. Les traumas minimes ne sauraient être admis dans cette étiologie, de toutes façons, qu'avec beaucoup de circonspection. De même, pour le rein mobile. Presque toujours il entre en jeu une prédisposition. Pour qu'un accident détache un rein normalement fixé, il faut un effort particulièrement violent — comme pour la hernie par accident du travail. La véritable néphroptose par accident apparaît fort rare.

La partie des voies urinaires la plus fréquemment lésée après le rein est l'urèthre. Vous savez qu'une rupture de l'urèthre, qui se produit par chute à califourchon habituellement, laisse après elle un rétrécissement traumatique, d'importance variable, dilatable, ou dur et serré, pouvant entraîner de la rétention, de la distension vésicale, de la distension rénale, de la pyélonéphrite. Tout l'arbre urinaire est susceptible, dans ces conditions, d'être altéré. Vous établirez la dilatabilité du rétrécissement et l'état de la vessie. Les cas légers ne s'accompagnent pour ainsi dire pas de rétention. La jurisprudence fixe pour eux l'incapacité à un chiffre allant de 10 à 30 pour 100.

Il est d'autres cas sans infection, sans fistule, mais nécessitant des soins constants. Le malade est obligé de se faire sonder et dilater, tous les six mois par exemple. On est d'accord ici pour admettre 30 à 60 pour 100. Lorsqu'il y a fistule, on donne 60 à 70 pour 100. Enfin, les grands infectés peuvent monter à 80 p. 100.

Les lésions de l'urèthre avec rétrécissement traumatique aboutissent donc à des réductions de capacité importantes. Là encore, c'est le retentissement sur les reins qui joue un grand rôle. Il y a d'ailleurs une certaine difficulté à fixer la consolidation. On admet qu'un urèthre dans lequel on passe le nº 18 de la filière Charrière (6 millimètres) est en état de consolidation, mais il faut savoir que ce degré de dilatation ne sera pas gardé, en général, que le malade devra de temps en temps se faire cathétériser. On doit, dans le pourcentage de l'indemnité, tenir compte de ce fait pour permettre au patient de se soigner.

Les traumatismes de la vessie sont plus rares. Ils demeurent justiciables des mêmes discussions quant à leur retentissement sur les fonctions rénales. Vous tombez dans les conditions de la néphrite traumatique. Le blessé, en outre, conserve quelquefois une fistule, ce qui est une entrave au travail, par les soins qu'elle nécessite, l'odeur qu'elle dégage, etc. La dépréciation due à une fistule vésicale se chiffre entre 30 et 50 pour 100.

Voyons maintenant les réductions de capacité relevant de lésions des voies génitales. Il y a lieu de les considérer chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme, il peut s'agir de lésions du pénis. Le pénis peut être saisi dans un arbre de transmission et amputé. Il en résulte d'abord une lésion cicatricielle de l'urèthre, avec troubles urinaires, rentrant dans les catégories que j'étudiais tout à l'heure. La mutilation pénienne n'apparaît pas comporter de réduction de capacité proprement dite. Le blessé n'a pas d'empêchement réel de ce fait à son travail. Néanmoins, l'usage a prévalu d'accorder 20 pour 100 pour une mutilation du pénis. Le barème militaire, beaucoup plus large, admet jusqu'à 70 pour 100. Le point de vue auquel il se place est différent. L'homme, ainsi blessé dans son moral a droit à une compensation. Il serait peut-être plus juste d'accepter aussi cette manière de voir pour les accidents du travail. Je vous avoue que personnellement je serais disposé à accorder 30 pour 100 d'incapacité à un amputé du pénis par accident du travail.

La perte d'un testicule peut être consécutive à un accident ou résulter d'une opération néces-

sitée par l'accident. D'autres fois, on est en présence de contusions du testicule qui aboutissent à un processus de sclérose. Il faut se rappeler que cet organe a une fonction double : spermatique, et glande à sécrétion interne, la résorption de ladite sécrétion étant importante pour l'état moral et physique du sujet. Il semble bien que ce soit la suppression de cette sécrétion qui entraîne l'état d'eunuque.

En matière d'accident, la perte des testicules n'a pas d'action eunuchoïde. Néanmoins, elle créé une réelle tendance à l'obésité, à l'indolence physique, au défaut d'énergie. Et cependant, dans une expertise dont il fut beaucoup parlé, Berger avait conclu que le blessé, amputé des testicules n'avait pas subi de dépréciation au point de vue travail. Cette conception fut discutée. Actuellement, l'accord est unanime pour taxer la castration double d'une incapacité allant de 30 à 50 pour 100. Le barème militaire va jusqu'à 70 pour 100. Je considère pour ma part, que la perte des deux testicules par accident doit faire accorder une forte indemnité. Les chirurgiens savent tous que les sujets a qui on a enlevé les deux testicules tombent dans un état moral grave. La perte d'un seul testicule est beaucoup moins sérieuse. La jurisprudence accorde alors 8 pour 100, ordinairement, et le barème militaire 10 pour 100.

Il existe une circonstance susceptible de provoquer une atténuation plus ou moins forte des fonctions spermatiques. C'est le séjour dans les salles de radiologie. Les cellules auxquelles échoit le rôle d'assurer ces fonctions sont très sensibles aux rayons et si l'on ne prend pas des précautions suffisantes de protection, elles sont gravement lésées. Tous les radiologistes de la première heure ont été atteints à ce point de vue et les infirmiers vivant au voisinage des rayons peuvent subir une action de cette espèce. Par contre, la glande à sécrétion interne testiculaire n'est pas touchée. Il s'agit là en réalité de maladie professionnelle plutôt que d'accident.

L'action des rayons sur les glandes génitales, pas toujours facile à caractériser chez les infirmiers, est beaucoup plus nette chez les infirmières. L'arrêt de la menstruation en est un indice. La question n'est pas encore fixée par la jurisprudence, mais il est intéressant de la connaître.

Deux mots de l'orchite dite traumatique. Un sujet reçoit un choc sur le testicule. Quelques jours après, il se plaint d'une orchite et il demande que celle-ci soit considérée comme accident du travail. Point délicat à élucider. A la *Société de chirurgie*, Routier, Delorme et Tuffier ont admis qu'un traumatisme ne pouvait déterminer une orchite que chez les individus atteints de blennorrhagie. En fait, on ne saurait méconnaître le rôle de l'état antérieur et celui du trauma.

A la suite de choc, on a pu voir une atrophie testiculaire, pour laquelle l'usage est de donner une réduction de 10 p. %. A côté de la contusion, il faut placer l'effort. Tillaux a établi qu'une contraction brusque du crémaster peut contusionner le testicule. L'effort est susceptible encore d'amener une torsion du cordon. La conclusion est que, aussi bien à la suite d'une contusion qu'à la suite d'un effort violent, il est possible de voir le testicule devenir douloureux et s'y greffer de l'atrophie. Je m'empresse d'ajouter que de telles éventualités sont des plus rares et qu'il est bon de s'en méfier. La plupart du temps, vous pourrez établir la réalité d'une blennorrhagie, d'une tuberculose, d'un néoplasme testiculaire, révélé au malade à l'occasion de l'accident. Toutefois, une fois sur dix, sur vingt, ou sur trente, l'expertise montrera qu'à la suite d'un effort ou d'une contusion forte, est survenu un gonflement suivi d'atrophie de l'organe, auquel cas vous serez autorisés à proposer 10 pour 100, pour une lésion unilatérale.

Je terminerai par l'épididymite tuberculeuse dans ses relations avec les accidents du travail. On ne peut admettre que le traumatisme ait servi à la localisation du bacille sur l'épididyme, mais on ne saurait nier que la contusion a souvent un rôle exagérateur. Le trauma ne crée pas, mais il aggrave la tuberculose épididymaire. L'expert a alors une mission assez délicate. Le barème militaire donne 15 pour 100. Vous pourrez mettre 10 pour 100.

Lésions de l'appareil génital chez la femme par accidents du travail ? On a présenté des observations de déviation utérine, de prolapsus, à la suite d'une chute. Pour ce qui concerne les déviations, je ne puis les admettre. Je ne comprends pas comment un utérus normal pourrait se mettre en rétroversion du fait d'un effort. Il n'en est pas de même du prolapsus. Un effort violent, pour soulever un très lourd fardeau, par exemple, peut être suivi de douleur vive avec apparition de l'utérus à la vulve, chez une femme déjà prédisposée, à la faveur d'une disposition péritonéale anormale. Je n'en ai pas observé d'exemple. On n'est pas autorisé à nier le fait bien qu'il doive être d'une grande rareté. Lorsque, exceptionnellement, vous vous trouverez en présence d'un prolapsus de ce genre, vous donnerez 15 à 20 pour 100.

D'un autre côté, il faut faire la part des accidents du travail dans l'avortement. Une chute, un choc, sont susceptibles de provoquer la fausse couche, mais il faut pour cela que vous constatiez peu après l'accident une hémorragie, des douleurs, et que vous éliminiez les autres causes. Une femme, par exemple, est victime d'un accident, reconnu à l'usine. Deux, trois jours

après, elle fait une fausse couche. La corrélation est parfaitement admissible. Au contraire, une femme fait un avortement et elle déclare, plus ou moins nettement, se rappeler un choc antérieur. Il faut être ici beaucoup plus circonspect et rechercher toutes autres causes d'abord. L'avortement, d'ailleurs, ne faitqu'interrompre le travail et il ne donne que le demi-salaire pendant la durée de l'interruption.

Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris et recueillie par le Dr P. LACROIX.

UN TRAITEMENT DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE PAR LES SÉRUMS ANTIPESTEUX

Dans un tout récent article du *Concours*, consacré à l'encéphalite dite léthargique, l'auteur, passant en revue les différents traitements classiques, tous plus inefficaces les uns que les autres, omet le seul qui paraît faire exception à cette désolante règle et qui fut longuement exposé voici quelques années par le docteur Paoli, de Paris, dans le *Concours médical* : je veux parler du sérum antipesteux.

Or, je possède, à l'heure actuelle, 8 observations concluantes : 6 m'appartenant en propre et 2 qui me sont, communiquées ces jours-ci par mon collègue, le docteur Bonnemaison.

Dans tous les 8 cas, où il s'agissait non pas de formes légères ou frustes, mais de formes sévères et intenses, le traitement *par le sérum antipesteux* a donné des résultats favorables très impressionnants, surtout si on les compare à ceux parallèlement obtenus par les procédés classiques à efficacité douteuse : salicylate de soude, formine, abcès de fixation, sialogogues, arsenicaux, etc.

Ici se pose naturellement une question d'une très grande importance : *le sérum antipesteux agit-il en tant que sérum spécifique ou simplement par une réaction du genre hémoclasique inhérente à tous les sérums?* Je ne saurais rien affirmer ; mais je me propose, à l'avenir, d'instituer deux séries de traitement parallèles : une avec le sérum antipesteux, une autre avec le sérum antidiphtérique par exemple, et j'engage mes confrères à procéder de même.

Voici, dans l'ordre chronologique, les 6 observations recueillies dans mon service à l'hospice mixte de Saint-Germain-en-Laye.

1° Mat.... (Jeanne), 32 ans de Conflans (S.-et-O.), Entrée dans mon service (cabanon), le 6 octobre 1921, avec réquisition pour *aliénation mentale* et mise en observation avant d'être dirigée sur l'Asile de Clermont (Oise) ; elle fut trouvée toute nue dans les champs dans un état de sommeil profond entrecoupé de subdélirium. L'examen attentif attire l'attention sur une déviation de la face, sur la présence de la fièvre et sur un état de myotonie (catalepsie) assez marqué. L'examen du liquide céphalo-rachidien par M. Moreau, docteur en pharmacie, chef du laboratoire de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye a donné : glucose, 1 gr. 13 ; chlorures, 8 gr. 19 ; albumine, 0 gr. 20. Examen cytologique : rares poly et mononucélaires.

Traitement. — 200 cmc. de sérum antipesteux ; 40 cmc. les deux premiers jours (sous-cutanés) et 20 cmc. par jour pendant 6 jours consécutifs. La malade quitte l'hôpital le 25 novembre, complètement guérie.

2° Madame Boull..., à Chatou, 24 ans, entrée le 24 décembre 1921, pour *aliénation mentale : délire, agitation, déviation de la face, ptosis, léger état fébrile, somnolence, hyperglucorachie assez marquée,* 0 gr. 95. Sérum antipesteux : 200 cmc. Sortie guérie le 16 février 1922. Est revenue à l'hôpital longtemps après pour y faire ses couches.

3° Lang... (Rémy) de Rueil, 13 ans. Cas d'encéphalite typique : somnolence, déviation de la face, clonies, grimaces, parole explosive , troubles oculaires, fièvre, subdélirium, algies, hyperglucorachie, 0 gr. 83. Entré le 7 janvier 1922. Sort le 24 mars 1922 complètement guéri. Est revenu nous voir un an après sa sortie ; état de santé parfait. 130 cmc. de sérum antipesteux.

4° Chel... (Robert), (Bougival), 19 ans, entré le 20 janvier 1922 : somnolence, délire, apathie profonde, paralysie faciale, myotonies (catalepsie), hyperglucorachie 1 gr. 02. Sort le 24 mars 1922 complètement guéri. 200 cmc. de sérum antipesteux. Nouvelles récentes bonne santé, travaille.

5° Pas... (Georges), de Chatou, 17 ans. Entré le 3 novembre 1922. Forme clionique et algique, troubles oculaires et sphinctériens, délire et léger état fébrile, hyperglucorachie, 0 gr. 75. Sorti 3 mois après complètement guéri, 180 cmc. de sérum.

6° Coch., 19 ans, de Maisons-Laffitte. Cas type : somnolence, prostration, paralysie faciale, troubles oculaires, hyperglucorachie, 0 gr. 63. Entré le 15 février 1923, sorti le 30 avril 1923, complètement guéri, 200 cmc. de sérum antipesteux.

Les deux cas du docteur Bonnemaison ont trait à deux femmes, atteintes d'encéphalite et traitées en 1921 par le sérum antipesteux. Les deux sont guéries.

En revanche, je suis en possession de 3 autres observations dans lesquelles le traitement classique seul fut appliqué : une femme de 37 ans devenue progressivement parkinsonienne, décédée 2 ans après le début de la maladie dans un état de déchéance physique et mentale ; et deux autres jeunes femmes atteintes d'encéphalite type ; — toutes les deux s'acheminent lentement, mais sûrement, vers cet état de parkinsonisme progressif et rebelle à tout traitement.

Dr CHERECHEWSKI,
Médecin de l'hôpital
de Saint-Germain-en-Laye.

HYDROLOGIE CLINIQUE

Étude des modifications de la tension artérielle au cours d'une cure thermale,

Par le Dr GERMÈS, de Luchon.

La clinique s'établit sur l'*observation des faits* : l'interprétation étant quelquefois difficile ou contradictoire, il importe de multiplier les observations. C'est du relevé de 287 courbes oscillométriques relatives à un certain nombre de malades que nous avons suivis durant ces dernières années que nous désirons brièvement entretenir le Congrès.

Si l'on peut tâter le pouls avec le doigt (M. le prof. Arnozan dans sa leçon d'adieu ne soulignait-il pas qu'autrefois, on savait mieux le tâter que de nos jours ?) on peut aussi tâter ce même pouls avec l'oscillomètre : les deux méthodes se complétant.

Mais pour obtenir des résultats cliniquement comparables, que l'on utilise le Riva-Rocci qui explore les pulsations en aval du doigt comprimé, ou le Pachon (ce qui est notre cas) qui explore avec un oscillomètre à sensibilité maximale et constante les pulsations au niveau du point comprimé, que l'on inscrive les mensurations en gonflant progressivement la manchette (Finck), ou en dégonflant progressivement cette même manchette (Lian), que la manchette soit appliquée à la saignée du bras ou au poignet, il faut examiner le malade avec le même appareil, sur le même segment de membre, à la même heure, couché, assis ou debout, comme il l'a été au premier examen : il importe en outre que ce soit le même expérimentateur qui opère.

Nous rappelons ici, d'après Pachon, que la pression maxima (P Mx) égale le chiffre obtenu au moment où la première oscillation différentiée (15 à 16 dans la normale) apparaît au cadran,

2° Que la pression minima — Mn — (8 à 9 dans la normale) égale le chiffre obtenu au moment où les oscillations de large amplitude commencent nettement à décroître.

3° Que la pression différentielle (mesure de l'impulsion cardiaque) est le résultat de la différence entre P Mx et P Mn de 6 à 7 en normale).

4° Que l'indice est le chiffre qui mesure l'amplitude maximale des oscillations.

Etienne May a étudié l'indice oscillométrique et le rapport oscillométrique. L'indice, d'après cet auteur, dépend de 3 facteurs : l'impulsion cardiaque, le calibre et l'élasticité des artères. Tenant compte de ces diverses notions (sauf de la dernière, qui est fort complexe) voici le résumé des résultats que nous avons obtenus :

	Diminution	Augmentation	Statu quo
P Mx (seule)....	63 %	24 %	13 %
P Mn (seule)....	51 %	19 %	30 %
Les deux........	45 %	14 %	41 %
Différentielle ...	29 %	21 %	50 %

(1) Il nous apparaît donc que, au cours d'un traitement thermal, les variations les plus importantes portent comme il a toujours été constaté (de Gorsse en 1909, Pelon en 1920, pour ne citer que mes confrères de Luchon) sur la pression maxima.

2) On obtient plus facilement une diminution de la P Mn que son augmentation.

3° Les deux termes P Mx et P Mn ont diminué dans plus de la moitié des cas et se sont ainsi rapprochés de la normale.

4° Sur les 24 % d'augmentation à la P Mx, il faut noter que 18 % de ces malades étaient de francs hypotendus nettement au-dessous de la normale avant tout traitement. 6 % d'entre eux, sur les 24 % dont nous parlons, ont dû cesser tout traitement, leur tension s'étant fortement élevée.

Pour les hypertensions qui ont cédé au traitement, il faut distinguer les hypertensions par barrage des hypertensions par spasme. Dès qu'il y a élimination de déchets uréologéniques, il y a diminution de la tension artérielle. Dans le cas où la T. A. de faible s'élève vers la normale, nous avons constaté qu'il y avait élimination de toxines hypotensives (en particulier dans certaines affections cutanées) mais en d'autres cas, action sur les glandes endocrines, en particulier sur les ovaires chez la jeune fille : des aménorrhées de 5, 11, 21 mois ont cédé ainsi au traitement.

Quelle est l'action du soufre dans ces modifications ? Quelle est l'action de la radioactivité si intense dans les sources Bordeu et dans la source Lepape (eau que j'ai beaucoup utilisée en boisson chez les malades soumis à mon examen) ? De nouvelles recherches nous le diront peut-être. Ce que nous pouvons déjà relever, c'est que pour les hypotendues par exemple, nous avons vu la tension se relever parallèlement à la valeur hémoglobinométrique calculée au Talqwist. Avec mon excellent collègue Rouzaud, de Vichy, nous présenterons l'an prochain les résultats comparés de nos recherches sur la tension artérielle, l'hémoglobinométrie et la viscosimétrie.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les déplacements des infiltrations périphériques dans les grandes cavités séreuses.

MM. Lemierre et Levesque avaient montré précédemment, par des exemples cliniques, que les œdèmes qui accompagnent presque l'ascite des cirrhotiques se résorbent souvent complètement à la suite des ponctions qui évacuent la cavité péritonéale, au fur et à mesure que l'épanchement se renouvelle, comme si ce renouvellement se faisait précisément aux dépens des infiltrations sous-cutanées.

Revenant de nouveau sur ce sujet, si plein de conséquences heureuses au point de vue thérapeutique, ils montrent que ce mécanisme de résorption des œdèmes n'est pas propre à la seule ascite des cirrhoses, mais qu'on le constate également toutes les fois qu'il existe un épanchement séreux susceptible d'être ponctionné, quelle que soit la cause de ces diverses transsudations. Il semble donc qu'il s'agisse là d'une loi de pathologie générale dont il est possible de tirer profit. C'est ainsi que, dans un cas de néphrite chronique, et dans un autre d'asystolie, le premier accompagné d'œdèmes et d'épanchement pleural, le second accompagné également d'œdèmes et d'ascite, l'évacuation de la plèvre, et celle du péritoine, renouvelées, tandis que les diurétiques, les toni-cardiaques et le régime déchloruré étaient mis en œuvre, ont été suivies chaque fois de la diminution et de la disparition des infiltrations périphériques.

Toutefois, l'examen du liquide d'épanchement, dans ces deux cas, sa richesse en albumine, leur a montré qu'il s'agissait autant d'un exsudat d'origine inflammatoire que d'un transsudat d'origine mécanique. Ils se fondent sur des travaux qui ont montré que les ascites des asystoliques sont conditionnées en grande partie par des inflammations péritonéales (péri-hépatite, périsplénite) ; la même pathogénie doit être invoquée, selon eux, pour expliquer le caractère pleurétique de certains épanchements pleuraux chez les cardiaques. L'inflammation locale servirait en quelque sorte de moyen d'appel pour les œdèmes périphériques, moins stables.

De ces déplacements des hydropisies, se déduit une thérapeutique que les auteurs formulent ainsi : « ponctionner tout ce que l'on peut avant d'administrer la digitale ou la théobromine. Ces médicaments ne sont-ils plus en état de déclancher la polyurie libératrice, il est bon de savoir que, tant qu'il existe dans la plèvre ou dans le péritoine un épanchement susceptible de se renouveler en s'alimentant dans les œdèmes périphériques, la thérapeutique n'a pas dit son dernier mot : le médecin peut encore faire beaucoup pour diminuer les souffrances et prolonger la vie de son malade ». (*Presse méd.*, 2 mai 1923.)

La péricardite brightique.

Elle s'observe, d'après M. Ramond, généralement dans la forme azotémique du brightisme ; si son début peut être bruyant, caractérisé par des douleurs précordiales, de l'angoisse rétrosternale, de l'oppression, le plus souvent, elle se développe insidieusement, et se découvre à l'occasion de l'auscultation systématique du cœur qui est de règle chez ces malades.

Elle est sèche, cas habituel, ou accompagnée d'un épanchement. Dans l'un et l'autre cas, elle se révèle surtout par un frottement rude, d'intensité marquée, siégeant dans le 3e espace intercostal gauche à sa partie interne, ou derrière le sternum à ce niveau, ou encore un peu plus haut ou plus bas. On l'entend aussi dans l'aisselle et même dans le dos. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'un bruit propagé, mais d'un frottement dû à de la péricardite postérieure. Le frottement antérieur peut cependant, en quelques cas de condensation de la lame pulmonaire voisine, se propager légèrement.

L'épanchement de la péricardite brightique, qui n'exclut pas le frottement, se caractérise par l'augmentation de la matité cardiaque absolue, recherchée par la percussion et l'examen radiologique.

Les symptômes fonctionnels sont les douleurs spontanées ou plus habituellement provoquées, précordiales, angoissantes, constrictives, à caractère angineux, irradiées, paroxystiques et atroces ; la dyspnée ; la dysphagie.

L'auteur décrit ensuite les signes généraux de la néphrite azotémique. Puis, il indique les éléments du diagnostic de la péricardite avec le bruit de galop, les souffles valvulaires et extra-valvulaires, l'hydropéricarde, la péricardite tuberculeuse, cancéreuse.

Le pronostic étant très sombre, en raison de l'azotémie élevée, le traitement a peu de prise sur l'état local et sur l'affection causale. Contre la péricardite elle-même, légère révulsion, sachet de glace sur le cœur ; injection de morphine ; paracentèse du péricarde, au cas, rare, d'épanchement abondant.

Contre l'azotémie, saignée copieuse, une seule fois ; purgatif salin fort ; ponction lombaire. Régime sévère : diète hydrique ; puis, bouillon de légumes, légumes verts accommodés avec du

beurre frais, fruits, sucre, miel, confitures. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 avril 1923.)

Œufs et artério-sclérose

Puisque l'athérome est constitué par des dépôts de cholestérine dans les tuniques des vaisseaux, il faut restreindre le plus possible l'apport de cholestérine dans l'organisme des artério-scléreux. Or, l'œuf renferme une proportion élevée de cette substance (4 %). Aussi, M. Lemoine proteste-t-il à bon droit contre l'introduction des œufs dans le régime de ces malades. Les œufs sont, au contraire, à proscrire, au même titre d'ailleurs que les viandes blanches, les cervelles et les riz.

Tous ces aliments, riches en cholestérine, sont donc à déconseiller dans l'artério-sclérose, alors qu'ils sont à prescrire dans le régime de la tuberculose.

Les œufs n'offrent pas le seul inconvénient de leur forte teneur en cholestérine : ils ont encore le tort de provoquer de la constipation, facteur d'élaboration et de résorption de toxines intestinales ; d'exciter la fonction cholestérinigène du foie. Enfin, la cholestérine contribuant à fixer l'eau des œdèmes dans les tissus, on voit par là « combien la cholestérine de l'œuf constitue un aliment nuisible chez tous les malades atteints d'artério-sclérose et arrivés à la période où les œdèmes sont devenus possibles. » (*Gaz. des Prat.*, 15 avril 1923.)

La di-urotropine iodo-benzo-méthylée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Dans des travaux antérieurs, faits en collaboration avec W. Jullien, M. Hamant a fait connaîttre les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'emploi de l'iodo-benzométhylformine (iodaseptine). Le présent article est consacré à un composé médicamenteux analogue, moins riche en iode et plus riche en urotropine : c'est la di-urotropine iodo-benzo-méthylée (septicémine).

Tout comme l'iodaseptine, et peut-être d'une manière plus rapide et plus marquée encore qu'elle, ce nouveau composé agit sur les microbes associés au bacille de Koch et sur la fâcheuse répercussion que leur présence dans l'expectoration exerce, trop souvent, sur la température des tuberculeux et, consécutivement, sur le fonctionnement de leurs voies digestives et sur leur état, tant général que local.

MM. Hamant et Méry commencent par l'emploi de la septicémine, en pratiquant, tous les jours, une injection intraveineuse de 4 cmc. Ces injections sont faites par séries de 20, séparées les unes des autres par des intervalles de 5 à 10 jours.

Dès que la fièvre est tombée ou, tout au moins notablement diminuée, et que l'expectoration est devenue moins abondante, les microbes de la suppuration tendant à disparaître, il y a intérêt à substituer progressivement la dominante iode à la dominante urotropine : on alternera donc la di-urotropine iodo-benzo-méthylé avec l'iodo-benzo-méthyl-formine, en passant finalement à l'usage exclusif de ce dernier médicament. (*Paris médical*, 24 février 1923).

Les colites parasitaires et leurs cures thermales.

Soit que la guerre, en important en France des agents pathogènes qui sévissent surtout dans les pays chauds, en ait accru la fréquence, soit que la perfectionnement des méthodes d'examen et de recherches (coprologie, endorectoscopie) permette de les dépister plus facilement, les colites parasitaires deviennent d'obvation relativement courante.

« Elles ont entre elles un caractère commun, écrit mon excellent ami, Foucaud, de Châtel-Guyon : ce sont des maladies essentiellement chroniques, se compliquant de temps en temps de poussées aiguës ou subaiguës ».

Le type habituel de ces colites est la colite amibienne, due à l'Etamoeba dysenteriae, qui vit dans le gros intestin, tantôt à l'état libre, tantôt et plus souvent, enkysté en état de vie ralentie, mais susceptible de réveils périodiques.

L'auteur décrit les formes suraiguës, mortelles ; la forme aiguë commune, avec ses douleurs, son ténesme, ses selles répétées, constituées par des exsudats inflammatoires (selles muqueuses et visqueuses, muco-sanglantes, séro-sanglantes, purulentes, gangréneuses). Un type fruste se dissimule volontiers derrière une entérite dysentériforme, et ne révèlera sa véritable identité qu'à la faveur d'une complication (abcès du foie).

Dans la forme chronique, soit qu'elle succède à une infection aiguë, soit qu'elle soit chronique d'emblée, larvée, les signes pathognonomiques sont rares, le syndrome dysentérique pur faisant défaut. On observe de la diarrhée, alternant avec des périodes de constipation, des troubles dyspeptiques, des douleurs intestinales, des besoins impérieux. On observe également, quelquefois au premier plan, des manifestations douloureuses du côté de l'estomac, de l'appendice, du foie, de la vessie, des reins, capables d'égarer le diagnostic. L'état général est généralement, mais non toujours, plus ou moins touché, et à l'infection spécifique se surajoutent des lésions et des troubles fonctionnels du sympathique abdominal.

Le diagnostic repose sur la découverte des amibes ou des kystes amibiens dans les selles, et dans l'examen endoscopique de la muqueuse rectale.

En dehors des colites amibiennes, on décrit des colites dues à d'autres parasites : les trichomonas, le tetramitus, les lamblias, le banantidium coli, les spirilles, les tænias, l'ascaris, l'oxyure, etc.

En certains cas, on assiste à des types cliniques d'aspect anormal, dus à des associations parasitaires.

Les colites parasitaires se compliquent habituellement de troubles des sécrétions digestives et de l'assimilation, de déviations dans le fonctionnement du système nerveux abdominal, d'altérations de l'état général.

Le traitement de ces affections est d'abord et essentiellement spécifique. Il doit se compléter d'un traitement symptomatique destiné à « régulariser les fonctions motrices et sécrétoires de l'appareil digestif, lutter contre l'irritation colique et les réactions douloureuses, désintoxiquer et remonter l'état général ».

A ces multiples ndications répondent, dans les formes chroniques, les cures thermales à Châtel-Guyon et à Plombières, selon les cas. Néris trouve dans ces colites matières à exercer son action particulièrement sédative.

Plombières convient aux malades dont les troubles moteurs et sécrétoires semblent relever de troubles fonctionnels du système nerveux général ou abdominal, à réactions spasmodiques fortement douloureuses. Châtel-Guyon s'adresse par contre aux colites avec constipation ou alternatives de constipation et de diarrhée, quand les troubles nervo-moteurs tiennent à un déficit des sécrétions digestives, quand prédominent des perturbations de l'assimilation, de la nutrition, d'intoxication.

Il est enfin des cas mixtes pour lesquels une association judicieuse des deux stations donnera les meilleurs résultats. (*Etudes d'hydrologie clinique*, 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

La protéinothérapie préventive.

(MM. F. Arloing et L. Langeron. — *Académie de médecine*, 19-6-1923.)

Dans une communication antérieure, MM. Arloing et Langeron ont montré que l'injection, chez le cobaye, d'une substance protéique banale (sérum, peptone ou caséine) provoquait chez cet animal un état réfractaire momentané vis-à-vis d'une inoculation pyocyanique mortelle pour les témoins. Poursuivant leurs études sur cette protéinothérapie anti-infectieuse préventive, les auteurs ont vu qu'il s'agissait là vraisemblablement d'une action *locale*, c'est-à-dire que l'injection intra-péritonéale de protéine protège contre les effets d'une inoculation microbienne intra-péritonéale seulement. Si, en effet, on prépare les animaux par une protéinothérapie sous-cutanée et qu'on les inocule avec le bacille pyocyanique par voie péritonéale, la mort se produit constamment.

MM. Arloing et Langeron se demandent si ces données expérimentales ne fournissent pas l'explication de certains faits de vaccinothérapie et d'anti-anaphylaxie : par exemple, la vaccination anti-typhique par les entéro-vaccins, la prévention de l'anaphylaxie alimentaire par l'administration des cachets de peptone. Il semble que se trouve réalisée alors une action préventive *locale*, intestinale, du même ordre que l'immunité locale temporaire obtenue chez le cobaye au moyen des protéines.

Sur la réglementation de la profession de sage-femme

(M. Balthazard. — *Académie de médecine*, 19-6-1923.)

L'Académie commence la discussion du rapport de M. Bar sur la réglementation de la profession de sage-femme.

M. Balthazard estime que le sublimé, l'ergotine, les extraits d'hypophyse ne devraient pas être laissés entre les mains des sages-femmes et qu'il faudrait mettre à leur disposition des substances plus inoffensives.

La Commission académique souhaite que des avantages soient consentis aux sages-femmes par l'Etat et les départements pour les attirer dans les campagnes et leur permettre de vivre honorablement. M. Balthazard se demande si le législateur acceptera d'entrer dans cette voie.

— M. Cyrille Jeannin parle des modifications qu'il semble utile d'apporter à l'enseignement des élèves sages-femmes. Le programme d'études, dit-il, pourrait comprendre les notions essentielles pour permettre à la future sage-femme de faire au besoin office d'infirmière, ouvrant ainsi d'utiles débouchés professionnels. Rejeter, par contre, du programme, toutes les notions de médecine dont la sage-femme n'aura pas à faire usage et qui lui donneraient des illusions sur ses capacités.

Formule leucocytaire des anciens gazés à séquelles pulmonaires.

(MM. Dupont et Delater. — *Académie de médecine* 19-6-1923.)

MM. Dupont et Delater se sont préoccupés de la formule leucocytaire des anciens gazés à séquelles pulmonaires et de ses modifications au cours du traitement thermal du Mont-Dore.

Ils ont constaté, chez les anciens gazés à séquelles pulmonaires (bronchite, asthme, emphysème avec ou sans catarrhe), une formule leucocytaire particulière, caractérisée par une proportion à peu près égale de polynucléaires et de lymphocytes, une éosinophilie très supérieure à la normale, et une suppression à peu près complète des grands mononucléaires.

Le traitement montdorien produit, chez ces sujets, en fin de cure des modifications variables de cette formule leucocytaire, sans que l'on puisse établir nettement une relation entre le résultat du traitement et ces modifications.

Une cure chirurgicale de la spondylose rhizomélique.

(M. P. Peugniez. — *Académie de médecine*, 19-6-1923.)

La spondylose rhizomélique, une fois son évolution terminée, aboutit à une infirmité particulièrement pénible. Le patient, ankylosé de l'atlas au sacrum, *le bassin soudé aux hanches*, est immobilisé dans son lit.

Les chirurgiens ont fait quelques tentatives pour soulager ces malheureux malades, mais les résultats ne furent guère brillants. M. Peugniez pense que les insuccès tiennent surtout à ce que les interventions furent pratiquées avant la fin de l'évolution de la spondylose. Celle-ci procède par poussées douloureuses suivies d'ankylose, et les améliorations opératoires sont annihilées s'il survient une nouvelle poussée.

M. Peugniez est intervenu, par une ostéotomie sous-trochantérienne,deux ans après la dernière crise, c'est-à-dire à un moment où l'évolution pouvait être considérée comme achevée. Après l'opération, le sujet, qui était immobilisé jusque-là, fut en état de marcher avec des cannes.

Traitement du rhumatisme chronique par l'iodisation intensive.

(M. Thiroloix, Mme Brace-Gillot et Mlle Harmelin — *Société médicale des hôpitaux*, 1-6-1923.)

L'actualité est aux traitements intensifs : sérothérapie intensive, administration intensive du mercure, de l'arsenic, iodisation intensive. Nous signalions dernièrement une communication du professeur Nobécourt sur l'emploi des doses fortes de teinture d'iode en thérapeutique infantile. Aujourd'hui, c'est M. Thiroloix qui recommande l'iode à doses massives dans le traitement d'une affection particulièrement rebelle : le rhumatisme articulaire chronique.

L'iode exerce une action endocrinique, une action leucopoïétique et une action nutritive, excitant l'appétit et procurant une augmentation du poids. L'iode faisant maigrir est une légende, dit M. Thiroloix.

L'auteur utilise l'iode sous plusieurs formes : solution alcoolique iodo-iodurée, iodo-méthyle et iodobenzyle, obtenus en alliant l'iode à l'hexaméthylène tétramine. Il prescrit ces médicaments par voies buccale, intra-musculaire et intra-veineuse. Par voie buccale, il donne une cuillerée à café, matin et soir, d'iodo-méthyle ou d'iodo-benzyle au dixième, le temps nécessaire pour améliorer les arthropathies. Par voie veineuse, qu'il faut toujours préférer parce qu'elle est plus efficace, il injecte, matin et soir, dans la veine, 5 ou 10 cent. cubes de la même solution aqueuse à 10 pour 100 d'iodo-méthyle ou d'iodo-benzyle.

Les deux méthodes , injection et ingestion, peuvent être avantageusement combinées, l'une reposant de l'autre. La première représente la cure d'assaut et la seconde plutôt la cure d'entretien. Après une série de 30 injections (2 à 3 semaines) d'iodométhyle ou d'iodo-benzyle, on donnera par la bouche, la solution iodo-iodurée acoolique dont voici la formule :

Iode	1 gramme
KI	0 gr. 30
Alcool à 70° ou 90° .	13 gr. 70

(un gramme ou 61 gouttes représentent 0 gr. 06 d'iode.)

Prendre au début et à la fin des trois repas, dans un peu de vin (jamais dans du lait), soit 6 fois par jour. une goutte de la solution le premier jour, deux gouttes le deuxième jour, trois gouttes le troisième... 30 gouttes le 30e jour, et au-delà. Des malades prennent ainsi de 800 à 1.000 gouttes par jour sans inconvénient. On diminue de 50 gouttes par semaine, quand l'amélioration est obtenue.

M. Thiroloix a traité depuis quatre ans de nombreux malades atteints de rhumatisme chronique par cette méthode. Toutes les formes de la maladie y sont accessibles, si les doses sont assez fortes (rhumatisme post-infectieux, rhumatisme des tuberculeux, rhumatisme hypoglandulaire, etc.). On peut y joindre les autres médications conseillées en pareils cas, les extraits glandulaires en particulier. La médication spécifique est évidemment indiquée dans le cas de rhumatisme chronique syphilitique.

Sur 106 malades, rhumatisants chroniques, l'auteur a obtenu avec ce traitement une guérison ou une profonde amélioration dans la proportion de 83 pour 100.

L'insuffisance hépatique dans les entéro-colites chroniques.

(MM. Savignac et M. de Fossey. — *Soc. méd. des hôp.*, 18-5-1923.)

MM. Savignac et de Fossey ont constaté, dans les colites chroniques, une presque constance des troubles hépatiques révélés par l'hypercholestérinémie, l'hypercholémie ou l'hémoclasie digestive, les troubles du rapport azotémique. Si l'on groupe ces modifications en deux catégories, celles du métabolisme azoté d'une part et celles du métabolisme biliaire d'autre part, les dernières sont de beaucoup plus les fréquentes.

Intoxication par le bromure de méthyle

(MM. Cade et Mazel, de Lyon. — *Soc. méd. des hôp.*, 4-5-1923.)

Avec le développement des produits chimiques à usage industriel, les intoxications professionnelles se multiplient. MM. Cade et Mazel relatent aujourd'hui deux observations d'accidents toxiques causés par le bromure de méthyle chez deux ouvriers travaillant dans une usine fabricant de l'antipyrine, le bromure de méthyle étant utilisé dans la préparation de ce produit.

Quelques cas du même genre ont été signalés à l'étranger, dont deux suivis de mort. Les symptômes de l'intoxication sont assez complexes : vertiges, faiblesse musculaire, signes de polynévrite sensitivo-motrice ; crises épileptiformes et coma dans les formes graves.

Vaccinothérapie locale par voie cutanée.

(M. A. Bass. — *Société de Biologie*, 2-6- 1923.)

La vaccinothérapie ordinaire des affections cutanées à staphylocoques (furoncle, acné, anthrax) emploie des cultures tuées de staphylocoques que l'on injecte sous la peau, en un point quelconque du corps. Le but visé est la production d'anticorps spécifiques du sang circulant, destinés à lutter contre la lésion microbienne.

Etudiant l'immunité locale, M. Besredka, nous l'avons vu, s'est demandé s'il ne s'agirait pas, en l'espèce, d'infections locales, justiciables d'une vaccinothérapie locale, dans laquelle abstraction serait faite des anticorps.

Cherchant à vérifier cliniquement cette idée, M. Bass a utilisé la cuti-vaccination chez 34 malades atteints de dermatoses staphylococciques (25 cas de furoncles, 5 cas d'anthrax et 4 cas d'acné). Avec un auto-vaccin, il a pratiqué des injections vaccinothérapiques non pas sous la peau et en un point quelconque, mais *dans la peau* et le *plus près possible* de la région malade.

Il a obtenu la guérison des furoncles avec 4 à 6 injections, faites une tous les 2 jours ; celle de l'anthrax, avec 6 à 10 piqûres. Dès le début du traitement, d'ailleurs, l'amélioration a commencé. Pour l'acné, la médication a été poursuivie 4 à 6 semaines.

Plusieurs malades ainsi guéris ont été revus 18 mois à 2 ans plus tard. Chez aucun d'eux, il n'a été constaté de récidive.

Cuti-vaccination anti-charbonneuse.

(MM. Brocq-Rousseu et Urbain. — *Société de Biologie*, 2-6-192.3.)

Besredka et ses collaborateurs ont montré que, chez le lapin et le cobaye, la peau était le seul organe sensible au charbon. En vaccinant la peau, on confère à ces animaux une immunité anticharbonneuse solide. MM. Brocq-Roussau et Urbain ont cherché à obtenir, par cette même méthode, l'immunité chez le cheval, animal très sensible au charbon. Ils ont vu, effectivement, que la vaccination par voie cutanée chez le cheval était possible, et que l'immunité ainsi obtenue existe sans participation d'anticorps, dont la présence dans le sérum est pour ainsi dire nulle, alors

Occlusion intestinale après ligamentopexie.

(M. Mosse. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 15-6-1923.)

M. Dartigues présente un rapport sur une observation de M. Mosse concernant un cas d'occlusion intestinale à la suite d'une ligamentopexie. Sous des efforts de toux, une anse intestinale s'étrangla dans un anneau limité en haut par les ligaments ronds suturés sur la ligne médiane. Le rapporteur insiste à ce propos sur la nécessité de recourir surtout aux procédés de ligamentopexie latérale.

— M. R. Bonamy fait remarquer que quelque soit le procédé d'hystéropexie pour fixation des ligaments ronds, il y aura toujours un orifice entre la paroi abdominale et l'utérus, par où l'intestin pourra s'étrangler.

P. L.

Sur un essai de traitement curatif de l'orchi-épididymite blennorragique par l'argent colloïdal administré par la voie buccale.

(M. A. Challamel. — *Société de thérapeutique*, 9-5-1923.)

L'auteur sur 12 cas traités, a eu 4 insuccès et 8 résultats positifs allant de l'amélioration à la guérison complète. Les doses prescrites furent les mêmes que dans le cas précédent.

Deux sortes de résultats obtenus mériteraient de devenir des indications de l'emploi de l'argent colloïdal par voie buccale :

1° Au cours de l'orchi-épididymite blennorragique, on obtient parfois une action de résolution très heureuse ;

2° Au décours de l'orchi-épididymite blennorragique, l'argent colloïdal pris par voie buccale active



notablement parfois la disparition des reliquats épididymaires.

Du reste, si dans les cinq premiers jours, un résultat n'est pas obtenu, il serait inutile de poursuivre ce mode de traitement.

Toulouse.

Société de médecine.

Tuberculose rénale à forme douloureuse.

MM. J. P. Tourneux et Sarroste ont eu l'occasion d'intervenir chez une femme de 40 ans, qui se plaignait de douleurs dans le flanc droit et qui présentait dans cette région une tumeur s'étendant du gril costal à la crête iliaque, tumeur ferme, bien délimitée, ayant le contact lombaire et adhérant aux plans postérieurs.

La malade n'avait jamais eu de cystite, les urines sont claires, et leur examen n'a jamais montré ni sang, ni pus.

Le diagnostic porté était celui de tumeur paranéphritique ; on intervint par voie latérale parapéritonéale : on enleva un gros rein de 1.124 grammes, dont toute la partie centrale était occupée par une masse caséifiée.

Il est à présumer que l'absence des signes ordinaires (cystite, pyurie, hématurie) doit être mise sur le compte d'une obstruction précoce de l'uretère.

Leucémie aiguë chez l'enfant.

Mlle Condat rapporte 4 observations personnelles réalisant des aspects variés de la leucémie aiguë : forme anémique chez une fillette de 4 ans, forme typique avec stomatite, angine, hypertrophie ganglionnaire, hémorragies chez un garçon de 4 ans, forme hémorragique chez une petite fille de 14 ans, enfin leucémie méconnue jusqu'à l'autopsie chez un garçon de 6 ans, qui, au cours d'un état fébrile, avait présenté seulement de l'hépato et de la spléno-mégalie.

Le polymorphisme symptomatologique rend le diagnostic souvent délicat ; aussi devrait-on recourir plus souvent à l'examen du sang chez les enfants atteints d'une maladie à allure infectieuse, à marche rapide, qui ne fait pas ses preuves par ailleurs.

Cystite grippale.

M. J. P. Tourneux relate l'histoire d'un homme de 30 ans, qui, après quelques jours de lassitude, présenta de la fièvre, de la céphalalgie, de la courbature générale et des douleurs dans les régions rénales ; ultérieurement, il y eut de la pollakiurie, des douleurs à la miction et une hématurie terminale qui resta isolée.

L'examen de l'appareil urinaire montra l'absence de tout écoulement suspect par le méat, ainsi que l'intégrité complète du canal urétral et de la prostate. L'examen du dépôt urinaire après centrifugation, prouva qu'il n'y avait pas de gonocoques, mais de nombreuses variétés microbiennes, parmi lesquelles étaient surtout abondants le colibacille et le pneumocoque.

En rapprochant ce résultat de l'histoire clinique du malade, il est permis de conclure qu'il s'est agi là de troubles urinaires dépendant de phénomènes d'infection générale d'origine grippale. La cystite due à des éliminations microbiennes par le rein est assurément une complication assez rare de la grippe, mais qui n'en a pas moins été individualisé depuis longtemps.

Action du thorium X sur certains ferments du lait.

MM. Maurin et Aversencq ont poursuivi leurs recherches sur l'action du thorium X, en expérimentant sur les différents ferments que renferme le lait.

L'oxydridase (ferment oxydoréducteur) a son pouvoir réducteur nettement activé par de faibles doses (10 à 25 microgrammes), mais seulement dans les premières 24 heures ; au-delà, la radioactivité tend à annihiler ce pouvoir réducteur. Des doses plus élevées (50 à 100 microgrammes) après une activation de courte durée paralysent l'action réductrice.

Quant à l'action oxydante de l'oxydridase, inversement à la réductase, elle est peu sensible à de faibles doses, mais au contraire nettement activée par les doses fortes (50 à 100 microgrammes).

La catalase du lait (qui provoque la rupture de la molécule d'eau oxygénée) se comporte comme la réductase.

Kératite interstitielle tardive.

M. Clavelier communique l'observation d'un homme de 53 ans chez lequel l'apparition d'une kératite parenchymateuse diffuse fut le premier signe d'hérédo-syphilis. Aucun symptôme de syphilis acquise, deux enfants en bonne santé et sans tares ; le sujet lui-même ne présente qu'une déformation ogivale de la voûte palatine, et une forme en coin des dents incisives. Légère participation de l'iris, photophobie et troubles des centres de la cornée. Le traitement classique amena une sédation rapide des principaux symptômes.

Abcès sous-cutanés multiples à entérocoques chez un nourrisson.

M. Cazal rapporte l'observation d'un enfant d'un mois, nourri au biberon, et qui, durant une période d'un mois et demi, présenta une série de 81 abcès siégeant dans toutes les régions, évoluant par poussées successives et se terminant par la guérison. Il n'y eut ni température, ni syndrome septicémique ; le pus était verdâtre, homogène, sans odeur, il contenait de l'entérocoque à l'état de pureté, qui ne

semble pas encore avoir été signalé dans des cas analogues à celui qui est apporté.

Insuffisance mitrale fonctionnelle.

MM. LAPORTE et ROQUES rapportent l'observation d'un malade chez lequel le diagnostic put être fait avec la plus grande certitude. Vu tout d'abord à l'occasion d'une crise d'insuffisance cardiaque (œdème des jambes, gros cœur, hypertrophie du foie, albuminurie, congestion des bases), le malade présentait un gros souffle holosystolique de la pointe, se propageant dans l'aisselle et dans le dos. Quelques semaines après, ce malade, transformé par le repos et la digitale, ne présentait plus aucun signe de défaillance cardiaque, le souffle mitral avait complètement disparu ; persistaient seuls des symptômes de sclérose rénale et d'emphysème.

Société de chirurgie.

Hémorragie mortelle par rupture de l'artère thyroïdienne supérieure au cours de l'extraction d'un dentier de l'hypopharynx.

MM. ESCAT et RIGAUDÉ rapportent l'observation d'une femme de 50 ans, qui avait dégluti un dentier porteur de 2 crochets et de 3 dents : il paraissait à la laryngoscopie médiocrement fixé dans l'hypopharynx. Quelques tentatives de dégagement furent faites avec modération au moyen d'une pince laryngienne ; le dentier se mobilisa partiellement, mais une hémorragie abondante se déclara, la patiente tomba en syncope et succomba en quelques secondes.

L'autopsie montra que la mort était due à la section de l'artère thyroïdienne supérieure par l'un des crochets métalliques, à la faveur d'une perforation de la membrane hyothyroïdienne au niveau de la paroi interne du sinus piriforme.

Les auteurs estiment que, devant un cas analogue, le mieux serait, après radiographie, de procéder soit par extraction par les voies naturelles après avoir lié préventivement l'artère thyroïdienne, soit par hypo-pharyngotomie latérale. Peut-être la section du dentier à l'aide d'une pince coupante pourrait-elle rendre plus aisés et moins dangereux le désenclavement et l'extraction d'un dentier.

Corps étranger du genou.

MM. J. P. TOURNEUX et BAILLAT présentent un corps étranger d'origine intra-articulaire qu'ils ont eu l'occasion d'extraire du genou droit d'une femme âgée de 35 ans. Ce corps ostéo-cartilagineux pèse 7 gr. 50 et était logé dans la partie externe du cul-de-sac sous-tricipital ; sa présence s'était signalée depuis 3 ans environ par les différents symptômes physiques et fonctionnels que détermine l'existence des corps étrangers dans les articulations.

Son interprétation pathogénique est assez délicate, car la malade n'a subi qu'un seul traumatisme grave du genou, une chute lorsqu'elle avait 12 ans et depuis lors, elle s'est servie parfaitement de son articulation jusqu'à ce que les accidents aient apparu à l'âge de 32 ans. Il est donc difficile d'admettre l'origine traumatique directe d'un corps étranger qui serait resté silencieux pendant plus de 20 ans ; il paraît au contraire plus logique de penser que, lors de la chute, il s'est produit une altération du cartilage diarthrodial et des zones sous-jacentes, aboutissant par un processus de nécrose extrêmement lent (20 ans), à la mise en liberté du corps étranger. La radiographie montre d'ailleurs une perte de substance au niveau de la face antérieure du condyle externe, ainsi que d'autres lésions au niveau du tibia, qui semblent montrer que d'autres corps étrangers seront également mis en liberté, par un processus analogue d'ostéo-chondrite disséquante.

Paralysie du droit externe à la suite d'une rachianesthésie.

M. GORSE communique le cas d'un homme de 45 ans, opéré le 19 février, à l'hôpital militaire de Montauban, de hernie inguinale sous rachianesthésie (4 cmc. de syncaïne à 5/00, soit 0 gr. 20). Dans les jours qui suivirent, l'opéré eut d'abord des vertiges et de la céphalalgie, puis le 28 février, il présenta une paralysie du muscle droit externe de l'œil gauche s'accompagnant de diplopie homonyme. Sous l'action des courants continus, cette paralysie, qui semble due à une réaction méningée, est en train de rétrocéder.

Il s'agit là d'un fait analogue à ceux dont Lapersonne et Perrier ont rapporté 63 cas et qui se sont produits surtout chez des spécifiques. Dans le cas actuel, la réaction de Bordet-Wassermann a été négative, et il n'existe aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire.

J. P. TOURNEUX.

Les Livres

MALOINE ET FILS, éditeurs, Paris 1923.

M. JOURNÉ. — **Précis de pathologie médicale.** (1 vol. de 1200 pages. Prix : 25 fr.)

Un précis de pathologie médicale suppose un acquis de connaissances diverses, que le lecteur doit avoir présentes à l'esprit, ainsi qu'une pratique suffisante de la clinique et de l'observation des malades. L'utilité d'un pareil travail est de renfermer les notions essentielles de pathologie médicale dans un livre de format commode, dans un seul volume.

Or, en présence de l'évolution de la conception scientifique, dans un espace de dix ans, des livres paraissent déjà anciens, et il faut les mettre à jour sur beaucoup de points.

L'auteur a adopté la disposition suivante dans

la rédaction des chapitres : après une définition sommaire de la maladie, il rappelle les notions d'anatomie pathologique qui sont indispensables, le symptôme clinique ne traduisant, dans certains cas, que les lésions mêmes dont les organes sont l'objet.

Il fait suivre ensuite les notions d'étiologie qui, en indiquant dans quelles conditions les maladies évoluent ou s'aggravent, donnent encore des indications utiles et permettent de mieux comprendre cette maladie ; puis, ce sont les notions de pathogénie. L'étude des symptômes est faite d'une façon concise, mais suffisamment complète pour qu'aucun des symptômes cardinaux de l'affection ne soit passé sous silence. Les signes dits classiques sont volontiers laissés de côté,si on les retrouve difficilement en clinique. Comme les méthodes d'investigation actuelles sont basées de plus en plus sur les conceptions biologiques, et que les méthodes de laboratoire sont souvent un adjuvant de la médecine clinique, les indications indispensables sont fournies aux lecteurs.

Quelques notes sur la prophylaxie et le traitement de la maladie terminent chaque chapitre, car « la destinée de la médecine est de devenir autant préventive que curative » (Léon Bernard).

Ce Précis s'est efforcé de donner des notions claires, rapidement énoncées, au courant des dernières acquisitions ; il sera utilement lu à côté des traités classiques.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

G. H. ROGER, doyen de la Faculté de Médecine de Paris. — **Physiologie normale et pathologique du foie.** (1 vol. de 400 pages, avec 15 figures, 1922. Prix : 22 fr.)

Le foie remplit dans l'organisme des fonctions multiples, dont la connaissance comporte d'importantes déductions cliniques et dont l'étude a suscité de nombreux travaux, souvent contradictoires. Mettre au point l'état actuel de la science et dégager les conclusions qui découlent des faits épars était une œuvre extrêmement ardue. Plus que tout autre, le Pr Roger était qualifié pour l'entreprendre, puisque depuis 35 ans, il poursuit sans relâche des recherches sur la physiologie du foie, et qu'il a recueilli de nombreux faits nouveaux concernant la *glycogénie*, la *glycuronurie*, dont il a fait voir l'importance clinique ; les ferments réducteurs ; l'influence sur la thermogénèse ; l'action sur les poisons et les microbes ; l'autolyse ; le rôle de la bile, etc. S'il a résumé dans son livre les résultats de ses travaux personnels, il a tenu à donner à l'ouvrage un caractère didactique. On y trouvera un exposé, très clair et très complet, sur le fonctionnement du foie, tant à l'état normal que dans les maladies.

La constante préoccupation de l'auteur a été de faire marcher de pair la clinique et l'expérimentation. Aussi son livre s'adresse-t-il aux médecins comme aux physiologistes, car il indique toutes les déductions pratiques qui découlent des recherches expérimentales. C'est ainsi qu'un chapitre est réservé à l'exposé des méthodes d'exploration dont on peut faire profiter la clinique.

L'auteur essaye également, effort original, de rapprocher les différents processus physiologiques dont l'organisme est le siège, et de montrer la collaboration intime du foie et des autres glandes. Ces conceptions synthétiques conduisent à de nombreuses déductions pratiques et dépassent le cadre étroit de la pathologie hépatique.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs, Paris.

Dr G. DROUET. — **La thérapeutique des maladies infectieuses par le choc** (1 brochure, no 13 de la collection « Les actualités thérapeutiques ». 24 pages, 1922. Prix : 2 francs).

En l'état actuel de nos connaissances, les indications et les contre-indications de la thérapeutique choquante dans les maladies infectieuses sont encore mal précisées. Les divergences d'opinion des auteurs sont très accentuées.

Le Dr Drouet s'est efforcé de réaliser une mise au point aussi claire que possible de nos connaissances actuelles sur le choc, sur les moyens les plus propres à le provoquer sans danger, et sur les résultats qu'on peut espérer en obtenir dans le traitement des maladies infectieuses.

Aujourd'hui le nombre des partisans de la thérapeutique par le choc est en augmentation sérieuse. Si on ne continue à ne provoquer volontairement les grands chocs violents que d'une manière exceptionnelles, par contre on s'oriente le plus en plus vers l'utilisation fréquente des chocs modérés, tels les chocs vaccinaux. On s'efforce, avec les vaccins notamment,de provoquer un choc aussi appréciable que possible, mais qui reste dans des limites telles qu'il ne constitue pas un danger pour le malade. On réserve le grand choc violent (par injection intraveineuse de peptone, de sérum ou de collobiase) dans les seuls cas de septicémies graves, où le choc modéré (par infection sous-cutanée de vaccin)s'est montré impuissant.

Quelques contre-indications à l'emploi de la médication choquante sont : l'infection tuberculeuse en évolution, des lésions cardiaques graves, les maladies d'ordre anaphylactique, le déséquilibre du système nerveux organo-végétatif, les états hémorrhagiques. L'insuffisance hépatique, l'albuminurie et l'hypertension artérielle sont des contre-indications relatives.

On peut espérer que,dans un avenir très prochain, la thérapeutique des maladies infectieuses par le choc pourra être employée par les praticiens beaucoup plus souvent et avec plus de sécurité qu'elle ne l'est encore aujourd'hui. G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES RISQUES PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL DES HOSPICES ET HOPITAUX

La mort prématurée de cinq internes ou externes des hôpitaux, (Marcel Girard, externe à l'hospice d'Ivry ; Fabre, externe à Trousseau ; Marcel Baudet, externe à Saint-Louis, Georges Perrochaud, interne à Bretonneau ; Marcel Turano, interne des hôpitaux d'Alger), les mutilations subies par des médecins radiographes, victimes de la science, ont attiré l'attention publique sur la situation, souvent précaire du Corps médical des hôpitaux, en ce qui concerne la réparation des maladies et accidents contractés au chevet des malades hospitalisés.

La grande presse quotidienne inséra quelques articles, relatant même que, dans certains hôpitaux de Paris, des externes, victimes de leur dévouement, auraient été obligés de payer, de leur poche, leurs frais d'hospitalisation.

Par sa lettre, en date du 29 mai 1923, M. le docteur Mourier, directeur de l'Assistance publique de Paris, a tenu à nous informer qu'il n'en était rien : « Je tiens à vous faire remar- » quer, tout d'abord, que vous avez été inexacte- « ment renseigné sur un point important : vous « semblez croire, en effet, que mon adminis- « tration exige le remboursement des frais de « séjour de ceux de ses élèves, qui sont victimes « d'un accident, ou qui contractent une maladie « dans leur service. Il n'en est rien : l'Assistance « publique prend alors à sa charge les dépenses « d'hospitalisation. Elle étend même cette me- « sure bienveillante, après examen de chaque « espèce, aux élèves en fonctions, atteints d'une « maladie contractée en dehors du service. »

Nos jeunes camarades m'ont assuré, depuis que j'ai reçu cette lettre, que si dans certains cas, les externes, ou internes ont bel et bien remboursé leurs frais d'hospitalisation, la faute en incombe au directeur d'un hôpital, ayant agi *proprio motu*, sans en avoir reféré à l'administration centrale. Mais ils sont heureux de la publicité que le « *Concours médical* » pourra donner à cette déclaration de M. le docteur Mourier, certains désormais de faire cesser une situation quelque peu anormale.

Dès 1907 et de nouveau l'an dernier, le Congrès de l'Union nationale des Associations générales d'étudiants de France, qui s'était tenu à Lyon, avait émis un vœu, demandant que soit accordée aux externes et internes des hôpitaux une garantie en cas de maladie ou d'accident, contractés en service hospitalier

Ce vœu a été repris par le XII[e] Congrès de l'Union nationale, qui s'est tenu à Clermont-Ferrand, les 15-20 mai 1923.

En voici le texte :

Vœu émis par le XII[e] Congrès de l'Union Nationale des Associations d'étudiants de France et concernant l'assurance contre les risques professionnels du Corps médical des hôpitaux.

A la suite des exposés faits par le D[r] Amabert, président de l'Union Nationale et par M. Crouzat, président de la Section de médecine de l'Association de Paris.

Le XII[e] Congrès,

Considérant, que des exemples chaque jour plus nombreux légitiment la réalisation immédiate du vœu adopté par le Congrès de Lyon en 1922, concernant l'assurance contre les risques professionnels du personnel médical des hôpitaux, que, d'autre part ce vœu a été pris en considération par les Pouvoirs publics ;

Et que le projet présenté par l'U. N. par l'intermédiaire de la Section de médecine de l'A. de Paris est actuellement soumis à l'étude du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Insistant à nouveau sur l'urgence d'une solution :

Fait confiance à Monsieur le Ministre de l'Hygiène pour que soi tadoptér apidement le principe de l'assurance contre les risques professionnels du corps médical des hôpitaux.

Soit par la création d'une caisse générale autonome d'assurances des hospices et établissements hospitaliers qui permettrait par définition l'assurance contre les risques professionnels,

Soit par l'obligation faite aux administrations hospitalières d'assurer le Corps médical (externes, internes, médecins, chirurgiens, chefs de laboratoires, radiographes, etc..., titulaires assimilés ou faisant fonction) aux compagnies d'assurances qui assurent les médecins praticiens au titre de la maladie ou de la chronicité ;

Que l'on oblige, d'autre part, les Commissions des hospices à assurer contre tous les risques de contaminations dus à des maladies contagieuses, blessures ou inoculations, liés à l'accomplissement de leurs obligations professionnelles leurs internes et externes et à allouer aux familles, en cas de décès, une indemnité convenable.

A la suite de ce Congrès, l'Union nationale des A. G., ainsi que l'Association professionnelle des externes de Paris, faisaient une démarche auprès du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, lequel, à son tour, saisissait le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Désigné comme rapporteur, nous avons été assez heureux de faire adopter le rapport suivant, tant devant la 2e section (celle des hospices et hôpitaux) que devant l'assemblée générale du Conseil supérieur, qui s'est tenue la semaine dernière.

Au cours de la discussion, certains représentants des hôpitaux de France ont déclaré que c'était justice de garantir le personnel médical, contre les risques professionnels, alors que les indemnités qui sont allouées sont modiques, minimes, parfois même, comme à Bordeaux, inexistantes, pour les médecins.

On a reconnu, aisément, que, notamment en ce qui concerne la manipulation des instruments de radiographie, les dangers professionnels sont plus grands que par le passé et qu'il est légitime de comprendre, dans la protection, aussi bien la jeunesse travailleuse, admise, après concours, ou nomination au choix, comme assistants et auxiliaires des médecins et chirurgiens, qu'également ces derniers, spécialistes médicaux de tout genre, qui se dévouent pour le bien des pauvres.

M. le docteur Mourier nous a déclaré que l'administration de l'Assistance publique de Paris étudie un projet, qui sera incessamment soumis au Conseil municipal, par lequel l'Assistance publique serait son propre assureur.

Mais pour les hôpitaux de moindre importance, la solution pratique consistera en la création de mutuelles inter-hospitalières, car il ne saurait être question de compagnies d'assurances, vu l'élévation des primes à payer.

En attendant, la Mutualité familiale du Corps médical français est à la disposition des Commissions administratives qui, en favorisant l'admission de leurs externes et internes dans cette mutuelle professionnelle, développeront ainsi l'idée de prévoyance et de solidarité parmi les futurs médecins de demain.

Ajoutons qu'au cours de la discussion, qui s'est déroulée, lors de l'assemblée générale du Conseil supérieur de l'Assistance publique, les docteurs Auguste Marie et Roubinowitch ont justement attiré l'attention du Conseil supérieur sur les risques encourus par le personnel médical des asiles d'aliénés. Nous avons encore présents à l'esprit les exemples de médecins ayant été blessés par des malades internés, et il convient d'étendre ces mesures de protection aux asiles publics d'aliénés.

Dr Paul BOUDIN.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Rapport sur la protection des externes, internes, médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux contre les maladies et accidents, présenté au nom de la deuxième section,

Par M. Paul BOUDIN,

Docteur en médecine et docteur en droit.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique est appelé à donner son avis sur une demande de l'Union nationales de l'A. G. des étudiants de France et de l'Association professionnelle des externes des hôpitaux de Paris, aux fins d'envisager un moyen d'accorder au personnel médical des hôpitaux, une garantie en cas de maladie ou d'accident contractés en service hospitalier.

Historique.

Quelques cas récents ont attiré l'attention publique sur le sort, parfois lamentable, d'étudiants, morts victimes de maladies ou d'accidents, ou porteurs d'infirmités permanentes, les obligeant à abandonner la profession médicale.

Ces jeunes victimes du travail auraient été, dit-on, soignées, à leurs frais, dans leur propre service hospitalier. Aussi certains esprits ont-ils trouvé étrange que les externes ou internes des hôpitaux ne puissent pas bénéficier de la gratuité de l'hospitalisation, dans l'hôpital où, chaque matin et soir, ils viennent se mettre à la disposition des malades de l'établissement.

Un referendum, lancé par l'Association des externes, a permis de constater que quelques Commisssions administratives ont bénévolement accordé à leur personnel médical, des libéralités que d'aucuns désireraient voir être étendues à tous les membres du personnel hospitalier de France.

A Saint-Nazaire, les trois internes sont assurés contre tous les risques de maladie et d'accident professionnels, de même que contre les fautes professionnelles qu'on pourrait leur reprocher. De plus, en cas de maladie ou d'accident, il leur est donné, gratuitement, tous les soins nécessaires.

A Lyon, les internes, médecins et chirurgiens des hôpitaux reçoivent gratuitement des soins, à l'infirmerie du personnel, où ils peuvent être hospitalisés. Depuis le 5 mai 1920, la même faveur est accordée aux externes des hôpitaux.

A Nancy, l'hospitalisation est gratuite dans la maison de santé de Bon-Secours, dépendant de l'administration des hospices. L'indemnité est conservée.

De même, à Orléans, où les internes sont hospitalisés en conservant leur traitement.

A Strasbourg, le personnel médical a droit aux traitements, médicaments et hospitalisation aux frais de l'établissement ; mais il ne touche rien en cas d'incapacité permanente partielle, provenant de maladie, ou d'accident. Tous les étudiants de l'Université de Strasbourg payent une petite cotisation semestrielle,

qui leur donne droit, en cas de maladie ou d'accident, aux traitements, médicaments et à l'hospitalisation.

A Mulhouse, le malade est hospitalisé, et continue à recevoir son indemnité entière. Une demi-indemnité est allouée si la convalescence doit être de longue durée.

L'hôpital de Cambrai a servi, sa vie durant, une indemnité annuelle au Dr Ronnaux, qui avait dû être amputé du bras droit, à la suite d'une piqûre anatomique.

M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance Publique de Paris nous assure que la gratuité des soins est accordée aujourd'hui à Paris, aux externes et internes des hôpitaux.

Position juridique de la question.

Ce qui est accordé bénévolement par un certain nombre d'hôpitaux, pourrait-il être imposé à toutes les Commissions hospitalières ?

Quel est le lien juridique qui unit les externes, internes, médecins et spécialistes des hôpitaux aux Commissions administratives ?

L'article 14 de la loi du 7 août 1851, donne aux Commissions le droit de nommer leur personnel médical ; mais celui-ci ne peut être révoqué qu'avec l'approbation du préfet.

Qu'il soit nommé au concours, ou au choix, le personnel médical doit adhérer à un contrat unilatéral qu'il doit accepter en bloc, sans pouvoir le discuter. La jurisprudence du Conseil d'Etat (11 décembre 1908 : *Le Droit*, 30 janvier 1909, Dalloz, 1910, 3, 78) a même décidé que « lorsque la Commission a institué un concours, dont les résultats n'ont, d'après l'affiche qui l'annonce, que la valeur d'une présentation, le candidat, classé premier au concours, mais non désigné, ne peut invoquer une violation d'engagement pris vis-à-vis de lui, ni, par suite, obtenir d'indemnité ». En conséquence, la Commission peut parfaitement se refuser à nommer le candidat classé premier, par le jury de concours et titulariser le 2e ou le 3e de la liste de présentation.

Les Commissions administratives ont encore parfaitement le droit de méconnaître les situations acquises par le Corps médical de l'établissement et de nommer des médecins en surnombre (Conseil d'Etat, 26 mars 1915 ; Lebon, 1915, p. 105).

Les médecins adjoints n'ont même pas un droit de priorité entre eux, ou par rapport aux autres docteurs, pour être désignés come titulaires (Conseil d'Etat, 24 février 1911 ; Lebon, 1911, page 249).

Les Commissions administratives peuvent se débarrasser d'un médecin, bien que la loi du 7 août 1851 interdise toute révocation, sans l'approbation préfectorale et malgré la circulaire du 3 décembre 1907, recommandant que le dossier soit transmis au ministère de l'Intérieur. On force le médecin à démissionner, par suppression de poste (Conseil d'Etat, 8 mai 1914 ; Lebon, 1914, page 568), par diminution des appointements annuels, qu'on réduit même à une somme de cinquante centimes par an (Tribunal civil d'Auxerre, 30 novembre 1910, *Concours médical*, 1911, page 103) ; par abaissement de la limite d'âge (Conseil d'Etat, 7 juillet 1916 ; Lebon, 1916, page 276).

Nous pouvons donc dire qu'en pratique, les externes, internes et médecins d'hôpitaux, qu'ils soient nommés après, ou sans concours, ne sont que des employés supérieurs, liés à la Commission administrative par un contrat unilatéral, ou plus exactement par un contrat d'adhésion de louage de services, ou contrat d'entreprise, ou encore contrat innommé. Le personnel médical, bien que complètement indépendant au point de vue scientifique, est dans une condition de dépendance au point de vue administratif, ou disciplinaire.

C'est ainsi que le médecin ne peut se refuser à soigner les malades qui sont placés dans son service hospitalier par la Commission administrative ; quelle que soit la condition de fortune de l'hospitalisé, il doit soigner gratuitement et indistinctement pauvres, comme riches, blessés du travail assurés, etc., etc. Il n'a qu'à se soumettre ou à se démettre. Rarement, bien rarement, on le consulte sur les modifications à apporter dans le service ou dans l'établissement.

Pourrait-on, dès lors, s'appuyer sur cette situation juridique et dire que le corps médical pourrait, en tant qu'employé, bénéficier des lois du 9 avril 1898 e t du 13 mars 1905 sur les accidents du travail ?

Non, car les hôpitaux doivent être considérés comme des établissements publics et non comme des entreprises industrielles ou commerciales.

Le Corps médical hospitalier ne peut avoir de recours contre la Commission administrative qu'en vertu du droit commun, c'est-à-dire en se recommandant des articles 1382 à 1386 du code civil. Au blessé, ou malade de faire la preuve que la maladie, ou l'accident, doit être imputé à l'administration, pour obtenir réparation du dommage.

Mais, interviendront alors les questions de pur sentiment. On objectera que les étudiants doivent avoir une certaine fortune, pour pouvoir entreprendre des études médicales, longues et coûteuses ; que le titre d'interne ou de médecin des hôpitaux est un titre envié, qui donne une certaine notoriété en clientèle etc., etc.

Nous pouvons répondre que la médecine ne saurait être l'apanage des riches et que les intelligences des enfants du peuple ne doivent pas être stérilisées pour une question de pécune. Quant au titre de médecin ou de chirurgien d'hôpital, sa valeur a bien déchu, et souvent devient nulle dans certaines villes.

Solutions possibles.

Est-ce à dire qu'en l'état actuel de la législation rien ne soit possible, en faveur des externes, internes médecins et spécialistes des hôpitaux, en cas de maladie ou d'accident, contracté au cours du service hospitalier ? L'équité la plus élémentaire est en faveur d'une réparation, sinon totale, au moins par-

tielle, du dommage provoqué par le dévouement professionnel. Notre société devient de plus en plus utilitaire et moins sentimentale. Le personnel médical ne saurait envisager la possibilité d'une grève, par démission, lorsqu'il y a des vies humaines à soigner, ou à sauver. Mais avec les procédés actuels de traitement, soit chirurgicaux, soit par agents physiques, radiologiques, etc., le personnel médical se trouve de plus en plus exposé à des maladies ou à des traumatismes professionnels.

En outre, l'hôpital n'est plus l'asile des malheureux, des vaincus de la vie : les personnes de condition modeste, et même de situation aisée, viennent demander aux établissements hospitaliers, la possibilité de se faire opérer, ou traiter avec des appareils spéciaux. Le Corps médical ne peut plus, comme par le passé, considérer comme quantité négligeable les honoraires qu'il abandonne à cause de ces hospitalisés payants.

Qu'on le veuille ou non, l'évolution sociale pose, d'une manière aiguë, toute la question de l'hospitalisation des malades payants, de celle des blessés du travail. Devant les nécessités de l'existence, le personnel médical entend désormais discuter son contrat de louage de service, vu le manque à gagner, qui devient de plus en plus appréciable.

Modification par voie législative.

Une loi pourrait-elle intervenir, assujétissant le personnel médical au bénéfice de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail ?

Une première objection se pose : avec les lenteurs inévitables du travail parlementaire, dans combien d'années pourrait être adoptée par les deux Chambres pareille proposition, ou projet de loi ?

En second lieu, les opposants actuels au projet de loi sur les assurances sociales pourraient prétendre que cet assujétissement à la législation du travail, s'il était voté, ne sera qu'un acheminement vers l'assurance.

Modification par voie réglementaire.

Tant que seront en vigueur les dispositions de la loi du 7 août 1851, les Commissions administratives seront entièrement maîtresses pour accepter ou refuser toute réparation, en cas de maladie ou d'accident, survenu à leur personnel médical.

Tout au plus, par un vote du Conseil supérieur de l'Assistance publique, pourrait-il être proposé au Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales une adjonction au règlement modèle des hospices et hôpitaux.

Par cette adjonction, il serait recommandé aux Commissions hospitalières d'accorder au personnel médical les soins, médicaments et l'hospitalisation gratuite en cas de maladies ou d'accidents survenus au cours du service hospitalier, tout en conservant au malade la modique indemnité qui lui est allouée.

Mais, resterait sans solution le très gros problème de la réparation, en cas de maladie ou de blessure grave, occasionnant une incapacité permanente partielle de travail.

Assurance à une compagnie d'assurances.

Moyennant une prime annuelle, les Commissions hospitalières pourraient garantir leur personnel médical, après avoir, au préalable, assujéti ce dernier à la loi du 9 avril 1898, en se prévalant des dispositions de la loi du 18 juillet 1907.

Mais, ces primes seraient onéreuses, car les compagnies d'assurances sont des sociétés commerciales fondées en vue de faire des bénéfices, pour leurs actionnaires.

De plus, les sociétés d'assurance ont l'habitude de discuter les sinistres, pour éviter, autant que possible, tout ou partie des charges qui leur incombent.

Création de mutuelles.

Quatre grands groupements hospitaliers sont actuellement en pleine prospérité et des travaux très intéressants viennent d'être publiés par la *Revue des Hôpitaux*, en vue de la création de sociétés d'assurances mutuelles, tant pour la branche incendie que pour la branche accident. Un projet, très complet, de statuts, présenté par M. Teissier, vice-président de la Commission administrative des hôpitaux de Mâcon, invite les Commissions administratives à se grouper en une Mutuelle-accident, après avoir fait acte d'adhésion à la législation des accidents du travail, en faveur du personnel hospitalier, ne paraissant pas bénéficier, jusqu'à ce jour, des lois régissant les accidents du travail (loi du 18 juillet 1907).

Mutualité familiale du corps médical français.

Cette société mutuelle assure une indemnité journalière, pour tout accident, ou maladie, empêchant le médecin d'exercer sa profession. Une indemnité mensuelle est attribuée en cas d'incapacité chronique de travail.

Ne serait-il pas possible, pour les Commissions hospitalières, d'envisager l'adhésion des externes et des internes à cette mutuelle, la cotisation étant prélevée sur le budget général de l'hôpital ? Cela permettrait de mettre debout le projet de Mutuelles inter-hospitalières, tout en donnant immédiatement satisfaction à la jeunesse travailleuse, qui voudrait se sentir à l'abri des conséquences de l'accident ou de la maladie, surtout que certains externes ou internes sont mariés et même pères de famille. Bien entendu, dans notre esprit, sont assujétis aux bénéfices de ces dispositions d'assurance les étudiants qui, à titre provisoire, dûment mandatés par l'administration, remplissent des remplacements, soit d'externes, soit d'internes.

Conclusions.

Bien qu'aucune disposition législative ne l'impose actuellement aux Commissions hospitalières, il nous paraît de toute équité de faire entrer, parmi les avantages concédés au corps médical hospitalier, la garan-

tie contre les maladies ou accidents survenus au cours du service d'hôpital. Tous ceux qui, à des titres divers, appartiennent à la profession, ne refuseront jamais leur science, ni leur dévouement ; mais, devant les difficultés de l'heure présente, à cause du renchérissement de la vie et de l'exode croissant des malades payants vers l'hôpital, devant les risques de plus en plus considérables, occasionnés par le développement de la chirurgie ou des traitements spéciaux, nécessitant l'emploi d'appareils ou de procédés dangereux, il convient de donner au corps médical hospitalier une garantie, pour que ce corps médical n'ait pas à supporter, à lui seul, les risques professionnels, alors qu'il donne ses soins presque gratuitement aux malades hospitalisés.

Nous nous prononçons nettement contre une modification législative ou contre une assurance contractée avec une société d'assurance.

Nous demandons :

1° Une adjonction au premier paragraphe de l'article 11 du règlement modèle du 30 juin 1921, *adjonction* ainsi conçue : « En sus de la rémunération pécuniaire qui leur est attribuée, les médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, externes, pharmaciens et sages-femmes, recevront de l'hôpital les soins, médicaments et, s'il y a lieu, l'hospitalisation, en cas de maladie ou d'accident survenu à l'occasion de leurs fonctions hospitalières » ;

2° Un vœu à émettre par le Conseil supérieur de l'Assistance publique : que soit étudiée la création de Mutuelles inter-hospitalières, en vue de la protection du personnel hospitalier, une fois ce dernier assujetti à la loi sur les accidents du travail, conformément aux dispositions de la loi du 18 juillet 1907 ;

3° A titre transitoire, l'utilisation de la Mutualité familiale du corps médical français, ou toute autre mutuelle médicale, offrant des garanties sérieuses, pour être chargée de donner aux externes et internes (ou à leurs remplaçants), les avantages conférés par cette société, en cas de maladie ou d'accident.

DÉMOGRAPHIE

Le problème de la natalité.

Tous ceux qui se sont préoccupés de cette question ont, avec un zèle des plus louables, cherché à discerner les causes essentielles de la dénatalité que les statistiques nous révèlent, en France, et se sont évertués, au gré de leur tempérament, de leur mentalité, de leurs convictions, à préconiser tels remèdes qui leur apparaissent comme susceptibles de combattre le mal qu'ils déplorent.

Les uns accusent la décadence de la foi religieuse ; les autres, les difficultés croissantes de l'existence, et l'augmentation des charges de toute nature qui pèsent sur le contribuable. Pour ceux-ci, nous subissons la loi qui voue les peuples civilisés à l'extrême, à la dépopulation, tandis que les primitifs, au contraire, se caractérisent par une prolificité, qui les rapproche des lapins. Pour ceux-là, les maladies vénériennes, stérilisantes au premier degré, d'une part, et d'autre part, la diminution du sens génésique, sont responsables de la diminution progressive, dans le nombre des enfants.

Tous ont, dans une certaine mesure, raison. Il y a un ensemble de circonstances, diverses dans leur espèce, qui s'associent pour expliquer le mal qu'ils dénoncent et qu'ils étudient.

Mais vous serait-il jamais venu à l'idée, confrères qui me faites l'honneur de me lire, que vous pûssiez avoir une grande part de culpabilité directe dans la restriction volontaire que tant de couples apportent à se perpétuer ? Pas plus que moi, sans doute, vous n'auriez supposé que les lourds (!) honoraires que vous réclamez comme prix des accouchements que vous pratiquez pûssent effrayer le peuple et l'inciter à limiter jusqu'à zéro sa progéniture.

C'est pourtant la thèse que soutient un honorable philanthrope de la Seine-Inférieure, dans un mémoire qu'il serait profondément regrettable de jeter au panier, sans vous en avoir donné connaissance.

Mémoire adressé au corps médical de la Seine-Inférieure au sujet des accouchements.

A plusieurs reprises, j'ai reçu de ménages modestes, qui venaient d'avoir des enfants, de vives plaintes au sujet des frais que nécessitaient pour eux ces naissances ; *les honoraires du médecin leur paraissaient particulièrement lourds*. Ils ne forment cependant qu'une partie des dépenses inhérentes à toute naissance, mais il suffisait qu'une proportion trop forte des recettes de l'année se trouvât ainsi absorbée pour que les jeunes ménages se promissent de ne plus avoir d'enfants.

Peut-être n'ai-je eu à connaître que des cas d'exception ; cela est possible ; mais il est évident que lorsque, chez un employé, un fonctionnaire ou un petit revendeur, *le médecin demande* 500 *francs pour un accouchement normal*, il emporte de la maison le salaire d'un mois de travail ; lorsqu'il demande, et je l'ai vu faire récemment, 600 francs à une dactylo-comptable, il prend plus que le salaire d'un mois. N'y a-t-il pas là une exagération manifeste, qui, si elle se généralisait, aurait vite fait de décourager les jeunes ménages et de rendre vains tous nos efforts de repopulation ?

Ce n'est pas à un médecin que j'apprendrai combien les grossesses, qui étaient regardées autrefois

comme un évènement heureux, sont maintenant peu désirées dans beaucoup de familles, et avec quelle déplorable facilité nombre de jeunes ménages, dont la moralité est, hélàs ! défaillante, se tournent vers les pratiques anti-conceptionnelles et les manœuvres abortives. Il y a là un véritable péril national.

On ne manquera pas de m'objecter que la dénatalité à des causes autrement profondes et étendues que les frais d'accouchement, et qu'avant de s'en prendre aux médecins, l'on pourrait commencer par remédier à ces causes plus importantes. J'en demeure d'accord, et je reconnais que les frais dont je me plains n'ont pas une influence prépondérante ; mais ils sont dans la plupart des cas la goutte d'eau qui fait déborder le vase, le prétexte qui décide un ménage à renoncer à augmenter sa famille.

Des médecins auxquels j'ai fait part de ces réflexions m'ont répondu que beaucoup d'entre eux, devant des clients gênés, consentent à des réductions; que le temps parfois considérable pris par les accouchements et la fatigue rendent ces opérations peu désirables pour eux et qu'ils s'en défendent précisément par des prix élevés ; qu'enfin, pour eux comme pour tout le monde, les 150 ou 200 francs demandés avant la guerre trouvent à peine leur équivalent dans les 5 ou 600 francs demandés aujourd'hui.

Ces raisons sont excellentes ; je ne les discuterai pas ; mais il y a pour moi un fait qui les domine, celui-ci : la race française est menacée de disparaître *faute d'enfants*. Devant cette menace, les intérêts particuliers ne comptent pas, et pour la conjurer, toutes les mesures doivent être prises, même au détriment de quelques-uns. *Salus populi suprema lex esto*. C'est en vertu de ce principe qu'ayant à parler à Lille des frais d'accouchements, j'ai réclamé, ou bien la réduction de ces frais, ou bien l'institution de maternités et d'un service public d'accouchements.

Toutefois, pour éviter tout malentendu, toute équivoque et ne point paraître, par une action isolée, aller à l'encontre des intérêts respectables du corps médical, j'ai voulu, avant de soumettre mon projet à la Commission départementale de la natalité, demander au corps médical son avis sur les meilleures méthodes à suivre pour parer aux inconvénients que je viens de signaler, et que je résume ainsi :

1° Les accouchements sont trop coûteux pour les ménages de ressources limitées.

2° Les accouchements dans ces ménages se font dans des conditions insuffisantes de soins et d'hygiène.

3° Les médecins en général n'ont pas le loisir, ou n'ont pas le désir de s'en occuper, sauf dans les classes aisées où ils trouvent une rémunération plus adéquate de leurs peines.

4° Ils ne se font remplacer que par un nombre très limité de sages-femmes qui méritent, en effet, leur confiance ; mais le mépris qu'ils montrent pour l'ensemble des membres de cette corporation a contribué plus que toute autre chose à la maintenir dans un état d'infériorité intellectuelle et morale fâcheux et à en rendre le recrutement difficile.

5° Les sages-femmes, réserves faites à nouveau pour quelques-unes, qui sont des plus honorables, ne pouvant compter sur la bienveillance du corps médical et n'ayant qu'un avenir précaire, ne se recrutant plus que dans des milieux d'une moralité douteuse, et faisant des études incomplètes et mal surveillées, se sont trouvées amenées à faire le métier, malheureusement lucratif, d'avorteuses.

6° Il s'ensuit que les médecins n'ont pas pour les accouchements les auxiliaires qui leur seraient nécessaires et qui sont nécessaires également à la population, surtout dans les campagnes.

7° Lorsqu'on parle à des médecins d'instituer, sinon des maternités dans le sens complet du mot, du moins des postes de secours pour accouchements, munis de l'appareil pharmaceutique utile dans ces cas, et gérés par des sages-femmes ou des infirmières spécialisées dans l'obstétrique et la puériculture, et qui en plus s'occuperaient des consultations de nourrissons et des gouttes de lait, le tout sous la surveillance du médecin le plus proche, l'on entend aussitôt la plupart des médecins exprimer la plus vive défiance. Ils craignent que ces femmes critiquent leurs ordonnances, fassent de la thérapeutique à leur façon et nuisent à l'influence du médecin traitant. Il faut pourtant s'entendre. Ou bien le corps médical rendra l'intégralité des services pour lesquels il est constitué, et dans des conditions qui ne soient pas onéreuses à l'excès ; ou bien, s'il ne le peut pas, ce qui paraît bien être le cas, il faut qu'il accepte des auxiliaires.

Si ceux qui lui sont proposés ci-dessus ne lui paraissent pas désirables, qu'il veuille bien proposer lui-même les améliorations qu'il juge possibles.

Ce qui est certain, c'est que la situation actuelle ne peut être maintenue, que la venue d'un enfant au monde ne doit plus être considérée dans nombre de famille comme l'équivalent d'une ruine. Au point de vue financier l'Etat, le département, par des primes diverses, les professions par les caisses de sursalaires, cherchent à alléger autant qu'il se peut les charges de famille ; restent à alléger les charges de l'accouchement lui-même et à améliorer les conditions matérielles dans lesquelles il se passe le plus souvent, dans les ménages modestes : ouvriers, employés, petits fonctionnaires.

Tel est le but du présent mémoire, sur lequel je serais heureux de recevoir les suggestions des membres du corps médical qui voudraient bien me donner le concours de leur expérience, de leur science et de leur dévouement. C'est au pays tout entier qu'ils rendraient ainsi service.

Louis DESCHAMPS,

Vice-président de la Commission départementale de la Natalité de la Seine-Inférieure,

8, rue du Nord, à Rouen.

L'aimable correspondant qui nous communique ce document monumental nous apprend que M. Deschamps est notaire. Il néglige de nous dire s'il a des enfants, et combien.

Il ajoute que les assertions de cet éminent sociologue sont, à bien des points de vue, singulièrement voisines de l'inexactitude. « Le reproche qui m'est adressé, ajoute-t-il, se trompe de destination, car dans la banlieue où j'exerce, nous prenons (tenez-vous bien) *cent francs* pour un accouchement normal ; quatre francs par consultation ; cinq francs par visite, même le dimanche. Quels mercantis nous sommes !!! »

Je doute, en effet, que, dans la clientèle moyenne, un praticien de médecine générale, sans titres particuliers, demande 500 francs pour un accouchement. Je suis appelé souvent à donner mon avis sur la légitimité des notes que leurs clients contestent à nos confrères. Hier encore, j'approuvais une réclamation de 360 francs formulée pour un accouchement prolongé, suivi d'une délivrance artificielle pénible et retardée. Nous sommes encore assez loin des 500 francs critiqués par M. Deschamps, et il ne s'agissait pas d'un accouchement normal.

Il va d'ailleurs un peu fort, l'honorable vice-président de la commission de la natalité, quand il demande que des mesures conjuratoires soient prises, *même au détriment de quelques-uns*, ces quelques-uns étant nécessairement les médecins. Il sait bien que nous ne saurions user de représailles envers la corporation des notaires, officiers ministériels dont la loi exige l'intervention dans une foule de transactions de la vie courante : baux authentiques, licitations, ventes, contrats de mariage, obligations, etc., etc. sans qu'ils puissent être suppléés par de quelconques auxiliaires. Les notaires n'ont pas, auprès d'eux, l'équivalent de nos sages-femmes ! Là, les honoraires ne se discutent pas : ils sont fixés d'avance, et il est infiniment rare qu'ils ne soient pas perçus.

A la vérité, il apparaît que M. Deschamps semblerait d'être livré à une manifestation destinée à le mettre en évidence, et à étaler son dévouement à la chose publique. Briguerait-il quelques honneurs ou quelque fonction ??? Innocente manie, qui serait sans conséquence, s'il ne se mêlait de parler de choses qu'il ne connaît pas. Que sont en effet ces infirmières spécialisées dans l'obstétrique et la puériculture ? Qu'est-ce que cet ultimatum posé avec une rigueur inexorable : se soumettre ou se démettre.... ; non, accepter des auxiliaires ???

Et puis, combien de ruines familiales avez-vous constatées, qui auraient été provoquées par la venue d'un enfant au monde ? Cette fois, il exagère et pour vouloir trop prouver, ne prouve rien.

C'est comme lorsqu'il vante les primes diverses que l'Etat ou le département accordent pour charges de famille. Quinze francs par mois : on va loin avec ce viatique !!

Ne prolongeons pas cette discussion. L'objet n'en vaut pas la peine.

Et prenons le parti d'en rire !

G. Duchesne.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Surface des brûlures. Tarif de l'aide.

Abonné depuis 17 ans au *Concours médical*, je vous serais très obligé de vouloir bien me renseigner au sujet du conflit que j'ai avec une Compagnie d'assurance.

Une femme employée dans une blanchisserie eut la main prise dans un rouleau à vapeur (rouleau à calendrer). Il en résulta une brûlure des 2e et 3e degrés des 4 premiers doigts, d'une partie du pouce, 2e degré des 2 faces de la main et d'une portion de l'avant-bras (droit).

Cette brûlure nécessita après un certain temps, la désarticulation des doigts annulaire et auriculaire et de la première phalange du médius.

La Compagnie après de longs délais, conteste la note que j'ai envoyée et qui est ainsi conçue :

Les 10 premiers pansements à 37 fr. (tarif Breton)

Les 12 suivants à 12 fr. 25 (tarif Breton) et enfin les derniers à 7 fr. 50.

La Compagnie refuse de payer les 10 premiers à 37 fr. et les remet à 12 fr.

Or, ces premiers pansements m'ont pris chacun plus d'une heure, la malade poussant des hurlements et par la nécessité de panser doigt par doigt.

J'appelle la Compagnie au juge de paix. Vous serait-il possible de me donner un avis sur la modicité de ma note qui diminue régulièrement et progressivement au fur et à mesure de l'amélioration.

La Compagnie ne conteste pas le prix de l'opération 112 fr.

Mais n'accorde que 37 fr. au lieu de 50 à l'aide anesthésiste.

Dr S.

Réponse.

1° Vos dix premiers pansements sont ceux d'une brûlure des doigts, de la main et d'une

portion de l'avant-bras ; ils ne comprennent donc pas « un membre ou surface comparable = 50 francs » puisqu'une partie de l'avant-bras et tout le bras n'ont pas été le siège de brûlures. Par contre, la surface atteinte est *supérieure* à celle de « moyenne brûlure : main, pied ou surface comparable = 15 fr. ». — C'est là, encore une fois, le cas de brûlure d'étendue *intermédiaire dans l'échelle de prix* du tarif où il y a manifestement une *lacune* entre les prix de 15 et de 50 francs. Il conviendrait donc, équitablement, d'établir cette échelle intermédiaire absente, *soit* 30 *francs* pour toute « brûlure de surface comparable à deux segments d'un même membre ». C'est ce que j'ai déjà, plusieurs fois, proposé avec succès, car ce fut accepté chaque fois par les deux parties. — Pour la définition des segments de membre, voir les *Avis* insérés dans l'Arr. Minist. du 28 juin 1921.

2° Quant aux 50 francs dus au médecin anesthésiste, ils ne sont pas susceptibles de la minoration de 50 % pour la 2e catégorie, ainsi que le prétend la Compagnie d'assurance. Ils sont, en effet, fixés dans l'art. 11, tandis que ladite minoration est fixée à l'art. 15 et seulement pour « *les chiffres donnés ci-dessous* », c'est-à-dire ceux portés aux art. 16, 17, 18 et suivants — et nullement pour ceux portés aux articles antérieurs à l'art. 15 qui sont « ci-dessus » par rapport à celui-ci.

F. D.

SOU MÉDICAL

Reproches de « La Médicale ». Réponse du « Sou Médical ».

Nous avons reçu de « La Médicale », compagnie d'assurances contre les accidents, incendie et autres risques, de Bruxelles, la lettre suivante :

Bruxelles, le 14 juin 1923,

Honoré confrère,

Dans le numéro du *Concours médical* du 3-6-1923, vous avez publié le jugement intervenu dans le procès intenté au Dr Vallet. Vous l'avez fait suivre de commentaires erronés et injustes pour la Compagnie d'assurance qui assure la responsabilité civile de ce médecin. J'ai pour devoir de relever les affirmations tendancieuses et inexactes qui émaillent la finale de cet article et d'en faire ressortir le côté peu amical.

1° Le jour même où le jugement était rendu, nous étions informés de sa teneur par téléphone. Je fis écrire immédiatement à Paris que, la Cour ayant jugé en fait, nous nous opposions au recours en cassation. Dans la suite, on fut tous de notre avis ;

2° Le « Sou médical » nous ayant demandé de nous pourvoir en cassation, nous lui avons demandé s'il était disposé à payer la casse. Comme les conseilleurs ne sont pas les payeurs, le « Sou médical » s'est défilé.

Il est donc inexact de dire que le « Sou médical » a accepté parce qu'il y avait intérêt supérieur à faire décider, en faveur, et du corps médical et de son adhérent en particulier ». Entre la manière de faire du « Sou médical » et la nôtre, il y a donc cette différence que « La Médicale » s'est prononcée immédiatement sur une communication téléphonique rapportant les termes du jugement, tandis que le « Sou médical » a attendu la copie de l'arrêt pour partager l'avis de « La Médicale ».

D'où vient donc l'hostilité qui perce dans la finale des commentaires du *Concours médical* ? Serait-ce parce que La « Médicale» est une société étrangère ?

Nous sommes Belges : « La « Médica e » est née à Liège. Liège, Légion d'honneur !

Cela doit dire quelque chose aux cœurs français. On en reparlera le 26 courant à Verdun. J'y serai, à côté de mon gendre, un combattant de Verdun, médaillé militaire, actuellement officier de réserve et représentant de « La Médicale » à Nancy.

Encore un souvenir : « La Médicale » a été une des premières à souscrire au mémorial à ériger aux médecins français, morts pour la Patrie ; au mémorial à ériger aux étudiants externes à Paris, à l'œuvre des laboratoires français, et ce n'est pas en vain que des médecins français ont fait appel à sa générosité après l'armistice. Voilà, comment nous sommes des étrangers.

Mais pourquoi rappeler tout cela ? Parce que nous voulons en appeler du Dr Paul Boudin mal informé au Dr Paul Boudin mieux informé.

Pour finir, permettez-moi d'ajouter qu'il y a à Bruxelles de nombreuses Compagnies d'assurances françaises avec lesquelles nous vivons en parfait accord. Il ne nous est jamais venu à l'idée de les traiter en étrangères ni de nous immiscer dans le règlement de leurs sinistres.

Moralité. — Il n'y en a pas. Toute dispute entre médecins pour la clientèle est immorale. Nous ne désirons pas la continuer. Je vous demanderai seulement de donner à la présente la publicité de votre journal, et vous prie d'agréer, honoré confrère, l'expression de mes sentiments confraternels et très distingués.

L'administrateur-délégué de « La Médicale »,

Dr DE BECKERS.

Réponse.

Monsieur le docteur de BECKERS,
Administrateur délégué de *La Médicale*,
184, boulevard Militaire, Bruxelles.

Monsieur l'Administrateur délégué
et honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 14 courant. Nous tenons tout d'abord à vous faire remarquer que *La Médicale* n'a été nullement désignée dans l'article que vous incriminez, que, rien, dans le texte, ne permet de la reconnaître, et qu'en conséquence, votre droit, est plus que discutable, de nous imposer l'insertion de votre réponse.

Mais d'abord, éliminons du débat, si vous le voulez bien, toute la partie sentimentale par laquelle vous terminez votre lettre : elle n'a rien à y voir. Nous aimons et nous admirons la Belgique et les Belges, dont nous n'oublions pas la noble attitude pendant la guerre. Nous sommes en rapport permanent avec la presse médicale belge que nous citons souvent, de même qu'elle nous fait aussi de larges emprunts. Votre nationalité n'est donc pas en cause, et il est inutile de l'invoquer pour expliquer l'attitude que vous nous reprochez.

Liquidons maintenant les observations que vous nous faites, les critiques que vous nous adressez. Nul doute qu'ensuite, le Dr de Becker, mieux informé, en ayant appelé au Dr de Becker mal informé, ne regrette de n'avoir pas retourné sa plume sept fois dans son encrier avant de nous reprocher quoi que soit.

— Vous avez, dites-vous, décidé de vous en tenir à l'arrêt de la Cour de Rouen, dès que vous en avez connu, *par téléphone*, la teneur, tandis que nous aurions attendu d'avoir les textes sous les yeux, pour prendre une décision. — Quelle erreur est la vôtre ! Dès que, de notre côté, nous avons su la condamnation prononcée contre le docteur Vallet, nous lui avons fait signer le pourvoi en Cassation pour lequel la loi ne lui accordait que trois jours, nous réservant de prendre une décision définitive quand nous pourrions lire à tête reposée les attendus et les considérants de l'arrêt. Nous nous permettons d'estimer que c'est vous qui avez agi avec une légèreté incroyable, à moins que vous n'ayez tenu au contraire, en agissant aussi précipitamment, à prendre immédiatement position, en prévenant votre assuré que, quoiqu'il arrive et quoiqu'il fasse, vous entendiez vous satisfaire de la décision de justice intervenue, vous en tenir là, et arrêter les frais.

C'est précisément cette hâte à vous contenter d'une solution qui peut être bâtarde, sans épuiser toutes les juridictions possibles, que nous vous reprochons, ainsi d'ailleurs qu'à toutes les Compagnies d'assurances françaises ou étrangères similaires à la vôtre.

C'est ce que nous sommes en droit de vous reprocher, parce que c'est précisément ce que, à l'encontre de vous et de vos pareils, nous ne faisons pas. Jamais, vous entendez bien, le « Sou médical » ne se défile ; et *s'il est le conseilleur de ses membres, il demeure en même temps le payeur des frais de leurs procès.* Notamment, en ce qui concerne le Dr Vallet, voici les extraits des procès-verbaux de notre Conseil d'administration :

« Le Dr Vallet, de Vernon, a été condamné par la Cour « de Rouen à 11.500 francs de dommages-intérêts envers « les parties civiles.

« Le délai de pourvoi en Cassation étant de trois jours, « il a été formé, un pourvoi, dont il sera possible de se « désister ultérieurement si l'avis des avocats conseils, « après examen des textes, est qu'il ne présente pas de « chances de succès ... Le Conseil, après discussion, dé- « clare se mettre à la disposition du Dr Vallet, pour faire « ce qu'il désirera qu'il soit fait pour sa défense (24 avril « 1923).

« Le Dr Vallet, de Vernon, a manifesté par lettre, « puis lors d'une visite au siège du « Sou, » son intention « de se désister du pourvoi formé contre l'arrêt de la « Cour de Rouen. Le Conseil en prend acte ». (22 mai 1923).

Si donc, nous n'accompagnons pas le Dr Vallet devant la Cour de Cassation, c'est que lui-même nous a demandé de n'en rien faire, sa volonté de ne pas en appeler aux juges suprêmes étant formelle.

Nous allons partout, Honoré Confrère, partout où l'intérêt de nos sociétaires, et aussi du corps médical, l'exige, quoiqu'il puisse nous en coûter, à la condition toutefois que ceux-ci soient prêts eux-mêmes à donner de leur personne, puisque, aussi bien, en France, nul ne plaide par procureur.

Voilà pourquoi nous prétendons et nous répétons à volonté qu'il y a une différence fondamentale entre la garantie que donnent à leurs assurés toutes les Compagnies contre le risque de la responsabilité professionnelle, et le « Sou médical », qui soutient ses membres de son appui moral et de sa Caisse, non seulement lorsque leur responsabilité est en jeu, mais encore dans une foule de cas où ce risque n'est pas en cause.

Les Compagnies arrêtent les frais aussitôt qu'elles en voient la possibilité, et leurs polices sont rédigées de manière à ouvrir cette possibilité pour ainsi dire à leur gré. Le « Sou médical ne les arrête jamais, tant qu'il existe une chance de faire rendre justice à ses sociétaires. Et à cet effet, il met en action tous ses conseils juridiques, lesquels, après avoir longtemps médité sur les documents et les textes qui leur sont soumis, fournissent un avis motivé et indiquent la marche à suivre. En passant, vous comprendrez

pourquoi, au lieu de prendre un parti sur une simple communication téléphonique, nous attendons toujours d'être en possession des pièces elle-mêmes.

Après ces explications qui précisent exactement notre attitude, tant dans l'affaire du Dr Vallet, que dans toutes celles qui nous sont soumises, nous sommes prêts à publier votre lettre du 14 juin suivie de cette réponse.

Laissez-nous déplorer, en terminant, qu'une Assurance qui, par le nom qu'elle a pris, entend marquer son étroite parenté avec le corps médical, et justifier qu'elle a été créée à sa seule intention, dont s'occupent d'honorables confrères parmi lesquels il en est pour qui nous professons une estime toute particulière — laissez-nous déplorer qu'elle se laisse aller à tomber dans les erreurs ou dans tous les calculs de tant de Compagnies françaises et étrangères.

Et recevez, honoré confrère, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Pour le Conseil d'administration du « Sou médical » et par ordre,

Le secrétaire général adjoint,
G. Duchesne.

***

L'Assurance médicale française de Lyon (Ancre médicale), nous prie de préciser ici qu'elle n'était pas chargée des intérêts du Dr Vallet, et qu'en conséquence, les critiques formulées par le secrétaire général du « Sou Médical » ne s'adressaient pas à elle, dans l'article incriminé par *La Médicale*, de Bruxelles, ci-dessus.

Les documents qui précèdent ne laissent aucun doute à ce sujet. Et nous ne pouvons que donner acte à l'Assurance médicale française de cette mise au point.

JURISPRUDENCE

Trouble pour les voisins. — Usine. — Voisinage d'une clinique.

COUR D'APPEL DE NANCY (1re Ch.)

12 avril 1923.

(*Gazette du Palais*, 30 mai 1923).

Le propriétaire ne peut, par la manière dont il jouit de son droit, imposer aux voisins une gêne et des inconvénients excédant la mesure des obligations ordinaires du voisinage.

En conséquence, est recevable la demande en dommages-intérêts formée par le médecin qui a ouvert une clinique à proximité d'une usine, si le fonctionnement des ateliers occasionne un bruit et des trépidations intolérables pour les malades séjournant à sa clinique.

Et l'industriel n'est pas exonéré de toute responsabilité du fait de l'imprudence commise par le médecin en venant s'établir dans le voisinage d'une usine déjà en exploitation, si l'importance de l'usine n'était pas alors de nature à faire prévoir ces inconvénients qui ont été aggravés depuis.

La Cour,

Attendu qu'en 1907, le docteur Beaudouin a ouvert une clinique dans un immeuble lui appartenant, dans le quartier du cimetière de Charleville, à proximité d'une usine d'estampage exploitée par Demangel ; qu'il se plaint de ce que ce dernier, ayant construit un nouvel atelier encore plus rapproché de sa maison, y a installé, depuis 1913, des marteaux-pilons dont le fonctionnement occasionne des trépidations intolérables pour les malades séjournant dans la clinique ; qu'il a saisi le tribunal de Charleville d'une demande d'indemnité pour le préjudice subi dans le passé et a conclu à ce que défense fût faite à Demangel de faire usage à l'avenir des marteaux-pilons dont il s'agit sous une astreinte pénale ;

Attendu que le tribunal, par son jugement du 28 juillet 1922, dont est appel, a rejeté cette demande ainsi que les conclusions subsidiaires tendant à une expertise et à une enquête, par le motif qu'à l'époque où il a commencé à édifier sa clinique, c'est-à-dire en 1905, Beaudouin n'ignorait pas que Demangel exploitait déjà une usine où il employait des marteaux-pilons de masse tombante, qu'il n'était pas fondé, dès lors, à empêcher ce dernier de donner à son industrie le développement sans lequel elle était destinée à succomber, et qu'il ne pouvait que se reprocher à lui-même d'avoir créé une clinique à proximité d'une usine dont il devait prévoir les agrandissements ;

Attendu que la propriété est le droit de jouir et de disposer des choses de la manière la plus absolue ; mais que l'exercice de ce droit est limité par l'obligation naturelle et légale de ne pas nuire à la propriété d'autrui ; qu'un propriétaire ne peut, par la manière dont il jouit de son droit, imposer au voisin une gêne et des inconvénients excédant la mesure des obligations ordinaires du voisinage ;

Attendu, d'autre part, que si, au point de vue de l'évaluation des dommages-intérêts, il n'est pas indifférent de constater que celui qui se plaint a lui-même commis une imprudence en venant s'établir à proximité d'une usine déjà en exploitation, cette circonstance n'est pas en principe de nature à exonérer l'auteur du trouble de toute responsabilité et à rendre irrecevable l'action dirigée contre lui ; que, dans l'espèce, s'il est vrai que Demangel avait déjà créé un atelier de forge en 1891, dans une partie de

l'immeuble qu'il occupe actuellement et que, dès cette époque, il employait des marteaux-pilons, il y a intérêt à rechercher si l'existence de cette usine, son importance, son mode de fonctionnement étaient de nature à faire prévoir les inconvénients dont se plaint le docteur Beaudouin et à le détourner du projet d'installer une clinique dans sa propriété ;

Attendu que la Cour n'a pas, quant à présent, les éléments d'appréciation indispensables pour statuer sur le litige dont elle est saisie ; qu'il y a lieu d'ordonner une expertise et de donner mission aux experts, non seulement de vérifier si les inconvénients signalés existent réellement et de rechercher leurs causes, mais encore d'indiquer les travaux à effectuer ou les modifications à apporter dans le fonctionnement de l'usine qui paraîtraient les plus propres à les faire disparaître pour l'avenir ;

Par ces motifs,

Avant faire droit, nomme experts, faute par les parties d'en désigner d'autres dans le délai de la loi, MM. Mettavant, Lambert, Tessier, lesquels auront pour mission de dire, en s'entourant de tous documents, après examen des titres de propriété, visite des lieux et des appareils dont il est fait usage, audition de témoins à titre de renseignement, si le fonctionnement de l'usine de Demangel, et particulièrement l'emploi des marteaux-pilons installés depuis 1913, cause au docteur Beaudouin des troubles graves et dommageables l'atteignant dans l'exercice de sa profession et dans sa tranquillité personnelle, tant comme propriétaire de sa clinique que dans son habitation privée ; de préciser à quelles dates approximatives ces troubles se sont manifestés, si c'est à une date postérieure à l'édification de la clinique ; si, lors de cette édification et antérieurement, l'usine Demangel fonctionnait déjà de telle manière qu'on pût prévoir que son développement normal entraînerait les inconvénients dont se plaint le docteur Beaudouin ; d'indiquer quelles sont les modifications, soit dans l'emplacement des ateliers, soit dans l'outillage de l'usine, qui ont fait naître ou ont aggravé ces inconvénients et s'ils excèdent les obligations ordinaires du voisinage et dire quels sont les travaux à effectuer ou les modifications à apporter à l'outillage ou à son fonctionnement pour faire disparaître les inconvénients signalés et en évaluer le coût ; dire enfin si le quartier où sont situées l'usine Demangel et la propriété du docteur Beaudouin peut être considéré à raison de l'existence d'autres usines, comme un quartier industriel...

Réserve les dépens.

NOTE. — Il est de jurisprudence qu'un industriel est responsable envers ses voisins des inconvénients résultant du fonctionnement de son exploitation, si ces inconvénients excèdent la mesure des obligations ordinaires du voisinage. Il est tenu à des dommages-intérêts en réparation du préjudice passé et les juges peuvent ordonner, sous astreinte, l'exécution des travaux susceptibles de supprimer ou d'atténuer ces inconvénients, V. Cass. civ. 18 février 1907 (*Gaz. Pal.* 1907.1.318 — S. 1907.1.77 — D. 1907.1.385 et la note de M. Ripert) ; 19 octobre 1910 (*Gaz. Pal.* 1910.2.453 — S. 1911.1.37) ; Douai 18 fév. 1913 *Gaz. Pal.* T. 1912-1920, v° Propriété(en général), n°s 40 et s. — Rec. Douai 1914.33 ; *adde* Fuzier-Herman, Rép. v° Propriété (droit de), n° 85 et s. et les décisions citées.

Peu importe que le plaignant ait eu connaissance du mode de fonctionnement de l'usine avant de s'établir dans le voisinage. On admet que l'industriel commet une faute en jouissant d'une manière abusive de son droit de propriété, à plus forte raison s'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour atténuer les inconvénients auxquels il eût pu remédier. V. Trib. civ. Caen 13 mai 1908 (*Gaz. Pal.* T. 1907-1912, v° Propriété (en général), n. 47 et s. — Rec. Caen 1909. 65) ; Lyon 25 nov. 1908 (*La Loi*, 28 janvier 1909) ; Orléans, 19 fév. 1909 (S. 1910.2.55) ; Toulouse, 24 fév. 1910 (*La Loi*, 28 mai 1910) ; Trib. civ. Caen, 21 juin 1911 (Rec. Caen 1912.225) ; Trib. civ. Seine 25 juin 1913 (*Gaz. Trib.*, 22 oct. 1913) ; Bordeaux 9 juill. 1917 (*Gaz. Pal.* T. 1912-1920 eod. v°, n. 57 — Rec. Bordeaux 1916-1917.1.138). Il ne peut même s'exonérer conventionnellement de la responsabilité qu'il pourrait encourir en raison du préjudice éventuel, en versant au propriétaire du fonds voisin une indemnité forfaitaire annuelle. V. en ce sens Cass. 11 mars 1896 (D. 96.1.323 — S. 96.1.265) ; Douai 18 fév. 1913 (*Gaz. Pal.* T. 1912-1920 eod. v°, n. 41 et s. — Rec. Douai 1914.33).

La jurisprudence admet toutefois une atténuation de ces obligations résultant du voisinage dans les quartiers industriels des villes (V. Trib. civ. Lyon, 21 janvier 1896, *Gaz. Pal.* T. Q. 1897-1902, verb. cit., n' 45 — *Mon. jud.* Lyon 16 décembre 1896) ; 29 décembre 1920, *Gaz. Pal.* 1921.1. Table, verb. cit., n° 1 — *Mon. jud.* Lyon 18 mars 1921), et l'on soutenait, dans l'espèce ci-dessus, qu'il y avait eu, dans le fait d'ouvrir une clinique — c'est-à-dire un établissement dont le fonctionnement nécessite des conditions de calme toutes exceptionnelles — à proximité d'une usine, une imprudence de nature à rendre le médecin non recevable à se plaindre du dommage qu'il s'était volontairement exposé à subir.

Mais d'autre part, il y avait eu, prétendait-on, postérieurement à l'ouverture de la clinique, déplacement et augmentation de l'outillage bruyant et par suite aggravation de l'état de choses antérieur. A quoi l'industriel répondait en invoquant la théorie du « droit de préoccupation » qui est soutenue par quelques auteurs (V. not. Demolombe, Cours de dr. civ., t. XX, n. 659 et 659 *bis*), mais que la jurisprudence a généralement condamnée.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat professionnel des médecins de colonisation d'Alger

(13 *avril* 1923)

Allocution du Président

Mes chers camarades,

Mes premières paroles, après vous avoir souhaité une cordiale bienvenue, seront consacrées aux confrères disparus depuis notre dernière assemblée générale, du 20 décembre 1922.

Quatre mois ne se sont pas encore écoulés depuis lors et cependant trois des nôtres manquent à l'appel aujourd'hui. Ce sont : Susini, de Berrouaghia ; Figarella, de Tébessa ; Gambini, de Colbert. Ce dernier est mort du typhus, victime de son dévouement, du devoir professionnel !

La mort, mes chers confrères, fait d'incessants et profonds ravages parmi nous ; elle trouve, dans nos organismes surmenés, des proies toutes désignées, incapables de résister à ses coups.

Saluons bien bas ces médecins tombés au champ d'honneur, fauchés eux-mêmes en essayant d'arracher leurs semblables aux coups de la grande faucheuse ! Quant à nous, serrons les rangs, puisque la mort frappe, groupons-nous plus solidement, soutenons-nous plus confraternellement !

Mes chers confrères, conformément aux résolutions votées par notre Assemblée générale du 20 décembre 1922, j'ai écrit à M. le Directeur de l'intérieur pour lui faire part de nos desiderata. La réponse qui m'a été faite n'est guère satisfaisante, comme vous pourrez-vous en rendre compte dans quelques instants.

Je comprends parfaitement qu'on nous oppose les nécessités budgétaires lorsque nos demandes nécessitent le vote de crédits supplémentaires. Le budget de l'Algérie, vous le savez, est lourdement grevé par le fonctionnarisme ; les délégués financiers acceptent difficilement une augmentation de ces dépenses déjà formidables. Mais on aurait pu, au moins, nous accorder la satisfaction morale que nous désirions obtenir en réclamant la présence d'un des nôtres aux réunions du Comité Central. La création de ce Comité nous a enlevé toutes les garanties qui nous avaient été octroyées par le décret du 5 décembre 1922.

Grâce à l'irresponsabilité que présente un Comité composé de plusieurs personnes appartenant à des professions et à des administrations différentes, la fantaisie la plus extravagante préside aux avancements donnés. Je le constate avec tristesse, la justice règne beaucoup moins aujourd'hui avec ce Comité central où siègent cependant plusieurs médecins, qu'autrefois, quand les avancements étaient faits exclusivement par l'administration supérieure, sur l'avis des Comités départementaux.

L'ancienneté est le moindre souci du Comité central, dont j'ai demandé la suppression en ma qualité de délégué des médecins de colonisation du département d'Alger, à notre réunion du 10 mars dernier.

J'ai constaté également avec peine la nomination, à Berrouaghia, d'un jeune confrère, entré dans nos cadres depuis trois ans, alors que plusieurs médecins, ayant des droits acquis par leurs nombreuses années de services n'ont pu obtenir ce poste.

J'ai cru devoir informer M. le Gouverneur général du mauvais effet, du découragement, que de telles nominations produisent parmi nous.

Je ne connais pas notre confrère Ceccaldi. Je parle donc d'une façon tout impersonnelle ; mais j'estime qu'il aurait dû retirer sa candidature devant celle de ses aînés.

Si le favoritisme se glisse ainsi dans notre corps, il faut en convenir, nous sommes les premiers coupables.

Un véritable médecin syndicaliste ne doit pas faire intervenir d'influence politiques contre ses confrères ; je dirai même plus : il ne devrait pas accepter un poste revenant à d'autres. Si nous voulions fermement que tout se passât selon les règles de la justice, la chose serait facile. Lorsqu'un poste devient vacant, il suffirait que tous les candidats s'adressassent au Bureau de notre Syndicat. Celui-ci, après avoir consulté la liste d'ancienneté, ferait connaître aux divers postulants le nom du plus ancien, qui, seul enverrait une demande officielle.

Le jour où les idées syndicalistes auront fait assez de progrès parmi nous pour que nous sachions nous imposer une telle discipline, l'ère de la justice sera venue, l'intérêt général primera l'intérêt particulier. Mais je crois, hélas ! que cet âge d'or ne fera pas encore son apparition ! En tout cas, jusque-là, ne nous en prenons qu'à nous-mêmes de ce qui nous arrive.

Avant d'aborder l'ordre du jour, il m'est infiniment agréable de décerner à notre ami Ciavaldini des éloges bien mérités.

Comme secrétaire et comme trésorier, Ciavaldini déploie la plus grande activité. Grâce à lui, nous avons obtenu une réduction de 50 pour 100 sur les chemins de fer pour nous rendre à cette Assemblée générale ; il a adressé à tous les maires et administrateurs, avec un exemplaire de notre tarif syndical, une lettre dont il vous sera donné lecture et qu'il était nécessaire de leur envoyer. Mais il serait trop long de vous donner ici même un simple aperçu du travail effectué par notre secrétaire.

Grâce à l'habileté de notre trésorier, grâce à son zèle infatigable, nous avons des finances merveilleusement prospères, malgré nos lourdes dépenses.

Avec des moyens rudimentaires, puisqu'il n'a même pas une machine à écrire, Ciavaldini a fourni

un travail énorme. J'espère que tous les membres de notre Syndicat auront, pour lui, les sentiments de reconnaissance que j'ai moi-même et que je suis heureux de lui exprimer ici.

Unissez vos efforts aux nôtres ; travaillons tous ensemble.

Il s'agit d'une œuvre de longue haleine où nous avons besoin du concours de tous. Avec de la ténacité, de la persévérance, une union de plus en plus intime, nous finirons pas faire triompher nos justes revendications.

Avant de passer à l'étude des questions à l'ordre du jour, je vais donner la parole à notre ami Ciavaldini, pour lui permettre de nous présenter, en qualité de secrétaire, le compte rendu moral de notre Syndicat, puis, en qualité de trésorier, son compte rendu financier. Dr Aucaigne.

Compte rendu du secrétaire trésorier

L'aspect de nos finances nous montre une prospérité florissante et continue.

Le Bulletin de Santé morale est à tous les points de vue comparable au précédent.

Le secrétariat a montré ces mois derniers une activité inaccoutumée. Parfois même les nécessités du devoir professionnel furent telles que j'avais la crainte de ne pouvoir suffire à remplir mes fonctions.

Le *Bulletin* de janvier, paru bien trop tard à mon gré, vous a mis au courant des travaux de l'assemblée dernière et vous a montré le nombre et l'importance des questions que notre Syndicat doit résoudre.

Au mois de février nous avons fait une réunion départementale à Constantine ; au mois de mars une réunion d'arrondissement a eu lieu à Bône. Ces réunions ont été des plus heureuses et des plus instructives, à tel point qu'un de nos confrères exprimait le vœu de les voir se renouveler chaque année dans chaque arrondissement. J'ai pu constater combien l'unité de vues existe entre nous, combien nos désirs sont les mêmes, combien nous voulons tous, conscients des lourds devoirs que nous avons acceptés en entrant dans la colonisation, apporter notre concours entier, notre collaboration dévouée à la haute administration, mais aussi combien il est indispensable de voir améliorer notre situation morale et matérielle.

En relisant le programme général des Syndicats médicaux, je remarque particulièrement les buts suivants :

« Réclamer la justice égale pour tous : combattre avec énergie tout acte d'arbitraire administratif.

« Considérer tout médecin comme un confrère et non comme un concurrent ; conseiller et aider les jeunes.

« Eviter autant que possible de porter sans nécessité absolue un préjudice quelconque à un confrère.

« Poursuivre sans cesse un idéal de justice, d'égalité et d'indépendance ».

Pour réaliser ce programme, il faut que chacun se soumette à la discipline syndicale ; il faut que chacun prouve par ses actes qu'il est vraiment syndiqué ; il faut que chacun renonce à ses petites ambitions personnelles qui sont contre le voisin ; il faut renier et repousser le favoritisme, se fier entièrement au Président, seul qualifié pour défendre les intérêts communs et les intérêts personnels.

C'est pourquoi nous vous demandons dans un instant de donner par nos statuts un pouvoir et une autorité absolue au président du Syndicat.

Notre *Bulletin*, de plus en plus important, est répandu à 200 exemplaires. Persévérant dans notre prévoyance, nous pensons que le jour est proche où nous pourrons le faire pénétrer dans les diverses administrations que nous approchons.

En dehors du *Bulletin* vous avez été avisés régulièrement des vacances de postes, mutations, décès.

Nous avons protesté contre l'inscription des auxiliaires médicaux indigènes sur l'annuaire médical de l'Algérie-Tunisie et nous avons obtenu satisfaction. Cette inscription prêtait, en effet, à confusion et laissait entendre que les auxiliaires ont leur diplôme de doctorat en médecine ; auxiliaire médical ne veut pas dire médecin auxiliaire.

Notre Syndicat compte 93 membres. Les cadres actuels comprennent 97 médecins de colonisation en activité : les 4 non adhérents sont : Ribière de Zemmora ; Lécuyé en instance de retraite ; Muzac et Lauriat, ce dernier tout récemment nommé. C'est vous dire que nous sommes la presque ananimité, ce dont je suis tout particulièrement satisfait.

Malheureusement nous avons à regretter la mort de nos très estimés camarades Susini, Figarella Gambini. Susini et Gambini n'ont pas laissé de famille ; mais la détresse de Mme Figarella, veuve avec 4 enfants, est une bien triste réponse au fonctionnaire qui disait à Bonfils, au Comité départemental d'assistance : « Tous les médecins sont riches ». Non, hélas ! les médecins de colonisation ne sont pas, ne peuvent pas être riches : ils peuvent vivre, c'est tout. Peut-être certains à-côtés peuvent-ils donner de l'aisance à quelques-uns, mais ce sont là des cas exceptionnels que nous connaissons bien.

Depuis 3 ans la mort fait des ravages parmi nous : elle frappe aveuglement à coups redoublés.

C'est Blanc, mort du typhus à 36 ans, c'est Gambini mort du typhus à 32 ans, ce sont Godard, Battarel, Cathala, Figarella, morts des suites des fatigues du service.

Neuf des nôtres sont partis et parmi eux 2 seulement ont pu atteindre l'âge de 50 ans. Les praticiens des villes n'ont pas une si forte proportion de mortalité ni à un âge si peu avancé.

D'autres, comme Alquier, Pagès, Maurin, atteints gravement par le typhus, ont vu la mort de près mais gardent toujours l'empreinte de cette redoutable affection. D'autres encore ont faibli sous le joug de notre dure profession.

Comment pourrait-il en être autrement ? Le

médecin de colonisation est sans cesse à la peine ; tous les jours ce sont de nouveaux services qu'on lui demande et cela toujours au nom de l'humanité de la bonté, de la pitié. On fait appel à son initiative et à son dévouement parce qu'on sait qu'il ne s'y refuse jamais et que, comme compensation, il n'en demande aucune.

Hier on le chargeait du service très dangereux de l'épouillage et sur 26 postes créés en Algérie, 13 étaient donnés aux médecins de colonisation. Aujourd'hui la conférence Nord-Africaine à Alger met au premier plan l'hygiène et la prophylaxie et l'on parle de postes-frontières où le médecin de colonisation veillera comme une sentinelle avancée pour empêcher l'entrée de maladies épidémiques. Demain on le chargera du conseil de révision indigène, ce dont on parle déjà.

Et cependant le zèle, le dévouement, le désintéressement ne semblent pas compter officiellement ! Pourquoi donc être actifs, généreux ; pourquoi montrer et dépenser tant de science ! A quoi bon tant d'abnégation, tant de dévouement pour l'administration, pour les populations européenne et indigène, puisque cela pèse si peu lorsque nous demandons des améliorations légitimes ou lorsque l'on octroie des avancements et des postes de choix !

Les médecins de colonisation meurent à la peine avec la seule satisfaction du devoir accompli et ils ne sont même pas sûrs, après leur vie de sacrifices sans cesse renouvelés, que leurs qualités ont été comprises et appréciées.

Ne nous laissons pas gagner par le découragement ! En face du délaissement, de l'abandon qu'on nous manifeste, restons groupés, restons unis ! Le bel exemple d'union, de concorde et de solidarité que montre actuellement notre Syndicat est la plus belle satisfaction que nous puissions avoir, en attendant les trop justes compensations qu'on nous refuse et qui nous sont dues *cent fois* en égard aux services considérables que nous rendons à l'administration, à la science et à l'humanité.

Dr CIAVALDINI.

Ce compte rendu est approuvé et applaudi par l'Assemblée.

On demande aussitôt que les discours si éloquents si vrais, si précis, qui viennent d'être entendus, soient insérés dans le *Concours médical* et le *Médecin Syndicaliste*, que l'Union générale soit prévenue également et que tous les confrères de France et d'Algérie soient ainsi mis au courant de la situation des médecins de colonisation en leur mettant sous les yeux toutes les bonnes paroles dont les assistants remercient le président et le secrétaire.

(*Adopté à l'unanimité. Vifs applaudissements*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Nécrologie.** — Nous avons le profond regret d'annoncer le décès de Madame G. AUGÉ, d'Orléans, à l'âge de 44 ans.

Madame Augé était la fille de notre directeur et ami, le docteur Armand GASSOT, de Chevilly. Nous nous sommes étroitement associés au deuil cruel qui vient d'atteindre la famille Gassot, frappée ainsi dans ses plus chères affections.

Nous sommes assurés d'être les interprètes des lecteurs et amis du *Concours médical*, en adressant à M. et à Mlle Augé, ainsi qu'à M. et Mme Gassot, et leur famille, l'expression renouvelée de nos condoléances les plus sympathiques et les plus attristées.

— Les **V. E. M.** — Depuis le commencement de mai, Vichy est le but de plusieurs voyages d'études entrepris par des groupes de médecins et d'étudiants sous la direction de savants éminents.

Le 5, c'était sous la conduite du professeur Piéry, le V. E. M. de Lyon, qui comprenait 61 participants, dont plusieurs étudiants serbes.

Le 6 et le 7, Vichy recevait les 105 participations du V. E. M. de l'hôpital Satnt-Antoine de Paris, sous la direction des professeurs Le Noir et Ramond.

Parmi eux, se trouvaient de nombreux médecins étrangers, sud-américains notamment.

Le 18, arrivaient le professeur Perrin, de la Faculté de Nancy, avec 55 étudiants et le 19, une centaine de médecins de Paris, de Lille et de Belgique sous la direction du professeur Carnot, du professeur agrégé Rathery et du professeur agrégé Pierret.

Cette dernière caravane a visité ensuite les stations de l'*Auvergne thermale*, *Châtel-Guyon*, *Royat*, *Saint-Nectaire*, *Le Mont-Dore* et *La Bourboule*, sous la direction des professeurs Carnot et Rathery, de Paris, Perrin, de Nancy, Pierret, de Lille.

Une réception très cordiale a été faite à ce V. E. M., le plus nombreux qu'on ait encore vu, dans chacune de ces stations par les Compagnies thermales et le Corps médical. Par la visite détaillée des installations suivie de conférences, les membres de la caravane ont pu se rendre compte de la perfection des services et des méthodes toujours en progrès de ces stations sans rivales dans leurs spécialités.

— Nous apprenons que notre confrère et ami, le Dr KOLBÉ, vient d'être nommé *Consul du Venezuéla* à Châtel-Guyon.

Nos sincères félicitations.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Aujourd'hui P. est atteint de glaucome chronique. Il a dû de nouveau cesser tout travail, et doit incessamment subir l'iridectomie, peut-être l'énucléation.

Le recours contre la Cie est-il encore possible pour augmenter la rente et pour faire payer les soins.

Dr T.

Réponse.

La demande en revision fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime d'un accident du travail est ouverte pendant trois ans à compter de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision passée en force de chose jugée.

Il est vrai que le délai de révision a été suspendu pendant la durée des hostilités, c'est-à-dire du 1er août 1914 au 21 octobre 1919. Mais, comme l'accident et sans doute le réglement définitif de la rente, par accord ou par décision judiciaire, sont antérieurs à la guerre (1910 ou 1912, dites-vous), le délai de trois ans est actuellement expiré, d'une façon presque certaine et la victime de l'accident ne peut plus demander l'augmentation de sa rente.

Dégrèvement d'impôt sur les automobiles.

Vieil abonné du *Concours médical*, je me permets de m'adresser à vous pour vous demander un renseignement.

Voici le fait : mobilisé en août 1914, jusqu'en février 1919, j'étais propriétaire d'une auto Panhard achetée en 1913, 11.000 fr. Cette auto a été réquisitionnée en mars 1916 pour la somme de 6.000 fr. d'où perte très sensible puisque cette voiture n'a été utilisée que de 1913 à 1914, moins d'un an et qu'en terme de mécanicien elle était meilleure qu'à l'achat parce que *rodée*.

J'ai payé les impôts de 1914 à 1915. Le percepteur me demande le payement de 1916 en entier, bien que l'auto ait été réquisitionnée en mars 1916.

Il me semblerait juste de me réclamer le 1er trimestre de 1916, soit un quart de l'année, mais non pas l'année entière, puisque pour cause majeure, *réquisition*, ma voiture a été prise et non pas pour cause volontaire — vente par exemple. Que faut-il que je réponde à la demande du percepteur ?

Je fais appel à votre extrême obligeance habituelle pour me donner votre avis.

Dr B.

Réponse

L'impôt sur les automobiles est dû par le contribuable pour tous les éléments qu'il a en sa possession au premier janvier.

Aucune dérogation à la loi n'est prévue pour les voitures réquisitionnées par l'Etat au cours de l'année.

Le seul moyen d'obtenir le dégrèvement de l'impôt afférent aux 3 derniers trimestres (avril

---

à décembre 1916) est d'adresser au préfet une demande en remise gracieuse. Elle sera rédigée sur papier libre, portera mention que l'impôt a été payé pour l'année 1916 en entier.

En effet ladite pétition n'est pas suspensive de payement et la taxe doit être acquittée pour éviter les poursuites. Si le dégrèvement est *accordé, la somme revenant de ce fait au contribuable* lui sera remboursée ou sera imputée sur les contributions futures.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Patente et contribution personnelle-mobilière

Je reçois pour 1923, 2 feuilles d'impôt relatives à ma contribution personnelle-mobilière et à ma patente. L'une est basée sur le loyer de mon appartement (600 fr.) et comporte 44 fr. 75 de cote personnelle et 233 fr. 29 de patente. Pour celle-ci rien à dire. La seconde est basée sur le loyer de mon garage (400 fr.) et comporte 89 fr. 56 de cote personnelle-mobilière et 155 fr. 75 de patente.

Dois-je payer ma cote personnelle sur mon écurie ou garage ? Pourquoi est-elle plus forte que sur le loyer de mon appartement ? Enfin le prix de location de mon garage doit-il entrer en ligne de compte dans l'établissement de ma patente ?

Dr X.

Réponse.

La patente est calculée sur la valeur des locaux d'habitation ou servant à l'exercice de la profession, c'est donc à juste titre que vous êtes imposé sur votre garage.

En ce qui concerne la personnelle, mobilière, l'imposition sur ledit garage n'est régulière que si votre voiture sert exclusivement à l'exercice de votre profession.

La contribution personnelle mobilière de votre appartement est moins élevée que celle de votre garage parce que seule est imposable la valeur locative des pièces d'habitation et que d'autre part s'il est fait un abattement à la base, cet abattement ne joue qu'une seule fois, sur la première imposition.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Décès d'un militaire en congé de convalescence

Abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de me donner le renseignement suivant :

Il y a deux mois environ, un militaire, en congé de convalescence dans sa famille, pour douleurs sciatiques, contracte une occlusion intestinale et meurt. Les parents ont-ils droit à la pension d'ascen-

dants et peuvent-ils demander le remboursement des frais médico-pharmaceutiques et de sépulture ?

Dr P.

Réponse.

Réponse négative : légalement, tout militaire mort au cours de son service, a droit à la présomption légale, c'est-à-dire qu'il est présumé, par suite de ce fait, que la maladie, cause de la mort, est imputable au service. Mais, ici, la preuve contraire, détruisant cette présomption, sera faite, parce qu'il s'agit d'une maladie mortelle, survenue au cours d'une convalescence, alors que cette convalescence avait été accordée pour une autre affection. G. F.

Application du Tarif Breton

I

Plaies multiples

J'ai bien reçu votre conseil et vous en remercie. Je demanderai 50 fr. en faisant le détail de l'intervention pratiquée sous anesthésie locale.

Sur le point de rédiger ma note d'honoraires, j'ai encore recours à vos conseils pour le cas suivant :

J'ai donné mes soins à un ouvrier de carrière chez qui un retour de manivelle de treuil avait provoqué les lésions céphaliques suivantes :

1° Au pôle supérieur de la tête, vaste plaie, très saignante, longue de 8 cm., large, au centre, de 2 cm.; boite crânienne *partiellement dénudée* ;

2° A droite et en avant de cette plaie, une 2e plaie linéaire, longue de 4 cm. ; même aspect dans le profondeur ;

3° A gauche et partiellement en arrière de la plaie médiane, une 3e plaie, longue de 3 cm., ayant entamé l'épaisseur du cuir chevelu, mais respecté l'enveloppe fibreuse du crâne.

J'ai rasé tout le cuir chevelu, préparé la région opératoire, et, *sous anesthésie pénétrante circulaire*, à l'intérieur du circuit élastique devant assurer l'hémostase, j'ai pratiqué l'épluchage, la régularisation puis la suture des plaies sur faisceau de crins. Au préalable j'avais exploré la calotte crânienne (exploration négative). Le blessé a guéri par première intention. Dois-je compter, selon l'article 17 : Régularisation, épluchage et suture d'*une* plaie contuse, étendue et profonde = 100 fr. et compter à part l'anesthésie 50 fr. ?

Ou bien : Suture multiple de 3 plaies = 25 × 3 = 75 fr. ?

Dr B.

Réponse.

1° Je ne crois pas que vous puissiez compter votre anesthésie parce que *locale* (art. 12) ; la régionale étant celle faite sur les troncs nerveux. (Voir les avis insérés dans l'Arr. Minist. du 28-6-21).

2° Je ne crois pas que vous puissiez compter

3 fois : réunion par sutures multiples parce que ces trois sutures si proches constituent l'acte de réunion par sutures multiples.

3° Je ne crois pas que vous puissiez compter : épluchage, etc., d'une plaie contuse étendue et *profonde*, parce que les plaies du cuir chevelu sont superficielles.

4° *Conclusion, je compterais :*

1° Sutures multiples (plaie de 8 cm).	25	fr.
2° Suture simple (plaie de 4 cm)...	15	»
3° Suture simple (plaie de 3 cm)	15	»

F. D.

II

Distance kilométrique

Excusez-moi de vous mettre encore à contribution pour vous demander si je puis établir ma note d'honoraires de la façon suivante, pour l'accident ci-dessous : trois ouvriers maçons se trouvent ensevelis par la chute d'une échafaudage, à 16 kilomètres de chez moi, dans un pays hors de ma clientèle, situé à 6 *kilomètres* de L. où exercent 3 confrères. Craignant de se trouver en présence de blessures graves, et pendant que l'on opérait le déblaiement pour tirer les ouvriers ensevelis, le chef de chantier téléphone à L. et ne peut joindre aucun des 3 confrères. Le patron me téléphone alors et me trouvant chez moi je file de suite. J'ai établi un certificat détaillé pour 2 blessés : contusions multiples, hanche, région lombaire et scapulaire, blessures superficielles avec ecchymoses. Puis-je compter :

2 certificats descriptifs à 10 fr.	20 fr.
2 visites à 10 fr.	20 fr.
16 kilomètres à 3 fr.	48 fr.

Je ne crois pas que l'assurance puisse me contester la distance et m'appliquer 6 kilomètres au lieu de 16.

Dr B.

Réponse.

Vous êtes appelé d'urgence, en l'*absence* des confrères plus proches. Vous accourez au plus vite, pour porter secours alors qu'*aucun* ne le pouvait. Je ne crois pas que, dans ce cas, l'article 2 puisse jouer, en ce qui regarde « l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché. » D'autant plus, que c'est *vous-même* celui-ci, en l'espèce, puisque les autres n'étaient pas là.

F. D.

III

Cas d'une fracture compliquée du tibia

J'ai recours à votre obligeance coutumière pour vous prier de me faire connaître si j'ai le droit de tarifer 50 fr. l'acte qui a consisté à placer autour d'une fracture ouverte du tibia les attelles nécessaires pour maintenir la fracture en bonne position (après avoir désinfecté et pansé le foyer de fracture) jusqu'à l'arrivée du chirurgien.

Le blessé « attellé » fut ensuite transporté sur une civière, à son domicile distant de 3 km.

Six heures après cette intervention, la fracture est plâtrée sous chloroforme.

Ci : 50 fr. pour l'anesthésiste (médecin traitant) et 112 fr. 50 pour le chirurgien (2e zone).

Ce dernier, trois semaines après, sur mon appel, revoit le blessé et décide, en raison de la laxité du premier appareil (l'énorme hématome primitif s'était en partie résorbé) de faire un appareil *de marche*, genre Delbet.

Cet appareil fut posé *sous* anesthésie naturellement, la fracture étant déjà un peu « calleuse ».

Le chirurgien ne doit-il compter *que* sa visite avec un confrère (3 × 8 = 24) on peut-il compter son acte, c'est-à-dire une répétition d'appareil plâtré soit 50 fr. au lieu de 24 fr. et le médecin traitant sa visite confraternelle, soit 24 fr. ?

Dr L.

Réponse.

1° *Soins d'urgence* : D'après les Avis insérés dans l'Arr. Minist. du 28-6-21, vous avez à compter 50 francs pour « les soins d'urgence et la pose de l'appareil provisoire, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin.

2° *Intervention ou consultation* : Pour l'intervention qui eut lieu 3 semaines plus tard, on peut compter : *a*) ou bien « consultation entre deux confrères (art. 5), soit chacun le prix de 3 visites ; *b*) ou bien *un seul* comptera : Répétition d'appareil plâtré d'un grand segment de membre : 50 fr. (art. 18 *in fine*). Mais alors l'autre ne pourra plus compter : « Consultation entre confrères » puisque le premier a abandonné ce mode, ni compter non plus, ce me semble, des frais d'aide (50 fr.), alors qu'il ne s'agit plus que d'un simple renouvellement d'appareil plâtré qu'on ne saurait considérer (art. 11) comme une « intervention de grande chirurgie ».

F. D.

IV

Dérogation à l'article 27

Aux termes de l'article 27 du tarif Breton, les consultations des médecins oculistes spécialisés sont fixées à 15 fr. pour la première et 12 fr. les autres.

Dans les villes de la 2e catégorie, ces prix sont-ils diminués de 25 % ?

Il semblerait que non puisqu'il est dit « par dérogation à l'article 15, al. 2 » etc...

Dr R.

Réponse.

J'ai déjà répondu plusieurs fois sur ce point. Relire attentivement l'art. 27 . On y verra : « Par dérogation à l'art. 13, *alinéa* 2, ci-dessus, les prix etc... » On a spécifié nettement alinéa 2, donc la dérogation n'existe pas pour l'alinéa 1 qui dit que les prix de première catégorie « doivent être diminués de 25 % pour la seconde ».

F. D.

V

La visite de contrôle

Comme suite à la lettre que je vous ai envoyée et que vous avez publiée dans le *Concours* du 27 mai dernier, page 1991, j'ai le plaisir de vous informer que la compagnie X. vient de me solder à 15 fr. la contre-visite à mon cabinet, peut-être inquiète de savoir que vous étiez disposé à prendre l'affaire en main.

Ne pensez-vous pas qu'il y a lieu de faire connaître ce résultat aux confrères ?

Dr F.

Application du Tarif Maginot

I

Empyème avec ou sans résection costale

Je serais très reconnaissant à mon confrère M. le docteur Decourt s'il voulait ume donner son avis sur le point suivant

Je lis dans le tarif des soins aux réformés de guerre:

Empyème	150 fr.
Thoracectomie :	
Estlander	400 fr.
Au-dessus de 3 côtes...........	600 fr.

Que dois-je compter pour ouverture de la cavité pleurale avec résection d'environ 5 cm. de côte ?

Les honoraires attribués à l'empyème me font penser que cette opération consiste dans la simple ouverture de la cavité pleurale sans résection costale?

Puis-je donc compter Estlander ? Ce n'est cependant pas non plus un Estlander...

Réponse.

J'ai déjà eu à traiter cette question dans le *Concours*, à propos du tarif Breton. Un empyème se fait avec ou sans résection d'une portion de côte, mais c'est toujours l'opération de l'empyème qui n'est nullement l'opération d'Estlander. Je ne pense donc pas (opinion personnelle) qu'il vous soit alloué plus du tarif de l'empyème parce que vous avez dû faire ablation de 5 cent. de côte. En tous cas, le mieux est de poser la question, officiellement, à votre commission départementale qui est qualifiée pour statuer sur ce point.

F. D.

II

Visite de nuit. — Abus ??. — Sans réponse

Je serais heureux d'avoir votre avis si compétent dans le cas suivant : relatif à un réformé de guerre.

Je donne mes soins à un réformé qui habite le P. agglomération sans médecin à 4 km. de la mairie de T. Le médecin de C. le plus rapproché du domicile du malade est à 4 k. bien sonnés. *Moi, je suis à B., à 3 km.*, mais en Seine-et-Oise. Le 7 déc. 1922, ce réformé (utilisant pour la première fois en 3 ans son

carnet) fait une hémoptysie sérieuse et m'appelle à 22 h.

Je tarife : visite de nuit à 3 k. : 10 + 10 + 6 = 26 francs.

L'hémoptysie ne s'arrête pas ; j'y retourne 8 fois en 6 jours puis 3 fois dans la deuxième quinzaine de décembre.

(Puis 3 fois dans le 1er trimestre 1923.)

A chaque fois je compte : visite à 3 km : 10 + 6 = 16

Le 20 mars, je suis averti *à titre confraternel* d'avoir à réduire mon mémoire en supprimant :

1° La visite de nuit ?

2° L'indemnité kilom. (§ 5 de l'art. 64) ;

3° 3 ou 4 visites sur les 8 faites en 6 jours *que la commission trouverait exagérées en nombre* !

J'ai maintenu les chiffres de mon mémoire, déclarant que :

1° La visite de nuit est prévue au tarif ; elle a été faite ; le contrôle en est facile.

2° J'ai droit à l'indemnité kilom. parce que médecin le plus rapproché du domicile du malade.

3° Je ne pense pas qu'un médecin ou une réunion de médecins puisse contester (sans rire) de Paris et à 3 mois de distance l'opportunité de 8 visites en 6 jours chez un homme qui crache du sang.

C'était fin mars. Depuis, aucune réponse. Même silence concernant mon mémoire du 1er *trimestre* relatif au même malade, en tout 3 visites : visite à 3 km : (10 + 6) × 3 = 48 fr.

Que dois-je faire ?

Dr O.

Réponse.

1° C'est le domicile du malade et non celui du médecin qui compte, pour la tarification, mais envoyez votre mémoire à la préfecture du département du malade.

2° Le prix de la visite de nuit est double (art. 63), mais pas le déplacement. Votre note est donc exacte quant aux prix.

3° Quant au nombre de visites, il ne me paraît pas étonnant quand il s'agit d'une hémoptysie.

4° Sans réponse du secrétaire, écrivez-lui une lettre recommandée avec avis de réception et s'il ne répond pas, saisissez de la question la Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre, au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse

F. D.

Les fibromes guéris par les rayons X

On sait, depuis les travaux de Foveau de Courmelles, que les rayons X, appliqués sur des fibromes de l'utérus, sont capables d'en déterminer la régression. De nombreux auteurs ont

perfectionné cette méthode ; mais on s'est vite rendu compte que ce traitement ne permettrait plus à la femme de devenir mère

Or, le docteur Maxime Ménard vient, dans une intéressante note lue par le professeur d'Arsonval à l'Académie des sciences, de rapporter dix cas de grossesse survenue chez des femmes ayant été traitées par les rayons X pour fibromes de l'utérus.

Les reproches que l'on pouvait faire à ce traitement tombent donc, du fait de cette observation. Il en résulte que l'on a tout avantage à traiter les fibromes de l'utérus par les rayons X quand on a affaire à une jeune femme (*Le Matin*).

— Nous pouvons ajouter qu'en son rapport au XVII[e] Congrès international des Sciences Médicales de Londres, août 1913, « Les rayons X et le Radium en thérapeutique gynécologique », le docteur Foveau de Courmelles notait déjà des grossesses au cours d'irradiations, et préconisait l'emploi rationnel de la radiothérapie contre la stérilité.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement des contractions cloniques des moignons d'amputation.

Les séquelles des blessures de guerre se font rares : autant après 1870, on a vu, pendant trente et quarante ans, d'anciens soldats cherchant la guérison de leur intarissable fistule, de raideurs articulaires consécutives, soit à des rhumatismes, soit à des fractures mal réduites ou trop longtemps appareillées, autant on en voit peu, 10 ans après le début de la plus effroyable des guerres, 5 après le dernier armistice.

Mais le nombre considérable des amputés, en particulier du membre inférieur, a amené à rechercher ce que deviennent les moignons au point de vue fonctionnel et quelles affections frappent ces moignons.

La plupart de ces blessés ont adopté — après plusieurs essais de jambes artificielles — le vulgaire mais solide et léger pilon, si l'amputation a été pratiquée au-dessus du genou. Dans le cas contraire, un peu plus d'un tiers environ, ont adopté jambe et pied artificiels. L'œdème a totalement disparu vers la troisième année. Quelques fistules se sont réouvertes vers la quatrième année, une esquille s'éliminant . Ne pas confondre l'*abcès du moignon*, encore relativement fré-

LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOÛT DU JOUR

Les ruptures de l'urètre par traumatismes accidentels et thérapeutiques

I

Le traitement immédiat des ruptures traumatiques

D'après les Docteurs LEPOUTRE et STOBBAERTS (1)

EN QUELLES CIRCONSTANCES PEUT-ON OBSERVER PAREILS ACCIDENTS ?

Ce problème est d'une actualité toujours rajeunie, car les traumatismes de l'urètre voient leur fréquence se multiplier en raison des progrès de l'activité industrielle et de la vie sportive. Or, c'est tout d'abord, le médecinpraticien qui sera appelé. et, celui-ci doit être bien documentésur leur traitement immédiat ; car, des premièresdécisions, qu'il va prendre, vont dépendre peut être la vie du blessé, certainement l'état futurde ses voies urinaires, partant sa santé, son activité familiale et sociale.

Plus tard seulement interviendra l'urologiste, pour évaluer le préjudice subi, parfois aussi pour tirer le meilleur parti de ce qui n'est pas irréparable dans les cas particulièrement graves.

Afin de rappeler brièvement le mécanisme de ces ruptures uréthrales, il faut séparer celles de la portion périnéale, et celles de la portion membraneuse.

Dans la chute à califourchon, l'urètre périnéal se porte à la rencontre du corps contondant, qui vient ensuite l'écraser contre l'ogive pubienne ou l'une des branches ischio-pubiennes, puis le déchirer. Ainsi arrive-t-il dans la chute à cheval sur une planche, sur un dossier de chaise, sur une barre de fer, sur le marchepied d'un train ou d'un tramway ; dans la chute brusque d'un cavalier sur le pommeau de sa selle, d'un motocycliste sur le cadre de sa machine ou sur sa selle.

En cas de coup ou de choc dans la région périnéale, c'est au contraire, le corps contondant, qui se porte violemment vers le périnée : coup de pied au périnée dans une partie de foot-ball ou dans une rixe, etc...

Lorsque le blessé est victime de pareil accident au cours d'un éboulement, il est cependant difficile de déterminer exactement la nature du traumatisme.

Dans une rupture de l'urètre membraneux, les causes précédentes sont également possibles ; mais il s'agit alors plutôt de ruptures compliquant les fractures du bassin. D'après Fauquet, on noterait trente-cinq ruptures de l'urèthre par contusion du périnée pour vingt ruptures avec fracture du bassin.

Deux mots sur l'*évolution* de ces traumatismes, afin de mieux comprendre toute l'importance des directives thérapeutiques, qu'il faut arrêter sans retard et sans hésitation.

Les cas relativement légers ne s'accompagnent ni de rétention d'urine, ni d'hématome périnéal. Quant aux suites de l'accident, exceptionnellement on a pu parler d'une guérison complète. Le plus souvent, c'est à la formation d'un rétrécissement traumatique qu'aboutit le choc ; parfois, celui-ci se forme très rapidement, devient de plus en plus serré, et aboutit bientôt à des accidents qui nécessiteront les dilatations périodiques, l'urétrotomie interne ou externe. Parfois aussi, après une période d'accroissement continu, le processus cicatriciel s'arrêtera, il se stabilisera, sans tendance à la rétention.

Les cas graves, au contraire, sont ceux, où il y a rétention d'urine et hématome périnéal. Or, ces blessés ne peuvent être abandonnés à eux-mêmes, et des opérations, au moins palliatives doivent être entreprises.

L'urine, après une certaine période de spasme, a fait irruption dans le périnée ; le sang s'y est répandu également. Cette urine, ce sang sont des appels à l'infection sous forme de phlegmon péri-urétral avec fièvre, sphacèle des tissus, parfois même de phlegmon diffus gangréneux. Si ce phlegmon est ouvert, si le blessé ne succombe pas à la septicémie ou à la pyohémie, il persistera un périnée, parsemé de fistules en pomme d'arrosoir par lesquelles le blessé urinera péniblement. Mais aussitôt, le patient court des dangers immédiats de dilatation et d'infection des voies urinaires supérieures ; et, si plus tard on veut lui rendre un urètre à peu près normal, il devra se soumettre à des interventions compliquées d'autoplastie.

(1) LEPOUTRE et STOBBAERTS. — Les ruptures de l'urètre, leur traitement et leurs suites médico-légales (Vigot, éditeur, Paris 1935).

Au titre de députés.

MM. Bonnevay, Camuzet, Gilbert Laurent, le docteur Grinda, Guist'hau, Jourdain, André Lefèvre, Lenoir, Henry-Paté, Schuman, Emile Vincent.

Au titre de personnes qualifiées par leurs travaux ou leur compétence spéciale en matière d'assistance, les membres sortants ci-après :

MM. le docteur Armaingaud, Berthélemy, Branet, le docteur Briand, Mlle Chaptal, MM. le docteur Chevallereau, Constantin, Cros-Mayrevieille, Lucien Descaves, Mirman, Mlle Milliard, MM. Henry Morgand, Ogier, Olivier, le docteur Pinard, Rebeillard, H. Rollet, G. Rondel, le docteur Roubinovitch, H. Rousselle, Sée, van Cauvenberghe, Villey, de Vogüé.

Au titre de médecins des hôpitaux et hospices :

M. le docteur Savariaud, chirurgien des hôpitaux de Paris et le docteur Henri Réeyns, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Au titre de médecins des asiles publics d'aliénés :

MM. le docteur Legrain, médecin en chef de l'asile de Villejuif et le docteur Marie, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne.

(*J. O.*, 27 *juin* 1923.)

Questions parlementaires et Réponses ministérielles

La commission de contrôle pour les soins aux mutilés de guerre est libre de s'opposer à un paiement.

17665. — M. Saint-Venant, député, expose à M. le ministre des pensions que l'article 16 du décret du 25 octobre 1922 relatif aux tarifs applicables au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 dispose que « les médecins inscrivent eux-mêmes, et de façon lisible, leur nom et leur adresse sur les souches, feuilles d'ordonnance et bulletins de visite », et demande si la commission de contrôle est autorisée à refuser à un pharmacien le règlement d'une ordonnance signée d'un médecin, sous prétexte que cette ordonnance n'a pas été inscrite par le médecin qui l'a dictée à un secrétaire. (*Question du* 8 *mai* 1923).

Réponse. — La commission de contrôle est toujours libre de s'opposer à un payement sous réserve d'appel devant la commission supérieure.

(*J. O.*, 13 juin 1923).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr PROST, à Paris, la somme de vingt francs, pour bons offices de cette société.

L'Agenda-Memento du Praticien 1924

Nous rappelons à nos lecteurs que la souscription à l'*Agenda-Memento du Praticien* sera close irrévocablement le 1er août prochain.

Nous les prions de ne pas manquer de nous adresser, avant cette date, leur bulletin rempli et signé (voir page XLIV-2648) s'ils désirent être assurés de recevoir en décembre prochain ce volume, dont nous avons précédemment détaillé l'intéressant sommaire.

Médecins spécialistes

Notre édition de l'*Agenda-Memento* contiendra, comme les précédentes, la liste des abonnés exerçant une *spécialité*. Ceux de nos lecteurs qui rentrent dans cette catégorie et qui désirent être mentionnés, sont instamment priés de nous en informer, en spécifiant bien leur spécialité, leurs jours et heures de consultation, leur numéro de téléphone et l'adresse de leur clinique s'il y a lieu.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Bouix,
Ax-les-Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank Duprat (Enfants). Portes, Ricard-Pomarède
Bagnoles-de-l'Orne. Hugel, Joly, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, Got
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou.
Enghien-les-Bains Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
LaBourboule Christin, Duliège, Guillot, Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Sailes, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny
Salins-Moutiers Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy
Salies-de-Béarn. Caustère David, Matton.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Martin-Péridier, Reynes, Rosanoff.
Vittel Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 371. — Pas-de-Calais, à céd. avec maison, clientèle, de pro-pharma. gros rapport, fixe intéress., seul médec., livres à l'appui, condit. à débattre.

No 372. — Paris. Docteur libre le matin cherche occupation médicale ou para-médic. Sérieuses références.

No 373. — A vendre au sevrage superbes chiots beagles pure race, 100 fr. pièce. Dr Bellamy, Plessala (C.-du Nord).

No 374. — Dr anc. int. hôp. Paris (chirurgie) louerait chez confrère cabinet et s. d'examen, 1 à 2 après-midi par semaine.

N° 375. — Confrère habitant pleine campagne, 600 m. altit. à l'abri des vents et poussières, accepterait pr. cure d'air et repos débilités et contagieux (enfants et adultes).

N° 376. — Voiturette La Licorne, 8 HP., éclairage électrique, 4.800, à 80 kil. de Paris.

N° 377. — Ds préfect. de l'Ouest, 2 h. de Paris, n'ayant pas de maison de santé, à vend. immeuble en parf. état avec jardins, orangerie, grands communs 28 ch. presque ttes avec cabin. de toilet., eau et gaz. Prix, 130.000 fr.

N° 378. — Ariès, 5/8 HP., janv. 1923, 2 pl., 1.600 kil., éclair., démar. élect. Magondeaux, compteur kil. 8 jours, garniture cuir, 10.000 compt. Dr Veyfourt Sucy-en-Brie (S.-et.-O.).

N° 379. — A vend. 2.200 moto, 4 HP. Sumbeam,état neuf, marche parfaite garantie. Dr Moussour, Allassac, (Corrèze).

N° 380. — Exell. clientèle d'O. R. L. à céder ds région industrielle du centre, légère indemnité.

N° 381. — Dr 44 ans, très au court. maladies poitrine cherche poste sanatorium comme directeur ou médecin traitant.

N° 382. — Docteur, 37 ans, marié, cherche clientèle très sérieuse, banlieue parisienne.

NOTE DE RADIOLOGIE

La radiologie dans le diagnostic de la grossesse

Dans le numéro du *Concours* 8-VII-23, page 2540-XLIV, sous le titre : « A propos des considérants de la Cour d'Appel de Rouen, au sujet « de l'affaire Vallet », notre confrère Foveau de Courmelles parle de l'utilité de la radiographie pour le diagnostic différentiel de la grossesse et du fibrome. Il dit que la méthode est difficile, qu'elle est chère parce qu'elle nécessite un appareillage spécial puissant, que, suivant la méthode du prof. Recassens, elle risque « de brûler un tube : coût plusieurs centaines de francs. »

Permettez-moi de rappeler à ce sujet que j'ai présenté à la Société de radiologie, dans sa séance de décembre 1922, un appareil de fabrication américaine, le diaphragme Potter-Buwcky, qui résout le problème sans grande difficulté et sans risque de brûler un tube. Il n'est pas non plus besoin d'un appareillage puissant spécial.

Une ampoule Coolidge suffit, et le temps de pose un peu plus que doublé sur le temps de pose habituel : c'est tout.

J'ai montré alors des radiographies remarquables de crâne, de colonne vertébrale, de bassin,

de grossesses à terme faites à l'hôpital Boucicaut, sans préparatifs spéciaux.

Nos collègues ont été satisfaits des clichés qui leur ont été soumis et un certain nombre d'entre eux se sont procuré cet appareil supplémentaire, qui fait partie de l'instrumentation nécessaire au spécialiste.

Ce diaphragme se compose d'une caisse dans laquelle se place le film entre deux écrans renforçateurs.

Pendant la pose, un rideau formé de lamelles de plomb espacées d'un demi-millimètre se déplace entre le sujet et le film, éliminant, en quelque sorte, en les balayant, les rayons secondaires émis par le malade.

Ces rayons secondaires, dans la pratique ordinaire, enlèvent à l'image photographique une grande partie de sa netteté par le léger voile qu'ils produisent sur le film.

Non seulement j'ai pu obtenir très aisément de très belles radiographies de grossesses, mais des colonnes dorsales sans que l'ombre du cœur, ni de l'aorte viennent en rien diminuer l'intensité remarquable des détails.

J'ai pu obtenir des images très précises de ligaments vertébraux ossifiés, de capsules articulaires altérées, dans un cas de spondylose rhizomélique.

Notre confrère Peugniez, qui m'a adressé ce malade, se propose de reprendre l'histoire de cette affection rare et de se servir à cet effet des détails obtenus grâce à ce procédé.

Les radiographies des viscères, notamment chez des sujets très épais, sont également extrêmement intéressantes et d'un « fouillé » inaccoutumé : j'ai obtenu par la compression et l'emploi du diaphragme Potter Bucky des radiographies de reins qui supportent la comparaison avec celles obtenues par le pneumo-rein de Carelli.

C'est donc une méthode qui doit entrer dans la pratique courante et qui n'augmente que très peu le prix d'une radiographie de bassin.

Dr Quivy.

CORRESPONDANCE

Retard dans l'application de la loi sur les accidents agricoles

Extension aux domestiques de la législation sur les accidents du travail

La loi du 15 décembre 1922, étendant aux exploitations agricoles, ou plutôt à certaines d'entre elles, la législation sur les accidents du travail, devait entrer en application un an après la publication des décrets qui en régleraient l'exécution. Comme ces décrets eux-mêmes devaient

être rendus dans les six mois de la promulgation de la loi, l'entrée en vigueur de celle-ci devait donc s'effectuer vers le milieu de l'année 1924.

Mais, par suite de difficultés survenues dans l'élaboration des décrets, et ayant trait principalement à l'application du tarif Breton aux accidents agricoles, la date du 15 juin 1923 est survenue sans que les décrets aient vu le jour.

Le Gouvernement, pour éviter sans doute une interpellation sur le retard dont il pouvait être considéré comme responsable, a déposé un projet de modification à la loi du 15 décembre 1922, prorogeant au 31 décembre 1923 le délai de publication des décrets.

Ce projet de loi est venu en discussion devant la Chambre des députés à la séance du 27 juin et, après rejet d'un contre-projet fixant l'application de la loi à la date ferme du 15 juin 1924, quelle que soit la date des décrets, a été voté, avec cette modification, acceptée par le Gouvernement, que les décrets devraient être rendus avant le 31 août 1923, au lieu du 31 décembre.

Le Sénat a adopté à son tour le projet le 10 juillet 1923.

On peut donc compter que les exploitations *agricoles visées par la loi du 15 décembre 1922* seront soumises à la législation sur les accidents du travail au plus tard le 1er septembre 1924.

***

Dans une séance du 9 juillet, la Chambre des Députés a adopté la proposition de loi déjà adoptée par le Sénat, ayant pour objet d'étendre le régime de la législation sur les accidents du travail aux domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, concierges et salariés du même genre à un titre quelconque, attachés ou non à la personne.

Cette nouvelle extension sera applicable dans le délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, qui ne se fera sans doute pas beaucoup attendre.

J. D.

Application de l'article 64 de la loi des pensions.

Des notes d'honoraires examinées par l'ancienne Commission de contrôle et contestées.

Le Syndicat des Médecins de la Seine avait demandé au préfet de bien vouloir indiquer quelle juridiction compétente pourrait donner une solution définitive aux notes anciennes contestées. Voici la réponse reçue du préfet :

Par lettre en date du 7 mars 1923, vous me signalez que vos confrères dont les notes ont été réduites par l'ancienne Commission de contrôle et qui n'ont pas accepté les dites réclamations,

désirent savoir si les nouvelles Commissions de contrôle seront appelées à solutionner ces conflits.

Je vous informe que la question posée doit recevoir une solution différente suivant les espèces.

1° Si le médecin avisé des réductions proposées par la Commission de contrôle en premier examen n'a pas accepté ces réductions, mais sans cependant présenter des conclusions écrites permettant un examen définitif par la Commission de contrôle, je considère que l'affaire était dans la période de négociations ; aucune solution n'étant intervenue, je ne vois pas d'inconvénient à ce que les Commissions tripartites départementales examinent les affaires de l'espèce qui sont restées à la première phase de la procédure.

2° Il en est autrement, s'il y a une réclamation devant l'ancienne Commission de contrôle, examen de l'affaire par celle-ci et décision préfectorale subséquente. Dans ce dernier cas, la décision prise par moi comme suite à l'avis qui m'a été donné par ladite Commission, n'est susceptible de recours que devant la Commission supérieure de contrôle qui a remplacé le Tribunal départemental.

(*Bulletin* du Syndicat des Médecins de la Seine, juin 1923.)

La suppression du P. C. N.

Dans un dernier numéro du *Concours médical*, j'apprends qu'il est question d'une réforme de l'enseignement médical. Pour le moment, dites-vous, on n'a pris l'avis ni des médecins, ni des étudiants pourtant intéressés.

Le Pr Vanverts s'élève avec raison contre la place laissée à l'enseignement théorique. Il y aurait une solution (qui peut-être a été envisagée, je l'ignore), ce serait de supprimer le P. C. N. et de faire une année pratique (forceps, délivrance, artificielle, petite chirurgie, extractions dentaires).

Malgré ce qu'on ait pu dire et ce qu'on dira, le P. C. N. est absolument inutile pour un médecin, et la preuve : faites repasser cet examen à tous les docteurs et professeurs de clinique et voyez les résultats. Je prédis une belle colle aux 9/10e et je crois être modeste. Il serait beaucoup plus utile pour un étudiant (qui possède quelques notions de P. C. N. dès la philosophie), d'entrer directement à la faculté de médecine.

Peut-être alors un jeune médecin (c'est mon cas) en s'installant n'aurait pas besoin d'attendre son premier accouchement dystocique pour faire un forceps, son premier client à dents cariées pour faire une extraction et son premier syphilitique pour faire une piqûre intra-veineuse.

Nous sortons des facultés, bourrés de théorie, mais la pratique est réservée aux internes ou chefs de cli-



nique, et tout le monde ne peut s'imposer des années supplémentaires à préparer des concours, après avoir tant perdu d'années pendant la guerre.

Je serais heureux que vous usiez de votre influence, si le cas se présente, pour débarrasser la médecine d'enseignements parasites et éviter à nos successeurs un travail inutile. Nous avons assez à apprendre dans notre profession.

Dr Payre.

Le mal de mer

Vous plairait-il de poser dans le *Concours médical* pour vos nombreux lecteurs : le meilleur remède au mal de mer.

Voici les vacances et l'époque des voyages.

Création par un hôpital d'une maison de santé

Je vous suis infiniment reconnaissant de la consultation que vous avez bien voulu m'envoyer le 10 juin dernier concernant la concurrence déloyale que fait l'hôpital à ma clinique.

Après avoir bien réfléchi à ce que vous me dites, j'en arrive à conclure qu'il n'y a rien à faire. J'avais cru jusqu'à présent que le règlement de 99 établi par une circulaire ou un décret ministériel et reproduit dans ce qu'il a d'essentiel dans le règlement modèle des hôpitaux adopté par le Conseil supérieur de l'assistance publique en 1920, avait force de loi. Comme ce règlement spécifie nettement les cas dans lesquels l'hôpital peut recevoir des malades payants, je pensais qu'il m'était excessivement facile de prouver que l'hôpital civil sortait de ses attributions en admettant dans ses services les malades qui veulent bien y entrer. J'en étais d'autant plus convaincu que les commentaires ministériels qui font suite au règlement de 99 ne laissent aucun doute à ce sujet et insistent sur ce fait qu'en aucun cas, l'hôpital ne saurait se transformer même partiellement en quelque chose qui serait comme une clinique pour payants.

J'ignorais qu'en réalité, nous restons régis par la loi de 1851 qui est muette à ce sujet et qui laisse par conséquent aux commissions administratives le droit de faire ce que bon leur semble, même de se servir du règlement de 99 dans ce qu'il peut avoir de défavorable aux médecins qui ne lui plaisent pas. Exemple : il y a une dizaine d'années, le service des lits payants était ouvert à tous les médecins ou chirurgiens ; il y avait des médecins et des chirurgiens qui faisaient gratuitement, ou plus exactement, qui étaient détachés du service de santé pour faire gratuitement le service de l'hôpital. La Commission administrative a émis la prétention de leur faire faire gratuitement le service des payants, et quelques-uns de ces médecins et chirurgiens ont ac-

(*Voir la suite page XXXIX 2643*)



PROPOS DU JOUR

Une réforme désirable
Les chirurgiens dentistes et le doctorat en médecine

L'histoire est un éternel recommencement. Jadis les chirurgiens étaient d'habiles empiriques, des artisans que les médecins employaient, mais qui n'avaient aucune prétention scientifique. Leur art se confondait avec celui du barbier, tout comme le pharmacien faisait alors partie de la corporation des épiciers.

Survinrent quelques barbiers-chirurgiens, intelligents, curieux et ambitieux, qui cherchèrent à s'instruire ; ils créèrent des Ecoles ; à Paris, l'Ecole de Saint-Côme, et ces chirurgiens instruits se séparèrent des barbiers. Ils eurent la prétention de savoir le latin, et de forcer les portes de l'Université, ce qui était alors le comble de l'audace. Cela leur valut l'hostilité agissante de la Faculté de médecine. Mais ils continuèrent à s'instruire, certains rendirent de signalés services aux puissants de l'époque. Les Ecoles de Saint-Côme devinrent l'Académie de Chirurgie et progressivement les préjugés contre les chirurgiens s'atténuèrent dans le Corps médical. Après la période anarchique créée par la Révolution, médecins et chirurgiens se rapprochèrent, se confondirent. L'Académie de chirurgie et la Faculté de médecine défuntes furent ressuscitées dans les Ecoles de santé et l'on frappa des médailles où Fernel et Ambroise Paré, gravés côte à côte, symbolisaient l'union, ou mieux la confusion de la médecine et de la chirurgie. Théoriquement, tout médecin connaissait la chirurgie et tout chirurgien avait étudié la médecine ; en pratique, certains médecins exerçaient l'art de la chirurgie et étaient seuls de vrais chirurgiens. Les malades n'y perdirent rien, bien au contraire. Les médecins n'étant plus ignorants des choses de la chirurgie, savaient au besoin faire intervenir à temps le chirurgien spécialisé et ce dernier, qui avait tout d'abord appris la médecine n'était plus le simple manœuvre de jadis, mais un technicien à la fois habile et savant.

Une évolution semblable paraît se dessiner pour la profession de chirurgien-dentiste.

Pendant longtemps, l'exercice de l'art dentaire fut libre. S'il y eut des dentistes expérimentés et savants, beaucoup étaient des empiriques et mêmes de simples charlatans.

Le synonyme de charlatan n'était-il pas arracheur de dents ? Et lesquels, d'entre nous, nous voulons parler de ceux de notre âge, ne se souviennent-ils pas de l'époque relativement récente où les jours de foire dans leurs villes natales, ils voyaient nombre de badauds se pressant autour du char de l'arracheur de dents ? Coiffé d'un casque étincelant, revêtu d'oripeaux, ce dernier récitait son boniment avec une loquacité étourdissante, arrachait les molaires sans souffrance, puisque les grondements de la grosse caisse et les éclats des cuivres de l'orchestre couvraient en temps voulu les cris de douleurs du patient. Aujourd'hui, le charlatanisme de l'art dentaire s'est transformé, les oripeaux ont pris souvent la forme de diplômes exotiques et de décorations abracadabrantes, les titres ronflants, les annonces, parfois lumineuses, les promesses alléchantes, les salons somptueux, les grooms soutachés d'or, remplacent le char, le casque, les chevaux caparaçonnés, et l'orchestre.

Au fond, le boniment est resté le même. Cette évolution s'est produite parce que la science s'est imposée même au charlatanisme et parce que la création du diplôme de chirurgien-dentiste par la loi de 1892 a relevé l'art dentaire et obligé les bateleurs à cette transformation.

Le nombre des chirurgiens-dentistes, honnêtes, consciencieux, instruits et sérieux est devenu la grosse majorité. Tous cherchent à relever le niveau intellectuel et moral de leur profession.

En outre, un contingent sérieux de docteurs en médecine se sont consacrés à l'art dentaire. De cette profession où l'habileté technique était tout, autrefois, où celui qui exerçait, était pour 7/10es mécanicien et pour 3/10es chirurgien, les docteurs spécialisés ont fait la stomatologie, véritable branche de l'arbre médical, comme l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, l'urologie, etc.

La stomatologie, par ses progrès, a renversé les données du problème ; les soins médico-chirurgicaux comptent actuellement pour 7/10es dans la stomatologie et l'art du mécanicien seulement pour 3/10es. *Tout bon chirurgien-dentiste tend de plus en plus à devenir stomatologiste.*

D'ailleurs, ce sont des chirurgiens dentistes qui demandent qu'on exige le baccalauréat au début des études dentaires. Ce sont des chirurgiens-dentistes qui désirent que la durée de la scolarité dentaire soit portée à cinq ans. Ce sont même des chirurgiens dentistes qui réclament la création d'un doctorat en chirurgie dentaire, suivi d'un superdoctorat qui porterait le nom de doctorat en odontologie et exigerait encore un supplément de deux ans d'études.

Certes, nous ne pouvons voir qu'avec sympathie se développer le souci d'élever leur instruction et leur valeur chez les membres d'une profession d'ordre médical.

Mais, pour maintes raisons, ces titres et supertitres de docteurs spécialisés ne nous disent rien qui vaille. Ils seraient le début de la multiplication des doctorats spéciaux qui effriteraient notre grade de docteur en médecine et ne tarderaient pas à détruire l'unité nécessaire de la profession médicale.

Plus intéressante, plus facile à réaliser nous paraît la proposition que notre distingué confrère, le Dr Sauvez, président de la Société des stomatologistes des hôpitaux de Paris, a exposée dans la *Revue de stomatologie* (1).

Le titre de chirurgien-dentiste de nos jours n'a pas plus sa raison d'être que celui de chirurgien au début du XIXe siècle. Le dualisme entre les docteurs en médecine stomatologistes et les chirurgiens dentistes, fussent-ils docteurs en chirurgie dentaire et même en odontologie, sera toujours fâcheux, car le Corps médical en entier, pour des raisons d'ordre général qui dépasse et de beaucoup la spécialité stomatologique ou odontologique, en sera l'irréconciliable adversaire.

Le nombre des chirurgiens-dentistes (5.000 environ à l'heure actuelle), n'a aucune tendance à s'accroître, il diminuera fatalement si, comme le demandent les chirurgiens-dentistes eux-mêmes, on exige le baccalauréat et l'on augmente la durée des études.

Le nombre des docteurs en médecine stomatologises augmente chaque jour (il serait de 700 à l'heure actuelle), et par stomatologistes nous n'entendons que les docteurs en médecine véritablement spécialisés, qui ont fait des études spéciales dans des centres d'enseignement spéciaux, conditions exigées pour leur admission tant u Syndicat des stomatologistes qu'à la Société de stomatologie.

Il ne paraît pas douteux que dans quelques années, les docteurs en médecine pourraient fournir aux besoins de la France un nombre très suffisant de stomatologistes instruits et habiles. Il faut donc que le diplôme de chirurgien-dentiste soit supprimé et qu'il n'y ait désormais que des docteurs en médecine. stomatologistes.

L'on ne saurait discuter l'avantage de cette réforme au point de vue de l'intérêt général. Le recrutement des praticiens de l'art dentaire se ferait parmi des jeunes gens de culture générale plus élevée, le charlatanisme diminuerait considérablement. (Il ne peut être supprimé, car il existe et il existera toujours même dans le corps médical. Il y a et il y aura toujours des êtres intelligents amoraux et la boutade d'Horace est toujours d'actualité: *Vulgus vult decipi*). L'exercice illégal de l'art dentaire sera plus facile à réprimer. Les docteurs en médecine trouveront dans la stomatologie un important débouché qui diminuera la pléthore médicale et les chirurgiens-dentistes actuels verront diminuer la concurrence par en bas qui est, pour la grosse majorité d'entre eux, composée de gens instruits, sérieux et honnêtes, la concurrence la plus redoutable, car elle leur enlève par des moyens inavouables une bonne partie de leur clientèle et avilit leur profession.

D'ailleurs, M. le Dr E. Sauvez envisage des mesures transitoires très avantageuses aux chirurgiens dentistes actuels et aux jeunes gens qui sont en cours d'études dentaires pour leur faciliter l'accès au doctorat en médecine.

Ceux qui seraient pourvus du grade de bachelier pourraient être dispensés d'un certain nombre d'inscriptions et même d'examen.s.

L'on pourrait envisager pour d'autres, non bacheliers, l'admission à la Faculté de médecine sous certaines conditions à étudier, comme l'épreuve d'un examen d'entrée spécial (mesure tout à fait exceptionnelle et passagère).

Enfin, l'on pourrait même faciliter pour beaucoup, l'accession au doctorat d'Université, titre dont ils pourraient légitimement se parer devant leurs clients et qui ne leur permettrait pas de sortir de l'exercice de l'art dentaire pour s'adonner à l'exercice de la médecine en général.

Toutes ces combinaisons avantageuses pour *tous* les chirurgiens dentistes auraient pour le Corps médical des inconvénients, mais ces inconvénients seraient peu de chose en regard de l'unification de l'exercice de la médecine par la suppression des chirurgiens-dentistes.

Ceux qui savent combien l'exercice de l'art dentaire est moins fatigant et plus rému-

(1) Vol. XXIV, nº 12.

nérateur que l'exercice de la médecine ne craindraient guère l'accès des chirurgiens-dentistes au doctorat en médecine. D'ailleurs le nombre des chirurgiens-dentistes qui voudront faire l'effort nécessaire pour devenir docteurs sera assez limité. Il ne dépassera guère vraisemblablement 300 à 400.

Nous engageons donc nos lecteurs à réfléchir à cette question, qui sera inévitablement l'objet de discussions et d'études dans nos Syndicats médicaux.

Au moment où l'hygiène et la prophylaxie sont appelées à diminuer notablement le nombre des malades, il faut que les docteurs en médecine trouvent des débouchés nouveaux et la stomatologie en est un important.

La guerre et le séjour en France dans nos campagnes des Américains, qui prennent un soin tout particulier de leurs dents, a répandu le souci de l'hygiène de la bouche, même chez les paysans jadis rebelles. Un chirurgien-dentiste de nos amis, homme d'un certain âge, nous a affirmé que, depuis la guerre, il a toute une clientèle de cultivateurs de la banlieue qui viennent se faire soigner et aurifier les dents, ce qu'il n'avait jamais vu autrefois. Dans son article sur la *réorganisation de l'enseignement dentaire* dans la *Revue de stomatologie*, le Dr E. Sauvez donne des renseignements statistiques que nous croyons intéressants de reproduire.

En France, il y a 140 spécialistes (docteurs en médecine stomatologistes ou chirurgiens-dentistes) pour 1 million d'habitants. En Allemagne, avant la guerre, il y avait 55 dentistes diplômés pour un million d'habitants, mais comme la pratique de l'art dentaire est libre Outre-Rhin, l'on peut affirmer qu'il y a en tout 132 dentistes par million d'Allemands.

En Angleterre, il existe 132 dentistes diplômés par million d'habitants ; en Suisse 87 dentistes, en Belgique 75 seulement.

Dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord, le nombre des dentistes par million d'habitants est exactement le double qu'en France ; au Canada, il y a 312 dentistes par million d'habitants.

L'on peut ainsi constater que, si la France est encore bien loin des peuples de l'Amérique du Nord au point de vue des soins dentaires, elle occupe en Europe un rang des plus honorables et les progrès à ce sujet sont continus.

Si, en effet, après le Dr E. Sauvez, nous consultons le *Traité complet de l'ar t dentaire* de Maury, dont la 2e édition date de 1833, nous apprenons qu'en 1790, il n'y avait à Paris que 5 dentistes, qu'en 1814 on en comptait 20, qu'en 1828, il y en avait 140 dont 100 vraisemblablement étaient docteurs en médecine ou officiers de santé.

Ce nombre atteignit en 1841, le chiffre de 300.

Actuellement, les 5.700 spécialistes français exercent surtout dans les grandes villes.

Les petites villes sont souvent dépourvues et cependant si nous consultons les derniers annuaires (*Medicus* de 1923, par exemple), nous voyons que dans de très nombreux petits centres de moins de 10.000 habitants exercent un, deux et parfois trois chirurgiens dentistes.

La réforme que nous venons d'exposer sommairement nous paraît approcher de l'heure de la réalisation. Elle est demandée par un groupe notable de chirurgiens-dentistes, elle est acceptée avec des mesures transitoires très larges, très libérales par les docteurs en médecine stomatologistes qui sembleraient cependant les plus qualifiés pour s'y opposer.

Au Corps médical en général, qui n'est pas ici le moins intéressé, à examiner le problème et à donner, lui aussi, sa solution.

Rappelons que la création du diplôme de chirurgien-dentiste a été considérée dans les discussions des Commissions parlementaires qui ont élaboré la loi de 1892 comme une mesure transitoire et passagère. Le Pr V. Cornil, rapporteur de la loi au Sénat et le Pr Brouardel, commissaire du Gouvernement lors de la disucussion de cette loi, étaient convaincus que les chirurgiens-dentistes devaient disparaître un jour prochain.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par André JOUSSET,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Laënnec.

Je m'excuserais humblement de retenir l'attention du lecteur sur ce sujet prodigieusement banal et fastidieux, s'il n'était de plus en plus démontré qu'il est la clef véritable de la lutte entreprise contre le plus grand des fléaux humains, et s'il n'avait besoin d'être adapté aux idées du jour.

Depuis quelques années, il est devenu de bon ton de railler l'enseignement de Grancher, la « chasse à la prétuberculose » et les finesses d'auscultation préconisées par ce maître. La radiologie n'a-t-elle pas démontré l'inanité de cet enseignement et ne suffit-elle pas, aidée de la bactérioscopie et au besoin des réactions humorales, à édifier un diagnostic précoce ? La critique n'en reste d'ailleurs pas là : devenant de jour en jour plus audacieuse, elle s'attaque à l'œuvre de Laënnec elle-même en proclamant la faillite, les erreurs de l'auscultation. Ce seraient là méthodes d'un autre âge, bonnes à reléguer aux archives de la Faculté !

Dans une controverse de cette envergure, quel peut être l'état d'âme du malheureux praticien ballotté entre des affirmations aussi contradictoires et qui voit s'effondrer tout l'enseignement de sa jeunesse? Doit-il évoluer à son tour, abandonnant tout son passé pour s'adonner désormais au maniement de la tuberculine, du microscope ou de l'ampoule de Crookes ?

Qu'il se rassure ! Je voudrais lui dire ici combien de tels engouements sont peu justifiés et lui montrer où sont le bon chemin et la juste mesure.

Pour établir, de façon précoce le diagnostic de la tuberculose pulmonaire commune, c'est-à-dire à marche insidieuse et lente, toutes les méthodes modernes ou anciennes sont également utiles. Il est vraiment puéril et quelque peu ridicule de vouloir établir une hiérarchie de nos procédés d'investigation et, n'en déplaise à quelques auteurs qu'aveugle l'esprit de système, l'œuvre de Laënnec est toujours debout. Voici d'ailleurs qui va mettre tout le monde d'accord. Le diagnostic précoce, je ne veux pas dire « initial », (nous n'avons pas la prétention de saisir sur le fait la pénétration du bacille dans l'économie) mais aussi rapproché que possible du début évolutif ; le diagnostic, non de l'infection elle-même, mais de ses premiers effets, seule question pratique à résoudre, ne repose à mon avis, ni sur l'auscultation, ni sur la bactériologie, ni sur la radiologie, les résultats fournis par ces procédés d'investigation étant tous trop tardifs, mais sur l'étude attentive de l'histoire du patient. Je m'explique.

Pour nos anciens, la conception de la tuberculose, très grossière, il faut le reconnaître, reposait sur l'existence de désordres anatomiques considérables. Quand le médecin avait perçu des signes cavitaires, il estimait avoir fait tout son devoir et il se condamnait par la force des choses à ne soigner que des moribonds.

Le mérite de Grancher a été de prévoir, de chercher à saisir la maladie avant ses ravages. La conception d'une phase de germination ou de « prétuberculose » traduit l'effort de cet auteur vers un diagnostic un peu moins tardif. Qu'il ait exagéré l'importance des signes physiques, et qu'il ait pu se tromper dans l'interprétation de certaines finesses d'auscultation, peu nous importe, la tentative n'en est pas moins intéressante, car elle répond à cette idée maîtresse, peut-être banale, mais trop méconnue, qu'il vaut mieux prévenir que soigner, et c'est à Grancher que l'on doit au fond l'idée du dépistage précoce de la tuberculose.

Cependant, la conception de Grancher pèche encore par un défaut de hardiesse. J'estime que si l'on veut faire réellement œuvre utile, c'est non seulement avant la fonte cavitaire, non seulement avant la conglomération des tubercules qu'il convient d'établir le diagnostic, mais même avant cette fameuse période de « germination » chère à l'auteur. N'attendons pas pour entamer la lutte avec la maladie que des lésions perceptibles soient installées dans l'appareil respiratoire ; tâchons, non de dépister, mais de prévoir l'organisation anatomique.

Il faut savoir, en effet, que les signes radiologiques supposent des lésions pulmonaires déjà infiltrées ayant dépassé ce que j'ai appelé le stade fluxionnaire de la tuberculose. Cette congestion initiale, invisible aux rayons X, fournit quelquefois de petits signes stéthoscopiques sous forme de râles crépitants très fins ; c'est le

cas des corticalites ; mais si les foyers sont très minimes ou un peu profonds, ces râles eux-mêmes font défaut. Quant à l'expectoration et aux bacilles, il n'en est naturellement pas question si près du début, en sorte que le tuberculose reste absolument latente ; et cette situation peut se prolonger plusieurs mois pendant lesquels la maladie sera étiquetée de noms divers : anémie, surmenage, chlorose, neurasthénie, dyspepsie, et ce qui est plus fâcheux, traitée comme telle par des médications intempestives ou nuisibles jusqu'à l'apparition, hélas ! trop tardive, d'un évènement caractéristique.

Si la radiologie et la bactériologie ne peuvent être d'aucun secours au début de la tuberculose pulmonaire, si l'auscultation est d'une ressource incertaine, de quels moyens disposerons-nous donc pendant cette période silencieuse ? Ces moyens heureusement ne nous manquent pas. Ils consistent en l'étude attentive des troubles généraux et fonctionnels.

Oui, c'est uniquement par l'histoire détaillée du malade et par un interrogatoire minutieux et serré dont la durée doit représenter plus de la moitié du temps consacré à une consultation que peut s'établir un diagnostic de tuberculose au début. De deux méthodes, l'une qui consisterait à causer simplement avec le malade, l'autre à l'examiner sans l'interroger, la première est certainement la meilleure. « Depuis que je suis sourd, me disait plaisamment un de mes vieux maîtres, je ne fais plus d'erreurs de diagnostic » ; boutade d'une philosophie profonde qui signifie que c'est bien moins avec nos sens qu'avec notre « entendement » que nous jugeons sainement de la vérité clinique. Et si l'on objecte qu'un tel mode d'examen ne pouvant fournir que des présomptions, expose à de lourdes erreurs, je répondrai qu'il en est ainsi de la plupart des diagnostics de pathologie interne dont les moyens sont indirects et les conclusions incertaines. Mais admettons qu'une erreur de diagnostic vienne à se produire et qu'on ait indûment cru à une tuberculose inexistante, on conviendra que cette erreur, extrêmement rare d'ailleurs, quand on fait un examen méthodique et complet et qu'on ne se borne pas à une rapide exploration physique, présente, pour l'individu comme pour la collectivité, infiniment moins d'inconvénients que l'erreur inverse qui consiste à méconnaître une tuberculose dont les ravages s'exerceront insidieusement.

***

On a décrit une quantité de symptômes initiaux de la tuberculose pulmonaire ; ils sont d'inégale valeur ; certains sont inconstants ou d'une recherche difficile pour le praticien. Négligeant ces symptômes de luxe, je me bornerai aux signes essentiels permettant le dépistage.

La tuberculose chronique peut s'installer bruyamment ; le début broncho-pneumonique aigu grippal ou pseudo-grippal, les débuts pneumonique ou pleurétique de la maladie sont bien connus ; mais je ne m'attarderai pas à cette étude sans grand intérêt, où la tuberculose se démasque d'elle-même, pour ne m'occuper que des débuts insidieux, les seuls vraiment difficiles à reconnaître et de beaucoup les plus fréquents et les plus redoutables.

Dans la pratique, il s'agit presque toujours d'un adolescent.

C'est une jeune fille amenée par sa mère qu'inquiètent une fatigue et un certain amaigrissement, que rien n'explique, ou qu'ont effrayée l'apparition d'un crachement de sang survenu la veille des règles, hémorragie d'ailleurs insignifiante et sans lendemain.

Gardons-nous bien d'ausculter cette jeune fille ; nous n'aboutirions qu'à des conclusions négatives et d'un optimisme fâcheux, mais interrogeons-la tout d'abord et longuement. Afin de ne rien oublier, cet interrogatoire devra être méthodiquement conduit.

L'instruction commencera par l'énoncé des antécédents, continuera par l'examen des signes généraux, puis des troubles fonctionnels de l'appareil respiratoire et se terminera par la revue des autres appareils ; ce n'est qu'après cette longue conversation qu'on procèdera à l'examen physique du sujet.

Antécédents. — On passera rapidement sur l'hérédité ancestrale où se complaisent les descriptions oiseuses des malades et dont le rôle, quoi qu'on en pense généralement, est tout à fait négligeable et peu intéressant, pour ne retenir que les renseignements concernant l'ambiance directe du sujet (parents, frères, sœurs, domestiques et familiers de la maison) afin de savoir s'il existe ou n'a pas existé récemment dans l'entourage un foyer suspect et une cause possible de contamination, l'*hérédité* n'étant jamais qu'une *contagion* directe. N'oubliez pas surtout dans cette rapide investigation les parents « asthmatiques » et les grands parents « catarrheux » ; ce sont eux qui sèment la mort chez les jeunes de leur entourage.

Toutes ces questions destinées à mettre en relief l'existence d'une contagion, en révélant une morbidité ou une mortalité tuberculeuse anormale chez les proches peut, dans certains cas, éclairer singulièrement le diagnostic ; elles seront d'ailleurs toujours intéressantes par elles-mêmes et des plus instructives par les éclaircissements qu'elles apportent à la prophylaxie générale de la tuberculose.

Vous vous informerez ensuite du passé de la malade elle-même. N'a-t-elle jamais eu de pleurésie, d'accès fébriles prolongés demeurés sans explication ? N'est-elle pas sujette aux rhumes

à répétition ? Méfiez-vous des rhumes pris l'été et spécialement de ceux contractés au bord de la mer; ils sont des plus suspects. N'a-t-elle pas eu récemment une mauvaise grippe dont elle se serait mal remise ? Telle sera votre enquête initiale ; il est bien certain qu'elle ne peut fournir que des présomptions, mais nous ne procédons en médecine qu'à coups de présomptions et un faisceau de présomptions vaut bien une preuve ?

ETUDE DES SIGNES GÉNÉRAUX. — Vous analyserez soigneusement les signes généraux, non seulement parce qu'ils sont les premiers symptômes révélateurs, mais parce qu'ils n'acquièrent de signification que s'ils sont bien caractérisés.

Les trois principaux sont : la *fatigue*, l'*amaigrissement*, la *fièvre*.

C'est la fatigue qui a éveillé tout d'abord la sollicitude inquiète des parents ; mais il y a beaucoup de sortes de fatigues. Outre celles qui sont facilement explicables par le genre de vie du sujet, il y a la fatigue des névropathes qui peut donner le change. Une fatigue constante, plus accusée le soir, a seule de la valeur. Au contraire, *la lassitude matinale, qui s'arrange dans* la journée, qui s'accompagne de céphalée, de tristesse, et de manifestations psychiques diverses, est le fait des neurasthéniques et n'a rien à voir ici.

Si la malade se plaint d'avoir maigri, vous demanderez quelques précisions : l'amaigrissement peut, lui aussi, résulter de causes banales telles que mauvaise dentition, hygiène alimentaire défectueuse, surmenage physique; mais s'il coïncide avec une conservation parfaite de l'appétit ou des fonctions digestives; il devient des plus suspects ; par contre, si l'amaigrissement est un bon symptôme, il est loin d'être constant et la conservation de l'embonpoint ne doit nullement faire rejeter le diagnostic de tuberculose.

La fièvre est un des meilleurs signes, sinon le meilleur, de la tuberculose au début. Quand on veut bien, et qu'on sait bien la chercher, on s'aperçoit qu'elle est à peu près constante. Malheureusement, les malades en ignorent l'existence, la valeur et la recherche technique. Comme ils ne la sentent pas, ils ne peuvent apporter aucune précision au médecin lors de cette première visite. A nous de la dépister. On saura de la malade, si elle a la sensation de « feu aux joues », si elle a « trop bonne mine » vers la fin de la journée, si son appétit est moindre au repas du soir qu'à celui de midi, si elle est réveillée au milieu de la nuit par une légère moiteur ; ce sont là des indices à peu près certains d'un mouvement fébrile qu'il faudra, bien entendu, vérifier par la suite.

Cependant, certains sujets déclarent formellement n'avoir aucune fièvre, ils s'en seraient assurés par le thermomètre. Quand on leur demande de préciser, on s'aperçoit que leurs renseignements sont sans valeur, les températures étant prises de façon incorrecte. Il importe de connaître ces multiples causes d'erreur.

La première est due à l'emplacement choisi pour le thermomètre. Les températures axillaire, buccale ou anale sont à rejeter ; elles restent toutes inférieures à la température centrale et subissant facilement les influences réfrigérantes extérieures, manquent de précision. Seule, la température rectale a de la valeur. Elle doit être prise, non dans le sphincter, comme on le fait trop souvent, c'est-à-dire à deux centimètres, mais à cinq centimètres de profondeur. Je vois tous les jours, spécialement chez les enfants, des erreurs thermométriques de 3 ou 4 dixièmes dues uniquement à une pénétration insuffisante du thermomètre. L'instrument doit demeurer de quatre à cinq minutes, dans l'ampoule rectale. Enfin l'instrument doit être contrôlé et de fabrication récente.

Une autre erreur consiste à négliger la température matinale pour n'accorder d'importance qu'à celle du soir. Or, c'est le contraire qui importe. Si l'on devait se contenter d'une seule température, ce qui est une méthode critiquable, mieux vaudrait celle du matin, prise immédiatement au réveil, que celle de la journée. Des deux températures, elle est la plus caractéristique, car elle succède au repos de la nuit et ne subit pas les influences accessoires et variables de la fatigue ou des émotions de la journée. Une température ainsi prise doit, chez l'homme normal et chez la femme, en dehors de la période menstruelle, rester aux environs de 36°8, quand le sujet a bien dormi. **Mais toute température régulière qui atteint ou dépasse 37° le matin au réveil pendant plusieurs semaines de suite doit faire soupçonner la tuberculose.** Tel est le renseignement capital que l'on doit, à mon avis, demander au thermomètre pour dépister la tuberculose. Il est de beaucoup supérieur à celui qu'ont inauguré Grancher et Daremberg sous le nom d'épreuve de la marche, et que l'on doit considérer comme de peu de valeur, car il n'est que l'indice d'une instabilité thermique que l'on peut rencontrer, non seulement chez les tuberculeux, mais chez nombre de sujets nerveux. Pour les gens occupés, la thermométrie au réveil est, en outre, infiniment plus pratique, que la thermométrie vespérale.

ETUDE DES SIGNES FONCTIONNELS. — L'*hémoptysie* est, avec la fièvre et la toux, un des signes cardinaux de la tuberculose pulmonaire débutante. Elle est, pour le malade, qu'elle effraye à bon droit et qu'elle amène à consulter, comme pour le médecin, qu'elle renseigne de façon précoce, un symptôme infiniment précieux, malheureusement trop rare. On sait que ce symptôme est considéré par beaucoup comme de bon aloi et un indice de curabilité de la tuberculose. C'est là une opinion qui, sans être absolument justifiée, repose sur de nombreux faits de guérison qu'il

faut probablement attribuer à ce que les malades justement alarmés par l'hémorragie se sont fait soigner en temps voulu.

Pour le médecin, elle a une valeur indicatrice considérable. Si votre malade a réellement expectoré du sang, si cette expectoration s'est reproduite plusieurs jours de suite et spécialement au moment des règles, s'il ne s'agit pas de simples stries sanguines dans la salive dues à un brossage trop énergique des dents, si, enfin, le sujet n'a subi aucun traumatisme thoracique et n'est pas affecté d'un rétrécissement mitral, considérez la tuberculose comme certaine.

Toux. — Bien que moins importante, la toux doit être recherchée avec soin. Comme elle est ordinairement légère et peu douloureuse, les malades l'ignorent et il faut invoquer le témoignage du voisin pour en connaître l'existence. « C'est une toux d'irritation », dira la mère de la malade. Traduisez qu'il s'agit d'une toux sèche, petite et rare. Au début, elle n'existe guère que le matin, spécialement au moment de la toilette. A l'inverse, une toux bruyante, grasse et continue traduit généralement toute autre chose qu'une tuberculose au début. Elle doit inciter à chercher une affection naso-pharyngée banale, et commande au besoin l'examen du spécialiste afin d'éviter une erreur d'interprétation.

Les *altérations de la voix* sont, sinon constantes, au moins d'une extrême fréquence au début de la tuberculose pulmonaire. Il faut détruire cette légende qui fait de la laryngite tuberculeuse une complication terminale de la phtisie, légende qui veut que les cordes vocales soient inoculées par le passage réitéré des crachats. Cette pathogénie simpliste doit être abandonnée. Quand on y regarde de près, on voit que les troubles vocaux, correspondant, au laryngoscope, à une rougeur banale des cordes, sont extrêmement fréquents à la phase initiale de la tuberculose pulmonaire, qu'ils sont solidaires des premières lésions pulmonaires avec lesquelles ils évoluent parallèlement, comme si l'appareil respiratoire formait un tout indivisible, le poumon comme le larynx recevant les bacilles, non par la surface épithéliale, mais par la profondeur, c'est-à-dire par apport vasculaire. Tout laryngologiste expérimenté vous dira le nombre considérable de sujets atteints de laryngite tuberculeuse « primitive » qu'il a rencontrés. En réalité, il n'y a ni laryngite primitive, ni laryngite secondaire ; larynx et poumon se tuberculisent ensemble en commençant par la fluxion pour terminer par la lésion. Par conséquent, tout sujet présentant une altération tenace de la voix, tout sujet non syphilitique dont l'émission vocale est éraillée, voilée, couverte ou éteinte sans motif, sera suspect de tuberculose. J'ai bien souvent fait ce diagnostic à distance, du fond de mon fauteuil, au premières paroles du malade.

Bien que de moindre valeur, la *dyspnée* sera également un signe à rechercher. C'est une dyspnée d'effort qui se manifeste en montant un escalier ou à l'occasion d'une marche rapide, et qui s'accuse à certains jours, notamment par les temps chauds et humides ou les temps de brouillard.

Restent les *douleurs thoraciques*, ou plutôt, la gêne douloureuse en certains points fixes du thorax. La malade « sentira son poumon ». C'est au niveau d'une omoplate, d'une épaule, ou de la partie supérieure du dos qu'elle accusera cette sensation, assez pénible à certains jours pour l'empêcher de s'appuyer sur un dossier de meuble, ou de dormir sur le côté souffrant.

Cette unilatéralité, cette fixité, différencieront la douleur due à ces corticalites initiales des lombalgies basses et médianes signalées par certains sujets et qui relèvent, tantôt d'une attitude professionnelle vicieuse et fatigante (couture, travail de bureau, dactylographie), tantôt d'un simple état névropathique, douleurs qui s'intensifient naturellement à la fin de la journée. Celles des tuberculeux sont, au contraire, hautes dans le thorax, unilatérales et plus accusées au réveil.

Telle est l'analyse des troubles fonctionnels propres à la germination bacillaire dans le poumon. Ils jouissent d'un caractère commun, qui est de s'accentuer périodiquement à l'approche des règles, et ceci est la traduction d'une poussée fluxionnaire physiologique qui s'inscrit régulièrement sur le tracé thermique par une onde ascensionnelle débutant huit jours avant le flux cataménial, pour atteindre son maximum à la veille de l'écoulement. C'est le jour critique où la gêne respiratoire, les douleurs thoraciques et la toux atteignent leur maximum. C'est le jour par excellence des hémoptysies. Le sexe mâle, qui ne connaît point ces misères, enregistre des poussées d'un autre ordre. La plupart des malades vous diront à quel point ils sont éprouvés par les influences météorologiques, combien le brouillard, les temps chauds et humides, leur sont pénibles à supporter, et leur bien-être aux jours de froid sec.

Les symptômes thoraciques sont naturellement les plus importants au début de la tuberculose pulmonaire, mais ils ne sont pas les seuls, car, même sans qu'il faille invoquer de généralisation bacillémique, par le simple jeu de ses poisons solubles, le bacille de Koch peut à distance créer des désordres variés et précoces dans la plupart des autres appareils.

A cet égard, l'appareil circulatoire fournit de médiocres renseignements. C'est ainsi que l'*anémie*, qui est donnée partout comme un signe de valeur de la tuberculose, ne doit pas entrer en ligne de compte. A la phase initiale, les réactions sanguines sont, en effet, des plus insignifiantes.

Ce qui a pu donner le change, c'est la confusion de l'anémie et de la pâleur. Les tuberculeux ont

parfois, au début, une pâleur dont le mécanisme est assez complexe, mais qui n'a rien d'hématique. Quand on examine leur sang, on est toujours étonné du caractère normal des données numériques fournies par les analyses ; et ce contraste se poursuit jusque chez les cachectiques. Il est bien rare qu'un grand cavitaire ait un chiffre d'hémoglobine inférieur à 70 %.

On a bien objecté à ces constatations négatives, que si les proportions restent les mêmes, la masse totale du sang et de l'hémoglobine est très diminuée chez les tuberculeux, mais la preuve de cette hémopénie n'a jamais été donnée. Quoi qu'il en soit, un fait demeure, c'est que ni l'anémie, ni la pâleur, ne sont des symptômes importants pour résoudre la question qui nous intéresse, étant au début trop inconstants, trop vagues ou trop discrets pour être d'une grande utilité.

Les troubles digestifs ont, par contre, une grande valeur dénonciatrice.

Nous demanderons d'abord à notre malade si ses dents sont en bon état et s'il n'a pas eu récemment une suite de *caries* que sa bonne dentition antérieure ne faisait nullement présager ; caries singulières que son dentiste a attribuées à un ramollissement de l'ivoire. Cette décalcification traduit une atteinte profonde de la nutrition dont la tuberculose n'a évidemment pas le monopole, mais ce symptôme doit cependant entrer en ligne de compte dans l'élaboration du diagnostic.

Je négligerai, dans cette récapitulation, les troubles gastriques signalés dans les ouvrages classiques comme signes prémonitoires de la tuberculose. Il m'a semblé que la dyspepsie proprement dite était assez rare, mais qu'au début, on devait surtout accorder son attention aux troubles intestinaux : coliques, flatulences, mucorrhée, mais surtout tenir compte de la *tendance à la diarrhée* qui, chez les constipés, se traduit par une régularisation bienfaisante des garde-robes, et chez les autres, aboutit à deux ou même trois évacuations molles par 24 heures. Ce renseignement est de grande valeur. De nombreuses expériences m'ont démontré quelles propriétés laxatives remarquables possèdent les poisons du bacille de Koch. On en est frappé quand on pratique l'immunisation du cheval en vue de la sérothérapie antituberculeuse. L'injection intraveineuse des produits solubles extraits du bacille, déclanche instantanément chez cet animal une diarrhée profuse caractéristique.

Il y aurait beaucoup à dire sur les troubles intestinaux qui servent d'introduction à la bacillose pulmonaire et qui en sont quelquefois l'unique manifestation. Ces formes larvées de l'infection bacillaire sont à ce point camouflées et méconnaissables, que leur origine véritable peut échapper aux meilleurs cliniciens. Tantôt, il s'agit d'entérocolite glaireuse, tantôt de manifestations appendiculaires. Dans un mémoire qui a fait époque, Faisans s'est efforcé de démontrer comment l'appendicite chronique, à la fois insidieuse et cachectisante, pouvait en tous points simuler la tuberculose pulmonaire. Sans nier la réalité du syndrome isolé par Faisans, je me demande si, dans bien des cas, on ne pourrait pas retourner la proposition et parler du déguisement côlique ou appendiculaire que revêt parfois l'infection bacillaire. Notez qu'il ne s'agit probablement là que de troubles fonctionnels dérivant surtout d'une intoxication. Si on enlève l'appendice, on n'y trouve aucune lésion tuberculeuse, mais, contrairement à ce qui se passe dans le véritable syndrome de Faisans, les conséquences de l'intervention sont désastreuses. Après une légère accalmie, apparaissent au complet des signes évidents de tuberculisation pulmonaire ; les faits de cet ordre ne sont pas rares.

Il en est de plus troublants encore : ce sont ceux où les symptômes, dépassant de beaucoup l'appendice pour constituer la grande entérocolite chronique avec mucorrhée, on préfère à l'intervention chirurgicale un traitement de régime, dont le riz, les nouilles et les féculents les plus insipides font la base. Le résultat de cette thérapeutique de famine ne se fait guère attendre. Après un séjour de quelques semaines dans une maison de régime sise au bord de quelque lac helvétique, survient une bonne hémoptysie qui fait dépêcher d'urgence le sujet inanitié dans une station d'altitude du voisinage où l'on demande au beefsteack saignant de réparer, s'il en est encore temps, les méfaits du régime amylacé.

Que conclure de cette parenthèse ?

C'est que la tuberculose pulmonaire à début intestinal étant d'un diagnostic affreusement difficile, on devra ouvrir l'œil, faire appel à tous les moyens d'investigation possible, et soumettre à une étroite surveillance les malades affectés de manifestations abdominales chroniques avant de se prononcer sur la nature de ces états ; que les décisions opératoires ne devront pas être trop hâtives ; qu'un régime alimentaire éclectique, basé sur un empirisme prudent, devra se substituer aux systèmes culinaires aussi débilitants que théoriques, dont l'inconvénient majeur est de priver le patient de l'embonpoint indispensable au maintien de sa résistance générale.

Mais l'imprégnation de l'économie par un foyer bacillaire ne limite pas ses effets au tube digestif et à l'appareil circulatoire. Il me reste à envisager le retentissement de la toxi-infection sur l'appareil génito-urinaire dont les effets sont une source de renseignements complémentaires précieux.

Chez la femme, vous connaissez *l'aménorrhée* ; elle est classique. Il faudra toutefois savoir la rechercher. Pour beaucoup de patientes, être

bien réglée, c'est être d'accord avec son calendrier de poche ; mais on ne doit pas confondre la régularité avec l'abondance des règles. Il faudra donc demander si l'écoulement cataménial est en baisse depuis quelque temps ; si, de cinq jours de durée, il est tombé à trois ou deux seulement. Chez les jeunes filles récemment réglées, la suppression peut être totale avec remplacement par une leucorrhée périodique.

J'aurai enfin, pour terminer, à vous parler des troubles de l'élimination urinaire.

Les néphrites sont des raretés, au début comme au cours de la tuberculose pulmonaire, mais il existe cependant une *albuminurie* précoce ou prétuberculeuse, assez spéciale aux adolescents, qui est parfois capable d'orienter un diagnostic. Quel que soit le mécanisme de cette albuminurie qui a été fort discuté, qu'elle soit intermittente, orthostatique ou continue, son origine bacillaire ne saurait faire de doute quand on trouve par surprise, sans motif pathologique (angine, scarlatine, etc.), sans aucun des signes habituels qui traduisent l'insuffisance rénale, des traces d'albumine (0,10 à 0,50 cgr. par litre), dans les urines d'un jeune sujet. Ce symptôme annonciateur ne comporte par lui-même aucune gravité, mais est de première importance pour ce qu'il cache. L'atteinte pulmonaire n'est pas loin !

Il faut donc connaître cette manifestation initiale de la bacillose pulmonaire, et surtout, bien se garder de la soigner, car vouloir la traiter, comme je l'ai vu faire, par le régime alimentaire habituel des brightiques, serait retomber dans l'erreur déjà signalée à propos des entérocolites. Non seulement le régime lacté ne les améliore pas, mais accélère l'évolution et la dissémination du bacille. C'est par la viande crue, là encore, qu'on triomphera simultanément du symptôme et de la maladie.

Si l'albuminurie est rare, la *phosphaturie* est, au contraire, presque la règle au début de la tuberculose pulmonaire ; elle entraîne en même temps la calciurie.

Cette déminéralisation que, depuis les recherches de Robin, l'on tient généralement pour responsable de la tuberculisation ultérieure de l'organisme, a fait l'objet de travaux multiples, et c'est elle qui a été l'origine du traitement classique par les sels de chaux.

Je vous avouerai à ce propos que cette doctrine m'a toujours laissé rêveur, et que je comprends tout autrement l'enchaînement des faits. Si l'existence d'une phosphaturie continue associée à la tuberculose n'est pas douteuse, si la décalcification est un fait indiscutable (regardez les dents de vos malades), il ne s'ensuit pas qu'elle soit l'origine de la germination bacillaire, et si vous voulez mon avis sur la filiation des phénomènes, je crois qu'il faut intervertir les facteurs et que c'est le bacille qui est responsable de la phosphaturie, et non la décalcification, qui appelle le bacille.

Si l'on avait, en effet, mieux observé les phosphaturiques qui ont fait l'objet des innombrables recherches traitant de la déminéralisation dite « prétuberculeuse », on aurait certainement constaté que la plupart de ces sujets étaient déjà en puissance de tuberculose. La majeure partie des recherches urologiques en question datent, en effet, d'une époque où les moyens d'exploration du thorax étaient fort limités, si bien que la tuberculose ne se révélant qu'assez tard, ce que l'on prenait pour un début n'était, en réalité, qu'une suite de la maladie. Je mets donc en fait que tout sujet atteint de phosphaturie continue, qui n'est ni un névropathe, ni un surmené, est un tuberculeux qui débute. Explorez attentivement ses fonctions, et vous lui trouverez la plupart des signes de dépistage que j'analyse en ce moment, et notamment de la fièvre. Au total, la déminéralisation se présente, non comme un prélude, mais comme un phénomène secondaire résultant de poussées fébriles légères, mais continues dues à une évolution bacillaire discrète où les décharges phosphatiques relèvent du même mécanisme que la phosphaturie des grandes pyrexies infectieuses, à l'importance près. J'ajoute que cette explication satisfait autrement l'esprit que la doctrine classique, car l'apparition subite chez un sujet jeune et jusque-là bien portant d'une phosphaturie spontanée resterait toujours incompréhensible.

Par l'exposé qui précède, vous pouvez juger de l'abondance et de la diversité des signes qui caractérisent la tuberculose pulmonaire à ses débuts. Mais ne croyez pas que cette floraison de symptômes facilite votre tâche. Auquel vous arrêterez-vous ? Et s'il en est un qui se distingue par sa constance ou son caractère, spécifique, pourquoi ne pas s'en contenter ? Et le refrain connu, cher aux tenants de la bactériologie, résonne à mon oreille : « Donnez-nous donc un bon signe, définitif, mais un seul, et dispensez-nous du reste ».

En vérité, je ne demanderais pas mieux ; malheureusement, le signe idéal, péremptoire, de la tuberculose pulmonaire évolutive n'existe pas encore ; la trouvaille du bacille elle-même ne saurait être considérée comme une preuve formelle, puisque il existe des bacilles similaires dits acido-résistants, qui sont là pour nous apprendre à douter. Je sais bien que cette argumentation tourne à la casuistique, mais si j'y recours, c'est afin de rendre modestes les promoteurs de signes dits « scientifiques », afin de nous garder de l'absolu en toutes choses, et spécialement en médecine et j'en arrive à ma conclusion que, pour établir un diagnostic de tuberculose évolutive, surtout de tuberculose au début, il est de toute nécessité, comme on l'a toujours proclamé et

comme y insiste avec force mon ami, le Pr Sergent, de grouper les symptômes indicateurs.

Est-ce à dire qu'ils ont tous même valeur et qu'il n'y ait pas de branches maitresses dans ce faisceau ? Oui, certes, et cette hiérachie doit être connue de vous.

Trois d'entre eux émergent parmi les signes généraux et fonctionnels que nous venons d'étudier : ce sont par ordre de valeur : la *fièvre*, l'*hémoptysie*, la *toux*. Ce sont les signes cardinaux de la tuberculose thoracique. Dans cette trilogie la fièvre l'emporte par sa constance, l'hémoptysie et la toux par leur spécificité, en sorte que l'ensemble représente pratiquement la certitude clinique.

(*La suite dans notre prochain numéro*).

LA DOULEUR EN CHIRURGIE

Par Dartigues.

La douleur en général. Psychologie du chirurgien devant la douleur.

Le rythme universel de la douleur.

La douleur.... quel mot tristement sonore et évocateur du mystère de la révolte de l'organisme contre toutes les forces hostiles et toutes les adversités ! Comme un immense chant de détresse aux degrés infinis, allant de la plainte qui soupire au cri hurleur, elle retentit dans toute la nature animée, et surgit de toutes les profondeurs de l'organisme pour résonner à sa surface comme la vibration d'une cloche d'alarme qui nous annonce la souffrance et le péril de la chair.

Vieille comme le monde, antique comme les races, la douleur frissonne à travers toute la chaîne zoologique, s'aiguise, se raffine et s'amplifie à mesure de la montée dans la perfection anatomique et suivant le développement progressif du système nerveux. Le rythme de la douleur va croissant dans la substance vivante de la terre, à mesure qu'elle organise ses formes multipliées.

Douleur physique et douleur morale Unicité de la douleur.

La douleur, en son essence, est la traduction d'un déséquilibre ou d'une inharmonie de l'être vivant avec son milieu intérieur ou son ambiance ; elle est une réaction de la vie contre toutes les causes qui contrarient sa norme, sa puissance et son épanouissement.

Je ne parlerai ici que de la douleur physique, celle qui se manifeste par une gamme de sensations pénibles, immensément variées, allant de la gêne à la torture la plus affreuse qui fait appel à la mort comme à une délivrance. La douleur morale a ses origines innombrables dans le domaine psychique et puise incessamment aux sources de la vie de relation et du milieu social ses causes provocatrices ; mais il ne faut pas oublier qu'elle a aussi ses retentissements profonds et désorganisateurs sur le système physique, qui peut en être altéré jusqu'à la maladie : l'influence des chagrins est indéniable et agit certainement comme une cause prédisposante des pires catastrophes organiques, le cancer, par exemple. En réalité, qu'elle soit causée par un état anormal des organes et par conséquent d'origine physique et intérieure, ou qu'elle soit provoquée par le conflit des aspirations subtilisées en sentiments avec les éléments contraires à leur floraison, et par conséquent d'origine morale et extérieure, *la douleur est une* et ce n'est que par son siège, à commencer par le cœur pour les peines de l'âme, du moins, en partie, siège symbolique, et par sa traduction plus ou moins intense en sensations diverses allant jusqu'à l'acuité la plus exorbitante, qu'elle se différencie et se gradue en d'extrêmes nuances.

Victime de la douleur, l'homme en est le plus grand producteur. L'histoire n'est qu'un long récit de douleur sur laquelle s'élève cependant le progrès triomphal.

Chose curieuse, l'homme qui craint tant la douleur, est l'être qui, dans la création, a le plus contribué à sa propagation, et c'est parce qu'il la redoute au plus haut point qu'il s'en est fait contre ses semblables une arme violente pour inspirer la crainte ou pour servir ses instincts de vengeance et de haine. Victime de la douleur, il l'engendre cependant jusqu'à y trouver un sadique plaisir. Il ne serait pas difficile de démontrer que dans la nature, l'homme est le plus cruel de tous les animaux. L'histoire n'est, en somme, qu'un grand poème des passions et de la voracité inscrit sur un formidable martyrologe. Elle n'est qu'une longue théorie de cruautés qui va dans un profond chemin de boue et de sang où le char aveugle des appétits humains a creusé de rouges ornières et dont les pavés sont faits des ossements broyés par la sauvagerie des écarlates bourreaux. Un livre d'histoire est un livre funèbre de douleur et de mort où se trouve consigné tout ce que l'anthropoïde diversement et ethniquement coloré a pu, depuis ses origines, concevoir dans sa féroce imagination. Il n'a pas suffi à l'homme que la nature le guettât et l'accablât de ses maux, il a fallu qu'il en créât de nouveaux pour aggraver ses peines. Chaque feuillet de l'histoire frissonne de l'épouvante des luttes, des supplices, et des effets douloureux de la sombre ignorance. La douleur de la guerre, la douleur des supplices, la douleur des luttes révolutionnaires et sociales, la douleur de la maladie font crier

de détresse l'humanité. Tout progrès est basé sur la douleur et le sacrifice des hommes ; et le progrès scientifique lui-même est un Minotaure qui dévore éternellement ses servants les plus dévoués.

La douleur est une grande éducatrice : le spectacle journalier de la douleur n'abolit pas, chez le chirurgien, la sensibilité qui devient plus humanitairement intelligente.

Faut-il la maudire, cette douleur ? Peut-être pas tout à fait, car elle est pareille à nos ennemis dont l'implacabilité nous oblige à la clairvoyance, au maintien sur nos gardes, au redressement attentif de nos infériorités ; c'est elle qui contribue le plus à notre élévation, parce que c'est elle qui nous donne le plus de conscience de notre être physique et moral ; elle agrandit notre vision du monde intérieur et du monde extérieur ; et, si elle développe chez beaucoup, la fixité impitoyable des regards mauvais de la loi de Lynch, elle crée par contre chez les meilleurs des fils des hommes le splendide sentiment de l'altruisme: elle est vraiment notre mélancolique, mais certaine éducatrice. Qui n'a à la mémoire le vers célèbre d'Alfred de Musset :

L'homme est un apprenti, la douleur est son maître !

Si nous venions à désapprendre de souffrir, il y aurait moins de courage sur la terre, moins d'incitation à la beauté de vertu, car celui qui n'a pas souffert ignore la grandeur et ne connaît pas la bonté. La douleur seule révèle la pitié. Heureux ceux qui ont souffert moralement et physiquement, car seuls ils *se souviennent* devant la douleur et la peine !

Le spectacle continu de la douleur chez les âmes bien nées, s'il donne, comme chez le chirurgien, le sang-froid qui en fait supporter le spectacle, et le calme qui donne la faculté de la combattre, développe incessamment en elles l'apitoiement pour la souffrance humaine et le désir impérieux de la soulager. Les chirurgiens, auxquels les profanes attribuent un esprit de glace et un cœur de pierre, sous leur aspect parfois de dureté qui n'est que le modelé, sur masque, de la coutume professionnelle de la lutte contre le mal, du combat intérieur contre leur propre faiblesse, du raidissement de leur volonté pour agir en toute lucidité, sont souvent les plus *tendres* des hommes, parce qu'ils savent plus que personne ce qu'une créature peut endurer d'infinie souffrance, quel est le caractère, la cause, le siège et le degré de la douleur, et parce qu'ils distinguent fort bien ceux qui méritent d'autant plus d'apitoiement et de soulagement qu'ils s'efforcent d'en modérer l'expression par la beauté d'un effort louable de contention et n'énergie.

Lisez l'*Ame du Chirurgien* de J.-L. Faure, et vous serez édifiés sur la tendresse du chirurgien et ses angoisses ; rien de plus beau n'a été écrit sur ce sujet ; c'est d'une telle vérité et d'une telle perfection harmonieuse, qu'il est impossible, à mon sens, d'écrire à nouveau un tel poème de sentiment humain connu de ceux-là seuls vraiment qui ont pu l'éprouver : il y a des études et des réalisations auxquelles il ne faut pas se risquer à nouveau ; on ne réécrit pas certains passages, comme on ne refait pas le Parthénon.

Vous souriez peut-être, ô quelques-uns qui me lisez ! Vous souriez.... Eh bien ! est-ce que des millions de femmes qui, pendant la guerre, n'avaient vu jusque-là que le sang de leurs règles, ne se sont pas vite habituées au spectacle rouge des blessures horribles et aux déchirements des voix douloureuses ? Et pourtant, est-ce que cela a étouffé en elles la pitié et la bonté ? Non ! chez ces femmes qui auparavant se seraient évanouies au moindre cri et à la vue de la moindre goutte de sang, ce spectacle a fait surgir une bonté plus active, plus intelligente et plus éclairée, au contact des hommes endoloris et au commerce des médecins instruits, parce que leur pitié, franchissant la superficiabilité des simples aspects impressionnants, avait pénétré jusqu'aux causes réelles qui la suscitaient, parce que cette pitié, en un mot, *savait*. L'ignorance ne connaît pas entièrement la bonté ; le savoir, seul, rend cette dernière efficace et réelle. La science n'étouffe pas la sensibilité, comme on l'a dit, mais elle l'éclaire en la proportionnant.

(à suivre.)

ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Dr Ch. GUILBERT,

Radiologiste des hôpitaux.

L'idée du traitement des hypertrophies prostatiques par les rayons X est presque aussi vieille que la thérapeutique par les rayons X. Si elle n'a pas eu le succès du traitement des fibromes, c'est peut-être qu'elle n'a pas trouvé un apôtre pour la vulgariser ; c'est surtout que la prostate est plus difficilement accessible que les fibromes ou les ovaires par des doses efficaces et que la voie leur d'accès est restée longtemps limitée au périnée. D'où la difficulté d'obtenir la guérison.

Nous ne voulons pas refaire ici tout l'historique de la question ; nous nous contenterons d'exposer les différentes méthodes proposées jusqu'aujourd'hui afin de mettre en évidence la raison pour laquelle la méthode des 6 champs peut avoir un effet plus certain.

En 1901, le Dr Heber Robarts faisait ses premières applications. Divers autres observateurs publièrent à l'étranger jusqu'en 1907, où Fleig publia en France une première série d'observations.

Etant donné le peu de pénétration des rayons X utilisés en thérapeutique avant la méthode de radiothérapie profonde, les praticiens se sont attachés à obtenir la voie d'accès permettant d'atteindre la prostate à travers une couche de tissu aussi peu épaisse que possible ; c'est ainsi que les uns : Moskowicz, Schlagintwait, Hœnisch, employèrent la voie rectale ; les autres Williams, Fleig, Haret, Eppenheimer, la voie périnéale. Albert Weil, seul, proposa en 1919, la voie transabdominale et périnéale.

Malgré des résultats encourageants, les quantités de rayons agissant en profondeur n'étaient point suffisantes pour obtenir les succès auxquels on peut prétendre aujourd'hui.

L'an dernier, en 1922, M. le prof. Nogier exposa à nouveau au Congrès de l'avancement des Sciences un procédé de traitement par la voie périnéale avec étalement du périnée par un chevalet ; il fait ce traitement par doses fractionnées.

A cette époque, nous publiions, dans *La Clinique*, le premier article sur la technique, que nous croyons personnelle, des 6 champs, et dernièrement, nous avons publié dans le *Concours médical* nos premières observations.

A l'heure actuelle, nous croyons pouvoir assurer que l'hypertrophie de la prostate est tout autant, et peut être plus que le fibrome, justiciable de la radiothérapie.

Technique des 6 champs. — Au lieu d'une voie d'accès unique, nous employons 6 voies d'accès en ceinture, centrées sur la prostate ; la question du centrage est des plus importante.

Souvent, ce centrage peut être fait par le seul toucher rectal en orientant le localisateur sur le doigt introduit dans le rectum. Cependant, nous reconnaissons que, dans quelques cas, il est nécessaire de faire un centrage radioscopique, ce qui est très facile par un écran ou une bonnette placée sous la table.

Sur chacun des champs, nous donnons la dose d'érythème à la distance minimum (?) de 23 centimètres. Dans quelques cas, chez les sujets obèses, nous sommes obligés de donner cette dose à 30 centimètres pour augmenter le pourcentage en profondeur ; c'est, d'ailleurs, le maximum que nous ayons jamais employé.

Nous estimons qu'il est nécessaire, pour arriver à la disparition des troubles et à la régression de la tumeur, de donner sur la prostate une dose équivalant à 100 % de la dose d'érythème.

Les résultats. — Dans tous les cas que nous avons traités depuis deux ans, le résultat a été une guérison définitive en une seule séance, sauf dans deux cas où une seconde irradiation a été nécessaire. Le premier de ces deux cas était un sujet pléthorique où manifestement nous n'avions pu atteindre, même en éloignant les champs antérieurs, une dose de profondeur suffisante sur la prostate. Le second cas fut une irradiation nécessitée par une seule crise de rétention éloignée, mais la prostate, même dans ce cas, avait considérablement diminué de volume, et un lobe seul restait légèrement hypertrophié.

Dans un précédent article publié dans le *Concours médical*, la première série d'observations de malades traités par nous, observations rédigées par les médecins de ces malades traités, l'une d'elles était particulièrement intéressante parce qu'elle a permis d'assister à la régression de la tumeur *de visu* et au retour à l'état normal d'un malade que l'on pouvait considérer comme inopérable et définitivement infirme (rétention complète avec cystostomie sus-pubienne) datant d'un an).

Je pense pouvoir bientôt publier une nouvelle série d'observations ayant abouti au même résultat.

Contre-indications. — Il n'y a pas de contre-indications au traitement radiothérapique des hypertrophies de la prostate.

Il n'y a qu'une précaution à prendre au point de vue des doses quand il y a un doute sur la possibilité de dégénérescence, c'est de chercher à atteindre une dose plus élevée de 125 % environ.

Dans le cas de prostate très dure, scléreuse, il est possible que les résultats soient moins brillants ; cependant, dans les cas où nous avons eu cette crainte, le résultat a été également la guérison.

Avantages du traitement radiothérapique. — Il est évident que la radiothérapie de l'hypertrophie de la prostate, chez des individus très affaiblis comme le sont les prostatiques, est préférable au traitement chirurgical quand il n'y a aucune dégénérescence de la glande. En effet, le prostatique se trouve en état de moindre résistance pour supporter une opération chirurgicale qui se fait généralement en deux temps, parfois en trois temps et nécessite, chez des vieillards, un séjour au lit de plusieurs semaines. Le traitement radiothérapique par dose massive est sans danger, laissant après lui, dans les 10 jours qui suivent, tout au plus un peu de ténesme rectal et vésical, facilement maîtrisé par la belladone en suppositoires et en lavages.

Avantages du traitement en une seule séance par la méthode des 6 champs. — Nous avons abandonné délibérément la voie d'accès périnéale pour le traitement de l'hypertrophie de la prostate à cause de la sensibilité particulière de l'épi-

derme macéré du périnée, comme nous avons dans tous les cas, au point de vue gynécologique, abandonné la voie d'accès vulvaire pour la même raison.

Le traitement en une séance a l'avantage de donner un résultat presque immédiat puisque, dans les 15 jours qui suivent l'irradiation, les symptômes s'atténuent pour disparaître complètement entre la 5e et la 6e semaine, dans tous les cas que nous avons traités.

Enfin, le traitement radiothérapique laisse toujours après lui la possibilité d'une intervention chirurgicale si, par hasard, elle était nécessaire.

MÉDECINE PRATIQUE

Les maladies des femmes.

Des organes de la femme, la matrice est, certainement, l'un des plus fréquemment touchés par la maladie.

A peine nubile, la jeune fille paye, déjà, de ce côté son tribut à la souffrance. Combien n'en avons-nous pas entendu nous accuser des *règles cruelles* ? Elles ont, à ce moment , le ventre mou, douloureux ; des coliques avec irradiations vers les reins, des nausées, des vomissements même. Elles ont des sueurs froides, de l'algidité générale et expulsent, au milieu de malaises divers, des volumineux caillots de sang.

Cette véritable « migraine abdominale », comme l'a si justement appelée M. le professeur C. Fournier, dure parfois, 24 heures, 48 heures et davantage. C'est la dysménorrhée.

Maladie d'étiologie variable, elle réclame les soins d'un médecin capable d'en dépister la cause, car le traitement variera forcément avec celle-ci.

Aussi, ne pouvons-nous nous empêcher de plaindre les âmes naïves qui, se laissant séduire par les drogues soi-disant souveraines annoncées à la quatrième page des journaux, voient, en les employant, s'aggraver une maladie que le médecin traitant aurait améliorée par une sage thérapeutique ?

Supprimez la cause, vous annihilez l'effet : *Sublata causa, tollitur effectus*. Or, la dysménorrhée est précisément d'origine diverse, et c'est cette dernière qu'il faut rechercher afin d'instituer un traitement rationnel et adéquat.

Tantôt, la dysménorrhée dépend d'un déplacement de la matrice, l'antéflexion le plus souvent, qui se produit, soit dans la première enfance, soit au moment de la puberté. Tantôt encore, elle est due au tempérament arthritique ou rhumatisant. Enfin, elle peut être de nature inflammatoire ou congestive.

Si la dysménorrhée ne se traduisait que par un ou deux jours de souffrance par mois, peut-être les intéressées s'en accommoderaient-elles, bien que, au fond, personne n'aime souffrir. Mais ce qui est plus grave, c'est que, très souvent, la dysménorrhée aboutit à la métrite et à la stérilité.

Que de fois n'avons-nous pas entendu, dans notre cabinet, des femmes, insoucieuses de leur santé, exprimer cet amer regret : « Ah, docteur, si j'avais su..... il y a longtemps que, au lieu de m'en rapporter aux boniments des journaux ou aux conseils de la commère du coin, j'aurais consulté mon médecin » ? Mais il était bien tard.

Il existe chez les femmes bien d'autres affections que la dysménorrhée.

Parmi les plus fréquentes, figurent les métrites. Ces inflammations de la matrice sont d'origine infectieuse et ce sont les microbes, ces fameux microbes, auteurs de tant de maux, qui les déterminent. Ainsi, un homme en puissance de blennorrhagie contamine, la femme dont il se rapproche et provoque, chez elle, l'éclosion de cette *métrite blennorrhagique* si douloureuse, si grave, dont les complications sont parfois redoutables et le retentissement sur les ovaires, notamment le gauche, presque constant.

C'est notre devoir de dénoncer, ici, la blennorrhagie au même titre que la syphilis. L'une et l'autre sont cause de méfaits identiques, et nous ne cesserons de dire et redire encore que l'homme qui communique, en connaissance de cause, la blennorrhagie à sa compagne, est aussi coupable que celui qui lui fait contracter la syphilis.

Que de pauvres femmes victimes de rapprochements suspects, ne viennent-elles pas nous demander la raison de la maladie de leurs ovaires, de leurs ovarites, de leurs salpingo-ovarites ? C'est là, dans le côté, un peu au-dessus du milieu du pli de l'aine que çà les tenaille. On dirait une vrille qui entre, ou bien c'est un point, ce sont des douleurs qui s'étendent aux lombes, descendent dans le bassin, suivent le long des hanches.

Misère de ces martyres. Leurs règles sont douloureuses ; tantôt elles avancent, tantôt elles retardent. Du côté de l'estomac, peu ou pas d'appétit, une digestion difficile. Et puis, c'est la constipation, ou le contraire, des coliques, des glaires, de fréquentes envies d'uriner. De leurs forces ? Il n'en faut pas parler. Toujours fatiguées, n'ayant de goût pour rien, tristes à pleurer ; parfois des idées noires, enfin, tout un cortège lamentable d'impressions physiques et morales traversant leur être déchu : telle est la situation d'une femme atteinte de salpingo-ovarite.

N'avions-nous pas raison de dire à l'homme : surtout pas de rapprochement, pas de mariage si vous êtes atteint de blennorrhée. Soignez-vous, guérissez-vous et ensuite, vous verrez.

Et, en effet, si d'ordinaire la femme ne meurt pas d'une métrite blennorrhagique, en est-il de même de la salpingo-ovarite ? Qui oserait l'affirmer ? N'y

a-t-il pas eu des femmes tombées mortes dans la rue, dans une maison, n'importe où, dont on attribuait le décès à une congestion, à un anévrysme et qui, en réalité, comme le démontrèrent plusieurs autopsies, avaient succombé à la rupture d'un ovaire plein de pus ?

Mais c'est assez nous étendre sur ce chapitre.

En dehors de la métrite gonococcique, il en existe d'autres également microbiennes.

Parmi elles, nous citerons la *métrite aiguë puerpérale* dont le pronostic est si sombre. Cette affection est engendrée par la pénétration, dans le tissu utérin, du streptocoque à la faveur d'une lésion produite au cours d'un accouchement. Une hygiène « intime » sévère a des chances de prévenir cette métrite. Il entre d'ailleurs dans le rôle du médecin de la famille de donner, surtout aux approches des couches, ses conseils à ce sujet.

Nous voici maintenant amené à parler d'une particularité qui alarme parfois beaucoup certaines femmes et qui alarme, disons-le de suite, souvent à tort. Nous voulons parler des flueurs blanches, de la leucorrhée.

Rassurons les personnes craintives. « La femme », a écrit Hippocrate, est molle et humide ». Or, cette humidité est naturelle, elle est due à la fonction physiologique des glandes de la matrice dont la sécrétion consiste en un liquide albumineux, filant, transparent, *alcalin*.

La leucorrhée normale n'est donc pas la conséquence d'une maladie de l'utérus.

Au contraire, si la sécrétion dont nous parlons devient *acide*, jaune, verdâtre, et tache le linge, alors nous nous trouvons en présence de la leucorrhée morbide qui, comme son nom l'indique, est une véritable infirmité.

Elle est le signe le plus fréquent et le plus manifeste de la métrite catarrhale.

Le médecin peut être appelé à examiner une femme malade à deux époques de sa vie, lorsqu'elle n'a pas encore dépassé l'âge critique, la *ménopause*. Et alors, quelquefois, il trouve chez elle, une matrice hypertrophiée, c'est-à-dire augmentée de volume, douloureuse au toucher et au palper ; ou bien la femme souffre, depuis de nombreuses années, elle est vieille, sa matrice est toute petite dure, sclérosée, souvent rejetée en arrière.

Comment se nomme cette métrite ? Vous le savez, aussi bien, sinon mieux que moi, c'est la *métrite parenchymateuse*.

Il y a 10, 15, 20 ans, qu'on aurait dû se soigner mais la vie est si courte et certaines femmes ni négligentes..... Pourtant, cela ne se termine pas toujours d'anodine façon. Exemple, le fait suivant :

« Il n'y a pas bien longtemps, nous recevions la visite d'une malheureuse femme d'une trentaine d'années, qui, atteinte de métrite, après plusieurs accouchements, avait passé outre aux exhortations de son médecin qui insistait pour qu'elle se soignât sérieusement.

Douleurs de ventre, leucorrhée abondante, menaces d'avortement, ne réussirent pas à faire accepter par la pauvre entêtée le régime et le traitement indiqués par le docteur : une hydrorrhée déciduale accompagnée de vomissements incoercibles éclata quinze jours avant l'accouchement, et la cliente rebelle mourut à la fleur de l'âge, après une cruelle agonie, laissant dans le désespoir un mari chargé de famille.

Cette femme succombait du fait d'une *métrite gravidique*, que sa docilité à suivre les conseils de son médecin lui aurait certainement évitée ».

Bien que nous étant déjà appesanti sur le sujet, nous ne pouvons cependant nous dispenser de parler de ces femmes qui perdent leur sang si irrégulièrement qu'il leur est souvent impossible de fixer au médecin la date de leurs règles. Les unes souffrent beaucoup, les autres moins, mais toutes, par l'abondance et la fréquence de leur flux, arrivent finalement à un état de faiblesse et d'anémie qui les terrasse et les oblige à garder le lit. Ces femmes sont atteintes de *métrite hémorragique*.

Elles doivent consulter leur médecin qui leur indiquera la marche à suivre pour être rapidement guéries, soit quelles se soumettent au curettage, soit qu'elles suivent une thérapeutique appropriée. En ces derniers temps, la radiumthérapie et l'électrothérapie ont eu de beaux succès à leur actif.

Pour clore ce chapitre des métrites, nous pourrions encore parler de la *métrite exfoliante* qui n'est autre qu'une dyménorrhée grave et douloureuse avec expulsion de membranes pendant les menstrues, de la *métrite tuberculeuse* et de la *métrite sénile*. Ces maladies, ainsi que les autres, réclament toute la vigilance du praticien.

De ce qui précède, on doit retenir ceci, à savoir que, si chaque forme de métrite demande un traitement particulier, dont l'institution appartient au médecin, toutes les métrites possèdent trois signes dominants qui sont la douleur, la leucorrhée, ou les hémorragies, et qui constituent ce que le professeur Pozzi nomme le symptôme utérin.

Autour de ces trois dominantes se groupent des processus morbides variés. Cela change d'une femme à une autre, telle manque d'appétit, digère mal, a de fréquentes envies de vomir, le ventre qui se ballonne, de la constipation, telle autre se plaint d'uriner trop, pas assez ou avec difficulté.

Celle-ci a des névralgies, des points, des palpitations.

Beaucoup sont touchées du côté du système circulatoire ou nerveux ; anémie par déglobulisation, toux sèche, insomnie. Fréquemment, neuf fois sur dix, la métrite a pour compagne ou conséquence l'entérite.

Enfin, en dehors des métrites, il existe d'autres maladies des femmes, les déplacements, les fibromes, les kystes, le cancer de la matrice. Nous en reparlerons sous peu.

Ce sont là des affections qui accompagnent ou suivent les métrites et qui toutes, très graves, pourraient souvent être prévenues, si, quand il en est temps encore, on voulait bien consulter son médecin. On se hâte trop souvent, à notre avis, de recourir

au bistouri pour traiter les affections utérines. Il ne faut point perdre de vue que la suppression des annexes de la matrice ou de l'utérus lui-même est grosse de conséquences.

Chez la femme, les opérations chirurgicales, sur ces parties délicates du corps peuvent provoquer la déchéance physique et morale. Aussi, ne saurions-nous trop engager les intéressées à consulter leur médecin avant de courir les risques de n'importe quelle intervention chirurgicale. Ce dernier jugera, s'il y a lieu, ou non à intervention chirurgicale. Si les médecins et les chirurgiens voulaient bien collaborer et s'entendre, dans l'intérêt supérieur du malade, cette entente confraternelle serait profitable aux uns et aux autres et nous hausserait, soyons en sûrs, dans cette estime publique à laquelle nous avons droit parce que nous la méritons.

Qui que nous soyons, n'oublions pas ce que disait le prof. Paul Reclus, en 1904, dans sa séance d'ouverture du cours de médecine opératoire : « Ce n'est pas un paradoxe de prétendre que la chirurgie ne triomphera vraiment que le jour où elle n'aura plus à faire œuvre sanglante, car, comme le disait Verneuil, toute prise de bistouri est un aveu d'impuissance et il est plus sûr de guérir sans lui que par lui... aussi, concluait l'éminent praticien, voudrais-je voir inscrire sur nos tables d'opérations cette sentence :

> Retourne le couteau sept fois dedans ta main,
> Avant que de tailler dans la peau du prochain.

Sage conseil, évidemment, mais tant qu'il y aura des kystes de l'ovaire, des carcinomes utérins, des occlusions de la vésicule biliaire, le médecin devra avoir recours au chirurgien. L'un et l'autre ont donc le devoir non de se combattre, mais de se comprendre et de s'entendre.

Dr Galand,
de Cambrai.

— *Un traitement de l'encéphalite épidémique par les sérums antipesteux*, **travail paru dans le nº 28, est dû à la collaboration du Dr Cherechewski et de son interne, M. Raoul Timsit.**

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les vomissements graves du nourrisson par aérophagie

A l'occasion d'un nourrisson dont il a recueilli l'observation clinique, complétée par un examen radioscopique très intéressant, M. Dubourg expose que l'aérophagie est souvent conditionnée par des tétées insuffisantes, et que le vomissement vient la compliquer s'il se produit en même temps un spasme du cardia bloquant en quelque sorte l'estomac et déterminant la révolte de l'organe.

« Le traitement doit tenir compte de ces « données pathogéniques et viser à empêcher la « déglutition d'air en donnant des repas assez « copieux, et à combattre l'élément nerveux qui « est à la base de tous ces états par l'administra- « tion de sédatifs : bromure, belladone (inof- « fensive à condition d'être prudemment ma- « niée). En cas de spasme intense, il est indiqué, « au début, de donner des repas plus fréquents « et moins copieux, jusqu'au moment où la mé- « dication sédative aura pu le calmer ». (*Gaz. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 6 mai 1923.)

Le diagnostic précoce de l'appendicite suraiguë.

Il repose, d'après M. Rove, sur la constatation d'un syndrome caractérisé par une forte douleur épigastrique et de fréquents vomissements ; en même temps, on constate une sensibilité accusée et nettement localisée à la région épigastrique gauche, avec contracture et rigidité du segment supérieur du grand droit gauche, tandis que la fosse iliaque droite est encore muette.

Ce syndrome se manifeste dans les six premières heures de l'attaque. Il faut le saisir avec sa signification clinique, parce qu'il commande l'intervention précoce, seule capable d'éviter la perforation et la gangrène.

Il serait dû à un reflexe d'excitation suraiguë du penumogastrique sous l'influence des déplacements du grand épiploon sollicité par la lésion appendiculaire, et aussi, aux résorptions toxiques. (*Presse Méd.*, 5 mai 1923.)

Diagnostic du diabète sucré. Les glycosuries rénale et hépatique.

Glycosurie ne signifie pas nécessairement diabète. Aussi importe-t-il de distinguer les glycosuries diabétiques des non diabétiques. Celles-ci peuvent être imputables soit à une hyperméabilité rénale, soit à une insuffisance hépatique.

M. M. Labbé a étudié cette intéressante question, en faisant état d'un certain nombre de malades répondant à l'un et l'autre type qu'il a eu l'occasion d'observer et de suivre. Il résume son étude dans les conclusions suivantes :

« Les exemples que j'ai rapportés montrent qu'il existe, à côté du diabète, diverses altéra-

tions de la fonction glycorégulatrice, tenant à l'état du système nerveux des glandes endocrines, des reins et surtout du foie, qui se distinguent nettement du diabète au point de vue de leur évolution.

« Dans le diabète, le trouble glycorégulateur est plus intense ; il est permanent et même, dans les formes graves, il est progressif ; il s'associe à des troubles du métabolisme des albumines et des graisses dans les formes graves.

« Dans les glycosuries non diabétiques, le trouble de la glycorégulation est plus modéré ; il est transitoire et le plus souvent curable ; il n'a pas de tendance à l'évolution progressive ; et quand il est associé à un trouble du métabolisme des albumines et des graisses, ce dernier est beaucoup moins intense qu'au cours des diabètes graves.

« La thérapeutique de ces glycosuries non diabétiques est très différente de celle qu'on oppose au diabète. Ici, le régime de réduction hydrocarbonée n'est plus indiqué ; souvent même, dans les glycosuries d'origine hépatiqne, c'est par la suppression de la viande, par la diminution des graisses et par l'institution d'un régime lacto-farineux qu'on arrive le mieux à la guérison.

« On voit donc quel intérêt il y a, en présence de toute glycosurie, principalement chez un sujet jeune, à établir un diagnostic précis. Pour y arriver, on s'appuiera, non seulement sur la clinique, mais sur les recherches de physio-pathologie et en particulier sur le dosage de la glycémie et l'épreuve d'hyperglycémie alimentaire au glycose ; elle seule, dans des cas délicats, nous donne une autorité suffisante pour écarter le diagnostic de diabète, ce qui lui donne une importance capitale en cas de litige dans les assurances sur la vie et en matière de pronostic dans la pathologie infantile ». (*Paris médical*, 5 mai 1923.)

La répercussivité pruritique.

Le grattage d'un point pruritique de la peau provoque chez certains sujets un prurit localisé en un point distant. M. Boulogne a donné à ce phénomène le nom de contre-prurit-réflexe. M. Jourdanat propose de l'appeler répercussivité pruritique. Il a observé sur lui-même que le grattage d'un follicule pileux de la région latérale et inférieure de la cuisse gauche déclanche un prurit localisé au-dessous et en-dedans de l'épine de l'omoplate gauche. De même le grattage de l'extrémité interne du pli fessier gauche localise la répercussivité pruritique en-dedans et à gauche de l'ombilic.

Il en déduit en règle générale que « le prurit « d'un point déterminé de la peau est capable « de provoquer un prurit en une autre région « déterminée et très éloignée de la première ».

Ce réflexe prurito-pruritique est unilatéral, inconstant et individuel. Il s'épuise rapidement, n'apparaît pas immédiatement et se prolonge après la cessation de l'excitation initiale. Il n'est déterminé que par le grattage.

L'auteur, ayant schématiquement défini les voies centripètes et centrifuges de ce réflexe, lui accorde une importance notable dans la séméiologie dermatologique, en même temps qu'il permet d'acquérir sans doute des notions plus précises sur le fonctionnement du sympathique, en pathologie générale.

J'ai constaté plusieurs fois sur moi-même ce phénomène sans en chercher une explication. Je serais enclin à croire qu'il se produit surtout chez les sympathicotoniques. (*Bull. Méd.*, 5 mai 1923.)

L'hydrocèle du nourrisson.

L'hydrocèle vaginale est fréquente chez le nourrisson. On en distingue trois variétés : l'H. d'origine congénitale, par persistance du canal péritonéo-vaginal ; l'H. coïncidant avec la crise génitale, qui se résout généralement spontanément ; l'H. unilatérale irréductible et persistante, succédant parfois à la variété précédente. C'est celle-ci qu'étudient MM. P. Vallery-Radot et Sales, qui présument, à juste titre, qu'une réaction séreuse ne saurait être idiopathique et essentielle, mais procéder d'une lésion de l'organe sous-jacent, le testicule, en l'espèce. Or, cette lésion, à cet âge de la vie, ne semble guère pouvoir ressortir qu'à une seule maladie, la syphilis.

Après en avoir décrit le diagnostic différentiel, ils en arrivent aux conclusions suivantes :

« *La persistance d'une hydrocèle au delà de quatre à cinq semaines, surtout lorsqu'elle est unilatérale et irréductible*, et *l'état du testicule sous-jacent* apprécié après évacuation du liquide (*testicule surtout dur et presque toujours en voie d'atrophie*) doivent particulièrement attirer l'attention. Une telle hydrocèle, avec modification du testicule, ne devra jamais être invoquée seule comme un signe certain d'hérédo-syphilis ; elle devra seulement faire songer à une lésion chronique possible du testicule qui, à cet âge, lorsque la cuti-réaction est plusieurs fois négative, a de grandes chances d'être d'origine syphilitique.

« Enfin son *apparition chez un nourrisson porteur de signes suspects* (grosse rate et anémie, déformation crânienne, crânio-tabès, réseau veineux dilaté) peut être considérée comme un appoint qui n'est pas négligeable pour l'établissement du diagnostic. En présence d'une hydrocèle persistante, nous sommes d'avis de pratiquer une ponction évacuatrice pour s'assurer de l'état du testicule. Cette règle ne com-

porterait qu'une exception : le cas d'une hydrocèle assez abondante pour faire craindre une blessure du testicule au moment de la ponction », (*Presse médicale*, 9 mai 1923.)

Les hématuries chez l'enfant.

Si l'on élimine du groupe des hématuries les écoulements de sang qui proviennent de l'urèthre, du vagin ou de l'utérus, si l'on met hors de cause les hématuries d'origine vésicale (cystite cantharidienne, gonococcique, tuberculeuse, calculeuse, cancéreuse), rares, il ne reste à envisager, selon le professeur Nobécourt, que deux grandes variétés de pissement de sang : les hématuries rénales par néphrite, les hématuries rénales simples.

Les néphrites hématuriques, qui peuvent être simples, ou avec rétention hydro-chlorurée, ou combinées (rétention chlorurée et azotée) ou avec rétention azotée seule, sont suraiguës, aiguës, subaiguës et chroniques. Elles reconnaissent pour cause : les infections du pharynx' les maladies infectieuses (scarlatine, érysipèle' pneumococcie, grippe), l'intoxication cantharidienne, phéniquée, les affections cutanées, le purpura, la tuberculose, celle-ci très discutable.

Les hématuries simples sont dues à un traumatisme de la région lombaire, aux formes hémorragiques des maladies infectieuses, à la tuberculose rénale, à la lithiase rénale, à un néoplasme du rein.

Il en est une catégorie dans laquelle le pissement de sang est secondaire et apparaît au cours d'un processus général tel que le purpura, la maladie de Barlow, l'hémophilie.

Enfin, certaines hématuries, de cause inconnue, sont dites essentielles. Elles sont provoquées par la marche, par la station debout (orthostatique). On a décrit des hématuries cycliques, familiales, héréditaires....

Le pronostic des hématuries de l'enfant est rarement grave, réserve faite de l'affaiblissement et de l'anémie qui peuvent succéder à des pertes sanguines répétées.

Le traitement sera étiologique et symptomatique. Ce dernier comporte le repos au lit, le régime lacté ou lacto-végétarien, les ventouses sèches ou scarifiées sur la région lombaire, les bains tièdes, l'ergotine, le tannin, l'extrait de feuilles de noyer, la térébenthine. On ne négligera pas de traiter en même temps l'état général. (*Journ. des Prat.*, 5 mai 1923.)

G. D.

Traitement des manifestations respiratoires de la grippe.

D'une leçon faite par le prof. Cassaet nous extrayons quelques considérations sur le traitement des complications respiratoires.

Toutes, si elles sont graves, sont justiciables des injections intra-veineuses de bi-chlorhydrate neutre de quinine. On injecte une fois par jour, deux fois et plus dans les formes très sévères, 5 centimètres cubes d'une solution de ce produit à dix centigrammes par cc. d'eau.

Les injections seront poussées avec une extrême lenteur après que deux ou trois centimètres cubes de sang auront été aspirés dans la seringue.

Ces injections n'offrent aucun danger. Bien entendu, on tiendra compte des susceptibilités particulières et, chez les cardiaques par exemple, on aura recours à des injections intra-musculaires répétées après quelques injections intra-veineuses. Celles-ci peuvent provoquer, en effet, un petit endolorissement de l'endo-veine suivi parfois d'une sorte d'étonnement cardiaque qui ne dure que 4 ou 5 révolutions cardiaques. Le cœur peut alors se ralentir légèrement et la respiration peut devenir moins ample. Mais cette incertitude passée, les choses reprennent leur cours normal.

Par ailleurs, il faudra adjoindre à la quinine toutes les médications cardio-toniques, expectorantes, révulsives (mais pas de vésicatoires) ou substitutives, comme les abcès de fixation. Mais on ne fera pas de strychnine en même temps que le traitement à la quinine. (*Gazette des Sc. méd. de Bordeaux*, 17 juin 1923.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la réglementation de la profession de sage-femme.

(M. Doléris. — *Académie de médecine* ; 26-6 1923.)

Continuation de la discussion du rapport de M. Bar sur la règlementation de la profession de sage-femme.

M. Doléris montre que deux faits sont à ce sujet difficiles à concilier : la pénurie de sages-femmes dans les campagnes et la pénurie du recrutement dans les maternités de province. Et cependant, il faudrait fortifier la culture générale des élèves sages-femmes. C'est sans doute par une meilleure rémunération que l'on parviendra au but souhaité.

Microbes associés et bacilles de Koch dans la tuberculose pulmonaire.

(MM. Maurice Letulle et P. Halbron. — *Académie de médecine* ; 5-6 1923.)

MM. Letulle et Halbron reviennent sur une question qu'ils ont étudiée déjà il y a dix-sept ans : le

rôle des microbes associés au bacille de Koch dans la tuberculose pulmonaire.

S'appuyant sur de nombreuses coupes de poumon tuberculeux, les auteurs montrent que les masses caséeuses bacillifères, tant qu'elles restent compactes, sèches et friables, en un mot tant qu'elles ne sont pas « ramollies », ne renferment pas de microbes autres que le bacille tuberculeux.

Le ramollissement est une fonte suppurative dont le mécanisme ressortit à trois phénomènes constants et successifs : une prolifération intensive des bacilles tuberculeux, un afflux de polynucléaires et l'apparition des microbes associés, hôtes habituels de nos voies aériennes. L'élément essentiel de cette transformation, le *primum movens*, reste la pullulation des bacilles de Koch.

En résumé, les microbes associés ne joueraient dans la tuberculose pulmonaire, dans les processus ulcératifs de celle-ci, qu'un rôle accessoire, épisodique. Ils ne semblent être que des saprophytes, ou tout au moins des agents d'infection banale, sans influence sur la marche générale de la tuberculose du poumon.

Sur les injections intra-cardiaques.

(MM. Kémal Djénab et A. Mouchet, de Constantinople. — *Académie de médecine* ; 26-6 1923.)

Après la thérapeutique par les injections sous-cutanées, intra-musculaires et intra-veineuses, aurons-nous une thérapeutique par les injections intra-cardiaques ? Le médicament introduit dans la veine a plus d'activité que le même médicament injecté sous la peau. Injecté directement dans une artère, dans le cœur lui-même, c'est-à-dire au centre de la circulation, il donnera — du moins on peut le supposer — des résultats meilleurs encore.

Nous avons déjà parlé de certaines tentatives de thérapeutique par injections intra-artérielles. Le traitement par les injections directes dans les cavités cardiaques a été également essayé par plusieurs cliniciens, par Winter (1905), Blan, Crile, Schultze (1921). Schultze, chez un enfant atteint de pneumonie avec collapsus cardiaque, n'a pas hésité à pratiquer jusqu'à quinze injections intra-cardiaques de strophantine. Cet auteur propose les injections intra-cardiaques de novarsénobenzol dans le traitement d'encéphalopathies syphilitiques, pour faire parvenir plus vite le médicament au cerveau.

Les injections intra-cardiaques deviendront-elles d'un susage courant, à l'instar des injections intra-veineuses ? MM. Kémal Djénab et A. Mouchet ont étudié la question au point de vue expérimental, surtout. Ils ont vu, d'abord, que le seul fait de la piqûre du muscle cardiaque, entraîne instantanément une forte chute de la tension, qui s'abaisse (momentanément) d'un quart. D'autre part, dans les conditions habituelles, le fait d'introduire directement un médicament dans les cavités cardiaques ne semble pas augmenter son action. Pour ces raisons et pour d'autres (piqûre possible de la coronaire antérieure, etc.), MM. Djénab et Mouchet ne croient pas à l'avenir de la thérapeutique directe intra-cardiaque, du moins dans les circonstances ordinaires. Par contre cette méthode leur a paru demeurer un moyen de premier ordre, le seul actif, lorsqu'il y a arrêt du cœur. Elle devient ainsi légitime dans la syncope anesthésique, le collapsus hémorrhagique, l'électrocution, l'asphyxie par immersion, etc.

Obstruction du cholédoque par des ascarides.

(M. Le Roy des Barres, d'Hanoï. — *Académie de médecine* ; 26-6 1923.)

M. Le Roy des Barres rapporte un cas de cholécystite avec ictère et obstruction du cholédoque due à la présence d'ascarides. La cholécystectomie suivie de drainage de l'hépatique amena la guérison.

L'inefficacité de la sérothérapie anti-diphtérique par ingestion.

(M. Lesné. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 11-5 1923.)

A propos d'une communication de MM. Carnot et Blamoutier dont nous avons parlé, M. Lesné insiste à nouveau sur l'inefficacité de la sérothérapie antidiphtérique par la voie buccale. On ne doit, dit-il, jamais recourir à cette méthode pour traiter un malade atteint de diphtérie. Les seules voies d'introduction pour obtenir une immunité certaine et efficace sont : la voie sous-cutanée, la voie intra-musculaire et la voie intra-périnéale. L'injection intraveineuse est ici une méthode d'exception à réserver aux cas particulièrement graves.

— M. Comby partage la même opinion sur l'inefficacité du sérum administré par ingestion.

Traitement des hémorroïdes par des injections sclérosantes péri-vasculaires.

(M. R. Bensaude. — *Société médicale des hôpitaux* 11-5 1923.)

Le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes a été mis en œuvre avec trois substances principales : la glycérine phéniquée, l'alcool à 96° et le chlorhydrate double de quinine et d'urée. C'est à ce dernier sel que M. Bensaude a donné la préférence. Il emploie la solution à 5 pour 100 dont il injecte 3 à 5 cent. c. autour de la veine, dans le tissu cellulaire sous-muqueux, au pied même de l'hémorrhoïde. Le malade a soin de prendre, 3 heures avant la piqûre, un lavement, et d'introduire les jours suivants un suppositoire de bismuth, comme protection de la muqueuse. Des précautions antiseptiques sont d'ailleurs indispensables : l'hémorrhoïde à traiter doit être badigeonnée à la teinture d'iode et l'aiguille soigneusement aseptisée. On évite enfin de la mouiller extérieurement avec le liquide, qui est légèrement caustique.

L'injection, faite lentement, n'est pas douloureuse, sauf parfois la première. Le liquide procurant une insensibilisation de plusieurs jours de durée,

pratique lui-même l'anesthésie. Le malade, après une heure de repos, peut rentrer à son domicile.

Six à dix injections (une par semaine) sont généralement nécessaires. Sur 52 cas, M. Bensaude a enregistré 6 récidives d'hémorrhagies et 4 persistances du prolapsus hémorroïdaire, les autres cas étant de guérisons de plus ou moins grande ancienneté. Sans aucune exception, tous les malades traités ont éprouvé un soulagement.

L'auteur conclu que le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes mérite une place à côté des procédés chirurgicaux. Les injections de quinine et d'urée n'exigent ni anesthésie générale ni même locale. Elles n'obligent pas au repos absolu au lit et constituent un traitement ambulatoire. Si elles ne guérissent pas toujours radicalement, elles améliorent constamment. C'est une méthode indolore, qui, entre des mains expérimentées, ne produit aucun accident.

L'action abortive sur l'utérus des arsenicaux.

(MM. Pomaret et Benoit. — *Société médicale des hôpitaux* ; 11-5 1923.)

L'arsenic a donné à divers auteurs (Jeanselme, Bar, Pinard) d'excellents résultats dans le traitement de la syphilis des femmes enceintes Mais, les arsénobenzols ont été accusés aussi de provoquer parfois l'avortement. M. Gougerot rapportait dernièrement deux observations dans lesquelles le novarsénobenzol avait déclenché le travail et entraîné l'accouchement prématuré, par un mécanisme qui lui a paru être une crise nitritoïde viscérale.

MM. Pomaret et Benoit ont fait sur ce sujet des recherches expérimentales chez des animaux femelles gravides. Ils ont vu que les arsenicaux quels qu'ils fussent, même le cacodylate, déterminaient facilement l'avortement chez la lapine, à doses non toxiques. Il leur a semblé, dès lors, que la médication arsenicale devait être appliquée avec une certaine prudence chez les femmes enceintes, c'est-à-dire consister surtout en petites doses fréquemment répétées.

— M. Marcel Pinard qualifie de « légende » l'action abortive des arsenicaux. Il ne faut pas, dit-il, attribuer à l'arsenic ce qui est le fait de la syphilis elle-même (l'avortement) et d'un traitement trop faible. Pour obtenir de bons résultats chez la femme enceinte syphilitique, il faut des doses fortes de novarsenic. Les arsénobenzènes employés dans ces conditions ne sont pas abortifs. L'auteur cite les travaux de Jeanselme, de Bar et Pinard, et ce qu'il observe lui-même à la clinique Baudelocque où il soigne, depuis 1919, dans le service du professeur Couvelaire, les femmes syphilitiques en état de gestation.

— M. Comby, parlant des traitements anti-syphilitiques au Maroc, dit que, là-bas, tous les médecins considèrent les injections intra-veineuses de 914 comme le moyen le plus efficace et le moins dangereux pour prévenir les avortements chez les femmes gravides syphilitiques.

— M. Sézary remarque que M. Pomaret, dans sa communication, a simplement voulu attirer l'attention, après M. Gougerot, sur certaines actions de l'arsenic, sans vouloir priver les femmes enceintes du traitement novarsenical pendant leurs grossesses.

— M. Maurice Renaud ajoute que les observations de M. Pomaret sont probablement d'une explication assez complexe. Elles ne sauraient servir, en aucune manière, pour faire rejeter la médication intra-veineuse par les arsénobenzols à hautes doses, durant la gestation, chez les malades atteintes de syphilis.

Rhumatisme chronique syphilitique.

(MM. Dufour, Duchon et Durand. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-5 1923.)

MM. Dufour, Duchon et Paul Durand ont observé un cas de rhumatisme chronique déformant polyarticulaire qui a été très amélioré par le traitement bismuthé. Cette observation vient à l'appui de l'opinion qui admet la nature syphilitique de certains rhumatismes chroniques.

Crises de sommeil d'origine anaphylactique.

(M. Et. May. — *Société médicale des hôpitaux* ; 11-5 1923.)

M. May a soigné une malade, ancienne migraineuse atteinte de crises de sommeil, qui vit ses accidents de somnolence disparaître après traitement par la peptone, faisant supposer des troubles d'origine anaphylactique. L'auteur pense que la somnolence prandiale, qui envahit certains sujets après les repas, est souvent très améliorée par les cachets de peptone pris à jeun.

Traitement de la syphilis au Maroc.

(M. J. Comby. — *Société médicale des hôpitaux* ; 18-5 1923.)

La syphilis, dit M. Comby, est particulièrement fréquente au Maroc. Certains médecins parlent d'une proportion de 80 et 90 p. 100 de la population. Si presque tous les Marocains, ou au moins la moitié, sont syphilitiques, on conçoit toute l'importance de la thérapeutique spécifique dans ce pays. Pendant la guerre, des dispensaires antisyphilitiques ont été créés au Maroc, par M. Leredde, puis par M. Lacapère, et ils se sont, depuis, développés. La méthode de traitement qui est employée est l'injection intraveineuse arsenicale.

— M. Queyrat donne à ce propos sa statistique encourageante des injections arsenicales. En 13 ans, il a pratiqué ou fait pratiquer plus de 500.000 injections intra-veineuses de 606, avec 3 décès seulement. Le traitement mercuriel fait courir, lui aussi, des risques. M. Queyrat a observé, après traitement par le proto-iodure et le benzoate de mercure, deux cas d'érythrodermie généralisée graves, dont l'un terminé par la mort. P. L.

Les Livres

IMPRIMERIE PERÉ, Bagnères,

Dr Frank DUPRAT. — **Guide pratique du baigneur et du touriste à Bagnères-de-Bigorre.** Un volume de 70 pages. *Prix* : *2 fr. 50.*

SOCIÉTÉ DE CHATEL-GUYON, 6, square de l'Opéra, Paris.

Châtel-Guyon. Ses eaux. Sa doctrine scientifique. Ses indications. Luxueuse plaquette illustrée, publiée par la Société des médecins de Châtel-Guyon.

VIGOT FRÈRES, Paris.

Dr SANJURJO D'ARELLANO. **Le cycle de la blennorrhagie. Son traitement**, par *le phybol*. Prix : 2 fr.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE, 26, rue Jacob, Paris (VIe).

Louis BRECHEMIN. — **Palmipèdes et lapins.** Un volume 13 × 19, de 348 pages, illustré de 92 gravures. Broché : 6 francs. Franco : 6 fr. 75.

Georges COUANON, inspecteur général honoraire de la Viticulture. — **Le Bon Vigneron (art de cultiver la vigne, de faire le vin, et d'obtenir des raisins de table).** Un volume de la Nouvelle Bibliothèque du Cultivateur de 164 pages 12,5 × 19,5, avec illustrations. Prix : 4 fr. 50 ; franco : 5 fr.

Armand BOUAT. — **L'Agriculture commercialisée.** Un volume de 358 pages, 13 × 18, avec illustrations. Prix : 7 fr. 50.

Editions de la *Semaine dentaire*, Paris, 12, rue de Hanovre.

A. ROULAND, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris. **Les études dentaires en France.** (Recueil et commentaires de lois, décrets, arrêtés et documents divers, utiles aux étudiants en chirurgie dentaire et aux praticiens.)

OFFICE DE VULGARISATION PHARMACEUTIQUE, 5, rue de Tracy, Paris.

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, VIDAL et DAREAU. Edition 1923, aide-mémoire portatif, format 145 × 80 comprenant :

1° *Table pour indications thérapeutiques* des spécialités figurant au dictionnaire, facilitant la recherche du produit le mieux approprié au cas donné.

2° Dictionnaire donnant tous les renseignements essentiels (composition, formule, posologie, etc.), qui permettent la prescription d'une spécialité sans erreur.

3° *Nomenclature* purement nominale de toutes les spécialités pharmaceutiques médicales avec nom et adresse du fabricant.

Les Thèses

P. — Dr P. GIRAND. — **Stérilisation de la syphilis chez le nouveau-né et le nourrisson hérédo-syphilitiques.** (A. Maloine et fils, éditeurs, Paris.)

D'une façon systématique au début de toute gestation et plus particulièrement en présence d'une gestation anormale dans son évolution et dans ses suites, tout médecin devra penser à rechercher la syphilis. Tous les signes de syphilis acquise et tous les stigmates de syphilis héréditaire seront minutieusement relevés, et l'examen du sang pratiqué au même titre que l'examen d'urine, en employant les deux méthodes de Bordet-Gengou-Wassermann et Hecht, chez les deux procréateurs.

Le traitement pendant la gestation ne suffit pas, il est indispensable de le poursuivre systématiquement sur l'enfant dès sa naissance ; il sera continué pendant un an et demi au moins, par des séries successives et progressives de médicaments arsenicaux, (séries de dix injections, les 4 premières piqûres se pratiquant tous les trois ou quatre jours, les suivantes une fois par semaine).

Entre chaque série, on laissera un repos de vingt et un jours, devant être très rapprochées pour obtenir un résultat. Un examen sérologique sera pratiqué après chaque série ; le sang sera prélevé de préférence par la voie intraveineuse pour permettre à la fois de vérifier l'évolution de la maladie, l'efficacité du traitement et d'en fixer la durée.

En principe, il faudra toujours faire au moins une ou deux séries supplémentaires après le premier examen sérologique négatif obtenu. Si plusieurs examens sérologiques sont négatifs, avant de cesser le traitement, il sera nécessaire de faire après une longue période passée sans traitement arsenical, une réactivation et de terminer par un examen très sévère du liquide céphalo-rachidien.

La répétition des contrôles cliniques sérologiques, céphalo-rachidiens, par tous les moyens d'investigation actuellement connus, poursuivis longtemps, permettront de constater si la stérilisation de l'enfant a été obtenue, stérilisation possible d'après les résultats déjà obtenus.

P. — Dr Maurice ADRIAN. — **Les Chamberlen.** (Imprimerie Levacher, Paris.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

UN JOLI CADEAU A FAIRE AU CORPS MÉDICAL

L'ordre des médecins.

Voici un nouveau document relatif à la création d'un Ordre des Médecins. Je l'emprunte à la *Revue moderne de médecine et de chirurgie* (juin 1923). Il est dû à M. Maurice PÉRAIRE, le chirurgien bien connu.

Projet d'articles pour l'Ordre des Médecins

Il est avéré que les avocats, les magistrats, les avoués et les notaires ont des règles tout à fait strictes, destinées à sauvegarder à la fois leurs intérêts et leur honneur professionnel. Y a-t-il chez les médecins quoi que ce soit d'analogue ? Non. A part les syndicats, les conseils de famille syndicaux ou les tribunaux de droit commun, rien n'existe. Les événements qui viennent récemment de se produire à Marseille et à Versailles, montrent la nécessité absolue d'un tribunal d'honneur, analogue à l'ordre des avocats.

Donc, la question de l'ordre des médecins doit, au plus haut degré, nous intéresser tous, médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Il me paraît très facile d'établir en quelques articles un projet de loi qui réglementerait l'ordre.

Article premier. — Tous les médecins pourvus d'un diplôme régulier sont justiciables d'un conseil de l'ordre élu dans les conditions suivantes :

Art, 2. — Les médecins d'un arrondissement élisent chaque année, au scrutin de liste, ceux de leurs collègues qui devront faire partie du conseil de l'ordre, Le nombre de ceux-ci est proportionnel au nombre des médecins inscrits dans l'arrondissement dans la proportion suivante : 1 médecin élu pour 100 médecins inscrits dans l'arrondissement.

Art. 3. — Le conseil de l'Ordre juge les atteintes portées à la dignité de la profession qui lui seront déférées par une plainte ou qui seraient parvenues à sa connaissance.

Art. 4. — Le médecin incriminé, convoqué par lettre recommandée et entendu en ses explications, après enquête par un membre du conseil de l'Ordre, peut se voir infliger les sanctions suivantes par le conseil lui-même :

Avertissement.

Blâme avec ou non affichage public.

Interdiction temporaire pendant un an au maximum, avec ou non affichage public.

Radiation, avec ou non affichage.

Art. 5. — *L'appel* est porté devant la Cour d'appel qui statue en Chambre du conseil, après avoir entendu le médecin qui peut se faire assister, soit devant le conseil de l'Ordre, soit devant la Cour d'appel, par un de ses collègues ou par un avocat instruit.

L'appel est suspensif. Il doit être formé dans les dix jours de la signification par huissier de la décision du conseil de l'Ordre.

L'appel peut être fait par lettre recommandée au secrétariat du conseil de l'Ordre ou au greffe de la Cour d'appel.

Le pourvoi en cassation est recevable pour excès de pouvoir ou vice de forme. Ce pourvoi doit être formé au greffe de la Cour d'appel dans les dix jours de la décision de la Cour signifiée par huissier.

Ce pourvoi est suspensif.

Art. 6. — Un réglement d'administration publique fixera la composition du conseil de l'Ordre :

Age, minimum des membres du conseil, durée de l'exercice de la profession, pour être électeur ou devenir éligible, réunions de ce conseil, mode de votation, élection d'un président, tenue du registre des délibérations, établissement d'un secrétariat, cotisations et toutes autres mesures destinées à assurer le fonctionnement du conseil de l'oOrdre.

Dr Maurice PÉRAIRE.

Passons, si vous le voulez bien, sur le renouvellement de la comparaison spécieuse et inexistante que l'auteur établit entre la profession médicale d'une part, et celle des avocats, magistrats, avoués, notaires, etc., d'autre part. Un large fossé sépare la première de toutes les autres ; les conditions dans lesquelles elles s'exercent sont complètement différentes, comme est différent leur objet. Aucune assimilation n'est possible entre elles, et c'est faire fausse route, à mon avis, que de vouloir leur appliquer indistinctement des règles analogues.

Ceci dit, le projet de M. Péraire est d'une simplicité touchante. Il semble au premier abord que rien ne soit plus facile que de le mettre à exécution.

Il comporte cependant une lacune très grave qui suffit à le ruiner de fond en comble, d'autant plus que je vois difficilement comment on pourrait la combler.

« Le Conseil de l'Ordre juge les *atteintes portées*

à la dignité de la profession... » C'est vite énoncé ... Malheureusement, notoirement insuffisant. Il importerait de définir nettement quelles sont ces atteintes à la dignité de la profession.

S'agit-il des évènements qui viennent de se produire à Marseille et ailleurs ? Mais ce sont là, fautes de droit commun, justiciables d'un Tribunal de droit commun ; et c'est bien, en effet, à une juridiction de ce genre qu'elles sont déférées. M. Péraire n'espère pas pourtant qu'un vol, une escroquerie, un abus de confiance, commis par un médecin, pourront être jugés par des magistrats exceptionnels ? Ce serait le renversement de toute notre armature judiciaire. Jamais un Parlement ne consentira à l'effectuer.

S'agit-il de fautes commises contre les règles de la déontologie ? Alors, je demande à l'honorable auteur d'élaborer un Code professionnel nettement défini, *et susceptible d'être appliqué sur tout le territoire.* C'est là que je l'attends. Que des médecins se réunissent pour arrêter entre eux certaines règles qu'ils s'engagent à ne pas violer ; c'est parfaitement légitime. Mais cet engagement ne vaut que pour ceux qui l'ont contracté et signé. Ce n'est que pour eux qu'il a force de loi. Les conventions, édicte notre droit, font la loi des parties, et seulement de celles-ci. Elles ne sauraient jouer envers d'autres parties non contractantes, et les sanctions qu'elles comportent, si elles peuvent être appliquées occasionnellement à des étrangers à ces conventions, n'ont qu'une portée strictement limitée à une rupture de relations générales.

Un médecin accepte une rémunération forfaitaire pour monopoliser entre ses mains le service médical d'une usine, d'une mutualité, etc. C'est une faute anti-déontologique aux yeux d'un grand nombre de Syndicats. De quelle pénalité la frapperez-vous, qu'une Cour d'Appel, saisie secondairement, confirmera ?

Un autre pratique délibérément des tarifs sensiblement inférieurs à ceux qui ont été établis dans sa région. C'est une autre faute anti-déontologique. En dehors de sa mise à l'index par ses confrères, que pourrez-vous lui infliger comme punition, qu'une juridiction supérieure maintiendra ?

Un autre encore se fait connaître du public par des annonces d'un goût plus ou moins douteux dans les journaux profanes, par voie d'affiches tapageuses, par prospectus, tracts, etc. Faute encore contre la correction professionnelle, selon notre morale particulière. Mais, en dehors d'une rupture complète de relations, comment atteindrez-vous cette faute, et au nom de quels articles d'un Code, présent ou futur, une juridiction du second degré approuvera-t-elle une sanction plus grave que la précédente, prononcée par le Conseil de l'Ordre ?

Un autre enfin, se souciant fort peu des principes généraux auxquels se soumettent la plupart d'entre nous, se rend à tous les appels des malades, quels qu'ils soient, sans se préoccuper de savoir si, parmi eux, il n'en est pas qui soient en cours de traitement, entre les mains d'un autre confrère. Faute contre la déontologie. Et je réédite ma question : pensez-vous qu'une Cour d'appel, faisant seulement état de la liberté de choisir son médecin que nous réclamons pour tout malade, ce qui comporte implicitement pour lui le droit d'en changer comme il lui plaît, — pensez-vous qu'une Cour d'appel ratifierait une condamnation à une pénalité quelconque, prononcée par le Conseil de l'Ordre ?

Si vous voulez vous donner la peine de réfléchir une minute, sans plus de parti-pris que je n'en ai moi-même, vous reconnaîtrez que votre juridiction d'exception risque de donner ses coups d'épée dans l'eau, et par surcroît, de se couvrir de ridicule.

Toutes les fautes contre la déontologie, dont je viens d'esquisser celles que nous rencontrons fréquemment dans la pratique, procèdent le plus souvent d'un défaut d'éducation. Ceux qui les commettent sont, professionnellement parlant, *mal élevés.* Ce sont gens qu'on évite, avec qui on se garde de frayer. Mais, de là à les pendre haut et court, au figuré, s'entend, il y a une large marge, et notre sévérité ne sera légitime que si elle se cantonne dans les limites des possibilités réalisables.

***

Mais, il ne s'ensuit pas, de ce qui précède et de tout ce que j'ai déjà écrit sur le sujet qui nous occupe, que je me déclare satisfait de l'état de choses actuel. D'accord avec mon ami Bréhier, dont je publiais la lettre il y a quinze jours, je conviens qu'il y a quelque chose à faire, un effort à tenter.

J'en conviens si bien que précédemment, j'avais émis l'idée d'adjoindre à un tribunal composé de magistrats de carrière, un jury chargé, dans les fautes de droit commun, commises par un médecin dans l'exercice de sa profession, de se prononcer sur la culpabilité de l'inculpé, et sur le degré de celle-ci.

On m'objecte que ma propre argumentation contre l'Ordre des médecins, tribunal d'exception, se retourne contre moi, et qu'il n'y aurait pas de raison pour que les architectes, coupables de crimes et délits, ne fussent pas déférés devant une Cour d'assises assistée d'un jury d'architectes, les bouchers de même, etc. Autre renversement de notre armature judiciaire.

D'autre part, je ne suis pas sans être frappé par ce fait que nous ne disposons aujourd'hui d'aucun moyen pour priver du droit d'exercer un

médecin qui serait atteint de certaines formes d'aliénation mentale. C'est ainsi que j'ai connu, dans ma carrière, deux confrères, paralytiques généraux, qui continuèrent à pratiquer longtemps encore, alors qu'ils étaient en pleine période évolutive de leur affection.

A la réflexion, et impressionné par ce que j'ai vu au cours d'un récent séjour en Belgique, je livre au Corps médical les observations et propositions suivantes :

Il existe, en Belgique, des Commissions médicales provinciales et locales, composées de membres nommés par le Roi, pour un terme de six ans, sur une liste double de candidats présentés respectivement par les médecins et pharmaciens civils du ressort, inscrits sur la liste officielle des praticiens la plus récemment publiée (art. 2 de l'arrêté du 31 mai 1880 modifié en 1886, 1888, 1889 et 1895), et diplômés depuis cinq ans au moins. Toutefois, le président et le secrétaire en sont nommés directement par le Roi.

Ces Commissions sont chargées de vérifier et de viser les titres de toute personne qui se fixe dans la province pour y exercer une branche quelconque de l'art de guérir (art. 10). Elles ont la surveillance de tout ce qui intéresse la santé publique dans leur ressort ; elles veillent à l'observation des lois et des règlements qui concernent la police des professions médicales, l'hygiène et la salubrité publiques. Elles signalent aux autorités compétentes toutes les infractions qu'elles constatent aux préceptes de l'hygiène publique, ainsi qu'aux dispositions législatives et réglementaires (art. 15). *Elles donnent, sur toutes les pièces ou affaires concernant l'art de guérir*, la salubrité et l'hygiène publique, *les renseignements qui leur sont demandés par le ministre de l'intérieur, par l'autorité provinciale ou par l'autorité judiciaire* (art. 17).

Ces Commissions peuvent être saisies également des contestations d'honoraires, ainsi qu'il résulte de l'art. 17 d'une circulaire du 31 mai 1895, ainsi conçu :

Les Commissions médicales provinciales sont parfois consultées dans les questions de contestation d'honoraires. Il est de jurisprudence constante que les collèges médicaux ne doivent taxer les états d'honoraires des praticiens que dans les deux cas suivants :

1) S'ils en sont requis par l'autorité judiciaire ou administrative ;

2) Si les deux parties en cause (le praticien, d'une part, le client de l'autre) ont déclaré par écrit au président qu'elles sont d'accord pour accepter l'arbitrage de la Commission. »

Si j'ai bien compris ce que m'a dit l'aimable Dr Van Langendonck, secrétaire de la Commission provinciale du Brabant, à cette heure, les listes de présentation des membres éventuels des Commissions provinciales seraient dressées par les Unions professionnelles, qui sont l'équivalent de nos Syndicats.

Ceci étant, je me demande s'il ne serait pas possible de créer en France une organisation comparable à l'organisation belge, compte tenu de notre législation et de notre mentalité.

Je verrais d'un œil intéressé l'organisation de Commissions, à raison d'une par ressort de Cour d'Appel, dont les membres seraient nommés sur une liste dressée par les Syndicats médicaux du ressort de celle-ci, — quitte à ces Syndicats à se fédérer pour former un ensemble doué d'une certaine homogénéité.

Elles donneraient les renseignements et avis qui leur seraient demandés par les ministères intéressés (intérieur, instruction publique, hygiène), par les autorités régionales (préfecture, université), ou par l'autorité judiciaire.

Dans toutes les poursuites intentées à un médecin pour faute de droit commun commise professionnellement, elles seraient obligatoirement consultées. Elles auraient elles-mêmes l'initiative de provoquer des poursuites dans tous les cas où elles le jugeraient nécessaire.

Elles pourraient connaître, comme en Belgique, de toutes les contestations d'honoraires.

Elles seraient également saisies de toutes les fautes strictement anti-déontologiques qui leur seraient signalées. Elles en apprécieraient la réalité et la gravité, en se basant sur les coutumes locales, ainsi que sur les règlements syndicaux locaux. Elles pourraient prononcer des sanctions, *dont la plus grave serait l'exclusion de tous les services publiques (A. M. G., Inspection des Enfants en bas-âge, inspection des écoles, services hospitaliers, etc.).*

Dans tous les cas qui leur seraient signalés d'*un praticien notoirement insuffisant au point de vue technique par tare mentale* (aliénation, par exemple), elles pourraient convoquer l'intéressé devant un jury de professeurs, médecins des hôpitaux, et même praticiens connus, dans le ressort de la Cour d'Appel, jury chargé de lui faire subir un examen purement clinique. Les épreuves de cet examen consisteraient uniquement dans l'argumentation d'un malade de médecine générale, d'un malade de chirurgie, et d'une gestante ou d'une parturiente, — après une observation de durée suffisante.

Si le jury concluait à une insuffisance manifeste, la Commission médicale proposerait à l'autorité compétente l'exclusion du médecin en cause de tous les services publics, comme précédemment ; et si celui-ci, formellement reconnu comme atteint d'aliénation mentale, constituait ainsi un danger public, la Commission pourrait, à défaut de sa famille, requérir son internement.

Ce sont des idées que je jette un peu hâtivement sur le papier. Elles montreront ma bonne volonté évidente à chercher une solution pratique du problème qui se pose actuellement. Je les livre à la critique des lecteurs du *Concours médical*. Je ne prétends certes pas les imposer. *Mais, je crois qu'elles sont de nature à servir de* base à des recherches et à des discussions, d'où sortira peut-être un projet viable, qui donnera satisfaction au corps médical et à la santé publique, — sans en arriver cependant à un Ordre des médecins, juridiction d'exception, dont je me suis efforcé de montrer les inconvénients et l'inefficacité d'action.

G. Duchesne.

Note pour servir à l'utilisation d'un « Ordre des Médecins »

En parcourant la Revue de la *quinzaine* dans le *Mercure de France* du 1er juillet 23, je tombai sur un article ayant pour titre « Le service médical dans les accidents du travail » (p. 182). On conçoit facilement que mon attention fut attirée sur ce sujet qui m'est plutôt familier. Je le lus donc avec soin.

Je n'y trouvai d'ailleurs rien de nouveau. Ce n'était qu'une diatribe contre certains médecins « spécialistes » en accident du travail qui, que, dont, etc.... vous en connaissez l'antienne — et d'ailleurs, le bien fondé, pour une poignée de confrères indésirables dont nous réprouvons tous les agissements — mais si mal fondée, si injuste, quand on fait mine d'en étendre l'importance de façon démesurée !

J'arrivai vers la fin de l'article qui, jusque-là, ne m'avait apporté qu'un bien médiocre intérêt, quand je dénichai la perle que je me fais un plaisir de faire admirer, même sans écrin, à nos confrères. Voici comment se termine l'article :

« Le seul remède serait d'enlever à l'accidenté, comme on l'a fait au patron, le droit de choisir son médecin. Il suffirait de désigner, dans chaque centre industriel, soit par voie de concours, soit de toute autre façon, des médecins et chirurgiens de diverses spécialités, présentant toutes les garanties de compétence, d'honorabilité et d'impartialité et auxquels les accidentés devraient s'adresser pour bénéficier des dispositions de la loi.

Le futur « Ordre des médecins » devrait bien, pour ses débuts, entreprendre cette œuvre d'assainissement. »

Je passe sur le ... flou, plutôt tendancieux, de la première phrase. On a retiré au patron le droit, non pas de choisir *son* médecin, mais de choisir le médecin d'*un autre*, fût-il son propre ouvrier, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Je passe sur la désignation des médecins, soit par voie de concours, soit «de toute autre façon », ce qui laisse la porte ouverte à toutes les combinaisons financières ou politiques...

Je veux seulement faire remarquer en cette courte note, à quelle sauce on pense déjà assaisonner le pauvre « Ordre des médecins » qui n'avait pourtant pas besoin de ce pavé de l'ours pour s'en aller, malgré la campagne actuelle, retrouver les vieilles lunes....

Allons, réjouissez-vous, confrères « ordristes », voici des adhérents qui vous arrivent. Dans la grande presse et jusque dans les Revues, on s'efforce de vous apporter un empressé concours. On table déjà sur vous pour supprimer le libre choix, puis, par corrollaire, le tarif à la visite, tout ce qui fait partie de notre charte syndicale.... Et vous voudriez que les militants syndicalistes, comme les Troyens de jadis, acceptent en toute confiance, ce nouveau cheval d'Ulysse ? Je vous en prie, laissez-moi répéter simplement le vieux vers, toujours jeune, dans son opportunité....

Timeo Danaos.....

Dr Fernand Decourt.

***

Dédié aux partisans d'un « ordre des médecins » qui croient qu'on pourrait interdire pratiquement à un médecin diplômé l'exercice de la médecine

Cour d'Appel d'Alger

Escroquerie et exercice illégal de la médecine

Le sieur Emile Lequerré, originaire de Lorient, âgé de 40 ans, étudiant en pharmacie au début de la guerre, réussissait, à la suite de la production de fausses pièces, à se faire mobiliser d'abord comme médecin auxiliaire, puis médecin aide-major de 2e classe.

Démobilisé en 1919, Lequerre, usurpant un diplôme de docteur délivré à son frère Paul Lequerré, décédé en 1911, venait en Algérie et, très débrouillard, il sollicitait et parvenait à obtenir le poste de médecin communal, successivement à Nemours, à Bouguirat et à Aïn-el-Arba, où il faisait aussi de la clientèle particulière.

Il menait dès lors bonne vie, roulait automobile, quand un beau jour, les services de l'armée, enquêtant sur lui pour régulariser sa situation de médecin-major à titre temporaire, découvrirent la supercherie.

Traduit devant le tribunal correctionnel d'Oran, Lequerré était poursuivi pour escroquerie et pour exercice illégal de la médecine avec usurpation de titre de docteur.

Cependant, le tribunal écartait le premier chef d'accusation et condamnait Lequerré pour le deuxième chef à 1.000 *francs d'amende avec sursis.*

Sur appel à minima, l'affaire revenait, ces jours derniers, devant la quatrième chambre des appels correctionnels, qui, sur réquisition de M. Norès, avocat général, a condamné Laquerré, à 1.000 *francs d'amende sans sursis.*

(*Echo d'Oran*, 30 juin 1923.)

Commentaires de commentaires

Il s'agit, bien entendu, de l'Ordre des médecins, de la proposition de loi relative à sa création, et des commentaires publiés dans le *Concours médical* du 17 juin à ce sujet. Je serais reconnaissant à ce journal de mettre mes quelques réflexions sous les yeux de ses lecteurs.

« Nous allons commenter *en toute impartialité.* » Ainsi débute l'article du Dr Paul Boudin. La suite ne donnant pas cette impression d'impartialité, j'ai pensé que le syndicalisme médical étant un peu l'enfant du *Concours*, il était naturel que celui-ci le défendît âprement contre un Ordre qui serait évidemment une organisation professionnelle un peu différente. Amour-propre d'auteur en somme très légitime. Qu'il soit permis à ceux, qui n'ont pas les mêmes raisons de voir les choses sous ce jour, de s'étonner de certains arguments. Voyons-les.

« Parmi l'élite intellectuelle du pays, presque seuls, les médecins sont isolés et divisés, ne formant pas *véritablement un corps médical.* » Longuement vous critiquez cette phrase de la proposition de loi. Toute une colonne durant, vous démontrez que le corps médical existe. Mais vous affirmez que sur 24.000 médecins, 16.000 seulement sont syndiqués. Donc le corps médical est divisé, comme le constatent les parlementaires, et toutes les démarches, par vous signalées, sont faites au nom des 2/3 des médecins, non pas au nom du corps médical. Ceci ne peut être nié. Déplorez-le ; déplorons-le et, pour que nos regrets ne soient pas stériles, souhaitons un *véritable* corps médical, un Ordre des médecins, comprenant tous les médecins. Nous ne serons plus alors divisés en syndiqués et non syndiqués ; la puissance de notre association en sera triplée. Est-il d'ailleurs très à propos de vouloir démontrer la puissance des syndicats au lendemain des affaires de Marseille et du procès retentissant d'Evreux ? Il est permis de chercher mieux.

Vous demandez un enseignement déontologique ? Parfait, je suis de votre avis. Mais avant d'enseigner la déontologie, n'y aurait-il pas lieu de définir quel est le bien quel est le mal de faire un code déontologique ? C'est impossible, dites-vous à la fin de l'article. Qu'enseignerez-vous donc alors ? Nous verrons tout à l'heure que ce code peut être fait, qu'il est même fait. Quand il sera promulgué, il sera temps de parler de l'enseigner.

Il est probablement inutile de comparer notre profession à celles de notaire d'avocat. Mais ceci m'amène à votre phrase : « Au contraire, le médecin exerce dans le silence du cabinet.... Comment l'empêcher de pratiquer, alors qu'il nous est presque impossible d'empêcher l'exercice illégal ? » Ceci fait évidemment allusion à l'interdiction d'exercer que pourrait prononcer le Conseil de l'Ordre contre un médecin indigne. Sur ce point, il ne faut pas confondre deux questions. Personne ne conteste qu'il soit normal que nous expulsions un médecin indigne de notre corps. Mais certains disent : « Vous ne pourrez pas l'empêcher d'exercer. »

La question pour nous n'est pas de savoir comment on doit réprimer l'exercice illégal de la médecine, mais de savoir comment on pourrait épurer notre corps en chassant les indignes. Je précise : une fois la radiation d'un confrère prononcée, et publiée, le puni ne sera plus le docteur X mais monsieur X. S'il commet alors une malpropreté, peu nous importe à nous médecins ; et la presse n'aura pas à publier aux quatre coins de France : « Le docteur X arrêté. » Un monsieur chassé de notre corps ne pourra plus, par sa conduite, salir ceux qui furent ses confrères. Qu'il gagne de l'argent, qu'il en extorque ; nous n'empêcherons jamais cela. Je crois certain cependant qu'une certaine clientèle sera perdue pour lui, le jour où il sera obligé de supprimer son titre de docteur en médecine. Mais, admettons un instant qu'au point de vue gain la situation soit la même, que ce monsieur X soit rayé d'un Ordre, rejeté d'un syndicat ou qu'aucune sanction n'ait été prise. Pour nous, ses confrères, pour la réputation du corps médical, pour la gravité du scandale aux yeux du public, il y a une grosse différence dans ces trois cas. Dans le dernier, on rejette la faute sur les médecins, et dans le coupable on ne voit qu'une qualité : « c'est un médecin. » S'il a été rejeté d'un syndicat, on ne parle pas, dans le public, de cette circonstance : Monsieur X est resté médecin, et les gens ne s'occupent pas de savoir s'il était syndiqué ou non. Au contraire, dans le premier cas, Monsieur X, qui avait été rayé de l'Ordre des médecins et à qui on avait enlevé le diplôme de docteur en médecine (seul fait qui frappe les clients) a été arrêté. Qui ne voit la différence ? Quel rapport peut exister entre un guérisseur et nous ? La question argent n'est donc pas tout. Ne considérons pas seulement ce que peut toucher tel ou tel, mais si sa mauvaise réputation ne nous atteint pas.

« Comment encore permettre au médecin de présenter sa propre défense, lié qu'il est par le secret professionnel ? » demandez-vous. Comment se défend-il devant les tribunaux ? Ne pourrait-il pas le faire aussi bien devant ses pairs ? Ceux-ci ne comprendraient-ils pas, mieux que des magistrats, certains silences ? Ne pourraient-ils pas même, si cela devenait nécessaire, soutenir ce silence avec autorité et puissance ? On a toujours l'air de penser que les Conseils de l'Ordre seraient composés de cupides médecins visant comme but de supprimer un confrère gênant. Cette hypothèse n'est guère permise, ce me semble, puisque les membres des Conseils seront nommés par les médecins et que tout le monde s'accorde à reconnaître la parfaite tenue et la solide honnêteté de la grande majorité du corps médical.

J'arrive à votre stupéfaction devant cette phrase : « L'art médical, bien qu'ayant fait des progrès immenses, n'est pas encore une science ». Il n'y a pas de quoi stupéfier un médecin, car si la médecine utilise chaque jour quelques sciences, on ne peut

vraiment pas affirmer qu'elle soit une science. Laissons en tous cas cette discussion à d'autres et admirons la prudence des législateurs qui ne se paraissent pas du tout ignorants des choses de la médecine. J'en fais juge les lecteurs : « ....n'est pas encore une science : des idées très dissemblables peuvent avoir cours, par exemple, en matière de traitement. Il s'en suit que les tribunaux de droit commun ne peuvent, en premier ressort, juger sainement des différends médicaux. »

Tout ceci n'est-il pas rigoureusement exact ? Ne voit-on pas que ce n'est point à nous de blâmer pareil langage ? Les intérêts professionnels ne sont pas entourés d'ordinaire de tels ménagements de la part des parlementaires, surtout quand ces intérêts ne touchent qu'un petit nombre d'électeurs. Parfaitement, l'expérience prouve que les magistrats ne devraient pas juger des questions médicales. Cela revient à un Ordre qui seul, aurait la compétence et l'influence nécessaires.

« Quant au scandale des carnets, écrivez-vous, il n'aurait pas existé si..... » Personne n'en sait rien. Il existe. Des médecins furent compromis. S'ils sont condamnés, ils resteront nos confrères, et, dans quelques années, ils exerceront à nouveau la médecine. Logique !

Passons sur certaines critiques d'importance secondaire, et arrivons de suite au code déontologique. J'ai noté plus haut la contradiction évidente qui existe à vouloir l'enseignement déontologique et à croire impossible de codifier la déontologie. Pourquoi d'ailleurs n'est-on jamais parvenu à établir ce code ? Parce que cette question ne fut agitée qu'en Congrès. Un conseil de l'Ordre pourrait travailler un peu mieux et plus vite. Les membres seraient moins nombreux et le nombre est ennemi de l'acte, ennemi de l'union. Le code de déontologie ! Est-ce si énorme comme travail ? Mais, il existe ce code, et les règles établies par des médecins dont tout le monde reconnaît la parfaite droiture et la compétence en cette matière, les régles, telles qu'elles sont exposées par les docteurs Le Gendre et Ribadeau-Dumas dans un volume récent, sont assez nettes, assez précises , et pourtant assez larges, pour que nous puissions tous nous y conformer. Comme il serait simple d'admettre quelques variantes régionales ! Un grand pas serait fait si ces régles étaient promulguées, admises, enseignées et imposées.

J'arrive au passage de l'article du *Concours* qui m'a le plus surpris. Le voici intégralement :

« *Ici, est licite, pour un docteur, d'apposer à sa porte, ou à l'entrée de l'immeuble qu'il habite, une plaque indiquant son nom et ses titres. Ailleurs, ce fait est considéré comme réclame de mauvais aloi.* Ici, les tournées médicales à jour fixe, dans les campagnes et localités isolées sont autorisées ; ailleurs, sévèrement interdites. Ici, toute *ristourne, dichotomie, partage quelconque est honni* ; ailleurs, il est toléré de remercier, par un cadeau en nature, un bon dîner suivi d'une soirée à l'Opéra, ou autre lieu de plaisir, une invitation à une partie de chasse, etc., etc. ? Où commence la ristourne ?

Et la publicité par cartes envoyées à de nombreux clients, au jour de l'an, *les complaisances pour les concierges, à quel point sont-elles répréhensibles ?* Et les soins gratuits aux pharmaciens, ou même entre confrères ? ? ?

Faut-il interdire les grands panneaux qui, à la porte des hôpitaux , indiquent, en gros caractères, les noms des chefs de service ? Certains y voient une publicité aussi répréhensible que le fait, employé par les médecins suisses, de faire paraître un avis, dans les journaux politiques, indiquant leur départ, ou leur retour de vacances. »

Peut-on juger bien solides de pareils arguments ? J'y vois surtout une tentative de tourner en dérision une idée, qui peut être discutée certes, mais ne mérite pas qu'on la ridiculise. Je m'étonne que dans une maison où l'on se réclame du syndicalisme, ce milieu où les jeunes, paraît-il, doivent apprendre les devoirs déontologiques, on soit si peu fixé sur ces devoirs. Où commence la ristourne ? mais, dites-le, mon cher confrère, au lieu de laisser croire que cela dépend du point de vue de chacun. Ne craignez pas de vous en tenir trop éloignés. Mais n'allez pas mettre certaines futilités sur le même pied que des indélicatesses. A qui ferez-vous croire qu'il est de mauvais aloi de mettre à sa porte une plaque avec son nom et ses titres ? Pourquoi mettre dans le même sac les soins gratuits aux confrères (cette délicatesse ?) et les complaisances aux concierges, ce que je ne qualifie pas ? Si c'est cela l'école de déontologie recommandée par un très honorable confrère, permettez-nous de chercher ailleurs. En attendant, je suivrai les règles si nettement tracées dans le volume, signalé plus haut, et où je ne trouve pas précisément le même ton d'ironie et de doute pour traiter des questions qui réclament plutôt de la gravité.

A la fin de l'article, l'auteur revient sur les poursuites en exercice illégal, poursuites illusoires. Je répète donc : il vaut mieux voir un dégradé médical se lancer dans l'exercice illégal, que de le garder parmi nous. Aucun de ses actes ne pourra nous salir alors ; nous n'aurons plus rien de commun. A la justice de faire son devoir comme nous aurons fait le nôtre.

Je conclus donc à la nécessité d'un Ordre des médecins. Tenant à me mettre d'accord avec le Dr Paul Boudin sur un point au moins, je déplore avec lui que pendant la moitié de la législature, les parlementaires ne s'occupent que de réélection, ne s'intéressent qu'à des questions oiseuses de politique de parti et se moquent des intérêts professionnels. Espérons que, dans des jours meilleurs, les intérêts des professions trouveront une représentation un peu plus logique, plus effective, plus sérieuse, plus compétente.... Mais vous allez me traiter d'utopiste.

Dr Jean BOULLARD.

Réponse.

Un simple mot pour rassurer notre confrère : le *Concours médical* est une tribune libre, largement ouverte à toutes les opinions et aucun des membres du Conseil de Direction du journal n'entend imposer ses propres conceptions aux lecteurs.

Mais, si l'unanimité des dirigeants du *Concours* est hostile, par expérience, à un Ordre des médecins, c'est qu'ils ont vécu cette question, depuis de longues années ; rien n'est nouveau sous le soleil.

Qu'il me soit permis, personnellement, de me méfier de la justice des hommes, quels que soient ces hommes, et je cite un passage de la thèse de doctorat en droit de Prunier (La condition juridique des médecins, Paris, 1904), qui déclare (page 382) : « Nous n'en voulons comme exem« ple que ce qui se passe au Palais de Justice, « où nonobstant le conseil de discipline et ses ri« gueurs, les règles du barreau sont sans cesse « méconnues, où le racolage se pratique journel« lement et où les combinaisons aussi douteuses « que la dichotomie sont toujours florissantes ».

J'ai reproduit ce passage dans ma propre thèse de doctorat en Droit, et, pour la seconde fois, la Faculté de Droit a ainsi laissé passer ce réquisitoire.

D'ailleurs, demandez aux jeunes avocats ce qu'ils pensent des brimades professionnelles que leur infligent leurs anciens, sous le couvert des règles imprécises, élastiques d'un Code de déontologie ! Que de fois n'ai-je entendu ces jeunes me dire : « Les règles professionnelles de notre Conseil de l'Ordre ont été faites au profit des anciens de la profession, qui nous appliquent l'interprétation de ces règles, au détriment des jeunes, qui voudraient bien se grouper « en syndicats, ou associations, pour se défendre contre les anciens ».

J'ajouterai enfin qu'il ne faut pas confondre le titre de docteur en médecine avec celui de médecin.

Mes deux diplômes de docteur en médecine et de docteur en droit, personne ne peut me les reprendre, car je les obtenus, dans les formes légales, après examens probatoires. Je resterai donc, ma vie durant, avec le droit de signer « docteur Paul Boudin ».

Ne serais-je que titulaire du diplôme de docteur en droit, que je pourrais également signer « docteur ..... », car, si l'habitude, en France, veut que le vocable de docteur soit synonyme de médecin, il n'en est pas de même ailleurs, où tout docteur ès sciences, en droit, etc., peut signer docteur X.

Or, cet usage n'est consacré, en France, par aucun texte législatif, ou réglementaire. Allant même plus loin, la Cour de Cassation a jugé que l'usurpation du titre de docteur en Droit n'était pas punissable !

On pourra donc simplement essayer de m'interdire le droit d'exercer la médecine, mais on ne saurait, par mesure disciplinaire, me retirer mes titres scientifiques.

C'est ainsi que, parce que j'exerce la médecine, je suis obligé de m'incliner devant les règles du Conseil de l'Ordre du Barreau de Paris, qui ne me permettent pas de me faire inscrire à la Cour d'appel comme avocat (interdiction que, pour ma part, je n'ai jamais comprise) : je n'en reste pas moins docteur en droit.

C'est parce que les uns et les autres, au *Concours*, nous vivons tout à côté des avocats, à cause des nombreuses questions juridiques et procès, confiés au « Sou médical », que nous répétons, avec le fabuliste : « Ce bloc enfariné ne nous dit rien qui vaille ».

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

XIIIe Congrès de la mutualité,

(*Lyon, Juin* 1923.)

Mon ami Vimont me laisse la charge de donner la philosophie de ce Congrès national de la Mutualité, auquel nous venons de participer comme délégués de la Mutualité familiale du Corps médical français.

Je puis de suite établir une différence certaine entre les trois Congrès nationaux mutualistes, auxquels il m'a été donné d'assister.

En 1913, à Montpellier, les dirigeants de la Mutualité se montraient très agressifs, à l'endroit des médecins et ceux-ci le leur rendaient bien. Le gros grief invoqué contre le Corps médical, était la prétention émise par les médecins de demander des honoraires aux mutualistes. Ceux-ci entendaient bénéficier de tarifs infimes, parce que mutualistes, et il nous souvient encore des discussions enflammées, violentes mêmes, qui se produisirent, au cours des séances.

En 1920, à Angers, deux tendances se produisirent, parmi les congressistes. Les uns, les conservateurs, les ultra-mutualistes continuèrent la même attitude arrogante à l'endroit des médecins. Ces derniers, par leurs prétentions, sont un obstacle au développement des mutualités ; ces

docteurs prétendent que les mutualistes ne savent pas faire l'effort pécuniaire, suffisant pour que les médecins puissent toucher des honoraires qui ne soient pas ridicules : ces exigences médicales sont inadmissibles et il convient de mettre les docteurs à la raison. De fait, les délégués médecins furent obligés de quitter la salle des séances, devant la vivacité des paroles regrettables, qui furent prononcées contre le corps médical.

Mais, dans une autre salle, discutait une commission plus nombreuse que la première : gros problème en discussion : la mutualité était-elle assez forte pour faire échouer le projet de loi sur les assurances sociales ?

Le principe de l'obligation ou de la liberté, pour cette assurance, fut discuté avec chaleur ; finalement, le plus grand nombre des congressistes, poussé par l'opinion des mutualistes ouvriers et employés, vota le principe de l'obligation c'est-à-dire reconnaissait l'utilité du projet de loi sur les assurances sociales.

En 1923, à Lyon, l'atmosphère du congrès a absolument changé : des médecins, on n'en parle *plus : seul, le problème* vital de la mutualité se pose : les assurances sociales se feront-elles avec les sociétés mutuelles, ou celles-ci sont-elles appelées à disparaître, dans le sein des caisses autonomes d'assurances, prévues par le projet de loi sur les assurances sociales ? D'obligation, on n'en parle presque plus, sauf par quelques retours offensifs, détournés et sournois. On essaye encore de dresser les habitants des villes contre ceux des campagnes, lorsqu'on discute les situations faites aux caisses d'assurances agricoles par comparaison aux caisses groupant les salariés des villes, de l'industrie et du commerce.

On cherche à exciter les luttes sociales, en posant le principe du maintien ou de l'abolition des six classes d'assurés, prévues dans le projet gouvernemental ; on parle même d'étendre l'assurance maladie-invalidité-vieillesse à tous les Français, grâce à un tour de vis donné à l'impôt sur le revenu, etc., etc. Mais, des médecins, il n'en est point question : l'heure est trop grave pour l'existence même de la Mutualité. La preuve en est dans les discours enflammés, qui furent prononcés par des notabilités mutualistes appartenant au monde parlementaire : « La Mutualité doit exiger..... elle a le devoir de s'imposer au législateur..... »

On va même jusqu'à reconnaître que l'ère des subventions communales et départementales est passée : le mutualiste doit se suffire à lui-même. Ainsi, se trouvent vérifiés les principes que nous avons toujours défendus, au *Concours médical*, lorsque nous affirmions, dans nos articles, ou aux différents congrès mutualistes, que la Mutualité doit se transformer en véritable assurance, dans laquelle chacun verse une cotisation suffisante, ne jouant que par la loi des grands nombres.

A Lyon, nous avons senti, une fois de plus, la différence qui s'accuse entre dirigeants mutualistes et les « usagers de la mutualité ». Ces derniers entendent gérer eux-mêmes leurs propres affaires, sans demeurer plus longtemps sous la tutelle de gens riches, ayant des situations politiques et ne cherchant, dans la direction de la mutualité que décorations, ou prébendes électorales. « L'usager » mutualiste entend être consulté, désormais. Et c'est pour cela que la 6e commission, celle des vœux, établit un remarquable rapport, que Me Salzedo, avocat à la Cour de Paris, est venu défendre avec talent. Il s'agit rien moins que transformer la Fédération nationale de la Mutualité. Celle-ci est l'apanage de dirigeants quelque peu distants de la masse mutualiste ; bien que chargée de l'exécution des décisions des congrès et de la manière de faire aboutir les vœux, cette fédération nationale n'a pas obtenu grand'chose ; elle fait double emploi avec le bureau permanent du dernier congrès. Aussi la Fédération mutualiste du Travail a-t-elle présenté, par l'organe de son président, Perdon, et de Me Salzedo, tout un travail de réorganisation de la Fédération, dont les directives doivent servir de base à un futur règlement.

Cette fédération mutualiste du Travail est décidée à améliorer le sort des ouvriers et salariés. Son président, Perdon, bien que simple ouvrier, connaît les lois sociales comme un parfait juriste. Et, devant les imperfections des textes garantissant le monde des travailleurs contre les accidents du travail, devant le simulacre des retraites ouvrières, l'absence totale de garantie en cas de maladie, la grosse majorité des salariés tourne tous ses espoirs vers la future loi des assurances sociales.

Il nous a donc apparu, d'une manière très claire, que les classes laborieuses attendent beaucoup de la future loi sur les assurances sociales. Déjà, on parle de médecine préventive, d'examens de santé, de livret sanitaire individuel de maisons de cure devant remplacer les hôpitaux, qui, scientifiquement, ne sont pas à la hauteur de leur tâche sociale, ne possédant pas, pour la plupart, les organisations thérapeutiques nécessaires ; on parle également de maisons de diagnostic ; on entrevoit la collaboration du corps médical pour l'hygiène sociale collective, pour la construction de maisons hygiéniques et à bon marché, etc., etc.

Aussi, médecins, ne devons-nous pas rester étrangers à tout ce mouvement des idées. Point n'est besoin, pour le Corps médical, de s'hypnotiser sur des questions d'honoraires, de tiers payant et *tutti quanti*. Les « usagers » de la médecine discutent le problème sous un autre angle : ils entendent demander au corps médical sa collaboration technique, pour que les travailleurs puissent obtenir le maximum de garantie, dans

la lutte contre la maladie, c'est-à-dire contre l'incapacité de travailler, plus ou moins temporairement.

Notre voyage à Lyon, nous a confirmé ce que nous avions appris dans les différents milieux extra-médicaux, que nous fréquentons : la médecine individuelle doit se juxtaposer à la médecine collective : il faut soigner l'individu malade, pour lui-même ; mais il convient de le guérir rapidement, parce que, malade, il ne peut plus momentanément, être un facteur de production.

A nos organisations syndicales d'envisager froidement ce que doit être la médecine de demain, guérissant l'individu, protégeant la collectivité, intensifiant la production nationale, par l'amélioration de la race, en protégeant cette dernière contre les affections pathologiques évitables.

La question « honoraires », nous avons le temps de la résoudre : il est vraisemblable que la présente législature ne pourra pas aborder la discussion du rapport du Dr Grinda.

Mais d'ores et déjà, étudions scientifiquement et « techniquement » les réalisations pratiques des desiderata du monde ouvrier : la protection de la santé publique, tant pour l'individu que pour la collectivité.

Ce n'est pas notre rôle de nous demander comment les assurances sociales se procureront l'argent nécessaires. Ne voyons que la phase suivante du problème : étant donné que les assurances sociales demanderont aux médecins des villes et des campagnes de guérir leurs malades, dans le minimum de temps et de protéger la santé des assurés et celle de leur famille, pour que le nombre des journées de maladies soit aussi minime que possible, comment les Syndicats médicaux pourront-ils, de concert avec les caisses locales d'assurances, organiser la défense sanitaire de notre pays ?

Dr Paul Boudin.

***

A lire la grande presse politique, le Congrès de Lyon doit tenir une place de premier ordre dans la série des Congrès tant par sa tenue que par ses résultats.

Mais l'opinion d'un modeste délégué de la Mutualité familiale qui a suivi le Congrès est loin d'être aussi dithyrambique. Je ne sais si c'est le chiffre 13 qui marquait l'ordre de ces grandes assises mutualistes, je ne sais si la présence d'un vendredi dans la série de ces importants travaux ont porté la guigne à la Mutualité ; en tout cas, le Congrès peut se résumer, à mon sens, en deux mots : *gâchis et incohérence.*

Le précédent Congrès d'Angers avait admis, pour les assurances sociales, le principe de l'obligation et le précompte, c'est-à-dire la retenue par l'employeur de la cotisation ou prime sur les salaires. Il n'y avait pas à revenir sur la question Le programme de Lyon était simplement d'essayer d'adapter les diverses formes de la Mutualité au cadre de l'assurance sociale, de lui prêter appui en essayant de conserver autant que possible la direction de cet important organisme social.

Un questionnaire assez détaillé avait été établi, se référant à chaque forme de mutualité scolaire, maternelle, retraites, etc. ou aux lacunes du projet de loi Grinda en ce qui concerne la Mutualité.

Une série de prérapports avaient été faits et envoyés à chaque délégué. C'est sur eux que devaient porter les études et les discussions du Congrès.

Or, à aucun moment, l'ordre du jour ne fut abordé, aucune question à l'étude ne fut présentée aux travaux des commissions.

Dès le début, on réclama la création d'une nouvelle commission oubliée : la Commission des vœux ; ce fut elle, en fin de compte, qui fournit la somme de travail la plus considérable sous la direction de mutualistes indépendants, ayant mis en échec un membre de la fédération qui en briguait la présidence.

Dans ce Congrès, la première commission avait dans son programme : la maladie et l'invalidité. Elle groupa le plus de congressistes et d'orateurs. L'ouverture des travaux fut faite par le directeur de la Mutualité, jeune homme charmant, et objet de l'admiration des mutualistes, qui, dans un langage aimable, sut dire aux mutualistes de dures vérités et constater leur état d'anarchie et d'indiscipline. Après ce préambule, un des gros bonnets de la maison vint adresser aux mutualistes d'amers reproches, pour leur négligence et leur mauvaise volonté à concourir à l'essor de la Mutualité, en refusant la cotisation du sou mutualiste (un sou par an et par tête), et jeta presque l'anathème à ces présidents de sociétés mutuelles qui ne sont pas capables d'imposer cette cotisation supplémentaire à leurs sociétaires.

Puis, commencèrent les palabres, les ordres du jour contradictoires, les amendements nombreux et incompréhensibles. On remit sur le tapis la fameuse question de l'obligation, de la liberté subsidiée, c'est-à-dire, le régime actuel agrandi par de grasses subventions. Chacun vint exposer sa façon de voir, car il était nécessaire que chaque président d'union prit la parole le plus souvent possible pour démontrer à ses sociétaires le rôle actif joué par la société au Congrès. On avait, du reste, essayé d'endiguer le flot des bavards en limitant le droit de parole à 5 minutes, mais dès le premier orateur, on revint sur le vote pour accorder prolongation aux parleurs verbaux. Il est vrai qu'un loustic avait demandé un temps plus long pour les orateurs

ayant l'oreille de l'assemblée et 5 minutes seulement pour les raseurs.

Une question passionna longtemps la commission ; l'adhésion aux caisses régionales, de sociétés diverses, syndicats, groupements ouvriers ou patronaux, n'appartenant pas à la Mutualité.

Il y avait alors un danger : la possibilité de voir la direction des caisses passer aux mains d'étrangers à la Mutualité ; ce serait un désastre, car on ne trouverait jamais de meilleurs présidents que ceux qui ont, depuis tant d'années, dirigé avec tant de dévouement et de prudence, les sociétés mutuelles, on sentait que la crainte de perdre leur place agitait fièvreusement le groupe des présidents d'Unions.

Un autre sujet fit également l'objet d'un copieux débat. Les assujettis agricoles dans le projet de loi ont un régime spécial, différent de celui du commerce et de l'industrie. D'autre part, ils peuvent adjoindre leurs assurances sociales à d'autres assurances mutuelles, incendie, mortalité des bestiaux, grêle, et qui font partie de leurs syndicats agricoles. Dans ces conditions, ce serait la ruine de la Mutualité dans les milieux agricoles, et cela ne doit pas être. Il faut donc supprimer le régime spécial, de façon à les faire rentrer dans le cadre général, où la Mutualité peut exercer plus facilement son emprise. Cette lutte contre le régime des assurances sociales agricoles occupa une partie de la première matinée et l'on vit la Mutualité se dresser avec fougue contre les campagnes et ainsi établir deux classes de citoyens. Les paysans sauront s'en souvenir à l'occasion . Après avoir voulu étendre aux fonctionnaires de l'Etat et aux cheminots les avantages qui leur sont refusés dans le projet actuel, on réclama les mêmes faveurs pour les assurés retraités, ce qui exigerait (entre parenthèse), la bagatelle de 400 millions pour ce dernier service.

La discussion fut abondante et ardente jusqu'au moment où un congressiste s'écria : « Est-ce un Congrès de fonctionnaires ou un Congrès de mutualistes ? ».

Pendant la séance de l'après-midi, mêmes flots d'éloquence sur les sujets les plus divers, présence à la tribune des mêmes orateurs, même incohérence, mêmes vœux, multiples amendements, malgré un temps de parole de dix minutes qu'on avait fini par établir, mais encore insuffisant.

Le président, malgré sa haute autorité, ne peut arriver à canaliser les divers courants et à rétablir l'ordre. Alors, chose mémorable, il dut lever la séance pendant trois quarts d'heure pour étudier avec le bureau, après six heures de séance, une méthode de travail qui permette de poursuivre les travaux. On créa une sous-commission formée des divers orateurs pour essayer de les mettre d'accord et de faire l'union sur des vœux synthétisant chaque tendance. On fit donc pour a première commission une nouvelle commission des vœux.

Le lendemain matin, la séance fut ouverte assez tard, car la sous-commission n'avait pas encore mis son travail au point. Enfin, on apporta les différents vœux, et alors la discussion reprit sur chaque question comme la veille. Pour chaque article on réclama des avantages spéciaux pour telle ou telle catégorie, on reparla de l'obligation, des fonctionnaires, des retraites, etc. Si cette histoire vous amuse, etc.

Un mutualiste réclama la loi pour tous, riches ou pauvres, sans cotisation, mais avec une augmentation de l'impôt sur le revenu. D'autres demandaient que la loi n'accordât qu'un minimum, de façon à obliger les travailleurs à compléter les avantages insuffisants de la loi pour les caisses des Mutualités. Et pourtant, on faisait remarquer à l'assemblée que si on voulait trop modifier le projet péniblement et scientifiquement établi. il faudrait le refaire en entier, car on en aurait ainsi détruit l'équilibre financier. Peines perdues.

On arrive tant bien que mal à clore les travaux de la commission, et l'après-midi commencent les assemblées générales. C'est alors le grand jeu. Comme la période électorale est virtuellement ouverte, les parlementaires font leur apparition, et notamment M. Paturaud-Miran, président du groupe mutualiste parlementaire. Celui-ci prit la parole pour sonner le glas de la Mutualité : il déclara à plusieurs reprises que le vote de la loi Grinda serait la mort de cette institution. D'autres mutualistes ne partagèrent pas son avis, mais affirmèrent, au contraire, que la loi serait inopérante et vouée à un échec sans le concours de la Mutualité. Car, dans les Sociétés mutuelles, les sociétaires malades sont l'objet d'une surveillance. de la part des visiteurs. Sans cette surveillance, c'est le régime des abus, et elle ne peut être exercée utilement que par la Mutualité.

Il ne fut pas question des médecins, sauf quelques allusions discrètes du président de l'Union de Marseille, aux scandales de cette ville. Il en profita du reste pour réclamer la création d'un Ordre des médecins. Nos confrères qui veulent doter le Corps médical de cette chaîne dorée pourront être fiers d'avoir trouvé un tel appui. Cela manquait.

En résumé, on pataugea ferme pendant toute la durée du Congrès, sans faire sortir rien de transcendant. Pourtant, nous entendîmes des déclarations intéressantes dans la bouche des mutualistes :

Que la Mutualité n'était pas à la hauteur de sa tâche, qu'elle devait évoluer, abandonner ses errements et s'adapter si elle voulait vivre, ce

que, du reste, nous pensons nous-mêmes ; mais si elle évolue et s'adapte, elle ne sera plus la Mutualité.

Nous avons entendu les dirigeants de la Fédération constater l'anarchie qui règne dans la Mutualité, avec ses formes multiples, ses cotisations différentes,hors de proportion avec les risques assumés, ses cotisations minimes de façon à établir la concurrence avec d'autres sociétés et qui acculent dans un temps ces organismes à la faillite ; cette poussière de sociétés à effectifs réduits,incapables d'assurer l'avenir, enfin, cet esprit d'indiscipline qui fait que les ordres ne sont pas écoutés par les dirigeants des Sociétés. Nous avons eu même le plaisir d'entendre M. Olivier dire que les Mutualités sont créées pour les petits travailleurs, et que ceux qui sont riches ou le sont devenus après des débuts modestes, doivent avoir la dignité de se faire inscrire comme membres honoraires. Que n'est-il entendu !

Comme résultat acquis, on peut affirmer que la Mutualité admet le principe de l'obligation et du précompte, qu'elle se reconnaît dans sa forme actuelle incapable d'assurer le fonctionnement de la loi sans une modification dans son organisation, qu'elle est décidée à poursuivre la suppression des avantages accordés aux ruraux, en réclamant un régime commun pour tous, et qu'ainsi, elle s'aliénera les campagnes, qu'elle veut créer une nouvelle extension de la loi, impossible avec l'état de nos finances.

Cependant, un résultat immédiat et tangible paraît être acquis. A ce début de période électorale, il faut arroser d'une pluie rouge les sillons de la Mutualité pour augmenter sa fertilité. Ainsi un député, M. Paul Tapponnier, est rapporteur d'un projet de loi déposé par M. Paturaud-Miran, au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociale de la Chambre pour décerner, à l'occasion du 25e anniversaire de la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de Secours mutuels, 25 croix d'officier et 100 croix de chevalier de la Légion d'honneur en vue de récompenser les services exceptionnels rendus aux œuvres de Mutualité. En avant la grosse caisse. J'ai ouï dire que l'union la plus complète s'était faite parmi les mutualistes sur cette intéressante proposition.

Dr M. VIMONT.

***

Vœux notés au Congrès de Lyon.

La Mutualité française, réunie en son treizième Congrès, reconnaît à nouveau la nécessité, pour une œuvre indispensable de progrès social, d'un régime obligatoire d'assurances, généralisant les services que la prévoyance libre a fait fonctionner jusqu'à ce jour.

Elle revendique énergiquement, au nom de son passé, le droit de participer à l'application d'une loi qui doit utilement contribuer à l'amélioration de la santé et de l'hygiène publiques.

Elle exprime sa satisfaction que le nouveau texte, sanctionnant les vœux émis par les organismes représentatifs de la Mutualité, prescrive notamment que les mutualistes seront inscrits d'office à la Caisse mutualiste régionale, départementale ou locale ; que les sociétés de secours mutuels continueront à fonctionner sous leur statut actuel, quel que soit leur effectif ; qu'enfin les bonis resteraient la propriété des différents organismes qui auront su les constituer.

Toutefois, le Congrès manifeste son inquiétude que, par une disposition nouvelle, les principes rigoureux de l'obligation et du précompte aient été écartés, en ce qui concerne une catégorie spéciale de travailleurs, dans les dispositions du titre IV. La portée des articles prescrivant l'inscription d'office se trouve ainsi singulièrement diminuée ; de la masse des mutualistes seraient désormais séparées les sociétés de secours mutuels rurales, danger considérable risquant d'entraîner la réduction des effectifs mutualistes dans la plupart des départements et leur disparition totale dans les autres.

En conséquence, la Mutualité française déclare nettement rester fidèle à l'adhésion des mutualistes au principe du projet sur les assurances sociales, et reconnaît les avantages incontestables, dans le sens mutualiste, du projet rectifié. Mais, sans préjudice des autres modifications désirables, elle estime indispensable, afin que ces avantages ne restent pas illusoires et pour remplir effectivement la tâche à laquelle le Parlement l'a conviée, que le titre IV du projet soit supprimé.

Elle renouvelle sa ferme résolution de compléter son organisation, pour être en mesure de répondre aux vues de la loi projetée et dès maintenant, pour assurer le plein développement de ses services, sur les bases techniques et rationnelles de la loi du 1er avril 1898, modifiée, s'engage à renforcer ses Unions départementales et à accroître le nombre et la puissance des sociétés de secours mutuels, base indestructible de notre idéal démocratique et social.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Dixième Congrès annuel d'hygiène,** Paris 22, 23, 24, 25 et 26 octobre 1923.

La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année, comme les années précédentes, un *Congrès d'hygiène*, qui se tiendra à Paris dans le Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, les lundi 22, mardi 23, mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26 octobre 1923.

La Société accueillera avec plaisir toutes communications relatives aux questions traitées. Il ne pourra être accordé plus de dix minutes pour chaque communication.

La Société de médecine publique prenant à sa charge tous les frais du Congrès, l'inscription est gratuite. Nous vous serions reconnaissants d'envoyer votre adhésion dès que possible.

Des démarches seront faites près des Compagnies de chemins de fer pour obtenir, cette année, une réduction au demi-tarif pour les adhérents au *Congrès annuel d'Hygiène* ; le résultat de ces démarches sera indiqué ultérieurement.

Le Président,
Médecin Inspecteur général
SIEUR.

Le Secrétaire général,
Dr DUJARRIC
DE LA RIVIERE.

N.B. — Les demandes de communications seront reçues *jusqu'au* 15 *septembre* 1923 et devront être adressées à l'Agent de la Société, M. Bossus, 142, boulevard du Montparnasse, Paris, 14e.

— **Cours d'orthopédie de M. Calot.** — Du lundi 6 août au 13 août, à Berck-Plage (P.-de-C.), avec *exercices pratiques individuels.* — En une semaine, de 9 heures du matin à 7 heures du soir, enseignement de l'*Orthopédie indispensable aux praticiens.* — Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. — Explications en espagnol et en anglais — Droit d'inscription : 150 francs. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fouchet, *Institut Calot*, Berck-Plage (P.-de-C.), ou *Clinique Calot*, 69, quai d'Orsay, Paris.

Résumé du programme :

I. *Tuberculoses externes* : abcès froids, adénites, épididymites, péritonite tuberculeuse, tumeurs blanches, coxalgie, mal de Pott.

II. *Déviations congénitales et acquises* : luxation congénitale, pied bot, paralysie infantile, pied plat, scoliose, torticolis, difformités rachitiques, etc.

III. *Fractures* : Comment les praticiens doivent les traiter.

IV. *Les dernières acquisitions orthopédiques* :

a) *Preuve faite* que sont des *Malformations congénitales méconnues* :

1° 1/3 des hanches actuellement étiquetées coxalgies.

2° Toutes les prétendues ostéochondrites ou coxa-plana.

3° Les hanches étiquetées arthrites déformantes et morbus coxæ juvenilis, et même aussi le morbus coxæ senilis d'Adams, admis partout depuis un siècle.

b) Nouveau traitement de la luxation congénitale et des récidives de luxations.

— **Le prix Michelin de la natalité.** — Le Jury du concours organisé par l'*Alliance Nationale pour l'accroissement de la population française*, en vue de provoquer la rédaction d'une brochure de propagande la plus apte à faire connaître le danger de la dénatalité et les moyens de la combattre, a arrêté la liste des lauréats.

Le premier prix, de 30.000 francs, a été attribué à M. Paul Haury, ancien élève de l'Ecole normale, professeur agrégé au Lycée de Lyon, qui, dans un brillant essai, a exposé la diminution du nombre de nos naissances, les conséquences tragiques que la dépopulation menace d'avoir demain, et les remèdes permettant d'enrayer ce fléau.

Le deuxième prix de 10.000 francs, a été attribué à M. Launay, instituteur à Octeville (Manche) ; le troisième, de 8.000 francs, à M. René Dumas, d'Enghien ; le quatrième, de 6.000 francs, à M. le docteur Cattier, de Paris ; le cinquième de 4.000 francs, à M. Diligent, de Roubaix ; le sixième de 2.000 francs, à M. Sigognault, de Thénezay (Deux-Sèvres).

En outre, quarante autres concurrents ont reçu chacun un prix de 1.000 francs.

La brochure classée première sera tirée prochainement à 500.000 exemplaires. (*Presse Médicale*).

— **Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.** — L'Association des externes nous communique la lettre suivante de M. le ministre de l'Hygiène.

Monsieur le Président,

« Vous avez bien voulu me saisir d'une note relative aux desiderata des externes des hôpitaux dans leurs rapports avec l'autorité militaire.

« J'ai l'honneur de vous informer que M. le ministre « de la Guerre et des Pensions que j'avais saisi tout « spécialement de cette question me fait savoir que « l'Instruction du 17 mai 1923 sur l'organisation et le « fonctionnement de la préparation militaire, prévoit « (article 16) que le brevet de préparation militaire « supérieur obtenu en cours d'étude par les étudiants « en médecine et en pharmacie, reste valable jusqu'au « moment de leur incorporation. »

« Ces étudiants n'auront donc pas, après avoir obtenu « le dit brevet, à suivre des cours d'entretien suscep- « tibles de nuire à leurs études spéciales.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président...

Paul STRAUSS.

— **Remplacements.** — Les *médecins, chirurgiens* et *spécialistes* trouveront immédiatement à l'Association corporative des remplaçants sérieux, docteurs, internes ou étudiants ayant déjà fait des remplacements, et remplissant toutes les conditions légales.

S'adresser de 10 heures à 23 h. 30 à l'Association corporative des étudiants en médecine, 8, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Gobelins 58-90.

— Nous apprenons la fondation de la Société médicale d'hydrologie et de climatologie de l'Est à Nancy. Elle tiendra sa première session en octobre 1923. Prière de bien vouloir envoyer les adhésions à l'un des membres du bureau : Président : Pr Perrin, Nancy ; vice-présidents : Pr Etienne, Nancy : Dr de Langenhagen, Plombières ; secrétaire général : Dr Barachon, Nancy ; secrétaire adjoint : P. Defoug, Nancy ; trésorier : Dr Rémy, Nancy.

Le Directeur Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

cepté. La Commission administrative (en l'espèce, l'économe qui s'est fait donner le titre de directeur-économe) a fait placarder sur les portes des chambres un extrait du règlement de 99 spécifiant que le *prix de journée comprenait tout, honoraires des chirurgiens, etc.* Elle espérait ainsi que les malades payants se feraient opérer gratuitement par les médecins de l'hôpital et que les chirurgiens de la ville n'auraient plus personne à opérer ; elle se trompait, car en réalité, il n'y a pas eu grand'chose de changé. Ayant donc échoué dans sa tentative de nous nuire en se retranchant derrière le règlement de 99, il y a une dizaine d'années, elle en est revenue l'an dernier à la loi de 51 ; elle a fermé les portes de son service des payants à tous les chirurgiens autres que celui de son choix. Sous peine de me résigner à ne plus travailler, j'ai dû installer une clinique privée qui m'est revenue fort cher !

Et maintenant, la commission administrative a remis à neuf son service des payants et voudrait bien faire tomber ma clinique.

Je suis assez rassuré sur ce qu'elle pourra faire, mais enfin, c'est exaspérant de sentir que ces gens-là font ce qu'ils veulent avec l'argent des autres, qu'il suffit qu'il y ait un économe ambitieux, malin, pour faire prendre à la commission, qui n'y voit goutte, toutes les décisions possibles et imaginables.

Et malheureusement, j'y reviens, il n'y a rien à faire ; pour intenter un procès à la commission administrative, il faudrait être sûr d'aboutir et ce n'est pas le cas puisque, si elle est manifestement dans son tort avec le règlement modèle des hôpitaux, elle est non moins manifestement dans son droit avec la loi de 51..... ! Je dois même m'attendre à ce qu'un de ces jours, elle prenne une décision analogue à celle prise récemment par la commission administrative de l'hôpital de X (notre très proche voisine) et dont je vous adresse le libellé paru hier dans l'édition régionale de la *Petite Gironde*. Ainsi que vous le voyez, comme les commissions administratives n'ont plus à se gêner, elles en profitent .... et elles font bien puisque nous les médecins, qui devrions constituer une force importante, nous ne sommes pas capables de nous défendre, et que nous nous laissons manœuvrer à la guise de Messieurs les directeurs-économes ou tous autres politicards, profiteurs du même acabit.

Je reconnais volontiers que, personnellement, je ne suis pas assez combatif, mais à la réflexion, je me rends très bien compte que si je l'étais davantage, cela ne m'avancerait à rien, au contraire, parce qu'en ce moment, si j'engageais une affaire contre l'hôpital, je ne réussirais pas et qu'il me resterait tout simplement le discrédit d'avoir échoué.

Dr R.

Création par la ville d'une maison de santé

Un de nos correspondants nous communique cette coupure d'un journal, et nous demande si le corps médical est désarmé contre cette création.

Au cours d'une de ses dernières réunions, le Conseil municipal a été amené à émettre son avis sur le projet d'édification d'une Maison de santé gérée par l'hôpital, mais complètement indépendante de cet établissement.

Plusieurs raisons ont motivé cette décision.

Tout d'abord, les chambres particulières réservées à l'hôpital aux malades de la ville qui ne peuvent utilement recevoir les soins nécessaires à leur domicile, sont, depuis un certain temps, devenues insuffisantes, les interventions chirurgicales étant de plus en plus fréquentes.

D'autre part, certains malades ont une appréhension *irraisonnée* de l'hôpital proprement dit et préfèrent se faire soigner chez eux avec moins de garanties et entourés de beaucoup moins de précautions sanitaires que de faire à l'hôpital le séjour nécessaire.

Enfin, en raison des circonstances actuelles, l'Administration de l'hôpital-hospice est dans l'obligation de rechercher dans cet ordre d'idées des ressources supplémentaires, admises désormais comme légitimes par l'administration centrale, en vue d'assurer les services et, de ce fait, améliorer la situation des indigents qui forment la majorité de sa clientèle.

Notre dévoué maire, M. le sénateur , président de la Commission administrative de l'hôpital, a exposé au Conseil le projet qui avait été élaboré.

La Maison de santé à édifier sera construite dans le jardin de l'hôpital. Elle aura une entrée particulière et sera complètement isolée. Elle comprendra, pour le début, 14 chambres particulières, 1 salle d'opérations et des bâtiments de servitude. La construction sera susceptible d'extension si le besoin s'en fait sentir ultérieurement. Le chauffage central et l'électricité y seront installés : les commodités de toutes sortes et le dernier confort moderne y seront réunis.

Cette création entrainera une dépense d'environ 170.000 francs. Cette somme fera l'objet d'un emprunt gagé sur les revenus de l'hôpital et qui sera couvert par les ressources provenant de la maison de santé.

C'est encore une amélioration dont la ville va profiter et il y a lieu de féliciter chaudement les membres de la Commission administrative de l'hospice et son distingué président sur cette très heureuse initiative.

Réponse.

Vous n'êtes pas désarmé : les préfets doivent, avant d'approuver une décision des commissions administratives d'hôpitaux, voir si cette décision est conforme aux arrêtés et circulaires ministériels.

Le syndicat médical local, ou un médecin lésé, pourrait avoir le choix entre deux voies :

Ou faire opposition entre les mains du préfet, pour qu'il refuse son approbation au dit règlement, créant une maison de santé, motifs pris que cette décision va à l'encontre du règlement modèle et que l'hôpital, établissement public, n'a pas qualité pour instituer une entreprise commerciale.

Si le préfet refuse, ou ne répond pas, cette décision serait soumise au conseil d'Etat.

Ou adresser une protestation au Ministre de l'hygiène et au conseil supérieur de l'assistance publique ; si la décision du ministre est négative, également recours en Conseil d'Etat.

Le « Sou médical » soutiendrait sûrement ses adhérents en pareille matière.

Donnez donc ce conseil à vos confrères de S.

Dr Paul Boudin.

Application du Tarif Breton

I

Extractions de corps étrangers après radioscopie

Ayant à présenter ma note d'honoraires à la Compagnie d'assurances pour l'ablation d'une aiguille ayant pénétré profondément dans les muscles de la face postérieure de l'avant-bras, et ayant nécessité une localisation radioscopique, je vous serais obligé de vouloir bien me dire si je dois compter :

Extirpation de corps étrangers profonds, nécessitant la localisation radiologique........... 225 fr.

ou bien :

Examen radioscopique pour localisation de corps étrangers 37 50

Extirpation de corps étrangers profonds. 37 50

Sutures multiples 18 75

me demandant si le premier tarif n'envisage pas exclusivement l'extraction sous l'écran.

Ayant eu comme aide mon interne, non pourvu du diplôme, puis-je demander pour lui une rémunération égale au quart du prix de l'intervention.

Je vous prierais de vouloir bien me repondre directement.

Je n'ai pas averti l'assurance de la nécessité de l'examen radioscopique (une première intervention sans contrôle faite ailleurs ayant échoué), je l'indiquerai en envoyant ma note.

Dr G.

Réponse.

1° La tarification de 300 fr. est faite pour les extractions profondes sous écran. Votre deuxième façon de compter me semble donc plus juste, sauf les « sutures multiples » que je ne comprends pas, celles causées par l'extraction faisant partie intégrante de celle-ci.

2° Quant à l'aide, il n'est rémunéré que s'il est « docteur en médecine ou officier de santé » (art. 11) et, dans ce cas, il devra réclamer lui-même ses honoraires (art. 29 *in fine*).

3° Vous auriez dû, puisqu'il n'y avait pas « extrême urgence », vous mettre d'*accord* auparavant avec le médecin de l'assurance, avant toute exploration radiologique (art. 26, 5e observ., p. 4.)

F. D.

II

1re lettre. Les beautés du « tout compris. »

Abonné au *Concours médical* et membre du « Sou médical », je vous serais reconnaissant de me dire ce que je dois compter pour le cas suivant :

On m'amène chez moi, *à minuit*, un accidenté du travail : plaie par scie circulaire au niveau du genou gauche avec arrachement des tissus, désinsertion rotulienne et ouverture large de l'articulation du genou.

Je fais simplement un pansement compressif après nettoyage, sérum anti-tétanique et rédige certificat ; puis, je le fais diriger après sur l'hôpital.

Dois-je compter :

Certificat plus visite et pansement = 13 × 3.

ou :

Certificat plus injection sérum antitétanique = 25 × 3.

Nous sommes 1re catégorie.

Comme je suis médecin de l'hôpital, devrais-je continuer mes soins et visites jusqu'à guérison sans aucune rétribution de la part de l'assurance ou puis-je espérer quelque chose? En tout cas, aujourd'hui même, il va falloir, avec l'aide d'un confrère, revoir la blessure et faire le nécessaire,

Pourra-t-on compter régularisation, épluchage, etc... ou à quelle intervention du tarif pourra-t-on assimiler l'intervention (il s'agit en somme d'une plaie articulaire très large du genou avec arrachement des tissus).

Dr T.

2e lettre. Intervention non tarifiée

Puis-je solliciter votre avis au sujet du cas suivant :

Le 18 juin 1923, à 11 h. du soir, on m'amène un accidenté du travail pour une plaie de 10 cm. longueur du genou gauche, intéressant l'articulation. Pansement, sérum antitétanique et révision au lendemain.

Le 19 juin, avec l'aide d'un confrère, sous anesthésie générale, nettoyage de la cavité articulaire du genou, suture de l'aileron latéral rotulien, fermeture synoviale au catgut et points de suture cutanés multiples ; nous laissons un drain dans l'articulation. Certificat.

Voudriez-vous me dire le prix que je dois demander ;

1° Pour le 18 juin dans la nuit ;

2° Pour l'intervention du lendemain, y compris honoraires du confrère.

Dr T.

Réponse.

Lettre n° 1.

1° La *visite* de nuit est comptée triple (art. 4), mais pas les interventions de nuit qui ne sont majorées que de 25 % (art. 8), ni le certificat qui n'est pas majoré.

2° A l'hôpital, grâce aux beautés du « tout compris », vous n'avez actuellement aucune rétribution à réclamer pour vos interventions, ni pour votre aide..... Les patrons et assureurs sont prêts à vous payer (voir ce qui s'est passé à la Commission Breton), mais les représentants des Commissions hospitalières y ont mis leur veto..... et je ne vois pas que les médecins des hôpitaux de province se remuent beaucoup pour qu'on leur rende justice..... et honoraires dus.

Lettre n° 2.

1° Voir ma réponse 1°, à votre lettre précédente ;

2º Il n'y a pas de tarification spéciale pour cette intervention. Il me semblerait juste, vu l'importance de celle-ci, de compter « abcès profonds non viscéraux » majoré de 100 %, par analogie avec la majoration pour l'épluchage d'une fracture ouverte. Donc 200 fr. pour le chirurgien.

3º Quant à l'aide, c'est 50 fr. comme il est dit à l'art. II.

F. D.

III

Radiographies.

Un blessé m'est amené avec fracture des deux jambes, je radiographie l'une et l'autre. Quel prix dois-je demander ? J'ai médité les observations consignées à la fin du tarif de radiologie sans arriver à une conclusion.

8 jours après, j'ai été prié par le chirurgien de faire un 2e examen. Quel prix dois-je prendre ?

Dr G.

Réponse.

1º Si radiographie de jambe de face *ou* profil : 50 fr. par jambe. Si de face *et* profil : 60 fr. par jambe ;

2º 8 jours après, avez vous fait une *radiographie ou scopie* ?

3º Chaque fois, le médecin traitant s'est-il mis « d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué » avant de faire la première et surtout la 2e radio, ?

4º Si tout cela fut fait et que vous soyez bien en règle au point de vue des « observations » du paragraphe V de l'art. 26, vous n'avez plus qu'à demander les prix ci-dessus, indiqués dans le tarif lui-même.

F. D.

IV

Choix du Tarif. Brûlures.

Je vous serais bien reconnaissant de me donner les renseignements suivants par la voie du *Concours*, auquel je suis abonné :

1º J'ai eu l'occasion de soigner dernièrement deux charretiers. L'un, employé par un entrepreneur de transports, a été blessé par une ruade de son cheval.

L'autre, employé par un marchand de bois, a été blessé par un tronc d'arbre tombé de sa charrette au cours d'un chargement en forêt.

Mes honoraires pour ces deux accidents doivent-ils être calculés d'après le tarif Breton ou d'après le tarif ordinaire de clientèle ?

2º Chaudronnier brûlé par un jet de vapeur en réparant une locomotive. J'ai relevé :

Brûlures intéressant la moitié des deux cuisses et une bonne partie du pli interfessier, la totalité de la surface des bourses, le fourreau de la verge, moitié de la face antérieure de la jambe gauche et face dorsale du pied correspondant. Les deux poignets.

Puis-je compter, par *chaque séance* de pansements :

Vaste brûlure pour les deux cuisses, bourses et verge.

Grande brûlure pour jambe et pied.

Moyenne brûlure pour chacun des deux poignets ?

Il me semble que cela fera beaucoup et je n'ai jamais eu encore d'accidents de cette importance. Pourtant, le tarif Breton paraît formel à ce sujet.

D'autre part, cet accident est arrivé un samedi soir près de chez moi.

Le blessé fut amené à mon cabinet. N'ayant pas tous les ingrédients nécessaires sous la main, et le pharmacien se trouvant à plusieurs kilomètres, je fis les premiers pansements avec des moyens de fortune et jugeai *urgent* de me rendre le *dimanche* matin chez le blessé pour le panser de nouveau avec tout le nécessaire cette fois.

L'article 3 du tarif Breton dit que, dans ce cas, le prix de la *visite* est augmenté de 50 %. Mais ce même tarif m'interdit de cumuler le prix de la visite avec celui des pansements. La somme que je réclamerai devant représenter un « tout compris », comment faudra-t-il m'y prendre pour récupérer la majoration d'honoraires à laquelle me donne droit mon intervention du dimanche occasionnée par un cas urgent ?

Réponse.

1° Un entrepreneur de transport, de même qu'un marchand de bois, me semble être des industriels » et non des « agricoles », donc être soumis à la loi de 98, d'où honoraires médicaux pour accidents à leurs ouvriers relever du tarif Breton ;

2° Brûlure de la *moitié* des deux cuisses et parties génitales, plus *moitié* de la face interne d'une jambe et face dorsale du pied, me paraît, comme « surfaces additionnées » (voir avis insérés dans l'arr. Minist. du 28/6 21), devoir correspondre à « surface comparable à un membre, soit 50 fr. (1re catégorie).

b) Ajoutez à cela : brûlure de chaque poignet (15 fr.), soit pour les deux : 30 fr. Au total donc, par séance de pansements : 50 + 30 : 80 fr. pour les premières séances, avec diminution progressive « suivant les progrès de la cicatrisation » (voir les avis notés ci-dessus) ;

3° La majoration du dimanche n'existe que pour la visite (art. 3 *b*), non pour les interventions. Or, vous ne pouvez compter la visite, car il y aurait le *cumul* défendu par l'art. 13.

Il n'y a donc pas à tabler sur une majoration dominicale s'ajoutant aux précédents : 80 fr. ».

F. D.

Application du Tarif Maginot.

I

Médecin le plus rapproché. Pas de cumul.

Comme abonné du *Concours médical* et membre du

« Sou médical », je me permets de vous demander un avis au sujet de la loi des pensions.

J'ai un réformé atteint de tumeur blanche suppurée du genou. Il demeure à 10 kilomètres de chez moi (distance du médecin le plus rapproché ; le médecin de sa commune habite à 2 kilomètres, mais depuis 4 mois garde le lit et se meurt en ce moment de tuberculose, par conséquent n'exerce plus).

Je lui fais des ponctions de son abcès et injections de liquide de Calot.

Puis-je compter en plus de l'indemnité kilométrique 24 fr. 80 et de l'injection et ponction, le prix de la visite, 6 fr., ou le prix de la visite doit-il être confondre avec l'acte opératoire ?

L'article 60 comprend les mêmes interventions. Mais la ponction d'un abcès froid volumineux et l'injection du liquide de Calot ne rentrent pas dans ces mêmes interventions.

Dois-je compter :

....	6 fr.
Indemnité kilométrique, 20 kil. × 1,24..................	24 80
Ponction d'abcès froid et injection du liquide de Calot.....	20 fr.
Soit...............	50 80

ou simplement :

Indemnité kilométrique......	24 80
Visite ponction et injection...	20 fr.
	44 80

Dans une circulaire que nous a adressée le secrétaire de la commission tripartite, on nous dit « ne pas compter le prix de la visite lorsqu'elle donne lieu à une intervention tarifée ».

Dr N.

Réponse.

Si le médecin « le plus rapproché » n'exerce plus, il va de soi qu'il n'entre plus en ligne de compte et est remplacé, dans le calcul de la distance, par l'autre médecin le plus rapproché qui exerce. Y en-t-il un autre plus rapproché que vous ? C'est sur quoi vous devez vous baser pour votre tarification kilométrique.

2° Pas de cumul. Vous ne pouvez donc compter une visite, si vous comptez une intervention quelconque. C'est avec raison que vous en avait déjà prévenu le secrétaire de votre Commisision

F. D.

II

Injections intratrachéales

Je fais en ce moment à un réformé de guerre atteint de laryngite tuberculeuse consécutive à une laryngite par gaz des injections intratrachéales *par voie buccale* de *pneumobiol.*

Comment me faire payer ces injections intralaryngées que je ne vois figurer sur aucun tarif et ces ampoules de pneumobiol ?

Dr B.

Réponse.

Voir ma réponse 4 dans le *Médecin Syndicaliste* (page 202). J'y propose l'analogie avec « lavage de l'estomac : 20 fr. ». Je propose, c'est à votre Commission de contrôle qu'il appartient de disposer. Quant aux ampoules dont vous parlez, c'est une question de tarif pharmaceutique ».

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions Parlementaires et Réponses Ministérielles.

Taxe applicable à la vente des automobiles d'occasion.

17796. — M. Georges Ancel, député, demande à M. le ministre des finances : 1° quelle est, par suite de la modification du troisième paragraphe de l'article 63 de la loi du 25 juin 1920, la situation des particuliers achetant ou vendant une *voiture automobile d'occasion ;* 2° quelle est la taxe applicable à l'opération et par qui elle doit être acquittée ; 3° à quel moment s'acquitte la taxe éventuellement due, lorsque le prix d'achat n'est pas payable comptant et qu'il n'est pas, par suite, délivré de reçu ; 4° quel est désormais le droit d'enregistrement exigible en cas de vente publique d'une voiture automobile d'occasion. (*Question du 15 mai* 1923.)

Réponse. — 1° Aux termes de l'article 1er de la loi du 30 mars 1923, la vente des voitures automobiles d'occasion n'est passible que de l'impôt sur le chiffre d'affaires au taux de 1.10 p. 100. Il en résulte que la vente par un particulier d'une automobile d'occasion échappe à toute imposition, à moins qu'il ne s'agisse d'une voiture achetée par lui en vue de la revente ; dans ce cas, en effet, on se trouverait en présence d'un acte de commerce accidentel donnant ouverture des dispositions de l'article 59 de la loi du 25 juin 1920 ; 2° lorsqu'il est dû, l'impôt est acquitté par le vendeur ; 3° le prix de la vente doit être compris par le redevable dans le chiffre d'affaires imposable du mois au cours duquel le payement a été effectué ; 4° le droit d'enregistrement exigible sur la vente publique d'une voiture automobile d'occasion est, en principe, le droit de 5 p. 100, sans décimes.

(*J. O.*, 21 *juin* 1923.)

Quarante-cinquième année | N° 30 | 29 Juillet 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr MULLER, de Rilly-la-Montagne (Marne), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

L'Agenda-Memento du Praticien 1924

Nous rappelons à nos lecteurs que la souscription à l'*Agenda-Memento du Praticien* sera close irrévocablement le 1er août prochain.

Nous les prions de ne pas manquer de nous adresser, avant cette date, leur bulletin rempli et signé (voir page XXXVII) s'ils désirent être assurés de recevoir en décembre prochain ce volume, dont nous avons précédemment détaillé l'intéressant sommaire.

Médecins spécialistes

Notre édition de l'*Agenda-Memento* contiendra, comme les précédentes, la liste des abonnés exerçant une *spécialité*. Ceux de nos lecteurs qui rentrent dans cette catégorie et qui désirent être mentionnés, sont instamment priés de nous en informer, en spécifiant bien leur spécialité, leurs jours et heures de consultation, leur numéro de téléphone et l'adresse de leur clinique s'il y a lieu.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.) Caffeau.
Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Monestier de Clermont (Isère). Bayle.
Rousses (les). Moreau
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Coileu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Palavas-les-Flots. Gelly,
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
St-Quay-Portrieux. Christian. Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 383. — Docteur 37 ans, marié, cherche clientèle très sérieuse banlieue parisienne.

N° 384. — Aube. Poste 25 à 30 000 en augmentation constante, à céder d'urgence, indemn. 10 000 dont 7.000 comptant.

N° 385. — Dr Beaupère, à Salornay-sur-Guye (S.-et-L.), achète : Jaugeas, Précis de radiodiagnostic, collection complète du *Journal de radiologie et électrologie*.

N° 386. — Excell. poste à céder près Paris, pays de chasse. Affaires : 70.000, prix dem. 30.000 dont 20.000 comptant. Maison confortable et superbe jardin entouré de murs. Loyer 1.800 fr. Très pressé.

N° 387. — A vend. voiturette Sizaire et Naudin, 6/8 HP. Torpedo 2 pl. très bon état de marche. Prix : 6.000 à discuter et voiture Bellanger 15 HP 1922, Torpedo 5 pl. démarr. éclair. électr. a fait 12.000 kil. excell. état essais à volonté.

N° 388. — Dr sérieux, expérimenté, libre de novembre à mai, désirerait occupation Lyon et région de préférence.

N° 389. — Licorne 10 HP, 1921, moteur Ballot, conduite intér. 2/3 pl. parfait état mécanique 12.000 kil. environ, éclair. Magondeau, 15.000 fr., comptant.

N° 390. — Médecin absent en août échangerait remplacement avec confrère absent en septembre.

N° 391. — Demande un petit pied porte-ampoule pour radio, d'occasion. Ecr. Dr Barillot, à Beaumont-du-Gatinais (S.-et-M.).

N° 392. — A vend. cond. intér. de Dion 12 HP 3/4 pl. confortable, excell. état, récemm. revisée, au plus offrant à partir de 6.000 fr. Dr Vincent-Georges, à Brunoy (S.-et-O.).

CORRESPONDANCE

Les médecins exempts de la taxe de séjour A Biarritz

M. le Dr Claisse, président du Syndicat des médecins de Biarritz, nous informe que « la ville de Biarritz exonère de la taxe de séjour, les médecins français dorénavant, sur simple demande écrite, avec justification de leur qualité, formulée au bureau de la taxe ».

Augmentations sur les loyers prorogés.

Voudriez-vous me donner le renseignement suivant :

J'ai loué pour 10 ans en 1913 moyennant 600 fr. par an, plus les impôts des portes et fenêtres, une maison à L. dont le bail a fini le 15 avril dernier. J'ai été mobilisé pendant toute la durée de la guerre dans un régiment d'infanterie au front et en 1919 à ma démobilisation, j'ai fait signifier par huissier à mon propriétaire que j'entendais profiter de la prorogation de 5 ans et 83 jours.

Mon propriétaire m'a informé que, pendant ma prorogation, il entendait m'augmenter mon loyer de 50 %. En a-t-il le droit ? Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis au plus tôt.

Dr G.

Réponse.

Bénéficiaire de la prorogation professionnelle en vertu des articles 56 et 58 de la loi du 9 mars 1918, vous ne pouvez être augmenté par votre propriétaire pendant toute la durée de la prorogation, que dans les termes de l'article 1er de la loi du 31 mars 1922, c'est-à-dire que le propriétaire ne peut exiger de vous que : l'augmentation qui s'est produite, depuis le 1er août 1914, dans les impôts et taxes de toute nature grevant l'immeuble loué, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière ; l'augmentation subie depuis le 1er août 1914 des prestations payées pour la commodité des locaux et, en outre, pour contribuer à l'augmentation subie par les dépenses d'entretien, 5 % du prix du loyer tel qu'il était en 1914.

Le propriétaire doit justifier du bien fondé des augmentations qu'il demande et ne peut exiger le payement d'une augmentation globale de 50% qui apparaît comme notablement exagérée.

Conditions de capacité imposées aux étudiants pour les remplacements.

Quel est le nombre d'inscriptions que l'on doit légalement exiger d'un étudiant en médecine qui veut faire des remplacements ? Est-ce 16 inscriptions ou 20 ?

Réponse.

L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, qui exigeait que les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours eussent 12 inscriptions et que la scolarité des étudiants non internes fût terminée, ce qui était interprété comme nécessitant qu'ils eussent 16 inscriptions, a été modifié par la loi du 6 mai 1922, qui l'a mis en harmonie avec le nouveau régime des études médicales.

Actuellement, pour pouvoir faire des remplacements, les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours doivent être munis de 16 inscriptions et les étudiants en médecine doivent toujours avoir terminé leur scolarité et être dès lors munis de 20 inscriptions (le nouveau texte p écise ce point, à la différence de l'ancien).

Toutefois, pour les étudiants soumis encore à l'ancien régime, il n'est exigé que 1 6 inscriptions, ou 12, s'ils sont internes des hôpitaux ou hospices français.

L'autorisation préfectorale, valable pour trois mois et renouvelable, est toujours exigée.

Le *Concours médical* a publié la loi du 6 mai 1922 dans son numéro du 21 mai suivant et l'Agenda-Memento de 1923 l'a relatée dans son chapitre des remplacements, page 282.

Taxes sur les voitures hippomobiles

Possédant plusieurs voitures hippomobiles qui ne me servent plus, je serais désireux de savoir si je dois acquitter les taxes imposées à ces voitures.

Dois-je les faire démonter ou déclarer simplement qu'elles ne circulent plus ?

Dr M.

Réponse.

Pour l'exemption des prestations, il suffit de prouver que la voiture ne sert pas.

Pour la taxe sur les chevaux et voitures, il faut qu'elle soit complètement hors d'usage. Il ne suffirait pas de la démonter.

A. M.

Passage dans la territoriale

Etant abonné au *Concours médical*, je vous serais très obligé de bien vouloir me fixer sur le point suivant :

Faisant partie de la classe 1906, étant né le 18 septembre 1886, j'ai été mobilisé au début de la guerre comme médecin auxiliaire. Promu au grade de médecin aide-major de 2e classe à titre temporaire (réserve) en 1916. Aide-major de 1re classe à titre temporaire (réserve), en 1918. J'ai été titularisé à titre définitif (RÉSERVE), comme aide-major de 2e classe, il y a 2 ans. Ma classe appartenant à la terri-

toriale, ai-je le droit de demander ma nomination dans la territoriale comme *aide-major de territoriale* (37 ans) ?

Dans ce cas, quelles seraient les formalités à remplir. J'appartiens à la Ne région.

Dr X.

Réponse.

Le règlement ne permet de maintenir dans la réserve les officiers appartenant de droit à la territoriale que si ceux-ci en font la demande expresse.

Dans votre cas donc, puisqu'il semble y avoir une omission, adressez aussitôt une lettre au Directeur du Service de Santé de la Ne région, dont vous dépendez, faites-lui connaître vos désirs ; et vous obtiendrez certainement satisfaction. Votre passage dans la territoriale fera l'objet d'une décision ministérielle qui paraîtra au *Journal Officiel.*

G. F.

Amortissements déductibles des bénéfices professionnels. Base de la patente.

Je vous serais très obligé de me renseigner sur les deux points qui suivent ayant trait au pressurage habituel :

1° J'ai lu, en 1921, un article, dans la *Semaine dentaire*, spécifiant que les médecins stomatologistes et chirurgiens dentistes avaient droit à un amortissement de 15 % sur le prix d'installation ou d'achat de leur cabinet, dans la déclaration de revenu annuel.

Cet amortissement m'est contesté par le contrôleur de ma région. Veuillez me dire s'il a raison et si le journal en question a tort.

2° Je possède à la campagne un domicile dans lequel je passe mes vacances. Je paye 500 fr. par an largement comptés, ce loyer étant cher pour ce qu'il est. Les contributions me taxent sur 700 fr. depuis 4 ans, le bail ayant été fait après la guerre.

J'ai réclamé à plusieurs reprises au contrôleur général et celui-ci n'a même pas la politesse de répondre. Cette comédie dure depuis 4 ans et je désire qu'elle cesse. Veuillez me dire la marche à suivre pour aboutir au dégrèvement et remboursement des sommes indûment payées.

Dr C.

Réponse.

1° Pour obtenir le bénéfice net des professions libérales, il y a lieu de comprendre dans les dépenses déductibles l'amortissement correspondant à la dépréciation du matériel nécessaire à la profession.

Ce matériel ne se compose pas uniquement d'appareils et instruments chirurgicaux ; vous pouvez également englober le prix de l'installation, c'est-à-dire le prix des meubles : du salon où attendent vos clients, de votre bureau, etc...,

en résumé toutes acquisitions faites inhérentes à votre profession.

En cas d'achat du cabinet, le prix de cession de la clientèle ne saurait être amorti (même pour les fonds de commerce *aucune déduction* n'est admise de ce chef) ; l'amortissement porterait seulement sur les meubles ou appareils que vous auriez rachetés à votre prédécesseur.

Quant au pourcentage de l'amortissement, il est essentiellement variable suivant le service demandé au matériel.

2° Nous pensons que la seconde question a trait à la patente. Dans ce cas, l'augmentation de la base servant au calcul de la patente peut provenir de deux faits :

Ou bien de la construction de dépendances à ladite habitation (garage par exemple) qui ferait l'objet d'une location distincte ; ou bien, des charges qui ne sont pas comprises dans le prix de 500 fr. et qui, également, doivent être ajoutées à la valeur locative pour le calcul de l'imposition.

Si aucun de ces motifs n'existe, vous êtes fondé à adresser au préfet dans les trois mois qui suivent celui de la publication du rôle une réclamation. Elle sera rédigée sur papier timbré et accompagnée de l'avertissement.

Vous pouvez également produire à l'appui la copie de la partie du bail relative au prix de location.

A. MARTINOT,
conseiller fiscal.

Accidents du travail. Nomination des médecins experts devant les justices de Paix

Dans le n° 11 du *Concours médical*, 18 mars 1923, vous dites que le juge de paix nomme lui-même l'expert qui lui plaît.

Un secrétaire de dispensaire syndical m'oppose un jugement publié dans le juris-classeur, jugement qui a été rendu par le tribunal civil de la Seine (4e chambre, 4e section), le 23 janvier 1912 et qui déclare « nulle l'expertise dont le juge de paix a confié les opérations à un médecin qui n'est pas investi de la qualité d'expert par les tribunaux, conformément à l'article 1er de la loi du 30 novembre 1892 et au décret du 21 novembre 1893 ».

Que faut-il penser de ce jugement ? A-t-il été, par la suite, annulé ?

Dr M.

Réponse.

Les articles 42 et suivants du Code de procédure civile ne forcent nullement le uge de paix à choisir les experts qu'il nomme sur une liste déterminée. De la lecture des textes, il résulte que le juge de paix a toute latitude pour désigner, comme il l'entend, les hommes de l'art. qui devront donner leurs appréciations.

De même, les articles 302 et suivants du Code de procédure civile n'obligent pas les tribunaux

à désigner des experts uniquement choisis sur une liste dressée à l'avance.

L'article 43 du Code d'instruction criminelle dit que « le procureur de la République se fera accompagner, au besoin, d'une ou de deux personnes présumées, par leur art, ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime, ou délit ».

De même l'article 44 est muet sur une désignation obligatoire des experts, pris sur une liste dressée à l'avance.

L'article 14 de la loi du 30 novembre 1892 et les décrets ultérieurs règlent le mode de nomination des médecins experts près les tribunaux ; mais ne font pas défense aux juges d'employer, pour leurs expertises, d'autres personnes que les docteurs inscrits sur les listes officielles d'experts.

Telle est d'ailleurs l'opinion de Sachet (Accidents du travail, 86e édition, t. I, no 1178 *bis*), qui écrit : « Les médecins experts doivent-ils être choisis parmi les docteurs en médecine, figurant sur la liste dressée en vertu des articles 1 et 2 du décret du 21 novembre 1893, pris en exécution de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892 ? Nous ne le pensons pas. La loi de 1892 et le décret de 1893, ne visant que les expertises en matière pénale, n'ont apporté aucune modification aux dispositions des articles 303 et suivants du Code de procédure civile ». Et il cite en ce sens : Cassation, civ. 15 décembre 1914 ; Sir. 1915, 1,17 ; D. P. 1917, 1, 22).

Nous pouvons conclure qu'est erronée la décision du tribunal civil de la Seine, du 13 janvier 1912, décision qui a été reproduite dans le Recueil du Ministère du Travail, XV p,. 107.

Dr Paul Boudin.

Admission d'un réformé de guerre dans un sanatorium privé.

Je viens encore vous mettre à contribution pour un renseignement au sujet du fonctionnement de la loi sur les mutilés et réformés de guerre. Un de mes malades tuberculeux désirerait se faire traiter dans un sanatorium. Indépendamment de la nécessité d'avertir la commission de contrôle, je désirerais être fixé sur les points suivants. Le fait d'être soigné dans un sanatorium constitue-t-il *un droit* pour le malade ou au contraire, certaines conditions doivent-elles être réalisées pour cela ?

Enfin, tous les sanatoria sont-ils susceptibles de soigner cette catégorie de malades, ou au contraire, ceux-ci ne peuvent-ils entrer que dans certains de ces établissements spécialisés à cet effet ?

Dr B.

Réponse.

L'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modi-

(*Voir la suite page XXXIX* 2691)

PROPOS DU JOUR

Paroles et actes. La protection de la première enfance dans les Régions libérées. La défaillance américaine.

Dédié à M. le Pr Pinard, député de Paris, le vaillant champion de la protection de l'enfance.

Il va y avoir bientôt cinq ans que nos départements du Nord de la France ont été libérés. Depuis ces cinq ans, combien de discours ont été prononcés, combien de rapports ont été rédigés, combien de congrès ont été réunis, combien de commissions ont été constituées pour proposer, projeter, discuter, adopter les mesures nécessaires à rendre leur ancienne prospérité à ces régions si éprouvées.

D'abord certains de nos fonctionnaires ouvrirent des crédits sans raison et sans compter, et lorsque des gens de bon sens leur faisaient remarquer qu'il y avait, peut-être, des choses plus nécessaires à réaliser tout d'abord et qu'il ne serait pas inutile d'opérer avec une plus sage économie, ces Messieurs, devenus de grands et de courageux patriotes... depuis l'armistice, regardaient sévèrement et avec quelque pitié ces gens bornés qui ne savaient voir grand comme eux.

« Le Boche payera, que vous importe, répliquaient-ils avec insolence ».

Comme nous le prévoyions, le Boche n'a pas payé et nous ne savons pas s'il payera jamais.

Or, il se fonda sans bruit, ni tapage, sans palabres ni discours, un Comité Américain d'assistance aux régions libérées. Ces Américains et ces Américaines, des intellectuels pour la plupart, apportèrent des millions et des millions pour aider à reconstituer notre pays ravagé. Nos lecteurs ont pu juger, par le récit que nous avons fait il y a deux ans, dans ces colonnes, de notre visite aux organisations américaines de Soissons, Vic-sur-Aisne, Blérancourt et Coucy, de l'importance de l'effort accompli par nos amis d'Amérique pour nous secourir utilement, du tact, de la délicatesse, du dévouement, nous dirons même plus, de l'amour que de nobles femmes venues de si loin mirent à s'occuper surtout de l'enfance qui avait plus particulièrement souffert dans les départements envahis. Nous avons vu, de nos yeux vu, les enfants saluer de leurs petites mains avec des cris de joie la voiturette conduite par une Américaine qui nous avait fait l'honneur de nous servir de guide. Nous avons vu les paysans, avec des larmes aux yeux, remercier ces bonnes fées de leur générosité sans limites.

Nous avons admiré ces femmes de bien qui, loin de quêter des marques de popularité et de reconnaissance, vantaient le courage des populations qu'elles secouraient, s'extasiaient devant la fraîcheur, le sourire, la bonne grâce de ces petits enfants qui leur devaient la santé et peut-être la vie. Ces dames avaient l'âme assez haute pour trouver la récompense de leur peine dans la seule conscience du bien accompli.

Si les populations comprirent, l'Administration, elle, ne comprit pas. MM. les Ronds-de Cuir ne pouvaient, dans leur cerveau borné, concevoir que la générosité du Comité américain ne pouvait être éternelle, qu'il viendrait un jour où la reconstitution du pays paraissant suffisante, il cesserait graduellement son action et laisserait à eux, dont le devoir étroit est de continuer leur œuvre, le soin de veiller à la protection de la première enfance.

Dans le département du Nord, des consultations de nourrissons (combien utiles dans cette région où la mortalité infantile a toujours été élevée) avaient été organisées, subventionnées par les Américains. Les médecins, chargés de ces consultations, recevaient une indemnité de 30 francs par séance. Chaque séance durait environ deux heures et plus de 50 enfants étaient, nous a-t-on dit, examinés chaque fois.

Or un de nos confrères nous a communiqué la singulière circulaire ci-dessous, signée du maire de la localité, qui n'a, bien entendu, fait que recopier les instructions de M. Le Bureau ; nous reproduisons textuellement la circulaire, dont nous avons entre les mains l'original sur papier administratif timbré et signé.

X. le 22 juin 1923.

Monsieur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que, par suite de la *défaillance* du Comité américain d'assistance aux régions libérées, *qui subventionnait*

d'une façon presque complète l'œuvre des consultations de nourrissons, le département a décidé, afin de ne pas la laisser péricliter, d'apporter sa participation financière (! !)

La commune fera d'autre part l'effort particulièrement lourd (! !) mais nécessaire, pour continuer à assurer la vitalité de cette œuvre.

Les dépenses du personnel ont dû être comprimées ; le statut départemental, qui règle maintenant leur fonctionnement, prévoit à titre d'honoraires pour les docteurs, une somme *de 20 francs par séance* (au lieu de 30 fr. ! !)

Cette disposition sera applicable à dater du 1er juillet prochain.

En vous remerciant pour le précieux concours que vous nous avez toujours apporté, je vous exprime ma gratitude anticipée pour celui que vous voudrez bien continuer à nous prêter.

Veuillez agréer, etc.

Le Maire : Illisible.

Eh bien ! que pensez-vous de cette circulaire qui parle de la *défaillance* américaine ? N'aurait-elle pas mieux fait de parler de la *carence de l'administration française* ?

Après tous les boniments répétés et ressassés sur tous les tréteaux politiques, philanthropiques, scientifiques et autres, où l'on gémit sur la dépopulation, sur la mortalité infantile, où l'on larmoye sur les malheureux nourrissons, le département fait l'effort prodigieux de participer aux frais d'une consultation de nourrissons et la commune fait l'effort particulièrement lourd de continuer à assurer la vitalité de cette œuvre. Mais nos administrateurs rognent le tiers des honoraires des médecins, car, pour ces derniers, la participation est toute naturelle, et l'effort est évidemment léger. D'ailleurs, la circulaire se termine selon la formule : remerciements du précieux concours, expression de gratitude anticipée, en un mot la monnaie de singe avec laquelle ronds-de-cuir et philanthropes honorent ordinairement les médecins, ces gens dont cependant il est de bon ton, dans les milieux administratifs, de vilipender l'âpreté au gain. Mais tout cela ne serait rien, nous, médecins praticiens, sommes habitués à ces boniments, en les écoutant nous haussons les épaules et continuons la tâche que nous nous sommes tracée ; ce qui nous choque, ce que nous ne pouvons souffrir sans protester, c'est qu'on rejette la responsabilité de ces actes de ladrerie et de carence administratifs sur ces méchants Américains qui, après avoir *subventionné d'une façon presque complète l'œuvre des consultations de nourrissons* pendant des années, finissent par devenir défaillants.

Labiche, dans le *Voyage de M. Perrichon*, exprime cette pensée profonde : *Il n'y a que les âmes d'élite qui savent supporter le fardeau de la reconnaissance.*

De certain monde bureaucratique sont soigneusement exclues les âmes d'élite ; aussi la reconnaissance y est un mot complètement ignoré.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

(*Suite et fin*) (1)

Par André Jousset,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Laënnec.

Conformément à mon programme, je me suis jusqu'ici longuement étendu sur les signes généraux et fonctionnels du début de la tuberculose pulmonaire ; je vous ai dit la valeur de la fièvre dans ce diagnostic si difficile ; je vous ai ditcomment l'association d'une hémoptysie et d'une toux chronique au premier de ces symptômes constituait une preuve irrécusable de germination bacillaire pouvant à la rigueur dispenser de tout autre examen ; mais étant sans parti pris, je dois être éclectique et complet, d'autant plus que la trilogie symptomatique précédente est relativement rare, en sorte que l'interrogatoire d'un malade, une fois terminé, force nous sera le plus souvent de procéder, malgré tout, à son examen physique, suivi au besoin du contrôle radio-bactériologique.

Examen physique du malade

Vous ferez déshabiller complètement le sujet

(1) Voir notre numéro du 22 juillet 23.

soumis à votre examen, et procéderez à une inspection d'ensemble comme il est de règle pour tout diagnostic difficile ; mais ne vous illusionnez pas, cet examen ne rendra pas beaucoup. Tout ce qu'il peut fournir se réfère uniquement au passé pathologique éloigné du sujet, mais nullement à l'évolution en cours ; il complète simplement l'enquête sur les antécédents. Quand vous aurez constaté de vieilles cicatrices ganglionnaires, une coxalgie guérie depuis quinze ans, vous n'en serez guère plus avancé. Si pendant ces quinze années, le sujet s'est bien porté, il est, au point de vue du diagnostic qu'on vous demande, l'égal d'un sujet sain. Toutes ces marques d'une tuberculose guérie ne comptent, en réalité, que pour le pronostic.

De même, vous n'attacherez pas plus d'importance qu'il ne convient aux attributs classiques du « candidat à la tuberculose ». Je fais allusion aux thorax étriqués de ces sujets longs et gracîles infléchis sur leur tige (type « populeus » de Landouzy) dont la description traîne un peu partout, à la beauté morbide de ces enfants dont les yeux sont ombragés de cils longs et soyeux, etc., etc., parce que, d'une part, cette soi-disant candidature ou prédisposition recèle ordinairement une tuberculose ancienne plus ou moins camouflée, et que, d'autre part, elle ne saurait nous aider à résoudre le problème posé dont il importe de ne pas perdre de vue l'énoncé ; y a-t-il ou non une tuberculose pulmonaire en évolution, c'est-à-dire en pleine marche ?

Si vous ne devez pas vous laisser trop impressionner par les signes de déchéance organique, inversement vous devez vous méfier des apparences resplendissantes de certains sujets. Elles n'excluent nullement la possibilité d'une évolution bacillaire. Les tuberculoses florides ont trompé et continueront à tromper les meilleurs d'entre nous. Ne jugeons donc pas trop les gens sur la mine, bonne ou mauvaise.

Si l'inspection est négative, le palper vous fournira, en revanche, les renseignements les plus précieux. Il semble que les ouvrages classiques oublient systématiquement la recherche des *points douloureux* pourtant bien connus, ou n'y attachent qu'une importance médiocre. Il y est bien question du palper des muscles, des ganglions, afin d'en apprécier la fonte ou l'hypertrophie. Tout cela est beaucoup moins intéressant que la douleur, car toute douleur éveille l'idée d'inflammation, et inflammation veut dire processus actif ; le reste correspond à des modifications purement statiques.

Il existe une demi-douzaine de points douloureux à rechercher chez un tuberculeux qui débute. Ces points, qui indiquent une atteinte superficielle du poumon, une fluxion corticale, donc en même temps pleurale, vous seront signalés par le malade lui-même et vous ne ferez que les préciser. Quelquefois, c'est vous qui les lui révélerez.

Le sujet étant installé sur un tabouret, et vous offrant son dos bien arrondi, vous explorerez assez fortement, avec la pulpe du pouce d'abord, les fosses sus-épineuses dans leur partie interne ; la zone dite « d'alarme » étant, bien avant la phase acoustique, une zone douloureuse.

C'est naturellement à droite que vous ferez d'abord cette investigation, puisque les deux tiers, sinon les trois quarts des malades, commencent leur tuberculose à droite. Le malade réagira sous votre pression par un léger mouvement de retrait. Vous préciserez le point et le marquerez au crayon, car c'est sur les endroits douloureux que devra spécialement porter l'auscultation, mais je me hâte de vous dire que bien souvent, celle-ci restera négative, la douleur précédant de beaucoup la perception auditive.

Pour fréquent qu'il soit, le point sus-épineux ou supérieur n'est pas le seul ; il peut en exister d'autres un peu partout ; mais je vous recommande les localisations suivantes. Explorez de haut en bas à égale distance des vertèbres et du bord spinal de l'omoplate. Au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, vous trouverez très fréquemment un deuxième point douloureux. C'est le point moyen ou scissural qui peut exister isolément. De même, les culs-de-sac pleuraux peuvent réagir seuls. Ces points inférieurs sont plus irréguliers ; ils sont plus latéraux et avoisinent la ligne axillaire.

Chacun des points dorsaux, supérieur, moyen, inférieur, possède une réplique à la face antérieure. Cette projection antérieure ou terminale de la douleur indique nettement l'origine névralgique de ces points et permet de les différencier de l'hyperesthésie cutanée ou de la sensibilité plus profonde des plans musculaires, réparties un peu au hasard, sans systématisation ; c'est ainsi que le point sus-épineux se projette en avant dans le premier ou le deuxième espace intercostal, à deux doigts du sternum ; le point moyen, sous le mamelon, et les points inférieurs au niveau de l'abdomen, simulent une douleur vésiculaire.

Les points antérieurs sont pratiquement moins intéressants que les points postérieurs qui seuls, révèlent l'emplacement, ou tout au moins, l'étage occupé par la fluxion pulmonaire et permettent d'orienter rapidement la recherche sthétacoustique.

J'en arrive à l'*auscultation*, c'est-à-dire que je termine par où l'on serait tenté de commencer. Nous devons tant à l'admirable méthode de Laënnec que nous avons une tendance naturelle à lui demander de résoudre tous les problèmes de pathologie pulmonaire. Or, je vous l'ai dit au début, dans le cas particulier de la tuberculose débutante, l'auscultation n'a qu'un rôle accessoire et complémentaire. Si vous êtes servis par un hasard

heureux, si vous avez, par exemple, affaire à un début cortical, si vous auscultez au bon moment et surtout, si vous avez une bonne oreille, vous pourrez quelquefois avoir le contrôle auditif que vous cherchez. Bien entendu, sa présence emportera la décision, mais retenez bien qu'il est très inconstant et qu'il ne faut à aucun prix attendre l'échéance des signes sthétoscopiques pour formuler un diagnostic de tuberculose débutante. C'est de cette erreur funeste, transmise aux générations médicales actuelles, que proviennent la plupart des désastres auxquels nous assistons. Tout ceci vous étonne ? Je vais vous scandaliser bien davantage. Ne faites précéder votre auscultation ni de la palpation, ni de la percussion classiques : vous n'en avez que faire ici, car votre recherche n'a pour but que de mettre en évidence les petits bruits adventices de la congestion initiale ; il ne s'agit pas de foyers de condensation, il ne s'agit pas de lésion organisée, mais seulement d'un état fluxionnaire dont la signature est uniquement le râle crépitant sec et très fin, quelquefois associé à un léger frottement. Pour le même motif, vous ne chercherez pas davantage le craquementqui correspond à une organisation plastique et dont l'apparition est relativement tardive, ni bien entendu, aucun des signes de Grancher qui correspondent le plus souvent à des lésions éteintes. Ne vous occupez donc pas des modalités respiratoires de cet auteur et **faites uniquement la chasse au râle crépitant.**

Comment ausculter ?

Munissez-vous d'abord d'un bon sthétoscope bi-auriculaire à gros tubes de caoutchouc (4 millim. de diamètre intérieur et 10 mill. de calibre extérieur) ; il en est aujourd'hui d'excellents.

Appliquez-en le pavillon bien soigneusement et normalement à la paroi. Immobilisez-le par une forte pression, car le moindre glissement peut donner naissance à des bruits parasites trompeurs.

Ecoutez dans un religieux silence et assurez-vous que votre malade respire lentement et profondément. N'oubliez pas, bien entendu, de le faire toussoter ; c'est à la fin de l'inspiration qui suit chaque secousse de toux que vous percevrez le froissement alvéolaire.

Où le chercher ?

Un peu partout, mais spécialement au niveau des points douloureux du thorax, à la zone d'alarme, dans la fosse sus-épineuse, le long des scissures et aux bases. Chez les jeunes sujets, la région hilaire adjacente aux ganglions est souvent la première intéressée par la fluxion.

Quand le chercher ?

Si vous en avez l'occasion, auscultez le matin, au réveil ; c'est l'heure de la congestion physiologique imputable à la stase nocturne. Chez la femme, auscultez dans la période prémenstruelle et vous augmenterez ainsi les chances de succès. Enfin, renouvelez plusieurs fois cette exploration.

Le râle crépitant est-il le seul signe sthétoscopique initial de la tuberculose pulmonaire ? Certes non ! Il y en a d'autres, mais qui sont l'apanage d'oreilles spécialement exercées et dont l'interprétation est toujours discutable. Contentons-nous donc de ce signe vraiment caractéristique.

Lorsque vous aurez constaté chez votre client, non plus la triade des symptômes cardinaux, mais simplement une fébricule continue et régulière *durant depuis plusieurs semaines*, et que vous y aurez ajouté la perception de râles secs, congestifs également stables, vous pourrez vous en tenir là ; n'en demandez pas davantage : le diagnostic est fait et votre rôle thérapeutique doit commencer immédiatement.

Ici, nous allons nous heurter non seulement à l'opinion du malade qui acceptera malaisément vos conclusions et leurs conséquences, mais aux idées de la plupart des médecins, réfractaires à une telle conception du diagnostic de la tuberculose. Beaucoup demanderont, avant d'agir, que le verdict soit entouré d'autres garanties, et qu'à défaut de gros signes sthétoscopiques (qu'à mon avis, il serait criminel d'attendre) on possède au moins une véritable preuve scientifique. Ce disant, je fais allusion et j'en arrive à l'argument suprême ou bactériologique du diagnostic initial qui mérite d'être discuté longuement.

Recherches complémentaires

Que vaut la *recherche du bacille de Koch* pour ce diagnostic ; est-elle nécessaire et suffisante, est-elle facile, quelle doit-être sa technique ? Envisageons successivement ces diverses questions.

La valeur diagnostique de la présence du B. de K. dans une expectoration est démontrée depuis plus de quarante ans ; mais, là n'est pas la question ; il s'agit de déterminer la valeur pratique, non du constat, mais de la recherche du bacille, ce qui est complètement différent, car chercher n'est pas toujours trouver.

Depuis quelques années, un nouvel enseignement tend à prévaloir, qui ferait de la bactériologie le pivot du diagnostic en phtisiologie, doctrine extra-simple qui annihilerait complètement le rôle du médecin auquel se substituerait le laboratoire ou l'officine du pharmacien.

De l'utilité de la bactérioscopie en général, dans la prophylaxie antituberculeuse, et notamment de sa nécessité dans les dispensaires et œuvres de protection sociale, il n'y a rien à dire qu'on n'ait déjà dit mille fois et qui ne soit l'évidence même, mais le problème est tout autre, car les suspects de tuberculose ne fréquentent guère les dispensaires et, quand ils le font, il y a beau jour qu'ils ne sont plus des suspects, mais de grands malades comme le démontre la radiologie. Le litige bactériologique ne saurait donc

être tranché par les statistiques émanées des dispensaires, des sanatoriums, ou des services hospitaliers spécialisés qui ne voient que des tuberculeux consacrés qui sont presque tous contagieux. Il ne s'agit pas ici de diagnostiquer la tuberculose, mais la bacillose. Or, chez les suspects, les vrais débutants, l'examen bactériologique est-il suffisant, c'est-à-dire permet-il de faire à tout coup, le diagnostic vraiment précoce ? Oui, disent les uns, pour qui toute bacillose active, même débutante, est une bacillose ouverte, c'est-à-dire contagieuse. — Non, répondent des voix, également autorisées, et considérer comme inactive une bacillose qui ne fournit pas de bacilles est une conclusion bien dangereuse.

L'argumentation de ceux qui posent l'équation : tuberculose pulmonaire évolutive, = expectoration bacillifère, s'inspire à la fois de statistiques critiquables et de considérations théoriques. Les statistiques portent, je viens de le dire, non sur des bacilloses débutantes, mais sur des tuberculoses avérées dont nous n'avons pas à nous occuper. Par conséquent, tout ce qui a été dit sur la question, notamment au Congrès de Strasbourg, ne nous concerne pas.

Restent les raisons théoriques.

Quelques auteurs se refusent à admettre le dogme de la contagiosité des bacillaires évolutifs, mais concèdent que, scientifiquement, la proposition est peut être acceptable. Personnellement, je me montrerai plus radical, car je n'admets ni la conclusion pratique, ni la conclusion théorique de l'élimination bacillaire au cours de la tuberculose active. Depuis vingt-cinq ans que je m'occupe du bacille tuberculeux, j'ai, par la méthode des inoculations, trouvé un si grand nombre d'exceptions à la loi précédente, que je la considère comme inexistante. Il m'est arrivé de n'obtenir sur le cobaye que des résultats négatifs avec des crachats de sujets fébricitants chez lesquels la preuve de la tuberculose devait être fournie ultérieurement par une hémoptysie ou par une démonstration clinique de même valeur, ou même par une élimination bacillaire tardive ; autrement dit, l'expectoration bacillifère est, au cours de la tuberculose évolutive, un phénomène essentiellement variable, et pour ce qui est de la réalité scientifique de la doctrine, je me fais fort de démontrer, avec preuves expérimentales à l'appui, qu'elle n'a rien d'absolu.

La règle de la précocité de la virulence des crachats ne résiste donc pas à la critique.

Cette réserve une fois faite, je conviens que cette doctrine, si elle ne répond pas toujours à la réalité des choses, a eu au moins le mérite d'attirer l'attention du public médical et des praticiens sur la nécessité de recourir plus souvent qu'il ne le font d'habitude à l'examen bactériologique des crachats chez les suspects de tuberculose. Un résultat positif simplifiera tellement la tâche du médecin que l'on serait coupable de négliger ce surcroît d'information.

Mais encore faut-il qu'on en possède les éléments.

Dans la majorité des tuberculoses débutantes, l'expectoration est nulle ou si insignifiante qu'elle est immédiatement déglutie, si bien que l'examen bactériologique est irréalisable. Cette difficulté ne doit pas vous rebuter. Si vous disposez d'un laboratoire compétent, faites procéder à la recherche des bacilles dans les matières fécales. Vous pouvez encore essayer de provoquer l'expectoration en faisant prendre, pendant deux ou trois jours, une dose quotidienne de 2 gr. d'iodure de potassium et, surtout, en faisant récolter les premières mucosités du matin émises en toussant avec force. L'analyse portera sur les particules concrètes du crachat qui nagent dans la salive.

Chez les jeunes filles, profitez de la congestion pulmonaire prémenstruelle pour opérer le prélèvement.

Enfin, multipliez les examens et, en cas d'insuccès, faites procéder à une homogéinisation des crachats.

Je ne vous parle pas de l'inoculation au cobaye ; elle est évidemment l'*ultima ratio*, mais les réponses sont lentes et votre malade ne saurait toujours attendre pour se soigner les quelques semaines exigées par cette épreuve.

Examen radiologique. — Je serai très bref sur l'examen radiologique, car il est avéré que cet examen ne saurait au début fournir la moindre indication. Les fluxions discrètes, et spécialement, les corticalites ne donnent aucune image à l'écran ou sur la plaque. Si vous voulez vous en convaincre, examinez, à l'occasion, un sujet atteint de broncho-pneumonie aiguë grippale, et vous serez frappé de la transparence des régions où abondent les râles alvéolaires. Le même phénomène existe chez les bacillaires à la phase fluxionnaire ou congestive du début, et les « opacités, les marbrures, les mies de pain » de la radioscopie ou de la radiographie supposent, quoi qu'on en pense généralement, un processus relativement ancien.

Je ferai cependant une exception, c'est quand il s'agit de la tuberculose de l'enfant.

A côté des formes aiguës qui sont la règle dans le jeune âge, il existe chez lui une forme latente chronique de l'infection bacillaire, laquelle, tout comme les formes aiguës, atteint les ganglions du médiastin. Ici, la radiologie devient indispensable. Mais avant de conclure à une médiastinite bacillaire, exigez des images vraiment anormales des ganglions et ne vous contentez pas des petites opacités de la grosseur d'amandes qui existent au niveau du hile de tous les sujets.

Quelquefois, vous aurez chez l'enfant certaines surprises radiologiques. Il existe, en effet, chez

lui, une forme de tuberculose pulmonaire insidieuse chronique, disséminée dans les deux poumons sous forme de petites taches espacées, particulièrement nettes sur les radiographies instantanées. Cette sorte de granulie, anatomiquement discrète, et cliniquement bénigne, parfaitement curable, est plus rare, mais il faut en connaître l'existence, car elle donne la clef de bien des petits troubles de la santé générale dont la cause échapperait bien souvent à l'examen le plus minutieux.

Cuti-réaction. — Quand vous aurez affaire à un jeune sujet, une autre recherche s'imposera, celle de la cuti-réaction. Si chez l'adulte, le diagnostic initial de la tuberculose chronique est quelquefois difficile, chez l'enfant, il est le plus souvent impossible. Il est vrai que chez lui, les tuberculoses à marche lente sont relativement rares, mais il suffit qu'elles existent pour que j'aie à vous en parler.

Chez les jeunes, la plupart des signes précédemment énumérés font défaut et la symptomatologie, très fruste, se réduit à trois éléments principaux : la fièvre, qui revêt les mêmes caractères de régularité et de durée que chez l'adulte, l'examen radiologique et la cuti-réaction.

Vous ferez cette recherche au moyen d'une bonne tuberculine, de couleur jaune, c'est-à-dire pure ou peu diluée. Exigez de la tuberculine dite « vétérinaire », et refusez toute solution incolore dont la dilution dépasserait le 1/10e. J'y insiste pour avoir vu beaucoup d'insuccès dus uniquement à cette cause. Incisez ou scarifiez au vaccinostyle la peau de la région deltoïdienne, comme vous le feriez pour une vaccination ordinaire, et attendez 48 heures. Si vous avez une papule nette et, *à fortiori*, une papulo-vésicule, la réaction est positive et votre diagnostic est fait.

Pourquoi, me direz-vous, limiter cette épreuve si précieuse au diagnostic de la tuberculose infantile ?

C'est parce que chez l'adulte, les conditions sont toutes différentes ; que, chez lui, la réaction positive est banale, physiologique, et n'a plus la valeur d'un symptôme et cela, à dater du moment où le sujet a pu entrer en contact avec la masse des tuberculeux ambulants, c'est-à-dire dès l'adolescence dans les villes et approximativement vers 20 ans à la campagne. La cuti, à ce moment, ne comptera donc plus.

***

J'en ai fini avec ce diagnostic dont j'ai volontairement éliminé tous les signes de valeur douteuse, pour insister sur ceux qui me paraissent essentiels. Voici, maintenant, comment j'en conçois l'application.

La première visite sera presque uniquement consacrée à l'interrogatoire portant sur les troubles fonctionnels et à un essai d'auscultation. Vous chercherez donc la trilogie caractéristique : fièvre, toux, hémoptysie, puis, vous ferez la chasse au râle crépitant. Que vous l'ayez ou non perçu, ajournez votre diagnostic à une deuxième ou troisième visite que vous fixerez à deux ou trois semaines au cours desquelles le malade sera mis en observation.

Vous utiliserez ces délais :

1° A faire prendre correctement la température ;

2° A faire analyser l'expectoration que vous provoquerez au besoin artificiellement ;

3° Chez l'enfant, à faire exécuter un examen radiologique et une cuti-réaction.

Quand aura lieu la deuxième ou troisième visite, vous aurez donc en mains toutes les pièces du procès et vous saurez en outre si tous les symptômes, et spécialement les signes d'auscultation, ont le caractère de stabilité caractéristique de la tuberculose ; vous éliminerez notamment l'erreur toujours possible d'une congestion accidentelle due à une poussée grippale ou à toute autre cause.

En opérant suivant cette technique, j'estime qu'une erreur sera bien exceptionnelle. Pour être sincère cependant, je dois vous signaler celles qu'il vous sera possible de commettre. Il vous suffira d'ailleurs d'y penser pour les éviter.

La fièvre constituant le critérium principal et constant (il n'est d'apyrétiques que les vieilles tuberculoses) de la germination bacillaire, il n'y a que les affections fébriles chroniques qui puissent simuler la tuberculose au début.

C'est d'abord l'*appendicite chronique* sur laquelle je me suis longuement étendu. Je vous ai dit qu'il fallait bien souvent distraire du syndrome de Faisans, ou appendicite chronique simple, des manifestations appendiculaires fonctionnelles liées à une tuberculose latente. Mais comment distinguer celle-ci des précédentes ? A mon humble avis, c'est bien moins par l'analyse symptomatique subtile préconisée par Faisans que par l'étude de la fièvre elle-même que vous trancherez la difficulté. Jamais, dans une appendicite chronique, vous n'aurez la même régularité de tracé thermique que dans un début de tuberculose pulmonaire. Les poussées fantaisistes sont inconnues dans cette dernière.

J'en dirai autant des *infections génitales* chroniques de la femme qui, par la fatigue, la pâleur, la fièvre qu'elles occasionnent, peuvent jusqu'à un certain point simuler la prétuberculose. Malgré le repos imposé à ces malades, vous aurez chez elles des sautes de température inconnues des pulmonaires immobilisées.

Chez l'enfant, vous songerez, en présence d'une fièvre durable et inexpliquée, à ces *infections chroniques du cavum*, si fréquentes chez les petits citadins. Vous ferez au besoin examiner et traiter le rhino-pharynx par un spécialiste et procéder, s'il est nécessaire, à l'ablation des amygdales et

des végétations. Les températures des adénoïdiens sont aussi moins régulières et comportent des sautes vespérales plus élevées que celles des bacillaires ; là est le vrai critérium avec la cutiréaction. La différenciation présente d'ailleurs ici moins d'importance, car un seul et même traitement convient aux deux affections : le séjour à la campagne, dont l'efficacité est extraordinairement rapide chez les adénoïdiens.

Le seul diagnostic qui présente de réelles difficultés, parfois insurmontables, est celui de la *maladie de Basedow* ou, pour parler plus exactement, des états thyroïdiens avec syndrome sympathicotonique, lesquels présentent avec la tuberculose débutante une série de points communs (fièvre, sueurs, amaigrissement, tachycardie, toux, diarrhée, etc.), tellement semblables que les meilleurs cliniciens s'y tromperont fatalement et ce, d'autant plus facilement que souvent, la tuberculose complique le syndrome endocrinien ; mais je me hâte d'ajouter que ces faits sont si exceptionnels que dans la pratique, ils ne comptent pas, et que mieux vaudrait d'ailleurs condamner indûment à une cure sanatoriale un sujet sur cent, que de méconnaître la tuberculose des quatre-vingt-dix-neuf autres.

Telle est ma conception personnelle du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Si elle s'écarte de la routine classique, elle se tient à plus grande distance encore du machinisme médical actuel et comme telle, ne manquera pas de soulever certaines objections, et spécialement les deux suivantes.

1° La méthode clinique ne peut donner la certitude scientifique, que seule peut fournir l'inoculation au cobaye de crachats bacillifères.

Evidemment ; mais il ne s'agit pas ici de fournir un certificat administratif comportant un droit à pension ou des sanctions pécuniaires ; on vous demande d'établir un diagnostic de suspicion justifiant une thérapeutique efficace. Si la solution du problème social de la lutte antituberculeuse exige des preuves aussi rigoureuses, c'est qu'il est mal posé. Il risque en ce cas de n'être jamais résolu. N'oublions pas que les meilleurs de nos diagnostics ne sont jamais que des hypothèses et non des équations.

2° Même réduit à la méthode clinique ou approchée que nous préconisons, le diagnostic est le plus souvent impossible, la période fluxionnaire de la maladie à laquelle il s'applique est toute virtuelle, sa durée étant si courte qu'elle échappe à l'analyse clinique, si bien que le médecin sera toujours surpris par une tuberculose déjà installée.

Qu'une telle éventualité puisse se produire, nous ne le nierons pas, surtout si le médecin, continuant à vivre sur l'enseignement et les errements du passé, s'obstine à préférer à l'analyse des signes généraux et fonctionnels la matérialité tardive des lésions.

Mais n'exagérons rien. Quoi qu'en pensent certains doctrinaires dont la prétention n'a d'égale que l'inexpérience clinique, la période fluxionnaire peut durer des mois entiers. A côté des cas heureusement exceptionnels où la maladie brûle les étapes et où, d'ailleurs, tous les traitements restent impuissants, il y a l'immense majorité des évolutions lentes pendant lesquelles l'incubation fluxionnaire laisse au praticien tout le temps voulu pour se faire une opinion et pour agir. Pendant de longs mois, la fluxion progressera lentement, insidieusement, imperceptible à l'écran et désespérement sèche, sans possibilité d'analyse bactériologique. Je n'en veux pour preuve que ce qui se passe dans certaines tuberculoses à début pleurétique où la corticalite fluxionnaire attenante à l'épanchement ne se révèle par aucun signe radio-bactériologique. Il s'agit pourtant là de formes assez actives, si l'on en juge par l'élévation de la fièvre ordinairement plus élevée que dans les corticalites non exsudatives. Me dira-t-on que la forme pleurétique est uniquement et primitivement pleurale ? Personne ne soutiendrait pareille hérésie. C'est le poumon qui commence et qui ensemence la plèvre. Alors..... ? Alors, si de telles formes restent aussi longtemps fermées comment refuser les mêmes propriétés aux autres fluxions torpides du poumon ; les processus bactériologiques et histogéniques sont pourtant les mêmes ?

Concluons donc.

C'est bien à la période de prétuberculose, non au sens déjà tardif où Grancher l'entendait, mais à la phase de bacillose fluxionnaire précédant les tubercules, qu'il importe d'établir un diagnostic. L'idéal est de *guérir des bacillaires et non des tuberculeux*. Le jour où l'on aura compris la valeur de cette formule et l'utilité de cette distinction fondamentale, le jour où l'on aura substitué la prévision et la *prévention* à la *protection*, ce jour-là, on pourra peut-être envisager la diminution du fléau sans qu'il soit besoin de recourir à l'armature encombrante, à l'organisme impuissant et ruineux du dispensaire.

Pour le dépistage, les agents du dispensaire ne connaissent en effet que le microscope et l'écran radiologique, armes insuffisantes et qui, je vous l'ai dit, sont complètement inopérantes à la phase initiale de la maladie, en sorte que malgré tout leur dévouement, les infirmières-visiteuses, pourvues d'un bagage médical de primaires, risqueront d'arriver après la consommation du désastre ou, ce qui est pire, à considérer comme sains des sujets qui sont en pleine évolution de bacillose, sous prétexte que leur expectoration est nulle ou stérile, en vertu du dogme

« scientifique », mais archi-faux, de la contagiosité précoce des bacilloses évolutives.

En réalité, la sélection judicieuse et opportune, fort difficile, convenons-en, n'appartient qu'au médecin de famille, suivant et connaissant de longue date ses malades, leur ambiance et leurs antécédents ; elle doit être réservée à des praticiens rompus aux difficultés de la clinique et pourvus de connaissances générales.

Qu'est-ce en effet que cette spécialisation dont il est fait tant de bruit ? Est-ce que la tuberculose, qui accapare la moitié de notre activité professionnelle, n'appartient pas à tout le monde ? Qu'est-ce donc que cette « Science phtisiologique » réservée à quelques initiés ? Quels mystères se cachent derrière cette façade tapageuse ?

En fait de science, je n'aperçois que de pauvres et vains essais de rajeunissement d'idées qui traînent un peu partout, et qui, sous la tromperie des phrases sonores ou sentencieuses, enveloppant d'habiles démarquages, cachent *le néant des aperçus originaux* et des recherches personnelles, le tout à l'usage des naïfs ou des profiteurs.

Mais passons sur ces misères et travaillons dans le silence et le recueillement. Apprenons donc à reconnaître et à pourchasser les débuts, les vrais débuts de la tuberculose. C'est dans l'œuf qu'il faut étouffer le mal. Soyez plutôt pessimistes, trop pessimistes dans vos diagnostics quitte à vous tromper. Je vous ai d'ailleurs dit combien une erreur de cet ordre était préférable à l'erreur inverse qui consiste à méconnaître la plus grave des infections, mais dussiez-vous contrister un malade qui, se sentant médiocrement souffrant, admettra difficilement le bouleversement de ses occupations et de son existence par une affection que, dans son ignorance, il estime problématique, n'hésitez pas, ne voyez que son intérêt, et celui de son entourage, qui doivent primer toutes les considérations de sentiment. Faites, au besoin, tous les recoupements nécessaires et contrôler votre verdict par celui d'un consultant autorisé. Vous pouvez d'ailleurs toujours y mettre les formes et promettre une guérison, qui sera d'autant plus rapide que la décision aura été acceptée plus vite.

Souvenez-vous que l'avenir de la lutte antituberculeuse ne réside pas dans l'emploi de tel ou tel procédé thérapeutique, mais dans une semi-prévention représentée par quelques mois de campagne ou de cure d'altitude, et que tout l'avenir de la plus grande des luttes modernes est attaché à la précocité de votre diagnostic et à la sûreté de votre jugement.

LA DOULEUR EN CHIRURGIE

Par Dartigues

Le clavier de la douleur. Valeur signalétique et signification clinique de la douleur.

La douleur présente des variétés fort nombreuses, suivant le siège, le degré, le caractère, la cause et la signification.

Il y a, tout d'abord, ce que je pourrais appeler les douleurs naturelles, *physiologiques*, par opposition aux *pathologiques*, ainsi la défloration et la parturition ; ce n'en sont pas moins des douleurs, rançon de la jouissance d'amour et de la joie de la maternité ! La jeune fille, pour la première fois, comme une fraîche fleur froissée, copule dans la douleur, et la femme, toujours, enfante dans la douleur.

Dans le domaine pathologique d'ordre médical, les formes et les nuances de la douleur sont innombrables. Dans le domaine d'ordre chirurgical, il faut distinguer la douleur qui a une signification clinique, pathologique, et qui fait partie de l'ensemble des symptômes qui caractérisent les maladies, et la douleur que peut provoquer l'effraction chirurgicale, c'est-à-dire la pénétration anatomique par sections plus ou moins profondes et la traction sur les divers organes pendant une intervention. Le domaine de la pathologie humaine est très étendu, et il va sans dire que cette division en pathologie médicale et en pathologie chirurgicale n'est qu'une commodité de classification, car la nosologie est un bloc que l'on peut diviser seulement au point de vue thérapeutique. En tant que symptôme, la douleur a donc une valeur diagnostique de premier ordre et même une valeur pronostique suivant l'époque de son apparition, car elle indique alors, non pas la présence de la maladie seule, mais parfois la période où elle est arrivée, car elle est en rapport avec le degré des lésions. En pathologie chirurgicale, la douleur est, au point de vue étiologique, *traumatique* quand elle est le résultat de blessures venues de l'extérieur; non traumatique, et alors *symptomatique*, quand elle est le résultat de l'irritation des organes profonds par les processus divers morbides qui retentissent sur l'innervation de ces organes. Cette douleur est très souvent *spontanée*, suivant l'évolution naturelle du mal ; elle peut être aussi *provoquée*, quand l'exploration du clinicien arrive sur le siège du mal et fait sortir celui-ci de son silence momentané. Ces deux caractères ont leur valeur propre et servent à étayer

le diagnostic, et surtout à préciser le siège de la maladie.

Ce que l'on pourrait appeler les *douleurs cliniques chirurgicales* sont tout d'abord en rapport avec la topographie anatomique, qu'il s'agisse de la tête et du cou, de la poitrine, de l'abdomen et des membres. Il est facile de comprendre qu'à la tête, les douleurs symptomatiques de maladies d'ordre chirurgical sont dues surtout à des phénomènes de compression dans la boîte crânienne, ou à des phénomènes d'irritation des nerfs d'origine crânienne, et l'on conçoit très bien combien peuvent être terribles les douleurs dues à des tumeurs cérébrales, à certaines névralgies, comme celle du trijumeau, au cancer de la langue, par exemple. Dans la poitrine qui contient le cœur et les poumons, enfermés dans des sacs séreux où peuvent s'accumuler de la sérosité, du sang ou du pus, la douleur sera due à la compression consécutive à la limitation de l'extensibilité des parois. Dans l'abdomen, la douleur, d'une façon générale, sera provoquée par la phlegmasie des parenchymes splanchniques et des séreuses, par la compression par des produits pathologiques développés en tumeurs, et comprimant les organes voisins ou les nerfs inclus dans les parois abdomino-pelviennes, et par le trouble apporté par le barrage, de causes si diverses, qui peut s'opérer sur les diverses voies : voies gastro-intestinales, voies biliaires, voies pancréatiques, voies urinaires. Au niveau des membres, il est naturel de penser que la douleur sera due à toutes les phlegmasies possibles, dissociant les plans et les groupes myologiques, irritant et comprimant ainsi les terminaisons nerveuses, et due aussi à toutes les formations tumorales qui compriment sur leur trajet les gros troncs nerveux, comme à toutes les brisures du squelette. En somme, le mécanisme de la douleur, en pathologie chirurgicale, se réduit à un phénomène d'irritation ou de compression nerveuse, soit dans les centres, soit sur les grands trajets, soit sur les ramifications terminales infinies.

On a employé beaucoup de mots dérivant du mot grec *algos*, douleur, pour désigner ses variétés, névralgie, céphalalgie, otalgie, gastralgie, entéralgie, cystalgie, néphralgie, myalgie, arthralgie, rachialgie, etc., etc. ; en réalité, ces mots ne signifient que le siège anatomique, organique de la douleur, et ils font présumer qu'il s'agit, en dernière analyse, de névrite du système d'innervation des différents organes par irritation, compression, étirement.

Une nomenclature verbale pour indiquer les douleurs suivant leurs caractéristiques est plus nombreuse encore. C'est ainsi que l'on distingue les douleurs en *superficielles* ou *profondes*, même d'après les sensations subjectives du patient, en *sourdes* et *aiguës*, en *continues* et en *intermittentes*, en *lancinantes*, en *déchirantes*, *cuisantes*, *térébrantes*, *excruciantes*, *concassantes*, *fulgurantes*, et ces appellations parlent assez d'elles-mêmes pour ne pas y insister ; en douleurs *pongitives*, *tensives*, *pulsatives*, *expultrices* ; en douleurs *diurnes* ou *nocturnes* ou *périodiques*, suivant leur moment d'apparition ou de démonstration maxima, en douleurs *tolérables* ou *intolérables*, suivant que le système nerveux et la volonté parviennent à les supporter ou, qu'au contraire, elles jettent le malheureux hors de soi. Il y a aussi des désignations curieuses et bien significatives : la *douleur exquise*, ce mot paradoxal indiquant un degré de précision et de paroxysme si délicat que la douleur est sur le confin de la jouissance suraiguë ; la *douleur muette* où la souffrance est à ce point cruelle que le patient est incapable de proférer aucune plainte ; le dicton : « les grandes douleurs sont muettes » ne s'applique pas qu'aux douleurs morales ; la *douleur mortelle* qui parvient à un sommet tel qu'elle n'est pas compatible avec la vie et qu'elle détermine un phénomène réflexe syncopal terminal, comme parfois dans la colique hépatique.

Certaines douleurs sont vraiment effroyables et constituent le symptôme dominant, le tableau pathologique de diverses affections, en particulier les *douleurs de brûlure* de certains cancers, de *brisure des os* dans les fractures à déplacements ou à fragments mal engrenés, les *douleurs ostéocopes* terribles de certaines maladies du squelette, les *douleurs de déchirure et de rupture* comme dans la grossesse extra-utérine, d'*arrachement* comme dans certains traumatismes des troncs nerveux, de *pesanteur*, comme dans certains prolapsus génitaux, de *tension atroce* comme dans les péritonites, de *torsion* comme dans les tumeurs abdominales pédiculées en voie de rotation, les occlusions intestinales et les étranglements herniaires (coliques de *miserere*, ayez pitié ! des anciens et des moyen-âgeux) d'*expulsion*, comme dans les cheminements lithiasiques biliaires ou urinaires (coliques hépatiques, néphrétiques).

Comme on le voit, les qualificatifs de la douleur ne manquent pas et leur énumération, même rapide, fait ébaucher tout son ensemble pathologique. Par son acuité, ses degrés, ses variétés, sa fréquence, son siège, ses causes, elle a une valeur signalétique de premier ordre. L'organisme humain en souffrance, par la complexité et l'irradiation de son système nerveux qui recueille, transforme et rend conscientes toutes les sensations et toutes les impressions hypertrophiées par les attaques du mal au sein des formations histologiques, est, pour ainsi dire, une vraie harpe de douleur aux mille cordes, qui vibre plus ou moins intensément suivant les individus, l'âge et les races.

Car, il y a des différences notables chez les individus, selon leur culture, leur éducation, leur développement affiné du système nerveux. La douleur, généralement, est en rapport avec la finesse et la multiplicité des terminaisons nerveuses : de même qu'il y a des êtres aux organes et à la peau infiniment mieux vascularisés et irrigués que d'autres, de même il y a des êtres aux organes et au système sensoriel et cutané beaucoup mieux et subtilement innervés que d'autres. N'y a-t-il pas des peaux qui sentent le moindre frôlement, ont presque une sorte d'intui-

tion d'une approche, et possèdent des réflexes supérieurement rapides, tandis qu'il y en a d'autres à qui il faut de gros contacts et des pressions extérieures évidentes pour percevoir, et qui sont pour ainsi dire somnolentes et frustes ? Et enfin, la douleur est en rapport surtout avec la conscience que l'on peut en prendre par le développement cérébral et la finesse du fonctionnement du cerveau et de la moëlle.

La douleur se répercute avec plus ou moins d'acuité et de vivacité suivant certains états psychiques ; quelques-uns de ces derniers l'exacerbent, mais d'autres, par contre, l'inhibent, ainsi certains états d'exaltation produits par l'ardeur du combat, la fureur de la bataille, le fanatisme frénétique résultant de rites religieux comme dans certaines fêtes musulmanes où, comme je l'ai vu, les chairs entaillées ou transfixées sont indolores, etc.

Chez certaines races asiatiques, chez les Japonais, les Chinois en particulier, pour accéder à la douleur, *il faut une dose plus forte de la cause provocatrice*, et cela explique la tendance qu'ont eue ces peuples à raffiner les supplices. Nos populations occidentales et méridionales sont au contraire plus sensibles, hyperesthésiques, parfois, et les réactions sous les coups de la douleur sont beaucoup plus vives.

La sensibilité chez les vieillards, est généralement assez émoussée : les maladies, au point de vue douleur, sont plus torpides, et les traumatismes, y compris celui que déterminent les opérations chirurgicales, sont moins ressentis ; je me rappelle jadis, avoir souvent opéré des hernies étranglées chez les vieilles de la Salpêtrière sans aucune espèce d'anesthésie et sans déterminer aucune douleur.

Plus haut, j'ai dit que la douleur était, au point de vue moral, notre éducatrice, et qu'elle n'était pas inutile dans notre élévation sentimentale et psychique, car elle combat en nous les forces passives de l'indifférence ; on peut dire aussi de la douleur physique, qu'elle a dans le domaine pathologique, en même temps qu'une valeur indicatrice précieuse pour le diagnostic, une utilité réelle d'avertissement pour le malade ; elle donne l'alarme qui prépare à songer sérieusement à se défendre de l'attaque du mal ; sans elle, beaucoup sont indifférents à leur guenille corporelle ; peu importe que la forme déchoie, que la fonction soit moins parfaite, la douleur seule est susceptible de les sortir de leur apathie et de susciter en eux quelque force de volonté de vivre en force et en santé réelles. La douleur est donc une bonne conseillère, la seule écoutée, souvent, et peut-être le médecin vraiment psychologue et qui veut efficacement le bien de son malade, au lieu de l'endormir au premier appel par l'apaisement de la douleur, ferait-il bien de la laisser suffisamment, quand cela est possible, prendre la continuité et l'intensité qui pousse aux utiles déterminations.

Les maux les plus redoutables sont souvent ceux qui, au début, n'ont pas dans leur cortège le bruit tumultueux de la douleur, et qui s'installent insidieusement et irrémédiablement, comme beaucoup de cancers à leur période initiale, quittes à se rattraper à la période terminale en implantant impitoyablement les griffes lacérantes de la douleur. Malheur à celui qui ne souffre pas quand la maladie posera ses premières assises ou fera sa première incursion, car la douleur, quand elle vibrera, sonnera, non pas un tocsin de sauvegarde, mais un glas de prochaine fin !

Ainsi donc, la douleur physique, à la fois traduit le mal, appelle le secours et indique le remède. Malades, écoutons sa première sonnerie mélancolique, car elle porte en elle, tout de même, sa bienveillance protectrice ; médecins, chirurgiens, écoutons-la aussi, pour savoir en apprécier les infinies nuances et ne nous montrons jamais sourds, même devant des exagérations évidentes, à n'importe quel de ses cris, car nous y trouverons l'indication de la démarche de la maladie, un appoint important pour notre diagnostic et enfin l'ordre impérieux de la soulager en remontant à ses causes.

La douleur est ressentie par le malade, mais, par l'infinité de ses degrés, de ses caractères, suivant des maladies extrêmement variées et sur les terrains morbides innombrables comme les individus, elle demande à être interprétée par l'homme de l'art, par le savant-artiste dont l'oreille est exercée au chant de la douleur.

Bien des profanes pensent que, professionnellement, le médecin ou le chirurgien ont pris l'accoutumance de la douleur d'autrui et qu'ils restent sourds à ses manifestations ; quelques-uns même, bien ignorants et très peu psychologues, vont jusqu'à croire que nous éprouvons les mêmes satisfactions que devant le taureau de Phalaris, comme si nous étions capables de la sadique jouissance du tyran de Syracuse dont les oreilles se remplissaient de la plus douce mélodie, tandis que criaient ses victimes ! Que le malade n'exagère jamais sa douleur, mais la *précise*, et le médecin l'entendra toujours pour en connaître l'essence et l'origine, et pour l'apaiser.

En somme, le monde est en proie à la douleur et les individualités infimes et infinies que nous sommes doivent lui payer tôt ou tard un tribut par la maladie aiguë ou chronique, par l'accident, ou ne serait-ce que par notre sortie plus ou moins bruyante et claquante de la vie !

Si, par l'imagination, et dans un esprit de synthèse globale pour ainsi dire, nous nous supposons un instant dans la ténébreuse profondeur des cieux nocturnes, suspendus à une place de vertige d'où nous serions aux écoutes des bruits monstrueux venus de la terre lointaine roulant en bas sur le chemin fatal de ses abîmes, nous entendrions monter *les cris élémentaires de la douleur animale* qui sont ceux de la défloration et de l'enfantement des êtres, et le cri unanime de la bestiale faim, et la vocifération furieuse des peuples en éternelle lutte, et la plainte déchirante de la pathologique souffrance humaine, et le vagissement aigu des existences

qui à chaque seconde éclosent, et l'immense râle des agonies qui à chaque moment jettent leur suprême soupir, et parfois, la clameur de la joie des triomphes que domine aussitôt lae rumeur de l'océan de la Douleur.

La douleur est universelle, parce que l'univers est livré à un perpétuel enfantement, où l'homme à la fois s'affirme et se révèle en une ascension magnifique de divine conscience. C'est parce qu'il a l'angoisse de la douleur, qu'il la redoute pour lui, qu'il a porté la peur de la souffrance à un point où elle est transformée et épurée en un splendide épanouissement de sentiment altruiste, qu'il a scruté depuis des siècles ses origines et ses causes et qu'il n'a jamais désespéré de la combattre victorieusement. Nous allons voir dans le chapitre suivant comment, après avoir attendu des temps infinis, il a fait en un très court espace de temps une chevauchée miraculeuse dans le domaine de l'insensibilisation artificielle, au point de vue chirurgical en particulier, et que la plus noble conquête qu'il ait jamais faite est bien celle qu'il a réalisée sur l'empire de la douleur.

(*à suivre*).

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

L'examen des aphasiques

M. le Prof. Pierre MARIE.

Entre les nombreuses théories qui, depuis un demi-siècle, ont été émises sur l'aphasie, le clinicien est souvent embarrassé de choisir, et il lui est parfois difficile de se faire une opinion précise sur cet important problème.

Le génie clarificateur de Charcot avait cherché à ordonner les notions acquises depuis Broca et en avait tiré un plan à quatre piliers. C'était 1° l'aphasie motrice comportant : *a*) les troubles du langage écrit ou *agraphie* ; *b*) les troubles du langage parlé ou *anarthrie*. — 2° L'aphasie sensorielle comportant : *c*) les troubles du langage entendu ou *surdité verbale* ; *d*) les troubles de la lecture ou *cécité verbale*.

Mais le prof. Pierre Marie fit remarquer que, dans cette étude de l'aphasie, on ne tenait pas suffisamment compte du déficit *intellectuel* si important parfois chez les aphasiques, et il montra que ce qui était surtout troublé chez ces malades, c'était précisément le *mécanisme intellectuel de l'élaboration du langage*. Il conçut dès lors qu'il n'existait pas de centre spécial du langage dans le cerveau, et qu'il fallait faire entrer les troubles du langage dans ceux de l'intelligence générale.

C'est sur ces bases qu'il proposa de classer les aphasiques en trois catégories :

A. Ceux qui parlent sans trouble de l'articulation des mots, mais avec un vocabulaire très restreint et qui emploient des mots impropres, comprennent et exécutent mal les ordres donnés verbalement, ne peuvent plus lire ni écrire. Ce sont les *aphasiques typiques* dont la symptomatologie répond à l'aphasie de Wernicke.

B. Ceux qui ne parlent qu'avec une extrême difficulté d'articulation, et parfois, par simples monosyllabes, mais qui comprennent et exécutent bien les ordres donnés verbalement ou par écrit, et qui peuvent écrire (de la main gauche, car ils sont hémiplégiques droits). Ce ne sont pas des aphasiques, mais simplement des *anarthriques*.

C. Ceux qui ne parlent pas ou profèrent seulement quelques syllabes sans signification. Ne comprennent pas et n'exécutent pas les ordres oraux, ne peuvent pas lire, ne peuvent pas écrire (même de la main gauche, étant hémiplégiques droits). Ce sont les *aphasiques de Broca*.

Cette classification offre pour le praticien un grand intérêt, car elle correspond à un pronostic différent suivant chaque forme, pronostic lié à la plus ou moins grande efficacité du traitement rééducateur du langage.

Le moyen le plus sûr de bien se guider dans l'examen souvent difficile d'un aphasique est de suivre un plan méthodique permettant d'interroger dans tous ses détails la fonction du langage, sans en omettre aucun élément important.

Cette *méthode d'examen*, M. le Pr Pierre Marie en fait la démonstration pratique en présentant une série de malades de son service atteints de troubles aphasiques à des degrés divers.

En présence d'un aphasique, il faut d'abord interroger le degré de sa *perception du langage émis*. Cette perception est faite de trois éléments: l'*audition*, la *compréhension* et la *reconnaissance* des objets. Seule, l'audition relève du *langage extérieur*, mais la compréhension et la reconnaissance sont liées au *langage intérieur*, à l'intelligence. On voit déjà combien sont étroitement associés les divers éléments du langage. Il convient donc de commencer par donner des *ordres oraux très simples*.

Voici, par exemple, une femme âgée de 53 ans, atteinte d'hémiplégie droite avec aphasie depuis l'âge de 29 ans. On lui ordonne de porter son index droit sur le bout de son nez, d'ouvrir la bouche, de tirer la langue. Elle comprend et exécute bien.

Passons ensuite aux *ordres plus compliqués* : mettre le bout de l'index gauche sur l'oreille droite. Aller vers la porte, l'ouvrir, la refermer et revenir s'asseoir. Faire l'épreuve classique des trois papiers : un grand, un moyen et un petit ; ordonner au malade de prendre le grand et de le jeter à terre, de garder le moyen et de nous donner le petit. Dans le cas présent, la malade exécute correctement les ordres, mais on peut les compliquer à l'infini et, dès lors, à l'élément compréhension de l'ordre s'ajoute l'élément *mémoire* qui permet de juger des facultés intellectuelles du sujet.

Faisons ensuite *choisir des objets* à la malade pour éprouver sa faculté de les reconnaître. On a disposé dans une corbeille divers objets : crayon, porte-plume, jouets d'enfant, chandelier, etc. On lui demande de prendre et de montrer tel ou tel objet. Ici encore, cette malade se tire bien de l'épreuve.

Mais si nous passons, comme il faut le faire, au 2e degré de l'examen, à celui du langage extérieur, de l'*expression de la pensée*, nous sommes arrêtés aussitôt chez elle par l'impossibilité où elle est de prononcer le nom des objets qu'elle a reconnus. Si on lui dit le nom de ces objets et qu'on lui demande de le répéter, elle ne le peut pas ; elle montre par signes qu'elle sait à quoi sert l'objet choisi, mais ne parvient à prononcer que des mots de remplissage, des expressions toutes faites : « franchement » — « voyez-vous » — « oh la, la ! ». Il y a donc ici à la fois difficulté de l'*évocation du mot* et difficulté de la *prononciation du mot*, et il existe une part de dysarthrie dans cette aphasie.

Il faut noter chez cette malade qu'il existe une variabilité extrême dans les résultats obtenus d'un examen à l'autre, et le fait est fréquent chez les aphasiques. Il est nécessaire d'examiner ces malades chaque jour pour être fixé sur le degré réel de leurs troubles.

Voyons maintenant si nous pouvons correspondre avec la malade par le *langage écrit*. Et d'abord, faisons lui *lire* des ordres simples qu'elle aura à exécuter. L'épreuve ici est satisfaisante : la malade a lu qu'elle devait prendre un verre sur la table et elle s'est exécutée.

Mais quand on lui demande d'*écrire* le nom des objets qu'elle a reconnus, elle en est absolument incapable. Cette femme, qui n'est pas une illettrée, ne sait écrire que son propre nom, et c'est encore là un fait fréquent chez les aphasiques qui peuvent signer, mais sont souvent incapables d'écrire tout autre mot. Il semble qu'ils n'aient conservé du langage extérieur que les manifestations purement automatiques.

Il existe d'ailleurs une *variabilité extraordinaire* dans la symptomatologie de l'aphasie, et c'est là un point capital à retenir. Tels malades écrivent parfois les lettres qu'on leur dicte et qu'ils n'avaient pu lire. La malade présentée écrit bien son nom « Clémence », mais ne peut écrire « Clé » quand on le lui demande. Il se fait un désordre constant dans leur cerveau en tout ce qui touche au langage. Cet ensemble de faits prouve combien le mécanisme du langage est compliqué, et combien il nous reste à apprendre encore à cet égard. Il est ensuite intéressant de *faire copier* les malades. Souvent ils copient bien l'écriture sans comprendre. L'écriture est alors un véritable dessin. L'écriture « en miroir » est assez fréquente chez l'aphasique qui écrit de la main gauche, mais elle n'est pas spéciale à ces malades, comme on l'avait cru.

Procédons à l'*épreuve des chiffres* ; nous rencontrons là à nouveau chez notre malade des anomalies curieuses. Si nous lui demandons d'additionner 2 et 2, elle écrit bien 4. Mais pour additionner 6 et 4, en plaçant les chiffres sur la même ligne, elle écrit 8. Cependant, quand elle met les chiffres l'un au-dessous de l'autre, elle calcule bien et écrit 10. De même pour 12 + 3 sur la même ligne = 19 et en ligne verticale = 15. Ce sont là des bizarreries qui dénotent la complication du problème de l'aphasie que certains auteurs avaient cru pouvoir trop schématiser.

Il faut enfin terminer l'examen du malade en lui demandant de *raconter l'histoire de sa maladie.* Si le sujet est peu atteint, son récit possible révèlera cependant des nuances dans les troubles du langage qui avaient pu échapper dans le simple examen précédent. Dans la plupart des cas, la conversation est très réduite et se limite à quelques phrases simples et courantes. Chez la malade présentée, la causerie est des plus limitée. A peine est-elle capable de vous dire son âge, qu'elle exprime de la façon suivante : 40, plus 10, plus 3. Elle a, en effet, 53 ans, mais elle se sert, pour le dire, du procédé des peuplades primitives qui additionnent avec une peine énorme de petits chiffres pour arriver au chiffre total.

Voici un autre malade, atteint depuis un an seulement, alors que sa voisine est aphasique depuis déjà 24 ans. C'est un homme qui, en juin 1922, s'est réveillé un matin paralysé du côté droit. Depuis trois jours auparavant, il éprouvait une certaine difficulté à parler, puis, brusquement, le jour où il se trouva paralysé, il fut dans l'impossibilité complète de s'exprimer. Il ne pouvait que proférer un juron : « N.d.D. » ; mais tout autre essai de parole demeurait vain. M. le Pr Pierre-Marie fait observer qu'autrefois, il était assez fréquent de constater chez les gens du peuple devenus aphasiques, cette conservation élective des jurons et des mots orduriers qui persistaient seuls dans l'automatisme de leur langage. Ce fait est beaucoup moins fréquent aujourd'hui, et cela s'explique par la meilleure éducation donnée au peuple maintenant.

Reprenons, à l'égard de ce malade, le plan d'examen employé précédemment.

La série d'ordres oraux, simples d'abord, puis de plus en plus compliqués, est bien comprise et correctement exécutée. Le sujet accomplit très bien l'épreuve des trois papiers.

La reconnaissance des objets est parfaite.

Le malade dénomme exactement ces objets. Il peut écrire de la main gauche les mots prononcés. Il lit d'une façon correcte et l'on pourrait croire que, chez lui, la récupération du langage est déjà complète.

Mais on s'aperçoit qu'il bégaye un peu, et le Prof. P. Marie rappelle qu'il est assez fréquent de rencontrer un peu de bégaiement chez les aphasiques en voie de rééducation. C'est d'un bégaiement de ce genre qu'il s'agit chez lui, car ce trouble de l'élocution ne préexistait pas à l'aphasie, tandis que le bégaiement vulgaire débute en général vers l'âge de 8 ou 9 ans.

De plus, quand le malade a lu, s'il referme le livre, il est incapable d'expliquer ce qu'il vient de lire. Il y a là un effort de mémoire et un travail psychique trop compliqué par lui.

L'épreuve du calcul reste aussi très difficile dans son cas. Il fait des erreurs de chiffres constantes.

Enfin, quand on lui fait raconter l'histoire de sa maladie, il dit qu'autrefois il aimait beaucoup la musique, qu'il jouait, et chantait bien, mais qu'il est en maintenant tout à fait incapable. Il en est très peiné, se met à pleurer, et l'émotion provoque chez lui une difficulté à retrouver certains mots.

Ainsi donc, chez ce malade, pour lequel la fonction du langage paraît d'abord récupérée, un examen méthodique fait apparaître des troubles de la mémoire, de l'élocution et des connaissances acquises pour le calcul et la musique. La rééducation du langage a cependant donné ici de très bons résultats en un an, et c'est un fait très intéressant pour le pronostic.

Une autre malade, âgée de 63 ans, nous présente un type rare d'aphasie. Cette femme eut en janvier 1922 un ictus, sans perte complète de connaissance, suivi d'engourdissement du côté droit et d'une extrême difficulté dans l'élaboration des mots. En marchant, elle se heurtait toujours aux murs et aux divers obstacles du côté droit. Elle fut reconnue atteinte d'hémianopsie homonyme droite. Cette hémianopsie devrait être due à une lésion de la face interne du lobe occipital gauche, car, parmi les centres localisateurs des fonctions cérébrales, un des plus certainement prouvé est bien celui des fonctions visuelles, situé au niveau du cunéus, dans l'écorce juxta-calcarine. Mais la malade conserve une légère hémiplégie droite, se traduisant par une hémiparésie de ce côté et un signe de Babinski positif. Ces phénomènes ne devraient pas exister s'il s'agissait d'une lésion localisée au centre visuel. Le faisceau pyramidal et les radiations optiques ont été touchés en même temps par la lésion. Cette double atteinte s'explique par une lésion siégeant sur la face externe de l'hémisphère gauche, au-dessous du pli courbe, et pénétrant en profondeur jusqu'aux radiations optiques.

Quand on recherche chez cette malade les symptômes de l'aphasie, on est frappé de voir qu'elle comprend et exécute bien tous les ordres, même les plus compliqués. Elle reconnaît tous les objets et les nomme. Il ne semble donc pas qu'il s'agisse actuellement d'une aphasie. Et pourtant, si elle reconnaît bien les objets eux-mêmes, elle est tout à fait incapable de reconnaître le dessin même le plus exact de ces objets. Elle a totalement *perdu la notion de l'image*. C'est une *alexique*, elle n'a plus la compréhension des signes ; or, le dessin est un signe plus ou moins conventionnel. Les sauvages non éduqués ne reconnaissent pas les dessins. Et cependant, la malade peut écrire. C'est ainsi qu'elle écrit très bien : « Fermez les yeux » — mais elle est incapable de lire ces mêmes mots. Son alexie est d'ailleurs très accusée, car elle reconnaît très mal les lettres séparées. La reconnaissance de tous les signes écrits est donc altérée chez cette malade, alors que les autres fonctions du langage sont conservées. Il y a là des faits que la psychologie actuelle ne nous explique pas, et il faut convenir que nos connaissances sont encore très restreintes à ce point de vue.

La lésion dans ce cas a effleuré le faisceau pyramidal, étant peu accentuée en avant ; touché plus sérieusement les fibres optiques par un cône pénétrant de ramollissement profond, et atteint également la zone du langage.

Nous venons de parler d'une atteinte de la *zone du langage*. Cette zone existe certainement dans un cerveau d'adulte.

Mais, *y a-t-il chez l'homme des centres préformés ou innés du langage* ? En 1861, Broca assigne à l'aphasie une lésion du pied de la 3e frontale. Depuis, la plupart des auteurs adoptent sa théorie qui devient un véritable dogme. En 1879, Wernicke décrit l'aphasie sensorielle sans troubles moteurs. Pour lui, l'écorce comprendrait des centres sensoriels d'images auditives et visuelles du langage dont les lésions entraîneraient la surdité et la cécité verbale. Le centre visuel siégerait au pli courbe, le centre auditif à la région moyenne et postérieure de la 1re temporale. Quant à la 3e frontale, Wernicke en faisait un centre moteur du langage.

Mais depuis, on a vu que le centre de la vision ne siège pas au pli courbe, mais dans les circonvolutions juxta-calcarines. Pour le centre auditif, son siège est loin d'être connu d'une façon précise, et l'on peut se demander s'il existe dans l'écorce un centre de l'audition.

Mais pour le langage parlé, on se heurtait jusqu'à ces temps derniers au *dogme de la 3e frontale* Le Prof. Pierre Marie osa l'attaquer en 1906. Il rappelle qu'il fut l'externe de Broca et qu'il croyait au début à l'aphasie par lésion de F_3. Mais il observa, au cours de nombreuses autopsies d'aphasiques, qu'il existait beaucoup d'aphasies dites motrices sans lésions de F_3 et qu'inversement, des lésions de F_3 n'entraînaient pas forcément l'aphasie.

A l'occasion des blessures de guerre, MM. Pierre Marie et Foix n'ont jamais observé d'aphasie à la suite de blessure de F_3, tandis qu'ils l'ont trouvée dans les lésions de la région temporo-pariétale gauche, en arrière du sillon de Rolando.

Le père de la légende de la 3e frontale est Gall qui, dans ses travaux de phrénologie, avait voulu assigner une localisation précise dans le cadran à chaque penchant de l'âme. Pour lui, chaque bosse crânienne correspondait à une fonction cérébrale. On était là dans le domaine de la fantaisie pure. Bouilloud, en 1825, suit Gall dans ses hypothèses et localise la fonction du langage dans les lobules antérieurs du cerveau, mais pas spécialement à gauche. En 1861, Paul Broca part d'une observation princeps de ramollissement étendu du territoire de l'artère sylvienne gauche, pour établir ses déductions au sujet du rôle de F_3 dans l'aphasie, car, pour lui, le point de départ de ce ramollissement avait été la 3e frontale et l'on croyait alors que le ramollissement cérébral était une lésion inflammatoire ulcéreuse à tendances progressives. Mais la photographie de ce cerveau, qui a été conservé au musée Dupuytren, montre qu'il s'agissait en réalité d'une lésion touchant la 3e frontale, mais englobant aussi toute la zone de Wernicke. C'était en somme un gros ramollissement de l'artère sylvienne. Ainsi donc, le dogme de la 3e frontale était basé sur une grave erreur anatomo-pathologique. Broca, comme Gall, ignorait d'ailleurs que seules, les lésions du lobe gauche peuvent donner l'aphasie (du moins chez les droitiers).

D'ailleurs, on n'a jamais trouvé chez les aphasiques de dégénération d'un faisceau de la parole. Ce faisceau n'existe pas. Or, s'il existait un centre de la parole, il y aurait un faisceau de projection.

Flechsig a montré que toute la région considérée actuellement comme centre de l'aphasie (gyrus supra marginalis, pli courbe, premières temporales) est une région où n'existent que des fibres d'association sans fibres de projection. Or, l'*aphasie est par excellence un trouble des associations psychiques et des phénomènes de la mémoire.*

De plus, tous les centres innés dont l'existence est prouvée sont bilatéraux. Par contre, ce n'est que dans les lésions de l'hémisphère gauche qu'on observe l'aphasie.

Le centre du langage serait donc seul unilatéral.

Tout ceci ne vise, bien entendu, que le *centre psychique* de la parole, car le mécanisme de l'*articulation* des mots peut être troublé par une lésion de l'un ou de l'autre hémisphère au niveau de la région du « quadrilatère » (insula). Mais il ne s'agit alors que de simple *anarthrie.*

Il existe bien une « zone du langage » au niveau du pli courbe, du gyrus et des premières temporales, mais ce n'est pas un centre inné, c'est un *centre adapté.* Il en est de même pour les différents sports dont la pratique devient peu à peu automatique. Le centre du langage s'établit dans la région temporo-pariétale gauche parce que l'hémisphère gauche se développe le premier. C'est là le premier centre de cristallisation des fonctions intellectuelles par les associations d'idées. Il en est tout autrement pour les fonctions motrices qui correspondent à des groupes cellulaires bien définis.

Ainsi donc, le problème de l'aphasie demeure très complexe. La schématisation trop grande des lésions, que certains auteurs avaient voulu établir, ne correspond pas à la réalité. C'est cette complexité même qui doit retenir notre attention, car elle nous prouve, ainsi que nous l'avons vu chez les divers malades présentés, à quel point les troubles du langage sont liés à ceux de l'intelligence générale.

Le pronostic à porter dans chaque cas particulier découle de ces constatations, et c'est là le point important pour le praticien. Ce pronostic sera relativement bon dans les cas d'anarthrie pure, car ici, le langage intellectuel est conservé, et la rééducation s'exercera facilement, étant donnée l'intégrité de la compréhension. Il sera au contraire beaucoup plus réservé dans les cas d'aphasie vraie, d'aphasie de Broca et surtout d'aphasie de Wernicke, en raison des troubles intellectuels associés. C'est le degré d'intensité de ces troubles de l'intelligence qui dictera le pronostic et qui laissera au médecin plus ou moins d'espoir dans le succès de la rééducation du langage qu'il doit toujours tenter et poursuivre patiemment chez ses malades.

Clinique professée à la Salpêtrière et recueillie par le Dr FRIBOURG-BLANC (1).

(1) Le Dr Fribourg-Blanc vient d'être nommé agrégé du Val-de-Grâce. Toutes nos félicitations à notre distingué collaborateur.

G. D.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Conception actuelle des péritonites généralisées

Par péritonites généralisées, il faut entendre, selon M. Sauve, « les péritonites purulentes « d'emblée, avec dilatation paralytique des « anses intestinales, souvent avec fausses mem- « branes éparses sur tous les segments du grêle ».

Ces péritonites ont une symptomatologie classique qui répond à une période de leur évolution où il est déjà trop tard pour les opérer avec quelques chances de succès. Elles se manifestent sous trois grands types principaux : type purulent, type toxémique, type suppuré à foyers multiples. Or, selon l'auteur, cette période, à pronostic très sombre, est précédée d'une phase de l'infection où l'organisme réagit vigoureusement et la péritonite reste locale.

Cette phase de début, dans laquelle on trouve déjà du pus franc dans la cavité péritonéale alors que l'état général du malade demeure relativement peu inquiétant, est caractérisée par des signes fondamentaux qui permettent de la dépister. Avec un pouls rapide, mais bien frappé, une température oscillant de 38° à 40°, un faciès bon, quelques vomissements alimentaires, on observe une contracture généralisée à toute la paroi antérieure de l'abdomen « avec un point douloureux maximum constant de première importance, car il indique le plus souvent le siège des lésions causales ». Le ventre est plat, et forme à la palpation un rideau rigide (ventre de bois). Cette contracture débute dans la zone correspondant à cette lésion causale (fosse iliaque droite dans la péritonite appendiculaire) gagne la fosse iliaque gauche, puis la région sus-mésocolique : elle disparaît en suivant un ordre inverse, la décontracture de la région sus-mésocolique marquant habituellement l'évolution vers la guérison. En outre, le type respiratoire se modifie et devient costal supérieur, la base du thorax étant immobilisée par la contracture. Au toucher rectal, ou vaginal, le Douglas est souvent douloureux. Le réflexe abdominal est supprimé. La percussion révèle la disparition de la matité hépatique, et la submatité de la fosse iliaque gauche.

Suivant l'évolution, l'auteur décrit des formes moyennes, qui comportent une période de début de 24 heures et laissent un répit suffisant pour intervenir heureusement ; des formes rapidement mortelles (toxémique, gangréneuse) ; des formes relativement bénignes dont la péritonite gonococcique de la femme est le type. Suivant la cause : la péritonite appendiculaire, les péritonites par perforation (ulcus gastrique ou duodénal), les péritonites par propagation d'infections génitales chez la femme, les péritonites gravidiques, les péritonites puerpérales.

Enfin, on distinguera les formes simulant l'occlusion intestinale, les formes simulant l'inondation par hématocèle.

La période terminale de toxi-infection généralisée « à laquelle correspondent les descriptions classiques des grandes péritonites », période que l'auteur appelle avec bonheur celle de l'asystolie générale de tout l'organisme.

Le diagnostic précoce reposera sur la constatation des signes précédemment décrits (contracture). Les contractures localisées pourraient faire croire à une péritonite qui n'existe pas. Un peu plus tard, on aura à faire la distinction de la péritonite avec la torsion des tumeurs pédiculées, les différentes occlusions intestinales, les inondations péritonéales, la dilatation gastrique post-opératoire.

Le traitement consiste à intervenir d'emblée dans toute réaction péritonéale commençante et à en supprimer d'abord la cause, le drainage ayant ensuite une importance secondaire. Comme moyens auxiliaires : la position assise dite de Fowler, les injections de sérum (trois litres de sérum glucosé ou saccharosé), les injections d'huile camphrée, les lavages d'estomac.

Les lavages à l'éther sont à déconseiller dans les cas graves.

En procédant ainsi, on arrive à guérir plus de 85 péritonites sur cent. (*Pr. Méd.*, 12 mai 23.)

L'adjonction de la formine à l'antipyrine, dans le traitement du diabète.

Quelle que soit l'origine du diabète, la glycosurie en est le symptôme capital et son mécanisme se réduit à 3 processus principaux : formation excessive, utilisation ou fixation insuffisante, élimination anormale du sucre.

Le traitement du diabète, visant à combattre ces trois processus, a longtemps comporté, dans sa partie médicamenteuse, l'antipyrine, qui jouit de la propriété indiscutée de faire tomber plus ou moins considérablement l'élimination rénale du sucre. Plus récemment, les auteurs qui ont travaillé la question, ont généralement proscrit l'antipyrine et tous les médicaments en général, pour ne retenir comme réellement efficace que le régime alimentaire basé sur les facultés d'assimilation de l'organisme du malade.

M. Loeper s'élève contre cette proscription, et établit qu'il est possible de faire disparaître

les inconvénients de l'antipyrine en exaltant ses avantages.

A la vérité, l'antipyrine agit surtout sur le symptôme urinaire, en diminuant la perméabilité du rein au sucre. Mais elle peut aussi exercer son action sur le foie, sur le système nerveux, et se montrer alors antiglycosurique et totale.

Ce qui importe dans le diabète, ce n'est pas tant la glycosurie que la glycémie. Or, il est des cas dans lesquels la glycémie s'élève quand la glycosurie diminue, comme si le sang retenait le sucre que le rein n'élimine pas. Dans d'autres, la glycémie diminue, mais non parallèlement, en même temps que la glycosurie.

Si l'inconvénient de l'antipyrine réside essentiellement dans le bloquage qu'elle fait subir au rein, l'auteur se demande s'il n'est pas possible de lui adjoindre un médicament qui soit capable au contraire d'exciter la fonction rénale. Et il a constaté que le médicament qui répond le mieux à ce desideratum est la formine (héxaméthylène tétramine). Les expériences qu'il a faites en ce sens ont été concluantes. Il administre à un malade, à raison de trois par jour, des paquets contenant 0,75 d'antipyrine et 0,30 de formine. L'examen simultané de la glycosurie et de la glycémie, montre péremptoirement une chute constante de l'une et l'autre. Et de conclure :

« 1° L'antipyrine est un bon médicament du diabète. Mais elle ne réussit pas à tous les diabétiques. Elle abaisse presque constamment la glycosurie, mais cet abaissement est souvent trompeur ;

« 2° Pour apprécier les résultats donnés par l'antipyrine, il ne suffit pas de doser le sucre urinaire ; il faut doser le sucre du sang.

« L'antipyrine peut accroître la glycémie, tandis qu'elle abaisse la glycosurie.

« 3° L'antipyrine agit sur la glycogénèse, mais elle peut aussi agir avec élection sur le rein.

« 4° La discordance entre les dosages du sang et des urines peut être attribuée à la prédominance de l'action rénale et à la réduction de la perméabilité.

« 5° Pour utiliser l'une et réduire l'autre, il est indispensable d'associer à l'antipyrine un médicament qui excite la sécrétion rénale.

« 6° Ce médicament c'est l'*hexaméthylène tétramine* dont les effets sur le rein sont inverses de ceux de l'antipyrine. Administrée seule au diabétique, l'hexaméthylène tétramine accroît la glycosurie et réduit la glycémie ; combinée à l'antipyrine, elle supprime le bloquage du rein, mais ne modifie point le rôle antiglycosique de l'antipyrine.

« Les deux courbes du sucre du sang et du sucre urinaire s'abaissent alors parallèlement et proportionnellement ». (*Prog. Méd.*, 12 mai 1923.)

Douleurs gastriques anteprandiales.

Il s'agit de malades qui se plaignent de troubles gastriques survenant au moment où l'estomac est vide, à 11 h., entre 16 et 18 h., et vers 2 h., et dont l'ensemble répond au syndrome de la faim douloureuse.

Notre excellent confrère MATIGNON, de Châtel-Guyon, a eu l'occasion de suivre un grand nombre de ces malades, et il a noté que ces douleurs gastralgiques « ont, pour un même sujet, un caractère de fixité assez net. Il est rare que, chez le même malade, on les observe le matin, dans l'après-midi et pendant la nuit. Elles surviennent par périodes, durent au maximum quelques semaines, disparaissent, puis reviennent. Ce caractère d'instabilité a sa valeur diagnostique, car il doit, *a priori*, faire écarter l'idée d'une lésion organique ».

En effet, quand elles surviennent avant le déjeuner, ces gastralgies anteprandiales accompagnées d'une sensation légère d'aigreur dans la bouche peuvent faire penser à l'hyperchlorhydrie. Post-prandiales, ou nocturnes, elles évoquent les fermentations secondaires dans un estomac qui se vide mal, ou une lésion organique (ulcère, cancer).

Ce qu'elles ont de particulier, c'est que la moindre ingestion liquide ou solide (un verre d'eau, deux biscuits) les calme immédiatement.

Elles seraient dues, selon l'auteur, à l'hypersthénie gastrique chez les nerveux, les grands émotifs, dont l'estomac au contraire se vide rapidement et est le siège de contractions violentes et de spasmes.

Le tubage de l'estomac, la radioscopie, la recherche du sang dans les selles, permettront de reconnaître ou d'éliminer l'hyperchlorhydrie, l'ulcère, le cancer. De même, l'examen de la vésicule biliaire précisera l'origine lithiasique ou non du syndrome observé.

Quant au traitement, il consiste à multiplier pendant quelque temps les repas chez ces malades. « Je leur donne une tasse de lait ou quelques biscuits à 10 h. 1/2 et à 16 h., et le soir, à 22 h. Comme médicament, 2 gr. de bromure *pro die*. S'ils le peuvent, un peu d'hydrothérapie tiède, ou, dans tous les cas, l'application de la chaleur (compresses, cataplasmes, compresse chauffante électrique) sur le creux épigastrique, pour diminuer la sensibilité solaire. En peu de jours, cette médication fait disparaître les accidents et avec eux, parfois, la crainte d'une intervention chirurgicale (*Paris Méd.*, 12 mai 1923.)

Diagnostic de la diphtérie. Relations de la clinique et du laboratoire.

Il est des cas dans lesquels le diagnostic clinique de diphtérie s'impose ; d'autres où il est

hésitant ; d'autres encore, très frustes, où il n'est pas évoqué. C'est pour ces deux derniers que l'examen bactériologique prend toute son importance. Mais, d'après M. Dufourt, il s'en faut qu'il présente lui-même toute la précision désirable quant à la nature de l'agent pathogène.

« Si l'on veut acquérir la certitude de nature, en face de bacilles gardant le Gram, de signification douteuse, constatés sur frottis, c'est aux méthodes de différenciation par cultures que l'on doit s'adresser sans délai. Il est aisé, grâce aux ensemencements sur gélose glucosée tournesolée, sur milieu de Costa-Troisier, ou en gélose profonde, de reconnaître si un bacille est un diphtérique vrai ou un pseudo-diphtérique. On y joindra l'inoculation au cobaye, en se rappelant que des bacilles diphtériques vrais peuvent n'être pas virulents pour cet animal.

« Le gros ennui de ces différenciations par cultures est le temps qu'elles nécessitent. Aussi, là encore, le clinicien n'exigera-t-il du laboratoire que ce qu'il peut normalement lui demander. *Il n'a pas le droit, dans les cas urgents, lorsque la diphtérie lui paraîtra probable, de se laisser aller à épiloguer sur la nature d'un bacille douteux. Il injectera d'abord du sérum.*

« Lorsque rien ne presse, il demandera avec raison au laboratoire un supplément d'enquête que celui-ci lui fournira dans les plus courts délais ». (*Lyon Médical*, 20 mai 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Le cloisonnement du vagin dans le traitement des prolapsus génitaux.

(MM. Combier et Murard, du Creusot. — *Société de chirurgie*, 16-5-1923.)

M. Chifoliau analyse un mémoire de MM. Combier et Murard relatif au traitement des prolapsus génitaux par le cloisonnement du vagin.

Le cloisonnement du vagin fut proposé jadis par Le Fort. C'est une méthode qui ne saurait évidemment s'adresser qu'aux femmes âgées, car elle aboutit à la suppression du vagin en tant que cavité apte au coït. Elle ne donne, en effet, de résultat que si le cloisonnement est très serré et il importe de prévenir les malades de l'abolition de la fonction vaginale qu'elle entraîne. C'est d'ailleurs une des raisons qui la font refuser souvent et qui s'oppose à l'extension de son emploi.

MM. Combier et Murard l'ont pratiqué huit fois : sept opérées avaient plus de soixante-cinq ans ; une seule avait quarante-sept ans. Il s'agissait, disent les auteurs, d'une veuve. Dans ces huit observations, le résultat anatomique et fonctionnel fut très satisfaisant.

— M. Gernez a eu recours deux fois à l'opération de Le Fort chez des femmes de 77 et 69 ans, venues consulter parce que, obligées de travailler, elles ne pouvaient le faire à cause de leur infirmité. Prévenues des conséquences de l'intervention, elles l'avaient acceptée. L'opération est simple et peut être faite à l'anesthésie locale.

— M. Savariaud vient de revoir une malade qu'il a opérée, il y a cinq mois, pour prolapsus génital, suivant la technique améliorée de Le Fort. Les bons effets du traitement se sont maintenus. Cette opération donne un résultat aussi satisfaisant que la colpectomie de Muller, l'une et l'autre interventions aboutissant à la suppression du conduit vaginal.

Si l'opération de Le Fort a été abandonnée, cela tient, semble-t-il, à ce que Le Fort lui-même demandait trop à sa méthode. Il prétendait l'appliquer à tous les cas, et, chez les jeunes femmes, il devait se contenter d'un cloisonnement insuffisant, de manière à permettre à la fois le coït et l'accouchement. Les résultats étaient alors incomplets.

Obturation de cavités ostéomyélitiques par des greffes.

(MM. Desplatz, Wilmoth et Peyre, et M. A. Croisier. — *Société de chirurgie*, 16-5-1923.)

M. Raymond Grégoire présente un rapport sur deux observations : la première, de MM. Desplats, Wilmoth et Peyre, concernant une ostéomyélite chronique d'un vaste foyer de fracture du fémur gauche, traitée par auto-vaccination, large évidement, et greffe épiploïque de la cavité ; la seconde, de M. Alexandre Croisier, de Blois, relative à l'obturation d'une cavité d'ostéomyélite ancienne par greffe musculaire.

M. Grégoire rappelle, à ce propos, les avantages de la greffe vivante, libre ou pédiculée, de la greffe musculaire en particulier, comme moyen d'obturation.

Parotidite à répétition traitée par l'opération de Leriche (énervation de la parotide).

(M. Georges Leclerc, de Dijon. — *Société de chirurgie*, 16-5-1923.)

Leriche a recommandé l'énervation de la parotide, l'arrachement du bout central du nerf auriculo-temporal, dans le traitement des fistules du canal de Sténon et de la parotide, dans la sialorrhée des aérophages et du cancer de l'œsophage. M. Leclerc a utilisé cette méthode chez un homme atteint de parotidite à répétition avec rétention chronique de la salive. Les accidents se calmèrent. M. Okinczyc

en rapportant l'observation de M. Leclerc, conclut que l'opération de Leriche trouvera dans les cas de ce genre une nouvelle indication.

La septicité des ulcères gastriques. Son rôle clinique.

(M. Pierre Duval, J.-Ch. Roux et F. Moutier. — *Société de chirurgie*, 23-5-1923).

Au cours de l'année 1922, M. Pierre Duval a vu succomber quatre de ses opérés pour ulcus gastrique d'infection générale ou locale post-opératoire, bien que les interventions aient été exécutées dans des conditions tout à fait normales. Des recherches nécropsiques montrèrent une pullulation microbienne partant de l'ulcère et ayant gagné au voisinage, avec ou sans septicémie générale.

Il existe donc, dit M. Duval, des ulcères gastriques septiques à côté d'autres non infectés. Rosenow avait déjà signalé ces ulcus infectés, par le streptocoque *principalement*.

Au point de vue chirurgical, l'ulcus septique est plus grave que l'ulcus aseptique. La paroi stomacale est alors envahie par les microbes. Les sutures tiennent moins bien et la septicémie peut s'observer même dans des cas à apparence favorable.

Le chirurgien aurait donc un grand intérêt à dépister la septicité de l'ulcus, pour réduire son intervention au minimum ou même la différer. Mais il n'est pas facile de distinguer les ulcères microbiens des ulcères amicrobiens. La température était normale chez les quatre malades de M. Duval. Les crises douloureuses vives et rebelles au traitement médical sont peut-être un indice. En tout cas, la notion de septicité semble expliquer certains échecs inattendus du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

— M. Savariaud partage les idées de M. Duval sur la septicité des ulcères chroniques de l'estomac. On a trop exagéré la prétendue asepsie de l'ulcus qu'on oppose volontiers à l'infection (d'ailleurs superficielle et à germes moins redoutables) du cancer. L'infection, quand elle existe dans l'ulcère, est interstitielle et souvent plus profonde. M. Savariaud croit également que les crises douloureuses qui s'observent au cours de l'ulcus répondent parfois à des phénomènes inflammatoires qui doivent engager à choisir les interventions les moins graves possibles.

— M. Okinczyc estime que dans les cas où l'infection paraît probable, le chirurgien agira prudemment en se contentant d'abord d'opérations de simple dérivation préalable, en l'espèce de gastro-entérostomie.

Ostéomyélite et vaccinothérapie.

(M. Tuffier. — *Société de chirurgie*, 30-5-1923.)

L'accord est loin d'être établi sur la valeur de la vaccinothérapie dans l'ostéomyélite, certaines ostéomyélites disparaissant seules, avec ou sans vaccin, d'autres demeurant rebelles à la vaccinothérapie et à la chirurgie. L'opinion de M. Tuffier, qui s'est placé au point de vue pratique, mérite d'être retenue et est la suivante :

Il existe des ostéomyélites, même en apparence sévères, qui peuvent guérir spontanément. Il existe des formes extrêmement graves, septicémiques, qui résistent à la vaccination et à la chirurgie. Entre ces deux extrêmes, se placent un grand nombre de formes de gravité variable guérissant par la chirurgie et, on doit l'espérer, par la vaccination. Les résultats fournis par la vaccination sont, au point de vue de la simplicité du traitement et de la valeur fonctionnelle des membres, supérieurs à ceux de la cure opératoire. Sans doute, on peut objecter qu'un malade vacciné aurait guéri seul. Mais, en considérant que la vaccinothérapie est sans danger et qu'elle n'empêche pas la surveillance du malade, il n'y a vraiment pas d'inconvénient à l'utiliser dans la période pré-opératoire. Bien entendu, pendant le traitement vaccinothérapique, le malade doit être suivi de très près pour ne pas laisser passer le moment où une intervention serait nécessaire et efficace.

Un nouveau traitement des arthrites tuberculeuses.

(M. R. Lavalle, de Buenos-Aires. — *Société de chirurgie*, 30-5-1923.)

M. Auvray présente un rapport sur un travail de M. Carlos Robertson Lavalle, de Buenos-Aires, intitulé : l'emploi de greffons ostéo-périostés dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou.

En réalité, il s'agit d'une méthode nouvelle de traitement des arthrites tuberculeuses. L'auteur est parti du principe théorique suivant : la prédilection de la tuberculose pour les épiphyses paraît être conditionnée par la pauvreté circulatoire desdites régions. En activant la circulation épiphysaire, on créerait un terrain défavorable à la maladie.

Pour arriver à ce but, M. Lavalle prépare une série de petites baguettes osseuses, de greffons, qu'il insère dans les épiphyses et sous la peau. Ces greffons joueraient un rôle d'activation de la circulation et de diminution de la stase veineuse. En tout cas, l'auteur en aurait obtenu de très bons résultats, chez des malades déjà soumis antérieurement, avec peu ou pas de succès, aux différentes méthodes classiques : repos, injections modificatrices, héliothérapie, etc. Suivent dix observations venant à l'appui de ces considérations.

— M. Raymond Grégoire critique non les résultats et la technique, mais l'idée théorique sur laquelle s'appuie M. Lavalle. La circulation artérielle des épiphyses, loin d'être ralentie, lui a toujours paru, au contraire, active.

— M. Lapointe s'étonne aussi de voir la méthode se baser sur cette conception théorique. N'a-t-on pas invoqué l'intensité de la circulation au niveau des épiphyses et des cartilages juxta-épiphysaires pour expliquer la localisation des infections hématogènes sur l'os.

— M. Roux-Berger fait observer que les bases théoriques importent peu. Il faut juger la méthode d'après ses résultats.

— M. Auvray conclut également qu'il convient d'attendre des observations plus nombreuses pour être fixé sur la valeur de ce traitement.

Hernie étranglée de l'ovaire chez un nourrisson.

(M. Buquet. — *Société des chirurgiens de Paris* 15-6-1923.)

M. Pauchet présente un rapport sur une observation de M. Buquet concernant une hernie étranglée de l'ovaire et de la trompe chez un nourrisson. L'enfant guérit après kélotomie et résection de l'ovaire et de la trompe herniés.

Action inhibitrice locale du sérum de convalescent dans la rougeole.

(MM. Debrie, Bonnet et R. Broca. — *Société de Biologie*, 9-6-1923.)

On sait que l'injection intra-dermique de sérum de scarlatineux, prélevé en période d'état, éteint l'éruption scarlatineuse (phénomène de Schultze-Charlton). M. Robert Debré s'est demandé si l'on trouverait quelque chose d'analogue pour la rougeole.

Le sérum de convalescent de rougeole injecté à un sujet en pleine éruption rubéolique ne modifie pas celle-ci. Mais, si l'on fait cette injection au début de la période d'invasion, aux premiers signes du catarrhe naso-oculaire, on voit que, dans la zone injectée, l'éruption morbilleuse n'apparaît pas. Si l'injection est pratiquée un peu plus tardivement, on observe une rougeole modifiée, avec une éruption discrète.

En somme, l'injection cutanée ou sous-cutanée de sérum de convalescent chez un sujet contaminé donne des résultats qui varient selon la date de l'injection, mais qui n'en montrent pas moins une certaine action inhibitoire locale dudit sérum.

L'injection intra-cardiaque d'adrénaline chez les mourants.

(M. A.-C. Guillaume. — *Société de Biologie*, 16-6, 1923.)

Dans une récente communication scientifique, faite en Amérique, Crile annonçait la possibilité de ranimer un sujet mort par l'injection intra-cardiaque d'adrénaline.

M. Guillaume, qui poursuit depuis deux ans des études sur le mécanisme de la mort chez l'homme, est arrivé à cette conclusion qu'il serait possible de ranimer l'être sur le point de mourir, en relevant sa tension artérielle. Il y a quelque temps déjà, l'auteur eut l'occasion d'essayer, dans ce but, l'injection intra-cardiaque d'adrénaline. Chez une femme en état de mort imminente, il injecta dans le cœur le contenu (un milligr.) d'une ampoule d'adrénaline. Presque instantanément, l'aspect de la malade se transforma : le corps se réchauffa, le pouls devint perceptible, la respiration se rétablit et la femme prononça quelques mots. Puis, au bout d'un quart d'heure, l'état déclina. Il s'agissait d'une infection post-abortum.

Au point de vue pratique, l'injection intra-cardiaque d'adrénaline n'offre évidemment qu'un intérêt limité. Elle n'aurait vraiment d'avantages que dans un cas de mort fortuite intervenant sur un organisme sain. Dans une maladie grave, le processus mortel continue en effet son œuvre, une fois la circulation rétablie.

Laryngite chronique mycosique.

(MM. Sartory, Petges et Claoué. — *Société biologique de Strasbourg*, 8-6-1923.)

Les auteurs rapportent un cas de laryngite chronique pseudo-tuberculeuse d'origine mycosique due à une levure non décrite encore (cryptococcus). Le laryngoscope montrait sur le pourtour de l'orifice supérieur du larynx de larges plaques opalines saillantes, que le malade expectorait en fausses membranes et qui contenaient la levure en question.

P. L.

L'ochydactyle.

(MM. Barbier et Blum. — *Société médicale des Praticiens*, 15-6-1923.)

Les docteurs Barbier (Pierre) et Blum présentent un appareil de mécanothérapie, appelé par son inventeur, M. Georges Rétif, l'*Ochydactyle*, et destiné à faire recouvrer aux doigts leur agilité normale.

Pour le docteur Sauvin, l'*otite aiguë* est presque toujours prolongée par une participation de l'additus et de l'antre au processus inflammatoire. Négliger cela dans le traitement de l'otite purulente aiguë est le plus sûr moyen d'aboutir à un échec. On peut affirmer que l'antre est touché lorsque le pus est abondant et persistant. Quand les moyens médicaux, (y compris les sérums), ont échoué, au bout d'un mois de traitement, il faut ouvrir l'antre, si l'on veut conserver l'intégrité de la fonction auditive.

Le docteur Goubeau *au nom du bon sens*, s'élève contre cette affirmation qu'il n'existe pas de *traitement général de la syphilis* et que la médication varie avec chaque malade. L'expérience de 13 années a prouvé qu'un traitement méthodique triple (arsénobenzol + mercure + K I), commencé à temps, guérit toujours. L'auteur passe en revue la façon de diriger le traitement, le mode d'emploi, les doses et les nombres de séries applicables à chaque médicament, administré l'un après l'autre, d'après les indications de la clinique et du laboratoire. Le traitement gagne en puissance et en tolérance. La méthode est assez souple pour convenir à presque tous les cas. Si, exceptionnellement, on est obligé de recourir au traitement bismuthé (fort en vogue, mais non au point), il ne faudra jamais l'employer seul.

Gannat

Le diagnostic étiologique des néphrites chroniques

(M. E. Roux (de St-Nectaire). (Société des sciences médicales *Centre médical*, 1r *juin* 1923).

Le Dr E. Roux rappelle au début de cette importante étude la *classification anglaise* qui est basée sur les lésions anatomo-pathologiques et qui n'est autre que celle de Bright, légèrement modifiée ; néphrites chroniques à rein blanc, gros, petit ou amyloïde, néphrites chroniques à rein atrophié, la lésion rénale pouvant être primitive ou résulter de l'artériosclérose (Brandfort).

La *classification allemande* (Volhand et Fahr), tout en étant basée sur l'anatomo-pathologie, fait intervenir la pathogénie. Elle divise les néphrites chroniques en : 1° *néphroses* (avec œdèmes et insuffisance rénale, causées par des lésions dégénératives); 2° *néphrites infectieusess* (en foyers, glomérulo-néphrites — à hématuries avec insuffisance rénale à la fin) ; 3° *glomérulo-néphrites diffuses* (avec endartérites ischémiantes, hématuries, œdèmes, hypertension dès le début, puis insuffisance fonctionnelle) ; 4° *scléroses* (atrophie rénale précoce, hypertension et insuffisance).

La *classification française*, depuis les travaux de Widal et de ses élèves, est basée sur une conception physiopathologique en dissociant les diverses fonctions du rein (néphrite albuminurique simple, néphrite chlorurémique, néphrite azotémique, peut-être avant peu néphrite chlolestérinémique). Ces classifications, nécessaires pour l'enseignement, ne peuvent satisfaire le clinicien. Il n'y a pas de néphropathies mais des néphropathes. Autant de malades, affirme Roux, autant de modalités différentes et d'ailleurs, malgré les très remarquables recherches, la physiologie du rein est encore trop peu connue.

Le terrain a ici une importance capitale. La toxémie est plus souvent une cause de néphrite qu'un effet et l'on tourne dans un cercle vicieux. Roux rappelle qu'avec Feuillié, il a étudié ce qu'ils ont appelé la *défense prérénale* où une cause déterminante d'apparence insignifiante cause peu à peu l'intoxication d'un organisme affaibli et amène le fléchissement de la fonction rénale.

Malgré ce qu'a d'artificiel toute classification, pour la clarté de l'étude, Roux divise les néphrites chroniques en deux groupes : 1° les néphrites d'origine rénale primitive ; 2° les néphrites d'origine toxémique.

Les premières sont rares et souvent rentrent dans le cadre des secondes. Car, sans nier les néphrites microbiennes ascendantes, il faut bien admettre un fléchissement de la défense du rein dû à la toxémie pour permettre leur évolution. Il n'y a donc guère que les néphrites d'origine traumatique directe qui peuvent entrer sans restrictions dans ce cadre.

Quant aux néphrites résultant de troubles de la circulation rénale, elles s'accompagnent dès le début d'insuffisance fonctionnelle qui réduit l'épuration sanguine, provoque la toxémie, et nous fait tomber dans le cercle vicieux.

Les néphrites chroniques d'origine toxémique surviennent préparées par des causes prédisposantes. Il se produit des troubles fonctionnels de quelques éléments du rein qui provoquent avant l'établissement de la maladie une gêne de l'organe, le font débile et fragile. L'hérédité néphropathique (10 à 12 % des cas), l'hérédité arthritique (30 à 40 % des cas), l'hérédité syphilitique (12 à 15 %), l'hérédité tuberculeuse (20 %), l'infantilisme rénal, parfois dû à une néphrite intra-utérine, sont des causes prédisposantes indiscutables.

Le *tempérament*, dont on a discuté l'influence, joue pour E. Roux un rôle indiscutable. Certaines personnes ont de l'albuminurie sans cause apparente et ce la paraît lié aux phénomènes hémoclasiques sur lesquels la lumière se fait peu à peu à l'heure actuelle.

A ces causes, hérédité et tempérament, viennent s'ajouter les lésions des divers organes et leur insuffisance fonctionnelle. Tous les organes, fonctionnant mal pour quelque cause que ce soit (cœur, poumon, foie, peau, glandes à sécrétions internes, système nerveux, appareil digestif, etc.), augmentent la toxémie et déterminent de la fatigue rénale. Cette fatigue se traduit par de légers symptômes que le médecin attribue souvent à la grippe ou à un choc hémoclasique, et cependant, l'attention doit être attirée du côté du rein, c'est un cri d'alarme que l'on sera tenu d'écouter plus tard. Tantôt, c'est l'apparition passagère de traces d'albumine dans l'urine, un peu d'oligurie, tantôt une chlorurémie très atténuée (petites bouffettes matinales, sensation de lourdeur aux paupières, sensation le soir de chaussures étroites), parfois de vagues signes d'azotémie (inappétence, dégoût alimentaire le matin, insomnies nocturnes, somnolence diurne, céphalées). Tout cela indique le fléchissement de la défense rénale qui sera lent, mais parfois progressif, et pourra aboutir à la néphrite chronique.

Les *causes déterminantes* invoquées ne sont le plus souvent que la goutte d'eau qui fait déborder le vase (dans 60 à 70 % des cas). Ces causes déterminantes sont constituées par tout ce qui peut brusquement provoquer ou augmenter la toxémie et déterminer le fléchissement accentué de la défense rénale.

Citons le froid, la chaleur exagérée, les fatigues, le surmenage physique et intellectuel, les maladies pyrétiques, les intoxications fortes, les infections microbiennes et surtout celles qui atteignent l'anneau protecteur placé à l'orifice de l'arbre aérien (amygdales, glandes du pharynx et nasopharynx). D'après E. Roux, ces dernières infections jouent un rôle prépondérant dans l'origine des albuminuries, surtout chez les enfants et les jeunes gens, et le poison scarlatin, selon lui, comme d'ailleurs pour Lasègue, a moins d'influence dans la production des néphrites post-scarlatineuses que l'angine concomitante.

Malgré toute l'importance des causes lointaines des néphrites chroniques, causes qui constituent une véritable dyscrasie diminuant la résistance de l'organisme, il ne faut pas négliger le diagnostic anatomo-pathologique et fonctionnel du rein, l'étude du degré d'intoxication sanguine, ni la valeur de la défense prérénale du malade avant de traiter la maladie confirmée. Mais la recherche des causes éloignées est nécessaire pour orienter rationnellement la thérapeutique et tâcher d'obtenir la guérison. Baser uniquement le traitement sur les symptômes ou le syndrome dominant, conclut E. Roux, serait une erreur qui exposerait aux pires mécomptes.

Tout clinicien de quelque expérience ne peut que reconnaître l'exactitude des observations de notre distingué confrère.

J. Noir.

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Imbert, Oddo et Chavernac.— **Accidents du travail. Evaluation des incapacités.** (1 vol. de 936 pages, avec 96 figures. Prix : 40 fr..

C'est la deuxième édition, venant 10 ans après la première, d'un ouvrage destiné, par ses auteurs, à faciliter à ceux qui en ont la charge l'application de la loi de 1898 et de celles qui l'ont suivie. Et la clarté de sa rédaction doit certainement permettre le plus souvent aux semi-profanes en la matière, magistrats, avocats, avoués, assureurs, de se faire une opinion, non seulement sur l'*évaluation des incapacités* (ce sous-titre, qui paraît véritablement trop modeste, n'a pas sans motif été imprimé sur la couverture en caractères plus gros, que le titre lui-même), mais encore sur l'admissibilité de chaque affection étudiée comme accident du travail, admissibilité que les auteurs examinent, dans chaque cas, en cherchant à concilier le droit avec la médecine.

Une grande place est faite, dans cet ouvrage, comme il sied, au Guide-barême des pensions militaires de 1919 et l'influence de la guerre sur les notions médicales en matière de traumatismes s'y fait légitimement sentir.

Signalons spécialement les chapitres sur : le rapport d'expertise ; l'invalidité ouvrière et son évolution ; tuberculose et traumatisme ; les maladies professionnelles ; les fractures ; les hernies ; les psychonévroses en rapport avec les accidents du travail.

G. F.

Les Thèses

Ly.— Dr Ch. Escoffier, vétérinaire major de 2e cl.— **Etude pharmacodynamique et expérimentale de la combinaison des sels biliaires et de l'argent colloïdal** (Imprimerie Jean Deprelle, Lyon).

L'argent colloïdal est la forme chimique sous laquelle ce métal produit, en thérapeutique, les meilleurs effets. On l'a combiné avec d'autres corps pour fournir des complexes dont l'action antiseptique est due uniquement au radical argent. Tandis que la combinaison sels biliaires et argent colloïdal constitue un médicament dont les deux composants réalisent une synergie médicamenteuse.

En effet, les sels biliaires jouissent de propriétés cytolysantes que l'on peut mettre à profit pour hâter la dissolution des sécrétions purulentes. Ils sont antiseptiques, en particulier vis-à-vis du pneumocoque et du gonocoque. Ces propriétés ont été utilisées en thérapeutique.

La combinaison sels biliaires et argent colloïdal est très soluble dans l'eau et la glycérine. Parmi les composés de l'argent, seule elle est soluble dans l'alcool. Elle renferme 12,5 % d'argent, 87,5 % de sels biliaires, 1,6 % de soufre, 1.8 % azote. Expérimentalement, c'est un composé stable, vis-à-vis des solutions albumineuses et chlorurées. Sa toxicité est extrêmement faible. Non irritant, ce médicament jouit de propriétés antiseptiques marquées ; 0 gr. 40 % empêchent la culture du pneumocoque, du streptocoque et du staphylocoque.

En particulier, les éléments du pus blennorrhagique, en présence d'une solution à 4 % de la combinaison sels biliaires et argent colloïdal, subissent en une demi-heure une cytolyse complète.

L'emploi clinique du médicament est judicieux :

1° *En vénéréologie* : Dans le traitement abortif de la blennorrhagie où il s'est montré efficace ;

Dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, dont il diminue l'écoulement et raccourcit la durée.

Le traitement est fort peu douloureux et ne détermine aucune irritation au niveau de la muqueuse uréthrale.

2° *En oculistique* : Dans le traitement des affections des membranes externes de l'œil et en particulier dans la conjonctivite à pneumocoques.

3° *En dermatologie* : Dans l'impétigo des nourrissons, dont il rend la guérison plus rapide sans provoquer aucune douleur, et dans les infections superficielles.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.... SANS LES MÉDECINS

Il est indéniable qu'il tend à se produire actuellement une évolution bizarre dans l'aiguillage de l'exercice de la médecine, sous la poussée de certains... cerveaux, j'allais écrire de certains estomacs. Dans l'exposé fait dans le *Concours* du 1er juillet dernier, sur ce que j'avais vu et entendu au Congrès de la tuberculose de Strasbourg, on a pu remarquer avec quelle désinvolture étaient éliminés de la lutte anti-tuberculeurse les praticiens français dont le corps d'armée de plus de vingt mille « combattants » s'avère cependant comme d'une valeur plutôt appréciable.

Sans doute, le *point de départ* des idées émises est juste. Il est utile que des *centres de diagnostic* soient créés, pourvus de tous les moyens d'investigation que la science actuelle met à la disposition du médecin. Il est utile que ces centres soient « décentralisés » si je puis dire, et répandus dans toutes les régions, afin d'aider au « dépistage » (c'est le mot à la mode) de tous les tuberculeux. Avec ces nouveaux, mais si dispendieux moyens de diagnostic (laboratoires d'analyses, radios, etc...) il est clair que le médecin *isolé* ne peut plus suffire à tout, par lui-même, et qu'il a besoin de l'aide *collective* des diverses « branches » de recherches de diagnostic. Cela, nous l'avons déjà dit et répété maintes fois dans ces colonnes, et notre ami Noir y est souvent revenu, décrivant avec sympathie certaines « maisons médicales » en des termes que tout praticien n'a pu qu'approuver.

Dans la lutte antituberculeuse, ainsi que dans toute lutte contre des maladies, quelles qu'elles soient, il faut donc, désormais, songer à créer — régionalement — des centres de diagnostic qui soient à même d'apporter au praticien isolé les éléments qu'il est le premier à réclamer, en vue de la guérison de ses malades.

De même, lorsque ne peuvent être donnés les soins à domicile, soit par crainte de dangers de contagion pour l'entourage immédiat, soit que le malade ne soit pas en situation de pouvoir suivre la cure chez lui (cures de soleil, par exemple), soit pour toute autre raison technique, il est utile que soient créés et aménagés au mieux, hôpitaux, sanatoria, préventoria, etc. Nous sommes tous d'accord sur ces prémisses, savants et praticiens, et cela depuis belle lurette, sans avoir attendu les solennelles révélations de scientifiques et sociaux Congrès.... Mais encore, ne faut-il pas, Messieurs les savants sociaux, « s'emballer », d'ores et déjà, sur ces points ! Où sont les milliards nécessaires, dans la lutte antituberculeuse, pour la construction d'abord, l'entretien ensuite, de ces multiples préventoria et sanatoria qui doivent être très, très nombreux, si nous voulons qu'ils fassent œuvre *réelle*, et non seulement de façade, et ne soient pas — comme aujourd'hui et pour longtemps encore, c'est à craindre — de simples « *échantillons* » de ce qui devrait exister pour satisfaire à tous les besoins ?

Cette importante réserve faite, et précisément à cause d'elle, nous autres praticiens, nous demandons, en attendant les milliers et les milliers de dispensaires, sanatoria et autres créations similaires .... de l'avenir, qu'on regarde la réalité en face, qu'on ne se paye pas de mots — de places et de fixes — et qu'on commence par se servir de ce qu'on a sous la main, et qui est, peut-être, supérieur à tout ce qu'on pourrait inventer... Avant de construire dans l'espace et dans le temps, réfléchissez donc une bonne fois, savants sociaux, que le *praticien* — que vous voulez ignorer — par son action personnelle et son influence auprès du malade et de l'entourage, est le *premier centre de prophylaxie et de traitement* de la maladie que nous voulons tous juguler. Ceci bien établi et *reconnu de tous*, nous ne demandons pas mieux qu'on se mette en route pour en arriver — plus tard — au but lointain entrevu dans l'avenir. Nous regarderons alors avec la plus agissante sympathie toutes les tentatives qui se feront jour et nous serons prêts ..à leur apporter tout notre concours...

Or, qu'avons-nous entendu au Congrès de la tuberculose de Strasbourg ?

En substance, on a conclu — et nous ne saurions trop revenir sur de telles conceptions — que le *combat* contre le fléau, pour que l'issue en soit heureuse et entraîne la victoire, *doit être exclusivement mené* par :

1° Certains « *savants* » spéciaux, officialisés et numérotés, pourvus par l'Etat d'une aide financière sérieuse. Ces « savants antituberculeux » distribueraient les honneurs et les places, en dispensateurs de toutes les grâces.... et de tous les « fromages » dont disposerait « la Princesse». — Sans doute, ce ne fut pas exposé ainsi, mais tel est le résultat final auquel aboutiraient forcé-

ment les idées et les suggestions émises en diverses communications sur l'*organisation* de la lutte antituberculeuse.

2° Les « *disciples* » desdits savants. Ceux-là recevront l'apostille et le « dignus in intrare » dans l'organisation, après avoir appris la bonne doctrine, le catéchisme orthodoxe... avec la manière de s'en servir.

3° Les « *agents de liaison* », dénommés « infirmières-visiteuses ». Celles-là recevront un quart ou un cinquième de catéchisme avec lequel elles en sauront toujours infiniment plus que le *vulgum pecus* des incompétents praticiens ordinaires. Elles seront chargées, non d'amener l'eau au moulin — ceci est affaire de l'Etat, sous forme de subventions et de prébendes annuelles — mais d'y faire fluer le blé à moudre, sous forme de gens « dépistés » par elles, d'après les rites du sus-dit catéchisme contenant la science infuse, et dépistés comme susceptibles de contenir, en leur essence, des bacilles de Koch, en réalité ou en puissance.

4° Le moulin lui-même, c'est-à-dire les lieux-sacrés microbicides appelés : *dispensaires, preventoria, sanatoria.* Ceux-là, élevés à grands frais sous l'égide de la Princesse, seront désormais réputés comme les *seuls* lieux où la bataille peut s'engager avec certitude du succès. Là seront mis en œuvre — et là seulement — « les données de la science » et, en particulier, de cette science spéciale que possèdent seuls des savants antituberculeux spéciaux qui, pour éviter tout malentendu nuisible aux malades, se désignent eux-mêmes, dès l'abord, à l'admiration et à la reconnaissance de la Nation.....

Tel est le schéma — c'est avec un profond regret que je suis obligé de le constater — de ce qui nous fut présenté, au Congrès de Strasbourg, comme la tactique dernier cri d'une offensive générale contre un des plus graves fléaux dont est victime notre pays déjà si éprouvé par sa natalité déficiente ....

***

Si j'ai cru bon de revenir sur ce Congrès de Strasbourg, c'est que la tentative esquissée là-bas met en goût d'autres groupements de « savants spéciaux » et que l'histoire paraît vouloir se généraliser.

A côté des savants « antituberculeux », il y a les antisyphilitiques, les anticancéreux, etc... En faveur de ceux-ci, la Princesse devrait bien également, au nom de la santé publique, disposer de « centres de santé », si je puis dire, dressés, comme autant de boucliers protecteurs, jusque dans les provinces les plus reculées du territoire.

Sur ce point, nous ferons encore la même remarque que plus haut. Centres de diagnostic, maisons médicales, ouvertes à tout praticien isolé pour lui apporter *l'aide collective* à laquelle il a droit, en vue de la guérison des malades, dans la saine organisation de toute médecine sociale payée par l'Etat... cela serait parfait. Ce serait « juste et équitable » et c'est à quoi il faudra bien *aboutir* dans la suite, après le *faux pas* actuel et lorsque *la faillite de la médecine sans les praticiens* aura été démontrée par les faits.

Donc, les « antisyphilitiques spéciaux » et les « anticancéreux spéciaux » vont entamer la lutte... pour la création de *dispensaires.* Ont-ils l'intention de se lancer dans la même impasse où vont se fourvoyer les « antituberculeux » ? Dans l'intérêt même de la lutte.... contre la maladie et pour la santé publique, espérons que non. En tous cas, il m'a paru utile de mettre les confrères au courant de ce qui se prépare, en ajoutant « Caveant consules ! »

Voici ce que vient de voter la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans sa séance du 15 juin dernier :

« La Société médicale des hôpitaux de Paris, convaincue de l'intérêt capital qu'il y a à engager efficacement la lutte contre la syphilis, et pour cela, à créer dans toute la France des *dispensaires*, suivant le plan adopté par la Commission de prophylaxie des malades vénériennes au Ministère de l'hygiène, émet le vœu que la création de ces dispensaires soit réalisée le plus tôt possible et conformément à ce plan.

« Elle souligne que l'un des éléments le plus important de ce plan est la nomination au concours (concours sur titres ou sur épreuves pratiques), aussi bien à Paris que dans les départements, des médecins et chefs de laboratoire, suivant les précédents déjà usités pour toutes les autres organisations médicales, en particulier pour les dispensaires antituberculeux ».

Personnellement, j'admets fort bien la création de centres de diagnostic et de traitement des syphilitiques, dirigés par des confrères nommés au concours .... mais à condition qu'il n'y ait pas de « dispensaires antisyphilitiques ». Je m'explique :

Il faut ne jamais avoir pratiqué la médecine dans une petite ville de province, ni à la campagne, pour baser la lutte contre la syphilis sur la création de dispensaires antisyphilitiques. *Là-bas, tout se sait.* On saura donc qu'un tel, ou une telle, « a été au dispensaire pour ces maladies... vous savez bien, ma chère ! ! ... » Oh ! médecins des hôpitaux parisiens, comment avez-vous pu penser que les avariés se rendront, de gaieté de cœur, dans ces endroits aussitôt « dépistés » et décriés par les voisins ? Vous proposez bien une lanterne, mais inallumable, donc inopérante, et que *seul* pourrait allumer le praticien... dans l'ombre de son cabinet. Vous dites bien, à la fin de votre vœu, « il est *désirable* que le dispensaire

antisyphilitique soit rattaché à l'hôpital ». Cela est même, tout d'abord, absolument *indispensable* et, en le « *rattachant* », en outre, au syndicat médical de la région, et par là *aux praticiens*. De plus, il faut que votre centre de diagnostic et de soins antisyphilitiques soit *anonyme* et *noyé* dans les divers services de l'hôpital et *compris* dans un service pudiquement dénommé « service des affections cutanées », par exemple, où se rendront non seulement les vénériens, mais les gens atteints d'eczéma ou présentant « rougeurs, boutons, etc.... » qui peuvent les inquiéter. Et alors, le praticien qui aura « dépisté », tout comme les infirmières j'espère, un spécifique et voudra éclairer son diagnostic ou simplement savoir s'il y a encore un Bordet positif, ou (s'il ne s'occupe pas de faire du 606, ou des injections bismuthiques ou autres) désirera faire soigner directement son client par un spécialiste, pourra envoyer *discrètement* celui-ci à l'hôpital consulter le Dr X, comme il envoie consulter le Dr Y. pour une affection chirurgicale, ou bien fait passer tel autre à la radio par le Dr Z., etc..... Et alors, la bonne Madame, ma chère, ne pourra plus rien en conclure, ni, par sa bonne langue, *détourner à jamais les spécifiques du dispensaire* que vous réclamez.

Il est encore beaucoup d'autres détails de *pratique* à faire valoir, si on veut vraiment faire quelque chose d'utile pour les spécifiques, à côté de votre panacée dispensairienne. Que fera votre dispensaire, si coûteux cependant, pour les *spécifiques de campagne* ? Ceux-ci, loin de tout centre et ne pouvant se déplacer pour recevoir les soins éclairés des savants spéciaux, n'en seront-ils pas moins réduits (les pôvres !) à ceux du praticien de leur pays ? Et alors, dans l'inrêt même de l'extinction du fléau que vous désirez faire disparaître, ne pensez-vous pas que le praticien de campagne doit avoir le *droit* (oui ! le droit absolu, puisque c'est l'Etat, c'est-à-dire la bourse commune, qui paye, après tout !) de faire pratiquer des analyses de sang au laboratoire *public* du dispensaire, ainsi que, pour ceux qui ne peuvent payer, d'en recevoir les solutions mercurielles, arsenicales, bismuthiques ou autres (car la liste n'est pas close) destinées à injecter la vie et la santé dans les veines de l'avarié — et cela sans que ce dernier ne soit pas *forcément* « pris en charge par le dispensaire », comme cela nous fut dit élégamment à Strasbourg ? Si vous voulez créer un corps de médecins et de chefs de laboratoire *fonctionnaires*, il faut pourtant vous rendre compte (et nous le ferons savoir *urbi et orbi* à l'occasion) que, là encore, le fonctionnaire est fait pour le public et non le public pour le fonctionnaire.

Je n'insiste pas, ne faisant ici qu'effleurer la question. Je ferai seulement remarquer, ainsi que je l'ai répété depuis de longues années, que tout ce qui concerne la médecine sociale a besoin d'être examiné, au préalable, par ce que j'ai appelé « le *trépied* » constitutif de toute étude de ce genre, si l'on veut aboutir à autre chose qu'une « façade ».

Ce trépied, c'est une Commission tripartite composée de représentants de l'administration, de savants et de praticiens.

Dans un article déjà vieux (1) à propos de la lutte contre tous les fléaux créateurs de maladie, je disais, en parlant des savants, *seuls* consultés en médecine sociale :

« Leurs conseils sont précieux, nul n'est assez vain, pour le nier : leur *science* est nécessaire..... Mais il faut y ajouter l'*expérience* si douloureusement acquise par des praticiens qui peuvent venir dire : « j'é- « tais là. J'ai vu. C'est de telle façon que la contagion « se répand le plus. Voilà ce qu'il faut supprimer. « Voilà ce qu'il faut encourager, permettre, impo- « ser ». Ainsi éclairés par les avis *complémentaires* des savants et des praticiens, aux administrateurs enfin à mettre la réforme sur pied et à prendre les mesures nécessaires, certains désormais que le corps médical sera le premier à mettre en œuvre et à faciliter leur réalisation. Est-ce aller contre le bon sens que de parler ainsi ? »

Aujourd'hui encore, j'ai le regret de constater qu'on continue à « oublier » le praticien quand il s'agit, en médecine sociale, de réaliser quelque chose de pratique. Heureusement que, pour la syphilis, il en est temps encore puisqu'il ne s'agit là que d'un vœu, fort intéressant d'ailleurs, d'une société savante.

Un mot, en terminant, sur « *la lutte anticancéreuse* » qui, elle aussi, vient d'être mise sur le tapis. La Commission du cancer, — non tripartite comme toujours — a adopté des conclusions analogues aux autres organisations antiquelque chose. Là encore, c'est le type dispensaire, avec locaux de consultation, laboratoires de recherches scientifiques, service de soins spéciaux, service d'hospitalisation, etc.... le tout complètement en dehors de toute idée de participation, de collaboration — fût-ce même de simple liaison — avec le corps médical de la région tenu soigneusement à l'écart....

***

Avais-je raison, confrères, de prendre comme titre de cette causerie : « L'exercice de la médecine.... sans les médecins », et dont l'exposé qui nous en fut fait au Congrès de Strasbourg marque le point culminant, en une sorte d'apothéose ?.....

(1) Cf. l'article intitulé *Le Trépied* paru dans le *Concours* du 15 juin 1919 et qui fait partie d'une étude sur le syndicalisme médical.

Tuberculose, syphilis, cancer, tel est le « tableau de chasse » pour aujourd'hui. Demain, il s'agira d'autres affections pour lesquelles des « savants spéciaux » auront démontré qu'*eux seuls* sont capables de donner des soins éclairés et d'être ainsi victorieux de la maladie. Peu à peu, toute la médecine y passera et il ne restera plus, pour les praticiens de France, qu'à poser des ventouses, des sangsues ou à donner des clystères.... quand « les savants » l'auront ordonné.

Ah ça ! de qui se moque-t-on ? Croit-on que quelques poignées d'officialisés savants additionnés de disciples estampillés à leurs marques de fabrique, seront capables de donner les soins nécessaires à quarante millions de Français ? Je sais bien qu'à ces généraux, doublés de capitaines, on rêve d'adjoindre une armée d'infirmières-visiteuses, en guise de *succédanées* de ce Corps médical dont l'échine est insuffisamment souple pour se prêter à la caporalisation. Déjà intronisées dans la lutte antituberculeuse, va-t-on les lancer dans le bon combat antisyphilitique et les envoyer « dépister » les avariés à domicile ?.....

Ne riez pas, je vous en prie. Rappelez-vous ce que je citais dans mon article sur le Congrès de Strasbourg, citation prise dans le *programme* même des cours que doivent suivre les futures infirmières-visiteuses :

«..... Des clartés assez étendues sur les maladies de la peau, *et sur la syphilis*, viennent compléter cet enseignement et souligner l'importance de la continuité de la surveillance et du traitement chez les individus contaminés, si dangereux pour les êtres qu'ils procréent..... »

En vérité, je le répète, confrères, de qui se moque-t-on ?

Il est temps, grandement temps, que, dans chaque région, les syndicats médicaux se préoccupent de ces questions plus activement qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici, à part quelques-uns. Le Conseil de notre Union des Syndicats médicaux a pris l'affaire en main depuis quelque temps. Si les pourparlers avec certains officiels sont plutôt lents, c'est que ceux-ci doivent « revenir de loin », tout d'abord. Espérons qu'on aboutira à quelques chose de viable.

Sans quoi, il n'est pas besoin d'être prophète pour le prédire, ce sera encore un coup d'épée dans l'eau, comme il en est résulté de quelques lois que nous connaissons. Et si certaines individualités profitent, durant quelque temps, de cette « façade » nouvelle, dite « lutte antituberculeuse », il ne faudra pas de longues années pour constater — et nous serons là pour en éclairer le public — que, cette fois encore, la montagne a accouché d'une souris, et chose plus déplorable, que la croisade si bien partie a échoué et doit être reprise sur nouveaux frais — au grand dommage de la santé publique.

Dr Fernand DECOURT.

LE DOCTORAT EN MÉDECINE ET LES DENTISTES

Où en est la question à l'heure actuelle ? Elle a évolué et évolution n'étant pas synonyme de progression, d'amélioration, elle a même fait un petit progrès qu'il y a lieu d'enregistrer. Ce progrès est celui-ci : la grande majorité des dentistes dénommés chirurgiens -dentistes reconnaît que des études médicales complètes doivent précéder la spécialisation dentaire, comme elle précède toutes les spécialisations médicales et chirurgicales. Ces praticiens munis de diplômes primaires sont bien obligés, en effet, de compter avec le fait suivant, à savoir qu'un médecin spécialisé est un concurrent qui enlève la majeure partie de la clientèle et que cette clientèle n'a pas à souffrir, avec le médecin spécialisé des mille incidents, accidents, voire complications graves, qui ont pour origine essentielle un manque ou une insuffisance de culture médicale et chirurgicale générale, en un mot une spécialisation sans base sérieuse et préalable.

Donc, disent ces dentistes, le doctorat en médecine est chose excellente à en juger par les résultats qu'obtiennent les médecins stomatologistes, et nous sommes prêts à réclamer « urbi et orbi » l'obligation de ce doctorat en médecine pour les futurs dentistes, mais donnez-nous des facilités, à nous simples chirurgiens-dentistes, pour nous décorer du titre de docteur en médecine ; car, voici notre ambition présente et notre désir ardent : le doctorat en médecine avec toutes ses difficultés pour les autres, les stomatologistes actuels et futurs, doctorat édulcoré, réduit à notre mesure, c'est-à-dire à rien comme difficultés pour nous, doctorat nous conférant tout de même toutes les prérogatives de docteurs ! Voilà, dépourvues de fard, la pensée et l'ambition des chirurgiens-dentistes.

Dans cette poursuite du titre de docteur en médecine se placent maintenant deux écoles ou deux clans : d'une part, le clan qui, du premier coup veut tout avaler, est doué d'un appétit sans frein et qui se dit : la profession dentaire a été bien encombrée par l'octroi trop facile du diplôme de chirurgien-dentiste et il serait très avantageux d'être à la fois dentiste et en même temps médecin afin de soigner vénériens, syphilitiques, tuberculeux, etc., bref tout ce qui

nous tomberait sous la main ou que nous y ferions venir par des affiches bien placées jusque dans les bureaux de poste ! D'autre part, un deuxième clan, qui pense que ce serait aller un peu vite et un peu fort et qu'il est plus adroit de procéder par étapes. Ce clan, en apparence plus modeste, se contenterait pour l'instant du diplôme de docteur en médecine de l'Université qui est conféré aux étrangers et ne donne pas droit à l'exercice de France. Eh bien ! c'est là que gît le danger. Comment le public français se reconnaîtrait-il entre ces docteurs qui sont docteurs, tout en ne l'étant pas, qui feraient parade de leur titre officiel et qui seraient honnêtement obligés de déclarer à tout venant : «nous sommes docteurs, mais n'avons pas le droit d'exercer, nous sommes des docteurs pour rire, des façades de docteurs ». Situation plus ridicule pour eux que de s'instituer chirurgiens-dentistes parce qu'aux yeux des clients, ils auraient l'air de la grenouille qui veut se faire aussi grosse que le bœuf. Le ridicule n'étant pas une posture définitive et enviable, il est à présumer qu'au bout de 2 ou 3 déclarations franches et loyales, ces docteurs de l'Université finiraient par laisser croire qu'ils sont de vrais docteurs en médecine, et les voilà glissant sur la pente de l'exercice illégal de la médecine parce que la tentation et la peur du ridicule l'emporteraient irrésistiblement.

Qu'on ne vienne pas nous répéter : ce titre de docteur est une question d'amour-propre, un simple hochet de la vanité, qui leur est nécessaire pour conserver un certain prestige auprès de la clientèle. Erreur, car presque tous n'ont pas attendu qu'on le leur donne contre parchemin officiel pour se l'attribuer : ils sont docteurs de Chicago, de Pensylvanie, que sais-je ? Récemment, pour accomplir une mission officielle, j'avais convoqué un chirurgien-dentiste, et dans sa lettre de réponse, il a signé Dr un tel. C'est de l'aplomb. Or, il est à présumer que ce dentiste, qui a le front et l'impudence de signer docteur quand il écrit à un docteur en médecine authentique, doit encore moins se gêner quand il correspond avec des clients ou formule solennellement une mixture pour badigeonnage des gencives ! En réalité, toutes ces appropriations de titres sont des actes de tromperie, de contrebande, qui devraient être poursuivis au même degré que le port illégal de décorations.

La conclusion générale est que par les voies obliques du doctorat en médecine ou du doctorat d'Université, on lancerait dans le public quatre ou cinq mille praticiens des plus dangereux pour la santé publique. Ils ont déjà bien de la peine à éviter les erreurs dans l'exercice *étroit* de leur spécialité ; que serait-ce le jour où après des études et des examens ridiculement insignifiants, ils seraient nantis d'un diplôme officiel de docteur ? Ni le public, ni le corps médical, n'ont besoin de ce cadeau qui créerait, au surplus, un précédent plein de dangers ultérieurs. Bientôt les sages-femmes réclameraient à leur tour le doctorat en médecine, puis les radiophotographes, et les masseurs suivraient. Vraiment, ce n'est pas au moment où l'on renforce justement les études secondaires, où l'on prolonge les études médicales complètes ; ce n'est pas au moment où les chirurgiens-dentistes mettent par contre leur art au rang de l'épicier, du chemisier et du tailleur, et descendent en boutique, qu'il faut déprécier le diplôme de docteur en médecine en l'accordant avec facilité et injustice à des gens qui n'en ont que faire pour l'exercice normal et légitime de leur profession.

Cette différence de niveau intellectuel entre les dentistes et les docteurs est connue de tout le monde. C'est ainsi qu'un chef d'établissement pour la préparation des candidats recalés au baccalauréat fait subir à l'élève, avant de s'en charger définitivement, un examen préalable. Lorsqu'au cours de ces épreuves, le niveau intellectuel ne lui paraît pas suffisant pour le baccalauréat, il dit aux parents : « Impossible de le conduire au baccalauréat, mais qu'à cela ne tienne, nous en ferons un dentiste » ! Ce pédagogue est rempli de jugement pratique, il n'y a pas à s'en écarter pour la défense de la santé publique.

Dr CHARÉZIEUX.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

26 *juin* 1923

Présents : Messieurs MAURAT, *président* ; VIMONT, MIGNON, L. GASSOT, PAMART, NOIR et BOUDIN, *secrétaire*.

Excusés : MM. GASSOT, *trésorier* ; HUGUENIN, DUCHESNE.

M. MIGNON, secrétaire général, signale au procès-verbal de la dernière séance, une omission et une erreur :

Sur la liste des admissions définitives à 1/2 MAD, il faut ajouter le Dr Bachelet et sur celle des admis-

sions définitives à MA, il faut supprimer le nom du Dr Dorion.

M. L. GASSOT, *trésorier adjoint*, donne lecture de la proposition suivante :

Messieurs,

Vous vous rappelez que, du temps de l'Association Amicale, les frais de gestion devaient être portés aux dépenses des combinaisons A et B.

En créant un compte de gestion spécial, la Mutualité Familiale a mis fin à ce mode de faire, mais les combinaisons continuaient à être grevées des dépenses antérieures qui étaient de 18.653 fr. 54 pour B et de 27.128 fr. 16 pour A.

Vous avez décidé le remboursement de ces sommes sur les économies que pourrait réaliser le compte de gestion.

Au 31 décembre 1922, il ne restait plus que 5.000 fr. fr. à rembourser à B.: je vous propose de décider actuellement le remboursement de cette somme. L'opération sera ainsi terminée pour B dont les dépenses ne comporteront plus désormais que les seules indemnités-maladie.

En décembre, nous avons commencé le remboursement à A ; j'espère, en fin d'année, pouvoir vous proposer un nouveau remboursement qui réduira à 20.000 fr. les frais de gestion imputés à cette combinaison.

Le trésorier,
A. GASSOT.

La proposition est adoptée à l'unanimité.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaison MA.

3	GASSOT	Loiret	60 jours	600 fr.
34	PARMENTIER	Var	3 mois	300 »
61	FORCE	Puy-de-Dôme	3 mois	300 »
80	PARDOUX	Paris	3 mois	300 »
81	TREILLE	Creuse	3 mois	300 »
97	HEURTEAU	Loiret	60 jours + 11 jour chr.	636 65
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
106	ROGER	Ille-et-Vilaine	3 mois	630 »
142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	6 mois	300 »
154	POIRSON	Jura	3 mois	300 »
164	DE GRISSAC	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
165	GOOD	Deux-Sèvres	52 jours	520 »
171	LAGUENS	Gironde	3 mois	300 »
176	VOYER	Loire Inférieure	26 jours	260 »
192	HOUDART	Finistère	3 mois	300 »
228	TACHERON	Aube	30 jours	300 »
252	DUFOUR	Loiret	60 jours + 25 jour chr.	683 25
255	DEMMLER	Oise	3 mois	300 »
260	JACQUOT	Oise	3 mois	300 »
287	DEVAY	Rhône	60 jours + 28 jours chr.	693 20
295	BARBIER	Isère	un mois et 6 jour chr.	120 »
303	RIGNIER	Oise	19 jours	190 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
339	TERRAS	Bouches du-Rhône	60 jours + un mois et 5 jours chr.	716 65
357	MATHIEU	Paris	3 mois	300 »
374	TRABY	Pyrénées-Orientales	2 mois	200 »
379	MARTY	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
383	DENEY	Gironde	16 jours	160 »
462	MONIN	Oise	60 jours	600 »
490	VINCENT	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
592	LECOQ	Nord	24 jours	240 »
593	DELTHIL	Loiret	16 jours	160 »
527	BRANZEAU	Landes	26 jours	260 »
596	GRANDO	Pyrénées-Orientales	2 mois + 2 2 jours chr	596 »
605	MATHIEU	Haute-Garonne	30 jours	300 »
614	AUBE	Var	3 mois	300 »
615	SIDERIDIS	Gironde	29 jours	290 »
638	CAMPUZAN	Lot-et-Garonne	20 jours	200 »
640	SONDAZ	Rhône	48 jours + 20 jours chr	546 60
688	MONMARSON	Paris	52 jours	520 »
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
731	VOLPERT	Moselle	10 jours	100 »
737	CAYLA	Aveyron	20 jours	200 »
745	POTIÉ	Eure	20 jours + un mois (cure thermale)	300 »
754	URPAR	Bouches-du-Rhône	24 jours	240 »
757	FORESTIER	Savoie	15 jours	150 »
834	MOHAMED	Mayenne	6 mois	600 »
837	BÉCOUR	Nord	6 mois	600 »
839	GIRODOLLE	Corrèze	3 mois	300 »
			A reporter	17.279 65

			Report	17.279 65
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
878	Sallé	Somme	3 mois	300 »
895	Robillot	Gard	6 jours	60 »
900	Duclos	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
930	Bron	Charente-Inférieure	41 jours	110 »
932	Baron	Pyrénées-Orientales	11 jours	410 »
954	Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300 »
958	Saint-German	Haute-Garonne	4 jours chr	13 35
966	Compans	Gironde	10 jours	100 »
979	Roubion	Alpes-Maritimes	22 jours	220 »
993	Boutard	Eure	3 mois	300 »
1036	Fourrier	Paris	16 jours	160 »
1043	Massina	Pyrénées-Orientales	17 jours	150 »
1056	Etienne	Haute-Garonne	3 mo	300 »
1063	Tangny	Finistère	7 jours	70 »
1086	Lafite-Dupont	Haute-Vienne	12 jours	120 »
1065	Vial	Allier	30 jours	300 »
1122	Julien	Ardèche	17 jours	170 »
1150	Bordier	Creuse	35 jours	350 »
1272	Molinéry	Haute-Garonne	2 mois	200 »
1317	Denier	Allier	6 jours	60 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1385	Landry	Deux-Sèvres	14 jours + 21 jours chr	209 95
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1490	Grasset	Puy-de-Dôme	27 jours	270 »
1563	Saint-Pau	Tarn-et-Garonne	60 jours + 27 jours chr	689 90
1573	Lecouillard	Manche	3 mois	300 »
1792	Limouzi	Loiret	12 jours	120 »
1820	Priouzeau	Maine-et-Loire	42 jours	420 »
1834	Ficat	Lot-et-Garonne	18 jours	180 »
1930	Viard	Savoie	7 jours	70 »
1990	Kraut	Vendée	38 jours	380 »
1854	Laroche	Vosges	23 jours	230 »
			Total	25.042 85

Combinaison MAD.

15	Beaurepaire	Nord	7 jours	140 »
143	Béquain	Haute-Saône	5 jours	100 »
605	Mathieu (1/2)	Haute-Garonne	30 jours	300 »
640	Sondaz 1/2	Rhône	48 jours + 20 jours chr	546 60
737	Cayla 1/2	Aveyron	20 jours	200 »
1085	Vial	Allier	30 jours	300 »
1834	Ficat 1/2	Lot-et-Garonne	18 jours	180 »
			Total	1.766 60

Le Conseil inflige une amen de de 126 francs au sociétaire nº 1563 pour retard excessif dans ses déclarations et une amende de 20 francs au sociétaire nº 837 à titre d'avertissement.

Pensions aux veuves

Le Conseil alloue, pour leur pension du 2e trimestre 1923, à Mesdames :

4. Lepage, Paris .... 150 fr.
38. Gillette, Calvados .... 150 fr.
43. Chevreux, Paris .... 150 fr.
45. Valot, Haute Saône .... 60 fr.
51. Rousselot, Marne .... 150 fr.
13. Mineurs Deshusses .... 145 fr.

Ces sommes leur seront versées sur la production d'un certificat de vie au 30 juin 1923.

Ratification d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de Messieurs :

Combinaison MA : Broussais.

Combinaison MAD : Door, George, Thomas, Royé, Durand, Breteille, Bel, Coste, Deflinne, Granval, Bayard, Labrue, Doucet, Bon, Jesson.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes à titre provisoire :

Combinaison MA : MM. les docteurs
Sénat, de Bagnac (Lot).
Baussay, de Monts-sur-Guesnes (Vienne).
Odinet, de Paris.

Combinaison MAD:

MM. les docteurs :
Faugon, de Thénezay (Deux Sèvres).
Ezanno, de Carnac (Morbihan)
Béraud, de Loué (Sarthe)
Coudray, de Nogent le Rotrou (Eure et Loire).
Molin deTeyssieu de Bordeaux.

ALINAT, de Sommières, Gard.
CHEVALLIER, de Saint-Cloud (Seine-et-Oise).
ROGER, de Saint-Lô (Manche).
PAULET, de Sommières (Gard).
VIRET, de Romans (Drôme).
CHAIX, de Carcis (Var).
BONNET, de Calvisson (Gard).
QUIOUX, de Châteaurenard (Bouches-du-Rhône).
BARDOU, de Tunis.
LUNEAU, de Nantes-Chantenay.
THÉRONDE, de Paris.
COMMES. d'Ezy (Eure).
LABY, de Marle (Aisne).
PRÉVOST, de Marck (Pas-de-Calas).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin septembre.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P.

MM. les docteurs :
CHARVIN, de Saint-Etienne.
ROY, de Saint-Benin-d'Azy (Nièvre).
CHOQUET, de Trun (Orne).
CHEVILLOTTE, de Bar-sur-Aube (Aube).
COUDRAY, de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir).
PAULET, de Sommières (Gard).
LABY, de Marle (Aisne).

Combinaison R.

MM. les docteurs :
GIRAUDON, de Paris.
CHEVILLOTTE, de Bar-sur-Aube (Aube).
SOULAGNE, de Bizanet (Aude).
BAUSSAY de Monts-sur Guesnes (Vienne).

Combinaison V.

M. le docteur :
FICAT, de Moncrabeau (Lot-et-Garonne).

M. Mignon, secrétaire général, dit que la provision de statuts s'épuise et qu'il va être nécessaire d'en faire réimprimer.

Le Conseil ajourne cette réimpression après l'adoption de la modification statutaire qui permettra l'entrée des enfants des sociétaires aux combinaisons P et R.

Le Dr D. fait à la caisse auxiliaire un don de 25 fr. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. BOUDIN. — *Le président,* A. MAURAT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Groupe médical parlementaire

Le Groupe médical parlementaire s'est réuni le 7 juin, à 17 heures 15, au Sénat, sous la présidence de M. le docteur Chauveau.

1° Le secrétaire lit la protestation de l'Union des Syndicats médicaux contre la proposition de loi Mercier, tendant à faire participer les accidentés agricoles dans la rémunération des déplacements des médecins et l'admission des Sociétés agricoles.

A l'unanimité le Groupe décide de charger un de ses membres, M. Dudouyt, de suivre cette affaire au Sénat et de s'opposer au vote de cette proposition.

2° Prorogation des baux professionnels et admission des médecins au droit de la propriété commerciale.

Après discussion, le Groupe refuse d'appuyer ladite demande, la profession médicale ne lui semblant pas assimilable à un commerce, malgré le payement de la patente.

3° Dispense d'examen. Le Groupe décide, malgré les promesses verbales faites par le Ministre de l'I. P., de renouveler ses démarches et de lui demander le retrait de l'arrêté l'autorisant à dispenser certains candidats des examens exigés pour le doctorat en médecine.

Le Président et le Secrétaire du Groupe feront des démarches pressantes en ce sens.

4° Suppression des chevaux aux médecins militaires.

M. le docteur Peyroux, député, ancien médecin militaire, fera une démarche personnelle auprès de M. le Ministre de la Guerre pour demander le retrait de la circulaire.

5° Les dispensaires de prophylaxie antisyphilitique.

Une longue et très intéressante discussion à laquelle prennent part MM. Peyroux, Pinard, Goy, Dron, Merlin, Chauveau, etc., a lieu à ce sujet.

Sans se prononcer sur le fond et la valeur de la méthode Vernes, le Groupe décide de demander au Ministre compétent de faire étudier expérimentalement et comparativement les diverses méthodes de luttes anti-syphilitiques et cela, par des spécialistes compétents, au lieu de se borner à une seule et unique méthode.

La séance est levée à 17 heures 15.

Le Président, CHAUVEAU, sénateur. — *Le secrétaire,* Gilbert LAURENT député.

Projet de loi tendant à étendre les dispositions de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums, aux établissements dits : « Préventoriums ».

Exposé des motifs.

Messieurs, d'après l'article 1er du décret du 10 août 1920, les sanatoriums publics de la loi du 7 septembre 1919 sont les établissements destinés aux malades reconnus atteints de tuberculose et susceptibles d'y être traités utilement. Dès le début, la question s'est posée de savoir quelle était, au regard de la loi du 7 septembre 1919, la situation des établissements affectés aux prétuberculeux. Consultés sur ce point, les conseillers techniques du ministère de l'hygiène déclarent que le terme de prétuberculeux n'avait aucun caractère scientifique, qu'il englobait les catégories de malades les plus diverses et que, pris dans son acception habituelle, il ne signifiait nullement que les personnes auxquelles on l'appliquait fussent atteintes de tuberculose, condition indispensable pour bénéficier de la loi du 7 septembre 1919. Jusqu'ici, les malades classés par les médecins parmi les prétuberculeux ont donc été exclus du bénéfice de cette loi.

Préoccupé de cette situation, le ministre de l'hygiène saisit de la question la commission permanente de la tuberculose qui fut convoquée spécialement les 4février et 4 mars 1922. Le rapporteur de cette commission estime que bon nombre d'enfants classés parmi les prétuberculeux ne sont autres que de véritables tuberculeux. Les symptômes qu'ils présentent ne doivent plus être considérés comme la manifestation d'une prédisposition à la tuberculose, expression qui ne répond à aucune réalité scientifiquement établie, mais comme la révélation d'une tuberculose infantile à forme éminemment curable. Les prétuberculeux constituent une catégorie spéciale de tuberculeux curables ; ils rentrent par conséquent de plein droit dans la définition de l'article 1er du décret du 10 août 1920 et, de même, les établissements spécialement réservés à ces malades et dénommés » préventoriums » ne constituent plus que des « sanatoriums » au sens de la loi du 7 septembre 1919, puisqu'ils sont réservés à des malades tuberculeux susceptibles d'y être traités utilement.

Les conclusions du rapporteur ont été adoptées par la commission permanente de préservation contre la tuberculose, qui a émis l'avis « que les préventoriums antituberculeux sont des sanatoriums destinés au traitement, chez l'enfant non fébricitant, des formes initiales latentes et curables de la tuberculose, des adénopathies bronchiques, cervicales ou autres de nature tuberculeuse, des séquelles de pleurésie, des tuberculoses externes légères, non suppurées ne relevant pas d'un traitement chirurgical ».

La question paraît tranchée au point de vue médical. Toutefois, en raison du caractère particulier des malades répondant à la définition ci-dessus, il ne saurait s'agir, au point de vue administratif, d'appliquer purement et simplement aux préventoriums, les dispositions de la loi du 7 septembre 1919 et surtout celles du décret du 10 août 1920. Certaines exigences de la loi et du décret ne peuvent être imposées aux préventoriums : nécessité d'un médecin directeur, limitation à dix du nombre maximum des lits de chaque dortoir, etc. D'autre part, il est indispensable de prévoir une organisation de l'enseignement scolaire dans les préventoriums. Il importe également qu'au préalable une définition des formes cliniques qui relèvent de ces établissements soit donnée et vulgarisée.

Enfin, si on se place au point de vue de l'hygiène sociale, il est indéniable que cette extension de la loi du 7 septembre 1919 est appelée à rendre les plus grands services. Médecins et hygiénistes sont unanimes à reconnaître que l'utilité du préventorium est au moins égale à celle du sanatorium.

S'adressant à des enfants et à des adolescents chez lesquels l'infection tuberculeuse est à son début et peut être définitivement enrayée, le préventorium constitue l'organisme de préservation antituberculeuse par excellence. Aucune action de prophylaxie ne peut être plus féconde et plus efficace que celle qui s'exerce sur l'enfance.

C'est dans ces conditions que nous avons l'honneur de vous soumettre le projet de loi ci-après :

Projet de loi.

Art. 1er. — Les dispositions de la loi du 7 septembre 1919, à l'exception de l'article 4, sont applicables aux préventoriums antituberculeux destinés au traitement, chez les sujets de moins de seize ans, non fébricitants, des formes initiales latentes et curables de la tuberculose, des adénopathies bronchiques tuberculeuses et des tuberculoses externes légères non suppurées ne relevant pas d'un traitement chirurgical.

Ne devront être admis dans les préventoriums antituberculeux que : 1° par priorité, des enfants vivant en contact de cohabitation avec un tuberculeux contagieux ou présentant des signes cliniques radiologiques d'un des états pathologiques ci-dessus énumérés ; 2° des enfants, sans contact de cohabitation connu, mais porteurs de lésions tuberculeuses certaines, justiciables des préventoriums antituberculeux.

Art. 2. — Un décret pris après avis de la commission permanente de la tuberculose et contresigné par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, et par le ministre de l'instruction publique, déterminera :

1° Les conditions de recrutement de ces malades ;

2° Les conditions techniques et hygiéniques d'installation et de fonctionnement des préventoriums publics et privés, ainsi que les conditions d'organisation de l'enseignement scolaire ;

3° Les conditions de recrutement et de nomination des médecins chefs des préventoriums publics ;

4° Les conditions dans lesquelles s'exercera sur les préventoriums publics et privés la surveillance de l'autorité publique.

Art. 3. — Le délai de cinq ans, prévu par l'article 5 de la loi du 7 septembre 1919, et porté à dix ans par la loi de finances du 31 décembre 1921, article 139, sera compté à partir du jour de la promulgation de la présente loi.

(Documents parlementaires, Chambre J. O., 1923, Annexe 3880.)

Décret du 15 juin 1923 relatif au régime de retraites des médecins de sanatoriums publics

Art. 1er. — Les médecins des sanatoriums publics qui ne peuvent être affiliés à un régime particulier de retraites, dans les conditions fixées par le premier paragraphe de l'article 7 du décret du 29 septembre 1922, subissent, en vue de la constitution d'une retraite viagère, une retenue de 5 p. 100 sur leur traitement fixe. Cette somme est versée à leur compte à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, une fois par an, dans le cours du trimestre de l'anniversaire de naissance de l'intéressé ; elle est augmentée d'une égale somme ordonnancée à leur profit sur le budget du sanatorium public.

Art. 2. — Les versements provenant de la retenue de 5 pour 100 sur les traitements des médecins sont effectués, soit à capital aliéné, soit à capital réservé, dans les conditions prévues par la loi du 20 juillet 1886.

Les sommes provenant de la contribution des collectivités ou établissements publics gestionnaires des sanatoriums seront versées à capital aliéné au profit exclusif de l'intéressé, même s'il est marié.

Art. 3. — En cas de mariage, les médecins hommes devront faire connaître s'ils entendent faire profiter leur conjoint des versements auxquels ils sont astreints. Dans l'affirmative, ces versements profiteront par moitié à chaque conjoint, sauf s'il y a séparation de corps ou de biens ou divorce.

Art. 4. — Les intéressés peuvent augmenter volontairement leurs versements en ajoutant aux retenues opérées sur leurs émoluments telles sommes qu'ils indiquent en temps utile.

Ces versements se font par l'entremise du sanatorium, en même temps que les versements ordinaires, mais ils n'entraînent, en aucun cas, une contribution correspondante de l'établissement.

Art. 5. — Lors du premier versement, l'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée à soixante ans, mais la délivrance de la rente qui est différée tant que l'intéressé reste en fonctions, peut être obtenue à toute année d'âge accomplie de soixante à soixante-cinq ans, dans les conditions prévues par l'article 16 de la loi du 20 juillet 1886, modifié par l'artice 45 de la loi du 20 mars 1897, lorsque l'intéressé bénéficiera des dispositions de l'article 32, paragraphe 2, du décret du 10 août 1920.

Toutefois, reste acquis aux intéressés le bénéfice de l'article 11 de la loi du 20 juillet 1886, qui permet en cas de blessures graves ou d'infirmités prématurées entraînant une incapacité absolue de travail, de liquider la pension en proportion des versements effectués.

Art. 6. — Les médecins directeurs nommés en vertu de l'article 53 du décret du 10 août 1920 et qui, au moment de leur mise à la retraite, n'auraient pu se constituer une pension égale à 3.000 fr. par an, recevront, sur le budget du sanatorium, une indemnité annuelle et viagère, calculée à raison d'un cinquantième du dernier traitement par année de service, sans que le montant de cette indemnité ajouté à la pension puisse dépasser 3.000 francs.

Dispositions spéciales aux médecins des sanatoriums publics de l'Etat.

Art. 7. — Si la blessure qui a motivé la liquidation anticipée de la pension prévue au paragraphe 2 de l'article 5 résulte notoirement de l'exercice des fonctions, il sera attribué, indépendamment de la pension proportionnelle à la durée des services, une indemnité annuelle et viagère qui, ajoutée à la pension, ne devra pas être inférieure au tiers du dernier traitement ni dépasser les deux tiers de ce traitement.

Si le médecin se trouve hors d'état de continuer son service, soit par suite d'un acte de dévouement dans un intérêt public, soit par suite de lutte ou combat soutenu dans l'exercice de ses fonctions, il recevra une indemnité annuelle dont le montant ajouté au total de la pension ne sera pas inférieur à la moitié du dernier traitement ni dépasser les deux tiers de ce traitement.

Dans les cas prévus aux deux paragraphes précédents, la blessure devra être constatée par un médecin assermenté désigné par le préfet et, en cas d'appel, soit par l'intéressé, soit de l'administration, par une commission composée de deux médecins assermentés désignés par le préfet et d'un médecin choisi par l'intéressé.

Art. 8. — La veuve d'un médecin ayant droit à pension ou à indemnité ou ayant pu prétendre à pension ou à indemnité dans les conditions du paragraphe 1er de l'article précédent recevra une allocation viagère qui, ajoutée, s'il y a lieu, à la pension dont elle sera titulaire, ne sera pas inférieure au

sixième du dernier traitement du mari et ne dépassera pas le tiers de ce traitement.

Dans le cas prévu au paragraphe 2 de l'article 7, le total de la pension et l'allocation ne sera pas inférieur au quart du dernier traitement du mari et ne dépassera pas le tiers de ce traitement.

La veuve devra justifier :

1° Quelle était mariée avant la cessation des fonctions du mari ;

2° Qu'à l'époque du veuvage, il n'existait pas contre elle de jugment de séparation de corps.

Art. 9. — Les enfants mineurs dont le père était titulaire d'une indemnité ou aurait pu prétendre à une indemnité, dans les conditions de l'article 7, recevront, chacun, jusqu'à dix-huit ans révolus et jusqu'à vingt et un ans, s'ils sont orphelins de père et de mère, une allocation annuelle égale à 5 p. 100 du dernier traitement du père.

Dans le cas où le montant des indemnités attribuées aux enfants, en vertu du calcul ci-dessus, dépasserait le total de la pension et de l'indemnité de la mère, la part de chaque enfant sera réduite proportionnellement.

Si le médecin ne laisse pas de veuve ayant droit à pension, le total des allocations attribuées aux enfants ne dépassera pas un tiers du dernier traitement du père.

Les allocations attribuées aux enfants ne sont pas reversibles.

Art. 10. — Les indemnités et allocations prévues aux articles 7,8 et 9 seront payées sur le budget du sanatorium. Le montant en est fixé par le minis- de l'hygiène. (*J. O.*, 27 juin 1923.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Congrès de la fièvre puerpérale** — A l'occasion du centenaire de Pasteur, un Congrès aura lieu à Strasbourg du 1er au 4 août, dans l'intention de glorifier les découvertes immortelles de Pasteur qui ont inauguré, avec tant de succès la lutte contre la fièvre puerpérale

En quatre rapports, l'état actuel de la question de la fièvre puerpérale sera mise au point. Autour de ces rapports se grouperont des communications ayant trait au sujet, qui seront ensuite suivies de discussions.

Les rapporteurs sont :

M Couvelaire, de Paris : Aperçu historique de la fièvre puerpérale en mettant en relief l'importance de la découverte de Pasteur.

M Brouha, de Liège : Bactériologie et anatomie pathologique de la fièvre puerpérale.

M Auch, de Copenhague : Diagnostic et prophylaxie de la fièvre puerpérale

M le professeur Bar, de Paris, a bien voulu accepter la présidence du Congrès ;

Les séances auront lieu à l'Institut d'hygiène et de bactériologie de la Faculté, de 9 heures à 14 heures

Des pourparlers actuellement en voie d'aboutir sont engagés avec les Compagnies de chemins de fer afin qu'elles accordent aux Congressistes et à nos collègues qui voudront, après le Congrès de Strasbourg, prendre part au Congrès de gynécologie et d'obstétrique qui aura lieu à Genève du 9 au 12 août, une réduction importante. Des excursions dans les Vosges (Sainte-Odile, Hohwald, Champ-du-Feu, Donon, Val-de-Ville), et, dans les petites villes d'Alsace seront organisées à des prix particulièrement avantageux

La cotisation est fixée à 40 fr. français, dans laquelle sera compris le prix d'un passe-partout donnant accès libre à toutes les parties de l'exposition d'hygiène. Tout médecin qui s'intéressera aux questions de la fièvre puerpérale sera admis comme membre du Congrès Les cotisations, les adhésions et les titres de communications accompagnées d'un court résumé, doivent être adressées avant le 1er juillet, à M. le professeur Schickele, clinique d'accouchement et des maladies des femmes, à Strasbourg. Il y a une commission de logements qui se mettra à la disposition des confrères qui voudront bien envoyer leur demande en même temps que leur adhésion. *Pour le Comité d'organisation,*

G Schickele

— **Clinique des maladies de l'enfance.** — Des cours de revision et de perfectionnement auront lieu pendant les mois d'août et septembre 1923, dans l'ordre suivant :

Clinique médicale des enfants. — Le cours de clinique et de médecine des enfants aura lieu sous la direction de M. le professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé, avec le concours de MM. Babonneix, Darré, Merklen, Milhit, Stévenin, médecins des hôpitaux ; Léon Tixier, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire ; Nadal, ancien chef de clinique ; Paraf et Mathieu, chefs de clinique ; Duhem, radiologiste des Enfants-Malades; Bidot, préparateur de chimie du laboratoire. Il comprendra 36 leçons et démonstrations de clinique, de laboratoire, de radiologie et d'électrologie. Il commencera le lundi 21 août 1923, à 9 h. du matin, et sera terminé le samedi 9 septembre.

Admission aux cours de revision et de perfectionnement. Sont admis aux cours de revision et de perfectionnement les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 150 francs pour chaque cours. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de 12 à 15 h.

— **Remplacements médicaux.** — La section de médecine de l'Association générale des Etudiants, 13, rue de la Bûcherie, informe Messieurs les médecins de Paris et des départements qu'elle tient à leur disposition des étudiants réunissant les conditions exigées. Permanence tous les jours (sauf dimanche) de 14 heures à 18 h. 30. Téléphone Gob. : 65-74.

De 9 heures à 14 heures et de 19 heures à 24 heures. Gob. : 07-40. Télégramme : Sectiomedi, Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). - Imprimerie DAIX et THIRON

Thiron et Cie, Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

fié par la loi du 21 juillet 1922 dispose expressément que, si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades peuvent être admis,soit dans les hôpitaux soit dans les établissements privés agréés par la Commission tripartite départementale.

L'article 31-1° du décret du 25 octobre 1922, précise que la Commission départementale dresse chaque année la liste des établissements privés qui ont demandé à hospitaliser les bénéficiaires de l'article 64 et qu'elle a agréés.

Admission de la hernie comme accident du travail

Abonné au *Concours médical*, je lui serai reconnaissant de bien vouloir préciser ce cas de responsabilité patronale dans un accident du travail ayant entraîné une hernie inguinale. L'assurance prétend se désintéresser de l'affaire parce que « hernie ». Je vais énoncer la cause et prie le *Concours* de me dire comment la jurisprudence tranche actuellement ces litiges. Voici les faits.

Le 21 mai, j'ai fourni le certificat initial suivant : « blessé : B., 23 ans, garçon boucher, demeurant à G. Patron, L., boucher, à G. Accident à G., le 21 mai 1923, à 6 h. 1/2 du matin. En soufflant un mou de mouton, à la bouche, a dû faire, sciemment, un effort plus considérable que d'habitude, le gosier étant noué plus serré ; il a senti, à ce moment-là, une douleur exquise à la partie gauche du ventre et à l'aine, qui l'a jeté à terre ; la souffrance l'a empêché ensuite de se tenir debout. Ce n'est qu'au bout d'un bon quart d'heure qu'il a pu se traîner chez le médecin ; lésion constatée : hernie d'effort (inguinale gauche). Hernie constatée inguino-funiculaire étranglée, irréductible dans la position debout, avec douleur réflexe de l'abdomen et colique angoissante. Suites probables : la hernie ayant pu être réduite par taxis en position couchée, il en résultera une incapacité de travail de huit à dix jours environ, sauf complication ».

Le 30 mai, la Compagnie d'assurance, La P., envoie un de ses médecins-contrôleurs, qui semble admettre en principe que cette hernie a pu être la hernie dite d'effort, mais fait toutes restrictions et se défile au point de vue responsabilité, s'entend.

Le 31 mai, le blessé demande qu'on lui fasse une cure radicale pour ne plus être exposé à pareil accident maintenant que sa paroi est abimée. Je lui fais alors le certificat dont voici copie : « accident du travail. Je soussigné certifie que M. B., 23 ans, garçon boucher à G., a été victime d'un accident du travail pour lequel mon diagnostic est de hernie d'effort. Je l'adresse à l'hôpital pour être opéré sur sa demande (hernie inguinale gauche). En vue de la confirmation ou de l'infirmation du diagnostic au point de vue de l'application de la loi de 1898 sur les accidents du travail, il y aurait lieu de rechercher, pendant

l'acte chirurgical, les éléments nécessaires : absence sac, etc. ? Ce 31 mai, etc. »

Le blessé a été opéré à Beaujon, dans le service du prof. Souligoux, le 8 juin, et lui il a été remis à sa sortie de l'hôpital, le 18 juin le certificat suivant : « Hôpital Beaujon : Je soussigné, interne des hôpitaux, certifie que M. B, 23 ans, a été opéré le 8 juin 1923, pour hernie inguinale gauche dans le service du Pr Souligoux, à Beaujon. Il est impossible de conclure pour ou contre l'origine d'effort de sa hernie. On a trouvé un sac herniaire long de 4 à 5 cm. qui, au moment de l'intervention, était vide d'anses et d'épiploon. Ce sac, qui était inclus dans le cordon, a été réséqué. Le malade avait une bonne paroi. Fait à Beaujon, le 18 juin 1923, signé : *illisible.* »

Voilà les faits dans leur ordre chronologique.

Que reste-t-il à faire au blessé pour obtenir le payement de son demi-salaire, et pour le médecin traitant, le payement de ses soins ? De même, naturellement pour les frais d'hôpital ? Tout cela va ensemble. J'ai entendu dire par des confrères que depuis des codicilles nouveaux, la jurisprudence accepte la responsabilité patronale dans des cas analogues. Qu'y a-t-il de vrai, et que faut-il faire ?

Dr L.

Réponse.

D'après la jurisprudence adoptée par la Cour de Cassation, toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident (arrêtés des 22 décembre 1909 et 7 avril 1921, ce dernier toutes chambres réunies).

Par suite, il ne semble pas faire de doute que la hernie qui s'est produite dans les circonstances énoncées dans votre lettre doit être acceptée comme provenant d'un accident du travail, puisque sa survenance par le fait du travail est prouvée.

Le blessé peut donc, pour obtenir le payement de son demi-salaire, citer son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident.

En ce qui vous concerne, pour obtenir payement de vos honoraires, vous pouvez agir de même. Si vous voulez courir le moins possible de risques de non payement, vous pouvez citer le blessé solidairement avec son patron, devant le juge de paix, qui les départagera.

L'hôpital peut agir de même, mais, bien entendu, le « tout compris » jouera en l'espèce.

Calcul d'arrérages de pension militaire

Médecin aide-major de 1re classe de réserve, hors cadre le 23 juin 1917 après attaques successives par les gaz sur la Somme et en Champagne, je n'ai jamais été réintégré malgré de nombreux examens. Rayé des cadres par décision présidentielle du 26 avril 1921 (après passage devant une commission de réforme),

pensionné à 60 % par la Commission de réforme du 3 août 1922, je viens d'être pensionné à 130 % par la Commission de réforme du 18 mai 1923. Diagnostic : « Bronchite bacillaire avec ramollissement du poumon gauche. Condensation du sommeil droit. Laryngite bacillaire, ulcérations, infiltration des aryténoïdes. Bacilloscopie positive. Atrophie du quadriceps droit, suite d'hydarthrose récente ».

Mes arrérages doivent-ils être calculés, comme je le pense, à partir de ma mise hors cadres le 23 juin 1917 et à quel taux ?

Dr C.

Réponse.

Vos arrérages sont calculés par rétroactivité à partir du jour de votre mise hors cadres à condition que la ou les infirmités qui ont motivé votre radiation des cadres soient les mêmes que celles qui ont nécessité votre mise hors cadres.

Quant au taux sur lequel ils seront établis, il est impossible de vous renseigner exactement. Toutefois, on peut dire qu'il ne sera pas supérieur à 60 % (1re comm. de réforme) ; son quantum sera déterminé d'après la gravité des lésions de 1917, celle-ci étant évaluée d'après le libellé des pièces médicales produites à cette époque. En effet, le taux de 130 % ne s'applique qu'à l'aggravation survenue de 1921 à 1923.

G. F.

Revision de pension militaire

Un réformé de guerre qui est un de mes vieux clients et que je ne voudrais pas mécontenter me demande la marche à suivre pour obtenir une augmentation du taux de sa pension.

Il sollicite de ma part notamment un certificat constatant une aggravation de sa blessure, et, c'est là le point délicat, car je ne suis pas complètement de son avis au sujet de cette aggravation.

Comment faire ? Refuser le certificat : c'est perdre mon client assez influent. Lui délivrer un certificat anodin : ce sera peut-être lui être nuisible.

Ne pourrai-je pas l'envoyer examiner directement au C. S. R. qui décidera, *sans que j'intervienne*, s'il y a ou non aggravation? Le médecin-chef du Centre de réforme, qu'*il connaît*, lui a demandé, paraît-il, de fournir ce certificat qu'il sollicite ? Désirant que cette demande de majoration vienne du médecin traitant... pour éviter des histoires, m'a-t-il dit.

Dr G.

Réponse.

Pour qu'une pension puisse être révisée avant l'époque de la visite bisannuelle, il faut que l'aggravation survenue soit au moins de 10 %. Si donc malgré l'appréciation personnelle de votre client, vous évaluez cette aggravation à 10 %, la question est réglée ; si même vous estimez simplement qu'il y a eu aggravation, vous n'êtes pas

obligé de co naître le barême, et vous pouvez délivrer un certificat à la satisfaction de votre client, sans lui nuire.

Dans le cas contraire, envoyez-le au médecin-chef du C. S. R., vous retranchant derrière votre ig orance du barème.

G. F.

Option entre la réserve et la territoriale

Abonné au *Concours*, j'ai recours à votre compétence pour vous demander un avis d'ordre militaire.

Le journal du 10 juin, dans l'article « Option entre la réserve et la territoriale » a bien donné une réponse, mais réponse que j'estime incomplète, car ma situation est la suivante :

Médecin aide-major de 1re classe à T. D., j'appartiens à la classe de mobilisation 1902, j'ai bien reçu il y a déjà plusieurs années, du directeur du service de santé de ma région, une demande d'opter entre la réserve et la territoriale, demande à laquelle j'ai répondu aussitôt en optant pour mon passage dans la territoriale.

Cette demande a-t-elle été accueillie favorablement ? je l'ignore, n'ayant reçu depuis cette date du service de santé qu'un fascicule de mobilisation m'affectant comme médecin de bataillon au ne rég. de tirailleurs indigènes

D'après mon livret d'homme de troupe que je possède encore, j'aurais dû être versé dans la réserve de la territoriale en octobre 1922. Aussi voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître qu'elle est la conduite à tenir pour obtenir mon passage dans la territoriale si celui-ci n'a pas été effectué automatiquement par suite de ma demande, ce que je crois, étant donnée mon affectation ; si l'autorité militaire veut me laisser dans la réserve, puis-je donner ma démission et suivre le sort de ma classe comme médecin auxiliaire ?

Dr Z.

Réponse.

C'est un droit pour vous de passer dans la territoriale, dès que vous en remplissez les conditions d'âge. Le directeur du service de santé a dû transmettre votre demande au Ministre lequel statue par décision insérée au *Journal officiel* dès qu'il réunit un nombre suffisant de noms pour faire une insertion.

Si l'on s'en rapporte à votre affectation de mobilisation, vous devez encore appartenir à la réserve. Cependant, depuis octobre 1922, il n'y a pas grand temps de perdu. Toutefois, vous pouvez adresser au directeur une réclamation.

Il vous sera toujours possible de donner votre démission d'officier de complément pour suivre le sort de votre classe comme médecin auxiliaire.

C. F.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Payement des allocations aux femmes en couches.

18120. — M. Duboin, député, demande à M. le ministre de l'Hygiène pourquoi les secours dits d'avant-couches, institués par les lois des 17 juin-30 juillet 1913 et du 2 décembre 1917, ne sont payés qu'à terme échu, au moyen de mandats émis le 1er de chaque mois, ajoutant que cette manière de procéder, contraire à l'intention du législateur, a pour conséquenc de retarder considérablement le versemsnt de l'allocation dite d'avant-couches, de telle sorte que dans nombre de cas, celle-ci n'est touchée que six ou sept semaines après la naissance de l'enfant. (*Question du* 31 *mai* 1923.)

Réponse. — Le décret du 9 mai 1923, qui a modifié les conditions de payement des allocations aux mères admises à l'assistance aux femmes en couches, a été pris en conseil d'Etat à la suite des travaux d'une commission interministérielle, réunie sur les vœux et les instances réitérées des associations amicales de secrétaires de mairie, qui ont été représentées à la commission. Ce décret a été contresigné également par M. le ministre de l'intérieur et M. le ministre des finances. Il n'est donc pas possible d'en modifier les effets. Toutefois, dans les communes où son application pourrait soulever des réclamations de la part des assistés, il semble qu'il n'y aurait aucun inconvénient à procéder ds la manière suivante, après accord entre les administrations préfectorales et communales : sur autorisation spéciale du maire, le receveur du bureau de bienfaisance payerait à découvert les allocations échues aux assistées dont un état nominatif lui serait rcmis ; puis, à l'expiration de chaque mois, ce comptable adresserait au préfet un état d'émargement des avances qu'il aurait ainsi faites ; dès réception de cet état émargé, le préfet établirait, au nom du receveur du bureau de bienfaisance, un mandat égal au montant de ces avances.

(*J. O.*, 27 *juin* 1923.)

Remploi des dommages de guerre en achat de radium ou installation de rayons X.

17711. — M. Ringuier, député, demande à M. le ministre des régions libérées si un docteur peut utiliser ses titres de créance de dommages mobiliers, 3e catégorie (industriels et commerciaux) en achat de radium ou installation de rayons X à forte puissance. (*Question du* 8 *mai* 1923.)

Réponse. — Réponse affirmative en ce qui concerne l'achat de radium, sous la seule réserve que le médecin visé ait repris l'exercice de sa profession en un point quelconque de la zone dévastée. En ce qui touche l'installation de rayons X à forte puissance, si cette installation constitue un immeuble par destination, la question posée sera résolue par l'affirmative, à la condition que le lieu de reconstitution soit situé dans le périmètre prescrit par le paragraphe 7 de l'article 7 de la loi du 17 avril 1919 modifiée. Dans le cas où l'installation ne constituerait pas un immeuble par destination, le lieu de reconstitution pourrait être situé en un point quelconque de la zone dévastée.

(*J. O.*, 29 *juin* 1923.)

Un mutilé ne peut être contraint de subir une intervention chirurgicale.

5777. — M. Carrère, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre et des pensions si un tribunal des pensions peut obliger un mutilé à se faire opérer sous peine, devant son refus, de voir réduire son taux d'invalidité. (*Question du* 12 *mai* 2923.)

Réponse. — Un tribunal des pensions ne peut contraindre un mutilé à subir une intervention chirurgicale ; mais il lui appartient de juger en pleine indépendance des prétentions du demandeur, sous réserve d'appel.

(*J. O.*, 1er *juillet* 1923.)

L'affection qui peut disparaitre au moyen d'une intervention chirurgicale doit-elle etre considérée comme incurable ???

5778. — M. Carrère, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre et des pensions si un tribunal des pensions, en présence de la demande d'un ascendant atteint d'une affection qui peut disparaître au moyen d'une intervention chirurgicale, doit déclarer l'affection en cause non incurable. (*Question du* 12 *mai* 1923.)

Réponse. — Il appartient au tribunal des pensions de juger en toute indépendance, sous réserve d'appel.

(*J. O.*, 1er *juillet* 1923.)

Sur les jurys d'examen dse écoles de médecine

18313. — M. Magne, député, demande à M le ministre de l'instruction publique : 1° si on peut admettre qu'un jury d'une école de médecine de province, présidé par un professeur de la faculté de médecine de Paris, soit considéré

comme jury de la faculté de Paris et que le diplôme obtenu à la suite des examens subis dans ces conditions soit assimilé à un diplôme délivré par la faculté de Paris ; 2° si un chirurgien dentiste ayant obtenu son titre après avoir subi les examens réglementaires devant le jury de l'école de médecine de Nantes, présidé par un professeur de la faculté de Paris, peut exciper du titre de chirurgien dentiste de la faculté de médecine de Paris. (*Question du* 14 *juin* 1923.)

Réponse. — Depuis le décret du 31 juillet 1920, l'école de Nantes fait partie de l'université de Rennes. Du reste, le jury d'une école de médecine, recruté sur place, constitue, bien que présidé par un professeur de faculté de médecine, le jury de cette école. C'est sous le timbre de l'école de Nantes, université de Rennes, et non sous celui de la faculté de Paris que sont établis les certificats d'aptitude correspondant aux divers examens. Un chirurgien dentiste admis au grade à Nantes, sous la présidence d'un professeur de Paris, a donc obtenu son diplôme devant le jury de l'école de Nantes et non devant celui de ladite faculté. Il existe d'ailleurs un diplôme unique de chirurgien dentiste, conféré par l'Etat. Aucune prérogative spéciale n'est attachée à son obtention devant telle faculté ou école.

(*J. O.*, 1er *juillet* 1923.)

Le carnet médical d'un mutilé est valable sur toute l'étendue du territoire français.

16822. — M. Charles Barès, député, demande à M. le ministre des pensions : 1° si un blessé de guerre, fatigué au cours d'un déplacement hors de son département, peut se faire soigner en utilisant son carnet de bons de visite n° 1, alors que son malaise est le résultat de sa blessure ; 2° si les médecins appelés à le soigner seront payés par l'Etat, ou par le blessé de guerre. (*Question du* 20 *février* 1923.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative. Le carnet médical institué par l'article 14 du décret du 25 octobre 1922 est valable sur toute l'étendue du territoire français, dans les colonies et pays de protectorats ; 2° les médecins ainsi appelés à donner leurs soins aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont payés par l'Etat sur le vu des pièces justificatives.

(*J.O.*, 27 *juin* 1923.)

Les consultations des hôpitaux ne sont pas faites pour les mutilés de guerre

17661. — M. Arthur Levasseur, député, demande à M. le ministre des pensions : 1° si un

chef de clinique de l'Hôtel-Dieu peut refuser de transcrire son ordonnance sur le carnet de soins gratuits d'un blessé de guerre ; 2° dans le cas de la négative, quelles mesures il compte prendre pour que des refus de ce genre ne soient plus opposés aux mutilés consultant des cliniques des hôpitaux de Paris. (*Question du 8 mai 1923*).

Réponse. — Les consultations des hôpitaux de Paris sont faites pour les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite et non pour les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1999

(*J. O.*, 13 juin 1923.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

A un pharmacien qui pindarise

I

O harpeus ! ô rival d'Apollon ! — Saturé
de préparer des loochs, opiats, collutoires,
tu te sens soulevé par l'art évocatoire
sur Pégase aux galops noblement allurés.

En toi, — tel le prurit qui naît sous l'exutoire, —
la fureur de rimer arde. Transfiguré,
tu scandes l'hémistiche, avec soin césuré,
qu'excréta ton cerveau, prosodique émonctoire.

Tout en sphéroïdant des bols thériacaux,
pilonnant au mortier, explorant tes bocaux,
tu cisèles sonnet, « *terza rima* », distique.

Tu médites parfois, — le sourcil sous l'index —
« *Ne pourrai-je jamais mettre en vers le Codex*
« *Dans les dix chants d'un grand poème didactique ?* »

II

Enfourche, si tu peux, le grand cheval hybride
dans sa ruée ou dans son fougueux vertigo,
pourtant sois attentif à faire bien égaux
les granules que formula Dioscoride.

Evite en collaudant les Muses Piérides,
d'incorporer, distrait, par mégarde et *largo*,
aux deux saccharolés de pâtes d'escargots,
Aux bénins lénitifs, strychnine et cantharide !

N'égare, citharède inspiré, ta raison
jusqu'à laisser la clef sur l'armoire aux poisons ;
et croyant syllaber les mots d'un hexamètre

que tu cadencerais avec art, ne va pas
Asséner douze fois la même dose, et mettre,
dans quelque énergétique, un foudroyant trépas !

Honoré Broutelle.

Quarante-cinquième année | N° 31 | 5 Août 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical » de M. le Dr Garrigues, de Maknassy (Tunisie), la somme de dix francs, pour bons offices de cette société.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Bouix,
Ax-les-Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank Duprat (Enfants). Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Hugel, Joly, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, Got
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
LaBourboule Christin, Duliège, Guillot, Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère David, Matton.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Martin-Péridier, Reynes, Rosanoff.
Vittel Constant, Mousseaux

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 393. — A vend. Bébé Peugeot 1914, parfait état de marche, 3.000 fr., dernier prix.

Nº 394. — A céder immédiatem. Seine-et-Marne, bon poste, chef-lieu de canton, gros rayon, médec. chem. de fer.

Nº 395. — A vend. garanti neufs : tableau électr. 420,fr. Dilat. Kollmann Courbe 175 fr., droit 150 fr. avec pièce main 70 fr., boite mét. chev. 19 boug. Guyon 195 fr. bocal garni Albarran 114 fr., néotome Guyon 30 fr., pince uréth. artic. Mathieu 48 fr., Dilatat. uréthro. 30 fr., explorat. Guyon 13 fr., bistouri uréth. 11 fr. Dr Sauvage Lorient.

Nº 396. — Libre en janvier. A céder pharmacie station hydrominérale et d'ordonnances toute l'année. Situation d'avenir, élève très au courant resterait. Facilités. Dr Payen, à Martigny-les-Bains (Vosges).

Nº 397. — Lapins russes à vendre. Dr Denel, à Fronton (Haute-Garonne).

Nº 398. — Aisne, à céder d'urgence contre indemnité à débattre, poste seul médecin, gros rapport, affaire très sérieuse.

Nº 399. — A céder littoral sud-ouest, bon poste chef-lieu canton, seul médec., grande maison, jardin, garage, loyer 800, 21.000 touchés suscept. augmentation. 5.000 comptant , Boiret, 50, avenue d'Orléans, Paris.

Nº 400. — Urgent : chef-lieu département ouest, cause décès, très grosse clientèle à céder datant de 30 ans. Cabinet, bibliothèques, instruments, salle d'attente salle d'opération, auto 1922 conduite intérieure.

AVIS

Le Conseil de l'Union des Syndicats Médicaux de France prie les médecins qui seraient sollicités d'occuper un poste de *médecin chef ou de médecin assistant au Sanatorium de Kerpape en Ploemeur* (Morbihan), de s'adresser, avant tous pourparlers, au Secrétariat de l'*Union des Syndicats médicaux de France, 25, rue Louis-le-Grand, Paris,* ou au Secrétariat du Syndicat médical de Lorient, 53, rue Carnot, à Lorient.

CORRESPONDANCE

Promotion à titre définitif.

Je profite de l'occasion pour venir vous demander les renseignements suivants. Ayant été pendant la guerre mobilisé et nommé médecin aide-major de 2e classe en 1917, à titre temporaire, le directeur du Service de santé de ma région m'a demandé différentes pièces pour me proposer pour être nommé à titre définitif, il y a quelques mois et depuis, je n'ai toujours rien reçu. Au bout de combien de temps, si nomination il y a, peut-on être nommé aide-major de 1re classe. J'ai 44 ans 1/2, et n'avais pas fait de service avant la guerre. J'ai été mobilisé aux armées.

Dr X.

Réponse.

Promu aide-major de 2e classe à titre définitif, il faut quatre années de service effectif dans ce grade pour être nommé aide-major de 1re classe.

Prenez patience pour votre titularisation, car celle-ci doit faire l'objet d'une décision ministérielle au *Journal officiel* ; vous serez nommé à compter d'une date antérieure, probablement de 1917.

G. F.

Montant de la pension d'invalidité d'un aide-major

Veuillez avoir l'obligeance de me faire indiquer par l'office de renseignements à combien doit s'élever la pension de guerre à titre temporaire d'un médecin aide-major de 1re classe après 4 ans de grade, dont le taux d'invalidité a été évalué à 20 %.

Dr D.

Réponse.

Pour un médecin aide-major de 1re classe ayant 4 années de grade de service effectif, 2e échelon, 20 % correspondent à 770 fr. de pension par an.

G. F.

Droit à pension militaire

Membre du *Concours* et du « Sou médical », je me permets de mettre une fois encore à contribution votre amabilité pour vous demander les renseignements suivants :

Un de mes clients, sous-lieutenant de réserve en 1914, est mobilisé dans une division d'active. Evacué du front en fin septembre 1914 avec le diagnostic de rhumatisme polyarticulaire, il est traité dans un hôpital à l'intérieur (billet d'entrée et de sortie de l'hôpital). Il reste dans un dépôt jusqu'en février 1916, est renvoyé au front ; nommé lieutenant le 3 août 1916, il est de nouveau atteint de rhumatisme polyarticulaire en mars 1918 (affection contractée aux armées), soigné dans un hôpital de l'avant (sur sa demande), congé de convalescence. Retour au front, démobilisé le 27 février 1919.

Il reprend ses occupations civiles et aujourd'hui, se plaint de gêne dans la marche. Il a une articulation coxofémorale à mouvements limités, et une gêne du même côté dont les mouvements sont très limités. Pour le moment, il ne demande rien, mais il craint que l'affection dont il est atteint évolue et qu'il ne soit obligé un jour ou l'autre ne de pouvoir continuer.

Dans ce cas : 1° pourrait-il demander une pension (il possède toutes les pièces qui l'ont fait évacuer une première fois, et celles d'entrée et de sortie de l'hôpital du front) ?

2° Serait-ce comme sous-lieutenant ou comme lieutenant (1er ou 2e échelon) qu'il aurait droit à une pension ;

3° Quel en serait le taux ?

Dr L.

Réponse.

1° Il vaut mieux que votre client fasse le plus tôt possible reconnaître ses droits à pension. Comme les délais légaux sont expirés pour lui, et qu'il ne peut plus bénéficier de la présomption légale, qu'il produise (en adressant sa demande de visite sous pli recommandé au directeur du service de santé de sa région) une copie de ses billets d'hôpitaux afin d'établir l'origine de sa maladie.

2° Sa pension serait liquidée sur le tarif du grade qu'il possédait au moment de sa mobilisation.

3° Le taux en serait fixé par la Commission de réforme.

G. F.

Application du Tarif Breton

I

Radio à domicile

La Compagnie d'assurance avec laquelle je suis en discussion au sujet du règlement d'une radiographie me demande de m'adresser à vous et déclare accepter par avance votre décision.

Voici les faits :

En juillet dernier, je suis appelé à E. pour radiographier un ouvrier victime d'un accident ; il s'agissait d'une radiographie du cou-de-pied, face et profil. Je me suis transporté à E. avec mes appareils, j'ai fait les radiographies et livré les épreuves. Puis, j'ai établi ma note comme suit :

1° Radiographie du cou-de-pied face et profil .... 60 fr.
2° Indemnité de déplacement.......... 50 fr.
3° Location des appareils (une demi-journée) .... 200 fr.
4° Indemnité kilométrique : 68 kil. aller et retour) .... 68 fr.

Comme vous le constatez, cette note est établie conformément au tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, tarif à l'élaboration duquel je sais que vous avez pris une part très active ; à cette occasion, permettez-moi de vous dire ma gratitude de radiographe pour la façon dont vous avez soutenu nos intérêts.

Or, la Compagnie accepte bien de payer les articles 1, 2 et 4, mais refuse de payer l'article 3. Elle ne donne aucune raison de son refus. Cependant, le tarif est formel et porte bien « *le taux du prix de location des appareils au jour de l'examen* ». Je sais bien que ce taux n'est pas indiqué ; mais pour l'établir, j'ai pris le chiffre indiqué au tarif des frais médicaux applicables aux soins donnés aux victimes de la guerre ; en effet, pour tout ce qui concerne les électro-radiologistes, ce tarif est calqué sur le tarif Breton, et il indique le taux de location des appareils à 200 *fr. pour la demi-journée au mois de septembre* 1922. Ma demande me semble donc fondée.

Cependant, j'ai cru savoir indirectement que la Compagnie baserait son refus de payer ce taux de location sur ce fait que les appareils dont je me suis servi sont ma propriété et que je n'ai donc pas le droit d'en compter un prix de location. Prétention étrange ! En effet, ces appareils sont bien ma propriété ; mais ils constituent un appareillage spécial, qui ne me sert que pour mes déplacements (groupe électrogène Ballut, matériel transportable, bobine à pied, support Drault, caisse pour produits photographiques, etc.), et que je transporte dans une remorque que j'ai fait confectionner spécialement de façon à ce que tout soit bien calé à l'intérieur.

Or donc, j'estime que cet appareillage spécial constitue pour moi un droit à demander un prix de location tout comme si je devais demander à un constructeur de me louer ces appareils.

Je vous serais reconnaissant de me donner sur ce différend un avis que je transmettrai à la Compagnie.

Dr M.

Réponse,

1° Il m'apparaît hors de doute que vous soyez en droit de réclamer le « prix de location de vos appareils pour une 1/2 journée », ainsi qu'il est prescrit au 3° du paragraphe VI de l'art. 27, ou alors, je ne vois plus ce que ce 3° pourrait bien signifier... Comme vous êtes propriétaire de vos

appareils, vous les avez « loués », vous-même et directement au blessé, en vue du traitement à lui faire suivre. Si vous ne les aviez pas possédés, vous auriez dû *rembourser* ce prix de location au véritable propriétaire au lieu d'en conserver pour vous même le montant. Mais pour la Compagnie, il en aurait toujours été de même.

2° Quant au prix même de cette location, il n'est pas pré-indiqué dans le tarif, c'est entendu. Mais je ne vois pas ce qu'on pourrait opposer à votre taux, alors que vous avez pris celui indiqué dans le tarif des pensionnés.

En conséquence, j'avoue ne pas percevoir jusqu'ici les raisons de la Compagnie pour vous refuser ce payement. Ecrivez-lui donc les arguments que contient ma lettre et demandez-lui de me donner les siens que, naturellement, j'ai le devoir de connaître et d'apprécier, avant de formuler une conclusion.

F. D.

II

Corps étrangers multiples de l'œil.

Comme abonné du *Concours médical* et membre du «Sou », je vous serais reconnaissant de me faire savoir la manière de dresser ma note dans le cas suivant :

M. X., en travaillant aux mines, reçoit par éclatement d'une mine de charbon toute la décharge dans la figure. Toute la face est noire de charbon. L'O. D. perforé avec cataracte traumatique, plaie cornéo-scléroticale. L'O. G. présente des plaies cornéennes, conjonctivo-scléroticale. Les deux yeux sont absolument tatoués, aussi bien les conjonctives que les cornées.

Du 8 avril au 24 avril, tous les deux jours en moyenne, sans compter les grattages, pansements et enlèvements de corps étrangers inclus dans la peau de la face et des paupières, j'ai extrait chaque fois 3 ou 4 corps étrangers dans les cornées et les conjonctives. J'ai extrait en tout des deux yeux de 40 à 50 corps étrangers.

Puis-je demander, tous les deux jours, le tarif d'extraction de corps étrangers multiples de l'œil ou seulement la première fois et les autres fois une consultation simple, et que demander pour les extractions et pansements de la face ? Dr D.

Réponse.

Vous devez compter : « Extraction de corps étrangers multiples de l'œil », chaque fois que vous avez eu à faire une telle intervention, cela va de soi... Seulement, je ne comprends pas *à priori* comment vous avez eu à extraire d'un œil des corps étrangers 8, 12 et même plus de 15 jours après l'accident. N'étant pas oculiste, mon incompréhension est naturelle, mais je tiens à attirer votre attention préalable sur le fait qu'il y aura là des explications très précises à fournir à la compagnie, car je prévois que le règlement de l'affaire n'ira pas tout seul, sans cela.

F. D.

III

Visites de contrôle.

Membre du « Sou médical », abonné au *Concours médical*, je viens vous demander le renseignement suivant qui peut intéresser nombre de confrères : la Compagnie X a un médecin conseil. Cette compagnie lui demande depuis quelque temps de visiter mes blessés avec moi. Je n'y vois pas le moindre inconvénient, mais dois-je majorer mes visites de 50 % ou demander triple visite? Le juge de paix n'est pas intervenu.

Dr W.

Réponse.

Ce sont là non pas des « consultations entre confrères pour cas graves et pressants » (art. 5), mais simplement des visites de contrôle désignées par l'art. 3, *a*); donc, avec majoration de 50 % sur le prix de la visite ordinaire.

F. D.

IV

Lacune dans l'échelle de prix des pansements de brûlures.

Je vous serais reconnaissant de me dire comment je dois établir ma note d'honoraires (accident du travail), pour le cas suivant :

« Brûlures du 1er et 2e degrés de la main droite (sauf les doigts), de tout l'avant-bras droit, de la main gauche (sauf les doigts), et de tout l'avant-bras gauche ».

Quel tarif appliquer pour les premiers pansements?

Dr H.

Réponse

Vos brûlures sont plus que « moyenne brûlure » et moins que « grande brûlure » d'un membre. C'est là encore un cas, ainsi que je l'ai maintes fois signalé, démontrant la lacune qui existe dans les « échelles » de prix des pansements de brûlures, passant de 15 à 50 fr. sans intermédiaire.

Je pense que, avec explications, vous pourriez proposer 50 fr. en bloc, pour les deux mains et avant-bras. En effet, dans l'arrêté ministériel du 28/6/1921, les « surface additionnées » de ces deux brûlures semblent d'une « surface totale comparable » à la surface d'un membre tout entier.

F. D.

V

Lacune du Tarif.

Pour la première fois, au compte du tarif Breton, je viens de pratiquer une résection sous-muqueuse de la cloison avec plastique. Cette intervention n'est pas mentionnée au tarif Breton qui ne compte que la

(*Voir la suite page XXXIX-2739*)

PROPOS DU JOUR

A propos des projets de création d'un Ordre de médecins. Le Congrès de médecine de 1845 et le projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie du 3 janvier 1848.

Notre excellent confrère, M. le prof. René Cruchet, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 10 juillet, rend compte d'une très intéressante conférence sur l'Ordre des médecins, prononcée à Saint-André-de-Cubzac par M. le Pr Henri Verger, de Bordeaux. Avec sa grande sincérité et sa parfaite courtoisie, M. R. Cruchet convient que ceux qui, comme nous, au *Concours médical* et à l'Union des Syndicats, ne sont pas partisans de l'Ordre des médecins, ne l'ont pas convaincu et qu'il est exagéré de comparer le futur Ordre des médecins aux anciennes corporations médicales (1).

L'Ordre des médecins n'existant pas en France et n'y ayant jamais existé, il est difficile, en effet, de le comparer à quelque chose, même à l'ancienne Faculté de médecine de Paris. Mais les séduisants exposés que les partisans de l'Ordre en font, nous rappellent une charmante anecdote que nous avons lue quelque part, rapportée par Anatole France ; nous nous permettrons de la rééditer.

« Quand j'étais enfant, disait en substance Anatole France, j'avais au collège un vieux professeur de littérature qui nous faisait lire, en le commentant, le *Génie du Christianisme*. Un jour, une phrase le rendit songeur. Châteaubriand y parlait de trois œufs bleus dans un nid de merle : « Mes enfants, nous dit le brave homme, admirez M. de Châteaubriand ; il était bien heureux de voir bleus les œufs de merle. Moi, hélas ! je les ai toujours connus gris ».

Comme le maître d'Anatole France, nous craignons que les belles imaginations de nos confrères de Bordeaux et de Toulouse, éclairées par les rayons éclatants du soleil de la Garonne, ne voient les projets d'Ordre des médecins bleus, quand nous, tristes émigrés sur les rives brumeuses de la Seine, les considérons comme gris.

Nous relevons, dans la belle conférence de M. le Pr Henri Verger, l'affirmation suivante, qu'il a évidemment empruntée à ses devanciers, notamment à notre regretté ami Lassalle (de Lormont), encore un fougueux partisan bordelais de l'Ordre des médecins :

« Cet organe disciplinaire, dit textuellement M. le Pr Verger, analogue dans son principe aux conseils de discipline qui existent pour certaines professions, est ce qu'on nomme l'Ordre des médecins. Tous les médecins exerçants seraient électeurs d'un certain Conseil médical, et seraient justiciables de ce Conseil pour leurs fautes professionnelles.

Telle est la conception générale *approuvée en* 1845 *par un Congrès, à Paris, présentée à la Chambre des pairs par M. de Salvandy, ministre de l'Instruction publique, et que la Chambre des députés allait voter quand survint la révolution de* 1848 ».

M. le Pr Henri Verger, pas plus que ses devanciers, n'a eu la curiosité de lire le rapport ni le projet de loi sur l'*exercice de la médecine et de la pharmacie* approuvé par la Chambre des pairs et déposé par le Ministre de l'Instruction publique, M. de Salvandy, sur le bureau de la Chambre des députés le 3 janvier 1848. S'il l'avait lu, il n'aurait certes pas écrit ces lignes (d'ailleurs après beaucoup d'autres auteurs). Qu'il nous excuse de le contredire texte en mains. *Amicus Plato, magis Amica Veritas.*

Nous avons cherché à nous renseigner d'une façon précise. Nos excellents confrères et amis, le Dr Darras, vice-président de l'A. G., et le Dr Ch. Levassort, secrétaire général honoraire, avec la même préoccupation que nous, ont eu la patience de faire des recherches et nous en ont gracieusement communiqué le résultat. Ils ont découvert le projet de loi dans le compte rendu de la séance du lundi 3 janvier 1848 de la Chambre des députés, publié dans les colonnes du *Moniteur Universel*, journal alors officieux, car personne n'ignore que le *Journal officiel* n'a été fondé que le 1er janvier 1869.

Le projet et les considérations qui le précèdent, et que MM. Darras et Levassort ont fait dactylographier, forment un cahier de plus de 20 pages de texte serré, dont la lecture, que nous avons faite, n'est pas sans intérêt.

Le Ministre de Salvandy affirme que « l'Ad-

(1) Ce n'est pas nous, mais M. le Pr Balthazard qui a comparé le futur Ordre des Médecins à l'ancienne Faculté de Paris, et c'est pour lui répondre que nous avons exposé l'histoire de la déchéance lamentable de cette Faculté.

ministration n'a pas manqué au devoir d'employer l'intervalle des deux sessions (parlementaires) à recueillir tous les faits, à entendre tous les intérêts, à peser toutes les réclamations ; elle a même appelé, sur les parties nouvelles ou techniques de la loi, la délibération des écoles supérieures et des facultés, qui sont la représentation la plus élevée des vœux et des besoins de la grande famille médicale et à qui les intérêts de la science et ceux de la pratique sont également présents et également chers ».

Après avoir affirmé qu'il n'avait négligé l'examen d'aucun document, d'aucun travail ayant trait à l'enseignement et à l'exercice de la médecine depuis 1811, époque à laquelle on songea à modifier la loi de ventôse, le ministre de Salvaudy continue en s'adressant aux députés : « Les principaux travaux accomplis sur ces questions au sein du Corps médical lui-même, émanés de Sociétés considérables, *et, en particulier de ce Congrès, spontané mais autorisé, dans lequel nous persistons à voir un fait honorable pour le corps dont il a été la représentation sage et éclairée*, vous seront également soumis ».

L'on voit bien ainsi que M. de Salvandy avait tenu grand compte de l'opinion des médecins praticiens. Il est d'avis que, comme l'affirmait un rapport de Dupuytren dans les conseils de Napoléon, il ne fallait pas laisser subsister un jour de plus les vices de la loi de ventôse sur l'exercice de la médecine. Aussi, le projet de loi qu'il présente l'est « sous les auspices de la délibération conforme *de tous les corps médicaux*, de toutes les facultés, du *Congrès*, d'un nombre infini de Sociétés médicales et savantes, de la haute commission des études médicales ». Il est donc impossible de prétendre que M. de Salvandy ne voulait pas tenir compte des désirs des médecins.

Or, en lisant attentivement le projet de loi, il nous a été impossible d'y trouver quoique ce fût qui ressemblât de près ou de loin à un Ordre des médecins.

M. de Salvandy parle cependant fréquemment des *deux ordres de médecins* qui exercent en France ; l'ordre des docteurs en médecine, et l'ordre des officiers de santé, dont il demande la suppression.

Le mot ordre a là une signification bien différente et qui n'a rien à faire avec la réglementation disciplinaire d'une corporation médicale.

Certains lecteurs très superficiels ont peut-être cru que les *conseils médicaux* que prévoyait le projet de Salvandy, étaient de véritables conseils de l'Ordre des médecins ; qu'ils se détrompent, ces conseils médicaux n'ont aucune attribution de ce genre.

Le titre VII du projet de loi qui leur est consacré indique leurs attributions : inspection des pharmacies dans les départements dépourvus d'Ecoles de pharmacie, vérification du dépôt des diplômes et rédaction de la liste officielle des praticiens, surveillance du stage des élèves en pharmacie dans les officines et les hôpitaux, examen des sages-femmes, exécution des mesures de police médicale prises par les autorités, opérations de médecine légale confiées par la justice, réunion des documents relatifs à l'hygiène et à la statistique médicale du département, missions scientifiques et médicales (art. 31 du projet de loi). Tout cela n'a rien à faire avec l'exercice professionnel du médecin praticien, qui demeure tout fait indépendant.

Ils n'interviennent dans les mesures pénales prononcées contre un médecin que dans un seul cas, bien spécifié par le dernier alinéa de l'article 31 que nous allons rapporter : « Ils (les conseils médicaux) sont autorisés à délibérer, après l'expiration ou la remise des autres peines pour poursuivre, s'il y a lieu, *par la voie régulière*, la remise de la peine d'incapacité prononcée dans les cas prévus aux trois paragraphes de l'article 27 ».

Or, l'incapacité d'exercer la médecine est prononcée par les cours d'assises et les tribunaux correctionnels pour des crimes ou des délits prévus par les art. 316, 317, 330, 331, 338, 345, 349, 350, 353, 354, 355, 400, 405 et 408 du *code pénal*, et par les articles 41 et 45 de la loi du 22 mars 1832 sur le recrutement.

Où trouve-t-on là quelque chose se rapprochant de l'organisation d'un Ordre des médecins et du fonctionnement d'un Conseil de discipline ?

Comme le projet du Ministre de Salvandy était l'émanation des desiderata du grand Congrès de médecine de 1845, nous devons bien admettre qu'à ce Congrès, les partisans de la création d'un Ordre des médecins, s'il y en eut, étaient une minorité insignifiante, sans influence, ni autorité, puisque, dans les considérations que M. de Salvandy a écrites au début de son projet de loi, il n'y fait pas la plus petite allusion.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

QUELQUES CHIFFRES STATISTIQUES A PROPOS DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par le Docteur H. Hamant,

Ancien directeur-fondateur de sanatorium, Ancien médecin-assistant du sanatorium d'Angicourt, Membre correspondant de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose, Médecin consultant à Cambo-les-Bains.

Dans son excellent livre sur « le traitement rationnel de la phtisie », le regretté docteur Sabourin, remarque judicieusement :

« On dit toujours que les chiffres ne disent que « ce que l'on veut bien leur faire dire. Cependant, « quand les chiffres s'étalent, dépouillés de tout « artifice, il faut bien s'incliner devant eux » (1).

Dans les lignes qui vont suivre, je voudrais essayer d'apprécier, chiffres en main, la valeur des anciennes méthodes de diagnostic et de traitement de la tuberculose pulmonaire et celle des méthodes actuellement en vigueur, en comparant les résultats obtenus par la mise en œuvre de chacune d'elles.

***

Cambo-les-Bains est une station pyrénéenne, devenue, depuis une trentaine d'années déjà, beaucoup plus climatérique qu'hydro-minérale.

Le professeur Grancher qui, à la fin du siècle dernier, comme au début de celui-ci, a été une des personnifications les plus notables de l'école phtisiothérapique française, a séjourné fréquemment et longuement à Cambo-les-Bains, station fréquentée presque exclusivement par des tuberculeux du poumon.

Partisan convaincu des méthodes maintenant devenues anciennes, il fut pendant longtemps un des maîtres les plus écoutés de nombreuses générations médicales et, à Cambo-les-Bains, en particulier, les médecins qui y ont exercé depuis une trentaine d'années ont suivi ses eonseils et sont restés fidèles à son enseignement, non seulement de son vivant, mais encore après sa mort.

***

Les chiffres sur lesquels cette étude statistique va porter concernent trois groupes d'années, formés, chacun de trois années consécutives.

Le premier groupe, est composé des années 1905, 1906, 1907, qui précèdent immédiatement le décès du professeur Grancher, survenu au cours de la dernière de ces trois années.

Le second groupe comprend les années 1910, 1911, 1912, qui ont marqué la fin de la période pendant laquelle j'ai dirigé, à Cambo-les-Bains, le sanatorium de Beaulieu, que j'avais fondé en y arrivant, en 1904, sur les conseils et les indications du professeur Grancher, et à la tête duquel, j'ai cessé d'être, au cours de l'année 1913. La majorité des médecins qui ont exercé à Cambo-les-Bains, au cours de ces trois années, étaient ceux-là mêmes qui s'y trouvaient déjà du vivant du professeur Grancher.

Le troisième groupe comprend les années 1920, 1921, 1922, après la grande guerre, à la suite de laquelle le personnel médical de la station s'est trouvé, en partie, renouvelé.

***

Ceci posé, il suffira, je pense, de jeter les yeux sur le tableau ci-dessous, pour pouvoir apprécier la valeur et la signification des chiffres qui y sont portés :

Années	Nombre d'habitants de Cambo-les-Bains	Nombre de décès d'étrangers à la commune venus se soigner à Cambo-les-Bains	Moyenne des décès pour une période de trois ans
1905	2089 (recensement de 1901).	8	8
1906	2225 (recensement de 1906).	11	
1907	id.	5	
1910	2087 (recensement de 1911)	9	8
1911	id.	8	
1912	id.	7	
1920	1957 (recensement de 1921).	43	54,66
1921	id.	56	
1922	id.	65	

(1) Dr Ch. Sabourin. — *Traitement rationnel de la phtisie*, 5e édition, Masson et Cie, éditeurs, 1917, pages 414-415.

J'ai indiqué, comme nombre des habitants de Cambo-les-Bains, en 1920, celui donné par le recensement de 1921, parce que ce nombre me paraît beaucoup plus proche de la réalité que celui donné par le recensement de 1911, qui se place neuf ans auparavant, pendant lesquels, il faut compter cinq années de guerre, au cours desquelles la population a diminué.

D'autre part, il est juste de noter que, malgré cette diminution, le nombre des tuberculeux soignés à Cambo-les-Bains, pendant la dernière période triennale, envisagée ci-dessus, a été nettement supérieur à celui des malades traités dans la station pendant chacune des deux premières périodes, un certain nombre de maisons, louées, jadis, en villas meublées et n'abritant, par conséquent, alors, qu'un seul malade et sa famille, ayant été installées en pensions de famille, depuis la fin de la guerre, ce qui a permis d'y loger un plus grand nombre de malades.

Renseignements pris, les tuberculeux en traitement à Cambo-les-Bains, au cours de la dernière période portée sur le tableau précédent, ont été de deux à trois fois plus nombreux que ceux qui ont appartenu aux deux premières périodes.

Au surplus, les éléments nécessaires à l'équitable appréciation du nombre annuel des décès indiqués ci-dessus peuvent être trouvés dans ma statistique personnelle :

Au cours des deux dernières périodes triennales portées sur le tableau ci-dessus, j'ai eu à soigner, chaque année, sensiblement le même nombre de malades et, depuis vingt-deux ans que je me suis complètement spécialisé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, après avoir été, moi-même, gravement atteint par cette maladie, il y a vingt-quatre ans, m'en être attentivement soigné pendant deux ans, jusqu'à complet rétablissement — maintenu, depuis lors, moyennant l'observation des soins et précautions, qui, suivant la juste remarque du professeur Grancher, m'ont permis de guérir puis de rester guéri de la tuberculose, « en la surveillant toujours » (1) — j'ai eu invariablement recours aux mêmes méthodes de diagnotic et de traitement, qui m'ont toujours donné un bon résultat, pour moi-même d'abord, pour nombre de mes malades, ensuite ; or, j'ai perdu par tuberculose :

En 1910, 4 malades sur 9 ;
En 1911, 3 malades sur 8 ;
En 1912, 2 malades sur 7 ;
En 1920, 1 malade sur 43.
En 1921, 3 malades sur 56 ;
En 1922, 4 malades sur 65.

Soit une moyenne de trois malades par an, quelle que soit la période envisagée.

***

Nos anciens maîtres en phtisiologie, dont le rayonnement scientifique brille encore avec autant d'éclat qu'au premier jour, servis par leur admirable sens clinique, n'ont donc fait fausse route, ni dans leur thérapeutique antituberculeuse, ni dans leur enseignement.

« L'utilisation des nouvelles méthodes ne doit « pas empêcher le médecin de se rappeler qu'il « existe des méthodes plus anciennes, *qui ont fait « leur preuve* et dont l'emploi est, parfois, plus « facile.

« L'arsenal thérapeutique doit toujours s'enrichir, mais à la condition de ne pas oublier ce « que nos anciens ont déjà réalisé » (1).

Ainsi que l'a remarqué le docteur Ch. Sempé dans son étude sur les cures thermales d'été, pour les tuberculeux du poumon, « les anciens « cliniciens, auxquels nous nous accordons à re- « connaître une valeur d'observateurs incom- « parables, avaient exalté, avec une ardeur et un « enthousiasme de croyants, la valeur de cette « cure, et si les hypothèses qu'ils ont laissées ne « leur ont pas toujours survécu, il n'en est pas « moins vrai que les faits qu'ils avaient obser- « vés et qu'ils nous ont rapportés avaient été vus « et bien vus » (2).

Je ne puis mieux faire, pour conclure, que de rendre cette appréciation mienne, en l'étendant à toute la phtisiothérapie, tant actuelle que plus ancienne.

---

(1) Tuberculose pulmonaire et sanatoriums, par le professeur GRANCHER, in *Le Bulletin médical*, 17e année, numéro 19, du samedi 7 mars 1903, page 222, première colonne.

(1) *Journal de thérapeutique français*, numéro 2, février 1923 ; nouveaux traitements des hémorragies, page 26.

(2) « *La tuberculose dans la pratique médico-chirurgicale*, 1re année, numéro 11, du 10 juin 1910. Tuberculose pulmonaire et cures thermales d'été, par le docteur Ch. Sempé (Eaux-Bonnes), page 328.

LA DOULEUR EN CHIRURGIE

Par Dartigues

Fresque historique du combat contre la douleur opératoire. Les anesthésiques chirurgicaux et l'évolution de l'anesthésie chirurgicale.

La crainte de la souffrance, l'obsession de la douleur, ont fait chercher de tout temps l'apaisement de la douleur.

Les chirurgiens de toutes les époques, dont le cœur se bardait d'un triple airain, pour ne pas se laisser impressionner par les cris, ni troubler par les mouvements intempestifs des malades, on toujours poursuivi l'idéal de la suppression de la douleur en chirurgie. De rendre le malade *inerte et avec vie*, a été le but constant du chirurgien ; il y est parvenu, mais combien d'étapes douloureuses il a fallu parcourir, avant d'arriver à triompher dans cette guerre à la douleur !

Un des premiers exemples d'anesthésie que l'on puisse citer, dans l'antiquité, est l'absorption de certains breuvages que l'on faisait prendre aux condamnés au moment du supplice qui est, si on me permet de le dire, une sorte d'opération à mort : ainsi le vin de myrrhe qu'on fit boire au Christ lors de sa crucifixion ; ces breuvages atténuaient la souffrance par la griserie qu'ils provoquaient.

Dioscoride, qui était médecin dans l'armée de Néro Ahénobarbus, dans le milieu du premier siècle de Jésus-Christ, et en quelque sorte un major notoire, si ce n'est fortement galonné, puisqu'on ne portait guère les manches longues à cette époque, rapporte qu'on employait aux armées surtout le vin de mandragore avant les opérations et les cautérisations ; la potion de Dioscoride était déjà ce qu'on peut appeler un *procédé d'anesthésie par ingestion.*

Au Moyen-Age, Abélard soutient une thèse dans laquelle il affirme sérieusement que Dieu a plongé Adam dans un sommeil artificiel afin de lui extraire sans douleur une côte pour en créer le corps de la première femme. Cette scène du réveil d'Adam est puissamment et splendidement évoquée dans une des fresques de la Chapelle Sixtine par le génie de Michel-Ange. Mais ce n'est pas le point de vue théologique ou artistique qui me fait rappeler ce fait. Bien que mythique, cette divine résection costale est là pour nous rappeler qu'au XIIe siècle on avait la notion de stupéfiants propres à faciliter, par l'absence de douleur, certaines opérations. Ce n'est pas pour qu'Adam soit prodigieusement et délicieusement étonné de voir à son réveil une splendide créature inattendue et immédiatement désirable à ses côtés qu'il est plongé dans un sommeil préalable, mais bien pour qu'il ne souffre pas pendant l'intervention faite par le céleste chirurgien Jéhovah. Au Moyen-Age encore, l'école de Salerne se préoccupe de l'anesthésie et cherche à endormir les malades avant les opérations douloureuses. Elle prescrivait une éponge imprégnée d'un mélange d'opium, de jusquiame, de laitue, de lierre et de mandragore : cette éponge séchée et conservée était rendue humide au moment de s'en servir et on la mettait sous le nez du patient : *c'était l'éponge soporifique des Salernitains.* Fut-elle vraiment efficace ? Il est permis d'en douter, mais nous devons retenir que c'est là le premier essai d'*anesthésie par inhalation* : je me rappelle le temps où j'ai anesthésié non seulement à la compresse, mais à l'éponge imbibée de chloroforme ou d'éther dans un masque de toile : différence d'efficacité d'anesthésique, voilà tout, mais non de mode d'administration.

Plus tard, on a eu recours, et jusqu'au début du XIXe siècle aux potions opiacées ou alcooliques à haute dose, particulièrement en chirurgie de guerre, pour atténuer la douleur au cours des opérations ; c'était là encore l'anesthésie par ingestion de l'antiquité, mais avec des substances plus actives.

Au XVIIIe siècle et au commencement du XIXe siècle, les chirurgiens pratiquaient des réductions de fractures et de luxations et même des opérations sanglantes en recourant au saisissement et à l'inhibition produits sur le malade abordé tout d'un coup avec une colère feinte : c'est là une sorte d'anesthésie que j'appellerai *anesthésie psychique.* Elle n'a pas peu contribué, je crois, à la réputation de bourrus qui est restée aux chirurgiens, et même de bourreaux qui pouvaient, d'ailleurs, être bienfaisants. Il faut rapprocher de cette sorte d'anesthésie celle qu'on a obtenue par hypnotisme au XIXe siècle. Je sais que Pozzi a fait des curettages sous le sommeil hypnotique ; mais il faut avoir des sujets prédisposés et des yeux langoureux et séducteurs, et ce maître, sorte de don Juan de la chirurgie, eut les uns et les autres à sa disposition ! Nous pensons tous, je crois, que l'anesthésie *par hypnose ou par suggestion* est fortement limitée.

On a eu recours aussi à l'anesthésie par compression des troncs artériels comme les carotides, ou des gros troncs nerveux : cette anesthésie *par pression,* c'est déjà en perspective l'*anesthésie tronculaire* par imbibition d'aujourd'hui.

Pour de petites interventions, on a utilisé l'effet anesthésique du froid, successivement par l'application d'un mélange de glace et de sel marin, par la pulvérisation de l'éther, de l'acide carbonique, du chlorure d'éthyle ; mais ce n'est qu'une anesthésie locale et superficielle que cette anesthésie que j'appellerai *anesthésie cryesthésique.*

Enfin, un pas immense est fait dans la lutte contre la douleur en chirurgie vers le milieu du XIXe siècle par l'emploi des anesthésiques généraux : chloroforme, éther, protoxyde d'azote, bromure

d'éthyle, chlorure d'éthyle, etc., sous forme de volatisation et de respiration de ces produits : c'est le règne de l'*anesthésie par inhalation.*

Le chloroforme a été fabriqué à l'état de pureté par le français Soubeyran. C'est le physiologiste français Flourens qui découvrit sa propriété anesthésique en expérimentant sur les animaux ; c'est le même Flourens qui, avec Longuet, montra son mode d'action sur les centres nerveux : anesthésie des hémisphères cérébraux d'abord, puis des centres du mésocéphale, et enfin du bulbe, qui entraîne la mort en cas de trop grande prolongation de l'anesthésie. Ce sont ensuite les anglais Jacob Bell et Young Simpson d'Edimbourg, en 1847, qui firent, les premiers, l'application de l'anesthésie chloroformique à l'homme. Donné tout d'abord à la compresse, à l'éponge imbibée, le chloroforme, au commencement du XIXe siècle, s'est ensuite administré plus parcimonieusement et plus mécaniquement avec des masques et des appareils d'inhalation (Ricard, Gauthier de Luxeuil), etc., etc.

L'*éther* vit en 1846 ses propriétés anesthésiques découvertes par l'Américain Jackson, et ce sont les Américains Morton, Warren et Bigelow qui l'utilisèrent chez l'homme. Il a été tout d'abord donné au masque, et c'est le Suisse Juliard qui l'a donné sous cette forme avec un grand masque qui porte son nom. Plus tard, comme le chloroforme, l'éther a été administré avec des appareils perfectionnés dont le plus pratique et le plus répandu est celui d'Ombrédanne. L'école lyonnaise est celle qui a le plus prôné et utilisé ce genre d'anesthésie générale.

Le *protoxyde d'azote*, qu'on a appelé au début « gaz hilarant » à cause d'une légère excitation joyeuse qu'il provoque, a été découvert en 1800 par l'Anglais Humphry Davy ; l'Américain Horace Wells fut le premier à s'en servir pour les opérations dentaires, puis le physiologiste français Paul Bert l'expérimenta, sous pression, mais l'administration de cet anesthésique demandait une organisation si compliquée, que l'on y renonça longtemps. Néanmoins, ces toutes dernières années, il a fait sa réapparition avec succès, à cause de la mise en valeur de son innocuité et du réveil immédiat à la cessation de son administration, et grâce aussi à des appareils ingénieux parmi lesquels je citera surtout ceux employés par Amiot, Chassin, etc., etc.

Voici donc les trois principaux anesthésiques généraux, les premiers et encore les plus utilisés : d'autres encore cependant ont été, ou sont employés, comme le *bromure d'éthyle* que Poncet, de Lyon, avait préconisé il y a 25 ans et que j'ai souvent donné sous sa direction à Paris, quand j'étais chez mon maître Segond ; comme enfin le *chlorure d'éthyle* dont l'administration s'est vulgarisée surtout avec le masque de Camus, qui rend encore beaucoup de services pour les opérations de courte durée.

Récemment on est entré dans une voie nouvelle : celle *des mélanges des anesthésiques généraux*, mélanges variés, dont le plus connu est celui de Schleich et que, tout dernièrement, mon ami Dupuy de Frenelle vient de grandement perfectionner au point de vue surtout de la graduation et de la sécurité.

A propos des mélanges, je parlerai aussi de ce qu'on pourrait appeler plus justement les *associations anesthésiques*. En 1864, le grand physiologiste français Claude Bernard avait déjà montré les avantages qu'on peut retirer de la combinaison de l'emploi de la morphine et du chloroforme chez les animaux. Cette anesthésie associée ou combinée a été reprise plus tard et appliquée à l'homme par le chirurgien français Terrier qui administrait avant l'anesthésie générale une injection de scopolamine, ou de scopolamine-morphine qui a l'avantage, chez les malades nerveux ou très impressionnables, de supprimer l'appréhension de la mise en scène forcée du début de l'anesthésie générale et chez certains, les alcooliques surtout, d'atténuer la violence de la période d'agitation.

L'avènement de l'anesthésie générale fut un immense progrès ; elle a constitué un des tournants de la chirurgie qui, du coup, agrandissait son action d'une façon infinie : elle permettait de prolonger l'acte opératoire, d'atteindre les organes profonds qu'on n'eût osé manipuler, de se rendre mieux compte des lésions anatomo-pathologiques, d'appliquer des instruments distenseurs offrant de vastes champs de vision et d'action, de supprimer les mouvements intempestifs de l'opéré qui peuvent rendre les manœuvres impossibles, de supprimer les cris du patient, expression de sa douleur et de sa peur, gêne pour l'opérateur qui a besoin du silence pour être vraiment lucide et sans trouble, et enfin d'accorder moins d'intérêt à la voltige opératoire et à la vitesse foudroyante dont usèrent nos pères, mais que nous avons justement délaissée en partie pour une plus grande et plus soigneuse application des précieux détails qui font la vraie chirurgie sûre d'aujourd'hui.

Chloroforme, éther, protoxyde, d'azote, bromure d'éthyle, chlorure d'éthyle, agents chimiques d'anesthésie générale, sont administrés par la voie pulmonaire ; ils sont les moyens habituels de l'anesthésie par inhalation, dont l'éponge soporifique des Salernitains a été le prototype initial et fruste. Mais quelques-uns d'entre eux, dont l'éther, ont été administrés aussi par la voie rectale pour obtenir une anesthésie générale : le chirurgien russe Pigoroff a pratiqué « l'insufflation rectale à l'éther » il y a déjà assez longtemps. Ce procédé a été redécouvert depuis, et la Société française de chirurgie s'est occupée de l'anesthésie par lavement à l'éther, il y a 4 ans. En réalité, cette anesthésie générale est une variété d'anesthésie par absorption qui est à rapprocher de celle qu'on a cherché à faire autrefois par ingestion.

Pour en terminer avec l'anesthésie générale, il faut citer les très intéressantes expériences que le physiologiste français Leduc, de Nantes, a faites sur les animaux, et auxquelles j'ai eu l'honneur d'assister, sur l'anesthésie électrique que le docteur fran-

çais Jardry a traitée dans sa thèse inaugurale vers 1904. Le courant électrique est susceptible de déterminer une anesthésie générale qui cesse aussitôt son interruption ; que donnera cette nouvelle méthode qu'on n'a pas poussée plus loin ? Il semble que son avenir s'ouvrira à un moment et qu'elle pourra réaliser un progrès considérable.

Mais ces bénéfices de l'anesthésie générale devaient progressivement passer au compte de l'anesthésie locale qui étend aujourd'hui de plus en plus son domaine, grâce à la création de produits chimiques de plus en plus sélectionnés.

En 1884, l'oculiste allemand Keller, se sert du *chlorhydrate de cocaïne* pour faire l'anesthésie de la cornée, puis le chirurgien américain Halsted l'utilise pour la chirurgie générale, s'en servant d'abord pour des petites opérations : amygdalotomie, extraction dentaire, etc. Mais, c'est surtout le chirurgien français Paul Reclus qui donne à *cette anesthésie locale par injection dermique ou hypodermique* toute l'étendue possible de son application, au point qu'on lui a donné le nom de la *méthode de Reclus*. Cette méthode, bien comprise et bien exécutée, peut permettre des opérations assez importantes sans douleur, et elle rend de grands services dans les cas où l'anesthésie générale du sujet nécessite de lui éviter la dépression et même le choc que provoquent souvent les grands anesthésiques généraux.

Le développement inouï de la chimie synthétique moderne n'a pas tardé à produire des substances nombreuses utilisées, comme la cocaïne, pour l'anesthésie locale ; chaque jour, elle crée de nouvelles combinaisons dont elle sait à l'avance le degré de pouvoir anesthésique : c'est ainsi que nous avons utilisé tour à tour la novocaïne, la stovaïne, la syncaïne, la scurocaïne, etc. Tout récemment, on vient de découvrir des substances dont on espère beaucoup au point de vue de la durée et par conséquent de la continuité de l'anesthésie après l'opération de telle sorte que bientôt, on pourra traverser non seulement le moment de l'intervention, mais la période post-opératoire sans douleur.

En 1891, l'Allemand Quincke, eut le premier l'idée de la ponction du canal rachidien et de la dure-mère pour retirer du liquide céphalo-rachidien. A la ponction devait succéder bientôt l'injection de certains liquides dans le sac dural, aussi la découverte de Quincke eut pour conséquence la méthode de rachi-anesthésie, introduite et vulgarisée en France par Tuffier. Cette anesthésie rachidienne, par voie vertébro-lombaire qui donne l'anesthésie de la partie sous-ombilicale du corps, a été récemment portée plus haut : par voie vertébro-dorsale et même vertébro-cervicale, en particulier par Jonnesco et Lefilliâtre, et a pu ainsi réaliser l'anesthésie générale.

Cathelin a été le premier, en 1900, à préconiser les injections épidurales par ponction du canal sacré et à obtenir des anesthésies appelées à avoir un champ très étendu. De telle sorte que l'anesthésie rachidienne à des échelons variés : bas ou sacré, moyen ou lombaire, hauts ou dorsal et cervical, graduant une insensibilité par tronçons transversaux qui peut être même totale.

L'anesthésie locale par ponction et injection de solutions anesthésiques, soit dermique ou hypodermique, soit médullaire, est en somme une anesthésie par imbibition, et je ne voudrais pas faire de rapprochement de mots par inhibition nerveuse ? On l'a pratiquée dernièrement en la poussant avec plus de méthode en s'adressant au champ anatomique de la distribution nerveuse d'une région, et on pratique ce que l'on appelle maintenant l'*anesthésie par blocage des troncs nerveux*. On a été même plus loin encore, et passant des nerfs de la vie de relation à ceux de la vie végétative, en anesthésiant isolément le grand sympathique dans certains de ses départements ; c'est ainsi que le dernier cri de l'anesthésie, destiné à étouffer celui de la douleur, est l'anesthésie des nerfs splanchniques et des ganglions solaires dans la chirurgie gastrique, hépatique. Pauchet et ses élèves, Sourdat, Labat, Laborde en particulier, ont contribué par leurs opérations et leurs travaux à répandre cette méthode d'anesthésie tronculaire que Labat a été exporter en Amérique où il a publié en anglais un très beau livre sur la question.

Voilà où nous en sommes actuellement de ce grand périple accompli par les savants et les chirurgiens dans la lutte contre la douleur opératoire. Que nous réserve demain ? Ce qu'il est permis de dire, c'est qu'on peut tout espérer, et ce qu'on doit retenir à propos de toutes les méthodes d'anesthésie que nous avons passées en revue, ce sont les beaux noms qui se rattachent à leur histoire et qui méritent notre reconnaissance : toute l'humanité civilisée y a contribué, mais il est à remarquer que les chimistes, les physiologistes et les chirurgiens français y ont leur belle et noble part.

Synthèse et synoptique de l'anesthésie opératoire.

A part l'*anesthésie par psychisme ou hypnose* qui n'est et ne peut être qu'une exception, et l'*anesthésie électrique*, qui n'est encore que du domaine de l'expérience, l'*anesthésie chirurgicale actuelle est d'origine chimique* ; sa source est donc infinie, puisque la richesse de la chimie moderne est inépuisable.

L'*administration des substances chimiques anesthésiques* se fait en somme par quatre modes, par pulvérisation, par injection, par ingestion et par inhalation.

La *pulvérisation* destinée à produire le froid par volatilisation, ce que l'on pourrait appeler l'*anesthésie cryesthésique*, est une méthode épidermique limitée à de tout petits cas et de très courte durée.

L'*injection* peut être simplement dermique et hypodermique, en tissu cellulaire sous-cutané et insulaire, c'est-à-dire en plaque ovalaire plus ou moins étendue ou même circulaire (comme dans l'anesthésie de la verge) c'est la méthode de Reclus. Cette injection peut être profonde et alors chercher

à atteindre les troncs nerveux (anesthésie tronculaire par *blocage* des nerfs de la vie de relation ou même de la vie végétative comme le sympathique, les splanchniques ou même le centre nerveux médullaire (anesthésie rachidienne, épidurale ou endodurale, vertébro-sacrée, ou lombaire, ou dorsale, ou cervicale, par conséquent, basse, moyenne ou haute).

L'*inhalation* est la grande méthode de l'anesthésie générale par le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote, le chlorure d'éthyle, principalement. Elle a pour elle la grande durée possible ; mais elle commence à céder le pas en partie à l'anesthésie rachidienne qui a pour elle moins de risques vitaux (mais parfois des complications paralytiques et douloureuses consécutives) et l'avantage, avec une durée suffisante, d'un silence abdominal précieux dans les laparotomies et un moindre choc consécutif.

L'*ingestion* fort employée autrefois sous forme de breuvages soporifiques ou grisants a subi une longue éclipse, mais il n'est pas dit qu'elle ne revienne avec des produits chimiques appropriés et inoffensifs et qu'elle ne soit la méthode d'anesthésie générale de l'avenir : l'anesthésie à l'éther par lavement rectal est déjà une indication.

En somme, au *point de vue de la voie suivie* : les agents chimiques agissent en suivant quatre voies physiologiques possibles : la voie *sous-cutanée simple*, la voie *respiratoire*, la voie *digestive*, la voie *céphalo-rachidienne*, mais toujours, finalement, pour aboutir par imbibition à l'inhibition du système nerveux central ou périphérique sur une plus ou moins grande étendue.

Au point de vue du degré de l'anesthésie, on peut dire que l'anesthésie est *générale* ou *partielle*. L'anesthésie générale est *totale* et *inconsciente*, le sujet ne se rendant compte de rien, comme dans l'anesthésie par inhalation ; elle est *sub-totale* ou *consciente* dans les cas exceptionnels où on réalise l'insensibilité dans un maximum d'étendue compatible avec l'état conscient du sujet, comme dans l'anesthésie rachidienne haute qui réclame une grande circonspection pour le moment.

Quant à sa durée, l'anesthésie peut être *rapide* (chloréthyle, nikétol), ou *lente* (chloroforme, etc., *longue* ou *courte*. Les *anesthésiques généraux* peuvent produire l'une ou l'autre, suivant leur propriété chimique, les *anesthésiques locaux*, peuvent également produire l'une ou l'autre, et il semble même, d'après les dernières recherches, qu'ils soient appelés au bénéfice de la plus longue durée, c'est-à-dire à l'avantage inappréciable de rendre indolore la période de post-opératoire.

Enfin, s'est esquissée déjà une *association des anesthésies*, soit par *les mélanges anesthésiques*, soit par la *combinaison des anesthésies*, utilisant successivement la voie hypodermique et la voie respiratoire, et peut-être bientôt la voie digestive (piqûre ou ingestion préalable).

Il faut constater, pour terminer, que le *mode d'administration anesthésique*, quant à l'anesthésie générale, suivant en cela le progrès mécanique de notre époque, est devenu de plus en plus méthodique, mathématique, par l'utilisation d'appareils de réglage, de masques, d'obus où sont emmagasinés les gaz sous pression, en laissant à l'anesthésiste un rôle plus savant, plus sûr et moins inspiré, en le liant non seulement à la surveillance scrupuleuse du patient, mais aussi de son appareil.

L'anesthésie doit être simplifiée pour la mettre à la portée de tous dans des occasions de précarité ou imprévues mais elle doit être vraiment scientifique en étant confiée à des spécialistes instruits, expérimentés et entraînés quotidiennement à cette unique tâche qui les met en contact avec tant d'organismes d'âge et de tempéraments divers, et atteints à des degrés si variés dans leur état général qui constituent leur fragilité ou leur résistance.

(*à suivre*).

LES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LA LITHIASE BILIAIRE ENVISAGÉES DU POINT DE VUE CHIRURGICAL

D'après le Prof. WŒLKER (de Halle 1).

On a tenté d'appliquer à la lithiase biliaire la méthode de l'*intervention précoce*, qui a de nombreux partisans en ce qui concerne l'appendicite ; mais, d'une part, le diagnostic de la lithiase biliaire est souvent difficile, surtout au début ; d'autre part, les risques de gangrène et de perforation avec péritonite sont beaucoup moins fréquents que dans l'appendicite. D'une façon générale, il convient de laisser s'écouler un certain laps de temps avant de décider une opération, temps pendant lequel seront appliqués un traitement médicamenteux et un régime adéquat.

On peut faire trois groupes des cas de lithiase biliaire : 1° cas simples ; 2° cas avec modifications inflammatoires (empyème, abcès, cholangite, etc...) ; 3° cas avec calculs dans les voies profondes (hépatique, cholédoque).

1° *Cas simples* (*calculs intra-vésiculaires*). — Le cystique est libre et permet le libre écoulement de

(1) Verhandlungen der dritten Tagung für Verdanungs und Stoffwechsel Krankheiten. (Homburg, 28-29 avril 1922), pp. 54 à 65.

la bile. Le seul symptôme est la colique hépatique ; l'infection, quand elle existe, est légère et n'amène pas de fièvre.

L'indication d'opérer est relative. On se basera sur les trois éléments suivants : 1° *nombre et fréquence des crises*. On décidera l'intervention si elles se renouvellent plus d'une fois par mois et si l'intervalle entre chacune d'elles va en diminuant, car, d'une part, l'état général arrive rapidement à être touché et, d'autre part, il y a à craindre le morphinisme ; 2° *intensité et durée des crises*, c'est-à-dire lorsqu'elles durent plusieurs jours ; lorsque la vésicule est douloureuse et gonflée et que l'ictère apparaît ; ces symptômes, en effet, sont accompagnés de fièvre et indiquent un processus inflammatoire, qui risque d'aboutir à une complication locale ; 3° *diminution du rendement professionnel*.

Avant d'arriver au deuxième groupe, il faut dire quelques mots de l'*obstruction du canal cystique* ; elle peut être *passagère*, c'est-à-dire ne durer que le temps de la crise ; elle est alors due à l'enclavement momentanée du calcul ou à l'inflammation du canal avec gonflement de la paroi. Il n'y a pas à intervenir. Si elle est *permanente*, la conduite à tenir dépend de l'existence ou de l'absence d'infection. Dans le premier cas, on tombe dans le deuxième groupe. Dans le second, l'*hydropisie de la vésicule*, engendrée par l'obstruction, et qui peut ne se traduire subjectivement que par des malaises peu accentués, risque de tourner à la suppuration ultérieurement. Il vaut donc mieux intervenir, sauf si le patient est artério-scléreux ou bronchitique.

2° *Complications inflammatoires*. — Là, l'intervention n'a jamais à être discutée, soit qu'il s'agisse d'*empyème chronique de la vésicule* accompagné d'*adhérences* pyloriques, duodénales ou coliques ; soit, de *perforation de la vésicule* par nécrose, amenant une *péritonite* généralisée ou un *abcès péricholécystique* ; soit, de *cholécystite aiguë* avec symptômes généraux graves (fièvre élevée, frissons, tumeur dans l'hypochondre, tension pariétale, manifestations péritonéales) : il faut agir vite ; plus l'opération est faite tôt, moins mauvais est le pronostic. Dans la cholécystite aiguë avec état général fortement touché, quand on a trop attendu, on devra quelquefois se contenter d'une cholécystostomie, au lieu d'une cholécystentérostomie ;

3° *Calculs intra-canaliculaires*. — Deux conditions se présentent : les calculs sont *mobiles* ou *enclavés*.

Les *calculs mobiles* le sont grâce à une dilatation du canal ; ils provoquent des crises avec frisson et fièvre, mais pas toujours de l'ictère. Rien ne presse pour opérer, mais il faut le faire à cause des complications à venir.

Les *calculs enclavés* déterminent toujours de l'ictère par stase. Cette cholémie est progressive ; on en recherchera l'intensité par l'examen du sang, de l'urine et des échanges nutritifs ; mais on ne se basera pas sur son ancienneté pour décider ou remettre à plus tard l'intervention. Il est des cas où l'ictère dure depuis des mois et où la fonction hépatique est conservée ; il en est d'autres où, très vite, le foie est lésé de façon irrémédiable. Alors, à l'opération, qui est trop tardive, on trouve de la *bile blanche* au-dessus de l'obstacle.

Selon les groupes, la mortalité opératoire est très variable. Dans le premier, qui comprend 74 cas de cholécystectomie, elle est de zéro ; dans le second, de 13 % ; dans le troisième, de 50 % ; il se trouve que pour ce dernier groupe, la mortalité est moindre dans la classe ouvrière que dans la classe aisée, parce que le traitement conservateur y est moins longtemps suivi ; les patients entrent de suite à l'hôpital.

A l'occasion de *l'opération*, on se rend compte de certaines erreurs de diagnostic : ulcère gastrique et affections de l'intestin, pris pour de la lithiase ; modifications chroniques de la vésicule, sans qu'il y ait lithiase, inflammation par infection ; hyperréplétion de la vésicule par foie ou rein mobile ; adhérences vésiculaires d'origine extra-hépatique. Dans certains cas, on ne trouve aucune anomalie qui puisse expliquer les crises. Inversement, dans bien des cas où la laparotomie est faite pour une autre affection, on trouve de la lithiase biliaire.

Les *récidives* sont fréquentes après la cholécystostomie avec extraction des calculs et drainage de la vésicule ; mais, jamais on n'en voit après l'enlèvement de la vésicule. Les douleurs qui peuvent se montrer après la cholécystectomie n'ont rien d'hépatique.

L. PRON.

PÉDIATRIE

Les troubles digestifs de l'enfant

La pathologie de l'enfant du premier âge est en grande partie dominée par les troubles digestifs et les affections du tractus gastro-intestinal.

Les troubles digestifs ressortissent eux-mêmes à trois grandes causes : insuffisance alimentaire, excès alimentaires, altérations alimentaires ; causes auxquelles il importe d'ajouter les fautes contre l'hygiène et contre le régime.

Les troubles par insuffisance alimentaire ont été surtout bien mis en lumière par Marfan et ses élèves, quand, en dehors des états d'inanition qui ne laissent aucun doute sur leur origine,

ils évoluent avec une certaine apparence florissante de l'enfant.

Tel vient d'être le cas d'une enfant de 15 mois, chez laquelle on constatait des vomissements répétés, en même temps que des signes d'aérophagie, cependant qu'elle présentait une constipation opiniâtre et des urines relativement rares, foncées en couleur et d'odeur forte. Elle était très grognon et dormait mal.

On commenca par la rationner ; or, plus on restreignait son alimentation, plus les troubles augmentaient.

L'origine de ces troubles ayant été enfin reconnue, le traitement consista uniquement en prescriptions alimentaires que je transcris ici :

Donner à l'enfant par 24 heures six repas, dont 4 biberons de 150 gr. de lait ordinaire ou de dilution de lait condensé, et 2 bouillies aux crèmes d'orge et de riz mélangées, au lait et sucrées.

En outre, 2 cuillerées à café par jour de jus d'oranges ou de cerises.

On devait ensuite essayer de mélanger des pommes de terre écrasées ou en purée à la bouillie de midi ; puis, ramener les repas de 6 à 5, en portant la quantité de lait des biberons, de 150 à 200 gr. Enfin, on tenterait d'ajouter à l'une des bouillies des traces de jaune d'œuf (1).

Le résultat fut immédiat. Les vomissements s'arrêtèrent. La constipation céda ; la gaieté et le sommeil revinrent. Et surtout, l'augmentation de poids fut très sensible, puisque celui-ci passa de 8 kil. 200 à 8 kil. 640 en quatre semaines.

A ce moment, l'alimentation fut plus variée et comporta, en outre des indications précédentes, des légumes verts (épinards, chicorée, laitue), des compotes de fruits (pêches) ; un demi-jaune d'œuf tous les deux jours d'abord, puis tous les jours.

Actuellement, l'état de cette enfant est aussi satisfaisant que possible et elle se développe d'une façon normale et régulière.

Les excès alimentaires peuvent donner lieu à des troubles analogues. Cependant, les vomissements n'offrent pas le même caractère ; la diarrhée est plus fréquemment observée que la constipation. Une sage réglementation des prises alimentaires suffit souvent à en venir à bout.

Mais ces troubles, dans ces conditions, se systématisent souvent et aboutissent à l'apparition d'une gastro-entérite qui, surtout à l'époque des grandes chaleurs, comme celle que nous traversons, peut prendre une forme aiguë, se compliquer de diarrhée verte, et même se terminer par le choléra infantile.

Un élément infectieux s'est alors surajouté aux perturbations fonctionnelles d'abord constatées. Cet élément, on en trouvera la provenance, au cas d'allaitement artificiel, dans une insuffisance de propreté des biberons et des tétines, et aussi, dans un lait contaminé.

Quand on se trouve en présence de ces états aigus, le traitement d'attaque doit être immédiatement mis en œuvre. Il comporte la diète hydrique absolue, pendant 24, 36 et même 48 heures. Ce n'est que lorsque les symptômes alarmants se sont apaisés, que le danger semble moins menaçant, qu'on est autorisé à recommencer très prudemment à alimenter l'enfant, en ajoutant une cuillerée à soupe de lait dans chaque demi-biberon d'eau. Selon les résultats obtenus, on augmentera progressivement la ration de lait, mais on sera tout prêt à revenir à la rigueur des premières heures, si un retour offensif de l'infection menace de se produire.

Comment réaliser cette diète hydrique ? Certains pédiâtres s'en tiennent tout simplement à l'eau bouillie froide administrée par cuillerées à café, très fréquemment.

D'autres, et je me rallie à leur avis, estiment qu'il peut y avoir avantage à tenir compte de l'état de sécheresse du palais et de la gorge des petits malades, de l'intolérance de leur estomac, et de l'acidité anormale dont leur intestin est le siège, au lieu de l'alcalinité habituelle à l'état de santé.

Pour combattre ces manifestations, tout en maintenant à la diète hydrique ses propriétés bienfaisantes, dont la première consiste à mettre au repos le tube digestif, aucune eau ne supporte la comparaison avec la Reine de Vals.

Celle-ci, en effet, se recommande par sa teneur moyenne en bicarbonate de soude, et en acide carbonique libre. Tandis que, par le piquant qu'il donne au breuvage, celui-ci apaise la soif, calme la sécheresse locale, et exerce sur la muqueuse gastrique son action anti-émétisante bien connue, le sel alcalin neutralise d'abord l'acidité anormale du contenu intestinal, et finit par lui donner sa dominante, rétablissant ainsi le chimisme normal de ce contenu.

Là ne se bornent pas d'ailleurs les effets particuliers de la Reine de Vals : comme elle se présente à proprement parler comme une sorte de sérum minéral naturel, elle effectue un véritable lavage du sang et, en même temps, agit sur la diurèse qu'elle provoque et entretient.

Aussi, le résultat ne se fait-il généralement pas attendre. Au bout de quelques heures, l'orage se calme, et tout, dans le frêle organisme, tend à rentrer dans l'ordre.

On tentera alors de faire prendre à l'enfant, par cuillerées à café, un mélange de 4/5es d'eau de Vals et de 1/5e de lait. Puis, peu à peu, on augmentera la dose de lait, en même temps qu'on diminuera la quantité d'eau. Finalement, on en reviendra au biberon de lait sucré étendu

(1) D'après une consultation du Dr G. Blechmann.

d'eau en proportion raisonnée, tout en continuant l'emploi de la Reine de Vals, soit ajoutée à celui-ci, soit prise pure, par cuillerées, immédiatement avant et après les tétées.

Dans la convalescence, quand l'âge de l'enfant comportera un régime plus varié, on n'en persistera pas moins à user largement de l'eau alcaline qui nous occupe, pour renforcer et consolider la guérison, et régulariser au mieux les onctions digestives.

On sera d'autant plus autorisé à faire de la Reine de Vals l'usage qui vient d'être exposé qu'aux qualités que nous lui reconnaissons, elle joint celle d'être agréable à boire, ce qui la fait accepter très volontiers par les petits malades. A elle s'applique donc heureusement le mot d'Horace : *Utile dulci* !

E. D. GASTON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La toxicité du looch blanc

Bien que cette préparation ne soit plus aussi souvent utilisée qu'autrefois en médecine infantile, il y a encore des praticiens qui lui restent fidèles, en raison du goût agréable qu'elle possède, et qui la fait facilement accepter par les tout petits.

Il y a, au Codex, deux formules de loochs : le looch blanc proprement dit, dans la composition duquel entrent des amandes douces et des amandes amères, et le looch huileux.

La pharmacopée belge n'admet plus à l'heure actuelle que cette deuxième formule. M. VAN PEE s'en félicite, car, à son sens, le looch blanc proprement dit est souvent toxique et peut déterminer des accidents d'empoisonnement graves, et même mortels.

Ceci tient à ce que les amandes douces du commerce sont inconsciemment ou frauduleusement mélangées à une proportion parfois très notable d'amandes amères, d'un prix beaucoup moins élevé. Or, l'amande amère renferme un glucoside cyanhydrique qui, sous l'action d'un ferment qui l'accompagne toujours, l'émulsine, se décompose en présence de l'eau en glucose, hydrure de benzoïle et acide prussique.

Avis donc aux fidèles du looch : qu'ils s'en tiennent à la formule du looch huileux selon le Codex français.

Huile d'amandes douces........	15 gr.
Gomme arabique pulvérisée.....	15 gr.
Sirop de gomme...............	30 gr.
Eau de fleurs d'oranger.........	15 gr.
Eau distillée..................	100 gr.

(*Liège Médical*, 13 mai 23.)

Traitement des fractures bi-malléolaires.

M. MOCQUOT a en vue les fractures bi-malléolaires sans déplacement ; puis, les mêmes avec déviation du pied, — pour la réduction desquelles il expose les manœuvres les plus opportunes à cette heure. *Il donne une mention à la réduction sanglante, indiquée quand les méthodes habituelles sont demeurées sans résultat*, et fixe la conduite à tenir dans les fractures ouveres.

Ce que nous retiendrons de son travail a trait à l'appareil de contention de Delbet, qui convient pour ainsi dire à toutes les formes, quand la réduction a été obtenue, et dont nous lui emprunterons la description résumée.

Cet appareil se compose essentiellement de deux colliers horizontaux et de deux attelles latérales verticales. Le collier supérieur a 65 cm. de long, 5 cm. de large, et comporte 12 épaisseurs de tarlatane. Le collier inférieur, fait de 16 épaisseurs de tarlatane, comprend une partie moyenne de 18 cm. sur 12 cm. de large, prolongée de chaque côté par une bandelette de 5 cm. de large, l'une plus longue que l'autre, de manière à donner à tout l'ensemble une longueur de 65 cm.

Les attelles latérales, formées de 24 épaisseurs de tarlatane, ont 65 cm. de longueur sur 8 cm. de largeur ; elles sont grossièrement faufilées.

L'extension est réalisée au moyen d'un étrier formé d'un Y dont la branche verticale, large de 2 cm. 1/2 à 3 cm., a 30 à 35 cm. de long, et les deux branches divergentes, la même largeur avec une longeur de 20 à 25 cm.

Enfin, il est nécessaire de préparer à l'avance un Scultet modifié et simplifié, formé de segments de bandes de toile de 50 cm. de long, imbriqués les uns avec les autres sur une pièce de toile ou de tarlatane, et maintenus latéralement par deux attelles. Il doit garnir toute la jambe, du pied au genou.

Voici maintenant la technique littérale de la pose de cet appareil. Le texte de l'auteur ne saurait être résumé :

On applique l'Y sur le pied, l'angle aigu répondant à la pointe de la malléole externe, on dispose les bandelettes, la plus longue en anse sous le pied ; les deux autres serrées sur le cou-de-pied, la postérieure un peu plus que l'antérieure ; elles sont solidement cousues ensemble par quelques points sous la malléole interne.

Ainsi est constitué un appareil de traction solide qui ne peut pas déraper. On attache à l'anse une corde qui, au bout de la table, se réfléchit à hauteur convenable sur un morceau de bois ou une bande roulée ; on y attache un poids qui, dans les circonstances où nous sommes placés, n'excèdera pas 5 à 6 kilogs.

Pose de l'appareil. Il faut gâcher 1.000 à 1.200 gr. de plâtre avec de l'eau froide en bouillie assez claire et y plonger ensemble tous les éléments de l'appareil. Lorsqu'ils sont bien imbibés, on les retire et on les exprime légèrement.

On place successivement à plat sous la jambe *le collier supérieur*, de telle sorte que son bord supérieur corresponde à l'évasement du chapiteau formé par l'épiphyse tibiale supérieure ; on apprécie aisément, en pinçant la jambe latéralement, le heurtoir sur lequel viendra buter le collier supérieur.

Pour le *collier inférieur*, la portion large répond au talon, le bord inférieur restant un peu au-dessus du niveau de la plante ; pour le glisser, on soulève légèrement de 1 cent. le pied par le gros orteil. Les deux colliers sont, pour le moment, laissés à plat sur la table.

Les attelles latérales : chacune d'elles est repliée et doublée à son extrémité inférieure sur une hauteur de 10 à 12 cent. ; elles sont appliquées respectivement sur les faces interne et externe de la jambe, coiffant en bas les malléoles et montant sur les côtés de l'épiphyse tibiale supérieure ; restant en bas à 2 ou 3 millimètres au-dessus du niveau de la plante du pied.

Tandis qu'un ou deux aides maintiennent en haut et en bas les attelles latérales, le chirurgien applique les 2 colliers, modérément serrés, le supérieur de telle sorte que son bord supérieur reste à distance de la pointe de la rotule ; l'inférieur, en croisant obliquement les deux chefs de manière à laisser du jeu au tendon du jambier antérieur. Tout cela est fait sans déplacer le membre et sans éveiller de douleur.

L'appareil est moulé et maintenu au moyen des bandelettes de l'appareil de Scultet, appliquées de bas en haut. Pendant la dessiccation, il est bon de modeler exactement les points d'appui des colliers, dépression sus-malléolaire et évasement de l'épiphyse tibiale supérieure.

La traction est maintenue pendant tout le temps nécessaire à la prise du plâtre. Celle-ci obtenue, on défait les bandes inférieures pour voir l'anse de traction ; on la coupe et, en tirant sur la bandelette inférieure, on peut dégager l'anse postérieure.

L'oubli de cette précaution importante pourrait entraîner des accidents d'œdème du pied et même plus.

Il est bon de laisser les bandes appliquées pendant 24 h. Le plâtre est mieux moulé et plus solide. Au bout de ce temps, on les enlève ; on régularise les bords du plâtre, on fait la toilette de la jambe et on commence la mobilisation.

L'appareil doit être appliqué aussitôt que possible après la fracture. Attendre que l'œdème ait disparu est inutile dans les fractures sans déplacement et nuisible dans les fractures avec déplacement.

Si l'on applique l'appareil avant l'apparition de l'œdème, on évite parfois celui-ci, en tout cas, il est moins considérable. Il est très rare que l'œdème augmente après la pose du plâtre au point de nécessiter la section des colliers.

L'appareil étant sec, on commencera immédiatement la mobilisation, d'abord par des mouvements passifs et actifs du cou-de-pied, des orteils, du pied, du genou. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que le blessé commencera à marcher.

Durée de l'application : 35 jours. Mais il n'y a aucun inconvénient à la prolonger de 10 à 15 jours. Le plâtre enlevé, le blessé peut être considéré comme guéri. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mai 1923.)

Etude sur l'épilepsie pleurale.

On connaît bien aujourd'hui, si on ne les explique pas encore d'une façon satisfaisante, les accidents souvent sérieux de nature épileptiforme qui surviennent brusquement à l'occasion des manœuvres pratiquées sur la plèvre, qu'elle qu'en soit l'importance, qu'il s'agisse d'une simple ponction capillaire exploratrice, ou d'une intervention plus complexe. Depuis que la méthode du pneumo artificiel dans le traitement de la tuberculose est entrée dans la pratique, ces accidents menacent d'augmenter de fréquence.

MM. Leuret et Fontan en rapportent deux observations très intéressantes, de malades dont le premier a guéri de sa crise, et supporté ultérieurement les insufflations répétées qui ont amélioré son état en de telles proportions qu'il semble cliniquement débarrassé de sa tuberculose ; dont la seconde est morte sans avoir repris connaissance, au bout de 62 heures.

A cette occasion, ils recherchent comment il est possible d'interpréter ces curieux et angoissants phénomènes. Pour eux, il y a lieu d'incriminer l'irritation des liquides de lavage utilisés, et la pression exercée par ces liquides sur la plèvre au moment de l'injection. Ils pensent également, qu'en cas de symphyse pleurale, une bulle gazeuse peut créer une forte pression dans une petite logette pleurale et que cette brusque pression, s'exerçant excentriquement sur la séreuse dans une zone très limitée, peut être le point de départ d'un reflexe grave.

Comment éviter ces accidents ? En préparant moralement les malades, surtout quand il s'agit d'émotifs, en pratiquant une piqûre de morphine, en évitant de ponctionner les régions pleurales symphysées et les régions pulmonaires congestionnées, que la percussion, l'auscultation et la radioscopie permettront de préalablement reconnaître ; en évitant, l'aiguille enfoncée, de lui imprimer des mouvements de latéralité, et de n'injecter aucune bulle gazeuse avant que la pression intra-pleurale ne soit franchement négative.

Comment les combattre ? Réaspirer l'air injecté, si l'on est au début de l'insufflation ; recourir aux injections d'éther, de morphine : c'est à peu près tout ce que l'on peut faire, sans avoir d'ailleurs la certitude de compter sur l'efficacité de cette conduite. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 mai 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la réglementation de la profession de sage-femme

(MM. Hergott et Vanverts. — *Académie de médecine* ; 3-7-1923.)

MM. Hergott, de Nancy, et Vanverts, de Lille, interviennent dans la discussion du rapport de M. Bar sur la règlementation de la profession de sage-femme.

M. Hergott indique comment il comprend le rôle actuel de la sage-femme. La sage-femme, dit-il, a pour mission de surveiller les fonctions de la reproduction quand elles sont normales, physiologiques, et de faire appel au médecin quand ces fonctions deviennent pathologiques. C'est dans ce sens, qu'il convient de l'instruire.

M. Vanverts, frappé de la diminution du nombre des élèves sages-femmes dans les régions du Nord, a fait, à ce propos, une enquête. Elle lui a montré que cette diminution tenait au taux trop peu rémunérateur des honoraires d'accouchements et peut-être aussi à la suppression du diplôme de sage-femme de 2e classe. Les internats d'élèves sages-femmes favorisent beaucoup le recrutement. Là où ils existent, les candidates sont plus nombreuses.

Pour ce qui concerne le projet de réforme de la commission, M. Vanverts n'est pas partisan de la mesure d'après laquelle l'intervention de la sage-femme n'est admise qu'à partir du moment où la grossesse est certaine. Sans doute, on éloigne ainsi de certains cabinets les femmes aux premiers mois de leur gestation, à la période où se font les avortements, mais le public comprendra difficilement pourquoi une sage-femme pourrait donner des conseils dès que les bruits du cœur fœtal sont entendus, et qu'elle n'en aurait pas la possibilité la veille. L'auteur croit aussi que l'enseignement de l'asepsie et de l'antisepsie aux élèves sages-femmes est suffisant, sans imposer l'usage des gants de caoutchouc, comme le demande la commission.

— M. Bar reconnaît toutes les difficultés de la question. Il est un fait auquel il faut pallier : c'est l'absence de secours obstétricaux suffisants dans nombres de régions. Sur 1923 cantons ruraux, 483 sont dénués de sage-femmes. Or, dans ces campagnes privées de sages-femmes, 60.000 femmes accouchent en moyenne par an (statistique de 1921). En admettant que chaque médecin de ces régions fasse une trentaine d'accouchements dans l'année, il reste 40.000 à 50.000 femmes accouchant, en France, par année, sans assistance compétente. Cette situation, dit l'auteur, suffit à justifier la discussion en cours.

Malheureusement, la profession d'accoucheuse nourrit difficilement ses adeptes, les honoraires étant trop faibles pour le nombre d'accouchements. « Comment voulez-vous que j'aie pu résister, répondit une sage-femme inculpée d'avortement ; alors que trois femmes me demandent par mois de les accoucher, c'est trois par jour qui me demandent de les faire avorter ! »

Il faudrait porter remède à cette situation critique, et peut-être l'Académie pourrait-elle accueillir utilement les suggestions des praticiens sur ce sujet. C'est une opinion que nous soumettons à M. le professeur Bar et à la commission académique.

Maladies mentales et réforme n° 1.

(M. Bénon, de Nantes. — *Académie de médecine* 3-7 1923.)

M. Bénon a étudié la question de l'aliénation mentale dans ses rapports avec les pensions militaires. Sur un total de 92 cas d'aliénation mentale, concernant des anciens militaires en traitement dans son service de l'hôpital de Nantes, il a trouvé une justification de la pension 60 fois. Vingt-six fois, la réforme n° 1 aurait dû, à son avis, être rejetée.

Ce n'est pas tout. Il est un certain nombre d'aliénés de guerre qui sont actuellement privés de secours, parce que la déclaration de maladie a été faite tardivement. Les familles, en effet, n'ont voulu déclarer l'affection mentale de ces malades que lorsqu'elle a été persistante et de notoriété publique, en raison de la tare qu'elle constitue. Il serait juste sans doute de faire bénéficier ces aliénés, qui y ont médicalement droit, de la pension militaire.

Diagnostic radiologique de la bronchectasie.

(MM. Trémolières et Joulia. — *Soc. méd. des hôp.*; 18-5 1923.)

MM. Trémolières et Joulia présentent une radiographie reproduisant l'image d'une bronchectasie après injection sous-glottique de 15 centim. cubes de lipiodol. Cette méthode est appelée à rendre des services dans le diagnostic différentiel, parfois difficile, des bronchectasies et des cavernes pulmonaires.

Diagnostic de l'endocardite lente et de la tuberculose

(M. de Massary. — *Soc. méd. des hôp.*, 18-5 1923.)

A propos d'une observation de MM. D. Routier et Walser, M. de Massary signale les difficultés du diagnostic différentiel de certaines formes de tuberculose pulmonaire avec l'endocardite végétante à forme lente. Seule, une hémoculture, lorsqu'elle est positive peut souvent alors résoudre la difficulté.

— M. Noël Fiessinger signale des faits où lediagnostic reste véritablement impossible, les deux maladies étant associées, l'une activant l'autre, quelquefois.

Méningite cérébro-spinale à pneumocoques.

(M. J. Hallé. — *Société médicale des hôpitaux*, 25-5-1923.)

M. Hallé relate une observation de méningite cérébro-spinale à pneumocoques guérie après sérothérapie et abcès de fixation. La guérison est, on le sait, assez rare dans ces méningopathies.

— M. Netter rappelle que, depuis bientôt quarante ans, il étudie la méningite suppurée à pneumocoques. Sans avoir la mortalité à peu près fatale de la méningite tuberculeuse, la méningite suppurée à pneumocoques est néanmoins très grave. Sur 60 cas, M. Netter n'a vu que six guérisons.

La sérothérapie antipneumococcique n'a pas des effets aussi heureux que la sérothérapie antiméningococcique. Cela tient à des causes diverses : la multiplicitéhabituelle des localisations pneumococciques, la prolifération rapide du pneumocoque dans les exsudats, l'inhibition du processus de défense, la protection des pneumocoques enfin par leurs capsules.

Les observations de méningites suppurées à pneumocoques traitées par le sérum et suivies de guérison sont donc très rares. Seuls, l'administration précoce et l'emploi préventif du sérum ont donné quelques résultats encourageants. D'où l'utilité, dans ces conditions, de pratiquer un abcès de fixation. M. Netter en rapporte un nouveau cas, qui vient se joindre à celui de M. Hallé. Il pense qu'en pareille circonstance il convient de recourir de bonne heure aux injections d'essence de térébentine.

La résection de nerfs spinaux dans l'angine de poitrine.

(M. Daniélopolu, de Bucarest. — *Soc. méd. des hôp* 11-5-1923.)

Jonnesco a proposé et pratiqué avec succès la sympathectomie cervico-thoracique dans plusieurs cas d'angine de poitrine. Ses travaux ont été présentés à diverses reprises à l'Académie de médecine.

D'autres interventions opératoires sont également possibles dans l'angor pectoris,visant toutes au même but, la suppression des phénomènes douloureux de cette pénible affection. M. Danielopolu préconise la résection des nerfs spinaux gauches correspondant aux territoires cutanés où irradie la douleur angineuse.

Après cette résection, dit-il, le sujet continue à ressentir les palpitations, mais il ne perçoit plus de douleurs spéciales. L'auteur conclut de là que la douleur cardio-aortique des angineux est exclusivement transmise, tandis que les autres sensations (palpitations, etc.) se tiennent dans le viscère même.

M. Daniélopolu a fait opérer un de ses malades suivant les principes en question. Dès le lendemain de l'intervention, les accès douloureux angineux disparurent.

Séro-vaccinothérapie dans 75 cas de pneumopathies aiguës.

(M. d'Œlsnitz et Colle, de Nice. — *Soc. méd. des hôp.*, 11-5-1923.)

M. d'Œlsnitz a utilisé la sérothérapie jointe à la vaccinothérapie dans le traitement des affections broncho-pulmonaires aiguës. Il s'est servi de sérums polyvalents antipneumo-strepto-staphylococciques et de stock-vaccins iodés pneumo-streptococciques.

Sur 75 cas de broncho-pneumonie aiguë soumis à cette médication (conjointement d'ailleurs avec les traitements habituels), les résultats ont été les suivants : dix décès, soit une mortalité de 13 pour 100 environ. Chez 25 adultes, dont 4 vieillards, il y eut 24 guérisons. Dix-huit enfants de 2 à 10 ans ont tous guéri. Sur 32 nourrissons de zéro à deux ans on nota 9 décès. On ne saurait encore évidemment, tirer des conclusions bien précises de ces observations.

Sur les signes stéthacoustiques des cavernes.

(MM. P. Ameuille et L. Gally. — *Société médicale des hôp.*, 25-5-1923.)

Depuis que nos moyens d'investigation clinique se sont multipliés, et en particulier depuis l'extension des recherches radioscopiques, on a été conduit à des conceptions nouvelles quant aux signes d'auscultation des cavernes. Les vieilles données de l'auscultation traditionnelle furent souvent trouvées en défaut. M. Burnaud a été jusqu'à dire que si l'on s'en tient aux signes stéthacoustiques classiques,

plus de la moitié des cavernes pulmonaires sont ainsi méconnues.

M. Ameuille s'est attaché à l'étude et à la revision de ces signes. Il s'est adressé pour cela à une méthode de recherche qui consiste à prendre des cavernes, révélées par la radiographie, assez étendues et isolées de lésions de voisinage, de façon à ce que celles-ci ne viennent pas troubler les indices propres de la caverne. Il a alors ausculté avec soin chacun de ces cas et noté ses constatations.

Dans 27 observations répondant à ce schéma, il a rencontré, 80 fois sur 100, au niveau des cavernes, des râles bulleux, et des craquements secs ou humides. Les signes classiques, les souffles, et surtout le souffle caverneux ont été beaucoup plus rares (2 cas seulement) et M. Ameuille penserait volontiers qu'ils dépendent plutôt de conditions adjuvantes. Trois fois, les cavernes n'ont donné que de la diminution du murmure vésiculaire et 3 fois également il y a eu une latence absolue, absence de signes d'auscultation.

Les observations rapportées par MM. Ameuille et Gally sont certes encore trop peu nombreuses pour résoudre la question. Elles montrent néanmoins que pour diagnostiquer une caverne on ne doit plus, semble-t-il, s'en tenir aux anciens signes d'auscultation, au souffle caverneux et au gargouillement.

Eczéma et prurit par anaphylaxie au pain.

(MM. Grenet et Clément. — *Soc. méd. des hôp.*, 1-6-1923.)

L'observation présentée par MM. Grenet et Clément montre combien il faut être éclectique dans le recherche étiologique et dans le traitement des eczémas et d'un grand nombre de dermatoses, syndromes dont la cause est souvent très variable.

Elle concerne une femme de 63 ans, atteinte, depuis l'âge de 40 ans, d'un eczéma chronique très prurigineux, avec poussées périodiques, et non amendé par les divers régimes suivis jusque-là. L'interrogatoire ayant appris à M. Grenet que, dans les régimes antérieurs, le pain seul n'avait jamais été supprimé, on eut recours à la contre-partie, à savoir une alimentation normale mais sans pain. Quelques jours après la malade revint radieuse, n'ayant plus de prurit, plus d'éruption active, et pouvant dormir. On fit alors une intra-dermo-réaction à la farine qui fut suivie d'une crise hémoclasique nette.

M. Grenet entreprit ensuite la désensibilisation par l'injection à doses progressives d'un mélange de 1/3 de farine pour 2/3 de sérum physiologique (injection de 1/2 cc., puis 1 cc., du filtrat). En deux mois l'eczéma disparut, et sept mois après, la guérison se maintient.

Ce cas s'ajoute à d'autres, signalés par M. Sabouraud et par M. Turrettini, pour montrer les méfaits possibles du pain dans les dermatoses.

P. L.

Les traitements psychologiques de l'incontinence essentielle d'urine.

(M. Paul Farez. — *Société de psychothérapie*, 19 juin 1923.)

Il ne faut pas, d'emblée, instituer le traitement psychologique dans tous les cas d'incontinence essentielle, car celle-ci a très souvent des causes physiologiques. On devra commencer par enlever les épines irritatives (adhérences préputiales, etc.) remédier à l'insuffisance des boissons, diminuer la concentration et l'acidité de l'urine, combattre l'auto-intoxication, restreindre les aliments azotés, accroître la ration de végétaux et de fruits, procéder à une rééducation alimentaire qui corrige la tachyphagie. En suite de cela, l'incontinence disparaît souvent elle-même. Parfois, elle persiste à l'état d'habitude morbide ; il faut alors recourir au traitement psychologique, tout comme dans les cas où elle a une origine exclusivement psychologique, (rêve, etc.). La joie, la crainte, les menaces, les punitions, les émotions de toute sorte, *l'opération des adénoïdes*, tout cela réussit souvent : ce sont des formes de la thérapeutique par le choc. Le mieux est de provoquer un état d'hypotaxie, sorte d'atropine psychique, laquelle non seulement réalise la détente et la confiance, mais se montre très propice à l'entrée en scène de la suggestion qui dissocie et *inhibe* les rêves pathogènes, puis suscite des rêves curateurs. Une hypotaxie périodique se réalise spontanément chez chacun de nous ; c'est le sommeil naturel, à la faveur duquel se fait aisément la suggestion curative ; on doit à ce procédé de nombreux succès.

M. Bérillon. — Un tiers des incontinents guérit vite et facilement par simple suggestion ; un autre tiers a besoin qu'on mette en œuvre toutes sortes de moyens et qu'on insiste longuement, même par l'hypnotisme profond. Pour le dernier tiers, la psychothérapie ne donne aucun résultat ; il s'agit de dégénérés, le plus souvent issus de parents discordants, ce sont des victimes du métissage.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Diverticule épiphrénique de l'œsophage.

M. Chassard présente un cas de diverticule œsophagien diagnostiqué par la radioscopie. Après ingestion de bouillie opaque, tandis qu'une partie de celle-ci suivait un trajet normal et franchissait le cardia, on voyait très nettement se dessiner une poche latérale droite immédiatement au-dessus du diaphragme. A remarquer qu'il s'agissait d'une femme de 72 ans. Les diverticules épiphréniques sont extrêmement rares.

Mal de Pott lombaire révélé par la radiographie.

MM. Pallasse, Badelle et Rollet présentent l'observation d'un malade entré à l'hôpital pour des douleurs névralgiques au niveau des membres inférieurs, qui furent d'abord mises sur le compte d'une ancienne blessure de guerre. Mais, devant leur persistance et devant l'apparition de douleurs lombaires, on fit une radiographie qui montra un affaissement du disque réunissant la deuxième à la troisième vertèbre lombaire et un petit pont osseux réunissant ces deux vertèbres sur leur flanc. C'est sur l'existence de ce point osseux que M. Badelle fit le diagnostic de mal de Pott, ayant déjà observé un cas analogue. L'autopsie vérifia ce diagnostic, le malade ayant succombé à des phénomènes méningés, et montra en même temps un double abcès ossifluent.

Radiographies des calculs du canal de Sténon.

M. Tavernier présente les radiographies de calculs salivaires dont il a été question à une précédente séance. Il est à remarquer que ces calculs étaient formés surtout de matières organiques, car la dessiccation en réduisit le volume des trois quarts, et que, malgré cela, ils étaient assez opaques pour être distingués à travers l'ombre du rebord alvéolaire.

Corps étranger du mollet.

M. Nogier présente un cas qui montre que la pratique civile peut parfois bénéficier des progrès réalisés pendant la guerre en matière de projectiles. Il s'agit d'un homme qui, pour fendre du bois avec un coin en acier, employa une masse de fer ; un éclat se détacha du coin et frappa l'homme à la jambe, pénétrant profondément dans les muscles du mollet. Le corps étranger fut localisé exactement par la radiographie et facilement extrait.

Effets de l'ablation d'une trompe et d'un ovaire sur l'évolution d'une arthrite blennorrhagique.

M. Sautereau présente, au nom de son maître M. Laroyenne, l'observation d'une malade chez laquelle une arthrite blennorrhagique du poignet et de l'articulation radio-cubitale correspondante fut brusquement et passagèrement améliorée par l'ablation de la trompe et de l'ovaire gauche, eux-mêmes touchés secondairement par la gonococcie. Le fait est à rapprocher de ceux signalés récemment par M. Gayet et montrant l'heureuse influence sur le rhumatisme blennorrhagique du traitement énergique de la spermatocystite.

M. Dor apporte une confirmation ophtalmologique de ces faits : les iritis blennorrhagiques sont rebelles à tout traitement local tant que persiste l'écoulement : celui-ci tari, la cure de l'affection oculaire est aisée.

Reins et foies polykystiques.

M. Ch. Dunet, d'une part, MM. Pallasse et Rollet, d'autre part, présentent deux observations de reins polykystiques, dans lesquelles la coexistence, chez l'une de ces malades, de kystes du foie, chez l'autre de kystes du foie et de l'ovaire et de scoliose probablement congénitale, font pencher en faveur de l'origine congénitale de la maladie polykystique.

Société médicale des hôpitaux.

Lymphangiome de la langue.

MM. Nicolas, Gaté, Barbier et Juvin présentent un malade atteint depuis sa naissance d'une tumeur siégeant dans la moitié droite de la langue, indolore, non gênante, du volume d'une noix et au niveau de laquelle la muqueuse est de coloration normale et seulement plus granuleuse que la muqueuse saine. Cette tumeur subit de temps en temps une augmentation brusque de volume et devient le siège de phénomènes inflammatoires attribuables à des fissurations traumatiques d'origine dentaire secondairement infectées. Il s'agit d'un hémo-lymphangiome, lésion exceptionnelle.

Syndrome myotonique post-encéphalique.

MM. Bériel et Martine présentent un malade qui a eu en 1920 une affection aiguë ayant débuté par des douleurs dans les mollets, rapidement étendues aux cuisses, aux reins et aux épaules, pour se cantonner finalement au niveau des membres inférieurs. Ces douleurs s'accompagnèrent de secousses musculaires assez violentes et d'un état général fébrile avec céphalée et délire. Une fois amélioré, le malade conserva de la diplopie, de la somnolence et une grande paresse intellectuelle. Actuellement, soit trois ans environ après cet épisode aigu de nature manifestement encéphalitique, le malade présente encore des phénomènes douloureux, beaucoup moins marqués, il est vrai, et surtout des *crampes* dans les jambes, puis dans les bras, crampes qui le gênent dans son travail et l'amènent à l'hôpital; ces crampes sont provoquées par les mouvements forcés, par l'immobilisation prolongée dans la même attitude, par l'excitation mécanique, par la faradisation, etc. Pas de troubles de la sensibilité objective, pas de troubles sphinctériens ni viscéraux, pas d'atrophie, sauf pourtant au niveau des sus et sous-épineux droits. A noter encore, comme symptômes post-encéphaliques, un aspect un peu fixe du regard, une parole un peu monotone et de l'hypersalivation, sans état figé véritable.

Diagnostic des tumeurs intra-rachidiennes.

MM. Bériel et A. Devic, à propos de deux observations, insistent sur les difficultés que peut présenter dans certains cas le diagnostic entre les tumeurs

intra-rachidiennes et les affections de la moelle, en particulier la sclérose en plaques, diagnostic d'un haut intérêt pratique, les tumeurs pouvant être justiciables d'une intervention chirurgicale curatrice. L'une des observations rapportées concernait une jeune femme atteinte de paraplégie spasmodique d'abord légère, puis de plus en plus marquée, simulant complètement, à la fin de l'évolution, une paraplégie par compression ; mais l'existence, à un moment donné, de maladresse des mouvements des mains, d'un tremblement intentionnel très léger, l'absence d'anesthésies, fit faire le diagnostic de sclérose en plaques qui se trouva vérifié à l'autopsie. L'autre observation concernait au contraire une tumeur simulant une sclérose en plaques : mais l'apparition de paresthésies, d'une bande d'hypoesthésie, donnèrent des doutes, qui furent levés par la ponction lombaire montrant une hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Dans de pareils cas, on recherchera donc, en faveur de la *tumeur*, l'existence d'une bande d'anesthésie ou d'hypoesthésie, d'une atrophie localisée, d'une abolition isolée d'un réflexe tendineux, d'un point douloureux fixe, tous signes capitaux lorsqu'ils sont associés à une paraplégie ; du côté du liquide céphalo-rachidien, l'hyperalbuminose sans leucocystose garde une grande valeur diagnostique. La *sclérose en plaques* aura pour elle la diffusion des signes, l'absence d'anesthésies ou d'atrophie, l'état normal du liquide céphalo-rachidien.

Parkinsonisme post-encéphalitique typique. Gros tubercule de la protubérance.

MM. Bériel et Wertheimer relatent l'observation d'un malade qui avait présenté sans aucun doute possible une encéphalite épidémique bien caractérisée, chez lequel se développa ultérieurement un état parkinsonien également typique ; à l'autopsie, on trouva un gros tubercule de la protubérance. Il est à noter qu'il ne s'agit pas d'une erreur de diagnostic : l'examen histologique des centres nerveux mit en évidence les lésions diffuses qu'on trouve habituellement dans le parkinsonisme post-encéphalique, lésions situées dans les noyaux caudé et lenticulaire et dans le locus niger. L'intérêt de cette observation est dans ce fait qu'un gros tubercule avait pu se développer dans la protubérance sans modifier la symptomatologie.

Rupture du cœur avec décapitation de la pointe.

MM. Rebattu et Josserand rapportent un cas de rupture du cœur survenue chez un malade atteint de pneumonie. La pointe du cœur était comme décapitée présentant un orifice circulaire à bords irréguliers ; la pointe fut retrouvée libre dans le péricarde. La rupture s'était faite uniquement aux dépens du ventricule gauche ; elle n'avait été précédée cliniquement d'aucun symptôme prémonitoire.

Troubles respiratoires chez un amputé.

MM. J. Lépine et Sédallian présentent l'observation d'un jeune homme de 24 ans qui fut amputé du bras gauche pour un traumatisme à l'âge de 13 ans. Il présente depuis un an et demi des spasmes respiratoires avec inspirations très profondes survenant très souvent pendant la journée. Il y a eu en même temps de la céphalée et de l'asthénie. Exagération des réflexes rotuliens. Ponction lombaire : hypertension légère, hyperalbuminose légère, Wassermann négatif. Ces modifications du liquide céphalo-rachidien doivent faire considérer ce malade comme un encéphalitique, et il est curieux de constater cette localisation chez un amputé qui a certainement des lésions atrophiques de causes antérieures voisines. Quant aux spasmes respiratoires, les auteurs les considèrent comme des myoclonies complexes.

Arthropathie tabétique du genou avec volumineux ostéophyte.

MM. Froment et Paupert-Ravault présentent une pièce provenant de l'autopsie d'un tabétique. Il s'agit d'un genou atteint d'arthropathie, et présentant en outre un ostéophyte greffé sur le condyle interne du fémur sous la forme d'une pointe osseuse de 9 centimètres de long. Des lésions analogues ont été rencontrées dans quelques arthropathies signalées au cours de paraplégies de guerre, ce qui est en faveur de la pathogénie trophique des arthropathies tabétiques.

Diabète et syphilis.

MM. Mouriquand et F. Bourret relatent l'observation d'une dame de 51 ans atteinte de diabète et présentant des antécédents très chargés au point de vue syphilis : son père et son mari sont l'un et l'autre syphilitiques et tabétiques, elle a eu trois enfants et *huit fausses couches* ; elle ne présente cependant aucun signe net d'hérédo-syphilis. D'autre part, son diabète s'accompagne de mal de Bright avec albuminurie, œdèmes, hypertension, complications fréquentes chez les diabétiques syphilitiqes.

M. Nicolas croit peu à la nature syphilitique du diabète : étant donnée la fréquence de la syphilis, il est naturel que le diabète coexiste souvent avec elle.

M. Lyonnet rapporte la curieuse histoire suivante : dans une même famille, le père et la mère étaient diabétiques, les parents de la mère l'étaient également, un enfant fit encore du diabète, le domestique devint diabétique à son tour, ainsi qu'un abbé attaché à la maison comme précepteur ! « Il serait vraiment bien curieux, conclut M. Lyonnet, que tous ces gens-là fussent syphilitiques ».

Traitement de l'érysipèle de la face par les injections sous-cutanées de lait.

MM. Joseph Chalier et R. Desjacques ont pratiqué ce traitement dans six cas. Quatre ont été très favorablement influencés, deux l'ont été de façon *plus douteuse. L'action du lait s'est fait sentir sur* la fièvre, qui a diminué dès le lendemain de la première injection, et sur l'état local : la plaque suspend sa progression et s'affaisse. Les auteurs injectent 10 cmc. pendant trois jours consécutifs, sous la peau de l'abdomen. Le lait est stérilisé par ébullition au bain-marie.

A. C.

Les Livres

Maloine, Paris, 1923.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire en clientèle, par C. Colbert (de Cambo).

« Le traitement de la tuberculose est fait d'une infinité de petites prescriptions dont pas une n'est inutile ».

Cet aphorisme — applicable au traitement de toute maladie infectieuse et placé par le Dr Colbert en tête d'un des chapitres de son volume — traduit fidèlement l'esprit dans lequel a été écrit le *Traitement de la tuberculose en clientèle.*

C'est dire que tout praticien doit avoir sur sa table de travail, sous la main, ce petit livre dans lequel se trouvent rassemblés une foule de renseignements d'ordre essentiellement thérapeutique puisés dans la littérature phtisiologique, déjà si vaste, et cueillis (au sens étymologique du mot) avec le sens de la modération qui caractérise l'esprit bien clinique du doteur Colbert.

La première place, la juste place revient enfin au climat dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, et ce ne sont pas les sphères officielles qui déclanchent ce mouvement en faveur de la climatothérapie précoce ; ce sont les médecins des stations climatiques, Colbert au premier rang. C'est assez naturel : ces praticiens seuls sont placés pour étudier les effets des climats dans la tuberculose pulmonaire à ses diverses phases, et si le fameux *principiis obsta* a été de saison, c'est bien quand il s'agit de l'une des plus redoutables parmi les maladies.

C'est pour vous, confrères absorbés, « engéhennés » par les tentaculaires clientèles de quartier qu'a été écrit, d'une main sûre, par un des nôtres les mieux avertis de la question, tout ce que vous devez savoir sur le traitement de la tuberculose pulmonaire : le choix du climat, la cure d'air et de repos, la cure de travail, l'alimentation, les médications (chimio, physiothérapie), le traitement chirurgical, le traitement de chaque symptôme et des complications de la T. P.

Impossible de résumer cet excellent résumé. Nous connaissons, en la matière, plus classique, plus livresque ; nous ne connaissons pas de *vade-mecum* plus pratique.

Dr Lucien Cornet (de Pau).

Expansion scientifique française
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Silhouettes médico-chirurgicales humoristiques, par Dartigues. Préface de Piera.

Un jour, un médecin a voulu être éditeur, il le fut puisque ce que médecin veut est réalisé.

Piera prit, comme firme, des mots qui sonnent, des mots qui portent : ils sont clairs, ils sont français.

Piera a déjà édité des ouvrages comme ceux de Glénard, ceux de Judet, et bien d'autres, et tous font autorité, non seulement par le nom de l'auteur, mais par la présentation toute particulière de l'ouvrage.

Piera artiste, très artiste, rêvait, il me l'avait un jour confié, d'éditer un travail, qui serait médical sans doute, mais où un auteur humoristique montrerait tout ce que nous sentons sans vouloir le dire, et tout ce que nous pensons sans vouloir l'écrire.

Il rencontra Dartigues, Dartigues, ce grand animateur de nos réunions scientifiques, Dartigues, cet homme extraordinaire qui est partout où l'on lutte et partout où l'on travaille, Dartigues qui écrit pour l'immortalité dans le « Rictus », des silhouettes médico-chirurgicales, où à la chaude lumière de l'amitié et à la pure clarté de l'estime, il burine les traits des Bizard, des Faure, des Morestin, des Bourguet, et des Victor Pauchet, etc. Et il leur dit à tous : « si vous trouvez des rivaux, tant mieux, car plus ils seront grands, plus ils seront dignes de vous. Luttez comme des concurrents sportifs, à la course, à la boxe. Ce n'est pas en invectivant, en calomniant, en critiquant avec hostilité que l'on sort victorieux des épreuves, c'est en courant plus vite, en frappant plus fort, en opérant plus habilement. Qu'importe les personnalités, que le résultat de l'effort finisse par classer si la science progresse et si les malades guérissent avec plus de certitude ! »

Voyez, plus loin encore, comment il termine sa monographie de Pauchet : « Quand il aura, un jour, très tard, fini son labeur, quand on ne verra plus sa silhouette rapide, éternellement jeune, et sa face au front découvert, et aux yeux rieurs et rayonnants, on pourra dire de lui qu'il a donné l'impression d'une vitalité peu commune et que cet homme a bien travaillé, non en cachette, mais à la face de tous, à la française et que partout où il a été, il a fait honneur à notre chirurgie brillante, claire et victorieuse ».

Mais il fallait que ce soit Dartigues qui parlât ainsi de Pauchet.

R. M.

Les Thèses

P. — Dr J.-R. Soulié. — **Les cancers du cardia et du pôle supérieur de l'estomac. Leur diagnostic radiologique.** (A. Maloine et fils, éditeurs, Paris.)

L'examen radiologique qui doit être employé fréquemment et d'une manière précoce donne des renseignements précieux et aiguille le diagnostic ; mais ses données ne doivent être utilisées que vues au travers des signes cliniques. Il permet un diagnostic sûr et rapide et, partant, l'application de moyens thérapeutiques divers avec leurs plus grandes chances d'action. La préférence comme préparation opaque doit être donnée aux géloses barytées qui répondent en tous points aux exigences de la radiologie.

On constate :

a) des spasmes haut placés de l'œsophage qui ont un véritable rôle de symptôme avertisseur d'une lésion du tube digestif ;

b) la présence de modifications en forme de plis de la paroi postérieure qui échapperaient à l'attention du radiologiste si le sujet avalait rapidement et en entier le repas opaque.

La palpation révèle chez les malades atteints d'un cancer du cardia ou des parties adjacentes de l'estomac des points douloureux remarquables par leur constance et leur localisation à la partie supérieure de la petite courbure. Ces points, pour nous signe précoce et de grande valeur diagnostique, doivent être recherchés minutieusement à l'écran en remontant avec la main le plus haut possible sous les fausses côtes à gauche du sternum.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Etude sur l'action neuro-tonique du nucléinate de strychnine (1)

L'arsenic et le phosphore, depuis des siècles, la strychnine plus récemment, ont fait leurs preuves en matière de thérapeutique neurotonique. Aussi bien ce travail n'envisage-t-il cette médication que sous certains angles nouveaux.

Un premier point établi est qu'on s'assure actuellement le maximum de résultats par l'emploi de produits organiques rigoureusement dosables et assimilables, et dont la molécule se rapproche en composition de la molécule vivante Nucléinates et cacodylates : voilà en effet le dernier mot de l'organothérapie phosphorée et arsenicale. De même l'auteur insiste sur une forme organique de la strychnine, le nucléinate de strychnine, sel stable, et d'obtention relativement facile, dont il fait l'étude chimique complète.

Mais avant tout, ce sont les raisons de l'association des trois principes actifs : phosphore arsenic, strychnine, qui nous sont exposées. Cette synergie supprime les inconvénients d'accumulation des deux premiers, évite le coup de fouet de la strychnine employée seule, et au total celle-ci semble jouer le rôle d'un catalyseur amorçant l'action de la cure arsénio-phosphorée.

Des faits cliniques solides étayent cette *thèse*. L'auteur voit dans cette association médicamenteuse un tonique par excellence de la cellule nerveuse. Or, il le démontre en clinique à l'aide d'observations rigoureuses recueillies *dans un* service d'aliénés. Les améliorations obtenues dans toutes les psychasthénies secondaires prouvent la valeur de cette synergie, employée sous forme d'injections sous-cutanées de néo-rhomnol, complexe unissant par cmc. 0,001 de nucléinate de strychnine défini et 0.05 de cacodylate de soude chimiquement pur.

C'est le point le plus original de ce travail que celui-là, qui met en relief la valeur de ces essais chez des *aliénés*, au sens vrai du mot, tous malades échappant à l'influence psychothérapique — et améliorés par les injections seules.

Ce ne sera que pour mémoire que l'auteur rappellera les heureux effets de cette triple médication, déjà fort employée, dans toutes les asthénies post-infectieuses. Par une méthode rigoureuse, il mesure là encore les résultats d'après les données exactes que lui fournissent les courbes de poids et les mesures hématologiques.

Et ainsi la conclusion reste que l'arsenic, le phosphore et la strychnine, en association organique, sous forme de néo-rhomnol, constituent avant tout le type du médicament neurotonique et stimulateur.

(1) E. Robieux. — Thèse Paris, 1923.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

UN JOLI CADEAU A FAIRE AU CORPS MÉDICAL

L'ordre des médecins

Je publiais, il y a quinze jours, le projet de création d'un Ordre des Médecins du chirurgien M. Péraire. Voici, aujourd'hui, celui que nous devons à M. Petit de la Villeon, tel que nous le découpons dans le *Bulletin médical* du 14 juillet, lequel l'a emprunté lui-même à la Société médicale du XVI[e] arrondissement.

« En s'inspirant des nécessités particulières inhérentes à notre profession, en s'inspirant de la réglementation de l'Ordre des Avocats, institution forte et bienfaisante qui a fait ses preuves depuis plus d'un siècle, en s'inspirant des règles qui la régissent, telles qu'elles découlent des lois, décrets, traditions et usages professionnels, en y apportant pour le fond et pour la forme, les modifications que réclame la nature même de la profession médicale, en s'inspirant par ailleurs encore des différents projets qui ont été proposés successivement par les médecins, on pourrait se mettre d'accord sur des bases et établir dans leurs grandes lignes les principes suivants, à titre de principes fondamentaux :

1° *Définition. Constitution.* — L'Ordre des médecins est constitué par l'ensemble des médecins inscrits régulièrement à un tableau donné qui est le tableau de l'Ordre. L'Ordre des médecins a à sa tête le Conseil de l'Ordre. Le Conseil de l'Ordre, siégeant comme Conseil supérieur de discipline morale, a juridiction sur les médecins inscrits au Tableau ou au Stage. Il fonctionne comme tribunal professionnel supérieur, avec mission d'appliquer la loi, d'apprécier les faits d'ordre moral ; il agit avec qualité de juridiction disciplinaire pouvant appliquer des sanctions pénales à des actes qu'il aura jugés répréhensibles, *dans l'ordre moral* et *dans l'ordre professionnel.*

Il a qualité de tribunal d'arbitrage entre médecins. Il pourra, en outre, être chargé de la rédaction du Code de déontologie médicale et d'en surveiller l'observation.

Les membres du Conseil de l'Ordre sont élus par tous les médecins inscrits au tableau ; ils sont nommés pour un an ; les élections ont lieu chaque année.

Le Bâtonnier (l'appellation serait bonne à conserver) est élu par tous les médecins inscrits au tableau. Il est nommé pour un an. L'élection du Bâtonnier a lieu chaque année ; elle précède celle du Conseil de l'Ordre (1).

2° *L'Ordre des médecins est régional.* — Il existe un Ordre des médecins par département. Les médecins du département sont inscrits sur un même tableau ; ce tableau de l'Ordre des médecins est déposé à la préfecture.

Un médecin inscrit sur un tableau de l'Ordre des médecins dans un département donné a droit d'exercer la médecine sur tout le territoire national.

3° *L'Ordre des médecins est obligatoire.* — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pourvu du diplôme de docteur en médecine, s'il n'a été admis au stage et, après le stage, s'il n'a été régulièrement inscrit au tableau de l'Ordre des médecins.

Une personne ayant le diplôme de docteur en médecine qui exercerait la médecine sans être inscrite régulièrement au Tableau de l'Ordre tomberait sous le coup des lois poursuivant l'exercice illégal de la médecine.

4° *Du stage, du serment et de l'inscription au Tableau de l'Ordre.* — (Les dispositions suivantes s'inspirent de celles qui régissent le stage des avocats et l'inscription au Tableau de l'Ordre des avocats, par application du décret du 20 juin 1920.)

Le stage est une institution de perfectionnement dans la connaissance des règles professionnelles et des conditions d'exercice de la profession de médecin.

a) Toute personne qui demande son admission au stage devra déposer au secrétariat de l'Ordre son diplôme de docteur en médecine d'une Faculté française, les pièces établissant son état-civil et un extrait de son casier judiciaire ;

b) Le Bâtonnier désignera un membre du Conseil pour faire enquête sur la moralité du postulant et rechercher s'il remplit les conditions requises pour être admis à la prestation du serment et au stage.

c) Le Conseil de l'Ordre statuera sur les conclusions du rapporteur. Si la demande est admise, le postulant prêtera, devant le Conseil de l'Ordre, sur la présentation du Bâtonnier, le serment prescrit. (Nous ne pourrions mieux faire que d'adopter la belle formule du serment encore en usage à l'antique Faculté de Montpellier).

Après la prestation du serment, le postulant est admis au stage.

Le stage, nous l'avons dit, est une institution de perfectionnement dans la connaissance des règles professionnelles et des conditions d'exercice de la profession de médecin.

Sa durée est fixée à une seule année.

Le médecin stagiaire est attaché pendant un an, soit à un hôpital public ou privé, soit à une clinique publique ou privée, soit à la clientèle d'un praticien, médecin ou chirurgien, à la ville ou à la campagne.

Etant donné le nombre moyen des jeunes médecins qui, chaque année, déposent leurs diplômes dans les préfectures (environ 800), il suffirait, pour assurer la répartition des médecins stagiaires près des médecins en exercice, que ces derniers prissent près d'eux, les stagiaires dans la proportion moyenne de : *un seul stagiaire pour 25 ou 30 praticiens.*

Le fonctionnement du stage près des médecins exerçants serait donc d'une réalisation pratique aisée.

Le médecin stagiaire, à la fin de l'année, reçoit un certificat constatant l'accomplissement régulier du stage délivré par le Bâtonnier. Il est dès lors inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins.

5° *Le Conseil de l'Ordre a droit de sanction.* — Il poursuit et réprime les infractions ou fautes dans l'Ordre professionnel commises par les médecins inscrits au Tableau ; il dispose des sanctions disciplinaires suivantes reconnues par la loi :

1° L'avertissement ;

(1) Pratiquement, le Bâtonnier de l'Ordre des Avocats est nommé pour un an, renouvelable une fois. Il serait bon qu'il en fût de même pour l'Ordre des médecins.

2° La réprimande ;
3° Le blâme;
4° La suspension temporaire ;
5° La radiation du Tableau.

L'exercice de la médecine après sentence de suspension ou radiation tombe sous le coup des lois poursuivant l'exercice illégal. Les décisions du Conseil de l'Ordre, particulièrement en matière de suspension et de radiation, seront portées à la connaissance des Parquets qui devront ensuite les communiquer aux juges de paix et ceux-ci aux pharmaciens de leur canton.

6° *Le Conseil de l'Ordre : Tribunal de première instance. Juridictions supérieures.* — Le Conseil de l'Ordre fonctionne comme Tribunal de première instance : au-dessus de lui, la juridiction supérieure est représentée par la Cour d'appel et la Cour de cassation.

7° *Conséquences de la radiation.* — Par analogie avec l'article 32 du décret du 20 juin 1920 concernant les avocats, le médecin radié sur un Tableau de l'Ordre, c'est-à-dire dans un département, ne peut se faire inscrire au tableau et au stage d'aucun Ordre d'aucun département situé dans le ressort de la Cour d'appel où il exerçait sa profession et où la sanction a été prononcée.

Le médecin radié sur un tableau, s'il vient ensuite à être inscrit sur un autre tableau dans un autre département, ne pourra exercer la médecine que dans les limites de ce département même.

L'admission au tableau et au stage d'un médecin antérieurement rayé est portée dans les trois jours à la connaissance du préfet et du ministère public qui ont deux mois pour interjeter appel.

***

Ainsi le Conseil de l'Ordre des médecins sera une institution forte et respectée.

A nous, Messieurs, d'unir nos volontés dans un effort persévérant, à nous de proclamer à voix haute nos aspirations vers un Ordre, œuvre nécessaire de salubrité, qui apportera à notre profession une nouvelle parure de grandeur et d'honneur ».

***

Il ne faut pas craindre de donner la plus large publicité aux projets de cette nature. C'est le meilleur moyen d'en démontrer la vanité.

Voyez, dans celui qui précède, ce que poursuit et réprime l'Ordre des Médecins : ce sont les infractions ou fautes dans l'ordre professionnel commises par les médecins inscrits..... Sur la nature de ces infractions ou fautes, rien encore. Ce n'est vraiment pas assez. Et nous ne voyons pas les bœufs, parce qu'on a mis la charrue devant eux.

Et puis, qu'est-ce que ce Conseil qui fonctionne comme Tribunal de première instance ? Pour juger quoi ? Les fautes de droit commun ? Nous savons pertinement qu'il ne saurait en être ainsi. Les fautes contre la déontologie ? Combien rares et limitées sont celles qui mériteraient une sanction contre laquelle appel pourrait être porté devant la Cour d'Appel, juridiction de droit commun, ou devant la Cour de Cassation, tribunal suprême, avec quelque chance d'être confirmée ! ! !

***

Dans cette discussion, il faut laisser une bonne fois de côté tout ce qui concerne les notaires, les avoués, les huissiers. Officiers ministériels, ce sont des façons de fonctionnaires, puisque, aussi bien, ce que beaucoup ignorent, ils sont nommés par décret du président de la République.

Quant à l'Ordre des avocats, parlons-en encore une bonne fois, afin d'essayer de démontrer dans quelle mesure, plus que restreinte, il peut se prêter à une comparaison avec un Ordre des médecins.

Les avocats inscrits au tableau d'une Cour d'Appel, sont, avant tout, des juristes (licenciés en droit, docteurs en droit), qui utilisent leurs connaissances et leur diplôme à défendre, au civil ou au criminel, les causes qui leur sont confiées. Ils sont soumis aux règles de leur Ordre. S'ils y contreviennent, ils sont justiciables de sanctions dont la plus grave est la radiation du tableau, entraînant l'interdiction de plaider devant les tribunaux du ressort. Quels tribunaux ? Le tribunal de 1re instance (civil, correctionnel) et la Cour d'Appel. *Un point, c'est tout.* L'avocat rayé peut, en effet, continuer à plaider en justice de paix et devant le tribunal de *commerce. Vous* voyez donc que la portée de cette grave sanction *est sensiblement diminuée.* D'autre part, l'interdiction ne vaut habituellement que pour un ressort déterminé ; l'avocat rayé au tableau à Paris peut se faire inscrire au barreau de Pontoise ; je cite à dessein ces localités, parce que les choses se sont, en effet, passées ainsi, il y a quelques années pour un avocat connu.

Il y a un Ordre des avocats ; il n'y a pas, et pour cause, un Ordre des juristes.

Pourrait-il exister un Ordre des Médecins experts auprès des tribunaux ; un Ordre des Médecins inspecteurs des écoles ? A la rigueur, oui. Parce que la radiation du tableau de cet Ordre, par décision de son Conseil, entraînerait pour le condamné l'impossibilité de continuer à exercer ses fonctions spéciales. Un Ordre des Médecins praticiens en général ? Non, c'est impossible.

Suis-je seul de mon avis ? Lisons d'abord le *Journal des Praticiens* du 2 juin dernier, sans signature. Il n'est pas suspect, je pense, de sacrifier outrancièrement aux idées avancées.

Le président général et les présidents locaux devront leur nomination à la fermeté de leur caractère et à la noblesse de leur esprit qui seront seuls en cause. Cette condition fondamentale étant respectée, l'institution nouvelle donnera moins accès aux appels de complaisance et ses jugements seront rendus sans faiblesse. Mais que de peine à obtenir cette direction à la fois ferme et droite !

L'Etat se chargerait-il des nominations ? Les difficultés surgiraient plus grandes. La tribune de l'Académie de Médecine entend souvent des discours fort éloquents. Le ton, l'accent ne sont toutefois pas d'un médecin ; le goût des réunions publiques a passé dans l'emphase du geste et le débit péremptoire des affirmations. Les sourcils se froncent, la poitrine bombe, le bras se dresse. Tout une attitude quelque peu théâtrale. Nous ne voyons

pas un président de l'Ordre des Médecins adopter des manières de cet ordre. La simplicité, le naturel lui conviendront beaucoup mieux. Au gré de ses collègues, bien entendu. Le Gouvernement pense autrement. Composé d'un monde d'avocats, il témoigne toujours une certaine complaisance pour les gens qui parlent. Et s'ils parlent haut et fort, son adhésion leur est acquise. Ils deviendront ses candidats de choix, surtout si leur facilité d'élocution les avait déjà désignés aux suffrages des électeurs cantonaux ou d'arrondissement.

En sorte qu'il appartient aux médecins seuls de conférer un certain prestige à l'institution qui nous est proposée. Elle vaudra ce que vaudront les hommes, et ceux-ci, il faudra qu'ils répondent avec succès à toutes les espérances fondées autour de leur nom. *Nous sera-t-il permis maintenant de dire toute notre pensée ? Nous ne croyons guère à la vertu des contraintes extérieures : des hommes instruits comme les médecins n'en ont pas besoin ; les règles de conscience qu'ils se sont imposées leur rendront inutile toute sorte de juridiction préposée au contrôle de leur actes. Ou bien ils se sont offerts des accrocs à leurs plis professionnels et il est bien à craindre, s'ils se sont laissé glissé sur la pente, qu'ils s'arrangeront de manière à ne pas donner prise et à échapper à toute réprimande. L'Ordre des Médecins sera surtout une façade. Elle n'impressionnera pas ceux qui marchent droit, et ceux qui ont la conscience complaisante éviteront simplement de passer devant elle et de s'exposer à son ombre.* Ce qu'il conviendrait d'obtenir, et avant un Ordre des médecins, c'est le redressement des caractères particuliers et le retour à la vision de la signification professionnelle. Les médecins ont besoin de vivre, c'est entendu ; mais cette nécessité primordiale n'a jamais droit de couvrir et d'étouffer en eux les hautes qualités morales qui répandent autour de leur personne cette atmosphère de sympathie indispensable d'où naît la confiance.

Voici maintenant, l'opinion de M. G. Lyon, telle que je la trouve dans le *Bulletin médical* du 16 juin 1923 :

Il est permis de se demander impartialement si la création d'un Ordre des médecins pourrait efficacement combattre les agissements de la très petite minorité de ceux qui, sous le couvert de leur diplôme, se livrent à des manœuvres coupables.

Parmi ces agissements, il en est que le Code peut atteindre ; tels sont ceux que nous ont révélés les incidents récents de Marseille et de Versailles ; il en est d'autres moins graves, qui constituent des fautes contre la déontologie ; ce sont ceux que l'on demanderait à l'Ordre des médecins de réprimer, au moyen d'une échelle de sanctions graduées suivant l'importance de la faute commise. A l'objection qui se présente immédiatement que les Syndicats médicaux comptent justement au nombre de leurs attributions la répression des délits d'ordre déontologique, on a répondu que les Syndicats ne comprennent pas l'universalité des médecins, que leurs décisions n'ont qu'une portée morale, sans sanction effective ; mais en serait-il autrement si l'Ordre des médecins était investi du pouvoir de prononcer des sentences pouvant aller jusqu'à la radiation ? Celui qui serait radié n'en continuerait pas moins à exercer, puisque légalement, un médecin ne peut être suspendu, en vertu de l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892, que s'il s'est rendu coupable de vol, d'escroquerie, d'abus de confiance. Aucun tribunal ne prononcera donc la suspension d'un médecin s'il a subtilisé le client d'un confrère, fait des visites au rabais, en concurrence déloyale, abusé de la candeur du client en multipliant à l'excès ses visites ou en demandant des honoraires exagérés, si condamnables que soient ces fautes déontologiques et bien d'autres du même acabit.

Tout en reconnaissant, avec Montaigne, que « science sans conscience est la ruine de l'âme », on est bien forcé de constater que les questions déontologiques sont souvent d'interpréttation délicate, que certains écarts relèvent plutôt de la conscience que d'un conseil de discipline. Tout praticien, si honnête qu'il soit, prend-il toujours la peine, lorsqu'un nouveau client se présente à lui, de lui demander s'il est dégagé de toute obligation vis-à-vis du confrère qui l'a précédé, s'il a réglé ses honoraires ? cependant, la déontologie exige que l'on s'enquiert du nom du prédécesseur et que l'on fasse une démarche auprès de lui pour s'assurer s'il a été rémunéré de ses services !

Quelles mesures pourrait prendre l'Ordre des médecins contre ceux qui inondent la Presse politique de réclames à peine déguisées, qui annoncent *urbi et orbi* la guérison de la syphilis, de la tuberculose et du cancer, et drainent ainsi la foule des imbéciles et des incurables au détriment de ceux qui se bornent à traiter ces malades suivant les règles de la saine thérapeutique ?

En somme, l'Ordre des médecins qui ne pourrait se substituer aux tribunaux pour la répression des délits qui relèvent du Code, ne jouerait qu'un rôle platonique, quand il serait appelé à se prononcer sur la question d'ordre déontologique.

Mais l'Ordre des avocats, objectera-t-on ? Je ne suis pas bien sûr qu'il puisse toujours réprimer certains écarts analogues à ceux reprochés à quelques membres du Corps médical.

D'ailleurs, on ne peut assimiler la pratique du barreau à celle de la médecine ; si l'avocat ne peut réclamer ses honoraires devant les tribunaux, il bénéficie cependant d'un avantage appréciable sur le médecin, celui de se faire honorer d'avance par le versement d'une provision, alors qu'en vertu d'usages surannés que les conditions nouvelles d'existence devraient abolir, le médecin attend un an révolu avant d'envoyer une note qui lui est souvent contestée, en dépit de sa modicité.

Enfin, M. P. Cornet, que j'ai déjà cité précédemment, revient de nouveau sur le sujet qui nous occupe dans *Paris médical* du 9 juin 1923.

Les histoires lamentables du *trafic des carnets médicaux* et de celui des *stupéfiants* ont trouvé la seule lessive qui leur convenait : les sanctions judiciaires. C'est grâce à la poursuite des coupables par la Justice, que la réputation du corps médical ne saurait être atteinte, en quoi que ce soit, par ces scandales ; l'ivraie sera séparée du bon grain ; les coupables seront punis, et tout sera dit.

Il y a sans doute des esprits spécieux pour croire qu'un Ordre des médecins eût réussi à empêcher ces actes délictueux : c'est une erreur. Tout au contraire, il est permis de présumer que, par une fausse conception de l'honneur de la Corporation, le « Conseil de l'Ordre » aurait eu la velléité, sinon d'étouffer de pareils agissements, du moins de se substituer à la loi « égale pour tous », en risquant d'envelopper tous ses justiciables dans une atmosphère de suspicion publique.

C'est sans doute pour des considérations de ce genre, que les professeurs Victor Cornil et Paul Brouardel se montrèrent défavorables à l'idée de la création d'un Ordre des médecins. Qu'il me soit permis de conclure par ce desideratum : aux délinquants de droit commun, la Justice commune ; à ceux qui pèchent contre la déontologie ou qui commettent des actes anticonfraternels ; le conseil de famille ou l'assemblée générale des diverses sociétés (syndicats, amicales, etc.). Hors de cela, je ne trouve pas place pour le vieux Croquemitaine aux apparitions périodiques et étranges. Qu'il s'en retourne dans l'Empire des Ombres !

Ainsi, nous voici plusieurs médecins, appartenant à des milieux différents, ne nous connaissant pas, n'ayant de rapports les uns avec les autres que par ce que nous lisons sous la signature de chacun de nous. Car je veux croire que ces confrères me lisent, comme je le fais moi-même, en mettant, en outre, ma coquetterie à les citer, quand j'en trouve l'occasion. Nous cherchons passionnément la vérité ; nos personnalités ne comptent pas.

A quelle conclusion aboutissons-nous, sans nous être entendus au préalable ? A ceci, qu'un Ordre des Médecins serait une chaîne de plus autour du libéralisme de la profession médicale, sans qu'il en pût ressortir, en contre-partie, aucun avantage.

Je considère à cette heure que la question est jugée, bien jugée. Les partisans d'un Ordre des Médecins ne nous ont apporté aucun argument probant en faveur de leur thèse. Nous leur avons fait, par contre, toute une série d'objections auxquelles je les mets au défi de répondre valablement.

***

Mais je ne perds pas de vue l'idée que j'ai émise ici-même, il y a quinze jours, d'organiser des Commissions médicales régionales calquées sur les Commissions provinciales belges.

M. Cornet pense que les fautes contre la déontologie, contre la confraternité, doivent être déférées au Conseil de famille ou à l'Assemblée générale des diverses Sociétés (syndicats, amicales, etc.).

J'ai moi-même à plusieurs reprises défendu la même thèse.

Mais, dans le temps où M. Boulard nous adressait une critique des commentaires de Boudin sur le projet de loi tendant à créer un Ordre des Médecins, critique un peu..... enfantine, que nous avons publiée dans notre dernier numéro, avec l'impartialité que nous mettons notre honneur à apporter dans nos discussions, il publiait dans le *Journal des Praticiens*, un article intitulé : *La conscience médicale*, dans lequel, rappelant l'intervention de l'Union des Syndicats à propos des affaires de Marseille, il dit : « Connaissant des faits délictueux et désirant y mettre fin, les Syndicats furent incapables de faire arrêter les coupables, incapables d'arrêter leurs louches agissements, incapables de les mettre à la porte de notre famille. La bonne volonté des Syndicats est manifeste ; leur impuissance l'est autant ».

Eh bien ! je dois le reconnaître, il y a un peu de vrai dans cette dernière affirmation. Je viens d'en avoir la preuve, et j'avoue que j'en suis demeuré quelque peu pantois. L'affaire vaut la peine d'être contée.

Or donc, trois médecins *syndiqués* exerçant dans la même région, avaient convenu par écrit, et s'étaient engagés à ne pas tarifer le moindre de leurs actes médicaux, la visite, à moins de huit francs.

A quelque temps de là, l'un de ces médecins apprit que les deux autres, ne tenant aucun compte des engagements pris, ne réclamaient que six francs pour les honoraires de leurs visites.

Il nous écrivit pour nous demander comment il pourrait s'y prendre pour rappeler ses confrères au respect des conventions acceptées de part et d'autres ; ceux-ci reconnaissaient d'ailleurs l'exactitude des faits qui leur étaient reprochés.

Nous lui répondîmes que deux voies s'ouvraient devant lui à cet effet : la première, la voie judiciaire. Puisqu'il y avait violation formelle d'une obligation non contraire à l'ordre public et librement souscrite, les tribunaux pouvaient être saisis du litige et déterminer dans quelle mesure notre correspondant devait obtenir réparation du préjudice qui lui avait été causé.

La seconde, — c'est celle que nous lui recommandions tout particulièrement, — consistait à saisir son Syndicat, érigé en Conseil de famille, du conflit intervenu, en lui demandant de rappeler les délinquants au respect de leurs engagements, faute de quoi une sanction pourrait leur être appliquée, jusqu'à concurrence de leur mise à l'index.

Notre réponse fut communiquée au secrétaire du Syndicat qui nous écrivit une lettre quelque peu virulente, dans laquelle il nous reprochait de n'être pas sérieux. A son sens, son Syndicat se garderait bien de frapper les délinquants d'une peine quelconque, et surtout de la mise à l'index. Il était désarmé, car la mesure, à supposer qu'elle fût prise, serait inopérante, ceux-ci exerçant à la limite de la zone syndicale, et pouvant trouver en dehors d'elle les concours et les coopérations dont ils pourraient avoir besoin.

Il ajoutait d'ailleurs que le fait s'était déjà produit, qu'une mise à l'index avait déjà été prononcée, et que les spécialistes d'une ville importante voisine, mais ne faisant pas partie du Syndicat intéressé, avaient été enchantés de l'aubaine qui leur permettait d'être appelés par l'exclus et d'augmenter ainsi leur champ d'action, au détriment de ceux du ressort du Syndicat. Il terminait en appelant, de tous ses vœux, l'Ordre des Médecins qui échapperait à des considérations de cette nature, et se prononcerait en toute indépendance.

J'ai compris dès lors que, quelque animés qu'ils fussent des meilleures intentions, les Syndicats se heurtaient souvent à des situations de fait qui les ligottaient et paralysaient leur action.

Des conflits de même espèce, terminés aussi

négativement, étant venus à ma connaissance, je n'en ai pas conclu, comme le secrétaire du Syndicat dont je rappelle en substance la lettre, que notre salut ne tenait plus qu'à la création de l'Ordre des Médecins. Mais, mon voyage récent en Belgique, en me montrant la constitution et le fonctionnement des Commissions provinciales belges, m'a suggéré que nous aurions peut-être intérêt à superposer à nos Syndicats un organisme conçu dans le même esprit, et qui jouirait de l'indépendance que tous les Syndicats sont loin de posséder.

Cet organisme, dont j'ai esquissé, il y a quinze jours, les attributions, ne pourrait être qu'une émanation des Syndicats. Je ne le vois pas autrement. Que les anti-syndicalistes soient d'un avis opposé, un fait demeure que nous ne pouvons méconnaître, quelle que soit notre opinion : les Syndicats médicaux sont la *représentation légale* du corps médical. Groupés dans l'Union des Syndicats, ils forment le Corps médical organisé. Prétendre qu'ils ne représentent pas TOUT le Corps médical, c'est proprement une affirmation spécieuse. On objectera vainement que le Syndicalisme ne compte que 16.000 médecins sur les 24.000 qui figurent dans les Annuaires, en France. Car il est au moins imprudent de prétendre que ces 24.000 médecins *exercent* en qualité de praticiens.

Faisons abstraction de la région parisienne, qui se trouve dans une situation toute particulière, et dont il ne faut tenir qu'un compte médiocre quand on parle de Syndicalisme. Dans cette région, on dénombre environ 5.000 médecins inscrits sur les Annuaires, dont 1.500 seulement sont syndiqués. Si nous les défalquons de notre calcul, nous constatons que, pour le reste de la France, il y a 19.000 médecins, dont 14.500 syndiqués. Nous n'en trouverions donc que 4.500 non syndiqués. Je mets en fait que sur ces 4.500 non syndiqués, une bonne moitié est composée de médecins âgés, qui n'exercent plus, de médecins fonctionnaires, de spécialistes, de directeurs de maisons de santé, etc.

Nous n'en compterions donc plus que 2.250 qui se tiendraient volontairement en dehors du Syndicat, quoique praticiens. 2.225 sur 16.725, soit 13 %. Cette infime minorité de dissidents saurait d'autant moins prétendre avoir voix au chapitre que rien ne l'empêche de se grouper avec les autres. Elle prétend, à tort ou à raison, rester à l'écart : tant pis pour elle. L'indépendance qu'elle entend conserver ainsi dans toute sa plénitude l'exclut de tout droit à une représentation officielle et légale. Elle subit le sort des minorités infimes.

Expression légale de la profession médicale, fort de son imposante majorité de 16.000 adhérents, le Syndicalisme est donc bien l'image du Corps médical organisé, et c'est de lui que doit procéder toute organisation nouvelle.

Je publierai plus tard un projet complet de Commissions médicales régionales.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Un essai de non-application du Tarif Breton. Un médecin n'aurait-il plus le droit de faire des massages à son blessé ?

Décidément, on y va, de plus en plus, à ce que j'ai appelé « l'exercice de la médecine....... sans les médecins ». On y court même.

On s'est d'abord efforcé de créer, à côté du praticien, des « *ersatz* », sous forme d'infirmiers en tous genres. On a continué par des « *succédanées* » plus avenantes, sous forme d'infirmières visiteuses qu'on essaye de dresser *contre* le Corps médical, au lieu d'en faire les collaboratrices naturelles. Ceci fut même le « tableau de fond » du Congrès de Strasbourg..... Mais l'appétit vient en mangeant. Il s'agirait maintenant d'*officialiser la médecine sans médecins*. Pour cela, il convient donc, dès l'abord, d'obliger le praticien — qui fait consciencieusement à un blessé du travail les massages nécessaires — à « passer la main » (c'est le mot) *obligatoirement* à un « ersatz ». Ou bien, s'il ne se laisse pas faire, il devra être considéré comme tel et ne toucher que le salaire de celui-ci, et non plus les honoraires auxquels il a droit d'après le tarif officiel des accidents du travail, lequel tarif, retardataire sur le progrès, n'est encore destiné qu'aux *seuls* médecins.

A quand le tarif officiel des soins donnés par les non médecins ?

On y va . On y court... Après cela, il n'y aura plus qu'à tirer l'échelle — et, pour le praticien, qu'à se retirer sous sa tente, ou plutôt, comme il ne peut pas vivre de l'air du temps, qu'à se mettre terrassier ou marchand de moutarde ... A moins qu'il ne préfère être promu « infirmier », après examens spéciaux toutefois, destinés à se rendre compte s'il est vraiment capable d'exercer cette profession.

Vous allez, sans doute, croire, confrères, que c'est là une simple boutade de ma part ?... Lisez donc la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Je suis en conflit avec l'assurance le Z. pour une petite affaire d'une cinquantaine de francs. J'abandonnerais volontiers mes cinquante francs et même toute ma note (209 fr. afin d'éviter toute chicane, si le Z.... ne soulevait un point de droit assez étrange.

Mon blessé, atteint d'une entorse du pied, fut visité (sans que j'en sois prévenu d'ailleurs) par le médecin de l'assurance qui écrivit le petit rapport suivant à son assurance : « *A examiner tous les 4 ou 5 jours.* A masser journellement ».

Là dessus, le Z... prétend que le blessé devait aller se faire masser chez une masseuse (on lui avait donné une adresse). Pour le payement, on me propose cinq francs par massage, prix accordé au masseur, et une consultation tous les 4 ou 5 jours. Une telle prétention paraît remettre en question le cumul qui causa jadis tant de discussions. L'assurance considère une valeur consultation qu'elle estime à 3 fr. et une valeur travail infirmier qu'elle estime à 5 fr. Peut-elle obliger le blessé à aller chez son masseur ? Peut-elle obliger le médecin à accepter un tarif réduit de masseur rebouteur ?

Je vais probablement accepter n'importe quoi, ne pouvant d'ailleurs poursuivre le patron de mon blessé. Mais j'avoue que les prétentions des assureurs deviennent pour les médecins assez pénibles.

Je serais heureux d'avoir un conseil à ce sujet.

Dr H. G.

Avais-je exagéré en quoi que ce soit ? En cas de massages nécessaires, le praticien est enfermé par l'assurance en ce délicieux dilemne. Ou bien « passer la main » au masseur, ou bien opérer lui-même, comme Pierre Petit, mais alors, abandonner les honoraires auxquels il a droit (8 fr. la consultation, y compris le massage. Art. 16 du tarif Breton), et se contenter du salaire d'usage payé à un masseur, soit 5 francs la séance. A son tour, en somme, il passerait pour « remplaçant du masseur », puisque la Compagnie lui ferait, tout de même, l'honneur de l'accepter comme masseur et de le payer comme tel.

Dégoûté de ces chicanes, le Dr H. G. s'écrie :

« J'abandonnerais volontiers mes 50 francs et même toute ma note !..... »

Combien je le comprends !

Et cependant non, mille fois non ! confrère. Ce n'est pas le moment d'*abdiquer* ainsi. Il faut lutter..... « jusqu'au bout » comme on disait durant la guerre. Ce n'est plus là une question d'argent, mais de principe. Il faut lutter non seulement pour vous, mais pour le Corps médical tout entier

Je suppose que vous êtes membre du « Sou médical ». En ce cas, vous pouvez être assuré de son appui moral et financier. Si malheureusement, vous n'en faisiez pas partie, vous aurez, dans tous les cas, et son appui moral et les conseils de ses avocats, enfin, tout ce qu'il pourra faire pour vous, sans violer ses statuts.

Et d'ailleurs, m'est avis que vous pouvez « y aller carrément ». Je ne vois pas comment vous pourriez ne pas avoir gain de cause, en votre si légitime — et si naturelle — revendication de votre droit de soigner vos blessés et de vous faire payer ainsi qu'il est dit dans le tarif *officiel* des accidents du travail. Qui oserait donner raison à ceux qui voudraient livrer — légalement — leurs blessés du travail à toutes les fantaisies interventionnelles de non-médecins, sans se soucier des dangers auxquels ces blessés pourraient parfois être exposés..... et cela, simplement pour gagner quelques sous sur leurs frais de traitement ?

Dr Fernand DECOURT.

DÉONTOLOGIE

Secret professionnel. Sage-femme. Déclaration du fœtus

Une sage-femme assiste une femme dans une fausse couche d'environ 4 mois. Une dénonciation est envoyée au Parquet, accusant l'avortement d'être criminel en laissant la sage-femme de côté. La gendarmerie demande à cette dernière si oui ou non elle a donné ses soins : la sage-femme répond que liée par le secret professionnel, elle ne peut répondre à cette question. Une deuxième fois on lui envoie les gendarmes, même attitude. Elle est convoquée devant le juge de paix qui l'entend sur commission rogatoire, le procureur ayant déclaré *qu'il la déliait du secret.* Même attitude. Actuellement le Parquet à classé l'affaire d'avortement, mais a INCULPÉ la sage-femme *de non déclaration d'enfant.* Nous avons vu ensemble le procureur. Sa thèse est qu'on doit parler, qu'il n'y a pas de secret qui tienne, du moment qu'il en délie et que l'on doit déclarer *toutes les expulsions de fœtus quel que soit leur âge.* Dans le cas particulier la sage-femme n'est pas encore, au moment où je vous écris, convoquée chez le juge d'instruction; mais on lui a annoncé qu'elle le serait incessamment.

Je demande à un parlementaire de poser au ministre de la justice, grand chef des Parquets, c'est-à-dire ayant la haute main sur la surveillance de l'état civil, la question de savoir si les personnes présentes à l'expulsion d'un fœtus, ayant moins de 6 mois de vie intra-utérine, doivent faire la déclaration et si les mairies doivent les recevoir et les enregistrer ? Je

serais heureux de connaître le sentiment de notre ligue de défense professionnelle et, dimanche, à la réunion du syndicat, j'ai l'intention de poser la question aux confrères. C'est une affaire extrêmement grave à mon sens, surtout si on impose cette déclaration, parce que c'est l'absence de soins pour 8 femmes avortant sur 10 et la péritonite pour x... cas. Sans compter les ennuis pour les clients et les médecins.

J'ai combattu vigoureusement la thèse du Procureur, homme très charmant du reste, mais si je ne me trompe il y a dans le cas signalé simplement ceci : le Parquet a été froissé qu'une pauvre sage-femme de campagne lui résiste — et il veut l'intimider — il veut la faire « caler ». C'est une action oblique en marge du Code, je crois — du moins.

Dr M.

Réponse.

Lorsque le Conseil de Direction du *Concours médical* m'a demandé, l'an dernier, d'étudier, pour les lecteurs du journal, comment nous comprenions notre obligation au secret vis-à-vis de nos malades, j'ai déclaré que ce secret était intangible et que personne ne pouvait nous en délier. (*Concours médical*, 1922, pages 1742 et suiv.).

En médecine, nous ne pouvons avoir la même conception de notre devoir que les magistrats. Dépositaires par profession de choses secrètes de leur nature, nous n'avons pas le droit de nous ériger en juges, pour savoir quels sont les cas où nous pouvons parler et quels sont ceux où nous devons nous taire, dans le seul intérêt de notre client.

Le magistrat, chargé de la poursuite des crimes et délits, estime que nous devons à la justice d'abord toute la vérité. C'est une conception que nous ne saurions admettre, car, pour nous, il y a un devoir plus impérieux que celui de satisfaire la justice, c'est celui de sauver une vie humaine.

Or, sans le secret professionnel absolu et intangible, bien des confidences ne nous seraient pas faites et nous pourrions, dès lors, commettre des erreurs, préjudiciables à nos clients.

C'est, pour ces motifs que les rédacteurs du Code pénal nous obligent, par l'article 378, à un silence absolu, puisque le législateur a supprimé les mots « sauf les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs » (crimes contre la sûreté de l'Etat, etc.).

La sage-femme a donc parfaitement bien agi et elle doit être soutenue par tout le Corps médical de la région, qui doit se solidariser avec elle, pour sa défense.

Devait-elle déclarer l'expulsion du fœtus ?

Aux termes des articles 55 et 56 du Code civil, sont précisées les modalités des déclarations de naissances ; mais ces articles ne parlent que « d'enfant » et non de fœtus.

Les pénalités prévues par les articles 345, 346 du Code pénal n'envisagent que les délits de suppression d'enfant, ou de non-déclaration d'accouchement. Mais, nulle part, il n'est question de fœtus.

Il faut en conclure, que les rédacteurs du Code civil et du Code pénal n'ont envisagé que l'hypothèse de la déclaration, ou de la suppression des produits *viables* de la conception, c'est-à-dire les enfants venus après plus de six mois de vie intra-utérine.

La jurisprudence s'est ralliée à cette manière de voir.

D'après la Cour de Cassation (crim. 7 août 1874, D. 1867, 1, 5 ; S. 75, 1, 41) et plusieurs Cours d'appel, on ne doit déclarer à l'officier de l'état civil que l'être venu au monde après six mois de gestation, c'est-à-dire réputé viable (voir Dalloz, suppl. au répert. alphab., v. crimes et délits contre les personnes, nº 375).

Plus près de nous, le tribunal correctionnel de Toulouse (2 décembre 1896 ; D. 1897, 2, 268) a également jugé que la déclaration et la présentation du produit d'un accouchement doit être considéré comme survenu avant terme, lorsqu'il a lieu avant six mois de gestation.

En sens contraire, mais antérieurement à l'arrêt de Cassation précité, la Cour de Metz (24 août 1854, D. 1854, 5, 431) et celle de Paris (15 février 1865, D. 1865, 2, 139) avaient jugé « qu'à quelqu'époque que la gestation soit parvenue, pourvu que ces enfants présentent la forme d'un être humain », ils doivent être présentés à l'officier de l'état civil, qui demeure seul juge de savoir s'il y a lieu de procéder à la rédaction d'un acte de décès.

Malgré l'interprétation donnée par la Cour de Cassation, du texte des articles 345 et 346 du Code civil, des arrêtés ont été pris par l'autorité administrative, pour exiger des médecins et sages-femmes la déclaration de tout fœtus et embryon (circulaires du préfet de la Seine des 18-24 novembre 1868, du 15 janvier 1869, du 28 janvier 1875, du 2 6 juillet 1882, du 10 janvier 1886, du 27 mars 1888, du 16 juin 1903, voir *Bulletin* de la Société de médecine légale, XVIII, p. 135).

Des arrêtés analogues ont été pris dans d'autres villes, notamment à Lyon (Lacassagne, du rôle du médecin dans la révision du Code civil, *Archives d'anthropologie criminelle*, 190 6, p. 81).

En ce qui concerne la ville de Paris, la déclaration est exigée pour tout fœtus ayant atteint l'âge de six semaines.

Il en résulte que, dans une localité, où n'existe aucun texte réglementaire, concernant la déclaration des fœtus, cette dernière doit être faite, en conformité avec l'interprétation donnée par

l'arrêt de Cassation du 7 août 1874, c'est-à-dire après six mois de gestation.

Nous ne nous arrêterons pas, dans le cas particulier, sur le point de savoir si les circulaires, ou arrêtés municipaux sont légaux, c'est-à-dire s'imposent aux médecins et aux sages-femmes. Certains auteurs ont, en effet, soutenu (Rocher, Société de médecine légale, VII, p. 571) qu'il n'est pas loisible, à l'autorité administrative, de légiférer, en ajoutant aux obligations imposées par la loi. D'autres auteurs, au contraire (Berdeley, Soc. de médecine légale, XVIII, p. 51 ; Brouardel. La responsabilité médicale, p. 200 ; Perreau, Eléments de jurisprudence médicale, p. 374), ont soutenu que ces décisions ont été prises non pour interpréter l'article 56 du Code civil mais pour assurer la moralité, la tranquillité et la salubrité publiques, qui sont de la compétence de l'autorité municipale.

Nous concluons donc, que, dans l'espèce qui nous est soumise, la sage-femme a eu raison de se refuser à parler, liée qu'elle est par le secret professionnel.

De plus, n'a aucun fondement juridique l'inculpation de non-déclaration d'enfant, puisqu'il s'agissait d'un embryon et non d'un enfant viable.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Evocation des Affaires de Carnets Médicaux. — Encore l'article 64. — Intervention de M. Gilbert Laurent. — Réponse du ministre des pensions.

M. Gilbert Laurent. Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit par nos collègues. Cependant il y a un point sur lequel je veux appeler l'attention de M. le ministre de la guerre

Un certain nombre de mes confrères qui font partie des commissions de réforme m'ont affirmé que, dans certains cas, le temps qu'on leur donne pour examiner les malades est beaucoup trop limité, qu'ils sont obligés d'écourter leur examen, ce qui ne leur permet pas toujours de déceler certaines maladies difficiles à découvrir ou exigeant des examens prolongés.

Je demande à M. le ministre de la guerre de donner des ordres pour qu'on n'examine dans la même séance qu'un nombre restreint de malades, sauf à multiplier le nombre des séances ou à augmenter leur durée, afin que l'examen des malades soit fait d'une façon complète et scientifique.

M. Eymond a écrit dans son rapport que le choix du médecin traitant et du pharmacien laissé aux mutilés avait, dans certains cas, facilité les collusions et les fraudes, mais il reconnaît qu'elles ont été heureusement limitées à quelques exceptions. M. Dufos du Rau a parlé dans le même sens. Je les en remercie. Je crois que l'immense majorité du corps médical français est tout à fait au-dessus des soupçons, qu'il mérite encore et toujours l'estime, la sympathie et l'admiration de tous. (*Très bien ! très bien !*)

Je n'en veux pour preuve que le décès de nombreux médecins, d'internes, de simples étudiants, qui sont morts dans les hôpitaux de Paris ou de province, au chevet de leurs malades, en sacrifiant leur vie pour sauver celle de leurs malades.

Je ne parlerai pas du désintéressement si connu de tant de savants illustres, de tant de médecins qui ne tirent aucun *profit pécuniaire de leurs découvertes*, En France, c'est une règle. Nos savants, lorsqu'ils font une découverte thérapeutique, n'imitent pas certains savants étrangers. Ils publient immédiatement cette découverte, de façon que tous les malades et l'humanité tout entière puissent en profiter.

Je voudrais vous citer encore l'exemple de jeunes savants de l'Institut Pasteur, qui sont docteurs en médecine et docteurs ès sciences, et qui, pour un prix dérisoire, inférieur au salaire du dernier des cantonniers de la ville de Paris, font un service extrêmement important et y consacrent tout leur temps, tout leur savoir. Ils touchent 500 fr. par mois !

L'un d'eux avait soigné, à l'Institut Pasteur, un homme fort riche, atteint d'une maladie qu'il était parvenu à guérir, grâce à ses soins et aux découvertes de M. Curie. Ce malade, reconnaissant, offrit à son médecin une somme de 10.000 fr. Celui-ci refusa en disant : « Je suis payé. J'ai mes 500 fr. par mois. Je ne demande rien de plus. »

Le malade reconnaissant, qui était un grand banquier de Paris, envoya 300.000 francs à l'Institut Pasteur. (*Applaudissements.*)

Les médecins français qui donnent de tels exemples sont nombreux. Il convient de les en féliciter ; ils honorent, à la fois, la profession médicale et la nation française.

Ces confrères n'ont pas oublié, ils n'oublient jamais que, pour être un bon médecin, il faut non seulement de la science, mais de la conscience, de la valeur morale, du dévouement et du désintéressement. (*Applaudissements.*)

La médecine n'est pas un métier, c'est une profession, une noble profession. On a dit que c'était un

sacerdoce, c'est exact. Ceux qui veulent s'enrichir en faisant de la médecine, doivent chercher une autre profession.

L'exercice de la médecine apporte toujours des soucis, des responsabilités, des fatigues de toutes sortes ; elle apporte, quelquefois, des honneurs, de la considération, rarement, très rarement, la fortune. (*Très bien ! très bien !*)

Il y a eu, en effet, ce que l'on a appelé le scandale des carnets médicaux.

Je ne veux pas excuser les médecins coupables. J'ai été chirurgien et n'hésiterais pas à amputer et retrancher du corps médical les membres gangrenés, mais il y a aussi des responsabilités en dehors du corps médical. Il y a les administrations, depuis le ministère des pensions jusqu'aux préfectures et mairies.

Certains mutilés aussi n'ont pas usé avec assez de discrétion et de justice des carnets qui leur avaient été remis.

Enfin, les magistrats chargés de réprimer les abus et d'exercer des poursuites ont, au début au moins, été au-dessous de leur tâche, pour ne pas dire plus.

La loi des pensions a été votée le 31 mars 1919, elle a été complétée par l'article 64 voté le 8 juillet 1922, soit plus de deux ans après.

Le décret qui organisait et réglementait le contrôle, le fonctionnement, la surveillance des soins donnés aux mutilés n'a paru que le 25 octobre 1922.

En réalité, le décret et la loi relatifs à l'application de l'article 64 n'ont joué qu'à partir du 1er janvier 1923.

J'appelle votre attention sur ce point : les abus signalés à propos des carnets médicaux ont presque tous eu lieu avant 1923, c'est-à-dire avant que fonctionne le contrôle actuel.

Dès 1920, l'Union des syndicats médicaux de France demandait le contrôle du service des carnets médicaux. Dès le début de 1921, le syndicat des médecins de la ville de Marseille faisait apposer dans les rues de cette ville une affiche signalant ces abus et appelant sur eux l'attention du public. Un exemplaire de cette affiche vous a été envoyée, monsieur le ministre.

M. Guérin. Le syndicat des pharmaciens était d'accord avec le syndicat médical.

Si on avait écouté les médecins et les pharmaciens de Marseille, les poursuites auraient eu lieu plus tôt. Ce sont eux qui les ont signalées et si la justice s'était montrée plus active, nous n'aurions pas assisté au scandale que vous connaissez.

M. le ministre des pensions. Ce n'est pas exact.

M. Gilbert Laurent. Les médecins et pharmaciens n'ont pas été cause du non-lieu qui a semblé encourager à poursuivre les abus qu'ils avaient les premiers signalés au public et à l'administration.

M. Charles Bernard. Pourquoi y a-t-il eu non-lieu ?

M. Gilbert Laurent. Jusqu'en janvier 1921 et, à Marseille, jusqu'en mars 1923, le contrôle n'était pas fait par la commission tripartite qui n'existait pas. Il était exercé exclusivement par l'administration. A Marseille, notamment, il était effectué par la commission de l'assistance médicale gratuite, laquelle ne comprenait aucun médecin de Marseille. C'est certainement au retard du vote de l'article 64, au retard de l'apparition du réglement d'administration publique et de l'institution du contrôle tripartiste que sont dus ces abus. Les médecins se connaissent bien ; comme les pharmaciens, ils savent si, parmi eux, il en est qui sont susceptibles d'abuser de l'article 64.

Lorsque la commission tripartite fonctionnera, ces abus diminueront et cesseront même d'une façon à peu près complète.

M. Guérin. Si les syndicats avaient plus de puissance, ces abus pourraient être réprimés beaucoup plus rapidement et même empêchés.

M. Gilbert Laurent. C'est tout à fait mon avis. D'après le règlement d'administration publique, chaque carnet délivré à un mutilé doit être remis par la mairie au titulaire lui-même ; or, dans beaucoup de villes et à Marseille notamment, les carnets étaient remis non pas aux mutilés invididuellement, mais par centaines à des médecins, à des pharmaciens ou à des présidents d'associations de mutilés. On m'a même affirmé que, dans cette ville, un des hommes chargés de la répartition de ces carnets avait eu sept condamnations, dont une à cinq ans de réclusion. (*Exclamations.*)

Je m'étonne que l'administration préfectorale qui devait connaître ces faits, n'ait pas protesté et sévi plus tôt. On a même soutenu et, dans quelques cas, cela est malheureusement vrai, que devant l'impunité dont avaient bénéficié au début les premiers et principaux coupables, il s'était créé de véritables associations pour spéculer sur les carnets médicaux et que certains pharmaciens achetaient les carnets en bloc ou les notes séparées.

M. Valude. Même à Paris.

M. Gilbert Laurent. Un peu partout, malheureusement, mais je parle de faits qui sont antérieurs à 1923.

Or, nous voulons, messieurs, éviter le retour de ces abus. Comment y arriver ?

Un de nos collègues, M. de Moro-Giafferri, voulait proposer que chaque carnet portât la photographie du titulaire. Cette méthode est bonne, mais elle est peut-être un peu compliquée. En tout cas, il suffirait d'appliquer strictement la loi et les décrets.

Il faut que les commissions tripartites et leurs secrétaires, qui sont des médecins et des pharmaciens désignés par leurs syndicats, y veillent d'une façon stricte ; il faut que leur vigilance soit doublée de celle des délégués des mutilés et de l'administration.

Comme je vous l'ai dit, les médecins et les pharmaciens se connaissent et ils auraient vite fait, par l'examen des bordereaux qui leur sont soumis, de dépister ceux qui abusent des facilités qui leur sont

données pour réclamer à l'Etat plus qu'ils ne devraient.

Lorsqu'une plainte fut déposée, sur la dénonciation des syndicats des médecins et pharmaciens de Marseille, on commit un juge d'instruction qui fit durer plus d'une année l'examen des faits en question et conclut à un non-lieu.

Or, il y avait eu des abus suffisamment graves et le juge d'instruction, qui cependant s'était montré sévère dans un cas particulier, ne sut pas ou ne voulut pas réprimer les faits qui lui étaient signalés. Ce juge d'instruction, vous ai-je dit, s'était montré beaucoup plus sévère dans le cas particulier que je me permets de vous signaler.

Un médecin avait dit à une de ses clientes qu'il était indispensable qu'elle subît une opération chirurgicale. Il ne revit pas sa cliente qui fut opérée, trois mois après, par un chirurgien, sans que le médecin consultant assistât à l'opération. La malade succomba sous l'anesthésie et le juge d'instruction qui avait conclu à un non-lieu pour des abus très graves fit, sans que la famille de la malade eût déposé la moindre plainte, poursuivre le médecin consultant qui, trois mois auparavant, avait conseillé l'opération.

Quand on est si exigeant dans certains cas particuliers, on doit faire un peu mieux son devoir lorsqu'on examine des faits graves, de véritables scandales de notoriété publique. Je ne veux pas croire que le juge d'instruction que je vise et dont je ne veux pas dire le nom....

M. Charles Bernard. Tout le monde le connaît.

M. Gilbert Laurent. .....ait été influencé par la qualité ou les titres des hommes qu'il aurait eu à poursuivre. Mais, je puis affirmer que, s'il y avait beaucoup de juges d'instruction comme celui-là, la parole que prononçait, un jour, un garde des sceaux : « La magistrature a quelque chose de pourri » serait justifiée.

J'espère bien que ce juge d'instruction est unique en son genre. Mais il est certain, pour moi et pour tous ceux qui ont voulu étudier cette question de près, que si, dès le début, quand on a signalé l'existence de faits criants, la justice avait sévi, ces faits ne se seraient pas renouvelés. (*Très bien ! très bien !*)

Ce non-lieu a été pour les fraudeurs une sorte d'encouragement à imiter les auteurs de ces méfaits.

Votre administration, monsieur le ministre, n'est pas non plus tout à fait sans reproche, car il a été affirmé que c'était sur des ordres émanant du ministère des pensions qu'on avait payé précisément les notes fournies par les pharmaciens et les médecins incriminés. Ces notes étaient cependant assez suspectes.

M. Charles Bernard. C'étaient des notes d'apothicaire ! (*On rit.*)

M. Gilbert Laurent. Tout à fait, mon cher collègue.

M. Charles Daniélou. M. Charles Bernard parle en connaissance de cause. (*Nouveaux rires.*)

M. Gilbert-Laurent. En 1921, un pharmacien qui s'était fait payer une note de 25.505 fr. 40, présentait, en 1922, une note de 433.117 fr. 30. Un autre, qui avait une note de 46.189 fr. 40, en 1921, avait une note de 259.147 fr. 80, en 1922. Enfin, un troisième — je ne parle que des notes pour fournitures de médicaments aux mutilés de guerre — faisait passer sa note de 88.786 francs, en 1920, à 480.892 fr. francs, en 1921, et 480.607 francs, en 1922.

En 1921, le juge d'instruction n'avait pas trouvé ces éléments suffisants pour faire poursuivre le pharmacien qui présentait cette note et le médecin qui avait signé ces carnets médicaux. (*Interruptions à l'extrême gauche.*)

M. Ringuier. Reste à savoir si le juge d'instruction avait ces renseignements. Vous faites le procès d'un juge d'instruction qui a fait son devoir !

M. Gilbert Laurent. S'il avait fait son devoir, certainement ces actes n'auraient pas continué. Il aurait dû les réprimer et ne pas conclure à un non-lieu en face de faits certains.

M. Niveaux. Avait-il les renseignements ?

M. Gilbert Laurent. S'il est juge d'instruction, il devait les connaître. S'il ne les avait pas, c'est qu'il ignorait son métier.

M. Ringuier. On ne peut avoir connaissance d'un délit qui n'est pas encore commis. Vous faites un procès de tendance.

M. Charles Bernard. Non, une œuvre d'assainissement.

M. Gilbert Laurent. Dans la ville à laquelle je fais allusion, les services de la préfecture ont distribué 40.000 carnets. 39.000 seulement ont été distribués. On n'a jamais su ce qu'étaient devenus les 1.000 autres.

Je connais un mutilé qui a été fort étonné d'être appelé, un jour, à la mairie. On lui a demandé de s'expliquer et de dire pourquoi il réclamait un troisième carnet.

« Je n'ai jamais été malade, répondit-il ; je n'ai jamais réclamé de carnet, je n'ai jamais passé une visite médicale. »

On avait délivré, à son nom, à une tierce personne qu'il ne connaissait pas, trois carnets médicaux de dix ordonnances chacun.

Ce n'est la faute ni des mutilés ni des associations si les carnets ont été distribués de cette façon, je ne dirai pas à tort et à travers, car les bénéficiaires étaient certainement d'accord avec ceux qui les distribuaient.

Il y a eu de la part de l'administration chargée de distribuer les carnets une faute très grave. Si je n'excuse ni les médecins ni les pharmaciens, qui ont abusé de leurs titres scientifiques pour commettre ces escroqueries, il faut aussi faire retomber sur les administrations chargées de la distribution des carnets et de la surveillance leur part de responsabilité.

Quant à la justice, le moins qu'on puisse dire,

c'est que, au début de cette affaire, elle n'a pas fait son devoir. (*Applaudissements au centre.*)

....

....

....

M. LE MINISTRE DES PENSIONS.................

....

Enfin M. Gilbert-Laurent a parlé de la question des scandales médicaux ; je veux dire un mot de ces abus et de ces fraudes qui se sont produits à l'occasion de l'article 64 de la loi des pensions.

M. GILBERT LAURENT. L'article 64 n'était pas voté quand les scandales ont éclaté.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Mais si, l'article 64 date du 31 mars 1919. L'opinion publique s'est émue dans la circonstance parce qu'elle n'accepte pas, et elle a raison, que les sacrifices que la nation s'impose pour adoucir le sort des malades de la guerre soient détournés de leur destination au profit de malhonnêtes gens, qui, par toutes sortes de manœuvres, cherchent à édifier des fortunes non seulement au détriment de l'Etat, mais aussi des mutilés qui ne méritent pas d'être les victimes de pareils agissements. (*Applaudissements.*)

Les abus et les fraudes sont incontestables. Je ne vous signalerai pas tous les cas de fraudes ou d'abus possibles ; je me bornerai à examiner avec vous le mécanisme du contrôle organisé par l'article 64.

Comment ce contrôle a-t-il primitivement fonctionné ? Comment fonctionne-t-il aujourd'hui ?

Le contrôle primitif, je parle du contrôle qui était appliqué quand je suis arrivé au ministère des pensions en janvier 1920, le contrôle primitif était organisé, vous le savez, par le réglement d'administration publique du 26 septembre 1919 qui fixait les conditions d'application de l'article 64.

Ce contrôle, que j'ai trouvé en vigueur, je le répète, quand je suis arrivé au ministère, n'est à aucun degré mon œuvre. Je puis, par conséquent, m'expliquer à son sujet en toute indépendance.

Ce contrôle, à la vérité, était plutôt un contrôle de notes qu'un contrôle de soins.

Il était organisé de la façon suivante :

Le réglement d'administration publique du 26 septembre 1919 s'était borné à appliquer à la vérification des notes le système employé en matière d'assistance médicale, ce qui était d'ailleurs fort raisonnable, puisque le système de l'assistance médicale, éprouvé par une expérience déjà vieille, donnait couramment d'excellents résultats, quant à l'application de la loi de 1893.

Cette loi de 1893, comme vous le savez, a prévu que dans tous les départements serait organisé, sous l'autorité du préfet, un service d'assistance médicale gratuite. Mais elle n'a pas prévu les modalités suivant lesquelles ce service devrait être organisé, si bien qu'il en est résulté, d'un département à l'autre, des différences d'organisation

Dans certains départements — comme on l'indiquait tout à l'heure — le contrôle d'assistance médicale est exercé par une commission ; dans d'autres, il est simplement aux mains d'un inspecteur départemental. Et c'est ce contrôle que le réglement du 26 septembre a appliqué à l'article 64.

Pour juger équitablement de ses résultats, il ne faut pas oublier que la période pendant laquelle il a fonctionné a été une période de discussions, de conflits incessants, à tel point que, vous vous en souvenez, des médecins ont été amenés à refuser les bons de visite que les mutilés leur offraient en paiement et qu'il a été nécessaire de remanier les tarifs à plusieurs reprises.

Il est bien évident que ces discussions, que ces conflits, que ce refus de recevoir les bons en paiement, que ce remaniement successif des tarifs n'ont pas facilité le contrôle.

Néanmoins, il a tout de même, dans son ensemble, produit — quoi qu'on en pense — des résultats utiles. Je n'en veux pour preuve que les multiples poursuites auxquelles on faisait allusion tout à l'heure et qui ne sont pas toutes dues, quoi qu'on en ait dit, au contrôle nouveau.

Je trouve une autre preuve de l'efficacité du contrôle primitif dans le fait que, dans 14 départements, autres que ceux où des poursuites ont été exercées, ce contrôle nous a révélé, par les vérifications et les recoupements qu'il nous a permis de faire, un certain nombre de dépenses manifestement excessives, au sujet desquelles des justifications sont demandées par mon administration.

Mais ce contrôle, je le répète, était plutôt un contrôle de notes qu'un contrôle de soins et, à ce dernier point de vue, il était évidemment insuffisant.

On pourrait me dire : Comment se fait-il que ce contrôle, dont vous dénoncez les lacunes et les imperfections, vous l'ayez conservé si longtemps ?

Il n'a pas dépendu de moi que ce contrôle n'ait pas été modifié plus tôt.

Si les syndicats médicaux dont on a parlé avaient au début fait preuve d'un peu plus d'esprit de conciliation...

M. NIVEAUX. Très bien !

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. ...s'ils s'étaient montrés moins âpres quant à la fixation des tarifs, l'article 64 aurait pu, dès l'origine, fonctionner normalement ; nous aurions pu nous apercevoir plus tôt des inconvénients de son fonctionnement porter remède plus tôt à ses défectuosités. (*Très bien ! très bien !*)

D'ailleurs, dès que s'est apaisé le conflit surgi entre le ministère des finances et les syndicats médicaux, notre première préoccupation, et j'ajoute que cette préoccupation nous a été commune avec les représentants des médecins, a été de mettre à l'étude les différentes améliorations qui pouvaient être apportées au contrôle tel qu'il fonctionnait et c'est à cette intention que nous avons constitué une commission tripartite, dans laquelle se trouvaient des

représentants de l'administration, des médecins et des mutilés.

Cette commission, dont plusieurs de nos collègues mutilés ont fait partie, a travaillé avec beaucoup d'autorité et de compétence, et ce sont ses travaux qui ont servi de base à la loi du 21 juillet dernier, laquelle a modifié profondément l'article 64 et a remis le contrôle entre les mains des commissions tripartites départementales, dont les délibérations sont susceptibles d'appel devant une commission tripartite supérieure, siégeant à Paris au ministère des pensions.

Que vaut ce nouveau contrôle ? Il est évidemment assez difficile de se prononcer sur sa valeur, car il ne fonctionne guère que depuis quelques mois, c'est-à-dire depuis le moment où les commissions tripartites ont pu se constituer dans les départements. Ce n'est guère qu'à la fin de l'exercice, lorsque nous aurons suivi leur travail, lorsque nous aurons en mains le premier rapport annuel des commissions tripartites et, lorsque nous saurons exactement ce qu'on aura dépensé au titre de l'article 64 au cours de l'année écoulée, ce qui sera encore le meilleur moyen de voir s'il y a ou non des abus, que nous pourrons dire ce que vaut exactement ce contrôle et s'il est réellement opérant.

Mais il y a une chose que nous savons dès à présent. C'est que le contrôle ne vaudra qu'autant que vaudront les commissions tripartites, c'est-à-dire qu'autant que ceux qui les composent, aussi bien les mutilés que les médecins, se rendront compte de l'importance de leur rôle et s'acquitteront avec conscience de leur mission. (*Applaudissements.*)

Nous avons fait confiance aux uns et aux autres, le Gouvernement en déposant son projet de loi et le Parlement en votant la loi du 21 juillet. Par conséquent, on peut dire que le sort de l'article 64 est entre les mains des intéressés.

Ainsi que le disait M. Dufos du Rau, nous avons tenté là une expérience qui est intéressante au point de vue social, car c'est la première fois, je crois, qu'on remet un contrôle aux mains des intéressés eux-mêmes. C'est même une expérience hardie, mais à laquelle le Parlement tout entier a donné son adhésion.

En tout cas, il n'y a aucune rais n, à l'heure présente, pour ne pas poursuivre cette expérience. Il n'y a aucun motif pour revenir sur une organisation nouvelle qui n'a pas encore eu le temps de produire ses fruits et dont nous ne pourrons juger exactement la valeur qu'à la fin de l'exercice.

Quant aux mesures que nous devrons prendre pour que des scandales comme ceux qui se sont produits ne se renouvellent plus, je crois que je ne puis faire de meilleure réponse à notre collègue qu'en lui disant que nous appliquerons non seulement dans son texte, mais dans son esprit, la loi qui vient d'être votée par le Parlement et qui a institué le nouveau contrôle dont j'ai parlé.

Si, contrairement à nos espérances, ce contrôle ne donnait pas de meilleurs résultats que celui auquel nous le substituons, nous nous verrions alors dans l'obligation, et cela, dès la fin même de cet exercice, je tiens à le préciser, de demander au Parlement d'envisager de nouveaux procédés pour assurer aux victimes de la guerre la gratuité des soins.

Nous nous trouverions amenés à considérer que l'article 64 comporte deux choses bien distinctes : d'une part, le droit à la gratuité des soins, inséré dans la loi par le législateur au profit des anciens militaires et marins pensionnés de guerre, et, d'autre part, les modalités d'application.

Le droit aux soins, inclus dans le droit à réparation, fait partie de la charte du mutilé de guerre, nous n'y toucherons pas. (*Très bien ! très bien !*)

Quant aux modalités d'application, rien ne nous oblige à les considérer comme intangibles et je n'hésite pas à dire que si l'application de l'article 64 devait tourner au gaspillage des finances publiques, nous n'hésiterions pas à demander au Parlement d'envisager d'autres modalités qui nous permettraient de mieux défendre les finances de l'Etat, les intérêts des mutilés eux-mêmes et, j'ajoute, la moralité publique. (*Applaudissements.*)

En tout cas, vous devez savoir que nous ne laisserons pas sacrifier les droits que les pensionnés de guerre tiennent de la loi aux agissements de quelques malhonnêtes gens qui, à force d'exploiter la loi des pensions, finiraient par rendre impossible l'application de dispositions généreuses dont les victimes de la guerre n'entendent pas perdre le bénéfice. (*Très bien ! très bien !*)

Quant à ceux qui se sont rendus coupables de pareils faits et de pareilles fraudes, vous pouvez être assurés que nous continuerons à les poursuivre sans défaillance, qu'ils n'échapperont point aux sanctions qu'ils méritent... (*Très bien ! très bien !*)

M. GILBERT LAURENT. C'est ce que j'ai eu l'honneur de demander.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. ...car si l'opinion est fermement résolue à faire tous les sacrifices possibles en faveur des victimes de la guerre, elle est non moins fermement résolue à appliquer aux trafiquants et aux voleurs toutes les rigueurs de la loi. (*Applaudissements.*) (1).

(1) J. O. juin 1923.



REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— La Ligue Girondine d'éducation physique et la Société médicale d'éducation physique et de sport, de Paris, organisent pour les 24, 25 et 26 septembre 1923, un Congrès, qui tiendra ses assises à Bordeaux, et dont les séances auront lieu à la Faculté de médecine, à l'Athénée municipal, et à la Maison communale d'éducation physique.

Le Comité du Congrès est ainsi constitué :

Président : Pr Sigalas, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; vice-présidents : Prs Langlois (Paris), Latarjet (Lyon), Cruchet (Bordeaux) ; secrétaires généraux : Pr agrégé L. Rocher, 28, rue du Teich, Bordeaux ; Dr G. A. Richard, 53, avenue Trudaine, Paris ; secrétaires : Drs Cadenaule, 5, cours de l'Intendance, Bordeaux ; Loubatie, 5, cours de l'Intendance, Bordeaux, R. Jeudon, 132, avenue d'Orléans, Paris ; trésorier : M. de la Vielleuze, 68, cours Victor-Hugo, Bordeaux.

Les travaux du Congrès seront répartis en 3 sections pour chacune desquelles une question générale sera mise à l'ordre du jour :

A) Section physiologique (Pr Langlois). La circulation et la respiration pendant l'exercice.

B) Section éducation physique (Pr Latarjet). Dosage de l'exercice chez l'enfant et chez l'adolescent.

C) Section Sport (Pr Cruchet). Choix du sport selon l'âge.

A l'occasion de ces travaux, une exposition se rapportant à toutes les questions d'éducation physique se tiendra à la Faculté de médecine, des démonstrations d'éducation physique et de pratique sportive, des présentations photographiques, des films concernant les sports et l'éducation physique auront également lieu pendant le Congrès.

— **Gastrotonométrie et coprologie cliniques.** — Le Dr René Gaultier, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, fera dans la semaine du 6 au 11 août, de 10 à 11 h., à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran (service du Dr Le Noir), des démonstrations de *gastrotonométrie clinique.*

Méthode d'exploration totale des fonctions gastriques avec applications thérapeutiques : massage pneumatique, insufflations gazeuses d'O et de CO^2, etc... et un exposé résumé des méthodes de *coprologie* dans leurs applications à la clinique des affections des voies digestives.

Les médecins ou étudiants désireux d'y prendre part sont priés de s'inscrire dans le service, près de la surveillante, ou par lettre chez le Dr René Gaultier, 40 rue de la Bienfaisance, Paris, 8e.

— **Hôpital Saint-Louis.** — *Enseignement de vacances.* — M. Gougerot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, fera, à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté (pavillon Bazin) des présentations de malades (diagnostics et traitements dermatosyphiligraphiques.)

Du 2 au 11 août et du 21 août au 20 septembre. A la grande consultation de la Porte, les mercredis et samedis à 10 h, et le lundi à 13 h — Policlinique et visite des salles (pavillon Bazin), les mardis, jeudis, samedis, à 10 heures.

Du 10 au 21 septembre (en même temps que MM Chiray, Debré, Fiessinger, à l'Hôtel-Dieu, Bretonneau et Saint-Antoine), il passera en revue les actualités dermato-vénéréologiques de l'année à l'amphithéâtre de la clinique (6 conférences) — Etat actuel de l'arsénothérapie. Technique et traitement — Nouveaux traitements bismuthiques. Indications et techniques. Indications respectives du mercure, de l'arsenic et du bismuth. — Etat actuel du traitement des syphilis nerveuses. — Notions nouvelles sur l'évolution de la syphilis. Traitement des syphilis latentes. Réaction de Bordet-Wassermann en thérapeutique. — L'hérédo-syphilis et son traitement. — Dermatoses, réactions de défense. Anaphylaxie cutanée et traitement des eczémas.

— **Luchon.** — *Excursion scientifique de professeurs et étudiants de la faculté de pharmacie de Toulouse.* — Dernièrement, sous la haute direction de MM. les professeurs Gerbert, Moog, et Valdiguier, 40 étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse (section pharmacie) sont venus à Luchon pour y étudier la géographie botanique de la région.

A leur arrivée à la gare de Luchon-Superbagnères, ils ont été salués par M. le docteur de Gorsse, premier adjoint de la municipalité, et par M. le docteur Molinéry, directeur technique des établissements thermaux.

A l'arrivée sur le plateau, le professeur Gerbert leur a donné une remarquable conférence de géographie botanique leur indiquant, suivant l'altitude, les plantes qu'ils devaient trouver dans l'exercice pratique qui allait suivre.

En effet, vers deux heures, les étudiants, divisés en trois groupes, descendaient le flanc de la montagne et arrivaient, vers 5 heures, à la station, chargés d'une ample moisson de fleurs rares dont ils devaient étudier à la fois, les caractéristiques biologiques et les propriétés thérapeutiques.

Sous la direction des médecins et pharmaciens de la station, ces Messieurs ont visité nos établissements thermaux et n'ont pas caché leur réelle admiration devant les travaux réalisés au cours de ces trois dernières années.

La visite des galeries de captage a retenu notamment leur attention et Messieurs les professeurs ont pu faire remarquer à leurs élèves comment les sources de Luchon ont été captées sur la roche en place, les unes dans des terrains schisteux, les autres dans des terrains métamorphiques, les dernières dans le quartz.

Les 60 sources de Luchon, sulfurées et radio-actives, constituent, en effet, la gamme thermale la plus riche qui se puisse imaginer.

Une visite à travers la ville, le parc du Casino, le Casino, a terminé cette journée.

La municipalité a offert un thé intime à ces charmants visiteurs, dont un groupe important était constitué par de gracieuses étudiantes.

M. Gerbert a remercié la ville de son hospitalité, le directeur technique de la visite qu'il leur avait préparée, et ce dernier a bu à la prospérité de la vieille école de Toulouse dont le renom scientifique, dès le Moyen-Age, rayonne sur le Midi.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON

Thiron et Cie, Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

crête de la cloison à 75 fr. en 2e catégorie. Au tarif Maginot, la crête de la cloison est comptée 100 fr. et la résection sous-muqueuse 300 fr. C'est une opération délicate qui demande en moyenne 1 h. 1/2 de travail. Que faut-il faire ? Dr G.

Réponse.

Votre intervention n'étant pas mentionnée dans le tarif Breton, mais se trouvant dans le tarif Maginot, vous pourriez, avec tout explications utiles, proposer la tarification Maginot, avec la réduction habituelle pour la 2e catégorie. Je ne vois pas pourquoi la Compagnie refuserait, car ceci semble ainsi assez équitable.

F. D.

VI

Complications d'un panaris de la gaine

J'ai soigné comme accident du travail un panaris de la gaine du fléchisseur du pouce. J'ai ouvert cette gaine ; en 1re catégorie, cette intervention est cotée 35 fr. Jusqu'ici, je n'éprouve aucune difficulté pour appliquer le tarif.

Mais dans la suite, le tendon s'étant éliminé, l'ouverture se referma ne laissant qu'un petit trou, par lequel la suppuration continua à se faire. Trouvant que cette suppuration se prolongeait, je sondai avec un stylet et m'aperçus que les tissus superficiels n'adhéraient pas aux tissus profonds. Plusieurs injections de teinture d'iode dans ce clapier ne donnèrent aucun résultat. Pour en finir, j'ouvris de nouveau la cavité sur la sonde cannelée et cautérisai toute la surface mise à nu avec la teinture d'iode. Le résultat fut rapidement bon. Plus tard, la cavité étant refermée, sauf en un tout petit point à l'extrémité, comme une toute petite suppuration persistait, l'exploration au stylet me fit sentir un peu de nécrose osseuse. J'introduisis une pince et retirai une toute petite esquille. La guérison vint ensuite rapidement :

1° Dois- ecompter les injections de teinture d'iode ? Si oui, combien ?

2° Dois-je aussi compter la 2e ouverture de la gaine sur sonde cannelée, et si oui, combien ?

3° L'extraction de l'esquille est-elle rémunérée ?

Dr V.

Réponse

1° Rien à compter pour la teinture d'iode ;
2° La 2e incision est à compter : « Incision d'abcès superficiel : 20 fr. ».
3° Rien à compter pour l'esquille.

F. D.

Envoi en convalescence d'un jeune soldat malade.

Permettez-moi de venir encore vous demander conseil pour la question suivante : je suis appelé chez des clients, ouvriers de culture, pour un jeune homme soldat à Dusseldorf « renvoyé dans sa famille pour

une convalescence de deux mois » après une pleurésie. Le petit soldat, jusqu'alors toujours bien portant, présente une bacillose très avancée, à forme pyrétique, avec pouls très rapide, toux spasmodique et cachexie croissante. Je ne conçois pas qu'on lui ait fait faire le voyage dans ces conditions. Le jeune soldat a manqué, paraît-il, malheureusement des *soins les plus élémentaires*; il n'a jamais été reconnu malade à son corps qu'à la 4e fois. On ne trouve rien de mieux ensuite que de l'adresser dans sa famille, où il va contaminer parents, petits frères et petites sœurs.

A qui les parents doivent-ils s'adresser pour porter plainte ? De mon côté, quelle doit être mon attitude vis-à-vis de l'armée ? Qui dois-je avertir de l'état de santé du malade ?

Dr E.

Réponse

1° C'est au colonel, commandant le régiment auquel appartient votre client, que doivent s'adressser les parents, pour formuler leurs plaintes.

2° Il faut avertir l'autorité militaire locale, à laquelle le jeune soldat a déclaré son arrivée en convalescence, soit bureau de la place d'une garnison voisine, soit brigade de gendarmerie. Vous joindrez à la lettre envoyée un certificat médical, décrivant l'état du malade et demandant la prolongation de convalescence que vous jugerez nécessaire. Le général commandant la subdivision territoriale accordera cette prolongation, soit directement sur le vu de votre certificat et d'un rapport de gendarmerie, soit après l'avoir fait contre-visiter par un médecin militaire.

G. F.

Mutualité familiale.

I

La limite d'âge.

Je fais partie de MA et j'ai eu 65 ans en mai dernier ; dois-je payer la cotisation du 2e semestre 1923 ?

Puis- je entrer dans une autre combinaison qui m'allouerait l'indemnité -maladie et quelle cotisation devrai-je payer dorénavant ?

Dr T., à C.

Réponse.

Statutairement, votre participation, à moins de démission, va jusqu'au 31 décembre 1923. Vous devez donc payer la cotisation du2e semestre.

Aucune de nos combinaisons ne donne l'indemnité maladie (excepté la combinaison B, mais celle-ci n'admet plus de nouveaux membres) à partir de 65 ans. A cet âge, c'est la retraite que donne la combinaison R ; mais il est trop tard pour y entrer, la loi exigeant quinze années de participation.

Vous avez fait comme tant d'autres, vous avez

attendu et maintenant, la porte vous est fermée.

La limite d'entrée pour R est 50 ans.

A. G.

II

La pension de retraite.

L'indemnité-maladie ne m'intéresse pas : je suis assez solide pour ne pas craindre la maladie ; par contre, je voudrais m'assurer une retraite à condition qu'elle eût une certaine importance, je m'inscrirais volontiers à P et à R pour 20 parts ce qui m'assurerait une retraite de 4.800 francs. Quelle somme annuelle aurais-je à verser ? J'ai 36 ans et je voudrais que mes versements fussent contre-assurés.

Faites-vous ce que l'Association générale va faire, paraît-il ? Moyennant une surprime, la Société paye la cotisation due pendant les périodes de maladie.

Réponse.

Il faut, mon cher confrère, un certain aplomb pour dire qu'on ne craint pas la maladie ; n'avez-vous donc jamais eu à soigner des accidents ? N'avez-vous jamais été appelé par des gens jusqu'alors *bien portants et tombés malades au moment où ils s'y attendaient le moins* ?

Quoi qu'il en soit, vous avez raison de vouloir vous assurer une retraite.

Vous aurez à verser annuellement :

Pour P.......	548 fr.		
Pour R.......	322	»	870 fr.
Gestion 10 %..........			87 fr.
			957 fr.

Vous aurez 24 annuités à verser pour P et 29 pour R.

En 1947, vous ne verserez donc que 354 fr. 20 ; au 1er janvier 1948, vous toucherez 2.400 fr. de pension ; en 1952, vous ne verserez plus du tout de cotisation et au 1er janvier 1953 vous toucherez 4.800 fr. de pension.

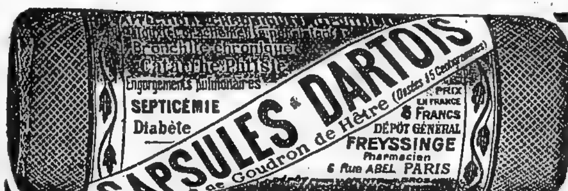
La Mutualité Familiale n'a pas à copier l'Association générale, puisqu'elle fait mieux. En effet, moyennant une cotisation supplémentaire de 94 fr. 60, elle garantit, en cas de maladie du sociétaire, non pas seulement le payement de la fraction de la cotisation afférente à la durée de sa maladie, mais une indemnité de 10 francs par jour pendant 60 jours et de 100 fr. par mois au-delà de cette limite, quelle que soit la durée, ce qui assure et au-delà le payement de la cotisation retraite. A. G.

Gendarmerie et médecine gratuite

TEXTUEL ET RÉCENT :

Gendarmerie nationale.

Le lieutenant commandant l'arrondissement de gendarmerie à M. le docteur .....



En exécution d'un ordre donné, j'ai l'honneur de vous demander s'il vous serait possible de visiter gratuitement les militaires de la brigade de ...... en vue de leur vaccination antityphoïdique annuelle.

Dans l'affirmation, veuillez, je vous prie, me faire connaître les lieu, jour et heure où vous désirez les voir.

Zona et varicelle.

Il y a deux mois, un cultivateur habitant une ferme isolée venait me trouver à mon cabinet, porteur d'un zona fronto-pariétal. Il me demanda l'origine de sa maladie et je lui répondis que certains auteurs pensaient qu'il y avait un rapport entre le zona et la varicelle, mais que, pour ma part, après vingt-cinq ans d'exercice, je n'en avais pas constaté.

Quelle ne fut pas ma stupéfaction, lorsque trois semaines après, ce cultivateur m'amenait son fils, âgé de 2 ans, atteint d'une varicelle typique sans grande réaction fébrile.

L'enfant n'avait pas quitté la ferme depuis un mois, sauf *cinq* jours avant l'éruption, et n'avait été en contact avec aucun autre enfant !.... Et la maman m'a reproché de ne l'avoir pas avertie de la contagion du zona.

Dr Bosc,
de Melun.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Rechute : aucun droit au demi-salaire et aux frais médicaux

Un de nos lecteurs nous a communiqué l'entrefilet suivant, qu'il a découpé dans l'*Œuvre* :

Les accidents du travail et la cour de cassation

M. Q..., chef monteur dans une importante maison de construction, était envoyé, il y a quelques mois, à Toulouse, pour y monter des appareils destinés à la manutention militaire. Au cours de son travail, il se blessa grièvement et fut soigné à l'hôpital. De retour à Paris, il se rendit chez le médecin de la compagnie d'assurances qui lui donna un certificat l'autorisant à rentrer à l'atelier. Mais, au bout de quelques jours, se sentant malade, il alla voir un docteur qui lui conseilla de se faire hospitaliser et lui délivra un certificat spécifiant qu'il souffrait d'une rechute, conséquence de son accident.

Or, ce mot malheureux, reproduit plus tard sur le bulletin de l'hôpital, a comme résultat d'empêcher M. Q... de toucher l'allocation qui lui est due par la compagnie d'assurances pour la période où il n'a pas travaillé. Il y a, en effet, un arrêt de la Cour de Cassation, du 16 février 1921, qui dit que lorsque « l'accidenté » est victime d'une rechute, après avoir repris son travail, il n'a pas droit à une indemnité.

C'est en se basant sur cet arrêt de la Cour suprême que le juge de paix a débouté le chef monteur une première fois, et le tribunal civil une seconde.

M. Q... va s'adresser à la C. G. T. pour qu'elle s'occupe de son affaire qui offre un grand intérêt pour tous les travailleurs.

Il est, en effet, inadmissible qu'un ouvrier blessé, guéri en apparence, mais qui se trouve de nouveau dans l'obligation de cesser de travailler parce qu'il souffre des suites de son accident, ne puisse plus avoir droit à aucune indemnité.

Effectivement, cet arrêt de Cassation du 11 juillet 1921 (*Gazette du Palais*, 10-11 juillet 1921) décide que l'indemnité journalière cesse d'être due à partir du jour où la victime de l'accident, complètement guérie, a repris son travail : s'il se produit une aggravation ou une rechute, c'est à la procédure de révision que l'ouvrier doit recourir et sa demande en payement de demi-salaire, formée devant le juge de paix, n'est pas recevable.

Le texte de cet arrêt a été publié intégralement dans le *Concours médical*, 1921, page 3255.

Or, s'il n'y a pas demi-salaire, il ne saurait y avoir ouverture de droit aux frais médicaux et pharmaceutiques, puisque, d'après la jurisprudence de la Cour de Cassation, ces derniers sont l'accessoire du demi-salaire.

Nous ne saurions trop recommander à nos confrères, dans leur propre intérêt et dans celui de la victime, d'apporter le plus grand soin à la rédaction de leurs certificats terminaux. Qu'ils ne déclarent guéris que les blessés pour lesquels aucune rechute, ni complication tardive n'est possible.

Sinon, en cas de doute, que des réserves soient faites, dans le certificat terminal, pour permettre ultérieurement à la victime, de faire valoir ses droits, s'il y a lieu.

Il serait possible de rédiger ainsi ledit certificat :

« Je soussigné, déclare que M. X., ouvrier de M. Y., blessé dans son travail le....., me paraît être en état de reprendre son travail : sa blessure est suffisamment consolidée, sous toutes réserves de complications ultérieures éloignées, provenant de l'accident primitif, complications impossibles à prévoir actuellement. Certificat délivré en vertu de la loi du 9 avril 1898 ».

N'étant pas qualifié de « guéri », le blessé pourra, en cas de rechute, demander au juge de paix du lieu où s'est produit l'accident, l'octroi de son demi-salaire. Par suite, la victime pourra avoir droit aux soins de son médecin et aux médicaments.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE FISCALE

Contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre

Nouvelles exonérations accordées aux mobilisés par la loi du 1er juillet 1923

L'article 61 de la loi du 1er juillet 1916 a interprété et complété les dispositions prévues en faveur des mobilisés par l'article 13 de la loi du 25 juin 1920.

1° Tout patenté, mobilisé pendant un an au moins, ou réformé pour blessure reçue ou maladie contractée au service, qui n'aura pas réalisé de bénéfices donnant lieu à l'application de la contribution extraordinaire de guerre avant le 11 novembre 1918, sera exonéré de ladite contribution pour l'année 1919 et la période du 1er janvier au 30 juin 1920.

Cette disposition annule la jurisprudence de la Commission supérieure qui soumettait à la contribution extraordinaire pour 1919 et 1920 un contribuable mobilisé qui n'avait pas personnellement réalisé de bénéfices supplémentaires avant le 11 novembre 1918, mais qui, postérieurement à cette date, avait acquis un fonds de commerce dans lequel son prédécesseur avait fait des bénéfices passibles de la contribution.

2° Sous la même condition de n'avoir pas réalisé de bénéfices supplémentaires avant le 11 novembre 1918, les sociétés en nom collectif dont un ou plusieurs associés ont été mobilisés, et les sociétés en commandite simple dont un ou plusieurs gérants ont été mobilisés, seront exonérées pour 1919 et 1920 de la contribution extraordinaire, mais seulement pour la part qui revient aux associés mobilisés.

3° Les contribuables mobilisés qui, antérieurement au 11 novembre 1918, avaient été imposés à la contribution extraordinaire n'étaient exemptés pour 1919 et 1920 que si leur bénéfice annuel, à partir du 1er janvier 1919, était inférieur à 30.000 fr. Si leur bénéfice était supérieur à ce chiffre, ils ne bénéficieraient d'aucune exonération. La loi du 1er juillet 1923 leur accorde maintenant un avantage. Si leur bénéfice annuel est supérieur à 30.000 fr., mais inférieur à 50.000 fr., l'imposition ne porte que sur la tranche qui dépasserait les 30.000 fr.

Pour bénéficier de ces diverses dispositions, le contribuable devra adresser une requête à la Commission supérieure au plus tard dans un délai de deux mois à dater de la publication de la loi, c'est-à-dire en pratique avant le 31 août 1923.

A. Martinot,
conseiller fiscal.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement des fermentations gastriques.

Avant tout, *surveiller le régime*, en évitant les sauces, les graisses, le beurre cuit, les marinades, les viandes avancées, le gibier, la charcuterie, les conserves, les fritures, les poissons gras, les œufs durs, les choux, les crudités, la mie de pain, les pâtisseries feuilletées, les fromages forts, les vins purs et les liqueurs.

Manger lentement, et mâcher soigneusement.

Comme liquide, donner la préférence à *la bière*, si on l'aime ou si l'on peut s'y faire : un litre de bière légère, ou deux tiers de litre de bière forte, chaque jour.

Ne pas manger toute la journée: cinq heures *au moins* sépareront entre eux deux repas successifs.

Eviter la constipation : prendre, au besoin, des lavements quotidiens.

Le traitement soignera la *maladie causale* (troubles hépatiques, dilatation stomacale, etc.).

Dans tous les cas, on se trouvera bien de l'usage, le matin, à jeun, d'une cuillerée à café de cette poudre, dissoute dans un peu d'eau :

Bicarbonate de soude.....	} ââ 20 gr.
Citrate trisodique........	
Phosphate de soude	} ââ 10 gr.
Sulfate de soude	

S'il y a *dyspepsie des féculents*, prendre, à chaque repas, pour activer la salivation, une cuillerée à soupe de cette potion :

Chlorhyd. de pilocarpine	dix centigr.
H^2O..................	100 grammes
Rhum	} ââ 25 gr.
Sirop d'écorce d'orange amère	

S'il y a prédominance des *fermentations butyriques*, avec haleine fétide, prendre, après chaque repas, un cachet de :

Résorcine	0 gr. 10
Soufre lavé	0 gr. 20
Poudre d'anis vert.....	0 gr. 30
Erythrol	0 gr. 01

Si ce sont les *fermentations lactiques* qui dominent, prendre, après chaque repas, une cuillerée à soupe de cette solution :

Fluorure d'ammonium.	0 gr. 50
Eau distillée..........	250 gr.

Si, en plus des fermentations gastriques, on constate de la *fétidité des selles*, donner, une heure avant les repas :

soit un cachet de :

Peroxyde de magnésie.. 0 gr. 25

soit, dissous dans un demi-verre d'eau, un paquet de :

Zimphène	0 gr. 50
Salicylate de soude....	1 gramme.

Si l'effet de ces traitements s'avère insuffisant, on obtiendra, le plus souvent, d'heureux résultats *en modifiant la flore et la faune du tube digestif* à l'aide de ces pilules :

Argent colloïdal....... 0 gr. 03
Lactose.............. 0 gr. 05
Eau distillée.......... } āā q. s.
Glycérine............. }

F. s. a., 1 pilule.

Une pilule une demi-heure avant chaque repas.

Dr A. SATRE
(de Grenoble).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions des parlementaires et réponses des ministres.

Les affectations de médecins militaires mutilés.

18112. — M. Gabriel MAUNOURY, député, demande à M. le Ministre de la Guerre s'il serait possible d'appliquer aux médecins militaires les mesures adoptées à l'égard des officiers combattants qui, lorsqu'ils sont titulaires de pensions au titre de la loi du 31 mars 1919, pour blessures ou maladies contractées pendant la guerre, sont affectés à des emplois sédentaires et utilisés d'après leur état physique. (*Question du 31 mai 1923.*)

Réponse. — Bien que, pour l'exercice de leurs fonctions, les médecins militaires doivent posséder la presque intégrité de leurs aptitudes physiques, il est tenu compte, dans la mesure du possible, au point de vue des affectations et des mutations, des infirmités que les intéressés ont contractées pendant la guerre.

(*J. O.*, 28 juin 1923.)

Un blessé de guerre a le libre choix du chirurgien qui doit l'opérer.

5693. — M. DE KERGUÉZEC, sénateur, demande à M. le Ministre de la Guerre et des Pensions, si un réformé de guerre, devant subir une opération à cause d'une maladie contractée aux armées et aggravée, a le droit de choisir, dans la localité, le chirurgien qui doit l'opérer. (*Question du 12 mars 1923.*)

Réponse. — Le libre choix du chirurgien est prévu par *l'article 64*, paragraphe 3, de la loi du 31 mars 1919. (*J. O.*, 12 juillet 1923.)

ERRATUM. — Dans le double Sonnet de notre confrère Broutelle, paru il y a huit jours, lire, au premier vers : O HARPEUR, et non *harpeus*.

Quarante-cinquième année — N° 32 — 12 Août 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les Drs VAISSE, de Lons-le-Saulnier (Jura), MAGUIN, de Reuilly (Indre), GODEMEL, de Gannat (Allier), la somme de quinze francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.) Caffeau.
Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Monestier de Clermont (Isère). Bayle.
Rousses (les). Moreau
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot.
Banyuls-sur-mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Palavas-les-Flots. Gelly,
Paramé. Rousin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
St-Quay-Portrieux. Christian, Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 401. — A céder contre indemnité belle clientèle, gros bourg près ville universit. fixes, acc. du trav. seul médecin. Ecr. Leyot, 49, rue Lesdiguières, Grenoble.

N° 402. — Demande à acheter table de Ducroquet d'occasion.

N° 403. — Situation médicale d'avenir dans station balnéaire du Nord. Conviendrait à jeune médec. ayant notions chirurgie courante.

N° 404. — Excell. poste de propharmac., suscept. d'extension, 22 kil. de Paris à céder pour demi-annuité soit 20.000 fr. facilité payement, loyer gratis, grand jardin, ombrages, dépendances, cession raison santé. Urgent.

N° 405. — Acheterais : Anatomie de Testut, anatomie topographique Testut et Gaude, éditions récentes, de préférence reliées. Faire offre Dr Micheleau, à Coutras (Gironde).

N° 406. — A vend. ou échanger contre Torpedo 4 pl., confort. conduite intér. 3 pl. de Dion 10 HP livrée octob. 1922, roulé 3.000 kil. Dr François, à Fays-Billot (Hte-Marne).

N° 407. — Dr Viaud, à Agon (Manche) donnera à qui le demandera adresse de très bonne et très robuste nourrice au sein qui demande place.

N° 408. — Côtes-du-Nord. A céder avec maison clientèle médicale, 28.000 fr. touchés 1922, condit. à débattre.

N° 409. — Dr au courant de la clientèle cherche bon poste à reprendre dans les environs de Paris.

N° 410. — A céd. en Normandie poste anc. seul médecin rapp. 40.000 fr. Fixes intéressants, bons tarifs grde habitat. loyer 500, pays riche, client., payant bien. Urgent. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 411. — Situation fixe de 2.000 fr. par mois est offerte dans import. clinique grande ville Est. Situation très agréable et d'avenir. Très urgent. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e.

CORRESPONDANCE

Comment faire établir l'origine d'un accident en service commandé

Mobilisé en 1914, j'ai été atteint en 1915 en service commandé d'une fracture étoilée de la rotule gauche. La consolidation s'est faite normalement, et je fus déclaré guéri. Je repris mon service et fus même envoyé au front avec des armes combattantes du début de 1917 jusqu'à la fin de la guerre. Démobilisé,

je suis rentré chez moi, et j'ai repris mon service de médecin de campagne sans trop me ressentir de ma fracture.

En 1920, je fus victime d'un accident, dont la conséquence pour moi fut une fracture intra-articulaire du col du fémur droit. Malgré les soins qui m'ont été donnés, je suis boiteux et me sers avec peine du membre inférieur droit: le gauche doit suppléer. Mais cette suppléance ne va pas sans fatigue, et le genou gauche atteint d'arthrite me fait souffrir. Je crains bien qu'au bout d'un certain temps, les lésions s'aggravant, je ne puisse plus marcher qu'avec les plus grandes difficultés.

Je croyais n'avoir aucun droit de réclamer quoique ce soit actuellement. Mais j'ai vu dans le *Concours médical* qu'il était encore possible de le faire durant 5 ans après la fin de la guerre, c'est-à-dire jusqu'en juin 1924.

A qui dois-je adresser ma réclamation ? J'étais, je dois vous le dire, médecin aide-major, quand l'accident m'est arrivé.

Dr V.

Réponse.

Adressez, par lettre recommandée, une demande au directeur du Service de santé de votre région, en lui témoignant votre désir d'être visité par les experts d'un Centre spécial de réforme. Invoquez une complication de votre blessure reçue en service commandé pendant la guerre ; préparez des copies certifiées conformes par le maire ou toute autorité civile, de vos pièces d'origines (billet d'hôpital).

G. F.

Absence de collaboration entre directeurs de bureau d'hygiène et médecins praticiens

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner quelques renseignements sur le cas suivant :

Il y a quelques jours, une enfant de 10 mois de ma clientèle est prise d'accidents méningitiques assez vagues. Au bout de 5 à 6 jours, en consultation avec un confrère : ponction lombaire, liquide louche, injection de 10 cent. cubes sérum anti-méningitique, analysé par un pharmacien en l'absence du directeur du bureau d'hygiène, peu de méningocoques, formule leucocytaire douteuse.

Le lendemain, ponction lombaire, liquide louche examiné au laboratoire du bureau d'hygiène : pas de méningocoques, formule leucocytaire en rapport avec une méningite cérébro-spinale. Dans ces conditions, je fais, d'après la loi, déclaration de méningite cérébro-spinale à la mairie et à la préfecture.

Aujourd'hui, 3 jours après la déclaration, le directeur du bureau d'hygiène, sans me prévenir, prévient la famille qu'il fera un prélèvement dans le pharynx chez toutes les personnes de la maison. Mes clients, dont la fillette est morte hier, accourent affolés pour

me demander ce qu'il faut faire. Le médecin du bureau d'hygiène a-t-il le droit de pénétrer chez mes clients sans mon assentiment et sans me prévenir? Mes clients sont-ils tenus par une loi d'optempérer à ses ordres ? J'ajoute que les enfants ont été isolés chez leur grand'mère et que seules, les personnes nécessaires aux soins ont assisté la petite malade. Bien entendu, toutes les mesures de désinfection et d'isolement ont été prises aussitôt le résultat de l'examen connu.

Dr L.

Réponse

Le médecin directeur du bureau d'hygiène est un maladroit, car s'il lui est recommandé, par ses fonctions, de protéger la santé publique, il ne faut pas que son zèle intempestif le fasse prendre en grippe, lui et son hygiène sociale.

Il aurait dû s'entendre avec vous, médecin traitant, pour qu'ensemble, vous puissiez prendre des mesures pour protéger la famille et les tiers.

Malheureusement, une absence de collaboration entre les médecins administratifs et les praticiens est la source de conflits. Ce n'est pas le tout d'exécuter des obligations légales ou réglementaires : encore faut-il le faire avec tact.

Celui qui met en œuvre le médecin doit-il être responsable des honoraires ?

Vers la fin du mois d'octobre 1922, 2 personnes, envoyées par M. T., viennent me chercher, à l'entrée de la nuit, pour aller visiter, à 9 km. de mon domicile, la fille T., mariée à M. B., qui était très malade.

Je me rendis immédiatement auprès de la malade, et après l'avoir examinée, je confiai à M. et Mme T. que leur fille était atteinte de fièvre puerpérale et je demandai immédiatement l'assistance d'un chirurgien pour l'introduction d'un drain dans l'utérus. M. T., me pria d'aller le chercher immédiatement, me fournissant lui-même l'essence nécessaire pour effectuer le voyage de nuit (à 24 km.) avec mon automobile.

Le chirurgien me demanda si les T. étaient solvables ; je lui répondis affirmativement ; il inscrivit la course en leur nom, et il se rendit immédiatement auprès de la malade, qu'il opéra. La maladie dura trois mois ; il y eut des complications graves, phlébite, etc.

Chaque *fois que l'état de la malade s'aggravait*, F. (le père), mais jamais B (le gendre), donnait, en présence de la sage-femme, des ordres pour qu'on allât *chercher immédiatement le chirurgien qui* l'avait opérée, ajoutant chaque fois qu'il ne regardait nullement à la dépense, qu'il ne désirait qu'une chose, c'est qu'on sauvât sa fille. Mes visites et celles du chirurgien ont été inscrites dès le début au nom de T.

Aujourd'hui, la fille est guérie ; T., le père de la malade, refuse de nous payer et nous conseille de nous adresser à son gendre, qui n'a jamais rien sollicité de nous pendant la maladie de sa femme et qui est insolvable. Toutes les notes, même celles du fournisseur de glace, ont été refusées par T.

Que devons-nous faire ? Avons-nous un recours quelconque contre T. ? Pour ma part, j'ai fait 1.600 km., j'ai pratiqué des pansements difficiles et je crains d'avoir fait tout cela en pure perte.

Je dois ajouter que chaque fois qu'on demandait le chirurgien ou qu'on m'appelait, c'était le père de la malade et non le gendre qui nous priait d'aller visiter sa fille ; les avis d'appel au téléphone que nous avons reçus portent son nom.

Dr P.

Réponse.

Si vous pouvez établir par témoignages que M. T... vous a lui-même mis en œuvre, ainsi que votre confrère, pour donner à sa fille, Madame B... les soins que réclamait son état, il est engagé envers vous et doit vous payer.

Mais il serait plus prudent, à notre avis, d'introduire votre action, à la fois contre M. T... le père et M. B... le mari, assignés conjointement et solidairement.

J'ajoute que, comme votre note et celle du chirurgien dépassent certainement 1.500 fr., c'est devant le tribunal civil que vous devez actionner vos débiteurs.

G. D.

La prescription d'ordre public.

Je reçois d'une assurance la lettre suivante :

« Nous recevons ce jour, 2 juillet, votre note d'honoraires 1922. »

« Vous avouerez que c'est bien un peu tard, car « vous n'ignorez pas que pour les sinistres guéris « avant le 30 juin 1922, vous êtes strictement déchu « de tous droits, à l'égard du chef d'entreprise ».

Le fait que l'assurance reconnaît elle-même que les sinistres du premier semestre 1922 n'ont pas été réglés n'est-il pas un empêchement pour elle d'invoquer la prescription ?

Dr B.

Réponse.

La prescription est formelle. Elle est d'ordre public, et ceci résulte notamment d'un arrêt de Cassation du 4 juillet 1921.

G. D.

Le contrôle des accidents du travail.

J'ai été appelé il y a quelques mois à contre-visiter une malade, blessée par accident du travail.

Cette femme était soignée par mon confrère d'A., et la demande a été faite par l'agent d'assurance lui-même.

Quels honoraires dois-je demander ?

Il y a une seule visite à 5 km. et certificat détaillé.

Dr R

Réponse.

Désigné comme contrôleur par une Compagnie d'assurances, vous n'êtes pas obligé de vous conformer au tarif Breton, et vous pouvez demander les honoraires que vous croirez justifiés équitablement par l'importance de votre travail.

Je vous rappelle que pour le médecin traitant, assistant à la visite de contrôle, les honoraires du tarif sont augmentés de 50 %.

G. D.

Application du Tarif Breton.

I

Evaluation d'invalidité accident du travail.

Un ouvrier d'une scierie mécanique s'est laissé prendre la main droite par la scie. Il a été atteint au pouce, à l'index, au médius et à l'annulaire. Au pouce, plaie entre la 1re et la 2e phalange ; à l'index, amputation des 2 dernières phalanges, au médius amputation de la dernière et de la moitié de la phalange médiane, à l'annulaire, plaie légère de l'extrémité de la dernière phalange. Léger phlegmon de la main, guérison (?) au bout de 50 jours. Il reste de l'ankylose (presque complète) de la dernière phalange du pouce en demi-flexion ; il manque 2 phalanges de l'index, 1 phalange et demie du médius.

De plus, l'auriculaire avait été blessé dans un accident antérieur, il est dévié et chevauche légèrement sur l'annulaire, d'où gêne dans sa fonction.

Le blessé ne pourra pas continuer sa profession de scieur.

Quelle sera d'après vous le quantum de la réduction de sa capacité ouvrière ?

Dr F.

Réponse.

Dans le guide barême militaire des invalidités, on lit, pour la main *droite* :

Pouce (ankylose de la 1re avec la 2e phalange : 7 %.)

Index (perte de 2 phalanges) : 12 %.

Médius (perte de 2 phalanges) : 5 %.

Auriculaire (raideurs articulaires) : 2 à 5 %.

Si nous additionnons ces invalidités, nous arrivons à 29 %. Mais il semble que, réunies sur une même main, elles ne peuvent que s'accroître comme gêne totale de la main. Je pense donc qu'on peut demander équitablement dans les 35 %, pour une telle i. p. p.

F. D.

II

Pansements

Il s'agit d'un blessé dont la jambe a passé sous un camion ; les os n'ont pas été intéressés, mais 2 plaies voisines de la grandeur d'une large paume demain sont résultées de cet accident. Le blessé vient d'être

guéri après plus de six mois de traitement, la cicatrisation des plaies étant difficile à obtenir.

Pendant 3 mois, j'ai été obligé de faire des pansements chaque jour. Une des deux plaies avait diminué de volume, l'autre avait à peine changé et suppurait toujours. Pendant les 3 autres mois, petits pansements pour lesquels je n'ai rien compté.

Suis-je en droit de compter, en plus de la visite, un pansement chaque jour, et quel doit être dans ce cas le prix du pansement ? J'ai réclamé à la Compagnie 15 fr. (visite et pansement compris) pour chaque visite et pansement. Ai-je droit à 15 fr. ou à 11 fr. 25 (2e catégorie) ?

En tout cas, la Compagnie la P.. refuse de payer les pansements parce qu'il ne s'*agit pas de plaie par brûlure*. Je pensais que la cause de la plaie n'avait aucune importance, mais seulement son volume, son importance.

Dr M.

Réponse.

Les pansements sont « compris » dans le prix de la visite ou consultation (art. 16), sauf les pansements multiples (art. 17, alinéa 5) sur un « même segment de membre », sauf les pansements multiples sur des segments de membre différents (art. 14), enfin sauf les pansements de brûlure (art. 28). La Compagnie est donc dans son droit.

F. D.

III

Blessures multiples

Auriez-vous l'obligeance de m'aider à calculer la note ci-dessous, à l'occasion d'un accident du travail : un ouvrier surpris par un éboulement ; je constate :

1° Plaies contuses du pied droit.
2° Plaies contuses du pied gauche.
3° Plaies contuses et fracture du métacarpien IV main gauche.
4° Section de l'arcade sourcilière gauche (parties molles).

Je pratique 1re VISITE :

Certificat	5
Visite à 6 kilomètres	12
Injection antitétanique	15
Suture sourcil gauche	11 fr. 25
Pansement du pied droit.	
Pansement du pied gauche.	
Pansement de la main gauche.	
Pansement de la tête.	

Je suis en 2e catégorie.

C'est cette question des *pansements multiples sur segments divers du corps* qui me gêne : comment faut-il compter ?

Au cours de ma deuxième visite, je n'ai pas tou-

(*Voir la suite page XXXIX-2787*)

PROPOS DU JOUR

A propos de la médecine scolaire. Les surenchères qui compromettent les résultats. Toujours des phrases verbeuses et jamais d'actes utiles.

Nous avons l'honneur d'être médecin scolaire. La tâche nous paraît intéressante et nous essayons de la remplir de notre mieux. Le nombre de nos occupations ne nous permet pas de suivre les séances de la Société des médecins des écoles, mais nous en lisons les comptes rendus dans son bulletin : *La médecine scolaire.* Ce n'est donc pas sans réflexion, ni absolument sans compétence, que nous abordons ici la question intéressante de la médecine scolaire. D'ailleurs, nos lecteurs, en feuilletant les collections des 15 dernières années du *Concours médical*, pourraient y trouver plus d'un article qui prouveraient que nous nous sommes toujours intéressés à l'inspection médicale des écoles et à son perfectionnement. Or, cette inspection nous paraît sérieusement menacé, non par les résistances de médecins vieux jeu, non par l'inertie de quelques-uns, mais par l'excès de zèle de néophytes qui seraient peut-être bien surpris, si on les prenait au mot et si on les chargeait de réaliser leurs projets eux-mêmes.

Nous n'aimons pas les surenchères. Avec un peu d'imagination, l'on trouve toujours à surpasser ce qu'a rêvé le voisin, et tout en restant en théorie dans la plus imperturbable logique, on tombe en pratique dans l'absurdité la plus lamentable. Or, il y a tant et tant à faire pour le bien des écoliers, en restant dans les bornes du possible, que nous regrettons de voir beaucoup de gens traiter cette question grave en dépit du bon sens, et éveiller dans l'esprit de nos hommes politiques des projets qui, s'ils étaient exécutés, occasionneraient de très grands frais sans la plus petite utilité sociale. Considérant les fonctions publiques que nous remplissons comme des charges (au sens étroit du mot), et non comme des sources de revenu, prêt à offrir notre démission le jour où l'on nous imposerait une besogne que consciencieusement nous ne croirions pas pouvoir faire, n'ayant aucune ambition personnelle, nous pensons pouvoir en toute liberté, comme tout médecin praticien jaloux de son indépendance, dire ce que nous pensons. Nous sommes heureux de constater que nous ne sommes ni le seul ni le premier à user de notre franc-parler, car nous lisons dans le numéro du 1er juillet 1923 de la *Médecine scolaire*, une communication de notre collègue, M. le Dr Rafinesque, qui exprime parfaitement notre pensée et que nous approuvons de tous points.

M. le Dr Rafinesque répond à un rapport de M. Léopold Bellan au Conseil municipal de Paris, qui, s'étant laissé séduire par la faconde de théoriciens aux visées aussi peu pratiques que pseudo-scientifiques, avait exposé ce que devait être l'inspection médicale dans un tableau brillant, mais irréalisable.

M. le Dr Rafinesque fait tout d'abord remarquer que la tâche actuelle du médecin scolaire, s'il devait la remplir règlementairement et dans la perfection, serait énorme, et que le seul établissement des fiches individuelles dans tous leurs détails, d'un millier d'enfants par chaque médecin, suffirait à occuper toute son activité; et les fiches ne sont pas sa seule besogne. Il convient cependant que le médecin qui doit gagner sa vie et celle de sa famille, puisse exercer sa profession, car l'indemnité de 2.700 francs qu'il reçoit ne peut évidemment lui suffire. Doublerait-on cette indemnité, il ne pourrait encore accepter cette tâche.

Pour bien établir une fiche scolaire, il faut en moyenne un quart d'heure par enfant. Si l'on voulait dresser avec soin, c'est-à-dire en conscience, une fiche d'orientation professionnelle, selon les données des docteurs Laufer et Paul-Boncour, il faudrait, selon le Dr Dufestel, une autorité en médecine scolaire, une heure environ.

Mais, citons textuellement M. le Dr Rafinesque qui sait si bien parler le langage du bon sens et de la raison :

« On nous annonce encore prochainement des fiches spéciales pour les Pupilles de la Nation. Et voilà que notre distinguée collègue, Madame le docteur Houdré, — citée par M. Bellan, — propose en outre (dans la *Revue de l'Enfance*), un « Carnet de Santé en deux feuilles, l'une médico-sociale et l'autre physiologique ». Ce carnet comprendrait « la recherche des hérédités, contaminations, habitation, alimentation, hygiène générale de la famille, valeur motrice »...

que sais-je ? ... Ajoutez à cela les divers questionnaires que j'ai lus avec amusement dans quelques modèles à l'étude. Je cite au hasard : recherche de la finesse tactile, de la résistance à la fatigue, les signes de l'approche de la puberté, la valeur fonctionnelle du cœur, des glandes à sécrétions internes, langage, audition, mémoire visuelle, mémoire auditive, champ visuel, odorat, goût, élocution, souplesse articulaire, sens de la responsabilité, appareil génito-urinaire, taille debout et hauteur du pubis, indices variés, pression artérielle, longueur des bras, qualités altruistes, etc. etc. Puis encore, les hérédités directes et collatérales, l'hygiène du logement, l'alimentation de la famille, etc....

Tous les professeurs du Collège de France n'y suffiraient pas pour une seule école primaire !

Les savants auteurs des projets ci-dessus ont-ils pu ne pas s'égayer un peu en voyant discuter gravement leurs plans remplis de science. Imagine-t-on de telles recherches, déjà difficiles et longues dans un milieu cultivé et d'âge à s'y prêter, faites maintenant chez des centaines de mille de petits Parisiens, puis, — pour être logiques — chez les millions d'écoliers de France ! ...

Tranchons la question. Un tel travail, pour être sérieux, ne serait possible que chez un petit nombre de sujets, et dans un laboratoire de physiologie, à grand renfort de spécialistes munis d'appareils de précision, esthésiomètres, spiromètres, etc. Et cela, dans un but de science pure.

J'ajoute que cela ne donnerait que de pauvres résultats chez de jeunes enfants, qui répondent souvent au hasard ou dans l'intention seule de satisfaire celui qui les interroge, afin d'être quittes d'un examen qui les intimide et qui les ennuie... Quel temps et quel personnel faudrait-il, si tout cela devait être pris au sérieux... et durer ? .»

M. Rafinesque rappelle que les écoliers ont autre chose à faire qu'à servir de sujets d'études physiologiques et statistiques. Il fait remarquer qu'on ne saurait parler sérieusement d'orientation professionnelle pour des enfants de 13 ans, sauf de rares exceptions, et que les parents qui connaissent un peu mieux leurs enfants que tous les amateurs d'orientation, auraient bien, eux aussi, leur mot à dire à ce sujet. L'Administration, dans son zèle, oublie parfois, d'après M. Rafinesque, l'âge de ses écoliers. Il a été question de créer des *cours théoriques et pratiques de puériculture* qui seraient suivis par les fillettes à partir de 10 ans ! !

Un conseiller municipal de Paris voudrait que *tous les deux mois*, le médecin scolaire examinât les dents des enfants. C'est très bien, mais il oublie que cela exigerait 5.000 *examens pour chaque médecin inspecteur* et, à 2 minutes l'examen, cela ferait 166 heures environ ; en admettant la journée de 8 heures, plus de 20 journées de travail, rien que pour examiner les dents. M. Rafinesque fait remarquer l'impossibilité où il serait lui-même d'assurer honorablement son service, s'il n'était secondé par l'extrême dévouement des directeurs et des directrices et par une assistante d'hygiène parfaite. Or, si presque tous les médecins scolaires parisiens n'ont qu'à se féliciter du dévouement du Corps enseignant qui, cependant, a d'autres préoccupations, combien en est-il qui disposent d'une assistante d'hygiène ?

M. le Dr Rafinesque s'élève contre la modicité de l'indemnité du médecin scolaire en ces termes :

« On aura beau nommer —, et rétribuer honorablement — 1, 2, 3, même si vous voulez 20 Inspecteurs *en Chef* pour surveiller les 210 médecins *tâcherons*..., vous n'obtiendrez pas que ceux-ci, à part le très petit nombre de ceux qui n'auront pas de clientèle ou la délaisseront, puissent faire entièrement un service qu'il est IMPOSSIBLE DE REMPLIR COMPLÈTEMENT A MOINS DE S'Y CONSACRER EXCLUSIVEMENT.

A l'appui de ce que j'avance, on peut citer le grand nombre des démissions : une vingtaine par an, m'a-t-il été dit.

Monsieur Bellan nous apprend que (sans parler des autres nations), chez nos amis Belges notamment, la Loi votée en 1914 vient d'être appliquée et fait allouer aux médecins inspecteurs une indemnité de 3 francs par enfant et par an, pour *une visite* MENSUELLE. Certaines communes du Brabant ont jugé ce taux insuffisant et l'ont porté à 6 francs »... Ce dernier taux ferait pour une circonscription normale de 1.000 enfants, 6000 fr par an *pour la visite mensuelle.* Or, la valeur de l'argent était triple en 1914... Et songez qu'il nous est prescrit, — *sans compter le reste*, — une visite *hebdomadaire* et de *longues matinées entières et répétées pour l'établissement des fiches* ! — Je le répète encore, qu'on permette du moins aux médecins des écoles de vivre.. »

Nous ne voyons qu'une solution efficace et réellement pratique :

Donner *un* médecin à chaque école de manière à intéresser et à faire collaborer à la médecine scolaire la presque totalité des médecins parisiens. Un millier de praticiens seraient ainsi

inspecteurs des écoles ; on exigerait d'eux avant de les doter d'un service au moins cinq ans de pratique médicale, et certaines fonctions officielles seraient incompatibles avec l'inspection ; ils seraient nommés médecins honoraires à 55 ou 60 ans. Les médecins honoraires deviendraient, s'ils le désiraient, les conseillers techniques des services scolaires (Caisses des écoles, colonies scolaires, etc., etc.). Presque tous les praticiens rempliraient ainsi, s'ils le voulaient, les fonctions d'inspecteur. Il y aurait un intérêt de premier ordre à intéresser ainsi tout le corps médical aux écoles, tant au point de vue scolaire qu'à celui de la prophylaxie en général et de l'hygiène familiale. Nous savons assez quelle autorité morale il faut posséder, quelle confiance il faut inspirer aux parents pour leur faire la plus petite observation, faire accepter le plus petit conseil lorsqu'il s'agit de la tenue ou de la santé deleurs enfants. Seul, un médecin, honorablement connu dans le voisinage de l'école, peut jouir de cette autorité et de cette confiance. Un médecin fonctionnaire ne sera jamais écouté et se trouvera en butte à de continuels conflits.

***

Puisque nous sommes sur le sujet brûlant de l'hygiène scolaire, combien de choses ne pourrions-nous pas dire, combien de constatations intéressantes ne pourrions-nous pas faire sans tomber dans les surenchères pseudo-scientifiques et les exagérations de toute origine ? Là encore, hélas ! beaucoup de paroles et peu ou pas d'action !

Effleurons seulement un sujet : la *Culture physique.* En a-t-on assez parlé, de cette malheureuse culture physique ; que de ligues, d'associations et de congrès, que de discours, de rapports, de discussions, de polémiques à son sujet ! Nous croyons même que le Gouvernement s'est adjoint la collaboration d'un Haut-Commissaire de la culture physique. Or, voyons où nous en sommes sur ce point dans les écoles de Paris, la Ville-Lumière.

Certes, la culture physique existe dans les écoles communales de Paris. Son programme est judicieux et complet. Le voici, tel que l'a exposé notre collègue, M. le Dr Grosset, dans un article intitulé : *Le Programme des exercices physiques dans les écoles primaires*, publié dans la *Médecine scolaire* (nº du 1er juillet, page 159).

« La leçon d'éducation physique faite par un professeur spécialisé dure chaque semaine, pour chaque classe, 30 minutes ainsi réparties : 2 minutes intitulées mise en train et évolutions, consistant surtout en pas cadencés et gymnastique avec mouvements respiratoires en effaçant les épaules, avec élévation, abaissement et circumduction des bras ; 10 minutes pour l'exercice des divers groupes musculaires : de la tête (inclinaison de la tête en avant, en arrière, de côté), des bras, du tronc (flexion du tronc en avant, puis extension en arrière, flexion latérale), des jambes (élévation de la jambe en avant, élévation du genou, élévation du corps sur la pointe des pieds et demi-flexion des jambes) ; 4 minutes pour les mouvements aux appareils (bancs d'école) consistant surtout en exercices des muscles abdominaux par redressement du tronc avec appui sur les cuisses ; 4 minutes pour les mouvements aux appareils (barre de suspension avec élévation du genou et extension de la jambe) ; 4 minutes pour des exercices simples de boxe chez les garçons, de danse chez les filles, consistant surtout en nos vieilles danses françaises (rondes, farandoles, polkas, lanciers, menuets, gavottes) ; 4 minutes d'exercices récréatifs consistant en jeux variés ; le programme est d'ailleurs très *détaillé* sur ces jeux (jeux à marcher, à courir, à lancer, à sauter, etc.) ; enfin 2 minutes de marche avec mouvements respiratoires. « Marche très lente avec chant large », dit le programme.

Certes, tout ceci est parfait, mais ne trouvez-vous pas qu'une *demi heure d'exercices physiques par semaine* soit quelque peu insuffisante pour le développement des jeunes enfants ?

Les jeux durant les récréations y suppléeront, me répondrez-vous. Mais comment voulez-vous que 200 à 300 enfants, entassés dans une cour de quelques mètres carrés, puissent jouer utilement, hygiéniquement ?

L'examen que nous avons fait des écoliers confiés à notre surveillance nous a permis de saisir sur le vif le résultat de cette insuffisance lamentable d'exercices physiques. Nombre d'enfants de 7, 8 ou 9 ans présentent à leur premier examen des déviations de la colonne vertébrale le plus souvent dues à des attitudes vicieuses. Examinant les enfants dont nous avions noté la déviation, 1 an, 2 ans et même 3 ans après, nous n'avons constaté chez les fillettes que de rares améliorations, tandis que les garçons étaient presque tous guéris. Pourquoi ? Les enfants sont soignés de la même façon, vivent dans les mêmes conditions d'hygiène, sont issus des mêmes familles. Le sexe ne nous paraît pas avoir une grande influence, car rares sont, chez les Parisiennes, les signes de début de la puberté

à 10 et 11 ans. Voici l'explication la plus plausible que nous croyons pouvoir donner de ce fait. La demi-heure de culture physique par semaine ne peut avoir sur les enfants qu'une action insignifiante, mais les garçons, malgré l'exiguïté des courettes à récréation, suppléent à *la culture physique par des jeux violents*. Ils se battent et se bousculent. Lors des triomphes de Carpentier, la boxe était chez eux à la mode. Depuis que l'éclat de l'étoile de notre boxeur national est terni, la lutte a remplacé la boxe. Certes, on pourrait trouver mieux comme jeux, mais dans l'exiguïté des cours de nos écoles, ces exercices sont seuls possibles.

Les fillettes ne peuvent pas se livrer à la boxe et n'ont guère de goût pour la lutte. Elles se promènent par groupes gravement, laissant leurs têtes s'incliner et leur dos se voûter davantage.

Il serait parfois simple, et parfois facile, de multiplier les exercices physiques, de trouver pour les récréations des terrains de jeux suffisants dans nos jardins publics, nos squares et les espaces libres de nos quais ou de certaines de nos places. Mais l'on ne songe guère à ce qui est immédiatement réalisable, sans frais utile et pratique ; l'activité cérébrale de nos hygiénistes scolaires en chambre préfère se dépenser dans les brumes de l'orientation professionnelle. et s'exercer en palabres sur les statistiques de mensurations inexactes, incomparables et inutilisables.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SUR CERTAINS TROUBLES NERVEUX ET MENTAUX D'ORIGINE RÉFLEXE

Par L. Pron.

C'est une Lapalissade que de dire que le système nerveux, central ou périphérique (qui comprend lui-même des centres), sympathique ou cérébro-rachidien, est l'intermédiaire obligatoire, qui explique les nombreux retentissements ou syndromes, réflexes ou à distance, qu'on rencontre tous les jours en pathologie. Mais, le système nerveux peut, dans un assez grand nombre de cas, localiser sur lui-même l'irritation périphérique ou viscérale initiale ; il y répond alors selon des modes variés, sous forme soit de symptômes, soit de maladies, bien déterminées.

La *névralgie faciale* d'origine nasale, par compression d'une branche du nerf nasal entre la cloison et l'un des cornets (1) — qui résiste à tous les traitements médicaux et qui cède toujours à l'ablation de la crête osseuse de la cloison — ne rentre pas dans notre sujet, puisqu'il s'agit d'une irritation, portant sur un rameau du nerf ophtalmique, lui-même branche du trijumeau. Par contre, on a signalé des cas de *névralgie dentaire* d'origine vraiment réflexe et parfois curieuse, par exemple à l'occasion d'odeur de poisson avarié.

Le nez semble être un centre important de genèse de réflexes. J'ai indiqué, il y a quelque temps, son rôle dans l'étiologie de certains asthmes et ses rapports avec les organes génitaux (1) ; son pouvoir pathogénétique semble encore plus marqué vis-à-vis du système nerveux.

Royet (de Lyon) voit dans des lésions du rhino-pharynx l'origine de certains cas de *neurasthénie*.

Cette opinion est probablement isolée, et on a le droit de ne pas la retenir ; mais en ce qui concerne l'*épilepsie*, le nombre des auteurs qui ont rattaché cette affection à une lésion du nez ou de son voisinage est important, et l'on ne saurait mettre en doute cette relation. Parmi eux, je citerai Salzes, qui a consacré sa thèse au sujet (2) ; Féré, Legrand du Saulle, qui a constaté l'apparition de crises comitiales, à la suite de corps étrangers dans les sinus frontaux ; Fincke, qui a vu la maladie céder à l'ablation d'un polype du nez ; Otakar Frankenberger (3) qui l'a vue provoquée par l'hypertrophie des cornets et par des polypes, des corps étrangers ou des parasites ; Frey et Fuchs (de Vienne) qui, chargés d'un rapport sur la question (4), ont établi par

(1) Monnier. — Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris (10 janvier 1913). Kœnig *Ibidem* (15 février 1923).

(1) *Concours médical*, (17 avril 1921, 17 juillet 1921.
(2) *Nez et épilepsie* (Thèse de Lyon), 1902.
(3) *Quinzaine thérapeutique* (25 mai 1907, p. 162).
(4) *Sur l'épilepsie réflexe d'origine nasale, auriculaire et pharyngienne* (XVe Congrès international de médecine, Lisbonne, 19-26 avril 1906).

des statistiques que les maladies et les corps étrangers de l'oreille, du nez et du pharynx sont plus aptes que toutes autres excitations périphériques à provoquer des crises convulsives chez les individus prédisposés à l'épilepsie ; la chose est surtout vraie pour les enfants, dont le cortex cérébral est particulièrement sensible.

Les crises d'épilepsie peuvent avoir — et ont fréquemment — une origine plus éloignée du cerveau que le nez.

Roch (1) a communiqué le cas d'un homme de 74 ans, traité pour tuberculose pulmonaire en évolution, qui avait été atteint, quatre ans auparavant, d'une pleurésie séreuse aiguë gauche, au cours de laquelle il avait présenté plusieurs crises épileptiformes. De nombreuses expériences de laboratoire ont montré que des injections de liquide irritant dans la plèvre étaient susceptibles de déclancher de tels accidents chez les prédisposés ; d'autre part, on a observé, à Genève même, deux cas de crises épileptiformes spontanées d'origine pleurétique. Pendant les 70 années ayant précédé sa pleurésie, le malade n'avait jamais présenté d'accident de ce genre.

L'appendicite peut jouer le même rôle. Villemin a rapporté, au nom de Dieulafé (2), l'observation d'un jeune homme atteint d'appendicite chronique qui, à chaque crise, faisait une attaque d'épilepsie nettement caractérisée. Sur la table d'opération, il en eut une, puis deux autres plus bénignes, dans le mois qui suivit ; la guérison se maintint ensuite radicale. Villemin a trouvé d'autres cas analogues, entre autres un de Glantenay.

Le nez joue assez fréquemment un rôle important dans la production de *troubles mentaux*.

Depuis que Guye (d'Amsterdam) a décrit, en 1887, sous le nom d'*aprosexie*, un état psychique, caractérisé par le manque d'attention, l'inaptitude au travail intellectuel, la difficulté d'assimilation, la paresse, etc., on en a publié de nombreuses observations, en relation avec les maladies des fosses nasales, principalement chez les enfants atteints de végétations adénoïdes. Royet a fait un rapport sur ce sujet (3) et, vers la même époque, Fischer (4) incriminait surtout la sténose nasale. Chez l'adulte, Royet a signalé une sensation d'*angoisse* constante, s'accompagnant, à l'état de veille, d'irritabilité et de mélancolie, et pendant le sommeil, de rêves pénibles ou de cauchemars. Chez l'enfant, cette angoisse ou anxiété se traduit surtout par de l'agitation désordonnée, des mouvements choréiformes, des tics, etc., et, la nuit, par des frayeurs. La maladie nasale une fois guérie, les troubles mentaux ne tardent pas à se dissiper à leur tour.

(1) Société médicale de Genève (9 novembre 1911).
(2) Société de chirurgie (20 janvier 1909).
(3) Congrès des aliénistes et neurologistes (1903).
(4) *Deutsche med. Zeitung* (novembre 1904).

Mais, le diagnostic est difficile, car les affections du nez et du cavum sont souvent frustes et se manifestent surtout par leur retentissement à distance. Aussi, chez les patients à anomalies psychiques, faut-il penser à une origine nasale possible et, en conséquence, faire un examen attentif de la région naso-pharyngée.

Dans un précédent article (1), j'ai parlé de la fièvre, due à la migration testiculaire. Dans le domaine nerveux, Bazy (2) a rapporté le cas intéressant d'un jeune homme de 16 ans, qui avait un testicule arrêté à l'anneau et chez lequel la fixation eut comme conséquence une série de crises de *catalepsie*, qui avaient pour point de départ une aura venant du testicule opposé.

Nombreuses sont les autres variétés de troubles nerveux ou mentaux qui ont une origine réflexe ou à distance, c'est-à-dire en dehors du corps.

Léri a communiqué (3) le cas d'un officier qui, aussitôt après un éclatement d'obus à proximité immédiate, présenta une *aphasie motrice* pure et totale (*anarthrie* et *agraphie*). Les détails de l'examen et les commémoratifs fournis, tant par le malade que par les assistants, ne laissent aucun doute sur l'absence de toute chute sur la tête ou de tout choc direct ; néanmoins, le sujet fit, sans aucune paralysie associée, une crise jacksonienne du membre supérieur droit.

De même, Lewy et Barbe (4) ont rapporté un cas de *confusion mentale avec impulsions* chez un prédisposé (ce qui diminue, à vrai dire, la valeur de l'observation), à la suite d'une commotion.

Mais, c'est surtout dans la pathologie digestive qu'on trouve des exemples de troubles mentaux d'origine réflexe.

J'ai consacré ma thèse (5) aux *retentissements psychiques des dyspepsies*, simples ou compliquées : j'ai peu à y ajouter aujourd'hui.

Chacun connaît le *spleen* dyspeptique ; depuis la guerre, on dirait : le cafard. Glénard (6) en a rapporté un exemple frappant. Une malade nerveuse et ptosique, qu'il avait vue, le matin même, avec un état moral excellent, vient l'après-midi pleurer chez lui, en lui disant qu'elle ne

(1) L'hyper et l'hypothermie d'origine nerveuse ou réflexe (*Concours médical*, 6 mars 1921).
(2) Société de chirurgie (2 juillet 1902).
(3) Société médicale des hôpitaux de Paris (décembre 1917).
(4) Société de Psychiatrie (16 décembre 1920).
(5) *Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques* (Paris, 1901). Une deuxième édition a paru, abrégée, en 1904 (librairie Rousset, Paris).
(6) *Progrès médical*, (8 février 1902).

croit plus à une guérison possible, que la vie lui est intolérable, etc. . Il remarque qu'il est 2 h. 1/2 et il lui fait ingérer, séance tenante, une cuillerée à café de bicarbonate de soude. A peine deux minutes se sont écoulées que la patiente redevient gaie et se déclare humiliée d'avoir été, dit-elle, si sotte. Sa crise de noir était due à un aliment indigeste, pris au repas de midi. Il avait suffi de neutraliser son acidité gastrique, de diminuer ainsi l'irritation de la muqueuse et de favoriser l'évacuation (ce qui ne demande que quelques minutes) pour modifier immédiatement (1) la disposition d'esprit.

J'ai consacré, dans mon travail, un chapitre au *délire passager* ; je ne reproduirai pas ici les observations, que je citais ; mais, j'en rapporterai une de GLÉNARD (2) que j'ignorais à l'époque : « Un jeune homme de 23 ans, sans autre étiologie que des excès de travail intellectuel, une alimentation trop farineuse et une vie trop sédentaire, est atteint d'anxiété neurasthénique avec crises d'obsession ; il présente des signes de cachexie digestive avec vomissements, tellement prononcée que son poids était tombé à 33 kilogr. et que le diagnostic de cancer venait d'être posé. Une nuit, éclatent des symptômes si alarmants que son père me fait prier d'intervenir. Je trouve le malade assis sur son lit ; il ne me reconnaît pas, mais accueille ma présence par un flux débordant de questions sur Dieu, sur le mariage, sur l'interprétation de certain passage de *la Somme*, de Saint Thomas. Je remarque qu'il est 2 heures du matin, que l'estomac est le siège d'un large clapotage ; je le fais vomir par titillation de la luette : il remplit une cuvette ; aussitôt, il me reconnaît, me demande pourquoi je suis venu ; le calme était reparu brusquement, « le sommeil ne tarda pas à lui succéder. Ce malade avait, la veille, au moment de se coucher, avalé tout un pot de confitures de cerises ... »

L'*obnubilation intellectuelle* pendant les phases de digestion lourde est notée très fréquemment chez les hyposthéniques. De même, il est presque de règle de constater, chez les ptosiques de l'estomac ou de la masse intestinale ou des deux réunis, de l'*asthénie mentale*, concomitante de la fatigue somatique, à l'occasion de la simple position verticale, gardée trop longtemps ; il suffit souvent d'une ou deux heures, chez les femmes à ventre complètement déséquilibré. Le relèvement de la masse abdominale avec les deux mains ou l'application d'une sangle en bonne position (3) amène un soulagement *immédiat* de la fatigue psycho-somatique, en même temps qu'une diminution de la tachycardie et de la dilatation pupillaire (1), qui font partie des symptômes dus au tiraillement du plexussolaire.

Les phases d'*angoisse* (2) se rencontrent de temps en temps chez les hyperchlorhydriques ou les ulcéreux, au moment de l'exacerbation de leurs douleurs — ou chez les côlitiques. Elles s'expliquent par l'irritation des centres sympathiques abdominaux ou la claudication intermittente de l'estomac (phases d'ischémie, dues en partie elles-mêmes à de l'artério-sclérose du tronc cæliaque et à un spasme surajouté).

C'est une banalité que de parler de l'*irritabilité* des dyspeptiques ; sans doute, elle est quotidienne, c'est-à-dire constante ; mais, elle est surtout marquée dans les moments de péjoration du fonctionnement de l'estomac. Cette péjoration peut ne pas être subjective ; elle peut rester subconsciente. La démonstration de cette anomalie est fournie par ce fait que, dans bon nombre de cas, chez les dyspeptiques, une crise ou une ébauche de *vertige* se montre dès l'ingestion des premières bouchées, sans que le patient n'éprouve aucun symptôme localisé à l'estomac ; le simple contact de l'aliment avec le sterminaisons nerveuses de la muqueuse suffit, par l'intermédiaire du pneumogastrique, pour agir sur le bulbe et, de là, sur d'autres centres intra-cérébraux.

Un dîner indigeste est la cause presque exclusive des *terreurs nocturnes* chez les enfants. D'autres fois, c'est le goûter qu'il faut incriminer ; aucun adulte à estomac fragile, même s'il n'y a état morbide réel, ne peut sans inconvénient prendre, vers 4 heures, une collation si, à midi et le soir, il mange à des heures qui sont celles de beaucoup de gens : midi et 7 heures. Aucun estomac ne peut avoir, à 4 heures, évacué un repas de midi normal ; le goûter vient alors s'ajouter à ce qu'il reste du repas de midi dans l'estomac ; ce goûter lui-même, envisagé seul, ne peut avoir quitté l'estomac à 7 heures, s'il se compose, par exemple, de pain et de chocolat ; le dîner vient alors en nouvelle surcharge. En résumé, le muscle gastrique est obligé de travailler, sans repos, de midi à minuit ou 2 heures du matin. C'est là la raison la plus fréquente du mauvais sommeil et des cauchemars chez les grandes personnes. Les enfants n'ont pas plus droit qu'elles au goûter, qui est, d'ailleurs, pris sans faim et uniquement par habitude par le plus grand nombre. Le goûter, chez les sujets à estomac faiblard, n'est permis que s'il y a un grand intervalle entre

(1) Il y a lieu d'insister sur ce mot.
(2) *Progrès médical*, (8 février 1902).
(3) Voir à ce sujet L. PRON. — *Les maladies de l'estomac et leur traitement en clientèle* ; 3e édition (1921), p. 113, ou *Conseils pratiques sur la sangle hypogastrique* (*Journal des Praticiens*, 12 janvier 1918).

(1) G. LEVEN. — *La dilatation pupillaire en pathologie gastrique* (Société de thérapeutique, 12 janvier 1916).
(2) La génésérine convient spécialement à ce genre d'angoisse, surtout quand il y a, en même temps, douleurs sympathiques abdominales : un demi à un milligr. par jour.

les deux principaux repas, par exemple, midi, 8 heures, ou si le repas de midi est particulièrement léger. Quant aux personnes robustes, elles ont la faculté de surcharger leur estomac, comme de surmener tout leur organisme, sans en ressentir de conséquences fâcheuses, au moins pendant une période plus ou moins longue.

Chez les enfants, l'*aphasie passagère* se rencontre quelquefois, avec à l'origine une indigestion. J'en ai rapporté deux observations dans ma thèse (1) ; l'une empruntée à HENOCH : fillette de 3 ans jusque-là bien portante et qu'on avait amenée à la clinique parce que, depuis une heure, elle ne pouvait plus dire un mot, sauf « aou » quand on la pinçait ; la parole lui revint, une heure après, dès qu'elle eut rejeté dans un vomissement des cerises presque intactes, c'est-à-dire qui n'avaient pas été mastiquées ; l'autre, empruntée à SIGMUND : fillette de 9 ans, délicate et irritable, qui s'éveille à son heure habituelle, sans éprouver aucun malaise et qui, une fois levée, se plaint de chaleur à la tête, puis, d'une sensation générale de chaud alternant avec celle de froid ; tout à coup, cette impression cesse et la malade devient incapable de proférer un son et de répondre quand on lui parle ; elle ne peut répondre le moindre mot de remerciement à ses frères et sœurs, qui venaient lui souhaiter sa fête. Au bout de 20 à 25 minutes, elle vomit son dîner de la veille, qui se composait d'aliments particulièrement lourds, pris dans une réunion de famille, et *immédiatement* la parole lui revient dans toute sa précision. Quand SIGMUND la vit, deux heures plus tard, il la trouva pâle avec la tête un peu chaude ; la parole et l'état psychique étaient complètement normaux ; les pupilles réagissaient bien et de façon égale à la lumière ; la langue était sale ; tout souvenir de l'incident faisait défaut.

Les *lipothymies* se rencontrent quelquefois à titre de manifestation ou de complication d'une simple indigestion également. Dans la deuxième édition de ma thèse (p. 131), j'ai mentionné le fait, à propos d'un enfant de 3 ans ; à la suite d'un repas lourd, il avait vomi, puis était tombé sans connaissance pendant quelques minutes.

Ces divers symptômes ou retentissements ne peuvent s'expliquer que par action réflexe. Si l'auto-intoxication joue un rôle important dans un grand nombre de retentissements chroniques du tube digestif sur les centres nerveux, on ne peut faire appel à elle pour expliquer l'apparition et surtout la disparition *subite* des troubles constatés ; la transmission ou la cessation d'une irritation viscérale au bulbe ou au cerveau par le pneumogastrique est seule capable de rendre compte des faits, soit qu'il y ait action directe sur la cellule nerveuse, soit qu'il y ait modification soudaine de la circulation cérébrale (vaso-constriction le plus souvent). C'est d'ailleurs la théorie réflexe que ROBIN a adoptée depuis plus de 30 ans, battant ainsi en brèche la doctrine de BOUCHARD, qui avait le défaut d'être beaucoup trop exclusive et de reposer sur des expériences discutables de laboratoire.

La valeur de la théorie réflexe est, au surplus, démontrée de façon irréfutable par les résultats fournis par l'intervention chirurgicale dans les psychoses d'origine viscéro-ptosique ou ectopique.

GLÉNARD (1) a rappelé autrefois les travaux de PICQUÉ dans ce domaine, et ce dernier, en communiquant sa propre statistique, a mentionné celles de ROBÉ et de HOBBS. Sur 132 cas d'affections mentales accompagnées de maladies chirurgicales, on obtint 52 guérisons de la folie, en même temps que de l'affection qui avait dicté l'opération. Sans doute, on n'a le droit que de tenir compte d'une façon partielle de ces chiffres globaux, car, dans un certain nombre des cas, l'intervention eut probablement pour conséquence principale de faire cesser des phénomènes d'infection ou *d'intoxication ; mais, quand il s'agit* de ptose rénale ou d'ectopie testiculaire (2), l'origine réflexe principale des accidents et la nature dynamique de la guérison ne sauraient guère se discuter.

C'est ce qu'a bien établi, en 1907, J. LUCAS-CHAMPIONNIERE dans un travail (3) où il met en relief divers points : 1° L'hydronéphrose intermittente, au lieu d'être une conséquence habituelle du rein mobile, comme on l'enseigne, en est généralement indépendante. En effet, le rein mobile est une maladie fort commune ; l'hydronéphrose, au contraire, est rare ; d'autre part et surtout, le rein mobile siège presque toujours à droite, tandis que l'hydronéphrose se rencontre presque toujours à gauche. 2° Chose singulière, tandis que les phénomènes nerveux dominent, pour le rein flottant, même avec un déplacement peu accentué, pour l'énorme difformité que constitue l'hydronéphrose intermittente, les accidents nerveux sont fort rares ; 3° Les accidents dus au déplacement du rein — accidents qui peuvent être très variés, puisqu'ils vont du simple vomissement et de la névralgie banale, à la neurasthénie et à la folie — ne sont pas proportionnés à la quantité du déplacement, ce qui devrait être s'ils étaient le résultat d'une coudure. Il y a des reins très ptosés, qui ne donnent lieu, à aucun

(1) *Loc. cit*, p. 111 et 113.

(1) *A propos de la chirurgie chez les aliénés. Psychoses et névropathies* (*Progrès médical*, 8 juillet 1902. Communication faite à la *Société de médecine de Paris.*)

(2) Outre les faits cités plus haut et ayant trait à l'épilepsie, je signale une communication de BAZY sur le même sujet (Académie de médecine, 1er juin 1920).

(3) Présentation de ses travaux par CHAMPIONNIERE, à l'Académie de médecine (24 décembre 1907).

symptôme ; 4° Aussi, ne saurait-on attribuer ces troubles au déplacement du rein lui-même. Ils sont dus aux mouvements de ballottement en battant de cloche et aux tiraillements que le rein exerce sur les capsules surrénales et leurs réseaux nerveux.

CHAMPIONNIÈRE, quant à la pathogénie des accidents, se sépare ainsi complètement de SUCKLING (de Birmingham), qui admet leur origine toxique, et il résume son opinion intégrale en ces termes : « Ce qui est plus remarquable c'est que, quelle que soit l'intensité de ces troubles, l'opération donne une véritable preuve expérimentale qu'ils résultent bien de la seule mobilité anormale du rein, des secousses qu'il peut subir, car le résultat de la fixation est instantané ». SUCKLING, sur 21 opérations pratiquées pour rein mobile chez des femmes folles, a obtenu 21 guérisons de l'état mental.

CLINIQUE MÉDICALE

La paralysie ascendante aiguë (maladie de Landry)

M. le Professeur A. GILBERT, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Je me proposais de vous présenter aujourd'hui une malade atteinte de paralysie ascendante aiguë. Malheureusement, cette femme a succombé ce matin même ; je vous parlerai donc d'elle au passé.

Il s'agissait d'une jeune femme de 36 ans, femme de chambre, chez laquelle apparurent, il y a six semaines, quelques troubles digestifs, de l'anorexie, des douleurs gastriques à type pyrosique, qui durèrent une quinzaine de jours. A ce moment, se montra un état paralytique, manifesté d'abord par un simple affaiblissement, plus accusé aux membres supérieurs. Les troubles s'accentuant, la patiente se décida à entrer à l'hôpital et elle fut admise dans notre service, voici trois semaines environ.

Lorsque nous l'avons vue pour la première fois, les deux membres supérieurs étaient complètement paralysés. A peine, de légers mouvements des doigts restaient possibles. Les bras demeuraient inertes, ballants, et la malade ne parvenait à les déplacer qu'avec l'aide de son thorax. Elle était incapable de s'en servir dans un but quelconque, de manger, par exemple. La paralysie était flasque, avec abolition des réflexes. La sensibilité des deux membres était, par contre, conservée (sensibilité au tact, à la piqûre au froid et au chaud). Si les nerfs se montraient indolores, il n'en allait pas de même des masses musculaires, qui étaient douloureuses à la pression un peu énergique. En regard de cet état, s'opposait l'intégrité des parties supérieure et inférieure du corps. Les membres inférieurs n'offraient qu'une très légère parésie, avec diminution des réflexes tendineux. Les mouvements restaient possibles, la patiente pouvant se lever et marcher. La sensibilité cutanée était normale et le réflexe plantaire, également normal, en flexion. La face n'avait pas de paralysie apparente, les mouvements de la langue, des yeux, du cou, étant intacts.

Cette malade présentait, en somme, un tableau clinique assez rare, que certains d'entre vous n'ont pas eu probablement l'occasion de rencontrer. Il est banal de se trouver en présence de malades paralysés d'un côté du corps ou des deux membres inférieurs, mais il est assez exceptionnel d'observer une paralysie des deux membres supérieurs seulement.

Quoiqu'il en soit, la situation persista ainsi pendant une semaine. A ce moment, un changement profond se produisit. Les parties inférieure et supérieure du corps se paralysèrent à leur tour. Bientôt, la malade fut dans l'impossibilité de se lever, puis de détacher sa jambe du plan du lit, et le réflexe patellaire, déjà affaibli, disparut. Quelques jours plus tard, les membres inférieurs étaient complètement paralysés, comme les membres supérieurs ; inertes, comme eux, flasques comme eux, et privés de réflexes, comme eux. Cependant, le réflexe plantaire persistait encore.

Du côté du cou, on notait un affaiblissement des mouvements de flexion et de rotation. Les noyaux bulbaires étaient touchés. Le nombre des pulsations passait de 60 à 110, à 120, à 140. En même temps, la respiration s'accélerait, s'élevait à 24, 30 mouvements respiratoires à la minute. Plus tard, de nouveaux phénomènes se dessinèrent, montrant l'accentuation de l'état bulbaire. La voix s'affaiblit, la respiration s'éteignit. C'est avec ce tableau, un pouls accéléré, une respiration suspendue, que la malade succomba ce matin. A aucun moment, le psychisme ne fut altéré. A aucun moment, non plus, il n'y eut d'autre phénomène bulbaire : pas de paralysie faciale, pas de troubles de la déglutition, pas de troubles des organes des sens.

Cette patiente a été atteinte de maladie de Landry. Le début eut lieu par les membres supérieurs, la paralysie ayant ensuite gagné les membres inférieurs, puis le bulbe. Avant de clore l'étude clinique, toutefois, je dois vous mentionner quelques caractères, tirés de la ponction lom-

baire, de l'exploration électrique, de la thermométrie. La ponction lombaire, qui a été pratiquée à une période où les membres supérieurs seuls étaient paralysés, a fourni un liquide céphalo-rachidien absolument normal. Les réactions électriques ont varié avec les groupes, nerveux ou musculaires, considérés. A la cuisse, on trouva une réaction de dégénérescence. Aux membres supérieurs, une réaction de dégénérescence ébauchée. A la jambe et aux pieds, état normal. En ce qui concerne les divers organes et appareils je retiendrai le fait de l'atteinte des réservoirs. A la phase initiale, apparut de la rétention des matières fécales et de l'urine. Plus tard, à la rétention fit place l'incontinence. La tension artérielle fut abaissée, à 13, à 12. La température est restée, enfin, pendant toute la durée de la maladie, normale ou au voisinage de la normale.

Nul doute qu'il se soit agi d'un exemple de paralysie ascendante aiguë, état morbide encore appelé maladie de Landry. L'extension du processus, l'état flasque des muscles, la disparition des réflexes, sont tout à fait dans l'ordre de cette affection. Je ferai remarquer, cependant, quelques particularités. Le début, d'abord, par les membres supérieurs. Le fait a été signalé, mais, en général, la maladie commence par les membres inférieurs, justifiant son nom de paralysie ascendante. Il peut arriver que l'invasion se fasse par la moelle supérieure et que l'affection soit descendante, ou, à la fois, descendante et ascendante, comme dans notre cas. Je signalerai, en second lieu, le développement de la maladie chez une femme. Presque toujours, elle se montre chez un adulte de sexe masculin. Notons, en troisième lieu, la longue durée de l'affection. Habituellement, la marche est rapide, l'évolution se faisant en un ou deux septénaires. On l'a vue même se terminer en deux ou trois jours. On a relaté des cas, aussi, d'une durée plus grande.

Ici, la maladie s'est prolongée un mois. Pour ce motif, sans doute, la fièvre a été minime, alors que, ordinairement, il y a une élévation thermique plus ou moins forte.

A tout cela, je dois ajouter une dernière particularité : à savoir, l'existence dans les antécédents de cette femme d'un épisode pathologique assez analogue, en 1917. A cette époque, la patiente a offert comme une ébauche de la même maladie. Elle eut, alors, de l'ictère, des troubles digestifs, des vomissements incoercibles, pendant un mois ; puis, des accidents paralytiques, un affaiblissement portant d'une façon spéciale sur les membres supérieurs, et de l'atrophie musculaire. Elle entra à la Salpêtrière, où on lui trouva un Wassermann positif. Elle quitta l'hôpital au bout d'une année dans un état de santé satisfaisant. Or, à ma connaissance, de semblables épisodes ne marquent pas, en général, le cours de la maladie de Landry.

La maladie de Landry, à la vérité, n'est pas à proprement parler une maladie, ni même un type anatomo-clinique. C'est un syndrome, et quand on a établi son diagnostic différentiel, reste à fixer la nature de la lésion et sa cause. Envisageons donc, ces derniers points.

Dans la grande majorité des cas, la maladie de Landry est en rapport avec une myélite aiguë. Cependant, elle peut découler d'une polynévrite aiguë et se rattacher aussi à la radiculite. Il est possible, en outre, qu'il n'y ait aucun substratum anatomique déterminé.

Lorsque la maladie de Landry relève d'une myélite, il peut s'agir de myélite diffuse, simple ou accompagnée de méningite spinale, ou de myélite systématisée, au niveau des cornes antérieures, en particulier, — ce que l'on appelle la poliomyélite aiguë. Lorsque la lésion se localise dans les grandes cellules motrices et offre un état dégénératif, on a affaire à une poliomyélite du type observé dans certains cas de maladie de Heine-Medin.

Chez notre malade, étant donné l'état des nerfs périphériques, l'atteinte des sphincters, il y a lieu de penser que, conformément à la règle, nous avons eu affaire à une myélite. Tenant compte des résultats de la ponction lombaire, on peut écarter le diagnostic de méningo-myélite. Il s'est agi de myélite ou de poliomyélite aiguë.

Cela dit relativement au diagnostic anatomo-pathologique, arrivons à la partie étiologique. Polymorphe au point de vue anatomo-pathologique, la maladie est également polymorphe au point de vue de ses causes. Nombreuses sont les conditions étiologiques susceptibles d'être rencontrées. Je vous signalerai la grippe, la variole, le paludisme, la syphilis, la tuberculose etc.. La rage elle-même peut déterminer des phénomènes de cet ordre. La maladie de Heine-Medin également. On a rapporté, au cours d'épidémies de maladie de Heine-Medin, des cas ayant évolué sous le type de maladie de Landry. Interviennent quelquefois, encore, des infections de la moelle par des microbes divers, Eberth, méningocoque, bactéridie charbonneuse, etc.

Entre ces diverses étiologies, quelles sont celles que nous pouvons retenir chez notre malade ? Nous avons pensé, d'abord à la syphilis. Déjà, il y a six mois, le Wassermann du sang fut trouvé positif. Dans notre service, le Wassermann, recherché dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, se montra positif dans l'un et l'autre. La malade avait eu 4 grossesses, dont 2 terminées par des fausses couches. Nous avons pensé également à l'infection par le médullo-virus, la maladie de Heine-Medin. Sans pouvoir l'affirmer, il nous a semblé que, dans le traitement, nous devions faire intervenir la sérothérapie. Nous avons eu recours à la cure spécifique et à la séro-

thérapie anti-Heine-Médinienne, d'ailleurs inoffensive. La cure spécifique a eu pour base le cyanure de mercure intra-veineux. Nous avons eu le temps de pratiquer 15 injections quotidiennes à la dose de un centigramme, chacune. La sérothérapie a été instituée avec le sérum de l'Institut Pasteur (sérum de Pettit). C'est un sérum obtenu chez le cheval traité par des moelles de singes soumis aux inoculations du médullo-virus humain, c'est-à-dire du parasite de la maladie de Heine-Medin. Le sérum a été injecté, à la dose quotidienne de 30 cent. cubes, pendant quatre jours successifs dans les muscles. Toutefois, le premier jour, une partie (10 cent. c.) fut injectée par la voie lombaire. En même temps, la patiente fut soumise à l'action du café, de l'huile camphrée et de l'adrénaline.

Ce traitement a été bien supporté. A peine si l'injection lombaire de sérum a déterminé une petite réaction thermique, d'un degré. La sérothérapie semble bien avoir donné un résultat, la paralysie ayant cessé de progresser à partir du moment où elle fut instituée. Il y eut un certain arrêt du processus morbide, mais vous savez combien cette affection est grave ; on compte les cas de guérison. Il nous a paru, cependant, par la sérothérapie, avoir tout au moins retardé l'issue fatale.

Leçon faite à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. Lacroix.

CE QU'ON APPELLE IMMUNITÉ DANS LA SYPHILIS

Par M. le Dr A. Gauducheau.

Si l'on veut bien considérer que le spirochète de la syphilis, à toutes les périodes de la maladie, peut pulluler dans l'organisme, on est forcé de conclure que cette maladie ne détermine aucune immunité contre son microbe et que les humeurs et les tissus des syphilitiques ne présentent aucune propriété microbicide contre le tréponème. Si, après une série de poussées morbides, on admet qu'il se produit un certain degré d'immunité antimicrobienne, on est bien obligé de reconnaître que cette immunité n'est que passagère, puisque l'observation montre que la rechute est la règle et qu'après une certaine période de sommeil, les spirochètes recommencent à se multiplier. Il est donc indiscutable que, d'une manière générale, l'organisme de l'ancien syphilitique n'est pas réfractaire, n'est pas vacciné contre le tréponème.

Cependant, chacun sait que l'on n'a le chancre induré qu'une fois dans sa vie, sauf exceptions (1). En règle générale, l'organisme infecté une première fois et guéri de son chancre primaire, à qui on inocule de nouveau la syphilis, ne peut plus faire un chancre au point de sa nouvelle inoculation.

Le sujet syphilitique a donc perdu la propriété de réagir en la forme indurée primaire aux réinoculations du virus ; mais il ne s'ensuit pas du tout qu'il soit immunisé contre les autres effets pathogènes du microbe. Il ne réagit pas à la porte d'entrée du nouveau virus, mais cela ne veut pas dire que les spirochètes de cette nouvelle infection soient tués au moment où ils pénètrent. Nous savons même, au contraire, que ces nouveaux microbes vont survivre et se développer, puisque nous avons vu que l'organisme syphilitique n'était pas microbicide.

Il ne faut donc pas dire, comme on le fait habituellement, que le syphilitique est réfractaire à de nouvelles contaminations ; il est simplement réfractaire au chancre, mais il peut parfaitement prendre de nouveaux microbes, quand il s'y expose.

Ces prémisses étant posées, nous allons examiner maintenant les conséquences des superinfections dans les trois cas suivants : chez le malade en période d'accidents, chez le syphilitique apparemment guéri, chez l'hérédo-syphilitique.

Pour la commodité de notre exposé, nous admettrons la thèse de M. Levaditi et ses collaborateurs, et nous diviserons les virus en dermotropes et neurotropes, mais on verra que notre argumentation serait tout aussi valable en suivant un autre vocabulaire.

Dans notre premier cas, concernant le syphilitique en période d'accidents, il est évident qu'une superinfection par des microbes de même nature et de même virulence que les siens n'aurait aucune importance. En effet, ce n'est pas l'apport supplémentaire de quelques centaines de spirochètes qui peut avoir une bien grosse influence sur la marche d'une maladie provoquée par des millions de ces microbes déjà en place et en activité. Mais supposons que ce malade soit primitivement infecté par des microbes peu virulents, peu enclins à se fixer sur les centres nerveux, dermotropes, et que ceux de la superinfection soient neurotropes, très actifs, très virulents. Voilà un patient qui aurait pu venir à bout sans trop de mal de sa première infection, et qui, s'étant contaminé de nouveau par des germes infiniment plus dangereux, fera un jour du tabes et de la paralysie générale ; ces dernières maladies étant causées non par les microbes de sa première contamination, mais bien par ceux de la superinfection.

Le deuxième cas est certainement le plus fréquent, le plus méconnu et le plus grave. Une personne ayant eu la syphilis autrefois et s'étant bien soignée a vu disparaître ses accidents. Depuis quelques années, sa santé est excellente. On lui a dit qu'on n'avait la

(1) Les réinfections avec nouveau chancre se produisent habituellement lorsque la première infection ayant été traitée énergiquement et assez tôt, l'organisme n'a pas eu le temps d'être imprégné et modifié dans ses propriétés réactionnelles.

vérole qu'une fois dans sa vie et que, par conséquent, elle pouvait bien s'exposer à des relations sexuelles avec des syphilitiques sans aucun risque. Donc, cette personne va bénéficier de cet avantage, de cette prétendue immunité. Si c'est un homme célibataire, il ira visiter toutes sortes de filles, dans les maisons publiques et ailleurs. On l'entendra dire qu'il ne risque rien du fait de la syphilis, qu'il se méfie seulement du gonocoque et que, pour cela, il préfère certaines manœuvres buccales. Donc, il fait déposer dans son espace balano-préputial des spirochètes nouveaux et bien virulents venant de la bouche de quelque professionnelle. Il se lave superficiellement ou pas du tout. Ces microbes viennent donc ensemencer la muqueuse génitale ; un poil du pubis se trouve là qui provoque une légère excoriation ; les spirochètes tenus au chaud, sous un prépuce favorable, dans une ambiance humide et nutritive, pullulent, s'étendent, cultivent et pénètrent dans l'organisme ; aucun chancre ne se produit, puisque nous savons que notre homme a perdu depuis longtemps la propriété de réagir localement en forme indurée ; les nouveaux spirochètes s'avancent donc dans quelque capillaire, gagnent l'aorte pour y creuser un anévrysme, le foie, l'estomac, le rein, etc., ou, s'ils sont neurotropes, vont coloniser dans le cerveau, pour y déterminer la paralysie générale, ou dans les faisceaux médullaires pour y provoquer l'ataxie. Notre homme n'a pas eu de lésion à la nouvelle porte d'entrée ; tout confiant, il n'a vu entrer personne ; mais sa première syphilis l'aurait laissé tranquille jusqu'à la fin de ses jours, tandis que sa superinfection va le tuer après des années de souffrances terribles.

Voilà un fait qui se produit certainement très souvent. J'ai entendu plusieurs fois des hommes, anciens syphilitiques apparemment guéris, qui se flattaient d'être à l'abri de la vérole et qui s'exposaient couramment aux superinfections. Combien de syphilis graves, tardives, combien de lésions viscérales, cutanées et nerveuses survenues après de longues années d'accalmie, reconnaissent pour cause directe des spirochètes de superinfection ? Des microbes pénètrent sans produire de nouveau chancre et vont constituer toutes ces innombrables manifestations de la syphilis tertiaire et quaternaire. Cependant, les médecins, en présence de ces manifestations tardives, n'hésitent pas à dire qu'elles sont causées par les microbes descendants de ceux qui ont provoqué, 15 ou 20 ans auparavant, le chancre primaire. Pour être bien sûr que la souche primitive des tréponèmes est bien la cause de ces accidents tardifs, il faudrait que le sujet, pendant ces 15 ou 20 ans, ne se fût pas exposé aux superinfections ; or, cela est bien difficile à réaliser, à constater et à confirmer. Pour en être bien sûr, il faudrait que le malade s'enfermât durant des années en un monastère, et encore, faudrait-il que l'écuelle monastique, qu'on lui apporterait dans sa cellule, soit au moins de temps en temps stérilisée !

Lorsqu'un syphilitique bien soigné et apparemment guéri depuis quelques mois, fait une nouvelle poussée de sa maladie, le médecin conclut aussitôt que le malade n'avait pas été désinfecté à fond par son traitement précédent, que, malgré l'intensité et la durée d'un traitement arsenical et mercuriel, des spirochètes avaient résisté, qui, après quelques mois ou quelques années de silence, se remettent en activité. Cette explication est peut être vraie. On sait, en effet, que les microbes de cette famille peuvent pénétrer dans certaines cellules plus ou moins inertes et s'y tenir à l'abri des phagocytes et des actions lytiques humorales. J'ai signalé ce phénomène autrefois en ce qui concerne certains spirilles intestinaux parasites des amibes de singe. Il est très facile de comprendre que les tréponèmes puissent trouver dans l'économie quelque coin peu accessible aux défenses naturelles et aux médicaments, et s'y maintenir dans un état de vie ralentie. Mais sur la durée de cet état latent, on n'a aucun renseignement. Pour le savoir, il faudrait inoculer au singe un abondant matériel de vieilles lésions où l'on supposerait présents ces spirochètes latents. L'expérience présente de grosses difficultés pratiques. Quoi qu'il en soit de la durée de cette survie du tréponème, rien n'empêche que des superinfections se produisent pendant que la souche primitive se trouve dans cet état latent. Nous aurons donc alors chez notre malade deux souches de microbes : ceux qui ont provoqué l'accident induré initial et qui sont enkystés présentement, et ceux qui viennent de pénétrer par superinfection et qui ont toute leur activité. A ce moment, des accidents se produisent. Quelle en est la cause ? La première souche ou la deuxième ? A-t-on le droit de dire que le traitement appliqué contre la première souche a été insuffisant ? Voilà des questions auxquelles il est impossible de répondre avec certitude, dans l'état actuel de nos connaissances.

Examinons maintenant, toujours suivant les mêmes notions directrices, le cas de l'hérédo-syphilis.

Nous savons que cette maladie détermine dans l'organisme atteint des modifications profondes du terrain, que les humeurs floculent autrement qu'à l'état normal (Wassermann) et que l'organisme infecté réagit au virus en des formes variables, suivant l'âge de la maladie. D'autre part, nous savons que, dans la plupart et peut-être même dans toutes les autres infections et intoxications, les modifications du terrain persistent après la disparition des agents infectieux ou toxiques qui ont provoqué ces modifications. Ainsi, l'état d'immunité ou d'anaphylaxie persiste bien longtemps après la disparition des virus dans toutes les infections. Il paraîtrait contraire à tout ce que l'on a observé jusqu'ici en pathologie infectieuse de penser que l'organisme syphilitique redevient normal dès que le spirochète a disparu. Il est bien plus rationnel d'admettre que le terrain reste syphilitique, même après la disparition du microbe causal, que ce terrain reste secondaire ou tertiaire pendant longtemps encore après la cessation de l'infection active, et que, spécialement, l'inap-

titude à réagir à la superinfection dans la forme chancre induré persiste pendant des années et se transmet même par hérédité.

Si cette thèse est vraie, l'hérédo-syphilitique ayant hérité le terrain et non le microbe, cas sans doute le plus fréquent, doit être, comme ses parents, incapable de faire un chancre induré lorsqu'il est soumis à l'infection ; ce n'est qu'après un temps inconnu que les effets de l'hérédité de terrain cesseront et que l'hérédo deviendra vraiment normal, c'est-à-dire retrouvera la propriété de s'infecter dans la forme normale.

Que se passera-t-il chez cet hérédo porteur du terrain spécifique et non du microbe, lorsqu'il sera exposé à la contagion, lorsque par exemple sa nourrice lui transmettra les spirochètes de ses plaques muqueuses buccales ? Aucun chancre ne se produira chez ce nourrisson, mais l'infection active n'en sera pas moins réalisée. On verra se produire toutes sortes de manifestations pathologiques. On interrogera les parents ; on retrouvera chez eux une syphilis plus ou moins ancienne et on conclura qu'ils ont transmis leur microbe à l'enfant. En réalité, ces parents ont transmis le terrain et la nourrice a inoculé le germe.

Etant admise la superinfection sans porte d'entrée visible, nous pouvons en tirer des conséquences capables de modifier d'une manière très importante la conception classique de la durée de la maladie et de l'hérédité dans la syphilis. L'état d'allergie étant héréditaire pendant un certain temps, les descendants de malades pourront se contaminer, par exemple en famille, sans avoir de chancre, et le spirochète se renouveler ainsi en passant des parents aux enfants et inversement, sans que ces passages renouvelant les provisions de virus laissent la moindre trace. L'hérédité transmet l'état du terrain et les dystrophies et la contamination familiale ou autre transmettrait le germe. On expliquerait ainsi les syphilis héréditaires pendant deux ou trois générations, avec plus de vraisemblance qu'on ne le fait aujourd'hui.

Neisser, au cours de ses travaux sur la syphilis expérimentale, s'était demandé ce que devenaient les microbes de superinfection ; mais il n'avait pas du tout envisagé que l'organisme n'étant pas microbicide, aucun empêchement n'existe contre la pénétration des nouvelles souches.

C'est en étudiant la variole-vaccine et le phénomène que von Pirket a désigné sous le nom d'allergie, que j'ai été amené à séparer ces deux faits, la réaction locale à la porte d'entrée d'un virus et l'action microbicide de l'organisme, et à réfléchir aux conséquences de ces contagions imperceptibles (*Bulletin* de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine, 15 novembre 1914 (1).

Ces considérations ne sont pas seulement des curiosités théoriques. Elles intéressent pratiquement un grand nombre de personnes ; elles intéressent tous ceux qui, ayant contracté autrefois la syphilis (ils sont nombreux) et se croyant désormais à l'abri d'une nouvelle infection par le spirochète, s'exposent sans précaution aux superinfections.

Il est possible que cette fausse sécurité des anciens syphilitiques soit la cause indirecte d'un très grand nombre d'accidents tardifs de la syphilis.

Il est urgent de discuter ce problème et de le soumettre à l'expérimentation sur le singe, le sujet étant probablement accessible à l'expérience. . .

La croyance en l'immunité syphilitique paraît être une dangereuse erreur.

Combien d'hommes, anciens syphilitiques, vont dans les maisons plus ou moins closes, renouveler leurs spirochètes et se superinfecter en mettant leurs muqueuses en contact avec le vagin ou la bouche des professionnelles ? Personne ne leur signale ce danger, et c'est très grave. Ils ne se méfient pas des microbes qu'une porteuse de virus peut déposer chez eux, microbes qui traverseront leur épithélium sans laisser de trace et qui les feront mourir de paralysie générale quelques années plus tard.

Donc, l'ancien syphilitique, comme tout autre, doit se désinfecter après qu'il s'est exposé à la contagion. Pour cela, il faut employer la pommade suivante que l'on dépose dans la fosse naviculaire et sur les muqueuses externes, et qui tue le spirochète et le gonocoque.

Cyanure de mercure	0.10
Thymol	1.75
Calomel	25.00
Lanoline	50.00
Vaseline q. s. pour	100.00

C'est la formule de Metchnikoff et Roux que j'ai renforcée par addition de thymol et de cyanure de mercure, ce qui la rend plus active, ce qui permet de n'en déposer qu'une couche imperceptible sans tacher le linge et d'atteindre aussi le gonocoque jusque dans le canal, lorsque ce désinfectant est introduit par un petit tube *ad hoc*. Il faut en mettre aussi un peu sur la muqueuse des lèvres, lorsqu'étant gercées ou excoriées, elles ont été exposées à la contagion. Enfin, il ne faut pas oublier que les surfaces génitales peuvent être ensemencées secondairement, par exemple au moyen d'un poil souillé, que l'espace balano-préputial est une bonne étuve à culture pour

(1) Dans la variole et la vaccine, l'animal infecté une première fois réagit localement au point de pénétration du virus par une pustule caractéristique ; puis, il devient incapable, pendant 5 ou 6 ans en moyenne, de donner une nouvelle pustule par réinoculation.

Dans la syphilis, l'homme infecté une première fois réagit localement au point de pénétration du virus par un chancre primaire caractéristique, puis, pendant une durée inconnue, qui est probablement d'une vingtaine d'années après la dernière manifestation de la maladie, il est incapable de donner un nouveau chancre par réinoculation.

La pustule variolique et vaccinale et le chancre syphilitique sont donc comparables en ce qu'ils ne peuvent être produits par des animaux qui ont été touchés depuis un certain temps par ces infections.

ces microbes et que, même après usage de préservatifs mécaniques, il est prudent de rendre ces muqueuses inaptes aux contagions médiates par une très légère onction.

Conclusion. — Il faut se méfier de ces microbes ; ils sont capables de pénétrer dans l'organisme sans laisser de trace à leur porte d'entrée et l'immunité contre eux n'existe pas.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le tubage duodénal dans le diagnostic des ictères par rétention.

Un ictère classique étant constaté, et ses caractères permettant de l'attribuer à la rétention de la bile, il reste à préciser la nature de l'obstacle, élément important du diagnostic, puisqu'il peut aiguiller le traitement dans la bonne voie.

Selon MM. Carnot et Gaehlinger, le tubage duodénal permettrait d'acquérir des précisions intéressantes à ce sujet, en révélant : la présence ou l'absence de la bile dans le duodénum, la teneur du suc duodénal en pigments et sels biliaires, en ferments pancréatiques, en sang, en éléments cellulaires néoplasiques, en micro-organismes.

Et les auteurs, s'appuyant sur d'intéressantes observations, résument comme suit leur exposé :

« *a*) S'il y a dans le suc duodénal *rétention biliaire et pancréatique simultanée sans présence de sang*, l'obstacle intéresse, à la fois le cholédoque et le Wirsung, mais n'effleure pas l'intestin : c'est le plus souvent un néoplasme de la tête pancréatique.

« *b*) S'il y a *rétention biliaire et pancréatique, avec présence de sang duodénal*, et notamment avec de petits caillots duodénaux, l'obstacle intéresse à la fois les voies biliaires et pancréatiques et le duodénum : c'est probablement alors un néoplasme de la région vatérienne ou des parties immédiatement voisines (voies biliaires, etc.) ; la recherche des éléments cellulaires néoplasiques, malgré sa difficulté, pourra alors être utile.

« *c*) S'il y a *rétention biliaire sans rétention pancréatique* (les ferments pancréatiques décelés en proportions voisines de la normale), l'obstacle intéressera les voies biliaires, mais non les voies pancréatiques. Il y aura donc de fortes probabilités *contre* le néoplasme de la tête pancréatique, mais au contraire *pour* une compression des voies biliaires, directement par un calcul, par un néoplasme primitif, ou indirectement, par des ganglions ou des adhérences ;

« *d*) Enfin, on peut constater, même après inspection de sécritine, une *rétention pancréatique totale* (absence de ferments pancréatiques : trypsine et lipase), et *sans rétention biliaire* (présence de pigments et de sels biliaires) : on peut alors penser, comme dans un de nos cas, à un néoplasme de la tête pancréatique intéressant le canal de Wirsung, mais n'intéressant pas encore le cholédoque ». (*Paris médical*, 19 mai 1923.)

Traitement des hémoptysies tuberculeuses.

MM. Piery et Michel recommandent, contre les hémoptysies graves des tuberculeux, les injections intra-veineuses quotidiennes, tant que dure l'hémoptysie, de 1 cmc. d'une solution stérilisée correspondant à 0.20 de poudre d'ipéca et à 0.025 d'extrait de digitale. On pourrait, dans les cas rebelles ou abondants, aller jusqu'à 2 cmc.

Les effets positifs enregistrés s'expliqueraient par la pathogénie des hémoptysies habituelles des tuberculeux, lesquelles sont conditionnées par des poussées de pneumonie hémorragique, et par l'action vaso-constrictive intense exercée par l'ipéca et la digitale sur les capillaires pulmonaires. (*La Pratique médicale franç.*, mai 1923.)

De son côté, M. M. P. Weil cite, parmi les médicaments à prescrire contre les hémoptysies, l'ipéca, isolé ou associé à la digitale, selon la méthode de Piéry et Michel : mais il donne l'ipéca comme un vaso-dilatateur, alors que les auteurs précédents le donnent comme un énergique vaso-constricteur : il faudrait pourtant s'entendre.

Il cite également l'opium (et la morphine), dont cependant il faut se défier, et qu'il préfère associé à l'ipéca (poudre de Dower) ; les injections intra-musculaires de rétro-pituitrine ; le chlorure de calcium ; le pneumo-thorax est l'ultime ressource thérapeutique à mettre en œuvre quand toutes les autres ont échoué. (*La Médecine*, mai 1923.)

La tuberculose conjugale.

Nous avions procédé en 1921 à une enquête auprès des praticiens pour arriver à préciser dans quelle mesure la tuberculose se transmet d'un époux à l'autre par contagion conjugale. Les résultats en avaient été contradictoires.

M. Roussel a repris cette enquête dans des conditions particulièrement intéressantes, puis-

qu'il s'agissait de la clientèle d'un dispensaire anti-tuberculeux, qui peut-être régulièrement suivie dans le milieu familial

Sur 423 familles examinées, il n'aurait rencontré que 22 cas de tuberculose conjugale légitime, soit une proportion infime de 5,2 %, tandis que les contaminations de parents à enfants atteignent une forte proportion de 25,02 pour cent.

Sa conclusion, des plus suggestives, et dans laquelle je retrouve ce que je pense personnellement et ce que j'ai écrit au cours de notre propre enquête, sur la suprématie du terrain, de la résistance individuelle, l'hérédité, est à citer textuellement :

« Haute réceptivité chez l'enfant, contagion restreinte chez l'adulte, il n'y a rien là qui doive nous étonner. Ces constatations s'éclairent à la lumière des acquisitions récentes sur l'*allergie tuberculeuse.*

« L'expérimentation nous apprend que l'animal en expérience se comporte très différemment à l'égard d'une primo-injection et à l'égard des inoculations ultérieures. C'est ainsi que le cobaye déjà tuberculisé résiste parfaitement à des doses de bacilles qui seraient mortelles pour un sujet sain.

« Il n'en va pas autrement dans l'organisme humain et la clinique se trouve pleinement d'accord avec les données de la pathologie expérimentale.

« La sensibilité de l'enfant et l'évolution si particulière de sa tuberculose sont dues au fait qu'il s'agit chez lui d'une primo-infection sur un terrain vierge.

« L'adulte, au contraire, arrive généralement au mariage déjà tuberculisé et plus ou moins immunisé par des infections et surinfections successives. Il se trouve, de ce fait, en état de résister aux contaminations habituelles de la vie courante. Chez lui, « si la contagion peut encore se faire sentir et est encore redoutable, le danger est plutôt dans le réveil des tuberculoses de l'enfance, restées latentes ». Ainsi se trouve expliquée la rareté relative de la tuberculose conjugale.

« Ces faits, joints à beaucoup d'autres, nous conduisent peu à peu à une revision de l'ancienne conception de la contagion bacillaire. Celle-ci ne présente pas le caractère absolu qu'elle possède dans certaines maladies infectieuses, mais dépend de conditions multiples de résistance, de l'hérédité et de terrain.

« La phtisie de l'adulte ne nous apparaît plus comme la conséquence d'une infection récente, le plus souvent primitive, du poumon, mais comme « la fin d'une longue histoire », dont les origines remontent généralement à l'enfance.

« Cette conception nouvelle d'une *contagion restreinte* et conditionnelle est très réconfortante. Loin de nous la pensée de renoncer à toute prophylaxie, mais il faut bien reconnaître qu'une propagande antituberculeuse intensive a provoqué parfois un peu d'affolement dans certains esprits mal préparés à la comprendre.

« Sabourin raillait à bon droit l'égoïsme des « phtisiophobes et phtisiomanes ». Le malade ne doit pas devenir un objet de terreur pour son entourage, une sorte de lépreux moderne.

« C'est la tâche capitale des dispensaires d'éduquer et de surveiller le tuberculeux, afin de lui permettre de participer sans danger à la vie familiale et sociale ». (*La Médecine*, mai 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Les biopsies dans le diagnostic précoce du cancer utérin.

(M. Armand Siredey. — *Académie de médecine*, 10-7-1923.)

M. Siredey fait une communication sur le diagnostic précoce du cancer utérin et sur l'utilité des biopsies pour établir de bonne heure ce diagnostic.

A son début, le premier, l'unique symptôme du cancer de l'utérus se résume en des pertes sanguines. Généralement peu abondantes, ces hémorrhagies sont très rapprochées et surviennent dans l'intervalle des règles. Elles sont provoquées le plus ordinairement par de minimes traumatismes : injection vaginale, coït, effort, course en voiture, etc. La répétition de telles pertes sanguines doit, *à tout âge*, éveiller l'attention du médecin.

Le toucher vaginal permet de constater des lésions du col, nettes ou simplement suspectes, parfois des lésions banales concomitantes, polypes, myomes, annexites, d'autres fois rien de très caractéristique (épithélioma de la muqueuse du corps utérin).

Pour mettre fin aux hésitations du clinicien, M. Siredey conseille de recourir à une biopsie du tissu pathologique prélevé par exérèse ou recueilli par un curetage de l'utérus. Les chirurgiens ont accusé le curetage en question de constituer une menace d'infection, d'extension du néoplasme et d'exposer à des perforations de la paroi utérine. M. Siredey ne considère pas ces objections comme fondées. Depuis quinze

ans, il a pratiqué ou fait pratiquer un nombre considérable de curetages explorateurs et de biopsies sans avoir observé la moindre complication. Lorsque l'examen biopsique est négatif, toutefois, il ne faut pas — comme souvent en matière d'épreuve négative — affirmer que le cancer n'est pas en cause. La clinique conserve alors tous ses droits.

A titre d'exemples, l'auteur relate huit observations de malades présentant des lésions utérines à allures banales (polypes, myomes) chez lesquelles des biopsies dénoncèrent le cancer, assez tôt pour qu'une hystérectomie efficace ait pu intervenir.

Les adénopathies trachéo-bronchiques de la seconde enfance.

(MM. Léon Bernard et Vitry. — *Académie de médecine*, 10-7-1923.)

L'adénopathie trachéo-bronchique est une maladie fréquente, dont on fait le diagnostic communément, et que l'on attribue, en outre, généralement à la tuberculose. Lorsque l'on constate sur le manubrium sternal des modifications de sonorité, à la région inter-scapulaire une respiration soufflante, le signe de d'Espine, lorsque la radiologie montre une ombre médiastinale péri-trachéo-bronchique ou hilaire, on se croit volontiers autorisé à considérer le malade (un enfant, en général) comme atteint d'adénopathie trachéo-bronchique bacillaire.

Depuis quelque temps, une certaine réaction s'est faite contre cette opinion. Comby, Guinon, Ribadeau-Dumas, ont critiqué cette trop grande simplicité du diagnostic. MM. Léon Bernard et Vitry y reviennent et montrent à leur tour que le tableau facile sous lequel on a présenté l'adénopathie trachéo-bronchique a besoin d'être révisé.

Il est classique et exact d'ailleurs, disent ces auteurs, de considérer que, parmi les localisations de la tuberculose infantile, l'adénopathie trachéo-bronchique est la plus fréquente, le substratum anatomo-pathogénique de toutes les autres. Mais, pour affirmer cette affection, il faut analyser soigneusement les signes constatés. Les signes stéthacoustiques, d'abord, sont trompeurs, car ce sont plutôt des signes d'emprunts, tenant aux modifications apportées par l'adénopathie aux organes voisins, et d'autres causes peuvent les provoquer. Ils manquent, de plus, dans bien des cas. Les signes radiologiques donnent aussi lieu à beaucoup d'erreurs, en particulier les ombres hilaires et périhilaires qui correspondent fréquemment à des ramifications vasculaires et même bronchiques. On ne saurait poser, donc, le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique qu'après une discussion soigneuse des indices stéthacoustiques et des indices radiologiques.

L'adénopathie reconnue, il ne s'ensuit pas nécessairement que la tuberculose soit en cause. Il peut s'agir d'adénopathie consécutive à la rougeole, à la coqueluche, à la grippe, etc. Pour établir la nature bacillaire de la lésion, on devra s'adresser à la cuti-réaction, à la cuti-réaction en série principalement.

— M. Marfan montre, également, la valeur toute relative des signes acoustiques et même des signes radiologiques pour reconnaître une adénopathie trachéo-bronchique. De plus, adénopathie trachéo-bronchique « radiologique » ne signifie nullement tuberculose des ganglions bronchiques. Le diagnostic d'adénopathie se basera sur un examen radiologique convenablement discuté, et la cutiréaction aidera à définir la nature de la lésion.

Sur les tétines. A propos d'une affiche-réclame.

(M. Cazeneuve. — *Académie de médecine*, 10-7-1923).

M. Pinard, qui voyage quelquefois en autobus, aperçut un jour dans un de ces véhicules une affiche-réclame représentant une mère donnant le sein à son enfant et celui-ci repoussant le sein pour réclamer la tétine X, avec cette légende : « Il ne faut faire aux enfants nulle peine, même légère ! »

Le puériculteur vigilant qu'est M. Pinard et M. Cazeneuve protestent contre de telles affiches qui encouragent l'allaitement artificiel au détriment de l'allaitement maternel ou de l'allaitement au sein. Ils demandent à l'Académie d'émettre un vœu pour qu'une réglementation vienne prévenir les dangers d'une semblable propagande.

M. Pinard voudrait également que fussent interdites la fabrication et la vente des sucettes, comme l'a été la vente du biberon à long tube.

La fièvre dans le cancer.

(MM. Roch et Bickel, de Genève. — *Soc. méd. des hôp.*, 18-5-1923.)

L'existence de mouvements fébriles au cours de l'évolution du cancer est connue depuis longtemps, mais les auteurs ne sont pas d'accord quant à la pathogénie de ces troubles. Pour les uns, la fièvre dans le cancer dépend toujours de complications inflammatoires ou putrides ; pour d'autres, au contraire, le cancer peut être, par la désintégration tissulaire qu'il engendre, la cause exclusive et directe d'une hyperthermie quelquefois élevée. Cette conception semble s'affirmer de plus en plus, des observations actuellement assez nombreuses parlant en sa faveur.

La fièvre, qui apparaît ordinairement à la période d'état ou à la période terminale de la maladie, suit le plus souvent une marche irrégulière et atypique. Elle est, en général, modérée, continue, avec rémission matinale. Plus rarement, on a observé le type rémittent ou intermittent. Exceptionnellement, la courbe prend un aspect ondulant. Il en fut ainsi chez une malade dont MM. Roch et Bickel rapportent l'observation.

Chez une femme atteinte de métastase vertébrale d'un cancer du sein opéré, les auteurs ont noté une fièvre à type régulièrement ondulant. En six mois, la malade eut 19 poussées fébriles, de six à huit jours

de durée chacune environ, montant à 39° et plus au moment maximum, vers le 4e ou 5e jour. Devant ces phénomènes fébriles insolites, on pensa aux diagnostics les plus divers. Cinq hémocultures se montrèrent toutes négatives. Les séro-diagnostics typhique, paratyphique, et fièvre de Malte, furent négatifs. Wassermann et cuti-réaction à la tuberculine négatifs également. L'autopsie montra d'ailleurs l'absence de toute lésion, en dehors du carcinome.

MM. Roch et Bickel ont retrouvé dans les archives de la clinique médicale de Genève, dirigée alors par le professeur Bard, un cas analogue, de moins longue durée cependant.

Quant au mécanisme producteur de cette fièvre, il reste évidemment difficile à préciser avec certitude. La notion la plus vraisemblable semble être celle d'une dissémination périodique du carcinome par voie sanguine, chaque poussée fébrile correspondant à une invasion nouvelle de la circulation.

Péricardite tuberculeuse hémorrhagique. Paracentèse.

(M. Amaudrut, de Laval. — *Soc. méd. des hôp.*, 1-6-1923.)

M. Grenet présente un travail de M. Amaudrut, de Laval, concernant un cas de péricardite tuberculeuse à épanchement volumineux et hémorrhagique, traitée par la paracentèse du péricarde et guérie.

Le malade, un garçon de 13 ans, entra dans le service de M. Amaudrut très amaigri et fortement dyspnéique. Les bruits du cœur étaient sourds, la matité cardiaque très augmentée. Fièvre tous les soirs. L'examen radioscopique montra une ombre cardiaque débordante et confirma le diagnostic clinique de péricardite.

L'auteur pratiqua deux paracentèses du péricarde par la voie épigastrique de Marfan, après anesthésie de la peau et de la région rétro-sternale à la syncaïne. La pression (mesurée au manomètre de Claude) était de 20 cc. d'eau avant toute évacuation et de 10 c. c. après écoulement de 150 cent. cubes de liquide. L'enfant fut soumis au régime déchloruré et à l'héliothérapie prolongée. La guérison se maintient depuis dix mois.

Pneumonie sur des malformations pulmonaires.

(MM. Paisseau et Duchon. — *Soc. méd. des hôp.*, 1-6-1923.)

M. Paisseau a traité un malade atteint de pneumonie circonscrite au début à un lobe pulmonaire de situation anormale. Les malformations pulmonaires, reconnues à l'autopsie, chez ce patient, étaient les suivantes : le poumon gauche était presque entièrement constitué par un lobe unique, avec un second lobe rudimentaire rejeté à la partie postérieure ; le poumon droit était réduit à deux lobes.

La pneumonie commença précisément par le petit lobe anormal du poumon gauche. Elle donna un ensemble de signes stéthacoustiques et radiologiques localisés à la région médiastinale et à la partie interne du champ pulmonaire gauche. On aurait pu penser à l'existence d'une pneumonie centrale.

Malgré un traitement sérothérapique (injection intra-musculaire, en plusieurs fois, de 200 cc. de sérum anti-pneumococcique), une complication méningée se déclara, à laquelle le malade succomba.

La syphilis en 1922.

(MM. Maurice Renaud et Maréchal. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-6-1923.)

Chargés d'une consultation spéciale du soir à l'hôpital Bichat, MM. Maurice Renaud et Maréchal ont établi la statistique du nombre des malades qui s'y sont présentés depuis le 1er novembre 1921 jusqu'au 1er mai 1923, en indiquant la nature des accidents (chancre, accidents secondaires, tertiaires, absence d'accidents), qu'ils ont offerts.

Les auteurs ont vu que le nombre des syphilis primaires était allé en diminuant et n'avait pas l'importance qu'on aurait pu croire. Ils ont vu également que les accidents ne se montraient en réalité que chez des malades insuffisamment traités. Sans vouloir tirer de cette petite statistique des déductions dogmatiques, il a paru à MM. Renaud et Maréchal qu'elle autorisait néanmoins une conclusion optimiste, montrant que si l'on persévérait dans l'effort commencé, nous verrions bientôt la syphilis reléguée, avec la peste et la variole, dans la catégorie des maladies dont le fantôme n'est plus qu'un souvenir.

— M. Queyrat remarque que tous les syphiligraphes constatent avec joie la diminution progressive des accidents primaires. Elle tient au traitement méthodique et énergique institué chez les syphilitiques dès l'apparition des premiers signes. Il faut, à ce point de vue, s'adresser aux doses élevées d'arsénobenzènes, qui seules, pour l'auteur, donnent des résultats vraiment satisfaisants.

P. L.

Toulouse

Société de Médecine.

Sur les réactions focales à la tuberculine chez le chien.

MM. Sendrail et Lasserre utilisent systématiquement les injections sous-cutanées de tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose chez le chien. Les auteurs ont pu constater que des lésions très discrètes, absolument insoupçonnées, ont pu être ainsi révélées, et leur nature a pu être précisée de façon assez précoce, avant que l'animal atteint ne soit devenu dangereux pour son entourage.

Quelques recherches sur la thérapeutique du muguet.

MM. Valdiguié et Cadenat ont reconnu dans leurs recherches que le borax, alcalin le plus em-

ployé dans le traitement du muguet, n'agit pas seulement comme alcalin, mais par son activité propre. Des nombreux essais de culture de ce champignon en milieu glycérine boratée alcalin, et glycérine boratée acide, il résulte que le borax arrête le développement du muguet électivement quelle que soit la réaction du milieu.

L'iode, essayé sous forme de solution de lugol, n'arrête pas toujours le développement de ce champignon, tandis que le bleu de méthylène, même en solution à 1/1000.000, l'arrête complètement et paraît donc devoir prendre place dans la thérapeutique du muguet.

La période terminale de l'endocardite maligne à forme prolongée.

M. Pujol a observé personnellement cinq cas d'endocardite maligne, maladie dont la période terminale est encore assez insuffisamment décrite : les auteurs incriminent en effet les progrès de la septicémie et accessoirement les complications vasculaires.

Sur les 5 cas observés, P. a vu deux de ses malades succomber à l'insuffisance rénale avec azotémie ; dans les trois autres cas, l'obstruction de l'aorte par un gros embolus, la rupture d'un gros vaisseau du hile du poumon, la gangrène intestinale consécutive à la thrombose d'un vaisseau mésentérique, ont été la cause de la mort. Dans aucun de ces cas, le malade n'a succombé aux progrès de la septicémie.

Un cas de corps étrangers des voies digestives chez un nourrisson.

M. Auban rapporte l'observation d'un enfant de trois mois qui déglutit une petite épingle broche de barette. L'évolution fut relativement favorable, puisque l'expulsion put se réaliser le 4e jour par les voies naturelles. L'extraction fut effectuée seulement dans la dernière partie du rectum.

L'auteur rappelle à ce sujet la grande fréquence des corps étrangers des voies digestives : il insiste sur la nécessité de l'examen radioscopique. qui seul, permettra l'attente nécessaire à l'évolution normale possible.

Les complications infectieuses ou mécaniques ne sont pas rares, elles sont toujours à redouter, et l'examen à l'écran est indispensable pour les diagnostiquer utilement.

Indications, technique générale et résultats actuels de la curiethérapie des cancers.

M. Félix. — Le rayonnement γ des corps radioactifs est actuellement presque seul employé dans la curiethérapie des cancers, car il a une action élective sur les cellules cancéreuses, qui paraît maxima au moment de l'activité caryocinétique.

Pour atteindre toutes les cellules d'une tumeur à des doses efficaces et non excitantes, on doit s'efforcer, en technique générale actuelle, de répartir de nombreux foyers radioactifs assez minimes dans la tumeur et ses abords, et de prolonger l'irradiation pendant plusieurs jours suivant la dose à donner, et la radiosensibilité de la tumeur, évaluée surtout d'après la valeur caryocinétique.

Seule la confrontation de bonnes observations ou statistiques permettra de juger de leur valeur respective. Les résultats actuels ne doivent pas être envisagés, ou rarement, au point de vue de la guérison définitive ; mais publiés avec leurs techniques précises et confrontés, ils permettraient peut-être de modifier utilement ces techniques.

Ils sont d'ailleurs intéressants à connaître, les meilleurs étant obtenus dans les cancers (même dits radio-résistants) de la peau, de la langue et de l'utérus. Dans beaucoup de cas, le radium doit être associé à la radiothérapie à courte longueur d'onde et à la chirurgie.

Le diagnostic de la lithiase vésiculaire à forme gastralgique et son traitement.

M. Dambrin, ayant eu l'occasion d'intervenir dans plusieurs cas de lithiase vésiculaire évoluant sous la forme gastralgique, tient à en profiter pour étudier l'évolution de cette forme clinique toute spéciale, sur laquelle l'attention a été récemment attirée par différents auteurs. Après en avoir étudié la symptomatologie un peu particulière, il insiste surtout sur le diagnostic presque toujours assez délicat à établir, et termine par une série de considérations sur le traitement qu'il convient d'instituer, et qui ne peut être que chirurgical, consistant en une cholécystectomie, dont il précise les indications et la technique.

Contribution à la sédimentation globulaire.

M. Bassal, après avoir passé en revue les différents travaux parus sur cette question, rapporte les résultats de ses propres expériences sur le cobaye après saignées répétées, injections de sérum de cheval, intoxications par le plomb, la saponine, le gaz d'éclairage, l'aniline. Les résultats obtenus ont été très variables ; seule, l'intoxication par le plomb a entraîné un retard manifeste de la sédimentation. Il conclut à la nécessité d'adopter une technique et une notation uniformes et d'étudier le rôle de chacun des composants du sang dans le mécanisme de la réaction.

Tuberculose sous-cutanée chez la vache.

MM. Besnoit et Robin ont observé chez une vache laitière des localisations superficielles de la tuberculose assez différentes dans leur aspect de celles ordinairement décrites chez les bovins. En effet, dans les cas précédemment signalés, les lésions situées dans le derme ou le tissu conjonctif sous-cutané se présentent sous la forme de petites tumeurs non sup-

purantes, pauvres en bacilles de Koch, et où l'on retrouve, plus ou moins ordonnés, les éléments des follicules tuberculeux. L'inoculation au cobaye réussit rarement à mettre les germes en évidence et on considère ces lésions comme l'œuvre d'un bacille tuberculeux à virulence très atténuée.

Dans l'observation présentée par les auteurs, les lésions sous-cutanées sont constituées par des abcès du volume d'un œuf de poule, situés en divers points de la paroi thoracique ; l'un d'eux communique par une étroite fistule avec une grande poche purulente sous-pleurale, et l'autopsie révéla en outre une tuberculose étendue à toutes les masses ganglionnaires ainsi qu'aux divers parenchymes. De plus, l'examen bactériologique montra dans le pus des quantités exceptionnelles de bacilles de Koch, qui, inoculés au cobaye, le tuèrent en 40 à 45 jours.

Les auteurs font remarquer la curieuse ressemblance de pareilles altérations avec certains abcès tuberculeux chroniques chez l'homme, dont le pus fuse à une certaine distance du point initial en suivant les espaces intermusculaires.

Syndrome de Raynaud et syphilis.

M. Laporte communique deux observations de malades présentant un syndrome typique de maladie de Raynaud, dont l'origine syphilitique est indéniable, bien que, dans un cas, la réaction de Bordet-Wassermann eût été négative.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Placenta prævia central. Opération césarienne.

M. Laurentie rapporte l'observation d'une primipare présentant un placenta prævia central, chez laquelle, par suite d'une hémorragie très abondante, on fit une césarienne conservatrice. On obtint un enfant vivant ; les suites immédiates furent excellentes, mais à partir du 6e jour, la malade présenta des hématémèses, puis du mélæna et décéda après une nouvelle hémorragie gastrique. Bien que l'autopsie n'ait pu être pratiquée, tout porte à croire qu'il s'est agi d'un ulcère latent de l'estomac.

Dermatite polymorphe au cours de deux grossesses gémellaires successives.

M. Laurentie a eu l'occasion d'observer chez une même malade, au cours de deux grossesses gémellaires, la présence d'une éruption prurigineuse localisée aux membres, avec lésions vésiculeuses et pustuleuses, qui disparurent après l'accouchement. Cette dermatite paraît devoir être mis sur le compte de l'auto-intoxication gravidique.

Etude histologique de deux cicatrices utérines post-césariennes.

MM. Audebert et Rascol ont pu constater, dans ces deux cas une restauration musculaire presque complète, surtout dans la 2e observation, bien qu'il existât un amincissement au niveau de la cicatrice.

Rétention placentaire dans un utérus bicorne.

M. Daléas en rapporte 2 observations, où il pratiqua sous anesthésie épidurale un curage digital après dilatation de l'anneau de contraction ayant produit l'enchatonnement.

Notes sur une série de huit opérations césariennes.

MM. Audebert et Fournier ont eu l'occasion de pratiquer huit opérations césariennes, dont 5 conservatrices et 3 suivies d'opération de Porro. Les résultats furent excellents, bien que dans 2 cas, on soit intervenu tardivement, 15 et 30 heures après le début du travail.

Fibrome sous-muqueux compliqué d'hématométrie.

M. Fournier communique l'observation d'une femme de 64 ans présentant un utérus volumineux contenant environ 500 cc. de liquide chocolaté avec un fibrome sous-muqueux du volume du poing faisant bouchon au niveau du col.

Les résultats immédiats de l'hystérectomie subtotale furent excellents, mais la malade succomba un an plus tard à une dégénérescence cancéreuse du moignon cervical.

Abcès parotidien chez un enfant de trois mois.

M. Fournier a observé chez un nourrisson de 3 mois, dont la mère avait eu 8 jours auparavant un abcès du sein, et continué néanmoins l'allaitement, un abcès de la région parotidienne qui, une fois incisé, guérit sans complication.

Torsion d'un hémato-salpinx consécutive à l'évacuation d'un hématocolpos.

M. Laurentié communique l'observation d'une jeune fille présentant depuis plusieurs années des crises douloureuses revenant chaque mois, et chez laquelle il avait porté le diagnostcic d'hémato-colpos. L'intervention fut refusée, et la jeune fille se maria, mais devant la recrudescence des symptômes, il fallut bien consentir à une opération qui amena l'évacuation d'un litre et demi de sang. Les suites immédiates furent parfaites, mais au bout de 10 jours, apparition d'une tuméfaction abdominale douloureuse avec mauvais état général et fièvre. La laparotomie montra un gros hématosalpinx tordu avec poches purulentes, qu'il fallut traiter par l'hystéreectomie.

Deux nouveaux cas de torsion axiale de fibromes utérins sans manifestation clinique.

MM. Dambrin et Bernardbeig rapportent deux observations où la torsion s'est effectuée de gauche à droite atteignant une fois 90, et l'autre 45 degrés. Les

annexes placées en position postérieure présentaient du varicocèle.

Sur le traitement du prolapsus utéro-vaginal récidivant.

MMM. Dambrin et Bernardbeig relatent 2 observations ; la première concernant une femme de 77 ans chez laquelle on fit le cloisonnement de Lefort avec excellent résultat, et la seconde, se rapportant à une femme de 68 ans chez laquelle on fut amené par suite de récidives et devant le refus de l'opération de Lefort à exécuter successivement, d'abord une colpectomie avec périnéorraphie, puis une hystérectomie subtotale avec fixation du moignon à la paroi, et enfin une nouvelle périnéorraphie.

Un cas d'apoplexie utérine traitée par l'hystérectomie.

MM. Audebert et Fournier. — Il s'agit d'une IIIpare au 6e mois de grossesse amenée à la clinique d'accouchements pour hémorragie extrêmement abondante.

La température est normale, le pouls à 140, la hauteur utérine de 27 cm. ; l'utérus, à ce moment assez mou, permet de sentir un fœtus en position transverse. Puis la malade présente des vomissements, des syncopes pendant que le pouls tombe à 64 et que l'utérus devient d'une dureté ligneuse. Etat général très grave, malgré sérum glucosé, huile camphrée, etc. L'évacuation utérine s'impose, on tente mais en vain de dilater le col ; il faut recourir à l'hystérectomie dont les suites ont été excellentes.

Septicémie puerpérale à streptocoque. Guérison.

MM. Poux et Rascol ont eu à suivre une primipare dont la grossesse avait été normale,mais qui présenta des complications infectieuses dans les suites de couches. L'hémoculture montra qu'il s'agissait d'une streptococcémie. Grâce au traitement employé (lantol intraveineux, sérum antistreptococcique, abcès de fixation), on obtint la guérison, ce qui est un fait assez rare.

Kyste suppuré de l'ovaire avec nécrose de la paroi antérieure du rectum.

MM. Tourneux et Boillat ont eu à intervenir chez une femme âgée de 48 ans, sans passé gynécologique ou obstétrical, qui présentait depuis le début de mars 1923 de violentes douleurs dans le flanc droit, coïncidant avec la présence dans cette même région d'une tumeur volumineuse, douloureuse, mate et rénitente. Pouls normal, température 38 et 39 ; à l'examen, on trouve un petit utérus refoulé à droite sous la symphyse pubienne par deux collections remplissant le cul-de-sac de Douglas et dont l'une remonte à droite jusqu'à la hauteur de l'ombilic.

Le diagnostic porté fut celui de kyste suppuré de l'ovaire droit avec annexite gauche. L'intervention chirurgicale pratiquée le 21 avril montra un hydrosalpinx gauche et un kyste suppuré de l'ovaire gauche inclus dans le ligament large ; pour faciliter les manœuvres, on fit d'abord une hystérectomie totale, puis on procéda à l'ablation du kyste. Son contenu purulent avait infiltré la paroi antérieure du rectum qui dut être largement réséquée. La brèche fut suturée transversalement. Les suites opératoires furent parfaites.

Un cas mortel d'urémie pendant la grossesse.

MM. Gay et Rascol ont observé une primipare de 22 ans, au 5e mois de grossesse, qui présenta une crise d'urémie à forme gastro-intestinale à évolution fatale, malgré toute la thérapeutique mise en œuvre.

Vomissements graves au début de la grossesse traités. et guéris par la suggestion.

MM. Audebert et Gay ont guéri une primipare de 28 ans, enceinte de 8 mois, atteinte de vomissements incoercibles ayant résisté à toute thérapeutique, par le simulacre d'une intervention chirurgicale faite sous anesthésie générale.

Anesthésie épidurale pour ovarite scléro-kystique.

M. Daléas rapporte deux observations de malades qui furent grandement améliorées par des injections épidurales de 0,30 cgr. de novocaïne.

Société de chirurgie.

Ethmoïdectomie par voie orbitaire dans les sinusites.

M. Escat, s'appuyant sur les résultats curatifs parfaits obtenus chez 13 sujets atteints de suppuration isolée ou combinée des diverses cavités pneumatiques de la face (ethmoïdales, sphénoïdales, frontales, maxillaires) par l'ethmoïdectomie externe suivie de drainage strictement nasal, insiste sur la simplicité et l'innocuité de cette opération, non seulement au point de vue vital, mais au point de vue de l'intégrité des voies lacrymales, de la fonction du grand oblique et de l'esthétique de la face.

Thrombose post-opératoire de l'aorte abdominale.

MM. Baudet et Baillot présentent les pièces nécropsiques d'une femme de 68 ans décédée après une laparotomie exploratrice pour cancer du pylore propagé dans toute la région. Le lendemain de l'intervention, elle avait montré un refroidissement considérable des membres inférieurs avec une disparition presque complète du pouls fémoral.

L'autopsie montra une large plaque athéromateuse de l'aorte avec 2 volumineux caillots oblitérant complètement l'artère ; d'autres plaques se trouvaient sur la crosse et les valvules sigmoïdes.

Modifications du procédé de Siebenmann dans la plastique post-opératoire de l'évidement pétro-mastoïdien.

M. Rigaud expose le procédé opératoire qu'il a utilisé dans trois cas, et qui consiste à tailler 2 lambeaux, le premier supérieur, de forme triangulaire, découpé par 2 incisures libérant, l'une, la racine de l'hélix et du tragus et l'autre se dirigeant vers l'anthélix et le second taillé comme dans le procédé de Hörner.

Perforations multiples de l'hypopharynx consécutives à des tentatives aveugles d'extraction d'un dentier.

M. Rigaud se sert d'un cas récemment observé pour insister sur les dangers de l'extraction des corps étrangers de l'hypopharynx sans œsophagoscopie. Une malade chez laquelle on avait essayé ces manœuvres succomba en effet à une œsophagite aiguë et l'autopsie montra toute une série de lésions causées par les tentatives d'extraction faites aveuglément.

Trente cas de cancer du col utérin traités par la curiethérapie.

M. Ducuing communique les résultats qu'il a obtenus dans une série de trente cas complètement inopérables : immédiats, ils paraissaient très bons ; utérieurement, ils sont un peu moins brillants.

En effet, sur 30 malades traitées, 7 sont mortes rapidement sans amélioration ; 5 ont présenté une amélioration passagère, et sont décédées du fait de la reprise de l'évolution néoplasique ; 5 ont paru guéries localement, mais ont succombé à des métastases diverses (ganglions, foie, etc.) ; 7 sont actuellement en excellent état (guérison datant de 6 mois à 3 ans), 1, atteinte d'un cancer propagé au vagin a été assez améliorée pour permettre un Wertheim, mais elle a succombé un an plus tard des suites d'un abcès du poumon ; enfin, 5 malades ont été perdues de vue.

L'auteur estime que l'on est en droit d'espérer obtenir de bien meilleurs résultats définitifs et pense que nombre des échecs qu'il a observés doivent relever de fautes de technique (emploi d'une dose totale insuffisante, mauvais choix dans les doses initiales, disposition défectueuse des foyers d'irradiation). Il est, en outre, d'avis qu'il convient de soumettre les malades traitées par la curiethérapie à des séances de radiothérapie à courte longueur d'onde.

Société anatomo-clinique.

Radiumthérapie d'un angiome de la face.

M. Félix présente un enfant de 6 mois, qui offrait dans la région auriculaire droite, une nappe angiomateuse boursouflée, saillante aux efforts, et qui disparut presque totalement à la suite de trois séries de radiumthérapie en utilisant presqu'uniquement le rayonnement B.

Fracture de la partie antérieure de la base du crâne.

M. Boularan rapporte l'observation d'un homme ayant reçu un coup de pied de cheval sur la face, et chez lequel, la pointe du fer, respectant l'os frontal et les cavités orbitaires, avait enfoncé les os propres du nez. Lors de l'intervention, on trouva, en plus d'esquilles provenant des os propres et du vomer, l'ethmoïde qui avait été détaché en un seul bloc, en entier, puisqu'il présentait non seulement sa lame verticale, mais encore la lame criblée et l'apophyse eristagalli. Le blessé mourut le 3e jour de méningo-encéphalite.

Fracture par tassement du calcanéum.

M. Boularan communique le cas d'un enfoncement du thalamus et du dos du calcanéum avec fissures multiples irradiées dans tous l'os. En plus des ecchymoses des gouttières malléolaires, il existait une vaste ecchymose plantaire ayant fusé sur les parties latérales des orteils, ce qui ne s'observe que lorsqu'il y a lésion de la tête des métatarsiens.

Lombalisation de la première vertèbre sacrée

M. Boularan rapporte deux cas de cette lésion où la lombalisation était totale, et où l'on a pu reconnaître la présence d'une vertèbre cunéiforme supplémentaire entre la cinquième lombaire et la première sacrée lombalisée.

J.-P. Tourneux.

Les Livres

Henri Sellier et Henri Rousselle, conseillers généraux de la Seine. — **L'office public d'hygiène sociale.**

L'action prophylactique et sociale contre le fléau tuberculeux dans le département de la Seine. Les dispensaires d'hygiène sociale. La préservation de l'enfance. Le placement des adultes. La propagande éducative d'hygiène. Budget de l'Office d'hygiène.

Un volume de 200 pages grand format. En vente à l'Office d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville. Prix : 5 francs l'exemplaire ; franco recommandé :5 fr. 85. Etranger : 6 fr. 50.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES PRATICIENS ET LES..... « CARNÉTARDS »

Dans l'*Informateur médical* du 5 juillet dernier, je trouvais, il y a quelques jours, une « interview de Maître Boniface », du barreau de Marseille, qui, « comme défenseur de A..., fut le premier avocat qui s'occupa de cette affaire », à savoir celle des carnets médicaux.

Je m'attendais bien, naturellement, à ce qu'un avocat défendît son client... et consorts, comme on dit en style judiciaire. Certaines phrases, toutefois, me semblèrent, tout d'abord, quelque peu par trop « lessiveuses », si j'ose dire. Celles-ci, par exemple :

Y a-t-il exagération ? Elle était possible puisque (*sic*) pas de limite prévue. Reprochera-t-on aux médecins d'avoir détaché plusieurs coupons pour une visite ? *Et la valeur professionnelle.* Je vois mal Landouzy se contentant d'une visite à huit francs.

Ainsi, nous autres, pauvres praticiens, qui nous contentons de détacher une feuille chaque fois que nous faisons une visite, si nous agissons ainsi, c'est simplement parce que nous avons conscience de ne pas avoir une « valeur professionnelle » suffisante pour en détacher plusieurs. J'avoue n'avoir pas encore envisagé les faits sous cet angle-là. Il y a quelque chose à « creuser », confrères, en cet ordre d'idées. Nous concevrons mieux alors les hécatombes de feuilles amoncelées par certains professeurs dont les noms résonnent à nos oreilles. Désormais, au lieu de les incriminer, comme nous le faisions, sans doute par jalousie, il va falloir nous incliner bien bas devant eux. Quelle « valeur professionnelle » intensive doivent avoir ces illustres confrères, pour avoir fait tomber ainsi, dans leurs escarcelles, tant de ballots de feuilles de visites ? ?

Ce n'est pas tout. L'éloquent défenseur poursuit en ces termes savoureux :

Y a-t-il des brebis galeuses dans le Corps médical et pharmaceutique ? Non. *Simplement* des hommes d'initiative (*sic*) ou des imprudents. Les grands pontifes, seuls, s'immunisent dans l'hiératisme de leur incapacité et de leur orgueil.

Là, je comprends moins bien. Si les grands pontifes sont des incapables, certes ils n'ont droit qu'à la feuille unique. Et encore, peut-être même rien qu'à un quart de feuille. Mais comment « l'hiératisme de leur orgueil » (Ouf !) peut-il bien les immuniser ? Ici, je m'embrouille. Le dit orgueil ne doit-il point, *in petto*, leur accorder une « valeur professionnelle » supérieure à l'unité de feuille ? Et alors, en quoi cet orgueil les immuniserait-il contre la « rafle » d'un paquet de feuilles, à chaque visite, comme avaient *le droit* de le faire, d'après l'honorable membre du barreau de Marseille, les médecins à valeur professionnelle supérieure ?.... J'avoue ne pas être assez fort en droit pour comprendre un si subtil raisonnement de légiste.

Dans notre Afrique française, quand un noir voit passer une locomotive ou un avion, il ne s'étonne pas. En son âme simpliste, il est satisfait quand il a déclaré : « Çà, c'est des affaires de Blanc ! » De même, je ne m'étonnai pas outre mesure, en lisant ce raisonnement. Je me contentai de déclarer, d'une âme simple : « çà, c'est des affaires d'avocat ! »..... Tout de même, tout en lisant, je ne pouvais m'empêcher de songer que tarabiscoter ainsi l'affaire, ce n'était guère propre à relever l'honneur et le prestige du corps médical. Le bon sens public a toujours ses droits. Et je me disais : « Si l'un des amis et des défeneurs des médecins en est réduit, pour innocenter le corps médical, à de telles cascades de mots et de raisons, cela prouve, ne manqueront pas de proclamer ses ennemis et ses accusateurs, que la cause est bien mauvaise.... Maître Boniface soutient là les médecins comme la corde soutient le pendu... »

Mais voilà que la phrase suivante arrive juste à point pour me rasséréner.

Les Associations ont rendu d'immenses services aux bénéficiaires des carnets car, au début de 1920, lors de l'application de la loi, *il fallait voir comme on était reçu chez les praticiens* ....

Ah bon ! très bien ! Il ne s'agit plus, en l'espèce, des praticiens. Ce n'est plus le corps médical qui est en jeu. Au contraire, ceux qu'on tend ainsi à passer à la lessive libératoire, c'est précisément ceux qui n'étaient pas « les praticiens », mais *ceux qui luttaient contre eux.* Le linge sale à laver, c'est celui de ceux qui « recevaient bien » les pensionnés, alors que les praticiens, comme chacun le sait, les laissaient périr sans soins et refusaient même de les soulager dans leurs pires souffrances.... C'étaient les « petits manteaux bleus », les « bons génies » qui se penchaient

pieusement sur leurs chevets, les soignaient avec tant de dévouement, même absents, même déjà morts depuis des mois, et avec amour les soulageaient de leurs maux.... et de leurs feuilles de carnet, — alors que ces monstres de praticiens n'avaient pas, pour ces anciens défenseurs de la patrie, la moindre pitié et les flanquaient à la porte de leurs cabinets de consultation, etc.....

Ainsi, voilà qui est clair. Dans cette affaire des carnets, ce n'est plus le corps médical français qui est en jeu, puisqu'il est, au contraire, *accusé par un défenseur même des accusés de Marseille.* Ces derniers sont les bons, les humains, les purs ; nous, nous sommes les méchants.... Eh bien, cela ne suffit pas à notre conscience, confrères ? Il me semble que nous ne pouvons qu'adresser à Me Boniface nos plus sincères remerciements pour la lumineuse *distinction* qu'il a pris bien soin d'établir dans sa courte, mais incisive pré-plaidoirie.

Donc — et c'est la conclusion qu'il m'est doux de tirer — dans cette affaire des carnets, il y a, d'un côté, les *praticiens* et, de l'autre, les clients de l'éminent avocat, lesquels nous appellerons, si vous le voulez bien, pour les distinguer de nous, les « *carnétards* », comme au temps de Panama, on disait « les chéquards ».....

***

Qu'on ne s'imagine pas, toutefois, que je vienne ici accabler de malheureux confrères dévoyés. Ce coup de pied de l'âne, de la fable, me répugnerait. Dans un précédent article, je m'efforçais, au contraire, non de les innocenter, ni même, de les excuser, mais, du moins, d'expliquer la genèse de cette fâcheuse histoire où l'administration eut aussi sa lourde responsabilité. « On ne jette pas ainsi dans la circulation, disais-je, des milliers de carnets à qui veut les prendre, sans seulement s'inquiéter de leur emploi normal. Il ne faut jamais tenter le diable !.... »

Ce qui m'a fait relever ainsi cette interview, c'est que je n'ai pu laisser, sans protester, un avocat étayer sa défense des « carnétards » sur des inexactitudes et justifier le flot des feuilles de visites, amoncelées par ses clients, comme la *conséquence* d'un prétendu *refus de soins* du corps médical. A l'heure où l'on nous refuse le payement de nos interventions effectuées précisément à cette époque, lorsque tant de praticiens se voient ainsi frustrés de la juste rémunération des soins qu'ils ont — quand même et avant tout — donné aux pensionnés de guerre, il est regrettable de voir s'étaler, dans une feuille médicale, de telles accusations gratuites, que l'on se prépare ainsi à développer à la barre.

Défendre, de son mieux, des accusés : c'est le rôle de l'avocat. Mais, pour sauver des coupables présumés, que celui-ci ne s'efforce pas de faire retomber leurs fautes possibles sur la tête des praticiens qui jamais, à un seul moment, n'ont songé à se soustraire à leur devoir de médecins dévoués et consciencieux. Ne laissons pas accréditer une telle légende.

Dr Fernand DECOURT.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Mutualité et contrat collectif

Bien que la question médicale ait été laissée dans l'ombre au récent Congrès de Lyon, le président de la fédération de Marseille, mutualiste parce que avocat, mutualiste parce que non travailleur modeste, mutualiste parce que candidat à la décoration, s'en occupa incidemment au sujet de l'article qui parle du contrat collectif dans l'organisation des services médicaux et pharmaceutiques.

Le rapporteur de la loi des assurances sociales admet le contrat collectif possible, auquel peuvent participer les médecins non syndiqués, à condition de respecter les clauses du contrat, libre choix par conséquent pour tous les médecins qui ont accepté.

L'honorable M. Village proteste contre cette forme de contrat, passé avec les syndicats, qui donne l'accession du service à tous les médecins syndiqués ou non acceptant les conditions établies par les parties contractantes. Il réclame en dehors du contrat avec des groupements, un contrat avec d'autres individualités à des conditions autres que celles inscrites au contrat. Voici les motifs qu'il donne pour réclamer ce *modus vivendi.*

« Il peut surgir des scandales médicaux analogues à ceux de Marseille. Des médecins peuvent être poursuivis et l'affaire peut se terminer par un non-lieu. Nous, nous considérons ces médecins comme des malhonnêtes gens, malgré le non lieu. Si donc, d'après le projet Grinda, ils ont accepté les conditions du contrat collectif, nous sommes obligés de leur confier notre service médical, bien qu'ils aient perdu la confiance de nos sociétés. C'est ce que nous ne voulons pas. Nous désirons, en dehors du contrat avec les syndicats, avoir le droit de contracter avec des médecins isolés, connus, qui nous offrent toutes les garanties d'honorabilité.

Nous devons avoir le droit reconnu de traiter

avec les individualites comme avec les collectivités.» Le Congrès s'est rangé au vœu déposé par M. Village.

Nous remercions bien sincèrement ce mutualiste de l'intérêt qu'il prend du Corps médical et du souci qu'il a de défendre sa dignité professionnelle.

Mais je pense qu'il pourrait utilement appliquer ses qualités de censeur aux faits graves qui se sont passés dans ces dernières années au sein de la Mutualité et ont rejailli sur des personnalités de premier plan de la Fédération, qui s'en sont trouvées des plus compromises, au moins par contre-coup.

Car enfin, si un non-lieu est intervenu, faute de preuves suffisantes, nous, citoyens français, devons nous incliner devant la justice de notre pays, et il est inconcevable que la Mutualité ait la prétention de s'ériger en tribunal d'appel, et de dire que la justice a bien ou mal jugé. Si, le non-lieu, résultat d'intrigues politiques, paraît scandaleux, c'est au procureur à en appeler et à demander le renvoi devant une autre juridiction.

Le Syndicat est garant de l'honorabilité de ses membres. S'il a connu des faits scandaleux, s'ils sont été reconnus exacts, une décision de son Conseil de famille a pu les flétrir, et même prononcer l'exclusion des coupables. Le Syndicat de Marseille avait, du reste, fait son devoir, en signalant depuis longtemps les agissements de médecins qui n'étaient pas des siens et ne pouvaient être atteints par le jugement de leurs pairs.

Il existera, en plus, une Commission de contrôle, dans laquelle figureront les parties intéressées. Les personnes liées au contrat n'auront qu'à se soumettre à ses décisions, même si elles paraissent injustifiées aux yeux de la Mutualité. Celle-ci sera-t-elle encore un tribunal d'appel des décisions des Commissions de contrôle ?

En nous exposant ses doléances, l'honorable M. Village, a plaidé en faveur de l'établissement d'un Conseil de l'Ordre des médecins.

Il sait sans doute, lui qui appartient à l'Ordre des avocats, que, grâce à cette institution, il n'y a absolument rien à reprocher aux membres de cette corporation, au moins à Marseille.

En réalité, la proposition de M. Village n'aurait qu'un but : transformer la Mutualité en Conseil de l'Ordre des médecins. Elle pourrait passer outre aux décisions des tribunaux, des commissions de contrôle, des conseils de famille.

Pour pouvoir être médecin des caisses d'assurances sociales, il faudrait d'abord son diplôme de docteur en médecine, puis être agréé par la Mutualité, et probablement ne pas faire partie d'un Syndicat. Je n'invente rien.

Dernièrement, un vice-président de société mutuelle, mon collègue dans une société d'art et d'archéologie, m'écrivait pour me prier de lui trouver un médecin pour sa société, et parmi les conditions était celle de ne pas appartenir autant que possible à un syndicat.

Mais, ce n'est pas, sans doute, l'exclusive raison d'honorabilité qui a incité M. Village à déposer son vœu. Cette question aurait déjà son importance, puisqu'elle permettrait l'exclusion des médecins selon le bon vouloir de ces messieurs les mutualistes et que telle ou telle conduite serait susceptible d'empêcher l'agrément de la Mutualité. C'est, du reste, ce qui est déjà arrivé à votre infortuné serviteur révoqué comme médecin de Mutualité pour avoir, de sa plume sacrilège osé toucher à l'arche sacro-sainte.

La vraie raison, c'est qu'elle permettrait aux Mutualités de traiter surtout avec ceux que les Syndicats ouvriers appellent des renards, des confrères antisyndicalistes ou exclus des syndicats et qui pourraient faire des contrats au rabais.

Mais n'ayons aucune crainte des vœux de M. Village et de leur adoption par le Congrès mutualiste dans sa première Commission.

Ces vœux sont destinés à rejoindre leurs camarades dans des cartons verts, et il ne faut pas perdre de vue que, si la Mutualité propose, le Corps médical dispose.

Dr M. VIMONT.

ENCORE L'INFIRMIÈRE-INSPECTRICE

Foin de MM. les Maires, cette fois-ci ! Je reçois directement l'invitation suivante de participer à *une bonne œuvre.*

Préfet à Dr X., médecin-inspecteur des nourrissons à P.

Mme X..., infirmière-visiteuse, a appelé tout particulièrement mon attention sur Mme R..., demeurant à P..., qui aurait en garde cinq enfants, dont quatre âgés de moins de deux ans.

Le logement de Mme R... m'est représenté comme très malpropre et ne remplissant pas les conditions d'hygiène désirables. Ce logement serait, en outre, trop petit, — 2 petites pièces seulement — pour abriter les cinq nourrissons dont il s'agit et la famille de la nourrice.

De plus, deux enfants coucheraient dans un même lit, sans draps, avec des couvertures infectes.

Je vous prie de bien vouloir me donner votre avis sur la valeur professionnelle de Mme R... et de me

faire connaître si, en raison de l'exiguïté et de la malpropreté de son habitation, je dois lui interdire l'exercice de la profession de nourrice.

Si vous estimez que cette mesure de rigueur n'est pas à envisager, je vous demanderai de m'indiquer si la remise d'un certain nombre d'enfants à leurs parents ou à d'autres nourrices ne semble pas s'imposer.

Signé : Z...

Et je réponds ainsi :

Monsieur le préfet,

La lettre jointe, datée d'avril 1923 mais non expédiée à votre adresse parce que écrite *ab irato*, vous montrera que les visites de Mme l'infirmière inspectrice dans ma circonscription n'ont pas passé inaperçues (1).

Si je comprends très mal que cette dame puisse se croire plus qualifiée que moi en matière d'hygiène infantile et de puériculture, je comprends très bien au contraire que vos services aient confondu l'absence de toute maladie en 1922, avec les résultats possibles de telle ou telle organisation administrative nouvelle.

Je comprends mieux encore l'émoi de votre déléguée quand elle a pénétré chez la femme R., à P. L'aspect de cet intérieur ; l'aspect, le ton de voix, les lamentations de la nourrice ; la *misère visible* dénoncée par les éléments des layettes ; l'entassement enfin, tout devait blesser l'inspectrice.

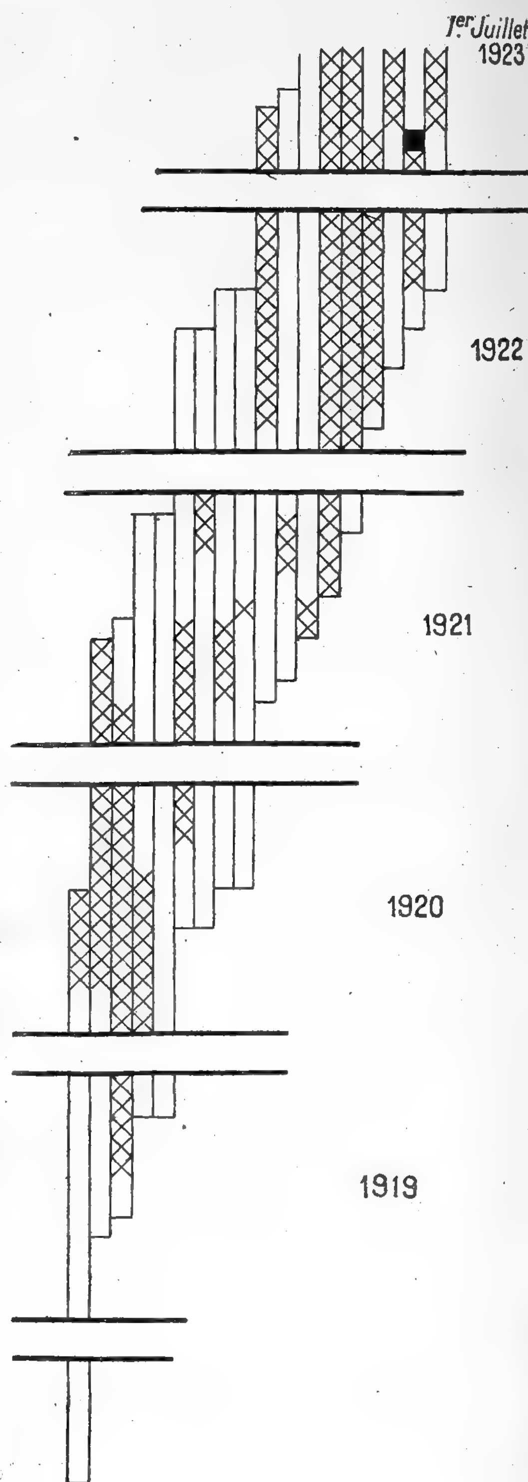
Moi-même, quand en 1919, la femme R. a demandé son premeir livret, j'ai hésité. Je la connaissais déjà quand elle était une petite fille ; c'est une grand'mère depuis longtemps.

Pour m'éviter des ennuis, des interventioons ingrates, voire même, des déplacements non rémunérés, j'ai eu grande envie de refuser. Il suffisait que je trichasse un peu en confondant les dires de mon *certificat de santé* avec les dires de salubrité générale du certificat de M. le Maire.

Mais je n'ai rien fait de tout cela. J'ai signé, comme vous le montre le document joint, 18 livrets Robert en moins de quatre années. Il y a eu *un* décès — un ! — par broncho-pneumonie au cours de la poussée générale (absolument générale dans cette région) de la grippe pendant les premiers mois de 1923.

Pourtant ce document joint montre que la femme R. (assistée de sa grande fille) a eu chez elle *quatre nourrissvons à la fois*, à peu près sans interruption, depuis février 1920 jusqu'à ce jour (en juillet 1922, en décembre 1922, il n'y en a que deux. Mais de septembre 1922 à mars 1923, il y en a cinq).

(1) Voir : *Concours médical* du 13 mai 1913



Histoire des 18 nourrissons de la femme R. à P.

Chaque colonne est formée de la superposition de vingt cinq carrés qui représentent les 25 mois (du calendrier) qu'occuperait la vie d'un nourrisson *protégé* de 0 à 2 ans.

Les mois réellement occupés sont marqués d'un X

Le carré noir dessine un décès à sa date.

Juillet 1923.

Dr Jean C.

Il est vrai que la femme R. *se voit apporter* des nourrissons, presque sans arrêt, par une clientèle spéciale de *mères pauvres* ; que, plus d'une fois, elle a dû rendre l'enfant, faute de reçevoir son salaire ; que ce salaire est généralement médiocre ; que les layettes demeurent hypothétiques, etc.

Mais la valeur professionnelle de cette pauvresse est d'un tout autre ordre que celui qu'annonce l'aspect des choses : au cours du dernier trimestre (avertie par moi, d'ailleurs), elle a su éviter à sa nichetée la coqueluche qui sévit à R. Et ce *succès* n'est point chose indifférente,

Elle sait se servir du lait de chèvre (1).

En juillet 1921, le nourrisson numéroté 12 a été mis en danger par l'allaitement artificiel. La mère étant venue (père n.d.), j'ai conseillé une nourrice au sein... : « Allez donc voir Suzanne X., à A. » Ma tournée finie, j'ai trouvé ce nº 12 chez Suzanne. Parce que Mme R. avait : 1º envoyé sa fille en bicyclette pour pressentir Suzanne ; 2º trouvé une voiture et fait le transfert en moins de deux heures... J'ai signé les papiers ensuite.

Il faut d'ailleurs n'avoir jamais inspecté un logis de fille-mère à la ville, ni examiné une fille-mère serrée dans son corset, pour hésiter.

Les pièces exiguës de P. sont *isolées* de toute autre habitation ; mal closes au vent de la plaine, la porte ouverte, on est loin des fumées, des poussières infectées, des contaminations humaines. Le lait n'a pas voyagé, ni attendu.

Et tout cela ne coûte pas trop cher, de telle sorte qu'un enfant marqué P.N.D. joue là sa chance de n'être point *complêtement* abandonné, dût-il avoir un compagnon de lit dans un lit sans drap, parce que la mère n'a pas pu en acheter.

Et la conclusion, Monsieur le Préfet, sera celle-ci : ayant visité le logis de la femme R., ayant consulté le document joint, Madame l'infirmière aurait dû être mise par le département à même d'envoyer quelques draps (et autres éléments de layette) à la femme R. ; aussi, à moi, l'ordre de mobiliser le peintre (et le moyen de le payer) pour qu'il nettoie une bonne fois, à la chaux et à la potasse, le pauvre logis (1).

La protection de l'enfance voudrait qu'il en fût ainsi.

Pour cette conclusion, vous excuserez sans aucun doute la tournure et la longueur de ma lettre.

Je ne limite pas mon rôle à détacher les bulletins ! Comme vous voyez, si j'oublie d'en parapher les souches, je regarde tout de même le fond et l'envers des choses.

Dr Jean C.

INVENTAIRE des cinq enfants (dont quatre nourrissons protégés) présents chez la dame R. à P., le 1er juillet 1923.

Numéros du graphique..	10	13	14	15	18
Etat-civil..............	P.N.D.	Légitime	P.N.D.	P.N.D.	P.N.D.
Date de naissance.......	mars 1921	août 1921	nov. 1921	mai 1922	sept. 1922
Salaire de la nourrice...	90 fr.	110 fr.	110 fr.	120 fr.	120 fr.
Layette :					
Draps..............		4	0	0	0
Couches............		24	12	12	12
Langes.............		8	8	3	2
Chemises...........		12	8	10	6
Brassières.........		12	8	10	6
Alimentation..........					
Lait de chèvre *cru*......			chèvre	chèvre	chèvre
Sevrage...............	hors d'âge	Sevré	—	—	—

Il y aurait bien des totaux à faire, mais je ne vous soumets que la somme des totaux partiels, comme ceci :

Elles, les cinq mères, n'ont point connu l'avorteuse parce qu'elles connaissaient la femme R. à P. !

J. C.

(1) Madame l'infirmière inspectrice ne sait pas, elle !

(1) Je peux solliciter les mêmes générosités et précisément pour les mêmes raisons, au profit d'une autre nourrice.

DÉMOGRAPHIE

Remède à la dénatalité.

Permettez-moi aussi d'apporter mon idée, mon projet contre le péril de la dénatalité. Les beaux discours et les pompeux articles que nous lisons tous les jours dénonçant le péril de la dénatalité française avec toutes ses conséquences plus ou moins éloignées pour l'avenir et la race de la France, n'ont guère donné, jusqu'à présent, que je sache, de résultats positifs. Ce ne sont pas les 30 ou 35 sous par jour, ni les 7 fr. 50 mensuels du projet du Sénat, qu'on se propose d'allouer à partir du 4e enfant aux filles-mères ou aux femmes mariées qui ont des ressources insuffisantes, ni même la médaille des mères de famille, qui empêcheront la restriction volontaire de la maternité. Le seul remède, à mon avis, consiste dans la suppression du privilège du célibat ; car, n'est-ce pas accorder un privilège au célibataire que de le traiter sur le même pied d'égalité que le père de famille plus ou moins chargé d'enfants ?

Les Romains établissaient des lois pénales contre ceux qui se refusaient aux lois du mariage et voulaient jouir d'une liberté si contraire à l'utilité publique. Que deviendrait la France si le célibat gagnait les premiers échelons de l'édifice social ? Car, il faut bien l'avouer, le célibat s'observe surtout aux échelons supérieurs, c'est-à -dire chez ceux qui pourraient, économiquement parlant, fonder une société ; mais non, ils préfèrent, les uns par pur égoïsme, les autres par avarice, vivre en marge de la société, afin de jouir le plus confortablement de l'existence. L'Etat a donc le devoir de mettre un frein à ce scandaleux privilège du célibat.

Il faut donc imposer le célibataire, mais l'imposer largement, justement et proportionnellement aux charges du pater familias. Il ne faut pas seulement imposer le célibataire, mais aussi le ménage sans enfant, etmême le ménage à enfant unique. Les uns objecteront : « je ne suis pas mariable », et les autres : « je ne puis avoir d'enfant ». Parfait, mais dans l'un ou l'autre cas, vous n'en avez pas non plus les charges et vous devez donc, par votre philanthropie obligatoire, contribuer à soulager ceux qui contribuent à la prospérité de la France. Mais cet impôt ne doit pas être stupide, il doit correspondre aux frais que nécessite l'élevage d'un enfant, aumoins, c'est-à-dire de 500 à 10.000 francs, selon les classes.

J'affirme qu'il n'y a que ce moyen d'arrêter le péril de la dénatalité, et il est très certain qu'un grand nombre de célibataires contracteraient mariage et, comme à un accroissement de mariages, correspond un accroissement de naissances, la prospérité de la France s'en ressentirait. Il y a actuellement en France 1.350.000 célibataires masculins au-dessus de 30 ans, 1.800.000 ménages sans enfant, et 2.900.000 ménages à enfant unique. Mettons un chiffre rond de quatre millions de personnes imposables au titre de non producteur (le ménage à enfant unique pourrait n'être imposé qu'à demi-taxe) ; rien qu'à 500 fr. en moyenne, cela ferait la jolie somme de deux milliards. Ces 2 milliards seraient entièrement versés, à raison de 2.400 fr. par an à 800.000 mères de famille (mariées ou filles-mères). Croyez-vous qu'entre l'allocation annuelle de 2.400 fr. jusqu'à âge à fixer et les risques de l'avortement et la limitation volontaire, une femme hésiterait ? Je ne le crois pas, car ce n'est uniquement que la question économique qui restreint la maternité. Montesquieu a dit : « L'espèce se multiplie dans un pays où l'abondance fournit aux enfants, sans rien diminuer de la subsistance des pères, et l'égalité même des citoyens qui produit ordinairement de l'égalité dans les fortunes, porte l'abondance et la vie dans toutes les parties du corps politique et la répand partout ».

Certes, en imposant lourdement, mais justement, le célibataire, je n'entends pas lui arracher la liberté, le contraindre au mariage, mais uniquement lui faire partager les écrasantes charges du père de famille ; il n'a pas d'enfant, donc il n'a pas de charges, il y a donc inégalité d'existence entre les deux. Il ne faut pas que, dans la balance du contribuable, ce soit toujours le plateau des pères de famille qui penche, il faut que cette inégalité cesse et il faut pour cela que les célibataires et les ménages sans enfant mettent dans le second plateau, celui qui est en haut, autant de poids monnayés nécessaires pour mettre les deux plateaux à niveau.

Dr D.



Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Congrès international de femmes-médecins.

En septembre 1922, se réunissait à Genève le premier *Congrès international de femmes médecins* auquel assistaient environ 70 collègues femmes appartenant à dix-sept nations amies et alliées. La section française y était représentée, pour les rapports suivants, par :

Mme Darcanne-Mouroux (Paris) : *L'historique des femmes-médecins.*

Mlle Pouzin (Nantes) : *La situation des F.-M. dans les services des hôpitaux et dans le professorat.*

Mlle Blechmann (Paris) : *La situation des F.-M. en pédiatrie.*

Mme Gaussel (Montpellier) : *La situation des F.-M. en obstétrique.*

Mme Montreuil-Strauss (Paris) : *L'éducation sexuelle.*

Cette année 1923, une page s'est ajoutée à l'intéressant rapport de Mlle Pouzin (elle-même médecin suppléant des hôpitaux de Nantes). Au concours d'agrégation de médecine qui a lieu à Paris tous les trois ans, pour la première fois se présentaient deux femmes : Mlle Condat, pour Toulouse ; Mlle Sentis, pour Montpellier.

Mlle Condat a été nommée agrégée de médecine à la Faculté de médecine de Toulouse.

Nous publions le texte du rapport présenté par Mlle Blechmann.

La situation des femmes-médecins en pédiatrie

Mlle le Dr Jeanne BLECHMANN (de Paris).

Le titre même de notre rapport ne peut guère éveiller aujourd'hui d'étonnement : si l'on veut se donner la peine de compulser les annuaires médicaux français de cette année 1922, on y compte environ 300 femmes médecins dont la moitié d'entre elles font suivre leur nom de la mention : Maladies des Enfants.

Nous nous sommes efforcées, par une enquête auprès de nos collègues de province et de Paris, de dégager les éléments qui constituent la situation actuelle des F. M. en pédiatrie et de préciser quel peut être son avenir.

Point de vue philosophique. — Si nous ne considérons que le point de vue philosophique et d'ordre général, il semble naturel qu'une femme s'incline sur un berceau, qu'elle calme la peine d'un petit enfant et apaise sa souffrance. On peut penser que la profession, bien que masculine, qui s'emploie à l'enfant laissera à la F. M., qu'elle soit ou non mère de famille, tout le développement de son instinct maternel et le transformera en une force active et utile.

Point de vue pratique. — Si, au point de vue philosophique, la F.M. en pédiatrie répond à l'ordre naturel des choses, pour le rendre pratique, plusieurs facteurs sont intervenus.

Il est évident que les F.M. d'aujourd'hui doivent beaucoup à leurs devancières, qu'elles ont bénéficié de l'*évolution générale des esprits*, et que *la mentalité nouvelle du public* est, non seulement d'admettre, mais de réclamer la spécialisation. Dans les grandes villes de province, les grands centres industriels, les ports de mer, la F. M. est très volontiers appelée pour les enfants dans les milieux bourgeois, ceux-ci ayant la notion du spécialiste, De même dans les milieux populaires, l'habitude est prise déjà par la consultation de nourrissons, par l'école, et il semble tout naturel qu'une femme soigne autant au logis qu'au dispensaire.

En revanche, dans la pleine campagne ou dans les petites villes, il en va autrement : très peu de nos collègues sont installées et il ne paraît pas facile d'y réussir. D'ailleurs, l'on imagine difficilement une femme conduisant une auto ou parcourant à bicyclette les grandes distances d'une ferme à une autre, par l'hiver et par l'été. Quelques-unes de nos collègues ont cependant soutenu cette tâche pendant la guerre et pourraient dire combien elle est rude pour une femme.

Conséquences de la guerre. — Il est indéniable que la guerre, si préjudiciable aux intérêts professionnels de tant de nos confrères masculins, a déterminé la carrière de beaucoup de F. M. en pédiatrie.

Celles qui, en 1914, suivaient les services de médecine infantile, externes en fin détudes, près de passer leur thèse, ont été, du jour au lendemain, par suite du départ de leurs collègues hommes, mises dans l'obligation de faire face aux responsabilités jusqu'alors éloignées d'elles : consultations, gardes de nuit, tubages. Avec un certain émoi, elles les acceptèrent et en subirent la forte éducation. Les internes prolongeant leur présence, autant que leurs services étaient indispensables, et guidant de leurs conseils les étudiantes moins expérimentées, assurèrent l'équilibre intérieur des services hospitaliers. M. le professeur Marfan disait, en novembre 1914, dans sa leçon inaugurale de la chaire d'hygiène de la première enfance : « ....Je compte sur les collaboratrices qui, depuis le début de la guerre, m'ont apporté le concours le plus dévoué et ont été pour moi de précieuses auxiliaires. »

Ainsi, pendant la guerre, les mères s'accoutument, en ville comme à l'hôpital, à voir auprès de leur enfant une F.M., l'adaptation réciproque

s'est faite complètement et ainsi s'est créé l'état d'esprit favorable qui attire de plus en plus la F. M. vers la médecine infantile dans tous ses domaines.

L'action dse femmes médecins en pédiatrie.

Nous devons considérer que notre action s'exerce selon deux modes :

1° Dans les *collectivités d'enfants* et s'étend aux œuvres d'ordre social si développées dans ces dernières années ;

2° *Auprès de l'enfant pris individuellement* (familles, clientèle de ville).

I. *Les collectivités d'enfants.* — En ce qui concerne les collectivités d'enfants, on peut dire que la situation créée par les F.M. et pour elles, est d'un ordre particulier et des plus importants.

Autant par leur initiative personnelle que par l'appel spontané de ceux qui devinèrent quels services elles seraient particulièrement aptes à rendre, les F. M. furent appelées à donner leurs conseils médicaux dans les agglomérations de nourrissons, d'enfants malades, d'écoliers. Et ce *centre d'action* leur *étant* ouvert, très rapidement elles en ont étendu le champ d'ordre social.

D'après l'opinion médicale en général, et les faits révélés par notre enquête, une place toute spéciale leur est reconnue.

Sans vouloir en faire l'historique, nous devons rappeler que les devancières qui nous ont ouvert cette voie dès 1890 sont les docteurs Benoit, Chopin, Desmolières et Edwards-Pilliet.

Actuellement, nous pouvons résumer le bilan de ces acquisitions féminines, tant à Paris qu'en province, et les répartir en trois groupes :

a) L'un comprend les *œuvres d'assistance officielle* ou privée du nourrisson.

b) Un autre concerne *la période pré-scolaire et scolaire.*

c) Le dernier touche aux *œuvres sociales* pour jeunes et grands enfants.

a) Ce sont, pour le premier groupe : les consultations de nourrissons au sein et au biberon des mutualités maternelles, des cantines maternelles, des gouttes de lait, du Sou du nourrisson, des dispensaires de la Croix-Rouge ; celles des crèches municipales et des bureaux de bienfaisance et des pouponnières. L'Entr'aide des femmes françaises — œuvre née de la guerre — comprend trois F. M. dans son comité médical des pouponnières-écoles.

Les services d'inspection et de protection du nourrisson associés au contrôle des femmes ayant droit à la prime d'allaitement ; les consultations dans les infirmeries d'indigènes d'Algérie.

b) En ce qui concerne le second groupe, mentionnons les consultations pour enfants malades des dispensaires municipaux ou dépendant d'une œuvre privée, la surveillance de jardins d'enfants et d'asiles temporaires ; quelques nominations au poste de médecin des écoles et de médecin inspecteur des écoles primaires, ce qui comprend, pour celle qui occupe cette fonction, la surveillance de parfois plusieurs centaines ou milliers d'enfants des écoles maternelles, classes enfantines et autres classes.

Dans certaines villes d'enseignement secondaire, une F. M. est médecin principal ou adjoint du lycée de jeunes filles. Depuis longtemps, sur leur initiative personnelle, des F. M. attachées à ces lycées ont fait aux grandes élèves des causeries d'hygiène et de puériculture. A Paris, deux F. M. sont chargées du service médical à l'école normale de jeunes filles.

c) Enfin dans les *œuvres sociales* : si nous considérons que la lutte contre la tuberculose comporte toute une partie sociale par le dépistage des enfants tuberculeux, nous pouvons citer certaines consultations faites par des F. M. à l'Office public d'hygiène sociale ou à des dispensaires en liaison avec lui.

La consultation pour enfants de certaines associations sportives.

Le poste de sous-directeur du bureau d'hygiène a été confié, à Nantes, à une F. M. où, depuis un an, elle organise le service des infirmières scolaires. Cette même fonction est occupée par une femme docteur dans les Côtes-du-Nord.

C'est dans le même ordre de pensée sociale que des F. M. ont créé des œuvres d'assistance pour les mères et les nourrissons ou pour l'envoi d'enfants chétifs au grand air (Ligue Française des mères de famille, le Sou du nourrisson, les Petits Filleuls, etc.)

Malgré cette énumération sommaire, il apparaît bien que le *rendement social* des F. M. réponde et dépasse ce qu'on attendait d'elles. Nous avons recherché l'*explication de ce succès.*

Là, comme en clientèle, la F. M. a naturellement bénéficié de l'*évolution générale* qui lui est favorable, et aussi, de la nécessité *actuelle* d'utiliser toutes les compétences en vue de la protection de l'enfant.

Ce labeur répond aussi à ses *possibilités physiques* ; si fatigant qu'il soit, souvent, il a l'avantage d'une occupation régulière et l'attrait matériel (quand il existe) d'une situation fixe.

Les *compétitions masculines* sont peut-être ici moins nombreuses que pour d'autres postes qui attirent plus nos confrères vers la médecine générale, la lutte anti-vénérienne et anti-tuberculeuse.

Quant à la *cause profonde*, c'est que très probablement, cette fonction répond bien à la nature féminine. L'enfant des milieux ouvriers qu'on amène au dispensaire a plus besoin de secours, et thérapeutique et social, que l'enfant de clientèle souvent plus entouré de famille et bien soigné. Et, c'est parce qu'il s'y mêle quelque chose

du cœur que la F. M. se sent attirée par ces enfants et qu'elle se voue à cette tâche.

Par les exemples intéressants que nous connaissons, nous pouvons ajouter que la F. M. réussit encore par son *désir d'organisation* et son *esprit aménageur* : ainsi, telle collègue, à Paris, chargée d'une consultation de nourrissons, a organisé un contrôle sanitaire des enfants d'âge pré-scolaire, puis le contrôle de dépistage des enfants d'une garderie, et l'étend actuellement à un groupe de maisons ouvrières. Telle autre, à Nantes, créant une nouvelle consultation de nourrissons, a groupé et unifié toutes les consultations de la ville. Elle a organisé, pour l'hiver, une vente de lait qui, grâce à ses démarches, lui a été quotidiennement cédé par les biscuitiers. Grâce à telle autre, médecin d'une pouponnière-école, des gouvernantes éleveuses sont éduquées et placées.

II. *Clientèle.* — En ce qui concerne la clientèle, notons cette particularité que, pour des raisons que nous n'avons pas à analyser ici, mais dont nous avons esquissé quelques-unes au cours de notre rapport, la F. M. fait généralement peu de médecine générale et doit rapidement s'orienter vers une autre direction.

La spécialisation en pédiatrie peut se faire d'emblée, ce qui est assez rare. Le plus souvent, c'est, dans sa ville natale, où elle retourne, sa thèse passée, ou bien mariée et s'installant, que la F. M. est appelée dans les familles amies pour des soins de gynécologie, un accouchement, un petit malade ; c'est dans une ville d'eaux qu'elle s'occupe d'enfants en ce qui concerne la cure thermale. Bientôt, deux voies de développement s'offrent à elle selon son goût ou les exigences de sa clientèle : gynécologie ou médecine infantile.

La clientèle d'enfants demande autant de visites au dehors que de consultations chez soi, car les nourrissons sont fragiles, les écoliers accumulent les fièvres éruptives, les mères sont parfois timorées. La première étape de cette vie médicale représente un effort soutinu.

Quel est l'accueil réservé à la F.M. en clientèle ? Il semble que l'expérience des faits et des années écoulées s'est chargée d'y répondre par son succès sans cesse grandissant.

Avec la mentalité actuelle, la F. M. adoptée dans une famille pour y suivre les enfants, s'y rencontre avec un *confrère de quartier* qui donne ses soins aux autres personnes de la maison.

Les relations déontologiques sont des meilleures et des plus cordiales, ce qui nous a été confirmé de divers côtés. Et nous pouvons ajouter que plus la F. M. sera spécialisée, mieux elle sera acceptée par le médecin masculin (citons qu'à Boulogne-sur-Mer, l'une de nos collègues est trésorière du syndicat des médecins de la région).

Quant aux familles, certaines ne font pas de différence entre un docteur homme ou femme, mais bien des mères paraissent apprécier beaucoup une F. M. et elles l'expriment souvent de toutes manières. Il leur est agréable, disent-elles, de s'entretenir avec une autre femme qui connaît, comme elles, les petites difficultés de la vie quotidienne. Elles peuvent lui demander plus facilement, plus aisément, certains conseils d'hygiène, certains détails de l'alimentation ou de l'habillement des nourrissons.

Est-ce parce que la F. M. entre avec plus de précision dans ces détails, ou parce qu'elle les connaît mieux, soit qu'elle se lasse moins vite lorsqu'on abuse un peu trop de sa bonne volonté ?

Lorsqu'après une carrière suffisamment développée, quelques F. M. ont voulu restreindre l'exercice *extérieur* de leur profession, c'est alors qu'elles ont senti toute l'affectueuse confiance et la fidélité de leur clientèle. Les enfants leur sont ramenés deux, trois fois par an pour des conseils d'ordre général : choix des études, direction de l'éducation physique, conseils orthopédiques, etc. Puis reviennent d'ex-petites malades avec leurs propres enfants.

Il semble donc que la F. M. en pédiatrie joue dans la famille un rôle particulier, un rôle d'*ordre moral* qui est un de ses éléments de réussite, et dont il ne faut chercher l'explication que dans sa qualité de femme.

L'avenir des F. M. en pédiatrie.

Telle est la situation actuelle. Quel en est l'avenir. Il reste encore beaucoup à faire, ainsi que pour la fiche scolaire et le dossier sanitaire de l'écolier qui sont de plus en plus à l'ordre du jour.

Il est souvent question dans le service social de l'infirmière-visiteuse ; mais comme il a été dit de toutes parts, l'élevage des enfants réclame avant tout un personnel médical compétent et dévoué. Dirigeant les infirmières-visiteuses, la F. M. sera, selon l'expression de M. le Pr Lereboullet, « le *médecin-conseil* » dans ces services de médecine et l'hygiène sociale.

Et au fur et à mesure que se compliquent les rouages de la vie sociale, il faudra combler les lacunes des services de protection de la première et de la seconde enfance et de nouveaux postes lui seront confiés.

A l'heure présente, la situation des F. M. en pédiatrie paraît tendre vers son développement optimum. Elle soulève inévitablement les mêmes objections que toute profession féminine. Néanmoins, elle peut répondre aux nécessités du foyer et laisser les loisirs du développement harmonieux de la vie personnelle et familiale, à condition que ces occupations, si nombreuses qu'elles soient, laissent une certaine régularité de vie.

Ainsi que toute profession choisie avec amour, elle est pleine de promesses et d'exigences, de joies et de soucis ; elle ne s'acquiert pas sans

effort physique et moral, mais les compensations de différentes sortes et cet attrait d'un large champ d'action où elles savent réussir attireront toujours les F. M. vers la pédiatrie.

Il n'est point dans leur esprit ni dans leur intention de vouloir remplacer ou diminuer leurs confrères masculins. Leur travail est fait de collaboration et tend vers le même but : protéger l'enfance si fragile contre les périls qui l'entourent et la diriger vers un avenir plus heureux.

Syndicat médical de Douai

(17 juin 1923.)

Code de déontologie. — Ce code nécessaire et suffisant est libellé tout entier dans les statuts du syndicat de Douai qui sont actuellement à la réimpression.

Ordre des médecins. — Le Syndicat de Douai n'est pas partisan de la création de l'ordre des médecins pour deux raisons :

1° Cet « Ordre » ferait double emploi avec le Syndicat. On augmenterait la force morale du Syndicat, en faisant en sorte que tous les médecins fassent partie des Syndicats en donnant des avantages réels aux syndiqués. Exemple : les fonctions des médecins nommés par la Préfecture devraient être exclusivement donnés à des médecins syndiqués — Vœu de Douai du 11 mars 1923 — par l'application des statuts, les syndicats seraient en état de maintenir le bon « Ordre » parmi leurs membres ;

2° Ce faisant, on ne demande pas aux pouvoirs publics de mettre le nez dans nos affaires, ce qui est à éviter.

Loi concernant la surveillance des enfants du 1er âge. — Desiderata :

a) Que les billets de visite soient envoyés deux fois par an seulement, pour diminuer la paperaserie des médecins ;

b) Que le prix des visites soit élevé à 5 fr.

Consultation des nourrissons. — Vœu « que l'organisation des consultations des nourrissons du Nord soit complètement indépendante de toute œuvre privée ; que cette administration soit sous le contrôle de la Fédération ; que cette nouvelle administration soit mise en possession du reliquat du legs fait par les Américains en faveur des enfants des régions libérées ; et que la totalité des sommes (reliquat du legs et subvention votée par le Conseil général) soit répartie exclusivement aux enfants des consultations et aux médecins faisant ces consultations ».

Vœu adopté à l'unanimité, moins une voix, et devant être présenté à la Fédération.

Modifications à apporter au règlement de l'A. M. G. — Desiderata :

a) Diminution du nombre d'inscrits ;

b) Que la préfecture ne demande pas des diagnostics hors de propos — Bouly, Rovillé, Dupas, se plaignent qu'on leur ait demandé des explications pour 12 visites faites dans des maladies graves et longues. Carton demande que le « contrôleur » s'adresse au médecin et non pas au garde champêtre.

c) Question des avortements. — Le Syudicat se range à l'avis de Vanverts.

d) Sérum. — Le Syndicat proteste contre ce qui paraît être un marchandage dans la délivrance des sérums aux indigents et émet le vœu que soient déposées chez les pharmaciens des quantités de sérum suffisantes pour nos besoins, sans perdre de vue que pour la diphtérie par exemple (la sérothérapie doit être massive, de 40 à 100 cc. par enfant atteint).

Fonctionnement du dispensaire antituberculeux et antisyphilitique. — Vœux : 1° Qu'aucune décision ni aucun conseil ne soient donnés aux malades sans qu'en soit averti le médecin traitant ; 2° que ces consultations soient réservées aux seuls indigents.

Syndicat médical de l'arrondissement d'Avesnes

(10 juin 1923.)

Code de déontologie. — La déontologie étant une question de morale ayant trait aux rapports des médecins entre eux, le Syndicat estime que cette question est liée à la suivante.

Ordre des médecins. — Le Syndicat est favorable, en principe, à la question d'un ordre des médecins.

Surveillance des enfants du 1er âge et consultations de nourrissons. — *a*) Le Syndicat demande que le service de la surveillance des enfants du 1er âge puisse être exercé par tout médecin syndiqué, ce service étant un service public au même titre que celui de l'A. M. G., mutilés, vaccinations, etc.

b) Le président informe les membres du Syndicat que le projet Dron sur les consultations de nourrissons est devenu une loi qui doit être étudiée dans les Syndicats. Le conseil général, qui n'a pas eu le temps d'étudier la question, a voté 600.000 francs pour en assurer le fonctionnement pendant six mois ; à la session de septembre prochain, la loi sera étudiée avec toute la documentation nécessaire. Il y a lieu

d'exiger l'intervention des Syndicats dans le contrôle du service par le Conseil général.

L'assemblée émet le désir que la répartition de ce service soit établie après entente avec les Syndicats.

Assistance médicale gratuite. — *a*) Les sérums. Le Syndicat adopte la proposition Vanverts demandant que les sérums soient en dépôt chez les pharmaciens ; ceux-ci les délivreraient aux assistés sur ordonnance médicale moyennant une légère rétribution.

b) Alcool dénaturé. — Le Syndicat ne s'oppose pas à ce que l'alcool dénaturé remplace l'alcool rectifié pour tout ce qui est chirurgie. Economie importante et autorisation d'ordonnance de doses plus importantes.

Le Syndicat émet le vœu que les pansements puissent être prescrits par plus grande quantité.

c) La Commission de contrôle demande aux médecins d'adjoindre à leurs mémoires, sous pli cacheté au nom du président de la Fédération, les diagnostics des malades qui auront eu besoin de plus de 15 visites (environ) pendant un trimestre.

d) Le paiement des avortements n'est pas prévu dans le règlement de l'A. M. G. Il y a lieu d'admettre que les visites faites à l'occasion d'un avortement seront payées comme visites et que les interventions, le curettage, dont les honoraires sont prévus, seront payées à part.

e) Plusieurs membres rapportent que certaines municipalités font de la résistance passive pour la délivrance des bulletins de visites. A Marpent, le maire exige, pour délivrer un bulletin de visite, la présentation préalable d'un certificat de maladie délivré par le médecin. Dans beaucoup de communes, un membre de la famille va chercher, l'après-midi, un bulletin de visite qui n'est signé que le lendemain à 11 h. par le maire. Par raison administrative, le malade doit attendre 24 heures avant de recevoir les soins médicaux. Le Syndicat demande une vue plus large dans l'application du règlement.

f) Vaccinations. — Le Syndicat demande qu'en attendant l'application du nouveau règlement, l'indemnité kilométrique soit donnée d'urgence.

Examen médical des automobilistes. Le Syndicat est d'avis que cet examen peut être fait par tout médecin, à l'exclusion du médecin traitant.

Rétribution des médecins et chirurgiens des hôpitaux pour soins donnés aux non indigents. — Le Syndicat de Douai demande, étant donné que les hôpitaux doivent être réservés aux seuls indigents, que les Commissions des hôpitaux soient obligées de créer, à côté de l'hôpital, des pavillons destinés aux non-indigents (victimes de la guerre, accidents du travail, pensionnaires, etc.) pavillons dans lesquels seraient admis comme médecins, tous médecins français et que, en attendant la formation de ces pavillons spéciaux, les médecins des hôpitaux donnant leurs soins à ces non indigents soient payés au même titre que les médecins des cliniques privées.

(*Adopté.*)

Il est établi que, dans les hôpitaux de Lille, tout malade indigent ou non, habitant Lille ou nons peut être opéré des amygdales et des végétation, adénoïdes moyennnant la somme de 20 francs.

Le Syndicat proteste énergiquement contre l'admission des malades payants dans les salles d'hôpitaux ou les consultations d'hôpitaux. Il est d'avis que cette question soit communiquée à l'Union des Syndicats.

La lutte antituberculeuse. — Le Syndicat propose que seuls, soient admis dans les dispensaires les malades envoyés par les médecins.

Nomination de médecins belges aux postes de médecins de l'A. M. G. — La Préfecture demande au président de la Fédération l'avis des syndicats sur la nomination de médecins belges aux postes de médecins de l'A. M. G. dans certaines communes frontières où l'exécution du service de l'A. M. G. rencontre des difficultés par suite de l'éloignement des médecins français, et cela, sous la réserve que la réciprocité soit efficacement assurée dans les mêmes conditions.

Le Syndicat repousse cette proposition. Il affirme que dans l'arrondissement d'Avesnes, le service de l'A. M. G. est assuré largement par les médecins ; il a l'impression que la réciprocité ne sera pas efficacement admise ou exceptionnellement ; il ne croit pas au bourgmestre sollicitant les services des médecins français dans les villages belges ; il constate que, malgré toutes les conventions officielles conclues entre le président de la Fédération et les présidents des Associations belges, les praticiens belges continuent à faire de la médecine au rabais, que, pour le moment, il n'y a pas lieu d'envisager un accord quelconque, étant donné que nos confrères belges ne montrent pas un esprit syndicaliste suffisant.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** — Sous la direction de M. le professeur Widal et de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés, commenceront, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, à partir du lundi 3 septembre 1923, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons auront lieu tous les jours à 14 h.

Deux cours de dix leçons chacun seront faits successivement.

Les cours seront terminés le 25 septembre.

Objet du cours. — Procédés d'exploration clinique appliquée au diagnostic des maladies.

Premier cours. — 1° Maladies du rein (6 leçons). —

a). Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin. — *b*) Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. — *c*) Hypertension artérielle et oscillométrie. Procédés de mesure et interprétation.

2° Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

3° Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). Examen chimique, albumine, sucre, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

Deuxième cours. — 1° Maladies du foie (4 leçons). — *a*) Etude des ictères. — I. Recherche de la bilirubine, de l'urobiline, et de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — II. Ictères dissociés. Recherche de sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal. — III Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies. — *b*) Insuffisance hépatique. Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

2° L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

3° Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon) Hémocultures et séro-diagnostic.

4° Réactions de fixation (2 leçons). Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre, Peste. Mycoses.

5° Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

6° Examen du chimisme gastrique et duodénal (1 leçon).

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3) ,les jeudis et samedis de midi à 3 h.

— **Faculté de médecine de Lyon**. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* (*médecine, thérapeutique, hygiène , laboratoire, exercices cliniques, dispensaires,* sous la direction du professeur Paul Courmont (avec le concours du Comité national). — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait à la fin de l'année 1923, sous la direction du professeur Paul Courmont, avec le concours de professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire.

Le cours aura une durée de 30 jours, de mi-octobre à mi-novembre 1923.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose , les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique, diagnostic et pronostic, la radiologie et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, préventoriums, etc.

L'enseignement comprendra :

1° Des cours théoriques ;

2° Des exercices pratiques de clinique et de laboratoire, de radiologie, de dispensaires, etc. ;

3° Des visites aux organisations antituberculeuses : sanatoriums, préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine français ou originaires des nations alliées ou amies de la France.

Le droit de laboratoire et de travaux pratiques est de 150 *francs*.

Le Comité National de défense contre la tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses (huit) à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au Dr Paul Courmont, 61, rue Pasteur, Lyon.

Les inscriptions sont reçues au *Laboratoire d'hygiène* à la Faculté de médecine.

Troisième semaine de stomatologie (*Paris*, 25-28 *octobre* 1923), organisée par le Syndicat des médecins stomatologistes, la Société de stomatologie de Paris, la Société des stomatologistes des hôpitaux, l'Association française des médecins stomatologistes, l'École française de stomatologie, sous la présidence du docteur Rousseau-Decelle, président de la Société de Stomatologie.

Programme d'ensemble de la 3e semaine de stomatologie (*le programme détaillé sera publié ultérieurement*). — Première journée : *ieudi* 25 *octobre*. — Matinée : 9 h. 30, présentation de malades dans les services de stomatologie de St-Louis et de Lariboisière ; après-midi : 14 h. 30, séance d'ouverture de la Semaine à l'école de stomatologie, 20, passage Dauphine, sous la présidence du Dr Rousseau-Decelle.

Réunion du Syndicat : Conséquences pour les stomatologistes de la loi en préparation sur les assurances sociales. Conférence sur la responsabilité professionnelle. Assurances au décès. De l'exercice illégal. Questions diverses.

Deuxième journée : *vendredi* 26 *octobre*. — Matinée 9 h. 30, Démonstrations et présentations diverses à l'école de stomatologie ; après-midi : 14 h. 30, séance de la Société de stomatologie. Des interventions par la voie buccale. Orientation nouvelle des idées sur l'étiologie de la carie dentaire. Importance de l'interprétation en radiographie dentaire. De l'opportunité de la dévitalisation des dents en prothèse fixe. Indication des divers appareils prothétiques dans la pyorrhée alvéolaire.

(Les confrères ayant l'intention de faire une communication ou une démonstration sont priés de bien vouloir en aviser aussitôt que possible M. le Dr Coustaing, secrétaire général de la Société de stomatologie, 12, place Vendôme,)

Troisième journée : *samedi* 27 *octobre*. — Matinée : 9 h. 30, suite de la séance de la Société de stomatologie. Présentations et démonstrations diverses à l'école ; après-midi : 14 h. 30, Assemblée générale du Syndicat, Discours du président. Rapport du secrétaire général. Rapport du trésorier. Admission de membres nouveaux. Vœux des sections régionales. Discussions et votes. Discussion des questions exposées dans la réunion du jeudi. Propositions diverses.

(Les sections régionales sont priées d'envoyer leurs vœux avant le 15 août au docteur Lhirondel, 57, rue de Rome, Paris. Tout vœu non publié dans le prochain bulletin pourra ne pas être pris en considération).

Soirée : 19 h. 30. Banquet. Cotisation 35 fr.

Dimanche 28 *octobre*. — Une réunion des anciens élèves de l'école française de stomatologie, organisée dans le but de fonder une association, aura lieu à 10 heures à l'école et sera suivie d'un déjeuner.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). Imprimerie DAIX et THIRON
Thiron et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

ché au pansement de la face (suture) que je ne renouvelerai que le 5e jour, mais comment compter :

Pansement pied gauche.
Pansement pied droit.
Pansement main gauche.

En somme, chaque pansement est-il compté à part ?

Dr T. F.

Réponse.

Voir l'art. 14 qui correspond à votre cas de blessures multiples, les pansements pratiqués n'ayant pas eu lieu sur un même segment de membre. Chaque pansement est payé le prix d'une visite ou consultation, déplacement en plus par séance.

F. D.

IV

Hématome superficiel.

Une fois encore je recours à votre obligeance en vous priant de vouloir bien m'indiquer la façon dont je dois établir ma note d'honoraires pour un hématome superficiel de l'extrémité distale de l'annulaire droit. Prix du tarif : hématome superficiel, 20 fr. Dois-je compter 20 fr. chaque fois que j'ai soigné l'hématome, c'est-à-dire tous les deux jours ? ou bien compter 20 fr. le premier jour et 8 fr. les suivants pour consultation et pansement. Je vous serai très reconnaissant de m'éclairer. Il me semble que je devrais compter 20 fr. chaque fois en appliquant le tarif, mais je trouve que ça fera une note d'honoraire élevée, que l'assurance cherchera probablement à réduire. C'est pourquoi je tiens à prendre votre avis pour n'avoir pas à céder devant celle-ci.

Dr H. F.

Réponse

Où avez-vous donc lu : « Hématome superficiel, 20 frs » ? En tout cas, on lit dans le tableau terminal des Avis insérés dans l'Arr. Minist. du 28 juin 1921 : « Incision ou ponction d'hématome : 20 fr., soit 20 frs. pour une intervention spéciale et nullement pour *chaque* pansement ultérieur, lequel est compris dans la visite ou consultation (Art. 16) ».

F. D.

V

Ablation d'ongle.

La Compagnie « L'A. » refuse, pour la deuxième fois, de me payer dans une note accidents « *l'ablation d'ongle semi-détaché par application de l'article* 18 *bis.* »

Elle appuie son refus sur un avis qui aurait été donné par notre confrère Decourt dans le *Concours médical* des 31 juillet 1921 et 2 avril 1922, « *l'ablation d'ongle semi-détaché devant,* SELON LUI, *être comprise dans le prix de la visite ou consultation* » (*Sic*).



Est-ce exact ? Cette interprétation est-elle légale ou simplement admise désormais ? Je vous serais obligé de vouloir bien me confirmer si la prétention de la compagnie est fondée.

Dr F. D.

Réponse.

Cette interprétation n'est que la constatation de ce qui est écrit au début du tableau terminal des *Avis* insérés dans l'arr. minist. du 28 juin 1921. Elle n'est donc nullement « selon moi »; autrement, comme toujours, je l'aurais donnée comme un simple « avis *personnel* ».

F. D.

VI

Appareil plâtré après osteosynthèse.

J'ai pratiqué une ostéosynthèse du tibia pour fracture compliquée. Tarif prévu : 400 fr.

J'ai ensuite appliqué un appareil plâtré. Dois-je réclamer des honoraires pour ce plâtre, ou le prix de 400 fr. de l'ostéosynthèse comprend-il la pose d'un appareil plâtré ?

Pour une fracture simple, 150 fr. sont prévus pour réduction et contention.

En somme, l'ostéosynthèse ne comporte que la réduction de la fracture et il me semble que pour la contention, je dois avoir droit à des honoraires (60 fr.) par exemple comme pour une répétition d'appareil plâtré. Qu'en pensez-vous ?

Dr Q.

Réponse

L'ostéosynthèse des os longs est tarifée 400 frs. à l'Art. 13, lequel porte, comme sous-titre : Réduction et *Contention* ». Je ne pense donc pas que vous puissiez demander un supplément de 50 fr. pour un appareil plâtré qui fait partie de la réduction et contention d'une fracture d'os long par ostéosynthèse.

F. D.

VII

Pansements et massages multiples.

Combien peut demander en 2e catégorie un médecin pour une séance comportant 6 pansements : épaule gauche, bras droit, 2 avant-bras, dos (4 paumes de main), tête ?

Combien pour une séance comprenant massage des 2 genoux et d'un coude ?

Dr B.

Réponse.

1° On compte normalement autant de consultations que de pansements (art. 14) en cas de « blessures multiples », alors que les pansements ne sont pas faits sur un même segment de membre ou une partie du corps très voisine» (voir art. 17, alinéa 5).

2° Le massage est « compris » dans le prix de la visite ou consultation, de même que le pansement.

En cas de massages *multiples*, il me paraît logique de suivre les règles indiquées à l'Art. 14 pour les blessures multiples. A noter toutefois que le mot « massage » (au contraire du mot pansement) n'est pas spécialement indiqué à cet article 14. Néanmoins, il me paraît compris dans le mot « intervention » que contient le dit article.

F. D.

VIII

Hémoptysie et accident du travail.

Quelles formalités doit remplir l'ouvrier atteint d'hémoptysie pour que celle-ci soit reconnue par l'assurance comme étant un accident du travail ? Il a fait déjà une déclaration à des témoins et je lui ai fait un certificat indiquant uniquement ce qu'il avait eu. Que devra-t-il faire si la compagnie d'assurance n'accepte pas cette manière de voir ?

Dr J.

Réponse.

Il faut que l'ouvrier présente un certificat de son médecin traitant, établissant *techniquement* (ce qui peut au besoin être soutenu devant un expert en cas de litige) que l'hémoptysie a pour cause tel accident du travail. En effet, si le malade ne peut faire établir une relation de cause à effet, je ne vois pas sur quoi il pourrait soutenir sa demande.

F. D.

IX

Hernie étranglée. Accident du travail.

Hier, j'ai été appelé à voir un ouvrier porteur d'une hernie étranglée survenue brusquement pendant son travail. Je l'ai fait transporter à une clinique et opérer d'urgence. Il y a des témoins de l'accident.

J'ai envoyé ce matin une lettre recommandée au patron l'avisant de l'intervention.

1° L'agent d'assurance a soutenu que le blessé aurait dû être transporté à l'hôpital où on l'aurait opéré gratuitement, et dit qu'il se refusera à payer les frais d'intervention et de clinique. Je suis persuadé qu'il a tort, mais je vous écris pour que vous me confirmiez mon opinion.

2° Quel tarif je dois appliquer pour cette intervention ? Est-ce simplement : laparotomie avec intervention sur les organes abdomniaux (450 fr. puisque P. est en 2e catégorie) ?

3° L'assurance fait aussi des difficultés pour la fourniture des objets de pansements (bandes, gaze, coton, chloroforme, catguts, etc.). Nous avons employé les nôtres, et j'ai fait ensuite une ordonnance pour qu'on nous les remplace.

4° L'anesthésie par injection de novocaïne intra-rachidienne est-elle comptée comme anesthésie générale et peut-on demander 50 fr. de supplément pour l'anesthésiste ?

Dr P.

Réponse.

1° Le blessé ayant le libre choix du médecin, vous étiez en droit de l'opérer soit chez lui, soit dans votre cabinet, soit dans votre clinique.

2° Quant au tarif de l'opération, je n'en vois pas d'autre, *a priori*, que « kélotomie ou cure radicale » (art. 21). La « laparotomie avec intervention sur organes abdominaux » est autre chose que la cure de la hernie étranglée classique au niveau de l'anneau. C'est cette dernière que, je suppose, vous avez eu à faire ... à défaut de détails précis de votre part.

3° La fourniture des objets de pansements ne peut être payée qu'au pharmacien fournisseur (qu'il ait fourni directement ou ait remplacé les vôtres employés par vous d'urgence, c'est tout comme).

4° Cette anesthésie, qu'elle soit considérée comme « générale » ou « régionale » (la locale n'étant pas en cause), entraîne un honoraire de 50 fr.... pour le *médecin* anesthésiste qui vous a aidé et l'a pratiquée (art. 212), et qu'il devra réclamer lui-même (art. 30 *in fine*).

F. D.

X

Scalp complet.

Quel prix demander pour l'accident du travail suivant :

Blessée d'usine dont la chevelure fut prise dans une transmission. Lésions : scalp *complet* du cuir chevelu passant au-dessous des arcades sourcilières (intéressant paupières et nez), immédiatement au-dessus des oreilles, au niveau des mastoïdes et contournant en arrière la partie inférieure de l'occipital. Traitement : remise en place du cuir chevelu, que l'on a retrouvé sur l'arbre de transmission, sutures multiples. Pansement. Huile camphrée.

Dr A.

Réponse.

C'est là une opération peu banale et qui n'est pas dans le tarif où je ne vois même pas d'intervention avec lesquelles on puisse trouver une analogie. Le mieux serait de proposer un prix spécial à la Compagnie en lui donnant toutes explications précises. Si par votre intervention vous avez pu sauver le cuir chevelu de la blessée (et plus encore peut être), je ne crois pas exagéré de compter 200 frs., du moins d'après ce que j'ai cru comprendre dans votre lettre.

Application du Tarif Maginot.

Justification des visites à domicile.

Je suis appelé assez souvent dans deux communes respectivement à 4 et 8 kil. de ma résidence pour y donner mes soins aux réformés de guerre.

Pas de chemin de fer ; comme moyen de transport : le courrier, vieille diligence, à 6 heures du matin et 6 heures du soir.

Je compte toujours sur mes mémoires l'indemnité kilométrique, mais je me demande si je n'aurai pas des ennuis, car il est dit que je dois mentionner aussi, sur le bulletin de visite, la cause qui a empêché le malade de se transporter chez nous.

Cette cause varie à l'infini et est souvent difficile à donner. Quand ce ne serait que l'ennui et la fatigue de faire ce trajet à pied ! ! (Je parle pour le réformé). Suis-je dans mon droit absolu en comptant cette indemnité, étant donné que je me rends toujours à domicile du malade, sur son appel ? Cette distinction entre la consultation au cabinet et la visite au domicile du malade s'applique-t-elle aux communes dépourvues de médecins ?

Peut-on imposer au réformé un trajet de 8 ou 16 kil. pour aller consulter son médecin ? Il reste bien entendu que je ne compte l'indemnité kilométrique qu'une fois pour plusieurs malades visités dans le même lieu ou sur le même parcours.

Dr G.

Réponse.

L'art. 61 est formel : « Lorsqu'il est procédé à une visite, le bulletin de visite doit faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se transporter chez le médecin ». Vous devez donc faire connaître ces motifs. Il n'est pas dit qu'ils soient forcément d'ordre médical. Au besoin, vous pouvez donc présenter à votre commission départementale de contrôle, les « motifs » que vous m'exposez dans votre lettre. C'est à elle seule qu'il appartient de les apprécier, et encore, sur des cas d'espèces bien déterminés, chaque fois.

F. D.

Grossesse et radiologie

Mes quelques lignes à ce sujet dans le *Concours médical* et qui visaient un fait de l'an dernier important dans la vie médicale m'ont valu une mise au point du Dr Quivy. Il parle d'appareils qu'il a présentés l'an dernier à la Société de radiologie en *décembre* 1922, donc nouveaux alors. Je n'avais nulle raison d'en parler, sinon de travaux *antérieurs* se rapportant à un fait *antérieur*.

Quant aux travaux récents, aux progrès constants des radiologistes, je ne les ignore pas, mais ils n'avaient pas à intervenir dans le cas particulier que je visai, et qui doit être clos, me dit-on.

Dr Foveau de Courmelles.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la pelade.

Un confrère demande « la meilleure façon de traiter des plaques de pelade du cuir chevelu chez un jeune homme de 24 ans, indemne d'affection spécifique ou héréditaire ».

Mon correspondant a eu parfaitement raison de préciser. En effet, il semble y avoir entre la syphilis et la pelade des rapports tout au moins apparents dont l'avenir établira l'importance.

Il y a pareillement, — et la chose ne fait plus de doute aujourd'hui — des rapports intimes entre la carie dentaire — par décalcification surtout — et la pelade.

D'où il semble que s'impose la double médication thyroïdienne et calcique. Je me bornerai à citer, en m'inspirant de SABOURAUD, BESNIER et LELOIR, quelques traitements classiques.

PREMIER TRAITEMENT.

1°

Oléocade	5 *grammes*
Essence de bois de genévrier	2 grammes
Acétone anhydre	2 grammes
Alcool à 95°......q. s. pour	100 cc.

Frictions dures de tous les points malades au coton hydrophile, chaque jour.

2°

Renouveler cette friction, le matin, après la toilette au savon cadique.

3°

Après les rinçage et séchage, toucher les plaques sans cheveux à l'ouate hydrophile imbibée de :

Révulsif à la capsicine.....	
Liqueur d'Hoffmann......	ãã 15 gr.

4°

Matin, midi et soir, 1 heure avant les 3 repas, un cachet de thyroïdine, et après les repas, une cuillerée à bouche de solution de glycérophosphate de chaux.

2° TRAITEMENT.

1° Couper les cheveux ras.

2° Epiler le pourtour de la plaque jusqu'à 5 millimètres de sa périphérie.

3° Frictionner, à jour passé, la plaque en dépassant la bordure, avec un bourdonnet de coton hydrophile imprégné de :

Vésicatoire liquide...........	1 partie
Chloroforme anesthésique.....	3 parties

4° Etancher, suivant le conseil de Vidal, l'excédent du liquide resté sur la plaque.

5° Chaque matin, frictionner TRÈS LÉGÈREMENT, la tête entière et le visage, y compris cils, sourcils et barbe, avec la lotion ci-après :

Alcali volatil	5 grammes
Essence de térébenthine	25 grammes
Alcool camphré	125 grammes

Chez les brightiques, le Pr Besnier remplace la mixture vésicante par la suivante :

Acide acétique cristallisé	1 à 3 gr.
Chloral	5 gr.
Ether officinal	30 gr.

3e TRAITEMENT.

Ce dernier est du professeur Leloir. Il s'applique, tout spécialement, à la cure d'une *pelade chronique, moyenne, ascendante, en coïncidence, en l'espèce, avec une alopécie prématurée.*

1° Chaque jour, savonner à l'eau chaude toutes les parties malades à l'aide d'un savon de panama ou de goudron.

2° Chaque soir, poudrer, à la main, les parties malades avec le mélange suivant :

Amidon pulvérisé	95 gr.
Salicylate de bismuth	4 gr.
Aristol	1 gr.

Porphyriser et tamiser.

3° Après le savonnage du matin, on fera sur toutes les parties du cuir chevelu attaquées une friction douce avec une boulette de coton hydrophile trempée dans :

Ether officinal	25 gr.
Chloral hydraté	4 gr.
Acide acétique cristallisé	1 gr.

Interrompre si la peau devient trop irritée et, par conséquent, douloureuse.

Chaque semaine, un grand bain sulfureux, au K.S^{5}.

Chaque matin, après le déjeuner et le dîner, prendre un granule de strychnine au demi-milligramme.

Dr GALAND (de Cambrai).

Diphtérie humaine et diphtérie aviaire

Par le Dr COMOY, de St-Honoré.

J'ai eu l'occasion de signaler avant la guerre les relations, souvent contestées, entre la diphtérie humaine et la diphtérie aviaire. Le diagnostic bactériologique différentiel est assez délicat à obtenir à la campagne. Avons-nous affaire chez la poule à du bacille pur de la diphtérie humaine, à du Loeffler long, à du court ? Ceci serait à mettre au point avec le temps et un peu de patience. Ce qu'il y avait d'intéressant dans la question, c'est que nous relations, dans les campagnes, l'éclosion à récidive de vérita-

bles foyers diphtériques chez l'homme frisant l'endémie, dans les milieux de ces commerçants qu'on appelle communément dans le Morvan « les coquetiers » ou « cocotiers », c'est-à-dire les marchands de volailles en gros. Le vétérinaire cantonal, à qui je faisais part de mes constatations qui l'intéressèrent, vit sur place les industriels en question souffler leurs poules de bouche à bec pour leur donner, paraît-il, plus belle apparence avant la vente, et remarqua, lui aussi, les nombreux cas de contamination chez l'homme employé dans ces foyers, ce qu'il voulut bien me signaler. Or, si l'absence de diagnostic parallèle certain nous éloigne un peu, la question du traitement semblerait confirmer les prévisions cliniques attachées à notre sujet. Je vais en citer un exemple. Rentrant de voyage, je trouve chez moi à l'arrivée une superbe poule, le ventre rempli d'œufs, fraîche de la crête et de tout le corps, morte presque subitement.

Une autre succombait le lendemain. La troisième jour, sur douze, lot total, 4 ou 5 étaient de nouveau malades. Une en particulier agonisait au matin : angoisse, tirage accentué, impossibilité de rester sur les pattes, œil déjà à demi vitreux. Elle était condamnée. Je fis faire à celle-ci 1 cc. de sérum d'abord, puis un second dans la journée, un troisième le lendemain matin. Elle reprenait à vue d'œil ; elle était sauvée au bout de quelques heures, et depuis un mois environ, elle est, pour ainsi dire, la plus vigoureuse de la basse-cour. Les quelques autres des plus malades reçurent 1 cc. Les moins touchées se contentèrent très bien de 1/2 cc. Tout ce petit troupeau est en excellent état à l'heure actuelle. Seule, la moribonde a gardé du tirage pendant une huitaine de jours, dans l'impossibilité qu'elle était de déglutir rapidement les fausses membranes détachées et accumulées.

Que penser de cette relation manifeste de cause à traitement ? Tout d'abord que, d'après nos observations, cette étude devrait être poussée au point de vue bactériologique et prophylactique, puisqu'il est avéré que cette diphtérie aviaire est contagieuse et souvent très grave chez l'homme contaminé, et qu'il est vraiment intéressant de constater les effets rapides et certains du sérum, créé pour l'homme, chez ces animaux dont l'affection, dans les campagnes, prend des proportions souvent graves et meurtrières.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I
Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II
Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs Séchehret, de Vireux-Molhain (Ardennes), Faidherbe, d'Evian-les-Bains (Haute-Savoie), la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Bouix,
Ax - les - Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank Duprat (Enfants). Portes, Ricard-Pomarède
Bagnoles - de-l'Orne. Hugel, Joly, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon - Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo - les Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, Got
Châtel - Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé Levadoux, Mazeran, Ribé, rolles.
Contréxéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes Creignou.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre les - Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule Christin, Duliège, Guillot, Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les - Bains : Bornèque, Roger Causeret, Gugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny
Salins-Moutiers Gonthier.
Salles-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Séraue, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère David, Matton.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon, Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau. Gannat, Guinard, Martin-Péridier, Reynes, Rosanoff.
Vittel Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 412. — Demande à acheter table de Ducroquet d'occasion.

N° 413. — Dr recommande spécialement jeune femme mariée cherchant un nourrisson au sein, son bébé a 3 mois. Parfait à tous égards.

N° 414. — Directrice clinique, sérieuses références cherche même situation ou analogue.

Insuffisance cardiaque. — **Toutes ses formes, même les plus rebelles, sont heureusement influencées par la « Digibaïne » (Assoc. Digitaline-Ouabaïne). Comm. Soc. méd. hôp. Paris, 26 janvier 1923, Laboratoires Déglaude, 6, rue d'Assas, Paris, 6e.**

CORRESPONDANCE

Expertise officieuse d'accident du travail. Honoraires.

L'agent de « La P. » vient de me demander un certificat médical de l'état du blessé pour lequel une indemnité de 18 % avait été accordée en 1920. 1° Quelle est le quantum actuel de réduction de capacité ? 2° le rentier est-il susceptible d'atteindre le terme normal de la vie.

Je vous serais obligé de bien vouloir me dire quels sont les honoraires que je puis appliquer pour :

1° Visite et examen de la blessure.

2° Visite de l'état général comme pour assurance-vie. Notre tarif local pour examen et rapport détaillé dans ce cas est de 40 fr.

3° Certificat de réduction d'incapacité

Dr G.

Réponse.

Il s'agit d'une expertise officieuse dont vous pouvez fixer les honoraires à votre gré.

Vous pourriez très bien demander 40 fr. pour l'examen du blessé et votre rapport.

Basez-vous d'ailleurs sur votre tarif syndical local.

Dr DUCHESNE.

Accidents du travail

1° Incapacité permanente partielle, calcul de la rente ; 2° Rachat de la rente ; 3° Apprenti, détermination du salaire de taxe ; 4° Violation du libre choix du médecin ; 5° Détermination de l'accident du travail.

Médecin de colonisation, je me trouve situé à 8 kil. d'une mine de phosphates, cette dernière pourvue d'un médecin.

Le 26 avril dernier, un ouvrier de 14 ans, orphelin de père, profession : manœuvre charron, est victime d'un accident : amputation partielle de la 3e phalange de l'index droit. Jusqu'au 6 mai, il reçoit les soins du médecin patronal. A cette date, il vient me trouver et je le soigne jusqu'à guérison, c'est-à-dire jusqu'au 26 mai. Certificat de consolidation ; je conclus à 3 % d'incapacité. Enquête du juge qui accepte les conclusions de mon rapport.

En cours de traitement, la mère me fait part de ses craintes pour les « misères » possibles que l'on pourra faire à son fils lors de son retour au travail. Je la rassure à ce sujet.

Le 27 mai, le blessé se présente à la mine muni de son certificat. Pendant *quatre* jours, il s'adresse en vain à la direction pour voir le directeur et lui remettre ses papiers. Pendant 4 jours, on lui dit de repasser, le directeur ne pouvant le recevoir, dit-on.

Enfin, le 5e jour, il est reçu ; il remet son certificat. On lui annonce que sa place de manœuvre-charron est supprimée et on lui propose une place au triage manuel du phosphate. Comme manœuvre-charron, il gagnait 5 fr. 50-6 fr. ; au triage, on ne lui donne plus que 3 fr. 50. L'ouvrier vient me voir, me présente ses doléances, et, sur mes conseils, accepte et travaille au triage.

Le 8 juin, à 14 heures, ce même ouvrier, au cours du triage est piqué par un scorpion. Un seul ouvrier mineur témoin prend son couteau et fait une petite incision au niveau de la piqûre. Le chef de chantier dit à l'enfant qu'il peut continuer son travail. Dans la nuit, œdème de la main. Le lendemain, l'ouvrier se présente à la Direction pour demander l'autorisation de prendre un train de phosphates venant à Mn... Il montre sa main. On lui enjoint d'aller trouver le docteur de la mine, ce qu'il fait. Il vient ensuite me trouver. Il prévient ensuite son patron par lettre recommandée, des so ns qu'il reçoit ici. Il fait sa déclaration d'accident lui-même. La mine fait aussi une déclaration d'accident. A la date du 25 juin, j'établis le certificat suivant :

« Je soussigné, etc...

Il peut actuellement reprendre son travail sans danger.

Le jour de l'accident, un témoin de cet accident, ainsi que cela se pratique couramment, fit une petite

incision au niveau de la piqûre. Sitôt cette petite intervention opérée, le chef de chantier qui vint sur ces entrefaites, fit connaître à l'intéressé qu'il pouvait continuer son travail, ce qu'il fit.

Il est donc difficile de délimiter la part qui incombe au point de vue infection consécutive qui eut lieu, soit du fait d'avoir continué le travail dans la manipulation de la terre de phosphate, soit du fait d'une incision pratiquée en dehors de toute règle d'asepsie.

Par ailleurs, au point de vue purement médical, il ne nous est pas permis d'affirmer que la petite saignée pratiquée immédiatement ait été inutile. Il nous est permis de supposer qu'elle a peut-être facilité la guérison de la piqûre vénimeuse. En conséquence, j'estime qu'il y a lieu d'accorder le 1/2 salaire pour toute la durée de l'incapacité de travail. »

L'ouvrier revient à la mine, on lui donne un nouveau travail pénible, toujours au salaire de 3 fr. 50 : manipulation du phosphate à la pelle et à la pioche.

L'enfant se fatigue beaucoup et la nuit urine dans son lit. Il prend patience. Début juillet, un manœuvre-charron part de la mine. La mère fait des démarches pour que son fils soit réintégré. Il n'en est pas tenu compte et on donne la place à un autre gamin.

Il y a là, sans aucun doute, un ensemble de mesures coercitives à l'encontre de cet ouvrier, mesures qui pourront être données en exemple aux futurs accidentés qui voudraient me prendre comme médecin.

J'ai signalé tout cela au procureur de la République, sous forme de plainte. La législation en Tunisie est la même qu'en France.

Comme suite à ce qui précède, je vous serai très obligé si vous vouliez bien me fournir les renseignements suivants :

1° Le 3 % accordé par le juge est-il, comme je l'ai ouï dire, réduit de moitié pour le calcul, de la rente ;

2° Le blessé mineur orphelin de père peut-il accepter le capital de rachat de la rente ? (cette dernière inférieure à 100 fr.), et est-ce une entente amiable avec la Compagnie d'assurances ou bien a-t-il droit à la totalité du capital représentatif de cette rente ?

3° Le demi-salaire qu'il a perçu pour le 1er accident a été calculé sur son salaire moyen de l'année, précédente soit 5 fr. 50 : 2 = 2 fr. 75. Or, un article de la loi dit que pour les mineurs, le demi-salaire doit être calculé sur le salaire de l'ouvrier de la même catégorie, sans que ce demi-salaire puisse dépasser dans ce cas 5 fr. 50. En l'espèce, cet ouvrier étant manœuvre-charron, que doit-on entendre par ouvrier de la même catégorie. Est-ce charron ? ou manœuvres charron majeur (cette dernière catégorie n'existe pas à la mine)? sur quelle base donc établir ce demi-salaire ?

4° A la suite des mesures coercitives prises envers cet ouvrier, j'ai porté plainte au procureur de la République pour entrave au libre choix. S'il y a non lieu, puis-je poursuivre en me portant partie civile et me le conseillez-vous ? L'ouvrier peut-il à son tour

réclamer contre la situation qui lui est ainsi faite ? et dans ce cas, à qui doit-il s'adresser ?

5° Pour le 2e accident (piqûre de scorpion) – quel est votre avis à ce sujet ? Pensez-vous que l'ouvrier ait droit à son demi-salaire pour la totalité de son incapacité, pour une partie, ou pas du tout ?

Dr G.

Réponse.

1° Le 3e paragraphe de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, prévoit que l'ouvrier victime d'accident a droit « pour l'incapacité partielle et permanente, à *une rente égale à la moitié* de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire ». Par conséquent, pour un salaire de 2.000 frs., par exemple, ayant entraîné une réduction de capacité de 3 %, le calcul de la rente s'établit ainsi :

$$\frac{2.000 \times 1,50}{100} \text{ ou } \frac{2.000 \times 3}{10 \times 2} = 30 \text{ fr.}$$

2° Le 2e alinéa de l'article 21 de la même loi, modifié par la loi du 31 mars 1905, stipule que « la pension ne pourra être remplacée par le payement d'un capital que si elle n'est pas supérieure à 100 fr. *et si le titulaire est majeur* ». Ce rachat ne pourra être effectué que d'après le tarif dressé pour les victimes d'accidents du travail par la Caisse nationale des retraites. Par conséquent, un orphelin mineur, titulaire d'une rente accident du travail inférieure à 100 frs., ne pourra obtenir le capital représentatif de cette rente qu'à sa majorité, et d'accord avec son débiteur. Si le capital constitutif de la rente est déposé à la Caisse nationale des retraites, la demande de rachat doit être adressée dans le mois qui suit la majorité à M. le Conseiller d'Etat, directeur général de la Caisse des dépôts et consignations, 56, rue de Lille, à Paris.

3° L'article 8 de la loi décide que « le salaire qui servira de base à l'indemnité allouée à l'ouvrier âgé de moins de 16 ans ou à l'apprenti victime d'un accident du travail ne sera pas inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie occupées dans l'entreprise. Toutefois, dans le cas d'incapacité temporaire, l'indemnité ne pourra pas dépasser le montant de son salaire ». La jurisprudence a décidé qu'en l'absence d'ouvriers valides de la même catégorie que le mineur de 16 ans, il appartient au juge du fond de déterminer de quel genre de travail se rapproche le plus celui du mineur, et de dire par exemple que le salaire minimum des manœuvres valides servira de base au calcul de la rente à allouer au mineur (Cour de Cassation, Ch. civile, 15 janv. 1908). Dans l'espèce envisagée, les juges du fond pourraient seuls établir si on doit entendre par « ouvriers de la même catégorie », le « charron » ou le « manœuvre charron ».

4° L'article 4 de la loi du 9 avril 1898 assure à l'ouvrier le libre choix de son médecin. L'article 30, paragraphe 5, 3e, rend passible des pénalités prévues à cet article toute personne qui, par menaces de renvoi, refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin. La Cour de Paris (arrêt du 12 mars 1910) a infirmé à ce sujet, une décision du tribunal correctionnel de la Seine du 2 mars 1909, qui avait décidé que le médecin de l'ouvrier ne peut invoquer contre le patron la disposition de l'article 30 précité. C'est d'ailleurs à la partie qui intente l'action qu'il appartient d'apporter la preuve des faits incriminés.

5° Sur la question du caractère professionnel de l'accident survenu à l'ouvrier, piqué par un scorpion pendant son travail, et à qui, au surplus, une incision a été faite, par un agent au service du patron, il n'appartiendrait qu'aux tribunaux de se prononcer définitivement. La Jurisprudence a décidé que l'accident survenu pendant le travail est présumé accident du travail (Cassation Ch. civile 8 juillet 1903 ; Ch. des requêtes, 25 octobre 1910 ; Ch. civile, 24 janvier 1912). En tout cas, la preuve du caractère professionnel de l'accident est à la charge de l'ouvrier, qui devra en cas de contestation établir que l'accident est survenu dans le travail, sans être toutefois tenu d'établir la cause de l'accident (Cassation Ch. civile, 8 février 1911 ; Ch. civ., 18 janvier 1912).

Conclusions. — C'est l'éternelle histoire de la lutte du pot de fer contre le pot de terre. Le plus malheureux, c'est qu'il se trouve dans la profession médicale des confrères qui, pour un salaire fixe, louent leurs services médicaux à un patron, ou à une société anonyme, pour être seuls à donner leurs soins aux blessés de l'entreprise, au détriment de leurs confréres.

On ne saurait en vouloir aux chefs d'industrie de forcer, par tous moyens, leurs ouvriers à choisir le médecin patronal : les vrais coupables, ce sont ces médecins eux-mêmes, qui, au mépris des décisions syndicales, acceptent de véritables contrats de louage de service ou contrats d'entreprise, pour soigner, à forfait, tous malades ou blessés, en violant ainsi les décisions syndicales, concernant le libre choix du médecin, par le malade.

Dr Paul BOUDIN.

Application du Tarif Maginot.

Renouvellement d'ordonnance.

Je désirerais avoir votre avis juridique au sujet du cas suivant :

Un mutilé atteint de bronchite chronique fait par-

venir à son médecin son carnet pour renouveler un médicament (le médecin n'examinant pas par conséquent son malade), est-il légitime de lui marquer une consultation ?

Le praticien fait, je crois, un acte médical; du reste, il faut qu'à l'ordonnance corresponde un bulletin de visite.

Voudriez-vous être assez aimable pour me faire répondre le plus tôt possible. Dr C.

Réponse.

« Un médecin, qui non seulement n'a pas fait de consultation, mais n'a même pas *vu* son malade, ne m'apparaît pas comme ayant le droit de compter une consultation. Le ferait-il, si le dit malade le payait directement de sa poche ? Il ne fait pas, d'ailleurs, un « acte médical » en renouvelant une ordonnance sans voir le malade, l'acte médical le plus simple étant, tout d'abord, l'examen même du malade.

« Tel est, du moins, mon point de vue perpersonnel, sous réserve d'une jurisprudence contraire .... qui est encore à venir ». F. D.

Les expertises dans les accidents du travail

Nouvellement installé, je suis averti par un avoué que j'ai été nommé expert dans un accident de travail pour déterminer le degré d'incapacité permanente partielle d'un ouvrier blessé au cours du travail (amputation de la dernière phalange du médius de la main droite).

Je n'ai encore jamais fait d'expertise. Je voudrais être renseigné à ce sujet. Vais-je être convoqué par le président du tribunal à prêter serment ? Comment dois-je convoquer la victime et dans quels termes dois-je rédiger le rapport ? Comment fixerai-je mes honoraires ?

Enfin, existe-t-il un livre me donnant la manière de procéder et *un barême d'incapacité permanente partielle* ? je l'achèterai de bon cœur !

Dr D.

Réponse.

Nous vous adressons un extrait de notre « Agenda-Memento du Praticien », édition 1923, que nous ne pouvons vous envoyer, cette édition étant épuisée.

Vous pouvez être dispensé du serment par les parties. Sinon, c'est une simple formalité à accomplir devant le juge qui vous a commis.

Nous ne connaissons pas de barême des invalidités en matière d'accidents du travail. Nous nous servons habituellement, par comparaison, de celui qui a été établi par décret du 29 mai 1919, pour les mutilés de guerre.

Selon ce barême, l'amputation de la dernière phalange du médius (phalange onguêale) est évaluée à 1 % d'invalidité à droite.

(*Voir la suite page XXXIX-2835*)

PROPOS DU JOUR

Les vraies et les bonnes infirmières. Un appel aux médecins praticiens.

« Après les incidents de Strasbourg, j'espère que vous êtes guéri de la collaboration des infirmières et que vous brûlerez enfin ce que vous avez trop adoré, nous écrivait malicieusement un de nos excellents correspondants ».

Bien que nous soyons toujours prêts au *Concours médical*, à écouter les arguments de ceux qui ne pensent pas comme nous et à nous laisser persuader, nous avouerons que, dans la question des infirmières, nous sommes irréductiblement convaincus. Nous voulons de bonnes infirmières, *auxiliaires des médecins, instruites, dévouées, prudentes et dociles*, parce que trente ans d'étude et d'expérience nous en ont démontré la nécessité (1), parce que nous prétendons que c'est une honte pour la France, d'être le dernier des pays vraiment civilisés, à chercher encore à réaliser ce progrès. Qu'importe les maladresses, et les expressions fâcheuses de quelques médecins plus ou moins haut placés, qui modestement se qualifient eux-mêmes de savants ! Leur science est bornée, très bornée ; nous savons que tout ce qui concerne la vie pratique leur échappe, et que leur horizon ne dépasse guère le champ de leur microscope. Nous qui ne nous proclamons pas des savants, mais qui sommes de simples médecins praticiens, qui soumettons les rêves de notre imagination et l'application pratique des découvertes scientifiques au contrôle du simple bon sens, nous plaignons ces réformateurs en chambre, ces soi-disant savants imbus de dogmatisme, qui dressent leurs plans de lutte contre des fléaux dans leur laboratoire ou leur cabinet, sans connaître le milieu familial et social où ils devront être réalisés. Si tout d'abord nous avons montré contre eux quelque humeur, c'est que nous avons craint que leurs maladresses (employons ce terme pour rester courtois), ne nuisent à la cause des bonnes infirmières, cause que nous avons toujours défendue, que nous défendons et défendrons encore, parce qu'elle est la cause du progrès, de l'intérêt public, et de l'intérêt des médecins praticiens, intérêts qui, bien compris, se confondent toujours.

***

Il est un fait : La France a besoin d'infirmières instruites et de bonne éducation. L'expérience a démontré que la profession d'infirmière ne pouvait pas être exercée convenablement par des personnes d'éducation médiocre ; elle exige, au contraire, une culture intellectuelle, et surtout *morale*, de tout premier ordre. C'est parce que cette culture intellectuelle et surtout *morale* a trop souvent manqué aux infirmières françaises, ou plutôt, aux pseudo-infirmières françaises, que les médecins praticiens les ont acceptées avec méfiance, et non sans raison.

Peut-on obtenir de bonnes infirmières instruites et de bonne éducation en France ? Oui, l'expérience l'a démontré. Mlle le Dr Hamilton, notre regretté président Lande et leurs collaborateurs à Bordeaux, à l'Ecole du Tondu et à l'Ecole Florence Nightingale, en ont dressé et en dressent encore de parfaites. A Paris, à l'Ecole de la rue Amyot, qui fonctionne depuis 23 ans, on en a obtenu de très bonnes. Nous en sommes certains, absolument certains, parce que nous les avons mises à l'épreuve pendant 20 ans, tant dans notre service d'assistance médicale à domicile que dans notre propre clientèle et, hélas ! dans notre propre famille. Mais l'œuvre de la rue Amyot a dû jusqu'ici borner son action, à cause de ses insuffisantes ressources. Bientôt, grâce à la générosité américaine, elle va prendre un grand essor. Il convient aux médecins praticiens d'assurer son recrutement, et le meilleur moyen serait pour ceux d'entre nous, malheureusement trop nombreux, qui connaissent, dans leur famille ou chez leurs amis, des jeunes filles obligées de chercher à s'assurer une situation digne et honorable, de leur conseiller de se renseigner auprès de Mademoiselle de Joannis, la très distinguée directrice de l'Ecole professionnelle des infirmières (10, rue Amyot, à Paris, Ve arrondissement).

Pour renseigner d'une façon générale nos lec-

(1) Il y a plus de 30 ans que nous faisons des cours aux écoles municipales d'infirmières de la ville de Paris et que, tant dans le *Progrès Médical* que dans le *Concours Médical*, nous avons défendu et défendons la cause des infirmières.

leurs, nous leur ferons remarquer que, pour devenir une véritable infirmière, il faut avant tout être douée d'une *bonne santé physique* et d'un *excellent équilibre moral*. Il faut ensuite faire à l'Ecole des études sérieuses et un apprentissage prolongé. Pour entrer à l'Ecole, il faut avoir de 20 à 30 ans d'âge, être munie des preuves d'une instruction préalable suffisante (brevet élémentaire au moins : de préférence : le brevet supérieur, un baccalauréat ou le certificat de fin d'études secondaires des lycées de jeunes filles).

Les études de l'Ecole professionnelle aboutissent à l'obtention du *diplôme d'infirmière, reconnu par l'Etat*. Ces études durent deux ans (études générales) et dix mois (spécialisation).

Les situations d'avenir ne manquent pas pour les élèves qui sortent de l'Ecole et, avec un sincère regret, Mlle de Joannis nous montrait des demandes vraiment intéressantes auxquelles elle ne pouvait répondre, n'ayant plus personne à offrir. Elle a bien voulu me permettre de relever les situations nombreuses et variées qu'ont occupées ou occupent d'anciennes élèves de la rue Amyot. Citons au hasard :

Dans l'enseignement professionnel : Directrice d'école d'infirmières. Monitrice d'école d'infirmières. Chargée de cours à la Croix-Rouge. Monitrice au dispensaire-école du Comité national de défense contre la tuberculose.

Dans la puériculture : Directrice de l'école de puériculture de la Faculté de médecine de Paris. Directrice d'œuvre pour enfants débiles. Directrice de pouponnière. Professeur de culture physique des préventoriums d'enfants de l'Office départemental d'hygiène sociale de la Seine. Directrices de consultations de nourrissons, de crèches municipales. Infirmières scolaires des régions libérées.

Dans le service social : Directrices de dispensaires de la Croix-Rouge, de dispensaires d'hygiène sociale. Assistantes médico-sociales des hôpitaux de tuberculeux, d'enfants, de femmes enceintes, etc. Inspectrice d'hygiène départementale. Infirmières visiteuses.

Dans les services de chirurgie : Surveillante de maison de santé chirurgicale, Infirmière-chef de maison de santé chirurgicale, Infirmière de salles d'opérations. Enfin, infirmières libres faisant des gardes privées.

« Le plus grand nombre de nos élèves anciennes, a ajouté Mademoiselle de Joannis, se sont mariées, et leurs études d'infirmières ont été pour elles, m'ont-elles toutes affirmé, une préparation très utile à leur rôle de mère de famille ».

Si nous nous permettons de citer Mlle de Joannis, c'est qu'elle est une personne de haut mérite et d'une expérience consommée. Elle n'est pas une femme du monde qui a voulu chercher à se distraire en dirigeant une œuvre. Elle a fait ses études professionnelles à l'école même à la tête de laquelle elle a été placée. Durant la guerre, elle a fait plus que son devoir dans l'armée, notamment en Orient, et a plus que mérité la Croix de guerre et la Légion d'honneur qu'elle honore en les portant. Après avoir pris la direction de l'école de la rue Amyot, elle est allée en mission en Amérique étudier l'organisation des écoles d'infirmières américaines, notamment à Colombia University de New-York. Sa présence à la tête de l'Ecole professionnelle de la rue Amyot est la plus sûre des garanties pour les parents qui voudraient lui confier leurs filles.

Il est fâcheux qu'en France, les médecins, les spécialistes, et surtout les chirurgiens, soient obligés d'avoir recours pour le service de leurs cliniques ou de leurs maisons de santé à des infirmières étrangères, et récemment, un chirurgien distingué des hôpitaux de Paris, agrégé de la Faculté, nous affirmait qu'il avait eu beaucoup de difficultés pour recruter un bon personnel pour la maison de santé où il opère. Il avait dû s'adresser en Angleterre pour avoir une infirmière-chef en qui il pût avoir toute confiance, pour la stérilisation de ses instruments et la tenue de sa salle d'opérations.

Réfléchissez, médecins-praticiens ; c'est en envoyant vos filles, vos parentes, les jeunes filles auxquelles vous vous intéressez, dans les écoles d'infirmières sérieuses, que vous ferez pénétrer dans le milieu des infirmières les idées de respect du médecin, de docilité à ses conseils et de prudence qui doivent être innées chez toute bonne infirmière, et que l'on développe dans les écoles sérieuses, telles que l'école professionnelle de la rue Amyot.

J. NOIR.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ÉVOLUTION ET PATHOGÉNIE DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX

Par le Dr André DUFOURT,

Médecin des hôpitaux de Lyon.

Certaines maladies ont la bonne fortune d'avoir fixé sur elles l'attention médicale. L'érythème noueux est de celles-ci. Depuis une cinquantaine d'années, cette éruption a eu constamment maille à partir avec ses observateurs, et il y aurait beaucoup à méditer sur l'incertitude de la médecine, si l'on dressait le bilan des conceptions qui se sont fait jour à son endroit. Considérée jadis comme une simple maladie de peau, l'érythème noueux trouva en Bouillaud, Bazin, Boyer, des maîtres fort désireux de l'apparenter au rhumatisme. Les douleurs articulaires qui se manifestent si fréquemment au cours de l'éruption semblaient se porter garant d'une communauté d'origine. Mais l'examen plus précis des faits prouva surabondamment que les apparences étaient trompeuses, et aucun défenseur n'éleva la voix lorsque fut prononcé le divorce entre le rhumatisme et l'érythème. Poncet recueillit l'abandonné et le fiança à la tuberculose, mais le mariage, si l'on peut dire, ne fut célébré que quelques années plus tard, sous les auspices du professeur Landouzy. Cette union n'alla pas sans quelques secousses dans les débuts. Puis, le temps parut la raffermir, et, ces dernières années, elle semblait avoir été bâtie sur des données solides, capables de résister aux critiques et aux investigations des savants. Voici cependant qu'il n'en serait rien. L'union de l'érythème noueux avec la tuberculose serait purement et simplement illégitime, au même titre que son union de jadis avec la diathèse rhumatismale. Dans un cas comme dans l'autre, il y aurait eu maldonne, et l'érythème noueux, promu au titre de « maladie autonome et spécifique », devrait se borner à faire cavalier seul.

Ce qu'il y a de plaisant dans cette histoire, c'est que chaque théorie eut d'ardents défenseurs, fut, à son tour, considérée comme classique, et que c'est au rang du classique également que les promoteurs de la théorie « érythème noueux, maladie spécifique » voudraient la voir élever.

Cependant, il est fort possible qu'il y ait une part de vérité dans chacune des opinions — et nous en avons passé — qui trouvèrent jour sur la pathogénie de l'érythème noueux. Certains auteurs, dont M. Brocq s'est constitué le bon interprète, ont pensé qu'après tout, il n'était pas interdit d'assigner à cette éruption cutanée des origines multiples et de la considérer comme un syndrome. Il y aurait donc des érythèmes noueux dépendant de la tuberculose, du rhumatisme et de quantité d'autres infections ; il y aurait même peut-être un érythème noueux vrai, spécifique, contagieux, ainsi qu'il existe à côté des érythèmes scarlatiniformes, une scarlatine spécifique et contagieuse.

Tout cela mérite d'être envisagé de près. Les documents abondent, les observations foisonnent, mais beaucoup sont de peu de valeur, et une sévère critique doit s'exercer. Mais avant d'envisager la pathogénie de l'érythème noueux, ne conviendrait-il pas de dire quelques mots de la façon dont il se manifeste ? C'est ce que nous allons tout d'abord esquisser.

***

Dans la plupart des cas, l'érythème noueux est précédé d'une période fébrile plus ou moins prolongée : l'éruption permet alors de mettre un nom à une maladie, dont on peut dire que le seul symptôme appréciable était la fièvre. Tant que cette éruption n'a pas paru, le diagnostic reste hésitant et l'on pense à un embarras gastrique, ou si la température est élevée, à une fièvre typhoïde ou à une typho-bacillose. Pour notre part, nous avons eu à poser plusieurs fois le diagnostic de typho-bacillose, et cette communauté d'expression clinique est assurément un des meilleurs arguments dont se prévalent les partisans de l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux.

Les malades qui sont frappés ont souvent un passé vierge de toute manifestation tuberculeuse, mais on relève avec une singulière fréquence chez eux une réaction positive à la tuberculine. Assez souvent également, ils appartiennent à des familles de tuberculeux.

Dans certains cas, avant que débute la fièvre, on a eu l'occasion de noter un fléchissement de l'état général datant déjà de quelques semaines. Le malade avait maigri un peu, il était pâle, l'appétit avait disparu. Mais bien souvent aussi,

la fièvre survient brusquement chez un individu qui, les jours précédents, paraissait en bonne santé. Ces variations ne sont-elles pas un argument en faveur de ceux qui ne voient dans cette affection qu'un syndrome relevant de causes fort différentes ?

On a donné le nom de période d'invasion à la période qui s'étend du début de la fièvre à l'apparition des premiers nodules érythémateux. Ce terme qui, dans la pensée de ceux qui l'ont proposé, correspond à une phase bien déterminée d'une affection à cycle défini, ne mérite probablement pas, au moins dans tous les cas, une signification aussi précise. Car il n'est rien de plus variable que la durée de la période pré-érythémateuse, et on ne saurait l'assimiler aux périodes équivalentes, toujours rigoureusement identique, de la rougeole et des autres fièvres éruptives

Dans quelques cas en effet, l'éruption survient au bout de 4 à 5 jours ; dans d'autres, il faut attendre plusieurs semaines avant de découvrir les premers nodules.Chez quelques sujets, l'éruption s'échelonne en plusieurs poussées. Il nous a semblé que dans les érythèmes peu fébriles, l'éruption s'extériorisait en général plus tôt.— Nous avons vu par contre des cas où, après avoir maintenu, pendant plus de deux semaines, le diagnostic d'abord de fièvre typhoïde, puis après élimination de cette infection, le diagnostic de typho-bacillose, l'apparition tardive des nodules permettait enfin de reconnaître la maladie. Et nous ajoutons que dans de pareils cas, nous avons constamment assisté dans les mois qui ont suivi, à l'éclosion de diverses manifestations tuberculeuses, pleurésies, péritonites, etc. Là encore, il semble bien que la durée de la période dite d'invasion, son degré de violence, puissent servir à établir des différences dans la valeur du syndrome en question.

La fièvre s'accompagne des symptômes qui complètent tout état fébrile ; le malade éprouve une sensation de fatigue, il a les traits tirés, la langue saburrale. L'anorexie est de règle. Lorsque la fièvre est élevée, au-dessus de 39°, la bouche devient amère et pâteuse, la langue se recouvre d'un enduit épais, la sensation de soif s'avive. Il y a de la céphalée, de l'agitation nocturne. On pense alors fatalement à une infection typhoïdique, mais il y a de la constipation plutôt que de la diarrhée ; le malade ne se plaint pas du ventre ; il n'existe pas de gargouillement cæcal. La rate reste normale, le foie ne change pas de volume. L'auscultation pulmonaire demeure négative. Dans un cas cependant, nous avons noté un léger degré de congestion d'une base avec quelques râles fins et un peu de submatité. Ce malade fit ultérieurement diverses complications tuberculeuses, notamment de la cortico-pleurite.

Il est très commun de voir survenir à une date variable des douleurs. Parfois, il ne s'agit que de courbature. Mais volontiers, les douleurs prennent le caractère d'arthralgies et se fixent sur les articulations. Elles peuvent prédominer, sans foyer électif, sur les deux membres inférieurs. Dans certains cas, il semble bien que ces douleurs soient les signes avant-coureurs de l'éruption nodulaire. Chez quelques malades, les douleurs manquent complètement pendant toute la durée de la maladie : il s'agit plutôt de formes bénignes.

Finalement, après un laps de temps essentiellement variable, l'éruption apparaît. Elle occupe presque constamment le devant des tibias et c'est là qu'il faut toujours l'attendre, lorsqu'on soupçonne un érythème noueux. Un matin, à l'examen du patient, on découvre deux ou trois nodules rougeâtres sur chaque membre inférieur. Le relief est d'abord peu marqué : il s'agit plutôt d'une tache violacée, mais les jours suivants, les nodules s'accusent nettement. D'autres apparaissent, soit à côté des premiers, soit en quelque partie du corps, exceptionnellement sur la face ou sur le tronc. Les cuisses, les fesses, les lombes, les bras et les avant-bras, offrent quelques éléments dans les cas d'éruption assez intense. Mais le plus habituellement, les nodosités restent l'apanage exclusif des membres inférieurs.

Cependant que l'éruption se produit, la fièvre et les signes généraux du début persistent. Les douleurs sont quelquefois plus nettes. La pression des nodules est sensible. Puis, les jours qui suivent, les nodules régressent ; leur teinte se modifie, passe par les gammes habituelles aux contusions, violet, vert et jaune. La peau reprend sa souplesse avec son aspect normal. L'éruption est terminée. Elle aura duré, suivant les cas, quelques jours à quelques semaines. En général, elle est fort courte. Mais il faut savoir qu'il existe des éruptions prolongées pendant plus d'un mois, et des éruptions à rechutes, qui allongent la durée de la maladie dans des proportions parfois plus considérables. Signalons que le professeur Chauffard a vu récemment, sur la conjonctive d'une malade en éruption, une tache rouge, légèrement papuleuse, qu'il assimile à un véritable nodule érythémateux aberrant.

La convalescence est quelquefois assez rapide. Mais tous les auteurs, quelle que soit l'idée qu'ils se fassent de la nature de cette maladie, signalent des convalescences fréquemment longues et pénibles. Les malades restent pâles, anémiés et très asthéniques, comme s'ils relevaient d'une affection grave. Là encore s'avèrent, san[s] aucun doute, les diversités de nature du syndr[o]me érythème noueux.

Si l'on envisage les formes cliniques, on voit qu'il est aisé d'en décrire plusieurs. Il y a des formes courtes où l'éruption arrive au bout de 4

à 5 jours et est même le premier symptôme qui force l'attention, tant la fièvre du début a été légère et les premiers malaises discrets. L'éruption est fugace, se borne à quelques éléments sur la face antérieure des tibias. La convalescence est rapide et complète.

Il y a des formes sévères simulant la typhoïde ou la typho-bacillose. Au bout d'une, de deux ou de trois semaines, les nodules apparaissent : ils sont plus répandus, plus nombreux. Au lieu d'une seule poussée nodulaire, il y en a plusieurs. L'affection traîne parfois en longueur durant un mois et davantage. La convalescence est lente et pénible. Des complications tuberculeuses ne sont pas rares durant l'année qui suit. Certaines éclatent même avant le retour apparent du malade à la santé.

Peut-être, y aurait-il lieu de décrire des formes compliquées ou associées ; à la vérité, elles sont exceptionnelles. On trouve mentionnées dans la littérature quelques pleurésies ou congestions pulmonaires, de l'albuminurie, des lésions endocardiques ou péricardiques. En ce qui concerne l'atteinte du cœur, il y a lieu d'être très réservé : beaucoup de malades ont des souffles fébriles qui disparaissent dans la convalescence. Teissier et Schœffler ont pu les noter 12 fois sur 44 observations

Parmi les formes associées, nous signalerons l'apparition de l'érythème noueux au cours de la lèpre, du paludisme, de la syphilis et surtout de la tuberculose. M. Chauffard a récemment vu apparaître un érythème noueux au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Il y aura peut-être lieu de décrire des érythèmes primitifs et des érythèmes secondaires. Mais la clinique ne permet pas encore une pareille sélection, qui supposerait résolue la pathogénie de ce syndrome que nous allons maintenant discuter.

***

Tout d'abord, quelques considérations d'ordre général s'imposent. Cette affection survient surtout chez les enfants et les adultes jeunes. Elle paraît affectionner le sexe féminin, et être plus répandue au printemps que durant les autres saisons. Elle procède presque constamment par cas isolés. Néanmoins, plusieurs auteurs ont assisté à l'éclosion de très petites épidémies, et en ont conclu à la spécificité et à la contagiosité de la maladie.

La première question qui se pose est celle-ci : faut-il ou ne faut-il pas admettre l'érythème noueux au rang d'une infection autonome et spécifique ?

Jadis, Trousseau fut un partisan convaincu de cette théorie. M. Comby s'en est institué le défenseur ardent, et a reçu l'appui récent de deux auteurs suisses, MM. Demiéville et Gueissaz. Il résulte des travaux de ces auteurs que l'érythème noueux serait une sorte de fièvre éruptive à allure cyclique, à apparition saisonnière, et pour le surplus, contagieuse, épidémique et immunisante.

Nous croyons que l'étude d'un grand nombre de cas d'érythème noueux ne permet pas d'arriver à des précisions aussi formelles. L'allure cyclique de l'infection est extrêmement vague. On n'a pu fixer de limites constantes ni à l'invasion, ni à l'éruption, ni à l'incubation.

En ce qui concerne l'incubation, Hegler indique 9 jours, Rousseau 10 jours, Odery Symes et Schultess de 10 à 30 jours. Gendron parle de 4 jours. Il est clair que l'on ne sait rien de précis à ce sujet.

La période dite d'invasion, c'est-à-dire, la période fébrile pré-éruptive, varie de 4 jours à deux semaines et plus.

La période éruptive est également très variable dans sa durée, puisqu'il y a des cas où ne sortent que quelques rares nodules, vite effacés, et d'autres cas où l'éruption se prolonge ou se fait en plusieurs fois et occupe ainsi une durée de plusieurs semaines.

On a prétendu que l'érythème ne récidivait pas. C'est incontestable en règle très générale. Mais il y a des exceptions, comme en font foi les cas de Chauffard et Girard, Comby, Lyonnet et Martin, etc. Et d'ailleurs, ainsi que le fait valoir très justement le professeur Chauffard, l'absence habituelle de récidive ne tient-elle pas avant tout à ce que l'érythème noueux est une maladie rare ? « Chacun, dit-il, a peu de chance d'avoir un érythème noueux et encore moins de chance d'en avoir deux. »

Pour nous, il y a une autre raison à l'absence de récidive. Nous croyons avec le professeur Landouzy et nombre d'auteurs à l'étiologie très fréquemment tuberculeuse de l'érythème noueux, et nous l'assimilons purement et simplement à une typho-bacillose avec manifestations cutanées d'origine microbienne ou simplement toxinienne. Or, la typho-bacillose demande pour se produire des conditions spéciales, elle survient dans un temps rapproché de la primo-infection, elle exige des réactions humorales particulières. Elle frappe des tuberculeux latents, ou de petits tuberculeux. Elle ne récidive pas.

Si l'on ne constate que très rarement l'érythème noueux dans les sanatoria, et tous les médecins de stations d'altitude avec Jacquerot, Burnand, Dumarest, semblent bien d'accord à ce sujet, cela tient simplement à ce que ces malades ne réalisent plus ou réalisent mal les conditions nécessaires à la production d'une typho-bacillose. On peut faire remarquer encore que l'éruption nodulaire, comme toutes les éruptions appelées toxi-tuberculides, ne survient que

chez des tuberculeux latents ou, tout au moins ne présentant pas de grosses lésions évolutives. Ce n'est pas chez des tuberculeux surinfectés qu'il faut compter les voir évoluer. Le phénomène de Koch est biologiquement aux antipodes de la typho-bacillose pure ou accompagnée de manifestations nodulaires cutanées.

Restent les questions de contagion et d'épidémicité. Il existe certainement des observations dignes de foi, où la contagion a paru s'exercer. Ernberg a noté, à Stockolm, quelques cas familiaux. Odery Symes a rencontré douze cas d'érythèmes noueux en un mois dans une collectivité de jeunes filles. Gendron a relaté également deux cas d'épidémie familiale ; il est d'ailleurs à noter que l'une de ces familes avait chez elle un tuberculeux ouvert, et que, sur les 4 enfants qui firent successivement de l'érythème, deux réagirent ensuite à la tuberculine ; un autre offrait à la radioscopie de gros ganglions médiastinaux, et le dernier fit une pleurésie.

M. Gueissaz, sur 400 cas d'érxythème noueux observés en vingt ans, à la polyclinique de Lausanne, a seulement noté six cas de contagion, frappant l'infime total de 13 sujets.

En résumé, certains faits semblent prouver qu'il y a des érythèmes noueux susceptibles de se transmettre par contagion. Le pouvoir contagionnant reste très restreint et ne peut offrir aucune comparaison avec ceux des autres fièvres éruptives. L'avenir se chargera d'établir de façon plus précise la place que comporte cet érythème noueux contagieux. Pour notre part, nous croyons qu'il est fort rare, la très grande majorité des érythèmes noueux relevant de causes infectieuses ou toxiques diverses que nous allons envisager. Notre opinion se rapproche donc au maximum de celle du professeur Chauffard qui écrit : « L'érythème noueux se présente parfois cliniquement comme une maladie autonome, et beaucoup plus fréquemment comme un syndrome relevant de causes multiples, comme la localisation cutanée d'une infection générale variable. La forme autonome, primitive est probable.... »

***

Il y a des intoxications qui sont capables de déterminer des éruptions diverses et notamment de l'éruption noueuse. L'intoxication helminthique, l'intoxication par les sérums, celle qui résulte d'une susceptibilité particulière à certains médicaments comme les iodures, rentrent parmi les causes possibles d'érythème noueux.

Un très grand nombre d'infections peuvent se compliquer d'érythème noueux, mais la plupart à titre tout à fait exceptionnel. On a constaté l'apparition d'éléments nodulaires dans la rougeole (Craig, Joynt), la typhoïde (Poisot), la blennorragie (Bès, Schinckel), les angines aiguës (Gueissaz), le paludisme (Moncorvo), la lèpre (J. Courmont, Lannois et Dufourt), les infections du post-partum (Wing, Gueissaz), les septicémies à streptocoques (Oreillard et Sabouraud) à entérocoque et à tétragène (Sacquépée), à pneumocoque (Sacquépée) à méningocoque (Loiseleur et Mouziols). Le rhumatisme paraît bien déchu de son rôle d'antan : le cas récent du Pr Chauffard montre qu'il n'y a pas de raisons de l'éliminer des causes provocatrices de l'érythème noueux.

La syphilis a été incriminée par Mauriac en 1881 : diverses publications ont ensuite confirmé son rôle (Leviseur, Janson, Vahram, Chauffard, etc.). Fischl a pu mettre en évidence un spirochète dans un nodule.

Mais c'est, sans aucun conteste, la tuberculose qui se hausse à la première place, et très avant des autres facteurs étiologiques, dans la production de l'érythème noueux. Elle paraît responsable des trois cinquièmes environ des cas.

C'est en 1877, qu'Uffelmaim signale pour la première fois des érythèmes noueux chez des tuberculeux. Œhune, Schmitz, Goldscheider, Altermann, Lailler, Baumler publièrent des faits confirmatifs. M. Comby, en 1890, nota la coïncidence d'une entérite tuberculeuse et d'un érythème noueux chez une fillette. Les rapports de la tuberculose et de cette éruption furent discutés dans la thèse de Jouillié, Buisine, Schamann et Rousseau : la confusion régnait et aucune notion bien précise ne se dégageait encore. Mais Poncet, de 1902 à 1905, s'empare de la question, et dans la thèse de son élève Pons, prononce un plaidoyer en faveur de l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux. Hildebrandt, en 1907, tuberculise un cobaye en lui injectant du sang de malade en poussée nodulaire. Landouzy et Lœderich découvrent des bacilles de Koch chez un sujet mort au cours d'un érythème noueux : ils affirment les rapports de cette affection avec la tuberculose.

En 1909, en 1911, les sociétés médicales des hôpitaux de Paris et de Lyon discutent la question : la plupart des orateurs défendent l'idée de l'érythème noueux tuberculeux. Certains reproduisent les nodules par injection intra-dermique de tuberculine (Chauffard et Troisier).

Une nouvelle preuve de l'origine tuberculeuse est apportée en 1916 par Landouzy et Lœderich qui arrivent à mettre en évidence un bacille de Koch dans une coupe de nodule. La thèse de Croizat, Mabire, Bezançon, Voyer, etc., les études d'Alamartine, de Lœderich et Ch. Richet fils, Caussade et Doumer, Schapiro, Pollack, Ibarra et Raul del Campo, etc., ont apporté un faisceau de documents en faveur du rôle de la tuberculose, qu'il semble bien impossible de vouloir contester maintenant.

En faveur de cette origine tuberculeuse, s'accumulent les preuves.

a) Constatations bactériologiques.

Le bacille de Koch a été rencontré dans un nodule au moins deux fois par Landouzy et Lœderich en 1913, par Gutmann en 1917. Il ne faut tirer argument de ce qu'on ne le découvre pas plus souvent. D'abord les recherches ont été très rares. Ensuite, il y a beau temps qu'il est reconnu et prouvé que l'on ne démasque habituellement pas le bacille de Koch dans les tuberculides cutanées.

Nous signalerons qu'Hildebrandt, Briau, Lœderich ont tuberculisé des cobayes en leur injectant dans le péritoine du sang de malades atteints d'érythèmes noueux.

b) Constatations biologiques.

Il n'est pas indifférent de constater que la presque totalité des sujets atteints d'érythème noueux réagissent à la tuberculine. La cuti-réaction, qui n'a aucune valeur chez l'adulte, en acquiert une d'autant plus grande qu'elle est pratiquée sur des enfants plus jeunes. Or, Pollack sur 48 enfants de 1 à 14 ans, trouve 48 cuti positives ; Bezançon sur 19 enfants a 19 cuti positives ; Ibarra et Raul del Campo, sur 15 enfants de 7 à 15 ans, ont 15 réactions positives ; de Stéfano sur 13 enfants de 3 à 12 ans a 13 réactions positives. On pourrait continuer de la sorte, et pour notre part, nous avons toujours vu jusqu'à présent la cuti être positive chez nos enfants atteints d'érythème noueux.

A cela les opposants de l'étiologie tuberculeuse répondent que l'érythème n'est pas tuberculeux, mais évolue avec prédilection sur un terrain tuberculeux. Cette distinction est spécieuse et il serait bon qu'elle soit au moins étayée par des exemples pris quelque part dans la pathologie. Nous n'avons point l'habitude de constater que les fièvres éruptives frappent avec prédilection les tuberculeux. A notre sens, la très grande fréquence de l'imprégnation bacillaire décelée par la cuti réaction chez l'enfant est un argument de tout premier ordre. Car enfin, les statistiques sont là qui nous prouvent, que de 1 à 15 ans, la proportion globale normale de l'infection tuberculeuse oscille avec très gros maximum, dans les villes seulement, de 20 à 60 %.

Il faut encore remarquer que les injections de tuberculine réactivent quelquefois les poussées d'érythème et suscitent l'apparition de nouveaux nodules (Pons, Gougerot, Netter, Chauffard, Barbier et Lian, etc.).

c) Constatations cliniques.

Ici le terrain est extrêmement vaste. On a publié de très nombreuses observations d'érythèmes noueux suivis à délai plus ou moins rapproché de complications indiscutablement tuberculeuses, voire même de granulie. Il y a lieu de diviser ce point de vue clinique en deux paragraphes distincts : cas où l'érythème semble précéder la tuberculose, cas où l'érythème évolue chez des tuberculeux avérés, petits ou grands.

1° L'érythème semble précéder la tuberculose.

C'est à dessein que nous employons cette expression, pour bien montrer que, en réalité, il s'agit de sujets qui sont déjà en puissance de manifestations tuberculeuses, qui ont déjà des bacilles de Koch quelque part dans leur organisme et habituellement de l'adénopathie trachéo-bronchique. La cuti est positive, l'état général a pu ou peut laisser à désirer. Il existe assez souvent des signes d'imprégnation bacillaire.

Ces individus sont habituellement des individus jeunes, très souvent des adolescents ou des enfants, à antécédents héréditaires chargés, ou vivant dans un milieu infecté.

Un beau jour éclate une poussée fébrile ; elle est plus ou moins élevée, plus ou moins longue. On hésite sur sa signification, lorsqu'apparaissent enfin les éléments cutanés caractéristiques. Suivant la conception que l'on s'en fait, on y attache plus ou moins d'importance. Quelquefois, en effet, il pourra s'agir d'un érythème dit spécifique, ou d'un érythème relevant d'une cause autre que la tuberculose. Si la cuti est positive et si le malade est jeune, si surtout la fièvre est élevée et durable, les probabilités seront en faveur d'un érythème de nature tuberculeuse Pourtant il guérira comme les autres, bien que la convalescence soit très lente et pénible. Le danger n'est que rarement rapproché. Ce n'est que dans les mois qui vont suivre, alors que le sujet aura quitté depuis longtemps l'hôpital, que la complication surgira. Le bacille de Koch après une phase de septicémie prémonitoire, se fixera.

On comprend qu'il ne faille pas attacher d'importance aux statistiques d'hôpitaux. Personne n'a jamais contesté que l'érythème soit bénin, et que le malade ne fasse pas immédiatement la preuve de son état de tuberculeux. Ce qui importe, c'est de suivre le malade, de savoir ce qu'il devient ultérieurement. Rien n'est plus instructif à ce sujet que les statistiques d'une clientèle, telles que les relatent les thèses de Mabiré et de Voyer. Alors, éclate avec évidence la grande fréquence des manifestations tuberculeuses de tout ordre post-érythémateuses.

Il existe une quinzaine de cas de méningite ayant suivi l'érythème, dans un délai de 4 semaines à 6 mois. Les pleurésies séreuses, les pleurites sont beaucoup plus fréquentes et constituent la localisation secondaire la plus habituelle du processus tuberculeux. Puis, viennent les cas de tuberculose pulmonaire qui sont également fort importants quant au nombre. Tantôt il s'agit d'une simple alerte (hémoptysie, induration ou bronchite d'un sommet), tantôt le processus est plus grave et une phtisie ulcéro-caséeuse se met à évoluer. Beaucoup de forme

sont rapidement mortelles et revêtent l'allure de la broncho-pneumonie tuberculeuse. La granulie est plus rarement envisagée (cas de Uffelmann, Hildebrandt, Hallé, Landouzy et Lœderich, Goldscheider, Mage, etc., etc.).

Au reste, le bacille de Koch peut aller coloniser partout, et nous relevons parmi les observations publiées des cas d'abcès froids de la marge de l'anus (Mabiré), d'adénites cervicales suppurées (Mabiré), de tumeur blanche (Marfan, Poncet, Pons, Leriche), de synovite fongueuse (Mabiré), de péritonite (Voyer), de salpingite (Dufourt, Colleville), etc.

2° L'érythème survient chez un tuberculeux connu.

On assiste plus rarement à la production d'érythèmes chez des malades de cette seconde catégorie et nous avons déjà vu pourquoi. Plus le tuberculeux étend et multiplie ses lésions, plus il s'éloigne des conditions requises pour faire soit une typho-bacillose pure, soit un érythème noueux, c'est-à-dire une septicémie bacillaire avec tuberculides externes. En parcourant les observations publiées, on constate que la plupart des malades étaient étiquetés : sommets indurés, tuberculose fibreuse, hydarthrose, synovite fongueuse, pleurésie, adénite cervicale suppurée. Chez de très rares, on voit mentionner une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse évolutive. On comprend que Jacquerod n'ait pas observé d'érythème noueux parmi sa clientèle de sanatorium. D'autres, comme Dumarest, nous ont dit en avoir vu quelques cas.

En résumé, il nous paraît extraordinaire que l'on puisse encore prétendre que l'érythème noueux n'a aucun rapport de causalité avec le bacille tuberculeux. Certes, on nous objectera qu'il y a aussi des éclosions tuberculeuses après la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la grippe, la typhoïde. Mais ce sont là des maladies d'une observation courante, des maladies fréquentes. Comparativement à elles, l'érythème noueux est très rare, et tout compte fait, on rencontre peut-être autant de tuberculoses post-érythémateuses que de tuberculoses suivant l'une des affections citées plus haut. Il faut tenir compte des proportions.

Nous terminerons en rapportant succinctement la belle et instructive observation de M. Sergent. Une fillette de 12 ans ayant une réaction négative à la tuberculine entre à l'hôpital. Au bout de 2 mois, elle prend un érythème noueux fébrile avec arthralgie, et l'on s'aperçoit que la cuti-réaction est devenue positive. A quelque temps de là, cette enfant fait une pleurésie à grand épanchement et une tuberculose d'un sommet.

LES FRACTURES TOTALES DE LA HANCHE ET LEURS TRAITEMENTS SANGLANTS

Par le Docteur Ricolfi,

Chirurgien des Hôpitaux de Nice.

Hélas ! par expérience, les praticiens savent combien le pronostic de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur, dont le professeur Imbert a pu dire qu'elle est encore une de celle dont on meurt, est sérieux.

La chirurgie moderne a heureusement mis son emprise sur ces fractures, dont l'évolution et le pronostic se trouvent de la sorte singulièrement améliorés. Il est bon que tous les praticiens connaissent ce traitement sanglant, ses indications et ses résultats.

Grâce à la radiographie, nous nous sommes évadés de la classification par trop étroite que l'on trouve encore dans la plupart des ouvrages classiques et des précis médicaux ; nous avons abandonné les fractures intra-capsulaires des vieillards, de cause indirecte, et les fractures extra-capsulaires des adultes, par choc direct et violent.

Nous avons pu nous rendre compte que les fractures extra-capsulaires ou intra-capsulaires, engrenées ou libres, pouvaient exister aussi bien chez l'adulte, que chez l'enfant ou chez le vieillard, et ces faits nous ont conduits à adopter la classification suivante :

1° Les fractures capitales ;

2° Les fractures transcervicales et basi-cervicales : le trait de fracture pouvant siéger à la partie moyenne ou à une des extrémités du col ;

3° Les fractures transtrochantériennes : le trait de fracture passant en travers du bloc trochantérien ;

4° Les fractures sous-trochantériennes : le trait de fracture étant sur la diaphyse, de suite au-dessous du trochanter.

Nous laisserons de côté dans cette étude les fractures parcellaires et les décollements épiphysaires.

Nous ne nous étendrons pas sur la pathogénie et sur la symptomatologie de ces fractures.

Dans les fractures capitales, transcervicales et basicervicales, la réduction est difficile à obtenir et à maintenir; le cal est rarement osseux, et il est souvent fibreux ; il peut même n'y avoir aucune soudure, quand l'écart entre les fragments est trop grand, et , dans ce cas, il peut y avoir calcification de la capsule : le blessé conservera un membre raccourci, fatalement déformé presque toujours, et il guérira, si on peut appeler ce résultat thérapeutique une guérison, avec une ankylose complète et tous les troubles consécutifs, ou bien, il se produira une pseudarthrose ou un membre ballant nécessitant la marche pénible et constante avec des béquilles.

Dans les fractures transtrochantériennes et sous-

trochantériennes, la réduction, quand il n'y a pas engrènement des fragments, est aussi pénible à obtenir et à maintenir : la consolidation est presque toujours vicieuse avec de la demi-ankylose due à des phénomènes d'arthrite, des déformations considérables et du raccourcissement qui peut atteindre 5 à 8 centimètres.

Il ne faut pas oublier, en outre, les inconvénients d'une hydarthrose du genou fréquente, les dangers d'une phlébite possible, sans compter que le pronostic *quoad vitam* doit être réservé : les blessés sont condamnés à une longue immobilisation, à un décubitus dorsal qui favorise les infections et les congestions ; les vieillards surtout dépérissent, se cachectisent, et une fin lamentable est trop souvent au bout de ces misères.

Le traitement que l'on opposait et que l'on oppose malheureusement encore trop souvent à ces fractures est le suivant :

1° Dans les fractures capitales, transcervicales, basicervicales, transtrochantériennes et sous-trochantériennes *libres* et *avec déplacement* chez des sujets jeunes ou résistants, on appliquait l'extension lente et continue avec un poids variant, selon le sujet et le résultat obtenu, de 3 à 6 kilogs ; on corrigeait la déviation au moyen de l'appareil de Hennequin ou au moyen de coussinets de sable glissés sous la cuisse, la région trochantérienne ; dans ces cas-là, la durée d'immobilisation au lit était de trois mois environ.

2° Dans les fractures transcervicales basi-cervicales, transtrochantériennes avec *engrènement des fragments*, quand il y avait une déformation et un raccourcissement exagérés du membre inférieur, que l'on avait affaire à des sujets résistants, on essayait de corriger la déformation, la rotation externe, le raccourcissement au moyen de manœuvres pratiquées sous chloroforme et on revenait ensuite au cas ci-dessus énoncé.

3° Dans les fractures avec *engrènement considérable*, mais avec *conservation de la rectitude* du membre inférieur, on se contentait d'immobiliser simplement le malade au lit pendant deux mois.

4° Par crainte de complications cardio-pulmonaires, on faisait dans tous les cas lever souvent *les vieillards* vers le quinzième jour ; le patient marchait avec des béquilles et la consolidation était fatalement obtenue à la longue, soit par ankylose avec productions ostéo-phytiques de la capsule en cas d'engrènement, soit par pseudarthrose en cas de fragments libres, et encore fallait-il que le vieillard eût la force physique et encore plus morale, pour se lever et essayer de marcher !

Eh bien ! à l'heure actuelle, cette thérapeutique est désuète et doit être absolument rejetée ; il ne sera plus permis à un praticien de laisser se produire un cal vicieux ou une pseudarthrose, de rester inactif devant une grosse déformation ou un raccourcissement considérable. Il n'y a qu'un point sur lequel il sera permis d'hésiter : lorsqu'on se trouvera en présence d'une fracture avec engrènement considérable, faut-il ou ne faut-il pas réduire ? La réponse dépendra de l'état du sujet :

a) S'il est encore vigoureux, s'il a besoin de l'intégrité des fonctions de ses membres pour travailler et vivre, il n'y a pas à hésiter, il faut intervenir et désengrener les fragments ;

b) S'il s'agit d'un vieillard, le risque à courir est trop grand et, puisqu'il y a engrènement serré, il faut le faire lever le plus tôt possible, vers le 10°, 15e jour.

Tout étant ramené au cas d'une fracture libre, il reste le choix entre l'extension continue telle qu'elle se pratique à l'heure actuelle et le traitement sanglant.

Pour pratiquer une bonne extension continue, il n'y a que le cadre lombo bi-ischiatique de Masmonteil et Antoine immobilisant le bassin et permettant les déplacements du malade, et l'appareil de Pouliguen modifié, permettant une bonne traction ; une bonne réduction et une bonne immobilisation, qui soient vraiment scientifiques et surtout, qui ne soient pas des instruments de torture.

Le blessé est malheureusement condamné à une immobilisation de quatre-vingt-dix à cent jours, et il ne pourra marcher sans canne avant le sixième mois ; et encore, je le répète, en utilisant ces deux appareils ; car les autres méthodes de traitement donnent trop souvent des pseudarthroses, des raccourcissements et, dans les fractures sous-trochantériennes, des déformations en crosse d'un effet véritablement désastreux et qui ne font pas honneur au praticien qui a eu charge de la fracture !

C'est pour ces raisons que nous donnons franchement la préférence au traitement chirurgical : procédé de Delbet pour l'enchevillement et la greffe osseuse, plaques de Lambotte, cerclage de Parham.

Dans les fractures comme dans les pseudarthroses du col, il s'agit de maintenir solidement, après réduction, le trochanter en contact du col du fémur ou de replacer le col entre l'extrémité libre de celui-ci et la tête libre, et on se sert, pour arriver à ce résultat, soit d'un greffon pris sur le péroné, soit d'une tige métallique ou osseuse hétérogène, ou mieux, d'une vis en acier de charpentier.

Cette intervention chirurgicale doit être extra-articulaire et aveugle ; le point délicat sera de conduire, en partant de la partie externe du trochanter, un greffon ou une vis métallique, après avoir franchi le trait de fracture, dans la partie médiane du col, ou après avoir franchi le col, dans le centre de la tête fémorale.

Grâce à Delbet, nous possédons une instrumentation et une technique qui nous permettent d'arriver à ce résultat : « La tête du fémur correspond en hauteur à un point situé sous l'artère fémorale à un centimètre et demi au-dessous de l'arcade de Fallope ; d'autre part, l'axe passant par le centre du col aboutit en un point situé à un centimètre au-dessous de la crête transversale qui se trouve à deux travers de doigt environ de l'extrémité supérieure du grand trochanter ». De telle sorte qu'ayant repéré ce dernier point,

et connaissant par la mensuration et par la radiographie le centre de la tête fémorale, on connaît la direction qu'il faut donner au perforateur et, par suite, au greffon ou à la vis, une fois la réduction obtenue sous anesthésie générale dans les fractures, ou le raccourcissement et la déformation réduite au minimum par l'extension dans les cas de pseudarthrose.

L'appareillage se compose d'un support métallique spécial muni d'une filière mobile dans le sens vertical et horizontal, qui servira à conduire un perforateur selon le sens donné par un indicateur à tige, mobile dont on fera reposer l'extrémité sur la cuisse au point correspondant au centre de la tête du fémur; en outre de l'instrumentation courante, il faut avoir des perforateurs de calibres variés, un vilbrequin, un tournevis spécial, des curettes, des gouges, des vis en acier ou en os, des agrafes de Dujarier, etc.

Pour les fractures sous-trochantériennes, il faut avoir les daviers de Lambotte, les passe-fils, des plaques de Lambotte ou des cercles de Parham.

Nous ne pouvons mieux faire pour exposer la technique de l'enchevillement que de rapporter l'observation typique d'un de nos récents opérés.

Le 16 novembre 1922, M. D. P., cultivateur-propriétaire, 52 ans, de constitution robuste, sans antécédents héréditaires et sans aucune autre tare personnelle notable qu'un léger degré d'éthylisme, tombe du haut d'une charrette sur la chaussée d'une route nationale, et vient frapper le sol de la hanche gauche.

Relevé aussitôt, on note une vive douleur au moindre mouvement au niveau de la hanche gauche ; de l'impotence fonctionnelle absolue.

Nous faisons immédiatement transporter le blessé à la Clinique Saint-Antoine, et là, outre les symptômes ci-dessus signalés, nous constatons une grosse déformation de la hanche avec épaississement de la région trochantérienne, un raccourcissement de six centimètres, le membre étant en abduction et rotation externe. Nous appliquons de suite un appareil à extension, et dès le lendemain, 17 novembre 1922, nous faisons pratiquer une radiographie par le Dr Foret.

Il s'agit d'une fracture basi-cervicale sans engrènement des fragments, avec ascension du col et de la diaphyse fémorale, qui est en abduction et rotation externe. Le schéma n° 1 montre mieux que toute description le trait de fracture, la déformation et la déviation par rapport aux axes normaux du col et de la diaphyse.

Le schéma n° 2 montre le résultat obtenu par une traction de huit kilogs pendant vingt-quatre heures par l'appareil de Tillaux : il n'était pas encourageant.

Par les procédés classiques, nous allions condamner cet homme à soixante ou quatre vingt-dix jours de lit avec extension et contre-extension, sans préjudice d'une marche avec béquilles et canne pendant quatre à cinq mois, sans pouvoir affirmer que la consolidation serait parfaite, que nous arriverions à corriger le raccourcissement, la déformation, la rotation externe.

Ce sont ces raisons qui nous ont incité à recourir, pour le cas présent, à l'enchevillement par le procédé de Delbet.

Grâce à la radioscopie, nous avons repéré le centre de la tête fémorale que nous avons marqué sur la peau par une pointe de feu ; nous avons pu mesurer le col et nous rendre compte que nous aurions besoin, pour l'enchevillement, d'une vis d'acier de charpentier de neuf centimètres.

Nous sommes intervenus le 20 novembre 1922, après trois jours d'extension et de contre-extension (assistance de M. Cartoto ; anesthésie générale au chloroforme : M. Lecca).

Le patient est étendu sur la table d'opération sur laquelle on a intérêt à placer une large planche afin de pouvoir bien caler le support de Delbet.

Grâce à l'extension de 10 kilogs faite sur le pied gauche, à des tractions énergiques, nous avons pu obtenir apparemment une réduction parfaite avec correction de la déformation, du raccourcissement, de la déviation et de la rotation externe.

Nous avons ensuite rapproché les deux membres et nous avons maintenu ce rapprochement par des lacs ; nous nous sommes assurés que les deux membres étaient dans une position bien symétrique par rapport au bassin, en réunissant par une ligne les deux épines iliaques antéro-supérieures, l'intervalle de séparation des deux membres tombant perpendiculairement sur cette ligne.

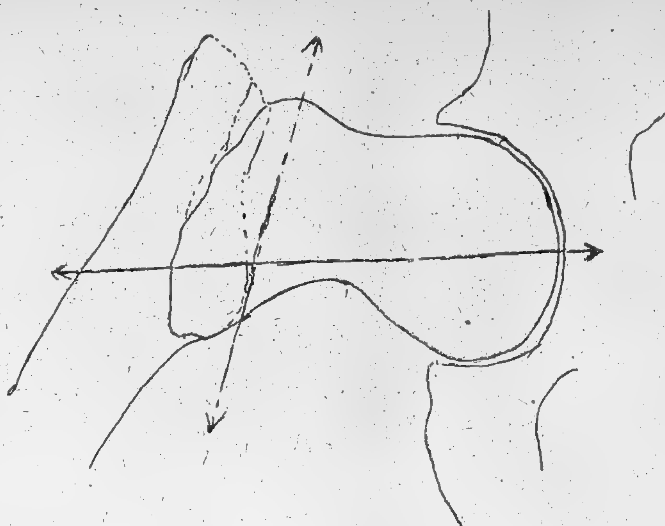
Après avoir repéré le sommet du trochanter, nous avons mené sur sa face externe une incision longitudinale de quinze centimètres allant jusqu'à l'os, et nous avons trouvé à environ deux travers de doigt du sommet du grand trochanter, la crête transversale.

L'os doit être attaqué à un centimètre au-dessous de cette crête, et la réussite de l'opération dépend du repérage exact de ce point et du centre de la tête fémorale, la réunion de ces deux points indiquant la direction à donner au perforateur qui, à la suite d'une erreur, peut être dévié en avant ou en arrière du col.

Nous plaçons le support sur la table le plus près possible de la plaie opératoire, nous réglons la filière de façon à ce qu'elle corresponde exactement au repère sous-trochantérien, et nous faisons faire une certaine rotation à la filière en plaçant l'extrémité de la tige conductrice sur le point marqué au thermocautère et correspondant au centre de la tête fémorale, à 1 cc. 5 environ au -dessous de l'arcade de Fallope. Nous avons, de la sorte, la direction que devra suivre le perforateur.

Le support bien maintenu par l'aide, nous attaquons l'os avec un petit perforateur qui s'enfonce progressivement avec plus ou moins de résistance selon les couches traversées, jusqu'à la profondeur indiquée par nos repères ; nous passons ensuite un perforateur plus gros et nettoyons le trajet à la curette.

Puis, grâce au tournevis spécial de l'outillage, nous introduisons la vis que nous vissons à bloc ; nous avons la sensation très nette que nous avons bien



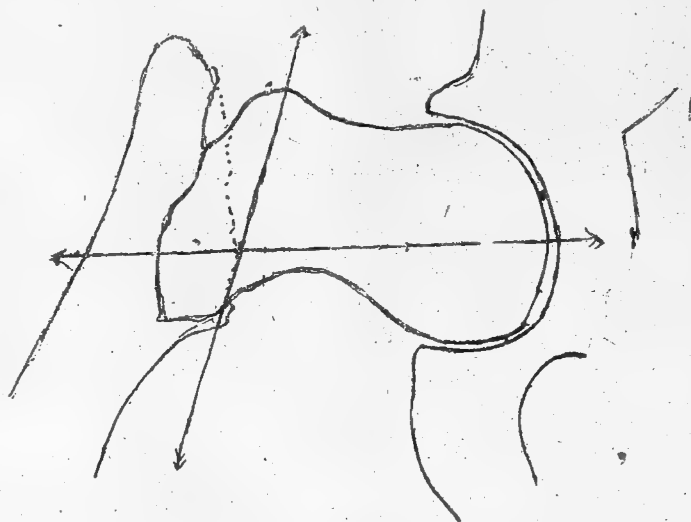
1er RADIOGRAPHIE : avant toute réduction

coapté et resserrer nos fragments. Fermeture de la plaie opératoire par quelques points profonds au catgut ; points cutanés aux crins ; drainage au Chaput ; pansement.

Nous faisons la preuve de la coaptation parfaite en enlevant la traction ; il n'y a plus de chute du pied en dehors, plus de raccourcissement ; nous faisons mouvoir le membre en tous sens sans percevoir rien d'anormal ; d'ailleurs, le malade, dans la nuit qui suit l'intervention et dans une crise d'éthylisme, trompe la surveillance qui s'exerçait sur lui, se lève, et marche comme s'il n'avait jamais rien eu !

Pendant dix jours, nous avons immobilisé le malade sur son lit avec une planche sous le matelas ; les deux membres exactement maintenus l'un contre l'autre avec une traction de six kilogs sur la jambe gauche ; la contre-extension étant faite par le poids du corps, les pieds antérieurs du lit étant surélevés de trente centimètres par des briques.

Guérison de la plaie opératoire sans incident. Après dix jours, nous avons laissé le membre libre en maintenant la bonne position grâce à des coussinets de sable ; il n'y avait plus, apparemment, ni déformation, ni raccourcissement, et la radiographie pratiquée de suite après l'intervention (schéma III), a permis de constater que la vis était en bonne position et la réduction parfaite.



2e RADIOGRAPHIE : réduction par traction

Le vingtième jour, nous commençons à faire asseoir notre malade et à lui faire faire quelques exercices d'assouplissement.

Le trentième jour, il commence à s'asseoir au bord du lit et à faire bouger ses jambes.

Le trente-cinquième jour, il se lève et s'asseoit dans un fauteuil.

Le quarantième jour, il marche seul en s'aidant d'une canne, sans béquille, et le cinquante-neuvième jour, il quitte la clinique marchant avec une canne avec une légère boîterie due à de la raideur du cou-de-pied, mais sans œdème de la jambe, sans hydarthrose du genou, sans arthrite de la hanche et sans atrophie musculaire, grâce aux massages.

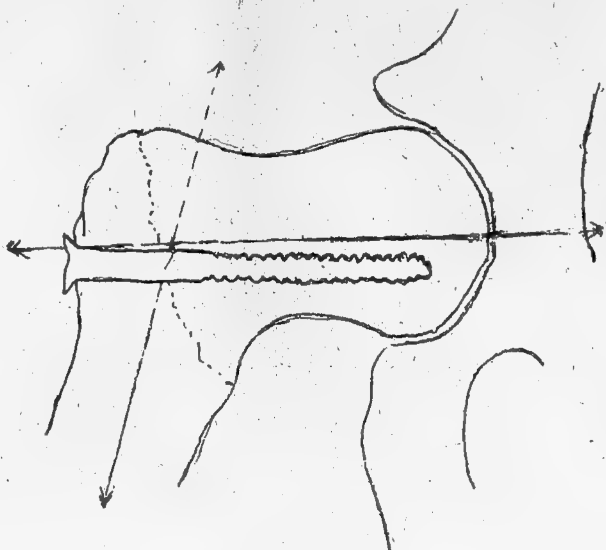
Nous avons revu notre blessé ces jours-ci, exactement cinq mois après notre intervention ; il n'y a pas de boîterie, pas de raccourcissement, pas de déformation, ni d'œdème, à peine un léger épaississement de la région trochantérienne ; notre opéré marche très bien sans canne, et commence à se livrer à des travaux assez pénibles de la campagne sans ressentir aucune douleur, ni aucune fatigue. La vis est très bien tolérée.

Ce cas est typique d'une fracture de la hanche, qui aurait demandé par les procédés habituels au moins six à huit mois de traitement, qui n'aurait pas pu être consolidée juridiquement avant un délai de dix à douze mois et qui, grâce à un traitement chirurgical actif, peut être considérée comme consolidée chirurgicalement et juridiquement cinq mois après l'accident et sans incapacité permanente.

Nous avons suivi rigoureusement la technique de Delbet qui a, d'ailleurs, fait l'objet de très intéressantes études de l'éminent chef du groupe chirurgical des hôpitaux de Nice, M. le Dr Prat, dans d'intéressantes communications à la Société de médecine de Nice, et dans la thèse de son interne, le Dr Nisquis.

Nous avons adopté dans le cas présent la vis en acier. Il s'agissait surtout en effet, dans cette fracture basi-cervicale, de maintenir solidement coaptés les fragments osseux, une fois la réduction obtenue, et de faciliter la formation rapide du cal. En effet, s'il se produit par la suite un peu d'ostéite raréfiante autour de la vis, il y a en même temps, à la périphérie, excitation de l'ostéo-génèse et la vis en acier a l'avantage, sur la vis osseuse en os de bœuf ou de cheval traité à l'alcool, qu'elle ne se résorbe pas et qu'elle ne casse pas.

Mais il est évident que lorsqu'il s'agit d'une fracture transcervicale ou capitale, ou d'une pseudarthrrose, il est préférable de recourir à la greffe osseuse en utilisant un greffon péronier pris sur le patient même, et que l'on introduit dans la mortaise pratiquée dans le col avec le perforateur ; il se produit alors un travail de résorption et de réossification simultanées par réaction ostéogénique des extrémités osseuses maintenues en contact étroit par le greffon.



3e RADIOGRAPHIE : **réduction maintenue par enchevillement**

Il est vrai qu'il faut opérer cette greffe en milieu rigoureusement aseptique, si l'on veut éviter la nécrose du greffon et son élimination, et ensuite, s'aider de la mobilisation précoce, de la prise d'extrait thyroïdien et surrénal, pour aiderla fonction ostéogénique.

Comme conclusion, nous pensons que le traitement sanglant des fractures de la hanche, totales, doit être mis en œuvre :

1° Dans toutes les fractures du col du fémur, totales et libres, sans engrènement ;

2° Dans les fractures avec engrènement, lorsqu'il y a raccourcissement et déformation importants et lorsqu'il s'agit de sujets vigoureux ; dans ce cas, il faut désengréner la fracture sous anesthésie générale, réduire et maintenir par enchevillement.

Dans ces deux cas, nous utiliserons :

a) La vis d'acier, s'il s'agit d'une fracture transtrochantérienne ou basicervicale ;

b) Le greffon péronier pour les autres cas ;

3° Dans les fractures anciennes avec pseudarthrose ou membre ballant, on utilisera le greffon péronier qui donne d'excellents résultats ;

4° Dans les fractures sous-trochantériennes, on utilisera la plaque de Lambotte ou le cerclage de Parham.

Les fractures engrenées des vieillards ne seront pas touchées, mais traitées par le lever précoce vers le quinzième jour ; mais n'oublions pas que toutes les fois que l'état général le permettra, il y aura intérêt, en cas de fracture libre ou de pseudarthrose, à les faire bénéficier de la greffe osseuse, cette intervention pouvant se pratiquer sous anesthésie locale.

Dans tous les cas indiqués comme susceptibles d'être soumis au traitement sanglant, la temporisation ne sera de mise qu'au cours de la grossesse, car il y a alors un élément de décalcification d'ordre général qui retarde de toute façon la consolidation ; —chez les syphilitiques, les tabétiques justiciables du traitement arsenico-mercuriel ; —chez les rachitiques ou les achondroplasiques justiciables du traitement général et opothérapique.

N'oublions pas la nécessité absolue d'une radiographie parfaite pour les divers repérages, avant l'intervention, et d'une radiographie de contrôle post-opératoire dans le plan dorsal et dans le plan latéral, car la projection antéro-postécieure de la vis ou du greffon peut donner lieu à des erreurs et faire croire à leur pose correcte tout en étant en avant ou en arrière du col.

Il faut, en outre, opérer dans un état d'asepsie absolue.

Il ne faudra pas oublier d'utiliser le traitement par la recalcification, l'opothérapie, les massages, l'électricité, etc.

Si l'on est sûr de soi, si les conditions ci-dessus sont remplies, il ne faudra pas hésiter à utiliser ce procédé de choix.

Il est bon que les praticiens connaissent bien ce traitement chirurgical et sanglant des fractures de la hanche qui donne des résultats surprenants ; les timorés seuls l'écarteront, mais ils ne rendront pas service aux blessés qui se confient à eux.

L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE N'EST PAS UNE. SES TROIS FORMES PRINCIPALES CORRESPONDENT A TROIS INTOXICATIONS ALIMENTAIRES D'ORIGINE DIFFÉRENTE : LATHYRISME, PHASÉOLISME, MAIDISME

Par le Dr Albert Veillard, de Meung-sur-Loire.

La mystérieuse encéphalite léthargique aurait-elle enfin livré son secret ? Je crois avoir démêlé les causes de sa symptomatologie si polymorphe ; ce sont les résultats de ces recherches que je vais exposer en quelques lignes.

Cette maladie, d'aspect si complexe jusqu'à présent, devient, au contraire, d'une interprétation très simple dès qu'on en connaît l'étiologie.

Dans ma petite brochure écrite dans les derniers mois de l'année 1920, j'indiquais les quantités fantastiques de maïs américain consommées en France depuis 1916, et, après avoir mis en parallèle les symptômes de la pellagre et les séquelles de l'encéphalite, j'arrivais à cette conclusion : que le mauvais maïs était la cause de l'épidémie.

Dans cette même brochure, page 5, je signalais aussi l'importation de grains d'origine exotique ; tels que haricots et pois du Japon ; mais je n'avais pas attaché suffisamment d'importance à ce dernier renseignement.

Je croyais qu'il en était broyé quelques sacs, par-ci, par-là ; en réalité, du Japon on importait dans nos ports des quantités considérables de ces légumineuses. La farine de ces pois et haricots était le plus souvent mélangée avec la farine de maïs, et le tout livré aux meuniers qui devaient le mêler à leur mouture de céréales indigènes.

Ces mélanges étaient faits sans aucune précaution ; de 1916 à 1918 surtout, sous la nécessité des circonstances, certains centres ont consommé des farines pures de haricots, de pois du Japon, de maïs, et ce sont ces centres qui ont été frappés du fléau de l'encéphalite.

1°

Encéphalite spasmodique ou myoclonique.

Encéphalite par le lathyrus cicera, d'après son origine végétale. Encéphalite par la lathyrisme d'après sa toxine chimique.

Ce pois, *Lathyrus cicera*, désigné aussi sous le nom de gesse chiche, de jarosse, est la cause de l'encéphalite à forme myoclonique.

Cette intoxication décrite pour la première fois par le médecin italien Cantani, fut l'objet d'une discussion très intéressante à l'Académie de médecine de Paris les 3, 10 et 17 juillet 1883, à la suite d'une communication de M. le Pr Proust, sur une épidémie observée dans un village d'Algérie où l'on avait consommé du pain renfermant de la gesse chiche ; cette addition de gesse se fait habituellement dans ce pays lors de la rareté des céréales.

Les divers *Lathyrus* font partie des graines de nos moissons de France ; ils renferment tous une lathyrine toxique ; mais ils sont éliminés par le nettoyage du blé, d'où la rareté de l'intoxication chez l'homme.

Le *Lathyrus cicera* est cultivé dans le nord de l'Afrique, dans l'Amérique du Nord, au Japon, pour l'élevage du mouton, qui en est très friand.

Dans nos champs de la Beauce, les moutons le mangent en vert ; ils en mangent aussi la graine, quand elle se trouve dans les résidus du nettoyage des céréales. Le *Lathyrus* fait donc partie de la nourriture habituelle du mouton, et c'est ce qui explique la résistance de cet animal aux essais d'inoculation de la toxine de l'encéphalite.

N'y a-t-il pas là une indication pour tenter la sérothérapie ovine dans le traitement de l'encéphalite à forme myoclonique ?

Par contre, le *lathyrus* est très toxique pour le cheval, le bœuf, les volailles.

2°

L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE SIMPLE.

Encéphalite par le phaseolus du Japon, origine végétale. Encéphalite acétonique-cyanhydrique, origine chimique.

Les haricots d'Extrême-Orient renferment ordinairement une quantité très appréciable d'acide cyanhydrique.

Le haricot dit de Java (*Phaseolus lunatus*), qui est le type de ces haricots, renferme un glycoside azoté, la *phaseolunatine*, qui, sous l'influence de la fermentation, se décompose en ACÉTONE, glycose et acide cyanhydrique (chimie agricole de Gustave André, page 173).

Le *Phaseolus* du Japon donne beaucoup d'*acétone* sous l'influence de la fermentation panaire. L'acétone (dont on s'est servi comme anesthésique), agit comme *hypnotique* dans l'encéphalite à forme léthargique.

3°

ENCÉPHALITE A FORME PELLAGREUSE.

Encéphalite par le zéa maïs (origine végétale). Encéphalite d'ordre phénolique (Baglioni).

Baglioni a montré (*Arch. ital. de biologie*, 1915) que les animaux nourris exclusivement avec de la zéine mouraient tous en présentant les symptômes d'une intoxication *phénolique*. C'est cette intoxication que j'expose au paragraphe suivant.

4°

FORME GRAVE DE L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

Encéphalite léthargico-pellagreuse, d'après ses symptômes. Encéphalite phaséolo-maïdique, d'apres son origine végétale. Encéphalite acétono-phénolique, hypnonique, d'après son origine chimique.

Je crois devoir faire de l'intoxication par le haricot et le maïs réunis une forme spéciale, pour ainsi dire de cause unique (par un seul agent).

Le *Phaseolus* fournit l'*acétone*, le maïs donne du *phénol*, dont la combinaison constitue un seul corps, l'*acétone-phénol* ou *hypnone*, NARCOTIQUE beaucoup plus puissant encore que l'acétone.

Cette association de deux corps chimiques, association que, par certains côtés, on peut comparer au a gravations par associations microbiennes, a donné lieu à la forme la plus grave de l'encéphalite léthargique.

L'intoxication hypnonique par le haricot et le maïs mélangés a fourni une mortalité considérable dans les épidémies de grippe de 1917 et 1918.

Si j'ouvre un formulaire quelconque, je lis en effet : HYPNONE. Syn. acétophénone. Propr. thérap. anesthésique, NARCOTIQUE. Contre-indications : affections cardiaques.

C'est, en deux lignes, l'explication de la mortalité effroyable par la grippe pendant la guerre. Dans une maladie infectieuse où déjà le cœur a tendance à faiblir, le grippé était tué d'avance par une alimentation chargée de principes narcotiques et paralysants ; la mortalité frappait surtout des malades habituellement fort mangeurs de pain, de régime sobre et peu varié. L'asthénie grippale était compliquée d'une intoxication narcotique d'origine acétono-phénolique.

Si le maïs renforçait le pouvoir narcotique du phaséolus, celui-ci par contre favorisait le terrain pour l'infection chronique d'ordre maïdique. Commençant par une encéphalite léthargique, la maladie continuait par des séquelles qui offraient tous les symptômes d'une cachexie pellagreuse.

La symptomatologie répondait donc bien à l'étiologie : intoxication mixte par le mélange des haricots et du maïs.

Ce qui précède explique les épidémies observées à plusieurs reprises dans le Nord de l'Italie, en Roumanie, à Vienne. Les haricots panachés de Hongrie renferment beaucoup d'acétone et d'acide cyanhydrique comme le *Phaseolus lunatus* de Java ; employés pour la panification dans les années déficitaires en céréales, ils ont causé, mêlés avec le maïs, les épidémies de Nona en 1890 et en 1917.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que notre haricot de France est originaire de l'Inde ; de même, que des amandes douces, sous l'influence de l'humidité, peuvent devenir amères et renfermer de l'acide cyanhydrique, le haricot commun peut subir la même mutation. Excellent aliment à dose modérée, il peut être dangereux à dose massive.

Lathyrine et phaséoline sont des glycosides qui, par fermentation, donnent du glycose dont on a constaté presque toujours la présence dans le liquide céphalo-rachidien en cas d'encéphalite. Cela vient donc encore à l'appui de ma manière de voir.

De plus, une remarque : est-il nécessaire que ce haricot et ce maïs soient avariés pour provoquer des accidents d'intoxication ? Je ne le pense pas : la transformation du glucoside en acétone, phénol et glycose se produira sous l'influence de la fermentation alcoolique par la levure.

Le haricot et le maïs ne sont donc pas des aliments panifiables, la panification entraînant leur fermentation, et par suite, la décomposition du glycoside azoté normal en produits toxiques.

Il n'est pas uti e d'invoquer l'avitaminose préalable de ces farines de haricot, pois ou maïs, pour expliquer la nocivité du pain fait avec ces farines, puisque la nocivité s'établira toujours par le fait même de la panification.

Le haricot mangé sans danger après une cuisson qui le fixe dans son état naturel devient dangereux par la panification. Ainsi, le maïs ou le sarrazin qui peuvent être mangés sans danger grillés ou sous forme de crêpes, galettes ou polentas, mais ne subissent pas la panification, sans une décomposition dangereuse de leurs éléments protéiques ou glycosides.

On devra penser à toutes les combinaisons possibles : lathyro-phaséolisme, lathyro-maïdisme, phaséolisme ou lathyrisme associé à la poliomyélite, témulentisme, niellisme.

Les tourteaux d'arachide et de coprah ont aussi été utilisés pour la fabrication des farines.

La farine de riz, qui avait donné lieu à des fraudes nombreuses quelques anneées avant la guerre, n'a guère paru sur les marchés depuis 1914. La raison en est dans ses prix élevés, parfois supérieurs à ceux de la farine de froment.

A de très rares exceptions près, ce sont le maïs, le haricot du Japon et le pois du Japon qui ont été les trois agents actifs des diverses sortes d'encéphalite épidémique ; quelquefois isolés, le plus souvent mélangés, maïs, pois et haricots ont donné naissance à ce polymorphisme qui a dérouté le clinicien ; mais, celui-ci, averti, fera plus facilement la part qui revient à chacune de ces intoxications alimentaires.

Il établira le diagnostic différentiel entre l'intoxication par le *lathyrus* (pois du Japon ou d'Amérique), à symptômes spasmodiques, choréiques, myocloniques, entre l'intoxication par le *phaseolus* (haricot du Japon ou d'Amérique), qui, par ses produits acétoniques et cyanogénés provoque des symptômes hypnotiques, paralysants, léthargiques, asphyxiques, entre l'intoxication par le maïs dont l'imprégnation prolongée, délétère, mène au parkinsonisme, à la démence ou au gâtisme pellagreux.

Les deux premières intoxications sont rapides, débutent presque toujours brutalement ; la dernière intoxication, plus sournoise, s'installe lentement sans phénomènes tapageurs, à moins que sa coïncidence avec une intoxication lathyrique ou phaséolique ne donne le change par l'apparition de symptômes aigus au commencement ou dans le cours de la maladie.

Le clinicien pourra être très affirmatif sur la cause réelle en se rappelant que, depuis 1915, c'est par plusieurs dizaines de millions de quintaux que maïs, pois et haricots exotiques ont été déchargés dans nos ports, soit en grain pour être broyés dans nos moulins, soit en farine prête pour la consommation.

Et si, abstraction faite de toutes ces distinctions, on voulait donner une définition générale de l'encéphalite léthargique épidémique, on pourrait répondre :

L'encéphalite létharqgique est essentiellement une maladie de guerre, une maladie de famine. La nécessité de ravitailler au plus vite et par des moyens de fortune des agglomérations d'armée et des nations surprises par l'impromptu de la guerre avec des stocks insuffisants de grains et de farines, l'obligation de nourrir des populations en temps de disette, — et aussi l'amour du lucre de marchands mettant le désir de s'enrichir rapidement au-dessus du respect de la vie de leurs concitoyens, — en sont les causes efficintes.

L'Actualité Scientifique

La Presse

II

La rétention d'urine des prostatiques.

Que doit-on faire en présence de cet accident ? A cette question, M. SOURDILLE fait d'abord ce qu'il appelle réponse provisoire : en cas de rétention complète proche du début des accidents de prostatisme, sonder le malade sans attendre, en le préparant à la prostatectomie ; si la rétention survient chez un prostatique ancien, faire d'urgence la cystotomie, ou, si c'est impossible, une ou plusieurs ponctions de la vessie, tout en préparant la prostatectomie. En cas de rétention complète, évacuer le résidu avec la sonde, si la vessie ne déborde pas le pubis ; dans le cas contraire, vessie perceptible au-dessus du pubis, miction par rengorgement, proscrire les sondages et ouvrir la vessie.

Puis, après une critique serrée des dangers que fait courir au malade une temporisation que les formules précédentes pourraient étendre, dans le temps, exagérément, ayant cité l'opinion de Marion, il se montre infiniment plus radical, dans ce qu'il appelle sa réponse définitive, ainsi libellée :

« Tout prostatique ayant un résidu infecté doit être opéré d'emblée et subir la cystotomie comme premier temps d'une prostatectomie, laquelle sera faite plus ou moins rapidement, quand le malade sera dans un état satisfaisant ;

« A tout prostatique non infecté, il faut recommander la prostatectomie dès que les troubles d'ordre congestif du début ne cèdent plus aux prescriptions d'usage en pareil cas, et annoncent la présence d'un résidu, qui ne manquera pas de devenir gênant à plus ou moins longue échéance, ou devenu très dangereux, comme chez les distendus vésico-urétéro-rénaux ;

« La sonde doit être réservée uniquement aux rétentions complètes aiguës du début, et dans ce cas, à titre très provisoire, ainsi qu'aux malades pour lesquels une intervention paraîtrait trop dangereuse en raison d'autres maladies,

graves antérieures (tuberculose, atteinte profonde du foie ou du cœur, etc.) ou intercurrentes (rétentions au cours d'une pneumonie, d'une grippe sérieuse, fièvre typhoïde, etc.). La sonde n'est, en somme, qu'un pis aller ». (*Gaz. méd. de Nantes*, juin 1923.)

L'oxygène dans le furoncle et l'anthrax.

En 1899, le professeur Thiriar préconisait le traitement des furoncles et des anthrax par l'injection dans les tissus enflammés d'oxygène sous pression, d'une façon permanente. Cette méthode, qui aurait donné des succès réellement évidents, était, sans qu'on sache précisément pourquoi, peut-être parce que douloureuse, et un peu compliquée, à cause de son outillage, tombée dans l'oubli, et on s'en tenait, et l'on s'en tient encore, à la vaccinothérapie (stock-vaccins, auto-vaccins, bouillon de Delbet), et à l'intervention chirurgicale plus ou moins radicale.

M. DEKEYSER a renoncé complètement au bistouri dans le traitement de ces affections. Il a rajeuni la méthodde de Thiriar, à laquelle il demeure fidèle, avec les modifications suivantes : pas d'injection permanente d'oxygène, mais injections répétées 3, 6 et même 10 fois par jour, pratiquées au moyen d'une aiguille mousse introduite dans le premier pertuis qui apparaît. D'où nécessité d'attendre cette apparition, en la provoquant à l'aide de pansements humides à l'eau oxygénée.

Dans le furoncle, la guérison s'obtiendrait en quelques jours (3 à 4). Dans l'anthrax, il faut un temps plus long, en moyenne 15 jours. Nous sommes loin des longues semaines que réclame la cicatrisation des vastes surfaces délabrées à la suite de l'incision cruciale au thermo ou au bistouri. (*Bruxelles médical*, 17 mai 1923.)

Les diphtéries bactériologiques.

Il s'agit de ces angines d'aspect banal, sans fausses membranes, et qui n'évoquent pas cliniquement l'idée d'une diphtérie, et qui cependant, sont conditionnées par le bacille diphtéritique révélé par la bactériologie.

Elles sont intéressantes à connaître, parce que, avec un début d'apparence bénigne, elles peuvent, à plus ou moins longue échéance, donner lieu à des complications mortelles.

M. HIRTZMANN vient de publier une étude illustrée de quelques observations intéressantes, et qu'il termine par les conculsions suivantes :

« L'angine diphtérique classique avec fausses membranes est relativement rare par rapport aux angines diphtériques diagnostiquées par le laboratoire.

« Il ne paraît pas exister de relations entre la gravité d'une angine à fausses membranes classiques et les complications nerveuses ultérieures. La précocité des injections de sérum administrées à doses convenables n'empêche pas d'une façon absolue l'apparition d'accidents nerveux.

« Au cours de l'évolution de ces accidents nerveux, le sérum ne nous a pas paru posséder une action rapide certaine, et les injections même à forte dose ont été incapables d'arrêter la marche de ces accidents. Chez plusieurs malades, des complications nerveuses ont coïncidé avec la persistance de germes virulents dans le rhino-pharynx.

« L'adrénaline nous a paru, dans les cas où apparaissent les accidents cardiaques, être un adjuvant précieux de la thérapeutique.

« Une diphtérie diagnostiquée seulement par le laboratoire commande, à notre avis, une sérothérapie aussi précoce et aussi intensive qu'une diphtérie clinique à fausses membranes du type courant ». (*Rev. méd. de l'Est*, 1[er] mai 1923.)

Traitement du cancer du col de l'utérus.

L'introduction de la radiumthérapie, dans le traitement du cancer utérin, est-elle de nature à restreindre les indications opératoires de cette grave affection ? M. J.-L. FAURE, fort de son expérience personnelle, estime que, jusqu'à plus ample informé, et réserve faite des progrès que pourra faire l'emploi des radiations, l'acte chirurgical demeure le traitement optimum dans des cas bien définis.

Le radium sera employé dans les cas inopérables : il améliorera la malade, calmera ses souffrances, lui rendra la vie supportable et lui rendra l'espérance. De même, dans les cas médiocres et limités, préférera-t-on le radium au bistouri, rendant ainsi plus de services aux malades et leur faisant courir moins de risque.

Mais, dans les cas opérables, dans les bons cas, il n'hésite pas à repousser les radiations et à s'en tenir à l'opération. A condition toutefois que celle-ci soit bien conduite, que l'hystérectomie soit large et surtout rapide. La durée de l'intervention est un facteur important de pronostic. Avec une opération qui dure une heure et moins, presque toutes les malades guérissent ; avec deux heures, la moitié seulement guérit ; avec trois heures, presque toutes succombent. (*Presse méd.*, 23 mai 1923.)

Le saturnisme au début.
Valeur comparée des signes cliniques.

MM. FEIL et HEIM DE BALSAC montrent l'intérêt que présente un diagnostic précoce du saturnisme, dans l'industrie du plomb. Les examens de laboratoire (analyses d'urines, du sang) sont assez longs. Dans quelle mesure les signes cliniques peuvent-ils être retenus ?

Leur réponse tient tout entière dans leurs conclusions :

« Au cours de diverses enquêtes, nous avons examiné 179 ouvriers travaillant dans des usines où l'on utilise le plomb, dans le but de rechercher s'il existe des signes cliniques qui puissent permettre de faire le diagnostic précoce du saturnisme.

« Quelques signes ont une réelle valeur : ce sont le *liseré saturnin*, qui est certainement le plus fréquent et le plus précoce des symptômes cliniques ; nous l'avons rencontré chez 65 p. 100 des ouvriers d'usine ; la *colique de plomb*, qui paraît constituer dans 5 à 6 p. 100 des cas une manifestation de début ; enfin la *parotidite*, dont la valeur diagnostique est bien moindre, puisque nous ne l'avons rencontrée que chez 3 p. 100 des ouvriers d'usine.

« Les autres signes cliniques : myalgies et arthralgies, hypertension artérielle, goutte saturnine, ne présentent aucun caractère spécifique ; ce sont, de plus, des signes tardifs qui n'apparaissent guère comme première manifestation toxique ; il en est de même des néphrites, de l'anémie, des paralysies, du tremblement, tous signes qui dénotent déjà une imprégnation ancienne et très profonde de l'organisme.

« En résumé, le saturnisme peut se révéler dès son début par des signes cliniques ; mais à l'exception toutefois du liseré, ces signes font trop souvent défaut à cette période pour qu'il soit permis d'attendre leur apparition en vue d'instituer un traitement prophylactique.

« C'est donc, avant tout, par les moyens de laboratoire (recherche des hématies à granulations basophiles, recherche du plomb dans les urines) que l'on peut espérer prévoir et prévenir l'intoxication chez les ouvriers occupés dans les usines où l'on manipule le plomb ». (*Paris médical*, 26 mai 1923.)

Syphilis héréditaire et phénomenes de sensibilisation.

On admet volontiers aujourd'hui que certaines affections telles que l'asthme, l'urticaire, l'eczéma, sont dues à des troubles humoraux, et doivent être considérées comme des phénomènes de sensibilisation spéciale de l'organisme.

On admet également que ces troubles prennent leur origine, soit dans les glandes vasculaires sanguines, soit dans le système nerveux. Mais à quoi faut-il attribuer à son tour cette atteinte, soit des appareils endocrines, soit du système nerveux ? M. Ravaut répond : à la syphilis héréditaire. Et à l'appui de cette affirmation, il apporte un certain nombre d'observations, les résultats de l'étude des faits biologiques qui les ont accompagnées (séro-diagnostic par le B. W., le Hecht, le Desmoulières), et enfin la confirmation de l'épreuve thérapeutique.

« Si nous considérons la latence de ces troubles, leur transmission héréditaire, leur extension à différents membres d'une même famille, l'action du traitement, ne sent-on pas derrière toutes ces manifestations l'action occulte de la syphilis ? Bien entendu, il ne faut pas être trop absolu et croire qu'à elle seule, elle tienne sous sa dépendance tout ce chapitre de pathologie ; d'autres infections, comme la tuberculose, peuvent exercer une influence comparable et nous reviendrons plus tard sur ce point, mais aucune, je crois, n'a l'importance et l'étendue de la syphilis.

« Je ne me dissimule pas que cette opinion va heurter bien des convictions et qu'il est facile de m'opposer de nombreuses objections. Je demande que l'on me fasse crédit et que l'on observe. J'estime que nous ne connaissons encore que peu de chose sur l'influence de la syphilis héréditaire, non seulement sur ce groupe pathologique, mais sur d'autres encore. C'est en réunissant les faits, en les étudiant dans leur ensemble, en recherchant des réactions humorales plus sensibles, que l'on pourra approfondir ce problème.

« En tout cas, toute interprétation pathogénique mise à part, il ressort de cette étude une donnée pratique, c'est qu'il est possible par un traitement simple, sans danger, purement interne, de modifier rapidement des lésions parfois désespérantes par leur ténacité. C'est une arme de plus dans notre arsenal thérapeutique et cette face du probléme, n'en est pas la moins intéressante ». (*Presse méd.*, 26 mai 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Le réflexe naso-facial en pathologie.

(MM. P. Emile-Weil, Lévy-Fraenkel et Juster. — *Société médicale des hôpitaux*, 1-6-1923.)

Dans une série de publications, M. P. Emile-Weil a étudié un phénomène particulier auquel il a donné le nom de réflexe naso-facial. Lorsqu'on introduit, dit-il, chez un sujet normal, un stylet dans une narine, on provoque du côté excité un ensemble de réactions consistant en : *a*) une congestion des paupières, du nez et de la conjonctive, avec écoulement de larmes ; *b*) une mydriase bilatérale légère. Lorsque le réflexe est intense, la vaso-dilatation et la rougeur s'étendent au front, aux oreilles, au cou, et s'accompa-

gnent de sudation. Pour rechercher ledit réflexe, l'auteur conseille d'observer d'abord l'état de la face et des pupilles et de faire pénétrer dans les narines un tampon d'ouate monté sur stylet jusqu'au méat supérieur.

MM. P. Emile-Weil, Lévy-Fraenkel et Juster ont étudié le réflexe en question dans diverses maladies, pulmonaires et nerveuses. Ils pensent qu'il y a là un moyen d'interroger le système sympathique de la face, le réflexe naso-facial étant, observent-ils, un réflexe sympathique. On connaîtrait ainsi également le degré d'excitabilité du système sympathique en général. Un fort larmoiement, une rougeur vive, indiqueraient une plus grande irritabilité du sympathique. L'action sur les pupilles serait intéressante à noter dans le dépistage de lésions tuberculeuses discrètes et dans le diagnostic différentiel des inégalités pupillaires.

Méningite tuberculeuse simulant une encéphalite épidémique.

(MM. Léon Kindberg et J. Lermoyez. — *Soc. méd. des hôp.*, 1-6-1923.)

M. Lemierre présente, au nom de MM. Kindberg et J. Lermoyez, une observation de méningite tuberculeuse ayant offert le tableau clinique de l'encéphalite épidémique : somnolence, paralysie oculaire avec diplopie, douleurs dans le domaine du cubital. Pas de Kernig, ni de raideur de la nuque, ni de constipation. A défaut d'autopsie, qui ne put être faite, le diagnostic de méningite tuberculeuse fut établi par la ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien était clair, albumineux, riche en leucocytes polynucléaires et contenait d'innombrables bacilles de Koch dont l'inoculation au cobaye fut positive.

Stomatite aphteuse avec troubles démentiels.

(MM. Chauffard, Brodin et Wolf. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-6-1923.)

Il y a quelques années encore, l'association de troubles nerveux ou mentaux à une stomatite aphteuse fût restée une chose inexplicable et l'on eût difficilement établi une liaison entre les deux états morbides. Aujourd'hui, avec la connaissance des virus filtrants de l'herpès et de l'encéphalite épidémique, le problème apparaît beaucoup moins obscur.

Quoi qu'il en soit, M. Chauffard a eu l'occasion de traiter dans son service une jeune femme atteinte de poussées successives d'éruptions aphteuses sur la bouche et sur la vulve avec état fébrile. Vers la fin du deuxième mois de la maladie, alors que les troubles morbides (les éruptions et la température) étaient en voie de rétrocession, consécutivement à un abcès de fixation, on vit se développer des phénomènes démentiels (délire, état confusionnel) pour lesquels la malade fut transférée à Sainte-Anne. Après un internement de deux mois, la guérison survint.

M. Chauffard pense que l'on peut rapprocher la maladie aphteuse en question de ce groupe d'infections (encéphalite, herpès à virus filtrants) pour lesquels Levaditi a proposé le terme significatif *d'ectodermoses neurotropes*.

Tachycardies et lésions cardiaques dans un centre de réforme.

(M. Brelet, de Nantes. — *Société médicale des hôpitaux*, 1-6-1923.)

M. Brelet a examiné au centre spécial de réforme de Nantes, en 1922, 78 sujets pensionnés pour troubles ou lésions cardiaques.

Les tachycardies, dit-il, sont encore fréquentes trois ou quatre ans après la démobilisation. On eût pu croire que, revenus à la vie normale, ces malades auraient repris un rythme cardiaque régulier. Il n'en a souvent rien été, bien que les tachycardies observées n'aient généralement pas atteint un degré considérable.

Parmi les cardiaques avec lésions, bénéficiaires d'une pension, un certain nombre sont des mobilisés ou des engagés atteints de cardiopathies par sclérose tenant en grande partie à l'âge. Ils sont avantagés par les dispositions très larges de la loi de 1919. Il paraîtrait en tout cas judicieux de modifier les pensions pour les affections qui se seraient améliorées.

Les crises nitritoïdes utéro-placentaires.

(M. Gougerot. — *Société médicale des hôpitaux*, 1-6-1923.)

M. Marcel Pinard a critiqué, dans une précédente séance, l'opinion émise par M. Gougerot concernant les effets quelquefois abortifs des arsénobenzènes. M. Gougerot répond, à son tour, aux objections de M. Marcel Pinard, en maintenant ce qu'il a écrit sur ce sujet. Sa conviction s'appuie sur les arguments suivants :

La coexistence au moment de l'expulsion fœtale, dans les cas observés par lui, d'une crise nitritoïde céphalique, légère ou intense ;

La sensation de chaleur abdominale ;

Les contractions utérines avec petites hémorrhagies succédant immédiatement à l'injection d'arsénobenzène ;

L'évolution clinique se terminant par expulsion d'enfant vivant.

L'auteur a noté d'ailleurs des accidents du même ordre avec d'autres arsenicaux, après injection intraveineuse d'une dose de 1 et 2 grammes de cacodylate de soude. L'action congestive du cacodylate sur l'utérus est connue de nombre de femmes qui évitent son emploi à l'approche des règles.

M. Gougerot, dans ces conditions, préfère utiliser chez la femme enceinte, les arsénobenzènes par voie sous-cutanée ou musculaire, les crises nitritoïdes étant alors beaucoup plus rares que par la voie intraveineuse.

Le pneumothorax thérapeutique en dehors de la tuberculose.

(MM. J. Troisier et Gayet. — *Soc. méd. des hôp.*, 1-6-1923.)

MM. P. Emile-Weil et Rosenthal ont déjà signalé diverses indications du pneumothorax thérapeutique en dehors de la tuberculose, à savoir : la gangrène pulmonaire, les bronchectasies, les abcès du poumon. MM. J. Troisier et Gayet pensent que ces indications peuvent être encore élargies et qu'il y aurait grand avantage à utiliser cette méthode dans la cure de certaines pleurésies interlobaires et suppurations du poumon para-pneumoniques. Ils citent un exemple dans lequel la compression du pneumothorax a amené l'évacuation et le comblement d'une cavité purulente pleurale interlobaire.

La collapsothérapie ne saurait s'appliquer qu'à une pleurésie interlobaire déjà ouverte dans les bronches par vomique. Le diagnostic est rarement fait avant, d'ailleurs. Si les adhérences pleurales ne viennent pas empêcher la mise en œuvre de cette médication, elle pourra donner des guérisons dans des états morbides qui sont toujours sérieux. De toutes façons, elle mériterait d'être discutéeavant de recourir à l'ouverture chirurgicale de la poche interlobaire.

Intoxication par absorption d'un sel de mercure.

(MM. Vialard et Baril, de Rochefort. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-6-23.)

M. Souques présente, au nom de MM. Vialard et Baril, une étude sur deux cas d'intoxication, dont l'un mortel, par absorption d'un sel de mercure.

Les deux malades qui ingérèrent, l'un, deux paquets d'un gramme de cyanure de mercure dans un but desuicide, l'autre, deux comprimés de 0 gr. 50 du même sel, par erreur, eurent des phénomènes graves d'intoxication intéressant, en particulier, le tube digestif, le foie et les reins (anurie, urémie). Une intervention chirurgicale, pratiquée chez le premier patient, parvint à déclancher la diurèse, mais n'empêcha pas l'issue fatale. Le second patient, chez lequel on avait pu, de bonne heure, faire une évacuation stomacale, guérit.

Les auteurs concluent, avec M. Marion, que la survie dans l'intoxication par les sels de mercure est uniquement fonction de la quantité de toxique absorbée, indépendamment de l'état antérieur et du traitement institué. Une médication énergique ne s'en impose pas moins. La plus efficace semble être les injections de sérum glucosé.

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine chez le vieillard.

(MM. Pr. Merklen, Minvieille et Chazel. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-6-1923.)

Recherchant, par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, l'état fonctionnel des reins chez des sujets âgés n'offrant cliniquement aucun signe de maladie rénale ou cardiaque, MM. Merklen, Minvieille et Chazel ont vu, comme il était logique de le supposer, que l'âge amenait une diminution de la valeur fonctionnelle des reins. Oppenheim avait déjà noté, dans plus de 600 autopsies de vieillards, une sclérose constante, plus ou moins développée, des deux reins. Cette involution, toutefois, ne se traduit pas par des symptômes d'intoxication, ce qui la distingue de la néphrite chronique. Le rein simplement sénile en question ne comporte pas d'albuminurie.

Rhumatisme chronique syphilitique.

(MM. Carnot et Blamoutier. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-6-1923.)

MM. Carnot et Blamoutier ont eu l'occasion de suivre une malade atteinte de rhumatisme chronique déformant qui fut très manifestement améliorée par le traitement arsénical.

La patiente, âgée de 35 ans, se plaignait depuis trois ans de rhumatisme chronique généralisé qui l'obligeait à garder le lit et la rendait véritablement infirme. Les médications les plus diverses (salicylates, analgésiques, mésothorium, thyroïdine, etc.), n'avaient procuré aucune amélioration. Constatant une lésion aortique et un Wassermann positif, MM. Carnot et Blamoutier instituèrent un traitement arsénical (3 gr. 80 de novarsénobenzol, en injections intraveineuses, au cours de cinq semaines, puis injections intra-musculaires d'éparséno). Sous l'influence de cette thérapeutique, une amélioration rapide et manifeste se produisit.

Linite à foyers multiples.

(MM. Achard, Mouzon et Marchal. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-6-1923.)

M. Achard présente une pièce d'autopsie dans laquelle on trouve une linite plastique à foyers multiples : estomac, iléon, côlon et rectum. La linite plastique, qui s'observe quelquefois au niveau de l'estomac revêt rarement un type aussi diffus.

Angines aiguës avec adénopathies généralisées et mononucléose.

(MM. de Lavergne et Pilod, du Val-de-Grâce. — *Société médicale des hôpitaux*, 1-6-1923).

MM. Sabrazès, Aubertin et Clerc, et aussi divers auteurs américains ont appelé l'attention sur certains cas d'angine aiguë s'accompagnant d'adénopathies généralisées, de mononucléose transitoire, et d'hypertrophie de la rate — quelque chose, en un mot, rappelant la leucémie, mais à évolution bénigne et non chronique.

MM. de Lavergne et Pilod relatent, à leur tour, trois observations de ce syndrome, dans lesquelles une adénopathie généralisée et une mononucléose marquée sont venues accompagner une angine aiguë

banale. Cette affection, qui se différencie de la leucémie lymphoïde et des états voisins par son évolution aiguë, sa bénignité, et la conservation de l'état général, se rapproche des mononucléoses vraies des maladies infectieuses (paludisme, oreillons, fièvre typhoïde, mélitococcie) ou de certaines intoxications.

Curiethérapie du cancer.

(M. DE NABIAS. — *Société de chirurgie*, 6-6-1923.)

M. de Nabias présente 3 malades atteints respectivement des affections suivantes : 1° un cancer ulcéré de la langue traité par curiethérapie avec retour *ad integrum* maintenu depuis onze mois ; 2° un néoplasme ulcéré de la langue amélioré après un mois de traitement curiethérapique et sans radiodermite ; 3° un néoplasme spino-cellulaire de la région parotidienne guéri après 36 jours de radiumthérapie.

P. L.

Note sur le neuro-vaccin.

(M. A. MARIE. — *Académie de médecine*, 31-7-1923.)

M. le Dr Levaditi a poursuivi, en 1921, des recherches originales sur le virus de la vaccine.

Par des procédés qu'il a fait connaître, il a obtenu un virus qui, inoculé dans le cerveau des lapins, les fait périr en 5 à 6 jours, et l'encéphale en émulsion glycérinée constitue une pulpe vaccinale exempte de tout autre germe. Il s'agit là d'une véritable ectodermose neurotrope comparable à celle du tréponème neurotrope de la paralysie générale et du tabes, que nous croyons avoir isolé avec M. Levaditi.

J'ai utilisé ce neuro-vaccin à la prophylaxie de la variole avec la collaboration de MM. Nicolau et Ianco à l'Asile clinique.

Déjà, par ce procédé, 40 vaccinations de nos malades chroniques avaient fourni un résultat positif de 50 % (communication à l'Académie des Sciences, du 23 janvier 1922) ; c'était une première démonstration de l'excellence de la méthode et un encouragement à sa généralisation, à laquelle nous avons procédé en 1922, aidé par le laboratoire de M. Levaditi, où l'innocuité du procédé pour l'homme a d'ailleurs été établie sur quelques expérimentateurs volontaires. Sur 405 existants, en fin d'année, 76 malades n'ont pas été vaccinés, soit qu'ils fussent des délirants trop ombrageux et impossibles à convaincre, soit surtout qu'ils fussent trop âgés ou trop faibles.

Sur les 329 vaccinés, il y a d'abord les 40 premiers, dont 50 % le furent avec succès.

Voici les résultats obtenus pour les autres :

Les premiers vaccinés	Vaccinés 40	Avec succès 20	Pourcentage 50 %
Infirmerie........	9	5	55 55 %
1/2 tranquilles....	58	23	39 66 %
Agités	16	8	30 » %
1/2 agités	70	27	38 57 %
Gâteux	43	22	51 16 %
Travailleurs	93	23	24 73 %
Total	289	108	37 37 %
Total général	329	128	39 %

Si nous mettons à part les travailleurs des 1er et 2e quartiers qui ont un pourcentage réduit (parce que beaucoup de ces sujets jeunes ont été vaccinés aux armées durant la guerre), nous avons une moyenne générale de 196 vaccinés avec 85 succès, soit 43,367%

Le neuro-vaccin de M. Levaditi a été aussi employé dans le service de M. le Dr Fournier, à l'hôpital Cochin.

Une trentaine de malades ont été vaccinés sans qu'il ait été possible d'observer en aucun cas d'accident ou de complication dignes d'être notés.

« D'autre part, ajoute M. le Dr Fournier, qui nous « a remis ces lignes, nous avons, M. Levaditi et moi, « injecté la neuro-vaccine à des doses vraiment formidables (plusieurs centimètres cubes) dans la « profondeur de tumeurs épithéliomateuses ; or, la « réaction générale produite par ces injections fut « toujours passagère et relativement modérée.

« Les phénomènes réactionnels furent également « brefs et légers chez certains malades qui reçurent, « en *injections intra-veineuses*, à plusieurs reprises, « cette même neuro-vaccine centrifugée et clarifiée. « Nous n'avons dans aucun de ces cas observé de localisation vaccinisée à la peau ni de vaccine généralisée, alors que les mêmes échantillons de neuro-« vaccin déterminaient chez le lapin épilé une éruption cutanée de vaccine confluente ». (Dr Fournier.)

C'est forts de ces certitudes et sûrs de l'innocuité ainsi nettement démontrée du neuro-vaccin, que nous avons pratiqué avec plein succès (43,3 %) d'ailleurs et sans un seul inconvénient, la vaccination générale des services de Sainte-Anne.

Le personnel qui en a manifesté le désir a été également aussi vacciné (70 % des infirmiers) ; un quart seulement le fut avec succès pour la même raison, probablement, que les jeunes malades travailleurs (vaccinés aux armées)...

Les résultats généraux ainsi obtenus en 1921-22 sur près de 400 sujets ont fait l'objet d'un rapport à M. le Préfet de la Seine qui en a publié le résumé au compte rendu général des asiles (p. 57) que je dépose à l'appui de ma note

Les instructions ministérielles d'après-guerre prescrivaient d'urgence les revaccinations générales.

C'est en conformité de ces instructions que nous avons procédé à ces neuro-vaccinations en même temps qu'à la prophylaxie antityphoïdique.

Les Livres

A. MALOINE ET FILS, éditeurs, Paris.

Dr L. PORCHERON. — **Guide pratique aux « Villes d'eaux », stations climatiques, plages marines françaises.** In-8, 1923, 532 pages, sur papier surglacé, 4e édition. Prix : 10 francs.

Ce livre, de sérieuse documentation, le plus complet du genre, est un ouvrage *essentiellement pratique*, destiné aux médecins qui désirent se renseigner et veulent éclairer les clients sur le choix d'une station thermale, climatique ou marine. Chacune des 550 *stations* décrites (France, Corse, Algérie, Tunisie), est composée sur un même plan méthodique : *itinéraire, voies d'accès, distances, situation, population, altitude, valeur du climat ou des plages, nature et action des eaux, indications et contre-indications thérapeutiques, installations thermales, agréments de séjour et renseignements pratiques pour le séjour, noms des médecins, noms et prix des hôtels.* Ce travail est divisé en cinq parties : 1o les stations hydro-minérales ; 2o les stations climatiques ; 3o les plages marines ; 4o le dictionnaire des indications qui permet de voir illico la station à choisir ; 5o les principaux hôtels des grandes stations.

Ce livre est indispensable aux praticiens qui devraient tous le posséder, sur leur table de travail.

Librairie ARNETTE, 2, ruce Casimir-Delavigne, Paris.

Le XVIe voyage d'études médicales aux Stations hydrominérales et climatiques du Sud-Ouest de la France. (1922), comprenant le carnet de route du 16e V. E. M., par le Dr M. GERST, et les conférences des professeurs CARNOT et RATHERY.

THÉRAPEUTIQUE

LA PLACE DE L'HYPOPHYSE ET DE L'ERGOT DE SEIGLE EN GYNÉCOLOGIE

Par H. ROULAND.

Un maître de l'obstétrique disait il y a quelques mois : « L'hypophyse au cours du travail est une drogue aussi dangereuse que l'ergot de seigle : il faut la proscrire au même titre que lui ».

Le professeur Rouvier (d'Alger), d'autre part, écrivait récemment : « Les extraits d'hypophyse ne sont un médicament dangereux que pour ceux qui ne savent pas s'en servir. »

Ces deux opinions diamétralement opposées montrent assez l'acuité de la controverse aujourd'hui engagée sur l'emploi de la pituitrine : après avoir crié au miracle, on crie « casse-cou » ! N'est-ce pas naturel ? L'engouement des premiers jours a donné lieu à des abus et la réaction a dépassé la mesure.

Le temps, qui met tout à l'épreuve, fixera les indications précises des extraits hypophysaires qui méritent, sans aucun doute, de rester dans la pratique thérapeutique.

Il en fut de même jadis pour l'*ergot de seigle* : tout accoucheur, il y a un siècle, ne portait-il pas dans sa trousse, à côté de son forceps, quelques grains d'ergot et un moulin pour les pulvériser ?

Les accidents survinrent, nombreux, graves, et son emploi en fut proscrit au cours du travail.

N'est-il plus de place pour lui en obstétrique et en gynécologie ? Dans cette courte étude, je voudrais essayer de définir la place qui revient à l'hypophyse et celle qui revient à l'ergot de seigle ou à ses dérivés, tant dans la pratique obstétricale que dans la pratique gynécologique.

HYPOPHYSE.

L'*extrait hypophysaire* a une action élective sur la fibre musculaire de l'utérus. Il la rend plus sensible à ses excitants ; en un mot, il renforce la contractilité de cet organe, mais est incapable de la provoquer à lui seul.

De cette action découle son emploi en obstétrique. D'un effet nul ou à peu près au cours de la grossesse, il est impuissant à déclancher le travail : mais au cours de l'accouchement et des suites de couches, il pourra rendre de très grands services, à condition d'être employé à bon escient et dans des cas bien déterminés.

Il renforce les contractions, augmente leur fréquence et leur intensité.

Cette action s'exerce quelques instants après l'injection sous-cutanée de l'extrait hypophysaire : « la contraction reste, dit Pouliot (1), une contraction physiologique, il n'y a point de contracture, point de tétanisation comme en produisent les préparations d'ergot. » Ici, il faut s'entendre : on a cité un certain nombre de cas de contracture utérine à la suite d'extrait hypophysaire, ou de contractions si violentes

(1) POULIOT. — Les extraits hypophysaires en obstétrique et en gynécologie. *L'Actualité obstétricale*, 1921.

qu'elles ont causé des ruptures utérines ou occasionné de vastes délabrements périnéaux

N'y a-t-il pas eu, dans ces cas, doses exagérées ou usage inopportun de ce médicament ?

Les récents travaux de M. Vignes (1) apportent sur la contraction utérine des vues nouvelles. Il condamne le terme « inertie utérine », mal défini et souvent confondu avec contracture généralisée ou hypertonie. Etudiant la physiologie de la contraction utérine, il s'exprime ainsi : « Il existe, dit-il, un état optimum de *tonus* ; au-dessous, le muscle n'a pas assez d'énergie pour se contracter ; au-dessus (hypertonie), il n'a plus de marge pour produire des oscillations contractiles, suffisantes et efficaces. »

Le travail dans ces deux cas n'avance pas ; s'il y a douleur entre les contractions, le plus souvent il y a hypertonie, c'est-à-dire contracture légère du muscle. Le palper renseignera sur cet état spécial de l'utérus. Dans ces *contractures frustes*, si l'on administre de l'extrait hypophysaire, on augmentera cet état musculaire et on risquera des accidents sérieux.

On rencontre cette contracture légère surtout chez les primipares ou les utérus infectés.

L'extrait hypophysaire ne devra être employé que dans les *cas purs* d'insuffisance de contraction musculaire.

Nous entendons par *cas purs*, ceux dans lesquels on ne rencontre à aucun moment du travail de ces contractures frustes (hypertonie de Vignes).

La plupart du temps, c'est le système nerveux sympathique qui est déficient et incapable d'entretenir le rythme de contractilité utérine.

Dans ces cas, l'hypophyse agissant directement sur le muscle utérin, créera une augmentation du tonus, les contractions deviendront plus longues, plus énergiques.

Il faut, en outre, n'employer l'hypophyse que dans les bassins *normaux*, avec col très souple, lorsque la tête est profondément engagée, qu'elle ne rencontre pas d'obstacle et que le toucher donne la sensation que, s'il y avait des contractions utérines normales, l'accouchement finirait rapidement.

A quel moment du travail convient-il d'utiliser l'extrait hypophysaire ? On l'a employé au début du travail, ou même à la fin de la grossesse pour provoquer le travail. Ici, il doit être abandonné, son action est inefficace ; elle peut être nuisible pour l'enfant en déterminant l'hypertonus dont nous avons parlé.

Au cours du travail, avant dilatation complète. Ici, il peut rendre service, à condition d'être administré avec la plus grande prudence en tenant compte des contre-indications d'ordre local et d'ordre général.

C'est à la fin de la dilatation ou au cours de la période d'expulsion que l'hypophyse semble avoir son maximum d'utilisation : le coefficient d'insuccès se réduit à 1 pour 100.

Les risques pour l'enfant sont très minimes, nuls pour la mère, si on n'a en vue que les cas purs.

Encore une fois, il faut s'assurer d'un bassin normal, d'un col souple ou complètement dilaté.

On s'abstiendra donc dans tous les cas de dystocie, bassin rétréci, rigidité du col (syphilis), œdème dur du col, infiltration de toute nature, tumeur prævia, empêchant ou gênant l'engagement.

De même, dans les présentations du siège, on attendra que le siège soit engagé, descendu, la dilatation très avancée. On évitera cette médication sur les utérus césarisés antérieurement ou ayant subi une intervention quelconque (myomectomie).

Il est, bien entendu, des cas d'espèces, des circonstances exceptionnelles, dans lesquels, en dehors des cas bien limités dont nous venons de parler, on pourra utiliser l'hypophyse ; mais ce sont là des exceptions qui doivent être réservées aux accoucheurs très entraînés à manier cet agent thérapeutique.

Il est encore des *contre-indications* qui relèvent de l'*état général* : on proscrira la médication hypophysaire chez les brightiques, les albuminuriques, les cardiaques, les hypertendues, les tuberculeuses.

Enfin, il faut distinguer les cas où on est en présence d'une multipare ou d'une primipare ; la multipare surtout relève de l'hypophyse et on peut dire que, chez elle, cette médication bien employée est inoffensive. On sera plus attentif chez la primipare, chez laquelle, comme nous le verrons, les doses seront moins élevées.

Quelle est la dose utile à employer et comment l'employer ?

On n'utilisera que des *extraits injectables* de lobe infundibulaire ou postérieur (Pouliot). Certaines ampoules sont dosées par 1/2 lobe postérieur de tel ou tel animal.

D'autres sont dosées en poids : 1 cc. correspond à 40 ou à 20 centigr. de substance fraîche de lobe postérieur.

En France, les ampoules injectables d'extrait hypophysaire sont en général de un cent. cube et correspondent à un demi-lobe postérieur d'hypophyse, soit 0,20 cgr. de glande fraîche — ou 0 g. 05 d'extrait (rétropituitrine, extraits d'hypophyse. etc.) C'est ce seul dosage que nous aurons en vue dans ce travail.

En Angleterre et en Allemagne, on utilise surtout la pituitrine de Parke et Davis.

Les doses devront varier suivant qu'on est en présence d'une primipare ou d'une multipare.

(1) H. Vignes. — Physiologie obstétricale. Masson, éditeur, Paris, 1923.

Delestre (1), chez les multipares, pratique une ou plusieurs injections successives. Il commence par la dose d'un cent. cube *ou* un demi cent. cube, suivant l'intensité et la fréquence des contractions.

Si l'effet de la première piqûre a été faible ou nul, il attend une demi-heure avant d'en pratiquer une seconde.

Si l'effet a été satisfaisant et se prolonge, il n'injecte une nouvelle dose que lorsque l'effet de la première a complètement cessé. A cette seconde piqûre, pourront en succéder d'autres si le travail se prolonge. Delestre ne dépasse pas *trois injections* de 1 cc. chez la multipare. Il recommande de tâter la susceptibilité de la parturiente en débutant avec un demi-centimètre cube.

Chez la primipare, les doses seront moins élevées que chez la multipare. En effet, tout le monde a remarqué l'action violente de cette médication sur un utérus de primipare : les contractions se succèdent subintrantes, violentes, déterminant chez la jeune femme une excitation particulière mêlée d'une légère angoisse. Il n'est pas douteux qu'on atteindrait facilement l'hypertonie.

Delestre ne dépasse jamais 1/3 de cc. d'extrait hypophysaire, soit 1 cgr. 7 d'extrait ou 6 cgr. 6 de glande fraîche lobe postérieur.

Il renouvelle ces piqûres jusqu'à 5 et 6 fois, soit au total 2 cmc.

Pouliot recommande comme dose optima 1 cc. de l'extrait pituitaire (soit 20 centigrammes de glande). Il déconseille formellement une deuxième injection.

Nous avons dans notre pratique suivi toujours ce conseil. Il est certainement préférable de faire de suite une injection suffisante de un cc. à un cc. et demi chez les multipares ; chez les primipares, de trois quarts d'ampoule à une ampoule et n'y pas revenir. Il se produit des effets accumulatifs qui peuvent amener des accidents parfois graves.

Si l'on se trouve en présence de contractions trop violentes et trop fréquentes, on peut diminuer l'effet de l'hypophyse par quelques bouffées de chloroforme ou l'utilisation d'un antispasmodique, en injection.

Si on veut recourir à l'hypophyse *dans les suites immédiates de couches*, hémorragies de la délivrance utérine, inertie après l'accouchement, ici la dose importe beaucoup moins, on pourra faire 1 cc. ou 1 cc. 1/2 sans aucun risque. L'action sera immédiate et toujours efficace.

Dans les jours qui suivent l'accouchement, s'il y a mollesse de l'utérus, légère rétention lochiale, on aura le choix entre l'hypophyse ou l'ergot de seigle. Nous verrons la supériorité de ce dernier.

Enfin, si les pertes rosées se prolongent au bout du 20e jour après l'accouchement, on mettra fin à cet état préjudiciable, qui peut amener une formation anormale de la muqueuse utérine, en faisant 3 jours de suite 1 cc. d'extrait hypophysaire en injection sous-cutanée ou en administrant 3 cachets de 10 gr. d'extrait d'hypophyse.

En *gynécologie*, la médication hypophysaire peut rendre de précieux services. Ici, l'injection sous-cutanée n'est pas toujours de mise ; on peut utiliser les cachets dosés en général à dix centigr.

Il est aujourd'hui prouvé que l'hypophyse a une action importante sur le développement des organes génitaux ; elle a de plus une action modératrice sur la fonction ovarienne, antagoniste de l'ovaire et du corps jaune (1).

A la *puberté*, lorsque celle-ci s'établit tardivement, lorsque les règles sont douloureuses et irrégulières, à plus forte raison quand elles sont abondantes, on se trouvera bien de conseiller pendant une semaine par mois, trois fois par jour, un cachet de 10 cgr. d'extrait d'hypophyse, en dehors des règles. Cette médication doit être continuée plusieurs mois.

Dalché, dans les cas d'hyperovarie de la puberté, se traduisant par des métrorragies virginales, avec poussées congestives, dysménorrhées, etc., ordonne l'extrait hypophysaire tous les jours le premier mois ; les autres mois, huit à dix jours avant la date des règles.

L'hypophyse pourra être employée dans toutes les autres métrorragies de la puberté, mais avec une indication moins précise. Elle n'a plus ici souvent que la valeur d'un médicament d'urgence au même titre que l'adrénaline et l'ergot de seigle.

Dans les *hémorragies de la ménopause*, l'extrait hypophysaire est le traitement de choix. Ici, on pourra l'employer par voie hypodermique dans les cas urgents où l'abondance de l'hémorragie réclame une action immédiate, sinon à la dose de trois ou quatre cachets de 10 cgr. par jour.

Il en sera de même dans la sclérose utérine, l'associant ou non à l'iodure de potassium. Nous avons obtenu des résultats appréciables en donnant dix jours d'hypophyse, dix jours d'iodure, puis dix jours d'arrêt et reprise du traitement.

Dès la fin du premier mois, on voit l'heureux résultat de cette médication. Si, au bout de trois de trois mois, on n'a rien obtenu et que le rythme hémorragique se reproduise, on doit recourir à l'hystérectomie.

Jayle, dans la *leucorrhée*, a obtenu la diminution et assez souvent l'arrêt complet des pertes blanches, jaunes ou rouges, la diminution des dou-

(1) L'emploi de l'hypophyse au cours du travail chez la primipare. *Gazette des hôpitaux*, n° 5, 17-19 janvier 1922.

(1) Cf. thèse Lesage, Paris 1918-1919. Hypophyse et appareil utéro-ovarien.

leurs vagues, dites rhumatismales, des membres. Il s'agit ici de troubles endocriniens qui relèvent d'une opothérapie associée plutôt que de l'hypophyse isolément.

La médication hypophysaire peut rendre des services dans *les hémorragies du fibrome et du cancer*, mais ici, l'ergot de seigle, nous le verrons, lui est supérieur.

Enfin signalons les effets heureux de l'hypophyse dans les troubles de ménopause précoce, ou les troubles endocriniens qui suivent la castration opératoire.

Ici nous conseillons :

Dix jours d'extrait d'ovaire, quatre cachets de 10 gr. ;

Dix jours d'adrénaline, dix gouttes trois fois par jour de la solution au millième.

Les dix autres jours, trois cachets de dix centigr. d'extrait hypophysaire. Suivant l'effet obtenu, on pourra modifier ce traitement schématique en augmentant ou diminuant tel ou tel extrait.

Toutes les ressources de l'extrait hypophysaire en gynécologie, seul ou associé à d'autres extraits de glandes endocrines, ne sauraient être étudiées ici : nous n'avons envisagé que celles dont l'effet est bien caractérisé et bien prouvé, nous réservant de revenir sur cette question dans un travail ultérieur.

Ergot de seigle.

Les indications de l'hypophyse ainsi posées, il semble qu'il n'y a plus place pour l'ergot de seigle et que cette panacée ancienne de l'obstétrique doit être reléguée au musée thérapeutique : ce serait injuste et inexact. Médicament très actif, il a sur la fibre utérine une action durable et puissante ; autrement dit, la contraction se prolonge plus longtemps sous l'influence de l'ergot de seigle que sous celle de l'hypophyse. C'est un avantage à utiliser dans les suites immédiates ou éloignées de l'accouchement ; c'est aussi la raison de sa proscription absolue aujourd'hui au cours du travail. Au lieu de renforcer la concentration physiologique ou de la réveiller, comme la pituitrine, l'ergot provoque une contraction violente, brutale, persistante, une *contracture utérine* qui peut mener aux pires catastrophes.

Il est également à rejeter au cours de la grossesse, et nous citerons seulement pour mémoire le conseil de Paul Dubois (1) qui recommandait le seigle ergoté à la dose de 2 à 3 gr. à 10 minutes d'intervalle dans les hémorragies pour placenta prævia. C'est un conseil qu'il faut bien se garder de suivre.

En obstétrique, l'ergot sera indiqué dans les hémorragies de la délivrance, à la condition formelle que l'on soit certain de l'expulsion *complète* du délivre. Dans les inerties utérines dues à un accouchement rapide, à un petit fibrome intra-pariétal ou à tout autre cause, rien n'est comparable à l'ergot de seigle.

(1) *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 1836.

« C'est la substance la plus puissante pour stimuler la contraction utérine, dit Commandeur » (1).

Il sera également le médicament de choix après la section césarienne pour déterminer une contraction rapide qui aveugle les énormes sinus utérins et limite l'hémorragie.

En dehors des suites immédiates de l'accouchement, dans les jours suivants, quand l'utérus présente des signes de mollesse et une légère rétention lochiale on se trouvera bien de petites doses répétées d'ergotine.

Enfin, dans les infections puerpérales bénignes ou graves, il sera utile d'exciter la contraction d'un muscle utérin infiltré, mou, par des petites doses journalières d'ergot de seigle.

Dans les *troubles post abortum*, l'ergot de seigle n'est à peu près jamais à conseiller. Si l'utérus saigne, c'est qu'il reste quelques débris ovulaires : ici le curettage est le seul traitement rationnel. Toute médication ergotée ne saurait qu'empêcher l'expulsion du corps étranger, elle est à condamner.

L'ergot de seigle présente également de nombreuses indications *en gynécologie*.

Dans toute hémorragie utérine, l'élément essentiel du traitement est la contraction utérine. Aucun médicament n'agit sur cet élément avec une puissance comparable à celle de l'ergot de seigle ? Il est *vaso-constricteur* et hypertenseur. De là découlent ses indications et ses contre-indications en gynécologie.

Comme l'a enseigné Dalché, la pierre de touche de l'administration de l'ergotine, est la *tension artérielle*. Si la tension artérielle est élevée, ce que nous rencontrons la plupart du temps dans les métrorragies survenant à l'aurore ou au déclin de la vie génitale, à la puberté et à la ménopause, il vaut mieux avoir recours à l'opothérapie et ne pas augmenter encore la tension artérielle par l'ergot de seigle. Dans ces cas, en effet, on verrait parfois l'hémorragie s'arrêter quelque temps pour reprendre peu après. C'est de ces cas que Huchard disait : « Il y a des métrorragies qui n'aiment pas l'ergotine ».

Les *véritables indications* de l'ergotine en gynécologie seront : les hémorragies des métrites fongueuses, des métrites polypeuses du corps de l'utérus. Elles ne sauraient guérir cette affection et remplacer le curettage, mais on arrêtera momentanément par l'ergot des hémorragies parfois abondantes.

De même, dans les *fibromes*, en attendant l'in-

(1) Paul Bar, Brindeau, Chambrelent. — *La Pratique des accouchements*, tome I, page 488.

tervention ou l'irradiation, on viendra à bout par ce moyen des hémorragies inquiétantes.

Dans les métrorragies des nerveuses, par action inhibitrice du sympathique pelvien, l'ergotine est le médicament héroïque.

Dans les hémorragies de la ménopause, si la tension n'est pas trop élevée, il conviendra également d'user de ce médicament.

De même dans les métrorragies ayant pour cause une déviation utérine ou une affection annexielle chronique.

A quelle dose et sous quelle forme convient-il d'ordonner l'ergot de seigle ?

Les anciens employaient l'ergot de seigle fraîchement pulvérisé à la dose de 2 à 4 grammes en cachets de 0 gr. 50 cent.

De nos jours, on lui préfère son principe actif, l'ergotine de Bonjean ou d'Yvon ou l'ergotinine de Tanret, ce dernier produit plus actif, mais toxique.

Dernièrement enfin (1), Rothlin a proposé le tartrate d'ergotamine cristallisé, découvert par Stoll, qui serait le véritable principe actif de l'ergot et le moins hypertenseur avec plus de précision et de constance dans les effets cliniques.

Sauf les cas d'urgence où il faut agir vite, lorsqu'on veut avoir une action immédiate (césarienne, hémorragie inquiétante) dans lesquelles on utilise la voie hypodermique, il est bon d'ordonner l'ergotine à des doses fractionnées et continues. On formule alors une potion ou des pilules et on maintient ainsi constamment la malade sous l'empire du médicament. La dose employée varie, pour les préparations de Bonjean et Yvon, de 1 à 3 grammes par jour; pour l'ergotinine de Tanret, de un quart de milligramme à 1 milligramme ; pour l'ergotamine, de 5 dixièmes de milligramme à un milligramme et demi.

M. Dalché (1) prescrit ainsi :

Ergotine..................	dix centigr.
Sulf. de quinine	deux centigr.
Poudre de feuilles de digitale	un centigr.
Poudre de coca ....q. s.	pour une pilule.

En prendre 5 par jour, une le matin, deux le midi, 2 le soir avant les repas.

Ou encore :

Ergotine	3 grammes
Acide gallique..............	cinquante cgr.
Sirop de térébenthine......	30 grammes
Hydrolat de tilleul.........	120 cc.

A prendre par cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

(1) Société de Biologie, 24 février 1923.

(1) Paul Dalché. — Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes. Vigot, éditeur, 1921.

Pour l'ergotinine, on prescrit :

Ergotinine	0,05 centigr.
Acide lactique	0,02 centigr.
Eau distillée.............	5 grammes
Sirop de fleur d'oranger	995 grammes ;

Une cuillerée à café contient un quart de milligr. d'ergotinine; Une à quatre cuillerées à café par jour.

Pour l'ergotamine, on emploie soit la *solution* à 0,1 %, à raison de 15 à 30 gouttes trois fois par jour, soit les comprimés dosés à 0,001 de principe actif, à raison de un à deux, trois fois par jour.

Lorsqu'on veut juguler rapidement ou brusquement une hémorragie sérieuse, c'est, nous l'avons dit, aux injections hypodermiques qu'on doit s'adresser.

La solution aqueuse de l'ergotine représente un gramme d'ergot par cent. cube.

L'ergotinine Tanret s'administre à la dose de VI à VIII gouttes ou en ampoules dosées au quart de milligr. par cent. cube.

Nous avons eu parfois recours à la formule suivante qui permet de graduer les doses et de les répéter :

Ergotine	deux grammes
Glycérine	āā dix grammes
Eau distillée	

1 cent. cube contient 0 gr. 10 d'ergotine. On peut injecter de un à 10 cent. cubes par 24 heures.

L'ergotamine, plus active et s'altérant *moins*, s'emploie en ampoules de un cent. cube renfermant 0,0005 de principe actif.

On injecte de 1 à 3 ampoules par jour sans inconvénient.

Pour conclure, nous dirons que l'hypophyse est un excellent adjuvant de la contraction utérine à la condition d'être employée à bon escient par un accoucheur avisé ; qu'elle rend d'incomparables services dans les hémorragies de la puberté et de la ménopause ; qu'elle peut également être utlle dans toutes les hémorragies génitales.

L'ergot de seigle a une action plus violente, plus durable, plus prolongée, que l'hypophyse ; il est hypertenseur et il sera évité chez les hypertendues, aux deux pôles de la vie génitale; il ser proscrit au cours du travail, mais non dans les suites de couches, à condition de s'être préalable ment assuré de la vacuité de l'utérus.

Il sera le médicament de choix dans les hémorragies de la délivrance, dans les inerties utérines *post partum*.

L'ergot sera à éviter dans les avortements n'atteignant pas 4 mois. Au contraire, il triomphera comme médicament d'urgence dans les hémorragies génitales des fibromateuses, des scléreuses, des nerveuses.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE : PUBLICITÉ MODERNE

Nous tenons à soumettre à nos lecteurs, en la leur donnant en exemple, la carte ci-dessous :

> *Le Docteur Marcel Petiot*
>
> DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
> EX-INTERNE DES HOPITAUX ET DES ASILES
>
> *soigne ses Clients selon les méthodes les plus modernes, mais ne les exploite pas.*
>
> **C'est pourquoi les malades intelligents ont confiance en lui.**
>
> VILLENEUVE-SUR-YONNE TÉLÉPHONE 24

Sans commentaires ! ! G. D.

UN JOLI CADEAU A FAIRE AU CORPS MÉDICAL

L'ordre des médecins.

Il y a quinze jours, dans son Propos du jour, Noir faisait allusion à la conférence donnée à l'Assemblée générale des médecins de la Gironde le 24 juin dernier, sur l'Ordre des médecins, par notre distingué et sympathique confrère, le Dr H. VERGER, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux (1).

Je reproduis ici les conclusions du Dr Verger, qui constituent en même temps un projet complet.

Je les reproduis avec plaisir et dans un esprit complètement différent de celui qui m'anima lorsque que j'ai publié, antérieurement, tous les autres projets qui ont vu le jour, depuis quelques mois.

1° La création, par une loi, d'un ordre légal des médecins, groupant obligatoirement les praticiens sous la juridiction disciplinaire de conseils élus, est considérée comme désirable, mais sous les conditions suivantes :

2° La compétence des Conseils de l'Ordre s'étendrait exclusivement :

a) A tous les faits intervenus dans les relations des médecins avec leurs clients et susceptibles de porter atteinte à l'honoraibilité et au respect de la profession ;

b) Aux agissements habituels constituant des manœuvres destinées à duper le public par publications, affiches, circulaires, etc., ou tous autres moyens dont le caractère de tromperie peut être établi.

3° Les Conseils régulièrement saisis pour ces faits de leur compétence, telle qu'elle vient d'être définie, pourront rayer de la liste officielle les médecins reconnus coupables. La décision sera motivée. Le Conseil aura le pouvoir de surseoir à la radiation, et il pourra toujours prononcer la réintégration sur demande de l'intéressé et après enquête, sauf le cas où l'incapacité d'exercer résulterait d'un jugement définitif prononcé par un tribunal en vertu de l'article 25 de la loi du 20 novembre 1892.

4° La radiation doit comporter la privation du droit :

a) De délivrer des certificats destinés à être produits en justice ou délivrés pour l'application des lois d'assurance ou d'assistance, ou des règlements des administrations publiques ;

b) D'ordonner des substances toxiques des tableaux A et B de la loi de 1916.

c) De réclamer en justice le payement des honoraires.

Les pièces ci-dessus délivrées par des médecins rayés doivent être considérées comme nulles et non recevables ; en outre, les contrevenants seraient pas-

(1) Le Dr VERGER vient d'être nommé professeur de clinique médicale.

sibles des peines prévues pour l'exercice illégal de la médecine et la vente des substances toxiques.

5° La juridiction des Conseils devrait être à deux degrés, comprenant un Conseil départemental et un Conseil régional d'appel au siège de chaque Faculté de médecine.

6° Le Conseil départemental devrait être composé uniquement de médecins élus par les praticiens dans des formes à déterminer. Le Conseil d'appel devrait comprendre, à côté de médecins élus, des délégués de la Faculté de médecine et des conseillers de la Cour d'appel.

Enfin, je rencontre donc un médecin, partisan de l'Ordre des médecins, assez avisé pour réussir à mettre sur pied un projet qui tient debout, parce qu'il sait demeurer dans les limites des possibilités réalisables.

M. Verger est en effet d'accord avec nous pour définir la compétence des Conseils de l'Ordre, en en excluant les fautes de droit commun commises par un médecin, même dans l'exercice de sa profession. Ce sont uniquement les fautes contre la déontologie qui demeurent du ressort de ces Conseils.

En outre, quand il envisage comme possible la radiation du « Tableau » d'un médecin reconnu coupable, il se garde bien d'interdire en bloc à celui-ci l'exercice de la médecine. Il sait pertinemment que cette interdiction risquerait de demeurer inopérante. Mais il prive le médecin rayé de certains droits nettement définis, et cette privation, dans ces conditions limitées, peut être effective puisque la collectivité est armée pour faire respecter la décision prise.

C'est, en d'autres termes, l'analogue de la sanction efficace que j'indiquais précédemment, et selon laquelle le médecin frappé serait exclu de tous les services publics. M. Verger va même plus loin, puisqu'il entrevoit la possibilité d'interdire à celui-ci le droit d'ordonner les substances toxiques, et de réclamer en justice le payement de ses honoraires.

Pour cette dernière pénalité, point n'est besoin d'épiloguer longuement. L'intéressé se fera payer au comptant, et cela lui sera d'autant plus facile que cette manière de faire tend à passer dans nos habitudes profession nelles. D'ailleurs, les avocats, dont on nous jette assez l'exemple dans les jambes ne procèdent pas autrement. Eux non plus n'ont pas le droit de réclamer leurs honoraires en justice. Aussi, ont-ils pour règle de se faire verser d'avance une provision, aimable euphémisme.....

L'interdiction de prescrire des substances vénéneuses, d'autre part, ne jouera valablement qu'au regard des substances du tableau B (opium et ses dérivés, cocaïne), puisque, d'après l'article 40 du règlement du 14 septembre 1916, « les pharmaciens ne peuvent délivrer ces substances qu'à des praticiens domiciliés dans la commune, ou dans les communes contiguës lorsque celles-ci sont dépourvues d'officine »

A la rigueur donc, les ordonnances du médecin frappé d'interdiction, et contenant des substances du tableau B, pourront être refusées par le ou les pharmaciens de sa résidence, et ne seront exécutées nulle part ailleurs. Mais ne peut-on à la rigueur, faire de thérapeutique sans employer l'opium et la morphine aux doses visées par le décret ?

Pour les substances du tableau A, il n'en est déjà plus de même, et dans ce cas, il paraît beaucoup plus difficile de faire respecter l'interdiction, puisque les ordonnances pourront être exécutées n'importe où, et qu'il est matériellement impossible d'obtenir le concours de pharmaciens non prévenus, ou qui auront oublié l'avis qui leur aura été donné.

Ce n'est pas une mauvaise chicane que je cherche à M. Verger. Je discute de bonne foi, pour tâcher d'arriver à la lumière.

Aussi je passe condamnation, et j'accepte que les sanctions prévues par le professeur bordelais pourront être exécutées et respectées.

Mais ici, se pose la question primordiale : quels sont les faits susceptibles de porter atteinte à l'honorabilité et au respect de la profession, dont les Conseils de l'Ordre auraient à connaître? En d'autres termes, où se trouve le code de déontologie qui pourrait être érigé par le parlement en loi applicable sur toute l'étendue du territoire ?

Reprenons les *principes de déontologie* adoptés par la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault.

Sont réputés incorrects les procédés de charlatanisme, et notamment la publicité extra-médicale dont j'ai cité quelques exemples suggestifs dernièrement. Que les promesses fallacieuses de guérison aussi bien que l'ursurpation de titres ne soient pas encore reconnues comme des escroqueries ou des abus de confiance et punies comme tels, c'est une lacune de notre Code, qui sera peut-être comblée un jour ; ces incorrections deviendront dès lors des fautes de droit commun. Mais la publicité extra-médicale, celle que nous sommes majorité à réprouver, l'annonce dans les journaux du passage de tel ou tel médicastre dans une ville donnée, peut-on espérer que les législateurs accepteront de la considérer comme une faute susceptible d'une sanction ? Demandez aux journaux qui vivent en partie de leur publicité ce qu'ils en pensent.

Le compérage, le rabattage, les remises ou commissions sont également blâmables. Il sera difficile, le cas échéant, d'en faire la preuve.

Le tarif forfaitaire est à rejeter comme immoral. D'accord : mais espérer qu'une loi imputera à faute punissable le fait d'accepter, voire

de solliciter, une pareille rémunération, c'est encore proprement un leurre.

Les propos désobligeants, si voisins de la diffamation sont faute de droit commun et poursuivables aux termes de la législation actuelle, sans qu'il soit besoin de les déférer légalement à un Conseil de l'Ordre.

La prise en charge d'un malade en cours de traitement est une incorrection au premier chef. Les Principes de déontologie n'imposent pourtant à celui qui la commet que l'obligation de s'assurer que le confrère qui l'a précédé a été désintéressé.

Montpellier condamne les tournées à jour et à heure fixe. En Seine-et-Marne, foyer ardent de syndicalisme, ces tournées sont parfaitement admises.

La médecine au rabais est acte de concurrence déloyale, nous en sommes d'accord. Essayez de faire admettre par les profanes que c'est une faute punissable au nom de la loi. Prenez garde plutôt que l'action publique ne se déclenche contre vous et ne vous reproche le délit de coalition.

La dichotomie ou partage des honoraires est également incorrecte, à Montpellier. N'empêche qu'un Syndicat de l'Ouest vient de la considérer comme parfaitement acceptable, à condition qu'elle soit pratiquée au grand jour.

Etc., etc.

Que reste-t-il, dites-moi, de fautes contre la Déontologie dont vous puissiez escompter la transformation en *faute tout court*, justiciable d'une sanction ?

Des médecins se groupent en Syndicats, ou même, forment de petits groupements en vue d'un objet très nettement déterminé. Ils prennent vis-à-vis les uns des autres l'engagement de faire ou de ne pas faire. Ils contractent l'obligation formelle de se conformer à certaines règles dans leurs rapports entre eux ou avec des tiers. Le jour où l'un d'eux ne tient pas son engagement, viole ses obligations, il relève de la justice de droit commun qui fixe la réparation qu'il doit à ses co-contractants. *Mais ces règles ne jouent qu'à l'égard de ceux qui les ont acceptées, non pour les autres....* Et je vois difficilement une juridiction d'appel faisant grief au médecin qui aura réclamé seulement 5 fr. pour ses visites quand ses confrères en demandent 8, et le frappant de ce chef d'une condamnation, si ce médecin n'a pris, vis-à-vis des autres, aucun engagement de respecter leurs tarifs.

En résumé, les Codes de déontologie que nous connaissons prévoient une demi-douzaine d'actes qui sont considérés comme des fautes. Les uns (diffamation, escroquerie, abus de confiance) sont visés par les lois existantes, et répréhensibles selon le droit commun. Les autres ne sont fautes qu'au regard de notre morale professionnelle ; en toute autre circonstance, ils sont parfaitement licites, et rien ne les interdit ni ne les condamne. Il en reste peut-être deux ou trois tout au plus qui peuvent relever d'un tribunal d'exception : cela vaut-il la peine, en vérité, d'organiser ce tribunal et ne peut-on chercher à les réprimer avec les moyens dont nous disposons actuellement, en les perfectionnant au besoin ?

Ce perfectionnement, je le vois dans la création des Commissions régionales auxquelles j'ai déjà plusieurs fois fait allusion, et qui, fonctionnant comme juridiction du premier degré, trouveraient au-dessus d'elles, comme juridiction d'appel, le Conseil de l'Union des Syndicats.

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

COUR DE CASSATION. — CHAMBRE DES REQUÊTES. — RESPONSABILITÉ CIVILE. — ACCIDENT DU TRAVAIL. — PERSONNES ASSUJETTIES. — ETAT. — FONCTIONNAIRES. — ADMINISTRATION DES POSTES. — AGENTS DU CADRE PERMANENT. — RÉGIME DES PENSIONS CIVILES. — AGENTS DU CADRE AUXILIAIRE.

COUR DE CASSATION (Chambre des Requêtes), 8 décembre 1919.

(*Gazette du Palais*, 11-12 janvier 1920).

Sauf les exceptions portées à l'article 32 de la loi du 9 avril 1898, l'Etat est responsable des accidents du travail survenus à des ouvriers et employés dans les conditions où le seraient des chefs d'entreprise.

Mais ce principe ne saurait recevoir application à l'égard des fonctionnaires publics qui ne sont ni des ouvriers, ni des employés et dont la situation en cas d'accident résultant de l'exercice de leurs fonctions et les mettant hors d'état de continuer leurs services, est déterminée, envers l'Etat, par les art. 11 et suiv. de la loi du 9 juin 1853 et envers les tiers par les règles de droit commun.

Par suite, lorsqu'une administration de l'Etat, comme celle des Postes et Télégraphes, présente à la fois le caractère d'un service public et celui d'une entreprise industrielle visée par l'article 1er de la loi du 9 avril 1898, il y a lieu de faire une distinction entre les agents et sous-agents du cadre permanent, placés sous le régime des pensions civiles, d'une part, qui ne peuvent réclamer le bénéfice de la loi du 9 avril 1898, et,

d'autre part, les agents et sous-agents du cadre auxiliaire, qui ne sont pas soumis au régime des pensions civiles et sont protégés par la loi de 1898.

M. B., s'est pourvu en cassation d'un arrêt de la Cour de Paris du 4 novembre 1918, rendu au profit de l'Administration des Postes et des Télégraphes.

Arrêt :

La Cour,

Sur le moyen pris de la violation des articles 1, 32 de la loi du 9 avril 1898, fausse application des articles 11 et suiv. de la loi du 9 juin 1853, violation de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810 ;

Attendu que le pourvoi reproche à l'arrêt attaqué d'avoir refusé d'admettre que la loi du 9 avril 1898 est applicable à un agent de l'administration des postes, victime, au cours de ses fonctions, d'un accident du travail ayant occasionné une incapacité permanente et partielle, sous prétexte que l'exposant appartenait au cadre permanent, ce qui lui permettait d'invoquer la loi du 9 juin 1853 ;

Attendu que, sauf les exceptions portées à l'article 32 de la loi du 9 avril 1898, l'Etat est responsable des accidents du travail survenus à des ouvriers et employés dans les conditions où le seraient des chefs d'entreprise ; mais que ce principe ne saurait recevoir application à l'égard des fonctionnaires publics qui ne sont ni des ouvriers, ni des employés et dont la situation, en cas d'accident résultant de l'exercice de leurs fonctions et les mettant hors d'état de continuer leurs services, est déterminée envers l'Etat par les articles 11 et suiv. de la loi du 9 juin 1853 et envers les tiers par les règles du droit commun ; que, par suite, lorsqu'une administration de l'Etat, comme celle des Postes et Télégraphes, présente à la fois le caractère d'un service public et celui d'une entreprise industrielle visée par l'article 1er de la loi du 9 avril 1898, il y a lieu de faire une distinction entre les agents et sous-agents du cadre permanent, placés sous le régime des pensions civiles, d'une part, et, d'autre part, les agents et sous-agents du cadre auxiliaire qui n'y sont pas soumis ; que si cette dernière catégorie est protégée par la loi sur les accidents du travail, la première n'en peut réclamer le bénéfice ;

Attendu que le pourvoi fait grief, en outre, à l'arrêt d'avoir rejeté la demande de B... sans avoir décidé en termes exprès qu'il appartenait au cadre permanent de l'administration ;

Mais attendu qu'il résulte de l'ensemble des considérant de l'arrêt attaqué que B... faisait partie du cadre permanent de l'administration des Postes et Télégraphes ; que le reproche n'est donc pas fondé ; qu'en décidant dans ces conditions que B... ne pouvait invoquer les textes de la loi du 9 avril 1898, la Cour, dont l'arrêt est motivé, n'a violé aucun des articles de loi visés au moyen ;

Rejette...

M. Bonnet, rapp. ; Trouard-Riolle, av. gén. Me Coutard av.

***

Le 19 juillet, 1922, le facteur D., portant en bicyclette son courrier à la poste, est renversé par une auto. Le conducteur de l'auto n'a pu être connu. Assimilant un facteur à un garçon livreur, j'ai cru de bonne foi qu'il s'agissait d'un accident du travail.

Je crois que l'administration des postes assimile le facteur à un employé de bureau. Je vous serais reconnaissant si vous pouvriez me fixer à ce sujet.

Dr B.

Lettre du Directeur des P.T.T.

J'ai l'honneur de vous informer que le Dr B. doit réclamer ses honoraires au facteur D., agent assujetti à la loi du 9 juin 1853.

La loi susvisée ne fait pas obligation, en effet, à l'administration, de prendre à sa charge les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par les accidents survenus en service au personnel soumis au régime des pensions civiles. Elle n'y est tenue que pour les accidents du travail, régis par la loi du 9 avril 1898.

Dès lors, il vous appartient de réclamer, dès aujourd'hui, au blessé, le payement de ces frais ou attendre que mon administration soit en situation, ce qui ne saurait être bien long, d'allouer au facteur D. une indemnité au titre de ces frais.

***

Réponse.

L'administration des P. T. T. a raison, puisque l'arrêt de la Cour de Cassation du 8 décembre 1919 exclut du bénéfice de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, tous les employés, qui à un titre quelconque, sont considérés comme fonctionnaires.

La Cour suprême fait la distinction entre l'Etat envisagé comme représentant de la collectivité et administrant par ses fonctionnaires (loi du 9 juin 1853), et l'Etat considéré comme un entrepreneur quelconque, faisant du commerce ou exploitant une branche d'industrie. Comme tel, il est assujetti aux prescriptions de la loi du 9 avril 1898.

En pratique, il est parfois très difficile de faire le départ entre la partie administrative et la partie commerciale et industrielle de l'Etat, des

---

(1) Cette question délicate du droit des fonctionnaires de se prévaloir de la loi du 9 avril 1898 a été résolue par 4 arrêts de principe de la chambre civile du 4 décembre 1917 (*Gaz. Pal.* 1918 et 1919. I. 21, avec le rapport de M. Feuilloley sur le premier de ces arrêts). Par l'arrêt ci-dessus, la chambre des requêtes se prononce dans le même sens, par des motifs identiques.

départements et des communes. Aussi, est-il prudent pour le médecin d'assigner à la fois patron et ouvrier, pour savoir qui payera les honoraires. En effet, comme dans le cas particulier ci-dessus, les frais médicaux sont remboursés aux victimes lorsque l'administration ne s'est pas attachée un médecin particulier, qui donnera seul des soins aux fonctionnaires et employés ressortissant de la loi de 1853.

Dr Paul BOUDIN.

LA JURIDICTION DU TRIBUNAL DE COMMERCE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Peu de médecins ont usé, à ma connaissance, de cette juridiction, ce que nous avons tenté, depuis plusieurs années, avec plein succès, mon ami Me A. Bédarride, avocat au barreau de Marseille, et moi,

Je tire quelque vanité de ces succès car, si l'idée première revient tout entière à mon avocat, c'est certainement à mon insistance, devant la mauvaise foi de quelques débiteurs, que Me Bédarride s'est décidé à porter les premiers litiges en responsabilité de payement d'honoraires devant le tribunal de Commerce.

Nous n'avons pas eu à le regretter, chaque jugement ayant été pour nous un franc et légitime succès.

Un de ces tout derniers, pour lequel j'avais consulté « le *Sou médical* » parce qu'il était un peu complexe, vient de se terminer comme mes intérêts et surtout, comme ma probité professionnelle, l'exigeaient.

Cette fois, la procédure était à peine commencée que l'assurance et le patron n'ont pas attendu le jugement pour régler intégralement et immédiatement.

Le cas vaut la peine d'être rapporté. On verra que la probité, par ce temps de « Carnets médicaux » — dont on joue contre nous avec un peu trop de facilité — n'est pas ce qu'un vain peuple pense, et les honoraires, d'intérêt secondaire.

Il s'agissait, en l'espèce, d'une somme de 274 francs que je réclamais pour avoir procédé, sous anesthésie chloroformique (avec l'aide de mon assistant, le docteur Bourgeois-Gavardin), à la ligature de l'artère cubitale avec réfection des plans profonds et sutures des tendons superficiels du poignet gauche.

Mon intervention sur une espèce de toqué, menaçant de tout casser si on ne l'endormait pas, avait été des plus laborieuses. Le blessé est resté 24 heures à ma clinique. Je ne l'ai plus revu.

Le blessé en question m'avait été amené par un représentant de la maison, avec prière de lui donner tous les soins nécessaires. Le cas était urgent, grave même. Je n'avais donc pas à m'inquiéter si le blessé était assuré ou non et du nom de ses assureurs.

En pareille occurrence, je ne m'occupe d'ailleurs jamais de savoir qui payera. Le blessé d'abord et avant tout, dans les cas aussi graves que celui-ci.

II

Le lendemain, le secrétaire de la clinique me remettait le bulletin de la Société d'assurances « X. ». A la vue de celui-ci, je me contentais de déclarer au secrétaire : « Vous verrez, on s'amusera au moment du règlement ! »

Je refusai de faire état dudit bulletin, ayant pour principe de ne connaître que les patrons, surtout lorsque ces derniers sont assurés à des Compagnies que je ne veux pas connaître ou que je connais trop !

Je dois pourtant déclarer, à la vérité, que ces assureurs sont rares dans notre ville. Ce sont d'ailleurs les mêmes pour toute la France, si j'en juge par la lecture des journaux professionnels, au chapitre « Jugements ».

J'adressai donc ma note au patron qui la transmit à ses assureurs. Trois mois après, mon encaisseur passe chez le premier qui le renvoie aux seconds.

Froidement, l'assurance refuse de payer : la note est trop élevée, elle n'est pas conforme au tarif (*sic*) (elle avait été établie cependant au-dessous de celui-ci, suivant notre confrère Decourt qui s'y connaît) ; d'ailleurs nous ne payerons pas l'anesthésie générale, le blessé nous ayant déclaré « qu'il n'avait pas été endormi » (*sic*).

J'écris aussitôt au patron la lettre que l'on devine. Je dis au patron, car c'est lui seul que nous devons connaître et non les assureurs.

Quand nous faisons exception, pour ces derniers, c'est par pure courtoisie et parce qu'on est alors entre gens raisonnables et bien élevés.

Nouveau refus du patron. Je m'adresse alors au « Sou médical », qui me conseille d'essayer encore le tribunal de commerce. Sitôt dit, sitôt fait ! La procédure était à peine commencée que la note et les frais effectués étaient réglés.

Si mes intérêts étaient satisfaits, ma bonne foi, je le répète, l'était bien davantage.

Il faut avoir un aplomb peu ordinaire pour oser, sur la déclaration du blessé, — à laquelle je crois fort peu d'ailleurs, — déclarer que l'anesthésie n'avait pas été pratiquée. C'était m'accuser tout simplement d'avoir fait figurer des honoraires fictifs. On n'est pas plus aimable !

III

Conclusions. — Confrères, quand un chef d'entreprise ou son représentant vous amènent un

blessé, — si rien, dans l'état de celui-ci, ne s'oppose à ce que vous vous occupiez de vos intérêts — aussitôt son arrivée, la visite passée et les premiers soins donnés, faites-vous signer une déclaration constatant que vous avez donné vos soins à la demande de ce chef d'entreprise ou de son mandataire. Il ne peut vous la refuser. Votre droit, sauf erreur de votre part, vous permet de l'exiger. Libre à vous, quand il vous fera parvenir, le jour même ou le lendemain, le bulletin de la Compagnie d'assurances qui le couvre, de vous mettre en rapport avec celle-ci, si vos relations vous le permettent.

Au moment du règleme nt, si vous avez continué à donner vos soins au blessé, à la demande du patron, faites-vous régler toujours par celui-ci qui se fera rembourser par ses assureurs.

S'il s'y refuse et que vous tombiez sur des assureurs dans le genre des miens, n'hésitez pas. Citez le responsable devant le tribunal de commerce de votre ressort, et non devant le juge de paix. Ce dernier ne joue que tout autant que vous aurez continué à donner vos soins à la demande expresse du blessé, mais vous resterez toujours couverts pour les premiers soins, par le patron que vous actionnerez directement devant le tribunal de Commerce, si vous avez eu la précaution de vous faire signer une déclaration à l'arrivée du blessé.

Dr Lop,
(de Marseille).

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Nous croyons intéressant de reproduire l'article cidessous qui prouve que nous ne sommes pas seuls à professer vis-à-vis de la Mutualité les idées que je défends dans le *Conocours*.

M. V.

Les assurances sociales.

La naïveté de M. Peyronnet

Dernièrement, s'est tenu à Lyon, un Congrès mutualiste.

Le ministre du Travail s'est rendu à la séance de clôture et a, naturellement. prononcé un discours.

Il a insisté — ce dont nous ne saurions le blâmer, certes — sur la nécessité de l'établissement, dans ce pays, d'un régime d'assurances sociales.

Et il a fait appel au concours des mutualistes, pour l'aider à appliquer la loi en préparation.

Evidemment, les privilègss accordés à la mutualité par le projet de loi, revisé par la Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés, autorisaient le ministre, l'obligeaient même à lancer cet appel pressant.

Mais avait-il vraiment profondément confiance quand il lançait cet appel ? Si oui, ma foi, je dis toute ma pensée, M. Peyronnet est un naïf.

L'inévitable dilemme.

C'est que les assurances sociales posent, dès maintenant, avant même leur réalisation, un dilemme duquel nul ne pourra s'évader. Ou bien les sociétés mutualistes profiteront des droits qui leur sont reconnus par le projet, dans son état actuel, et leur caractère, leur organisation seront bouleversés, leurs cadres chassés impitoyablement par l'intervention des éléments nouveaux et actifs. Ou bien, elles resteront des groupements sans combativité, sans vie, où domineront la routine, la crainte du nouveau, la peur de l'audace, qui resteront sous la direction de gens qui ne poursuivent qu'un but : la décoration. Et les assurances sociales, pour produire ce qu'on en attend, devront se donner d'autres organismes comme base d'organisation.

Qu'on le veuille ou non, le problème est désormais posé : ou bien, le mutualisme, subsistant dans les conditions dans lesquelles il a vécu jusqu'à ce jour, c'est-à-dire n'arrivant pas à être une force réelle malgré ses millions d'adhérents ; ou bien les assurances sociales, avec toute la puissance audacieuse de création qu'elles comporteront fatalement.

Et c'est bien cette impression, c'est bien la conscience que ce problème est désormais et nettement posé, qui a provoqué le malaise profond, les hésitations que le récent Congrès de Lyon n'a fait qu'accentuer.

Les dirigeants mutualistes.

Les dirigeants actuels des sociétés de secours mutuels — quelques personnalités mises à part, qui se sont d'ailleurs affirmées au dernier Congrès,— ne sont venus là que pour satisfaire une petite ambition, pour avoir un titre, avec l'espoir, qui devient vite chez la plupart une véritable obsession, non seulement de se créer quelques relations leur permettant de jouer au m'as-tu vu, mais d'obtenir un ruban pour orner leur boutonnière.

Ils étaient bien tranquilles dans leur petit groupement, dont la présidence n'était guère laborieuse, et dont les adhérents étaient bien sages.

Et ce n'était certes pas au prix de bien des tracas qu'ils pouvaient ajouter à leur carte de visite la formule connue : *Président de la Société de Secours mutuels*.

Aujourd'hui, ils craignent pour leur quiétude et leur autorité. J'avoue qu'ils ont raison.

Les cadres actuels de la mutualité sont d'ores et déjà irrémédialblement condamnés.

Aussi, je ne peux m'empêcher de sourire quand je relis ces paroles, adressées aux dirigeants mutualistes par M. Peyronnet :

« Mais quand, grâce à vous, nous aurons groupé

« nos dix ou douze millions d'assurés, il faudra mettre en marche le mécanisme de la loi nouvelle ; ici, « encore je compte sur vous. Nous avons la chance « inespérée de trouver en vous des cadres tout préparés, admirablement outillés et supérieurement dirigés. Vous voyez maintenant, je l'espère, que nous « n'avons jamais eu la pensée de limiter l'action de « vos sociétés. Au contraire, nous faisons un appel « chaleureux à votre dévouement pour que vous receviez un grand nombre de ces nouveaux assurés qui, « en retour, vous apporteront et la quantité sans la- « quelle on n'établit rien de solide en matière d'assurance, et l'argent qui, trop souvent, vous fait défaut ».

Incohérences et calculs.

Je souris en songeant que si les idées incohérentes qui ont prédominé à la Commission d'Assurance et de la Prévoyance sociales triomphent devant le Parlement, c'est précisément l'afflux d'éléments nouveaux dans les sociétés de secours mutuels qui emportera « ces cadres tout préparés, admirablement outillés « et supérieurement dirigés ».

Mais je proteste aussi contre cette habileté, un peu excessive, qui a consisté à faire une situation privilégiée aux groupements mutualistes et, en même temps, à détruire l'unité de leur organisation, à saper l'autorité qu'ils étaient susceptibles d'exercer sur près de quatre millions de futurs assurés des professions agricoles.

Je ne m'élève pas contre tel ou tel système. La C. G. T. se prononcera. Je proteste contre cette contradiction, contre cette incohérence.

On n'a pas le droit d'agir ainsi, même sous prétexte de réduire l'opposition de la Confédération générale des Agrariens quand on a proclamé solennellement la supériorité des cadres mutualistes.

Ou ces cadres sont supérieurs, et il faut les respecter, les consolider, étendre leur champ d'influence. Ou ils ne le sont pas au point de devenir nécessairement l'unique ou essentielle base d'organisation des assurances sociales, et on ne doit pas leur reconnaître des droits spéciaux.

La C. G. T. arbitre de la situation.

Je n'insiste pas pour l'instant. Je me borne à dégager, brièvement, une première leçon de la situation présente. La voici :

On a consulté la C G. T. quand il fallut mettre debout le projet de loi. La Commission d'assurances et de la prévoyance sociales l'a entendue.

La C. G. T. a fixé sa position et formulé ses observations.

Très « loyalement », on s'est servi de la première et on a négligé les dernières.

Eh bien, je le déclare sans forfanterie, la C. G. T. est actuellement l'arbitre de la situation.

Certains groupements et certaines organisations ouvrières ont pris une position particulière sur la question des assurances sociales ; d'autres attendent ce que nous allons faire pour se déterminer eux-mêmes.

Ces Messieurs de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales ont cru devoir mépriser la C. G. T. en dressant, contre les droits de tous, des privilèges spéciaux.

Je réponds que le sort du projet dépend de l'attitude que nous adopterons.

Avec nous, la loi d'assurances sociales s'appliquera sans grandes difficultés Sans nous, ou contre nous, elle subira le sort lamentable de la loi de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes.

Qu'on en tienne compte !

A. REY.

(Extrait de l'*Atelier.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **La timidité vaincue.** — L'exposé du système Renovan est envoyé sur demande adressée à M. Fred Cohendy, avenue de Grammont, à Biarritz (Basses-Pyrénées).

Ce qu'il y a de plus remarquable dans le système de Fred Cohendy, docteur ès sciences U.S.A., c'est son automatisme absolu. Non seulement ce système n'a pas besoin d'avoir recours à l'entraînement de la volonté pour rénover les énergies du timide, mais son inventeur estime, au contraire, que tout effort de volonté ne peut être que nuisible si on l'accomplit au moment précis du traitement.

— L'Association Corporative des étudiants en médecine, 8, rue Dante, soucieuse de faciliter aux étudiants et de permettre aux médecins installés de suivre les progrès de la science médicale, a fait sténographier un certain nombre de cours professés à la Faculté.

Dès maintenant, chacun pourra se procurer à l'A. C. les cours de :

M. le professeur ROGER (pathologie expérimentale : l'Appareil respiratoire).

M. GARNIER, agrégé : Les Glandes à sécrétion interne.

M. VILLARET, agrégé (Pathologie médicale) : Les maladies du foie et des voies biliaires.

M. LEMIERRE, agrégé (Pathologie médicale) : Les maladies du rein.

Une réduction de 20 % sur le prix de ces cours est accordée aux membres de l'Association corporative.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Accident du travail ou non ?

I

J'ai soigné un camionneur pour une chute de voiture, pendant 3 semaines; il a repris son travail depuis quatre jours et l'assurance me prévient *seulement* qu'elle ne reconnaît pas l'accident l'homme étant, dit-elle, ivre ?

Qu'en pensez-vous ? Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me renseigner. Le motif est-il valable.

Dr A.

II

Appelé à donner mes soins à une jeune femme (enceinte de deux mois) ouvrière dans une fromagerie qui se sent piquée dans le ventre en déplaçant un escabeau pour soigner les fromages, et avorte son enfant. Quelques jours après, j'ai adressé ma note d'honoraires à M. X., patron de l'établissement, lequel est assuré.

Or, l'agent de la Compagnie d'assurance me renvoie ma note et me dit :

« En ce qui concerne la note pour soins donnés à Madame....., la Compagnie «..... » nous répond que ce cas ne saurait, à son avis, être considéré comme un accident du travail, et que, par conséquent, le montant de vos honoraires ne saurait incomber à M. X., ni à la Compagnie « ..... » son assureur, mais doivent rester à la charge de la malade ».

Veuillez donc me donner votre avis pour me permettre d'envoyer ma note d'honoraires au patron ou à l'ouvrière.

Dr T.

Réponse.

Nous vous conseillons de citer devant le juge de paix blessée et son employeurs, en leur réclamant conjointement et solidairement vos honoraires.

Vous n'avez aucun lien de droit avec l'assurance, c'est à ceux qui vous ont mis en œuvre que vous devez vous adresser.

Le magistrat prescrira l'enquête qui déterminera s'il s'agit d'un accident du travail, et dans l'affirmative, prononcera la décision qui s'impose.

Les Compagnies qui n'ont pas usé du contrôle légal ne peuvent contester les honoraires médicaux pour accidents du travail.

Sous ce pli, je vous adresse le relevé d'une note du montant d'honoraires pour accident du travail. La Compagnie d'assurances S.., qu'en théorie nous ne devons pas reconnaître, mais qui est en fait le seul élément avec lequel nous sommes toujours en contact pour le règlement de nos affaires, me dit que son contrôle médical, après examen de ma note, me réduit cette note à 73 fr. (au lieu de 113 fr. que je demande)

parce que les pansements que j'ai faits, ayant été quotidiens jusqu'à la fin du traitement, on en a supprimé cinq. La Compagnie n'admet pas les pansements ments quotidiens jusqu'à la fin du traitement. Pour que ma note ait pu être payée intégralement, il aurait fallu que ces pansements aient été faits tous les deux ou trois jours, par exemple. J'ai répondu à la Compagnie d'assurances que les pansements faits par moi l'ont bien été en réalité, ayant même proposé de montrer mon cahier de jour où j'inscris chaque jour mes actes professionnels. J'ai ajouté que si j'avais fait ces pansements, c'est qu'il m'avait paru nécessaire de les faire, disant encore que la Compagnie d'assurances pouvait se renseigner auprès du blessé.

La Compagnie d'assurances maintient son point de vue et me dit qu'elle consent bien à me payer 81 fr., mais pas plus, supprimant ainsi quatre pansements, au lieu de cinq.

Je n'ai pas voulu accepter cette réduction, sans m'être au préalable renseigné pour savoir qui de nous deux, la *Compagnie* d'assurances ou bien moi, est dans son droit.

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me donner votre avis éclairé que je pourrais, le cas échéant, présenter à la Commission d'arbitrage du Syndicat des médecins de la Seine, à supposer que cet avis me soit favorable.

Il est bien certain que si vous me dites que la Compagnie d'assurances a raison, je n'irai pas à la Commission, car c'est une grosse perte de temps et d'argent, et lorsqu'on a payé les frais que cela occasionne, on en revient tout pensif, méditant à part soi l'apologue du fabuliste.

Dr L.

Réponse.

Par le fait que la Compagnie d'assurances n'a pas usé du droit que la loi lui accordait de faire contrôler l'état du blessé et les soins dont il avait besoin, elle s'est interdit la possibilité de contester valablement vos honoraires.

Vous pouvez user de la Commission d'arbitrage du syndicat des médecins de la Seine, ou vous mettre d'accord avec la blessée et son employeur, pour les citer devant le juge de paix. Ceux-ci appelleront en garantie la Compagnie d'Assurances et sans doute sera-t-elle forcée de s'exécuter.

Les coupons doivent être compris dans la déclaration du revenu

Je touche un coupon de 12 francs pour lequel je paie 2 fr. 65 d'impôt. Devrai-je encore payer l'impôt sur le revenu des 9 fr. 35 que j'aurai effectivement touchés, ou mes impôts sont-ils définitivement payés par ce versement de 22,088 % ?

J'admets fort bien que pour un coupon de 15 fr.

net d'impôts je doive payer l'impôt sur le revenu, mais pour l'exemple en question, ceci me semble déjà assez imposé.

Dr A.

Réponse.

Dans les deux cas, que vous touchiez ou non votre coupon « net d'impôts », le montant dudit coupon (déduction faite des impôts payés) doit être compris dans le montant du « revenu des valeurs mobilières » et entrer ainsi dans la détermination du revenu global servant de base au calcul de l'impôt général sur le revenu.

MARTINOT.

Secret professionnel
Non déclaration de fœtus ou d'enfants

Le parquet de Chaumont reçoit une dénonciation d'avortement criminel. La gendarmerie, le juge de paix, sur commission rogatoire, entendent, à plusieurs reprises la sage-femme ayant donné ses soins. Celle-ci s'abrite derrière l'art. 378 pour ne pas répondre sur la question avortement. On l'inculpe de non déclaration d'*enfant*, sans préciser s'il s'agit d'enfant ou de fœtus.

Après des péripéties nombreuses, le 31 juillet 1923, le Procureur de la République requiert un non lieu, que le juge d'instruction signe le 31 juillet 1923, Tout est bien qui finit bien.

Dr M.

Instructions d'une Commission de contrôle

Cette circulaire, cueillie toute chaude dans mon courrier de ce matin.

Oh ! qu'en termes galants ces choses-là sont dites, et comme Monsieur le préfet manie agréablement la foudre et l'encensoir. « *Alterna camœnæ*.... » comme disaient les anciens !

Mais comme ceci est instructif, mes frères ! Ah ! comme la profession sera belle, comme son exercice sera facile, au jour que d'aucuns osent rêver où nous ne serons plus, nous que l'on disait si épris de liberté et d'indépendance, que d'humbles fonctionnaires sous la férule de tous les tartempions de la IIIe ou IVe République !

F. D.

....

D'autre part, une dépêche ministérielle récente nous a fait connaître que les soins aux mutilés étaient notablement plus élevés dans notre département que dans la plupart des autres. La Commission de contrôle s'est attachée à rechercher les causes de cette différence, qui, une fois éliminée l'indemnité kilométrique plus élevée dans notre région, ne pouvait provenir que d'un facteur personnel aux médecins.

Elle a en effet remarqué chez certains d'entre eux, que la fréquence des visites pouvait paraître hors de proportion avec la gravité des cas et que l'abondance de la médication semblait parfois atteindre *les limites de la vraisemblance.*

Certes, la loi du 31 mars 1919, en adoptant des tarifs rémunérateurs, veut que les mutilés reçoivent les soins que leur sacrifice mérités. Mais elle ne réclame pour eux ni *zèle superflu*, ni *thérapeutique somptueuse*.

Aussi, la Commission est-elle persuadée que le corps médical, en résistant parfois aux exigences des malades, fera le nécessaire pour ne pas éveiller à nouveau *l'attention inquiète du ministre*, et qu'en faisant son devoir avec son dévouement accoutumé, *il saura demeurer au-dessus de toute suspicion*.

J'ai déjà pu constater en toutes circonstances la conscience et le dévouement du corps médical du département. Je suis persuadé que les desiderata formulés par la Commission recevront de vous tous l'accueil favorable qu'ils comportent.

. . . .

Le Préfet, Président, A... B...

Les beautés du contrôle administratif.

Un de nos abonnés recevait la lettre suivante portant la date du 26 mai 1923.

Mon cher confrère. La Commission de contrôle des soins aux victimes de la guerre m'a chargé de visiter un de vos malades, M. X., à .... Pour vous permettre d'assister à cette visite, je vous avertis que j'ai l'intention de me rendre le mercredi 30 courant à 5 heures du soir chez M. X., où je serais heureux de vous rencontrer. Bien confraternellement vôtre X.

Notre confrère ne put que lui répondre : C'est avec plaisir que je me serais rencontré avec vous auprès de M. X., mais j'ai le regret de vous informer qu'il est décédé le 14 mars 1922.

Amusant, ce contrôle un an après la mort du pensionné ; mais il aurait encore été très comique quatorze mois après la guérison. On suppose aux experts des vues rétrospectives dans le passé. Je pense que le contrôle serait utilement complété par l'emploi de tables tournantes ou d'une somnanbule extra-lucide.

M. V.

LÉGISLATION

Loi autorisant les écoles nationales vétérinaires à délivrer un diplôme de docteur vétérinaire.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Le diplôme de docteur vétérinaire est délivré par le ministre de l'instruction publique aux élèves des écoles nationales vétérinaires ayant subi avec succès les épreuves de

fin d'études, après soutenance d'une thèse devant les facultés de médecine de Paris, Lyon et Toulouse.

Le diplôme est également signé par le ministre de l'agriculture.

Art. 2. — Un réglement d'administration publique, rendu sur la proposition des ministres de l'agriculture et de l'instruction publique déterminera les garanties à exiger pour l'attribution de ce diplôme et les conditions dans lesquelles il pourra être délivré aux titulaires actuels du diplôme de vétérinaire.

Art. 3. — Seront punis des peines portées à l'article 259 du code pénal :

1° Ceux qui auront usurpé le titre de docteur vétérinaire ou de vétérinaire ;

2° Ceux qui, étant régulièrement docteurs vétérinaires sans être docteurs en médecine, n'auront pas fait suivre leur titre de docteur du titre de vétérinaire.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Rambouillet, le 31 juillet 1923.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'agriculture, Henry CHÉRON.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, Léon BÉRARD.

Commentaires

Nous désirons attirer l'attention de nos confrères sur les dispositions de l'article 3 de cette nouvelle loi. L'usurpation du titre de docteur vétérinaire, ou de vétérinaire, sera punie des peines prévues à l'article 259 du code pénal.

Que dit cet article 259 ?

« Sera puni d'une amende de cinq cents à dix mille francs, quiconque, sans droit et en vue de s'attribuer une distinction honorifique, aura publiquement pris un titre, changé, altéré ou modifié le nom que lui assignent les actes de l'état-civil. .... Dans tous les actes prévus par le présent article, le tribunal pourra ordonner l'insertion intégrale, ou par extrait, du jugement, dans les journaux qu'il désignera ».

Cette rédaction législative a une grosse importance.

En ce qui concerne les vétérinaires, un arrêt de la Cour de Paris, du 22 novembre 1881, a décidé que « si l'exercice de l'art de guérir les animaux est libre, il ne s'ensuit pas qu'il soit loisible de prendre dans cet exercice la qualification de « vétérinaire », réservée par l'ordonnance du 18 septembre 1825 à ceux qui ont obtenu, dans les conditions qu'elle détermine, un diplôme vétérinaire ; que si l'usurpation de cette qualification ne constitue pas un délit, elle peut constituer un fait de nature à porter préjudice à autrui, notam-

ment aux vétérinaires diplômés résidant dans la même localité et obliger celui qui en est l'auteur, à une réparation ».

Ainsi, l'usurpation du titre de vétérinaire ne constituait pas jusqu'à la loi du 31 juillet 1923, un délit puni par la loi pénale, mais un acte de simple concurrence déloyale, pouvant uniquement obliger son auteur à des dommages-intérêts.

En médecine, la loi pénale n'atteint les usurpateurs du diplome de docteur en médecine que dans deux cas ; 1° si l'usurpateur exerce illégalement la médecine, n'ayant aucun titre quelconque, lui permettant de se livrer à l'art de guérir, ou à l'art dentaire ou à celui des accouchements ; 2° s'il a un diplome de docteur , délivré par une université étrangère, sans qu'il indique l'origine étrangère de son diplôme (loi du 30 novembre 1892, article 19).

Mais si l'usurpateur possède un diplôme d'officier de santé, ou de chirurgien dentiste ou de sage-femme, il n'est passible d'aucune peine, pour l'usurpation du titre de docteur, s'il n'exerce pas illégalement la médecine (Cour de Cassation crim., 3 février 1898 ; cour de Paris, 15 avril 1896).

L'usurpation du titre de docteur, sans aucun exercice professionnel, n'est pas pénalement répressible. Un arrêt de cassation (crim., 6 juillet 1913) confirmant un arrêt de la Cour de Paris, du 23 décembre 1912, reconnaît qu'il n'existe aucun texte permettant de punir un candidiat aux élections législatives, qui, à faux, avait fait suivre sa signature du titre de docteur en droit. La loi du 18 mars 1880, sur la liberté de l'enseignement supérieur, se borne à règlementer les conditions dans lesquelles sont attribués les titres, ou grades universitaires ; que, si elle ne reconnaît qu'aux certificats décernés par les écoles de l'Etat le droit de porter le titre de baccalauréat, de licence ou de doctorat, il ne résulte point de son texte qu'elle ait envisagé, pour les réprimer, soit l'usage d'un titre étranger, soit même l'usurpation d'un titre français.

Sur notre porposition, la C. T. I. avait déja adopté une résolution,pour que soient applicables les pénalités de l'article 259 du Code pénal à toute usurpation de titre scientifique, ou professionnel. Les dentistes ont satisfaction.

Mais, d'autre part, le second alinéa de l'article 3 de la loi du 31 juillet 1923, stipule que seront passibles des mêmes peines les docteurs vétérinaires, qui, sans être docteurs en médecine, n'auront pas fait suivre leur titre de docteur du titre de vétérinaire. Le législateur a reconnu implicitement qu'en France, l'usage a prévalu de ne donner le titre de docteur, sans autre spécification, qu'aux docteurs en médecine seuls.

La loi du 30 novembre 1892, qui ne fut qu'une loi de demi-mesures, serait-elle donc à la veille

d'être réformée ? Ce serait trop beau, car, depuis le fameux Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine tenu à Paris, en 1906, rien n'a été fait pour protéger la santé publique contre tous les exploiteurs de la crédulité humaine, en dehors des procès intentés par les Syndicats médicaux.

Dr Paul BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Arrêté du 25 juillet 1923 concernant les membres de la Commission du Tarif Breton,

Art. 1er. — Sont nommés, en dehors des membres de droit, membres des deux sections de la commission chargée de l'élaboration des tarifs de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail :

MM.

Bienvenu Martin, sénateur, ancien ministre du travail.

Léger, député.

Paul Mercier, député.

Le docteur Quénu, membre de l'Académie de médecine.

Sachet, conseiller à la cour de cassation.

Basset, maître des requêtes au conseil d'Etat.

Ginisty, conseiller référendaire à la cour des comptes.

Art. 2. — Sont nommés membres de la première section (tous accidents du travail autres que les accidents agricoles) :

MM.

Le docteur Auguste Broca, à Paris.

Le docteur Caillaud, à Orléans.

Le docteur Decourt, à Mitry-Mory (Seine-et-Marne).

Le docteur Noir, à Paris

Le docteur Quivy, à Paris.

Limouzain-Laplanche, sénateur, membre du syndicat des pharmaciens de la Charente.

Vaudin, membre de l'association générale des pharmaciens de France.

Malardé, ancien membre du conseil supérieur du travail.

Quillent, secrétaire du conseil judiciaire de l'union des syndicats du département de la Seine.

E. Borderel, ancien président de section au tribunal de commerce de Paris.

Emile Dupont, directeur des docks et entrepôts du Havre, vice-président de l'association des employeurs de main-d'œuvre dans les ports de France.

Lampre, administrateur de la société des hauts fourneaux, forges et aciéries de Denain et Anzin.

Pascalis, membre de la chambre de commerce de Paris.

Beaumont, sous-directeur de la compagnie la Foncière.

Delmas, directeur de la compagnie la Préservatrice.

Fontane, directeur du syndicat général de garantie du bâtiment et des travaux publics.

Sagot, directeur de la caisse syndicale d'assurance mutuelle des agriculteurs de France.

Senly, directeur de la caisse syndicale des forges de France.

Art. 3. — Sont nommés membres de la deuxième section (accidents agricoles) :

MM.

Le docteur Bourdon, à Etrépagny (Eure).

Le docteur Dibos, à Mont-de-Marsan (Landes.)

Le docteur Humbel, à Poissy (Seine-et-Oise).

Le docteur Lefèvre, à Vailly-sur-Sauldre (Cher).

Le docteur Renon, à Niort (Deux-Sèvres).

Guérin, député, vice-président du syndicat des pharmaciens de la Manche.

Moreau, pharmacien à Briénon, président du syndicat des pharmaciens de l'Yonne.

Bourgeois, secrétaire du syndicat des ouvriers agricoles de la Brie.

Edouard Gervaise, contremaître agriculteur.

Victor Borel, ancien ministre, président de la société nationale d'encouragement à l'agriculture.

Henri Girard, membre du Conseil supérieur de l'agriculture.

J.-H. Ricard, ancien ministre, président de la confédération nationale des associations agricoles.

De Vogüe, président de la société des agriculteurs de France.

Courtial, directeur de la société mutuelle d'assurances des Travailleurs français.

Garcin, administrateur de la caisse régionale d'assurances-accidents du Sud-Est.

J.-B. Martin, président de la mutuelle agricole tourangelle.

Tardieu, directeur de la compagnie d'assurances à primes fixes la Prévoyance.

Vimeux, administrateur délégué de la caisse nationale de réassurances des mutuelles agricoles.

Art. 4. — Sont nommés :

Président de la commission, M. Bienvenu-Martin, sénateur ; vice-présidents, MM. Léger, député (1re section) et Paul Mercier, député (2e section) ; secrétaire, Mlle Lucie Allier, chef de section au contrôle des assurances privées.

Albert PEYRONNET.

Quarante-cinquième année | N° 34 | 26 Août 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical* de M. le docteur COLLIGNON, de Routot, la somme de 5 francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.) Caffeau.
Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Monestier de Clermont (Isère). Bayle.
Rousses (les). Moreau.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Rousin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 415. — A céder clinique A. T. et V. U. très bien sit. dans quartier pop. carrefour impt. Payement p. mensualités.

Nº 416. — Excel. occ. : à vend. de suite conduite int. 4 pl., Peugeot, 10 HP., 1922, et neuf, fonct. parf., peint. défraîchie, écl. et démar. élect. Prix 16.000. Dr Golard, Ornans (Doubs).

Nº 417. — Excel. poste à céder près Paris Aff. faites en 1921 et 1922 : 70.000 p. an. Loyer 1.800. Indem. à déb. Faire offres.

Nº 418. — Infirmière dem. p. dirig. Lille crèche moderne 100 enf. Indiquer âge réf., prét. à M. Blaizot, 17, rue Guillaume-Tell, Lille. Ne pas se prés. s. convocation. Conviendrait à veuve de guerre ; dip. pas indisp.

Nº 419. — On demande infirmière ou ménage infirm. Institut Médico-pédagogique, 22, rue St-Aubin, Vitry-sur-Seine.

Nº 420. — Chimiste diplômée ou licenciée ès sciences chimie, demandée comme assist. labor. province 800 fr. p. mois, logée, 10 % s. analyses.

Nº 421. — S.-et.M. Poste ch.-lieu canton à céder. Rapp. 35.000. Grd. rayon Méd. ch. de fer. Indem. 15 à 16.000 suiv. compt. 8.000 compt. Minim. Pressé.

Nº 422. — Confrère dés. ach. livres occ. particul. Edit. compl. grands auteurs.

Nº 423. — A vendre p. cause déménagt. table gynéco. pliante Haran avec coussin et tabouret, gr. vaisselier norm. ; buffet norm ; buffet bas à glace ; clavecin Pleyer 1830 ; gr. paysage p. Gd. pr. de Rome ; salon Louis XV (7 pièces) avec housses et rideaux, commode empire anc., 2 tab., téléph., etc.

Nº 424. — Demande à acheter table de Ducroquet d'occasion.

Nº 425. — Docteur 35 ans, célibat., demandé pour repr. post import. ds chef-lieu cant., aff. 35 à 40.000 ; serv. pouvt. se faire en gr. part. en auto.

Nº 426. — Docteur, 40 ans, marié, courant moyenne chirurgie, capitaux, cherche collabor. rétr. ds gr clinique chirurgicale Paris.

Nº 427. — A céder ds Gr. banl. Paris, bon poste faisant 35.000. Méd. ch. d. fer, vaste maison, pays riche, agréable. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 428. — Bonne client., rég. Nord, 4 h. de Paris, seul méd. rapport 60.000 suscept. dévelop., gr. mais. confor. Présent. sér. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Réclamation d'honoraires pour accident du travail.

Un accidenté du travail à qui j'ai remis à la fin de son traitement, le 22 janvier dernier, ma note d'honoraires l'a envoyée à son agent d'assurances. Il a été payé peu de jours après de ses journées d'invalidité, mais quant à moi, j'attends toujours. J'en ai parlé plusieurs fois au blessé et dernièrement encore il a écrit à l'agent d'assurances qui ne répond jamais.

Que dois-je faire pour recevoir ce qui m'est dû ?

Réponse.

Vous n'avez aucun lien de droit avec la Compagnie d'assurances, et c'est à votre client, ainsi qu'à son employeur, qu'il faut réclamer vos honoraires.

Mettez-vous d'accord avec eux pour qu'ils comprennent la situation, et citez les conjointement et solidairement devant le juge de paix

Le patron appellera son assurance en garantie et c'est celle-ci qui finalement sera condamnée à vous régler.

Dr G. D.

Conditions pour entreprendre les études de chirurgien-dentiste.

Je viens vous demander s'il n'y a pas possibilité *pour un jeune homme* ayant échoué plusieurs fois au baccalauréat d'entreprendre des études afin de pouvoir exercer légalement *l'art dentaire.*

Le diplôme de bachelier est-il absolument nécessaire pour obtenir le diplôme de *chirurgien-dentiste* ?

Dr F.

Réponse.

Pour obtenir le diplôme de chirurgien dentiste les études durent cinq ans (2 années de stage, 3 années de scolarité). Il faut avoir 16 ans accomplis et produire soit le diplôme de bachelier, soit le brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Il y a à Paris trois écoles libres : l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour d'Auvergne ; l'Ecole odontotechnique, 5, rue Garancière, et l'Ecole dentaire française, 25, boulevard Saint-Martin.

Les mémoires des experts sont soumis au droit de timbre à la charge de ceux-ci.

Je suis expert près le tribunal départemental des pensions et le greffe m'a adressé 7 mémoires pour 7 expertises. Chaque mémoire de 25 francs, taxe officielle. Je me suis présenté au bureau de l'enregistrement pour toucher ces 175 francs, mais quelle n'a pas été ma stupéfaction lorsque je me suis vu retenir *par mémoire* : 4 francs de timbre plus 0,25 cc. d'acquit soit 4 fr. 25, au total 29 fr. 75. Cela ramène à 20 fr. environ, les honoraires pour chaque expertise.

Il paraît d'ailleurs que c'est légal. Je viens toutefois vous prier de renseigner en même temps les confrères qui sont experts près un tribunal de pensions. Il me paraît néanmoins extraordinaire qu'une retenue de 25 % puisse être faite sur des honoraires déjà modestes et ne serait-il pas possible d'agir auprès du ministère des pensions pour lui signaler ce cas ?

Dr R.

Réponse.

Hélas oui, c'est parfaitement légal et vous n'avez aucun moyen de vous soustraire au payement des frais de timbre afférant à vos mémoires d'expertises.

Nous ne pouvons que déplorer avec vous cette charge fiscale qui s'impose aux créanciers de l'Etat chaque fois qu'ils lui remettent une note.

1° Remplacements des étudiants. 2° La consultation n'est pas la guérison des accidents du travail.

1° Quelles sont les conditions requises pour qu'un étudiant en médecine puisse faire des remplacements.

2° Il m'est arrivé dernièrement qu'un accidenté du travail paraissant bien guéri d'une plaie de la jambe avait cru devoir, sur mon autorisation écrite, reprendre son service et ce, deux jours avant l'expiration de la durée de l'incapacité. Mon certificat de guérison avait été fait sur la demande même de l'ouvrier et du patron qui l'exigeait pour la reprise du travail.

Deux jours après, la plaie s'est rouverte et l'ouvrier a dû cesser à nouveau ses occupations.

Pareille chose pouvant arriver même après parfait accomplissement de l'incapacité prévue n'y aurait-il pas un moyen bien simple d'en éviter le retour ? Ce serait de ne délivrer le certificat de guérison que quelques jours après la reprise effective du travail. Mais est-ce possible légalement ?

Dr G.

Réponse.

1° Les étudiants en médecine sont autorisés à faire de sremplacements par le préfet du département pendant 3 mois au maximum quand leur scolarité est terminée (16 inscriptions ancien régime ; 20 inscriptions nouveau régime).

2° Vous trouverez dans le *Concours médical* du 5 courant la réponse à votre deuxième question : il est prudent de ne pas certifier la guérison de la blessure, mais seulement sa consolidation permettant la reprise du travail, sous toutes réserves de complications possibles. Ce faisant, vous êtes en règle avec la loi, et les intérêts de votre blessé sont sauvegardés.

Contestations d'honoraires

Je viens vous prier de vouloir bien me faire connaître la ligne de conduite à tenir pour obtenir satisfaction d'un client récalcitrant.

J'ai adressé ma note, sous enveloppe fermée, le 3 juillet ; n'ayant pas obtenu paiement, je l'ai envoyée en recouvrement par poste le 25. Elle m'est revenu « refusée » ce jour (soins donnés en avril et mai dernier).

Voici les points particuliers sur lesquels je désirerais être éclairé :

1° Suis-je obligé de m'adresser à la justice de paix du canton où le client a son domicile ?

2° Si oui, le siège de cette justice de paix se trouve à 12 km. de chez moi (domicile du client : S.-A. canton de C. ; mon domicile faisant partie du canton de J.) serais-je en droit de réclamer en sus de ma

note, une indemnité et laquelle pour me rendre à la convocation du juge et mon temps perdu ? Je ne vais *jamais* à C. (12 km.) le chef-lieu du département se trouvant à 17 km. de C. (ma résidence) et toute ma famille habitant R.

3° Dois-je me déplacer pour exposer mon cas et faire céder mon client ou suffit-il de le faire par lettre au greffe de justice de paix (cela m'éviterait un déplacement).

4° Le client récalcitrant a cherché à me nuire dans ma clientèle, j'ai été prévenu mais personne *n'ose* venir en témoigner. Si le client, comme je le pense, me diffame en présence du juge de paix, puis-je en profiter pour réclamer, par exemple, des dommages-intérêts pour le préjudice causé ?

Si mon exposé ne vous paraît pas assez clair, je suis à votre disposition pour vous donner tous les détails que vous désirerez.

J'espère ne pas avoir besoin de recourir à l'aide du « Sou » pour obtenir satisfaction ; à tout hasard je vous serais reconnaissant de me dire dans quelles conditions je pourrais faire appel.

Dr C.

Réponse.

1° C'est devant le juge de paix du domicile de votre client que vous devez actionner celui-ci.

2° Vous n'avez pas le droit de réclamer d'indemnité pour le cas où vous vous rendriez vous-même à la justice de paix, afin de défendre vos intérêts.

3° Mais vous pouvez vous faire représenter devant le magistrat par un agent d'affaires ; le greffier ne saurait être votre mandataire.

4° Si votre client vous diffame à l'audience, vous demanderez immédiatement au juge de paix de prendre acte des propos malveillants tenus contre vous et vous pourrez ensuite en demander réparation.

5° Dans les simples recouvrements d'honoraires en justice de paix, qui n'entraînent que des frais minimes, le « Sou médical » n'accorde que son appui moral. Si le jugement intervenu était porté en appel, soit par vous, soit par votre adversaire, vous nous en préviendriez, et nous examinerions dans quelle mesure le « Sou » pourrait vous accorder en plus son appui pécuniaire.

Dr G. D.

Durée de la prorogation légale des locations d'avant guerre des mobilisés

J'occupe depuis avant guerre par location verbale, la maison où j'exerce ma profession de médecin.

Mon propriétaire m'a donné congé verbalement en avril 1919. J'ai répondu le 25 avril 1919 par acte

extra-judiciaire que je désirais bénéficier de la prorogation accordée par la loi.

Deuxième congé par écrit en juillet 1919 ; j'ai cru devoir répondre par une nouvelle notification dans les 20 jours suivants, le 25 juillet 1919.

J'ai comparu le 2 octobre 1919 devant la Commission arbitrale qui m'a accordé une prorogation égale à la durée des hostilités c'est-à-dire de 5 ans et 83 jours.

Quel est le point de départ de la prorogation et à quelle date extrême suis-je tenu de quitter mon logement, étant donné que je paye mon loyer le 1er janvier et le premier juillet, terme échu ?

Ma notification à mon propriétaire ayant eu lieu avant le 24 octobre 1919 date de la cessation des hostilités, c'est à mon avis, de cette dernière date que doit partir la prorogation. Les cinq ans et 83 jours seront écoulés le 15 janvier 1925 et comme j'ai droit à un délai suffisant pour achever le terme d'usage, c'est le 1er juillet 1925 que je devrais avoir quitté mon logement.

Vous voudrez bien me faire savoir si mon interprétation est vraie ou fausse, afin que je puisse prendre mes dispositions en temps voulu.

Dr B.

Réponse.

Vous êtes tout à fait dans le vrai et c'est à partir du 24 octobre 1919, date de la cessation des hostilités, que court votre prorogation.

Augmentation de pension militaire pour myopie

Un mutilé de guerre, officier actuellement en exercice, touchant une pension pour invalidité de 30 % à la suite d'une blessure au niveau du mollet droit, a vu sa myopie s'accentuer pendant la guerre et depuis l'armistice.

Peut-il faire valoir la diminution de son acuité visuelle pour demander une augmentation de pension ?

Dr P.

Réponse.

Ce mutilé de guerre aurait peu de chance de voir aboutir sa demande, même si son vice de réfraction avait été constaté durant sa présence sous les drapeaux.

En ce cas, il aurait bien droit à la présomption légale pour l'aggravation de ses yeux, mais la preuve contraire découlerait de ce fait qu'il s'agit de l'évolution normale par aggravation d'un vice de réfraction, qui lui-même résulte d'une conformation du globe oculaire, ainsi qu'il est démontré par l'anatomie, la physiologie et l'optique.

G. F.

Conditions du départ du demi-salaire des accidentés du travail

Plusieurs accidentés du travail demandent que leur certificat de guérison ne soit signé qu'après une

interruption de 12 jours afin de leur permettre de toucher leur demi-salaire depuis le 1er jour de l'accident.

Or dans le texte de la loi de 1898, que j'ai sous les yeux, il est dit que l'ouvrier touche son demi-salaire « si l'incapacité de travail a duré plus de quatre jours et à partir du cinquième jour ».

Existe-t-il un nouveau texte de loi infirmant ou complétant ce qui précède et dans ce cas où pourrai-je me le procurer ?

Je suis obsédé par cette histoire des 12 jours fatidiques et je voudrais bien avoir un texte officiel à opposer à ces réclamations qui me paraissent abusives pour des accidents de minime importance.

Dr C.

Réponse.

Si l'incapacité de travail a été supérieure à 4 jours et inférieure à 10 jours (et non à 12), le demi-salaire n'est dû qu'à partir du 5e jour.

Si elle est supérieure à 10 jours le demi-salaire est dû à partir du 1er jour.

Voyez l'art. 3 de la loi de 1898.

Base de la contribution foncière.

J'ai toujours payé la contribution foncière de la maison que j'habite sur un revenu de 663 fr. 75 correspondant à un loyer de 800 fr. ; je suis propriétaire de cette maison. Je payais la personnelle mobilière et la patente sur la même base, « loyer de 800 fr. ».

Or cette année 1923, je suis imposé pour la contribution foncière sur le même revenu 663 fr. 75, mais mon loyer, base de la patente et de la personnelle mobilière a été porté à 1.200 fr. soit 50 % d'augmentation.

Suis-je en droit de faire une réclamation au sous-préfet dans les 3 mois, pour augmentation non motivée de la base servant au calcul de la patente et de la personnelle mobilière.

Dr L. L.

Réponse

La base de la contribution foncière ne pourra pas changer tant qu'il n'aura pas été procédé à la révision générale de l'évaluation des propriétés bâties.

En ce qui concerne la patente, le droit proportionnel doit être basé sur la valeur locative actuelle des locaux que vous occupez ; comme vous êtes propriétaire, nous estimons que vous ne pouvez être plus mal traité au point de vue fiscal que le locataire qui bénéficie d'une prorogation de cinq ans lorsqu'il a été mobilisé : une réclamation peut donc être adressée au Préfet en invoquant ce motif.

En ce qui concerne la contribution personnelle mobilière le loyer de base doit être établi par

(Voir la suite page XXXIX-2883)

PROPOS DU JOUR

La médecine aux colonies : En Nouvelle-Calédonie. Médecins civils et médecins militaires.

Il est difficile de correspondre avec les Antipodes, et c'est à peine si l'on peut échanger deux ou trois lettres dans une année. Cela n'empêche que nous avons reçu à diverses époques, depuis le début de l'année, des journaux locaux et coloniaux où nous avons lu avec intérêt des articles ayant trait à la médecine civile en Nouvelle-Calédonie. Tous ces articles viennent à l'appui de ce que nous avons écrit ici : c'est que les médecins de colonisation à contrat n'ont aucun intérêt à aller à Nouméa, parce que, s'ils sont assurés de toucher une indemnité pour l'assistance indigène, l'administration les prive systématiquement des honoraires attribués à d'autres services coloniaux qu'elle confie à des médecins de marine ou de l'armée coloniale. Ces médecins, qui ont de grands loisirs et bénéficient du prestige des galons, encore très puissant aux colonies, s'occupent (ce qui est assez naturel, puisqu'on le leur permet) en faisant de la clientèle civile, gratuite ou payante. Il en résulte que le médecin civil, lié par un contrat, ne peut gagner sa vie ou a une situation bien au-dessous de celle qui lui avait été promise. Il prend sa profession en dégoût et quitte l'île, si l'administration, elle-même, n'est obligée de dénoncer son contrat et de le rapatrier. Ce fait vient de se produire récemment, et un journal local : *Le Bulletin du commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles-Hébrides*, du 5 mai 1923, dans un article qui serait qualifié, en France, de diffamatoire, expose les raisons présumées du départ d'un de nos confrères. Ayant conscience d'ailleurs de son manque de .... courtoisie, et voulant paraître faire acte de courage, le rédacteur anonyme met en note :

Au moment de la publication du *Bulletin du Commerce*, le Dr X. est encore présent à Nouméa.

Or, nous écrit-on, le journal en question paraissait à 5 h. du soir, et le Dr X. s'embarquait sur la *Ville de Metz* le lendemain à 7 h. du matin. Déplorons ces mœurs coloniales et passons. Au cours de cet article, nous lisons : « D'autres médecins de colonisation ont précédemment quitté la colonie à expiration de leurs contrats, il est vrai, mais ils avaient de nombreuses fautes professionnelles à se reprocher, et la population de leur circonscription ne pouvait les voir partir qu'avec grande satisfaction.

« Ces médecins, en arrivant en France, ont déblatéré vivement la colonie et ses habitants (*sic*), *entassant mensonges sur mensonges dans les publications médicales*. Ces manœuvres déloyales ont jeté une véritable déconsidération sur la colonie, *à tel point qu'elles ont nui considérablement au recrutement des médecins de colonisation pour la Nouvelle-Calédonie* ».

Le recrutement des médecins civils en Nouvelle-Calédonie ne se fait plus, et la publication d'articles semblables n'est point faite pour le faciliter. Mais comment veut-on que des médecins civils se risquent à aller exercer dans cette île quand on lit dans les journaux locaux :

« Par décision ministérielle du 24 janvier 1922, ont été désignés pour servir en Nouvelle-Calédonie : M. le médecin-major de 2e classe Genevray, du Camp de Fréjus et M. le médecin aide-major de 1re classe Madalame, du 2e régiment A. C. (désignés tous les deux pour servir hors cadres). Ils embarqueront à partir du 25 février 1922 ».

Comme garnison, la Nouvelle-Calédonie a un effectif de 100 à 150 hommes ; il est probable que les soins donnés à nos soldats n'absorberont pas l'activité de deux médecins militaires, et qu'ils s'occuperont à remplir les postes administratifs et à soigner la clientèle civile, c'est-à-dire à enlever aux médecins civils les seules ressources qui pourraient les retenir ou les attirer à Nouméa.

Comme c'est le *Bulletin du Commerce du 24 mars* 1922 qui a publié la nouvelle de l'arrivée des deux médecins militaires, il n'a pas besoin de rechercher, dans les « mensonges » parus dans les publications médicales de France, les causes qui éloignent, et éloigneront tant qu'elles existeront, les médecins français libres de la Nouvelle-Calédonie.

Le rédacteur du *Bulletin du Commerce* de Nouméa est bien imprudent, en affirmant sans preuves que nos confrères revenant de Nouvelle-Calédonie ont « *entassé mensonges sur mensonges dans les publications médicales* ».

Veut-il savoir où nous nous sommes documentés ? C'est dans un article de tête du journal

« *Les Annales coloniales* », du 29 juillet 1922, intitulé : *Les médecins coloniaux civils ne veulent plus se laisser manger par les militaires.* Cet article, de plus de deux longues colonnes, a trait tout particulièrement à la Nouvelle-Calédonie où l'auteur, tout en se défendant, comme nous d'ailleurs, de faire la guerre aux médecins militaires et de mettre en doute leur courtoisie et leurs sentiments de bonne confraternité, reproche à l'administration coloniale de confier à ces médecins militaires les fonctions qui pourraient attirer et indemniser les médecins civils : hôpital, direction de la santé du port, service médical du pénitencier, laboratoire de bactériologie, service sanitaire des prostituées, des détenus de la prison civile, soins aux lépreux, soins aux fonctionnaires du chef-lieu, lazaret, etc. Cet article est signé, et non par un médecin revenu de Nouméa, mais par un homme qui doit être renseigné quand même : *M. Georges Barthélemy*, député du Pas-de-Calais, délégué du Soudan français et de la Haute-Volta au Conseil supérieur des colonies.

Nous nous sommes encore documenté dans un numéro de *La France Australe*, publié à Nouméa, le 13 septembre 1922, où a paru un article très pondéré, très conciliant, très raisonnable, intitulé : *Médecins civils et militaires aux colonies. Est-ce la réforme attendue* ? Ecrit à propos de la nomination de M. le Dr Le Roy des Barres, médecin civil, aux fonctions de directeur du service de santé de l'Indo-Chine ; cet article est signé par M. le Dr Brémont, ancien médecin directeur de l'hôpital civil de Cayenne. Il expose comment l'on pourrait facilement assurer aux médecins civils une situation suffisante et digne, sans leur opposer les médecins militaires ou les subordonner à ces derniers.

Les faits sont les faits. Il n'y a pas à discuter ce qui existe, et à traiter de « mensonges » des informations, hélas ! trop véridiques. Le résultat est que la Nouvelle-Calédonie est privée de médecins civils, et que sa population s'en plaint ; au lieu de s'en prendre à ces derniers, ce qui est un singulier moyen de les attirer, que les journaux locaux s'attaquent à l'administration et exige sur ce point qu'elle change de politique.

Nous serions heureux de voir de jeunes confrères civils, qui ont peine à vivre en France, trouver des situations, sinon avantageuses, tout au moins honorables et suffisantes aux colonies et à Nouméa ; mais nous estimons qu'il est coupable, même criminel, d'attirer aux antipodes de jeunes médecins en faisant miroiter à leurs yeux le mirage d'une vie enchanteresse, avec des promesses qui ne seront pas tenues. Notre devoir de journaliste médical, de défenseur des intérêts professionnels de nos confrères, est de les prévenir et de leur éviter des désillusions.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'INSUFFISANCE SURRÉNALE

Par Jacques Decourt,

Interne des Hôpitaux de Paris.

L'histoire de l'insuffisance surrénale a été très mouvementée. Et, sans doute, elle est encore loin de se clore. Nous verrons cependant qu'il s'en dégage un certain nombre de faits d'une grande valeur pratique, et que, si le débat reste autant que jamais ouvert au sujet des questions de pathogénie, du moins la clinique s'est enrichie d'acquisitions d'une valeur certaine.

C'est en 1855 qu'Addison, décrivant la « maladie bronzée » qui porte son nom, attira pour la première fois l'attention sur l'importance des capsules surrénales, dont il constatait la destruction pathologique presque complète à l'autopsie des sujets morts de cette maladie bronzée. L'année suivante, Brown-Séquard vient démontrer expérimentalement que ces glandes sont indispensables à la vie. Pratiquant l'ablation des deux surrénales chez l'animal, il provoque la mort rapide après une succession d'accidents qu'il note soigneusement : affaiblissement très spécial, plus intense que l'affaiblissement passager qui succède à toute intervention opératoire expérimentale ; modifications de la respiration et de la circulation conduisant

à un état syncopal ; refus des aliments ; arrêt de la digestion, vomissements ; hypothermie ; crampes et convulsions ; enfin, en quelques heures, mort par syncope ou asphyxie.

Nous verrons que ce syndrome expérimental méritait d'être rappelé, en raison de son analogie frappante avec le syndrome clinique d'insuffisance surrénale aiguë décrit par Sergent et Bernard.

Malheureusement ces expériences furent, à l'époque, fortement contestées par des auteurs qui avaient essayé de les reproduire, mais dans des conditions défectueuses.

Il faut arriver aux travaux d'Abelous et Langlois (1891-92), puis de Langlois seul (1893-97) pour les voir définitivement confirmées et pour voir les capsules surrénales classées comme glandes à sécrétion interne. Langlois montre en outre que l'ablation d'une seule surrénale est sans effet (l'autre subissant rapidement une hypertrophie compensatrice), et, bien plus, que la survie de l'animal décapsulé peut être assurée si on conserve seulement *le onzième du poids total* de ces glandes (loi de Langlois). Ceci nous explique comment les physiologistes qui, après Brown-Séquard, voulurent reproduire ses expériences, mais ne faisaient que des ablations incomplètes, purent avoir des résultats contradictoires.

En clinique, c'est à Sergent et Bernard (1898-99) que revient le mérite d'avoir, les premiers, attiré l'attention sur l'existence de syndromes surrénaux aigus superposables aux accidents observés par les physiologistes chez les animaux privés de surrénales. L'insuffisance surrénale vit dès lors son champ s'élargir hors du cadre de la maladie d'Addison, dont ces auteurs montrèrent le démembrement nécessaire. Nous allons voir le chemin — excessif, disent certains auteurs — qu'elle a fait depuis lors à travers la pathologie.

Quoi qu'il en soit, il convient à l'heure actuelle d'envisager :

1° *L'insuffisance surrénale lente*, telle qu'on la retrouve d'une part au milieu de la symptomatologie de la maladie d'Addison, et telle qu'on peut l'observer d'autre part à l'état de syndrome pur : nous verrons en effet que la maladie d'Addison, comme l'ont montré Sergent et Bernard, est un syndrome complexe, où l'insuffisance surrénale n'est pas à l'état de pureté, mais associée à des troubles d'une autre nature (altérations du sympathique).

2° *L'insuffisance surrénale aiguë*, qui, elle aussi, tant par les conditions dans lesquelles elle peut survenir, que par les aspects cliniques qu'elle peut revêtir, va se présenter de façons très variables.

Dans l'un et l'autre cas, comme le faisait entrevoir la loi de Langlois, l'I. S. sera réalisée en clinique lorsqu'il y aura un processus de destruction des *deux* capsules. Il importe de faire remarquer d'emblée que ce processus est, dans la grande majorité des cas, de nature tuberculeuse.

I. — Insuffisance surrénale lente (1).

Sans doute, semblerait-il logique de décrire tout d'abord le syndrome de l'insuffisance capsulaire pure, pour lui ajouter ensuite les éléments qui composeront le tableau complet de la maladie d'Addison.

Mais outre que les conceptions pathogéniques constituent encore un terrain trop mouvant pour qu'on s'y appuie avec sûreté, puisque le syndrome addisonnien fut le premier décrit et qu'il reste le mieux connu, et puisque aussi bien ici nous avons moins à nous soucier de classifications nosologiques doctrinales que d'ensembles cliniques pratiques, c'est la maladie d'Addison que nous décrirons tout d'abord.

Maladie d'Addison.

La maladie d'Addison est un syndrome mixte, caractérisé d'une part par des signes d'insuffisance surrénale lente : asthénie, troubles gastro-intestinaux, troubles cardio-vasculaires, auxquels s'associent d'autre part des signes d'irritation sympathique : douleurs, troubles pigmentaires consistant en une teinte bronzée des téguments qui a fait donner son nom à la maladie (bronzed disease, Addison).

Les *lésions anatomiques* capables de la déterminer relèvent dans l'immense majorité des cas d'une *tuberculose chronique des deux capsules*. Parfois on trouve les glandes volumineuses, irrégulières, bosselées par la présence de tubercules isolés dont les uns sont encore crus, d'autres déjà ramollis, d'autres enfin calcifiés. Plus souvent, on isole difficilement la glande d'une masse de périsurrénalite fibreuse ou scléro-lipomateuse, au milieu de laquelle la coupe vient la révéler complètement caséifiée (réalisant parfois un véritable abcès froid surrénal), ou bien au contraire sclérosée, atrophiée.

Souvent, on trouve des lésions concomitantes du sympathique et des ganglions semi-lunaires. Le plexus solaire peut être englobé, en partie détruit par des masses caséeuses. On a pu trouver des lésions dégénératives des filets nerveux. Nous verrons d'ailleurs qu'il n'est point besoin de lésions macroscopiques aussi évidentes pour expliquer l'irritation du sympathique.

(1) C'est donc à la description des syndromes cliniques réalisés par l'insuffisance surrénale que nous nous attacherons tout d'abord. Nous terminerons par un bref exposé de sa conception pathogénique, suivi de conclusions thérapeutiques. Pour ne pas charger excessivement cet article, nous nous contenterons de rappeler en cours de route les notions d'anatomie pathologique qui s'y rapportent.

Signalons que dans quelques cas c'est une *syphilis des surrénales* qui a pu être en cause dans la détermination du syndrome addisonnien, sous forme de gommes ou d'amas scléro-gommeux. Pour si exceptionnels qu'ils soient, ces cas n'en sont pas moins intéressants à connaître en raison des sanctions thérapeutiques qui peuvent leur être appliquées.

Parfois, il s'agit de *surrénalites scléreuses*, constituées par un tissu dur, criant sous le couteau. Cette sclérose, qui peut, dans certains cas, n'être bien mise en évidence que sur les préparations histologiques, peut être le fait de la tuberculose, de la syphilis, mais aussi parfois n'est que la séquelle d'une infection ancienne ; nous aurons à revenir sur ces cas qui déterminent plutôt de l'insuffisance surrénale pure.

Le *cancer* enfin n'est pour ainsi dire jamais la cause de maladie d'Addison, car il n'est qu'exceptionnellement bilatéral et ne peut donc déterminer d'insuffisance surrénale.

La cause de beaucoup la plus importante des syndromes addisonniens est donc la tuberculose. Celle-ci apparaît presque toujours comme *cliniquement primitive*. Elle frappe des sujets jeunes, de 15 à 30 ans habituellement, qui n'ont aucune lésion pulmonaire en évolution, et présentent tout au plus des lésions éteintes : cicatrices d'abcès froid osseux ou ganglionnaire, taches d'adénopathie trachéo-bronchique calcifiée, ombre d'un sommet ou d'un cul-de-sac pleural, révélées seulement par la radioscopie.

Symptômes. — Le *début* de la maladie est très insidieux. Il s'agit de sujets qui se trouvent très fatigués, incapables d'un effort prolongé. Cette asthénie va aller en s'accroissant, et va demeurer le symptôme dominant. Des douleurs, des troubles digestifs apparaissent en même temps, et vont décider le malade à consulter. Parfois pourtant, ces symptômes fonctionnels restent assez effacés au début pour que l'attention du malade et du médecin soit d'abord attirée par la teinte bronzée des téguments : la mélanodermie.

Mais peu à peu, ces symptômes vont se préciser, se grouper, pour réaliser le tableau classique de la *période d'état.*

L'*asthénie* est le symptôme majeur de l'insuffisance surrénale. Il n'existe aucune paralysie, les articulations sont libres, et pourtant les mouvements semblent pénibles. Il s'agit en réalité d'une lassitude extrême que, malgré toute sa volonté, le malade ne peut surmonter. Tout d'abord il est capable de marcher encore, de fournir certains efforts, à condition qu'ils ne soient pas trop répétés ; puis il devient véritablement avare de mouvements, reste constamment assis, puis se confine au lit. Le matin il se réveille avec la même lassitude intense. Il reste bientôt immobile, indifférent à ce qui l'entoure, ne répondant qu'à regret et comme avec effort aux questions qu'on lui pose, refusant même de s'alimenter pour éviter tout mouvement.

Cette asthénie, par son importance, mérite une étude toute spéciale. Elle traduit, en effet, une *fatigabilité* excessive du sujet, que vient mettre en évidence l'épreuve du dynamomètre : lors d'une première détermination de la force du malade, on trouve que celle-ci est souvent à peu près normale. Mais lors des déterminations successives, on la voit décroître rapidement, et bientôt devenir nulle. Le *travail* fourni est donc insignifiant. Des appareils spéciaux, imaginés par Mosso, par Camus, et désignés sous le nom de dynamoergographes, permettent d'enregistrer ce travail, et de déterminer la *courbe de fatigue.* Celle-ci, qui, chez un sujet normal, s'abaisse lentement et progressivement, se montre au contraire très rapidement décroissante chez un addisonnien, tombant vite au zéro. C'est là peut-être le symptôme le plus essentiel de l'insuffisance surrénale.

Des *troubles digestifs* viennent s'ajouter à cette asthénie. L'*anorexie,* parfois complète, est la règle. Des *vomissements* vont s'installer : faciles et spontanés, survenant souvent le matin peu de temps après le réveil, ils se font soudainement, sans efforts. Les matières vomies sontabondantes, muqueuses, filantes, incolore sou teintées de bile. Plus tard ces vomissements vont se répéter dans la journée, survenant après le repas ou au milieu de l'après-midi. Ils peuvent s'accompagner de douleurs profondes, et réaliser de véritables crises, rappelant les crises tabétiques. Ils entraînent un *amaigrissement* rapide. A cette période, la *constipation* est la règle : elle fera place plus tard à une diarrhée profuse.

Les *douleurs* sont inconstantes. Quand elles existent, elles sont le plus souvent continues, avec des exacerbations paroxystiques. Elles siègent aux parties latérales de l'épigastre, parfois dans l'hypochondre ou la région lombaire. Elles ne s'accompagnent pas de contracture abdominale, ne sont le plus souvent pas exagérées par la palpation. Ce sont habituellement des douleurs fixes, sans irradiations. Parfois pourtant elles se diffusent vers le thorax ou même les épaules. Il est exceptionnel de les voir irradier vers les aines. Enfin, dans certains cas, la pression profonde au niveau de l'extrémité de la 12e côte détermine un point douloureux fixe (point de Martineau).

Souvent des palpitations au moindre effort, voire même des lipothymies, des bourdonnements d'oreille, des vertiges, des accès d'amblyopie transitoire, viennent traduire les importants *troubles circulatoires* que l'examen physique mettra en évidence.

Enfin, parfois, des *troubles cérébraux,* d'ordre toxique, s'ajoutent à ces perturbations fonction-

nelles : l'asthénie psychique déjà signalée peut devenir un véritable état de prostration, parfois entrecoupé d'un subdélire onirique. A un moindre degré, les malades apathiques, abouliques, très irritables, offrent le tableau de la neurasthénie.

A l'examen du malade, ce qui va tout d'abord frapper, c'est la *mélanodermie.* Elle est le maître-symptôme de la maladie décrite par Addison, cette « singulière cachexie spécialement caractérisée par la teinte bronzée que prennent les téguments » (Trousseau). Souvent fort discrète au début, elle apparaît tout d'abord au niveau des régions exposées à l'air (face, cou, dos des mains) et des régions normalement pigmentées (verge et scrotum, seins, face interne des cuisses). Les zones irritées par le frottement du col, de la ceinture, du corset, constituent pour elle de véritables points d'appel ; de même les cicatrices anciennes de furoncles ou de plaies. Aussi peut-on extérioriser une mélanodermie latente par l'application d'un sinapisme ou d'un vésicatoire (Jacquet et Trémolières).

Parfois constituée à son début par de petites taches isolées, la mélanodermie addisonienne ne tarde pas à former de véritables plaques diffuses de coloration bronzée. Tantôt leur teinte est uniforme, tantôt on voit s'y détacher un pointillé de taches plus foncées dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille. Dans certains cas, on a pu voir, à côté des taches pigmentées, des zones blanches achromiques, rappelant l'aspect du vitiligo.

Caractère très important (mais non pathognomonique, nous le verrons) la pigmentation envahit *les muqueuses.* On recherchera avec soin sur la face interne des joues, sur les gencives, sur les lèvres, ces taches irrégulières, ardoisées ou brunâtres, rappelant celles que l'on trouve chez certaines races de chiens. Il peut en exister aussi sur les muqueuses génitales.

Parfois enfin, surtout chez les enfants, les cheveux noircissent ; et dans certains cas même les ongles participent à la pigmentation.

Une fois installée, la mélanodermie tend à se généraliser progressivement, réalisant alors le tableau typique de la maladie bronzée.

Mais elle n'est pas toujours aussi nette. Assez souvent tardive, elle pourra manquer au début ou n'être pas d'emblée évidente, et chez un malade asthénique, anorexique, vomissant, c'est sur *l'examen de l'appareil cardio-vasculaire* que le diagnostic d'insuffisance surrénale s'étayera. Nous avons vu d'ailleurs qu'une série de symptômes fonctionnels attirent souvent sur lui l'attention.

Le rythme du *cœur* est accéléré, l'existence de souffles extracardiaques n'est pas rare.

Mais c'est surtout l'examen du *pouls* qui est intéressant ; il est rapide, souvent instable, surtout petit, faible, dépressible. L'examen à l'oscillomètre va montrer un symptôme capital : l'*hypotension artérielle.* La pression maxima tombe à 12, 10, ou même 8 ; la minima est également abaissée. L'indice oscillométrique est très faible, n'atteignant souvent pas une division, si bien que la prise de la tension au Pachon peut en être rendue difficile. Cette chute de la tension s'accentue encore après un effort musculaire.

Elle traduit la déchéance de la fonction angiotonique. C'est le même phénomène que traduit la *ligne blanche de Sergent.* Pour la provoquer il suffit de frôler légèrement la peau de l'abdomen avec la pulpe du doigt, sans exercer une pression trop forte, et en évitant le contact de l'ongle. Il se produit en quelque sorte le phénomène inverse de la raie rouge méningitique. Au bout de quelques instants, on voit apparaître sur le trajet qu'a suivi le doigt une raie blanche assez large, qui s'accentue peu à peu, puis demeure stationnaire plus ou moins longtemps. Pour avoir toute sa valeur, la raie doit être très nette, n'apparaître que tardivement, une demi-minute au moins après le frôlement de la peau, durer au moins une minute, présenter une netteté et une régularité parfaites, une intensité vive, et s'effacer, comme elle est venue, lentement et progressivement.

La raie blanche n'est pas, comme l'avait cru tout d'abord Sergent, un signe pathognomonique de l'insuffisance surrénale. Sa valeur a été contestée par Léon Bernard, par de Massary, qui ne la considèrent que comme un phénomène vaso-moteur sans signification précise. Tout récemment d'ailleurs le professeur Sergent écrivait : « Je reconnais bien volontiers que la ligne blanche n'a pas la signification que je lui avais accordée au début » ; et il rappelle à ce propos « qu'il n'y a pas, en clinique, un signe qui, à lui seul, soit pathognomonique ». Néanmoins, la constatation d'une ligne blanche surrénale, provoquée avec les précautions et observée avec la netteté qu'exige Sergent, conserve, quand elle s'associe à l'hypotension et à un certain degré d'asthénie, une importante valeur diagnostique.

L'*état général* du malade se montre de plus en plus déficient. La température est le plus souvent abaissée, n'atteignant pas 37°, à moins de tuberculose pulmonaire concomitante. Le malade accuse d'ailleurs une frilosité extrême. Les urines sont ordinairement normales ; ce n'est que dans des cas assez rares que l'on a pu observer de la glycosurie. L'examen du sang montre une hypoglobulie plus ou moins accentuée, et parfois une diminution de la résistance globulaire.

Signalons enfin que, dans des cas tout à fait exceptionnels, la radiographie a pu montrer une tache répondant à une glande surrénale calcifiée.

Evolution. — L'évolution de la maladie d'Addison est lente, mais progressive. Parfois, sous

l'influence du traitement opothérapique, ou même spontanément, des améliorations momentanées surviennent. Mais le plus souvent l'aggravation est progressive. Les sujets s'anémient. De plus en plus apathiques, ils restent confinés au lit, enfoncés sous leurs couvertures, ne se nourrissant plus. L'amaigrissement devient extrême. Les vomissements, l'hypoalimentation, suffiraient à l'expliquer. Mais il se produit parfois précocément une véritable amyotrophie sur la signification de laquelle nous aurons à revenir.

La mort survient habituellement en 2 ou 3 ans. Elle peut être l'aboutissant d'une *cachexie progressive* au cours de laquelle la diarrhée est venue encore s'ajouter aux autres symptômes. L'asthénie aboutit à un véritable coma ; la tachycardie, l'hypothermie, s'exagèrent, et la mort survient par collapsus cardiaque.

Mais fréquemment, la mort survient plus ou moins inopinément, en quelques heures, au milieu des accidents brusques et dramatiques qui caractérisent l'*insuffisance surrénale aiguë*. C'est souvent à l'occasion d'une infection légère, telle qu'une angine banale, ou d'un effort inaccoutumé que tout à coup éclatent ces accidents, réalisant tantôt un syndrome cholériforme ou péritonéal, tantôt des accidents convulsifs ou méningés, tels que nous aurons l'occasion de les étudier.

Dans d'autres cas enfin, c'est une *mort subite* qui, à l'occasion d'une cause minime, emporte le malade.

Formes cliniques. — Tel est le tableau de la maladie d'Addison telle qu'on l'observe habituellement chez un adulte jeune, à titre d'affection primitive. Nous n'avons pas à insister sur les cas où l'intensité réciproque et l'ordre d'apparition des symptômes en modifient plus ou moins la symptomatologie. Parfois, ce sont les phénomènes digestifs, ou bien les douleurs, ou bien l'asthénie qui prédominent, tandis que la *mélanodermie reste* discrète et demande à être recherchée avec soin, ou provoquée par l'épreuve du vésicatoire. Quant aux formes sans mélanodermie, décrites par Dieulafoy et Bressy comme formes frustes de la maladie d'Addison, elles rentrent en réalité dans le cadre de l'insuffisance surrénale pure : « sans mélanodermie, pas de maladie d'Addison » (Sergent).

Dans d'autres cas, au contraire, la mélanodermie est le principal, ou même reste longtemps l'unique symptôme de la maladie. L'étude de la pathogénie nous expliquera ces faits.

Déjà rare chez l'adulte, la maladie d'Addison est exceptionnelle *chez le vieillard* : il s'agit de sujets très asthéniques chez qui l'apparition de la mélanodermie fait faire le diagnostic.

On peut l'observer *chez l'enfant*, où l'existence habituelle de la diarrhée, ajoutée aux autres symptômes, vient rendre compte de son évolution rapide (2 à 6 mois). Chez l'adolescent, elle peut s'accompagner d'infantilisme.

Une *grossesse* survenant chez une addisonienne aboutit ordinairement à l'avortement, et surtout vient aggraver la maladie, déclanchant parfois les accidents de l'insuffisance surrénale aiguë.

Chez des tuberculeux pulmonaires avérés, il est rare d'observer une maladie d'Addison typique. Mais, par contre, le syndrome peut apparaître chez eux ébauché ; des tuberculeux plus fatigués, plus anémiés, plus hypotendus que des tuberculeux ordinaires, font une mélanodermie discrète, sous forme de petits placards café au lait disséminés sur le corps, mais respectant habituellement la face et les mains, ainsi que les muqueuses. Ce sont ces cas que l'on a pu étiqueter *addisonisme*.

Signalons parfois l'*association* possible de la maladie d'Addison avec d'autres syndromes glandulaires : maladie de Basedow, insuffisance génitale, myxœdème. L'interprétation exacte de ces formes devient d'ailleurs très complexe.

Diagnostic. — Le diagnostic de la maladie d'Addison se pose dans des conditions variables. D'abord en raison de la rareté de cette affection, on risque de n'y pas penser. Néanmoins dans les formes typiques le diagnostic en est aisé.

Dans les formes où l'asthénie prédomine, il ne faudra pas croire à une simple *neurasthénie*, mais rechercher les signes de déficience surrénale et la pigmentation, qui poseront les indications thérapeutiques. Les différents *états myasthéniques* seront distingués par l'absence de mélanodermie, par l'atteinte prédominante des muscles de la face dans la forme bulbo-spinale d'Erb-Goldflam. Nous verrons d'ailleurs qu'il existe peut-être des rapports entre les myasthénies et l'insuffisance surrénale.

Les formes où les phénomènes douloureux et les vomissements prédominent pourront en imposer un instant pour des crises de *colique hépatique* ou *néphrétique*, pour des *crises gastriques du tabès*, pour certaines formes de *péritonite tuberculeuse sèche*.

Quant à la mélanodermie, elle devra être distinguée de toutes les autres pigmentations. Le *diabète bronzé*, outre la teinte ardoisée très spéciale des téguments, se reconnaîtra aux signes de diabète et au gros foie concomitants. La pigmentation des *paludéens* est diffuse, gris sale, respecte les muqueuses ; et les antécédents, la percussion de la rate, l'examen du sang rendent évident le diagnostic. Les *syphilides pigmentaires* de la période secondaire, où les sujets présentent parfois un certain degré d'asthénie, restent habituellement localisées au cou, ont des caractères aréolaires typiques, et les commémoratifs du chancre, les autres signes associés, le Wassermann, ne peuvent prêter à erreur.

Certaines *intoxications* s'accompagnent de

pigmentation. Celle de l'intoxication arsenicale ressemble à la pigmentation addisonnienne, mais elle épargne les parties découvertes et les muqueuses. On sera guidé par la notion de l'intoxication (professionnelle ou médicamenteuse) et par les autres symptômes qu'elle provoque : troubles oculaires, sécheresse de la gorge, altérations de la paume des mains et de la plante des pieds.

L'intoxication saturnine s'accompagne parfois de pigmentation buccale, mais il s'agit de sujets hypertendus.

Le diagnostic peut être très malaisé avec la *phtiriase* de certains vagabonds en état de misère physiologique, avec des zones pigmentées au cou, à la ceinture. On ne constate le plus souvent pas de pigmentation buccale, mais ce caractère n'est pas absolu (Chauffard, Thibierge). C'est l'existence des lésions de grattage, et la reprise florissante des sujets sous l'influence du repos et de l'alimentation qui fait éliminer la maladie d'Addison.

Enfin on évitera de considérer comme pathologique la *pigmentation essentielle* de certaines races (roumains, tziganes) qui parfois même présentent des taches bronzées sur la muqueuse buccale.

Dans tous ces cas d'ailleurs, l'étude de l'asthénie et des phénomènes cardio-vasculaires permet le diagnostic.

Celui-ci fait, bien que le pronostic de la maladie d'Addison soit extrêmement sombre, puisque nous ne pouvons rien sur l'évolution progressive des lésions tuberculeuses capsulaires, dont elle relève presque toujours, il faudra savoir songer aux cas exceptionnels, mais certains, où la syphilis est en cause, pratiquer pour la dépister les examens nécessaires, afin de tenter, — avec une extrême prudence il est vrai — un traitement spécifique susceptible de guérir le malade.

Telle est la maladie d'Addison, dont nous avons tenu à rappeler les principaux caractères. Son étude nous a fait considérablement avancer dans celle de l'insuffisance surrénale en général.

Insuffisance surrénale pure.

L'insuffisance surrénale pure répond aux formes que certains auteurs décrivirent autrefois sous le nom de formes frustes de la maladie d'Addison, sans mélanodermie et sans douleurs.

Elle se caractérise essentiellement par :

1° *L'asthénie*, si spéciale et si caractéristique ;

2° *Les troubles digestifs*, véritable « dyspepsie surrénale » (Loeper) : anorexie, *vomissements*, constipation et diarrhée ;

3° *Les troubles circulatoires* : *hypotension artérielle*, instabilité et petitesse du pouls, tachycardie, ligne blanche surrénale, hypothermie, sensation de froid, tendance au collapsus ;

4° *Les troubles généraux* : ralentissement des échanges, anémie, amaigrissement et cachexie.

Nous avons suffisamment insisté sur ces symptômes pour n'avoir point à y revenir. Rappelons seulement que c'est par leur ensemble qu'ils acquièrent leur valeur diagnostique, puisque aucun d'eux n'est pathognomonique.

Il nous reste à préciser dans quelles conditions l'insuffisance surrénale pure est susceptible d'apparaître en clinique.

Souvent encore, elle est le fait de la tuberculose, mais d'une tuberculose strictement limitée au parenchyme glandulaire des capsules. A ces cas, correspondent en particulier les surrénalites scléreuses observées à titre de lésions secondaires chez des tuberculeux avérés (Sézary).

Mais les recherches anatomo-cliniques de nombre d'auteurs au cours de ces dernières années ont permis de montrer qu'un grand nombre de toxi-infections sont capables de provoquer de telles surrénalites, par un processus d'inflammation et de dégénérescence subaiguë ou chronique, qui se traduit, pendant la convalescence, ou longtemps après elle, par un syndrome d'insuffisance surrénale lente. La diphtérie, la scarlatine, la fièvre typhoïde sont celles qui semblent, avec le plus d'affinité, frapper les surrénales. Mais il faut citer aussi la pneumonie, l'érysipèle, la dengue, les oreillons. Non seulement la clinique, mais les recherches expérimentales ont prouvé la réalité de ces faits (Oppenheim et Loeper). La syphilis, outre les lésions scléreuses ou gommeuses déjà signalées, peut toucher les surrénales à la période secondaire ; et cette affinité est démontrée par l'abondance des tréponèmes dans les surrénales des fœtus hérédo-syphilitiques.

Depuis la guerre, on connaît aussi l'I. S. consécutive au paludisme (Armand-Delille, Paisseau et Lemaire), à la dysenterie bacillaire (Oppenheim), à la dysenterie amibienne (Ravaut et Krolunitzky), voire même, dans certains cas, à la vaccination antityphoïdique (Lian, Loeper, Méry et Hallé). La grippe semble particulièrement frapper les surrénales, si l'on en juge par l'asthénie extrême, l'hypotension, qui persistent parfois si longtemps après les formes graves. Chez les soldats intoxiqués par les gaz asphyxiants, Sergent et Agnel, Rathery, notèrent aussi des signes d'I. S., améliorés par l'adrénaline et les extraits surrénaux.

L'intoxication gravidique serait susceptible également de toucher les surrénales, et Sergent et Lian estiment que cette pathogénie peut être invoquée dans certains cas de vomissements incoercibles de la grossesse.

Certains traumatismes enfin, ayant déterminé de petites hémorragies capsulaires, seraient capables de déclancher l'I. S. (Loeper).

Dans tous ces cas, les manifestations cliniques du trouble glandulaire peuvent être plus ou

moins nettes : tous les intermédiaires existent entre les syndromes évidents et ceux où la symptomatologie, seulement ébauchée, est discutable.

C'est ici qu'intervient la notion de la *petite insuffisance surrénale.* Certains sujets semblent véritablement en état de *débilité surrénale* (Sergent), débilité qui peut être acquise (à la suite d'une ou de plusieurs des causes ci-dessus énumérées) ou bien paraître congénitale : certains enfants paresseux, apathiques, hypotendus, sont améliorés et guéris par l'opothérapie.

Loeper invoquait, pour expliquer la fréquence de l'insuffisance surrénale au cours de la guerre, le surmenage musculaire imposé aux troupes en campagne.

Cette notion de la débilité surrénale nous rend comple de la facilité avec laquelle certains individus se montrent asthéniques et hypotendus à l'occasion d'une infection banale, d'une fatigue excessive. Un sujet, fait remarquer Sergent, n'a besoin pour vivre que du 11e du poids total de ses capsules surrénales, mais, pour se bien porter, ce onzième lui est insuffisant. Et qu'à un tel sujet, l'une des causes précédentes vienne imposer un travail « au-dessus de ses forces surrénales », brusquement pourra éclater un syndrome d'insuffisance aiguë.

(A suivre.)

CLINIQUE MÉDICALE

Les purpuras

M. le Pr agrégé Noël FIESSINGER.

On divise cliniquement les purpuras en deux grands groupes : les purpuras secondaires et les purpuras primitifs. Les premiers, que je me contenterai de mentionner, sans y insister, peuvent dépendre de causes diverses locales ou générales, prurigo, affections nerveuses, hépatiques, scorbut, etc. Je les laisserai de côté.

Les purpuras primitifs, que je me propose d'étudier plus spécialement aujourd'hui, se présentent sous trois grands types, bien distincts dans les descriptions des livres, mais réunis en pratique par des ponts, des intermédiaires, comme l'ont montré Nobécourt et Tissier.

Un premier type est le *purpura hémorrhagique.* Ici l'hémorrhagie cutanée et sous-cutanée purpurique peut s'accompagner d'hémorrhagies des muqueuses. Il s'agit d'une affection grave, avec température élevée (40°), prostration. Au cours de ce syndrome infectieux apparaissent des hémorrhagies cutanées, pétéchiales, ecchymotiques, et des hémorrhagies muqueuses, stomatorrhagies, gastrorrhagies, hémoptysies, hématuries, ce qui permet de faire le diagnostic.

Le caractère de ce purpura est la diffusion des taches pétéchiales et ecchymotiques. On trouve des ecchymoses, des pétéchies, au tronc, aux aisselles, au cou, aux fesses, au coude, au genou, etc...

Dans cette forme, on doit distinguer une variété qui se montre particulièrement brutale : le purpura fulminans d'Henoch. En voici une observation, de Weil et Mouriquand. Un nourrisson de six mois est pris brusquement, un jour, de fièvre. Huit heures après, se montrent deux taches purpuriques sur l'abdomen. Deux heures plus tard, le corps de l'enfant est entièrement couvert de purpura et le petit malade meurt au bout de quinze heures. Ce purpura fulminans a pu être dans quelques cas attribué à des infections spécifiques, à une méningococcie (de Verbizier), à une para-méningococcie (P. Carnot). Il évolue si rapidement que les hémorrrhagies n'ont pas le temps ordinairement de se réaliser.

Il existe d'autres variétés de purpura hémorrhagique : une pseudo-rhumatismale, une subaiguë, avec troubles digestifs, rappelant la fièvre typhoïde (typhus angio-hématique de Landouzy). Au lieu des taches rosées de la dothiénentérie, vous trouvez des taches purpuriques. C'est une affection assez sérieuse. On a signalé aussi un purpura hémorrhagique gangréneux.

La deuxième forme de purpura primitif est le *purpura ecchymotique.* On l'observe chez l'adulte et surtout chez l'enfant. Chez ce dernier, il évolue, sans fièvre, en 15 ou 20 jours. Il se traduit par des grandes taches ecchymotiques au niveau du tronc, des membres supérieurs, sans hémorrhagies en général et avec peu de pétéchies.

Cette forme, bénigne, très spéciale, est connue sous le nom de maladie de Wherlof. Elle est intéressante au point de vue non seulement clinique mais aussi médico-légal. Il arrive que les parents de ces petits malades sont accusés d'avoir frappé leurs enfants et déterminé, par des traumatismes, les ecchymoses spontanées dudit purpura. Certains enfants menteurs affirment des coups qu'ils n'ont pas reçu. Souvenez-vous des particularités de la maladie de Wherlof, qui détermine des ecchymoses, sans pétéchies, ni hémorrhagies. L'affection n'entraîne pas habituellement de complications. Elle évolue assez rapidement vers la guérison, bien que des cas graves aient été signalés (Bucquoy).

Chez l'adulte, on retrouve un type analogue

bien étudié par Bensaude et Rivet, comportant de larges ecchymoses associées à des hémorrhagies, des ménorrhagies. On voit survenir de grands processus ecchymotiques, avec peu d'hémorrhagies en vérité. L'affection évolue en poussées, les réveils se faisant quelquefois à longs intervalles, et pouvant offrir des alternatives d'ecchymoses et de pertes sanguines (épistaxis, menorrhagies). Les hémorrhagies en question sont sans gravité. Considérant la durée prolongée, dans le temps, de la maladie, Bensaude et Rivet l'ont nommée purpura chronique récidivant.

La troisième et dernière forme de purpura primitif, la plus importante et la plus fréquente, est le *purpura* dit *rhumatoïde*. C'est une affection curieuse, infectieuse, mais à infection atténuée, comme l'érythème polymorphe. Elle commence par une période fébrile, accompagnée de manifestations douloureuses. Puis, apparaissant les pétéchies. C'est un purpura pétéchial, sans ecchymoses (ce qui le distingue de la maladie de Wherof), ni hémorrhagies (ce qui le distingue du purpura hémorrhagique). Il se localise aux membres inférieurs, ne touchant qu'exceptionnellement aux membres supérieurs. On voit, à la face dorsale des pieds, et sur les jambes, des taches purpuriques. Aux cuisses, elles diminuent déjà. Elles affectent une position symétrique, ce qui lui avait fait donner par Faisans la qualification de purpura myélopathique, lui attribuant une origine nerveuse. En réalité, l'éruption obéit à la loi de l'orthostatisme et se fait aux parties déclives.

Lorsque l'on étudie le purpura provoqué (par striction du membre chez un sujet faisant facilement du purpura), on voit l'éruption apparaître aux parties où la peau est mince, à la face antérieure des avant-bras et non à leur face postérieure, par exemple. Au niveau du membre inférieur, pour le même motif, le purpura se montre à la face dorsale du pied et peu à la face plantaire. On retrouve toujours la notion d'orthostatisme. Au fur et à mesure que l'on s'élève dans les étages du membre inférieur, les taches diminuent. Du purpura, qui était disparu par le séjour au lit, peut revenir dans la station debout.

Ces malades ont, en outre, un syndrome pseudo-rhumatismal. Ce n'est pas du vrai rhumatisme, constituant plus une manifestation arthralgique qu'une arthrite. Il n'y a pas d'hématome articulaire mais un processus inflammatoire, avec quelquefois, comme accessoire, de l'œdème au voisinage de la jointure intéressée (genou, coude, poignet).

Une autre manifestation du purpura rhumatismal, importante, quoique inconstante, est l'état abdominal. Le malade, un enfant souvent, accuse dès le début, avant la sortie de l'éruption, des douleurs siégeant dans la région appendiculaire, hépatique, ombilicale, rappelant l'appendicite, la colique hépatique, la colique saturnine. Les vomissements ne sont pas rares. On voit encore un autre symptôme, la diarrhée sanglante, et il peut y avoir invagination. Dans quelques cas, on observe des hémorrhagies des muqueuses (épistaxis), et une fièvre ne se prolongeant pas au-delà de deux ou trois jours. La transformation en purpura infectieux grave n'est pas impossible.

La guérison est, dans certaines circonstances, suivie de séquelles. Hutinel a insisté sur la néphrite post-purpurique. Elle n'offre souvent qu'un seul symptôme qu'il faut connaître : l'albuminurie, sans œdème, sans azotémie. Elle est en général bénigne, exceptionnellement grave. Il convient d'y penser, d'examiner les urines pendant la convalescence, pour la dépister.

Une malade du service, jeune fille de 18 ans, a présenté une éruption nette de purpura rhumatoïde. En étudiant ses antécédents, nous avons trouvé des atteintes antérieures de purpura et une hémoptysie. Les piqûres, chez elle, saignent longtemps. On est en présence de ce terrain spécial appelé par Weil hémogénie. Ce n'est pas de l'hémophilie (l'hémophilie, d'ailleurs, est une maladie de l'homme et non de la femme). L'hémogénie, avec ses saignements, ses menorrhagies en particulier, semble relever de troubles pluriglandulaires.

L'étude du sang, les examens hématologiques, au cours des purpuras, loin d'éclaircir le problème, le compliquent. Deux choses sont à rechercher : le déséquilibre sanguin et les troubles de la coagulation. Vous connaissez les procédés utilisés en présence d'une tendance hémorrhagipare. On établit, d'abord, le temps de saignement, par piqûre à l'oreille, en recueillant les taches sur un papier buvard. Le temps de saignement, qui est de 3 à 4 minutes à l'état normal, atteint 8 et 10 minutes dans nombre de purpuras. La coagulation *in vitro* est retardée, mais le gros caractère du syndrome hémogénique est l'irrétractilité du caillot, qui est due à la diminution du nombre des éléments chargés de faire contracter le caillot (les hématoblastes). Un autre phénomène — le signe du lacet — consiste à appliquer un lien élastique sur le bras et à rechercher au-dessous l'apparition des taches.

L'hématologie ne fait pas tomber l'obscurité pathogénique qui règne sur les purpuras. Quantité de malades qui ne saignent pas ont de l'irrétractilité du caillot, par exemple, alors que nombre d'autres, qui saignent, ont un temps de saignement normal et une coagulation non retardée. Les caractères hématologiques sont inconstants et existent en dehors des affections dont nous nous occupons.

Comment expliquer les purpuras ? On a fait intervenir le système nerveux, les troubles san-

guins (le retard à la coagulation), la fragilité capillaire. En réalité, nous ne savons pas pourquoi certains sont ecchymotiques, d'autres rhumatoïdes, etc. Nous restons en présence d'une énigme et le problème reste posé.

Dans ces conditions, nous ne pouvons faire qu'un traitement d'attente, par le lait, le repos au lit, l'absence d'alimentation toxique. On peut donner, et l'on donne souvent par habitude, le chlorure de calcium, à la dose de 4 gr. par jour, pour faciliter une coagulation qui n'est généralement pas retardée. On s'adresse aussi à l'injection de sérum de cheval, dans les cas d'hémorrhagies, de sérum de lapin auquel on a injecté du sérum de cheval (Dufour), à la peptone (Nobécourt), à l'injection de sang total. Dans le purpura grave, de Henoch, nous ne possédons pas de traitement efficace.

Leçon faite à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (service du professeur Chauffard) et recueillie par le Dr P. Lacroix.

LE MEILLEUR TRAITEMENT DU MAL DE MER

I

Malgré le nombre des théories émises sur le *mal de mer*, la question étiologique reste entière.

Le traitement *prévenitf* et *curatif* le plus efficace consiste dans l'application d'un courant électrique continu de très faible intensité. On obtient ce courant par le port d'une pile de poche munie de résistances *appropriées à l'idiosyncrasie électrique* du sujet.

Ces petits appareils, très portatifs, sont, du reste, actuellement en usage, à la satisfaction des passagers, sur plusieurs lignes de navigation françaises et étrangères.

Dr Peytoureau.
(22, rue Royale, Paris.)

II

J'ai fait une trentaine de traversées en Méditerranée. J'ai vu employer avec un certain succès la glace pure, le bromure de sodium (sédobrol ou autre), etc. Mais je crois que le meilleur remède, pour les deux sexes, et pour ceux qui peuvent le supporter, est le port d'une ceinture *très longue* en laine ou en flanelle (du genre de celle des chasseurs d'Afrique) enroulée *très serrée* autour du thorax depuis le pubis jusqu'au sternum, dans la station *assise, ou demi-couchée*, mais non horizontale. Le decubitus dorsal dans une couchette de bord me paraît très propre à faire naître le mal de mer chez les moins prédisposés. En même temps, bien entendu, assurer une large ventilation, et éviter de regarder les flots mouvants (lunettes colorées).

Dr La Bonnardière.
(d'Hyères.)

III

Une longue période de navigation, sur presque toutes les mers, m'a permis de faire des essais nombreux. Partant d'un principe, que je crois pouvoir être admis, que le mal de mer est causé par le déplacement brusque des organes, j'ajoute, après des expériences assez concluantes, que tous les vertébrés, ayant un diaphragme et des organes suffisamment développés, ont ou peuvent avoir un mal de mer violent ou très atténué, suivant les mouvements auxquels ils sont ou non habitués. L'accoutumance joue, en effet, un grand rôle dans la cessaion du phénomène.

Appliquant le *primum non nocere*, il faut, avant tout, chercher un moyen de contention. Les médicaments innombrables, préconisés, ne donnent, en général, aucun résultat sérieux, sauf dans les courtes traversées ou dans les cas de complications graves : hémorragies par exemple, alimentation nulle, etc. Ce sont, pour la plupart, des narcotiques, dont l'usage n'est pas sans danger. Le moyen le plus pratique, à mon avis, est de choisir, d'abord, une ceinture ventrière en toile, assez rigide, quoique pouvant se modeler sur le ventre, de la base du thorax au pubis. Cette ceinture doit pouvoir être serrée à volonté. La position horizontale me semble la meilleure. Enfin, pour agir sur le diaphragme par l'estomac, on fait prendre, de temps en temps, une boisson gazeuse glacée. Celle qui me paraît donner les meilleurs résultats est le champagne frappé, additionné d'eau de Seltz. J'ai vu plusieurs fois des personnes, très éprouvées par le mal de mer, se trouver très bien de l'emploi de ce procédé, qui a le mérite très appréciable de soulager, s'il ne guérit pas, et de n'offrir aucun danger.

Dr H. Papail.
(Rennes.)

FAITS CLINIQUES

Traitement préventif du rhume des foins par l'auto-hémothérapie (1)

Auto-observation par le Dr Marcel TRONCHON.

« Le moi est chose haïssable » a dit Pascal. Aussi, n'aurais-je jamais songé à publier ma propre observation si je n'avais espéré qu'exposant un traitement plutôt peu connu et vraiment efficace d'une affection considérée comme rebelle aux médications, d'ailleurs multiples, jusqu'ici préconisées, elle pût intéresser les confrères et surtout les malades, véritables martyrs, qui en souffrent.

C'est, en effet, un mal étrange et très pénible, qui fait pourtant sourire les gens qui ne le connaissent pas, et même les médecins qui ne savent comment le soulager et, d'un air désabusé, recommandent des remèdes d'autant plus nombreux qu'aléatoires.

Depuis seize ans j'en suis atteint. — Début brusque, violent, en août 1906. Dès lors, régulièrement chaque année, en mai, retour implacable des crises atroces, débutant à jour quasi fixe, revenant aux mêmes heures, se calmant au début de juillet pour reparaître, mais moins fortement, fin août. Crises partielles, chez certains, mais complètes pour moi : rhinite, épistaxis, éternuements violents, subintrants, répétés jusqu'à trente-six fois de suite sans pouvoir reprendre haleine, conjonctivite intense, œdème des paupières assez accentué pour défigurer, dyspnée, emphysème, asthme, céphalée, insomnie, furonculose.

Les crises ont été très manifestement retardées (15-23 mai au lieu du 27 avril) et diminuées d'intensité, d'abord lors d'un séjour en mai à Nice, et surtout depuis que j'ai quitté la campagne, où j'ai exercé dix ans, pour m'installer à Besançon.

J'ai essayé tous les traitements médicamenteux : iodure et adrénaline ou sulfate d'atropine, potions belladonées, cigarettes anti-asthmatiques, inhalations, évatmine, collyre à l'argyrol, sérum de canard, sérum de Billard et Maltet, suppression de viande au repas du soir.

Le tout, en vain. Et j'ai constaté, ces dernières années, qu'en période d'accès, je suis très sensibilisé et même à demi-intoxiqué par les doses médicamenteuses minimes et courantes qui, jadis ou en temps normal, prises d'ailleurs fort rarement, me soulageaient sans incidents.

Sur les précieuses indications du professeur Widal, à qui je me suis permis d'écrire et qui a bien voulu me répondre en avril 1922, j'ai demandé à mon ami le Dr Baufle de me faire préventivement, comme il l'avait déjà fait avec succès à un de ses malades l'an dernier, de l'auto-hémothérapie.

Ce traitement, fort simple et fort pratique, puisque le malade a le remède en lui-même, a consisté en ceci :

Tous les deux jours, jusqu'à concurrence de dix injections et de façon à ce que la dernière fût faite quelques jours avant le début habituel et présumé des crises, c'est-à-dire du 1er au 22 mai, une prise, au pli du coude, de 20 cmc. de mon propre sang, et réinjection immédiate sous la peau de la cuisse ou de l'abdomen.

Malaise réactionnel dès la troisième heure (douleur, légère tachycardie, sensation de vertiges et de nausées), mais en somme, supportable et négligeable ; assez accentué pourtant une nuit. Le plus gênant est la résorption très lente et douloureuse des 20 cmc. de sang, causant même une quasi-claudication. A noter qu'un furoncle du conduit auditif, que j'avais lors de la première injection, a été « activé » par elle d'une façon phénoménale, avec grosse réaction.

Les crises ont été retardées de quelques jours (25 mai), mais ont été très peu violentes et de tout autre caractère : éternuements répétés quinze fois au plus, au lieu de trente-six, très légers accès de dyspnée, nuits bonnes, et surtout pas de conjonctivite, seulement de vagues picotements. Le tout, fini dès le 15 juin.

J'ai eu une telle sensation de bien-être que j'ai cru rêver et que j'ai la ferme intention de me soumettre de nouveau chaque année à ce traitement.

Dans cette note clinique, je tiens à me borner à la simple « observation ». Quant à la discussion étiologique de l'effet thérapeutique, je renvoie à l'ensemble des beaux travaux du professeur Fernand Widal sur la colloïdoclasie, magistralement résumés par lui-même au Congrès de médecine de 1921 à Strasbourg, et aux recherches ou articles qu'ils ont inspirés, notamment un des plus récents : « Les essais d'hématothérapie préventive et curative dans la rougeole », voir « Mouvement thérapeutique » (Dr Cheinisse), *Presse Médicale*, 29 septembre, 1922, n° 78, page 846.

(1) *Revue médicale de la Franche-Comté*, oct. 1922.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Une variété d'orchite aiguë de l'enfance.

Il s'agit de l'orchite qui résulte de la torsion du cordon, et plus particulièrement, de la torsion de l'hydatide de Morgagni.

M. MOUCHET en ayant observé deux cas, conclut que « toutes les fois qu'on se trouve chez l'enfant en présence du syndrome orchite aiguë, en dehors de la tuberculose et des maladies infectieuses habituelles, il faut songer à la torsion du cordon et, dans les formes atténuées, a la torsion de l'hydatide de Morgagni, et il faut opérer ». (*Presse méd.*, 30 mai 1923.)

La prévention de la rougeole par le sérum de convalescent.

Cette méthode, préconisée depuis quelques années, consiste à injecter par la voie hypodermique ou intra-musculaire, aux enfants ayant été en contact avec des *morbilleux*, du sérum sanguin d'un convalescent de rougeole, indemne de syphilis et de tuberculose, arrivé au 7e, 9e jour de la convalescence.

M. DOPTER rappelle, avec les auteurs qui se sont occupés de cette question, que la dose de l'injection doit être d'autant plus élevée que la durée de l'incubation, après la contamination, est plus longue. Toutefois, au huitième jour, le résultat serait négatif, avec cette remarque cependant que la rougeole qui se manifeste dans ces conditions, a des caractères particuliers : elle est très bénigne et se bornerait à l'apparition de l'exanthème.

Ce qui fait l'intérêt du travail de l'auteur, c'est qu'il cherche à préciser, la source de ce sérum étant très limitée, quels sont les enfants qui en doivent bénéficier de préférence. Ce seraient les jeunes enfants au-dessous de trois ans, et parmi eux, les débiles, les rachitiques, les coquelucheux, les tuberculeux.

D'autre part, si l'on se propose de retarder le plus possible l'éclosion d'une fièvre éruptive dont la gravité diminue avec l'âge, il n'en reste pas moins que les rougeoles des adultes sont souvent sévères. D'où cette considération à retenir, qu'il y aurait peut-être plus d'opportunité à employer la méthode du sérum de convalescent, non pour éviter momentanément la maladie, mais pour obtenir une rougeole bénigne, réduite à sa seule éruption, en attendant, pour faire l'injection, la période comprise entre le 7e et le 10e jour de l'incubation.

En tous cas, il serait nécessaire de mettre sur pied une organisation qui permette de recueillir une quantité de sérum et de pouvoir le conserver pour les besoins ultérieurs.

De portée si limitée que soit cette méthode, elle n'en est pas moins digne de considération, comme étant de nature à réaliser une prophylaxie efficace, dans certaines conditions. « Tant qu'on ne pourra avoir à sa disposition un anti-sérum spécifique obtenu par les moyens usités dans la technique de la préparation des sérums, il conviendra de recourir, dans la mesure du possible, à la méthode que Nicolle et Conseil ont fait connaître et dont on commence à apprécier les bienfaits ». (*Paris méd.*, 2 juin 1923.)

Traitement du zona.

Voici un nouveau travail sur cette question d'actualité. Selon M. PIGNOT, tant que l'épiderme est intact, on traitera l'éruption comme une brûlure du second degré par l'acide picrique dissous dans l'éther à saturation, selon la formule suivante :

Ether sulfurique	} ââ	50 gr.
Alcool pur.		
Acide picrique cristallisé.....		5 gr.

La peau aura été préalablement nettoyée avec eau bouillie et savon.

Si les vésicules sont en voie de suppuration, on complètera l'action de l'acide picrique par celle des sulfates de cuivre et de zinc :

Acide picrique	} ââ	0 gr. 50
Sulfate de cuivre		
Sulfate de zinc		
Eau distillée		100

L'épiderme ayant disparu, on pansera la surface malade avec l'eau d'Alibour selon la formule suivante :

Sulfate de zinc.............	2 gr.
Sulfate de cuivre	1 gr.
Eau camphrée filtrée.......	300 gr.

Postérieurement, on utilisera le pansement sec avec aristol ou peroxyde de zinc, voire de simples poudres isolantes : talc, salicylate de bismuth.

Pour le traitement des douleurs névralgiques qui accompagnent et suivent longtemps après l'éruption, l'auteur conseille l'aspirine, seule ou associée avec la caféine, le pyramidon associé à

l'exalgine, le bromhydrate de quinine, l'aconit, le chloral, la jusquiame, la belladone. L'opium et ses dérivés seront proscrits, en raison des dangers d'accoutumance et d'intoxication.

En injections sous-cutanées, Sicard conseille le mélange :

Thiosinamine (actuellement introuvable en France)........	0 gr. 10
Antipyrine	0 gr. 05
Cocaïne	un cmc.
Eau distillée	deux cmc.

En cas d'échec de ces médications, on aura la ressource de recourir aux ponctions lombaires, aux injections intra-rachidiennes stovaïnées, au stypage au chlorure d'éthyle, aux cures solaires, à la diathermie, à la radiothérapie, aux ventouses scarifiées, aux cures thermales (Néris) et en dernier ressort, à certaines interventions chirurgicales.

Parmi les complications, l'auteur cite les paralysies, toujours flasques, qui guérissent spontanément en quelques semaines, quelques mois, les conjonctivites, les kératites, les iritis (à surveiller attentivement dans le zona ophtalmique).

Comme traitement général, on utilisera les injections de sérums de convalescent, ou le propre sérum du malade. On prescrira la formine, le soufre colloïdal.

Enfin, on considérera le zona, maladie infectieuse, comme susceptible de contagion et on prendra les précautions prophylactiques nécessaires. (*L'Hôpital*, juin-A).

La guérison des métrites chroniques par le caustique de Filhos.

C'est une méthode que j'ai employée avantageusement autrefois et que remet en honneur M. Daléas. Plusieurs applications (6 à 12) sont nécessaires. Le caustique sera chaque fois maintenu en place jusqu'à ce que se produise une escarre noirâtre. « Ainsi, peu à peu, on creuse le col d'un tunnel de plus en plus large, et de plus en plus profond, jusqu'à l'isthme, en même temps que les lèvres seront écartées dans la mesure nécessaire ». On espacera chaque séance de la suivante par un intervalle de 8 à 10 jours, et on les suspendra trois jours avant et trois jours après les règles.

La guérison s'obtient en deux ou trois semaines. Les contre-indications sont l'infection annexielle, la chlorose, le mauvais état général. (*Toulouse médical*, 1er juin 1923.)

Le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose de l'enfant.

Etant donnée la gravité habituelle de la tuberculose pulmonaire de l'enfant, MM. Armand-Delille, Isaac-Georges et Ducrochet sont d'avis, d'après leur expérience personnelle, qu'il y a lieu de recourir, plus souvent qu'on ne le fait, au pneumothorax artificiel.

Condition essentielle : l'unilatéralité des lésions parenchymateuses. Cependant, de petites lésions probablement cicatricielles du côté opposé ne paraissent pas devoir contre-indiquer cette intervention. On ne se laissera pas impressionner davantage par certains aspects radioscopiques du côté malade, qui pourraient faire présumer un décollement pleural difficile, sinon impossible.

Après avoir décrit leur technique, ainsi que les incidents, sans gravité, qui peuvent accompagner ou suivre l'intervention, ils concluent comme suit :

« Nous pensons que le pneumothorax thérapeutique donne des succès réels chez l'enfant et qu'il doit être tenté chaque fois qu'on se trouve en présence des conditions requises. Fort heureusement, elles sont réalisées chez les enfants avec une fréquence un peu plus grande que chez l'adulte

« Sur 230 petits malades, atteints de lésions pulmonaires avérées, qui ont été amenés dans notre service pendant le courant de l'année, nous avons trouvé 22 cas justiciables du pneumothorax, ce qui fait presque 10 pour 100 ; il est vrai que 5 cas n'ont pas été décollables, et que seuls, 17 ont permis d'obtenir une compression pulmonaire, ce qui ramènerait à 7 ou 8 pour 100 la proportion des cas où l'intervention est pratiquement réalisable.

« Le pneumothorax doit donc prendre une place importante dans le traitement de la tuberculose pulmonaire infantile, dont seul il peut parfois arrêter l'évolution rapidement fatale ». (*Presse méd.*, 6 juin 1923.)

L'ionisation en thérapeutique oculaire.

MM. Bourguignon, Cantonnet et Joltrois proposent d'appliquer à la thérapeutique de certaines affections oculaires et péri-oculaires, la méthode de l'ionisation, qui utilise le courant continu pour l'introduction des médicaments par électrolyse.

Ils ont imaginé un appareil ingénieux qui met l'électrode en contact avec le globe de l'œil au moyen d'une œillère spéciale. Les médicaments qu'ils ont utilisés sont l'iodure de sodium, le salicylate de sodium et le chlorure de calcium, les deux premiers étant placés au pôle —, et le dernier au pôle +.

Les indications de l'ion *iode* sont les tissus cicatriciels de la peau (face et paupières) et de la cornée, les taies cornéennes, aussi bien superficielles qu'interstitielles, les exsudats pupillaires, les synéchies, les atrophies optiques in-

complètes, d'origine centrale (syphilis) et surtout d'origine périphérique (névrite rétrobulbaire alcoolonicotiniques). On obtiendrait également des résultats encourageants de l'ionisation dans le glaucome chronique.

L'ion *salicylé* est indiqué dans les sclérites et les épisclérites, ainsi que dans les iritis en décours, surtout, s'il s'agit d'affections rhumatismales.

L'ion *calcium* s'adresse aux phénomènes paralytiques.

Les auteurs se défendent de proposer ce procédé comme une panacée nouvelle dans le traitement des maladies de l'œil. Cependant, les résultats très intéressants qu'il donne méritent « de prendre la place qui leur revient ni moins ni plus parmi ceux des agents thérapeutiques éprouvés par l'usage ». (*Presse méd.*, 9 juin 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Les adénites trachéo-bronchiques simples chez les enfants.

(M. NOBÉCOURT. — *Académie de médecine*, 17-7-1923.)

A propos de la communication de M. L. Bernard sur le diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques chez les enfants et sur la fréquence des formes non tuberculeuses, M. Nobécourt montre que l'existence de ces dernières a été admise autrefois par Guéneau de Mussy, Peter, Jules Simon et bien d'autres. Le contrôle apporté par les cuti-réactions a permis d'établir que si la tuberculose joue un grand rôle dans la production des adénopathies trachéo-bronchiques de l'enfance, elle n'est pas, tant s'en faut, leur seule cause. A côté des adénites bacillaires, il existe des adénites simples, qui sont communes.

L'étiologie de ces adénites simples est variée. On peut les observer à la suite de broncho-pneumonies subaiguës ou chroniques avec bronchectasies, dans l'hérédo-syphilis, mais, le plus souvent elles sont subordonnées à l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx (végétations adénoïdes, hypertrophies amygdaliennes).

Les cuti-réactions négatives permettent, en pareil cas, d'éliminer l'origine tuberculeuse. Les cuti-réactions positives, moins précises, ne prouvent pas que l'adénite soit due à une bacillose en évolution et même relève de la tuberculose seule. Des infections banales des voies aériennes sont, en effet, susceptibles de s'y associer.

Sur la dénomination de « sel de Vichy ».

(M. COUTIÈRE. — *Académie de médecine*, 17-7-1923)

Il y a « sel de Vichy » et « sel » ou plutôt « sels de Vichy ». On désigne couramment, et le Codex en a consacré l'expression, le bicarbonate de soude sous le nom de sel de Vichy. La Compagnie fermière de l'Etat, pour éviter des confusions désavantageuses aux malades, voudrait que le bicarbonate de soude ordinaire redevienne bicarbonate de soude, et que seuls les sels extraits des eaux de Vichy puissent s'appeler « sels de Vichy ».

Au nom d'une commission spéciale, M. Coutière présente un rapport favorable au maintien du *statu quo*. Les médecins et le public, dit-il, savent demander, lorsqu'ils les veulent, les sels *naturels* de Vichy-Etat ou les pastilles de Vichy-Etat, et il y aurait quelque difficulté à revenir sur un usage consacré depuis longtemps.

Sur la neurovaccine de Levaditi.

(M. L. CAMUS. — *Académie de médecine*, 17-7-1923.)

La neurovaccine est un produit obtenu par Levaditi et Nicolau en cultivant du vaccin ordinaire dans le testicule, puis dans le cerveau du lapin. Ce serait un virus fixe, plus actif que le vaccin de génisse et plus pur.

M. Camus ne croit pas qu'il y ait avantage et estime qu'il peut y avoir des inconvénients à substituer le neuro-vaccin au vaccin ordinaire dans la vaccination courante. C'est, pour lui, un produit qui doit encore rester à l'étude dans les laboratoires.

— M. ROUX montre que si le neuro-vaccin ne soulève pas une question de pratique importante, il est du plus haut intérêt au point de vue scientifique. Il fournit un exemple remarquable de l'adaptation à un tissu d'un virus qui jusque-là touchait seulement un autre tissu. M. Aug. Marie a fait connaître, le premier, le développement du virus vaccin dans le cerveau du lapin. MM. Levaditi et Nicolau ont énoncé à ce sujet une théorie très vaste qui est la suivante. Il existe une relation entre l'origine embryonnaire des tissus et les maladies microbiennes qui les affecte. Ainsi, la peau et le névraxe dérivent du feuillet ectodermique. La vaccine qui normalement évolue sur la peau est susceptible de s'adapter aux centres nerveux (virus neurotrope, neuro-vaccine). De même, le virus herpétique et le virus poliomyélitique, qui croissent sur la peau et les muqueuses, peuvent déterminer des affections nerveuses mortelles.

Ceci nous fait comprendre, ajoute M. Roux, l'étiologie d'un groupe de maladies redoutables, dans lequel la rage est comprise, et que M. Levaditi propose d'appeler *ectodermoses neurotropes*.

Radiographie sous le contrôle de la radioscopie.

(M. LOMON. — *Académie de médecine*, 17-7-1923.)

M. Lomon lit une note concernant un appareil pour la prise de radiographies au cours et sous le con-

trôle de la radioscopie, et son application à l'examen radiologique du pylore et du duodénum.

Un cas de blocage huileux de la plèvre.

(M. Bernou. — *Société médicale des hôpitaux*, 15-6-1923).

Le blocage huileux de la plèvre est une variante de la méthode générale connue sous le nom d'oléothorax. Elle consiste à injecter dans la plèvre une préparation huileuse destinée, entre autres usages, à bloquer un orifice du poumon.

M. Bernou a eu recours au blocage huileux pour arrêter un travail symphysaire oblitérant, chez une malade tuberculeuse traitée par pneumothorax, travail symphysaire qui menaçait de faire perdre le bénéfice de dix-huit mois de collapso-thérapie. Le résultat répondit aux espérances de l'auteur et la malade guérit, malgré une situation grave au début du traitement huileux.

Traitement du diabète par l'insuline.

(MM. Chabanier, Lobo-Onell et Mlle Lebert. — *Soc. méd. des hôp.*, 22-6-1923.)

M. Sézary communique un travail de MM. Chabanier, Lobo-Onell et Mlle Lebert sur le traitement du diabète et des états acidosiques par l'extrait alcoolique de pancréas (insuline).

Les auteurs ont traité, depuis le début de janvier 1923, 31 cas de diabète, chez l'enfant et chez l'adulte, par l'extrait alcoolique de pancréas. Le produit dont ils se servent est préparé suivant une technique dont ils ont donné antérieurement la description.

Au point de vue de la toxicité de cette « insuline », M. Chabanier confirme l'opinion des auteurs américains. Les accidents que peut provoquer le médicament sont liés à une chute trop forte de la glycémie. De plus, ces accidents sont toujours arrêtés par l'injection de glucose sous la peau. Ces considérations amènent à proposer de maintenir durant les cures d'insuline une ration aussi élevée que possible en hydrates de carbone et à administrer le médicament avant les repas contenant des hydrocarbonés. En fait, sur 2.000 injections effectuées dans ces conditions, aucun incident n'a été observé par les auteurs.

Quelles sont les indications du traitement du diabète par l'insuline ? D'une façon générale, on attribue surtout à l'insuline le rôle d'une médication d'urgence au cours des états aigus et notamment au cours du coma diabétique. En d'autres termes, on tend à considérer l'insuline comme le remède héroïque du diabète, au moment où tout espoir semble perdu. Le médicament, effectivement, donne alors des résultats très encourageants ou tout au moins, c'est la meilleure médication à mettre en œuvre en pareils cas.

Mais, pour MM. Chabanier, Lobo-Onell et Mlle Lebert, cette indication n'est pas la seule. Pour eux, l'insuline devrait constituer le traitement de fond de tout diabète prenant la forme grave avec dénutrition. Ils pensent que c'est vraisemblablement ainsi que l'on aura le plus de chances d'obtenir des effets durables, ou du moins, en répétant les cures, de maintenir le diabétique dans un état voisin de celui du sujet normal.

Cette méthode thérapeutique paraît aux auteurs autorisée par l'innocuité de la cure d'insuline lorsqu'elle est effectuée avec prudence, chez des malades recevant le plus d'hydrates de carbone possible, et dont la glycosurie et la glycémie sont surveillées attentivement.

Un cas de diabète traité par l'insuline.

(MM. A. Gilbert, Baudouin et E. Chabrol. — *Soc. méd. des hôp.*, 22-6-1923.)

MM. Gilbert, Baudouin et Chabrol ont traité un cas grave de diabète par l'insuline, avec des résultats particulièrement intéressants.

Il s'agit d'un malade dont le diabète se compliqua d'abord de coma menaçant, si bien qu'en peu de temps la situation apparut désespérée. Quelques injections d'insuline écartèrent rapidement tout danger. Dans une nouvelle phase de la maladie, se montrèrent des accidents de diabète consomptif avec dénutrition rapide. Sous l'influence de l'insuline, tout rentra bientôt dans l'ordre et le diabète reprit l'aspect d'une affection simple, d'allure bénigne.

MM. Gilbert, Baudouin et Chabrol ont employé tour à tour trois marques d'insuline chez leur patient. En premier lieu, une insuline américaine (marque Lilly), puis une insuline anglaise (marque Hallen et Handbury), puis une insuline française (marque Choay).

Les Américains recommandent de faire varier la dose suivant les renseignements fournis chaque jour par l'analyse de l'hyperglycémie. Le but du traitement est, en effet, de ramener le sucre sanguin au voisinage du chiffre physiologique de un gramme par litre, mais la poursuite de cet idéal n'est pas sans inconvénient. Lorsque l'insuline abaisse trop la glycémie, certains troubles éclatent : de l'inquiétude et de la nervosité, des sueurs profuses, des convulsions, et du coma, enfin. D'où la nécessité de surveiller la glycémie au cours du traitement. Le dosage du sucre sanguin est d'ailleurs facilité par les microméthodes dont nous disposons actuellement.

Pour éviter le découragement que produisent ces prises continuelles de sang chez les malades, les auteurs proposent de recourir à l'examen fractionné des urines, qui est plus simple. Avant de pratiquer une injection d'insuline, disent-ils, on demande au malade un échantillon de ses urines fraîchement émises. Si l'urine renferme du sucre, l'insuline sera administrée (à doses variables, selon les renseignements de l'analyse de vingt-quatre heures) ; si, au contraire, le sucre fait défaut, on conclura que la glycémie est normale et il sera prudent de s'abstenir.

— M. Marcel Labbé a vu également chez une de

ses malades, jeune fille de treize ans, des menaces de coma diabétique se dissiper sous l'influence de l'insuline.

—M. Lereboullet rappelle une observation qu'il a déjà présentée le 17 avril dernier à la Société de Pédiatrie, où l'action de l'insuline a été durable. Toutefois, des troubles se montrèrent à deux reprises (malaise avec vertige, crise convulsive), l'injection n'ayant pas été aussi vite que d'habitude suivie de l'absorption du repas hydro-carboné. Une surveillance attentive est toujours indispensable quand on prescrit l'insuline, dont le maniement est encore entouré d'obscurités. La cure d'insuline constitue jusqu'à présent plus la médication des accidents et des poussées du diabète que celle du diabète lui-même.

Pancréas accessoires.

(MM. Gosset, G. Lœwy et I. Bertrand. — *Société de chirurgie*, 6-6-1923.)

MM. Gosset, Lœwy et Bertrand ont eu l'occasion d'observer récemment un cas de pancréas accessoire double, sur l'estomac et sur le duodénum. Ils en ont fait l'ablation.

Il s'agit là d'un état anatomique peu fréquent. Les observations connues avec constatations opératoires et suites éloignées, dit M. Gosset, ne sont pas suffisantes pour permettre de décrire une symptomatologie spéciale à ces formations. Si la glande aberrante détermine des phénomènes mécaniques de sténose ou des accidents inflammatoires, son ablation est évidemment indiquée. Si le pancréas accessoire n'est la cause d'aucun trouble et que sa constatation soit accidentelle au cours d'une opération abdominale, l'exérèse est discutable. La présence de ces tumeurs au voisinage d'une muqueuse baignée de suc gastrique (estomac et bulbe duodénal) peut cependant jouer un rôle dans la formation d'une ulcération.

— M. de Martel a rencontré une fois, au cours d'une intervention, un pancréas accessoire qui siégeait sur la première anse jéjunale, tout près de l'angle duodéno-jéjunal. Il l'enleva, ne sachant ce que c'était. Depuis, il s'est trouvé en présence de deux autres pancréas accessoires, auxquels il n'a pas touché.

P. L.

Lyon.

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Ostéomyélite chronique datant de quarante et un ans arthrite du genou ; ankylose tibio-tarsienne.

M. Ch. Dunet présente des pièces provenant d'une intervention pratiquée chez un malade qui présenta en 1881 sa première poussée d'ostéomyélite au niveau de l'extrémité supérieure du tibia gauche. Fistulisation spontanée ; intervention dix-huit mois plus tard par M. Vincent. Depuis lors, le foyer s'est fistulisé à plusieurs reprises, et, en 1921, le malade se présente avec une plaie sphacélique, une jambe œdématiée, un état général précaire. Après échec d'une intervention locale, on décide de pratiquer l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. Sur les pièces opératoires présentées dépouillées de leurs parties molles, on constate que le foyer ostéomyélitique offre les lésions classiques de l'ostéo-myélite chronique. Plus intéressantes sont les lésions des extrémités articulaires du tibia : du côté de l'extrémité supérieure, surfaces tibiales profondément excavées pour recevoir les condyles fémoraux devenus angulaires, rotule presque disparue, rotation du plateau tibial en arrière et en dedans ; du côté de l'extrémité inférieure, on constate une ankylose tibio-astragalo-péronière totale, en équinisme moyen.

Kyste dermoïde congénital fistulisé de la région sacro-coccygienne.

M. Léo Barbier présente une pièce enlevée par M. Delore. Ces tumeurs sont fréquentes et l'on doit y penser en présence des fistules de cette région, qui ne sont pas toujours tuberculeuses.

Ovarite kystique.

M. Violet présente une pièce provenant d'une femme de 35 ans, ayant eu quatre enfants, qui souffrait depuis trois ans d'hémorrhagies cataméniales considérables, avec fièvre à 39°1 et poussées de tuméfaction juxta-utérine. De tel cas peuvent prêter à confusion avec une grossesse méconnue avec fausse couche, ou avec une grossesse extra-utérine.

Sifflet dans la bronche gauche.

MM. Bérard et Sargnon présentent l'observation d'un homme de 66 ans qui, en s'amusant avec son petit enfant, avala un sifflet. Symptomatologie classique ; suffocation immédiate, puis accès de quintes de toux qui se répètent depuis l'accident. La radiscopie montre le corps étranger près de la ligne médiane, un peu à gauche. Il doit donc être situé à l'entrée de la bronche gauche . Ces cas sont rares : c'est le second observé par les auteurs ; habituellement, les corps étrangers tombent plutôt dans la bronche droite, qui continue la direction de la trachée. Comme thérapeutique, les auteurs ont l'intention de pratiquer une trachéotomie, puis de tenter l'extraction par bronchoscopie inférieure.

Rétrécissement congénital de l'œsophage.

M. Sargnon présente l'observation d'un enfant de 10 ans 1/2 atteint depuis sa naissance de troubles œsophagiens : nourrisson, il avait des régurgitations ; plus tard, il rejetait les aliments solides ingérés ; actuellement, il ne peut avaler que les aliments liquides ou semi-liquides. Il n'a jamais avalé de corps étranger, ni de liquide caustique. L'examen radioscopique montre qu'il existe au niveau de la portion supérieure de l'estomac un arrêt, où le

bismuth s'étale en lames horizontales avant de s'accumuler dans le fond gastrique. L'œsophagoscopie confirme d'abord le cathétérisme explorateur simple montrant un arrêt à 27 ou 28 cm. des arcades dentaires et fait voir, en outre, un diaphragme paraissant épais, avec petit pertuis à bord net, circulaire et central. Il s'agit donc bien d'une sténose congénitale; l'aspect des spasmes est tout autre et ceux-ci cèdent habituellement au bout d'un instant à l'application de cocaïne-adrénaline.

Multiples interventions rénales chez une même malade.

M. Giuliani présente un volumineux calcul enlevé à une malade qui a déjà subi une *néphrectomie* du rein droit pour tuberculose et *deux néphrotomies* de l'autre rein pour calculs. Etat général satisfaisant.

Sarcome de l'estomac.

MM. Cotte et Valendru présentent une pièce recueillie à l'opération, chez une malade entrée à l'hôpital pour une tumeur abdominale volumineuse. Cette malade avait vu son ventre grossir depuis un mois et demi environ, en même temps qu'elle souffrait de douleurs dans le trajet des sciatiques ; puis étaient apparues des douleurs épigastriques et des vomissements. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un volumineux sarcome de l'estomac, n'adhérant à cet organe que par une petite surface au niveau de laquelle la muqueuse stomacale était indemne. La tumeur s'était donc développée au niveau de la tunique musculeuse.

Coexistence de tuberculose et de cancer.

M. Dunet présente une observation de tuberculose ganglionnaire et hépatique coexistant avec un cancer du pylore. On sait qu'il y a une cinquantaine d'années, il était classique d'admettre la rareté de la concomitance des deux affections. Letulle, par contre, dans un travail paru en 1920, sur 99 autopsies de cancers gastriques, relève 16 fois des lésions pulmonaires tuberculeuses en évolution, et 32 fois des lésions éteintes. Dans le cas de M. Dunet, il n'y avait pas de lésions pulmonaires, mais des lésions ganglionnaires cervicales et médiastinales, et, de plus, des noyaux hépatiques qui, macroscopiquement, ressemblaient à des noyaux cancéreux métastatiques, des taches de bougie, alors que l'histologie démontra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses.

Sténose du côlon gauche.

M. Mallet-Guy présente deux cas rares de sténose du côlon.

Le premier malade est un homme de 61 ans chez lequel on ne relève d'autre antécédent qu'une kélotomie pour hernie étranglée en 1893. Depuis quatre mois, constipation constante, puis crise d'occlusion intestinale à la suite de laquelle le malade vient à l'hôpital. A l'entrée, constipation, ballonnement, clapotage cæcal ; à la radioscopie, le lavement baryté s'arrête dans la partie gauche du côlon. Le Dr Cade, qui voit le malade, fait le diagnostic de sténose du côlon et pense, en raison de l'âge du malade, à un cancer.

Le malade entre, pour intervention, à la clinique du prof. Teixier qui, en raison de l'état général bon, fait des réserves sur la nature de la sténose et, étant donnée la kélotomie ancienne, pense à la possibilité de sténose par brides.

Cette hypothèse se trouve vérifiée par l'opération : pas de trace de tumeur, mais nombreuses adhérences épiploïques anciennes fixant le côlon transverse à la paroi.

Le second malade est un homme de 42 ans, entré à la suite d'une crise de coliques violentes localisées à la moitié gauche du ventre, avec vomissements, arrêt des selles et des gaz. A l'entrée, état nauséeux, sans vomissements ; tuméfaction profonde, douloureuse, du flanc gauche. L'intervention montra l'existence d'une coudure prononcée du côlon descendant, produite par une frange épiploïque fixée à une masse d'allure inflammatoire que l'on reconnaît constituée par le *cæcum et l'appendice* situés dans le flanc gauche, sans qu'il y ait inversion de viscères. En somme, il s'agissait de phénomènes d'occlusion dus à une appendicite chez un malade porteur d'un cæcum flottant fixé en position anormale. On sait que les cas habituels d'« appendicite à gauche » sont secondaires à une position anormale de l'appendice, le cæcum restant en place.

Société médicale des hôpitaux.

Scorbut chez une enfant nourrie exclusivement à la farine lactée.

MM. Mouriquand et Dechaume présentent l'observation d'une enfant d'un an nourrie pendant les deux premiers mois avec du lait bouilli coupé d'eau, puis, pendant deux autres mois, au sein (pouponnière), enfin dans les huit derniers mois, exclusivement à la farine lactée et à l'eau bouillie, sans lait. L'enfant montre des membres inférieurs immobilisés en flexion l'un contre l'autre, un genou gauche un peu volumineux, et surtout, des douleurs qui font crier l'enfant à la moindre palpation des genoux et des cuisses. Radiographie : épaississement irrégulier de la ligne d'ossification épiphysaire inférieure fémorale.

Liseré hémorrhagique très net au niveau du bord gingival supérieur. Ces signes ressemblent, dit M. Mouriquand, d'une manière frappante aux signes du scorbut expérimental du cobaye. Amélioration considérable sous l'influence de l'administration de jus d'orange et de l'alimentation lactée.

Le « signe de Souques » dans l'hémiplégie organique.

MM. Froment et Léorat rappellent que M. Souques a décrit en 1907 un petit signe de l'hémiparésie

organique consistant en ce que, si on commande au malade de lever le bras parésié, on voit en même temps les doigts de ce même côté s'écarter involontairement. M. Souques attribuait ce phénomène à la contraction des interosseux.

MM. Froment et Léorat y voient, au contraire, l'action des extenseurs.

Thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire unilatérale.

MM. Cordier et H. Gardère présentent une malade porteuse d'une vaste caverne du lobe supérieur gauche avec B. K. dans l'expectoration, intégrité du poumon droit à l'auscultation et à la radioscopie, chez laquelle, après échec d'un pneumothorax artificiel, ils ont fait pratique r (prof. Bérard) une thoracoplastie (résection sur une longueur de 1 à 3 centimètres de l'arc postérieur des onze premières côtes) ; suites chirurgicales simples. Compression du poumon parfaitement réalisée. Température redevenue normale. Expectoration diminuée de moitié, contenant toujours du B. K. Etat général bon, appétit augmenté, forces revenues.

Kyste hydatique pleural et cancer du poumon.

MM. Bonnamour et Cornet présentent l'observation d'une femme de 61 ans, entrée à l'hôpital pour bronchite chronique avec accès d'asthme. A l'examen : souffle systolique de la pointe ; signes de bronchite diffuse avec submatité au sommet gauche. A l'autopsie, on trouve un kyste hydatique du volume d'une tête de fœtus au niveau de la plèvre diaphragmatique droite, et une grosse tumeur occupant le lobe supérieur du poumon gauche, tumeur que l'examen histologique montra être un cancer à globes cornés.

Zona ophtalmique et éruption de type varicellique.

MM. Lépine, Mouriquand et P. Ravault rapportent l'observation d'une fillette de 14 ans 1/2 entrée à l'hôpital pour un zona ophtalmique, fait assez rare chez l'enfant, s'accompagnant d'une éruption varicellique généralisée. Les relations du zona et de la varicelle sont à l'ordre du jour depuis les publications de Netter, et cette observation constitue un document à apporter au débat. Il en est de même des suivantes.

Zona et varicelle ayant évolué successivement chez deux personnes d'une même famille.

M. A. Dumas présente deux observations : la première concerne une dame atteinte de zona intercostal classique, dont la fillette fut, quelques jours après, atteinte de varicelle. La seconde observation, due au Dr Dusserre (de l'Arbresle), est identique : un homme est atteint de zona de la cuisse droite ; M. Dusserre, se souvenant des communications de Netter, prescrit l'isolement de la petite fille du malade en prévenant la famille de la possibbilité de l'éclosion chez celle-ci d'une varicelle ; cette précaution, probablement trop tardive, n'empêche pas l'apparition chez la fillette d'une varicelle typique.

Kyste hydatique du sacrum.

MM. Bériel et Leriche présentent l'observation d'une maladie souffrant depuis sept ans de douleurs dans la jambe gauche, qui, depuis quelque temps, s'étaient étendues à la jambe droite. La radiographie montrait un foyer osseux dans l'aileron osseux, mais avec une image un peu anormale, cadrant mal avec l'hypothèse d'ostéite tuberculeuse à laquelle on avait un moment pensé. On songea à la possibilité d'un kyste hydatique, diagnostic qui se trouva vérifié par l'intervention.

Trois cas d'érythème noueux tuberculeux chez des enfants.

M. André Dufourt présente trois observations d'érythème noueux manifestement d'origine tuberculeuse : la première concerne une jeune fille de 15 ans chez laquelle l'érythème apparut au cours d'une typho-bacillose ; après un retour apparent à la santé, survint une congestion pulmonaire de la base droite et enfin une salpingite et une péritonite tuberculeuses. La seconde observation concerne un garçon de 7 ans qui fit d'abord une péritonite de la fosse iliaque gauche, puis un érythème noueux et enfin, une pleurésie séreuse. Le troisième cas est celui d'une fillette de 5 ans chez laquelle l'érythème apparut, comme dans le premier cas, au cours d'une typhobacillose et fut suivi ultérieurement de pleurésie.

On sait que la nature tuberculeuse de l'érythème noueux est encore discutée. Toutefois, il semble bien certain que la tuberculose en est la cause fréquente. Mais d'autres étiologies sont possibles : syphilis, lèpre, paludisme, infections à streptocoques, pneumocoques, tétragène, etc.

Traitement des bubons chancrelleux par l'auto-hémothérapie.

M. Nicolas présente trois observations de malades atteints de bubons chancrelleux fluctuants traités avec succès par l'auto-hémothérapie. L'auteur retire 10 cc. de sang d'une veine du pli du coude et l'injecte immédiatement dans les muscles de la fesse sans adjonction d'aucune substance anticoagulante. La tolérance est parfaite. Les injections sont pratiquées tous les deux ou trois jours. Il faut les continuer assez longtemps ; les malades présentés par M. Nicolas reçurent l'un onze injections, les deux autres chacun cinq.

A. C.

Les Thèses

P. — Dr J. Malassis. — **Les lavements nutritifs dans l'alimentation extra-buccale.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris.)

Parmi les diverses voies d'alimentation extra-buccale, quatre surtout ont été envisagées : la voie péritonéale, les voies jéjunale, intra-veineuse, sous-cutanée.

La voie sous-cutanée est trop peu connue encore aujourd'hui des praticiens au point de vue alimentaire.

L'eau et les sels en solution physiologique sont résorbés sans incidents, le fait est banal. La glycose est aussi parfaitement assimilée, mais comme l'injection est douloureuse et provoque facilement l'inflammation et de la nécrose, on a finalement renoncé à ce mode d'administration.

Les graisses n'ont pas ces inconvénients et l'on peut dire que la voie sous-cutanée est la voie de choix pour leur introduction. Elles sont résorbées et utilisées lentement, en fournissant un nombre très considérable de calories.

Administration des sucres et des albumines par la voie rectale, administration des lipoïdes par la voie sous-cutanée, il y a là une association qui s'impose et qui paraît susceptible de fournir à l'organisme malade les 1.200 à 1.500 calories dont il a besoin.

Que par surcroît, dans un avenir prochain, l'industrie parvienne à produire économiquement des acides aminés de synthèse, et nous ne serons pas éloignés de penser que le problème de l'alimentation extra-buccale se trouvera pratiquement résolu.

Ly. — Dr Paul Bonnand, pharmacien de 1re cl. —. **Contribution à l'étude de quelques complications cardiaques au cours du pneumothorax artificiel.** (Imprimerie Bosc frères et Riou, Lyon.)

Diverses complications cardiaques peuvent être observées au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Forlanini : au moment de la création du pneumothorax, ce sont surtout des accidents cardiaques réflexes (syncopes graves...) qui sont à craindre. Plus tard, pendant la période d'entretien, on peut voir survenir des accidents d'insuffisance cardiaque (asystolie, syndrome d'anoxyémie tardive de Dumarest), accidents qui s'expliquent par la réduction du champ de l'hématose augmentant le travail du cœur. D'autre part, la déviation du cœur et du médiastin parfois considérable peut s'accompagner de coudure des gros vaisseaux à la base, apportant une gêne notable à la libre circulation du sang dans les cavités cardiaques.

La thrombose intracardiaque observée dans quelques cas constitue une complication redoutable.

Ces diverses complications s'observent surtout chez des sujets dont le cœur est antérieurement taré, qu'il s'agisse de surcharge adipeuse du cœur, de sclérose myocardique, de néphrite interstitielle, etc... Ces différentes tares organiques doivent être considérées comme des contre-indications à la méthode de Forlanini. Le traitement de ces accidents consistera d'une part dans l'administration des toni-cardiaques habituels et, d'autre part, dans l'abandon du pneumothorax dans les cas graves, ou bien dans la décompression et la recherche d'une pression intrapleurale qui ne gêne pas trop le travail du cœur.

Ly. — Dr Alexandre Rodet. — **L'iodothérapie par les inhalations d'iode dans la tuberculose pulmonaire et laryngée.** (Imprimerie Bosc frères et Riou, Lyon.)

Les inhalations d'iode employées à faibles doses parfaitement inoffensives ont l'avantage, d'une part, d'utiliser la voie pulmonaire et le formidable pouvoir d'absorption du poumon ; d'autre part, de porter l'iode *directement sur les lésions pulmonaires.* Elles épargnent, par contre, les *voies digestives* du tuberculeux.

Les pulvérisations iodées permettent la même action *directe* de l'iode, et une action plus *intensive*, sur les *laryngites bacillaires.*

L'emploi des vapeurs d'iode permet une action extrêmement rapide du métalloïde *sur l'état général*, allant jusqu'à un effet de *résurrection* physique et morale chez certains malades. L'*action locale* est plus lente et moins certaine, souvent rapide et non douteuse dans quelques cas, sur les lésions *pulmonaires* ou *laryngées.* Elles paraissent être sans action sur des malades très avancés, ou sur des lésions très étendues. Elles paraissent être également sans action locale *chez le vieillard.*

En bénéficient par contre, et cette conclusion est à l'actif de l'IODOTHÉRAPIE *en général chez les bacillaires, même les formes franchement fébriles, congestives, ou en pleines poussées évolutives. Elles ne provoquent pas d'hémoptysies*, à condition toutefois de ne pas les employer au cours même d'une période hémoptoïque. Elles présentent, au point de vue pratique, l'avantage d'une *simplicité extrême*, écartant toute technique compliquée. Le maniement en reste cependant *toujours délicat*, et exige un *contrôle médical permanent.* Elles ne sont incompatibles avec aucun autre traitement antibacillaire, et peuvent s'associer à tout autre mode d'introduction de l'iode : *injections intramusculaires* ou *intraveineuses, iode par voie gastrique*, etc..., à condition de *toujours observer dans le traitement iodé des repos complets* (*sept jours* en cours de cure, *un* et *deux mois* après une cure importante).

Des *réserves* sont à faire sur ces conclusions, en raison du petit nombre de malades observés. Les résultats sont assez frappants cependant pour motiver de plus larges essais.

P. — Dr G. Béraud. — **Contribution à l'étude de l'avenir obstétrical des myomectisées au cours de la grossesse.** (Imprimerie Centrale, Angers.)

En règle générale, l'évolution de la grossesse dans un utérus fibromateux est normale, et il faut se garder d'avoir recours à une intervention chirurgicale lorsqu'il y a coexistence de gestation et de fibrome. *Exceptionnellement, des complications graves* peuvent néanmoins rendre la laparotomie nécessaire. Dans ce cas, en présence d'un fibrome unique et susceptible d'être énucléé, diagnostiqué ou non avant l'intervention, la myomectomie, à condition de pouvoir être faite avec une parfaite hémostase, nous semblera souvent préférable à l'hystérectomie. Elle permet souvent la continuation de la grossesse et l'accouchement normal ; et évite à la malade les *inconvénients de la ménopause anticipée.*

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Gastro-entérites saisonnières.

La période des grandes chaleurs fait apparaître de nombreuses diarrhées chez l'adulte à la suite d'ingestion de légumes et de fruits, mais la diarrhée saisonnière se montre avec une fréquence et une gravité plus grande chez les jeunes enfants et les nourrissons; d'après Trillat, elle est due à l'exaltation du nombre et de la virulence des germes microbiens qui souillent tous les aliments compris le lait. Les gastroentérites aiguës sont la cause principale de la mortalité infantile.

Dès leur apparition, le médecin appelé doit adjoindre à la diète hydrique un médicament énergique qui favorise la désinfection de l'intestin et permette le retour rapide à l'alimentation normale et ceci, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Depuis quelques années l'attention du Corps médical a été attirée sur la Salicairine tanno-glucoside du Lithrum Salicaria et le *Concours médical* a déjà, à plusieurs reprises, rapporté des observations de nombreux médecins qui ont constaté les effets remarquables et constants de ce médicament, citons en particulier : le docteur Dedieu dont les recherches faites dans le service de clinique infantile du professeur Bezy, ont été résumées dans sa thèse (Toulouse, 1921).

Les observations ont porté sur des enfants élevés au biberon, dont l'état était des plus graves, dans 70 % des cas la guérison définitive fut obtenue en moins d'une semaine. Le professeur Caille (de Rennes) a observé également un pourcentage élevé de guérisons rapides chez des adultes atteints de diarrhées saisonnières et même dans quelques cas d'infections spécifiques contrôlées bactériologiquement (diarrhées bacillaires). Les constatations chimiques du même genre sont aujourd'hui trop nombreuses pour qu'on puisse les énumérer dans un court article. Il suffira de rappeler qu'elles sont toutes concordantes.

Au point de vue pharmacologique, la Salicairine est un tanno-glucoside chimiquement défini et rigoureusement dosé dans les formes pharmaceutiques du produit : solution et comprimés. Il ne faut pas la confondre avec les extraits et poudres commerciales de Salicaire, de composition et d'efficacité très variables et qui renferment beaucoup moins de substance active.

La Salicairine agit comme astringent et hémostatique dans les diarrhées sanglantes.

Dans l'intestin, elle se dédouble par hydrolyse en donnant des acides polyphénols qui sont des antiseptiques puissants, atténuant la fermentation et diminuant progressivement les éléments nocifs de la flore intestinale, il en résulte une désodorisation rapide des selles et l'abolition des douleurs intestinales et du ténesme. Si nous ajoutons à cela que ce médicament est très peu toxique et qu'il peut être administré à très fortes doses, sans occasionner des troubles physiologiques, nous voyons que la Salicairine se présente comme le médicament de choix dans le traitement des diarrhées saisonnières et en particulier comme adjuvant de la diète hydrique dans le traitement de la gastro-entérite aiguë des jeunes enfants.

Nous conseillons d'administrer dès le début des doses suffisantes, XL à L gouttes de solution, *pro die* chez l'enfant ; une vingtaine de comprimés dragéifiés chez l'adulte. Puis à mesure que l'amélioration survient, diminuer progressivement les doses ; mais il convient de ne jamais interrompre bruquement le traitement et de le continuer quelques jours encore après la guérison en observant les précautions ordinaires dans l'alimentation.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE P. C. N. « DES SCIENCES » DOIT ÊTRE REMPLACÉ PAR UN P. C. N. MÉDICAL

1° Ce qu'est le P. C. N. actuel.

Le P. C. N. actuel a son utilité. Il vivifie la Faculté des sciences, transforme en une ruche bruissante, une aire désertique et ouvre des débouchés inespérés à certains « gradés » de la maison, en leur procurant des titres, des sous-titres, des chaires et des émoluments. Mais c'est là la seule utilité qu'aient jamais pu lui reconnaître les praticiens qui durent passer par ses fourches caudines, avant de pouvoir pénétrer à l'Ecole de médecine — de même que, pour entrer dans un pays étranger qu'on désire connaître, on doit auparavant en passer par les multiples, coûteuses et insipides démarches, nécessaires à l'obtention d'un passeport revêtu de tous ses visas orthodoxes. Interrogez les étudiants en médecine, stagiaires, externes, internes, tous, tous, vous diront que l'année du P. C. N. fut, pour eux, *une année de perdue*. Et ils la regrettent d'autant plus que la science et la pratique que doit acquérir un bon médecin sont choses de plus en plus complexes et *longues* à s'assimiler.

Sur quoi se basent ces regrets et comment se justifient ces doléances ? C'est là ce que je voudrais objectivement examiner aujourd'hui.

P. C. N. : physique, chimie, histoire naturelle ; tel est le programme de cette année d'*exil* des futurs médecins à la Faculté des sciences. Voyons ce qu'on leur y enseigne à côté de la carrière qu'ils ont choisie.

Voici le nouvel étudiant tout battant neuf. Il vient de passer ses bachots, dont le dernier fut, d'ordinaire, celui de la section de Philo. Il a déjà embrassé un programme, sur les sciences P. C. N., qui lui permet de comprendre ce qu'on va lui enseigner de neuf et il est tout prêt à se servir de ces premières connaissances pour s'assimiler ce qu'on va en déduire au point de vue de leur application dans le domaine médical. Eh oui ! quoi qu'on ait dit, le bagage acquis n'est pas négligeable, relativement, cela va sans dire. Je puis l'assurer d'autant mieux que j'ai aidé mon plus jeune fils à la préparation de son bachot de philo. Et je me rappelle combien je fus émerveillé de voir, dans son «Caustier», comment était expliquée — superficiellement, mais si clairement ! — la physiologie du foie, la digestion, la fonction du rein, son anatomie même avec ses tubuli contorti, etc... ainsi que des notions générales d'hygiène et toutes autres matières qui l'entraînaient déjà à ses futures études médicales...

Hélas ! au lieu de passer directement de là à l'Ecole de médecine, il dut bifurquer vers l'impasse de la Faculté des sciences, afin de « faire son P. C. N... » Et, dès lors, je vous l'affirme, *plus rien de médical* ! Voyez plutôt :

1° *En physique.* — Programme semblable à celui de la philo. Moins complet plutôt. Simple révision banale de physique élémentaire dans laquelle on a pris bien soin qu'il ne se glisse pas quelque chose pouvant servir à un futur médecin. N'est-on pas à la Faculté des sciences ?...

2° *En chimie.* — Cours de chimie minérale, étude des métaux et de différentes compositions et réactions plus utiles à connaître pour des ingénieurs ou des industriels. En chimie organique, branche si complexe, rien qui puisse préparer le futur médecin aux études biologiques, rien qui puisse l'intéresser pour l'avenir, rien qui puisse lui servir plus tard, dans sa profession. N'est-on pas à la Faculté des sciences?

3° *En histoire naturelle.* — Pour la *botanique*, longue perte de temps sur l'étude et les fastidieuses classifications de plantes innombrables, au milieu desquelles disparaissent les plantes médicinales, comme une aiguille dans une botte de foin. Ce qu'on apprend là *d'utile* pourrait tenir, tout au plus, en une dizaine de pages et on est obligé de se fourrer dans la tête, pour l'examen, mille choses, qu'on se hâtera, d'ailleurs, d'oublier le lendemain.

Pour la *zoologie*, on reprend les idées générales déjà étudiées en philo, auxquelles on ajoute des inutilités, alors que ce serait si bien le moment de se *servir* de ce qui fut déjà vu pour aiguiller le futur médecin sur un premier aperçu des éléments de physiologie et de biologie humaine ...

Mieux encore ! Il n'y a même plus trace de ces bribes de physiologie et de biologie que je signalais plus haut dans le programme des sciences naturelles de philo. On ne s'occupe plus guère que de classification des différentes espèces animales et on se plonge dans des études, si utiles ! sur des oiseaux, des lézards, ou des ammonites. Quant à l'échelon supérieurs l'homme, qui ne sera peut-être pas, dans l'avenir, sans faire l'objet des préoccupations du futur médecin, pas un mot ou à peu près. Ah ! il est loin le foie et sa fonction glycogénique, ils sont loin les différents liquides digestifs, suc gastrique ou pancréatique !.... Fi donc ! vous ne voudriez pourtant pas qu'on se préoccupât de ces contingences dans une Faculté des sciences ! .....

Si bien que — en réalité, — il y a beaucoup moins de « préparation médicale » au P. C. N. que dans le

modeste et général bachot de philo. Si vous en doutez, si vous criez au paradoxe, prenez, je vous en prie, le « Caustier » que je citais plus haut et les bouquins du P. C. N. et comparez..... Je l'ai faite, cette comparaison, et je fus obligé d'en conclure que le programme des sciences de philo était la préparation *idéale* pour le futur étudiant en médecine, tandis que le P. C. N. *coupe l'évolution naturelle* entre les études secondaires et celles de médecine, alors que la transition était si bien amenée entre la philo et une première année de médecine où on reprenait les études *générales* précédentes, en les aiguillant vers leur utilisation *spéciale* à la profession médicale.....

***

Peut-être a-t-on voulu faire de ce P. C. N. une barrière contre la pléthore médicale ? Soit ! Mais la barrière n'aurait-elle pas été aussi haute, aussi « barbelée », en constituant un programme de première année de médecine avec physique, chimie, histoire naturelle *médicales*, programme aussi complet que l'on voudrait et sanctionné par un difficile examen de passage qui, bien mieux que le P. C. N. actuel, donnerait la preuve que « l'impétrant » a bien l'esprit médical et qu'il est apte à poursuivre ses études ?...

On dit aussi : « Le P. C. N. n'est pas institué *seulement* pour les médecins. Il peut ouvrir également les portes aux futurs chimistes, biologistes, à ceux qui voudront poursuivre leurs études sur la botanique, l'anatomie comparée, etc., etc... ». C'est, à mes yeux, la plus grave critique qu'on en puisse faire. Eh quoi ! Les 9/10e des élèves du P. C. N. se sont fait inscrire dans le but de faire leur médecine, quitte à poursuivre ou non, et, pour une poignée d'autres, on n'hésite pas à faire *perdre une année entière* à ceux qui ont, devant eux, tant et tant de matières médicales à s'assimiler ?.... N'est-ce pas là une grosse faute sociale que de les obliger à gâcher ainsi un temps si précieux, alors que nous voulons de bons praticiens au chevet de nos malades ?.....

On dit encore : « L'âge des examens a baissé beaucoup. Allez-vous faire pénétrer dans les hôpitaux des jeunes, *trop* jeunes garçons, à peine échappés du collège? ... » Et qui donc vous oblige à les « lâcher » dans les hôpitaux dès leur première année à l'Ecole ? C'est la faute que l'on commet aujourd'hui (et qui fut relevée, je crois, par le prof. Sergent) de les obliger à un stage hospitalier, dès leur première année, alors qu'ils ne connaissent encore rien de rien aux choses de la médecine. Là encore, c'est du temps gâché, et cela, à cause du P. C. N. où ils n'ont rien appris de médical et qu'ils ne savent, sur les maladies, que ce qu'en sait l'épicier du coin quand il a eu des malades chez lui.

Oh ! je comprends fort bien pourquoi on commence sitôt le stage. On se serait effrayé de voir le futur médecin, une fois les études secondaires terminées, rester *deux années* (P. C. N. + 1re année de médecine) sans examiner de malades, c'est-à-dire sans cette pratique médicale qui est la meilleure, et peut-être la seule école où l'apprenti-médecin peut apprendre son métier. On a donc bien été obligé de l'envoyer, dès l'arrivée à l'école, dans les hôpitaux où — forcément — il perd son temps durant de longs mois, faute de premières notions pré-acquises.

Or, si l'on supprimait le P. C. N. actuel, pour le remplacer par *un P. C. N. médical, fait à l'Ecole de médecine par des médecins*, cette première année, occupée à des cours et à des travaux pratiques, serait distincte des études hospitalières — mais permettrait, dès la seconde année (la première actuelle) de pénétrer dans les hôpitaux et d'en tirer profit..... Et l'étudiant en tirerait profit certainement car, dans le P. C. N. *médical*, de sa première année d'école, on aurait déjà *amorcé* certaines études, ou plutôt certains aperçus d'anatomie générale humaine et de physiologie ..... Ce qui, au reste, n'aurait été, ne l'oublions pas, que la *continuation* de l'étude des premiers éléments de ces matières que contenait, si heureusement, son programme des sciences de philo.

Certains professeurs de la Faculté, devant le flot montant des multiples notions scientifiques que doit acquérir le futur praticien, réclament une année d'études de plus, soit 6 ans, au lieu de cinq. Sans doute, ils n'osent pas trop insister, se rendant bien compte qu'on ne peut allonger, sans fin, ces années d'études médicales, ni obliger l'étudiant à rester à la charge des siens jusqu'à ce que ses cheveux grisonnent....

En supprimant cette année inutile — voire nuisible — du P. C. N. actuel, on trouverait ainsi l'année supplémentaire désirée. Et on l'utiliserait d'autant mieux que le P. C. N. médical aurait été établi exclusivement en vue de donner au futur médecin des connaissances utiles pour l'avenir.

Pour cela, il faut un programme nouveau (serait-il bien nouveau d'ailleurs ?) C'est ce programme que je me propose d'esquisser, simplement comme base de discussion, dans un prochain article.

Dr Fernand DECOURT.



CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les modifications apportées à la loi de 1898

La loi de 1898 a créé le statut de la mutualité, statut intangible et qui, dans bien des circonstances, par son intransigeance, entravait le fonctionnement et le recrutement des sociétés mutuelles.

D'abord, l'indemnité en aucun cas ne pouvait dépasser 5 francs par jour ; la retraite, 360 fr. et l'assurance au décès, 3.000 fr.

Quelle pouvait être la valeur de ces sommes au regard de la vie chère actuelle ? Aucune. Celui qui voulait faire acte de prévoyance trouvait dérisoire les avantages offerts par la mutualité. Il aiguillait ses efforts vers l'assurance, ou bien se contentait de vivre au jour le jour sans songer au lendemain.

Depuis longtemps, le grand état-major mutualiste se préoccupait de la question, inquiet de voir fondre ses effectifs, sans récupérer de troupes nouvelles.

Mais il est certaines lois auxquelles il est dangereux de toucher. On risque, à côté d'avantages nouveaux acquis, de perdre d'anciens privilèges.

Après étude avec la fédération nationale, M. Saget déposa un projet de loi qui fut voté à la Chambre sans grandes discussions et qui modifiait la loi de 1898 de la façon suivante :

Art. 1er. — Le paragraphe 2 de l'article 15 de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels est modifié comme suit :

« Elles peuvent recevoir, avec l'autorisation du préfet, des dons et legs mobiliers et avec l'autorisation du Conseil d'Etat, des dons et legs immobiliers. »

Le dernier paragraphe de l'article 15 de la même loi est remplacé par le texte suivant :

« Les sociétés libres peuvent, en outre, comme les sociétés approuvées, et dans les conditions énoncées aux paragraphes 2, 3, 4 et 5 de l'article 20 de la *présente loi, construire, acquérir et posséder des immeubles jusqu'à concurrence des trois quarts de leur avoir, les vendre et les échanger.*

Art. 2. — Le paragraphe 1er de l'article 20 de la même loi est complété comme suit :

« Ils peuvent (les placements immobiliers) aussi être effectués jusqu'à concurrence d'un cinquième de leur avoir disponible en obligations ou actions entièrement libérées de sociétés approuvées d'habitations à bon marché, de crédit immobilier, de bains douches ou de jardins ouvriers. »

D'autres modifications sont encore créées qui portent une première atteinte au fonds commun inaliénable des retraites, qui changent le taux d'intérêt servi par la caisse des dépôts et consignations, et le régime des subventions.

Enfin, dans l'article 6, il est dit : « Les chiffres de 5 fr., 360 et 3.000 fr. inscrits à l'article 28, paragraphes 1 et 2 de la loi du 1er avril 1898, sont remplacés par les chiffres de 15 fr., 1800 et 9.000 fr. »

Il est de toute évidence que ce dernier article améliore singulièrement le régime mutualiste ; mais, pour ma part, je doute qu'il produise de grands résultats. Logiquement, puisque les avantages sont triplés, il faut que les cotisations soient également portées au triple.

Mais, voilà le *hic.* On a tellement bourré le crâne aux mutualistes, on leur a tellement dit qu'on pouvait leur accorder de grands avantages avec des cotisations modiques, qu'il n'était pas nécessaire de faire un grand effort personnel, puisqu'il n'y avait qu'à tendre la main aux membres honoraires, pour ramasser de la bonne galette, qu'ils accepteront difficilement de verser de grosses sommes pour se couvrir des risques de la vie.

Cela pourra tenter quelques sociétaires débrouillards qui, adhérant à plusieurs sociétés mutuelles, pourront ainsi toucher de grosses indemnités de chômages, supérieures au taux de leur salaire.

Pour la plupart, avec les salaires et appointements en usage actuellement, ils méprisent l'indemnité de maladie et ne s'arrêteront qu'à la dernière limite. Il est bien évident qu'une indemnité, soit maladie, soit retraite, doit être plus élevée que jadis. Aussi, n'avons-nous pas attendu la loi pour augmenter les indemnités de maladie aiguë ou chronique de la Mutualité Familiale, par la création de la combinaison MAD.

Jusqu'ici, les sociétés de secours mutuels libres étaient traitées en parents pauvres ; on limitait leurs opérations ; on leur délivrait presque un conseil judiciaire. Malgré tout, elles préféraient pour beaucoup la liberté à l'approbation. La nouvelle loi votée offre de grands avantages, puisqu'elle permet aux sociétés libres de faire des placements immobiliers, alors que jadis, elles ne pouvaient posséder d'immeubles que pour leur siège social ou leurs bureaux. Ceci peut avoir son importance pour les sociétés médicales mutuelles qui pourraient s'intéresser à des fondations de maisons de santé, de diagnostic, voire même à la création de la maison des médecins français. Il pourrait du fait sortir quelques suggestions intéressantes.

Cette loi avait été votée sans difficulté à la Chambre. Au moment du Congrès de Lyon, M. Roussel avait bien recommandé aux mutualistes de laisser ratifier par le Sénat la loi votée à la Chambre sans modifications. On leur appre-

nait en cachette que la présente loi créé une dépense d'au moins 4.500.000 fr. et que le Sénat poursuivait avant tout le régime des économies. Suivant les indications du directeur de la mutualité, la loi a été votée au Sénat en fin de séance, au milieu des innombrables lois de liquidation de session qu'on vote devant les banquettes vides.

C'est peut être une satisfaction platonique, en attendant la grande loi des assurances sociales (1).

Dr M. VIMONT.

JURISPRUDENCE

RESPONSABILITÉ CIVILE. — 1° FAUTE. — SPORTS VIOLENTS. — FOOT-BALL. — OBSERVATION DES RÈGLES DE CE JEU. — NON EXONÉRATION DES FAUTES. — COUP D'ARRÊT. — CHOC ÉVITABLE. — APPRÉCIATION DES RISQUES INHÉRENTS AU SPORT. — 2° RESPONSABILITÉ DU FAIT D'AUTRUI. — MINEUR. — ACCIDENT SPORTIF. — DIRECTEUR DE SOCIÉTÉ NON CHARGÉ DE SURVEILLER LE JEU. — IRRESPONSABILITÉ. — RESPONSABILITÉ DU PÈRE.

TRIBUNAL CIVIL DE VALENCE (1re ch.).

(20 mars 1923.)

(*Gazette du Palais*, 3-4-juin 1923.

1° *L'observation des règles de prudence que comportent tous les jeux violents et, en particulier, le football, ne suffit pas à exonérer de toute responsabilité le joueur qui a causé un accident, s'il vient à être démontré qu'il a commis une faute, c'est-à-dire un fait illicite et dommageable, engendrant à sa charge l'obligation d'en réparer les conséquences.*

En conséquence, dans le foot-ball, si on ne peut reprocher à un joueur, le fait d'attendre son adversaire pour l'arrêter de face dans sa course et le faire basculer et abandonner le ballon, ce joueur commet une faute lorsque, dans l'exécution de ce coup d'arrêt, au lieu de pencher la tête de côté, de manière à éviter un choc dangereux, il plante la tête dans l'abdomen de son camarade ; et si le choc a provoqué une rupture d'intestin ayant entraîné la mort, sa responsabilité est engagée.

Toutefois pour l'apprécier, il y a lieu de tenir compte de l'émulation violente que comporte un match de football et des risques auxquels se sont exposés volontairement ceux qui pratiquent ce jeu : les règles de prudence qui s'imposent à ceux-ci sont moins étroites que celles auxquelles serait astreint tout autre joueur.

2° *Si l'auteur de l'accident est mineur, on ne peut tenir pour responsable de son fait le directeur de société sportive dont les fonctions statutaires consistent uniquement à réunir certains jours les jeunes gens qui se livrent au sport du foot-ball, pour leur permettre de prendre part aux matches organisés, mais dont la garde et la surveillance, loin de s'étendre au jeu, cessent au moment où commence la partie.*

La responsabilité en incombe au père, qui a autorisé son fils, le joueur imprudent, à se livrer à un jeu particulièrement dangereux, se départissant ainsi de l'obligation étroite de surveillance inhérente à l'exercice de son autorité paternelle.

LE TRIBUNAL,

Attendu que F. a assigné D. père et abbé C. ce dernier pris en sa qualité de directeur de la Société Le Stade catholique valentinois, à l'effet de s'entendre conjointement et solidairement condamner à lui payer la somme de 40.000 fr. en réparation du préjudice matériel et moral que lui a causé la mort de son fils mineur, décédé des suites d'un accident dont il a été victime le 25 décembre 1921, au cours d'un match de foot-ball à Loriol ;

Attendu que, si le foot-ball, et, en général, tous les jeux violents, comportent des règles qui sont inspirées par des considérations particulièrement étroites de prudence, il ne s'ensuit cependant pas que l'observation de ces règles suffise à exonérer le joueur de toute responsabilité, au cas où il viendrait à être démontré qu'il a commis une faute, c'est-à-dire un fait illicite et dommageable, engendrant à sa charge l'obligation d'en réparer les conséquences ; qu'il est, par suite, inopérant de la part des défendeurs, pour repousser l'action dirigée contre eux, de soutenir que les règlements du jeu de foot-ball ont été respectés et qu'en conséquence, la question du procès est uniquement de savoir, même en tenant pour constant que les règles du jeu ont été observées, si les faits, tels qu'ils sont proposés à l'appréciation du Tribunal dans les conclusions subsidiaires prises par le demandeur, sont de nature à engager la responsabilité quasi-délictuelle de l'auteur de l'accident ;

Attendu, toutefois, que, pour l'appréciation du fait générateur de la faute, il y a lieu de considérer que l'accident est survenu au cours d'un match de foot-ball, c'est-à-dire au cours d'un événement comportant, de la part de tous les joueurs, une émulation chaude et violente ; que, par suite, les faits sur lesquels F. entend fonder la responsabilité des défendeurs doivent être envisagés d'une façon large et, en tout cas, différente de celle selon laquelle ils auraient été appréciés, s'il s'agissait d'un jeu ne comportant pas des risques aussi certains auxquels s'exposent volontairement ceux qui jouent au foot-ball ; qu'en d'autres termes, les règles de prudence qui s'imposent à un joueur de foot-ball sont moins étroites que celles auxquelles serait astreint tout autre joueur ; que c'est donc au regard de ces notions, qu'il convient de se demander si les articulats à fin de preuve sont pertinents et concluants ;

(1) La loi qui a modifié celle du 1er avril 1898, et qui porte la date du 15 août 1923, a été publiée au *Journal Officiel* du 19 août.

Attendu que le 1er articulat est ainsi conçu : « Que le 25 décembre 1921, vers 15 h., alors qu'un match de foot-ball mettait aux prises le Stade catholique valentinois et l'Union sportive loriolaise, D. pour arrêter F. dans sa course, se baissa, immobile, et saisit F. de face lorsque celui-ci arriva jusqu'à lui.

Attendu que ce premier articulat n'est pas pertinent ; que D. était, en effet, manifestement en droit d'attendre en position immobile son adversaire et de le saisir même de face, en vue de le faire basculer et de lui faire ainsi abandonner le ballon ; que ce n'est là que l'application pure et simple du procédé dit de « plaquage » et que seules importent les conditions dans lesquelles ce procédé a été mis en œuvre ;

Or, attendu qu'à cet égard, le 2e articulat précise « qu'au lieu de pencher la tête de côté, afin d'éviter un choc dangereux, ainsi que le prescrit la prudence élémentaire, D. heurta de la tête l'abdomen de F. qui tomba à la renverse sous l'extrême violence du choc » ; que ce fait est essentiellement pertinent ; qu'en effet, il ne saurait être admis qu'on puisse, en vue d'arrêter un adversaire en plein course, lui planter la tête dans l'abdomen de telle manière que, par l'effet de la vitesse acquise, cette partie vitale du corps subisse un choc aussi violent que dangereux et inutile ;

Attendu que le 3e articulat tend à établir la relation de cause à effet entre la faute et l'accident ;

Sur l'attribution des responsabilités ;

Attendu que C., pris en sa qualité de directeur du Stade catholique valentinois, est assigné conjointement et solidairement en responsabilité des conséquences dommageables de l'accident du 25 décembre 1921 ; qu'il est constant et non dénié que les fonctions assignées à C. par les statuts de la Société consistent uniquement à réunir à des jours déterminés les jeunes gens qui se livrent au foot-ball rugby, pour leur permettre de pratiquer ce sport et de prendre part aux matches organisés soit par le Stade, soit par toute autre société similaire ; que si, à ce titre, on peut dire que les jeunes gens mineurs ainsi groupés par le Stade demeurent sous la garde et la surveillance du directeur de la Société, encore faut-il, pour que la responsabilité de ce dernier soit engagée dans les termes de l'art. 1384 C. civ., relativement aux accidents survenus au cours du jeu, que cette garde et cette surveillance s'étendent aux exercices mêmes du jeu ;

Or, attendu qu'il est constant que la surveillance de C. cessait à partir du moment où commençait le jeu et qu'ainsi le préposé du Stade catholique valentinois ne pouvait, à aucun titre, ni prévoir, ni empêcher l'accident, qui, en fait, est survenu au jeune F. ; que ce n'est donc qu'au cas, qui n'est d'ailleurs, ni allégué, ni démontré, où la Société ou son représentant aurait commis une faute se rattachant par une relation certaine à l'accident, que la responsabilité civile de celle-ci pourrait être retenue par application de l'art. 1382 C. civ ; qu'il y a donc lieu, dans ces conditions, de mettre hors de cause la Société du Stade catholique valentinois ;

Mais attendu, qu'en même temps qu'a été assignée la Société susvisée, a été également assigné D. père, pris en sa qualité de civilement responsable de son fils mineur, auteur de l'accident ; qu'à cet égard, il est manifeste que la faute de D. fils, si elle vient à être démontrée, se rattache à l'imprudence qu'a commise le père en autorisant son enfant mineur à se livrer à un jeu particulièrement dangereux ; qu'en ce faisant, D. père s'est, en effet, départi de l'obligation étroite de surveillance et de prudence qui s'imposait à lui, et à ce titre, il doit subir les conséquences de la négligence qu'il a apportée dans l'exercice de son autorité paternelle ;

Par ces motifs,

Met hors de cause C. ès-qualités de directeur du Stade catholique valentinois ; par contre, retient dans l'instance D. père, pris en sa qualité de civilement responsable de son fils mineur ;

Et, avant dire droit, au fond, autorise F. à rapporter, en la forme des enquêtes ordinaires : 1° qu'au lieu de pencher la tête de côté, afin d'éviter un choc dangereux, ainsi que le prescrivent les règles du jeu et la prudence la plus élémentaire, D. heurta de la tête l'abdomen de F. qui tomba à la renverse sous l'extrême violence du choc ;

2° Que le choc avait produit une rupture de l'intestin qui entraîna, dès le lendemain de l'accident, le décès du jeune F. ;

Preuve contraire et dépens réservés.

Commentaires.

Ce jugement ne manquera pas d'intéresser tous les sportifs : c'est la première fois qu'un tribunal définisse nettement la responsabilité qu'encourt le joueur, qui, tout en respectant les règles du jeu, occasionne un dommage à un partenaire. S'il n'y a pas faute, il n'y a pas délit et, en la circonstance, le jeune D. ne saurait être poursuivi correctionnellement, pour avoir occasionné la mort, sans avoir eu l'intention de la donner.

Mais son jeu brutal, bien que licite, a occasionné un dommage, dont D. devra réparation, aux termes de l'article 1382 du code civil. Cependant, cette responsabilité est atténuée, étant donné que le rugby est un jeu réputé dangereux et que les accidents sont fréquents au cours des matches. Le blessé avait, d'avance, accepté les risques que comporte ce jeu violent ; néanmoins, d'après le tribunal, le blessé, ou des ayants-droit peuvent réclamer réparation du dommage causé.

En second lieu, le père du jeune D. est déclaré civilement responsable de l'accident survenu par la faute de son fils. Le tribunal de Valence invoque le défaut de surveillance du père sur son fils : personnellement, nous estimons que l'argument n'est pas sérieux, car bien des pères autorisent leurs enfants à jouer à divers jeux, plus ou moins dangereux, au foot-ball

rugby, par exemple ; mais chaque père ne peut pas accompagner son fils sur le terrain de jeu et même, assisterait-il, en spectateur, qu'il lui serait impossible, au cours de la partie, de donner à son fils les ordres ou conseils suffisants pour éviter tout accident corporel.

Disons plutôt que le père est responsable civilement, parce que le fils mineur a causé un dommage à autrui et que, par suite, le père est tenu pécuniairement de réparer les fautes de son fils.

Ce jugement de Valence comporte un troisième point intéressant : il met hors de cause le directeur du patronage, l'abbé C. Celui-ci était actionné en vertu de l'article 1384 du code civil qui décide qu'on est responsable des dommages causés par le fait des personnes dont on doit répondre. La responsabilité du directeur du patronage aurait été engagée, s'il avait été démontré qu'il y a eu absence de surveillance (Grenoble, 5 mars 1923, *Gazette du Palais*, 19 mai 1923.)

Le tribunal correctionnel de Versailles (11 février 1921, *Gazette des Tribunaux*, 8 juillet 1921) a jugé que le président d'une société sportive, ayant pour but de réunir périodiquement des jeunes gens qui se livrent à différents exercices, ne saurait être assimilé à l'instituteur, expression par laquelle il faut entendre toute personne chargée d'une façon permanente de l'éducation et de la surveillance d'enfants et de jeunes gens. Il en résulte que les stipulations de l'article 1384 du code civil, concernant la responsabilité de l'instituteur, vis-à-vis de ses élèves, ne doivent pas être applicables à un président de société sportive.

Mais le tribunal de Valence décharge de toute responsabilité le directeur du patronage, car, au dire du tribunal, la surveillance de l'abbé C. cessait au moment précis où commençait le jeu ; que d'ailleurs, ce directeur « ne pouvait, à aucun titre, ni prévoir, ni empêcher l'accident ». Nous répondrons ; « Mais le père du jeune D. non plus ne pouvait ni prévoir ni empêcher l'accident, d'autant qu'il n'était pas, comme l'abbé C., présent sur le terrain de jeu. »

Quoi qu'il en soit, les jeunes joueurs sportifs, devront désormais apprendre qu'ils sont responsables, si par leur jeu, quelque peu brutal et ardent, ils occasionnent un dommage à autrui. Qu'ils apportent donc un peu plus de prudence, moins de fougue, dans leurs ébats, sinon, leurs parents auront à payer des dommages intérêts.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat médical de l'arrondissement de Cherbourg

(7 juin 1923)

Compte rendu de la réunion du bureau de la Fédération. — Le président lit le compte rendu de la réunion du bureau de la Fédération, qui a eu lieu le 12 avril, à Saint-Lô. On peut le résumer ainsi :

La circulaire préfectorale du 10 mars 1923 concernant les soins aux pensionnés de la guerre a soulevé les protestations unanimes des confrères du département.

Après une discussion assez vive, le secrétaire de la commission de contrôle, notre confrère le docteur Leclerc, promet de modifier la circulaire incriminée. Le tarif kilométrique de 1 fr. 24 sera appliqué à partir du 1er janvier 1923.

Le bureau demande que le prix de l'accouchement de nuit dans la localité, pour l'assistance médicale gratuite, soit majoré de deux fois la visite, soit 6 francs. Il demande également que le déplacement soit payé une fois par mois et par commune pour la visite d'inspection faite aux enfants du premier âge.

Enfin il est décidé de prier les syndicats d'unifier les tarifs de base et de demander au minimum 6 fr. *pour la consultation* et 8 fr. *pour la visite.*

A ce sujet, le président demande aux confrères de l'arrondissement de Cherbourg s'ils sont d'avis d'accepter ce tarif minimum. Une discussion assez confuse a lieu, à laquelle prennent part MM. les Drs Ballard, Bizardel, Hamel et Hubert. Les uns veulent maintenir le prix de la consultation à 5 francs, les autres la porter à 6 francs, comme le demande la Fédération.

Le président met la question aux voix.

11 voix se prononcent pour 5 francs, prix minimum. 14 pour 6 francs.

Le prix minimum de 6 francs est adopté pour la consultation.

Pour la visite, le tarif minimum de 8 francs est adopté sans discussion.

Lois sur les accidents du travail. — Le président expose le projet de modification à l'article IV de la loi sur les accidents du travail, en ce qui concerne le tout compris pour les accidentés soignés à l'hôpital ou dans les cliniques. Les médecins et chirurgiens de l'hôpital de Cherbourg ont adressé une protestation à ce sujet à la commission administrative de l'hôpital ; celle-ci a reconnu légitimes les revendications du corps médical et a pris une délibération en ce sens.

Loi des pensions (contrôle). — La circulaire préfectorale du 10 mars 1923 a vivement choqué les confrères de l'arrondissement ; celle du 2 juin 1923, qui devait la modifier en l'atténuant, l'aggrave au contraire.

Si tout le monde est d'accord pour proscrire les eaux minérales, les spécialités pouvant être remplacées par une formule magistrale, les vins généreux, il est impossible d'admettre le paragraphe suivant : « Lorsqu'une ordonnance comprendra des médicaments d'un prix élevé, des *produits jugés inutiles ou nuisibles*, le prix en sera imputé totalement au médecin. »

On se demande comment la commission de contrôle pourra juger qu'un médicament est inutile ou nuisible, surtout plusieurs mois après son utilisation ; c'est l'arbitraire absolu.

Les membres du syndicat protestent à l'unanimité contre cette circulaire.

Pupilles de la Nation. — Il est rappelé que la première visite semestrielle des pupilles de la Nation doit être terminée en juin et que les mémoires d'honoraires doivent être envoyés au plus tard le 30 de ce même mois.

Le président de l'Office départemental des pupilles a écrit au président de la Fédération pour l'informer que c'est par erreur que certains pupilles malades ont été adressés aux consultations de l'hôpital. D'ailleurs, il ne s'agissait que de pupilles dont les mères étaient indigentes...

Le président donne ensuite le compte rendu résumé de la réunion qui a eu lieu entre les présidents de syndicats du département et le préfet de la Manche.

Ce dernier demande aux syndicats que la vaccination, le contrôle des pupilles, l'inspection des nourrissons, soient pratiqués dans chaque commune par le même médecin.

Les présidents sont chargés d'organiser le service sur ces bases dans leurs arrondissements, pour le 1er janvier 1924.

Pour permettre cette organisation, le président prie les confrères qui ne se seraient pas encore réparti entre eux les circonscriptions, de venir à la fin de la séance s'entendre avec lui à ce sujet.

Sociétés de secours mutuels. — Les conventions conclues pour deux ans avec les sociétés de Secours mutuels expirant le 31 décembre 1923, nous devons prévenir six mois à l'avance en cas de changement à la convention avec chaque société.

Le Dr Canuet propose d'unifier autant que possible les tarifs pour les mutualités.

Il est décidé que la convention avec les établissements Simon sera continuée par tacite reconduction (3 fr. et 5 fr.).

Les conventions avec la Solidarité et la Société des employés du gaz seront modifiées pour porter le prix de la visite à 5 fr. et la consultation des spécialistes à 5 fr. également.

En ce qui concerne la Société des Chantiers de la Gironde, il est décidé de rompre la convention. Cette Société ayant son médecin particulier qui accapare les accidents du travail et tout ce qui pourrait être rémunérateur pour les médecins qui avaient accepté de soigner ses mutualistes, il n'y a plus lieu d'appliquer désormais à ceux-ci le tarif réduit consenti aux autres mutualités.

Fédération des syndicats médicaux de l'Eure

(*24 juin* 1923)

A.M.G. a) L'indemnité kilométrique a été ramenée à 1 franc ; les prix de consultation et de visite élevés à 2 fr. 50 et à 3 fr. 50.

Le président rend compte de l'entrevue qu'il a eue avec le conseil général. Trois objections principales lui ont été faites :

1° *Les départements voisins n'ont pas de tarifs supérieurs aux nôtres* ;

2° *Les médecins voient souvent des assistés « en passant »*.

3° *Des médecins prennent à leur clientèle privée des prix inférieurs à ceux de l'A.M.G.*

Ces trois objections, auxquelles les réponses appropriées ont été faites, provoquent les réflexions et décisions suivantes :

1° Si les départements de Normandie n'ont pas de tarifs supérieurs aux nôtres, l'ensemble des départements français arrive à une moyenne sensiblement plus élevée. Cela prouve en tous cas la nécessité d'une action commune avec les départements voisins.

DÉCISION : *La Fédération de l'Eure se mettra en rapport avec les fédérations de Normandie en vue de préparer une action commune.*

2° La visite « en passant » est l'exception et constitue pour beaucoup le seul bénéfice réel de la clientèle de campagne, en raison du prix de revient de l'automobile et du temps perdu.

DÉCISION : *La visite dite « en passant », comptée comme visite simple, sera supprimée. Toute visite faite en campagne sera comptée au tarif plein, visite plus indemnité kilométrique.*

3° La 3e objection a été de beaucoup la plus importante. Il est certain que les médecins qui n'appliquent pas les tarifs syndicaux sont une minorité. Mais ils font un tort considérable à tous leurs confrères comme d'ailleurs à eux-mêmes.

DÉCISION : *Les syndicats mettront au point les tarifs locaux et les feront imprimer sur des fiches qui*

seront signées par les médecins pouvant entrer en concurrence.

Sous cette réserve le Dr Briquet accepte de défendre devant le conseil général nos revendications qui restent les mêmes.

En effet, les syndicats ont été unanimes à accepter pour cette année, dans un but de conciliation, les tarifs adoptés, mais aussi à maintenir pour 1924 leur demande de relèvement de tarif à :

Consultation..................	3 fr.
Visite..........................	5 fr.

Le président présente le texte d'une lettre rédigée dans ce sens, pour être adressée au préfet.

La lettre est aprouvée à l'unanimité.

b) COMPOSITION DE LA COMMISSION DE VÉRIFICATION

Deux membres seront pris dans le syndicat d'Evreux-Neubourg, deux membres dans les autres syndicats.

Les syndicats devront donc s'entendre pour présenter dans ce sens quatre candidatures à l'assemblée générale de décembre.

4° COMMISSION DE CONTROLE DE L'ARTICLE 64.

Le Dr COURAUD rend compte de sa mission.

Il recommande aux médecins :

1° De toujours envoyer leur mémoire dans la première quinzaine du trimestre.

2° De bien inscrire les prix suivant le tarif applicable à la commune du réformé.

L'assemblée adresse ses remerciements au docteur Couraud.

Devant les observations présentées par le Dr Couraud au sujet du fonctionnement du secrétariat, il est décidé que l'organisation de celui-ci sera à nouveau mise à l'étude.

5° RÉPONSES DE LA PRÉFECTURE concernant :

a) *Les consultations de nourrissons...*

La préfecture n'a pas donné de réponse ; une nouvelle demande sera adressée faisant d'ailleurs toutes réserves sur l'utilité et l'opportunité de ces consultations.

b) *Le service de vaccination.*

1° Notre demande de fourniture du matériel par l'administration a été refusée.

La même demande est maintenue et sera reprise par nous sous une autre forme.

2° La Fédération émet le vœu que la loi soit révisée en vue de réserver la vaccination gratuite aux assistés.

c) La préfecture est favorable à l'admission des médecins dans les commissions administratives des hôpitaux.

d) Avant de créer un service de vaccination antityphique la préfecture attendra une nouvelle mise au point de cette vaccination.

6° La Fédération rappelle aux syndicats que « l'Union » leur demande, instamment d'organiser leur secrétariat.

7° VŒUX DU SYNDICAT DES ANDELYS :

a) *Unification des honoraires de clientèle.*

Elle doit être réalisée dans les syndicats ainsi qu'il a été dit plus haut.

b) *La demi-assistance.*

La Fédération lui est absolument hostile.

Inpection des pupilles de la nation :

La Fédération demande que soit étudiée une rémunération des déplacements.

8° RELATIONS AVEC LES PHARMACIENS.

Une réunion a eu lieu le 19 juin entre les délégués de la Fédération et les délégués du Syndicat des pharmaciens de l'Eure.

Les pharmaciens nous ont adressé deux demandes concernant la prescription des toxiques B, et celle des produits opothérapiques. Ces deux questions sont exposées sur l'imprimé ci-joint : il y a lieu d'attacher toute l'attention nécessaire à la loi sur la prescription des toxiques B, en vue d'éviter les ennuis souvent graves que peut entraîner, aussi bien pour le pharmacien que pour le médecin, la rédaction illégale d'une ordonnance. Et l'assemblée, remerciant les pharmaciens de leur communication, insiste pour que leurs deux demandes soient prises en considération par tous les médecins.

Communication des pharmaciens à la Fédération de l'Eure.

Produits visés : opium, poudre et extrait ; morphine ses sels et ses dérivés (héroïne, dionine) ; cocaïne et ses sels ; chanvre indien.

Rédaction de l'ordonnance :

1° Aucun chiffre, tout devant être écrit en lettres, même le *nombre* de pilules, cachets, ampoules, etc. ;

2° Le mode d'emploi doit être indiqué de telle façon que la totalité de la préparation ne dépasse pas sept jours. Cette condition ne joue pas pour les produits externes ;

3° Le nom, l'adresse du médecin et la date doivent être indiqués ;

4° Toute ordonnance irrégulière dans sa rédaction ne doit pas être exécutée ;

5° Le pharmacien doit conserver les ordonnances à l'appui de sa comptabilité. Il est naturellement désireux de ne pas être obligé de conserver des pièces qui pourraient le faire condamner conjointement avec l'auteur de la prescription.

Renouvellement.— Le pharmacien ne peut renouveler que :

a) Les préparations contenant au max. 12 centigr. d'ext. d'opium ou 3 centigr. de morphine, cocaïne, leurs sels ou dérivés ;

b) Les préparations externes (suppositoires, pommades, etc.)

Copie de l'ordonnance. — Le pharmacien devant conserver les ordonnances et en délivrer une copie conforme, serait reconnaissant aux médecins de ne pas rédiger ces formules sur la même feuille que les autres prescriptions et régimes.

Certaines spécialités (pavéron, pantopon, sedol, spasmalgine, didial), sont soumises à cette réglementation.

Produits non visés (que le pharmacien désire de préférence voir employer) : laudanum, teinture d'opium, sirops d'opium, de morphine, diacode.

Produits opothérapiques. — Vu la diversité des marques et des doses ; vu la difficulté de conserver en cachets des produits très avides d'eau, et afin d'éviter les reproches assez fréquents des clients à ce sujet :

Les pharmaciens seraient heureux de voir prescrire ces produits sans désignation de marque. Il leur est plus facile en effet, de contrôler la conservation d'un produit dans un flacon, que dans une boîte de cachets conditionnés.

Désireux cependant de laisser au médecin une liberté absolue de prescription, tout en fournissant au client des produits frais, les pharmaciens n'auront aucune de ces spécialités en magasin, mais les feront venir par poste sur ordonnance. Le médecin est instamment prié de prévenir son client qu'un délai sera nécessaire au pharmacien pour se procurer le produit.

Se plaçant ensuite au point de vue de l'efficacité, les pharmaciens tiennent à dire que parmi les marques de cachets opothérapiques, ils préfèrent les marques des fabricants ayant une usine spéciale pour traiter les organes frais et sélectionnés aux marques des préparateurs qui achètent aux tripiers les organes salés, ou encore plus simplement achètent le produit tout préparé afin de le mettre en cachets comme pourrait le faire n'importe quel pharmacien.

Les pharmaciens représentant le syndicat.

Syndicat de la région Nortaise

(28 *juin* 1923)

Blessés de guerre. — Notre secrétaire nous rappelle la note envoyée par Monsieur le Préfet à tous les médecins nous félicitant du bon fonctionnement du service et nous mettant en garde contre la prescription de médicaments trop onéreux pour les deniers publics, et nous engageant à ne pas oublier d'envoyer le bulletin au début de la maladie.

Les docteurs Allaire et Tissier demandent la raison de l'envoi de ce 1er bulletin. « Cela nous force, disent-ils, à une comptabilité particulière ». Aussi le confrère Arondel, émet-il un vœu contre l'envoi de ce bulletin. (*Adopté.*)

Hôpitaux. — Nous n'avons pas encore obtenu de solution pour l'admission des malades payants dans les hôpitaux et nous désirerions savoir où en est le rapport dont les médecins et chirurgiens des hôpitaux avaient chargé le docteur Jouon. Nous espérons que cette question sera solutionnée sans trop tarder.

Le secrétaire rappelle aux confrères de bien vouloir nous signaler les cas d'abus qu'ils connaissent afin d'appuyer nos revendications. Le docteur Barbier nous en cite un bel exemple qui contribue à renforcer notre thèse : exiger le plus de pièces possibles à l'entrée des malades dans les hôpitaux et des pièces indiscutables.

Se rapportant à la question des hôpitaux, un vœu est émis par le docteur Mérand : que tout médecin ou chirurgien envoie au médecin traitant une fiche portant le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie, car trop souvent nous ne pouvons obtenir aucun renseignement sur ce qui a été fait et pourtant il y va du plus grand intérêt du malade pour les soins consécutifs. (*Adopté.*)

Le secrétaire adjoint fait ensuite l'analyse du rapport Vidal Naquet sur l'admission des accidentés du travail dans les hôpitaux. Nous sommes tout à fait d'accord avec l'Union pour protester énergiquement contre ce rapport. La place des accidentés du travail n'est pas à l'hôpital, qui doit être réservé presque exclusivement aux indigents, mais dans les cliniques privées. Dans les cas particuliers où l'accidenté du travail est dirigé sur l'hôpital, nous insistons pour que le tout compris soit supprimé ; nous acceptons que le prix de la journée soit majoré de 30 %, ainsi qu'il a été demandé, et nous demandons que les honoraires des chirurgiens soient versés directement, ou déposés dans une caisse commune dont ils auront la libre disposition.

Bien que nous ne soyons pas directement intéressés, nous appuierons de tout notre pouvoir et de toute notre énergie les revendications des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Certificat double des accidents du travail. — Comme suite au jugement de justice de paix d'Amiens du 1er mars 1923, nous rappelons aux confrères que, dans le cas où deux certificats de constatation sont demandés pour des accidentés du travail, ils doivent exiger le prix des deux certificats.

Loi sur les toxiques. — Faisant allusion aux inculpations de certains médecins et pharmaciens parisiens, pour délivrance exagérée de morphine et cocaïne, notre président nous rappelle quelques points de la loi sur les toxiques, que certains semblent ignorer. Les ordonnances doivent porter lisiblement le nom et l'adresse du médecin, être signées

et datées. Les médicaments du tableau B, c'est-à-dire, opium et ses dérivés, haschich, cocaïne et ses dérivés, ne peuvent être formulés pour plus de sept jours ; leurs doses doivent être inscrites en toutes lettres et le mode d'administration indiqué.

Dichotomie (1). — Notre secrétaire, aux applaudissements de l'Assemblée expose très clairement quelques idées sur la dichotomie. Il insiste surtout sur ce point, que la dichotomie doit se faire au grand jour, qu'elle représente des honoraires justes et équitables, la responsabilité du médecin traitant ne pouvant être mise en doute. Comme pour tous nos honoraires, elle doit avoir un tarif fixe qui laisse au médecin le libre choix de son chirurgien et qui enlève à celui-ci la crainte de perdre une clientèle par un partage d'honoraires insuffisants. Notre président honoraire, le Dr de Sallier-Dupin, intervient pour nous dire qu'il n'est pas partisan de la dichotomie, quand on n'assiste pas à l'opération. C'est également l'opinion du Dr Gain. Le Dr Guesné fait remarquer que s'il n'y a pas de tarif de dichotomie quand on n'assiste pas à l'opération, le but de la discussion n'a pas sa raison d'être, car si un chirurgien vous envoie des honoraires, lorsque vous n'avez pu assister à l'opération, ce ne seront plus des honoraires que vous recevrez, mais un pourboire, et c'est ce que nous ne voulons pas.

Le président nous dit que c'est une question de principe que nous posons et que nous la soumettrons à l'Union afin qu'elle soit mise à l'étude et que des décisions soient prises. Il met aux voix plusieurs questions :

1° Le principe de la dichotomie est-il admis par tous ? Oui, à l'unanimité ;

2° Quel taux allouer au médecin traitant, présent à l'opération ? A l'unanimité, le tiers.

3° Le médecin qui ne peut assister à l'opération doit-il toucher des honoraires ? Oui, par 14 voix contre 7 et 6 abstentions.

4° A quel pourcentage ? Au cinquième.

(1) Ce rapport sera publié intégralement.

Circulaire prescrivant de soumettre à un examen géologique préalable les projets de création, de translation ou d'agrandissement des cimetières.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales à MM. les préfets.

Paris, le 30 juin 1923,

Le ministre de l'intérieur a précisé, par ses circulaires du 10 décembre 1900 et du 3 novembre 1902, les conditions dans lesquelles doit se poursuivre, au point de vue sanitaire, l'instruction des projets d'alimentation en eau des communes. Mais ces prescriptions ne sont opérantes que pour les travaux neufs ou de réfection qu'une commune désire exécuter ; or, à moins de cas exceptionnels, il est impossible d'obliger une commune à modifier ses ouvrages déjà existants. Il importe donc d'assurer une protection suffisante aux installations actuelles, tout aussi bien des agglomérations que des particuliers, en mettant obstacle à toute souillure et contamination des nappes souterraines.

Diverses dispositions légales ou administratives envisagent un certain nombre de facteurs qui peuvent concourir à cette contamination. Je citerai notamment, l'article 28 de la loi du 15 février 1902, qui interdit l'abandon de cadavres d'animaux, de débris de boucherie, fumiers, matières fécales et, en général, de résidus animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétoires ou excavations de toute nature autres que les fosses nécessaires au fonctionnement d'établissements classés ; l'article 49 du règlement sanitaire municipal, modèle A, qui interdit le déversement des eaux usées dans les puits et puisards absorbants ; l'article 19 de la loi du 21 juin 1898 sur la police rurale, qui prévoit qu'en cas d'insalubrité constatée par la commission sanitaire, le maire devra ordonner la suppression des fosses à purin non étanches et des puisards d'absorption, et que, sur l'avis de la même commission, le maire peut interdire les dépôts de vidange ou de gadoues qui seraient de nature à compromettre la salubrité publique ; les articles 7 et suivants de la loi du 19 décembre 1917 relative aux établissements dangereux, insalubres et incommodes, qui précisent les considérations relatives à l'évacuation des eaux usées de ces établissements, et ne doivent pas être perdus de vue, lors de l'enquête préalable à l'autorisation des établissements de 1re classe.

Mais, aucun des textes précédents n'envisage les dangers que les cimetières peuvent faire courir à l'alimentation privée ou publique par la contamination des eaux souterraines. Ces dangers ont été trop de fois signalés pour que j'y insiste à nouveau. Je me bornerai à rappeler que l'opinion a été, maintes fois, émise par divers hygiénistes éminents que de nombreuses villes de France doivent leur endémie de fièvre typhoïde à la position de leurs cimetières par rapport à leurs eaux d'alimentation.

Dans l'état actuel de la législation, peuvent seules être invoquées, pour protéger les eaux souterraines contre les dangers des cimetières, les prescriptions édictées par le décret du 23 prairial an XII et par le décret du 7 mars 1808. Ces prescriptions, qui ne pouvaient, à l'époque où elles ont été édictées, s'inspirer des règles de l'hygiène et des indications de la géologie, sont totalement insuffisantes. Elles se bornent, en effet, quelle que soit la nature des terrains où les cimetières sont aménagés, à fixer uniformément la distance de l'enceinte des agglomérations à laquelle

les nouveaux cimetières doivent être créés, le laps minimum de rotation qu'il faut respecter et une zone dans laquelle aucune construction ne peut être édifiée, et, où aucun puits ne peut être creusé sans autorisation spéciale.

Ces prescriptions ne peuvent pas, dans tous les cas, protéger efficacement les eaux souterraines en assurant une combustion complète et rapide des corps inhumés. Pareille combustion est fonction de la composition même du sol. Elle ne peut se produire que dans des terres légères, dont le fond est perméable, où l'air et l'eau peuvent pénétrer et où l'eau ne séjourne pas. La conservation des corps dans les terrains saturés d'eau, dans ceux qui restent baignés dans la nappe hydrostatique, est extrêmement longue. Ces faits ont été amplement démontrés par de nombreux travaux modernes et ont reçu de multiples confirmations lors de la récente relève des cadavres des soldats enterrés sur le front.

Il est donc parfaitement illusoire de se fier uniquement aux règles générales des décrets de l'an XII et de 1808 qui, quels que soient les cas envisagés, ne tiennent pas compte de la composition du sol. L'emplacement à attribuer aux cimetières relève directement de la géologie et ne peut être tranché, dans chaque cas particulier, qu'après enquête géologique sur place. Et comme, le plus souvent, les dossiers des demandes de création, d'agrandissement ou de translation de cimetières ne contiennent, précisément, aucun renseignement au point de vue géologique, ou en contiennent d'insuffisants, j'ai décidé, dans l'intérêt de la santé publique, et d'accord avec mon collègue M. le ministre de l'intérieur, de mettre fin à cette situation et de combler une regrettable lacune.

Aussi, m'inspirant de la circulaire précitée du ministre de l'intérieur en date du 10 décembre 1900, relative à l'instruction des projets d'alimentation des communes en eau potable, texte qui prévoit la consultation d'un géologue, je vous avise que, désormais, pour l'établissement des projets de création, d'agrandissement ou de translation de cimetières, il devra être fait appel au concours des collaborateurs départementaux de la carte géologique de France, en vue de procéder aux examens géologiques préalables nécessaires, procédure n'entraînant, du reste, pour les communes, que des frais relativement peu élevés, variant d'ordinaire entre 300 et 500 fr., et qui seraient éventuellement prélevés sur le montant de la subvention que la commune aura obtenue du ministère de l'intérieur sur le produit des jeux.

En résumé, monsieur le préfet, toute étude de création, de translation ou d'agrandissement de cimetières devra se poursuivre dans l'ordre suivant :

Lorsqu'une commune désirera procéder à des travaux de cette nature, elle vous en avisera, en s'engageant à payer les indemnités de vacation du géologue.

Vous chargerez le collaborateur de la carte géologique de la France, désigné dans votre département pour les études des projets d'adduction d'eau, de vous adresser un rapport sur la nature du terrain et, si possible, sur les contaminations éventuelles des eaux souterraines; sur les mesures qu'il conviendrait de prendre pour remédier à ces contaminations, sur la profondeur des eaux souterraines, sur la durée de rotation qu'il sera possible d'adopter, bref sur tous les caractères qui, en tenant compte des qualités particulières du sol, permettent une combustion plus ou moins rapide des corps.

Vous communiquerez ce rapport à la commune. S'il est favorable, celle-ci fera dresser, par une personnalité qualifiée, le projet et, après les form alités d'enquête éventuelle, l'enverra au sous-préfet, qui provoquera l'avis de la commission sanitaire de circonscription et vous transmettra le dossier avec la délibération de cette commission.

Si l'avis du géologue est défavorable au projet et que, cependant, la commune ne veuille pas y renoncer, vous m'adresserez le dossier, pour être soumis au conseil supérieur d'hygiène publique de France, sur l'avis duquel je statuerai.

Lorsque l'avis du géologue est favorable, c'est à vous qu'il appartient de statuer, après avis du conseil départemental d'hygiène. Si toutefois la délibération du conseil départemental d'hygiène étant favorable à l'exécution, le tiers des membres qui composent ce conseil le demande, vous me transmettrez le dossier pour être soumis au conseil supérieur d'hygiène publique.

Vous voudrez bien, d'autre part, veiller à ce que soient appliquées, en l'espèce, les prescriptions de la circulaire du 3 novembre 1902, du ministère de l'intérieur, relatives au prompt règlement, par les administrations et les comptables, des honoraires dus aux géologues.

Le ministre de l'hygiène,
de l'assistance et de la prévoyance sociales,
Paul Strauss.

(*J. O.*, 1er juillet 1923.)



REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Hôpitaux et hospices civils d'Amiens.** — Un concours pour 3 places de médecins-adjoints des hôpitaux, aura lieu le lundi 17 décembre 1923.

Pour renseignements et inscription, s'adresser au secrétariat des hospices, 127, rue de Beauvais.

— Les Laboratoires de l'Inotyol du docteur Debat offrent gratuitement à tout médecin qui en fait la demande un exemplaire sur papier Hollande et Japon, de leur plaquette artistique :

« Les vieilles pierres de l'hôpital Saint-Louis » (texte du Dr Cabanès, bois gravés originaux de Clément Serveau).

— **Service de prophylaxie mentale et nerveuse** (1, rue Cabanis) — Ce service, dirigé par M. Toulouse, dispose de tous les moyens d'examen, de conseils et de traitement, et aussi d'une installation matérielle ayant un caractère familial, qui en fait un organisme de premier ordre. Il s'adresse aux malades atteints des maladies suivantes : 1° Etats de fatigue intellectuelle, d'asthénie et de dépression mentale ; mélancolie, hypocondrie ; 2° déséquilibre constitutionnel ou acquis de l'intelligence, anomalies de l'humeur et du caractère ; obsessions, phobies, tics, impulsions diverses, toxicomanies, perversions sexuelles ; 3° névroses et psychonévroses ; troubles post-commotionnels de guerre ; 4° états délirants ne nécessitant pas l'internement ; 5° confusion mentale ; psychoses toxiques et post-infectieuses ; 6° psychopathies organiques, de cause cérébrale ou périphérique, ou par insuffisance endocrinienne ; épilepsie ; 7° arriérations intellectuelles.

En général toute affection mentale ou nerveuse ne donnant lieu, de la part du sujet, à aucune réaction dangereuse, soit pour lui-même, soit pour autrui, ou encore toute affection mentale ou nerveuse demandant, avant la décision d'ordre thérapeutique ou administratif, une observation médicale suffisamment prolongée et spécialisée.

Dispensaire. — Le dispensaire est en mesure d'assurer 1° L'examen complet et le traitement des malades susceptibles de recevoir un traitement externe ; 2° la distribution gratuite des médicaments aux personnes nécessiteuses ; 3° l'admission dans le service libre des malades dont l'hospitalisation est nécessaire. Ils sont reçus sans aucune des formalités légales imposées pour le placement dans les asiles ; 4e l'examen des malades et la rédaction des certificats pour le placement à l'asile quand cette mesure s'impose ; 5° le patronage familial et l'orientation professionnelle. Le service social fait des enquêtes pour vérifier et compléter les renseignements fournis au médecin et continue à suivre les malades sortant du service ; 6e la visite à domicile des malades dont l'état de santé physique ou mental les empêche de se rendre à la consultation du dispensaire et dont le placement s'impose d'urgence.

En vue d'admission dans le service libre ou du placement à l'asile, il est désirable que les malades soient accompagnés de pièces d'identité et, si possible, des cinq dernières quittances de loyer. Mais l'envoi des malades au dispensaire ne doit pas dépendre de la production de ces pièces que le service social, spécialement organisé pour venir en aide aux malades et à la famille, est en mesure de se procurer.

Service de traitement. — Le service de traitement est destiné aux malades dont l'état n'exige pas l'internement mais nécessite l'hospitalisation. Ils y sont admis sans formalités légales, mais doivent supporter tout ou partie des frais de séjour (16 fr. 80) s'ils ont des ressources suffisantes. Sinon, les frais de séjour incombent à leur famille. La récupération des frais de séjour se fait dans les mêmes conditions que pour les hôpitaux.

Quinze lits sont réservés, en dehors de ces catégories, à des malades étrangers au département qui s'engagent à supporter personnellement le prix de la journée qui est de 25 fr. Ces malades doivent seulement produire une pièce d'identité.

Services du dispensaire. — Traitement externe des malades atteints d'affections nerveuses et mentales. Distribution de médicaments. Patronage et orientation professionnelle.

Consultation de psychiatrie générale. — Tous les jours, de 9 h. à 10 h. (sauf le dimanche) : M. Toulouse, médecin de l'asile clinique Sainte-Anne ; M. Roger Dupouy, ancien chef de clinique à la Faculté ; mardi, de 9 h. à 10 h., M. Rogues de Fursac, médecin de l'asile de Ville-Evrard ; samedi, à 14 h., M. Capgras, médecin de l'asile de Maison-Blanche ; samedi, de 9 h. à 10 h., M. Vurpas, médecin de la Salpêtrière.

Consultations spéciales. — Enfants arriérés et anormaux, M. Roubinovitch, médecin de Bicêtre, jeudi à 9 h., et samedi, à 14 h. — Dégénérés antisociaux, M. Colin, médecin de l'asile clinique Sainte-Anne, vendredi, à 14 h. — Neurologie, M. Tinel, médecin des hôpitaux, lundi et vendredi, à 10 h. — Epileptiques, M. Marchand, médecin de la maison nationale de Charenton, vendredi, à 14 h. — Psychothérapie, M. Mignard, médecin de l'asile de Vaucluse, mercredi à 14 h.

Examens spéciaux. — Examens de médecine générale, M. Teisseire, ancien interne des hôpitaux, lundi, jeudi et samedi, de 8 h. 1/2 à 9 1/2. — Oto-rhino-laryngologie, M. Darrieux, ophtalmologiste de la maison départementale de Nanterre, vendredi, à 9 h. 1/2.

Examens de laboratoire. — Laboratoire de chimie biologique, M. Blanchetière, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Laboratoire de physiologie. M. Laugier, chef des travaux à la Sorbonne. — Laboratoire de sérologie et d'hématologie, M. Mutermilch, chargé du service du Wassermann à l'Institut Pasteur, — Laboratoire de psychologie et d'orientation professionnelle, M. J.-M. Lahy, chez des travaux à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. — Examens biologiques, M. Targowla, assistant à l'asile clinique Sainte-Anne.

Patronage familial et visites à domicile. — M. A. Marie, médecin de l'asile clinique Sainte Anne. — M. Rodiet, médecin de l'asile de Ville-Evrard.

Placement à l'asile. — Examens et certificats concernant les malades dont les troubles mentaux nécessitent un placement à l'asile.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

comparaison avec les habitations de même importance de la commune.

Par conséquent, l'augmentation de 50 % n'est acceptable que si le loyer, servant de base à la dite contribution de tous les assujettis de votre commune, a été augmenté dans les mêmes proportions.

Pour appuyer votre réclamation tant en ce qui concerne la patente que la personnelle mobilière, vous feriez bien de rechercher et de citer quelques exemples de maisons d'habitation de même importance que la vôtre (d'un revenu net foncier équivalent) qui sont cotisées sur des loyers inférieurs à 1.200 fr. pour établir ainsi l'exagération de cette dernière base qui vous a été appliquée.

A. MARTINOT.

Patente et contributions

1° Un médecin exerçant en deux endroits : l'hiver dans une grande ville, par exemple et l'été dans une station thermale, est-il assujetti à deux patentes ? L'un des cabinets est toujours fermé lorsque l'autre est ouvert.

2° Dans la station thermale, louant un appartement meublé, doit-il être imposé pour les contributions personnelles et mobilières.

Dr G.

Réponse

1° La patente est due dans les deux endroits où vous exercez votre profession.

2° Si l'appartement meublé que vous occupez pendant la saison thermale est à votre disposition toute l'année, la contribution personnelle mobilière est due.

A. MARTINOT.

Les docteurs en médecine peuvent faire la stomatologie sans diplôme spécial.

Médecin de campagne, médecine générale, je désirerais faire, deux après-midi par semaine, de la dentisterie.

Que dois-je faire dans ce cas, me déclarer dentiste spécialiste, dois-je payer deux patentes médecin et dentiste ?

D'autre part, et j'aurais dû commencer par là, je suppose avoir le droit de faire cette spécialité bien que n'ayant pas le diplôme dentiste.

Dr C.

Réponse.

Docteur en médecine, vous avez le droit de faire tout ce qui concerne l'exercice de la médecine, y compris la stomatologie, sans payer double patente et sans avoir besoin d'un diplôme de dentiste.

Application du Tarif Breton.

I

Première intervention d'urgence avant opération définitive.

Un blessé se présente ce matin avec mutilation complète de 3 doigts de la main droite, les os broyés; j'ai fait immédiatement l'amputation des trois doigts blessés, un grand pansement, et je l'ai envoyé à l'hôpital pour qu'on lui fasse un moignon potable.

Ces doigts ne tenaient plus que par la peau de la face palmaire et les tendons. Je n'ai donc eu qu'à sectionner les parties molles.

Dois-je compter cela comme une amputation typique de plusieurs doigts, ou seulement comme régularisation d'une plaie. Je n'en ai pas fait de sutures, mais, les doigts, je les ai bel et bien amputés.

Dr B.

Réponse.

L'amputation pour être effectuée doit être terminée, techniquement parlant et d'après votre lettre, vous avez envoyé le blessé à l'hôpital pour qu'on termine l'intervention et « qu'on lui fasse un moignon potable ». Vous ajoutez : « Ces doigts ne tenaient plus que par la peau de la face palmaire et les tendons et je n'ai eu qu'à sectionner les parties molles. De toutes ces déclarations que reste-t-il d'une réelle « amputation » ? Quant à la rubrique « régularisation, épluchage, etc., elle n'est pas en jeu puisque vous n'avez, dites-vous, « pas fait de sutures ». Alors que reste-t-il ? ... D'après vos déclarations mêmes, tarif en main, je ne vois plus qu'à demander — par analogie — cinquante frs. comme il est dit dans les Avis insérés dans l'Arr. minist. du 28 juin 1921, pour « soins d'urgence et pose d'appareil provisoire, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin ».

F. D.

II

« Accord » pour radio.

En matière d'accident du travail, je lis dans l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, à l'article « Observation » : « l'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ».

Or, il est souvent difficile de connaître le nom du médecin du chef d'entreprise ; souvent même on ne connaît pas l'adresse de ce dernier. Que faire dans un pareil cas, surtout quand il s'agit d'aller vite. Prévenir la Compagnie d'assurance, n'est-ce pas suffisant ?

D'autre part, étant moi-même médecin de plusieurs chefs d'entreprise, que faire, lorsque j'ai une radiographie à faire à un blessé de ceux-ci ?

Dr D.

Réponse.

« Le mieux, en ce cas est de prévenir le pa-

tron ou l'assurance, — par lettre recommandée — qu'une radio est nécessaire et d'envoyer son médecin au plus tôt, en vue d'un accord à ce sujet, s'ils le jugent utile. Attendre quelques jours, sauf urgence, et procéder, même sans réponse, à la radio, en raison de l'adage : « qui ne dit mot consent ».

F. D.

III

Consultations par non oculiste.

Je vois un blessé (accident du travail) atteint d'ulcère de la cornée à qui le médecin oculiste a ordonné des instillations d'atropine avec pommade et pansement consécutif.

La compagnie ne veut me payer toutes ces interventions que 7 francs par consultation.

Je ne suis pas spécialiste ; mais le plus près se trouve à 22 kilomètres. Le docteur Decourt rendrait service à tous ses confrères, s'il voulait bien publier un livre, où il noterait, par *catégories*, toutes ses consultations d'accident du travail, et de mutilés, et à la fin de chaque année un petit addenda pour les nouvelles interprétations.

Dr J.

Réponse.

« 1° Les seuls médecins oculistes spécialisés ont droit au prix de consultation indiqué à l'art. 27, Al. 1.). Vous n'avez donc droit qu'au prix ordinaire de vos consultations pour accidentés, soit 7 frs.

« 2° La notation par catégories de mes réponses, que vous demandez, se trouve dans l' « Agenda Memento du Patricien », de 1923 ». (Pages 105 à 144). ».

F. D.

IV

Ablation d'ongle

La Compagnie L'A. me dit que d'après l'arrêté ministériel du 28 juin 1921, l'ablation d'ongle ne se paye pas et que l'on doit compter une simple consultation pansement. Or d'après le tarif des honoraires, tarif Breton, on chiffre pour la 2e catégorie, 15 fr. Que dois-je faire ? La Compagnie dit que M. Decourt dans le numéro du 31 juillet 1921 du *Concours médical*, page 2.173 chiffre aussi 7 fr.

Je vous serais bien reconnaissant de me fixer sur ce point.

Dr P.

Réponse.

L'ablation d'ongle ne figure pas au tarif du 8 juillet 1920.

Cette intervention est expressément visée dans l'arrêté ministériel du 18 juin 1921, aux termes duquel l'ablation d'ongle semi-détaché ne comporte pas d'honoraires spéciaux et est comprise dans la consultation ou la visite.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

Différend sur le kilométrage

La Commission de contrôle me réduit mes notes pour visite aux pensionnés de guerre.

Elle s'en prend à la distance kilométrique. Elle évalue le km. au campimètre. Je l'évalue suivant les indications des Ponts et Chaussées dont les poteaux marquent mieux, il me semble, le parcours effectué sur route, seule mesure, jusqu'aujourd'hui de la distance, tout le temps qu'il ne sera pas encore devenu banal de voler de pays à autre.

Puis-je réclamer ? Puis-je arguer des distances mesurées par les poteaux administratifs ?

Dr T.

Réponse.

« 1° Il ne m'appartient pas de m'immiscer dans un tel différend qui est une question, non de tarif, mais de fait. En tout cas, dans l'Arr. minist. du 15 janv. 1923, réglant les frais de déplacement, il est dit que l'indemnité est due « par kilomètre effectivement parcouru » et j'ai toujours pensé que ce trajet était indiqué par les poteaux ou bornes kilométriques.

2° Si vous voulez faire appel de la décision, adressez (dans les 20 jours de sa notification) une lettre recommandée à M. le président de la Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés, au ministère des pensions : 37, rue Bellechasse, Paris ». F. D.

II

Pansements spéciaux

Un bénéficiaire de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 entre à ma clinique privée, pour subir une gastro-entérostomie nécessitée par une sténose pylorique. Il y reste 17 jours. Comme tous mes opérés, je le vois moi-même chaque jour. Cependant, avec mon mémoire, je ne réclame, outre le prix de l'opération, que celui de deux pansements, faits par moi et comptés chacun 7 frs., le prix d'une consultation, soit, au total 14 fr.

La Commission de contrôle vient de m'informer qu'elle a supprimé de mon mémoire ces deux pansements, par application de l'art. 67 du décret du 25 octobre 1922, prescrivant que, pendant la durée de l'hospitalisation aucune visite ou consultation ne peut donner lieu à rémunération.

Je vous serais très obligé de me faire connaître si cette suppression est régulière.

Le cas d'espèce est peu important. Mais il est une application d'un principe qui l'est beaucoup, celui de la gratuité des soins post-opératoires des malades traités dans une clinique privée.

Dr M.

Réponse.

La Commission decontrôle est dans son droit en se refusant à payer des pansements

simples que vous réclamez (prix d'une visite ou consultation) puisque ceux-ci sont compris (art. 60) dans ces visites ou consultations *non payables* dans un hôpital public ou privé (art. 77).

Si vous aviez réclamé un chiffre supérieur, en vous basant sur l'art. 74 où vous trouverez un tarif spécial pour : pansements spéciaux prolongés, très compliqués (à soumettre à l'appréciation de la Commission de Contrôle) de 10 à 30 frs., vous auriez dû être payé.... en prévenant à temps la Commission pour qu'elle envoie un confrère pour « apprécier ». Mais, vous n'avez pas pris la précaution de le faire et dans votre note, vous n'avez même pas invoqué cet art. 74 : la Commission ne pouvait guère prendre une autre décision ». F. D.

III

Délivrance de carnet. Analyse d'urine.

J'ai soigné dernièrement un mobilisé venant des Deux-Sèvres pour suivre un traitement thermal à St-N.

J'ai détaché les volants de son carnet, comme en clientèle ordinaire. Mais le carnet étant épuisé, j'ai 3 visites supplémentaires à marquer et il me faut un nouveau livret.

Le malade part demain et j'ai écrit au maire de son département pour lui demander de m'envoyer un nouveau livret afin d'y inscrire mes visites ?

Est-ce ainsi qu'il faut procéder ?

Dr V.

Réponse.

C'est le malade *lui-même* qui doit demander un nouveau carnet, lequel carnet le médecin n'a pas même le droit de conserver chez lui. *A fortiori* le maire n'a pas le droit d'adresser un carnet de mutilé à un médecin.

F. D.

Hygiène sociale et préservation antituberculeuse

Concours d'Eure-et-Loir

Article 1er. — Un concours sur titres pour la nomination de deux médecins attachés aux dispensaires du Comité départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Eure-et-Loir aura lieu à Paris, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs.

L'ordre de classement des candidats sera fait en tenant compte des titres scientifiques, des titres universitaires et des fonctions occupées, principalement, services de dispensaires, sanatoriums ou services hospitaliers de tuberculeux.

Article 2. — Les candidats devront être Français, âgés de 28 ans au moins et de 55 ans au plus, pourvus du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'Etat) et avoir effectivement exercé la médecine pendant deux ans au moins ou avoir été attachés pendant un an au moins à un service de tuberculose; les années d'internat dans les hôpitaux d'une ville, siège d'une Faculté ou d'une école de médecine, seront considérées comme des années d'exercice de médecine ;

Leurs demandes, rédigées sur timbre, devront être adressées au président du Comité départemental avant le 15 août 1923, et accompagnées des documents suivants :

1° Leur acte de naissance,

2° Certificat d'aptitude physique,

3° Extrait du casier judiciaire (bulletin n° 2 ayant au moins 3 mois de date) ;

4° Certificat établissant leur situation au point de vue militaire ;

5° Exposé de leurs titres, travaux et services ;

6° Leurs principales publications.

a) Les candidats s'engagent, en cas de nomination, à renoncer à faire de la clientèle.

b) A se consacrer exclusivement à leurs fonctions et de ne prétendre, par conséquent, à aucune autre fonction ou mandat public.

c) A ne pas s'installer dans le département en cas de cessation de fonctions, pendant une période de 5 ans à dater de cette cessation, sous peine d'un dédit équivalant au montant de 3 années de traitemet.

Article 3. — Les médecins nommés seront titulaires après 6 mois de service dans les dispensaires de ..... sous condition, pour eux, de prendre un engagement de trois ans. Le Comité départemental s'engagera vis-à-vis d'eux pour une période semblable de 3 ans, en se réservant un droit de révocation pour faute grave dans le service. Ce contrat sera renouvelable par tacite reconduction.

Article 4. — Les honoraires de ces médecins comporteront un traitement de début de 18000 francs susceptible d'augmenter de 1.000 francs tous les deux ans, jusqu'à concurrence de 25.000 francs.

Leurs frais de déplacements leur seront remboursés sur les bases suivantes :

0 fr. 18 par kilomètre parcouru en chemin de fer.

Transport par automobile ou voiture, à charge du Comité.

Indemnité de séjour dans les hôtels, de 6 francs par repas.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponse des ministres à la question des parlementaires

L'avis du Comité d'hygiène sur la consommation de la saccharine.

18427. — M. Fleury-Ravarin, député, demande à M. le Ministre de l'Hygiène dans quel sens a répondu le comité d'hygiène publique de France, récemment consulté par lui, sur la question de savoir si la consommation de la saccharine présente des dangers pour la santé publique. (*Question du* 22 *juin* 1923.)

Réponse. — Dans sa séance en date du 11 juin 1923, le conseil supérieur d'hygiène publique de France a émis l'avis que, la saccharine étant dépourvue de toute valeur nutritive, il n'y avait pas lieu d'autoriser sa substitution au sucre dans les produits destinés à l'alimentation. Il a estimé, en conséquence, qu'il n'y avait pas lieu d'accueillir la proposition de loi de M. le député Fleury-Ravarin et qu'on devait revenir à la législation d'avant-guerre.

(*J. O.*, 11 juillet 1923.)

Loi modifiant l'article 30 de la loi du 27 juin 1904 sur les enfants assistés, en vue de permettre l'admission des femmes aux emplois de sous-inspectrices départementales de l'assistance publique.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — L'article 30 de la loi du 27 juin 1904, sur les enfants assistés, est modifié comme suit :

« Le personnel de l'inspection départementale de l'assistance publique se compose d'un inspecteur, d'un ou de plusieurs sous-inspecteurs ou sous-inspectrices, d'un ou plusieurs commis d'inspection de l'un ou l'autre sexe... »

(Le reste de l'article sans changement).

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Rambouillet, le 20 juillet 1923.

A. Millerand.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Paul Strauss.

VARIÉTÉS

L'Etna

Le mont Etna est le volcan le plus élevé de l'Europe, sa forme est celle d'un cône à large base, sa hauteur, 3.274 mètres, varie avec celle du cône qui le termine et qui est modifiée à chaque éruption. Le Vésuve, à son point le plus élevé à l'ouest, n'a que 1.223 mètres.

Le cratère avait environ 400 mètres de diamètre et de 3 à 5 kilomètres de pourtour.

Le pourtour inférieur de la montagne est de 145 kilomètres.

Une des particularités de l'Etna, c'est la multitude de cônes ou volcans secondaires répandus sur ses flancs et dont quelques-uns ont des dimensions considérables comme les deux cônes volcaniques nommés Monte Rossi (Monts Rouges) qui sont à 948 mètres d'altitude, dépassant la plaine de cendres de Nicolosi de 259 mètres.

Dans l'antiquité, alors que le Vésuve semblait un volcan éteint, l'Etna était très actif ; aussi, les anciens y avaient-ils placé les forges d'Héphaïstos et des Cyclopes.

Il semble qu'il se soit établi une sorte d'alternance entre le Vésuve et l'Etna ; quand l'un est actif, l'autre est au repos et *vice versa*.

Pendant une éruption, la lave à la sortie du cratère a une vitesse d'environ un kilomètre à l'heure, mais cette vitesse, par suite du refroidissement, décroît progressivement et n'a plus, quand elle atteint la moitié inférieure de la montagne, qu'une vitesse d'environ 500 mètres par jour.

La hauteur de la lave peut atteindre une trentaine de mètres.

La lave conserve sa chaleur interne, quelquefois pendant des années entières, étant recouverte de scories qui sont de mauvais conducteurs de la chaleur.

Les cendres chaudes lancées par le volcan peuvent être transportées très loin : on dit que lors de l'éruption du Vésuve en l'an 472, les cendres volcaniques allèrent jusqu'à Constantinople.

L'année 1892 fut marquée par une forte éruption de l'Etna.

Une des plus désastreuses éruptions fut celle de 1669. Près de Nicolosi, détruit par un tremblement de terre, il s'ouvrit deux gouffres, d'où sortit une telle quantité de sable et de scories que dans l'espace de trois mois, ils formèrent les deux cônes volcaniques appelés Monte Rossi dont nous avons parlé plus haut.

La lave sortie des Monte Rossi parcourut 24 kilomètres et mit 46 jours pour gagner la mer. Cette éruption, qui dura quatre mois et demi à l'état violent, couvrit cinq ou six lieues carrées d'une couche de lave épaisse en certains endroits de 33 mètres, et détruisit les habitations de 25.000 personnes.

P. Noury

Quarante-cinquième année — N° 35 — 2 Septembre 1923



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr DE FONTBONNE, de St-Sauveur-le-Vicomte (Manche), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Bouix.
Ax - les - Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank Duprat (Enfants). Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Hugel, Joly, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon - Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule Christin, Dullège, Guillot, Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Sallès, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains. Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versèpuy.
Salies-de-Béarn. Caustère, David, Matton.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon, Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Martin-Péridier, Reynes, Rosanoff.
Vittel Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 429. — Demande à acheter table de Ducroquet d'occasion.

Nº 430. — Excel. poste à céder près Paris. Aff. faites en 1921 et 1922 : 70.000 p. an, loyer 1.800. Indem. à déb. Faire offres.

Nº 431. — Infirmière dem. p. dirig. Lille crèche moderne, 100 enf. Indiquer âge, réf., prét. à M. Blaizot, 17, rue Guillaume-Tell, Lille. Ne pas se prés. sans convocat. Conviend. à veuve de guerre, dipl. pas indisp.

Nº 432. — A prendre imméd. dans station bord mer clientèle méd. génle, pte chir., ray. X. Seule condition repr. matériel, location maison.

Nº 433. — Femmes enceintes, accouchts, affect. gynécol., convalescences. Pleine campagne, salubre, pittor., Centre-Midi. Timb. p. rép. Conditions.

Nº 434. — A céder ds ch.-l., canton, clientèle, 37.000 suscept. augment. Belle maison, jard., garage, électr., bail avantag., méd. du Ch. de fer, légère indemnité.

Nº 435. — Isère, à céder contre indem., poste seul méd. ch.-l. canton, gr. rapp., près ville univers., gde maison agr., avec jardin. S'adr. M. Douare, avocat, 13, place Ste-Claire, Grenoble.

Nº 436. — Dr obligé séjourner Paris en sept., cherche occup. médicale, particulièrt. : oto-rhino et ophtalmo.

Nº 437. — Jeune Dr français dés. pl. assist. ds clin. Paris ou banl. immdte, sér. réf.

Nº 438. — Normandie, à céder poste médical, pr. bord mer. 30.000, en voie augm. indem. dem. 8.000 dont 5.000 compt.

Nº 439. — Import. clientèle à céder banl. paris., gros produit Pavillon avec jard. et dép., loyer except. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 440. — Bon poste rég. Centre. Rapp. 55.000. Méd. Ch. de fer. Tr. jolie habit., élect. Indem. 10.000 dont moitié comptant. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 441. — Excell. occas. : A vendre de suite cond. intér. 4 places Peugeot 10 HP 1922, état neuf, fonctionnem. parf., peinture défraîchie, éclair. démarr. électr. 16.000 fr. Dr Colard, à Ornans (Doubs).

CORRESPONDANCE

A propos de l'insuline.

Plusieurs correspondants nous ont demandé si l'Insuline se trouverait dans la droguerie française.

Nous apprenons que la Maison Choay, 44, avenue du Maine, à Paris, fabrique ce produit.

Zona et varicelle.

Le 3 mai 1923, un homme de 65 ans vient me consulter pour un superbe zona de la fesse gauche. Le 20 mai 1923, je suis appelé auprès de son petit-fils, enfant de 10 ans, habitant la même maison et atteint de varicelle.

Je n'ai constaté, à ce moment, aucun autre cas de varicelle.

Dr PÉRONNET.
Pionsat (Puy-de-Dôme.)

Délivrance de certificat pour l'obtention de l'allocation à une femme en couches

A titre de renseignement, pourriez-vous me dire si une accoucheuse a le droit de signer un certificat en vue de l'obtention de l'allocation aux femmes en couches. Dr B.

Réponse.

L'article 4 de la loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches précise que la postulante doit justifier, par la production d'un certificat *médical*, qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour son enfant.

L'article 8 du décret du 17 décembre 1913 pour l'application de la loi sur le repos des femmes en couches, confirme que le certificat exigé est bien un certificat *médical*.

Il est donc certain qu'une accoucheuse, fût-elle même diplômée sage-femme, n'a pas qualité pour délivrer le certificat dont vous nous communiquez le libellé, qui répond aux prescriptions de la loi du 17 juin 1913 et sur lequel, d'ailleurs, ainsi que vous l'avez souligné, est imprimée la qualité de docteur en médecine du signataire éventuel.

Accidents du travail
Accidents de battage.

Veuillez me permettre, à titre de membre du « Sou » et d'abonné au *Concours*, de vous demander les renseignements suivants :

1° *En revenant de son chantier*, un ouvrier maçon tombe de bicyclette et se blesse. L'agent local de la Cie d'assurances qui couvre son patron lui a dit

« qu'il ne savait pas trop si l'assurance payerait cet accident. »

Il me semble pourtant qu'il ne devrait pas y avoir de doute possible. Si ce blessé n'avait pas été envoyé à un chantier à 4 km. de sa résidence, il ne se serait pas trouvé dans l'obligation de se servir d'une bicyclette pour s'y rendre et ne serait pas tombé.

J'aime à croire que la Cie partagera mon opinion. Néanmoins je préfère prendre les devants et avoir votre avis dès maintenant.

2° Je profite de cette lettre pour vous poser une question tout à fait de circonstance. Dans ce pays, nous sommes en pleine époque de battage des grains. Et c'est l'habitude ici que les voisins s'entr'aident pour ce travail. On ne se paye pas en argent, on travaille à titre de réciprocité, « on se rend les journées ».

L'entrepreneur de battages ne vient qu'avec un ou deux hommes (mécanicien et chauffeur) qui chauffent la machine ; tout le reste du personnel est formé de cultivateurs du voisinage ou de leurs ouvriers d'exploitation.

Quand un accident survient, quelle est l'assurance qui entre en jeu ?

a) Est-ce celle du propriétaire de la ferme où l'accident s'est produit, et les voisins doivent-ils être considérés, ce jour-là, comme des domestiques ou des hommes à la journée à son service ?

b) Est-ce l'assurance de l'entrepreneur de battages et les cultivateurs qui travaillent autour de ces machines doivent-ils être considérés comme étant ses ouvriers ?

c) Est-ce enfin l'assurance individuelle des gens qui viennent aider leur voisin ? Mais alors quand c'est un patron qui aide lui-même son voisin, il arrive souvent qu'il n'est pas assuré pour son propre compte. Si c'est au contraire l'un de ses domestiques qu'il a envoyé chez le voisin, est-ce alors son assurance pour son propre personnel d'exploitation qui entre en jeu.

Question complexe, me semble-t-il ?

En effet, dans les cas *a*) et *b*) il est rare qu'un agriculteur ou un entrepreneur de battages soit assuré pour 20 ou 30 ouvriers d'un coup et l'assurance peut faire des difficultés.

Dans le cas *c*) l'assurance pourra objecter que l'accident n'est pas survenu sur la ferme de l'assuré, ni à l'occasion de son travail, puisque l'accident est arrivé chez le voisin.

Il doit y avoir pourtant quelqu'un de légalement responsable, surtout à l'heure où les accidents agricoles sont assimilés aux autres sinistres couverts par la loi de 1898.

3° La loi assimilant les accidents agricoles aux autres accidents couverts par la loi de 1898 est-elle officiellement entrée en vigueur?

Excusez cette trop longue lettre, mais vous me rendriez vraiment service en m'éclairant sur ces différentes questions.

Dr L.

Réponse.

1° Si l'ouvrier revenait purement et simplement de son chantier pour rentrer chez lui, comme vous semblez l'indiquer au début de votre lettre, il n'y a pas accident du travail, ainsi qu'il a été jugé à plusieurs reprises et qu'il est généralement admis, car l'ouvrier n'était pas en cours de travail et sous la dépendance de son patron pendant le trajet entre le chantier et son domicile.

Mais si, comme il pourrait se faire d'après les renseignements donnés ensuite, l'ouvrier, après s'être mis à la disposition de son patron, au domicile de celui-ci ou ailleurs, avait été envoyé au chantier situé à 4 km. du lieu où son travail, ou tout au moins son occupation par le patron, avait commencé, s'il était au moment de l'accident au service du patron, si son temps était alors payé par celui-ci, on pourrait soutenir avec quelque chance de succès qu'il y a accident du travail.

C'est une question d'espèce, à examiner en tenant compte de toutes les circonstances de fait.

2° En cas d'accident agricole occasionné par l'emploi d'une machine mue par un moteur inanimé, c'est, aux termes de la loi du 30 juin 1899, l'exploitant du moteur, et par suite sa Compagnie d'assurances, qui est responsable, à l'exclusion du fermier ou des patrons des ouvriers qui viennent travailler comme aides et, généralement, à titre de réciprocité.

Si ces patrons ont une assurance de droit commun pour leurs ouvriers ou si les travailleurs quelconques sont assurés individuellement, cette responsabilité légale de l'entrepreneur de battage ne fait pas obstacle à l'application des conditions des polices ainsi contractées et les ayants droit peuvent exiger les indemnités qu'ils ont stipulées.

La loi du 30 juin 1899 a prévu le cas où les travailleurs agricoles ne seraient pas salariés par le chef d'entreprise de battage qu'elle rend responsable, ou même ne recevraient aucun salaire. Dans ce cas, les indemnités dues sont calculées d'après le salaire moyen des ouvriers de la commune.

3° La loi étendant aux accidents agricoles la législation sur les accidents du travail ne sera applicable qu'un an après les décrets qui en fixeront l'application, qui doivent être publiés au plus tard le 31 août courant.

Rapport à la Compagnie sur l'état d'un blessé du travail.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer quels honoraires je dois demander à l'assurance pour un rapport descriptif détaillé, indiquant les commémoratifs, l'examen clinique et l'incapacité permanente d'un accidenté du travail, ce rapport étant demandé par l'assurance elle-même.

Jusqu'à ce jour j'ai demandé 20 fr. mais il me semble que cela est insuffisant.

Dr R.

Réponse.

Aucun tarif officiel ne s'applique au rapport demandé par une Compaggnie d'assurances sur l'état d'un blessé du travail, en dehors des cas prévus par le tarif Breton (certificat initial sommaire ou descriptif ; certificat descriptif délivré lorsqu'une blessore présumée légère s'aggrave; certificat final de scriptif après consolidation d'une blessure grave).

Dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, et comme il semble s'agir d'un rapport autre que le certificat donné par le médecin traitant, choisi par l'ouvrier, après la consolidation de la blessure, vous avez donc parfaitement le droit de demander une somme supérieure à vingt francs si vous estimez que cette dernière somme ne rémunérerait pas suffisamment le travail fourni.

Calcul de l'impôt sur le revenu.

Je me permets de vous demander un conseil au sujet du calcul de l'impôt sur le revenu :

J'ai déclaré pour 1922 :

2.000 fr. que je reçois de l'administration pénitentiaire, comme médecin de la maison centrale.

400 fr. de l'hôpital.

3000 fr. pour le service médical de la garnison. (Ceci comme salaires).

10.500 (de bénéfice) de clientèle ordinaire (bénéfice des professions libérales).

Jusqu'en 1921, j'ai été imposé seulement sur le dernier paragraphe.

En 1922, seul, le traitement de l'administration pénitentiaire a été considéré comme salaire, le reste (hôpital, etc.) a été considéré comme bénéfice de profession libérale.

En avril, j'ai été avisé que j'allais être imposé pour une somme de 2.000 fr. omise par le contrôleur (?) bien que déclarée par moi, et qu'il ajoutait à mon bénéfice des professions non commerciales. J'ai répondu par une citation d'un arrêt du conseil d'Etat de 1910, qui considère les médecins de prisons comme des fonctionnaires. Je n'ai pas eu de réponse.

M'engagez-vous à réclamer ?

J'ai un enfant, suis marié, et suis imposé pour 15.900 fr. de bénéfice pour 493 fr., on me déduit seulement 40 fr.

De plus, dans le calcul total, il me déduit seulement 5.000 fr. (la localité que j'habite n'a pas 1500 habitants.)

Dr X.

Réponse.

1° Il résulte de diverses réponses du ministre des finances à des questions posées par des

membres du Parlement que l'administration des contributions directes considère devoir imposer dans une cédule unique les revenus de sources diverses mais ayant le caractère commun d'être des revenus professionnels. Le ministre des finances invoque un seul argument à l'appui de sa thèse : « Il semble que l'intention du législateur ait été de vouloir assujettir les revenus professionnels à un seul impôt cédulaire ».

La loi du 31 juillet 1917 qui a institué les différentes cédules, et les documents parlementaires, relatant la discussion du texte légal, ne permettent pas de retrouver la base de cette argumentation.

En conséquence, vous pouvez contester l'imposition, par réclamation rédigée sur papier timbré adressée au sous-préfet de l'arrondissement (joindre l'avertissement).

2° Calcul de l'imposition sur un revenu professionnel de 15.900 fr.

Bien que vous ne l'indiquiez pas, nous supposons qu'il s'agit de l'imposition de 1923 établie sur les revenus de 1922.

Minimum exempté 6.000 fr. les 2.000 fr. compris entre 6 et 8.000 comptent pour moitié	1.000
le surplus soit 7.900 pour la totalité	7.900
Total taxable à 6 %	8.900
Impôt à 6 %	534
Réduction de 7,50 % pour un enfant	40 05
Impôt net	493 95

A. Martinot.

Dégrèvements accordés aux contribuables des régions dévastées

Voulez-vous permettre à un vieil abonné du *Concours* de vous demander ses droits pour le dégrèvements des sinistrés ?

Habitant les régions *dévastées*, j'ai été mobilisé du 2 août 1914 au 25 mai 1919, où je me suis réinstallé ici (région non dévastée).

J'ai payé (en juin 1914) tous mes impôts de 1914, et après guerre, tous mes impôts de 1919 (2e semestre), de 1920, etc. sans demander ni dégrèvement, ni imputation sur mes dommages de guerre.

A *quels dégrèvements* ai-je droit ? et *comment les obtenir* ?

Dr B.

Réponse.

Les dégrèvements accordés aux habitants des régions dévastées sont les suivants :

Pour 1914 : remise de la personnelle mobilière en totalité. Pour 1919 : remise de la personnelle mobilière en totalité à condition que les revenus

(*Voir la suite page XXXIX-2931*)

PROPOS DU JOUR

A propos du Congrès International contre la lèpre. La prophylaxie de la lèpre en Nouvelle-Calédonie.

Le troisième congrès international contre la lèpre a eu lieu au cours du mois d'août à Strasbourg. Ce congrès tiendra une place à part dans l'histoire légendaire de ce terrible fléau, car tout porte à croire que l'on y a exposé une méthode efficace de traitement de la maladie. L'huile de chaulmoogra, appliquée par le Dr Pomaret, avait bien donné des résultats appréciables, mais ce moyen thérapeutique était inconstant dans ses effets. Un médecin d'Alexandrie, docteur de Genève, M. James Hasson, a songé à utiliser contre la lèpre une préparation que le Dr Pomaret avait essayée contre la syphilis, l'amino-arsénophénol ou éparséno, désignée encore par le chiffre 132.

Chose curieuse ! le Dr Hasson aurait eu l'idée d'utiliser l'éparséno après avoir appris que sous Sétif I, les Egyp iens de l'Antiquité traitaient avec succès les ulcères lépreux en les pansant avec de l'huile de sésame arséniée. Quoi qu'il en soit, le 132 produirait chez les lépreux les mêmes effets que l'arsénobenzol dans la syphilis, et comme la lèpre donne une réaction de Bordet-Wassermann, il est vraisemblable qu'avant peu, l'on pourra attaquer le bacille lépreux de Hansen avec le même succès qu'on attaque actuellement le tréponème pâle de Schaüdin. A ce point de vue, le Congrès de 1923 fera date dans l'histoire de la lèpre.

Les médecins français s'intéressent peu à la lèpre qui paraît avoir disparu de l'Europe occidentale depuis le début du XVIe siècle.

Au Moyen-Age, la terreur de la lèpre était au moins égale à celle que provoquait la peste. Les lépreux, internés dans les maladreries, mis au ban de la société, tant par les prescriptions de l'autorité religieuse que par les mesures des pouvoirs civils, étaient des objets de pitié, de crainte et d'horreur. Il est probable que beaucoup des habitants des maladreries étaient de faux lépreux, qu'un contingent important de syphilitiques s'y ajoutait, car ce fut lorsque la grande épidémie de syphilis à la suite des guerres d'Italie permit de mieux connaître cette dernière maladie, que la lèpre disparut en France. François Ier, croyons-nous, fut le premier monarque, qui ordonna la fermeture des maladreries, et leur liquidation définitive avec attribution de leurs biens aux hôpitaux et hospices voisins, date de Louis XIV.

Il ne faudrait pas croire cependant que le danger n'existe plus. La lèpre s'atténua, prit d'autres caractères. Un ancien interne des hôpitaux de Paris, devenu médecin en chef de l'hôpital des lépreux à Constantinople, Zambaco-Pacha, démontra, il y a trente ans environ, au cours d'un voyage en France, que la maladie de Morvan, la syringomyélie et quelques autres trophonévroses, étudiées par Charcot, étaient à son avis des formes atténuées de lèpre. Rien ne nous permet d'affirmer que, si l'on n'y veille, il ne se produira pas un retour offensif de cette maladie dont il existe encore des foyers importants en Europe, notamment en Espagne, dans les pays scandinaves, dans les Balkans et à Constantinople. A Marseille et dans les services de dermatologie de Paris et de nos grandes villes, les lépreux en traitement, venant de nos colonies, se chiffrent par centaines. Nous ne saurions donc être indifférents à la prophylaxie de la lèpre, d'autant plus que certaines de nos colonies, dont la Nouvelle-Calédonie qui a la réputation d'être une des plus salubres, sont sérieusement menacées dans leur prospérité par ce fléau jusqu'alors considéré comme incurable.

Il faut avouer que les mesures prophylactiques prises par les administrations coloniales n'ont pas toujours été suffisantes.

A ce propos, nous nous permettrons d'analyser des renseignements émanant de la Nouvelle-Calédonie. Ils seront d'ailleurs le complément des articles que nous avons déjà publiés sur les difficultés que rencontrent les médecins civils qui exercent dans cette colonie.

***

En Nouvelle-Calédonie, il existe une léproserie pour les Européens et des léproseries dans la brousse pour les Canaques.

Sur le papier, tout est prévu et réglé. Nous avons sous les yeux l'arrêté du 12 juillet 1921 et le réglement sur l'isolement des lépreux indigènes et le fonctionnement des léproseries par-

tielles, publiés dans le *Journal Officiel* de la colonie du 23 juillet 1921.

Dans chaque district, une zone doit être réservée aux lépreux qui y seront internés. Cette zone doit être limitée par des poteaux indicateurs. Des terrains de culture pour les lépreux valides doivent être compris dans la zone avec possibilité de s'y ravitailler en eau ; un cimetière clos existe dans chaque léproserie.

Tout indigène suspect de lèpre doit être soumis à l'examen du médecin de l'assistance indigène ou à un médecin de passage et il est isolé, après l'avis conforme du directeur de l'Institut « Gaston-Bourret ». Les enfants qui naissent dans les léproseries doivent être tout aussitôt enlevés et confiés à des parents non lépreux. Le service médical doit être assuré *aussi souvent que possible* (??) par les médecins de l'assistance indigène et les établissements inspectés par les médecins chargés du service de la prophylaxie de la lèpre au cours de leurs tournées. (Combien de fois par an ?)

Les grands chefs canaques doivent administrer les léproseries, procéder à la désinfection des cases par le feu. Ils doivent être aidés par des gardiens, désignés par le gouverneur, qui devraient habiter dans l'enclos de la léproserie ; ces derniers doivent veiller au ravitaillement en provisions, médicaments, etc., surveiller les visiteurs, qui ne doivent pas avoir de contact immédiat avec les lépreux, ne rien leur acheter, ni pénétrer dans leurs cases ; ils sont chargés de faire des rondes fréquentes, de signaler les évasions aux grands chefs, de veiller à l'enlèvement des nouveau-nés.

Toutes ces mesures seraient à peu près bien, si elles étaient ponctuellement exécutées, mais il nous est permis d'en douter et les renseignements qui nous sont donnés par des personnes absolument dignes de foi et qui ont visité les léproseries canaques, nous permettent de croire que jamais la plus grande partie des prescriptions réglementaires n'ont été réalisées.

***

Voilà pour les léproseries canaques, voyons comment est organisée la léproserie pour les Européens. Outre les renseignements privés que nous avons recueillis, nous sommes encore documentés par un article très modéré dans sa forme, mais qui relate des faits plus que lamentables, paru en tête du numéro du 18 mars 1922 d'un journal local, publié à Nouméa, *La France Australe*. Cet article signé de M. E. Caillard, paraît être très exactement documenté et est loin de ressembler à un article de polémique.

M. Caillard paraît se faire l'écho du directeur de l'Institut Bourret, qui, tous les ans, écrit-il, se plaint de l'insuffisance de l'isolement, des difficultés de l'internement et laisse entendre que les conditions d'existence des malades sont loin de lui donner satisfaction. Il y a bien un Comité de protection et de surveillance des lépreux, mais si ses attributions sont nombreuses, « il en est à son sujet, écrit mélancoliquement M. E. Caillard, comme de tant d'autres choses en ce pays quand il faut passer des paroles aux actes. » Cependant à l'époque des élections, comme il y a à la léproserie 25 ou 30 électeurs dont il peut être utile de s'assurer les voix, le comité donne de ses nouvelles aux malades.

Les malades sont internés par mesure administrative, un peu comme les aliénés en France. Le lieu d'internement, qui était autrefois l'îlot Chèvres, est actuellement la presqu'île Ducos. Ce transfert eût été un progrès si l'on y avait résolu la question primordiale de l'adduction de l'eau. Le devis se montait à 40.000 fr. Le Conseil général, par mesure d'économie mal placée, préféra dépenser 25.000 fr. à faire creuser des puits et à établir des moulins à vent pour pomper l'eau. Ces appareils sont souvent détraqués, il n'y a pas de pression pour faire circuler l'eau et comme il est impossible d'établir des chasses d'eau, de faire fonctionner des appareils à douche, aucune mesure élémentaire d'hygiène rationnelle ne peut être appliquée. Coût : 25.000 fr. de gaspillés Résultat pratique : néant.

Le Conseil général, *sur la proposition de l'administration*, a réduit de 150.000 francs à 130.000 francs, le crédit pour la nourriture des lépreux, bien qu'en 1922 la léproserie comptât 10 malades de plus ; et cela, sous prétexte que le prix des légumes devait baisser, ce qui ne s'est pas réalisé. La somme réservée au couchage et vêtements des malades a été ramenée de 50.000 fr. à 25.000 fr. Or, en 1921, « *aucun malade n'a touché les fournitures auxquelles lui donnait droit le règlement* ». Veut-on savoir en quoi consiste le couchage d'un malade : « *Une toile, parfois d'emballage, qu'il remplit d'herbes sèches coupées sur la montagne* ! Je laisse à penser, ajoute M. E. Caillard, l'effet de l'herbe à travers la toile sur la peau du malade. »

Or, tout Européen libre est exposé à être interné dans la léproserie de la presqu'île Ducos : le fils d'un magistrat, la fille du maire d'une municipalité importante s'y trouvaient quand les

renseignements que nous publions nous sont parvenus. A la léproserie européenne, il n'y avait pas de réfectoire en 1922. Il n'y avait ni cuisine, ni cuisinier. Tous les jours ou tous les deux jours, on distribuait à chaque interné des vivres en nature comme on le fait aux Canaques qui travaillent dans les mines. Chacun recevait une ration de riz, de pain, de sucre, de sel, de café, de viandes fraîches ou de conserves. A chacun ensuite de se débrouiller. Les uns avaient obtenu des fourneaux de leurs familles et se groupaient pour faire cuire leurs aliments. D'autres improvisaient des foyers entre deux amas de briques. Les uns avaient pu se procurer des marmites en fonte, d'autres, moins fortunés, les remplaçaient par des boites de pétrole de 15 litres vides. Les uns mangeaient en commun, les autres prenaient leurs repas, isolés, et quels repas !

Ajoutez à cela une promiscuité honteuse, promiscuité entre les sexes, promiscuité entre les lépreux d'origine libre et ceux d'origine pénale. Tirez-en les conclusions de moralité qui conviennent ? car la lèpre comme la tuberculose permettrait d'écrire un nouveau roman du genre des *Embrasés*.

Voilà ce qu'aurait été la léproserie de la Nouvelle Calédonie en 1922. En toute bonne foi, supporterait-elle, à son avantage, la comparaison avec les maladreries du Moyen-Age. Au moins les malades, dans ces dernières, étaient pourvus d'un personnel pour les soigner et étaient convenablement ravitaillés.

Nous serions heureux de pouvoir ici même rectifier ou annoncer que ce qui existait en 1922, s'est transformé en 1923.

Mais, après ce tableau des conditions d'existence des lépreux à l'établissement de la presqu'île Ducos qui pourra s'étonner de la répugnance que montrent les médecins civils français à aller exercer en Nouvelle-Calédonie ? Comme nous disions à celui qui nous documentait : « Mais n'y a-t-il pas un ministre des Colonies en France et, à Paris, des parlementaires pour l'interpeller au besoin. » — « Hélas ! me répliqua-t-il, il y aurait aussi à Nouméa des gens assez puissants pour blanchir les responsables et flétrir les *calomniateurs.* »

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'INSUFFISANCE SURRÉNALE (1)

(*Suite et Fin*)

Par Jacques DECOURT,

Interne des Hôpitaux de Paris.

II. — INSUFFISANCE SURRÉNALE AIGUE.

On peut dire que l'I. S. aiguë est à l'I. S. lente, ce que l'urémie aiguë est à l'urémie lente. Elle traduit la suppression brusque et totale des fonctions capsulaires. C'est à Sergent et Bernard (1898) que revient le mérite d'avoir, les premiers, montré l'existence, en pathologie humaine, de ce syndrome, qui porte aujourd'hui leurs noms.

Il peut réaliser différents types cliniques. Le plus fréquemment observé (qui était celui de l'observation princeps) revêt les *allures d'un empoisonnement.*

Symptomatologie. — *Brusquement*, un sujet est pris de *douleurs abdominales* atroces, avec *vomissements* bilieux abondants et céphalée intense. Rapidement, l'état général devient très grave ; les *extrémités se refroidissent* ; la *température s'abaisse* à 36°5, 36° ; le *pouls est petit, irrégulier*, instable, très rapide. Parfois apparaissent des *crampes*, des sueurs visqueuses. Et la mort survient dans le *collapsus* en 12 ou 24 heures, souvent après une période d'abattement et de prostration extrême.

On reconnaît là les caractéristiques essentielles du syndrome expérimental décrit par Brown-Séquard. On reconnaît également la symptomalotogie de l'I. S. lente, vue, pour ainsi dire, en raccourci.

Parfois, aux vomissements s'ajoute une diarrhée profuse, qui, jointe à l'hypothermie, aux crampes, aux sueurs, réalise le *tableau du choléra.*

Dans d'autres cas, au contraire, douleurs et

(1) Voir *Concours médical*, n° du 26 août 1923.

vomissements s'accompagnent d'une constipation opiniâtre ; le ventre est ballonné, hyperesthésié : c'est tout le *tableau d'une péritonite* (syndrome pseudo-péritonique d'Ebstein).

Il s'agit toujours là de formes abdominales. Mais dans certains cas, l'I. S. aiguë revêt une symptomatologie nerveuse (encéphalopathie surrénale). C'est parfois un tableau *pseudo-méningitique* (Sergent), où la céphalée, l'attitude en chien de fusil, la raideur de la nuque, l'hyperesthésie cutanée, la photophobie, s'associent aux vomissements répétés et à la constipation. C'est dans un cas de ce genre que, cherchant la raie méningitique, Sergent découvrit la raie blanche : l'autopsie lui montra, quelques jours après, que la méningite n'existait pas, et que les deux capsules surrénales étaient complètement caséifiées.

Dans quelques cas, l'I. S. aiguë se traduit par des *accidents convulsifs* (Klippel) ou par un *coma* soudain, simulant l'apoplexie, et rapidement mortel. Laignel-Lavastine enfin a signalé des *formes délirantes.*

Mais, la symptomatologie est souvent plus brutale encore, se réduisant à la *mort subite.* Celle-ci peut s'observer à tout moment de l'évolution de l'I. S., lente ou aiguë. Parfois elle est littéralement foudroyante : à l'occasion d'un simple geste, le malade brusquement pâlit, et meurt. Parfois elle est précédée, pendant quelques minutes, d'un accès de dyspnée extrême, avec angoisse précordiale et pâleur de la face.

Tel est le syndrome brutal de l'I. S. aiguë.

Nous avons vu qu'il pouvait constituer le mode de terminaison d'une maladie d'Addison, ou d'une insuffisance surrénale pure chronique. Il nous reste à envisager dans quelles autres conditions il est encore susceptible d'apparaître.

Formes étiologiques. — Tantôt il apparaît à titre *d'accident primitif* : un sujet jeune, de 20 à 30 ans, en bonne santé apparente, est pris soudain des symptômes dramatiques que nous venons de décrire. Il meurt ; et l'autopsie révèle une lésion chronique des capsules surrénales : une tuberculose caséeuse bilatérale le plus souvent. Cette lésion était restée latente jusqu'à l'apparition des accidents d'I. S. aiguë. Sa fonction surrénale était, la veille encore, assurée par le peu de glande saine qui lui restait ; mais, en réalité, cette fonction n'était plus réglée que « pour un petit service » (Sergent) ; et qu'un surcroît de travail lui ait été imposé, brusquement elle s'est montrée insuffisante. Et en effet, une enquête minutieuse permet presque toujours de retrouver aux accidents une cause occasionnelle souvent très minime : un léger traumatisme, une amygdalite ou une angine banale, une intoxication alimentaire, une grossesse, un surmenage, etc.

Tantôt, au contraire, l'I. S. aiguë apparaît comme une *complication d'un état pathologique* préexistant. Ce sont les cas d'I. S. survenant au cours des maladies infectieuses ; et, parmi celles-ci, celles que nous retrouvons avec le plus de fréquence sont encore : la scarlatine (Hutinel), la diphtérie (Martin et Darré), la fièvre typhoïde (Sergent, Castaigne).

C'est dans certaines formes graves de *scarlatine*, accompagnée d'une profonde dépression des forces, de prostration, de vomissements, de douleurs abdominales, et où la mort survient dans le collapsus, que l'on peut invoquer la pathogénie surrénale. Sans doute est-ce également à l'I. S. qu'il faut attribuer la mort subite dans cette affection.

Dans la *diphtérie*, on connaît les accidents plus ou moins tardifs qui constituent le syndrome secondaire de la diphtérie maligne, si bien décrit par Marfan : la pâleur de la face, les douleurs abdominales, les vomissements, le pouls misérable, inégal, arythmique, l'hypotension extrême, la ligne blanche très nette « sentent » l'insuffisance surrénale ; et non seulement les constatations anatomo-cliniques, mais aussi les observations expérimentales, en ont montré la réalité.

Dans la *fièvre typhoïde* enfin, certains accidents attribués jadis à la myocardite, et caractérisés par la prostratlou extrême, l'asthénie cardio-vasculaire, la lipothymie, la syncope, le collapsus, relèvent également de l'I. S., et sont plus améliorés par l'adrénaline que par les toni-cardiaques. Il ne faudrait cependant pas pousser les choses à l'excès, et, au profit de l'I. S., méconnaître les cas de myocardite authentique.

Toutes les maladies infectieuses enfin, quoique avec moins de fréquence que les trois précédentes, peuvent se compliquer d'I. S. : pneumonies et broncho-penumonies, rougeole, érysipèle, choléra, grippe, dengue, accès pernicieux palustres, septicémies diverses. Qu'on se rappelle les formes « adynamiques » de toutes les infections, les formes compliquées de mort subite. Les érythèmes graves qui surviennent au cours des maladies infectieuses relèveraient aussi de surrénalites aiguës (Ribadeau-Dumas et Harvier).

Les *intoxications* diverses peuvent être aussi la cause de l'I. S. aiguë : intoxications alimentaires, empoisonnement par les champignons, par le sublimé. Les anesthésiques, éther et surtout chloroforme, la déterminent parfois (recherches expérimentales de Delbet) ; et Sergent lui rapporte certains cas dits de « choc » ou de « dilatation aiguë de l'estomac » post-opératoires.

Nous retrouvons donc ici toutes les causes déjà mentionnées à propos de l'I. S. lente. Que l'atteinte surrénale, en effet, ait été légère au cours de ces affections, elle a pu passer inaperçue

parmi les symptômes de la maladie causale, et c'est plus ou moins tardivement que le processus d'altération (capsulaire) subaiguë se traduit par des symptômes d'insuffisance lente. Que les lésions des surrénales soient, au contraire, massives, les accidents se traduisent, au cours même de l'affection causale, par un syndrome d'insuffisance aiguë ou par la mort subite.

Anatomie pathologique. — Ces lésions massives peuvent être de divers ordres : souvent il s'agit d'hémorragies des deux surrénales, allant des petites hémorragies ponctiformes à une véritable apoplexie surrénale ; souvent aussi, le processus toxi-infectieux aboutit à un ramollissement ou une destruction cavitaire plus ou moins complète de la glande (capsulisation) ; parfois, enfin, l'aspect macroscopique est à peu près normal, mais l'examen histologique révèle, avec une répartition variable, des lésions vasculaires, une infiltration leucocytaire, des lésions cellulaires dégénératives, expliquant suffisamment la suppression de la fonction glandulaire.

Mais parfois, il a suffi d'une atteinte légère, sur des surrénales antérieurement débiles ou malades, pour déclancher les accidents de l'I. S. aiguë. Et ceci nous explique l'apparition de ces accidents chez des sujets en bonne santé apparente, sous l'influence d'une cause minime.

Diagnostic. — Nous n'avons pas à insister sur la quasi-impossibilité du diagnostic de l'I. S. aiguë quand elle apparaît ainsi brutalement. On croit à un empoisonnement, à une occlusion intestinale, à une péritonite, à une entérite cholériforme. Nous avons vu que les formes nerveuses simulaient l'épilepsie, la méningite, l'apoplexie.

Il nous faut noter surtout *l'intérêt médico-légal* de tels accidents. Il importe de vérifier, au cours d'une expertise, l'état des surrénales, afin de ne pas attribuer, par exemple, à un traumatisme, une mort qui en réalité était imminente chez un individu atteint d'une I. S. latente.

Au déclin des diphtéries graves, le tableau de l'I. S. est généralement net. Nous n'avons guère à discuter le rôle que peuvent jouer, dans le syndrome, l'atteinte bulbaire, la myocardite, ou la névrite du pneumogastrique. C'est affaire ici d'opinions sur la pathogénie des accidents. C'est peut-être affaire aussi de cas particuliers, l'un et l'autre de ces mécanismes se montrant susceptibles de réaliser des tableaux semblables. En tous cas, la thérapeutique adrénalinique sera toujours très salutaire au malade.

Au cours de la fièvre typhoïde, le diagnostic est beaucoup plus malaisé. A-t-on affaire à une hémorragie intestinale, à une perforation, ou a une I. S. ? Ici l'examen local permettra le plus souvent la discrimination. Mais, en présence d'un état de collapsus, a-t-on affaire à une myocardite ou à une surrénalite ? C'est encore un peu question de doctrine ; néanmoins les douleurs abdominales, les vomissements, la pâleur, la ligne blanche très nette, sont en faveur de l'atteinte surrénale ; et la cyanose, l'augmentation de volume du foie, la congestion des bases pulmonaires en faveur de la myocardite. Ici encore l'administration d'adrénaline s'impose.

La même conduite est à suivre au cours des accidents analogues observés dans les diverses maladies infectieuses.

Nous en avons fini avec la description clinique des différents syndromes d'I. S. Toutefois, il importe maintenant de faire remarquer que tous les intermédiaires sont possibles entre les formes lentes d'une part et les formes aiguës d'autre part. Il existe en effet des syndromes d'INSUFFISANCE SURRÉNALE SUBAIGUË, où les accidents observés et le mode d'évolution peuvent, selon les cas, réaliser des tableaux divers. Ici encore, c'est le groupement des symptômes tels que l'asthénie, les vomissements et les douleurs abdominales, l'hypotension artérielle et la ligne blanche, parfois l'apparition d'une pigmentation du type addisonien, qui permettra de songer à l'I. S. et d'effectuer une thérapeutique appropriée.

C'est à propos de ces cas que nous mentionnerons les formes un peu particulières par leurs manifestations musculaires prédominantes, et auxquelles Sézary a pu donner le nom de *syndromes surréno-musculaires.* Nous avons vu l'importance de l'asthénie dans la séméiologie de l'I. S. aussi bien aiguë que chronique. Or ce même symptôme, avec des caractéristiques semblables, s'observe au cours des différents *états myasthéniques*, encore mal classés, et dont le plus connu est la myasthénie d'Erb-Goldflam. La coexistence habituelle de l'hypotension artérielle dans ces états, la présence parfois signalée de douleurs lombaires ou cœliaques, de pigmentation, leur amélioration souvent très nette par l'opothérapie surrénale, semble permettre de les rattacher, dans certains cas tout au moins, à l'I. S. Celle-ci paraît intervenir encore dans certains *états amyotrophiques* indépendants de toute lésion nerveuse ou musculaire. Il n'est pas rare de voir, au cours de la maladie d'Addison ou de surrénalites scléreuses des tuberculeux, une véritable fonte des masses musculaires, contrastant parfois avec un pannicule adipeux bien conservé, ce qui distingue ces états d'un amaigrissement banal. Or cette amyotrophie diffuse peut être le symptôme dominant, tandis que les autres manifestations de la déchéance capsulaire restent au second plan et demandent à être recherchées. Et pourtant l'opothérapie surrénale pourra donner, dans ces cas, des améliorations notables.

Rappelons enfin que Sergent pense pouvoir rattacher à la déficience des surrénales certains de ces cas si curieux de *chorée molle*, où un état

paralytique se substitue aux mouvements choréiques : l'excès des poisons musculaires produits par ces mouvements incessants déterminerait un véritable surmenage des capsules surrénales, d'où l'asthénie et la pseudo-paralysie consécutives.

Quoi qu'il en soit, il résulte de tout ce qui précède que les troubles apportés par l'I. S. semblent appartenir à des catégories très diverses. Il nous reste, pour les comprendre, à rappeler les si importantes fonctions capsulaires et les conséquences physiopathologiques de leurs perturbations.

Pathogénie.

Malheureusement, la lumière est loin d'être faite encore sur la physiologie des capsules surrénales et par conséquent aussi sur le mécanisme pathogénique des syndromes d'insuffisance surrénale. Rappelons toutefois les notions qui semblent le mieux établies.

On sait que chaque capsule surrénale est en réalité composée de deux parties absolument distinctes par leur origine embryonnaire et leur structure histologique. Il s'agit là de deux organes, que l'on retrouve dissociés chez les poissons, réunis en un organe unique chez les mammifères. L'une de ces parties, la zone *corticale*, est d'origine mésodermique ; l'autre, la zone *médullaire* dérive de l'ectoderme, et de la même ébauche que le système sympathique. Cette médullaire appartient en effet à la série des organes chromaffines échelonnés le long du grand sympathique et qui comprend en outre une série de petits organes: depuis la glande intercarotidienne, les paraganglions périaortiques et l'organe de Zückerkandl, jusqu'à la glande coccygienne de Luschka. De même, à la corticale se rattachent par leur structure une série de corpuscules corticaux aberrants, intra-rénaux, intrahépatiques, etc. On voit donc qu'il existe un véritable *appareil surrénal* ; et sans doute les petits organes éloignés, que nous venons de mentionner, sont-ils capables de suppléer, dans une certaine mesure, la capsule surrénale elle-même telle que la décrivent les anatomistes.

Si nous avons rappelé ces notions, mises au jour par les travaux modernes, c'est que, physiologiquement, les deux portions de la surrénale semblent avoir aussi des fonctions très distinctes, et que les pathologistes ont voulu attribuer les troubles dits d'insuffisance surrénale à l'altération tantôt de la corticale, tantôt de la médullaire.

Oliver et Schafer, en 1895, montrèrent que l'injection d'extrait surrénal à un animal détermine une élévation de la pression artérielle. Takamine, en 1901, put extraire des surrénales une matière azotée lévogyre : l'*adrénaline*, capable de provoquer cette élévation de la tension artérielle, d'accroître en outre l'énergie du myocarde, et de déterminer au niveau des vaisseaux une vaso-constriction intense, tous ces effets étant dus à l'action de l'adrénaline sur le sympathique.

Or cette substance est le produit de sécrétion des cellules chromaffines de la couche médullaire ; on ne la retrouve pas dans la corticale. Dès lors, de nombreuses recherches ont été faites sur l'action pharmacodynamique de l'adrénaline; et l'on eut tendance à rattacher tous les accidents d'insuffisance surrénale à l'insuffisance de la sécrétion adrénalinique.

C'était prendre la partie pour le tout. La *fonction angiotonique*, attribuée au passage continu de l'adrénaline dans le sang, n'est pas, en effet, la seule fonction des surrénales.

A la couche corticale, riche en *lipoïdes*, et particulièrement en cholestérine, appartient une *fonction antitoxique*, dont l'importance actuellement va grandissant à nos yeux. Ces lipoïdes de la couche corticale neutralisent certains poisons dont les plus importants sont les produits du travail musculaire. Et l'insuffisante destruction de ces poisons aboutit à l'état d'abattement et de fatigue musculaire, à l'asthénie si particulière que nous avons vu être le symptôme essentiel de l'insuffisance surrénale. Cette action antitoxique semble s'exercer aussi sur les poisons d'origine exogène, d'où le danger des médications toxiques chez les insuffisants surrénaux.

Telles sont les deux fonctions principales des capsules surrénales. Leur déchéance entraîne d'une part le *collapsus cardio-vasculaire* et ses conséquences (hypotension, tachycardie, ligne blanche, tendance syncopale) ; d'autre part l'*auto-intoxication de l'organisme* et ses conséquences (troubles digestifs, asthénie, troubles nerveux). Nous retrouvons là le syndrome de l'I. S. pure.

Comment expliquer maintenant le syndrome addisonien ? Il est actuellement classique, depuis les travaux de Sergent et Bernard, de le considérer comme un syndrome mixte : aux signes de l'insuffisance surrénale tels que nous venons d'en expliquer la pathogénie, s'ajoutent des signes d'irritation du sympathique. Nous avons vu les lésions fréquentes du plexus solaire à l'autopsie des addisoniens. Mais même dans les cas où ces lésions sont absentes, l'irritation du sympathique ne s'explique-t-elle pas suffisamment par les relations intimes que cet appareil, grâce à ses ramifications nombreuses dans la couche médullaire, présente avec les cellules adrénalogènes ? Or le sympathique est le régulateur de la pigmentation cutanée. Son irritation provoque une hypergénèse pigmentaire au niveau des couches profondes de l'épiderme. Et les méthodes histo-chimiques ont en effet permis de montrer que le pigment addisonien n'est autre que

le pigment normal de la peau, produit de façon exagérée.

A l'irritation du sympathique également, sont attribuables les véritables crises solaires (douleurs et vomissements) observées chez les addisoniens.

Telle est la conception, actuellement classique, de la pathogénie des syndromes d'insuffisance surrénale. Des travaux récents viennent la combattre, et poser à nouveau le « problème surrénal ».

Gley et ses collaborateurs établissent que, si l'on trouve bien de l'adrénaline dans les veines surrénales, on n'en trouve plus dans les veines sus-hépatiques ni, à plus forte raison, dans le cœur ni dans la circulation générale. L'adrénaline est donc rapidement détruite dans le sang, et ne saurait par conséquent exercer d'action tonique sur le système cardio-vasculaire. Il n'y a pas d'adrénalinémie physiologique ; il ne saurait donc exister d'hypoadrénalinémie pathologique : l'insuffisance adrénalinique n'existe pas. L'adrénaline n'est plus un produit de sécrétion interne, une hormone versée dans le sang pour une action physiologique ; elle n'est qu'un produit d'excrétion, rapidement détruit. A la notion d'hypofonctionnement surrénal, Gley substitue celle d'une *déviation trophique*, d'un trouble du métabolisme de l'organe : l'autolyse et la dégénérescence des cellules glandulaires, ainsi troublées dans leurs fonctions, donneraient naissance à des protéines solubles, dont le passage dans l'organisme produirait les phénomènes morbides attribués communément à l'hypofonctionnement surrénal.

Que ces conclusions soient exactes ou non (des expériences récentes de Tournade et Chabrol semblent, à leur tour, les infirmer en partie), il ne s'agit en réalité, pour les cliniciens, que d'une étiquette à changer. Et d'ailleurs, comme le fait remarquer Sergent, lorsque furent décrits les syndromes d'insuffisance surrénale, l'adrénaline n'était pas encore connue. Il ne s'agissait donc point alors de les attribuer à une hypoadrénalinémie. Et ajoute-t-il, l'adrénaline n'a jamais été tout ; les surrénales sécrètent sans doute d'autres produits qui nous sont inconnus. Roger n'a-t-il pas isolé de leur substance même des produits hypotenseurs ? La question est donc très complexe ; et qu'il s'agisse d'insuffisance sécrétoire ou de déviation trophique, il n'en reste pas moins que les syndromes décrits par les cliniciens relèvent bien d'une altération des capsules surrénales.

Mais il résulte de ces critiques (et de nombreux travaux effectués tant en France qu'à l'étranger, et que nous ne pouvons citer) que la partie importante de la surrénale semble n'être pas la médullaire (où l'on trouve l'adrénaline), mais bien la zone corticale de la glande. Or nous avons vu l'importante fonction antitoxique qu'elle assure, grâce à ses lipoïdes (cholestérine et autres) fixateurs et destructeurs de poisons. Aussi bien, dans leurs dernières publications, le physiologiste Gley et le clinicien Sergent insistent-ils sur cette grande ressemblance de l'I. S. aiguë avec un empoisonnement. « L'insuffisance surrénale est une intoxication », dit Sergent (1). « Et je ne serais pas surpris qu'il fût dans le vrai », dit Gley (2). Rappelons à ce propos, ce fait, déjà noté par Brown-Séquard, vérifié à nouveau par Sergent, que le sérum des animaux décapsulés et des sujets atteints d' « insuffisance surrénale » est toxique.

En un mot, toute la question du processus des accidents dits d'I. S. est à remettre à l'étude. Mais il s'agit ici de travaux physiologiques ; et l'œuvre de la patiente observation anatomo-clinique n'en reste pas moins valable. Nous verrons toutefois qu'il est peut-être quelques réserves à faire sur l'étendue qu'il convient de donner au domaine de l'I. S.

Auparavant, pour clore le chapitre des discussions pathogéniques, il nous faut revenir sur le mécanisme de la pigmentation addisonienne. Le rôle du sympathique, communément admis, est nié, ou du moins rejeté au second plan, par Sézary. Pour cet auteur, la mélanodermie relève directement des troubles endocriniens. C'est que les surrénales semblent posséder une *fonction pigmentaire*, que nous n'avions pas jusqu'ici mentionnée. Certains auteurs pensent que cette fonction se réduit à une action régulatrice sur le sympathique. Mais Sézary attribue les troubles pigmentaires aux modifications humorales mêmes apportées par le trouble endocrinien. Et les surrénales n'auraient pas elles seules sous leur dépendance ces mélanodermies diffuses du type addisonien (desquelles seulement il est question ici). Des troubles hépatiques, thyroïdiens, etc., seraient susceptibles aussi de les réaliser. Quant au sympathique, il n'aurait de rôle que dans la localisation de l'hyperchromie, chez des sujets prédisposés à celle-ci par leur état endocrinien (3).

En réalité, comme le fait remarquer Sergent, il est difficile de se prononcer à ce sujet, en raison des connexions intimes qui unissent les glandes endocrines au sympathique, et des synergies et antagonismes qui relient entre elles les diverses glandes endocrines, précisément par l'intermédiaire régulateur de ce même grand sympathique (4).

---

(1) *Presse médicale*, 12 mai 1923.
(2) *Revue de médecine*, 1923, n° 4.
(3) Voir : SÉZARY, *Presse médicale*, 9 avril 1921.
— *Progrès médical*, 9 juin 1923.
(4) Nous avons à dessein éliminé du cadre de cette étude les syndromes d'insuffisance pluriglandulaire, mal classés encore actuellement, et où le départ entre les rôles joués par telle ou telle glande endocrine n'est

***

Nous en avons fini avec l'étude clinique et pathogénique de l' « insuffisance surrénale ». Nous avons vu comment les travaux des physiologistes semblaient devoir en modifier la conception. Mais, avons-nous dit, les constatations anatomo-cliniques restent vraies, qui relient les syndromes décrits aux altérations des capsules surrénales.

Pourtant la délimitation exacte du domaine qu'il faut attribuer à l'I. S. est encore imprécise. Nous voulons faire ici allusion aux critiques formulées récemment par divers auteurs contre la facilité avec laquelle on parle actuellement de l'I. S., en particulier au cours des maladies infectieuses. Nous signalerons à ce propos l'article récent de Sézary (1), qui pense que la triade classique : asthénie, hypotension, ligne blanche, sur laquelle on pose le diagnostic d'I. S., n'a pas de valeur séméiologique absolue ; et que les examens anatomo-pathologiques *post mortem* ne sont pas suffisamment probants s'ils ne révèlent que des lésions inflammatoires superficielles. Il rappelle que le processus de « capsulisation » peut n'être que le résultat de la putréfaction cadavérique. En un mot, il ne faut pas se hâter, au cours des états infectieux graves, tels que nous les avons rappelés à propos de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la diphtérie, de faire le diagnostic d'I. S. aiguë.

Mais il n'en reste pas moins vrai que, dans ces cas, l'administration d'adrénaline et même d'extraits surrénaux totaux sera toujours indiquée, et que bien souvent le malade en tirera un profit énorme. Que l'action de ces produits ne soit pas spécifique, mais due seulement à leur pouvoir pharmacodynamique, peu importe : nous allons voir en effet quels précieux médicaments ils sont.

Thérapeutique.

La thérapeutique rationnelle des syndromes d'insuffisance surrénale réside dans l'administration de l'adrénaline, et surtout des extraits surrénaux totaux.

L'*adrénaline* agit surtout dans les formes où prédominent les troubles cardio-vasculaires. On utilise la solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième (2).

Par voie buccale, elle peut donner d'excellents résultats, surtout dans les cas de maladies infectieuses avec asthénie cardio-vasculaire ; mais il faut employer des doses suffisantes : 1 à 5 milligr., c'est-à-dire XX à C gouttes de la solution au millième. Pour assurer une action permanente il faut la donner par doses fractionnées au cours de la journée. Ce traitement peut être continué plusieurs semaines.

Par voie hypodermique, elle a l'inconvénient de pénétrer trop rapidement dans l'organisme ; et les injections sont quelquefois douloureuses. Mais en cas d'urgence, il faut y recourir sans hésiter. On injecte de 1 /2 à 2 centimètres cubes de la solution au millième, et toujours, autant que possible, par doses fractionnées de 1 /2 cc. D'ailleurs, pour éviter l'absorption trop rapide, une méthode excellente consiste à injecter du sérum adrénaliné (Josué). Dans une ampoule de 250 à 500 cc. d'eau physiologique on ajoute 1 milligr. d'adrénaline, et 1 centigr. de novocaïne pour éviter la douleur.

On peut enfin prescrire le sérum adrénaliné en goutte à goutte rectal.

Les *extraits totaux* constituent en réalité la vraie thérapeutique de l'I. S. On emploie de préférence l'extrait sec, à la dose de 0.60 à 0,90 centigr. par jour, par cachets de 0.30. On pourrait employer aussi les glandes fraîches de mouton ou de veau (une demi, puis une glande entière), mais il est indispensable que ces glandes soient rigoureusement fraîches.

Le mode d'administration variera d'ailleurs selon les cas. Dans les cas d'I. S. aiguë, c'est à l'extrait total qu'il faut accorder la préférence. Le sérum adrénaliné pourra lui être associé avantageusement, car il faut agir énergiquement. Dans les maladies infectieuses, il est évident qu'à l'opothérapie surrénale on associera la thérapeutique indiquée par les manifestations autres que l'I. S.

Dans l'I. S. lente, et en particulier la maladie d'Addison, on continuera le traitement pendant un mois ou deux, par séries de dix jours consécutifs, avec interruption de cinq à six jours. On pourra alterner l'adrénaline et les extraits totaux. Pour la posologie on se guidera surtout, bien entendu, sur le mode de réaction du sujet et sur les résultats obtenus.

Il faut bien dire d'ailleurs que ces résultats sont loin d'être constants. Ils ne sont en rien comparables aux bons effets de la médication thyroïdienne dans le myxœdème. Et c'est là un des arguments contre la théorie de l' « insuffisance surrénale ». Le plus souvent, on note une amélioration des symptômes : élévation de la tension artérielle, diminution de l'asthénie et des troubles digestifs. La mélanodermie n'est guère influencée que dans les cas où elle est encore discrète. Ces améliorations sont ordinairement passagères. Parfois pourtant elles constituent de véritables rémissions. Mais tôt ou tard l'affection reprend sa marche progressive ; ou bien certains sujets, que l'on croyait nettement améliorés, tout à coup meurent d'I. S. aiguë. Il faut noter enfin que quelques malades manifestent

---

pas toujours aisé cliniquement. On sait de quelle utilité peuvent être dans ces cas les tests thérapeutiques.

(1) *Revue de médecine*, 1923, nº 4.

(2) L'adrénaline employée doit être *lévogyre*.

une véritable intolérance pour le traitement opothérapique : des nausées, des vertiges, des bouffées de chaleur, parfois de la glycosurie, sont les signes habituels de cette intolérance.

Hors de ces cas, il est important de noter qu'il est essentiel de continuer longtemps l'opothérapie. L'amélioration ne survient en effet que lentement et graduellement, souvent après plusieurs mois. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on a pu voir guérir une maladie d'Addison. Mais par contre les formes d'I. S. légère, de débilité surrénale, peuvent être guéries par l'opothérapie. A celle-ci il paraît rationnel actuellement d'associer les injections d'*huile cholestérinée*, comme le propose Sergent.

Les douleurs solaires pourront nécessiter un *traitement local.* On se bornera à la révulsion locale sur le creux épigastrique. On se rappellera que les analgésiques, que la morphine surtout, ne sauraient être prescrits qu'avec une extrême prudence.

L'*hygiène* du malade doit être rigoureuse. Il devra éviter toute fatigue, tout travail musculaire, toute intoxication, endogène ou exogène. On proscrira l'alcool. On assurera l'évacuation intestinale et la diurèse (lactose, théobromine). On interdira la grossesse aux femmes atteintes d'I. S. On évitera enfin, par des mesures d'hygiène générale, toute maladie infectieuse intercurrente.

Certains médicaments, dont l'usage est courant chez les tuberculeux, en vue de stimuler l'état général, ne seront employés, chez les insuffisants surrénaux, qu'avec une extrême prudence : l'arsenic (cacodylate de soude, liqueur de Fowler), la strychnine, ne sont pas sans dangers. Sergent préconise par contre les glycéro-phosphates et la lécithine. S'il existe des lésions pulmonaires concomitantes, on se contentera, pour calmer la toux, de potions faiblement codéinées, de révulsions.

Avant de clore ce chapitre, nous rappellerons que, hors du cadre de l'I. S. avérée, l'emploi de l'adrénaline comporte de nombreuses indications. Par son action cardio-tonique, elle agit dans tous les cas de défaillance notable du myocarde, telle qu'on l'observe au cours des maladies infectieuses ; et que, dans ces cas, le diagnostic soit hésitant entre une myocardite et une I. S., l'indication thérapeutique reste la même. L'adrénaline est couramment employée pour combattre et même prévenir les accidents de l'anesthésie générale par l'éther et le chloroforme. C'est à elle qu'il faut recourir aussi contre les accidents du novarsénobenzol, etc.

Grâce à son action hémostatique, elle lutte efficacement contre les hémorragies en nappe échappant à toute ligature. On l'emploie en suppositoires dans les hémorroïdes ; en pansements locaux dans les cancers ulcérés.

On sait aussi qu'elle favorise la fixation de la chaux dans l'organisme, et qu'on l'emploie dans l'ostéomalacie, dans les cas de fractures lentes à se consolider. Sergent l'associe à la médication calcique chez les tuberculeux.

En un mot, si l'adrénaline ne joue pas, physiologiquement, dans l'organisme, le rôle qu'on lui a longtemps prêté, au moins sa découverte a-t-elle enrichi l'arsenal thérapeutique d'un médicament de haute valeur, l'un des plus puissants que nous possédions (1).

(1) Principaux ouvrages consultés :
Comptes rendus de la Société méd. des Hôp. de Paris.
CASTAIGNE et PAILLARD. — *Journal méd. fr.*, décembre 1913.
GLEY. — Traité de physiologie, 5e édit., 1921.
GLEY. — Quatre leçons sur les sécrétions internes, 1920.
GLEY. — *Revue de médecine*, 1923, n° 4.
HARVIER. — *In* Traité de Path. méd. (Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix), tome IX.
LOEPER. — Etudes sur la pathologie du soldat ; Jouve, 1917.
LOEPER et OPPENHEIM. — *In* Traité Debove, Gilbert, Castaigne.
PARIZOT. — *Journal médical français*, décembre 1913.
PORAK. — L'insuff. surr., *Gaz. Hôp.*, 1921, nos 95 et 97.
PORAK. — La maladie d'Addison, *Gaz. Hôp.*, nos 62 et 64.
SERGENT. — Etudes clin. sur l'insuff. surr., 2e édit. 1920.
SERGENT. — *Presse médicale*, 12 octobre 1921, et 12 mai 1923.
SÉZARY. — *Semaine médicale*, 5 février 1913.
SÉZARY. — *Journ. méd. fr.*, décembre 1913.
SÉZARY. — *Presse médicale*, 1921, n° 29.
SÉZARY. — *Revue de médecine*, 1923, n° 4.



CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Formes et types de lupus tuberculeux.

M. le Professeur JEANSELME, médecin de l'hôpital Saint-Louis

Je vous parlerai aujourd'hui du lupus vulgaire, appelé encore lupus nodulaire, ou tuberculeux, ou lupus de Willare, du nom du dermatologiste anglais qui l'a décrit.

La qualification de tuberculeux a été donnée à cette affection au commencement du XIXe siècle. A cette époque, on ne soupçonnait pas la nature véritable, bacillaire, du lupus, et l'épithète de tuberculeux était prise au sens dermatologique du mot. Le hasard a voulu que cette épithète correspondît réellement à l'origine de la lésion.

Le lupus vulgaire est une affection à évolution lente et chronique, arrivant, sans faire à proprement parler d'ulcération, à la cicatrisation. Sa caractéristique, son élément pathognomonique est le nodule lupique. Son évolution est traversée par des temps d'arrêt, des reprises. Elle se termine, si l'on intervient pas surtout, par des cicatrices plus ou moins mutilantes, de la face généralement. La face, est, en effet, un des sièges d'élection de la maladie, qui s'y localise dans 90 pour 100 des cas. Dans 10 pour 100 des cas seulement, le lupus se rencontre sur d'autres points du corps, aux membres supérieurs, aux mains et aux poignets principalement, plus rarement aux membres inférieurs, quelquefois à la région péri-anale, et enfin, assez exceptionnellement sur le reste du revêtement cutané.

Le lupus peut se développer sur la peau primitivement ou y être secondaire à un lupus des muqueuses. Le lupus des muqueuses gagne, à l'habitude, effectivement, les régions cutanées de voisinage.

Le lupus, vous le savez, est une forme de tuberculose. Le bacille de Koch, qui le produit, ensemence la peau de façons diverses. Tantôt, il part d'organes profonds, de ganglions tuberculeux par exemple. Le ramollissement de ces ganglions fait que des bacilles se trouvent, de là, lancés dans la circulation, qui les amène à la peau, où ils vont se greffer. Dans d'autres cas, les bacilles viennent du dehors et leur inoculation cutanée aboutit à une sorte de chancre tuberculeux. D'origine endogène ou exogène, ce lupus peut se rencontrer sur tous les points de la face.

Souvent, l'affection commence sur une muqueuse, le canal nasal, le canal lacrymal, la face interne des joues, et elle apparaît au niveau des points lacrymaux, ou des commissures labiales. Plus fréquemment, c'est la pituitaire qui est le siège de ce lupus des muqueuses. Le malade n'en a pas conscience, du moins pendant un certain temps, car l'affection est indolente. Toutefois, on peut généralement en reconstituer les phases. Le patient raconte que, depuis de nombreuses années, il se plaignait d'enchifrènement, d'épistaxis, qu'il avait un coryza chronique tenace. Vient-on à examiner les fosses nasales, on y trouve des lésions lupiques et il n'est pas rare de constater une perte de substance, assez considérable, de la cloison.

Un autre point de départ du lupus de la face se trouve dans les ganglions bacillaires superficiels suppurés, ouverts avec fistule. Le pus sortant par l'orifice fistulaire inocule la peau. La marche du lupus et celle de la fistule sont indépendantes. Cette dernière peut se cicatriser alors que le premier conserve son activité et progresse. On ne voit plus bien à ce moment les connexions existant entre les deux lésions.

Ces foyers ganglionnaires de lupus sont quelquefois multiples et le malade a, en pareil cas, une énorme mentonnière lupique. C'est le lupus périphérique de la face, qui contraste avec la forme centrale. Voilà donc deux types de lupus facial, qui répondent à deux étiologies différentes : le type central, d'origine muqueuse, et le type périphérique, d'origine ganglionnaire. Outre cela, il peut exister du lupus partout ailleurs à la face, tenant à une inoculation directe de la peau par le bacille.

Considérons la forme appelée lupus plan, celle qui présente à son plus haut degré le nodule lupique. Le début a lieu par une tache rosée, légère, recouverte par un épiderme intact. Il n'y a pas d'infiltration et le malade n'y attache qu'une importance très relative. Mais, dans la suite, la tache persiste en dépit des applications topiques. Elle s'étend et l'on voit apparaître l'élément caractéristique, le nodule. D'abord minime, il grossit.

Qu'est-ce donc que le nodule lupique ? C'est une petite masse, arrondie ou ovulaire, de 3 à 4 millimètres de diamètre en général, bien circonscrite, légèrement convexe, de consistance molle. On peut y enfoncer aisément — sans douleur, d'ailleurs — un scarificateur qui parvient bientôt sur une surface ferme, le plan fibreux du derme, sous-jacent. Habituellement jaunâtre, le nodule a un aspect translucide, sucre d'orge comme l'on dit.

Il arrive assez souvent qu'une nappe érythémateuse couvre ces nodules comme d'un rideau. Pour les apercevoir, dans ce cas, il faut placer les doigts de part et d'autre de la surface rouge

et tirer en sens opposé, de manière à anémier la peau. A ce moment, les nodules deviennent apparents. Si ce moyen n'est pas suffisant, vous pouvez poser une lame de verre sur la nappe rosée et appuyer. On a même inventé un petit appareil à pression, qui comprend une plaque transparente, graduée pour déterminer la distance des nodules.

Tel est l'élément caractéristique du lupus plan. Il se rencontre dans toutes les formes et toutes les variantes de la maladie. D'abord arrondi, discoïde, le petit lupus s'étend. Au bout d'un certain temps, son centre se déprime, devient blanchâtre et, sans ulcération en général, se forme une cicatrice. La lésion devient ainsi annulaire. Le centre est guéri ou paraît guéri car, assez fréquemment, existe au-dessous une couche lupique en activité. Cette cicatrisation est quelquefois trompeuse. Même déshabité, d'ailleurs, il reste toujours la graine, le germe du nodule.

Le lupus n'est pas toujours agminé. Souvent il est dispersé, en trois, quatre, cinq foyers, de positions irrégulières. Il a parfois un aspect acnéiforme.

Le lupus plan évolue lentement, avec des temps d'arrêts. Il se prolonge ainsi des années, dix ans et plus, et il peut produire, à la face, de hideuses mutilations. Celui d'origine nasale use la narine, l'érode, l'amincit, l'échancre, sans suppuration, arrivant à donner au nez l'aspect d'un bec de perroquet, avec de l'atrésie des narines. De même l'orifice buccal est, dans bien des cas, très touché. La lésion, infiltrante au début, amincit ensuite les lèvres, découvrant les gencives, qui sont fréquemment atteintes elles-mêmes de lupus. L'orifice buccal se rétracte et peut être sténosé au point de laisser passer à peine le petit doigt. Le lupus des joues intéresse quelquefois les paupières, en particulier la paupière inférieure, qui s'éverse, d'où épiphora, conjonctivite, kératite. Les deux paupières, lorsqu'elles sont lésées simultanément, se soudent parfois, nécessitant une opération libératrice. Le lupus, en outre, peut produire une mutilation considérable du pavillon de l'oreille, avec atrésie du méat auditif; soudure du pavillon à la mastoïde. L'aspect de ces cicatrices rappelle beaucoup celui des brûlures et il est plus d'une fois nécessaire d'interroger les malades pour établir l'origine de telles difformités. Le lupus du cou, d'origine ganglionnaire, enfin, peut se terminer par une cicatrice kéloïdienne qui soude le menton au sternum. Vous voyez à quelles mutilations le lupus plan de la face est capable de conduire.

Le lupus dont je viens de parler est la forme la plus caractéristique de la maladie. Mais il en est d'autres. A la face, outre le lupus plan, forme sèche, on peut rencontrer une forme humide, le lupus exedens. C'est une nappe surélevée, mamelonnée, formée de gros amas, souvent séparés par des ulcérations qui résultent d'une fonte purulente. Cette forme exedens offre elle-même des variétés. Au plus léger degré, c'est le lupus impétigineux, comportant des croûtes qui rappellent l'impétigo. Il faut se méfier d'un impétigo qui a un élément unique et qui se prolonge longtemps. En pareil cas, faites sauter les croûtes et vous verrez au-dessous l'ulcération. Il en est de même, d'ailleurs, pour la syphilis. Combien de syphilides secondo-tertiaires se masquent sous l'aspect de l'impetigo. En pareille circonstance, ne vous contentez jamais d'examiner les croûtes et faites toujours tomber celles-ci pour juger de l'état sous-jacent.

Certains lupus exedens sont au contraire végétants, à évolution assez rapide, se faisant en quelques mois. D'autres sont polypoïdes. On a décrit, enfin, un lupus vorax, phagédénique, térébrant, serpigineux, détruisant en quelques jours parfois, le nez, les joues, les oreilles.

Les différents aspects que je viens de décrire peuvent tenir à des causes diverses. D'une part, à la virulence du germe. On sait que le bacille peu virulent fait tendre les lésions vers la sclérose que le bacille virulent fait évoluer vers la caséification. D'autre part, la question de terrain intervient. Il est des terrains prédisposant à la sclérose, et d'autres à la destruction. Mais, les variantes du lupus tiennent surtout à sa situation, profonde, glandulaire, superficielle, épidermique, aux assises de la peau dans lesquelles il se développe.

Leçon faite à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Louis et recueillie par le Dr P. Lacroix.



LA DOULEUR EN CHIRURGIE (*Suite*).

Par DARTIGUES.

DES CONSÉQUENCES PSYCHIQUES ET PRATIQUES DU PROGRÈS DE L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

On peut bien dire que ce n'est que depuis 50 ans environ que, réellement, on ne souffre plus en chirurgie. Jusqu'alors, depuis toujours, la douleur avait été, peu ou prou, mêlée à l'action chirurgicale ; et l'on conçoit que la chirurgie, déjà si redoutable par son apparat, ses moyens et ses risques, avait un aspect de supplice qui l'entourait d'un respect fait d'effroi.

Mais les choses ont heureusement changé : les salles d'opération ne sont plus, comme autrefois, des chambres de torture où s'agitaient des hommes à aspect de bourreaux autour d'un patient hurlant de peur et de douleur ; elles sont aujourd'hui des temples blancs et silencieux, peut-être même les derniers, où se soient réfugiées, dans la plus grande pureté matérielle qui soit au monde, les plus grandes espérances, remises aux mains de la puissance qui se base sur le savoir le plus précis et sur la technique la plus attentive dans son effort.

La psychologie des malades devant la douleur chirurgicale.

La peur de la souffrance est unanime : ce que veut avant tout le malade, c'est de ne pas souffrir durant l'acte opératoire.

Les uns, les femmes surtout, quand se prend une décision d'opération, nous disent : « Docteur, vous m'endormirez ; ce n'est qu'à cette condition, n'est-ce pas ? » Naturellement. D'autres craignent intensément le risque du sommeil, et nous demandent avec anxiété : « Promettez-moi que je me réveillerai ! »

Cette appréhension pré-opératoire faite à la fois de l'idée d'un résultat chirurgical aléatoire, des dangers de l'opération elle-même et du risque anesthésique, va, chez certaines personnes extrêmement nerveuses jusqu'à une crainte excessive. J'ai vu, dans ma déjà longue carrière, des cas de mort subite avant l'opération et qui n'ont pu être attribués qu'à une peur atroce : une fois, jadis, chez Pozzi, au moment où on allait chercher la malade dans son lit ; une autre fois, dans une maison de santé, au moment où l'on transportait la malade dans l'ascenseur. Si ces patientes étaient mortes aux premières bouffées de l'anesthésique, on n'eût pas manqué d'attribuer le décès au chloroforme, et une justice ignorante, trop hâtivement revendicatrice, aurait ajouté l'erreur de diagnostic de ses juges à l'erreur de diagnostic des médecins et chirurgiens innocents, mais ignorants des cas qu'ils n'avaient jamais eu l'occasion d'observer. La chirurgie est une science dont l'application est parfois périlleuse pour tous.

Il est, cependant, une catégorie de malades qui redoutent beaucoup plus l'anesthésie générale que la douleur de l'opération elle-même : ce sont quelquefois de fortes personnalités qui se sentent le courage d'affronter la souffrance et qui ne se font pas à l'idée qu'ils vont se livrer inertes pendant quelques instants où le monde extérieur sera totalement aboli pour eux ; ce sont des êtres de volonté, dont l'esprit veille sans cesse, et qui ne peuvent abdiquer leur conscience. Je les comprends fort bien.

Pour les très grands craintifs, mieux vaut l'usage de l'anesthésie générale, car il leur sourit d'avoir un sommeil enchanté, tandis qu'ils sont soumis à des actes grandioses ; pour les grands agités, mieux vaut pour le chirurgien qui opèrera ainsi plus tranquillement et plus sûrement, l'anesthésie inconsciente ; pour les grands terrorisés, il faut agir avec de grandes précautions et prendre des moyens de graduation d'anesthésie par des piqûres soporifiques préalables ; pour tous, le chirurgien averti et psychologue usera de la douceur et des arguments qui rassurent, car si la malade doit être préparé matériellement avec un soin extrême à l'opération, il ne doit pas l'être moins psychiquement et moralement. Il est rare qu'on ne parvienne à ses fins, même avec les sujets les plus réfractaires et les plus troublants par leur mentalité intempestive ou dévoyée : le chirurgien est, avec le médecin, l'homme qui doit avoir le plus de patience ; il en a un grand mérite, car il est attendu par l'action impérieuse : cependant, il n'aura pas perdu son temps en s'arrêtant quelque peu aux bagatelles de la porte de la salle d'opérations !

Pour ceux qui ne veulent pas abdiquer leur conscience pendant l'opération, nous avons maintenant le moyen de les satisfaire le plus souvent, grâce aux progrès de l'anesthésie régionale étendue, par exemple l'anesthésie par voie rachidienne.

Ce qu'il y a de certain, c'est que la diffusion de la connaissance des moyens que nous avons désormais de vaincre la douleur pousse l'homme à accepter davantage, pour la défense de son organisme, les interventions nécessaires de salut. Que de malades, dans la crainte de souffrir, ont reculé devant l'heure efficace d'agir et se sont, par cela même, condamnés à mort !

C'est donc un premier résultat positif et un premier bienfait d'ordre psychique, mais cependant primordial au point de vue de ses conséquences pratiques, que la pensée du recours à l'anesthésie de plus en plus sûre, encourage à se livrer à la chirurgie qui délivrera et qui guérira.

En ceci, du reste, comme à propos de la moindre appréhension du côté sanglant des opérations, la guerre qui a brassé et mêlé tant d'humanité, qui a tant rapproché et fait se connaître mieux les professions les plus diverses, a eu un heureux, très heureux

résultat. Comme l'a dit, en substance, l'éminent Pr Forgue, de Montpellier, dans sa splendide conférence à l'Académie de Madrid l'an dernier, sur l'*Evolution contemporaine de la chirurgie*, les mondes les plus mélangés ont vu les chirurgiens à l'œuvre ; ils ont compris que la chirurgie n'était pas un mystère terrifiant, et au lieu de la voir par son côté coloré et d'apparence suppliciaire, si je puis dire, ils en ont vu le côté précis, agissant et bienfaisant. Les deux tiers des blessés, anesthésiés, opérés et guéris sont retournés à la bataille : ce calcul simpliste supprime tous les discours. La chirurgie a certainement prolongé la guerre, puisque celle-ci aurait fini bien plus tôt faute de combattants ; mais elle a été à la base même de la guerre ; elle a été la vie en face de la mort ; elle a contribué à gagner la victoire par l'épargne du sang et de la chair ; elle a arrêté le sang, empêché l'infection, réparé le bris, en s'opporant autant qu'elle l'a pu à l'envahissement de la douleur.

Acquisitions matérielles, positives et permanentes, de l'anesthésie chirurgicale moderne.

Evidemment, il vaudrait la peine, après tout, d'affronter une douleur passagère occasionnée par l'effraction chirurgicale, pour supprimer une douleur durable de cause pathologique, ou même pour remédier à un état pathologique indolore quoique grave. Mais cela ne pouvait satisfaire l'esprit bienveillant des chercheurs et le sentiment de compassion des interventionnistes de tous les temps.

Comment ! Si nous nous émouvons, nous chirurgiens, à la douleur provoquée par le mal qui appelle notre secours et demande notre intervention, comment ne frémirions-nous pas d'ajouter à son déchirement une nouvelle douleur provoquée par notre action instrumentale !

C'est de ce sentiment qu'est né tout cet effort vers l'anesthésie artificielle qui n'a pu aboutir, dans tout le cours de l'humanité douloureuse, à des résultats inestimables, que depuis fort peu de temps. En cela, la fin de siècle qui aura précédé celui qui s'écoule, aura, comme en beaucoup de choses splendidement scientifiques, bien mérité de l'humanité.

Dans une question qui est, comme celle-ci, tellement grosse de conséquences heureuses, puisqu'il s'agit d'effacer une partie de la douleur du monde, et de prolonger la vie humaine, menacée du péril pathologique, par des interventions manuelles que l'on désire insensibles, il est bon de tracer un bilan de ce qui est véritablement acquis et pour toujours, et sur lequel on pourra tabler pour s'élancer vers de nouveaux progrès. Ce bilan est magnifique. Je le résume :

1° *Importance de la pureté et de la sécurité des grands anesthésiques généraux et locaux.*

Les anesthésiques qui sont une des grandes découvertes de la chimie moderne, sont fabriqués avec une pureté de plus en plus grande. Les principaux qui ont été utilisés ont montré une nocivité plus marquée sur tel ou tel organe : sur le foie et les reins (chloroforme, par exemple), sur le poumon et les voies respiratoires (éther), sur le système nerveux et le cœur (cocaïne, etc.). Cette nocivité a été d'abord très atténuée et, son élection étant connue, on peut choisir l'anesthésique, suivant les sujets, les cas, l'âge.

Mais il est certain, cependant, que la pureté de l'anesthésique n'est pas tout. Je me souviens, dans les accidents mortels ou non mortels que j'ai pu voir jadis, qu'on accusait volontiers l'impureté du produit. C'était assez simpliste ; et, dans le désarroi pénible où l'on se trouvait, facilement on jetait un regard soupçonneux vers l'officine ou la fabrique et l'on chargeait le pauvre pharmacien du service de veiller à l'épreuve chimique des produits. Je crois, pour ma part, que ce n'était pas toujours le côté chimique qu'il fallait incriminer, mais le côté clinique.

Nous avons fait bien des progrès pour la préparation pré-opératoire de nos malades que nous désintoxiquons quand ils veulent bien nous en donner le temps ou nous obéir sans nous tricher, et que nous rendons moins intoxiquables par des examens soigneux qui nous permettent une épuration préalable. On peut nous donner tous les produits *purissimes* de la terre, cela ne suffira pas toujours si les parenchymes sont en carence, suivant le mot à la mode ; deux choses doivent être obtenues parallèlement : la purification des produits anesthésiques et la purification des futurs opérés.

2° *Administration mécanique et dosage mathématique des anesthésiques.*

Autrefois, on avait beaucoup plus d'alertes dans l'application des grands anesthésiques généraux. C'est que l'administration de ces derniers était soumise à des causes aléatoires, tenant, en particulier, aux jeunes aides qui avaient plus ou moins le sens du dosage, le doigté pour procéder avec circonspection et progression, et plus ou moins de faculté d'attention, je veux dire de surveillance. Il y a des choses que certains s'assimilent immédiatement et comme d'instinct, que d'autres s'assimilent avec lenteur et seulement en profitant des conseils donnés et répétés, et que d'autres n'assimilent jamais. De telle sorte qu'il y a et qu'il y aura toujours les bons et les mauvais anesthésistes. Il n'y a de réellement bon anesthésiste que le professionnel qui s'est spécialisé et qui, avec les qualités qui l'ont fait se verser avec inclination préférée dans cette branche, a l'extrême habitude due à l'entraînement de chaque jour.

Je me souviens que, dans mon jeune temps, à l'hôpital, c'était presque toujours aux mêmes externes qu'arrivaient les accidents ou les alertes. Je me rappelle un jeune et charmant camarade qui se couchait tard et, étant un sexuel, faisait une « nouba », nocturne et régulière ; quand il commençait une anesthésie, il était déjà plus endormi que son malade ; il lui arrivait de succomber complètement au sommeil, tandis que son patient était à deux doigts de succomber dans l'asphyxie, la syncope ou la mort. J'en ai vu qui, durant le temps évidemment fasti-

dieux d'une longue anesthésie, partaient vers des rêves étoilés et des visions d'amour, et s'oubliaient à verser avec une largesse éthérée l'anesthésique confié à leurs mains inconscientes. Par contre, tous connaissent comme moi l'anesthésiste intrigué par l'opération qu'il suit avec une intense curiosité, tandis qu'il en oublie de surveiller la figure et la respiration de son malade.

Tous ces inconvénients extrêmement sérieux ont été palliés considérablement par l'introduction des appareils qui distribuent automatiquement et mathématiquement l'anesthésique, suivant une graduation facile. C'est là un grand progrès qui n'enlève rien à la valeur personnelle de l'anesthésiste, mais qui, au contraire, la renforce.

De plus, il faut le dire en passant, les moyens de remédier à un accident anesthésique se sont améliorés, et, qu'il s'agisse, dans l'asphyxie blanche ou bleue, dans la syncope, d'injections sous-cutanées diverses, de respiration artificielle sous pression oxygénique, de massage du cœur même, on est arrivé à tirer d'affaire des quantités de malades. Pourra-t-on éviter certains cas de mort subite ? Je ne le crois pas ; j'ai parlé plus haut de mort subite par épouvante, mais il faut aussi penser aux fâcheuses coïncidences, et, tel patient qui vient sur la table d'opération pour guérir, peut très bien y venir pour y mourir, d'une apoplexie, d'une angine de poitrine, par exemple, sans que ce soit la faute à personne.

Y aurait-il, d'ailleurs, quelques victimes expiatoires en holocauste à l'anesthésie, que cela ne devrait pas la faire condamner ni même la faire craindre outre mesure. Spinoza disait que, pour la bien voir, il fallait considérer toute chose *sub specie æternitatis*, sous le rapport de l'éternité, de même, il faut considérer les questions sous l'angle de l'étendue d'application, et quelques cas malheureux sont négligeables en face de l'énormité des cas d'anesthésie bienfaisante et pratiquée avec succès. Malheur, cependant, au médecin ou chirurgien qui, malgré toutes les précautions et un cœur et un esprit sans reproche, aura à endosser ces tristes éventualités sans espoir ! Il fera bien de se mettre en garde, car ceux qui ne sont pas versés dans les choses de la médecine ne comprendront jamais qu'il peut ne pas être un ignorant, un inattentif ou un assassin !

3° *Association des anesthésiques et combinaison des anesthésies.*

Un autre progrès a été réalisé par l'utilisation de mélanges anesthésiques où les substances chimiques mêlées d'après leurs principes et leurs propriétés suivant certaines doses, ont une faculté soporifique ou insensibilisatrice plus égale et moins dangereuse, tel le mélange de Schleich que le Pr J.-L. Faure a surtout vulgarisé. C'est mon ami Dupuy de Frenelle qui, jusqu'ici, a poussé le plus dans cette voie heureuse, et cela, grâce à son appareil très ingénieux.

Mais on a fait mieux encore ; on a associé l'anesthésie par inhalation, par voie pulmonaire, à l'anesthésie par voie sous-cutanée au moyen de piqûres qui préparent, sans révolte de l'organisme, l'action de l'anesthésique principal.

Dois-je ajouter que l'action personnelle, psychique, de l'opérateur ou de l'anesthésiste joue un rôle important que j'ai signalé et qu'il ne faut jamais négliger d'en user, car elle comporte une sorte d'influx préparant l'anesthésie physique par, si j'ose dire, une anesthésie psychique préliminaire ? Mon vieux maître Segond, d'adorable mémoire, le savait bien, et il se donnait la peine, du moins en clientèle où c'était possible, de commencer l'anesthésie de tous ses malades qu'il abandonnait à l'aide quand ils étaient tombés dans l'inconscience.

4° *Administration parcellaire de l'anesthésie suivant une participation limitée et non entière de l'organisme, et suivant des domaines anatomiquement limitables.*

Ici, entre en scène, comme immense progrès, toute l'anesthésie locale. L'anesthésie générale n'est qu'une substitution de douleur : elle abolit la conscience de la douleur, mais elle n'abolit pas la souffrance intime, cellulaire.

On a donc cherché à éviter cette souffrance inconsciente de la vie cellulaire et sa répercussion sur les centres nerveux. La douleur subit la grande loi de la réflectivité et se répercute surtout sur les centres corticaux.

Le grand progrès révélé et qui est d'une portée immense, en même temps qu'il se présente suivant le vrai caractère de la logique, c'est, si l'on y fait attention, d'approprier l'anesthésie suivant le degré et l'étendue du mal dans un domaine limitable anatomiquement. L'anesthésie devra tendre de plus en plus à se localiser à la zone à entreprendre chirurgicalement. Dans une opération, point n'est besoin d'anesthésier tout un organisme pour une action limitée dans un champ limité d'un organe ou d'une région.

L'immense pas fait en avant est donc réalisé par l'anesthésie limitée tendant à se substituer à l'anesthésie illimitée.

4° *Voies anatomiques suivies pour l'anesthésie.*

Comme je l'ai dit dans une de mes causeries précédentes, les tentatives de palliation de la douleur sont vieilles comme l'espèce, mais elles furent peu efficaces ; elles consistaient en absorption de breuvages ou en respiration de substances soporifiques.

La voie digestive, par ingestion, et la voie respiratoire, par inhalation, ont vu s'élargir leur utilisation grâce à de nouveaux produits chimiques puissants ; de plus, la voie digestive a utilisé la partie terminale du tube intestinal : la voie rectale, ce qui est une nouveauté.

Mais d'autres acquisitions capitales ont été faites : celle de la voie hypodermique, de la voie vasculaire, de la voie nerveuse, de la voie céphalo-rachidienne.

C'est de ce côté que le plus grand progrès s'est réalisé : des voies inconnues jusqu'ici serviront pour véhiculer les produits chimiques les plus inattendus dans leurs merveilleuses propriétés que la chimie bio-

logique moderne permet d'espérer, d'après les trouvailles déjà faites.

6° *Nomenclature des principaux initiateurs.*

Il n'est pas inutile de rappeler, en une table de mémoire, ceux à qui nous devons le plus dans ces 60 dernières années, au sujet du progrès réalisé dans l'abolition de la douleur : ce sont des chimistes, inventeurs de produits nouveaux, ce sont des chirurgiens qui ont osé essayer au lieu de se tenir dans les vieux sentiers battus.

Parmi les noms français de ces progressifs, je citerai : Soubeyran, Flourens, Longuet, Paul Bert, Claude Bernard, Reclus, Poncet, Terrier, Leduc, Jardry, Ombrédanne, Camus, Ricard, Gauthier (de Luxeuil), Dupuy de Frenelle, Cathelin, Tuffier, Pauchet, Sourdat, Labat, Laborde, Lefilliâtre, etc. Parmi les noms étrangers : Bell, Young Simpson, Jackson, Morton, Warren, Bigelow, Humphry, Davy, Horace Wells, Julliard, Schleich, Pirogoff, Keller, Quincke, Jonnesco, etc.

Les noms importent peu ; on les cite dans un sens de justice individuelle et encourageante, mais, philosophiquement, ils désignent les cellules cérébrales de l'immense cerveau collectif qui a pensé, cherché et trouvé contre la douleur.

(*A suivre.*)

L'Actualité Scientifique

La Presse

La néphrite chronique.

Voici une étude très pratique et très complète de cette affection, dont l'auteur, M. Van Langendonck, s'attache surtout à décrire les deux grandes variétés : la N. urémigène, la N. hydropigène.

Celle-ci représente la forme en quelque sorte classique et la plus facilement dépistable. La première, par contre, évolue souvent d'une façon insidieuse, et si l'on n'y pense pas, ce sont de graves accidents qui en fournissent la première révélation.

« Les premiers symptômes de l'insuffisance « rénale passent souvent inaperçus ou sont attri- « bués à des causes étrangères à l'affection vraie. « Le plus souvent, il s'agit de céphalalgies gra- « vatives, augmentant dans la position couchée, « de petits vertiges, de bourdonnements d'oreille, « de légers troubles de la vue : scintillements, « mouches volantes, etc. ; appétit diminué, « sensation de fatigue générale. L'imperméabilité « rénale qui débute est encore combattue avec « succès par l'hypertension qui s'installe tout en « causant les troubles que nous venons de dire. « Si l'on prend la tension artérielle, on constate « une augmentation de la maxima ».

Je passe sur la description clinique de l'évolution et des complications. On déterminera le degré d'azotémie parallèlement à la recherche de la constante d'Ambard. Car les fonctions rénales peuvent être très altérées, avec une faible azotémie. Je rappelle incidemment que l'épreuve de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine permet pour sa part d'apprécier assez exactement le degré de perméabilité du rein.

En ce qui concerne le traitement, il repose uniquement, d'après l'auteur, sur le régime ; « nous ne possédons aucun moyen d'agir sur le rein et nous devons nous contenter de suppléer, dans la mesure du possible, à l'insuffisance rénale et à soutenir le cœur ».

Cette affirmation me paraît trop absolue. Il est au moins un cas où un traitement médicamenteux peut et doit être mis en œuvre, avec quelques chances de résultats positifs, c'est quand la néphrite est d'origine syphilitique, et surtout hérédo-syphilitique. Je rappelle à cet égard l'étude que le *Concours Médical* vient de publier, de MM. L. Giroux et L. Brin, de laquelle il résulte que les injections intra-veineuses de cyanure de mercure, quand la S. est en cause, associées à la médication iodée, provoquent une certaine restauration de la fonction. Aussi, quand l'étiologie d'une N. urémigène ne découlera pas nettement des antécédents du malade, sera-t-il nécessaire de procéder à toutes les réactions humorales actuellement en usage (sang, liquide céphalo-rachidien). Que si l'on a la chance de pouvoir faire la preuve d'une infection syphilitique antérieure, de première ou de seconde main, on ne sera plus désarmé.

Suit une excellente description du régime alimentaire, tel qu'il doit être ordonné à ces malades, avec une table des différents aliments montrant leur teneur en albumine, et le nombre de calories qu'ils produisent. (*Le Scalpel*, 9 juin 1923.)

Le strontium dans les rétentions chlorurées sodiques.

Le chlorure de calcium est considéré comme une sorte d'antagoniste du sodium et il est employé avec succès dans la cure de déchloruration et des œdèmes toxiques ou mécaniques. Mais il est d'un maniement difficile en raison de sa déliquescence et de son mauvais goût. Le strontium jouirait des mêmes propriétés sans en avoir les inconvénients.

MM. DONG-NGOC-DIEU et MILLOUS, faisant état de la parenté qui existe chimiquement entre eux, recommandent les sels solubles de strontium, comme succédanés des sels de calcium.

Le lactate de strontium, dépourvu de toute toxicité, mérite d'être utilisé non seulement comme diurétique, et réducteur de l'albuminurie, mais encore, comme antagoniste du sodium, chez les malades qui répugnent à se soumettre à un régime sévère, surtout au régime déchloruré.

A la dose de 3 à 6 gr., le lactate de strontium fait merveille dans les néphrites hydropigènes, dans les hydropisies cardiaques. Par contre, il est sans action dans les rétentions aqueuses inflammatoires ou mécaniques.

Les auteurs l'ont encore employé dans les hydropisies toxiques, avec des résultats positifs, mais fugaces ; dans le béri-béri humide, dans la cachexie ankylostomiase hydropigène, et dans la cachexie paludéenne hydropique. (*Paris médical*, 3 juin 1923.)

Le mal de mer.

Sous la signature S. R., nous trouvons les indications suivantes :

Deux procédés mécaniques méritent d'être utilisés : l'un consiste à comprimer le ventre par une forte ceinture abdominale ; l'autre, à faire des inspirations profondes suivies d'expirations prolongées.

Comme médicament efficace, la belladone, et son alcaloïde, l'atropine, sont recommandables. Avant les vomissements, on prendra un granule d'un dixième de milligr. avant les repas, ou une cuillerée à café de la solution suivante :

Sulfate d'atropine.....	deux milligrammes.
Eau distillée..........	100 gr.

Cette dose pourra être prise avant les trois repas. Si les vomissements survenaient, on doublerait la dose. (*Journ. des prat.*, 9 juin 1923.)

L'essence de térébenthine a-t-elle un rôle dans la pathologie professionnelle des peintres ?

A cette question, MM. HEIM, AGASSE-LAFONT et FEIL répondent par une étude qui se résume dans les conclusions suivantes :

« L'*ingestion* accidentelle ou expérimentale d'essence de térébenthine peut provoquer des manifestations pathologiques plus ou moins graves, en particulier du côté de l'appareil cardio-rénal, néphrite, hématurie, hypertension.

« Par suite, il est logique de se demander si l'*inhalation* professionnelle de ce produit ne peut avoir, par le fait de sa durée, une action néfaste analogue sur l'organisme.

« On peut se poser cette question, en particulier pour les ouvriers peintres qui utilisent l'essence de térébenthine, en proportions variables, pour dissoudre les couleurs.

« Chez ces ouvriers, l'emploi simultané fréquent de l'essence de térébenthine et des sels de plomb (céruse, etc.) soulève un problème plus complexe encore : c'est celui de déterminer ce qui est attribuable soit à la térébenthine, soit au plomb, dans la pathogénie des accidents cardio-rénaux fréquemment constatés chez eux.

« Sans doute, il est habituel de considérer comme acquis que c'est le plomb qui, dans ce cas, doit être uniquement ou surtout incriminé. Mais une opinion inverse a pu être émise, qui fait jouer à l'action toxique de la térébenthine le rôle prépondérant.

« Cette question est d'une importance capitale, puisqu'elle touche au délicat problème de savoir jusqu'à quel point il est justifié de vouloir interdire ou restreindre l'emploi de la céruse.

« L'enquête, que nous avons poursuivie sur 35 ouvriers ayant manié, soit l'essence de térébenthine seule, soit celle-ci conjointement avec la céruse, et nos enquêtes antérieures, nous permettent de poser les conclusions suivantes :

« Chez les ouvriers peintres, si l'inhalation d'essence de térébenthine a une action nocive sur l'appareil cardio-rénal, cette action serait en tout cas négligeable, en comparaison de celle des sels de plomb (céruse, etc.) qui doivent être sans doute seuls, ou tout au moins certainement pour la plus grande part, incriminés dans la pathogénie de ces accidents ». (*Paris méd.*, 16 juin 1923.)

L'action des amers sur la leucopédèse gastrique.

Au dire de MM. LOEPER et MARCHAL, à la suite des expériences et des recherches auxquelles ils se sont livrés, les amers, en teinture alcoolique aussi bien qu'en macération, excitent la leucopédèse, d'une facon très nette, mais dans des limites variables selon les espèces..

Ainsi, le colombo est nettement plus actif que le quassia, celui-ci plus actif que la gentiane. La noix vomique, classiquement employée, est moins active que le quassia.

En définitive, « l'action des amers n'est pas seulement réflexe et psychique ; elle peut s'exercer directement sur la muqueuse gastrique elle-même. Cette action reste néanmoins inférieure à celle de l'amidon, des peptones et du bouillon, qui sont des leucopédétiques infiniment plus actifs ». (*Prog. méd.*, 16 juin 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Le statut des sages-femmes.

Notre excellent confrère et ami, le professeur Delmas, de Montpellier, nous adresse la lettre suivante :

Dans le numéro 31 du *Concours*, du dimanche 5 août 1923, page 2719, Sociétés savantes, colonne 2, alinéa 3, votre collaborateur conclut « l'Académie pourrait accueillir utilement les suggestions des praticiens. »

Permettez-moi, pour rester dans l'exactitude, de vous dire que M. Bar, avant de faire son rapport, a expédié au secrétariat de chaque syndicat médical un long questionnaire sur cette question.

Comme président du syndicat de Montpellier, et non comme universitaire, j'ai moi-même rempli ce questionnaire.

Paul DELMAS.

Sclérose en plaques et syphilis.

(MM. DUFOUR et DUCHON. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-6-1923.)

L'étiologie de la sclérose en plaques n'est pas définitivement fixée. Peut-être même s'agit-il d'un syndrome dont les causes sont variables.

Deux spirochètes se disputent le triste privilège d'engendrer cette maladie : l'un serait spécifique et recherché par beaucoup de médecins depuis Siemerling, mais souvent absent ou introuvable. L'autre ne serait que l'agent de la syphilis et engendrerait le syndrome sclérose en plaques comme celui du tabes, par exemple.

M. Dufour a déjà rapporté 3 cas de Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien de patients atteints de sclérose en plaques, le novarsénobenzol ayant alors influencé favorablement l'évolution de la maladie. MM. Dufour et Duchon relatent aujourd'hui une nouvelle observation de syndrome de sclérose en plaques, avec Wassermann et réaction au benjoin colloïdal positifs dans le céphalo-rachidien. Le patient fut considérablement amélioré par la médication bismuthée.

La positivité du Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien est, il est vrai, susceptible ici de plusieurs interprétations, qui sont :

1° Sclérose en plaque d'origine syphilitique ou hérédo-syphilitique ;

2° Réaction de groupe, trouvée dans deux spirochétoses différentes ;

3° Poussée aiguë médullaire chez un syphilitique dont les humeurs renferment des éléments spécifiques.

Néphrite aiguë mortelle par ingestion de sous-acétate de plomb.

(MM. RATHERY et MICHEL. — *Soc. méd. des hôp.* ; 1-6-1923.)

MM. Rathery et Michel relatent une observation de néphrite suraiguë, suivie d'anurie et de mort, consécutive à l'ingestion de quantités faibles et répétées de sous-acétate de plomb.

La malade, dans le but de ramener ses règles, absorba pendant une quinzaine de jours, des petites doses journalières, d'extrait de saturne (une goutte à quinze gouttes). Des phénomènes morbides se montrèrent (vomissements, ictère, anurie), qui se terminèrent par la mort.

A ce propos, M. Rathery a recherché dans la littérature médicale les cas relatés d'intoxication par les sels de plomb. Dans sa thèse (1875), Moreau signale une femme qui avala deux grands verres d'extrait de saturne et qui guérit en un mois, après avoir présenté des troubles digestifs accusés. Une autre femme aurait ingéré deux verres d'absinthe et d'extrait de saturne, sans suites sérieuses.

Comme empoisonnements mortels, Taylor a vu succomber deux enfants, assez rapidement, après la prise d'une dose relativement minime de sels de plomb.

Balland (thèse de Paris, 1896), étudiant les rapport du saturnisme et de la grossesse, a montré que l'intoxication — chronique il est vrai — par le plomb est particulièrement dangereuse pour le fœtus.

Dans cet ensemble bibliographique, M. Rathery n'a pu trouver les arguments permettant d'expliquer le cas soumis à son observation. L'ingestion d'une quantité importante de sous-acétate de plomb ne semble pas, en effet, avoir généralement provoqué des accidents graves. M. Rathery se demande si, chez sa malade, la gravité de l'intoxication n'a pas relevé de la *répétition* des petites doses. L'activité et la nocivité des petites doses, comparées à celles des doses élevées, d'une même substance, sont deux questions de thérapeutique et de toxicologie générales qu'il serait intéressant d'élucider.

L'héliothérapie à Paris.

(M. ARMAND-DELILLE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-6-1923.)

C'est en France qu'ont été faites, à Berck, les premières applications de l'héliothérapie, qui n'avait pas encore ce nom. L'Ecole lyonnaise préconisa également la cure solaire pour les arthrites fistuleuses. Mais, c'est à Rollier, de Leysin, que revient

le grand mérite d'avoir fait de l'héliothérapie systématique une méthode rigoureuse et précise.

M. Armand-Delille s'est déjà beaucoup occupé de cette question. Avec M. Méry, il a mis en lumière les nombreux avantages de l'héliothérapie et de l'insolation préventive, des écoles au soleil en particulier. Aujourd'hui, il montre tout l'intérêt qu'il y aurait à créer dans les hôpitaux et les stations de convalescence des installations de cure solaire. La médication héliomarine donne les meilleurs résultats chez les petits malades adénopathiques. Il serait important de pouvoir envoyer certains convalescents voués plus que d'autres à la bacillose (les convalescents de pleurésie par exemple), faire de l'héliothérapie dans un climat approprié. C'est là de l'héliothérapie préventive efficace, au même titre que les écoles au soleil, si utiles chez les enfants malingres. On peut faire aussi parfois la cure héliothérapique dans les hôpitaux, au cours de l'été principalement. M. Armand-Delille rappelle à ce propos le cas de la malade qu'il eut l'occasion de soigner à Ivry, en 1921. Après 18 mois de séjour en chirurgie à l'Hôtel-Dieu, cette jeune fille, atteinte de péritonite bacillaire, restait dans un état très alarmant. Elle fut guérie après cinq mois de cure solaire.

La syphilis à Paris.

(MM. Marcel PINARD et RABUT. — *Soc. méd. des hôp.*; 15-6-1923.)

Comme suite à une statistique précédemment apportée par M. Maurice Renaud, M. Marcel Pinard présente une vue d'ensemble du fonctionnement de la consultation du soir, de syphiligraphie, à l'hôpital Boucicaut.

En 1922, le dispensaire de Boucicaut a dépisté et soigné 48 syphilis nouvelles, primaires ou secondaires. En 1923, quoique le chiffre des consultants ait presque doublé, le nombre des syphilis nouvelles est en voie nette de diminution (9 dans le 1er semestre, au lieu de 19 dans le 1er semestre 1922.)

Ces résultats, comme ceux signalés par M. Renaud, sont très encourageants. Si toutes les statistiques des dispensaires, disent les auteurs, nous signalent la même diminution dans les syphilis nouvelles, nous aurons le droit de penser que la syphilis, avec l'effort nécessaire, disparaîtra comme la variole a disparu.

« La seule prophylaxie efficace de la syphilis, ajoute M. Marcel Pinard, c'est la stérilisation des porteurs de germes.

« Les traitements espacés ou à doses faibles, quel que soit le médicament employé, contribuent à propager l'infection.

« Chaque dispensaire créé fermera une salle d'hôpital. »

Le Jardin de soleil de Rabat.

(M. COMBY. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-6-1923.)

Le *Jardin de Soleil* de Rabat, création de Mme la Maréchale Lyautey, est une institution marocaine destinée au traitement héliothérapique des enfants débiles et prédisposés à la tuberculose.

Création en France de dispensaires antisyphilitiques.

(M. J. COMBY. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 15-6-23.)

M. Comby présente, au nom d'une commission composée de MM. Beaudoin, Gougerot, Hudelo, L. Martin, Marcel Pinard, Queyrat, Maurice Renaud, Touraines et Trémolières, un rapport sur la création en France de dispensaires antisyphilitiques.

La commission propose le vœu suivant, qui est adopté à l'unanimité :

« La société médicale des hôpitaux de Paris, convaincue de l'intérêt capital qu'il y a à engager efficacement la lutte contre la syphilis, et pour cela créer dans *toute* la France des dispensaires suivant le plan adopté par la commission de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de l'hygiène, émet le vœu que la création de ces dispensaires soit réalisée le plus tôt possible et conformément à ce plan.

« Elle souligne que l'un des éléments les plus importants est la nomination au concours (concours sur titres ou sur épreuves pratiques), aussi bien à Paris que dans les départements, des médecins et des chefs de laboratoire, suivant les précédents déjà usités pour toutes les autres organisations médicales, en particulier pour les dispensaires anti-tuberculeux.

« Dans les villes où existe un hôpital, il est désirable que le dispensaire anti-syphilitique lui soit rattaché. »

Sur l'anesthésie épidurale.

(M. Pierre MOCQUOT. — *Société de chirurgie* ; 6-6-23.)

L'anesthésie épidurale est une méthode d'anesthésie régionale imaginée par Cathelin, en 1901. Employant à cette époque la cocaïne, Cathelin n'obtint que des résultats incomplets et il fallut l'apparition des anesthésiques synthétiques pour faire entrer ce procédé véritablement dans la pratique chirurgicale.

La méthode de Cathelin fut développée en Allemagne par divers auteurs. Les uns se contentèrent d'obtenir, par les injections épidurales, l'anesthésie du périnée, de l'anus et des organes génitaux externes (anesthésie extra-durale basse). Les autres voulurent étendre la technique et faire des anesthésies « extra-durales hautes », permettant les interventions abdominales. L'emploi de doses considérables de novocaïne devint alors nécessaire (jusqu'à un gramme) et l'on y associa des hypnotiques (véronal, morphine). Il s'ensuivit quelques accidents qui paraissent dus précisément à cette extension indésirable du procédé.

M. Pierre Mocquot a eu recours à l'anesthésie épidurale dans le service du Pr Delbet, à l'hôpital Cochin, chez 44 malades. Il eut une anesthésie parfaite dans 38 cas et 6 échecs plus ou moins complets,

tenant à une dose insuffisante ou à la non pénétration de l'aiguille dans le canal sacré. L'anesthésie fut alors complétée par des inhalations d'éther.

L'auteur estime que si l'on s'en tient à l'anesthésie basse, qui ne réclame que des quantités moyennes de novocaïne (30 à 40 centigr.) sans adjonction d'hypnotique, on se met à l'abri des accidents sérieux. On obtient ainsi une anesthésie du périnée, des organes génitaux externes et de l'anus, en somme une large anesthésie en selle résultant de l'imprégnation des nerfs de la queue de cheval.

M. Mocquot se sert de novocaïne à 2 %, associée au bicarbonate de soude, selon la formule suivante :

Novocaïne........	0 gr. 60 (soixante centigr.)
Bicarbonate de soude..........	0 gr. 15
Chlorure de sodium.	0 gr. 10

dans un paquet.

Faire bouillir dans une capsule 30 cent. c. d'eau distillée, y ajouter le contenu du paquet précédent, poursuivre l'ébullition quelques secondes seulement (une ébullition prolongée décomposerait la novocaïne) et, dans la solution refroidie, laisser tomber 6 à 8 gouttes d'adrénaline au millième.

On injecte 15 à 20 cent. cubes de cette solution, en prenant garde de ne pas pénétrer dans le cul-de-sac dural (ne pas pousser l'aiguille au delà de 5 centimètres et surveiller l'écoulement du liquide céphalo-rachidien), car la dose de novocaïne serait trop forte pour l'espace sous-arachnoïdien.

— M. Savariaud demande quels avantages cette anesthésie épidurale peut offrir sur la rachi-anesthésie ordinaire basse, faite avec des doses minimes de novocaïne, opération facile et pas plus dangereuse.

— M. Mocquot croit la rachi-anesthésie basse, malgré tout, plus sérieuse.

Traitement du prolapsus génital des femmes âgées

(M. de Fourmestraux et M. Cotte. — *Soc. de chir.* ; 6 et 13-6-23.)

La question du traitement des prolapsus génitaux chez les femmes âgées, soulevée par un travail de MM. Combier et Murard dont nous avons parlé, est reprise par M. de Fourmestraux (de Chartres) et par M. Cotte (de Lyon).

M. de Fourmestraux a recours, dans cette affection, au cerclage vaginal fait avec un fil d'argent passé sous la muqueuse de la paroi vésico-vaginale et de la paroi recto-vaginale, fil laissé à demeure. C'est en somme une sorte de pessaire métallique fixe, qui aurait plus d'efficacité et moins d'inconvénients que le pessaire ordinaire. M. de Fourmestraux a eu l'occasion de pratiquer un tel cerclage, 14 fois. Dix malades ont été revues. Chez huit d'entre elles le fil d'argent était bien toléré et le résultat satisfaisant.

M. Cotte a pratiqué l'opération de Le Fort dans seize cas. Il n'est partisan de cette intervention que chez les femmes ayant dépassé la soixantaine, et il la complète volontiers par une périnéorraphie. L'opération de Le Fort est beaucoup moins sérieuse que la colpectomie totale avec hystérectomie, point important, étant donné l'âge avancé des opérées. On peut laisser dans le vagin un certain espace libre pour permettre l'évacuation des sécrétions utérines. On a émis la crainte que derrière le cloisonnement vaginal l'utérus ne devienne le siège d'un processus pathologique. En fait, après la soixantaine, c'est une éventualité rare.

P. L.

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs, Paris.

P. Moure, chirurgien des hôpitaux de Paris. — **Chirurgie vasculaire conservatrice.** (*Collection de médecine et chirurgie pratiques.* 1 vol. de 144 pages avec 110 fig. Prix : 12 francs).

C'est une mise au point de la chirurgie conservatrice des vaisseaux. Celle-ci n'est pas entrée rapidement dans la pratique usuelle, et, longtemps, elle semblait l'apanage de quelques spécialistes. Les récentes guerres ont familiarisé les chirurgiens avec les opérations vasculaires, leurs difficultés et leurs dangers, et s'il ne semble pas encore que les opérations conservatrices doivent supplanter toujours les méthodes classiques, il est bien des cas où elles présentent sur elles d'immenses avantages.

Avant de l'entreprendre, il faut en connaître l'*instrumentation* et la *technique* et, détail particulier à cette chirurgie, il est indispensable de l'avoir *étudiée expérimentalement.*

Ses indications, ses résultats, ses avantages, sont exposés par un chirurgien, qui s'est occupé de la question des sutures et des greffes vasculaires depuis plus de 13 ans. Il l'a pratiquée d'abord au laboratoire, puis à la salle d'opérations.

Dans la 1re partie de l'ouvrage est décrite la technique de la suture vasculaire dans ses différentes modalités ; ses résultats anatomiques sont examinés ; la technique et ses résultats exposés : 1° sutures artérielles et veineuses, circulaires et latérales ; 2° anastomoses vasculaires ; 3° greffes vasculaires.

Dans la 2e partie, l'auteur étudie les indications de la suture vasculaire dans ses applications à la chirurgie humaine : 1° traitement des plaies récentes des troncs artériels et veineux ; 2° chirurgie conservatrice des anévrysmes traumatiques artériels et arté-

rio-veineux, et celle des anévrysmes pathologiques. Ce chapitre contient l'étude de l'occlusion partielle des troncs artériels par des bandelettes d'aluminium et la description de l'anévrysmorraphie (procédé de Matas), restauration, reconstitution et oblitération ; 3° artériotomie dans l'embolie et la thrombose artérielle ; 4° anastomoses vasculaires ; 5° greffes vasculaires ; 6° méthodes d'examen qui permettent d'apprécier les résultats de la chirurgie conservatrice.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Pr NOBÉCOURT et Dr MAILLET. — **La thérapeutique du nourrisson en clientèle.** In « *Comment guérir ?* », bibliothèque des Praticiens. (Un volume in-8°, 1923. Prix : 25 fr.).

C'est un livre essentiellement pratique. Sans entrer dans le détail des théories, les auteurs exposent les faits principaux, capables de guider le praticien, et retiennent seulement les moyens thérapeutiques qui ont fait leurs preuves.

La première partie est consacrée à l'*hygiène du nourrisson* : hygiène individuelle, alimentation (avec un exposé complet des aliments et des régimes pour le nourrisson sain et pour le nourrisson malade).

Viennent ensuite les *médications externes* : hydrothérapie, héliothérapie, électrothérapie, radiothérapie, etc.

Les médications internes sont longuement étudiées ; les médicaments les plus usuels sont réunis dans un formulaire qui résume leurs indications, leur posologie, et contient des formules simples.

L'opothérapie, la sérothérapie, la vaccinothérapie, les eaux minérales, les stations marines et climatiques font l'objet de chapitres spéciaux.

La *seconde partie* est réservée *au traitement des symptômes*. Sans doute il faut, autant que possible, instituer un traitement étiologique ; mais souvent, le diagnostic reste en suspens, et il importe de soulager le malade ou d'arrêter l'évolution du mal ; les traitements symptomatiques ont donc une utilité incontestable, et le médecin sera heureux de trouver la conduite à tenir en présence de fièvre, de vomissements, de diarrhée, de dyspnée, de convulsions, hémorrhagies, etc.

La *troisième partie* est consacrée au *traitement des affections et des maladies*.

L'étude thérapeutique est précédée d'un exposé clinique, qui résume les symptômes, le diagnostic et l'étiologie, éléments nécessaires pour établir un traitement.

Le traitement des maladies infectieuses est minutieusement précisé ; celui de la syphilis est exposé selon les données récentes.

Enfin, dans un chapitre consacré aux *affections de la peau*, on trouve le nécessaire à faire, en attendant l'arrivée du spécialiste.

La « Thérapeutique du nourrisson » est donc un livre clair, précis et simple, étayé sur une solide base scientifique et sur une documentation approfondie. Le médecin y puisera facilement les renseignements qui lui permettront de faire œuvre utile dans l'art délicat d'élever et de soigner les Tout-Petits.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

H. MONDOR et G. LAURET. — **Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum.** (*Collection de médecine et de chirurgie pratiques*). (1 vol. de 186 pages, avec 14 figures, 1923. Prix : 10 fr.)

C'est la première mise au point importante d'une question d'actualité. Malgré les nombreux documents qu'ils ont consultés, les auteurs n'ont voulu retenir et classer que les notions les plus certaines et les plus pratiques. Ils s'adressent aux praticiens, car ce sont eux, par l'opportunité de leur diagnostic, qui doivent guérir les malades atteintes de ces perforations jadis fatales.

Les lésions : l'ulcère, la perforation, l'épanchement, les réactions péritonéales sont l'objet d'une description détaillée. Les signes, qui doivent imposer le diagnostic : la douleur soudaine, atroce, la contraction rigide et la sensibilité de toute la paroi abdominale, les antécédents gastriques, et les signes de second ordre sont minutieusement analysés et groupés. Les formes cliniques (perforations latentes, couvertes, postérieures) ont leurs signes distinctifs. Les erreurs coutumières de diagnostic sont soulignées et notamment la différenciation si difficile entre la péritonite appendiculaire et la péritonite d'origine gastro-duodénale est longuement étudiée. Mais surtout, les véritables symptômes qui doivent faire reconnaître la nécessité urgente d'opérer et les magnifiques résultats obtenus par les interventions précoces sont mis sous les yeux du lecteur.

Pour le traitement, en effet, les plus simples opérations : suture, enfouissement de la perforation avec ou sans gastro-entérostomie, ayant donné les plus sûrs résultats, ce sont elles qu'il faut pratiquer, préconiser, enseigner. On possède donc, pour la cure d'une lésion autrefois toujours mortelle, une méthode chirurgicale rapide et efficace.

G. F.



THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

TRAITEMENT DU PIAN PAR LE BISCLOROL (OXYCHLORURE DE BISMUTH)

Par le Dr A. BEURNIER,

Médecin-major de 2e classe des Troupes Coloniales, chargé de l'A. M. I. à Libreville.

Il était naturel de supposer que le bismuth, employé avec un si bon succès dans le traitement de la syphilis, devrait agir d'une manière favorable sur le pian.

Des expériences entreprises par moi dans ce sens ont confirmé cette supposition, et les résultats que j'ai pu obtenir en utilisant diverses préparations, en particulier le Bisclorol (qui jusqu'ici a été parmi ceux que j'ai employés, celui qui m'a donné les résultats les plus rapides) ont été si satisfaisants qu'ils méritent d'être communiqués.

OBS. I. — M'BA ESZAME, garçon 13 ans.

Nombreux pianomes gras, exubérants, sur le tronc, les membres supérieurs et la verge. Poids : 38 kilos.

Entièrement guéri après 4 injections de Bisclorol de 0 gr. 10 à trois jours d'intervalle l'une de l'autre. Une 5e injection est pratiquée à titre de sécurité avant la mise exeat.

Donc : durée totale du traitement, 17 jours, poids à la sortie : 40 kgr

OBS. II. — EYA BENGONE, garçon 8 ans. Poids : 19 kgr.

Présente 6 éléments pianiques, les uns secs, les autres gras, tous exubérants, sur la nuque, le creux axillaire gauche, les lèvres supérieures, la région mentonnière et les bourses.

Traitement calqué sur le précédent. Après la deuxième injection, les pianomes sont desséchés, remplacés par des croûtes craquelées à peine adhérentes. Après la quatrième injection, la guérison est complète. Elle a donc comme dans le cas précédent nécessité 13 jours de traitement. Le petit malade n'est mis exeat qu'au 17e jour, après avoir reçu une 5e injection à titre de sécurité. Le poids s'est maintenu à 19 kgr.

OBS. III. — MINKOUE, homme 50 ans.

Très nombreux éléments pianiques gras exubérants sur tout le corps, particulièrement abondants sur le cou, dans les creux axillaires, aux plis de l'aine, sur les fesses et les bourses. Mauvais état général. Poids : 44 kgr.

Entièrement guéri après trois injections de Bisclorol, la première de 0,10, les deux autres de 0,20 en 7 jours ; une quatrième injection est donnée à titre de sécurité. Le malade est gardé en observation encore quelques jours durant lesquels son état général s'améliore sensiblement. Il a augmenté de 2 kgr.

OBS. IV. — ADA N'DONG, femme, 25 ans.

Très nombreux pianomes à forme circinée sur la face et le tronc. Reçoit une première injection de 0 gr. 10 de Bisclorol et 3 jours après une deuxième de 0,20. Deux jours après cette dernière, les lésions sont nettement affaissées et en voie de dessiccation. Une troisième injection de 0,20 est pratiquée et, le médicament étant épuisé, tout traitement est cessé. La cicatrisation se poursuit et la malade est mise exeat entièrement guérie 10 jours après son entrée à l'hôpital, et n'ayant donc reçu pour tout traitement que 0 gr. 50 de Bisclorol en 3 injections en 6 jours.

Ces deux dernières observations prouvent que le Bisclorol peut agir très rapidement dans le traitement du pian, et que, comme pour le néo, une fois la cicatrisation nettement amorcée, il serait possible d'abandonner tout traitement, la guérison se terminant d'elle-même (1).

Je n'ai observé ni accident général, ni gingivite, ni même la moindre réaction locale. Les injections sont tout à fait indolores.

En résumé, les sels de bismuth, et en particulier le Bisclorol, sont appelés à rendre de grands services dans le traitement du pian. Ils ont sur les sels d'arsenic l'avantage d'être introduits dans l'organisme par voie intra-musculaire sans provoquer de suppuration, comme cela arrive fréquemment avec les arsenicaux, et en particulier le néo, quelle que soit la technique employée, aussi bien par la voie sous-cutanée que par la voie intra-musculaire.

Or, dans une affection qui, comme le pian, sévit plus fréquemment pendant l'enfance que pendant l'âge adulte, il est indispensable de pouvoir donner un médicament sans avoir recours à la ponction veineuse. De plus, les contre-indications des sels d'arsenic sont assez fréquentes chez les indigènes qui, par suite de leur parasitose intestinale multiple, jouissent d'une susceptibilité intestinale considérable et chez lesquels l'arsenic, sous toutes ses formes, provoque des diarrhées très graves, même à doses relativement faibles.

---

(1) Dans les deux premières observations, si la guérison a été plus lente, cela tient sans doute à ce qu'une seule ampoule était utilisée pour deux malades et, étant donnée la rapidité de précipitation du sel, il s'en perd dans ce cas une quantité assez notable et on ne sait jamais ce que l'on injecte. Il serait utile d'avoir des ampoules de capacités différentes.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

PROJET DE CRÉATION DE COMMISSIONS MÉDICALES RÉGIONALES

ORGANISATION.

Art. 1er. — Le nombre des commissions médicales régionales est fixé à 28, à raison d'une par ressort de Cour d'Appel. Leur siège est celui de la Cour d'Appel correspondante (1).

Art. 2. — Chaque commission est composée de vingt membres élus par les syndicats médicaux du ressort réunis en collège électoral, au prorata du nombre d'adhérents de chaque syndicat représenté.

Les membres des commissions médicales régionales sont élus pour six ans ; ne sont éligibles que les *médecins* ayant au *moins* 35 ans d'âge et dix ans d'exercice de la médecine.

Art. 3. — Chaque commission médicale régionale nomme elle-même son bureau, composé d'un président, d'un secrétaire et d'un trésorier. Le secrétaire doit résider au siège même du ressort. Elle s'adjoint comme conseiller technique un avocat choisi sur le Tableau de la Cour.

Art. 4. — Chaque commission rédige le Code de Déontologie applicable dans toute l'étendue du ressort. Ce Code peut être révisé tous les six ans. Nul docteur en médecine ne peut être autorisé à exercer la médecine dans cette étendue, qu'il soit syndiqué ou non, et ses diplômes ne peuvent être enregistrés conformément à la loi, que s'il s'est engagé par écrit à observer les prescriptions du Code de Déontologie régional.

ATTRIBUTIONS.

Art. 5. — Les commissions médicales régionales veillent à l'observation des lois et réglements qui concernent la police de la profession médicale, l'hygiène et la salubrité publiques. Elles signalent à l'autorité compétente toutes les infractions qu'elles constatent aux lois et réglements sur l'hygiène.

Art. 6. — Elles donnent sur toutes les pièces et affaires concernant l'art de guérir, la salubrité et l'hygiène publiques, les renseignements ou avis qui leur sont demandés par le pouvoir central et ses représentants.

Art. 7. — Elles tiennent sous leur juridiction les sages-femmes de leur ressort, pour lesquelles elles rédigent un Code spécial de Déontologie que celles-ci s'engagent à respecter, avant d'être autorisées à exercer leur profession.

Art. 8. — Toutes les fois qu'un médecin est l'objet de poursuites pour une faute de droit commun commise dans l'exercice de sa profession, les commissions médicales régionales sont obligatoirement consultées par le Ministère public qui les saisit des poursuites en cours. Elles mènent leur enquête, sur pièces ou les parties entendues, ordonnent toutes les comparutions qu'elles jugent nécessaires, se font représenter aux expertises ordonnées.

Elles fournissent ensuite au Tribunal saisi un rapport dont les conclusions se prononcent exclusivement sur la culpabilité et sur son degré, ou la non culpabilité du prévenu.

Art. 9. — A l'égard des fautes strictement antidéontologiques, elles fonctionnent comme un tribunal du premier degré. Eles font toutes enquêtes qu'elles jugent nécessaires, entendent les parties, les droits de défense de la partie poursuivie étant scrupuleusement respectés.

Elles prononcent les sanctions suivantes :

L'avertissement ;

La réprimande ;

Le blâme ;

L'amende ;

La suspension temporaire ou définitive du droit d'exercer aucune fonction professionnelle publique, ni de délivrer aucun certificat pour l'autorité judiciaire, aussi bien que pour l'exécution des lois d'assistance, d'accidents du travail et de toutes celles qui prévoient une organisation de soins.

Art. 10. — Les décisions des commissions médicales régionales sont susceptibles d'appel porté devant le Conseil de l'Union des syndicats médicaux de France, fonctionnant comme juridiction supérieure. L'appel est suspensif.

Lorsque la suspension temporaire ou définitive du droit d'exercer aucune fonction professionnelle publique ni de délivrer aucun certificat médico-légal est prononcée, la décision des commissions médicales régionales est transmise pour exécution aux autorités compétentes.

Art. 11. — Les commissions médicales régionales ont dans leurs attributions la taxation des états d'honoraires, quand elles en sont requises par l'autorité judiciaire ou administrative.

Dans les contestations d'honoraires qui surgissent entre médecins et clients, elles fonctionnent comme

(1) Dans le ressort de la Cour de Paris, il faudrait prévoir deux commissions : une pour le département de la Seine, et une pour les autres départements du dit ressort.

Tribunal d'arbitrage, à la condition qu'elles en aient été requises par écrit par le praticien d'une part, par le client de l'autre.

FONCTIONNEMENT.

Art. 12. — Les commissions médicales régionales se réunissent tous les trois mois au siège du ressort, sur convocation du président. Dans l'intervalle de leurs sessions ordinaires, elles peuvent se réunir extraordinairement sur la demande de l'autorité judiciaire ou de l'autorité administrative.

Elles nomment les sous-commissions chargées d'instruire, dans l'intervalle des sessions, les affaires qui leur seront déférées. Toutes les fois que ces affaires mettront en cause un médecin du ressort, les membres de la sous-commission ne devront pas être choisis parmi ceux qui résident dans l'arrondissement où exerce le médecin visé.

BUDGET.

Art. 13. — Les dépenses des commissions médicales régionales sont à la charge de l'Union des syndicats médicaux qui perçoit, à cet effet, sur chaque syndicat affilié, une subvention particulière, en dehors de celle qu'elle reçoit de l'Etat (1).

Il est accordé aux membres des commissions médicales qui assistent aux réunions un jeton de présence de 50 francs par jour, et une indemnité de déplacement calculée à raison de 0,25 par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour.

En outre, le secrétaire reçoit une indemnité particulière de 1200 francs par an.

Les déplacements nécessités par les enquêtes éventuelles donnent aux membres de la commission qui en sont chargés droit à une vacation de 20 francs par demi-journée, et à l'indemnité de déplacement de 0,25 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

***

Le projet que je viens d'exposer, sauf erreur ou omission, me paraît complet. Tel quel, et étant données les attributions des commissions médicales, il suppose l'intervention des pouvoirs publics, soit sous la forme d'une loi, soit sous la forme d'un décret présidentiel. Pour qu'elles puissent en effet fonctionner dans toute la plénitude des attributions que j'ai prévues pour elles, il est nécessaire qu'elles soient revêtues d'un caractère officiel et qu'elles disposent de tous les pouvoirs réguliers qui leur sont nécessaires afin d'être les auxiliaires de la justice ou, dans certains cas, pour être la justice elle-même. Il faut que les sanctions qu'elles peuvent prononcer soient exécutoires, au besoin avec le concours de la force publique. Je ne me dissimule pas que ce n'est pas demain qu'elles seront investies d'une pareille autorité.

Aussi, je suis d'avis qu'il faudrait procéder par étapes. Nous savons que les syndicats médicaux ont existé en fait bien longtemps avant que la loi de 1892 leur ait conféré la légalité.

Je formule le vœu que la création des commissions médicales régionales soit mise à l'étude par nos syndicats, étant entendu que, pour commencer, elles borneront leur action aux seules questions déontologiques et n'exerceront leur juridiction qu'à l'égard des seuls médecins syndiqués.

Ceci étant, dans le projet qui précède, le chapitre Organisation peut être conservé tel quel.

En ce qui concerne leurs Attributions, elles se borneront, tout d'abord à celles qui sont prévues aux articles 9, 10 et 11, avec cette réserve toutefois, qu'elles ne pourront prononcer la sanction de la suspension temporaire ou définitive d'exercer aucune fonction officielle. Cette sanction, dont la mise en pratique est des plus désirables, ne saurait en effet avoir d'efficacité que le jour où elle serait en quelque sorte légale, et trouverait pour s'exécuter le concours de la force publique.

Je ne vois rien à changer au Fonctionnement, tel que je l'ai défini, sauf les sessions extraordinaires à la requête de l'autorité, pour les mêmes raisons que ci-dessus.

Ce serait donc, pour débuter, une organisation intérieure, réalisée par les syndicats médicaux et dans leur sein, une conception, d'un caractère plus décentralisateur, des actuels Conseils de famille ou de discipline des syndicats.

Puis, quand les commissions médicales intra-syndicales à objet limité auraient fait leur preuve, démontré leur utilité, rendu les services d'assainissement moral que j'en attends, dans le seul cadre syndical, rien ne serait plus facile, semble-t-il, que d'étendre leur objet, avec la collaboration des pouvoirs publics, et de leur conférer légalement tous les pouvoirs que je leur ai attribués dans mon projet complet.

Ce projet, avec les restrictions qui précèdent, je le publie pour qu'il puisse servir de base à des études et à des discussions. On peut concevoir parfaitement des additions, des amendements à y apporter. On peut, par exemple, renforcer le caractère judiciaire des commissions en les faisant présider par un conseiller de la Cour d'appel de leur ressort.

On nous dit que, dans leur sein, les syndicats ne peuvent pas toujours faire la police dont ils sont chargés. Nous avons même, à l'appui de cette constatation, des faits probants qui donnent à réfléchir.

Les commissions médicales régionales, émanation des syndicats, mais pourvues d'une indé-

(1) J'ai calculé que ce budget pourrait s'élever à 150 000 francs par an, ce qui représente une contribution annuelle de 10 francs au plus par médecin syndiqué, tant que l'Etat ne participerait pas aux dépenses

pendance infiniment plus grande, ne seraient pas arrêtées par les considérations de personnes et de lieu qui entravent parfois l'action syndicale. Elles jouiraient d'une autorité et d'une sorte de souveraineté indiscutables, parce qu'elles planeraient, en quelque sorte, au-dessus des clochers.

Elles se tiendraient, restreintes aux seules *questions déontologiques*, ou étendues aux objets énumérés dans leurs attributions complètes, dans les limites du possible et du réalisable. Elles auraient tous les avantages d'un Ordre des médecins ; elles n'en auraient aucun des inconvénients.

A l'heure où tant de bruit se fait autour de cet Ordre, et je suis bien un peu de ceux qui contribuent à faire ce bruit, à l'heure où un projet de loi qui ne paraît pas bien menaçant, mais qui indique, au Parlement, une certaine agitation relative à notre profession, je crois qu'il est de notre devoir de prendre les devants, et de marquer notre volonté de faire, d'abord entre nous, notre police professionnelle, dans les meilleures conditions possibles. Puis, si cette suggestion, à laquelle je ne cesse de réfléchir depuis longtemps est prise en considération, si elle est suivie d'une tentative de réalisation, si cette tentative elle-même a la chance d'être heureuse, nous pourrons peut-être en arriver un jour à une vaste organisation générale qui étendra son action sur tout le corps médical, et qui deviendra, à l'occasion, l'auxiliaire de la justice, dans un esprit propre à sauvegarder le plus possible les intérêts des médecins, et à défendre la dignité de la profession tout entière.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Rapports du Corps médical et de la Mutualité dans quelques régions

Nous croyons intéressant de publier quelques aperçus sur les honoraires médicaux appliqués à un certain nombre de Mutualités et qui figurent dans les rapports des Commissions pour le Congrès de Lyon. Nous aurons des leçons à recueillir et nous verrons ce que peuvent faire nos confrères bien unis dans un Syndicat puissant. Voici les renseignements parvenus au Comité d'organisation.

L'Union départementale d'Ile-et-Vilaine indique que le Syndicat départemental des médecins a décidé d'appliquer aux mutualités les mêmes prix qu'à la clientèle ouvrière, mais que certains médecins appliquent des tarifs plus élevés à certains mutualistes qu'ils rangent dans la classe aisée.

La Société protestante de prévoyance de Paris semble pratiquer le service médical fermé, c'est-à-dire par des médecins qu'elle agrée, car elle répond : le recrutement des médecins est difficile en raison des Syndicats médicaux.

L'Union des Sociétés de S. M. de la Haute-Vienne a été contrainte, en 1919, de choisir entre l'acceptation sans discussion des propositions du Corps médical ou l'organisation d'un service médical fermé. Depuis le 1er octobre 1919, la Mutualité de la Haute-Vienne s'est assuré le concours de 6 médecins faisant la médecine générale, 1 spécialiste oculiste, 3 sages-femmes, un infirmier et une infirmière.

Dans d'autres régions, des sociétés sont satisfaites de la même organisation. *Dans l'Oise le Corps médical observant la discipline syndicale impose le tarif Breton sans vouloir discuter* (Union des S. M. du canton de Creil).

En Seine-et-Oise même impression : une Société parisienne (286) se plaint que les médecins boycottent la Mutualité et exprime le souhait qu'une organisation puissante passe un contrat avec le Corps médical et en surveille l'application. Maintes sociétés se désintéressent du service médical que le sociétaire assure à sa guise grâce à l'allocation journalière de maladie (voyageurs de commerce de Rouen ; correcteurs des imprimeries de Paris).

A Rouen, les médecins font la sourde oreille pour appliquer les tarifs réduits.

A Angers, une Commission médico-mutualiste étudie un contrat.

L'Union de l'Yonne s'est heurtée au mutisme du Corps médical.

A Dijon, depuis 1900, les médecins traitent les mutualistes sur le pied des autres malades ; il a été créé à la maison de la Mutualité une caisse de contre assurance médicale qui moyennant une cotisation annuelle de 5 fr. rembourse aux sociétaires les trois quarts des frais médicaux, à concurrence de 6 fr. par consultation et 7 fr. 50 par visite.

Dans la Gironde, même absence d'entente.

Dans l'Isère, la Commission médico-mutualiste régularise des rapports.

A Roanne, les médecins consentent aux mutualiste une ristourne de 10 % sur les tarifs généraux.

A Bordeaux, une Commission mixte étudie un contrat élaboré par le Syndicat des médecins sur les principes suivants :

a) Les mutualistes sont soignés par quelque

médecins formant la section mutualiste du Syndicat.

b) Aucun autre médecin ne pourra traiter directement avec une société de secours mutuels.

c) Les sociétaires aisés devront payer le plein tarif.

La 688e société exprime le désir de voir codifier les rapports médico-mutualistes par une Commission mixte de médecins, de mutualistes et de représentants du ministère de l'hygiène. Pourquoi un troisième dans un contrat entre deux intérêts ? ?

A Marseille, le service est assuré par les médecins du recrutement de l'Union mutualiste créée par le grand Conseil, par l'Association médicale ou par des médecins avec qui les sociétés traitent individuellement. Le tout ressemble à un service fermé.

A Lyon, la question est soumise à une Commission mixte. (Nous savons que les contrats en cours devaient être dénoncés à la date du 30 juillet.)

En Alsace-Lorraine, il existe des conventions entre les caisses locales maladies et la Fédération des Syndicats médicaux sur le principe du libre choix mais avec forfait, système qui tend à être complètement rejeté en France.

Il existe un traité conclu entre l'Union mutualiste du Finistère et le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Brest, tarif sujet à revision suivant l'élévation ou l'abaissement du prix de la vie.

Un certain nombre de Sociétés ont adopté des tickets modérateurs à des taux variables ; dans l'Union de la Nièvre quelques sociétés demandent 50 %. On note que dans le Var le système tend à se généraliser. Il est employé par la moitié des sociétés de Grenoble et quelques sociétés à la campagne.

Certaines sociétés de Bordeaux, de Toulouse et du Rhône sont hostiles au système du ticket prétendant qu'il est prétexte à l'augmentation du tarif médical et qu'il n'est pas un frein aux abus. Cependant une société du Rhône fait cet aveu : « nous le subissons pour enrayer les abus ».

Un certain nombre de sociétés allouent à leurs sociétaires une somme déterminée par visite et consultation, laissant le reste à la charge du malade (Brionne, Eure, Loire-Inférieure, Roanne.)

De cette étude, il faut retenir que partout où les Syndicats médicaux sont puissants, où l'union est solide entre les confrères, le service médical des Mutualités a été supprimé. Il faut également reconnaître que cette carence due Corps médical, n'a pas entravé le fonctionnement des Mutualités, qu'elles ont su s'adapter et malgré tout assurer à leurs membres les soins médicaux. Dans le résumé que j'ai présenté, il y a des choses à retenir quand on voudra discuter avec les sociétés mutuelles, notamment cette caisse de contre-assurance médicale de Dijon. En tout cas, c'est ici une bonne leçon de choses. A vous, confrères, de savoir en profiter.

Dr M. VIMONT.

JURISPRUDENCE

La justice protège les charlatans du bandage (1)

Par Jean CALOT.

Un jugement du Tribunal correctionnel de Mamers ayant condamné Hittel et Sauvan, la Cour d'Appel d'Angers, saisie, leur donne raison et condamne le plaignant M. P. « aux frais exposés par lui », dans l'arrêt suivant :

La Cour,

Attendu qu'il ne saurait être fait grief, au point de vue pénal, à Sauvan d'avoir laissé croire à P. qu'il était Hittel son patron, dont le passage avait été annoncé, ni de s'être livré à un examen sommaire indispensable, aucune de ces circonstances n'ayant été déterminante de la remise des fonds ;

Qu'il n'est pas permis non plus de retenir dans la poursuite actuelle les espérances que Sauvan aurait fait naître chez son client, ni les appréhensions qu'il lui aurait inspirées pour l'avenir ;

(1) *Progrès civique.*

Que des promesses ou des exagérations de ce genre, quelque regrettables qu'elles puissent paraître, ne sont pas susceptibles de rentrer dans les prévisions de l'article 405 du Code Pénal ;

Attendu qu'un bénéfice excessif ne constitue pas une manœuvre frauduleuse ; qu'il s'agit, d'ailleurs, d'un contrat d'abonnement donnant droit, pour une somme de 1.000 francs, à des fournitures successives pendant une période de deux années ;

Qu'il n'est pas démontré au surplus que P. ait dans la suite, réclamé l'exécution des engagements pris à son égard ;

Attendu, quant à Hittel, que les instructions données à ses voyageurs, si elles révèlent le désir d'étendre le cycle de ses opérations, ne sont pas toutefois de nature à justifier la prévention dirigée contre lui ; qu'il semble bien que l'appareil livré par lui au plaignant était de bonne qualité et établi avec soin ; qu'il convient de tenir compte de ses frais, lesquels sont forts élevés ; qu'en tout cas, les bénéfices qu'il

a pu réaliser, alors que rien d'autre ne peut être utilement relevé contre lui, sont insuffisants à justifier une condamnation.

Par ces motifs :

Relaxe sans dépens Sauvan et Hittel ;

Condamne le plaignant aux frais exposés par lui.

Nous prétendons, nous basant sur l'avis de tous les médecins que nous avons consultés, que la vente de bandages herniaires par des voyageurs non médecins, qui examinent les malades, est très dangereuse pour ces derniers.

Nous prétendons, en outre, que cet examen constitue, au premier chef, le délit d'exercice illégal de la médecine.

Le bon sens l'indique.

Mais aussi la jurisprudence. La Cour de Cassation déclare, en effet, interdit au marchand de « *confectionner un appareil de sa propre autorité ou encore de poser un appareil devant être appliqué à demeure* ». Ce qui est le cas pour les bandages herniaires.

Un arrêt du 16 décembre 1922 dit encore :

« Attendu qu'aux termes de l'article 16, § 1, de la loi du 30 novembre 1922, l'exercice illégal de la médecine consiste dans le fait, pour une personne non munie d'un diplôme, de prendre part, habituellement ou par une direction suivie, aux traitements des maladies.... »

On peut donc s'étonner que le ministère public de Mamers — qui sans doute a formulé avec force le caractère frauduleux du contrat passé par Sauvan — n'ait pas aperçu que le délit le plus grave était constitué par le fait indéniable de l'exercice illégal de la médecine.

Le jugement, pas plus que l'arrêt de la Cour, n'y font allusion....

Nous aimons même à penser que les associations et syndicats de médecins sauront, en parlant assez fort, leur rappeler que tel est le « droit ».

Commentaires

Le délit d'escroquerie n'est légalement constitué que si l'usage d'une fausse qualité, ou l'emploi de manœuvres frauduleuses a eu pour but d'obtenir la cession, ou la délivrance de l'un des objets énumérés en l'article 405 du code pénal (Cassation crim. 9 décembre 1922 ; *Gazette des tribunaux*, 9 février 1923.)

Le fait, pour un non diplômé, de prétendre guérir certaines maladies, alors qu'il n'a fait aucune des études prescrites par la loi du 30 novembre 1892, constitue le délit d'exercice illégal de la médecine.

Mais le fait d'employer un faux nom et une fausse qualité, pour se targuer ainsi d'un vain et fallacieux pouvoir de spécialiste, pour ainsi induire en erreur de malheureux malades et leur extorquer de l'argent, en leur vendant très cher un instrument, ou bandage, destiné à guérir une maladie, qui n'existe pas, n'est-ce pas de l'escroquerie ?

L'article 405 du Code pénal spécifie : « quiconque, soit en faisant usage de faux noms, ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire ou pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique, se sera fait remettre, ou délivrer ou tenté de se faire remettre ou délivrer des fonds, des meubles, ou des obligations, dispositions, billets, promesses, quittances ou décharges et aura, par un de ces moyens, escroqué ou tenté d'escroquer la totalité ou partie de la fortune d'autriu sera puni.............. »

Contrairement à l'opinion de la cour d'Angers, le délit d'escroquerie nous semble établi par le fait, pour un voyageur en bandages, de se faire passer pour un guérisseur, spécialiste, de promettre la guérison et de vendre, au profit d'un tiers (son patron), à des prix exagérés, un appareil prothétique inutile, nuisible même, alors que le diagnostic exact de l'affection n'a pas été posé.

Condamnant des empiriques magnétiseurs, la Cour de Cassation a déclaré à plusieurs reprises que prétendre à la faculté de guérir à son gré les hommes ou les animaux, surtout lorsqu'on ne s'y est préparé par nulle étude sérieuse, est nécessairement se targuer, aux yeux d'autrui, d'un pouvoir imaginaire (guérison des hommes, Cassation crim., 28 sept. 1865, 4 juin 1859 ; des animaux, Cass. crim., 30 mai 1857).

D'ailleurs ces charlatans présentent des certificats fabriqués par eux-mêmes et munis de signatures obtenues d'autrui par surprise (Cass. crim., 28 sept. 1865).

Le fait même de vendre très cher un bandage, au profit de son patron, est assimilable à celui du guérisseur, qui n'acceptant aucun honoraire, décide son malade à l'achat de remèdes chez un pharmacien, son compère (Cass. crim., 4 juin 1859).

Ces voyageurs en bandages ont, en outre de leurs appointements fixes, un tant pour cent sur le prix des bandages qu'ils vendent. Aussi ont-ils tout avantage à placer un appareil à chaque client et à facturer le prix aussi élevé que possible, selon la tête du patient. Ce n'est plus du commerce honnête, mais bien de l'escroquerie, car le malade n'est pas en état de savoir si le marchand de bandage est bien le patron en personne et si ce patron a bien lui-même la compétence qu'il s'attribue par ses réclames et ses prospectus.

Encore ne vendrait-il que ses bandages à des malades dont le diagnostic a été établi par un médecin ; vendrait-il ses appareils fort cher, mais sur le vu d'une ordonnance médicale, il n'y aurait nul délit d'escroquerie. Celui-ci réside en ce fait que le malade, ne connaissant pas son diagnostic, mais se supposant atteint de hernie, va

de bonne foi et attiré par les réclames, ou articles de journaux, demander l'appareil destiné à sa guérison.

Au lieu de se présenter comme un marchand devant exécuter les ordonnances médicales, le bandagiste pose un diagnostic erroné et se sert de sa fausse qualité médicale, pour vendre très cher un appareil inutile, souvent même nuisible.

Que faut-il donc de plus pour constituer le délit d'escroquerie ?

Autrement dit, concluons avec le *Progrès civique* que la Cour d'Angers a une conception fort particulière de son rôle de défenseur de la loi, surtout lorsque la protection de la santé publique est en jeu.

Et vous partisans d'un Ordre des médecins, comment empêcherez-vous d'exercer le mauvais confrère radié de l'Ordre, alors que les Syndicats médicaux sont incapables de faire réprimer l'exercice illégal par les charlatans ? Les juges se mettent du côté des empiriques et des illégaux.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LA MAISON DE RETRAITE DES MÉDECINS

Histoire ancienne.

Depuis toujours les médecins frappés des misères constatées autour d'eux, avaient songé à assurer aux deshérités de la vie, aux confrères lutteurs, vaincus, un asile pour finir leur vie dans la quiétude.

On avait depuis longtemps songé à créer une maison de retraite pour les vieux médecins infortunés, œuvre qui a enfin vu le jour, grâce à l'énergie et au dévouement du regretté Dr Courtault. C'est maintenant la maison de Valenton. Cette œuvre insuffisamment connue des médecins, trop parcimonieusement soutenue des deniers de nos confrères, mérite pourtant leur bienveillante attention et il n'est pas un confrère qui ne puisse prélever un franc par mois sur ses honoraires pour aider cette institution, complément logique de nos œuvres de prévoyance, puisqu'elle permet à nos vieux retraités, de la Mutualité familiale, de l'Association générale de la Prévoyance, d'appliquer leur retraite à s'assurer un logis pour narguer la camarde à l'abri du besoin.

Un hasard de trouvaille sur les quais dans les boîtes de nos bouquinistes parisiens, m'a fait découvrir un projet de maison de retraite pour les médecins du département de la Seine qui, parvenus à un âge avancé ou atteints d'infirmités incurables, seraient dans l'impossibilité de pourvoir à leurs besoins. Ce projet porte le millésime de 1844 et présente un intérêt de curiosité rétrospective que nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs. M. V.

Extraits des statuts du projet d'établissement d'une Maison de retraite pour médecins.

TITRE PREMIER

But et moyens de l'institution.

Article Ier.

§ 1er. Il est fondé à (banlieue de Paris) une maison de retraite pour y recueillir, soigner et entretenir les médecins civils ayant exercé, au moins pendant vingt ans en dernier lieu dans le département de la Seine, qui sont privés par l'âge, les infirmités ou par toute autre cause qui ne porterait point atteinte à la dignité de l'art de guérir, de tout moyen d'exercer leur profession ou de pourvoir suffisamment à leur existence.

§ 2..

Article II.

§ 1er. Tout médecin âgé de soixante ans au moins, frappé d'infirmités ou d'incapacité qui le priveraient de la faculté d'exercer sa profession et qui justifierait manquer personnellement de tous moyens ou de moyens suffisants d'existence auxquels sa famille serait dans l'impossibilité de suppléer, en tout ou en partie, a le droit de solliciter son admission comme pensionnaire ou demi-pensionnaire dans la maison de retraite.

§ 2..

§ 3. Il ne peut être admis ni femmes ni enfants des retraités aux bénéfices de l'institution.

§ 4. Le candidat, en fournissant les preuves qui seront exigées par le Conseil d'administration, relativement aux incapacités prévues, devra y joindre celles de sa moralité dans le cours de sa vie publique et privée, d'où l'on puisse induire la conséquence nécessaire que le malheur dont il est frappé ne peut être attribué à aucune cause reprochable.

§ 5. Il ne pourra être fait à l'occasion de ces preuves aucune enquête concernant les opinions politiques ou religieuses du candidat.

Article III.

§ 1. Après avoir fait l'examen des titres et preuves, le Conseil d'administration pourra admettre le candidat à jouir de la retraite, c'est-à-dire de la pension complète ou de la demi-pension.

§ 2. Les demi-pensionnaires ne pourront être admis que dans une proportion qui en maintienne le nombre au quart de celui des pensions complètes au plus.

Lorsque ce quart sera complet, il ne sera plus admis de demi-pensionnaires que par suite d'extinctions.

§ 3. Le nombre des admissions est nécessairement limité aux moyens dont peut disposer l'établissement pour faire face aux dépenses. Il devra même exister toujours une réserve pour les circonstances imprévues et qui est laissée à l'appréciation du Conseil d'administration.

ARTICLE IV.

§ 1er. La liste des candidats sera présentée par le directeur au Conseil d'administration. Le directeur y joindra la note des renseignements qu'il aura pu se procurer sur la sincérité des motifs et preuves fournies par chaque candidat à l'appui de sa demande d'admission.

§ 2. Le Conseil d'administration, d'après le nombre des places dont il pourra disposer, aura le choix des candidats. Cependant, à égalité d'autre titre, il choisira de préférence sur la liste motivée, présentée par le directeur, les plus âgés, les plus infirmes, les plus nécessiteux, les plus recommandables par leurs travaux dans la science ou par des services rendus à *l'humanité*.

§ 3...

§ 4...

§ 5. Le Conseil ne motive jamais le refus d'admission. Dans le cas de graves motifs d'exclusion formelle, sa décision, qui demeure secrète, peut porter seulement que *tel nom* sera rayé de la liste et ne pourra plus être porté sur une autre.

§ 6. Tout candidat admis souscrira sur un registre destiné à cet effet, en entrant dans la maison de retraite, l'engagement de se conformer, sous les peines de droit, et même d'exclusion, aux réglements d'ordre et de police intérieurs établis ou à établir par le Conseil d'administration. Il reconnaîtra en outre avoir pris connaissance des présents Statuts dont un exemplaire lui sera remis ; promettra de s'y conformer en tout ce qui le concerne, et déclarera faire à cet effet toute promesse et renonciation nécessaires, tant pour lui que pour ses héritiers ou ayants cause.

§ 7...

ARTICLE V.

§ 1. Chaque pensionnaire ou demi-pensionnaire sera logé dans une chambre à feu. Il recevra, outre la nourriture et les soins de toute espèce que réclamera son état de santé, l'entretien, le linge, la chaussure, l'éclairage et le blanchissage ; plus, tous les deux ans, une redingote, un gilet, un pantalon de couleur foncée et un chapeau ; enfin, un habit noir tous les quatre ans.

§ 2. Le linge et les effets d'habillement qu'il apportera demeureront affectés à son usage, néanmoins en cas de décès, ou de sortie volontaire, ils appartiendront à la maison.

§ 3. La nourriture et le chauffage se prendront dans les salles communes. Il ne sera dérogé à cette règle que pour les retraités, qui, à cause de leur santé, ne pourraient sortir de leur chambre.

§ 4. Il pourra être ajouté à ces fournitures celles qui seraient reconnues nécessaires pour les cas particuliers selon que le permettraient les moyens pécuniaires de l'établissement d'après l'avis du directeur et sur délibération du Conseil d'administration.

§ 5. Enfin, les pensionnaires jouissant de la retraite complète seulement, pourront recevoir encore, s'ils justifient en avoir besoin, pour leurs menues dépenses, un *denier de poche* de *cinq francs par mois* sur délibération, pour chaque demande, du Conseil d'administration.

ARTICLE VI.

§ 1er. Tout médecin admis à jouir de la pension ou retraite complète, devra verser en entrant dans la maison et une fois pour toutes une valeur de cinq cents francs, soit en espèces ayant cours, soit en mobilier, qui sera estimé de gré à gré et dont il sera fait inventaire. Ces valeurs sont, dès le jour de la livraison, à la libre disposition du Conseil d'administration.

Il devra en outre garnir sa chambre des meubles, literie à son usage, et fournir un couvert en argent.

Le Conseil d'administration sera juge des cas où il devra dispenser le retraité de ces obligations, en tout ou en partie.

§ 2. Les demi-pensionnaires, sans exception, sont tenus de garnir leur chambre de meubles, de literie à leur usage, et de payer à la maison de retraite une redevance annuelle de quatre cents francs, divisée par trimestre et payable d'avance.

Dans les cas où les ressources viendraient à leur manquer, par circonstances indépendantes de leur volonté, pour payer la redevance, ils pourront former leur demande au Conseil d'administration, par l'entremise du directeur, en jouissance de la pension complète. Le Conseil, d'après les renseignements recueillis, pourra accorder la demande, diminuer la redevance, et même prononcer l'exclusion du demi-pensionnaire.

§ 3. Les sommes versées et les mobiliers fournis ainsi qu'il vient d'être dit, demeureront la propriété de l'établissement sauf le cas d'exclusion ; lequel arrivant, les effets et meubles à l'usage personnel seulement seront rendus. Hors de ce cas, il en sera disposé comme il est prescrit ci-après (art. X et XII) pour les produits des souscriptions, dons et legs ; mais pour les mobiliers à l'usage personnel des pensionnaires et demi-pensionnaires, il n'en pourra être disposé que lors de leur sortie définitive ou de leur décès.

ARTICLE VII.

§ 1er. En cas de maladie, les premiers soins seront portés par les docteurs admis à la retraite. Le service ordinaire sera fait, autant que possible, par les mé-

decins qui offriront leur concours gratuit. Si leur nombre le permet, ils se partageront le service par trimestre. Ils devront être agréés par le Conseil d'administration, sur la présentation du directeur, et promettre de se conformer aux réglements qui leur seront communiqués.

§ 2. En cas de décès d'un médecin admis au bénéfice de l'institution, et si sa famille ne se charge pas des funérailles, l'inhumation aura lieu aux frais de l'établissement, avec décence, mais sans luxe.

§ 3. Dans le cas exceptionnel où le décédé serait une des notabilités de l'art de guérir, le Conseil d'administration fixera la somme qui devra être employée à ses funérailles, sans néanmoins qu'elle puisse pour tous les frais, s'élever au-dessus de trois cents francs.

§ 4. Tout retraité a le droit d'appeler pour lui donner les soins de son ministère, et de réclamer pour son convoi, le secours d'un ministre de la religion qu'il professe. Il est interdit à toute personne attachée à l'établissement de se permettre aucune suggestion à cet égard.

Article VIII.

Pour subvenir aux dépenses de fondation, d'entretien et d'extension de la maison de retraite, il est fait appel à tout le corps médical du département de la Seine, et à toutes les personnes bienfaisantes qui voudront concourir au succès de cette bonne œuvre, dans les formes ci-après :

§ 1er. Il est ouvert à cet effet une souscription libre quant au montant de l'engagement, mais qui emportera obligation de verser annuellement la somme stipulée, à la caisse de la maison de retraite pendant cinq ans au moins, de la part des souscripteurs. En cas de décès, cette obligation devra être remplie par leurs héritiers ou légataires, à titre onéreux, jusqu'à extinction.

§ 2. A chacune des échéances de la souscription, le trésorier fera réclamer les sommes dues par la présentation d'une quittance signée de lui, visée par l'un des membres du Conseil d'administration et par le directeur, au souscripteur, à ses héritiers ou légataires.

§ 3. Chaque souscripteur recevra un exemplaire des Statuts, la souscription exprimera l'engagement de s'y conformer, pour tout ce qui concerne le présent article, pour lui et pour ses héritiers et légataires à titre onéreux.

Article IX.

§ 1er. Outre la souscription instituée par l'article précédent, le Conseil d'administration, sur le rapport du directeur et le vu des pièces, est autorisé à accepter les dons et legs faits à l'établissement, soit en argent, effets publics et autres, soit en immeubles, soit en objets mobiliers tels que linge, literies, meubles et ustensiles de ménage, de pharmacie, instruments de chirurgie, ornements et objets de toute autre espèce, dont, sinon l'emploi, au moins le produit pourra être appliqué à la fondation, à l'entretien et aux progrès de cette institution philanthropique.

§ 2...

Article X.

....

TITRE II.

Constitution et garanties.

Le directeur et le Conseil d'administration provisoirement nommés par les présents statuts, agissant comme fondateurs de la Maison de retraite, feront toutes les démarches nécessaires auprès du gouvernement pour obtenir l'ordonnance royale d'autorisation.

Aussitôt cette ordonnance obtenue et promulguée, ils s'empresseront de recueillir les souscriptions et feront, à cet effet, les publications et démarches nécessaires.

Article XI.

§ 1er. Aussitôt que les souscriptions, dons et legs s'élèveront à une somme de vingt mille francs, réalisable dans un délai de six mois au plus, le Conseil d'administration et le directeur provisoirement nommés par les présents statuts feront annoncer dans des journaux de leur choix (1), et notamment dans ceux de médecine, la fondation de la *Maison de retraite pour les médecins du département de la Seine*. Ils s'assureront du bail périodique d'une localité convenable dans la banlieue de Paris, avec condition d'extension et accroissement de loyer proportionnel à celui du nombre des pensionnaires.

§ 2...

Article XII.

§ 1er. Les sommes produites par les souscriptions, dons, legs et autres ressources, excédant le fonds de roulement dont il sera parlé plus bas (art. XX, § 4), au fur et à mesure qu'elles s'élèveront à *trois mille francs*, seront converties en fonds publics français, au choix du Conseil d'administration et au nom de la *maison de retraite pour les médecins civils*.

§ 2. Les intérêts et arrérages des fonds ainsi placés accroîtront les ressources de l'établissement.

§ 3. Le directeur aura tous pouvoirs pour toucher ces intérêts et les verser aux mains du trésorier, qui en donnera récépissé.

§ 4. Le directeur, à chaque réunion du Conseil d'administration, rendra compte des recettes et des

(1) On doit espérer que l'institution étant une œuvre de bienfaisance, tous les journaux s'empresseront de publier les annonces gratuitement et d'encourager les souscriptions par leurs propres efforts.

dépenses effectuées au bénéfice ou à la charge de l'établissement depuis la séance précédente ; il en fera ressortir le reliquat disponible et produira l'état de celles à opérer prochainement en dehors du forfait qui lui sera alloué suivant l'article XXI, afin que le Conseil puisse les ordonnancer et décider les placements conformément au paragraphe premier du présent article.

§ 5. Le directeur et le trésorier fourniront pour sûreté des fonds qui leur seront confiés, ainsi que pour la garantie des actes de leur gestion, les cautionnements respectifs exigés par les articles XIX, § 10, et XX, § 5 du titre IV.

TITRE III.

Administration.

Article XIII.

La maison de retraite des médecins est administrée par un *Conseil supérieur des bienfaiteurs*, un *Comité de trois Censeurs*, un *Conseil d'administration* et un *directeur*.

Conseil supérieur des bienfaiteurs.

Article XIV.

§ 1er. Le Conseil supérieur est composé de *quarante-cinq membres*, dont trente médecins qui seront engagés pour les plus fortes souscriptions en cours de cinq ans, de dix des plus fort souscripteurs non-médecins et des cinq donateurs pour les plus fortes sommes versées à ce titre avant la réunion du Conseil.

§ 2. A égalité de souscription le titre de professeur de la Faculté, de membre de l'Académie de médecine ou de docteur emportera celui de membre du Conseil supérieur.

§ 3. . . . .

§ 5. Dans cette première réunion, le Conseil supérieur nommera définitivement trois de ses membres pour composer le Comité des Censeurs, les membres du Conseil d'administration, pris, sans autre distinction parmi les médecins souscripteurs, et le directeurs. Il pourra confirmer les nominations faites par les Statuts ou n'en pas tenir compte dans ses choix, sous la réserve de rembourser au directeur provisoire ses avances personnelles justifiées pour la création de la maison de retraite et d'une indemnité de 3.000 francs pour soins et démarches.

§ 6. . . . .

Conseil d'Administration.

Article XVII.

Le Conseil d'administration se compose de douze membres nommés par le Conseil supérieur des fondateurs parmi les médecins souscripteurs ainsi qu'il est dit au paragraphe 5 de l'article XIV.

§ 7. . . . .

§ 12. Sont nommés, pour composer le Conseil d'administration provisoire, jusqu'à la première réunion du Conseil supérieur des bienfaiteurs, les souscripteurs fondateurs ci-après :

MM. les docteurs :

Amussat.	La Corbière.
Barthez.	Latour (Amédée).
Buchez.	Loiseleur-Deslongchamps
Descuret.	Louis (Edouard).
Foissac	Place (Charles).
Hillairet.	Salacroux.

lesquels ont déclaré accepter ces fonctions.

TITRE V

Forfait.

Article XXI.

§ 1er. Le directeur est chargé à forfait des dépenses ci-après :

1° De la nourriture des retraités, c'est-à-dire des pensionnaires et demi-pensionnaires.

2° Du blanchissage de leur linge, des réparations à y faire ainsi qu'à leurs vêtements et chaussures, excepté le drap à fournir pour cet objet et les remontages de bottes.

3° Du chauffage et de l'éclairage général.

4° De la fourniture des bouillons et tisanes aux malades.

5° De l'entretien de la propreté concernant les personnes, le mobilier et les localités.

6° Des gages et nourriture de tout le personnel nécessaire au service ainsi réglé, à l'exception du concierge et des gardes-malades.

§ 2. A cet effet, il lui est alloué, outre le traitement réglé par le paragraphe 14 de l'art. XIX, une somme fixe de six cent cinquante francs par an pour chaque pensionnaire et demi-pensionnaire.

Ce forfait sera revisé, pour être renouvelé ou modifié tous les trois ans, d'après le compte qu'est tenu de rendre le directeur du résultat de ses recettes comparées à ses dépenses relatives au présent marché, devant le Conseil d'administration, qui propose au Conseil supérieur le renouvellement ou la modification du forfait.

§ 3. Il est néanmoins réservé que si, dans la commune où l'établissement aura son siège, il existe, ou il vient à être établi un octroi frappant de plus de 5 fr. par hectolitre le vin à fournir aux retraités, le directeur recevra une indemnité égale à la différence de 5 fr. à l'octroi établi, et sur le pied d'un hectolitre et demi par chaque retraité.

§ 4. La nourriture sera saine, abondante, variée, et préparée avec tous les soins qu'on y apporte dans un ménage aisé. Elle consiste :

1° Pour le déjeuner, servi à 10 heures du matin :

Deux aliments pour chaque retraité, savoir : pour les uns, potage, desserte du dîner de la veille ou œufs. Pour les autres, potage, café au lait, beurre, fruits ou confitures.

2° Pour le dîner servi à cinq heures :

Un potage, un plat de viande de boucherie, poisson ou volaille, un plat de légumes, entremets quelconque ou salade, c'est-à-dire, deux plats ; un dessert en fruits frais ou secs, fromage ou pâtisserie, selon la saison, c'est-à-dire un plat.

3° Il sera fourni, à l'heure du déjeuner, et pour toute la journée, à chaque pensionnaire ou demi-pensionnaire, une demi-bouteille de vin de Bordeaux, et d'au moins un an de cercle.

§ 5. Il est entendu que les malades seront servis, à la table commune ou dans leur chambre, suivant le régime qui leur sera nécessaire, sans que le directeur puisse réclamer d'indemnité pour ce sujet.

§ 6. Il est interdit aux retraités d'emporter dans leur chambre ou hors de l'établissement, du pain ou des aliments quelconques.

§ 7. Pour le blanchissage, chaque retraité a droit, par mois, outre le linge de table, à ce qui suit :

Une paire de draps ; une taie d'oreiller ; quatre serviettes ; 6 paires de bas ; 2 bonnets de nuit ou foulards ; 6 mouchoirs de poche ; 6 chemises ; un col ou cravate (blancs).

§ 8. L'entretien de la propreté consistera dans le balayage, le lavage, le frottage, l'époussetage des chambres et des salles communes, le cirage des bottes et souliers. Les lieux seront remis en bon état au directeur, c'est-à-dire les peintures, tapisseries et tentures de papier posées, les parquets cirés et frottés, les meubles vernis. Il y aura un lavabo muni d'eau chaude et froide, de savon et d'essuie-mains.

§ 9. Chaque retraité a droit, en toute saison, pour l'éclairage de sa chambre, sauf les cas de maladie, à une bougie par semaine.

§ 10. Toutes les dépenses généralement quelconques, non comprises dans le forfait ci-dessus détaillé, sont à la charge de l'établissement, et notamment les réparations du mobilier commun et des chambres, le renouvellement de peintures et tentures de papier, de l'encaustique des parquets, le cardage des matelas, le blanchissage des rideaux de lit et de croisées, le ramonage des cheminées, les remontages de bottes, les drogues et appareils nécessaires aux malades.

§ 11. La batterie de cuisine, la vaisselle, les poteries, verreries, couteaux, cuillers et fourchettes, tous les ustensiles, linge de table et de cuisine seront fournis par l'établissement. Le directeur n'est chargé que de veiller à leur conservation.

§ 12. Pour tout ce qui aura besoin d'être renouvelé ou réparé, pour les travaux à faire, pour l'entretien des bâiments, les constructions, s'il y a lieu, les frais d'actes intéressant l'établissement, et notamment l'autorisation, l'enregistrement et la publication des présents Statuts, les gages du concierge, le traitement du trésorier,celui du directeur et les dépenses prévues par le forfait, les autres traitements s'il en est accordé, les transports de meubles et effets, l'entretien et la culture du jardin et pour toutes les dépenses imprévues les fonds seront votés quinze jours à l'avance par le Conseil d'administration sur la demande motivée du directeur.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

Association pour le développement de l'Assistance aux malades (fondée en 1900, 10, rue Amyot, Paris). Reconnue d'utilité publique par décret en date du 29 octobre 1908. — L'Association dite : *Association pour le développement de l'assistance aux malades*, fondée en 1900 par Madame Alphen-Salvador, a pour objet de perfectionner l'assistance aux malades en formant, par l'éducation professionnelle et par l'instruction pratique, des infirmières qui puissent être mises à la disposition des malades dans les services hospitaliers et à domicile (art. 1er des statuts).

Examen d'admission à l'école en octobre et en avril.

Age d'admission, 20 à 30 ans.

Dossier à fournir : bulletin de naissance, certificat de vaccine, certificat d'aptitudes physiques aux fonctions d'infirmière, une note sur les antécédents, certificat de bonne conduite des établissements scolaires fréquentés ; certificats, brevets ou diplômes obtenus ou leurs copies légalisées.

Durée des études : deux ans. Le régime est l'internat. L'externat peut être accordé à titre exceptionnel. Le prix actuel de la pension est de 1.800 francs pour l'année scolaire. Des bourses et des demi-bourses peuvent être accordées.

Le cycle complet d'étude et de perfectionnement nécessaire à l'obtention du diplôme de l'Ecole est de trois années. Une première période de deux années est consacrée aux études proprement dites comprenant :

1° Des cours théoriques (anatomie, physiologie, hygiène, questions ayant trait à la médecine générale, la petite chirurgie, la médecine infantile, soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, soins à donner aux nerveux et aux aliénés, assistance sociale) ;

2° Des cours pratiques (enseignement ménager, massage, gymnastique) ;

3° Un enseignement technique assuré par des stages successifs, dans les services des hôpitaux de l'Assistance publique, à la Maison d'assistance chirurgicale de Neuilly, à l'école de puériculture et dans les différents dispensaires et consultations d'ordre philanthropique et charitable qui sont annexés à l'école.

La 3e année de perfectionnement ou de spécialisation, les infirmières font des gardes en ville ou occupent les postes d'assistance sociale qui leur sont désignés par l'Association. Elles sont logées et nourries, reçoivent des honoraires minima annuels de 2.400 francs.

Après leur sortie de l'école, les assistantes diplômées qui le désirent peuvent demeurer sous le patronage de l'Association qui est en mesure de leur trouver des situations. (Surveillante dans maison de santé chirurgicale ou médicale, directrice d'hôpital, de dispensaire, de crèche, inspectrice d'hygiène, infirmière sociale).

N. B. — Pour avoir des renseignements plus complets et plus précis, écrire à Mademoiselle de Joannis, directrice de l'Ecole professionnelle, 10, rue Amyot, Paris, ve.

— **A propos de l'ajournement du Congrès d'ophtalmologie de Londres.** — Les comités de la Société d'ophtalmologie de Paris, de la Société Belge d'ophtalmologie et de la Société française d'ophtalmologie, estiment nécessaire de déclarer à nouveau que ces Sociétés ont accepté, sans réserve, l'emploi de la langue allemande, langue scientifique ou familière de plusieurs peuples comme langue officielle du Congrès de Londres ;

Qu'elles sont résolues à collaborer avec les nationaux d'Autriche-Hongrie, de Bulgarie et de Turquie ;

Qu'elles se refuseraient à participer à ce Congrès si les Allemands y étaient invités.

Ces Sociétés ont résumé les motifs de leurs décisions dans les ordres du jour suivants :

1° *Société d'ophtalmologie de Paris.* — Séance du 27 février 1923 :

« La Société d'ophtalmologie de Paris, après avoir « pris connaissance de la note publiée par le Comité « du Congrès d'ophtalmologie de Londres de 1925, « décide :

« Que ses membres seraient dans l'obligation de s'abs« tenir d'assister à ce Congrès si les Allemands y étaient « invités, se conformant ainsi à la décision prise à Lon« dres en octobre 1918, sur l'initiative de la Royal « Society, et ratifiée à Bruxelles en 1919 ; décision non « abrogée et motivée par des raisons auxquelles l'atti« tude de l'Allemagne et du Corps médical allemand a « laissé jusqu'ici toute leur valeur ».

2° *La Société belge d'ophtalmologie.* — Séance du 27 avril 1923, a pris la même décision.

3° Enfin, la *Société française d'ophtalmologie*, réunie le 11 juin 1923, à Strasbourg, a, à l'unanimité des votants, approuvé la réponse suivante :

« La Société Française d'ophtalmologie, après avoir « pris connaissance de la communication du Comité « organisateur du Congrès de Londres pour 1925 et « avoir entendu ses délégués,

« Adresse aux ophtalmologistes de Grande-Bretagne « et d'Irlande ses cordiales et amicales sympathies,

« Déclare qu'elle accepte très volontiers de collaborer « au Congrès international de Londres avec les natio« naux des Etats anciennement ennemis : Autriche, « Bulgarie, Hongrie et Turquie.

« Mais que, dans les circonstances actuelles et malgré « ses regrets, elle ne pourrait pas participer à ce Con« grès si les Allemands y étaient invités.

« Elle reste ainsi en accord avec les résolutions adop« tées par la conférence de Londres en octobre 1918 « sur l'initiative de la Royal Society, résolutions con« firmées de nouveau à Bruxelles en juillet 1922 par le « Conseil international de Recherches, et dont les « motifs d'exclusion s'appliquent toujours intégrale« ment à l'attitude gardée par l'Allemagne et par le « Corps médical allemand. En refusant récemment « toute aide médicale aux Français et aux Belges par « une décision collective, sans exemple dans l'histoire, « l'Association des médecins allemands en est même « venue à fouler un des principes fondamentaux les « plus nobles de notre morale professionnelle ».

— **Ecole d'infirmières et de visiteuses de Lyon et du Sud-Est,** *sous le patronage de la Faculté de médecine de Lyon.* (Siège social, hôpital de la Charité, rue de la Charité, 1, Lyon). — Il vient de se fonder à Lyon une école d'infirmières et de visiteuses d'hygiène de Lyon et du Sud-Est.

Cette école réunit les écoles antérieures existant à Lyon : 1° école hospitalière de l'hôpital de la Charité fondée en 1899 ; 2° école d'infirmières de puériculture fondée en 1918 sous les auspices de la fondation franco-américaine ; 3° école de visiteuses d'hygiène, fondée en 1918 sous le patronage de la commission Rockefeller, des dispensaires de l'Institut bactériologique de Lyon et du Comité départemental du Rhône contre la tuberculose.

La nouvelle école est donc placée sous le patronage de la Faculté de médecine de Lyon (dont le doyen est actuellement président du Conseil d'administration de l'école) des hospices civils de Lyon, de la fondation franco-américaine pour l'enfance à Lyon et du comité de l'école des visiteuses d'hygiène.

Elle a pour but de former : *a*) des infirmières gardes-malades pour les hôpitaux ou soins à domicile ; *b*) des visiteuses pour la lutte contre la tuberculose, la protection de l'enfance, l'hygiène scolaire, etc.

Enseignement. — L'enseignement s'étend sur deux années d'études comprenant des cours théoriques et des stages dans les services hospitaliers, dans les dispensaires d'hygiène sociale, dans les œuvres d'enfants, etc.

L'examen de fin de première année donne droit à un certificat d'aptitude et au passage en seconde année.

Les candidates présentant des équivalences (diplômes d'autres écoles, etc.) peuvent être admises directement en seconde année.

Les études de seconde année sont spécialisées pour la formation soit des infirmières hospitalières et gardes-malades, soit des infirmières visiteuses d'hygiène.

L'examen de fin de seconde année donnera droit au « *Diplôme d'Etat* » d'infirmière garde-malade ou de visiteuse d'hygiène.

Conditions d'admission. — Adresser les demandes soit au siège de l'école (hôpital de la Charité, Lyon), soit à la Fondation franco-américaine (1, rue Alphonse-Fochier), soit au dispensaire central de l'Institut bactériologique (61, rue Pasteur, Lyon). Ces demandes seront toutes examinées par le comité de l'école.

Les détails des conditions d'admission seront envoyés directement sur demande.

L'enseignement est gratuit pendant toute la durée des cours. Des bourses d'études pourront être accordées, sur demande spéciale adressée en même temps que la demande d'admission.

Les diplômées seront, à leur sortie de l'école, placées dans les différentes institutions d'hygiène sociale suivant leurs dispositions ou leur spécialisation (hôpitaux, sanatorium, préventorium, œuvres d'hygiène sociale, dispensaire d'hygiène sociale, visiteuses d'hygiène scolaire, etc.)

Il est désirable que les jeunes filles ou jeunes femmes désirant se consacrer à la carrière de dévouement d'infirmière ou de visiteuse d'hygiène, viennent en grand nombre suivre l'enseignement de cette école, qui conduit au diplôme d'Etat reconnu par le Ministère de l'hygiène.

Les progrès de l'hygiène (hygiène de l'enfance, hygiène du logement, hygiène concernant la tuberculose et les autres maladies) et par conséquent l'avenir de notre race et de notre pays, demandent que beaucoup de ces femmes dévouées viennent se consacrer aux œuvres sociales.

Un pressant appel est fait à toutes celles qui veulent donner leur dévouement à ces œuvres.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
(THIRON ET Cie, SUCCESSEURS).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

du contribuable, déductions suivant la situation de famille opérées, soient inférieurs à 5.000 fr. La patente doit être payée à partir du jour de la réinstallation.

Il n'est accordé aucun dégrèvement pour l'année 1920.

Si ces dégrèvements n'ont pas été imputés sur les dommages de guerre, la demande en décharge doit être rédigée sur papier libre et adressée au préfet du département. Elle sera accompagnée des avertissements ou extraits du rôle et d'une certificat délivré par le maire attestant que le réclamant a été démobilisé.

A. MARTINOT.
Conseiller fiscal.

Impôt sur les bénéfices de guerre.

Le *Concours médical* a publié divers documents intéressants sur les questions fiscales et en particulier au sujet de l'impôt sur les bénéfices de guerre, cependant il reste quelques points qu'il serait utile d'élucider.

1° Quand l'impôt sur les bénéfices de guerre a été voté, il a été précisé, au cours de la discussion, que cet impôt ne s'appliquait pas aux patentés du tableau D (avocats, médecins). A l'époque, le *Concours médical* a signalé à plusieurs reprises cette particularité.

Comment se fait-il que cet impôt leur soit appliqué ? Y a-t-il eu un recours devant le Conseil d'État ? L'administration ne peut étendre une loi et, pour l'application de la loi, en cas de doute, on se reporte aux discussions de la Chambre précisant les intentions du législateur.

2° Pour un médecin qui s'est installé un, deux ou trois ans avant la guerre et qui a été mobilisé pendant un, deux ou trois ans, la guerre a causé un préjudice. Une clientèle qu'on crée ne se développe qu'au bout de quelques années, 5 ou 6 ans ; le bénéfice *normal* pour les années consécutives n'est pas le bénéfice de l'année ou de la moyenne des années où il a commencé à exercer ; il est plus élevé.

3° En supposant que la loi s'applique aux patentés du tableau D (avocats et médecins) *ce qui est contraire aux intentions des législateurs exprimées lors de la discussion*, les médecins qui n'ont pas déclaré leurs bénéfices de guerre, en se basant sur l'idée que la loi ne leur était pas applicable, doivent-ils se voir taxés de 10 %, 20 % ou 30 % de majoration pour déclaration tardive ?

Dr A.

Réponse.

1° Quand l'impôt sur les bénéfices de guerre a été voté, il avait été question au *début* de la discussion que l'impôt ne s'appliquerait pas aux patentés du tableau D.

Mais, par la suite, l'esprit du législateur s'est

modifié et l'article 1er de la loi du 1er juillet 1916 vise indistinctement tous les patentables ayant réalisé pendant la guerre des bénéfices excédant leur bénéfice normal, sans prévoir aucune distinction entre les patentables exerçant des professions libérales et les autres patentables.

Il s'ensuit que la contribution extraordinaire est applicable aux médecins. La commission supérieure et le Conseil d'Etat se sont, du reste, prononcés dans ce sens, la première, par une décision en date du 26 octobre 1917, le second par un arrêt rendu le 30 janvier 1920. (1)

2° Les produits nets à envisager pour déterminer le bénéfice normal sont ceux des trois exercices clos antérieurement au 1er août 1914, encore bien que le premier de ces exercices n'aurait été pour le contribuable qu'un exercice d'installation et d'études n'ayant pu produire de résultats normaux (décision de la commission supérieure du 19 janvier 1918).

Le docteur qui s'est installé un, deux ou trois ans avant la guerre voit son bénéfice normal calculé d'après la moyenne des résultats obtenus depuis la date de son installation, sans qu'il soit tenu compte si la guerre et si la mobilisation lui ont causé un préjudice.

3° Les médecins qui, par suite d'une fausse interprétation de la loi, n'ont déclaré de bénéfices de guerre qu'après expiration du délai légal ou ont répondu à la mise en demeure de la commission du premier degré par une déclaration négative voient leur imposition majorée, suivant le cas de 10 %, 20 %, etc.

A. MARTINOT.
Conseiller fiscal.

(1) Voir *Concours Médical*, 1920 p. 490. (N. D. L. R.)

Médecine légale.
Examen du cadavre d'un enfant.

Je vous serais bien reconnaissant de me faire dire, par la voie du *Concours*, si vous le voulez, ce que l'on doit compter comme honoraires pour l'examen d'un cadavre d'enfant dans une affaire d'infanticide pour le déplacement, et pour le rapport.

Dr D.

Réponse.

S'il y a eu autopsie du cadavre d'un nouveau-né, avant inhumation, il vous est dû 40 francs pour l'opération, la rédaction du rapport, son dépôt et la prestation de serment s'il y a lieu.

Si vous n'avez procédé qu'à la visite du cadadre, sans autopsie, il ne vous est dû que 15 fr.

Vous avez droit, en outre, à l'indemnité de déplacement, qui est de 20 centimes par kilomètre parcouru si le déplacement a eu lieu en chemin de fer et 60 centimes s'il a eu lieu autrement.

Pension militaire.
Supplément ; majoration pour enfant.

Veuillez avoir l'obligeance de m'indiquer à combien doit s'élever ma pension de guerre à titre temporaire avec majoration pour un enfant.

Médecin auxiliaire à la mobilisation, j'ai été nommé médecin aide-major de 2e classe à titre temporaire.

Mis hors cadres le 6 août 1918.

Pension d'invalidité de 35 % par centre de réforme de D. (bronchite chronique) le 2 février 1921.

Rayé des cadres par décision présidentielle du 24 décembre 1921.

Enfin pension d'invalidité de 100 % (tuberculose pulmonaire évolutive) par centre de réforme de R. le 9 mai 1923.

Je touche actuellement une pension de 3.000 fr. avec une majoration de 300 fr.

Dr L.

Réponse.

Votre pension d'invalidité de 100 % s'élève, en tenant compte des plus récentes instructions ministérielles, à 2.400 fr., plus un supplément de 1.000 fr., plus une majoration de 300 fr. pour un enfant, soit 3.700 fr. par an.

G. F.

Pension militaire.
Infirmité inférieure à 10 %

Un de mes clients mutilé de guerre : Perte de 2 phalanges de l'auriculaire droit, + perte d'une phalange de l'annulaire droit, me demande le quantum de son invalidité d'après le barème spécial.

S'il a droit à moins de 10 %, il se tient coi.

S'il a droit à 10 %, il demande à passer une visite.

Est-ce bien cela ?

Dr B.

Réponse.

Le Guide-Barême des Pensions militairess donne les chiffres suivants :

Médius, annulaire, auriculaire, (droits) :

Amputation de la phalange unguéale.	1 %
Amputation de 2 phalanges.........	5 %
Soit en tout, pour le cas de votre client..............................	6 %

L'infirmité totale étant inférieure à 10 %, il n'a donc droit à aucune pension.

Application du Tarif Breton.

I

Sutures multiples.

Abonné du *Concours*, je vous prie de vouloir bien me donner le renseignement suivant :

Au sujet du tarif chirurgical Breton, art. 17, je lis : réunion par sutures multiples, province : 18 fr. 75 cela signifie-t-il 18 fr. 75 pour chaque suture ou 18 fr. 75 pour toutes les sutures ?

Dr L.

Réponse.

« Réunion (au singulier) par sutures multiples » signifie réunion de sutures *contiguës*. Il n'en est plus de même quand il s'agit, par exemple, de sutures au bras et à la jambe, dans ce cas, ce sont des sutures différentes dont le prix s'additionne.

F. D.

II

Plaies de main et amputation de doigt.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant :

J'ai donné mes soins à un blessé du travail qui eut les 4 doigts partiellement amputés. Je dus rectifier à chaque doigt la plaie, soit en désarticulant la phalangette, soit en coupant la phalangine, enlever à chaque doigt les parties mortifiées en gardant jalousement l'étoffe pour le moignon, enfin suturer les plaies de ces 4 amputations.

Je suis une heure et demie à faire ce travail.

J'ai l'intention de compter 4 fois 50 fr. (pansements compris) est-ce bien cela ?

Mon embarras est grand pour le prix à appliquer pour les pansements faits les jours suivants.

En fait, je faisais le pansement de 4 plaies et ne faisais qu'un seul grand pansement.

Puis un doigt guérit, un second suivit ; alors ce sont des pansements simples.

Enfin, je veux vous demander si dans le cas d'une consultation à heure fixe avec un médecin de la compagnie d'assurance (soit 15 fr.), le pansement est compris dans ce prix ? Et s'il s'agit d'un pansement de brûlure, le pansement est-il encore compris dans le prix de la consultation à heure fixe ?

Dr C.

Réponse.

1° Comptez 50 francs pour chaque amputation partielle de doigt effectivement faite par vous.

2° Les pansements consécutifs sont (dans votre cas où les plaies ne sont pas superficielles) des « pansements multiples à 15 fr. » pour une main (art. 17). Plus tard vous compterez « pansement simple, prix de la consultation » (art. 16).

3° En cas de visite avec le médecin de la Cie ou du patron, vous pouvez compter *ou* « visite à heure fixe » *ou* « pansements multiples » *ou* « pansements de brûlure » etc., mais sans majoration dans les deux derniers cas.

F. D.

III

Frais de déplacements, etc.

Voulez-vous avoir l'amabilité de me faire avoir les renseignements suivants :

1° Une injection de sérum antitétanique faite en 2 temps (méthode Besredka) à 1 h. d'intervalle doit-elle être comptée comme une injection simple ? (Tarif B.)

2° A B. est une clinique dont je suis le médecin a demeure et où opèrent des chirurgiens de F., située à 47 kil. Or, il existe un chirurgien à M., située à 30 kil.

Lorsque, pour un accident du travail (loi 1898), j'appelle le chirurgien à la clinique, ce dernier doit-il demander 1 fr. du kil. parcouru, soit 94, ou 1 fr. du kil. qui sépare B. de M., soit 60 fr. ?

3° Un blessé pouvant marcher *doit*-il se rendre auprès du chirurgien ou peut-il se rendre à la clinique de B. où le chirurgien viendra lui donner ses soins opératoires ? L'assurance peut-elle contester une note du chirurgien portant des frais de déplacement ?

4° Dois-je me faire payer par l'assurance les visites simples que je fais chaque jour au blessé (à la clinique) ou ne faire payer que celles comportant un pansement que je fais moi-même ?

5° Y a-t-il pour la clinique un prix de journée établi par la loi, quel est-il ? (Toujours loi 1898).

Dr B.

Réponse.

1° L'injection de sérum antitétanique est notée 20 fr. (art. 16) qu'elle soit faite d'une manière ou d'une autre.

2° Le déplacement à compter pour le spécialiste est celui du « *spécialiste* » le plus rapproché (art. 2 *in fine*).

3° On est en droit de compter une visite (et non une consultation) lorsque le blessé « ne peut se rendre à la consultation sans inconvénient pour sa santé ». (Art. 1er, 1er alinéa.)

4° et 5° L'article 4 de la loi du 9 août 98, alinéa 3, dit : « Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, sauf les obligations contenues en l'art. 3, des frais d'hospitalisation qui, *tout compris*, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893, majoré de 30 % « texte de la modification du 6 juillet 1920). La loi de 1893 est celle concernant l'A. M. G. Grâce à ce « tout compris », il en résulte que, le blessé étant hospitalisé et le patron payant les frais de séjour, les médecins et pharmaciens n'ont plus rien à réclamer. Toutefois, pour une clinique privée, certaines compagnies acceptent de donner des honoraires au chirurgien, même en payant les frais de séjour, mais ce n'est pas un droit et, de plus je ne pense pas qu'elles le lassent pour les visites journalières.

F. D.

LÉGISLATION

Loi étendant le régime de la législation sur les accidents du travail aux gens de maison, domestiques, concierges et serviteurs à gages.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Dans le délai de six mois, à compter de la promulgation de la présente loi, la législation sur les accidents du travail résultant de la loi du 9 avril 1898 et des lois ultérieures qui l'ont complétée et modifiée, notamment des articles 2, 3 et 6 de la loi du 21 avril 1906, ainsi que des dispositions de la loi du 30 décembre 1922, est étendue aux domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, concierges et salariés du même genre à un titre quelconque, attachés ou non à la personne.

Art. 2. — Le salaire servant de base à la fixation des indemnités s'entend uniquement, à l'exclusion de tous autres profits en argent, de la rémunération et des prestations en nature directement allouées par le maître, en exécution du contrat de louage de services.

Toutefois, les rétributions accessoires et habituelles concourant à former la rémunération effective, notamment sous forme d'étrennes, devront être ajoutées au salaire de base pour le calcul de l'indemnité en cas d'incapacité permanente ou de mort.

Art. 3. — La présente loi est applicable à l'Algérie sous réserve des modifications déjà apportées à la législation métropolitaine sur les accidents du travail par la loi du 25 septembre 1919.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Rambouillet, le 2 août 1923.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

Le ministre du travail,

Albert PEYRONNET.

Le ministre de l'intérieur,

Maurice MAUNOURY.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement moderne des ulcères variqueux

On traite, maintenant, les ulcères variqueux comme de simples plaies. D'une façon générale, on peut, sans présomption, prétendre que les ulcères se rencontrent, surtout, chez les arthritiques, les artério-scléreux, les hypertendus. A la base de leur cure, il y aura donc lieu d'instaurer, d'une part, un *Régime*; d'autre part, un

Traitement. Le régime ? A mon humble avis, c'est le lacto-végétarien.

En ce qui touche le traitement, deux mots d'anatomie histologique nous rappelleront que toute veine est constituée par trois tuniques, dont deux seules existent en réalité : la *tunique externe* et la *tunique interne*, puisque la *tunique moyenne* se fusionne avec l'interne. Il n'est donc pas hasardé, du moins à mon humble avis — j'ai guéri des centaines d'ulcères — de dire que ces derniers sont causés par crevaison, avec ou sans hémorrhagie, de la tunique externe.

Ceci admis, nous trouvant devant un ulcère, que devons-nous faire ?

Voici ma pratique : j'applique une plaquette de prélèvement sur la plaie, et (n'ayant plus de microscope ni de réactifs) j'adresse cette plaquette chez mon ingénieur-bactériologiste ou chez un pharmacien outillé à cet effet. Le lendemain je suis fixé.

L'analyse nous donnera des staphylocoques, du pus, des streptocoques, etc.

Et, tout de suite, j'instaure une série de vaccinations *ad hoc*. Quant à la plaie, en la supposant très enflammée, je la fais laver, tout d'abord au savon neutre, relaver à l'eau bouillie tiède, coupée de 1/5 d'eau oxygénée à 12 volumes. On laisse sécher sans essuyer.

Puis, pour calmer « le feu », on applique, pendant huit jours, *loco dolenti*, le matin, pour la journée, le soir, pour la nuit, un glycéroplasme dépassant la plaie.

Le Ouataplasme de Langlebert est excellent ; l'anti-phlogistine de Tellier est, également, très bonne. Je les ai expérimentés tous les deux. Peut-être en est-il de meilleurs, je ne les connais pas ?

En tous cas, je n'ai rien à voir ave ces firmes, ce n'est donc pas une réclame que je leur fais et c'est pourquoi j'estime qu'on accordera, à ma parfaite indépendance, de pouvoir les citer ici.

Au bout de quelques jours, parfois une huitaine, lorsque la plaie est belle, je modifie mon traitement.

C'est alors que je me trouve très bien d'appliquer, matin et soir, sur la plaie préalablement lavée à l'eau bouillie, une compresse de gaze stérilisée trempée dans :

Liqueur Labarraque.......... 100 gr.
Eau bouillie.................. 400 gr.

Mettre au-dessus une couche de ouate *stérilisée* non hydrophile, envelopper le membre, des talons au genou, avec une ande de crèpe de 0 m. 10, pas trop serrée.

Ce traitement durera, également, huit jours.

Lorsque la plaie sera tout à fait belle, il sera temps d'appliquer des pommades ou onguents.

Concurremment, n'oublions pas le traitement hypotenseur que dominent la teinture de marron

d'Inde, l'hamamelis, le gui, le viburnum, le cyprès, etc., etc.

En tous cas, pendant toute la durée du traitement, il faudra exiger du malade, l'immobilité absolue de sa jambe avec talon en position surélevée, et un régime abstème et très rigoureux.

Dr Galand,
(de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponse des ministres aux questions des parlementaires

L'appareil de prothèse des mutilés de guerre ne peut être remplacé par une indemnité.

18342. — M. Anselme Patureau-Mirand, député, expose à M. le ministre des pensions qu'un grand nombre d'amputés du bras ne réclament pas les appareils auxquels ils ont droit, et demande s'il ne serait pas possible d'attribuer, en compensation, à cette catégorie de grands mutilés, une indemnité équivalente au prix de l'appareil. (*Question du* 15 *juin* 1923.)

Réponse. — Réponse négative. L'appareillage doit être encouragé par tous les moyens possibles parce qu'il aide à la réadaptation des mutilés. Il serait donc contraire à l'intérêt social de remettre aux intéressés la valeur en argent des appareils dont ils auraient négligé de se pourvoir. (*J. O.*, juillet 1923.)

Les noms des membres composant les Commisions de réforme ne sont pas secrets.

18224. — M. Aubry, député, demande à M. le ministre des pensions si un médecin chef de centre de réforme peut refuser de communiquer à un mutilé les noms des membres composant la commission qui l'a examiné et à qui le mutilé doit s'adresser pour connaître les noms qu'il demande. (*Question du* 7 *juin* 1923.)

Réponse. — On ne voit pas quel intérêt pourraient avoir les mutilés à connaître les noms des membres composant les commissions de réforme. Ces noms, néanmoins, ne sont pas tenus secrets, puisqu'ils figurent aux procès-verbaux des commissions de réforme et que les mutilés peuvent avoir communication de ces procès-verbaux, s'ils le demandent.

(*J. O.*, 31 *juillet* 1923.)



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Tout médecin sollicité de s'installer à Cercy-la-Tour (Nièvre) fera bien, dans son intérêt, de se renseigner auprès du président du Syndicat des médecins de la Nièvre. Dr Valois, Hôpital mixte de Nevers.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical,* de M. le Dr Defosse, de la Ciotat (B.-du-R.), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.) Caffeau.
Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Monestier de Clermont (Isère). Bayle.
Rousses (les). Moreau.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Rousin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 442. — Sage-femme trouverait situation avantageuse dans forte commune Creuse.

N° 443. — Jeune docteur désire place assist. dans clinique.

N° 444. — Poste pro-pharmacien à céder. Bicycl. suffit. demi-repos. Gr. jardin, pays pittor. chasse.

N° 445. — Midi. Poste à céder. Moy. 20.000 av. fixes, demi-repos. Pays de chasse renom. Bicycl. suffirait méd. ch. de fer. Indem. à débattre.

N° 446. — De Dion 12 HP, 1914, cond. int. 2-3 pl. entièr. rev. repeinte, retapissée 1922, écl. élect. Bosch, parf. état marche, essai sur toute dist. Exc. occas. 14.500.

N° 447. — A vend. très belle table opér. et spéculum état neuf av. acces. tabouret, seau, escab. val. 1.250 prix dem. 750. Dr Lebrun, 203 *bis*, boul. St-Germain, Paris.

N° 448. — Moto Triumph 4 HP, à vend. Peu roulé, état neuf marche parf. Pr. intér. Dr David, St-Brice-en-Coglès. (Ille-et-Vilaine).

N° 449. — A vend. brevets : 1° pour aiguilles sans chas, usages chirurgicaux et industriels ; 2° pince-bouchon pour conservation stérile des instruments.

N° 450. — A vend. 100 fr. jeunes griffons bruxellois, tête de singe, père 2e prix. Pédigrée. Dr J. Göenn, à Luché-Pringé (Sarthe).

N° 451. — Poste dans petite ville. Rég N.-E. Rapp. 80.000. Sit. d'av. Bicycl. peut suff. Cession pour rais. santé. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 452. — Ouest. Poste ancien seul méd. Rapp. 50.000 pet. loy. vaste habit. élect. Indemn. intéres. Pays riche et agr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Fixation de la date de consolidation d'une blessure

Comme membre du « Sou », ayez l'obligeance de vouloir bien me dire ce que j'ai à faire dans le cas suivant :

J'ai donné mes soins au blessé du travail M... pour fracture de la rotule survenue le 8 février 1923. Le malade a été opéré 13 jours après, le 21 février, sous anesthésie générale à l'éther. Les suites opératoires ont été relativement satisfaisantes, mais le blessé, qui était emphysémateux, a fait jusque vers le 10 avril, une broncho-pneumonie très grave, d'origine anesthésique vraisemblablement, qui l'a immobilisé au lit jusqu'au 10 ou 15 avril. C'est à ce moment-là seulement que l'on a pu procéder à la mobilisation de son articulation (il avait été sorti du plâtre 15 jours après l'opération).

Comme vous le verrez par les documents joints, la Compagnie, se basant sur un rapport d'expert (avec lequel je suis d'ailleurs en cordiales relations), veut fixer rétrospectivement l'incapacité et la date de consolidation au 8 mai 1923.

Ceci posé, je demande ce que j'ai à faire.

N'est-il pas exagéré de fixer, par analogie, une date de consolidation rétrospective pour un cas aussi spécial ?

La Compagnie a-t-elle le droit de ne payer le demi-salaire à l'ouvrier que jusqu'au 8 mai.

Enfin, n'est-il pas abusif d'utiliser pareille procédure, car l'expert, actuellement en vacances, n'est pas certainement au courant de tous ces détails. Et si la phrase de son rapport : *j'estime que la date de consolidation doit être fixée au* 8 *mai* 1923 est bien exacte (? !) n'est-ce pas une affirmation d'une portée rétrospective douteuse — en tout cas d'une portée absolument erronée (les faits le prouvent), car encore aujourd'hui le blessé n'est pas réellement consolidé.

La flexion du genou se modifie comme il suit (après la date du 8 mai) :

16 juin : 36,5 du talon à l'ischion ;
17 juillet, 34 ;
25 août : 31.5.

Il lui manque encore 1.5 pour arriver à la flexion complète soit 30. Cette différence de 1 centim. 5, disparaîtra d'ailleurs, je crois et par suite même peut-être l'incapacité de 10 %.

Je vous serai très reconnaissant de me répondre au plus vite, car je tiens à répondre à la Compagnie d'assurance du tac au tac.

Dr G.

Réponse.

Il est bien exact que le demi-salaire et par suite, les frais médicaux, qui en sont l'accessoire,

sont dus seulement jusqu'à la consolidation de la blessure et si la date fixée par l'expert devait être considérée comme celle de la consolidation, point de départ de la rente, vous perdriez depuis cette date vos honoraires, comme le blessé son indemnité journalière, ou tout au moins, en ce qui vous concerne, vous n'auriez de recours que contre le blessé, votre client.

Mais il ne faut pas perdre de vue que le rapport d'expertise n'est qu'un avis et qu'il n'a pas plus le pouvoir de fixer la date de la consolidation que le quantum de l'incapacité permanente ; que, de par la loi, l'intervention judiciaire, soit celle du président du tribunal, soit celle du tribunal lui-même, est nécessaire pour donner aux conclusions de l'expert une valeur d'application.

La Compagnie outrepasse donc ses pouvoirs quand elle écrit au blessé : « Nous tenons à vous avertir dès à présent que c'est cette date (celle fixée par l'expert) que nous fixerons comme celle du départ de la rente qui peut vous être allouée ».

Il est évident qu'elle cherchera à faire adopter cette date, qui lui est avantageuse, et qu'elle a des chances d'avoir gain de cause, car les tribunaux ont tendance à ne pas désavouer les experts qu'ils ont commis.

Mais les conclusions de l'expert peuvent être combattues devant eux et il appartient précisément au médecin traitant, lorsqu'il n'est pas d'accord avec l'expert, de fournir à son client, tant dans l'intérêt de celui -ci que dans le sien propre, tous arguments utiles pour prouver que l'expert a fait erreur.

Si le blessé n'est pas guéri, il devra donc, lorsqu'il sera appelé en conciliation devant le président du tribunal, refuser d'accepter la conciliation dans les termes du rapport d'expertise, ce qui aura pour effet de le mener devant le Tribunal, où son avoué et son avocat, munis des arguments que vous leur aurez suggérés, pourront peut-être faire accepter la fixation d'une date différente.

Dans tous les cas, la voie de l'appel sera ouverte contre le jugement qui donnerait tort à la victime de l'accident et peut-être la Cour d'appel nommerait-elle un autre expert, dont les conclusions pourraient différer de celle du premier expert.

Accident du travail. Revision.

Abonné au *Concours* et du « Sou », j'ai soigné du 18 avril au 20 septembre 1920 une contusion du genou droit avec hydarthrose chez un jeune homme de 18 ans. J'ai fait alors toutes réserves sur les conséquences éloignées de cet accident qui évolue vers une tumeur blanche actuellement. Le blessé peut-il encore avoir un recours contre la Compagnie d'assurance ou son patron (lequel est en faillite ou liquidation judiciaire).

Dr W.

Réponse.

Le délai de révision étant de trois ans à compter de la date de la cessation de l'indemnité journalière, s'il n'y a pas eu attribution de rente, le blessé dont il s'agit peut encore actuellement demander la révision, si une incapacité permanente doit résulter pour lui de la lésion dont il est actuellement atteint et si celle-ci peut être considérée comme provenant des suites de l'accident.

La demande en revision se forme par une simple déclaration au greffe du tribunal du lieu de l'accident.

Même si le patron est en faillite, la victime peut obtenir le payement de la rente qui lui serait allouée, sur le fonds spécial de garantie créé à cet effet par la loi et géré par la Caisse nationale des Retraites sur la vieillesse.

Une sage-femme a le droit de vacciner

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître si une sage-femme a le droit de vacciner.

Dr F.

Réponse.

Aux termes du paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, « les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques ».

Calcul de l'impôt sur le revenu

Je vous adresse ci-joint la copie de l'avertissement reçu aujourd'hui.

IV. — Impôt sur bénéfices non commerciaux :

			Produit brut
A) Chiffre retenu pour le calcul de la cotisation		9.610	156 60

V. — Impôt général sur le revenu :

Revenu net	15.500		
Déduction pr charges de famille (marié avant 2 ans)......	3.000	12.500	130 »

Or, j'avais fait la déclaration suivante :

Honoraires perçus en 1921.........			20.000 »
Frais professionnels (assurances, téléphone, livres, amél. frais études et installations)...	4.210		»
Domestique	1.500		
1/2 loyer	250		
Frais d'auto.............	7.155		
Amortissement de l'auto ..	2.100	15.585	
Revenu net..................			4.415 »
			15.585 »
Revenus propriétés bâties.........			700 »
Titres			200 »
Rente par donation...............			6.000 »
Bénéfices			4.415 »
			11.315 »

A déduire rente viagère....	650		
Impôts....................	306	956	»
Revenu total.................		10.359	»

Or, d'après mon avertissement :

Mon revenu des professions libérales est augmenté de 5.205 fr. et mon impôt sur le revenu de pareille somme.

Pour le taux de l'impôt, je croyais que l'impôt sur les bénéfices était taxé à 6 %.

Or, 9.610 fr. à 6 % = 160 fr. et non 156 fr. et le barême de l'impôt sur le revenu rectifié suivant dispositions de la loi du 30 mars 1923 indique pour : 12.000 fr. de revenu marié ayant 2 ans de mariage : 40 francs ;

13.000 fr. de revenu marié ayant 2 ans de mariage, 60 francs.

Pourquoi suis-je taxé à 130 fr. ?

Je sais que même en réclamant, il faut que je paye, mais puis-je savoir ce qu'il faut faire si je suis taxé injustement ?

D[r] B.

Réponse.

1° En ce qui concerne la différence existant entre le bénéfice des professions libérales déclaré et le bénéfice taxé, elle provient probablement du fait que le contrôleur a trouvé le montant de certaines dépenses exagéré dans le détail de vos frais généraux.

Si donc vous êtes en mesure de justifier tous les frais professionnels énumérés dans votre lettre, nous vous conseillons d'envoyer au contrôleur une pétition rédigée sur papier libre.

Ce sont, en général les frais d'auto le plus souvent contestés ;

2° En ce qui concerne le montant de votre imposition :

a) Sur les bénéfices des professions libérales, le calcul est exact et établi comme suit :

(Abattement à la base : 6.000 fr., fraction comprise entre 6.000 et 8.000 fr. comptée pour moitié, taux de l'impôt 6 %).

$$\frac{\left(9.610 - \left(6.000 + \frac{8.000 - 6.000}{2}\right)\right) \times 6}{100}$$

= 156 fr. 60

b) Sur l'impôt général sur le revenu, le calcul est également juste. En effet, d'après le barème, pour les revenus compris entre 6.000 fr. et 20.000 fr., le taux applicable est de 2 %. Pour un revenu de :

15.500 fr. — 3.000 = 12.500 fr.

l'imposition se trouve être de :

$$\left(\frac{12.500 - 6.000}{100}\right) \times 2 = 130 \text{ fr.}$$

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Un remplaçant doit-il être patenté ?

Abonné au *Concours médical* et membre du « Sou », j'ai recours à votre obligeance pour m'éclairer sur le point suivant :

Ayant soutenu ma thèse en 1922, je n'exerce pas encore et habite chez mes parents. J'ai fait enregistrer mon diplôme à la préfecture de police, indiquant l'adresse de mes parents.

Suis-je tenu, du fait de cet enregistrement, de payer la patente bien que n'exerçant pas ?

Si je remplace temporairement un confrère, suis-je tenu de payer une patente, et dois-je faire changer l'adresse indiquée lors de l'enregistrement du diplôme ?

Dans l'affirmative quelle serait la base du calcul de cette patente ?

Je vous serais bien obligé de m'éclairer là-dessus et vous prie de croire à mes meilleurs sentiments.

Dr R.

Réponse.

Celui qui fait exceptionnellement des remplacements n'est pas soumis à la patente. Si les remplacements étaient continuels, la patente serait exigible, mais c'est au contrôleur à l'établir.

A. M.

Exemption d'impôts et abattements

En examinant ma feuille d'impôts sur le revenu pour l'année 1923, j'ai vu que l'abattement à la base de mon revenu total *déclaré et accepté par le fisc*, est de 6.000 fr. Or, j'ai lu dans le *Génie civil* que pour 1923 l'abattement normal est de 7.000 francs. J'ai demandé des explications à ce sujet au contrôleur de mon arrondissement ; il ne me répond pas. Ayez donc l'obligeance de me dire ce qu'il en est.

Sur ma feuille d'imposition, je lis que les demandes en décharge ou réduction peuvent être présentées pendant le mois qui suit celui de la publication des rôles à la mairie du lieu de l'imposition, sous forme de déclaration, SANS FRAIS, ni formalités, en produisant soit l'avertissement, soit un extrait du rôle. SANS FRAIS, veut-il dire sur papier libre ? Ou bien, faut-il entendre sur papier timbré à 2 francs pour une cote supérieure à 30 francs, comme pour la demande en décharge ou réduction adressée au préfet ou au sous-préfet ?

Dr H.

Réponse.

La loi du 30 mars 1923 exempte totalement d'impôt les personnes dont le revenu ne dépasse pas 7.000, mais si le revenu est supérieur à cette somme, l'abattement n'est que de 6.000 fr.

Les réclamations présentées dans le mois au contrôleur sont rédigées sur papier libre.

A. M.

(*Voir la suite page XXXIX-2979*)

PROPOS DU JOUR

Les relations du corps médical et de la Mutualité. Un coup d'œil rétrospectif.

Il y a indiscutablement une crise de la Mutualité qui résulte évidemment de la crise économique.

Avant la guerre, les hommes qui dirigeaient le mouvement mutualiste avaient la prétention de faire faire aux adhérents des Sociétés de secours mutuels bonne chère avec peu d'argent. Comme la demi-gratuité, sinon la gratuité absolue, des soins médicaux était l'élément le plus important du problème, les syndicats médicaux, en se développant, en gênaient singulièrement la résolution.

Aujourd'hui, personne ne saurait plus songer à faire bonne chère même avec une somme appréciable d'argent. Les dirigeants de la Mutualité sont obligés d'en convenir et, comme les syndicats méidicaux sont devenus une force effective, les mutualistes ont cherché à reprendre avec eux les pourparlers interrompus quelques années avant la guerre.

J'ai eu l'honneur d'assister à une réunion de la Commission médico-mutualiste et j'ai pu constater que, chez les mutualistes, les prétentions et le ton dans la discussion avaient singulièrement changé.

Le contrat passé récemment à Béziers, entre les médecins et les mutualistes, une lettre circulaire que les médecins ont reçue à Paris de la 23e section de l'Union des Coopérateurs, démontrent que peu à peu un esprit nouveau se développe dans le camp des mutualistes et j'en suis personnellement très satisfait.

Je ne suis pas en effet arrivé à l'extrême vieillesse, mais les circonstances, presque indépendantes de ma volonté, m'ayant associé fort jeune au mouvement syndical médical, j'ai eu l'honneur, sinon l'avantage, de prendre part depuis 30 ans à presque toutes les réunions médico-mutualistes et aujourd'hui, il n'est pas sans intérêt de jeter sur leur histoire un coup d'œil rétrospectif.

Dès sa création, l'Union des Syndicats médicaux de France s'occupa des rapports des médecins et des sociétés de secours mutuels ; c'était l'une des principales questions de son programme.

Une commission de la Mutualité fut donc créée à l'Union et se mit au travail. Quelques médecins énergiques : Le Baron, Le Blond et autres, parvinrent à forcer les portes des congrès de la Mutualité, où ils furent reçus d'ailleurs avec un tel manque de courtoisie qu'ils durent abandonner la partie, n'ayant aucun goût ni aucune aptitude pour le pugilat. Leur courageuse tentative eut cependant un résultat, celui de faire connaître aux mutualistes, la naissance du syndicalisme médical et de leur signifier que le Corps médical, las de se faire exploiter, s'organisait pour réagir. Nos confrères d'alors, tinrent sensiblement le même langage que mon compatriote, Jean Savaron, aux États généraux de 1614, et firent prévoir aux mutualistes que les médecins praticiens finiraient par perdre patience et qu'il était à craindre que « d'enclumes qu'ils étaient ils ne devinssent marteaux. »

Tous les mutualistes, surtout les hommes malins qui étaient à leur tête, n'étaient pas les énergumènes des Congrès qui ne voulaient ou ne pouvaient souffrir de contradiction.

Il en était de fort habiles et de très courtois à la tête de la Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité. Voyant naître dans le Syndicalisme médical une force, ils songèrent à se l'adjoindre et à en tirer parti et une Commission bipartite, dirait-on aujourd'hui, fut créée par la Ligue nationale et l'Union des Syndicats. Il y a de cela bien près de trente ans, et je venais d'être chargé des fonctions de secrétaire général adjoint de l'Union qui comptait alors à peine 1.500 adhérents.

J'assistais donc aux réunions de la Commission médico-mutualiste. Les séances se tenaient, assez

irrégulièrement, au siège social de la Ligue nationale, dans les combles de la mairie de Saint-Sulpice. Les délégués médecins y venaient avec exactitude. Il n'en était guère de même des délégués mutualistes qui, alors, nous considéraient d'assez haut. Seul le secrétaire général de la Ligue, un brave homme, M. le pasteur Arboux, était toujours présent. Je vois encore sa bonne figure barbue dans le clair obscur d'un foyer dont il tisonnait les bûches, tandis que le jour tombait et que la mansarde où nous tenions nos séances s'assombrissait dans la nuit. Il pestait avec une éloquente bonhommie à la fois contre les bûches rebelles et l'inexactitude de ses collègues mutualistes. Sur ces entrefaites, un ou deux, jamais les mêmes aux diverses séances, pénétraient dans la salle et nous nous mettions à l'ouvrage autour d'une table faiblement éclairée par un bec de gaz. Il n'y avait alors ni bec Auer, ni électricité, et un modeste bec papillon était dans ce réduit presque l'emblême du progrès.

Le travail que nous faisions, hélas ! était singulier et, comme Pénelope, nous devions à chaque séance retisser la trame commencée quelques semaines auparavant. Et dire que des confrères comme les docteurs Porson, Lasalle, Pouliot, Cellier et même Lande, venaient de Nantes, de Bordeaux, de Poitiers et de Laval pour prendre part à ces falottes parlottes !

On réclamait l'augmentation d'un franc ou deux de l'abonnement. Très timidement, on laissait entrevoir les avantages du payement à la visite. On osait parfois signaler les abus qui consistaient dans l'admission de gens riches dans les sociétés comme participants. Les délégués mutualistes nous répliquaient en nous lisant les lettres de leurs correspondants où les médecins étaient accusés des abus les plus graves et de prétendues fautes professionnelles qui, grossies à plaisir, prenaient des allures criminelles. On nous demandait notre avis et dans notre naïve bonne foi, nous n'hésitions pas à les flétrir. Quelques semaines après un compte rendu tendancieux, rédigé par un mutualiste averti, paraissait dans le *Bulletin de la Ligue* et je recevais, comme secrétaire général de l'Union, des lettres furibondes des confrères de divers départements en délicatesse avec les mutualistes de leur région, protestant contre les crimes imaginaires qu'on leur avait prêtés et que nous nous étions trop hâtés de condamner en principe. Cela ne pouvait durer longtemps ainsi.

Un beau jour, à notre banquet où nous l'invitions chaque année, M. le pasteur Arboux eut la malencontreuse idée de vouloir prendre la parole. C'était un réel orateur, il parlait avec sincérité et éloquence et était même, je crois, le seul mutualiste désirant réellement un accord avec le Corps médical.

Hélas ! ses bonnes paroles furent prises en mauvaise part. En dépit des obligations de l'hospitalité, il fut copieusement hué par son auditoire. Cette démonstration peu courtoise de nos confrères qui, tous avaient à se plaindre de la mauvaise volonté des mutualistes, mit fin à nos premières tentatives d'entente. Comme il arrive le plus souvent, ce fut un innocent qui fut pris comme bouc émissaire et je regrette encore l'accueil immérité qui fut fait au brave homme et sincère philanthrope qu'était le pasteur Arboux.

Quelques années de recueillement suivirent, l'Union des Syndicats augmentait progressivement bien que fort lentement, mais on y remplaçait le nombre par l'activité. La loi sur les sociétés de secours mutuels était en discussion au Párlement, nous parvînmes à faire inscrire dans la loi, un représentant élu des Syndicats médicaux dans le nouveau Conseil supérieur de la Mutualité, un second représentant médecin, devait être désigné par l'Académie de médecine. C'était une indiscutable victoire morale, car le Parlement reconnaissait le droit aux syndicats médicaux de discuter les questions mutualistes et leur fournissait les moyens de se faire entendre sans que leur voix fut couverte par les cris des énergumènes des Congrès de la Mutualité.

Le Baron qui avait été le premier à se risquer dans ces Congrès où il avait été bien autrement houspillé que le pasteur Arboux à notre banquet, fut le premier élu au Conseil supérieur. Après sa mort trop prématurée, le Dr Pouliot, de Poitiers, lui succéda. La tâche de nos deux premiers représentants fut bien difficile. Le troisième, notre regretté président et ami Gairal, qui avait des relations amicales avec les mutualistes de sa région, sut plus habilement manœuvrer, parvint à atténuer les préventions sans céder sur un seul point et ce fut grâce à lui que les pourparlers reprirent entre l'Union des Syndicats médicaux et les mutualistes représentés par les chefs de la Fédération nationale qui avait à sa tête : M. Mabilleau.

M. Mabilleau était indiscutablement un homme très habile et de grand talent. Il avait su s'imposer aux mutualistes, sachant, avec sa souple intelligence, les flatter et les convaincre. Très bien vu par les pouvoirs publics qui rê-

vaient d'opposer au socialisme menaçant le mutualisme largement subventionné par l'Etat, appuyé formidablement par les organes les plus répandus de la presse quotidienne, jouissant dans les milieux qu'il fréquentait d'une réelle popularité, M. Mabilleau savait parler à la fois avec éloquence, malice, bonhomie et indignation ; en vrai psychologue, il savait au bon moment flatter ses adversaires, insinuer du ton le plus innocent des solutions dangereuses pour ses contradicteurs ; c'était, bien qu'il ne fut investi d'aucun mandat politique, le type du politicien charmeur.

Il avait de véritables trouvailles capables d'éblouir le bon public, je crois qu'une de ses meilleures fut celle du *milliard* de la Mutualité avec lequel quelques journaux à grands tirages jetèrent pendant assez longtemps de la poudre aux yeux des naïfs adhérents des Sociétés mutuelles.

Ce fut M. Mabilleau qui prit l'initiative de la réunion d'une nouvelle conférence médico-mutualiste. Mais M. Mabilleau voyait grand. Il voulait que sa conférence eût du prestige, il choisit pour la présider M. Emile Loubet, ancien président de la République. M. Mabilleau, dès la première réunion de la conférence, fut déçu. M. Emile Loubet, bien que proclamé par M. Mabilleau le premier mutualiste de France (encore une trouvaille, comme le milliard de la Mutualité) avait un frère médecin et était au courant des causes du conflit médico-mutualiste. Aussi avec sa simplicité et sa bonhomie coutumière, il intervint en arbitre dès le début de la discussion : « Pourquoi vous disputez-vous ? dit-il en substance. Il y a un remède aux maux que vous signalez, c'est la liberté.

Laissez chaque mutualiste choisir son médecin et indemnisez le sociétaire dans une mesure proportionnelle à vos ressources ».

Nous n'en demandions pas alors davantage. M. E. Loubet proposait avant nous le libre choix. Les mutualistes, surpris, eux qui proclamaient la nécessité de donner à leurs adhérents des secours en nature et non en argent, pour conserver la haute main sur le service médical, n'osèrent contredire le président Loubet, il fut convenu qu'un protocole serait rédigé et signé par les médecins et les mutualistes admettant le principe du libre choix. Les Drs Diverneresse, Jeanne et moi-même fûmes désignés pour aller, quelques jours après, le signer au Musée social et nous ne fûmes pas peu surpris de constater que le texte qui nous fut soumis, différait sensiblement de celui que nous avions cru avoir voté. Il en résulta un second refroidissement dans les relations médico-mutualistes.

D'ailleurs les conflits se multipliaient. La lutte entreprise pour le libre choix et la tarification des soins aux accidentés du travail avait tourné à l'avantage des Syndicats médicaux et leur donnait confiance. Les médecins syndiqués de 1.500 étaient devenus 8,000 et notre « Sou médical » groupait un nombre appréciable de praticiens, qui pouvaient individuellement se défendre.

La guerre est survenue. Les rôles paraissent aujourd'hui intervertis, bien que le conflit médico-mutualiste ne paraisse pas apaisé. La Mutualité traverse une crise dangereuse où elle peut lamentablement sombrer. L'Union des Syndicats médicaux au contraire compte 16,000 adhérents, c'est-à-dire la totalité des véritables praticiens. Son budget, de quelques mille francs, a passé à plusieurs centaines de mille francs. Le conflit pour l'organisation des soins aux victimes de la guerre a montré ce que pouvait la cohésion médicale.

Les médecins praticiens ne cherchent pas les conflits, mais ils ne veulent plus être exploités.

Aux mutualistes de se rendre un compte exact de la situation. Aussi ai-je cru utile de faire le récit rétrospectif de nos efforts.

Il faut que nos confrères connaissent bien le chemin parcouru depuis 30 ans, ils auront ainsi plus de confiance dans l'avenir.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA TRANSFUSION SANGUINE OPÉRATION DE PETITE CHIRURGIE, AU SERVICE DU PRATICIEN

1° Les indications.

Par Georges Rosenthal.

La transfusion sanguine est une opération de petite chirurgie, inoffensive, si l'on suit des règles précises (*Journal médical Français*, 1919); elle est douée d'une grande puissance thérapeutique. Il est donc nécessaire qu'elle entre dans la pratique quotidienne de la médecine. Elle doit être au service du praticien, non que sa mise en œuvre ne néecssite pas avant de la tenter la grande habitude préalable des manipulations intraveineuses (prise de sang, injections dans le torrent circulatoire, etc.) mais parce que les indications en sont multiples et que nombre de malades y trouveront la guérison si les indications sont observées.

Il est impossible, dans une simple mise au point, de décrire en détail les nombreuses applications cliniques sans cesse plus nombreuses de la transfusion, mais il est utile de poser les grandes idées directrices qui nous feront recourir à cette méthode :

1° Avant tout, il nous faut répéter que la *transfusion sanguine n'est pas une greffe définitive.* Cette conception chirurgicale ne répond nullement aux travaux des maîtres en physiologie qui, de Hayem à Ch. Richet, ont étudié sur l'animal la transfusion. Les travaux des laboratoires ont montré que le globule étranger tendait rapidement à disparaître de l'organisme, il résulte de cette disparition une baisse nouvelle du nombre des globules augmentés artificiellement par la transfusion ; puis survient une augmentation réelle due à la formation par le malade de globules sanguins personnels. Cependant comme nous le fit observer Jeanbrau, la greffe fonctionne temporairement. *Cette greffe temporaire est une première indication.* La transfusion sanguine devra être mise en œuvre dans toute spoliation sanguine grave (blessés de guerre, etc.).

La grande transfusion sanguine (500 cc.) pourra être mise en œuvre dans les cas d'urgence et l'on sait les beaux résultats que Jeanbrau, de Montpellier, a obtenus pendant la guerre par une technique citratée encore trop chirurgicale (*Journal médical Français*, 1919.)

Mais même dans ces cas, il y a intérêt à joindre, selon notre méthode, à l'injection spécifique de sang une injection de sérum artificiel, sans laquelle vous ne pourriez remplir le système circulatoire effroyablement spolié. Au-dessus de 500 cc. de sang, vous risquez d'aggraver *le danger hépatorénal* que nous avons décrit, par surcharge d'albumines étrangères.

2° Considérée au point de vue de l'introduction des globules, *la transfusion du sang*, greffe temporaire, nous *est toujours apparue comme une manœuvre admirable d'opothérapie sanguine.* Conformément aux lois posées et étudiées par Hallion et P. Carnot, le globule sain introduit dans l'organisme sera le meilleur excitant de la formation par l'organisme malade de nouveaux globules. Il y a donc un réveil de l'hématopoièse et c'est sous ce point de vue d'agent provocateur de l'hématopoïèse que nous devons envisager la transfusion sanguine (a). Nous en rapprocherons l'emploi de la transfusion dans les destructions toxi-infectieuses des globules. Nous aurons ensuite à parler du rôle hémostatique de la transfusion et de ses applications (b). Considérée au point de vue du plasma, la transfusion agit par l'introduction dans l'organisme malade de produits physiologiques excitateurs des organes ou hormones et de produits créés par des infections ou vaccinations antérieures (c). Accessoirement, la transfusion sanguine lutte contre le choc des grands opérés (Pauchet). Enfin nous envisagerons *les transfusions partielles*, transfusion de globules sans plasma ou *déplasmatisation de Fleig* et transfusion de plasma sans globules ou *déglobulisation-transfusion* que notre *seringue à piston creux* réalise sans difficulté notable (d).

a) *La transfusion est avant tout une manœuvre de réveil de l'hématopoièse.* Or à ce point de vue, les maladies du sang et des organes hématopoiétiques peuvent se schématiser dans les processus suivants : Il y aura *hypohématopoièse* (1°) si la formation des globules est déficiente, *anhématopoièse* (2°) si cette formation est annulée, ce que vérifient les caractères du sang, *dyshématopoièse* (3°) si la sanguification est troublée par un processus pathologique de cause connue ou inconnue. Le simple raisonnement nous dicte notre conduite, mais la réalité a dépassé les prévisions.

1° Les anémies d'évolution, comme la *chlorose* des jeunes filles, trouvent dans la transfusion sanguine à petites doses répétées le traitement spécifique des cas rebelles et nous lui devons nos meilleurs résultats — non que nous traitions systématiquement la chlorose par la transfusion, qui, ici comme ailleurs, se réserve aux cas graves — mais dans les cas rebelles, lorsque la cholorose fait craindre l'invasion de la tuberculose pulmonaire (Pr Marcel Labbé), il faut y recourir.

Raoul Labbé et S. Aizière ont étudié récemment (Soc. de thérapeutique, mai 1923) les anémies infantiles et leur traitement par la transfusion. Sur leur demande, j'ai exécuté les transfusions infantiles par une technique réglée d'un commun acord (Soc. de thérapeutique, juin 1923) ; les résultats ont montré la guérison rapide de l'anémie et une reprise importante en poids, comme un arrêt rapide de la dénutrition.

Lorsque l'hypohématopoièse n'est plus essentielle c'est-à-dire lorsque elle est née d'une infection spéciale (tuberculose, syphilis, helminthiase, paludisme, chloroanémies du Pr Hayem, etc.) souvent elle est difficile à distinguer des destructions globulaires toxiques ou toxiinfectieuses, d'origine indirecte : il ne nous appartient pas de discuter ce problème. (Lire Gilbert : Traité du sang, Pathologie médicale de Bezançon, t. IV, articles de P.-E. Weill et Marcel Bloch.)

Ce serait alors nuire à l'admirable méthode de la transfusion que de ne pas mettre en première ligne le traitement de l'infection causale. Une anémie syphilitique relève avant tout de la trilogie As. Bi. Hg., une anémie paludéenne de la quinine et du 914. Toutefois si, dans le syndrome clinique, le facteur anémie a pris une place prépondérante, ou si, malgré l'amélioration générale, persistent, avec dissociation symptomatique, une pâleur marquée des muqueuses et une hypohémoglobinémie, il y a lieu de recourir aux petites transfusions répétées.

De même dans les intoxications mercurielle, saturnine, etc., avant tout désintoxiquez, faites la prophylaxie d'une nouvelle intoxication, et à ce moment, transfusez, si le tableau clinique vous y incite encore.

De même l'asphyxie et en particulier l'asphyxie par l'oxyde de carbone. Elle est le plus souvent curable par des procédés plus simples que la transfusion. Depuis les travaux du Pr Nicloux (de Strasbourg) nous savons que l'O peut déplacer l'oxyde de carbone fixé sur les globules ; l'inhalation d'O. avec le masque de Tissot (Nicloux), l'insufflation d'oxygène par notre trachéo-fistulisation (1) redonne au malade inerte des globules oxygénés ; elle peut également sauver les noyés.

La transfusion du sang n'en reste pas moins une arme utile contre l'asphyxie.

2° En toute logique, l'*anhématopoièse* devait contre-indiquer la transfusion sanguine ; car exciter une fonction détruite était *a priori* illogique. P.-E. Weill a pensé (Soc. med. des hôp., 1922) qu'il fallait tenter cette ressource suprême, et le distingué médecin de l'hôpital Tenon a guéri des malades atteints d'anémie pernicieuse, crue incurable jusqu'alors, par des transfusions répétées. Nous devons donc proclamer à la suite de ses importantes recherches, que avant d'accepter le verdict de mort que semblait donner l'état dit *aplastique* du sang, il faut instituer le traitement par la transfusion, et que l'*anhématopoièse avec état général encore suffisant, malgré l'examen défavorable du sang, sera toujours considérée comme non définitive.*

3° Rien de plus complexe et de plus hétérogène que le chapitre des *dyshématopoièses*, dont le type varie de la leucémie pour les cas graves, du purpura pour les formes moyennes, de l'hémogénie de P.-E. Weill pour les formes chroniques, ce dernier syndrome actuellement bien séparé de l'hémophilie classique qui est curable par les injections de sérum (P.-E. Weill).

Si l'hémophilie bénéficie de la transfusion du sang, sans doute plus active que la bienfaisante sérothérapie, le plus souvent suffisante (P.-E. Weill, *Journal médical Français*, janvier 1922), on ne voit pas comment une leucémie en tirerait un bénéfice notable et les essais de Roux-Berger n'ont pas été suivis des tentatives favorables. Quant aux purpuras, nous y reviendrons au sujet du pouvoir hémostatique de la transfusion La question reste à l'étude.

(1) *Paris médical*, 22 avril 1922.
Archives internationales de laryngologie de LEMAITRE (1923, sous presse). La trachéofistulisation au service du laryngologue.

La dyscrasie endohélioplasmatique de P.-E. Weill a reçu de son auteur, sur notre demande, le nom plus simple d'hémogénie. Caractérisée essentiellement par un allongement du temps de saignement de Duke, elle se sépare de l'hémophilie, caractérisée essentiellement par un retard de la coagulation. La transfusion du sang ne paraît pas occuper une place importante dans le traitement de l'hémogénie, qui semble (P.-E. Weil *Journal médical Français*, janvier 1922, p. 21) surtout relever de médications opothérapiques.

b) Récemment, à la Société de thérapeutique (mai 1923), nous montrions qu'une hémoptysie chez un phtisique cavitaire avait été arrêtée par la transfusion répétée à petites doses, après échec des thérapeutiques classiques, non que nous voulions soutenir la supériorité du pouvoir hémostatique classique de la transfusion (Hayem) sur les médications récentes, mais parce que dans un problème clinique toujours difficile, souvent même irrésoluble, la multiplicité des procédés de traitement est infiniment désirable.

Tout syndrome hémorragique appelle la transfusion sanguine pour arrêter les hémorrhagies rebelles, externes ou internes, graves par leur abondance ou la continuité d'un suintement sans arrêt.

Envisageons les grandes causes des hémorrhagies cliniques, et citons les accidents du travail, l'hémoptysie tuberculeuse, l'hématémèse de l'ulcus de l'estomac, la rectorrhagie de l'hémorrhoïdaire, les métrorrhagies de l'avortement, et parmi les hémorrhagies dites internes, celles de la fièvre typhoïde qui met la vie immédiatement en danger, et celles des helminthiases qui mènent à une anémie pseudo-pernicieuse (thèse d'Agasse-Lafont). La transfusion sera une arme de triple emploi : *par la greffe temporaire*, elle supplée momentanément les globules disparus et s'oppose à la mort immédiate ; *par son action opothérapique sur l'hématopoïèse*, elle reconstitue le sang pendant que s'écoule la phase dangereuse ; *par son action hémostatique* elle arrête l'hémorrhagie probablement par augmentation de la coagulabilité sanguine.

Mais il est de toute évidence que la transfusion ne saurait se substituer aux traitements des maladies provocatrices des pertes de sang ; et nous faisons les mêmes réserves que pour les chloro-anémies syphilitique ou paludéenne. Médication préalable ou d'urgence, elle facilitera et rendra moins offensive la cure chirurgicale des hémorrhoïdes, des ulcères digestifs, de l'hématocèle rétroutérine, ou des métrorrhagies et diminuera fortement leur gravité et souvent leur mortalité. Avant l'intervention indispensable, une transfusion sanguine de 100 à 200 cc., doublée d'une injection saline intraveineuse qui rétablit la masse du sang seront une protection du malade et non une perte de temps.

De même pour les formes hémorrhagiques des fièvres éruptives, la transfusion, en combattant le syndrome hémorrhagique, s'associera aux traitements de l'infection mis en œuvre selon les indications cliniques.

c) La transfusion sanguine faite avec le sang d'un donneur normal n'agit pas uniquement par l'action opothérapique de ses globules. Elle agit également par l'introduction du plasma et, à ce point de vue, elle doit être envisagée de deux points de vue, soit que le plasma puisse agir par les hormones que contient physiologiquement le liquide sanguin, soit qu'il agisse par des anti-corps ou des antitoxines créées dans ce plasma par des manœuvres antérieures.

1° Le sang normal contient des *hormones*, c'est-à-dire des produits spéciaux de sécrétion interne de certains organes destinés à déclancher ou à régler l'activité d'autres organes. Telle est l'adrénaline des capsules surrénales qui règle la tension vasculaire. comme l'ont encore récemment mis hors de doute les expériences de Chabrol et Tournade. Dans les circulations croisées de chiens après excitation du splanchnique du chien donneur ils ont obtenu l'élévation de la pression du chien receveur. Telle est la sécrétion du duodénum bien étudiée par Hallion et Enriquez, dont l'action sur le pancréas est manifeste. Ainsi le plasma normal par les hormones connues ou non encore précisées agira sur les viscères et particulièrement sur les glandes endocrines.

2° Mais le plasma sanguin peut être vecteur d'anticorps, soit à la suite d'infections spontanées soit à la suite d'infections ou de vaccinations provoquées. Lorsque Ch. Nicolle et Conseil nous démontrent que le sérum du convalescent de rougeole prélevée au 7e ou 10e jour possède une action préventive, s'il est injecté à un enfant en incubation de cette pyrexie, ne sommes-nous pas en droit de conclure que la transfusion sanguine serait encore plus efficace et devra être tentée, surtout chez les jeunes enfants ou cette maladie est si meurtrière. Les Américains n'ont pas hésité à vacciner dans un but thérapeutique des sujets humains et leurs journaux contiennent sur ce point toute une littérature des plus instructive.

Si les travaux de Nicolle et Conseil appellent de nouvelles recherches sur la prophylaxie et la cure des pyrexies, les expériences de Chabrol et Tournade appellent de nouveaux travaux sur

le rôle de la transfusion dans les troubles graves de la tension artérielle. En parallèle avec leurs expériences, dans deux cas d'hypertension avec hémorrhagies mettant la vie en danger, la transfusion du sang nous donnait avec l'arrêt des hémorrhagies une baisse notable mais temporaire de la pression. Des recherches ultérieures doivent préciser ce point. Nos donneurs étaient hypotendus.

Citons encore les indications d'ordre général, comme le choc opératoire qui serait évité par la transfusion en particulier après l'ablation des hypertrophies de la prostate (Pauchet).

3° *La transfusion blanche*, manœuvre de leucothérapie, ne sera que signalée dans cette étude. Nous avons dénommé ainsi l'injection à un grand infecté d'un abcès de fixation fait à un sujet sain, ce qui nous a donné un succès thérapeutique (Soc. de méd. de Paris, 1922). L'injection est provisoirement hypodermique et l'appellation de transfusion ne vaut ici que par analogie. Mais la transfusion partielle, dont nous venons de publier la technique à la Société de médecine de Paris (juin 1923) est une méthode intéressante qui permet de réinjecter soit les globules sans plasma soit le plasma sans globules. L'injection de globules sans plasma, n'est autre que la *déplasmatisation du regretté Fleig*. Lorsque le donneur et receveur se confondent, c'est-à-dire lorsque les globules prélevés sont réinjectés au même sujet sans plasma dilués dans du sérum sucré, il y a saignée sans anémie, méthode à mettre en œuvre chez les uréiques. D'autre part, la transfusion de plasma pur évite la nécessité de la recherche des groupements sanguins ; puisque l'épreuve de Beth Vincent montre que seule est grave l'intolérance aux globules du donneur ici supprimés.

Elle sera à mettre en œuvre dans la prophylaxie de la rougeole selon la méthode de Nicolle et Conseil adaptée à la voie intraveineuse. Déplasmatisation et déglobulisation ne tarderont pas à prendre une place importante dans la pratique médicale, vu leurs indications précises.

Ainsi de jour en jour se précisent et se multiplient les indications (1) de la transfusion sanguine devenue opération de petite chirurgie comme nous disions depuis 1917, grâce à la précision de la technique, et à l'adoption des petites doses (20 à 200 cc.) que nous avons toujours soutenue. Soit chez le nouveau-né, soit chez l'adulte notre méthode en seringues close, méthode citoh émo-saline bien réglée (2) donne toute garantie. Nous en donnerons dans un deuxième article un exposé pratique.

LA DOULEUR EN CHIRURGIE (*Suite*)

Par Dartigues.

DES CONSÉQUENCES PSYCHIQUES ET PRATIQUES DU PROGRÈS DE L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE.

(*Suite*)

Des rapports de l'anesthésie avec la rapidité opératoire

Ces rapports ont été variables et subissent encore des fluctuations. Nos anciens étaient obligés d'aller vite, car ils n'avaient pas d'anesthésie ; puis, opérer au sein de la douleur est une chose horrible qui répugne à ceux qui ont du cœur, et qui gêne l'opérateur.

Les raisons d'aller vite subsistent toujours, car l'opération rapidement, mais cependant sagement conduite, exposera toujours moins à l'infection et au choc. Aujourd'hui où l'on recourt de plus en plus à l'anesthésie locale ou régionale, nous retournons de nouveau à la rapidité (qui a été négligée un temps, surtout par des chirurgiens à tempérament lent, qui s'en excusaient hypocritement par la raison de la sécurité donnée par l'anesthésie générale), à cause des effets des anesthésiques locaux qui n'ont qu'un temps d'action limitée et alors que nous les utilisons pour des opérations plus compliquées, plus minutieuses et plus longues que celles d'autrefois.

Nous voyons trop souvent écrit ceci : « Les chirurgiens de jadis possédaient une habileté, une dextérité, que ne possèdent plus nos chirurgiens modernes ! » Et ce qui est.... Ah ! je vais dire un mot énorme d'argot, puisqu'ici je cause mais n'écris pas.. ce qui est « rigolo » (pardonnez l'expression, mais tout en rougissant de la prononcer, je m'y hasarde car je veux vous clouer ma pensée dans votre cerveau)... ce sont ceux-là mêmes qui sont rapides et habiles au-delà de toute admiration, qui sont les premiers à répéter ce vieux cliché, tellement l'homme est enclin à prendre des habitudes moutonnières de

(1) Lire : G. Rosenthal, Société de l'Elysée, *in Journal de médecine de Paris*, 1er juillet 1922.

Pauchet. — Société de méd. de Paris, séance du 24 mars 1923.

Dupuy de Frenelle. — Le *Monde médical*, 1922.

(2) Lire : notre dernier exposé de technique, *Paris médical*, 9 juin 1923. Société de thérapeutique, juin 1923.

penser, obéissant à la poussée du moindre effort dans la réflexion, car ce qu'il y a de plus rare au monde ce sont des cerveaux meublés d'idées non amoncelées comme de vieux vêtements usagés, ce sont des esprits qui ne se payent pas de mots dispensant de penser et de faire penser avec nouveauté, mais qui voient les réalités avec la netteté des lumières crues sur la surface ensoleillée des faits. Parmi les chirurgiens de notre époque et qui sont disparus, faut-il citer comme exemples d'opérateurs extrêmement habiles et rapides : Péan, Doyen, Morestin, Pantaloni, etc. ? Parmi les vivants, je ne citerai aucun nom pour n'avoir pas à me permettre d'évincer personne ; cependant dois-je faire une exception car c'est moi qui peux m'en faire garant, ayant chronométré une hystérectomie pour fibrome pratiquée par J.-L. Faure il y a quelques années : en 55 secondes le fibrome passa du ventre dans le plateau, plus vite que la tête, des épaules de Iokanaan sur le plateau vermeil et sanglant de Salomé !

Nous sommes toute une pléïade de chirurgiens français qui avons montré pendant la guerre que cette vitesse et cette précision françaises n'avaient pas périclité, et cela aux yeux ébaubis de nos alliés et à ceux de nos ennemis qui le savaient bien depuis longtemps, car ils savaient tout, mais se gardaient bien d'en parler ; on sait bien que la jalousie à son plus haut degré est muette comme les grandes douleurs !

L'habileté, la dextérité ne sont donc pas en décroissance ; elles augmentent, au contraire, et surtout, chose neuve, passent en plus de mains. Les mécanismes modernes, l'entrée plus fréquente dans l'action de chacun de nous, l'application des intellectuels aux divers maniements, l'auto, l'avion, les machines de toute espèce, la multiplicité des métiers de finesse et d'adresse, développent et vulgarisent la dextérité rapide. Les médecins de campagne, les praticiens, font habilement aujourd'hui des choses que n'auraient pas fait leurs pères : évidemment on ne peut leur demander ce que font certains spécialisés d'entre nous qui, ayant des aptitudes voulues ont, de plus, l'occasion de s'exercer quotidiennement, et qui sont des sortes de surhommes par rapport à la moyenne, en tout cas des champions.

Loin d'être en décroissance, j'affirme que la dextérité est en ascendance ; loin d'être en rareté humaine, elle est en multiplicité humaine. Elle obéit à la grande loi du mouvement sur la terre, lequel ne peut apparaître, aux yeux ouverts et clairvoyants, qu'en progression extraordinaire, comme si le propre de la civilisation était d'aller en accélération continue à mesure qu'elle s'élève et s'étend !

On a vanté à juste titre la rapidité de nos pères, mais nous n'en avons rien perdu, au contraire. Avez-vous songé un instant que s'ils avaient été obligés d'opérer nos salpingites, nos appendicites adhérentes, de faire nos hystérectomies pour certains cas compliqués de fibrome ou de cancer, d'exécuter certaines de nos opérations sur le cou, nos gastrectomies, nos colectomies, nos entéro-anastomoses diverses, nos gasserectomies, nos trépanations pour tumeurs cérébrales ou cérébelleuses, etc., ils n'auraient pas été plus vite qus nos bons laparotomistes, crâniectomistes, thoracotomistes, hystérectomistes, néphrectomistes, gastrectomistes, prostatectomistes, etc., etc. ! !

Ces ancêtres chirurgicaux, très peu lointains du reste, étaient, si je puis dire, des *membristes*, des spécialisés de la chirurgie des membres et principalement des amputations, qu'on pratiquait souvent, car la guerre fut à un moment permanente et parce que l'exérèse des bras et des jambes était plus facile et plus sûre que la plupart des essais de conservation.

Nos pères auraient regardé nos opérations d'aujourd'hui, auxquelles ils ne songeaient pas et dont ils n'ont même pas, pour beaucoup d'entre elles, entrevu la possibilité, avec une terreur inhibitrice : c'est qu'ils étaient moins complets anatomistes que nous et que leur bagage scientifique ne valait pas le nôtre. Comme quoi le progrès dans le mouvement même, c'est-à-dire dans sa partie exécutrice et manuelle, est fonction du savoir et des certitudes ; comme quoi l'ignorance est retardatrice et la science plus spontanément agissante et effective ; et comme quoi enfin, le meilleur chirurgien est celui qui va droit au but, sans hésitation, parce qu'il *sait*, parce qu'il *entrevoit* : s'il progresse avec dextérité, c'est qu'il ne s'avance pas dans le mystère !

Vieux cliché, que j'ai lu récemment : « les chirurgiens n'ont pas besoin de cette vitesse, puisqu'ils ont à leur disposition l'anesthésie, le chloroforme, l'éther, etc. ». Erreur ! les chirurgiens ne sont plus devant la *douleur*, abolie momentanément, mais ils restent devant l'*empoisonnement* et le *shock* qui ne sont pas de moindres périls. Au contraire, à tout prix il faut aller vite, à cause de ces deux facteurs dont il faut tenir compte et de bien d'autres, aller vite non pas au détriment du patient et de la valeur de précision technique de l'opération, mais aussi parce qu'en toute chose, il faut économiser du temps, chose la plus précieuse pour l'homme, car le temps ce n'est pas de l'argent, *vieux cliché* prosaïque admis unanimement parce que de formule américaine, mais parce que, comme je pourrais le dire à la française, *le temps c'est de la vie* ! Il faut aller vite en chirurgie, toujours plus vite, mais vite dans la sécurité et la certitude des connaissances acquises et des techniques simplifiées : ne faisons pas comme le mécanicien qui voulant aller à une vertigineuse allure pour rattraper un temps perdu, lancerait sa locomotive à une folle vitesse et la précipiterait toute trépidante, fumante et éclatante, hors des rails brisés, c'est-à-dire hors de la voie tracée d'avance et qui, plus sagement suivie, aurait mené sûrement au but.

Il est plus facile, moins fatigant, de répéter, avec bonne foi souvent, de vieux clichés que de chercher à en exonérer sa pensée, et de s'efforcer à voir dans l'avenir, je veux dire en avant; et, sans prendre des

allures de prophète, il est bien permis de croire que nous devons non seulement augmenter le champ de notre vision, mais le percer en profondeur lointaine.

Je suis devant la mer : nous voyons tous de gros bateaux (les gros vieux clichés), mais d'un effort volontaire, scrutant l'horizon, qui ne m'approuvera d'être intéressé surtout par la vue d'un point imperceptible à la foule indolente et qui se satisfait du *grosso modo* du spectacle ? Ce point imperceptible est une barque ; elle apparaît, disparaît, suivant l'ondulation mouvante de la nappe aquatique qui est à l'infini : c'est l'idée nouvelle ; c'est la barque où se font des appels vers de nouveaux espaces ; ce n'est quelquefois qu'une illusion du désir intellectuel, qu'importe ! le plus souvent ce ne l'est pas !

Douleur et obstétrique chirurgicale

Il existe toute une chirurgie obstétricale faite des techniques en vue de remédier aux complications dues à des tumeurs pelviennes variées venant gêner la grossesse ou empêcher l'accouchement, et aux complications provenant des défauts d'une ceinture osseuse pelvienne délimitant une filière trop étroite. Cette chirurgie qui n'a rien de spécial que son objet, tout comme la chirurgie générale, demande l'abolition de la douleur. Pour la césarienne, pour l'annexectomie ectopique, pour la myomectomie par énucléation, pour l'hystérectomie, etc., il va de soi qu'on ait recours à l'anesthésie : il serait puéril d'insister.

Mais l'homme a visé plus haut, mû par un sentiment de dénégation rebelle contre l'ordre qui paraît établi dans la nature par une volonté supérieure de Toujours : il a fini par enfreindre la loi qui semblait être divine, parce qu'elle paraissait inévitable, éternelle dans le passé, éternelle dans la profondeur du futur. Il a forcé la loi cruelle et lui a substitué sa bonté efficace.

Depuis les temps bibliques, depuis le moment où les Chéroubims aux glaives de feu chassèrent le grand couple désespéré, Il était dit à la femme : « tu enfanteras dans la douleur ! » Et, en effet, parmi les races innombrables, les générations indéfinies, les mères des hommes ont proliféré dans la douleur ; par millions et par millions, malgré cette menace du ciel et cette affirmation d'un opprobre originel, se rédimant par la puissance plus grande de l'amour qui vise éternellement à la perpétuité de la vie, elles ont procréé, égalitairement dans la souffrance, des enfants qui, dans leurs bras et sous leurs baisers d'égale tendresse, rayonnèrent dans l'égalité délicieuse de tous les jeunes êtres de la terre, avant d'être jetés dans la conflagration des désastres de l'existence ainsi que le veut l'évolution de la vie.

Et voici qu'un jour vient où tant d'enfantements, tant de déchirements dans la douleur, vont cesser pour faire place à une eutocie bienfaisante et facilitée par la narcose. La peur d'accoucher dans la douleur qui épouvantait la femme et qui pouvait s'oublier un instant dans les ardeurs de l'amour, peut disparaître à jamais.

Tous les médecins connaissent l'exemple digne de mémoire de la reine Victoria dont les accouchements difficiles furent soulagés par l'anesthésie douce et légère, ce qui a fait donner à cette méthode le nom de « chlorofrome à la reine ». Depuis, on y a eu recours souvent. De ce côté nous avons aboli la douleur sans cependant abolir la contraction expulsive de la matrice. Nous avons trouvé récemment des substances qui hâtent « le travail » tout en le rendant indolore.

Il n'y a donc pas de nécessité absolue devant la volonté de l'homme qui peut annihiler la loi qui semble la plus naturelle en lui opposant de nouvelles lois issues de ses découvertes. Et, comme on le voit, toujours, tout dans la nature prend une allure accélérée, afin que les êtres vivants soient, comme les choses, entraînés dans un tourbillon de jour en jour plus puissant et plus furieusement rapide vers leur destinée inconnue.

Femme, qui, depuis les jardins édeniques aux verdoyantes fraîcheurs inaltérables où l'œuvre d'amour devait s'accomplir dans la joie triomphale de la vie transmise sans souffrance, comme de beaux fruits succédant aux fleurs printanières, et qui, depuis des millénaires obscurs peine dans les forêts, les déserts, et la brousse et le creux des roches troglodytiques et dans les masures et les chaumières, et dans les maisons confortables, et jusque dans le resplendissement des palais où le lit royal même est égalitairement une couche de gémissement, tu enfantes dans la douleur. Mais l'homme maintenant peut dire : Non ! par mon ingéniosité et mon désir, que rien désormais n'assombrisse l'œuvre entière d'amour ! vraiment, femme, tu pourras ne plus enfanter dans la douleur et je viens te faire ce cadeau impérial offert par la richesse de ma pensée et la trouvaille de mon génie.



PAROTIDITES RÉCIDIVANTES

On rencontre parfois des sujets jeunes, porteurs d'une tuméfaction parotidienne, simple ou double, allant du banal empâtement indolore à la fluxion caractéristique des atteintes ourliennes ; l'état général reste bon, la température normale, l'appétit conservé. Cette affection atteint, du moins d'après mes constatations personnelles, plus souvent les hommes que les femmes, et, de préférence, des individus jeunes.

A première vue, le médecin pense aux oreillons ; et, si le malade appartient à une collectivité docile aux règlements prophylactiques (milieu scolaire, militaire, ouvrier, pénitentiaire, etc.), le diagnostic qui s'impose est : « oreillons ; à isoler ». On isole, on institue le traitement habituel, on surveille les testicules, on inocule même préventivement du sérum antidiphtérique ; on rend compte, ou l'on prévient la famille des contagions possibles et... on attend. Tout rentre dans l'ordre en peu de temps, sans complications orchitiques, après le flux cataménial chez les femmes, et le médecin, tout heureux, annonce : « Vous voilà immunisé pour toujours contre les oreillons. »

Eh bien ! c'est une erreur ; d'abord, plus souvent qu'on ne croit, le sujet a eu les oreillons auparavant ; de plus, il peut les avoir par la suite, car il ne s'agissait pas d'oreillons ; enfin, cette poussée parotidienne elle-même peut récidiver, telle quelle, au grand étonnement du malade, ce qui est naturel, et du médecin, ce qui est une faute.

Il faut savoir, en effet, que, en dehors de tout accident de la dent de sagesse, en dehors d'une obstruction, infectieuse ou non, des canaux salivaires, et sans penser aux cas rares (néoplasies) ou aux traumatismes de la loge parotidienne, les glandes parotides sont sujettes aux oreillons — dont je ne m'occupe pas ici — et aux poussées congestives sur lesquelles je désirerais donner quelques détails. L'expression de « faux oreillons » ou de « oreillons à éclipses » ne me satisfait pas, précisément, à cause du terme « oreillons » qui éveille trop de questions supplémentaires, chez le malade aussi bien que chez le médecin. Il n'y a pas, dans ces cas, le moindre élément ourlien, par conséquent, rien à craindre du côté des complications connues de tous et, corollairement, aucune mesure prophylactique à prendre. Le diagnostic n'en reste pas moins délicat et l'affirmation qu'il s'agit de parotidite non ourlienne exige quelques précautions oratoires.

Ce diagnostic sera facilité, très souvent, par les anamnestiques : le malade a eu les oreillons, donc il s'agit aujourd'hui de parotidite, car les oreillons vrais sont doubles, au point que, depuis l'origine, qu'il y a des malades et qui souffrent d'oreillons, la terminologie a toujours été ce duel : « *les* oreillons ». Autre cas simple : le sujet a déjà présenté pareille atteinte, avec ou sans oreillons antérieurs. Mais, à la lumière des travaux actuels sur les troubles endocriniens et si on veut bien « fouiller » le malade, si l'on prend la peine de s'enquérir de sa thyroïde, de ses ovaires, et même de ses organes les plus étrangers (en apparence) à la poussée congestive actuelle, on acquerra vite la conviction qu'il s'agit d'une parotidite non ourlienne.

Est-ce un homme jeune ? Palpez sa thyroïde que vous trouverez parfois douloureuse ; demandez-lui s'il n'a pas souffert de rhumatisme, dit « de croissance », de migraines périodiques, de troubles angiocriniens (angoisses, vertiges, suffocations, asthme des foins, congestion hépatique, etc).

Une jeune fille ? Sachez si elle est réglée, et comment ? Si elle est sujette à des troubles acroasphyxiques pendant l'hiver.

Une femme jeune ? Etudiez les ovaires, la thyroïde encore et toujours ; faites-lui avouer — sans suggestion — que l'hémorragie de sa défloration fut abondante, alarmante parfois. A-t-elle des enfants ? Poussez votre interrogatoire sur les suites de couches et la reprise des fonctions ovariennes.

Quant à la femme d'âge mûr, cette parotidite annonce, accompagne ou suit la ménopause, et, en outre, dans son passé, vous trouverez les troubles des organes ci-dessus énoncés, et, surtout, très souvent, un lourd passé de dysthyroïdie.

Le moyen le plus simple de faire un diagnostic est « d'y penser ». Mais je ne voudrais pas qu'on me fît dire qu'il faut vouloir faire rentrer, en y pensant, chaque parotidite dans le vaste cadre, encore mal connu, des angiocrinoses. Non ! Soyons éclectiques ; n'oublions pas que les oreillons existent, parfois très graves, puisque la stérilité peut en découler ; mais, toujours cliniciens, pensons à leur cortège symptomatique : bilatéralité, courbe thermique, douleur, contagion, évolution réglée, incubation quasi-mathématique. Et, après avoir éliminé toutes ces raisons de croire à des oreillons, ouvrons notre case « dyscrinose » et poussons notre enquête. Nous saurons vite reconnaître que, la lithiase et le cancer n'étant pas en cause, il s'agit d'une répercussion à distance d'un trouble endocrinien ou splanchnique. Examinez d'une part le foie, l'estomac, la muqueuse pituitaire, points de départ, non pas rares, mais moins fréquents que les suivants : thyroïde, ovaire, testicule. Le sujet est jeune ; sa sexualité s'exaspère et la paro-

tide participe à la congestion des organes lymphoïdes, des tissus érectiles. Le sujet est d'âge moyen, ses glandes endocrines perturbées réagissent au loin, par dérivation. Le malade arrive à son automne : thyroide, ovaires, testicules, non assagis, mal assouvis, poussent une dernière offensive, telle la floraison exquise d'un rosier en octobre, malgré les premiers frimas.

Et cette parotidite, simple ou double, qui n'est sans doute pas la première, et peut-être non pas plus la dernière, se traitera de façon heureuse, outre les soins locaux (onctions anodines, bains de bouche habituels, enveloppement ouaté si l'on veut, etc.) par l'opothérapie qu'on n'a pas accoutumé de faire intervenir en l'occurence. Suivant le sexe du sujet, et surtout d'après les résultats de votre examen approfondi, donnez de l'extrait thyroïdien, ovarien, testiculaire, isolés ou associés, d'après vos habitudes thérapeutiques.

Ce faisant, vous aurez la satisfaction, non seulement de soulager votre malade, mais de le guérir vite, par un traitement basé sur une étiologie précise dont il faut connaître toutes les modalités pour apprendre à les rechercher à les poursuivre, à les atteindre.

Dr Forgues,
Médecin-major
à Kairouan (Tunisie).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les nouvelles methodes de traitement des hémorroïdes

Les hémorroïdes externes, rappellent MM. Bensaude et Oury, saignent rarement, mais s'enflamment fréquemment : des soins hygiéniques locaux, des applications de pommades suffisent à calmer les crises. Les hémorroïdes internes saignent et s'étranglent ; les pertes sanguines qu'elles occasionnent peuvent affaiblir et anémier fortement les malades. C'est contre elles qu'il faut savoir lutter.

En dehors des vieux traitements, les auteurs notent les bons effets obtenus avec la teskrine, et le cupressus. Ils recommandent les formules suivantes :

Ext. fluide de cupressus	25 gr.
Ext. de marron d'Inde......	1 gr.
Teinture de Teskra	1 gr.
Eau distillée...............	58 gr.
Alcool à 95 °..............	15 gr.

3 à 6 cuill. à café par jour.

Oxychlorure de bismuth.....	0,05
Adrénaline..................	V gouttes
Stovaïne	0,005
Ext. stab. de cupressus.. } Ext. stab. de marron d'Inde.............. } ââ	0,075
Beurre de cacao............	3 gr.

Pour un suppositoire N° 10.

Les lavements chauds ou froids additionnés de tanin, d'alun, de gélatine, de ferripyrine, de chlorure de calcium, rendent des services, de même que la glace *loco dolenti*, le tamponnement, la cautérisation, en cas d'hémorragie rebelle.

La réduction manuelle convient aux étranglements avec prolapsus ; mais, la récidive est fréquente. La fissure anale est une complication très douloureuse.

Le traitement électrique avec les courants de haute fréquence sous forme de diathermie, ou diathermo-coagulation, donne d'excellents résultats.

Mais la cure radicale, celle qu'on doit tenter de réaliser, ne s'obtient que par le traitement chirurgical, assez délicat, ou par les injections sclérosantes.

C'est à celles-ci que les auteurs semblent donner la préférence, en utilisant comme agent coagulant et sclérosant, soit la glycérine phéniquée, soit surtout le chlorhydrate double de quinine et d'urée.

Voici, au surplus, comment ils s'expriment à propos de cette dernière méthode :

« *En résumé*, le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes de quinine et d'urée mérite une place à côté des procédés chirurgicaux ; il a ses indications précises, plus limitées que celles des méthodes sanglantes ; il fournit peut-être un résultat définitif un peu inférieur à celui des injections de glycérine phéniquée (Roux) ou d'alcool à 96° (Boas), mais n'en comporte pas non plus les inconvénients, puisqu'il ne nécessite ni anesthésie générale, ni même locale, ni repos absolu au lit ; il constitue le traitement ambulatoire par excellence, permettant au malade de vaquer à ses occupations tout en se soignant. Cette méthode, en outre, est absolument indolore, ne produit aucun accident quand elle

est pratiquée par des mains expertes et, si elle ne guérit pas toujours radicalement le malade, au moins toujours produit-elle une amélioration certaine très marquée ». (*Journ. des Prat.*, 16 juin 1923.)

Les manifestations colitiques du côlon transverse.

Poursuivant leurs intéressantes études sur les colites, MM. FAROY et BAUMANN exposent le résultat de leurs recherches relatives à la colite du côlon transverse.

Ils en décrivent une forme myasthénique, une forme entéro-névritique, une forme, enfin, qu'ils dénomment asystolie du côlon transverse.

La réalité anatomique et clinique de ces formes ne fait d'ailleurs aucun doute, la thérapeutique spéciale qu'elles exigent, et les résultats de celle-ci venant la confirmer pleinement.

Voici le chapitre concernant le traitement :

« Le traitement général des manifestations colitiques médianes ne diffère en rien de celui de la colite muqueuse ; nous en avons récemment donné une description détaillée. Il doit être institué suivant la phase d'évolution de la colite ; il doit comporter au préalable un traitement causal, si toutefois il a été possible de déterminer un agent pathologique infectieux, parasitaire ou toxique.

« A la *période d'atonie ou de myopathie transitoire*, voisine de la période d'invasion et où les lésions inflammatoires sont légères, superficielles et banales, on mettra en œuvre d'abord les procédés de désinfection intestinale : les moyens diététiques, diète hydrique, régime hypoazoté ; les moyens biologiques, ferments lactiques, levures, etc. ; les moyens chimiques, sels de bismuth, benzonaphtol, peroxydes, etc.

« En second lieu, on cherchera à modifier la muqueuse, et, parmi les médicaments appropriés, signalons le chlorure de magnésium et les sels de chaux, le chlorure de calcium en particulier. Enfin, on tentera de rétablir l'équilibre par des excitations légères et répétées, de régler les évacuations, de réveiller les sécrétions déficientes, biliaire, pancréatique, gastrique et intestinale.

A la *phase neuro-myopathique*, où les lésions sont déjà plus accentuées, où les infections secondaires ont fait leur apparition, où le système nerveux est profondément troublé, la thérapeutique devient plus difficile et plus incertaine, et exige des méthodes plus énergiques.

« Ici encore, le régime ne sera pas négligé. La désinfection intestinale sera réalisée au maximum par des moyens variés, et poursuivie longtemps. Si le résultat obtenu est insuffisant, on pourra avoir recours à la vaccinothérapie par autovaccins, ou aux pansements gélosés et médicamenteux de la muqueuse (Friedel). Mais on aura soin surtout d'instituer en même temps une médication calmante contre les états spasmodiques et les phénomènes réflexes douloureux.

« La thermothérapie rend les plus grands services ; si l'on ne peut avoir à sa disposition la diathermie ou les cataplasmes de boue minérale en faveur à Châtelguyon, on emploiera avec succès des moyens simples, compresses humides chaudes, enveloppements humides de l'abdomen, compresses d'alcool, teinture de capsicum, alcoolat de Fioravanti, etc.

« Le traitement médicamenteux varie suivant les formes vagotoniques ou sympathicotoniques ; on se rappellera que l'adrénaline est un excitant du sympathique et l'ésérine un inhibiteur ; que la pilocarpine est un excitant du nerf vague et l'atropine un sédatif.

« Enfin, deux stations thermales mettent à la disposition des malades leurs modalités hydrothérapiques et l'action de leurs eaux : Châtelguyon, qui exerce sur l'élément colite une action modificatrice et dont l'eau est, en outre, un remarquable antiseptique intestinal ; Plombières qui, par sa haute thermalité, est un sédatif du système nerveux abdominal et agit sur les cœlialgies et les états douloureux.

« A la *période ultime*, le traitement physiothérapique occupe la première place. On cherchera surtout, par des moyens rationnels et d'après les indications fournies par la radioscopie, à modifier la situation du côlon transverse, à le tonifier et à le redresser.

« Dans une récente communication, l'un de nous a indiqué, avec Loeper, trois procédés qui, appliqués simultanément, ont donné d'excellents résultats : le massage, la gymnastique diaphragmatique par la manœuvre de Chilaïditi, et la spondylothérapie, c'est-à-dire l'excitation de certains centres nerveux médullaires par la percussion des apophyses épineuses correspondantes et en particulier, d'après Aubourg, la percussion des trois premières vertèbres lombaires.

« On pourra avoir raison, par ces moyens, des formes réductibles de la stase, des allongements, coudures, ptoses et, dans une certaine mesure, des adhérences discrètes et des péricolites membraneuses en voie d'évolution.

« Les cures thermales peuvent rendre encore quelques services, celle de Châtelguyon en particulier, en atténuant les séquelles colitiques et en excitant les centres moteurs.

« Les formes irréductibles par adhérences anciennes, brides ou néoformations membraneuses (Jackson) sont justiciables du traitement chirurgical. (*Presse méd.*, 13 juin 1923.)

Les indications et l'abus du curettage utérin.

Quand doit-on procéder au curettage utérin ? Quand doit-on s'en abstenir ? Questions de pratique courante auxquelles M. GUÉNIOT s'efforce de donner des réponses précises.

D'après l'auteur, on renoncera au curettage contre les hémorragies des fibro-myomes, la thérapeutique par les radiations étant infiniment plus efficace. De même, dans le cancer du col inopérable. Dans le cancer du corps utérin, le curettage ne doit être pratiqué que dans un but diagnostique, pour préciser la nature de l'affection d'une façon précoce, et permettre précocément l'intervention chirurgicale curatrice.

Les métrites chroniques, et surtout les hémorragiques, demeurent une des principales indications du curettage.

Dans les rétentions placentaires et membraneuses du *post-partum*, c'est au curage digital d'un utérus largement ouvert, dans lequel la main peut pénétrer, qu'il faut donner la préférence. Et encore, la rétention des seules membranes peut parfaitement comporter une expectation armée, durant quelques jours, sauf le cas d'hémorragie ou d'infections.

Dans la rétention placento-membraneuse secondaire à un avortement, « le curage de l'utérus, sous forme de curage digital ou de curettage, n'est indiqué que dans les cas de rétention de placenta ou de débris ovulaires, plusieurs heures après l'expulsion de l'embryon lorsqu'il n'y a aucun incident, ou sans délai, en cas d'hémorragie ou de complication d'infection. Mais dans les avortements spontanés, soit que l'œuf soit expulsé en bloc, soit que l'expulsion du placenta se fasse séparément de celle de l'embryon, les complications (rétention, hémorragie, infection) sont rares, sont tout à fait l'exception : aussi est-il rare qu'on ait besoin à leur suite de pratiquer un curettage ».

L'infection puerpérale, qui était naguère une indication impérative de procéder au curettage, est, à cette heure, justiciable du seul traitement médical (glace sur le ventre, sérothérapie anti-streptococcique, métaux colloïdaux, abcès de fixation). La curette détruit en effet la barrière formée par l'infiltration leucocytaire de la muqueuse et favorise ainsi la résorption par le torrent circulatoire de germes ou de toxines, qui déterminent une septicémie redoutable (*Paris médical,* 16 juin 1923.)

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par le sérum du cordon ombilical.

Fort de huit observations concluantes, M. Urriola préconise, contre les vomissements incoercibles, les injections, répétées au besoin une ou deux fois, de 5 cmc. de sérum obtenu en recueillant le sang qui s'écoule du cordon ombilical, après sa section, mais avant le décollement du placenta. La conservation et la stérilité de ce sérum sont assurées par l'addition à la dose injectable (5 cmc.) de deux gouttes d'un mélange de formol et d'ammoniaque. (*Paris méd.*, 16 juin 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Coma diabétique traité avec succès par l'insuline.

(MM. Sézary, Chabanier, Lobo-Onell et Mlle Lebert. — *Soc. méd. des hôp.*, 29-6 1923.)

M. Sézary relate un exemple de coma diabétique confirmé, traité avec succès par l'insuline. La malade, une femme de 63 ans, était en période de coma réalisé, inconsciente et insensible. On lui fit, toutes les cinq heures, une injection sous-cutanée d'insuline (à la dose de cinq unités de la préparation des auteurs) et on y associa quelques injections intra-veineuses du même produit.

Sept heures après le début du traitement, l'acétonurie tomba de 0 gr. 67 à 0 gr. 14, et, dix-neuf heures après, elle était nulle. La glycémie, de 3 gr. 50 en plein coma, baissa à 2 gr. 50 le deuxième jour, et à 1 gr. 09 le quatrième jour. Cette chute se produisit alors que la malade recevait plus de 175 gr. de sucre. Simultanément avec la réduction de l'acétone et du glycose du sang, l'état clinique se modifiait profondément. La patiente reprit conscience et des forces. Malheureusement, une pneumonie se déclara qui entraîna la mort, sans qu'aucun symptôme de coma diabétique ait réapparu.

Cette observation vient s'ajouter à celles publiées par Banting, Campbell, Blum, par Gilbert, Baudoin et Chabrol, et par d'autres auteurs, pour établir la valeur de l'extrait de pancréas comme médication d'urgence au cours du coma diabétique confirmé.

Diabète grave avec infantilisme. Insuline.

(MM. Appert et Chabanier. — *Soc. médicale des hôp.*, 22-6 1923.)

MM. Apert et Chabanier ont soigné, à l'hôpital des Enfants-Assistés, un jeune malade de 17 ans, atteint de diabète (400 à 600 gr. de sucre), acétonurie et infantilisme. Sous l'influence de l'insuline, le sucre urinaire tomba rapidement à quelques grammes, en même temps que l'état général s'améliorait.

Diabète infantile compliqué de tuberculose. Insuline.

(MM. Laignel-Lavastine, Chabanier et Potez. — *Soc. médicale des hôp.*, 22-6 1923.)

M. Laignel-Lavastine relate un cas de diabète infantile grave compliqué de tuberculose pulmonaire à évolution rapide, traité par le pneumothorax arti-

ficiel et l'insuline, et amélioré, quant au diabète du moins.

Le malade, jeune homme de 15 ans, offrait un diabète sérieux, avec acidose considérable, et une tuberculose à marche rapide, avec cavernes volumineuses. L'insuline amena rapidement la disparition de l'acétonurie et la chute de la glycosurie. Par contre, malgré un pneumothorax artificiel, d'ailleurs difficile à rendre complet, la bacillose continua à évoluer.

— M. Marcel PINARD, tout en constatant l'excellence des résultats immédiats du traitement par l'insuline, voit sous un jour différent ses suites d'échéance éloignée. L'insuline est une thérapeutique d'urgence efficace, mais elle n'agit que pour un temps très court. Il faut la compléter par une médication étiologique. Laquelle ? La cure spécifique très souvent, 80 pour 100 des diabétiques, dit M. Marcel Pinard, étant syphilitiques ou hérédo-syphilitiques.

Hoquet récidivant et encéphalite épidémique.

(M. LE BLAYE et Mme FORGET-URION. — *Soc. méd. des hôp.*, 22-6 1923.)

M. Le Blaye et Mme Forget-Urion ont traité, l'hiver dernier, une jeune femme atteinte d'encéphalite épidémique à forme myoclonique. Recherchant quelle avait pu être l'origine de cette maladie, ils la trouvèrent dans l'entourage de la malade. Le père de celle-ci avait été atteint en 1921 de hoquet épidémique et d'une rechute de ce hoquet, cinq ou six jours avant l'apparition des premiers troubles nerveux chez la jeune femme.

Ce fait, remarquent les auteurs, indique la longue persistance du virus encéphalitique et rend compte de la difficulté de la prophylaxie de la maladie en question, des sujets sains en apparence pouvant demeurer plusieurs années vecteurs du virus encéphalitique.

Deux cas d'érythromélalgie chez des syphilitiques.

(MM. E. MAY et P. HILLEMANU. — *Soc. médicale des hôp.*, 29-6 1923.)

L'érythromélalgie est une affection rare dont la pathogénie et l'étiologie sont encore très imparfaitement connues. Cliniquement, elle comprend des modifications objectives (poussées de vaso-dilatation des mains avec rougeur) et subjectives (chaleur, cuisson, crises douloureuses, exagérées par la chaleur du lit).

MM. May et Hillemand viennent d'observer deux cas d'érythromélalgie chez des sujets syphilitiques (Wassermann positif). Le traitement spécifique (arsénobenzol, bismuth, iodure) donna une amélioration très marquée.

La coexistence de la syphilis et de l'érythromélalgie n'est pas une notion nouvelle. Le cas princeps de Weir Mitchell (1878) concernait déjà un syphilitique. Dans la thèse de Benoist, sur 130 cas, 30 environ comportaient des antécédents avérés ou probables de spécificité. L'affection, d'autre part, est souvent améliorée par les iodures et guérit parfois par le traitement antisyphilitique.

On ne saurait, évidemment, généraliser ces faits. L'érythromélalgie n'est qu'un syndrome que des causes multiples (traumatisme, troubles endocriniens, lésions du système nerveux central) sont sans doute capables de réaliser. Parmi ces causes, néanmoins, la syphilis semble bien tenir une place qui n'est pas négligeable.

Septicémie veineuse subaiguë.

(MM. RAYNAUD, LACROIX et BOUTIN, d'Alger. — *Soc. méd. des hôp.*, 29-6 1923.)

M. LIAN présente, au nom de MM. Raynaud, Lacroix et Boutin, d'Alger, une observation de septicémie veineuse subaiguë hémoptoïque, à petits foyers successifs localisés. Il s'agit d'un homme bien portant qui, à la suite d'une plaie minime, réalisa un état septicémique subaigu, prolongé, ayant donné lieu à cinq poussées successives de phlébite superficielle localisée, segmentaire. Quatre d'entre elles se sont objectivées au niveau des membres supérieurs ou inférieurs, par une tuméfaction inflammatoire sur un trajet veineux. La cinquième, restée latente, ne s'est révélée que par la production d'une embolie.

La mise en œuvre d'une vaccinothérapie par autovaccin a pu enrayer la septicémie veineuse. Alors que jusque-là toute tentative de lever du malade provoquait une localisation veineuse nouvelle, chaque fois plus grave même, on ne constata plus, dès l'emploi de l'auto-vaccin, de poussée phlébitique.

Paralysie radiale post-sérothérapique.

(MM. J.-A. SICARD et CANTALOUBE, de Nîmes. — *Soc. méd. des hôp.*, 29-6 1923.)

MM. Sicard et Cantaloube relatent trois observations de paralysies radiales apparues au cours d'accidents sériques, chez des sujets ayant reçu du sérum anti-tétanique et du sérum anti-diphtérique. M. Sicard conclut qu'au nombre des réactions sériques il faut compter la paralysie radiale, à titre exceptionnel, il est vrai. Peut-être les précautions anti-anaphylactiques (méthode de Besredka, injections intra-veineuses de solutions chlorurées sodiques) pourraient-elles arriver à supprimer, au moins en partie, ces manifestations réactionnelles pénibles. Du moins, M. Sicard pose la question.

Vaccination préventive des complications pulmonaires dans les opérations sur l'estomac.

(M. LAMBRET, de Lille. — *Société de chirurgie*, 20-6 1923.)

M. Pierre Duval signalait dernièrement la septicité de certains ulcùs gastriques comme une des causes des complications — des complications pulmonaires en particulier — après opérations sur l'estomac.

M. Lambret emploie depuis deux ans, à titre préventif, avant les opérations qu'il pratique sur des estomacs non cancéreux, une vaccination spéciale. Il utilise deux vaccins, l'un constitué par le *bacillus pylori* et l'autre par l'*entérocoque*, ces deux germes ayant paru ceux qui intervenaient avec le plus de fréquence dans les complications pulmonaires en question.

Depuis juin 1921, M. Lambret a opéré pour lésions gastriques 80 malades, 61 avec vaccination et 19 sans vaccination. Tous les malades du premier groupe ont guéri. Le second groupe a comporté deux décès. L'auteur ne se croit pas autorisé à dire que la vaccination est la cause certaine de cette différence, mais il pense que sa statistique reste encourageante en faveur de la méthode qu'il utilise.

Fracture de la rotule traitée par suture et marche précoce.

(M. Gaudier, de Lille. — *Société de chirurgie*, 20-6 1923.)

L'observation de M. Gaudier est un nouvel exemple des résultats que peut donner la suture de la rotule fracturée suivie de mobilisation par la marche précoce.

Il s'agit d'un homme admis à l'hôpital de la Charité de Lille pour une fracture de la rotule droite. M. Gaudier intervient le lendemain et pratique une suture des fragments au crin de Florence. Pas de drainage, pas de gouttière. Le jour suivant, le blessé se lève et fait le tour de la salle avec une canne. Vingt-quatre heures plus tard, il commence des exercices consistant à monter et descendre les escaliers. Douze jours après son entrée, il quitte l'hôpital fléchissant la jambe presque normalement, en tout cas dépassant beaucoup l'angle droit, pour reprendre son métier de mineur à Lens. Il n'a jamais été massé, ni mobilisé manuellement.

M. Gaudier conclut en disant : « Quelle différence avec les anciennes pratiques ; que de temps gagné et de douleur épargnées ! »

Contusion épigastrique ; écrasement pancréatique.

(M. Sauvé. — *Société de chirurgie*, 20-6 1923.)

M. Sauvé présente un homme de 39 ans qu'il a opéré le 3 avril dernier, deux heures et demie après un accident, pour une contusion grave de la région épigastrique.

Le ventre ouvert, on constata une hémorrhagie considérable sus-mésocolique, l'intégrité de la rate, de l'estomac et du diaphragme, mais par contre un écrasement de la tête du pancréas. Quatre points au catgut permirent une reconstitution convenable. Les suites opératoires furent simples, mais il persiste une fistule d'où s'écoule un liquide qui est probablement du suc pancréatique.

— M. Pierre Mocquot distingue deux variétés de ces fistules pancréatiques, selon qu'il y a eu rupture ou non du canal de Wirsung. Dans les écrasements du pancréas, c'est le canal de Wirsung qui résiste le mieux. Quand il n'est pas rompu, la fistule guérit facilement. Il n'en est plus de même si le canal est lésé. Il faut alors lier ses deux bouts.

— M. Savariaud a observé un cas analogue à celui de M. Sauvé. La fistule pancréatique guérit rapidement grâce à l'institution d'un régime anti-diabétique, que prescrivit M. Reynier.

— M. Pierre Descomps a vu dans le service de M. Walter un cas d'écrasement de la tête du pancréas, consécutif au passage d'une roue de voiture sur la région épigastrique. Le blessé, opéré, n'eut pas de fistule, sans doute en raison de l'intégrité du canal de Wirsung.

Calcul et corps étranger du cholédoque.

(M. Raymond Grégoire. — *Société de chirurgie*, 20-6 1923.)

M. Grégoire montre un calcul qu'il a retiré du cholédoque d'une malade. Ce calcul est traversé par une brindille de bois trifurquée à son extrémité. Le calcul entoure la brindille comme un calcul vésical entoure l'épingle à cheveux introduite dans la vessie.

Le point intéressant de cette pièce réside dans la question qu'elle pose : comment le corps étranger a-t-il pu pénétrer dans la voie biliaire ? Il faut admettre qu'avec une malencontreuse précision, le fragment de bois a enfilé, au moment propice de son ouverture, le minuscule orifice de la caroncule, puis est remonté jusque dans le cholédoque.

P. L.

Les Congrès

Congrès du cancer (1)

(*Strasbourg*, 23-25 *juillet* 1923.)

Le Congrès du cancer a été ouvert dans le grand amphithéâtre de l'Institut d'Hygiène de Strasbourg par M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, assisté de M. le professeur Weiss, doyen de la Faculté de médecine, et de M. le docteur Pierre Delbet, président de l'Association française pour l'étude du cancer.

M. Roussy, secrétaire général, après avoir souhaité

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux et revues qui n'appartiennent pas à l'Association.

la bienvenue aux savants étrangers, venus pour honorer la mémoire de Pasteur et participer aux travaux du Congrès, les prie de vouloir bien s'asseoir aux places qui leur sont réservées. Ce sont MM. Bayet (de Bruxelles), Deelman et Waterman (d'Amsterdam), Maisin (de Louvain), de Bruyne et de Rom (de Gand), Leitch et Murray (de Londres), Bruno-Bloch (de Zurich), Pentimalli (de Naples), Centanni (de Modène), Itchikawa de Saporo (Japon), Fibiger (de Copenhague) et d'autres que je m'excuse d'oublier.

M. le président Delbet, après avoir rappelé le but du Congrès et la nécessité de grouper pour une collaboration étroite tous ceux qui ont le souci de la santé publique, remercie M. le ministre de l'Hygiène d'avoir bien voulu honorer de sa présence la première séance du Congrès et encourager ses travaux.

Il salue l'ombre du grand Pasteur, qui doit en ce moment planer dans l'Assemblée. Ce génie incomparable a beaucoup travaillé à Strasbourg comme ailleurs et, pour lui, travailler c'était découvrir. Il souhaite que les travaux du Congrès soient également fructueux et qu'il en résulte de sérieux progrès dans l'art de guérir.

La lutte contre le cancer se prépare dans les laboratoires. Si, dans le temps, les ingénieux inventeurs pouvaient se contenter d'un matériel et de ressources modestes, ils ne le pourraient plus aujourd'hui ; les temps sont changés et ils se joindraient à nous pour faire appel à la générosité du grand public qui doit détourner son attention des distractions légères et égoïstes pour l'orienter vers les œuvres utiles à l'humanité.

L'éminent professeur expose les difficultés de la lutte, la nécessité de recourir à des procédés perfectionnés et sûrs, capables de détruire les cellules anarchistes sans toucher aux autres, normales et saines.

Pour guérir une maladie, dit-il, il faut savoir la produire. Il faut donc créer le cancer expérimental, l'étudier, l'attaquer pour pouvoir connaître et combattre celui qui apparaît spontanément, sous des causes encore peu connues.

M. Delbet résume le programme du Congrès et passe rapidement en revue les diverses formes de cancer, insistant sur la fréquence avec laquelle elles déjouent souvent les prévisions les plus sérieuses ; quant au pronostic et à l'efficacité des divers traitements. Il exprime l'espoir que les radiations, qui constituent déjà un réel progrès, rendront bientôt des services plus éminents encore, lorsqu'elles seront mieux connues et plus disciplinées.

M. Delbet termine en remerciant le vaillant et dévoué secrétaire général et les éminents rapporteurs qui ont préparé le succès du Congrès et tous les membres présents, français et étrangers, qui l'ont assuré.

Les applaudissements, qui ont salué cette éloquente péroraison, redoublent lorsque le ministre, M. Strauss, se lève. Il félicite les organisateurs d'avoir choisi le lieu le mieux placé et le plus approprié au genre de travail auquel tous vont se livrer.

Strasbourg est le berceau intellectuel de Pasteur ; sur elle sont portés tous les regards et se concentrent les sympathies reconnaissantes, non seulement de la France, mais de toutes les nations civilisées, de tous les peuples dont l'idéal est l'indépendance des peuples et qui ont encore foi dans la justice immanente dont Gambetta n'avait jamais douté.

En ce moment, se trouve rassemblée dans la capitale de l'Alsace l'élite des savants du monde entier, pathologistes, histologistes, chirurgiens, radiothérapeutes.

Des manifestations scientifiques ont déjà eu lieu, d'autres se préparent. Hier, en juin, c'était la tuberculose qui inaugurait la série de ces brillantes réunions ; demain, ce sera le tour d'autres affections. Aujourd'hui s'organise, grâce à vous, la lutte contre l'un des fléaux les plus redoutables. Elle se terminera par un succès, car elle est placée sous les auspices d'hommes éminents, de M. Borrel, dont il faut souligner le rôle actif et efficace, de MM. Delbet, Weiss et Schwartz, membres de l'Académie de médecine.

Il y a place pour toutes les bonnes volontés, savants à la recherche des causes et effets ; médecins désireux d'appliquer les données nouvelles au traitement et à la prophylaxie ; hygiénistes qui connaissent toute la valeur des bonnes statistiques.

On ne saurait assez insister sur l'importance de ces chiffres qui montrent d'une façon éloquente, impressionnante, les ravages et la progression du cancer. La tuberculose est en décroissance, mais les tumeurs malignes deviennent de plus en plus nombreuses et plus graves.

En tendant un réseau d'investigations suffisamment serré et solide, on arrivera à arracher aux néoplasmes leurs secrets. Pour arriver à s'en rendre maître, il ne faut négliger aucun genre de recherches, aucun effort.

Le Gouvernement de la République, par la voix du ministre, félicite et remercie tous ceux qui poursuivent des études arides dans le but de prévenir et de guérir le nouveau fléau social. On en aura raison, peut-être la marche sera-t-elle lente, mais peu importe, pourvu que l'élan soit donné et irrésistible.

On peut compter sur les Pouvoirs Publics, sur l'administration de l'hygiène, en particulier, qui saura, le moment de prendre des mesures arrivé, s'inspirer des découvertes qui vont être exposées et des discussions qui vont avoir lieu.

Le travail est la façon la plus élevée et la plus sûre d'honorer la mémoire de l'immortel Pasteur et d'assurer le bonheur de l'humanité.

— Le Congrès commence immédiatement l'exécution de son programme par l'étude de la production expérimentale du cancer, et les intéressantes communications de MM. Fibiger, Itchikawa, Murray, Borrel.

Séance du matin.

M. J. Fibiger, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Copenhague, avant de

commenter son rapport sur le cancer spiroptérien et les autres cancers à parasites animaux, tient, au nom des savants étrangers de tous pays à rendre un pieux hommage à la mémoire de Louis Pasteur et à remercier le président du Congrès des chaleureuses paroles de bienvenue qu'il a prononcées au début de la séance.

Le mérite d'avoir fourni la première preuve expérimentale de l'existence d'un cancer à parasite animal revient à M. Borrel qui, en 1906, appela l'attention sur le rôle que les acariens, les demodex, les nématodes, les cysticerques et les cestodes peuvent jouer dans l'apparition des tumeurs. Il signale les observations de Haaland, Wasielewski, Loewenstein, Tsukioka, Brumpt et beaucoup d'autres, relatives à l'effet néoplasique des animaux inférieurs, et passe en revue les diverses hypothèses qui ont été émises à ce sujet : théorie infectieuse de Borrel d'après laquelle les parasites seraient les convoyeurs de quelque virus cancéreux ; théorie de la toxicité propre des produits de sécrétion de ces parasites, les gongylonema par exemple, ayant une action spécifique que ne possèdent pas les vers d'un genre voisin.

Il insiste sur l'existence d'une prédisposition d'espèce et de race au cancer rendue admissible, mais non démontrée, par le fait qu'on n'a pu, jusqu'à présent, produire le cancer du goudron chez les rats et les cobayes.

Est-ce une prédisposition spéciale d'organes ou de tissus ? C'est une matière encore sujette à discussion. A son avis, la question est très complexe, et il faut chercher les causes de la prédisposition au cancer, non seulement dans les cellules aux dépens desquelles les cancers prennent leur origine, mais aussi dans les facteurs provenant de l'organisme tout entier et agissant sur les cellules. Le pouvoir protecteur de la rate est des plus hypothétiques.

L'accroissement des tumeurs de ce genre se fait par multiplication de leurs cellules propres, et non par transformation de l'épithélium voisin, mode qui diffère de celui du cancer du goudron. Les lésions inflammatoires peuvent être très prononcées ou presque nulles.

M. Fibiger termine en rappelant le fait que le cancer continue son développement alors que l'irritation provocatrice a ou non continué, et qu'en conséquence, ses causes externes peuvent avoir disparu ou cessé leur action au moment où se font les investigations.

M. K. Itchikawa, professeur à l'Université de Sapporo (Japon), donne lecture de son rapport sur la production expérimentale du cancer du goudron. Il a apporté à la technique de ce genre d'expériences quelques perfectionnements, telle l'application de l'irritant à l'intérieur de l'oreille pour empêcher l'animal (le lapin) de se lécher et de s'intoxiquer mortellement, qui lui ont permis d'obtenir une amélioration dans le pourcentage des folliculo-épithéliomes carcinomateux : 30 p. 100 de succès avec 1.8 p. 100 de métastase. Les essais de transplantation de la tumeur, négatifs à Tokio, furent positifs à Sapporo jusqu'à la troisième génération.

Dans la formation et le développement du carcinome, il distingue trois stades : le premier présente une certaine ressemblance avec le folliculo-épithéliome bénin, le second, ou *stade rapproché* du carcinome, montre des lésions plus caractéristiques ; le troisième, ou *carcinome achevé*, ressemble parfaitement, dans ses caractéristiques histologiques et macroscopiques, au carcinome spontané qui se produit chez l'homme ou chez les animaux.

A propos de la prédisposition au développement du carcinome, il signale que Bang a réussi, aussi bien sur les souris jeunes que sur les souris âgées. L'âge n'intervient donc pas. Comme Cazin, il a obtenu des résultats négatifs chez les chiens, positifs chez les lapins et les souris. L'impressionnabilité varie donc avec les diverses espèces d'animaux.

M. Itchikawa étudie ensuite la production expérimentale du carcinome de la mamelle chez la lapine, dont il décrit trois types. Il constate chez les animaux en gestation que l'agent irritant a, comme l'hormone ovarien, de l'influence sur le développement des glandes mammaires ; on observe plus d'adéno-cancroïdes que de cancroïdes.

Les conclusions sont :

1° La seule application répétée et continue du goudron, à la face interne de l'oreille d'un lapin ou au niveau de la mamelle, provoque le carcinome au niveau de ces organes ; chose que l'on n'avait pas encore remarquée jusqu'ici et d'après laquelle il n'est pas nécessaire de recourir aux dispositions cancéreuses héréditaires.

2° La simple irritation chimique et physique répétée rend cancéreuse la cellule épithéliale normale sans qu'il soit besoin de recourir à un agent causal indéterminé.

3° Dans le cancroïde et l'adéno-cancroïde, on passe du développement simple de la cellule épithéliale au développement atypique, c'est-à-dire au premier stade du carcinome, ensuite à un stade plus rapproché, pour en arriver enfin au carcinome achevé.

M. Itchikawa est partisan de la théorie Virchow sur l'irritation chronique répétée.

M. J.-A. Murray, de l'Imperial Cancer Research Fund de Londres, à propos de la résistance à la production du cancer du goudron, distingue une résistance primitive et une résistance secondaire.

La durée de la première varie, suivant les individus, de trois à dix-huit mois ; elle peut être inébranlable.

L'étendue des surfaces goudronnées n'intervient pas dans la rapidité de la production du cancer et le pourcentage des succès. La fréquence des applications et l'intensité de l'irritation jouent, au contraire, un grand rôle. Le succès est dû, en partie, aux irritations moyennes et espacées ; ce qui est à rapprocher du fait que le cancer est rare chez les ouvriers travaillant l'acide chromique et porteurs d'ulcération

(chromosomes), chez les radiologues dans les régions atteintes de radio ou radiumdermites, et chez les mécaniciens de locomotives aux points exposés aux radiations du foyer ouvert.

L'influence du traumatisme peut s'expliquer par l'action continue des substances stimulantes élaborées par les tumeurs malignes sur les éléments normaux qui, lorsqu'ils sont altérés, produisent à leur tour des substances activantes. Les expressions d'inhibition, de tension interne des tissus, ne répondent pas à la réalité des faits. C'est la cellule qui acquiert de nouvelles propriétés et exploite l'activité cellulaire normale d'une façon qui devient automatique dans la suite.

Il faut noter que la lésion se forme en placards isolés, quelle que soit l'étendue de la surface goudronnée et l'existence d'une période latente, très peu influencée par la continuation de l'application de l'agent irritatif.

La résistance secondaire est celle qui se produit lorsque l'on cherche à produire une nouvelle tumeur primitive. Quelques particularités ont été constatées suivant qu'on a eu recours à un extrait alcoolique ou éthéré ou au goudron seul. L'extrait éthéré s'est montré le plus constant, le goudron venant ensuite, mais les trois préparations ont agi avec une égale rapidité.

La conclusion des expériences de M. Murray est que la présence d'une tumeur primitive récente rend possible chez l'animal le développement définitif d'un premier néoplasme ; le second rencontre une résistance considérable, quelles que soient leur nature et leur structure. Cet état réfractaire secondaire ne résulte pas d'un empêchement à l'accroissement, mais d'une inaptitude à réagir par prolifération cancéreuse.

M. Murray émet le vœu qu'on connaisse bientôt la nature de la modification constitutionnelle qui crée cet état réfractaire pour qu'on puisse dépister le cancer à son début et instituer une thérapeutique préventive rationnelle.

(A suivre)

Les Livres

G. Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

G. Lacapère. — **La syphilis arabe** (Algérie-Tunisie-Maroc). (Un vol. de 500 pages avec 40 planches hors texte contenant 77 photogravures. Prix : 32 francs.)

Dans toute l'Afrique du Nord, la syphilis règne encore en maîtresse. Depuis l'époque où les premières colonnes françaises ont pénétré en Algérie, les atteintes cutanées, muqueuses et osseuses de cette infection ont empli nos dispensaires. En Algérie, en Tunisie, au Maroc, on observe la même fréquence de la maladie, les mêmes formes évolutives. Dès qu'une infirmerie s'ouvre en milieu indigène, on voit accourir les malades, venus des territoires soumis comme des zones insoumises, et les succès rapides obtenus par les méthodes thérapeutiques actuelles sont un des meilleurs appuis dont peut user notre action politique.

Tout médecin de colonisation, tout médecin militaire, doit connaître à fond l'évolution de la syphilis indigène, dont les descriptions, jusqu'à présent éparses, ont été collectionnées par l'auteur au cours d'un séjour de trois années dans l'Afrique du Nord.

L'évolution de la syphilis, chez des individus présentant des conditions d'existence qui diffèrent encore essentiellement des nôtres, permet de saisir sur le vif l'importance des *facteurs d'orientation* dans la marche de l'infection spécifique.

La coloration du tégument montre avec une netteté surprenante les phases successives des troubles pigmentaires dus à la syphilis. L'étude du vitiligo syphilitique est ainsi puissamment aidée par la syphiligraphie indigène.

La transformation *in situ* des syphilides cutanées, les raisons de leur évolution particulière chez l'indigène, constituent une étude tout à fait nouvelle.

Cet ouvrage est largement illustré de belles photographies.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

J. Jolly. — **Traité technique d'hématologie.** (In-8°, 1129 pages, 744 figures, dont 699 en noir dans le texte et 45 groupées dans une planche hors texte en couleurs, 2 volumes. Prix : 70 francs.)

L'auteur travaillait depuis longtemps à ce véritable « traité » d'hématologie, où sont exposées au complet et en détails toutes les questions abordées ; seule, la guerre en avait retardé l'achèvement. Et maintenant nous possédons, pour intéresser tous ceux qui aiment la biologie, le livre nouveau qui traite de l'histologie du sang, de l'hématopoïèse et de toutes les questions qui s'y rattachent.

Le Dr Jolly a voulu faire un livre qui, s'appuyant sur des recherches personnelles et de nombreuses *vérifications*, donne au lecteur une vue d'ensemble et une synthèse, et constitue une introduction à l'étude de la physiologie et de la pathologie du sang. Il a laissé de côté la chimie, la sérologie et la parasitologie du sang, qui sont maintenant des sciences spéciales ayant leur objet et leurs méthodes propres, et il s'est limité à l'étude histologique du sang et des organes hématopoïétiques, qu'il a traitée d'une manière com.

plète et approfondie. On trouvera donc dans cet ouvrage, non seulement l'étude des éléments figurés à l'état normal et pathologique, mais aussi celle du développement embryonnaire du sang, celle des tissus hémopoiétiques, moelle osseuse, ganglions, rate, etc. Les questions d'histophysiologie ont été aussi abordées, de sorte qu'une place a été réservée à des sujets comme l'hémoglobine, les cristaux du sang, les pigments sanguins, l'hémolyse, la coagulation, les ferments leucocytaires, les relations des éléments figurés du sang avec la nutrition, l'inflammation, et l'immunité. L'auteur n'a pas voulu écrire une pathologie du sang, qui aurait nécessité des développements beaucoup plus longs ; mais l'histologie pathologique du tissu lymphoïde et du liquide sanguin est très complètement exposée dans ce livre où on trouvera de substantiels chapitres sur les anémies, les états hémolytiques, les leucémies et les états voisins.

Le grand mérite de cet ouvrage est d'être un livre personnel et homogène, et, seule, la compétence bien connue de l'auteur, unie à un labeur acharné, pouvait réaliser une œuvre considérable qui. malgré sa documentation, est d'une lecture facile et d'une grande clarté d'exposition.

L'ouvrage s'adresse à tous ceux qui désirent se mettre au courant de ces questions d'actualité. Il s'adresse aussi aux chercheurs, et ceux qui expérimentent y trouveront de nombreux renseignements techniques et de précieuses indications sur le sang et le tissu lymphoïde des animaux les plus divers. Certains chapitres, comme ceux qui concernent le développement embryonnaire du sang, la rate, les ganglions, les organes lympho-épithéliaux, sont de véritables mémoires où les faits acquis personnellement par l'auteur sont exposés dans un cadre didactique.

La documentation est d'une richesse remarquable ; mais, grâce à la disposition typographique adoptée, elle ne surcharge pas le texte. Le gros texte est réservé à peu près complètement à l'exposé des résultats, les références et une partie documentaire sont rejetées au bas de chaque page dans des notes. Les illustrations sont très nombreuses et d'une exécution excellente. La plupart des figures sont originales ; toutes sont de véritables documents, accompagnés d'une explication détaillée, qui permet de les comprendre sans le secours du texte. Cet ouvrage considérable, de près de 1.200 pages, contenant en tout 744 figures, et que complète une table analytique très détaillée, constitue un remarquable instrument d'étude que tout biologiste aimera à posséder sur sa table de travail.

Etienne CHIRON, éditeur,
40, rue de Seine, Paris.

Etienne RABAUD. — **L'adaptation et l'évolution.** (Un volume de la Collection de synthèse scientifique Prix : 7 fr. 50.)

L'idée d'évolution est actuellement acceptée par les esprits animés des tendances les plus diverses, mais le débat, qui fut si vif dans la seconde moitié du XIXe siècle, n'a pas pris fin pour cela. Les tendances opposées se retrouvent quand il s'agit du mécanisme de l'évolution et les mêmes discussions renaissent sous une forme un peu différente. A la base de l'évolution se trouve nécessairement l'adaptation, et c'est sur elle que porte le principal effort. Les uns soutiennent l'adaptation lamarkienne, d'autres, l'adaptation darwinienne, d'autres tentent de faire triompher la *préadaptation*, que l'on peut entendre de plusieurs façons.

La question valait d'être reprise. C'est ce que l'auteur, professeur à la Sorbonne, s'est proposé de faire. Dans son ouvrage, il examine les théories proposées, et constate qu'aucune d'elles ne satisfait aux données du problème ; toutes sont presqu'exclusivement des théories morphologiques.

Envisageant alors le point de vue physiologique, il montre que l'adaptation n'implique ni formes, ni fonctions spéciales, qu'elle se réduit à la seule possibilité de vivre.

Prise de ce biais, l'évolution devient intelligible et se dégage de toute finalité.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr J. GUISEZ. — **Maladies des fosses nasales et des sinus.** (*La pratique oto-rhino-laryngologique*). (3e édition, 1923, 1 vol. in-16 de 312 pages avec 133 figures. Prix : 14 fr.).

Dans cette édition nouvelle d'un ouvrage si apprécié, véritable livre de chevet, il ne faut pas chercher d'indications bibliographiques, de dissertations, de multiples descriptions de procédés techniques qui laissent le lecteur dans l'embarras. L'auteur dit simplement au praticien ce qu'il doit faire et ce qu'il ne doit pas faire dans tous les cas qu'il peut rencontrer ; son livre est illustré abondamment de schémas bien compris. Voici les principales divisions de l'ouvrage :

Notions générales (éclairage, examen d'un malade, notions d'électricité, anatomie des fosses nasales, examen des fosses nasales, thérapeutique générale).

Maladies des narines (malformations, affections de la peau du vestibule).

Maladies des fosses nasales (épistaxis, coryzas, rhinites, polypes, tumeurs, corps étrangers, syphilis nasale, tuberculose et lupus du nez, rééducation et gymnastique respiratoire).

Traumatismes du nez (hématome, abcès, fractures, déviations de la cloison).

Chirurgie plastique du nez.

Altérations nerveuses de la pituitaire.

Sinusites de la face.

JOUVE ET CIE, éditeurs.
15, rue Racine, Paris.

Dr A. DARIER. — **Traité complet de thérapeutique oculaire générale et spéciale**, *suivi d'un index memento alphabétique récapitulant toutes les indica-*

tions thérapeutiques et toutes les médications nouvelles. (Un vol. in-8° de 740 pages. Prix : 30 fr. DEUXIÈME ÉDITION, Paris, 1923.)

Le *Concours médical* du 23 avril 1922 a déjà présenté à ses lecteurs la première édition de cet ouvrage important, dont l'éloge n'est plus à faire ; il s'adresse autant au praticien qu'au spécialiste.

Tous deux y trouveront, sous une forme à la fois simple et claire, l'exposé des théories modernes sur l'action des médicaments et des procédés thérapeutiques anciens et nouveaux (agents physiques, sérums, vaccins, etc.).

Les premiers chapitres sont consacrés à la *thérapeutique générale*, au mode d'application des principales médications, à leur technique : injections intra-musculaires, intra-veineuses, sous-conjonctivales ; aux agents physiques (photo-hélio-radiothérapie, mécanothérapie) ; aux médications biologiques. Ces dernières (sérothérapie spécifique et paraspécifique, vaccinothérapie et protéinothérapie — en particulier les injections de lait) acquièrent chaque jour une importance plus grande, aussi bien en médecine générale qu'en ophtalmologie ; c'est une directive nouvelle vers la thérapeutique naturelle par stimulation des défenses naturelles de l'organisme — la *natura medicatrix* de nos pères — et, depuis des années, l'auteur préconise ce retour aux médications naturelles.

La 2e partie de l'ouvrage traite de la thérapeutique spéciale à chacune des maladies de l'œil. G. F.

Les Thèses

— Dr BATMALE, diplômé de l'Institut d'Hydrologie de la Faculté de médecine de Toulouse.— **Influence de la cure de boisson sur le métabolisme azoté.**

Le grand mouvement, créé vers l'hydrologie clinique par Garrigou, Albert Robin et Bardet, pour ne citer que les plus anciens de ces trente dernières années, semble avoir atteint son plein épanouissement par la création d'Instituts d'hydrologie régionaux, dotés de laboratoires admirablement outillés et où, comme à Paris, de laborieux chercheurs secouent l'empirisme hydrominéral sur lequel notre génération et celles qui nous ont précédés ont trop longtemps vécu.

M. Batmale ne craint pas de s'attaquer au métabolisme azoté et aux variations que peut lui faire subir la cure de diurèse. Très utilement, l'auteur schématise l'état actuel de nos connaissances concernant ce métabolisme : le tube digestif, par le broyage moléculaire qu'il effectue, prépare l'absorption des substances albuminoïdes. Le foie sélectionne les éléments nécessaires à l'organisme, prépare la synthèse des albumines et transforme les déchets organiques toxiques en éléments beaucoup moins nocifs. Les tissus fixent les matériaux nécessaires à leur reconstruction et désintègrent leurs albumines mortes. Enfin les reins éliminent les déchets du métabolisme et élaborent en même temps de l'acide hippurique.

M. Batmale soumet douze malades des services hospitaliers de Toulouse à la cure de diurèse. L'eau de Labarthe de Rivière et l'eau du Boulou sont utilisées : une sulfatée calcique, une bicarbonatée sodique. Toutes les tensions artérielles ont été prises le matin, à jeun, sur les malades couchés.

Des analyses du sang, de l'urine, des courbes oscillométriques relevées, l'auteur peut conclure : la cure de boisson améliore l'assimilation des substances albuminoïdes. Elle active l'uréogénèse hépatique et plus particulièrement les fonctions protéiniques du foie. Cette cure de diurèse augmente l'élimination urinaire des déchets azotés, non seulement par une action mécanique, mais par une véritable excitation du parenchyme rénal.

M. Batmale confirme ce que nous avons écrit en 1914 et en 1920 : la tension artérielle s'abaisse chez les hypertendus qui compensent. Cette diminution de la tension persiste plusieurs mois après la cure.

— Dr PIBRAC, diplômé de l'Institut d'Hydrologie de Toulouse. — **Influence de l'attitude dans la cure de diurèse.**

Nos anciens médecins des stations thermales faisaient ingérer à leur malade une quantité habituellement considérable de boisson hydrominérale. Une réaction, naturellement en sens contraire, a prévalu pendant un certain temps. On revient à de sages mesures et l'on se préoccupe à juste titre de savoir s'il est mieux de boire « debout » ou de boire « couché ». Ce qu'en langage savant, on a baptisé clinostatisme et orthostatisme. M. de Bertrand Pibrac constate que la position couchée favorise la diurèse peut-être parce que, dans la position contraire, l'influence de la pesanteur se fait sentir sur la circulation des liquides de l'organisme.

Si le malade veut bien comparer l'élimination urinaire qu'il obtient « debout » ou « couché », et si cette comparaison se traduit par un grand écart, il doit la signaler à son médecin qui, lui-même, songera à un trouble de la fonction cardiaque. Si par cet examen le malade constate qu'il y a égalisation dans le débit obtenu dans l'une ou l'autre position, il faut conclure à un signe d'insuffisance de perméabilité rénale. Enfin, il y aura un avantage non négligeable à ce que les malades au cours de leur cure thermale pratiquent leur cure de boisson en clinostatisme ; traduisez : en position couchée.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

A la suite de la publication dans le numéro du 19 août dernier de la Carte qui avait été répandue à 500 exemplaires par M. le Dr Marcel Petiot, nous avons reçu de lui les explications suivantes :

« Le Docteur Marcel PETIOT, de Villeneuve-sur-Yonne, nous prie d'indiquer que la carte reproduite dans notre numéro du 19 août, n'est pas « un exemple de publicité moderne », mais une simple réponse faite à des attaques hargneuses et ridicules. »

Dont acte.

LE P.C.N. « DES SCIENCES » DOIT ÊTRE REMPLACÉ PAR UN P.C.N. MÉDICAL

2° Ce que pourrait être le P.C.N. médical

Dans un premier article, j'ai montré ce qu'est le P.C.N. actuel, dont le résultat est *une année de perdue* pour le futur médecin. Non seulement il est inutile, mais il est même *nuisible*, ainsi que nous l'avons vu, en *interrompant l'évolution naturelle* entre les études secondaires et celles de médecine, alors que la transition était si bien amenée par le programme scientifique du bachot de philo. Or, les étudiants en médecine n'ont pas de temps à perdre. Il faut tant de choses pour faire un bon praticien que les cinq années d'études actuelles sont un minimum. Certains professeurs voudraient même les voir porter à six..... et cela serait possible, sans rien allonger, en supprimant cette année de perdue à la Faculté des sciences et en remplaçant le nuisible P.C.N. « des sciences » par un P.C.N. *médical*.

Pour que celui-ci *serve* au futur médecin, quel programme devrait-il comporter ? C'est ce qui nous reste maintenant à examiner.

Qu'il soit bien spécifié, tout d'abord, que ce programme devra être étudié et élaboré par une commission de professeurs de la Faculté de médecine, auxquels seraient adjoints des délégués des praticiens et même des étudiants, afin que toutes compétences scientifiques, d'une part, et pratiques, de l'autre, puissent apporter leur concours « complémentaire » à l'œuvre commune. Puis, le programme, élaboré et sanctionné par le ministre, devra être mis en pratique à *l'école de médecine et par des médecins.*

« Mais, objectera-t-on, cette mise en pratique n'a rien de nouveau. C'est ce qui se passait autrefois ». Sans doute ! Mais le programme lui-même ne devra pas suivre les errements anciens. Le P. C.N. médical est le régime par lequel j'ai passé.... et il était à critiquer sur bien des points. Je me rappelle Baillon nous parlant pendant plusieurs mois, dans son cours, des Renonculacées. A ce compte, il aurait fallu 200 ans pour connaître toute la botanique. De même Blanchard nous faisait perdre notre temps sur les protozoaires pendant son cours tout entier. En physique, c'était déjà un peu plus médical, et le professeur Gariel insistait assez sur ce côté primordial. Mais quel cours différent il ferait aujourd'hui s'il le reprenait (car il est toujours bien vivant, heureusement) alors qu'il aurait à nous expliquer la radiographie et toute l'électricité médicale si développée depuis ! Quel beau cours, rien que médical tout en restant physique, on pourrait faire maintenant et de quelle *utilité*, de quel *intérêt* il serait pour celui qui se destine à la médecine ! De même en chimie... Il est, d'ailleurs, je crois, inutile d'insister : chaque praticien sait trop ce qu'on aurait dû lui apprendre — et ce qu'on a omis de faire, le laissant « se débrouiller » tout seul plus tard, suivant les besoins de la pratique médicale.

Donc, *dans une première année de médecine*, durant les 4 premières inscriptions, on continuerait à inculquer au futur médecin de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle... mais, en ces sciences, rien que ce qui importe au médecin, en supprimant tout le fatras inutile et indigeste dont on encombre le cerveau des étudiants du P.C.N. « des sciences ».

Essayons d'examiner cela d'un peu plus près, simplement à titre de premier aperçu.

1° *En physique*, inutile de reprendre, comme aujourd'hui, le programme de philo. Il serait avantageusement remplacé tout simplement par le programme de physique de *deuxième année* de médecine qui est parfaitement reportable à l'entrée à l'école, puisqu'il ne nécessite aucune

connaissance médicale préalable. On y étudierait avec fruit l'optique médicale, les verres convergents et divergents, l'électricité médicale avec tous les appareils si nombreux qui servent en médecine, et dont trop de praticiens ignorent l'application, la pratique manuelle, en un mot, « la manière de s'en servir »... Et la théorie et la pratique des rayons X et de la radiographie, etc. N'y a-t-il pas là, en physique, de quoi tailler de la besogne utile, intéressante et pratique pour de futurs praticiens ?... De plus, ne l'oublions pas, on déchargerait d'autant les premières années de médecine où on s'est efforcé de « caser » ces matières, au petit bonheur.

2° *En chimie*, pourquoi revenir sur la chimie minérale déjà vue en philo, à part quelques précisions sur certaines incompatibilités, par exemple, que le praticien n'apprend, le plus souvent, que par hasard et, parfois, à la suite de « gaffes » dans des ordonnances ? On s'occupera surtout de chimie organique et principalement dans ce qui a rapport avec la médecine. On y donnera les premiers éléments de cette chimie *biologique* qui figure actuellement au programme de seconde année de médecine, etc... Là encore, quel beau et intéressant programme à tailler !

3° *En histoire naturelle*, qu'on supprime donc toutes les questions générales qui furent déjà étudiées en philo.... c'est-à-dire l'année même précédent notre P.C.N. médical et qu'on n'a pas encore eu le temps de totalement oublier. Pour la *botanique*, on se bornera aux familles où se rencontrent principalement les plantes médicinales *usuelles* et d'usage courant aujourd'hui, celles que le médecin devra retrouver plus tard dans sa pratique. En *zoologie*, plus de grenouilles, de limaces, ou de seiches, je vous en prie. Qu'on fasse de l'anatomie comparée, de la physiologie, de la biologie générale, en complétant harmonieusement ce que l'étudiant a *déjà* eu l'occasion d'apprendre en philo. Puis, insensiblement, vers la fin du cours, on en arrivera, tout naturellement, à une étude encore rudimentaire de la physiologie humaine mais déjà plus fouillée qu'en philo et dans laquelle on glissera un peu de biologie. Des notions générales d'hygiène pourront même trouver leur place — et ce ne sera pas la première fois que le jeune étudiant entendra disserter de ces matières puisqu'il en prit déjà un premier aperçu en philo.

En somme, et je n'insisterai jamais trop sur ce point, on *complètera* au P.C.N., les premières notions déjà amorçées, l'*année précédente, en philo*. Et cela, sans transition, tout doucettement. Des notions générales, on en arrivera peu à peu, à ce qui importe pour nous dans ces sciences, à l'étude rationnelle de ce corps humain qui va désormais être le but des préoccupations professionnelles de notre futur médecin.

***

Pas d'hôpital en cette première année, pas plus que pour le P.C.N. actuel, ce qui rassurera les timorés sur le danger de « lâcher » ainsi dans l'arène de la vie de *trop* jeunes gens, à peine échappés du collège. Donc, pas d'hôpital. D'ailleurs notre étudiant aura bien assez à faire avec tous les *travaux pratiques* qu'il faudra multiplier pour qu'il sache se servir de ses doigts... et des instruments que la science met à la disposition du praticien — ce qui n'a pas toujours lieu aujourd'hui, confessons-le.

J'irai même plus loin. Pas d'hôpital jusqu'à la 6e inscription (4 de P.C.N. plus une de 2e année). Avant qu'il franchisse la porte hospitalière, n'est-il pas nécessaire que le jeune homme soit à même de comprendre ce qu'il y verra, ce qui est impossible au début de son stage *obligatoire* actuel qui commence à sa première inscription de médecine, alors qu'il sort du P.C.N. et de la Faculté des sciences. C'est d'ailleurs l'avis du Pr Sergent qui répète souvent dans son service que l'entrée des hôpitaux devrait être interdite aux étudiants pendant les six premiers mois de leurs études. Mais je n'insisterai pas aujourd'hui sur le stage hospitalier où, dans quelques services magistraux, « moutonnent » 80 à 100 jeunes stagiaires, qui n'ont à examiner que.... les dos de leurs condisciples, des externes, des internes, des chefs de clinique, sans oublier les multiples visiteurs bénévoles — dos derrière lesquels ils ne peuvent que vaguement soupçonner qu'il doit se passer quelque chose. Glissons pour le moment, mais il serait bon d'y revenir un jour....

A propos des *travaux pratiques* du P.C.N. médical que je souhaite, serait-ce être trop ambitieux que de rêver qu'ils soient vraiment pratiques ? En histoire naturelle, par exemple, au lieu de disséquer des limaces et de regarder des « tissus » ou des « membranes » qu'ils n'auront jamais plus l'occasion d'examiner, pourquoi ne montrerait-on pas aux futurs médecins, sous le microscope, surtout des globules du sang ou des coupes de tissus humains, voire même des coupes de tumeurs bénignes ou malignes dont on lui expliquerait les différences....

De même, au début de la seconde année (la première actuelle) pourquoi, avant tout hôpital, durant le cours de sa cinquième inscription, outre ses quelques semaines destinées à l'étude de l'ostéologie, n'ajouterait-on pas, le reste du trimestre, quelques séances de pathologie rudimentaire et très générale, avec quelques aperçus de séméiologie, pour que, au 1er janvier, après la prise de la sixième inscription, notre jeune étudiant ait déjà quelque idée de ce qu'il pourra examiner et étudier à l'hôpital alors que débuterait son stage obligatoire? Là encore, je n'insiste

pas, ne désirant qu'esquisser ce qui pourrait être mis au point dans la commission que je demandais plus haut.....

Résumons-nous et concluons. Ce qu'il faudrait, à mon avis, c'est un P.C.N. médical, mis en pratique *par* des médecins, *pour* de futurs médecins. Qu'on élague du P.C.N. « des sciences » tout ce qui importe peu à un étudiant en médecine et qui serait plutôt utile à de futurs physiciens, à de futurs chimistes, à de futurs zoologistes ou botanistes qui se destineraient à poursuivre ces études dans un but de science pure ou appliquée. *Qu'on élimine des programmes trop diffus du P.C.N. actuel tout ce qui ne concerne par la médecine.*

Elaguez, élaguez.... l'arbre synoptique des connaissances requises pour faire un bon *praticien* restera encore assez touffu, sans qu'on le surcharge de tant de rameaux inutiles. Un bon jardinier taille ses arbres avec soin quand il veut que ceux-ci lui rapportent de bons et beaux fruits.

Dr Fernand DECOURT.

LES MASSEURS DEMANDENT UN STATUT ET UN TITRE OFFICIELS

La guerre nous a valu nombre de mutilés, qui cherchent, par tous moyens de rééducation, à gagner leur vie. Le métier de masseur a séduit beaucoup de ces victimes de la guerre et notamment des aveugles, qui peuvent acquérir une grande dextérité manuelle.

Aussi les associations de mutilés ont-elles demandé l'appui des pouvoirs publics et notamment du Ministère de la guerre, pour obtenir une stabilisation de la profession de masseur, qui, jusqu'à présent, ne comporte aucun diplôme, venant couronner une ou plusieurs années d'études.

Les masseurs entendent faire des stages scolaires sérieux. Ils veulent pouvoir répondre à l'attente des médecins, qui les emploient et à celle du public, qui réclame leur assistance. Aussi, ne veulent-ils pas être confondus avec de soi-disant masseurs, qui se servent de ce titre, pour masquer, dans les grands quotidiens, des annonces de maisons de rendez-vous.

C'est pour ces motifs que le Ministre de l'Hygiène a saisi le Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour lui demander quel statut et quel titre officiels il conviendrait de délivrer aux masseurs.

L'assemblée générale dernière du Conseil supérieur n'a pas pu discuter le rapport, que j'avais présenté et fait adopter à la dernière réunion de la 2e section du Conseil supérieur. Nous prions donc nos confrères, après lecture du rapport ci-après, de nous donner leur avis autorisé.

Il est évident qu'une réglementation de la profession de masseurs ne peut qu'avoir des avantages ; mais, par contre, il convient de protéger la santé publique contre ceux qui, abusant d'un titre, laisseraient croire qu'ils ont qualité pour établir un diagnostic et instituer un traitement sans le concours d'un docteur en médecine.

Il y a suffisamment de rebouteux, de rhabilleurs, en province, et même dans les grands centres, qui estropient trop de victimes, pour qu'on donne une consécration et une investiture officielle à l'exercice illégal de la médecine, par l'octroi d'un titre de « médecin-masseur, ou de chirurgien-masseur ». Nous nous sommes nettement prononcé contre toute dénomination, pouvant créer une confusion.

Nous nous sommes rallié au seul titre d'infirmier masseur, ou d'infirmier en physiothérapie, car, à nos yeux, de même qu'il n'existe, depuis la loi du 30 novembre 1892, qu'une seule catégorie de personnes, ayant le droit de soigner les malades : les docteurs en médecine, il ne saurait y avoir qu'une seule catégorie d'auxiliaires de ces docteurs : ce sont les infirmiers. Qu'ils se spécialisent ensuite, qu'ils dirigent leurs études vers telle ou telle branche, après une année d'études générales, qu'ils choisissent la branche hospitalière, ou celle des inspections de nourrissons, ou de visite sanitaire des écoles, ou des foyers, qu'ils se destinent aux établissements de douches, de massages, de stations balnéaires : il n'en reste pas moins établi qu'un seul diplôme, celui d'infirmier, sera délivré, avec, ou sans mention spéciale.

Au point de vue juridique, le massage ne peut être considéré en lui-même comme constituant un exercice illégal de la médecine.

N'encourt aucune pénalité celui qui, sans prendre part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, se borne à faire du massage, sous la direction d'un médecin. (Trib. correctionnel, Mantes, 28 avril 1897.)

Mais, dans beaucoup trop de cas, des masseurs se sont crus capables de se passer du concours du médecin : ils ont diagnostiqué et institué eux-mêmes un traitement. D'où des poursuites correctionnelles et des condamnations (Cour de Nancy, 12 mai 1897 ; trib. cor. Quimperlé, 8 mars 1898 ; trib. correct. Seine (10e chambre), 28 novembre 1899 ; cour de Paris, 16 mai 1900, confirmant trib. correct. Versailles, 27 janvier 1900 ; trib. correctionnel Lyon, 9 mai 1905 ; trib. correctionnel d'Albertville, 15 mars 1907 ; trib. correctionnel Périgueux, 27 novembre 1907 ; trib. correctionnel Périgueux, 23 octobre 1910 ;

trib. correctionnel Charleville, 23 juin 1913 ; trib. correctionnel d'Albertville, 11 septembre 1913).

Il a même été jugé qu'une masseuse ne peut se prévaloir d'un diplôme délivré par une société privée, pour se passer des ordres d'un médecin, en ce qui concerne l'opportunité de séances de massage (trib. correctionnel Seine, 13 mars 1911).

Il faut conclure que, si la profession de masseur a besoin d'être réglementée, il convient de donner une instruction générale pour que les masseurs soient d'excellents auxiliaires des médecins et ne soient pas plus que des auxiliaires. Les études et le titre d'infirmier nous semblent suffisants, à moins qu'on ne trouve une autre qualification pour distinguer les infirmiers soignants, de ceux qui, malgré leur titre d'infirmier, ne sont que des hommes de peine, ou des filles de service, n'accomplissant qu'une besogne purement matérielle et jamais scientifique. Mais ce titre reste encore à être trouvé.

Dr Paul BOUDIN.

Règlementation de la profession de masseur

Rapport présenté par M. le docteur Paul Boudin au Conseil supérieur de l'Assistance Publique.

Par sa lettre en date du 17 mars dernier, M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a saisi le Conseil supérieur de l'Assistance publique de la question de savoir dans quelles mesures il est opportun de réglementer la profession du masseur.

1° *Les masseurs sont-ils utiles pour le bien public ?*

La physiothérapie, les traitements par agents physiques rendent de grands services pour le traitement des maladies et des accidents. Des docteurs en médecine se sont spécialisés dans cette branche de l'art de guérir.

Mais beaucoup de praticiens n'ont pas le temps nécessaire pour faire de longues séances de massage chez certains de leurs malades ; aussi confient-ils ce traitement à des auxiliaires qui travaillent sous leur direction et d'après leurs instructions.

Ces auxiliaires doivent avoir acquis une certaine connaissance en anatomie, physiologie, en clinique élémentaire ; de même, ils doivent posséder une dextérité manuelle, une pratique spéciale.

Les documents que nous avons eus sous les yeux, dans le dossier qui nous a été confié, les visites que nous avons tenu à faire dans les écoles de massage, démontrent que ceux qui entreprennent la mission de former des masseurs sont dans l'obligation de leur faire suivre des cours pratiques et théoriques de deux années environ.

Il importe, en effet, que ces auxiliaires des médecins soient d'abord compétents pour les missions qui leur sont confiées par le docteur, soit comme massage, soit comme doucheurs, baigneurs, aides en mécanothérapie, photothérapie, radiothérapie, etc.

Il importe également qu'ils sachent bien ce qu'ils ne doivent pas faire : il existe, en effet, une tendance bien connue, chez beaucoup de personnes n'ayant qu'une vague teinture de médecine, à se croire autorisées à donner des conseils médicaux et à instituer même des traitements.

C'est pour cette raison que la Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris, en date du 23 novembre 1922, et le Syndicat des médecins de la Seine, en date du 9 février 1923, consultés par M. le ministre de l'Hygiène sur la question qui nous occupe, ont signalé le danger que ferait courir à la santé publique l'octroi d'un diplôme laissant supposer aux malades que les masseurs peuvent traiter les maladies sans être placés sous la direction immédiate d'un docteur en médecine.

Les cas ne sont pas rares, où un rebouteur, un masseur ont été la cause d'une amputation, par exemple, pour avoir intempestivement massé et mobilisé une tumeur blanche, ou arthrite tuberculeuse, dont le début était dû à un traumatisme.

2° *Un titre officiel est-il nécessaire ?*

Les masseurs de profession ne veulent pas, à juste titre, être confondus avec les tenanciers de certaines officines de vente de produits de beauté, ou même de maisons de rendez-vous, qui emploient la rubrique « massage spécial » pour attirer certaine clientèle, grâce à la publicité des quotidiens.

Un titre officiel, couronnant des études sérieuses, faites dans des écoles sérieuses, donnerait toute sécurité, tant aux docteurs en médecine ayant recours à ces auxiliaires, qu'aux malades eux-mêmes. Cela permettra également aux syndicats de masseurs, légalement constitués, d'épurer la profession, en poursuivant l'exercice illégal ou la concurrence déloyale et illicite.

Quel titre donner ?

En parcourant les programmes des écoles privées de massage, nous avons été frappé de la similitude des études avec celles organisées par le décret du 27 juin 1922, instituant le brevet de capacité des infirmiers professionnels.

En second lieu, nous référant aux conclusions émises par la Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris et par le Syndicat des médecins de la Seine, nous estimons qu'il n'est pas besoin de créer un titre spécial pour ces auxiliaires des médecins. Infirmiers, comme masseurs, sont placés dans la même situation juridique, par rapport aux malades d'une part, aux médecins, de l'autre.

Le titre d'infirmier-masseur ou d'infirmier en physiothérapie nous paraît suffisant et prudent, en ce sens qu'il ne laissera pas supposer au public qu'un titre de chirurgien-masseur, ou de médecin-masseur, ou de masseur scientifique, peut donner à celui qui le porte un droit quelconque dans l'art de guérir.

Le législateur du 30 novembre 1892 a entendu que, seuls, auraient le droit de faire des diagnostics et d'indiquer des traitements, ceux pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français.

Et pour ne pas créer de confusion, le législateur a supprimé les officiers de santé.

A l'heure actuelle, un courant se dessine en faveur de l'unification des diplômes de docteur en médecine et de chirurgien-dentiste.

Ce ne serait donc pas le moment de créer, pour les auxiliaires des médecins, un titre nouveau.

Conclusions.

En conséquence, nous proposons au Conseil supérieur de l'Assistance publique de répondre à M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, que :

1° Les masseurs et leurs écoles spéciales doivent être rattachés aux dispositions du décret du 27 juin 1922, en les ajoutant à l'énumération énoncée dans l'article 1er, ou en les comprenant dans « l'etc. » qui suit cette énumération ;

2° Les écoles, pour être reconnues, devraient se soumettre aux dispositions dudit décret ;

3° Le titre serait celui d' « infirmier en physiothérapie », comprenant les masseurs, les doucheurs, baigneurs, etc., qui actuellement sont employés dans les villes d'eaux et stations balnéaires et qui, pour répondre aux exigences de la clientèle, doivent posséder des connaissances pratiques et scientifiques suffisantes et règlementées.

LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS EN CLIENTÈLE

Médecins et sages-femmes.

Au moment où l'Académie de médecine s'occupe de reviser le statut professionnel des sages-femmes, nous croyons intéressant de publier les documents suivants, qui empruntent leur plus grande valeur à ce fait qu'ils émanent de la femme d'un confrère.

En ce qui me concerne, je dois dire que j'approuve entièrement l'argumentation de Mme Bouchet.

Au temps lointain où j'exerçais la médecine en Normandie, dans mes débuts professionnels, il m'est souvent arrivé d'être retenu, pour les accoucher, par des femmes enceintes qui se passaient ensuite fort bien de mon concours, le moment venu, et ne prenaient même pas la peine de m'en informer, l'évènement accompli. Je m'étais imposé de ne pas m'absenter à l'époque présumée de leurs couches : en pure perte ; j'en étais pour le dérangement auquel je m'étais consciencieusement soumis.

Dans d'autres cas, au contraire, il m'est également arrivé de rester immobilisé pendant de longues heures, voire des jours, auprès d'une parturiente dont l'accouchement traînait en longueur, et que je ne voulais pas abandonner à elle seule.

Pendant tout ce temps, j'étais appelé par des malades qui, ne me trouvant pas prêt à me rendre auprès d'eux, s'adressaient à un de mes confrères. Tant et si bien que, pour gagner péniblement, et au prix de quelles fatigues ! les modestes honoraires d'un accouchement à cette époque (forceps : 100 fr.), je perdais le bénéfice des traitements plus ou moins nombreux qui m'échappaient en raison de mon indisponibilité momentanée.

Aussi, au bout de trois ou quatre ans, avais-je favorisé l'installation auprès de moi d'une jeune sage-femme très recommandable. Quand une femme gravide venait me prier de l'assister à l'heure de ses couches, je lui répondais : « Adressez-vous de ma part à Mlle X. Si votre accouchement se passe normalement, ainsi que je l'espère, elle fera l'affaire aussi bien que moi. S'il survient une complication, elle m'appellera ; je ferai le nécessaire dans le minimum de temps, et je me chargerai de la rémunérer de son assistance ».

Et les choses se passèrent ainsi dans la suite, jusqu'au jour ou les circonstances décidèrent d'un changement d'orientation dans ma vie professionnelle.

J'approuve donc pleinement Mme Bouchet, et je souhaite que les sages-femmes, suffisamment instruites et conscientes du rôle limité qu'elles doivent jouer en médecine (l'obstétrique étant notamment une branche de la médecine), puissent devenir les auxiliaires utiles des médecins et leur épargner certaines fatigues dont le plus grand nombre ne demande qu'à se passer.

A cet effet, nous devons favoriser la création de syndicats de sages-femmes, partout où la chose est possible, la liaison étroite de ces groupements avec les Syndicats médicaux. Et pourquoi pas ? Là où le syndicat de sages-femmes ne rencontre pas les éléments nécessaires pour se constituer, l'admission, dans des conditions à déterminer, de la sage-femme isolée au sein du Syndicat médical local ou régional ?

G. DUCHESNE.

Monsieur, je vous serais très reconnaissant de publier l'article que je vous envoie tant en mon nom qu'au nom de plusieurs femmes de médecins qui pensent, comme moi, que les longues absences occasionnées par les accouchements à la campagne nuisent très sensiblement à la clientèle.

M.-A. BOUCHET.

***

Si je viens vous demander une place dans vos colonnes, ce n'est pas que je me flatte de pouvoir discuter ou raisonner avec les hommes de science qui sont vos correspondants habituels. Mais, fille, femme et mère de médecins, je sais qu'il

vous manque à presque tous, Messieurs les docteurs, le sens pratique de la vie et que le côté matériel de la profession ne vous préoccup guère ; c'est pour cela que je me permets de rapporter ici une conversation intéressante sur les médecins et la crise de la natalité et les réflexions qu'elle m'a suggérées :

Je me trouvais il y a quelques jours dans un salon où l'on parlait du sujet d'actualité : la dépopulation en France. Chacune de nous donnait son appréciation, quand la femme d'un avocat nous a soumis cette cause inattendue de la crise actuelle : « Mais ce sont les médecins qui sont cause de la dépopulation ; ils prennent si cher pour les accouchements ! pensez donc, à ma nièce, un médecin qu'elle a retenu d'avance a demandé 5 ou 600 francs ! »

Ce à quoi j'ai répondu : « Permettez-moi de vous dire, Madame, que le fait de retenir un médecin pour un accouchement est un luxe, et que le luxe, par ces temps-ci surtout, doit se payer et se payer cher. Si votre nièce ne peut pas s'offrir un médecin, qu'elle prenne une sage-femme ; comme elle est jeune, bien portante, il y a 90 chances sur 100 que cela lui suffise et elle aura réalisé ainsi une notable économie. »

Cette conversation m'a menée à me demander le bénéfice net que donne au budget d'un médecin sérieux et occupé le fait de faire des accouchements retenus d'avance.

Voici ce que j'ai relevé sur les comptes de mon mari : depuis janvier 1922, il a fait 13 accouchements retenus d'avance.

2 ont été payés intégralement.

2 ont été payés la moitié du tarif syndical.

3 qui sont récents seront probablement payés, mais avec un gros rabais,

6, par suite de diverses circonstances, sont passés aux profits et pertes.

Pour les 7 accouchements à la campagne, il a eu un minimum de frais de voiture de 250 francs.

De plus, il a perdu du fait de ses longues absences, la clientèle d'un riche propriétaire, une fracture de bras, la clientèle d'un prostatique payant bien, un forceps avec sage-femme, un client qui a eu une attaque, etc., etc. et alors qu'en théorie, il prend 300 fr. en ville et 500 à la campagne pour un accouchement retenu d'avance, en pratique on n'arrive pas à une moyenne de 100 francs.

A côté, et pour le même laps de temps je trouve 3 accouchements avec sage-femme dont deux sont déjà payés à 150 fr. l'un et l'autre, le sera sûrement. Il n'y a eu aucune perte de clientèle, la durée de l'absence étant forcément très limitée, et la note sûrement payée parce que moins forte ; et puis, le médecin est arrivé en libérateur et, au moins pendant quelques mois, on lui garde de la reconnaissance.

Je crois donc, avec mon simple bon sens de ménagère pratique, qu'il y aurait tout intérêt à n'accepter les accouchements qu'avec l'aide d'une sage-femme au courant, et cela pour quatre raisons.

1° Vous aurez beaucoup moins de peine, de fatigue, d'énervement ; moins de temps et de clientèle perdus ;

2° Votre budget s'en trouvera mieux et votre réputation aussi ; car vous arriverez en sauveur et vous ne serez pas le Monsieur qui a laissé souffrir des heures sans intervenir ;

3° Les sages-femmes, voyant en vous des hommes de science venant pour les aider et non pour leur faire concurrence, vous feront appeler avec plus de facilité, et même vous feront de la réclame dans les familles où elles sont appelées ;

4° Enfin, on ne vous accusera plus de hâter la dépopulation par vos tarifs exorbitants.

M. A. Bouchet.
Décorée des familles nombreuses.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat médical de Lille

(18 mai 1923.)

Code de déontologie. — Une Commission composée des Dr Leclercq, Bertin et Vanhaecke est chargée d'étudier un projet de code.

Ordre des médecins. — Cette question est d'actualité, non seulement pour les Associations médicales, mais aussi en dehors d'elles. Un projet de loi a été déposé sur le Bureau de la Chambre à ce sujet par MM. Vallat, Daudet et Ambroise Rendu, députés. D'autre part, le Dr Aversenq, de Toulouse, a élaboré un rapport qu'il a adressé à l'Union des Syndicats médicaux après l'avoir fait adopter à l'unanimité par l'Assemblée générale du Syndicat de Toulouse. En vue de s'éclairer sur la question, le Syndicat médical de Lille charge une Commission composée des Drs Leclercq, Bertin et Vanhaecke d'établir un rapport concernant l'Ordre des médecins.

Vœu du Syndicat médical de Douai. — Considérant que les hôpitaux devraient être réservés aux seuls indigents, les Commissions des hôpitaux soient obligées de créer pour les non-indigents, à côté de

l'hôpital, des pavillons dans lesquels seraient admis comme médecins tous docteurs en médecine français, et que, en attendant la création de ces pavillons spéciaux, les chirurgiens et médecins des hôpitaux qui donnent leurs soins à ces non-indigents (victimes de la guerre, accidentés du travail, pensionnés) soient payés au même titre que les médecins et chirurgiens des cliniques privées.

Le secrétaire général,
Dr VANHAECKE.

Syndicat médical de Roubaix

(4 mai 1923.)

Statuts du syndicat. Mise au point de modifications récentes. — *a*) Tout médecin sollicitant son admission au Syndicat devra désormais donner par écrit son adhésion aux règles syndicales.

b) Bettremieux demande que l'on insiste à nouveau auprès des médecins non syndiqués pour qu'ils demandent à faire partie du syndicat.

c) *Médecins remplaçants.* — Il est interdit de continuer les soins chez un client que l'on a visité pendant l'absence ou la maladie d'un confrère, dès sa rentrée ou guérison.

Pour les honoraires, le remplaçant garde sa liberté d'action ; mais il est désirable que le confrère *malade* reçoive la moitié des honoraires gagné par le remplaçant. En dehors de ces règles, les arrangements particuliers entre amis sont toujours libres.

Proposition de suppression du tarif de faveur. — Cette question ne peut être discutée que lorsque aura été admise l'unification des tarifs de Roubaix et des tarifs de la banlieue. Elle est portée à l'ordre du jour de la séance extraordinaire du 18 mai à laquelle seront convoqués par lettre fermée tous les syndiqués de Roubaix et de la banlieue.

Tarif Breton, base des tarifs applicables aux interventions dans la clientèle privée.

Peut-on admettre le tarif Breton comme base aux opérations faites dans la clientèle privée ? Le coefficient 2 majorerait les prix pour la clientèle bourgeoise, le coefficient 3 pour la clientèle riche.

En cas d'arbitrage devant le juge de paix, cette règle viendrait à l'appui de la demande d'honoraires du chirurgien. Pour le médecin traitant souvent consulté sur le prix de l'intervention proposée, il serait facile de donner au client un chiffre approximatif.

Autrefage est d'avis qu'on ne peut établir un tarif pour les actes chirurgicaux. Trop de facteurs interviennent qui font varier le prix d'une intervention : notoriété, habileté du chirurgien, difficulté de l'opération, fortune et situation du client, etc.

Le Syndicat décide qu'il n'a pas à tarifer les actes chirurgicaux des spécialistes.

(18 mai 1923.)

Suppression du tarif de faveur. — La suppression du tarif de faveur (6 fr. la consultation, 8 fr. la visite) est votée à l'unanimité.

Désormais, pour la classe ouvrière, la consultation sera de 8 fr. ; la visite de 10 fr.

Pour la classe aisée et la classe riche, on appliquera le coefficient 5 aux tarifs d'avant-guerre.

A titre d'indication, on comprendra dans la classe aisée ou riche tous les propriétaires d'autos. Ce mode de classification facile est déjà en usage à Tourcoing.

Il est décidé à l'unanimité que ce tarif sera appliqué à partir du 1er juillet.

Les médecins de la banlieue acceptent d'appliquer ce tarif, si le Syndicat décide d'en informer la population par voie des journaux.

On fera donc paraître sous la rubrique « Banlieue de Roubaix » : « Conformément à la décision de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord, la population est avisée que l'on appliquera désormais le tarif officiel minimum, soit 8 fr. la consultation 10 fr. la visite pour la classe ouvrière. »

(1er juin 1923.)

Des confrères qui ne sont pas venus à la réunion du 18 mai se sont étonnés que des modifications du tarif aient été décidées en l'absence d'un assez grand nombre de syndiqués. Desrousseaux fait remarquer qu'il eût été facile à la plupart de se rendre libres à l'heure de la séance (on remet bien ses visites au lendemain lorsqu'on est appelé pour un accouchement) ; que ce sont les mêmes confrères que l'on retrouve assidus aux réunions, certains autres paraissant se désintéresser des discussions syndicales, prêts malgré cela à profiter des avantages que leur vaut le Syndicat ; mais ayant pour eux l'excuse de n'avoir pas pris part au vote quand une décision les gêne.

Nul n'est censé ignoré la loi... ni les décisions syndicales puisque ces dernières sont depuis quelques mois exposées dans un compte rendu que reçoit chaque syndiqué.

« On décide à l'unanimité de faire signer les modifications du tarif votées à la réunion du 18 mai.

Compte rendu de la séance du Syndicat de Tourcoing. La suppression du tarif de faveur y est décidée. Le nouveau tarif sera en vigueur à partir du 1er juillet.

Adaptation des tarifs aux classes supérieures à la classe ouvrière. — Après longue discussion, on admet comme tarif minima : 10, 15 et 20 francs.

Moyens de ramener au Syndicat les médecins dissidents. — Parmi les quelques médecins non syndiqués, quelques-uns n'ont pas encore sollicité leur

admission, par simple négligence ; il suffira de leur rappeler qu'il y a un syndicat. D'autres accepteraient de venir au syndicat, à condition qu'on veuille bien leur permettre de déroger à telle ou telle règle syndicale. Est-il vraiment utile d'insister auprès de ces derniers, si leurs intérêts les portent ailleurs et si dès leur admission, ils sont décidés à ne point se conformer aux tarifs en usage, aux décisions prises ou à prendre ?

Lettre au sujet de l'admission des malades payants dans les hôpitaux. — Dans un service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Lille, tous les malades non indigents, même millionnaires, peuvent être opérés de végétations ou d'amygdales pour la modique somme de 20 fr. (10 fr. jusqu'à ces derniers jours).

A ce propos, *les membres du syndicat, à l'unanimité, protestent contre l'admission des malades payants dans les hôpitaux.*

Consultation de nourrissons. — D'après le projet Dron, les consultations de nourrissons qui jusqu'ici n'étaient généralement ouvertes qu'aux indigents, deviendraient obligatoires pour tous.

Le Syndicat proteste contre cette obligation générale de suivre les consultations. Comme le fait remarquer un confrère, il y a déjà des dispensaires pour les tuberculeux, pour les vénériens, des consultations prénatales, etc., etc.

Bientôt, si nous ne savons nous défendre, nous soignerons gratuitement presque tous les malades.

Fédération des Syndicats médicaux de la Côte-d'Or

Les médecins de la Fédération de la Côte-d'Or (150 membres) (Syndicats de Dijon, Beaune, Auxois-Morvan) réunis en Assemblée générale à Dijon, le 5 juillet 1923 :

Adoptant les ordres du jour du 24 octobre 1920 et du 6 novembre 1921, votés à l'unanimité par les médecins du Syndicat de Beaune ;

Considérant que les contrats collectifs font descendre les membres du corps médical au rang d'employés pour aboutir progressivement et fatalement au fonctionnarisme syndicaliste sinon administratif ;

Considérant que la profession médicale ne peut être liée par des contrats qui entravent son indépendance et sa liberté ;

Considérant que persister dans la voie suivie jusqu'à ce jour serait faire preuve d'un aveuglement funeste à la corporation médicale ;

Déclarent à l'unanimité qu'ils subissent à regret les contrats et contrôles qui leur ont déjà été imposés et que, voulant conserver leur liberté, ils s'opposent énergiquement pour l'avenir à tout contrat collectif;

Proposent que tout membre d'une collectivité quelconque, caisse d'assurance sociale en particulier, soit soumis au tarif syndical local et honore intégralement et directement son médecin, libre à lui de s'entendre avec sa société, sa caisse d'assurance, la commune, le département ou l'Etat sur l'indemnité qui lui sera allouée pour ses frais médicaux.

Fédération des syndicats médicaux de l'Hérault.

(22 *juillet* 1923)

I. — *Questions relatives au service de l'assistance médicale gratuite.*

Par sa lettre circulaire du 6 juin 1923, le préfet de l'Hérault a notifié au Corps médical du département les modifications au règlement de l'assistance médicale gratuite édictées par le Conseil général dans sa séance du 25 avril, pour être mises en vigueur à partir du 1er juillet.

La lecture de ce texte témoigne du désir de l'assemblée départementale de réduire au minimum les frais d'assistance, soit en prohibant les prescriptions de caractère somptuaire, soit en limitant l'intervention médicale.

Ce dernier point a provoqué au sein des divers syndicats certaines réserves, tel le premier alinéa de la page 3, visant l'obligation d'un rapport relatif à tout assisté dont l'état aura nécessité 10 visites au cours d'un semestre. Il a paru à la Fédération que le droit pour l'administration d'être renseignée sur ce point serait mieux assuré par l'intermédiaire des municipalités qui délivrent les bulletins de visite.

De même le 4e et le 5e alinéas de la page 7 relatifs au carnet de bons de médicaments mis à la disposition du maire soulève, outre l'argument du carnet de chèques en blanc, des objections d'ordre médical (un brightique peut succomber après ingestion d'un cachet d'antipyrine inopportunément délivré) et d'ordre légal, puisque la loi de 1892, sur l'exercice de la médecine, exige des garanties de compétence pour la prescription et la délivrance d'agents médicamenteux.

Par contre, cette réglementation demeure muette en ce qui concerne la tarification spéciale aux opérations de moyenne chirurgie, telle que l'a proposée la Fédération à diverses reprises, et en particulier dans ses séances du 11 décembre 1921 et 3 décembre 1922 : si aucune objection n'est faite par les Syndicats au sujet des actes de petite chirurgie (ventouses, injec-

tions hypodermiques) qui, depuis la décision du Conseil général d'octobre 1920, notifiée en décembre 1920 pour être appliquée le 1er janvier 1921, ne font plus l'objet d'honoraires distincts du prix de la visite ordinaire, s'il est normal que la plupart des interventions importantes (trépanation, hystérectomie) comportent l'hospitalisation, toutes réserves faites sur ces « urgences » (rupture de grossesse tubaire) où le transport est irréalisable, et la mort à peu près fatale du fait de l'interdiction de tout appel à domicile, les Syndicats n'ont jamais cessé de s'élever contre le silence de l'administration relatif au mode de rémunération des opérations de moyenne chirurgie, telles par exemple, la réduction et l'immobilisation d'une fracture de jambe. En l'état actuel de la réglementation, quelle que soit la difficulté du cas, la complexité et la durée des manœuvres à intervenir, sans parler des responsabilités prises, le médecin ne saurait prétendre à d'autres honoraires que le montant du prix d'une visite simple. Il en résulte qu'après une immobilisation faite par pure humanité, puisque le médecin qui l'a faite n'est pas rétribué, le malade est dirigé sur l'hôpital le plus voisin, d'où, pour l'assistance, et sans même faire état des frais de déplacement, des débours beaucoup plus élevés.

Ces quelques considérations, auxquelles, il ne serait que trop facile d'en ajouter bien d'autres, montrent bien que toutes les mesures adoptées par le Conseil général de l'Hérault, depuis sa séance du 3 octobre 1919, portent la marque d'une réglementation unilatérale, d'où la collaboration du corps médical a été exclue.

Ces remarques ne donnent que plus de valeur au remarquable rapport « sur un projet de règlement type de l'assistance médicale gratuite » rédigé par le Dr Lautié, président du Syndicat médical de Béziers, et que ce groupement corporatif a approuvé à l'unanimité pour être transmis aux autres syndicats et au Bureau de la Fédération. Celle-ci le fait sien et charge son président d'en pousser l'étude et l a réalisation, de concert avec l'administration, en vue de l'établissement d'un contrat bilatéral fondé sur la notion de contrôle technique.

Comme corollaire, la Fédération tient à répéter avec force qu'elle n'entend se solidariser en aucune manière avec les fauteurs d'abus, s'il s'en trouve. Tout fait délictueux, indiscusablement établi, ne saurait entraîner que des responsabilités individuelles. Le premier à les stigmatiser, le corps médical n'en saurait recevoir d'éclaboussures.

II. *Syndicat médical de Lodève.* — Informé de la situation de fait de ce groupement corporatif, le Conseil exprime le souhait que les intéressés reprennent contact dès qu'il leur sera possible. Il se met, le moment venu, à leur entière disposition pour organiser, si besoin, une réunion préparatoire.

III. *Voyage en Savoie.* — Le compte rendu détaillé en a paru dans le dernier numéro du *bulletin* et témoigne de la cordialité de l'accueil fait aux membres de la caravane médicale par M. le préfet Mounier et le corps des praticiens des stations thermales de cette région.

Désireux de leur témoigner combien ses adhérents ont été sensibles aux attentions dont ils ont été entourés et de consolider des liens qu'elle espère durables, la Fédération se concertera avec la Faculté en vue d'organiser, pour le printemps prochain, une réception à Montpellier, digne des hôtes qui leur ont fait les honneurs de leurs stations.

IV. *Bulletin de la Fédération.* — Un appel pressant est adressé au bureau de chaque Syndicat en vue d'alimenter la rubrique corporative du bulletin, alors que l'absence de réunions statutaires pendant les vacances laisse le champ libre aux travaux et projets d'intérêt général. Celui du Dr Lautié, plus haut mentionné, paraîtra *in extenso* la prochaine fois.

Le secrétaire général de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault,
Paul Delmas.

JURISPRUDENCE

Appendicite. — Appréciation des honoraires chirurgicaux.

TRIBUNAL DE LA SEINE (7e Chambre).

7 *mars* 1923.

Le tribunal

Ouï en leurs conclusions et plaidoiries Nattan-Larrier, avocat, assisté de Léveillé Nizerolle avoué du docteur Charles M.

De Ferron, avocat, assisté de Dulud, avoué de Louis G.

Le Ministère public entendu et après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en matière sommaire et en dernier ressort :

Attendu que, suivant exploit de Ruey, huissier à Paris en date du 22 février 1921, le docteur Charles M. a formé contre G. une demande en payement de la somme de 1.500 fr. pour solde d'honoraires restant dus par ce dernier sur un total de 4.000 fr. ;

Attendu que le docteur Charles M. pratiqua, le 16 janvier 1920, l'opération de l'appendicite sur la fille de G. transportée à la clinique à la suite d'une crise aiguë. Que cette opération fut suivie le 15 mai 1920 d'une seconde intervention pour laquelle le demandeur se transporta à F. avec ses aides ;

Attendu que ces opérations furent suivies de la guérison de la malade ; que les frais de séjour à la clinique du 16 janvier au 9 février 1920 furent réglés

directement par G., lequel remit 100 fr. à l'un des aides du praticien lors de la 1re opération ;

Attendu que le docteur M. réclama à G. une somme de 4.000 fr. pour prix de ces deux interventions (3.000 fr. pour la 1re et 1.000 fr. pour la seconde) ; ainsi que pour tous les soins consécutifs ; que ce dernier lui fit parvenir en juin 1920 un chèque de 2.500 fr. en lui demandant de réduire à ce chiffre le montant de ses honoraires eu égard à sa situation de fortune précaire ;

Attendu que le docteur M. s'est opposé à cette prétention et que G. soutient aujourd'hui que la dite somme de 2.500 fr. constitue une rémunération largement suffisante des soins et interventions donnés par ce dernier à sa fille en reconnaissant d'ailleurs qu'ils ont permis de la ramener à la santé ;

Attendu qu'aucun prix forfaitaire n'ayant été convenu entre les parties lors de la 1re opération, il y a lieu d'examiner si la somme réclamée par le demandeur est excessive ou non, en tenant compte de la gravité de la maladie, des résultats des interventions, de la notoriété du praticien et de la situation de fortune du débiteur ;

Attendu qu'il ne peut être sérieusement contesté que l'opération de l'appendicite, pratiquée à chaud, c'est-à-dire en pleine crise sur la jeune G., a constitué réellement une intervention grave et périlleuse ; qu'elle a été suivie de nombreux soins et pansements et que seul un des deux aides a reçu du défendeur une somme de 100 fr. ; que si la seconde opération peut être considérée dans une certaine mesure comme une suite de la première, il y a lieu de retenir que le docteur a dû se transporter à 12 kilomètres pour y procéder avec l'assistance de deux aides qui n'ont reçu aucune rétribution de la famille G. ;

Attendu que le docteur Charles M., dont le défendeur reconnaît d'ailleurs les capacités, est un praticien distingué, professeur d'anatomie à l'école de médecine et chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; que si l'on ne devait tenir compte que des éléments indiqués ci-dessus la demande formée par le docteur M. ne pourrait être considérée comme exagérée ;

Mais attendu que ce dernier lui-même déclare que la somme de 4.000 fr. par lui réclamée se trouve en rapport avec la situation très aisée de G. ancien propriétaire d'immeubles et pourvu d'une fortune importante ;

Que cette appréciation fondée sur les apparences n'apparaît pas conforme à la réalité après les renseignements très circonstanciés et détaillés fournis par G. sur les ressources dont il dispose ; qu'en effet G. a dû contracter plusieurs emprunts tant pour acquérir son étude que pour payer ses échéances ; qu'il a utilisé à cet effet les garanties que sa femme et deux autres parents pouvaient lui fournir, que le total de ces emprunts représente une somme de près de 200.000 fr. ; qu'il a dû céder son étude de notaire après 8 années seulement d'exercice pour s'occuper de gérance d'immeubles à Paris ;

Attendu que dans ces conditions le docteur Charles M. paraît avoir été induit en erreur sur les ressources réelles des époux G., qu'il est permis de penser qu'il aurait peut être consenti à modérer sa demande s'il avait été loyalement mis au courant par G. de sa situation embarrassée et de ses difficultés pécuniaires ;

Attendu qu'en faisant état de ce dernier élément il y a lieu de fixer à la somme de 3.000 fr. la rémunération légitimement due au docteur M. et à 500 fr. le reliquat dont se trouve débiteur G. vis-à-vis de lui après le versement de l'acompte de 2.500 fr. effectué en juin 1920 ;

Qu'il y a lieu enfin de faire supporter les dépens par le défendeur qui a fait au docteur M. une offre insuffisante dans des conditions qui ont froissé à juste titre la susceptibilité légitime de ce dernier ;

Par ces motifs :

Condamne G. à payer au docteur Charles M. la somme de 500 fr. pour solde d'honoraires lui restant dus dans les conditions ci-dessus exposées et ce avec les intérêts de droit.

Déboute les parties du surplus de leurs conclusions respectives, tant principales que subsidiaires.

Condamne G. en tous les dépens.

Commentaires.

Ce jugement, obtenu par le « Sou Médical », grâce à son avocat-conseil, Me Nattan-Larrier, n'examine le quantum des honoraires à allouer, que parce qu'un prix forfaitaire n'a pas été fixé d'avance. Mais disons de suite que, si, dans le cas de prix forfaitaire, convenu avant l'opération, le tribunal se bornait à appliquer l'article 1142 du Code civil, il conserverait néanmoins la liberté d'apprécier si ce quantum réclamé n'est pas abusif. Certains tribunaux ont, en pareil cas, décidé, pour réduire les honoraires médicaux convenus d'avance, qu'au moment de la formation du contrat, le malade n'avait pas toute sa liberté d'action et que le médecin a profité de la crainte d'un péril fortuit.

Dans le jugement ci-dessus, le tribunal fait intervenir les facteurs d'appréciation habituels en pareille matière : la gravité de la maladie, les résultats obtenus, la notoriété du praticien, la situation de fortune du débiteur. Et c'est en se basant sur ce dernier élément, que le tribunal a cru équitable de réduire la note du demandeur. Il donne d'ailleurs entièrement raison, au point de vue moral, à notre confrère, puisque la partie adverse est condamnée à tous les dépens.

A rapprocher, dans le même sens, un jugement du tribunal civil de Gap, du 14 mars 1922. (*Gaz. des tribunaux*, 10 juillet 1922.) « Pour fixer le « montant des honoraires dus à un médecin, il « y a lieu de tenir compte de la nature de la ma-« ladie, des soins, ou interventions chirurgicales « qu'elle a nécessités, de la situation sociale et « de fortune du malade, de l'éloignement du « médecin, de sa notoriété et de la localité dans « laquelle il exerce.

« Si la médecine est un art utile de dévouement et à juste titre, des plus honorés, ceux qui la professent, doivent se montrer modérés dans la répétition du prix de leur services, à l'égard des humbles et des pauvres.

« En cas de contestation, il est du devoir des tribunaux de réprimer les exagérations des honoraires réclamés, comme aussi de redresser l'ingratitude de ceux qui se refusent à se libérer, dans de justes limites. »

Les bases d'appréciation des faits sont incertaines pour guider les tribunaux dans la fixation des honoraires médicaux. Mais les tarifs syndicaux locaux peuvent servir d'indication, bien que cependant ils ne puissent lier les juges. L'appréciation des honoraires de médecins doit être faite, non pas avec l'application toujours et strictement rigoureuse d'un tarif, qui n'a pas force de loi et qui ne saurait s'adapter avec élasticité aux nécessités variables du traitement. (Cour d'appel de Limoges, 1910 ; trib. civ. d'Epernay, 31 janvier 1908 ; cour de Lyon, 30 janvier 1899 ; Bordeaux, 16 février 1900 ; Douai, 27 janvier 1904 ; trib. civ. Valence, 19 février 1906.)

Le guide le plus certain qu'ont les tribunaux, pour apprécier le quantum d'honoraires à faire verser au médecin, est la condition de fortune du malade. Le praticien donne souvent gratuitement ses soins aux pauvres ; mais cette solidarité sociale ne doit pas incomber complètement au docteur, car il est d'usage de dire qu'en pareille matière, les riches doivent payer pour les pauvres.

Malheureusement, les riches sont fréquemment les plus mauvais payeurs, les plus difficiles à contenter et les plus procéduriers.

D'autre part, les juges n'oublient pas assez qu'ils sont également nos clients et ils ont la tendance fâcheuse de rogner sur les honoraires médicaux, qu'ils trouvent toujours exagérés.

Voici pourquoi notre service du contentieux du « Sou Médical » donne toujours aux confrères le conseil de faire estampiller leur note d'honoraires, lorsqu'elle est contestée, par le secrétaire de leur syndicat local, pour que le tribunal puisse avoir une base d'appréciation et puisse en faire l'application, selon la fortune du client, le service rendu et la notoriété du praticien.

Dr Paul Boudin.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Gastrotonométrie et coprologie cliniques.** — Le Dr René Gaultier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris fera, du 25 au 29 septembre, de 10 à 11 heures, à l'*hôpital Saint-Antoine*, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations de *gastrotonométrie clinique* (méthode d'exploration totale des fonctions gastriques) avec applications thérapeutiques : massage pneumatique, insufflations gazeuses d'O et de Co^2, etc. Il exposera la pratique de l'*exploration du duodénum* (usage de la sonde d'Einhorn) et fera un exposé résumé des méthodes de *coprologie* dans leurs applications à la clinique des affections des voies digestives (parasitologie et bactériologie pratiques, examen microscopique, réaction, hémorragies occultes, chimisme des graisses fécales, syndromes coprologiques : présentation de nombreuses préparations microscopiques, microphotographies, moulage de garde-robes de nourrissons).

Les médecins ou étudiants, désireux d'y prendre part, sont priés de s'inscrire dans le service, près de la surveillante ou par lettre chez le Dr René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris, 8e.

— **Luchon.** — *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.* — La session annuelle du Congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences* a pris fin à Luchon après avoir tenu de brillantes assises à Bordeaux.

Les congressistes, sous la présidence de M. le professeur Grimbert, membre de l'Académie de médecine, ont été salués, à la descente de leur train spécial, par le docteur Molinéry, directeur technique.

Immédiatement après, le chemin de fer électrique de montagne les amenait à « Luchon-Superbagnères » où ils pouvaient étudier, par un temps admirable, la station climatique de haute altitude inaugurée l'an dernier.

Leurs observations prises, les congressistes, parmi lesquels nous comptions MM. les professeurs Grimbert, de l'Académie de médecine, Faucon, de Montpellier, Rabau, de la Sorbonne, Cépède, de Paris, le Colonel Perrier, du Service géographique, le professeur Taboury, de Poitiers, le docteur Aubry, de Paris, MM. Léger et Malmanche, anciens internes, lauréats des hôpitaux de Paris, M. Rivet, secrétaire général du Congrès, etc., gagnèrent les Etablissements thermaux dont la réfection technique fit leur admiration.

Reçus par le docteur Germès, maire de Luchon, à qui a été remise la médaille du Congrès, par le docteur Audubert, président de la Société des Etudes médicales de la station, par le docteur Molinéry, directeur et tout l'ensemble du Corps médical, auxquels s'étaient joints M. Audubert, professeur adjoint de la Sorbonne, M. le docteur Hervieux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux, les congressistes ont visité les galeries souterraines de captage, où schistes, quartz, terrains métamorphiques, sulfuraires, peuvent s'étudier en place.

Les pratiques hydriatiques spéciales à Luchon ont retenu leur attention.

Cette journée d'études a été des plus fructueuses pour nos savants, qui, le soir même, sont partis pour Pau, où la valeur climatique les intéressera vivement.

— **Clinique médicale propédeutique.** — (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). *Cours de revision sur les acquisitions médicales pratiques de l'année* sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur C. Lian, prof.

agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DEBRÉ, DUVOIR, FAROY, HARVIER, TINEL, professeurs-agrégés, médecins des hôpitaux ; DENIKER, chirurgien des hôpitaux ; LE MÉE, laryngologiste des hôpitaux ; VELTER, professeur agrégé, ophtalmologiste des hôpitaux ; FERNET, médecin de Saint-Lazare ; GUILLY, dentiste des hôpitaux ; BLECHMANN, COTTENOT, Gaston DURAND, H. DURAND, MARSAN, PASSOT, P. PRUVOST, SÉGARD, TREVES, VAUDESCAL, anciens chefs de clinique, anciens internes des hôpitaux ; DAUSSET, chef de laboratoire ; G. SIGURET, DUCHESNE, H. LECLERC.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1923, *du* 18 *au* 31 *octobre*, sont exposées, dans une série de conférences et de démonstrations pratiques, les notions nouvelles, cliniques et thérapeutiques, dans toutes les branches de l'activité médicale.

PROGRAMME DU COURS :

Jeudi 18 *octobre* : 11 heures. Leçon d'ouverture par le Pr SERGENT, sur la syphilis pulmonaire. — 3 heures. Démonstration pratique : M. AUBERTIN (sang). — 4 h. 1 /4. Conférence clinique : M. AUBERTIN (sang). — 5. h. 1 /2. Conférence clinique : M. CHABROL (foie). —

Vendredi 19 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. PRUVOST (poumon). — 3 heures. Démonstration pratique : M. DENIKER (chirurgie). — 4. h. 1 /4. Conférence clinique : M. DENIKER (chirurgie). — 5 h. 1 /2. Conférence clinique : M. HARVIER (glandes endocrines).

Samedi 20 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. CHABROL (foie). — 3 heures. Démonstration pratique : G. DURAND (intestin). — 4 h. 1 /4. Conférence clinique : G. DURAND (intestin). — 5 h. 1 /2. Conférence clinique : M. LECLERCQ (phytothérapie). — 6 heures. Conférence clinique : M. DAUSSET (physiothérapie).

Lundi 22 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. TINEL (neurologie). — 3 heures. Démonstration pratique : M. H. DURAND (tuberculose). — 4 h. 1 /4. Conférence clinique : M. PRUVOST (plèvres). — 5 h. 1 /2. Conférence clinique : M. HARVIER (glandes endocrines). — 6 heures. Conférence clinique : M. DENIKER (chirurgie).

Mardi 23 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. BLECHMANN (maladies infectieuses). — 3 heures. Démonstration pratique : M. TINEL (neurologie). — 4 h. 1 /4. Conférence clinique : M. TINEL (neurologie). — 5 h. 1 /2. M. ABRAMI (pathologie générale).

Mercredi 24 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. FAROY (estomac). — 3 heures. Démonstration pratique : M. BLECHMANN (pédiatrie). — 4 h. 1 /4 . Conférence clinique : M. BLECHMANN (pédiatrie). — 5 h. 1 /2 . Conférence clinique : M. DENIKER (chirurgie).

Jeudi 25 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. LIAN (cœur, vaisseaux). — 3 heures. Démonstration pratique : M. MARSAN (urologie chirurgicale). — 4 h. 1 /4. Conférence clinique : M. MARSAN (urologie chirurgicale). — 5 h. 1 /2. Conférence clinique : M. DEBRÉ (hygiène).

Vendredi 26 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. TREVES (chirurgie infantile). — 11 h. 1 /2. Conférence clinique : M. PASSOT (chirurgie esthétique). — 3 heures. Démonstration pratique : M. LIAN (cœur, vaisseaux). — 4 h. 1 /4. Conférence clinique : M. LIAN (cœur, vaisseaux) — 5 h. 1 /2. Conférence clinique : M. VELTER (ophtalmologie).

Samedi 27 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. DUVOIR (médecine légale). — 3 heures. Démonstration pratique : M. TREVES (orthopédie). — 4 h. 1 /4 : Conférence clinique : M. TREVES (orthopédie). — 5 h. 1 /2. Conférence clinique : M. LE MÉE (oto-rhino-laryngologie).

Lundi 29 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. COTTENOT (radiumthérapie). — 11 h. 1 /2 :. Conférence clinique : M. SÉGARD (crénothérapie). — 3 heures. Démonstration pratique : M. VAUDESCAL (obstétrique). — 4 h. 1 /4. Conférence clinique : M. VAUDESCAL (obstétrique). — 5 h. 1 /2. Conférence clinique : M DUCHESNE (questions professionnelles). — 6 heures. Conférence clinique : M. GUILLY (stomatologie).

Mardi 30 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. LIAN (reins). — 3 heures. Démonstration pratique : M. FERNET (syphiligraphie, dermatologie). — 4. h. 1 /4. Conférence clinique : M. FERNET (syphiligraphie, dermatologie). — 5 h. 1 /2. Conférence clinique : M. VELTER (ophtalmologie). — 6 heures. Conférence clinique : M. LE MÉE (oto-rhino-laryngologie).

Mercredi 31 *octobre* : 11 heures. Conférence clinique : M. FERNET (syphiligraphie). — 3 heures. Démonstration pratique : M. COTTENOT (radiologie). — 4 h. 1 /4. Conférence clinique : M. COTTENOT (radiologie). — 5 h. 1 /2. Conférence clinique : M. VAUDESCAL (obstétrique). — 6 heures. Conférence clinique : M. SIGURET (crénothérapie).

Les conférences cliniques (11 heures à midi, 4 h. 1 /4 à 5 h. 1 /4 et 5 h. 1 /2 à 6 h. 1 /2) auront lieu dans l'Amphithéâtre des cours de la Clinique propédeutique ; les démonstrations pratiques (3 heures à 4 heures) seront faites dans le laboratoire ou dans le service du professeur SERGENT.

En outre, chaque matin, de 9 heures à 10 heures, une démonstration pratique aura lieu à tour de rôle dans le service hospitalier des divers conférenciers.

Seuls sont admis aux démonstrations et exercices pratiques, les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3, jeudi et samedi, de midi à 15 heures).

Les conférences cliniques sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine

— **La Section Médicale**, revue mensuelle publiée par la Section de médecine de l'Association générale des Etudiants, 13 et 15, rue de la Bûcherie, nous prie de dire qu'une erreur a été commise dans la mise en pages du numéro 6 dénaturant complètement le sens de l'article inséré à la page 17 et intitulé : « A propos des dispenses d'examen ». Saisi à la fin du mois de février d'un vœu émis par le Conseil d'administration du S. M. S. pour le retrait du décret du 20 mars 1922, nous exposions ainsi notre point de vue (Cf. Section médicale, n° 3).

Il eût été à craindre que ce décret ne permît de laisser la porte ouverte à de nombreuses injustices. Heureusement, deux seuls étudiants en furent bénéficiaires. L'un avait été ajourné huit fois, l'autre cinq fois à l'épreuve orale d'anatomie du 1er examen A. R., etc...

Il faut lire :

Or, dernièrement le bruit courait que d'autres mesures de faveur auraient été prises depuis cette époque à l'égard d'autres étudiants en médecine.

Les docteurs Chauveau, président du Groupe interparlementaire médical et Jayle, secrétaire général du S. M. S., interrogés par nous, nous ont fait des réponses négatives.

S'il en avait été autrement, nous nous empressons de dire que notre attitude à l'égard de M. le ministre de l'Instruction publique eût changé sur-le-champ.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
(THIRON ET Cie, SUCCESSEURS).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Application du Tarif Breton.

I

Sutures musculaires.

Profitant de votre extrême obligeance en temps qu'abonné au *Concours* et membre du « Sou », je viens demander à votre remarquable documentation un renseignement pour l'établissement d'une note.

Je sais que je puis employer le tarif local puisque l'accident ne tombe pas sous le coup de la loi de 1898 ou 1906, néanmoins, je désirerais avoir un renseignement précis, ne désirant pas me faire payer plus que mon acte opératoire ne vaut, mais ne voulant pas non plus avoir travaillé pour rien.

Il s'agit d'une section complète de toutes les parties molles de la face externe de la jambe à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur ou à peu près — par coup de faucille.

J'ai fait, aidé par un confrère, et d'ailleurs sans aucune espèce d'anesthésie, ayant un sujet de choix, la suture, du jambier antérieur, de l'extenseur du gros orteil et de l'extenseur commun des orteils, de l'aponévrose et de la peau.

Les trois muscles ou leur tendon d'origine étaient entièrement sectionnés avec large solution de continuité entre les deux tronçons.

Nous avons travaillé près d'une heure à la blessure elle-même sans compter le temps nécessité par une stérilisation de fortune.

Je dois dire que la restitutio « in integrum » est absolument parfaite. J'étais loin de m'y attendre, ayant même laissé entendre à la Compagnie, dans le certificat d'origine, qu'il y aurait vraisemblablement lieu d'envisager une incapacité permanente partielle.

Le malade est actuellement guéri; après vingt-cinq jours et tous ses mouvements sont conservés. Le premier récupéré a été l'extension des orteils, puis l'extension du gros orteil et enfin la flexion du pied sur la jambe. Je pense que dans une dizaine de jours, il pourra reprendre son travail sans réserve.

En dehors des pansements consécutifs, que pensez-vous que je puisse compter, le tarif Breton ne paraît pas me fournir d'analogie. Que demander pour le médecin assistant ?

Pensez-vous que pour nous deux, la somme de trois cents francs soit trop élevée ou insuffisante. Je m'en rapporte entièrement à vous.

Je vous prie de recevoir ici, très honoré confrère, l'expression de mes remerciements pour les services précieux que vous rendez au Corps médical et l'assurance de la profonde estime que ce Corps médical éprouve à votre égard bien que parfois paresseux à vous la témoigner.

M.

Réponse.

Les accidents agricoles sont (encore pour quelques mois) en dehors du tarif Breton. Vous pouvez donc réclamer le tarif *local*, sur lequel je ne

puis vous donner aucun conseil tant ces tarifs diffèrent suivant les régions.

Si nous prenions le tarif Breton comme base, je ne vois, comme vous le dites, aucune *analogie* à fournir. Essayons cependant. Vous avez eu en somme, des muscles à suturer. Je ne pense pas qu'on puisse comparer cette intervention à une suture des tendons profonds des poignets ou à une suture de nerfs, notée 300 francs. Après explications précises de ce que j'ai fait, je demanderais 200 francs. Quant au confrère qui vous a servi d'aide, son intervention est taxée 50 fr. à l'art. 11, somme qu'il devra réclamer lui-même. Il me semble qu'ainsi établie votre note le serait équitablement.

F. D.

II

Soins d'urgence ; brulûres

Auriez-vous l'obligeance de m'aider à tarifer les interventions suivantes relatives aux accidents ci-dessous mentionnés :

I. Chute de plusieurs mètres, ayant provoqué :

1° Fracture de la colonne vertébrale ;

2° Fracture des deux os d'un avant-bras ;

3° Fracture de Dupuytren.

Une heure de surveillance, le blessé étant en état de shock.

Puis, en vue du transport du blessé dans une clinique chirurgicale, j'ai maintenu chacune des fractures dans un appareil provisoire.

Comment compter ?

Une pose d'appareil provisoire, soit 50 fr. ou 3 appareils à 50 fr. = 150 fr.

II. Pansements pour plaies contuses par écrasement des 4 doigts de la main. Plaie par écrasement du gros orteil.

III. Brûlures au 3e degré de la totalité de l'avant-bras droit et du 1/3 inférieur du bras droit et de toute la main droite, doigts compris. Brûlures au second degré des 2/3 du cou. Durée du traitement : 40 jours.

IV. Brûlure grave de la totalité d'un pied (faces dorsale et plantaire) et 1/4 inférieur de la jambe du même côté.

Dr L.

Réponse.

1° Les « soins d'urgence » sont tarifés 50 fr., dans les avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921. D'autre part, ceux-ci parlent de « pose de l'appareil provisoire » au singulier. Il en résulte qu'on peut discuter si les 50 fr. correspondent à tous les soins d'urgence, en général, ou à *chaque* appareil posé... En l'espèce, je compterais, en bloc, 100 fr. en donnant les *détails* précis sur ce que j'ai dû faire.

2° Pansements de brûlures (non superficielles) de plusieurs doigts — « pansements multiples

à 15 fr. » (art. 17). A ajouter le pansement spécial du gros orteil — prix d'une visite (blessures diverses, art. 14) ;

3° Premiers pansements : grande brûlure à 50 fr., puis diminution « suivant les progrès de la cicatrisation » (voir avis) ;

4° Pansements à 15 francs.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

Soins donnés en province à un parisien

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner le renseignement suivant :

J'ai dû, ces jours derniers, aller voir 3 fois à domicile un réformé de guerre en villégiature dans un village situé à 12 kilom. de chez moi. Je suis le médecin le plus rapproché. Il s'agissait d'une bronchite fébrile diffuse chez un ancien gazé.

Voici le point délicat. Ce réformé habite Paris en temps ordinaire. Son carnet a été délivré par la mairie du XIe arrondissement. Qui dois-je avertir, et à qui devrais-je envoyer ma note trimestrielle ; à la préfecture de la Seine ou à la préfecture de la Savoie qui ferait le nécessaire ?

Réponse.

Le carnet d'un pensionné de guerre est valable dans *toute* la France ? Quant au tarif applicable, il me semble (et je l'ai déjà dit plusieurs fois), que c'est celui du « *domicile* » du malade, ce mot étant compris par l'*endroit où il habitait quand il a reçu les soins*. La Préfecture de la Seine conteste cette manière de voir, le Conseil supérieur jugera en dernier ressort.

Je vous conseille donc (sans pouvoir donner réponse *ferme* comme vous voyez) d'établir votre note comme d'habitude dans votre région avec prix de visite et déplacement. Si on en refuse le payement, faites *appel* (dans les 20 jours de la notification) devant la Commission supérieure.

Quant à l'envoi de la note, c'est à la préfecture qui a délivré le carnet que vous devez l'adresser.

F. D.

II

Extirpation de ganglions tuberculeux

Je vous serais très obligé de m'indiquer quel tarif je dois appliquer pour l'extirpation de 3 gros ganglions suppurés de la chaîne ganglionnaire carotidienne à droite chez un réformé à 100 % pour tuberculose pulmonaire. (Il n'est pas fait mention des ganglions sur le carnet, mais sans aucune discussion possible, les ganglions sont une complication de la T. P.). Opération pratiquée sous anesthésie régionale avec l'aide de mon interne.

Cette intervention ne figure pas sur le tarif et je suis embarrassé.

Dr R.

Réponse.

Il n'y a pas, en effet, de rubrique semblable dans le tarif Maginot.

On pourrait, peut-être, demander par ganglion extrait, 50 fr., par analogie avec : « Extirpation de corps étrangers profonds ne nécessitant pas la localisation radiologique (art. 74). C'est là, naturellement, une simple suggestion personnelle. En tous cas, des ganglions à extraire me semblent être bien une complication possible d'une tuberculose pulmonaire, cas de réforme inscrit sur le livret.

F. D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement des diarrhées aiguës estivales

Chaleur locale. — Cataplasmes laudanisés contre les coliques fortes.

Grands *bains* tièdes, si possible, contre la fièvre.

Propreté du linge, de la literie, des téguments.

Nettoyer les dents, les gencives, la langue, la face interne des joues, la voûte palatine avec de petits tampons d'ouate imbibée d'eau de Vichy ou d'un collutoire glycériné et boraté.

Lotions froides générales, s'il y a hypotension.

Régime alimentaire très sévère :

Une ou deux journées de diète hydrique complète (1) ;

Plus tard : bouillon de légumes, eau de Vals lactosée, associés à des boissons antidiarrhéiques : eau albumineuse ; décoctés de myrtille, d'orge, de riz, d'arrow-root.

Plus tard encore, si tout va bien, thé ou cacao à l'eau, avec biscottes ; soupes épaisses de farines de céréales à l'eau ou au bouillon de légumes fraîchement préparé ; pâtes très cuites, riz très cuit ou pommes de terre ; confitures en gelée.

En dernier lieu seulement, faire entrer dans la composition des menus un farineux cuit avec du lait sous forme de pudding, puis des purées de légumineusses et, enfin, une certaine quantité de viande.

Eviter toujours une trop grande proportion de graisse (ne prendre que du beurre frais), les acides gras ayant souvent une influence irritante sur la muqueuse intestinale.

Médicaments :

Désinfecter la bouche et le tube digestif en laissant fondre, dans la journée, une dizaine de comprimés, dosés à un centigramme chacun, de fluorure de sodium, édulcorés et parfumés à l'essence de menthe ou de citron.

(1) Je rappelle incidemment que la diète hydrique est remarquablement réalisée par l'*Eau de Vals, Source la Reine*. G. D.

Après quelques heures de diète hydrique, prendre un cachet de :

Calomel .... 0 gr. 40

Les jours suivants, quatre fois par jour, prendre un de ces cachets :

Chloramine T .... 0 gr. 05
Poudre d'agar-agar ...... } ââ 0 gr. 30
— de charbon ...... }

ou deux de ces pilules :

Oxyde de zinc .... 0 gr. 20
Extrait de stramoine .... cinq milligr.

qu'on avalera avec une verrée de :

Décoction blanche de Sydenham,

ou avec une tasse d'une infusion-décoction de salicaire.

Si la diarrhée résiste, ne pas craindre de recourir à l'action locale du vieux *lavement* tanique laudanisé, donné tiède, gardé un quart d'heure, répété trois fois par jour :

Tanin .... 5 gr.
Laudanum de Sydenham XX gouttes.
Amidon .... 15 gr.
Eau bouillie .... 1 litre.

S'il y a *dépression nerveuse*, administrer, toutes les trois heures, une cuillerée à soupe de cette potion :

Formiate d'éthyle .... 2 gr.
Sirop de cachou .... 40 gr.
Sirop de punch .... 60 gr.
Eau distillée .... 210 gr.

Argent ou or colloïdaux, contre les *phénomènes infectieux*. Si nécessaire, préparation d'un *autovaccin*, ou injection de *stocks-vaccins*.

En cas d'insuccès du traitement, ne pas négliger l'*analyse parasitologique des fèces*.

Il est souvent utile de varier les médications et de s'adresser à d'autres ressources thérapeutiques : sulfo-gaïacolate de potasse, bétol, salacétol, dermatol, salicylate basique d'alumine, iodure d'amidon, ichtyol, phosphate de trinaphtile, etc., comme *antiseptiques intestinaux* ; tannate de gélatine, marrube blanc, pilules alunées, comme *ostringents* ; *bolus alba*, comme absorbant.

Dr A. SATRE,
(de Grenoble).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponse des ministres aux questions des parlementaires

Situation fiscale d'un médecin rémunéré par un traitement fixe.

18361. — M. RENÉ-LEFEBVRE (Nord), député demande a M. le ministre des finances : 1° quelle

est au point de vue fiscal, la situation d'un médecin qui consacre la totalité de son temps à assurer le service médical d'un établissement industriel, moyennant un traitement annuel fixe ; si les revenus professionnels dudit praticien sont assujettis à l'impôt sur les traitements et salaires ou à l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales ; 2° quelle serait la situation d'un médecin touchant à la fois un traitement fixe et exerçant parallèlement sa profession dans la clientèle normale. (*Question du* 19 *juin* 1923.)

Réponse. — Le médecin qui, assurant le service médical d'une entreprise industrielle moyennant un traitement fixe, consacre tout son temps à ce service et n'a pas de clientèle particulière doit être considéré comme exerçant une profession salariée et assujetti, à ce titre, à l'impôt sur les traitements et salaires. Par contre, le médecin qui, tout en recevant de certains établissements des rétributions fixes, exerce en même temps sa profession dans la clientèle normale, ne peut être assimilé à un employé et il est passible, à raison de l'ensemble de ses revenus professionnels, de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

(*J. O.*, 4 *août* 1923.)

Abattements sur les diverses catégories de revenus.

18357. — M. Payen, député, expose à M. le ministre des finances que les deux lois de 1917 et de 1920 ont prévu deux dégrèvements à la base pour l'impôt sur les revenus et pour l'impôt global, dégrèvements pour les salaires et traitements, dégrèvement pour les professions non commerciales, et ajoute que les contributions directes totalisent les revenus dans une seule rubrique, celle des traitements, et privent ainsi l'assujetti d'un dégrèvement sur deux et demande si c'est là faire une application exacte de la loi. (*Question du* 19 *juin* 1923.)

Réponse. — Lorsqu'un contribuable dispose de revenus provenant de sources différentes, ces revenus doivent être totalisés pour la détermination du revenu global servant de base à l'impôt général. Par contre, ils doivent être soumis séparément aux impôts cédulaires susceptibles de les atteindre spécialement, l'intéressé pouvant, dans ce cas, bénéficier simultanément des abattements prévus pour le calcul de chacun de ces impôts. Mais si les opérations auxquelles il se livre caractérisent, dans leur ensemble, l'exercice d'une profession unique ou si, en dehors de sa profession principale, il effectue des opérations qui, par leur nature et leur importance, ne sont que l'accessoire de sa profession principale, le contribuable doit être assujetti, pour l'ensem-

ble de ses revenus professionnels, à un seul impôt cédulaire, qui est celui correspond à sa profession unique ou principale, sous déduction des seuls abattements prévus pour le calcul dudit impôt. En cette matière, les règles à suivre sont donc susceptibles de varier suivant les circonstances, que le service local est seul à même d'apprécier, sous réserve du droit de recours des intéressés devant la juridiction contentieuse.

(*J. O.*, 4 *août* 1923.)

La Commission départementale est compétente pour statuer sur les demandes de payement d'honoraires pour soins antérieurs au tarif Maginot.

18313. — M. Dubois de la Sablonière, député, demande, à M. le ministre des pensions : 1° si un médecin qui a donné des soins chirurgicaux à un mutilé (ponction de pleurésie), antérieurement au 25 juillet 1921 en détachant des bons du carnet du mutilé, doit être payé de ses honoraires par l'Etat ; 2° pourquoi une demande de payement d'honoraires remontant à 1921 n'a pas encore reçu satisfaction. (*Question du* 14 *juin* 1923.)

Réponse. — La commission tripartite départementale, instituée par le décret du 25 octobre 1922, est compétente pour examiner ces questions.

(*J. O.*, 31 *juillet* 1923.)

Vacance de Direction de Bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).

Le traitement alloué est fixé à 1.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), leurs demandes, accompagnées de tous les titres, justifications ou références, permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et ac-

compagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 26 août 1923.)

APHORISMES VÉCUS

Médecins, mes amis, n'attendez des 9/10e des clients qu'ingratitude toujours et souvent les pires procédés de dénigrement souvent injustifiés. En conséquence, votre façon d'agir à leur égard doit vous être inspirée uniquement par la logique, la conscience et..... vos intérêts bien compris.

A l'exemple des *communiqués* de la guerre quotidiens, chacun devrait, en fin de journée, effectuer une revue du résultat obtenu, en efforts utiles, pour pouvoir dire si, au total, on est en *hausse* ou en *baisse*, au double point de vue matériel et moral et si le *bilan* journalier est satisfaisant. En bonne méthode, il faut aussi établir le *programme détaillé* pour le labeur du lendemain.

La vie (définition) : chez le même animal, phénomènes cellulaires d'ensemble, de *mouvement*, de *sécrétion*, d'*assimilation*, de *division*, sous la direction coordonnée du système nerveux.

La mort (définition) : cessation des mêmes phénomènes d'activité cellulaire, coordonnée, c'est-à-dire d'ensemble et remplacement par des *réactions chimiques* des éléments constitutifs des diverses cellules de l'organisme, sous forme *anarchique*, c'est-à-dire, sans direction générale d'activité et nécessairement de durée plus courte pour aboutir à un état d'inertie, par manque d'élément énergétique à but déterminé.

En résumé, *pendant la vie*, c'est la cellule qui fonctionne ; après la mort, c'est la *molécule* qui se forme aux dépens de la cellule.

On ne peut compter, dans la vie, que sur les résultats à peu près certains de l'effort *continu*, *combiné* et..... *opportun*.

La *volonté*, qui est d'ordre *psychique*, peut être, comme un simple organe physiologique, frappée *d'inhibition*, par suite d'une méthode de travail défectueuse ou bien d'un mauvais fonctionnement de l'ensemble des organes, dû à l'usure précoce ou à l'incoordination de ceux-ci, d'origine congénitale, atavique, ou acquise. D'où existence utile, bien remplie et féconde, ou bien inutile, stérile ou même dissipatrice et nuisible à la collectivité.

Dr Ed. Crouzel,
Le Buisson (Dordogne).

Quarante-cinquième année — N° 37 — 16 Septembre 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Acard, de Aïn-Temouchent la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Bouix.
Ax-les-Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank Duprat (Enfants). Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Hugel, Joly, Poulain.
Bains-les-Bains. Dr M. Henry.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Belloeuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, Got
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes Creignou.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
LaBourboule Christin, Duliège, Guillot, Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère David, Matton.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Martin-Péridier, Reynes, Rosanoff.
Vittel Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 453. — A vend. en bloc ou sép. matériel de clinique opht. oto-rhino et chirurg. Radiologie. Hte fréq. stérilisation. Dr Capony, à Roanne (Loire).

N° 454. — Demande bicycl. fillette, roue libre prix intér. Dr André, à Orsay (S.-et-O.)

N° 455. — Maison spécialités pharmac. cherche pour publicité en Espagne jeunes doct. français connaiss. parf. la langue. Sit. sér.

N° 456. — A céder clinique acc. travail, sit. 5e arrt. M. Tarenne, 4, rue Flatters, Tél. Gob. 55-40.

N° 457. — Oise. Cause décès, poste int. à repr. de suite contre rep. loyer et pet. indem. Dr Debray, prés. Syndic Oise à Creil.

N° 458. — A céder rég. Nord, 4 h. Paris, poste seul méd. rappt 60.000 fr. facile à dével. nombreux fixes, gde maison, on traite av. 10.000 cpt. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 459. — Sud-Ouest. Poste ancien. rapport 40.000 fr. beau rayon indem. 11.000 ; clientèle fac. à augm. en faisant chirurg. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris.

N° 460. — Par suite de décès, nombreux instruments et objets de chirurgie à vendre. Demander liste à M. Vitrac, rue Carnot, à Pau (Basses-Pyrénées).

CORRESPONDANCE

Régimes alimentaires.

Un confrère demande qu'on lui indique un livre de régimes alimentaires ; non pas un ouvrage où se développent de multiples théories plus ou moins savantes sur la composition chimique des aliments, mais où se trouve indiqué en termes *de cuisine* et non de laboratoire, ce que doivent manger nos malades et où une pomme de terre est appelée une pomme de terre....

X...

L'état antérieur dans les accidents du travail.

Je vous serais reconnaissant de me fixer sur le cas suivant :

Une femme travaillant dans une usine fait une chute le 30 juillet dernier ; elle se plaint de la région sacrée et lombaire ; j'applique les différents révulsifs et calmants employés dans ces cas ; elle déclare ne pas être guérie. La Compagnie d'assurances trouve que c'est long.

Je suis décidé à demander une radiographie de la malade.

Si la radio démontre l'existence d'un mal de Pott ou d'une tuberculose sacrée, croyez-vous que l'assurance sera en droit de refuser d'admettre ce sinistre ?

Dr C.

Réponse.

D'après une jurisprudence constante, il ne doit pas être tenu compte, dans l'indemnisation des accidents du travail, de l'état antérieur de la victime. Par suite, même si l'examen radiographique révélait chez votre cliente la préexistence d'un mal de Pott ou d'une tuberculose sacrée, l'accident serait à la charge du patron, qui devrait supporter les conséquences de la prolongation anormale de la durée de l'incapacité résultant de l'affection dont était atteinte son ouvrière avant sa chute.

Prorogation de bail.

Ancien abonné du *Concours*, je viens vous demander un renseignement concernant ma situation « comme locataire ».

J'avais un bail de 10 ans (le 2e) qui s'est terminé le 1er novembre 1920. Etant en excellents termes avec mon propriétaire, nous sommes convenus du nouveau prix majoré, mais nous n'avons pas fait de nouveau bail et je suis resté en location verbale. Je le répète, le propriétaire étant un excellent ami et voisin, et mes intentions étant de ne pas renouveler

pour 10 ans, comptant au bout de quelques années encore passer la main à un successeur, nous étions parfaitement entendus que je resterais tant que je voudrais, et que si je prenais un successeur qui ne pourrait loger ailleurs dans ce village de 1.500 habitants, la maison étant agencée pour le docteur, celui-ci ferait un bail comme il l'entendrait.

Je dormais donc sur mes deux oreilles et je ne comptais pas sur l'imprévu !

On a toujours tort de ne pas escompter l'imprévu, et cet imprévu s'est présenté sous la forme d'une embolie au cœur que le pauvre proprio a prise en me regardant régler mon carburateur, il y a un mois environ.

Or, l'héritier (son neveu), car il était célibataire, a manifesté l'intention de vendre la maison que j'occupe tout entière (cet héritier n'habite pas la localité).

Il ne me l'a pas dit, mais je suis averti qu'il a chargé un homme d'affaires de lui trouver un acquéreur, en lui disant : « D'ailleurs, vous savez, le docteur n'a pas de bail ».

Je désirerais donc savoir *si je puis être mis à la porte d'un instant à l'autre* ; ici les locations verbales vont généralement du 1er novembre au 1er novembre suivant, mais une personne du pays, au courant des usages locaux, m'a dit que je puis être mis dehors pour la Toussaint prochaine si d'ici là la maison est vendue...

Il me semble avoir lu quelque part pour *les locations verbales* et pour les personnes y exerçant une profession patentée, qu'il y avait une prorogation acquise ?.....

Je ne suis absolument pas au courant, n'ayant pas cru jusqu'à ce jour avoir besoin de m'inquiéter de ma situation de locataire. Que dois-je faire ? ?

Dr X.

Réponse.

Titulaire d'un bail antérieur à la guerre, mais qui expirait le 1er novembre 1920, c'est-à-dire plus d'un an après la cessation des hostilités (23 octobre 1919), vous aviez droit, à titre professionnel, à une prorogatio n d'une durée égale à celle des hostilités, mais à la condition de manifester votre intention de bénéficier de la prorogation, à votre propriétaire, par acte extra-judiciaire, du ministère d'un huissier, trois mois au moins avant l'expiration du bail, c'est-à-dire au plus tard, le 31 août 1920.

A défaut d'avoir *notifié* cette *intention*, vous vous trouvez actuellement, par suite de l'expiration du bail, sous le régime des locations verbales et le nouveau propriétaire peut, comme l'aurait pu l'ancien, vous donner valablement congé conformément aux usages locaux. Mais le fait que la maison serait vendue avant le 1er novembre prochain ne serait pas de nature à abréger le délai du congé, qui est probablement de trois mois, de sorte que vous n'avez pas à craindre, si

vous n'avez pas actuellement reçu congé, d'être contraint de déménager le 1er novembre.

Il y a bien, outre la prorogation de droit, des prorogations facultatives, accordées par les tribunaux, le cas échéant, mais elles ne sont que pour les localités de plus de 10.000 habitants, celles qui ont vu augmenter le nombre de leurs habitants ou de leurs foyers, les régions libérées c'est-à-dire que vous ne pouvez, vraisemblablement, en bénéficier.

Rétroactivité de pension militaire. Port de la médaille de la Victoire.

Me conformant à l'avis que vous m'aviez donné en réponse à ma lettre parue dans le *Concours* du 3 juin, page 2155, j'ai adressé, il y a 2 mois et demi, au Ministre des Pensions, une lettre recommandée exposant en détail les arguments qui établissent le caractère définitif de ma pension à dater du 11 octobre 1918.

Ma réclamation étant restée jusqu'à ce jour sans réponse et, la validité de mon titre de pensions expirant le 23 septembre prochain, dois-je laisser venir cette date sans tenter une nouvelle démarche et dois-je attendre pour en appeler au Tribunal des Pensions que soient révolus les 4 mois de silence du ministre équivalant à un rejet de ma requête ?

2° J'ai adressé, il y a quelque temps, un imprimé pour autorisation du port de médaille de la Victoire au dépôt de mon ancien régiment d'infanterie. Comme je suis actuellement rayé des cadres pour maladie, cette demande m'a été renvoyée avec la mention « ne figure pas sur les contrôles du corps ». A quelle autorité faut-il envoyer cette pièce ? Ministère de la guerre ou commandant du bureau de recrutement d'origine ? J'étais aide-major de réserve.

Je vous prie de m'excuser de faire de nouveau appel à votre bienveillance pour ces renseignements.

Dr X.

Réponse.

1° Votre cause n'est pas perdue. La réponse est toujours longue à venir et il est bon de s'armer de patience.

Attendez le 23 septembre, c'est-à-dire le renouvellement de votre titre de pension, vous serez peut-être fixé à ce moment. Cette question est plutôt du ressort du ministère que du tribunal des pensions. Vos droits à pension ont été, en effet, reconnus, et il ne s'agit que de liquidation.

2° Adressez votre demande au ministère de la guerre, bureau des décorations ; pour faciliter le travail, indiquez l'é at actuel de vos demandes.

G. F.

Admission d'un pensionné de guerre à une cure thermale

Voici le diagnostic que porte le livret d'un réformé de guerre :

« Bronchite chronique et troubles digestifs (ptose et dilatation de l'estomac, Bacilloscopie négative ».

Est-il vrai qu'un tel pensionné (35 à 40 ans), en assez bon état de santé actuel, il vient d'avoir un troisième enfant, puisse être admis à faire une cure thermale gratuite, à la Bourboule, par exemple, pendant l'avant ou l'arrière-saison ?

Et, dans l'affirmative, quelles seraient les démarches à faire ?

Dr M.

Réponse.

Les gazés peuvent être autorisés à faire des cures thermales, pas à La Bourboule, mais au Mont-Dore.

Le nombre des places à l'hôpital du Mont-Dore est assez limité, et la durée de la saison relativement courte.

Il faut adresser, avant le 15 février de chaque année, une demande au général commandant la subdivision territoriale. Chaque demande est accompagnée :

1° D'un certificat délivré par le médecin de la localité et visé par le maire ;

2° D'une copie, certifiée par le maire, du congé, de l'état des services, ou de toute autre pièce établissant la qualité d'ancien militaire de l'intéressé et l'origine de ses blessures ou infirmités.

Le général, après s'être assuré de la réalité de ces titres, convoquera le postulant devant une commission de réforme pour qu'il soit visité et contrevisite.

G. F.

Médecins fonctionnaires. Impôts sur les traitements et salaires

Membre du « Sou médical », je vous serais obligé de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Médecin-directeur de sanatorium public ne faisant pas de clientèle, je suis assujetti à l'impôt sur le revenu, cédule des traitements et salaires. Je reçois ma feuille d'imposition et je vois que l'impôt est calculé sur le chiffre de mon traitement sans tenir compte, pour obtenir le chiffre de revenu net global, de mes impôts payés dans l'année et de l'arrérage de l'intérêt d'une dette que j'avais déclarée.

Cette façon de procéder est-elle régulière ?

Dr X.

Réponse.

L'impôt cédulaire sur les traitements et salaires est calculé sur le montant net des traitements, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères dont les intéressés ont bénéficié au cours de l'année précédente après déduction de l'abattement à la base. Cet abattement est de 6.000 fr. Il a été porté à 6.500 fr. dans les communes de 500.000 habitants, 7.000 fr. dans le département de la Seine.



Les déductions ci-dessus seront augmentées, pour chaque contribuable soumis à l'impôt, d'une somme de 3.000 fr. pour sa femme si celle-ci n'a ni salaire, ni revenus personnels, de 2.000 fr. pour enfant de moins de 18 ans ou infirme et non salarié et de 1.500 fr. par personne à sa cha ge.

En outre, pour l'établissement de l'impôt sur les traitements et salaires, il est permis de défalquer l'impôt cédulaire acquitté au cours de l'année antérieure à celle de l'imposition. Mais il appart ent au contribuable, pour que la réduction soit opérée, de faire connaître au contrôleur le montant dudit impôt. S'il ne l'a pas fait en souscrivant sa déclaration, il doit envoyer à celui-ci dans le mois qui suivra la publication du rôle, une pétition signalant le fait. Elle sera rédigée sur papier libre et accompagnée de l'avertissement.

Les intérêts des dettes, emprunts etc., ne peuvent être défalqués que de l'impôt général sur le revenu global.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Régime des impôts dans les régions libérées

Voudriez-vous me dire si le fisc ne m'a pas demandé trop concernant mon impôt sur le revenu.

J'avais déclaré, déduction faite de mes frais professionnels, 25.470 fr. touchés. J'avais ajouté 2.750 fr. supplémentaires de rentes. Au total : 28.220 fr.

Je suis marié, j'ai 2 enfants. Combien dois-je payer ? Le fisc me réclame 1.292 fr.

Dr L.

Réponse.

En vertu de la loi du 16 juillet 1921 applicable aux habitants des régions libérées, l'impôt général sur le revenu global dû au titre des années 1920 à 1923 sera établi en majorant de 100% pour 1920, de 75 % pour 1921, de 50 % pour 1922 et de 25 % pour 1923, le montant des exemptions totales ainsi que les limites des déductions partielles applicables pour le calcul de l'impôt.

En ce qui vous concerne,

Les déductions à opérer pour l'établissement de l'impôt général sont :

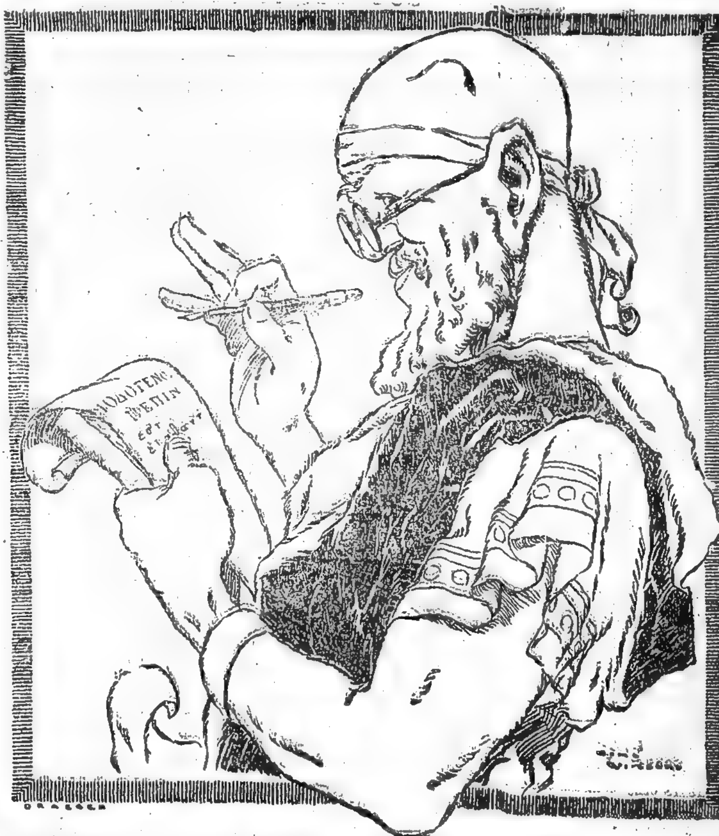
Une déduction de 3000 fr. pour la femme, majorée de 25% = 3.750 fr.

De 2000 par enfant âgé de moins de 21 ans 4.000 + $\frac{25}{100}$ total 5.000 fr.

8.750 fr.

Après avoir opéré les déductions pour charges

(Voir la suite page XXXIX 3027)



PROPOS DU JOUR

La réforme des études médicales
Une suppression qui d'abord s'impose, celle du P.C.N.

La réforme des études médicales est à l'ordre du jour. Elle y reviendra souvent ; elle devrait y être constamment, car il n'est pas de profession où les doctrines, les méthodes et la technique subissent de transformations aussi fréquentes, nous pourrions dire continues.

Prenons un exemple : la syphilis. Au point de vue diagnostic, on se bornait, il y a une vingtaine d'années, à la recherche de quelques signes cliniques ; dans les cas douteux on avait recours à un traitement d'épreuve. Les agents thérapeutiques se bornaient à l'administration par la bouche ou en frictions de préparations mercurielles et à la médication iodurée dans la syphilis tertiaire. La découverte du tréponème, celle de la réaction de Bordet-Wassermann, sans éliminer la recherche des signes cliniques, ont ajouté au diagnostic des méthodes d'investigations bactériologiques et sérologiques qui permettent d'obtenir un diagnostic plus précis et plus étendu. Le sérodiagnostic, d'abord borné à l'examen du sang, a été appliqué au liquide céphalo-rachidien. Le traitement mercuriel, limité tout d'abord aux pilules, aux solutions, aux sirops et aux frictions, a été administré par injections sous-cutanées, intra-musculaires et intra-veineuses. L'emploi des arsenicaux, puis du bismuth, a complètement transformé les méthodes de traitement. En même temps le domaine de la syphilis acquise et héréditaire était considérablement accru. La plupart des maladies chroniques du système nerveux, de l'appareil cardio-vasculaire, des autres viscères, que l'on attribuait à toute autre cause, sont devenues des affections syphilitiques et les recherches scientifiques sont loin d'avoir dit leur dernier mot. Il résulte de ces innovations que la syphilis, naguère une annexe de la spécialité dermatologique, tend à prendre en pathologie un rang prépondérant, supérieur à celui de la tuberculose, car son domaine est sans doute aussi étendu et les moyens efficaces de traitement dont on dispose, permettent d'assurer bien plus facilement sa prophylaxie et même sa guérison. L'étudiant en médecine qui, jadis, se bornait à faire un très court stage dans un service de maladies vénériennes, doit donc à l'heure actuelle s'initier à la recherche du tréponème et au maniement de l'ultra-microscope. Il doit aussi connaître le principe et la pratique de la sérologie, savoir bien faire une prise de sang, une ponction lombaire, les injections intraveineuses, et intra-rachidiennes, etc., etc. Sans doute, une fois médecin praticien, il ne pourra qu'assez rarement faire lui-même, les recherches bactériologiques et sérologiques, mais, comme il sera fréquemment tenu d'avoir recours au laboratoire, qu'il devra interpréter les résultats des examens qu'il aura dû faire faire, en tirer des conclusions pour le traitement, il ne lui sera pas permis d'ignorer la théorie ni la pratique des examens ultra-microscopiques et sérologiques.

Cet exemple que nous avons choisi parce qu'il a bouleversé en partie la pathologie, peut s'appliquer à nombre de maladies, et tous les jours amènent des transformations qui devraient nécessiter des changements continuels dans les programmes et même dans les méthodes d'enseignement.

La prépondérance des cours *ex cathedra* est finie et bien finie ; nous nous étonnons qu'il y ait encore des maîtres pour la défendre. Le laboratoire et l'hôpital, la bibliothèque avec ses revues, ses journaux et ses monographies, voilà les seuls centres d'enseignement utiles à l'étudiant et au praticien. Nous disons aussi au praticien, car le médecin doit toute sa vie étudier. La presse médicale le tient au courant, et ceux qui veulent mieux s'initier à l'évolution des méthodes et de la technique trouvent dans toutes les facultés des cours de perfectionnement, avec exercices pratiques bien organisés qui, en quelques semaines, les initient aux derniers progrès des sciences médicales. Ces progrès incessants, cette transformation constante, l'étendue considérable des recherches et des découvertes rendent de plus en plus l'étude de la médecine longue et difficile. Cependant le praticien livré à ses seules ressources, surtout à la campagne, doit avoir une connaissance nette et précise, sinon approfondie, de tout ce qui entre dans le domaine médical, Il s'ensuit donc que les études devenant de plus en plus longues, sont, de ce fait, de plus en plus onéreuses. Aussi il im-

porte que l'enseignement soit organisé avec le plus grand soin et qu'on évite d'imposer à l'étudiant tout travail inutile, toute perte de temps. Le médecin praticien, au bout de quelques années, est certainement celui qui se rend le mieux compte des lacunes de l'enseignement qu'il a reçu et qu'il a dû combler trop tard, et du superflu, souvent inutile, qu'on l'a obligé d'apprendre. Il saute aux yeux des moins avertis que, pour étudier la réforme de l'enseignement, la consultation des syndicats médicaux, qui réunissent les praticiens, paraît tout d'abord nécessaire. Nous sommes en droit de nous étonner que le gouvernement ait négligé de demander leur avis autorisé, et nous sommes heureux de constater qu'un membre distingué de l'enseignement médical, M. le Pr Vanverts, de la Faculté de médecine de Lille, ait, comme nous manifesté cet étonnement dans un article très intéressant du *Progrès Médical.*

***

Les études médicales deviennent, avons-nous dit, de plus en plus longues, difficiles et onéreuses. Il est donc indispensable d'en élaguer tout ce qui est inutile, car le temps employé aux études est précieux à tous les titres. La première inutilité à supprimer est le P.C.N. Notre ami, le Dr Decourt, fort de sa propre expérience, accrue par la surveillance qu'il a exercée sur les études médicales de ses deux fils, a fait avec une indiscutable compétence le procès du P.C.N (1). Déjà, le 25 mai 1921, M. le Pr René Cruchet, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, demandait avec insistance la suppression du P. C. N. Il rappelait, comme nouvel argument, la lecture à la tribune du Sénat, par l'honorable M. Guy, d'une pétition des Etudiants de chimie générale, à la Faculté des sciences de Paris, qui se plaignaient de l'insuffisance de leurs laboratoires, du matériel et du personnel attachés à ces derniers. M. Guy faisait remarquer l'inexistence de l'enseignement de la chimie médicale au P. C, N. et l'encombrement causé par les futurs étudiants en médecine dans des établissements où ils n'apprenaient rien d'utile à leur future profession. Le P. C. N. paraît donc condamné par tous. Il n'est pas un médecin, professeur ou praticien, qui ne partage cette opinion. Si le seul souci du Gouvernement, en étudiant les réformes de l'enseignement médical, est de le perfectionner pour obtenir de meilleurs médecins, la suppression du P.C.N, sera la première réforme à opérer.

En disant suppression du P. C. N. nous ne voulons pas dire suppression d'une année d'études, mais organisation pendant cette année, d'un enseignement préparatoire réellement utile aux études médicales.

Les instaurateurs du P.C.N. et ceux qui le défendent encore affirment qu'avant d'aborder les études médicales, il convient que l'étudiant ait acquis des connaissances scientifiques d'ordre général, qui donnent à son esprit plus d'envergure et élèvent le niveau de sa culture. L'argument serait bon si le P.C.N. donnait ces connaissances; Decourt a démontré qu'il n'en était rien.

A notre humble avis, l'année d'études, destinée à remplacer le P.C.N. devrait être remplie par un double enseignement : 1o un enseignement théorique de biologie générale et de philosophie des sciences. On pourrait y ajouter un cours de psychologie et de logique qui ne serait pas inutile au médecin qui doit savoir observer et raisonner.

2o Un enseignement pratique. Cet enseignement qui comprendrait des notions de chimie biologique et de physique médicale, serait complété par des exercices pratiques de pharmacologie et de soins à donner aux malades. Sur un point, nous différons un peu d'avis avec notre ami Decourt. Dès cette première année, nous ouvririons la porte des salles d'hôpital à l'étudiant. Mais ce ne serait pas pour apprendre prématurément à poser des diagnostics, pas même à palper, à ausculter, ni à percuter, mais simplement pour lui faire connaître le métier d'infirmier. Il n'est pas inutile à un praticien de pouvoir indiquer comment on doit s'y prendre pour transporter un blessé, faire un lit, changer un malade grave de lit, renouveler son linge de corps sans le faire souffrir, de savoir faire un pansement, stériliser des instruments, se servir de l'autoclave, appliquer des ventouses, poser des sangsues, opérer le cathétérisme, pratiquer des injections sous-cutanées, même donner un lavement. Tout ceci, pour être bien su, doit être appris, avec méthode. L'étudiant finit sans doute par acquérir ces connaissances au cours de ses études, mais c'est empiriquement, au hasard, tant bien que mal, plutôt mal que bien. Certains négligent tout à fait ces petits côtés de la pratique médicale qui n'ont de petits que l'apparence et qui, lorsqu'on débute dans l'exercice de la médecine, contribuent puissamment, et avec raison, à faire la réputation des bons praticiens. De même, ne

(1) *Concours médical*, nos 34 et 36.

serait-il pas nécessaire que le jeune étudiant fît dès le début un court stage pharmaceutique ? Il a mille détails à apprendre dans l'officine du pharmacien qui seront pour lui utiles dans sa carrière. Nous avons souvent vu plus d'un de nos confrères embarrassés lorsqu'ayant formulé une ordonnance, ils ne pouvaient répondre aux questions précises qu'on leur posait sur son application. Telle tisane ordonnée devait-elle être une infusion ou une décoction ? Combien de temps devait-on laisser infuser ou bouillir ? N'en est-il pas de même de l'alimentation des malades ? Combien de jeunes médecins seraient embarrassés si, après avoir prescrit du bouillon aux légumes, on leur demandait d'indiquer comment il peut être préparé ? C'est de la cuisine et non de la médecine, nous objectera Diafoirus avec dédain. Peut-être, mais la famille du malade et le malade lui-même sauront apprécier ces connaissances culinaires. Elles contribueront, plus qu'on ne le croit, à la confiance qu'inspirera le praticien et partant à son succès. Ce n'est pas au médecin qu'il faut appliquer l'adage romain : *De minimis non curat prætor.*

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

NEUROTROPISME ET SYPHILIS

Par A. Marie, de l'Asile clinique Ste-Anne.

La paralysie générale est-elle une syphilose méningo-encéphalique curable ? Un communiqué de Vienne, du prof. Wagner, l'affirme : plusieurs centaines de malades auraient vu leur terrible affection enrayée par les traitements antisyphilitiques secondés d'inoculations malariques adjuvantes. Les syphilis résistantes seraient ainsi vaincues, qui avaient désespéré jusqu'à ce jour, les thérapeutes les plus opiniâtres. C'est qu'il semble bien que certains virus spécifiques soient particulièreement graves et friands, si l'on peut dire, des centres nerveux.

35 % des syphilitiques rentreraient dans cette catégorie ; de même que pour la diphtérie, 15 % des infections sont neurotropes et frappent les centres nerveux de paralysie secondaire (Mott).

On est ainsi conduit par la clinique à envisager des variétés de syphilis cérébro-toxiques, tout en admettant des terrains prédisposants plus neuro-vulnérables que d'autres. Morel-Lavallée et Fournier l'ont professé. Babinski a observé une série d'étudiants, 11 dit-on, syphilisés en même temps par une commune maîtresse et devenus P. G. vers le même temps, 15 ans après.

J'ai cité deux jumeaux syphilisés par une même maîtresse et devenus paralytiques en même temps.

Deux autres, frères non jumeaux, mais syphilisés ensemble par la même femme, furent l'un tabétique, l'autre P. G. Mott cite deux contaminés, non parents, mais frères de lait seulement, syphilisés par la même nourrice et devenus ensemble P. G. juvéniles 10 ans après.

Erb a vu 4 syphilisés par une même femme devenus, les uns tabétiques, les autres P. G.

Brossius a cité 7 souffleurs de verre contaminés aux lèvres par le même tube, dont 5, après 10 ans, furent tabétiques ou P. G.

Avec Beaussard, j'avais recueilli 30 cas de P. G. conjugales, parmi lesquels un veuf de P. G. avait contaminé sa maîtresse et sa femme et devint P. G. comme elle. En bibliographie, dans les auteurs, j'ai pu relever plus de 300 cas de P. G. conjugales (S.-C. M. M., 1923). En ce mois de juillet 1923, j'ai relevé 3 couples nouveaux dans mon service à l'asile clinique dont j'ai fait l'objet d'une nouvelle présentation à la Société clinique de médecine mentale. Plus on cherche ces cas, plus on les trouve. Frappés de ces faits, nous avons réussi avec Levaditi, dès 1923, à inoculer la syphilis aux lapins par prélèvement de sang des P. G. en ictus. Les Allemands avaient fait de même avec des prélèvements de corticalite par ponction cérébrale de P. G. et les Américains par injection de liquide céphalo-rachidien de tabes. En étudiant ces syphilis, expérimentalement renouvelées en 1918, nous avons pu les comparer avec celles obtenues de sucs de chancres primitifs divers. Nous avons obtenu, comme certains auteurs étrangers, des accidents distincts par leur caractère clinique ; l'incubation et l'évolution des syphilis expérimentales dermotropes (par inoculation de sucs de chancre), les deux virus (neurotropes et dermotropes) évoluent différemment et parallèlement chez le même animal, l'un n'immunisant pas contre l'autre ;

nous en devions conclure à des virus différents ou du moins différenciés, de même qu'il en existe pour les parasites des malaria et trypanosomiases, etc.

Depuis, nous avons pu, comme Fournier et Schwartz, reconnaître des variétés plus diverses encore (A. I. P., février 1923) et on comprend que la cure des unes diffère de celle des autres avec les variantes de résistance et de tropismes tissulaires ; car le point d'implantation (Charpentier vient d'en relever 4 couples à Prémontré. S. C. psychiatrie, 1923) parasitaire dans l'organisme a bien son importance, certains tissus restant plus ou moins accessibles aux produits médicaux et la variété des virus n'excluant pas les actions empêchantes de certaines localisations moins accessibles à la pénétration des substances chimiques absorbées.

Parmi les contradicteurs de l'hypothèse du neurotropisme, rappelons MM.Sicard, Sézary, (1), Marchand, Plaut et Mulzer. Ces savants formulent des objections à notre manière d'envisager l'étiologie et la pathogénie de la parasyphilis et proposent de nouvelles théories. Examinons les unes et les autres.

Nous avons refuté, dans un article paru dans la *Presse médicale* (2), les arguments sur lesquels s'appuie M. Sicard pour mettre en doute l'existence du virus neurotrope ; nous n'y reviendrons pas. Le travail, plus récent, de M. Sézary (3), mérite que l'on s'y arrête plus longuement.

M. Sézary, tout en reconnaissant l'exactitude de nos observations, ne souscrit pas à nos conclusions. D'après lui, le neurotropisme ne rend compte ni des *particularités des lésions histologiques* (*paralysie générale et tabès*), surtout si on les oppose aux altérations gommeuses des méninges ou des artères cérébrales, ni de la *résistance au traitement.*

Si l'affinité du tréponème neurotrope pour le névraxe n'explique par les caractères *particuliers des altérations parenchymateuses* de la maladie de Bayle, personne ne le conteste. Mais le neurotropisme rend compte de la localisation du germe dans le parenchyme de l'encéphale, parenchyme qui réagit autrement que les tissus mésodermiques du névraxe.

La fixation du spirochète sur les centres nerveux est déterminée par les propriétés innées, ou progressivement acquises du microbe, tandis que les particularités des lésions parasyphilitiques sont sous la dépendance des caractères réactionnels propres des neurones. La preuve est que certaines des lésions de la paralysie générale se retrouvent dans des infections provoquées par différents germes du tréponème, tel le trypanosome de la maladie du sommeil ou les virus filtrants de l'encéphalite épidémique et de l'herpès encéphalitogène.

Reste l'*inefficacité du traitement spécifique.* Nous avons été les premiers à soutenir que cette inefficacité n'est pas attribuable à l'arséno ou à la mercurorésistance acquise du tréponème neurotrope (1), mais à sa localisation organotrope. C'est l'encéphale qui élabore mal le médicament et met le parasite à l'abri des dérivés tréponémicides résultant de la transformation tissulaire de ce médicament (2). Le neurotropisme explique les raisons pour lesquelles le spirochète logé dans le névraxe se place ainsi hors de l'action stérilisante que la médication antisyphilitique exerce sur des parasites fixés partout ailleurs que dans le cerveau. Ainsi, on ne saisit pas pour quelles raisons des objections si facilement réfutables incitent M. Sézary à rejeter, comme mal fondée, l'hypothèse du neutrotropisme.

L'auteur propose une autre théorie, basée sur l'existence des *anticorps spirillicides.* La voici, en quelques mots : pendant la période secondaire, le tréponème s'arrête dans les divers organes, y compris le névraxe. Il se fixe sur le système nerveux « avec plus ou moins d'électivité, selon les prédispositions héréditaires ou acquises » Les parasites demeurent dans les centres nerveux pendant longtemps et finissent par y déterminer des « réactions parenchymateuses latentes, qui ne peuvent pas guérir par la seule action de l'immunité naturelle du système nerveux. Mais, peu à peu, par un phénomène d'adaptation, dont la microbiologie nous offre de nombreux exemples ; les tréponèmes s'acclimatent, puis pullulent. La vitalité augmente et le tissu nerveux les met à l'*abri* des médicaments spirillicides. Cependant, ils acquièrent les propriétés spéciales que Levaditi, Marie et Danulesco, qui les ont mises en évidence, interprètent comme caractéristiques du neurotropisme ».

D'après M. Sézary, les caractères spécifiques des lésions tertiaires (gommes) sont dues à l'action des anticorps, qui modifient la réaction tissulaire dans un sens déterminé. *Si le spirochète ne produit pas de telles lésions tertiaires dans l'encéphale des paralytiques généraux, mais des altérations totalement différentes* (*méningo-encéphalite parenchymateuse*), *c'est que le cerveau est incapable d'engendrer ces anticorps microbicides.* De plus, « le système nerveux, en raison de sa constitution chimique, ou de son puissant pouvoir ré-

(1) Extrait des *Annales de l'Institut Pasteur*, 1923.
(2) Levaditi et Marie. — *La Presse médicale*, 1920, n° 66, p. 646.
(3) Sézary. — *Revue neurologique*, 1921, 28, n° 4, p. 357.

(1) Levaditi et Marie. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1919, p. 741.
(2) Il est probable que le névraxe altéré des paralytiques généraux élabore moins bien que le cerveau des sujets normaux les dérivés à structure complexe. Nous nous proposons d'examiner la question expérimentalement.

ducteur, échappe à l'action des substances immunisantes qui se trouvent dans l'organisme auquel il appartient ». M. Sézary invoque, en faveur de cette thèse, les expériences de Roux et Borrel, de Vincent, de Phisalix, etc... montrant que l'encéphale ne participe pas à l'immunité antitoxique générale (innée ou acquise).

La partie véritablement neuve de cette théorie est celle qui se rapporte aux relations entre l'incapacité du névraxe à prendre part à l'état réfractaire dont jouit l'organisme, et les caractères particuliers des lésions cérébrales parasyphilitiques. Le reste n'est qu'une reproduction plus ou moins fidèle de ce que nous avions avancé antérieurement. En effet, l'adaptation progressive du tréponème au système nerveux, aboutissant à la création de variétés neurotropes, découle de notre hypothèse. Dès le début, nous avons admis que des spirochètes à tendances neurotropes, à force de vivre au contact des neurones, deviennent de plus en plus aptes à se localiser sur le névraxe. Ils acquièrent ainsi des propriétés biologiques nouvelles pouvant être mises en relief expérimentalement. Et il en est de même du mécanisme qui préside à l'insuccès de la thérapeutique spécifique appliquée dans la paralysie générale avancée.

La partie vraiment originale de la théorie de M. Sézary s'appuie, comme nous l'avons déjà dit, sur l'existence d'anticorps spirillicides, et aussi sur la place que semble occuper le système nerveux dans le processus de l'immunité acquise. Or, rien n'est moins prouvé que cette intervention des anticorps microbicides dans la syphilis. Aucune expérience ne démontre leur activité ; leur existence est plus que problématique. Chaque fois qu'on les a recherchés, soit dans le sang, soit dans le liquide céphalo-rachidien (Levaditi) et (Famanouchi), on n'a enregistré que des échecs. De plus, il est certain actuellement que les substances qui interviennent dans la réaction de Bordet-Wassermann n'ont aucun rapport avec ses anticorps.

Quant à l'affirmation d'après laquelle le névraxe ne participe pas à l'état réfractaire général, elle n'est vraie qu'en ce qui concerne l'immunité antitoxique. Il en est tout autrement dans l'immunité active proprement dite. En effet, les recherches récentes de Doerr et Schanabel (1) ; de Levaditi, Harvier et Nicolau (2), montrent que les ultravirus des ectodermoses neurotropes (*herpès*, *encéphalite*, *neurovaccine*) déterminent un état réfractaire solide du cerveau. Cette immunité est, d'après Levaditi et Nicolau, d'ordre purement local ; en ce sens que l'encéphale se vaccine pour son propre compte, tout en participant à l'immunité générale de l'organisme. Il détruit le virus avec une rapidité étonnante par des moyens qui lui sont propres ; dans la vaccine, comme dans l'herpès ou dans l'encéphalite, l'immunité de la cornée et de la peau entraîne celle du cerveau. On ne voit pas pourquoi il en serait autrement dans la syphilis.

Ces considérations suffisent pour montrer que l'hypothèse de M. Sézary ne saurait être acceptée sans réserves, surtout en ce qu'elle comporte de véritablement nouveau.

***

M. Marchand (1) remarque que les divergences d'idées, en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de la paralysie générale, surviennent dès qu'il s'agit d'expliquer l'inefficacité du traitement spécifique de cette affection. Il passe en revue les diverses hypothèses émises pour expliquer cette inefficacité ; aucune ne lui donne satisfaction pas plus celle du neurotropisme que les autres (Sicard, Sézary, Mott, Massary, Ravaut). Les raisons doivent être recherchées ailleurs. Elles résident, d'après M. Marchand, dans la manière erronée dont on conçoit actuellement l'étiologie de la parasyphilis. Les preuves que l'on invoque en faveur de l'origine syphilitique de la paralysie générale sont incomplètes, discutables ; qu'il s'agisse de la présence du tréponème dans l'encéphale, ou des résultats fournis par la réaction de Bordet-Wassermann, peu importe ; « on en arrive à se demander, dit M. Marchand, si la paralysie générale n'est pas due à un agent infectieux autre que le tréponème, et si ce dernier, dont la présence est souvent constatée dans le cerveau des paralytiques généraux, ne s'y trouve pas comme microbe secondaire, comme microbe associé ». Le véritable agent pathogène serait, d'après M. Marchand, « *probablement un virus filtrant et invisible* », sur lequel la médication antisyphilitique serait sans effet.

Peut-on discuter actuellement la présence, pour ainsi dire constante, du spirochète dans le parenchyme cérébral des sujets atteints de la maladie de Bayle ? Nous ne le pensons pas. Les résultats négatifs enregistrés par M. Marchand, dans le trop petit nombre de ces examinés, contrastent avec les observations différentes des auteurs qui ont étudié la question plus à fond (1).

Quant à la réaction de Bordet-Wassermann, il n'est pas de manifestations syphilitiques où elle fournisse des renseignements aussi nets et aussi utiles que dans la paralysie générale, à toutes ses périodes. Reste le virus filtrant et invisible de M. Marchand. Certes les exemples ne manquent

(1) DOERR et SCHANABEL. — *Sowelezrosche méd. Woch.* 1921, n° 24.

(2) LEVADITI, HARVIER et NICOLAU. — *Annales de l'Institut Pasteur* 1922, 36, n° 1 et 2. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1922, 86, p. 233.

(1) MARCHAND. — *La Presse médicale*, 1921, n° 70, p. 695.

pas, montrant que ces ultravirus spécifiques, agents pathogènes de certaines infections, furent masqués par des microbes cultivables, n'ayant aucun rapport étiologique avec ces maladies, mais dans ces cas particuliers, le problème n'a été élucidé qu'après la découverte de ces ultravirus. Nous souhaitons qu'il en soit de même du germe filtrant et invisible de M. Marchand ; en attendant, nous restons partisan de la nature syphilitique de la paralysie générale.

***

Plaut et Mulzer (1) essayent de transmettre le tréponème de la paralysie générale au lapin, en inoculant du sang et du liquide céphalo-rachidien, par voie intracardiaque, intra-veineuse, intratesticulaire, et aussi en injectant, dans le *testicule, de l'écorce cérébrale* riche en spirochètes. Ils échouent dans tous les cas de parasyphilis proprement dits et n'obtiennent qu'un seul résultat positif avec des matériaux provenant d'un sujet chez lequel la maladie de Bayle était compliquée d'endartérite syphilitique. Ces insuccès (à rapprocher de ceux enregistrés par Valente) les font douter de l'exactitude de nos expériences ; les auteurs se demandent si le tréponème neurotrope étudié par nous ne serait autre que le *spirochetes cuniculi* de la maladie spontanée du lapin.

Nous avons montré ailleurs ce qu'il en est de cette objection ; nous n'y reviendrons pas. Mais nous constaterons non sans quelque satisfaction que malgré les réserves formulées, Plaut et Mulzer sont forcés d'aboutir aux mêmes conclusions que nous. En effet, les savants allemands inoculent à des lapins l'écorce cérébrale de deux paralytiques généraux et constatent, chez quelques animaux, une pléiocytose manifeste du liquide céphalo-rachidien. « Nous avons réussi, disent-ils, à transmettre la syphilis au lapin en injectant des produits de paralytiques généraux. Cette syphilis peut être inoculée à d'autres animaux neufs, chez lesquels elle provoque des modifications du liquide cérébro-spinal. Il y a donc lieu de penser que les inoculations positives réalisées avec l'écorce cérébrale des paralytiques généraux ne déterminent, chez le lapin, que des altérations de ce liquide. *Ce serait là une preuve en faveur des propriétés biologiques particulières du tréponème des paralytiques généraux* ». Il ressort de là que Plaut et Mulzer attribuent à ce tréponème des qualités qui lui appartiennent en propre, caractères sur lesquels nous avons attiré l'attention en 1914, et qui nous ont conduit à formuler l'hypothèse du neurotropisme.

(1) Le pourcentage des résultats positifs est de 28 % d'après NOGUCHI ; 50 % d'après JAHNEL et SIOLLI ; 70 % d'après PULCHER : 90 % d'après LEVADITI, MARIE et BANKOWSKY, plus de 80 % d'après VALENTE.

***

Résumons les arguments qui, à l'heure actuelle, plaident en faveur de la conception d'après laquelle l'agent étiologique de la parasyphilis serait une variété à part du *treponema pallidum.*

1° Une évolution clinique et anatomo-pathologique particulière de la maladie de Bayle et du tabès ;

2° Contraste entre la légèreté des accidents primaires et secondaires d'une part, la gravité des manifestations neurotropes, d'autre part, chez les paralytiques généraux.

3° Rareté de la paralysie générale et du tabes chez les habitants des pays tropicaux, dont la syphilis habituelle est grave.

4° Contamination à la même source.

5° Inefficacité du traitement.

6° Propriétés biologiques du tréponème de neurotrope.

7° Difficulté que rencontrent les tentatives de transmission de ce tréponème aux animaux d'expérience, et évolution spéciale de l'infection chez ces animaux, dans les rares cas où les résultats ont été positifs (Levaditi et Marie, Plaut et Mulzer).

8° La morphologie du tréponème neurotrope, mise en lumière par les études histologiques de Bravetta (1) et de Bertolucci.

Ce faisceau de preuves et de présomptions tend à montrer que la *parasyphilis est une manifestation à part de l'infection spirochétienne provoquée par des variétés de tréponèmes qui diffèrent, au point de vue biologique et morphologique, des multiples variétés rencontrées au cours des manifestations habituelles de la syphilis cutanée, muqueuse et viscérale.*

Que ces propriétés biologiques et morphologiques soient innées, ou progressivement acquises, peu importe. L'hypothèse du neurotropisme, comme toute hypothèse, est susceptible de modifications, elle évoluera au fur et à mesure que de nouveaux faits viendront enrichir nos connaissances à ce sujet. Quelle que soit sa destinée, nous revendiquons le mérite d'en avoir été les promoteurs.

Ajoutons, pour finir, que la découverte des ultravirus neurotropes de l'*herpès* et de l'*encéphalite*, et la notion des *ectodermoses neurotropes* (Levaditi), a permis d'établir l'antagonisme entre l'affinité cutanée et neurotrope de ces virus. L'affinité du germe pour le revêtement cutané (segment externe de l'ectoderme) se développe au détriment de l'affinité pour le névraxe invaginé du même ectoderme, et inversement ; le fait n'est pas sans offrir d'analogie frappante avec ce qui a lieu dans la parasyphilis. Voici comment Levaditi, Harvier et Nicolau s'expriment à ce sujet, à la fin

(1) BRAVETTA. — *Bull. della Societa medico-chirurgica di Pavia*, 1921, 34, fasc. 1-2.

de leur mémoire concernant l'étude de l'encéphalite léthargique (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1922, p. 1.)

On saisit facilement la ressemblance entre ce neurotropisme et celui *de treponema pallidum.* Levaditi et Marie ont montré que plus le tréponème offre de tendances à se localiser sur l'axe cérébro-spinal, pour y provoquer la paralysie générale et le tabès, moins il est apte à s'attaquer à l'épiderme cutané ou muqueux. L'opposition qui sépare les deux variétés dermotrope et neurotrope du tréponème existe également entre la variété herpétique et encéphalitique du germe filtrant de la maladie de V. Economo. Elle a sa raison d'être dans l'affinité tissulaire diverse de ces germes.

***

Quoi qu'il en soit, on avait, dès longtemps déjà remarqué des rémissions spontanées déconcertantes survenant à l'occasion de suppurations graves et abondantes des P. G. (Baillarger). On avait même basé sur ces observations des traitements anciens par cautères, thermocautères, sétons à la nuque, etc. Vinrent ensuite les abcès de fixation et, en dernier lieu, les traitements avec adjonction de lécithines, tuberculine, radium, etc. Ce sont tous procédés polynucléogènes et accélérateurs de la lymphogénèse. L'hyperfonction splénique malarique serait de même ordre et achèverait le triomphe des défenses organiques contre les spirochètes neurotropes concurremment avec l'action des médicaments spirillicides et peut-être aussi de l'antagonisme des parasites sanguins du paludisme malarique par rapport aux tréponèmes.

Une première objection vient ici à l'esprit : c'est que les médecins coloniaux ont à diverses reprises signalé des reviviscences de syphilis ectodermiques chez des paludéens à la suite d'accès palustres. Ces faits sembleraient au premier abord exclusifs d'une action bienfaisante et curative de la malaria et du paludisme dans les syphilis des centres nerveux ; mais cette objection perd toute sa valeur si l'on admet la dualité des virus neurotropes et dermotropes ; car l'action sur la virulence d'un virus dermotrope n'implique pas fatalement une action similaire sur le virus neurotrope homologue, au contraire.

Les vieux syphiligraphes et Fournier lui-même signalent avec netteté une opposition manifeste entre les syphilis périphériques à grand fracas, comme on en observe encore chez les primitifs et les sauvages, comme sur les populations restées à l'écart des vaccinations ancestrales. Ces derniers n'aboutissent que rarement aux neurosyphilis lointaines, lesquelles paraissent d'autant plus graves que les accidents initiaux sur l'ectoderme ont été plus bénins.

On a expliqué même un temps cette antinomie par l'idée que, passés inaperçus, les accidents initiaux n'avaient pas suscité de traitement ou peu, ayant pu être pris pour autre chose (herpès, chancres mous).

On a vu depuis bien des cas de ce genre traités à fond, mais sans que le neurotropisme final ait pu être évité.

En réalité, on peut invoquer ces cas en faveur de la dualité des virus où l'accident d'inoculation neurotropique est papuleux, fugace, semble anodin, tardif et torpide à la différence du chancre dermotrope type évoluant dans les 30 jours au lieu de soixante et plus.

On peut aussi admettre en tout état de cause une sorte de balancement et d'opposition entre les orientations de l'infection qui, lorsqu'elle s'écarte des enveloppes méningées, suspend sa propagation aux centres nerveux pour se concentrer sur l'ectoderme tégumentaire.

La transposition, par action malarique sur le tégument, pourrait donc être l'indice d'une rémission centrale et d'une atténuation suspensive des processus cérébro-spinaux.

Il serait intéressant de savoir l'avis de nos confrères italiens des régions où la malaria est endémique et où la paralysie générale s'observe certainement dans les asiles italiens régionaux.

J'entends bien que la malaria ne suffit pas à contrebalancer le processus neurotrope et qu'elle n'agit en quelque sorte que comme une sorte d'ambocepteur entre le médicament et les spirilles. Le 606 employé par Hagner n'est d'ailleurs peut-être pas le seul produit susceptible d'atténuer le parasite neurotrope et il est permis d'espérer d'aussi bonnes actions adjuvantes avec le bismuth par exemple, ou tout autre méthode antispirillaire.

C'est à cette recherche que nous nous consacrerons.

Les problèmes de l'immunité s'avèrent plus complexes au fur et à mesure qu'on les étudie, il semble qu'il y ait des immunités de tissus en même temps qu'il y a des tropismes microbiens, l'un commandant l'autre parfois ; il semble même qu'il y ait des immunités par îlots dans un même tissu.

Peut-être le métamérisme commanderait-il certaines concordances d'orientation centrale avec des régions périphériques particulières comme zones d'accès microbien (Brissaud). Ainsi s'expliqueraient certains neurotropismes par tranches et par étages : il y aurait des tabès inférieurs, moyens ou supérieurs selon les points d'inoculations initiaux, génitaux, mammaires, digitaux, ou bucco-linguaux et faciaux. Ces derniers, dès longtemps, ont attiré l'attention sur le danger des syphilis extragénitales au point de vue des accidents cérébraux rapides et graves.

Il semble d'une façon générale, en effet, que

lorsque la voie sanguine générale barre l'accès aux virus déposés sur l'ectoderme, ceux-ci empruntent la voie directe des rameaux nerveux pour s'acheminer vers les centres correspondants. C'est ce qu'on observe pour beaucoup d'autres virus neurotropes, rage, herpès, et encéphalite léthargique, cérébro-spinale, neurodiphtérie, poliomyélite antérieure etc.

CAUSERIES CHIRURGICALES

La douleur en chirurgie (*suite et fin*)

Par Dartigues.

Des conséquences psychiques et pratiques du progrès de l'anesthésie chirurgicale.

Ce que l'on peut se permettre d'entrevoir par anticipation d'après l'étude d'ensemble de l'anesthésie chirurgicale actuelle.

Il n'est pas défendu, pour terminer, de faire quelques anticipations. Ce n'est pas là qu'un jeu de l'esprit ou de l'imagination. La pensée, comme une vedette qui court en éclaireur, va, vient, avance, rétrocède ; mais dans ces marches et contre-marches, dans ce travail irrégulier et intuitif, elle peut faire œuvre utile en permettant d'apercevoir des directions intéressantes.

L'édifice de la science n'est qu'une accumulation d'anticipations et d'hypothèses réalisées ; mais on ne peut anticiper qu'appuyé en arrière par des forces imposantes d'acquisitions fermes. L'esprit ne part pas de rien ; il repose sur des réalités premières qui lui permettent d'entrevoir d'autres réalités qu'il s'agit de conquérir et d'assimiler pour les élever en monument de gloire à l'intelligence et pour en faire répandre la diluvienne manne de bien-être sur une terre de plus en plus confortable et pour une humanité se délivrant à mesure des forces hostiles universelles.

Ce qui autorise et encourage à faire quelques anticipations, sans tomber dans le ridicule, c'est l'histoire du passé : on peut être bon prophète à meilleur compte qu'on ne le croit.

Ecoutez quelques exemples :

Velpeau, homme considérable, « tomba » à son apparition, l'anesthésie, cependant conquête inestimable, car l'abolition de l'esclavage de la douleur est la chose à laquelle l'homme de tous les temps a le plus aspiré.

Peter, homme remarquable — et l'Académie avec lui — « tomba » les microbes découverts par Pasteur, et entreprit contre le plus grand savant de tous les temps une lutte sans merci.

Desprès, homme distingué, « tomba » le pansement antiseptique, et alla, chose inouïe, jusqu'à préconiser le pansement sale, jusqu'à soigner avec souillure ! Comme presque tous les gens spirituels à jet continu, il ne connaissait pas la foi ; car, ce qu'on est convenu d'appeler l'esprit n'est souvent qu'une sorte de parasitisme de pensée qui cherche à se nourrir aux dépens de la matière substantielle offerte par les naïfs géniaux ; la foi se nourrit tout ensemble d'enthousiasme, d'illumination et de réalité positive : ne dénigrant pas, elle édifie.

L'Académie, jadis, dans un sentiment d'ailleurs justement critique et dans un but de sauvegarde, ce qui était bien, condamna pour toujours, ce qui était mal, la transfusion sanguine que, génialement, Jeanbrau remit en honneur pendant la guerre pour la résurrection de nombreux blessés.

Certains grands milieux officiels, par pusillanimité ou jalousie, par les deux à la fois, car ces deux sentiments vont très souvent de pair, se croyant les détenteurs de l'honnêteté et les délimitateurs du charlatanisme, « tombèrent » tout d'abord le cinéma scientifique que Doyen, seul, pour l'admiration de la France entreprenante, imposa facilement à l'étranger, ce qui le fit nommer docteur *honoris causâ* par l'Angleterre ; depuis, on a approuvé avec juste raison et sans restriction J.-L. Faure de s'en servir comme moyen d'enseignement de technique chirurgicale et Wallich de l'utiliser dans l'enseignement de la technique obstétricale.

Plus récemment, un de ces courants troubles déterminés par des passions jalouses, ou mal informées, et qui surtout ne veulent pas l'être, courant que n'a pu canaliser et dévier par la parole rectificatrice et hautement indépendante un orateur qui, survenu à temps, aurait assagi et calmé les esprits qui pouvaient aussi bien s'incliner vers la bienveillance que vers la malveillance collective qui est la résultante de pensées vacillantes plutôt que d'opinions fermes, un de ces courants troubles faisait condamner *a priori* les greffes testiculaires de Voronoff alors, ô ironie ! que tous les savants du monde ont l'œil fixé favorablement sur les greffes en général et sur les greffes osseuses et ovariennes en particulier.

Morale ! Malheur à qui commence, malheur à qui inaugure, malheur à qui initie ! Heureusement que la joie des virginités conquises a toujours compensé, pour les chercheurs et novateurs, les soupçons, la haine, la défaveur et l'opposition !

Mais que dis-je ? Ces hommes ou ces collectivités savantes, remarquables par ailleurs, dont les cerveaux sont des lacs étanches où la pensée et le savoir ne doivent pas, dans une belle idée d'équilibre, dépasser un étiage étalonné prudemment, sous peine de déborder en torrent dont la chute serait généra-

trice et transformatrice de force et de vie, que dis-je ? ces hommes et ces collectivités « tombèrent », c'est-à-dire en meilleur mais moins explicite français, condamnèrent ! !... La plupart de ces audacieux et originaux esprits âprement combattus à l'origine, sont, à l'heure qui est venue pour eux, piédestalisés dans la gloire ; la plupart des méthodes flagellées et niées sont, à l'heure qui a sonné pour elles, reconnues, admirées et, ce qui est mieux, utilisées pour le plus grand bien de l'humanité. De plus on prononce, au sujet des uns et des autres, de beaux discours où la contrition n'abonde pas et qui ne sont trop souvent qu'une sorte de mendicité posthume faite aux dépens des vrais glorieux dont la générosité est si grande qu'elle dispense des trésors à tous, même après leur mort.

On conçoit donc très bien, d'après l'histoire, que nous avons le droit d'être sceptiques sur les condamnations sans appel des nouveautés surgissantes, bien que notre esprit scientifique admette naturellement le freinage légitime de la critique envers les élucubrations insensées. Mais voilà ! qui peut toujours, dans le chaos mouvant d'une genèse, distinguer ce qui est sensé de ce qui est folie ?

Il y a donc eu et il y aura toujours des prophètes de malheur ; mais il y a les prophètes de bonheur, visionnaires des régions bienheureuses et des avenirs radieux. Je me donne, pour mon divertissement et peut-être pour le vôtre, l'illusion de croire que je suis un de ces derniers prophètes, car j'estime que Jérémie ne doit pas attrister nos oreilles !

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de la douleur et de la guerre : guerre des hommes ; de la douleur et de la paix : guerre des éléments dont le machinisme est la plus actuelle expression ; qu'il s'agisse de la douleur et de la Lutte humaine en général, car il n'y a pas de paix sur la terre où tout est combat, la Blessure, qu'elle soit due au hasard de l'accident, à la volonté hostile qui déchaîne le désastre, ou à la volonté favorable chirurgicale qui oblige à une vivisection douloureuse pour introduire métalliquement la guérison dans la chair, la Blessure évoluera sans douleur désormais, juste le temps de lui porter le secours sans égal de l'anesthésie ; et, à la manière des athlètes-boxeurs dans leur langage imagé je pourrai dire que, dans l'avenir proche, l'homme chutera de la blessure accidentelle ou pathologique, dans le *cercle enchanté* de l'oubli par insensibilisation et aux *pays des rêves* où tout est joie !

Et en effet, ne se plaçant qu'au point de vue chirurgical pur, ne voyons-nous pas que se trouvent déjà esquissés, comme on a pu le voir d'après ce que j'ai déjà exposé, une anesthésie pré-opératoire, une anesthésie opératoire, la principale, une anesthésie post-opératoire, toutes appréciables et bienfaisantes, car désormais seront bannies la crainte de l'opération et la rébellion devant l'anesthésique brutal car désormais sera assurée la satisfaction délicieuse de ne plus souffrir une fois rapporté dans son lit après l'intervention. Il nous est permis de penser, comme cela existe déjà en partie, que plus nous irons, plus nous pourrons passer de la blessure ou de la maladie à la guérison, de l'état lamentable à la force et à la résurrection, sans que nous nous doutions même que nous avons passé à côté de la tourmente douloureuse qui nous aura été épargnée par une succession ou une graduation savante des anesthésiques, et sans que nous nous doutions même que le chirurgien a fouillé notre chair, remué notre sang et palpé ou sectionné nos nerfs, sans que, suprême délice, nous nous apercevions même que nous avons évité les pansements douloureux.

Grâce à l'entente cordiale et scientifique inaltérée des savants, échangeant mutuellement les fruits cueillis dans leurs domaines respectifs, grâce à la chimie dont la fécondité transformatrice est sans limites, ne possédons-nous pas déjà des anesthésiques soit généraux, soit locaux, qui abandonnent immédiatement leur action à la cessation de leur administration, tandis que d'autres préparent ou prolongent une anesthésie utilisable au-delà du temps exigé par l'action chirurgicale ?

Un temps viendra où le songe de la douleur ne paraîtra plus qu'une évocation imaginative de l'esprit, et où le progrès arrivera à ce point culminant que la douleur ne sera plus qu'un rêve !

N'oublions pas qu'il faut tendre par tous les moyens à la trouvaille d'anesthésiques nouveaux et toujours plus sûrs, et que nous devrons multiplier nos essais et nos expériences *in anima vili*, si tant est qu'il en est une. Notre apparent abominable égoïsme nous a fait recourir à la vivisection, car la science est cruelle parfois et indifférente, si ce n'est à la seule vérité. Mais l'étude de la douleur et des moyens d'y remédier chez les animaux inférieurs surtout est permise pour nous affranchir de la douleur. N'oublions pas non plus que la chirurgie est une vivisection, la plus terrible de toutes, si on ne supprime la douleur. Aussi, nous méprisons les âmes faussement sensibles et hypocritardes qui s'opposent de toutes leurs forces, parfois à l'abri de leur soi-disant respect de dogmes religieux, à la recherche et à l'expérience par la vivisection comme par la dissection ou la nécropsie ; méprisables ces gens ! car ils sont les derniers à avoir le courage réel de leurs opinions, puisqu'ils sont les premiers à faire appel aux progrès de la science qui s'est faite malgré eux, et qu'ils en exigent les bienfaits le plus âprement auprès des hommes instruits qu'ils combattent indûment et illogiquement. Sans être des Locuste et des Néron essayant des poisons dans l'atrium pavé de mosaïque polychrome de marbre et d'or sur l'esclave, vile chair, ou des Cléopâtre entourée de femmes aussi belles qu'elle, étendue sur des peaux de lionne ou de guépard, regardant les effets destructeurs des venins sur des hommes colosses, nous pensons être humains, au sein des laboratoires, en recherchant les doses des poisons qui pourraient être utiles à l'adoucissement de la douleur.

Les malades seront anesthésiés, après étude préa-

lable de leur état général, de l'état de fonctionnement de tel ou tel appareil ou de tel ou tel organe, après l'examen approfondi des réactions indiquant la suffisance ou l'insuffisance de l'état endocrinien, du système glandulaire, situé dans la tête (glande pituitaire ou hypophyse), dans le cou (thyroïde et thymus), dans le thorax (poumon, d'après les récents travaux de Roger qui ont montré sa fonction glandulaire à côté de sa fonction respiratoire), dans l'abdomen (glandes digestives : foie, rate, pancréas ; glandes urinaires : rein ; glandes sexuelles : ovaires), hors de l'abdomen (prostate, testicule), et on choisira l'anesthésique qui conviendra suivant les sécrétions normales ou en carence, et suivant même la structure histologique des régions sur lesquelles on aura à opérer il se peut qu'on découvre des anesthésiques agissant uniquement sur le système nerveux ou bien sur le système musculaire, etc. L'anesthésie sera ramenée à trois espèces principales : ou *psychique*, ou *physique* (chaleur, froid, électricité et peut-être vibrations sonores), ou *chimique* (avec ses variétés de corps innombrables que l'on pourra sélectionner en gammes de force et de durée).

Un jour viendra où l'on s'anesthésiera par une simple piqûre sous-cutanée indolore, par un breuvage agréable, par une cigarette exquise, par un bain délicieux, par un simple lavement rafraîchissant, par un courant électrique produisant un doux frisson vibratoire, par une hypnose charmante, et peut-être même par une *volonté éduquée* qui commandera la cessation de la douleur à discrétion ! Les Stoïciens n'avaient-ils pas cette maxime : « Douleur, tu n'es pas un mal » et n'arrivaient-ils pas à la surmonter, sinon allègrement, du moins par l'énergie? Ce ne serait donc pas une chose si nouvelle ! et, comme tout dans le monde tourne sur la roue implacable du Destin et revient peut-être périodiquement, qui nous dit que la domination du moral par la volonté, qui est vieille comme l'homme, ne sera pas complétée par la domination du physique par la volonté ayant progressé à tel point que le physique pourra, suivant certaines auto-suggestions, devenir indolore ? Actuellement, en tout cas, le chirurgien a une influence, partielle tout au moins, sur la dissipation de l'appréhension, de la crainte et de la frayeur : il ne faut pas qu'il la néglige car elle est humaine et pratique à la fois.

Conclusion.

La douleur est un phénomène aux infinies nuances et de sources extrêmement variées : elle est le symptôme capital de la vie contrariée ou déviée. L'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie, la thérapeutique de la douleur mériteraient une étude d'ensemble complète, où tout ce qui la concerne étant réuni en un faisceau compact dont les liens seraient ordonnés suivant l'expérience, l'observation et la logique, ferait qu'elle serait de plus haut intérêt comme tout ce qui est à la fois profondément analysé et puissamment synthétisé.

Je n'ai voulu que me placer ici au point de vue chirurgical, c'est-à-dire de la douleur envisagée sous le jour du symptôme provoqué par les maladies d'ordre chirurgical, ce qui est un terrain assez difficilement limitable puisqu'il est en perpétuel changement sur la zone frontière qui la sépare des maladies d'ordre médical, et surtout sous le jour de symptôme artificiel créé par l'effraction de l'organisme nécessitée par les opérations, opérations qui sont de véritables dissections sur le vivant, de vraies et formidables biopsies.

L'opération est, en somme une grande vivisection, et le chirurgien blesse en vue de guérir. Mais ce qui différencie le traumatisme ordinaire du traumatisme chirurgical, c'est que celui-ci est clairvoyant, ordonné dirigé, anatomique, et, presque aussitôt, réparé. L'opération est un traumatisme volontaire et intelligent, mais qui n'en est pas moins douloureux, et c'est pour cela qu'il importe d'atténuer la violence de sa secousse et de ses réactions.

Comme on l'a vu, au long cours des âges, on n'est arrivé qu'à des résultats presque insignifiants : la cessation pratique de la douleur opératoire date d'un demi-siècle seulement ; mais dans ce demi-siècle quel pas en avant, surtout dans ces dernières années dont l'expérience et l'enseignement sont riches d'un avenir extraordinaire et vraiment consolateur !

Bénéficiaires de cette acquisition merveilleuse : la cessation de la douleur devant l'anesthésie moderne, adressons, par compassion rétrospective, un souvenir ému à l'humanité innombrable qui a souffert sinon pour nous, mais avant nous.

« L'homme va toujours de douleur en douleur », a dit Chateaubriand. Mais ce n'est là, sans doute, qu'une formule morale : l'homme, au contraire, va toujours se libérant de la douleur. Malgré le caractère universel de la douleur on peut dire que la douleur universellement diminue. Nous affirmons, non par des mots dont l'élasticité prête à toutes les considérations paradoxales, mais par des faits et des réalisations qui, chaque jour, croissent en nombre et croîtront indéfiniment, la défaite de la douleur la déroute de la douleur !

Le temps est ancien où Brutus disait : « Vertu, tu n'es qu'un mot ! » Le temps est proche où le chirurgien pourra dire : « Douleur tu n'es qu'un mot ! »

Nous mettons, non pas notre orgueil, mais notre saine et vigoureuse joie, à faire mentir les vieux textes sacrés. L'effort de l'homme réalisé par une lutte loyale et courageuse puisqu'il la justifie par des martyrologes sans fin et un entassement inouï de sacrifices à la mort, tend à contredire les affirmations antiques. Les temps sont révolus : sortis des limbes pâles des humanités primitives, après l'interminable période sombre ou régnèrent les supplices et les cruautés de la nature et des hommes, nous pouvons à présent, contrairement à la parole biblique d'il y a plusieurs milliers d'années qui retentit dans l'informe et obscure *Genèse*, pousser le cri unanime de victoire : « Femme tu n'enfanteras plus dans la

douleur ! » et aussi : Homme tu ne seras plus opéré dans la douleur ! »

Malgré l'énormité de la vibration humaine à la surface du globe qui tremble et roule, prodigieux, comme un colossal boulet lancé dans les espaces vertigineux, malgré la vitesse croissante qui multiplie la foule des victimes broyées, écrasées par la locomotion progressive, malgré les maux inséparables du développement de la vie qu'on est convenu d'appeler la civilisation et qu'il faut appeler la civilisation malgré tout, car elle est l'Avance et qu'il serait illogique de l'appeler la Régression, la douleur semble devoir s'effacer du tableau noir du monde de par la volonté de l'homme qui, au total, s'essaye à monter et y parvient, vers la sérénité physique comme vers la sérénité intellectuelle.

La loi physiologique de la défloration et de la parturition, la loi d'offrande douloureuse de l'être vierge à l'homme et de l'accouchement douloureux, car la vie génitale et maternelle de la femme est comprise entre un déchirement initial et un déchirement terminal, ces lois chargées de douleur imposées à la vie toujours en conjonction et en muitiplication, ne sont plus des lois pour nous, puisque déjà nous pouvons les enfreindre et les effacer des tragiques tables de législation naturelle en violant la nature par le désir, l'intelligence, le génie et la découverte, et en affirmant ainsi une nouvelle conquête dans l'épopée rayonnante de l'homme.

L'action de l'homme sur la terre est un viol perpétuel de la nature, et sa pensée et ses trouvailles triomphales font mentir les verbes rituels que le polymorphisme sacerdotal de tous les temps et de toutes les races a prêtés faussement à la divinité sans limites.

S'il n'abolira jamais la mort, du moins la mort des êtres individuels, qui est le repos et le sommeil de la vie générale en voie de renouvellement et de remaniement cellulaire et organique continue, la mort ce grand repos de la vie nécessaire et fatal, comme le rythme du sommeil, de la faim, de la soif, de l'amour génésique, du mouvement alterné avec le repos, l'homme la fera pourtant reculer de plus en plus dans sa manifestation maladie, et l'éloignera de plus en plus dans le cours normal de l'existence particulière pour le plus grand bienfait d'une permanence de vie intellectuelle qui permettra une plus belle maturité des fruits de l'intelligence, de la sagesse et de la puissance, et, avec toujours plus de certitude, il vaincra la douleur.

Des millions et des millions d'êtres humains ont bénéficié de l'anesthésie, des millions et des millions n'ont pas souffert grâce à elle ; des milliards et des milliards d'hommes en bénéficieront comme des milliards d'êtres ont bénéficié des découvertes de Pasteur.

Hippocrate a dit, il y a déjà de nombreux siècles : « Soulager la douleur est œuvre divine ». Ne faisons-nous pas encore mieux œuvre divine en supprimant la souffrance et en offrant à l'homme la rémission de la douleur qui, de toute éternité, a pesé sur lui ?

L'homme a supprimé l'invisible et dissipé la ténèbre ; il dissipe la distance ; mais son plus beau titre de gloire et d'humanité, c'est d'avoir aboli la douleur !

CLINIQUE CHIRURGICALE

Malformations génitales et troubles de menstruation

M. le professeur HARTMANN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Je vous ai présenté, mardi dernier, une petite malade de 15 ans, qui se plaignait de douleurs abdominales. A l'examen, nous avons constaté la présence, dans le bas-ventre, d'une tumeur bilobée, avec un gros lobe gauche et un petit lobe droit.

L'histoire de cette jeune fille est intéressante. Elle est entrée à l'hôpital pour des phénomènes douloureux et pour la tumeur en question. Elle racontait que, jusqu'à l'âge de treize ans, elle ne s'était plainte de rien, mais qu'à ce moment, apparurent des douleurs abdominales, sous forme de crises, en même temps que le ventre grossissait. Cela dura ainsi dix-huit mois environ. Comme elle continuait à souffrir et comme elle n'avait pas eu encore de règles, on la montra au mois de novembre dernier (il y a six mois) à un médecin. Celui-ci constata, au niveau de la vulve, la présence d'une masse saillante, et, pensant à une rétention des règles, il pratiqua une perforation de la membrane qui recouvrait la tuméfaction. Il s'ensuivit un écoulement de sang par la vulve qui se prolongea huit jours environ.

Depuis ce moment, la malade eut des règles normales, mais, chose curieuse, elle continua à avoir des crises douloureuses et la grosseur abdominale alla en s'accroissant.

Nous avons examiné cette jeune fille. A l'inspection et à la palpation, on constatait la présence dans le ventre d'une tumeur, émergeant du bassin, remontant vers l'ombilic : tumeur ovoïde, à grosse extrémité supérieure, saillante surtout à gauche. La tumeur était régulière, sans lobulation, ferme, sans être très dure. Le toucher rectal permettait de sentir, en avant du rectum, une masse qui se continuait avec la saillie abdominale.

Reprenant l'histoire de la malade, il était évi-

dent qu'il y avait eu malformation des organes génitaux et rétention des règles. La petite opération, faite il y a six mois, qui évoquait l'idée de l'incision d'un hymen, avait été suivie de règles régulières. La malade aurait dû être totalement soulagée et on était étonné de la voir continuer à souffrir.

Si l'on était hésitant quant au diagnostic, il n'en allait plus de même quant à la thérapeutique, à la conduite à tenir. Il était indiqué d'intervenir, et non par le vagin, mais par l'abdomen. L'expérience a appris qu'en pareil cas, dans les rétentions de règles avec tumeur abdominale, il y a souvent hématosalpinx, dont une opération vaginale risque l'ouverture.

M. Bergeret a donc opéré avant-hier cette jeune fille. Le ventre ouvert, il vit émerger du bassin un utérus déformé. Les annexes droites étaient normales, la trompe gauche distendue par un hémato-salpinx. Voici la pièce. C'est un utérus bilobé, un utérus double, la partie gauche, volumineuse, étant fermée en bas, et se continuant avec la trompe gauche, remplie de sang ; la parti e droite, beaucoup moins grosse, ayant une ouverture libre, dans le vagin.

Ainsi, tout s'expliquait, et les particularités qui nous avaient paru bizarres s'éclaircissaient. La petite malade avait une malformation génitale, deux utérus, le gauche fermé en bas, le droit, ouvert dans la cavité vaginale. Celle-ci avait été elle-même close par un hymen imperforé.

Quand la jeune fille avait consulté pour la première fois, en novembre dernier, le sang remplissait le vagin oblitéré à sa partie inférieure : elle avait un hématocolpos, qui fut incisé par le médecin. A partir de ce moment, des règles, venues de l'utérus droit, s'étaient écoulées par cette ouverture. Mais, comme il existait une autre oblitération, plus haute, de l'extrémité basse de l'utérus gauche, on comprenait la rétention de cette cavité gauche et la persistance de la tumeur abdominale. Les règles de l'un des deux utérus s'extériorisaient et celles de l'autre restaient incluses.

De pareilles observations ne sont pas absolument exceptionnelles. Hier encore, au concours d'agrégation, un candidat présentait une pièce de deux utérus en un seul bloc, l'un communiquant avec le vagin, l'autre fermé. L'histoire clinique de la malade était analogue. Elle avait à la fois des règles régulières (premier utérus), une tumeur et des accidents douloureux (deuxième utérus).

La malformation en question s'explique très simplement. Je vous rappelle la façon dont se développent les organes génitaux. Vous savez qu'ils dépendent embryologiquement du corps de Wolf. En dedans du corps de Wolf, on voit apparaître un canal descendant, d'abord plein, qui se creuse et devient perméable dans la suite (conduit de Muller). Les deux conduits de Muller viennent s'accoler l'un à l'autre en bas, pour former l'utérus.

L'utérus, à la période initiale de la vie, est donc double, constitué par deux cordons qui se creusent en canaux, s'accolent et fusionnent. Que l'accolement et le fusionnement se fassent mal, nous aurons deux utérus ; qu'une région du cordon ne se creuse pas, nous aurons des oblitérations en des points variables de l'utérus ou du vagin. Supposez deux canaux de Muller, réunis et non fusionnés, l'un perméable (le droit) tout le long, l'autre oblitéré à son extrémité basse, et vous obtiendrez la disposition de cette pièce : utérus double, le gauche fermé à la région cervicale.

Quelle conduite thérapeutique tenir dans les cas de ce genre ? Quand il y a rétention menstruelle, tumeur et saillie à la vulve, vous commencerez par inciser cette tuméfaction vulvaire et, dans la majorité des cas, cela suffira. L'oblitération du canal génital siège, en effet, habituellement en un seul point. Vous aurez des techniques différentes selon les éventualités : incision de l'hymen, dilatation s'il y a orifice vaginal insuffisant. Chez une de mes malades ayant un accolement des parois vaginales, avec un simple pertuis filiforme, j'ai obtenu de bons résultats de la dilatation dudit pertuis.

Lorsque l'oblitération est plus haut située, avec hématométrie considérable, c'est par l'abdomen qu'il faut intervenir. On trouve alors, souvent, un utérus double, en même temps qu'une oblitération du col, la rétention n'existant bien des fois que dans un seul utérus.

On interviendra par la voie abdominale, car fréquemment il existe un hématosalpinx concomitant. On a discuté sur la pathogénie de cet hématosalpinx. On a dit qu'il y avait reflux du sang vers la trompe. D'autres, ont émis l'idée d'un suintement sanguin tubaire. Il semble qu'il s'agisse plutôt d'une rétention de sang au niveau de la trompe. Lawson Tait avait admis que la trompe était le siège de la menstruation. C'est une erreur, mais il y a du sang dans la trompe au moment des règles. La majorité des hématométries s'accompagnant d'hématosalpinx.

L'opération, par voie abdominale, variera suivant les constatations faites. On s'est trouvé quelquefois en présence des dispositions suivantes : un utérus normal et, accolé à lui, un deuxième utérus fermé, rempli de sang. L'opération, ici, sera conservatrice, l'utérus normal, détaché du premier, pouvant être alors laissé en place. D'autres fois, on rencontre, comme chez notre malade, deux utérus non séparables, ne permettant pas la conservation de l'un d'eux. L'ablation totale devient, dans ces conditions, inévitable.

Leçon faite à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. LACROIX.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement des papillomes vésicaux.

Ce sont de petites tumeurs bénignes, siégeant généralement au niveau du trigone vésical, près des orifices urétéraux, donnant lieu à des hémorragies spontanées, capricieuses, intermittentes, susceptibles de se transformer en cancers.

Les malades viennent consulter en raison des hématuries qu'ils présentent ; la cystoscopie permet de préciser le diagnostic causal et topographique.

Quand le papillome présente un volume inférieur à celui d'une noix, le traitement de choix, celui qui n'immobilise pas les malades, est, selon M. de Berne-Lagarde, les courants de haute fréquence, sous deux formes : courant d'intensité élevée, mis au contact de la tumeur, et agissant par électrocoagulation ou diathermie ; courant de tension élevée, maintenu à quelque distance de la tumeur, et agissant par étincelage.

L'anesthésie locale de l'urètre et de la vessie suffit à rendre cette petite opération presque indolore. On attend trois semaines, pour laisser les escarres se détacher et s'éliminer, et on procède de nouveau à un examen cystoscopique, pour récidiver la haute fréquence, en cas de besoin.

Les contre-indications de cette méthode sont le volume considérable des tumeurs, le nombre de celles-ci, les hémorragies incoercibles, la cystite avec réduction de la capacité vésicale.

Dans ces cas, c'est au traitement chirurgical par cystotomie qu'il faudra recourir. (*L'Hôpital*, juin 1923, B.)

La cryothérapie et ses indications.

La cryothérapie est l'application des basses températures au traitement de certaines affections. Elle est générale ou locale. L'agent réfrigérant est la neige carbonique obtenue par détente d'acide carbonique liquide, ou l'air liquide.

Selon M. H. Béclère, trois facteurs entrent en jeu dans l'application thérapeutique du froid : la température plus ou moins basse de l'agent réfrigérant ; la pression exercée sur la peau ; la durée de l'application.

La température se mesure avec le pyromètre électrique ; la pression, en utilisant le cryocautère manométrique de l'auteur. La durée est variable selon la nature des lésions et la pression exercée (de 10 secondes à une et même 5 minutes).

Les indications en sont : le lupus érythémateux ; les petits nævi saillants des enfants ; la plupart des dermatoses rebelles ; les verrues, les chéloïdes, les végétations préputiales et vulvaires ; la fissure anale, les engelures, les hémorroïdes externes.

Quelquefois, une seule application suffit à obtenir la guérison ; en d'autres cas, il faut répéter les séances tous les 15 jours.

« La cryothérapie a pour elle l'avantage de « ne nécessiter tout d'abord qu'un matériel « restreint et peu coûteux. Dans les cas favo- « rables, elle ne demande qu'un nombre très « limité d'applications. C'est une méthode inof- « fensive dans ses conséquences ; les cicatrices « sont souples et esthétiques. Ce mode de trai- « tement n'expose pas les malades aux télan- « giectasies qui sont souvent la signature loin- « taine des traitements par le radium ou les « rayons de Rœntgen. Les applications sur les « muqueuses ne provoquent qu'une très légère « réaction inflammatoire ». (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juin 1923.)

La lutte contre le shock post-opératoire.

M. Misrachi insiste avec raison sur mille détails qui sont indispensables à observer à l'occasion d'une opération chirurgicale, et auxquels on ne pense pas toujours suffisamment.

C'est ainsi qu'avant l'opération, on examinera non seulement les urines, mais encore, on dosera l'urée sanguine, et on mesurera la tension artérielle, qu'on relèvera au besoin à l'aide de tonicardiaques. On donnera au malade le plus grand calme moral possible. On évitera les jeûnes préopératoires excessifs.

Pendant l'opération, on saura recourir, si elle est de longue durée, au sérum salé chaud. On surveillera la température des salles d'opération, on protégera le patient contre le froid au moyen de bottes d'ouate, ou mieux de tables chauffantes vérifiées.

Après l'opération, on utilisera opportunément les sérums artificiels. Le goutte à goutte rectal surmène moins l'appareil circulatoire. Le sérum glucosé en intra-veineuse peut provoquer des réactions thermiques violentes. En injection hypodermique, il expose à l'infection. Le sérum lactosé n'offre pas cet inconvénient.

L'huile éthérée-camphrée à la dose maxima de 5 cmc. mérite d'être utilisée, quoiqu'elle soit insuffisante, seule, à lutter contre la défaillance cardiaque. La strychnine, en injections sous-cutanées, lui est supérieure (4 milligr. par jour). L'adrénaline, également par voie hypodermique, s'impose quand l'huile camphrée et la strych-

nine ont échoué. La digitale, l'alcool (40 à 80 gr. de cognac en goutte à goutte rectal mélangé à du sérum salé) demeure un excellent tonique. Les inhalations d'oxygène systématiques, à la fin de l'anesthésie, et en cas de shock opératoire violent, sont d'une inconstestable utilité. L'oubaïne sera réservée aux cas où les accidents cardiaques deviennent menaçants. La théobromine (théobryl) et la caféine sont des accessoires non négligeables. On s'efforcera de prévenir les complications pulmonaires, en soignant la bouche, la dentition, en ventousant préventivement les opérés, en les maintenant assis dans une pièce spacieuse, suffisamment aérée, mais chauffée.

Si la sonde rectale, d'une part, le lavage d'estomac, d'autre part, ne remédient pas à la paralysie du tube digestif, une injection de péristaltine associée à un demi-milligramme d'atropine sera souvent très efficace.

Enfin, on évitera d'écraser la base du thorax des opérés avec un bandage de corps trop serré.

Tous ces détails doivent faire l'objet de la surveillance personnelle des chirurgiens. « C'est « seulement lorsque les traitements post-opéra- « toires cesseront d'être confiés en série à des « infirmières, si expérimentées soient-elles, que « les chirurgiens les plus habiles verront s'amé- « liorer des statistiques encore grevées d'une « trop lourde mortalité ». (*Presse méd.*, 23 juin 1923.)

Traitement de la névralgie faciale par l'ionisation à l'aconitine.

La névralgie faciale, si douloureuse, et si rebelle aux traitements les plus divers, sera souvent améliorée et même guérie par l'ionisation à l'azotate d'aconitine, telle que la préconise M. Barre. On évitera soigneusement qu'il y ait des traces de chlorure de sodium tant dans les cuvettes utilisées que sur les électrodes.

L'électrode positive imbibée d'une solution d'azotate d'aconitine à un 1/4 de milligr. pour 125 cmc. d'eau, sera appliquée sur la face ; la négative, imbibée d'eau distillée, sur la nuque. Le courant aura une intensité maxima de 20 milliampères; les applications dureront de 20 à 45 minutes, en séances quotidiennes ou de deux en deux jours.

La méthode est sans inconvénient ; elle procure une sédation rapide.

Les formes qui en sont justiciables sont les névralgies faciales pures, se traduisant par une seule douleur. Les sympathalgies dans lesquelles les douleurs se manifestent, tant à la face que dans les membres, au cœur et dans d'autres viscères, n'en retirent aucun avantage.

« L'ionisation à l'aconitine, appliquée avec une « technique rigoureuse, est une thérapeutique « souvent efficace dans la vraie névralgie faciale. « Nous n'en voulons pas vanter exagérément les « mérites, et la placer arbitrairement au-dessus « de telle autre, mais nous croyons légitime « de la signaler à l'attention des électrothéra- « peutes et des neurologistes ». (*La Médecine*, juin 1923.)

L'ozène est-il contagieux ?

A cette question, M. Lavrand, fort d'une statistique de 50 observations d'ozène, prises dans le milieu familial, répond :

« L'ozène est une ethmoïdite chronique, « c'est-à-dire de longue durée, qui ne tend au- « cunement vers la guérison spontanée.

« L'observation clinique, à défaut d'une pa- « thogénie certaine, nous apprend que cette ma- « ladie n'est pas contagieuse au sens strict du « mot ». (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1er juillet 1923.)

Sur quelques formes de syphilis des voies digestives.

Lorsque l'on se trouve en présence d'affections des voies digestives d'aspect banal, mais résistant au traitement et aux régimes classiques, il est prudent de songer à la syphilis et de la rechercher cliniquement et sérologiquement, pour instituer éventuellement le traitement spécifique.

C'est ce que M. Dubourg a fait, dans trois cas dont il rapporte l'observation, et où les résultats de la thérapeutique anti-syphilitique ont été très heureux.

Dans un cas, il s'agissait d'une gastrite hypopeptique banale, confirmée par l'examen cytologique du suc gastrique et de la radioscopie; dans le second, d'une entéro-radiculite à type diarrhéique, dans le troisième, d'une recto-sigmoïdite hémorragique.

Et de conclure :

« On voit donc toute l'importance de la syphilis dans la pathogénie des affections digestives. Il faudra toujours penser à la dépister, même en présence des syndromes les plus banaux sous lesquels elle peut se dissimuler. On ne sera jamais autorisé à l'éliminer par l'absence, actuelle ou dans les antécédents des malades, des signes habituellement considérés comme révélateurs. La réaction de Bordet-Wassermann sera d'un grand secours. Mais elle indiquera seulement que le sujet examiné est syphilitique ; pour affirmer la nature spécifique des accidents dont il souffrira, l'épreuve du traitement sera absolument indispensable.

« La nature syphilitique de ces accidents étant démontrée, le traitement sera assez énergique. Le choix du médicament à employer est variable suivant les préférences de chacun et les contingences de chaque cas particulier. Les uns prônent l'iodure de potassium, d'autres le mer-

cure, d'autres les arsenicaux. Certains tiennent par-dessus tout à l'administration de l'iodure et du mercure par la bouche. Cela est assez logique et il est vrai que généralement cette médication est paradoxalement bien supportée. On a même voulu étayer sur cette particularité un « ioduro-diagnostic » de la syphilis gastrique. Cette manière de voir est certainement trop absolue. Notre premier malade, atteint de gastrite syphilitique, tolérait fort mal l'iodure. Quant à la troisième, on dut renoncer à lui donner le mercure par la bouche, en raison des troubles gastriques qu'il déterminait.

« En réalité, il faut chercher à annihiler les tréponèmes responsables de tout le mal le plus rapidement et le plus complètement possible, avec le minimum de risques pour le malade. On ne voit pas très bien ce que la syphilis des voies digestives peut présenter de particulier à ce point de vue et pourquoi elle serait traitée autrement que les diverses syphilis viscérales, qui ont toutes bénéficié si largement des moyens énergiques dont nous disposons actuellement. Rien n'empêchera d'ailleurs d'instituer une thérapeutique mixte. Il faudra seulement se souvenir que les arsénobenzols ont parfois provoqué des hémorragies graves chez les ulcéreux. Il sera préférable, en présence de lésions hémorragipares ou susceptibles de le devenir, d'utiliser d'autres agents, le bismuth par exemple, qui chez notre troisième malade nous a donné un très bon résultat. Il est à remarquer d'ailleurs que depuis longtemps, en matière de pathologie gastrique, bon nombre de médecins ont réalisé inconsciemment un traitement d'épreuve en prescrivant *larga manu* le sous-nitrate ou le carbonate de bismuth au cours de l'ulcus gastrique ». (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1er *juillet 1923.)*

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Bicarbonate de soude et sel de Vichy.

(M. Paul Carnot. — *Académie de médecine* ; 24-7 1923.)

Le ministre de l'instruction publique avait demandé à l'Académie de médecine de lui faire connaître si, au point de vue médical et thérapeutique, elle verrait un inconvénient à ce que soient supprimés du Codex les termes sel de Vichy et pastilles de Vichy ajoutés aux mots bicarbonate de soude et pastilles de bicarbonate de soude.

La section de pharmacie, par la voix de M. Coutière, répondit, nous l'avons vu, que cette suppression ne lui semblait pas désirable, et se rangea au maintien du *statu quo*. M. Paul Carnot revient sur cette question qui a été résolue, semble-t-il, un peu hâtivement. Il est regrettable observe M. Carnot, que seule la section de pharmacie ait été consultée, car d'autres sections, non moins autorisées en la matière, auraient pu donner leur avis et un avis différent : la commission des eaux minérales et la section de médecine, en particulier.

Le sujet est d'ordre général et a été envisagé déjà pour une série d'autres médicaments. C'est ainsi que l'on désigne maintenant sous l'appellation d'eau *dite* de Hunyadi-Janos la solution saline purgative, de bain *dit* de Barèges, le bain sulfureux, etc. On ne voit pas pourquoi une exception serait faite à l'égard du sel et des pastilles de Vichy. M. Carnot demande en définitive que la question soit reprise devant une commission composée de membres des sections de médecine et de pharmacie, et de la Commission des eaux minérales. Sa proposition est adoptée par l'Académie.

Sérothérapie antipoliomyélitique.

(M. G. Etienne. — *Académie de médecine* ; 24-7 1923.)

M. Etienne a utilisé dans huit cas de myélite aiguë de l'adulte le sérum antipoliomyélitique de l'Institut Pasteur (sérum du professeur Pettit).

Les doses employées ont été de 150 à 200 cent. c. sous-cutanées ; de 10 à 120 cent. c. par voie intraveineuse ; de 20 cc. intra-rachidien, selon les cas. Seule, une injection intra-veineuse de 10 cc. a été mal supportée, ayant provoqué un choc anaphylactique assez violent.

En somme, conclut l'auteur, le sérum du Dr Pettit a offert une action remarquablement constante, comparable à celle des sérothérapies classiques et il est regrettable que les ressources limitées de laboratoire, eu égard aux prix très élevés des singes, enrayent la préparation courante de ce sérum.

Hyperesthésie cutanée douloureuse dans l'encéphalite léthargique.

(M. Bureau, de Nantes. — *Académie de médecine* ; 24-7 1923.)

M. Bureau relate une observation d'hyperesthésie cutanée douloureuse provoquée par le bruit dans un cas d'encéphalite léthargique. Le malade ressentait de vives douleurs dans différents domaines nerveux chaque fois qu'un bruit se produisait, et le bruit seul était capable de provoquer les crises.

Cette hyperesthésie spéciale aux vibrations sonores ne peut sans doute s'expliquer, remarque l'auteur, que par une localisation du virus sur les terminaisons nerveuses. Ce fait viendrait corroborer l'opinion d'après laquelle les algies de l'encéphalite léthargique auraient une origine périphérique.

Kala-azar infantile autochtone à Marseille.

(MM. d'Astros, Giraud et Raybaud. — *Académie de médecine* ; 31-7 1923.)

La leishmaniose viscérale infantile, qui sévit sur la plupart des côtes méditerranéennes existe également sur le littoral français. On l'a signalée à Nice (Labbé, Turghetta et Ameuille, d'Œlsnitz, Balestre et Daumas) et aussi à Marseille. Dans des recherches sur la leishmaniose canine (on sait le rôle attribué à l'espèce canine dans la propagation de cette maladie). Pringault a trouvé 8 chiens atteints de leishmaniose sur 367 de ces animaux vivant à Marseille.

Durant une période de six mois seulement, M. d'Astros a pu rencontrer 4 exemples de leishmaniose (Kala-azar) infantile chez des jeunes enfants habitant Marseille ou sa banlieue, et n'ayant jamais quitté la région. Le diagnostic fut certifié par la ponction de la rate et la constatation des corps de Leishman dans le liquide ainsi retiré.

Il s'agit donc bien de Kala-azar autochtone, les petits malades ayant séjourné constamment depuis leur naissance dans la zone marseillaise exclusivement. Ces enfants avaient tous été en contact prolongé avec des chiens. Cependant, deux des chiens en question furent reconnus indemnes de leishmaniose. On ne saurait, toutefois, tirer de ce dernier détail une conclusion opposée à l'origine canine de l'affection.

La progression du cancer dans la région toulousaine

(M. A. Rémond.— *Académie de médecine* ; 31-7 1923.)

M. Rémond a fait une enquête sur la fréquence du cancer dans les départements de la région toulousaine pendant les années 1919-20-21 et 1922. De cette enquête, deux constatations se sont dégagées : le chiffre total des cas de cancer a subi, de 1919 à 1922, une augmentation notable et progressive, passsant, par exemple, pour un département, de 25 à 40, à 50, à 65 ; l'âge des malades, en outre, s'est relativement abaissé, le nombre des néoplasmes malins observés de 30 à 50 ans, s'étant beaucoup plus accru que celui de 50 à 60 ans, ou au-delà. L'accroissement de la fréquence a surtout porté sur les sujets plus jeunes.

L'obstétrique et les populations indigènes de Tunisie.

(M. Dinguizli. — *Académie de médecine* ; 31-7 1923.)

M. Dinguizli appelle l'attention de l'Académie sur l'utilité qu'il y aurait à suggérer au gouvernement tunisien une amélioration des pratiques obstétricales courantes en Tunisie.

Les accouchements, dans la population indigène de Tunisie, sont faits par des matrones formées à l'école d'un empirisme purement traditionnel. Elles interviennent par des manœuvres brutales et dans l'ignorance complète de toute asepsie. Dès les premières douleurs du travail, l'accoucheuse, accompagnée d'une aide vigoureuse (la cheddada), s'installe auprès de sa cliente, commence par des invocations pieuses aux saints secourables, puis allonge la femme sur une chaise spéciale sans dossier, véritable instrument de torture. Entre en scène alors la « cheddada », qui exerce sur le ventre des mouvements violents d'expulsion destinés à repousser l'enfant. Si le travail est lent, la matrone n'hésite pas à recourir à des manœuvres plus dangereuses encore, à fendre par exemple le périnée d'un coup de ciseau.

Dans les classes inférieures de la population, l'avortement provoqué est fréquent. Les matrones emploient dans ce but toutes sortes de moyens, avec souvent des complications graves.

M. Dinguizli souhaiterait voir substituer à ces matrones d'un autre âge des accoucheuses ayant au moins les notions les plus indispensables d'obstétrique.

Sur le neuro-vaccin.

(M. A. Marie, de l'Asile Sainte-Anne. — *Académie de médecine* ; 31-7 1923.)

Le neuro-vaccin de Levaditi et Nicolau est obtenu en émulsionnant dans la glycérine l'encéphale d'un lapin préalablement inoculé avec un virus spécial. M. Marie a utilisé ce neuro-vaccin comme pulpe pour la prophylaxie de la variole. Sur 329 opérations vaccinales, déduction faite d'un certain nombre d'hommes jeunes récemment vaccinés aux armées, il a obtenu 43 % de succès. Il n'a noté, d'autre part, aucun inconvénient.

— M. Camus rappelle qu'expérimentalement, chez le lapin, la vaccination par le neuro-vaccin lui a donné dans certains cas des réactions ecchymotiques suivies de nécrose. Il objecte, en outre, que l'activité d'un vaccin anti-variolique ne peut guère se fixer par des essais sur l'adulte. On considère souvent en effet, en dehors du jeune âge, comme des succès, des réactions cutanées non pustuleuses dont la valeur est loin d'être sûre. C'est par les résultats enregistrés chez les enfants non encore vaccinés qu'il convient d'apprécier une pulpe vaccinale donnée.

— M. Marie répond qu'il n'a compté comme succès que les pustules caractéristiques.

— M. Roux remarque que les résultats de M. Marie sont réellement satisfaisants.

La campagne contre les empoisonnements par les champignons

(M. L. Azoulay. — *Académie de médecine*, 31-7 1923.)

M. Azoulay s'est fait le champion d'une campagne visant la disparition des empoisonnements par les champignons. Il préconise l'éducation du public et des vendeurs de champignons par des affiches, articles de journaux, etc. Cette campagne, commencée il y a deux ans, a déjà eu d'heureuses conséquences et l'auteur la continuera pour donner, dit-il, à cet aliment toute la valeur qu'il mérite, en évitant ses inconvénients que seule l'ignorance peut rendre sérieux.

Purpura au début d'une fièvre typhoïde.

(MM. Laignel-Lavastine et Potez. — *Soc. méd. des hôp.*; 13-7 1923.)

En dehors de l'épistaxis, et exception faite de la forme hémorrhagique, on rencontre rarement des épanchements sanguins au début de la dothiénentérie. MM. Laignel-Lavastine et Potez ont observé récemment un cas de fièvre typhoïde qui s'est manifesté uniquement, pendant plus de dix jours, par de l'asthénie, de l'inappétence, la dissociation du pouls et de la température, la splénomégalie et du purpura.

On sait la gravité du pronostic que comporte l'apparition du purpura à la première phase de la fièvre typhoïde. Il s'accompagne alors d'hémorrhagies multiples et d'emblée d'état général mauvais. Ici, ces troubles inquiétants firent défaut.

Compression du plexus brachial par hypertrophie des apophyses transverses de la 7e cervicale.

(MM. Lenormant et Senèque. — *Soc. de Chirurgie*, 27-6 1923.)

Les accidents de compression nerveuse ou vasculaire causés par l'existence de côtes cervicales sont aujourd'hui bien établis et d'assez nombreuses observations en ont été publiées. On connaît moins les compressions du plexus brachial résultant d'une hypertrophie des apophyses transverses de la 7e vertèbre cervicale. MM. Lenormant et Senèque ont eu l'occasion d'en rencontrer deux exemples révélés — comme toutes ces malformations — par la radiographie. L'intervention chirurgicale a été dans les deux cas couronnée de succès et les malades ont guéri complètement après l'opération.

—M. Albert Mouchet pense que ces faits rentrent dans la catégorie de ceux décrits par Nové-Josserand et Fouilloud-Buyat sous le nom de dorsalisation de la 7e vertèbre cervicale.

— M. Robineau a opéré, il y a quelques semaines, une malade atteinte d'atrophie de l'éminence thénar attribuée à une côte cervicale. En réalité, il s'agissait du développement exagéré de l'apophyse transverse de la 7e cervicale. La 7e racine du plexus brachial était entourée d'une gaine fibreuse adhérente à l'apophyse. Après l'opération, les phénomènes douloureux disparurent, mais l'atrophie persistait encore, il va sans dire, à la sortie de la malade de l'hôpital.

P. L.

Lyon.

Amibiase intestinale méconnue pendant sept ans.

MM. Bouchut et Bonafé présentent l'observation d'un malade de 44 ans qui, évacué du front en 1916 pour « entéro-colite », présentait depuis lors des douleurs abdominales avec selles glaireuses et sanglantes. Soigné dans divers hôpitaux, il avait eu, disait-il, peu après son évacuation, une pleurésie et une expectoration purulente très abondante. Considéré comme tuberculeux, il fut réformé à la fin de 1917. Il entre en novembre 1922 dans le service de M. Bouchut : signes pulmonaires très discrets ; au cœur, arythmie complète ; foie un peu gros. Devant la persistance de la diarrhée avec selles parfois sanguinolentes , on pense à une entérite amibienne. Les examens de laboratoire confirment ce diagnostic : les matières contenaient des amibes dysentériques typiques, pas de bacilles de Koch dans les crachats ; à la radioscopie, diaphragme droit présentant en son centre une ombre surajoutée saillant en dôme ; la pleurésie de 1916 était, en réalité, la réaction pleurale d'une hépatite amibienne qui est allée probablement jusqu'à la suppuration (expectoration purulente). Amélioration rapide des troubles intestinaux par l'émétine.

Réaction pleurale interlobaire post-pneumonique.

MM. Mouriquand et P. Ravault présentent l'observation d'une enfant d'un an qui avait, à son entrée à l'hôpital, une pneumonie ne se révélant par aucun autre signe que le triangle radioscopique de Weill et Mouriquand. Défervescence au huitième jour et, deux jours plus tard, le triangle a fait place à une bande horizontale suivant la scissure supérieure, de nature évidemment interlobaire. A côté de la pleurésie purulente enkystée classique, la pneumonie peut donc donner des réactions scissurales qui peuvent ne se révéler que par la radioscopie.

Recto-sigmoïdite chronique.

M. Bouchut présente l'observation d'une malade de 56 ans, constipée chronique, chez laquelle s'était installé peu à peu un syndrome recto-sigmoïdien avec douleurs dans la fosse iliaque gauche, selles fragmentaires et glaireuses, hémorrhagies abondantes et répétées, faux besoins. Amaigrissement et cachexie évoquant l'idée de cancer. Rien au toucher rectal. Radiographie après lavement baryté : sur la deuxième portion de l'S iliaque, on voit une zone tachetée, marécageuse, rappelant l'image lacunaire du can-

cer ; au-dessus et **au-dessous**, aspect normal. Rectoscopie : rectum normal jusqu'à 8 centimètres de l'anus ; puis, sur une longueur de 20 cmc., la muqueuse apparaît épaissie, chagrinée, granuleuse et saigne en nappe. Il s'agissait donc, non pas d'un néoplasme, mais d'une rectosigmoïdite rapidement améliorée sous l'influence de lavements de chlorure de calcium et de nitrate d'argent.

Septicémie à gonocoques guérie par la vaccinothérapie spécifique.

M. Lamy (de Grenoble) présente l'observation d'une jeune fille de 33 ans entrée dans son service pour des accès fébriles séparés par des phases d'apyrexie, et accompagnés, pour tout symptôme, par une splénomégalie modérée et de l'anémie. L'hémoculture montra qu'il s'agissait d'une gonococcémie, bien que l'examen minutieux ne révélât ni uréthrite, ni lésions utéro-annexielles, ni lésions articulaires. Cette malade fut traitée par six injections d'un vaccin préparé avec le pus uréthral d'un autre malade, et par six autres d'auto-vaccin. Cette thérapeutique amena la chute définitive de la fièvre et la malade ne conserva qu'un degré notable d'anémie.

A. Ch.

Les Livres

Librairie Garnier, frères,
6, rue des Saints-Pères, Paris.

Dr P. Pironneau. — **Préservez vos enfants de la tuberculose.** (1 vol. in-8°, 188 pages) Prix : 5 fr.)

Dans cet ouvrage sont condensées les idées modernes acquises sur ce sujet de prophylaxie spéciale. Ce n'est pas un exposé médical, mais simplement un travail de vulgarisation pratique et d'étude sociale.

La première partie résume succinctement la conception actuelle de la tuberculose, son microbe, son mode de pénétration dans l'organisme de l'enfant, les moyens de défense qui lui sont opposés.

La seconde partie découle de la précédente ; la protection de l'enfant aux différents âges contre le bacille tuberculeux n'est-elle pas le corollaire des notions acquises sur le caractère de ses attaques ?

Mais il ne suffit pas de chercher à préserver nos enfants de ce terrible ennemi ; il faut aussi les armer, les mettre en état de lui résister et de l'étouffer quand il est déjà dans la place. C'est pourquoi les notions essentielles d'hygiène générale aux étapes successives de l'enfance complètent largement le chapitre hygiène spéciale.

Un dernier chapitre enfin est consacré aux œuvres de préservation contre la tuberculose : le dispensaire, le préventorium.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
Paris, 1923.

P. Trisca. — **Xeroderma pigmentosum.** Trois nouvelles observations avec appréciations par les professeurs Jeanselme et Gougerot. (1 vol. in-8°, 80 pages. Prix : 10 fr.)

Librairie Félix Alcan, Paris.

Llewelyn Jones Llewelyn. — **La goutte**, avec un chapitre sur les affections oculaires chez les goutteux, par W.-M. Beaumont. Traduit de l'anglais par le Dr A. Françon, médecin consultant à Aix-les-Bains. (1 vol. in-8° avec 2 planches hors texte. Prix : 45 francs.)

L'extrême fréquence avec laquelle on rencontre des foyers infectieux chez les goutteux, la fréquence avec laquelle des exacerbations de la maladie sont annoncées par des affections glandulaires aiguës de source infectieuse indéniable, ne sont pas encore parfaitement comprises.

L'auteur étudie les manifestations élémentaires de la goutte ; il pense que ni la théorie purement physique, ni celle purement chimique de l'origine des dépôts uratiques ne suffisent à expliquer la formation de ces derniers. L'introduction de quelqu'autre facteur, quelque chose de vital, de biologique, semble essentielle pour l'élucidation de l'uratose, du dépôt uratique.

Il est donc évident qu'une réaction inflammatoire est toujours un antécédent dans tous les processus goutteux, qu'ils soient de localisation articulaire ou abarticulaire. Si l'on admet cette réaction inflammatoire comme un prélude nécessaire, la spécificité de la goutte est attestée par ce fait que cette réaction est toujours suivie par une déposition locale d'urates.

Cet ouvrage sera lu avec le plus vif intérêt par tous les praticiens désireux d'être documentés particulièrement sur cette questinon.

C. F.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES HONORAIRES MÉDICAUX

J'ai reçu, ces temps derniers, deux lettres émanant de confrères, membres de la Mutualité familiale et du « Sou médical », qui s'adressent au *Concours* par mon intermédiaire :

Voici la première :

Nous sommes consultés par l'Union des syndicats médicaux sur la question de l'*indemnité kilométrique* et sur celle de la *visite en passant*, je crois que des questions de cette importance, avant d'être solutionnées, devraient être l'objet de discussions très larges.

Il ne suffit pas de savoir ce qui se pratique dans le petit coin particulier de chacun d'entre nous et nous aurions besoin de savoir ce qui se passe ailleurs. C'est pour cette raison que je voudrais voir le *Concours médical* ouvrir la discussion générale. Nous répondrions après nous être éclairés.

Chez nous la visite en passant n'existe pas pour ainsi dire : ou bien nous inscrivons une simple consultation, ou bien le malade paye le plein tarif, c'est-à-dire le prix de la visite et de l'indemnité kilométrique faisant bloc. Les tournées à jours fixes sont interdites.

Nous nous étions toujours bien trouvés de ce mode de faire, or il paraît qu'il est menacé par toutes les expériences de la socialisation de la médecine, ce grand progrès dont veulent nous gratifier des gens qui se soucient de la chose comme de leur première culotte !

Il faut que la visite soit comptée tant et que le nombre des kilomètres soit compté tant également. Tout est apprécié à la balance — ne sommes-nous pas des marchands de visites ?

Mais peut-être ne connaissons-nous pas suffisamment ce qui ce passe ailleurs ni les raisons qui ont pu déterminer des confrères à pratiquer autrement. Je voudrais que de divers côtés on nous exposât les systèmes en vigueur avec leurs raisons d'être.

La médecine ne s'exerce et ne peut s'exercer d'une façon identique dans toutes les régions : l'unification me paraît ne devoir donner satisfaction à personne.

Donnez-nous donc votre avis personnel, vous qui êtes le doyen du *Concours*, et faites ouvrir la discussion générale dans ce journal.

Voici l'autre lettre :

L'assistance médicale gratuite, les soins aux accidentés du travail et aux mutilés de la guerre nous ont obligés à diviser nos honoraires en deux parties : visite et indemnité kilométrique, chacune étant tarifée à part ; je trouve que, pour cette dernière, nous avons beaucoup trop tablé sur nos prix de revient. L'essence vaut tant, l'usure des pneus tant, donc le prix du kilomètre doit être compté tant.

Le dérangement, le temps passé, la fatigue, le danger même ne comptent pas et la preuve c'est que l'indemnité kilométrique est la même pour la nuit que pour le jour.

J'approuve fort le secrétaire général de l'Union des Syndicats d'avoir proposé de substituer à l'appellation d'*indemnité kilométrique* celle d'*indemnité de déplacement*, cette dernière permetttant de faire intervenir l'élément moral. Parlons donc d'indemnité de déplacement et non plus d'indemnité kilométrique : la distance et le prix de revient ne sont pas tout.

Il faut bien convenir qu'avec l'obligation où les nécessités de la vie nous ont mis d'élever nos honoraires, le prix du déplacement peut porter le coût de la visite à un taux qui peut devenir prohibitif.

D'autre part, s'il ne calcule le déplacement que pour un seul malade et qu'il réclame aux autres la visite simple, le médecin ne gagnera pas de quoi vivre.

Ne vaudrait-il pas mieux, comme le proposent certains, établir une compensation et diminuer quelque peu nos tarifs pour les malades éloignés ? Le prix serait un peu réduit, mais il serait plus pratiquement recouvrable et n'éloignerait pas le malade du médecin.

En fait, il faut bien le dire, les tarifs syndicaux ne sont presque jamais suivis à la lettre et des ententes locales corrigent ce qu'ils pourraient avoir de trop rigoureux — je ne veux pas parler des syndiqués qui, en réunion, font de la surenchère et qui rentrés chez eux, sont les premiers à violer les décisions prises.

Mais ce mode de faire deviendra impossible si on veut uniformiser les prix pour toute la France : il y aura un tarif pour tous et soyez bien certains, chers confrères, que ce n'est pas le plus élevé qui sera choisi.

Mon avis est qu'il faut lutter pour conserver nos habitudes locales dont tout le monde, malades et médecins, s'accommodait ......

J'ai tenu à publier ces lettres, d'abord pour donner satisfaction à mes correspondants et ouvrir la discussion qu'ils réclament, mais aussi pour montrer une fois de plus le danger de l'introduction du *tiers payant* entre le médecin qui donne ses soins et le malade qui les reçoit.

Dès longtemps nous avons crié : gare ; certains n'ont pas voulu nous entendre et nous ont

traités de tardigrades ; — l'événement montre malheureusement combien nous avions raison.

Mais il n'y a plus à récriminer : il faut envisager la situation comme elle est, et c'est pourquoi, en ma qualité de *doyen*, je demande à mes confrères de bien vouloir nous dire ce qui se passe chez eux, quelles raisons les ont déterminés, quels résultats ils ont obtenus.

Le Concours médical est un journal d'études et la question des futurs honoraires médicaux est, au premier chef, de son domaine.

A. GASSOT.

LES SOINS MÉDICAUX AUX MUTILÉS ET AUX MALADES DE LA GUERRE

Nous lisons dans *Le Matin* du 5 août 1923 :

Le contrôle examiné du point de vue des représentants des mutilés au sein des commissions tripartites.

Peu après l'élection des délégués aux commissions tripartites de contrôle, des scandales ont éclaté, dont nous n'avons pas besoin de rappeler l'importance ni le lieu, mais qui ont été de nature à jeter le discrédit sur le contrôle précédemment existant.

Le désir certainement unanime des commissions nouvellement constituées a été de ne point prêter le flanc à pareille critique.

Chez nous, représentants des mutilés dont la voix au sein des commissions est bien faible, en raison de notre ignorance en matières médicales et pharmaceutiques, il est advenu que la crainte d'abus, de délits même, commis dans des conditions identiques ou nouvelles de supercherie, a jeté un certain malaise né du sentiment de notre impuissance a empêcher ces abus, alors que notre entrée dans les commissions n'avait et n'a encore qu'un but : l'application loyale de cet article 64, conquête raisonnable et cependant laborieusement acquise des victimes de la guerre.

Oui, nous avons eu peur, peur du scandale ; nous avons redouté que derrière notre activité plus ou moins efficiente, ne viennent s'échafauder des combinaisons auxquelles, bien malgré nous, nous aurions servi de paravent.

Nous reconnaissons que les pouvoirs publics, en vue d'assurer la stricte exécution de l'article 64, ont fait de louables efforts ; la création des commissions en est une preuve, mais il faut compter à notre époque avec l'ingéniosité des roublards, avec un esprit de mercantilisme qui tend à pénétrer dans des professions jusqu'ici réputées comme inaccessibles au lucre et au dol.

Pour donner satisfaction à des désirs légitimes et apaiser des craintes justifiées, il fallait envisager les moyens de renforcer le contrôle et j'ai été amené à rédiger le vœu suivant, unanimement adopté par notre groupement :

« Le groupement amical des délégués titulaires et suppléants des mutilés et réformés de la Seine aux commissions tripartites de contrôle des soins gratuits aux victimes de la guerre,

« Constatant que les moyens de vérification et de contrôle mis à la disposition des délégués sont insuffisants ;

« Estime que ces moyens peuvent et doivent être complétés comme suit :

« 1° Réunions plus fréquentes des commissions et sous-commissions (au minimum une fois par mois pour chaque commission et sous-commission) ;

2° Communication aux délégués sur place, au secrétariat des commissions, même hors séance, de tous dossiers de notes d'honoraires de médecins et de fournitures de produits pharmaceutiques ;

« 3° Prélèvement chaque mois, *au hasard*, dans les dossiers soumis à l'examen de chaque commission, même parmi ceux considérés comme corrects, d'un certain nombre de ces dossiers qui seront adressés aux médecins contrôleurs pour enquêtes et rapports dont les conclusions seront obligatoirement communiquées aux commissions intéressées ».

Le contrôle prévu au paragraphe 3 de ce vœu n'est basé sur aucun sentiment de défiance. Le sondage, tel que nous l'entendons, n'est pas né d'une idée préconçue de suspicion envers qui que ce soit, mais nous avons un proverbe qui dit : « La crainte est le commencement de la sagesse ». Eh bien, que notre crainte à nous, notre crainte légitime, soit ressentie par ceux qui ont pu en être la cause.

Nous estimons que le décret du 25 octobre 1922 a fixé des tarifs qui doivent donner satisfaction aux médecins et aux pharmaciens.

Au cours de la période de non-application de l'article 64, au temps où le docteur Lafontaine menait rude campagne pour le relèvement de ses tarifs, j'ai pu dire aux médecins : « Nous sommes, messieurs, devant une situation qui n'est point neuve pour vous ; la loi du 9 avril 1898 en a fait naître une semblable et j'ai souvenir que vous avez consenti aux compagnies d'assurances des tarifs spéciaux pour les accidentés du travail, en considération de ce fait que la législation nouvelle vous amenait une clientèle considérable. Or, je vous le demande, la France n'est-elle pas aujourd'hui pour vous un client de premier ordre ? N'a-t-elle pas, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, ouvert un chantier énorme, le plus dangereux des chantiers, et ne présente-t-elle pas à vos soins une multitude de ses enfants meurtris ? »

Malgré cette situation de fait, il est advenu que des dossiers n'ont pas été suffisamment sincères ou ont été établis avec légèreté. Le complément de contrôle que demandent les représentants des mutilés a pour but de remédier à ces errements.

Il semble qu'à Paris, l'accord est fait sur le prin-

cipe du « sondage », mais l'on soutient que les médecins contrôleurs n'avaient pas à intervenir pour en assurer le fonctionnement. Ils ont indiqué que le contrôle ne pouvait être utilement déclenché qu'au cours de la maladie d'un bénéficiaire de la loi et non pas après sa guérison ou son décès.

Si l'on devait limiter là le rôle des médecins-contrôleurs, celui-ci risquerait d'être une fonction presque honorifique. En effet, la commission n'est appelée à connaître des traitements en cours que ceux qui nécessitent plus de cinq interventions à tarif spécial. Ces traitements sont assez rares et ne sauraient justifier la désignation de 44 médecins-contrôleurs.

Rien dans le décret, rien dans les circulaires ministérielles n'interdit l'emploi de ces médecins pour la vérification des dossiers quels qu'ils soient, pris au hasard, parmi ceux soumis à l'examen de la commission. Si l'interprétation contraire prévalait, les représentants des mutilés, non seulement n'en prendraient pas la responsabilité, mais même s'efforceraient de dégager la leur et je m'explique :

Ils sont actuellement en instance — toujours dans la Seine — auprès de l'Office national des mutilés par l'intermédiaire du comité départemental, en vue d'obtenir un crédit additionnel de 8.000 francs, permettant la nomination d'un enquêteur spécialement chargé de vérifier si ceux de leurs camarades désignés par les dossiers prélevés pour « sondage » ont effectivement été malades pendant la période durant laquelle les médecins assurent avoir donné des soins, si la maladie pour laquelle ils ont été soignés correspond bien à la cause de leur réforme, s'ils n'ont point abusé des soins gratuits que la loi met à leur disposition, si en un mot, ils ont été corrects.

C'est-à-dire que leur proposition a eu pour but d'instaurer un complément de contrôle s'exerçant à la fois sur les bénéficiaires de l'article 64, sur les médecins et les pharmaciens.

Ils ont l'intention bien arrêtée d'assurer ce contrôle sur leurs commettants et ont indiqué un moyen de l'étendre sur les praticiens et les pharmaciens. Si le moyen préconisé ne convient pas, ils ne demandent qu'à en étudier un autre donnant des résultats identiques ou meilleurs en déclarant toutefois que si, en cette attente, il survenait des incidents regrettables au sujet de l'application de l'article 64, les représentants des mutilés ayant conscience d'avoir fait, en ce qui les concerne, tout ce qu'ils pouvaient pour les éviter en appelleraient alors à l'opinion publique.

Georges PERRIOT,
Vice-président du groupe de la région parisienne de l'U. N. C.

***

En somme, Messieurs les pensionnés de guerre ne sont pas satisfaits du contrôle, tel qu'il fonctionne actuellement au sein des Commissions tripartites. Ils réclament, si je ne m'abuse, un *surcontrôle.*

Il s'agit, notez-le bien, d'un surcontrôle médical. Sans doute ne devez-vous, médecins, mes confrères, y voir la manifestation d'aucun sentiment de défiance... Tout de même, la crainte est le commencement de la sagesse... La crainte de qui, de quoi ? ? ?

C'est touchant...

Et puis, de quoi vous plaindriez-vous ? Les tarifs ne sont-ils pas de nature à vous donner satisfaction ?

Je n'ai jamais dissimulé mon sentiment sur l'organisation des soins aux pensionnés de guerre, telle qu'elle résulte de l'article 64. Je suis de ceux qui, franchement, la trouvent regrettable. Et les abus auxquels elle donne lieu, même quand il est difficile de les qualifier tels, même quand ils ne revêtent aucun caractère délictueux, ces abus étaient et sont inévitables (1).

Mais, sans revenir là-dessus (d'autres y reviendront, j'en suis convaincu, et avant qu'il soit longtemps : je vous dirai qui tout à l'heure), sans revenir là-dessus, je trouve que M. Perriot déplace singulièrement la question. Il s'en prend aux médecins. Il ferait bien de commencer par s'adresser aux pensionnés eux-mêmes. Ce sont eux, les principaux responsables des abus auxquels je fais allusion. Ce sont eux qui réclament des soins médicaux, sous le couvert de la loi, alors que leur cas ne leur y donne aucun droit ; ce sont eux qui, spontanément, proposent aux médecins, qu'ils savent insuffisamment honorés en certaines circonstances, de détacher deux et trois feuilles du carnet pour une seule visite ou consultation : de cela, je connais des exemples irrécusables.

***

Je disais que je ne voulais pas reprendre personnellement la discussion sur l'organisation de soins des pensionnés de guerre, mais que d'autres la remettraient en question, et peut-être avant qu'il soit longtemps. Qui ? Le Ministre des Pensions lui-même.

Je vous rappelle, et je vous prie de méditer attentivement sur elle, sa déclaration à la Chambre, en juin dernier : « Si ce contrôle (le contrôle tripartite actuel) ne donnait pas de meilleurs résultats que celui auquel nous le substituons, *nous nous verrions alors dans l'obligation*, et cela, *dès la fin même de cet exercice*, je tiens à le préciser, *de demander au Parlement d'envisager de nouveaux procédés pour assurer aux victimes de la guerre la gratuité des soins* ».

Ce n'est pas là menace en l'air.

J'ai de bonnes raisons de croire que le Minis-

(1) Je pense exactement comme le Dr F. DU CROQUET, dont je publie ci-dessous un extrait d'un article paru dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, du 1er mai 1923.

G. D.

tère des Pensions n'a accepté qu'à son corps défendant, la situation actuelle, qu'il ne la considère que comme devant n'être que très temporaire, et qu'il n'attend qu'une occasion favorable pour la dénoncer, reprendre toute sa liberté d'action, et, comme l'a déclaré M. Maginot, recourir à de nouveaux procédés pour assurer aux pensionnés la gratuité des soins médicaux.

Quels procédés ? Cherchez ! ! Ce n'est peut-être pas trop difficile de les prévoir...

Et prévoir, c'est être sur ses gardes, et prêt à la riposte...

G. DUCHESNE.

***

Au moment où la Chambre se préoccupe de mettre sur pied la loi d'assurance-maladie obligatoire qui nous prendra environ 60 % de notre clientèle, nous avons le devoir de veiller à ce que des tarifs trop inférieurs ne nous soient pas imposés. Or ces tarifs seront établis en prenant pour base les chiffres adoptés communément pour la clientèle moyenne et la mutualité. It est donc indispensable qu'il n'y ait pas un écart trop grand entre ces deux tarifs. La différence est précisément trop accusée à Bordeaux où les sociétés accordent 6 francs pour ce que le plus petit ouvrier, non mutualiste, nous paye 10 francs. Le chiffre de 8 francs que nous proposons et qui tient le milieu entre ces deux extrêmes nous paraît donc tout à fait raisonnable et doit être maintenu.

Bordeaux, je le répète, est en retard sur toutes les grandes villes de France, où tous les tarifs généraux sont plus élevés. Nous nuisons à l'ensemble de la corporation et nous nous déconsidérons auprès de nos confrères. Les documents que j'ai en mains me permettent d'affirmer que nous sommes distancés par Paris, Lyon, Marseille, Montpellier, Tours, Grenoble, Nevers, etc. Il y a même beaucoup de départements qui appliquent à la Mutualité les tarifs de la clientèle privée. D'autres ne la reconnaissent pas, *le sociétaire payant son médecin au taux normal et recevant de sa société une indemnité journalière dont il dispose à son gré. Ce dernier système est idéal. Il oblige le malade à faire un effort personnel et supprime tous les abus et, partant, tous les contrôles. Avec lui disparaissent les ordonnances complaisamment surchargées, les visites ou consultations multipliées, les injections sous-cutanées quotidiennement répétées, les injections intra-veineuses, les applications de sérums de toute nature, etc. Tout ce qui est fait est indispensable et curatif, étant payé par l'intéressé lui-même.*

Appliquée aux mutilés, cette méthode nous eût évité le scandale des carnets qui permet au public de traîner injustement dans la boue le corps médical tout entier. Mais ceci est une autre affaire, et nous en reparlerons peut-être un jour. Sachons, pour l'instant, nous cantonner dans notre sujet qui n'est pas épuisé avec ce premier article.

F. DE COQUET.

LE CONSEIL DE FAMILLE DES SYNDICATS MÉDICAUX

Ce n'est certes pas pour le réclamer que je me trouve incidemment à parler du Conseil de l'Ordre des médecins.

Les uns l'estimaient décoratif pour la corporation, les autres voyaient en lui un moyen de perfectionnement moral ; certains, enfin, ceux qui y tiennent encore le plus, comptaient sur lui, par pur traditionnisme, pour lutter contre l'esprit moderne qu'ils redoutent.

Comme actuellement, nous sommes tous fixés, le mieux serait, par esprit de corps, de cesser d'alimenter une discussion interminable, si nous ne voulons pas rappeler la querelle de l'antimoine, et si nous ne voulons pas, surtout, nous diviser encore plus, ce que désirent nos nombreux adversaires.

En résumé, l'affaire est classée. Bulle de savon irisée, qui crève en emportant les vestiges du Conseil de l'Ordre et meurt avant de naître, en subissant la loi fatale des tarés !

Le Conseil de famille du Syndicat doit suffire. Maintenant, ce qu'il importerait de connaître, c'est la nomenclature des espèces qui en relèvent. Tel cas lèse la déontologie en deçà de la Loire, et ne le fait plus au delà de la Seine ; tel autre inversement. Nous manquons d'unité de conception ; aussi restons-nous, le plus souvent, indécis devant la série nuancée des fautes professionnelles que nous reprochons aux confrères ou que ceux-ci nous reprochent.

Il serait nécessaire de pouvoir discerner d'une façon précise ce qui est exactement répréhensible et d'éviter les équivoques, en discutant les questions litigieuses.

Le *Concours médical*, qui établit journellement le tableau de toutes les aspérités de l'art médical, ne pourrait-il pas, en plus, dans une rubrique spéciale, enregistrer et juger les cas qui formeraient le compendium dans lequel on puiserait une opinion ? Celle-ci, discutée par des tiers non intéressés directement, servirait à tous de directive.

En voici un, par exemple :

Dans un poste déjà très suffisamment pourvu de deux médecins U et Y, en arrive un 3e T, puis quelques semaines après, un quatrième Z, qui vient après le départ rapide du 3e.

Le secrétaire général et le secrétaire adjoint du Syndicat régional, sachant que l'un des deux premiers médecins cités, U, avait l'intention de partir, obtiennent du confrère dernier venu Z, qu'il achèterait la clientèle du partant et divers

objets mobiliers, de façon à présenter une situation correcte. Le 3e médecin T n'ayant pas pu se maintenir, plus dans une seconde collocation qu'il n'avait fait dans sa première, écoute, 4 ans après, les sollicitations de clients qui l'avaient fait venir une première fois, ne voulant plus de Z, et manifeste l'intention de reprendre son ancien poste en se substituant à ce confrère.

Après une vaine proposition d'échange de clientèles réciproques avec Z, qui refuse, n'ayant aucune raison de s'en aller, T. s'installe, ce qui oblige à partir quelques mois après sa démobilisation, ce dernier confrère, blessé de guerre, grièvement, comme médecin de bataillon, chevalier de la Légion d'honneur, père de 3 enfants jeunes et qui vit, fort péniblement, dans la clientèle urbaine nouvelle qu'il a dû se refaire.

La question posée est celle-ci :

Savoir si le fait de léser un confrère, dans de telles conditions, constitue un acte normal, licite, ou une indélicatesse répréhensible ;

Savoir s'il ne comporte pas la condamnation, toute morale, à une sanction matérielle, qui serait la réparation du tort inique causé au confrère lésé, en le remboursant de l'acquisition de la clientèle de U, des frais de son déménagement forcé et une sanction morale, qui serait, tout au moins, la mise au pilori syndical.

Voilà le cas ; quant au médecin, on peut le situer rapidement et encore sous son incidence la moins péjorative. Venant en surnombre, dans un centre de clientèle restreint, où il est appelé, sans nécessité médicale, par un clan politique, il ignore toute dignité et collectionne toutes les humiliations qu'un valet besogneux peut attendre d'un patron multiple et tyrannique. Sa façon de faire lui permet d'user rapidement deux clientèles successives ; une troisième fois, il tente la chance et revient à son point de départ, en concurrence encore plus déloyale, puisqu'il vient demander à son confrère les prix qu'il prend, prix qu'il baisse, sur toute la ligne, avec l'intention bien formulée d'appâter la clientèle, et de mettre, selon sa propre expression, « les bouchées doubles, pour rattraper le temps perdu, pendant la guerre ».

En admettant qu'une voix opine en faveur du droit strict de tout médecin s'installant sans scrupules, là où il lui plaît, et comme il lui plaît, vînt-il même en parasite, il reste à savoir ce que pense d'un tel acte la généralité confraternelle et dans quel but les annonces médicales insèrent-elles, de temps à autre, une note pour prévenir ces faits de concurrence que la déontologie taxe à son exacte valeur.

Puisqu'on invoque le spectre du Conseil de l'Ordre, nous ne voyons pas bien ce que dirait, par exemple, celui des avocats, si un des leurs, voulant prendre la place d'un autre, qui ne demande pas à être remplacé, acceptait à une quête publique l'avance d'un cheval, d'une voiture et d'un mobilier, pour mieux entrer en lutte !

On objectera, évidemment, que la pratique de la médecine est libre, que le soleil luit pour tout le monde, — cliché populaire — c'est convenu, mais quelle opinion aurait la famille médicale d'un des siens, qui, tel un chiffonnier, évadé dans la médecine et transplantant dans cette profession les mœurs de son négoce, la ferait considérer du public, comme le plus vulgaire des commerces?

En un mot, voilà des exemples, comme celui de cette captation de clientèle, qui font désirer l'existence d'un tribunal professionnel organisé en permanence et qui juge, en équité, des faits d'improbité, d'indélicatesse et d'indécence médicales.

Les conséquences financières de la guerre ont désaxé les mœurs. Si les scandales actuels, banal épisode d'une période troublée, pressentis et dénoncés par nous, ont eu le retentissement que l'on sait, c'est parce que la corporation des médecins est particulièrement visée et que notre crédit porte ombrage à un certain nombre de dirigeants. Quant à la masse, elle ne cherche dans ces attaques envieuses contre le médecin qu'un incident de lutte de classes. Et journellement, elle les provoque et les fait éclater, sans se douter qu'elle marche inconsciemment contre ses intérêts.

Déjà la diatribe imbécile d'un anonyme grincheux fit grand bruit, il y a une vingtaine d'années pour tenter d'ébranler notre crédit. Depuis, c'est l'Etat qui continue. Il ne s'agit plus de « défendre sa peau contre son médecin », mais d'ameuter la foule et de foncer contre ce « mercanti » qui abuse des mutualistes, des assurés, des assistés et des blessés de guerre.

Nos aïeux, imbus des immortels principes, eurent le beau geste altruiste, mais furent des rares à l'avoir. Nous ne demandons qu'à le continuer, à condition de n'y être pas obligés et à condition surtout de ne pas jouer un rôle de dupes.

Que nous fassions du donquichotisme, passe encore, n'en fait pas qui veut, ça rentre dans les cordes du médecin, mais que ce ne soit pas une injonction d'Etat !

Pour être forts, prenons nettement position. Evinçons hardiment les Robert Macaire de la profession. Ce cas échéant, épurons-nous des éléments douteux fourvoyés parmi nous et sachons rectifier leurs incorrections.

Les fautes individuelles retombent toujours sur la corporation. A celle-ci de se préserver !

L'honneur médical est un bien collectif : c'est à chacun de nous de le défendre et d'en être le garant !

Dr François HOUSSAY,
Pont-Levoy (Loir-et-Cher).

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Le sou mutualiste

Il y a un raffut dans la Mutualité ou plutôt dans la Fédération nationale au sujet du sou mutualiste. Le sou mutualiste n'a rien de comparable avec notre « Sou médical ».

Si à l'origine, nos adhérents devaient verser un sou par jour pour la défense de leurs intérêts, somme légèrement majorée par suite de nouveaux avantages, le sou mutualiste au contraire consiste dans la cotisation énorme de un sou par an par tête de sociétaire. Ces sommes sont destinées à la propagande ; c'est l'argent de poche de la Fédération nationale venant s'ajouter aux 7 ou 8.000 fr. qu'elle reçoit du gouvernement pour ses frais de déplacement, par conséquent, également de propagande.

Le très important M. Warnery, un des piliers puissants de la Mutualité, est venu à la tribune du Congrès se lamenter du peu de succès du développement du sou mutualiste. Il fait remarquer qu'un petit sou, c'est peu de chose (c'était le gain du pioupiou de jadis) et qu'il ne faut pas un bien grand effort pour en opérer le versement. Aussi a-t-il vitupéré contre les présidents de sociétés mutuelles qui n'ont pas le courage de l'imposer dans leur société en supplément à la cotisation et préfèrent ou ne pas le verser (c'est la majorité), ou bien le gratter sur le budget général de leur société (peut-être en grattant par contrecoup sur les honoraires de leurs médecins) pour ne pas demander l'aumône à leurs administrés. Du reste, je ne vois pas le recouvrement de ces 5 centimes très facile, il paraît un peu puéril de majorer les quittances de 5 centimes.

Et pourtant, la question tient au cœur à la Fédération. Aussi reprend-elle le sujet dan son organe, *Le Matin* et ses articles du jeudi. « On « compte environ 4 millions de mutualistes dans « notre pays, si chacun d'eux versait un sou par « an, cela produirait annuellement une somme « de 200.000 fr. Or, qu'est-ce qu'un sou par an ?

« A quoi servirait cette somme dont la réalisa- « tion est si facile à obtenir ? Tout simplement « à doter la Fédération nationale de la Mutualité « française d'un budget qui lui permette de me- « ner à bonne fin la propagande de tous les jours « qu'elle ne cesse de faire en faveur de la cause « mutualiste. »

En réalité, on doit reconnaître que cet appel fut entendu par peu de sociétés en dehors de celles qui sont représentées à la fédération par un de leurs membres. Pourquoi cet échec ? Parce que la plupart des sociétés ne voient pas l'utilité de ce budget aux mains de la Fédération.

D'abord, beaucoup de mutualistes font partie de plusieurs sociétés mutuelles (moi-même appartiens à 4 sociétés) et ne voient pas la nécessité de ces multiples versements. Ensuite des quantités de sociétés se désintéressent complètement de la Fédération et de son œuvre et préfèrent consacrer leurs disponibilités à faire de la propagande dans leur milieu et à aider au recrutement de leurs sociétés souvent difficile à l'heure actuelle.

Quel bénéfice recueillerait le Corps médical dans ses mutualités, Association générale, Mutualité familiale, Caisse des retraites et autres œuvres de prévoyance à aider la Fédération à faire de la propagande contre le Corps médical ?

Quels bénéfices peuvent avoir des quantités de sociétés de retraite comme les Prévoyants de l'Avenir, le Grain de Blé, la Boule de Neige, à doter la Fédération nationale ? Aucun.

Croyez-vous également que les mutualités ouvrières affiliées aux syndicats ou aux groupements politiques avancés, tiennent beaucoup à favoriser la Fédération, cet élément bourgeois par excellence qui cherche à centraliser la direction de toutes les sociétés mutuelles ?

Beaucoup de sociétés ne tiennent pas à accroître l'influence de la Fédération qui commence du reste à être battue en brèche dans certaines mutualités. En faisant de la propagande, la Fédération cherche surtout à accroître ses troupes, à pouvoir faire figurer dans ses rapports des millions de sociétaires. Elle veut toujours, selon sa formule, opérer avec l'argent des autres, accroître progressivement son importance, son utilité et devenir indispensable dans le fonctionnement de la loi des assurances sociales

Elle veut que ses membres puissent organiser des réunions en province, monter sur les tréteaux, y parader dans des fêtes organisées à l'occasion de leur présence, y prononcer de beaux discours en présence de Monsieur le Député ou Sénateur et ainsi se créer des titres à de multiples rabais. En réalité, ces tournées de propagande ne sont que du battage électoral, ou du battage à décorations. Voilà ce que les mutualités sensées ne veulent pas et voilà pourquoi le sou mutualiste est voué à l'échec qu'il a encaissé jusqu'à ce jour malgré les protestations de M. Warnery et les articles du *Matin*.

Dr VIMONT.

JURISPRUDENCE

1° ET 2° MÉDECINE-CHIRURGIE-PHARMACIE. — A) PHARMACIE. — INFRACTION. — CONSTATATION. — PROCÈS-VERBAL DE SAISIE IRRÉGULIER.— B) PHARMACIE. — VENTE EN VUE D'UN EMPLOI CURATIF. — CONSTATATION SOUVERAINE.

3° SUBSTANCES VÉNÉNEUSES. — PRODUITS DE TOILETTE. — LOI DU 12 JUILLET 1916 ET DÉCRET DU 14 SEPTEMBRE 1916.

COUR DE CASSATION (Ch. criminelle).
9 mars 1923.

(*Gazette du Palais*, 26 avril 1923.)

1° *Aucune forme spéciale n'étant imposée pour la recherche et la constatation des délits commis en infraction à la loi du 21 germinal an XI, la régularité du procès-verbal de saisie est indifférente, si, d'autre part, la preuve est rapportée conformément au droit commun.*

2° *Les juges du fait n'ont pas qualité pour affirmer les propriétés curatives d'un produit qui a le caractère d'un médicament ; il suffit qu'ils constatent que ce produit a été mis en vente en vue d'un emploi curatif.*

Cette constatation est d'ailleurs souveraine.

3° *Les prescriptions des art. 4, 14 et 24 du décret du 14 septembre 1916 sont applicables aux produits de toilette (dits de beauté) contenant des substances toxiques inscrites aux tableaux A et C, quelle que soit la proportion desdites substances.*

M. H. s'est pourvu en cassation d'un arrêt de la Cour de Paris, 9e ch., du 10 juillet 1922, qui l'avait condamné pour exercice illégal de la pharmacie et contravention aux dispositions du décret du 14 septembre 1918 sur la détention des substances vénéneuses.

Arrêt (ap. délib. en ch. du conseil) :

La Cour,

Sur le premier moyen pris de la violation pour fausse application de l'art. 25 de la loi du 21 germinal an XI et 6 de la déclaration du 25 avril 1777, violation des droits de la défense, et violation de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, pour défaut de motifs et manque de base légale, en ce que la décision attaquée, d'une part, a basé la culpabilité du prévenu sur l'analyse ou l'examen de produits ne figurant pas parmi ceux régulièrement saisis, d'autre part, a fait état non pas des résultats d'une analyse portant sur certains produits déterminés, mais des indications des experts relativement à des formules d'un cahier trouvé au laboratoire du prévenu, sans réalisation de ces formules dans des produits concrets, enfin a considéré comme médicaments des produits de beauté qui n'avaient aucun caractère curatif et ne relevaient pas du monopole de vente exclusive par les pharmaciens ;

Sur la première branche :

Attendu qu'il résulte des constatations souveraines de l'arrêt que les produits examinés par les experts proviennent d'une saisie régulière ;

Attendu d'ailleurs, que pour la recherche et la constatation des délits ou contraventions qui peuvent être commis en infraction à l'art. 25 de la loi du 21 germinal an XI, cette loi n'a pas imposé de formes spéciales et qu'elle s'en remet aux voies ordinaires du droit commun ; que l'identité des médicaments examinés n'étant pas contestée, c'est à bon droit que l'arrêt s'est appuyé sur les résultats de l'expertise, pour décider que les substances, dont il s'agissait au procès, constituaient des compositions pharmaceutiques dont la préparation, la vente et le débit étaient interdits au demandeur qui n'est pas pourvu d'un diplôme de pharmacien ;

Sur la deuxième branche :

Attendu que l'arrêt constate que l'examen et l'analyse auxquels ont procédé les experts ont porté sur des produits saisis chez H.; que d'ailleurs, en ce qui touche certains de ces produits auxquels les experts ont reconnu le caractère de médicaments, le demandeur ne conteste pas qu'ils aient été effectivement saisis dans l'établissement qu'il dirige ;

Sur la troisième branche :

Attendu que, contrairement à la prétention du demandeur, il n'appartient pas aux juges du fait d'affirmer les qualités curatives d'un produit et qu'il leur suffit de constater que ce produit a été mis en vente en vue d'un emploi curatif ; que cette constatation se trouve dans l'arrêt attaqué et qu'elle est souveraine ;

Sur le deuxième moyen, pris de la violation des art. 1er et s. de la loi du 12 juillet 1916, 1er et s. du décret du 14 septembre 1916, 14 et 29 du même décret et violation des droits de la défense, et de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, pour défaut de motifs et manque de base légale, en ce que la décision attaquée, d'une part, a basé la culpabilité du prévenu sur l'analyse ou l'examen de produits qui bien que contenant des substances toxiques à dose infinitésimale d'ailleurs, n'étaient pas, par eux-mêmes, toxiques, d'autre part, sans rechercher le degré de dilution et de mélange des substances classées, et sans envisager la toxicité des produits en eux-mêmes, et tels qu'ils étaient mis en vente après préparation par le demandeur :

Attendu qu'il est constaté par l'arrêt attaqué et par le jugement dont les motifs ont été adoptés que, sans se conformer aux prescriptions des art. 4, 14 et 44 du décret du 14 septembre 1916, H. a vendu, mis en vente et détenu en vue de la vente, des teintures, lotions, fards et produits de toilette dans lesquels entraient des substances vénéneuses inscrites aux tableaux A et C dudit décret ;

Attendu que les dispositions ci-dessus visées du

décret du 14 septembre 1916 comprennent dans leurs prévisions tous les produits de toilette dans la composition desquels entrent des substances inscrites aux tableaux A et C, quelle que soit la proportion desdites substances ;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

Et attendu que l'arrêt est régulier et que la peine a été légalement appliquée ;

Rejette.....

Commentaires

L'article 6 de la déclaration royale du 25 avril 1777 interdit aux épiciers et à toutes autres personnes de fabriquer et de mettre en vente des compositions ou préparations « entrantes au corps humain, en forme de médicaments ». L'article 25 de la loi du 21 germinal an XI interdit la vente et la préparation de médicaments, à toute personne qui n'est pas munie du diplôme régulier de pharmacien, délivré par une faculté ou école de pharmacie.

La Cour de Cassation décide, par l'arrêt ci-dessus, que pour réprimer le délit, aucune forme spéciale n'est indiquée par les textes ci-dessus et que c'est à bon droit que la condamnation a été prononcée après enquêtes faites selon le droit commun.

Un arrêt de cassation (crim. 29 nov. 1907) avait déjà décidé, dans le même sens, que les infractions à l'article 32 de la loi de germinal pouvaient être prouvées par toutes voies de droit commun (défense aux pharmaciens de vendre des médicaments sans ordonnance de médecin).

Sur le second point, un arrêt de cassation (9 mars 1893) reconnaît aux juges du fond le droit d'apprécier souverainement les faits, qui constituent l'exercice illégal de la pharmacie.

Un autre arrêt (Cass., req. 22 mars 1898), spécifie qu'il appartient aux juges du fait de décider souverainement qu'une mixture d'alcool camphré, dont la préparation n'exige aucune connaissance spéciale, ne peut être considérée comme une composition pharmaceutique.

Une autre décision de la Cour suprême (Cass., 13 mars 1919) juge que, pour dire qu'il y a « médicament », le tribunal n'a pas à rechercher la réalité des propriétés curatives du produit ; il n'a pas à apprécier l'étendue de ses effets ; il doit simplement constater si le produit a été vendu en vue d'un emploi curatif.

C'est donc par l'interprétation des faits que le juge pourra souverainement apprécier la qualité attribuée au produit au moment de la vente (Cass., 22 mai 1890).

Sur le 3e point, les articles 16 et 42 du décret du 14 septembre 1916 spécifient que les substances des tableaux A et C ne peuvent être délivrées sous une forme quelconque, pour l'usage de la médecine humaine, que par les pharmaciens, ou par les médecins légalement autorisés à fournir des médicaments à leurs clients.

De plus, l'article 44 décide que les teintures et lotions pour les cheveux, les fards, cosmétiques et produits de toilette, préparés avec des substances du tableau C, ne peuvent être détenus en vue de la vente, mis en vente ou vendus que dans des récipients portant une étiquette indiquant le nom des dites substances, entrant dans leur composition et revêtus, en outre, de la bande de couleur verte, avec le mot « dangereux » prévue à l'article 43.

Quelle que soit donc la dose qui entre dans la composition de ces médicaments pour l'usage externe, il est défendu à quiconque n'est pas pharmacien, de les mettre en vente.

Un jugement du tribunal correctionnel de la Seine (10e chambre, 7 juin 1910) a condamné, pour exercice illégal de la pharmacie, un parfumeur qui avait préparé et mis en vente un produit contenant de la pilocarpine, alors surtout qu'il ne présentait pas son produit comme simplement hygiénique, mais comme ayant une vertu curative et souveraine contre les affections du cuir chevelu.

En sens contraire, le tribunal correctionnel d'Etampes (9 mars 1901) décide que ne constitue pas un médicament proprement dit, le spécifique émollient destiné à faire disparaître une substance inerte adhérente à la peau.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Statuts de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace (F.S.A.) (1)

En dehors de leur intérêt documentaire, ces statuts me paraissent dignes de retenir notre attention.

J'y trouve, en effet, quelque chose d'analogue aux Commissions médicales régionales dont je préconise la création systématique.

Je rappelle rapidement que les Commissions, telles que je les prévois, existeraient à raison d'une par ressort de Cour d'Appel, et seraient composées de membres élus par un collège électoral formé de tous les Syndicats médicaux du ressort de la Cour.

Que nous disions *Collège électoral* ou fédération de Syndicats médicaux, c'est au demeurant la même chose, avec cependant cette précision que,

(1) Tels qu'ils ont été modifiés par l'assemblée des délégués, le 27 mai 1923.

dans mon projet, la Fédération s'applique aux Syndicats d'une région déterminée, la région judiciaire de la Cour d'Appel.

Pourquoi ce choix ? Parce que les Commissions médicales regionales auront les attributions de véritables tribunaux, dans des cas bien déterminés, et qu'il y a intérêt à faire cadrer leur organisation avec une organisation déjà existante.

Aussi, parce qu'il n'y a pas de raison en multiplier le nombre, et que celui des Cours d'appel est assez limité pour pouvoir être adopté sans inconvénient majeur.

Sous le bénéfice de ces réflexions liminaires, voici les statuts de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace.

G. Duchesne.

Article premier. — Les Syndicats médicaux d'Alsace, comprenant : les Syndicats médicaux de Mulhouse, Guebwiller, Colmar, Sélestat-Ste-Marie-aux-Mines, Estein, Molsheim, Strasbourg-Ville, Strasbourg-Campagne, Haguenau-Wissembourg, Saverne. se groupent en une Fédération qui prend le nom de Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace (F. A.S.)

Art. 2. — D'autres Syndicats médicaux formés sur le territoire des départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin ne pourront être admis à faire partie de la F. S. A., que si leur demande, adressée au président de la F. S. A., est signée d'au moins 10 membres et agréée par l'assemblée des délégués.

Art. 3. — La démission de membre de la F. S. A. ne pourra être accordée à un syndicat que pour le 30 juin ou le 31 décembre de chaque année avec préavis de trois mois.

Art. 4. — La Fédération est constituée en vue de défendre les intérêts professionnels, tant moraux que matériels, des médecins d'Alsace.

Son action se limite, en principe, aux questions d'ordre général intéressant l'ensemble du corps médical du Bas-Rhin et du Haut-Rhin ; elle englobe notamment les questions ayant trait à la discipline professionnelle et celles qui, créées par les besoins sociaux, exigent pour leur solution le concours du corps médical.

Art. 5. — Le siège social de la F. S. A. est à Strasbourg. La F. S. A. est inscrite au tribunal de bailliage de Strasbourg.

Art. 6. — Tous les Syndicats sont tenus de se conformer aux décisions de la F. S. A. Il en est de même pour tous leurs membres pris individuellement. Les Syndicats prendront une décision dans ce sens ou introduiront dans leurs statuts un article imposant cette obligation à chacun de leurs membres.

Art. 7. — Il est interdit à tout membre d'un Syndicat médical rattaché à la F. S. A., de passer sans l'assentiment préalable de son Syndicat un contrat ou accord, de quelque nature qu'il soit, avec une collectivité quelconque (caisse de malades, société de secours mutuels, corporation professionnelle, compagnie ou institution d'assurances, de quelque nature qu'elle soit, hôpital ou établissement hospitalier, administration publique ou privée) ou avec la direction d'une entreprise industrielle ou commerciale, visant des fonctions médicales quelconques ou des fonctions paramédicales de caractère administratif auprès de ces collectivités ou de ces entreprises.

Si ce contrat ou accord prévoit des fonctions intéressant plusieurs syndicats médicaux, la demande d'autorisation devra être adressée au comité de la F. S. A. Ce dernier ne pourra statuer qu'après avoir pris l'avis des Syndicats intéressés.

Tout contrat ou accord à conclure par un Syndicat médical sera soumis à l'approbation préalable du comité de la F. S. A. Tout contrat ou accord à conclure par la F. S. A. sera soumis à l'approbation préalable de l'assemblée des délégués.

Il ne sera donné suite à une demande d'affiliation d'un nouveau Syndicat médical que lorsque tout contrat ou accord, individuel ou collectif, écrit ou verbal, déjà en vigueur, aura été transmis en communication au comité de la F. S. A. dans un délai à fixer par le comité. Cette communication, obligatoirement intégrale, sera faite sous la responsabilité du Syndicat postulant. Le comité de la F. S. A. aura le droit d'exiger la dénonciation préalable, dans les délais légaux, des contrats dont les stipulations seraient contraires aux principes de la F. S. A.

Art. 8. — Toutes les questions ressortissant à la sphère d'action de la F. S. A. (art. 4) sont résolues par l'assemblée des délégués, qui en délibère et en décide par vote. Cette assemblée se compose des délégués de tous les syndicats faisant partie de la F. S. A.

Chaque syndicat nomme un délégué (et un délégué suppléant) par dizaine ou fraction de dizaine de membres du Syndicat.

Les délégués sont nommés pour une durée de trois ans et sont rééligibles. S'il se produit une vacance, le mandat du nouveau délégué à nommer n'est valable que pour la durée du mandat du délégué remplacé.

Au scrutin, la délégation de chaque Syndicat dispose d'un nombre de voix égal à celui des membres domiciliés dans le ressort du Syndicat.

Art. 9. — L'assemblée des délégués élit parmi ses membres, et pour la durée de ses propres pouvoirs :

1° Le président de la F. S. A.,

2° Les membres du secrétariat,

3° Le trésorier de la F. S. A.

4° Les autres membres du comité de la F. S A.

Le *président* préside les assemblées des délégués et les réunions du comité de la F. S. A. Il a le droit d'assister, avec voix consultative, aux réunions de toutes les commissions et sous-commissions. Il représente la F. S. A. vis-à-vis de tout tiers. Il est rééligible.

Le *secrétariat* de la F. S. A. se compose de un, deux, trois secrétaires ; s'il y a 2 ou 3 secrétaires, l'un

d'eux spécialement désigné à cet effet par le comité, règle l'organisation du secrétariat, répartit les fonctions entre ses collègues et lui-même, établit les liaisons nécessaires à la coordination du travail ; il fait approuver ces dispositions intérieures par le comité.

Le secrétariat est chargé de la correspondance de la F. S. A. Il exécute les décisions de l'assemblée des délégués et du comité et rédige les procès-verbaux des assemblées des délégués, des réunions du comité et de celles du bureau. Tout document engageant la responsabilité de la F. S. A. doit porter les signatures du président et du secrétaire compétent ou de leurs remplaçants officiels.

Le *trésorier* de la F. S. A. est chargé de recouvrer les cotisations et les amendes ; il encaisse les versements faits à la F. S. A. et en solde les dépenses sur avis signés du président ou du secrétaire spécialement désigné à cet effet. Il rend compte chaque année de sa gestion à l'assemblée des délégués et présente un projet de budget à la première assemblée des délégués qui suit le 1er avril.

Le *comité* de la F. S. A. comprend, outre le président, les membres du secrétariat et le trésorier, un nombre variable de membres. Abstraction faite du président, dont le choix est indépendant de toute répartition des sièges, les autres membres du comité doivent être choisis de telle sorte que chaque syndicat soit représenté au comité par un membre au moins. Tout Syndicat comptant plus de 50 syndiqués a droit à un représentant supplémentaire par groupe de 50 membres ou fraction de ce nombre. Toutefois aucun Syndicat ne devra avoir plus de quatre représentants au comité.

Le comité désigne parmi ses membres deux vice-présidents de la F. S. A. et s'il le juge opportun, un trésorier-adjoint et un ou deux secrétaires-adjoints.

L'assemblée des délégués fixe les indemnités à accorder aux membres du secrétariat et au trésorier.

L'assemblée des délégués désigne encore, au début de chaque année, et pour une durée d'un an, deux délégués qui seront autorisés à se rendre compte à tout instant de la situation financière de la F. S. A. (réviseurs). Ils devront notamment vérifier les comptes avant qu'ils ne soient soumis à l'approbation de l'assemblée des délégués. Livres de comptes et pièces à l'appui doivent leur être communiqués chaque fois qu'ils en font la demande.

ART. 10. — Le président, les secrétaires et le trésorier forment le *Bureau*. Le Bureau gère les affaires courantes, fixe l'ordre du jour des réunions du comité et exécute les décisions de l'assemblée des délégués et du comité. Il décide de son propre chef des dépenses d'ordre secondaire n'excédant pas cent francs.

ART. 11. — Le comité de la F. S. A. surveille la gestion des affaires courantes et fixe l'ordre du jour des assemblées des délégués, se documente sur les questions qui doivent figurer à l'ordre du jour de l'assemblée des délégués et désigne des rapporteurs.

Le comité est autorisé à prendre des décisions provisoires qui devront être ratifiées par l'assemblée des délégués.

En matière de dépenses, le comité ne peut décider que de celles n'excédant pas mille francs.

Les membres du comité sont rééligibles. Le comité sortant reste en fonctions jusqu'à l'élection d'un nouveau comité. En cas de décès ou de démission d'un membre du comité, il sera pourvu à son remplacement dans la plus prochaine assemblée des délégués.

ART. 12. — Les délégués se réunissent au moins deux fois par an en assemblée régulière. L'ordre du jour de l'assemblée est communiqué à tous les délégués et présidents des syndicats au moins quinze jours avant la séance. Tout médecin syndiqué a le droit d'assister aux assemblées des délégués.

A la demande d'un ou de plusieurs Syndicats, représentant ensemble au moins trente voix, le président est tenu de convoquer, dans un délai de quatre semaines, une assemblée extraordinaire des délégués pour lui soumettre les propositions émanant de ces Syndicats.

Les décisions de l'assemblée des délégués sont valables quel que soit le nombre des délégués présents ou des voix par eux représentées. Elles sont prises à la majorité des voix représentées.

Les frais de voyage sont remboursés par la caisse de la F. S. A. aux délégués participant aux séances des délégués ou aux réunions du comité. Les délégués touchent en plus une indemnité de présence à fixer par l'assemblée des délégués. De même, les frais de voyage sont remboursés aux membres des commissions de la F. S. A. Ils touchent en plus une indemnité de présence à fixer par l'assemblée des délégués.

ART. 13. — Les modalités de la discussion et du vote, tant du comité que de l'assemblée des délégués, sont fixées par un règlement intérieur approuvé par l'assemblée des délégués.

ART. 14. — Toutes les décisions de la F. S. A. sont notifiées aux syndicats et à chacun de leurs membres. Est considérée comme notification valable l'insertion au *Médecin d'Alsace et de Lorraine*.

ART. 15. — Pour couvrir les frais de la F. S. A., il est prélevé une cotisation annuelle minima de 20 francs par membre syndiqué. L'assemblée des délégués peut décider chaque année le payement d'une cotisation supplémentaire ou un prélèvement proportionnel à la somme des honoraires de Caisses. Les cotisations sont prélevées par les syndicats. Le montant en est adressé chaque année au trésorier dans le mois qui suit le vote du budget. Le montant des cotisations à payer par chaque Syndicat est calculé sur le nombre de ses membres, à la date du premier janvier de chaque année. Toutefois, un médecin faisant partie de plusieurs syndicats ne payera sa cotisation qu'au Syndicat dans le ressort duquel il a son domicile légal. Le nombre des cotisations à percevoir par chaque Syndicat est communiqué chaque année par écrit au trésorier de la F. S. A. avant le premier février.

Chaque médecin syndiqué et son Syndicat sont sol-

dairement responsables du payement de sa cotisation à la F. S. A.

Art. 16. — Toute plainte pour atteinte portée, par les procédés d'un médecin syndiqué, aux intérêts professionnels de ses confrères représentés dans la F. S. A., entraîne la mise en action du tribunal d'arbitrage de la F. S. A.

1° Si le Syndicat intéressé ne possède pas, de par ses statuts, une institution d'arbitrage.

2° Si le plaignant est un Syndicat.

3° Si la plainte est dirigée contre un Syndicat ou contre son conseil, comité ou bureau.

4° Si le Syndicat intéressé se récuse ou renvoie d'emblée la plainte de la partie lésée à la F. S. A., se déclarant incompétent.

5° Si l'une des parties en appelle à la F. S. A. d'un jugement prononcé en première instance par l'assemblée générale d'un Syndicat.

Le tribunal d'arbitrage comprend cinq membres et cinq membres suppléants, élus par l'assemblée des délégués pour la durée de son mandat. Est éligible tout membre d'un Syndicat fédéré, qu'il soit ou non délégué à l'assemblée des délégués de la F. S. A. Le président du tribunal est désigné par l'assemblée des délégués. Un règlement spécial fixe la procédure du tribunal d'arbitrage,

Le tribunal d'arbitrage peut reconnaître qu'il y a lieu d'appliquer une des sanctions suivantes :

1° L'avertissement,

2° Le blâme,

3° L'amende jusqu'à concurrence de 10.000 frs.,

4° L'exclusion temporaire ou définitive de la communauté confraternelle.

Si le médecin frappé d'une sanction du tribunal d'arbitrage n'en appelle pas à l'assemblée des délégués dans les délais fixés (v. procédure, chiffre q) le jugement du tribunal devient définitif et exécutoire.

Le tribunal peut décider la communication du jugement au Syndicat intéressé, ou sa publication au *Médecin d'Alsace et de Lorraine*, sous la forme qui lui paraîtra utile.

La sanction N° 4 est communiquée à tous les Syndicats et à chacun des leurs membres, dès qu'un jugement définitif est intervenu.

Il est interdit à tout médecin syndiqué de remplacer ou d'assister l'exclu ou de consulter avec lui, sauf en cas d'urgence dûment établi.

Art. 17. — Le médecin qui, après sommation par le trésorier de la F. S. A., n'effectue pas dans le délai fixé le payement de l'amende ou des frais à lui imposés par un jugement définitif, pourra être exclu de son Syndicat par décision du tribunal d'arbitrage.

Article 18. — En cas de préjudice grave porté aux intérêts matériels ou moraux du corps médical par un médecin non syndiqué qui aurait gravement manqué aux usages établis de déontologie médicale, la F. S. A. devra intervenir, soit de sa propre initiative soit à la demande d'un Syndicat ou d'un syndiqué.

Le comité procédera à une enquête sur les faits incriminés et, s'ils sont reconnus exacts, désignera un de ses membres qui prendra contact avec le médecin fautif et lui exposera le point de vue de la F. S. A. Si le médecin fautif ne se rend pas aux raisons du délégué du comité, il sera invité à porter le différend devant telle instance arbitrale à convenir entre le comité de la F, S. A. et lui. S'il refuse ou que, ayant accepté, il refuse de se soumettre à la sentence arbitrale, le comité saisira de la question l'assemblée des délégués et pourra lui proposer d'exclure de la communauté confraternelle celui qui aura dédaigné d'agir en confrère. Les syndiqués devront agir, en ce qui concerne l'exclu, comme s'il n'exerçait pas la médecine, et toute collaboration professionnelle sera interdite avec lui, sauf en cas d'urgence dûment établi.

Article 19. — Toute motion ayant pour but une modification aux présents statuts doit être présentée par un Syndicat ou par le comité de la F. S. A.

Son adoption par une assemblée des délégués réclame, pour être valable, les trois conditions suivantes :

1° Le texte de la modification projetée doit être communiqué *in extenso*, avec l'exposé des motifs, un mois à l'avance aux syndiqués et aux délégués.

2° L'assemblée doit représenter les 2/3 au moins des médecins syndiqués groupés dans la F. S. A.

3° La motion doit réunir une majorité des 3/4 au moins des voix représentées ; toutefois si l'opposition est constituée exclusivement par les représentants d'un seul syndicat et si la motion réunit l'unanimité des autres voix, la modification est adoptée.

Article 20. — La dissolution de la F. S. A. ne pourra être prononcée que par une assemblée des délégués spécialement réunie à cet effet et dans les conditions prévues à l'article précédent pour la modification des statuts.

En cas de dissolution, le comité est chargé de la liquidation. Tout l'avoir de la F. S. A. sera affecté à des œuvres de bienfaisance médicale, régionales autant que possible.

PROCÉDURE

Procédure du tribunal d'arbitrage.

a) Toute plainte entraînant la mise en action du tribunal d'arbitrage de la F. S. A., conformément à l'article 16 des statuts, doit être adressée au président de la F. S. A., qui la transmet sans délai au président du tribunal d'arbitrage.

b) La plainte doit être déposée en double expédition dans un délai de trois mois, à compter du jour où le plaignant a eu connaissance des faits incriminés et de la personnalité de leur auteur. Toute poursuite est exclue pour des faits remontant à plus de deux ans.

c) Le président du tribunal d'arbitrage procède à l'instruction personnellement, ou en charge un membre titulaire ou suppléant du tribunal d'arbitrage (commissaire instructeur).

d) Le commissaire instructeur est tenu :

1° D'informer l'inculpé de l'instruction ouverte contre lui et de lui communiquer, ainsi qu'à la partie plaignante, la liste des membres du tribunal, chaque partie ayant le droit d'en récuser deux membres sans indication de motif ;

2° De demander au plaignant et à l'inculpé des conclusions motivées ;

3° De communiquer à chaque partie les conclusions et propositions de la partie adverse, en l'invitant à fournir toute explication désirable.

4° De donner suite à la demande des parties d'être entendues séparément ou en commun ;

5° D'interroger les témoins produits par les parties et de rédiger un procès-verbal détaillé de l'instruction.

e). Le commissaire instructeur, lorsqu'il juge sa tâche accomplie, transmet le dossier au président du tribunal d'arbitrage, qui fixe le jour des débats.

f) A tout moment de l'instruction ou des débats, les parties sont autorisées à s'adjoindre, à titre de conseil, un médecin syndiqué en Alsace. Les parties, ainsi que leur conseil, ont à tout moment le droit d'exiger la communication du dossier.

g) Le président porte à la connaissance des parties et de leurs témoins, huit jours à l'avance, le lieu, le jour et l'heure de l'ouverture des débats. Les parties ont le droit de se présenter à l'audience accompagnées de leur conseil. Les débats ne sont pas publics. Ils sont présidés par le président du tribunal d'arbitrage ou par un membre du tribunal désigné par lui. Le commissaire instructeur ne peut pas prendre part aux débats en qualité de juge, mais peut être entendu par le tribunal.

h) Les membres du tribunal sont tenus à la discrétion absolue, à moins d'en avoir été déliés par décision du tribunal.

i) A l'audience, lecture est faite des conclusions et propositions des parties figurant au dossier et du rapport du commissaire instructeur ; les témoins assignés sont interrogés, les parties et, le cas échéant, leur conseil entendus. Le tribunal statue sur l'admission de nouvelles requêtes ou conclusions. Immédiatement, lecture de la décision du tribunal doit être donnée à l'inculpé.

Lorsque l'une des parties est un syndicat ou le comité conseil ou bureau d'un Syndicat ou de la F. S. A., ou une commission syndicale ou fédérale, elle peut, à tout moment de l'instruction ou des débats, charger de la défense de ses intérêts un médecin, membre d'un Syndicat fédéré. Celui-ci ne pourra, en aucun cas, prendre part à la délibération en qualité de juge.

k) Les débats peuvent avoir lieu même en l'absence de l'accusé ou de son conseil, à moins que cette absence ne soit justifiée par des motifs reconnus par le tribunal.

Le tribunal d'arbitrage peut indemniser les témoins.

Le président charge l'un des membres du tribunal de rédiger le procès-verbal des débats.

l) Les décisions du tribunal sont prises en délibération secrète, à la majorité des voix, le plus jeune des juges étant appelé à donner son avis le premier. Toutefois, sur la question de culpabilité, une majorité de 4 voix sur cinq est nécessaire.

m) A la demande des parties, le jugement est proclamé après clôture de la délibération ; en outre, notification écrite du jugement et de tous ses considérants leur est adressée dans un délai de quinze jours contre remboursement des frais d'envoi et contre accusé de réception.

Le jugement est, en outre, transmis au trésorier de la F. S. A.

Une clause du jugement stipule à qui incombe la charge des frais du procès et les délais impartis pour leur payement, ainsi que pour celui des amendes.

n) Les dossiers de l'affaire sont déposés au bureau de la F. S. A. pour y être conservés.

p) L'indemnité accordée aux membres du tribunal comprend :

1° Une vacation, dont le montant est fixé par le tribunal et qui ne devra pas dépasser 150 fr. pour le président et le rapporteur, 60 fr. pour les autres membres du tribunal ;

2° Les débours.

La vacation est fixée en fin de délibération, pour chaque affaire.

La rentrée des amendes et des frais et leur répartition incombe au trésorier de la F. S. A., d'après l'ordonnance du président du tribunal d'arbitrage.

Les sommes provenant d'amendes infligées par le tribunal d'arbitrage forment un fonds spécial, administré par le trésorier de la F. S. A. Après déduction des frais occasionnés par le fonctionnement du tribunal, le reliquat peut être affecté à des œuvres de bienfaisance médicale ou dans un but précis intéressant la défense professionnelle.

Procédure d'appel.

q) Les parties ont le droit d'en appeler du tribunal d'arbitrage à l'assemblée des délégués. Le recours en appel est à adresser au président de la F. S. A. dans un délai de quatre semaines après réception de la notification du jugement. Le président de la F. S. A. charge un délégué d'exposer l'affaire en appel devant l'assemblée des délégués. Plaignants et accusés ont le droit de plaider leur cause devant l'assemblée des délégués, personnellement ou par l'office du membre de l'assemblée choisi par eux et dont le nom doit être communiqué officiellement au président avant la séance.

Si le plaignant ou le défendeur est un Syndicat, le comité, conseil ou bureau de la F. S. A. ou d'un Syndicat local, il doit être représenté par son président ou par un membre dûment mandaté par lui.

r) Après audition du rapporteur et des parties ou de leurs représentants, les délégués sont autorisés à faire demander aux parties, par le président, les éclaircissements qui leur paraissent nécessaires. Lorsque les débats sont clos, l'assemblée entre en

délibération et prononce le jugement définitif ou ajourne la cause en vue de preuves ou informations ultérieures.

Délibération et vote ont lieu à huis clos, en l'absence des parties et de leurs représentants. Si l'une des parties est un Syndicat ou l'un des organismes directeurs désignés au dernier alinéa de l'article q, leur président, ou celui qui le remplace conformément à l'article q, ne prend pas part à la délibération.

Le vote est secret ; chaque membre de l'assemblée ne dispose toutefois que d'une voix ; le vote est acquis à la majorité absolue des votants. Le scrutin peut comporter plusieurs tours.

s) En cas d'ajournement, le président désigne un commissaire instructeur qui procède conformément à l'article d, etc. (1).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Institut Pasteur.** — Le mercredi 7 novembre 1923, à 17 h. 30, dans l'amphithéâtre de chimie, à l'Institut Pasteur, rue Dutot, Paris, M. Porcher, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, commencera une série de 26 cours sur le lait.

Cet enseignement, ouvert à tous, est entièrement gratuit. Il sera accompagné de démonstrations expérimentales. Les leçons auront lieu le mercredi, jeudi, vendredi samedi de chaque semaine, à 17 h. 30.

Dans cet enseignement, M. Porcher insistera sur les conséquences pratiques des connaissances actuellement acquises sur le lait, mais, de plus, examinera les questions qui préoccupent à cette heure les savants spécialisés dans l'étude du lait.

Ces cours, d'un caractère scientifique, constitueront une introduction à tous les travaux que peuvent se proposer, sur le lait, dans une voie quelconque, les chercheurs ; puériculteurs, bactériologistes, médecins, magistrats préoccupés de la répression des fraudes, pharmaciens, internes des hôpitaux, vétérinaires, ingénieurs agronomes, étudiants de la Faculté des Sciences, ingénieurs des Arts et Manufactures, anciens élèves des Ecoles d'agriculture, ainsi que les industriels du lait soucieux de perfectionner leurs entreprisse.

Les sujets traités s'étendront sur tout ce qui concerne le lait, envisagé dans son intime complexité.

Titre et date des leçons. — 7 novembre : coup d'œil d'ensemble sur le lait. — 8 novembre : Etude anatomique de la mamelle. — 9 novembre : Histologie de la mamelle. — 10 novembre : La mise en train de la mamelle.

14 novembre : Le lactose. — 15 novembre : L'azote du lait. — 16 novembre : La matière grasse. — 17 novembre : Les matières salines du lait.

21 novembre : Les ferments diastasiques. Les vitamines. — 22 novembre : L'influence de l'alimentation sur la composition du lait. — 23 novembre : La mamelle considérée comme émonctoire. — 24 novembre : la polylactie.

28 novembre : L'équilibre physico-chimique du lait. — 29 novembre : Le lactose et le chlorure de sodium, la rétention lactée. — 30 novembre : L'examen microscopique du lait. — 1er décembre : La flore du lait.

5 décembre : La présure et le lait. Les fromages. — 6 décembre : Le beurre. — 7 décembre : La récolte du lait. — 8 décembre : La production du lait.

12 décembre : Action de la chaleur sur le lait. — 13 décembre : La pasteurisation, la stérilisation, l'homogénéisation. — 14 décembre : Les laits concentrés. — 15 décembre : Le lait en poudre.

19 décembre : Les laits modifiés, les laits acides. — 20 décembre : Le machinisme en laiterie.

— **Chirurgie infantile et orthopédie.** — Dans son service de l'hôpital des Enfants, de Bordeaux, M. Rocher professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, fera, du 22 au 27 octobre 1923, une série de conférences pratiques sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, conférences accompagnées de démonstrations (projections, radiographies, présentation de pièces anatomo-pathologiques et de malades).

Pendant cette période, seront pratiquées la plupart des opérations courantes en chirurgie infantile et orthopédie. Des exercices pratiques : examen de malades, application d'appareils plâtrés, ponctions et injections, dans les tuberculoses articulaires et ganglionnaires, etc. seront faits, sous sa direction, par les médecins inscrits.

Cet enseignement aura lieu tous les jours : le matin, à l'hôpital des Enfants, de 9 h. à 11 h. 1/2 ; l'après-midi, à sa clinique, 28, rue du Teich, de 2 h. 1/2 à 5 h.

Prière de s'adresser, pour tous renseignements et pour l'inscription (gratuite), à M. Dufour, interne à l'hôpital des Enfants, cours de l'Argonne, Bordeaux.

Programme. — Lundi 22 octobre, 9 h. : Chirurgie infantile, opérations. Hernie, appendicite. L'appareillage des fractures, etc. — 2 h. 1/2 : Fractures, décollements luxations (présentation de malades).

Mardi 23 octobre, 9 h. : Malformations congénitales, crâne, face, cou, tube digestif et appareil génito-urinaire — 2 h. 1/2 : Présentation de malades guéris ou en traitement.

Mercredi 24 octobre, 9 h. : Orthopédie sanglante, opérations. Pied bot, genu valgum, etc. — 2 h. 1/2 : Les infections ostéo-articulaires aiguës et chroniques de l'enfance. Rachitisme.

Jeudi 25 octobre, 9 h. : Scoliose. — 2 h. 1/2 : Luxation congénitale de la hanche (conférence). Les déviations vertébrales, congénitales, rachitiques de l'adolescence, paralytiques. Les tumeurs blanches (présentation de malades).

Vendredi 26 octobre, 9 h. : Orthopédie non sanglante, mal de Pott, luxation congénitale, coxalgie : applications d'appareils plâtrés. — 2 h. 1/2 : Les pieds bots congénitaux et acquis.

Samedi 27 octobre, 9 h. : Faculté de médecine. Technique opératoire : greffe ostéopériostique, greffe d'Albee arthroplastie, ténoplastie. Anastomose tendineuse arthrodèse. — 2 h. 1/2 : Présentation de malades guéris ou en traitement de luxation congénitale de la hanche.

— **Pharmacologie et matière médicale.** — Au laboratoire des travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale de la Faculté de médecine, M. Fernand Mercier, préparateur, fera à partir du 10 octobre prochain des conférences pratiques sur l'étude du droguier.

Indication sommaire des conférences. — I. Etude des poudres et des formes médicamenteuses les utilisant :

(1) *Le Médecin d'Alsace-Lorraine*, 1er août 1923.

paquets, cachets, comprimés, pilules, granules, bols, tablettes, pastilles, électuaires. — II. Formes médicamenteuses utilisant l'eau comme solvant ou véhicule. Eaux distillées. Solutés, macérés, infusés, décoctés. Tisanes, apozèmes. Sirops, potions, juleps, loochs. — III Formes médicamenteuses utilisant l'alcool comme solvant : alcoolats, alcoolatures, teintures, solutés alcooliques. Elixirs, mixtures, liqueurs. — IV. Extraits et formes médicamenteuses les utilisant. Formes médicamenteuses utilisant les huiles comme solvants : huiles végétales, huiles minérales. Huiles médicamenteuses. — V. Formes médicamenteuses pour l'usage externe. Corps gras. Pommades. Onguents. Baumes, Lotions. Liniments. Emplâtres. Collutoires. Collyres. — VI. Anesthésiques généraux et locaux. — VII. Hypnotiques. Opium et morphine. — VIII. Antithermiques-analgésiques. Aconit. Antispasmodiques. — IX. Modificateurs médullaires. Bromure de potassium. Strychnine. Modificateurs des sécrétions digestives. Amers. Carminatifs. — X. Modificateurs du système nerveux périphérique : ésérine, pilocarpine. Atropine, scopolamine. Colchique. — XI. Toni-cardiaques : Digitale et digitaliques. Caféiques. Vaso-constricteurs. Vaso-dilatateurs. — XII. Arsenicaux. Antimoniaux. Vomitifs. Expectorants. — XIII. Iode. Fer. Phosphore. Anthelminthiques. — XIV. Purgatifs. Antiseptiques. Topiques Révulsifs.

Pour être mis en série, MM. les étudiants devront se faire inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 h. à 17 h.

A ces travaux pratiques seront admis : 1° les étudiants préparant le 4e examen de doctorat (ancien régime) ; 2° les étudiants de 4e année (nouveau régime), ajournés ou absents en juillet ; 3° les étudiants n'ayant pas participé aux travaux pratiques réglementaires (après autorisation de la Commission scolaire). Droits d'inscription : 80 francs.

Les conférences auront lieu tous les jours, à la salle des travaux pratiques de pharmacologie, de 13 h. 30 à 15 h. Prière de s'inscrire de suite.

— **Ecole des infirmières de l'Assistance Publique.** — Le concours annuel en vue du recrutement des élèves de l'Ecole des infirmières de l'Assistance publique aura lieu le 2 octobre 1923, à 13 h., à l'hospice de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital, à Paris.

Cette Ecole est destinée à former des infirmières pour les hôpitaux et hospices de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Le traitement de début, après deux années d'études, est, pour les agents non logés, de 4.850 fr., auxquels s'ajoutent l'indemnité de vie chère, actuellement de 730 fr., et une indemnité de résidence fixée à 1.200 fr. pour la région parisienne.

Il est à noter que pendant la durée des études, les élèves sont nourries, logées, chauffées, éclairées et blanchies. Elles reçoivent une allocation annuelle de 600 fr.

Les candidates doivent être de nationalité française, célibataires et âgées de dix-neuf ans au moins et de vingt-six ans au plus au 1er janvier de l'année de l'examen. Des dispenses d'âge peuvent être accordées exceptionnellement.

Elles doivent, en outre, satisfaire aux épreuves de concours, comprenant une dictée de difficulté moyenne, servant d'épreuve d'écriture, une narration française et deux problèmes d'arithmétique portant sur les quatre règles, les fractions et le système métrique, ainsi qu'une épreuve de couture.

Le programme des études à l'Ecole comprend :

Des cours d'anatomie, de physiologie, d'administration, de technique et de morale hospitalières, d'hygiène, de pharmacie, de massage, d'électrothérapie, de radiologie ; des leçons théoriques et pratiques sur les soins à donner aux malades atteints d'affections d'ordre médical et d'ordre chirurgical, aux aliénés, aux contagieux, aux vieillards et aux incurables, aux enfants, aux femmes en couches et aux nouveau-nés ; des séances de nécropsie (complément d'anatomie) ; des leçons théoriques et pratiques sur le service des laboratoires, sur le service des salles et des offices, sur la préparation des tisanes, boissons et mets légers qui conviennent aux malades.

Les élèves définitivement admises à l'Ecole des infirmières doivent prendre, avec le concours de leurs parents ou tuteurs, l'engagement de rester cinq ans au service de l'Administration après leur sortie de l'Ecole. Dans le cas où elles partiraient avant l'expiration de ces cinq années, elles s'obligent à payer une indemnité proportionnelle au temps restant à courir avant l'expiration de ce délai et calculée à raison de 5 fr. par jour.

Il est délivré aux élèves infirmières qui ont subi avec succès l'examen de fin d'études et qui ont accompli les cinq années faisant l'objet de l'engagement, un brevet d'infirmière de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser :

Soit à la surveillante générale de l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, Paris (XIIIe).

Soit au chef du service du personnel, à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (IVe).

— **Cours de l'hôpital maritime de Berck.** — Du 16 au 21 juillet, a eu lieu à l'hôpital maritime de Berck, sous la direction du docteur E. SORREL, chirurgien des hôpitaux de Paris, médecin chef de l'hôpital, de ses assistants, les docteurs ANDRIEU et TRIDON, M. MOZER, chef de laboratoire, PARIN, radiologiste, et avec le concours du docteur LANCE, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades à Paris, un cours complet sur la tuberculose osseuse et l'orthopédie.

Ce cours avait attiré de nombreux médecins français et étrangers. Ils ont pu admirer le merveilleux hôpital pour enfants (1.100 lits) qui, avec son annexe pour les adultes (300 lits), constitue un ensemble unique au monde pour la cure hélio-marine. Exercices pratiques, examens de malades, projections, présentations de malades, les après-midi. Ces deux semaines ont constitué pour les auditeurs un enseignement de premier ordre.

De pareilles manifestations ne peuvent que rehausser à l'étranger le prestige de la médecine française.

— **Cours de perfectionnement sur la tuberculose**, organisé avec le concours du Comité National de Défense contre la tuberculose, sous la direction du prof. Léon BERNARD. — Ce cours aura lieu du 1er *au* 28 *octobre*, et comporte, outre des leçons théoriques, des examens de malades et des exercices pratiques ; il sera complété par la visite d'établissements antituberculeux.

Prière de se faire inscrire à la Faculté de Médecine en acquittant les droits d'inscription (150 francs).

Le nombre des places est limité.

— **Un concours** sur épreuves et sur titres, en vue de la nomination d'un médecin des dispensaires de l'Aude, aura lieu vraisemblablement en décembre prochain, devant la Faculté de Montpellier, et le titulaire pourra prendre son service dès le 1er janvier.

Le traitement de début est de 18.000 francs, avec augmentation progressive jusqu'à 25.000 francs et remboursement des frais de déplacement.

Adresser toute demande au docteur Cassan, inspecteur départemental d'hygiène, à la préfecture, Carcassonne.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). - Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

de famille, il y a lieu de retrancher l'abattement à la base également majoré de 25 % soit :

$$6.000 + \frac{25}{100} = 7.500 \text{ francs.}$$

l'impôt est ensuite calculé sur le reliquat en tenant compte des tranches fixées par la loi en vigueur.

Nous vous donnons ceci à titre d'indication, mais ne pouvons vous fixer le chiffre exact de votre imposition sans être en possession de votre avertissement.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Impôt sur les bénéfices professionnels. Déduction des dépenses.

Je vous serai très obligé de vouloir bien me fournir les renseignements suivants :

A la date du 8 mars dernier, j'ai déclaré comme bénéfices de ma profession, la somme de 10.962 fr. et ne trouvant pas sur la formule de déclaration des bénéfices de professions non commerciales un paragraphe où je puisse faire ressortir les dépenses nécessitées par l'exercice de ma profession, j'ai exposé celles-ci, en détail, sur une feuille séparée que j'ai jointe à ma déclaration. Ces dépenses se montaient à 1.848 fr. 60. Or, il ne me semble pas que le contrôleur en ai tenu compte.

Pour l'impôt sur le revenu, j'ai déclaré :

1° Revenu net servant de base à la contribution foncière bâtie	200 fr.
2° Bénéfices de ma profession	10.962 fr.
dont il y a à déduire :	
Personnelle mobilière	19 33
Patente	24 60
Contribution foncière	70 »

J'ai un enfant à ma charge, je suis marié, mais séparé de corps et de biens.

Vous trouverez sous ce pli l'avertissement que je viens de recevoir. Ne pensez-vous pas comme moi, qu'il n'a pas été tenu compte, ainsi que je vous le dis plus haut, des dépenses nécessitées par ma profession ?

Dr X.

Réponse.

En vertu de l'art. 30 de la loi du 31 juillet 1917, l'impôt sur *les bénéfices des professions non commerciales* est calculé d'après le bénéfice net de l'année précédente constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession.

Si vous avez porté sur votre déclaration votre bénéfice brut, pour obtenir la réduction de votre imposition, il vous suffira d'écrire au contrôleur en lui expliquant la cause de l'erreur commise et en lui donnant le détail de vos dépenses profes-

sionnelles que vous estimez devoir être défalquées.

D'une manière générale, c'est le bénéfice net qui doit figurer sur la déclaration d'impôt cédulaire, et il y a lieu de donner le détail des frais professionnels seulement lorsque le contrôleur en requiert la production et qu'il conteste le chiffre déclaré.

Les calculs de l'avertissement sont exacts. Seule la base de l'imposition sur les bénéfices des professions commerciales reste à discuter.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

Epluchage, etc.

Je viens recourir à votre obligeance, étant embarrassé pour fournir ma note d'honoraires à une Compagnie d'assurance. Je ne sais comment fixer le prix des interventions suivantes à la suite de l'accident que je vais vous relater

Le 21 juin, un homme portant un sac de blé, tombe de plus de 4 mètres sur des pierres, la face arrivant la première, d'où les blessures très graves suivantes :

Eclatement du nez, dont j'ai ramassé des morceaux de cartilage de la cloison sur le lieu de chute.

Les ailes déchiquetées et le maxillaire supérieur complètement à nu depuis les dents incisives supérieures, jusqu'au bord des trous des cornets que l'on aperçoit au fond de la plaie. Le périoste de ce maxillaire est évolué sur plusieurs centimètres.

La lèvre supérieure sectionnée complètement et chaque partie de cette lèvre rejetée sur les joues, plus l'ombre de sillon labio-gingival.

La lèvre inférieure complètement sectionnée jusqu'au menton et maxillaire à nu jusqu'au fond du sillon gingivo-labial :

1° J'ai nettoyé, épluché le trou béant du nez, enlevé presque toute la cloison cartilagineuse, suturé ce qui restait de cette cloison comme muqueuse, suturé les ailes du nez en enfilant les débris sur une aiguille très fine ;

2° Suturé les lèvres supérieure et inférieure, peau, muscles et muqueuses en 2 places.

Le malade était tellement commotionné que je pus faire toutes ces interventions en 2 heures sans anesthésie.

Le résultat est excellent, le malade complètement guéri ne garde qu'une atrésie très marquée de la narine gauche et son nez très écrasé raccourci.

Les lèvres sont bien reprises et le malade ne garde qu'un peu de difficulté dans l'émission des labiales.

Il n'y a pas eu de suppuration et la réunion s'est faite par première intention.

Je vous avoue que si ce malade avait été transportable, je l'aurais envoyé dans une clinique pour le mettre aux mains d'un spécialiste.

En plus, j'ai fait du sérum antitétanique.

Que dois-je donc compter pour ce travail indépendamment de mes déplacements ?

Dr M.

Réponse.

Pour des lésions aussi graves, alors que vous avez eu réunion par première intention, il me semble équitable de demander une « régularisation, épluchage, etc... *profonde* » à 100 francs (1re catégorie), plus, naturellement, l'injection antitétanique.

F. D.

II

Abcès superficiel.

Excusez-moi de venir vous importuner pour une question de tarif à laquelle vous avez peut-être déjà répondu dans le *Concours*, mais que je ne retrouve pas dans les pages très complètes de l'Agenda.

1° Que compter pour les deux incisions nécessaires à la mise en place d'un drain dans un abcès superficiel ?

2° Dans le cas de « durillon forcé », vu trop tard, lorsque le pus a gagné la face dorsale de la main, incision face palmaire et face dorsale ; drain traversant l'espace interdigital. Classiquement, il s'agit bien d'abcès superficiel puisque sus-aponévrotique.

Doit-on compter seulement 15 fr. (2e catégorie) ou deux incisions 15 + 15, ou abcès profond non viscéral 75 fr. ?

Dr D.

Réponse.

1° L'incision d'abcès superficiel est tarifée 20 fr. qu'il y ait pose de drain ou non.

2° C'est un cas d'abcès superficiel, sans aucun doute, bien qu'il fût plus sérieux que le plus souvent.

F. D.

III

Fracture du tarse

Je vous serais obligé de bien vouloir m'indiquer quelle tarification est applicable en cas d'accident du travail pour les fractures du tarse et du carpe. Dans le cas particulier, botte plâtrée pour fracture du calcanéum et diastasis de l'articulation astragalo-calcanéenne. Dois-je assimiler à la fracture bi-malléolaire ?

Dr A.

Réponse.

La réduction et contention de fracture du tarse ou du carpe ne sont pas tarifées... parce qu'il n'y a guère lieu, d'ordinaire, à « réduction et contention ». Dans votre cas particulier, qui nécessite

un plâtre, je pense qu'avec explications à l'assurance, vous pourriez demander 60 fr., par analogie avec « réduction et contention de fracture d'un seul os de l'avant-bras ».

F. D.

Application du Tarif Maginot.

1° Catégories.
2° Ecrivez lisiblement.

Je vous envoie une lettre de la commission de contrôle du service médical aux mutilés qui me diminue ma note d'honoraires parce que demeurant à R. et soignant des malades de Q., je dois paraît-il, toucher les honoraires afférents à Q., ville de 25.000 habitants. Cela me paraît illogique, surtout pour la consultation en mon cabinet ;

2° Je vous envoie une autre lettre de cette même commission qui me renvoie mon bulletin de visite parce que mal écrit. Dois-je reprendre des leçons d'écriture ou doivent-ils accepter mon billet avec mon écriture telle qu'elle est ?

Réponse.

1° « Le tarif applicable est celui qui correspond à la population du domicile du *bénéficiaire* de la loi du 31 mars 1919 » (art. 60).

2° « Les médecins inscrivent eux-mêmes, *et de façon lisible* (souligné dans le texte), leur nom et leur adresse sur les souches, feuilles d'ordonnance et bulletins de visite » (art. 16).

F. D.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des ulcères variqueux.

Permettez-moi de faire remarquer, au sujet du traitement moderne des ulcères variqueux du Dr Galand (de Cambrai), qu'il y a mieux et plus moderne que la vaccination, les hypotenseurs, le repos absolu et le régime. C'est le traitement phlébo-sclérosant des varices.

En quelques jours et sans interrompre ses occupations, sans suivre un régime, le malade voit disparaître ses varices. L'ulcère ne tarde pas à se cicatriser spontanément ; la durée de la cicatrisation varie, bien entendu. Il y faut bien plus de temps, certainement, que pour l'oblitération des varices. Ce n'est pas moins une véritable surprise de constater — quelques jours après l'injection ayant oblitéré la veine émergeante de la région ulcérée — un changement total dans l'aspect de la plaie et une progression rapide vers la cicatrisation.

J'affirme, malgré les apparences, qu'il n'y a aucun emballement, aucune exagération dans ces affirmations ; je suis tout disposé à vous en faire la démonstration.

J'attribuais jadis ces étonnants succès au biiodure d'Hg dont je me servais pour la phlébosclérose. Mais avec ma nouvelle technique (1), le salicylate de soude à 20 % donne les mêmes résultats.

Et alors, ici, comme partout, la question se pose : *quid* du terrain ou des microbes ?

Dr FILDERMANN.

LÉGISLATION

Loi du 22 juillet 1923 concernant l'encouragement national à donner aux familles nombreuses

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Toute famille de nationalité française et résidant en France qui compte plus de trois enfants vivants, légitimes ou légitimés, de moins de treize ans, reçoit de l'Etat une allocation annuelle pour chaque enfant de moins de treize ans, au delà du troisième.

Les enfants vivants, légitimes ou légitimés, qui ont moins de treize ans et qui ne sont pas personnellement inscrits au rôle de l'impôt général sur le revenu entrent seuls en ligne de compte pour déterminer le nombre des enfants dont la famille est composée.

Sont assimilés aux enfants de moins de treize ans, ceux de moins de seize ans pour lesquels il sera justifié, dans les conditions fixées par le règlement d'administration publique prévu par l'article 8, qu'il a été passé un contrat écrit d'apprentissage ou qu'ils poursuivent des études dans des établissements d'enseignement publics ou privés, ou qu'ils sont infirmes ou atteints d'une maladie incurable, sauf le cas où ils seraient hospitalisés aux frais de l'Etat, du département ou de la commune.

L'allocation est remise au père ; si le père est décédé, disparu ou a abandonné sa famille, l'allocation est remise à la mère ; si le père et la mère sont tous deux décédés, disparus ou ont abandonné leur famille, l'allocation est remise au tuteur ; à défaut de tuteur, le titulaire de l'allocation est désigné par le juge de paix, *conformément* aux règles indiquées à l'article 4.

En cas de divorce ou de séparation de corps, l'allocation est de plein droit attribuée à celui des parents qui a obtenu la garde de l'enfant.

Art. 2. Ne bénéficient pas des allocations instituées à l'article 1er les parents qui restent assujettis à l'impôt général sur le revenu, après que leur revenu a subi les déductions prévues pour

(1) *Bulletin de la Société des Praticiens,* juin 1923.

charges de famille par l'article 7 de la loi du 25 juin 1920.

Art. 3. — Les allocations prévues par la présente loi ne se cumulent pas avec les indemnités allouées pour charges de famille, à leur personnel, civil ou militaire, par l'Etat, les départements, les communes, les établissements et services publics.

Elles ne se cumulent pas non plus avec les secours accordés par les lois des 27 juin 1904 et 22 avril 1905, ni avec ceux accordés par la loi du 14 juillet 1913.

Art. 4. — L'allocation est incessible et insaisissable ; elle peut toujours être déléguée, par son titulaire, à la personne ou à l'établissement qui aurait effectivement la charge de l'un ou des enfants.

Elle peut être retirée au titulaire qui ne s'en montrerait pas digne, et ce, par décision du juge de paix de la résidence de la famille, en son cabinet, lequel attribuera l'allocation à une personne ou à un établissement qui s'occuperait effectivement de l'un ou des enfants. Le juge de paix sera saisi, à cet effet, soit par le procureur de la République de l'arrondissement, soit par toute personne qui a ou qui compte prendre à sa charge un ou plusieurs des enfants.

La décision du juge de paix est susceptible d'appel devant le tribunal civil de l'arrondissement qui statuera en chambre du conseil, sur simple requête.

Art. 5. — Pour obtenir l'allocation, une déclaration sur papier libre est faite à la mairie de sa résidence par le chef de famille, qui en affirme la sincérité et dépose en même temps les pièces justificatives. Le maire en délivre récépissé et la transmet sans délai au préfet du département avec les pièces justificatives, auxquelles il ajoute un certificat de vie des enfants.

Le préfet, dans le délai d'un mois à compter de la réception du dossier, vérifie si les conditions requises sont remplies et, dans l'affirmative, prononce l'admission.

Art. 6. — Les allocations sont dues à compter de la date du récépissé de la déclaration délivré par le maire ; elles sont payables par semestre ou fraction de semestre échu les 1er janvier et 1er juillet de chaque année.

Art. 7. — Les départements et les communes pourront majorer, sur leurs ressources propres et dans les proportions qu'ils détermineront, les allocations nationales.

Ces majorations seront soumises aux mêmes règles que l'allocation principale et seront perçues avec elle.

Art. 8. — Un règlement d'administration publique fixera les conditions d'application de la présente loi et indiquera notamment les mentions

qui devront être contenues dans la déclaration, les pièces justificatives qui devront y être jointes, les formalités nécessaires pour assurer le renouvellement des titres d'allocation toutes les fois que survient un évènement de nature à les modifier.

Ce règlement d'administration publique devra être rendu, après avis du conseil supérieur de la natalité, dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi.

Art. 9. — L'application de la présente loi pourra être étendue par décrets et suivant les conditions spéciales qui seront insérées auxdits décrets aux familles de nationalité française résidant en Algérie, aux colonies, dans les pays de protectorat ou à l'étranger.

Art. 10. — La présente loi entrera en application six mois après sa promulgation.

Art. 11. — Temporairement, le montant de l'allocation nationale prévue à l'article 1er est fixé à 90 fr. par an et par enfant bénéficiaire de ladite allocation.

(*J. O.*, 2 août 1923).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Décret du 2 août 1923 modifiant le décret du 10 août 1920 sur les sanatoriums.

Art. 1er — L'article 31 du décret du 10 août 1920 est modifié ainsi qu'il suit :

« La commission spéciale prévue à l'article 28 sera appelée à donner son avis sur les fautes commises par les médecins ainsi que sur leur incapacité professionnelle et proposera les sanctions dont elles sont susceptibles ; dans ce rôle, il sera adjoint à la commission deux médecins chefs ou deux médecins adjoints suivant le grade du médecin dont il s'agit de juger les fautes ».

(*J. O.*, 21 août 1923).

Vacance de directions de bureaux d'hygiène.

I

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux pres-

criptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Rochefort (Charente-Inférieure).

Le traitement alloué est fixé à 9.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

II

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le Touquet-Paris Plage (Pas-de-Calais).

Le traitement alloué est fixé à 250 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 5 septembre 1923.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Carte, de Chantelle (Allier), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.) Caffeau.
Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Monestier de Clermont (Isère). Bayle.
Rousses (les). Moreau.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Rousin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 461. — Sanatorium de Villeneuve (Doubs) dem. infirmière soignante. Adr. corresp. au méd.- directeur.

N° 462. — Propriété sup. à Montmorency, parc 25.000 m., jards., serres, tennis, écuries, garages, communs ; jolie maison milieu du parc datant de 1898, 3 ét., sal. bains, 2 salles à manger, 20 chambres, s. de billard, tout confort moderne, lux. meublé peut serv. mais. santé. Pr. : 600.000. Arbitre commercial, 13, r. Rivoli.

N° 463. — Excel. poste de petite ville sur grde. ligne Nord. Gros produit, pas de frais de locom., client. très facile à des. Ces. urgente. S'adress. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Ve.

N° 464. — Bonne client. à céd. ds. grde ville maritime, rap. 60.000. Appart. profes. et appart, personnel très agréables, petit loyer, conditions avantageuses. S'adres. Cabinet Breitel et Goret, 1. rue Dante, Ve.

N° 465. — A vend. : torpedo 4 pl., parf. ét., mot. Ballot, 9 HP., phares et lant. nickl., écl. Magondeau, compt. et mont. O. S., carb. Zenith, amort. Houdaille, outil et acces. complets, 9.800 fr.

N° 466. — Berliet, 15 HP., 1921, cond. int., 2-3 pl., écl. et dém. élect., carr. Pingret tr. belle ; parf. ét. de marche. Bonnes cond., Docteur Desrousseaux, 133, r. de l'Epeule, Roubaix, Nord.

N° 467. — Doct. inst. depuis 13 ans ds. grde ville marit. de l'Ouest dem. pr. collaboration jne conf. nouvt. reçu doct. et au. ct. malad., peau, cuir chev., et vénér.

N° 468. — On dem. pers. tr. sér. pour recev. clients, téléph., noter visites, s'occ. de la stéril. des instr., aider aux pansements, appt. selon capac. Docteur Gorecki, Noyon, Oise.

N° 469. — A. céd. gratuitement bonne client., avec bail 1.000 frs. On céd. auto cond. int., 3 pl., De Dion, 7/10 HP., 4 cyl., marc. parf. et div. instruments. Docteur Simonin, Avoine, (Indre-et-Loire.)

CORRESPONDANCE

Accidents de battage.

La question suivante pouvant intéresser tous nos confrères exerçant à la campagne, je vous serais reconnaissant d'y répondre le plus tôt que vous pourrez par la voie du *Concours* :

1° Au cours du battage un propriétaire coupant au couteau les liens des gerbes *sur le batteur* (chez un de ses voisins où il travaillle *sans salaire, à titre de réciprocité*) se fait une plaie pénétrante de la cuisse droite dans la région du canal de Huiter (ayant heureusement respecté le paquet vasculo-nerveux) avec le couteau qui a glissé sur un lien de gerbe.

a) La trépidation de la machine peut-elle être incriminée comme *cause déterminante* de l'accident, entraînant de ce chef la responsabilité de l'entrepreneur de battage ?

b) Le blessé aurait-il des chances, quoique *non salarié*, de voir sa thèse admise par les tribunaux ? Existe-t-il des jugements ayant trait à la question ?

2° La responsabilité de l'entrepreneur de battage est-elle (comme il le prétend dans le cas particulier) limitée aux salariés (mécanicien, aides payés...) ou doit-elle légalement s'étendre à tous les accidents survenus à l'OCCASION du battage (chute de sur le batteur, blessure provoquée par la trépidation du batteur) et affectant des aides non rétribués ?

Pour que le blessé ne perde pas éventuellement ses droits je lui ai demandé de déposer dans les délais un certificat d'origine que je lui ai délivré.

Dr S.

Réponse.

1° *a*) Il a été jugé que l'ouvrier occupé sur la plate-forme de la batteuse à la section des liens et à la préparation des gerbes se trouve dans le rayon d'action de la machine et que, par suite, l'accident qui lui survient pendant la marche de celle-ci est à la charge de l'entrepreneur de battage (Tribunal civil de Soissons, 28 novembre 1900. Recueil du Ministère du Travail, 1.457. — Cassation. Requêtes, 16 décembre 1908, Même Recueil, XI. 79. — Cour de Riom, 13 août 1909, Même Recueil.., XII, 128).

b) Il n'est pas nécessaire que le blessé soit salarié pour qu'il ait droit aux indemnités. La loi du 30 juin 1899 est formelle sur ce point : Voici son texte :

« Si la victime n'est pas salariée ou n'a pas un salaire fixe, l'indemnité due est calculée selon les tarifs de la loi du 9 avril 1898, d'après le salaire moyen des ouvriers de la commune. »

2° Ce même texte montre qu'il est inexact que les seuls salariés soient garantis par la loi.

Quant à la responsabilité des entrepreneurs de battages, elle est fixée par le premier paragraphe de l'article unique de la même loi, aux termes duquel les accidents occasionnés par les machines agricoles mues par des moteurs inanimés et dont sont victimes, par le fait ou à l'occasion du travail, les personnes, *quelles qu'elles soient*, occupées à la conduite ou au service de ces moteurs ou machines, sont à la charge de l'exploitant dudit moteur.

L'entrepreneur de battages n'est donc pas responsable que des accidents survenus à ses seuls employés salariés, dès lors que ces accidents sont survenus dans les conditions déterminées par la loi du 30 juin 1899.

En ce qui concerne ses propres ouvriers, (mécaniciens, aides, etc.), comme il est indus-

triel assujetti à la loi de 1898, l'entrepreneur de battages est responsable de tous les accidents qui leur surviennent par le fait ou à l'occasion du travail, même lorsque la machine n'est pas en marche.

Augmentations des loyers prorogés.

Ayant été mobilisé et ayant une prorogation de bail, veuillez avoir l'obligeance de me faire savoir l'augmentation que mon propriétaire est en droit de me faire subir.

Dr B.

Réponse.

Les locataires qui bénéficient de la prorogation instituée par la loi du 9 mars 1918 doivent supporter, à compter du commencement de cette prorogation, les augmentations prévues par l'article 1er de la loi du 31 mars 1922, à savoir : augmentation qui s'est produite, depuis le 1er août 1914 dans les impôts et taxes de toute nature, grevant l'immeuble loué, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière ; augmentation subie depuis le 1er août 1914 des prestations payées pour la commodité des locaux et, en outre, 5 % du prix du loyer tel qu'il était en 1914, pour contribuer à l'augmentation des dépenses d'entretien.

L'exception faite par la loi en faveur des locataires qui bénéficient de la prorogation au titre de mobilisés et qui l'ont été dans la zone des armées, ne s'applique qu'aux locataires de petits loyers, qui ont droit, aux termes de la loi, à une prorogation d'une durée égale à celle de leur mobilisation, et non aux médecins, qui ont droit à la prorogation de la durée des hostilités à titre professionnel et qu'ils aient ou non été mobilisés.

Impôts sur les automobiles.

Je vous serais obligé de me répondre à la question suivante :

Que doit payer comme imposition dans une commune de 2000 habitants un médecin pour une voiture 4 places, 14 chevaux, dont il se sert pour usage professionnel ?

Dr G.

Réponse.

Les impôts à payer dans une commune de 2000 habitants pour une voiture à 4 places de 14 chevaux, servant à l'exercice de la profession médicale, s'établissent comme suit :

1° Moitié des droits suivants :

Droit fixe.................. 337,50
18,75 du 1er au 12e cheval vapeur, soit................ 215

46,25 pour chacun des deux autres, soit.............. 52,50
Ensemble.................. 605
Dont moitié est de.......... 302,50
Plus droit de circulation de... 200
Au total.............. 502, 50

Soins aux mutilés. Impôts. Location de coffres-forts.

Auriez-vous l'obligeance de bien vouloir me renseigner sur les questions suivantes :

1° Jusqu'ici j'avais refusé de soigner « officiellement » les réformés de guerre. Mais, depuis un mois que je suis installé à Paris, je vois que je ne puis les renvoyer comme à la campagne. Voudriez-vous donc me dire à qui et où je dois chaque trimestre envoyer les bulletins de visite et consultation. Ce n'est pas indiqué sur les carnets des réformés.

2° Ayant été imposé à F. pour cette année, si du fait de mon installation ici au 1er août, je reçois une feuille supplémentaire de perception de Paris, devrai-je la payer ou réclamer pour ne pas être imposé doublement ? Ou dois-je faire une déclaration quelconque préalable ?

3° Comme je vois par la lecture du *Concours médical* que l'on met un peu votre office de renseignements à toutes sauces, je me permets de vous poser la question suivante, à laquelle vous ne répondrez pas si elle vous importune : Dans le cas où l'on louerait un coffre-fort dans une société financière, location faite en commun par deux personnes, si l'une des deux venait à décéder, la société ou l'Etat pourraient-ils empêcher la survivante de s'en approprier le contenu, contenu considéré par les deux locataires comme donné de la main à la main à celui des deux qui survivra à l'autre ? Dr X.

Réponse.

1° Les bulletins de visite détachés des carnets des mutilés doivent être envoyés, en fin de trimestre, à la commission de contrôle, à la Préfecture de la Seine, épinglés à la note d'honoraires.

2° L'impôt est dû pour l'année entière suivant la situation existant au 1er janvier de l'année. Comme vous exerciez au 1er janvier à F., vous devez les impôts de l'année entière dans cette localité, et, en outre, les impôts à Paris à compter du premier jour du mois au cours duquel vous vous y êtes installé. Cependant, pour la patente, vous n'auriez à payer à Paris qu'un supplément de droits au prorata du temps depuis lequel vous y exercez.

3° La loi du 8 avril 1918 dit qu'aucun coffre-fort en location ne pourra être ouvert par qui que ce soit après le décès, soit du locataire ou de l'un des locataires, soit de son conjoint, s'il n'y a pas eu entre eux séparation de corps, qu'en présence d'un notaire requis par les ayants droit ou

désigné par le Président du Tribunal en cas de désaccord.

Les sommes, titres ou objets trouvés dans un coffre-fort loué conjointement à plusieurs personnes, seront réputés, à défaut de preuve contraire, pour la perception des droits, être la propriété conjointe de ces personnes et dépendre pour une part virile de la succession.

Toute personne qui ayant connaissance du décès du locataire ou de l'un des locataires ou de son conjoint aura ouvert ou fait ouvrir le coffre-fort sans observer les prescriptions ci-dessus sera tenue personnellement des droits de mutation par décès et des pénalités exigibles en raison des sommes, titres et objets contenus dans le coffre-fort, sauf son recours contre le redevable, et, en outre, passible d'une amende de 100 à 10.000 fr. en principal. La preuve des contraventions peut être établie par tous les moyens de preuve du droit commun.

Les loueurs de coffre-forts sont tenus à diverses formalités, notamment d'inscrire sur un registre les dates, heures des ouvertures des coffres, les noms, adresses et qualités des personnes qui les ouvrent et de recevoir leur signature. Lorsque la personne n'en sera pas personnellement ni exclusivement locataire, cette signature doit être apposée sous une formule certifiant qu'elle n'a pas connaissance du décès soit du locataire ou de l'un des co-locataires du coffre-fort, soit du conjoint non séparé de corps de ce locataire ou co-locataire. Toute infraction aux dispositions ci-dessus est punie d'une amende de 100 à 5.000 fr.

C'est pourquoi, généralement, dans les banques qui louent des coffre-forts, les locataires signent sous une formule assez longue, conforme aux prescriptions que nous venons de rapporter.

Décès d'un pensionné de guerre.

Je vous serais obligé de bien vouloir me renseigner sur les points suivants :

1° Y a-t-il des formalités spéciales à accomplir pour nous médecins quand un titulaire d'un carnet pour victimes de la guerre vient à mourir ?

2° Pensionné à 100 % ce mutilé laisse une femme et un enfant âgé de 3 ans. Quelle sera la pension allouée à la veuve et à l'enfant ?

3° Quelles formalités à faire pour inscrire l'enfant aux Pupilles de la Nation.

Dr N.

Réponse.

1° Il faut faire une déclaration de décès à la Préfecture et même l'acte de décès, dressé normalement à la mairie, doit suffire.

2° La veuve aura, de ce chef, droit à une pension de réversion, à la condition que le *mariage*

soit antérieur, soit à la blessure, soit à l'origine ou à l'aggravation de la maladie, exception faite, sous certaines réserves, pour les mutilés de 80 % (article 14 de la loi du 31 mars 1919).

Dans ces conditions, cette pension de réversion est de 500 fr. pour la veuve d'un soldat, 600 fr. pour celle d'un caporal, 700 fr. pour celle d'un sergent, etc. La pension est majorée de 300 fr. pour chaque enfant âgé de moins de 18 ans.

3° Adresser une demande à la sous-intendance régionale des Pensions.

G. F

Contestation d'origine de blessure de guerre.
Paiement des honoraires médicaux

Abonné au *Concours médical*, je serais heureux d'avoir vos conseils au sujet du cas suivant :

Un homme se présente à ma consultation se plaignant de la région scapulaire. Après examen, j'extrais une balle allemande logée dans le s tissus mous de la région depuis 1918. Le blessé, en guerre à cette époque, avait un jour senti un choc et avait cru avoir reçu une pierre.

Il ne s'est jamais plaint, n'a jamais été hospitalisé, ni même pansé, n'a pas de billet d'hôpital, ni de certificat d'origine de blessure.

Comment dois-je faire payer mes soins et ne serait-il pas possible de faire obtenir au blessé un certificat d'origine de blessure.

Dr S.

Réponse.

Votre cas est très intéressant. Les points à discuter portent sur l'*origine* et sur le *droit à l'art.* 64.

1° *Origine.* L'article 3 de la loi du 1er mars 1919 dit : « Ouvrent droit à pension : 1° *les blessures constatées avant le renvoi du militaire dans ses foyers*.... »

Il ne peut donc être question de présomption d'origine pour une blessure, cette présomption est réservée, sous certaines conditions, aux malades seulement.

Or, la blessure de votre client n'a *pas été constatée*, dites-vous, *avant son renvoi dans ses foyers*. Donc pas d'origine possible. Mais... direz-vous, j'ai retiré, j'en suis certain, une balle allemande ! Nul doute sur la nature du projectile, en effet, tous les doutes, au contraire, sont permis sur les circonstances de sa pénétration dans les tissus, *du moment qu'il n'y a pas eu constatation officielle avant le renvoi dans les foyers*. On ne saurait évidemment suspecter la bonne foi de votre client, mais vous comprendrez que, d'une manière générale, il est naturel que l'Etat ait pris des garanties.

(*Voir la suite page XXXIX*-3075)

PROPOS DU JOUR

A propos de la collaboration des médecins aux organisations de médecine sociale. La question des consultations prénatales en Seine-et-Oise

Tandis que M. le professeur Léon Bernard, assisté de Madame de Retz, proclame à l'Académie de médecine et au Congrès de la tuberculose de Strasbourg qu'avec le seul concours des infirmières visiteuses, il est en mesure (et comment !) de mener la lutte antituberculeuse sans la collaboration des médecins praticiens, et tandis qu'un certain nombre de « savants » tuberculologues, comme le gendarme de la chanson, surenchérissent pour plaire à leur maître, entonnant sur des tons divers :

« Brigadier, vous avez raison ».

l'administration préfectorale de Seine-et-Oise se plaint amèrement de la tiédeur que mettent les médecins de ce département à répondre *individuellement* aux demandes de collaboration pour l'organisation de *consultations prénatales* que M. le Préfet Bonnefoy-Sibour veut créer dans chaque centre de son département.

Deux personnes qui, bien que n'étant pas des médecins, s'intéressent vivement aux efforts que nous faisons pour engager nos syndicats à organiser eux-mêmes la médecine sociale, nous ont, en même temps, envoyé les coupures de deux articles signés : *Marguerite Prévost*, paru dans le journal parisien l'*Œuvre* (nos du 30 août et du 6 septembre).

Après avoir fait l'éloge des efforts de M. le Préfet Bonnefoy-Sibour qui voudrait compléter les consultations de nourrissons par des consultations prénatales, pour les mères *nécessiteuses*, Mme Marguerite Prévost dans son article du 30 août, affirme avoir entendu dire que le retard mis à la réalisation du projet préfectoral, tiendrait à l'opposition des médecins et elle espère que le Syndicat des praticiens de Seine-et-Oise donnera à ces bruits un précis et vigoureux démenti. Comme le 6 septembre, la rédaction de l'*Œuvre* n'avait pas reçu le démenti désiré, elle a insisté dans un nouvel article où nous relevons le passage suivant :

« Eh bien, à l'heure où je dois remettre mon article, ce désirable démenti ne m'est pas encore parvenu ; en revanche, j'avais reçu d'autres lettres et même une visite, celle d'un praticien notoire qui me dit :

— Je connais cette pénible affaire et si je vous en parle, c'est que je suis las d'un silence qui, de chevaleresque, finit par ressembler trop à une sourde complicité. Savez-vous bien pourquoi « certains médecins », comme vous dites, s'opposent à la réalisation du plan préfectoral ? Mais tout bonnement parce que la grossesse bien surveillée donne, à l'accouchement, un pourcentage très réduit d'accidents. Par conséquent : laissons donc les mères malheureuses s'abandonner au hasard, et la sage-femme se trouvera, à l'heure de la délivrance, obligée de recourir à l'assistance du médecin. C'est là qu'est la recette.

— Oh !

— Voilà la vérité ».

Nous regrettons que le *praticien notoire* qui a osé lancer de pareilles accusations contre ses confrères, n'ait pas prié Madame Marguerite Prévost de le nommer, car nous ne doutons pas qu'en honnête homme, il tienne à prendre la responsabilité de ce qu'il a avancé.

D'ailleurs ce *praticien notoire* n'a fait qu'imiter un *professeur notoire* qui, rappelons-le, a émis dans une Commission officielle la crainte que les praticiens ne fassent obstacle à la lutte antituberculeuse pour ne pas perdre d'éventuels clients. Ce dernier fait est, lui, très authentique, puisque notre ami, le Dr Chapon, vice-président de l'A. G., qui en a été témoin, a tenu à protester publiquement et énergiquement devant le ministre de l'Hygiène, au dernier banquet de l'Association générale.

De pareilles injures ne sauraient nous émouvoir, nous médecins praticiens ; tout ce que nous pouvons supposer, c'est que ceux qui les formulent jaugent notre conscience à l'aune de la leur et nous nous contenterons d'y répondre par un silencieux mépris. Les *services passés* que nous avons rendus nous le permettent.

Cependant les articles de Mme Marguerite Prévost n'ont pas été sans nous émouvoir. Le *Concours médical* compte de nombreux lecteurs et amis en Seine-et-Oise et nous nous souvenons de tous les efforts faits jadis par les confrères syndiqués de ce département pour y organiser de concert avec les autorités départementales et municipales l'hygiène et l'assistance

publiques » dans des conditions autrement difficiles qu'à l'heure actuelle.

Nous nous souvenons que notre regretté prédécesseur et ami, le Dr H. Jeanne, avec la collaboration de ses confrères tous syndiqués, dota la ville de Meulan de services d'hygiène et de désinfection, alors que la protection de la santé publique en France n'était même pas une façade. Nous nous souvenons aussi que notre confrère et collaborateur, le Dr Pecker, créa à Maule l'Association des Dames Mauloises qui, grâce à son initiative et sous son active direction, organisa les secours aux femmes enceintes, aux accouchées et aux nourrissons, alors que les milieux officiels médicaux et autres ne songeaient guère à tenter le moindre effort dans ce domaine important de l'Assistance et que les termes : consultations de nourrissons et consultations prénatales, n'avaient pas été imaginés.

Les accusations de l'*Œuvre* ne pouvaient pas, pour nous, être fondées. Il y avait là-dessous une manœuvre administrative que nous soupçonnions et sur laquelle nous avons tenu à être documentés.

Or voici ce qui s'est passé :

M. le préfet Bonnefoy-Sibour, suivant une tradition qui tend chaque jour à disparaître et que MM. les Préfets feront bien, comme l'ont déjà fait en plus d'une circonstance le Parlement et les Ministres, de supprimer définitivement, M. le préfet Bonnefoy-Sibour a voulu méconnaître l'existence du Syndicalisme médical (1).

Nous avons sous les yeux la circulaire qu'il a adressée aux maires et aux Mutualités maternelles de son département le 21 juillet 1923 et nous y lisons :

(1) Quand nous disons : *M. le Préfet*, nous voulons parler de son Administration, de ses directeurs ou de ses conseillers. Il y aurait en Seine-et-Oise un nombre considérable de « dames d'œuvres » dont les bonnes intentions ne sauraient sans doute être discutées, mais que certains fonctionnaires chercheraient à utiliser et dans des buts où la repopulation, l'assistance prénatale et le bien public n'auraient rien à faire.

« *Vous auriez également à vous mettre en rapport avec le docteur* DE VOTRE CHOIX *pour lui demander d'assurer la consultation, avec l'aide d'une sage-femme, dont le rôle consisterait, plus parrticulièrement, à s'occuper de la tenue des fiches où seraient relatées les constatations, observations et prescriptions médicales* ».

Or nous pouvons affirmer que les Syndicats médicaux de Seine-et-Oise ne se désintéressent pas du tout de la question des consultations prénatales, mais qu'ils entendent discuter avec M. le Préfet dans quelles conditions ces consultations seront organisées, comme cela a eu lieu pour l'Assistance médicale, pour les soins à donner aux pensionnés réformés, pour les pupilles de la nation, etc., etc. M. le préfet de Seine-et-Oise ne devrait mettre aucune mauvaise grâce à s'entendre avec les Syndicats médicaux de son département. Il sait fort bien que le Parlement, tant dans la loi de la Mutualité, que dans la loi sur les accidents du travail et que dans l'article 64 de la loi des pensions, a reconnu la nécessité de l'intervention des Syndicats médicaux, dans la tarification, l'organisation et le contrôle des soins.

Il devrait savoir que le temps est fini où, considérant le médecin *pris isolément* comme un instrument docile, les œuvres mutuelles et philanthropiques et les administrations manœuvraient à leur guise le corps médical impuissant. Le syndicalisme médical a mis fin à ces coutumes ; les médecins ne veulent plus être manœuvrés individuellement, c'est leur droit comme celui de tout citoyen, dans une République dont le gouvernement se prétend démocrate.

En toute bonne foi, Monsieur le Préfet, les Syndicats médicaux ne vous refusent pas leur concours, nous croyons même qu'ils sont prêts à vous donner leur collaboration, mais ne pensez-vous pas que, si vous voulez réellement aboutir à une réalisation utile, il serait logique et sans doute plus habile, de la leur demander d'abord et de vous entendre avec eux ensuite ?

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE RHUMATISME CHRONIQUE LOMBO-SACRÉ. ROLE DE LA SYPHILIS

Par Léon Giroux,

Ancien chef de clinique à la Faculté.

La colonne vertébrale est souvent atteinte de rhumatisme chronique et de préférence dans la région lombo-sacrée. Le rhumatisme lombo-sacré est, en effet, d'une extrême fréquence, et dans les consultations hospitalières, nombreux sont les malades qui se plaignent de cette douloureuse affection. Il en existe deux variétés, qui se distinguent l'une de l'autre par les signes cliniques et les lésions anatomiques.

A) *Rachialgie lombaire chronique* (lumbago épidural). La rachialgie lombaire chronique est fréquente ; elle a été bien étudiée récemment par Sicard et Forestier. Personnellement, nous avons eu l'occasion de recueillir de nombreuses observations de cette nature chez des sujets qui se croyaient atteints d'une maladie des reins. Observée surtout chez l'homme entre 20 et 50 ans, la rachialgie lombaire chronique débute d'une façon insidieuse et s'annonce par des douleurs lombaires au réveil, qui se dissipent par le mouvement ; puis au bout de quelques semaines ou de quelques mois, les douleurs deviennent plus vives et plus durables. La lombalgie est alors définitive et rend pénible l'existence du malade.

Les douleurs irradient de temps à autre dans la région fessière, les membres inférieurs, le long des sciatiques. Le repos horizontal, certaines attitudes calment les phénomènes douloureux. Les malades se tiennent le plus souvent dans une attitude de plicature thoraco-abdominale, les mouvements de la partie supérieure du corps, de la tête et des membres sont normaux.

Il n'existe anucun trouble des réflexes, de la sensibilité, des sphincters.

Les lésions siègent uniquement à la colonne lombaire ; les douleurs sont le plus souvent bilatérales, mais parfois aussi unilatérales et peuvent être réveillées par les mouvements, la toux, l'éternuement et les inflexions surtout postérieures de la colonne vertébrale.

Dans la station debout, la contracture musculaire ne manque jamais ; la région lombaire est rigide et rectiligne, l'ensellure normale a disparu. Dans l'attitude horizontale, la contracture disparaît.

Cette forme ne s'accompagne d'aucune lésion vertébrale ; il n'y a aucune modification du liquide céphalo-rachidien, sauf une légère hyperalbuminose.

En dehors de cette forme, il existe des variétés à évolution également chronique, mais plus légères ; elles se caractérisent par de petites poussées algiques moins vives ; une contracture moins intense et les signes négatifs que nous avons signalés.

Ce lumbago épidural serait dû, pour Sicard et Forestier, à une altération des parties molles du contenu du canal rachidien ; à une inflammation subaiguë avec hyperplasie de la graisse du canal rachidien, à une épidurite à tendance scléro-lipomateuse, dont l'agent de nature probablement infectieuse serait inconnu.

B) *Lombarthrie.* — La lombarthrie est une forme de rhumatisme vertébral non ankylosante décrite par Léri en 1918 ; elle se traduit surtout par des douleurs rachidiennes et une inclinaison du rachis en avant avec flexion plus ou moins marquée des genoux. A la plicature coxo-fémorale se joint un certain degré de cyphose dorsale ou lombo-dorsale. Quand le sujet se tient debout, on observe souvent un léger degré d'empâtement de la région lombaire sans rougeur, ni chaleur, ni œdème ; les saillies osseuses sont seulement estompées. Parfois, la lordose lombaire physiologique est remplacée par un certain degré de cyphose et l'on voit saillir la ligne des apophyses épineuses sur la hauteur de 2, 3 ou 4 vertèbres lombaires.

Dans la position penchée en avant, la saillie de la ligne épineuse lombaire s'accentue ; la colonne lombaire décrit un arc de cercle très accusé et à court rayon ; la région dorsale un arc moins marqué et à grand rayon. La ligne épineuse, au lieu d'être régulière, courbe, devient ondulée et ce serait pour Léri, un signe presque pathognomonique de l'affection.

Il n'y a pas où à peine de contracture des masses sacro-lombaires ; les douleurs sont, le plus souvent rachidiennes et rarement irradiées.

Le caractère des douleurs et l'absence de contracture sont dus à ce que les lésions siègent habituellement loin du trou de conjugaison et n'irritent pas les funicules nerveux.

La mobilité de la colonne vertébrale est réduite *mais il n'existe pas d'ankylose ; la mobilité passive est conservée* ; couchés, les malades peuvent s'allonger complètement. De même, le sujet étant debout , on note la conservation de la motilité latérale du rachis. Ces tentatives d'inclinaison latérale déterminent une certaine douleur, soit aux lombes, soit aux fesses et aux cuisses, mais moins que dans les sciatiques vulgaires.

Sur les radiographies, on voit que les corps vertébraux sont fortement cannélés par élargissement de leurs extrémités et par diminution de leur partie moyenne (vertèbres en diabolo) ; de plus, ces vertèbres sont, comme tassées et relativement transparentes, comme s'il existait une légère décalcification. En outre, sur certaines vertèbres, là où la douleur et la saillie épineuse sont à leur maximum, on constate que l'extrémité supérieure ou inférieure se prolonge en une sorte de bec plus ou moins allongé, recourbé et effilé. Ce prolongement se trouve souvent en face d'un prolongement identique émané des vertèbres voisines. Il en résulte l'image caractéristique d'un bec de perroquet. Ces saillies peuvent tardivement se souder et immobiliser le rachis, mais elles restent longtemps distinctes.

Cette prolifération ostéophytique s'accompagne d'un certain degré de décalcification et d'ostéoporose, de tassement des corps des vertèbres. Tessier et Léri ont, d'autre part, constaté que toutes les apophyses transverses, épineuses, articulaires sont épaissies et comme soufflées.

D'après Forestier, au cours de la lombarthrie, on constaterait souvent des lésions au niveau des arcades du psoas qui se fixent sur les parties antéro-latérales des ménisques. Si ces lésions ne peuvent être révélées par la radiographie, elles peuvent être décelées par la douleur provoquée. Il suffit pour cela, le malade étant couché sur le ventre, de porter la cuisse en hyperextension et en rotation interne.

Des deux formes de rhumatisme lombaire que nous venons d'envisager, la première est de beaucoup la plus fréquente et c'est généralement le lumbago-épidural que le médecin rencontre dans sa pratique journalière. Quant aux causes probablement multiples de ces formes du rhumatisme vertébral, elles restent à déterminer, comme celles d'ailleurs de la plupart des rhumatismes chroniques. Cependant, dans l'étiologie de ces syndromes douloureux, le rôle de la syphilis nous paraît insuffisamment mis en évidence. Dans les cas de lombarthrie qu'il a recueillis, Léri n'a rencontré ni la tuberculose, ni la syphilis et comme il s'agissait dans la majorité des cas de soldats du front, il incrimine le froid et l'humidité. Par contre, Forestier aurait noté dans un cas la fièvre typhoïde et, dans un autre la syphilis. Le lumbago épidural, rattaché par Sicard et Forestier à une épidurite scléro-lipomateuse dont la nature serait probablement infectieuse, aurait pour nous dans certains cas une origine syphilitique dont on ne peut à l'heure actuelle apprécier la fréquence. En un temps relativement court, nous avons recueilli trois cas de ce genre, dont l'un remontait à plus d'un an et rendait au malade l'existence intolérable. Dans les trois cas, le traitement spécifique amena une guérison rapide et définitive. D'ailleurs, la syphilis, après avoir pris une place considérable dans la pathologie nerveuse et cardio-vasculaire a vu son rôle, s'affirmer et s'étendre dans la pathologie du foie et de l'estomac et aujourd'hui, on constate une tendance nette à la considérer comme un facteur important des rhumatismes chroniques. Œttinger, Dufour etc., ont rapporté des exemples de rhumatisme déformant d'origine syphilitique très améliorés par le traitement. Personnellement, en collaboration avec Brouardel, nous avons observé et publié un cas de rhumatisme chronique qui fut heureusement modifié par la thérapeutique antisyphilitique. Aussi, en présence d'un lumbago épidural chronique, il faut rechercher la syphilis par tous les moyens dont nous disposons : commémoratifs, stigmates cutanés et nerveux, enquête familiale, réaction de Bordet-Wassermann et, si le malade paraît contaminé, recourir au traitement. Dans certains cas, on obtiendra la guérison rapide et complète d'un syndrome douloureux et tenace contre lequel nos moyens d'action sont limités.



CLINIQUE MÉDICALE

Les hépato-néphrites

M. le professeur CHAUFFARD, médecin de l'hôpital St-Antoine.

Introduit dans la science par Richardière, le terme d'hépato-néphrite constitue une dénomination claire, facile à interpréter. Si ce terme est net et indique bien une double lésion inflammatoire du foie et des reins, il ne faudrait pas croire qu'il se suffise à lui-même, qu'il n'ait pas besoin de précision. Si on le prenait au sens littéral du mot, rien ne serait plus commun que l'hépato-néphrite, car il est peu d'affections importantes où le rein et le foie ne soient touchés. Si l'on voulait qualifier d'hépato-néphrite tous les cas cliniques dans lesquels existent des altérations banales du rein et du foie, il s'agirait là d'un état morbide lui-même banal. Mais ce n'est pas ainsi qu'il faut le considérer.

Je vais fixer ma pensée par deux exemples. Prenons un typhique. Il est assez rare qu au cours de l'évolution d'une fièvre typhoïde, le rein ne soit pas intéressé. L'albuminurie en est un témoin. De même, le foie. Au cours d'autopsies, on trouve très fréquemment des bacilles d'Eberth dans les voies biliaires et les lésions du foie infectieux de Siredey. Prenons, d'autre part, un malade atteint de pneumonie du sommet. L'albuminurie est, en pareil cas, la règle et l'ictère n est pas rare. Dirons-nous, dans l'une et l'autre éventualités, qu'il y a hépato-néphrite. Non. Nous dirons : fièvre typhoïde ou pneumonie avec lésions associées du foie et du rein. Cela ne constitue pas ce que l'on doit appeler l'hépato-néphrite.

En réalité, si nous éliminons ces participations du foie et du rein dans les grandes maladies infectieuses, nous voyons qu'il reste un petit nombre de faits répondant aux exigences cliniques de l'hépato-néphrite. Trois conditions sont effectivement nécessaires pour réaliser un tel état morbide.

Première condition. Il faut que les altérations hépato-rénales soient de premier plan, que la participation du foie et du rein soit dominante. Les malades dont je parlais tout à l'heure étaient avant tout, l'un un typhique, l'autre un pneumonique.

Deuxième condition. Il faut que les lésions hépatique et rénale ressortissent à la même cause, sans quoi il y aurait association des deux.

Troisième postulatum clinique. Le syndrome hépatique et le syndrome rénal doivent offrir une évolution parallèle, synchrone.

Quand, partant de là, on est arrivé à faire les éliminations nécessaires, on ne voit plus à ranger dans les hépato-néphrites véritables qu'un nombre de cas peu considérable, presque exceptionnel même. En serrant la question, je n'ai guère trouvé que trois types morbides répondant à ces conditions, et encore le premier de ces types est-il particulier, constituant plutôt une dégénérescence hépato-rénale qu'une hépato-néphrite.

Le premier type en question est la dégénérescence amyloïde ou maladie amyloïde du rein et du foie. Cette maladie amyloïde n'est jamais primitive. Elle est — ou plutôt elle était, car de nos jours, elle se rencontre rarement — la suite possible de certaines suppurations chroniques ouvertes, des pleurésies purulentes prolongées, des coxalgies avec abcès multiples, des maux de Pott avec abcès ouverts, de tuberculoses osseuses fistulisées, de cavernes ganglionnaires. Ce sont les tuberculoses chroniques, les tuberculoses chirurgicales comportant des abcès ouverts, qui lui donnent naissance. Lorsque la lésion bacillaire se fistulise, si la maladie est de longue durée, on peut voir survenir la dégénérescence amyloïde. On l'a vu également apparaître chez de vieux syphilitiques, à lésion externes suppurantes, longtemps méconnues. J'ajoute que ces situations morbides, qui étaient fréquentes autrefois, ne se rencontrent plus guère aujourd'hui, parce que *l'on n'ouvre plus* les pleurésies tuberculeuses (ou l'on fait leur occlusion), parce que l'on traite les bacilloses osseuses par l'héliothérapie, la radiothérapie, tarissant plus vite les suppurations, obtenant des guérisons plus rapides. Comme conséquence, la maladie amyloïde est devenue fort rare.

Les malades atteints de dégénérescence amyloïde ont un aspect particulier, une pâleur cireuse. Ils offrent une polyurie oscillant entre 2 litres et 2 litres et demi, des urines claires, jaune d'or, renfermant une quantité d'albumine assez notable, 10 grammes, souvent 20 grammes. Les épreuves de la perméabilité rénale montrent que celle-ci n'est pas atteinte en général et est parfois même exagérée, du moins au début, car dans la suite la situation se modifie souvent. Pour la même raison, il n'y a pas de répercussion vasculaire, pas de bruit de galop.

Voilà le côté rénal. Considérons le côté hépatique. Il est plus restreint comme symptomatologie et ne comporte pas d'ictère ni de gros signe. Le foie est volumineux, lisse, ferme, de consistance élastique plutôt que scléreux. Vous avez bien là association de symptômes hépatiques et rénaux mais j'ajoute que bien des fois ce tableau se complique. Il est fréquent de rencontrer de l'hypertrophie de la rate et de la

diarrhée profuse, liée à une dégénérescence amyloïde des villosités intestinales. La maladie amyloïde réunit bien, en somme, les trois caractères des hépato-néphrites, mais ce n'est pas une véritable hépato-néphrite. Elle représente une dégénérescence hépato-rénale.

Pour trouver les vraies hépato-néphrites, il faut s'adresser à deux groupes cliniques : le grand groupe des spirochétoses ictéro-hémorrhagiques, d'abord ; certains cas, ensuite, de syndrome hépato-rénal réalisé par le spirochète de la syphilis.

La spirochétose ictéro-hémorrhagique, décrite pour la première fois en 1914 par Inada et Ido, n'est, en réalité qu'une pathogénie nouvelle d'une affection connue antérieurement. Inada et Ido, observant, au Japon, des ouvriers travaillant dans les boues fétides de certaines mines, rencontrèrent une série de cas d'ictères spéciaux. Ils découvrirent dans le sang et les urines de ces ictériques un organisme particulier, un spirochète. Ils virent, d'autre part, que la maladie était inoculable au cobaye, l'inoculation déterminant chez l'animal un ictère hémorrhagique. Dès que furent connus, en Europe, ces deux faits fondamentaux, des recherches commencèrent sur ce sujet. L. Martin et Auguste Pettit, après une étude faite aux armées, publièrent une monographie dans les *Annales* de l'Institut Pasteur. Parurent ensuite des travaux de Merklen, Garnier et Troisier, Noël Fiessinger, etc. La maladie est maintenant assez bien connue. Elle correspond à ce qu'on appelait autrefois l'ictère grave à manifestations rénales.

Ici, la participation du foie est tout à fait de premier plan, avec un gros symptôme : l'ictère. Il s'agit d'un ictère vif, qualifié de carminé, ou encore de flamboyant, comportant un mélange de deux teintes, jaune et carmin. Associé à l'injection conjonctivale, il donne au facies un aspect *sui generis*.

A ce signe capital, d'autres symptômes se joignent, des taches purpuriques de la peau, des hémorrhagies nasales, buccales, gingivales. La maladie se caractérise ainsi comme un ictère hémorrhagique. J'ajouterai cependant que, tout au moins pour les cas observés en France, les hémorrhagies sont moins franches que l'ictère, l'affection étant plus ictérique qu'hémorrhagique.

Souvent, il se joint un autre élément, les phénomènes méningés, se traduisant par de la céphalée, des raideurs musculaires, du Kernig. Et enfin, la maladie comporte habituellement une grosse réaction rénale, de l'albuminurie, de l'oligurie, même de l'anurie. On voit alors l'urée sanguine augmenter, une azotémie aiguë apparaître (4 et 5 grammes d'urée sanguine parfois). Quand le taux urinaire ne se rétablit pas, le pronostic devient grave. Vous le voyez, la participation rénale est aussi importante que l'hépatique. On a observé, encore, des réactions de la moelle osseuse.

Tel est le tableau clinique sommaire de la spirochétose ictéro-hémorrhagique. Pouvons-nous faire la preuve de la maladie ? Trois moyens principaux permettent d'affirmer la nature de l'affection. Au début, dans le premier septénaire, comme dans la fièvre typhoïde, l'hémoculture peut donner un résultat positif. A partir du deuxième septénaire, le germe devient rare dans le sang mais apparaît dans les urines, par décharges.

On ne le trouve pas un jour et l'on peut le trouver le lendemain, au moment d'une décharge de spirochètes. Enfin, vers le quinzième jour, vous pouvez recourir au séro-diagnostic. M. Pettit, à l'Institut Pasteur, entretient des cultures de spirochètes en vue de fournir aux médecins qui le lui demandent une réponse du séro-diagnostic.

Telle est la grande hépato-néphrite : elle tire son origine du spirochète ictéro-hémorrhagique. Je voudrais vous soumettre maintenant un fait qui montre une autre spirochétose (la syphilis), susceptible de produire une réaction analogue. A coup sûr, le spirochète de Schaudinn est différent du spirochète ictéro-hémorrhagique, mais tous deux appartiennent à la même famille, et l'on comprend qu'ils puissent avoir parfois des réactions voisines. En voici un exemple. Il concerne une femme de 44 ans, entrée dans notre service en janvier dernier, pour des hématuries, du purpura, de la fièvre et de l'ictère. Elle avait eu à 24 ans une roséole, une syphilis à peine traitée, ne paraissant pas avoir donné jusque-là d'accidents.

Son histoire actuelle a débuté en août 1921. A ce moment, elle présenta des taches purpuriques sur les membres inférieurs. Deuxième atteinte de purpura en mai 1922. Troisième atteinte, en octobre 1922, plus intense, avec fièvre, épistaxis. Il est probable qu'il s'agissait de poussées d'ordre hépatique, de purpura relevant d'insuffisance hépatique. Depuis, quelques taches ont plus ou moins persisté, avec des troubles digestifs. Le 15 janvier, au moment de l'entrée à l'hôpital, nous constatâmes du purpura aux jambes et aux cuisses. En même temps, les urines prenaient une coloration groseille diluée, par hématurie vraie. En outre, on notait une fièvre oscillante, rémittente, et aussi un petit foyer congestif à la base droite.

Au point de vue hépatique, gros foie donnant à la percussion 19 centimètres, et à la radioscopie 20 centimètres, sur la ligne mamelonnaire. Foie ferme, sans dureté cirrhotique, sans inégalités. Pas d'ictère, ni d'ascite.

Donc, tableau comprenant de la fièvre, du purpura, des hématuries et un gros foie. Je pensai à la syphilis, en raison des antécédents et du

Wassermann complètement positif. Comme nous avions affaire à une malade dont le rein était touché, il fallait être prudent dans l'administration du traitement spécifique, On s'adressa au sel mercuriel le moins chargé et le mieux toléré, le benzoate, à raison d'une injection quotidienne d'un centigramme. On vit alors une chose saisissante. Le 4e jour, la fièvre tomba pour disparaître complètement. Depuis un mois, la malade est apyrétique.

Reprenons un peu cette histoire clinique. L'hématurie permettait de dire que le rein était touché sous une forme aiguë, de néphrite aiguë allant à l'hématurie. La fièvre n'est pas habituelle dans le tableau de la syphilis. Cependant, nous connaissons un groupe de faits où elle intervient : je veux parler de la fièvre primo-secondaire. Dans la syphilis secondaire non soignée, on a observé des accès fébriles, parfois assez accusés pour prendre l'aspect de la fièvre typhoïde. Je me rappelle, dans un concours du Bureau central, une malade de ce genre qui fut soumise aux candidats. Une femme était dans les salles dans un état réellement typhoïdique. Un candidat ayant découvert de volumineuses plaques muqueuses vulvaires, posa le diagnostic (confirmé) de fièvre syphilitique. Notre cas n'a pas offert cette intensité. A part ces faits, d'ailleurs rares, on a publié des exemples de fièvre dans l'évolution des gommes. Il convient de citer surtout les curieuses observations de Gilbert, Chiray et Coury (trois cas) de syphilis hépatique tertiaire, avec gros foie et fièvre. Sous l'influence du mercure ou de l'arsenic, la fièvre tomba au 3e ou 4e jour, comme pour notre malade.

Quand on discute les observations de ce genre, il est difficile de contester l'origine syphilitique de ladite fièvre, d'autant qu'elle résiste aux antithermiques habituels. Ceux-ci la réduisent d'une façon toute temporaire seulement. Seul, le traitement spécifique la guérit définitivement. Chez notre malade, en même temps que la température tombait, l'hématurie cessait et le foie était ramené à 12 centimètres. Il y a huit jours, cette femme est revenue nous voir. Elle n'a plus d'albuminurie et le foie déborde seulement légèrement les fausses côtes. On ne saurait dire qu'elle est guérie entièrement et nous lui avons conseillé une reprise du traitement. Voilà un cas démonstratif, qui montre bien une hépato-néphrite relevant du spirochète de la syphilis, et qui est à rapprocher de l'hépato-néphrite, plus grave, de la spirochétose ictéro-hémorrhagique. Ce syndrome hépato-rénal de deux affections à spirochètes traduit certes des *affinités morbides* de groupes.

En présence d'un syndrome hépato-rénal, n'oubliez donc pas que la syphilis peut intervenir. Nous ne pensons jamais trop à la spécificité. Nous n'y pensons, pourrais-je dire, jamais assez. En pareil cas, le traitement doit être appliqué avec quelque prudence, deux organes capitaux, le foie et le rein étant touchés. Ici, nous nous sommes adressés au benzoate de mercure, pour commencer. S'il ne suffit pas, on passera à un traitement plus intensif. J'aurais, pour ma part, tendance à préférer le bismuth, moins toxique, aux arsenicaux, en pareille éventualité.

Il m'a semblé, en définitive, important de grouper ces faits et de vous en parler. Vous ne les trouverez guère effectivement décrits dans les livres sous cet aspect essentiellement clinique.

Leçon faite à la clinique de l'hôpital Saint-Antoine et recueillie par le Dr P. Lacroix.

CLINIQUE CHIRURGICALE

M. J.-P. Tourneux, chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Tumeur paranéphrétique.

Je veux vous parler aujourd'hui de cette femme qui est couchée au numéro 7 de notre Salle Sainte-Marthe, et que j'ai opérée mercredi dernier d'une tumeur paranéphrétique, — bien qu'il s'agisse là d'une affection dont vous n'aurez probablement jamais à poser le diagnostic, car on ne l'observe qu'exceptionnellement. C'est, en effet, la première fois qu'il m'a été donné de voir une pareille lésion, et si mes souvenirs sont exacts, mon observation constitue le troisième cas de tumeur paranéphrétique observée dans la région toulousaine, les deux premiers dus au professeur Jeannel ayant été publiés dans la thèse inaugurale de son élève Rambaud, en 1904.

Je tiens cependant à attirer votre attention sur ces tumeurs, car il n'en n'existe point qui n'aient occasionné plus d'erreurs de diagnostic, et cela, par suite de leur rareté : pour reconnaître en effet à coup sûr la véritable s gnification d'une lésion, il faut avoir pu en observer et en avoir bien étudié les caractéristiques. A ce point de vue, la science livresque ne parviendra jamais à remplacer l'expérience clinique.

Profitons donc de ce qu'un heureux hasard vient de nous offrir, et tâchons, pour notre enseignement mutuel, de tirer le meilleur parti possible de ce qu'il m'a été donné de constater chez notre malade, donc voici l'observation détaillée.

Marie L., veuve C., âgée de 68 ans, a été envoyée à l'Hôtel-Dieu vers la fin du mois de mars pour une tumeur abdominale diagnostiquée kyste de

l'ovaire ; ses antécédents ne présentent pas grand intérêt, car elle n'a jamais eu de maladie grave. Mariée à 22 ans, elle a eu trois enfants, qui sont tous en très bonne santé.

Il y a environ deux ans qu'elle a commencé à présenter des douleurs dans la région abdominale, se traduisant par des sensations de pesanteur, particulièrement marquée dans l'hypogastre ; elle est alors allée voir la sage-femme du pays, qui, après l'avoir examinée, lui déclara qu'elle avait un début de prolapsus utérin, et lui mit un pessaire.

Cette thérapeutique n'amena pas de grands résultats, comme vous pouvez le penser ; la malade continua à éprouver les mêmes symptômes et constata en outre que son ventre tendait à augmenter de volume ; un peu plus tard, survinrent des troubles digestifs, d'abord assez vagues, consistant en quelques coliques et en un peu de retard dans l'évacuation des matières, puis plus marqués, et se traduisant alors par de la perte de l'appétit, et par une constipation très tenace.

Pendant très longtemps, insouciante comme toutes les personnes de la campagne, et particulièrement comme celles de notre sud-ouest, elle a pris patience, pensant que cela passerait, mais remarquant qu'el e commençait à maigrir, qu'elle se fatiguait très vite, et qu'elle ne pourrait plus que difficilement se livrer à un travail quelconque, elle se décida enfin à aller trouver un médecin, qui nous l'adressa à l'hôpital.

Marie L. est une femme de taille assez élevée (1 m. 76), elle est amaigrie, son teint est de coloration jaune pâle, elle paraît atteinte d'une asthénie très accentuée.

Ce qui frappe au premier abord lorsqu'on examine cette malade dans le décubitus dorsal, c'est l'aspect et la forme du ventre : il ne proémine nullement en avant, comme dans les kystes de l'ovaire ; il est au contraire largement étalé, en ventre de grenouille, comme dans les ascites de volume moyen. L'ombilic n'est pas déplissé, la paroi abdominale n'est ni soulevée, ni tendue.

A la palpation, on trouve une tumeur remplissant uniformément le ventre depuis la région sus-ombilicale jusqu'au pubis, occupant les flancs et les fosses iliaques, mobile, élastique, presque fluctuante. Elle est mate dans toute son étendue, alors que l'épisgastre est fortement sonore, mais la limite supérieure de cette matité présente une concavité inférieure ; en faisant varier les positions de la malade, on n'obtient que peu de résultats ; dans le décubitus latéral droit l'étendue de la matité ne varie pas, et l'on peut constater qu'elle s'étend dans toute la région lombaire droite ; ce n'est que dans le décubitus latéral gauche qu'un peu de sonorité tend à se faire observer dans la partie externe du flanc droit.

Le toucher vaginal me permit d'abord d'enlever le pessaire qui y avait été placé deux ans auparavant, et de constater ensuite un abaissement des culs-de-sac vaginaux ; le toucher rectal ne me fournit aucun résultat

Les autres appareils de l'économie, sauf le tube digestif, qui présente les différents phénomènes que nous avons déjà signalés, fonctionnent normalement : rien au cœur ni au poumon. L'examen de l'appareil urinaire, après cystoscopie et cathétérisme des uretères, ne montre pas l'existence de lésions : l'élimination rénale est normale, il n'y a ni sucre ni albumine dans l'urine qui ne contient pas non plus de sels biliaires. Il n'y a pas d'azotémie, la pression artérielle prise au Pachon est de 15-10.

Hésitant quelque peu sur la nature et la signification de cette tumeur abdominale, nous n'avons pas voulu conclure à la suite d'un examen unique ; nousavons pensé qu'il valait mieux ne porter notre diagnostic que lorsque nous aurions soumis notre malade à de nouvelles investigations. Nous l'avons donc examinée de nouveau après deux jours d'intervalle, et en réalisant une percussion méthodique de l'abdomen, en décubitus dorsal, nous avons pu relever l'existence d'une petite bande sonore croisant verticalement la tumeur au niveau de la partie externe du flanc gauche : bande sonore qui, une fois bien mise en évidence, fut régulièrement retrouvée, lors des examens ultérieurs, et qui ne pouvait que correspondre au côlon descendant.

Grâce à la constatation de ce dernier signe, nous avons pensé que nous nous trouvions en présence d'une tumeur rétro-péritonéale ayant repoussé le côlon gauche en dehors, et étant venue s'étaler dans toute la cavité abdominale. Par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, nous n'avons pas pu faire procéder à une radiographie après lavement bismuthé, ce qui nous eût donné de bien utiles indications.

Bien qu'il n'existe chez notre malade aucune contre-indication opératoire organique, devant son état général plutôt médiocre, nous n'étions guère poussé à intervenir, et ce n'est que sur sa demande formelle, et sur l'instance de sa famille que nous nous y sommes décidé.

Le 4 avril 1923, sous anesthésie générale à l'éther, je fis une longue incision médiane partant de trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic et s'étendant jusqu'au pubis. Le péritoine une fois ouvert, nous avons aperçu une tumeur de couleur jaune pâle, qui occupait toute l'étendue de la cavité abdominale, recouvrant en totalité le paquet intestinal, qui était refoulé à droite et en arrière. Tout à fait dans le flanc gauche ; on reconnaissait le côlon descendant, complètement aplati qui croisait verticalement la tumeur recouverte par une lame péritonéale qui n'était autre chose que le feuillet interne du mésocôlon

descendant et le péritoine postérieur refoulé et aminci.

Restait à extirper la tumeur : pour cela, afin de ménager le pédicule vasculaire du côlon descendant, nous avons attaqué au bistouri le bord externe de ce segment intestinal que nous avons décollé de la tumeur ; puis, nous en avons poursuivi le clivage méthodique sur la face antérieure, ce qui put s'exécuter assez facilement, car il n'y eut que deux petites solutions de continuité dans des régions particulièrement adhérentes, et sans produire de déchirures vasculaires.

La tumeur une fois dégagée sur cette face antérieure, il a été possible de mieux s'orienter et de se rendre compte qu'elle prenait naissance dans la région rénale gauche. Nous méfiant alors du rein probablement luxé dans ce vaste lipome, nous avons commencé à disséquer le bord droit de la tumeur, puis, sa face postérieure ; puis, la faisant fortement basculer en avant, nous avons pu attaquer le côté gauche. En procédant très prudemment, avec des compresses montées au bout d'une pince, et en donnant de temps à autre quelques coups de ciseaux, nous avons pu la dégager complètement du rein. Cette tumeur était d'ailleurs surtout développée sur la face antérieure de cet organe ; elle n'infiltrait que très peu le pédicule vasculaire et s'étendait fort peu sur la face postérieure. Le rein, son pédicule vasculaire, ainsi que l'uretère, purent donc être complètement respectés.

La tumeur une fois enlevée, après avoir posé quelques petites ligatures, et nous être bien assuré que rien ne saignait, nous avons refermé la brèche péritonéale et suturé sans drainage la paroi abdominale. Les suites immédiates de notre intervention furent très bonnes ; notre malade, à qui on avait fait, à cause du schok opératoire, une injection de 500 c.c. de sérum caféiné dans la journée, ainsi que 80 c.c. d'huile camphrée, passa une assez bonne après-midi. Le soir, la température était de 36,8, le pouls à 90°, les urines abondantes et de coloration normale.

Le lendemain, à part un léger vomissement, le même état se maintint et se continua les jours suivants. Le 5e jour, la malade, à la suite d'une purgation, rendit des matières et des gaz ; le ventre était souple et non douloureux, la température se maintenait entre 36 et 37, quant au pouls, il ne dépassait pas 90.

L'alimentation avait commencé, et tout laissait croire à une guérison sans incidents, quand l'état général de notre opérée se mit subitement à décliner. Bien qu'il n'y eut pas de réaction péritonéale, pas de signes pulmonaires, et que la température restât constamment au-dessous de 37, le pouls se mit à faiblir, se montra petit, irrégulier, la langue devint sèche et dure, puis la malade tomba dans une sorte de torpeur, restant indifférente à tout ce qui l'entourait, et, finalement, succomba le 14 avril, 10 jours après l'intervention. L'autopsie ne put être faite.

La tumeur enlevée se présentait sous la forme d'une énorme masse unique, très régulière, de consistance plutôt uniformément molle, de coloration jaunâtre : elle pesait 8 kilogrammes.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un myxo-lipome : on voit, en effet, sur les préparations, que la tumeur est surtout constituée par du tissu adipeux (grosses cellules remplies de graisse), divisé en lobules par de fines cloisons conjonctives. En certains points, ces cloisons prennent une importance plus considérable, et arrivent à délimiter des espaces plus ou moins volumineux, remplis de matière amorphe, où l'on constate la présence de cellules conjonctives étoilées pourvues de fins prolongements.

Sachant combien l'examen complet des tumeurs révèle souvent des surprises, j'ai multiplié les coupes, en les faisant porter sur de multiples régions : en aucun point je n'ai trouvé les formations particulières que quelques auteurs ont signalées ; il s'agissait dans tous les points envisagés de myxo-lipome.

Ce cas de tumeur périnéphrétique est le premier qu'il m'a été donné d'observer, et c'est ce qui peut m'excuser, jusqu'à un certain point, de n'avoir pas porté de diagnostic bien précis ; la constatation d'une bande sonore croisant verticalement la tumeur m'a *cependant permis* de penser à une tumeur rétro-péritonéale, ce qui semble, ainsi que l'a écrit Lecène, dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1919, le point véritablement important, car au cours des premières manœuvres opératoires, cela m'a permis de rechercher tout de suite le bon plan de clivage et de ne pas m'exposer à léser les vaisseaux nourriciers du côlon.

L'étalement du néoplasme dans toute la cavité abdominale qui se voit assez rarement, car les tumeurs périnéphrétiques ont toujours tendance à proéminer dans un des flancs, m'avait laissé quelque incertitude sur son point de départ exact ; aussi ai-je préféré suivre la voie médiane ; si la tumeur avait été nettement développée d'un côté, il n'est pas à douter que j'aurais choisi une ligne d'incision de laparotomie latérale. Mais dans ce cas particulier, cette conduite ne m'aurait rendu aucun service, car elle n'aurait fait que rendre plus délicat le clivage de la tumeur qui s'étendait jusque dans le flanc droit.

L'exérèse une fois effectuée, je n'ai pas cru nécessaire de drainer ; le décollement avait été facile, je n'avais intéressé que des vaisseaux insignifiants, il n'y avait pas eu de suintement sanguin ; aussi ai-je cru pouvoir refermer complètement la paroi abdominale.

Je ne pense pas qu'il se soit produit, chez ma malade, d'hémorragie secondaire ou d'hématome, car elle n'en a présenté aucun symptôme, mais peut-être serait-il plus prudent de drainer pendant 48 heures, ne serait-ce que par mesure de précaution. C'est une pratique que je ne manquerai pas de suivre, s'il m'arrive jamais de me trouver en présence d'un cas analogue.

Quant au décès de notre malade, survenu tardivement, au 10e jour, en l'absence de toute indication spéciale (pas de réaction péritonéale, pulmonaire ou affection cardiaque), je crois qu'il doit être mis sur le compte de son mauvais état général, de son manque de résistance. J'avais été frappé de cette sorte d'asthénie qu'elle présentait lors de son arrivée à l'hôpital, et c'est vraisemblablement cette défaillance organique, qui ne lui a pas permis de résister à l'importance de l'acte opératoire. C'est là d'ailleurs un fait qui a été également signalé par d'autres auteurs : il semble bien que l'évolution des tumeurs para-néphrétiques, qui est toujours très lente, s'accompagne d'une cachexie progressive qui peut à elle seule entraîner la mort de la malade, car c'est presque toujours chez des femmes que l'on observe de pareilles lésions. Le pronostic de ces interventions est encore assez sombre, mais cela tient, comme pour bien d'autres affections, à ce que la malade arrive trop tard au chirurgien : ce n'est que par un diagnostic précoce, et par une intervention large, afin d'éviter les cas si fréquents de récidives, que l'on sera à même d'obtenir les bons résultats que la chirurgie des tumeurs péri-néphrétiques peut faire espérer.

LE MEILLEUR TRAITEMENT DU MAL DE MER

I

Dans un de vos derniers numéros, un abonné demande quel était le remède le plus efficace contre le mal de mer.

J'ai pensé être utile à beaucoup en signalant par la voie du *Concours* le « Lea-Seek, marque Mothersill ». C'est un médicament anglais que l'on trouve maintenant partout. J'ai eu l'occasion de l'expérimenter il y a déjà plusieurs années, et j'en ai été enthousiasmé. C'était à la fin de la guerre. J'ai été obligé de faire un voyage de 48 heures en Méditerrannée sur un petit bateau — une grosse barque en réalité —. A peine sortis du port, tous les passagers manifestèrent par leurs attitudes que le mal de mer « les avait ». La mer était en effet grosse. Or, quelle ne fut pas ma stupéfaction de m'apercevoir — alors que d'habitude je donnais le premier le signal de la régurgitation — que je ne ressentais pas le moindre malaise ! J'avais pris du « Lea-Seek » ! ! Qu'on ne dise pas que je me suis suggestionné moi-même. J'avais pris le remède persuadé qu'il n'avait aucune valeur, mais depuis, « j'y crois ».

Je l'ai employé par la suite à plusieurs reprises, mais ces autres expériences ne sont pas convaincantes, car la mer étant calme, je n'aurais pas eu le mal de mer, même sans l'emploi du médicament. J'ajoute que celui-ci ne m'a pas rendu malade ! J'insiste sur ce point, car des personnes ont déclaré que l'ayant employé, elles ont été très malades. Je me demande si c'était bien la marque Mothersill ou une des contrefaçons, qui abondent.

D'autres voyageurs partagent mon enthousiasme. Peut-être d'ailleurs tout le monde ne supporte-t-il pas de la même façon ce remède.

J'espère qu'on me fera le crédit de croire que je ne suis pas payé pour faire de la réclame à cette marque anglaise. Je n'ai en vue que le désir de rendre service aux malheureux que torture l'affreuse naupathie. Je sais trop bien combien le vertige est pénible !

Dr Bernard.
(*Tanger*).

II

Le mal de mer

Piqûre de 1/4 de milligramme de sulfate d'atropine. 2e piqûre quelque heures après si c'est nécessaire.



L'Actualité Scientifique

La Presse

L'héxaméthylènetétramine n'est pas un diurétique.

Il faut avouer qu'il est parfois difficile de se faire une opinion exacte et précise sur les effets réels d'un médicament donné, et je conviens que les praticiens éprouvent parfois quelque trouble devant les divergences opposées que présentent les conceptions des auteurs.

J'ai analysé récemment un travail du professeur Loeper, dans lequel il préconisait, dans le traitement du diabète, l'association de l'antipyrine et de la formine (héxaméthylène tétramine), les propriétés diurétiques de celle-ci contrebalançant heureusement l'action de celle-là sur la perméabilité rénale.

Or, voici que M. Saad vient à cette heure affirmer que la formine, non seulement n'est pas diurétique, mais encore qu'elle peut bloquer elle-même le rein et provoquer l'anurie.

Quatre observations sont apportées par l'auteur, qui confirment son affirmation.

Il ajoute d'ailleurs que de petites doses (1 gr., 1 gr. 50) sont susceptibles de bloquer le rein ; que cet arrêt de la sécrétion urinaire ne s'observe pas chez tout le monde et que peu de malades se montrent sensibles à cette action inhibitrice. Cette action serait passagère, transitoire et de mécanisme discutable... A qui donc se fier maintenant ? (*Presse méd.*, 27 juin 1923.)

Dystocie par sténose cicatricielle après radiumthérapie

Faut-il recourir à la thérapeutique par les rediations (rayons X, rayons γ, dans les affections utérines des jeunes femmes, et en particulier les métrorrhagies ? Certains auteurs répondent négativement en se basant sur l'action stérilisante des rayons sur les ovaires.

MM. Vignes et Cornil se rallient à cette conclusion négative, au nom des sténoses cicatricielles qui peuvent en résulter du côté du col et des complications dystociques qui, en cas de grossesse et d'accouchement, en sont les conséquences.

Une observation typique sert de base à leur argumentation. La jeune femme en cause avait été soumise à la radiumthérapie intra-utérine pour de petites formations fibromateuses constatées sur la lèvre postérieure du col. Devenue grosse, elle entra en travail 161 jours après ses dernières règles ; la dilatation ne s'amorçant pas, des incisions furent pratiquées sur le col, sans résultat, tant et si bien que M. Vignes dut terminer l'accouchement après perforation du crâne du fœtus et crânioclasie.

Il en tire les conclusions suivantes : « Ne jamais soumettre une jeune femme atteinte de fibrome à la radiumthérapie sans prendre l'avis d'un chirurgien, et d'un accoucheur, si les accidents constatés sont d'ordre obstétrical. Les utérus radiumthérapisés risquent de présenter des lésions scléreuses, et s'il survient une grossesse ultérieure, elle sera interrompue prématurément, par suite de l'inextensibilité de l'organe partiellement sclérosé. Enfin, l'action sclérosante du radium risque de provoquer une dystocie par sténose cervicale ». (*Progr. méd.*, 30 juin 1923.)

Syndrome entéro-rénal et syndrome entéro-hépatique.

Après avoir rappelé brièvement les caractéristiques de ces deux syndromes, à l'origine desquels se trouvent une colibacillose, mon bon confrère et ami J. Baumann (de Châtel-Guyon) étudie longuement comment il est possible de réaliser au mieux l'antisepsie intestinale.

On peut d'abord recourir aux moyens physiologiques, qui modifient la flore intestinale, soit en modifiant son milieu vital, soit en atténuant sa virulence, soit en activant les défenses normales de l'organisme. Ce sont : le jeûne, la purgation, la diète hydrique, le régime alimentaire lacto-farineux, l'usage des ferments lactiques, la bactériothérapie (vaccins spécifiques, vaccins non spécifiques, bactériophage de d'Hérelle), l'opothérapie biliaire.

Les antiseptiques chimiques ont une action plus incertaine ; ils peuvent être employés temporairement pendant de courtes périodes. Ce sont : la formine, l'huile de Haarlem, l'acide benzoïque et les benzoates, l'acide salicylique et les salicylates, le peroxyde de magnésium, la chloramine, associée à l'agar-agar, l'acide lactique, le charbon (animal ou végétal).

Parmi les agents mécaniques recommandables, l'auteur cite l'entéroclyse, — avec le sérum physiologique ou des solutions mucilagineuses et gélosées, — employée à de rares intervalles ; mieux le goutte à goutte rectal ou encore le masso-lavage.

Les cures thermales indiquées sont ou diurétiques (Vittel, Evian, Martigny), ou cholagogue (Vichy), celle-ci complétée par la cure antiseptique et régulatrice de Châtel-Guyon.

L'atténuation et la disparition de l'état infectieux étant obtenues par les moyens qui précèdent, on agira ensuite sur la muqueuse ellemême pour en guérir les lésions, en recourant au chlorure de calcium, au carbonate de chaux, au carbonate de bismuth.

Enfin les obstacles mécaniques qui provoquent et entretiennent les stases sont justiciables de la chirurgie.

L'auteur rappelle excellemment qu'il en est de l'infection intestinale comme de celle des plaies externes : il faut savoir varier les moyens, dont l'action de chacun d'eux finit par s'épuiser, en les employant simultanément ou successivement selon l'opportunité. (*Journal de méd. et de chir. prat.*, 23 juin 1923.)

Pollakiurie diurne et nocturne psychopathique.

Il s'agit de sujets exempts de tare organique génito-urinaire, mais qui, de souche et de constitution névropathique, ont une vessie dont la capacité semble très diminuée et qui, de ce chef, ont des mictions fréquentes et impérieuses, aussi bien le jour que la nuit.

M. Chavigny en rapporte deux exemples, et expose la thérapeutique qu'il a utilisée à leur intention avec un plein succès : elle a consisté à rééduquer la vessie en injectant dans sa cavité une quantité de liquide progressivement croissante, les premières injections étant précédées d'une instillation de cocaïne intra-vésicale. (*Paris méd.*, 30 juin 1923.)

La pyélonéphrite de la grossesse.

C'est une affection relativement fréquente, qui s'observe chez les femmes enceintes vers les 5e et 6e mois de la grossesse, qui affecte de préférence le rein droit, et qui est conditionnée généralement par une bacillose, que favorise elle-même la constipation.

Elle se traduit cliniquement par des douleurs au niveau du point costo-lombaire et des points urétéraux, par de la fièvre, et par des urines purulentes. Au-dessus de la couche abondante de pus qui se dépose au fond du bocal, les urines restent troubles (urines rénales de Guyon). Les mictions sont fréquentes et parfois douloureuses.

La cystoscopie, souvent difficile pendant la grossesse, peut montrer la congestion et l'œdème des méats urétéraux. Le cathétérisme de l'uretère évacue le bassinet de sa rétention.

La valeur fonctionnelle du rein malade est diminuée.

Après l'accouchement, la pyélonéphrite tend à disparaître spontanément d'un rein qui se draine facilement.

Le pronostic est bénin pour la mère, grave pour l'enfant qui naît fréquemment prématurément.

Comme traitement, MM. Duvergey et Dax préconisent les injections intra-veineuses de formine, et le cathétérisme de l'uretère accompagné de lavages du bassinet.

On complètera le traitement avec une bonne hygiène alimentaire (régime lacto-fruito-végétarien), les laxatifs quotidiens.

Quand la colibacillose est en cause, les vaccins de Mauté ou les auto-vaccins se montreront efficaces. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 25 juin 1923.)

Les nouvelles méthodes de traitement des hémorroïdes

A propos du travail de MM. Bensaude et Oury, que j'ai analysé précédemment, M. Bazy rappelle un procédé élégant, qu'il emploie avec succès, et auquel les auteurs précités n'ont fait aucune allusion, c'est celui de la volatilisation des bourrelets hémorroïdaires à la pince chauffée au rouge sombre.

Ce procédé réclame l'anesthésie générale, mais il est d'application facile et simple. L'opération terminée, sans effusion de sang, on panse à la pommade au collargol ou à l'iodoforme. Les suites sont simples.

Etant étudiant, j'ai vu mon vieux maître, Théophile Anger, employer cette méthode qui paraît avoir quelque chose d'archaïque, en effet, en ce qu'elle évoque les anciens cautères, mais qui donne d'excellents résultats (*Journ. des prati.*)

Anesthésie rachidienne et injection intra-rachidienne de cocaïne.

On sait que l'anesthésie rachidienne s'accompagne parfois d'accidents bulbaires dramatiques, et même occasionnellement mortels.

Or, certains auteurs, partisans de la rachicocaïnisation, Jonnesco, Hertz et Bloch, recommandent, pour parer à ces accidents possibles, d'accompagner l'injection anesthésiante d'une injection de caféine dans le canal médullaire.

M. Guibal ayant adopté cette dernière méthode, n'a eu qu'à s'en plaindre et il y a renoncé, après un certain nombre d'essais malheureux.

Il a remarqué, en effet, que les sujets qui avaient reçu une injection rachidienne de caféine, concomitante à celle de cocaïne, présentaient ultérieurement des accidents de parésie, et même paralysie, troubles des réservoirs, escarres aiguës de décubitus, en même temps qu'il notait l'inefficacité absolue préventivement aux accidents bulbaires.

Après avoir rêlaté en détail les observations des malades chez lesquels il a pu faire ces constatations, après avoir discuté impartialement leur cause, il en est arrivé à rejeter l'emploi de la caféine dans de telles conditions.

« L'injection intra-rachidienne de caféine est « incapable de guérir ou de prévenir les accidents « bulbaires de la rachi ; de plus, elle peut entraî« ner des lésions médullaires profondes.

« Inefficace et dangereuse, elle doit être rejetée. J'ajouterai que l'anesthésie rachidienne doit être rejetée comme anesthésie à tout aller

parce qu'elle c'est la plus dangereuse de toutes les anesthésies.

« Elle ne doit vivre que des contre-indications de l'anesthésie générale et se limiter à peu près à la chirurgie des bronchitiques, des hépatiques, des insuffisants rénaux.... Dorénavant, pour les « bons sujets », je suis revenu au vieil éther administré avec le vieil Ombredanne que j'eus tort de délaisser ».

Et maintenant, praticiens mes confrères, vous qui, comme moi, puisez votre documentation dans l'enseignement de ceux que vous considérez comme des maîtres, allez vous y reconnaître dans ces contradictions répétées, où l'éternelle dénégation de Galien s'oppose à l'affirmation d'Hippocrate ! (*Presse méd.*, 4 juillet 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Diabète et insuline. L'élément rénal dans le diabète.

(M. Marcel Labbé. — *Société médicale des hôpitaux* ; 6-7 1923.)

M. Marcel Labbé pense que la majorité des cas de diabète ne nécessite pas un traitement par l'insuline. Les diabètes sans dénutrition et sans acidose, qui sont les plus fréquents, sont justiciables du régime qui fait disparaître l'hyperglycémie et la glyscosurie. L'insuline offre plus d'indications dans le coma ou les menaces de coma, mais là encore une discrimination serait à faire. Il existe, en effet, deux catégories de coma diabétique : l'un survenant chez les diabétiques avec dénutrition et qui ne pardonne point : même si l'on a la chance de guérir le malade par une cure bicarbonatée intensive, l'acidose persiste et tôt ou tard le sujet est emporté par le coma ; l'autre, survenant chez les diabétiques sans dénutrition, à la suite d'un excès de régime carné ou d'une infection, peut entraîner la mort, mais guérit plus aisément par la cure alcaline, et la guérison peut être définitive.

— M. Chabanier répond à M. Marcel Labbé. Les malades qu'il a traités par l'insuline avaient été soumis déjà au régime et ils gardaient, malgré cela, une glycosurie abondante et une forte acétonurie. L'insuline a amené chez eux une chute de la glycosurie et de l'acétonurie, conjointement avec une amélioration de l'état général. Le régime, d'autre part, diminue le sucre par simple diminution d'apport, sans modifier l'état diabétique. L'insuline agit, au contraire, sur le trouble même qui est à la base du diabète. Aussi, l'insuline est-elle utile dans tous les diabètes, dès qu'ils prennent une allure grave.

M. Chabanier envisage ensuite la question du diabète rénal. Pour lui, il en existe deux types. Le diabète rénal pur, d'abord, dans lequel le malade, qui n'est pas hyperglycémique, est glycosurique. Il n'y a pas diabète en réalité , mais un état rénal spécial où le rein laisse passer du sucre dans les urines. Ce diabète rénal pur est très rare. Beaucoup plus commun est le second type de diabète rénal, diabète véritable, où l'état rénal joue un rôle. Voici deux diabétiques, avec une glycémie identique, de 2 gr. par exemple. L'un élimine 200 gr. de glucose urinaire l'autre 40 grammes. Il y a dans les deux cas une différence d'élimination d'ordre rénal. Le premier est un diabétique rénal.

La notion de l'élément rénal surajouté au diabète est importante pour l'administration de l'insuline. Celle-ci fait tomber la glycémie et indirectement la glycosurie. Un malade qui a une forte glycosurie avec une faible glycémie est plus justiciable du régime que de l'insuline.

— M. Chabrol montre, à son tour, l'intérêt de la notion du diabète rénal lorsqu'on a recours à l'insuline. Ce médicament réalisant une hypoglycémie thérapeutique, il ne serait pas sans inconvénient de l'injecter à un diabétique qui, avec 100 à 200 gr. de glucose urinaire, aurait une glycémie voisine du taux physiologique. Toutefois, les exemples de ce genre sont peu fréquents. En règle générale, on est en drait de dire que toute glycosurie est commandée par une hyperglycémie et, en pratique, on peut se contenter, comme l'ont montré MM. Gilbert, Baudouin et Chabrol, de l'examen fractionné des urines pour diriger la cure d'insuline.

— M. Apert pense, comme M. Chabanier, que les diabètes vrais avec adjonction d'un élément rénal sont aussi fréquents que les diabètes uniquement rénaux sont rares.

Phlébite ourlienne.

(M. Pilod, du Val-de-Grâce. — *Société médicale des hôpitaux* ; 6-7 1923.)

La phlébite est une complication exceptionnelle des oreillons et, dans un travail paru en 1912, MM. Hirtz et Salomon n'avaient pu en réunir que cinq observations. M. Pilod en relate un cas nouveau dans lequel une parotidite ourlienne, d'allure bénigne au début, fut suivie d'orchite double et de phlébite du membre inférieur droit, ayant laissé des troubles trophiques et une gêne fonctionnelle longtemps persistante.

MM. Hirtz et Salomon ont considéré la phlébite des oreillons comme une localisation vasculaire de la septicémie ourlienne. M. Pilod pense que, pour

ce qui concerne son malade, une autre pathogénie semble plus probable : la propagation par continuité d'une inflammation veineuse, à départ orchitique, des veines déférentes — atteignant finalement le membre inférieur.

L'auto-hémothérapie dans les pyodermites.

(MM. Pr. Merklen et Hirschberg. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-7 1923.)

Au cours de ces derniers mois, Nicolas (de Lyon) et ses élèves Gaté et Dupasquier ont mis en lumière l'efficacité de l'auto-hémothérapie (injection au malade de son propre sang) dans le traitement de la furonculose et de dermatoses analogues. MM. Merklen et Hirschberg rapportent aujourd'hui quelques faits ayant trait à des pyodermites et à d'autres infections locales diverses qu'ils ont soumises à cette médication. Sur huit furonculoses, ils ont obtenu cinq guérisons et trois échecs. Deux folliculites et une amygdalite œdémateuse ont cédé très rapidement. Une plaie infectée s'est amendée en quelques jours. Une hydroadénite (sur deux) est en voie d'amélioration.

Le traitement auto-hémothérapique a donc procuré ici une majorité de succès et les auteurs se rangent sans hésiter parmi les partisans de la méthode. Ils n'ont pas observé d'accidents. Les incidents signalés jusqu'à ce jour sont d'ailleurs rares et bénins.

Deux injections suffisent souvent à la guérison ; tout au moins procurent-elles une grande amélioration, qu'une troisième ou une quatrième piqûre complètent. Si l'on n'obtient rien après trois injections, il serait inutile d'insister.

Les doses employées par M. Merklen ont oscillé entre 5 et 15 cent. cubes. Les injections de sang veineux furent faites dans la fesse sur-le-champ, tous les 2 ou 3 jours.

On est frappé parfois de la rapidité de certaines guérisons. Des étendues de peau recouvertes de multiples points de folliculites suppurées se sèchent après la première piqûre. De gros furoncles s'affaissent. Quelquefois, par contre, la médication est inefficace. Nous ne savons pas le pourquoi de ces échecs que l'on ne peut connaître qu'en tentant l'épreuve.

On penserait volontiers que tout ce groupe d'affections (furoncles, pyodermites, etc.), ne se développent qu'à la faveur d'une modification humorale qui constitue un terrain déterminé. L'auto-hémothérapie agirait sur ce terrain, par choc hémoclasique peut-être.

Importance médico-légale de la syphilis.

(M. L. Desclaux, de Nantes. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-7 1923.)

M. Desclaux rapporte deux observations montrant l'importance de la syphilis en médecine légale.

La première observation concerne un accidenté qui fut atteint au cours de son travail, sans chute véritable, d'une fracture spontanée du col du fémur gauche. Wassermann positif et signes de tabès incipiens. Le deuxième cas est relatif à une médiastinite syphilitique dans la génèse de laquelle le malade faisait intervenir un choc de minime importance sur la face antérieure du thorax. L'auteur, après examen minutieux des deux patients, conclut à des lésions syphilitiques entièrement indépendantes de tout traumatisme.

Méningite cérébro-spinale à forme pseudo-palustre guérie par choc sérique.

(MM. Brodin, Marquézy et Wolf. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-7 1923.)

L'observation relatée par M. Brodin présente deux particularités : l'évolution de la méningite cérébro-spinale, d'abord, sous l'aspect d'accidents fébriles à type palustre, après une première période d'une symptomatologie classique ; l'action curative, ensuite, d'un choc sérique déterminé par une injection intra-veineuse de sérum anti-méningococcique. Le choc apparut 45 minutes après l'injection c'est-à-dire après une assez longue période d'incubation.

— M. Netter a vu deux fois, dans des circonstances analogues, l'injection intra-veineuse de sérum anti-méningococcique être suivie d'accidents de choc graves : congestion de la face, des yeux, respiration stertoreuse, apnée, refroidissement des extrémités, faiblesse du pouls, perte de connaissance. La première malade put être ranimée au bout d'une demi-heure à force d'injections d'éther, d'huile camphrée, de tractions rythmées de la langue, etc. La seconde malade succomba au cours même de l'injection. Aussi, l'auteur préfère-t-il s'adresser aux injections intra-musculaires, moins dangereuses.

— M. Sergent a observé un cas analogue à celui de M. Brodin, une méningococcémie à type palustre ayant résisté à toutes les autres thérapeutiques et guérie après un choc violent succédant à la vaccinothérapie spécifique intra-veineuse.

Anatomie pathologique des gastrites chroniques.

(MM. Félix Ramond et Jacquelin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-6 1923.)

L'anatomie pathologique des gastrites chroniques est encore assez peu connue, malgré le nombre des travaux parus sur ce sujet. Cela tient à la fragilité de la muqueuse stomacale et aux altérations que cette muqueuse subit dès la période agonique. M. Ramond s'est placé dans des conditions d'étude plus satisfaisantes en faisant l'examen de pièces enlevées chirurgicalement par gastrectomie, pièces qui lui furent fournies par MM. Lejars, Gosset, Lapointe et Pauchet. D'une série de recherches histologiques sur ce sujet, il est apparu à l'auteur que la gastrite devrait être considérée comme un facteur des deux grandes affections stomacales, l'ulcère et le cancer.

Septicémie à staphylocoque doré.

(MM. de Massary et J. Rachet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-7 1923.)

Les septicémies staphylococciques ne sont pas très rares. Le cas de M. de Massary offre deux détails intéressants : l'impossibilité de retrouver la porte d'entrée du staphylocoque, et la difficulté du diagnostic en l'absence de toute métastase clinique. Il s'agit d'une malade admise à l'hôpital avec un syndrome rappelant la fièvre typhoïde : céphalée, prostration, épistaxis, évolution progressive. La nature de l'affection fut révélée par l'hémoculture. L'autopsie apporta une vérification en montrant des embolies microbiennes dans les reins.

Epingles de nourrice avalées par des nourrissons.

(M. Ombredanne. — *Société de chirurgie* ; 27-6 1923.)

Nous avons signalé, il y a quelque temps, une discussion, soulevée à la Société de chirurgie, concernant le traitement des épingles de sûreté avalées par les nourrissons. M. Ombrédanne relate, aujourd'hui, deux observations de tailles duodénales pratiquées avec succès pour extraire des corps étrangers de ce genre. L'auteur se décida à intervenir chez le premier enfant en raison de la position défavorable, pointe en bas, de l'épingle ; chez le second, en raison du maintien en place, sans changement, du corps étranger (une broche) pendant six jours. Avant de prendre le bistouri dans ce deuxième cas, M. Ombrédanne essaya de faire ingérer au petit patient de fines queues d'asperges et quelques menues côtes de céleri dans le but d'entraîner la broche au milieu des fibres enchevêtrées de ces végétaux. Le résultat ne fut pas celui qu'on espérait, quoique l'enfant (élevé au sein) n'ait été nullement incommodé par cette alimentation inattendue.

Au point de vue opératoire, M. Ombrédanne s'est bien trouvé de faire sortir la pointe de l'aiguille à travers la paroi duodénale, en un point avasculaire et, saisissant ladite pointe, d'inciser l'intestin sur ce repère.

Les deux petits malades ont parfaitement toléré l'intervention et ont tous deux guéri.

P. L.

Toulouse

Société de médecine.

Une épidémie de zonas.

M. Pujol présente sous ce titre quatre observations de zonas (3 femmes et un homme) qu'il a été amené à constater dans trois maisons voisines, dans l'intervalle de quelques semaines : trois de ces observations concernent des zonas thoraciques, la quatrième un zona du nerf cubital.

Les deux premières atteintes concernent deux femmes passant une partie de leurs journées ensemble et travaillant dans le même atelier : l'une d'entre elles fréquentait tous les jours une autre femme tenant un magasin de papeterie, et cette dernière recevait fréquemment, le soir, la visite d'un homme, qui fut également atteint. Les périodes d'incubation durèrent dans les 4 cas environ une semaine.

Au point de vue clinique, ces zonas furent absolument classiques dans leur évolution et s'accompagnèrent d'un léger état fébrile.

Sans aborder à fond la question à l'ordre du jour des rapports du zona et de la varicelle, l'auteur rappelle qu'il existe en ce moment à Toulouse, et en particulier chez les enfants du même quartier, une très grosse épidémie de varicelle : à noter que deux des malades atteintes de zona avaient eu la varicelle.

Le caractère infectieux du zona paraît à l'heure actuelle universellement démontré, la contagiosité paraît hors de doute dans les quatre observations rapportées.

Les kystes amygdaloïdes, origine épithéliale du tissu lymphoïde.

M. J.-P. Tourneux, après avoir retracé l'histoire des kystes branchiaux et rappelé sur quels principes repose leur classification, passe en revue les différentes particularités de ces formations, et s'attache principalement à l'étude des kystes amygdaloïdes.

Il montre que, contrairement à l'opinion admise, la structure propre de l'épithélium ne constitue pas un élément sur lequel on puisse se baser pour caractériser un kyste amygdaloïde, car cet épithélium peut varier de nature, être pavimenteux, stratifié, mixte, ou prismatique cilié, ce qui se comprend d'ailleurs aisément, étant donné que le revêtement épithélial est en rapport avec la date de l'inclusion endodermique de la 2e fente et ne fait que traduire les différents stades évolutifs de la muqueuse bucco-pharyngienne.

Le seul élément de diagnostic sur lequel on puisse s'appuyer, en dehors de la situation anatomique de ces kystes, situés latéralement sous le sterno-cléido-mastoïdien, est constitué par l'existence d'une couche de tissu lymphoïde, dont l'importance avait déjà été signalée par A. Pilliet en 1889, et qui ne se rencontre que dans les formations dérivant de la région pharyngienne.

Cette couche lymphoïde double l'épithélium dans toute son étendue, et en de très nombreux points, on constate que cellules lymphoïdes et cellules épithéliales sont en relations tellement intimes, qu'il est impossible de reconnaître les limites réciproques de ces deux couches. Les éléments lymphoïdes ne viennent pas envahir la couche épithéliale, comme un examen superficiel pourrait le faire croire, mais ils y prennent naissance aux dépens des éléments épithéliaux : ce qui prouve, comme l'a d'ailleurs montré M. Retterer, que chez l'adulte, les cellules épithéliales continuent à fournir des éléments conjonctifs d'après un processus identique, quoique moins actif, à celui qui

préside chez l'embryon au développement de l'ébauche conjonctive, c'est-à-dire du mésenchyme.

Activation du pouvoir hydrolysant de la pepsine par le thorium X.

MM. Averseng et Maurin ont fait agir sur une quantité déterminée de sérum de cheval diverses préparations de pepsine, les unes non activées, les autres radio-activées par des doses variables de thorium X. Après un séjour variable à l'étuve à 37°, on a titré par la méthode de Sorensen les acides aminés formés, et la quantité de groupements aminés mis en liberté mesure l'activité du pouvoir hydrolysant de la pepsine.

Les résultats des recherches ont été les suivants :

1) Des faibles doses de thorium X (10 à 100 microgrammes) ont augmenté dans les premières 24 heures d'un tiers environ les acides aminés formés. Au-delà de ce délai, l'action activante décroît, et au bout de 3 jours, les proportions d'acides aminés sont sensiblement les mêmes dans la solution radioactivée que dans la solution témoin.

2) A doses plus élevées, et surtout à partir de 200 microgrammes, le pouvoir diastasique de la pepsine est au contraire diminué par le thorium X et cela, dès le début de l'expérience.

Résultat éloigné d'un cas de prothèse crânienne par plaque métallique.

M. Gorse communique l'observation d'un ancien blessé du crâne auquel il a récemment enlevé une plaque de prothèse en aluminium.

Ce blessé, rapatrié d'Allemagne en août 1917 avec une perte de substance osseuse dans la région occipitale, et qui présentait des troubles nerveux et visuels, fut opéré le 28 janvier 1918 (ablation d'une esquille, de tissu cicatriciel, et mise en place d'une plaque fixée par 3 vis).

Les suites opératoires, pendant les 3 premiers mois, furent excellentes, puis apparurent des vertiges, de la céphalée, des crises d'épilepsie se reproduisant tous les 2 mois et enfin, en novembre 1922, de la suppuration au niveau de l'ancienne plaie opératoire. Le malade entra à l'hôpital militaire de Toulouse le 1er mars 1923, et on procéda à l'ablation de la plaque d'aluminium qui présentait en deux points une perte de substance irrégulière.

Depuis l'intervention, le malade a été très amélioré : la céphalée a presque totalement disparu et il n'a présenté que deux crises frustes d'épilepsie après de très grandes fatigues.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

CLIMATOLOGIE

Les éléments et les adjuvances de la cure climatique à Pau (1)

Par le Dr Lucien Cornet (de Pau).

Depuis près d'un siècle, l'indication de la cure climatique à Pau est la tuberculose pulmonaire chronique dans ses formes congestives, éréthiques et évolutives. Plus l'on se rapproche du début de la maladie, plus l'indication devient pressante et plus le malade a de chances de guérir. Aussi réclamons-nous en première ligne également, au même titre que les tuberculoses ouvertes ou confirmées, les tuberculoses fermées, incipientes ou frustes, groupées actuellement sous le vocable de pré-tuberculose. *Donc, deux grandes indications du climat de Pau : la tuberculose pulmonaire chronique à forme congestive et la pré-tuberculose.*

C'est par rapport à ces deux indications que sont présentés ici, dans un raccourci forcément schématique, les éléments et les adjuvances de la cure de climat à Pau. L'exposé des uns et des autres constitue la meilleure réponse à la question souvent posée : pourquoi à Pau la plupart des phtisiques s'améliorent-ils, et pourquoi certains d'entre eux y guérissent-ils ?

(1) Communication faite au Congrès d'hydrologie de Bordeaux, le 26 avril 1923.

I. Eléments de la cure climatique a Pau. — On peut définir la cure climatique : l'application des ressources d'une station climatique à une maladie chronique. Dans notre station, les ressources spéciales dont bénéficient les tuberculeux sont des plus variées, mais les plus actives paraissent être l'atmosphère, l'esthétique naturelle du lieu et l'hygiène urbaine.

a) *Facteurs atmosphériques.* L'influence des facteurs atmosphériques est prépondérante dans la cure climatique.

S'il est vrai que le vent est la clé du climat de chaque région (Vallot), nous pouvons affirmer, non pas qu'il n'y a pas de vent à Pau, mais qu'il y a absence presque complète de grands vents. Il n'y a pas de vent appréciable parce que la ville est entourée d'une ceinture protectrice de collines. De par ce calme « élyséen » de l'air, le climat palois offre aux tuberculeux dyspnéiques une sorte de collapsothérapie lente, imperceptible et de tous les instants.

Il pleut à Pau ; il y pleut plus souvent la nuit que le jour ; il pleut en courtes averses et non en pluie fine et continue ; la pluie réchauffe la température ; l'eau tombée disparaît rapidement. Voici cinq faits,

tous bien observés. Voici leurs conséquences sur l'orientation de l'organisme tuberculeux : parce qu'il pleut à Pau, on n'y connaît pas la sécheresse de l'air si funeste au poumon congestionné par les poussières que cette sècheresse amasse et par l'irritation que donne la chaleur sèche à la muqueuse pulmonaire. Parce que la pluie paloise est courte, fréquente, à prédominance nocturne, et que, grâce à la porosité et à la déclivité du sol, elle disparaît rapidement, l'atmosphère de la journée se trouve moyennnement humidifiée, ce qui favorise l'hématose. Parce que la pluie réchauffe la température (le fait fut observé par Taylor et expliqué, pour la pluie du littoral atlantique, par Lalesque père) nos tuberculeux, qui sont des réactifs thermiques d'une grande sensibilité, nous disent que c'est lorsque le temps est pluvieux qu'ils éprouvent le maximum de bien-être.

L'état hygrométrique, faible, expliqué par les caractères spéciaux de la pluie à Pau, explique à son tour, avec l'absence de vent perceptible, la douceur de la température.

Le ciel de Pau n'est pas, durant l'hiver, perpétuellement ensoleillé ; c'est sa supériorité sur d'autres ciels en apparence plus favorisés, mais dont l'atmosphère est plus sèche, plus mordicante du fait de cette insolation continue. Pendant la saison hivernale, le ciel de notre station est le plus souvent d'un bleu très pur (*beth ceü*) avec, parfois, quelques nuages qui courent gracieusement de l'ouest vers l'est ; à certains jours, ces nuages s'accumulent et crèvent, déversant sur notre ville la chaleur qu'ils ont empruntée à l'Océan. La nébulosité fréquente et atténuée du ciel de Pau s'oppose au rayonnement du sol et, fait important pour la catégorie de malades qu'elle réclame, notre station ne connaît pas cette opposition brusque, dans la même journée, d'une insolation intense et d'un froid de glace causé par la disparition du soleil et l'apparition du vent, opposition reprochée à certaines stations climatiques.

La température d'une même journée n'est pas seulement égale, elle est douce. Cette douceur est une conséquence de la rareté des vents, de la calorification apportée par les pluies et l'humidité moyenne de l'air et de l'insolation habituelle hivernale. Signalons aussi, parmi les facteurs de clémence de la température, l'absence de brouillards, de neige et de bourrasques.

Ce sont évidemment les facteurs atmosphériques qui jouent le plus grand rôle dans la cure climatique de la tuberculose pulmonaire. C'est leur somme qui forme ce que nous appelons le climat de Pau, au sens étroit du mot : climat.

Un terme résume l'activité physiologique de ce climat : la sédativité. On l'a comparée au chloroforme, ce qui n'est pas tout à fait exact, et au bromure (Valery Meunier), ce qui l'est bien davantage.

Malgré cette action bromurée, le climat de Pau est-il tonique ? Oui, sans doute. Il n'y a aucun antagonisme entre une action tonique et une action sédative. Un médicament tonique relève les forces : action sur la nutrition. Un médicament sédatif calme l'excitabilité : action élective sur le système nerveux. L'observation clinique montre qu'un médicament qui calme l'excitabilité devient pour le nerveux excité un véritable tonique. Il semble bien que, à Pau, le climat, médicament sédatif au premier chef, exerce secondairement une action tonique : « Par le calme apporté dans l'organisme (qui se traduit par la moindre fréquence du pouls, de la respiration, l'apaisement du système nerveux), il y a ralentissement des échanges nutritifs et, par suite, des combustions organiques. C'est à ce ralentissement des combustions qu'il faut rapporter la chute de température qui survient chez beaucoup de malades, après un séjour plus ou moins long ici et sans le secours d'aucun médicament anti-thermique ; et c'est au ralentissement des échanges qu'il faut rapporter l'augmentation de poids qui ne tarde pas à se manifester en même temps que la fièvre tombre (1) ».

b) *Facteurs esthétiques naturels.* Mais le tuberculeux n'est pas seulement un malade du poumon. Il possède un psychisme d'une délicatesse parfois exquise, d'une acuité et d'une variabilité d'impressions souvent déconcertantes. Il y a, parmi les éléments esthétiques naturels du climat de Pau amplement de quoi charmer et captiver cet esprit mobile et capricieux. J'ai recueilli ailleurs (2) les témoignages les plus divers sur la beauté de nos sites ; j'avais oublié — et je répare ici cet oublli — les très suggestives impressions de M. Barrès, dans « *Amori et Dolori Sacrum* » sur le panorama des Pyrénées vues de Pau, l'action sédative du climat et les promenades que l'on trouve aux alentours de la station.

c) *Les éléments hygiéniques* d'un lieu ne sont pas indifférents pour le traitement d'une maladie qui, comme la tuberculose pulmonaire, relève avant tout d'une hygiène rigoureuse : installation filtrante irréprochable (la typhoïde autochtone est, pour ainsi dire, inconnue à Pau, de même que les maladies d'origine hydrique), évacuation des nuisances, propreté de la ville, hôpitaux d'isolement, laboratoires de bactériologie et de chimie biologique, sanatorium. Ces mots vous en disent suffisamment.

II. Adjuvances de la cure climatique a Pau. — Ici aurait été close, il y a quelques années, la communication du plus enthousiaste des vulgarisateurs du climat de Pau. Mais la climatologie médicale, qui est elle-même une branche de la médecine, doit bénéficier des apports de la clinique, du laboratoire et de la thérapeutique. *Nous savons maintenant, plus explicitement qu'autrefois que la tuberculose pulmonaire est une maladie curable, à la condition que l'attaque soit menée à temps, vigoureusement et par tous les moyens.* Voilà qui justifie la question des adjuvances de la cure climatique de la tuberculose. Cette question, d'ordre général, applicable à toute

(1) Lucien Cornet. — Le climat de Pau, in *Notre Midi*, numéro d'octobre-novembre-décembre 1920.
(2) *Loc. cit.*, pp. 975-977.

station climatique pour invalides du poumon, est importante puisque, si elle n'est pas posée, le traitement climatique risque un échec complet.

Les adjuvances de la cure climatique sont entre les mains du médecin traitant, du malade et du médecin de la station. En voici une brève esquisse :

1° *Envoi précoce du tuberculeux.* Nos confrères traitants doivent bien être persuadés que, pour les cas envoyés dès le début à la station climatique, même des cas de tuberculose ouverte et confirmée, nous assistons à des guérisons cliniques qui n'auraient certainement pas lieu sous tel autre climat. J'ai rapporté, l'an dernier, l'observation détaillée (1) d'un jeune tuberculeux qui crachait des bacilles et qui a guéri rapidement à Pau dans l'hiver de 1921. J'ai revu ce malade il y a une huitaine de jours ; la guérison clinique se maintient.

A mes confrères praticiens, je me permets de dire avec insistance : « L'avenir de vos tuberculeux est fonction de leur envoi précoce, l'hiver venu, à la station de cure. Usez de tout votre pouvoir — il est grand, il ne le sera pas assez dans certains cas — auprès des familles de vos clients pour qu'elles se décident à arracher, durant la mauvaise saison, leurs tuberculeux récents et leurs convalescents d'affections pulmonaires aiguës graves (2) aux nuisances atmosphériques (pluies froides, vents, brouillards neige, etc.) de la grande ville. Agir ainsi ne sera pas avouer votre impuissance en matière thérapeutique (nous ne faisons pas mieux que vous à la station de cure) : vous rendrez simplement à votre malade le plus signalé des services.

« Ne dites jamais à vos clients, comme je l'ai recueilli de leur propre bouche : « Allez à Pau et prenez l'air, c'est « suffisant ». Ce n'est pas suffisant, vous le verrez tout à l'heure ».

A nos maîtres qui enseignent dans les Facultés, très respectueusement, je dis : « Pourquoi ne préconisez-vous pas davantage l'envoi du pré-tuberculeux et du tuberculeux initial à la station climatique ? Pourquoi les traités classiques, dont vous assumez l'écrasante organisation, ne placent-ils pas l'envoi hivernal à la station climatique dans le chapitre de la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire ? »

Il faut, en effet, cesser de publier cette contre-vérité que la station de cure climatique *n'est faite que pour les tuberculeux avérés ou incurables. En réalité, elle peut guérir les premiers, elle prolonge les seconds, mais elle sauve tous les autres.* La station climatique doit être désormais considérée comme le préventorium idéal de la tuberculose pulmonaire. Encore une fois, il ne s'agit, pour les pré-tuberculeux, que du séjour hivernal

2° Le malade constitue une adjuvance non négligeable de la cure climatique, par sa volonté ferme et continue de guérir, par son obéissance absolue aux prescriptions médicales. Si le malade capricieux, sceptique ou indifférent, n'a pas auprès de lui une surveillance intelligente et pleine d'autorité, la cure climatique libre est illusoire et l'envoi au sanatorium s'impose.

3° Enfin, le médecin de la station joue un grand rôle : c'est sur lui que, en définitive, repose l'heureuse ou fâcheuse issue du traitement climatique. C'est dire qu'il doit appliquer à son malade, avec prudence, sans défaillance, sans tracasserie, toutes les ressources thérapeutiques dont il dispose.

Nous ne saurions trop nous élever contre cette opinion, qui reçoit l'estampille de certains maîtres de la phtisiologie, et non des moindres : « En dehors de l'hygiène et de la diététique, il n'y a rien à faire actuellement pour le tuberculeux pulmonaire ». Assertion pessimiste, qui tend à stériliser les recherches et les efforts des praticiens, et qui ébranle la confiance du malade dans les médications qui lui sont proposées.

La physiothérapie rend des services. La collapsothérapie opère, dans des cas nettement déterminés, de véritables guérisons. La psychothérapie continue à exercer une action de premier plan dans le traitement d'une affection où le psychisme du malade est le siège de la résistance. La chimiothérapie donne des résultats et en donnera de plus en plus, à défaut de médication spécifique (sérum ou vaccin), à la condition que la loi de Rénon soit respectée (pas de médication univoque : le malade finirait par s'en lasser) et que, avec un médicament de base, on utilise les médications qui s'adressent aux symptômes et à l'état général. Comme médicament de base, nous avons utilisé auprès de certains de nos tuberculeux, depuis près de deux ans, l'iode par voie gastrique et par voie intra-musculaire ; nous publierons les résultats obtenus.

On le voit, l'attitude précocément énergique du médecin traitant, la discipline que s'impose le malade, les utilisations de toutes les ressources thérapeutiques sont des moyens qui développent, secondent, et renforcent singulièrement l'action, déjà puissante par elle-même, du climat de Pau.

(1) Lucien CORNET. — De l'envoi précoce des « pulmonaires » à Pau. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 mai 1922.)

(2) Lucien CORNET. — Pau et les affections aiguës de l'appareil respiratoire. (*Le Médecin français*, 15 septembre 1920.)

Le Congrès du cancer (*Suite*).

(*Strasbourg*, 23-25 *juillet* 1923.)

M. Borrel (de Strasbourg), dans une brillante improvisation, rappelle les idées qu'il a émises, en 1905, à l'occasion de la production expérimentale du sarcome qu'il avait obtenue chez le rat. Il croit à l'action directe, à distance, d'un virus apporté par les cysticerques, car ces parasites, présents dans le foie, sont rares dans la tumeur elle-même. Celle-ci apparaît et se développe, chez les rats dans l'alimentation desquels on a introduit des matières fécales de chats porteurs de cysticerques, ou à qui on a injecté un liquide de macération de ce parasite après filtration et, par conséquent, élimination de toute cellule néoplasique.

S'agit-il d'une symbiose ou d'un microbisme pur? La réponse à cette question doit encore être réservée.

Le cheval est l'animal le plus cancéreux et, chez l'homme, 66 p. 100 des cancers siègent sur le tube digestif. Il y a là une constatation qui éclaire l'étiologie de ces néoplasmes, étant donné que l'on boit de l'eau qui peut avoir été souillée de déjections et que l'on consomme des légumes et des fruits, des fraises, en particulier, cultivées sur des terres chargées de fumier. De même, les demodex peuvent être les agents préparants du cancer de la face, fréquents dans les régions recouvertes de poils et mal lavées.

L'intervention du système pigmentaire est aussi probable et les substances irritantes peuvent être transmises à l'épiderme, comme le pigment l'est des cellules basales aux cellules ectodermiques. Certains éléments sont plus récepteurs que d'autres, ceux qui constituent les nævi, par exemple, proliférations bénignes facilement inoculables avec succès.

Le goudron provoque une accumulation formidable de chromatophores, au point où il est appliqué.

M. Bayet (de Bruxelles) insiste sur l'identité de la maladie du goudron et de l'arsenicisme chronique; les symptômes sont semblables, on retrouve dans le sang, les poils, les ongles, les tumeurs des ouvriers qui travaillent le charbon ou le goudron, des quantités d'arsenic 200 fois supérieures à celles qui sont considérées comme physiologiques. Contrairement à ce qui a été dit, on a toujours trouvé dans le charbon, le goudron, les agglomérés, de l'arsenic, parfois en quantité considérable, lorsque les recherches ont été bien faites.

Il ne s'agit pas d'ailleurs d'une intoxication en masse, mais d'un empoisonnement chronique, excessivement lent, par doses indéfinitésimales, ioniques, et il faut plusieurs années pour que les pigmentations et la tumeur apparaissent.

M. Deelmann (d'Amsterdam) présente un certain nombre de moulages en arc, représentant, à un fort grossissement et en couleurs variées, des coupes histologiques de cancer du goudron à ses trois stades : hypertrophique, précancéreux, cancéreux.

M. Maisin (de Louvain) parle des influences générales qui concourent à l'éclosion du cancer. Les doubles badigeonnages au goudron donnent plus de succès, les rayons X appliqués à distance de l'endroit goudronné provoquent un déclanchement plus rapide, alors qu'en irradiant directement, on retarde l'apparition du cancer, ce qui ne peut s'expliquer que par une action générale à distance.

M. Bruno-Bloch (de Zurich) a étudié, sur les lapins, la production du carcinome expérimental par les rayons X. Il faut une action longue et prolongée pour y parvenir, deux séances par semaine pendant trois ans. L'avantage du procédé consiste dans un dosage exact et l'invariabilité de l'agent cancérogène.

MM. Roussy, Leroux et Peyre (de Paris) signalent que dans l'application du goudron, le long de la colonne vertébrale, le point interscapulaire présente un néoplasme plus tôt et s'accroissant plus rapidement que celui qui apparaît ultérieurement au point sacré.

Les scarifications ne raccourcissent pas le temps d'incubation, le radium non filtré, au contraire, sensibilise le point où il porte son action.

M. Daels a constaté que la transformation cicatricielle réduit les dispositions à contracter le cancer expérimental et que l'injection préalable de goudron sous la peau a une action empêchante sur sa production par simple badigeonnage.

M. de Rom (de Gand) admet une influence de la température sur la production du cancer du goudron chez la souris. La température optima du liquide au moment de son application est de 70 degrés. L'épiderme porté à la même température au moyen d'un corps inerte, puis goudronné ensuite est devenu plus résistant. Des contacts répétés avec des corps à 50 degrés favorisent l'éclosion de la tumeur.

D'après M. Bang, la théorie de Virchow n'explique pas la cancérisation. Divisions et cancérisations sont deux choses différentes. La seconde est un phénomène biologique de la cellule qui se réalise sous des influences venant presque toujours de l'extérieur pourvu qu'elles trouvent des conditions nécessaires pour agir.

M. Peyron (de Marseille) fait des réserves sur le rôle du système pigmentaire et des chromatophores dans la genèse du cancer, tel que le conçoit M. Borrel.

M. Delbet, président, propose d'émettre un vœu relatif aux mesures à prendre pour éviter la propagation du cancer par les légumes et les fruits, arrosés ou fumés avec des engrais d'origine animale.

Il est établi qu'un texte sera établi et adopté ultérieurement.

DEUXIÈME SÉANCE.

M. F. PENTIMALLI, de l'Institut pathologique de Naples, chargé du rapport sur le sarcome infectieux des poules, après une introduction dans laquelle il rappelle les travaux de Fujiriani, Peyton, Rous, Murphy et Tyler, travaux qui ouvraient une ère nouvelle dans le domaine de l'oncologie expérimentale, décrit les caractères morphologiques des trois tumeurs transplantables, les plus typiques : sarcome de Rous, myxosarcome de Fujiriani, ostéo-chrondrosarcome de Peyton, Rous et Tytler. Dans le premier, la tumeur détruit complètement les tissus environnants et prend leur place ; dans le second, deux tissus : le tissu sarcomateux et le tissu myxomateux, se développent indépendamment et pénètrent l'un dans l'autre ; dans l'ostéo-chondro-sarcome, on trouve toujours deux formes différentes de tissus, l'un à caractère évidemment sarcomateux, à cellules de type fusiforme dans les régions périphériques, à cellules polymorphes dans les parties centrales où l'on voit toutes les formes de passage de la cellule fusiforme à la cellule cartilagineuse munie de capsules. Quelquefois, mais rarement, on observe dans la tumeur un tissu osseux pourvu de véritable moelle.

Ce qui distingue l'histogénèse de ce sarcome des poules, des néoplasmes occasionnés par les irritants chimiques, mécaniques ou autres, c'est que le facteur « cellule vivante » n'a aucune influence pour la réussite des greffes, celles-ci réussissent avec la tumeur desséchée ou le filtrat des produits de son expression ou macération.

Trois hypothèses peuvent expliquer l'apparition de ce sarcome : un processus de prolifération simple du tissu musculaire destiné à réparer les fibres lisses ; un processus de dégénération qui pourrait bien être le fait primaire quasi-spécifique qui précéderait le processus régénérateur ; enfin, un processus purement inflammatoire, difficile à disjoindre du premier puisqu'ils se trouvent associés et que, histologiquement, il est impossible d'en faire la séparation.

L'interprétation la plus rationnelle est de considérer les éléments cellulaires de la tumeur comme de simples myoblastes dont l'évolution ultérieure serait entravée par le développement simultané de la tumeur qui, elle, tirerait son origine uniquement de la prolifération du résidu des éléments mésenchymateux du tissu.

M. Pentimalli étudie ensuite : l'évolution de la tumeur greffée et les conditions du greffage, les facteurs étiologiques et prédisposants, les métastases, les propriétés infectantes du sang qui siègent peut-être dans le plasma, sûrement dans les globules rouges, à moins que ceux-ci n'aient été accompagnés dans le sédiment de centrifugation par des cellules néoplasiques circulantes, et il termine par le mécanisme de production de l'immunité qui est plutôt une action anti-complémentaire qu'une réaction spécifique due à un système d'antigène avec un anticorps.

Il conclut à l'action d'un virus inconnu, provoquant la constitution d'une tumeur avec tous les caractères des sarcomes de l'homme (structure histologique, rapidité de développement, propriétés envahissantes et destructives, récidivantes et métastasiques).

M. H. RUBENS-DUVAL (de Paris) résume son rapport sur les réactions locales et générales de l'organisme à l'égard du cancer. Il commence par établir leur existence. Si l'organisme se tient le plus souvent sur la défensive, s'il s'accommode parfois du voisinage de l'ennemi, ses offensives sont rares et timides. Un temps d'arrêt dans l'évolution d'une tumeur maligne est, vraisemblablement, dû plutôt à une réaction du milieu qu'à une diminution spontanée de l'action nocive de la tumeur. Il n'est guère admissible que la néoformation de cellules cancéreuses soit un acte de défense contre un parasite hypothétique ; des modifications de composition chimique d'un terrain appauvri en éléments défavorables à la croissance des tumeurs sont suffisantes pour expliquer la disparition de ces dernières. Des faits bien établis démontrent la réalité des actions de défense. Aux stades initiaux, c'est le rétablissement de l'équilibre existant normalement entre les cellules épithéliales et le tissu conjonctif ; si ces deux sortes d'éléments se *compensent*, la tumeur reste bénigne, sinon elle devient maligne. En outre, les bourgeons épithéliaux peuvent subir une maturation cornée ou se désintégrer par le fait d'une réaction inflammatoire qui n'est pas le fait d'une infection secondaire. Ce type de polynucléaires a été observé par Roussy.

Aux stades plus avancés, aux réactions locales que l'orateur va étudier en détail, s'ajoutent des réactions ganglionnaires, humorales et nerveuses.

Les premières consistent dans la surproduction des papilles conjonctives, dans l'apparition de tissu réticulé, de lymphocytes et de moyens mononucléaires constituant, à la fois, une barrière qui isole les cellules anarchistes et un filtre qui règle les échanges et élimine les produits de sécrétion. Des mastocytes, des éosinophiles à deux noyaux, des macrophages viennent prendre part à la lutte qui prend le type d'un processus inflammatoire ; celui-ci, pour être favorable, ne doit pas être excessif, sinon les poisons cancéreux, mis brusquement en liberté en trop grande quantité, lèsent les tissus sains et gênent les opérations défensives.

D'autres fois, des fibroplastes apparaissent, élaborent du collogène, des cellules cartilagineuses et même osseuses, édifient un barrage solide qui peut se calcifier. Les radiations en favorisent l'établissement.

Les lymphatiques, les vaisseaux préexistants se sclérosent et s'oblitèrent, tandis que se forment de nouveaux vaisseaux sanguins, réservés au seul tissu conjonctif en réaction. Les rayons X et le radium, à la condition de n'être ni en excès ni en défaut, aident ces modifications.

M. P. Masson a signalé des phénomènes d'inversion de la polarité cellulaire ; les produits de sécrétion glandulaires, au lieu de s'accumuler dans l'intérieur

sont déversés dans le tissu conjonctif adjacent où ils déterminent une irritation suivie de la formation de précollogène qui étouffent les cellules cancéreuses.

M. RUBENS-DUVAL passe brièvement sur les réactions humorales, sur les moyens de les exciter et de les ralentir, ainsi que sur l'intervention des glandes à sécrétion interne qui peuvent participer à l'immunisation, soit par leur sécrétion, soit par une action sur le métabolisme des substances minérales ou organiques. Il termine par le rôle du système nerveux, du moral, sur la force de résistance de l'organisme.

(*A suivre.*)

Ch. SCHMITT.

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes

Besançon, août 1923.

Dr GOMMÈS (Paris). — *Un traitement des myoclonies douloureuses dans la maladie de Parkinson.* — Des crises de douleur, et, les suivant immédiatement, des décharges myocloniques dans le membre inférieur (à forme de mouvements de pédale) enrayées par des injections de cocaïne et antipyrine en dilution dans 10 cc. de solution saline isotonique pratiquées dans la région du nerf tibial postérieur. Procédé de repérage de ce nerf, qui doit se faire en projection cutanée et en profondeur ; le prendre à la jonction de ses tiers supérieur et moyen.

Dr GOMMÈS (Paris). — *Paralysie du moteur oculaire externe après injections épidurales.* — Observation, sans autre cas analogue encore publié, d'injections épidurales des tovaïne, faites selon la technique habituelle, trois à 5, 6 jours d'intervalle qui ont été suivies d'une paralysie temporaire, de 15 jours de durée, du nerf de la VIe paire.

Femme de 35 ans, soignée auparavant sans succè pour algie hypocondriaque de la région coccygienne Wassermann négatif, guérison. Mais apparition du trouble oculaire 2 jours après la 3e injection.

Il y a sans doute eu diffusion du liquide le long des troncs nerveux sacrés.

A ce propos, l'auteur donne une nouvelle explication des paralysies du VI consécutives aux anesthésies rachidiennes : la diffusion dans le liquide céphalo-rachidien et l'ascension par les trous de Magendie et de Luschka jusqu'aux eminenteres rares très superficiellement placées, et venant les lécher en quelque sorte, d'une substance suffisamment diffusible et volatile pour pouvoir parcourir tout ce trajet. Ce serait ici un amino-alcool (amino-carbinol) base de la molécule stovaïne (de même que l'amino-pentanol dans la molécule novocaïne), mais absent de la molécule cocaïne, qui dérive d'un groupement fonctionnel différent.

Les Livres

MALOINE, éditeur.

Pourquoi et comment pratiquer la cure solaire, G. LÉO et C. RÆDERER. (Petite collection orthopédique C. Rœderer).

Un nouveau et excellent petit livre de la collection orthopédique C. Rœderer.

Une première partie est consacrée à la cure solaire, l'héliothérapie sur toute la surface du corps. Une seconde partie au pansement solaire, l'héliothérapie sur les plaies, les brûlures, les moignons, etc.

Dans la première, les auteurs s'appliquent à montrer l'utilité d'une discipline et d'une méthode qui seules permettent de considérer l'héliothérapie comme une véritable thérapeutique. Ils insistent sur les conditions du traitement à la ville, à la campagne, à la mer, selon les données atmosphériques : soleil, vent, température, saisons, et donnent de très pratiques conseils sur l'organisation technique de la cure, tableau de progression, matériel, arrangement des logettes, etc.

Ils passent en revue les principales indications : rachitisme, convalescences, diasthèses, tuberculoses locales et les etats généraux habituels.

Dans la seconde partie, ils insistent sur l'évolution, clinique, biologique, bactériologique et cytologique, d'une plaie traitée par le pansement solaire et s'efforcent de fixer le processus de réparation.

Ouvrage clair, de lecture facile, bien construit, dont il existe deux éditions : une première réduite à la technique, à l'usage des familles, et la seconde, complète, comprenant les indications et les discussions biologiques à l'usage des praticiens.

VIGOT frères, éditeurs, rue de l'Ecole-de-Médecine Paris.

Manuel de syphiligraphie pratique, Henri DROUIN, chef de laboratoire à l'hôpital Broca. In-8, 1923, 596 pages, avec 103 figures, préface du Dr HUDELO, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Prix : 20 frs.

Ecrit pour les praticiens, le *Manuel de syphiligraphie* du Dr Henri Drouin est un guide précis où le médecin pourra trouver la solution de tous les problèmes cliniques et thérapeutiques qui se posent aujourd'hui en présence d'un syphilitique.

L'auteur, chef de laboratoire à l'hôpital Broca, syphiligraphe autorisé, a eu pour but dans son

manuel — but qu'il a pleinement atteint — de dire sous une forme claire et concise tout ce que le médecin doit savoir en matière de syphilis. Les travaux les plus récents, soumis à une juste interprétation, viennent à leur place, à côté des données classiques anciennes. Les pages écrites par le Dr Drouin sur la séro-réaction, l'arsénothérapie, le mercure, la bismuthothérapie, par exemple, permettront au praticien d'instituer, pour chaque cas, un traitement en conformité avec les acquisitions les plus nouvelles de la syphilithérapie. La cure au bismuth, en particulier, dont l'application est si simple et dont l'efficacité est voisine de celle de la cure arsenicale, est longuement étudiée par M. Drouin qui la connaît bien puisqu'il en est lui-même un des promoteurs.

L'ouvrage, orné de 101 figures, offre un autre avantage : son prix très modeste.

P. L.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

G. Rodillon, docteur ès sciences, docteur en pharmacie. — **La séro-réaction de Wassermann rendue simple et précise.** (1 vol. in-8°, 1923, 160 pages. Prix : 8 francs.)

Condensant tout ce qui se rapporte à la sérologie, l'auteur donne une nouvelle et ingénieuse méthode de perfectionnement à la séro-réaction de Wassermann, qui présente de grands avantages : grande précision dans l'obtention des résultats, rapidité et simplicité d'exécution et utilisation d'un matériel très restreint permettant ainsi à tout praticien, médecin ou pharmacien, même fort peu outillé, de pratiquer lui-même, s'il le désire, la réaction de Wassermann en toute sécucrité.

Indépendamment de cette nouvelle méthode, l'auteur résume ce qui se rapporte aux différentes méthodes de Wassermann : matériel à employer, technique à suivre, causes d'erreur à éviter, exposé et étude critique des nombreuses méthodes connues, conclusions cliniques à tirer des résultats. De plus, il donne la technique de la réaction de Wassermann sur le liquide céphalo-rachidien, ainsi que celle au benjoin colloïdal.

Toutes ces méthodes sont exposées explicitement sous la forme de tableaux simples, clairs, concis, et cet ensemble est complété par un lexique donnant la signification des termes utilisés en sérologie ainsi que par une bibliographie permettant au besoin de pousser sa documentation plus avant.

C'est donc un livre utile à tout médecin ou pharmacien soucieux de se tenir au courant.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Pr Masson. — **Tumeurs. Diagnostics histologiques.** *Tome II du tome XXVII : Diagnostics de laboratoire*, du Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix (un vol. in-8°, 1923, 163 figures, 6 planches couleurs. Prix : 50 francs).

Bien des examens cliniques doivent être contrôlés par la recherche microscopique. L'anatomie pathologique, après avoir occupé une place considérable dans l'enseignement, semblait avoir perdu, il y a quelques années, son rôle de premier plan, parce qu'on ne lui trouvait que peu d'explications pratiques. Cependant, la biopsie rendait d'inappréciables services à ceux qui savaient lire une coupe histologique.

Depuis plusieurs années, la question des cancers a été remise à l'ordre du jour. Elle a nécessairement comporté une étude anatomique extrêmement fouillée. Comment, en effet, discerner, sans microscope, une tumeur d'une lésion inflammatoire ; comment aussi savoir la nature d'une tumeur et déterminer son caractère de bénignité et de malignité si précisément, on manque de l'examen histologique ? Les inflammations elles-mêmes ont des caractères spéciaux qui, dans bien des cas, permettent de remonter à l'agent pathogène. Aussi n'est-il pas douteux qu'une étude histologique des tissus altérés, isolés par biopsie, ou par l'intervention chirurgicale, devient maintenant indispensable. Cette étude doit également servir de contrôle à la thérapeutique.

Toutes ces questions sont traitées dans cet ouvrage, dû à M. Masson, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Strasbourg. Ce livre, enrichi de très belles planches, sera de la plus grande utilité pour le praticien, comme pour l'étudiant ; il leur permettra de lire une coupe et de tirer de son examen les conclusions utiles.

G. F.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DU P.C.N.

Comme suite aux articles de notre ami Decourt parus dans les *Concours* du 26 août dernier et 2 septembre, nous croyons intéressant de publier cette lettre « vécue » d'un de nos confrères, qui vient corroborer les idées émises par Decourt, idées excellentes d'ailleurs qui sont nôtres, et sur lesquelles nous aurons à revenir pour préciser certains points sur lesquels on peut discuter.

N. D. L. R.

Mon cher Confrère,

Bravo pour votre article du *Concours Médical* du 26 août relatif au P.C.N. Vous y défendez une idée que bien des praticiens partagent, j'en suis convaincu. Mais nous n'avons ni votre talent ni votre autorité pour la soutenir dans la presse. Continuez donc ce bon combat. On n'a pas le droit de faire perdre (le mot n'est pas trop fort), aux étudiants en médecine, une année, à rabâcher des matières qu'ils ont étudiées suffisamment depuis la philosophie, alors que le « struggle for life » sévit dans toutes les carrières de l'activité humaine et que la durée des études médicales suffit à peine à mettre le futur praticien en possession du minimum de connaissances indispensables à l'exercice de l'art de guérir.

Voulez-vous, pour illustrer votre thèse, mes impressions personnelles ? Oh ! elles sont déplorables et nulle année de mes études ne m'a laissé le même arrière-goût d'inutilité, de temps perdu, que ce P.C.N. que j'accomplis il y a 19 ans, dans une grande faculté de province.

La physique ? Un professeur éminent, savant distingué, passa la majeure partie de l'année à nous développer la théorie des ondes, de leurs interférences, le calcul de leurs longueurs, etc. C'était tellement soporifique et sans intérêt pour nous, que nous l'avions surnommé « le trypanosome » par analogie avec le parasite de la maladie du sommeil.

Dans tout cela, rien de pratique, rien même qui pût servir à un futur oculiste, auriste ou radiothérapeute. Je me vois encore pâlissant sur les sinusoïdes représentant les mouvements ondulatoires (si j'ai bonne mémoire), car je me suis hâté d'oublier ce fatras mathématique inutile et encombrant) sur les abcisses, les ordonnées, etc.

Quant aux travaux pratiques — ou prétendus tels — j'ai mémoire d'avoir peiné toute une matinée sur un certain « Pont de Weaston » qui devait, si je ne me trompe, servir à quelque chose de pratiquement très vague, en électricité.

Eh bien ! prenez le radiologiste le plus éminent, l'électrothérapeute le plus averti et demandez lui combien de fois il eut à faire usage de ce fameux « Pont », *en clientèle. J'ose croire qu'il* ouvrira de grands yeux ébahis à votre question.

Ajouterai-je qu'à l'examen, le dit professeur m'interrogea sur les appareils récepteurs de TSF, alors dans toute leur nouveauté ? Voilà, n'est-il pas vrai, qui est bien médical !

La chimie ? Ici encore, répétition du même refrain : révision mal aiguillée des matières du bachot. Avec cette différence que le professeur choisit avec plus de liberté qu'au lycée les sujets qui l'intéressent particulièrement, ou sur lesquels il croit avoir innové, et s'y étend à son gré au détriment du reste. Comme, dans les facultés de province, c'est toujours lui qui interroge à l'examen, il faut savoir à fond son cours ; s'il a traité, par exemple, avec un soin particulier, des matières colorantes dérivées de l'aniline, vous jugez de l'intérêt qu'ont de futurs médecins à bourrer leurs circonvolutions de semblables connaissances.

Les travaux pratiques ? Ils consistent la plupart du temps à découvrir, à l'aide des réactions classiques, l'acide et la base d'un sel. Voulez-vous me dire, cher confrère, combien de fois depuis que vous exercez, vous avez eu à prendre une « liqueur proposée », à la traiter par HCl, puis, par H^2S, à filtrer, etc., etc., pour aboutir à vous convaincre que du sulfate de soude, par exemple, est bien composé de sodium et d'acide sulfurique ?

A noter que les quelques dosages qui peuvent être utiles, je ne dis pas aux médecins, mais aux propharmaciens, seront enseignés et pratiqués lors des travaux pratiques de chimie biologique et pathologique, en 3e année de médecine. On apprend alors en même temps à en *interpréter les résultats*, chose indigne de l'attention des professeurs de facultés des sciences, essentielles pourtant pour le médecin.

La botanique ? Vous avez dit, mieux que je ne le saurais faire, son inutilité. A quoi la con-

naissance de la disposition des faisceaux libéro-ligneux chez les légumineuses, ou de la reproduction des thallophytes, m'aidera-t-elle plus tard à diagnostiquer une fièvre typhoïde, à traiter une métrite ?

C'est l'affaire du pharmacien de reconnaître la racine de valériane, de la racine d'asclépiade ; peu me chaut que l'une ou l'autre soit douée d'un héliotropisme positif ou négatif, du moment que j'en connais l'application thérapeutique et la posologie.

Et ici encore, lors de la préparation du 4e examen, l'étudiant en médecine apprendra, en 4e année, tout ce qu'il lui est utile de savoir sur les plantes médicinales.

Arrivons à la zoologie. Oh ! là, les partisants du P.C.N. ont beau jeu de chanter victoire. On étudie les grandes lois biologiques, etc.

Mais non, cher monsieur. On passe deux semaines, par exemple, à apprendre la disposition des métamères chez l'amphioxus ; on vous enseigne que le cheval est périssodactyle, et le chien, artiodactyle. Aux travaux pratiques, vous disséquez une grenouille : cela vous montre qu'elle possède un estomac, un intestin, un foie, etc. chose dont vous vous doutiez bien un peu. Dira-t-on que ces exercices vous préparent à la dissection humaine en vous donnant une certaine habileté manuelle ? Mais non : c'est tout autre chose d'ouvrir d'un coup de ciseaux l'abdomen d'un batracien et de regarder en une matinée la disposition de ses organes internes, que de suivre minutieusement, durant de longues séances, les ramifications d'un nerf humain, d'étudier ses rapports, ses anastomoses. La dissection telle qu'on la pratique au PCN ne peut au contraire que donner de mauvaises habitudes aux futurs anatomistes, il me semble.

Il me souvient, excusez cette parenthèse, d'un camarade pince-sans-rire, qui, informé par le chef de travaux pratiques qu'il aurait à la séance suivante à disséquer l'écrevisse, et invité à se munir en conséquence des instruments nécessaires, fit notre joie, en sortant gravement, la fois d'après, de sa poche, un couteau de table et une fourchette !

Ce qui m'est resté de plus net du cours de zoologie, c'est la boutade suivante du professeur. Un jour qu'il nous avait longuement parlé du développement parthénogénétique des œufs d'oursin en présence d'eau chargée d'acide carbonique, il conclut en disant : « Néanmoins, Messieurs, plus tard, quand vous serez à votre tour, pères de famille, je persiste à croire que vous pourrez sans danger laisser entre les mains de vos filles des siphons d'eau de selz ; si elles doivent avoir des enfants, je présume qu'elles s'en tiendront à la bonne vieille méthode classique. »

Qu'on maintienne le PCN, tel quel, pour les candidats aux licences ès sciences et à l'agrégation ès lettres, si l'on veut ; mais qu'on en débarrasse les futurs médecins.

Nous avions tellement le sentiment de l'inutilité de ce qu'on nous enseignait, que tous ceux d'entre nous qui pouvaient avoir une introduction auprès d'un médecin ou d'un chirurgien des hôpitaux, faisaient l'impossible pour être admis comme bénévoles dans leurs services. On venait le matin à la faculté des sciences, on répondait « présent » à l'appel, on bâclait les travaux pratiques et on filait à l'hôpital, où là, du moins on voyait quelque chose d'utile pour l'avenir.

Opportunité d'une année de « débourrage », de « jetage de gourme » ménageant la transition entre le potache d'hier et le stagiaire d'hôpital de demain ? Oui, mais consacrez-la, cette année, à quelque chose de médical. Apprenez à ce grand gosse qu'un malade ne se manipule pas comme un ballon de foot-ball ; enseignez lui une propédeutique médicale pratique. Et ne lui laissez pas le temps d'oublier tout ce qu'il aura appris d'utile dans son « Caustier » en lui bourrant le crâne avec la préparation industrielle de l'acide sulfurique, la circulation chez les cryptogames et la reproduction des sauriens.

Pour finir, laissez-moi vous rapporter la définition lapidaire qu'un de mes camarades avait trouvée, en 1904, du PCN : « Une année qu'on fait perdre aux étudiants en médecine, pour légitimer l'existence de budgétivores dans les facultés des sciences. » Nous sommes d'accord, vous, lui et moi, n'est-il pas vrai, mon cher Confrère ?

Dr TORTAT,

Ransanne, par Les Essards.
(Ch.-Inf.)



MUTUALITÉ FAMILIALE

Soyez prévoyants.

Voici septembre........ et la fin des vacances.

Tous ceux des nôtres qui l'ont pu faire, sont allés demander à la mer ou à la montagne le repos et le calme réparateurs des fatigues accumulées pendant les longs mois de labeur.

Ils rentrent au foyer et à la clientèle lestés de grand air, d'énergie, de santé, avec l'impression heureuse de pouvoir encore pendant longtemps faire la nique à la maladie.

Au cours de cet été, sur les plages bretonnes, j'ai rencontré plus d'un confrère bruni par le hâle marin, content de vivre, fier de sa bonne mine et qui me disait : « Hein ! mon vieux ! un mois de cette vie tous les ans, sur les côtes, et avec cela on n'a pas besoin de s'assurer contre la maladie ! »

Et pourtant naguère, en mai, en juin, j'étais assailli de demandes de renseignements sur notre Mutualité Familiale, c'est qu'à cette époque, où la fatigue des mois d'hiver se fait le plus sentir, beaucoup observaient en eux quelque chose qui ne marchait plus aussi bien, ils prenaient peur ; et voyant le moment où il serait peut-être prudent de songer à la prévoyance, ils m'écrivaient.

Parmi ceux-là, un certain nombre, convaincus tout de suite des bienfaits de notre œuvre, m'ont envoyé leur adhésion sans attendre et le Conseil de fin juin a eu la satisfaction de les admettre sans retard parmi nous.

Les autres, le plus grand nombre, sont partis pour leurs vacances en remettant au retour la lecture des documents que je leur avais envoyés. Le grand air, le repos, la détente, les ont remis sur pied, leur ont rendu un peu d'énergie, ...et dame, sous ce regain de force, on oublie vite les préoccupations du printemps. Aussi depuis deux mois, je n'entends plus parler d'eux.

J'étais à Bréhat pour quelques heures, il y a 3 à 4 semaines. Je descendais le sentier abrupt qui mène au petit port de l'île. Tout à coup, j'aperçus devant moi un homme déjà tout blanchi, voûté, semblant oppressé, marchant lentement et s'arrêtant tous les 30 pas comme pour souffler un peu, il avait pourtant une mine superbe. Je le dévisage et, ô surprise, je reconnais notre vieux camarade le Dr H., un de nos malades.

— Quelle bonne surprise de vous rencontrer ! lui dis-je. Comment ça va-t-il ?

— Heu ! heu ! Couçi-couça, mon cher ! Mais pourquoi ne m'avoir pas prévenu de votre visite ici ? Je vous aurais fait visiter les beaux coins de notre île.

— C'est un peu votre faute. Je vous croyais encore à X... et vous ne m'avez pas prévenu de votre retour.

— C'est vrai. Je viens de rentrer ici il y a 15 jours et ne pensais pas vous donner de mes nouvelles avant septembre.

— Et alors, cette santé ? Vous avez une mine superbe de Breton bruni sous le soleil et le vent.

— Oui, j'ai l'air d'aplomb et je suis assez content de moi. Mais vous le voyez, je ne puis faire cent mètres sans reprendre de l'air : mon cœur et mes poumons n'en veulent plus et mes rhumatismes me torturent.

— Pourtant ce beau climat devrait vous retaper plus vite.

— Mon cher, écoutez. Ici je vis dans un air baigné des effluves du Gulf Stream mélangées aux senteurs de nos eucalyptus. Je vis au calme, me contentant de quelques vagues consultations données en passant à de vieilles connaissances et le plus souvent « liberater ». Malgré cela, je me traîne péniblement et je me sens usé. Ah ! voyez-vous ! quand la maladie vous guette, elle finit toujours par vous saisir et quand elle vous tient, elle vous tient bien. On a beau être Breton et vivre à Bréhat ; on a beau être fier de sa force et se croire invulnérable, le jour vient, et vient pour tous, où il faut s'avouer vaincu. Et souvent je rends grâce à notre chère Mutualité Familiale qui m'aide si amicalement à supporter mon fardeau et m'apporte un secours très utile pour m'aider à vivoter ainsi ! Vous ne direz jamais assez à mes camarades de Paris combien je leur suis reconnaissant de ce qu'ils font pour moi, de ce qu'ils font pour tout le corps médical.

— Oui, vous, vous êtes un convaincu par l'expérience, après avoir été un des nôtres de la première heure par principe et solidarité. Mais si vous saviez le mal que j'ai à convaincre les jeunes et à les faire venir à nous !

— Je le sais. Je ne cesse de parler de la Mutualité à tous les médecins qui viennent ici dans notre belle Bretagne. Ils disent comme moi, ils m'approuvent. Mais pour eux, ils ont le temps : ils se portent si bien ! C'est déjà bien assez d'avoir à s'occuper de la santé de leurs clients ! Ils en sont si fatigués qu'ils en oublient la leur ! Et ils s'imaginent tous qu'ils ont le temps de penser à s'assurer contre la maladie possible ou la vieillesse. Seulement, voilà, ils n'y penseront que le jour où la maladie les terrassera et, ce jour-là, nous ne voudrons plus et ne pourrons plus les prendre !..... Mais voici votre vedette. Je vous laisse mon cher Mignon, avec le regret de n'avoir pu causer avec vous que quelques instants. Laissez-moi vous dire : A l'an procahin !

— Je l'espère, mon cher H... et en attendant je vous souhaite bien cordialement un hiver sans trop de souffrances. Au revoir !

Et je gagnais l'Arcouest, sur les vagues bondissantes, tout en songeant à ce que je pourrais bien inventer pour faire comprendre au jeune médecin combien il est coupable de ne pas s'assurer non seulement une retraite pour la soixantaine, mais surtout une indemnité journalière pour les jours de maladie et de chômage forcé.

Car, je ne le répéterai jamais assez. Ce n'est pas quand on se sent menacé qu'il faut venir à nous, il est déjà trop tard, et, chaque trimestre, nous sommes obligés de refuser des candidats qui ont attendu pour songer à nous que la maladie les ait déjà touchés et que pour cette raison nous ne pouvons pas prendre.

Je reste profondément surpris de voir que la plupart de ceux qui viennent à nous ont plus de 35 ans. Pourquoi tant attendre ? Plus on est jeune, plus la prime est faible et plus on a de chances d'être admis. Qu'est-ce à notre époque que 150 fr. annuels pour s'assurer 20 fr. par jour tant que dure la maladie ? Qui, aujourd'hui, ne risque pas à chaque tournant de route le fatal accident d'automobile ? Qui peut se vanter d'échapper à la grippe insidieuse, et même hélas ! je le vois trop souvent, à la sournoise tuberculose, quand on vit comme nous sans cesse au chevet des infectés ?

Je me propose de faire, cet hiver, une revue de mes dossiers et de constituer un cahier de la morbidité médicale en France, basé sur l'expérience des 28 années de fonctionnement de notre Mutualité. Je n'apporterai là que des chiffres et des diagnostics sans aucun commentaire.

J'espère alors que le médecin français, à la vue de ce qui l'attend et le menace, comprendra le danger qu'il court, danger autrement urgent et grave que celui de l'incendie de sa maison, et qu'enfin éclairé, il n'hésitera plus à être prévoyant et à venir à la Mutualité Familiale.

H. MIGNON.

LA CURE DE REPOS ET D'AÉRATION DE LA TUBERCULOSE

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de publier.

C'est un modeste médecin de campagne qui vous écrit : c'est dire qu'il n'a l'intention ni d'attaquer de plus forts, de plus savants, de mieux placés que lui, ni même de maudire.

Et je voudrais pourtant que ces humbles réflexions que je vous soumets ici touchent bien des oreilles, et surtout celles dont les possesseurs exercent dans les villes, notamment dans les grandes villes.

A ces confrères, il arrive souvent de recevoir des pauvres victimes de la tuberculose. L'examen soigné, méthodique, prolongé n'a laissé aucun doute. On prend sa plume et en tête de l'ordonnance qui sera surtout hygiéno-diététique comme il convient, on inscrit : partir *de suite* à la campagne !

Et voilà. Mais ce pauvre malade, avez-vous parfois, sage confrère, réfléchi ce que sera la campagne pour lui, *surtout s'il est de situation modeste*. C'est l'oncle, la tante, le frère, le cousin à qui l'on demande l'hospitalité... pendant que les autres membres de la famille continueront à gagner leur vie à la ville.

Et cet oncle, ce cousin, souvent de situation modeste également, accueilleront de leur mieux le malade, mais dans ces conditions aussi défavorables que possible. Le malade sera souvent chargé de garder et de soigner (! !) les enfants pendant que les autres sont aux champs : il couchera dans la même pièce et souvent dans le même lit qu'un autre.

Et cet état durera trois semaines, un mois, jusqu'au jour où l'humble praticien de l'endroit pénétrera dans la maison, trop tard souvent pour éviter la contamination des jeunes !

Que faire alors, me direz-vous ? Ici je m'excuse humblement de donner un conseil, tel Grosjean... à mon curé. Confrères citadins, ayez le courage de dire la vérité à vos tuberculeux quand vous les envoyez à la campagne. Dites-leur bien surtout qu'ils sont, ou qu'ils vont devenir, ou qu'ils peuvent devenir contagieux ; pensez aux petits qui de toute leur innocence vont cueillir le germe de la mort : de grâce, pensez-y !

Mais, me direz-vous, rien ne s'oppose à ce que la vérité soit dite par le médecin de campagne.

D'accord : malheureusement, ma parole n'a point de valeur. J'aurai beau dire, multiplier les examens faire des analyses de crachats : on me répétera toujours que le Dr X..., qui est très connu..., qui a des titres... n'a rien dit de pareil. Insistons ! nous perdrons un client.

Et puis, de savants confrères avant d'envoyer dans nos campagnes deshéritées leurs malades, donnent des traitements définitifs. « Ne faire que cela le continuer avec persévérance, etc... » Et je ne songe pas à critiquer ! Mais le résultat, c'est que le malade sème la mort autour de lui impunément, et n'appelle pas un médecin, puisqu'il a le traitement, le seul, l'unique, celui qui prévoit toutes les éventualités.

Je m'excuse de ce qui précède et je conclus : faire une petite enquête auprès du malade avant de l'envoyer à la campagne et ne pas lui dire simplement — ce qu'il répète naïvement, mais hélas ! avec trop d'entêtement parfois — qu'il a besoin « d'*un peu* » de grand air et de repos... seulement...

Et laissez-moi croire que le jour où tous les médecins de France feraient ce que je leur demande, la

tuberculose serait moins fréquente, au moins dans nos campagnes... sans qu'il soit besoin d'infirmières visiteuses diplômées.

Dr Cordier.

Nous avons soumis cette lettre à notre distingué collaborateur, le professeur A. Jousset, *qui la commente en ces termes, ce dont nous le remercions vivement* :

Mon Cher Confrère,

Je ne puis qu'approuver le fond et les termes de la lettre du Dr Ch. Cordier qui fait une allusion discrète à mes derniers articles. En traitant du diagnostic précoce de la tuberculose et en parlant incidemment de la prophylaxie campagnarde, je n'ai pas voulu, et pour cause, aborder l'angoissante question du traitement, souvent insoluble, même quand le diagnostic est fait de bonne heure. Ce traitement est une question d'espèce, et plus encore d'espèces, car à côté des indications théoriques se placent les possibilités pratiques ; et c'est précisément l'art comme le devoir du médecin, conseiller de famille, mais aussi du consultant, d'établir un bilan des possibilités et d'en tirer la meilleure conclusion. Dans ce bilan interviennent, à côté de l'état du malade, sa situation sociale et professionnelle, ses ressources, son état normal, son âge, son ambiance etc., et si, *en principe* la campagne vaut mieux que le séjour dans l'air méphitique des grands centres, il est des cas où le *statu quo*, je veux dire un traitement sur place, une hygiène judicieuse, au besoin quelques injections de sérum, semblent préférables à l'installation aux champs, celle-ci pouvant, comme l'écrit justement notre confrère, transformer un désastre en une collection de désastres.

Je n'ai certes pas la prétention de résoudre l'immense problème de la stratégie antituberculeuse, mais il est indéniable qu'un des meilleurs éléments de la lutte réside dans la précocité du diagnostic et du traitement *quel qu'il soit*. Connaître à temps le danger c'est déjà le combattre.

Recevez, mon cher Confrère, l'expression de mes sentiments les plus cordiaux.

Dr A. Jousset,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Médecin de l'hôpital Laënnec.

JURISPRUDENCE

Médecin. — Maisons de santé. — Taxe sur le chiffre d'affaires.

CONSEIL D'ÉTAT

15 juin 1923.

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux,

Vu la requête pésentée pour la société l'Assistance médicale, dont le siège social est à Neuilly-sur-Seine, boulevard Victor-Hugo, n° 26, agissant poursuites et diligences de son administrateur en exercice...... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil d'annuler, pour excès de pouvoir et violation de la loi, la décision, en date du 15 mars 1921, par laquelle la commission supérieure instituée par l'article 66 de la loi du 25 juin 1920 a rejeté son recours contre une décision du 4 septembre 1920 de la commission départementale de la Seine classant la maison de santé qu'elle exploite en première catégorie en vue de la perception de la taxe sur le chiffre d'affaires ;

....

Ouï M. Josse, auditeur, en son rapport ;

Ouï Me Labbé, avocat de la société l'Assistance médicale, en ses observations ;

Ouï M. Berget, maître des requêtes, commissaire du gouvernement, en ses conclusions :

Sur le moyen tiré de ce que la maison de santé exploitée par la société requérante ne serait pas susceptible d'être légalement classée :

Considérant qu'en vertu de l'article 59 de la loi du 25 juin 1920, il est établi un impôt sur le chiffre des affaires faites notamment par les personnes qui accomplissent des actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux institué par le titre 1er de la loi du 31 juillet 1917, et que, d'après l'article 63, le taux de l'impôt est porté à 3 ou 10 % pour les affaires afférentes au logement et à la consommation sur place de boissons et denrées alimentaires quelconques effectuées dans des établissements classés comme étant de seconde ou de première catégorie ;

Considérant qu'il est constant que la Société requérante est passible de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux et qu'il est effectué dans l'établissement qu'elle exploite des dépenses de logement et de consommation sur place de boissons et denrées alimentaires ; qu'il suit de là que cet établissement a pu légalement être classé en vue de la perception de la taxe majorée sur le chiffre d'affaires prévue par l'article 63 de la loi du 25 juin 1920 ;

Considérant, à la vérité, que la Société requérante soutient que la maison de santé dont s'agit ne présente aucun des caractères de nature à justifier son classement comme établissement de luxe par application de la loi du 25 juin 1920 et que le logement et la nourriture assurés aux malades traités dans son établissement ne constituent que l'accessoire des soins médicaux qui leur sont donnés ;

Considérant d'une part, que l'appréciation des divers éléments qui peuvent caractériser en fait l'éta-

blissement en cause, en vue de son classement dans une des catégories prévues à l'article 63 de la loi du 25 juin 1920, a été faite souverainement par la commission supérieure et que cette appréciation repose uniquement sur des constatations de fait, dont l'exactitude ne peut être discutée devant le Conseil d'Etat par la voie du recours pour excès de pouvoir ou violation de la loi ouvert par l'article 64 de ladite loi ;

Considérant, d'autre part, que si la Société requérante entend soutenir que, parmi les dépenses effectuées dans son établissement, toutes celles qui se rattachent plus ou moins étroitement au traitement médical ne peuvent donner lieu qu'à la perception de la taxe de 1.10 %, il lui appartient, si elle s'y croit fondée, de contester la ventilation qui en sera faite par l'administration pour le recouvrement de l'impôt et de faire valoir ses prétentions, — qui sont étrangères à la légalité du classement — devant le juge de la taxe, dans les conditions prévues par l'article 70 de la loi du 25 juin 1920 ;

Sur le moyen tiré de ce que la commission supérieure aurait commis un excès de pouvoir en n'annulant pas la décision qui lui était déférée, à raison « de la composition irrégulière de la commission départementale ».

Considérant que la Société requérante s'est bornée à soutenir devant la commission supérieure que l'établissement qu'elle exploite ne pouvait être classé et que sa situation financière, révélée par la modicité des dividendes distribués, ne lui permette pas supporter la taxe sur le chiffre d'affaires au taux de 10 % ; qu'elle n'a pas demandé l'annulation de la décision de la commission départementale à raison du défaut de qualité de ses membres et que la commission supérieure n'était pas tenue de vérifier d'office la régularité de la composition de cette commission ; que, dans ces conditions, la Société requérante n'est pas recevable à soulever ce moyen pour la première fois devant le Conseil d'Etat ;

DÉCIDE :

La requête susvisée de la société l'Assistance médicale est rejetée.

Commentaires

Cet arrêt s'appuie sur une considération de fait, pour repousser le pourvoi. C'est la commission supérieure qui a eu à constater souverainement si la maison de santé était un établissement commercial, ou l'accessoire de l'exercice d'une profession libérale. Autrement dit, la propriété de la maison est-elle entre les mains de tiers à la profession médicale, ou entre les mains de médecins praticiens ?

C'est encore en se basant sur des questions de fait que le Conseil d'Etat se refuse à établir une ventilation entre les dépenses d'ordre commercial et celles d'ordre médical, effectuées dans l'établissement.

Cet arrêt est intéressant pour ceux de nos confrères, qui, propriétaires d'une maison de santé, dans laquelle ils soignent leurs propres malades, entendent ne pas être assujettis au chiffre d'affaires, mais il ne tranche pas la question.

Nous avons déjà publié, dans le *Concours* (1923, p. 623 et 761) deux jugements du Conseil de Préfecture de la Seine (dont un est déféré au Conseil d'Etat) par lesquels un médecin, propriétaire d'une maison de santé, est assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires, alors qu'il est déchargé de l'impôt sur les bénéfices commerciaux et industriels. Le premier jugement décide que le médecin propriétaire de maison de santé exerce une profession commerciale, puisqu'il héberge ses clients, alors que le second jugement décide que le médecin qui soigne les clients qu'il héberge n'est pas un commerçant.

Le Conseil d'Etat départagera ces contradictions.

Dr Paul BOUDIN.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Décret relatif aux stations thermales, climatiques et de tourisme.

30 *mai* 1923.

Art. 1er. — Les articles 4, 18, 20, 25, 34, 35, 37, 50 52, 54, 64, 72 et 78 du décret du 4 mai 1920 sont modifiés ainsi qu'il suit,

Art. 4. — L'enquête à laquelle il doit être procédé en application du paragraphe 6 de l'article 3 de la loi du 24 septembre 1919, en vue de la fixation des modalités de la taxe de séjour dans les stations hydrominérales et climatiques, est soumise aux formes prescrites aux numéros, 1°, 2° et 3° de l'article 1er du présent décret.

Il y est procédé, autant que possible, en même temps qu'à l'enquête prévue par l'article 1er du présent décret relative au classement des stations.

Le projet de taxe de séjour mis à l'enquête est établi par le préfet, soit à la demande du conseil municipal, soit d'office, en indiquant les atténuations consenties aux membres des familles comprenant trois enfants et plus ; ces atténuations seront aussi avantageuses que celles consenties pour les prix de transport de voyageurs sur les chemins de fer d'intérêt général par la loi du 29 octobre 1921.

Dans les stations où la saison s'étend sur deux an-

nées différentes, si un séjour chevauche sur les deux années, il ne compte que pour un seul séjour, pour le calcul de la durée maximum de quatre semaines pendant lesquelles la taxe est due.

Dans les stations ayant deux saisons distinctes au cours de la même année, il peut être perçu une taxe pour une durée de quatre semaines au cours de chacune des deux saisons.

Lorsque la taxe a pour assiette le prix de location, ce prix de location, dégagé de tous autres frais, doit être affiché dans les locaux occupés.

Lorsque le tarif de la taxe comporte des catégories suivant la nature et l'importance des hôtels et des villas, le classement des hôtels et villas dans leur catégorie est fait sur la proposition de la chambre d'industrie par un arrêté du maire soumis à l'approbation du préfet. Les modifications apportées à ce classement seront faites dans les mêmes formes.

....

....

Art. 18.—Les états de prévision des recettes et des dépenses relatifs à l'emploi de la taxe sont préparés par les maires, soumis pour avis à la chambre d'industrie thermale ou climatique appelée à délibérer dans une réunion qui doit obligatoirement être tenue au cours de la saison et ensuite votés par le conseil municipal. Ils sont transmis, avec l'avis de la chambre d'industrie, au préfet, lequel ne doit les approuver qu'autant que le produit de la taxe de séjour est intégralement affecté à des dépenses rentrant dans les prévisions de l'article 1er, paragraphe 3, de la loi du 24 septembbre 1919.

....

....

Art. 20. — Les comptes administratifs de la taxe sont soumis par les maires à l'examen de la chambre d'industrie thermale et climatique et approuvés par les conseils municipaux, en même temps que les comptes administratifs concernant l'ensemble des services communaux.

Ces comptes sont définitivement réglés par le ministre de l'intérieur, après avis des préfets et de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France.

Un état portant indication précise de l'emploi du produit de la taxe de séjour au cours de l'année précédente doit être obligatoirement affiché pendant toute la durée de la saison à la mairie et dans les hôtels, ainsi qu'au siège du syndicat d'initiative et au bureau de renseignements, s'il en existe dans la station. Cet état est certifié par le maire.

....

....

Art. 25. — Parmi les professions intéressées au développement de la station qui sont désignées par décret constitutif de la chambre d'industrie thermale ou climatique, soit pour composer le collège électoral, soit pour être représentées dans cet établissement public, figurent nécessairement celles de médecin, pharmacien, hôtelier ou logeur, commerçant saisonnier et représentant des établissements thermaux et s'il existe dans les stations des associations ou syndicat d'initiative constitués en vue du développement ou de l'amélioration des stations, les membres affiliés depuis plus d'un an à ces groupements.

Dans le cas où l'une des professions ci-dessus mentionnées n'aurait pas dans la station de représentants en nombre suffisant pour assurer la composition de la chambre, il pourra être fait appel, sur décision du préfet, à des personnes exerçant cette profession dans des communes voisines.

....

....

Art. 34. — Les membres de la chambre d'industrie thermale ou climatique sont élus pour quatre ans.

Lorsque, par l'effet des vacances survenues, la chambre d'industrie thermale ou climatique se trouve réduite à la moitié de ses membres élus ou lorsqu'une catégorie de professions représentées y a perdu tous ses membres, il est, dans le délai maximum d'un an à dater de la dernière vacance, et autant que possible au début de la saison thermale ou climatique suivante, procédé à des élections complémentaires.

En cas d'élections complémentaires, la durée du mandat est égale à celle restant à courir pour les membres en exercice.

Il n'y a pas lieu à élections complémentaires pendant l'année qui précède le renouvellement intégral, sauf pour les catégories n'ayant qu'un seul représentant élu, pour lesquelles cette durée d'un an est réduite à trois mois avant le renouvellement intégral.

Dans le cas où les électeurs à une ou plusieurs catégories se seraient abstenus de prendre part au scrutin, la chambre d'industrie pourrait valablement fonctionner quel que soit le nombre des membres élus et sans qu'il y ait lieu de procéder à de nouvelles élections, en vue de pourvoir à la représentation de la catégorie défaillante.

....

....

Art. 35. — Le préfet réunit la chambre d'industrie thermale ou climatique au moins tous les mois pendant la saison, et tous les trois mois durant le reste de l'année ; il est tenu de la convoquer dans le délai de huit jours, lorsque la demande lui en est faite par le tiers des membres de la chambre ou sur la demande de tous les représentants d'une même catégorie de professions.

La convocation est faite par le préfet. Elle est affichée à la mairie, siège de la station, et adressée par écrit à tous les membres de la chambre d'industrie.

La chambre se réunit dans un local mis à sa disposition par la commune où elle a son siège. Chaque année, elle élit un vice-président, un secrétaire et désigne un ordonnateur parmi les membres du bureau. A défaut de désignation par la chambre, les fonctions d'ordonnateur sont remplies par le président ou son délégué.

Le receveur municipal de la commune siège de la

station remplit les fonctions de comptable de la chambre.

. . . .

Art. 37. — La chambre d'industrie thermale ou climatique veille à ce que le produit des taxes de séjour reçoive une affection conforme à leur destination légale et suit notamment l'exécution des travaux effectués à l'aide du produit desdites taxes, en vue de s'assurer de leur conformité avec les projets régulièrement votés et approuvés.

Elle fait part sans délai au préfet de toutes observations utiles qu'elle recueille dans l'exercice de ce contrôle ; le préfet prend, le cas échéant, les mesures nécessaires.

Elle adresse, chaque année, avant le 31 décembre, au ministre chargé de l'hygiène publique, par l'intermédiaire du préfet, un compte rendu général de ses travaux ainsi que son avis motivé sur le produit et l'emploi de la taxe de séjour ; elle peut émettre des vœux sur les questions intéressant la station. Ces vœux sont transmis dans un délai de trois mois à la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques.

Art. 50. — L'établissement de la taxe spéciale est autorisé après une enquête effectuée dans les formes prescrites par les nº 1, 2 et 3 de l'article 1er du présent décret.

Les dispositions des paragraphes 4, 5 et 6 de l'article 4 et celles des articles 5 à 20 du présent décret, qui régissent la taxe de séjour des stations hydrominérales et climatiques, sont applicables, à la taxe spéciale des stations de tourisme, sous réserve du remplacement du ministre chargé de l'hygiène publique et du ministre de l'intérieur par le ministre des travaux publics, et de la chambre d'industrie thermale ou climatique par la chambre d'industrie touristique, et de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques par le conseil d'administration de l'office national du tourisme.

. . . .

Art. 52. — Parmi les professions intéressées au développement de la station qui sont désignées par le décret constituant la chambre d'industrie touristique, soit pour composer le collège électoral, soit pour être représentées dans cet établissement public, figurent nécessairement celles d'hôteliers, logeurs et restaurateurs, directeurs d'agence de tourisme, entrepreneurs de transports de voyageurs, commerçants vendant principalement des articles de sport ou de tourisme et, s'il existe dans la station des associations ou syndicats d'initiative constitués en vue du développement ou de l'amélioration des stations, les membres affiliés depuis plus d'un an à ces groupements.

Dans le cas où l'une des professions ci-dessus mentionnées n'aurait pas, dans la station, de représentants en nombre suffisant pour assurer la composition de la chambre, il pourra être fait appel, sur décision du préfet, à des personnes exerçant cette profession dans des communes voisines.

. . . .

Art. 54. — L'office national du tourisme est administré, sous l'autorité du ministre des travaux publics, par un conseil d'administration composé de la façon suivante :

1º Les vice-présidents du conseil supérieur du tourisme ;

2º Huit membres de droit, savoir :

Le président de la section des travaux publics du conseil d'Etat ;

Le directeur chargé des services de l'office national du tourisme au ministère des travaux publics ;

Le directeur de l'administration départementale et communale ;

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

Le directeur général des eaux et forêts au ministère de l'agriculture ;

Le directeur des beaux-arts au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts ;

Le directeur des affaires administratives et techniques au ministère des affaires étrangères ;

Le président de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France ;

3º Un conseiller d'Etat désigné par le conseil d'Etat ;

4º Un représentant du ministre du commerce désigné par ce dernier ;

5º Un représentant des réseaux de chemins de fer désigné par le ministre des travaux publics ;

6º Seize membres désignés par le ministre des travaux publics en nombre égal parmi les représentants qualifiés des stations hydrominérales ou climatiques et des stations de tourisme siégeant au conseil supérieur de tourisme.

. . . .

Art. 64. — Le budget de chaque exercice de l'office national du tourisme est préparé par le directeur, qui le présente au conseil d'administration au plus tard le 15 novembre de l'année précédente.

Le budget délibéré par le conseil d'administration est approuvé par décret.

Les modifications de budget reconnues nécessaires en cours d'exercice sont préparées, délibérées et approuvées dans les mêmes formes.

. . . .

Art. 72. — L'excédent annuel des recettes sur les dépenses est reporté de plein droit sous une rubrique spéciale au budget de l'exercice en cours.

L'excédent disponible peut être versé au fonds de réserve, lequel est constitué en valeurs de l'Etat.

Les prélèvements, à effectuer sur le fonds de réserve sont décidés par délibération du conseil d'administration soumise à l'approbation du ministre des travaux publics.

. . . .

Art. 78. — Le conseil supérieur du tourisme, institué en application de l'article 17 de la loi du 24 septembre 1919, comprend 21 membres de droit et 85 membres nommés pour quatre ans par arrêté du ministre des travaux publics.

Sont membres de droit :

Le rapporteur général du budget au Sénat.

Le rapporteur du budget des travaux publics à la commission des finances du Sénat.

Le président du groupe parlementaire du tourisme au Sénat.

Le rapporteur général du budget à la Chambre des députés.

Le rapporteur du budget des travaux publics à la Chambre des députés.

Le président du groupe parlementaire du tourisme à la Chambre des députés.

Le président de la section des travaux publics du conseil d'Etat.

Un représentant du ministère des finances.

Le directeur chargé des services de l'office national du tourisme au ministère des travaux publics.

Le directeur des chemins de fer au ministère des travaux publics.

Le directeur de la navigation aérienne au ministère des travaux publics.

Le directeur des affaires administratives et techniques au ministère des affaires étrangères.

Le directeur général des douanes.

Le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Le directeur de l'exploitation postale au ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes.

Le directeur général des eaux et forêts au ministère de l'agriculture.

Le directeur des beaux-arts au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts.

Le président de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France.

Le président de la 1re section du conseil supérieur des travaux publics au ministère des travaux publics.

Le président du conseil d'administration de l'office national du tourisme.

Le représentant du ministre du commerce au conseil d'administration de l'office national du tourisme.

Le directeur de l'office national du tourisme.

Les membres nommés par le ministre comprennent :

Neuf membres pris dans le conseil d'Etat, la cour de cassation, la cour des comptes et dans les administrations publiques.

Trois membres des chambres de commerce.

Six représentants des administrations de chemins de fer.

Trois représentants de la navigation intérieure ou maritime ;

Dix-neuf représentants des stations de tourisme ;

Dix-neuf représentants des stations hydrominérales et climatiques, dont quatre médecins hydrologues ;

Trois représentants des associations constituées pour la défense des paysages, sites et monuments naturels de France ;

Un représentant du tourisme nautique ;

Un représentant du tourisme colonial ;

Un représentant du tourisme aérien ;

Quatre représentants de l'industrie hôtelière ;

Seize membres choisis par le ministre parmi les personnes pouvant contribuer utilement au développement du tourisme.

....

Art. 2. — Il est ajouté au décret du 4 mai 1920 un titre V ainsi conçu :

TITRE V

Des groupes de communes érigées en stations hydrominérales, climatiques et de tourisme

Art. 87 — Lorsqu'une station hydrominérale, climatique ou de tourisme s'étend sur un groupe de communes, il est pourvu à sa gestion, soit par un syndicat de communes, institué conformément aux articles 169 et suivants de la loi du 5 avril 1884, dont il appartient au préfet de provoquer la constitution soit, à défaut de syndicats de communes, au moyen de conférences intercommunales créées conformément à l'article 117 de la loi du 5 avril 1884, conférences dans lesquelles seront débattues les questions relatives au fonctionnement de la station et à son développement par des travaux d'assainissement ou d'embellissement, ainsi que l'emploi des recettes provenant de la taxe. Dans ces conférences, chaque conseil municipal sera représenté par une commission spéciale, nommée à cet effet, et composée de trois membres, nommés au scrutin secret.

Les préfets et les sous-préfets des départements et arrondissements comprenant les communes intéressées pourront toujours assister à ces conférences.

Les commissions composant les conférences intercommunales seront renouvelées après chaque renouvellement des conseils municipaux et il sera pourvu aux vacances à la 1re session du conseil municipal.

Les conférences intercommunales élisent leur président et leur secrétaire. Elles sont convoquées soit par le président, soit sur la demande de la moitié de leurs membres, soit par le préfet.

Elles ne peuvent délibérer que si la moitié des membres en exercice assistent à la séance. Les délibérations sont prises à la majorité absolue des votants. Elles sont adressées dans la huitaine au préfet et aux maires des communes groupées.

Les décisions qui y seront prises seront exécutoires dans les conditions prévues à l'article 117 de la loi du 5 avril 1884.

Art. 88. — Dans les groupes de communes érigées en stations et qui ne sont pas constituées en syndicats de communes, la chambre d'industrie sera composée de la façon suivante :

Chacune des communes groupées sera représentée par le maire et deux délégués du conseil municipal.

Le nombre des membres, élus et choisis parmi les

personnes appartenant aux catégories de professions intéressées au développement de la station, sera augmenté en conséquence pour former la moitié du personnel de la chambre.

Il sera dressé dans la station une liste électorale pour chacune des communes groupées ; cette liste sera établie par une commission composée :

D'un délégué du préfet, président ;

D'un nombre de chacun des conseils municipaux des communes groupées ;

D'un nombre égal des membres de la chambre d'industrie.

Les listes électorales seront déposées à la mairie de chacune des communes groupées.

Lorsqu'il y a lieu de procéder à des élections, il est constitué un bureau de vote dans chaque commune. Dans chaque catégorie de professions, chaque commune constitue une section électorale ayant à élire un nombre de membres de la chambre proportionnel au nombre des électeurs inscrits.

Par dérogation aux dispositions de l'article 34, des élections complémentaires auront lieu en cas de vacances, tous les ans, au début de la saison qui suivra la vacance. Si la vacance a lieu au cours de la saison, les opérations électorales auront lieu sans délai.

Dans les groupes de communes érigées en stations gérées par un syndicat de communes, les chambres d'industrie sont composées, conformément aux dispositions des articles 22 et suivants pour les stations hydrominérales et climatiques et des articles 51 et suivants pour les stations de tourisme, et sous réserve du remplacement du maire par le président du syndicat, et du conseil municipal par le comité du syndicat.

Art. 89. — Le ministre des travaux publics, le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le ministre de l'intérieur et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

(*J. O.*, 9 juin 1923.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.** — *Laboratoire de bactériologie, cours de perfectionnement de microbiologie.* — Professeur S. Costa avec la collaboration de MM. L. Boyer, chef des travaux de bactériologie et H. Morin, chef de clinique de Maladies exotiques.

Ces cours, accompagnés de travaux pratiques, auront lieu du 22 au 30 octobre au laboratoire de bactériologie de l'Ecole de médecine, au Palais du Pharo, aux dates et dans l'ordre ci-après :

Lundi 22 octobre, 15 h. 1/2 : travaux pratiques : M. Boyer. Méthodes générales ; 17 h. 1/2 : cours : professeur S. Costa. Infections du sang, septicémies.

Mardi 23 octobre, 14 h., travaux pratiques : M. Boyer. Hémoculture et séro-diagnostics ; 16 h., cours : professeur S. Costa. Les méningites infectieuses.

Mercredi 24 octobre, 15 h., cours et travaux pratiques : M. Boyer. Le liquide céphalo-rachidien ; 17 h., 1/2, cours : professeur S. Costa. Bacilles diphtérique et pseudo-diphtériques.

Jeudi 25 octobre, 14 h., travaux pratiques : M. Boyer. Rhino-pharyngites et angines. Culture et isolement du B. diphtérique ; 17 h., cours et travaux pratiques : M. Morin. Hématozoaires.

Vendredi 26 octobre, 15 h., cours et travaux pratiques : M. Boyer. Matières fécales, urine et crachats ; 17 h. 1/2, cours : professeurs S. Costa. Les spirochétoses.

Samedi 27 octobre, 14 h., cours et travaux pratiques : M. Boyer. Pus et épanchements ; 16 h., cours et travaux pratiques : M. Morin. Amibiases.

Lundi 29 octobre, 14 h. 1/2, cours et travaux pratiques : M. Boyer. Réaction de Bordet et Gengou avec applications à la syphilis, au kyste hydatique et à la tuberculose ; 16 h. 1/2, cours : professeur S. Costa. La tuberculose ; 15 h., cours : professeur S. Costa. Vaccins et sérums.

Mardi 30 octobre, 16 h., travaux pratiques : M. Boyer Vaccins et sérums. Technique et préparation.

Une rétribution de 100 francs par candidat sera demandée.

S'inscrire au Secrétariat de l'Ecole de Médecine du 15 au 20 octobre.

— **A propos des dispenses d'examen.** — « La Section médicale », revue mensuelle publiée par la Section de Médecine de l'Association générale des Etudiants (13 et 15, rue de la Bûcherie).

Une erreur a été commise dans la mise en pages du numéro 6, dénaturant le sens de l'article inséré à la page 17 et intitulé : *A propos des dispenses d'examen.*

Il faut lire : Or, dernièrement le bruit courait que, d'autres mesures de faveur auraient été prises depuis cette époque à l'égard d'autres étudiants en médecine.

Les docteurs Chauveau, président du Groupe interparlementaire médical et Jayle, secrétaire général du S. M. S., interrogés par nous, nous ont fait des réponses négatives.

S'il en avait été autrement, nous nous empressons de dire que notre attitude à l'égard de M. le ministre de l'Instruction Publique eût changé sur-le-champ.

D'autre part, à la page 39, sous le titre : Les Amis des hôpitaux d'enfants », il faut également lire :

Les Amis des hôpitaux d'enfants ont donné, le 26 juin, au théâtre des Champs-Elysées, une soirée de gala au bénéfice de leur œuvre.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imp. Daix et Thiron,
(Thiron et Cie, successeurs).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Toutefois, dans un cas analogue, n'y a-t-il donc pas moyen de se raccrocher à la Loi ? Peut-être, cependant. Sitôt que par les anamnestiques et par l'examen, vous avez pu supposer qu'il s'agissait d'un projectile ennemi, mieux valait, sans plus tarder, adresser votre client à l'autorité militaire, qui se serait chargée de toutes les constatations, de toutes les enquêtes susceptibles d'établir *l'origine*. A présent, que tenter ? Rendre compte à l'autorité militaire qui fera entendre par la gendarmerie, tous témoins utiles, y compris vous-même et ceux qui ont pu assister à l'opération, qui fera une enquête au corps, etc.

Mais, même l'origine étant établie, quel serait donc le pourcentage d'invalidité attribué à votre client ? Certainement moins de 10 %, puisque vous l'avez guéri !

2° Art. 64. Vous l'avez guéri, vous désirez naturellement être réglé de vos honoraires.

Si votre client avait déposé une demande de pension, *avant votre intervention*, il avait droit automatiquement, au bénéfice de l'art. 64, en attendant le résultat de l'instruction de sa pension, et vous étiez payé. Maintenant il ne reste rien à faire de ce côté, tout au plus, pourriez-vous soumettre le cas à la commission de l'art. 64 à votre préfecture, qui, par mesure bienveillante, vous réglerait vos honoraires.

G. F.

Admission des militaires ou de leur famille dans un sanatorium

Permettez-moi de vous poser la question suivante :

Un militaire rengagé (sous-officier) a-t-il le droit de faire soigner sa femme, tuberculeuse, dans un sanatorium, moyennant des tarifs spéciaux ?

Existe-t-il des sanatoria pour femmes de militaire ?

Si oui, quelles sont les démarches à suivre ?

Dr R.

Réponse.

Il existe des sanatoria ; militaires, nous ne savons s'il existe des sanatoria pour femmes de militaires.

En tous cas les soins gratuits sont dus aux militaires et à leur famille directe. Par conséquent le sous-officier rengagé dont vous parlez possède ce droit. Qu'il adresse donc une demande spéciale, accompagnée d'un certificat délivré par un médecin militaire, par la voie hiérarchique, à son directeur du service de santé, celui-ci solutionnera la question ou, s'il se trouve incompétent, il la transmettra au Ministre.

G. F.

Impôt sur le revenu. Déduction pour charges.

Voudriez-vous avoir la bonne amabilité de me faire savoir jusqu'à quel âge les enfants sont consi-

dérés comme étant à la charge de leur famille, pour les déductions à opérer sur le taux de l'impôt sur le revenu et impôts cédulaires ?

J'ai six enfants, dont l'aîné aura 20 ans — fin 1923 — et le 2e a eu 18 ans, en mars 1923. Or, sur ma feuille d'impôts, exercice 1922, on ne me décompte que 4 enfants et le percepteur me dit que les enfants ne sont considérés à la charge de leur famille que jusqu'à 18 ans, alors que sur une notice de l'administration, il est dit que c'est jusqu'à 21 ans.

D'ailleurs, si même la première interprétation était vraie, il me semble que le cadet n'ayant pas 18 ans révolus au 1er janvier 1923, il devrait toujours être considéré comme à ma charge.

Mes deux fils aînés sont d'ailleurs étudiants et ne sont que trop réellement à ma charge.

Dr X.

Réponse.

Pour le calcul de l'impôt général sur le revenu, les enfants sont considérés comme à la charge jusqu'à 21 ans,

En vertu de l'article 5 de la loi du 25 juin 1920 modifiant l'article 52 de la loi du 31 juillet 1917, chaque contribuable a droit, sur les impôts cédulaires ainsi que sur l'impôt foncier, à une réduction de 7,5 % par personne à charge jusqu'à la 2e et de 15 % pour chacune des autres à partir de la 3e, si son revenu net total, défalcation faite des réductions pour situation de famille, n'est pas supérieur à 10.000 fr.

S'il est supérieur à 10.000 fr., les réductions sont calculées comme suit : 5 % pour chacune des 3 premières personnes à charge et 10 % pour chacune des autres, à partir de la 4e, sans que le montant total de la réduction puisse dépasser 300 fr. par personne à charge.

Les réclamations doivent être adressées au contrôleur dans le mois de la publication du rôle.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Nombre de places des automobiles pour le calcul des impôts

Membre du « Sou », j'ai recours à votre obligeance pour vous demander le renseignement suivant :

Possesseur d'une 6 HP Renault, *deux places et un strapontin*, je payais jusqu'ici mes impositions automobile calculées sur deux places, mais au dernier trimestre, le receveur des contributions indirectes m'a demandé de payer sur trois places, disant qu'un strapontin comptait pour une troisième place.

Dr R.

Réponse

Le nombre de places à retenir est celui que

comporte normalement la voiture, y compris celle du conducteur.

L'administration admet qu'il y a lieu de négliger le strapontin qui est *unique* et utilisé exceptionnellement.

Faire une lettre de réclamation au directeur des contributions indirectes.

A. MARTINOT.

Patentes et cabinets multiples.

Je vous serais obligé de vouloir bien me donner votre avis sur le cas particulier suivant.

Je partage mon année entre la Côte d'Azur et une petite ville de l'Ouest, passant six mois dans chaque résidence. J'ai par conséquent deux loyers et je me trouve dès lors imposé pour deux cotes personnelles et deux patentes.

Or, chacune de ces patentes est en somme comprise comme si j'exerçais l'année entière à plein rendement au même endroit, alors que je ne séjourne de part et d'autre que six mois et n'y ai qu'une clientèle très restreinte.

S'il me plaisait au lieu de deux résidences d'en avoir trois, quatre et même plus et de m'amuser à voir dans chacune quelques malades, il me faudrait donc payer cote personnelle et patente pour chacun de ces domiciles ?

Je voudrais donc bien être renseigné là-dessus de façon précise et savoir s'il me serait possible de me faire exonérer d'une de mes patentes. Celle de ma résidence d'hiver établie sur les bases d'un loyer de 3000 fr. — les loyers sont élevés sur la Riviera, — se monte à plus de 500 fr., nullement en rapport bien entendu avec le chiffre de mes revenus de clientèle.

Dr C.

Réponse

La patente est établie sur chacun des loyers sans qu'il y ait lieu de tenir compte du nombre de résidences.

Rien à faire pour les locations existant au 1er janvier. Celles qui partent d'un mois quelconque de l'année ne doivent être calculées que proportionnellement aux mois restant à courir.

A. M.

Application du Tarif Breton.

I

Consultation avec un radiologue.

Je vous prie de bien vouloir me donner votre avis dans le cas d'accident de travail ci-joint. « Fracture des 2 os de l'avant-bras ». Je réduis, plâtre, et demande à un confrère radiographe de bien vouloir m'indiquer jour et heure pour vérifier la bonne réduction.

Dois-je compter pour ce dernier acte d'assister à la radio, consultation avec un confrère, 3 v. ou

compter une visite simple, ce qui est l'interprétation de la Cie l'A. en l'occasion, dont, entre nous, plusieurs confrères se plaignent en ce moment à cause des chicanes lors des réglements de notes.

Dr C.

Réponse.

Il est dit, article 26, chap. 5, dernier alinéa :

« Le médecin radiologiste devra fournir, pour les prix ci-dessus indiqués, deux exemplaires des épreuves datées et signées par lui avec le nom du blessé et *avec leur commentaire détaillé*, l'une pour le patron ou son assureur, l'autre pour le blessé. »

Il en résulte que, pour le prix fixé, le radiologue doit remettre au blessé (donc pour son médecin traitant) le « commentaire détaillé » de son intervention et que, par là, la « consultation » dont vous parlez est effectuée et ne saurait être payée deux fois.

F. D.

II

Pansements multiples.

Abonné au « Sou Médical », je me permets de vous demander ce qu'il faut penser des objections d'une compagnie d'assurances. Sont-elles justes ? et dois-je accepter la réduction réclamée.

Je rappelle qu'il s'agissait de plusieurs plaies intéressant et le dos de la main et deux doigts de la main.

Ces plaies n'étaient pas précisément superficielles puisqu'elles étaient compliquées de la fracture d'un os du carpe qui a entraîné une incapacité permanente.

Lorsqu'elles sont devenues superficielles, c'est-à-dire à dater du 4 novembre, je n'ai plus compté qu'un pansement pour plaie unique.

Dr M.

Réponse.

On ne compte de « pansements multiples » pour pansements de plusieurs doigts que lorsque les plaies ne sont pas « très superficielles » (art. 77). Si elles furent sérieuses, avec fracture d'un os du carpe et terminaison par I.P.P., ainsi que vous me l'écrivez, il m'apparaît que, pour les premiers pansements, vous êtes en droit de compter « pansements multiples » à 15 francs.

F. D.

III

Épluchage etc...

Abonné au *Concours médical*, membre de ses filiales « Sou » et Mutualité, je viens vous demander le conseil suivant.

Il s'agit d'un accident du travail, maçon qui après une chute avait : plaie frontale, plaie lèvre supérieure, plaie anfractueuse, souillée, un fort décollement de la joue gauche avec mise à nu des os de la face. Sans aucune anesthésie, le blessé, un Portugais très

courageux, j'ai nettoyé, épluché, régularisé la plaie. J'ai donc compté, art. 17, 40 fr. pour régularisation épluchage et suture (6 points) de cette plaie. Or, l'assurance me répond :

« La P. fait remarquer que la somme de 40 fr. pour la régularisation et épluchage n'est due que lorsqu'il y a une anesthésie (arrêté du 28 juin 1921).

Est-ce exact ? jamais l'on ne m'a contesté la régularisation, ni l'épluchage, sans anesthésie à 40 fr. J'attends votre réponse pour écrire à l'agent de la P.

Dr B.

Réponse.

« .....nécessitant *habituellement* une anesthésie..... » dit l'arrêté ministériel visé. Donc le manque d'anesthésie n'est pas une condition absolue de l'épluchage, etc. Y a-t-il eu « réunion par première intention » ? Si ces deux éléments faisaient, à la fois, défaut, il ne serait guère possible de conclure à un « épluchage, etc.... »

F. D.

Timbre des mémoires de frais de justice criminelle.

Ces mémoires, ou du moins l'un des deux exemplaires, devaient, ainsi que l'avait confirmé l'article 134, § 2, du décret du 5 octobre 1920, être établis sur papier timbré dès lors qu'ils s'élevaient à une somme supérieure à 10 francs.

Par suite, la visite judiciaire, qui est l'opération le plus souvent pratiquée et qui, dans la plupart des localités, ne donne droit qu'à une rémunération de 15 francs, nécessitait l'emploi, aux frais du médecin, d'une feuille de papier timbré de 2 fr., ne laissant plus ainsi qu'une maigre rémunération de 13 fr., pour la visite elle-même, la rédaction du rapport, son dépôt, et éventuellement la prestation de serment.

Le Décret que nous publions ci-après et qui était attendu depuis longtemps, vient modifier heureusement cet état de choses.

Le timbre ne sera plus désormais exigible que sur les mémoires dépassant 50 fr.

Cette disposition est dès maintenant applicable aux mémoires établis postérieurement à la date de promulgation du décret (12 septembre 1923), même s'ils comprennent des honoraires dus pour opérations antérieures à cette date.

J. D.

Décret du 4 septembre 1923 modifiant l'article 134 du décret du 5 octobre 1920

Art. 1er. — Le 2e paragraphe de l'article 134 du décret du 5 octobre 1920 est modifié comme suit :

« Toutefois, en outre des cas où une disposition

de loi spéciale accorde la dispense du timbre, ne sont pas sujets à cette formalité les états ou mémoires qui ne s'élèvent pas à plus de 50 fr. »

(*J. O.*, 12 *septembre* 1923.)

La pâte (ou colle) de Unna.

Plusieurs correspondants nous ayant demandé les formules de la Pâte de Unna, recommandée pour le traitement des ulcères variqueux, voici celles que nous empruntons au Formulaire de Lomoine et Gérard :

G. D.

Colle dure.

Gélatine	30 gr.
Glycérine	30 gr.
Eau	30 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.

Colle molle.

Gélatine	15 gr.
Glycérine	25 gr.
Eau	45 gr.
Oxyde de zinc	15 gr.

G. D.

Zona et varicelle

Je viens d'observer un cas absolument analogue à celui signalé par le Dr Péronnet dans le *Concours* du 2 septembre, p. 2894.

Il s'agit d'un garçonnet de 14 ans qu'on m'amène aujourd'hui et que je trouve atteint de *varicelle au début*. Il n'existe pas d'autres cas dans la commune, et depuis 2 mois l'enfant vit avec ses grands-parents. Mais, 4 jours avant, le grand'père s'est présenté à moi, porteur d'un *vaste zona* de la région cervico-scapulo-thoracique gauche.

Dr Gimaux.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponse des ministres aux questions des parlementaires

Le service de santé en Syrie.

I

18710. — M. Pierre Even, député, demande à M. le Ministre de la Guerre s'il est exact qu'en Syrie le service de santé ordonne, pour les troupes d'occupation, la consommation de quinine préventive contre la malaria et appelle son atten-

tion sur le chiffre énorme atteint par la dépense engagée d'abord pour 75.000 hommes, puis pour 45.000, enfin pour 30.000 en admettant que tous se soient soumis à l'absorption quotidienne de 40 centigrammes de quinine pendant plusieurs mois, demandant si des ordres entraînant ces crédits, qui atteignent des millions, sont justifiés par l'existence d'un paludisme scientifiquement reconnu. (*Question du* 11 *juillet* 1923).

Réponse. — Les atteintes subies du fait du paludisme par les troupes de l'armée du Levant ont nécessité l'organisation systématique de la lutte antipaludique, peu de régions de la Syrie-Cilicie ayant paru indemnes de tout foyer endémique. La quinisation préventive a donc été et est encore appliquée, en principe du 1er avril au 1er décembre, concurremment avec les divers procédés classiques employés dans la lutte contre le paludisme.

(*J. O.*, 23 août 1923.)

II

18714. — M. Pierre Even, député, demande à M. le Ministre de l'Hygiène, si toutes les mesures sanitaires sont assurées en Syrie pour combattre la variole et si le Corps médical est régulièrement pourvu de vaccins frais. (*Question du* 11 juillet 1923).

Réponse. — Tous les militaires en instance de départ pour le Levant subissent, dans leur région ou leur arme d'origine, la vaccination jennérienne toutes les fois que le recensement pratiqué au moyen des livrets individuels a établi que l'inoculation vaccinale est restée stérile depuis plus de cinq ans. Les vaccinations et revaccinations nécessaires pendant le séjour des troupes au Levant sont faites à la diligence du service de santé local. Les demandes de vaccins que celui-ci adresse à la métropole sont satisfaites avec célérité et avec toutes les précautions susceptibles d'assurer la bonne conservation du vaccin. En ce qui concerne la population indigène, les questions relatives à la vaccination jennérienne sont traitées par le service de santé local agissant comme mandataire du ministère des affaires étrangères.

(*J. O.*, 23 août 1923.)

Pas de cumul dans le tarif Maginot.

16243.— M. Grinda, député, demande à M. le ministre des pensions si, dans l'application du tarif des soins médicaux aux mutilés et réformés de guerre, tel qu'il a été établi par le décret du 25 octobre 1922, le prix de la visite ou de la consultation doit être cumulé avec le prix des interventions prévues audit tarif. (*Question du* 12 *janvier* 1923.)

Réponse. — Réponse négative. Le prix de l'acte opératoire ne doit pas se cumuler avec le prix d'une visite ou d'une consultation (art.72 du décret du 25 octobre 1922.)

(*J. O.*, 31 *juillet* 1923.)

Ventilation entre les dépenses automobiles professionnelles et familiales d'un médecin.

18571. — M. Louis Deschamps (Ille-et-Vilaine), député, demande à M. le Ministre des Finances à combien dans l'ensemble des frais et dépenses automobiles d'un médecin de campagne, doit être estimée la part des dépenses provenant de l'utilisation de l'automobile pour usage personnel et familial. (*Question du* 3 *juillet* 1923.)

Réponse. — Lorsqu'un contribuable utilise une automobile à la fois pour l'exercice de sa profession et pour son usage privé, la partie des dépenses nécessitée par l'emploi de ce véhicule qui n'a pas le caractère de frais professionnels constitue une dépense d'ordre privé ; elle n'est pas dès lors susceptible de venir en déduction du revenu brut pour l'établissement des impôts sur le revenu. Mais la proportion existant entre l'une et l'autre catégorie de dépenses est essentiellement variable avec chaque cas particulier et il n'est pas possible par suite de fixer un pourcentage uniforme pour leur ventilation.

(*J. O.*, 23 août 1923.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Le sommeil

Si forte est la chaleur qu'elle incite au sommeil...
Sous un velum fourni par une antique bâche,
Le seuil d'un épicier fait une brusque tache,
Non loin d'un carrefour aveuglant de soleil.

Son étalage exhibe un fouillis sans pareil :
Café, caroube, anis, cumin, fèves, pistache...
Entre leurs tas poudreux, nettement se détache
La verte et jaune olive, ou le piment vermeil.

Affalé tout le long d'une étroite banquette,
Sous l'illusoire abri de l'ombre violette,
Le marchand djerbien s'endort tout doucement.

Un bruit, d'abord timide, éclate plus alerte,
Et bientôt le fracas d'un puissant ronflement
Ebranle les échos de la place déserte...

Dr Emile Junes,
Sfax (Tunisie).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr GAUTHIER, à Cercy-la-Tour (Nièvre), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix.
Ax-les-Thermes (Ariège) Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. Frank Duprat (Enfants). Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Hugel, Joly, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contréxéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
LaBourboule Christin, Duliège, Guillot, Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Moliněry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Sailles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains: Bornéque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salles-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère David, Matton.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Martin-Péridier, Reynes, Rosanoff.
Vittel Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 470. — Mach. à écr. portative Nationale B neuve, avec étui, à vendre 600 fr.

N° 471. — Confrère offre en locat. pr. Melun pet. mais. paysanne avec grd. jard. 4.000 m. bien planté arb. fruit. et clos, dépend. Conv. à petit élevage.

N° 472. — Citroën, 10 HP, torp. 1920, revue janv. 1923. Excel. ét. marche 6.200 fr. Dr Renevey, à Janville (Eure-et-Loir).

N° 473. — Demoiselles, de famille médicale, prend. pension, deux enf., ayant besoin air pur, dans propr. campagne (tuberc. except.), soins mat. Pr rens. écr. Dr Barrière, 81 *bis*, avenue de la Reine, Boulogne-sur-Seine.

N° 474. — Sup. occas. cond. int. 4 pl., Vinot-Deguingand, écl. élect., montre, compteur, malle Moynat, roue Stepney, etc., parf. état, 10.000 fr. Lusson, à Houdan (Seine-et-Oise).

N° 475. — Demoiselle demande dans le Midi empl. dact. secrét., préparateur, assist., bactériologiste chez méd. ou labor., parle angl. Écr. Dr La Bonnardière, Hyères.

N° 476. — Externe hôpitaux, 20 inscrip., cherche, Paris ou banl., occup. méd. ; légère rétr.

N° 477. — Sud-est à céder poste pro-pharmacien 25.000 fr. pouvt se faire av. bicyc. mais conf. 10.000 fr. par annuités.

N° 478. — Jeune doct. français rech. pl. assist. dans clin. Paris ou banl. immédiate.

N° 479. — A vendre Zèbre 4 cyl., type C 1916, peu roulé, 4.000 fr. Docteur Lautard, Gergy (Saône-et-Loire).

N° 480. — Directrice clinique, sér. réf., cherche situation gérance.

N° 481. — Infirmière courant accouch. est demandée pr. dirig. maternité. Sit. fort intér. Ecr. Dr Rouart, Athies (Somme).

N° 482. — A repr. dans sous-préf. gr. banl. parisienne, poste fais. 40.000 fr., pet. rayon, garande mais. Aff. d'avenir, pet. indemn. Breitel et Goret, 1, rue Dante.

N° 483. — Dans grande ville marit., client. anc. sans fr. de locom. rapp. 45.000, belle hab. formt. pet. hôtel Indem. 21.000 fr. Breitel et Goret, 1, rue Dante.

CORRESPONDANCE

Décisions syndicales.

Le bureau de notre syndicat du Gers a adressé aux 102 syndiqués du département une circulaire, pour leur demander : 1° s'ils approuvaient l'ordre du jour proposé par le bureau de l'Union des Syndicats pour l'assemblée générale de décembre ;

2° S'ils voulaient ajouter à cet ordre du jour :

La question de l'ordre des médecins et la question de la limitation par région du nombre des médecins.

Voici les réponses à ce referendum, au nombre de 65 sur 102 (il y a 115 confrères dans le département) : deux répondent qu'ils s'abstiennent.

1° 63 approuvent l'ordre du jour proposé par le bureau de Paris ;

2° 49 sont d'avis d'ajouter la question de l'ordre des médecins, 14 y sont opposés ;

3° 46 proposent la mise à l'ordre du jour de la limitation du nombre des médecins, 17 sont contre. Et 37 n'ont pas bougé, au moins encore.

J'ai pensé que ces chiffres vous intéressaient, pour vous fixer sur l'opinion médicale de notre département.

Dr Dieuzaide.

Réponse.

Les 46 confrères qui semblent partisans de la limitation du nombre des médecins trouvent sans doute que la fonctionnarisation du corps médical ne vient pas assez vite. Ils seraient sagement inspirés, en relisant tout ce qui a été écrit contre ce projet qui peut sembler, de prime abord, comme le seul capable de remédier à la pléthore médicale, mais qui, en réalité, et tout bien considéré, jouerait envers nous le rôle du pavé de l'ours.

G. Duchesne.

Au sujet du mal de mer.

Je souffre terriblement du mal de mer : j'ai tenté divers procédés et en particulier la bande serrée (pénible à supporter) sans aucun résultat.

Une seule chose m'a rendu la mer clémente : *une piqûre de sulfate d'atropine à un quart de milligramme.*

Le résultat a été de même pour les miens.

Dr L. Achard.
(Aïn-Temouchent.)

Notes de médicaments des propharmaciens.

Je vous serais obligé de me faire savoir si l'arrêté du 28 juin 1921 relatif au tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail est toujours en vigueur, et si je peux par suite (je suis maintenant propharmacien) établir mes notes AT d'après

le dernier bulletin de variations du tarif général de l'A. G. des pharmaciens de France.

2° Je vous prie d'autre part de m'indiquer comment je dois établir mes notes d'honoraires (médicaments) pensionnés de guerre.

Dr O.

Réponse.

1° L'arrêté ministériel du 28 juin 1921 a été remplacé par celui du 21 juin 1922, publié dans l'Agenda-Memento du Praticien de 1923, page 152 et qui figurera également dans l'Agenda-Memento de 1924.

D'ailleurs, ce nouvel arrêté indique également que tous les prix qui ne figurent pas au tarif y annexé doivent être ceux du tarif de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France à l'usage des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales, en tenant compte, à intervalles de six mois, des bulletins de variations publiés par ladite association.

2° Pour les mutilés de guerre, le Tarif pharmaceutique a été fixé par arrêté ministériel du 12 janvier 1923 (*Concours médical*, 1923, page 1253). C'est également celui de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques, avec les variations et en outre, une réduction proportionnelle à l'importance du mémoire des fournitures trimestrielles, soit :

1 % sur les mémoires de 300 à 500 fr. ;
2 %, de 501 à 1000 ;
3 %, de 1001 à 1500 ;
4 %, de 1501 à 2000 ;
5 %, de 2001 et au-dessus.

Comme les notes d'honoraires médicaux, celles des pharmaciens (et propharmaciens) établies sous forme de bordereaux récapitulatifs en 2 exemplaires, auxquels sont annexés les feuilles d'ordonnances extraites du carnet spécial et classées par malade, doivent être envoyées à la commission départementale de contrôle dans les quinze jours qui suivent l'expiration de chaque trimestre.

Accidents du travail.
1° Opération. 2° Droits des parents du défunt.

Membre du « Sou », j'ai recours à votre obligeance pour m'éclairer sur les cas suivants :

1° Ouvrier de 20 ans, ressent une violente douleur au pli de l'aine droite au cours de travail (déplacement de sacs chargés). Il interrompt son travail aussitôt, appelle ses camarades qui constatent l'existence d'une petite tumeur. Il s'agit d'une hernie produite au cours du travail, et à l'occasion du travail. Le malade vient me trouver avec son patron pour savoir si l'assurance payera les frais d'une cure

radicale dans une clinique ou au domicile du malade. Pouvez-vous me dire si l'assurance a le droit de refuser la cure radicale de cette hernie qui est sans conteste un accident du travail ?

2° Ouvrier de 19 ans, travallaint à L. à l'électrification de la ligne du Midi. Il est 8 h. du matin ; le contre-maître donne l'ordre à l'équipe de grimper à un pylone. L'ouvrier qui monte le premier (suivi de 4 autres), arrive au haut, touche le fil, tombe électrocuté et meurt au bout de quelques instants. Les parents appelés chez le juge de paix, sans qu'on ait cité les 4 autres ouvriers de l'équipe, se voient refuser toute indemnité.

Est-il possible qu'une compagnie puisse impunément tuer des ouvriers par sa faute, puisqu'on avait oublié de couper le courant.

Il me semble que le droit commun seul suffirait à forcer la Compagnie du Midi ou l'assurance à payer à des parents très pauvres une indemnité raisonnable. Pouvez-vous me dire la marche que ces parents doivent suivre pour toucher une indemnité ?

Dr C.

Réponse.

1° Puisque la question de responsabilité de l'accident ne se pose pas, il y a lieu, avant de procéder à l'opération de cure radicale de la hernie, d'aviser, par lettre recommandée, ainsi que le prescrit l'article 9 du tarif Breton, le médecin du chef d'entreprise ou de l'assureur, ou, si ce médecin n'est pas connu, le chef d'entreprise ou l'assureur.

En cas de divergence d'avis sur la nécessité de l'opération, on doit recourir à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord entre le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur.

Dans les cas urgents, le médecin traitant décide, puis avise aussitôt le patron ou son assureur de l'opération effectuée et des causes de l'urgence.

2° Les parents (ascendants) de la victime d'un accident mortel de travail n'ont droit à une rente viagère, qui est de 10 % du salaire annuel, que lorsqu'ils étaient à la charge de la victime.

Il est donc probable que si le juge de paix n'a convoqué que les parents, c'était pour savoir d'abord s'ils étaient à la charge de la victime et que, la réponse ayant été négative, il n'a pas cru devoir pousser plus loin son enquête.

Dans l'indemnisation des accidents du travail garantis par la législation spéciale, les ouvriers victimes des accidents ou leurs ayants droit ne peuvent se prévaloir d'autres dispositions que celles de cette législation.

Il n'y aurait que dans le cas où les auteurs responsables de l'accident seraient des tiers, autres que le patron, ses ouvriers et préposés, que la victime ou ses représentants pourraient

réclamer la réparation du préjudice causé, conformément au droit commun.

Il ne paraît pas que, dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, soit intervenue la faute d'un tiers. Les parents, s'ils n'étaient pas à la charge de la victime, n'ont donc aucun droit.

Incapacité permanente survenant après le règlement d'un accident du travail

Le 27 janvier un ouvrier de M. P. (entrepreneur bois, charbon, ciment, briques, etc.) nommé L. est victime d'un accident. Il tombe assis en arrière en déchargeant un camion de son patron et en faisant un mouvement pour se relever tombe sur la paume de la main droite, gros œdème du poignet (etc.). On diagnostique entorse du poignet, 4 semaines de repos. Au bout de 4 semaines on délivre un certificat au blessé qui reprend son travail. Certificat de teneur inconnue. Le blessé garde une raideur du poignet. En mai, je le vois pour une plaie du pied. Il me montre son poignet, gros douloureux, roide. Une radiographie montre fracture et luxation scaphoïde semi-lunaire méconnue.

J'en parle au patron. J'écris à l'assurance (2 fois) en juin. En juillet, lettre recommandée avec accusé de réception. Pas de réponse. J'envoie le malade à l'hôpital à ses frais. On l'opère. Il me revient aujourd'hui. Il persiste une incapacité permanente de 20/25

Que doit faire le blessé ? ou plutôt que peut-il ? C'est un Espagnol, à E. depuis 5 ans.

Dr H.

Réponse.

Si, à la suite de l'accident, il a été procédé au réglement sans aucune réserve, si le blessé a repris purement et simplement son travail, après avoir touché son demi-salaire, il ne peut être actuellement procédé qu'à une révision, conformément à l'arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile, du 6 juin 1921.

Il pourrait peut-être en être autrement si le certificat de guérison contenait des réserves. Mais le blessé, même s'il l'a eu entre les mains, l'a presque certainement remis à son patron et ne se rappelle plus ses termes.

Il y aurait donc lieu, à notre avis, de déclencher la procédure de révision, par une déclaration faite au greffe du Tribunal civil du lieu de l'accident et appuyée, autant que possible, d'un certificat médical constatant l'incapacité permanente.

Timbre quittance de note d'honoraires.

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me dire si je suis légalement autorisé à signer la quittance ci-jointe, telle qu'elle m'est présentée par la

compagnie, c'est-à-dire, sans timbre. Il s'agit d'un domestique de maison bourgeoise que j'ai soigné pour contusion par coup de pied de cheval.

Ce cas ne rentrant pas dans la catégorie des accidents du travail, il me semble que cette quittance devrait être revêtue du timbre, et que le débiteur, c'est-à-dire la Compagnie, doit apposer au préalable la formule « bon pour quittance ». Est-elle libératoire, et dispense-t-elle du timbre ?

J'ignore, d'autre part, s'il faut un timbre et que j'acquitte sans qu'il soit apposé, quel est celui qui engage sa responsabilité, de la Compagnie ou de moi ?

Dr D.

Réponse.

La quittance que vous nous communiquez n'est nullement exempte de timbre, car il s'agit d'une quittance d'honoraires pour soins donnés à des gens de maison blessés dans leur travail et la législation spéciale, comportant exemption du timbre, ne leur est pas encore applicable.

D'ailleurs, l'avis suivant : « L'assuré est tenu d'apposer un timbre mobile sur les mandats au-dessus de 10 fr. », qui figure sur la quittance elle-même, est catégorique. Mais, si cette invitation peut s'appliquer à l'assuré, à qui la police peut faire une obligation de supporter le coût du timbre, elle n'est pas obligatoire pour vous et vous pouvez exiger que le timbre soit apposé par le débiteur, ou vous soit remboursé.

Mais il faut bien vous garder de signer le reçu sans avoir apposé le timbre de 25 centimes et l'avoir oblitéré, car, bien que ce soit le débiteur qui, sauf convention contraire, soit redevable du timbre, le créancier est tenu personnellement et sans recours, nonobstant toute stipulation contraire, du montant des droits, frais et amendes encourus pour défaut de timbre.

Patente en cas de transfert du cabinet.

Abonné du *Concours médical* et membre du « Sou », je serais très heureux si vous pouviez me donner un renseignement au sujet du fait suivant ;

Installé depuis 1920 à C., j'ai habité la même maison où du reste était mon cabinet de consultation jusqu'au 1er novembre 1922, mais par suite de transformations à faire à la maison où j'habite actuellement, à 50 mètres de l'ancienne, je n'ai pu faire transférer mon cabinet que le 1er février 1923, j'ai donc eu pendant un mois de cette année mon cabinet dans un autre immeuble que ma maison d'habitation. Je viens de recevoir mes feuilles d'impôts pour 1923, on m'y réclame deux fois la contribution des patentes pour la maison où j'habitais l'an dernier et où en fait j'ai exercé la médecine pendant le mois de janvier seulement et pour la maison où j'habite

(*Voir la suite page XXXIX-3123*)

PROPOS DU JOUR

Hygiénistes contre Médecins.

A M. Pierre Mille, rédacteur de l'Œuvre.

C'est sous le titre *Hygiénistes contre Médecins* dans un article de l'*Œuvre*, Monsieur Pierre Mille, que vous avez cherché à opposer les hygiénistes et les praticiens. Croyez-vous, en vérité, qu'à l'heure actuelle, il soit possible de séparer l'hygiène de la médecine. C'est un peu comme si, il y a 50 ans, l'on avait voulu diviser les médecins en cliniciens et en thérapeutes. Un docteur en médecine qui n'est pas à la fois clinicien, hygiéniste et thérapeute, n'est pas médecin *praticien* parce que la *pratique* de l'art médical exige également les connaissances de la clinique, de l'hygiène et de la thérapeutique.

Vous pourriez objecter qu'avec l'organisation actuelle de notre enseignement la clinique, l'hygiène et la thérapeutique ne sont pas enseignées avec les mêmes résultats pratiques et la même ampleur dans toutes nos écoles de médecine et toutes nos facultés. Ce serait sans déplaisir, Monsieur Pierre Mille, vous, le distingué rédacteur de l'*Œuvre* et du *Temps*, dont la lecture des articles nous a si souvent charmés, que nous vous verrions entreprendre une enquête sur ce sujet, et nous faire connaître par exemple comment MM. les professeurs d'hygiène de nos Facultés sont parvenus à organiser leur enseignement pour apprendre *pratiquement* l'hygiène aux quelques milliers d'étudiants qu'ils ont le devoir d'instruire à ce sujet. En tout cas, c'est au corps enseignant et non aux médecins praticiens que vous devrez adresser vos reproches, si toutefois (ce que nous ne voulons présumer) l'enquête en question ne vous donnait entière satisfaction.

Dans votre article : *Hygiénistes contre Médecins*, vous opposez une lettre de M. le Dr Sicard de Plauzoles, secrétaire général de la *Ligue contre le Péril vénérien*, à une autre lettre de M. le Dr Gauducheau, de l'Institut Pasteur, qui préconise l'emploi de la pommade au calomel de Metchnikoff-Roux, dont il a légèrement modifié la composition, comme moyen prophylactique de la syphilis.

Permettez-nous de vous dire que vous n'avez pas été heureux dans le choix de votre exemple, car la syphilis est une des rares maladies où le traitement précoce et bien conduit remplit le rôle prophylactique le plus efficace. Et cela est reconnu tellement exact, que tous les médecins constatent à l'heure actuelle un recul appréciable de la syphilis acquise et que M. le Pr Bayet, qui dirige, en véritable apôtre, la lutte antisyphilitique en Belgique, affirme publiquement qu'il espère avoir délivré, avant cinq ans, son pays de la vérole, par l'organisation judicieuse du traitement.

Cela ne veut pas dire qu'il faut dédaigner les conseils de M. le Dr Gauducheau, ils sont si peu dédaignés par nous, praticiens, que dans le numéro du *Concours médical* du 12 août dernier (page 2764 et suiv.) nous avons publié un article de six colonnes de M. le Dr A. Gauducheau, intitulé : *Ce qu'on appelle immunité dans la syphilis*, où la formule de la pommade préservatrice est donnée (page 2766, 2e colonne). Le *Concours médical*, qui compte plus de 8.000 lecteurs, n'est pas l'organe du monde médical scientifique mais celui des *praticiens* et toute sa rédaction s'efforce presque uniquement de renseigner le praticien sur ce qui peut lui être utile.

Si la pommade de Metchnikoff n'a pas eu un grand succès dans le public, ce ne sont pas les médecins praticiens qu'il faut en rendre responsables. D'ailleurs, il est assez rare que les jeunes gens les consultent lorsqu'ils ont l'intention de se livrer à des ébats qui peuvent être dangereux. C'est la presse, Monsieur Pierre Mille, c'est la grande presse qui a déconsidéré la prophylaxie antivénérienne par la pommade. C'était, croyons-nous, quelques années avant la guerre, M. Chéron qui ne manque pas d'aptitudes, avait alors le devoir de veiller, comme ministre ou sous-secrétaire d'Etat, à la bonne santé de nos soldats. Avec un zèle, peut-être un peu indiscret et à coup sûr peu adroit, M. Chéron ordonna de mettre à la disposition des hommees la pommade au calomel dans chaque infirmerie régimentaire et il était conseillé aux permissionnaires d'aller prophylactiquement se graisser *loco dolenti* dans le pot à pommade dû à la généreuse initiative de M. Chéron. Nous ne savons si les permissionnaires usèrent beaucoup du procédé, mais les humoristes de la presse en abusèrent. Les revuistes de fin d'année trouvèrent là une mine inépuisable de plaisanteries salées et faciles. Comme

en France, le ridicule tue, la pommade à M. Chéron en mourut, laissant heureusement bien vivant son vulgarisateur, car sans cela, que seraient devenues d'abord notre nationale Mutualité et actuellement notre non moins nationale Agriculture. Ce ne sont donc pas les médecins praticiens, cher Monsieur Pierre Mille, qui se sont dressés, ni ne se dressent contre les hygiénistes, en méconnaissant les vertus antivénériennes de la pommade au calomel.

En prenant un autre exemple, nous allons vous démontrer que ce sont les praticiens qui ont réclamé de vraies mesures de prophylaxie contre les prétendus hygiénistes officiels.

Cet exemple est celui de la lutte antituberculeuse.

Il y a deux méthodes de lutter contre la tuberculose :

1° La prophylaxie vraie, pratique, consistant à détruire les foyers de contagion, les taudis, et à permettre au peuple d'habiter des maisons aérées, ensoleillées, propres et saines.

2° La lutte curative consistant à rechercher le tuberculeux et à le soigner dans les dispensaires et les sanatoriums.

Les deux moyens, en bonne logique et en toute sincérité, sont efficaces ; ils devraient être simultanément appliqués, mais ils sont également extrêmement coûteux.

Les médecins praticiens qui pénètrent dans les taudis et en connaissent bien les dangers, réclamaient, et réclament encore avec instance, l'application du premier moyen. Les pseudo-hygiénistes officiels, les « savants tuberculologues », ceux du dernier Congrès de Strasbourg, donnent la préférence au second moyen. Or les pouvoirs publics sont encore momentanément imbus du préjugé que l'hygiène et la médecine s'apprennent dans des cours *ex cathedra*, dans des cabinets de travail et dans des laboratoires *fermés* ; que la méditation, ou plutôt la rêverie et les conclusions *a priori* qui en résultent, sont supérieures à l'observation sur place et à l'expérimentation sur les lieux. Ils oublient que, si Pasteur était un homme de laboratoire, il n'hésitait pas à en sortir pour faire aboutir ses expériences. Ce fut d'abord à la brasserie Kuhn, près Clermont-Ferrand, puis dans les grandes brasseries de Londres, qu'il entreprit ses travaux sur la fermentation de la bière. Ce fut à Alais, dans les magnaneries du Gard, de l'Italie et de l'Autriche, qu'il étudia les maladies des vers à soie ; ce fut sur le terrain, dans la Brie et la Beauce, qu'il expérimenta le vaccin du charbon ; ce fut à Bollène, en Vaucluse, qu'il se rendit pour étudier sur place le rouget des porcs chez le père d'un de nos confrères et lecteurs, M. Maucuer, vétérinaire distingué. Mais Pasteur était un très grand savant et l'on ne peut en demander autant aux petits savants de notre hygiène officielle.

Bien que des administrateurs consciencieux et intelligents aient fait le tour de force d'organiser économiquement l'Office d'hygiène sociale du département de la Seine et soient parvenus à consacrer ses ressources presque exclusivement à la sauvegarde de l'enfance, la négligence presqu'absolue de l'amélioration de l'hygiène de l'habitation a frappé de stérilité tous les efforts de la lutte officielle antituberculeuse. Au moment où la crise du logement obligeait la population parisienne à s'entasser dans les innommables taudis où la tuberculose prospère, sourds aux enseignements du casier sanitaire des maisons de Paris, aux constatations, faites avec un soin et une sagacité admirables, par M. Paul Juillerat, le créateur de ce casier, sourds plus encore aux observations des médecins praticiens, nos hygiénistes officiels ont dédaigné et repoussé au second plan l'amélioration de l'habitation. Le rôle de l'architecte y eût sans doute primé celui de l'hygiéniste officiel, et la vanité de ces Messieurs, qui se proclament modestement des savants, ne leur permet pas de s'effacer quand il s'agit de la santé publique.

Voilà un exemple, Monsieur Pierre Mille, où vous trouvez les hygiénistes opposés aux médecins praticiens, nous sommes convaincus que vous êtes un homme de trop bonne foi et un esprit trop avisé pour ne pas apprécier de quel côté est le souci sincère et désintéressé de la vraie prophylaxie et de l'intérêt public.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES SUPPURATIONS RÉNALES ET LES PYONÉPHROSES

Par le docteur Ricolfi,

Chirurgien des hôpitaux de Nice.

Nous avons dû intervenir ces temps derniers dans deux cas de pyonéphrose. Nous pensons qu'il serait intéressant en cette occasion de vous donner un aperçu général sur la question des suppurations rénales et, à propos des deux cas particuliers dont nous avons eu à nous occuper, de vous faire part de quelques réflexions et de quelques indications de pathogénie, de diagnostic et de thérapeutique qui pourront vous être utiles, le cas échéant.

On a pu dire avec juste raison que toute pyélonéphrite, que toute uronéphrose, contenait en puissance une pyonéphrose qui consiste en la transformation en une poche purulente d'un rein, distendu par du pus qui ne peut plus s'évacuer, ou qui ne peut s'évacuer qu'incomplètement et par intermittences, par suite d'un obstacle d'ordre mécanique pur ou d'origine inflammatoire.

Aussi, avant d'en arriver à l'étude des pyonéphroses, nous paraît-il indispensable d'indiquer d'abord ce que l'on entend par pyélonéphrite et par uronéphrose ; nous n'envisagerons ces affections que du point de vue chirurgical.

La pyélonéphrite est en effet une lésion commune à l'uretère, au bassinet, au rein, mais, tandis que la lésion médicale est en général isolée, intéressant surtout le parenchyme rénal et donnant la néphrite aiguë ou chronique, interstitielle avec ses diverses modalités cliniques, la lésion chirurgicale intéresse surtout les canaux excréteurs. Il existe toutefois des abcès isolés du rein, mais dans ce cas-là, la lésion rénale est l'expression et la localisation d'autres états morbides qui attaquent tout l'organisme.

Il est habituel de diviser les pyélonéphrites en :

1° Pyélonéphrite ascendante, d'origine vésicale : celle des urinaires, prostatiques, etc.

2° Pyélonéphrite descendante, d'origine sanguine, séquelle de maladie aiguë ou d'intoxication intestinale.

Ces pyélonéphrites une fois constituées peuvent être :

a) Simples, sans distension, le drainage se faisant par l'uretère non obstrué.

b) Compliquées, avec distension passagère ou définitive selon qu'il y a un obstacle momentané ou définitif au drainage.

Il existe, à la formation d'*une pyélonéphrite*, des causes prédisposantes : la rétention d'urine des prostatiques, les rétrécissements, le phimosis, l'atrésie du méat urinaire, l'état de gravidité chez la femme, la néphroptose, la coudure urétérale, la lithiase rénale, et l'uronéphrose, sans compter la congestion rénale *a frigore*, la néphrite par brûlure, la néphrite scléreuse et toute atteinte rénale par une affection médicale ancienne.

Mais ces causes prédisposantes ne suffisent pas à elles seules à provoquer l'apparition d'une pyélonéphrite ; la présence d'un germe infectieux est indispensable. Ce germe infectieux peut provenir :

a) De la vessie : cystite des prostatiques, des rétrécis, des blennorragiques ; dans ces cas-là, la distension vésicale suffit à ensemencer l'uretère, le bassinet et le rein ; le moindre cathétérisme septique suffit à provoquer l'inflammation rénale chez des vieillards, des rétrécis, des calculeux en état de moindre résistance, et prédisposés par les contractions continuelles de l'appareil urinaire dues à la cystite douloureuse.

b) D'une infection pelvi-annexielle se propageant par la vessie.

c) De la circulation sanguine au cours ou à la suite d'une maladie infectieuse aiguë, grippe, éberthémie, septicémie, accompagnée de bactériurie.

d) Du tractus intestinal, car il ne faut pas oublier le rôle primordial, que Heitz-Boyer a fait ressortir dans de lumineuses études, des infections intestinales coli-bacillaires dans l'apparition de cystites et de pyélonéphrites dont l'origine paraissait obscure, parce que survenant sans phénomènes généraux brutaux ou graves, chez des patients n'ayant apparemment aucune lésion de l'organisme en général, et de l'arbre génito-urinaire en particulier.

L'infection urétéro-pyélorénale se fait de la façon suivante : chez les rétentionnistes et chez les vieux urinaires, l'orifice sclérosé de l'uretère ne peut plus se fermer, il y a distension, formation d'une colonne d'urine infectée dans laquelle les microbes cultivent, et la congestion rénale venant, le rein est touché. Dans les maladies infectieuses, les septicémies, dans les intoxications intestinales, les microbes chassés par le

sang éliminés par les urines finissent par provoquer des réactions congestives rénales, à la faveur desquelles les microbes se fixent dans le parenchyme. Il peut également y avoir ensemencement par la voie lymphatique, lorsque l'uretère baigne dans le pus ou lorsque les deux viscères, — côlon ascendant et rein droit par exemple —, sont accolés.

Ainsi donc, d'une part, des causes prédisposantes, d'autre part, des germes infectieux provoquent la pyélonéphrite; d'une part, un obstacle dans les voies urinaires inférieures avec infection de l'urine, d'autre part, une bactériurie avec congestion rénale ; la présence d'un obstacle à l'écoulement libre de l'urine siégeant au bassinet dans l'uretère, etc., localise l'infection et l'entretient par la suite.

Les agents microbiens qui entraînent des lésions suppuratives des reins sont : les bacilles typhiques et paratyphiques, le pneumocoque, le pyocyanique, le proteus, le pneumobacille de Friedlander, l'entérocoque et surtout le colibacille, le streptocoque, le staphylocoque, et enfin le bacille de Koch.

Nous ne vous parlerons pas des pyélonéphrites à allure suraiguë, à forme septicémique foudroyante, et atteignant en général des malades déjà profondément infectés et débilités.

Nous ne nous arrêterons qu'à la pyélonéphrite qui peut nous conduire à la pyonéphrose.

a) Après avoir assisté à l'évolution d'une pyélonéphrite à allure subaiguë caractérisée par de la fièvre, des douleurs lombaires, des urines troubles et chargées de pus, de microbes, au cours d'une affection médicale, nous voyons une accalmie se produire, suivie de douleurs rénales, de pyurie avec ou sans intermittences, de mictions nocturnes fréquentes et de points douloureux urétéraux (Bazy).

b) Un malade, chez lequel le diagnostic d'hydronéphrose a été fait, voit apparaître de la pyurie trouble, des phénomènes thermiques passagers.

c) Un autre, chez lequel on surveillait un calcul du rein ou de l'uretère, voit ses douleurs persister en même temps que la pyurie apparaît.

d) Des urinaires, rétrécis, prostatiques, etc., voient s'installer, après un accès de fièvre urineuse, de la polyurie trouble avec atteinte de l'état général.

e) D'autres patients, sans troubles généraux sérieux, sans fièvre, voient s'installer petit à petit des douleurs lombaires, de la polyurie trouble, des douleurs vésicales ; il faudra songer alors à la pyélonéphrite d'origine intestinale ou à la tuberculose, longtemps compatibles avec un état général satisfaisant si la lésion est unilatérale.

f) Il s'agit d'une femme qui a pu faire des poussées de pyélonéphrite gravidique et qui, apparemment guérie, voit réapparaître longtemps après l'accouchement de la polyurie trouble, de la pyurie, des douleurs rénales, des accès fébriles.

Chez tous ces malades, on peut voir brusquement, au moment des accidents subaigus, ou très lentement et longtemps après l'apparition de ces accidents, un des reins augmenter de volume, devenir douloureux et perceptible à la palpation ; en même temps s'installe une polyurie trouble avec une grande quantité de pus, ou alternativement des crises de rétention avec émission d'urines claires ; lorsque l'uretère se bouche, le rein se distend et devient plus douloureux, il y a des accès fébriles, l'état général est altéré ; lorsque l'uretère se débouche, il y a évacuation purulente abondante, amendement des phénomènes locaux et généraux ; il peut même y avoir des hématuries, et à la longue, l'état général s'altère profondément.

La pyonéphrose ouverte est constituée ; comment s'est opérée cette évolution ? Par la présence d'un obstacle au libre écoulement des urines purulentes. Selon Heitz-Boyer, à la suite de la persistance d'une infection très ancienne, des altérations profondes s'établissent, puis s'organisent dans les conduits et réservoirs urinaires, amenant des lésions variables : sténose progressive à l'embouchure des uretères dans la vessie, coudures fixes, empêchant la libre évacuation des urines et amenant la distension du bassinet et du rein. De même, l'obstacle peut être réalisé, à l'étage rénal, par une hydronéphrose, un rein mobile, un calcul ; à l'étage urétéral, par une coudure, une compression par tumeur ou utérus gravide, par un rétrécissement ou par un calcul ; à l'étage vésical, par une tumeur, un calcul, un diverticule, un kyste de l'uretère dans sa traversée vésicale ; à l'étage uréthro-prostatique, par l'hypertrophie ou l'atrophie prostatique, par un rétrécissement.

Lorsque l'obstacle persiste, la pyonéphrose est fermée ; elle peut être, soit tolérée, soit s'ouvrir à la peau, dans la plèvre ou l'intestin ; elle peut enfin, dans la tuberculose, se transformer en une poche remplie d'un véritable mastic. Mais il est évident que l'on serait coupable d'attendre ce stade pour intervenir, car vous ne devez pas oublier que si la pyonéphrose est en général unilatérale, le rein opposé présente toujours des lésions histologiques qui, à la longue, deviennent irrémédiables et rendront l'acte opératoire, ou impossible ou incomplet, et la plupart du temps, ces malades mourront urémiques ou cachectiques.

Le rein qui a subi la transformation pyélorénale peut atteindre le volume d'une tête d'adulte, sa surface externe peut être lisse ou bosselée et, comme il y a de la périnéphrite concomitante, l'atmosphère périrénale subit une transformation scléro-lipomateuse qui rendra l'in-

tervention fort pénible ; les vaisseaux sont souvent dissociés. Intérieurement, l'état du rein varie selon le stade auquel en est arrivé la pyonéphrose : d'abord, le bassinet peut être distendu seulement ; à la suite, les calices se dilatent, puis le tissu rénal, sous l'influence de la distension, se dissocie, et il se forme des loges purulentes formées par les calices ; puis des abcès se creusent dans l'épaisseur du parenchyme et, à la longue, le rein se transforme en une coque de faible épaisseur dans laquelle il est impossible de discerner les éléments rénaux. Cette transformation pyorénale peut être due aussi au processus ulcéro-caséeux de la tuberculose. La fonte des nodules forme des cavernes qui se fondent l'une dans l'autre pour former une vaste poche emplie d'un pus épais et crémeux dans la pyonéphrose pure. Dans l'uropyonéphrose, on peut n'avoir que des urines purulentes.

L'uretère peut être distendu aussi, s'il y a un calcul près de son abouchement dans le bassinet; il peut être tendu, dur, sclérosé, à lumière très réduite ; il peut être encore flexueux, allongé, dilaté sur toute son étendue et entouré d'une gangue scléro-lipomateuse due à la péri-urétérite.

Toute tuméfaction rénale, apparaissant à la suite d'une pyélonéphrite aiguë, ou après une atteinte pyélonéphrétique subaiguë avec séquelles, ou chez un lithiasique ; l'apparition d'urine purulente chez un hydronéphritique ; la polyurie trouble avec pyurie, douleurs rénales, crises de débâcle et de rétention, éjaculation urétérale d'une colonne de pus vue au cystoscope chez un malade qui, même, n'a paru jusqu'à présent être ni urinaire, ni lithiasique, imposent le diagnostic de pyonéphrose.

L'étude des symptômes et des antécédents nous indiquera la cause de cette affection ; la radiographie et la pyélographie nous indiqueront s'il s'agit d'un calcul ou d'une coudure, mais le diagnostic sera délicat, lorsqu'il n'y a pas eu d'antécédents, ni de phénomènes généraux attirant l'attention pour fixer la nature tuberculeuse ou intestinale pure de la pyonéphrose.

En effet, dans ces cas-là, l'évolution a été souvent lente, insidieuse, l'état général n'est pas très troublé : il y a de la polyurie, de la pyurie, quelques accès fébriles, et même, pendant longtemps, les malades ne se rendent pas compte de leur état, ne se font pas examiner, mettant leurs douleurs rénales sur le compte d'un lumbago, leur asthénie et leur amaigrissement sur le compte d'un état anémique, leurs urines troubles sur le compte de la fatigue, de la phosphaturie ou de l'albuminurie. Il y a bien quelquefois une hématurie qui paraît donner la signature de la nature bacillaire de la suppuration rénale, hémoptysie d'alarme du rein troublé, mais elle n'est pas toujours observée ; par ailleurs, l'examen bactériologique est souvent négatif, et l'on pourrait hésiter.

Heureusement, vous le savez, la clinique, le laboratoire, l'instrumentation, ont mis en nos mains des moyens et des éléments de diagnostic.

Dans la tuberculose, les troubles vésicaux fonctionnels : intolérance vésicale, pollakiurie diurne, et surtout nocturne, albuminurie, présence de bacilles de Koch ; la cystite visible au cystoscope, avec congestion de l'orifice urétéral correspondant au rein atteint, ont déjà devancé la formation de la pyonéphrose, mais il ne faut pas oublier que l'on observe les mêmes lésions de cystite et de pyélonéphrite sans distension, dans certaines atteintes torpides coli-bacillaires de l'arbre urinaire, pouvant, elles aussi, aboutir à la pyonéphrose ; ces lésions peuvent évoluer insidieusement pendant des années.

Mais lorsque la pyonéphrose est constituée : il existe des lésions du méat urétéral caractéristiques de la tuberculose ; le méat est ulcéré, fongueux, la muqueuse vésicale est lisse ou pâle, tandis que, dans la pyonéphrose consécutive à un syndrome entéro-rénal, ces lésions du méat n'existent pas, bien qu'il puisse y avoir cystite avec une muqueuse congestionnée, présentant des éraflures en coup d'ongle ; mais souvent, la muqueuse est saine.

La présence d'autres lésions bacillaires dans les poumons, l'épididyme, les vésicules séminales, aident encore à faire le diagnostic.

Le cathétérisme aseptique permet d'examiner la flore microbienne, qui peut être abondante en coli-bacilles, et si l'examen bactériologique direct est négatif, nous avons une ressource en l'inoculation au cobaye, qui demande d'ailleurs malheureusement un mois de temps ; on pourra recourir en outre à la réaction de Besredka, etc.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de pyonéphrose étant établi, comme dans tous les cas, le traitement est purement chirurgical, il importe peu, en pratique, de faire un diagnostic étiologique, pathogénique et bactériologique ; la question primordiale pour vous sera de connaître l'état de l'autre rein, et de savoir s'il faut recourir à la néphrostomie ou à la néphrectomie.

Grâce au cathétérisme des uretères, nous pouvons étudier la fonction de chaque rein séparément ; nous pourrons également recourir à l'épreuve du bleu, au dosage de l'urée du sang, à la constante d'Ambard.

Si la fonction de l'autre rein est très bonne ou suffisante, il faut recourir d'emblée, rapidement à la néphrectomie ; c'est dans ce cas-là le seul traitement logique de toute pyonéphrose ; l'autre rein, fatigué par les résorptions toxiques, aura vite fait de récupérer sa vitalité et de fonctionner pour deux, et Albarran vous a indiqué que la néphrite de l'autre rein n'est pas une contre-indication en cas de tuberculose, cette

néphrite disparaissant après ablation du rein détruit.

Mais si la fonction de l'autre rein est notoirement insuffisante, il faudra recourir à la néphrostomie avec drainage de la poche pyorénale, quitte à pratiquer une néphrectomie secondaire, si par la suite, la fonction rénale de l'autre côté s'améliore ; sinon, le patient en sera réduit à garder une fistule lombaire.

Tous ces malades opérés doivent être soumis naturellement, par la suite, à un traitement médical et à un régime sévère.

La néphrostomie avec drainage est également indiquée dans les pyonéphroses gravidiques, et dans ces cas-là, il ne faudra pratiquer la néphrectomie que secondairement, parce que fréquemment, on peut obtenir la guérison de la fistule après l'accouchement, en s'aidant surtout des lavages du bassinet, selon les indications de Raffin, de Lyon.

Les observations suivantes vont nous permettre, tout en illustrant ce que nous venons de vous décrire, de vous faire part de quelques détails de diagnostic, de technique opératoire, et de vous exposer quelques notions d'ordre pratique qui ne sont relatées nulle part, car à notre avis, nous avons trouvé cette question des suppurations rénales étudiées d'une façon un peu touffue, dans les livres que vous avez habituellement en vos mains.

Observation I. — Mme V., est une jeune maman de 25 ans qui vient nous consulter dans les premiers jours d'octobre 1921 pour un retard de règles de un mois et demi environ, accompagné d'asthénie et d'amaigrissement, de lassitude et de grandes douleurs dans le rein droit, particulièrement violentes depuis une quinzaine de jours. Elle a été réglée normalement jusqu'à sa première grossesse à l'âge de 21 ans : accouchement à terme par application de forceps, ayant entraîné une grosse déchirure périnéo-anale qui n'a pas été opérée, et qui persiste, avec toutefois conservation d'une partie du sphincter anal, ce qui évite l'incontinence ; à 22 ans et demi, nous avons un deuxième accouchement normal, et rien n'a attiré jusqu'à ce moment-là l'attention du côté des urines. Mais depuis, la patiente a commencé à ressentir quelques vagues douleurs dans la région lombaire, et elle a constaté qu'elle dépérissait par périodes, son poids normal étant au moment de cet accouchement de quarante-huit kilogs.

Au moment où nous pratiquons notre premier examen, nous constatons que le poids est tombé à trente-huit kilogs ; l'examen obstétrical nous permet de sentir un utérus ayant le volume d'un utérus gravide de un mois et demi environ. Le rein gauche n'est pas perceptible, mais le rein droit paraît ptosé et volumineux : une très grosse orange de Jérusalem ; l'examen des autres organes est négatif. Nous ne nous prononçons pas et demandons à revoir la malade après examen des urines. Nous pratiquons le deuxième examen le 10 octobre 1921, une analyse sommaire des urines nous indiquant la présence de pus en assez grande quantité, mais avec une élimination d'urée de 20 grammes 50 par litre ; la région lombaire droite est douloureuse à la palpation ; le rein atteint le volume d'une tête d'adolescent occupant une grande partie du flanc et de l'hypocondre à droite ; il n'y a pas de température.

Nous faisons entrer de suite notre malade à la Clinique Saint-Antoine, le 11 octobre 1921. Une analyse des urines totales nous indique que la réaction est acide, l'élimination des 24 heures de ce jour-là de 560 gr., l'acidité totale pour un litre étant de 1.20, l'urée, 20.50, l'acide urique, 0.45, l'azote total, 26.60, les phosphates, 2.10 et les chlorures, 8.20 ; les divers rapports urologiques sont normaux ; l'examen microscopique donne des leucocytes très nombreux ; des hématies : rares ; des cylindres granuleux : assez nombreux ; des cylindres hyalins peu nombreux ; des cylindroïdes muqueux nombreux ; et comme éléments anormaux : 1.00 d'albumine vraie ; du pus abondant ; de l'indican abondant, et de l'acétone peu abondant.

L'examen bactériologique des urines recueillies aseptiquement nous donne de nombreux diplocoques prenant le Gram, des bacilles nombreux prenant le gram du type B. subtilis, mais pas de colibacilles, ni de bacilles acido-résistants. La recherche du bacille de Koch, après examen prolongé de plusieurs préparations et enrichissement du culot de centrifugation est négative.

Le diagnostic de pyonéphrose, de par l'examen clinique, s'imposait ; il s'agissait de connaître l'état des fonctions du rein gauche ; nous fîmes pratiquer par notre excellent confrère, le docteur Cristol, le cathétérisme des uretères et l'examen cystoscopique : vessie saine, pas de cystite (dont d'ailleurs notre patiente n'a jamais présenté aucun des symptômes) ; le cathétérisme du rein droit ne donne que du pus, et le cathétérisme du rein gauche permet de recueillir des urines donnant sensiblement le même résultat que les urines totales recueillies antérieurement, sauf pour les microbes pathogènes qui sont introuvables.

Nous étions donc fondé à dire que le rein droit était complètement détruit par la suppuration, qu'il s'agissait d'une pyonéphrose ayant évolué assez rapidement, mais d'une façon tout à fait inaperçue et insidieuse, pyonéphrose d'origine descendante et de cause intestinale chez une jeune femme à rein ptosé ayant subi, au cours de ses grossesses antérieures, des atteintes légères pyorénales ayant entraîné la sclérose de l'uretère avec sa suite normale : formation d'une pyonéphrose incomplètement fermée ; la malade ne s'étant pas surveillée, il n'est pas possilble de dire s'il y a eu des crises de rétention et de débâcle purulente.

Le cathétérisme des uretères a été pratiqué le 20 octobre 1921, et nous intervenons le 22 octobre : Dr Cristol, assistant ; Dr Ricord, anesthésie à l'éther. La malade, endormie et placée sur le côté opposé à opérer, le support de Pillet étant mis sous la région du

flanc sain, nous incisons la peau en partant de l'angle costo-lombaire, en nous dirigeant directement en bas et en dehors pour aboutir à deux travers de doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure ; incision du grand dorsal, du petit dentelé en haut, du grand oblique en bas ; en dessous, incision du petit oblique et du plan aponévrotique du transverse ; on décolle avec le doigt les plans profonds péritonéaux, et on prolonge en sécurité l'incision jusqu'à la partie inférieure de la plaie ; on a respecté le grand abdomino-génital, et il n'y a eu aucune hémorragie ; incision du feuillet fibreux lisse en arrière et agrandissement au doigt de l'incision ; nous tombons sur un rein volumineux dont nous pouvons faire l'extirpation typique ; isolement délicat du rein qui paraît n'être qu'une énorme poche purulente ; section de l'uretère à la partie inférieure de la plaie entre deux pinces et au thermocautère ; soulèvement du rein ; section du pédicule entre deux pinces.

Ablation du rein ; ligature de l'uretère qui est à nouveau touché au thermocautère ; ligature solide du pédicule ; ablation de la graisse péri-rénale ; lavage à l'éther ; drainage par un gros drain sortant à la partie supérieure, suture minutieuse des plans aponévrotiques et musculaires au catgut ; suture de la peau aux crins.

Le rein est transformé en une poche de très faible épaisseur, 4 à 5 mm. ; il est impossible de reconnaître aucun élément rénal ; il ne contient pas de calcul, mais près de deux litres de pus jaune-vert crémeux, sans éléments microbiens autres que ceux signalés plus haut, et l'inoculation pratiquée à divers cobayes a été négative.

Les suites ont été des plus simples ; aucun mouvement thermique ; ablation du drain après 48 heures ; réunion par première intention. La malade quittait la clinique en parfait état, seize jours après l'intervention ; le fonctionnement de l'autre rein est redevenu rapidement normal et notre opérée a eu un accouchement sans incident le 13 mai 1922, six mois et demi après l'intervention ; elle avait d'ailleurs repris à ce moment-là un aspect florissant, et son poids était passé en l'espace de cinq mois de 38 kilogs à 56 kilogs, grâce à une bonne alimentation et au repos.

Notre opérée est revenue nous voir le 7 mai 1923 ; malgré nos conseils de sagesse, elle est de nouveau enceinte de deux mois environ. Soucieux de la conduite à tenir, nous l'avons fait de nouveau entrer à la clinique pour l'examen à fond ; elle a perdu 2 kilogs, mais son état général est des plus satisfaisant ; nous avons fait pratiquer une analyse totale des urines qui indique un fonctionnement du rein gauche restant absolument normal. Aussi, n'avons-nous pas jugé à propos d'intervenir ; nous avons ordonné du repos, des soins d'hygiène, un régime hypotoxique, tout en restant substantiel, et en juillet au 4e mois et demi, la grossesse évoluait normalement et sans aucun incident.

Observation II. — Nous sommes appelé, le 21 décembre 1922, auprès d'une dame de 47 ans, Mme M. qui se plaint de nausées, de lassitude, qui nous déclare avoir de temps à autre des frissons avec petites poussées thermiques et qui dépérit, depuis un voyage qu'elle a fait à Paris en octobre. On a porté le diagnostic d'albuminurie, et on l'a mise à un traitement et à un régime sévère dirigé contre cette affection. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ; dans les antécédents personnels, une adénite cervicale vers 10 ans (?) et une grande crise d'asthénie vers les 17 ans, par suite de surmenage intensif ; elle a été réglée à 18 ans seulement ; elle souffrait au moment de ses règles et était très irritable ; elle perdait très peu, mais régulièrement ; elle n'a jamais eu de grossesse.

A l'âge de 20 ans, elle a souffert du rein gauche pendant quelque temps et on a, paraît-il, diagnostiqué un rein flottant.

Vers *l'âge de 37 ans, elle a constaté qu'elle avait* les urines troubles par intermittences, qu'elle avait de temps à autre des urines, soit rares, soit abondantes ; mais son état général a toujours été excellent elle a mené une vie très active.

Ce n'est que depuis un an, à 46 ans par conséquent, qu'elle a souffert davantage, a eu des crises sudorales, a souffert de toute sa région lombaire et a été obligée de temps à autre de s'appuyer sur une canne en marchant.

S'occupant d'une industrie, elle menait une vie très active ; elle ne se surveillait pas et mettait ses douleurs sur le compte du surmenage ; les urines n'ont pas été examinées et, d'ailleurs, un médecin consulté a mis ces malaises sur le compte d'une néphroptose droite et a conseillé une néphropexie !

A noter de tout temps une constipation opiniâtre et excessive.

Au cours du voyage dont nous avons causé, en octobre 1922, notre cliente fut prise de violente céphalée, de nausées, de lassitude, de violentes douleurs lombaires, de fièvre avec frissons fréquents ; en même temps, il y avait de l'oligurie avec urines boueuses (notre malade n'a jamais eu aucun symptôme de cystite). Un médecin parisien appelé diagnostiqua de l'embarras gastrique avec albuminurie, soumis la malade d'abord à la diète, et ensuite au régime lacté absolu.

La malade retourne chez elle le 7 novembre, et le voyage aidant, elle est très fatiguée ; ses douleurs rénales persistent, elle a de la fièvre, des frissons, des sueurs, des vomissements, et le docteur appelé, tout en élargissant le régime (le régime lacté absolu est suivi depuis plus d'un mois) continue à appliquer un traitement antialbuminurique. C'est après un mois et demi de ce traitement que, devant le dépérissement et l'état général devenu inquiétant, nous sommes appelé. L'examen des divers viscères est négatif ; nous trouvons un rein droit volumineux, ptosé, très perceptible à la palpation ; le rein gauche est à peine perceptible et toute la région lombaire est douloureuse ; les urines sont peu abondantes ce jour-là, mais

franchement purulentes ; il y a des crises sudorales, de la température, de la céphalée ; aucun symptôme de cystite. Devant ces symptômes, nous portons le diagnostic de suppuration rénale par pyélonéphrite descendante d'origine coli-bacillaire chez une grande constipée, ayant évolué longtemps d'une façon insidieuse, s'étant aggravée brusquement à la suite de fatigues, d'un long voyage, d'une crise de constipation plus intense, et évoluant rapidement vers la pyonéphrose. L'étude des antécédents, l'absence de toute crise lithiasique, de toute hématurie, la persistance d'un excellent état général jusqu'à ces temps derniers, nous faisaient éliminer une pyélonéphrite ascendante, une lithiase, une tuberculose.

D'ailleurs, le lendemain, nous faisions entrer la malade à la clinique Saint-Antoine et de suite, nous pûmes observer des émissions claires suivies de mictions purulentes ; la température montait à 38°, 38°5 avec frissons au moment des mictions claires pour tomber au moment des mictions purulentes, symptômes déjà en faveur d'une pyonéphrose.

L'analyse des urines totales, pratiquée le 25 décembre 1922, nou s donne un volume par 24 heures de 1,770 centimètres cubes avec une acidité totale au litre de 0,.33 ; urée, 5.00 ; acide urique, 0,15 ; ammoniaque, 0.25 ; phosphates, 0.45 ; chlorures, 3.70 ; les rapports urologiques étant diminués, sauf les rapports acide urique, urée et chlorures — urée, qui étaient légèremnt augmentés. Comme éléments anormaux, 0.50 d'albumine vraie, de la pyurie abondante, de l'indican abondant, quelques hématies, et de nombreux leucocytes et cylindroïdes muqueux.

L'examen du culot de centrifugation a donné de nombreux polynucléaires, des colibacilles, des staphylocoques et des diplocoques ; la recherche minutieuse du gonocoque et du bacille de Koch a été négative (d'ailleurs, l'inoculation pratiquée à deux cobayes sacrifiés après un mois a été négative).

Il n'a pas été possible de pratiquer une radiographie qui ne paraissait pas indispensable.

Le dosage de l'urée du sang, 0.18, a montré qu'il n'y avait pas d'azotémie.

Il nous fallait une cystoscopie et un cathétérisme des uretères pour connaître l'état de la vessie, savoir lequel des deux reins était touché, quel était le fonctionnement de chaque rein, afin de pouvoir adopter une ligne de conduite.

Le cathétérisme des uretères a été pratiqué le 28 décembre par le Dr Galliard ; seul, le cathétérisme du rein droit a été possible, la sonde urétérale gauche étant constamment obstruée par du pus épais. A droite, nous avons obtenu 7 gr. 80 d'urée pour mille. Nous avons considéré ce chiffre comme étant suffisant pour indiquer un bon fonctionnement du rein droit ; car nous ne devions pas oublier que notre malade était soumise depuis son entrée à la clinique à un régime hypoazoté absolu ; par ailleurs, l'examen du liquide purulent du rein gauche, recueilli aseptiquement en même temps, a donné 1 gr. 30 d'urée, de très nombreux polynucléaires, des colibacilles, des staphylocoques et la recherche attentive et répétée du bacille de Koch a été négative.

Le 30 décembre 1922, nous pratiquions une nouvelle cystoscopie qui nous permit de constater que la muqueuse vésicale était absolument saine, les orifices urétéraux ne présentant ni bourrelet congestionné, ni fongosité, mais une éjaculation de pus périodique et régulière (comme de la fumée blanche s'échappant d'un tuyau de cheminée) se faisait par l'orifice urétéral gauche.

Le diagnostic de pyonéphrose gauche d'origine intestinale, colibacillaire, chez une constipée avec rein ptosé et fonctionnement suffisant du rein droit, était posé.

Nous sommes intervenu le 4 janvier 1923. Assistant : Dr Gaillard ; anesthésie à l'éther : Dr Volpati.

Nous avons utilisé le même procédé et la même voie d'accès que ceux qui sont signalés dans l'observation précédente. Nous sommes tombé sur un rein volumineux : la tête d'un rein d'un an, englobé dans une masse scléro-lipomateuse dense ; nous avons pu, avec de grandes difficultés, libérer les quatre cinquièmes de ce gros rein par le pôle inférieur ; nous avons dû placer une pince profonde pour pouvoir sectionner l'uretère ; par éversement, nous avons pu libérer une partie du pédicule vasculaire et placer un clamp ; n'étant pas très sûr d'avoir saisi tout le pédicule, nous avons essayé de dégager le pôle supérieur du rein, ce qui nous a été absolument impossible.

A ce niveau, nous avons été obligé d'inciser la capsule et c'est seulement par ce procédé que nous avons pu dégager le pôle supérieur, placer un autre clamp courbe sur le pédicule, le sectionner et extirper la masse rénale.

Il a été impossible de ligaturer le pédicule et l'uretère ; les pinces ont été laissées à demeure ; après lavage à l'éther, un drain a été mis au contact de la section urétérale, un autre sur le pédicule, entre deux mèches de gaze à l'éther, et toute la partie inférieure de la plaie opératoire a été suturée.

Les quatre cinquièmes du rein étaient transformés en une poche lisse contenant un litre de pus épais, jaunâtre, à odeur colibacillaire ; quelques éléments rénaux étaient encore reconnaissables dans le pôle supérieur également distendu ; l'uretère était dur, sclérosé, rétréci ; pas de calcul.

Ablation des pinces, trois jours après l'intervention.

Pendant cinq jours, la malade a été assez fatiguée, mais le courant était rapidement remonté, et la malade quittait la clinique un mois et trois jours après l'intervention, ayant complètement comblé la brèche opératoire.

Nous avons revu depuis, à diverses reprises, notre opérée. Elle nous déclare ne s'être sentie aussi bien depuis de nombreuses années ; elle a bon appétit, ne souffre pas, a pris un embonpoint normal ; fait des courses, de l'automobile, sans ressentir ni gêne ni fatigue ; tous ses malaises ont disparu, ses urines sont claires et l'analyse indique qu'elles sont normales

avec une élimination d'urée de 20-24 grammes par litre.

Nous avons pensé qu'il était indispensable de vous donner un aperçu général sur les suppurations pyélorénales pour vous faire comprendre l'étiologie, le mécanisme de la formation et l'évolution d'une pyonéphrose. Toute pyélonéphrite, surtout descendante qui traîne, a de grandes chances de donner de la sclérose urétérale et d'aboutir à la dilatation rénale ; aussi, faudra-t-il que vous luttiez contre toutes les causes qui favorisent l'infection pyélorénale : traiter la constipation chronique ; intervenir à temps dans tout calcul du bassinet et de l'uretère par la néphrotomie ou par la pyélotomie ; dans toute uronéphrose par la suspension, la néphrotomie, ou la néphrectomie partielle ; dans toute néphroptose trop prononcée et douloureuse, par le port d'une ceinture spéciale et, le cas échéant, par le procédé opératoire de néphropexie décrit par Dartigues.

Retenez que, si une pyélonéphrite peut évoluer d'une façon aiguë, subaiguë, elle peut évoluer aussi d'une façon insidieuse, et les magistrales études de Heitz-Boyer ne doivent pas être perdues de vue, car ces pyélonéphrite peuvent aboutir sans symptômes généraux prononcés vers la pyonéphrose, soit par sclérose urétérale, soit grâce à une des causes adjuvantes signalées au début, et nos deux observations montrent que ces pyonéphroses peuvent être arrivées à leur complet développement sans avoir attiré l'attention.

Pour fixer le siège de la lésion rénale d'une malade qui urine du pus, ne vous fiez pas uniquement à la palpation du rein, au ballottement aux points de Bazy, car s'il n'y avait pas de doute sur la localisation à droite (observation I), on s'était égaré (observation II) sur le rein droit perceptible et gros, au point de proposer une intervention de ce côté, tandis que la lésion siégeait à gauche ; il faudra donc vous aider de la cystoscopie, du cathétérisme urétéral et au besoin de la pyélographie.

De même, au point de vue diagnostic étiologique, il faudra faire une étude minutieuse des antécédents, s'aider de l'analyse totale des urines, de l'examen micro-histologique du culot de centrifugation, de l'inoculation au cobaye, etc.

N'oubliez pas qu'à côté des pyonéphroses d'origine intestinale, coli-bacillaire, tous les autres microbes peuvent produire de la pyélonéphrite, et qu'une fois la pyonéphrose constituée, le pus peut être amicrobien.

Souvenez-vous que si le professeur Chauffard a indiqué qu'il existait une tuberculose parenchymateuse évoluant comme une gomme tuberculeuse vers le ramollissement et aboutissant au type caséeux, il a dit aussi qu'il y avait un type pyélitique évoluant vers la pyonéphrose par ulcération, mais dans ces cas-là, il y a d'abord cystite intense avec pollakiurie, douleurs lombaires, très souvent des hématuries ; il y a des associations microbiennes et l'inoculation au cobaye est positive ; il y a en outre des lésions du méat urétéral qui ne trompent pas.

Dans les cas de tuberculose, il faut faire un diagnostic précoce, et ne pas traiter ces malades comme médicaux ; il faut faire attention aux localisations secondaires, car l'intervention n'est possible que si un seul rein est lésé, si l'autre fonctionne bien, et s'il n'y a pas de lésions vésicales ou viscérales irrémédiables.

Dans la pratique, le diagnostic de pyonéphrose bien établi, il importe surtout, grâce au cathétérisme urétéral, de connaître l'état du rein opposé. Si sa fonction est suffisante, il faut d'emblée recourir à la néphrectomie ; *si sa fonction est insuffisante*, il faut recourir à la néphrostomie ; si les deux reins sont lésés, il faut recourir à la néphrostomie bilatérale, quitte à pratiquer par la suite une néphrectomie secondaire, si l'état d'un des deux reins redevient satisfaisant ; dans le cas contraire, il faudra se résigner à laisser se former une fistule rénale.

La néphrectomie faite dans ces conditions donne d'excellents résultats, et l'autre rein s'adapte parfaitement à ses nouvelles fonctions. Nous donnons notre préférence à l'incision lombaire décrite par Marion, et nous estimons qu'elle donne un jour suffisant dans la plupart des cas, quitte à la prolonger vers l'ombilic si cela est jugé nécessaire ; nous n'aimons pas beaucoup l'incision transversale de Bazy ; nous ne l'avons jamais utilisée, mais nous l'avons vu utiliser ; elle expose à des mécomptes : vaste section musculaire et aponévrotique ; difficulté de décollement du péritoine pariétal ; déchirure très fréquente de ce péritoine avec apparition dans la plaie du foie ou d'anses intestinales, ce qui n'est pas sans danger, quand on opère en milieu septique ; sections nerveuses, etc.

Quand cela est possible, nous ligaturons et touchons au thermo les moignons, et quand cela n'est pas possible, nous laissons des pinces à demeure pendant trois jours. S'il n'y a pas eu d'écoulement purulent, nous suturons complètement avec un drain ; sinon, nous laissons largement ouvert.

Il ne faut pas oublier que la néphrectomie typique est une belle opération sur les manuels de médecine opératoire ou à l'amphithéâtre ; dans la réalité, elle n'est pas toujours possible ; il faut souvent recourir à la sous-capsulaire ou à une néphrectomie mixte (observation II) ou au morcellement même.

N'oubliez pas en outre que la néphrectomie à droite, surtout quand le rein est perdu dans une gangue scléro-lipomateuse, est plus dange-

reuse qu'à gauche, à cause de la déchirure possible de la veine cave presque toujours mortelle ; aussi, soyez prudents, ne tirez pas, méfiez-vous.

Une question se pose : quelle conduite tenir devant une femme enceinte et atteinte de pyonéphrose non gravidique ? Notre observation I résout le problème déjà étudié dans la *Presse médicale* par MM. Favreau et Guerrioux ; nous sommes d'avis, si l'autre rein fonctionne, d'intervenir de suite ; un rein qui suppure débilite l'organisme, a une influence fâcheuse sur la grossesse.

Ce n'est qu'en cas de pyélonéphrite gravidique aiguë avec dilatation du bassinet et des calices, phénomènes thermiques et généraux dangereux, phases de rétention et de débâcle, quand les autres traitements auront échoué, que l'on n'aura pas voulu essayer d'abord de l'avortement thérapeutique ou de l'accouchement prématuré provoqué, que l'on devra recourir simplement à la néphrostomie, la guérison de la fistule pouvant être obtenue après l'accouchement.

Vous avez vu que notre malade, après intervention, a accouché normalement à terme d'un bébé qu'elle a allaité.

La présence d'un seul rein ne contre-indique pas une nouvelle grossesse ; le rein qui demeure remplit très bien son office ; il faudra seulement surveiller la patiente, étudier son élimination rénale, et évidemment, en cas d'alerte, recourir à l'évacuation de l'utérus.

Nous espérons, grâce à cet exposé, avoir suffisamment attiré votre attention sur le chapitre intéressant des suppurations rénales, sur la nécessité d'un examen précoce, approfondi, méthodique, de tout malade qui souffre des reins, de sa vessie et qui pisse du pus.

Pour le plus grand bien des malades, les chirurgiens auront à intervenir plus fréquemment qu'ils ne le font encore à l'heure actuelle, et l'on n'aura plus la conscience troublée de voir mourir des malades traités pour albuminurie, asthénie, phosphaturie, brightisme, qui auraient pu guérir radicalement, grâce à l'intervention du bistouri, ou qui auraient tout au moins retiré de l'acte opératoire un grand soulagement.

LA THÉRAPEUTIQUE DES NÉPHRITES

Traitement du syndrome de rétention azotée et du syndrome d'hypertension

M. le Professeur agrégé A. Lemierre, médecin des hôpitaux.

Dans une précédente leçon, j'ai étudié devant vous le traitement du syndrome de rétention chlorurée (1). Nous avons alors, si je puis employer cette expression, mangé notre pain blanc. Le traitement de ce syndrome est, en effet, dans la thérapeutique des néphrites, celui qui donne le plus de satisfaction au médecin. Nous avons, en pareil cas, l'agrément de permettre au malade des aliments variés et d'arriver à faire disparaître ses hydropisies. Il est même possible, dans la suite, de redonner les chlorures, sur lesquels portait la restriction majeure. C'est à la fois un traitement symptomatique et étiologique.

Avec la rétention azotée, nous allons nous trouver sur un terrain beaucoup moins satisfaisant. Je ne vous ai pas caché que la rétention azotée représentait la fin naturelle du brightique.

Lorsqu'elle a commencé, elle a tendance fréquemment à continuer et à s'exagérer. Certes, il y a des azotémies curables. Certaines guérissent spontanément et il en est ainsi par exemple de quelques azotémies survenues au cours des néphrites aiguës. Il existe également une autre catégorie d'azotémie curable : je veux parler de l'azotémie médico-chirurgicale, par facteur vésical. L'azotémie par rétention d'urine est souvent méconnue. On voit des malades atteints d'azotémie qui vont ainsi, de médecin à médecin, et qui n'attendent qu'une chose pour guérir : que le diagnostic causal soit établi, que le médecin, explorant la région sus-pubienne, y constate le bloc vésical de rétention.

Ces sujets-là n'ont rien ou presque rien en fait d'affection rénale. Ce sont des vésicaux atteints de rétention vésicale, par hypertrophie de la prostate souvent. L'urémie qui peut en découler suffit bien des fois à entraîner une terminaison fatale, que l'on pourrait éviter dans nombre de circonstances. Ces malades, considérés quelquefois comme des brightiques purs, ont une vessie énorme. Il faut les cathétériser et les confier à l'urologiste.

Cela dit sur cette forme particulière d'azotémie arrivons aux azotémies brightiques. Que pouvons-nous contre elles ? La première chose à conseiller est la restriction des aliments albuminoïdes. Si l'azotémie est trèsélevée, on n'obtient ainsi pas grand'chose. Si elle est petite, entre 0 gr. 50 et 1 gr. ou 1 gr. 25, on a parfois une amélioration notable. La quantité d'aliments albuminoïdes influence l'urémie et, par la restriction des albuminoïdes, on arrive quelquefois à faire baisser le taux de l'urée sanguine. Dans un cas récent, par exemple, je l'ai vue tomber de 0 gr. 75 à 0 gr. 40, ce qui n'est pas à dédaigner, l'azoté-

(1) V. *Concours médical*, numéro du 1[er] juillet 1923).

mie étant toujours chose sérieuse. S'il est des sujets qui tolèrent assez bien une petite azotémie (de 0 gr. 50 à 1 gramme), il en est d'autres qui sont déjà troublés, dans ces conditions, et ont des accidents digestifs, du prurit, de l'asthénie, etc. L'azotémie est un phénomène toujours important et grave.

La première chose à recommander sera donc la diminution au minimum, dans le régime, des albuminoïdes. On peut réduire à 25 ou 30 grammes les albuminoïdes, par jour. Par contre, on forcera la ration d'hydrates de carbone, de graisse et de sucre, qui ne donnent pas d'urée. On s'adressera aux aliments riches en hydrates de carbone, au riz, au pain, aux pommes de terre. Les viandes, qui contiennent une forte proportion d'albuminoïdes, seront ramenées à 50 ou 60 gr. au plus. Je vous rappelle que le lait est un aliment relativement riche en albuminoïdes, 1 litre de lait contenant 37 grammes d'albumines. Il n'est donc pas particulièrement recommandable dans l'azotémie. Par contre, tous les légumes verts sont avantageux.

Le régime devra ainsi comprendre une faible teneur en viande (viande à un seul repas, ou trois fois par semaine), et insister sur les légumes verts, les fruits crus ou cuits, les hydrates de carbone. Chez les sujets assez résistants, on recommandera l'alimentation végétarienne, en ne permettant la viande que de temps en temps. Dans l'azotémie commençante, la cure de fruits (cure de raisin) se montre quelquefois très salutaire.

Une question se pose : celle du sel. Le malade atteint de rétention azotée n'a pas nécessairement de la rétention chlorurée. S'il est en équilibre chloruré, il n'y a aucune utilité à lui imposer un régime déchloruré. L'alimentation végétarienne peut alors être assaisonnée, salée. J'ajouterai même que la déchloruration peut être nuisible. M. Pasteur Valléry-Radot a vu, chez certains sujets ayant de la rétention azotée, l'addition de sel, au régime, faire baisser l'azotémie. L'azotémie baisse alors parce que le chlorure de sodium, augmentant la rétention hydrique, dilue l'azote du plasma. Il semble aussi que le chlorure favorise l'élimination azotée. Par conséquent, lorsqu'il n'y a pas de raison péremptoire en faveur de la déchloruration, on ne prescrira pas le régime déchloruré.

Possédons-nous des médicaments anti-azotémiques ? Pic, de Lyon, a vanté l'action diurétique de la scille. Cet agent se formule en poudre, à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 80, prise en cachets de 0 gr. 20. Pic va à 80 centigr., mais il vaut mieux rester au-dessous et la dose de 0 gr. 40 semble plus pratique. La scille, en effet, est un irritant pour le rein et certains brightiques la supportent mal. Elle congestionne le tissu rénal. Selon Pic, l'efficacité de ce médicament serait remarquable et se traduirait par des courbes importantes de diurèse. Je crois que la vraie façon d'envisager le problème est l'examen du sang, en s'adressant à des sujets qui ont une azotémie durable et peu variable. Eh bien, expérimentée dans ces conditions, la scille ne donne rien, dans la majorité des cas. Je l'ai employée assez fréquemment. J'ai vu quelques légers abaissements de l'urée sanguine, non durables d'ailleurs. Valléry-Radot est arrivé aux mêmes conclusions, celles d'une action minime de la scille, passagère et souvent en défaut. Ce diurétique tant préconisé est en définitive d'une activité très réduite.

Chez l'azotémique, arrive un moment où se montrent des symptômes graves, les souffrances de la phase terminale, l'urémie digestive en particulier. Une série de petits moyens peuvent être mis en œuvre pour soulager le patient. Il ne s'agit plus de régime. Le malade, inappétent, ne prend guère que de l'eau. La bouche, sèche, *souvent* ulcérée, émet une odeur ammoniacale. Le mieux est de faire des badigeonnages de la muqueuse avec un collutoire à l'acide salicylique. Il y a des vomissements ; contre eux, un bon moyen semble la pratique des lavages de l'estomac. Hayem préconisait les lavages à l'acide salicylique au millième. La glace, les eaux gazeuses ont une petite action. On voit surtout apparaître les grands phénomènes intestinaux, la diarrhée incoercible. Un vieux principe dit qu'il convient de la respecter. Il est dangereux de donner de l'opium. On prescrira la limonade lactique composée de 10 gr. d'acide lactique, 200 gr. de sirop de sucre, pour un volume total d'un litre de liquide aqueux. Ce n'est pas là certes une thérapeutique bien brillante, mais enfin il faut faire quelque chose, qui ne soit pas nuisible.

Je vais aborder maintenant le traitement du syndrome d'hypertension. Il est important, car l'hypertension peut durer des années et des conseils appropriés sont susceptibles de prolonger la vie du malade. Dans l'hypertension artérielle pure, on recommandera simplement la sobriété, la restriction sur la quantité des aliments. Il ne faut pas craindre aussi de faire maigrir un peu les obèses hypertendus. En dehors de la restriction globale, quels aliments faut-il principalement éviter ? Les avis diffèrent sur ce point. Autrefois, on incriminait surtout les albuminoïdes, la viande. Il semble que cette crainte soit exagérée et déjà von Noorden protestait contre les excès de la restriction carnée. Il y a peut-être lieu, en effet, d'être plus libéral. Un individu hypertendu peut se permettre de la viande, de la viande rouge même, au repas de midi tout au moins.

Une chose intervient en pareil cas : le sel. C'est surtout dans l'hypertension que s'observe la rétention chlorurée sèche. Ces hypertendus-là et également les autres sont améliorés par la cure hypo ou achlorurée. Ils voient certains accidents dont ils se plaignent, la dyspnée d'effort entre

autres, s'amender. Cette dyspnée d'effort des hypertendus, que Huchard attribuait aux albuminoïdes, qu'il traitait par la restriction carnée, relève, en réalité, de la rétention chlorurée. Elle se calme quand un régime déchloruré vient diminuer cette rétention.

Vous veillerez à la quantité des boissons ingérées. Il est quelquefois dangereux pour un tel malade de boire trop et le lait est souvent ici préjudiciable s'il est pris abondamment. Vous le réduirez, un litre et demi étant alors très suffisant. N'oubliez pas, cependant, qu'il est de ces sujets, offrant en même temps un peu d'imperméabilité pour l'azote, chez lesquels les liquides ne doivent pas être trop diminués, et d'autres qui ont de l'imperméabilité pour l'eau. Pour ces derniers, la cure de diurèse est susceptible de provoquer des accidents (les grandes cures de diurèse des stations thermales ont été abandonnées chez les hypertendus). Chez les autres, les dosages de l'urée après boissons restreintes amèneront parfois à une augmentation des ingesta liquides.

A la période d'asystolie, le médecin se trouve en face de différentes difficultés. Il y a fréquemment, en plus, azotémie, œdèmes. L'alimentation sera légère, principalement liquide (un peu de lait). La lutte contre l'insuffisance cardiaque de la fin est en général d'ailleurs sans espoir.

A la période d'hypertension, nous avons assez souvent à combattre les symptômes de l'hypertension elle-même, les accidents apoplectiformes, oculaires, la céphalalgie, la dyspnée. A la diététique on joindra la médication hypotensive. C'est parfois un traitement d'urgence, dans les accidents aigus de l'hypertension, l'amaurose subite par spasme artériel, certains troubles mentaux, l'angor pectoris. Le nitrite d'amyle est indiqué. Il a une action brusque et passagère. Un deuxième agent, dans le même ordre d'idées, est la trinitrine, qui s'emploie dans la formule connue suivante :

Solution alcoolique de trinitrine à 1 pour 100.......	40 gouttes
Eau distillée..............	300 gr.

2 à 5 cuillerées à bouche par jour.

L'action de la trinitrine, moins rapide que celle du nitrite d'amyle, se fait sentir au bout de dix minutes. Elle se prolonge de 10 minutes à une demi-heure.

A coté de la trinitrine, se place le tétranitrol, que l'on prescrit par comprimés de 2 milligr. chacun, 3 comprimés par 24 heures.

Plus utilisé que le tétranitrol est le nitrite de sodium, médicament de la pharmacopée anglaise, auquel M. Vaquez a volontiers recours. On en donne 15 à 20 centigr. par jour, le formulant ainsi :

Nitrite de sodium.........	1 gr.
Eau....................	2 gr.
Alcoolature de citron.......	2 gr.
Sirop simple....q. s. pour..	100 cent. c.

Chaque cuillerée à café renferme cinq centigrammes de médicament, Ce serait, pour M. Vaquez, un des meilleurs hypotenseurs.

Autres hypotenseurs : le benzoate de benzyle, en capsules de 0 gr. 10 (2 à 4 par jour), l'extrait de gui en pilules de 0 gr. 10 (3 à 4 par jour), la haute fréquence, sur laquelle on n'insiste plus guère.

Quand le patient arrive à la phase de défaillance cardiaque, la médication tonique du cœur entre en jeu. Déjà, lorsqu'apparaît l'insuffisance ventriculaire gauche, la digitale est indiquée. La digitale, accusée à tort jadis d'être hypertensive, abaisse, au contraire, la tension chez les sujets dont le cœur fléchit. Vous donnerez de la digitale s'il y a bruit de galop, œdème aigu du poumon. Plus tard, quand toutes les cavités cardiaques sont dilatées, la digitale est encore à conseiller, ainsi que ses succédanés au moment où son action s'épuise, la strophantine et l'ouabaïne. La strophantine est quelquefois fâcheuse pour le rein. M. Vaquez a pensé d'abord également que l'ouabaïne était contre-indiquée et lorsqu'existait une lésion rénale. M. Ribierre a montré que chez les rénaux avec hypertension et troubles cardiaques, on pouvait employer l'injection intra-veineuse d'ouabaïne, à doses plus faibles néanmoins (1 /8 de milligr.).

Reste l'œdème aigu du poumon et l'angor pectoris de décubitus. Ils comportent un traitement d'urgence, la saignée large, de 500 cent. c. au moins. Ce n'est pas avec une petite saignée que l'on fait baisser la tension. Il faut aller au moins à 500 ou 600 cent. c. ; à 700, à 800 cc. même. Certains auteurs, dont M. Ambard, vont à la saignée d'un litre. Contre ces accidents, il est un médicament souvent utile, malgré sa mauvaise réputation en pareil cas : c'est la morphine. M. Vaquez, moi-même et d'autres ont constaté ses bons effets, si, après la saignée, l'angoisse persiste. La morphine est un antispasmodique qui diminue alors le spasme artériel. Vaquez conseille un centigr. d'un seul coup. Si vous voulez être plus prudent vous injecterez un demi-centigr. Elle n'est pour rien dans la mort, si celle-ci survient au cours de l'œdème aigu et de l'angor.

Deux mots, enfin, du traitement de la néphrite se traduisant uniquement par de l'albuminurie. Le régime consistera principalement en une certaine sobriété, en proscrivant les abus, les abus alcooliques entre autres. Pas de régime déchloruré, en particulier, puisqu'il y a pas de rétention chlorurée. Pas de restrictions spéciales des aliments albuminoïdes, puisqu'il n'y a pas de

rétention azotée. On surveillera ces sujets, qui peuvent mener une longue existence.

Pour terminer, je vous rappellerai rapidement l'hygiène du néphritique. Un brightique doit se reposer, éviter les refroidissements, soigner sa peau par des frictions, des bains tièdes. Pas de bains froids, pas de bains trop chauds, mal tolérés par les hypertendus. Il vivra, si possible, dans un climat chaud, le midi de la France, l'Algérie. Il évitera certains médicaments, le salicylate de soude (sauf nécessité), le sulfonal, le trional, la belladone, etc. Des cures thermales pourront lui être utiles : Saint-Nectaire, Vittel, Evian, Royat (hypertendus).

Leçon faite à la Faculté de médecine et recueillie par le Dr P. Lacroix.

LES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LA LITHIASE BILIAIRE ENVISAGÉES DU POINT DE VUE MÉDICAL

d'après Strauch (1)

La lithiase hépatique est d'un diagnostic souvent difficile ; on la confond avec le spasme du pylore, l'ulcère gastrique ou duodénal, le spasme du côlon, l'appendicite chronique, les péricolites. Le praticien la méconnaît fréquemment, parce qu'il demande à tort la réunion de trop de symptômes ; ou bien, il la voit, toutes les fois que son patient éprouve une douleur dans l'hypochondre droit.

Dans quelle proportion intervient-on chirurgicalement ? La réponse est douteuse, car les statistiques donnent des chiffres tout à fait différents, selon le milieu où elles sont faites : pratique courante, service hospitalier de médecine ou de chirurgie, station thermale comme Karlsbad. Ritter, en 20 ans de pratique médicale dans cette station, n'a eu recours à la chirurgie que 3 fois sur 4.000 lithiasiques.

En réalité, le traitement médical a diverses causes ou facteurs de limitation, entre autres le danger des *récidives* ; d'autre part, les médecins ont des arguments à opposer aux interventionnistes.

Les malades demandent à l'opération de les libérer de leurs douleurs.

Or, fréquemment, celles-ci subsistent ou se renouvellent ; 3 à 6 semaines après l'intervention, ce sont des *crampes stomacales ou duodénales* ; d'autres fois, des *coliques intestinales* ; plus rarement, il s'est formé des *adhérences* (contre lesquelles la *diathermie* agit efficacement d'ailleurs). Il peut, en outre, y avoir *récidive des crises,* soit *vraie*, parce que des calculs intrahépatiques n'ont pu être enlevés ; soit *fausse*, mais néanmoins réelle, c'est-à-dire que le chirurgien a laissé des calculs dans l'hépatique ou le cholédoque. Enfin, la base du cystique, après la cystectomie, peut se dilater, ce qui aboutit à la *formation d'une nouvelle vésicule.*

On constate également d'autres malaises chez certains opérés : *faim douloureuse,* tendance aux *vomissements, manifestations dyspeptiques, douleur à l'épaule droite.* La *douleur dorsale droite* se montre *quelquefois après l'opération et elle peut* durer plusieurs semaines ; elle est due à la déchirure des ligaments suspenseurs du foie ou à de petites éraflures du péritoine hépatique.

Si la cystectomie fait cesser le plus souvent la constipation, qui est de règle chez les lithiasiques, elle amène quelquefois de la *diarrhée par achylie gastrique.*

Un autre genre d'argument, que les médecins opposent aux interventionnistes, est le danger que l'opération comporte par elle-même chez deux types de sujets : les *obèses*, à cause de la nocivité de la narcose pour le cœur ; et les *spasmophiles* à constitution lymphatique ou atonique de Stiller.

A noter que, pour le sexe masculin, l'anesthésie est plus dangereuse que pour la femme, à cause de l'intoxication habituelle par le tabac et l'alcool. La cystectomie est également de technique plus délicate chez l'homme. Quant aux inconvénients de l'anesthésie pour le foie, ils sont connus de tous.

Mais si, après l'opération, on peut observer le retour des douleurs ou l'apparition de malaises, il est juste de rappeler que, d'une façon générale, la cystectomie est suivie d'un relèvement marqué de l'état général, de l'augmentation de la capacité de travail et de l'amélioration de l'état nervoso-psychique et qu'elle amène, au point de vue local, ou une guérison complète ou une modification heureuse.

Quelles sont donc les indications opératoires ?

En laissant de côté les cas d'urgence (*péritonite par perforation* de la vésicule, *gangrène, abcès, iléus*), l'intervention s'impose dans les cas suivants : *empyème vésiculaire aigu ou chronique* ; *obstruction chronique du cholédoque, sténose duodénale ou pylorique due* à des adhérences) ; angiocholite suppurée ; *hydropisie chronique de la vésicule* ; crainte de *cancer*. (L'hydropisie aiguë est du ressort du traitement médical.)

Elle est à conseiller dans la *cholécystite réci-*

(1) *Verhandlungen der dritten Tagung für Verdauungs und Stoffwechselkrankheiten.* (Homburg, 28-29 avril 1922, (p. 44 à 54.)

divante, dans l'*obstruction aiguë du cholédoque*, dans l'*ictère tenace*, surtout quand il s'accompagne d'*hémorragies importantes*.

Dans les cas légers, d'une façon générale quand au bout d'un an de traitement médical, l'état morbide n'est pas modifié ou qu'il réapparaît par intervalles (*coliques*, *fièvre*, *ictère*, *congestion du foie*, *douleur vésiculaire* provoquée ou spontanée), il vaut mieux adresser le malade au chirurgien.

Après l'opération, le patient sera rendu au médecin, qui le mettra à un régime alimentaire mixte, et aux *petits repas répétés*, les prises de nourriture fréquentes étant le meilleur des cholagogues.

L. PRON.

FAITS CLINIQUES

Deux cas d'herpès circiné de la face à étiologie curieuse.

Au temps de mes études, il me souvient que dans le service de Lancereaux, à la Pitié, toutes les fois que cet éminent clinicien rencontrait dans ses salles un cas d'herpès circiné, il avait pour habitude de dire à ses élèves, pour en trouver l'origine : « Cherchez le chat ».

Il insistait notamment sur la fréquence de l'herpès aux membres inférieurs et il l'expliquait de la façon suivante : « On jette aux pieds du lit les chaussettes. Le chat, qu'attirent les odeurs fortes, aime « à se coucher dessus, et le lendemain, le propriétaire « des chaussettes en les remettant se contagionne ».

J'ai eu bien des fois à vérifier cette étiologie. Mais il faut quelquefois de l'ingéniosité pour remonter jusqu'à elle. Témoin les deux cas suivants :

Mme X., cultivatrice, se présente à moi avec un magnifique herpès circiné siégeant au milieu du front en étoile, large comme une pièce de cinq francs. Un chat n'avait pu se poser sur son front. Aucune pièce de vêtement ne pouvait avoir servi d'intermédiaire ; j'étais perplexe et, pendant plusieurs jours, je restai quinaud devant le cas en question. Mais à force de réfléchir et, songeant au genre de vie de ma cliente, je trouvai l'explication : « Quand vous trayez votre vache, lui demandai-je, n'appuyez-vous pas votre front sur les flancs de la bête ? » Je posais la question parce que j'avais été plusieurs fois témoin du fait chez mes clientes. En possession d'une réponse, affirmative, je poursuivis mon enquête et j'appris alors que la vache en question avait (chose encore habituelle), pour ordinaire commensal un vieux chat de la maison qui avait l'habitude de dormir sur son dos quand elle était couchée. Et la place affectionnée par le chat correspondait exactement à l'endroit où ma cliente appuyait son front pendant la traite.

La suppression de cette habitude, et quelques badigeonnages de teinture d'iode, eurent vite raison de ce cas d'herpès.

Je viens d'en voir, ces jours-ci, un autre non moins curieux chez un jeune homme qui m'a montré, à l'apophyse malaire droite, deux beaux cercles d'herpès récents.

Là encore, comme il s'agissait d'endroits découverts et hors la portée d'un animal félin, je poussai mon enquête. Il s'agissait d'un jeune homme employé chez un mécanicien. Pas de chat là-dedans. Mais après interrogatoire, mon client m'avoua que, quelques jours auparavant, il avait procédé à un déménagement à Paris et qu'il avait coltiné des matelas. Comme il n'était pas un professionnel, il les avait empoignés comme il avait pu, et les matelas, portés sur sa tête, embrassés par lui, venaient toucher ses joues pendant le transport. C'était bien l'étiologie de Lancereaux. Les matelas avaient joué le rôle des chaussettes, mentionné plus haut.

Des confrères de ville s'étonneront peut-être de tels détails, l'herpès circiné est si rare ! Erreur. Il est très fréquent à la campagne, et justement à cause de l'étiologie sur laquelle j'insiste. La promiscuité dans laquelle l'homme vit avec le chat à la campagne rend cette affection bénigne très commune, et quelquefois, quand celle-ci est peu ou mal soignée, elle entraîne à sa suite des complications, notamment des pyodermites très sérieuses. J'ajoute que la teinture d'iode fraîche et de bonne qualité m'a toujours donné dans tous les cas une entière satisfaction.

Dr MORET, de Courlon.



L'Actualité Scientifique

La Presse

L'amygdalectomie.

Opération infiniment plus radicale que le banale amygdalotomie, l'amygdalectomie a l'avantage d'être radicale et de lutter efficacement contre l'infection des amygdales. Mais elle nécessite une plaie opératoire qui demande une dizaine de jours pour se cicatriser ; elle peut modifier le timbre de la voix des chanteurs professionnels ; elle comporte certains risques d'hémorragie secondaire, dangereux surtout quand l'opéré est reparti chez lui, et se trouve éloigné du secours chirurgical. La plupart du temps, elle est facile à arrêter. Quant à l'hémorragie immédiate par lésion des gros vaisseaux cervicaux, elle n'est à redouter que si l'on n'agit pas avec toute la prudence et les précautions nécessaires.

Pour toutes ces raisons, M. Moulonguet lui donne la préférence. L'indication de cette intervention est l'infection locale des amygdales, quand elle a résisté à tous les traitements, et qu'elle se traduit par des angines à répétition, accompagnées d'adénite cervicale à la moindre occasion.

L'infection générale à point de départ amygdalien est également une indication de l'amygdalectomie : 1° dans le rhumatisme articulaire récidivant, si l'examen bactériologique a révélé la présence de streptocoque ; 2° dans les néphrites à poussées successives sans cause étiologique précise.

Contre-indications : l'âge ; au-delà de 45 ans, on ne procédera pas à cette intervention. L'hémophilie. Les poussées inflammatoires aiguës.

L'auteur décrit longuement son manuel opératoire, à partir de l'anesthésie locale, dont il précise la technique. Sans le suivre dans ces détails techniques, disons qu'il réalise l'extraction de l'amygdale en recherchant le plan de clivage qui sépare la capsule fibreuse sur laquelle repose l'organe, de l'aponévrose fibreuse interne du pharynx. (*Presse méd.*, 7 juillet 1923.)

Les infections du côlon gauche dans le syndrome entéro-rénal.

Le syndrome entéro-rénal est à cette heure bien connu cliniquement. Il ressortit aux trois grands caractères suivants :

Il y a du pus dans les urines ;

Le microbe infectant vient d'un intestin défectueux ;

Ce microbe est le plus souvent le colibacille.

On considère habituellement que la colibacillose provient du cæcum et du côlon droit. Pour M. Antoine, cette manière de voir n'est pas absolument exacte, et il a observé un certain nombre de malades, dont la majorité présentait, une infection urinaire à point de départ nettement localisé sur les portions terminales du côlon (descendant et sigmoïde). C'est à tort, en effet, qu'on oppose la bénignité de la stase colique gauche d'ordre mécanique, à la malignité de la stase cæco-ascendante droite infectieuse. On peut en effet constater des phénomènes infectieux au niveau du côlon gauche.

En fait, il s'est agi de malades ayant de la constipation gauche et chez lesquels, subitement, le syndrome entéro-nénal s'est installé. Leurs selles étaient foncées, brunes, fétides, riches en mucus, en ammoniaque et en produits de putréfaction ; on y trouvait du coli-bacille associé à une abondante flore protéolytique. L'examen radioscopique montrait du retard dans le transit du côlon descendant. Enfin, les urines étaient denses, foncées, rares, riches en produits toxiques et dérivés ammoniacaux.

Le traitement, selon l'auteur, consiste évidemment à prescrire les antiseptiques urinaires (formine, bleu de méthylène), les diurétiques. Mais il importe d'y joindre le traitement des troubles intestinaux), diététique spéciale, évacuation de l'intestin, régularisation des selles, ferments lactiques, antipsasmodiques (belladone, benzoate de benzyle), antiseptiques intestinaux... M. Antoine recommande également la vaccinothérapie. Pourquoi faut-il qu'il laisse dans l'ombre un élément important du traitement, dont la preuve de l'efficacité n'est plus à faire, Baumann le rappelait dernièrement ? Je veux parler des cures thermales intestinales, dont le prototype est Châtel-Guyon. (*La Médecine*, juillet 1923.)

Angine de poitrine et cardiopathies valvulaires

M. Gallavardin s'est attaché, depuis quelques années, à élucider la pathogénie de l'angine de poitrine, et, au cours de ses recherches, il a pu recueillir un nombre imposant d'observations de malades chez lesquels les crises angineuses se superposaient à une endocardite valvulaire.

C'est ainsi qu'il a rencontré des mitraux purs, avec dyspnée d'effort, donc l'accès angineux apparaissait surtout la nuit, et aussi au repos. Plus fréquemment, il survenait dans la marche

et semblait « doubler l'essoufflement d'effort ». Dans d'autres cas encore, c'était la crise angineuse qui amenait le malade à consulter, en dehors de tout essoufflement, et la lésion cardiaque (lèsion mitrale) était découverte, au cours de l'examen, pour ainsi dire inopinément.

Par ailleurs, ce sont les lésions aortiques, isolées ou prédominantes, que présentaient les malades se plaignant d'angine de poitrine.

L'auteur se demande si l'angor est la conséquence de l'endocardite, ou s'il peut survenir indépendamment de la cardiopathie. Question qu'il laisse sans réponse, aucune constatation nécropsique n'ayant pu être faite dans ces différents cas.

Il tire cependant de ces faits une conclusion pratique qui ne saurait passer inaperçue de ceux qui cherchent louablement à instituer une thérapeutique réellement efficace :

« En présence d'un mitral qui présente un syndrome angineux, l'idée de syphilis ne vient guère à l'esprit. Mais cette étiologie s'impose presque lorsque ce syndrome angineux vient se superposer à une lésion aortique. Or, toute règle à ses exceptions. L'angor vrai, avec accès d'effort, peut se voir dans des insuffisances aortiques qui ne sont pas syphilitiques. Le diagnostic en est même assez facile s'il existe des lésions mitrales concomitantes ou, même en l'absence de lésion mitrale, si le malade est très jeune et accuse des antécédents rhumatismaux auxquels on peut rattacher avec certitude la lésion aortique. Il est beaucoup plus difficile et même périlleux, si l'on a affaire à ces faits d'endocardites aortiques solitaires et non rhumatismales dont j'ai rapporté des exemples ; et cependant, pourquoi ces insuffisances aortiques d'origine indéterminée, comme les insuffisances aortiques rhumatismales, ne pourraient-elles pas exceptionnellement s'accompagner de manifestations angineuses ? Il n'y a pas d'équations en médecine clinique, et si l'angor avec insuffisance aortique est *presque toujours* d'origine syphilitique, il est inexact d'affirmer qu'il l'est *toujours*. Ces considérations ne paraîtront pas oiseuses aux médecins qui sont aux prises avec des difficultés cardiologiques parfois presque insolubles, et qui sont cependant soucieux de n'entreprendre un traitement spécifique intensif que dans les cas où l'on peut raisonnablement en attendre des résultats. » (*Paris Médical*, 7 juillet 23.)

Asthme et bronchite muco-membraneuse

« Un homme de 58 ans, en pleine santé, sans raison apparente, est pris, d'une manière pour ainsi dire foudroyante, d'une dyspnée intense et angoissante. Pendant six semaines, il reste dyspnéique, expectorant de temps à autre, au milieu de quintes de toux pénibles, des crachats concrets, véritables petits moules bronchiques, ressemblant à du vermicelle cuit. Après une accalmie de près d'un mois, la dyspnée reparaît sous forme d'accès paroxystiques, aboutissant au rejet des mêmes crachats. Puis, peu à peu, la dyspnée redevient permanente, entrecoupée de paroxysmes et s'accompagnant parfois d'une sensation de corps étranger intralaryngé, ainsi que d'un assourdissement de la voix. La mort survient par suffocation au bout de trois semaines, après une crise particulièrement violente.

« A l'autopsie, on trouve toutes les ramifications bronchiques obstruées par des moules de mucus concret, gluant, les plus fins absolument filiformes, les plus gros ayant presque le diamètre d'un macaroni. L'examen immédiat montre les moules muqueux littéralement bourrés de cellules à granulations éosinophiles et de cristaux de Charcot-Leyden. L'examen histologique permet de préciser les détails de cette obstruction muqueuse et de l'infiltration éosinophile péribronchique. »

Tel est le résumé d'une fort intéressante observation publiée par MM. Lemierre, Leon-Kindberg et Levesque, et à l'occasion de laquelle ils ont recherché et critiqué les cas analogues qu'ils ont trouvés dans la littérature médicale.

De cette étude et de la confrontation des observations, il résulte, pour les auteurs, que l'asthme, dans tous ces faits, n'est pas niable ; il trouve sa signature dans la présence de cellules éosinophiles et de cristaux de Charcot-Leyden, au sein des moules bronchiques, vermicelliformes.

Que la mort soit la conséquence de l'obstruction des bronches par ces moules muqueux, la chose n'est pas douteuse. Mais il est possible de retrouver là, aggravé par des circonstances spéciales, le cycle de l'accès d'asthme : spasmes musculaires (muscles inspirateurs, diaphragme, muscles de Riessensen), suivis d'hypersécrétion catarrhale avec rejet de crachats caractéristiques. « Il est facile de concevoir que, chez certains individus, cette hypersécrétion bronchique, excessive et particulièrement riche en mucus, aboutisse à l'obstruction bronchique ; peut-être s'agit-il de sujets dont le sang contient de la mucinase... »

Il en résulte qu'à côté de l'asthme sec, où la sécrétion bronchique est insignifiante, il y a place, en clinique, pour un asthme avec bronchite muco-membraneuse nettement individualisé. (*Presse Méd.*, 14 juillet 23.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Chorée aiguë gravidique mortelle.

(MM. Pierre Marie, Bouttier et Trétiakoff. — *Soc. méd. des hôp.*, 29-6-1923.)

MM. Pierre Marie, Bouttier et Trétiakoff ont eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière une jeune femme atteinte de chorée survenue au début de la grossesse et dont l'évolution fut rapidement mortelle. Le diagnostic de gravidité, soupçonné pendant le court séjour que fit la malade à l'hôpital, fut confirmé par l'autopsie : l'utérus contenait, en effet, un embryon de 8 millimètres. Les lésions anatomo-pathologiques constatées furent celles d'une méningo-encéphalite très aiguë.

— M. Sicard pense que la chorée gravidique s'apparente parfois à l'encéphalite épidémique. Il a vu des syndromes choréiques évoluant au cours de la grossesse être suivis de phénomènes parkinsoniens caractéristiques, témoignant ainsi de leur origine.

Associations cutanéo-nerveuses (neuro-ectodermoses)

(MM. Roger et Mattéi, de Marseille. — *Société médicale des hôpitaux*, 6-7-1923.)

La coexistence de l'épilepsie avec des malformations congénitales de la peau, en particulier du visage, a été signalée par divers auteurs. Les tumeurs cutanées rencontrées en pareils cas sont ou des adénomes sébacés, ou des nævi, ou les néoplasies de la neurofibromatose de Recklinghausen. A l'épilepsie, se joint fréquemment alors l'arriération mentale.

A l'autopsie de tels malades, on constate souvent un état particulier de l'écorce cérébrale, connu sous le nom de sclérose tubéreuse. MM. Roger et Mattei ont observé un cas du même ordre dans lequel les adénomes sébacés de la face, d'abord compliqués d'épilepsie et d'arriération mentale, se sont ultérieurement accompagnés d'un syndrome d'hypertension intra-crânienne.

L'association de troubles nerveux et de lésions cutanées, liés les uns et les autres à des malformations congénitales, fait penser à un processus intéressant l'ectoderme dans ses deux portions, externe (revêtement cutané) et invaginée (système nerveux central et périphérique), processus hérédo-dystrophique probablement. Levaditi a signalé, sous le nom d'ectodermoses neurotropes, des infections ayant une affinité spéciale pour la peau (y compris les muqueuses ectodermiques) et le système nerveux. De même, certaines néoplasies congénitales viennent se localiser avec prédilection sur le neuro-ectoderme.

La levure de bière comme agent pyrétogène.

(MM. Uréchia et Michalescu, de Cluj. — *Soc. méd. des hôp.*, 13-7-1923.)

Les vieilles expériences d'Emmerich relatives à l'action de la levure sur la bactéridie charbonneuse, et celles, récentes, de Levaditi et Nicolau concernant l'influence de cette substance sur les virus neurotropes ont engagé MM. Uréchia et Michalescu à faire une série d'essais quant à l'action pyrétogène possible de la levure de bière. Ils se sont servis d'une émulsion de le vure à 25 pour 1.000 dans du sérum physiologique. Cette dilution, injectée dans les muscles, dans les veines et dans le canal rachidien, a déterminé une élévation thermique atteignant et dépassant parfois 41°. La dose utilisée a donc besoin d'être mesurée avec un certain soin.

Les auteurs ont employé ainsi la levure, seule ou associée au salvarsan, chez 92 malades atteints de maladies nerveuses diverses (paralysie générale, tabès, parkinsonisme, etc.). Ils ont obtenu des résultats thérapeutiques encourageants. On sait que l'hyperthermie, la fièvre, spontanée ou provoquée, a paru jouer un rôle d'atténuation dans certaines névropathies organiques graves, la paralysie générale entre autres, et qu'on a cherché à étayer sur cette observation de clinique une méthode de traitement.

Ectodermoses neurotropes. Fièvre ortiée précédée de troubles mentaux.

(MM. Crouzon et Valence. — *Soc. méd. de hôp.*, 13-7-1923.)

La malade de MM. Crouzon et Valence fut admise à l'hôpital pour des troubles mentaux de type maniaque existant depuis deux jours, sans hyperthermie, sans signe somatique. Quarante-huit heures plus tard, la température s'élevait à 39°5, en même temps qu'apparaissaient des placards ortiés très étendus, disséminés sur tout le corps. Les manifestations psychiques s'amendèrent d'ailleurs aussitôt et huit jours après la malade quittait l'hôpital, guérie.

Ce cas peut être rapproché d'un autre analogue publié récemment par MM. Chauffard, Brodin et Wolf. Il rentre dans la catégorie des ectodermoses neurotropes de Levaditi. L'agent, infectieux ou toxique, supposé, a frappé successivement le système nerveux central, dans le domaine psychique, puis l'ectoderme, d'une façon passagère du reste.

M. Crouzon montre, à ce propos, tout l'intérêt qu'il y aurait à multiplier dans les hôpitaux les salles d'isolement neuro-psychiatrique, comme il en

existe à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié et à la Salpêtrière. On éviterait ainsi l'internement (chose toujours grave au point de vue social) de malades qui sont seulement atteints de psychoses aiguës, toxi-infectieuses principalement.

Névralgie du nerf laryngé supérieur.

(M. Max Lévy. — *Société médicale des hôpitaux*, 13-7-1923.)

Le nerf laryngé supérieur, nerf de la sensibilité du larynx, commande la plupart des phénomènes douloureux ou irritatifs d'origine laryngée. C'est ainsi qu'il intervient dans la dysphagie des inflammations aiguës de l'orifice supérieur du larynx (épiglotte, replis aryténo-épiglottiques), ou des lésions chroniques de cette région (tuberculose en particulier). Il intervient aussi dans la toux laryngée, l'ictus laryngé, etc.

En pareil cas, le nerf laryngé supérieur est lui-même lésé dans ses terminaisons ou sert de conducteur à un réflexe morbide parti de l'organe vocal. Une altération essentielle de ce nerf sous forme de névralgie, est, par contre, une éventualité rare. M. Max Lévy, en relate une observation. Elle concerne une femme de 72 ans se plaignant de crises douloureuses vives à la région laryngée droite, survenant toutes les 2 heures, accompagnées de gêne à la déglutition de la salive. L'examen des cavités nasales, pharyngienne et laryngienne, était négatif. L'alcoolisation du laryngé supérieur, l'injection de 2 cent. c. d'alcool cocaïné au contact du nerf, fut suivie de guérison des douleurs.

— M. Halphen insiste sur le rôle important du laryngé supérieur dans nombre de circonstances pathologiques (toux irritative, coqueluche, ictus, douleurs gutturales), et sur le traitement de ces accidents par l'alcoolisation du nerf. Le gargarisme salicylé, en anesthésiant les terminaisons nerveuses, peut aussi avoir un bon résultat, ce qui fait souvent dire au praticien que l'affection en cause était un rhumatisme laryngé.

Epingles de sûreté dégluties par les nourrissons.

(M. Le Dentu. — *Société de chirurgie*, 4-7-1923.)

M. Le Dentu revient sur la communication de M. Ombrédanne concernant le traitement des épingles de sûreté dégluties par les nourrissons. Le clinicien, dit-il, doit régler sa conduite suivant les cas et les éventualités qu'ils comportent. On ne saurait être systématiquement interventionniste. L'auteur a soigné autrefois, avec M. Hutinel, un jeune enfant de neuf mois qui avait avalé une épingle de nourrice ouverte. Le petit malade avait de la fièvre, mais cette fièvre paraissait s'expliquer par un érythème fessier concomitant. Pour ce motif, on différa l'intervention et l'on suivit, à la radiographie, la migration du corps étranger dans le tube digestif. Il fut expulsé par l'anus au bout de cinquante-deux jours.

M. Le Dentu signale des exemples de tolérance remarquables du péritoine pour les corps étrangers. En 1878, à l'autopsie d'un homme qui avait succombé à une affection non abdominale, il eut la surprise de trouver, à travers une fente de l'intestin grêle, un fragment d'os plat de 3 centimètres de longueur. Le péritoine, autour de cette pointe, était absolument intact. Dans la cavité intestinale, restait la base de l'os, sertie par un bourrelet inflammatoire. Une autre fois, en 1888, opérant un malade qui avait avalé quelques jours auparavant une cuiller en bois, il rencontra le corps étranger dans la cavité abdominale, sous la paroi, sans réaction péritonéale bien appréciable. Le malade guérit et actuellement encore est en bonne santé. Par des moyens demeurés un peu mystérieux, le péritoine se dérobe donc parfois aux risques d'infection les plus inévitables *à priori*.

— M. Mauclaire a observé jadis un typhique qui avait avalé brusquement un tampon d'ouate fixé sur une baleine de corset en gomme durcie. Etant donné l'état du patient, l'intervention fut différée. Or, le malade ne présenta aucune douleur et n'élimina rien par l'anus. Sans doute, digéra-t-il le corps étranger. Dans son quartier, on l'appelait « l'homme à la baleine ».

Exostose ostéogénique du crâne.

(M. E. Potherat. — *Société de chirurgie*, 27-6-1923.)

M. Potherat présente une exostose enlevée par lui, il y a un an, sur le crâne d'une jeune femme de vingt-neuf ans. L'exostose siégeait à la partie inférieure de la suture temporo-pariétale droite. Elle avait le volume et la forme d'une châtaigne ordinaire.

Les exostoses du crâne ne sont pas rares dans la syphilis. Pour le cas en question, rien ne permet d'incriminer la spécificité et l'affection semble congénitale. La malade a vu la tumeur apparaître dès ses premières années. Après une période d'accroissement, elle avait cessé de se développer, sans causer de douleur, jusqu'au jour où l'application d'un serre-tête la rendit sensible.

— M. Mauclaire a montré, en 1905, à la Société anatomique, une exostose volumineuse et sessile siégeant à l'union du temporal, du pariétal, et de l'occipital. Elle était très éburnée et l'ablation fut particulièrement pénible.

Luxation du grand os. Réduction manuelle.

(M. Auvray. — *Société de chirurgie*, 27-6-1923.)

M. Auvray, en présence d'une luxation du grand os en arrière, a eu recours aux manœuvres externes de réduction manuelle, sous anesthésie générale. La réduction fut obtenue et maintenue par un plâtre immobilisateur. On peut donc, en pareille circonstance, avant de décider l'intervention sanglante, tenter les manœuvres externes.

Arrachement total du cuir chevelu. Greffes.

(M. Pavlos Petridis, d'Alexandrie. — *Société de chirurgie*, 4-7-1923.)

M. Pierre Descomps lit un rapport sur une observation de M. Pavlos Petridis, d'Alexandrie, concernant un cas d'arrachement total du cuir chevelu, de scalp complet, traité par des greffes d'Ollier-Thiersch et suivi de guérison.

L'arrachement total du cuir chevelu était autrefois un traumatisme très grave, pouvant offrir des complications infectieuses immédiates ou éloignées, aujourd'hui mieux combattues. Il garde encore un pronostic sévère, en raison des accidents secondaires rencontrés. L'application de greffes auto-plastiques, par transplant dermo-épidermique à la manière d'Ollier-Thiersch, améliore dans une large mesure cette dernière incidence du pronostic.

— M. Lenormant parle des suites éloignées des greffes en question. Chez deux femmes, l'une opérée par M. Moure, l'autre par lui-même, il a vu survenir ultérieurement des hyperostoses qui, soulevant la peau, ont entraîné, des petites ulcérations des greffes. Il semble que ces crânes, qui ont été dénudés et recouverts de bourgeons charnus infectés pendant longtemps, continuent à faire de la périostite réactionnelle. Il devient nécessaire, dans ces conditions, de continuer les pansements et la guérison, en fin de compte, n'est pas complète.

P. L.

Le traitement de la syphilis par le bismuth.

(MM. Lacapère et Wallon. — *Société de médecine de Paris*, 21 avril 1923.)

La médication bismuthée est actuellement entrée dans la pratique et constitue une arme de premier ordre pour combattre la syphilis. Le bismuth est particulièrement indiqué chez deux ordres de malades : les intolérants aux arsénobenzènes et les arsénorésistants.

Les intolérants aux arsénobenzènes sont de plus en plus nombreux. Il arrive fréquemment qu'un malade, après avoir toléré sans réaction un nombre plus ou moins élevé d'injections d'arsénobenzènes, fasse tout à coup une réaction d'intolérance, crise nitritoïde, éruption, purpura, etc... Il est à craindre que des doses faibles des mêmes médicaments n'entraînent des accidents identiques contre lesquels il est souvent difficile de lutter, et la prudence recommande de renoncer chez ce sujet à la médication arsenicale. De même, certains malades présentent une résistance particulière aux arsénobenzènes et, chez eux, les accidents spécifiques ne cèdent que très incomplètement et très lentement à la médication arsenicale. Chez tous ces malades, le mieux est de s'adresser aux préparations bismuthées, beaucoup plus actives que les composés mercuriels.

***

Comme médication de début, les auteurs recommandent l'ionoïde de bismuth préparé par le procédé E. Fouard qui est injectable par voie intraveineuse et qui leur donne des résultats plus rapides que ceux des autres préparations bismuthées. L'*ionoïde de bismuth* est un bismuth colloïdal obtenu par un procédé spécial et maintenu dans l'état colloïdal par un *support* particulier qu'un chauffage à 80° pendant deux minutes permet de solubiliser complètement. Après ce chauffage, les ampoules d'ionoïdes de bismuth sont refroidies et le médicament est prêt à être injecté.

Les injections doivent être répétées trois fois par semaine à dose progressive. La première injection sera d'une ampoule de 3 cent. cubes, et on augmentera chaque fois d'une ampoule pour atteindre la dose de trois ampoules qu'on ne dépassera pas. Chaque centimètre cube de la suspension contient 3 milligrammes de bismuth colloïdal pur. On injecte donc une fois 30 milligrammes de bismuth.

La série se compose de vingt injections. Les accidents disparaissent dès les premières piqûres et la séro-réaction est ordinairement devenue négative ou très atténuée après la première série. Il peut être utile, si le résultat sérologique est incomplet, de procéder à une seconde série. La médication est admirablement tolérée, au point qu'il est inutile de prescrire aux malades de demeurer à jeun, comme on le recommande en général avant les injections d'arsénobenzènes.

Quand le résultat clinique et sérologique est obtenu, les auteurs recommandent d'employer les injections intramusculaires de sels insolubles, répétées une fois ou deux fois par semaine, et c'est à l'hydroxyde de bismuth que vont leurs préférences, à cause de la forte teneur de ce composé en bismuth (environ 80 %), et de l'indolence des injections.

***

Les auteurs attirent l'attention sur le danger des médications mixtes qui utilisent concurremment tous les composés connus. Ils préfèrent conduire le traitement en n'utilisant qu'un seul produit, pour conserver les autres comme réserve au cas où la syphilis donnerait lieu à des récidives graves.

Il se produit, en effet, chez les malades traités, une accoutumance aux composés employés, ce qu'on appelle une arséno-résistance ou une bismutho-résistance qui amoindrissent l'effet du médicament et expliquent en partie pourquoi les accidents spécifiques tardifs sont plus longs à guérir que les accidents de début. N'employant qu'un seul ordre de médicaments, ils gardent à leur disposition des armes nouvelles auxquelles l'organisme demeure entièrement neuf et dont l'efficacité reste considérable, si le premier médicament employé se montre impuissant à guérir les récidives d'accidents.

Les rêves prémonitoires.

(M. Paul Farez. — *Société de psychothérapie*, 17-7-1923.)

Des modifications morbides, encore sourdes, menues, à l'état naissant, n'atteignent pas notre conscience pendant l'état de veille ; mais elles lui parviennent, plus ou moins confusément, pendant que nous dormons. Elles servent alors de trame à nos rêves, que l'imagination vient colorer diversement. Dans de nombreux cas, journellement observés, l'opportune interprétation de ces rêves peut annoncer l'avenir pathologique, mais un avenir très prochain, lequel est déjà présent pour la sensibilité, discrète mais affinée, de notre subconscient. Dès lors, on peut instituer une thérapeutique très précoce, qui prévienne l'éclosion de la maladie, ou la fasse avorter, ou au moins en atténue l'acuité. C'est là, une nouvelle forme de la médecine préventive.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Fibrome pédiculé de la base de la langue.

M. Robert Rendu présente un malade auquel il a enlevé un fibrome de la base de la langue. La tumeur, bilobée, était située dans la fossette pré-épiglottique, visible seulement au miroir laryngien. Elle dut être enlevée au serre-nœud laryngien sous contrôle digital. Elle ne donnait comme symptômes fonctionnels qu'un peu de dysphonie et de dysphagie. A noter que le malade présentait en outre une constriction des mâchoires, pour laquelle il est pensionné, cet accident étant survenu à la suite d'un violent traumatisme reçu en captivité (1918) sur la région mentonnière. Or, cette constriction qui avait résisté à divers traitements dilatateurs subis dans des centres de prothèse maxillo-faciale, guérit instantanément après l'ablation du fibrome.

Reins tuberculeux exclus.

M. Reynard présente deux cas de reins tuberculeux isolés de la vessie, l'un depuis quatre ans, l'autre depuis douze ans. En pareil cas, l'évolution, que l'on peut reconstituer par les anamnestiques, est schématiquement la suivante : d'abord, pendant plusieurs années, réaction vésicale, avec cystalgie, pollakiurie, urines troubles, purulentes, inoculation positive du côté malade ; puis, dans une seconde phase, l'uretère se sclérose et finalement se ferme, laissant la vessie réparer ses lésions, l'urine s'éclaircir et l'état général se remonter. M. Reynard estime qu'il n'est, cliniquement, pas possible de savoir quel est ultérieurement l'état exact du rein ainsi exclu, qui souvent conserve des tubercules et du pus bacillifère, et peut, par suite, faire courir de grands dangers au sujet qui en est porteur. La conduite à tenir, en pareil cas, est la suivante : si l'état général est bon, s'il n'y a aucune douleur, on peut attendre. A la moindre complication, il faut enlever ce rein, après s'être, bien entendu, assuré du bon fonctionnement de l'autre.

Sarcome des parties molles du bras.

M. Dunet présente, au nom de M. le prof. Bérard et au sien, un sarcome des parties molles du bras dont l'intérêt réside surtout dans ce fait que cette tumeur est survenue chez un homme de 78 ans, alors qu'il est de règle de l'observer chez de jeunes sujets.

Reins polykystiques et néphrite chronique.

MM. Bocca et Mantelin présentent deux reins polykystiques provenant de l'autopsie d'une malade de 62 ans, comme suite aux présentations faites à la Société récemment par MM. Pallasse et Rollet, et par M. Dunet (V. *Concours*, numéro du 5-VIII-23, p. 2722). Le cas de MM. Bocca et Mantelin diffère des autres en ce que seuls, les reins étaient kystiques et qu'en outre, il existait une néphrite avec 2 grammes d'albumine dans les urines, 1 gr. 30 d'urée sanguine, hypertension à 28/17. Ces faits permettent de remettre en discussion la pathogénie du rein polykystique, congénital pour certains, d'origine néphritique pour d'autres.

Myome rouge de l'utérus.

M. L. Michon présente, au nom de M. Patel et au sien, un cas de myome rouge de l'utérus. On retrouve dans ce cas les caractères essentiels de cette affection : tumeur à développement rapide, métrorrhagies abondantes, douleurs et fièvre ; anatomiquement tumeur encapsulée, molle, de coloration lie de vin, du volume d'une orange environ. La nature de ces tumeurs est encore discutée.

Société médicale des hôpitaux.

Radioscopie dans la pneumonie infantile.

MM. Mouriquand et P. Ravault ont observé une pneumonie chez un nourrisson, avec température à 40°, submatité dans l'aisselle, sans aucun signe stéthoscopique ; radioscopie : triangle pneumonique de Weill et Mouriquand. Après défervescence, le triangle fit place à une image interlobaire, correspondant à une réaction scissurale, sans signes d'auscultation.

Obésité et boulimie post-encéphalitiques.

MM. Mouriquand et Dechaume présentent une fillette de 13 ans 1/2, sans antécédent notable, qui fut atteinte, en janvier 1920, d'encéphalite épidémique : température élevée, délire, somnolence continuelle, ptosis et strabisme de l'œil gauche, asthénie du côté gauche. Avant la fin de la période aiguë et surtout depuis, les parents ont remarqué chez leur enfant des modifications de caractère (nervosité, manque d'attention) et un engraissement progressif accompagné de boulimie. C'est pour ces derniers phénomènes

qu'on l'amène à l'hôpital. On ne trouve aucune séquelle nerveuse de l'encéphalite ; l'examen des viscères est négatif ; une radiographie de la selle turcique a montré une image normale. L'enfant, qui mesure 1 m. 45, pèse 56 kil. 300 à l'entrée et a encore engraissé pendant la première semaine de son séjour, atteignant 58 kil. 950. Elle a conservé un appétit demesuré, elle a toujours faim. Des cas nombreux d'obésité post-encéphalitique ont été publiés dans ces derniers temps et on a incriminé tantôt une atteinte des glandes à sécrétion interne, notamment de l'hypophyse, tantôt une atteinte du tuber. Dans ce cas, rien ne pouvait faire suspecter l'une ou l'autre de ces étiologies et M. Mouriquand pense que l'obésité, chez cette malade, était la conséquence de la suralimentation.

Malformation thoraco-cardiaque.

MM. Weill, Gardère et Bertoye présentent l'observation d'une enfant de 6 mois atteinte depuis sa naissance de crises de cyanose, pendant lesquelles tout le tégument devient presque noir ; dans l'intervalle, la cyanose est légère, teintant la face, les lèvres, les ongles. Les crises s'accompagnent d'une dyspnée intense, et, à chaque expiration, on voit au-dessus de la fourchette sternale « se précipiter » une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, molle au toucher (*signe de Rhen*) ; à ce moment, on peut percevoir la trachée sur toute sa hauteur, le manubrium sternal est, en effet, totalement absent. Au cœur, souffle systolique, maximum dans le 2e espace gauche, se propageant à droite sous la clavicule. L'existence du signe de Rhen, considérée jusqu'ici comme pathognomonique de l'hypertrophie thymique, devait faire penser à cette dernière affection, mais l'évolution montra qu'il n'y avait pas d'hypertrophie du thymus, car actuellement, les crises paroxystiques ont disparu, il n'y a pas de tumeur et on perçoit la trachée sur toute sa longueur. Il s'agit donc de crises paroxystiques de cyanose au cours d'un rétrécissement pulmonaire, et l'opinion classique concernant le signe de Rhen doit être révisée. Pour M. Weill, la tumeur que l'on percevait chez cette malade au moment des crises correspondait à une poussée portant lors de l'expiration sur toute la masse médiastinale et le tissu cellulaire ambiant, poussée rendue plus apparente par l'échancrure de la partie supérieure du sternum.

Chorée rhumatismale avec endocardite précoce.

MM. Weill, Dufourt et Bernheim rapportent l'observation d'une enfant de 9 ans qui fut atteinte brusquement de délire et d'agitation intense, avec mouvements choréiques incessants portant sur tout le corps ; examen viscéral et ponction lombaire négatifs ; température : 39°.

On pense d'abord à une encéphalite épidémique. Mais, huit jours après le début, on note à l'examen du cœur un frémissement systolique, et, à l'auscultation, un souffle systolique intense. Ces signes s'accusent les jours suivants ne laissant pas de doute sur l'existence d'une endocardite. Un traitement salicylé fut institué dès l'apparition des signes cardiaques et, sous son influence, on vit s'abaisser la température, les mouvements choréiques s'atténuer, puis disparaître. Il s'agissait donc d'une chorée rhumatismale avec endocardite. L'intérêt de cette observation est dans la précocité de l'apparition de l'endocardite, et aussi dans l'action du traitement salicylé.

Tumeurs intra-rachidiennes.

M. Bériel présente, avec ses collègues Descoutes, Favre et Leriche, trois observations de tumeur intra-rachidiennes : l'une ayant trait à un fibrome méningé, l'autre à un sarcome, toutes deux avec compression de la moelle dorsale, la troisième à un tubercule de la 7e *racine droite* avec *ramollissement* secondaire de la moelle. Le diagnostic, dans ces trois cas, avait pu être fait de façon précise quant à la localisation exacte, et les deux premières de ces tumeurs ont pu être enlevées avec succès. Pour la troisième, l'intervention fut seulement palliative.

Néphrite tuberculeuse à évolution subaiguë ; granulie terminale.

M. Roubier et Mlle Schoen présentent une observation de tuberculose rénale fermée ayant évolué en quelques mois sous la forme d'une néphrite subaiguë avec urines bouillon de bœuf, albuminurie abondante, hématuries répétées, sans œdèmes, ni hypertension, ni azotémie. Après une période de tolérance, une fièvre à oscillations s'est installée, des signes discrets sont apparus au sommet droit, et le malade est mort de granulie avec accidents méningés terminaux. La nature de cette néphrite, soupçonnée par les antécédents (pleurésie séro-fibrineuse) et par l'importance des hématuries (signe de grande valeur), avait été affirmée par l'inoculation des urines au cobaye.

Sur la posologie de la substance antiscorbutique.

MM. Mouriquand et Paul Michel ont insisté à plusieurs reprises sur les dangers qu'il y aurait à considérer l'aliment antiscorbutique comme agissant à doses infinitésimales. Ils rapportent aujourd'hui le résultat d'expériences faites à ce sujet : de deux cobayes soumis à un régime carencé et recevant en outre, l'un de faibles doses, l'autre de fortes doses de jus de citron, le premier présente des lésions typiques de scorbut expérimental, le second en est indemne. Il ne faut donc pas hésiter, dans les cas de scorbut dus à une alimentation carencée, à prescrire la substance antiscorbutique à fortes doses, celles-ci étant d'ailleurs parfaitement supportées.

Pleurésie purulente axillaire.

M. Carnet présente, au nom de MM. Bonnamour et Badolle, un malade atteint de pleurésie purulente axillaire. Début de l'affection par un point de

côté, toux et expectoration ; au bout d'une quinzaine de jours, vomique abondante . A l'entrée à l'hôpital, amaigrissement, sueurs profuses, toux et expectoration abondante, température oscillant entre 38 et 39°. Matité franche de la base droite tournant dans l'aisselle, obscurité respiratoire ; deux ponctions exploratrices (l'une en arrière, l'autre dans l'aisselle), négatives. La radioscopie montre un épanchement hydroaérique localisé dans l'extrême sommet de l'aisselle droite. Les jours suivants, apparaissent dans le 2e espace en avant de la pectoriloquie et un petit souffle ; une nouvelle ponction ramène 300 gr. de pus. Pleurotomie (M. Patel). Suites simples. *Amélioration rapide.* Cette observation met en lumière la valeur séméiologique de la matité tournant dans l'aisselle et de la radioscopie, sans laquelle la localisation de l'épanchement eût été très difficile.

Pneumonie caséeuse. Association microbienne.

MM. Paul Courmont, Boissel et Bujadoux présentent l'observation d'un malade mort dans le service de l'un d'eux d'une affection tuberculeuse pul*monaire bilatérale massive* : pneumonie caséeuse typique à droite, avec ramollissement et cavernes étendues du lobe inférieur, infiltration tuberculeuse moins avancée du poumon gauche (hépatisation franche du lobe supérieur et splénisation du lobe inférieur). Le bacille de Koch était très abondant dans les crachats et dans différents points des poumons à l'autopsie. En même temps, on trouva un microbe associé, le *micrococcus catarrhalis*, qui fourmillait dans les crachats, qui fut trouvé également dans le sang et dans les lésions pulmonaires.

Les associations microbiennes sont plus rares qu'on le pensait autrefois. De plus, d'ordinaire, les microbes associés ne se trouvent que dans les crachats et les lésions. Ici, on l'a trouvé dans le sang, et il semble que ce microbe a joué un rôle en créant un état septicémique, et en favorisant l'extension, le ramollissement et la liquéfaction des lésions pulmonaires.

Société d'ophtalmologie.

MM. Rollet et Colrat présentent deux observations d'**iritis blennorrhagique**, affection niée par certains auteurs, mais dont l'existence ne paraît plus douteuse, depuis qu'on a pu déceler le gonocoque dans le liquide de la chambre antérieure. La symptomatologie n'a d'ailleurs rien de spécial.

M. Bussy présente un **myxome de la cornée.**

MM. Bussy et Aloin présentent un **cancer de la glande lacrymale** qui a évolué chez une femme de 56 ans concurremment avec un cancer du sein. La tumeur lacrymale fut extirpée, mais il se produisit dans la suite une large métastase dans l'os frontal.

M. Genet relate l'observation d'un malade atteint de **tumeur cérébrale avec névrite optique unilatérale et hémianopsie.** Le plus souvent la névrite est bilatérale. Dans ce cas, la névrite optique siégeant seulement du côté droit, et l'hémianopsie du côté gauche pouvait faire penser à une tumeur siégeant à droite.

A. C.

Les Livres

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 1923.

Henri Roger et G. Aymès. — **Diagnostic et traitement des sciatiques.** (1 vol. in-8° 160 pages et 15 figures. Prix : 8 fr.)

Les auteurs insistent sur les difficultés de distinguer parfois la vraie sciatique rhumatismale, des sciatiques symptomatiques d'une compression médullaire, d'un mal de Pott latent, d'une syphilis nerveuse ; puis, ils étudient dans tous ses détails le traitement rationnel de ces affections, à la lumière des dernières découvertes scientifiques.

J. Baudaline. — **Traitement des plaies par douches d'air chaud.** (1. vol. in 8°, 64 pages, 31 planches ou figures. Prix : 12 fr.).

Dans ce travail, essentiellement pratique, l'auteur, après quelques données historiques, expose l'instrumentation et l'organisation de son service d'aérothermothérapie. Il délimite les plaies justiciables des douches d'air chaud, et décrit la technique de l'application des douches d'air chaud, leur mode d'action sur les plaies, les résultats obtenus.

Ainsi est-il démontré qu'une douche d'air chaud, appliquée selon les principes de Baudaline, non seulement guérit des plaies sans tendance à la cicatrisation, mais diminue les journées de souffrance et épargne la douleur.

Léon Bizard, médecin de Saint-Lazare. — **Conférences sur les maladies vénériennes.** (2e édition, 1 vol. in-8°, 116 pages. Prix : 5 fr.).

Voici les titres des chapitres de cet intéressant opuscule : Les préjugés sur les maladies vénériennes. Où prend-on les maladies vénériennes ? La prostitution à Paris. Moyens individuels de préservation. Les trois maladies vénériennes. Le chancre simple. La blennorragie. La syphilis. Les responsabilités des vénériens. Considérations morales.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

J'ai reçu du professeur Henri VERGER, *de Bordeaux, la lettre suivante qu'il m'est agréable de publier.*

Mon cher confrère,

Je ne puis assurément qu'être flatté du commentaire que vous avez consacré dans le *Concours* du 19 août à ma conférence sur l'Ordre des médecins. Et je me demande si, en dépit de votre titre programme toujours aussi ironique, nous n'allons pas finir par nous entendre.

Vous en arrivez bien, il me semble, à reconnaître qu'il y a quelque chose à faire, puisque maintenant vous parlez de Commissions provinciales et de juridiction d'appel. Convenez que si ce n'est point un Ordre (le mot est vraiment trop antipathique au *Concours*), cela y ressemble quelque peu. Et j'en suis fort aise, peut-être en vertu de cet optimisme que J. Noir attribue à notre ciel.

Vos critiques sont fort justes en ce qui concerne les sanctions : il y a des difficultés évidemment, mais pas d'impossibilités dirimantes. Et, détails mis à part, je suis persuadé que l'interdiction de la médecine publique, facile à réaliser, serait une sanction d'autant plus efficace que c'est là justement le champ d'action préféré des indésirables qui nous déshonorent. Le point capital est du reste dans la délimitation de la compétence de la juridiction à créer, et là-dessus, je crains de m'être mal expliqué, car vous ne paraissez pas avoir saisi toute ma pensée.

« Où est, dites-vous, le code de déontologie qui pourrait être érigé en loi applicable sur tout le territoire » ? et vous triomphez en montrant que ce code n'existe point, et que bien mieux les usages déontologiques varient quelquefois d'une province à l'autre. Souffrez que je vous réponde la-dessus. Je me suis attaché justement à distinguer de mon mieux la déontologie interconfraternelle de celle qui lie chaque médecin vis-à-vis de ses clients et qui vaudrait même s'il était seul de son espèce.

La première est d'origine essentiellement corporative et traditionnelle comme telle sujette à varier suivant les lieux et les temps. C'est, si on peut dire, une réaction de défense purement interne, dont les règles sont souvent même inaccessibles à l'esprit du public extra-médical et ne peuvent avoir force légale, comme vous dites fort bien, en citant vos exemples : tarif forfaitaire, dichotomie, etc.

Or, j'ai insisté sur ce point dans mon texte, les infractions déontologiques de cet ordre, doivent rester de la compétence du Syndicat, organe de défense professionnelle. La déontologie qui règle les rapports du médecin avec ses malades, indépendamment de toute considération corporative, est en un certain sens d'ordre public, et son origine étant morale, elle est celle-là absolument universelle et procède tout simplement de l'honnêteté commune. Elle n'a donc point de code à proprement parler, ce qui n'empêche pas qu'il suffit pour en juger d'une conscience droite, comme Dieu merci, il n'en manque pas dans le Corps médical.

J'ajoute que, *dans l'esprit du public extra-médical*, ce sont seulement les infractions à cette déontologie-là qui emportent le déshonneur et la déconsidération du médecin, lesquelles rejaillissent ensuite sur tout le corps médical.

Il reste entendu, il est vrai, que le public reste dans son ensemble assez inapte à saisir les fautes de ce genre ; il doit être protégé en quelque sorte malgré lui contre les mauvais médecins, dont chacun sait qu'ils font plus facilement fortune que les bons.

Eh bien, dans mon esprit, ce sont ces fautes qui sont déshonorantes et qui formeraient l'objet de la compétence de l'Ordre. Notez qu'elles englobent naturellement certains délits de droit commun, mais qu'elles dépassent aussi en maints endroits le domaine du code pénal, et cela seul justifierait une juridiction d'exception, juridiction de techniciens seuls aptes à saisir le fond des choses.

Pour parler en termes concrets voici trois exemples :

1° Un médecin qui ferait de faux certificats ou porterait en compte des visites qu'il n'aurait pas faites commettrait une escroquerie, délit de droit commun qui regarde les tribunaux ordinaires.

2° Un médecin qui systématiquement délivrerait la même ordonnance à tous les malades (j'en connais deux de ce genre, spécialistes de médecine publique) ne peut que bien difficilement être inculpé d'escroquerie ; la faute n'en est pas moins évidente et grossière au point de vue

médical. Celui-là serait justiciable du Conseil de l'Ordre et devrait être exclu.

3° Les joyeux farceurs qui proclament *urbi et orbi* qu'ils soignent leurs malades par les procédés les plus modernes sans les exploiter, ne font en somme que se ridiculiser et en même temps nuisent à leurs confrères ; ils sont justiciables du Syndicat.... si toutefois ils en font partie.

Notez bien qu'en fait, ce que je propose pour la médecine, profession très spéciale et exceptionnelle si on peut dire, au point de vue social, existe en Angleterre depuis soixante ans et qu'en France, pour les officiers, à côté de la juridiction pénale des Conseils de guerre, et ne se confondant point avec elle, il y a la juridiction morale des conseils d'enquête qui proposent au ministre l'exclusion des indignes. Et ces Conseils n'ont d'autre code que la conscience des juges. Ils jugent « en équité » comme on dit au Palais.

Je pense que maintenant vous m'avez bien compris. Je pense aussi que vous ne m'objecterez pas avec un de vos collègues que les médecins ne sauraient être de bons juges. Drôle d'idée en vérité.

En terminant cette trop longue lettre, laissez-moi vous faire une critique à mon tour. Vous pensez à une juridiction d'appel formée par le Conseil de l'Union. Avez-vous songé que cette idée d'ériger en tribunal légalement constitué, une institution syndicale, c'est-à-dire issue d'un suffrage volontaire, ne tendrait à rien moins qu'à instituer de véritables soviets par extension aux syndicats de tous genres ? Parlez-en donc à notre confrère Boudin.

Si vous voulez une « juridiction » même à compétence limitée, c'est-à-dire une autorité dont les décisions auraient force exécutoire, il faut de toute nécessité qu'elle procède ou du pouvoir gouvernemental, ou du suffrage universel, je veux dire qu'elle soit élue par tous les médecins comme les tribunaux de commerce sont élus par tous les commerçants patentés.

Je ne sais si je vous aurai convaincu. Je ne désespère pas de voir le *Concours* muer son attitude d'opposition négative en une disposition constructive comme on dit aujourd'hui, et je crois que ce faisant il continuerait d'être ce que j'admire de lui le bon gardien de tous les intérêts matériels et moraux du corps médical.

Je vous prie de croire à mes sentiments confraternellement dévoués.

Henri VERGER.

***

Je répète ce que j'ai déjà écrit au sujet du projet du professeur Verger : son mérite essentiel est de se tenir, en principe, dans les limites des réalisations possibles. Notre distingué confrère se garde bien de vouloir soumettre au Conseil de l'Ordre des médecins toutes les fautes que ceux-ci peuvent commettre. Il en fait une judicieuse discrimination et ne retient comme étant de la compétence de ces Conseils que les contraventions à la correction qui doit régir les rapports des médecins avec leurs malades. Et, quand il envisage les sanctions qui pourraient être prononcées, il s'en tient aux seules pénalités qu'il sait devoir être efficacement appliquées.

Le *hic*, et j'en reviens toujours là, c'est la définition de ces contraventions elles-mêmes. L'exemple qu'il nous cite, et qui m'avait d'abord impressionné, du médecin qui prescrit toujours la même ordonnance à tous ses malades, prête lui-même à discussion. Qui peut en effet se plaindre de cette méthode ? Les malades eux-mêmes. Or, il ne semble pas qu'ils songent à le faire, puisqu'ils continuent à fréquenter les cabinets où les choses se passent ainsi. Et puis, dans quelle mesure est-ce absolument répréhensible et justiciable d'une sanction ? Tel spécialiste qui ne voit qu'une catégorie bien délimitée de malades peut, sans être incorrect, prescrire à la plupart d'entre eux à peu près le même traitement. Il en est qui utilisent même des ordonnances imprimées d'avance. Bien mieux, dans certaines consultations hospitalières, à Paris tout au moins, on ne fait pas autrement. Il existe une sorte de prototype d'ordonnance, sur laquelle le consultant se contente d'apporter les modifications que réclame le cas particulier envisagé.

Mais laissons-là pour le moment la question de l'Ordre des médecins. Nous avons écrit là-dessus tout ce que nous pensions. Inutile de prolonger indéfiniment la discussion, que nous reprendrons une dernière fois à notre Assemblée générale de novembre.

En ce qui me concerne — et je crois m'en être expliqué avec suffisamment de netteté, — j'estime qu'il y a quelque chose à faire. Mais je suis d'accord avec tous mes collègues (Boudin compris) du Conseil de direction du *Concours médical* pour estimer que c'est dans le cadre syndical qu'il faut d'abord tenter l'organisation d'une certaine juridiction plus indépendante que les Conseils de famille des Syndicats. Aux Syndicats de prendre l'initiative de cette organisation. Quand elle aura fait la preuve de son utilité, quand elle sera passée dans les mœurs professionnelles, rien ne s'opposera à ce qu'elle soit homologuée par une loi ou un décret, et à ce que tous les médecins — syndiqués ou non — lui soient soumis. Nous n'aurons plus alors à discuter que sur les modalités de l'organisation envisagée, et notamment, l'élection des membres de la juridiction projetée.

G. DUCHESNE.

LISERÉ VERT ET PATENTE DE SANTÉ

Au cours de cette année, le spirituel écrivain Clément Vautel, dans un de ses films amusants du *Journal*, proposait la création d'une société dont le but serait de permettre à des jeunes gens et jeunes filles ayant peu de relations mondaines, de se rencontrer en vue d'une union légitime.

Il proposait pour cette association le nom de « liseré vert », couleur d'espérance. Le but était louable, essayer de favoriser les mariages légitimes, en cette période de dépopulation progressive.

Je souhaite donc tout le succès possible à cette institution, sans m'attacher à l'ironique dessin du joyeux humoriste Albert Guillaume, disant en substance, le vert est la résultante du bleu, couleur du ciel, et peut-être du 7e ciel, avec le jaune, symbole coloré des infortunes conjugales.

Une chose a *attiré mon attention* à la lecture des statuts du liseré vert, c'est le *texte de l'article* 4. Les membres actifs, désireux de contracter mariage, devront se conformer, pour fournir et obtenir les renseignements nécessaires, au règlement intérieur du Club : *ils devront prendre l'engagement de se soumettre en temps opportun à une visite médicale.*

C'est, je crois, la première tentative de ce genre en France ; l'établissement d'une patente de santé pour mariage. La chose paraît logique ; alors qu'on ne peut entrer dans aucune administration sans un examen médical, il semble utile de s'assurer de la santé de conjoints qui ont pour but : la perpétuation de l'espèce.

Je crois même que cette visite est obligatoire officiellement dans certains pays du Nord, pour les mariages.

La proposition a rencontré une certaine hostilité au sein de la société, comme contraire à l'esprit français. Il a même été dit que la visite ne signifiait rien ; car les médecins délivreraient des certificats de complaisance, insinuation tendancieuse relevée vertement par un de nos confrères le Dr Bodin. Voici comment fonctionne cet examen médical : le sociétaire candidat au conjungo est inscrit sur un registre avec ses noms et prénoms, profession, etc. *Ce registre reste aux mains du président.*

En même temps, il reçoit un numéro d'ordre qui sera celui de sa fiche, impair pour les hommes pour éviter qu'ils en fassent un, et pair pour les femmes.

Tous les renseignements ne se donnent que sur cette fiche anonyme.

Il existe une Commission médicale composée de trois membres qui a pour mission, entre autres choses, de se prononcer sur l'admission des candidats au mariage, après examen des médecins inspecteurs.

En effet la visite médicale est faite par un médecin inspecteur désigné par la commission médicale.

Le candidat se présente chez le médecin avec sa carte d'identité, portant sa photographie et son numéro de fiche, *mais anonyme.* Le médecin examine le futur sociétaire, remplit une fiche médicale comprenant un certain nombre de questions sur la santé de ce dernier, sur l'état de ses organes, et au bas de laquelle il formule son avis.

Chaque fiche est transmise à la Commission médicale qui, après lecture, transmet au Comité directeur l'une des conclusions suivantes : admis, ajourné, refusé.

Les fiches médicales sont anonymes. Elles portent uniquement la lettre de série et le numéro matricule des sociétaires intéressés et sont conservées aux archives.

Chaque membre actif se présentant au médecin inspecteur devra verser entre ses mains le prix de sa visite, fixé uniformément à 20 francs.

Il est ajouté dans les commentaires : Les familles qui croiraient devoir soustraire directement leurs enfants à la visite médicale obligatoire dégageraient par là même, la responsabilité du Club national des liserés verts.

Je ne puis qu'approuver la façon dont se pratique l'examen médical et l'établissement des fiches de santé. C'est là un système que j'ai préconisé depuis longtemps pour les fiches établies par les médecins pour leur usage personnel ou pour les fiches d'examen des enfants des écoles.

Je suis heureux d'en constater la réalisation pratique dans une œuvre qui a le mérite d'être dernier cri.

Mais il reste à discuter le principe même de la patente de santé en vue de mariage. Quelle peut être son utilité ? D'abord, dans la pratique courante, tous les vieux praticiens savent que les familles des jeunes filles admettraient très bien un examen médical des fiancés, mais opposent une réserve beaucoup plus grande pour la réciproque. A notre époque où la dépopulation sévit d'une façon désolante, il est certes très intéressant pour la race d'essayer de s'entourer de garanties pour aider à la procréation d'êtres sains et forts.

Mais n'y a-t-il pas là également un danger d'apporter une nouvelle entrave à des unions légitimes ? L'important est avant tout d'obtenir le plus d'enfants possible, car la nature se charge, malgré nous, de pratiquer la sélection en supprimant les faibles.

Si vous rendez plus nombreuses les formalités du mariage, vous en diminuez le nombre aux dépens de l'union libre. Or le plus souvent mariage égale famille, union libre stérilité, sauf erreur ou omissions, comme on dit en comptabilité.

Or si deux êtres s'aiment, croyez-vous qu'ils se réclameront mutuellement leur patente de santé. Ils se marieron envers et contre tous, ou bien feront un relai dans l'oasis de l'union libre.

Or, pour celle-ci, que ferez-vous. Etablirez-vous des certificats de santé obligatoires ? J'en doute et pourtant vous aurez à enregistrer la naissance d'enfants sans votre permission. La question est donc d'importance ; elle mérite d'être étudiée et je voudrais bien connaître sur ce point l'opinion de nos confrères.

Dr M. VIMONT.

HYGIÈNE

Erreurs d'hygiène

Chaque grande découverte apporte avec elle son bagage d'avantages et d'inconvénients. Elle est accompagnée d'un cortège de bienfaits et aussi de réactions inattendues. Elle bouleverse l'économie sociale et les idées. D'un côté, d'immenses et salutaires résultats, de l'autre, de terribles mécomptes. Y a-t-il compensation ? Parfois on en doute.

Ne redoute-t-on pas les suites de la découverte des ondes hertziennes ? On va s'entendre parler, chanter de tous côtés et à de longues distances. On va se voir d'un bout du monde à l'autre. D'aucuns trouvent que la vie en sera compliquée et troublée. — La chimie, source de richesse, est devenue en même temps un agent de destruction. — L'audace de l'aviation et de l'automobilisme fait peur. — Il n'est pas jusqu'aux merveilleuses découvertes de Pasteur qui n'aient leur côté malfaisant, tels les obus à microbes.

Il est incontestable que la découverte des microbes, des infiniment petits, que les notions de contagion et de propagation des maladies, ont amené un profond changement dans la mentalité de nos contemporains. On ne songe qu'aux microbes ; on les voit partout ; on en parle sans cesse ; on se voit constamment menacé ; on se sent entouré et envahi d'ennemis invisibles ; on se débat sans cesse dans une lutte acharnée dont l'issue heureuse n'est jamais certaine. Bref, c'est une hantise, une phobie, dont presque personne n'est exempt, phobie qui va parfois, surtout chez les femmes, jusqu'à l'obsession nerveuse et crée une nature spéciale caractéristique. On constate même un état cérébral morbide nouveau qui n'est pas étranger au nervosisme général du jour. Quoi qu'il en soit, il l'augmente singulièrement.

Et malgré l'intelligence du public, malgré ses soins et ses connaissances des pratiques minutieuses de l'antisepsie, malgré ses notions de prophylaxie des maladies contagieuses et de lutte antimicrobienne, que d'erreurs, que de contradictions dans les mesures prises, dans les précautions recommandées ! On s'y perd, on patauge, on agit à tort et à travers. On croit tenir, détruire, pourchasser le microbe, tuer le bacille, éloigner à jamais l'ennemi, mais on ne fait que le déplacer et il voltige toujours autour de vous, Madame, qui croyez vous être mise à l'abri de ses menaces.

Nous secouons nos tapis par les fenêtres, à des heures réglementaires, mais nous répandons dans l'atmosphère les germes que nous rapportons avec ceux des autres chez nous, nichés sur nos épaules, tapis dans notre chapeau et nos fosses nasales. Nous époussetons avec les torchons ou le plumeau. Nous balayons nos tapis avec la brosse, car tout le monde ne peut utiliser les derniers perfectionnements des appareils à aspiration. *Nous décrottons ou brossons nos chaussures à la cuisine. Nous brossons et secouons nos habits dans l'appartement. Nous laissons les enfants jouer avec un sable ignoble dans les jardins publics.* On ne frémit pas devant le danger couru, mais on tremble devant un visiteur qui tousse, un bouton de porte qui vient d'être touché par un tuberculeux ; on fuit une personne qui sort d'une maison où il y a la rougeole, une scarlatine, une fièvre typhoïde, etc.

Du sang-froid, du raisonnement, de la logique. N'exagérons pas, n'oublions pas que les germes microbiens n'ont pas la vie bien longue, qu'ils se détruisent mutuellement et que leur plus grand ennemi est le soleil.

Soyons propres et soigneux à bon escient, et ouvrons fenêtres et rideaux !

Dr COURGEY.

LETTRE OUVERTE AU DIRECTEUR DE L' « ŒUVRE »

A propos de ses attaques contre le Corps médical

Mon cher directeur,

Je suis trop ami de l'*Œuvre*, et depuis trop longtemps, pour ne pas être peiné de l'attitude qu'elle adopte à l'endroit du corps médical. Dernièrement, j'y lisais une phrase dont le sens était : que les médecins fassent quelque chose pour les laboratoires dans les hôpitaux, il sera temps alors de demander leur contribution à Carpentier, à Siki.

C'est un peu trop oublier que depuis toujours le corps médical consacre aux hôpitaux toutes ses matinées, gratuitement ou quasi-gratuitement ! Quel est l'architecte, quel est l'entrepreneur, quel est le commerçant qui donne aux hôpitaux et aux pauvres la moitié de sa journée ? Je demande à voir la note du boucher dans n'importe quel hôpital de France ! Et notez que l'habitude se prend, en échange de ces soins gratuits que nous donnons aux pauvres — ou aux riches qui se glissent hypocritement parmi eux — de nous réclamer, en cas de malheur d'énormes dommages-intérêts ! C'est, vous l'avouerez, un comble ! Nous sommes vraiment des « mercantis » d'un genre très spécial, puisqu'obligés de payer des primes d'assurance pour nous mettre à l'abri des conséquences désastreuses que peut nous attirer notre travail désintéressé ! Aussi, lorsque notre vie médicale est près d'être terminée, c'est mon cas, éprouvons-nous quelque haut de cœur à voir comment on a apprécié, soit en haut lieu, soit dans la presse, une carrière qui conduit les heureux à une modeste aisance, l'ensemble à une médiocrité voisine de la misère. A part de rares privilégiés, et qui sont précisément ceux qui ne suivent pas la tradition et se sont adaptés aux procédés du commerce, la profession médicale, pour un travail personnel, ne nourrit pas son homme. L'épicier du coin se rirait du gain ridicule de la plupart d'entre nous ! le boucher s'en gausserait ! le bottier s'en ferait une pinte de bon sang ! Aussi avec quelle amertume ai-je lu hier l'article de Pierre Mille ! Nous ne prescrivons pas les préservatifs contre les maladies vénériennes pour ne pas supprimer cette source de profits !

Comme si ce n'étaient pas les travaux des médecins qui ont créé l'hygiène, comme si nous ne luttions pas chaque jour pour en vulgariser les notions ! Nous sommes la *seule* profession qui travaille ainsi à son propre anéantissement et on ose nous faire grief de tendances contraires !

Que les médecins écœurés de voir leur effort de tous les instants si mal compris, si mal interprété, de voir leur travail gratuit si mésestimé, viennent à cesser brusquement ce dévouement méconnu et vous verrez combien d'heures résisteront au brusque retrait de leur collaboration, toutes vos lois sociales, *toutes* basées sur leur travail gratuit ! Il n'y a pas de budget d'assistance publique capable de tenir 24 heures si les médecins honnis, à l'instar des commerçants respectés, disaient à la Société : « toute visite de malade à l'hôpital vaut 10 francs », comme tout commerçant dit sans qu'on songe à le critiquer : « tout carreau de 30 sur 40 remplacé à l'hôpital vaut tant », là comme ailleurs !

Pas une loi sociale n'a pu être instituée sans *qu'on ait établi son budget* en comptant pour rien ou à peu près la collaboration du médecin, *qui en était la base*. Et voilà comment on nous remercie ! C'est nous, les parias de l'après-guerre, qui avons à peine adopté le coefficient 2 quand les mercantis ont imposé à la vie le coefficient 4, qui devenons la tête de turc des politiciens en mal de surenchère électorale !

Ah ! M. Pierre Mille nous reproche de ne pas prescrire la pommade de Metchnikof ! qu'il tourne donc la page du journal, et il verra où sont conviées à s'adresser les victimes de Vénus ! Ce n'est pas chez nous, médecins, qu'elles viennent chercher les conseils lorsqu'il en est temps encore ! Elles ne s'adressent à nous qu'après avoir rôdé dans toutes les officines où des garçons laveurs de fioles leur prodiguent d'autorité les remèdes les plus saugrenus, qu'après avoir fait le tour des annonciers véreux. Si la Presse veut sérieusement la disparition des maladies vénériennes, elle fera plus en supprimant sa quatrième page qu'en insérant à sa troisième des articles dans le genre de celui de M. Mille.

Nous ne prescrivons pas la pommade de Metchnikof parce que nous n'avons pas l'occasion de la prescrire ! Je la prescris chaque fois que je le peux. Je la prescris sous la forme quasi officieuse, sinon officielle, en « gélatube 29 ». Mais il s'agit là d'un effort tenté par le ministère dans un but philanthropique. Il laisse un trop petit pourcentage aux vendeurs pour qu'il se généralise ! Je n'ai pas besoin de vous dire que les médecins prescrivent, mais qu'ils ne vendent pas ! Si les médecins sont assez poires pour faire de la philanthropie, les autres corporations ne le sont pas. Jusqu'à ce jour, au moins, on avait, à défaut d'argent, payé les poires avec du respect et de la considération. Les temps sont changés, paraît-il. Maintenant on les injurie.

Je suis un trop vieux lecteur de l'*Œuvre* pour penser que vous laisserez passr ma protestation

sous silence. Je prescris comme tous mes confrères, les trop rares fois où j'en ai l'occasion, la pommade de Metchnikoff. Je soigne, comme tant d'autres, dans le dispensaire du ministère de l'hygiène publique que j'ai l'honneur de diriger, les vénériens qui consentent à préférer nos soins *gratuits* à ceux *ruineux* des officines. J'ajoute que pour pouvoir le faire sans trop de risques pour moi, pour ma famille, j'ai dû m'assurer, contre payement de primes onéreuses, pour cent mille francs.

Que le mercanti qui exerce une profession plus pénible me jette la première pierre !

Recevez, Mon cher directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr LE DUIGOU.

Cherbourg, 19 août 1923.

JURISPRUDENCE

Pharmacien. Accident. Pansement d'urgence. Exercice illégal de la médecine?

Nous relevons dans le *Journal officiel* du 23 juin dernier, une question écrite et sa réponse, concernant certains cas particuliers d'exercice illégal de la médecine par des pharmaciens.

17694. — M. le lieutenant-colonel JOSSE, député, demande à M. le Ministre de l'Intérieur, si un pharmacien qui, dans une circonstance grave, accident ou tentative de suicide, obéirait aux plus respectables sentiments d'humanité et donnerait des soins à une personne malade ou blessée, en l'absence constatée de l'unique médecin de l'endroit, pourrait être l'objet de poursuites. (*Question du 8 mai 1923.*)

Réponse. — D'après l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, exerce illégalement la médecine et encourt les peines prévues à ce titre : « Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé... prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ». Le garde des sceaux ne peut que rappeler ce principe, les tribunaux répressifs étant seuls compétents pour en faire application aux cas d'espèce qui leur seraient soumis.

(*J. O.*, 23 juin 1923.)

Le rédacteur du ministère de l'Intérieur, auquel a été confié le soin de répondre à M. Josse, député, ne s'est pas donné beaucoup de mal. Effectivement, en principe, nul ne peut établir de diagnostic, ni faire de traitement, s'il n'est docteur en médecine, diplômé d'Etat français.

Mais, dans bien des cas d'urgence avérée, l'humanité fait un devoir de porter secours à un de ses semblables : le droit naturel est au-dessus des lois nationales.

Nous répondrons, à notre tour, à M. Josse, député, que l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 indique quels sont les éléments constitutifs du délit d'exercice illégal de la médecine. Il est indispensable que celui qui, n'étant pas diplômé, donne ses soins à autrui, prenne part, d'une manière habituelle, ou par une direction suivie, au traitement des malades. C'est cette habitude, cette répétition de l'acte répréhensible, qui constitue un des éléments du délit. D'ailleurs, la loi précise encore en ajoutant, au paragraphe 1 de cet article 16 « .... sauf le cas d'urgence avérée », restriction que le rédacteur du ministère de l'Intérieur avait oublié de citer dans sa réponse.

Ainsi, le législateur de 1892 a entendu que ne pouvait pas être poursuivi pour exercice illégal de la médecine celui qui, par hasard, sans aucun renouvellement pour le même malade, porterait secours à ce dernier, en cas d'urgence et de nécessité avérée.

Le tribunal correctionnel de Mayenne (8 juillet 1908) établit bien la distinction entre le cas d'urgence et l'habitude, qui constitue un des éléments du délit : «L'immunité établie par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, en vertu de laquelle les soins donnés, dans le cas d'urgence avérée, sont réputés ne pas constituer le délit d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire, ou des accouchements (dans l'espèce, il s'agissait d'accouchement), ne saurait s'appliquer qu'à une hypothèse imprévue, accidentelle et ne saurait couvrir une série de faits assez géminés et rapprochés les uns des autres, pour constituer une véritable habitude, voire une sorte de métier ».

Ainsi, un pharmacien, poursuivi pour avoir délivré sans ordonnance une potion à un malade, alors qu'il ne put être prouvé qu'il avait, d'autres fois, vendu des médicaments, soit à ce même malade, soit à d'autres clients, qui ne lui présentaient pas d'ordonnance de médecin, fut acquitté, pour ce fait unique (trib. correctionnel de Nevers, 30 novembre 1904). Mais, antérieurement un arrêt de la Cour de Paris (13 novembre 1897) décidait que le fait, pour un pharmacien, de vendre sans ordonnance de médecin, une préparation médicinale et non formulée au Codex, constituait, non le délit d'exercice illégal de la médecine, mais la contravention aux lois et règlements sur la police de la pharmacie.

Il s'agit maintenant de définir ce qu'il faut entendre par les mots « urgence avérée » (art. 16, § 1, loi du 30 nov. 1892).

Tout d'abord, l'article 64 du code pénal décide qu'« il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ». Aussi le cas de force majeure, l'urgence, la nécessité évidente peuvent constituer une excuse légale.

Il y a urgence, lorsque le malade est en danger de mort ou de dommage grave et s'il est impossible d'obtenir, en temps utile, le secours d'une personne légalement qualifiée. Mais, si la nécessité permet une exception, elle oblige à limiter les soins donnés au strict nécessaire, sans les prolonger au-delà du moment où le secours d'un médecin est possible (Cass., 23 mars 1877).

Un mari qui, non médecin, accouche sa propre femme, ne commet pas le délit d'exercice illégal de la médecine, si ce fait était justifié par l'urgence et la nécessité absolue (Cass., 9 juin 1836).

Le 14 août 1863, la cour de Cassation décidait qu'il n'y avait pas d'exercice illégal de la médecine de la part d'une sœur de charité, qui, dans un cas d'urgence, a pratiqué une saignée, ou conseillé une application de sangsues, de tels soins rentrant dans la clause des actes d'humanité qu'autorise le Conseil d'Etat (8 vendémiaire an XIV).

Deux arrêts, l'un de la Cour de Paris (7 février 1880), l'autre de la Cour de Rouen, (15 mars 1880) décident que le délit d'exercice illégal de la médecine n'est pas commis par le pharmacien, lorsque dans le cas d'urgence et de force majeure il administre à un malade un médicament.

Un arrêt récent de Cassation (4 avril 1919) vient de poser le même principe. Un pharmacien de Grenoble, étant de service de nuit, avait refusé de panser un enfant blessé, malgré qu'il en fût régulièrement requis. Le pharmacien arguait de son incompétence en médecine et de l'interdiction, posée par la loi du 30 novembre 1892, pour toute personne non munie du diplôme de docteur en médecine, de faire un pansement.

Le pharmacien fut poursuivi en simple police, en vertu de l'article 475, § 12, qui prévoit une pénalité de 5 à 10 francs contre toute personne qui se refuse à obtempérer à une réquisition régulière en la forme.

Condamné le pharmacien se pourvut en cassation. Voici l'arrêt :

La Cour,

Sur le moyen unique du pourvoi, pris de la violation par fausse application de l'article 475, n° 12 du Code pénal de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, sur la pharmacie, des articles 16 et suivants de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, en ce que le jugement attaqué a considéré un pharmacien, comme pouvant déférer à la réquisition, qui lui était faite, de donner des soins médicaux à un blessé, alors qu'il ne pouvait pas, en droit, donner ces soins médicaux, l'exercice de l'art médical et de toutes les opérations qui s'y rattachent, en l'espèce les pansements, lui étant interdits, aussi bien par les règles de sa profession que par les dispositions de la loi sur l'exercice de la médecine ;

Attendu qu'il résulte du jugement attaqué que B., pharmacien de service à Grenoble, dans la nuit du 6 au 7 août 1915, a été requis de panser une blessure légère, qui venait d'être faite au jeune G. (Louis) ; que, pour prononcer la condamnation contre le prévenu, qui avait refusé de fournir le service requis, le juge de police énonce, après avoir constaté le flagrant délit et la régularisation de la réquisition, qu'étant donné le caractère bénin de la blessure, circonstance portée à la connaissance de B., celui-ci pouvait effectuer le pansement ;

Attendu que les règles de la profession ne sauraient interdire à un pharmacien de secourir une personne blessée et que, dans les circonstances de la cause, un fait unique d'intervention, dans le traitement de la blessure reçue par G., n'aurait pas constitué *un acte délictueux, tombant sous les prohibitions* de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 ; que, dès lors, le prévenu n'était pas, ainsi que le soutient le pourvoi, dans l'impossibilité légale de faire le service requis ; qu'en statuant comme il l'a fait, le juge de police n'a violé aucun des textes visés au moyen et a fait, au contraire, une exacte application de la loi ;

Par ces motifs, rejette....

Cet arrêté nécessite quelques commentaires. Nous avons démontré (*Concours médical*, 1920, pages 2147 et suiv.) dans quelles rares circonstances le médecin était obligé de donner ses soins lorsqu'il en est requis. Dans l'immense majorité des cas, le docteur peut toujours se refuser à prodiguer ses soins et nous avons donné des documents de jurisprudence et de doctrine, à l'appui de cette affirmation. Ce n'est que dans le cas où le médecin a entrepris un traitement, qu'il ne peut abandonner son malade. De même s'il est lié par contrat à son malade, ou à un tiers, ou à une collectivité publique ou privée, il est tenu de respecter ses obligations, si ce contrat l'oblige à donner ses soins.

Allant même plus loin, dans l'article précité, nous avons analysé l'hypothèse d'une réquisition régulière de justice, qui, en vertu du paragraphe 12 de l'article 475 du code pénal, mettrait le médecin en demeure d'avoir à donner ses soins. Ici encore, nous avons déclaré que le docteur est libre de se refuser à soigner, alors que les devoirs d'humanité ne seraient pas en jeu. Et discutant l'opinion contraire émise dans deux thèses de doctorat en Droit, nous avons estimé que, si l'article 475 du code pénal peut imposer, à tout citoyen une collaboration matérielle, il ne

saurait en être de même pour imposer une assistance intellectuelle et morale.

Aussi, pour revenir à l'arrêt de cassation dont il s'agit, dirons-nous que ce qui est licite pour le médecin, à savoir de refuser d'obtempérer à une réquisition de soins, l'est *a fortiori* pour le pharmacien, qui ne tient pas de la loi la permission de soigner ses semblables.

Dans un autre article (*Concours médical*, 1922 pages 1502 et suiv.) nous avons discuté le droit pour un pharmacien de se refuser à exécuter une ordonnance. Un refus peut même être opposé à une réquisition de médicaments. Bien entendu, nous ne discutons que des cas de doctrine et de théorie, alors que souvent l'intérêt supérieur du malade oppose la pratique au droit pur et rigide.

Ceci posé, il semble que le pharmacien de Grenoble devait obéir, non à une réquisition banale, mais à l'exécution d'un contrat. N'est-il pas dit, dans l'arrêt, qu'il était de service de nuit ? Ce service ne comportait-il pas, dans le cahier des charges, l'obligation d'obéir à toute réquisition de la police ?

Une chose nous semble étrange : la ville de Grenoble comporte suffisamment de médecins pour que, devant le refus du pharmacien de faire lui-même ce pansement, il n'ait pas été possible d'avoir l'assistance d'un docteur.

Mais, dit l'arrêt, la blessure était légère. Admettons-le, bien qu'il paraisse curieux que le diagnostic de bénignité puisse être porté par le représentant de l'autorité. Devant cette blessure légère et le refus du pharmacien de la panser, ne peut-on admettre que, si le pharmacien a été poursuivi, ce serait par animosité, à la suite d'une dispute avec les agents, qui ont cru à une manifestation de mauvaise volonté de la part du pharmacien ? La Cour de Cassation, jugeant en droit et non en fait, ne peut, par son arrêt, nous renseigner sur ce détail.

Un dernier point à envisager : au cas où celui qui porte secours à autrui lui cause un dommage par une médication intempestive, le sauveteur peut bel et bien être condamné à réparer le dommage causé (article 1382 du code civil).

Nous conclurons en exposant à nouveau une idée qui nous est chère : il ne devrait y avoir qu'un seul diplôme : celui de docteur en médecine en ce qui concerne l'art de guérir. Les médecins ne savent presque rien de l'art pharmaceutique, alors qu'ils doivent chaque jour formuler des médicaments. Les pharmaciens ne savent rien des choses de la médecine, alors que journellement, ils doivent, dans leurs officines, donner des conseils médicaux.

Avec le diplôme unique, les études gagneraient au point de vue pratique, et chacun pourrait se spécialiser aussi bien en pharmacie qu'on se spécialise en oto-rhino, ou en gynécologie.

Et le blessé de la rue, le petit malade, qui n'a pas grand'chose, trouveraient, dans l'officine, le conseil et le médicament délivrés par quelqu'un de compétent.

Pour terminer, nous répondrons, à notre tour, au colonel Josse, député, qu'un pharmacien, qui, par humanité, dans un cas grave et pressant donne des soins à un malade ou blessé, alors que le secours immédiat d'un médecin est impossible, ne sera pas l'objet de poursuites en exercice illégal de la médecine.

Dr Paul BOUDIN.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat médical de Lille et de la région

(15 juin 1923)

Lettre du Dr Ducamp, directeur du Bureau d'hygiène municipal, pour donner quelques précisions sur le fonctionnement des postes de secours et pour demander aux médecins appelés à donner leurs soins de se munir d'une seringue stérilisée à injection hypodermique. Le Dr Auber demande que, dans les postes de police, il y ait en réserve au moins cinq flacons de sérum antidiphtérique.

Le président donne lecture de la protestation qu'il a adressée à la Fédération des Syndicats médicaux du Nord pour être transmise à la préfecture. Cette protestation vise l'admission dans les hôpitaux des malades non indigents et même étrangers à la ville de Lille. Le Syndicat ne peut admettre que, notamment, une ablation d'amygdale ou de végétations soit tarifiée 20 francs si ce tarif doit être appliqué systématiquement à tous les malades indigents, aisés ou riches qui viendront solliciter cette intervention à l'hôpital.

Questions mises à l'étude du Syndicat sur la proposition de la Fédération. — Le Syndicat est d'avis de substituer l'alcool dénaturé à l'alcool rectifié pour les usages chirurgicaux dans l'A. M. G. Pour les autres questions posées par la Fédération, le Syndicat s'en remet à la décision de la Fédération, étant donné que les médecins lillois n'y sont pas intéressés. Toutefois, les médecins suburbains voudront bien adresser leurs observations au président de la Fédération.

Au sujet des *consultations de nourrissons*, le Syndicat attendra, pour formuler un avis, qu'il ait reçu communication de la séance du Conseil général à ce sujet.

Ordre des médecins. — Le Dr Vanhaecke rend compte des travaux de la Commission nommée dans la séance dernière. « Comme tous les projets encore peu précis, le projet de loi déposé sur le Bureau de la Chambre a fait l'objet de discussions nombreuses dans les milieux médicaux. Il résulte de ces discussions qu'un ordre des médecins présenterait d'incontestables avantages : il donnerait au Corps médical une autorité plus grande vis-à-vis des Pouvoirs publics et des magistrats, il exercerait une action plus efficace contre les agissements répréhensibles de certains médecins sur lesquels les Syndicats n'ont actuellement aucun pouvoir ; il rehausserait le prestige et la dignité du Corps médical.

Le projet de loi, actuellement à l'étude, a soulevé de nombreuses critiques : il ne définit pas les fautes et les manquements professionnels que l'Ordre des médecins aura à réprimer et qui ne relèvent pas des tribunaux de droit commun ; il ne prévoit pour l'Ordre des médecins aucun moyen d'information ; on pourrait craindre qu'un tribunal composé de médecins fasse, vis-à-vis d'un confrère, preuve d'une indulgence ou d'une sévérité excessive ; les sanctions dont disposerait l'Ordre des médecins seraient inapplicables ; comment interdire l'exercice de la médecine ? l'Ordre des médecins ne serait pas comparable à l'Ordre des avocats, ces derniers exerçant leur profession en public et pouvant même, s'ils ne sont pas admis au Palais, retirer de leurs connaissances des moyens d'existence.

Le Dr Lemière se demande si l'Ordre des Avocats a moralisé la profession en rejetant hors du Palais les avocats qui ont installé des cabinets d'affaires. Il faut remarquer aussi que c'est l'intervention du tiers payant qui a démoralisé la profession médicale. Les premiers abus remontent à la loi sur les accidents du travail et se sont développés à l'occasion de l'A. M. G., des soins aux mutilés. Que sera-ce quand fonctionnera la loi sur les assurances sociales ?

Le Dr Leclercq insiste sur ce fait que l'Ordre des médecins contrôlera tous les médecins.

Le Dr Vienne fait remarquer que l'Ordre des médecins pourra intervenir pour défendre tout médecin attaqué injustement.

Le Syndicat adopte les conclusions du rapport ainsi conçues : « La création d'un Ordre des médecins est souhaitable ; mais le projet présenté est incomplet et ferait naître de nombreuses difficultés ».

Code de déontologie. — Le Dr Vanhaece met en parallèle le code de déontologie de la Fédération du Nord et celui du Syndicat de Montpellier. Ce dernier est beaucoup plus précis et prévoit dans les détails les manquements à la déontologie et à la morale professionnelle. Le Syndicat décide de s'en tenir aux principes généraux et approuve la réimpression du code de déontologie d'avant-guerre.

Mode de rémunération des soins donnés aux employés civils des administrations militaires. — Le Syndicat décide d'autoriser ses membres à passer une convention avec l'autorité militaire, à la condition qu'ils appliquent le tarif syndical à la visite.

Postes pharmaceutiques d'urgence. — La Municipalité, d'accord avec le Syndicat, a décidé de compléter les boîtes de secours déposées dans les commissariats de police, de façon qu'elles comprennent les objets usuels de pansement, des ampoules d'urgence, un nécessaire de suture, de la toile métallique, des sérums artificiels, un garrot, des pinces hémostatiques. Le Bureau d'hygiène rappelle aux médecins syndiqués qu'une provision de 6 doses de sérum antidiphtérique est constamment en dépôt dans chaque commissariat pour les cas urgents.

Syndicat médical de Roubaix

(6 juillet 1923)

Consultation de nourrissons et consultation prénatale du Bureau de Bienfaisance. — Le Dr Delahousse, administrateur du Bureau de Bienfaisance, nous informe que la Commission administrative du B. de B. de Roubaix a mis au point une consultation prénatale, réservée aux femmes qui demandent l'assistance aux femmes en couches. C'est dire qu'il n'y aura que des indigentes vraies qui y seront admises, après enquête sur leurs ressources.

Delahousse demande si le syndicat n'a pas l'intention de présenter des candidats à ces places nouvelles de médecin du B. de B. Il nous prévient d'ailleurs que toutes les candidatures, même extrasyndicales, seront prises en considération par la Commission administrative et que les noms des candidats choisis par elle seront présentés par M. le Maire à l'approbation de M. le préfet.

Il en sera de même pour les consultations de nourrissons du B. de B. réservées aux mêmes indigentes assistées, quand ces consultations seront organisées.

Une longue discussion s'engage. On reparle de la question de la tare originelle des médecins de la Faculté libre. On regrette la création continuelle de nouveaux forfaits. On propose l'augmentation des honoraires affectés aux nouvelles places créées. On regrette que des professeurs de Faculté acceptent des traitements insignifiants pour des places analogues. Comme conclusion de la discussion, le président met aux voix l'ordre du jour suivant : le Syndicat : 1° remercie le Dr Delahousse d'avoir informé le Syndicat des candidatures ouvertes par le B. de B. et d'avoir contribué à augmenter les honoraires affectés aux nouvelles places créées par cette administration.

2° Laisse libres les syndiqués de se présenter aux places ainsi créées.

Le 1° de cet ordre du jour est voté à l'unanimité. — Le 2° est adopté par 19 voix contre un « non » et cinq abstentions.

La Compagnie d'assurances, La Zurich, n'ayant pas encore réglé certaines notes d'honoraires spécialement en retard, fut dernièrement rappelée à l'ordre par une réclamation du président.

Le Syndicat décide d'envoyer à cette Compagnie, une nouvelle lettre de réclamations précisant les faits et citant les noms des confrères qui réclament et la liste des sinistres non payés.

Un confrère nous raconte qu'un agent d'assurances — quand il paye une note d'honoraires à ses guichets — se permet de demander au médecin « ce qu'il laisse pour les employés du bureau ». En outre, il lui arrive souvent de glisser quelques billets belges parmi les billets français. Il est bon d'être prévenu de ces manières mesquines et de ne pas s'y laisser prendre.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Une abondante averse rouge.** — Le *Journal officiel* du 12 septembre a publié d'importantes promotions dans la Légion d'honneur.

Parmi les noms des nouveaux décorés, nous avons grand plaisir à en relever qui sont de nos amis, en les félicitant d'honorer la distinction dont ils viennent d'être l'objet.

Le professeur Forgue, de Montpellier, promu commandeur.

Le docteur J. Renault, des hôpitaux de Paris, promu commandeur.

Le docteur Ott, de Rouen, promu officier.

Les docteurs Bongrand, de Paris, Pasteur Vallery-Radot, de Paris, Raffegeau, du Vésinet, Rouillies, d'Agen, nommés chevaliers.

— **Institut de médecine légale et de psychiatrie.** — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi ; la présence des élèves y est obligatoire.

Médecine légale. — *Cours théorique de médecine légale.* — Ce cours sera professé les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 6 h. à 7 h., pendant le semestre d'hiver : 1° médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard et M. Duvoir, agrégé ; 2° législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Hugueney, de la Faculté de Droit.

Cours d'accidents du travail et maladies professionnelles. — Accidents du travail, maladies professionnelles et infirmités de guerre (lois des 9 avril 1898, 25 octobre 1919 et 31 mars 1919), par M. le professeur Balthazard, assisté d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, tous les jours, de 6 h. à 7 h. (pendant les mois de mars et avril).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 2 h. à 3 h. : le samedi, par M. le professeur Balthazard ; le mardi, par M. Duvoir, agrégé ; le jeudi, par M. Dervieux, chef des travaux. Pendant le semestre d'été, les élèves procèderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours aux mêmes heures ;

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les jeudis, de 3 h. à 4 h. 1/2, sous la direction de M. Dervieux et de M. Piédelièvre, chef de laboratoire ;

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques (au laboratoire de toxicologie, à l'Institut médico-légal), les mardis, de 3 h. à 4 h. 1/2 (semestre d'été) ;

4° Expertises d'accidents du travail, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. Duvoir et Dervieux, le samedi à 3 h. (laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal).

Psychiatrie. — *Cours de pathologie mentale.* — M. le professeur H. Claude fera tous les jeudis, à 5 h., à la Faculté de Médecine (petit amphithéâtre) une leçon de pathologie mentale avec présentation de malades (semestre d'hiver).

Cours de clinique psychiatrique. — Le cours aura lieu tous les dimanches à 10 h., à la clinique des maladies mentales, Asile Sainte-Anne. Les élèves pourront également suivre les policliniques de M. le professeur H. Claude, les mercredis et samedis matin.

Cours de psychiatrie médico-légale. — M. le professeur H. Claude et M. Lhermitte, agrégé, feront pendant le mois de mars, un cours de psychiatrie médico-légale à la Faculté de médecine, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures.

Examen des malades et rédaction des rapports. — MM. Brousseau et Borrel, chefs de clinique, dirigeront ces exercices à la clinique des maladies mentales, Asile Sainte-Anne, tous les mercredis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h. Les titres et diplômes et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : 1 droit d'immatriculation, 20 fr. ; 1 droit de bibliothèque, 10 fr. ; 4 droits trimestriels de laboratoire de 100 fr., soit 400 fr. ; 1 droit d'examen, 100 fr.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imp. Daix et Thiron,
(Thiron et Cie, successeurs).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

actuellement; pour celle-ci je dois noter que la valeur locative est passée de 300 fr. l'an dernier à 600 fr. cette année.

Puis-je réclamer contre cette double contribution et aussi contre l'augmentation abusive de la valeur locative, étant donné qu'il me serait très facile à prouver, cette maison appartenant à ma mère, que depuis plus de 20 ans elle n'a jamais été louée plus de 300 fr. Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir m'indiquer votre avis et la marche à suivre. Si cette question pouvait intéresser d'autres confrères, vous pourriez répondre par le *Concours médical.*

Dr B.

Réponse

Si votre cabinet a été transféré le 1er février, vous êtes régulièrement imposé pour l'année sur la location de votre ancien local ; mais si vous avez *cessé d'occuper* le premier local, la patente s'appliquant à celui-ci doit être imputée sur l'imposition afférente au deuxième pendant les onze derniers mois.

Les baux entre parents ne peuvent servir de base à la contribution, la majoration ne pourrait être évitée que par comparaison avec d'autres locaux similaires.

A. Martinot.
Conseiller fiscal.

Impôt sur le revenu. Réclamation.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », j'ai recours à votre compétence en matière fiscale pour me tirer d'embarras, comme d'habitude. J'ai fait cette année en mars une déclaration en vue de l'impôt sur le revenu, le contrôleur m'a demandé des explications et je vous joins le duplicata de ma réponse.

Il n'a tenu compte de rien et je viens de recevoir ma feuille de contributions avec une taxation arbitraire sans que ce fonctionnaire ait daigné me faire connaître les motifs pour lesquels il n'acceptait pas ma déclaration.

La majoration des bénéfices est sensible, mais ce qui l'est davantage, c'est l'impôt.

En 1922 j'ai versé 39 fr. pour un bénéfice de 5500 en 1921 et cette année on me réclame 206 fr. 40 pour 10440 fr. de bénéfices ! C'est une singulière proportion.

J'avais déclaré 2500 fr. de revenus personnels et pour l'impôt général sur le revenu on m'accorde généreusement une majoration de 25 p. cent, comme marié sans enfants. Or je me suis marié en septembre 1920 et je constate que l'administration ne laisse pas beaucoup de répit pour la repopulation. C'est abusif. Voudriez-vous me dire s'il y erreur dans la taxation et comment je dois procéder pour faire accepter par le contrôleur le chiffre réel de mon bénéfice net, d'autant plus que je ne puis lui mettre de

comptabilité régulière sous les yeux. Ainsi que je lui faisais remarquer, ce qui diminue sensiblement mon bénéfice net, c'est l'achat d'une voiture automobile en 1920, qu'il faut amortir et dont l'entretien coûte, il ne semble pas en avoir tenu compte.

Dr N.

Réponse.

Il y a lieu de déposer une pétition sur timbre à 2 fr. faisant valoir les motifs sur lesquels vous vous basez pour réclamer, car le contrôleur n'ayant pas accepté vos chiffres, maintiendra sa manière de voir et le conseil de préfecture est seul compétent pour vous départager.

A. MARTINOT.

Impôt sur le revenu. Demande d'éclaircissements par le contrôleur.

Comme abonné au *Concours*, je me permets d'avoir recours à votre obligeance coutumière pour un renseignement concernant l'*impôt cédulaire sur bénéfices des professions non commerciales* : J'ai fait, en temps utile, ma déclaration pour 1922 et je reçois aujourd'hui le papier suivant, du contrôleur des contributions directes :

« Loi du 17 juillet 1914, 30 déc. 1916, j'ai l'honneur de vous demander des éclaircissements, sur « les points suivants en vue de l'établissement de « votre imposition de l'année 1923 :

« Vouloir bien justifier de votre bénéfice en indi- « quant ci-contre

« 1° Recettes totales de 1922 ;

« 2° Dépenses professionnelles en 1922 (à détailler « par catégories). »

Comment dois-je répondre à cette mise en demeure ? et dois-je le faire en mentionnant tous les détails de mes dépenses professionnelles ?

Dr P.

Réponse.

Les contrôleurs ont le droit de demander des éclaircissements et renseignements même en cas de déclaration (loi du 31 juillet 1917, art. 35). Le contribuable ne peut se refuser à donner le détail de ses dépenses professionnelles. (Pour l'énumération, consulter le *Concours médical* du 24 décembre 1922.)

A. M.

Admission au bénéfice de l'article 64. Réforme.

Un jeune soldat tombe malade pendant son service militaire à M. et est soigné à l'hôpital pour péritonite bacillaire ; en décembre 1922, il est renvoyé dans ses foyers « en convalescence » ; sa maladie est en

réalité en pleine évolution : ascite considérable, épanchement pleural droit, état général déplorable : je le prends alors en traitement ; vers le mois de mars ou avril, je demande qu'un médecin militaire vienne l'examiner et qu'il soit évacué sur l'hôpital militaire. Un médecin à trois galons vient avec une auto d'ambulance et déclare le malade intransportable (en réalité il m'avoue que sa voiture a eu 4 à 5 pannes pour faire 30 kilomètres et n'est pas en état de transporter un malade aussi gravement atteint). Je continue donc à soigner mon malade. Il est maintenant bien amélioré et commence à se déplacer.

Après des démarches, il est réformé avec pension de 70 % et on lui délivre un carnet médical pour soins gratuits (art. 64), mais la pension ne part que du 20 juillet 1923 et le carnet n'est délivré qu'à cette époque.

Il n'a aucune ressource, ma note d'honoraires est assez forte. Il demeure à 4 à 5 kilomètres de mon domicile.

Puis-je compter cela au titre des victimes de guerre ?

Devant qui dois-je porter la question ?

Pourquoi ne réforme-t-on un malade qu'à la date du 20 juillet 23 quand on sait pertinemment qu'il est soigné chez lui à ses frais, depuis la fin de décembre 1922 ?

Dr A.

Réponse.

1° Les soins gratuits sont dus, non pas du jour de la réforme, mais du jour où l'intéressé s'est mis en instance de pension (article 6, parag. 3 du décret du 26 septembre 1919).

Pour la période antérieure, vous pouvez essayer de vous adresser, à titre gracieux et exceptionnel, à la commission préfectorale de l'article 64. M. Albert Favre, sous-secrétaire d'Etat à l'Intérieur a, par ses instructions aux préfets, en date du 8 août et 16 octobre 1919, recommandé d'admettre largement au bénéfice de l'article 64.

2° On ne réforme pas un homme, on ne prive pas l'armée de ses services avant de s'être assuré que l'affection dont il est atteint ne peut être guérie par une convalescence d'assez longue durée.

G. F.

Pensions militaires.
Majorations pour charges de famille.

Je lis dans le *Concours médical* du 2 septembre qu'une majoration de 300 fr. par an est accordée, étendant aux pensions d'ancienneté le bénéfice des majorations pour charges de famille ?

Depuis deux trimestres, à la trésorerie de B., on fait remplir par les pensionnés militaires un imprimé (circulaire du 13 avril 1921), sur lequel sont demandés les noms et dates de naissance des enfants. Je n'ai pas encore fait figurer les miens, croyant que les

majorations n'étaient dues qu'aux pensions pour invalidité ou aux veuves.

Dans un ouvrage intitulé : « Le Statut des Familles nombreuses », je lis au chapitre Pensions militaires, Loi du 31 mars 1919, que des majorations sont accordées pour enfant légitime né ou à naître suivant le pourcentage de l'invalidité. Rien concernant les pensions d'ancienneté.

Retraité d'avant-guerre et d'après-guerre, j'ai acquis ma dernière pension d'ancienneté en vertu des lois du 25 mars et du 18 avril 1920, pension principale 4354 fr. majoration 1800 fr.

Père de cinq enfants dont quatre de moins de 16 ans, je vous serai très reconnaissant de m'apprendre quelle loi, si elle existe, m'accorde une bonification par enfant.

Dr L.

Réponse

Il n'existe pas actuellement de loi étendant aux pensions d'ancienneté le bénéfice des majorations pour charges de famille.

Votre pension d'ancienneté a été revisée puisque vous avez repris du service pendant la guerre, et l'on vous accorde, en plus du nouveau tarif, une indemnité de vie chère.

G. F.

Pension militaire.
Erreur d'attribution de grade

Médecin aide-major de 1re classe de l'*armée active*, démissionnaire depuis février 1921, je suis tout à fait par hasard informé qu'après ma démission j'ai été rétrogradé comme *médecin auxiliaire*, est-ce légal ?

Je dois vous dire qu'entre temps, une commission de réforme m'a pensionné à 40 % ce qui a été d'un grand poids pour l'acceptation de ma démission par le service de santé et que par décision ministérielle du 12 septembre 1921 et par application de l'article 11, § 2 du décret du 31 août 1878 réglant la situation des OFFICIERS de réserve j'ai été mis *hors cadre*.

D'autre part, cette décision, *qui m'a été* envoyée le 17 septembre 1921, porte comme entête la suscription suivante :

« Le ministre de la guerre informe M. Z. médecin « *aide-major de 1re classe de réserve du 17e C. A.*

Comment se fait-il donc, que encore médecin *A. de 1re classe de réserve* aux yeux du ministre et longtemps après ma démission, je sois subitement devenu, dans les cartons du service de santé de la 17e région, médecin auxiliaire.

A moins que l'on ait confondu entre : 1° hors cadre, 2° service auxiliaire 3° et médecin auxiliaire.

Nommé médecin A.-M. 1re classe en juillet 1919, ma pension à 40 %, qui s'élève avec 2 enfants à 1700 fr. par an, est-elle la pension de médecin aide-major de 1re classe ou celle de médecin auxiliaire ?

Dr Z

Réponse.

Tout d'abord, soyez assuré que votre pension d'invalidité à 40 %, correspond bien au grade de médecin aide-major de 1re classe, soit : 1460 fr. pour 40 % à ce grade, plus 240 fr. de majoration pour enfants : 1700 fr.

En second lieu, une erreur regrettable a été commise à votre égard, à un degré quelconque de l'échelle hiérarchique ; pour être certain de la dépister, franchissez donc cette échelle en adressant, le plus tôt possible, et par la voie hiérarchique, une réclamation motivée au ministre ; justice vous sera rendue dès que vous atteindrez l'échelon coupable.

Demandez en même temps à quelle date vous êtes passé avec votre grade dans la réserve (avec indication du *Journal Officiel*). D'ailleurs, puisque la lettre du 17 septembre 1921, que vous citez, mentionne votre affectation dans la réserve avec le grade de médecin aide-major, il ne peut qu'y avoir une erreur facile à réparer.

G. F.

Réforme d'un militaire : blessure et maladie

Abonné au *Concours médical* et membre du « Sou médical » je me permets à ce titre de venir vous demander de vouloir bien me fournir des renseignements juridiques au sujet d'un malade qui m'intéresse beaucoup. Il s'agit d'un mutilé de guerre, pensionné de 65 % pour blessure mutilante de la main droite. La blessure remonte au 13 juillet 1915 ; soigné pour cela dans divers hôpitaux, il a subi plusieurs opérations, a eu un phlegmon de la main, et finalement le 25 février 1916, c'est-à-dire après avoir traîné 7 mois 1/2 dans les hôpitaux, sa blessure étant considérée comme cicatrisée, il est réformé pour mutilation avec 65 % de taux.

Cet homme que je connais, se portait bien avant la guerre, depuis sa réforme il s'est mis à tousser, malheureusement le médecin qui le soignait alors ne lui a pas donné le conseil de se présenter devant une commission de réforme pour aggravation, malgré qu'il eût porté le diagnostic ferme de tuberculose. Je l'ai vu pour la première fois en mai 1923 et lui ai fait faire toutes les démarches nécessaires pour sauvegarder ses droits. Désigné moi-même par la commission de réforme pour l'expertise à domicile, car ce malade venait d'avoir une très forte hémoptysie, j'ai conclu à une tuberculose pulmonaire de tout le poumon droit et d'une partie du gauche, ne laissant aucun espoir, faisant envisager une fin rapide (dans le courant de l'année, ce qui est à peu près sûr) et demandant pour lui du 100 % : l'examen des crachats a été positif. Comme cet homme se portait bien avant sa blessure, qu'il a été opéré à plusieurs reprises, qu'il a traîné 7 mois dans les hôpitaux, que c'est depuis qu'il a commencé à tousser, j'ai conclu qu'il y avait relation de cause à effet.

Or, la commission de réforme tout en reconnaissant la gravité de son état, ne nie pas la relation de cause à effet, mais tout en accordant le 100 % ne donne pas la pension afférente à ce malade sous prétexte de forclusion. Est-ce légal ? Il me semble que du moment que l'expertise conclut à une aggravation, la forclusion ne peut exister, car je crois que seul peut être déclaré forclos celui qui ayant un degré quelconque d'incapacité ne l'a pas déclaré dans les délais voulus, tandis que mon malade était et est toujours pensionné de 65 % pour sa blessure et que c'est une aggravation due à sa blessure qui motive le 100 %.

D^r D.

Réponse.

En droit strict, la commission de réforme a entièrement raison ; les suites de la blessure et la tuberculose sont *deux infirmités absolument distinctes l'une de l'autre*. L'une doit être *constatée durant la présence de l'intéressé sous les drapeaux* ; ce qui a été fait, et cette constatation a ouvert le droit à pension de 65 %.

L'autre devait être *présumée imputable aux fatigues du service*, à la condition d'être constatée dans les délais légaux (c'est-à-dire pour votre client, et sans plus amples détails, avant le 4 mars 1920). Passés ces délais, il devait faire la preuve que la maladie avait bien été contractée, ou aggravée par les fatigues du service. Il devait donc fournir une attestation d'origine certifiant que la tuberculose avait coïncidé dans les débuts avec un fait de service (refroidissement, etc.)

Puisque les délais sont passés, et que la preuve n'est pas faite, il y a donc bien forclusion pour la tuberculose .

Il est, comme vous le dites, tout à fait regrettable que votre client, alors dans les délais légaux, n'ait pas fait constater par l'autorité militaire ses premiers accès de toux.

Lorsque vous cherchez à établir une filiation médicale entre la tuberculose et le long séjour dans les hôpitaux pour le traitement de la fracture, vous abordez une argumentation d'occasion, mais non point de droit. En effet, il eût été fort possible que la commission de réforme, par mesure de bienveillance légitime pour un malade grave, ancien blessé de guerre, en fît état, mais seulement s'il s'était agi d'excuser un retard de 2 ou 3 mois que l'intéressé avait mis à adresser sa demande de constat dans les délais légaux, seulement pour lui permettre en somme de bénéficier de la présomption légale malgré ce petit retard.

Mais encore une fois, ce n'eût été qu'une mesure de pure bienveillance, n'entraînant aucune obligation. Votre client est, à présent, trop en retard pour qu'il puisse être question de cette filiation. Il est réellement frappé de forclusion en ce qui concerne la tuberculose. G. F.

NOTES DE PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des hémoptysies.

Maintenir le malade couché, tête et thorax légèrement relevés, dans l'*immobilité*, le *silence et la demi-obscurité.*

Pas de cataplasmes. Appliquer, au contraire une *vessie de glace* au-devant du thorax.

Tenir les *pieds chauds.* Sinapismes sur les jambes et les cuisses. Pédiluves et manuluves chauds, sinapisés.

Supprimer toute alimentation. Faire sucer de petits *fragments de glace* et prendre quelques cuillerées de :

Limonade sulfurique (eau de Rabel).

En cas d'*hémorragie abondante,* ligaturer les membres à leur racine avec des bandes de flanelle.

Intus, faire usage des paquets suivants :

Poudre de Dower.......... 0 gr. 10
pour un paquet.

Un paquet tous les quarts d'heure, jusqu'à apparition d'un état nauséeux : espacer alors les prises.

Ou bien, injecter, matin et soir, une ampoule d'un centimètre cube de :

Bromure de codéine et ipéca injectable.

Augmenter la *coagulabilité sanguine* avec l'un des médicaments suivants : chlorure de calcium (en injections intra-veineuses), lactate de calcium, chlorure de sodium, sulfate de soude, extraits hépatiques, sérum de cheval, sérum sérique, coagulène, sérum gélatiné.

Employer, selon les cas, les divers agents de la médication cardio-vaso-motrice, avec :

1° *Les vaso-constricteurs* : adrénaline, ergot de seigle, hydrastis, hamamélis, quinine, digitale ;
2° *Les cardio-dépresseurs* : extrait de lobe postérieur d'hypophyse ;
3° *Les vaso-dilatateurs* : nitrite d'amyle, extrait de gui (les iodures sont formellement contre-indiqués).

Calmer la toux par des injections de morphine, renouvelées deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Si le malade est *hypertendu*, diminuer la pression avec l'émétine.

S'il s'agit d'*hémoptysies congestives*, dues à des troubles circulatoires pulmonaires, de petites doses de camphre sont utiles ; les doses élevées seront réservées aux *hémoptysies en rapport avec des altérations du tissu pulmonaire tuberculeux.*

Dans la *convalescence*, éviter la tuberculine, l'arsenic, la créosote, le gaicol, et même le goménol.

Eviter aussi la chaux, chez les hypertendus, afin de ne pas favoriser les formations athéromateuses. La cicatrisation sera avantageusement amorcée avec les cachets suivants ingérés à la dose de trois par jour, vers le milieu des repas :

Poudre de prêle...........	0 gr. 50
Poudre de tormentille....	âã 0 gr. 30
Poudre de bistorte.......	

Ces médicaments sont remarquablement riches en silice et en tanin.

Le régime sera peu carné ; le vin, rouge de préférence, sera pris à dose modérée, au milieu des repas.

Activité suffisante, dans un climat de plaine.

S'opposer à l'augmentation de poids, qui serait suivie d'élévation de la tension artérielle.

Dr A. SATRE
(de Grenoble).

ANTHOLOGIE MÉDICALE

La naissance

Un joli bébé rose est éclos, ce matin,
Comme un poussin crevant sa coquille rebelle,
Il voudrait s'échapper du maillot de dentelle,
Dont la frange s'éclaire, à sa peau de satin.

La mère tend sa gorge et l'enfançon mutin
Presse en ses menus poings le galbe des mamelles.
Il suce, avidement, les fontaines jumelles,
Sa lèvre pourpre étreint le bistre du tétin.

Puis il s'endort, fermant ses paupières vermeilles,
Ignorantes encor de toutes les merveilles
Dont le monde leurra l'œil du nouveau venu.

Mais il souille son lange et la maman s'apprête
A laver et poudrer le charme du corps nu....
Puis emplit de baisers le creux d'une fossette.

Dr LOUVEL,
La Ferté-Macé.

Quarante-cinquième année — N° 40 — 7 Octobre 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Guillemin, à La Rochelle (Charente-Inférieure), la somme de douze francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizaro.
Biarritz : Bérne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mielle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 484. — Docteur Claëys, 5 *bis*, rue du Louvre, Paris, désirerait racheter à confrère l'« Agenda-Memento du Praticien », édit. 1923.

N° 485. — Veuve de Dr vend., 1 forceps Pajot démont., 1 aiguille à périnée, 1 pince vag., 1 stéthoscope Pinard, 3 daviers, 1 ab. langue, 1 étui de 3 trocarts, 1 paire gants Chaput, le tout pour 140 frs. S'adr. M. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris.

N° 486. — Dlle recom. par Dr dirigerait clinique ou autre poste. Ecr. Mlle Faure, Les Platanes, Crest (Drôme).

N° 487. — A céd. Paris, centre quartier pop., polyclinique justifiant bénéf. av. appt. et bail 9 ans.

N° 488. — Honorable famille française louerait à pers. seule ds appt. Bd. Strasbourg pr. gds Bds, gares Est et Nord, très jol. chamb., conf., toilette, électr., pet. déj., service.

N° 489. — On dem. méd. tr. sér., 30 à 45 ans, français, ville industr., méd. gén. et pte chir. Fixe 30.000, plus maison grat. et client. priv. Ecr. av. réf. Dr S., 15, rue de Condé, Paris.

N° 490. — Docteur 35 ans, célibat., demandé pour repr. poste import. ds chef-lieu cant., aff. 35 à 40.000 fr. serv. pouvt. se faire en gr. part. en auto.

N° 491. — A céder ds banl. imméd. poste tr. impt., gr. produit, tr. peu de frais de locom., client. aggl. gde villa av. jard., cession urg. pour raison santé. S'adres. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 492. — Poste agr. ds jol. plage tr. connue de l'Océan, rappt. 20.000 en 9 mois, suscep. augment facile, gde villa moderne à acheter par la succr. sit. tr agr. climat temp., S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Régimes alimentaires

Je réponds à la question posée par notre confrère X.... (*Concours médical* du 16 courant, correspondance, page 2990 VI). Il existe un livre qui remplit, je crois, tout à fait le programme tracé par lui : c'est

La cuisine rationnelle des malades et des bien portants par Madame Moll-Weiss.

Notre service de librairie pourra, s'il le désire, le fournir à votre lecteur ; il n'a qu'à nous le commander.

Dr Léon Cerf,
42, Boulevard Port Royal, Paris.

Tous nos remerciements à notre aimable confrère Cerf.

G. D.

Placement d'un tuberculeux.

Si quelque confrère, abonné au *Concours médical*, désire prendre chez lui des pensionnaires et accepterait au besoin un jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire au début, apyretique depuis deux mois, qu'il m'écrive ses offres et conditions.

On demande bonne nourriture et climat sain (midi de préférence ou demi-altitude).

Je garantis de mon côté l'honorabilité de mon malade, jeune homme extrêmement cultivé, de situation, aisée et de sentiments extrêmement délicats.

Dr Meulle,
La Ferté-Bernard (Sarthe).

Contributions des réfugiés.

Je suis réfugié du Nord (E.) à M. En 1914 j'ai payé à T. la totalité de mes contributions. Or, une loi que je sais exister m'autorise à imputer la moitié de la somme de mes contributions payée en 1914 par anticipation à mes contributions de 1922. L'an dernier sur la présentation d'une lettre du percepteur du Nord, j'ai payé ici mes impôts *déduction faite* de la moitié en question. Aucune observation. Ces jours-ci, près d'un an après, je reçois une sommation d'avoir à payer le complément, la réduction étant considérée comme non avenue.

Je refuse de payer. Que faire si on me poursuit ? Connaissez-vous le texte de cette loi ?

Dr R.

Réponse.

Vous avez droit en effet de faire imputer sur vos contributions des années 1919 et ultérieures les sommes versées au titre des 6 derniers douzièmes de l'année 1914, à condition d'en faire la demande soit au préfet du département du Nord, soit au directeur des contributions directes, en appuyant cette demande des quittances des sommes versées ; cette dernière formalité est indispensable.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Cote personnelle mobilière.

Je suis imposé cette année à la cote personnelle-mobilière et le suis depuis l'an dernier.

Je me demande si je dois y être soumis pour les raisons suivantes :

Ancien médecin à L. (où ma maison a été complètement détruite), je n'ai encore pu faire rebâtir ici, la Commission cantonale des dommages de guerre n'ayant pas encore fixé le montant de mes pertes immobilières.

Par suite du retard assez long apporté à ce règlement, retard qui n'est pas de ma faute puisque mon dossier a été déposé en 1921, je me suis vu forcé de louer ici une bien petite bicoque à 3 pièces seulement. Elle se compose : 1° d'une cuisine qui sert à la fois de salle à manger et de cabinet de consultation ; 2° d'une seule chambre à coucher pour nous et nos 2 enfants. et 3° d'*un cabinet de débarras* où il y a de tout, y compris bicyclettes et la pharmacie puisque je suis médecin propharmacien. C'est vous dire que nous mettons les choses les unes sur les autres et qu'il faut à chaque instant déplacer des objets pour trouver ceux qui se trouvent dessous.

Aucune annexe à ces 3 pièces où nous pourrions remiser charbon, bois, etc. et élever volaille et lapins. Heureux encore qu'il y a une cave où nous réservons un coin pour y mettre les sirops, les pommes de terre et le charbon. C'est assez vous dire que je suis très mal logé, en payant, ou du moins très petitement pour ma profession.

La cote personnelle-mobilière à laquelle je suis assujetti depuis 2 ans n'est pas très élevée (10 francs environ par an). Mais me conseilleriez-vous de réclamer quand même au sujet de cette imposition dans de telles conditions ?

Dr X.

Réponse.

Seuls les indigents peuvent être exemptés de la contributlon personnelle mobilière. Le montant de votre cotisation semble être en rapport avec la valeur locative de votre habitation et il ne nous paraît pas utile de réclamer.

A. M.

Base de la patente.

Abonné au *Concours médical* je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me donner le renseignement suivant.

Je possède deux maisons contiguës et communicantes : dans l'une, j'exerce ma profession (salon d'attente, cabinet, salle de pansement, d'opération, laboratoire, etc.). L'autre est strictement réservée à mon usage personnel. C'est une sorte de maison de campagne pour moi, et j'ai trouvé plus commode de l'avoir à ma portée où je puis en profiter, sitôt ma

journée terminée que d'aller en acheter ou louer une aux environs.

Dois-je payer la patente pour la première maison comme je le fais pour la seconde ? Quels sont les impôts que je dois payer pour ces immeubles ?

Dr N.

Réponse.

Le local réservé à l'habitation supporte le droit proportionnel de patente sur sa valeur locative.

A. M.

Pension militaire d'invalidité.
Emplois réservés pour médecins réformés.

J'ai l'honneur de demander l'avis du « Sou médical » au sujet de l'affaire suivante. Je suis réformé avec 65 % d'invalidité et viens de recevoir 1 livret de pension de 2.373 fr. Or, avant le titre définitif, j'avais un titre temporaire qui avec le même taux m'octroyait une pension de 2.600 ; sur ce titre on avait mis la mention médecin aide-major 1re classe 3e échelon et sur le titre définitif on a mis 1er échelon. C'est sans doute ce qui explique la différence ; ayant signalé le fait à la sous-Intendance je n'ai pas eu de réponse. J'ai été nommé aide-major de réserve 1re classe en 1908, j'ai fait une période d'instruction en 1913, mobilisé le 2 août 1914, rayé des cadres le 24 juillet 1917 pour les infirmités qui ont motivé la pension que j'ai actuellement ; pouvez-vous me dire si la liquidation doit avoir lieu sur la 1er ou le 3e échelon, et dans le cas où j'aurais été lésé ce que je dois faire ?

Voudrez-vous me dire aussi quels sont les emplois réservés que peut solliciter un médecin réformé.

Dr Z.

Réponse.

1° 2.600 fr. de pension d'invalidité à 65 %, correspondent, en effet, au 3e échelon, et 2.373 frs. (65 %) au 1er échelon du grade de médecin aide-major de 1re classe.

D'après les états de service, que vous nous indiquez, vous appartenez encore au 1er échelon, n'ayant pas quatre années de grade de service effectif ; votre pension est donc bien liquidée sur le taux de 2.373 fr.

Cependant, si vous désirez être entièrement renseigné, écrivez donc à votre ancien directeur du service de santé pour lui demander quel était votre échelon au moment de votre réforme.

2° Il n'existe pas d'emplois réservés pour les médecins réformés. Cependant si vous n'êtes pas trop éloigné d'un centre de réforme, demandez à y faire des vacations pour examiner les candidats à la réforme — ou bien tâchez de faire partie des Commissions de contrôle régionales pour l'application de l'art. 64.

G. F.

Pension militaire d'invalidité.

En qualité d'abonné du *Concours médical*, je vous serais très reconnaissant de me faire connaître dans le prochain numéro quelle somme correspond à une invalidité de 25 % pour *un médecin aide-major de 1re classe, 2e échelon* (c'est-à-dire après 4 ans de grade).

Dr S.

Réponse.

Une invalidité de 25 % pour un médecin aide-major de 1re classe, 2e échelon (c'est-à-dire après 4 ans de services effectifs dans le grade) correspond à une pension de 963 fr. par an.

G. F.

Libération du service militaire

Un petit renseignement. Je suis de la classe 98 ; j'ai deux enfants ; cela me ramènera donc je crois à la classe 94. Comme cette classe est libérée de tout service militaire, je suis donc quitte.

Je suis médecin major de 1re classe de territoriale. Que dois-je faire pour avoir une pièce constatant ma libération définitive du service ? J'ai fait une déclaration à la mairie de ma situation de famille.

Dr L.

Réponse.

Si vous le désirez, écrivez une lettre à votre directeur du service de santé, en lui demandant de vouloir bien vous confirmer votre libération définitive du service militaire.

G. F.

Soins aux pensionnés de guerre.

Abonné du *Concours médical* et membre du « Sou médical », je vous serais reconnaissant de vouloir bien, par lettre particulière ou par voie du journal, faire répondre à une question intéressante, je l'estime, au point de vue conscience professionnelle, et aussi au point de vue intérêt professionnel.

Il s'agit, bien entendu, de la fameuse loi des soins à donner aux mutilés.

Je soigne depuis peu un malade réformé voici 5 et 6 ans et pensionné depuis pour sarcome de l'intestin. Le malade vivant encore, ce diagnostic apparaît évidemment erroné. Aussi la dernière visite subie par le malade a-t-elle entraîné une modification du diagnostic. « Tumeur de nature indéterminée de l'hypochondre droit ».

La constatation de quelques crises fébriles, l'examen microscopique de fragments de membranes émises avec les selles, la réaction de Weinberg et l'étude clinique du malade m'ont démontré qu'il s'agit en réalité de kystes hydatiques multiples du poumon droit, du foie et de la cavité abdominale.

En conscience, cette echinococcose m'apparaît nettement antérieure à la guerre et seule une erreur

de diagnostic a pu motiver une pension. C'est donc le malade et non l'Etat qui devrait supporter les frais médicaux. La famille, aisée, ne s'y refuse pas d'ailleurs.

Dois-je considérer ce malade comme un malade ordinaire — et me faire honorer par lui — ou dois-je laisser à l'Etat le soin de continuer à supporter les conséquences de multiples erreurs de diagnostic ?

Je vous avoue d'ailleurs que la première solution me paraît la meilleure au point de vue *intérêt*, car je serais payé certainement par la famille, alors que l' « Etat », lui, continuera sans doute à ignorer mes mémoires d'honoraires, ainsi qu'il en a pris l'habitude chez nous depuis bientôt deux ans.

Dr X.

Réponse.

Les soins médicaux ne sont dus par l'Etat, du chef de l'article 64 de la loi des pensions, que pour les accidents ou complications de la blessure ou de la maladie contractée ou aggravée en service et qui a motivé la pension.

Comme vous avez constaté, sans conserver un doute, que l'affection pour laquelle vous soignez actuellement le réformé dont il s'agit ne peut provenir de la maladie qui figure sur son titre, les soins que vous lui avez donnés et ceux que vous lui donnerez par la suite pour cette affection ne doivent pas être supportés par l'Etat, mais par le malade ou par sa famille.

En conséquence, vous n'avez pas à utiliser les bulletins de visite ni les feuilles d'ordonnances du carnet.

Quant à l'erreur de diagnostic qui a motivé l'allocation d'une pension à votre client, il ne vous appartient pas de la signaler et vous ne pourriez le faire qu'en violant le secret professionnel. C'est à l'Etat qu'il appartient de prendre les mesures utiles pour la sauvegarde des intérêts qui lui sont confiés.

Prorogation de bail.

J'ai recours à votre compétence pour me fixer dans une question de loyer.

J'habite la même maison, que je loue depuis 1899, par des baux successifs de neuf ans.

En 1917, au 23 avril, mon bail expirait. Par suite de circonstances spéciales, je suis resté du 23 avril 1917 au 23 avril 1918 en location verbale. A cette dernière date, nouveau bail, comprenant absolument les mêmes locaux mais augmenté de 75 francs (exactement de 525 porté à 600 fr.). Mon propriétaire étant décédé, ce sont ses héritiers directs qui ont signé ce dernier bail, de 3, 6, 9. Je vais donc entrer l'an prochain dans la dernière période de mon bail, et à ce sujet, je vous pose la question que jusqu'ici je n'ai pas eu à soulever. Serais-je en m'y prenant trois

(*Voir la suite page XLIII 3173*)

PROPOS DU JOUR

Les idées préconçues. La démoralisation d'après-guerre : Dans le public en général, chez les médecins en particulier.

Tout le monde connaît l'histoire classique de cet Anglais qui, débarquant à Calais, rencontra une femme blonde et nota, dans son journal de voyage : les femmes, en France, sont toutes blondes.

Quelques crimes sensationnels ont eu, après la guerre les honneurs d'une publicité excessive, et les grands quotidiens, aidés des cinémas, ont fait une part trop copieuse aux méfaits toujours relativement nombreux de quelques mauvais drôles. Nous en avons conclu que la guerre avait démoralisé le bon peuple français qui, cependant, depuis l'armistice, donne au monde étonné le plus bel exemple de modération, de sang-froid et de sagesse. Notre conclusion, comme toutes les idées préconçues, se trouve heureusement fausse, aussi fausse que celle de l'Anglais. Pour porter un jugement, il ne faut pas se fier aux apparences, mais se baser sur des réalités, sur des précisions.

Or, dans le *Temps* du 21 septembre, M. Louis Sadoul, conseiller à la Cour d'appel de Nancy, publie un très intéressant article sur la criminalité d'après guerre. Il compare les chiffres des poursuites opérées pour des crimes et des délits en 1913 et 1921, dans les 4 départements du ressort de la Cour d'appel de Nancy (Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges et Ardennes) ; il fait remarquer que la population de ces quatre départements est variée, mi-partie industrielle, mi-partie agricole, qu'il s'y trouve des villes, grandes et moyennes, des villages isolés, et qu'en somme, on peut considérer cette partie de la Lorraine comme représentant la moyenne de la France. Or, des constatations de M. Sadoul, il résulte que, loin d'augmenter, la criminalité, *même dans l'enfance*, a sensiblement diminué (de 10 % environ). Si l'on déduit encore, des chiffres de la statistique, les délits spéciaux, créés par les lois de guerre (délit de spéculation illicite, par exemple), lois d'exception qui n'existaient pas en 1913 et qui vont progressivement disparaître, la criminalité aurait diminué de 25 %. Les résultats de la statistique de 1922 paraissent indiquer que la diminution progresse, et le rapport du Préfet de police fait les mêmes constatations pour la capitale.

M. le conseiller Sadoul va plus loin ; il entre dans le détail. Si les poursuites contre les étrangers, dont les papiers ne sont pas en règle, et celles contre les cabaretiers en faute ont augmenté, ce qui peut tenir à ce que la répression de ces fautes est plus active, les procès en adultère n'ont subi qu'un très faible accroissement. Les délits contre la probité (vol, abus de confiance, escroquerie) sont à peu près stationnaires, avec une très légère tendance à s'accroître. La mendicité, le vagabondage, la filouterie d'aliments ont diminué dans la mesure de plus de 40 %. Il faut donc faire le sacrifice, parmi nos idées préconçues, de la fameuse vague de paresse, dont on nous a tant parlé. Le mendiant et le vagabond sont devenus presque des mythes. Les bureaux de bienfaisance, même à Paris, constatent la disparition des indigents.

Enfin, il est une prévision que l'on s'est plu à faire, celle de l'augmentation des délits de violence : coups et blessures volontaires. La guerre, nous en étions convaincus, devait avoir développé le tempérament batailleur des Français. Gare aux coups de poings, si ce ne sont pas des coups de couteaux ou de revolver ! M. Sadoul constate que cette prévision ne s'est pas réalisée, et que, chose inattendue, *la guerre a, en France, adouci les mœurs*. Les délits de violence ont subi une diminution énorme, incontestable. M. Sadoul constate que les cas de rebellion et de violence contre les agents de la force publique ont diminué de 35 %. On rosse moins le guet qu'autrefois, et Guignol ne cogne plus autant sur le commissaire. L'on pourrait objecter que c'est parce qu'on craint davantage la police et les gendarmes, qu'ils ont l'ordre d'être moins patients et d'user de leurs armes. Mais la diminution des violences contre les particuliers est encore plus nette et plus considérable : elle atteint plus de 40 %.

M. Sadoul ne doute pas de l'étonnement que provoqueront ces constatations, mais elles sont des faits indiscutables. Il ne faut plus parler de

la vague de démoralisation soulevée par la guerre. Nous nous étions nous-même laissé persuader de cette idée préconçue que l'on ressassait un peu partout, et à toute occasion, chaque jour. C'était heureusement une illusion.

***

N'en serait-il pas de même de la fameuse démoralisation des médecins que l'affaire des carnets médicaux a mis à l'ordre du jour de la presse et, qu'avec un peu trop de facilité, nos confrères les plus respectables se sont empressés de confirmer, tant la crainte de voir éclabousser leur tunique immaculée, les a poussés à voir sur tous les chemins des amas de boues et des mares stagnantes ? En proclamant qu'une vague de démoralisation a submergé, après la guerre, le corps médical français, ne sommes-nous pas aussi victimes d'une illusion ? La campagne pour *la création* d'un ordre des médecins ne met-elle pas trop en relief les fautes de quelques-uns ? Ne leur donne-t-elle pas une importance excessive ? N'a-t-elle pas une tendance exagérée à les généraliser ?

C'est une question que nous prions nos confrères d'examiner avec sang-froid et impartialité.

Nous venons de lire, dans le *Bulletin officiel des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine* (nº 7) qu'on a bien voulu nous envoyer tout récemment, une discussion du Conseil général de ces Sociétés à propos de l'Ordre des médecins.

Le Dr Cange, qui ne paraît pas un partisan bien enthousiaste de la création d'un ordre, « estime que si l'immoralité s'est glissée dans la profession médicale, c'est parce que, dans ces dernières années,la législation a multiplié les occasions qu'a le médecin de manquer aux règles de l'honneur qui, de tout temps, furent celles du Corps médical : La loi sur les accidents du travail, les carnets médicaux, etc., ont engendré l'immoralité. »

Le Dr Cayla, président, reproche aux Syndicats de s'être occupés *uniquement* des intérêts matériels de la profession. « En refusant de s'occuper des questions de moralité, ils ont, affirme-t-il, perdu une occasion d'être utiles à la profession médicale ». Cette affirmation contre les Syndicats, sortant de la bouche d'un confrère comme M. Cayla, que nous estimons et respectons, nous étonne. Il est évidemment peu au courant de notre histoire syndicale,et victime d'une idée préconçue qui a germé dans des milieux anti-syndicalistes, où l'on néglige un peu trop de se documenter avant de porter des jugements.

M. le Dr Boyer a fait remarquer, avec raison, qu'en améliorant les conditions d'existence des praticiens, les Syndicats avaient notablement concouru à moraliser notre profession. La faim est en effet mauvaise conseillère.

Le Dr Cayla a répliqué en rappelant que les inculpés des carnets étaient pour la plupart des gens riches ou très aisés, occupant des situations officielles honorables, et a constaté que dans le Corps médical, ce sont souvent les petits et les plus humbles qui donnent l'exemple du désintéressement et de la probité. Il a ainsi rendu un hommage aux petits praticiens qu'il nous est plus particulièrement agréable de noter. Les forbans de la médecine ne sont-ils pas presque toujours des personnages souvent haut placés, très décorés et très décoratifs ? Le bon public, même médical, ne s'incline-t-il pas devant eux, jusqu'au jour où la police et la justice s'occupent (trop souvent à corps défendant) de leurs louches affaires ?

Toute cette discussion nous a donné l'impression que nos confrères se laissaient un peu trop impressionner par les scandales récents, et étaient peut être aussi victimes d'une illusion.

Aussi, allons-nous nous essayer d'examiner la question, sinon de la résoudre.

La démoralisation est-elle plus grande qu'autrefois dans le Corps médical ? Ne se laisse-t-on pas tromper à ce sujet par des apparences ?

Nous ne voudrions pas remonter au déluge, mais tout nous porte à présumer que les préceptes de haute moralité, exposés dans les livres d'Hippocrate et qui sont condensés dans le *serment*, n'étaient pas respectés de tous les médecins de son époque. Si Hippocrate flétrit les charlatans, c'est qu'ils étaient nombreux, et c'est pour les combattre qu'après avoir proclamé que l'intérêt du malade doit primer toute chose, il a ajouté dans le *Traité des articulations* : « quand il existe plusieurs procédés, il faut employer celui qui fait le moins d'étalage ; quiconque ne prétend pas éblouir les yeux du vulgaire par un vain appareil, sentira que telle doit être la conduite d'un homme d'honneur et d'un véritable médecin ».

Hippocrate avait horreur des médecins charlatans, comme Socrate, son contemporain, avait horreur des sophistes. Il ne voulait pas être confondu avec eux, c'est une sérieuse présomption de leur nombre et de leur crédit dans le public.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES OSTÉOPHLEGMONS PERIMAXILLAIRES ODONTOPATHIQUES

Par P. TRUFFERT,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

Pendant longtemps, il a été classique de considérer comme des adéno-phlegmons les manifestations inflammatoires aiguës se développant autour du maxillaire inférieur à la suite d'accidents de la carie dentaire. Cette notion était simpliste qui opposait l'ostéo-périostite à manifestations buccales et l'adéno-phlegmon à symptomatologie cervicale.

Telle était, en effet, l'opinion de Chassaignac, de Gosselin, de M. Lejars, descriptions reproduites dans tous les traités et étant à la base de tous les enseignements.

Néanmoins, il était mal aisé d'expliquer la pathogénie de ces adéno-phlegmons ; les lymphatiques dentaires sont rares, si tant est qu'ils existent.

C'est pourquoi, depuis de longues années, M. le professeur Sebileau enseigne que les manifestations inflammatoires buccales ou cervicales survenant à la suite d'une mono-arthrite apicale ressortissent à une seule et même cause : l'extériorisation d'un abcès intra-osseux d'où le nom d'ostéo-phlegmon qu'il a donné à cette variété de manifestations inflammatoires aiguës.

« Le bourrelet allongé et rouge du cul-de-sac « gingivo-génien et l'empâtement dur et épais « de la loge sous-maxillaire sont l'un et l'autre, « et au même titre l'un que l'autre, la manifes- « tation d'une seule et même affection, l'ostéo- « périostite ; ostéo-périostite de la superstruc- « ture de la mâchoire inférieure dans le premier « cas ; ostéo-périostite de l'infrastructure dans le « second ; là, abcès péri-alvéolaire ; ici, abcès « péri-basilaire ». (M. Sebileau).

Cette unification permet d'expliquer facilement et la pathogénie et les variétés cliniques des ostéo-phlegmons ainsi que d'en prévoir le traitement.

En effet, l'infection ayant gagné et détruit la pulpe, atteint par les canaux radiculaires le fond de l'alvéole (mono-arthrite apicale).

L'abcès qui se constitue à ce niveau doit évaluer vers l'extérieur. Il le fait :

a) Au travers des ligaments alvéolo-dentaires venant alors faire saillie sous la gencive : c'est la *parulie* ;

b) Soit au travers des parois alvéolaires et s'extériorisant dans le sillon gingivo-jugal : *ostéo-périostite classique*, ou dans le sillon gingivo-lingual donnant un phlegmon dans le plancher de la bouche ;

c) Au travers du corps du maxillaire, le long *de la face externe*, au niveau du *bord inférieur* ou au niveau du *versant interne*, dans la loge sous-maxillaire. C'est cette dernière variété qui, à elle seule, constitue le pseudo-adéno-phlegmon. C'est d'ailleurs cette variété dont il importe de préciser le diagnostic, les autres étant facilement reconnues. Mais ce qui est indiscutable, c'est que la manifestation périphérique, qu'elle soit externe ou interne, supérieure ou inférieure, buccale ou cervicale, n'est que l'extériorisation de la lésion apicale alvéolaire avec laquelle elle est en communication directe.

Description clinique. — Sans vouloir reprendre ici la description clinique complète et si connue de ces accidents infectieux dentaires, nous voulons néanmoins préciser un certain nombre de leurs caractères qui nous permettront de les identifier à coup sûr au point de vue clinique.

En effet, quelle que soit leur extériorisation :

1° *Ils se présentent comme une masse chaude, dure faisant corps avec l'os* ;

2° *Ils s'accompagnent d'un trismus « d'autant « plus intense que les lésions se rapprochent da- « vantage de l'alvéole de la dent de sagesse et du « segment angulaire de la mâchoire.* Le trismus « est également en rapport avec l'intensité du « processus inflammatoire ».

C'est donc exclusivement le point où la suppuration s'extériorise qui donne à cette affection unique : l'ostéo-phlegmon, son caractère clinique particulier.

Ostéo-phlegmon de la face externe. — C'est le seul décrit par les classiques. L'extériorisation peut se faire en haut, au travers du rebord alvéolaire : c'est l'abcès de la gencive sur lequel nous n'insisterons pas. Plus intéressante et en

même temps plus fréquente est l'extériorisation au-dessous du fond du cul-de-sac gingivo-jugal. C'est l'*ostéo-phlegmon externe de M. le professeur Sebileau* auquel nous empruntons entièrement la description de ce type.

« Cet ostéo-phlegmon, fait en même temps « saillie dans la région sous-maxillaire et dans le « vestibule de la bouche. Il n'efface pas toujours, « ne soulève même pas toujours le cul-de-sac « gingivo-jugal au fond duquel on perçoit plus « ou moins nettement, selon les cas, un empâte-« ment profond ; en comprimant, même légè-« rement, dans le vestibule de la bouche, la face « externe de la mâchoire, particulièrement sur le « rempart alvéolaire de la dent infectée, on pro-« voque ordinairement une douleur vive ; là, « d'ailleurs, la muqueuse est toujours rouge, sou-« vent tuméfiée et œdémateuse. Le pus de ces « ostéo-phlegmons, selon la hauteur de l'os où la « perforation s'est opérée, s'oriente soit vers la « bouche (cul-de-sac gingivo-jugal), soit vers « l'extérieur (région sous-maxillaire haute). Bien « des fois, j'ai vu la suppuration décoller le pé-« rioste et se faire jour dans la bouche, autour « du collet de la dent, par la sertissure de la gen-« cive ». (M. Sebileau).

Ostéo-phlegmon de la face interne. — Les petites collections limitées qui peuvent apparaître sur le versant interne de la crête mandibulaire sont en tous points identiques à celles que nous avons signalées sur le versant vestibulaire.

La similitude s'étend également au cas où, la virulence étant plus accusée, l a réaction est plus étendue sur la face interne du maxillaire. La perforation peut se faire au-dessus ou au-dessous du mylo-hyoïdien.

a) *Perforation au-dessus du mylo-hyoïdien*, c'est l'*ostéo-phlegmon interne de M. Sébileau.* — L'empâtement débute à la face interne du corps du maxillaire, collé contre l'os à la partie externe du plancher de la bouche et séparé nettement du bord inférieur de l'os par un sillon. Rapidement, au bout de 24 ou 48 heures, la masse inflammatoire s'étend, envahissant plus ou moins largement la face interne du corps maxillaire inférieur.

La tuméfaction apparaît alors au-dessous du maxillaire, présentant un maximum sous-maxillaire, angulo-maxillaire ou sus-hyoïdien suivant le siège de la dent cariée, point de départ de l'infection. Elle refoule au-devant d'elle les organes de ces régions, et, en particulier, les ganglions qui peuvent être perçus à la surface. Le plus souvent eeux-ci sont pris dans la masse inflammatoire qui avoisine la collection et ne peuvent être perçus.

La dysphagie est très marquée du fait de l'envahissement toujours très étendu d u plancher de la bouche. Les mouvements de la langue réveillent une douleur très vive pouvant irradier vers l'oreille ; la gêne de déglutition qui en résulte se manifeste par l'écoulement, au niveau de la commissure, de la salive dont la sécrétion est augmentée.

La fétidité de l'haleine est plus accentuée dans cette variété.

Le *sillon gingivo-jugal est libre, non douloureux, sauf à la pression au niveau de l'alvéole infecté.*

Par contre, lorsqu'après avoir vaincu le trismus, le doigt explore *le plancher de la bouche*, on perçoit une *masse dure, rénitente, douloureuse*, s'étendant plus ou moins loin suivant le volume de la collection, on arrive également à sentir souvent le prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire refoulé par la masse inflammatoire.

Au bout d'un temps variable, généralement 3 ou 4 jours, pendant lequel le malade éprouve des douleurs atroces empêchant le sommeil, et présente les symptômes généraux propres à l'intensité de l'infection, la collection s'abcède.

Elle vient s'ouvrir au plancher de la bouche, à peu de distance du maxillaire, et les signes douloureux de tension de la poche s'atténuent ; mais la suppuration persiste en général longtemps. Le pus étant dégluti d'une façon permanente par un individu infecté, survient la *cachexie buccale* (Chassaignac, Sebileau, Terrier), avec son teint plombé, signature d'une intoxication profonde.

Dans certains cas, le pus fusant à travers le mylo-hyoïdien ou contournant son bord postérieur, la tuméfaction apparaît au-dessous du bord inférieur du maxillaire. Cette tuméfaction sous-maxillaire est primitive lorsque la perforation osseuse siège au-dessous du mylo-hyoïdien.

b) *La perforation se fait au-dessous des insertions du mylo-hyoïdien* : c'est l'*ostéo-phlegmon inférieur de M. Sebileau.* — Cette variété est le véritable pseudo-adéno-phlegmon.

La suppuration se collecte en effet « *dans la partie haute du cou, respectant presque complètement l'étage inférieur de la face* », dans cette région où l'on a coutume de localiser les ganglions sous-maxillaires.

Le *sillon gingivo-jugal* est complètement libre et souvent non douloureux.

Le *trismus* est d'emblée intense.

Le *plancher de la bouche* est rapidement dur et infiltré.

Ces abcès sous-mandibulaires s'ouvrent toujours à l'extérieur et c'est eux qui, suivant leur siège, simulent le plus complètement les adéno-phlegmons sus-hyoïdien, sous-maxillaires ou sous-angulo-maxillaires.

Formes spéciales.

1° *Forme mixte.* — Dans laquelle les périostes externe et interne sont infectés simultanément et :

2° *Ostéo-phlegmon de la face interne de la branche montante* (Escat, 1908). Abandonnée à elle-

même, la collection s'abcède, soit au niveau du rebord alvéolaire, soit au bord externe du segment inférieur du bourrelet ptérygo-maxillaire, c'est-à-dire au niveau de la dernière molaire, soit à la peau de la région sous-angulo-maxillaire : « Dans ce cas, il se forme un abcès qui peut en imposer pour une adénite suppurée du ganglion de Chassaignac. » (Escat.)

Diagnostic. — Du point de vue du diagnostic, celui-ci s'impose en général de lui-même et, ce que nous tenons à préciser est le diagnostic avec l'adéno-phlegmon sous-maxillaire. En effet, le diagnostic classique, si clair, si schématique, délimite simplement l'ostéo-phlegmon externe, mais il confond l'ostéo-phlegmon de la face interne avec l'adéno-phlegmon.

C'est donc ce dernier diagnostic qu'il nous faut préciser.

Un premier élément de diagnostic se trouve dans l'existence, au début, d'une crise de mono-arthrite apicale.

Mais le malade peut présenter une ulcération gingivale qui aura pu être le point de départ de l'infection. Donc :

a) *A des prodromes dento-osseux succèdera toujours l'ostéo-périostite* ;

b) *A des prodromes exclusivement muqueux, l'adéno-phlegmon.*

L'examen physique nous permettra de trouver des éléments de diagnostic différentiel.

Le sillon gingivo-jugal est libre dans l'adéno-phlegmon ; il l'est également dans la périostite de la face interne du maxillaire.

Le plancher de la bouche doit nous arrêter un instant, car ce sera un élément de notre diagnostic.

Dans l'*adéno-phlegmon, au début, le plancher de la bouche garde toute sa souplesse,* contrairement à l'opinion de Verneuil. En effet, les chaînes ganglionnaires qui reçoivent les lymphatiques buccaux ont une situation superficielle. C'est seulement quand la cellulite périganglionnaire est intense que l'on peut percevoir une résistance au niveau du plancher buccal ; résistance qui n'atteint jamais la dureté de la périostite phlegmoneuse. En résumé, dans l'*ostéo-périostite phlegmoneuse, la tuméfaction s'étend de la profondeur vers la superficie ; dans l'adéno-phlegmon de la périphérie vers la profondeur.*

Le TRISMUS, *précoce et serré dans l'ostéo-périostite,* surtout quand elle atteint la région angulo-maxillaire, est plus *tardif dans l'adéno-phlegmon.*

Certains ostéo-phlegmons inférieurs du bord basilaire de la mâchoire ressemblent à s'y méprendre à l'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac.

« Cet adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire « n'est pas un phlegmon du département sous-« maxillaire, mais bien un phlegmon du dépar-« tement jugulo-carotidien ; il se développe au-« tour de ce ganglion qui occupe, un peu en « avant du bord antérieur du muscle sterno-« mastoïdien, la place où la veine faciale anté-« rieure débouche de la glande sous-maxillaire « et la veine faciale postérieure de la glande pa-« rotide. Des ulcérations de la langue, des amyg-« dales et du département postérieur des joues « ou des gencives peuvent engendrer l'adéno-« phlegmon sous-angulo-maxillaire, comme des « ulcérations des lèvres ou du vestibule nasal « peuvent engendrer l'adéno-phlegmon sous-« maxillaire. Mais, en tant qu'abcès odontopha-« tique, le phlegmon qui siège sous l'angle de la « mâchoire est, comme le phlegmon qui siège « sous le bord inférieur de celle-ci, un ostéo-phleg-« mon. Il y a cependant ici une difficulté nou-« velle, venue de la dent de sagesse. En effet, « cette dent ne provoque pas seulement des ac-« cidents par les lésions de pulpite ou de radicu-« lite dont elle peut, comme les autres dents, « être atteinte ; elle en provoque encore par les « lésions des parties molles que son éruption « peut engendrer : aussi, pour ce qui la concerne, « le diagnostic se pose-t-il quelquefois réellement, « quoique exceptionnellement, entre l'ostéo-« phlegmon consécutif aux infections de la dent « ou de l'alvéole et l'adéno-phlegmon consécutif « aux ulcérations de la gencive. J'attache ici « encore une très grande importance au trismus « qui, dès l'instant qu'il est très violent, com-« mande pour ainsi dire le diagnostic de compli-« cation osseuse ». (M. Sebileau).

L'*abcès péri-amygdalien* doit être également différencié de l'ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne de la branche montante.

Il est toujours secondaire à une amygdalite ; la dysphagie en est le principal prodrome. Le trismus est tardif et inconstant. La dysphagie mécanique est atroce, absolue, même aux liquides. Le malade souffre d'une douleur spontanée pharyngienne ayant son maximum au niveau de l'isthme sans irradiation osseuse. L'angoisse respiratoire est fréquente et spontanée. La malade a une voix amygdalienne. Il n'existe pas d'empâtement sous et rétro-angulo-maxillaire. Pas de douleur provoquée à la palpation de l'angle de la mâchoire. L'adénite inconstante et légère est toujours isolable du rebord maxillaire. Le point culminant du foyer inflammatoire répond au voile. Le maximum de la douleur provoquée siège sur le voile à un centimètre du bord libre. Il existe d'une façon presque constante de l'œdème de la luette.

L'ouverture spontanée se fait toujours dans la fosse sus-amygdalienne ou dans son voisinage.

En résumé, toutes les fois qu'une collection inflammatoire se développe au niveau du maxillaire inférieur, au voisinage d'une dent cariée, présentant des symptômes de mono-arthrite apicale ou d'un alvéole infecté, on devra toujours porter d'une

façon absolue le diagnostic de périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur.

Le diagnostic de la lésion posé, il faut, avant toute thérapeutique, préciser la dent qui est à l'origine de l'infection.

Le diagnostic est facile, le plus souvent, quand il existe une carie profonde avec phénomènes douloureux très aigus.

Mais ces renseignements peuvent manquer. Il faut alors surveiller l'émission du pus par la sertissure gingivale. Il faut explorer les dents. Celle qui sera incriminée sera le plus souvent mobile ou douloureuse à la pression axiale ou latérale, elle sera sensible au chaud ou au froid.

Traitement. — Le traitement s'impose, la modalité en est dirigée par trois propositions formulées par M. Sebileau :

« Première proposition : *toutes les ostéo-périostites mandibulaires sont d'origine dentaire* ». (M. Sebileau).

« Deuxième proposition : *toute ostéite mandibulaire commande l'extraction sans délai de la dent malade* ». (M. Sebileau).

« Troisième proposition : *la seule extraction de la dent malade est souvent suffisante* ». (M. Sebileau).

L'opinion classique encore actuellement en vigueur tant chez les stomatologistes que chez les nombreux chirurgiens est qu'il faut d'abord évacuer le pus par une incision cutanée ou muqueuse suivant le cas. On se réserve d'enlever ou de soigner la dent infectée lorsque les phénomènes inflammatoires ont complètement disparu.

Ce traitement assure la guérison en 10 ou 12 jours, mais il a le gros inconvénient, à notre avis, d'imposer d'autorité au malade une incision, c'est-à-dire une cicatrice cervicale ou faciale toujours fâcheuse, surtout pour une femme et ce sont les femmes qui sont le plus souvent atteintes.

« L'extraction de la dent malade s'impose au « même titre que, dans un foyer quelconque de « suppuration, l'extraction du corps étranger qui « en a provoqué la formation ; elle est la première « mesure à prendre. Evidemment, elle n'arrive « pas, dans tous les cas à prévenir les accidents « locaux (formations séquestrales) ou généraux « (septicémie) qui terminent quelquefois les « phlegmons odontopathiques ; mais, par contre, « comme dit Dunogier, il est hors de bon sens de « lui attribuer ces accidents » (M. Sebileau).

De plus, du fait de la continuité des lésions, l'avulsion de la dent ouvre la collection.

A. *Intervention.* — La technique que nous décrivons est celle de M. le professeur Sébileau.

Le malade est endormi jusqu'à résolution complète, ce qui nécessite l'emploi du chloroforme. On peut ainsi vaincre plus facilement le trismus.

1° *Avulsion de la dent.* — Le plus souvent l'avulsion de la dent est facile. Celle-ci, soulevée par le pus et les fongosités qui occupent le fond de l'alvéole est mobile, du fait de l'infiltration du ligament par le pus, elle est « *cueillie plutôt qu'avulsée* ».

On utilise pour ce temps opératoire soit le davier de la série américaine répondant à la dent malade, soit le davier français en baïonnette.

Très rarement, dans le cas de carie ancienne d'une dent de sagesse en direction oblique, et solidement enchâssée à l'angle des branches horizontale et montante du maxillaire, l'avulsion est impossible, le davier a une prise insuffisante, dérape, et la dent ne peut être enlevée sans brutalité aveugle exposant à des dégâts plus ou moins étendus. Dans ce cas, on doit enlever la dent en limitant au strict minimum les dégâts inévitables.

Pour ce faire, on récline la muqueuse péri-dentaire à la rugine et on fait sauter le rempart alvéolaire externe répondant à la dent jusqu'à ce que celle-ci soit légèrement mobile.

On termine alors l'extraction en se servant de la langue de carpe, on examinera soigneusement la dent afin de s'assurer qu'il ne persiste dans l'alvéole aucun fragment de racine.

2° *Evacuation de la collection.* — Dans les cas les plus fréquents, 7/12 des cas (M. Sebileau) et même, peut-on dire, en règle générale, le pus sourd immédiatement par l'alvéole, il s'écoule facilement et en abondance dès que l'on presse sur la poche de la collection périostique. On exercera une pression continue, d'abord superficielle, puis, de plus en plus profonde, pour évacuer la collection aussi complètement que possible. Le pus qui s'écoule à tous les caractères de fétidité des collections développées au voisinage du tube digestif : son odeur est presque fécaloïde.

Pendant ce temps opératoire, on veillera très attentivement à ce que le pus ne tombe pas dans le pharynx ; pour cela, on peut disposer une petite compresse à la partie postéro-latérale correspondante de la cavité buccale et on épongera le pus au fur et à mesure de son apparition.

Quand l'écoulement cesse, on pratique un curetage doux de l'alvéole afin de le débarrasser des fongosités sanieuses qu'il renferme.

Dès ce moment, l'induration péri-maxillaire a diminué.

3° *Soins post-opératoires.* — L'expression de la poche sera renouvelée toutes les 3 heures, pratiquée par le malade lui-même. Au moment des expressions et dans leur intervalle, on pratiquera de fréquents lavages de bouche avec de l'eau légèrement oxygénée. Ces lavages se feront d'abord au bock, puis rapidement, la sédation des phénomènes douloureux et la diminution des phénomènes inflammatoires permettront au malade de se laver la bouche par gargarisation.

Une ou deux fois par jour, le médecin veillera à effectuer lui-même une expression totale du pus.

Cette manœuvre est douloureuse pour le malade ; aussi, doit-elle être pratiquée avec *douceur et fermeté, la pression étant progressive.*

En suivant cette règle, l'expression est généralement supportée très facilement par le malade.

La sédation rapide des phénomènes généraux et locaux que l'on constate dès les premières 24 heures suffit à elle seule pour justifier cette méthode de traitement qui, dans les cas les plus fréquents, assure la guérison dans un délai de 5 à 10 jours.

Il peut arriver, au cours du traitement, que la communication de l'abcès avec l'alvéole s'interrompe ; dans ce cas, une expression profonde peut la rétablir, quand cela ne suffit pas, un simple écouvillonnage ou un cathétérisme doux de l'alvéole, assurent à nouveau la perméabilité de la communication, momentanément interrompue. Cet incident est d'ailleurs exceptionnel, et résulte d'une expression trop rare et trop superficielle du foyer purulent.

B. *Modalités de l'intervention. Incidents opératoires.* — Nous venons de décrire le traitement dans sa forme normale la plus fréquente, nous devons envisager diverses éventualités qui peuvent se présenter au cours de l'intervention et exposer les manœuvres qu'elles nécessitent.

1° *La dent enlevée, le pus n'apparaît pas à l'alvéole, même après expression profonde de la collection.* — Dans ce cas, on procède à un curetage soigneux de toute la cavité alvéolaire. Cette manœuvre peut suffire à elle seule pour amener l'écoulement du pus (3 /12 des cas). Néanmoins, on devra procéder à une exploration minutieuse de la paroi alvéolaire, soit avec un stylet fin, ou mieux avec un crochet, jusqu'à ce que l'instrument explorateur s'engage complètement dans le pertuis de communication et le cathétérise aussi complètement que possible. On sera naturellement guidé dans cette recherche par la localisation de la collection. On trouvera, en général, l'orifice de communication sur la paroi alvéolaire répondant à la variété externe ou interne de la périostite phlegmoneuse.

Cette conduite sera indiquée également lorsque l'avulsion dentaire pratiquée la veille ou les jours précédents, mais non suivie d'expression, les phénomènes inflammatoires ont continué à évoluer.

2° *L'exploration de l'alvéole est restée négative.* — Dans une proportion de 2 /12 des cas, l'exploration minutieuse de l'alvéole reste négative, soit qu'on ne trouve pas le pertuis, soit que l'ayant trouvé, le cathétérisme du canicule osseux n'amène pas l'écoulement du pus. Cette hypothèse est vraisemblable du fait de la tortuosité et de l'étroitesse du trajet intra-osseux et de sa constitution par l'envahissement progressif des logettes médullaires. Le canal peut être obstrué soit par une concrétion purulente, soit par un petit débris osseux venu des logettes elles-mêmes.

Dans ce cas, on est autorisé à une exploration plus ferme des parois alvéolaires. Un point nécrosé de l'os pourra quelquefois s'effondrer et créer une dérivation à la suppuration périostique. Dans ces cas favorables, l'expression répétée de la poche sera pratiquée comme dans les cas normaux. Mais cette pratique est aveugle et ne devra être utilisée qu'avec circonspection et sans insister. En cas d'échec complet (1 /40e des cas,), et si l'intervention s'impose rapidement, on s'adressera alors au procédé classique, à l'incision.

C. *Procédés classiques.* — Le siège de l'incision nous est imposé par la localisation maxima de la collection et diffère avec la variété d'ostéo-périostite phlegmoneuse envisagée.

a) *Ostéo-périostite de la face externe du maxillaire inférieur.* — Dans cette forme, l'abcès bombe dans le vestibule, l'incision sera muqueuse dans le sillon gingivo-jugal. Le bistouri placé à plat contre la gencive ouvrira assez profondément et assez largement la muqueuse pour assurer une évacuation facile du pus.

Le soulagement est immédiat ; on prescrira de fréquents lavages de bouche et la guérison survient en 4 ou 6 jours, complète ou laissant après elle une fistule.

Il faut que l'incision paraisse très longue, 15 à 20 millimètres, car la rétraction rapide des tissus amènerait l'occlusion trop précoce et la reprise des phénomènes inflammatoires.

b) *Ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire inférieur.* — Deux voies d'abord s'offrent à nous : *voie cutanée* (classique). L'incision sera parallèle au bord inférieur du maxillaire à 10 millimètres environ, et aura son centre au maximum de la fluctuation. Elle aura une longueur de 6 à 8 centimètres et suffira à assurer une évacuation complète et facile du pus.

Si on explore la cavité de l'abcès, on tombera toujours sur une paroi osseuse dénudée, alors que dans l'adéno-phlegmon, on trouve une loge ganglionnaire et jamais d'os dénudé.

On placera dans l'incision soit un drain minime, soit de préférence un faisceau de crins, soit une mèche (dans ce dernier cas, on veillera à ce que la mèche ne soit pas tassée afin d'éviter la rétention). Le drainage sera supprimé au bout de 24 ou 48 heures et la guérison de l'incision se fera en 7 à 15 jours suivant son étendue.

On incisera là où le pus pointe, là où l'évacuation de la poche sera le mieux assurée et le drainage le plus efficace.

M. Morestin en 1909 avait imaginé une *voie muqueuse* d'abord des adéno-phlegmons, sous-maxillaires. Outre que 2 des 3 observations publiées par cet auteur se rapportent nettement à des ostéo-phlegmons, il est beaucoup plus simple, ainsi que le conseille M. Sebileau, de décoller le périoste sur le versant du maxillaire.

On arrive ainsi fatalement et sûrement sur la collection. « Par contre, les vrais adéno-phlegmons sont toujours à évolution extérieure et comportent toujours une incision extérieure ». (M. Sebileau).

La périostite phlegmoneuse de la face interne de la branche montante sera ouverte par voie muqueuse.

« Le lieu d'élection est la région rétro-dentaire « inférieure qui répond à la limite antéro-externe « du pilier antérieur du voile du palais. » (Escat.)

Le bistouri sera enfoncé normalement à cette surface ; il devra pénétrer jusqu'au contact de l'os. Il fera une incision verticale de 15 millimètres de longueur environ, sectionnant les faisceaux du buccinateur qui s'insèrent sur le ligament ptérigo-maxillaire.

On voit donc que *les accidents inflammatoires infectieux aigus qui tirent leur origine d'une lésion dentaire commandent d'une façon absolue l'extraction immédiate de la dent malade*. La prothèse est, en effet, à l'heure actuelle très riche en ressources, et une thérapeutique conservatrice, pour séduisante qu'elle soit, expose à des échecs qui laissent le malade à la merci de phlegmons itératifs et de complications septicémiques qui peuvent être mortelles.

CLINIQUE MÉDICALE

L'angine de poitrine et son traitement

M. le professeur GILBERT, médecin de l'Hôtel-Dieu.

L'angine de poitrine n'est pas seulement une maladie très cruelle : c'est aussi une maladie très fréquente. Vous en trouverez une preuve dans ce fait qu'actuellement, dans notre service, nous n'avons pas moins de cinq malades — une femme et quatre hommes — atteints d'angor pectoris. J'aurai l'occasion, au cours de cette leçon, de vous en dire quelques mots.

L'angine de poitrine a été mentionnée pour la première fois en 1768, dans une lettre célèbre d'un médecin de Besançon. Depuis, elle a donné lieu à de nombreux travaux et, pour ne citer que des auteurs assez récents, à son histoire se rattachent les noms de Potain, Huchard, Lancereaux, Merklen, Lauder Brunton, etc.

Après avoir longtemps décrit un seul type clinique de la maladie, on en distingue aujourd'hui deux types différents : l'angine de poitrine par effort, et l'angine de poitrine de décubitus.

L'angine de poitrine par effort, ou d'effort, apparaît à l'occasion d'efforts de nature variable. La marche est à elle seule suffisante, surtout si elle a lieu sur un terrain montant, surtout si elle se produit avec le vent debout et après un repas, les repas, de même que les efforts, exerçant une action sur le cœur.

La crise éclate en général brutalement, par une douleur ressentie à la partie supérieure du sternum, d'où l'appellation de sternalgie proposée et parfois donnée à cette affection. La localisation douloureuse se fait aux deuxième et troisième espaces intercostaux. Il s'agit bien d'une douleur rétro ou sous-sternale. Ordinairement, c'est une sensation de barre et, si elle affecte quelquefois une certaine modération, le plus souvent, elle offre une intensité considérable. Quelques sujets — et tel est le cas d'un de nos malades — déclarent sentir une sorte de corps étranger en arrière du sternum. Fréquemment, la sensation est celle d'une griffe de fer s'enfonçant dans la poitrine, ou de broiement du thorax, comme si la paroi antérieure venait s'écraser sur la postérieure.

La douleur — généralement intolérable — ne tarde pas à présenter des irradiations, dont la plus commune va vers le membre supérieur gauche, qu'elle parcourt à sa partie interne, tantôt jusqu'au coude, tantôt jusqu'au poignet, ou plus bas, dans les deux doigts internes. L'irradiation douloureuse est longitudinale et, dans quelques circonstances, transversale, donnant lieu à un bracelet douloureux autour du poignet ou du bras. Il semble au patient qu'une main sèche saisit et presse l'avant-bras ou le bras. La douleur d'irradiation est parfois un fourmillement, ou un élancement plus ou moins violent.

Une autre voie de propagation des douleurs, fréquente également, est la région cervicale, spécialement du côté gauche, allant jusqu'à la mâchoire et l'oreille. On observe encore des douleurs dorsales, médianes, ou à l'épaule gauche, au scapulum.

Ces irradiations, toutes gauches, sont les plus habituelles. Toutefois, des phénomènes semblables peuvent se produire à droite, ou des deux côtés. Plus rarement, les douleurs descendent vers les testicules et les membres inférieurs. Si, d'ailleurs, la douleur sternale est la première en date et la douleur brachiale secondaire, il s'en faut qu'il en soit constamment ainsi. Il est des

sujets chez lesquels l'attaque commence par une autre région, par le bras, par la sensation du bracelet, la douleur rétro-sternale n'apparaissant qu'ensuite. Les malades ne peuvent pas ressentir de telles douleurs sans éprouver une angoisse violente, non absolument constante cependant.

Douleur et angoisse aboutissent à un état particulièrement pénible. Le patient, pâle, anéanti, a l'impression d'une pause de la vie : il se sent près de mourir. Du moins, en est-il très fréquemment ainsi.

D'autres signes sont à considérer. Le pouls est ordinairement modifié, accéléré, ou ralenti, battant alors à 40, 30, 20, à 15 pulsations à la minute et moins même. La tension peut être abaissée, ou normale, ou exagérée. La respiration, par contre, reste inaltérée. La crise d'*angor pectoris* a une durée variable. Il en est de très courtes et de très prolongées, allant de quelques minutes à une demi-heure et bien davantage. Sa terminaison est, en général, la guérison, et s'annonce par des phénomènes critiques : des éructations, des urines abondantes, de la salivation, du larmoiement; quelquefois, — comme je l'ai signalé — par un érythème qui rappelle à s'y méprendre celui que suscite le nitrite d'amyle.

Mais, vous le savez, cette crise ne se termine pas toujours d'une façon favorable. Assez souvent encore, la crise est mortelle, la mort se produisant brutalement, par syncope, ou au début, ou à une période quelconque de l'attaque.

Je dois vous mentionner la possibilité d'une angine de poitrine d'effort à caractères particuliers. Je fais allusion au type appelé angine de poitrine abdominale. Le début a lieu par une douleur à siège épigastrique, ressemblant à la gastralgie, et pouvant même rester localisée à cet endroit. Habituellement, elle se déplace pour apparaître en son siège classique, la partie supérieure du sternum. A partir de ce moment, elle rappelle la crise ordinaire, que je décrivais tout à l'heure. On conçoit que de telles crises, se terminant par des éructations, puissent prêter à confusion. Retenez cette forme, qui n'est pas tout à fait exceptionnelle.

L'angor pectoris est une maladie d'accès. Une fois manifestée, il faut s'attendre à des retours offensifs, à d'autres crises. Celles-ci sont tantôt espacées, tantôt rapprochées, avec des intervalles réguliers ou non. La maladie peut ainsi durer un temps indéterminé : 3, 4, 5, 10, 15 ans, plus même ; un de nos malades en souffre depuis plus de 25 années.

La mort dans l'angine de poitrine a lieu par le mécanisme de la syncope. Il s'agit d'une mort subite, immédiate ; la mort sans phrase. Bien entendu, tous les angineux ne sont pas voués à cette terminaison, et il en est qui succombent à d'autres affections.

L'angine de poitrine de décubitus, au lieu d'être déterminée par l'effort, est, au contraire suscitée par le repos. Elle apparaît, en général, le malade étant au lit, plongé dans le sommeil. C'est dans ces conditions que le patient est saisi par la griffe de fer ou la roue pesante de l'angor pectoris. Dans son ensemble, la crise ressemble à celle de l'angine de poitrine par l'effort. Même douleur rétro-sternale, mêmes irradiations, mêmes phénomènes critiques, même fréquence de la mort subite, par syncope.

Il existe cependant certaines différences, certaines nuances. Dans l'angine de décubitus, la douleur n'occupe pas toujours la partie supérieure du sternum. Il arrive qu'elle se cantonne à la région précordiale. En outre, les irradiations douloureuses se produisent plutôt latéralement. La pression artérielle est souvent abaissée, le pouls accru de rapidité et irrégulier. Enfin, il faut relever l'association de l'angine de décubitus avec l'asthme cardiaque et l'œdème aigu du poumon. Vous savez que l'angine de poitrine de décubitus, l'asthme cardiaque et l'œdème aigu du poumon représentent des manifestations de l'insuffisance ventriculaire gauche. Rien d'étonnant, dès lors, que ces phénomènes puissent se trouver réunis. Il n'est pas rare de voir la crise commencer par un accès d'asthme et se terminer par un syndrome d'œdème aigu du poumon (expectoration sanglante et pluie de râles constatés à l'auscultation).

L'évolution de l'angine de décubitus est comparable à celle de l'angine par effort. C'est une maladie d'accès, à accès survenant à intervalles plus ou moins courts, réguliers ou irréguliers. On voit assez fréquemment, d'ailleurs, les deux types d'angine de poitrine s'associer, le malade présentant des crises d'angine par effort, puis d'angine de décubitus, ces dernières venant se substituer ou se joindre aux premières. La gravité de l'angine de décubitus égale, si ce n'est plus, la gravité de l'angine d'effort, le malade pouvant succomber à la syncope ou à l'œdème aigu du poumon.

L'étiologie de l'angine de poitrine se résume en peu de mots. En fait, c'est, d'une part, l'aortite, l'aortite chronique ; d'autre part, la myocardite chronique, qui déterminent l'angor sous ces deux formes.

L'aortite conditionne par excellence le premier type, l'angor pectoris par effort, mais il ne s'agit pas ici d'une aortite chronique quelconque. La lésion au cours de laquelle s'observe l'angine de poitrine d'effort est particulière par son siège. Sans doute, toute aortite chronique peut aboutir à l'angor, mais les auteurs autorisés s'accordent à dire que la variété ordinairement en cause est celle appelée par Dieulafoy sus-sigmoïdienne, qui intéresse le commencement de l'artère. Dieulafoy a d'ailleurs distingué deux modalités de cet état morbide : l'aortite chronique

sus-sigmoïdienne simple et l'aortite sus-sigmoïdienne accompagnée d'altérations orificielles, d'insuffisance aortique. L'une et l'autre sont à l'origine de l'angine de poitrine par effort.

Ces aortites et particulièrement la sus-sigmoïdienne se rattachent d'une façon spéciale à la syphilis. C'est la syphilis le grand générateur des lésions de l'aorte bas placées, qui provoquent l'angor d'effort. De là, l'importance étiologique de la spécificité dans l'affection qui nous occupe. Les sujets atteints d'angor et principalement d'angine d'effort sont très généralement des syphilitiques.

C'est donc l'aortite sus-sigmoïdienne, avec ou sans insuffisance aortique, qui cause avec une fréquence toute particulière, l'angine d'effort. Nous pouvons le comprendre. La région sus-sigmoïdienne de l'aorte se fait remarquer, d'abord, par la présence à son niveau, des orifices des coronaires. S'il existe une théorie « aortique » de l'angine de poitrine d'effort (Corrigan, Lancereaux, Vaquez, Josué), il existe également une théorie « coronarienne » (Jenner, Potain, Huchard). D'un autre côté, la région sus-sigmoïdienne offre une grande abondance de filets nerveux qui s'épuisent dans les tuniques, externe et moyenne, de l'artère. Cette abondance de filets nerveux, dépendant du plexus cardiaque, rend compte, pour les partisans de la théorie aortique, des troubles angineux. L'effort, en effet, accroît la tension de l'aorte. La surtension aortique qui, normalement, n'a pas de conséquence, ne peut s'opérer de même au cas d'aortite. Elle entraîne un tiraillement des filets nerveux, une excitation du plexus cardiaque, d'où la crise d'angor. C'est dans le plexus cardiaque que naît la douleur intense dont j'ai parlé.

Cette théorie, qui explique l'angine de poitrine par l'aortite et l'effort, n'explique pas seulement la crise. Elle donne aussi la clef des irradiations douloureuses. Le plexus cardiaque est formé de filets fournis par le pneumogastrique et le grand sympathique. Les fibres du grand sympathique parviennent aux ganglions cervicaux, et ont là des communications avec la moelle et les nerfs sensitifs (cubital, etc.). Une irritation partie de l'aorte arrive, de cette manière, par le plexus cardiaque, le sympathique et la moelle épinière, à se diffuser très loin, au membre supérieur gauche, en particulier.

Si l'aortite tient le premier plan dans l'histoire de l'angine de poitrine par effort, les nerfs du cœur, le plexus cardiaque, le pneumogastrique et le grand sympathique, jouent également un rôle très important. Lancereaux l'avait pressenti. Partisan de la théorie aortique, il attribuait l'angor à l'inflammation communiquée au plexus cardiaque par l'aorte enflammée. Certains auteurs sont même allés plus loin. Desportes et Peter plaçaient l'altération angorigène directement dans le plexus cardiaque. Ils faisaient de l'angine une névrite ou une névralgie de ce plexus.

Pour l'angine de poitrine de décubitus, on admet une explication analogue. L'angor de decubitus est rattachée à la myocardite chronique, et plus spécialement à la myocardite scléreuse hypertrophique, qui coïncide fréquemment avec la néphrite chronique. C'est de la dilatation du ventricule gauche que découlerait l'attaque angineuse. La myocardite est à l'origine de l'angine de décubitus comme l'aortite est à l'origine de l'angine d'effort. Dans les deux cas, la crise est déclanchée par la dilatation de l'organe malade, ici, le ventricule, là l'aorte.

La dilatation du ventricule gauche se produit dans le décubitus sous deux influences : les altérations du cœur et l'hypertension artérielle. Les sujets atteints de néphrite chronique et de myocardite scléreuse sont en effet des hypertendus. Lors donc que se montre la dilatation ventriculaire aiguë, les nerfs du plexus, de la paroi venticulaire gauche, sont tiraillés et transmettent l'irritation à leurs éléments d'origine, pneumogastrique et sympathique, d'où déclanchement de la crise.

L'aortite chronique et la myocardite scléreuse hypertrophique ne résument pas, cependant, à elles seules, toute l'étiologie de l'angine de poitrine. Comme vous le savez, ce syndrome peut être réalisé par nombre d'autres causes. Ainsi, on peut l'observer chez les hystériques, les neurasthéniques, les dyspeptiques, etc. La symptomatologie est semblable, mais il y a une grosse différence entre ces angines et celles de l'aortite et de la myocardite : alors que ces dernières sont de la plus haute gravité, les premières sont bénignes. On a donné aux dites angines de poitrine le nom de faux angor, appellation peu goûtée des auteurs compétents. Ils font remarquer qu'il n'y a pas de fausses maladies. Mieux vaudrait adopter la qualification d'angines de poitrine bénignes. Je n'étudierai pas, d'ailleurs, ces angines bénignes, ces fausses angines, ce qui m'entraînerait beaucoup trop loin. Je vous dirai un mot en passant, néanmoins, d'une de leurs variétés, celle due à la lithiase biliaire. Il s'agit d'une modalité mal connue et sur laquelle, personnellement, j'ai insisté.

Il n'est pas douteux que la lithiase biliaire ne soit capable de déterminer le tableau de l'angor pectoris. La physionomie de la colique hépatique est, vous ne l'ignorez pas, très variable. Une de ses formes, en définitive, est l'angine de poitrine biliolithiasique, qui simule à s'y méprendre l'angor véritable.

J'en ai observé quatre cas. Le premier concerne un acteur qui eut son attaque princeps au théâtre, en pleine représentation. Huit jours plus tard, il était atteint de crise de colique hépatique

typique. A partir de ce moment, il eut pendant seize ans, alternativement, une crise de colique et une crise d'angor. On ne notait, chez lui, aucune lésion cardio-aortique. La seconde malade offrait des crises couplées : un jour la colique hépatique, le lendemain l'angine de poitrine. Le quatrième cas, le plus démonstratif, concernait un homme chez lequel on discutait le diagnostic. Un chirurgien ayant enlevé la vésicule, l'angine de poitrine cessa complètement à dater de ce moment.

J'arrive au traitement. Bien entendu, je laisserai de côté le traitement de l'aortite et de la myocardite et m'occuperai seulement de la thérapeutique de la crise.

La crise d'angine de poitrine d'effort réclame l'emploi des médicaments vaso-dilatateurs, tels les nitrites, qui combattent l'hypertension et font cesser la dilatation de l'aorte, d'où découle l'angine. Vous avez le choix entre trois agents principaux : le nitrite d'amyle, la trinitrine et le tétranitrate d'érythrol. Le nitrite d'amyle, très volatil, s'administre en inhalations, à raison de 5 à 10 gouttes sur un mouchoir. Pour la première inhalation, vous commencerez par une ou deux gouttes seulement. Au cours de la journée, on peut arriver au total d'une trentaine de gouttes. C'est un médicament à action nette, instantanée, brutale. Il détermine une vive rougeur de la face, de la poitrine, et des battements des tempes. Quand, pour les premières inhalations, on le donne à doses trop fortes, il est susceptible de produire du vertige. Ici, je dois rappeler que dans les phénomènes critiques de la crise d'angine, j'ai signalé l'apparition, parfois, de cette rougeur de la face et de la poitrine. Il est curieux de voir la nature employer le processus de guérison que le médecin provoque avec le nitrite d'amyle.

La trinitrine s'utilise en solution, par exemple :

Trinitrine (solution au centième)	40 gouttes
Eau	100 gr.

Une cuillerée à café contient deux gouttes de trinitrine. Faire prendre une à trois cuillerées à café par 24 heures.

Quant au tétranitrate d'érythrol, il se prescrit par milligrammes, en comprimés contenant un milligramme du médicament, 2 à 5 par jour.

Les vaso-dilatateurs sont quelquefois insuffisants et il en est ainsi dans les crises graves. Dans ces conditions, il convient de s'adresser à l'injection de morphine. A la vérité, le médecin praticien n'est guère tenté de faire une injection de morphine, en pareille circonstance. Il sait le malade menacé de mort subite et il se demande si on n'imputera pas celle-ci à sa thérapeutique. Sachez que vous êtes couverts, en pareil cas, par l'avis des spécialistes autorisés. L'injection de morphine, dans les crises violentes, est un moyen héroïque. Dans l'angine de poitrine de décubitus, la morphine peut donner aussi les meilleurs résultats pour les cas graves. Pour les cas ordinaires, ayez recours à la saignée, saignée copieuse, de 300 à 400 grammes.

Leçon faite à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. Lacroix.

FAITS CLINIQUES

Phlegmon gangréneux préthoracique, d'origine dentaire chez un tuberculeux. — Evolution rapide. — Mort.

M. D...., âgé de 48 ans, tuberculeux à la troisième période, se fait extraire deux molaires inférieures à droite, le 3 janvier 18...

Appelé le 8 janvier, nous constatons une induration avec rougeur et gonflement considérable au niveau de l'angle du maxillaire inférieur droit. Le gonflement œdémateux augmente et gagne le cou les jours suivants.

Le 12, nous pratiquons une large incision dans ce phlegmon sous-périostique d'origine dentaire, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur ; drainage. L'incision donne issue à un pus noirâtre, gazeux, fétide, assez peu abondant. D'ailleurs, on sentait à peine de la fluctuation au moment de l'opération.

Le lendemain, le gonflement, la rougeur et l'induration s'étendent en avant du sternum et une rougeur diffuse apparaît en avant du thorax.

Le matin du 14, l'œdème et la rougeur indurée apparaissent *en plastron*, sur toute la partie antérieure du thorax, jusqu'à l'ombilic.

Nous pratiquons une deuxième et large incision au niveau de la partie moyenne du sternum. Un pus de même nature que le premier, noir, en plus grande abondance, s'échappe de l'ouverture. Pus gazeux, gangréneux, osseux, horriblement fétide.

Le malade garde toute sa connaissance. Il est pris d'un accès de suffocation dans l'après-midi et en meurt le 14 janvier à onze heures du soir.

Endocardite infectieuse de nature inconnue. Mort rapide.

Le 13 avril 19.. nous sommes appelé auprès de l'enfant Léon W..., âgé de 10 ans. Souffrait depuis quelques jours. Pas d'antécédents rhumatismaux. Borgne de l'œil droit dès le jeune âge, accidentellement. Pas de maladie antérieure. Nous trouvons l'enfant dans un état d'agitation extrême, faisant des bonds et des sauts dans son lit. Nous constatons un peu de rougeur de la gorge ; rien sur le corps.

Souffle énorme au premier temps. P. 130. T. 39°5 axillaire.

D'énergiques révulsifs produisent du soulagement dans la journée du 14 avril.

Le 15, l'état de l'enfant est stationnaire : abattement, pâleur, rougeur, crises asphyxiques, même température.

Le 16, au matin, cyanose ; mort à onze heures.

Fièvre scarlatine grave diphtérique. Mort en trois jours.

L'enfant Pauline K..., âgée de treize ans, va à l'école de 29 mai 18.. En rentrant à midi, elle se plaint de maux de tête et a des frissons. Dans la nuit, elle a des vomissements bilieux abondants.

Le 30 elle reste levée dans la matinée jusqu'à 10 heures, puis se couche.

Nous la voyons pour la première fois le 31 mai à 10 heures du matin, et la trouvons avec une éruption scarlatineuse intense et miliaire, sur l'abdomen et les cuisses, facies typhoïde, angine diphtérique ; engorgement considérable des ganglions cervicaux ; langue épaisse, pouls 140, T. axillaire 40°.

A 3 heures, elle est prise de convulsions et tombe de son lit. Morte à 4 heures du soir.

Angine et endocardite infectieuse. Mort en cinq jours.

Le 31 mars 18.., nous sommes appelé auprès de François B..., voiturier, âgé de 38 ans, d'une excellente constitution, quelque peu buveur par métier et nous le trouvons dans un état d'anxiété et d'agitation extraordinaire. Il fait des sauts et bondit dans son lit. Pouls 125, T. 39°5 axillaire, gonflement de la région antérieure et latérale droite du cou. Impossibilité de parler et de déglutir. Angine inflammatoire avec quelques dépôts pultacés, et vive rougeur de la gorge et du voile du palais.

Cet homme n'a jamais été malade ; pas d'antécédents héréditaires. Il souffre depuis l'avant-veille. Vomitif. Même état le soir.

Le lendemain 1er avril, l'agitation a encore augment : éapplication de trois sangsues sur la région empâtée du cou. Ecoulement sanguin considérable que l'on a peine à arrêter.

Amélioration le matin du 2 avril. Le malade peut parler et la déglutition est possible. Il éprouve quelque bien-être. La température s'est abaissée à 39° ax. Quelques vagues douleurs dans le genou et le long de la jambe droite.

Le gonflement du cou a presque complètement disparu le soir et la rougeur de la gorge est bien moins vive, mais nous trouvons un souffle énorme au premier temps. La température s'élève à 39° 5 ax. Des signes d'endocardite et de broncho-pneumonie se manifestent.

Le dimanche 3, le malade est moins bien. Pouls 120, T. 39° axillaire, le matin. Teint jaune et pâle, infecté ; facies moins reposé. Se plaint de malaises généraux, endocardite confirmée.

Le 4, au matin, prostration, souffle énorme au 1er temps, 40° axill., Mort à midi.

La diphtérie avant le vaccin Roux.

Le 1er juillet 1885, nous voyons l'enfant C... (Marie), 8 ans, et nous constatons une angine blanche d'aspect bénin que l'on traite par les toniques et les badigeonnages au jus de citron. Amélioration rapide. Le 5 juillet, l'enfant est considérée comme guérie.

Le 18 juillet, les parents remarquent chez l'enfant de la laryngite avec affaiblissement de la voix. Ils n'y attachent pas beaucoup d'importance, mais pourtant nous appellent le 29 !

Nous trouvons l'enfant qui jouait, mais elle était atteinte d'une laryngite croupale intense. Rien dans la gorge. La nuit suivante a été très mauvaise avec des crises de suffocation violentes. Le 30, le croup était confirmé; opérée de suite à Ste-Eugénie, l'enfant a succombé le 2 août au matin.

Fièvre typhoïde ou méningitique ?

Le 10 juillet 18.. nous visitons la jeune S... (Léontine), âgée de 17 ans. Elle a des maux de tête, des vomissements, mais pas de fièvre.

Le soir, les maux de tête persistent, crises nerveuses, absence de fièvre ; aucune particularité du côté du pouls.

Du 10 au 20, sensibilité et gargouillements dans la fosse iliaque droite, hyperesthésie générale ; langue normale.

Du 20 au 24, grandes crises nerveuses le soir, agitation, convulsions hystériformes, cris durant presque toute la nuit. La malade n'a pas de fièvre et a toute sa connaissance.

Le 24, nous remarquons trois ou quatre taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. La température s'élève à 39° axillaire. Le ventre est douloureux ; selles involontaires ; langue sale, rouge à la pointe ; lèvres et gencives fuligineuses ; les crises du soir ont disparu.

Même état les jours suivants ; grand abattement. L'hyperesthésie persiste, surtout à la face.

Le 28, paralysie des paupières de l'œil droit, ptosis, dilatation pupillaire, mouvements fibrillaires des muscles de ce côté de la face.

Le 29, apparition des mêmes phénomènes à gauche; aphasie, perte de la connaissance, abattement profond. Abdomen contracté, très dur. Mort la nuit suivante.

Rhumatisme. Scarlatine. Arthritisme.

L... (Victor), 62 ans, rhumatisant. Depuis une vingtaine d'années a des crises de douleurs rhumatismales chroniques qui l'obligent à suspendre son travail pendant quelques jours.

Le 18 août 1885, est atteint d'une crise de rhumatisme articulaire subaigu qui le met au lit.

Du 25 au 30, eczéma aigu des pieds, des jambes et des genoux. Guérison le 30. Jusqu'au milieu de septembre toutes les articulations sont tour à tour atteintes de rhumatisme subaigu. Le 10 septembre, éruption miliaire scarlatiniforme généralisée qui dure cinq jour.s

Desquamation des pieds, des mains et de certains endroits du corps le 26 septembre. Le 8 octobre la desquamation n'est point terminée, et ressemble absolument à celle de la fièvre scarlatine.

Quelques vagues douleurs avec gonflements articulaires de temps à autre ; guérison définitive fin octobre.

Mêmes phénomènes, mais moins accentués pourtant, pendant les années 1889, 1890, 1893, 1896.

Mort d'un cancer de l'estomac en 1900.

Dr Courgey père.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le bactériophage de d'Hérelle.

Il s'agit d'un curieux phénomène sur la nature duquel nous ne sommes pas encore fixés, mais qui a déjà donné lieu à d'intéressantes applications pratiques. Au dire de d'Hérelle lui-même, il existerait dans l'intestin un microbe invisible, le « bacteriophagum intestinale », dont on met en évidence la propriété essentielle de la façon suivante : on place dans l'étuve du bouillon ordinaire stérile auquel on a mélangé une certaine dose de selles de dysentérique en convalescence. Vingt-quatre heures après, on filtre la culture ainsi obtenue Si on en ajoute quelques gouttes à une culture jeune de bacilles de Shiga, après trois ou quatre heures d'étuve, la préparation est éclaircie et limpide, tandis que les tubes témoins sont,au contraire,troubles. Le filtrat initial aurait donc « lysé » les microbes de la culture de Shiga.

A cette propriété s'en ajoutent d'autres : M. Hauduroy les rappelle brièvement :

Le bactériophage traverse les filtres les plus serrés. C'est une substance vivante, dont la virulence peut s'exalter ou se diminuer. Il est susceptible d'adaptation. Il peut donner des anticorps. Il résiste au fluorure de sodium et au chloroforme, est précipitable par l'alcool. Il peut être absorbé par un certain nombre de substances. Il n'agit pas en milieu acide, et est tué par la chaleur à plus de 100°. Enfin, il ne lyse que les microbes vivants.

Au dire de l'auteur, il rentrerait dans la classe des virus filtrants, ou mieux, des virus invisibes. (*Progrès médical.*, 14 juillet 1923.)

Rétention primitive du flux menstruel.

M. Siredey envisage, dans cette étude, les rétentions qui s'observent chez les jeunes filles pubères par suite d'une anomalie de développeement du canal génital, allant de la simple imperforation de l'hymen, la plus commune et la plus fréquente de ces anomalies, à l'imperforation du col utérin et à l'absence partielle ou complète du vagin.

Si le diagnostic de cette rétention n'est pas posé toujours avec rapidité et précision, c'est que l'on n'y pense pas assez. Il doit cependant venir à l'esprit,en présence d'une fille non réglée, chez laquelle on observe un syndrome menstruel revenant à date fixe, tendant à augmenter et surtout à se prolonger, avec persistance de sentations de fatigue, de pesanteur dans le bassin. Le palper, le toucher rectal et l'examen de la vulve permettent alors de confirmer la présomption, surtout si l'hymen imperforé bombe et fait saillie à la vulve, entre les lèvres. La collection sanguine remplit d'abord le vagin. Mais si elle continue à augmenter, elle envahit la cavité utérine, créant l'hématométrie, et même les trompes (hématosalpinx).

Quand l'oblitération siège plus haut que le vagin (col utérin), on ne découvre rien du côté des organes génitaux externes ; l'hématométrie isolée peut en imposer pour une grossesse que l'exploration attentive des seins, de la vulve et de l'abdomen permettront d'affirmer ou d'éliminer.

La seule imperforation de l'hymen n'a aucune gravité : on enlève un lambeau circulaire, au centre de la saillie, et le sang s'écoule en laissant même les signes de la virginité. L'hématométrie et l'hématosalpinx, en l'absence totale ou partielle du vagin, sont infiniment plus sérieuses et réclament une intervention de grande chirurgie (hystérectomie). La collection sanguine peut aussi s'infecter, chez les constipées atteintes d'infection intestinale. Le meilleur moyen de l'éviter est de poser un diagnostic précoce et d'intervenir à temps. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1923.)

La prophylaxie individuelle des maladies vénériennes

La prophylaxie individuelle des maladies vénériennes utilise un matériel relativement com-

plexe, comportant un savon, une pommade antiseptique contre la syphilis et le chancroïde et une solution ou pommade destinée à être introduite dans l'urètre pour prévenir la blennorragie.

Or, si nous en croyons M. L. BORY, cette complexité et la nature même des agents employés nuisent à la pratique de la prophylaxie antivénérienne, qui n'est réellement efficace que si elle est immédiate, c'est-à-dire, si elle assure la désinfection ou la protection des téguments exposés, pendant le contact ou immédiatement après.

L'auteur critique surtout le corps gras, excipient des substances antiseptiques. A son sens, « le seul excipient logique des antiseptiques à usage prophylactique doit être le savon, cet indispensable instrument des plus élémentaires toilettes ».

Aussi, a-t-il imaginé un dispositif ingénieux, représenté par un récipient ayant la forme d'un briquet de poche, et contenant le mélange suivant :

Cyanure de mercure.......	0,05
Fluoformallyle	0,60
Xylène	0,50
Savon liquide.....q. s. pour	100 cmc.

« Propre par définition, il ne graisse pas, ne tache pas ; il est cependant onctueux et peut être appliqué avant le rapport sexuel ; immédiatement après, il se prête tout naturellement au nettoyage et, une fois le savonnage pratiqué, le rinçage à l'eau terminé, il est très simple, pour assurer l'action antiseptique, d'en instiller quelques gouttes dans le méat urinaire et d'en étaler quelques autres sur la peau et les muqueuses exposées ; il en faut d'ailleurs très peu, l'étalement se faisant, grâce à notre instillateur, avec la plus grande facilité. Quelques gouttes encore sur une brosse à dent (ou à la rigueur sur un linge fin un mouchoir par exemple), et dans un verre d'eau pour l'antisepsie buccale, quelques dernières gouttes enfin étalées sur les lèvres, les commissures, le menton et laissées à demeure, et la prophylaxie la plus complète, la plus pratique, la moins désagréable se trouve terminée dans un laps de temps extrêmement court. Elle se résume en définitive en de vulgaires soins de propreté, à l'aide de savon et produits antiseptiques.

« Pour qu'un produit à usage prophylatique soit aisément utilisable, il faut en porter toujours une petite quantité sur soi. Le petit volume et la forme de notre instillateur permettent de le conserver en permanence dans une poche de gilet, par exemple, et de lui attribuer une destination générale (comme à toutes les variétés de savon) qui nous paraît faciliter encore le port du nécessaire et doit favoriser la diffusion des méthodes prophylactiques dirigées contre les maux si improprement appelés vénériens ». (*Progrès médical*, 21 juillet 1923.)

Traitement du diabète par l'insuline.

Voilà une question tout à fait à l'ordre du jour et qui motive périodiquement d'intéressantes communications aux diverses Sociétés savantes, et notamment à l'Académie de médecine.

Depuis que ce nouveau produit organique est employé dans le traitement du diabète, il est évident que la thérapeutique de cette affection a pris une orientation nouvelle et est devenue surtout infiniment plus active et plus efficace.

MM. L. BLUM et SCHWAB, utilisant une insuline qu'ils préparent eux-mêmes en s'inspirant des travaux de Mac Leod, ont déjà acquis une expérience qui leur permet de formuler des conclusions pratiques relativement précises. Ils l'ont employée dans les formes les plus graves du diabète, et c'était évidemment le meilleur moyen de faire la preuve de son action positive et heureuse. C'est, en effet, dans de semblables cas qu'il est possible de constater cliniquement et chimiquement les effets produits, soit par la simple observation des symptômes objectifs et subjectifs, soit par la mesure de la glycémie, et surtout de l'acidose.

Des malades éliminant 60 gr. de sucre et 3 gr. 5 d'acétone par jour voient, après quatre jours de traitement par l'insuline, la glycosurie devenir presque nulle et l'acétone tomber à 0,39, en même temps que leur poids augmente sensiblement, et que leur état général s'améliore considérablement.

Six malades atteints de coma ou de précoma diabétiques sont soumis au traitement par l'insuline : deux meurent, l'un parce que la quantité de médicament prescrite ne fut pas suffisante, l'autre de tuberculose pulmonaire. Les quatre autres voient leur intoxication acétonémique rapidement disparaître et une amélioration manifeste se produire. Et l'insuline est tellement la cause de ces changements que si elle est suspendue trop tôt, les accidents toxiques se reproduisent.

Selon les auteurs, la piqûre est quelque peu douloureuse, la sensation de brûlure pénible durant tout au plus de cinq à quinze minutes après l'injection. Mais cet incident n'est pas à craindre avec une insuline purifiée,. L'insuline détermine une hyperthermie et une transpiration due à l'activité de la combustion du glucose dans l'organisme. Si la dose est trop forte, avec une hyperglycémie faible, on note une grande faiblesse avec de fortes transpirations, syncope, état comateux, délire, etc., accidents qui se combattent efficacement par l'administration d'hydrates de carbone (sirop, jus d'orange).

Quand le diabète se complique de tuberculose,

l'emploi de l'insuline est très délicat ; il semble que celle-ci se trouve réactivée fâcheusement.

Par contre, les forces physiques s'accroissent, l'appétit des polyphages redevient normal, la constipation cesse, le poids augmente, par suite surtout d'une augmentation des réserves de l'organisme en eau. Il faut même y prendre garde chez les malades prédisposés aux œdèmes. La glycosurie et la glycémie diminuent très rapidement, mais cette action est éphémère. L'acétonémie baisse également.

L'insuline ne dispense pas de prescrire le régime alimentaire qui s'impose aux diabétiques, avec des restrictions moins fortes.

On administre l'insuline en injections sous-cutanées, sauf dans le cas de coma, où il faut aller vite et où l'intra-veineuse est indiquée. Les piqûres seront faites dans la période coïncidant avec celle où s'opère la combustion des aliments, soit vers 9 h. le matin et entre 18 et 19 h. le soir. Les doses dépendent de la sévérité de la maladie, de l'état général des malades, du régime prescrit et suivi et de l'activité du produit. La dose unité est celle qui supprime la glycosurie et l'acétonémie après 3 à 6 heures. On pratique habituellement deux piqûres par jour, mais dans certains cas graves, on peut aller jusqu'à 5 piqûres par 24 heures. On commencera par de faibles doses. La durée des piqûres varie selon la gravité des cas et les résultats obtenus, limitée dans les cas légers et moyens, prolongée dans les cas graves.

C'est évidemment dans les formes graves du diabète que l'insuline est surtout indiquée. « Dans les formes sévères où le traitement diététique n'a aucune prise sur la maladie, l'usage de l'insuline est susceptible de donner des améliorations inconnues jusqu'ici. »

On la prescrira encore chez les diabétiques débilités par leur régime ou qui tendent à faire de l'acidose. Egalement chez les diabétiques devant subir une intervention chirurgicale, ou atteints de certaines infections : grippe, anthrax, phlegmon, mal perforant.

« Quoiqu'il ne s'agisse que d'une médication symptomatique, la découverte de l'insuline peut être considérée comme une des plus belles acquisitions qui aient été faites dans le domaine de la thérapeutique. » (*Presse médicale,* 21 juillet 1923.)

Pour M. Lereboullet, l'insuline est appelée à rendre de grands services dans le diabète infantile, dont on sait la rapidité d'évolution et la gravité.

« Nous avons dans l'insuline une médication susceptible d'agir rapidement sur la glycémie, la glycosurie, l'acétonémie et l'état général, cette médication — le plus souvent temporaire — pouvant être rapprochée, dans son mode d'action, de l'opothérapie hypophysaire sous-cutanée dans le diabète insipide, — elle trouvera son indication dans les cas, et ils sont nombreux, — où le diabétique infantile paraît évoluer vers le coma ou a une marche rapidement progressive, — enfin, elle nécessite une surveillance étroite et un régime alimentaire spécial, relativement riche en hydrocarbonés. Elle ne saurait être considérée comme la médication définitive du diabète, mais elle permet d'envisager pour l'avenir la possibilité d'arriver à un résultat vraiment satisfaisant dans la cure de cette affection, si communément fatale chez l'enfant. » (*Journ. des Praticiens,* 28 juillet 1923.)

Nous avons vu que Blum, malgré l'action nettement réductrice qu'exerce l'insuline sur le sucre sanguin (glycémie) et sur le sucre urinaire (glycosurie), attache une importance considérable au régime alimentaire, qui ne doit, en aucun cas, être négligé.

Dans ce régime, M. Rathery donne une place nécessaire aux hydrates de carbone. Si le diabète se caractérise essentiellement par un trouble de l'assimilation des hydrates de carbone, il s'en faut que ce trouble soit exclusivement limité à cette catégorie de matériaux alimentaires. Tous les éléments de la ration (protéines, graisses, hydrates de carbone) sont vis-à-vis les uns des autres, dans une entière interdépendance, et, chez le sujet sain, les hydrates de carbone assurent la dégradation des corps cétogènes, de telle sorte que, si l'on soumet ce sujet au jeune hydracarboné, l'acidose apparaît. Mais il y a là une certaine marge de tolérance qui permet de varier sans grand inconvénient les proportions respectives des différents matériaux alimentaires.

Cette tolérance n'existe plus chez le diabétique, et il importe d'assurer l'équilibre entre ces différents matériaux de manière à éviter l'acidose.

Dans le diabète simple, il faut s'inquiéter de donner au diabétique le maximum d'hydrates de carbone qu'il est capable d'assimiler ; on se gardera par contre des régimes trop sévères dans la prescription des hydrocarbonés, des régimes surabondants, des régimes hypercarnés et hypergraisseux.

Dans le diabète consomptif, le problème est plus difficile à résoudre. On prescrira les régimes équilibrés, qui utilisent les albuminoïdes et les graisses les moins cétogènes, les sucres mieux tolérés que le glucose (lévulose), les phosphates et les vitamines, qui combattent la consomption, et enfin l'insuline « qui détermine une diminution de l'hyperglycémie et, dans certains cas, une disparition temporaire des corps acétoniques et de la glycosurie... avec toutes les précautions voulues. Desgrez, Bierry et Rathery ont tout récemment insisté sur ce fait que l'insuline agissait, en réalité, en élevant la tolérance hydrocarbonée, il en résulte, nécessairement un rétablissement de



l'équilibre dans la ration et une dégradation normale des albumines et des graisses d'où disparition de l'acidose. Mais il est bien certain que, dans ces cas, il faut donner des hydrates de carbone en quantité suffisante, sinon, les effets du médicament sont illusoires. L'insuline ne remplace pas le traitement diététique ; elle n'agit qu'en permettant une assimilatiou meilleure des hydrates de carbone . » (*La Médecine*, juillet 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Hernie diaphragmatique de l'estomac d'origine traumatique.

(MM. Courvoisier et Goetz. — *Société de chirurgie* ; 4-7 1923.)

M. Jacob relate, au nom de MM. Courvoisier et Goetz, deux observations de hernie diaphragmatique de l'estomac et du côlon consécutives à une blessure par coup de couteau de l'hypochondre gauche.

Chez le premier malade, la suture de la plaie diaphragmatique, faite au catgut, ne tint pas, et il fut nécessaire d'intervenir à nouveau. La suture, pratiquée une seconde fois au crin de Florence, donna un bon résultat. Il en fut de même dans le deuxiéme cas.

Les observations de MM. Courvoisier et Goetz posent la question de la récidive des hernies diaphragmatiques opérées. L'infection est, comme toujours, une cause fréquente de désunion des sutures. L'emploi d'un fil résorbable (catgut) est une autre cause du même accident. Il convient d'accorder ici la préférence au crin de Florence, conseillé depuis longtemps par M. Walther. Le crin de Florence est, en effet, bien toléré par les tissus, dans lesquels il s'enkyste facilement. Bien que quelques chirurgiens, Patel en particulier, ait pu obtenir avec le catgut une suture solide, le crin de Florence donne une garantie plus grande. Les chirurgiens allemands sont même allés plus loin dans cette voie. Pour s'opposer aux tiraillements de la plaie, ils ont supprimé les contractions du diaphragme pendant une huitaine de jours, temps nécessaire à la consolidation de la suture, en paralysant temporairement le tronc du phrénique au cou par une injection de novocaïne.

Les tumeurs inflammatoires de l'abdomen.

(M. Péloquin. — *Société de chirurgie* ; 4-7 1923.)

M. Rouvillois présente un rapport sur une observation de M. Péloquin concernant une perforation intestinale méconnue, par corps étranger, suivie du développement d'une tumeur inflammatoire de l'abdomen.

La question des tumeurs inflammatoires de l'abdomen, dit M. Rouvillois, a attiré déjà à maintes reprises l'attention des chirurgiens. Ces tumeurs reconnaissent (réserve faite d'ailleurs de la tuberculose et de la syphilis) des causes multiples : lésions pseudo-néoplasiques à départ dans l'appendice, la vésicule biliaire, la vessie ; lésions causées par un corps étranger venu du dehors, par des fils non résorbés à la suite d'opérations, par un corps étranger ayant perforé l'intestin silencieusement.

Les perforations intestinales *silencieuses* par corps étranger dégluti, sans être fréquentes, ne sont pas exceptionnelles. Il s'agit d'aiguilles ayant migré plus ou moins loin sans avoir déterminé d'accident grave (l'aiguille peut cependant perforer un organe essentiel, l'uretère, la veine cave, etc.), ou de fragments d'os qui se sont enfoncés lentement, en fiche, dans la paroi intestinale, donnant lieu par une réaction périphérique à une tumeur chronique inflammatoire de l'abdomen, tumeur dont l'ablation s'impose.

Traitement chirurgical des péritonites tuberculeuses.

(M. Témoin, de Bourges. — *Société de chirurgie* ; 4-7 1923.)

M. Témoin revient sur un sujet dont il a entretenu l'Académie de médecine il y a un an : le traitement chirurgical des péritonites tuberculeuses. Pour lui, la cure médicale des péritonites tuberculeuses par l'héliothérapie donne des résultats qui sont inférieurs à l'opération. Sa méthode personnelle est une association de la chirurgie et de l'héliothérapie, d'une héliothérapie spéciale, directe. Il s'opère toujours aujourd'hui les péritonites bacillaires en choisissant une journée ensoleillée. Ayant ouvert le ventre, il laisse le péritoine exposé directement aux rayons solaires pendant 10 à 20 minutes. Il obtient ainsi des guérisons qui semblent parfois être des résurrections. Les effets ne sont pas seulement abdominaux. L'état général se relève et souvent, lorsqu'il existe d'autres foyers tuberculeux, osseux, pleuraux, ou même pulmonaires, ceux-ci s'améliorent.

— M. Le Dentu s'élève, comme M. Témoin, contre l'opinion émise par M. Sergent, pour qui le traitement opératoire des péritonites tuberculeuses doit céder le pas à la thérapeutique purement médicale. La laparotomie, bénigne en pareil cas, donne de très nombreux succès. L'auteur a également remarqué la guérison de lésions tuberculeuses connexes, après un traitement opératoire des péritonites bacillaires. La pathogénie de ces guérisons reste à discuter.

L'éclairage artificiel dans les opérations chirurgicales

(M. J.-L. Faure. — *Société de chirurgie* ; 4-7 1923.)

L'éclairage artificiel prend une importance progressivement croissante en chirurgie opératoire. La lampe frontale des oto-laryngologistes a ouvert la voie. Nombre d'opérateurs faisant de la chirurgie générale se servent maintenant d'une façon courante du miroir de Clar, du cyclope ou d'un éclairage analogue. M. Faure pense qu'il y a mieux encore à faire. Il existe, dit-il, un appareil français, la lampe scialytique, *lampe sans ombre*, qui, fixée au plafond de la salle d'opération et descendant plus ou moins bas, à volonté, réalise la perfection de l'éclairage du champ opératoire.

L'intensité lumineuse de l'appareil est, d'abord, puissante (100 à 150 bougies). De plus, par un système de miroirs inclinés fixés dans la cloche qui entoure la lampe, la lumière est envoyée obliquement et les mains du chirurgien ne font pour ainsi dire aucune ombre gênante.

M. Faure emploie la lampe scialytique depuis plus d'un an, à son entière satisfaction. Avec elle, plus besoin de s'occuper de l'éclairage de la salle d'opération et l'on supprime ainsi beaucoup de frais. Le seul inconvénient de l'appareil en question, c'est qu'on ne peut plus s'en passer ! La lumière du jour, même éclatante, ne paraît plus suffisante. On peut associer, il va sans dire, les deux modes d'éclairage, lampe et jour.

Anthrax traités par le sérum Leclainche et Vallée

(M. Alglave. — *Société de chirurgie* ; 4-7 1923.)

M. Alglave a traité deux volumineux anthrax de la nuque à aspect assez menaçant, par la sérothérapie au sérum polyvalent de Leclainche et Vallée. Le premier malade a guéri en dix jours après avoir reçu trois injections de 10 cent. cubes de sérum, à deux jours d'intervalle. Le second a guéri en quinze jours, avec le même traitement. Localement, on applique seulement des pansements humides simples ou collargolés.

Ces anthrax, qui semblaient devoir réclamer plusieurs semaines de traitement, et peut-être de larges ouvertures, se sont pour ainsi dire effondrés, sous l'influence de la sérothérapie, se vidant rapidement de leurs bourbillons, cependant qu'autour d'eux n'apparaissait aucun des points de folliculite secondaire qu'on voit ordinairement.

M. Alglave rappelle que le sérum de Leclainche et Vallée ne donne pas les incidents souvent observés avec la vaccinothérapie, pas de fièvre en particulier.

La vaccinothérapie locale.

(M. A. Bass. — *Société de biologie* ; 30-6 1923.)

La vaccinothérapie locale a eu pour promoteur Besredka. Cet auteur, pour ce qui concerne les infections cutanées en particulier, a proposé de substituer aux injections hypodermiques de vaccin, agissant par un processus général, des injections intradermiques multipliées (cuti-vaccination en nappe), puis des pansements avec les produits microbiens eux-mêmes.

M. Bass a poursuivi une série d'essais de cette méthode chez l'homme, dans le service du Prof. Hartmann, à l'Hôtel-Dieu. Chez 5 malades atteints d'ostéite avec abcès, des pansements anti-staphylococciques ont amené une cicatrisation assez rapide. Cinq vieux ulcères de jambe ont été également très améliorés.

Traitement des infections secondaires du cancer par autovaccins locaux.

(MM. Mutermilch et Lavedan. — *Société de biologie* 30-6 1923.)

La flore *microbienne des tumeurs cancéreuses* ulcérées est souvent abondante. Au col de l'utérus, par exemple, à côté de staphylocoques, on rencontre des perfringens, des spirilles, etc. A la langue, les spirilles sont fréquemment trouvés sur les ulcères néoplasiques. Ces infections secondaires ont des inconvénients divers, celui, entre autres, de gêner beaucoup les applications radiumthérapiques.

En pareils cas, la vaccinothérapie générale se montre presque constamment inefficace. MM. Mutermilch et Lavedan, s'inspirant des recherches de Besredka sur l'immunité tissulaire (immunité de l'intestin dans la fièvre typhoïde, de la peau dans l'infection charbonneuse), ont tenté de traiter les infections staphylococciques des tumeurs de l'utérus par application d'auto-vaccin sur la surface ulcérée. Les résultats ont été satisfaisants. La suppuration s'est tarie, l'odeur a disparu et les surfaces se sont détergées, perdant les fausses membranes et l'enduit sphacéloïde purulent qui les recouvraient.

Les auteurs concluent que dans le traitement des infections secondaires des cancers, et principalement des cancers du col utérin, les applications locales d'auto-vaccin, sous la forme de badigeonnages ou de pansements humides, constituent, semble-t-il, la méthode de choix.

Infections fuso-spirillaires du cancer. Traitement par le bismuth-foie.

(MM. Mutermilch, Lavedan et Monod. *Société de biologie* ; 30-6 1923.)

Les spirilles sont une des formes microbiennes qui se rencontrent le plus communément dans la flore des cancers ulcérés. Il importe, suivant la remarque de Regaud, de s'en débarrasser quand on veut entreprendre un traitement radiothérapique.

Pour lutter contre l'infection spirillaire, MM. Mutermilch, Lavedan et Monod ont employé diverses méthodes (néo-salvarsan, bleu de méthylène) avec des résultats inconstants. Ils ont eu recours ensuite

au mélange bismuth-foie, étudié récemment par Levaditi et Nicolau sous le nom de bismoxyl. On sait que, d'après Levaditi, l'élément foie augmente l'activité du bismuth. Les auteurs ont donc utilisé les badigeonnages et gargarismes au bismuth-foie comme prophylaxie antispirillaire. Chez tous les malades ainsi traités on a noté un ensemble de symptômes favorables : extrême propreté de la bouche, moindre importance des signes fonctionnels, rareté de l'enduit diphtéroïde buccal, etc. Le bismuth-foie constituerait ainsi un excellent agent chimiothérapique pour la désinfection des cancers infectés par les spirilles ou les fusiformes.

Sur la tuberculose du cobaye.

(M. Remlinger. — *Société de biologie* ; 30-6 1923.)

M. Remlinger a montré dans des travaux antérieurs que le cobaye, cet animal-réactif de la tuberculose expérimentale, se tuberculisait en réalité difficilement dans les conditions normales de son existence, offrant là un phénomène biologique en apparence paradoxal. M. Remlinger signale aujourd'hui le rôle effacé de la contagion familiale dans l'étiologie de la tuberculose du cobaye. Des cobayes nouveau-nés, vivant au milieu de leurs parents soumis à des inoculations bacillaires, restent généralement indemnes, malgré les conditions qui paraissent les plus favorables à la contagion.

L'auteur estime qu'il y a là un fait assez particulier au cobaye. Chez celui-ci, par suite de l'absence de toux et de jetage, de l'existence de matières fécales dures se prêtant mal à la dissémination des germes, l'étiologie de la tuberculose semble spéciale. Il ne faudrait pas conclure de là, du cobaye à l'homme, et dire que le rôle de la contagion familiale a été exagéré *pour l'espèce humaine.*

P. L.

Montpellier.

Réunion obstétricale et gynécologique

Hystérectomie pour môle.

M. Devèze. — En clinique, la môle est le plus souvent une tumeur bénigne, puisque, après son expulsion, tous les troubles disparaissent et des grossesses ultérieures sont possibles. Pratiquement, l'hystérectomie n'est indiquée qu'au cas de persistance des métrorragies après l'expulsion des vésicules. Il en fut ainsi dans le cas observé par l'auteur où le diagnostic ne put être établi qu'après évacuation de la masse molaire.

Discusion. — M. de Rouville pense que la môle est un adénome placentaire dont l'évolution ultérieure de l'élément épithélial conditionne l'avenir. Il faut donc, au début, surveiller si l'évacuation utérine a été complète et se comporter en conséquence. Par la suite, le danger est plus du côté de la caduque, favorisant la persistance des débris placentaires, que dans l'insertion plus profonde des villosités.

Un cas d'hydrocéphalie (présentation de pièces).

M. L. Vallois. — Tête d'hydrocéphale préparée de façon à reproduire son volume primitif. Il y a eu dystocie fœtale ; terminaison par perforation, qui permit l'écoulement d'un litre et demi de liquide, et extraction avec le basiotribe.

Comme antécédents obstétricaux, 3 accouchements à terme d'enfants actuellement en bonne santé ; un de ces enfants présente de l'ectromélie. Une grossesse gémellaire terminée à 5 mois par l'expulsion de fœtus morts et macérés.

Le sang de la mère a présenté un Wassermann négatif. Absence de tréponèmes dans le foie de l'enfant.

Annexite ou fibrome.

MM. de Rouville et Madon. — Chez deux femmes ayant présenté des hémorragies menstruelles, sans antécédents infectieux, gonococciques ou puerpéraux, le diagnostic de fibrome a été porté en présence de masses juxta utérines dures, paraissant faire corps avec l'utérus.

L'évolution, caractérisée par la régression progressive des lésions, a permis de modifier le diagnostic, vérifié, dans un cas par l'intervention chirurgicale, et dans l'autre, par une ponction exploratrice, révélant la présence de pus dans une masse occupant le Douglas.

Un cas d'anémie pernicieuse pendant la puerpéralité.

MM. L. Vallois et Coll de Carrera. — Les auteurs font suivre leur observation de considérations relatives à certaines difficultés du diagnostic, à l'époque d'apparition de cette anémie, à son aggravation par l'acte de l'accouchement, aux particularités présentées par l'examen du sang. Les guérisons n'auraient été observées qu'après la cessation de la grossesse. Il est admissible de considérer, avec Pétersen, l'anémie pernicieuse de la grossesse comme dépendant d'une toxémie gravidique. Pour Salloz, dans les anémies pernicieuses de la grossesse, un Wassermann positif peut être obtenu sans qu'il y ait spécificité. Les auteurs terminent par des considérations sur l'influence de la transfusion sanguine et de l'interruption de la grossesse dans les cas d'anémie pernicieuse.

Ascite volumineuse apparue brusquement peu de jours apres une hystérectomie pour fibrome.

MM. de Rouville et Col de Carrera. — Comme pathogénie de cette ascite aiguë, les auteurs arrivent à cette conclusion que le plus souvent, l'ascite dans les fibromes relève de deux facteurs : l'irritation péritonéale et l'infection atténuée du péritoine.

Interruption de grossesse pour pyélonéphrite double.

M. L. Vallois.— Malade qui, après avoir présenté pendant plusieurs années des crises rénales douloureuses avec urines purulentes, a été soignée une première fois dans le service du professeur Jeanbrau pour pyélonéphrite double, non tuberculeuse, avec lésions prédominantes sur le rein droit. Etat général mauvais. Amélioration après traitement.

Six mois après, la malade, alors enceinte de 3 mois et demi, vient de nouveau trouver M. Jeanbrau. Mictions douloureuses et très fréquentes ; urines fortement purulentes. Après examen, M. Jeanbrau est d'avis d'interrompre une grossesse qui ne pourra probablement pas arriver à terme et qui risque d'aggraver l'état de la malade. Elle est adressée à M. Vallois. Après 8 jours d'observation, l'auteur se décide à interrompre la grosessesse. L'intervention n'a rien présenté de particulier et bientôt la malade retournait dans le service de M. Jeanbrau pour être de nouveau traitée.

Pour M. Vallois, il est exceptionnel que l'existence d'une pyélonéphrite chez une femme enceinte soit une indication d'interrompre la grossesse. Dans le cas particulier et sans vouloir en faire une règle générale, l'état grave de la malade lui a semblé justifier cette intervention.

Œdème généralisé de l'œuf.

MM. Paul Delmas et Villa .— Au septième mois de sa grossesse, une primipare de 24 ans perd brusquement une importante quantité de liquide amniotique, puis, dans les quelques heures qui suivent, expulse un fœtus de 1.500 gr., si fortement infiltré de sérosité que la paroi abdominale cède spontanément pendant le laminage à travers la filière maternelle. Du poids de 1.630 gr., le placenta est volumineux pâle, lardacé avec des sillons profonds qui séparent les cotylédons. Le cordon n'est pas moins œdémateux et cède sous la striction du fil qui l'étreint, toutes constatations qui justifient le titre de cette communication.

Le gros foie du fœtus, l'hydramnios, les caractères *du placenta, permettent d'incriminer la syphilis* de la mère, d'autant que celle-ci présente de l'insuffisance aortique et une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

Paul Delmas.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'énergie musculaire et sa récupération spontanée

Tout sujet normal, soumis à un effort musculaire déterminé, tel, par exemple, que l'effort continu fourni au dynamomètre-enregistreur du Prof. Ch. Henry, donne, en fonction du temps, une « courbe de fatigue » caractéristique, à laquelle correspond une « aire » traductible en kilogrammètres et en calories.

Elle constitue un test individuel qui est lié étroitement à la capacité énergétique du sujet, au moment de la mesure.

En effet, l'effort exigé pour une expérience correcte, effort qui consiste à obtenir d'emblée du patient une pression continue et maxima, exercée par le pouce et l'index sur la poire de caoutchouc, remplie de mercure, de l'appareil, n'intéresse pas seulement les muscles des deux doigts.

Le principe de la continuité d'un effort maximum à soutenir mobilise de proche en proche, et d'instant en instant, les réserves disponibles des énergies conjuguées, neuro-musculaires et neuro-psychiques.

Une courbe normale « de fatigue » se présente sous forme d'une ligne discontinue, composée de séries de « plateaux » dont le premier, « plateau initial », correspond à l'effort maximum de pression au départ et dont le dernier, marque le terme de la courbe expérimentale et l'épuisement du sujet.

Entre ces limites extrêms, la courbe s'infléchit implacablement vers la « ligne de terre » suivant une allure représentative des conditions selon lesquelles le patient se « vide » de ses énergies.

Il convient de remarquer que la volonté mise en œuvre par les sujets pour maintenir au maximum l'effort musculaire exigé, intéresse son énergie psychique, et que ce point est essentiel pour juger de la qualité du travail fourni. On constate en effet que « l'aire » de la courbe renseigne sur la capacité énergétique totale pour un travail kilogrammétrique donné ; et aussi que son allure générale permet d'apprécier plus spécialement la qualité de l'énergie psychique fournie. Signalons en passant que ces mesures sont précieuses en physiologie pathologique, car elles « cotent » objectivement et subjectivement la valeur énergétique du sujet exvploré.

En général, l'athlète « en condition » donne des courbes de fatigue avec fléchissement tardif et chute rapide vers zéro. Tout autre sujet montr tre, en général, un fléchissement plus hâtif, avec chute lente vers zéro, selon les modalités de ses caractéristiques personnelles.

Une observation attentive des réactions physiologiques corollaires de l'épreuve au dynamomètre Ch. Henry montre que la résultante n'est pas seulement locale, mais qu'elle est com-

plète. On constate, en effet, des modifications notable de la pression vasculaire et du rythme respiratoire, une élévation de la température centrale et périphérique, une tendance accusée à la perspiration et, en fin d'expérience, une contracture musculaire persistante et d'intensité variable. Ces conditions physiologiques représentent les phénomènes d'auto-intoxication par fatigue musculaire et épuisement. Les processus normaux de self-défense exigent pour la récupération de la capacité énergétique initiale, un temps variable selon les qualités physiologiques et psychiques du sujet. On sait que, par éducation il est possible d'accroître chez les sujets vigoureux, sains, et soumis à l'entraînement sportif, la faculté de récupérer rapidement leur réserve d'énergie totale.

Toutefois, il nous a paru intéressant d'étudier les conditions qui favorisant le jeu naturel des fonctions physiologiques, peuvent accroître cette faculté de récupération. C'est en somme un problème intéressant la fonction d'autorégulation. Le sujet, fatigué et épuisé, est un intoxiqué temporaire, un vaso-dilaté dont les sensibilités et les motricités sont décalées conformément aux règles énoncées en physiologie. En proie à des inhibitions neuro-musculaires, il tend à émettre non plus les λ normaux de 9.48 qu'il rayonne à l'état de repos, mais des λ plus rapides et plus nombreux, ce qui constitue une déperdition importante de son énergie rayonnante.

Les moyens habituels : frictions, ablutions, massages, tels qu'ils sont actuellement utilisés, provoquent, certes, des réactions favorables mais nous avons pensé que la physiothérapie appliquée moderne offrait des ressources nouvelles pour accroître le jeu de l'auto-régulation d'un sujet fatigué. En effet, le Synthol, dont l'action est exclusivement externe, possède la propriété de favoriser dans des proportions insoupçonnées les phénomènes de récupération énergétique.

Régulateur du rayonnement individuel, il hâte la désintoxication du sujet épuisé par une activation de ses fonctions cellulaires et vasomotrices ; de plus les phénomènes d'ionisation développés au contact des régions où il doit être appliqué apportent aux épanouissements nerveux intéressant la sédation immédiate de l'hyper-excitation neuro-musculaire.

Des travaux en série effectués par nos laboratoires de recherches physiothérapiques selon la technique précédemment esquissée ont amplement montré les réactions puissantes et favorables des applications de Synthol au point de vue récupération de l'énergie neuro-musculaire de tout sujet fatigué.

Dr E. P. Roger,
Assistant au laboratoire
de physiologie des sensations.

Les Thèses

P. Dr A. Cousty. — **Contribution à l'étude de l'association digitaline-ouabaïne en thérapeutique cardiaque.** (Mars 1923.)

L'auteur développe l'étude de l'association digitaline-ouabaïne (digibaïne) sur laquelle MM. Laubry, Routier et Giroux ont appelé l'attention à la Société médicale des hôpitaux de Paris (janvier 1923).

Le travail débute par un résumé et une mise au point des notions récemment acquises concernant la digitaline et l'ouabaïne. De toutes les recherches de physiopathologie poursuivies au cours de ces dernières années, il résulte que les deux glucosides exercent l'un par rapport à l'autre une action complémentaire.

La réalisation d'une association, dont la théorie laissait entrevoir les heureux effets, fut longtemps retardée par des difficultés d'ordre technique. Le docteur Laubry et ses élèves ont donné, les premiers, la solution pratique du problème par la mise au point d'une solution très bien tolérée et facile à administrer (digibaïne).

L'auteur complète l'étude clinique de ce complexe tonicardiaque. Il rapporte un certain nombre d'observations concernant des malades soumis sans succès à tous les tonicardiaques usuels et considérablement améliorés par la digibaïne.

Il insiste sur deux indications particulièrement intéressantes :

1° Cures tonicardiaques prolongées d'entretien X à XV gouttes par jour en une fois.

2° Cures tonicardiaques intensives XXX gouttes par jour en deux fois.

Il conclut en montrant la très réelle valeur de ce nouveau médicament, dont il conseille de généraliser l'emploi.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

Quelques idées sur la dichotomie (1)

Messieurs,

Nous allons aborder devant vous aujourd'hui, une question que la plupart de nos confrères, par suite d'une longue expérience de la médecine, connaissent sans doute beaucoup mieux que nous, encore jeune dans la carrière médicale : je veux parler de la dichotomie. Aussi, chers confrères, nous vous demanderons toute votre indulgence, et en même temps votre aide bienveillante pour traiter cette question aussi délicate que complexe, déjà bien vieille, et cependant toujours d'actualité.

Vieille en effet, car elle existe depuis qu'il existe une chirurgie, et toujours d'actualité, car vous avez certainement lu, ces temps derniers encore, deux articles qui lui ont été consacrés, l'un du docteur Boureau, de Tours, dans l'*Information médicale*, l'autre du docteur Helme, dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*. C'est à la suite de la lecture de ces deux articles, et l'échange de quelques idées à ce sujet, avec nos confrères de Niort, que la pensée nous est venue de vous exposer quelques réflexions sur la dichotomie, de les commenter avec vous, et d'essayer d'en tirer quelque chose de pratique e en même temps d'honorable pour notre profession.

Tout d'abord, la dichotomie est-elle admise par tous ? Nous croyons pouvoir répondre par 'affirmative. Ouvrez votre Larousse au mot « dichotomie » et vous y trouverez la définition suivante: « Terme par lequel les médecins désignent familièrement le partage des honoraires ». On trouverait, sans doute la même définition dans les dictionnaires de tous les pays ! Il nous semble qu'il faudrait aller chercher bien loin pour trouver un confrère qui refuse l'enveloppe chargée que lui remet un chirurgien, après une opération qu'il lui aura procurée ! C'est donc un usage admis partout et par tous.

Et pourtant on ne parle de cette dichotomie qu'à voix basse ou portes closes, comme s'il s'agissait d'une « tare honteuse », selon l'expression du docteur Boureau. Et pourquoi ? Le médecin traitant qui a conseillé l'opération ; qui en a pris, par conséquent, toute la responsabilité, comme il prend la responsabilité de l'ordonnance qu'il rédige, n'a-t-il pas le droit à des honoraires ? Quand vous faites payer un certificat que vous délivrez, est-ce votre signature ou la responsabilité que vous assumez que votre client vous rétribue ? Et cette responsabilité n'est pas une formule « fictive » comme dit le docteur Boureau, c'est une formule bien réelle et certains de nos confrères ne s'en sont aperçus que trop, à leurs dépens. En voici un exemple : un de nos confrères de Niort, aujourd'hui disparu, fit opérer un de ses clients ; dès les premierses bouffées de chloroforme le malade succomba, et jamais notre confrère ne remit les pieds dans cette maison, dont il était le médecin depuis de longues années. Quand une opération conseillée par vous, aura entraîné la mort de votre malade, ou même simplement, quand elle n'aura apporté aucun soulagement, ou un soulagement peu marqué dans son état, ne croyez pas que les reproches iront au chirurgien, c'est à vous qu'ils seront adressés, et alors vous perdrez la confiance sinon la clientèle de toute la famille. Et n'est-ce pas normal ? Le malade auquel vos médicaments n'auront apporté aucun soulagement, n'ira pas s'en plaindre au pharmacien qui les lui aura délivrés, mais à vous, à vous seul qui les lui aurez ordonnés. La responsabilité du médecin traitant, dans l'opération qu'il a conseillée, est donc bien réelle, et peut expliquer à elle seule une rémunération d'honoraires.

La dichotomie est juste, c'est un droit. Pourquoi conserve-t-elle encore un caractère honteux ? Parce qu'elle se pratique derrière le dos du client. Parce que, de la façon dont elle est faite par le chirurgien, elle ressemble beaucoup plus à une commission ou à un pourboire, qu'à une juste rétribution. Et nous sommes sûrs, mes chers confrères, que tout comme nous, vous avez éprouvé plus d'une fois un sentiment de gêne, pour ne pas dire plus, quand le chirurgien vous offre discrètement.... trop discrètement, quelques louis pour vous........ remercier.

La dignité du médecin ne peut lui permettre de recevoir un pourboire. Nos honoraires, quels qu'ils soient, doivent pouvoir s'étaler au grand jour, et ne pas présenter l'aspect d'une commission louche. « Le jour où le partage des honoraires, disait Louis Forest, dans le *Matin* du 12 septembre 1921, serait connu du client, et ouvertement déclaré, il n'y aurait plus de mensonge en cette affaire, tout deviendrait clair, chacun agirait en connaissance de cause, et, au fond, la dichotomie n'est peut-être un procédé

(1) Syndicat de la région Nortaise.

inavouable, que parce qu'il n'est pas avoué ». Et le docteur Jalaber, dans un article publié, il y a une dizaine d'années, dans maints journaux médicaux, disait lui aussi de la dichotomie : « Je crois que c'est pour n'en vouloir pas parler assez ouvertement que nous sommes parfois soupçonnés ».

Tout le monde semble d'accord pour proclamer que le partage des honoraires est une chose juste, s'il est fait au grand jour ! Il faut donc que le malade sache qu'il doit des honoraires au médecin qui le fait opérer. Il est nécessaire qu'il sache que ces honoraires sont compris dans la note du chirurgien, et même à combien ils s'élèvent. Et c'est là qu'un tarif fixe de dichotomie s'impose ! Dans notre Syndicat, comme dans beaucoup d'autres, nous avons voté et appliquons un tarif minimum ? Pourquoi ? C'est d'abord pour ne pas nous faire une concurrence déloyale et ne pas nous abaisser à la médecine de marchandage et de rabais ; c'est aussi, pour que le malade puisse choisir le médecin qui lui plaît et non pas celui qui lui offrira ses soins au meilleur compte ! Et bien ! Il faut également que le médecin traitant puisse choisir sans arrière-pensée le chirurgien qu'il juge le plus apte à guérir son malade. Il ne faut pas qu'il puisse se dire : un tel opérerait peut-être mieux, mais après tout celui-ci fera peut-être aussi bien l'affaire, et en tout cas, il dichotomisera mieux ! Car tous, mes chers confrères, nous sommes des hommes et non des saints, et les saints eux-mêmes doivent fuir la tentation, s'ils ne veulent pas y succomber. Et nous ne succomberons pas à cette tentation de la dichotomie dans le choix du chirurgien, si cette tentation n'existe pas, c'est-à-dire si tous les chirurgiens ont un tarif uniforme dans le partage des honoraires. Et nous n'entendrions plus ce que, pour notre part nous avons entendu un jour, et qui nous a fortement choqué : un spécialiste nous recommandant un de ses parents chirurgien, parce que, non seulement bon opérateur, mais, ce qui ne gâte rien, surtout bon dichotomiste » ! ! ! ! !

Ce tarif uniforme aurait également pour avantage d'enlever au chirurgien la crainte de ne pas avoir fait une assez large part au médecin traitant, la crainte par conséquent de le mécontenter, et de le voir s'adresser à un autre chirurgien ! Et de cette façon il n'y aurait plus de médecins « tapeurs » qui marchandent le prix de leur concours, pour aller au plus offrant, ni de chirurgiens « tapés » ou qui se laissent trop volontiers « taper » ! ! Nous n'éprouverions plus cette gêne à réclamer au chirurgien des honoraires oubliés ; après avoir reçu l'enveloppe chargée du chirurgien, nous n'aurons plus la même hâte d'être dehors, pour l'ouvrir et savoir ce qu'elle contient. Nous serions désormais fixés d'avance, et il n'y aura plus surprise agréable ou désagréable ....

Nous mettons donc en fait que la dichotomie en principe est admise par tous ! Mais une autre question se pose : le médecin traitant qui a envoyé un de ses malades à opérer, et qui n'a pu assister à l'opération, doit-il recevoir des honoraires ? Nous vous laisserons le soin de répondre à cette question et de décider, car les avis sont partagés ! Pour quelques-uns, la dichotomie ressemble trop à une commission, si le médecin traitant n'assiste pas à l'opération. Pourtant, comme nous le disions au début de cette entretien, la grosse responsabilité du médecin traitant n'est-elle pas suffisante pour motiver à elle seule une rémunération ?

Est-ce l'anesthésie que vous donnez, ou l'aide que vous apportez au chirurgien dans l'opération, que celui-ci vous paye, en vous donnant le tiers ou le quart de ses honoraires ? S'il n'y avait que cela, avouez que cela serait beaucoup trop cher ! D'autant plus que vous assistez à une opération, aussi souvent, sinon plus, en spectateur qu'en acteur ! Sans doute nous devons assister notre malade, car notre présence est pour lui une garantie, et peut lui être d'un grand secours, ainsi qu'au chirurgien, quand il s'agit de prendre des décisions urgentes ; mais s'il nous est impossible d'y assister, ou si l'opération est trop peu importante, notre responsabilité n'en demeure pas moins engagée, et en même temps notre avenir médical ! N'est-ce pas suffisant pour justifier une part d'honoraires ? Il est une chose qu'il faut encore considérer, c'est que le médecin traitant qui, dans l'intérêt de son malade, seul intérêt auquel il ait songé, envoie celui-ci dans une clinique, au lieu de le faire opérer à domicile, où les conditions seront aussi peu favorables que possible, renonce au profit qu'il pourrait tirer des pansements et des soins consécutifs assurés par lui-même ; « il est donc nécessaire, dit notre confrère Duchesne dans le *Concours médical* du 2 octobre 1921, qu'il reçoive des honoraires proportionnels à ceux de l'opérateur, et il ne saurait être taxé de dichotomie à cette occasion ».

Quelles conclusions allons-nous tirer de tout ceci ?

Ne croyez-vous pas qu'il serait bon de demander aux chirurgiens de déclarer à leurs opérés, dans leur note, la part des honoraires qui leur revient, et celle du médecin traitant, note globale qui aura été fixée d'après les renseignements du médecin traitant qui connaît le mieux les ressources de la famille. Il est nécessaire qu'un tarif de dichotomie soit établi. Peut être pourrions-nous suivre en cela le tarif du « *Concours* » dit « tarif » Jeanne qui évalue du cinquième au tiers la part du médecin traitant, frais de voyage en plus s'il y a lieu. Le tiers pourrait être attribué au médecin traitant quand il assiste à l'opération, et le cinquième quand il n'y assiste pas... (si vous admettez la dichotomie quand il n'y a pas assistance).

Voilà la dichotomie qui nous manque, et telle que nous la comprenons. Avec cette dichotomie-là, nous pourrons relever la tête, et nous sauvegarderons nos intérêts sans porter atteinte à la dignité de la profession médicale qui doit être pour nous sacrée.

Le secrétaire :

Dr GUESNÉ.

Discussion

Notre président nous dit que c'est une question de principe que nous posons et que nous la soumettrons à l'Union afin qu'elle soit mise à l'étude et que des décisons soient prises.

Il met aux voix plusieurs questions :

1° Le principe de la dichotomie est-il admis par tous ? Oui, à l'unanimité.

2° Quel taux allouer au médecin traitant présent à l'opération ? A l'unanimité, le tiers.

3° Le médecin qui ne peut assister à l'opération, doit-il toucher des honoraires ? Oui, par 14 voix contre 7 et 6 abstentions ?.

4° A quel pourcentage ? Au cinquième.

***

Nous lisons d'autre part dans *La Revue Médicale de l'Est*:

La dichotomie devant l'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle

Depuis longtemps déjà la *Revue médicale de l'Est* désirait insister sur l'importance morale de l'assemblée générale de l'Association syndicale des médecins de M.et-M. du 3 décembre 1922, qui lui fait très grand honneur. A une époque où les questions morales les plus simples sont souvent étrangement obscurcies et dénaturées par des considérations d'intérêt d'ailleurs fort contestables, c'est une satisfaction profonde de voir une assemblée générale non pas seulement résoudre la question de principe dans le sens qu'on attendsait de sa loyauté, mais foncer résolument sur l'obstacle, trancher dans le vif et poser des règles d'application de la plus absolue précision, ne laissant nulle ambiguïté, ne laissant la place à aucun faux-fuyant, et cela avec une unanimité complète, avec la droiture, la loyauté, la clarté, l'inflexible netteté qui sont les caractèristiques et la force de notre race lorraine.

En face du bruit fait dans la presse, dans le public, par la question de la dichotomie, le bureau de l'Association syndicale de M.-et-M. avait loyalement pensé que la question devait être prise par les cornes, étudiée et résolue en une assemblée générale du Syndicat, Le professeur Gaston Michel, professeur de clinique chirurgicale, avait été chargé d'un rapport préalable, avait étudié la question sous tous ses angles et s'était arrêté à la solution de la note commune ; puis la discussion générale fut ouverte.

Il faut bien admettre qu'ailleurs la dichotomie a fait tache d'huile, est admise dans toutes autres régions et y fonctionne à peu près officiellement. Ici, pas une seule voix ne s'est élevée pour se demander si elle peut être admise d'une façon plus ou moins ouverte ou masquée ; si telle ou telle considération plus ou moins spécieuse pourrait la rendre tolérable même sous une forme publique et patente, lui enlevant quelque peu de son aspect répugnant. Le seul souci des orateurs, le président du Syndicat Giry, le vice-président Bichat, membres divers de tous les coins du département, spécialistes, praticiens, etc., a été de chercher les termes d'une formule de réprobation et d'interdiction aussi formelle, aussi absolue que possible, ne laissant, ainsi que nous l'avons déjà dit, place à la moindre ambiguïté pouvant permettre à une fraude ou à un détournement de sens quelconque, de s'insinuer entre les termes de l'interdiction.

Il est certes incontestable que dans les cas graves, le rôle du médecin traitant, du médecin de famille, du praticien, est de capitale importance ; que son assistance à une opération est fort utile ; que très souvent c'est son influence qui agit sur le malade ou sur la famille, prépare la décision nécessaire, la fait trancher ; que sa responsabilité dans ces décisions capitales est grande ; et que tout cela mérite des honoraires en proportion de ce rôle.

Mais la doctrine de l'Association syndicale de M.-et-M. est que ces honoraires doivent être au grand jour ; que la situation morale du médecin dans les familles doit être telle qu'il puisse demander directement, nettement, loyalement, ce que vaut son rôle, sans le masquer sous la forme occulte, basse, disons le mot, d'une ristourne payée par le chirurgien.

Nous ne voulons pas discuter ici ces questions : beaucoup mieux vaut nous référer seulement aux termes ci-dessous adoptés à l'*unanimité absolue* des médecins du Syndicat de Meurthe-et-Moselle :

« Dans son assemblée générale du 3 décembre 1922, l'Association syndicale des médecins de M.-et-M. a voté la résolution suivante :

« L'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle réprouve la dichotomie, c'est-à-dire le partage clandestin d'honoraires entre chirurgiens et médecins traitants ; et décide que toute pratique de dichotomie entraînera pour ses auteurs l'exclusion de l'Association syndicale ».

Puis il apparut au bureau et aux membres du syndicat que souvent si les médecins, les jeunes surtout commettent des incorrections professionnelles, c'est parce qu'ils ignorent qu'il existe des règles et des habitudes confraternelles. Certes, l'enseignement de la médecine légale comporte quelques cours de déontologie. Mais certains élèves ne suivent pas tous les cours. Il parut donc utile au Syndicat de proclamer ces règles déontologiques ; il décida de faire imprimer en une courte brochure ce code des devoirs, des règles et des usages professionnels ; et il émit le vœu que le secrétariat de la Faculté remît un exemplaire de cette brochure à tout candidat désirant se faire inscrire pour sa soutenance de thèse ; et comme corollaire de cette remise, il émit le vœu que fût rétabli, au cours de la soutenance, le serment hippocratique. La Faculté de médecine adopta ces vœux et a décidé la rédaction d'une formule moins archaïque peut-être que celle par laquelle les candidats s'interdisaient de pratiquer l'opération de la taille, mais qui consacrerait les devoirs professionnels. Au

moins ne pourrait-on plus arguer de l'ignorance de l'existence de ces devoirs.

G. E.

***

A mon sens, il ne faudrait dire ni dichotomie, ni partage des honoraires. Ces deux expressions sont défectueuses, de même qu'il me paraît difficile d'admettre comme recommandable le fait qu'elles désignent.

Le chirurgien qui est intervenu opératoirement sur un malade qui lui a été adressé par son médecin traitant n'a rien à partager avec celui-ci.

Ce qui est légitime, c'est que chacun d'eux a droit incontestablement à des honoraires propres. Ce qui est non moins légitime, c'est que les honoraires du médecin traitant soient fonction de ceux du chirurgien, et qu'ils soient calculés d'après un pourcentage de ceux-ci, pourcentage qui sera équitable s'il se meut entre 20 et 30 %, selon les cas.

La question portée sur ce terrain, envisagée sous cet angle, me paraît inattaquable.

Le droit à des honoraires représentant un certain pourcentage de ceux du chirurgien est, d'autre part, indiscutable pour le médecin traitant quand il assiste à l'opération pratiquée sur son client. Et j'ajoute que cette assistance devrait toujours être la règle ; les arguments abondent, qui justifient cette manière de faire.

En est-il de même quand le médecin traitant n'assiste pas à l'opération ? Cela mérite discussion.

Le médecin traitant adresse son malade au chirurgien à qui il remet en même temps, du moins doit-il le faire, une observation détaillée du cas en cause. La rédaction de cette observation présume tout d'abord un examen très approfondi du malade, puis une certaine peine matérielle, indépendante du travail intellectuel réclamé par l'examen et par la réflexion préalable.

Cela mérite très certainement une rémunération. Mais celle-ci doit-elle prendre la même importance que lorsque le médecin traitant assiste de sa personne à l'opération ? De très bonne foi, non.

Ces différents points étant acquis, j'avoue ne voir aucun inconvénient à ce que médecin traitant et chirurgien se mettent d'accord pour l'établissement et la remise d'une note globale. Mais, ainsi qu'on l'a déjà dit judicieusement, le bon renom du corps médical gagnerait à ce que la chose se passât au grand jour, et que le malade n'ignorât pas la part qui revient à l'opérateur, celle qui revient à son médecin habituel.

Telle est la manière dont j'envisage pour mon compte la question de la dichotomie. Mais je n'entends pas me montrer plus royaliste que le roi, ni m'élever contre l'opinion d'un Syndicat médical, exprimée après une mûre délibération.

En tous cas, il est piquant, et nous n'avons pas voulu manquer l'occasion de le faire, de mettre en parallèle l'avis du Syndicat de Meurthe-et-Moselle et celui du Syndicat de la région nortaise. Comment un Ordre des médecins se tirerait-il d'affaire en pareille conjoncture ?

G. Duchesne.

LE PROJET DE LOI SUR LA PHARMACIE ET LA COMMISSION PERROT

Quelques correspondants, propharmaciens, nous ont demandé de dire quelques mots de cette Commission. Nous ne saurions mieux faire, pour leur donner satisfaction, que de reproduire ici l'éditorial que nous trouvons dans le vaillant *Propharmacien*, du 15 septembre dernier.

Le 22 octobre prochain doit se tenir, à Paris une réunion professionnelle, comprenant soixante-dix membres environ, dont un délégué de l'Union des Syndicats médicaux et deux médecins propharmaciens. Cette réunion, provoquée par M. le professeur Perrot, doit examiner en détail toutes les questions que le projet sur l'exercice de la pharmacie, qui sera prochainement présenté aux Chambres, se propose de résoudre. Les vœux, émis par cette Commission, seront ensuite soumis au Parlement.

On devine déjà que, par sa composition même, comprenant une écrasante majorité de pharmaciens, la Commission Perrot va essayer de faire modifier à leur profit l'article de la loi de germinal sur la propharmacie. Elle va demander très certainement que la distance à partir de laquelle un médecin pourra délivrer des médicaments à ses malades, soit portée à un nombre élevé de kilomètres.

Sans doute, cette Commission n'est pas souveraine. Si ses exigences sont trop grandes — et elles le seront — nous sommes convaincus d'avance que le Parlement n'en tiendra pas compte. Il y a, à la Chambre, une majorité de députés ruraux qui y regarderont deux fois avant de porter atteinte aux intérêts les plus légitimes et les plus sacrés de leurs électeurs. Il n'en reste pas moins qu'une violente campagne va être menée contre nous, et que nous ne devons pas rester inactifs.

J'ai proposé, dans le précédent numéro de notre organe, un Congrès — le mot est peut-être trop gros, mettons une réunion amicale — de médecins propharmaciens. Cette réunion devrait avoir lieu à Paris, le 21 octobre (ou le 20, car le

21 est un dimanche, et il n'est pas sûr que nous ayons un local à notre disposition ce jour-là). Dans cette réunion, diverses questions très intéressantes s raient éxaminées, en même temps qu'y seraient désignés les deux confrères chargés de nous représenter à la Commission Perrot.

Cette proposition d'une assemblée confraternelle a été unanimement approuvée. Déjà, quelques camarades se sont fait inscrire ; d'autres s'inscriront encore. Quelque soit le nombre des assistants, cette réunion aura donc lieu. Tous renseignements sur le lieu et l'heure seront donnés ultérieurement, soit par la voie du journal, soit par lettre particulière.

Il est bien entendu que cette assemblée aura pleins pouvoirs et que ses décisions seront valables. Tous ses membres seront, d'ailleurs, guidés par le même souci : l'intérêt des malades qui, en l'espèce, se confond avec nos propres intérêts.

Que ceux qui comptent pouvoir assister à notre réunion du 21 octobre veuillent bien se faire inscrire d'ici le 20 septembre.

Que ceux qui ne pourront pas y assister, nous fassent part de leurs sentiments. Leurs lettres seront communiquées aux camarades présents.

Qu'on me permette un mot personnel. L'adhésion de nombreux confrères à ma proposition, leur promesse d'assister à notre réunion préparatoire me déchargent d'un grave souci, sans doute l'unanime confiance que veulent bien me témoigner mes camarades m'est infiniment précieuse ; mais quelle responsabilté aurait pesé sur moi si, seul, j'avais dû prendre les décisions nécessaires ! Arrivé presque au terme de ma carrière, ayant pu réaliser cette œuvre presque chimérique, l'union de médecins disséminés et trop souvent indifférents à leurs propres intérêts, comment ne me réjouirais-je pas, à cette heure, d'avoir été entendu ? Sans vouloir s'illusionner sur l'importance et la puissance de notre groupement, il n'en est pas moins vrai que ce groupement existe et que nos adversaires eux-mêmes sont obligés de compter avec lui.

Un mot encore. Quelques confrères ont émis l'idée d'ouvrir une souscription ou de doubler le prix de l'abonnement au *Propharmacien*, afin de concourir matériellement aux divers frais qui, en la circonstance, peuvent nous incomber. Tout en les remerciant de leur bonne pensée, disons tout de suite que tout versement supplémentaire nous paraît inutile. Un appel de fonds serait peut-être mal interprété et pourrait susciter l'hésitation de quelques confrères, alors que, plus que jamais, nous avons besoin d'être étroitement unis. Ce que nous demandons à nos camarades, aujourd'hui et demain, c'est de rester les amis fidèles de notre petite revue et d'en acquitter l'abonnement. Récemment, trois ou quatre confrères ont refusé de payer la traite qui leur fut présentée pour le re-nouveler. Oserons-nous dire combien ce geste nous est pénible et décevant, non pour les quelques francs ainsi perdus, — le nombre de nos lecteurs augmentant sans cesse — mais parce que nous croyons y voir une désapprobation et un reproche ? Aurions-nous donc écrit quelque chose qui puisse déplaire à certains ? Nous sommes prêts à accueillir toutes les critiques et toutes les suggestions, de façon à faire de notre *Propharmacien*, un organe répondant aussi exactement que possible à nos besoins et à nos aspirations (1).

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Commentaires sur la promotion de la Mutualité dans la Légion d'honneur

En parcourant mon journal pour relever la liste quotidienne des promus de la Légion d'honneur, j'ai vu, il y a quelques jours, voisinant avec celle de Pasteur, la promotion dite de l a Mutualité, à l'occasion du Cinquantenaire de cette institution.

Parmi les noms relevés, j'ai noté celui de Ménard, autrement dit Dranem. Je ne veux en rien critiquer cette nomination. La personnalité de Dranem est des plus sympathiques. Il a rendu à ses camarades de grands services en créant pour eux la maison de retraite du café-concert. Il prête son concours à toutes les œuvres de bienfaisance. Il méritait sans conteste une récompense, ses titres étaient plus réels que ceux de beaucoup de nos mercantis ou de ces personnages plus ou moins louches que nous avons vu défiler devant nos tribunaux au cours et depuis la guerre.

Dranem est un pitre amusant : c'est là son métier ; il s'en acquitte avec talent et nous fait rire et fait ainsi deux fois le bien. Il tue le cafard et adoucit des misères sociales par sa verve philanthropique.

A côté de lui, il y d'autres pitres, moins rigolos : je veux parler d'un certain nombre de nos dirigeants de Mutualité, qui ont fait créer une promotion spéciale à leur intention.

Je ne veux certes pas généraliser. Un certain nombre de présidents ou d'administrateurs de sociétés, et j'en connais, sont de braves gens, de vrais apôtres, qui ont foi dans la Mutualité comme dans l'Evangile et consacrent à cette re-

(1) Nous engageons vivement les médecins ruraux qui font la propharmacie à lire le *Propharmacien* que dirige avec compétence et dévouement le Dr CARAYON, de La Bastide-St-Pierre (T.-et-G.). et qui a pris en mains la défense de leurs intérêts.

igion laïque, et leur temps et quelquefois, mais beaucoup plus rarement leur argent. A ceux-là, respect.

Mais à côté d'eux, il y a la bande des arrivistes pour lesquels la Mutualité est un tremplin, un moyen pour parvenir aux honneurs et s'attacher au gouvernement par ces liens charmants qu'on appelle les décorations. Ce sont eux les véritables pitres, faiseurs de boniments dans les congrès et les banquets, créateurs de bluff, bourreurs de crâne pour leurs simplistes sociétaires, congralutateurs perpétuels du gouvernement et de ses préfets, amis et commensaux de nos élus dont ils sont souvent les agents électoraux

Faites la statistique des dirigeants de la Mutualité ! Combien avez-vous de gens rentrant dans le cadre de cette institution de travailleurs modestes, ayant besoin d'être aidés au cours des infortunes de la vie et se servant de la Mutualité autrement qu'en parasites ?

Etablissez le Livre d'Or de ces présidents ? Je dis bien Livre d'Or, car ce sont pour la plupart des fortunés. Gros industriels et gros commerçants, membres honoraires des sociétés et quelquefois même, membres participants, dirigeant ainsi l'armée de leurs ouvriers et employés, ou grands propriétaires terriens, ou bien avocats, médecins, fonctionnaires, politiciens arrivés ou politiciens en herbe, le plus souvent beaux parleurs et pouvant ainsi entraîner les masses, avec des mots ronflants, réclamistes et bateleurs, orateurs de rénions publiques.

C'est toute cette clientèle que le Gouvernement doit s'attacher, la question d'entr'aide sociale étant secondaire.

Il n'y a donc rien d'étonnant qu'à la veille du renouvellement des mandats de nos députés, un certain nombre de ceux-ci, dans un but électoral, cédant à la douce pression de notre état-major mutualiste, aient eu l'idée de la création de cette promotion. Le cinquantenaire de la Mutualité était une occasion toute trouvée. Ainsi se rencontraient réunies les conditions de toute décoration, des relations politiques et un motif d'apparence plausible. Aussi, on ouvrit largement le robinet et il y a eu un flot abondant de rubans. Chacun en prit pour son grade.

Mais il y a un autre but à la création de cette promotion spéciale. Le gouvernement désire le vote de la loi des assurances sociales. Mais ce n'est pas tout de voter une loi, il faut la mettre à exécution. C'est là le plus difficile.

Le projet, malgré ses modifications, rencontre en somme peu d'enthousiasme dans les milieux mutualistes. Les dirigeants actuels craignent de se voir déposséder de leur autorité, au profit de nouveaux dirigeants, syndicats ouvriers ou agricoles, caisses de métiers ou de professions qui, bien qu'autonomes, seront en définitive sous la coupe de l'Etat. Or, celui-ci serait heureux de mettre la main sur la nouvelle institution et de saper ainsi l'antique Mutualité, véritable état dans l'Etat.

Aussi, malgré tout, il faut désarmer la Mutualité et détruire par persuasion son opposition.

Ce fut, du reste, le résultat acquis au Congrès de Lyon. Les décorations sont des menottes politiques. Mais il ne suffit pas de désarmer l'opposition, de rallier les suffrages mutualistes au principe de l'obligation en sacrifiant la liberté cinquantenaire ; il faut amener les dirigeants à être les promoteurs et les propagateurs de la loi, à s'intéresser à elle, de façon à entraîner l'adhésion volontaire de tous les travailleurs.. Pour cela, il faut que le gouvernement ait en main les dirigeants mutualistes et se les attache avec des rubans.

A moins, toutefois, que les sphères gouvernementales se rendant compte que la loi des assurances sociales sonnera le glas funèbre de la Mutualité, aient voulu lui assurer des compensations et la récompenser, selon la formule, dans la personne de ses chefs, comme cela se pratique quand on met quelqu'un à la retraite. Ce serait alors la création d'une nouvelle antienne : on est prié d'apporter « fleurs et couronnes ».

En tout cas, pour toutes ces nécessités, le gouvernement a besoin d'avoir en mains l'état-major de la Mutualité pour le diriger.

C'est le secret de la promotion spéciale !

Oserais-je irrévérencieusement, et réserve faite des sympathiques personnalités qui ont légitimement mérité la distinction qui vient de leur être conférée, tel notre ami Bongrand, qualifier cette promotion de promotion des pitres, en faisant allusion à Dranem ?

Ne serait-il pas plus approprié de la dénommer promotion des Guignols ? D'autant plus qu'en souvenir du dernier Congrès, le complément s'impose : disons donc promotion de guignols lyonnais. Et que cette boutade soit légère à ceux qui l'ont suggérée, comme à celui qui s'est laissé aller jusqu'à l'irrespect de répondre à cette suggestion.

M. Vimont

pas encore légion



Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6003 Claude, Saint-Bonnet-le-Château (Loire).
6004 Querneau, Morlaix (Finistère).
6005 Moreau, Avignon (Vaucluse).
6006 Fradier, Chantelle-le-Château (Allier).
6007 Girard, Avignon (Vaucluse).
6008 Murier, Lion-d'Angers (M.-et-L.)
6009 Cavalie, Béziers (Hélrault).
6010 Savage, Stéenvoorde (Nord).
6011 Sizaret, Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe).
6012 Balteaux, Neufmanil (Ardennes).
6013 Razemon, Lille (Nord).
6014 Pechenart, Rethel (Ardennes).
6015 Huck, Menton (Alpes-Maritimes).
6016 Cuisinier, Cartignies (Nord),
6017 Gontran, l'Isle-Sur-Sérein (Yonne).
6018 Deche, Tonneins (Lot-et-Gar.).
6019 Babaud. Charroux (Vienne).
6020 Cornette, Ghyvelde (Nord).
6021 Cardot. Montfort-sur-Mer (I.-et-V.).
6022 Vielle, Calais (P.-de-C.).
6023 Mathis, Fontainebleau (S.-et-M.).
6024 Privat, Chaville (S.-et-O.).
6025 Anderodias, Bordeaux (Gironde).
6026 Larche, 10, rue Jacquemont, Paris.
6027 Sasportas, Papeete (Tahiti).
6028 Chopin, 24, boulevard Saint-Marcel, Paris.
6029 Camus, Thionville (Moselle).
6032 Pettidi, 8, rue de Vienne, Paris.
6033 Paulhiac, Ribérac (Dordogne).
6034 Simon, Carignan (Ardennes).
6035 Surtouques, Liseron (Calvados).
6036 Rousseau, Pithiviers (Loiret).
5908 Leclerc, Kerleau-en-Elven (Morbihan).
6037 Bazille, Coutances (Manche).
6038 Canuet, Cherbourg (Manche).
6039 Audun, Grenoble (Isère).
6040 Nollet, Lyons-la-Forêt (Eure).
6041 Sinoncelli, Marseille (B.-du-R.)
6042 Desnos, La Flèche (Sarthe).
6043 Chenet, Tain-l'Hermitage (Drôme).
6044 Debar, Rieupeyroux (Aveyron).
6045 Guyader, Brest (Finistère).
6046 Seguel, Menton (A.-Maritimes).
6047 Plasson, Lyon (Rhône).
6048 Delord, Nimes (Gard).
6049 Agis-Garcin, Fort-de-France (Martinique).
6050 Estrabaud, Ecommoy (Sarthe).
6051 Chevalier, Saint-Cloud (S.-et-O.).
6052 Barbot, Pernes (Vaucluse).
6053 Constantin, Valognes (Manche).
6054 Valiadis, Varennes-en-Argonne (Meuse).
6055 Asselin, Anizy-le-Château (Aisne).
6056 Marly, Ligny-en-Barrois (Meuse).
6057 Touflet, 52, rue d'Assas, Paris.
6058 Lemoine, Saint-Quentin (Aisne).
6059 Daviot, Nice (Alpes-Maritimes).
6060 Daumas, Riez (Basses-Alpes).
6061 Pages, Leyme (Lot).
6062 Sabatier, Marseille (B.-du-R.).
6063 Moreau, Auxonne (Côte-d'Or).
6064 Bassargette, Nice (Alpes-Maritimes).
6065 Pomier, Fontan (Alpes-Maritimes).
6066 Teze, Thouars (Deux-Sèvres).

Accidents du travail.

Le Dr L. (Seine) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le patron d'un jeune ouvrier atteint d'un commencement de hernie à la suite d'un effort anormal dans son travail. Malgré les témoignages favorables au blessé, la Compagnie, après l'avoir fait examiner plusieurs fois par son médecin, refuse le payement des honoraires du D^r L.

Le Conseil, étant donné les circonstances particulières de l'affaire, accorde l'appui pécuniaire demandé (1).

Le Dr D. (Saône-et-Loire) se voit refuser le payement de ses honoraires pour radiothérapie profonde, faite à un homme qui, ultérieurement, fut, par jugement, admis au bénéfice de la loi sur les accidents du travail. Il serait reproché au Dr D. de ne pas avoir averti l'assurance du traitement qu'il avait entrepris, alors qu'il ignorait que ce fût un accident du travail.

Appui est donné au Dr D. jusqu'à concurrence de 150 fr., pour soutenir le procès en justice de paix.

Conformément à une décision antérieure (2), le Conseil ordonnance le remboursement au Dr A. (Seine) du montant de la note d'honoraires accidents du travail qu'il n'a pu recouvrer (213 fr.), et des frais du procès en justice de paix (79 fr. 50). Le Dr A. ayant déclaré faire don au « Sou » de la moitié des sommes qui lui revenaient, il lui sera versé seulement 146 fr. 25. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr V. (Doubs) demande que l'appui pécuniaire lui soit accordé si une grosse entreprise, dont il a obtenu par défaut la condamnation au payement d'une note d'honoraires accidents très importante, fait appel du jugement à intervenir sur l'opposition qu'elle a formée.

L'appui pécuniaire sera accordé au Dr V. si l'adversaire fait appel, ou si le jugement est considéré comme inacceptable, mais seulement lorsqu'il aura été rendu et que le dispositif en sera connu.

---

(1) La Compagnie s'est exécutée sans attendre que son assuré soit cité en justice de paix

(2) Voir *Concours médical*, du 8 juillet, page 2535.

Responsabilité civile.

Le Dr C. (Eure) est assigné en payement de 15.000 fr. de dommages-intérêts et 3.000 fr. de rente viagère par un ancien client qui l'accuse de l'avoir mal soigné d'une fracture de jambe.

Le Dr C. est admis à la garantie du « Sou médical » dans les conditions statutaires, la participation du « Sou », dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 fr., en outre des frais judiciaires proprement dits.

Le Dr F. (Nord) annonce que ses adversaires ont fait appel du jugement qui les a déboutés de leur demande en dommages intérêts formée à la suite du décès de leurs fils au cours d'une opération.

La garantie du « Sou » est acquise au Dr F. en appel comme elle l'avait été en première instance,

Honoraires de droit commun.

Le Dr D. (Seine) se voit traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui a condamné un client à lui payer une note d'honoraires contestée.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

L'appui pécuniaire est pareillement accordé au Dr T. (Ille-et-Vilaine), dans des circonstances identiques.

Loyers.

Le Dr P. (Seine) demande l'appui pécuniaire pour résister à un pourvoi en cassation contre un jugement lui donnant raison dans une affaire de loyer (point de départ de la prorogation), soutenue avec l'appui du « Sou ». (Voir *Concours médical*, du 8 juillet dernier, page 2536).

L'appui pécuniaire demandé est accordé et le Conseil ordonnance à cet effet le versement d'une provision de 300 fr.

Appui pécuniaire est également donné au Dr G. (Loire) pour soutenir le pourvoi en cassation qu'il a formé dans une affaire de prorogation de bail.

Diffamation.

Le Dr R. (Doubs) a gagné le procès en diffamation intenté aux conseillers municipaux de sa commune avec l'appui du « Sou ». Il fait don, à cette occasion, à la Caisse du « Sou », de la somme de 20 fr., ce dont le Conseil le remercie.

Le Conseil ordonnance le payement à l'avocat du Dr R., qui a plaidé 3 fois, de 200 fr., comme complément d'honoraires, pareille somme de 200 fr. lui ayant été versée comme provision.

Le Dr C. (Doubs) est diffamé par deux réformés de guerre. Le Conseil lui accorde en principe l'appui pécuniaire qu'il demande, à condition qu'il fasse la preuve de ces diffamations.

Le Dr K. (Vendée) se voit accorder en principe l'appui pécuniaire contre un maire qui l'a diffamé et qui, en outre, a manqué à ses devoirs en refusant les déclarations de maladies contagieuses à lui faites et en violant le secret professionnel.

Remplacement.

Le Dr P. (Seine) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre un remplaçant, docteur en médecine, qui s'est installé dans le rayon qu'il s'était interdit par son engagement de remplacement.

Le Conseil accorde au Dr P. l'appui pécuniaire demandé.

Divers.

Le Dr P. (Tonkin), révoqué des fonctions de médecin du service externe de l'hôpital indigène, qui lui avaient été confiées, demande l'appui pécuniaire pour se pourvoir en Conseil d'Etat contre cette révocation.

Me Auger étant d'avis que ce recours aurait des chances de succès, le Conseil accorde au Dr P., l'appui pécuniaire pour l'exercer.

Le Dr A. (Ardèche), demande l'appui pécuniaire pour intenter un procès à un commerçant qui a causé un accident à son automobile

Le Conseil estime qu'il n'y a pas lieu, en l'espèce, à l'appui pécuniaire du « Sou », l'accident dont a été atteint l'automobile du Dr A. n'étant pas un accident professionnel.

Le Dr B. (Savoie) demande l'appui pécuniaire pour assigner en dommages-intérêts une société industrielle qui a rompu le contrat forfaitaire qu'il avait passé avec elle pour donner des soins à son personnel.

Le Conseil remet toute décision sur cette demande jusqu'à ce que l'intéressé ait fourni des renseignements complémentaires, notamment sur les circonstances dans lesquelles a été signé ce contrat.

Impôts.

Le Dr B. (Seine) demande l'appui pécuniaire pour résister éventuellement à la taxation au titre de l'impôt sur le chiffre d'affaires sur les sommes que sa maison de santé avance aux aides des chirurgiens et se fait ensuite rembourser par les opérés.

M. Martinot étant d'avis que l'impôt sur le chiffre d'affaires n'est pas dû sur ces avances, le Conseil accorde éventuellement au Dr B. l'appui pécuniaire demandé.

Communication est prise par le Conseil d'une brochure éditée par la Maison Michelin, et appe-

lant l'attention des automobilistes sur un projet de loi qui vient d'être déposé et qui a pour objet d'augmenter d'une façon considérable les impôts déjà très lourds mis à leur charge.

Plusieurs exemples sont donnés, notamment le suivant ;

Le médecin de campagne employant une 10 HP, 2 places pour ses visites paye actuellement par an........................ 231 25

Le projet de loi lui ferait payer :

Impôts directs, 56 fr. par H. P. . .560		»
Taxe sur les pneus, 5 % : 6 pneus valant 900 fr...................45		»
Total 605	605	»
Augmentation	373	75

Soit 161 %.

L'auteur de la brochure invite en conséquence tous les groupements professionnels à faire parvenir leurs protestations aux ministres des finances et des travaux publics, ainsi qu'aux présidents et membres des Commissions chargées d'examiner le projet devant les chambres.

Le Conseil du « Sou médical » :

Considérant que les impôts existant sur les véhicules automobiles sont plus que suffisants pour faire face à tous les travaux de restauration et d'entretien des routes ;

Que le caractère utilitaire du véhicule automobile, aujourd'hui reconnu de tous, est particulièrement incontestable, lorsqu'il s'agit de l'automobile du médecin, qui permet à celui-ci de se transporter rapidement pour donner aux malades les soins qui leur sont utiles ; que ce serait donc nuire à la santé publique, en même temps qu'à l'activité et à la défense nationales, que de voter des impôts nouveaux susceptibles d'entraver son développement et de restreindre son usage ;

Proteste énergiquement contre le projet de loi déposé sur le bureau de la Chambre des députés le 21 juin 1923, de même que contre tout projet à venir qui frapperait l'automobile d'impositions nouvelles, et compte sur le Parlement pour refuser de le prendre en considération.

Circulaire sur les mesures à prendre pour prévenir la syphilis héréditaire ou en combattre les effets

Ma circulaire du 12 mars 1923 signalant à votre attention les méfaits de la syphilis et la nécessité de la combattre sur tous les terrains, mentionnait particuilièrement ses conséquences funestes au point de vue de l'hérédité. L'avortement, la mortinatalité, la mortalité infantile, les atteintes graves apportées à la santé des enfants et de ceux d'entre eux qui atteignent l'âge adulte, sont trop souvent les suites déplorables d'une maladie contre laquelle nous sommes cependant bien armés à l'heure actuelle.

Il importe donc de prendre, indépendamment des mesures de prophylaxie et de traitement concernant la syphilis acquise, toutes dispositions susceptibles d'en prévenir les effets héréditaires, et, lorsque ceux-ci se produisent, d'employer pour les combattre les moyens dont nous disposons dans l'ordre administratif et médical.

Les indications qui vont suivre sont basées sur les avis éclairés de pédiatres et de syphiligraphes éminents, à la compétence desquels j'ai cru devoir faire appel.

Traitement des femmes enceintes. — Les médecins sont unanimes à proclamer l'efficacité du traitement, bien conduit, de la syphilis chez la femme en état de grossesse. Aussi l'administration ne doit-elle rien négliger pour permettre à toutes les femmes nécessiteuses ou de situation modeste de recevoir d'un médecin les conseils appropriés.

A cet effet, il convient de multiplier les consultations externes auprès des maternités, même dans les petites villes, dès lors qu'elles possèdent un service d'accouchement organisé.

Dans les villes plus importantes, dans celles notamment où mon administration a pu créer des « dispensaires antivénériens », je ne saurais trop recommander l'action concomitante des accoucheurs et des syphiligraphes. Il importe toutefois que ces consultations spéciales soient réservées aux femmes enceintes, accouchées ou nourrices ; l'expérience a prouvé qu'elles s'y rendent beaucoup plus volontiers qu'elles ne fréquenteraient une consultation ouverte à tous les vénériens. Les séances doivent avoir lieu, le plus possible, à des heures commodes pour des femmes obligées souvent de travailler toute la journée.

Dans les petites agglomérations et dans les campagnes, on ne saurait mettre actuellement à la disposition des femmes enceintes d'autres ressources que celles offertes par la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Cette loi, dont l'article prémier assimile les femmes en couches à des malades, comporte logiquement, pour celles qui sont enceintes, le droit aux soins médicaux.

Les médecins, soucieux de remplir dans sa plénitude leur rôle social, ne manquent pas de rechercher la part prise par le conjoint dans la contamination qu'ils constatent, et s'efforcent de préserver de la contagion les autres membres de

la famille. C'est alors aux « dispensaires antivénériens » que ceux-ci peuvent être adressés, quand il y a lieu.

Désireux de contribuer, dans toute la mesure où il lui appartient de le faire, au fonctionnement de ces services de surveillance et de traitement destinés aux femmes enceintes, le ministre de l'hygiène assurera la fourniture des médicaments spécifiques (dans les conditions prévues pour les dispensaires antivénériens), celle du matériel nécessaire et des imprimés divers. Il facilitera, par une contribution financière appropriée à chaque cas, les aménagements à apporter aux locaux, et, lorsque l'importance du service le justifiera, assurera, comme il le fait pour les dispensaires ouverts à tous les vénériens, l'attribution d'indemnités aux médecins et au personnel infirmier. Enfin, il donnera aux services et aux médecins le moyen de faire procéder aux examens sérologiques, en s'adressant à des laboratoires subventionnés à cet effet.

Je vous signale toutefois, expressément, qu'aucune dépense, de quelque nature qu'elle soit, ne saurait être mise à la charge de mon département sans qu'il lui en ait été préalablement référé et qu'il ait accepté de l'assumer. Si, en effet, les dépenses engagées en vertu d'une loi, telle que la loi sur l'assistance médicale gratuite, peuvent être étendues dans la mesure qui apparaît justifiée, il n'en est pas de même de celles qui sont limitées aux crédits ouverts par le Parlement. Je n'en ai pas moins le droit de penser que la sollicitude éclairée des Chambres me permettra de répondre aux besoins qui se seront manifestés.

Soins aux femmes accouchées et aux nourrices. — Il va de soi que la surveillance médicale et les soins devront être continués après l'accouchement, tant pour la mère que pour l'enfant. Ils seront assurés au moyen de ces mêmes consultations.

Les spécialistes éminents dont j'ai recueilli les avis jugent toutefois désirable que les médecins des consultations et des maternités, ainsi que les sages-femmes, appelés à donner des soins à des accouchées atteintes de syphilis, leur remettent une carte portant de brefs renseignements susceptibles d'éclairer les médecins qui auraient à traiter ultérieurement soit ces mères, soit leurs enfants, sans que cependant le mot « syphilis » y soit mentionné.

Asistance aux femmes nécessiteuses et aux mères délaissées. — La contamination syphilitique est un motif de plus de donner aux femmes enceintes ou accouchées incapables de subvenir à leurs besoins (aux mères délaissées notamment), une assistance dont la nécessité s'impose, à divers points de vue, d'une manière plus pressante encore. Les maternités, les maisons maternelles, et autres établissements destinés à préserver les mères et les enfants, leur seront en conséquence particulièrement ouverts.

Soins aux enfants du premier âge atteints ou suspects de syphilis. — Les indications qui suivent s'appliquent principalement aux enfants assistés.

Les nourrissons devront, partout où ce sera possible, être disséminés, par petits groupes, dans des centres d'élevage, à proximité desquels existeront les ressources voulues pour le diagnostic et le traitement de la syphilis. Ils seront attentivement surveillés.

Dans la petite enfance, « période de la vie où la syphilis se manifeste souvent par des lésions organiques ou des dystrophies qui guériraient ou seraient du moins améliorées si elles ne restaient méconnues », les jeunes malades devront être l'objet d'un traitement approprié, dont les médecins que j'ai consultés signalent l'importance.

Les inspecteurs de l'assistance publique ne négligeront donc rien pour placer les enfants assistés hérédo-syphilitiques dans les conditions les plus favorables, afin de leur permettre de bénéficier d'une surveillance médicale et de soins compétents.

Traitement des enfants d'âge scolaire. — « Lorsque l'on constate chez ces enfants des infirmités, des dystrophies, des lésions imputables à la syphilis ou susceptibles d'en faire soupçonner l'existence, il n'est pas inutile de rechercher la maladie, ni surtout de la traiter activement ». Telle est l'opinion des médecins autorisés dont j'ai recueilli l'avis.

En ce qui concerne les enfants assistés, les inspecteurs prendront toutes mesures afin que ces petits malades qui, pour la plupart, auront déjà été traités, continuent à recevoir les soins voulus.

Quant à l'ensemble des enfants fréquentant les écoles publiques, il est grandement désirable que l'attention des médecins inspecteurs des écoles soit appelée sur les atteintes de l'hérédo-syphilis, et qu'ils soient mis à même de la « dépister » et d'en conseiller le traitement.

On ne saurait se dissimuler toutefois les difficultés que rencontrera la réalisation de ce desideratum : les médecins chargés du service n'auront souvent, en effet, pour établir un diagnostic, que des données insuffisantes, n'étant pas en relations directes avec les familles auprès desquelles ils trouveraient, dans bien des cas, des éléments d'appréciation utiles, et, ils devront craindre d'éveiller des susceptibilités, sans avoir la certitude que leurs avertissements seraient compris et leurs conseils suivis.

Aussi cette question délicate devra-t-elle faire l'objet d'un examen approfondi de la part du corps médical et de l'administration ; j'ai tenu cependant à ce qu'il en fût fait mention dans cette

instruction concernant la lutte contre la syphilis héréditaire.

Il importe, en effet, qu'à tous les âges, et dans les divers milieux, fonctionne de plus en plus, avec le tact nécessaire et la discrétion indispensable, un protectorat sanitaire, grâce auquel la maternité, l'enfance et l'adolescence seront mieux préservées des atteintes et des hérédités nuisibles à l'individu et à la race.

Paris, le 15 juin 1923.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Paul STRAUSS.

(*J. O.*, 16 juin 1923.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — Un cours pratique et complet de vénéréologie sera fait du 14 novembre au 22 décembre 1923 sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de M. Sebileau, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; Hudelo, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Ravaut médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Lortat-Jacob, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Lemaître, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Gougero, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux ; Darré, médecin des hôpitaux ; De Jong, médecin des hôpitaux ; Tixier, médecin des hôpitaux ; Lian, médecin des hôpitaux ; Sezary, médecin des hôpitaux ; Touraine, médecin des hôpitaux ; Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux ; Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Marcel Sée, médecin de Saint-Lazare ; Barbé, méecin aliéniste des hôpitaux ; P. Chevallier, ancien chef de clinique à la Faculté ; Burnier, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; Schulmann, chef de clinique-adjoint ; Hufnagel, chef de 'clinique-adjoint ; Marcel Bloch, chef de laboratoire à la Faculté ; Giraudeau, chef du laboratoire des agents physiques et de radiothérapie ; Civatte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Wolfromm, chef de laboratoire à la Faculté.

Le cours aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à 1 h. 30 et à 3 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée, à l'amphithéâtre de la clinique, à la policlinique ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique (recherche du tréponème, examens bactériologiques, réaction de Wassermann, ponction lombaire, biopsies, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Programme des cours (70leçons). — Syphilis, Historique. Evolution générale : M. Jeanselme. — Le tréponème. M. Sézary. — Recherches du tréponème, M. Marcel Bloch. — Sérologie de la syphilis, M. Touraine. — Réaction de Bordet-Wassermann. Ponction lombaire M. Marcel Bloch. — Syphilis expérimentale, M. Marcel Bloch. — Chancres syphilitiques. Chancre mou, M. Milian. — Diagnostic des ulcérations génitales, M. Schulmann. — Roséole. Syphilis secondaire papuleuse, M. Hudelo. — Plaques muqueuses. Alopécie. Onyxis, M. Schulmann. — Syphilis secondaire. Manifestations viscérales, M. Hufnagel. — Syphilis maligne précoce, M. Burnier. — Méningites précoces, M. Chevallier.

Anatomie pathologique et histologie de la syphilis M. Civatte. — Syphilis secondaire latente, M. Gougerot. — Syphilis tertiaire cutanée et muqueuse. Phagédénisme, M. Burnier. — Leucoplasie, M. Milian. — Syphilis rénale, testiculaire, ovarienne, M. Louste. — Syphilis hépatique. Ictères syphilitiques, M. Louste. — Syphilis du tube digestif, M. Louste. — Poumon. Larynx. Médiastin, M. De Jong.

Période préclinique de la syphilis nerveuse, M. Ravaut. — Syphilis ostéo-articulaire, M. Louste. — Cœur et vaisseaux, M. Lian. — Rate. Glandes endocrines, M. Schulmann. — Syphilis médullaire et cérébrale. Tabes, M. Lortat-Jacob. — Paralysie générale, M. Marcel Bloch. — Syphilis oculaire, M. Coutela. — Syphilis de l'oreille, M. Hautant. — Syphilis du nez et du larynx, M. Lemaître. — Troubles mentaux des syphilitiques, M. Barbé.

Conduite générale du traitement M. Jeanselme. — Mercure et iodure, M. Chevallier. — Chimiothérapie de la syphilis, M. X. — Les arsénobenzols ; accidents, M. Milian. — Syphilis et grossesse. Hérédité, M. Louste. — Hérédo-syphilis précoce, M. Tixier. — *Hérédo*-syphilis tardive, M. Darré. — Déontologie. Mariage des syphilitiques. Prophylaxie, M. Gougerot. — Syphilis latente. Syphilis et cancer, M. Gougerot. — Blennorragie. Balanites. Végétations, M. Marcel Sée. — Chirurgie réparatrice, M. Sebileau. — Petite chirurgie urinaire. Technique, endoscopie, M. Wolfromm.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h. Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. Burnier, chef de clinique (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

— **Ecole française de stomatologie, 20, passage Dauphine, Paris.** — Cette école a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement, donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2 Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'école.

— Un emploi d'assistante d'Hygiène est vacant au bureau municipal d'Ivry-sur-Seine.

Cet emploi comporte des émoluments de début de 6492 fr. 50 par an (soit 541 fr. par mois) compris l'indemnité temporaire de résidence et pouvant s'élever jusqu'à 7.587 fr. 50 par augmentation biennale.

Aucun titre ne sera exigible.

L'examen d'aptitude se composera :

1° Comme écrit : d'une dictée éliminatoire.

2° Comme oral : de questions d'hygiène élémentaire.

Un examen médical éliminatoire précèdera le concours.

Cet examen d'aptitude devant avoir lieu le 30 octobre 1923 à 9 h. du matin à la mairie d'Ivry, les inscriptions des candidates seront reçues dès aujourd'hui, à la mairie, bureau d'hygiène et seront closes le 24 octobre 1923. Les candidates devront être françaises, majeures et âgées de moins de 35 ans.

Pour l'inscription se munir d'une pièce d'état civil.

Le tableau de classement sera conservé en vue de nominations ultérieures.

— **Office public d'hygiène sociale du département de la Seine. — Ouverture d'un concours pour l'emploi de médecin-directeur de l'établissement de Groslay (S.-et-O.).** — L'établissement de Groslay comprend deux sections distinctes : un preventorium pour quarante-cinq enfants des deux sexes de trois à sept ans ; un sanatorium de soixante lits pour adultes femmes, atteintes de tuberculose pulmonaire.

L'emploi de médecin-directeur à Groslay sera attribué à la suite d'un concours comportant :

1° Une épreuve clinique éliminatoire portant sur un sujet adulte atteint d'une affection des voies respiratoires et sur un enfant présentant une forme de tuberculose, adulte et enfant pour lesquels les indications du traitement en sanatorium et en préventorium doivent être discutées.

2° Une épreuve sur titres.

Les médecins-directeurs des établissements de l'Office sont chargés, sous l'autorité du directeur de l'Office et du médecin-inspecteur, de la direction tant administrative que médicale des établissements.

Le traitement des médecins-directeurs, de douze mille francs au début, peut s'élever à seize mille francs par augmentations de mille francs tous les deux ans. Il est soumis à retenue pour versements à la Caisse des retraites. A ce traitement s'ajoutent une allocation exceptionnelle temporaire de deux mille francs et les indemnités de cherté de vie et de charges de famille, dans les conditions fixées par les règlements.

Les médecins-directeurs ont droit au logement, au chauffage, à l'éclairage et bénéficient d'un congé annuel payé d'un mois.

Les candidats devront adresser avant le 15 novembre 1923 à M. le préfet de la Seine (Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville) une demande d'inscription accompagnée d'une expédition de l'acte de naissance ; d'un extrait de casier judiciaire datant de moins de 3 mois ; du diplôme de docteur en médecine ou d'une copie certifiée de ce diplôme ; des pièces nécessaires à établir que le candidat a la nationalité française et qu'il a satisfait à la loi de recrutement ; d'une note indiquant les situations antérieurement occupées, et, s'il y a lieu, les publications médicales ;

Le jury du concours est constitué par : le directeur de l'Hygiène, du Travail et de la Prévoyance sociale ; le directeur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine ; le médecin-inspecteur de l'Office ; deux médecins désignés par M. le préfet de la Seine parmi les membres du Conseil de surveillance de l'Office; un médecin désigné par la voie du sort parmi les médecins directeurs d'établissement en fonctions.

Les candidats inscrits recevront à domicile un avis faisant connaître le jour, l'heure et le lieu du concours.

— **Hôpital Saint-Joseph.** *Enseignement oto-rhino-laryngologique.* — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique et avec le concours de ses assistants, MM. C. Hubert et Girard, le fonctionnement du service est organisé de la façon suivante, à partir du 1er octobre.

Consultations : Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures.

Opérations : vendredi, à 10 heures.

Petites interventions : lundi, mercredi à 10 heures.

Pansements : tous les matins à 9 h. 1/2.

Enseignement. — Deux cours cliniques seront faits à partir du jeudi 11 octobre : 1° un cours élémentaire en neuf leçons à l'usage des médecins et des étudiants désirant acquérir les principes indispensables en oto-rhino-laryngologie.

2° Un cours de technique oto-rhino-laryngologique en trente leçons pour les médecins désirant se spécialiser.

A. *Cours élémentaire.* — Le cours élémentaire en neuf leçons sera fait à l'hôpital Saint-Joseph les mardi, jeudi, samedi à 9 heures, du jeudi 11 octobre au mardi 30 octobre.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Chaque séance comprendra :

1) Un bref aperçu théorique avec schéma, dessins, pièces osseuses ;

2) Des exercices sur des appareils fantômes ;

3) L'assistance à la consultation avec présentation de malades.

Droit d'inscription : 60 fr.

B. *Cours de technique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours comprendra trente leçons et sera fait à partir du mardi 6 novembre.

Les leçons auront lieu les mardi, jeudi, samedi à 9 heures. Chaque leçon consistera :

1° En un cours théorique avec présentation de dessins, de pièces osseuses, de préparations anatomiques et anatomo-pathologiques.

2° Dans des exercices pratiques ; les élèves assisteront aux consultations après le cours et aux interventions le lundis, mercredi, vendredi à 10 heures.

Un certain nombre d'entre eux pourront être admis ultérieurement à travailler dans le service.

Droit d'inscription : 150 francs.

Le programme détaillé de chacun de ces deux cours est affiché dans le service.

S'inscrire tous les matins dans le service de M. Georges Laurens, à l'hôpital Saint-Joseph, auprès des assistants.

Dans chaque cours, le nombre des places est limité à 10.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
(THIRON ET Cie, SUCCESSEURS).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

mois d'avance en droit de demander *dans trois ans* la prorogation de 5 années ? J'ajoute que l'un de mes propriétaires a été mobilisé (et que je ne l'ai pas été). D'autre part, le mari de l'autre copropriétaire a été également mobilisé et sa veuve songerait peut-être à rentrer dans la maison qui lui appartient par moitié.

Dr C.

Réponse.

Comme le renouvellement de votre bail a eu lieu en avril 1918, c'est-à-dire avant la date fixée par la loi comme étant celle de la fin des hostilités (23 octobre 1919), vous avez droit à la prorogation de la durée des hostilités (5 ans et 83 jours), à compter de la fin du bail nouveau.

En effet, la loi du 23 octobre 1919 a ajouté à l'article 56 de la loi du 9 avril 1918 une disposition aux termes de laquelle ont été assimilés aux baux et locations verbales en cours au 1er août 1914 les baux et locations verbales renouvelés entre les mêmes parties ou leurs ayants droit et pour les mêmes locaux, à condition (c'est votre cas) que le prix du nouveau bail ne soit pas inférieur à celui du bail primitif.

Pour bénéficier de cette prorogation, vous devrez notifier votre intention à vos propriétaires trois mois au moins avant l'expiration du bail, mais vous n'êtes pas contraint d'attendre les derniers jours de ce délai et pouvez faire faire votre notification (par ministère d'huissier) dès maintenant.

Bien entendu, si, alors que le bail leur en donnerait le droit, vos propriétaires vous donnaient en temps utile congé pour la fin de la 2e période, ce serait à compter de cette date que prendrait effet la prorogation.

Le fait que vos propriétaires ont été mobilisés et que vous ne l'avez pas été n'est pas suffisant pour mettre obstacle à votre droit de prorogation. Il faudrait, pour qu'il en fût autrement, qu'ils eussent habité l'immeuble avant la guerre ou y eussent exercé leur profession, ou encore qu'ils rentrassent dans l'une des catégories suivantes : mutilés ou réformés de guerre, veuves de guerre, ascendants ayant recueilli la veuve ou les enfants de militaires ou de marins morts pour la France, bénéficiaires des lois du 31 mars 1919 ou du 24 juin 1919 (victimes militaires ou civiles de la guerre), sinistrés dont l'habitation eût été détruite ou rendue inhabitable par fait ou accident de guerre, et qu'ils vous eussent fait connaître dans le délai de deux mois à partir du 1er avril 1922, par acte extrajudiciaire, leur volonté de reprendre les locaux loués par leur habitation personnelle.

Application du Tarif Breton.

I

Pansements rapprochés.

1er *blessé.* — Mordu par un cheval, à la main, présentait une plaie contuse de mauvais aspect que j'ai cru bon de ne pas suturer. La cicatrisation malgré cela s'est faite assez vite et au bout de quelques jours le blessé présentait un fort œdème de la main avec douleur et fièvre. Une incision palmaire et contre ouverture dorsale fut par moi jugée nécessaire. Le blessé est guéri. J'ai facturé l'intervention 100 fr. en me basant sur le tarif qui dit : ouverture d'un abcès profond non viscéral. Ai-je bien fait ou dois-je simplement comparer l'intervention à celle de l'ouverture d'un panaris de la gaine comme le veut la *compagnie d'assurances.*

2e *blessé.* — Mordu par un cheval, à l'avant-bras, présentait une plaie légère avec forte douleur de la région. Revu le lendemain, j'ai trouvé un fort œdème de la région avec gros hématome. J'ai cru bon pour dissiper cet œdème et l'hématome de faire au blessé de larges pansements répétés deux fois par jour. Après les cinq premiers jours il y eut amélioration et le malade n'eut plus besoin que d'un pansement et ce jusqu'à la guérison

La compagnie me reproche d'avoir fait trop vite deux pansements par jour. Dois-je exiger ma note au complet en ne tenant pas compte de l'appréciation du conseil médical de la compagnie ?

3e *blessé.* — Mordu toujours par le même cheval, présentait une large plaie de la paume de la main et une plaie du dos de la main ainsi qu'une plaie du poignet. Trois jours après, aspect gangrené de la plaie avec gros œdème de tout l'avant-bras. J'ai fait deux grands pansements par jour précédés de longs bains chauds au Dakin. Actuellement en bonne voie de guérison.

Ayant eu des ennuis avec la compagnie, je vous demande de me conseiller quant à l'établissement de ma note :

6 août : régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue et profonde....	100
Sérum antitétanique	20
7 août : pansement..........................	8

8 août : 2 pansements.

Dois-je marquer 8 francs par pansement ou 15 francs, vu que je faisais un grand pansement de la main et de l'avant-bras après un bain de près d'une demi-heure ?

Dr D.

Réponse

1er *blessé.* — Il n'y a pas là un « abcès profond » et je crois plus juste l'analogie avec « ouverture d'un panaris de la gaine ».

2e blessé. — Si les deux pansements par jour étaient nécessaires, il n'y a pas de raison pour accepter un rabais sur ce point.

3e blessé. — Vous ne pouvez compter, sur une main « épluchage et suture d'une plaie *profonde* », ni même *superficielle*, si vous n'avez pas eu réunion par première intention. (Vous ne me dites pas même si vous avez fait des sutures.) Quant aux pansements consécutifs, je n'y vois pas de « pansements multiples » alors que vous faisiez un large pansement humide sur le tout.

F. D.

II

Fractures incomplètes.

Comment tarifer par « analogie » ces lésions ne figurant pas au tarif accidents du travail :

1° Contusion violente de l'articulation du genou droit, avec *fracture incomplète du condyle interne.*

2° *Fracture incomplète de la région du coude gauche* portant sur l'extrémité inférieure de l'humérus et l'extrémité supérieure du radius avec plaie contuse superficielle de la région.

A noter que dant les deux cas il n'a pas été fait de radiographie pour éviter des frais supplémentaires, le diagnostic clinique étant évident.

Combien compter ces interventions à la compagnie, et en vertu de quels articles du tarif ?

Dr D.

Réponse.

Il n'y a de tarifé que la « réduction et contention de fractures », ce que vous n'avez pas eu à faire, puisque pas de déplacements dans une fracture incomplète. Ce qui est tarifé, ne l'oubliez pas, ce n'est pas la *lésion*, mais l'*intervention* effectuée. Or vous ne donnez aucun détail sur les interventions que vous avez eu à faire, une fois votre diagnostic établi.

F. D.

III

Fracture du calcanéum.

Je vous serais très obligé si vous pouviez me renseigner sur le point suivant :

Un blessé (accident du travail) fracture verticale du calcanéum (radiographiée) par chute de 5 mètres, debout — avec plaie qui ne me paraît pas d'ailleurs communiquer avec le foyer de fracture.

Je ne trouve pas sur le tarif Breton les honoraires à demander, pour application d'une petite botte plâtrée fenêtrée pour maintenir les fragments. Que dois-je demander ?

Dr S.

Réponse

Dans un cas analogue, j'ai déjà préconisé (et avec acceptation par l'Assurance) de compter, vu l'appareil plâtré, 50 francs, par analogie

avec « répétition d'appareil plâtré de grands segments de membre » (art. 18 *in fine*).

IV

1° Ponction exploratrice
2° Communication de radio

Voudriez-vous me donner votre opinion, qui sera la mienne, sur les deux questions suivantes :

La deuxième présente une importance de principe qui ne vous échappera pas.

I. Comment tarifer pour accident travail une ponction de la plèvre exploratrice ?

Fractures des côtes, fièvre, pas de signes d'hémothorax. La fièvre continuant et l'état général s'aggravant, j'ai fait une ponction exploratrice de la plèvre, sans juger utile de faire l'évacuation du liquide hématique.

Cette petite intervention n'est pas mentionnée au tarif ni « à tarif spécial », ni comme accessoire d'une visite ou d'une consultation. Analogie ?

II. J'envoie un malade chez un confrère spécialiste voies urinaires. Prostatite, dilatation des bassinets. Le confrère fait faire une radio des reins, une analyse après séparation d'urine.

Quelques jours après, il m'envoie les résultats par lettre, mais ni épreuve, ni feuille d'analyse.

Je faisais le traitement médical et tous les 20 jours j'envoyais le malade en consultation chez le confrère.

Le malade qui attendait toujours l'épreuve qu'il voulait posséder me la demande. J'écris au confrère qui la refuse nettement disant ceci : 1) le malade ayant l'épreuve peut profiter de son travail (infection des bassinets, séparation, etc.), pour aller se faire opérer ailleurs.

Or, les actes médicaux du confrère (infection des bassinets, etc.) ont été réglés par le malade, le radiographe également. Le malade, il me semble, est libre de se faire opérer où il voudra et ce n'est pas par ce moyen qu'on doit retenir les clients.

Le confrère spécialiste admet bien que le malade a le droit au diagnostic ; est-ce que l'épreuve de radio ne fait pas une partie intégrale de ce diagnostic bien plus importante qu'une interprétation personnelle et subjective faite dans une lettre.

Autant pour les résultats exacts de l'analyse.

Je suis certain qu'un tribunal aurait donné raison à mon malade. Bien entendu, je fais mon possible pour que cela n'aille pas si loin.

Votre opinion autorisée est de première importance dans cette question, car ces faits créent un précédent.

En attendant, c'est à moi que le malade en veut à tort. Ce n'est pas un accident du travail.

Dr G.

Réponse.

1° On pourrait tarifer une ponction exploratrice de la plèvre 20 fr., par *analogie* de modeste

difficulté technique, avec « ouverture d'abcès superficiel » art. 17)

2° Voir le dernier alinéa du paragraphe V de l'article 26 du tarif Breton qui dit : « Le médecin radiologiste devra fournir, pour les prix ci-dessus indiqués, deux exemplaires des épreuves datées et signées par lui, avec le nom du blessé et leur commentaire détaillé l'une pour le patron, *l'autre pour le blessé.* » Bien qu'il ne s'agisse pas dans votre cas, d'un accident du travail, ceci à mon avis, vous donnerait raison devant le juge de paix, pour que le radiographe remette à votre client la radio que celui-ci a payée.

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Décrets portant modification des décrets relatifs à la réorganisation des écoles du service de santé militaire.

Le président de la République française,

Vu la loi du 24 juillet 1873 relative à l'organisation générale de l'armée ;

Vu la loi du 13 mars 1875 relative à la constitution des cadres et des effectifs de l'armée active et de l'armée territoriale ;

Vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée modifiée par la loi du 1er juillet 1889, ayant pour but de donner une autonomie complète au service de santé ;

Vu la loi du 1er décembre 1888 ayant pour but la réorganisation d'une école du service de santé militaire.

Vu la loi du 7 août 1913 modifiant les lois des cadres de l'infanterie, de la cavalerie, de l'artillerie et du génie en ce qui concerne l'effectif des unités et fixant les conditions de recrutement de l'armée active et la durée des services dans l'armée active et ses réserves ;

Vu le décret du 25 novembre 1889 sur le service de santé de l'armée à l'intérieur ;

Vu les décrets des 31 juillet 1893 et 29 novembre 1911 portant organisation des études médicales ;

Vu le décret du 18 mai 1906, modifié les 30 août 1908, 24 juillet 1909, 20 mars 1911 et 3 juillet 1914, remplaçant celui du 14 novembre 1891, relatif au recrutement des pharmaciens militaires ;

Vu le décret du 26 juillet 1909, portant réorganisation des études en vue du diplôme de pharmacien ;

Vu le décret du 29 novembre 1911 portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine ;

Vu le décret du 19 septembre 1919, modifié

les 7 et 21 octobre 1922, portant réorganisation de l'école du service de santé militaire ;

Vu le décret du 10 février 1920, modifié le 21 octobre 1922 portant réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire ;

Vu la loi du 6 janvier 1923 déterminant la date de nomination au grade d'aide-major de 2e classe des élèves de l'école du service de santé militairc, ainsi que la situation particulière des élèves qui ont été mobi lisés ;

Sur le rapport du ministre de la guerre et des pensions ;

Décrète :

Art. 1er. — L'article 6 du décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'école du service de santé militaire est modifié comme suit :

« *Art.* 6. — Les élèves de l'école du service de santé militaire sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe ou de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active le 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ont obtenu le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien ; ils seront mis en congé de fin d'études dès qu'ils auront obtenu leur diplôme à moins qu'ils ne soient autorisés sur leur demande écrite, à être maintenus à l'école jusqu'à leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

« Ils sont alors affectés aux hôpitaux militaires ou aux salles militaires d'hospices mixtes de villes sièges de facultés de médecine ou de pharmacie, en tenant compte des préférences qu'ils auront manifestées et des nécessités du service.

« Toutefois, les élèves ayant servi pendant la guerre et devant bénéficier des majorations d'ancienneté accordées par la loi du 6 janvier 1923, seront nommés aides-majors de 2e classe dès qu'ils obtiendront leur diplôme ; leur prise de rang sera immédiatement fixée dans les conditions déterminées par la loi précitée.

« Les aides-majors sont envoyés à l'école d'application du service de santé militaire le 3 novembre de l'année suivant celle pendant laquelle ils ont obtenu leur diplôme et leur grade. Ils prennent rang entre eux sur la liste d'ancienneté de leur grade suivant leur classement à la sortie de cette école et à l'intérieur de chacune des catégories d'officiers dont l'ancienneté d'aide-major de 2e classe remonte à la même date. »

Art. 2. — Le ministre de la guerre et des pensions est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Fait à Strasbourg, le 1er juin 1923.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

Le ministre de la guerre et des pensions,

MAGINOT.

Le Président de la République française,

Vu le décret du 19 septembre 1919, modifié les 5 et 21 octobre 1922, portant réorganisation de l'école du service de santé militaire ;

Vu le décret du 10 février 1920, modifié le 21 octobre 1922, portant réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire ;

Vu la loi du 6 janvier 1923 déterminant la date de nomination au grade d'aide-major de 2e classe des élèves de l'école du service de santé militaire, ainsi que la situation particulière des élèves qui ont été mobilisés ;

Sur le rapport du ministre de la guerre et des pensions,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 17 du décret du 10 février 1920 concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire est modifié comme suit :

§ 1er. Au lieu de : « ayant fait un an de service », mettre : « ayant servi ».

§ 2. — Au lieu de : « ayant accompli comme eux un an de service », mettre : « ayant servi ».

2e alinéa, au lieu de : « le stage commence à une date fixée par le ministre », mettre : « le stage commence le 3 novembre de l'année qui suivra celle pendant laquelle les aides-majors de 2e classe auront été nommés à ce grade, soit à leur sortie de l'école du service de santé militaire, soit après concours ».

Art. 2. — Le ministre de la guerre et des pensions est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Fait à Strasbourg, le 1er juin 1923.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

Le ministre de la guerre et des pensions,

MAGINOT.

(*J. O.*, 7 juin 1923.)

Réponse des ministres aux questions des Parlementaires

Le pensionné de guerre hospitalisé n'a droit à aucune indemnité spéciale.

18029. — M. Elisée FROUIN, député, demande à M. le ministre des pensions à quelle indemnité a droit un blessé ou malade de guerre hospitalisé pour aggravation de sa blessure ou maladie pendant la durée de l'hospitalisation, en vue de dédommager l'intéressé et sa famille de son manque à gagner pendant la même période. (*Question du* 25 *mai* 1923.)

Réponse. — Un hospitalisé au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 bénéficie de la gratuité de l'hospitalisation et conserve la jouissance de sa pension ; mais il n'a droit à aucune indemnité.

(*J. O.*, 23 septembre 1923.)

Les postes médicaux coloniaux.

18250. — M. Pierre Even, député, expose à M. le ministre des colonies qu'un gouvernement ami et allié dispose de fonds qui lui permettent de proposer à nos jeunes médecins des traitements supérieurs à ceux que l'Etat français leur alloue pour des postes aux colonies et demande au ministre : 1[eo] s'il n'estime pas que nous devons, dans un intérêt national, faire les sacrifices financiers nécessaires pour appeler ou retenir nos médecins dans les colonies françaises ; 2° quelles mesures il compte prendre pour guider nos médecins dans cette voie et pour leur permettre de négliger les propositions de nos amis et alliés. (*Question du* 12 *juin* 1923.)

Réponse. — Le développement des services d'assistance aux colonies a toujours été considéré par le département comme intimement lié au programme de leur mise en valeur. Une propagande active a été menée, dans ce but, aussi bien dans les journaux médicaux qu'auprès des instituts scientifiques qui s'intéressent à la question. Des difficultés de recrutement qui tirent en grande partie leur origine de la diminution assez sensible du nombre de jeunes gens embrassant aujourd'hui la carrière médicale, n'ont pas toujours permis de voir les efforts entrepris couronnés de succès et l'administration n'a pas hésité, lorsque cela paraissait nécessaire, à engager, par le moyen de contrats spéciaux et individuels, des médecins que ne tentait pas l'admission dans un des cadres de notre assistance médicale indigène. Le département, par ailleurs, n'a pas cessé en toute occasion, de signaler aux chefs de nos possessions, en vue de stimuler leur effort budgétaire, les avantages offerts aux médecins français dans les colonies étrangères voisines.

(*J. O.*, 23 septembre 1923.)

Quarante-cinquième année **N° 41** 14 Octobre 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de M. le Dr SERRIGNY, de Breteuil (Eure), la somme de dix francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**.

N° 493. — Aux membres du *Concours* et du « Sou », les grands élevages des Flandres et des Plaines Toulousaines réunis, accordent une réduction de 10 % sur tous leurs produits : poules, canards, oies, dindons, pintades, pigeons, lapins ; chiens, collies d'Ecosse et fox-terriers. Reproducteurs de race pure, pedigrée illustre ; œufs à couver, poulettes, leghorns blanches et bresses noires, notre spécialité, de notre strain de grandes pondeuses d'hiver (record de ponte 275 à 290 œufs), grands prix d'honneur et de collection aux expositions internationales de France et de l'étranger. Catalogue et renseignements sur demande au docteur Ruyssen, Haubourdin (Nord).

N° 494.— A vend. Berliet 1910, tr. bon état de marche Torp. 2 pl. large spider Dr Limouzi, rue d'Illiers, Orléans. Prix avantag.

N° 495. — Poste à céd. ap. décès, conv. à méd. jeune, act. Mais. louée ou vendue, cond. reprise auto et inst. Ecr. Dr F. Clément, 7, r. Station, Vernon (Eure).

Nº 496. — A céd. pr. rais. santé, bonne client. villa 9 pièces, av. jard. et gar. Dr Ruault, Pornichet, Loire-Inf.

Nº 497. — Dr 36 ans, marié à sage-femme, cherche pr. tous deux très act. sit. dans clin. ou mais. de santé.

Nº 498. — Doct. 28 ans, sér. réf. dem. place dans clin. sérieuse, acc. du trav. pet. chir. Paris ou banl. immédiate.

Nº 499. — Doct. marié, longue pratique, rech. assoc. dans mais. de santé, sanat., ou aff. para-méd. Offres Vallet, 16, rue de Lancry Paris.

Nº 500. — Citroën 5 HP magnéto ét. neuf, roulé 300 km. à vend. cause maladie 8.500. Dr Stahl, La Tronche, (Isère).

Nº 501. — Bonne client. 30 à 35.000 dans ch. l. de cant. B.-du-Rh. indem. 5.000 compt. Ecr. Dr Chauvin, 23, rue des Minimes, Marseille.

Nº 502. — Le Dr Balmelle, Fondettes (I.-et-L.), échangerait hebd. le *Journal des Praticiens* contre la *Presse médicale*.

Nº 503. — Dr. jeune, actif, rech. pl. dans clin., sanat., ou occup. paraméd. S'adr. Dr L'Hermier des Plantes, 23, boul. Banon, Marseille, qui transm.

Nº 504. — Poste de pharm., rec. 70.000 prouvés, belle mais. jard. garage, dépendances, long bail, à céd. pressé contre 30.000 compt. à déb.

Nº 505. — Banl. Paris dans pet. ville excel. client. rapp. 45.000 susc. augment. Fixes, tr. belle propr. av. mais. conf. poste d'av. indem. avantag. aff. excpept. recommandée. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 506. — Rég. Ouest. bon poste, seul pr-pharm. rapp 60.000 plus fixe, pet. loyer, mais. 9 pièces, jard. dépend. pays riche, aff. tr. sûre, sans concur. s'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Le sérum anti-tuberculeux Jousset

Le Professeur A. Jousset ne pouvant répondre à toutes les demandes de *sérum antituberculeux* dont il est l'objet nous prie d'aviser nos confrères qu'il ne peut en délivrer qu'aux médecins qui lui soumettront une observation sommaire du cas à traiter comportant toujours les trois renseignements suivants :

1º Age du malade ;
2º Age de la maladie ;
3º Tracé des températures.

On lui évitera ainsi des envois inutiles ou nuisibles et surtout un gros travail de correspondance.

Impôts sur les automobiles

Erratum

Je lis à la page VII du numéro du 23 septembre du *Concours medical*, un renseignement relatif aux impôts sur les automobiles qui ne me paraît pas correspondre à la réalité des faits.

Je me permets de vous le signaler : vous pourriez ainsi, dans un numéro ultérieur, y apporter la rectification utile qui évitera aux confrères voulant s'en inspirer, des discussions avec le fisc et le payement de droits trop élevés.

Voici comment doit être établi l'impôt voiture de 14 HP., 4 places, communes de 2.000 habitants.

1° Tarif principal (part de l'Etat) :

Droit fixe	225
15 fr du 1er au 12e cheval-vap.	180
21 fr pour chacun des 2 autres	42
Ensemble	447
2° Part du fonds commun, majoration de 25 % (1/4) du montant des droits, soit	111 75
Ensemble	558 75
dont moitié est	279 38
3° Taxe de circulation	200
Au total	479 40

Au lieu de 502 fr 50, chiffre fixé dans le numéro du *Concours médical.*

Dr R.

Réponse.

Vous avez raison, en effet, et nous vous remercions de votre rectification.

L'erreur provient de ce que nous avons compté comme droit fixe celui de Paris, au lieu de celui des communes autres que Paris.

Le décompte doit donc, en prenant notre mode de calcul, c'est-à-dire en intégrant dans chaque article les 25 % du fonds communs, s'établir ainsi :

Droit fixe (au lieu de 337,50)	281 25
12 premiers H. P. à 18,75	225
2 H. P. suivants, à 26,25	52 50
Ensemble	558 75
Dont moitié est de	279 38
Droit de circulation	200
Total	479 38

Incapacité permanente consécutive à un accident du travail

Je fais appel à votre obligeance pour me donner le renseignement suivant. J'ai soigné une femme de 65 ans, accidentée du travail pour luxation de l'épaule. Il persiste actuellement une limitation marquée des mouvements d'abduction du bras droit.

Cette femme devrait d'après mon premier certificat reprendre son travail la semaine prochaine. Peut-elle demander une indemnité, étant donné qu'elle se sert de son bras moins bien qu'avant son accident et que vraisemblablement, vu son âge, cet état sera définitif

Quelle est la marche à suivre pour faire faire une expertise et évaluer son incapacité ?

S'il y a expertise, comme je pense que je serai prévenu et que j'y assisterai, dois-je compter une visite ordinaire ou consultation avec confrère ?

Dr J.

Réponse

Puisque votre cliente est définitivement atteinte d'une incapacité permanente partielle de travail, elle a droit, à compter de la consolidation de la blessure, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident a fait subir à son salaire.

Pour bénéficier de ce droit, la blessée devrait déposer à la justice de paix du lieu de l'accident un certificat médical que vous délivrerez, constatant la lésion permanente dont elle est atteinte par suite de l'accident. Le juge de paix, saisi de cette pièce, procédera à l'enquête prescrite par la loi et transmettra le dossier au président du tribunal civil. Celui-ci convoquera la victime et son patron, ainsi que l'assureur de celui-ci, s'il est assuré.

Les parties pourront, devant le président, se concilier sur le chiffre de la rente à allouer. Le président pourra aussi, du consentement des parties, et avant la conciliation, commettre un expert.

Si les parties ne peuvent se mettre d'accord en conciliation sur le chiffre de la rente, la victime pourra saisir le tribunal, devant lequel elle sera représentée par l'avoué qui sera commis à cet effet, attendu qu'elle bénéficiera de l'assistance judiciaire.

Il est préférable d'agir avant que la victime ait repris son travail, au moins de déposer avant cette date le certificat au juge de paix. Il eût même mieux valu faire ce dépôt dès que la probabilité d'une incapacité permanente a été connue, si elle ne l'a été qu'au cours de l'incapacité de travail et non dès le début de l'accident.

Si la blessée reprenait son travail sans qu'il ait été procédé au dépôt du certificat au juge de paix, il y aurait à craindre qu'elle ne pût recourir qu'à la procédure de la revision.

Il n'est alloué par la loi ou te tarif des accidents du travail aucun honoraire, à la charge du patron, pour la présence du médecin traitant à une expertise judiciaire. Il appartient au blessé, son client, de le rémunérer conformément au droit commun.

Accident de battage

Sur la demande d'un de ses voisins, mon client X se rend chez ce dernier pour lui prêter aide, un jour de battages.

Avant que le travail ne soit commencé, avant que la machine *ne soit mise en marche*, *sans y avoir été invité*, X... aide le mécanicien à caler sa machine.

Ce mécanicien, qui n'a qu'un œil, donne par mégarde un coup de barre de fer qui atteint X... au pied, lui faisant une blessure assez sérieuse pour l'immobiliser plusieurs semaines.

Le propriétaire de la machine demande, *de son*

propre chef, un médecin qui soigne à plusieurs reprises le blessé.

Je fais également une déclaration à son assurance qui ne veut rien connaître de cet accident, prétendant quelle n'est pas responsable, puisque la machine n'était pas en marche au moment où celui-ci s'est produit.

1° L'assurance est-elle responsable ?

2° A son défaut le propriétaire de la batteuse peut-il être rendu responsable ?

3° A défaut, le voisin pour le compte duquel se faisaient les battages est-il responsable ?

4° Si aucun des trois ne doit être incriminé, qui doit payer le médecin appelé par le propriétaire de la batteuse ? Ce médecin qui a été appelé tout à fait en dehors du blessé n'est pas le médecin habituel de celui-ci. Il a fait 3 ou 4 visites successives.

Dr G.

Réponse.

1° L'accident ayant eu lieu avant que le moteur soit mis en marche, la loi du 30 juin 1899 n'est pas applicable. Par suite, la législation spéciale ne jouant pas, c'est le droit commun qu'il y a lieu d'appliquer.

L'assurance du propriétaire de la batteuse ne peut d'ailleurs être mise en cause par la victime qui ne peut s'adresser qu'au responsable, s'il en existe un.

2° Comme l'accident a été causé par la maladresse du chauffeur, ouvrier permanent de l'entrepreneur de battage, ce dernier pourrait être déclaré responsable de son préposé. Mais il faudrait que la preuve de la faute fût produite par le blessé.

3° Le voisin pour le compte duquel se faisait le battage n'est certainement pas responsable, que la loi du 30 juin 1899 soit ou non applicable. Dans le premier cas, en effet, la responsabilité incombe à l'entrepreneur de battage seul. Dans le second cas, en ne saurait incriminer de faute, négligence ou imprudence, le propriétaire pour le compte duquel on battait, puisque ce ne fut ni lui ni l'un de ses préposés qui causa l'accident.

4° Il pourrait cependant être poursuivi par le médecin qu'il a appelé, mais pourrait soutenir avec quelque chance de succès qu'il n'a agi que par humanité, et sans entendre s'engager en quoi que ce soit au payement des honoraires.

Il semble donc que la marche à suivre, pour le médecin qui a donné ses soins dans les conditions rapportées, soit de poursuivre solidairement le blessé et l'entrepreneur de battages devant le juge de paix du domicile de l'un d'eux.

Quant à la Compagnie d'assurances, elle défendra son assuré si le risque couru est garanti par elle, ce que nous ne pouvons savoir, ne connaissant pas la ou les polices. Il est probable que les entrepreneurs de battages sont assurés contre les risques de la loi du 9 avril 1898, de celle du 30

juin 1899 et contre les accidents causés aux tiers.

La situation pourrait être modifiée si la loi sur les accidents agricoles était applicable. Mais elle ne le sera qu'à compter du 1er septembre 1924.

Honoraires de médecine légale

J'ai l'honneur de vous adresser le réquisitoire ci-joint en vous priant de bien vouloir me dire si je puis demander des honoraires bien que je sois médecin-adjoint de l'hospice et suivant quel tarif.

Dr T.

Réponse.

Puisque vous avez été requis par la Commissaire de police, officier de police judiciaire, en vertu des articles 43 et 44 du Code d'instruction criminelle, pour examiner le cadavre d'un nouveau-né, retiré de la rivière, il s'agit bien d'une opération de médecine légale et vous avez droit aux honoraires de 15 fr., pour visite judiciaire, y compris la rédaction et le dépôt du rapport, ainsi que la prestation de serment, s'il y a été procédé.

Vos fonctions de médecin de l'hôpital ne sauraient vous retirer ce droit.

Nous vous rappelons que pour les mémoires inférieurs à 50 fr., il n'est plus besoin de timbre sur l'un des deux exemplaires des mémoires.

Attribution des allocations d'allaitement.

Pourriez-vous me donner les renseignements suivants :

1° La prime à l'allaitement maternel est-elle subordonnée à l'approbation du maire de la commune ou est-elle un droit pour l'intéressée, quelle que soit sa situation sociale ?

2° Dans ce dernier cas que peut faire l'intéressée pour arriver à toucher sa prime, si le maire se refuse à transmettre la demande, avec le certificat médical, aux services compétents ?

Dr P.

Réponse.

L'allocation d'allaitement est accordée, aux termes de la loi du 24 octobre 1919, à toute Française admise au bénéfice de la législation des femmes en couches et allaitant son enfant au sein, pendant les douze mois qui suivent l'accouchement.

D'autre part, la loi du 17 juin 1913 admet au bénéfice de l'allocation, pendant la période de repos qui précède et suit immédiatement ses couches, toute femme de nationalité française et privée de ressources, qui se livre habituellement chez autrui à un travail salarié comme ouvrière, employée ou domestique.

L'admission au bénéfice de la loi est prononcée dans les conditions fixées par la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.



C'est donc la Commission d'assistance qui dresse la liste, qui est ensuite arrêtée par le Conseil Municipal, et, en cas de difficultés, la Commission cantonale qui statue sur les réclamations, le maire entendu ou dûment appelé. Les réclamations peuvent être faites pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt de la liste au secrétariat de la mairie.

En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, l'admission peut être prononcée par le bureau de l'assistance ou même par le maire.

Propharmacie.

En ma qualité de membre du « Sou » je viens vous demander un renseignement.

Un médecin qui exerce dans une localité où il n'y a pas de pharmacien, en l'espèce dans une commune limitrophe et située à 3 kil. d'une autre ou se trouvent et médecin et pharmaciens, peut-il délivrer les médicaments qu'il prescrit ? Si oui, est-il autorisé à les délivrer non seulement à son domicile à lui mais à les délivrer à ses clients chez eux au cours de ses visites ? Et enfin peut-il les délivrer chez lui à son domicile à des clients venant le consulter et habitant la commune où existe le pharmacien ?

Merci d'avance. Dr X.

Réponse.

Un médecin qui exerce dans une localité où n'existe pas d'officine de pharmacie ouverte peut délivrer des médicaments à ses clients quelle que soit la distance qui le sépare d'une autre commune où se trouve un pharmacien. Le projet de loi sur la pharmacie prévoit bien une distance minima, mais il n'est pas même encore en discussion devant la Chambre.

Le propharmacien a le droit de délivrer des médicaments non seulement en son cabinet, mais à leur domicile, « aux personnes auprès desquelles il est appelé », dit la loi.

Il a même le droit de les délivrer en son domicile aux clients habitant la localité munie d'une officine. Quant à la question de savoir s'il peut porter les médicaments à domicile à ces mêmes clients, elle est controversée et n'a pas été résolue par la jurisprudence. Nous conseillons, en pareil cas, de s'abstenir.

Calcul de l'impôt sur le revenu

En vous priant de m'excuser de la longueur de ma lettre, je vous serais reconnaissant de me faire savoir si je me trompe dans mes calculs ou si le contrôleur a mal calculé lui-même.

J'ai reçu il y a 15 jours l'avertissement pour mes bénéfices réalisés en 1921.

En voici la copie :

(*Voir la suite page XLIII 3223*)

PROPOS DU JOUR

L'organisation de la lutte antituberculeuse. L'organisation parisienne et la réalisation bordelaise. Deux méthodes à comparer

Nous avons lu, dans le *Temps* du 26 septembre, que le Congrès d'hygiène sociale de Strasbourg avait entendu « un rapport de M. Batier sur le rôle du Corps médical en matière d'hygiène sociale. Comme conclusion de ce rapport, le Congrès a adopté, *à l'unanimité*, un vœu déclarant que, *de même qu'on ne saurait envisager la réalisation des assurances sociales sans la collaboration de l'ensemble du Corps médical, de même le Congrès estime que l'hygiène sociale ne peut atteindre son but sans le concours du corps médical tout entier* ».

Cette réponse directe à la singulière offensive de M. le Pr Léon Bernard, et de ses seconds, tant à l'Académie de médecine qu'au Congrès de la tuberculose à Strasbourg, nous est d'autant plus agréable que ce n'est pas le corps médical qui l'a provoquée, et qu'elle démontre que, chez les personnes qui s'intéressent en ce pays à l'hygiène sociale, il existe encore un fonds irréductible de bon sens.

Il nous est permis de poser la question : Puisque tout le monde (sauf M. le Pr Léon Bernard) reconnaît en France la nécessité absolue de la collaboration du Corps médical à l'organisaion de l'hygiène sociale, pourquoi ceux qui ont mission de créer cette organisation mettent-ils tant de répugnance à s'entendre avec les seuls groupements qui réunissent la presque unanimité des médecins praticiens, les Syndicats médicaux ?

Le scandale du sanatorium de Kerpape en Ploermeur, dont l'Union des Syndicats médicaux a saisi M. le ministre de l'hygiène, répond en partie à cette question.

Les mobiles, qui poussent certains à s'occuper d'hygiène sociale, sont loin d'être toujours le souci du bien public. Le contrôle des Syndicats médicaux qui sont restés indépendants, dans lesquels les influences politiques et confessionnelles et les intrigues, créées par la vanité et les intérêts privés, n'ont pas encore réussi à prendre pied, est gênant et l'on ne veut pas le subir.

Le sanatorium de Kerpape, bien que subventionné par l'Etat, est une œuvre mutualiste. Nous nous en étions douté, car l'on trouverait sans peine des faits antérieurs analogues à celui de Kerpape dans les œuvres d'initiative privée subventionnées. Sans remonter à la pitoyable affaire de Sœur Candide, nous pourrions citer un autre échec mutualiste dans la lutte antituberculeuse : celui du dispensaire-hôpital Emile Loubet du XIIIe arrondissement, et il serait très intéressant de connaître en détail l'histoire de cette fondation mutualiste et de ses multiples avatars, depuis sa création il y a plus de vingt ans.

L'Union des Syndicats médicaux a entrepris une enquête au sujet de la lutte antituberculeuse en France. Nous en trouvons le résultat dans le *Médecin Syndicaliste* de juillet 1923. Au 1er janvier de cette année, 73 départements possédaient une organisation officielle en accord avec le Comité national. 12 départements n'avaient aucune organisation départementale. Parmi ces derniers, un essai de lutte antituberculeuse a été tenté par les Syndicats médicaux dans les Landes et le Lot-et-Garonne.

Nous ne pouvons reproduire ici les résultats très intéressants de cette enquête absolument impartiale. La conclusion est que, *même sur le papier*, la lutte antituberculeuse est insuffisante. Les chiffres des statistiques sont à ce sujet très éloquents :

Il meurt chaque année en France plus de 70.000 tuberculeux pulmonaires, ce qui nous permet de présumer que le nombre des tuberculeux dépasse 300.000 malades, vraisemblablement contagieux. Ces malades ont à leur disposition, du fait de l'organisation actuelle : 6.000 lits d'isolement (1), 7.000 lits de cure et près de 450 dispensaires. Le rapprochement de ces nombres suffit à montrer ce qui est fait et ce qui reste à faire.

Dans l'enquête de l'Union des Syndicats médicaux, les praticiens se plaignent *unanimement* qu'on ne leur permet qu'une collaboration minime qui est rendue inefficace par de petites manœuvres mesquines, telles que le retard dans

(1) Sur ces 6.000 lits, la moitié sont dans le département de la Seine.

l'envoi des convocations. Presque partout, sinon absolument partout, le Syndicat médical n'est pas officiellement représenté dans les Comités.

Le praticien indépendant est considéré comme un gêneur par ceux qui dirigent « *une philanthropie ou bien de façade, ou bien pleine de bonne volonté, mais abusée par de mauvais conseils* ».

Cependant, de rares expériences ont démontré les services que pourraient rendre les médecins praticiens :

Dans le Lot-et-Garonne où la population, presque exclusivement agricole, est de 250.000 habitants environ, «les *seuls médecins* ont, malgré l'hostilité manifeste des organisations officielles et avec un minimum de frais, dépisté 200 tuberculeux dans les 18 premiers mois de l'œuvre, dont 90 dans les 6 derniers mois ». Bien que la lutte antituberculeuse n'ait pas été engagée comme nous pensons qu'elle eût dû l'être pour donner son maximum de résultats, nous croyons devoir signaler l'effort croissant fait dans quelques régions, notamment dans le département de la Seine et celui de la Gironde sur lesquels nous avons des renseignements précis. Ces efforts, que nous nous plaisons à reconnaître, donnent des résultats évidemment insuffisants, mais qui seraient singulièrement accrus si l'on parvenait à obtenir la collaboration de l'ensemble des médecins praticiens à l'œuvre d'hygiène sociale et de lutte contre les fléaux.

***

Pour l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, nous trouvons les renseignements les plus détaillés et les plus précis dans le dernier rapport présenté à son sujet au Conseil général, par MM. Henri Sellier et Henri Rousselle, conseillers généraux.

L'*Office public d'hygiène sociale de la Seine* fonctionne depuis quatre ans. Sa création a été décidée le 10 juillet 1918 par le Conseil général.

Il est administré par un directeur, nommé par le préfet, assisté d'un Conseil de surveillance de 33 membres, parmi lesquels 11 conseillers généraux, 11 fonctionnaires ou personnalités jugées compétentes par le préfet, 11 représentants qualifiés des organismes suivants :

1° Syndicats médicaux, 2° Syndicats ouvriers, 3° Sociétés coopératives de consommation, 4° Sociétés de Secours mutuels, 5° Office départemental du placement et de la statistique du travail, 6° Offices d'habitations à bon marché, 7°, 8° et 9° Œuvres philanthropiques s'occupant de prophylaxie antituberculeuse, 10° Conseil départemental d'hygiène et de salubrité, 11° Société médicale des hôpitaux.

Sur ces 33 membres, 11 sont docteurs en médecine et font partie du Conseil à divers titres ; parmi eux, il en est qui, du fait des multiples fonctions qu'ils assurent, officielles ou non, doivent apporter à l'Office une collaboration bien problématique, mais c'est une habitude de nos administrations de chercher, non de véritables collaborateurs techniques, mais des *autorités*, dont les titres éblouissent le bon public sans contribuer en quoique ce soit à la bonne gestion de l'œuvre entreprise.

Notons que, pour servir de liaison entre les 4.000 médecins praticiens de la région parisienne et l'Office, DEUX *personnalités qualifiées* ont été désignées, *une* pour la Société médicale des hôpitaux et *une* pour les Syndicats médicaux.

Un personnel d'administrateurs, de médecins, d'infirmières visiteuses, d'aides de laboratoires, d'instituteurs dans les préventoriums d'enfants, d'infirmières soignantes dans les établissements, d'employés de bureaux, enfin un personnel domestique et ouvrier par les divers établissements ont été recrutés et jouissent d'avantages analogues à ceux des divers services départementaux.

Les *dispensaires* sont les premiers centres d'action. Leur rôle consiste à dépister et diagnostiquer les cas de tuberculose, à *soigner les malades dépourvus de ressources*, à faciliter l'hospitalisation de tous, à préserver de la contagion les familles, surtout les enfants, et la collectivité en général.

L'Office dispose de 35 dispensaires, 21 à Paris, 14 en banlieue.

Le dispensaire Léon Bourgeois, dépendant de l'Assistance publique de Paris, dont le travail social est effectué par l'Office, assure les services de trois arrondissements parisiens. L'Office est en liaison avec 10 dispensaires privés.

21.425 personnes malades ou en contact de cohabitation avec les malades (dont 12.630 diagnostiquées tuberculeuses) étaient inscrites et suivies par les dispensaires de l'Office le 1er novembre 1922 ; 3.714 autres, dont 1.601 tuberculeux, étaient inscrites dans les postes provisoires. En tout 25.139 inscrits, dont 14.231 réellement tuberculeux.

Les dispensaires ont donné 6.000 à 7.000 consultations par mois en moyenne. 11.000 visites à domicile sont faites chaque mois par

les infirmières visiteuses. Cette activité doit s'accroître en 1923 avec l'augmentation du nombre des dispensaires. L'effectif des infirmières-visiteuses pour 1923 est fixé à 186. Ce nombre est reconnu insuffisant pour assurer tous les services qui relèvent des dispensaires. Le recrutement des infirmières visiteuses instruites, bien que le rapport n'insiste pas sur ce sujet, paraît être actuellement assez difficile.

Dans le dispensaire, l'infirmière visiteuse fait les enquêtes préliminaires des nouveaux inscrits, assiste aux consultations, rédige les fiches sociales, opère les enquêtes à domicile, fait les divers travaux administratifs : classement et établissement des tableaux statistiques mensuels, etc.

De petits laboratoires de bactériologie sont annexés aux dispensaires. Onze dispensaires disposent de laboratoires de radiologie, et tous les dispensaires sont en liaison avec le laboratoire départemental de radiologie. De nombreux services de rhino-laryngologie ont été créés pour les dispensaires.

Le service dentaire se borne actuellement à une seule consultation.

Judicieusement, les consultations ont lieu le jeudi pour les enfants, l'après-midi du samedi pour les adultes à cause de l'extension de la semaine anglaise, et les autres jours le soir de 17 heures à 19 heures.

L'Office s'efforce de suivre les malades et d'utiliser les fiches et les statistiques des dispensaires par la création d'un *Fichier central médical*. Ce fichier est uctuellement en liaison avec ceux de 10 départements : Aisne, Alpes-Maritimes, Ardennes, Eure-et-Loir, Finistère, Indre-et-Loire, Hérault, Oise, Puy-de-Dôme, Haute-Vienne, auxquels se joindront bientôt la Gironde, le Loiret, la Seine-et-Oise, le Vaucluse où des fichiers sont constitués.

Les réformés de guerre tuberculeux peuvent recevoir des soins dans les dispensaires, soins réservés réglementairement aux seuls malades privés de ressources .M. le ministre des pensions a pris cette décision parce qu'il prétend vouloir sauvegarder ainsi complètement le libre choix du médecin.

L'Office public d'hygiène sociale assure le service social de l'école de puériculture de la Faculté de médecine de Paris. Il fait à Suresnes une expérience de lutte antisyphilitique, car sa dénomination permet de juger qu'il ne doit pas exclusivement borner son action à la prophylaxie de la tuberculose.

L'Office, bien que disposant d'un budget assez important, est encore loin de pouvoir répondre à toutes les nécessités de la prophylaxie. Aussi, sa première préoccupation a été de suivre les conseils de Grancher (le *seul* qui ait vu juste et qui ait obtenu de réels résultats jusqu'à notre époque) : *préserver l'enfance*. Il a d'abord cherché à utiliser toutes les œuvres privées existantes et de les associer à son action.

Pour la *préservation de l'enfance*, il a créé des écoles de plein air, des abris temporaires pour les enfants de familles tuberculeuses avant de les envoyer dans les préventoriums ou d'opérer leur placement collectif. 441 enfants ont été placés en 1922 dans les 4 préventoriums de l'Office ; 580 dans les préventoriums privés ayant conclu une entente avec l'Office : soit au total, 1.021.

Un essai de placement familial pour tout petits utilisant des œuvres privées à Mainville (Seine-et-Oise), à Salbris, Argent, etc. a donné des résultats intéressants.

Des centres de placement familial pour enfants fonctionnent.

Celui de l'Office à Orthez (Basses-Pyrénées) a reçu 256 enfants en 1922. L'œuvre de Grancher, qui a passé un contrat avec l'Office, a admis 95 enfants placés par l'Office. Enfin, 85 enfants ont ont été confiés à des centres de placement collectifs. Des sanatoriums pour enfants ont été utilisés par l'Office qui, en 1922, en avait hospitalisé 230 dans ces établissements.

Si nous faisons le total des enfants placés par l'Office, nous constatons que près de 1.700 enfants tuberculeux ou de familles tuberculeuses sont ainsi secourus, en dehors de ceux dont se charge l'Assistance publique.

L'Office ne peut à l'heure actuelle secourir efficacement les adultes qui auraient besoin de faire une cure dans un sanatorium. Sur 2.375 propositions de placement, 992 placements en sanatorium ont pu seulement être effectués.

S'inspirant des méthodes de la « Commission américaine contre la tuberculose en France », dont le Dr Linsly R. William a si judicieusement indiqué le fonctionnement, l'Office a entrepris la propagande éducative d'hygiène et de prophylaxie antituberculeuse par les conférences, le cinéma, les affiches, les tracts, dans les diverses écoles, les lycées, les réunions mutualistes, les groupes d'éducation, les œuvres post-scolaires, les sociétés diverses et même en des réunions publiques. Ces conférences ont eu toujours le plus grand succès.



Enfin, dans le même but, l'Office a pris part à de nombreuses expositions.

Le crédit alloué à l'Office public d'hygiène social était de 9.620.000 francs. Le budget utilisé avec une prudence et une économie qui font grand honneur au directeur de l'Office, M. Guillon, a laissé un reliquat de 1.762.625 fr. 36. Nous ne croyons pas que pareil fait soit fréquemment constaté dans une administration française, et surtout parisienne. Aussi, le Conseil général n'a pas hésité à adopter le projet qui porte à 11.400.000 francs le budget de l'Office. Onze millions sont sans doute peu en face de l'énormité de la tâche à accomplir, surtout si l'on met ce chiffre en regard du budget de l'Assistance publique à Paris ; mais c'est néanmoins quelque chose. Les services rendus par l'Office, surtout à l'enfance, sont indiscutables ; ils pourraient être doublés, nous en sommes fermement convaincus, si l'Office savait s'assurer la collaboration méthodique du Corps médical parisien dans son ensemble. Cette collaboration existe individuellement et plus souvent qu'on se le figure, mais elle tient simplement aux bonnes relations confraternelles que certains médecins de dispensaires entretiennent avec les médecins praticiens. Un examen des statistiques des dispensaires le démontre, et une enquête à ce sujet serait des plus intéressantes. Mais combien de tuberculeux curables, d'enfants menacés seraient envoyés aux dispensaires par les praticiens, s'ils étaient certains que l'on y tiendrait compte de leurs indications, que l'infirmière-visiteuse ne sortirait pas de son rôle délicat, ne se permettrait à l'égard du médecin traitant aucune réflexion déplacée ? Mais pour arriver à ce résultat désirable, qui finira bien un jour par s'imposer, il conviendrait de modifier la mentalité surprenante de quelques membres médecins du Conseil de surveillance de l'Office, et non des moindres.

***

Nous venons d'exposer le fonctionnement de la lutte antituberculeuse dans la région parisienne ; prenons un exemple de ce qui se passe en province, dans un département où elle est organisée. Dans le numéro spécial du *Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, édité à l'occasion du XVII[e] Congrès de médecine, le D[r] Eugène Leuret a fait un très intéressant exposé de *la lutte antituberculeuse dans le département de la Gironde*, en un article que nous allons tâcher d'analyser.

La Gironde vient au cinquième rang parmi les départements qui ont tâché d'entreprendre la lutte antituberculeuse. Elle dispose de 12 dispensaires, dont 7 à Bordeaux. Chaque dispensaire bordelais répond à un secteur de la ville et est placé sous la surveillance technique du professeur agrégé Leuret. Il y a en outre deux dispensaires privés, dont celui de Bagatelle (école Florence Nightingale). Les cinq dispensaires hors Bordeaux sont à Arcachon, Libourne, La Réole, Bazas et Blaye. Ces cinq dispensaires ont des installations radiologiques.

Deux dispensaires bordelais et ceux d'Arcachon, Libourne et Bazas, sont pourvus de laboratoires. En outre, il existe à Bordeaux, dans l'annexe de l'hôpital St-André, un centre antituberculeux, installé par la Fédération girondine, avec le concours de la Faculté de médecine. La ville de Bordeaux a fait de grands sacrifices pour le fonctionnement de ses dispensaires, qui ne se bornent pas au dépistage et à la prophylaxie, mais s'efforcent d'assister efficacement les familles, d'améliorer les logements, de placer les malades au sanatorium, les enfants menacés au préventorium. Des comités de patronage secondent chaque dispensaire. En 1922, il y a eu 7.840 consultants, dont 6.497 à Bordeaux. Les infirmières ont fait 20.102 visites, dont 17.920 à Bordeaux ; 2.514 personnes, dont 2.182 à Bordeaux ont été prises en charge. Sur ce nombre, il y avait 956 tuberculeux diagnostiqués, 40 taudis ont été transformés, 898 enfants ont été envoyés à la campagne.

La Gironde dispose de deux sanatoria, le sanatorium de Feuillas, en voie d'agrandissement, qui, avant peu, comptera 224 lits et La Pignada, sur une anse pittoresque du bassin d'Arcachon, destinée à 200 malades, mais qui, du fait des nécessités budgétaires, n'en abrite que 69.

La Fédération girondine, qui a beaucoup contribué à la création et au développement de ces établissements, projete la création d'une école de rééducation pour les tuberculeux guéris dans un domaine que lui abandonnerait la ville de Bordeaux. Les convalescents se livreraient à des travaux en plein air, dans un milieu particulièrement sain (culture, porcherie, aviculture, élevage du lapin, apiculture, culture maraîchère et potagère, horticulture, arboriculture et mécanique agricole).

En ce qui concerne la préservation, il est à noter que la section bordelaise de l'œuvre de Grancher, fondée dès l'origine de l'œuvre par le P[r] Moussous en 1906, est une des plus prospères.

Aucun cas de tuberculose n'a été relevé depuis qu'elle fonctionne, parmi les enfants de tuberculeux qu'elle a recueillis. L'œuvre compte actuellement 30 pupilles girondins.

La *Solitude de Marcillac* est un préventorium, fondé en 1919 pour les orphelines de guerre, pupilles de la nation, filles de tuberculeux. C'est un orphelinat agricole qui recueille 45 enfants.

Le *Solarium de Grandignan*, 62 lits, hospitalise 50 à 60 enfants.

Le *Moatchic*, qui appartient aux Dames françaises, est dû à la transformation d'un camp américain d'hydravions. Un pavillon y est destiné au traitement de la tuberculose osseuse des enfants ; d'autres sont destinés aux colonies de vacances, à une crèche, etc.

L'*Aerium d'Arès* construit dans les pins, sur le bassin d'Arcachon, est un modèle de préventorium qui se perfectionne et s'agrandit chaque année.

Ajoutons, à cette liste déjà longue, le sanatorium protestant du Mouilleau, près de l'entrée du bassin d'Arcachon, les préventoria marins (colonie agricole de Cadanjac, orphelinat, préventorium de Barsac, préventorium agricole de Fontaudin, aerium de Taussat, celui d'Arcachon, l'Institut Lalesque, le sanatorium Armaingaud, toujours à Arcachon, et bien d'autres petites organisations annexées aux écoles de campagnes dont le type est celle du Haillan).

Nous ne citons que pour mémoire les colonies de vacances, et le projet de création dans la banlieue de Bordeaux d'une colonie permanente avec école de plein air.

Deux écoles d'infirmières fournissent un personnel de choix à tous ces établissements, l'école Florence Nightingale à Bagatelle-Talence, dirigée par la distinguée vice-présidente de notre Mutualité familiale du Corps médical français, Mlle la doctoresse Hamilton, l'autre celle des I. V. F. dirigée par Mlle Cellerier.

L'on peut se rendre compte par ce court exposé que la lutte antituberculeuse dans la Gironde peut soutenir la comparaison avec celle menée dans le département de la Seine. Ce résultat a pu être obtenu par le concours de toutes les bonnes volontés, réunies sous la présidence du préfet, dans la Fédération girondine des œuvres antituberculeuses. Outre le maire de Bordeaux, le Pr Arnozan et le Dr Leuret contribuent puissamment à l'heureuse activité de cette Fédération. Notons que le président du Syndicat médical, comme le doyen de la Faculté de médecine, fait de droit partie du Comité de direction.

Notons encore, et surtout, que la ligne de conduite de cette Fédération à l'égard de l'ensemble du Corps médical et des Syndicats médicaux est tracée dans un tout autre esprit que celui qui domine à Paris, chez les membres médicaux les plus titrés du Conseil de surveillance de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Pour montrer combien sont différents les sentiments des Girondins à l'égard des médecins praticiens, nous nous permettons de citer *in extenso* la fin de l'article du Dr Eugène Leuret, un des apôtres bordelais de la lutte antituberculeuse, article que nous venons d'analyser trop sommairement à notre gré.

« La Fédération départementale, écrit le Dr Eugène Leuret, est ainsi devenue le véritable centre qui étudie, met au point et réalise par tranches le plan d'une lutte anti-tuberculeuse complète dans le département.

Depuis longtemps désireuse de s'assurer la collaboration complète et efficace de tout le corps médical, la Fédération anti-tuberculeuse avait, de longue date, par l'entremise de son vice-président, le professeur Arnozan, nettement défini et limité le rôle essentiel et le mode de fonctionnement d'un dispensaire anti-tuberculeux. Ce dispensaire ne pouvait en aucun cas devenir une polyclinique pour consultations gratuites ; le rôle de thérapeute d'un médecin y est nul, celui-ci n'étant pas fait pour soigner les malades, mais pour permettre de faire, par le dépistage des contagieux, de l'hygiène sociale ; les infirmières visiteuses chargées de la tenue des dispensaires, des fichiers, des visites à domicile des malades, des familles en danger de contamination et de toutes mesures d'assistance indispensables, étant priées impérativement de s'abstenir de toute pratique médicale. Tout récemment et pour éviter toute espèce de discordance entre l'action de la Fédération et des intérêts médicaux professionnels, des pourparlers ont abouti à une entente très précise comportant comme corollaire une collaboration plus intime du corps médical. *Désormais, le Syndicat professionnel médical sera représenté au sein de la Fédération par trois de ses membres qui seront chargés de veiller à ce que l'action de la Fédération ne puisse empiéter sur le domaine légitimement réservé à l'action médicale.*

Les examens des dispensaires seront toujours gratuits et ne seront admis à en bénéficier que les malades munis d'un certificat d'indigence ou d'une lettre introductive de leur médecin traitant.

La Fédération va faire tous ses efforts pour charger du fonctionnement des dispensaires un ou deux médecins spécialisés, qui se consacreront uniquement à cette tâche et prendront l'engagement de ne faire de clientèle sous aucune forme. Se consacrant exclu-

sivement à l'examen des malades, spécialement au point de vue bactériologique, radiologique et rhino-laryngologique, en aucun cas, ils ne s'immisceront dans le traitement des malades et si ceux-ci sont indigents et dépourvus de médecins, ils commenceront par les faire inscrire sur les listes de l'Assistance médicale gratuite. *Les résultats de leurs examens ne seront jamais remis aux malades, mais transmis au médecin traitant par l'infirmière visiteuse, qui demeurera en relation avec celui-ci pour les mesures d'hygiène et de prophylaxie à prendre au domicile des malades ou pour l'application de certains traitements, si l'ordonnance écrite les y invite.*

Il est à présumer qu'une entente aussi précise ne peut que donner une impulsion plus efficace à la lutte anti-tuberculeuse dans la Gironde *en lui assurant une collaboration plus intime et plus cordiale du corps médical tout entier, sans laquelle toute lutte d'hygiène sociale serait frappée de stérilité.* Or, nul ne méconnaîtra la nécessité d'une lutte sévère contre la tuberculose, qui saura qu'avec les moyens encore réduits, les dispensaires de Bordeaux ont déjà à ce jour pris en charge plus de 1.900 tuberculeux contagieux. »

***

Nous avons tenu à analyser ces documents parisiens et bordelais pour permettre à nos lecteurs de se faire impartialement une opinion ; à eux d'établir un parallèle entre deux méthodes, celle que M. le Pr Léon Bernard a développée à l'Académie de médecine et qu'il a appliquée à Paris au dispensaire Léon Bourgeois, annexe de l'hôpital Laënnec, et celle que M. le Pr Arnozan et le professeur agrégé Leuret ont adoptée pour la lutte antituberculeuse dans la Gironde.

Maintenant, lecteurs, comparez et jugez.

J. Noir.

***

Une fête syndicale en Vendée.

Le Syndicat des médecins du département de la Vendée a résolu de tenir, le 17 octobre, son assemblée générale à Pouzauges, et de donner à cette réunion le caractère d'une fête en l'honneur de son président, notre ami, le Dr Barbanneau. Un banquet confraternel terminera la fête. Un souvenir sera offert au Dr Barbanneau par ses confrères et ses amis en reconnaissance des services éminents rendus au Corps Médical par ce vétéran dévoué et vénéré du Syndicalisme médical.

Le Concours Médical s'associe de tout cœur à l'hommage rendu au Dr Barbanneau.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

Par M. le Dr Henri Vignes,

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

La phlegmatia alba dolens est une phlébite qui se produit au cours d'une forme atténuée d'infection puerpérale, qui se traduit par un œdème blanc, dur, douloureux, qui se complique assez souvent d'embolies, et qui laisse, très souvent, des séquelles au niveau du membre atteint.

Quatre notions anatomiques.

Les lésions de la phlegmatia alba dolens consistent en une inflammation de la paroi de la veine qui détermine une coagulation et des troubles circulatoires consécutifs : la phlébite est primitive, la thrombose secondaire ; nous devons la connaissance de ces faits à Cruveilhier et leur démonstration irréfutable à Widal.

Cette phlébite présente dans son « architecture » quatre traits que nous n'avons pas le droit d'ignorer.

1° **Les deux caillots** : Dans une première période, *phase préoblitérante* de Vaquez, on constate, sur la paroi du vaisseau, une petite plaque de phlébite : un peu de desquamation de l'endo-veine, un bourgeon. Par coagulation, il se forme là un caillot très résistant, très adhérent à la paroi.

Dans une deuxième période, *phase oblitérante,* il se dépose, sur ce caillot primaire, des couches successives de sang coagulé : il se forme ainsi un caillot secondaire qui envahit complètement ou partiellement la lumière de la veine.

Arrêtons-nous un peu à ce caillot secondaire, — pour relire, à son sujet, une *clinique de* Trous-

SEAU : « Son extrémité supérieure, dit TROUSSEAU, prend souvent la forme d'une tête d'un serpent, légèrement aplatie, libre d'adhérences vasculaires... Cette tête du caillot reçoit sans cesse le choc du sang qui est apporté par la veine afférente la plus voisine... ou comprend qu'il pourra être arraché et emporté vers la veine-cave, le cœur et le poumon ».

2° **Comment la phlébite envahit le membre ?** Il y a là un point fort important, à mon sens.

La phlébite résulte, tantôt de la propagation d'une phlébite utérine qui, de proche en proche, envahit les veines hypogastrique, iliaque externe, fémorale et saphène, tantôt d'une septicémie atténuée et transitoire qui localise les germes charriés sur un point d'une veine, principalement au mollet, sans qu'on sache le pourquoi de cette localisation, sinon qu'elle se fait en un point déclive où la circulation est ralentie.

Je crois qu'il y aurait lieu de multiplier les observations anatomo-cliniques sur ce point et qu'on trouverait là l'explication des évolutions si différentes qui se peuvent rencontrer dans les suites éloignées des phlegmatia : il y a des grosses jambes œdémateuses qui résultent d'une phlébite pelvienne et qui traduisent un barrage de la circulation à la racine du membre plus qu'une infection des veines de la cuisse ou de la jambe — et il y a d'autres cas où l'infection prédomine en plein membre et laissera forcément des séquelles sensitives et motrices (1).

3° **Dans un tiers des cas les poussées sont multiples,** soit au niveau d'un même membre dont plusieurs segments sont atteints, soit au niveau des deux membres.

Une poussée se guérit : il s'en développe peut-être une autre... avec tous ses dangers.

4° **La guérison d'une poussée se fait par phlébite oblitérante** ; très rapidement vers le sixième jour, le caillot est emprisonné par des bourgeonnements de la paroi veineuse, qui ne tardent pas à s'organiser comme n'importe quels bourgeons cicatriciels. L'embolie est donc un accident du début ; la mobilisation est donc dangereuse les premiers jours seulement, à moins qu'il ne se produise une nouvelle poussée phlébitique avec un nouveau caillot secondaire.

(1) C'est là sans doute qu'il faut chercher une réponse à la question posée par LERICHE, l'autre jour. (*Presse médicale*. 4 avril 1923, p. 309) lorsqu'il s'exprimait ainsi : « Tout le monde sait qu'après certaines *phlegmatia alba dolens*, on reste très impotent, tandis qu'après d'autres, il ne persiste qu'un très léger déficit du membre ; mais le motif de ces différences n'a pas été cherché ou du moins n'est pas établi. Il y aurait là, je crois, matière à d'intéressantes études, et peut-être, avec quelques précisions sur ce point, arriverait-on à modifier le sort des infirmes veineux mieux qu'on ne le fait dans ces cas avec les traitements physiques généralement employés. »

Les causes de la phlegmatia

1° **La phlegmatia alba dolens est causée par une infection** ; c'est se leurrer que de lui chercher une autre origine.

Certains ont donné de multiples raisons tirées du ralentissement de la circulation, des modifications de la composition du sang, des lésions traumatiques ou toxiques de l'endothélium veineux, de la stagnation du sang dans l'utérus après l'accouchement, pour expliquer la coagulation facile du sang pendant le post partum, coagulation qui suffirait à elle seule à produire la phlébite : politique de l'autruche que de nier l'infection ! Il faut, je crois, s'associer entièrement à ce qu'écrivaient en 1911, WIDAL et BEZANÇON : « L'existence de symptômes non douteux d'infection dans la période intercalaire qui s'étend depuis le moment de l'accouchement jusqu'au jour d'apparition de la phlébite, la présence dans les parois de la veine malade et dans les caillots de nombreux streptocoques, tout prouve que cette phlegmatia n'est qu'une des modalités de l'infection puerpérale » (1).

Nous nous devons à nous-même de chercher le moment où s'est produit l'ensemencement incriminé :

a) *Le plus souvent, l'ensemencement est contemporain de l'accouchement.* Il peut s'être réalisé dans le cas d'un accouchement très simple, avec un toucher correctement pratiqué : c'est le mauvais risque, dont on doit d'ailleurs tout faire pour diminuer la probabilité.

Plus souvent, on l'observe dans les cas d'accouchements prolongés qui ont amené à pratiquer de nombreuses explorations. L'hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur doit faire redouter son apparition : le siège bas de la plaie placentaire, les manœuvres d'hémostase et les modifications de la coagulabilité consécutives aux hémorragies sont autant de conditions favorisantes. Il n'est pas rare de l'observer après une délivrance artificielle, surtout de celles qui se pratiquent un peu vite et où l'on sacrifie l'asepsie minutieuse à la nécessité d'arrêter, au plus tôt, une hémorragie inquiétante.

b) *Quelquefois, l'ensemencement peut dater des jours précédents* ; nous retiendrons, à ce point de vue, le rôle possible des rapports sexuels et surtout celui du toucher vaginal. Quand on approche de la date de l'accouchement, il faut prati-

(1) L'origine infectieuse de la phlegmatia n'est d'ailleurs pas le propre de l'infection puerpérale ; les phlébites dites cachectiques, elles aussi, ne sont que le résultat de la localisation sur la paroi veineuse d'une infection atténuée, provenant d'une cancer infecté, d'une caverne infectée, etc.



quer l'exploration vaginale avec les mêmes précautions quant au doigt et quant à la toilette vulvaire que si la femme était en travail.

c) *Enfin, il faut savoir que les femmes, ayant « un passé génital » sont exposées à l'infection puerpérale et en particulier à la phlébite* : gonococcies anciennes, petites infections du col, manœuvres thérapeutiques dirigées contre une « métrite » ou contre une stérilité, sont autant d'occasions qui favorisent la création d'un foyer infectieux latent.

2° **L'infection qui cause la phlegmatia est l'infection streptococcique.**— On a voulu attribuer certaines phlegmatia à une colibacillose d'origine intestinale, en se fondant sur une expérience et une analogie, l'une et l'autre contestables quant à leur valeur de démonstration : l'expérience, c'est qu'on a pu obtenir des thromboses chez les animaux de laboratoire par l'injection des toxines du bactérium coli (Dieu sait à quelles doses !). — L'analogie, c'est le fait qu'il existe des phlébites au cours des appendicites.

Il semble bien, en réalité, que seul le streptocoque soit l'agent de l'infection veineuse : en tout cas, *on l'a vu* dans le caillot primitif et l'on ne peut en dire autant du coli-bacille.

3° **L'infection qui est à l'origine de la phlegmatia a le caractère d'être une infection atténuée d'emblée ou en voie d'atténuation.** — Le plus habituellement, elle est bénigne. La phlegmatia apparaît chez les femmes qui, au cours de leurs s. d. c. ont eu une élevation de température légère et persistante, un peu au dessus ou un peu au dessous de 38°.

Mon maître Boissard écrivait, il y a plus de vingt ans, que la phlegmatia était plus commune à cette époque qu'antérieurement. La raison en est qu'une asepsie médiocre suffit à empêcher les grandes infections, qui ont presque disparu en clientèle, mais favorise d'autant les phlegmatia.

Inversement, il arrive que la phlegmatia alba dolens apparaisse au déclin d'une forme grave d'infection.

4° **Il est possible qu'à l'infection, cause première, il faille ajouter des causes secondes pour créer une phlegmatia alba dolens.** Ces causes secondes sont locales ou générales.

L'existence antérieure de *varices* et de *phlébites variqueuses* a été signalée par de bons auteurs. Je n'ai pas constaté, quant à moi, la fréquence des phlébites sur les lésions anciennes de phlébites variqueuses ; mais il n'y a rien d'impossible à cela. Pour les varices, je cite une statistique de Jung. Sur 10.000 accouchements, cet auteur releva 81 fois la thrombose puerpérale, et sur les 81 femmes ainsi atteintes, il existait des varices chez 54. Ces varices entraînent des altérations endothéliales éminemment favorables à la production de la phlegmatia.

Par ailleurs, il faut rechercher diverses circonstances cliniques qui se retrouvent souvent et qui déterminent sans doute une *altération du sang*, propice aux coagulations massives et obstructives ; dans le nombre, il faut surtout retenir :

l'augmentation de fibrine consécutive aux hémorragies ;

la présence de fibromes ;

un facteur familial inexplicable ;

la débilité hépatique, peut-être,

et, peut-être aussi, une sorte de dégénérescence des tissus qui existerait chez les primipares, longtemps stériles, qui expliquerait cette moindre fécondité et qui diminuerait la résistance à l'infection.

Les signes de début : ceux qui commandent l'immobilisation

L'attention est attirée en général vers le milieu de la deuxième semaine, mais une observation minutieuse des phénomènes locaux et généraux permet bien souvent de faire plus tôt un diagnostic d'infection veineuse périutérine, syndrome avant-coureur de la plupart des phlegmatia. Un clinicien averti pense à la phlébite avant l'apparition des signes locaux.

L'*apparition peut être plus tardive*, soit dans le décours d'une infection grave, soit après des poussées infectieuses bénignes qui semblent guéries et qui se réveillent au moment du retour de couches.

Les signes qui attireront l'attention sont, suivant les cas :

1° Certains signes tirés de l'examen du pouls et liés à l'infection des veines ;

2° Des signes de phlébite péri-utérine ;

3° Des signes au niveau du membre atteint ;

4° Une embolie.

1° **Un signe général propre à l'infection fixée à l'intérieur d'une veine est constitué par l'accélération du pouls,** avec une des deux modalités suivantes :

— Température peu élevée, assez bon état général et pouls un peu rapide ;

— Température peu élevée, assez bon état général et pouls qui, jusque-là peu rapide, s'accélère en deux ou trois échelons du soir sur le matin et du lendemain matin sur le soir : pouls grimpant.

On doit aussi redouter l'infection veineuse, si, avec un assez bon état général et une température peu élevée, coïncident des **frissons**.

2° Un examen averti permet souvent de déceler des **signes de phlébite péri-utérine** :

Douleur latéro-utérine et douleur au milieu de l'arcade de Fallope ;
Œdème inguinal unilatéral ;
Circulation collatérale de la région iliaque ;
Météorisme abdominal.

3° **Ce qui attire l'attention très souvent ce sont des phénomènes douloureux au niveau du membre malade.** — Les phénomènes douloureux sont souvent discrets. La femme ressent de la lourdeur, de la difficulté de soulever le membre atteint, quelques fourmillements parfois, et elle ne songe pas à s'en plaindre si on ne l'interroge pas. Quelquefois cependant, il s'agit de phénomènes douloureux plus intenses. Il existe une véritable douleur continue, gravative, avec ou sans élancements. Le siège en est variable, tantôt au niveau de l'aîne, tantôt au niveau du mollet, un peu en dedans de la ligne médiane.

A ce niveau, une exploration délicate permettrait de reconnaître la présence d'un cordon veineux. Mais il ne faut jamais pratiquer cette recherche qui serait une faute grave, car elle peut provoquer le détachement du caillot encore mobilisable.

En présence de ces phénomènes douloureux, on pratiquera seulement deux explorations : 1° on examinera s'il n'existe pas un œdème discret périmalléolaire ou intraarticulaire (choc rotulien) ; 2° à la main ou avec un thermomètre spécial, on recherchera s'il n'y a pas une élévation de la température du membre suspect par rapport au membre sain, signe précoce et si fidèle que, dès sa constatation nette, il est prudent d'immobiliser en bonne et due forme.

C'est qu'en effet, la gravité des embolies, à la phase préoblitérante, justifie un excès de précaution. Un simple soupçon suffit pour prescrire la thérapeutique idoine.

4° **L'embolie préphlébitique est souvent un symptôme de début,** alors que le caillot se forme et vingt-quatre heures avant que les autres symptômes n'apparaissent. Elle s'accuse assez brusquement par un point de côté tantôt assez gênant, tantôt très douloureux. Cette douleur thoracique s'accompagne d'une gêne respiratoire plus ou moins intense. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, apparaissent les crachats hémoptoïques et les signes locaux de la phlébite.

Mais la constatation du point de côté chez une femme légèrement infectée est un signe suffisant, absolument suffisant pour faire le diagnostic. Il ne faut jamais, au grand jamais, avoir la curiosité de trouver des signes stéthoscopiques, car les mouvements nécessités par l'auscultation peuvent déclancher un nouvel embolus : la malade vous meurt dans les bras, sans métaphore !

Ce sont des bavardages inutiles et dangereux que de décrire les signes stéthoscopiques de l'embolie ; c'est de la mauvaise médecine que d'ausculter, pour avoir l'air de faire quelque chose, d'autant mieux que, des données de l'auscultation ne peuvent sortir aucune indication thérapeutique.

La phlegmatia alba dolens dans sa période d'état et dans sa forme classique

A la période d'état, on voit l'œdème caractéristique. La date d'apparition de cet œdème est variable. Généralement, elle suit celle de la douleur. Quelquefois, œdème et douleur apparaissent en même temps. Ou bien, il existe une douleur peu accentuée et c'est l'œdème qui attire le premier l'attention.

L'endroit où il apparaît est aussi variable. L'œdème débute à la racine de la cuisse ou au mollet. Puis, il s'étend tantôt à un segment de membre, tantôt à la totalité du membre auquel il donne la forme d'un cône à base proximale (1).

Cet œdème est blanc, cireux, luisant, lisse et dur. Par suite de l'infiltration du derme, il ne se laisse pas déprimer en godet. Tout au moins, il en est ainsi à la période d'état, car au début on pourrait le déprimer en godet et à la fin il devient plus souple.

Les signes généraux sont habituellement minimes, le pouls reste rapide pendant quelques jours. La température tombe au troisième jour de l'œdème, sauf dans certaines formes où l'infection est plus intense.

La poussée phébitique, en sa période d'état, dure habituellement une semaine, quelquefois plus. La douleur s'atténue ; l'infiltration régresse de l'extrémité proximale à l'extrémité distale du membre.

Cependant le caillot s'organise et la veine s'oblitère. Bientôt, il ne reste plus que des troubles sensitifs et de l'œdème malléolaire.

Dans un tiers des cas, les poussées phlébitiques sont multiples. Lorsqu'une poussée est terminée, que le pouls et la température sont revenus à la normale, il ne faut pas se hâter de croire la partie gagnée. Il persiste pendant un certain temps le risque d'une autre

(1) Parfois la symptomatologie est plus fruste lorsqu'il y a oblitération incomplète de la veine. L'œdème ne se généralise pas.

Signalons aussi que, pour certains, les thromboses de la veine saphène appartiennent surtout aux suites de couches immédiates, celles de la veine crurale aux suites tardives ; les thromboses pelviennes tiennent le milieu. Le plus souvent la thrombose est bilatérale, mais celle de la saphène affectionne le côté droit, celle de la crurale le côté gauche.

La thrombose crurale serait d'ordinaire accompagnée de fièvre ; celle de la saphène aurait en général un bon pronostic. Celui des thromboses pelviennens serait douteux à cause du danger de l'embolie pulmonaire.

poussée : nouvelle douleur, nouvelle fièvre, nouvelle extension de l'œdème.

Quand peut-on affirmer que l'infection est guérie ? Quand cesse le risque d'une nouvelle poussée ? M. Couvelaire enseigne qu'il n'a jamais vu de localisation nouvelle quand le pouls et la température sont revenus à la normale depuis deux semaines. Par précaution, on comptera trois semaines avant de permettre la mobilisation.

Chaque nouvelle poussée amène avec elle le risque d'une embolie préphlébitique et, à dire le vrai, il n'existe que des embolies préphlébitiques, car l'embolie est le propre d'un caillot jeune, le plus jeune des caillots qui se sont formés successivement au cours des poussées successives.

Les complications et les deux plus redoutables

Des complications locales ou générales peuvent se produire. L'œdème se complique parfois de poussées de lymphangite ou d'érysipèle.

Mais il nous faut insister sur une complication locale infectieuse bien grave qui est l'**artérite** des artères contiguës à la veine atteinte.

C'est une affection heureusement rare, sur laquelle il faut avoir l'attention attirée pour peu que les phénomènes douloureux soient anormalement accentués. C'est faute de ne pas y penser systématiquement que, la plupart du temps, le diagnostic en est fait trop tardivement : j'ai pu m'en rendre compte et je crois utile d'insister là-dessus, car l'artérite appelle parfois l'intervention chirurgicale.

Il faudra donc se méfier des phlébites trop douloureuses.

Les complications à distance sont surtout des **embolies.** Nous avons vu l'embolie du début quand le caillot se forme. Elle est d'évolution bénigne et d'un pronostic peu sévère. Il n'en est pas de même de celles qui surviendraient au cours ou à la fin de la phlegmatia. Elles sont plus graves, soit qu'elles soient fonction d'une autre localisation, soit qu'elles soient provoquées par une mobilisation intempestive ou un effort des malades. Elles se manifestent beaucoup plus brutalement, si bien qu'on a pu décrire une forme syncopale mortelle d'emblée et une forme moyenne asphyxique et asystolique.

Lorsque la phlegmasie locale et les signes d'infection ont disparu, tout n'est pas fini, car il reste des séquelles qui peuvent être lamentables et Marchais qui avait eu l'occasion de masser de nombreuses jambes à la suite de phlébite a pu écrire (*Presse médicale*, 1902, p. 629) :

« La phlébile est considérée à juste titre comme une affection grave, non pas tant à cause de l'embolie, complication heureusement rare, mais à cause de l'impotence prolongée qui en résulte, impotence dont la durée varie de quelques semaines à quelques mois, et même deux ou trois années. »

On observe des symptômes névritiques divers : névrites, crampes, hyperesthésie, parésie, troubles trophiques, troubles circulatoires, varices, œdème, cryesthésie qui sont transitoires ou permanents. Ces divers accidents se combinent parfois pour créer *le pied bot phlébitique*, qui est une ankylose du membre inférieur, fixé dans une attitude vicieuse. Cette grave complication est donc autant le fait de la séquelle que le fait d'un traitement mal dirigé pendant la poussée évolutive : nous aurons donc à y revenir quand nous étudierons la thérapeutique.

Prophylaxie.

Le traitement prophylactique de la phlegmatia alba dolens consiste à éviter tout ensemencement des voies génitales par le streptocoque. Le jour où toutes les manœuvres obstétricales se feront avec des gants, il n'y aura plus guère de phlegmatia.

Etant donnée la possibilité de début par une embolie, tous les cas où la température et la tachycardie feront redouter l'apparition d'une phlegmatia et retarder le lever de l'accouchée, quelle que soit sa hâte de reprendre sa vie.

Certains auteurs, dans les cas où des signes d'infection veineuse leur faisaient redouter l'apparition d'une thrombose, ont essayé d'y parer en diminuant la coagulabilité du sang. Keim (*La Clinique*, 1er novembre 1912), a proposé de donner en lavement une émulsion de 100 grammes de foie de veau *frais* dans 250 grammes d'eau et d'y ajouter 10 grammes de peptone pure.

Chantemesse, dans le même but, a préconisé l'administration du citrate de soude.

O n a aussi proposé l'application de sangsues au niveau de la région iliaque, ce qu'il ne faut pas manquer d'essayer.

Traitement.

Le traitement de la phlegmatia alba dolens consistera en une immobilisation précoce exacte et prolongée du membre mis en bonne position. On évitera à ses malades, le supplice de la gouttière.

Le pied doit être surélevé par le moyen de coussins de balle d'avoine, pour favoriser la circulation en retour, et tout le membre doit être dans une position telle qu'au cas d'ankylose, il n'y ait pas d'attitude vicieuse.

1° Le talon sera élevé tant pour aider la circu-

lation que pour raison d'attitude : plus le talon est élevé, plus l'extension de la jambe sur la cuisse sera parfaite ;

2° L'immobilisation s'obtiendra, non par une gouttière douloureuse et inefficace, mais par un coussin en balle d'avoine, épais à l'extrémité distale pour former plan incliné et assez dur pour que le membre s'y creuse une gouttière ;

3° Pour que le pied soit à angle droit sur la jambe, on le maintiendra avec une planche qui sera convenablement inclinée et qui sera fixée au pied du lit ou au cerceau ;

4° On mettra un cerceau pour empêcher les draps de venir au contact des orteils.

Le membre sera préalablement saupoudré de talc et entouré d'une guêtre de coton cardé, facile à ouvrir.

Les soins nécessaires à la malade seront favorisés si on l'installe sur un lit Dupont ou similaire.

Si la phlébite est douloureuse, on emploiera l'aspirine (1). D'aucuns ont employé, dans le même but, un onguent au collargol (Robin), ou des compresses imbibées d'une solution vésicante de chlorhydrate d'ammoniaque à saturation (Pinard).

Dans un cas de ce genre, j'ai été très satisfait d'une onction au salicylate de méthyle pur.

Vers le déclin de la période d'état, on peut employer diverses médications anodines qui passent pour avoir un effet vaso-constricteur, tel l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de dix gouttes. On obtient plus et mieux avec une petite dose bien tolérée et longtemps continuée qu'avec de grandes doses que des troubles gastriques forcent bientôt à cesser, enseignait le Pr A. Robin.

Mais ce qui importe, c'est de mobiliser le membre dès que faire se peut, ni trop tôt, ni trop tard. Immobiliser trop longtemps, par excès de prudence, est fâcheux ; la mobilisation tempestive diminue la gravité des séquelles.

Nous avons dit qu'on commencera la mobilisation trois semaines après la descente du pouls. Cette mobilisation sera très prudemment progressive et se fera sous le contrôle du thermomètre et de l'enregistrement quotidien du pouls.

Les premiers jours, on commencera par des mouvements de flexion, d'extension, de circumduction des orteils. Puis, on passera à la mobilisation du pied (flexion, extension, puis rotation,), du genou (flexion d'abord légère). Après on tente prudemment l'élévation du membre entier qui pourra se détacher un peu du plan du lit. La progression s'établit suivant que les manœuvres semblent bien supportées. Ce n'est qu'après leur épreuve, au bout d'une dizaine de jours, que l'on peut commencer l'éducation des veines, en laissant pendre la jambe, en dehors du plan du lit pendant quelques minutes juqu'à ce qu'elles tendent à bleuir.

A cette période, il est préférable de s'abstenir de massages.

Le lever est une autre affaire que la mobilisation, il sera bien plus tardif. Quand, au bout d'une quinzaine de jours, on a procédé ainsi progressivement à la mobilisation , on peut tenter le lever, mais il faut faire cette tentative très prudemment. Le mieux est, avant, de faire asseoir la malade, de la faire passer progressivement du décubitus horizontal à la station verticale. Le premier jour, *on peut lui faire prendre* contact avec le sol. Les premières séances seront très courtes. Ce n'est qu'après plusieurs épreuves qu'elle pourra s'asseoir dans un fauteuil.

Souvent, à la suite de ces manœuvres, il y a légère élévation de température, cyanose du membre, œdème. Il ne faut pas s'effrayer de ces signes qui sont sans gravité et iront en s'amoindrissant. L'œdème persiste surtout longtemps et ne disparaît que très progressivement.

Nous croyons, quand les malades peuvent marcher, qu'il est inutile et nuisible de leur comprimer les jambes avec des bas ou des bandes élastiques. Lorsqu'on laisse aux muscles leur liberté d'actionl, la circulation se rétablit plus vite.

Traitement des séquelles.

Les deux tiers des femmes qui ont été atteintes de phlégmatia en gardent quelque infirmité ; mais beaucoup peuvent être amélioréses : il faut donc connaître les ressources de la thérapeutique sur ce point et ne pas méconnaître les miracles que fait le temps .

Le **massage** rend de grands services contre les œdèmes persistants et contre l'atrophie musculaire.

Il faudra recourir à un massage énergique, à un *pétrissage* des groupes musculaires, complété par la *mobilisation progressive des jointures* ; on réveillera ainsi la nutrition des muscles malades et on vaincra peu à peu les raideurs articulaires consécutives à l'impotence fonctionnelle du membre.

Les **bains prolongés** rendent d'inappréciables services : leur durée sera d'une heure environ et leur température oscillera entre 33° et 36°. La circulation du membre est très rapidement amélioré par ce moyen.

J'ai coutume d'y ajouter une pratique inspirée de la « douche sous l'eau », employée dans di-



(1) Il est exceptionnel que la morphine soit nécessaire. Dans les cas très douloureux, se méfier de l'artérite.

verses stations : je fais fixer un caoutchouc au robinet d'eau chaude de la baignoire en sorte que dans ce bain tiède, la malade puisse asperger d'un eau plus chaude les zones douloureuses du membre malade.

Il va de soi que lorsque la saison en est venue, j'envoie les malades, qui peuvent le faire, aux eaux, qui font merveille contre l'hypersthésie et l'œdème. *Les eaux de Bagnoles-de-l'Orne* sont particulièrement connues et efficaces. Dans d'autres cas, les malades se trouvent bien de Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Néris, Salies, etc.

Les **bains de lumière, l'héliothérapie à petite dose** font également merveille.

On obtient aussi de bons résultats par l'emploi des boues radio-actives, soit qu'on les dissolve dans un bain, soit qu'on en fasse des applications pendant quelques heures, soit qu'on emploie les cataplasmes de Pistyan.

On dit grand bien de l'**électrothérapie** : je n'en ai pas assez l'expérience pour en parler.

Restent enfin, dans les cas graves, la possibilité d'une **intervention chirurgicale**, ainsi que vient de le proposer LERICHE, dont les conseils doivent toujours être pris en considération et, le cas échéant, mis en pratique. LERICHE a pensé qu'il serait vraisemblablement possible d'améliorer les anciens phlébitiques comme on améliore les malades atteints d'obstruction artérielle, par l'ablation du cordon oblitéré et par la sympathectomie. Dans un cas, pour des accidents pénibles survenus quinze ans après une phlébite typhoïdique, il fit une résection veineuse et une sympathectomie périartérielle. Quatre mois plus tard, le sujet allait beaucoup mieux il éprouvait une très grande amélioration, n'ayant presque plus de douleur ni de pesanteur, n'ayant plus éprouvé ce refus de la jambe à le porter qui l'avait si fort incommodé avant l'opération.

C'est un fait dont il faudrait se rappeler dans un cas où des accidents pénibles se prolongeraient anormalement.

L'INSTRUMENTATION CLINIQUE DU PRATICIEN

Voici revenue la saison des Congrès ; les couloirs de notre vieille Faculté vont être, comme chaque année, remplis par les expositions des fabricants d'instruments et de meubles médicaux et chirurgicaux, d'objets de pansement, d'étuves, d'autoclaves et nous allons revoir la foule des congressistes, des praticiens, des étudiants, défiler devant cette profusion d'objets divers, destinés à être tous utilisés dans l'exercice de notre art.

Et cependant, en dépit de ces luxueux étalages, de ces catalogues admirablement illustrés, de ces vendeurs prêts à vous montrer, autant de fois qu'il peut vous plaire, le maniement de tel ou tel appareil, nous voyons souvent venir à nous l'étudiant en fin de scolarité, songeant à une installation prochaine et nous disant : *Que dois-je acheter* ?

Il sait bien, notre jeune camarade, que de tout ce qu'il a vu, il ne doit retenir qu'un petit nombre de pièces. Ce qu'il veut, c'est avoir, à lui, le nécessaire, l'indispensable pour ne pas grever outre mesure le budget actuel, déjà bien lourd, d'une installation.

Ce sont ces questions, souvent posées par des camarades, par des praticiens désireux de renouveler un vieil arsenal, qui nous ont poussé à leur répondre ici.

Je séparerai l'instrumentation clinique du praticien de l'instrumentation opératoire, envisageant le cas du plus grand nombre d'entre nous qui ne doivent compter que sur eux-mêmes.

L'examen clinique d'un malade demande, avant tout, du jugement, de la méthode et un peu de bon sens, toutes choses, qui, je le suppose, ont été cultivées et développées pendant les années d'études ; il est souvent rendu plus facile par l'usage de quelques instruments simples. Ceux-ci permettent de donner de la précision à des impressions que quelques-uns d'entre nous sentent nettement, mais qui, chez d'autres, sont beaucoup plus vagues. Ils ont le grand avantage, pour certains d'entre eux, de donner des mesures et de pouvoir ainsi autoriser des comparaisons, lors d'examens successifs.

Au premier rang de tout, mettons le thermomètre ; ignoré jusqu'au siècle dernier, il a été encore pendant longtemps, avec la montre, qui permet de noter la fréquence des pulsations, le seul appareil utilisé en clinique ; ses indications sont trop précieuses pour qu'on puisse s'en dispenser ; il fait de plus en plus partie de l'instrumentation du malade.

Je place ensuite la toise et la balance, trop souvent absentes des cabinets médicaux, utiles quelquefois chez l'adulte, indispensables chez l'enfant, dont toute la croissance peut être ainsi bien plus facilement suivie.

Ce sont là des instruments trop simples, pour que je ne laisse pas aux confrères le libre choix des modèles qui leur plaisent.

Les autres appareils de mesure utilisés en clinique sont loin de nous apporter des résultats aussi précis ; ils indiquent, sur un cadran, des

chiffres qui ne signifient rien par eux-mêmes, mais qui, par comparaison, avec d'autres chiffres obtenus sur des sujets sains, pourront acquérir quelque valeur.

Le sphygmomanomètre est de ceux-là.

Il est indispensable à tout praticien de connaître la tension artérielle de ses malades ; seul, cet appareil permet de déceler les pressions trop élevées ou trop basses, et souvent, c'est grâce à lui qu'on a été mis sur la piste d'un mal de Bright.

Le vieil appareil de Potain, celui avec lequel ont travaillé des générations de médecins, a pour lui son petit volume, son maniement facile, son prix peu élevé ; c'est encore lui que je conseillerai à ceux de nos confrères qui doivent transporter avec eux toute leur instrumentation clinique.

L'appareil de Laubry et Vaquez est plus précis ; il n'est guère plus encombrant et je suis certain que nos jeunes camarades, habitués à son maniement, le préfèreront.

Les appareils de Pachon, de Riva-Rocci, de Lian sont plus chers, plus volumineux, et excellents ; loin d'en faire fi, de les déconseiller et d'en diminuer la valeur, je les réserve pour le cabinet du consultant.

Il en est de même des spiromètres,. Il en existe bien des modèles ; le plus généralement employé est celui qui repose sur le principe des compteurs à gaz ; ce sont tous des instruments volumineux, demandant du soin, dont les renseignements sont utiles et qui sont actuellement couramment employés par ceux d'entre nous qui s'occupent d'éducation physique, d'affections thoraciques ; ils n'ont pas leur place dans le cabinet du praticien soucieux avant tout de limiter sa dépense.

Les dynamomètres, dussent leurs constructeurs nous en garder rancune, nous paraissent des instruments bien infidèles et dont les indications varient par trop, suivant l'usage auquel l'appareil est soumis. Le dynamomètre à ressort que nous utilisions chaque semaine chez des enfants, pour évaluer des forces musculaires, n'a pas tardé à donner des chiffres dont nous ne pouvions tenir compte.

Il existe des appareils pour mesurer la tension du liquide céphalo-rachidien : ils nous ont donné satisfaction pendant la guerre, mais ils ne font pas partie de l'instrumentation clinique courante.

Ce ne sera pas une dépense inutile pour le praticien, que celle qu'il fera d'une bonne source lumineuse.

Pour faire un bon diagnostic, il faut, avant tout, bien voir la lésion, et c'est pour n'avoir pas examiné une gorge en pleine lumière qu'on laisse passer une angine, qui s'aggrave peu après votre visite et vous fait taxer d'ignorance.

Il n'existe rien d'autre de pratique que la vulgaire lampe électrique de poche, que nous avions pendant la guerre ; c'est, au point de vue médical, un excellent instrument de diagnostic et il est curieux de voir combien elle est peu utilisée et combien nos fabricants l'ont dédaignée.

C'est faute d'une instrumentation suffisante que nous voyons tant d'examens incomplets des cavités naturelles.

La gorge demande un bon abaisse-langue déprimant bien la base, ouvrant largement le pharynx, offrant à votre regard les piliers, la luette, les amygdales, la paroi postérieure ; il vous facilitera un examen qui aurait été difficile avec la cuiller habituelle.

Pour le nez et les oreilles, il faut se servir des petits spéculums spéciaux, et vous pourrez, sans avoir la prétention de voir aussi bien qu'un oto-rhinologiste aidé de son miroir, voir de grosses lésions et enlever les corps étrangers, que, si souvent, les enfants s'introduisent dans ces cavités naturelles.

Le vagin et le rectum échappent encore bien plus à notre curiosité, par le seul fait que bien des praticiens n'ont point avec eux la petite boîte métallique contenant des doigtiers à collerette et un linge pour entourer le doigtier usagé.

Nous connaissons tous ce cas cité par le professeur Segond, de ce corps étranger vaginal, avec lequel, pendant dix ans, mari et femme avaient fait bon ménage ; combien d'entre nous voient journellement et sans s'en douter des clients qui se découvriront, un jour, un polype utérin de la grosseur d'un œuf et qui ne pourront comprendre que si volumineuse tumeur ait échappé à nos examens.

L'explication en est cependant simple ; comme rien n'attirait particulièrement l'attention de ce côté, on a préféré omettre un examen ennuyeux, quand on n'est pas outillé.

Vous dirais-je que le spéculum est un instrument indispensable, qu'il doit toujours contrôler le toucher vaginal ? Les spéculums bi-valves sont maintenant universellement adoptés, quel que soit leur modèle.

Le marteau à réflexes et le stéthoscope, dont il ne faut pas se passer, compléteront ce que nous considérons comme instruments indispensables à l'examen clinique.

Le stéthoscope bi-auriculaire qui nous revient d'Amérique semble depuis la guerre être assez en honneur chez nos étudiants assoiffés de progrès. N'en ayant aucune expérience et désirant avoir toujours une oreille en rapport avec le milieu extérieur, je me garderai d'en médire, persuadé pour ma part qu' « une oreille bien éduquée en vaut deux ».

Je me verrai peut-être reprocher par quelques-uns l'omission volontaire des explorateurs urétraux, des sondes, des explorateurs œsophagiens, de l'ophtalmoscope ; je ne les considère pas com-

me indispensables au praticien, au même titre que tous ceux dont je viens de parler.

La clinique actuelle, depuis les découvertes pastoriennes, doit, chaque jour davantage, avoir recours à des examens complémentaires, souvent simples, mais pour lesquels il faut être outillé. Il est indispensable de pouvoir faire un prélèvement correct dont un laboratoire pourra tirer parti.

Le prélèvement des exsudats et des humeurs n'exige qu'un matériel facilement transportable, que la plupart des laboratoires actuels fournissent rapidement; les pipettes sont quelquefois fragiles; il faut bien penser qu'elles peuvent rester de longs mois inutilisées et que c'est au moment même où on aura recours à elles, qu'elles seront inutilisables ; une seringue de Lüer, un peu d'ouate stérilisée pourront les remplacer.

Qu'il s'agisse du pus d'un abcès, d'une ponction exploratrice, d'une prise de sang, il suffit dans tous ces cas d'enlever le piston de la seringue, de le remplacer par un bouchon d'ouate stérile, pour réaliser facilement la plus simple des pipettes.

Pour qui veut limiter sa dépense, une seringue très commode est la seringue tout en verre à piston rodé de 5 centimètres cubes, sur laquelle on peut adapter tous les modèles d'aiguilles jusques et y compris l'aiguille à ponction lombaire, qui est préférable en platine.

A tous ceux d'entre nous que les travaux pratiques de chimie n'ont pas trop rebuté, je conseillerai d'avoir chez eux ce qu'il faut pour doser l'albumine, pour rechercher le sucre et pour peser la densité d'une urine, un petit appareil pour doser l'azote dans le sang, une burette et des réactifs colorés pour rechercher l'acidité d'un suc gastrique prélevé avec l'instrumentation de tubage si simple et si bien toléré de Einhorn.

Un microscope avec un objectif à immersion et un ultra-microscope permettant d'examiner dans l'exsudat d'un chancre spirochètes et spirilles ferait, de ce laboratoire modeste mais complet, un précieux auxiliaire de la clinique.

Ainsi, ne trouvant de ressource qu'en lui-même, notre praticien, bien armé, pourra faire l'examen complet de la plupart de ses malades ; il sera bon, croyons-nous, qu'il prenne soin de transcrire, sur des fiches, tous les renseignements qu'il a pu obtenir ; il les retrouvera avec plaisir, à plusieurs mois, à plusieurs années de distance et souvent, tel renseignement qui paraissait accessoire éclairera des points très obscurs d'un diagnostic.

Pour arriver à faire simplement en clientèle de la très bonne clinique, avec presque autant de garanties que celles qu'on peut avoir dans le service le mieux outillé, il n'est point besoin d'instruments très compliqués, mais ce qui est nécessaire, c'est d'aimer son métier ; il faut que le médecin aime faire de la médecine et pour cela, il faut que dans la société, il conserve la place à laquelle son travail lui donne droit.

Je doute qu'au jour où la société aura fait de lui un fonctionnaire, appliquant des formules toutes faites, bridé par des décrets, obligé par la nécessité d'aller vite, je doute et encore n'en suis pas bien sûr, qu'on puisse ce jour-là lui demander assez d'abnégation et de conscience professionnelle pour travailler sans cesse.

Qu'on nous épargne le spectacle du docteur qui, comme j'en connais encore, lisait Virgile pendant ses longues tournées à travers la campagne et dont on aura fait un Toubib, c'est-à-dire un fonctionnaire, ni mieux payé, ni plus considéré que les autres.

D[r] Raphaël MASSART.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'invagination intestinale aiguë des jenues enfants.

Ayant posé l'équation : signes d'occlusion + sang par l'anus = invagination intestinale, M. OMBRÉDANNE, se livre à d'intéressantes et instructives observations sur la pathogénie, l'évolution, les signes cliniques et le traitement de cette grave affection des enfants du premier âge.

Sur le mécanisme de l'engagement de l'invagination de l'iléon dans le cæcum, à travers la valvule de Bauhin, je retiens la jolie comparaison que fait l'auteur entre les effets en sens contraire du péristaltisme iléal et l'antipéristaltisme cæcal, et le mascaret, vaste pli liquide qui se forme à la rencontre du courant descendant de la Seine et du flux montant de la mer.

La progression peut être longue, lorsque la coalescence des mésocôlons n'existe pas encore, et que la tête de l'invagination, constituée par la valvule de Bauhin, chemine dans la lumière intestinale en entraînant avec elle les différents étages du côlon, qui s'enroulent sur eux-mêmes ; la tête arrive ainsi au voisinage de l'anus et est perçue par le toucher rectal.

Elle est courte quand la coalescence régulière

du cæcum et du côlon arrête le cheminement du boudin d'invagination : la tête de celui-ci vient buter contre la valvule et s'y arrête. Mais, si la coalescence du cæcum ne s'est pas faite, la tête de l'invagination ayant franchi la valvule entraîne derrière elle le cæcum et la progression redevient longue comme précédemment. Cliniquement, dans le premier cas (progression longue) c'est dans l'hypochondre gauche qu'il faut chercher la tumeur d'invagination ; dans le second (invagination courte), c'est dans la fosse iliaque droite qu'on la trouvera.

Mais il faut savoir que la recherche effectuée à gauche sera souvent négative, parce que, — et je retiens cette autre jolie comparaison —, le boudin d'invagination se hale lui-même sur le mésentère, comme font les bateaux qui, en Seine, se halent sur la chaîne du touage. Ce halage a pour résultat de rapprocher la tumeur de l'insertion profonde du mésentère, sur la ligne aortique. Aussi, échappe-t-elle à la palpation. Conséquence pratique : le ventre ouvert, c'est très profondément qu'il faut le plus souvent aller chercher cette tumeur, après avoir éviscéré une notable quantité du grêle.

Dans les interventions pratiquées précocement (au bout de 24 heures), il y a intérêt à fixer au catgut le cæcum et l'iléon au péritoine pariétal, sur la lèvre externe de l'incision. Au bout de deux ou trois jours, on ne procèdera à cette même fixation que si les derniers centimètres de l'iléon marquent une tendance nette à s'invaginer de nouveau dans le cæcum.

La fermeture de la paroi réclame des précautions particulières afin d'éviter que, sous l'action des poussées que l'enfant fait énergiquement, à l'occasion de la douleur qu'il éprouve, la ligne de réunion cède, et qu'il survienne une éviscération mortelle. (*Paris médical*, 21 juillet 1923.)

Le croup grippal.

A propos d'une petite malade qu'il a eu l'occasion d'observer, M. Leroy fait un intéressant exposé de ces laryngites aiguës qui simulent le croup. Elles débutent par des douleurs de gorge avec sensation de sécheresse, maux de tête, etc. tout comme la grippe elle-même. Puis, au bout de quelques jours (2 à 10), on note des signes de sténose laryngée, avec respiration soufflante, toux croupale, aboyante, voix rauque plus ou moins éteinte, accès de suffocation avec tirage. Température aux environs de 38°. Pas de fausses membranes ni d'adénopathie sous-maxillaire. Des examens laryngés ont permis de constater que l'obstacle siège au-dessous de la glotte : il occupe la trachée, les bronches, le poumon même, d'où souvent les signes broncho-pulmonaires qui accompagnent la laryngite. Pas de bacilles diphtériques à l'examen des prélèvements.

Le pronostic est celui de la grippe elle-même ; bénin le plus souvent. Le diagnostic est à faire avec le vrai croup ; il est difficile. Aussi, dans le doute, devra-t-on pratiquer empiriquement une injection de sérum anti-diphtérique. Par ailleurs, on prescrira des applications alcoolisées chaudes au devant du cou, des vaporisations balsamiques dans la chambre, des calmants : belladone, aconit, codéine, voire morphine, atropine, adrénaline. Le tubage est difficile et ne donne pas de bénéfices durables. (*Journ. des Prat.*, 21 juillet 1923.)

Syphilis et tuberculose pulmonaire.

Cette association est relativement fréquente. Il est admis, depuis les travaux de Sergent, que la syphilis, en raison de ses tendances sclérosantes, influe sur l'évolution et le pronostic de la tuberculose pulmonaire, qu'elle rendrait plus favorables, mais à la condition d'être convenablement traitée.

Mais quel doit être ce traitement opportun ? A cette question, M. Roque répond par une étude dont nous retenons les conclusions suivantes :

« 1° La coexistence de la syphilis et de la tuberculose se retrouve dans 4 p. 100 au moins des cas observés.

« 2° Il y a un intérêt incontestable à traiter la syphilis associée à la tuberculose.

« 3° Mais le traitement ioduré serait dangereux et doit être proscrit dans tous les cas.

« 4° Le traitement mercuriel agit très lentement, a besoin d'être longtemps prolongé, entraîne de ce fait de l'amaigrissement et de l'anémie. Il peut rester inefficace, même après une longue durée, qui n'est pas sans danger, et tous les cas où nous avons eu à constater des résultats heureux ont comporté un traitement mixte par le mercure et l'arsénobenzol.

« 5° C'est le traitement arsenical qui est le seul vraiment efficace ; mais il est dangereux, parce que le foie du tuberculeux est toujours un foie malade, et que, dans certains cas, la toxémie arsenicale surajoutée suffira à créer une insuffisance hépatique entraînant une poussée aiguë de tuberculose évolutive.

« 6° Il ne faut pas rejeter le traitement par l'arsénobenzol dont l'efficacité est certaine et dont l'emploi peut donner des améliorations et même des guérisons. Mais il ne faut jamais commencer le traitement sans avoir fait préalablement la série des épreuves de laboratoire garantissant le bon fonctionnement de la cellule hépatique, et si les épreuves donnent de mauvais résultats, il faut s'abstenir formellemnt d'un traitement qui ne serait pas seulement inefficace, mais qui serait dangereux et précipiterait, au lieu de la ralentir, l'évolution de la tuberculose



pulmonaire associée à la syphilis ». (*Lyon médical*, 25 juillet 1923.)

Convulsions vermineuses et épilepsie.

Le populaire est enclin, surtout à la campagne, à mettre sur le compte des vers intestinaux les convulsions observées chez les enfants. Dans quelle mesure cette croyance est-elle justifiée ? Existe-t-il une épilepsie vermineuse ? C'est ce qu'étudie M. MARCHAND, qui fait judicieusement remarquer qu'il peut y avoir une simple coïncidence entre les crises épileptiques vraies et la présence de vers dans l'intestin des malades. Ajoutant, avec Marfan, que l'épilepsie ne saurait être imputée à l'helminthiase, par exemple chez les jeunes enfants, puisque au-dessous de deux ans, les helminthes sont très rares.

La convulsion vermineuse ressemble à la crise épileptique ; la constatation de la présence de vers dans l'intestin aidera au diagnostic, réserve faite de la coïncidence signalée plus haut.

Quel est le mécanisme de la convulsion vermineuse ? Pour certains auteurs, il s'agirait de réflexes provoqués par les mouvements irritatifs des vers sur la muqueuse intestinale. D'autres, et leur opinion tend à prévaloir, incriminent une toxémie due soit à une toxi-infection imputable aux troubles digestifs occasionnés par les vers, ou par la pénétration de toxines dans le sang à la faveur des effractions de la muqueuse que pratiqueraient les helminthes, ou enfin par les toxines élaborées par les vers eux-mêmes, sains ou malades.

Cependant, l'existence d'une véritable méningite vermineuse ne saurait être niée, en raison des altérations du liquide céphalo-rachidien qui ont été constatées. Ce sont les altérations sous-jacentes de la séreuse méningée qui expliqueraient la persistance de crises épileptiques chez les prédisposés.

En résumé :

« Il est rare dans les antécédents des épileptiques de constater l'helminthiase comme cause des premiers accidents convulsifs. Quand cette pathogénie est invoquée, on remarque parfois qu'il n'y a eu qu'un simple rapport de coïncidence entre le début de l'épilepsie et la présence des vers intestinaux. Souvent même l'helminthiase a précédé de plusieurs mois les premières crises.

« Les convulsions, en rapport avec l'irritation de la muqueuse intestinale produite par les mouvements des ascarides et des tænias ou avec le prurit anal causé par les oxyures, surviennent sans symptômes généraux associés. Cette forme réflexe n'est pas admise par tous les auteurs. En tout cas, elle indique une prédisposition spéciale du système nerveux.

« Quand les convulsions n'apparaissent qu'à titre épisodique au cours de troubles gastro-intestinaux fébriles causés par les helminthes, elles n'entraînent pour l'avenir aucune gravité. Elles disparaissent avec la cause qui les a produites.

« Des crises épileptiques peuvent succéder aux convulsions qui n'ont que la valeur d'un symptôme au cours d'une helminthiase à forme méningée. Cette éventualité, rare il est vrai, est surtout à redouter après les états méningés s'accompagnant de lymphocytose. Ceux-ci peuvent laisser comme séquelles des adhérences méningées et des foyers de sclérose corticale, substratum anatomo-pathologique de l'épilepsie. » (*Gaz. des hôp.*, 4 août 1923.)

Traitement des pseudarthroses par le sérum de fracturé.

M. IMBERT préconise les injections de sérum de fracturé comme un moyen efficace d'obtenir la consolidation de foyers de fracture en état de pseudarthrose, indépendamment des conditions anatomiques (vaste perte de subtance, interposition de bandes musculaires) qui l'expliquent.

Il s'appuie sur quelques observations dont deux au moins paraissent concluantes. Mais il fait remarquer que tous les sérums n'ont pas la même action consolidante, et qu'il faut avoir la chance de trouver celui qui agira efficacement. Cette chance sera d'autant plus grande que le récepteur et le donneur seront robustes et vigoureux, observation faite qu'on aura vérifié que, chez le donneur, la R. B. W. est négative.

L'explication de ces faits que donne l'auteur est des plus ingénieuses et vaut d'être reproduite. Si la réparation des fractures s'effectue à l'aide d'une utilisation particulière des sels de chaux circulant dans l'organisme, c'est que celui-ci doit être considéré comme une vaste glande endocrine. « Tous les tissus assimilent et désassimilent, et dans les produits de désassimilation, il en est sans doute qui sont repris par d'autres tissus et utilisés par eux... La production brusque d'une fracture crée sans doute une nouvelle glande endocrine ; des substances, des diastases probablement sont élaborées par le sang, elles vont impressionner les glandes dont le fonctionnement est nécessaire ; celles-ci à leur tour, par d'autres diastases répandues dans l'économie, vont donner au foyer de fracture la faculté de fixer les sels de chaux ».

On peut imaginer que, chez certains pseudarthrosiques, le sang ne contient pas ces éléments nécessaires pour l'utilisation et la fixation des sels de chaux. C'est un déficit organique auquel il est possible de suppléer en empruntant ces éléments au sang d'un fracturé en voie de consolidation. (*Presse médicale*, 4 août 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Conjonctivite des bassins de natation.

(M. Bourdier. — *Société de médecine de Paris* ; 26-5-1923.)

M. Bourdier présente un malade atteint de l'affection à laquelle on a donné le nom de conjonctivite des piscines ou des bassins de natation. C'est une inflammation des conjonctives donnant une sécrétion légère et accompagnée d'adénopathie des ganglions de la région parotidienne.

Cette affection fut signalée il y a vingtaine d'années en Allemagne et attribuée à la contagion par l'eau des piscines. Récemment, les publications se sont multipliées sur ce sujet et plusieurs discussions ont eu lieu à la Société d'ophtalmologie de Paris à ce propos. La maladie n'est d'ailleurs pas grave, la terminaison s'étant toujours faite par la guérison après quelques semaines ou quelques mois. Le traitement ne présente rien de particulier (solutions de nitrate d'argent).

L'affection est certainement contagieuse, mais le germe (un virus filtrant peut-être) n'est pas encore connu. La prophylaxie comprendrait des mesures appropriées de désinfection des piscines et la fermeture momentanée de celles-ci au besoin.

Le jeûne thérapeutique dans la furonculose.

(M. Marcel Nattier. — *Société de médecine de Paris* : 26-5-1923.)

M. Nattier rapporte l'observation d'un sujet migraineux, atteint de furonculose, qui guérit de ses migraines et de sa furonculose par la cure de désintoxication (jeûne et purgation).

— M. Félix Regnault s'est débarrassé personnellement de poussées furonculeuses par un régime hypoalimentaire comprenant : l'abstention de viandes, de boissons fermentées et la réduction des ingesta de moitié.

— M. Guelpa ne pratique plus d'autre traitement, depuis quinze ans, contre les furoncles et les anthrax. Beaucoup de ces malades sont des diabétiques et la cure de jeûne leur convient particulièrement.

Traitement du mal de mer par l'amarinage.

(M. F.-M. Regnault. — *Société de médecine de Paris* ; 26-5-1923.)

Quand le marin est « amariné », il n'éprouve plus le mal de mer. Il sait alors employer automatiquement sur le bateau la façon de marcher que l'on connaît bien, conservant toujours sa verticale sur un plancher mouvant : contre le tangage et le roulis, il fléchit la jambe et penche son corps du côté où le navire s'élève.

M. Regnault recommande cet amarinage comme remède contre la naupathie. Pour voyager en mer, dit-il, on doit acquérir le pied marin. Le mieux est de s'exercer avec deux sujets entraînés, vous tenant chacun par un bras et vous montrant par l'exemple les mouvements à exécuter pour garder la verticale.

Un passager qui ne fait qu'un court voyage préfère se coucher. L'amarinage peut encore être obtenu dans la position allongée, à condition de ne pas se tenir trop contre le bateau et de se laisser plutôt bercer.

Il existe, ajoute l'auteur, deux naupathies distinctes : une somatique, causée par un trouble organique, et une mentale, liée à l'auto-suggestion. Souvent, les deux naupathies coexistent et s'aggravent l'une l'autre.

— M. Guelpa explique le mal de mer par une mobilisation anormale et brusque des viscères abdominaux et conséquemment du sympathique. D'où l'utilité de caler l'abdomen avec un bandage assez serré. On éviterait ainsi, du moins en grande partie, les atteintes du mal. D'autres causes peuvent intervenir pour créer la naupathie, mais à titre accessoire : l'odeur du bateau, la vision de ses mouvements, l'état nerveux du sujet.

— M. Gaultier cite un moyen qu'il a vu employer par les Allemands et qui lui a semblé réussir : il consiste à manger sans arrêt, au fur et à mesure des évacuations stomacales.

— M. Dartigues n'a retiré personnellement de cette pratique des Allemands aucun bienfait, au contraire. Ayant, en mer, au cours d'une tempête, mangé et bu beaucoup pour éviter d'être malade, il eut un résultat désastreux. Il fut extrêmement souffrant du mal de mer.

Désarticulation chirurgicale, par un requin, sur le pied d'un plongeur.

(M. Nicolas, de la Nouvelle-Calédonie. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 4-5-1923.)

M. Nicolas relate une observation de désarticulation sus-astragalienne effectuée par un requin sur le pied d'un canaque. Au cours d'une plongée, l'indigène Anatole eut le pied gauche happé par un requin. Le pied fut amputé par les dents du squale presque chirurgicalement, avec deux lambeaux, antérieur et postérieur. M. Nicolas régularisa la plaie et fit des pansements à l'essence de niaouli. Le blessé guérit.

L'auteur fait à ce propos trois remarques : la vitalité des tissus de la race canaque qui fait que, proba-

blement, le blessé en question pourra bientôt reprendre son métier ; le caractère quasi-opératoire de la désarticulation sus-astragalienne effectuée par le requin, dont les mâchoires sont de véritables scies ; la valeur antiseptique et kératoplastique de l'essence pure de niaouli.

— M. Dartigues rapproche la blessure produite par le squale des traumatismes causés par les machines industrielles. Il y a une vingtaine d'années, Pochon a présenté à la Société anatomique un membre supérieur tout entier qui avait été arraché, chez un ouvrier, par une courroie de transmission. Le traumatisme avait réalisé le type parfait d'une désarticulation inter-scapulo-thoracique.

— M. Barbarin, à propos des remarques de M. Nicolas sur la vitalité spéciale de la race canaque, relate l'histoire d'un bûcheron canadien qu'il soigna à l'île d'Anticosti *pour un écrasement des orteils.* Trois jours après, et bien qu'on lui eut recommandé l'alitement, le blessé rentra chez lui, faisant à pied 30 kilomètres, sans que sa plaie en fut troublée. Examiné quelques jours plus tard, le malade était complètement guéri.

Effets diurétiques des humeurs au cours des crises polyuriques.

(MM. Carnot et Rathery. — *Société de Biologie* ; 21-7-1923.)

On peut se demander si, au moment des crises polyuriques observées au décours de certaines maladies (pneumonie, asystolie, etc.), les humeurs ne possèdent pas une action diurétique. MM. Carnot et Rathery ont constaté la réalité de cette propriété diurétique, mais d'une manière inconstante (7 fois sur 12 cas). Quant à la nature de la substance qui interviendrait, éliminée par le rein, au cas de crise polyurique, elle reste à déterminer. Bouchard avait attribué à l'urée l'effet diurétique des injections intra-veineuses d'urines. Dans les observations de MM. Carnot et Rathery ni l'urée, ni les sels n'ont paru rendre compte de la diurèse en question.

L'entéro-vaccin bilié.

(M. Besredka. — *Société de Biologie* : 7-7-1923.)

M. Besredka a montré, en différentes circonstances, les avantages de la vaccination locale (applications cutanées de vaccins microbiens, vaccins intestinaux). Dans la prophylaxie de la fièvre typhoïde il a préconisé l'entéro-vaccin anti-typhique bilié. Une épidémie récente de fièvre typhoïde au Prytanée militaire de la Flèche lui a permis de constater la valeur de sa méthode.

A la Flèche, 43 élèves ayant été atteints de fièvre typhoïde, on procéda à une vaccination générale. Sur 500 élèves environ, la moitié furent vaccinés par la technique sous-cutanée avec le T.A.B. L'autre moitié, 268 exactement, en raison de contre-indications (mauvais état général), reçurent par la bouche le vaccin bilié. Parmi les vaccinés sous la peau, 10 contractèrent la fièvre typhoïde dans les 20 jours. Parmi les vaccinés par la bouche, 5 seulement eurent la fièvre typhoïde dans les 11 jours. Ces typhoïdes furent d'ailleurs bénignes et l'épidémie s'éteignit.

L'auteur conclut que la vaccination anti-typhique *per os*, au moyen du vaccin bilié, est au moins aussi efficace que la vaccination sous la peau avec le T.A B.

L'ingestion de vaccin bilié est, d'autre part, inoffensive, même chez les sujets qui offrent une contre-indication à l'égard de la vaccination sous-cutanée.

L'immunité locale. Le pansement anti-streptococcique

(MM. Besredka et Urbain. — *Société de Biologie* ; 21-7-1923.)

MM. Besredka et Urbain ont étudié l'immunité locale après pansement anti-streptococcique, comme ils avaient étudié l'immunité après pansement anti-staphylococcique.

De même que le staphylocoque, disent-ils, le streptocoque cultivé en milieu liquide laisse diffuser une substance *sui generis*, spécifique. Cette substance a ceci de particulier qu'elle agit électivement sur la peau. Appliquée à la surface de cette dernière, chez le cobaye, sous forme de pansement, elle vaccine l'animal contre les lésions cutanées streptococciques. L'immunité s'établit avec une rapidité qui exclut l'intervention d'un processus général et des anticorps.

La séro-agglutination du bacille de Kock chez les femmes tuberculeuses au cours de la grossesse.

(MM. P. Courmont et Papacostas. — *Société biologique de Lyon* ; 9-7-1923.)

M. Paul Courmont a montré que, dans la tuberculose, le taux de l'agglutination des cultures homogènes avec le sérum tuberculeux, et les variations de ce taux, donnent d'intéressantes indications pronostiques. Les agglutinations faibles (1 p. 5 par exemple) et la disparition de la réaction agglutinante sont d'un mauvais pronostic. Les agglutinations élevées (1 p. 20, 1 p. 40, etc.) sont, toutes choses égales bien entendu, d'un meilleur pronostic. MM. P. Courmont et Papacostas ont appliqué ces données à l'étude des variations du pouvoir agglutinant du sérum sanguin chez 4 femmes enceintes, bacillaires, en précisant la réaction avant, pendant la grossesse, et après l'accouchement. Il leur a semblé qu'on pourrait trouver là des renseignements intéressants en pratique, qui prendraient leur intérêt par comparaison avec les signes cliniques.

Immunisation contre le choléra par voie buccale.

(M. Glotoff. — *Société de Biologie* ; 7-7-1923.)

M. Glotoff a recherché expérimentalement la valeur, dans le choléra, de l'immunisation locale

(méthode Besredka) obtenue par ingestion de vibrions tués et sensibilisés par la bile.

Les lapins auxquels on fait ingérer des vibrions tués ne sont pas réellement vaccinés et succombent si on les inocule avec des vibrions virulents. Par contre, lorsqu'on fait ingérer des vibrions tués, après une sensibilisation préalable par la bile, les animaux acquièrent l'immunité anti-cholérique.

Affection à levures traitée par vaccinothérapie.

(MM. Jaubert et Goy. — *Société de Biologie* ; 21-7-1923.)

MM. Jaubert et Goy rapportent une observation d'onyxis et péri-onyxis chroniques dans le pus desquels ils trouvèrent une levure et des staphylocoques. Un traitement iodé amena la disparition des staphylocoques, mais la levure persista malgré les applications antiseptiques prolongées. Devant cet échec, les auteurs préparèrent un auto-vaccin iodé et ils l'employèrent en injections chez leur malade (une femme de 24 ans). Dès la troisième injection le bourrelet péri-onguéal s'affaissa, et, après une forte desquamation, la suppuration se tarit. Les ongles repoussèrent et la guérison se maintient complète depuis plus de trois mois.

P. L.

Toulouse

Césarienne conservatrice chez une fillette de 13 ans.

M. Audebert rapporte l'observation d'une fillette de 13 ans, mesurant 1 m. 46, aux formes graciles, atteinte de rachitisme, et par suite, de rétrécissement du bassin, chez laquelle il fallut recourir à la césarienne, qui s'effectua sans complications. En parcourant les archives de la clinique d'accouchement, il a pu constater que jusqu'ici toutes les parturientes de moins de 15 ans (au nombre de 10) avaient accouché normalement, ce qui tenait à leur développement physique précoce.

Opération césarienne conservatrice 48 heures après le début du travail.

M. Garipuy rapporte l'observation d'une femme amenée en plein travail, chez laquelle, après l'échec d'une tentative d'extraction par forceps, on eut recours à l'opération césarienne conservatrice sans aucun incident. Ce bon résultat tient peut-être à ce que la parturiente n'avait pas subi d'examens multiples, et était entrée à l'hôpital avant la rupture de la poche des eaux.

Du traitement des péritonites post-abortives graves.

M. J.-P. Tourneux après avoir brièvement rapporté 3 observations de péritonites généralisées post-abortives qu'il traita chirurgicalement par l'hystérectomie vaginale (2 guérisons, 1 mort), soutient que cette dernière constitue l'intervention de choix en pareil cas, car elle est beaucoup moins shokante, et surtout ne diffuse pas dans la grande cavité abdominale les germes infectieux, toujours abondants dans le petit bassin.

Guérison opératoire d'une fistule vésico-vaginale.

MM. Fournier et Gay rapportent l'observation d'une parturiente chez laquelle, après plusieurs tentatives infructueuses de forceps, il fallut avoir recours à un Porro, et qui présenta depuis cette date une fistule vésico-vaginale.

L'intervention faite par la voie vaginale fut suivie d'une guérison parfaite.

Corps étranger intra-abdominal.

M. Miginiac a eu l'occasion d'intervenir, il y a quelques mois, chez un jeune homme qui, en travaillant à la campagne, était tombé d'une meule de paille sur l'extrémité pointue d'un harpon, laquelle s'enfonça dans le corps au niveau du périnée ; afin de permettre le transfert du blessé, il fallut scier la hampe de bois à quelques centimètres de l'orifice d'entrée.

L'intervention chirurgicale montra que l'extrémité métallique, entrée par le périnée, était passée en avant du pubis, et était venue se placer dans l'abdomen, la branche longitudinale en avant dans la couche musculaire, et le crochet dans la cavité péritonéale ; les muscles étaient réduits en bouillie, l'intestin déchiré sur une certaine longueur, la cavité abdominale contenait en outre de la paille et des grains de blé.

Après extraction du corps étranger, on fit une résection intestinale et on referma après avoir largement drainé. Le malade fut emporté le 8e jour par des accidents péritonéaux suraigus.

Névrite radiale ascendante au cours d'un panaris.

M. J.-P. Tourneux relate l'observation d'un homme de 35 ans qui, atteint d'un panaris sous-cutané du pouce droit, présenta dès le début de l'évolution des phénomènes douloureux le long du bord dorsal interne de ce doigt. Ces phénomènes affectaient la forme de sensations vives assez pénibles, presque continues, et présentaient à divers moments, de la journée, des exacerbations sous formes de crises atrocement douloureuses, calmées seulement par l'opium.

Les phénomènes ne tardèrent pas à s'étendre, d'abord au reste des branches terminales du nerf radial, puis au tronc du nerf lui-même, qu'ils remontèrent jusqu'au plexus brachial ; à un moment, il y eut aussi des phénomènes douloureux dans certains points du territoire du médian, mais bien moins accusés.

Ces accidents de marche aiguë persistèrent avec le même caractère pendant 9 jours, puis ils disparurent

pendant 24 heures à la suite d'une radiographie du pouce ; ils reprirent de nouveau, mais très atténués, pour disparaître définitivement à la suite d'une deuxième radiographie.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Complication d'une phlébite grippale double.

MM. Fournier et Ginesty rapportent l'observation d'une jeune femme récemment accouchée qui, après une attaque de grippe, présenta d'abord de la congestion pulmonaire, puis une phlébite double. Ultérieurement, la malade fut prise de symptômes divers qui firent penser à une cholécystite. L'intervention chirurgicale montra un rein droit énorme dont l'incision amena peu d'urine et beaucoup de sang. A l'autopsie, on reconnut une thrombose incomplète de la veine cave inférieure et de la veine rénale droite.

J.-P. Tourneux.

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Jean Guisez. — **Diagnostic et traitement des rétrécissements de l'œsophage et de la trachée.** (1 vol. in-4, 360 pages, 216 figures dans le texte et 2 planches en couleur hors texte.)

Tout en tenant compte dans la plus large mesure des travaux de ses devanciers, l'auteur a principalement basé son travail sur ses observations personnelles (plus de 2.500) : examens, traitement, opérations sous l'œsophagoscopie. L'œsophagoscopie, ayant rendu possible un diagnostic *de visu*, vérifié dans les cas de doute par l'extraction d'un fragment pour le contrôle biopsique (alors que l'on se contentait antérieurement de l'examen nécropsique), devait, en effet, modifier considérablement les idées que l'on se faisait jusque-là sur la pathologie œsophagienne et la créer pour ainsi dire de toutes pièces.

La plupart des affections de l'œsophage étant sténosantes, l'auteur est amené à décrire toutes celles dans lesquelles un grand symptôme clinique domine, la dysphagie. Mais si, en général, le rétrécissement est provoqué par une véritable altération des parois de ce conduit, celui-ci peut aussi être déterminé par des affections, des tumeurs du voisinage, qui compriment et même envahissent l'œsophage.

De là, la division des rétrécissements de l'œsophage en deux groupes :

1° *Les rétrécissements intrinsèques*: cancer (2/3 des cas), sténoses cicatricielles traumatiques, sténoses spasmodiques et inflammatoires, sténoses congénitales, phlegmons, tuberculose, syphilis, etc.

2° *Les rétrécissements extrinsèques*, compression par une tumeur du voisinage : goitre, anévrisme aortique, adénopathie, phlegmon péri-œsophagien, etc.

Librairie Félix Alcan, 108, boul. Saint-Germain, Paris, 6e.

Revue métapsychique, paraissant tous les deux mois.

Cette revue est le bulletin de l'Institut métapsychique international. Voici le sommaire de son numéro mars-avril 1923 : *Les endoplasmes* (avec 4 photogravures), par le Dr G. Geley. — *Le Congrès de Varsovie.* — *La connaissance supra-normale et ses possibilités d'applications policières* par le Dr E. Osty. — *Un cas de prévision d'avenir individuel,* par Jean Lefebvre. — *La personnalité humaine et sa connaissance supra-normale,* par le Dr G. Geley. — *Les expériences de Kotk sur la télépathie et la clairvoyance* par René Sudre. — *Est-il possible d'imiter les moulages métapsychiques* — *Chronique étrangère.* — *Bibliographie.*

Librairie de France, 99, boul. Raspail, Paris.

G. Flaubert. — **Premières œuvres.** — C'est la continuation de l'Edition du Centenaire, dont nous avons déjà eu le plaisir d'annoncer les différentes publications des œuvres complètes de Flaubert. Nous trouvons dans ce volume, qui ne le cède en rien, par son élégance et la beauté de sa typographie, à ses devanciers, les œuvres, nombreuses et très diverses, de la jeunesse de l'auteur. Nouvelles, dont quelques-unes sont inachevées, elles permettent de deviner déjà la place importante que prendra plus tard celui qui devait devenir et est demeuré un chef incontesté d'école en même temps qu'un maître écrivain. Les amateurs de beau style pourront se délecter à leur aise. Les apprentis écrivains y trouveront d'excellentes leçons, et le meilleur des modèles dans l'art de bien écrire.

Librarie O. Doin, Paris.

R. Le Fur. — **De la vaccinothérapie en urologie spécialement dans la blennorrhagie.** — Plaquette de 23 pages, dans laquelle l'auteur s'efforce de démontrer que la vaccinothérapie mono, et surtout polymicrobienne, est d'une efficacité certaine dans la blennorragie et ses complications, et qu'elle doit être tentée toujours, surtout avant les interventions chirurgicales.

Librairie Armand Collin, Paris.

Dr R. Martial et Mme L. Doresse. — **Hygiène féminine populaire.** Volume de 185 pages, orné de 18 figures. — Voici un excellent manuel de vul-

garisation, qui devrait être dans toutes les familles. Ecrit dans une langue souple et claire, il donne de judicieux conseils, parmi lesquels, je relève celui-ci qui revient comme un *leit motiv* à la fin de la plupart des chapitres : « Si les soins habituels d'hygiène, de propreté, ne viennent pas à bout des troubles que vous éprouvez, allez sans tarder consulter votre médecin ».

Librairie Félix Alcan.

P. Trisca. — **Les médecins sociologues et hommes d'Etat.** Préface du professeur Charles Richet. (Un vol. in-8°, 224 pages.)

L'auteur est à la fois médecin et sociologue ; le nouveau livre qu'il publie est destiné précisément à montrer le rôle des médecins dans la sociologie et l'économie politique.

En dehors du côté uniquement professionnel du médecin, celui qui consiste à connaître et à traiter des maladies, par son activité qui touche à tous les milieux de la Société, aussi bien ceux de la clientèle hospitalière que de sa clientèle privée, le médecin est à même de juger et d'apprécier bien des points ne se rattachant qu'indirectement à la médecine.

Ainsi, par exemple, pénétrant dans le sein des familles, il peut se rendre compte, dès le premier abord, de leur situation sociale, de la plus ou moins grande salubrité de leur foyer, de leur alimentation défectueuse, soit par excès, ou par défaut, soit par la méconnaissance des règles de l'hygiène. En dehors du cas traité, il voit donc un certain nombre de facteurs relevant des conditions sociales mêmes, dépendant directement de la vie publique.

Le médecin est donc appelé à jouer un rôle primordial dans la vie publique, en démasquant les maux dont souffre la Société et en y portant remède. Ou bien tout homme politique doit posséder des connaissances suffisantes, sinon de la médecine proprement dite, du moins de l'hygiène sociale et de la médecine préventive.

Tout homme politique devrait donc faire sa médecine. Mais il serait plus facile au médecin d'acquérir une culture sociologique ; et d'ailleurs, il devient sociologue, malgré lui-même, quand il n'a le temps, ni le désir d'étudier les problèmes sociaux d'une façon suivie et méthodique.

L'auteur recherche, dans l'histoire, si la curiosité des médecins s'est toujours portée vers les phénomènes sociaux qui provoquaient leur attention et si les les médecins ont compris leur devoir d'hygiéniste qui prévient les maladies aussi bien que leur devoir de praticien qui les guérit, — si, parmi les diverses catégories professionnelles, celle des médecins a eu et doit encore avoir l'honneur de fournir beaucoup d'hommes d'Etat.

A. Maloine et fils, éditeurs, Paris 1923.

Dr Henri Mallié. — **Les infections paratyphoïdes et gaertnériennes.** Etude clinique et thérapeutique, avec préface du Pr Carles, de Bordeaux. (1 vol. in-8°, 195 pages.)

Aussi longtemps qu'on admettra, d'une part, l'individualisation des microbes par leurs caractères culturaux et biologiques, et celle des maladies par leur agent spécifique, d'autre part, on devra admettre :

1° L'indépendance nosologique de la typhoïde éberthienne et des diverses infections paratyphiques ; 2° l'identité de nature microbienne de ces diverses infections paratyphiques entre elles, malgré la diversité de leurs aspects cliniques.

C'est pourquoi, si le praticien veut étudier avec fruit la question des infections paratyphiques, il faut lui exposer ces problèmes au point de vue *historique* et *microbiologique*, avant de passer à l'étude *clin ique* détaillée.

Après toutes les occasions d'études fournies par la guerre, il est possible aujourd'hui d'aborder en toute sécurité l'étude clinique des infections paratyphiques et gaërtnériennes.

Dans son travail, l'auteur n'a fait état que de documents inattaquables actuellement ; c'était la seule façon d'aider à préciser ou à délimiter les états, dont on veut démêler la nature ou les rapports. On n'englobera plus ainsi sous le nom de paratyphoïdes des faits *bactériologiquement étrangers* ; mais on rassemblera tout ce qui compte légitimement aux infections paratyphiques.

Librairie Aristide Quillet,
278, boul. Saint-Germain, Paris, 7e.

J. Thomas. **Le cancer.** (1 vol. in-8, 217 pages, 17 figures).

Après avoir exposé les théories et l'anatomie pathologique du cancer, l'auteur aborde l'étude clinique caractères généraux des cancers, caractères cliniques, diagnostic. Il traite ensuite de la physiologie pathologique, des facteurs étiologiques, de la fréquence du cancer, des associations (syphilis, diabète, tuberculose, rhumatisme chronique, etc.). Des chapitres sont consacrés au cancer chez les animaux, les souris, les végétaux, aux traitements du cancer, enfin à la lutte contre le cancer.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

Les honoraires médicaux en médecine rurale. Les indemnités de déplacement.

Si l'on compare les conditions de l'exercice de la médecine à la campagne telle qu'elle se pratique actuellement, et telle qu'elle se pratiquait il y a vingt à trente ans, on constate qu'elles ont été complètement modifiées, et même bouleversées par ces deux grandes découvertes modernes : l'automobile et le téléphone, qui ont pour ainsi dire supprimé le temps et la distance.

Elles se sont, d'autre part, également transformées en raison des incontestables progrès de la Science médicale, qui font un devoir impérieux au médecin de procéder à toutes les recherches et de s'entourer de toutes les garanties qui assureront la sûreté de son diagnostic et l'efficacité de son traitement.

Il en résulte tout d'abord cette conclusion, que la médecine rurale ne s'exerce plus en 1923 comme elle s'exerçait en 1895.

Dans ces temps lointains, le médecin de campagne circulait généralement, dans sa circonscription, en voiture hippomobile. Il avait dans son écurie un ou deux chevaux, quelquefois trois, dont il se servait à tour de rôle. Accessoirement, et quand le temps et la configuration du sol le permettaient, il utilisait la bicyclette.

En faisant appel à mes souvenirs personnels, je crois pouvoir affirmer que la vitesse moyenne d'un bon cheval n'était guère supérieure à 12 kilomètres à l'heure, compte tenu évidemment des montées longues et rudes. C'est ainsi que, résidant dans une étroite vallée, je ne pouvais gagner les plateaux qui la bordaient qu'après avoir grimpé des côtes de 1.500 mètres, dans le sens transversal. Dans le sens même du courant de la rivière, il existait de nombreux plis de terrain qui ralentissaient la marche de l'animal. De sorte que, pour me rendre dans les agglomérations qui se trouvaient à 7, 8 et 10 kilomètres de ma résidence, il me fallait compter de une heure à une heure et demie, soit une moyenne de trois heures de route, aller et retour.

D'un autre côté, l'animal ne pouvait guère abattre plus de 30 à 40 kilomètres par jour, après quoi, il était nécessaire qu'il se reposât : il n'était plus disponible pendant une douzaine d'heures.

Aussi, était-il indispensable de régler les tournées de manière à faire le maximum de besogne dans les limites permises par la capacité de rendement du cheval. Il fallait même les régler minutieusement, et tout écart, en cours de route, devenait une cause de perturbation considérable dans l'économie du travail quotidien prévu d'avance, pour peu que cet écart prît quelque importance. Cette perturbation retentissait en effet sur l'ensemble du programme arrêté tous les matins, et on risquait, pour aller voir *en passant* un malade atteint d'une indisposition insignifiante et qui pouvait attendre, de négliger un ou plusieurs autres malades dont l'état réclamait au contraire une surveillance régulière.

Il en résultait, — et je prends mon cas comme exemple, tout haïssable que soit le *moi*, — que je ne consentais qu'exceptionnellement à faire des visites dites de passage, et encore, à la condition qu'elles ne m'entraînassent pas trop loin de mon itinéraire.

Enfin, quand le malade habitait à 8, 10 kilomètres, il était souvent impossible d'aller le voir tous les jours, même s'il était atteint d'une affection aiguë. Impossibilité matérielle contre laquelle j'étais désarmé.

La pratique de l'art médical lui-même s'en tenait à la seule exploration clinique : on inspectait, on palpait, on auscultait le malade, après quoi on formulait une ordonnance magistrale qui n'était généralement exécutée et suivie qu'une grande demi-journée plus tard. Pour peu que le malade ne disposât pas de moyens de transport, c'était le facteur rural qui, le lendemain, rapportait de la ville les médicaments divers prescrits la veille.

Exceptionnellement, on appliquait des ventouses, auxquelles d'ailleurs la clientèle préférait le vieux vésicatoire dont l'action lui paraissait plus énergique. On pratiquait des injections de sérum anti-diphtérique quand l'indication s'en présentait. Une analyse d'urine par-ci, par-là. Et c'était tout. Je ne jurerais pas que les malades mouraient plus qu'aujourd'hui !

Pour le règlement des honoraires, la clientèle comptait par « *voyages* ». — *Demandes-y, à c't'homme-là* — disait un jour la femme d'un de mes clients à son mari, — *demandes-y combin qu'on l'y doit pour son viyage...* » Le prix

du voyage était fonction de la distance kilométrique, à raison d'un franc par kilomètre parcouru à l'aller, à partir du 5e kilomètre. A 2 kilomètres, 4 francs. A 3 et 4 kilomètres, 5 francs, tout comme à 5.

Hormis les cas d'urgence ou réputés tels, pour lesquels ils envoyaient un exprès, les malades faisaient appeler le médecin par le facteur, par un voisin qui avait l'occasion de venir à la ville. L'emploi du télégraphe, quand il était possible, restait une exception.

Automobile et téléphone ont changé tout cela. Je m'en suis bien aperçu, quand, en 1897, je me rendis acquéreur d'un tricycle automobile, que je fus l'un des premiers médecins de France, peut-être le premier ! — à employer, m'avérant ainsi un précurseur. Ma machine faisait 20 à 25 kilomètres à l'heure, quelle que fût la configuration du sol. Elle n'était jamais fatiguée ; il suffisait de garnir le réservoir d'essence pour couvrir toutes les distances. Et cependant, ce véhicule ne représentait qu'un rudiment grossier et imparfait de la voiture automobile, et je ne fais pas état des pannes qui m'occasionnèrent trop souvent bien des ennuis. Quelle différence avec la voiture perfectionnée qui transporte nos confrères ruraux, en l'an de grâce 1923 !

Grâce au téléphone, l'appel est immédiat. Grâce à l'automobile, le médecin, s'il est libre à ce moment, peut être rendu auprès du malade une demi-heure après. Les écarts en cours de route ne sont nullement gênants pour lui. S'il est retenu plus longtemps qu'il ne l'avait prévu, soit par des appels au moment de son passage, soit par un examen plus long qu'il ne l'avait pensé, il en est quitte pour manœuvrer l'accélérateur, et le temps supplémentaire ainsi dépensé est vite regagné. Rien ne l'empêche de visiter ses malades aigus tous les jours, et, au besoin, deux fois par jour. Il peut aussi étendre considérablement son rayon d'action. Mais il doit s'attendre, en contre-partie, à ce que ses voisins, faisant de même, incursionnent sur son propre territoire.

Il ne soigne plus ses malades avec les seules ressources de la clinique ; les cas sont de tous les jours, où il doit recourir au laboratoire . Les injections parentérales tiennent une place importante dans sa thérapeutique : injections sous-cutanées, intra-musculaires, intra-veineuses... De petites interventions, qu'ont multipliées notamment les accidents du travail, sollicitent à chaque instant son attention, et le retiennent plus longtemps que le simple examen clinique sanctionné par une ordonnance médicamenteuse....

Il ne saurait donc plus être question de compter par *voyages*. Aussi est-il devenu nécessaire, — toute peine méritant salaire, — d'ajouter au prix de la visite simple, les actes médicaux qu'elle comporte, et d'y ajouter une indemnité pour le déplacement. Avec le renchérissement de la vie, et la dépréciation du franc, le taux des honoraires médicaux s'est considérablement relevé. Au « voyage » de six francs, à 6 kilomètres, s'est substituée la visite avec indemnité kilométrique, qui, dans sa plus simple expression, ressortit à 26 francs. Soit une majoration d'environ 4 fois plus.

Que l'on dise qu'avec les lourdes charges que représente l'automobile, une pareille somme n'offre rien d'excessif. D'accord ! A notre point de vue, tout au moins. Mais, plaçons-nous au point de vue du malade, pour qui la visite médicale semble plus souvent un luxe qu'une nécessité, — j'entends surtout du paysan — qui n'a recours au médecin qu'après qu'il a épuisé tous les autres moyens de se soigner ; son expérience personnelle ou celle de son entourage, les conseils de la commère, de la religieuse, du curé, du pharmacien... On conçoit qu'il y regarde à plus de deux fois avant d'engager une dépense qui lui semble énorme...

D'où heurt de deux intérêts dissemblables : celui du médecin, qui prétend légitimement être rémunéré de son travail et de ses dépenses ; celui du malade, qui hésite à supporter des frais qu'il trouve élevés.

On comprend ainsi pourquoi se pose, avec une acuité que la prochaine mise en application de la loi sur les accidents agricoles rend plus vive que jamais, la question des tournées, à jour fixe ou non, au cours desquelles les visites sont tarifées à un prix moins élevé que si elles font l'objet d'un déplacement spécial.

De mon temps, les tournées à jour fixe étaient formellement condamnées, et je n'aurais jamais consenti à adopter cette manière de faire.

Mais aujourd'hui ? Je suis d'abord bien forcé de constater que les opinions varient selon les régions. Si certains syndicats les interdisent, d'autres, au contraire les autorisent.

Il y a, en faveur d'une diminution du taux de l'indemnité de déplacement au cours de la tournée, un argument qui paraît impressionnant. Quand un médecin visite, dans une commune de sa circonscription, plusieurs malades, ses frais de déplacement ne sont pas plus élevés que s'il n'en visitait qu'un. Or, pour un médecin ayant déjà quelques années de pratique, et desservant une clientèle moyenne, le malade unique est l'exception ; la règle, c'est qu'il en ait plusieurs en traitement, malades aigus, à voir tous les jours ; malades chroniques, à ne voir que de temps en temps.

Envisageons la question à un autre point de vue, celui de la visite de passage. Vous êtes appelé par un malade dont la visite nécessite un déplacement de quelques kilomètres. Pendant que vous êtes auprès de lui, on vous prie d'aller

voir son voisin, qui profite de votre présence à proximité, *de votre passage* pour vous demander nos soins. Quel prix réclamerez-vous à celui-ci? Le même prix qu'au malade pour lequel vous serez d'abord venu ? Mais il répondra que vous ne vous êtes pas dérangé exprès pour lui. Le prix d'une simple visite, sans indemnité de déplacement ? Avouez qu'il est paradoxal de taxer au prix fort celui qui s'est donné la peine de vous faire quérir, et au prix faible celui qui n'a eu le mal que de vous cueillir en passant.

Ce problème déontologique avait été assez troublant, à un moment donné, pour suggérer à notre Conseil juridique, le regretté Gatineau, un moyen terme, consistant à partager le montant de l'indemnité de déplacement entre les deux malades.

Idée quelque peu simpliste, mais qui, si elle était mise en pratique, aboutirait à ceci, c'est que le jour où vous verriez un seul malade, il aurait la charge entière de votre dérangement (visite et indemnité kilométrique) ; le jour où vous en verriez deux, le déplacement serait payé de moitié par chacun d'eux ; le jour où vous en verriez trois, chacun ne participerait à l'indemnité kilométrique que pour un tiers... Autant de cas, autant de prix différents : quelle comptabilité, et quelle complication ! Quels hauts cris aussi poussés par les clients, qui verraient varier à l'infini le taux des honoraires que vous leur réclameriez !

Devant cette objection, dont on ne saurait nier la valeur, certains esprits ont riposté : « Eh bien ! faites entrer vos frais de transport dans vos frais généraux, et équilibrez le prix de vos visites en conséquence. Qu'il habite à votre porte, où que vous l'alliez visiter à 5 kilomètres, le malade, ici et là, payera le même prix ». Ainsi parlent les Assureurs.

Autre solution, aussi simpliste en apparence, et aussi inacceptable en pratique. Les frais généraux variant d'année en année, le prix de la visite subirait des variations parallèles. Et puis, croyez-vous, de bonne foi, que le malade que vous visitez en traversant simplement votre rue consentirait à payer 10, 12 ou 15 francs la visite que vous coteriez au même taux au malade éloigné de 5 kilomètres ?

Comment trancher la difficulté ?

En plaçant au-dessus de cette discussion cette vérité, qui doit toujours nous être présente à l'esprit : *Le médecin est fait pour le malade, et non le malade pour le médecin. L'intérêt du malade prime celui du médecin.*

Dans un prochain article, j'examinerai la manière dont je conçois le respect de cette vérité, en la conciliant avec le souci de l'intérêt bien compris du médecin. G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les assurances sociales et le patronat.

Lorsque le projet Grinda, remaniement amélioré de celui du gouvernement, fut déposé sur le bureau de la Chambre ; lorsqu'il fut connu du public, les intéressés, après études, prirent position pour ou contre lui. La classe ouvrière, bénéficiaire des assurances sociales, émit un avis favorable au principe du projet, ne demandant que des modifications destinées à étendre encore les avantages qu'elle devait recueillir.

Les médecins acceptèrent également le but humanitaire de cette réforme sociale, dans les conditions suivantes : libre choix du médecin, respect du secret professionnel, rejet du forfait, honoraires suffisants pour assurer des soins réels et consciencieux.

Restait à connaître l'opinion du patronat. Celui-ci ne se fait pas d'illusion. Il sait qu'il ne peut s'opposer ouvertement à l'établissement d'une amélioration du sort de l'ouvrier, il sait, d'autre part, que ce nouvel impôt grèvera lourdement ses frais généraux et le mettra parfois en état d'infériorité vis-à-vis de la concurrence étrangère.

Car il est bien convaincu, à juste titre, que c'est lui seul qui payera la prime totale , c'est-à-dire la sienne et celle de son ouvrier.

Car si le précompte adopté lui permet de retenir la part de l'ouvrier sur son salaire, celui-ci voudra récupérer cette somme sous forme d'une augmentation.

Un article du *Journal des Débats* du 9 septembre dernier nous permet de nous rendre compte de la mentalité d'une partie du patronat.

L'Union des Syndicats patronaux des industries textiles de France a rédigé un rapport sur la question des assurances sociales, en comparant les résultats acquis des caisses d'Alsace-Lorraine avec les prévisions formulées dans le projet Grinda.

Ce qui les préoccupe beaucoup, c'est le service médical. Pour un peu, ils diraient que les médecins sont des exploiteurs. Ah ! si on pouvait les remplacer par de bonnes infirmières, comme pour le traitement moderne de la tuberculose. Le rapport de ces messieurs fait état d'une somme considérable au point de vue des frais médicaux et pharmaceutiques, de beaucoup supérieurs aux charges du régime alsacien-lorrain.

Il rappelle l'alinéa page 81 du rapport Grinda En Alsace-Lorraine, pendant les années 1919 et 1920, les frais médicaux et pharmaceutiques, accouchements non compris, ont occasionné une dépense annuelle moyenne par assuré de 36 fr. 87 et de 37 fr. 24. Ces dépenses sont très inférieures à nos prévisions qui s'élèvent pour les dépenses annuelles à 103 fr. par assuré.

Si on se reporte aux explications de la page 167 du même rapport, on constate que, sur cette dépense annuelle de 103 fr. par assuré, les honoraires médicaux représenteraient un tiers de cette somme, c'est-à-dire seraient égaux aux totaux globaux des dépenses médicales en Alsace-Lorraine.

Il en résulterait que la situation des caisses privées, quelles qu'elles soient, serait intenable du fait des charges qu'entraîneraient les tarifs médicaux et pharmaceutiques. Les sociétés de secours mutuels, disent les patrons, ont, à cet égard, à faire grande attention.

Ils en concluent que le projet élaboré constitue un véritable saut dans l'inconnu, qu'il entraînera une dépense énorme dépassant les évaluations fournies et qu'il est impossible de préciser. Oh ! les vilains médecins, qui veulent vivre de leur travail, sans l'espoir de s'enrichir comme nos grands industriels et commerçants ! Oh ! les exploiteurs qui veulent causer la ruine du patronat !

L'Union des Syndicats patronaux des industries textiles de France soutient que la solution logique et pratique qui pourrait intervenir serait de se limiter à la généralisation de l'assurance-maladie, grâce à l'extension du rôle des sociétés mutuelles.

Inclinons-nous devant cette géniale suggestion. Cela fait partie de la campagne active que poursuit la Mutualité ou pour faire échec à la loi ou pour l'accaparer en totalité.

Il ne faut pas oublier que la plupart des grands industriels sont membres honoraires de sociétés de secours mutuels ; et qu'ainsi ils arrivent à les diriger et en retirer honneurs et profits.

Peu leur importe que leurs sociétaires soient bien ou mal soignés, qu'il existe une médecine de façade faite par les docteurs au rabais et imposés à la masse bêlante des adhérents mutualistes. Le point intéressant, c'est que cela ne coûte pas cher.

Je comprends très bien la tactique de nos grands patrons. Ils voudraient rester membres honoraires des sociétés mutuelles ; au besoin, ils augmenteraient le taux de leur cotisation. Ils consentiraient même à payer la cotisation de leurs ouvriers dans ces sociétés. Car ils la savent minime, et complètement insuffisante pour garantir d'une façon efficace les risques de l'ouvrier.

Mais cela leur coûtera moins cher que les cotisations demandées par le projet de loi.

Ils réaliseront ainsi des économies et un coffre-fort bien garni est préférable à un cœur charitable. Les affaires sont les affaires et la philanthropie est la philanthropie. Or, personne ne l'ignore, pour beaucoup la philanthropie c'est l'argent des autres et trop souvent des médecins.

En réalité, la Mutualité qui craint toujours de voir s'accomplir son effondrement (heureusement qu'à l'heure actuelle presque tous ses dirigeants sont décorés) par le fonctionnement de la loi, s'unit au patronat pour tenter un dernier assaut contre la loi et contre le Corps médical.

Le patronat a confiance dans la Mutualité pour réduire *a quia*, c'est-à-dire à la famine, les médecins. Elle a pour elle le fait acquis d'un demi-siècle d'exploitation. Mais cette situation ne saurait durer. Nos syndicats, garants de notre dignité, sauront faire le nécessaire pour sauver nos intérêts matériels et quel que soit le régime inauguré par la loi des assurances sociales, il ne saurait être pire que celui pratiqué par les mutualistes.

Mais le monde ouvrier ne restera pas indifférent à cette alliance du patronat et de la Mutualité. Il se méfiera de celle-ci et surtout de ses dirigeants, patrons camouflés en philanthropes d'occasion et fuira leurs organisations en créant des caisses autonomes qu'ils sauront bien gouverner et faire prospérer.

Quant à nous, médecins, ne l'oublions pas, l'organisation actuelle de la Mutualité reste notre grand danger. C'est à nous d'y parer.

Dr M. VIMONT.

AUTOMOBILISME MÉDICAL

Un an de pratique du cyclecar

La médecine à la campagne a été complètement transformée par l'automobile. Alors qu'autrefois la durée des transports limitait étroitement le nombre des visites que l'on pouvait faire dans une journée, l'automobile, en diminuant pour ainsi dire les distances, a permis au médecin de campagne d'augmenter sa production en contentant plus facilement les exigences de ses clients.

Tant que l'essence est restée à des prix réduits, le médecin n'a pas eu à modifier ses prix de visites Mais depuis la guerre les dépenses de l'automobile sont devenues telles que nous avons dû augmenter nos prix. Nous n'avons pourtant pas

pu suivre la proportion de nos dépenses et la question d'un moyen de transport économique est devenue très importante. C'est après y avoir bien réfléchi que je me suis décidé à acheter un cyclecar afin de diminuer mes frais de transport.

J'avais quelques craintes au début, je me demandais si ce léger véhicule pourrait supporter le dur service d'une clientèle médicale de campagne. Après plus d'un an d'expérience, je me trouve satisfait du résultat et je crois utile d'exposer ici les résultats de ma pratique.

J'ai acheté il y a un peu plus d'un an un cyclecar de 5 chevaux de 750 centimètres de cylindrée, trois vitesses et marche arrière, transmission par cardan et vis sans fin. La carrosserie en torpédo, deux places et capote de toile en été, se transforme pour l'hiver en conduite intérieure grâce à un ballon très léger que l'on met en place en quelques minutes et qu'on fixe avec quatre écrous.

Après quelques difficultés, les premières semaines, provenant du règlage du moteur, je n'ai jamais eu une minute de panne. La conduite de la voiture ne présente rien de particulier. Il faut seulement avoir soin de faire tourner le moteur assez vite lorsqu'on embraye, pour ne pas caler ; mais au bout de quelques jours, c'est devenu une habitude inconsciente. L'entretien ne diffère pas de celui d'une automobile ordinaire et grâce au système Técalémit le graissage est devenu facile et surtout efficace.

J'avais un peu d'appréhension du démarrage et de l'éclairage électriques. Je me souvenais du temps des accumulateurs d'allumage avant l'avènement de la magnéto. Avions-nous été assez heureux de voir l'accumulateur sale et capricieux disparaître de nos voitures ! Je dois reconnaître que mes craintes étaient vaines. Le démarreur marche parfaitement, aussi bien aujourd'hui que le premier jour, et le moteur, même à froid, part au premier coup. Au début, le matin, j'avais toujours soin de faire quelques tours avec la manivelle avant de mettre le contact du démarreur ; mais ayant constaté que le départ se faisait bien sans cela, j'ai cessé cette manœuvre préalable et je n'ai jamais eu de difficulté de départ, même en hiver : la seule précaution à prendre par les grands froids est de mettre un chiffon sur la prise d'air du carburateur au moment de lancer le moteur et d'appeler l'essence. On retire ce chiffon après avoir emballé le moteur deux ou trois fois. De même le matin, avant d'embrayer, il est bon de faire ronfler un peu le moteur pendant quelques secondes, car le carburateur est réglé à l'économie, et on calerait si on voulait démarrer avant que le moteur soit un peu échauffé.

De même pour l'éclairage, je n'ai eu qu'un seul arrêt par suite d'une mauvaise prise de masse d'une lampe de phare. C'était bien peu de chose, mais j'ai cherché longtemps de tous les côtés... sauf du bon ! Un simple coup de clé sur un boulon du porte phare et la panne était réparée. Quel agrénment de n'avoir qu'un contact à pousser pour s'éclairer ! sans descendre, sans chercher ses allumettes, sans se soucier des bouteilles à recharger ou des générateurs à remplir ! On ne retarde plus l'éclairage jusqu'à la dernière lueur du crépuscule, au risque d'accident, dans l'espoir de rentrer sans avoir besoin de lumière ! Quelques gouttes d'eau ou d'acide dans les accumulateurs, une fois par mois, après avoir pris la densité avec une pipette compte-gouttes très pratique ; un coup de papier de verre (éviter la toile émeri) sur le collecteur de la dynamo lorsque vous voyez l'ampèremètre paresseux, et c'est tout. Je n'ai jamais eu de difficulté.

La consommation est pour un an et sur 12.000 kilomètres parcourus de 6 litres 125 aux cent kilomètres. En hiver, elle monte à 6.500, 7 ; en été ou par temps sec, elle descend au-dessous de 6. La consommation d'huile est très minime ; le fût de 50 litres que j'ai acheté au même moment que le cyclecar est encore à moitié plein, ce qui fait 0 litre 200 aux cent kilomètres. La consommation d'eau est nulle.

Les pneus de 700/80 en toiles ont une vie moyenne de 6.000 kilomètres, les câblés 8.000 environ, en ayant soin de faire passer à l'avant ceux d'arrière lorsque les cannelures ont disparu ; c'est un jeu grâce aux roues amovibles. J'ai très peu crevé, bien qu'employant des câblés qu'on a accusés de tant de méfaits ces temps derniers. Est-ce une question de chance ? C'est possible, mais étant donné le faible poids de la voiture, les clous ont moins de chance de pénétrer, et comme j'ai l'habitude de jeter assez souvent un rapide coup d'œil aux pneus, il m'arrive de retirer ainsi des clous qui n'ont pas eu le temps de perforer la chambre à air.

La carrosserie démontable m'a fait un bon service. Au bout d'un an, il lui suffira d'une couche de caoutchène pour renforcer l'imperméabilité du dessus et quelques raccords de peinture sur le bois. Les portes et les glaces ferment bien, elles ont supporté sans dommage le froid et le chaud, le soleil et la pluie, les chocs et les déformations des mauvais chemins.

La conduite du cyclecar est très facile, la voiture tient bien la route, la suspension est très douce malgré la légèreté. On peut atteindre le 70 à l'heure sur bonne route, mais ce n'est pas intéressant pour le médecin, nous n'avons pas besoin d'aller si vite dans nos tournées. En pratique par tous les temps et sur routes médiocres, je tiens facilement une vitesse de 45 kilomètres à l'heure, ce qui est bien suffisant. Aller trop vite serait peut être mauvais pour la résistance de la voiture et la durée des pneus. « Qui veut voyager loin ménage sa monture », dit le

proverbe. Il faut une bien mauvaise route et un fort vent debout pour faire garder la seconde vitesse.

Cependant le cyclecar n'est fait que pour des individus de corpulence normale ; les gros ventres ne peuvent s'y loger ; ce serait un nouveau martyre de l'obèse.

Voici le budget de mon cyclecar pour la première année.

Mon prix d'achat était de 10.000 francs.

Amortissement	2.000
Impôt	100
Assurances accidents (100.000 francs)	100
Essence 735 litres à 1 franc 70	1.249 50
Huile 24 litres à 4 francs 50	108
Huile et graisse pour entretien et vidanges 8 kgrs	36
Pneus 2 cablés à 107 francs plus 5 en toiles livrés sur la voiture (pneu toile 96 francs)	694
Chambres à air 2 à 18 francs	36
Un homme une heure par semaine pour graissage et lavages de temps en temps à 2 francs l'heure	104
Lampes pour phares 6 à 4 francs	24
Réparations	125
Total	4.576 50

Soit pour 12.000 kilomètres une dépense de 0 francs 381 par kilomètre.

Il est impossible avec une voiture d'obtenir un prix aussi réduit. Or comme nos honoraires vont être de plus en plus strictement taxés, il importe, si nous voulons vivre, de réduire nos dépenses. Restait l'objection que ce n'était pas un véhicule assez confortable et assez résistant pour la pratique médicale à la campagne ; mon expérience me permet de la réfuter. Depuis un an que je roule, j'ai acquis la preuve que ma machine était solide, car mon réseau routier n'est pas brillant, et l'hiver je suis aussi bien garanti que dans la plus somptueuse conduite intérieure.

Aussi en terminant je ne puis que recommander l'usage du cyclecar à mes confrères de la campagne.

Dr Louis GASSOT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1922

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou médical » pour l'exercice 1922.

Le nombre des membres qui ont régulièrement versé leur cotisation a été de 3.280. La progression constante des sociétaires montre l'importance des services rendus et la confiance qu'inspire notre œuvre de protection et de défense confraternelles.

1° COMPTE DE L'ANNÉE 1922.

Recettes.

Les recettes de l'année 1922 se sont élevées à 87.980 fr. 73, savoir :

Cotisations	82.225 »»
Intérêts	3.379 43
Recouvrements	1.703 10
Dons	278 »»
Remboursements d'indemnités	395 20
Total	87.980 73

Dépenses.

Les dépenses se sont élevées à 83.592 fr. 63, savoir :

Frais généraux	9.367 75
Secrétariat général	11.929 20
Service des accidents du travail	1.000 »»
Service judiciaire et contentieux	31.798 50
Frais de défense générale et de propagande	2.821 20
Frais de réunions bi-mensuelles	3.520 »»
	60.436 65

A cette somme il convient d'ajouter pour ordre :

Versement statutaire à la caisse de garantie	13.156 »»	23.156 »»
Versement par décision de l'Assemblée générale	10.000 »»	
On arrive ainsi à un total de		83.592 65

Balance.

Avoir au 31 décembre 1921 :		
Espèces à la Société générale	34.045 98	23.528 80
moins dû au trésorier	10.517 18	
Réalisations de valeurs		50.220 »
Recettes de l'année 1922		87.980 73
		161.729 53
Dépenses de l'année 1922		83.592 65
		78.136 88

Dont emploi :

Achats de valeurs		63.745 »»
Espèces à la Société générale	16.446 06	
moins dû au trésorier	2.054 18	14.391 88
Total égal		78.136 88

2° Compte général.

Avoir général au 31 décembre 1921	69.722 70
Recettes de l'année 1922	87.980 73
	157.703 43
Dépenses de l'année 1922	83.592 65
	74.110 78

représentés par :

1° Portefeuille : valeur de 1921	46.193 90		
plus achats de 1922	63.745 »»	109.938 90	
moins réalisations		50.220 »»	59.718 90
2° Espèces à la Société générale	16.446 06		
moins dû au trésorier	2.054 18		14.391 88
Total égal			74.110 78

3° Portefeuille du Sou Médical.

600 fr. Rente française 6 %	10.000 »»
14 Obligations Chemin de fer P. L. M. 2.50 %	5.793 90
46 Bons de la Défense nationale de 1.000 fr. à un an	43.925 »»
Total	59.718 90

Caisse de garantie

La Caisse de garantie possédait au 31 décembre 1921		84.534 69
Recettes de 1922 :		
Cotisations	13.156 »»	
Intérêts	3.228 74	26.384 74
Don de la Caisse générale	10.000 »»	
		110.919 43
Dépenses de 1922 :		
Frais de banque		18 »»
Reste avoir au 31 décembre 1922 :		110.901 43

représentés par :

1° Portefeuille : valeur de 1921	78.441 58		
moins réalisations	19.950 »»	58.491 58	
plus achats de 1922		49.045 »»	107.536 58
2° Espèces à la Société générale		723 40	
Espèces en Caisse		2.641 45	3.364 85
Total égal			110.901 43

Portefeuille de la caisse de garantie.

450 fr. Rente française 5 %	7.861 25
20 Bons du Trésor 6 %	9.950 »»
8 Obligations de la Défense nationale 5 %	7.645 85
10 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % anciennes	4.597 10
10 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % nouvelles	4.069 95
19 Obligations Chemin de fer P. L. M. nouvelles	7.942 38
18 Obligations Chemin de fer Dauphiné 3 %	7.834 93
21 Obligations Chemin de fer Ouest-Algérien 3 %	9.075 87
10 Obligations Gouvernement général de Madagascar	4.637 50
20 Obligations Chemin de fer du Maroc 6 %	9.500 »»
12 Obligations Chemin de fer P. L. M. 3 % nouvelles	4.826 75
31 Bons de la Défense nationale de 1.000 fr. à un an	29.595 »»
Total	107.536 58

La situation du « Sou médical », à tous points de vue, est excellente. Sa Caisse générale a un avoir de 74.110 fr. 78 pouvant largement faire face à toutes les affaires en cours et sa Caisse de garantie, qui n'a pas eu à fonctionner en 1922, s'est accrue de plus de 26.000 francs.

Le Trésorier,

A. Gassot.

LE PROJET DE LOI DES ASSURANCES SOCIALES ET LA FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE.

Les médecins de la région parisienne, réunis dans chaque arrondissement de Paris et dans les cantons de la banlieue par les soins de la Fédération corporative, ont été unanimes à condamner le principe d'un tarif forfaitaire (c'est-à-dire de la rétribution avec une somme fixe par an et par assuré) pour le paiement des honoraires médicaux. Ils sont convaincus en effet qu'un système forfaitaire conduirait fatalement à une mauvaise organisation de soins préjudiciable aux malades.

Ils se sont tous déclarés résolus à ne traiter avec les Caisses d'assurances sociales que si les soins donnés aux assurés sont rémunérés à la visite, selon le tarif moyen de la clientèle ordinaire, et que si les principes du libre choix du médecin et du secret professionnel sont rigoureusement respectés.

Enfin ils ont été à peu près unanimes à demander que le payement des honoraires médicaux soit fait directement et intégralement par le malade.

UN TYPE DE CONTRAT COLLECTIF (1)

Contrat de la F. S. A. avec « la Solidarité »

(*en date du 1er Avril 1923*)

Entre la Caisse d'assurance mutuelle en cas de maladie et de décès, « La Solidarité », Caisse agréée pour l'assurance obligatoire, d'une part, et la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace d'autre part, et ayant toutes deux leur siège social à Strasbourg, il a été convenu ce qui suit :

Art. 1. — N'est autorisé à donner ses soins aux membres de la Solidarité et à la charge de celle-ci que tout médecin membre d'un syndicat médical des départements du Bas-Rhin ou du Haut-Rhin ayant adhéré à la présente convention, à l'exclusion des médecins non syndiqués.

Art. 2. — Les syndicats intéressés fourniront à la Caisse la liste des médecins ayant donné l'adhésion prévue à l'article précédent.

La liste des médecins indiquera leurs nom, domicile, heures de consultation, numéro de téléphone et spécialité.

Art. 3. — Nulle personne non munie d'un diplôme médical ne pourra donner des soins à des assurés aux frais de la Solidarité, si ce n'est en vertu d'une ordonnance spéciale d'un médecin accrédité ; ces soins se borneront à ceux confiés habituellement aux infirmiers et aux personnes exerçant une profession analogue.

Art. 4. — Chaque médecin adhérent a le droit de renoncer au traitement des malades de la Solidarité après un préavis de trois mois.

Art. 5. — Tout membre de la caisse qui aura recours aux soins d'un médecin lui remettra un bulletin de traitement avec duplicata délivrés par la caisse. Toutes les consultations et visites ainsi que tous les soins extraordinaires doivent être inscrits sur les deux bulletins ; le duplicata doit toujours rester entre les mains du malade. En cas d'urgence, le bulletin de traitement réglementaire sera à produire dans un délai de 24 heures.

Le bulletin de traitement devra prévoir toutes indications nécessaires au décompte des honoraires et sera renouvelé au début de chaque trimestre. Le modèle de certificat médical initial annexé au corps du bulletin de traitement doit être complété par le médecin traitant et être retourné par celui-ci à la Caisse aux frais de celle-ci dans un délai de trois jours.

Art. 6. — En cas d'incapacité de travail du malade, le médecin traitant établira un certificat médical hebdomadaire (formule rose mise à sa disposition par la Caisse). Le malade ne peut toucher son allocation journalière de malade que sur production de cette pièce dûment établie par le médecin traitant.

Art. 7. — Seront fournis gratuitement par le médecin traitant le certificat initial, le certificat médical hebdomadaire ainsi que tous renseignements ayant trait à la maladie et demandés par la Caisse ou son médecin-conseil en tant qu'ils peuvent être donnés sans perte de temps appréciable et sans frais pour le médecin.

Art. 8. — Si un malade doit être hospitalisé, le consentement préalable de la Caisse est nécessaire. Si, dans les cas graves et urgents, l'hospitalisation a dû être immédiatement ordonnée, la Caisse doit être avisée dans les 24 heures.

Il est entendu que la Caisse supporte l'intégralité des soins médicaux et chirurgicaux dans les maisons de santé publiques ou privées, mais seulement en ce qui concerne le traitement des membres de la Caisse eux-mêmes, la famille étant exceptée. L'hospitalité n'est accordée que pour les opérations ne pouvant être faites au domicile du malade ou dans les cas énumérés à l'art. 184, al. 3 du C. S. A. Le malade pourra conserver son médecin traitant si ce dernier habite la localité de l'hôpital.

Art. 9. — Les soins médicaux (consultation, visite et intervention spéciale) doivent être limités *au strict minimum absolument indispensable* au traitement qui a pour but de guérir le malade aussi rapidement que possible ou de le soulager. Le médecin devra refuser toute visite qu'il ne juge pas nécessaire.

Art. 10. — Toute prescription de médicaments doit être faite avec un souci constant d'économie. Le médecin traitant est tenu de se conformer strictement aux instructions établies à cet effet par la Caisse après entente avec la F. S. A.

Ne sont accordés que sur autorisation préalable de la Caisse, qui se réserve de prendre l'avis de son médecin-conseil :

a) Les aliments et médicaments fortifiants pouvant être considérés comme « remèdes » aux termes de l'article 182, al. I du C. S. A., ainsi que les eaux minérales, les vins médicamenteux ;

b) Certains articles et objets habituellement ordonnés comme moyens thérapeutiques, par exemple, irrigateur, seringue, inhalateur, vessie à glace ;

c) Bandages herniaires, ceintures et autres prothèses ou fournitures orthopédiques ;

d) Les traitements curatifs (simples séjours à la campagne et cures proprement dites), bains médicaux et autres, massages, radiographies,

(1) *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 1er Juillet 1923.

examens radioscopiques et radiologiques, traitements de radiothérapie (rayons X) et de radiumthérapie (rayons de Becquerel), soleil ardent, traitements mécano et électro-thérapeutiques, et autres traitements et examens de ce genre.

ART. 11. — Le membre malade de la Caisse a la faculté de choisir librement son médecin parmi les médecins syndiqués habitant la même localité ou, à leur défaut, parmi ceux habitant la localité la plus rapprochée.

Le changement de médecin, au cours du traitement, n'est possible que sur autorisation de la Caisse et après avis du médecin traitant.

ART. 12. — La caisse a la faculté de faire contrôler les malades à tout moment par ses visiteurs et de les soumettre à une contre-visite de son médecin-conseil qui en avisera au préalable le médecin traitant.

ART. 13. — Le ou les médecins-conseils nommés par la Caisse pour une durée de trois ans après entente avec les syndicats médicaux intéressés ont, d'une façon générale, pour attribution d'assister, la Caisse de leurs conseils techniques. Ils peuvent être appelés à exercer la surveillance générale des services médicaux. Ils seront chargés notamment du contrôle des ordonnances médicales ainsi que de l'examen des malades atteints d'incapacité de travail. Ils vérifient, en outre, la nécessité des traitements hospitaliers et curatifs et procèdent aux expertises médicales demandées par la Caisse.

ART. 14. — Sont applicables au présent contrat les prix et conditions fixés par le nouveau tarif de la F. S. A. sous réserve des modifications suivantes :

Les prix de visite et de consultation seront :

A. Pour les assurés obligatoires et ceux des assurés volontaires dont le revenu annuel total ne depasse pas 12.000 *fr.*

I. *Prix des médecins praticiens.*

Chaque consultation : fr. 5. — Chaque visite : fr. 8.

II. *Prix des médecins spécialistes.*

Chaque consultation ou visite : fr. 10.

B. Pour les membres volontaires dont le revenu total annuel dépasse 12.000 *fr.*

I. *Prix des médecins praticiens.*

Chaque consultation : fr. 10. — Chaque visite : fr. 15.

II. *Prix des médecins spécialistes.*

Chaque consultation ou visite : fr. 15.

Les interventions spéciales et actes opératoires sont payés d'après le nouveau tarif de la F. S. A. pour les assurés de la catégorie A, avec une majoration de 100 % sur les positions de ce tarif pour les assurés de la catégorie B.

Les indemnités kilométriques par kilomètre de distance, toute fraction de kilomètre étant comptée pour un kilo mètre entier, seront de 2 fr. avec les majorations prévues dans l'article 8 du statut kilométrique.

L'indemnité kilométrique ne pourra excéder l'indemnité attribuable au médecin ou spécialiste le plus rapproché.

ART. 15. — 1) Les notes d'honoraires seront établies par les médecins attitrés avant le quinze du premier mois de chaque trimestre, sur formulaires *ad hoc* dûment remplis, classés par ordre alphabétique et accompagnés d'un relevé récapitulatif. Elles sont envoyées par les membres des Syndicats médicaux du Bas-Rhin au Bureau Central à Strasbourg, par les membres du syndicat médical de Mulhouse et environs au Bureau de leur syndicat et par les membres des syndicats de Colmar et Guebwiller au Bureau du Syndical médical de Colmar.

2) Après vérification des notes d'honoraires par les commissions de contrôle respectives, qui s'inspirent des règles suivies pour le contrôle des honoraires payables par les caisses-maladie légales, les Bureaux transmettront ces notes à la Caisse en les faisant accompagner d'un relevé récapitulatif général. Dans un délai de trois semaines après réception des notes et du relevé récapitulatif, la Caisse enverra le montant total, tous frais payés, à l'adresse indiquée par chacun des trois bureaux.

3) Le payement des honoraires aux médecins se fera par les soins des bureaux.

ART. 16. — Le contrôle et le décompte des notes d'honoraires remises par les médecins seront assurés par les bureaux de Strasbourg, Mulhouse et Colmar suivant un accord passé entre les syndicats et les bureaux. Toute modification au compte des honoraires décidée par les commissions de contrôle devra être reconnue définitive par les médecins attitrés.

ART. 17. — Tout différend survenant entre un médecin et la Solidarité devra être soumis au Bureau du Syndicat médical compétent. Celui-ci devra chercher à aplanir le différend, et s'il n'y parvient pas, soumettre le cas à l'assemblée générale du syndicat qui pourra prendre envers un médecin déclaré fautif une décision allant du simple avertissement jusqu'à l'exclusion du service auprès de la Solidarité. Si le syndicat estime que les torts sont du côté de la Solidarité, l'affaire sera soumise à un tribunal d'arbitrage paritaire, constitué à cet effet, sous la présidence d'un juge. Les décisions de ce tribunal seront sans appel.

ART. 18. — Le présent contrat qui entre en vi-

gueur le premier avril 1923 est valable jusqu'au 31 décembre 1924.

Art. 19. — Le présent contrat est fait en double. Chaque partie contractante en recevra un exemplaire, chaque médecin une copie.

Les frais de timbre et de multiplication seront supportés par parts égales.

Le lieu de l'exécution du présent contrat est à Strasbourg.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Révision du programme d'enseignement du personnel secondaire des hôpitaux adopté en 1899

Rapport présenté par M. le Professeur Maurice Letulle

Messieurs,

Vous aviez, en 1899, arrêté le programme de l'enseignement du personnel secondaire des établissements hospitaliers.

Cette mesure constituait alors un grand progrès sur le passé. Nous n'y reviendrons pas. Les publications du Conseil supérieur de l'Assistance publique contiennent l'historique complet de ces débats et de ces décisions.

Aujourd'hui, nous nous trouvons devant une situation nettement plus favorable, non seulement à l'élaboration d'un programme, mais encore et surtout à sa mise en exécution rapide et générale.

En effet, le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières au ministère de l'Hygiène, constitué conformément au décret du 27 juin 1922, vient, dans sa première section, de déterminer l'étude du programme-type à proposer aux écoles d'infirmières hospitalières pour l'obtention de la reconnaissance administrative et, pour leurs élèves, du diplôme d'Etat conféré par le ministre de l'Hygiène.

Nous vous demandons aujourd'hui de vouloir bien approuver le programme tel que j'ai l'honneur de vous le présenter au nom du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières au ministère de l'Hygiène :

PROGRAMME-TYPE MINIMUM

POUR LES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES HOSPITALIÈRES S'ÉTENDANT SUR DEUX ANNÉES D'ÉTUDES, ÉLABORÉ PAR LA DEUXIÈME SECTION DU CONSEIL DE PERFECTIONNEMENT DES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES

Conditions d'admission.

« Il est désirable :

1° Au point de vue âge, que la candidate soit âgée de 20 ans au minimum et de 35 ans au maximum ;

2° Au point de vue santé, que la candidate soit examinée d'une manière approfondie par un médecin à la fin du premier mois de probation ;

3° Au point de vue instruction générale, que l'élève possède au moins l'équivalent du niveau du brevet élémentaire ou tout au moins le certificat d'études primaires. Il doit cependant être admis que des exceptions seront faites à cette règle, l'expérience ayant prouvé que certains sujets, possédant vraiment la vocation de garde-malade, trouvaient, dans cette idée, assez d'énergie pour combler elles-mêmes les lacunes de leur instruction première, sous réserve qu'elles feront la preuve d'avoir acquis, au cours des deux premières années, les connaissances générales qui leur manquaient ;

4° Au point de vue de l'éducation et de la tenue morale, que toutes garanties soient données sur la candidate.

PROGRAMME MINIMUM

DES DEUX ANNÉES D'ÉTUDES D'INFIRMIÈRE HOSPITALIÈRE.

(avec un mois de congé annuel).

1° Stage probatoire et éliminatoire : durée un mois au moins.

Stage pratique : ménage, cuisine, tenue de maison.

Cours théoriques : anatomie et physiologie.

2° Stages pratiques obligatoires dans les salles d'hôpital : tous les matins pendant quatre heures, et deux après-midi par semaine. Les veilles doivent être autant que possible effectuées pendant au moins une quinzaine de nuits consécutives, sauf une nuit de repos par semaine, et, bien entendu, avec repos diurne

5 mois de médecine adultes.
5 mois de chirurgie adultes.
2 mois de médecine infantile.
2 mois de chirurgie infantile.
2 mois de contagieux.
2 mois de soins aux femmes et aux nouveau-nés
3 mois de spécialités diverses :

Stages hospitaliers (le matin, un mois) : yeux, voies urinaires, peau (dermatologie).

Stages de consultations (l'après-midi, si possible) : larynx, oreilles (oto-rhino-laryngologie).

Stages facultatifs (selon les aptitudes) : soins aux mentaux. Soins aux nerveux. Massage et gymnastique médicale .Radiologie.

Les élèves qui se destinent à une spécialisation supplémentaire devront continuer leurs études au delà des deux années suffisantes pour les hospitalières générales.

De même, les infirmières destinées à pratiquer du service social devront prolonger leurs études pour cet objet (2 mois au moins).

Cours théoriques.

1° Soins aux malades de médecine (tuberculose médicale comprise) : 24 *leçons.*

2° Soins aux malades de chirurgie (adultes et enfants) : 24 *leçons.*

3° Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés : 12 *leçons.*

4° Soins aux enfants malades : 12 *leçons.*

5° Maladies infectieuses et leur prophylaxie : 12 *leçons.*

6° Matière médicale et thérapeutique appliquée (théorie et pratique désinfection) : 12 *leçons.*

7° Hygiène générale et professionnelle. Hygiène et enquêtes sociales (théorie et pratique) (études des lois d'assistance) : 12 *leçons.*

8° Administration hospitalière : 4 *leçons.*

9° Morale professionnelle, 2 *leçons par mois.*

10° Massage et gymnastique médicale, théorie et pratique.

11° Hygiène alimentaire et cuisine des malades : théorie et pratique ».

Syndicat médical de Valenciennes

(5 juillet 1923)

1° *Assistance médicale gratuite.* — La justification du nombre des visites dans les cas graves semble être une mesure inutile puisque c'est le maire qui délivre lui-même les bons de visite.

2° Un confrère s'étant plaint de la façon peu discrète employée par la Commission pour adresser des observations sous pli ouvert remis par le garde champêtre, les confrères sont d'avis de signaler au bureau les cas de ce genre qui pourraient se représenter. Ces errements constituent une infraction aux instructions de la Commission de contrôle.

3° Des opérations d'oto-rhino-laryngologie sont pratiquées à l'hôpital Saint-Sauveur sur des malades non indigents. M. Trinquet expose les raisons qui ont conduit à adopter cette façon d'agir. L'assemblée déclare que ni M. Debeyre, ni ses assistants ne sont mis en cause ; mais que le principe de telles interventions ne peut être admis. Elle se rallie à la formule du Syndicat de Lille : les malades ne peuvent être admis à ces opérations que sur présentation de pièces établissant leur indigence.

4° *Consultations de nourrissons.* — M. Relle signale que des mères se sont plaint de ne pas voir régulièrement le médecin aux consultations. Afin d'éviter ces absences, la préfecture demande que chaque commune lui fournisse l'état des médecins chargés de ce service.

5° *Le service médical militaire* est assuré par des médecins civils dans certaines places où les médecins militaires font défaut. Certains confrères sont d'avis de refuser d'assurer le service tant qu'une rémunération suffisante ne sera pas accordée.

6° M. Georget exprime le vœu que le médecin civil touche la solde complète (indemnités comprises), du médecin militaire qu'il remplace.

Le syndicat de Valenciennes est d'avis que le service soit assuré moyennant les honoraires de vingt francs par vacation d'une heure.

7° Le Syndicat de Douai est d'avis d'admettre des malades payants dans certains pavillons des hôpitaux. M. Relle se rallie à cette manière de voir, à condition de sauvegarder le libre choix du chirurgien et de ne pas admettre de malades très fortunés.

Pupilles de la Nation. — M. Plouvier père estime que la rémunération de 5 francs pour l'examen et l'établissement du carnet des pupilles est tout à fait insuffisante.

Le président est d'avis de différer l'étude de la question, jusqu'à ce qu'on ait reçu les instructions de la Fédération. En attendant, les confrères se borneront à ne donner que des réponses très sommaires au questionnaire.

La médecine dans les administrations. — 1° M. le Dr Brabant lit son rapport *sur le libre choix dans les grandes administrations.*

M. Brabant reconnaît que le médecin d'administration est indispensable dans certains cas, notamment en ce qui concerne les visites d'embauchage, le contrôle des soins aux blessés, la défense des intérêts patronaux lors des expertises judiciaires.

Mais l'extension de ce service aux malades d'usine et surtout à leur famille est un abus qui va à l'encontre du principe du libre choix proclamé par les Syndicats médicaux et risque de faire perdre aux médecins évincés des administrations la plus grande partie de leur clientèle.

M. Brabant pose les conclusions suivantes :

a) Une réforme des chambres de consultations est nécessaire ;

b) Les consultations doivent être réservées à l'embauchage et aux soins d'urgence aux blessés.

c) Les soins pour maladies doivent être assurés en dehors des chambres avec libre choix absolu ;

d) Le payement doit être fait à la visite, avec participation du patron aux frais médicaux et pharmaceutiques ;

e) Tous les médecins du pays qui le désirent doivent être admis au service des chambres ;

2° M. le Dr Dubois, de Denain, présente alors son rapport en faveur des *chambres de consultation.* Elles existent depuis trop longtemps pour être supprimées sans heurts. Elles ont été réclamées pour l'ouvrier, notamment après l'armistice. Enfin, si la visite est faite rapidement, il faut dire qu'elle n'a pas d'autre but que de sélectionner les pseudo-malades des vrais malades lesquels seront revus à domicile

ou à l'hôpital. Enfin, il est annexé aux chambres un matériel très important d'orthopédie, d'électricité médicale, de laboratoire, etc., dont les malades profitent largement.

M. Dubois termine en exprimant le vœu que les chambres soient conservées en les perfectionnant et en les adaptant au libre choix.

3° *La question de la rémunération et des garanties du médecin d'administration est exposée en dernier lieu par M. le Dr Charles.*

La rémunération peut être faite à la vacation, au forfait ou à la visite. Ce dernier mode est évidemment préférable. L'interposition d'un tiers payant, décriée par quelques confrères, n'est pas une mauvaise chose dans certaines régions où l'on risque trop souvent d'avoir affaire à un débiteur insolvable. Il ne suffit pas que le médecin soit suffisamment rémunéré il faut qu'il puisse compter sur le lendemain. Aussi les grandes administrations ne devraient-elles pas congédier brusquement un médecin de leur service sans lui allouer une indemnité. Les confrères ne devraient pas accepter de poste dans une administration sans spécifier que tout désaccord sera soumis pour avis au Syndicat médical.

Discussion. — Une discussion assez confuse s'élève d'où ne se dégage aucune décision. M. Relle invite alors le président à élaborer un texte susceptible de convenir au plus grand nombre possible de confrères et qui sera soumis au vote de la prochaine assemblée générale. Nous le communiquons dès maintenant *in extenso.*

PROJET DE RÉSOLUTION.

I. — Les Administrations peuvent utilement s'assurer le concours de médecins chargés de donner leur avis sur les questions d'hygiène, de médecine collective et de médecine légale qu'elles ont à traiter, et à faciliter leurs rapports avec le Corps médical.

II. — Les Administrations peuvent désigner et rémunérer des médecins pour donner des soins à leurs membres, s'ils le désirent. Ce système, acceptable pour suppléer à l'action des familles en cas de besoin, ne doit pas évincer les médecins des familles, librement choisis et rémunérés par elles suivant l'ordre moral.

III. — Les consultations annexées aux établissements industriels présentant quelques avantages pour les malades et les administrations, parfois même pour les médecins, peuvent être conservées. Mais il faut y éviter les abus, tels que la surcharge des consultants, la distribution pure et simple de médicaments ; il convient d'y faire participer le plus de médecins possible.

IV. — La rémunération « à la visite » au tarif commun paraît indispensable quand les services requis du médecin sont rendus dans les conditions de la clientèle ordinaire.

V. — Exceptionnellement, on peut admettre une rémunération forfaitaire quand le service est complexe et considérable, et quand l'administration décharge le médecin de l'organisation matérielle du service et des frais généraux correspondants. On peut éviter de la sorte une comptabilité onéreuse et des sujets multiples de contestations.

Mais, dans ce cas, le médecin d'administration doit recevoir une rémunération au moins égale à celle qu'il obtiendrait en clientèle ordinaire pour un travail de même durée et de même ordre, d'après les tarifs en usage.

VI. — Le forfait « par tête » est alors habituellement le système le plus satisfaisant.

VII. — Le forfait global ou « traitement fixe », malgré sa simplicité et malgré la faveur que lui témoignent les administrationsne, peut être accepté que pour les services très importants et par suite sujets à peu de variations.

Il doit être fixé de telle sorte que les vacations du médecin soient rémunérées au moins aux taux de celles de la clientèle ordinaire.

VIII. — Le médecin, même s'il reçoit un traitement fixe, ne saurait jamais être considéré comme un agent de l'Administration, car il doit être avant tout au service de ses malades, et n'a aucune part à son activité propre.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Distinction honorifique.** — Les professeurs Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris et J.-L. Faure viennent de recevoir la cravate de Commandeur de la Légion d'honneur. A l'un et à l'autre, nos respectueuses félicitations.

— **Nécrologie.** — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort du Dr F. Helme. Journaliste accompli, styliste de premier ordre, fin lettré, il avait dirigé autrefois *La médecine moderne.* Il collaborait à *La Presse médicale*, à *La Revue moderne de médecine et de chirurgie*, au *Temps*, etc. Il fut, dans sa sphère, un excellent ouvrier, et il laissera, parmi les médecins et le public, d'unanimes regrets.

Nous offrons à sa famille, et en particulier à son beau-frère, le Dr Michon, de Lyon, nos sympathiques condoléances.

G. D.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Dans le programme des cours qui seront professés en 1923-1924, nous relevons un cours de pathologie interne par notre ami, le professeur agrégé C. Lian.

Immatriculation, inscriptions. — *Immatriculation.* — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 1 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglemnentaires ; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 70 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 h.

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers. Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Inscriptions. — Première inscription. — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre de midi à 15 h. En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, institué par décrets des 31 mai 1902 et 22 juillet 1912, et certificat d'études P. C. N. — II. Acte de naissance sur timbre. — III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 2 fr.) doit indiquer le domicile du père u du tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur). — IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu en outre de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1923-1924, les inscripitions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 h., au secrétariat (guichet n° 3).

1er *trimestre* du 10 au 27 octobre 1923 (excepté les lundis et mardis). — 2e *trimestre* du 4 au 24 janvier 1924 (excepté les lundis et mardis). — 3e *trimestre* du 26 mars au 10 avril 1924 (excepté les lundis et mardis). — 4e *trimestre* du 9 au 24 juillet 1924.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré).

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, en prenant leur inscription, leur livret individuel qui leur sera restitué avec le bulletin de versement correspondant à l'inscription prise.

Le livret individuel tiendra lieu dorénavant de carte d'immatriculation.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur livret un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Examens. — 1° *Ancien régime d'études.* — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1923.

Les limites des consignations pour ces examens sont fixées ainsi qu'il suit :

Pour le 1er examen, le registre sera clos le mardi 19 février 1924 ; pour le 2e examen, le 8 janvier ; pour le 3e examen (1re partie), le 15 janvier ; pour le 3e examen (2e partie), le 4 mars ; pour le 4e examen, le 8 avril ; pour le 5e examen (1re partie), le 13 mai, ; pour le 5e examen (2e partie), le 10 juin ; pour la thèse, le 17 juin.

Avis aux candidats ajournés (ancien régime). — Tout candidat ayant subi sans succès, dans les délais indiqués ci-dessus, une épreuve pratique ou orale entraînant un ajournement à une date postérieure au 1er juin et antérieure au 15 août, devra solliciter, de M. le Doyen, une abréviation du délai d'ajournement afin de renouveler l'épreuve avant les vacances.

Les demandes à cet effet (rédigées sur papier timbré et adressées au Doyen) seront examinées par la Commission scolaire, qui statuera sur chaque cas particulier.

Si le délai expire postérieurement au 15 août, le candidat ne pourra consigner de nouveau pour l'examen avant le 1er octobre suivant.

2° *Nouveau régime d'études.* — Session d'octobre 1923. — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1923 ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1923, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 22 octobre 1923. — Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi 1er, mardi 2 et mercredi 3 octobre 1923, de midi à 15 h.

Session ordinaire 1923-1924. — Etudiants devant consigner pour l'examen de fin d'année en prenant la 2e, la 6e, la 10e, la 14e ou la 18e inscription en janvier 1924.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à l'un ou l'autre des trois examens de clinique dans l'ordre choisi par le candidat du 1er octobre 1923 au 10 juin 1924.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur livret individuel au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consigneront pour un examen.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
Thiron et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

IV Impôts sur bénéfices non commerciaux			Produit brut
Professions non commerciales....	12.290		152 40
V Impôt général sur le revenu.			
Revenu net	13.600		
Déduction pour situation de famille (marié en août 1919)...........	4.500	9.100	2
Majoration de 10 % (marié sans enfants)...			0 20
			154 60

Mon calcul est celui-ci :

a) Impôt sur ma profession ;

Abattement à la base 4.000, fractions entre 4.000 et 8.000 pour moitié

$$\text{d'où } \frac{(12.290 - (4.000 + \frac{8.000 - 4.000}{2})\ 6}{100} = 377.40$$

b) Impôt sur le revenu.

Déduction pour situation de famille 3.000 (pourquoi m'a-t-on déduit 4.500 et non 3.000, je n'ai personne à ma charge, la bonne n'étant pas admise comme personne à charge)

$$\text{d'où } 13.600 - 3.000 = 10.600$$

$$\left(\frac{10.600 - 6.000}{100}\right) 2 = 92 \text{ fr.}$$

c) Pourquoi cette majoration de 10 % pour l'année 1921, alors qu'à cette époque je n'étais marié que depuis 2 ans.

J'habite les régions libérées.

J'ai cherché la réponse à ces questions que je vous pose dans mes *Concours*, je n'ai pas trouvé la solution. Ne pourriez-vous pas, dans un article du *Concours*, mettre au point cette loi qui a subi tant de remaniement depuis son apparition, de façon que nous puissions de nous même vérifier tous ces calculs sans crainte de nous tromper.

Dr Z.

Réponse.

Calculs exacts mais tous les abattements à la base doivent être majorés de 50 % (régime spécial des régions dévastées).

Prof. non comm. :

$$\frac{(12.290 - (6.000 + \frac{12.000 - 6.000}{2}) \times 6}{100}$$

Impôt général : déduction en raison du mariage :

$$3.000 + \frac{3.000 \times 50}{100} = 4.500$$

$$13.600 - 4.500 = 9.100$$

$$9.100 - (6.000 + \frac{6.000 \times 50}{100} = 100 \text{ fr.}$$

$$\text{Impôt} : \frac{100}{25} \times 50\ \% = 2 \text{ fr.}$$

La majoration de 10 % est due par les contribuables mariés depuis plus de 2 ans au 1er ja n

vier de l'année de l'imposition (en l'espèce 1er janvier 1922) ayant plus de 30 ans et n'ayant aucune personne à leur charge.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Calcul de la patente

Abonné au *Concours*, je vous serais infiniment reconnaissant de vouloir bien m'indiquer si la présente feuille de patente est établie conformément à la loi.

Je m'imaginais que le montant de la patente devait être d'un quinzième pour un loyer de 1800 francs mais la multiplication par un coefficient égal à 3.59 (impositions locales) en fait du 20 p. % soit 1/5 de la valeur locative.

Dr V.

Réponse.

La contribution des patentes est calculée pour les médecins en multipliant le droit proportionnel par les centimes additionnels. Le droit proportionnel est établi tant sur la valeur locative de la maison d'habitation, que des ateliers, des hangars, remises et autres locaux servant à l'exercice des professions imposables.

Votre avertissement est bien établi si le loyer pris pour base des calculs (1.800 fr.) est exact

$$\frac{1.800 \text{ fr.}}{15} \times 3{,}5939316 = 413 \text{ fr. } 27.$$

A. MARTINOT.

Amortissement du prix d'achat des automobiles,

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », j'ai recours à votre amabilité pour me tirer d'embarras.

En novembre 1920 j'ai acheté, pour l'exercice de ma profession, une voiture automobile qui m'a coûté 19250 francs.

En mars 1921, j'ai indiqué sur ma déclaration d'impôt sur le revenu, que je désirais amortir cette voiture en trois années, soit de novembre 1920 à novembre 1923. J'ai renouvelé cette déclaration en 1922 et 1923. Or, cette année, et pour la première fois, le contrôleur (un nouveau) me fait connaître que l'amortissement de ma voiture ne peut s'échelonner sur 3 années « parce que le matériel roulant doit être amorti sur une période de 10 ans ». Ce chiffre de 10 ans est inacceptable ici, car à cette époque, la voiture sera à la ferraille depuis longtemps.

J'ai adressé une réclamation au Conseil de préfecture. Mais je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer si le contrôleur agit de sa propre autorité ou en vertu d'ordres supérieurs en fixant à

10 ans la durée de l'amortissement d'une voiture automobile.

A quelle hiérarchie de l'administration fiscale pourrais-je m'adresser pour obtenir que le contrôleur modifiât la façon d'interpréter la loi ?

Dr C.

Réponse.

La durée d'amortissement d'une automobile varie en raison des circonstances (fréquence des sorties, conditions...). D'une manière générale, le prix d'une voiture s'amortit en 5 ans. Le contrôleur est chargé d'apprécier. En cas de contestation de la part du contribuable, la réclamation doit être adressée au Conseil de préfecture (ce qui a été fait par l'intéressé)

A. MARTINOT.

Pension définitive et rappel.

J'ai été mis hors cadres pour maladie en décembre 1917 (je suis de la classe 1892). J'ai été maintenu hors cadres en juillet 1918. J'ai été examiné en septembre 1921 et on m'a accordé une pension qui a été déclarée définitive, étant donnés mon âge et la date de ma mise hors cadres.

Pourriez-vous me dire si ma pension est vraiment définitive. Si je ne pourrais pas faire un rappel de pension allant de la date de ma mise hors cadres à la date de mon attribution de pension ?

Dr M.

Réponse.

Votre pension peut être définitive en raison de l'incurabilité des lésions.

Elle peut encore être définitive par ce fait que 4 années se sont écoulées depuis votre mise hors cadres et que la maladie indemnisée est la même que celle qui a motivé votre mise hors cadres en 1917. En ce cas, votre rappel sera fait automatiquement à partir de 1917.

Dans le premier cas, si vous n'aviez pas de rappel, vous pourriez le réclamer en invoquant l'identité de maladie en 1917 et en 1921.

G. F.

Infirmités de guerre multiples.

Je vous serais obligé de vouloir bien me donner, au titre de membre du *Concours médical*, les renseignements suivants ?

1° A quel taux d'invalidité évalueriez-vous l'incapacité d'un réformé de guerre pour lequel la Commission de réforme a porté le diagnostic ci-après que je copie intégralement.

« 1° Paraplégie spasmodique surtout prononcée

à droite avec trépidation épileptoïde et limitation de la flexion des orteils.

2° Perte de substance osseuse de 3 cm. × 3 de la la région pariétale gauche avec cicatrice pulsatile et impulsive, céphalées et vertiges.

3° Parésie du membre supérieur droit, incontinence de l'urine et des matières fécales à intervalles réguliers. »

J'estime que ce trépané a été sous estimé, mais ne voulant pas me borner à ma seule opinion je voudrais avoir votre avis, en vous priant de vouloir bien *détailler* le pourcentage pour la perte de substance crânienne et les infirmités surajoutées.

2° Je désirerais que vous interprétiez en détail l'exemple que j'ai relevé sur un journal s'occupant des intérêts des mutilés et que je ne m'explique pas.

a) Brêche crânienne supérieure à la surface de la grandeur d'une pièce de 5 francs.....		65 %
Hémiplégie incomplète	40 + 5 =	80 %
Accès rares d'épilepsie	25 + 10 =	87 %
Aphasie légère.............	10 + 15 =	90 %
Troubles cérébraux, apathie, difficulté de travail intellectuel. Perte de mémoire	10 + 20 =	93 %
Soit		95 %

A part le taux de la brêche crânienne, je ne comprends rien au calcul suivant de l'incapacité et vous serais très reconnaissant de vouloir bien « éclairer ma lanterne ». Dr X.

Réponse

1° Il est tout à fait impossible d'établir exactement l'évaluation que vous demandez. Sans aucune garantie, peut-être le taux d'invalidité atteindrait-il 80 à 85 %, peut-être aussi plus, ou moins.

2° Il s'agit là du calcul des infirmités multiples. L'infirmité la plus grave est évaluée intégralement ; les autres le sont par rapport à la validité restante.

Voici d'ailleurs ce que dit textuellement l'art. 11 de la loi du 31 mars 1919.

« Dans le cas d'infirmités multiples, dont aucune n'entraîne d'incapacité absolue, le taux d'invalidité est considéré intégralement pour l'infirmité la plus grave, et pour chacune des infirmités supplémentaires, proportionnellement à la validité restante.

« A cet effet les infirmités sont classées par ordre décroissant de taux d'invalidité.

« Toutefois, quand l'infirmité principale est considérée comme entraînant une invalidité d'au moins 20 %, les degrés d'invalidité de chacune des infirmités supplémentaires sont élevés d'une ou de trois catégories, soit de 5, 10, 15 % et ainsi de suite suivant qu'elles occupent les 2e, 3e, 4e, rangs dans la série décroissante de leur gravité ».

Une table barème vous donne aussitôt le chif-

tre de l'invalidité globale pour ces infirmités. Ainsi, dans votre exemple, 65 et 40 + 5 donnent, à cette table 80 %, puis 80 et 25 + 10 donnent 87, puis 87 et 10 + 15 donnent 90 %.

G. F.

Passage dans la territoriale

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir, au point de vue militaire :

1º Si je suis territorial, classe 1909, 2 enfants pour lesquels j'ai fait la déclaration nécessaire.

2º Dans l'affirmative, si je dois faire une demande pour qu'on tienne compte de cette qualité dans mon appellation en cas de mobilisation.

3º Quels sont les droits que me confère ma qualité de territorial pour mon affectation.

Je vous pose ces questions parce que j'ai trop vu au cours de la dernière guerre, des vieux médecins de bataillon, alors que des jeunes s'embusquaient solidement, et la difficulté que ceux-là avaient à se faire affecter ailleurs. Moi, qui étais jeune, j'ai fait 4 ans de bataillon sans démarrer, et je me promets bien de ne plus recommencer, dans le cas très improbable évidemment, où il faudrait remettre ça.... Et je tiens à prendre mes mesures comme si ça devait arriver. Mais je ne suis pas du tout au courant et les bureaux des directions de service de santé ne me sont pas assez familiers pour que je m'y renseigne.

Au *Concours*, où l'on sait tout, je suis sûr d'avoir d'excellents renseignements.

Dr C.

Réponse

1º Le bénéfice de vos deux enfants vous assure le passage dans la territoriale.

2º Il sera bon que vous adressiez une demande à votre directeur du service de santé pour qu'il propose au ministre votre nomination comme médecin de territoriale.

3º Vous serez affecté, soit à un régiment territorial soit à une formation sanitaire des étapes ou à un hôpital d'évacuation, bref au service de santé de 2º ligne, sans qu'il soit possible de vous donner, à ce sujet, une entière précision.

G. F.

Application du Tarif Breton.

I

Suture de tendons.

Je vous serais obligé de me dire ce que je dois compter en plus d'un aide, 50 fr., pour l'intervention suivante (2e catégorie).

Broiement avec arrachement et grosse perte de substance s'étendant de la partie inférieure de l'éminence hypothénar, jusqu'à 7 cent. en haut sur l'a-

vant-bras (bord cubital) en longueur, avec enlèvement du cubital antérieur, mise à nu et ouverture de l'articulation du poignet, tendon des fléchisseurs superficiels machillés, mise à nu de la cubitale et du nerf cubital qui n'étaient pas touchés.

J'ai régularisé, épluché et suturé la plaie (mais drainé et fait des pansements quotidiens), suturé le fléchisseur superficiel et drainé ; plus une injection de sérum immobilisation de l'articulation ouverte.

J'avais l'intention de compter ainsi :

1° Suture des fléchisseurs superficiels des doigts.
2° Réunion par sutures
3° Sérum antitétanique.
4° Immobilisation de l'articulation par attelles.
5° Pansement de la plaie cubitale et de plusieurs plaies superficielles aux doigts de la même main.

Dr P.

Réponse.

Comptez « suture des tendons fléchisseurs des doigts = 150 frs. » plus injection antitétanique = 20 fr. Mais vous n'avez pas à compter, en plus, la « réunion par sutures » qui est *la suite* de votre opération, ni le pansement, avec ou sans attelles, qui en est la *terminaison*.

F. D.

II

Amputation d'un métacarpien.

Je vous serais très obligé de me donner le renseignement suivant :

1° Que dois-je demander pour la résection du 5e métacarpien de la main gauche (avait subi dix jours avant la désarticulation totale de l'auriculaire) avec large débridement dorsal et palmaire pour phlegmon de la main, contre incision vers le poignet et vers le pouce (face dorsale).

Que dois-je demander pour pansements faits au domicile du blessé : pansements minutieux, très compliqués, demandant chacun environ une demi-heure à 3/4 d'heure.

2° Que dois-je demander pour pansements d'une vaste plaie occupant en bracelet tout le poignet gauche et toute la région cubitale antérieure et postérieure de l'avant-bras gauche avec mise à nu des muscles des tendons. Pansements fait au domicile de la malade et demandant environ 3/4 d'heure de travail minutieux. Plaie suppurée à la suite d'écrasement et sphacèle consécutif.

Dr R.

Réponse.

1er *blessé.* — L'amputation totale d'un doigt, avec métacarpien, est tarifée 125 francs (art. 20) Faite en un ou deux temps, le prix total reste le même. Les pansements consécutifs sont « compris dans la visite ou consultation » (art. 1).

2e *blessé.* — Ce sont là des « pansements multiples sur un même segment de membre, 15 francs, 1re catégorie (art. 17).

F. D.

La prophylaxie anti-vénérienne individuelle

Dans le *Concours* du 30 septembre, sous le titre « Hygiénistes contre Médecins », vous avez publié que j'avais « légèrement modifié la composition de la pommade de Metchnikoff et Roux comme moyen prophylactique de la syphilis ».

Ce n'est pas tout à fait exact. C'est la prophylaxie de la blennorragie que j'ai rendue possible, en ajoutant à la formule primitive de la pommade au calomel deux antiseptiques solubles très actifs, le thymol et le cyanure de mercure, et en précisant la technique de la désinfection bivalente, c'est-à-dire le moyen de se préserver à la fois, par une seule et même pommade, contre la syphilis et contre la blennorragie. Ainsi l'homme qui vient de s'exposer à ces contagions, peut les éviter à peu près sûrement et partout au moyen d'un petit tube contenant moins de deux grammes de désinfectant.

Pour arriver à mettre au point cette « légère modification », j'ai employé plusieurs années en expériences et travaux de toutes sortes dont vous pourrez trouver le compte rendu dans un petit ouvrage intitulé : « Contre un fléau. Comment on se préserve des maladies sexuelles », que vient de publier l'éditeur Stock.

Avec mes remerciements anticipés pour l'insertion de ce petit détail,

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleures salutations.

A. Gauducheau.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Décret relatif aux indemnités de déplacement des médecins et gestionnaires civils des centres d'appareillage (21 septembre 1923).

Art. 1er. — Les déplacements hors de leur résidence des médecins civils et des gestionnaires civils des centres d'appareillage du servicce des pensions, ordonnés pour motifs de service, donnent droit aux indemnités de déplacement.

Art. 2. — Ces indemnités sont fixées ainsi qu'il suit :

	Médecins civils	
	Chefs de famille	Célibataires
	fr.	fr.
1° Indemnité journalière normale pour deux repas et un découcher dans la même journée hors de la résidence.........	25 »	21 »

ou		
1er taux : un repas ou un découcher hors de la résidence.....	10 »	10 »
2e taux : deux repas hors de la résidence, sans découcher,		
ou		
Un repas suivi d'un découcher hors de la résidence.........	17 »	17 »
3° Remboursement des frais réels de transport en chemin de fer, bateau ou voiture publique	1re classe	

	Gestionnaires civils Chefs de famille fr.	Célibataires fr.
1° Indemnité journalière normale pour deux repas et un découcher dans la même journée hors de la résidence.....	20 »	17 »
1er taux : un repas ou un découcher hors de la résidence.....	8 »	8 »
2e taux : deux repas hors de la résidence sans découcher,		
ou		
Un repas suivi d'un découcher hors de la résidence.........	14 »	14 »
3e Remboursement des frais réels de transport en chemin de fer, bateau ou voiture publique	2e classe.	

Les médecins civils et gestionnaires civils titulaires de cartes ou de permis de circulation ou jouissant à titre personnel de réductions de tarif n'ont pas droit au remboursement des frais de transport pour la partie correspondant à l'exonération dont ils bénéficient.

Sont considérés comme chefs de famille, pour l'application du présent article, les médecins civils et gestionnaires civils qui sont mariés, veufs avec enfants, divorcés avec enfants ou séparés judiciairement avec enfants ou qui vivent avec leur mère veuve ou divorcée ou séparée judiciairement.

Art. 3. — Le ministre de la guerre et des pensions et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exéeution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

(*J. O.*, 3 octobre 1923.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

***Concours Médical,* Paris, 167-95.**
***Sou Médical,* Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale,* Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français,* Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical* du Dr Godenel, à Gannat (Allier), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Ben.
Bandol : Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 507. — Aux membres du *Concours* et du « Sou », les grands élevages des Flandres et des plaines toulousaines réunis, accordent une réduction de 10 % sur tous leurs produits : poules, canards, oies, dindons, pintades, pigeons, lapins ; chiens, collies d'Ecosse et fox-terriers, reproducteurs de race pure, pédigrée illustre ; œufs à couver, poulettes, leghorns blanches et bresses noires, notre spécialité, de notre strain de grandes pondeuses d'hiver (record de ponte 275 à 290 œufs), grands prix d'honneur et de collection aux expositions internationales de France et de l'étranger. Catalogue et renseignements sur demande au docteur Ruyssen, Haubourdin (Nord).

Nº 508. — Occasion. Cond. int. 2 pl. strap., carros. mécanisme ét. parf. 12 HP Lorraine acces. compl. 10.000 fr. Dr de Saint-Florent, à St-Julnien, Haute-Vienne).

Nº 509. — A vend. joli radiateur gaz, nick., 4 tubes, marque Godin parf. état. Beau sac Square-mouth cuir vache façon porc, 0 m. 60 avec chif. C.-B.

Nº 510. — A vend. étuve Poupinel gr. mod. 0,60 × 0,48 × 0,45 parf. ét. Faire offres au Dr Barbin, 14, boul. St-Vincent, Orléans.

Nº 511. — Dr 30 ans, désire collab. chez confr. méd. générale en vue succ. ult. Paris ou banl.

Nº 512. — Beau bleu d'Auvergne 3 ans 1/2, chassant bien sur terre à échanger cont. bon chien chass. bien au marais. Détail par lettre. Dr Ducoudert, à Montmoreau (Charente).

Nº 513. — Demoiselle infirmière, dipl., expérim. off. d'acad., parl. anglais, recom. par Dr accept. place ds clin. ou autre. Ecr. Mlle H. Giraud, chez Dr Ricateau, à Crest (Drôme).

Nº 514. — A vend. 4 amort. Hartford, nº 103, av. ferrures, ét. neuf, 500 fr.

Nº 515. — Dr français vis. client. méd. espagnole accept. représent. spéc. pharm. de 1er ordre. Inst. de chir.

Nº 516. — Jeunes filles de Dr dés. chambre conf. dans fam. quart. latin av. ou sans pension.

Nº 517. — Poste de propharmacien, rec. 70.000 prouvés, belle mais., jard., garage, dépendances, long bail, à céd. pressé contre 30.000, compt. à déb.

Nº 518. — Pers. de conf., active dév., est demandée par Dr pour soins à enf. et aide-prof.

Nº 519. — On des. ach. d'occ., mais en b. ét. un vélocimane, syst. Monet et Goyon pr. paraglégique. Ecr. Jean Cros, 22, rue de la Balance, Toulouse.

Nº 520. — Dr pharm. ch. sit. sér. à Paris ou dép., ou occup. l'ap.-midi à Paris.

Nº 521. — A céd. région du Midi excel. poste rapp. 50.000 minimum touchés. Méd. ch. de fer, gr. mais. agréable, élect., indem. intér. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 522. — Poste très imp. ds. pet. localité, ligne du Nord, client. tr. fac. à desservir, peu de frais, en augm. const. gr. facilités de payement. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL
18 Novembre 1923

Les Assemblées Générales du *Concours Médical et de ses filiales* **se tiendront le Dimanche 18 Novembre prochain, dans l'ordre suivant :**

A 11 h., 132, faubourg St-Denis :
Caisse des Pensions de retraite du Corps Médical français.

A 14 h. 1/2, Salons Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle.
Mutualité familiale du Corps Médical.

A 15 h. 1/2 : *Sou Médical.*

A 17 h. : *Société Civile du Concours Médical.*

A 19 h. 30, *Banquet* **(souscription : 30 fr. Le complément sera payé par la Société Civile).**

CORRESPONDANCE

Allocations spéciales aux tuberculeux de guerre.

Je vous serais infiniment reconnaissant si, vous pouviez me donner des renseignements sur les allocations spéciales qu'un décret récent donne aux tuberculeux de guerre à condition qu'ils soient soumis à certaines conditions d'hygiène ou de surveillance médicale.

A qui faut-il s'adresser pour les obtenir ?

Dr L.

Réponse.

Il s'agit d'un simple projet, d'une proposition qui n'a encore été suivie d'aucune étude. Le but recherché serait d'obliger les tuberculeux à se soigner et à se soumettre à des mesures de prophylaxie.

G. F.

Prorogation de bail.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me renseigner exactement sur la date à laquelle prend fin mon bail prorogé dans les conditions suivantes :

(Je dois vous dire que, faute d'autre local disponible, je tiens à occuper le plus longtemps possible mon local actuel).

J'ai un bail de 3, 6, 9 ans, datant de 1912, prolongé par tacite reconduction jusqu'au 24 décembre 1920 ;

La Commission arbitrale a reconnu mon droit à la prorogation ;

3° Un congé dédite du 12 avril 1920 admet l'expiration du bail au 24 décembre 1920 ;

4° Or, mon propriétaire me signifie par ministère d'huissier d'avoir à quitter mon local le 24 décembre 1925 au plus tard.

Si je m'en rapporte aux articles très documentés du *Concours*, la durée de la prorogation est non pas de 5 ans, mais 5 ans et 83 jours et son terme pourrait être repoussé au terme suivant soit 24 juin 1925.

Ai-je bien compris ?

Puis-je exiger de rester 83 jours après le 24 décembre 1925 ?

Puis-je demander et même exiger de rester jusqu'au terme suivant soit le 24 juin 1925 ?

Je sais que mon propriétaire y mettra la plus mauvaise volonté possible.

Dois-je protester dès maintenant contre la date de sa signification (qui fixe à 5 ans exactement la durée de la prorogation) et sous quelle forme dois-je protester ?

Dr G.

Réponse.

Il est bien exact que la prorogation professionnelle accordée par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 est de la durée des hostilités, soit 5 ans et 83 jours et que, aux termes de l'article 1er, paragraphe 10 de la loi du 31 mars 1922, la durée de la prorogation est prolongée d'un délai suffisant pour achever le terme d'usage.

Si donc, il résulte du congé que vous avez reçu que votre location finissait le 24 décembre 1920 et si la Commission arbitrale a reconnu que vous aviez droit, à partir de cette date, à la prorogation professionnelle, ce *n'est pas* le 24 décembre 1925 que doit finir celle-ci, mais seulement le 24 juin 1925, premier terme qui suivra la fin du délai de 5 ans et 83 jours compté depuis le 24 décembre 1920.

Sans que cela soit obligatoire, nous vous conseillons de protester dès maintenant, et dans le délai de vingt jours à compter de la signification qui vient de vous en être faite, par ministère d'huissier, contre l'interprétation erronée de votre propriétaire.

Expertise d'un blessé du travail.

Je vous serai reconnaissant si vous pouviez me donner les renseignements suivants :

Un ouvrier blessé le 5 mai 1923 (orchite traumatique par effort, ce diagnostic ne pouvait, à mon avis, être mis en doute), se voit refuser tout salaire pendant sa période de repos. Le certificat de consolidation date du 10 juin. Actuellement, l'agent d'assurance veut le faire examiner par un médecin à X. (60 kilom. d'ici). Le blessé est-il obligé de s'y rendre ?

2° Le même blessé ayant fait citer le patron, le juge de paix se propose de faire examiner (5 mois après l'accident), le blessé par un médecin-expert.

Est-ce admissible actuellement ?

3° Un agent d'assurances peut-il être en même temps greffier de la justice de paix ?

Dr C.

Réponse.

1° Le blessé n'est pas contraint de se rendre chez le médecin du patron ou de l'assurance, même quand il habite la même localité que lui, et *a fortiori* s'il réside à 60 kilomètres. La loi dit, en effet, que le médecin du patron a « accès » auprès du blessé et encore faut-il que certaines formalités soient remplies. Cela veut dire que le médecin doit se déplacer pour aller près du blessé, à son domicile, par exemple, s'il y est soigné, ou à l'hôpital.

2° Il n'y a aucun délai de rigueur pour que le blessé soit soumis à une expertise, et l'on voit souvent, en matière d'accidents du travail, des expertises faites très longtemps après que le blessé a été guéri. Ce serait à l'expert, s'il ne peut rien constater d'utile, à le déclarer dans son rapport. Mais cette fin de non recevoir n'est que très rarement employée.

2° Il n'y a aucune incompatibilité entre les fonctions de greffier de justice de paix et celles d'agent d'assurances. Nombreux sont les greffiers qui sont également assureurs.

Médailles commémoratives de la guerre.

Je viens mettre à contribution les rédacteurs de votre journal, chargés de la correspondance, pour répondre, par voie du journal aux deux questions suivantes, ce qui peut se résumer en une seule. *Conditions requises* et *démarches* pour avoir droit à la *médaille commémorative de la guerre et médaille de la Victoire.* J'ai fait toute la guerre dans la zone des armées, sauf 4 mois, et je crois remplir les conditions.

Dr X.

Réponse.

La Médaille Commémorative française de la Grande Guerre a été instituée par une loi du 23 juin 1920.

Elle est accordée à tout militaire ou marin, présent sous les drapeaux ou à bord des bâtiments de l'Etat entre le 2 août 1914 et le 11 novembre 1918, ainsi qu'aux marins du commerce et aux infirmières, infirmiers, médecins, pharmaciens, administrateurs bénévoles, ayant servi entre ces mêmes dates aux armées ou à l'intérieur, et aux gardes civils, agents de police et sapeurs-pompiers des villes bombardées.

Cette médaille n'a pas à être demandée. Il suffit, pour avoir droit de la porter, que les intéressés puissent justifier de leurs droits par une pièce d'identité faisant ressortir leurs titres (livret militaire, extrait de citation, titre de pension, carnet de notes, certificat ou ordre de service).

La Médaille de la Victoire, instituée par la loi du 20 juillet 1922, doit, au contraire, faire l'objet d'une autorisation.

Les ayants droit à cette médaille sont indiqués

notamment dans une instruction du Ministre de la Guerre du 7 octobre 1922, publiée au *Journal officiel* du 12 octobre et dans le *Concours médical* du 15 avril 1923.

L'autorisation spéciale prévue par la loi doit être demandée, s'il s'agit d'officiers de complément, au général commandant la subdivision de leur résidence.

Affectation d'un médecin de territoriale

Abonné au *Concours médical*, je viens vous demander un renseignement militaire.

J'appartiens à la classe 1907 (par mon enfant maintenant à la classe 1905), je suis médecin aide-major de 1re classe de réserve à titre définitif depuis 1916, Ma classe est passée dans la territoriale et je n'ai rien reçu du service de santé, comme je le croyais, pour me demander si je désirais passer dans la territoriale. Dois-je solliciter ce changement ou attendre qu'on me le propose. Dr N.

Réponse.

Sans plus attendre, écrivez à votre directeur du service de santé pour lui exposer votre situation, les raisons pour lesquelles (joignez au besoin un bulletin de naissance) vous êtes passé dans la territoriale et pour lui dire votre désir d'être affecté également comme médecin de complément à la territoriale, de ne pas rester dans la réserve.

Pour ce changement d'affectation, il faut une décision ministérielle, que l'on fait insérer au *Journal officiel*, un certain délai est donc nécessaire. G. F.

Droits d'un tuberculeux de guerre.

Pourriez-vous me donner quelques renseignements sur les points suivants.

Mis hors cadre en janvier 1919, sans proposition de pension, mon cas s'est maintenu assez grave pour que je fasse valoir mes droits et je suis immédiatement proposé pour une pension de 100 % temporaire avec bénéfice de l'article 10. (tuberculose pulmonaire et intestinale).

Pourriez-vous me dire :

1° Quel est ce bénéfice de l'article 10 ;

2° Ma pension ne doit-elle pas partir de janvier 1919, et par conséquent :

a) Ne doit-elle pas être définitive (4 ans) ;

b) Toucherais-je ces 4 années d'arrérages auxquels j'ai droit sans aucun doute ? (Indisponibilité complète, alité 3 ans).

3° Si la proposition définitive qui doit m'être faite n'est pas conforme à ces différents points, ai-je un recours quelconque et à qui dois-je m'adresser ?

Au centre de réforme ou au ministre des Pensions ?

Dr X.

Réponse.

1° Le bénéfice de l'art. 10 vous donne droit à l'hospitalisation, si vous le désirez.

Si vous ne la recevez pas, et si, vivant chez vous, vous êtes obligé de recourir d'une manière constante aux soins d'une tierce personne, vous avez droit, à titre d'allocation spéciale, à une majoration égale au 1/4 de votre pension.

Cependant, n'oubliez pas, malgré la proposition faite en votre faveur, que l'art. 10 est réservé aux mutilés.

2° Votre pension sera définitive (4 ans) et vous toucherez des arrérages, si le diagnostic de la maladie, qui a nécessité votre mise hors cadres est le même que celui de votre réforme actuelle. Il est cependant probable que le taux de ces arrérages ne sera pas de 100 %, car on estime que si votre invalidité avait justifié un taux de 100 %, plus tôt, vous seriez venu plus tôt devant la Commission de réforme.

3° Vous avez un recours gracieux à adresser par réclamation au Ministre, ou un recours de droit par introduction d'une instance devant le Tribunal des Pensions dans les six mois qui suivront la notification de votre pension.

G. F.

Taux d'infirmité d'un réformé atteint de tabès.

Pourriez-vous me dire à quel taux d'incapacité a droit un réformé de guerre atteint de tabès avec ataxie prononcée, incoordination des mouvements, des membres supérieurs et inférieurs, douleurs fulgurantes (et bien entendu tous les autres signes du tabès, signe de Romberg, Westphale, Argyll, crises gastriques). Le malade peut encore se tenir debout et faire quelques pas sans canne, mais il est dans l'impossibilité absolue de faire aucun travail. Il a actuellement 70 %. Peut-il obtenir plus ? Dr H.

Réponse.

Tout réformé de guerre a droit au barème le plus favorable ; or, celui-ci pour le tabès donne de 10 à 100 %.

Cependant, d'après les symptômes décrits, votre malade semble indemnisé d'une manière équitable ; en effet 70 % est le taux alloué en pareil cas. Celui-ci serait porté à 80 ou 90 %, si la marche, même appuyée, était devenue impossible ; et à 100 % s'il y avait, en outre, des troubles des réservoirs.

Internement d'un aliéné de guerre

Abonné au *Concours*, je viens solliciter de votre obligeance quelques renseignements sur l'application de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919.

(Voir la suite page XLIII-3273)

PROPOS DU JOUR

La grande pitié de nos laboratoires ! Singulier moyen de propagande en faveur de la science française. A qui incombe le devoir de la faire vivre et prospérer ?

Les poings de Criqui se sont substitués à ceux de Carpentier défaillant pour augmenter de quelques milliers de francs le contenu de la Caisse qui doit subventionner nos laboratoires. Sous le patronage même de Pasteur qui en aurait rougi, on a quêté dans les rues ; nos grands quotidiens ont ouvert des souscriptions et ont, en termes pathétiques, attendri les âmes sensibles sur la grande Pitié de nos Laboratoires. Il est des gens, même haut placés, qui trouvent cela fort bien ; nous croyons que beaucoup de vieux savants et de simples citoyens, comme nous, trouvent ce système de mendicité déplorable, stupide, même odieux. Garderons-nous donc toujours une mentalité de vaincus ? La Science française doit-elle se substituer, dans la légende, au vieux Bélisaire ? Après avoir éclairé le monde et révolutionné par ses découvertes toutes les connaissances humaines, doit-elle tendre son casque de Minerve au coin du Pont-des-Arts et quémander humblement un gros sou au passant, souvent étranger ? Nos Parlementaires sont-ils incapables de trouver, dans un budget dont le total s'établit par un nombre respectable de milliards, la centaine de millions nécessaires pour doter nos établissements scientifiques ?

Tout Français qui a quelque souci de la dignité de sa Patrie souffre dans sa fierté patriotique. Après avoir vu fêter le centenaire de Pasteur par toutes les nations, et même chez nos ennemis, nombre de nos savants rougissent de honte devant l'étalage cynique de cette mendicité. L'effet à l'étranger est d'ailleurs déplorable.

« Nous avions l'intention d'aller dans une Université française compléter nos études, écrivait un étudiant de l'Amérique latine, mais les laboratoires sont en France dans un état de dénûment inquiétant, puisqu'on est obligé de quêter pour eux dans les rues. Qu'irions-nous faire dans des établissements sans organisation, ni ressources ? Nous n'avons pas de temps à perdre : nous irons à Vienne, à Bonn, ou à Berlin. C'est évidemment fâcheux, nous aurions préférer aller en France, mais qu'y faire ? »

Les Allemands qui, malgré l'effondrement du mark et leur camouflage de misère, trouvent encore le moyen de dépenser des millions de marks-or pour la propagande proboche à l'étranger, exploitent avec succès notre naïve maladresse.

On nous a montré récemment une circulaire adressée aux médecins de Mexico, les conviant à une conférence, organisée par un magnat de la chimie allemande qui inondait, avant la guerre, nos pharmacies de ses spécialités. Ce puissant industriel, qui ne dispose pas seulement de marks-papier, fait exposer à Mexico la puissance et la perfection de ses établissements en d'habiles conférences, où la « grande pitié des laboratoires de la France » est, soyez-en certains, ingénieusement soulignée.

Il fait engager les auditeurs à venir visiter ses usines et travailler dans ses laboratoires. Il les ouvre largement à tous les étudiants et à tous médecins qui voudront s'y rendre. Il annonce même qu'il a obtenu pour ceux qui désireraient venir travailler en Allemagne, une réduction de 20 % sur les frais de voyage, consentie par la Hamburg-Amerika. Voilà les bénéfices que nos laboratoires et la science française retirent de la mendicité organisée ! D'ailleurs, soyons persuadés que les trois ou quatre millions, péniblement recueillis en tendant la main, n'arriveront pas intacts à destination, car c'est la coutume de laisser une petite commission aux intermédiaires.

Nos laboratoires ont certainement besoin de fortes subventions, et nous n'émettrons pas le paradoxe que tout y est pour le mieux et qu'ils sont trop largement pourvus. Cependant, il est excessif de parler de la *Grande Pitié de nos laboratoires.*

Depuis cinquante ans, la République a fait pour eux quelques sacrifices et, sans vouloir mettre sur un piédestal cette œuvre, insuffisante de l'avis de tous, et peu en rapport avec le mérite de nos savants, nous pouvons affirmer que, sur ce point, il a été fait en France de très sérieux progrès en un demi-siècle.

Nous avons entendu notre maître, le professeur Cornil, nous raconter comment il avait, il y a 60 ans, installé de ses propres deniers, au

quartier latin, un modeste laboratoire où, avec son ami Ranvier, ils avaient à eux deux renouvelé, sinon complètement créé, l'histologie normale et l'anatomie pathologique.

Dans la *Vie de Pasteur* de M. René Vallery-Radot, nous trouvons de curieux renseignements sur les difficultés sans nombre auxquelle se heurtaient nos savants à la fin de l'Empire. Il n'existait guère qu'un seul laboratoire digne de ce nom, celui de Sainte-Claire Deville à l'Ecole Normale. Le laboratoire de Pasteur était tellement exigu qu'il était obligé de s'agenouiller pour pénétrer dans l'étuve qu'il avait installée à force de combinaisons ingénieuses . « C'est, a écrit Duclaux, de ce petit galetas, dont on hésiterait aujourd'hui à faire une cage à lapins, qu'est parti le mouvement qui a révolutionné sous tous les aspects la science de l'homme physique. »

En 1867, rien n'avait été fait à la Sorbonne depuis Richelieu: « Au Muséum, certaines galeries étaient aussi confusément encombrées que *des magasins d'accessoires au fond d'un théâtre.* Au Collège de France, était-il possible de décorer du nom de laboratoires les caves étroites que Claude Bernard appelait les tombeaux des savants ? » Pasteur lui-même, en 1867, s'était efforcé d'intéresser le Gouvernement et l'Empereur en personne à la création et à l'amélioration des laboratoires presque inexistants, qu'il appelle « les temples de l'avenir, de la richesse et du bien-être ».

Il écrivit, en 1868, pour le *Moniteur*, un article sur ce sujet, article que la censure arrêta, ne pouvant comprendre qu'un fonctionnaire se permît de critiquer l'indifférence et l'ignorance administratives. Il y rappelait que l'Allemagne, *depuis* 30 *ans*, s'était couverte de vastes et riches laboratoires, que l'on élevait alors deux palais de quatre millions, destinés aux études chimiques, à Berlin et à Bonn ; qu'à Saint-Pétersbourg, trois millions étaient employés à la création d'un Institut physiologique. L'Angleterre, l'Amérique, l'Autriche, l'Italie même étaient entrées dans cette voie. « Et la France ? La France, écrivait Pasteur en 1868, n'est pas encore à l'œuvre.... » Et il rappelait le local sicentifique, demi-cave, demi-sépulcre, où s'évertuait Claude Bernard. Il signalait le laboratoire de chimie de la Sorbonne, qualifié, ô dérision ! de laboratoire de perfectionnement et de recherches, « pièce humide et sombre de plus d'un mètre en contre-bas de la rue Saint-Jacques ».

Bien que Pasteur ait lui-même dressé tout un plan d'organisation de laboratoires de recherches, à peine obtint-il la construction pour lui d'un petit laboratoire de quelques milliers de francs, à l'Ecole de la rue d'Ulm, et encore une administration rétrograde et aveugle fit, pendant sa maladie, interrompre les travaux, croyant que la mort escomptée du Savant rendrait le laboratoire inutile.

Les choses, quoi qu'on dise, n'en sont pas restées là, il y a des laboratoires en France ; nos Facultés, nos Ecoles, nos Instituts de toutes sortes, en sont largement pourvus. Sans doute, la guerre a démontré que leur importance dépassait de beaucoup l'effort que l'on avait fait pour eux dans notre pays. Sans doute, ceux qui se préoccupent intelligemment de l'essor de notre industrie et de nos sciences appliquées, y compris la médecine et la pharmacie, trouvent qu'il est honteux pour une grande nation de laisser végéter les savants de laboratoire avec des salaires que n'accepteraient pas des contre-maîtres intelligents. Sans doute, l'on se plaint encore avec raison, comme le faisait Pasteur en 1868, du manque de personnel secondaire dans les laboratoires, du fait de l'insuffisance étrange des crédits. Sans doute, l'outillage de certains établissements laisse à désirer et devrait être renouvelé et développé. Mais ce n'est pas en mendiant que l'on doit obtenir ces améliorations indispensables et urgentes. C'est régulièrement, par les budgets de l'Etat, des départements, des grandes villes, c'est par les subventions de l'agriculture, du commerce et de l'industrie directement intéressés, que nos laboratoires doivent être pourvus. L'Etat entretient et enrichit ses musées nationaux, il se fait une obligation d'aider à vivre ses grands théâtres, nous l'en félicitons. C'est le devoir d'une grande nation d'encourager les Arts et tout ce qui fait la beauté et la gloire de sa civilisation. Mais serait-ce une déchéance de considérer que les travaux d'un savant méritent une rémunération au moins égale à celle qu'on attribue au jeu d'un acteur de la Comédie et aux entrechats d'une danseuse de l'Opéra ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA CURIETHÉRAPIE

Par le Dr Quivy,
Assistant d'électroradiologie des Hôpitaux de Paris.

En un rapide exposé, beaucoup trop succinct pour l'énorme matière qu'elle comporte, nous avons rappelé (1) les ressources de la radiologie en clinique et en thérapeutique.

Le radiodiagnostic des affections des poumons, du cœur, de l'aorte, du tube digestif, peut être considéré comme de pratique courante. Il en est de même du traitement par les rayons X d'un grand nombre d'affections soit de la peau, comme la teigne, le favus, les angiomes, l'eczéma, soit des organes profonds, telles que les fibromes, les adénomes, et généralement des tumeurs bénignes.

Les tumeurs malignes sont également susceptibles d'être traitées par les rayons X, associés ou non à la chirurgie et à la curiethérapie : ce chapitre très important, s'il sort de la pratique courante, n'en est pas moins intéressant à connaître.

L'accueil fait par les praticiens à notre précédente étude a permis de penser qu'il leur serait agréable d'avoir sous les yeux un résumé des ressources de la curiethérapie. Après un rappel de notions générales, nous passerons en revue les diverses affections que l'on peut traiter par la curiethérapie en indiquant sommairement la technique et les doses susceptibles de donner un bon résultat.

Cette technique est-elle définitivement fixée et les doses indiquées sont-elles mathématiquement exactes ? Il n'en est rien : les expériences se poursuivent et elles devront continuer sans doute longtemps encore ; il est d'ailleurs infiniment probable que la matière vivante ne se pliera pas exactement à la rigueur mathématique des données physiques.

Quoi qu'il en soit, il semble que les expériences de ces dernières années orientent la curiethérapie vers des doses moins importantes qu'autrefois, mais appliquées pendant une durée de plus en plus longue.

L'action de 10 millicuries détruits en huit jours est beaucoup plus grande, plus régulière sur la totalité d'une tumeur que lorsque la même quantité est détruite en quelques heures ; cette dernière technique présente une action destructive plus marquée que la précédente, mais sur une zone beaucoup plus limitée, autour du foyer d'irradiation : en dehors de cette zone, il n'existe pour ainsi dire aucune influence sur les tissus.

Si l'on peut se permettre une comparaison un peu terre à terre, la première méthode produit une véritable coction de toute la masse, la seconde brûle la périphérie au voisinage du foyer sans que l'intérieur de la masse soit atteint.

Généralités

Les corps radioactifs émettent des rayons comparables à ceux qu'on peut obtenir des tubes à rayons X ; comme eux, ils déterminent la mortification des cellules. Ces rayons se divisent en rayons α, β et γ.

Les rayons α sont arrêtés par le moindre obstacle : ils ne peuvent être employés qu'à traiter des lésions tout à fait superficielles ; ils existent dans la proportion de 92 % du rayonnement total. Leur quantité, si elle a, dans les lésions très superficielles, un avantage appréciable, devient un danger dès qu'il s'agit de traiter une lésion située à la moindre profondeur : il suffit, pour les éliminer, d'interposer entre la source de rayonnement et la partie à traiter une épaisseur de métal, qu'on appelle filtre.

Les rayons β ont un pouvoir de pénétration plus intense, les rayons γ sont plus pénétrants encore : ils sont les uns et les autres composés de rayons mous et de rayons durs. Un filtre de 2 millimètres de plomb permet d'obtenir un rayonnement γ pratiquement homogène.

On utilise tantôt le rayonnement total des α, β, γ, tantôt le rayonnement γ homogène. Parfois même, on emploie un gaz, appelé émanation, que produisent les corps radioactifs et que des manipulations délicates permettent de capter. L'émanation a les mêmes propriétés thérapeutiques que les corps radioactifs : les eaux minérales en contiennent en quantité plus ou moins grande et lui doivent une partie de leur action. L'émanation disparaît d'ailleurs assez rapide-

(1) *Concours Médical*, n° 46 *bis* (supplémentaire) mercredi 15 nov. 1922.

ment des milieux qui la contiennent ; ce fait explique l'action différente des eaux minérales radio-actives consommées sur place, de celles qui, transportées, ne sont absorbées qu'après disparition de l'émanation.

L'utilisation de l'émanation en thérapeutique n'est possible que dans les laboratoires spécialement aménagés. Les corps radioactifs sont employés le plus habituellement. Ils le sont, soit en *solution, soit en application de voisinage*, qu'il s'agisse de boues radioactives ou d'un appareil contenant un composé (sulfate ou bromure) du métal lui-même.

Les boues proviennent des minerais d'où les corps radioactifs ont été extraits ; elles contiennent encore des traces de radium, d'actinium, de thorium, auxquels elles doivent leurs propriétés.

Appareillage.

Les appareils, contenant le sel de radium, habituellement employés sont les suivants :

Appareils plats ;

Aiguilles ;

Tubes.

Les appareils plats sont formés d'une petite plaque de métal sur laquelle on a fixé, soit au moyen d'une colle, soit au moyen d'un émail une certaine quantité d'un sel radioactif. Les appareils à émail sont de beaucoup préférables, car ils peuvent être bouillis et même passés rapidement à la flamme sans s'altérer. L'appareil peut affecter différentes formes et diverses dimensions suivant l'utilisation.

Les aiguilles en platine iridié sont de longueur, de forme et d'épaisseur variées : elles contiennent une quantité peu importante de radium. Elles permettent l'implantation directe du radium à des distances et des profondeurs variables en rapport avec leur teneur en substance radioactive et le résultat recherché : les foyers peuvent, par elles, être disposés de façon à répartir d'une façon aussi égale que possible la dose voulue dans chaque point de l'ensemble de la tumeur à traiter.

Les tubes, dits de Dominici, sont des tubes de verre ou de métal scellés hermétiquement et renfermant une quantité plus importante de sel. Lorsqu'il s'agit d'un tube de verre, celui-ci est placé dans un tube d'or, d'argent ou de platine.

A l'extrémité de l'enveloppe métallique se trouve un chas permettant le passage d'un fil, utile pour la fixation du tube une fois mis en place.

Disposés, côte à côte, sur une enveloppe métallique, les aiguilles et tubes sont facilement transformés en un appareil plat. Ils peuvent également être placés de distance en distance sur des supports appropriés, appareils analogues aux appareils dentaires, se moulant exactement sur les surfaces à irradier.

Les appareils utilisant l'émanation sont des tubes capillaires de verre, employés nus ou introduits dans des aiguilles ou des trocarts en platine. Ces tubes peuvent être également transformés en appareil plats.

Il existe encore des appareils respiratoires à barbotage permettant l'inhalation de gaz ou d'air chargé d'émanation ; ils sont analogues à l'appareil de Ricard employé pour la chloroformisation.

Des salles spécialement aménagées permettent de faire séjourner les malades dans une atmosphère chargée d'émanation ; on les a appelées emanatoria.

L'eau radioactive peut être également obtenue par barbotage et être utilisée.

Enfin, on se sert de solutions pour injections hypodermiques ; on peut même préparer extemporanément des injections de sels insolubles.

L'électrolyse permet également l'introduction de radium dans l'organisme, à travers la peau.

Action des corps radioactifs.

A. ***Sur les tissus normaux***. — L'action du radium et des corps radioactifs est analogue à l'action des rayons X. La peau réagit de la même façon : la radiumdermite est la conséquence d'une exposition aux rayons α de peu de durée, d'une exposition prolongée aux β et aux γ, comme la radiodermite se manifeste après l'application des rayons mous et des rayons durs de l'ampoule à rayons X.

Certaines régions sont plus facilement atteintes : le cou, le visage, les mains, etc.

L'exposition fréquente à l'action du radium prédispose aux lésions chroniques de la peau : aussi, est-il indispensable de ne manier les appareils qu'avec des pinces appropriées et de se servir de tous les moyens de protection, en usage, les écrans de plomb notamment.

La rate, les organes lymphatiques, le sang, les testicules, les ovaires, sont sensibles à l'action du radium comme à celles des rayons X ; les mêmes précautions doivent être prises. Toutes les glandes à sécrétion interne sont influencées, ainsi que le système nerveux.

A petite dose, le radium produit, comme les rayons X, une excitation, une augmentation de vitalité et de prolifération.

A forte dose, il détermine chez les animaux des monstruosités ; dans les cellules, la mortification par destruction de la chromatine.

B. ***Tissus anormaux***. — Sur les tissus de néoformation, l'action est également la même que celle des rayons X.

La loi de Bergonié s'applique aux rayons du radium.

Une cellule est d'autant plus sensible :

a) Que son activité reproductive est plus grande ;

b) Que son devenir karyokinétique est plus long ;

c) Que sa morphologie et ses fonctions sont moins définitivement fixées.

Les deux sources de rayonnement ont sur les tissus sains et sur les tissus de néoformation, un pouvoir destructif analogue.

Sont-elles donc interchangeables et peut-on indifféremment utiliser la radio et la radiumthérapie ? Pour un certain nombre d'affections, surtout pour les lésions superficielles et peu étendues, les deux moyens sont également bons ; il n'y a qu'une préférence basée sur la plus grande facilité d'application du traitement.

D'une façon générale et un peu schématique, le radium a une action plus énergique que les rayons X ; mais son champ d'action est plus limité. On comprend, en effet, aisément, que l'écart entre la dose superficielle et la dose profonde est d'autant plus grand que la source de rayonnement est plus près de la peau. Il en résulte qu'il est difficile, par application directe, de donner une dose égale en profondeur dans la totalité de la partie traitée.

D'autre part, la radiumpuncture, l'introduction des tubes dans les parties profondes de l'organisme nécessitent des interventions chirurgicales, qui, outre le danger qu'elles font courir, ouvrent les lymphatiques et les vaisseaux sanguins, les traumatisent de diverses façons favorisant par là l'essaimage et les récidives.

Les rayons X ont un champ d'action plus étendu, permettant une répartition plus homogène, mais, par contre, moins intense, moins active que celle du radium. Néanmoins par la méthode des feux croisés, on obtient des doses profondes importantes dans la Rœntgenthérapie.

En résumé, lorsqu'on désire obtenir une action très énergique dans un champ limité , la préférence doit aller au radium. Lorsque l'action n'a pas besoin d'être très énergique, mais que le champ d'action est plus vaste, il vaut mieux employer les rayons X.

Lorsqu'une action très énergique est nécessaire sur un très vaste territoire, il y a lieu d'appliquer un ou plusieurs foyers de radium, de compléter cette action énergique locale par des applications de rayons X sur les relais ganglionnaires et les espaces compris entre le foyer principal et ces relais.

Les facilités d'application doivent également intervenir dans le choix de la méthode.

Dosage.

Avant d'aborder les diverses affections justiciables de la curiethérapie, il nous reste à donner quelques indications sur le dosage et la désignation des doses utilisées.

Il y a quelques années encore, on désignait simplement la dose par la quantité de radium élément et le nombre d'heures d'application. Pour l'émanation, l'unité est le curie, c'est-à-dire la quantité d'émanation produite par un gramme de radium, lorsque l'équilibre de production est établi. La quantité représentée par le curie est trop importante pour être employée en thérapeutique, on n'y emploie que des unités de mille en mille fois plus petites : millicurie, microcurie, millimicrocurie.

En une heure, 1 gr. de Ra élément produit 7,51 millicuries. 1 gr. de Ra élément équivaut à 1,425 gr. de sulfate de Ra, ou à 1,866 de Bromure de Ra.

On désigne actuellement la puissance d'un appareil par sa teneur en radium élément et la dose par le nombre de millicuries détruits.

Dans les appareils plats, on fait intervenir les dimensions en centimètres carrés. En thérapeutique, il faut tenir compte de la charge de l'appareil, de la durée de l'application, de la filtration employée, et enfin de la position de l'appareil par rapport à la partie traitée.

Domaine

La curiethérapie s'adresse, tout comme les rayons X, à un grand nombre de dermatoses, aux tumeurs bénignes, aux affections du sang, aux adénites tuberculeuses, aux glandes à sécrétion interne, à certaines affections du système nerveux, à la goutte, au rhumatisme, et enfin aux tumeurs malignes.

Dermatoses.

La curiethérapie des dermotoses est tantôt une méthode de choix, tantôt une méthode égale ou inférieure à celle de certains agents physiques : il appartient au clinicien, au thérapeute, de s'adresser au moyen le meilleur, le plus en rapport avec le cas à traiter.

Nævi. — Les nævi, surtout les nævi tubéreux, les angiomes mous, en partie réductibles, saillants, sont généralement facilement influencés ; les taches de vin peuvent pâlir sous l'action du radium.

Un appareil plat contenant 4 milligrammes de radium élément par centimètre carré, filtré par 1/10 de mm. d'aluminium et quelques épaisseurs de gaze, sera appliqué pendant une demi-heure toutes les semaines.

Une série de 4 à 5 applications suffit pour obtenir un bon résultat.

En cas d'insuccès, on peut faire une nouvelle série après un mois de repos. Pour les gros angiomes profonds, les rayons seront filtrés par 3/10

de millimètre de plomb et laissés en place pendant 8 heures.

Pour les taches de vin, il y a lieu d'éviter toute réaction de la peau ; il est prudent de ne pas refaire de nouvelle série avant un repos de 2 mois, et de cesser le traitement dès que la coloration est devenue rosée.

Les formes verruqueuses sont plus résistantes et exigent plusieurs séries ; leur dépilation s'obtient par une application de 20 heures, avec une filtration d'un millimètre de plomb et un demi-centimètre de gaze.

Une nouvelle application peut être nécessaire ; dans ce cas, elle aura lieu après un mois de repos.

Chéloïdes. — Les cicatrices vicieuses peuvent disparaître après des applications de trois heures avec 2/10 de millimètre de plomb et quelques compresses de gaze, répétées toutes les semaines ; si les cicatrices sont très épaisses, on peut filtrer avec 5/10 de plomb, quelques compresses et laisser l'appareil pendant 12 heures. Les applications seront alors espacées d'un mois.

Les brides tendineuses exigent une filtration de 1 millimètre 1/2 de platine, une forte épaisseur de compresses, et une application de 20 heures, répétées tous les 2 mois.

Verrues, durillons. — Un appareil plat, filtré par 1/10 de millim. de plomb et quelques compresses, sera appliqué pendant environ un quart d'heure. Les cors, les durillons plantaires nécessitent une application de 15 heures avec filtration de 5/10e de plomb.

Eczémas. — Les eczémas lichénifiés, les eczémas prurigineux très localisés peuvent être traités par des applications de quelques minutes avec une filtration de 1/10e de plomb et quelques compresses.

Acné. — La forme hypertrophique, le rhinophyma s'améliorent avec des séances de 10 heures environ avec une filtration de 2 millim. de plomb et 1/2 cent. de gaze, répétées toutes les 2 semaines.

Lupus. — Le lupus est traité avec une filtration de 1/10e de mill. de plomb quelques compresses. Séance de 4 heures environ tous les 15 jours.

Gynécologie.

Les métrorrhagies, sauf celles dues à un cancer utérin, sont jugulées par les applications de 25 milligr. de radium-élément pendant 24 heures, chez les femmes jeunes. Chez les femmes près de la ménopause, l'appareil sera laissé en place pendant 48 heures. Les hémorrhagies ne cèdent pas toujours après la première séance : les premières règles sont parfois très abondantes, puis les suivantes diminuent et redeviennent normales. Il est parfois nécessaire de faire à nouveau une ou même deux applications après six semaines de repos.

Les tubes de platine contenant le radium sont bouillis, introduits dans une sonde en gomme ou *en caoutchouc ne contenant pas de sels de plomb*, et placés dans l'utérus dont le col a été dilaté s'il est utile, et après les précautions de désinfection vaginale utilisées dans le curettage utérin.

On peut également obtenir un bon résultat en plaçant les tubes dans le vagin, après les avoir evnveloppés d'une feuille d'aluminium et d'une très forte épaisseur de gaze de plus d'un centimètre.

Les petits fibromes ainsi traités cessent de saigner et régressent facilement, les gros fibromes sont justiciables plutôt des rayons X.

Maladies du sang.

Leucémie. — Deux ou trois tubes de 25 milligrammes de radium élément, entourés d'un filtre de 2 millimètres de plomb et de quelques compresses sont appliquées sur la région splénique et changés de place environ toutes les 6 heures de façon à irradier la totalité de la rate. La séance sera renouvelée 2 ou 3 fois, après un repos de 15 jours.

Les injections de sels radioactifs sont également très utiles.

Adénites tuberculeuses.

Les tubes représentant un ensemble de 50 milligr. de radium élément sont filtrés par 3 mill. de plomb., enveloppés de plusieurs épaisseurs de gaze, ou fixés à un appareil moulé sur la région. L'application de 24 heures sera renouvelée 2 ou 3 fois à un mois d'intervalle.

Glandes à sécrétion interne.

Goitre exophtalmique. — On peut ici soit introduire des aiguilles contenant ensemble 30 milligr. de radium élément filtrés sur 5/10e de platine, pendant 20 heures, soit appliquer à la surface des téguments pendant 24 heures, 100 milligrammes de radium-élément filtrés sur 3 mm. de plomb et 1 cm. 5 de gaze. Les foyers doivent être répartis exactement d'une façon égale et uniforme sur la surface à irradier. Ils peuvent être aussi disposés dans un appareil moulé sur la région.

Thymus. — On peut appliquer en surface la même quantité avec la même filtration que dans le goitre, mais la séance ne devra pas dépasser trois ou quatre heures.

Système nerveux.

Syringomyélie. — 25 milligrammes de radium-élément filtrés par 3 mill. de plomb seront

appliqués sur la colonne vertébrale au niveau de la lésion pendant 12 heures. L'application sera renouvelée tous les 15 jours.

Névralgies.

Névralgie faciale. — Un appareil conte-15 milligr. de radium-élément filtré par 1 mill. de plomb sera fixé sur chaque point d'émergence pendant 3 heures, séance tous les 3 à 4 jours.

Névralgie sciatique. — 30 milligr. filtrés par 3 mm. de plomb pendant 24 heures sur le point d'émergence et les points douloureux.

Goutte, rhumatisme.

Pour ces affections, on utilise surtout l'émanation en inhalations, en bains répétés, en ingestions d'eau radioactive, en injections sous-cutanées, en applications locales de boues radio-actives, en introduction à travers la peau par électrolyse de solutions.

Le rhumatisme blennorrhagique se trouve nettement influencé par l'émanation ainsi employée. On peut également y ajouter des applications d'appareils plats filtrés par 1/10e de mm. de plomb, qu'on changera de place toutes les 2 heures. Les douleurs commencent à se calmer après 48 heures, 3 à 4 séances peuvent être nécessaires pour obtenir la sédation ; elles seront faites de la même façon tous les 3 jours.

Tumeurs malignes

Comme les rayons X, les rayons du radium influencent les cellules néoplasiques en produisant par bombardement, la destruction de la chromatine avec mortification de la cellule, et la formation de tissu fibreux : les phénomènes sont identiques. Une application trop énergique produit la radionécrose non seulement du tissu de néoformation, mais aussi du tissu sain avoisinant.

Les principes d'application sont les mêmes : il s'agit de donner à toute l'épaisseur de la masse à traiter une dose aussi uniforme que possible, capable de détruire les cellules nouvellement formées et de respecter le tissu normal. La dose nécessaire doit être suffisante ; elle doit être répartie sur un septénaire environ. L'expérience semble démontrer que c'est la méthode de choix, à l'heure actuelle.

Il faut se souvenir également que la première application doit être énergique, car, par suite de phénomènes d'accommodation, les cellules deviennent plus radiorésistantes à une seconde application. Les effets de la troisième application sont encore beaucoup moins importants.

Il s'agit donc de frapper fort, du premier coup, et d'une façon uniformément énergique ; il faut aussi atteindre dans un temps extrêmement rapproché, les foyers secondaires et les zones macroscopiquement saines, mais déjà ensemencées. C'est là, que l'association de la chirurgie et de la radiothérapie pénétrante deviennent le plus souvent indispensables.

La sensibilité des tumeurs malignes varie : les lymphadénomes sont les plus faciles à influencer ; puis, viennent les lymphosarcomes et les sarcomes embryonnaires.

Les sarcomes cartilagineux et les ostéosarcomes sont très résistants.

Les épithéliomas sont également d'autant plus sensibles qu'ils se rapprochent du type embryonnaire.

Outre les variations dues au type cellulaire, il y a également des différences suivant le siège de la tumeur : les sarcomes du maxillaire guérissent plus facilement que les ostéosarcomes des membres, les épithéliomas de la lèvre guérissent plus facilement que ceux de la langue.

Sarcomes.

Les aiguilles seront introduites dans les masses sarcomateuses, en nombre aussi important que le nécessite le volume de la tumeur. S'il s'agit de sarcomes embryonnaires, la tumeur traitée disparaîtra facilement.

Les aiguilles de 6 milligrammes de Ra élément seront espacées d'environ un centimètre et laissées en place pendant trois jours.

Les ostéo-sarcomes peuvent être traités de la même façon, mais la durée devra être doublée. La régression, dans ce cas, sera parfois obtenue ; les douleurs disparaîtront. Mais l'évolution n'en continuera pas moins vers une issue mauvaise.

Lymphadénomes et lymphosarcomes.

Ces affections sont sensibles à l'action du radium ; elles disparaissent facilement par radium-puncture, après deux ou trois jours d'application. Mais l'affection qui les produit n'en continue pas moins ses ravages.

Epithéliomas.

Peau. — Les épithéliomas baso-cellulaires sont plus radiosensibles que les spinocellulaires.

On appliquera l'appareil plat contenant 4 milligrammes de radium-élément par centimètre carré, avec un filtre de 1/10e de mill. de plomb, sans gaze, pendant 10 heures, si la lésion est superficielle.

Si elle a une base indurée, on appliquera un appareil composé de 3 tubes contenant ensemble 25 milligr. de radium élément qu'on laissera en place 24 heures.

Pour un épithélioma formant tumeur, il faudra répartir dans sa masse des tubes ou des aiguilles de même dose pendant 48 heures. Les épithéliomas spino-cellulaires seront traités de la même façon, mais l'application sera prolongée

◆◆◆

suivant l'importance et le volume de la tumeur pendant un temps qui variera de 4 à 8 jours.

Lèvres. — Lorsqu'il s'agit d'une ulcération superficielle, l'application d'un appareil plat contenant 4 milligr. de radium-élément par centimètre carré, filtré par 1/2 millimètre de plomb sera de 48 heures.

S'il s'agit d'un épithélioma formant tumeur, répartir dans la masse par radiumpuncture des aiguilles de 3 milligrammes pendant 4 jours. S'il y a une base indurée, mieux vaut faire un appareil moulé, bien appliqué sur la région à irradier, contenant 25 milligr., qu'on laissera en place pendant une semaine.

Les ganglions seront traités en même temps de la même façon, soit par radiumpuncture, soit par application externe, avec la même intensité.

Langue. — Les aiguilles de 3 milligr. sont enfoncées dans la tumeur et également réparties ; elles seront laissées en place suivant leur quantité un nombre de jours suffisants pour obtenir une dose d'environ 20 millicuries détruits.

Dans toutes applications de la langue et des lèvres, il y a lieu de protéger les parties voisines par une lame de plomb enveloppée de gaze.

Leucoplasie. — En général, la leucoplasie est très radiorésistante. On peut appliquer un appareil contenant 25 milligr. pendant 40 à 50 heures : les tubes ayant un millimètre de platine servant de filtre.

Œsophage. — Suivant la méthode de Guisez, le siège de la tumeur est repéré à l'œsophagoscope ; des tubes de 5/10es de millimètre de platine contenant au total 40 à 50 milligr. de radium-élément sont appliqués pendant 5 à 8 heures à intervalle de 5 à 6 jours. Il faut au moins 30 heures d'irradiation pour obtenir un résultat important.

Larynx. — Après trachéotomie, le tube de 1 millimètre de platine contenant 40 milligr. de radium-élément, placé dans une sonde en gomme, sera introduit au contact de la lésion pendant 24 heures.

Estomac. — On a pu appliquer des tubes de radium directement sur la tumeur après incision de la paroi.

Une application externe de 100 milligr. de radium-élément peut être faite après filtration sur 3 mill. de plomb et un demi cent. de compresses pendant 24 heures.

Rectum. — Des tubes à parois d'un mm. 1/2 de platine, contenant ensemble 50 milligr. de radium-élément, placés dans un drain, sont introduits soit au voisinage de la lésion, et mieux, si cela est possible, dans le trajet lui-même. L'appareil est laissé 24 heures. On pourra renouveler la séance tous les mois. Mais la muqueuse est très radiosensible et il est nécessaire d'être extrêmement prudent.

Organes génitaux externes. — Des tubes d'un millimètre de platine contenant ensemble 50 milligr. de R.-E. seront disposés sur les parties malades, lèvres, vagin, et appliqués pendant 30 heures.

En cas de tumeurs, la radiumpuncture peut être employée.

Col. — Après dilatation, si le col n'est pas suffisamment ouvert, et si l'état le permet, une sonde est introduite renfermant des tubes contenant ensemble 30 milligr. de radium-élément. Des tubes de même valeur seront placés dans les culs-de-sac bien enveloppés de compresses ou de liège. L'ensemble sera laissé pendant 100 heures.

Il sera nécessaire le plus souvent de procéder à des nettoyages quotidiens. Si la masse est très épaisse, la radium-puncture peut être utilisée supplémentairement.

Corps. — Lorsqu'il s'agit d'un cancer du corps, les tubes seront de 40 milligr. et introduits dans le fond de l'utérus par l'intermédiaire de la sonde en gomme. La durée sera également de 100 heures.

L'application pourra être prolongée suivant l'importance de la lésion.

Sein. — L'irradiation par le radium peut être pratiquée comme pour les rayons X avant et après l'intervention chirurgicale. Les ganglions seront soumis au même traitement.

Les aiguilles de 6 milligr. de radium-élément sont implantées d'une façon aussi régulière et réparties aussi uniformément que possible.

Elles seront laissées en place pendant au moins cent heures.

La chirurgie est employée, lorsque l'envahissement n'est pas trop considérable, en concordance avec le radium et les rayons X.

Maladie de Paget. — Cet épithélioma doit être traité comme un épithélioma cutané, suivant son importance, sa nature, son infitration, conformément aux données que nous avons fournies plus haut.

Prostate. — On peut traiter le cancer de la prostate par l'application de tubes introduits dans l'urèthre ou dans le rectum. On peut encore placer des aiguilles ou des tubes dans la glande même, à travers le périnée. L'application de 20 milligrammes de radium-élément, de chaque côté de la ligne médiane, sera d'une durée de 75 heures.

Vessie. — Après cystostomie, la tumeur est traitée suivant son importance et sa nature comme s'il s'agissait d'une affection de la peau

Conclusions

Entre les mains de certains, la curiethérapie est une méthode exclusive pour toutes les affections que nous venons de passer en revue ; pour nous, nous pensons qu'elle doit être rangée parmi l'arsenal du physiothérapeute, où elle occupe une grande place, à côté des rayons X, de l'électrolyse, de la diathermie, de la fulguration.

Ces divers moyens doivent lui être adjoints suivant les cas, ou même lui être substitués.

On peut détruire, par exemple, les verrues par le radium ; on peut également les guérir par la fulguration ou l'électrolyse. S'il s'agit d'une verrue unique, on pourra indifféremment employer l'une ou l'autre méthode. Si elles sont nombreuses, la fulguration permettra de toucher rapidement en une seule séance tous les points à détruire. Chez les malades pusillanimes, qui ont des loisirs, on pourra traiter chacune d'elles par une séance séparée, comme s'il s'agissait d'une tumeur unique.

Pour les tumeurs bénignes, en général, on donnera la préférence à la méthode la mieux adaptée à la lésion, mais il pourra toujours être tenu compte de considérations autres que des raisons techniques pures.

Une question se pose pour les tumeurs malignes. Vaut-il mieux s'adresser à la chirurgie ou à la curiethérapie ? Les résultats sont-ils meilleurs par l'une ou l'autre méthode ?

La question ainsi posée est mal posée : une petite tumeur cancéreuse, très localisée sans la moindre adénite, pourra être enlevée par un coup de curette, une incision, une application de radium, une étincelle de haute fréquence, une application de rayons X. Dans un grand nombre de cas, si l'intervention est faite très tôt et largement pratiquée, le résultat sera complet et définitif. Exceptionnellement, sans qu'il y ait faute de technique, on verra l'affection se reproduire : si l'on considère le fait sans parti-pris, on n'accusera pas la méthode, mais bien plutôt la nature même du terrain propice à l'éclosion des tumeurs cancéreuses. La nature histologique peut-elle à elle seule donner l'explication de ces échecs ? Rien ne permet actuellement de l'affirmer.

La tumeur cancéreuse a-t-elle atteint un degré un peu plus avancé ? Les ganglions de la région sont-ils atteints ou peut-on les suspecter ?

Il convient, dans l'immense majorité des cas, d'intervenir chirurgicalement et de compléter cette intervention par l'application, suivant les circonstances, avant ou après, de la curiethérapie et de la radiothérapie.

Cette association des divers moyens est-elle préférable à la chirurgie seule ?

Il est certain que l'opération large, bien conduite, a obtenu des résultats parfaits ; d'autre part, une application de rayons X ou de radium insuffisante est plutôt nuisible ; néanmoins, à l'heure actuelle, à la condition que les diverses interventions soient faites d'une manière aussi exacte que possible, il semble préférable de compléter l'exérèse par la stérilisation de la région opérée au moyen des irradiations.

Lorsque la période chirurgicale est passée, la curiethérapie peut permettre la régression des tumeurs et faciliter l'exérèse ; s'il est trop tard pour que cette éventualité se produise, on peut obtenir par un traitement bien mené la sédation des douleurs, *la cicatrisation d'ulcérations*.

L'ensemble de ces moyens, judicieusement employés, améliore les statistiques ; mais les échecs sont encore nombreux.

Les conditions dans lesquelles évoluent les cancers sont encore méconnues ; jusqu'à ce que l'étiologie en soit parfaitement établie, il ne peut être question de traitement spécifique. Aussi devons-nous considérer l'association de la chirurgie, des rayons X, de la curiethérapie comme l'armement actuel nécessaire et indispensable pour le traitement des tumeurs malignes.

***

Les Américains disent : « Augmentez votre prestige avec le radium ». Les résultats sont parfois impressionnants en effet ; les échecs sont aussi parfois lamentables.

Avant d'employer un moyen de traitement qui peut augmenter son prestige, le médecin praticien devra étudier la question très à fond et ne s'attaquer au début qu'aux affections bénignes. Lorsqu'il aura acquis une certaine expérience, il pourra progressivement entreprendre des cures plus compliquées.

S'il est agréable d'augmenter son prestige, s'il est utile de rendre service à ses malades, il est dangereux, pour le malade et pour le médecin, de pratiquer une thérapeutique aussi énergique, mais encore insuffisamment au point qu'est actuellement la curiethérapie, sans qu'une étude approfondie de la question n'ait été faite préalablement par celui qui en assume la responsabilité.

Dr Quivy.



TRAITEMENT DES VARICES ET DES HÉMORRHOÏDES

Par Léon FILDERMAN.

A la demande de certains de nos correspondants, nous avons prié le Dr FILDERMANN *d'exposer, aux lecteurs du* « Concours médical », *la méthode des injections sclérosantes, dans le traitement des varices et des ulcères variqueux. Nous le remercions d'avoir répondu à notre intention.*

La méthode des injections sclérosantes des varices, déjà ancienne, considérablement simplifiée par Sicard, a été dernièrement amenée à un degré d'efficacité tel qu'on peut dire que toutes les varices, sans exception, doivent en bénéficier. Il n'y a plus de « cas rebelles ». Le traitement n'est pas seulement ambulatoire, mais aussi, de courte durée ; ce qui nous arrive encore — exceptionnellement — c'est un excès de réaction gênant la marche pendant 2 ou 3 jours ; mais, dans ces cas, on obtient, en échange, la suppression de tout le tronc variqueux à la suite d'une seule piqûre. Aucune complication à redouter, pas d'escarre.

Instrumentation :

Une aiguille stérilisée de 0.04/0.0008 à biseau moyen.

Une seringue en verre de 5 cc., stérilisée, cela va de soi.

Un sphygmomanomètre à cuissard pneumatique ; je me sers du Pachon à double brassard, les deux pneumatiques attachés ensemble.

Une table, un lit ou un canapé.

Une banquette, un petit banc ou simplement une chaise de cuisine.

Une solution de salicylate de soude à 20 ou 30 %, de préférence en ampoules stérilisées de 5 cc.

Préparation du malade :

Le malade se tient debout sur la banquette pendant les préparatifs, de façon à obtenir l'engorgement des varices ; la seringue étant chargée, l'on examine soigneusement le membre malade, s'aidant de la vue et du toucher pour choisir le point où portera la piqûre : c'est de ce choix que dépendra la rapidité de la guérison ; l'action sclérosante part de la piqûre et s'étend plus ou moins loin vers l'extrémité du membre ; une seule injection suivie d'une bonne réaction entraînera l'oblitération de toutes les varices d'un membre.

Si la réaction qui survient le lendemain, quelquefois même 3 ou 4 jours plus tard, s'est arrêtée à une certaine distance, on fait une deuxième injection, quelques centimètres au-dessous du point où la veine, durcie plus haut, redevient souple et fluctuante ; rechercher de préférence les confluences, les veines émergentes des ulcères et des « pelotes variqueuses », les « ampoules », pour injecter un ou deux centimètres au-dessus.

Badigeonner de teinture d'iode.

Appliquer le cuissard assez loin au-dessus du lieu de la piqûre pour pouvoir placer commodément la seringue pleine. Gonfler le pneumatique après avoir prévenu le malade qu'il aura à se coucher sur la table à la demande du médecin, sur le dos, sur le ventre, sur le côté droit ou gauche, selon l'emplacement de la veine à injecter.

Ne pas craindre de bien gonfler le pneumatique ; aller jusqu'à 22-24 mm. ; s'assurer seulement de la persistance des oscillations de l'aiguille.

Après quoi, l'on demande au malade de s'allonger, on fixe la veine avec le pouce de la main gauche et, dirigeant l'aiguille de la racine du membre vers son extrémité, on ponctionne d'un coup la peau et la paroi veineuse ; le sang afflue dans la seringue ; on cathétérise la varice en poussant l'aiguille de quelques millimètres, on s'assure que le sang monte encore et on lâche l'air du manomètre, rapidement.

Attendre que la veine soit bien à plat : le sang cesse de venir ; parfois même, on sent une certaine aspiration du liquide ; en tous cas, et c'est la meilleure preuve que l'on est bien dans la veine, il faut une très douce pression pour injecter la solution ; ceci fait, appliquer une compresse stérilisée, et retirer brusquement l'aiguille ; comprimer quelques minutes à l'aide d'un lien pour éviter le reflux de la solution et du sang ce qui donnerait lieu à une ecchymose ; et c'est fini.

Le malade accusera quelquefois une sensation de cuisson descendant tout le long du membre ou — si l'injection a été faite au-dessus du genou — pénétrant dans l'articulation ; c'est là l'indice de la circulation de la solution dans les canaux variqueux.

Le malade se lève et reprend immédiatement ses occupations.

Si la réaction a été insuffisante, si, après 48 heures, la veine est toujours souple et fluctuante, même à proximité de la piqûre, recommencer un peu plus bas et avec la solution à 30 %, toujours efficace, parfois brutale. Il est préférable d'injecter une plus grande quantité (5 cc.), d'une solution faible, ce qui permet de réduire le nombre des injections.

Il n'y a aucun inconvénient, lorsqu'on est pressé, d'injecter même 10 cc. de la solution, 5 pour chacun des deux membres inférieurs.

De toutes les complications des varices, la plus rebelle, c'est l'œdème ; se méfier particulièrement des gros œdèmes accompagnant un état variqueux modéré ; il y a, semble-t-il, des tissus cellulaires « hygrométriques » qui ne rendent que difficilement le liquide dont ils sont imprégnés. Le dégorgement, manifeste les premiers jours après la disparition des varices, s'arrête ; l'œdème, plus mou, persiste des mois et des mois ; le retrait partiel du liquide découvre des varices profondes qu'il faut traiter immédiatement dans l'espoir d'améliorer le drainage. En fin de compte, il faut faire appel aux traitements géné-

raux (chlorure de potassium), et aux bandes molletières.

Excepté les gros œdémateux, les grands cœnestopathes, plus ou moins névralgiques ou rhumatisants, tous les malades et particulièrement les ulcéreux, les eczémateux et les grands variqueux sont enchantés de ce traitement qui les débarrasse en quelques jours d'une infirmité réputée incurable.

Nous appliquons les mêmes injections aux hémorrhoïdes procidentes avec des résultats tout à fait satisfaisants. Contrairement à M. Bensaude, nous n'avons point de cas rebelles, et jusqu'ici, pas de récidives, quoique nos premiers cas remontent à 1921. L'injection ne se fait pas dans « les tissus », mais bien à l'intérieur de l'ampoule, qui se gonfle sous la poussée comme un ballon ; l'opération est extrêmement simple sans aucune préparation du malade qu'un lavement et un badigeonnage à la teinture d'iode, sans autre instrumentation qu'une aiguille et une seringue. La réaction est un peu plus désagréable ; il y a du gonflement, de la rougeur ; il faut en attendre la disparition avant de s'attaquer à une autre ampoule.

Nous employons exclusivement du salicylate de soude tout à fait inoffensif ; nous nous en servons en injections interstitielles dans la thyroïde contre le Basedow (1) avec des résultats remarquables et sans aucun incident ; peu agressif pour les tissus, ne donnant pas d'escarre, son action est rendue suffisante par le contact immédiat et prolongé avec l'endoveine.

Léon FILDERMANN.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Comment on vide l'estomac et l'intestin par la percussion du rachis.

La spondylothérapie est un procédé thérapeutique qui consiste à percuter certaines apophyses épineuses de la colonne vertébrale pour obtenir des modifications dans la forme et le fonctionnement de certains organes.

Sur cette donnée générale, MM. LEBON et QUIVY se sont attachés à appliquer ce procédé au traitement de certaines affections du tractus digestif.

Ils ont constaté que la percussion de la VII[e] vertèbre cervicale détermine des contractions de l'estomac. Pour réaliser cette percussion, ils emploient un percuteur électrique puissant, qui localise exactement son action sur l'apophyse épineuse en cause.

En ce qui concerne l'estomac, si cet organe est ptosé, la spondylothérapie détermine des contractions qui fixent sur l'état de la musculature gastrique. En même temps, elle donne une idée exacte de l'état du pylore. Si, en effet, au moment des contractions, le contenu de l'estomac vient buter énergiquement sur la pylore, comme sur un obstacle infranchissable, c'est que le pylore s'est fermé spasmodiquement sous cette action ; or, on ne saurait concevoir de spasme pylorique sans lésion.

L'atonie gastrique bénéficie de la spondylothérapie de la VII[e] cervicale par rétablissement progressif du fonctionnement de la musculeuse, à la condition de ne pas dépasser une certaine mesure dans la percussion.

En ce qui concerne le gros intestin, c'est au niveau des apophyses épineuses des trois premières lombaires que la percussion doit être localisée.

Dans le traitement par cette méthode de la *constipation* chronique par atonie, les auteurs ont obtenu des résultats positifs dans 20 cas sur 22 malades traités, résultats durables d'ailleurs, puisqu'ils persistent un an et deux ans même après le traitement.

Avec un peu de doigté et d'expérience, à l'aide d'un bon appareil d'autre part, on peut attendre de la spondylothérapie d'excellents effets aussi bien au point de vue diagnostic qu'au point de vue thérapeutique. (*La Clinique*, juillet 1923.)

De l'influence de la médication bismuthique sur le rein.

Depuis que le bismuth est entré dans la thérapeutique de la syphilis, les auteurs se sont demandé quelle était l'influence de ce médicament sur le rein, notamment quand cet organe était lui-même en état de déficience fonctionnelle. Or, si l'on dépouille tous les travaux publiés sur cette question, on est quelque peu dérouté par les contradictions qui se manifestent dans les opinions formulées. Les uns, — Fournier, Guénot, Lortat-Jacob, Roberti, Tzanck, Hubert, de Massary, considèrent la néphrite bismuthique comme exceptionnelle. Certains d'entre eux traitent la néphrite spécifique par le bismuth. Les autres, au contraire, — C. Simon, P. Blum, Lévy-Bing, Gougerot, ont décrit une néphrite bismuthique plus ou moins grave.

MM. RATHERY et RICHARD ont entrepris des recherches expérimentales et cliniques pour

(1) Traitement du goitre exophtalmique, par le Dr Léon Filderman, *Bulletin officiel de la Société médicale des praticiens*, mai 1923.

essayer de départager ces opinions opposées. Voici les conclusions auxquelles ils arrivent :

« Les injections de préparations bismuthiques insolubles chez l'animal ne semblent pas provoquer de lésions de néphrite aiguë, même lorsque ces injections sont faites à fortes doses et lorsque le rein a été antérieurement atteint. Cependant, l'existence d'une accentuation passagère de la cylindrurie (cylindres granuleux), chez des animaux en présentant avant l'injection, indique que le rein a été touché.

« D'une façon générale, le chien ne semble pas présenter de *lésions rénales marquées* à la suite d'injections même répétées de bismuth. De même, les modifications du fonctionnement rénal (volume, azotémie, chlorures) sont peu marquées.

« *Chez l'homme*, même lorsqu'il s'agissait de malades présentant antérieurement un fonctionnement rénal défectueux, nous n'avons jamais *constaté d'accidents graves* ; il est vrai que nous n'avons jamais injecté de sujets présentant une azotémie de un gramme et au-dessus.

« Il semble que certains sujets présentent une susceptibilité spéciale pour le bismuth, en ce qui concerne leur fonctionnement rénal, tandis que d'autres n'accusent aucune aggravation du trouble portant sur les fonctions du rein ; dans certain cas, même, l'amélioration de celle-ci fut très nette.

« On peut se demander s'il ne s'agissait pas alors, dans ce dernier cas, de lésions réellement spécifiques et réparables, sur lesquelles le traitement antisyphilitique pouvait avoir de l'action, tandis que chez les autres malades, l'altération glandulaire était définitive, ou ne présentait aucun rapport pathogénique direct avec la syphilis.

« Tout en restants très prudent dans nos conclusions, nous dirons que si un fonctionnement rénal défectueux ne contre-indique pas, *à priori*, la cure bismuthique, celle-ci doit être très surveillée ; elle peut aggraver nettement ce fonctionnement chez certains ou même l'améliorer chez d'autres. Le même fait se retrouve en ce qui concerne le mercure et les arsenicaux ; pour ces agents médicamenteux, comme pour le bismuth, aucune règle fixe ne peut être émise, il semble s'agir toujours de cas d'espèces. » (*Paris médical*, 4 août 1923.)

Traitement d'une cirrhose alcoolique avec ascite et ictère.

Il s'agit de ces cirrhoses mixtes dans lesquelles la lésion scléreuse interstitielle, cause de l'ascite, est compliquée de lésion parenchymateuse, cause de l'ictère. M. N. Fiessinger formule, en ce cas :

1) Extrait hépatique...... 0,50

en un cachet ou une dragée. Une à deux prises, ou bien, injections sous-cutanées d'extrait hépatique.

2) Thérapeutique alcaline et saline (eau de Vichy, solution de Bourget), ou eau citratée et tartratée, selon la formule :

Citrate de soude.........} âã 4 gr.
Tartrate potasso-sodique..}
Eau distillée............. 1.000 gr.

Un verre à Bordeaux le matin au réveil et avant le repas de midi.

Contre l'ascite, injections quotidiennes ou biquotidiennes d'un demi à un cmc. de cyanure de mercure en solution au centième. En même temps, deux paquets par jour de :

Carbonate de bismuth..... 1 gr.

pour un paquet.

Ou bien, injections intra-musculaires surveillées de quinio-bismuth, à raison d'une par semaine, puis de deux hebdomadaires. (*Jour. des Prat.*, 4 août 1923.)

La vulvo-vaginite des fillettes : son traitement actuel.

Les vulvites simples sont généralement fugaces ; même si elles semblent vouloir durer, qu'elles soient secondaires à une maladie infectieuse (rougeole, scarlatine, varicelle, variole), ou à un eczéma, un impétigo, elles se montrent bénignes, et cèdent à des soins antiseptiques locaux élémentaires ; — sauf complications ulcéreuses, membraneuses, gangréneuses qui réclament les attouchements au bleu de méthylène, à l'eau oxygénée, au novarsénobenzol.

Les vulvo-vaginites sont habituellement gonococciques, même quand les recherches bactériologiques sont négatives. M. Schreiber institue le traitement de cette affection de la façon suivante :

Repos complet au lit. Vaccination avec un auto-vaccin ou le stock-vaccin de l'Institut Pasteur ; elle est sans action appréciable sur l'écoulement, mais diminue la virulence des germes et prévient les complications. La sérothérapie est beaucoup plus infidèle.

Traitement antiseptique local comportant quatre fois par jour des attouchements avec une solution tiède d'oxycyanure de mercure à 1/1000 pendant quinze jours, des injections vaginales avec sonde en caoutchouc *ad hoc*, en employant la solution de permanganate de potasse à 0,50 pour un litre (un demi-litre par injection matin et soir). Pendant la quinzaine suivante, injections une fois par jour seulement.

Plus tard, on touchera la muqueuse vaginale avec de petits tampons d'ouate montés sur un bâtonnet, et imbibés d'une solution d'argyrol à 1/20, pendant quinze jours, deux fois par jour,

puis, une fois, puis tous les deux jours, en espaçant de plus en plus.

Saupoudrer largement les plis de l'aine et les cuisses avec du talc. Traiter l'état général (alimentation, aération, Salies-de-Béarn, Biarritz). Eviter la contamination des yeux. (*La Médecine*, août 1923.)

Notions nouvelles sur la scarlatine.

Si nous ne connaissons pas encore l'agent pathogène de la scarlatine, il semble bien que celui-ci appartienne à la catégorie des virus filtrants, ainsi qu'il résulte des expériences au cours desquelles la scarlatine a pu être transmise aux singes supérieurs, même après filtration des produits septiques sur bougie Berkfeld ou Chamberland.

D'autre part, à l'antique notion de la transmission de la maladie, par les squames, au déclin de son évolution, a succédé la conception, vérifiée par les faits, de la contagiosité de l'angine du début. En réalité, précise M. Paraf, l'angine seule est contagieuse, et elle peut même constituer, à elle seule, toute la maladie. C'est donc le cycle évolutif de la langue et de la bouche qui, dans la symptomatologie de la scarlatine, doit être retenu comme l'élément important et primordial.

A ce signe, on pourra ajouter celui du pli du coude de Pastia : l'avant-bras étant en extension, une légère traction en haut ou en bas détermine un plissement de la peau du pli du coude. Le signe de la bande élastique, dont la compression ferait apparaître des pétéchies sur l'avant-bras, est plus infidèle. Infiniment plus intéressant est le phénomène d'extinction, qui peut être utilisé pour le diagnostic direct ou indirect de l'affection. Il consiste en ceci que, si l'on pousse une injection de sérum de convalescent de scarlatine dans le derme d'un sujet atteint d'érythème présumé scarlatineux, cet érythème disparaît définitivement au point injecté, 8 ou 10 heures après l'injection, quand il s'agit bien réellement de scarlatine. Par contre, le sérum de scarlatineux en pleine éruption est seul à ne pas déterminer ce phénomène. Le sérum humain normal possède les mêmes propriétés que celui de convalescent.

Il faut sans doute voir là une réaction d'immunité locale. Et l'on se trouve ainsi amené à orienter le traitement de la scarlatine dans le sens de la sérothérapie. Le donneur doit être à la cinquième semaine de la maladie, exempt, cela va sans dire, de tuberculose et de syphilis.

On pourrait aussi employer le sang total citraté, injecté intra-musculairement.

Les résultats obtenus par cette méthode sont des plus encourageants. Elle doit être utilisée dans la mesure du possible. (*Bull. méd.*, 11 août 1923.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Une recrudescence du saturnisme.

(MM. J. Troisier et Lefèvre. — *Soc. méd. des hôp.*; 27-7-1923.)

A propos d'un malade, qu'ils ont soigné pour saturnisme aigu, avec ictère hémolytique, hypotension et tremblement, MM. Troisier et Lefèvre ont recherché dans les services de l'hôpital Lariboisière les cas de saturnisme collectés de 1921 à 1923. Ils ont noté, pour les six premiers mois de l'année 1923, une augmentation très sensible du nombre des saturnins hospitalisés. Ils se demandent s'il n'y a pas, en ce moment, une défaillance des mesures prophylactiques, à laquelle il conviendrait de remédier.

— M. Duvoir rappelle que la nouvelle loi sur les maladies professionnelles rendant nécessaire l'adjonction de la notion étiologique au diagnostic clinique, il y a peut-être là une raison de l'augmentation des cas de saturnisme enregistrés dans les statistiques hospitalières. Le saturnisme devrait, en effet, diminuer, comme il l'a fait dans les pays étrangers qui ont adopté une législation analogue. Les patrons, obligés d'indemniser les risques du travail, sont amenés à développer d'eux-mêmes l'hygiène professionnelle.

Sur l'instabilité cardiaque.

(MM. Leconte et Tisné. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-7-1923.)

MM. Lecomte et Tisné font une communication sur l'avenir des tachycardiques de guerre et ils envisagent à ce propos la question de l'instabilité cardiaque.

On a observé fréquemment, pendant la guerre, un syndrome clinique, décrit sous les noms de cœur irritable, cœur de soldat, instabilité cardiaque, comprenant : des battements de cœur et de l'oppression au moindre effort, des vertiges, sensations de syncope, sueurs, tremblement, fatigue générale, etc. On pensa, à ce moment, que les malades atteints de ce syndrome s'amélioreraient avec le repos, le séjour à l'arrière, et le retour de la paix. En a-t-il été ainsi ?

MM. Leconte et Tisné ont pu revoir vingt-huit tachycardiques de guerre qu'ils avaient soignés en 1918 dans le service du professeur Vaquez. Sur ce

nombre, huit seulement ont retrouvé un état de santé satisfaisant. Les vingt autres ont continué à se plaindre des mêmes troubles et plusieurs ont dû changer de profession, pour rechercher des emplois sédentaires. Objectivement, l'examen a révélé les mêmes tachycardies qu'en 1918, le passage du pouls, par exemple, de 90 à 120, à 150, à 180, au moment où le sujet, de couché, se place debout ou exécute quelques minutes de pas gymnatique. Par contre, pas plus que jadis, le cœur n'a paru altéré organiquement (pas de souffle en dehors des souffles anorganiques, pas de signe d'insuffisance cardiaque). Ce fait — soit dit en passant — vient appuyer l'opinion de P. Merklen, pour qui l'épreuve de l'effort rend compte surtout du degré d'excitabilité du myocarde, et moins de sa capacité fonctionnelle.

En somme, ainsi que l'a montré déjà M. Brelet et que l'avait pressenti dès 1918 M. Lian, il semble que l'instabilité cardiaque, le cœur de guerre, offre souvent plus de tenacité qu'on ne l'avait supposé d'abord. Cet état morbide constitue ainsi, pour le malade qui en est frappé, un réel degré d'incapacité physique, important s'il se prolonge.

Les auteurs envisagent ensuite la nature de ces accidents. L'absence de tout élément étiologique, l'intégrité organique du cœur, font penser à une névrose tachycardique plutôt qu'à une séquelle myocarditique. Ces sujets, comme le dit Gallavardin, sont beaucoup plus des nerveux que des circulatoires. Ils offrent une excitation sympathique, associée peut-être parfois à de l'hyperthyroïdisme. L'instabilité cardiaque, révélée par le surmenage physique et les chocs émotifs, apppartient aussi bien, d'ailleurs, à la pathologie du temps de paix qu'à celle du temps de guerre.

Un cas de trophœdème acquis.

(MM. Marcel Garnier et R. Huguenin. *Soc. méd. des hôp.* ; 20-7-1923.)

M. Marcel Garnier présente un malade atteint de trophœdème acquis. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui, quelques jours après un bain de Seine, vit apparaître une tuméfaction de sa cuisse droite. La tuméfaction, peu à peu, remonta jusqu'au pli fessier, intéressant ainsi la totalité de la cuisse. L'affection, qui n'avait pas empêché le malade d'exercer la profession de boucher, remontait à six années au moment de l'entrée à l'hôpital.

En face d'un tel état morbide, on ne pouvait guère poser que le diagnostic d'œdème segmentaire ou trophœdème acquis. Le liquide retiré de l'infiltration offrait une composition se rapprochant de celle de la lymphe et du chyle. Une étude physio-pathologique du cas en question a montré aux auteurs que la tuméfaction de la cuisse était due vraisemblablement à une altération de la circulation lymphatique avec reflux du chyle, accompagnée de phénomènes nerveux (modifications du sympathique vasculaire) intervenant probablement dans la topographie de l'œdème.

Hématomes musculaires au cours d'une hépatite.

(MM. Loeper et Turpin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-7-1923.)

MM. Loeper et Turpin ont observé, chez un malade, à la période ultime d'une hépatite chronique hypertrophique, des volumineux hématomes du muscle grand droit et du psoas. Ils pensent que, comme cause occasionnelle, les contractions du muscle grand droit nécessitées par le passage du décubitus horizontal à la station assise sur le lit ont pu jouer un rôle.

L'hématome du grand droit est une manifestation assez rare en pareille circonstance. Quelques exemples ont été cependant signalés: à la période terminale des cirrhoses (Castaigne), au cours de l'hémophilie (Nobécourt), de la leucémie myéloïde (Widal, Barié et Lian, Froment et Lesieur).

Crises gastriques et sympathicotonie.

(MM. Marcel Labbé et Jules Sébileau. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-7-1923.)

M. Marcel Labbé relate l'observation d'un malade dont l'histoire clinique a comporté un ensemble de symptômes sympathicotoniques : dilatation intermittente des pupilles, tachycardie, bouffées de chaleur à la tête, réaction de Gœtsch (déterminée par l'injection d'adrénaline) forte et prolongée, etc. Cet état de sympathicotonie paraissait dû à une irritation des ganglions thoraciques et cervicaux du grand sympathique englobé dans du tissu de cicatrice pleural, le sujet ayant eu antérieurement une pleurésie.

Le patient souffrait, en outre, de crises gastriques (douleur, nausées, vomissements) rappelant les crises du tabes, sans dyspepsie dans l'intervalle des accès. M. Labbé rattacha également les phénomènes gastriques à la sympathicotonie. La thérapeutique physiologique vint fournir un argument en faveur de cette interprétation. Le traitement par l'ésérine, médicament contracteur de la pupille et dépresseur du grand sympathique, a produit une sédation remarquable des symptômes et des crises gastriques.

Traitement chirurgical des crises gastriques du tabes.

(M. Danielopolu, de Bucarest. — *Soc. méd. des hôp.* 27-7-1923.)

Plusieurs interventions chirurgicales ont été proposées contre les crises gastriques du tabes. Jaboulay fit l'élongation du plexus solaire. Exner préconisait la section des vagues au niveau du cardia. Foerster fit la résection des racines postérieures qui tiennent sous leur dépendance la sensibilité gastrique. Franke arrachait les nerfs intercostaux correspondants, dans le but d'intéresser en même temps les rami communicantes et les ganglions spinaux.

M. Danielopolu estime que l'on peut supprimer la douleur viscérale sans toucher aux fibres sensitives propres de l'organe, en réséquant les fibres cérébro-spinales qui cheminent dans les mêmes paires rachidiennes. Il propose d'appliquer cette notion au traitement des crises gastriques du tabes.

Perforation de l'appendice par une épingle.

(M. Villandre. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 4-5-1923.)

M. Villandre présente un appendice iléo-cæcal enlevé à un homme de 25 ans qui avait eu une crise d'appendicite avec plastron et température élevée. Le malade fut opéré à froid. L'appendice était collé contre la paroi et dans les adhérences se trouvait une pointe ayant perforé l'appendice. Elle appartenait à une épingle retenue dans la lumière du petit organe. Le malade guérit dans des conditions normales.

Sur la neuro-vaccine.

(MM. Levaditi et Nicolau. — *Société de Biologie* ; 21-7-1923.)

De nombreuses expériences ont montré à MM. Levaditi et Nicolau que le virus vaccinal fortement adapté au névraxe (neuro-vaccine) diffère sensiblement de la dermo-vaccine (cow pox). Les différences consistent dans l'aspect des éruptions provoquées par les deux souches sur la peau du lapin, l'affinité dermotrope inégale de la neuro-vaccine et de la dermo-vaccine, etc. Les auteurs concluent que l'adaptation d'un ultra-virus (appartenant au groupe des ectodermoses) à un système cellulaire autre que celui auquel il est accoutumé à l'origine, lui confère de nouveaux caractères acquis. Ces caractères sont stables. L'affinité neurotrope de la neuro-vaccine paraît se développer au détriment de l'affinité ectodermique proprement dite. Un ou deux passages sur le revêtement cutané suffisent pour que le virus neurovaccinal récupère cette affinité cutanée ectodermique, sans que pour cela la souche perde le neurotropisme acquis.

La moindre virulence de la neuro-vaccine pour le revêtement cutané du lapin n'exclut pas son emploi dans la pratique de la vaccination. La pulpe utilisée pour cette vaccination est suffisamment riche en germes.

Streptocoque et bacille diphtérique.

(MM. Gaté, Papacostas et Billa. — *Société biologique de Lyon* ; 9-7-1923.)

L'association du streptocoque au bacille de Lœffler dans l'angine diphtérique a été jugée assez différemment selon les auteurs. Les uns considèrent que le streptocoque aggrave la diphtérie *in vivo* et *in vitro* (Barbier, Martin, Sevestre), alors que d'autres à la suite de Marfan, admettent que le streptocoque n'aggrave pas la maladie et n'est qu'un témoin des infections malignes du bacille de Lœffler. MM. Gaté, Papacostas et Billa ont repris quelques expériences sur ce sujet et ils ont vu que les produits de sécrétion du streptocoque, sans augmenter la végétabilité du bacille diphtérique, exaltent son pouvoir toxigène *in vitro* et, de ce fait, amplifient ultérieurement *in vivo* son pouvoir toxique.

Action microbicide du chlorure de sodium à 9 pour 1000.

(M. Duthoit. — *Société biologique de Lille* ; 16-6-23.)

Les microbes mis en suspension dans l'eau salée à 9 pour 1000 sont tués assez rapidement, en quelques heures, le temps de destruction variant avec l'espèce microbienne. Il existe entre le milieu et les microbes des échanges osmotiques qui font que ceux-ci meurent assez vite dans l'eau salée. Pour chaque variété de microbe, il y a un taux optimum de concentration, qui retarde et annihile la vitalité du germe.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Radiumthérapie dans le cancer du rectum. Technique.

M. Nogier fait connaître un procédé qu'il a imaginé et expérimenté longuement pour la mise en place des tubes porte-radium dans les néoplasmes du rectum. Ce procédé peut s'appliquer sans anesthésie: il consiste à attacher à l'extrémité de la sonde en caoutchouc contenant le tube de radium un cordonnet de soie formant boucle dans laquelle on introduit la pulpe de l'index ; celui-ci armé de la sonde est introduit dans le rectum et peut reconnaître la lumière du rétrécissement et y pénétrer ; il suffit alors de pousser la sonde jusqu'au niveau où elle doit s'arrêter.

Résultats éloignés de la radiumthérapie dans deux cas de cancers.

M. Nogier présente deux observations de cancers traités par le radium, l'un en avril, l'autre en octobre 1915, et dont la guérison se maintient depuis lors, c'est-à-dire depuis huit ans. L'une de ces tumeurs était un cancer du rectum, l'autre un cancer du col utérin.

Exostoses professionnelles.

MM. Japiot et Kuentz présentent huit nouveaux cas d'exostoses de l'olécrâne et du calcanéum, du type décrit pour la première fois par MM. Gallois et Japiot en 1922 (V. *Conc. Méd.* 1922, nº 25 ; p. 2050). Ces auteurs ont décelé cette variété d'exostoses par radiographie, le plus souvent de façon fortuite ; le fait qu'elles se rencontrent à peu près uniquement



chez des sujets se livrant à des travaux de force (les auteurs n'ont trouvé qu'un seul cas chez une femme que la guerre avait obligée pendant plusieurs années à des travaux inaccoutumés) et qu'elles prédominent à droite fait que MM. Japiot et Gallois pensent que ces exostoses sont dues aux contractions musculaires violentes et répétées arrachant de petits fragments périostiques qui s'ossifient ensuite. Le nombre déjà grand de cas réunis en quelques mois permet de croire à la fréquence assez grande de ces lésions.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure. Résection médio-gastrique.

M. Ricard présente, au nom de MM. Cade et Delore, une malade entrée à l'hôpital pour troubles gastriques datant de plusieurs années : douleurs gastriques tardives, sans vomissements, ni hématémèses, ni melæna. La radioscopie montra une biloculation très nette : poche supérieure descendant presque jusqu'à la crête iliaque, d'où le bismuth filtre peu à peu dans la poche inférieure. Point douloureux à la pression correspondant exactement à la sténose. Intervention (M. Delore) : résection médio-gastrique dépassant largement les limites de l'ulcère. Suites simples. L'intérêt de cette observation tient à la difficulté du diagnostic de biloculation vraie de l'estomac, diagnostic qui eût été impossible sans la radioscopie.

Cholécystite calculeuse à syndrome d'ulcus pyloriq e

M. Ricard présente, au nom de M. Delore, une malade entrée à l'hôpital pour douleurs gastriques post-prandiales, datant de huit ans, à évolution intermittente, s'accompagnant de vomissements tantôt alimentaires, tantôt aqueux ; les douleurs sont plus fréquentes depuis quatre mois et la malade commence à maigrir. A l'examen, grand estomac, avec clapotage et dans la région pylorique, petite tuméfaction douloureuse. A l'intervention, on trouve une vésicule ratatinée contenant un petit calcul et très adhérente au duodénum, si bien qu'en la décollant, on produisit une petite perforation. En somme, cholécystite avec vésicule adhérente au duodénum, qu'elle eût sans doute perforé si on l'eût abandonnée à elle-même, ayant déterminé une sténose spasmodique du pylore, d'où syndrome d'ulcus gastrique.

Un cas de grossesse abdominale.

MM. Cotte et Valendru présentent les pièces provenant d'une intervention pratiquée pour grossesse abdominale : femme de 35 ans se plaignant de douleurs abdominales et d'hémorragies, elle avait eu à deux reprises des crises douloureuses violentes avec métrorrhagies. Au toucher, grosse masse kystique à gauche. Laparotomie : péritoine en partie rempli de sang liquide à odeur fétide ; dans la fosse iliaque gauche, masse adhérente aux anses grêles et à l'épiploon et constituée par des caillots et une masse placentaire greffée sur les organes voisins ; on enlève cette masse et ces débris ; hystérectomie totale en raison de l'infection ; en poursuivant le nettoyage du ventre, on trouve dans le grand épiploon un fœtus macéré de deux mois et demi environ avec des membranes et des débris placentaires, le tout adhérant aux anses et à l'épiploon, d'où on les détache avec précaution. Drainage à la Mikulicz en raison de l'infection et drainage par le vagin.

M. Cotte insiste sur le fait que la grossesse était abdominale et non tubaire : il semble que l'œuf, d'abord développé dans la trompe, ait été expulsé dans la cavité abdominale, où il a continué à se développer pour enfin se rompre. Les crises douloureuses correspondraient à ces différents accidents. La malade est sortie guérie de l'hôpital sept semaines après l'intervention.

Sifflet dans la bronche gauche. Extraction.

MM. Bérard et Sargnon présentent le sifflet entré dans la bronche gauche du malade qui a fait l'objet d'une communication antérieure (V *Conc. Médic.* 1923, n° 34, p. 2866). Ce corps étranger a été extrait , après trachéotomie et bronchoscopie inférieure, à l'aide d'un petit crochet introduit sous contrôle endoscopique dans l'orifice central. On ramena avec le corps, dont une paroi présentait des aspérités, quelques lambeaux de muqueuse. Il y eut par la suite de l'emphysème sous-cutané et quelques incidents bronchitiques. Mais le malade guérit.

Néphrite aiguë suppurée.

MM. Gayet et Mollon présentent un rein enlevé par néphrectomie chez une malade de 32 ans. Début, à la suite d'un refroidissement, par des douleurs lombaires, pollakiurie, urines sanglantes et purulentes, température de 38° à 39°. La séparation des urines montre que le pus vient du rein droit, et les cultures donnent du pneumo-bacille. Recherche de la tuberculose négative. Lavage du bassinet au collargol et enfin néphrectomie. Sur le rein enlevé, on trouve des lésions de néphrite subaiguë suppurée et une infiltration au collargol de la région inférieure du rein. Cette dernière constitue un accident connu de la pyélographie, rare aujourd'hui, mais se produisant surtout quand il y a des lésions antérieures de néphrite, accident d'ailleurs sans conséquence sérieuse.

Végétations adénoïdes.

M. Garel, répondant à une question de M. Dor, expose son opinion sur l'âge auquel on doit opérer les végétations, sur les récidives possibles, etc. En ce qui concerne l'âge, on doit se baser sur les troubles respiratoires et les troubles auditifs ; pour ceux-ci, pas d'hésitation, il faut opérer à n'importe quel âge ; quant aux premiers, s'ils surviennent dès le premier âge et compromettent l'allaitement, il faut opérer,

l'enfant n'eût-il que quelques mois ; plus tard, on pourra différer l'intervention, si les troubles sont légers, jusque vers 7 ou 8 ans, âge de choix. Les récidives peuvent être mises sur le compte d'une opération incomplète, mais peuvent survenir quelquefois quand tout a été enlevé.

Les végétations coïncident souvent avec l'hypertrophie amygdalienne. Il est inutile d'opérer les deux lésions, car on voit les amygdales diminuer après ablation des végétations, et vice versa. Les végétations peuvent aussi guérir quelquefois spontanément.

Enfin, M. Garel a décrit, sous le nom de type pseudo-adénoïdien, un facies qui simule celui que l'on considère comme caractéristique des adénoïdes et qui est dû à une déformation du maxillaire supérieur.

Encéphalite aiguë hémorrhagique tuberculeuse.

MM. J. Lépine, Dechaume et Sédaillan présentent les pièces provenant de l'autopsie d'une malade morte à la clinique neurologique où elle avait été amenée après avoir eu chez elle de la céphalée et des crises comitiales. A l'entrée, coma, secousses myocloniques dans les membres, légère trépidation épileptoïde du pied droit, hypertension rachidienne, liquide hémorragique, mort le lendemain. Autopsie : hémorrhagie sous-pie-mérienne, surtout autour des scissures de Sylvius et de Rolando ; thrombose du sinus longitudinal inférieur ; piqueté hémorrhagique de la substance blanche des deux hémisphères ; à l'examen histologique, lésions nettes d'encéphalite hémorrhagique. Aux poumons, tubercules anciens des deux sommets ; granulie hépatique ; un ganglion trachéobronchique caséeux. Ces dernières lésions font penser qu'il s'agit d'une encéphalite de nature tuberculeuse. Un certain nombre d'auteurs l'ont déjà signalé et il paraît certain que la tuberculose peut réaliser, sans lésions méningées et sans lésions spécifiques, une encéphalite de forme hémorragique où prédominent les lésions vasculaires.

Les éléments extra-méningés du diagnostic de la méningite tuberculeuse chez le nourrisson.

MM. Mouriquand, Dechaume et P. Ravault présentent deux observations de méningite tuberculeuse chez des *nourrissons*, où le diagnostic étiologique fut fait par la cuti-réaction et par l'examen radiologique qui montra dans les deux cas des ombres médiastinales élargies correspondant à des ganglions trachéobronchiques.

Ipéca et digitale dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses graves.

MM. Piéry et Michel préconisent la méthode suivante dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses graves : dès le début, ou après échec des autres traitements, ils injectent dans les veines, chaque jour, tant que dure l'hémoptysie, 1 centimètre tube d'une solution stérilisée correspondant à 0 gr. 20 de poudre d'ipéca et 0 gr. 025 d'extrait de digitale. Dans les cas rebelles ou particulièrement graves, injecter 1 cmc. matin et soir. On peut poursuivre la médication sans inconvénient pendant une dizaine de jours. Son action s'expliquerait, suivant les auteurs, par le fait que l'hémoptysie tuberculeuse est le plus souvent conditionnée par un processus de pneumonie hémorrhagique ; or, on connaît l'action favorable de l'ipéca et de la digitale sur les processus pulmonaires inflammatoires en général, et d'autre part, des expériences relativement récentes ont montré que ces deux médicaments réalisent au maximum la vaso-constriction des capillaires pulmonaires.

Érythème noueux et tuberculose.

MM. Zœller et Coudray présentent deux observations d'érythème noueux observées à l'hôpital Desgenettes. Chez ces deux malades, la réaction de fixation à la tuberculine pratiquée avec l'antigène de Besredka se montra nettement positive. De plus, chacun d'eux avait présenté antérieurement une poussée de rhumatisme mono-articulaire qui n'était pas gonococcique, et ne présentait pas non plus l'allure du rhumatisme aigu franc, mais semblait pouvoir être considéré comme du rhumatisme tuberculeux de Poncet. Ces deux faits inclinent à penser à la nature tuberculeuse de l'érythème noueux chez ces malades à état général d'ailleurs excellent.

Hydroa vacciniforme de Bazin.

MM. Nicolas, Gaté et Lebeuf présentent un malade de 17 ans qui est atteinte depuis trois ans, à chaque printemps, d'une éruption des parties découvertes disparaissant spontanément l'été. Les éléments en sont constitués par des vésico-pustules, à centre ombiliqué, de taille variable, recouvertes d'une croûte jaune, entourées d'une zone inflammatoire Il s'agit d'hydroa vacciniforme de Bazin.

Maladie d'Addison avec troubles mentaux.

M. Ch. Gardère présente une malade atteinte de maladie d'Addison à forme mentale très nettement améliorée par l'adrénaline. Dans les antécédents : troubles gastriques ayant fait craindre un ulcus, rhumatisme articulaire, scarlatine et enfin pneumonie, dans la convalescence de laquelle est apparue la pigmentation cutanée. Trois ans après, apparition de troubles mentaux ; agitation et délire mystique. Taches pigmentaires sur la face, la poitrine, l'épigastre, les avant-bras et les mains, tache ardoisée de la muqueuse buccale. Tension artérielle : 10 /6,5. Asthénie marquée. Céphalée. Douleurs épigastriques. On donne XX gouttes d'adrénaline par jour. A la suite de ce traitement, on note une amélioration remarquable : disparition des troubles mentaux, diminution de

la pigmentation, de l'asthénie et de tous les autres symptômes, augmentation de poids.

Evolution en dix ans d'un anévrysme de l'aorte diagnostiqué à son début.

M. Dumas relate l'observation d'un malade qui a succombé à un anévrysme de l'aorte remontant à dix ans et dont l'évolution a pu être entièrement reconstituée par les renseignements ou documents fournis par le malade. Celui-ci ignore avoir eu la syphilis. En 1912, consulte à Royat le Dr Mougeot qui diagnostique une aortite avec léger élargissement de l'aorte, visible sur l'orthodiagramme. A ce moment, les troubles cardiaques prédominent ; tension dépassant 20, gros cœur ; Wassermann positif. L'année suivante, l'aorte est plus dilatée. Traitement spécifique, qui est continué pendant deux ans, puis abandonné. Au début de 1923, le malade vient consulter pour des douleurs thoraciques et scapulaires gauches. A la radioscopie, volumineuse dilatation en ampoule de la crosse aortique. Mort subite. A retenir, l'évolution progressive silencieuse de cet anévrysme, les troubles ayant surtout été ma rqués au stade aortite.

Amyotrophie scapulaire douloureuse consécutive à la sérothérapie antidiphtérique.

MM. Mouriquand, Dechaume et P. Ravault présentent l'observation d'une femme de 34 ans, atteinte pour la seconde fois d'angine diphtérique, sans aucune paralysie au cours de la maladie ; désensibilisation et, en quatre jours, deux injections de 40 centimètres cubes, et deux de 20 cm. de sérum. Quatre jours après la fin du traitement, apparition d'accidents sériques : éruption intense généralisée avec œdème, et trois jours plus tard, douleurs articulaires intenses généralisées ; celles-ci ne durent qu'un jour, mais persistent à l'épaule droite. La malade est revue environ huit mois après et présente une atrophie musculaire des sus et sous-épineux du côté droit, et peut-être du deltoïde, avec parésie, sans troubles sensitifs objectifs, ni vaso-moteurs, et sans modifications des réflexes ; il persiste un peu de douleur dans les régions deltoïdienne et sous-épineuse. Légère hypo-excitabilité électrique. Lhermitte a publié des cas analogues consécutifs à la sérothérapie anti-tétanique. On voit que celle-ci n'en a pas le monopole.

A. C.

Les Congrès

2me Congrès International de médecine et de pharmacie militaires

(*Rome* 28 *mai* — 2 *juin* 1923.)

CONCLUSIONS

1re question.

Les évacuations. — Principes généraux des évacuations des armées en campagne. — Organisation des évacuations compte tenu des exigences irréductibles des nécessités thérapeutiques. — Adaptation de la thérapeutique médicale et chirurgicale aux diverses conditions résultant de la nécessité de procéder à des évacuations.

1° L'organisation générale des évacuations suppose avant toute une collaboration effective du commandement et du service de santé. Le premier doit fournir au second, avec tous les éclaircissements sur la situation militaire qui lui sont nécessaires pour qu'il puisse élaborer son plan de fonctionnement l'appui des moyens généraux dans toute la mesure où le permet cette situation. Le service de santé de son côté droit s'appliquer à adapter son fonctionnement aux circonstances militaires.

L'admission des médecins dans les états-majors et l'affectation des directeurs du Service de santé des grandes unités auprès des généraux commandants sont la condition indispensable pour l'exécution de ce principe essentiel.

2° Afin d'harmoniser les ressources et les besoins réciproques et d'unifier les doctrines et les méthodes, une liaison permanente et étroite doit être établie entre le service de santé de la zone des armées et le service de santé de la zone du territoire.

3° Il importe au plus haut point de chercher à concilier, dans l'organisation générale et le fonctionnement du service de santé aux armées, les nécessités techniques et les nécessités militaires.

Les nécessités techniques visent :

1° L'observation des principes scientifiques qui régissent l'évolution des blessures et des maladies.

2° Les conséquences qui en dérivent au point de vue :

a) De l'installation et de la spécialisation des formations sanitaires aux divers échelons ;

b) De la répartition de l'emploi et de la spécialisation du personnel technique ;

c) De l'organisatlon et du fonctionnement des évacuations.

La désignation de conseillers techniques hautement qualifiés, adjoints aux divers directeurs du Service de santé, tant aux armées que dans le territoire, facilitera au plus haut point la préparation et la réalisation de ces nécessités techniques.

4° L'intérêt du blessé et celui de l'armée en général nécessite une grande largeur de prévisions et une grande abondance de moyens en personnel et en

matériel aussi parfaits que possible, de façon à assurer dans toutes circonstances la rapidité du transport et des évacuations et la précocité des soins. A cet effet, on ne saurait trop améliorer et développer les moyens de transport de tous ordres, sur terre, sur mer, et dans les airs.

5º Il est désirable que les différentes nations étudient l'unification des moyens de transport dans leurs caractéristiques essentielles pour permettre l'interchangeabilité.

2e QUESTION.

Collaboration des autorités civiles et militaires compétentes en matière d'hygiène sociale, d'éducation physique et de prophylaxie (statistique démographique des maladies sociales : tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme, tares mentales ; dépistage, action prophylactique concertée, vaccinations).

1º Une collaboration intime des autorités sanitaires civiles et militaires (collaboration dont la forme est susceptible de varier dans les divers pays) est nécessaire pour poursuivre le but idéal d'obtenir une population forte et saine qui puisse donner des citoyens et des soldats valides.

2º Dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt solidaire de la collectivité militaire, il est utile d'organiser une inspection systématique des enfants à l'école, aux fins de dépister et de corriger les défauts physiques dans la mesure du possible.

Les documents ainsi réunis pourraient constituer l'amorce du dossier sanitaire que les jeunes gens auraient à présenter au moment de la révision de leur classe et de leur incorporation.

3º La guerre a fourni une occasion unique d'expérimenter diverses méthodes prophylactiques : en effet, l'organisation militaire conditionne un champ d'observation beaucoup plus favorable que la vie courante.

a) *Maladies vénériennes.*

1º En dehors de l'abstinence, qui reste toujours à recommander, les méthodes de prophylaxie antivénérienne actuellement employées ne sauraient être considérées comme offrant des garanties absolues.

2º Il est utile d'apporter *les plus grands soins* aux conditions d'existence du soldat, tant au point de vue du logement, des occupations militaires, que des loisirs et des jeux (foyer du soldat).

3º Il faut faire connaître au soldat le péril vénérien au moyen de tracts, de brochures, de conférences convenablement illustrées, de films éducatifs.

4º Il faut instruire le soldat en tout ce qui concerne la prophylaxie antivénérienne (prophylaxie individuelle en particulier) en insistant sur le fait que les moyens employés ne sont pas infaillibles.

5º Il faut mettre régulièrement en œuvre les moyens de *diagnostic précoce*, et toujours instituer le plus tôt possible un traitement curatif complet, les traitements insuffisants étant cause d'une diffusion aisée de la maladie.

b) *Tuberculose.*

Il faut étendre et encourager les organisations qui ont entrepris convenablement la lutte antituberculeuse ; la liaison entre l'autorité militaire et ces organisations doit être constamment très étroite. Les études sur la vaccination antituberculeuse ouvrent des vues intéressantes sur l'avenir.

c) *Vaccins et sérums.*

1º Abstraction faite de la vaccination antivariolique dont la valeur est depuis si longtemps confirmée, l'efficacité des vaccins antityphoparatyphique, anticholérique a été clairement démontrée, tant au point de vue préventif qu'au point de vue des modifications favorables qu'ils apportent dans le décours de la maladie ; par contre, les vaccinations contre la dysenterie bacillaire et l'influenza n'ont pas eu la même valeur.

2º Les sérums antitétanique et antidysentérique ont une grande efficacité. Le premier comme moyen préventif, le second comme moyen curatif, mais on n'a pas encore obtenu de résultats particulièrement favorables avec le sérum de la gangrène gazeuse, sauf toutefois dans les armées françaises et belges.

d) *Maladies mentales.*

L'étude médico-militaire des cas de psychiatrie doit retenir l'attention, car la guerre a permis de constater l'importance de ce facteur pathologique. A ce point de vue, en pratiquant un sérieux examen psychiatrique, de préférence pendant une période d'observation consécutive à l'enrôlement, il semble possible d'éloigner du service tous les anormaux et déficients mentaux, la grande majorité des épileptiques et des psycho-névrosés, chez lesquels les symptômes de la maladie se développent sous l'influence de l'activité militaire.

3e QUESTION.

Etude critique des procédés de désinfection et de désinfectisation en temps de paix et en temps de guerre.

1º La désinfection peut se réaliser par des moyens naturels, par l'emploi des procédés mécaniques, physiques et chimiques.

2º Les prescriptions pour la désinfection ne doivent pas être schématisées à l'extrême. Il y a lieu de les adapter à chaque genre de maladie.

3º L'on doit attacher la plus grande importance à la désinfection continue et à la propreté la plus minutieuse dans les chambres de malades.

4º Dans un but essentiellement pratique, il est hautement désirable de choisir pour les produits servant à la désinfection une unité-étalon permettant de comparer leur rendement.

5º Pour la désinfection, les méthodes qui donnent

le meilleur rendement sont celles qui utilisent la chaleur, surtout la chaleur sèche. Parmi les méthodes par gaz, l'emploi de la chloropicrine et l'acide cyanhydrique ont été considérés comme très efficaces. La toxicité de l'acide cyanhydrique mérite d'être prise en considération.

6° L'emploi de l'acide cyanhydrique ne doit se faire qu'avec les précautions nécessaires par un personnel spécialisé et sous la conduite de techniciens suivant une règle rigoureusement appliquée. On adoptera lorsqu'on le pourra la méthode de neutralisation au formol, préconisée par Martinez Roca.

7° Le personnel chargé des travaux de la désinfection et de la désinsectisation devra être spécialisé dans les connaissances propres de la matière.

8° Pour les armées, des détachements spéciaux chargés du service de désinfection et de désinsectisation sont d'une haute importance.

4e QUESTION.

Traitement des blessures thoraco-pulmonaires et de leurs séquelles.

1° Dans les blessures thoraco-pulmonaires formées par petits projectiles — balle de fusil ou petits éclats — l'abstention est de règle, du moment qu'il n'existe que peu ou pas d'hémothorax et qu'on n'observe pas d'hémoptysie.

2° Le pneumothorax artificiel constitue un réel progrès dans la cure des blessures thoraco-pulmonaires.

3° Le traitement chirurgical prophylactique est toujours indiqué dans les cas de lésions exposées de la paroi thoracique, avec ou sans fracture de côtes.

4° L'intervention cavitaire immédiate est toujours indiquée dans les pneumothorax ouverts pour faire l'hémostase ou prévenir l'infection. Par contre, dans les blessures fermées avec un pneumothorax, l'hémostase se fait la plupart du temps spontanément, mais l'intervention cavitaire immédiate peut être indiquée, en cas d'hémoptysie persistante ou d'hémothorax progressif, surtout quand il y a rétention d'un projectile, et quand le volume de ce projectile dépasse celui d'un petit éclat.

5° En ce qui concerne les blessures péricardo-cardiaques, l'opération immédiate est rarement indiquée pour obtenir l'hémostase. Elle est plus fréquemment indiquée pour prévenir l'infection.

6° Dans la zone de guerre, et dans le territoire, l'existence de services spécialisés pour le traitement des blessures du thorax à la période secondaire et à la période éloignée est nécessaire.

7° A la période secondaire ou éloignée, les projectiles restés inclus dans la plèvre ou dans le poumon ou au contact des gros vaisseaux doivent en principe être extraits. Quant à l'extraction de projectiles péricardo-cardiaques, l'indication de l'intervention est subordonnée à l'étude des symptômes fonctionnels circulatoires.

8° La tuberculose pulmonaire est une complication rare des blessures thoraciques ; celles-ci peuvent réveiller un foyer latent ou aggraver un processus.

5e QUESTION.

Les laboratoires de chimie aux armées, leur but et leurs méthodes.

1° La nécessité de surveiller aux armées les eaux et denrées alimentaires, d'exécuter les recherches chimiques d'ordre clinique et de procéder aux analyses demandées par le commandement et les grands services justifient l'organisation par le service de santé de laboratoires chimiques adaptés, par leur outillage et leurs méthodes, aux besoins des armées en campagne.

2° Les méthodes à employer aux laboratoires de chimie des armées en campagne devront être sûres, rapides et simples à exécuter : leur choix au fur et à mesure des progrès réalisés dans les sciences, devra constituer en temps de paix une des plus constantes préoccupations des pharmaciens militaires.

3° Les méthodes reconnues aptes pour le service en campagne doivent être insérées dans un formulaire pharmaceutique spécial.

4° Vu l'importance des recherches chimiques aux armées, les méthodes choisies ou élaborées par les services pharmaceutiques devraient être discutées aux futurs congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires.

Les Livres

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Pr CARNOT, P. HARVIER, R. FRIEDEL, Pr LARDENNOIS. — **Les colites.** *Consultations sur les maladies de l'estomac et de l'intestin.* Cours de gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon. (1 vol. in-8°, 224 pages avec 34 figures. Prix : 10 francs.)

Les *colites* sont un sujet d'actualité de première importance, car cette question a beaucoup évolué ces dernières années, et il était nécessaire que le praticien puisse avoir entre les mains un exposé clair et précis des aperçus nouveaux sur les colites, dont il a chaque jour à s'occuper dans sa clientèle.

Le Pr CARNOT expose tout d'abord *les grands syndromes colitiques*. Il passe en revue les fonctions coliques, les troubles fonctionnels du côlon : troubles du transit colique ; troubles de l'élaboration colique ; puis les signes coprologiques de colite, les réactions coliques à distance. Il traite ensuite les colites amibiennes et les diverses colites parasitaires (à lamblia, à tricocéphales, à protozoaires, etc.).

Les *colites infectieuses spécifiques*, étudiées par le Dr Harvier, comprennent la colite à bacilles de Shiga ou dysentérie bacillaire, la colite à bacille typhique et à bacilles paratyphiques, les colites tuberculeuses. Les colites urémique, mercurielle, goutteuse, etc., forment le groupe des *colites toxiques*. Enfin, le chapitre des colites cryptogénétiques comprend les syndrômes colitiques de l'enfant et de l'adulte, le diagnostic et le traitement des colites, les colites segmentaires, la colopathie muco-membraneuse.

Les *recto-sigmoïdites* sont clairement exposées par le Dr Friedel.

Enfin, M. Lardennois termine le volume par un chapitre à méditer tout particulièrement : les *complications chirurgicales des colites* (déformations, ectasies, allongements des côlons, péricolites, rétentions coliques).

Ce volume continue la série du cours de gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon, dont la premier volume, paru récemment, est consacré aux *ulcères* digestifs et qui doit prochainement donner « *les cancers digestifs* ».

G. F.

Librairie Louis Lechevallier.
71, rue Saint-Jacques, 71, Paris.

Daubret. — **La guerre en pantoufles chez les majors.** Un volume in-16 couronne. Prix : 5 fr.

Ce livre courageux est fait de tableaux vécus vigoureusement brossés, dans lesquels éclatent, en un style alerte, réaliste, des pages d'une gaieté amère ou d'une ironie cinglante.

Sans doute sera-t-il critiqué sévèrement par certains médecins qui estiment qu'il est anti-confraternel de la part d'un des leurs, fut-il romancier, de railler le corps médical, même d'une façon plaisante. Cependant, l'auteur s'est borné simplement à faire œuvre de psychologue sincère autant qu'expérimenté.

Certes, les majors qu'il a mis en scène ne furent pas, en général, de ceux qui se couvrirent de gloire dans les *tranchées ou dans les ambulances de l'avant*, mais tout le monde ne peut être héros, et puis, ces majors « de la guerre en pantoufles » n'ont-ils pas, quand même, accompli dans les services de l'arrière, la tâche souvent ingrate qui leur fût assignée ?

Les Thèses

P. Dr P. Cerné. — **Hypnotiques uréiques et analgésie obstétricale** (1923).

Dans les recherches qu'il a faites dans le service de M. le Dr Funck-Brentano, à l'hôpital Boucicaut, en vue d'obtenir l'analgésie obstétricale, l'auteur s'est servi du diéthyl-dipropényl-barbiturate de diéthylamine. Il rappelle les thèses sur le somnifène soutenues par MM. les docteurs Kindler et Solanière, en 1921, et plus spécialement, l'expérimentation en chirurgie, faite par M. le Dr D. Bardet (*Bull. gén. de Thérap.*, avril 1921). Ces auteurs ont employé le somnifène, soit sous forme de gouttes (voie buccale), soit sous forme d'injections intramusculaires ou même endoveineuses (Bardet). M. le Dr Cerné préfère l'injection intra-musculaire profonde, en plein quadriceps et il fait 3 à 4 ampoules, soit 3 à 4 centimètres cubes ; au bout d'une heure environ, l'analgésie est suffisante ; les contractions sont nettement conservées et aussi régulières qu'auparavant, augmentant même d'importance avec la progression du travail ; ces contractions sont indolores ou presque et à peine perçues par la femme ; les efforts expulsifs sont satisfaisants ; le dégagement de la tête à la vulve se fait sans douleur et certaines parturientes ont été tout étonnées d'apprendre que l'accouchement de l'enfant était terminé ; la délivrance n'est pas modimodifiée, le placenta étant extrait par traction simple dans les délais normaux de 20 à 25 minutes ; enfin, aucune tendance à l'hémorragie, l'utérus restant toujours tonique ; après, généralement, sommeil calme et réparateur d'une durée de quelques heures, d'où les femmes sortent très lucides, avec une amnésie presque totale de l'événement.

Quels sont les effets sur l'enfant ? Jamais, dit M. le Dr Cerné, d'enfant né étonné avec apnée ou oligopnée. Une seule mort a été enregistrée chez un enfant ayant crié dès sa naissance et mort quelques jours après d'hémorragie méningée. A noter que, dans ce cas, l'accouchement avait été particulièrement rapide. Dans tous ces accouchements, aucune application de forceps n'a été nécessaire. Le cas échéant, aurait-elle été facile ? Sans doute, et ne nécessitant peut-être pas d'anesthésie générale ; en effet, dans les cas où il y a lieu de pratiquer une petite intervention : suture du périnée, curage immédiat pour délivrance incomplète, délivrance artificielle dans un cas d'enchatonnement du placenta, ces manœuvres se sont toujours montrées très faciles, sans défense de la parturiente.

Il semble que ce travail important puisse être le point de départ d'applications nouvelles de cet hypnotique uréique dont on connaît les multiples indications en thérapeutique nerveuse, même chez les vieillards et les enfants. Tout récemment même, M. le Dr Hoffmann (*Prat. méd. fr.*, 1923, p. 190) a conseillé le somnifène chez les tout petits enfants, par qui, d'après son expérience, il est très bien toléré, à doses convenables. Les conclusions de ce dernier auteur sont pleinement confirmées par le travail que nous venons d'analyser.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

Visites de passage. — Tournées à jour fixe en médecine rurale

J'ai écrit précédemment que la visite de passage, comportant un tarif sensiblement moins élevé que le déplacement effectué sur appel particulier du malade, offrait cette situation paradoxale, que le client qui n'avait eu que la peine de réclamer le secours médical au moment même où il passait à sa portée, payait sensiblement moins cher que celui qui s'était donné le mal de se déranger pour mander l'homme de l'art, puisqu'il était affranchi de l'indemnité de déplacement.

Il est à remarquer que, cependant, la visite de passage, rémunérée à tarif réduit, si j'ose dire, a reçu une sorte de consécration officielle dans le tarif Breton et dans le tarif Maginot.

Nous lisons, en effet, à l'article 2 du premier de ces tarifs : «..... Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit qu'à l'indemnité kilométrique correspondant au parcours supplémentaire nécessité spécialement par la visite audit blessé. »

De son côté, le tarif des soins aux pensionnés de guerre s'exprime ainsi à l'article 64 : «... Lorsque un médecin visite plusieurs malades échelonnés sur un même parcours, l'indemnité kilométrique n'est décomptée qu'une fois, en tenant compte du parcours effectué. Le montant de l'indemnité est décompté sur le bulletin de visite du malade le plus éloigné ... »

Or, ces tarifs ont été élaborés par une Commission dans laquelle figurent des représentants de l'Union des Syndicats. Il faut donc en conclure que le Syndicalisme médical admet ces dérogations aux règles habituellement admises, quand il s'agit d'accidentés du travail ou de pensionnés de guerre.

Il n'est pas difficile de comprendre le mobile auquel ces représentants ont obéi, en acceptant cette dérogation.

Dans les conflits d'intérêts qui mettent les hommes aux prises les uns avec les autres, la solution la moins mauvaise, celle qui prévaut habituellement est celle de la « cote mal taillée ». Chacune des parties abandonne une parcelle de ses revendications pour être assurée d'obtenir le reste. A composer ainsi, on n'a sans doute pas tout ce qu'on aurait voulu ; mais on ne risque pas non plus de perdre la totalité de ses prétentions, en se montrant intransigeant. Finalement, tout le monde y gagne plus ou moins, et les choses s'arrangent à peu près à la satisfaction générale. Les médecins praticiens désiraient justement une rémunération suffisante de leurs actes techniques. Leurs co-contractants (ici les patrons et les assureurs, là l'Etat), trouvaient cette rémunération souvent trop lourde, surtout quand elle s'augmentait des indemnités de déplacement surajoutées au prix de l'acte technique lui-même. Ils ont cédé sur cette indemnité pour pouvoir tenir bon sur les honoraires proprement dits. Ils ont eu raison. D'autant plus qu'il s'agissait de catégories spéciales de malades pour lesquels il était raisonnable de faire quelques concessions.

Il faut bien ajouter aussi que, dans la médecine des accidents du travail industriel, les indemnités de déplacement sont relativement rares. Les usines ne sont pas habituellement isolées, en pleine campagne. On les trouve au contraire voisines des agglomérations, ou même faisant corps avec elles.

Quant aux pensionnés de guerre, s'ils habitent aussi bien la campagne que la ville, il ne faut pas oublier que la loi qui leur assure les soins médicaux est une loi de circonstance, une loi temporaire, que le nombre de ses bénéficiaires diminue chaque jour, par la disparition progressive de ceux qui, précisément, ont l'occasion de recourir souvent au médecin.

Il n'y avait donc aucun inconvénient majeur à transiger sur la question de l'indemnité kilométrique.

Mais, voici que la loi sur les accidents du travail vient d'être étendue de l'industrie à l'agriculture et aux gens de maison. Bientôt, cette loi devra être mise en application. Or, les accidents agricoles s'observeront de toute évidence surtout à la campagne ; les soins médicaux qu'ils nécessiteront comporteront habituellement un déplacement plus ou moins long pour le médecin, et ce qui est l'exception dans l'industrie deviendra la règle dans l'agriculture.

Comment faut-il concevoir, dans l'état de choses résultant de la nouvelle législation, l'indemnité kilométrique ? Devons-nous accepter, pour les accidents agricoles, la formule applica-

ble aux accidents industriels, celle de la visite de passage, avec indemnité de déplacement limitée comme dans le tarif Breton ; celle des visites bloquées pour ainsi dire par localités, avec une seule indemnité de déplacement calculée suivant la distance parcourue pour le malade le plus éloigné ?

Voyons d'abord ce que pensent de l'indemnité kilométrique, dans les soins médicaux donnés aux accidentés agricoles, les profanes inspirés évidemment par les organisations intéressées à réduire au minimum les frais médicaux, j'entends les Compagnies d'assurances.

M. Néron, député de la Haute-Loire, a été rapporteur de la Commission chargée d'examiner le projet de loi sur les accidents agricoles.

Voici comment il s'exprime, dans son rapport :

Un abus redoutable est celui de l'indemnité kilométrique. On sait, en effet, que le médecin traitant ne doit réclamer l'indemnité kilométrique que pour la distance qu'il a dû effectivement parcourir pour voir le blessé. Le point d'arrivée de cette distance est le domicile du blessé. Le point de départ est, soit le domicile du médecin quand il se déplace uniquement en vue de voir le blessé, soit le point de son parcours où il quitte le chemin de sa « tournée » quand la visite du blessé n'est que l'une de celles qui constituent sa « tournée ».

Or, dans presque tous les cas, le médecin arrête d'avance sa tournée du matin et celle du soir, et il est exceptionnel, sauf le cas d'urgence, qu'il se déplace exprès pour voir un blessé.

En supposant, par exemple, que le médecin, au cours de sa tournée, aille visiter quatre blessés dans le même hameau, les frais de déplacement devraient figurer pour le quart seulement dans chacune des quatre notes d'honoraires.

Et même, logiquement, ces frais de déplacement ne devraient pas être réclamés si le médecin avait l'occasion, ce jour-là, de se rendre dans ce hameau pour visiter un malade de sa clientèle privée.

Mais les médecins se conformeront-ils toujours à ces prescriptions ?

Il est permis d'en douter, étant donnée l'impossibilité matérielle d'un contrôle efficace.

Toutes les compagnies d'assurances, même les mutuelles professionnelles de l'agriculture, affirment que chez elles, la visite « spéciale » est comptée presque dans *tous les cas*, et qu'elles ne voient, qu'à de rares intervalles apparaître la visite en « tournée ».

Et, à ce sujet, une question plus générale se pose.

Pourquoi faire appel à cette notion de « frais de déplacement » et « d'indemnité kilométrique » venant s'ajouter au prix de la visite ?

Ne semble-t-il pas que ces frais de déplacement devraient normalement faire partie des frais généraux inhérents à la profession médicale ?

Que le médecin tienne compte de ses frais de déplacement pour fixer à l'avance le prix moyen de ses visites, rien n'est plus juste ; qu'il prenne ses dispositions pour réduire ses frais le plus possible par une préparation minutieuse de ses itinéraires, en groupant ses malades d'après l'urgence et suivant leur domicile, rien n'est plus juste encore.

Mais pourquoi, lorsqu'il s'agit d'accidents du travail, faire intervenir cette idée « d'indemnité kilométrique », qui ne peut qu'entraîner les plus grands abus ?

Nous retrouvons là la solution simpliste, mais inacceptable en pratique, que j'indiquais dans mon précédent article.

Mais laissons momentanément de côté la question de l'indemnité de déplacement dans la médecine des accidents du travail industriel et agricole, et des pensionnés de guerre. Et envisageons-la tout d'abord au point de vue de la clientèle privée.

Dans les faits, comment les choses se passent-elles actuellement ? En certains départements, la tournée à jour fixe est passée dans les mœurs médicales ; les honoraires réclamés pour les visites faites au cours de la tournée sont sensiblement moins élevés que ceux que prévoient les tarifs syndicaux. D'excellents syndicalistes la pratiquent couramment, et ils le font avec une conscience parfaitement tranquille.

Là où la tournée à jour fixe n'est pas admise, il n'en est pas moins vrai que, très souvent, les médecins ruraux n'appliquent pas rigoureusement le tarif syndical aux malades qu'ils visitent dans leurs pérégrinations régulières à travers les secteurs de leur clientèle.

Quand le prix d'une visite médicale simple peut aller de 25 francs (6 kil.) à 40 francs (11 kil.), le malade y regarde à deux fois avant d'appeler l'homme de l'art. Et quand son état le met dans l'obligation de le faire, il s'efforce de limiter le plus possible le nombre des visites subséquentes. Les confidences que nous recevons journellement ne nous laissent aucun doute à ce sujet. La première visite faite, le malade ou son entourage disent couramment au médecin : « Docteur, nous vous tiendrons au courant de ce qui se passera, et nous vous ferons dire si vous devez revenir ».

Que d'états morbides, d'autre part, pour lesquels on dérangeait naguère le praticien, et qu'on tâche de laisser évoluer sans recourir à lui : rougeole, coqueluche, scarlatine même ?

Si les tarifs syndicaux intégraux sont regardés par la clientèle comme prohibitifs, au point qu'elle cherche à renoncer autant qu'elle peut au secours médical, quel danger pour la santé publique ? Et quel préjudice subi, d'autre part, par le médecin dont, disons le mot, les « affaires » diminuent?

Ainsi s'explique le fait que je signalais plus

haut, que nombre de praticiens n'appliquent pas, dans leur pratique courante, le prix fort.

Pourquoi donc ne pas ériger en règle syndicale ce qui se passe en réalité si fréquemment dans les faits ?

D'autant mieux que d'autres considérations peuvent intervenir pour légitimer, au nom du syndicalisme, cette façon de faire.

En matière commerciale, une sorte de loi veut que le prix des objets vendus diminue parallèlement à l'augmentation du nombre de ces objets. Si l'unité vaut 20 francs, la douzaine ne sera plus facturée que 230 francs ; le cent, 2.000 francs.

N'est-ce pas à une considération de cet ordre que la Commission du tarif Breton a obéi quand elle a tarifé les ponctions de la plèvre avec injection d'azote, la première : 200 fr., les autres, 100 fr. ; le cathétérisme répété, la première séance : 15 fr., les autres : 10 fr. ; les lavages de la vessie, le premier : 25 fr., les autres : 20 fr. ? ? ?

Ce qui est moins logique qu'en matière purement commerciale.

Je ne verrais donc, pour ma part, aucun empêchement doctrinal à ce que cette considération fût cependant retenue dans le calcul des indemnités de déplacement, surajoutées au prix de la visite, au cours des tournées faites par un médecin dans sa clientèle.

J'imagine que, tout comme jadis, le médecin rural trace chaque matin son emploi du temps de la journée qui commence : il groupe par zones les malades en cours de traitement qu'il doit revoir et ceux qui l'ont fait appeler depuis la veille. Il trace son itinéraire ; et il part, faisant cinq, huit, dix visites dans la matinée. Ses frais ne sont tout de même pas aussi élevés que si, pour chacun des malades ainsi vus, il se déplaçait spécialement. Quel reproche mérite-t-il donc si, tenant compte de cette notion économique, il réduit le montant de son indemnité kilométrique au profit de chacun de ses clients du jour ?

Mais, voici qu'à la fin de l'après-midi, on l'appelle en toute hâte auprès d'un malade éloigné qu'il ira visiter spécialement. C'est la visite d'urgence, pou r ainsi dire, justiciable du prix fort.

Je crois que c'est de ce point de vue que doivent être remaniés les tarifs syndicaux. Il n'est pas difficile de fixer à l'avance, bourg par bourg, hameau par hameau, lieux-dits par lieux-dits, dans chaque circonscription médicale, l'honoraire de la visite médicale faite en cours de tournée et celui de la visite particulière. Quant au quantum de ces honoraires, comme il peut varier par régions, et même par circonscriptions, il appartient aux Syndicats, souverains appréciateurs, de le déterminer.

Les choses étant ainsi réglées ; le Syndicat ayant codifié le chapitre des honoraires, homologuant en quelque sorte les situations de fait qui sont indéniables, c'est dans le même sens que devrait être réglée la question des indemnités de déplacement pour les soins médicaux aux accidents agricoles, prévus dans une loi qui sera applicable dans quelques mois, de même d'ailleurs que pour les soins aux assurés sociaux habitant la campagne, le jour où l'assurance invalidité-maladie fonctionnerait, avec l'organisation prévue dans le projet de loi rapporté par M. Grinda.

Plus de visites de passage exemptes d'indemnité kilométrique ; plus de décompte fantaisiste selon lequel, plusieurs malades étant visités en même temps, dans la même zone, l'indemnité kilométrique ne serait due qu'une fois, au titre du malade le plus éloigné. Par contre, une indemnité kilométr que réduite applicable à tous les cas, pour toutes les visites faites en cours de tournée.

J'aborde maintenant un côté particulier du sujet. Faut-il admettre les tournées à jour fixe ?

Il appartient aux Syndicats de résoudre le problème, en tenant compte, région par région, des habitudes locales, de la configuration du sol, de la topographie des lieux, etc., etc.

Il y a évidemment du pour et du contre. Pour la visite à jour fixe, une certaine sécurité pour la clientèle qui sait, à l'avance, que le médecin passera dans tel village, dans tels écarts. Encore ceci que, dans certaines circonscriptions, les pharmaciens font du colportage, envoyant un employé avec un tri-porteur, qui passe à jour fixe dans ces villages, dans ces écarts, délivrant au petit bonheur les médicaments qui lui sont demandés, quand il ne les propose pas spontanément, comme consécration du conseil, et quel conseil ! qu'il donne à qui le lui demande...

Contre la visite à jour fixe : une sorte d'esclavage pour le médecin qui est prisonnier de l'habitude prise ; qui mécontente la clientèle le jour où, retenu ailleurs (accouchement, opération, indisponibilité personnelle), il ne peut se rendre là où il est attendu. Que cela soit d'un médiocre inconvénient pour le praticien comptant déjà de longues années d'exercice, tenant bien en mains sa clientèle, d'accord. Mais pour les jeunes ?

Encore une fois, c'est aux organisations professionnelles qu'il appartient de s'inspirer des considérations d'ordre local ou régional pour admettre ou condamner la tournée à jour fixe.

C'est ainsi que je me permets d'envisager la solution du problème des indemnités kilométriques en médecine rurale. Possible qu'elle ne soit pas du goût de tous ceux qui me liront. En proposant cette solution, je n'ai cessé d'être dominé par la pensée que j'exprimais dans mon précédent article : « Le médecin est fait pour les malades, et non les malades pour le médecin. » Joignez à cela l'expérience que j'ai acquise par un exercice de dix années à la campagne, et par la connaissance que je crois avoir de la façon dont,

pratiquement, un grand nombre de praticiens défendent, à la campagne, leurs intérêts, tout en restant tout dévoués à leurs malades, par l'application de la fameuse « cote mal taillée », et vous comprendrez sur quelles bases j'ai étayé mon argumentation, à laquelle les lettres suivantes donnent l'appui de confrères ruraux que je remercie.

G. DUCHESNE.

***

Mon cher confrère,

Je viens de lire avec intérêt votre article sur la médecine rurale dans le *Concours médical* du 14 octobre.

Tout médecin est intéressant, mais il semble bien que le médecin de campagne est le plus intéressant à considérer. Le praticien de ville, et surtout de grande ville, peut régler son temps et son travail comme il l'entend, se déranger ou non la nuit, accepter tels cas ou les diriger sur un spécialiste, avoir des satisfactions intellectuelles (bibliothèques, cercles, conférences, etc., etc.). En mettant les choses au pire, il peut mettre plusieurs cordes à son arc, et varier ses occupations si la « médecine » ne re nd pas, et cela à l'insu du public.

Pour le médecin de campagne, rien de tout cela. Il doit marcher jour et nuit *si* on le demande, et *aussitôt* qu'on le demande. Il doit s'occuper de tous les cas, « représenter » la profession aux yeux du public, c'est-à-dire être considéré (en principe) et accomodé à toutes les sauces sans être pour cela toujours rétribué en conséquence. Si la médecine ne rend pas, ou ne rend guère, il est exposé à la violence d'une catastrophe qui arrive de plus en plus aux meilleurs établissements financiers.

Les recettes couvrent à peine les dépenses, car celles-ci sont toujours plus fortes qu'on ne les prévoit, surtout officiellement. Pensez-donc ! Une auto amortie en 5 ans ! Cela dépend de l'auto. Une belle voiture de tourisme, une 25 ou 40 chevaux, fera peut-être cinq ans. Mais l'auto du médecin de campagne, l'auto à bas prix (et dont on veut encore augmenter l'impôt !) la quadrillette ou la « petite Citroën », celle-là, dis-je, j'irai le publier à Rome, si elle fait cinq ans !

Trois ans sont déjà longs, surtout dans certaines régions. Les mauvais chemins, les entrées étroites des cours de fermes, les manœuvres indispensables de marche arrière, les cahots et imprévus dans les trajets nocturnes, tout cela démolit à fond une auto de médecin en peu de temps.

Notez bien qu'il est le seul individu à faire un tel métier. Le boulanger, le boucher, l'épicier, le voyageur de commerce, qui font des tournées dans les campagnes, vous répondront toujours à propos d'éclairage : « Je m'arrange toujours à être rentré pour la nuit ». Et c'est vrai. Ils évitent ainsi de grands dommages, car il n'y a rien de tel que de rouler avec le maximum de visibilité.

Pendant ce temps-là, les cultivateurs qui gagnent gros, ou au moins suffisamment, hésitent à faire venir le médecin, tout en se payant eux-mêmes de belles autos. Eux, pourront envoyer leurs fils et filles en pension, tandis que nous, nous joindrons toujours et tout juste les deux bouts..... Quand nous les joignons. Personne ne veut nous croire. Et pourtant ! ! !

La question des visites au dehors est certainement *très, très* épineuse. Le mieux, à mon avis, serait de venir, ou de revenir, à un prix fixe, et minimum, par village ou hameau.

On dirait : « A tel endroit, c'est tel prix, pour la visite simple ».

Cela, qu'on y aille pour une ou plusieurs personnes (1).

Inutile de détailler stupidement, comme on l'a trop fait, la question de déplacement, d'indemnité kilométrique. Tous nos adversaires en arrivent à la calculer parcimonieusement en parlant uniquement « d'essence », sans compter les pneus, l'huile, l'usure *générale*, le temps passé et l'*effort supplémentaire* fourni.

Les tournées à jour fixe imposent de lourds sacrifices, car on peut n'y trouver qu'une visite, ou même aucune. Elles ne sont bonnes qu'avec une clientèle excellente et permanente.

On ne peut nous comparer à des chauffeurs de taxis.

Et pourtant, le taxi qui mène un client de la gare de Lyon à la gare du Nord, pourra en ramener un autre de la gare du Nord à la gare de Lyon. A-t-on bien toujours envisagé ces détails avant de rogner au médecin le faible petit bénéfice qu'il aurait en faisant deux choses au lieu d'une, et qu'on lui refuse systématiquement ?

Dr B.

***

Mon cher confrère,

Nous suivons avec intérêt vos études sur la question de nos frais de déplacement à la campagne.

Dans notre canton de X, nous l'avons réglée depuis deux ans, ainsi qu'il suit :

Toutes nos visites faites en tournée sont considérées comme visites de passage.

Toute visite demandée après 8 h. 1/2 du matin, et nécessitant par conséquent un déplacement spécial ultérieur, est un voyage.

Le prix de la visite est de 10 fr.

L'indemnité de déplacement est de 2 fr. le kilomètre.

Le déplacement est compté aller et retour pour le voyage spécial ; aller seulement pour la visite en tournée.

Visite à 5 kilomètres :

	tournée	voyage spécial
Visite	10 fr.	10 fr.
Déplacement..	10 fr.	20 fr.
	20 fr.	30 fr.

Dr M.

(1) Nous sommes d'accord. G. D.

LA MUTUALITÉ ET LES BONIS DE L'ASSURANCE SOCIALE

Dans le projet primitif de loi des assurances sociales, il était prévu que les bonis réalisés par les organismes autorisés seraient répartis entre les différentes caisses déficitaires pour assurer leur fonctionnement régulier. Le déficit peut provenir de deux sources différentes, soit d'une mauvaise administration, soit de risques plus élevés que ceux qui étaient prévus pour une cotisation déterminée.

Le principe paraissait juste. C'est la base même de toutes les mutuelles ; le principe de solidarité doit dominer la question financière.

De même que dans les sociétés assurant la maladie, les bien portants payent pour les malades, de même, les caisses bien portantes devaient payer pour les caisses malades.

Il n'était pas juste que des sociétaires soient victimes de la mauvaise gestion d'un administrateur ou d'une épidémie locale créant des risques plus importants que ceux d'une autre caisse similaire. Mais cela ne faisait pas l'affaire des caisses mutualistes. Habituées depuis toujours à capitaliser, à accumuler des sommes importantes stériles dans des caisses à capital réservé au fonds commun, elles firent une campagne active pour modifier les articles de loi réglant cette question et obtenir que le boni restât la propriété de la société qui l'a réalisé.

Bien que contraire à l'esprit d'altruisme désirable, la chose pouvait se défendre. Le seul point important était de savoir à quel usage seraient destinées les sommes économisées. Si elles sont dépensées conformément à l'article 101, si elles doivent aider à la réalisation d'œuvres sociales, tels que hôpitaux, dispensaires, sanatoria, preventoria, crèches, gouttes de lait, maisons ouvrières, terrains de jeu, colonies de vacances, etc. ; rien de mieux. Le boni a son utilité en créant autrement qu'en théorie l'hygiène sociale. Il diminue d'autant la morbidité et en réalisant le bien-être et la santé, crée pour l'avenir des économies dont les titulaires actuels ne profiteront peut-être pas, mais dont leurs enfants et petits-enfants pourront recueillir les fruits.

Toutes ces questions intéressent peu la Mutualité. Elle en parle beaucoup et toujours, pour se persuader qu'elle fait quelque chose, mais, en réalité, elle pratique la politique du coucou, s'empare du nid des autres, cherche à accaparer à son profit les œuvres sociales qu'elle n'a pas créées, dispensaires, hôpitaux, etc., fondations d'Etat ou de municipalités, en contemplant avec attendrissement et intérêt les millions qu'elle a su accumuler ; poudre aux yeux à l'usage des gogos, comme les millions de telle ou telle banque ou de telle société par actions.

Aussi, elles feront un autre usage de leurs bonis conformément aux conclusions qu'elles ont pu faire introduire dans le projet Grinda.

« Les caisses dont les réserves auront atteint « un capital suffisant pour assurer aux presta- « tions de l'année suivante, les garanties néces- « saires pourront réduire leurs cotisations à un « taux inférieur à 10 %. Votre commission, dit le « Dr Grinda, a ainsi donné satisfaction à une des « revendications les plus énergiquement for- « mulées par la plupart des groupements inté- « ressés, particulièrement par les représentants de « la Mutualité, de la prévoyance libre et du « monde agricole.

Pour user de cette tolérance, les sociétés mutuelles s'ingénieront à faire ces bonis les plus importants possible. Et ce sera sans doute, comme toujours, aux dépens du Corps médical, que ces bonis seront réalisés ; ce sera la suite de l'exploitation médicale de ces cinquante dernières années.

J'ai pu dire, en me basant sur la moyenne des remises consenties par les médecins, que les 800 millions de réserves constituées par la Mutualité étaient le produit du travail médical, non payé, des subventions de l'Etat, des départements et des communes, des cotisations perpétuées par les membres honoraires, mais nullement le résultat de l'effort individuel des sociétaires.

La Mutualité sent que le terrain se dérobe sous ses pas, qu'elle est menacée de disparaître et tous les moyens lui sont bons pour se défendre et pour essayer de surnager.

Au lieu de créer des œuvres sociales, elle emploiera ses bonis à diminuer les cotisations des assujettis à la loi. Elle pourra ainsi faire une concurrence aux caisses syndicales ou autres. Ainsi, elle attirera à elle le patronat et le monde agricole qui font cause commune avec elle et qui ne cherchent qu'à éluder la loi et à diminuer, par tous les moyens en leur puissance, l'augmentation de leurs frais généraux qui doit en être le résultat.

Dans l'espèce, les patrons seront suivis par leurs ouvriers ou employés, ravis eux aussi de verser des cotisations inférieures à celles prévues par la loi.

Quelle sera alors la situation des caisses autonomes rivales ? Si elles veulent adopter un programme de réalisations utiles, elles devront rapidement renoncer à tous leurs projets, car elles feront rapidement le vide dans leurs sociétés. Et alors pour lutter contre la concurrence, elles devront imiter les sociétés mutuelles et ainsi arriver à diminuer le taux fixé par la loi. Ce sera alors la stérilisation de toute réforme ayant pour but de diminuer la morbidité. Adieu, alors, les œuvres sociales.

Mais ces philanthropes à la manque ne voient pas qu'en arrêtant ainsi tout progrès, ils augmenteront les risques à couvrir et qu'en fin de compte, dans un temps plus ou moins long, on devra relever la cotisation pour l'adapter aux nouvelles conditions de la morbidité.

Mais qu'importe pour la Mutualité, la somme à payer, pourvu qu'elle fasse payer ses sociétaires moins cher que ceux des autres sociétés et qu'ainsi elle arrive à conserver sa clientèle.

Mais nous médecins, méfions-nous, ne faisons pas le jeu de la Mutualité. Notre mission sociale fut toujours de lutter contre la maladie, dont nous vivons pourtant, et de diminuer dans la mesure de nos forces les divers fléaux sociaux. Nous n'avons cessé de réclamer des pouvoirs publics des créations d'hygiène dans toutes les branches qui doivent aboutir à augmenter la longévité et diminuer la dénatalité.

Aujourd'hui, qu'une organisation nouvelle pourrait permettre la réalisation des ces bienfaits, nous ne voulons pas qu'on se serve de nous pour les faire échouer. Pour cela, sachons nous faire honorer d'une façon suffisante en rapport avec les frais de l'existence, en rapport avec nos responsabilités et la mission sociale qu'on réclame de nous.

Ne nous prêtons pas à cette manœuvre de bonis créés à nos dépens et prélevés sur nos honoraires. Car si nous fermons les yeux à l'impôt du sou du franc de nos cuisinières, nous ne voulons pas que la Mutualité prélève sur nos justes salaires, ni sou du franc ni franc du sou.

Le médecin ne veut plus être exploité et il ne le sera plus.

Dr M. Vimont.

A PROPOS DU P.C.N.

Il y avait longtemps que je me proposais d'écrire un article sur ou mieux *contre* le P.C.N. Je suis heureux de ne l'avoir point fait, puisque toutes les idées que je voulais développer, vous les avez traitées, avec beaucoup plus de talent que j'eusse pu le faire, dans votre article du 26 août dernier.

Je connais le P.C.N. pour l'avoir pratiqué, il y a déjà plus de 20 ans. Après cette année d'étude, je me demandais à quoi cela pourrait bien me servir. Je pensais qu'après avoir terminé mes études médicales, j'en verrais l'utilité. Vingt ans sont passés et je me pose toujours la même question !

A quoi sert le P.C.N. ? Ce n'est pas une préparation immédiate à la médecine, tout le monde en conviendra. On *évite* de traiter tout ce qui peut avoir un intérêt médical. Je me souviens par exemple que mon premier exercice de laboratoire en physique fut sur la machine d'Atwood, dont nous avions eu cependant en philo une idée suffisante, pour ce que cela devait nous servir dans notre vie médicale ; et le dernier, ce fut ce fameux pont de Weaston signalé par notre confrère le Dr Tortat et dont il me reste un bien vague souvenir. Mêmes choses pour les autres branches, inutile d'insister, cela a été dit.

Le P.C.N. serait encore défendable s'il consistait en une année de culture scientifique sans utilité pratique immédiate, mais ouvrant l'esprit à des idées générales et le préparant indirectement aux études médicales très différentes des études classiques ; c'est je crois la thèse que défendent les professeurs des Facultés de Sciences. Malheureusement il n'en n'est rien et l'expérience est là ; peu de mes confrères me contrediront si je dis que l'on n'est pas mieux préparé après une année de P.C.N. qu'après une bonne année de philosophie, à entreprendre l'étude de la médecine. Donc année perdue.

Le P.C.N. est une barrière, dira-t-on, permetttant d'éliminer les étudiants qui n'ont pas de disposition. Erreur qu'il est trop facile de réfuter. Si vous voulez limiter le nombre des médecins, faites un concours. Notez que je n'en suis pas partisan.

Le P.C.N., vous l'avez dit, n'est point fait pour les étudiants en médecine, mais pour les professeurs de science qui sans cela, pour certaines chaires du moins (*botanique, zoologie*) prêcheraient dans le désert. Ce sont ces derniers qui y tiennent et le maintiennent.

Le P.C.N., est considéré comme inutile :

1° Par les étudiants ; 2° par les médecins praticiens ; 3° par les professeurs de Faculté. Va-t-on nous l'imposer plus longtemps ? L'expérience est faite, il n'y a qu'à le supprimer et à le remplacer par une année plus utile au futur médecin, les études médicales sont longues parce que les matières sont multiples et les connaissances que doit posséder un médecin augmentent chaque jour, le temps est précieux et la vie est chère, on ne peut plus perdre une année.

La question de la préparation à la médecine ne regarde pas plus les sciences que le droit ou les lettres. C'est une commission médicale qui doit donner son avis sur cette année préparatoire et à côté de nos grands maîtres je voudrais y voir quelques médecins praticiens, leur avis ne serait pas inutile puisque c'est surtout des praticiens que forment les Facultés de médecine. Cette année préparatoire, selon moi, devrait se donner dans les Facultés ou Ecoles de médecine, devrait comprendre les quatre branches du P.C.N. mais orientées dans un *sens médical*, et des

notions théoriques de séméiologie et de pathologie générale qui permettraient au jeune étudiant de médecine, pénétrant l'année suivante dans une salle d'hôpital, de comprendre les explications du chef de service.

Cette question intéresse, je ne saurais trop le répéter, le corps médical tout entier, aussi me semble-t-il que l'Union des syndicats médicaux de France devrait les mettre à l'étude pour l'an prochain. Qu'en pensez-vous, mon cher confrère, vous avez levé le lièvre, vous ne pouvez l'abandonner.

Dr Barbier de la Serre.

RÉFLEXIONS SUR L'HYGIÈNE DE LA PROPHYLAXIE OFFICIELLES

Je suis l'adversaire des consultations de nourrissons, — *idem* des consultations pré-natales, — *idem* de la socialisation de la médecine.

Parce que le médecin qui le veut, peut faire le nécessaire — sans tambour ni trompette — dans sa clientèle.

Sans tambour, ni trompette, tout est là !

Les machines officielles, c'est la trompette avec le tambour..... et puis c'est tout.

Le *filet* joint vous en est un exemple. Lisez :

Versailles. — La mortalité infantile des enfants secourus continue, en Seine-et-Oise, son mouvement de décroissance. Elle s'est élevée, en 1922, à 1,53 % seulement contre 2,44 % en 1921. Cette amélioration est due à l'activité déployée par les œuvres d'assistance départementales que dirige M. Marois, dont les efforts viennent d'ailleurs d'être récompensés par une médaille d'or à l'exposition Pasteur de Strasbourg.

Ayant lu, devinez ce que cela peut bien signifier
Un ruban ? Un avancement ?
Point !
Il faut lire ainsi :

La *morbidité* et la *léthalité* générales (en Seine-et-Oise) ont été si réduites en 1922 que la *mortalité* des jeunes enfants (nourrissons et autochtones) a été voisine de zéro, en 1922 !

Comme il en est tout autrement pour 1923, — même ? surtout ? — dans la clientèle de mes œuvres administrativement gérées, — je chante encore, en septembre 1923, ma propre gloire, modèle 1922.

L'année prochaine j'observerai, de Conrard, le silence prudent.

Quant aux accidents puerpéraux, ils deviennent si rares qu'ayant à soigner ces jours-ci un utérus infecté post-abortum (non criminel), j'ai eu toutes les peines du monde à retrouver ma sonde à injections intra-utérines.

Il est vrai que le savon........ et un examen sommaire des urines ...., mais laissons cela, car je n'ai point mission d'enseigner à Madame M. Pr., combien les choses simples sont simples — ni combien peu peuvent être co-optées, la médecine et l'administration.

Voici d'ailleurs qui vient confirmer ce que j'avance ci-dessus. J. C.

A propos d'une expérieuce de démonstration d'hygiène de Jumet.

Les *Archives médicales belges* (janvier 1923, p. 87-89) nous apprennent que, sur la recommandation de la Société des Nations, le Conseil général de la Ligue internationale de la Croix-Rouge a choisi la Belgique pour entreprendre, dans des districts déterminés, « un travail intensif d'hygiène » qui servirait de modèle. La Croix-Rouge de Belgique a désigné pour cette expérience la commune de Jumet (Hainaut). C'est là qu'on fera « une étude systématique et complète de la population et de ses conditions de vie », et « parallèlement tous les efforts possibles pour dépister les maladies, les prévenir et les guérir ».

Ce « Centre de Santé » sera subsidié par la Croix-Rouge, le Gouvernement belge (par l'intermédiaire de ses œuvres d'hygiène), la province du Hainaut et la ville de Jumet. Il comprendra les dispensaires antituberculeux et antisyphilitique, la cantine des nourrissons, la cantine maternelle, le dispensaire scolaire ; le cabinet dentaire, un service de désinfection, une salle de cours, un ensemble d'habitations ouvrières.

***

Ceux qui ont suivi le mouvement médical des dernières années voient clair : la « démonstration d'hygiène de Jumet » tend à la socialisation complète de la médecine dans cette localité, le mot hygiène couvrant de son pavillon toutes les branches de l'activité médicale du praticien. Jumet, « Centre de Santé », sera plus américanisé que l'Amérique.

A plusieurs reprises, j'ai cru devoir m'élever vivement contre ce système. En 1920, le Dr Van Lint (*Scalpel*, 1910, 11 septembre proposait l'établissement général des « Dispensaires d'hygiène » ; il ne m'a pas été difficile de démontrer que ce dispensaire, sous le couvert de l'hygiène, visait avant tout la pratique médicale et très peu l'hygiène (*Scalpel*, 24 septembre, 1er octobre et 17 décembre 1921) et que cette socialisation déguisée de la médecine n'avait aucune raison d'être, et toute raison de ne pas être.

La même année, en août, dans une brochure envoyée à tous les médecins belges, j'ai protesté avec véhémence contre l'établissement général des Centres de Santé que prévoyait un projet de loi patronné par le Conseil supérieur de la Bienfaisance.

J'ai réfuté les motifs de l'exposé du Dr Sand, rapporteur de la question, et j'ai été heureux de constater que je n'avais pas écrit en vain. Le réforme de la Bienfaisance a été reconnue impossible dans les conditions demandées par ses partisans.

A l'encontre des tentatives de socialisation précédentes, l'expérience qu'on se propose de faire à Jumet ne peut susciter une réprobation générale, parce qu'il s'agit d'une simple expérience et d'un essai tout local. Avec l'ensemble du corps médical, je dois me déclarer satisfait de ce que nos socialisants, après avoir prôné — sans savoir ce que cela représente — la socialisation de la médecine dans tous les pays, se bornent modestement à l'établir dans une seule de nos 2.600 communes et de déclarer, toujours très modestement, qu'il s'agit d'une simple démonstration.

Mais il va de soi que l'acquiescement des praticiens n'est obtenu qu'en tant que l'expérience reste expérience, qu'elle soit bien faite et qu'elle ne dissimule pas un simple truc de politiciens.

Pour qu'une telle expérience puisse donner des résultats appréciables, il faudra dix à vingt ans, peut-être même davantage ; il ne s'agit donc pas, sous prétexte que la socialisation a été établie dans une commune avec le concours de certains médecins de la région, que les différents services fonctionnent et qu'ils ont des malades, qu'ils ont reçu la consécration administrative par des visites officielles, il ne s'agit pas, dis-je, d'étendre ce système à dix communes la deuxième année, à cent communes la troisième, c'est-à-dire de le généraliser avant de savoir ce qu'il donne et... ce qu'il coûte.

Il ne s'agit pas non plus de savoir si officiellement et *grosso modo* tout le monde est satisfait.

Des données statistiques complètes devront établir combien de médecins ont prêté leur concours, combien ne l'ont pas fait ou ne l'ont plus fait et pour quelles raisons ; quels ont été les honoraires des médecins par an et par vacation, la somme de travail qu'ils ont dû fournir ; combien de travaux scientifiques sont sortis de ce centre. Ces données ainsi recueillies entraîneront-elles la conviction que la situation du médecin-fonctionnaire est matériellement et moralement supportable ? Telle est la question.

Il faudra d'autre part : 1° faire connaître le nombre d'habitants qui se sont adressés à ce centre de santé et, si possible, la proportion de ceux qui se sont adressés librement ailleurs ; 2° déterminer si les personnes qui ont fréquenté ce « centre » ont joui d'une meilleure santé que ceux qui ont conservé leur médecin privé ; 3° d'établir ce que ce système a coûté par malade et par tête d'habitants.

Et il s'agira de soumettre à l'examen de tout le monde des chiffres et des détails précis, et non pas seulement l'appréciation des employés du Centre de Santé qui, comme tous les bons fonctionnaires, ne peuvent être que contents d'eux-mêmes et des services dont ils dépendent.

Enfin, il faudra prouver que cette régie médicale fait sensiblement mieux que la moyenne des médecins praticiens, et qu'elle n'empêchera pas les vedettes de donner toute la mesure de leur savoir.

En résumé, à condition que la « Démonstration d'hygiène de Jumet » reste une expérience de médecine étatiste bien conduite, suffisamment prolongée et rigoureusement contrôlée, elle pourra être édifiante, et je m'en réjouis, convaincu dans mon for intérieur que ses résultats négatifs serviront à la cause de la liberté médicale que je défends avec conviction contre toutes les tentatives de socialisation, qui sont, à mon avis, onéreuses, inutiles et même nuisibles à l'intérêt général.

Henri Schwers.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

RÈGLEMENT DÉONTOLOGIQUE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DU RHONE (1)

I. — Principes généraux de déontologie médicale.

Au moment de leur installation, les médecins doivent se mettre en rapport avec leurs confrères plus anciens, sans attendre que ceux-ci, devant leur abstention, prennent l'initiative de cette entrée en relations. Il est de leur intérêt et de leur devoir moral de se faire inscrire aux œuvres de défense et de prévoyance professionnelles de la région qu'ils habitent (syndicats, association, caisses de retraite, de maladies, etc.), en se rappelant qu'aujourd'hui il n'est plus possible au médecin de rester isolé s'il veut pouvoir lutter contre tous ceux, particuliers ou collectivités, qui chercheront à l'exploiter.

Les médecins doivent observer entre eux les principes essentiels de bonne confraternité et s'abstenir de toute conduite déloyale vis-à-vis des confrères.

Ils doivent s'interdire d'une manière absolue tout acte de concurrence illicite par voie d'intrigue, de sollicitation de clientèle, de dénigrement, d'avilissement d'honoraires, etc.

Toute réclame est interdite, sous forme d'affiches, d'annonces dans les journaux extra-médi-

(1) Extrait du *Bulletin du Syndicat des médecins du Rhône*, 1er mai 1923.

caux, de distribution de prospectus dans les boîtes ou sur la voie publique, etc.

Toute offre de faire au rabais le service médical d'une collectivité est rigoureusement interdite.

Toute association ou entente entre un médecin et un pharmacien, ou dentiste, ou sage-femme, ou rebouteur, etc., en vue de l'exploitation du malade, est interdite.

Il est interdit aux médecins de servir de prête-noms à des entreprises commerciales ayant pour but l'exploitation du malade.

Dans toute maison de santé ou Institut tenu par des personnes n'appartenant pas à la profession médicale, le médecin traitant doit avoir *seul* la direction effective et la responsabilité du traitement suivi par le malade.

II. — Rapports des médecins traitants entre eux.

1° Lorsqu'un médecin est appelé pour voir un malade qu'il sait être soigné actuellement par un autre confrère, il doit refuser la visite, ou n'accepter de voir ce malade qu'avec l'autorisation et en présence du médecin traitant, sauf en cas d'urgence.

2° Cependant, en cas d'urgence et si le médecin traitant est absent ou empêché, tout médecin pourra se rendre auprès du malade et appliquer le traitement nécessaire.

Il s'abstiendra de toute réflexion ou critique sur le diagnostic et le traitement suivi jusque-là.

Dès que le médecin traitant pourra revoir son malade, le médecin appelé en cas d'urgence devra se retirer.

3° *a*) Lorsqu'un médecin est appelé auprès d'un malade et qu'au cours de sa visite il apprend que ce malade est déjà traité par un confrère, il pourra néanmoins examiner le malade, l'encourager et le rassurer, mais il lui est interdit de modifier le traitement prescrit, sauf au cas d'extrême urgence et pour le temps seulement à courir jusqu'à la prochaine visite du médecin traitant. Il devra immédiatement informer ce confrère de sa visite par une lettre qu'il lui enverra directement.

b) Mais si le malade ou son entourage déclare formellement vouloir changer de médecin, le nouveau médecin appelé pourra accepter de soigner le malade, à condition de prévenir le premier médecin et d'exiger, autant que possible, le payement des honoraires dus à son confrère. Il devra s'abstenir de critiques désobligeantes sur le traitement précédent.

4° Quand un médecin est désigné par un de ses confrères absent ou malade pour le remplacer, il devra, dès que celui-ci reprendra ses occupations, lui remettre le traitement de tous les malades qu'il a vus à sa place.

III. — Rapports entre les médecins traitants et les médecins consultants.

A) Quand un médecin aura été appelé en consultation par un de ses confrères et que le malade ou la famille désirerait qu'il revînt, il ne devra *jamais* se rendre à cette invitation sans que le médecin qui l'a fait appeler une première fois soit présent.

Cette règle ne peut s'appliquer aux consultations au cabinet, le cabinet restant toujours un terrain neutre.

B) Le médecin consultant s'enquerra avant la consultation, auprès du médecin traitant, de ce que ce dernier a pu dire au sujet du diagnostic, pronostic, traitement, etc., de la maladie qui a provoqué la consultation.

En cas de dissentiment sur l'un quelconque de ces points, le médecin consultant s'abstiendra, pendant l'examen, de toute réflexion devant le malade ou son entourage.

Après la consultation, le médecin de la famille, après entente avec son confrère sur le prix de cette consultation, est invité à prévenir la famille qu'il est d'usage de régler de suite les honoraires des médecins consultant et traitant.

C) Quand un malade ira trouver un chirurgien en vue d'une opération, ce dernier devra toujours s'enquérir du nom du médecin traitant.

Lorsque le chirurgien aura décidé une opération chez un malade à lui adressé par le médecin traitant, il ne devra en aucun cas la pratiquer sans avoir prévenu ce dernier et s'être entendu avec lui.

Lorsque le malade sera venu directement trouver le chirurgien, celui-ci, après s'être enquis du nom du médecin traitant, devra toujours proposer à la famille de s'entendre avec le médecin traitant au sujet de l'opération projetée, sauf le cas de refus formel du malade.

L'entente entre le médecin traitant et le chirurgien portera sur les points suivants :

I. — Le médecin traitant sera toujours présent à l'opération et prêtera au chirurgien un concours effectif.

II. — La rémunération du médecin traitant pour l'assistance à l'opération devra, lorsque le médecin traitant le désirera, être perçue par le chirurgien avec ses honoraires personnels, en fournissant à l'opéré le détail de ses honoraires.

III. — Après l'opération et les premiers pansements, lorsque le chirurgien est d'avis que ses soins personnels ne sont plus nécessaires, il doit confier la direction et la continuation du traitement au médecin traitant. En aucun cas le chirurgien ne pourra confier cette continuation du traitement à un interne ou un infirmier sans entente préalable avec le médecin traitant.

Les honoraires de ces soins sont réglés directement du malade au médecin traitant par note spéciale.

IV. — Les règles générales de déontologie formulées ci-dessus s'appliquent également aux médecins spécialistes, avec les modifications suivantes :

Le médecin spécialiste continue à donner les soins que nécessite l'affection spéciale qui a motivé son

intervention jusqu'à ce que ces soins puissent être confiés au médecin traitant.

La dichotomie est formellement interdite.

Les infractions à ce réglement sont justiciables des sanctions édictées à l'article 14 des statuts du Syndicat des médecins du Rhône.

ARTICLES DES STATUTS

CONCERNANT LES DROITS ET OBLIGATIONS DU SYNDIQUÉ.

ART. 11. — Tout syndiqué, lésé ou menacé dans l'exercice de sa profession, a droit, *après avis de la Chambre syndicale*, à l'aide et à la protection du Syndicat et au concours spontané de ses membres.

Il s'engage d'autre part à donner, le cas échéant, ce concours à ses co-syndiqués, à conformer sa conduite professionnelle aux principes fondamentaux de la déontologie et aux décisions du Syndicat, et à acquitter la cotisation annuelle prévue par les statuts.

DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION.

ART. 12. — Par sa démission, et à dater d'elle seulement, le syndiqué est privé de ses droits et déchargé de ses engagements.

ART. 13. — La radiation est encourue pour refus de payement de la cotisation pendant deux années consécutives.

ART. 14. — Les infractions graves aux principes de la déontologie ou les préjudices causés sciemment à la Société peuvent entraîner l'exclusion. Celle-ci, pour être valable, doit être précédée d'une enquête du bureau avec convocation du confrère en cause par lettre recommandée, audition de sa défense, s'il la présente, rapport écrit. La radiation doit être prononcée par une Assemblée générale au scrutin secret et à la majorité des deux tiers des membres présents.

***

Ce Code régional de déontologie est conçu dans le même esprit et formule les mêmes prescriptions que ceux que nous connaissons déjà (Bordeaux, région montpelliéraine).

Il est d'ailleurs conforme aux principes généralement admis en cette matière.

Il y a cependant un petit point spécial qui me semble quelque peu exagéré. En effet, au chapitre II, article 3º, *b*), il est dit que : « Si le malade ..... déclare formellement vouloir changer de médecin, le nouveau médecin appelé pourra accepter de soigner le malade, à condition de prévenir le premier médecin et d'*exiger*, autant que possible, le payement des honoraires dus à ce confrère .... »

Exiger, même avec le correctif *autant que possible*, oh ! oh ! que voilà donc un bien gros mot !

Conseiller en ce cas à la famille d'honorer sans retard le médecin qui, à tort ou à raison, a cessé de lui plaire, d'accord. Insister même pour qu'elle le fasse, passe encore. Mais exiger, c'est là un impératif auquel il ne faudrait se soumettre qu'avec une diplomatie consommée, et une connaissance approfondie du milieu. Ne serait-ce pas s'exposer à ce que cette famille vous répondît : « Permettez, docteur, cela, c'est notre affaire. Et nous sommes juges de ce que nous devons faire ».

Que répondrez-vous à cette riposte ? « Encaisserez-vous » purement et simplement ? Ou bien, vous rebifferez-vous, et irez-vous jusqu'à refuser vos soins, en vous retirant drapé dans votre dignité ?

Mais alors, que faites-vous de ce fameux libre choix, qui est l'un des éléments du trépied de la charte syndicale du corps médical ? Libre choix, cela veut dire, liberté de choisir, donc de changer, le jour où le choix précédemment fait n'est pas maintenu.

Je sais bien que la liberté de choisir son médecin, pour le malade, comporte en contre-partie la liberté pour le médecin de choisir son malade, Et l'on ignore trop, dans le public, que le médecin, hormis les cas prévus par la loi (réquisition, flagrant délit), est libre, absolument libre de refuser ses soins, à quiconque l'appelle une première fois, sans qu'il puisse être contraint.

En vérité, je ne crois pas que la correction interconfraternelle puisse et doive aller jusque-là.

Appelés, en cours de traitement, par un malade dont nous ne connaissons pas toujours les mobiles de son geste, nous devons faire tous nos efforts pour obtenir que le confrère qui nous a précédés continue à donner ses soins (ainsi ai-je fait, avec succès, en quelques circonstances de mon exercice professionnel) ; nous devons essayer, avec ténacité, de provoquer avec lui une consultation, ou à défaut d'une rencontre directe, de donner à notre intervention isolée le caractère même de cette consultation. Mais, devant le refus nettement exprimé par le malade de se rendre à nos raisons, ayant ainsi fait notre devoir, nous aurions mauvaise grâce à pousser plus loin notre résistance. Et, quand nous aurons prévenu aimablement notre confrère ; quand nous aurons fortement engagé la famille à lui régler ses honoraires, nous pourrons, la conscience tranquille, prendre sa succession, sans avoir rien à nous reprocher.

Si tous les médecins s'en tenaient, dans leurs rapports avec leurs malades et leurs confrères, à ce minimum, la déontologie ne s'en porterait pas plus mal.

G. DUCHESNE.

Syndicat médical de Cambrai

(17 juin 1923)

Comptes rendus des Syndicats. — Il est donné connaissance d'une protestation du Syndicat de la Seine, concernant des dispenses d'examen accordées arbitrairement et contre l'avis du Conseil de Faculté ; le Syndicat de Cambrai s'associe à cette protestation.

Un vœu du Syndicat de Douai concernant la rémunération directe du chirurgien attaché à l'hôpital pour les opérations d'accidents du travail n'est pas accepté, sur observation très justifiée du docteur Debu, chirurgien de l'hôpital de Cambrai.

La question des honoraires des médecins civils, chargés d'assurer les services de garnison, sera portée à la Fédération.

Questions à l'ordre du jour de la Fédération. — Le président donne lecture de l'Ordre du jour de la Fédération, un Code déontologique sera édité bientôt lorsque la Fédération se sera mise d'accord avec les Bureaux des Syndicats. Le président rappelle qu'il faut être très prudent en cette matière, les juges, les collectivités et même les particuliers recourant parfois aux décisions syndicales pour nous les appliquer ou les opposer à nos revendications.

Ordre des médecins. — Après une discussion assez longue, le Syndicat repousse le principe de l'Ordre des médecins, demandant simplement que les pouvoirs des Syndicats soient renforcés et que le Syndicat soit reconnu officiellement partout. Il ne s'agit pas cependant, d'un vote définitif, et la question étant d'importance, il y aura lieu de l'étudier et de la mettre au point.

A. M. G. — Malgré quelques réclamations, il semble que le fonctionnement des nouveaux carnets présente des avantages ; qu'il est de nature à entraîner des économies sérieuses pour le Trésor, ce qui, en fin de compte, permettra de faire obtenir au praticien des honoraires raisonnables pour ce service.

Le Président donne le conseil (indiqué par la Fédération), lorsqu'il s'agit d'une maladie grave nécessitant un grand nombre de visites, d'en avertir par lettre le président, de façon à éviter toute discussion au moment des règlements de comptes, tout en évitant de porter le diagnostic sur les feuilles de visites.

Le Président de la Fédération propose de demander à la préfecture que les pharmaciens soient autorisés à délivrer les sérums aux indigents sur ordonnance des médecins. Jusqu'ici les sérums se trouvaient — en principe — dans les mairies où généralement, on ne pouvait les obtenir. Le Syndicat médical de Cambrai avait, pour son compte, saisi la Fédération de cet état de choses tout à fait regrettable.

Consultations de nourrissons. — Le Conseil général a voté un crédit de 600.000 francs pour le fonctionnement des consultations de nourrissons pendant six mois. Le Président de la Fédération est prié d'intervenir pour que les Syndicats soient toujours appelés à collaborer au fonctionnement de l'œuvre, qui, sous aucun prétexte, ne doit se faire en marge des organisations professionnelles.

Examen médical des conducteurs d'automobiles. — Le Syndicat, à la question posée par la Fédération : L'examen des candidats peut-il être fait par tout médecin, ou par des Commissions spéciales, dont les membres seront nommés d'accord avec les Syndicats médicaux, adopte ce second point de vue.

Vœu du Syndicat de Douai. — Le Syndicat de Cambrai appouve le vœu du Syndicat de Douai demandant la création de pavillons spéciaux pour malades payants, mais n'est pas d'avis que, par mesure transitoire, les médecins et chirurgiens des hôpitaux soient autorisés à recevoir des honoraires des malades non indigents.

Enfin, le Syndicat approuve le projet de la Fédération lyonnaise concernant la représentation régionale au Conseil d'administration de l'Union (*Médecin Syndicaliste*, 1923, p. 357).

Syndicat des sages-femmes. — Le président donne lecture d'une lettre communiquée par la Fédération et adressée par le Syndicat des sages-femmes au préfet. Tout en approuvant les revendications très légitimes des sages-femmes, le Syndicat de Cambrai n'est pas d'avis que les sages-femmes aient le droit de pratiquer les vaccinations pour le compte de l'administration, ni de délivrer les certificats de grossesse.

Malades payants dans les hôpitaux. — La Fédération signale qu'à Lille, l'administration propose de réclamer à tous les malades, la même somme, soit 20 francs, pour l'ablation d'amygdales ou de végétations, que ces malades soient indigents ou millionnaires.

Le Syndicat de Cambrai proteste de la façon la plus énergique contre un pareil projet.

Enfin, le président engage vivement tous les syndiqués à lire le remarquable discours — que chacun a dû recevoir — prononcé par le Dr Vanverts, au banquet de l'Association de prévoyance des médecins du Nord et intitulé : « Quelques remarques au sujet des Syndicats médicaux ».

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Un emploi d'**Infirmière visiteuse et assistante scolaire** est vacant au *Bureau municipal d'hygiène d'Ivry-sur-Seine.*

Cet emploi comporte des émoluments de début de 6.492 fr. 50 par an (soit 541 fr. par mois) compris l'indemnité temporaire de résidence et pouvant s'élever jusqu'à 7.587 fr. 50 par augmentation biennale.

Aucun titre ne sera exigible.

L'examen d'aptitude se composera :

1° *Comme écrit* : d'une dictée éliminatoire ;

2° *Comme oral* : de questions d'hygiène élémentaire. Un *examen médical* éliminatoire précèdera le concours.

Cet examen d'aptitude devant avoir lieu le 27 novembre 1923, à 9 h. du matin, à la mairie d'Ivry, les inscriptions des candidates seront reçues dès aujourd'hui, à la Mairie, bureau d'hygiène, et seront closes le 21 novembre 1923.

Les candidates devront être françaises, majeures et âgées de moins de 35 ans.

Pour l'inscription se munir d'une pièce d'état civil.

Le tableau de classement sera conservé en vue de nominations ultérieures.

— **Office d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département de l'Oise.** — Il est créé dans l'Oise un troisième poste de médecin spécialisé pour la tuberculose.

On est prié d'adresser les demandes de renseignements et conditions de nomination, 40, rue Saint-Jean, à Beauvais, avant le 15 octobre.

— **Association générale des Médecins de France.** Section de la Haute-Garonne. Réunion d'automne. — C'est à Salies-du-Salat que cette année, s'est réunie la section hautgaronnaise, de l'Association générale des médecins de France, sous la présidence de M. Bardier professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

Nombreux (mais pas assez encore) ont été les médecins qui s'étaient rendus à l'appel du très dévoué secrétaire général, le docteur Clermont.

Après la lecture du procès-verbal, l'élection de nouveaux membres, il a été agité à nouveau la question du *Foyer national des médecins français.* On sait combien la section de Toulouse de l'Association générale s'intéressait à ce projet et en désirait la réalisation.

Il a été décidé que le Comité Central serait saisi du vœu tendant à intensifier la propagande en faveur de la création de ce foyer. Après un excellent déjeuner, tous nos confrères visitèrent les néo-Thermes de Salies en construction, et qui seront, dès l'an prochain, livrés au public. Nul n'ignore que Salies-du-Salat est une des plus puissantes parmi nos chlorurées sodiques et que les enfants, en particulier, retireront de cette station le plus grand profit (traitement post-opératoire de la luxation congénitale, etc. en somme maladies que l'on soigne à Berck).

Dans cette province du Comminges, qui a gardé si longtemps l'empreinte gallo-romaine, un groupe thermal puissant peut se constituer, car Luchon avec ses sulfurées sodiques ; Salies ses chlorurées ; Barbazan ses sulfatées calciques, magnésiennes ; La Barthe-de-Rivière dont les eaux (type Evian) emportent plus qu'elles n'apportent ; Ganties sédatives (type Néris), pourraient constituer le Comminges thermal.

Nous ne voulons pas dire cependant que les station, telles que Encausse, Siradan, Saléchan, Ste-Marie Boussan, soient des quantités négligeables. Elles pourraient s'adjoindre à leurs sœurs aînées.

Le Comminges thermal, à côté de l'Auvergne thermale tiendrait certainement à honneur, avec d'autres groupements fédéraux, de faire partie de la Fédération thermale française dont tous souhaitent la réalisation.

— **Le Xe Congrès d'hygiène** organisé par la Société de médecine publique et de génie sanitaire, se tient à Paris, dans le Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, du 22 au 25 *octobre* 1923, sous la présidence d'honneur de Monsieur le Ministre de l'Hygiène.

Lundi 22 *octobre.* — A 15 h. 30, Assemblée générale dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, de l'Association amicale des médecins hygiénistes français (réunion privée strictement réservée aux membres de l'Association).

Mardi 23 *octobre.* — A 9 heures, au nom de la Société de médecine publique, M. le Secrétaire général : hommage à Pasteur. L'œuvre de Pasteur et l'hygiène ; discours de M. le Président de la Société ; discours de M. le Président d'honneur ; communication : M. le professeur Calmette : La nouvelle organisation de l'Ecole de pratique sanitaire de l'Institut Lannelongue.

A 14 heures, rapport de M. M. Dautry, ingénieur en chef à la Compagnie du Nord, et M. le Dr Even, député : Hygiène et transports en commun ; rapports de MM. de Boissezon, Cavaillon, Emeric, inspecteurs départementaux d'hygiène : rapports sur leur voyage d'études en Angleterre et en Autriche ; M. de Boissezon : Les assurances nationales en Grande-Bretagne ; M. Cavaillon : Un bureau d'hygiène en Ecosse ; les services municipaux de protection de la santé publique de la Ville de Glasgow (avec projections cinématographiques) ; M. Emeric ; La lutte antisyphilitique en Angleterre et en Autriche (parallèle et comparaison). Communications : M. le Dr Miron (de Bucarest) : Les épidémies à Bucarest pendant l'occupation allemande ; M. le Dr Paquet : La mortalité par tuberculose serait, depuis la guerre, en diminution dans les villes et en augmentation dans les campagnes ; M. le Dsr Labesse : Médecins praticiens et lutte antituberculeuse.

A 18 heures, transmission par radiotéléphonie d'une conférence d'hygiène présentée par M. le Dr Bosquain, directeur du Bureau d'hygiène de Nanterre.

Mercredi 24 *octobre.* — A 9 heures, conférence de M. le professeur Borrel : Les bactéries envisagées au point de vue de l'épuration biologique. Etat actuel de la question ; rapport de M. Diénert, chef du Service de surveillance des sources de la Ville de Paris : Captation des sources, adduction et distribution des eaux potables. Législation actuelle. Communication : M. Bezault : Les égouts et les rats.

A 14 heures, rapport de M. M. Rochaix, professeur agrégé d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon, et M. Mazerolle, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées La question des ordures ménagères. Rapport de M. Dezust, de l'Institut Pasteur : Les contaminations par les ustensiles de table. Leur prophylaxie. Communications : M. le Dr Gommes : L'hygiène personnelle dans le travail ménager ; M. le Dr Marcotte : De la statistique

des décès des enfants jusqu'à un an ; M. le professeur PARISOT : De l'enseignement de l'hygiène aux enfants des écoles ; M. le Dr P. BODROS : L'hygiène et le cinématographe.

A 18 heures, projections cinématographiques. Film de propagande d'hygiène.

Jeudi 25 octobre. — A 9 heures, rapport de M. le médecin-major BOIGEY, médecin-chef à l'Ecole de Joinville : Effets salutaires de l'exercice aux différents âges de la vie et dangers du surmenage ; communication : M. le Dr ICHOK : L'éducation physique et la préservation sociale de la tuberculose.

A 14 heures, visite d'une usine de produits alimentaires.

A 10 heures, banquet sous la présidence effective de M. le Ministre de l'Hygiène. Prix du banquet : par personne : 30 francs. Prière de s'inscrire dès à présent, si possible, auprès de M. le Dr BRIAU, 42, rue d'Anjou, Paris (VIIIe).

— **Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire**, 156 *bis*, avenue de Suffren. Chef de service : M. le Dr F. CATHELIN. — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes.* Semestre d'hiver à partir du jeudi 18 octobre 1923.

PROGRAMME. — Consultations, tous les jours, sauf le vendredi, de 9 heures à 11 heures. — Opérations et lithotritie, les vendredis à 9 heures, au Pavillon-Annexe. — Cystoscopie et cathétérisme des uretères, les mardis et samedis à 9 heures et demie. — Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches, les jeudis à 10 heures. — Injections épidurales, radiographies et électricité (haute fréquence) les mercredis à 9 heures et demie. — Urétrites, examen des gouttes et radiographies, les lundis à 9 heures. — Traitements, tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le Musée, la Bibliothèque et les Laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés.

— **Le « Rhumatisme » ou « Arthrite sèche » de la hanche est une malformation congénitale méconnue.** (D'après 80 pièces anatomiques). — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot a fait, le mercredi 10 octobre, de 9 heures 1/2 à midi, dans sa clinique, 69, quai d'Orsay, outre plusieurs interventions orthopédiques une démonstration sur la *nécessité de réviser la pathologie de la hanche*, tant médicale que chirurgicale. Pièces et documents prouvant que :

1° *Près de moitié* des cas actuellement étiquetés *coxalgie* (enfants et adultes réunis) ne sont pas des coxalgies, mais des *arthralgies de hanches malformées*, dont l'équilibre fonctionnel est rompu.

2° Les hanches étiquetées « rhumatisme localisé » « arthrite sèche déformante », *Morbus coxae senilis*, « ostéochondrite ou coxaplana », c'est aussi des *malformations congénitales méconnues* (latentes cliniquement tant qu'elles sont bien « compensées »), sur lesquelles peuvent se greffer des manifestations d'arthritisme, tout comme il s'en produit sur des fractures ou des luxations.

Et, sous ces diverses étiquettes, c'est toujours la même malformation congénitale : à savoir une ébauche de luxation ou subluxation « intracotyloïdienne » (Bouvier) aux aspects multiples et changeants suivant les individus et suivant les âges, vraie maladie-Protée.

Et pourtant l'identification de la lésion originelle fondamentale reste toujours possible par les appoints réunis de la clinique et de la radiographie.

— **Luchon.** *Réception du 17e congrès de médecine de langue française.* — Tout récemment, le 17e Congrès de médecine de langue française, dont les brillantes assises se sont déroulées à Bordeaux, au cours de la semaine dernière, a décidé de passer sa dernière journée de travail auprès des Thermes de Luchon.

Conduits par M. le professeur ARNOZAN, qui est une des figures les plus représentatives de la médecine contemporaine, MM. les professeurs BOHUMIL PRUSICK, de Prague ; HAMM, de Strasbourg ; JEANNENY, de Lille ; RYSTEDT (médecin du roi de Suède), de Stockolm ; ROCH, de Genève ; BOISSONNAS, de Genève ; HAMMER d'Amsterdam ; FROSSARD, de Paris ; sont arrivés dimanche soir, à 5 heures.

Une délégation de la Société des études médicales de Luchon, présentée par son président, le docteur AUDUBERT, attendait les congressistes sur le quai de la gare.

Plusieurs dames s'étaient jointes à eux, et leur présence ajoutait un charme nouveau au plaisir de cette réception.

Immédiatement, les congressistes voulurent occuper leur soirée en visitant les Thermes sous la conduite du directeur technique et du corps médical.

M. Pierre de GORSSE, fils du distingué médecin de Luchon, fit en quelques minutes, l'historique des origines gallo-romaines de notre ville ; il rappela la gloire de Luchon à l'époque de la puissance du *Lugdunum Convenarum*, et insista sur les précieux souvenirs que possède de cette époque, l'établissement thermal.

M. ARNOZAN répondit fort à propos que c'était là de véritables lettres de noblesse, et la visite de l'établissement thermal commence sous la direction du corps médical luchonnais.

Le soir, un dîner intime, remarquablement servi par l'hôtel de la Poste, réunissait les congressistes et les médecins luchonnais.

A l'heure du toast, M. le docteur AUDUBERT, président de la Société des études médicales de Luchon, leva son verre en l'honneur des dames et en l'honneur des congressistes ; remercia le professeur ARNOZAN du grand honneur qu'il faisait à la ville en étant venu lui-même accompagner de si illustres visiteurs, et, en quelques lignes, donna les indications thérapeutiques des eaux thermales de Luchon.

Les applaudissements avaient à peine cessé, que le professeur ARNOZAN se leva et, dans une improvisation vraiment charmante, dit un mot aimable à tous, et remercia ses collègues Luchonnais de la réception si aimable qui leur avait été réservée.

Le soir, un concert des plus artistiques avait réuni ces Messieurs dans la grande salle des fêtes du Casino, et le lendemain une ascension à Superbagnères, par une journée exquise, permit aux congressistes de constater à quel point Luchon « Reine des Pyrénées » l'était par la beauté de ses sites, la douceur de son climat et sa valeur climatique, autant que la veille ils l'avaient constaté au sujet du thermalisme, dans la visite consacrée aux bains de Luchon.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
THIRON ET Cie, SUCCESSEURS
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Un de mes clients a été interné à l'asile d'E. pendant la guerre, il en est sorti en 1918 et a obtenu une pension temporaire avec 80 % d'invalidité expirant le 26 décembre 1921.

Le 24 juin 1922, la pension temporaire a été convertie en pension définitive avec 40 % d'invalidité.

Le 2 décembre 1922, l'état du malade s'étant subitement aggravé, j'ai écrit à la préfecture pour demander son hospitalisation ou plutôt son internement.

La préfecture a répondu à côté, en prescrivant au maire de la commune de réunir le Conseil municipal pour décider si la famille était en situation de payer les frais d'internement et, dans le cas contraire, d'en prendre une partie à sa charge. J'ai fait observer à la préfecture que les frais d'internement d'un réformé, atteint d'aliénation mentale, étaient intégralement à la charge de l'Etat et je réitérais ma demande d'internement de mon client. La préfecture ne donnant plus signe de vie et la situation du malade devenant critique, la famille dut le faire interner le 23 décembre, et depuis cette époque, elle paye les frais d'entretien à l'asile, le montant de la pension avec 40 % d'invalidité étant insuffisant.

Comment obtenir de la préfecture qu'elle fasse interner, le cas échéant, un militaire réformé pour troubles mentaux ?

Dr G.

Réponse.

La première question à vous poser pour le jeu de l'art. 55 est la suivante : votre client était-il bien pensionné pour *aliénation mentale*.

Si oui, l'art. 55 prescrit : « La pension définitive ou temporaire allouée pour cause d'aliénation mentale à un militaire ou marin interné dans un établissement public d'aliénés ou dans un établissement privé faisant fonctions d'asile public sera employée, à due concurrence, à acquitter les frais d'hospitalisation. »

Or, votre malade est interné ; faites donc réclamer auprès de la préfecture l'application de l'art. 55. Pour cela, établissez la déclaration qui figure au carnet de bons de visites (art. 64), indiquant :

1° L'affection dont est atteint le malade ;

2° La maladie cause de la pension. Adressez cette déclaration au préfet, sous pli fermé et en franchise, et joignez-y un certificat, indiquant les raisons de l'internement (art. 55).

Le préfet avisera le maire, que les frais d'hospitalisation doivent incomber à l'Etat (si l'art. 55 doit jouer ainsi qu'il est dit précédemment).

A noter que, d'après le même article 55, il est prélevé, *avant tout*, sur la pension, le montant d'une pension de veuve, et les majorations pour enfants. L'Etat supporte seul la partie des frais d'hospitalisation qui n'auraient pu être acquittés par suite de la retenue exercée sur la pension.

G. F.

Abattements sur deux cédules différentes.

Je vous serais reconnaissant de me renseigner sur l e point suivant :

Jusqu'à cette année, au titre de l'impôt sur le revenu, le contrôleur avait admis deux cédules différentes :

1° Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales pour les honoraires que je recevais de ma clientèle privée ;

2° Impôt sur les traitements et salaires pour un traitement que je touche des usines de M. dont je suis le médecin.

Je bénéficiais ainsi de deux dégrèvements à la base.

Cette année, le contrôleur a été changé et le nouveau contrôleur a totalisé les revenus et ne m'applique qu'une seule cédule, impôt sur le bénéfice des professions non commerciales. Mes impôts ont été plus que doublés d'un coup — et je trouve la note un peu forte.

J'ai immédiatement adressé une réclamation à la préfecture pour réclamer le maintien des 2 cédules.

Ai-je quelque chance d'avoir gain de cause. Si je n'ai pas satisfaction, dois-je aller devant une juridiction supérieure, le Conseil d'Etat, je crois.

Dr X.

Réponse

La jurisprudence n'étant pas établie à ce sujet devant le conseil d'Etat, il y aurait lieu d'introduire une instance pour faire juger le différend.

A. Martinot,
conseiller fiscal.

Calcul d'impôt sur le revenu.

Membre du *Concours* et du « Sou médical », je vous serais obligé de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

J'ai fait, en son temps, ma déclaration d'impôt sur le revenu. J'ai déclaré comme revenu global : 15.726 fr., dont 9.631 fr. revenu de bénéfices professionnels, et 6.095 fr. revenu propriétés et valeurs.

Je suis marié et père de deux enfants. J'habite C., ville de 5.000 habitants. Que dois-je payer comme impôts ? Je suis imposé pour 180 fr. 08, dont 134 fr. 13, professions non commerciales et 45 fr. 90, impôt général sur le revenu. Est-ce exact ?

Réponse

Le montant de l'imposition est exact et calculé comme suit :

1° En ce qui concerne les bénéfices des professions non commerciales :

$$\frac{[9.631 - (6.000 + \frac{8.000 - 6.000}{2})] \times 6}{100} = 157 \text{ fr. } 8$$

$$157 \text{ fr. } 86 - \frac{157,86 + 15}{100} = 134 \text{ fr. } 18$$

2° En ce qui concerne l'impôt général sur le revenu :

$$\frac{[15.700-(6.000+3.000+4.000)] \times 2}{100} = 54 \text{ fr.}$$

$$54 \text{ fr. } - \frac{54 \times 15}{100} = 45 \text{ fr. } 90$$

A. M.

Application du Tarif Breton.

I

Injection antitétanique faite en 2 fois.

Un grand nombre d'accidentés du travail ont, au cours de la guerre, reçu une ou plusieurs injections de sérum antitétanique pour blessures.

Actuellement, quand, à l'occasion d'une blessure, reçue à l'occasion du travail, il y a lieu de faire une nouvelle injection de ce sérum, je fais cette injection en deux fois, pour éviter autant que possible des accidents d'anaphylaxie, qui, s'ils ne sont que rarement graves, sont toujours très pénibles. Le blessé est naturellement obligé de revenir chez moi deux fois dans la même journée et je dois lui fixer un rendez-vous, qui m'oblige parfois de remettre une visite à un autre moment pour être exact audit rendez-vous.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître :

1° Comment je dois tarifer cette intervention spéciale sur ma note d'honoraires ;

2° Au cas où j'aurais droit à une rémunération supérieure au prix de 20 fr. fixé par le tarif Breton, comment je dois libeller cette intervention spéciale sur ladite note.

Dr R.

Réponse.

L'injection antitétanique est tarifée 20 francs, qu'elle soit faite en une ou deux fois. Si elle vous oblige, comme dans le cas que vous indiquez, à une deuxième visite ou consultation, je trouve légitime de compter cette deuxième visite ou consultation, mais, cette fois, au prix ordinaire.

F. D.

II

Déplacements pour un panaris.

Membre du « Sou » et du *Concours médical*, je vous serais très obligé de vouloir bien me donner votre avis au sujet du différend que j'ai avec la Compagnie l'A... et que vous trouverez très bien exposé par les deux documents suivants : J'ai répondu qu'ayant fait effectivement les visites dont je demande rémunération d'une part, que, d'autre part, n'ayant aucun moyen et aucune raison de faire faire par tous les temps à pied (car atteint d'un panaris des gaines, il ne pouvait faire de bicyclette) 14 kilomètres à un blessé, qui a eu une grosse fièvre les premiers jours

je maintenais mes prétentions et ai informé la Compagnie que j'allais prendre conseil du « Sou médical ».

Dr D.

Réponse.

L'art. 1er est formel : (le prix de la visite faite au domicile d'un blessé qui ne peut se présenter à la consultation, sans inconvénient pour sa santé, est fixé.....). Un blessé atteint d'un panaris de l'index gauche *peut* aller à la consultation. S'il a été fiévreux les premiers jours, comptez 2 ou 3 visites ; mais vous avez compté 9 visites et une seule consultation, le jour du certificat de guérison. Dans ces conditions, je crois que, devant les juges, la Compagnie aurait gain de cause.

F. D.

III

Appareil provisoire de nuit.

Abonné du *Concours*, j'ai recours à votre obligeance pour le cas suivant :

J'ai été appelé, il y a quelque temps, à 4 heures du matin, à 5 kilomètres de mon domicile pour un accident (fracture ouverte du tibia et du péroné, tiers inférieur), je fais un pansement et pose un appareil provisoire disant que je reviendrais dans la matinée avec un confrère qui, sans être uniquement chirurgien, pratique dans notre ville la chirurgie courante. Nous sommes revenus tous les deux dans la matinée et avons réduit la fracture, refait le pansement et posé un appareil plâtré. Nous n'avons pas fait d'anesthésie.

Pour tout cela :

1° Visite de nuit (à 5 kil. × 2).

Pose d'appareil provisoire.

2° Visite de jour avec confrère, réduction de fracture et appareil plâtré, chacun notre déplacement de 5 kil. × 2.

Que dois-je demander ? Puis-je envoyer une note collective pour nous deux, ou le confrère doit-il envoyer sa note à part ?

Dr L.

Réponse.

Voir « *Avis* » insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921 : (par analogie, etc..., il y a lieu de tarifer au prix de 50 francs (1re catégorie), les soins d'urgence donnés, dans ces cas, par le médecin et la pose de l'appareil provisoire, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin ».

Donc, pour votre intervention de nuit, comptez 50 fr. + majoration de 25 % pour la nuit (art. 8) plus déplacement, plus certificat. Pour le lendemain, c'est *au chirurgien*, à compter la réduction et contention de fracture.

Quant à vous, demandez 50 fr. comme *aide* (art. 11) et chacun de vous son déplacement.

F. D.

IV

Soins à l'hôpital

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, j'ai recours à votre obligeance et je viens vous demander de bien vouloir m'aider dans l'établissement d'une note d'accident du travail.

J'ai été appelé lundi matin à la sous-station électrique de B. pour le directeur qui venait d'être touché par 30.000 volts.

J'y suis arrivé à 9 h. 1/2.

Le blessé couché sur une peau de mouton :

1° Injection huile camphrée et caféine ;

2° Transport chez lui, tout à côté.

Je fais pansement d'urgence pour ses brûlures :

a) Brûlures des deux plantes des pieds (dimension pièces de 5 fr., brûlures à face plantaire du gros orteil droit et brûlure de la moitié du bord externe du pied gauche) ;

b) Brûlure de la face externe et postérieure de la cuisse gauche allant par endroit jusqu'au fémur, dimension plus de la moitié de la cuisse ;

c) Brûlure de la région de l'épaule droite mettant à nu l'épine de l'omoplate, gros hématome de la région sous-épineuse, brûlure légère du coude.

Emphysème sous-cutané du bras droit.

Les pansements faits, je fais transporter le blessé à l'hôpital de B. où je vais l'attendre et où je fais demander le médecin de l'hôpital, l'excellent confrère B. Nous *le* voyons ensemble et décidons d'appeler un chirurgien, le Dr G. qui viendra à 6 h. Je pars de l'hôpital à 11h. 1/2.

La direction nous fait dire par téléphone de ne reculer devant rien pour le soigner, ne pas nous occuper des frais. D'accord avec le confrère B., je revois le blessé à 14 h. et le soir à 18 h. 30 avec confrères B. et G.

Nous trouvons le directeur de la Compagnie qui met tout le nécessaire à notre disposition, fait envoyer les pansements utiles. A la demande du Dr B., je me trouve mardi matin, à 9 h. 15, à l'hôpital avec lui pour les pansements et le soir à 17 h. avec lui et le Dr G.

Entre temps, je reçois la visite d'un confrère envoyé de Paris par la direction générale de la Société pour voir le blessé et me demander si nous n'avons besoin de rien et mettre tout le nécessaire à notre disposition.

J'ai revu le blessé hier matin avec le Dr B. et hier soir vers 15 h., le Dr G. ayant jugé inutile de revenir l'état étant désespéré... De fait, décès cette nuit.

Je dois reconnaître la conduite absolument parfaite de la Compagnie. Ceci dit comment dois-je compter :

1° Brûlures des pieds : 2 petites brûlures	15	»
Brûlures de la cuisse	37	50
Brûlures de l'épaule	37	50
	90	»

(2e catégorie).

Faut-il compter le temps supplémentaire passé (2 heures de présence) ?

Le certificat donné en 2 exemplaires contient tou-

tes les indications que je vous donne. Dois-je tarifer 10 fr. seulement, oui, il me semble ?

Le blessé étant à l'hôpital, théoriquement, je n'ai plus à compter de visites. Dois-je le faire ?

Mon intention est d'envoyer ma note à la Compagnie leur disant : voilà, au point de vue légal, ce que vous me devez, mais j'ai fait les visites en plus parce que médecin traitant et pour aider les confrères.

D'ailleurs la Compagnie n'était nullement tenue à fournir du matériel de pansement, elle l'a fait de très bon cœur. C'est évidemment une Compagnie épatante, non seulement elle payait, mais deux fois par jour directeur ou son représentant venait aux nouvelles. Pour une fois, il faut rendre justice. Dr V.

Réponse.

Première visite à 9 h. 1/2 : pansements de brûlures : pied (15 fr.) ; cuisse (15 fr.) ; omoplate (15 fr.) ; plus certificat (5 fr.) = 50 francs au total.

2° Autres visites à l'hôpital. *Rien* à réclamer d'après les beautés du « Tout compris » que peut vous opposer l'assurance. Tel est le tarif officiel, *stricto sensu....* *Mais*, si vous pouvez prouver que le directeur de la Compagnie où travaille le blessé, vous a donné mission de le soigner, ce n'est plus le tarif Breton qui est en jeu (tarif de la part patronale quand c'est le blessé qui a choisi son médecin). Ce serait, alors, le tarif ouvrier ordinaire de la région. Auquel cas, vous et votre confrère, vous pourriez présenter la note que vous jugez équitable, en conscience, suivant la valeur technique de vos interventions. F. D.

Application du Tarif Maginot.

Pensionné parisien soigné en province

J'ai soigné à X..., à 10 kilom. de B..., où j'habite, dans le département de Y... (centre de la France) un pensionné de guerre venu de Paris. Son carnet étant de la Seine, j'ai adressé à Paris ma note contenant deux visites à 6 fr. *plus* 20 kil. de déplacement. La Commission de contrôle de la Seine me répond que « elle ne tient pas compte du tarif appliqué pour les visites éloignées de votre domicile. En conséquence, vous voudrez bien compter vos visites à 10 francs».

Conclusion : dorénavant, je n'accepterai plus les bulletins de visite de la Seine. Mais, dans l'intérêt des pensionnés eux-mêmes, il y aurait utilité à faire une réclamation d'ordre général.

Dr S.

Réponse.

J'ai déjà répondu à ce sujet dans le *Médecin Syndicaliste* (question 151).

« Le bon sens, disais-je, indique que par le mot « domicile », à l'art. 60, on a voulu faire entendre l'endroit où habite le pensionné, *durant* qu'il reçoit les soins à tarifer. Depuis, j'ai consulté, à la Commission supérieure, le représentant du Ministère, à ce sujet. Il paraît que l'Administration, d'accord avec le bon sens, admet mon interprétation et, par conséquent, que l'on paye, pour un Parisien à la campagne, le prix « campagnard » de la visite, *plus* les frais de dé-

placement. C'est également l'avis officieux de mes autres collègues de la Commission. Les confrères lésés n'ont donc qu'à refuser les prix « parisiens » et à en appeler à la Commission supérieure, dans les 20 jours de la notification de l'avis de la section de la Commission départementale parisienne qui a refusé de leur payer leur déplacement.

F. D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Régime des malades en état d'anasarque

Réduction des liquides, sans cependant descendre au-dessous de 800 à 1.000 grammes d'eau par 24 heures.

L'application du *régime déchloruré*, qui est de rigueur, permettra le choix d'un grand nombre d'aliments, mais imposera l'exclusion de quelques-uns.

Les salaisons, la charcuterie, les conserves salées, devront naturellement être supprimées ; de même, tous les assaisonnements dans lesquels entre le sel.

Parmi les aliments d'un usage quotidien, ce sont surtout les potages et le pain qui renferment une importante quantité de sel. On devra donc, ou supprimer les potages, ou les préparer au lait ou au bouillon de légumes sans sel, et n'user que de pain préparé spécialement sans sel. S'il n'est pas possible de s'en procurer, remplacer le pain déchloruré par des pommes de terre bouillies.

Le poisson de mer, à l'état frais, renfermant une plus forte proportion de chlorure de sodium que le poisson d'eau douce, est déconseillé ; de même, les coquillages et les crustacés.

La viande, les œufs, les légumes et fruits, le lait, les farines, les pâtes alimentaires, non additionnés de condiments, ne renferment que peu de chlorure de sodium, et sont permis.

En fait de fromages, le fromage blanc ou lait caillé, et celui qu'on appelle en France, fromage suisse, sont également autorisés. Il sera possible d'y ajouter le fromage de gruyère, très peu salé d'après toutes les analyses ; en raison de sa valeur nutritive et de son goût salé, ce fromage pourra très utilement entrer dans l'alimentation déchlorurée, notamment à l'état râpé, pour assaisonner les potages et les pâtes.

Les corps gras : beurre frais, graisse, huile conviennent très bien. Il en est de même du sucre, du miel et de toutes les sucreries, qui ont, en outre, l'avantage de favoriser la diurèse.

Pour remédier à la fadeur des aliments consommés sans addition de sel, préparer les mets avec divers condiments non salés : herbes aromatiques, thym, laurier, estragon, poireaux, oignons, ail, poivre, vinaigre, citron.

En somme, si, bien entendu, le malade n'est pas, en même temps, un azotémique, le régime comportera l'usage de divers potages, de viandes, d'œufs, de légumes très variés, de pâtes alimentaires, de quelques fromages, des entremets, de tous les fruits crus ou cuits, et de pâtisseries sans sel.

Le lait pourra entrer dans la préparation des aliments déchlorurés. Il pourra être aussi consommé en nature. Toutefois, comme le lait de vache renferme environ 1 gr. 50 de sel par litre, et qu'il a, d'autre part, le désavantage d'introduire aussi un volume de liquide considérable, comme enfin sa digestion n'est pas toujours aisée, il y a lieu d'en réduire la consommation au minimum.

Il convient, avant tout, de ne pas oublier que, pour résorber les œdèmes, il faut ingérer et digérer une quantité suffisante d'aliments, pour que l'organisme accomplisse un travail nutritif indispensable au jeu de échanges.

On commencera le traitement par trois journées de *diète hydrique*, avec de l'eau lactosée en quantité modérée : un litre au maximum par jour.

Il sera souvent utile d'administrer le calomel à doses fractionnées, contre la stase hépatique.

Dr A. SATRE,
(de Grenoble).

ANTHOLOGIE MÉDICALE

L'Enfance

L'enfant croît, s'étirant de son plasma pulpeux,
Le bourrelet s'efface où sombrait la jointure ;
Le visage s'anime et rit à la nature ;
Le trait prend son relief, en le masque adipeux.

Cinq ans, au brunissoir, passent l'or des cheveux
Le lait est devenu bien fade nourriture ;
L'enfant tend son museau, collant de confiture,
Au baiser qui se glace, à deux sillons morveux.

Le « gosse » a ses dix ans, que Poulbot aime et raille
Alerte à la riposte et prêt à la bataille...
Mais peureux dans son lit quand le soir est tombé.

Quinze ans ! c'est l'âge ingrat, la morgue du potache,
C'est le premier cigare et les vers à Phœbé...
Et c'est le poil follet qu'on croit de la moustache.

Dr LOUVEL,
(La Ferté-Macé).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

***Concours Médical,* Paris, 167-95.**
***Sou Médical,* Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale,* Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français,* Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical,* du Dr Eschalier, de Claye-Souilly (S.-et-M.), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 523. — Paris. A vendre beau lit d'enfant laqué, garnitures cuivre, 1 m. 35, avec sommier et 2 piqués, 250 francs.

No 524. — Côte d'Azur, région préméditerr., médec. marié recevrait dans villa 1 ou 2 j. filles ou dames peu malades, confort, parc, rue sur mer, etc. Ecrire: Dr Bovier, 24, rue de l'Yvette, Paris.

No 525. — Aux membres du *Concours* et du « Sou », les grands élevages des Flandres et des plaines toulousaines réunis, accordent une réduction de 10 % sur tous leurs produits : poules, canards, oies, dindons, pintades, pigeons, lapins ; chiens, collies d'Ecosse et fox-terriers, reproducteurs de race pure, pédigrée illustre ; œufs à couver, poulettes, leghorns blanches et bresses noires, notre spécialité, de notre strain de grandes pondeuses d'hiver (record de ponte 275 à 290 œufs), grands prix d'honneur et de collection aux expositions internationales de France et de l'étranger. Catalogue et renseignements sur demande au docteur Ruyssen, Haubourdin (Nord).

PATHOLOGIE

Un curieux cas de fièvre puerpérale,

Par le Docteur BENOIST, de Choisy-le-Roi.

Le Congrès de la fièvre puerpérale sera surtout pour les médecins un rappel aux disciplines de l'asepsie. Il y a été dénoncé encore une fois la présence extrêmement fréquente du streptocoque (50 % des cas). Si d'ailleurs, comme il le faudrait, on retire à la fièvre puerpérale les infections banales qui s'y raccrochent, telles que plaies de la vulve infectées, endométrites, salpingites et ovarites réveillées plus ou moins par l'accouchement, pour ne laisser dans ce syndrome que les états septicémiques et pyohémiques qui d'ailleurs ne font qu'un, on peut dire que la présence de cocci en chaînette est presque constante. De là à considérer le streptocoque comme l'agent exclusif de cette terrible affection, il n'y a qu'un pas, si vite franchi depuis les premières constatations de COSE et FELTZ que c'est à peu près l'opinion unanime des praticiens et des maîtres.

L'observation récente d'une de nos malades, sans rien prouver de définitif, donne matière à la réflexion. Sans dire avec le poète : *ab uno disce omnes*, nous nous faisons un devoir de la

publier en la commentant d'une imagination raisonnée, aidée de notre humble expérience.

Madame P... entre en douleurs le 20 juillet dernier avec une rupture prématurée des membranes. Deux jours après, le travail étant stationnaire, la sage-femme appelée l'envoie à l'hôpital. Le 23, accouchement terminé par une application de forceps probablement au détroit supérieur. Le lendemain, frissons répétés et température avoisinant 40°. Curettage le 27. Le lendemain, 41°4. Devant les phénomènes persistant d'infection grave, on crée un abcès de fixation le 30. Du même jour, *hémoculture négative.* L'infection persiste. Le 15 août nouvelle hémoculture négative. La malade demande sa sortie qui est autorisée le 17, aucun traitement local n'étant plus indiqué.

Du 19 au 30 août la malade est soignée à l'électrargol par le docteur de la Rue, de Vitry, qui me remplace. Je la vois le 1er septembre avec lui. Elle présente l'aspect classique d'une femme dont l'infection puerpérale vieille de cinq semaines n'a pu être vaincue : température variant de 39° à 40°, pouls oscillant de 150 à 160, teint plombé, amaigrissement et escharres cachectiques. Dans la région costo-rénale droite il existe un empâtement sans matité pleurétique et au niveau de la hanche gauche un volumineux abcès spontané.

Le 2 septembre, j'incise cet abcès dont une partie du contenu recueilli aseptiquement est envoyé au laboratoire Grémy pour analyse et confection d'un auto-vaccin.

L'analyse revenue le 5 révèle : *très nombreux polynucléaires altérés, quelques staphylocoques ; pas de streptocoques, nombreux cocci et bacilles qui semblent être du bacille de Pfeiffer.*

J'examine à nouveau le côté droit et je ponctionne la plèvre dont je retire une tasse de *liquide citrin.*

Le 6, le laboratoire Grémy me fait connaître que l'autovaccin n'a pu être préparé, l'ensemencement fait seulement sur gélose ordinaire n'ayant rien donné, ce qui paraît confirmer le diagnostic de *bacille de Pfeiffer.* Il m'adresse trois tubes de stock-vaccin, mais la malade meurt le lendemain sans que j'aie pu en tenter l'emploi.

Il nous reste, à l'aide de notre bagage scientifique, à discuter cette observation curieuse.

Loin de nous, certes, la pensée de conclure que la fièvre puerpérale est une infection grippale. Mais, tout d'abord, le fût-elle ? Il n'y aurait cependant rien d'étonnant à ce que l'hémoculture ne révélât jamais le bacille de Pfeiffer et presque toujours le streptocoque, car ce dernier est fréquemment associé dans d'autres cas au bacille de la grippe dont il favorise le développement, alors que ce dernier n'a jamais été trouvé *in vivo* dans le sang des malades...

Mais au Congrès de la fièvre puerpérale, M. Vaudescal signale l'influence toujours néfaste du travail au cours de complications pulmonaires de la grippe. Il se produit alors des septicémies sans localisations utérines et il relève 12 % de mort si l'accouchement ne se produit pas et 40 % si le travail se déclare...

Ne connaissons-nous pas tous, par ailleurs, ces fièvres puerpérales qui lors de la guérison se terminent par des broncho-pneumonies mises au compte de foyers pyohémiques ou de lésions *a frigore* au cours des interventions prolongées.

Mais ne savons-nous pas que le sérum antistreptococcique est sans action sur la fièvre puerpérale déclarée, alors que précocement injecté il a une efficacité constante sur l'érysipèle dont il réduit facilement la durée à 4 à 5 jours. D'autre part ce dernier, affection streptococcique type, se complique moins d'état septicémique vrai que parfois d'endocardite...

Plus encore, on a redit au Congrès que la rupture prématurée des membranes et la *rétention placentaire* constituent un facteur important d'infection. Certes oui, et on ne saurait le répéter trop haut : s'il est vrai que les plus rigoureuses mesures d'asepsie chirurgicale doivent être appliquées à l'accouchement, ne savons-nous pas qu'elles ne préservent jamais de la septicémie puerpérale lorsqu'il reste la moindre parcelle *placentaire* dans l'utérus, de même que lors d'une parfaite délivrance, les mauvaises conditions d'hygiène d'une abominable pratique courante ne suffisent pas à provoquer l'infection.

Or qu'entraîne la délivrance incomplète (je parle du *placenta*, non des membranes qui importent moins) ? Elle entraîne l'*hémorragie utérine* ... Or quelle est la caractéristique du *bacille de Pfeiffer* ?

Ouvrons notre Courmont et nous y voyons qu'il cultive seulement en présence du *sang*, sur milieu *hématique*, qu'il exige de l'hémoglobine dans les milieux nutritifs : gélose sanglante, sang de pigeon ou sérum de lapin additionné d'hémoglobine et que cette particularité est si *spéciale* qu'on a proposé de l'utiliser en médecine légale pour la recherche du sang.

Alors l'accouchement ne créerait-il pas avec l'aide des associations microbiennes le milieu de culture nécessaire au bacille de Pfeiffer.

On ne l'a jamais vu dans les hémocultures, mais *in vivo* on ne le trouve pas non plus dans le sang des grippés. L'utérus mal délivré, où s'écoule le sang en cavité close, *in vitro* si j'ose dire, ne réalise-t-il pas le milieu ?

Sans vouloir conclure d'une observation unique je pense qu'un cas curieux apporte parfois plus de suggestions qu'une longue statistique et ayant eu la bonne fortune de trouver une fois le bacille de Pfeiffer presque à l'état de culture pure, j'estime qu'il y aurait lieu de le rechercher systématiquement.

CORRESPONDANCE

Règlementation de la profession d'infirmier-masseur.

Voulez-vous me permettre de vous donner mon avis au sujet du projet de réglementation de la profession de masseur ?

Il est peut-être excessif ; mais le voici quand même : j'estime que la seule chose à faire est d'interdire tout massage à tout autre qu'aux médecins régulièrement diplômés.

Et pourquoi pas ? Le massage n'est-il pas un acte médical ? Ne peut-il pas être un danger pour le patient ? N'ai-je pas vu dernièrement une luxation du coude méconnue transformée en fracture de l'humérus par un « masseur » et une fracture bi-malléolaire non réduite consolidée en mauvaise position, grâce aux « soins » d'un autre « masseur ».

L'outrecuidance de ces gens-là ne connaît pas de bornes : ils annoncent froidement « *Traitement* de la goutte » ou « des déviations de la colonne vertébrale ».

L'un d'eux, étranger, ancien professeur de boxe, ajoute même sur son prospectus, dans un français pittoresque, « électrothérapie sous ordonnance médicale ».

Que sera-ce quand ces individus-là auront un diplôme quel qu'il soit ?

Pourquoi notre profession est-elle la seule à être encombrée de tous ces parasites qui, sous couleur d'être les collaborateurs du médecin, n'en sont que des concurrents illégaux ?

Parce que les médecins le tolèrent ?

Ou bien parce que la loi de 1892 ne leur donne pas le droit de les poursuivre ?

Je pense que la première chose à faire serait de provoquer la mise au point de cette loi désuète votée à une époque où les traitements physiques n'avaient pas l'importance qu'ils ont aujourd'hui et, où par conséquent, la réglementation de leur application ne s'imposait pas.

Car il est indéniable que l'exercice illégal de la médecine consiste aussi bien en l'application qu'en la prescription d'un traitement et qu'une ordonnance médicale ne peut suffire à autoriser le garçon de bain du coin à faire de la radiothérapie profonde.

Assez donc de masseurs, ventouseurs, etc., etc. Pour 1 ou 2 de consciencieux, il y en a 10 qui ne le sont pas. Que ceux qui veulent travailler honnêtement deviennent les collaborateurs permanents des médecins (mais j'entends par collaborateurs des médecins des aides travaillant sous les yeux ou tout au moins la responsabilité du médecin employeur), qui sauront bien les dresser, et par pitié pour les pauvres malades, qu'on n'aille pas par un diplôme quelconque officialiser ces illégaux.

Les *mécaniciens-dentistes* ont-ils un diplôme ? Et

ont-ils le droit d'exercer même partiellement l'art dentaire ?

Avec mes excuses pour ce long plaidoyer *pro familia*, je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments très distingués.

Réponse

La médecine n'est-elle pas la science que tout le monde pratique et connaît, sans l'avoir jamais apprise ? Est-ce le moment de rappeler ce bouffon du roi, qui avait tenu à persuader à son maître que lui-même, bien que roi, aimait à donner des conseils de médecine ?

Est-ce à dire qu'il ne faille nullement réglementer les professions connexes, auxiliaires de l'art de guérir ? Autrement dit, seuls les titulaires du diplôme de docteur en médecine doivent-ils accomplir toutes les besognes de guérison ?

Oui, à la condition que les médecins puissent avoir constamment, sous leur direction immédiate, infirmiers de toutes sortes, auxiliaires à titres divers, qui les aident à soigner les malades.

Malheureusement, en pratique, il n'en est pas ainsi et les médecins sont souvent les premiers auteurs de l'exercice illégal de la médecine, en confiant à des tiers non médecins, des pansements à faire, dans leurs cliniques, ou dispensaires, des massages, des piqûres, etc., etc.

Ces fâcheuses habitudes sont si fréquentes que le tarif Breton a spécifié que, dans le cas d'accidents du travail, les honoraires de pansements ou autres ne seraient dus que lorsque ce serait le médecin traitant qui les effectuerait lui-même.

Ceci posé, oui, il est à craindre que, munis d'un diplôme officiel, infirmiers comme masseurs ne se livrent à l'exercice illégal de la médecine. Mais, ils sont légion ceux qui, sans aucun diplôme, pratiquent l'art de guérir. Ce n'est pas le parchemin qui incitera quelqu'un de malhonnête à commettre de véritables abus de confiance, en laissant croire à une prétendue science de guérir.

Bien au contraire, les éducateurs des infirmiers devront insister sur ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire.

Pour ma part, je crois qu'une réglementation sera un bien pour la santé publique. D'abord, les masseurs diplômés, ayant suivi des cours réguliers, d'après un programme bien déterminé, dans une école *ad hoc*, seront moins dangereux pour la santé publique que tous ceux qui, à l'heure actuelle, se décernent des titres ou des diplômes absolument fantaisistes, sans avoir fait aucune étude médicale.

Oui, la loi du 30 novembre 1892 doit être révisée et remise au point, en ce qui concerne l'exercice illégal de la médecine. Déjà, le Congrès médical de 1906 et les études qui suivirent ces assises professionnelles avaient indiqué, au gouvernement et au législateur, les modifications à

prendre, pour mettre la loi organique de l'exercice de la médecine en harmonie avec les conceptions modernes de la protection de la santé publique.

Malheureusement, gouvernement et législateurs ont trop d'occupations politiques, pour avoir le temps de s'adonner, avec la collaboration des médecins praticiens, à tout un programme de défense sanitaire sociale.

Aussi, lorsqu'un illégal a éreinté un malade, aidons ce dernier à poursuivre l'empirique en réparation du dommage (article 1382 du code civil) laissant de côté le point de vue pénal, c'est-à dire l'exercice illégal de la médecine. Les dommages alloués à la victime seront autrement importants que les quelque cinquante francs d'amende qui seront infligés.

Mais, je me déclare encore partisan de la réglementation de la profession d'infirmier, avec toutes ses branches et spécialisations, ne seraitce que pour nous donner, à nous médecins praticiens, une garantie scientifique, vis-à-vis des auxiliaires à qui nous confions, sous notre direction, certaines besognes thérapeutiques à accomplir.

Dr Paul Boudin.

L'utilité du « Sou Médical »

Je viens de recevoir votre chèque-postal me réglant les frais judiciaires de ma poursuite contre M. et L. (accident agricole), affaire pour laquelle le « Sou » m'avait accordé non seulement son appui moral, mais encore l'appui technique de son conseil judiciaire et un appui pécuniaire de 200 fr. Je suis heureux de n'avoir point atteint la limite de ce crédit !

L'affaire s'est terminée à ma complète satisfaction, mon débiteur ayant compris qu'il avait en face de lui, non pas une faible individualité, mais la force que donne un groupement corporatif et ses « conseils » minutieusement au courant de la jurisprudence spéciale à ces sortes d'affaires. Le procès n'est pas venu à l'audience du tribunal civil, mon débiteur ayant préféré, 2 ou 3 jours auparavant, régler intégralement ma note d'honoraires ainsi que celle des frais engagés, le tout, m'a -t-on certifié, sur les conseils de son assureur qui s'était défilé en invoquant une clause de nullité de la police !

Succès complet, vous le voyez ! Et beaucoup, grâce à vous, car je ne voudrais pas que vous oubliiez de vous rappeler avec quelle amabilité vous m'avez personnellement donné les conseils qui m'ont permis de bien diriger l'affaire dès son début.

Je tiens à profiter de l'occasion pour vous prier de transmettre à M. Martinot tous mes remerciements pour deux conseils qu'il m'a donnés avec la plus grande amabilité :

(*Voir la suite page XLIII-3323*)

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 18 NOVEMBRE 1923***, dans l'ordre suivant :

I. — *A dix heures et demie du matin* : au SIÈGE SOCIAL, 132, rue du Faubourg Saint-Denis.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ORDRE DU JOUR :

1° Rapports du Secrétaire Général, du Trésorier et du Comité des Censeurs ;
2° Approbation des Comptes de l'exercice 1922 ;
3° Divers.

II. — Dans un local qui sera précisé ultérieurement.
A deux heures et demie.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1922 ;
6° Election de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Vimont, *vice président* ; A. Gassot, *trésorier* ; Pamart, *secrétaire général-adjoint* ; Noir et Bellencontre, sortants et rééligibles ;
7° Election de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Lacroix, Arago et Philippet, sortants et non rééligibles ;
8° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage ;
9° Suppression de l'incompatibilité entre les combinaisons MA et MAD.

A trois heures et demie.

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
3° Rapport des contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1922 ;
5° Renouvellement de la série sortante des membres du Conseil ;
6° Nomination de deux contrôleurs ;
7° Fixation du montant de la garantie de la responsabilité civile et éventuellement modification de divers articles des Statuts et du Réglement de la Caisse de garantie.

A cinq heures

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
3° Approbation des comptes ;
4° Questions traitées :
I. Etude historique sur la vieille Faculté de médecine de Paris.
II. Les assurances.
III. L'ordre des médecins.

A sept heures précises.

BANQUET (souscription 30 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société Civile).

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE (*Le programme en sera publié prochainement.*)

Les familles des confrères qui prendront part au Banquet sont invitées à assister à la Soirée Artistique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la Soirée sont instamment priés de se faire inscrire avant le 10 novembre, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

Une fête syndicale en Vendée
Hommage au Dr Barbanneau.

Nous revenons de Pouzauges, petite ville située au cœur du Bocage Vendéen, pays qui fut, on le sait, le berceau du syndicalisme médical.

Le Syndicat des médecins de la Vendée avait décidé d'y tenir, le 17 octobre, son Assemblée générale et de donner à cette réunion la solennité et le caractère d'une fête familiale en l'honneur de son président, le Dr Barbanneau, qui exerce depuis près de 50 ans à Pouzauges dont il est le maire depuis de longues années.

Tous les confrères qui ont fréquenté depuis trente ans les Assemblées générales de nos Associations professionnelles connaissent la belle et noble figure du Dr Barbanneau, son regard pur et franc, sa physionomie exprimant à la fois l'énergie et la bonté. Avec notre regretté président et ami Gairal, le Dr Barbanneau est le modèle accompli du médecin praticien de notre époque. Il faudrait un nouveau Balzac pour conter la vie simple, harmonieuse, utile et dévouée de ce type accompli du *médecin de campagne*. Vénéré de ses confrères, adoré de ses clients, faisant juste assez de politique pour assurer à la ville qu'il administre, avec une prudente sagesse, les bienfaits des progrès de l'urbanisme moderne sans trop augmenter ses charges, le Dr Barbanneau est un modèle plus complet et plus véridique du praticien de province que le Dr Bénassis.

Le *Concours Médical*, le père du syndicalisme médical français, ne pouvait se désintéresser d'une pareille fête. D'ailleurs le Dr Barbanneau était pour le *Concours* et ses filiales, un ami et un adhérent de la première heure. Aussi ce fut sans hésitation que nous acceptâmes l'invitation de nos confrères Pacaud et Culierre au nom du Syndicat de la Vendée. Nous eûmes donc le plaisir de nous rendre à Pouzauges. La direction du *Concours* et les Conseils de ses filiales : la *Mutualité familiale* et le «Sou médical», nous firent l'honneur de nous charger de les représenter et de porter en cette occasion au Dr Barbanneau l'hommage de leur vénération et de leur reconnaissance.

***

La cérémonie eut lieu dans la Salle des fêtes de la belle mairie que Pouzauges doit à l'ingéniosité du Dr Barbanneau. Il a, en effet, doté la ville d'un établissement à la fois élégant et utile, qui symbolise en quelque sorte l'esprit de son fondateur. Le rez-de-chaussée forme un beau marché couvert, tandis qu'au premier des bureaux, des archives, une salle de réunions et une grande salle des fêtes très éclairée et très bien comprise, offrent aux habitants des commodités et des agréments que peuvent envier nombre de villes beaucoup plus importantes.

La fête débuta par une courte séance du syndicat, où le Dr Barbanneau présenta à une centaine de confrères vendéens, accourus de tous les cantons du département, les délégués envoyés à divers titres à Pouzauges : le Dr Méloche, de Saint-Nazaire, président de la Fédération syndicale de la Loire-Inférieure et le Dr Chauvet, président du Syndicat de Nantes, membres du Conseil et délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France, dont le Dr Barbanneau a été vice-président ; le Dr Chapon, de Paris, vice-président de l'Association générale des médecins de France, directeur de la Prévoyance médicale, délégué de ces deux Associations ; le Dr Renon, président du Syndicat de Niort, enfin nous-mêmes. Et notre vieil ami qui avait tenu, avec Madame Barbanneau, à donner aux deux délégués parisiens le Dr Chapon et nous, la plus cordiale et gracieuse hospitalité, voulut bien rappeler la part que nous prîmes en commun, côte à côte, parfois en des moments très difficiles, à la lutte pour la défense professionnelle, pendant près de trente ans.

***

Le banquet, admirablement organisé et servi, égayé par un beau soleil qui donnait à la salle des fêtes un aspect radieux, fut parfait sous tous les rapports. Les organisateurs (les médecins de Pouzauges, le Dr Pacaud, vice-président, le Dr Cullerre, secrétaire du Syndicat, qui jouit auprès de ses confrères d'une grande popularité, le Dr Choyau, de la Roche-sur-Yon), pour donner un caractère encore plus familial à la fête, avaient

eu l'heureuse inspiration de convier les femmes de leurs confrères. Une vingtaine de dames étaient venues charmer de leur gracieuse présence une assemblée, qui, sans elles, eût paru moins cordialement intime et un peu austère.

Au dessert, le Dr Choyau, en une allocution à la fois spirituelle et émue, offrit à M. Barbanneau un beau bronze, figurant la tête de l'Apollon du Belvédère.

« Certains de nos confrères, dit-il, ont prétendu que ce n'était plus Apollon, mais Mercure, qui était le Dieu de la médecine. Nous n'en croyons rien et pensons qu'ils font confusion, certainement obsédés par l'emploi trop fréquent des produits du premier dans leur pratique. » Et, en termes excellents, il pria M. Barbanneau d'accepter ce souvenir des médecins vendéens reconnaissants, dont il a conquis l'affection et le respect. Deux charmants enfants, le fils et le neveu du Dr Herbreteau, de Poiré, vinrent embrasser le héros de la fête et porter, non sans peine, dans leurs petits bras, de gros bouquets de fleurs à Madame Barbanneau et à Mademoiselle Noir, qui comptaient parmi les convives.

Le Dr Pacaud prit alors la présidence effective. Dans une chaleureuse improvisation, il remercia les invités d'avoir répondu à l'appel du Syndicat ; ce fut, à notre avis, en des termes trop élogieux qu'il souhaita la bienvenue au représentant du *Concours Médical*. Puis, avec une galante courtoisie, il fit l'éloge de la femme du médecin qui, à l'exemple de Madame Barbanneau, seconde son mari dans une tâche souvent très pénible, le réconforte de son sourire et contribue pour une grande part à sa bienfaisante mission. Il émit l'espoir que les banquets du Syndicat, de plus en plus fréquentés par les femmes des médecins, donnent au groupement professionnel vendéen le caractère d'une véritable famille dont tous les membres s'aiment s'entraident et se respectent sous l'égide paternelle du président Barbanneau.

La parole fut alors donnée au délégué du *Concours Médical* et de ses filiales. Après avoir remercié ses confrères et le Dr Pacaud de l'accueil chaleureux qu'ils avaient bien voulu lui faire, il s'exprima en ces termes.

« Nous sommes, si j'en crois mon aimable et distingué voisin, M. le Dr Méloche, dans le pays de l'enchanteur Merlin et de la fée Mélusine ; vous voudrez bien alors me permettre de vous conter une fable.

A l'époque éloignée des enchanteurs et des fées, dans une Citée mystérieuse vivait un jeune héros sans peur et sans reproches. Il apprit que la Déesse Vérité était prisonnière dans une caverne, gardée par des monstres et des dragons. Il jura à ses concitoyens d'aller délivrer cette Déesse que l'on prétendait d'une mystérieuse beauté et de la conduire dans leur ville. Ce fut un jeu pour lui d'exterminer, en de brillants combats, les dragons et les monstres. Il pénétra dans l'antre et aperçut la Vérité, entièrement recouverte d'un voile ou plutôt d'un suaire. Il osa, d'une main tremblante, découvrir la Déesse. Horreur ! la Vérité qu'il avait crue si belle, était une pauvre vieille hideuse et décharnée. Il se prosterna et dit à la Déesse : « Comment oserai-je, vous conduire dans notre Cité et, si j'y retourne seul, quel accueil me feront mes concitoyens ? Conseillez-moi, de grâce que dois-je faire ? » — « Mon enfant, répliqua la Vérité, d'une voix sépulcrale, apprends à mentir. »

Mes chers confrères, beaucoup de gens bien intentionnés, médecins ou autres, ont, comme le héros de la légende, cherché la vérité en matière d'hygiène, d'assistance, de mutualité, de médecine sociale. En présence de réalités décevantes, ils ont suivi le conseil de la Déesse et appris à mentir. Ils se sont acharnés à masquer la Vérité, parfois hideuse, par de brillants décors ou d'imposantes façades. Ceux qui, comme nous, ont suivi l'exemple du Dr Barbanneau et lutté sous la bannière du syndicalisme médical, n'ont pas voulu, eux, apprendre à mentir ; ils ont regardé sans frémir la réalité dans son horreur, ont entrepris de renverser les décors officiels inconsistants qui la masquent, pour essayer de remédier sérieusement aux tristesses sociales que le médecin peut contribuer à supprimer ou à adoucir. Notre ami vénéré, Barbanneau, y a employé son existence.

A notre époque où l'on parle un peu trop de démoralisation et de moralisation médicales, pas n'est besoin de sanctions, ni de conseil de l'ordre pour assainir notre profession. Le meilleur moyen est en des fêtes semblables, de montrer des exemples de dévouement, de droiture, de conscience dans l'exercice de la profession médicale, dont le Dr Barbanneau est, comme le fut le regretté Gairal, la plus noble personnification. Il y a 17 ans, mon cher ami Barbanneau, nous étions réunis, vous, Gairal et moi-même, non loin d'ici, à Montaigu, dans une fête semblable pour célébrer le vingt-cinquième anniversaire de la fondation du premier syndicat médical de France et son fondateur, un de nos héros, Mignen, dont vous fûtes en Vendée le plus vaillant collaborateur. Eh bien ! je souhaite de grand cœur que dans huit ans et sous votre présidence, nous puissions tous fêter en Vendée le cinquantième anniversaire de la naissance de notre syndicalisme. »

Le Dr Chapon, apporta alors l'hommage du Conseil général de l'Association générale des médecins de France et de la Prévoyance médicale, remerciant M. Barbanneau de la part active qu'il avait prise à leur prospérité et à la transformation de cette dernière, dont on ne pourra guère désormais discuter le but ni suspecter les moyens.

Le Dr Méloche, de Saint-Nazaire, au nom de l'Union des Syndicats médicaux dont il est le délégué et de la Fédération de la Loire-énférieure, félicita M. Barbanneau et exprima les regrets bien sincères du bureau de l'Union qui aurait voulu, si cela lui avait été possible, assister en entier à la cérémonie à laquelle il prend part de tout cœur.

Le Dr Chauvet, aussi délégué de l'Union, tint au nom du syndicat de Nantes dont il est président, à exprimer ses sentiments chaleureux au Dr Barbanneau.

Enfin, le Dr Renon, de Niort, qui s'est créé à l'Union des Syndicats et dans les Deux-Sèvres, une réputation méritée, apporta au Dr Barbanneau l'hommage des médecins syndiqués de sa région.

Très ému, M. Barbanneau remercia ses confrères en des paroles touchantes et chacun emporta un souvenir profond de cette belle soirée.

***

Une promenade au Bois de la Folie d'où l'on peut admirer un panorama merveilleux sur ce pays de Vendée si riche en souvenirs héroïques, fit suite au banquet ; puis nous visitâmes le sinistre donjon du Château de Pouzauges, une des demeures de Gilles de Rais, le légendaire Barbe-Bleue de sinistre mémoire.

Chemin faisant un confrère vendéen nous rappela l'histoire du syndicalisme local.

Après la fondation, en 1881, du Syndicat de Montaigu, par Mignen, M. Barbanneau fonda en 1883, un Syndicat à Pouzauges avec quelques confrères dont le Dr Pépin, actuellement retiré à La Roche-sur-Yon, et qui était présent au banquet. En 1889, M. Barbanneau comprit la nécessité d'élargir le Syndicat, il se mit en campagne et créa le Syndicat départemental de la Vendée, les docteurs Pépin et Poireau, actuellement trésorier, qui assistaient aussi à la fête, furent ses actifs collaborateurs. La société de la Vendée de l'Association générale des médecins de France fit une opposition très vive au Syndicat naissant et le Dr Barbanneau dut lutter sans merci avec le secrétaire de la société, le Dr Fillon, qui, après quelques années, finit par se rallier au syndicalisme.

Depuis que le Syndicat fonctionne, le corps médical vendéen, malgré les très vives dissensions politiques et confessionnelles qui divisent la région , vit en paix et, grâce au Dr Barbanneau, la confraternité la plus grande y règne. On nous a cité des exemples vraiment merveilleux d'entente cordiale entre deux médecins d'une même localité qui, bien que d'opinions politiques différentes, loin de se concurrencer, s'entraident et se remplacent mutuellement au mieux des intérêts de leurs clients et des leurs.

M. Barbanneau est indiscutablement l'enchanteur qui a créé cette atmosphère familiale parmi ses confrères. Tous l'aiment, l'écoutent et le respectent et ce n'est pas sans émotion que nous avons vu prendre part au banquet le doyen des médecins de la Vendée, le Dr Moris, de Pouzauges, qui, bien qu'octogénaire, avait voulu assister à la fête.

D'un unanime accord, l'on a proclamé que le Dr Barbanneau devait servir d'exemple ; nous avons été heureux de voir à ses côtés son fils, le Dr Louis Barbanneau, chirurgien d'avenir, qui, nous en sommes certains, tiendra à perpétuer les traditions qui auréolent son nom et valent mieux, quand elles survivent dans une famille, que les plus beaux titres de noblesse.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

La rétention d'urine

Par M. J.-P. Tourneux, chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

On désigne sous le nom de rétention d'urine un symptôme caractérisé par l'impossibilité d'émettre naturellement par l'urètre partie ou totalité de l'urine contenue dans la vessie : la rétention peut donc être complète ou incomplète, et ces mots renferment en eux-mêmes leur signification sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans des détails.

Autrefois, selon le degré plus ou moins avancé de la rétention, on en distinguait trois variétés : c'est ainsi qu'on appelait *dysurie*, la rétention incomplète, dans laquelle le jet, au lieu d'être lancé avec force, éprouvait une certaine difficulté à sortir ; *strangurie*, cette variété dans laquelle le malade urine goutte à goutte, sur ses souliers selon l'expression usuelle ; et enfin *ischurie*, l'impossibilité complète d'uriner. Ces termes ne sont plus guère en usage de nos jours.

Civiale établissait une distinction entre la stagnation d'urine, et la rétention d'urine proprement dite ; la difficulté d'uriner produite par paralysie ou par atonie de la vessie, et sans obstacles matériels à la sortie de l'urine, rentrait dans le premier cas, alors que toutes les autres causes produisaient la rétention vraie ; actuellement, on n'emploie plus l'expression de stagnation d'urine, remplacée par celle de rétention incomplète.

L'évacuation de l'urine au dehors, c'est-à-dire l'acte de la miction, exige pour pouvoir se produire l'existence de deux facteurs : d'abord, un *acte réflexe* aboutissant à la contraction du muscle vésical et au relâchement du sphincter urétral, et ensuite, la *perméabilité des voies d'excrétion* ; la viciation d'un de ces éléments physiologiques détermine la rétention d'urine, soit par défaut de contraction (paralysie ou atonie vésicale), soit par défaut de relâchement du sphincter (spasme de l'urètre) soit par défaut de perméabilité du canal (obstacle cavitaire, pariétal ou péri-urétral).

La rétention d'urine ne tarde pas à entraîner un certain nombre de désordres au niveau de l'appareil urinaire, qui se manifestent sur la vessie, sur les uretères et sur les reins.

Sur la vessie, le premier effet de la rétention est de produire une distension progressive ; à un degré extrême, les faisceaux musculaires peuvent s'écarter les uns des autres et une rupture vésicale peut se produire, si la paroi se trouve par trop amincie. Mais, en même temps que de la distension, il se produit de la congestion par suite de la dilatation et de la turgescence de tous les vaisseaux endo et péri-vésicaux. Cette congestion arrive à s'étendre jusqu'aux capillaires contenus dans la paroi de la vessie, ce qui entraîne la production de ruptures interstitielles et l'apparition de petites ecchymoses à la surface de la muqueuse, dont l'épithélium ne tarde pas à subir une desquamation plus ou moins étendue, rendant ainsi l'absorption plus facile et augmentant également les chances de complications graves.

En second lieu, du côté de l'uretère et du bassinet, une forte tension se réalise et s'élève d'autant plus que la pression est elle-même plus accentuée dans la vessie. De cette tension, résultent deux conséquences, la première c'est la dilatation de l'uretère et du bassinet, et la seconde, c'est la suppression du courant descendant. Il n'y a pas de reflux de l'urine de la vessie dans l'uretère, mais le courant liquide protecteur de ce dernier est arrêté, et dès que le méat urétéral s'ouvre un peu, il devient possible aux éléments microbiens de remonter de la vessie vers les voies urinaires supérieures.

Enfin, les reins eux-mêmes subissent l'influence mécanique de la rétention d'urine. Ils se congestionnent d'abord, et augmentent considérablement de volume ; puis, la dilatation du bassinet se propage aux calices et aux canalicules, de telle sorte que la tension se transmet jusqu'au glomérule. En outre, comme le rein sécrète d'autant moins, et que sa sécrétion est d'autant moins efficace que le glomérule est soumis à une plus forte tension, on la voit diminuer peu à peu, tandis que le taux de l'urée s'abaisse de plus en plus.

La mort peut survenir par rupture de la vessie ou par urémie, mais il est bien rare que les choses aillent aussi loin ; la rétention n'est, en général, que temporaire, et s'il est vrai que pendant la période de forte tension, toutes les lésions, qui viennent d'être signalées se sont petit à petit réalisées, tout va rentrer dans l'ordre, dès que la cause sera supprimée et que la tension cessera de faire sentir son action. On assiste, en effet, au retour de la contractilité perdue et à une polyurie de débâcle, s'accompagnant souvent d'hémorragies *ex vacuo* plus ou moins abondantes, provenant de la vessie, des uretères et des reins. L'appareil urinaire conserve cependant de cette crise une grande aptitude à l'infection, car distension, congestion et hémorragies n'ont fait que rendre le terrain plus favorable aux invasions microbiennes.

Lorsque la rétention dure et se prolonge, les lésions du rein deviennent permanentes et tendent à se rapprocher de celles que l'on constate dans les hydronéphroses : tout l'appareil urinaire, depuis les uretères jusqu'aux glomérules, est dilaté, ce qui détermine un état d'insuffisance qualitative des reins.

La rétention d'urine ne constitue pas une entité morbide spéciale, elle n'est qu'un simple symptôme commun à de nombreuses maladies, et qui, par là même, peut emprunter à chacune d'elles un certain nombre de caractères symptomatiques spéciaux et une valeur séméiologique particulière. Mais, en raison de l'importance essentielle de cet acte physiologique qui constitue la miction, la rétentiou d'urine présente dans de nombreux cas une valeur si grande, qu'elle semble résumer en elle-même toute la maladie ; elle constitue même souvent le premier symptôme de l'affection causale.

Nous allons passer successivement en revue les diverses affections qui peuvent déterminer la production de la rétention d'urine ; puis, nous en esquisserons la symptomatologie en montrant les diverses modalités sous lesquelles elle se manifeste, et nous terminerons en essayant de dégager les divers éléments qui permettent d'établir d'abord un diagnostic différentiel, puis, un diagnostic étiologique.

Etiologie et pathogénie de la rétention d'urine.

La classification des diverses causes produisant la rétention d'urine qui, sauf des cas très exceptionnels, ne s'observe guère au cours de

l'enfance, peut être établie dans ses grandes lignes en deux grands groupes, suivant que le trouble apporté à la miction est dû à des causes d'ordre général ou à des causes d'ordre local.

I. — Causes générales.

Les rétentions d'urine de causes générales peuvent être réparties en trois classes, suivant qu'elles sont sous la dépendance d'une affection du système nerveux, d'une infection ou intoxication, ou d'un état névropathique.

A. *Affections du système nerveux.*

La rétention d'urine est un phénomène que l'on observe assez rarement dans les *affections cérébrales* ; on peut l'observer cependant à la suite des traumatismes crâniens (contusion, commotion cérébrale), dans les affections comateuses, dans les paralysies par ramollissement ou par hémorragie cérébrale, dans certaines méningites agissant,les unes par destruction, les autres par inhibition des centres nerveux.

Elle est, au contraire, beaucoup plus fréquente dans les *affections de la moelle* ; il s'agit alors de commotion, de compression médullaire plus ou moins accentuée par traumatisme (fracture, luxation), ou par effondrement de la colonne vertébrale (mal de Pott), ou encore d'inflammations de la moelle, de myélites, rarement aiguës, le plus souvent chroniques, comme le tabès, ou survenant à la période dite préataxique ; elle constitue souvent le premier et unique symptôme d'une affection qui ne se manifestera que beaucoup plus tard par d'autres signes.

C'est également dans ce cadre que l'on doit ranger les rétentions d'urines qui se manifestent à la suite de la rachianesthésie et qui peuvent persister parfois pendant un temps assez long.

B. *Infections et intoxications.*

On voit aussi, au cours d'un grand nombre d'*infections générales*, soit aiguës, soit chroniques, s'installer une rétention d'urine plus ou moins marquée ; toutes les fièvres éruptives, la dysenterie, le tétanos, le paludisme, la fièvre typhoïde, la tuberculose aiguë, peuvent s'accompagner de cette complication ; il en est de même au cours de certaines *intoxications* comme celles de l'alcoolisme, du saturnisme, de l'arsenic, du mercure, du phosphore ou de la benzine. Toutes ces affections agissent par l'intermédiaire des nerfs (paralysie diphtérique, alcoolique, saturnine), ou des centres nerveux (syphilis, paludisme, fièvre typhoïde).

C. *Etats névropathiques.*

Certains *états névropathiques*, et certaines *névroses*, dont la plus commune est l'hystérie, peuvent présenter ce trouble de la miction, et cela, soit par contracture spasmodique du sphincter membraneux, soit par parésie de la musculature vésicale à la suite d'une inhibition du centre vésico-spinal. C'est à ces mêmes phénomènes que l'on doit rapporter les cas de rétention d'urine qui se produisent chez des névropathes au cours d'une affection douloureuse, ou à la suite de certaines interventions chirurgicales.

II. — Causes locales.

Quant aux rétentions d'urines provenant de causes locales, elles peuvent se trouver sous la dépendance d'une lésion des voies urinaires (urètre, prostate, vessie) ou tenir, au contraire, à une affection du voisinage.

A. *Affections des voies urinaires.*

1° *Urètre.*

En dehors de l'*imperforation du canal*, dont le rôle s'explique de lui-même, la rétention peut être produite par tous les obstacles interposés sur le trajet de l'urine, et qui constituent autant d'entraves. C'est ainsi que les *prolapsus du méat urétral*, les *ruptures de l'urètre* par cathétérisme maladroit ou par traumatisme (chute, choc direct, fracture du bassin), les *contusions* au cours d'un accouchement laborieux, les *rétrécissements*, congénitaux, post-traumatiques, ou inflammatoires, les urétrites suraiguës,les *tumeurs* bénignes ou malignes, les *corps étrangers* venant des voies urinaires (caillots sanguins, calculs, entozoaires, hydatides), ou de l'extérieur (fragments de sondes, pois, haricots, épingles à cheveux), forment toute une série de lésions qui s'accompagnent de phénomènes de rétention plus ou moins complète, et cela, en diminuant le calibre du canal, en interrompant sa continuité, en obstruant sa lumière, ou en entraînant l'inhibition de ses filets nerveux.

2° *Prostate.*

L'obstacle s'opposant au cours normal de l'urine peut aussi provenir d'une lésion de la *prostate* qui, en augmentant de volume, ne produit pas le rétrécissement de l'urètre, mais bien sa déformation et sa déviation ; c'est de la sorte qu'agissent tous les néoplasmes de cette glande, qu'il s'agisse d'un fibro-adénome (hypertrophie) ou d'une tumeur maligne, ainsi que les inflammations aiguës (abcès) ou chroniques (tuberculose)

3° *Vessie.*

La rétention d'urine peut encore tenir à une cause *vésicale* : les *cystites*, ainsi que la résistance trop prolongée au besoin d'uriner, en déterminant de la congestion, de la contracture spasmodique réflexe, ou des altérations de la paroi musculaire, entraînent l'apparition de ce symptôme.

L'existence d'une *tumeur* au niveau du col vé-

sical, ou la présence en ce point d'un *corps étranger* ou d'un *calcul*, produisent les mêmes conséquences en s'opposant au cours de l'urine.

Enfin, la production de *hernies de la vessie* (cystocèles inguinales, crurales ou vaginales), de *diverticules congénitaux ou acquis*, ou encore d'un *bas-fond vésical* dû à la saillie de l'adénome prostatique, constituent toute une série de facteurs dont l'importance ne saurait échapper.

B. *Affections para-urinaires.*

Mais à côté des lésions propres à l'appareil urinaire, il existe toute une série d'affections situées dans son voisinage, qui, par des mécanismes différents les uns des autres, peuvent, elles aussi, produire de la rétention.

Le *phimosis* très serré, en apportant une gêne à la miction, peut la produire dans certains cas ; il en est de même de toutes les compressions péri-urétrales, qu'il s'agisse d'un *paraphimosis*, d'un *hématome traumatique des grandes lèvres*, d'une *infiltration sanguine du périnée*, d'une *compression venant du vagin* (gros tamponnement ou très volumineux polype), de la *coprostase*, ou d'une *tumeur du petit bassin* (cancer ou fibrome utérin, utérus rétro-fléchi, kyste ovarique), ou encore d'une *périurétrite* phlegmoneuse ou gangréneuse.

Dans d'autres cas, il s'agit non plus de compression directe des voies urinaires, mais d'inhibition nerveuse, comme on l'observe au cours de l'évolution de *certaines péritonites*, d'*appendicite à forme surtout pelvienne*, de *salpingites aiguës* ou de *phlegmons du ligament large* ; il est infiniment vraisemblable que c'est ce même mécanisme qui doit être envisagé dans certaines *fractures* ou *luxations du bassin* ne s'accompagnant ni de lésions directes, ni de compressions de l'urètre, dans les *déplétions brusques* succédant à un accouchement ou à une évacuation d'ascite, ainsi qu'à la suite de certaines *interventions* pratiquées dans la région péri-urinaire.

Ajoutons enfin que, chez les jeunes enfants, quelques cas de rétention d'urine ont été rapportés à l'existence d'un *prolapsus rectal*, ou d'une *inflammation de voisinage*, balanite, vulvite ou érythème fessier.

Symptomatologie.

La rétention d'urine peut se manifester sous deux modalités bien différentes ; elle peut, en effet, être complète, le malade se trouvant dans l'impossibilité d'émettre une seule goutte d'urine ; ou au contraire incomplète, une quantité plus ou moins considérable d'urine restant dans la vessie après la miction,

Rétention complète.

Cette forme de rétention peut être aiguë ou chronique.

Dans la modalité aiguë, en négligeant les rétentions passagères, courtes, de quelques heures à peine, qui constituent de simples menaces congestives, les accidents surviennent très brusquement, et malgré tous les efforts tentés, la miction devient subitement impossible. Le malade qui est assis ou couché, le faciès pâle, les traits tirés, couvert de sueurs froides, et qui manifeste une anxiété sans cesse grandissante, présente des envies fréquentes d'uriner, d'abord assez espacées, puis plus rapprochées, s'accompagnant d'une sensation de tension abdominale avec parfois, des douleurs plus ou moins vives, s'irradiant vers les lombes et vers les cuisses. En l'examinant, on constate au niveau de l'hypogastre un soulèvement globuleux de la paroi constitué par un globe vésical fortement tendu, rénitent et douloureux.

La forme chronique, qui s'observe chez des malades ayant un passé urinaire plus ou moins chargé et ayant présenté des troubles divers de la miction, est le plus souvent le terme ultime des rétentions incomplètes. Le malade se rendant compte de l'impuissance où il se trouve, même en faisant appel à la contraction de ses muscles abdominaux, à vider de lui-même son réservoir vésical, a renoncé à des tentatives parfaitement inutiles et se sert d'une sonde chaque fois que le besoin d'uriner se fait sentir. Bien qu'en agissant ainsi, il évite à son muscle vésical une lutte stérile, qui ne ferait que hâter sa fatigue et précipiter sa déchéance, en se sondant à chaque instant, il multiplie les occasions d'infections qui ne tarderont pas un jour ou l'autre à se manifester avec leur redoutable gravité.

Rétention incomplète.

Cette deuxième forme, bien différente de la première, se présente sous deux types différents, suivant que les phénomènes de rétention s'accompagnent ou non de distension vésicale.

Rétention incomplète sans distension,

La vessie, ne parvenant plus à se débarrasser de tout son contenu, garde après la miction une certaine quantité d'urine, qui se retrouve à peu près constante le jour et la nuit : c'est ce résidu qui donne la mesure de la contractilité vésicale. L'urine reste d'abord claire, mais la stagnation constituant un milieu très favorable à l'infection, le résidu ne tarde pas à se troubler ; aussi, à partir de ce moment, les manifestations de la rétention deviennent moins latentes et plus visibles, se traduisant par des troubles locaux ou généraux.

Un des premiers signes est l'incontinence de l'urine, une fausse incontinence, de jour ou de nuit suivant les cas, et se traduisant par des mictions impérieuses, des envies pressantes qu'il faut satisfaire immédiatement, sous peine de



voir l'expulsion se faire involontairement. Cette incontinence est inconstante et intermittente.

Il y a en même temps de la polyurie, car la quantité d'urine s'élève à plus de deux litres.

Les signes généraux ne tardent pas à s'ajouter aux signes locaux, et peuvent même, en cas d'infection, prendre une place prépondérante et dominer tout le tableau clinique.

Le rétentionniste maigrit, son teint devient pâle, sa langue sèche, il a toujours soif, vomit de temps en temps, et perd l'appétit ; certains aliments, comme la viande, lui répugnent particulièrement.

Le palper combiné montrera, après la miction, une interposition entre les deux doigts, molle, peu tendue, dont le volume est proportionnel au degré de la rétention, et l'exploration permettra de découvrir le résidu vésical et d'en apprécier la quantité ainsi que la qualité.

Cette rétention sans distension peut durer longtemps ; elle constitue cependant un danger par l'infection qui l'accompagne fatalement, par les résorptions toxiques qu'elle occasionne, par la pyélonéphrite à laquelle elle conduit.

Rétention incomplète avec distension.

Dans cette forme, la vessie, bien que le malade urine constamment, est distendue par une quantité considérable d'urine ; il y a rétention puisque cette vessie contient un résidu ; elle est incomplète puisque le malade a des mictions volontaires ; elle est aseptique jusqu'au premier cathétérisme ; elle s'accompagne enfin de distension vésicale, car la quantité d'urine, qui stagne perpétuellement, fait remonter la vessie jusqu'au niveau de l'ombilic ou même au-dessus.

On retrouve, dans cette forme, les symptômes qui existaient déjà dans la rétention sans distension, c'est-à-dire l'incontinence d'urine, la polyurie et la dyspepsie chronique. Mais il y a, en plus, et dès le début, une grosse tumeur siégeant à l'hypogastre, médiane ou légèrement latérale, dure, rénitente, sensible, à contours arrondis.

Cette forme avec distension est la plus grave de toutes, d'abord parce qu'elle constitue une extraordinaire aptitude à l'infection, et en second lieu, par suite des phénomènes d'intoxication qui ne tardent pas à se produire. Ces malades sont, en effet, en état d'insuffisance rénale, et cela, depuis le jour où la distension n'a plus permis au rein de faire régulièrement son office de filtre ; la quantité d'urée éliminée (6 à 8 gr.) est tout à fait diminuée et doit faire redouter le danger urémique.

Diagnostic

Le *diagnostic positif* de la rétention complète est des plus simples : il se base sur l'anamnèse, ainsi que sur les signes physiques et fonctionnels ; cependant, dans certains cas, tels que chez les comateux, les adynamiques et les hystériques, la rétention ne se révèle que par des signes physiques ; les autres symptômes manquent complètement ; aussi, faut-il de parti pris rechercher la rétention.

Dans la rétention incomplète, le diagnostic positif est basé sur le passé urinaire du malade, sur les crises antérieures qu'il a éprouvées, sur l'examen physique et sur le cathétérisme de la vessie qui permet d'évacuer une certaine quantité d'urine après une miction volontaire.

Le *diagnostic différentiel* ne présente pas non plus de bien grandes difficultés : la rétention complète peut être confondue avec l'anurie qui s'observe dans certaines maladies aiguës, néphrites, gastro-entérites, choléra, occlusion intestinale. Mais dans l'anurie, le malade n'éprouve aucun besoin d'uriner, ne présente aucun de ces signes d'anxiété ou d'angoisse qui sont si marqués chez les rétentionnistes ; de plus, la tumeur vésicale fait complètement défaut, et enfin, le cathétérisme permet de constater la vacuité de la vessie.

Dans les cas de rétention incomplète, comme le malade paraît uriner normalement, aucun phénomène n'attire l'attention du côté de son appareil urinaire ; aussi peut-on croire, en présence d'une tumeur vésicale, à la présence d'une tumeur pelvienne (fibrome, kyste, grossesse ou ascite). Lorsque ce sont les phénomènes généraux d'intoxication qui prédominent, on est souvent conduit à penser à la possibilité d'accidents urémiques à forme gastro-intestinale, d'un cancer de l'estomac ou d'une gastrite chronique. Dans tous ces cas, l'exploration physique jointe au cathétérisme permettra de déceler l'existence d'une rétention d'urine.

Mais, ce qui importe surtout, c'est le diagnostic étiologique, qui seul peut permettre d'établir un traitement rationnel.

Il est d'abord toute une série de cas, où le diagnostic ne présentera pas de grandes difficultés, et où le symptôme rétention sera facilement rapporté à l'affection causale. C'est ainsi, qu'en dehors de tout passé urinaire, on n'hésitera pas un seul instant sur la valeur et sur la signification d'une rétention survenant à la suite d'un *grand traumatisme crânien* ou *rachidien*, se compliquant de lésions de l'encéphale ou de la moelle, d'*une affection cérébrale*, de l'apparition des symptômes classiques du *mal de Pott*, au cours d'une des *affections* ou *intoxications générales* qui ont été énumérées (fièvres éruptives, tétanos, paralysie diphtérique, arsenicale, saturnine, etc.), ou d'une *affection de voisinage* (péritonite, appendicite pelvienne, hématome traumatique des grandes lèvres ou du périnée, etc.).

Dans tous ces cas, où la rétention n'est apparue qu'après l'éclosion de toute une série de phénomènes totalement étrangers aux voies urinaires, et n'est venue en quelque sorte que s'y sura-

jouter, le diagnostic s'impose et ne souffre aucune difficulté. Il en sera de même pour toutes les rétentions survenues après une *rachianesthésie*, une *intervention chirurgicale* sur la région para-urinaire, un *tamponnement vaginal*, ou une *résistance trop prolongée au besoin d'uriner*, ou un *accouchement laborieux* ayant occasionné une contusion de l'urètre.

En dehors de ces cas relativement simples, où la rétention n'est, en quelque sorte, qu'un phénomène surajouté, sans grande valeur particulière, il en existe toute une série d'autres, où elle présente une importance beaucoup plus considérable et où il est parfois difficile de mettre en évidence l'affection causale.

Aussi le praticien ne devra-t-il pas manquer de s'informer bien exactement du passé du malade, des divers faits génito-urinaires ayant précédé l'apparition de la rétention, d'examiner les urines; et il pourra, par des questions bien posées, arriver à soupçonner la cause de la rétention que l'examen direct viendra confirmer ; à ce point de vue, l'âge du malade, sans présenter une valeur rigoureuse, permettra également d'établir certaines présomptions.

Une fois en possession de ces divers renseignements, le médecin procèdera à l'examen du malade, en ne négligeant pas de suivre la règle posée par Guyon, c'est-à-dire de ne jamais chercher à pénétrer dans la vessie avant d'avoir examiné l'urètre. C'est ainsi qu'il fera d'abord l'inspection du méat, de la verge et du périnée, puis le toucher rectal ou vaginal, le cathétérisme explorateur de l'urètre, et enfin, l'examen de la vessie au moyen d'instruments appropriés, cystoscope si le cas semble le demander.

La simple inspection génitale permettra, en constatant une *imperforation du méat* chez un nouveau-né, l'existence d'un *phimosis* ou d'un *paraphimosis*, d'une *périuretrite* gangréneuse ou phlegmoneuse, d'un *polype du méat* ou d'un *prolapsus de l'urètre* (femme), d'un *volumineux polype* remplissant tout le vagin et tendant à saillir hors de la vulve, de reconnaître la cause de la rétention ; il en sera de même en relevant, chez un jeune enfant, un *érythème fessier douloureux*, un *prolapsus rectal* ou une *inflammation*, balanite ou vulvite.

Le toucher rectal, en révélant l'existence d'une *augmentation de volume de la prostate*, se présentant sous une de ses quelconques modalités, (mollesse, dureté, irrégularité, rénitence, etc.), comme le toucher vaginal, en montrant la présence d'une *tumeur pelvienne*, indiquera qu'il s'agit d'une compression de l'urètre postérieur, d'origine externe, dont la nature exacte sera facilement diagnostiquée de par les signes observés.

Si ces divers modes d'investigation n'ont pu donner de résultat, il faudra alors avoir recours à l'examen de l'urètre au moyen de l'explorateur souple à boule olivaire qui ne manquera pas de donner, dans bon nombre de cas, des renseignements très suffisants.

C'est ainsi que chez un malade présentant une *fracture du bassin*, ayant subi *une chute à califourchon* (urétrorragie) ou un *traumatisme de l'urètre pénien* (corde rompue, faux pas du coït), l'impossibilité de parcourir tout l'urètre, et la sensation d'un obstacle qu'on ne peut franchir, montreront qu'il s'agit d'une rupture du canal dans l'un de ses trois segments. Une résistance plus ou moins marquée à l'explorateur à boule dans la région antérieure de l'urètre, résistance qui pourra être vaincue par une bougie filiforme, dénotera l'existence d'un *rétrécissement*, dont la nature exacte (congénitale, inflammatoire, traumatique ou néoplasique), déjà soupçonnée par l'évolution des phénomènes de rétention, sera confirmée à la suite d'un interrogatoire plus approfondi, ou encore, d'un examen direct par l'urétroscope. Cette même résistance se manifestant dans la partie profonde de l'urètre et pouvant être surmontée par une sonde à béquille, ou par une sonde à grande courbure, confirmera la présence d'une *lésion de la prostate* que le toucher rectal avait déjà révélée.

C'est à un *corps étranger* d'origine externe que l'on devra penser, si, en dehors de l'aveu du malade, ce qui entraîne le diagnostic, on éprouve en palpant l'urètre, la sensation d'un corps bien limité, dur, sur lequel l'explorateur viendra buter ; dans ce cas encore, l'examen direct par l'urétroscope pourra être d'un grand secours. Quant aux corps étrangers d'origine interne, la possibilité d'obstruction par des caillots sanguins ou par un calcul pourra être soupçonnée par l'ensemble symptomatique dont se seront accompagnées leurs manifestations ; les entozoaires et les hydatides, d'ailleurs très rares, ne pourront être reconnus que par un examen plus approfondi des urines.

On songera à un *spasme de l'urètre*, si rien dans les antécédents ne pouvant expliquer la résistance opposée à l'explorateur, on arrive aisément à cathétériser le canal avec une sonde métallique maniée très prudemment. L'interrogatoire du sujet, ainsi que la constatation de certains signes objectifs et subjectifs, permettront de se rendre compte de la cause de cette rétention spasmodique.

Si les urines contiennent du pus, et si le malade a éprouvé, avant la crise aiguë, une douleur précédant, accompagnant et suivant la miction ainsi que de la pollakiurie, c'est à une *cystite* que l'on devra penser.

L'idée d'un *calcul de la vessie*, engagé dans le col de l'urètre et l'obstruant en partie, devra être retenue dans les cas où le malade aura présenté des hématuries provoquées, des douleurs, des besoins fréquents d'uriner, et où la sonde se trou-

vera arrêtée au niveau de l'entrée vésicale. On ne pourra songer à la possibilité d'un *corps étranger* ou d'une *tumeur* qu'après l'examen cystoscopique, les signes cliniques ordinaires étant insuffisants pour expliquer la cause de la rétention ; dans la plupart des cas, il en sera de même pour une *cystocèle* ou pour un *prolongement diverticulaire*.

Enfin, si l'exploration de tout l'appareil urinaire reste négative, et si l'on ne trouve aucune raison évidente de la rétention observée, si l'*état névropathique ou hystérique* du sujet ne peut être invoqué, c'est à une *affection médullaire*, surtout à un tabès incipiens que l'on devra penser. Il faudra alors étudier d'une façon toute particulière les antécédents du sujet, rechercher tous les signes qui apparaissent au début de cette affection, et, en particulier, l'inégalité pupillaire qui est souvent le premier signe révélateur de cette lésion de la moelle. Mais il est bien entendu que ce n'est là qu'un diagnostic d'exception, que l'on n'est en droit de poser que lorsque l'on aura reconnu l'intégrité parfaite des voies urinaires, et qu'en pratique courante, les deux grandes causes de rétention d'urine sont le rétrécissement de l'urètre et l'hypertrophie prostatique.

SYNDROME MÉDIASTINAL

Par le Dr Louis Ramond, médecin de la Maison Dubois.

Observation. — Une femme se présente, très essoufflée, atteinte, au moment de l'inspiration, d'une sorte de râle trachéal rappelant le cornage des chevaux.

Elle avait une allure très particulière, une tête énorme, la base de la face très élargie avec un aspect piriforme caractéristique ; sa figure était œdématiée, d'une teinture pivoine, rouge violacé même, comme strangulée, ses yeux étaient injectés.

Non seulement la face, mais le cou tout entier était déformé, de véritables bourrelets de chair dans les creux sus-claviculaires avec un œdème en pèlerine rouge-sang, dépression en godet ; circulation collatérale très marquée.

Femme de 58 ans, jusque-là bien portante. Vers la mi-octobre 1922, elle sent sur le cou une tumeur de la grosseur d'une prune ; le médecin consulté porte le diagnostic de goitre et, pensant avoir affaire à un trophœdème d'origine hypothyroïdienne, prescrit une médication thyroïdienne.

« Sous l'influence de ce traitement, dit la malade, la face devient brusquement rouge violacé et énorme. Bientôt après, en décembre, la gêne de la respiration apparaît : dyspnée d'effort d'abord, puis crises nocturnes de pseudo-asthme.

En janvier, apparaît une dysphagie intermittente, enfin du cornage et des douleurs rétro-sternales assez diffuses.

L'examen des différents appareils fournit les renseignements suivants : *à la palpation*, on sent une tumeur assez dure qui se déplace suivant les mouvements de déglutition (nettement adhérente à la trachée par conséquent). Pas d'adénopathies au cou ni dans les fosses sus-claviculaires.

Rien à signaler pour les autres appareils. Aucun stigmate sur la peau. Pas d'Argyll. Malade mariée qui n'a jamais eu de fausses couches.

Bordet-W. négatif.

Ni sucre ni albumine.

Le diagnostic s'imposait : syndrome d'obstruction de la veine cave supérieure, d'où cyanose de la partie supérieure du corps, œdème *chronique*, *dur*, pas de dépression en godet. Circulation collatérale qui déversait dans la veine-cave inférieure le sang qui devait revenir au cœur par la veine cave supérieure ; donc : tumeur du médiastin — en haut et à droite.

Anatomie du médiastin. — Région profondément située à la partie médiane du thorax et qui est limitée :

En avant : par le sternum

En arrière : par la colonne vertébrale :

Latéralement : par les poumons revêtus des plèvres médiastines.

En bas : par le diaphragme.

Nous pouvons considérer schématiquement deux loges, en profondeur (antérieure, postérieure), en menant un plan frontal passant par le hile des poumons.

En hauteur également, on peut diviser cliniquement le médiastin en deux parties : médiastin inférieur, médiastin supérieur.

La loge antérieure est surtout vasculaire, elle est occupée par le cœur reposant sur le diaphragme, et en haut par les gros vaisseaux.

La loge postérieure est surtout nerveuse (pneumogastrique, sympathique) ; on y trouve aussi l'œsophage et l'aorte descendante.

Syndrome médiastinal.

Le syndrome médiastinal est constitué par un ensemble de symptômes qui sont eux-mêmes déterminés par le développement d'une néoproduction, de quelque nature qu'elle soit, dans le médiastin, chaque tumeur ayant cependant des caractères particuliers qui nous permettent de lesreconnaître.

Nous aurons donc 3 problèmes à résoudre successivement.

Y a-t-il syndrome médiastinal ?

Siège et nature de la tumeur ;

Diagnostic étiologique.

1° Comparaison avec le crâne où des lésions très différentes donnent également un syndrome identique.

Il peut y avoir un syndrome médiastinal secondaire au développement d'une tumeur ou d'un abcès extramédiastinal qui envahit ultérieurement cette région. Exemple : goitre plongeant.

Signes communs. — Signes fonctionnels de compression, portant sur les différents organes que nous avons vus contenus dans le médiastin ou qui empruntent cette région pendant un certain temps de leur trajet ;

arbre respiratoire ;
vaisseaux ;
œsophage ;
nerfs.

1° Troubles fonctionnels ; 2° Signes physiques.

1° *Signes fonctionnels.*

a) *Troubles respiratoires* :

Dyspnée qui peut être : a) *continue*, avec cornage à l'inspiration ; b) *paroxystique* : le système nerveux y participe par spasmes (compression probable des pneumogastriques et des réccurrents).

De la toux, qui peut être rauque, quinteuse, coqueluchoïde, mais avec des reprises moins nettes et sans expectoration terminale.

b) *Troubles de la voix*: aphonie, raucité, par paralysie récurrentielle. L'examen laryngoscopique montre une des cordes vocales immobilisée dans une position intermédiaire entre l'adduction et l'abduction : position cadavérique.

Dieulafoy a d'ailleurs montré que l'on peut se passer de l'examen laryngoscopique ; il suffit de chercher les vibrations laryngées comme on cherche les vibrations vocales dans les affections pleurales (voix mi-haute) ; elles sont diminuées du côté paralysé.

c) *Troubles digestifs*, dysphagie qui peut être : a) *permanente* par compression ; b) *paroxystique* quand s'ajoute un élément nerveux spasmodique.

d) *Troubles nerveux* qui sont variables.

Quand un nerf est malade, le premier symptôme qu'il donne, c'est de la *douleur* ; dans le cas particulier, les douleurs sont en ceinture quand les nerfs intercostaux sont comprimés à leur origine, elles peuvent quelquefois ressembler à des douleurs angineuses.

Il peut y avoir brady-, tachycardie par irritation ou compression du pneumogastrique.

Dans d'autres cas, pas de névralgies, mais hoquet persistant indiquant que le phrénique est touché.

Phrénique, de la douleur sur le trajet des nerfs, les points les plus constants sont les suivants :

Apophyse épineuse de la Ve vertèbre cervicale.

Espace compris entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien.

Partie juxta-sternale des espaces intercostaux surtout au niveau de la 5e articulation chondro-sternale (point médio-sternal d'A. Jousset). Rebord inférieur des côtes, surtout un peu en dedans de l'extrémité inférieure de la Xe côte. (Bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy).

Douleur aiguë au niveau du diaphragme, quand on refoule les viscères abdominaux par une pression large, signe de Guéneau de Mussy.

Sympathique :

Inégalité pupillaire.

Rougeur d'une moitié de la face par paralysie des vaso-constricteurs.

2° *Signes physiques.*

Signes de compression des vaisseaux :

Artères.

Veines.

Les artères et les veines peuvent être comprimées, mais des artères élastiques sont plutôt déplacées que comprimées. Ce sont les veines qui sont surtout lésées, donc syndrome veineux, syndrome principal, compression de la veine cave supérieure, se traduisant dans le thorax et la face par un œdème dur, cyanose, circulation collatérale faisant communiquer le système cave supérieur avec le système cave inférieur par où se fait la dérivation.

Si la compression s'exerce sur les veines pulmonaires : congestion des bases ; hydrothorax à droite par compression de la veine azygos.

Compression de la veine cave inférieure. — Dans la médiastinite inférieure, on a alors une gêne de la circulation veineuse de la partie inférieure du corps, œdème des membres inférieurs, et gêne sus-hépatique d'où :

Gros foie ;
Ascite ;
Hypertension portale.

Ce sont des signes très intéressants, car ils nous permettent de localiser.

Examen direct. — Peu de renseignements, car il est très difficile d'aborder le médiastin et son contenu ; cependant, on peut trouver quelquefois, soit une tumeur à la base du cou. Chez les enfants dont le thorax plus souple se laisse plus facilement déformer, on peut voir une voussure, une déformation thoracique.

Par la palpation. — Sensibilité particulière de la région parasternale ; tumeur pulsatile parfois.

A la percussion. — Deux aires sont intéressantes :

En avant : au-dessus du cœur ;
En arrière : espace interscapulo-vertébral.

On peut y trouver de la submatité en général, plus rarement de la matité.

Un grand signe, bien qu'il soit rare. — Conservation parfaite de la sonorité et des vibrations en même temps qu'un silence respiratoire (compression des bronches).

Signe de d'Espine. — C'est le signe de la bron-



chophonie vertébrale : cette bronchophonie s'entend normalement jusqu'à la IIIe dorsale. A l'état normal, au-dessous de la bifurcation de la trachée, on n'entend plus ce bruit. A l'état pathologique, on peut l'entendre jusqu'à la VIIe dorsale, comme c'était le cas pour notre malade, lorsqu'une néoproduction prolonge la transmsission du bruit vers le bas ; ce signe doit être recherché avec un stéthoscope sur les vertèbres.

Habituellement, on se sert du signe de d'Espine modifié : *pectoriloquie aphone vertébrale*. Ce signe se rencontre le plus fréquemment dans l'adénopathie trachéo-bronchique.

La radio qui se fera de face, de dos, en oblique.

Chez notre malade, la radio montrait une masse occupant le médiastin supérieur et postérieur au-dessus du cœur, *ne présentant pas de battements* ; elle arrivait jusqu'à effleurer les clavicules, elle comprimait la veine cave supérieure.

Egalement une petite masse sur la trachée.

Le syndrome médiastin, chez elle, était au complet.

Diagnostic différentiel. Avec quoi le syndrome médiastinal pourrait-il être confondu ?

Si on a uniquement des troubles respiratoires, on peut croire à :

1° Emphysème ;
2° Bronchite chronique ;
3° Asthme ;
4° Coqueluche ;
5° Affections laryngées chez les enfants ;
6° Végétations adénoïdes.

Si les symptômes dysphagiques prédominent, on pourra croire à un rétrécissement de l'œsophage.

Les œdèmes. — Affections cardiaques rénales :

Hypothyroïdisme (pachydermie).

Si les signes se passent dans le territoire de la veine cave inférieure, œdème par cirrhose du foie, affection rénale ou cardiaque. Faire aussi le diagnostic avec les syndromes médiastinaux secondaires.

Tuberculose costale ;
Mal de Pott cervical ;
Goitre plongeant.

Dans le cas particulier, n'est-ce pas un goitre plongeant ? Son goitre est petit ; si ce goitre est plongeant, la tumeur est unique, fixée à l'intérieur du thorax, elle ne peut se mobiliser par la déglutition ; d'autre part, la radio a montré l'indépendance des deux tumeurs, donc tumeur du médiastin ; où siégeait-elle ?

Siège et nature de la tumeur :

Localisation. — Ces tumeurs du médiastin sont rarement diffuses, elles présentent, au contraire, des localisations, d'où signes très importants pour le diagnostic du siège.

1° *Syndrome du médiastin antérieur et supérieur.*

C'était celui présenté par notre malade et caractérisé par *syndrome d'oblitération de la veine cave supérieure* : œdème, cyanose, circulation collatérale.

Le syndrome présente des signes fonctionnels importants :

Congestion encéphalique ; céphalée rebelle ;
Vertiges ;
Bourdonnements d'oreilles.

2° *Syndrome respiratoire ou de la partie moyenne du médiastin.*

C'est souvent le *syndrome broncho-récurrentiel* ; compression de la bronche gauche, car, à ce niveau, le pneumogastrique abandonne le récurrent qui sera comprimé le plus souvent, (anévrysme de l'aorte).

3° *Syndrome cave inférieur.* — On ne le voit que dans les affections tuberculeuses du médiastin ; il est le plus souvent déterminé par une médiastinite calleuse qui est une cellulite tuberculeuse. Il est, en général, décrit avec les signes de symphyse cardiaque ; c'est, en effet, un syndrome cardiaque, avec asystolie hépatique.

4° *Syndrome médiastin postérieur.* — Minimum de signes physiques : on a surtout des signes dysphagiques et nerveux.

Comme signe de médiastin supérieur, on peut aussi ajouter : le *pouls paradoxal de Küssmaul*, diminution ou même suppression du pouls pendant l'inspiration. Il serait dû à la traction exercée sur les pédicules vasculaires par des brides fibreuses.

Le signe de Radonicic. — La pression artérielle est différente dans les deux membres supérieurs, dans la position couchée, par suite de la traction d'adhérences sur la sous-clavière gauche en raison de ce que le diaphragme descend dans la position couchée.

Pour le médiastin inférieur : signe de Wenckebach.

Diminution du diamètre thoracique inférieur pendant l'inspiration à cause des adhérences fibreuses.

Diagnostic topographique à grand intérêt pratique, car il facilite le diagnostic étiologique :

Syndrome médiastinal supérieur = syphilis.
Syndrome médiastinal inférieur = tuberculose.
Syndrome broncho-récurrentiel = anévrysme de l'aorte.

Diagnostic étiologique.

Eliminer : *les affections aiguës et fébriles* : abcès ganglionnaires ; pleurésie médiastine, retentit sur les organes du voisinage, formation de pus, vomique précoce.

S'il s'agit d'un enfant : adénopathie trachéo-bronchique aiguë, affection rare et qui survient d'ordinaire après une rougeole.

Cancer de l'œsophage qui donne des signes sur-

tout postérieurs, des troubles dysphagiques. Ceux qu'on avait constatés ici n'avaient pas une grande importance ; d'autre part, pas d'amaigrissement.

Anévrysme de l'aorte. — Dans le cas de notre malade, on peut s'y attarder ; l'anévrysme donne bien un syndrome cave supérieur, mais en même temps des signes aortiques, souffles et battements, les derniers perceptibles à la radio, mais quand la tumeur anévrysmale est entourée de médiastinite, ces battements peuvent disparaître pour reparaître après un traitement d'épreuve.

Leucémie. — Multiplicité des tumeurs ganglionnaires. Examen du sang.

En présence d'une inflammation chronique, penser à :

Tuberculose ;

Syphilis ;

Cancer.

Médiastinite tuberculeuse.

Tuberculose ganglionnaire, surtout chez les enfants. Chez l'adulte, la médiastinite tuberculeuse peut exister, mais elle est secondaire à la tuberculose pulmonaire déjà constatée.

Elle frappe souvent le *médiastin inférieur*, en donnant : la péricardo-médiastinite calleuse de Küssmaül, une inflammation tuberculeuse des plèvres, qui se présentent souvent infiltrées et lardacées.

Donc chez un enfant : médiastinite supérieure = tuberculose ;

Chez un adulte : médiastinite supérieure = syphilis surtout.

La syphilis. — Rechercher les stigmates avec soin, grosse importance au point de vue du pronostic, car, ici le traitement a une grosse influence sur la disparition des phénomènes.

Le cancer. — Les tumeurs bénignes du médiastin sont exceptionnelles :

a) Cancers secondaires s'accompagnent des signes pleuraux ou pulmonaires dus au cancer primitif.

b) *Cancer primitif du médiastin* dérivant des vestiges du thymus, des thyroïdes accessoires, d'un goitre plongeant.

Pronostic dépend de la *cause* (moins grave dans Σ) du *siège* (gravité du syndrome postérieur).

Traitement. — Essayer traitement anti-Σ énergique. Tumeurs malignes = radiothérapie profonde.

(*Leçon recueillie* par le Dr Verdeau.)

LA RADIOTHÉRAPIE EN GYNÉCOLOGIE D'APRÈS M. LE Pr RECASENS.

Par le Dr Ch. Schmitt.

Il me paraît intéressant de résumer ici les opinions d'un maître en gynécologie sur les applications de la radiothérapie, dans sa spécialité. Notre distingué confrère Dartigues nous a présenté, il y a quelques mois, en un style brillant et en des termes aussi élogieux que justifiés, M. Recasens, professeur de clinique chirurgicale et doyen de la Faculté de médecine de Madrid.

Il m'a été donné d'assister à la conférence qu'il fit à Paris le 5 mai 1923, et j'ai partagé l'enthousiasme de notre habile opérateur et brillant écrivain parisien.

Ce que nous avons appris était tellement conforme à ce que nous savons et voyons, nous autres radiothérapeutes, que je me suis demandé si je n'étais pas l'objet d'une illusion ou d'un rêve. J'ai donc attendu, pour faire état de cette remarquable leçon, qu'elle fût publiée. Cette mise au point d'une question qui divise chirurgiens et physiothérapeutes, par un homme compétent et impartial, mérite d'appeler l'attention du praticien, que rendent de plus en plus hésitant des discussions subtiles, où sont émis des avis et des conseils des plus contradictoires, et qui se trouve fort embarrassé lorsqu'il s'agit de prendre une décision.

Des considérations théoriques exposées par Recasens, nous ne retiendrons que celles qui ont trait aux doses. Les petites doses sont excitantes de la vitalité et de la reproduction cellulaire, les moyennes arrêtent momentanément la vie de la cellule qui, si elle ne reçoit pas de nouvelles radiations, peut reprendre ultérieurement sa vitalité antérieure ; les fortes doses détruisent tous les tissus, en commençant par les éléments néoplasiques.

D'où les conclusions suivantes : faibles doses pour stimuler les organes insuffisants, les glandes à sécrétion interne entre autres ; doses moyennes pour amener le sommeil d'un appareil fonctionnant avec trop d'énergie ou dont il y a lieu de suspendre momentanément l'action pour permettre à l'organisme profondément atteint par la tuberculose, la syphilis, des troubles cardiaques ou des intoxications, de se reposer, de guérir et de supporter plus tard, sans danger, les fatigues d'un acte physiologique tel que la grossesse, ou d'une nouvelle maladie. Les fortes doses sont réservées au traitement des tumeurs malignes.

A leur sujet, l'auteur insiste sur la nécessité, lorsqu'on se trouve en présence de métrorrhagies de la ménopause, de s'assurer qu'elles ne masquent pas un carcinome au début, car la dose

suffisante pour tarir l'écoulement sanguin est excitante pour la tumeur qui exige une dose trois fois plus forte pour être détruite, ou tout au moins arrêtée dans son évolution.

Au sujet des fibromes, le professeur de clinique chirurgicale de Madrid est d'avis qu' « on ne doit pas chercher le cas qui doit être traité, mais reconnaître seulement celui où ce traitement spécial est contre-indiqué », car la mortalité opératoire, si restreinte soit-elle, ne doit pas être négligée : « les cas les plus simples peuvent devenir mortels à la suite de quelque accident ou d'un évènement imprévu ».

Les contre-indications sont peu nombreuses : annexites ou myomes avec grosse dégénérescence sarcomateuse dont la disparition brusque pourrait occasionner une véritable intoxication aiguë. Notons que, dans ce cas, on peut supprimer cet aléa, en raccourcissant et en espaçant les séances.

La dégénérescence calcaire invite à l'abstention tant chirurgicale que radiologique, car elle produit rarement des hémorrhagies et de la compression.

Dans la péritonite tuberculeuse, les résultats ont été des plus favorables. La dose est de 55 ou 60 pour cent de la dose d'érythème (D. E.), Les intestins, vulnérables seulement à 100 pour 100 de la D. E., ne risquent donc rien.

Le champ d'action des doses moyennes s'est étendu considérablement. 25 pour cent de la D. E. amènent la suppression temporaire de la menstruation, la *castration temporaire* dont l'importance, au point de vue individuel et social, est à souligner. C'est un moyen *eugénique* qui devrait être appliqué plus souvent, car, sans stériliser définitivement la femme, il la préserve, et la société avec elle, d'enfants dégénérés, d'épileptiques, d'alcooliques, d'aliénés. De cette infécondité momentanée, ne peut résulter qu'un grand bien pour tous : pour la principale intéressée, en première ligne, dont la santé est compromise et dont la vie peut être en jeu, et qui, grâce à une intervention sans danger, pourra, plus tard, placée dans de meilleures conditions, faire souche d'être sains et normaux.

Les indications des doses faibles sont fréquentes : insuffisances ovarienne, hypophysaire, thyroïdienne, auxquelles il y aurait lieu d'ajouter, si nous n'étions dans le domaine de la gynécologie, les insuffisances testiculaires, surrénales, spléniques, et même celles de la moelle osseuse.

Recasens cite des succès là où l'opothérapie avait échoué : règles irrégulières ou absentes, polysarcie avec atrophie de l'utérus, infantilisme, stérilité. Suivant ces cas, il faut irradier successivement ou simultanément l'ovaire, la thyroïde, l'hypophyse.

L'éminent doyen termine en exprimant la conviction que l'utilisation raisonnée des radiations rendra à l'humanité des services comparables à ceux de l'asepsie et des perfectionnements apportés à la technique opératoire.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'atonie gastrique.

L'atonie gastrique, qu'il ne faut pas confondre avec la dilatation, est, avec le spasme pylorique, mais moins fréquemment, la grande cause des dyspepsies. Elle se caractérise par une certaine lenteur des digestions, sans crampes douloureuses, mais avec des brûlures très tardives, sans pyrosis. On recherchera le clapotage à jeun et six heures après les repas ; on pratiquera le tubage à jeun ; s'il ramène du liquide peptique ou non, sans débris alimentaires, l'atonie pure est très probable. Les résultats de la mesure de la tonicité gastrique sont discutables. Ceux de la radioscopie, pratiquée en série, avec comparaison des images, seront infiniment plus instructifs.

L'évolution de l'atonie est lente, entrecoupée de périodes de rémission ; elle aboutit généralement à la gastrite, en raison de l'hypersécrétion qui accompagne le séjour prolongé du chyme dans l'estomac. La cause de l'atonie est tantôt une insuffisance originelle de la musculature, tantôt un surmenage continu chez les gros mangeurs et les gros buveurs d'alcool. La défaillance du système nerveux, chez les surmenés physiques et intellectuels, joue aussi son rôle étiologique.

Le spasme pylorique, avec ou sans sténose, est également une cause d'atonie gastrique.

Le traitement comporte avant tout un régime alimentaire composé de quatre petits repas, avec bouillies au lait et aux farines maltées, œufs crus. . . Les boissons, eau ou tisanes, seront prises en petites quantités, mais à la fin des repas, on se trouvera bien d'une tasse d'infusion aromatique forte et sucrée, renouvelée 3 ou 4 heures après.

La noix vomique et la strychnine peuvent être conseillées. Mieux vaut ordonner les sels de cal-

cium et de magnésium, selon la formule suivante :

Bicarbonate de soude		40 gr.
Carbonate de chaux.......	ââ	25 gr.
— de magnésie ...		
Phosphate tricalcique.......		10 gr.

Une cuillerée à café après le repas, à répéter trois heures plus tard.

Massage et électricité sont à conseiller prudemment. L'auto-lavage de Bourget est simple et efficace. Le malade, ayant pris un verre à bordeaux tiédi, à jeun, de la solution de cet auteur, s'asseoit sur le bord du lit ; puis, prenant alternativement à deux mains un des genoux, il fléchit fortement la cuisse sur le ventre en faisant une profonde inspiration.

Dans les cas de gastrite rebelle avec rétention, c'est la gastro-entérostomie qui reste la suprême ressource. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 juillet 1923.)

L'allaitement chez les albuminuriques et les éclamptiques.

La question ne se pose pas pour les brightiques. Mais quand il s'agit d'albuminurie et d'éclampsie gravidique, M. Balard est d'avis que, sous certaines conditions, l'allaitement maternel doit être conseillé. Une surveillance médicale de la mère et de l'enfant est indispensable. On ne mettra l'enfant au sein qu'après que le taux de l'albumine ainsi que la tension artérielle auront baissé, parallèlement à l'apparition d'une débâcle urinaire. La mère suivra une thérapeutique de désintoxication (purgation, régime lacté). Le lait exclusif fera cependant assez vite place au régime lacto-végétarien déchloruré.

L'enfant sera régulièrement examiné au point de vue de ses urines et de sa tension artérielle. Si l'hypogalactie de la mère persistait, on aurait recours à l'allaitement mixte, « et on aurait ainsi la satisfaction d'avoir une fois de plus conservé à l'enfant le bénéfice du sein de sa mère. » (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 5 août 1923.)

Traitement des infections puerpérales à l'aide du drain injecteur de Scemama.

Pour traiter l'infection puerpérale, quand l'utérus a été complètement vidé, au doigt ou à la curette, de tous les débris qu'il contenait, M. Scemama a inventé un drain-injecteur « caractérisé essentiellement par la combinaison d'un drain métallique souple de diamètre approprié, et d'une sonde en caoutchouc, de plus petit diamètre, engagée dans le drain, et fixée à la partie supérieure de celui-ci. Le drain métallique assure l'expulsion des sécrétions pathologiques, et la sonde constitue, avec ce drain, une sonde à double courant permettant le lavage de la cavité utérine. La sonde souple est amovible ; elle est montée sur une olive se vissant dans le capuchon du drain à l'aide d'une clef convenablement disposée, et son pavillon s'adapte à un raccord relié au tube de l'injecteur. L'ensemble de l'instrument, le drain muni de sa sonde, est engagé dans l'utérus au moyen d'un mandrin conducteur courbe, formé d'une fourche amovible fixée sur un manche universel ».

Cet appareil permet de réaliser un goutte à goutte utérin permanent avec la solution de Carrel-Dakin. (*Bull. de la Soc. de médecine de Nice*, décembre 1922.)

De l'intolérance aux arsénobenzènes.

Les accidents du traitement arsénical dans la syphilis, actuellement bien connus quant à leur symptomatologie, ont, selon M. Galliot, cependant encore une étiologie fort discutée.

Ils paraissent toutefois être dus en dernière analyse à un mauvais fonctionnement glandulaire.

L'insuffisance surrénalienne est le plus souvent en cause, mais certains phénomènes d'intolérance paraissent être dus à des troubles des sécrétions hépatique, thyroïdienne ou même pancréatique. Cette notion pathogénique de l'intolérance aux arsénobenzènes permet d'y remédier par l'emploi thérapeutique de la glande déficiente. (*Progr. méd.*, 16 juin 1923.)

L'épreuve de la diurèse provoquée dans l'exploration rénale.

Rien de plus important que la recherche de l'état du fonctionnement rénal, surtout chez les hypertendus. Plusieurs méthodes se partagent la faveur des praticiens : l'une mesure le degré de l'azotémie, l'autre mesure la constante uréo-sécrétoire, selon les calculs d'Ambard, l'autre recourt à l'épreuve de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine. Leur valeur respective est incontestable, mais elles ont l'inconvénient de demander le concours du laboratoire. Or, en clinique, il est parfois nécessaire d'aller plus vite. Aussi, devons-nous retenir comme particulièrement intéressante l'épreuve de la diurèse provoquée, telle que la décrivent MM. Vaquez et Saragea.

« On soumet le malade à un régime fixe de boisson, qui consiste à boire à chaque repas 500 gr. d'eau et à s'en abstenir le reste du temps. Les repas doivent être pris comme d'habitude, mais sans potage, le petit déjeuner à 9 heures consistant dans 250 gr. de lait. On recueille les urines séparément dans trois bocaux : de 7 heures à 9 heures le matin dans le premier bocal, marqué « matin » ; de 9 heures à 21 heures dans le deuxième, marqué « jour » ; de 21 heures à 7 h.



le matin le lendemain, dans le troisième marqué « nuit ». On lit la quantité des urines émises ; on prend leur densité, et on inscrit le tout. On répète cela deux jours de suite, le sujet se levant le premier et restant couché le second ; de cette façon, on connaît son rythme urinaire habituel. Le troisième jour, on lui fait prendre le matin à jeun, de 7 heures à 7 h. 1 /4, 600 gr. d'eau d'Evian, en le priant de se lever à 7 heures. Un sujet normal doit avoir rendu cette eau en deux heures. On répète l'épreuve le quatrième jour, le sujet restant couché, de façon à éliminer l'influence des facteurs extra-rénaux. Pratiquement, on peut se contenter de l'épreuve des deux derniers jours. Ici, on pourrait faire valoir également la difficulté pour le malade d'uriner juste à l'heure. Mais cela n'a guère d'importance, puisque un retard de cinq ou dix minutes n'entraîne que des erreurs insignifiantes ».

Grâce à ces différentes données, on apprécie d'abord la rythme nycthéméral, dans lequel, *normalement*, la quantité d'urines émises le jour doit être le double de l'urine nocturne. On se rend ensuite compte de l'état et des variations de la densité ; normalement, elle doit être plus forte la nuit que le jour. L'inverse indique un trouble de la perméabilité rénale. Enfin, la diurèse provoquée renseigne également sur cette perméabilité, et sur la part qui revient au rein dans les troubles de l'élimination. En effet, cette épreuve n'a de valeur, au point de vue du rein, que si elle est pratiquée sur le sujet étant couché. Les discordances constatées entre l'élimination dans l'orthostatisme et le clinostastisme, rendent au rein ce qui lui appartient, et aux troubles circulatoires ce qui leur est imputable.

A noter aussi que la perméabilité rénale n'est pas fonction de l'hypertension, des sujets fortement hypertendus offrant une élimination à peu près normale. D'où cette conclusion pratique que l'hypertension n'est pas provoquée par les lésions du rein, celles-ci se montrant au contraire secondairement.

Ce serait, au dire des auteurs, l'épreuve la plus simple, la plus fidèle et la plus sûre des méthodes d'exploration du fonctionnemment rénal. (*Presse méd.*, 8 août 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Peste et pneumococcie.

(M. Guinon, Mlle de Pfeffel et M. Lamy. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-7-1923.)

M. Guinon, Mlle de Pfeffel et M. Lamy relatent un cas, observé à l'hôpital Bretonneau, de peste associée à une pneumococcie.

Le malade, enfant de 12 ans, fut admis à l'hôpital pour des accidents angineux graves, avec adénopathies volumineuses, qui firent penser à une diphtérie maligne. L'absence de bacille de Löffler, d'une part, la concomitance de ganglions durs dans les aînes et les aisselles, d'autre part, amenèrent à diriger les recherches du côté peste. L'ensemencement du pus ganglionnaire donna une culture de bacilles de Yersin et de pneumocoques. L'hémoculture ne fournit qu'un résultat tardif.

Le symptôme dominant fut donc, au début, l'angine maligne accompagnée d'adénite et de périadénite. Ces angines pesteuses diphtéroïdes sont connues et Montel s'est même demandé si les amygdales ne pourraient pas être la porte d'entrée de l'infection.

Il y eut là une véritable association pesto-pneumococcique qui dura autant que la maladie. Le pneumocoque intervient dans la genèse de plusieurs accidents, les suppurations, la péricardite, la cachexie, mais il est difficile de préciser quel fut le rôle des deux microbes et l'action de l'un sur l'autre. La symbiose du bacille de Yersin et du pneumocoque a déjà été notée. Kitasato, à l'époque de la découverte du bacille pesteux, a retiré d'un ganglion un microbe que ses caractères identifiaient au pneumocoque. Le pneumocoque a été rencontré dans la flore des crachats au cours de la peste d'Oporto en 1899, de l'épidémie de Mandchourie en 1910, et dans le sang d'un malade atteint de peste en 1920, par M. Rathery. Le pneumocoque est un agent que l'on trouve d'ailleurs assez fréquemment dans les infections mixtes de toute nature. Il s'associe plus d'une fois au bacille typhique, au méningocoque, au germe de la grippe, etc.

Abcès amibien du poumon.

(MM. Pissavy, Brécer et Chabrun. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-7-1923.)

Au mois de mai dernier, M. Ramond a relaté une observation d'abcès amibien du poumon, rapidement guéri par l'émétine. Il insistait, à cette occasion, sur l'importance de l'erreur consistant à prendre un tel abcès pour une lésion tuberculeuse. Erreur d'autant plus sérieuse que l'amibiase pulmonaire guerit en quelques jours par un traitement convenable alors que, abandonnée à elle-même, elle peut entraîner la mort.

M. Pissavy a eu l'occasion de traiter un cas analogue à celui de M. Ramond. Il s'est agi d'un abcès de la base du poumon droit, déterminant une expectoration abondante de crachats purulents, et révélé

plus par l'examen radioscopique que par l'auscultation. Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration. Le malade étant un ancien dysentérique, on pensa à l'abcès amibien. La cure émétinique amena aussitôt une amélioration remarquable des différents symptômes et de l'état général.

Le point capital en pareille circonstance est d'éviter la confusion avec la tuberculose, de fixer le diagnostic étiologique. Le laboratoire montre l'absence de bacilles dans les crachats. L'aspect glaireux, purulent et sanguinolent de l'expectoration, intéressant à constater, peut manquer. L'image radioscopique et surtout les antécédents sont des indices très utiles. La véritable pierre de touche du diagnostic est la médication émétinique, à condition de penser à l'amibiase.

— M. Flandin signale l'action de la chaleur dans l'infection amibienne. Il vient d'observer 3 dysentériques amibiens cliniquement guéris depuis trois ans chez qui les périodes de chaleur de ces derniers mois ont déterminé des poussées aiguës. Les dysentériques soumis à un traitement annuel par l'émétine sont restés, par contre, indemnes, pendant ce temps.

Amibiase pulmonaire pure.

(M. Trabaud, de Beyrouth. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-7-1923.)

M. Trémolières présente un travail de M. Trabaud, de Beyrouth, concernant un cas d'amibiase pulmonaire pure, sans abcès du foie, guérie par l'émétine.

L'abcès dysentérique du poumon, dit M. Trabaud, ne serait pas rare dans les pays où sévit la dysentérie amibienne. Les ouvrages concernant la médecine tropicale en fournissent un certain nombre d'exemples.

Chez son malade, l'auteur institua la cure émétinique à raison de 8 centigrammes de médicament chaque jour. Dès le lendemain de la première piqûre, la température redevint normale, les hémoptysies s'arrêtèrent et la quantité de crachats, après un accroissement momentané, diminua progressivement. La guérison se fit avec rapidité.

Polynévrite émétinique.

(MM. Louis et Trabaud, de Beyrouth. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-7-1923.)

L'émétine, merveilleux agent de traitement de la dysenterie, peut offrir des inconvénients lorsqu'on le manie à doses trop élevées. Guglielmetti, de Buenos-Aires, pour la première fois, en 1916, Guy-Laroche, Soca, de Montevideo, et d'autres auteurs ont relaté des observations de polynévrite émétinique, dont une suivie de mort. MM. Louis et Trabaud en communiquent aujourd'hui un nouveau cas. Ayant fait, chez un malade dysentérique, une série de 7 injections intraveineuses d'émétine, de 0 gr. 08 chacune (soit une dose totale de 0 gr. 56), ils ont vu apparaître chez leur patient des phénomènes douloureux dans la fesse et le membre inférieur gauches, relevant de polynévrite, qui ont disparu d'ailleurs en six semaines sous l'influence de l'électrisation galvanique.

Les quantités d'émétine qui ont entraîné ces troubles polynévritiques furent assez variables selon les cas. Le malade de Delteil, Azoulay et Salles avait reçu 1 gr. 22 de médicament en 40 jours. Un patient de Soca eut des troubles nerveux, suivis de mort, avec 1 gr. 05 d'émétine. Dans l'observation de MM. Louis et Trabaud, 0 gr. 56 d'émétine suffirent à déclancher une polynévrite localisée à la zone lombo-sacrée. Chez un autre sujet, à la troisième injection, soit à 0 gr. 24 de médicament, se montrèrent des douleurs dans le domaine du fémoro-cutané et dans la région lombo-sacrée, qui obligèrent à cesser la médication. La question des doses n'est donc pas, en la matière, seule à intervenir, une grande part devant être également faite à la prédisposition individuelle.

Il convient dès lors, dans la mise en œuvre de l'émétinothérapie, de tâter le terrain et d'agir avec une certaine prudence. Certes, les accidents mortels sont rares et les troubles guérissent aisément, en général, lorsque l'intoxication émétinique est dépistée à son début. La suppression du médicament, le traitement électrique en ont ordinairement raison. C'est par des phénomènes douloureux, d'ordre névralgique, une polynévrite sensitive, que l'intoxication émétinique se manifeste d'abord, à l'habitude du moins. Il est bon de s'en souvenir.

La tuberculose à l'hôpital-sanatorium de Brévannes.

(Mme Marcarian-Porcher. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-7-1923.)

M. Baudouin présente, au nom de Mme Marcarian-Porcher, une statistique du service de femmes tuberculeuses de l'hôpital de Brévannes (malades ayant quitté cet établissement du 1er janvier au 31 décembre 1922.)

On sait que la Société médicale des hôpitaux prévoit pour les tuberculeux une organisation à trois degrés :

1° Sanatorium pour les formes au début ou pour les cas simplement suspects ;

2° Hospitalisation dans les hôpitaux de Paris pour les grands phtisiques ;

3° Enfin, l'hôpital-sanatorium pour les formes intermédiaires.

L'hôpital de Brévannes remplit le rôle d'hôpital-sanatorium. Destiné aux malades femmes, il comprend 269 lits. Sur un total de 260 entrées, pendant l'année 1922, avec un séjour de chaque tuberculeuse ayant varié de quelques jours à l'année entière (une moyenne de 3 à 4 mois), la mortalité a atteint le chiffre global assez élevé de 17,50 %, Si au chif-

fre des décédées (81), on ajoute celui des aggravées (57), et 10 malades du groupe des grandes phtisiques reparties pour mourir chez elles, on arrive à un total de 148 cas de décédées et de moribondes, soit 32 p. 100. C'est là un résultat peu encourageant.

L'auteur estime que ce résultat déplorable tient à une cause principale : les hôpitaux de Paris manquent de lits pour les phtisiques et les envoient à Brévannes, qui ne leur est pas destiné. Il en résulte d'abord une aggravation de la statistique par la forte mortalité de ces malades. Il en résulte ensuite que les bacillaires peu touchées qui bénéficieraient réellement de l'hôpital-sanatorium sont obligées d'attendre trop longtemps leur admission et qu'une fois reçues, elles ont à Brévannes le spectacle impressionnant et démoralisant des grandes phtisiques mourantes dans les lits voisins des leurs. A ce propos, Mme Marcarian-Porcher déclare que le fameux optimisme des tuberculeux lui semble avoir été beaucoup exagéré et qu'il conviendrait de le reléguer dans le domaine des légendes, du moins pour ce qui concerne les *tuberculeuses* de Brévannes et des établissements similaires.

L'auteur souhaiterait, en résumé, que l'hôpital-sanatorium de Brévannes soit et reste, non théoriquement mais dans la réalité, un hôpital-sanatorium, ne recevant que des malades curables. Pour la majorité de ces malades, un séjour d'au moins six mois, apparaît nécessaire.

Sur la congestion hépatique.

(MM. Chiray, Lebègue, Lomon et Clogne. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-7-1923.)

La congestion active du foie, qui s'oppose à la congestion passive, est causée par l'afflux de matériaux alimentaires trop abondants, au moment de la digestion intestinale. Normalement, les repas provoquent une certaine hyperémie hépatique. Chez les gros mangeurs, les grands buveurs, les tachyphages, les dilatés gastriques, la congestion hépatique survit aux repas et persiste. Elle se rencontre aussi chez les goutteux, les obèses, les diabétiques.

MM. Chiray, Lebègue, Lomon et Clogne ont étudié cette congestion active du foie chez les gros mangeurs et les gastropathes. Elle se manifeste d'abord, par une symptomatologie extra-hépatique, de l'hyperémie faciale et de la somnolence post-prandium, de la céphalée, de l'insomnie, de la fatigue physique et psychique. A ces signes, s'ajoutent l'augmentation de volume du foie, qui est sensible à la pression, et un dérèglement du rythme urinaire. Les auteurs ont recherché, à la radiographie, cette augmentation de l'aire hépatique, qu'il n'est pas facile de constater autrement lorsqu'elle est légère. Au point de vue urologique, ils ont noté, après des repas copieux congestionnant activement le foie, une diminution des diverses substances dissoutes dans l'urine c'est-à-dire un indice de blocage, d'une certaine inhibition hépatique. P. L.

Les Congrès

XVIIe Congrès Français de Médecine

Tenu à Bordeaux les 27, 28 *et* 29 *septembre* 1923 (1).

Suites éloignées du paludisme.

Rapporteur : M. Le Dantec, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les suites éloignées du paludisme en général. — Quatre types sont à considérer :

Premier type de paludéen : le rapatrié de Salonique, dans lequel l'affection est curable.

Deuxième type : le fonctionnaire colonial, dont l'état doit être très surveillé pour permettre le retour aux colonies.

Troisième type : le colon qui s'expatrie d'une façon définitive et se trouve constamment dans les pays à paludisme. La quininisation préventive fait des merveilles chez ces sujets.

Quant au quatrième type : l'indigène, il est à diviser en type noir africain, impaludé depuis l'enfance : en type kabyle, qui résiste mieux, et en type malgache chez lequel s'est opérée une sélection entre la population côtière, qui résiste au paludisme, et la population du centre qui le contracte bien plus facilement.

Les suites éloignées du paludisme sur l'appareil circulatoire. — On peut observer : l'aortite palustre avec dilatation sus-sigmoïdienne, et aussi des artérites atteignant le système circulatoire périphérique et ayant provoqué parfois des gangrènes.

Faits éloignés du paludisme chez la femme, la mère et l'enfant. — Le paludisme a une influence sensible sur la fécondation, la grossesse et l'accouchement (on observe souvent un avortement ou un accouchement prématuré); les suites de couche sont souvent marquées par des retours de paludisme.

Les enfants nés de mères paludéennes sont chétifs et ont tendance à faire du rachitisme.

Traitement quininique du paludisme. — 1° Quininisation préventive. — Elle consiste à

(1) *Association de la Presse médicale française.* La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux et revues n'appartenant pas à l'Association.

prendre quotidiennement 0 gr. 20 à 0 gr. 30 de sulfate ou chlorhydrate de quinine ; c'est une excellente méthode, à condition d'employer un sel basique, en comprimés facilement solubles dans l'eau bouillante et faciles à broyer.

2° Quininisation curative. — S'il y a de l'embarras gastrique, la voie de choix est la voie intramusculaire. On injecte deux ou trois fois par jour 2 à 3 centimètres cubes de la solution :

Formiate basique de quinine.....	1 gr.
Glucose	1 gr.
Eau	10 cc.

et pendant ce temps préparer la voie gastrique. Quand elle est libre, on prend 4 cachets de 0 gr. 25 de sulfate basique à prendre quotidiennement pendant 5 jours, puis 3 cachets pendant 5 jours, 2 cachets pendant 10 jours et 1 cachet pendant un mois. Il est bon de donner en même temps un verre de limonade citrique qui facilite la dissolution, ainsi que d'associer cette médication à l'arrhénal. Ce traitement donne toute satisfaction.

Les lésions viscérales et glandulaires comme suites éloignées du paludisme.

Rapporteur : Dr Marcel Léger, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales.

Bien que le paludisme soit une maladie générale, certains organes semblent attirer de façon élective les hématozoaires, comme le foie, la rate, le cerveau.

Le plasmodium præcox semble se localiser au cerveau, le plasmodium vivax à la rate et le plasmodium malarine ne paraît pas avoir un organe de prédilection.

Dans ces organes, les hématozoaires peuvent provoquer des troubles durables, des lésions matérielles.

Le foie est très fréquemment touché. Il est le siège d'abord de congestion, puis de troubles fonctionnels portant sur toute la fonction *uréogénique*, puis sur la fonction biliaire, la fonction glycogénique étant respectée. Enfin surviennent des types divers de de *cirrhose*, atrophique ou hypertrophique, s'accompagnant parfois de dégénérescence graisseuse ou de dégénérescence amyloïde. Il convient enfin de citer la lithiase biliaire comme suite éloignée du paludisme ; mais la rate paraît être l'habitat de prédilection de l'hématozoaire où il se multiplie de façon intensive et où il peut vivre aussi d'une vie ralentie, alors que les examens du sang restent négatifs. Au moment des crises aiguës, la rate devient leur lieu de destruction principale et elle réagit fortement par une véritable apoplexie locale. Dans le paludisme chronique, l'organe se sclérose, devient friable et peut se rupturer facilement, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme minime. Les fonctions hématopoiétiques et hématolytiques sont troublées.

Le paludisme peut se trouver *parfois* à l'origine des anémies cryptogénétiques, de l'anémie pernicieuse progressive, de la maladie de Banti, de la leucémie myéloïde (Sabrazès), de la leucémie lymphatique. Au niveau des poumons, on peut observer des pneumonies chroniques scléreuses. C'est le pneumopaludisme.

Au niveau des reins, des néphrites chroniques avec lésions de sclérose diffuse.

Parmi les glandes endocrines, le corps thyroïde peut être touché et donner lieu à l'infantilisme palustre ; l'hypophyse (acromégalie), les capsules surrénales peuvent être le siège d'embolies parasitaires et sont parfois profondément touchées avec suppression des fonctions antitonique et angiotonique. On les trouve alors complètement atrophiées à l'autopsie.

Suites éloignées du paludisme au point de vue neuro-psychiatrique

Rapporteur : M. le Dr Hesnard, professeur à l'Ecole principale du service de santé de la marine de Bordeaux.

Suites d'ordre neurologique. — On peut rencontrer de petits signes *méningés*.

Parmi les syndromes *encéphaliques*, on peut rencontrer l'hémiplégie ou l'aphasie. La question est plus incertaine pour l'épilepsie et la tétanie paludéennes.

A signaler encore : les syndromes bulbo-pontocérébelleux, les syndromes cérébraux monoplégiques, la pseudo-sclérose en plaques palustre et la pseudo-paralysie générale palustre.

Parmi les syndromes médullaires et radiculaires : myélite palustre, certains cas de poliomyélite antérieure et enfin des douleurs tenaces à type radiculaire. Les syndromes névritiques sont les plus fréquents. On observe des polynévrites, des névrites isolées, des névralgies rebelles.

Enfin, parmi les syndromes neurovégétatifs, des troubles associés neurovégétatifs et endocriniens, des désordres vasomoteurs, des manifestations de vago ou de sympathicotonie.

Suites d'ordre psychiatrique. Il faut tenir compte de la prédisposition héréditaire et contitutionnelle.

Trois ordres de faits :

a) Complications mentales tardives du paludisme.

Parmi les syndromes psychopathiques à intermittence persistante, il convient de signaler les épisodes confuso-oniriques palustres à répétition, catégorie bien étudiée par Régis et ses élèves, et enfin les crises neuropsychopathiques polymorphes.

Quant aux syndromes psychopathiques palustres prolongés, ils peuvent se diviser en :

Psychonévroses post-paludéennes rebelles, en régressions psychopathiques palustres durables, en syndromes post-oniriques prolongés chroniques tels que la psychopolynévrite palustre et la pseudo-paralysie générale palustre.

b) Séquelles mentales du paludisme. Tous les intermédiaires entre les états décrits plus haut et la

démence palustre. Il peut y avoir des arrêts de développement psychique qui va de la débilité mentale à l'imbécillité.

c) Relations du paludisme avec les psychoses constitutionnelles. La manie, la mélancolie, la folie intermittente, peuvent être fortement influencées par le paludisme, déclanchées ou précipitées par lui chez des sujets prédisposés constitutionnellement.

Discussion des rapports.

M. Sabrazès (de Bordeaux) cite un certain nombre de faits de séquelle paludéenne à longue échéance (12 ans).

1er malade : démence progressive.

2e malade : tremblement, bradygraphie.

3e malade : insuffisance rénale ; azotémie.

M. Porot (d'Alger). — Se plaçant au point de vue neuro-psychiatrique, il donne quelques considérations générales sur des études faites dans l'Afrique du Nord.

1° On ne peut pas mettre sur le même pied les séquelles viscérales et nerveuses (réaction différente).

2° Les réactions méningées sont à l'origine des séquelles radiculo-médullaires.

3° Il y a *opposition* entre la *rareté* des séquelles neuropsychiatriques chez l'adulte et leur *fréquence chez l'enfant* (hérédodystrophie, épilepsie paludéenne).

M. Claude (Paris). — Les troubles mentaux paludéens au point de vue médico-légal.

On ne trouve pas de troubles mentaux se prolongeant d'une façon nette dus au paludisme seul. Il s'agit le plus souvent d'individus tarés antérieurement. Il faut en tenir compte pour apprécier la responsabilité au point de vue médico-légal.

M. Garin (Lyon). — Sur 392 cas observés de paludéens rapatriés de l'Armée d'Orient et n'ayant plus d'hématozoaires dans le sang, on a trouvé :

23 fois : amibes ;

58 fois : manifestations dysentériques.

Sur les 311 cas qui restent, 32 fois hypertrophie splénique, 25 lithiases biliaires, 9 névrites et des phénomènes fébriles qui ne sont pas des accès paludéens.

M. Vaudremer (Paris). — Il y a des paludéens qui ne guérissent jamais.

M. Roger (Marseille). — Etude faite sur cent malades. Cite plusieurs sciatiques consécutives à injection malencontreuse de quinine dans la fesse. On observe tantôt un syndrome algo-paralytique sciatique (destruction ou irritation) tantôt un syndrome paralytique pelvitrochantérien.

M. Le Dantec (Bordeaux). — Ces faits ne peuvent être dus qu'à une solution trop acide ou à la maladresse de l'opérateur.

M. Molin de Tessiè (Bordeaux). — Sur 500 malades vus à l'hôpital Saint-Nicolas, n'a pas vu de névrites paludéennes, a vu des troubles mentaux de type confusionnel.

M. Besançon (Paris). — Pour éclairer la pathogénie des accès de fièvre sans hématozoaires dans le sang, propose d'étudier la formule sanguine. Ces accès ne se rapprochent-ils pas d'accès du même genre observés dans la tuberculose, par exemple, en dehors de toute poussée évolutive.

(A suivre.)

Les Thèses

Ly. — Dr F. Rouzaud. — **Contribution au traitement de la syphilis de l'adulte en évolution, par le protochlorure de mercure léger et dissociable.** Thèse de 1923.

Après avoir indiqué les propriétés physiques et chimiques du nouveau sel mercuriel, l'auteur montre son mode de dissociation ayant pour termes ultimes l'oxyde de mercure et le mercure métal dans un état de division extrême qui facilite son absorption et son élimination, exalte sa valeur thérapeutique, justifiant ainsi sa parfaite tolérance sans provoquer ni stomatite, ni albuminurie, ni réactions locales ou générales par quelque voie qu'on l'administre : en cachets *per os* ; en pommade pour frictions par le tégument ; en suppositoires *per rectum* ou en ampoules par injections intra-musculaires.

L'étude de ces diverses formes pharmaceutiques eût dépassé le cadre d'une thèse ; aussi l'auteur s'est-il borné à l'examen des injections intra-musculaires dans le traitement de la syphilis primaire et secondaire.

Les observations, prises à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon, dans le service et sous le contrôle de M. le professeur Nicolas ; à la Maison Centrale de Saint-Lazare, dans le service de M. le Dr Lévy-Bing ; dans un centre dermato-vénéréologique d'armée, ont permis des conclusions desquelles nous extrayons les principaux points :

I. — Le protochlorure de mercure léger et dissociable en injections intra-musculaires hebdomadaires a une action nette et rapide sur les accidents primaires et secondaires de la syphilis qui disparaissent généralement entre la 4e et la 5e injection.

La constance d'action de ce médicament sur les accidents syphilitiques primaires et secondaires fait poser la question de son efficacité possible en tant que traitement de fond de la syphilis.

II. — L'injection intra-musculaire est en général mieux supportée que l'injection des préparations insolubles ordinaires telles que le calomel et l'huile grise. Les sujets traités peuvent continuer à vaquer à leurs

occupations. Les injections n'ont jamais été suivies d'abcès ni de nodosités.

III. — Il semble donc que, quand on se décidera pour la thérapeutique mercurielle, on puisse sérieusement faire entrer en ligne de compte le protochlorure de mercure léger et dissociable. Parmi les préparations insolubles, on le choisira de préférence. Il pourra être utilisé comme agent antisyphilitique, soit seul, soit comme adjuvant de la thérapeutique arsenicale, associé à celle-ci ou alternant avec elle (1).

(1) Le protochlorure de mercure léger et dissociable se trouve en droguerie sous le nom de Gambeol et sous 4 formes pharmaceutiques.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les traitements modernes du diabète

« Mirus quidem affectus... »
(ARÉTÉE)

Ces derniers temps ont vu surgir pour le diabète de nouveaux traitements : dans un mal dont la pathogénie demeure énigmatique, la thérapeutique ne saurait cesser d'être flottante ! ALLEN et GUELPA ont vanté la cure par le *jeûne*, facile et peu coûteux. Cette méthode peut améliorer certains diabètes gras, d'origine arthritique ou hépatique ; elle est décevante dans les formes polyphagiques, acidosiques, nerveuses, pancréatiques, dont dystrophie et tuberculose sont les points noirs et où il importe ne de pas déséquilibrer, brusquement, le métabolisme et de ne pas compromettre la ration d'entretien. Le jeûne ne remédie d'ailleurs pas à la perversion viscérale et perturbe même certains processus défensifs incombant aux vitamines : transitoire, il est peut-être susceptible de *désintoxiquer*, au cours de certains épisodes aigus, et d'exhausser parfois le « seuil » de l'élimination glycosurique. Mais il peut favoriser l'acidose et tarir complètement la glycémie : « or quand la glycémie cesse, la vitalité s'éteint », a dit Cl. BERNARD. En résumé, « la restriction exagérée nuit aux nerveux et aux surmenés, autant que la surcharge alimentaire est néfaste aux diabétiques arthritiques et florides » (MONIN).

L'*insuline*, extrait alcoolique des îlots du pancréas, fut préconisée, l'an dernier, par BANTING (de Toronto) comme un remarquable diabétifuge. On aurait tort d'y voir un véritable spécifique du diabète. Les expériences qui ont été faites en France, notamment par BLUM, de Strasbourg, démontrent, en effet, que cette médication a une réelle activité contre les états comateux et précomateux qui surviennent souvent pour compliquer le diabète, à la faveur des poussées d'acidose et d'acétonurie ; elle active la combustion du sucre en en réglant l'utilisation au mieux des besoins de l'organisme ; elle diminue la glycémie. Mais cette propriété a ses risques, qu'il faut connaître ; et on prendra garde à ce que cette diminution du taux du sucre sanguin n'aille jusqu'à sa suppression, avec ses conséquences sérieuses et même graves. On saura aussi que l'insuline n'agit que temporairement, pendant la durée de son administration ; si l'on en suspend trop tôt l'emploi, dans les formes graves et compliquées du diabète, les accidents tendent à reparaître.

Tout cela ne détrône ni le régime ni les traitements classiques. A cet égard, la cure de *santonine*, suivant la méthode du Dr SEJOURNET (renouvelée du vieil AVICENNE, qui vantait le semen-contra) doit être conseillée toutes les fois qu'il faut réfréner la glycoformation ; grâce à leur pouvoir toni-hépatique, à leur valeur nervine et dynamophore sur le mésocéphale, les pilules du Dr SEJOURNET nous représentent une médication à la fois frénatrice et réductrice : frénatrice de l'aberration trophique et régulatrice des oxydations. Des centaines d'auto observations médicales, recueillies depuis près d'un demi-siècle, montrent : la jugulation, par la santonine, de la glycosurie et de l'azoturie ; la suppression de la boulimie, de la soif et de la polyurie ; l'amélioration de l'asthénie, de l'amblyopie de l'impuissance et de l'insomnie ; la consolidation de l'équilibre digestif et nutritif, sans un régime sévère et fastidieux. Les pilules du Dr SEJOURNET donnent une sensation d'euphorie et de vigueur, qui triomphe de la dépression morale, si pénible, on le sait, à nombre de diabétiques.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE PERFECTIONNEMENT DES ÉTUDES MÉDICALES ET L'INTERNAT OBLIGATOIRE

Je lis toujours avec un puissant intérêt le *Journal de médecine de Bordeaux* : c'est, à mon avis, l'un des plus complets et des mieux présentés des périodiques médicaux.

J'aime infiniment la prose de son rédacteur en chef, le professeur R. Cruchet. C'est un parfait lettré, dont le style incisif me plaît beaucoup. C'est un courageux qui ne dissimule pas sa pensée, et qui sait dire aux gens leurs quatre vérités. C'est enfin un combatif ; son inlassable énergie cadre trop avec l'idée que nous nous faisons du journaliste médical pour que nous ne nous délections pas à la lecture des éditoriaux qu'il trousse d'une plume si alerte, dans chacun des numéros de l'organe qu'il dirige.

Il ne faudrait pas cependant que son ardeur l'entraînât trop loin et qu'il partît en guerre contre des moulins à vent. Et je crains bien qu'il ait subi cet entraînement le 25 août dernier, à propos du Congrès de l'Internat, et de l'Internat obligatoire qui y a fait l'objet d'une discussion passionnée.

Prenant à partie ceux qui défendent l'internat obligatoire, il s'exprime ainsi :

Ils ont, en effet, défendu cette thèse singulière, que l'internat étant une institution admirable pour apprendre la médecine, il n'y avait qu'à le rendre obligatoire pour tous les étudiants. De là est née cette conception de l'internat, dit obligatoire, qui a fait l'objet d'un rapport au Congrès récent de Lille, et a été suivi d'une discussion fort animée.

....

Je dois reconnaître toutefois avec plaisir que les internes ont très bien senti la portée, surtout sentimentale, *de l'attaque* et ont cherché, de fort bonne grâce, à y trouver remède.

Les Congressistes avaient auparavant voté à l'unanimité le vœu suivant :

Le Congrès : 1° Proteste contre l'appellation 'idnternat obligatoire ;

2° Estime que l'obligation de stage, implicitement contenu dans cette appellation, tout en étant désirable, est du ressort de l'enseignement, et doit être étudiée dans la réforme des études médicales ;

3° Demande à ce que le concours d'internat conserve les directives générales qui lui ont donné sa valeur jusqu'à ce jour.

Comme nous sommes de ceux qui, à différentes reprises, ont proposé de compléter les études médicales par un stage obligatoire d'une année dans un hôpital, dans des conditions de présence et de travail comparables à celles de l'internat, nous ne pouvons laisser écrire sans protester que nous sommes les adversaires de cette admirable institution, et que nous avons mené, contre elle, une attaque inspirée par je ne sais quels bas sentiments.

Et comment pourrions-nous nourrir de si noires pensées, si l'on considère que, parmi nous, Vimont est ancien interne titulaire, Noir, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, que Boudin est ancien interne titulaire des hôpitaux de Lyon ? J'ai moi-même regretté toute ma vie et je regrette encore que des circonstances indépendantes de ma volonté m'aient empêché de concourir pour l'Internat, et le meilleur souvenir que je garde de mes études est celui des trois mois pendant lesquels j'ai fait fonction d'interne dans le service de mon regretté maître Moizard, en 1891.

Je pense que ce sont là des états de service qui ont bien quelque valeur, et qui ne doivent pas permettre de suspecter nos intentions.

C'est précisément parce que nous savons, par expérience personnelle, quelle inestimable école d'application représente en réalité l'internat des hôpitaux, c'est parce que, pour nous, il n'est pas de meilleur apprentissage pour le jeune médecin, que nous voudrions que tous les étudiants bénéficient, dans une certaine mesure, de ses avantages.

Est-ce vraiment là une thèse si singulière ? En quoi ce que nous persistons à considérer comme un perfectionnement désirable et nécessaire des études médicales nuirait-il au prestige d'une élite, parmi laquelle se recrute la grande généralité des médecins et chirurgiens des hôpitaux et le personnel enseignant de nos facultés ?

Les congressistes ont admis, faisant ainsi une certaine concession à notre thèse, « qu'il serait possible d'adjoindre à l'interne de service, chaque jour et par roulement, un certain nombre de stagiaires qui, *sans prendre eux-mêmes de responsabilités*, l'assisteraient dans le service des urgences et bénéficieraient ainsi de son expérience pratique ».

Il y a, dans cette formule, un emploi défectueux de termes. L'interne n'est pas technique-

ment responsable de ses actes médicaux : il est couvert par son chef de service, *car il n'est pas encore docteur en médecine.*

Ce n'est donc pas de ses *responsabilités*, qu'il faut parler, pour les interdire au stagiaire qui l'assisterait, mais de ses *initiatives*. Ce qui revient à dire que ce stagiaire se comporterait comme un simple spectateur, tout au plus assistant, sans pouvoir entrer lui-même en action. Il verrait faire une saignée ; réduire une luxation ; opérer une hernie étranglée, sans mettre la main à la pâte autrement que comme anesthésiste (et encore ?), ou pour étancher le sang... La belle affaire ? ?

Ce n'est pas suffisant. Nous désirons pour lui davantage, et qu'en forgeant de ses doigts, il devînt forgeron, *fit fabricande faber*. Je me souviens de mes angoisses et de mon embarras, la première fois que, jeune médecin, je dus faire une application de forceps dans ma clientèle naissante, n'ayant d'expérience que celle que j'avais acquise par quelques manœuvres hâtives sur le mannequin. Si, au cours de mes études, j'avais eu la bonne fortune de pouvoir, à l'hôpital, sous la surveillance et la direction d'un patron ou d'un moniteur, pratiquer cette intervention, sur une parturiente hospitalisée, je l'aurais abordée plus tard pour mon compte d'un front infiniment plus serein.

Ce que nous entendons par internat obligatoire, c'est l'obligation, pour l'étudiant en fin d'études, de résider dans un hôpital ou à proximité de cet établissement, d'y passer sa vie, prenant part *effectivement* aux actes médicaux, chirurgicaux et obstétricaux réclamés par les malades en traitement, en assistant son chef et en assurant un service de garde.

Et qu'on ne nous fasse pas dire que nous entendons placer ce « stagiaire permanent » à côté de l'interne nommé au concours, avec les mêmes droits et les mêmes privilèges. L'interne nommé au concours n'existe que dans les villes où se trouvent des Facultés ou des Ecoles de médecine. Or, il y a une infinité d'établissements hospitaliers dans d'autres villes, petites ou grandes. Au Havre, au Mans, les hôpitaux possèdent un personnel d'internes résidants, choisis par les Administrations hospitalières autrement que par la voie du concours.

Dans ma ville natale, à Honfleur, on peut admirer un hôpital moderne, très complet, comportant même une Maternité. S'il ne possède pas d'interne, rien ne s'opposerait cependant pas à ce qu'il en eut un, — ce qui serait profitable certainement et aux malades et à l'étudiant occupant ce poste.

Notre proposition se résume donc à ceci : édicter que les études médicales seront complétées par un stage obligatoire d'un an dans un établissement hospitalier. Faire, d'autre part, le recensement des établissements hospitaliers comptant un minimum de lits, 100 par exemple. Répartir ensuite les étudiants régionalement entre ces Etablissements, selon un choix par ordre de préférence, basé par exemple, sur la moyenne des notes obtenues aux trois examens de clinique.

Certes, j'entends bien les objections qui pourront être faites à ce projet. Et d'abord, matériellement parlant, comment et de quoi vivront ces stagiaires ? Mais comment et de quoi vivent-ils actuellement, au cours de leurs études ? Des subsides que leur accorde leur famille. Il en serait ainsi pendant cette année de stage. D'ailleurs, il ne serait pas impossible que les hôpitaux ainsi pourvus d'un ou deux stagiaires résidants leur consentissent certains avantages en nature : logement, nourriture, blanchissage... Leur budget ne s'en trouverait pas sensiblement grevé, et les bénéfices qu'ils retireraient de cette permanence technique compenseraient la très légère charge qu'ils supporteraient ainsi.

Et encore, — et je me place au point de vue du corps médical de la ville dans laquelle fonctionnerait ce stage hospitalier. Le stagiaire, après une année passée dans l'hôpital de cette ville, pourrait avoir l'idée de s'y installer ensuite et d'y exercer, à la faveur des relations qu'il y aurait nouées. Je ne sais si cette objection a en elle-même une grande valeur. Dans l'état actuel, les internes des hôpitaux de Paris et de province, nommés ou non au concours, s'installent au gré de leur volonté, quand *ils sont* reçus docteurs en médecine, aussi bien dans la ville où ils ont fait leur internat qu'ailleurs. Personne n'y trouve à redire.

Il en serait peut-être autrement si le nombre des étudiants ainsi employés dans les hôpitaux, grands ou petits, augmentait notablement, avec le système que nous préconisons.

Mais peut-être serait-il possible de prévoir que ces stagiaires, assimilés aux étudiants qui font des remplacements, s'engageraient, à peine de sanction, à ne pas grossir le nombre des praticiens exerçant dans la ville même et dans un rayon déterminé, ou durant un certain laps de temps, cinq ans, dix ans... Et cela, d'autant plus facilement qu'il est vraisemblable qu'au cours de leur année de stage, les étudiants en fin d'étude auraient l'occasion de remplacer dans leurs clientèles privées leurs chefs de service.

Rien n'est parfait, et il n'est pas douteux que toute innovation, dans une branche quelconque de l'activité humaine, sert certains intérêts et en lèse d'autres. Il reste à savoir si les intérêts servis ne dépassent pas en importance et en valeur les intérêts lésés. Auquel cas, la question est jugée.

Or, n'est-ce donc rien que d'accroître, autant que faire se peut, l'éducation et l'expérience du jeune médecin, dans les meilleures conditions

possibles, et la santé publique saurait-elle y demeurer indifférente ?

A la vérité, si nous passons au crible le texte des observations présentées au Congrès de l'Internat, et du vœu voté, ce qui semble surtout chiffonner les internes et anciens internes nommés au concours, c'est la crainte du discrédit, de l'avilissement, jetés sur leur titre, par cette expression : *internat obligatoire.*

Nous ne nous trouverions donc qu'en présence d'une querelle de mots. Quelle petite chose, au regard du progrès qui serait réalisé ? Mais, qu'à cela ne tienne ! Et sans faire remarquer que le terme *interne* est consacré par l'habitude pour désigner l'étudiant qui réside dans un hôpital et y assure un service d'assistance et de garde, qu'il ait été nommé au concours, ou choisi par les administrations hospitalières, nous consentons de très bonne grâce à ne plus parler d'internat obligatoire. Nous avons défini ce que nous souhaitons. Le mot ne fait rien à la chose, et nous avons, dans les lignes qui précèdent, employé à dessein une expression qui est revenue plusieurs fois sous notre plume : *stagiaire résidant* (1). Disons donc qu'il est souhaitable que tout étudiant en médecine en fin d'études soit tenu d'accomplir un stage d'une année, en résidence dans un hôpital choisi dans une ville autre qu'un centre d'enseignement, dont les internes sont nommés au concours. Disons que ce stagiaire sera l'assistant du ou des médecins chefs de service, et qu'il assurera la garde dans ces établissements.

Nous aurons ainsi supprimé la tautologie que nous reproche M. le professeur Cruchet, tout en défendant notre projet. Et, en laissant à l'Internat classique, que nous serions des sots et des ingrats d'attaquer, l'auréole et le prestige qu'il mérite légitimement, à condition toutefois d'avoir été effectivement accompli, nous aurons contribué à perfectionner techniquement le médecin de demain, et travaillé indiscutablement pour le bien public.

G. DUCHESNE.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale ordinaire

Les membres de la Mutualité Familiale du corps médical français se réuniront le dimanche 18 novembre, à deux heures et demie en Assemblée générale ordinaire dans les salons Marguery.

Ordre du jour.

1° Allocution du président.
2° Rapport du secrétaire général.
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922.
4° Rapport des commissaires aux comptes.
5° Approbation des comptes de l'exercice 1922.
6° Election de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Vimont, *vice-président* ; A. Gassot, *trésorier* ; Pamart, *secrétaire général-adjoint* ; Noir et Bellencontre, sortants et rééligibles.
7° Election de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Lacroix, Arago et Philippet, sortants et non rééligibles.
8° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.
9° Suppression de l'incompatibilité entre les combinaisons M A et M A D.

Rapport annuel du Secrétaire général pour 1923

Mes chers Confrères,

L'exercice 1923 s'écoule sans le moindre incident digne de vous être signalé ; et si votre secrétaire général n'avait à sa disposition que la banalité des faits journaliers pour rédiger son rapport annuel, il serait bien embarrassé.

Quand je vous aurai dit que notre situation financière est excellente, que votre caisse de gestion a remboursé complètement les frais qui avaient été autrefois imputés à la combinaison B, qu'elle a même commencé à rembourser la combinaison MA, que notre recrutement suit sa marche habituelle pour les combinaison MA et MAD, que malgré les concurrences dont vous appréhendiez les effets, les combinaisons P et MR ont accentué leur avance, que, seule, la combinaison V reste en arrière, malgré mes appels incessants en sa faveur, j'en aurai fini avec ce qui caractérise la vie de notre société au cours de la présente année.

Il est un point, cependant, sur lequel vous avez le droit de me demander des explications :

L'an dernier, à votre dernière Assemblée générale, vous avez tous insisté pour que nous entreprenions un vigoureux effort de propagande, et vous avez soumis à cet effet, à votre Conseil, un certain nombre de suggestions.

Or, voici ce que nous avons fait :

Tandis que votre trésorier envoyait dans toute la France plusieurs milliers de tracts, votre secrétaire général écrivait personnellement à une centaine des nôtres pour leur demander

(1) Au Val-de-Grâce, les jeunes docteurs en médecine militaire font un *stage* d'un an avant d'être titularisés dans un emploi. Ce sont les *stagiaires du Val-de-Grâce, école d'application du service de santé.* Nours n'innovons donc pas à proprement parler, et nous cherchons à étendre à la médecine civile ce qui se passe avantageusement dans la médecine d'armée.

de lui signaler les médecins de leur région susceptibles de devenir de bonnes recrues pour nous. J'ai reçu de très nombreuses réponses ; 4 ou 5 seulement de mes correspondants n'ont pu me renseigner : tous les autres m'ont envoyé des listes plus ou moins longues de confrères à relancer, et je tiens ici à les remercier chaleureusement de leur zèle et de toute leur bonne volonté ; leurs réponses m'ont amené à écrire plus de douze cents lettres personnelles à de jeunes médecins français, pour leur faire connaître notre Mutualité Familiale et tous ses avantages.

Je vous avouerai que le résultat pratique n'a pas été jusqu'ici celui que nous avions le droit d'attendre d'un tel effort : cette offensive directe a peu rendu, et si nous avons beaucoup semé, nous n'avons pas encore beaucoup récolté.

Heureusement, nous ne nous sommes pas contentés de cette tactique ; grâce aux fréquents articles publiés dans le *Concours médical*, grâce aux numéros spéciaux de propagande que les directeurs de ce journal ont semés dans toute la France, de nombreux lecteurs ont appris que nous existions, m'ont demandé force renseignements, ont reçu en réponse tous statuts et dossiers requis ; et c'est ainsi que nous avons pu récolter déjà cette année près de cent nouveaux membres.

Enfin, un petit nombre de nos camarades zélés que nous ne remercierons jamais assez, ont bien voulu organiser, dans leurs régions respectives, une propagande active à l'occasion des réunions confraternelles, sociétés locales, syndicats, etc., auxquelles ils assistaient, largement munis des documents qu'ils avaient eu soin de me demander.

Et nous avons constaté que ces façons de faire donnaient de bien meilleurs résultats que l'envoi direct de tracts et de lettres que trop souvent on ne se donne même pas la peine de lire.

Quant aux systèmes maintes fois proposés qui consistent à charger certains courtiers d'assurances de parler de nous dans leurs tournées, nous n'avons pas cru pouvoir les adopter ; nous y avons trouvé beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages, tant à cause des frais de commission, toujours élevés et non prévus à nos barèmes, auxquels nous serions entraînés, qu'à cause de la qualité des candidats qui nous seraient ainsi recrutés.

Mais si nous ne voulons pas confier à un personnel non médical le soin de notre recrutement, nous pensons en revanche charger certains des nôtres d'aller porter la bonne parole dans diverses régions de la France, à l'occasion de réunions professionnelles locales. Le *Concours médical*, le « Sou médical » ont autant besoin que nous de se faire connaître parmi les plus jeunes générations médicales qui nous ignorent encore au sortir de l'Ecole ; ces représentants du *Concours* et du « Sou » parleraient donc aussi de la Mutualité Familiale ; et nous sommes convaincus que si, par avance, chacun de vous dans son milieu préparait le terrain à ces apôtres de la prévoyance, ce serait une belle moisson d'adhérents qu'ils nous rapporteraient.

Naguère, un confrère à qui je vantais notre Œuvre, me disait :

« Avez-vous donc tant besoin d'adhésions pour vivre ? Vos calculs sont donc tels qu'il vous faille toujours battre le rappel et faire nombre pour marcher ? »

Je lui répondis :

« Non... et oui ! »

Non, parce que nos calculs, grâce aux inventaires et aux travaux de notre actuaire, nos calculs sont si solidement établis qu'aujourd'hui, nous sommes capables de fonctionner, même sans adhésions nouvelles, le dernier sociétaire survivant emportant avec lui le dernier sou de la caisse. Ce n'est donc pas pour sauver celle-ci que nous faisons de la propagande.

Mais je vous réponds aussi : oui ! car le nombre, c'est la force ; plus nous serons nombreux et forts, plus les avantages que nous pourrons donner seront grands. Voyez nos combinaisons-retraites ; grâce au nombre, nous avons pu réduire leurs primes ; et si notre combinaison V ne peut encore donner que 600 fr. de pension à nos veuves, c'est que le nombre lui manque.

Le nombre, il importe moins à la Société, en tant que Société, qu'à *chacun de vous en particulier*, car chacun de vous a le plus grand avantage à se sentir entouré du plus grand nombre possible de camarades.

C'est aussi, et surtout, je dois le dire, dans l'intérêt le plus urgent du praticien français que nous faisons cette incessante propagande. Nous avons sans doute intérêt à en grouper le plus grand nombre possible sous notre bannière ; mais le médecin français a cent fois plus d'intérêt à venir à nous que nous à le recruter.

S'ils n'écoutaient que leur tranquillité, je vous assure que votre trésorier et votre secrétaire général se contenteraient avec plaisir du *statu quo*.

N'oubliez pas que les fonctions administratives de votre conseil sont gratuites, que c'est par pur dévouement que 6 fois, 8 fois par an, quinze médecins viennent aux bureaux du *Concours*, sacrifiant toute leur après-midi, quelques-uns même toute leur journée, et que si on indemnise quelque peu le trésorier et le secrétaire général, c'est qu'il est impossible de ne pas le faire en présence de leur formidable labeur et de leur responsabilité !

Tous, à la Mutualité Familiale, tous nous continuons l'apostolat de Cézilly, comme lui-même le comprenait, c'est-à-dire avec désintéressement et abnégation, dans le seul but de venir en aide

au pauvre et modeste praticien de France, nous n'avons pas d'autre but, d'autre ambition, mon cher confrère, sachez-le bien !

D'autres m'ont objecté plus sérieusement que, tout en admirant le principe de notre Œuvre, ils trouvaient que réellement les avantages qu'elle offrait étaient devenus si mesquins, si notoirement insuffisants par ces temps de vie chère, qu'ils ne voyaient aucune utilité à s'affilier à nous pour si peu de chose. « Que me font vos 20 fr. par jour, m'écrivait l'un deux, quand mon remplaçant seul m'en coûte 40 ? »

Certes, s'il y a vingt ans, l'indemnité journalière de 10 fr., la chronicité ou la retraite à 1.200 fr. par an, étaient en rapports normaux avec le coût de la vie à ces époques bénies, aujourd'hui que le taux moyen de l'existence a quadruplé, nos 20 fr. quotidiens, nos 2.400 fr. annuels sont réellement au-dessous du minimum devenu nécessaire.

Déjà à l'Assemblée générale dernière, le Dr Pamart et quelques autres avaient proposé de mettre à l'étude l'augmentation des indemnités et des pensions. Votre Conseil y a longuement pensé, et après mûres réflexions, après avoir étudié sous toutes leurs faces les avantages et les inconvénients d'un nouveau changement dans nos chiffres, dans nos primes ou dans nos indemnités, il a estimé que nous ne pouvions reculer plus longtemps l'heure de donner satisfaction aux si légitimes revendications de nos sociétaires.

La plus urgente, la plus facile à appliquer consistera à lever purement et simplement l'incompatibilité que nous avions établie entre la combinaison MA et la combinaison MAD. Nos statuts ne parlent pas de cette incompatibilité ; c'est votre Conseil qui, par mesure de prudence et de transition vous avait demandé de l'appliquer provisoirement. Nous estimons aujourd'hui que ce provisoire doit cesser. Pour ce faire, nous n'avons rien à modifier dans nos statuts, et nos sociétaires pourront ainsi désormais, à partir du 1er janvier 1924, si vous le jugez bon, s'assurer l'indemnité de 30 fr. par jour ou de 300 fr. par mois, en s'inscrivant à la fois à MA et à MAD. Toutefois la prime nouvelle sera calculée d'après le tableau MAD c'est-à-dire MAD et non pas MAD + MA.

Voilà déjà un premier progrès qui ne demande qu'un simple vote.

Devons-nous aller plus loin ? Certainement, et il nous faudra arriver à l'indemnité de 40 fr. par jour. Quand et comment ? Ici, je vous demande la permission de vous dire ce que nous croyons le plus sage et le plus opportun :

En effet, porter l'indemnité à ce taux, c'est opérer dans nos statuts une modification plus importante qu'elle n'en a l'air au premier abord ; de même, que la prime MAD est plus forte que 2 primes MA, la prime de la combinaison nouvelle MAD double sera sans doute plus forte que 2 MAD, car plus l'indemnité s'élève, plus le risque est gros. Il nous faudra donc demander à notre actuaire, M. Fleury, ce qu'il en pense et quels seront les nouveaux chiffres. Or, M. Fleury ne pourra nous répondre qu'après le prochain inventaire qui doit se faire après la clôture de l'exercice 1925, et nous renseignera sur les résultats du fonctionnement des combinaisons MAD et 1/2 MAD.

Nous vous demandons donc votre avis sur la mise à l'étude et à l'ordre du jour de cette importante question. Laissez-nous en étudier avec M. Fleury tous les détails d'application et soyez persuadés que nous vous proposerons l'adoption de ces nouveaux tarifs dans le plus bref délai possible et surtout compatible avec les exigences des calculs qu'ils comportent.

Vous vous rappelez que l'an dernier vous aviez admis en principe l'ouverture des combinaisons P et R aux enfants des médecins sociétaires. Nous devions cette année inscrire dans nos statuts cette nouvelle mesure et vous en demander la ratification. Pour ne pas modifier continuellement ces statuts par des délibérations spéciales, nous avons pensé que le mieux était de rester cette année encore dans le *statu quo* et de continuer à admettre provisoirement les enfants des sociétaires qui voudraient s'assurer une pension à nos caisses. Nous attendrons donc l'augmentation des indemnités et des pensions (car nous espérons bien autoriser également l'élévation du taux des pensions) pour modifier en une seule Assemblée extraordinaire convoquée à cet effet, tout ce que nous trouverons à améliorer dans nos statuts d'ici-là.

Mais, que dès maintenant, l'objection relevée plus haut ne vous arrête plus dans vos efforts de propagande ! N'ayez plus peur d'affirmer que nous sommes des gens de progrès, que nous sommes prêts à toutes les améliorations légitimes, et ajoutez alors que plus nous serons nombreux, plus ces améliorations pourront être importantes.

Si nos projets doivent se réaliser, nous voudrions le faire sans créer de combinaisons nouvelles ; car, on nous reproche souvent d'en avoir déjà trop. Quoi qu'il en soit, la discussion est ouverte et je recevrai avec plaisir toutes les suggestions que vous trouverez bon de m'adresser.

En terminant, je vous recommanderai d'insister tout particulièrement sur celle des combinaisons qui est à notre sens la plus légitime et la plus vraie, celle qui assure contre la maladie jusqu'à 65 ans et contre la vieillesse à partir de 65 ans, celle que nous appelons MAD + R, celle qui, à l'heure actuelle, avec une prime annuelle de 417 fr., par exemple à 30 ans, donne 20 fr. par jour d'indemnité pour toute maladie et tout accident

du 5e au 65e jour, 200 fr. par mois du 66e jour à la guérison, et 2.400 fr. de retraite de 65 ans à la mort.

Et songez que si vous réalisez nos projets, ces chiffres pourront peut être être doublés pour moins d'un billet de 1.000 fr. par an !

Dites-moi maintenant si une Société exclusivement médicale, faite par des médecins pour des médecins, administrée par des médecins choisis par leurs camarades, qui peut, pour un effort financier relativement si facile, offrir de telles garanties et de tels secours au jour voulu, n'a pas le droit de dire bien haut qu'elle travaille surtout dans l'intérêt le mieux compris de ses membres, je dirai plus, n'a pas bien mérité du Corps médical français tout entier !

Ne rougissez donc pas, chers camarades, de faire pour votre Mutualité familiale la propagande la plus ardente autour de vous. En la faisant, sans doute vous fortifiez votre Société, mais surtout et avant tout vous rendez à tous les confrères de France qui nous ignorent le plus signalé service. Partout, aujourd'hui, on parle de prévoyance ; il n'est pas une société médicale qui ne songe à son tour, à créer pour ses membres, une caisse d'indemnités-maladie ou de retraites de droit, tant à notre époque le médecin a besoin d'être protégé contre les fléaux dont il est fatalement victime un jour ou l'autre, à force d'avoir tant lutté à les combattre chez ses clients.

Mais pour faire face à d'aussi graves obligations, une société doit avoir pour elle le nombre, l'expérience, le capital, la statistique, la sécurité que lui donne une science actuariale consommée.

Eh bien ! je ne crains pas de le dire : il n'y a pas une société médicale en France pouvant rivaliser sur ces différents points avec notre Mutualité Familiale ; ses deux millions de capitaux, ses 400.000 fr. de recettes annuelles, ses barèmes si solidement établis, ses 2.000 membres actifs, en font la Mutualité médicale française la plus solide, la plus parfaite, la plus sûre. Elle a versé, au 31 décembre 1922, comme indemnités, la somme de 2.041.290 fr. L'éloquence de ce chiffre est à elle seule le plus persuasif des plaidoyers.

Soyons donc fiers de notre belle Mutualité Familiale, répandons-en partout le nom et les bienfaits ; et sachons bien qu'à chaque adhérent nouveau, nous avons le droit de nous féliciter d'avoir rendu un nouveau service à un confrère, rien qu'en lui ouvrant nos rangs !

Je ne connais pas de plus belle façon de faire de l'altruisme et de la solidarité.

Le secrétaire général,
Docteur H. Mignon.

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1922

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1922 : c'est le premier depuis les modifications que nous avons fait subir à nos statuts et il est vraisemblable que, pendant de longues années, il servira de modèle aux rapports futurs.

SECTION I

Indemnité Maladie-Accident.

Cette section comporte désormais trois combinaisons : B, MA et MAD. Le nombre des membres des deux premières aurait tendance à diminuer puisque B ne se recrute plus et que les nouveaux adhérents choisissent de préférence MAD, par contre cette dernière combinaison paraît devoir se développer avec une certaine rapidité.

Bien que nous ayons, au cours de l'exercice, perdu 38 membres, savoir : 17 décès, 8 sorties par âge, 6 démissions, 5 radiations et 2 départs d'Europe, la situation au 31 décembre 1922 reste la suivante :

273 membres inscrits à la combinaison B ;
5 membres inscrits à la combinaison 1/2 B ;
1029 membres inscrits à la combinaison MA ;
5 membres inscrits à la combinaison 1/2 MA ;
100 membres inscrits à la combinaison MAD ;
259 membres inscrits à la combinaison 1/2 MAD.

Combinaisons MA et B

Compte général

Avoir général au 31 décembre 1921	553.456 83
A reporter	553.456 83

	Report		553.456 83
Recettes de l'année 1922 :			
Cotisations		125.133 75	
Intérêts		23.710 40	
Boni sur remboursements de valeurs (1)		305 08	161.267 39
Remboursement à B		10.000 »	
Remboursement à MA		2.118 16	
			714.724 22
Dépenses de l'année 1922 :			
Indemnités maladie			98.417 85
Reste avoir au 31 décembre 1922			616.306 37
Représentés par :			
1° Portefeuille, valeur de 1921		524.751 60	
Moins valeurs remboursées (prix d'achat)	6.411 99	162.628 49	362.123 11
Et réalisations	156.216 50		
Plus achats de 1922			242.514 90
			604.638 01
2° Espèces à la Société Générale		9.827 93	11.668 36
— en caisse		1.840 43	
Total égal			616.306 37

Se répartissant de la manière suivante :

Combinaison MA	435.017 31
Combinaison B	181.289 06
	616.306 37

Combinaison MAD

Compte général

Avoir général au 31 décembre 1921		9.266 55
Recettes de l'année 1922 :		
Cotisations	30.142 45	30.575 75
Intérêts	433 30	
		39.842 30
Dépenses de l'année 1922 :		
Indemnité-maladie		7.559 80
Reste avoir au 31 décembre 1922		32.282 50
Représentés par :		
1° Portefeuille : valeur de 1921	7.600 »	néant
Moins réalisations	7.600 »	
Plus achats de 1922		27.610 65
2° Espèces à la Société Générale	2.367 65	4.671 85
— en caisse	2.304 20	
Total général		32.282 50

SECTION II

Pensions de Retraite.

Cette section comprend deux combinaisons : P qui donne la retraite à 60 ans et R. qui la donne à 65 ans.

(1) Une obligation P. L. M. ancienne remboursée		483 80	achetée	463 34	boni	20 46.
4 obligations Grand Central	—	1.906 »	—	1.824 95	—	81 05
3 Obligations Orléans anciennes	—	1.435 83	—	1.339 »	—	96 83
2 Obligations Est anciennes	—	951 28	—	893 10	—	58 18
4 Obligations P. L. M. nouvelles	—	1.940 16	—	1.891 60	—	48 56
		6.717 07		6.411 99		305 08

Leur recrutement s'est opéré dans des conditions plus satisfaisantes, aussi, bien que nous ayons perdu quatre membres dont 2 par décès et 2 par démissions, comptons-nous au 31 décembre 1922 :

165 membres inscrits à la Combinaison P ;
226 membres inscrits à la Combinaison R.

Combinaison P.

Compte général

Avoir général au 31 décembre 1921			287.574 71
Recettes de l'année 1922 :			
Cotisations		55.828 95	
Intérêts		18.021 03	73.931 72
Boni sur remboursement de valeur (1)		81 74	
			361.506 43
Dépenses de l'année 1922 :			
Remboursement de cotisations contre-assurées			3.696 »
Reste avoir au 31 décembre 1922			357.810 43
Représentés par :			
1° Portefeuille : valeur de 1921		284.260 70	
Moins remboursement	409 16	39.359 16	244.901 54
Et réalisations	38.950 »		
Plus achats de 1922			100.508 95
			345.410 49
2° Espèces au Crédit Lyonnais		5.439 17	12.399 94
— en caisse		6.960 77	
Total égal			357.810 43

Combinaison R

Compte général

Avoir général au 31 décembre 1921			574.607 35
Recettes de l'année 1922 :			
Cotisations		46.413 80	
Intérêts		29.195 42	76.060 57
Boni sur remboursements de valeurs (1)		451 35	
			650.667 92
Dépenses de l'année 1922 :			
Pension		1.200 »	4.534 »
Remboursement des cotisations contre-assurées		3.334 »	
Reste avoir au 31 décembre 1922			646.133 92
Représentés par :			
1° Portefeuille : valeur de 1921		568.914 56	
Moins valeurs remboursées	4.429 12	31.979 12	536.935 44
Et réalisations	27.550 »		
Plus achats de 1922			103.318 15
			640.253 59
2° Espèces au Crédit Lyonnais		4.078 93	5.880 33
— en caisse		1.801 40	
Total égal			646.133 92

(1) Une obligation Ouest nouvelle remboursée 490 fr. 90 achetée 409 fr. 16, boni 81 fr. 74.

(1)		Remboursées		Achetées		Boni
6 Obligations Est nouvelles	remboursées	2.928 30	achetées	2.617 20	boni	311 10
1 Obligation Ouest nouvelle	—	492 40	—	432 02	—	60 38
2 Obligations P. L. M. anciennes	—	963 84	—	885 90	—	77 94
1 Obligation Ville de Paris 1919	—	495 93	—	494 »	—	1 93
		4.880 47		4.429 12		451 35

SECTION III

Pensions aux veuves et aux orphelins.

COMBINAISON V

La combinaison V se recrute toujours fort lentement. Elle a en 1922 perdu deux membres par décès et, au 31 décembre, elle comptait 49 membres.

Le nombre des veuves pensionnées augmente cependant et avec lui les services rendus.

Compte général

Avoir général au 31 décembre 1921			132.484 54
Recettes de l'année 1922 :			
Cotisations		11.015 70	
Intérêts		6.517 61	17.595 23
Boni sur remboursement de valeur (1)		61 92	
			150.079 77
Dépenses de l'année 1922 :			
Pensions			2.102 60
Reste avoir au 31 décembre 1922			147.977 17
Représentés par :			
1° Portefeuille : valeur de 1921		127.654 45	
Moins remboursement	417 90	8.017 90	119.636 55
Et réalisations	7.600 »		
Plus achats de 1922			23.382 55
			143.019 10
2° Espèces au Comptoir National d'Escompte		2.112 33	4.958 07
— en caisse		2.845 74	
Total égal			147.977 17

CAISSE AUXILIAIRE

Compte général.

Avoir général au 31 décembre 1921		19.013 44
Recettes de l'année 1922 :		
Intérêts	1.075 »	
Dons	403 85	
Legs	1.000 »	
Amendes	50 »	
Remboursement d'avances	61 85	2.590 70
		21.604 14
Dépenses de l'année 1922 :		
Allocations à des sociétaires	108 90	
Avances à des sociétaires	375 15	1.272 21
Frais de gestion financière	788 16	
Reste avoir au 31 décembre 1923		20.331 93
Représentés par :		
1° Portefeuille : valeur de 1921	18.150 »	4.850 »
Moins réalisations	13.300 »	
Plus achats de 1922		12.400 »
		17.250 »
2° Espèces à la Société Générale	1.600 »	3.081 93
— en caisse	1.481 93	
Total égal		20.331 93

(2) Une obligation Ouest ancienne remboursée 479 fr. 82, achetée 417 fr. 90, boni 61 fr. 92.

Le legs a été fait par le docteur Corneau, d'Authon-du-Perche (Eure-et-Loir).

Sous la rubrique frais de gestion financière, il faut comprendre les frais auxquels a donné lieu la délivrance du legs Corneau et aussi des frais de conversion de valeurs nominatives dont l'immatriculation avait été faite d'une manière erronée. Le Conseil d'administration a pensé que ces dépenses extraordinaires devaient être imputées à la Caisse auxiliaire.

COMPTE DE GESTION

Avoir au 31 décembre 1921 :		
Espèces à la Société Générale	5.123 06	6.050 62
— en caisse	927 56	
Recettes de l'année 1922 :		
Cotisations	26.435 70	
Intérêts	133 20	
Droits d'entrée	6.325 »	35.955 95
Recouvrements, rappels et timbre	2.562 05	
Don du *Concours médical*	500 »	
		42.006 57
Dépenses de l'année 1922 :		
Frais de poste	866 95	
Frais d'envoi d'argent	331 70	
Timbres quittances	829 »	
Frais de recouvrements et rappels	591 60	
Frais de banque	737 65	
Frais d'examens médicaux	5.620 »	
Matériel	371 75	36.532 26
Impressions	895 35	
Secrétaire général	3.000 »	
Trésorier	4.000 »	
Frais de bureaux, aides, déplacements	*4.617 75*	
Remboursement à la Combinaison B	10.000 »	
Remboursement à la Combinaison MA	2.218 16	
Propagande	2.552 35	
Reste avoir au 31 décembre 1922		5.474 31
Représentés par :		
Espèces à la Société Générale		4.447 10
— en caisse		1.027 21
Total égal		5.474 31

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE.

Comptes	Portefeuille	Banques	Caisse	Totaux
Combinaisons MA et B	604.638 01	9.827 93	1.840 43	616.306 37
Combinaison MAD	27.610 65	2.367 65	2.304 20	32.282 50
Combinaison P	345.410 49	5.439 17	6.960 77	357.810 43
Combinaison R	640.253 59	4.078 93	1.801 40	646.133 92
Combinaison V	143.019 10	2.112 33	2.845 74	147.977 17
Caisse auxiliaire	17.250 »	1.600 »	1.481.93	20.331 93
Compte de gestion	»	4.447 10	1.027 21	5.474 31
	1.778.181 84	29.873 11	18.261 68	1.826.316 63

Les comptes dans les Banques et les dépôts de titres sont toujours les mêmes :

A la *Société Générale* pour la première section, la Caisse auxiliaire et le Compte de gestion ;
au *Crédit Lyonnais* pour les Combinaisons P et R ;
au *Comptoir National d'Escompte* pour la Combinaison V.

Messieurs,

Ce bilan vous montre l'état de très grande prospérité de la Mutualité Familiale. Les bases sur lesquelles elle fonctionne sont celles-mêmes que nous a données notre propre expérience ; c'est donc, en toute conscience comme en toute confiance que nous pouvons la recommander au Corps médical.

Le Trésorier,
A. GASSOT.

Séance du Conseil d'Administration

2 *octobre* 1923

Présents : MM. MAURAT, *président* ; NOLLET ; VIMONT, MIGNON, L. GASSOT, PAMART, NOIR, DE LA ROCHEFORDIÈRE, DUCHESNE, MAZEROUX et BOUDIN, *secrétaire*.

Excusés : MM. A. GASSOT et HUGUENIN.

INDEMNITÉS MALADIE

Combinaisons MA et B.

3	GASSOT	Loiret	3 mois	300 »
34	PARMENTIER	Var	3 mois	300 »
61	FORCE	Puy-de-Dôme	3 mois	300 »
80	PARDOUX	Paris	3 mois	300 »
81	TREILLE	Creuse	3 mois	300 »
97	HEURTEAU	Loiret	2 mois + 13 jours chr.	243 30
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
106	ROGER	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
140	DESFARGES	Allier	19 jours	95 »
142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
154	POIRSON	Jura	3 mois	300 »
164	DE GRISSAC	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
171	LAGUENS	Gironde	3 mois	300 »
176	VOYER	Loire-Inférieure	34 jours + 11 jours chr.	376 65
192	HOUDART	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
193	COLIN	Finistère	25 jours	250 »
201	COYOLA	Gironde	60 jours + 1 mois et 2 jours chr.	706 65
211	CAMUS	Finistère	43 jours	430 »
219	DELATTRE	Seine-et-Oise	60 jours + 1 mois et 19 jours chr.	763 25
255	DEMMLER	Oise	3 mois	300 »
260	JACQUOT	Oise	3 mois	300 »
287	DEVAY	Rhône	1 jour chr.	3 35
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
348	MILTAS	Creuse	60 jours + 1 jour chr.	656 60
357	MATHIEU	Yonne	3 mois	300 »
379	MARTY	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
384	BRASSE	Seine-Inférieure	43 jours	430 »
483	LEVASSORT	Seine	35 jours	350 »
490	VINCENS	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
527	BRANZEAU	Landes	31 jours	310 »
535	CUNNAC	Tarn	60 jours + 1 mois et 14 jours chr.	746 60
555	COZE	Var	1 mois thermal	100 »
558	BOLLIET	Rhône	33 jours	330 »
580	KLEIN	Seine-Inférieure	60 jours + 4 jours chroniques	613 30
605	MATHIEU	Haute-Garonne	30 jours + 1 mois et 10 jours chr.	433 30
640	SONDAZ	Rhône	4 jours chroniques	13 35
647	BELLIN	Isère	28 jours	280 »
688	MONMARSON	Manche	8 jours + 2 mois et 12 jours	353 25
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
724	ROUX	Drôme	60 jours + 11 jours chr.	636 65
834	MOHAMED	Mayenne	3 mois	300 »
			A reporter	11.109 40

		Report	11.109 40
837 Bécour	Nord	3 mois	300 »
839 Girodolle	Corrèze	3 mois	300 »
848 Galand	Nord	5 jours	50 »
861 Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
877 Boelle	Paris	3 jours	30 »
878 Sallé	Somme	3 mois	300 »
954 Paumes	Haute-Garonne	3 mois	300 »
964 Moulinié	Gard	15 jours	150 »
993 Boutard	Eure	3 mois	300 »
1045 Guny	Somme	60 jours + 21 jours chr.	689 90
1056 Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1102 Mouribot	Haute-Garonne	9 jours + 1 mois thermal	190 »
1138 Vialle	Corrèze	16 jours	160 »
1203 Massol	Gard	60 jours 8+ jours chr.	626 65
1216 Allanic	Maine-et-Loire	60 jours + 1 mois et 23 jours	743 30
1221 Vincens	Lozère	34 jours	340 »
1226 Fontanille	Lot	60 jours + 2 mois et 14 jours	846 60
1259 Rilhac	Aube	50 jours	500 90
1334 Orsini	Corse	35 jours	350 »
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1382 Rivet	Loire-Inférieure	20 jours	200 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1424 Guillaud	Savoie	10 jours	100 »
1476 Bordo	Pyrénées-Orientales	28 jours chr.	93 25
1501 Ben-Brihmat	Alger	46 jours	460 »
1515 Pecker	Seine-et-Oise	49 jours	490 »
1563 Saint-Pau	*Tarn-et-Garonne*	3 mois	300 »
1573 Lecouillard	Manche	3 mois	300 »
1606 Fauconneau	Cher	31 jours	310 »
1732 Calmels	Aveyron	60 jours + 19 jours chr.	663 02
1749 Briffault	Vosges	11 jours	110 »
1869 Couput	Seine-et-Oise	20 jours	200 »
1881 Dumont	Seine	28 jours	280 »
1971 Thomassian	Haute-Marne	23 jours	230 »
597 Sellerin	Aube	15 jours	150 »
		Total	25.684 02

Combinaison MAD.

13 Duron	Alpes-Maritimes	13 jours	260 »
95 Rebouillat	Alpes-Maritimes	35 jours	700 »
124 Morel	Somme	7 jours	140 »
128 Voyer	Loire-Inférieure	34 jours	680 »
130 Luneau	Loire-Inférieure	9 jours	180 »
150 Phélebon	Loir-et-Cher	3 jours	60 »
166 Castel	Finistère	10 jours	200 »
182 Colas	Marne	11 jours	220 »
224 Tissot	Ain	28 jours	560 »
234 Chabriat	Constantine	13 jours	260 »
605 Mathieu	Haute-Garonne	1/2 30 jours + 1 mois et 10 jours	433 35
640 Sondaz	Rhône	1/2 4 jours chr.	13 30
647 Bellin	Isère	1/2 28 jours	280 »
1424 Guillaud	Savoie	1/2 10 jours	100 »
1732 Calmels	Aveyron	1/2 60 jours + 19 jours chr.	663 30
1869 Couput	Seine-et-Oise	1/2 20 jours	200 »
1881 Dumont	Seine	1/2 28 jours	280 »
1501 Ben-Brihmat	Alger	1/2 46 jours	460 »
69 Dechambre	Puy-de-Dôme	60 jours + 1 mois et 19 jours chr.	1.526 55
			5.689 95

Un sociétaire qui veut conserver l'anonymat fait à la caisse auxiliaire un don de 25 francs, le Conseil lui adresse ses remerciements.

Il inflige une amende de 50 francs au sociétaire n° 1226 pour retard dans ses déclarations.

Pensions aux veuves.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue pour leur pension du troisième trimestre 1923, à Mesdames :

4	Lepage, Paris	150 fr.
38	Gillette, Calvados	150 »
43	Chevreux, Paris	150 »
45	Vabot, Haute-Saône	60 »
51	Rousselot, Marne	150 »
13	Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	125 »
	Total	785 »

Ces sommes leur seront délivrées sur présentation d'un certificat de vie au 30 septembre 1923.

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA.

MM. Sénat, Baussay, Odinet.

Combinaison MAD.

MM. Faugon, Ezanno, Béraud, Coudray, Molin de Teyssière, Alinat, Chevallier, Roger, Paulet, Viret, Chaix, Bonnet, Quioux, Bardon, Luneau, Théronde, Commes, Laby, Prévost.

Admissions provisoires

Il prononce ensuite les admissions suivantes à titre provisoire :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
Bouilly, de Boissy-en-Brie (Seine-et-Marne).
Kindler, de Marseille.
Masson, de Ligny-en-Barrois (Meuse).
Lemarchand, de Sillé-le-Guillaume (Sarthe).

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
Quenardel, de Donchery (Ardennes).
Gravel, de Limoges.

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin décembre.

Admissions.

Il prononce enfin les admissions suivantes :

Combinaison P :

Mme Gauthier, de Crèches (Saône-et-Loire).
M. Jacquellin, de Paris.

Combinaison R :

MM. les docteurs :
Daviau, de Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise).
Poitevin, La Rochelle.

Remboursement à la Combinaison MA.

Sur la proposition du trésorier, le Conseil décide le remboursement par le compte de gestion de la somme de 5.010 francs à la combinaison MA en exécution de la résolution prise le 27 décembre 1921.

Préparation de l'Assemblée Générale

Le Conseil fixe l'Assemblée générale ordinaire au dimanche, 18 novembre, à 2 heures et demie, dans les salons Marguery.

M. Mignon, secrétaire général, donne lecture de son rapport qui est adopté.

M. L. Gassot, trésorier adjoint, donne lecture du rapport financier de l'exercice 1922. Il est pareillement adopté.

M. le président Maurat met en discussion la suppression de l'incompatibilité entre les combinaisons MA et MAD qui peut être effectuée par une simple décision de l'Assemblée générale, puisqu'elle ne figure pas dans les statuts.

M. Mignon dit qu'il a abordé cette question dans son rapport : la possibilité d'obtenir une indemnité journalière de 30 fr. et mensuelle de 300 fr. est demandée de tous côtés et elle n'a rien d'excessif étant donné le coût actuel de la vie, il y a lieu de donner satisfaction à ces demandes.

M. le président Maurat ajoute que la cotisation de MA + MAD sera insuffisante, il y aura lieu de la majorer un peu, le risque étant plus grand.

Après une discussion à laquelle prennent part tous les membres présents, le Conseil décide qu'il y a lieu de proposer à l'Assemblée générale la suppression de l'incompatibilité qui existe entre les combinaisons MA et MAD et renvoie, pour l'établissement d'une formule définitive, la question de la cotisation à l'examen du secrétaire général et du trésorier.

Le Conseil dresse alors l'ordre du jour de l'Assemblée générale.

1° Allocation du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1922 ;
6° Renouvellement de la fraction sortante du Conseil d'administration ;
7° Renouvellement de la fraction sortante des commissaires aux comptes ;
8° Nomination des membres du Conseil d'arbitrage ;
9° Suppression de l'incompatibilité entre les combinaisons MA et MAD.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. Boudin. *Le président,* A. Maurat.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imp. Daix et Thiron,
Thiron et Cie, successeurs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

1° Au sujet d'une cote personnelle mobilière que je payais indument depuis plusieurs années. J'ai été dégrevé ;

2° Au sujet d'une autre personnelle mobilière que l'on me réclamait pour l'année 1919 ! Le percepteur avait eu des remords en songeant que je ne lui avais rien versé pendant 5 ans de guerre et avait tout dernièrement commencé les hostilités par l'envoi d'un beau petit papier vert.

Le contrôleur vient de me dire hier que j'aurais vraisemblablement gain de cause.

Vous voyez que si, depuis 12 ans environ, je n'avais jamais eu l'occasion de profiter de votre appui (j'allais dire de *notre mutuel et confraternel appui*) et de vos « conseils », je me suis largement rattrapé an 1923.

Veuillez agréer, je vous prie et pour vous-même et pour le « Sou » et le *Concours*, l'assurance de mes meilleurs sentiments et de mes plus sincères remerciements.

Dr P.

Résiliation des contrats d'assurance des domestiques.

La loi étendant aux domestiques le bénéfice de la loi de 1898-1905 devant entrer en vigueur dans quelques mois, je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire savoir si les polices d'assurances contractées par les patrons au bénéfice de leurs domestiques deviennent caduques de plein droit, et si le patron peut profiter de cette circonstance pour changer de compagnie. Si oui, quelles sont les formalités à remplir à l'égard de la compagnie évincée ?

Dr P

Réponse.

L'article 1er de la loi qui étend aux domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, concierges et salariés du même genre à un titre quelconque, attachés ou non à la personne, la législation sur les accidents du travail, précise que notamment les articles 2, 3 et 6 de la loi du 21 avril 1906 seront applicables.

L'article 2 de ladite loi (loi étendant aux exploitations commerciales la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail), dispose qu'à partir de la promulgation du décret prévu à l'article 4 (décret qui devait arrêter la liste des exploitations commerciales bénéficiant d'une réduction de la taxe prévue par l'article 25 de la loi du 9 avril 1898 et destinée à la constitution du fonds de garantie institué par cette loi), et pendant les trois mois qui suivront, les contrats d'assurances contre les accidents, souscrits antérieurement à cette promulgation pour les entreprises visées par la loi et ne garantissant pas le risque prévu par la loi du 9 avril 1898 et celles qui l'ont modifiée, pourront être dénoncées par l'assureur et par l'assuré.

La dénonciation s'effectue, soit au moyen d'une déclaration au siège social, ou chez l'agent local, dont il doit être donné récépissé, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée. Le contrat est ainsi résilié le dixième jour, à minuit, à compter du jour de la déclaration, de la signification de l'acte extrajudiciaire ou du dépôt à la poste de la lettre recommandée.

Les primes restant à payer ne sont acquises à l'assureur qu'en proportion de la période d'assurance réalisée, jusqu'au jour de la résiliation. Les primes payées d'avance pour assurances à forfait ne lui resteront acquises, et seulement à concurrence de 6 mois de risques au maximum à compter du jour de la résiliation, que si le contrat n'a pas été dénoncé par lui ; le surplus sera restitué à l'assuré.

L'article 4 dispose que les contrats mixtes, par lesquels l'assureur s'est engagé, d'une part, à garantir l'assuré contre le risque de la loi de 1898, si celle-ci était déclarée applicable, et dans le cas contraire à le couvrir du risque de la responsabilité civile, seront intégralement résiliés, s'ils ont été dénoncés dans les formes et délais prévus à l'article 3. La dénonciation de l'assuré restera toutefois sans effet si, dans la huitaine de cette dénonciation, l'assureur lui remet un avenant garantissant expressément, sans aucune augmentation de prime, le risque défini par la législation spéciale sur les accidents du travail.

A l'expiration du délai de trois mois, visé à l'article précédent, le silence des deux parties aura pour effet, sans autres formalités, de rendre le contrat applicable au risque déterminé par ladite législation spéciale.

L'article 6 est relatif au fonctionnement des syndicats de garantie prévus par la loi de 1898 pour l'assurance du risque accidents du travail.

Une difficulté existe, pour l'application de la loi du 2 août 1923 sur les accidents domestiques. En effet, cette loi ne prévoit pour son application aucun décret. Quel est donc le point de départ du délai de trois mois, point de départ fixé, pour les exploitations commerciales, à la date de la promulgation du décret dont nous avons relaté le but ?

Il faut conclure, à notre avis, que les trois mois de délai accordés aux intéressés pour la dénonciation des polices existantes partent de la promulgation de la loi elle-même ; c'est-à-dire du 3 août 1923, jour de sa publication au *Journal officiel*.

C'est donc avant le 4 novembre prochain que la dénonciation doit être faite, suivant l'un des trois modes prévus par la loi du 21 avril 1906.

Responsabilité du chirurgien en cas d'accident à son personnel infirmier.

Abonné au « Sou médical », je serais heureux de connaître son avis sur la responsabilité du chirurgien

en ce qui concerne les accidents subis par son personnel.

Le chirurgien est-il tenu par la loi de 1898, accidents du travail dans le cas par exemple d'une infirmité survenue après piqûre septique ou non à une infirmière employée par lui ?

Dr F.

Réponse.

Le personnel technique employé par les médecins et les chirurgiens n'est nullement garanti par la législation sur les accidents du travail et il en sera de même lorsque cette législation s'étendra aux accidents domestiques.

Sont seuls assujettis, actuellement, à la loi, les industriels et les commerçants, et certaines exploitations agricoles et forestières. L'extension de la législation spéciale à une autre catégorie d'exploitations agricoles et aux domestiques, lorsqu'elle sera entrée en vigueur, n'aura pas pour effet d'y soumettre les médecins, pas plus que toutes les autres professions libérales. Un infirmier n'est pas un domestique et n'est pas au service d'un commerçant, alors que le chirurgien qui l'emploie est le propriétaire de sa clinique. Par conséquent, les accidents professionnels qui peuvent lui survenir, tels qu'une piqûre septique, restent régis par le droit commun, c'est-à-dire que le médecin n'en est responsable que s'ils sont survenus par sa faute, sa négligence ou son imprudence, ou celles de ses autres préposés.

Incapacité permanente à la suite de désinsertion de l'iris.

Lecteur assidu de votre journal, je viens à mon tour vous demander un renseignement.

Je soigne un accidenté du travail qui s'est donné un coup de fouet dans l'œil.

Il présente une désinsertion de l'iris avec parésie.

Cette lésion donne-t-elle droit à une indemnité ou une rente.

Dr T

Réponse.

Si la désinsertion de l'iris a eu lieu à la partie supérieure, elle est voilée par la paupière et si elle ne s'accompagne pas d'irritation de la région ciliaire, elle constitue une lésion définitive, mais qui ne gêne pas ou peu la vision.

Dans les cas, au contraire, où la luxation est inférieure ou latérale, elle peut constituer une infirmité partielle et définitive *qu'il est impossible* de déterminer sans mesure de l'acuité visuelle.

La parésie de la pupille est fréquente après les contusions violentes du globe oculaire. Elle peut guérir, mais s'accompagne d'une diminution de l'acuité visuelle faible ou forte suivant le diamètre de la dilatation pupillaire et notamment de paralysie plus ou moins complète de l'accommodation.

La désinsertion de l'iris avec parésie pupillaire

constitue une incapacité partielle qui peut être permanente, mais sujette à révision. Impossible de fixer le taux de l'incapacité sans examen.

Recherche de la paternité.

N'existe-t-il pas une loi sur la recherche de la paternité aux termes de laquelle :

1° La mère a droit d'attaquer le père, dans l'année de la naissance de l'enfant ;

2° L'enfant a droit d'intenter action contre le père ou ses héritiers dans le cours de sa 20e année.

C'est ce que j'ai déclaré à propos d'un célibataire mort subitement, laissant une concubine et un enfant non reconnu, âgé de 4 ans.

Plusieurs notaires, le juge de paix, deux docteurs en droit ont affirmé que je faisais erreur et que la loi sur la recherche de la paternité n'existe pas.

Ai-je rêvé ?

Cette loi, n'aurait-elle été votée que par les députés et pas encore par le Sénat ?

Il me semble pourtant avoir vu ce que j'ai avancé et même que l'inconduite antérieure et postérieure de *la femme à l'époque de la conception* ne doit pas rentrer en ligne de compte.

Dr M.

Réponse.

Les cas dans lesquels la recherche de la paternité est admise ont été étendus par une loi du 16 novembre 1912, qui a modifié l'article 340 du Code civil.

L'article 340 ne prévoyait que le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de l'enlèvement se rapportait à celle de la conception.

L'article 430 nouveau y ajoute :

Le cas de viol, dans les mêmes circonstances de temps que pour l'enlèvement ;

Le cas de séduction accomplie à l'aide de manœuvres dolosives, abus d'autorité, promesses de mariage ou fiançailles et s'il existe un commencement de preuve par écrit.

Le cas où il existe des lettres ou quelque autre écrit privé émanant du père prétendu et desquels il résulte un aveu non équivoque de paternité ;

Le cas où le père prétendu et la mère ont vécu en état de concubinage notoire pendant la période légale de la conception ;

Et le cas où le père prétendu a pourvu ou participé à l'entretien et à l'éducation de l'enfant en qualité de père.

Cependant, l'action en reconnaissance de paternité n'est pas recevable :

1° S'il est établi que pendant la période légale de la conception, la mère était d'une inconduite notoire ou a eu commerce avec un autre individu;

2° Si le père prétendu était, pendant la même période, soit par suite d'éloignement, soit par

l'effet de quelque accident, dans l'impossibilité physique d'être le père de l'enfant.

Vous êtes donc dans le vrai en soutenant que l'inconduite de la mère, antérieure ou postérieure à la période légale de la conception (de 180 à 300 jours avant la naissance) ne devait pas être un obstacle à la reconnaissance de la paternité.

L'action en reconnaissance appartient à l'enfant, mais est exercée pendant sa minorité par la mère, même mineure.

Elle doit, à peine de déchéance, être intentée dans les deux années qui suivent l'accouchement. Toutefois, dans les deux derniers cas énoncés ci-dessus, elle peut être intentée jusqu'à l'expiration des deux années qui suivront la cessation, soit du concubinage, soit de la participation du prétendu père à l'entretien et à l'éducation de l'enfant.

A défaut de reconnaissance de l'enfant par la mère, ou si elle est décédée, interdite ou absente, l'action peut être intentée par le tuteur nommé d'office par le Tribunal civil de la résidence de l'enfant faisant fonctions, pour celui-ci, de conseil de famille.

Si l'action n'a pas été intentée pendant la minorité de l'enfant, celui-ci pourra l'intenter pendant toute l'année qui suivra sa majorité, c'est-à-dire, non pas dans le cours de sa vingtième année, mais de 21 à 22 ans.

Démissision. Radiation des cadres.

Membre du « Sou médical », j'ai l'honneur, de vous demander les renseignements suivants :

J'ai reçu, en date du 22 août 1923, le papier suivant :

1er *bureau-Personnel.*

« Le Ministre de la guerre et des pensions informe M. Z., M. A. M. de 1re classe des réserves du Ve Corps d'armée que, par décision ministérielle du 14 août 1923, et par application de l'article 1er par. 5 du décret du 31 août 1878 réglant la situation des officiers de réserve et de l'armée territoriale, il est rayé des cadres, à la date du 4 août 1919.

Signé : TOUBERT.

Aujourd'hui, 6 octobre 1923, je reçois un fascicule de mobilisation sur lequel je vois comme grade : soldat de 2e classe à la 2e section d'infirmiers militaires d'A.

Que signifie ce changement de grade ? Que suis-je vraiment ? ou encore aide-major (à moins de révocation, je croyais que l'on était propriétaire de son grade), ou soldat de 2e classe. J'ai, simplement, jadis, demandé de suivre le sort de ma classe, au lieu de demeurer officier de réserve ; j'étais loin de me douter que, de ce fait, je devais perdre un grade auquel je n'attache, du reste, aucune espèce d'importance autre

que celle qui me rendrait indépendant du pouvoir des sous-officiers.

Veuillez donc avoir l'amabilité de me renseigner : en cas de mobilisation, dois-je suivre mon ordre comme soldat, ai-je à réclamer ; en somme, quels sont mes droits ? Ceci peut, du reste, intéresser des confrères du *Concours médical.*

Les 13 jours qui me restent à faire, devrais-je y figurer comme simple soldat ?

Réponse.

Cette mesure résulte de votre demande antérieure, laquelle a été considérée comme une offre de démission ; le ministre vous a rayé des cadres, et, comme vos obligations militaires n'ont pas pris fin, vous êtes redevenu soldat de 2e classe, devant désormais suivre, en cette qualité, le sort de votre classe et ses périodes d'instruction.

Propriétaire de votre grade, vous en avez fait abandon, ne voulant pas demeurer officier de réserve.

G. F.

Médaille commémorative.

Ne sachant à qui m'adresser pour obtenir ce renseignement, j'ai recours à votre extrême obligeance pour me faire savoir quelles sont les médailles commémoratives et autres auxquelles a droit un officier de marine qui a fait la guerre dans les conditions suivantes :

Campagne de guerre au Maroc d'octobre 1912 à avril 1913.

Campagne du Cameroun de novembre 1914 à juillet 1915.

Division de Syrie, de décembre 1915 à octobre 1916.

Division de la mer Ionienne de juillet 1918 à décembre 1918.

Vous me rendriez un grand service en me renseignant exactement.

Dr X.

Réponse.

Cet officier de marine a droit :

1° A la médaille commémorative de la grande guerre ;

2° A la médaille interalliée ;

3° A la médaille coloniale, avec les agrafes Maroc et Cameroun et même Syrie, s'il a pris part, durant son séjour en ces régions, aux affaires, mentionnées chaque fois par décret, comme donnant droit au port de cette médaille avec les agrafes sus-mentionnées.

Pour plus amples renseignements s'adresser à cet égard, au Ministère de la Guerre, Cabinet, Bureau des décorations.

G. F.

Calcul de la patente. Exemptions d'impôts sur constructions nouvelles.

Abonné au *Concours médical* depuis le premier jour que j'exerce, je vous serais bien reconnaissant de me donner le renseignement ou l'avis suivant :

« Je viens de faire construire en 1922 et 1923, une petite maison d'habitation de 11 m. × 8 m. sur un terrain de 11 ares dont je suis propriétaire. La terre est classée 1re qualité.

En ce qui concerne l'habitation, j'ai cave sous toute la maison, dont une extrémité me sert de garage pour mon automobile. Le rez-de-chaussée comprend 4 pièces, le 1er étage 4 pièces et un petit cabinet. Grenier, réduit au strict minimum sans aucune mansarde.

Sur quelle base les répartitions ou le contrôleur vont-ils asseoir ma patente ?

Je suis père de trois enfants. La commune de B. compte environ 6.000 habitants.

En 1922, j'ai payé 213 fr. 42 de patente pour un loyer de 800 fr. dont le 1/15e est de 53 fr. 33 × 4 fr. 0011, quotité des centimes applicables au principal fictif des patentes.

En 1923, 266 fr. 94, dont 40 fr. 11, d'impositions locales perçues au titre de la contribution personnelle mobilière. Cette année, centimes le franc : 4 fr. 2524.

En somme, pouvez-vous me faire savoir (car je craindrais l'arbitraire) :

1° Mon impôt foncier ;

a) Pour ma maison ;

b) Pour mon jardin ;

2° Ma patente.

Remarques : Il me semble, qu'ayant fait une déclaration en règle à la mairie, l'impôt foncier concernant l'habitation doit être supprimé pour moi pendant 15 ans, ainsi que celui des portes et fenêtres (loi sur les constructions nouvelles). Mais il me semble que le fisc est en droit de faire percevoir sur la pièce qui me sert de salle de consultations. Qu'en pensez-vous au *Concours* ?

Dr M.

Réponse.

I. La patente des médecins est assise tant sur la valeur locative de leur maison d'habitation que sur celle de leurs cliniques, garages, remises, etc.

La valeur locative est déterminée pour les immeubles neufs habités par le propriétaire par comparaison avec d'autres locaux dont le loyer a été régulièrement constaté où, à défaut de cette base, par voie d'appréciation.

C'est le contrôleur qui est chargé de faire cette évaluation.

II. Les constructions nouvelles qui seront terminées entre le 31 mars 1922 et le 31 décembre 1927, sont exemptées de l'impôt foncier.

Restent toutefois placés sous le régime du droit commun les immeubles ou portions d'im-

meubles affectés à un autre usage que l'habitation. Par suite, la contribution foncière est due pour la salle de consultation et le salon d'attente.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Commémoration du Dr Josué.** — Les maîtres, les amis et les élèves du docteur Josué, désirant perpétuer le souvenir de ses recherches et de son enseignement et donner à sa mémoire un suprême témoignage d'estime et d'affection, ont décidé de faire dresser dans son ancien service de la Pitié une plaque avec un médaillon de M. A. Janiot premier grand Pirx de Rome.

Ils vous sollicitent de vous joindre à eux et vous prient d'adresser le montant de votre cotisation à Messieurs J.-B. BAILLIÈRE et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille à Paris VIe (chèque postal Paris no 202).

Une plaquette reproduisant le médaillon sera remise aux souscripteurs d'une somme minima de cent francs

— **Hôpital Broussais**, 96, *rue Didot. Enseignement clinique médical.* — M. le docteur H. DUFOUR fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Tous les matins, enseignement des stagiaires.

1re conférence, le vendredi 16 novembre 1923.

— Les amis et les élèves de Monsieur le professeur MÉNÉTRIER, désirant lui adresser un témoignage d'estime, de reconnaissance et d'affection, ont décidé de se réunir pour lui offrir une médaille.

Le graveur Prudhomme a bien voulu se charger de l'exécution de cette médaille.

Ils espèrent que, dans cette circonstance, vous voudrez bien vous joindre à eux et vous prient d'adresser le montant de votre cotisation à Messieurs J.-B. BAILLIÈRE et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille à Paris VIe. (chèque postal, Paris no 202).

Le Président du Comité, Pr GILBERT.

Le secrétaire du Comité, Dr TOURAINE. (7, boulevard Raspail).

Une souscription de 50 francs donne droit à une médaille de bronze, une souscription de 150 francs à une médaille en argent. On est prié d'envoyer de préférence sa souscription par *chèque barré* ou *chèque postal*, afin d'éviter les formalités et frais d'accusé réception.

Quarante-cinquième année — N° 44 — 4 Novembre 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

***Concours Médical,* Paris, 167-95.**
***Sou Médical,* Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale,* Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français,* Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr CAPMAN, du Pont-de-Beauvoisin (Savoie), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demdnde de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 535. — Excel. poste tr. sérieux à reprendre cause santé, tr. pressé. Côte bretonne, 50 à 60.000 fr.

N° 536. — A vendre Peugeot 10 HP., 1922, état neuf 4 pl. Ecl. et dém. électr. 12.500 Dr Gaudot, La Ferté-Milon (Aisne).

N° 537. — Docteur 41 ans, reprendrait suite client. ds Midi ou littoral méditerranéen.

N° 538. — Dr en méd. français, célib. 36 ans, ex. prof. faculté étrangère, pharmacien, au courant analyses biologiques, cherche situation paramédicale ou parapharmaceutique.

N° 539. — A vendre cause double emploi, état neuf: appareil de diathermie avec sa commutatrice fonct. sur ct. continu 110-120 volts, tous usages chirurg. et méd. prix 1.500 frs. S'adr. Dr Cougoureux, Narbonne.

N° 540. — Kirsch, prune, quetsche d'origine chez le Dr Poirson à Vauvillers (Haute-Saône).

N° 541. — A vendre auto Bignan, 7 HP., 3 places, éclairage et démarrage électriques, neuve, sort de l'usine a coûté 13.250 frs. Prix 8.500 frs. Dr Abbatucci, 9, rue Léon-Vaudoyer, Paris.

Nº 542. — Dans maison privée à louer remises pour auto de moyennes dimensions, 31, rue La Pérouse.

Nº 543. — Dr 36 ans, actif, marié, Lég. d'h., tr. au ct client. méd. gén. et pet. chir. cherche sit. stable avec fixe important.

Nº 544. — Poste propharmacien, Bourgogne, 4 kil. chem. de fer, rapport 20.000 avec bicycl., on doublerait av. auto. Pays pittor. chasse et pêche. Condition : achat maison, 12 pièces av. cour et jardin, 15.000 frs.

Nº 545. — Infirmière diplômée, réf. tr. sér. exigées est demandée pr. clin. Forges Hennebont (Morbihan). S'adr. au Directeur des Forges.

Nº 546. — Tr. ancien poste méd. propharmacien 20.000 frs. suscept. augm., 40 km. Paris, à céder pr 10.000 ; facilités payement.

Nº 547. — A vendre clin. chirurg., avec mobilier médical, instal. mod., s'adr. à Mme Georges Guy, avenue du Colonel-Teyssier, Albi.

Nº 548. — A céder, Paris, clin. médico-dentaire bon rappt., aff. sér. et sûre. Possible de faire polyclinique. S'adr. Breitel et Gorét, 1, rue Dante, Paris.

Nº 549. — A repr. ds jolie pet. localité Seine-et-Oise, 20 m. Paris, poste demi-repos rappt 15.000. Belle villa. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

TUBERCULOSE. — Tout tuberculeux qui ne tousse plus, respire mieux, reprend confiance et retrouve l'appétit si toutefois le sédatif ordonné n'irrite pas son estomac. Vous obtiendrez ce résultat en ordonnant 5 comprimés de **Codoforme Bottu** par jour, dont 2 pour la nuit.

Docteur, vos algies rebelles, sciatiques, zonas, lumbagos, tabès, rhumatisme articulaire aigu, névralgies intercostales ne résisteront pas à une cure de *Naiodine*. N'oubliez pas que l'atoxicité absolue de ce nouvel analgésique a même permis d'obtenir la démorphinisation totale de toxicomanes invétérés, prouvant ainsi la haute valeur pharmacodynamique de la *Naiodine*. (Injections intra-musculaires absolument indolores.)

CANCER — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 25, 50, 80 gouttes en eau bicarbonatée à renouveler, permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

CORRESPONDANCE

La grande pitié de nos laboratoires

J'ai lu votre intéressant article sur la grande pitié de nos laboratoires ; le succès de la propagande boche est bien montré par le document ci-contre que j'emprunte à un journal étranger et qui pourrait peut-être intéresser les lecteurs du *Concours*.

Dr Briquet.

« On compte à l'Université de Berlin 2318 étudiants étrangers. Les plus nombreux sont les Bulgares, 230, dont 54 femmes ; puis les Russes 219 dont 50 femmes ; les Lithuaniens 192 (65), les Grecs 113 (2), les Roumains 115 (9), les Suisses, 114 (14 étudiantes), les Polonais 141 (42 étudiantes). Viennent ensuite 97 Tchécoslovaques, 85 Hongrois, 76 Serbes, 41 Ukraniens. On y trouve même 9 Anglais, 3 Français (!), 2 Belges et 1 Portugais. Rien qu'à la Faculté de médecine on compte 728 étudiants étrangers. » (*El Esperantio*, Berlin, 1923, nº 3.)

Pension militaire. Origine de la maladie

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me préciser le point suivant :

Un ancien soldat, qui n'a jamais fait de demande de pension, peut-il à l'heure actuelle avec des motifs suffisants en présenter une.

Il s'agit d'un gazé, évacué pour bronchite attribuée aux gaz, bronchite qui depuis est devenue chronique et suspecte de tuberculose.

Dr C.

Réponse.

Si votre client possède des pièces d'origine (billet d'hôpital, etc.), pour sa bronchite, il peut encore réclamer, avec chances d'aboutir, surtout en raison des gaz; car cinq années ne sont pas écoulées depuis la fin des hostilités. (26 octobre 1919).

Qu'il adresse aussitôt, sous pli recommandé, une demande de visite au directeur du Service de santé de la région à laquelle il appartient.

G. F.

Impôt sur les domestiques. Cumul des abattements dans les impôts cédulaires

Abonné au *Concours* et au « Sou médical », je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire répondre par votre éminent collaborateur, M. Martinot, aux questions suivantes :

1° Le contrôleur a-t-il le droit de compter un impôt domestique sur le chauffeur non nourri ni logé et de le considérer comme domestique assujetti à l'impôt sur les domestiques masculins ;

2° Sur l'avertissement pour impôt général et cédulaire sur les revenus, le contrôleur a-t-il le droit de confondre dans la colonne IV (professions non commerciales), le revenu professionnel de clientèle et le revenu des traitements publics et privés (médecin fonctionnaire inspecteur des écoles, etc.), alors que sur la déclaration le contribuable avait spécifié distinctement ces deux catégories de revenus.

Il me semble que sur l'avertissement, le revenu déclaré des traitements scolaires, devrait figurer au chapitre III, ce qui aurait permis au contrôleur d'y joindre les déductions pour charges de famille prévues pour les fonctionnaires.

Si mon opinion est exacte, que faire pour la faire prévaloir ?

Dr B.

Réponse.

1° Est considérée comme domestique toute personne se trouvant exclusivement et d'une façon permanente attachée au service matériel et personnel de l'employeur ou de sa famille. Le chauffeur dont il est question, bien qu'il ne soit ni nourri, ni logé, remplit ces conditions ; par suite la taxe est due pour lui.

2° Il ressort de plusieurs réponses du ministre des Finances que le cumul des abattements est seulement admis lorsque les occupations sont de natures essentiellement différentes. « Les contribuables qui exercent concurremment des emplois salariés et des professions non commerciales doivent être assujettis, pour leurs revenus professionnels, à un impôt cédulaire unique et l'impôt qui doit leur être appliqué est celui qui correspond à l'emploi ou à la profession exercé à titre principal ».

En résumé, lorsque l'une des deux professions est la conséquence de l'autre, il ne peut y avoir cumul des abattements (Ex. : cas envisagé dans la lettre).

A. MARTINOT.

Frais privilégiés de dernière maladie.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire donner le renseignement suivant :

En cas de décès d'un malade, qu'entend on exactement par « frais de dernière maladie ? » Est-ce : « frais de dernière maladie » ou « frais du dernier médecin ».

En un mot la faveur du privilège est-elle réservée au dernier médecin ou à tous les médecins qui ont soigné le malade pendant la dernière maladie ?

Exemple mon cas :

Un malade vient faire un séjour à l'hôpital, salle payante, où je le soigne. A sa sortie, je le remets malgré son désir, comme c'était mon devoir, à son médecin.

Mort 5 ou 6 semaines après.

Suis-je privilégié, ainsi que le médecin chef de laboratoire qui a eu à faire quelques recherches (urée sanguine B. W.), au même titre que le médecin qui a donné les soins avant et après le séjour à l'hôpital.

Je le crois, car sans cela on pourrait voir des choses bien paradoxales. Mais je serais désireux d'avoir à ce sujet l'opinion éclairée du « Sou ».

Dr X.

Réponse.

Le privilège de l'article 2101-3° du Code civil s'applique aux frais de la dernière maladie, et non pas selement aux honoraires du dernier médecin.

Le médecin, ainsi qu'il a été reconnu, peut réclamer son privilège même s'il n'a pas continué ses soins jusqu'à la fin de la maladie (Trib. sup. de Monaco, 31 mars 1903).

On peut donc en conclure, sans qu'à notre connaissance, la question ait été jugée, qu'il ne perd pas son droit au privilège parce qu'un autre médecin a donné ses soins après lui, dès

lors que les honoraires réclamés sont afférents à la dernière maladie du débiteur.

Il en serait de même pour les honoraires du chef de laboratoire qui a fait des recherch s et des analyses, pourvu que, bien entendu, comme pour vous même, le règlement de l'hôpital lui donne le droit de réclamer des honoraires aux malades payants hospitalisés.

Accidents du travail. Frais médicaux. Interruption du travail.

Abonné du *Concours médical*, j'ai recours à votre obligeance pour me renseigner sur le fait suivant, en matière de règlement d'honoraires pour accident du travail (accident sans incapacité temporaire). J'ai présenté à la compagnie d'assurances La P. une note d'honoraires de 165 fr. La compagnie me répond textuellement : accident X et X. Nous vous offrons ? 50 fr., le blessé n'ayant pas interrompu son travail, les frais n'étant pas dus.

Je vous serais obligé de vouloir bien me dire si la compagnie est dans son droit, en agissant ainsi et s'il existe un texte de loi justifiant cette façon de faire.

Existe-il, au contraire, un texte de loi permettant au médecin de compter les frais médicaux, même s'il n'y a pas eu interruption de travail.

Dr B.

Réponse.

D'après la loi du 9 avril 1918, article 4, § 1er, modifié par la loi du 17 octobre 1919, le chef d'entreprise supporte les frais médicaux quelle que soit la durée de l'interruption de travail, occasionnée par l'accident.

Comme trop souvent, cette disposition légale a été mal rédigée et la Compagnie peut soutenir, avec quelque apparence de raison que, dès lors que l'accident n'a entraîné aucune incapacité temporaire, les frais médicaux ne sont pas à la charge du patron.

Mais on peut répliquer que la loi n'a pas parlé d'incapacité, mais simplement d'interruption de travail et qu'il doit suffire que l'ouvrier ait interrompu son travail pendant quelques minutes, pour que son droit au remboursement des frais médicaux soit ouvert.

Il en a été ainsi jugé par deux décisions du tribunal de paix de St-Denis, toutes deux du 9 décembre 1921, que le *Concours médical* a publiées dans son numéro du 14 mai 1922, page 1609.

Si donc vous pouvez soutenir qu'il y a eu interruption de travail, vous pourriez avec quelque chance de succès réclamer en justice de paix le payement de vos honoraires. La marche à suivre est, comme toujours en matière d'accidents du travail, de citer le patron devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Rente des ayants droit d'une victime du travail.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant :

Une ouvrière est décédée des suites d'une piqûre septique qui a occasionné un tétanos (elle avait, paraît-il, refusé le sérum antitétanique). Cependant le mari est convoqué au tribunal en conciliation le 30 octobre prochain pour se voir fixer la rente ou l'indemnité à laquelle il peut avoir droit (l'accident ayant été déclaré et le patron et l'assurance ayant accepté le risque). L'ouvrière gagnait 10 fr. par jour et a une fillette actuellement âgée de 10 ans. Quelle somme est en droit de demander le mari ? Rente ou capital ?

Dr Y.

Réponse.

Le mari de la victime d'un accident du travail a droit à une rente égale à 20 pour cent du salaire annuel de celle-ci.

Son unique enfant âgée de moins de 16 ans, a droit jusqu'à cet âge à une rente égale à 15 pour 100 du même salaire.

Le salaire servant de base à la fixation des rentes s'entend, pour l'ouvrier occupé dans l'entreprise pendant les 12 mois avant l'accident, de la rémunération effective qui lui a été allouée pendant ce temps, soit en argent, soit en nature. Il ne suffit donc pas de multiplier le salaire journalier par le nombre des jours ouvrables.

Si l'ouvrier a été occupé moins de 12 mois avant l'accident, il y a lieu d'ajouter, à la rémunération effective qu'il a reçue depuis son entrée, celle qu'il aurait dû recevoir pendant la période nécessaire pour compléter les 12 mois, d'après la rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie pendant la même période.

Les rentes supérieures à 100 fr. ne peuvent être remplacées par un capital.

Paiement des notes d'honoraires accidents.

Abonné au *Concours médical*, je me permets d'avoir recours à votre obligeance universellement reconnue pour me fixer sur les points suivants :

Existe-t-il un délai *légal* qu'on puisse imposer aux agents des compagnies d'assurances pour le règlement des mémoires d'honoraires ? Quel est ce délai ?

Habitant les régions libérées, la reconstruction est cause d'accidents nombreux ; ils me prennent un temps considérable, au détriment bien souvent de la clientèle courante. Certains agents laissent traîner les notes d'honoraires 6 ou 8 mois avant de les payer, ce qui complique énormément la comptabilité. D'où perte de temps, correspondances inutiles, etc.

Au cas où l'usage ou des jugements rendus par les tribunaux auraient é . bli un délai, comment arriver à le faire respecter par les compagnies d'assurances ?

Dr R.

Réponse

Il n'y a aucun délai pour le payement des notes d'honoraires accidents, pas plus en faveur du débiteur qu'en faveur du créancier. Le mécin est en droit d'en exiger le payement, non seulement dès la cessation des soins, mais même en cours de traitement, ainsi que l'a reconnu la Cour de Cassation, Chambre civile, par un arrêt du 10 juillet 1918.

Mais si les assurances ou leurs agents mettent de la mauvaise volonté ou simplement de la négligence dans le payement des notes d'honoraires des médecins, ceux-ci, qui n'ont pas de lien de droit avec elles, n'ont qu'un moyen de se faire payer, qui est de citer le chef d'entreprise devant le juge de paix du lieu de l'accident. Cette citation reste d'ailleurs souvent sans effet sur la rapidité des payements, attendu que les Compagnies, qui représentent ou font représenter leurs assurés devant le juge de paix, n'hésitent pas souvent, à employer tous les moyens dilatoires que la procédure leur permet, pour retarder le plus possible la solution du procès.

Accident du travail.
Cessation du droit à l'indemnité journalière.

Abonné du *Concours médical*, je serais très heureux d'avoir votre avis pour ce cas particulier, soit directement, soit par voie du journal.

Un accidenté du travail a le doigt sectionné. Régularisation. Consolidation. Un mois après, le tout est en bon état. 1 doigt en moins — Evaluation du taux d'incapacité d'accord avec le patron, en attendant la ratification par le tribunal. Je délivre le certificat de consolidation et de reprise du travail, toutes choses normales jusqu'alors.

Mais là où l'affaire n'est plus normale, c'est que le blessé décide de ne pas reprendre son travail *jusqu'à ce que le tribunal ait statué sur son cas* et exige le payement du demi-salaire. Sur ces entrefaites, l'enquête est faite par le juge de paix qui ménageant la chèvre et le chou, sans se prononcer, paraît admettre cet état de choses, trouveque dans la loi il n'y a rien qui puisse forcer l'ouvrier à reprendre son travail, et que le patron devra payer le demi-salaire. Comme le tribunal a pris de longues vacances ... ce n'est plus 1 mois mais 3 mois de chômage !

N'y a-t-il pas moyen de faire cesser cet état de choses et le demi-salaire est-il dû réellement ? A quoi sert donc, en ce cas, le certificat de guérison ou de consolidation du médecin ?

Je compte sur votre obligeance habituelle pour

(*Voir la suite page XLIII-3373*)

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 18 NOVEMBRE 1923**, dans l'ordre suivant :

I. — *A dix heures et demie du matin* : au SIÈGE SOCIAL, 132, rue du Faubourg Saint-Denis.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ORDRE DU JOUR :

1° Rapports du Secrétaire Général, du Trésorier et du Comité des Censeurs ;
2° Approbation des Comptes de l'exercice 1922 ;
3° Divers.

II. — Dans les Salons de **Lutetia**, Rue de Sèvres (Nord-Sud : Sèvres Croix-Rouge. — Autobus : AD, AL, S, V, X.)

A deux heures et demie.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1922 ;
6° Election de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Vimont, *vice président* ; A. Gassot, *trésorier* ; Pamart, *secrétaire général-adjoint* ; Noir et Bellencontre, sortants et rééligibles ;
7° Election de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Lacroix, Arago et Philippet, sortants et non rééligibles ;
8° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage ;
9° Suppression de l'incompatibilité entre les combinaisons MA et MAD.

A trois heures et demie.

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
3° Rapport des contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1922;
5° Renouvellement de la série sortante des membres du Conseil ;
6° Nomination de deux contrôleurs ;
7° Fixation du montant de la garantie de la responsabilité civile et éventuellement modification de divers articles des Statuts et du Réglement de la Caisse de garantie.

A cinq heures

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
3° Approbation des comptes ;
4° Questions traitées :

I. Les causes de la décadence de la corporation des médecins parisiens. (Ancienne Faculté de Médecine de Paris). Sa réorganisation.
II. Les assurances.
III. L'ordre des médecins.

A sept heures 1/2 précises, à **Lutetia.**

BANQUET (souscription 30 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société Civile).

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE (*Le programme en sera publié prochainement.*)

Les familles des confrères qui prendront part au Banquet sont invitées à assister à la Soirée Artistique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la Soirée sont instamment priés de se faire inscrire avant le 10 novembre, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

La réalisation de l'Hygiène Sociale dans le département de la Seine-Inférieure.

Un de nos désirs les plus vifs est de nous renseigner d'abord et de renseigner nos lecteurs ensuite sur les réalisations de l'hygiène sociale en France. Certes, les documents ne manquent pas et il n'est guère de département ou de ville de quelque importance où l'on n'ait publié de volumineux rapports, vantant les progrès accomplis et surtout les projets à réaliser. Mais les rapports et les publications, comme les photographies, sont souvent présentés avec trop d'art, nous allions dire avec trop d'artifices. Les auteurs en politiques habiles, savent éclairer ce qui est bien et laisser dans l'ombre ce qui doit être caché. Avec une savante mise au point, il est possible à un bon photographe de donner un aspect monumental à la plus sordide masure. Il nous reste encore dans la mémoire l'histoire du sanatorium de Kerpape. Aussi, désirant voir de nos yeux, nous avons répondu à une invitation, déjà ancienne, de M. le Dr Ott, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure, un vieil ami de notre maison, lié jadis à notre regretté directeur Jeanne par une estime et une affection réciproques ; avec G. Duchesne, nous nous sommes donc inopinément rendus récemment à Rouen.

Le Dr Ott s'est mis à notre entière disposition. Il nous a fait visiter en détails les principaux établissements de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine-Inférieure, de façon à nous donner l'idée la plus complète et la plus nette de son fonctionnement. Il a bien voulu ajouter à cette leçon de choses des explications d'une sincérité absolue et nous ne saurions trop le remercier de la très intéressante et instructive journée que nous avons passée avec lui.

***

Le Dr Ott n'est pas un administrateur de carrière. Alsacien d'origine et doué de la volonté, du sens pratique et méthodique qui sont les qualités de sa race, il a exercé d'abord pendant *dix ans* la médecine rurale dans la petite ville de Lillebonne. C'est de cette époque que datent ses relations avec le *Concours médical*. Bon praticien, excellent confrère, il put pendant cette période de sa vie étudier à loisir les mœurs de la population normande et se pénétrer de l'esprit du corps médical de sa région. Il considère d'ailleurs à l'heure actuelle que ce long stage professionnel fut le prélude indispensable et peut-être la période la plus utile de préparation à ses fonctions d'hygiéniste réalisateur. Après un an d'études spéciales à l'Institut Pasteur, il devint inspecteur d'hygiène. Ses fonctions d'avant-guerre furent singulièrement bornées et son activité varia selon l'importance que les divers préfets qui se succédaient assez rapidement dans le département, accordaient à l'hygiène publique. L'expérience lui vint peu à peu, avant et surtout pendant la guerre, et, une fois la paix rétablie, il eut la bonne fortune de trouver en M. le préfet Lallemand un homme désireux d'organiser sérieusement dans l'important département qu'il administre, l'hygiène sociale et de poursuivre méthodiquement la réalisation d'un plan bien conçu et longuement étudié.

Le Dr Ott nous a conduits successivement au préventorium de Canteleu, situé sur un plateau qui, à 120 mètres d'altitude, domine Rouen et la vallée de la Seine, enclavé dans une forêt ; de là, nous avons gagné le centre d'examen médical de Maromme, puis le centre de Darnétal, la Maison familiale de Mont-Saint-Aignan, enfin le service central de Rouen, où nous avons visité un centre d'examen analogue aux autres, l'important laboratoire, les bureaux, les fichiers, etc. Nous ne décrirons pas aujourd'hui ces divers établissements, cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous désirons faire de chacun un exposé complet, persuadé que la connaissance de leur installation pourra être utile à plus d'un de nos lecteurs. Nous nous bornerons aujourd'hui à résumer, dans une sorte de vue d'ensemble, comment est conçue et réalisée l'hygiène sociale dans le département de la Seine-Inférieure.

***

Un Office public d'hygiène sociale, de l'avis de M. Ott, doit être un organisme complet. Jusqu'en 1919, on s'était borné, à Rouen, à envisager la seule lutte antituberculeuse, ce qui est, d'ailleurs, à notre propre avis, une lourde faute.

Le but que l'on doit poursuivre est avant tout de protéger l'enfant pour sauver la race, comme

l'avait préconisé Grancher, appliquant à l'hygiène sociale les idées de Pasteur.

L'établissement prophylactique qui constitue la base de l'Office public d'H. S. est le *Centre d'examen médical*. Ce centre d'examen médical est analogue au dispensaire antituberculeux, formule Calmette, mais avec des attributions bien plus étendues.

Le Dr Ott n'a pas voulu donner à ces centres le nom de dispensaire, et en voici les raisons. Pour le public des villes, le nom de dispensaire peut créer une fâcheuse confusion avec les dispensaires dits de salubrité où l'on procède à l'examen des filles publiques. Pour le public et les médecins, le mot *dispensaire* signifie trop; soins dispensés à tous venants, en *dispensant* ces derniers d'honorer ceux qui les dispensent. Nous tenons cette définition humoristique, mais exacte, de M. Ott lui-même. Or, à aucun prix et dans aucun cas, le *Centre d'examen médical* ne doit être un centre de traitement.

Le but du centre d'examen médical « consiste à prendre charge de l'enfant dès avant sa naissance, à surveiller la gestation, à permettre à la mère de la mener à bonne fin, à garder l'enfant sous la surveillance médicale depuis sa naissance jusqu'à la fin de l'âge scolaire et, parallèlement à cette tutelle médicale de l'enfance, à prendre en charge les adultes en vue de neutraliser chez eux les effets des maladies sociales, notamment les plus directement accessibles : la tuberculose et les maladies vénériennes ».

Par maladies sociales, le Dr Ott entend les affections dont la généralisation compromettrait la valeur sociale des populations. Momentanément, il en distrait le cancer qui, jusqu'à nouvel ordre, ne relève pas de la prophylaxie mais uniquement de la thérapeutique.

Pour réaliser le but que nous venons de définir, les services de surveillance médicale du centre d'examen doivent former 5 sections :

Section 1. — Prophylaxie de la tuberculose.

Section 2. — Dépistage et traitement des maladies vénériennes.

Section 3. — Surveillance médicale de la grossesse.

Section 4. — Surveillance médicale de la première enfance.

Section 5. — Surveillance médicale des écoliers.

Des établissements spéciaux complètent et prolongent l'action de ces sections :

Pour la section 1 : préventoriums forestier et marin. Sanatoriums continentaux et maritimes.

Pour la section 2 : services annexes, entretenus par le ministère de l'hygiène.

Pour la section 3 : maisons maternelles. Maternités.

Dans la section 4 : consultations de nourrissons.

Pour la section 5 : colonies scolaires de vacances. Sections de culture physique, etc.

Pour réaliser ce programme, il est nécessaire en France d'agir dans le cadre départemental. Celui de la commune est souvent trop restreint, les ressources y sont rarement suffisantes. Les administrations municipales trop instables, se renouvellent trop fréquemment. Le cadre de l'Etat est trop étendu, pas assez souple. Les influences politiques y jouent un rôle trop prépondérant et le contrôle n'est pas assez sévèrement exercé.

Loin de vouloir accaparer les œuvres dues à l'initiative privée, l'O. P. H. S. de la Seine-Inférieure les prend comme collaboratrices, les subventionne largement et les fait vivre. La plupart, il faut bien le dire, ne pourraient subsister sans le concours et les subventions du département. La liberté la plus grande est laissée à leurs administrateurs, l'O. P. H. S. se contente de s'assurer que leur but est rempli et que les fonds qui leur sont attribués, sont bien employés. Dans la Seine-Inférieure, les sanatoriums forestier d'Oissel et le sanatorium marin des Grandes Dalles sont confiés à des Sociétés civiles qui les dirigent, les gèrent et les exploitent. Des subventions départementales *importantes, données* en temps opportun, ont permis d'empêcher de sombrer ces établissements, pour lesquels il est sage de prévoir la nécessité de subventions annuelles. Par contre le préventorium de Canteleu relève directement de l'O. P. H. S. comme la Maison familiale du Mont-Saint-Aignan.

Bien que nous ayons l'intention de consacrer un article à cette dernière, nous tenons dès aujourd'hui à en indiquer le caractère spécial qui, en fait, croyons-nous, jusqu'à ce jour, un établissement unique en son genre.

La Maison familiale du Mont-Saint-Aignan a pour but d'éviter que la grossesse n'amène la rupture des liens qui unissent les membres d'une famille ou même d'un foyer. Une femme enceinte en cas de détresse peut à tout moment venir s'y réfugier, elle et ses enfants. Si son état l'exige, elle et ses enfants y seront accueillis et soignés trois mois, s'il le faut, avant l'accouchement et y séjourner plusieurs mois après. Le père est autorisé et même invité à venir voir sa femme et ses enfants tous les jours. Les enfants y sont groupés par classes selon leur âge, soignés selon leur état de santé. Une école, des classes de plein-



air, un hôpital d'enfants s'ajoutent à la Maternité. Le médecin est dans l'établissement, comme d'ailleurs au préventorium de Canteleu, les ouverain maître. C'est-lui même qui règle les heures de classes. Signalons enfin que toute femme en état de grossesse, quelle que soit son origine et même si elle ne peut payer, trouve à Mont-Saint-Aignan asile avec un état-civil supposé. Il lui suffit de la recommandation d'une personne honorable, médecin ou ministre d'un culte, qui répond moralement d'elle.

Bornons-là l'énumération des établissements de l'O. P. H. S. de la Seine-Inférieure, dont nous le répétons, nous ferons pour chacun, une étude détaillée. Abordons une question plus délicate; comment le public et le corps médical entrèrent en contact avec l'Office et quels rapports ont-ils eus avec lui ?

***

L'accueil fait par le public aux centres d'examen médical fut excellent. Ces centres furent ouverts cependant sans bruit et furent tout d'abord fréquentés par les tuberculeux de guerre ; petit à petit, les malades y affluèrent, surtout quand l'on sut que l'O. P. H. S. pouvait s'occuper des enfants et les placer dans des préventoriums bien organisés.

L'O. P. H S. ne fit aucune réclame tapageuse, pas d'insertions dans la presse, pas de distributions de secours, de médicaments, de dons de vêtements, de blanchissage gratuit pour servir d'appâts. L'expérience, faite à Rouen, démontre l'erreur commise par beaucoup d'organisateurs de dispensaires antituberculeux qui pensent que c'est par ces procédés douteux que l'on achalande les établissements prophylactiques. Une organisation sérieuse et suffisante, un personnel affable et ayant conscience de la haute mission qu'il accomplit, sont les meilleurs moyens de publicité au début. Ensuite, les services rendus, surtout aux enfants, suffisent à rendre populaire l'O. P. H. S.

Le Corps médical, au début, lorsque l'Office bornait son action à la lutte antituberculeuse, fit un accueil assez réservé, parfois même hostile, à la nouvelle institution. Mais au bout de fort peu de temps, il se rendit compte que les promesses, faites par le Dr Ott, de ne pas créer de dispensaires thérapeutiques, d'exiger énergiquement du personnel et des visiteuses d'hygiène la plus grande réserve et la plus absolue correction à l'égard des médecins traitants, étaient tenues ; il y eut alors un revirement complet, les relations des praticiens avec l'O. P. H. S. devinrent tout à fait cordiales et la collaboration de cet office et des médecins traitants fut de plus en plus fréquente. Actuellement, un tiers des malades qui viennent aux Centres d'examen médical, sont conduits par leurs médecins, un tiers s'y rend spontanément, l'autre tiers y est amené par les infirmières-visiteuses d'hygiène.

D'ailleurs, le règlement de l'Office est catégorique ; le paragraphe 2 de l'alinéa 8 de l'article 4 du règlement est ainsi conçu :

« *En aucun cas, les centres d'examen n'assureront directement le traitement continu des malades qui est toujours réservé au médecin habituel de la famille* ».

Nous croyons encore devoir citer ce passage du préambule du réglement intérieur :

« L'Office public d'hygiène sociale de la Seine-Inférieure, particulièrement soucieux de respecter l'indépendance du Corps médical et de ne point nuire à ses intérêts légitimes, pose en principe que son action à l'égard des personnes sujettes aux maladies sociales, qu'il s'agisse de préserver celles-ci, leur entourage ou la collectivité ou de ménager une cure, *repose essentiellement sur le maintien du rôle normal du médecin traitant habituel, médecin de la famille ou de l'Assistance médicale.*

« Les organes techniques de l'Office, médecins spécialisés, médecins agréés pour les centres d'examen médical, infirmières-visiteuses, etc. sont des *collaborateurs offerts par lui au Corps médical.*

« Par le dépistage de cas ignorés qu'il incombe ensuite aux médecins traitants de soigner, et par l'aide qu'ils peuvent prêter au cours de certains traitements, ils viennent renforcer l'action professionnelle de ces praticiens sans l'entraver, ni la réduire, encore moins s'y substituer.

« *L'Office mettrait fin, sans hésiter, à toute initiative de son personnel qui s'écarterait de cette règle et qui serait portée à sa connaissance* ».

Ce langage net et ces principes, qui furent respectés, dissipèrent les dernières susceptibilités du Corps médical.

Aussi, pour l'organisation de la section IIe antivénérienne, qui n'est pas encore réalisée, l'Office, s'inspirant des discussions intéressantes qui ont eu lieu à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, désire réaliser une œuvre analogue à celle dont le Pr Bayet a doté la Belgique, c'est-à-dire mettre à la disposition des médecins traitants les moyens de diagnostic scientifique de laboratoires bien outillés, pourvus d'un personnel consciencieux

et bien éduqué, leur faciliter l'application des méthodes thérapeutiques les plus efficaces et les plus récentes pour les personnes indigentes ou de situation modeste et ne pratiquer le traitement qu'à la demande formelle du médecin traitant

Le recrutement du personnel médical donna lieu à quelques difficultés. Le concours ne donna pas les résultats attendus et dut être abandonné. L'on essaya de faire désigner les médecins des centres d'examen par les praticiens de la région même. Ils s'y refusèrent catégoriquement, car une situation privilégiée aurait été donnée à ce médecin et ses confrères en auraient été victimes quelle que fût sa correction à leur égard. Aussi, presque tous les médecins des centres d'examens sont choisis en dehors du Corps médical de la région de ces centres. M. Ott pense que les médecins des centres devraient être spécialisés, choisis parmi des praticiens qui, au cours d'au moins cinq ans d'exercice professionnel, auraient pris contact avec la population, connu les difficultés de la pratique médicale, et se seraient pénétrés des règles déontologiques qui doivent assurer les rapports des médecins entre eux. Ces praticiens, avant d'être mis à la tête d'un centre, doivent faire quelques mois d'études complémentaires, à l'Institut Pasteur par exemple, et se mettre au courant par un stage qui n'a pas besoin d'être très prolongé.

L'Inspection médicale des écoles, encore facultative, ne doit pas être séparée de l'action de l'O. P. H. S. et est en voie de réalisation.

***

M. Ott nous a fait visiter en détail le service central à Rouen avec ses bureaux, pourvus de fichiers, permettant très rapidement d'être renseigné sur tout ce qui concerne l'histoire hygiénique d'une localité ou les antécédents d'un malade, d'une famille, ou plutôt d'un foyer dont l'Office s'est occupé. Nous avons pu nous rendre compte du fonctionnement des services des épidémies de la vaccine, de la désinfection, de l'établissement très méticuleux des statistiques sanitaires et démographiques, Nous avons appris comment se faisait en Seine-Inférieure la déclaration *directe* des maladies contagieuses au médecin-inspecteur départemental d'hygiène qui seul correspond avec les médecins traitants. La Seine-Inférieure est le seul département qui indemnise les déclarations (2 fr. par déclaration et cela depuis plus de dix ans). Cette application n'a jamais donné lieu à des abus appréciables. Les déclarations des décès sont encore faites régulièrement par les médecins traitants mais en passant par l'intermédiaire des familles. Le Dr Ott cherche encore à améliorer ce service.

Nous avons visité le hall des automobiles : auto-ambulances pour le transport des malades, auto avec étuve à désinfection, autos pour faire de la propagande hygiénique par conférence avec cinéma, autos pour le service des bibliothèques circulantes. Un atelier de réparations permet d'entretenir et même d'améliorer très économiquement tout ce matériel.

Nous avons parcouru les salles du centre d'examen médical du service central, dont l'organisation est d'ailleurs identique à celle des autres centres.

A côté, est installé un important laboratoire d'inspection et de contrôle, parfaitement outillé.

***

Il nous semble que lorsque le programme que nous a exposé M. le Dr Ott sera complètement réalisé (et il ne saurait tarder longtemps à l'être tout à fait), la Seine-Inférieure pourra servir à ce sujet de modèle aux autres départements.

Nous devons reconnaître que la Seine-Inférieure est un département riche, pourvu de ressources considérables avec des villes aussi importantes que Rouen et le Havre. Cela n'enlève rien d'ailleurs au mérite de ceux qui ont réalisé ou contribué à réaliser le programme d'hygiène sociale que nous venons d'exposer très superficiellement.

Il y a un regret à exprimer, c'est que le service sanitaire du port du Havre soit séparé administrativement des services départementaux d'hygiène par des cloisons étanches. En pratique, les relations amicales qui unissent le Dr Ott et ceux qui ont la direction de la santé du port, atténuent les inconvénients de ce manque de liaison, ce qui est vraiment une absurdité de notre organisation administrative. Mais la préservation sanitaire ne devrait pas, dans un pays civilisé, dépendre de la plus ou moins grande courtoisie des hauts fonctionnaires.

***

Certains de nos lecteurs seront peut-être tentés de croire que l'exposé que nous venons de faire est tendancieux, que nous avons parcouru les établissements de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine-Inférieure par un beau soleil qui nous a éblouis. Eh bien non ! Nous avons visité Canteleu, Maromme, Darnétal, Mont-

Saint-Aignan et Rouen par un temps pluvieux des plus maussades. Nous conseillons aux sceptiques de se rendre à Rouen, de visiter eux-mêmes les centres d'examen de la région, nous sommes certains que le Dr Ott, avec sa grande courtoisie et son grand souci de confraternité, leur facilitera cette excursion instructive. Et lorsqu'ils auront vu, sans parti pris d'admiration préalable mais aussi sans cet esprit mesquin de dénigrement préconçu qui caractérise les chercheurs de tares, ils reconnaîtront, nous n'en doutons pas, la sincérité absolue de la description sommaire que nous venons d'esquisser.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA TRANSFUSION SANGUINE, OPÉRATION DE PETITE CHIRURGIE, AU SERVICE DU PRATICIEN

II. — Les garanties de sécurité et la prophylaxie des accidents.

Par Georges Rosenthal,

Docteur ès sciences, ex-chef de Clinique à la Faculté.

La dénomination d'*opération de petite chirurgie* que nous avons donnée à la transfusion depuis nos premières recherches du front de Champagne, en 1917, indique que, par notre technique, la transfusion sanguine devient une manœuvre de thérapeutique endoveineuse faite d'une prise de sang analogue à la prise pour recherche du Bordet-Wassermann, et d'injection intraveineuse analogue à celle de sérum sucré, de galyl, ou de 914 ; mais *elle ne saurait en aucun cas justifier les imprudences*. Bien au contraire, nous allons montrer que, sur le chapitre précaution, nous sommes plus exigeant que la plupart de ceux qui, venus tardivement à la transfusion moderne, née de la grande guerre, ont tenu à dépasser les recherches antérieures. C'est par mesure de précaution, comme par sévérité scientifique, que nous demandons l'obéissance aux trois règles suivantes, qui éloignent les accidents graves, ainsi qu'il est démontré par tous les travaux récents :

1° Il faut renoncer aux doses sanguines supérieures à 500 cc.

2° Il faut suivre rigoureusement les lois des groupements sanguins de Moos qui seront établis à l'œil nu et au microscope, et vérifiés, avant toute intervention par mélange sur lame des deux sangs, *puisque les accidents graves dérivent de la méconnaissance de ces lois.*

3° Il faut toujours commencer par des doses larges de 3 à 20 cc. et ne jamais faire d'emblée même 100 cc. L'écart de temps pouvant être minime entre l'essai et la transfusion, de façon à écarter tout danger inconnu, à éviter les conséquences d'une erreur toujours supposée possible.

1° *Il faut renoncer aux doses sanguines supérieures à* 500 *cc.* parce que ces doses massives créent un danger spécial que nous avons dénommé *danger hépatorénal*, qui provient de l'intolérance du transfusé pour des doses trop considérables de plasma étranger. Céphalée, albuminurie, douleurs rénales et subictère sont la signature de cet accident qui n'a rien d'anaphylactique, mais vient de l'incomplète assimilation d'albumines étrangères ; d'ailleurs, nous soutenons depuis 1917 que, pour remplir le système circulatoire vide de sang, mieux vaut allier à la transfusion sanguine à doses moyennes renouvelables (200 à 300 cc.) des injections intraveineuses salines qui, seules, peuvent atteindre le volume nécessaire, et qui seront renouvelables à volonté. C'est la conduite qui justifie notre application exacte de *technique citihémosaline* (Soc. de chir., nov. 17). Même les transfuseurs de sang simple les plus exagérés se limitent à 1 litre de sang ; ils ne sauraient songer à compenser avec du sang pur la spoliation formidable des grandes blessures de guerre ou des grands accidents du travail. Les travaux récents semblent de plus en plus accepter notre conception.

2° *Il faut suivre rigoureusement les lois des groupements sanguins de Jansky et Moos* (1) qui

(1) Voir le rapport de Jeanbrau pour l'historique des groupements sanguins.

seront établis à l'œil nu et au microscope et vérifiés avant toute intervention par mélange sur lame d'une goutte des deux sangs.

Cette donnée est désormais classique. L'accord est unanime. Elle est nécessaire et suffisante (Jeanbrau, p. 81).

De nombreuses études ont été consacrées à l'étude des accidents de la transfusion, en dehors, bien entendu, de la question de la coagulation, qu'une bonne technique permet toujours d'éviter. En particulier, P.E.-Weil et Isch-Vall, dans le *Bulletin médical* du 9 mai 1923, ont bien séparé les accidents neuropathiques immédiats d'allure bénigne, nés de l'appréhension et de l'émotion, et les accidents consécutifs à la transfusion, qui vont de la douleur lombaire à la dyspnée, de la céphalée à l'hémoglobinurie et à l'anurie mortelle, accidents qui débutent instantanément quelques minutes ou quelques heures après la transfusion, ou pendant les transfusions massives, et les accidents tardifs, beaucoup moins graves qui relèvent d'un choc colloïdoclasique secondaire et surviennent quelques jours après la transfusion. *Il faut répéter que l'accident grave vient de l'incompatibilité des sangs.*

a) Ainsi, on reportera à l'émotivité du malade tout trouble vaso-moteur léger, rougeur de la face, flaccidité, palpitations, douleur exagérée du bras, douleurs à distance. Le trouble émotif a toujours en lui quelque chose de spécial, qui constitue sa signature, mais on se défiera si le sujet accuse de l'angoisse, une douleur précordiale progressive, persistante, malgré l'arrêt momentané de l'injection sanguine, une défaillance avec troubles vaso-moteurs, le mieux sera de suspendre la manœuvre.

Le citrate a été rendu responsable de frissonnement et d'élévation thermique. Son emploi *est toujours sans inconvénient.*

b) Combien plus dramatique est l'accident vrai, d'autant plus rare d'ailleurs que la règle des groupes a été suivie rigoureusement et vérifiée avant chaque transfusion, car un donneur peut devenir mauvais (Jeanbrau, rapport, p. 80), car consanguinité n'est pas garantie. Gardez votre sens clinique. *Souvenez-vous — ce que* les savants de laboratoire oublient — *que le laboratoire est sujet à l'erreur*, et qu'en cas de conflit, la clinique vous conduit à la sage prudence. Ne persistez pas, sous prétexte que vos précautions sont prises, et que l'accident est impossible. C'est pour cela que la petite dose progressive sera, selon notre pratique de 1917, au début de la rénovation de la transfusion, votre loi absolue. Nous en reparlerons avec l'étude technique.

Il s'agit ici, non plus de phénomènes bénins, incohérents, exagérés, irréguliers, capricieux, passagers, donc émotifs, mais de phénomènes qui rappellent l'œdème aigu du poumon, l'embolie pulmonaire et les troubles de l'anurie. Le tableau est d'autant plus dramatique que le mal est fait, d'autant plus impressionnant qu'il est difficile de le réparer.

C'est un fourmillement douloureux de la tête, un malaise violent avec sentiment de défaillance, une soif d'air pseudo-asphyxique, une défaillance avec nausée, une pâleur cadavérique, ou au contraire une vaso-dilatation de la face, une douleur lombaire bilatérale, tellement intense qu'une syncope paraît imminente, une douleur lombaire avec grand frisson et élévation à 39° de la température (obs. III, *loco citato*), une douleur lombaire avec cyanose et défaillance du pouls ; un ralentissement du pouls, une dyspnée *sine materia*, ou plus tard, une diminution progressive des urines, l'albuminurie, l'hémoglobinurie (urines sanglantes sans globules rouges à la centrifugation), l'anurie, et dans les cas malheureux la mydriase, la précipitation des battements, et la mort rapide par syncope ou par des phénomènes qui rappellent l'angine de poitrine.

c) Les accidents tardifs (Jeanbrau, rapport, p. 59) sont des « céphalées, de la fièvre, du prurit, de l'urticaire, des œdèmes localisés ». Ils sont en général bénins et ne sauraient se confondre avec les grands accidents signalés précédemment.

D'après P.-E. Weil, leur origine est colloïdoclasique.

Seuls sont graves, comme nous le disions, les accidents consécutifs ; mais ils semblent heureusement évitables si l'on suit rigoureusement les *règles des groupements sanguins* (1). Il est important de savoir que les sangs humains ne peuvent tous se mélanger indifféremment. Le fait signalé jadis par Shattock et Landsteiner, fut étudié par Jansky et mis au point par Moos.

Lorsque deux sangs sont intolérants l'un pour l'autre, cette intolérance se traduit d'abord par l'agglutination des globules rouges qui se réunissent par petites masses séparées par des espaces vides dès qu'ils sont mélangés, au lieu de se répartir régulièrement dans les préparations, sans espaces vides. Il en résulte, par mélange de deux gouttes sur lame, un aspect granité qui contraste avec

---

(1) Pour l'étude des groupements sanguins, lire Giraud, *Presse médicale* 16 janvier 19 ; Bécart, *La Clinique*, 1922. Lire le n° du *Journal Médical Français*, mai 19, article de Jeanbrau et Laumonier, *Bulletin* des Laboratoires Carrion, 1923.

l'aspect homogène de l'étalement d'une goutte ou de deux gouttes de sang sans intolérance.

Si l'intolérance mutuelle des sangs est plus accentuée, les globules rouges réunis en amas perdent leurs contours distincts et paraissent se fondre dans le plasma sanguin. Il s'agit là sans doute de phénomènes physiques ; mais pour simplifier la compréhension de ces phénomènes, on dit qu'il y des *agglutinines* dans un sang lorsque ce sang réunit en amas les globules d'un autre sang, et des *hémolysines* lorsqu'il y a hémolyse, c'est-à-dire, dissolution des globules rouges. Au point de vue pratique, la tolérance ou l'incompatibilité des sangs peut se vérifier à l'œil nu ou au microscope par examen sur lames.

a) Mettez sur une lame de verre bien propre, à la partie gauche, deux gouttes de sang A et C du sujet à transfuser I, et à droite deux gouttes D et B du sujet II proposé comme donneur ; ce

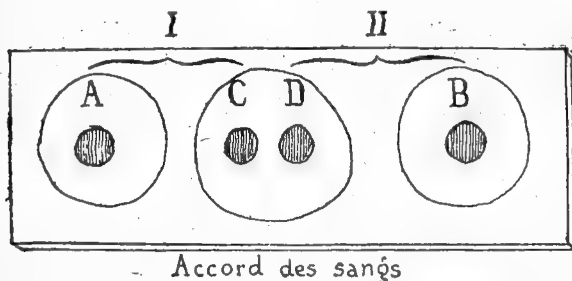


Fig. I. — Notez que, après le mélange des gouttes des deux sangs différents C et D, les plages ont le même aspect homogène que les plages dues à l'étalement des gouttes de sang A et B, étalées et non mélangées, il y a accord.
C'est l'épreuve type faite de sang à sang.

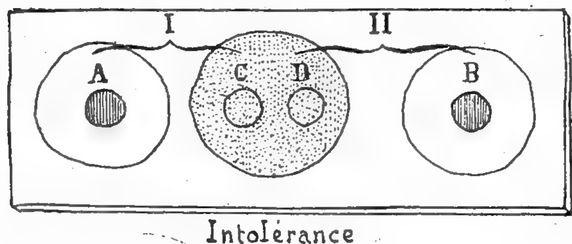


Fig. 1 *bis*. — L'intolérance donne un granité très net. Laissez sécher ; la préparation peut se garder ; le contraste doit être frappant. Tout résultat qui n'est pas évident ne saurait être utilisé. Les types ambigus (P.-E. Weil) dont *les résultats* sont douteux commandent la recherche d'autres donneurs.

qui est facile en piquant le doigt avec un vaccinostyle individuel, bien entendu. Ayez soin que les deux gouttes du centre de la lame soient assez rapprochées. Alors, avec un vaccinostyle flambé et changé après chaque manœuvre, vous étalez séparément les gouttes A et B qui seront les témoins, et vous étalez en les réunissant les gouttes C et D de manière que le sang se trouve en couche mince, mais donnant l'impression d'une couche étalée humide et non d'un étalement sec.

Après quelques secondes, et après 1 à 2 minutes, vous notez que les gouttes étalées A et B, gouttes de sang d'un sujet, sont homogènes, de teinte rouge opaline. En cas d'accord des sangs, il n'y a pas de différence entre l'homogénéité du mélange des gouttes C-D et celle des gouttes pures (fig. 1). En cas d'intolérance (fig. II *bis*), le mélange des gouttes C-D vu par lumière réfléchie et, mieux encore, par transparence donne un aspect granité *évident non discutable* et qui frappe par sa netteté et par sa différence avec les témoins. Les préparations séchées à l'air gardent leur aspect typique. Il suffit de laisser tomber une lamelle sur les gouttes A et B et le mélange C-D encore humide, et de le regarder au microscope (O c. 2 obj. 5-6 à immersion) pour avoir une notion souvent encore plus précise ; car, tandis *que* les gouttes de sang pur vous donneraient des globules déformés et altérés également répartis dans le champ du microscope et aux contours nets, les gouttes de sang C-D, s'il y a incompatibilité, vous donneront des amas de globules réunis ou individuels, séparés par des espaces clairs ; et souvent, elles vous montreront cette perte du globule éclaté et dissous dans le plasma qui, pour utiliser une comparaison vulgaire, ressemblera à un œuf dont le jaune battu n'est plus séparé du blanc (aspect en omelette).

Une épreuve ainsi conduite fut l'épreuve proposée par ceux-là même qui ont découvert que les sangs humains se groupaient en 4 races de caractères différents. Elle est l'*épreuve de garantie maxima*, car elle indique une tolérance mutuelle des globules et du plasma des deux individus. Mais elle exigeait bien des tentatives pour trouver le donneur.

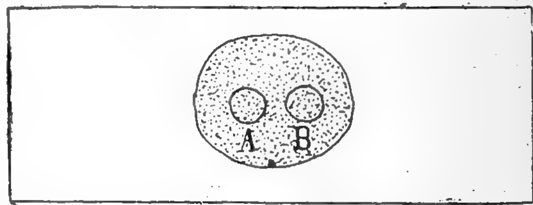


Fig. 2. — Le sérum A n'a pas toléré les globules de B ; il y a granité. Ne transfusez pas A avec B.

b) Des recherches ultérieures aboutirent à cette conclusion que le seul fait vraiment important était que les globules du donneur puissent être tolérés par le sérum du receveur. L'agglutination et la lyse des globules du receveur seraient sans importance notable.

Ce fait se vérifie par l'épreuve de Beth-Vincent ou au Moss-Vincent.

Elle se pratique de la façon suivante.

Sur une lame de verre, vous mettez l'une près de l'autre une goutte de *sérum A* du sujet à transfuser, une goutte de *sang* B du donneur proposé et vous mélangez avec un vaccinostyle. A l'œil nu, par vision simple et transparence, la préparation, s'il y a accord, doit rester homogène ; c'est une épreuve de praticien. Au microscope, les globules doivent garder une répartition uniforme et un contour individuel quoique déformé, c'est le contrôle de laboratoire. L'épreuve de Beth-Vincent est l'*épreuve minima de sécurité*. Elle doit être pratiquée rigoureusement avant la première transfusion et chaque fois que l'on change de donneur ; elle devrait être refaite avant chaque transfusion. S'il y a intolérance, la préparation prend et garde un aspect granité. Elle peut être conservée comme document.

c) L'étude des 4 races de sang humain a abouti à des conclusions assez faciles à retenir. (Jansky, Moss, Beth-Vincent).

La race ou groupe 1 est faite de sujets qui ne peuvent donner leur sang qu'aux sujets du groupe 1, mais qui peuvent recevoir tous les sangs. Disons, pour faciliter la mémoire, qu'ils sont les égoïstes sanguins, les profiteurs.

Le groupe 4 inversement ne peut recevoir le sang que des sujets 4, mais il peut donner à tous ; c'est le bienfaiteur sanguin.

Le groupe 2 reçoit des groupes 2 et 4, donne aux groupes 2 et 1 ; cette proposition est simple, puisque 1 accepte de tous, et 4 donne à tous.

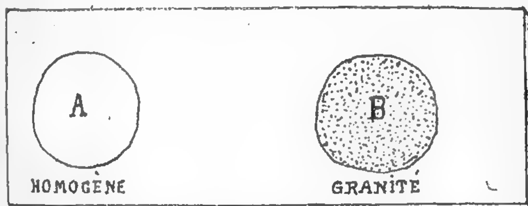


Fig. 3. — Les deux étalements restent clairs. Donc, il s'agit d'un groupe 4. En effet, les deux sérums A du groupe 2 et B du groupe 3 ont supporté le sang (C et D) du sujet à examiner.

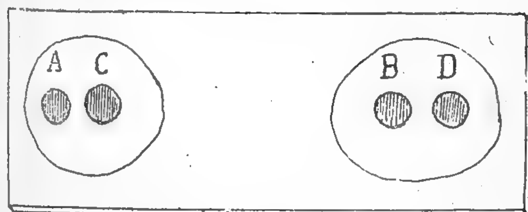


Fig. 4. — A du groupe 2 est clair, B sérum du sang 3 a granité. Le sang mélangé est du groupe 2.

De même le groupe 3 reçoit de 3 et 4 et donne à 3 et à 1, pour la même raison.

De ces données, il résulte que pour déterminer le groupement sanguin d'un sujet, il suffira (Beth-Vincent) d'avoir en réserve du sérum 2 et 3 gardé en pipette stérile, prélevé dans des tubes à essai après prise de sang et coagulation. Car étant donnés l'égoïsme sanguin du groupe 1, la générosité sanguine du groupe 4 et l'individualisme des groupes 2 et 3, mettons sur une lame une goutte A du *sérum* 2 et une goutte B du *sérum* 3 ; et à côté de chacun une goutte C et D de sang d'un sujet à classer ; mélangeons les gouttes A C et B D de façon à avoir deux gouttes mixtes étalées en couche mince gardant l'apparence liquide. Après examen vous concluerez :

L'intolérance des deux mélanges classe le sujet groupe 1 ; c'est un égoïste sanguin. Le sang 1 granite avec les deux sérums témoins.

L'homogénéité des deux mélanges classe le sujet groupe 4 ; c'est un généreux sanguin. Le sang 4 est homogène avec les deux sérums témoins. L'incompatibilité d'un des mélanges classe le sujet groupe 2 ou 3, selon que c'est le mélange 2 et X ou 3 et X qui a granité.

Rien de plus facile que de cataloguer receveur et donneur. Mais on se souviendra que s'il est suffisant que le sérum du receveur accepte les globules du donneur, que si le sujet 4 est le donneur universel et le sujet 1 le receveur universel, il est toujours néanmoins préférable de transfuser les sujets de groupe à groupe (c'est-à-dire 1 avec 1, 2 avec 2, etc.) ; le sérum 2 accepte les globules de 4, par contre les globules de 2 sont incompatibles dans le sérum de 4, fait de minime importance sans doute et négligeable d'après les classiques, *mais qu'il est préférable d'éviter*. Il nous explique en effet une partie des petits incidents tardifs décrits par P.-E. Weil (*B. méd.*, mai 1923) et même quelques accidents immédiats.

Ainsi dans l'observation n° 1 le donneur était du groupe 4, le receveur du groupe 2 ; mais si le donneur était donneur universel, néanmoins le signe du receveur était hémolytique pour les globules du donneur.

d) Il est élémentaire dans un grand service hospitalier et dans tout hôpital de cataloguer les donneurs éventuels et de garder des sérums étalons. Le Dr Bécart, à plusieurs reprises nous a donné des sérums 2 et 3 qui nous ont permis de classer les élèves de notre maître et ami Caussade à l'Hôtel-Dieu en cas de toute éventualité ; on lira avec plaisir ses articles de la *Clinique*.

e) Est-il encore utile d'ajouter, ce qui est évi-

dent, que tout sujet ne sera donneur que s'il est exempt de syphilis, de paludisme ou de tuberculose. Il faut veiller (Jeanbrau, rapport, p. 55) à ce qu'il n'ait pas reçu d'injection de sérum thérapeutique de peur de mettre le receveur en état d'anaphylaxie passive, en cas d'injection de sérum antitétanique ou antidiphtérique.

L'épreuve d'essai des sangs sur lames a été modifiée par différents auteurs qui se sont servis de globules lavés pour avoir des résultats plus précis, ou de sang citraté et de sérum citraté, ou d'addition de solution citratée au mélange des gouttes. Il faut savoir que la citratation préalable des sangs à prélever se fait en chargeant la seringue du dixième de son contenu de solution de citrate de soude dans l'eau à 5 ou 10 %. Le sang reste incoagulable, et obéit aux lois des groupes. P.-E. Weill reçoit le sang à étudier dans un tube contenant du citrate. De même l'addition sur la lame aux mélanges sérum-sang à essayer d'une goutte de citrate de soude à 5 % rend la réaction plus facilement appréciable (épreuve des 3 gouttes de Nurnberger). N'oubliez pas surtout que toute réaction doit être nette et facile à lire. *Si vous avez une réaction d'interprétation difficile, considérez-la comme un cas d'exclusion.*

Comme nous le disions, nous n'acceptons aucune infraction à la recherche des groupes. Si le sang du nourrisson (1) d'abord incertain (Happ), provient le plus souvent du groupe maternel, le fait n'est pas absolu (Happ et Buchauer). Les frères et sœurs ne sont pas toujours du même groupe.

La fixité du groupe sanguin pour chaque individu ne semble pas hors de constatation ; il faut considérer comme possible une incompatibilité créée par des transfusions antérieures bien acceptées (Lindemann). Il y aurait dans ce cas non pas incompatibilité de groupe, mais réaction antigénique (Astrowe).

Quant au troisième principe, de début par la petite dose injectée lentement, elle s'explique par la nouveauté de l'emploi journalier de la transfusion sanguine. Puisque des inconnues restent encore dans le problème, soyons plus que prudents, défions-nous. La première injection sera de 20 cc. au maximum pour un adulte.

(1) Lire la thèse d'Aisère, 1923, Paris.

Notre épreuve d'essai tend de plus en plus à être acceptée ; elle contribue à multiplier le nombre des partisans de la transfusion.

Il est important de répéter, avec l'ensemble des auteurs français, que le citrate est totalement inoffensif, qu'à peine peut-il donner un frissonnement et une hyperthermie passagère ; il ne saurait détériorer les plaquettes, étant donnés les bons résultats obtenus dans la chlorose par nous-même comme dans les anémies du nourrisson (Raoul Labbé et Aissère, G. Rosenthal).

Avec ces précautions et ces règles précises, aujourd'hui classiques, aucun accident n'est possible, et un article récent n'est que l'erreur d'un savant mal informé qui oppose aux faits cliniques vérifiés des conceptions théoriques. Encore faut-il que, pour l'heure présente, même en cas d'urgence, le médecin se souvienne que rien ne justifie une hâte fébrile et qu'il a toujours le droit et le temps de tâter les réactions du malade par la petite dose. Aussi faut-il à l'exemple des Américains, que nos grands hôpitaux soient pourvus de collection de sérums et vérifient à l'avance les donneurs éventuels.

De plus en plus s'abandonne la grande dose de 500 à 1000 cc., dangereuse et le plus souvent inutile, pour mettre en œuvre la petite dose répétée de 20, 50 et 100 cc., qui est, comme nous le soutenons depuis 1917, la vraie formule de la transfusion sanguine. Nous en reparlerons avec l'étude des techniques et des résultats.

(1) Depuis notre premier article consacré à l'étude générale des indications de la transfusion sanguine, a eu lieu le 32e Congrès français de chirurgie où la question a fait l'objet des rapports de MM. Jeanbrau, Pauchet et P.-E. Weil. Jeanbrau, qui a tant contribué à l'étude de la transfusion, a surtout décrit la grande transfusion sanguine des blessés de guerre ou des sujets atteints de grandes hémorrhagies. Il conclut contre la réinjection du sang répandu dans l'abdomen. Pauchet a insisté spécialement sur la thérapeutique du shock et sa prophylaxie par la transfusion sanguine ; il a relaté diverses observations où la transfusion aurait eu une action anti-infectieuse dans des affections médicales ; ce chapitre est encore à l'étude. P.-E. Weil a insisté sur l'intérêt de la transfusion préventive chez tout sujet atteint d'insuffisance hépatique qui devra subir une opération. De même, « au point de vue purement médical, la transfusion combinée avec l'opothérapie hépatique est la meilleure thérapeutique que l'on puisse appliquer à ces cas d'insuffisance hépatique polarisée dans le sens hépatique ».

Nous remercions le Pr Jeanbrau des citations élogieuses de nos travaux.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Considérations cliniques et thérapeutiques sur les varices

M. le professeur Pierre DELBET, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Je vous ai montré, dans une précédente leçon, que les varices — j'ai en vue les varices chirurgicales des membres inférieurs — sont conditionnées par l'insuffisance des valvules de la saphène et l'excès de tension qui en résulte dans cette veine. Je vous ai dit également qu'il n'existait aucun rapport entre les conséquences des varices et leur volume, des varices énormes pouvant ne causer qu'une gêne minime et des petites varices étant susceptibles d'entraîner des troubles fonctionnels sérieux. Ces derniers se voient même quelquefois alors qu'il n'y a pas de varices apparentes.

Les accidents des varices relèvent non pas du volume de celles-ci, mais des modifications circulatoires. Une des conditions capitales, en l'espèce, est la disposition des anastomoses avec les veines profondes. Les anastomoses sont-elles bonnes, les troubles sont légers, et c'est pour cela que certains malades, peu incommodés, laissent leurs veines se dilater, atteindre une grosseur considérable, avant de se faire traiter.

Pour apprécier la valeur des anastomoses entre les veines superficielles et les veines profondes, on dispose de l'épreuve de la « jarretière ». Elle consiste à placer un lien élastique à la partie moyenne de la cuisse, de façon à arrêter la circulation veineuse superficielle, et à faire marcher le sujet. Le jeu des muscles, dans la marche, véritable pompe aspirante et foulante, chasse le sang dans les veines profondes si les anastomoses sont bonnes. On voit en ce cas des varices volumineuses diminuer, s'affaisser. Les anastomoses sont-elles, au contraire, défectueuses, vous voyez les varices augmenter.

Quelques malades viennent consulter, montrant une jambe hypertrophiée, envahie par un œdème dur, où il y a infiltration et sclérose diffuse. Quand ces lésions ont atteint un degré considérable, elles sont irrémédiables.

D'autres malades, ne soupçonnant pas parfois leurs varices, consultent pour une rupture veineuse, qui souvent a pour siège la région sus-malléolaire interne.

Beaucoup de variqueux se présentent porteurs d'une complication sérieuse : un ulcère. Il faut en établir le diagnostic. Tous les ulcères de jambe ne sont pas variqueux. Ces derniers ont des caractères particuliers. D'abord leur topographie. Ils débutent généralement à la face interne de la jambe, de préférence à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. Quand un ulcère siège à la partie externe, à l'extrémité de la jambe, vous pouvez éliminer l'origine variqueuse. Il arrive bien qu'un ulcère variqueux s'étende vers la région externe, entoure même la jambe (ulcère circulaire, forme grave), mais jamais son début ne se fait en cette région.

A la face externe de la jambe, on peut trouver d'autres ulcères. L'un d'eux, localisé à la zone supérieure, près de la tête du péroné, est caractéristique de la syphilis, avec ses bords décollés, son fond jambonné. Si les ulcus de la partie externe de la jambe n'offrent pas de difficultés, il *n'en va plus ainsi de ceux de la région interne*. C'est le siège d'élection des ulcères variqueux, mais la localisation interne n'est pas interdite à la syphilis. Sur quoi se baser, alors ?

L'ulcère variqueux est toujours superficiel et ne dépasse pas l'aponévrose. Ce que Reclus a décrit comme ulcère térébrant concerne des dégénérescences épithéliomateuses de la lésion. Tributaire de la veine saphène interne dont le territoire est superficiel, l'ulcère variqueux reste superficiel. Si quelquefois, il semble profond, c'est une simple apparence tenant à la surélévation des bords de la perte de substance. Les bords sont à pans coupés, en pente douce, en talus. Les téguments environnants sont souvent altérés, pigmentés.

L'ulcère syphilitique est différent. Il naît d'une gomme du tissu cellulaire sous-cutané, qui se ramollit et perfore la peau. Il en résulte que les dimensions de l'orifice cutané n'égalent pas celles de la poche profonde, d'où les bords décollés, ou au moins taillés à pic de l'ulcération. Jadis, on attachait une importance à la forme de la perte de substance que l'on disait policyclique dans la syphilis. A la vérité, tous les ulcères de jambe peuvent prendre cette forme.

Nous disons couramment ulcères « variqueux », Le sont-ils vraiment ? On a discuté leur pathogénie. On a voulu les faire dépendre de phénomènes trophiques, reliés à des lésions des petites veinules contenues dans les nerfs. Certains auteurs ont signalé des troubles de sensibilité, de sensibilité thermique recherchée avec quelques gouttes d'éther, dans la région de l'ulcère. Ces troubles sont, en fait, inexistants dans la majorité des cas. Personnellement, j'ai étudié les altérations circulatoires dans les varices, la stagnation dans les capillaires : c'est une explication des ulcères. Quelquefois, cependant, on observe des ulcères variqueux chez des sujets n'ayant pas de varices visibles. On est amené à penser, alors, à la présence de varices occultes, à l'insuffisance

valvulaire dans la saphène interne, sans dilatation apparente des veines.

J'ai insisté devant vous déjà sur ce fait que ce n'est pas la dilatation de la saphène et de ses branches, mais les modifications de pression dans la veine, qui entraînent les accidents des varices, M. Mabille a pu apprécier au Pachon ces changements de pression. Ainsi, un individu, peut avoir les mêmes troubles circulatoires qu'un variqueux, sans ectasies veineuses reconnaissables, sans veines dilatées. J'ai donné à cela le nom de varices occultes.

Envisageons la question des varices au point de vue thérapeutique.

Les malades atteints de varices demandent souvent s'ils peuvent continuer à marcher. L'épreuve de la jarretière que je vous ai décrite plusieurs fois déjà permet de répondre. Non seulement la marche n'aggrave pas les varices, en général, mais encore, pendant la marche, les troubles circulatoires diminuent. Il faut faire cependant une réserve et, pour donner un avis qualifié, on doit s'appuyer précisément sur le test de la jarretière. Un lien serrant la partie moyenne de la cuisse suffisamment pour comprimer la saphène et y arrêter la circulation veineuse, on fait marcher le malade. Si les varices diminuent notablement — et il en est ainsi lorsque les anastomoses des veines superficielles et des veines profondes sont assez développées et fonctionnent bien — la marche est à conseiller. Si les varices augmentent, au contraire (en raison de mauvaises anastomoses), la marche est nuisible. Si les varices diminuent peu, la marche est d'une utilité moindre.

La cure de Bagnoles-de-l'Orne, — qui ne s'adresse, d'ailleurs, qu'à la clientèle aisée — convient plutôt aux troubles résultant de phlébites, à certains accidents veineux, plus ou moins rhumatismaux, qu'aux varices chirurgicales. Les variqueux dont je m'occupe, ayant de l'insuffisance des valvules de la saphène interne, avec dilatations veineuses, ne tirent guère de bénéfices de la cure de Bagnoles.

Que peut-on faire contre les varices ? A l'heure actuelle, la thérapeutique chirurgicale des varices n'est pas encore entrée dans la pratique courante. Nous nous trouvons, pour cette affection, au point où nous en étions jadis pour les hernies. On ne faisait alors la cure radicale que pour les grosses hernies et les résultats n'étaient pas toujours très brillants. Heureusement, les ouvriers eux-mêmes ont eu une conception meilleure de l'opération et ils ont demandé que l'on ait recours à la cure radicale dès le diagnostic posé. Les résultats sont devenus alors merveilleux et les complications des hernies se trouvent ainsi, en fait, de nos jours, supprimées.

Pour les variqueux, nous en sommes à la phase où l'on n'opère que les cas sérieux, les varices incurables pour ainsi dire. Quand un variqueux nous arrive avec une jambe infiltrée, de l'eczéma, je ne dis pas que nous soyons désarmés. On peut le soulager ; le guérir, il n'y faut pas compter. Ce n'est pas à cette période qu'il faudrait opérer, mais au début. Malheureusement, il est assez rare que l'on nous consulte à ce moment.

Prenons le cas le plus fréquent, celui d'un malade porteur d'un ulcère. Il est une opération conseillée par Moresci. Elle consiste en une incision circulaire faite au-dessous de genou, jusqu'à l'aponévrose, coupant tout, filets nerveux, veinules, veines, artérioles même. Elle n'est pas du tout déraisonnable et elle peut rendre des services, momentanés il est vrai. En réalité, les bénéfices de l'opération se trouvent rapidement annihilés, les veines sectionnées ayant une tendance à la reconstruction.

L'idéal pour guérir l'ulcère variqueux serait de refaire les valvules dans la saphène interne. Ce n'est évidemment pas possible, mais on peut arriver à une sorte de suppléance, en tournant la difficulté. Avant d'aborder ce point, disons quelques mots d'une autre méthode, la résection des veines. Quand il y a phlébite variqueuse, infection veineuse, cette résection est nettement indiquée.

La phlébite variqueuse est un état morbide qu'il convient de ne pas traiter par l'indifférence. L'évolution de ces phlébites est variable et peut se faire par poussées, atteignant successivement, divers territoires. L'embolie est, en pareil cas, possible, et j'en ai observé deux cas mortels. Dans la règle, on fait la résection du foyer ou la ligature de la saphène interne à sa terminaison, ce qui met évidemment à l'abri de l'accident embolique.

Lorsqu'il n'y a pas eu phlébite, l'extirpation est-elle une bonne thérapeutique ? Certes, et on l'a conquise progressivement. On a fait, d'abord, la ligature, puis la section entre deux ligatures, puis des extirpations de plus en plus étendues.

Elles offrent quelques inconvénients. La méthode que nous employons ici est différente. L'idéal, vous disais-je, serait de refaire des valvules. Si c'est là chose irréalisable, n'est-il pas possible de profiter de valvules existantes ? Dans la veine fémorale, sous l'arcade, existe une valvule. Si elle est suffisante, les varices n'apparaissent pas. C'est seulement chez les individus qui en sont dépourvus que les varices se rencontrent. Au-dessous de l'abouchement de la saphène dans la fémorale, on trouve toujours aussi une valvule suffisante. Supposez que vous transposiez la saphène dans la fémorale, sous cette valvule, vous mettrez ainsi la saphène à l'abri des modifications de pression qui se passent au-dessus. Telle est l'opération (anastomose saphéno-fémorale) que je conseille. Elle n'a pas de gravité. Sur 110 opérations de ce genre, je n'ai eu aucun accident. J'ai redouté au début l'entrée de l'air dans les

veines. Vous connaissez les conséquences graves attribuées à l'entrée de l'air dans les veines. En réalité, ce qui est à redouter c'est l'air *libre* dans les veines, l'air non fixé sur les globules, non dissous dans le plasma. Les accidents dépendent non de la quantité d'air qui pénètre dans la veine, mais du temps de cette pénétration. Une pénétration lente, permettant la dissolution, la fixation de l'air, peut être considérable sans suites notables.

Le point important n'est pas la quantité, mais la vitesse de pénétration.

En somme, quand il n'y a pas eu phlébite des veines variqueuses, l'anastomose saphéno-fémorale me paraît être la meilleure opération contre les varices. Nous la pratiquons couramment.

Leçon faite à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin et recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections intra-veineuses de salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire franc.

Dr Lop (de Marseille).

Depuis bientôt quatre ou cinq ans, j'administre dans la plupart des cas graves de rhumatisme articulaire aigu le salicylate de soude en injections intra-veineuses.

Mes résultats ont toujours dépassé mes espérances ; aussi, ai-je à peu près abandonné la voie buccale pour ceux-ci.

Je prépare moi-même mes solutions avec du salicylate de soude pris chez les droguistes, de tout repos.

J'injecte tous les deux jours, en commençant par 0.50, 2 à 3 gr. de salicylate de soude avec du sérum artificiel stérilisé comme véhicule, 0.05 cc.

Je n'ai, jusqu'à ce jour, eu à constater d'accidents locaux ni généraux.

Je ne puis donc que m'associer aux observations de Lutembacher, parues dans « *La Médecine* », Paris, 1923.

Il va sans dire, je le répète, que ces injections ne sont employées que dans les formes graves, ou très douloureuses, ou bien encore dans les cas d'intolérance gastrique, troublant non seulement l'alimentation des malades, mais rendant encore plus pénible toute autre médication adjuvante.

Pour mémoire, voulez-vous me permettre de faire connaître le traitement local dont je crois avoir été, sinon le promoteur, mais un des premiers à l'employer contre la gangrène pulmonaire ?

Pendant mon internat à Paris, dans le service de mon regretté maître, le docteur A. Weil, j'ai, en présence des suites diverses qu'il avait obtenues dans le traitement des bronchites fétides, injecté dans quatre cas de gangrène pulmonaire nettement caractérisée, de l'huile gaïacolée, iodoformée d'abord, puis de l'huile gaïacolée pure, en plein parenchyme ; injections faites sur les seuls symptômes stéthoscopiques, avec les résultats les plus heureux. (*Gazette des hôpitaux* en 1899, et à l'Académie de médecine).

J'ai employé ce traitement deux autres fois dans ma pratique urbaine avec non moins de bonheur.

A ce moment-là, la radiologie n'existait pas encore, tout au moins dans la pratique.

J'ai eu recours aux mêmes injections chez un malade qui, dans l'hiver 1917-1918, après un torpillage au large d'Alger, était resté 8 jours et 8 nuits sur un radeau, se nourrissant d'étoupe et buvant de l'urine.

Recueilli par des pêcheurs corses, après quelques jours de repos dans un hôpital de l'île, il fut dirigé *sur ma clinique.*

Gangrène pulmonaire typique, au point de sevue bactériologique. J'avais demandé au professeur Tuffier de vouloir bien le prendre dans son service pour l'opérer, ce à quoi il consentit ; mais au préalable, comme la faiblesse du malade était telle qu'on ne pouvait songer à lui faire quitter la chambre, je mis en œuvre le traitement qui m'avait si bien réussi dans d'autres cas.

Je n'ai pas eu à le regretter, et moins de trois semaines après la première injection, faite sous le contrôle de la radiologie, j'enregistrai un nouveau succès qui ne s'est jamais démenti.

La technique est la même que celle de toutes les injections intra-parenchymateuses, et la formule, celle de l'huile gaïacolée iodoformée, à laquelle j'ai fait ajouter quelquefois de l'eucalyptol.

Il va sans dire qu'aujourd'hui que la technique des injections intra-trachéales est plus perfectionnée, c'est très volontiers qu'à l'occasion j'y aurai recours, sans oublier, soit les arsénobenzols, soit la sérothérapie anti-gangréneuse.

Cette dernière, dans un cas de gangrène sénile, m'a donné un résultat réellement surprenant.

Dr Lop,
(Marseille).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Indications et mode d'emploi du sérum sérique *anti-hémorragique*.

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler à nos lecteurs cette méthode de traitement de certaines hémorragies. Voici l'essentiel d'un nouvel exposé de la question, fait par MM. H. Dufour et Le Hello. Le sérum sérique, connu en pratique sous le nom d'Anthéma, est prélevé sur un lapin dans les veines duquel on a injecté préalablement du sérum de cheval, et sacrifié par saignée après un laps de temps déterminé. Les réactions anaphylactiques provoquées ainsi chez l'animal communiquent à son sang de remarquables propriétés coagulantes, lesquelles peuvent être efficacement utilisées pour réaliser chez l'homme une anaphylaxie passive, à la faveur de laquelle les malades bénéficient immédiatement de leurs effets.

A part quelques réactions sériques, rares et négligeables, le sérum sérique ne présente aucun inconvénient susceptible d'en contre-indiquer l'emploi. Celui-ci s'impose dans les hémorragies qui ne relèvent pas de la pince hémostatique ; dans les hémorragies dépendant d'un certain état du sang (hémophilie) ; comme préventif des hémorragies dans les interventions chirurgicales portant surtout sur des régions très vasculaires, et où l'on peut craindre de ne pouvoir assurer une hémostase suffisante.

Les hémorragies qui sont surtout appelées à bénéficier des propriétés de l'Anthéma sont l'épistaxis rebelle, l'hémoptysie, les métrorragies, les hématémèses et le mélæna. Les nourrissons aussi bien que les vieillards le supportent fort bien. Les tuberculeux pulmonaires n'en sont nullement incommodés, tout autant que les cardiaques. On l'utilisera encore avantageusement dans les entérorragies de la fièvre typhoïde, dans les ulcères digestifs qui saignent, dans le purpura, même par intoxication.

Préalablement à une prostatectomie, à une simple avulsion dentaire, l'Anthéma préviendra les pertes de sang excessives, qu'il s'agisse ou non d'hémophiles.

La dose moyenne habituelle est de 10 cmc. Mais les hémorragies abondantes en réclameront 20 cmc., et même davantage : « Des doses de 80, 100, 250 cmc. ont été utilisées sans aucun inconvénient avec d'excellents résultats. »

Chez les futurs opérés, on procèdera à une injection la veille de l'intervention et à une seconde le lendem ain matin, quatre heures avant celle-ci. L'évolution post-opératoire de l'intervention n'en a jamais été troublée. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 août 1923.)

Le facteur sympathique de la crise nitritoïde.

Ainsi que l'exprime fort justement M. Juster, « tous les praticiens qui soignent des syphilitiques par les arsénobenzols craignent et redoutent la cirise nitritoïde ».

Aussi, s'est-il efforcé de préciser la véritable nature de cette crise, afin de déterminer la conduite du médecin qui entend la prévenir avant qu'elle n'éclate, et en combattre les manifestations et les dangers dès qu'elle se manifeste.

L'auteur ayant rappelé la physiologie du système sympathique dans ses deux grands territoires, la sympathique et le parasympathique ou vague, démontre que la crise nitritoïde procède d'une excitations du parasympathique, en citant un grand nombre d'observations prises chez des intolérants au 914.

Il a eu la bonne fortune de pouvoir faire la contre-épreuve, dans le cas d'une femme qui, à la suite d'une prise de 30 gouttes d'adrénaline, cet excitant du sympathique vrai, présenta des accidents de sympathicotonie.

De cette étude, il résulte que :

« La crise nitritoïde est due à une rupture d'équilibre du système nerveux organo-végétatif, à une excitation du système vague avec paralysie du système sympathique, qu'elle est une crise vagotonique ;

« Elle a lieu, avec un produit normal et dans des conditions humorales normales, chez des sujets en état de vagotonie.

« Donc, il y a lieu d'être prudent chez de tels sujets dans l'administration de l'arsénobenzol. Si la recherche du réflexe oculo-cardiaque donne un résultat très positif, il faut considérer le malade comme susceptible de faire une crise nitritoïde grave et, par suite, le traiter à l'avance. L'adrénaline, préventive et curative de la crise nitritoïde, est formellement indiquée avant l'injection de 914. Mais il est nécessaire, de plus, de donner un traitement de fond à ces vagotoniques : ce traitement doit être l'administration de la belladone à dose suffisante, au moins trois des pilules dites de Trousseau par jour. Ainsi on pourra voir diminuer et peut-être éviter les crises nitritoïdes, crises très désagréables pour les malades et très ennuyeuses pour les médecins. » (*Paris médical*, 11 août 1923.)

Incidents et accidents de l'autohémothérapie.

L'autohémothérapie consiste essentiellement à prélever dans une veine du pli du coude du malade en traitement de 2 à 20 cmc. en moyenne de sang et à les lui injecter immédiatement tels quels dans les muscles de la fesse. C'est une méthode destinée à déterminer une désensibilisation anaphylactique.

MM. Moutier et Rachet, qui en ont une grande expérience (400 injections chez 70 malades), ont observé des incidents et accidents qu'ils divisent en immédiats et médiats. D'après eux, les incidents immédiats qu'ils ont observés ne sont nullement imputables à l'injection de sang total : ce furent des syncopes plus ou moins durables et prononcées, survenant chez de grands émotifs, avant que l'injection ait été commencée ; il n y a donc pas lieu d'en tenir compte.

Les accidents médiats sont de deux ordres distincts. Dans le premier, il s'agit de manifestations qui n'ont rien de commun avec l'affection que l'on cherche à combattre ainsi : malaises, courbature, fatigue intellectuelle, somnolence, céphalée, vertiges, insomnie, légère élévation de température, débutant quelques heures après l'injection et durant au maximum deux jours. Il s'agirait de phénomènes comparables à ceux de la maladie du sérum. Et la comparaison s'impose surtout quand les phénomènes ont consisté dans un cas observé par les auteurs, en érythèmes polymorphes avec arthralgies et gonflement de certaines articulations.

Dans l'autre groupe, les accidents consistent dans l'apparition d'une nouvelle crise de l'affection traitée : eczéma des paupières survenant trois heures après l'injection ; accès de migraine. On peut aussi noter une simple accentuation de l'intensité des troubles combattus.

Que se passe-t-il donc en pareil cas ? Au lieu de déterminer une désensibilisation anaphylactique, l'injection provoque, au contraire, un choc analogue à celui que l'on cherche à combattre. (*Presse méd.*, 15 août 1923.)

Le réflexe de l'esplanade ou réflexe pelvien.

C'est un réflexe qui résulte des excitations portées sur le ganglion hypogastrique situé dans le cul-de-sac de Douglas, derrière la portion sus-vaginale du col utérin, et d'où partent des filets nerveux qui se rendent dans la région cervico-isthmique de l'utérus, en parcourant la partie externe des ligaments utéro-sacrés.

La réalisation de ce réflexe se fait, selon M. Jayle, selon différentes modalités : douleurs sacrées, lombaires, dorsales, dorso-cervicales dans certains cas de rétroversion, ou de tumeurs du Douglas ; toux utérine des femmes atteintes de mégalométrie ; crises asthmatiques, durant les rapports sexuels, chez des femmes atteintes de rétroflexion ; inspirations profondes accompagnées d'un cri rauque, au cours de l'hystérectomie vaginale, au moment où le doigt décolle la face postérieure du col, dilacère le tissu cellulaire et atteint les ligaments utéro-sacrés. Le baptême original de ce réflexe est dû à Richelot, qui comparaît le cri ainsi poussé par ses opérées à celui qu'émettaient les acteurs japonais d'un théâtre de l'Esplanade des Invalides, pendant l'Exposition de 1889.

Au dire de l'auteur, ce serait la même excitation portée sur ce ganglion et ses nerfs efférents, par le développement de l'utérus au commencement de la grossesse, qui expliquerait les vomissements de cette période de la gravidité.

L'homme le présenterait également, et le cri poussé durant le sommeil anesthésique, dans les dilatations de l'anus, n'aurait pas d'autre origine : cri d'alarme qui avertit le chirurgien.

« Le réflexe pelvien est, en résumé, un réflexe important surtout chez la femme, et je me suis borné à rassembler ses manifestations les plus caractéristiques. Leur groupement attirera peut-être l'attention sur sa valeur ». (*Presse méd.*, 22 août.)

Prurit.

M. Laignel-Lavastine donne les bonnes pages d'un chapitre relatif à cette douloureuse affection, et ses rapports avec le sympathique, puisé dans un livre en préparation sur la pathologie du sympathique.

Nous en extrayons un résumé de la partie qui concerne le traitement.

Vie au grand air ; pas de flanelle ; ne boire que de l'eau.

Traitement causal, cela va sans dire, quand la cause a été dépistée.

Traitement symptomatique. Interne : teinture de gelsemium semper virens, valériane, atropine, arsenic, guaco selon la formule :

Ext. aqueux de guaco.....	0,10
Bicarbonate de soude......	0,05

pour une pilule, n° 50, 2 à 3 avant chaque repas.

Traitement externe : lotions chaudes avec la solution composée suivante :

Acide cyanhydrique officinal	1 gr.
Bichlorure d'Hg...........	1 gr.
Sulfate de cuivre..........	5 gr.
Acide phénique...........	10 gr.
Résorcine	20 g .
Chloral	25 gr.
Bromure de potassium.....	1000 gr.

Pâte :

Vaseline	}	
Lanoline	}	āā 10 gr.
Oxyde de zinc	}	
Amidon	}	
Camphre		2 gr.
Menthol		1 gr.

Après les lotions et les onctions, saupoudrer largement avec poudre inerte (talc, amidon, carbonate de bismuth, oxyde de zinc).

Moyens physiques adjuvants : occlusion cutanée, hydrothérapie, douches tièdes, électrothérapie, radiothérapie, changement de climat. Enfin, dans les cas rebelles, section des nerfs sensitifs correspondants à la région prurigineuse. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 août 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur l'alastrim.

(M. L. Bernard. — *Académie de médecine* ; 2-10-23.)

L'alastrim est le nom donné par les médecins américains à une maladie singulière dont quelques exemples ont été observés, récemment, dans les ports français.

Cette maladie, qui frappe les sujets de race noire ou mulâtre, sévit en ce moment aux Antilles. Elle a été signalée à Bordeaux, à Saint-Nazaire, au Havre (par M. Loir), sur des nègres amenés par des paquebots venant des Antilles.

C'est une fièvre éruptive se rapprochant, dans une certaine mesure, de la variole. Elle évolue en trois périodes : une première, d'invasion, fébrile, éphémère ; une seconde, d'éruption, caractérisée par un exanthème d'abord vésiculo-pustuleux, durant une dizaine de jours, puis se modifiant par dessiccation pendant environ la même durée ; une troisième, de régression, caractérisée par un aspect objectif particulier des éléments éruptifs et durant environ trois mois. Pendant ce temps, il n'existe aucun signe morbide, et les sujets continuent à circuler dans les rues et à vaquer à leurs affaires. Le caractère ambulatoire de la maladie dans sa dernière phase constitue une des raisons de sa facile diffusion.

L'alastrim ressemble, par nombre de côtés, à la variole et à la varicelle. Est-ce une forme de variole ? M. L. Bernard ne le croit pas et il appuie son opinion sur la bénignité de l'affection, l'absence de plusieurs symptômes importants de la variole (rachialgie, céphalée, vomissements, etc.), le résultat positif de la vaccine, quelquefois, après la maladie.

Cette conception entraîne des conséquences prophylactiques. Il n'y aurait pas lieu de prendre en pareil cas les mesures qui s'imposeraient s'il s'agissait de variole. Dans les ports français, pour préserver nos nationaux métropolitains de couleur, seuls intéressés — la race blanche ne contractant pas la maladie — il suffira d'isoler les patients jusqu'à disparition des éléments éruptifs.

— M. L. Camus connaît l'alastrim par les travaux américains qui lui ont été consacrés ces dernières années. Il ne partage pas l'avis de M. Bernard. L'affection est parfois grave, mortelle, et elle avoisine beaucoup la variole, en réalité. La vaccine protège contre elle et Moody rapporte que sur 500 personnes vaccinées, mises en contact avec des malades, aucune n'a pris l'alastrim. M. Camus tend à considérer celle-ci comme une forme de variole, une varioloïde.

Pneumothorax artificiel malgré une pleurésie antérieure.

(MM. Ameuille et Aris. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-7-1923.)

On admet généralement que l'existence d'un épanchement pleural dans les antécédents d'un malade constitue une contre-indication au pneumothorax artificiel, la pleurésie avec épanchement laissant toujours, pense-t-on, des adhérences et de la symphyse pleurale.

M. Ameuille, à plusieurs reprises déjà, a montré que cette notion était trop exclusive et que les exceptions à cette sorte de règle *a priori* étaient encore assez nombreuses. Il relate, aujourd'hui, l'histoire de deux malades tuberculeuses, ayant été atteintes d'épanchement pleural, chez lesquelles on a pu réaliser néanmoins un pneumothorax thérapeutique avec collapsus total du poumon.

L'auteur estime, d'ailleurs, que la pleurésie séro-fibrineuse ou purulente n'est pas la cause la plus fréquente d'échec à l'établissement du pneumothorax artificiel. Il a relevé 29 cas de symphyse chez des sujets n'ayant offert aucun épisode pleural.

La radiologie peut-elle renseigner avec certitude sur l'existence de la symphyse pleurale ? Il semble bien que non. Sur 40 cas de symphyse, 22 fois (soit dans une proportion de plus de 50 %), M. Ameuille n'a trouvé aucun signe radiologique. Dans ces conditions, on ne saurait affirmer l'impossibilité de réaliser un pneumothorax artificiel sans avoir essayé de le pratiquer.

Cancer pulmonaire à forme d'abcès.

(M. Ameuille. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-7-1923.)

M. Ameuille présente un malade dont l'affection a évolué avec toute l'allure clinique d'un abcès pulmonaire. Opéré comme tel, on s'aperçut, par hasard,

à l'examen microscopique, que la paroi de l'abcès était un poumon cancéreux.

Ce fait apporte une nouvelle contribution à la séméiologie si confuse des épithéliomes pulmonaires. Sans l'examen histologique, tout à fait fortuit du reste, des débris de parenchyme sortis avec le pus de l'abcès, jamais le diagnostic n'aurait été établi. Ni sur le malade à l'heure actuelle, ni sur une radiographie récente, pas plus que sur les documents antérieurs à l'intervention chirurgicale, rien n'y fait penser.

Erythrose faciale au cours d'une sclérose broncho-médiastine.

(MM. Loeper et Turpin. — *Soc. méd. des hôp.* 27-7-1923.)

Depuis quelques années, on parle beaucoup de vagotonie et de sympathicotonie, et l'on tend à expliquer ainsi un certain nombre de troubles d'observation plus ou moins courante.

Les lésions du médiastin, en intéressant éventuellement le vague ou le sympathique peuvent être parfois à l'origine de ces états spéciaux. MM. Loeper et Turpin en signalent un exemple. Il concerne un homme porteur de sclérose broncho-pulmonaire et médiastine qui offrait, d'autre part, des crises d'érythrose faciale caractérisées par des poussées d'hyperémie de la face avec congestion de la conjonctive, larmoiement, rougeur du cou et de la partie supérieure du thorax. Il était logique de rattacher ces crises à un état d'inhibition sympathique médiastinale.

Valeur antiseptique de l'hexaméthylène-tétramine « in vitro ».

(M. A Duthoit. — *Société biologique de Lille* ; 12-7-1923.)

M. Duthoit a étudié l'hexaméthylène-tétramine (*alias* : urotropine), au point de vue de la valeur antiseptique de cette substance. Il a recherché l'action *in vitro* du médicament sur les bacilles typhique et paratyphiques, le bacterium coli et le pneumobacille de Friedlander. Les bacilles paratyphiques, les plus sensibles, ont été pratiquement tous tués le 4e et le 6e jour. LE'berth résiste plus longtemps ; ce n'est qu'au second jour que le nombre des germes vivants est réduit de 50 pour 100, et il faut attendre le 7e jour pour obtenir une stérilisation complète. Pour ce qui concerne le bacterium coli et le pneumobacille, leur résistance est un peu plus grande.

Les résultats en question permettent de dire que l'hexaméthylène-tétramine a sur les microbes envisagés un pouvoir bactéricide indéniable, tel qu'une concentration à 2 pour 100 en solution de Ringer (milieu favorable au maintien de la vitalité microbienne), tue la totalité des germes en une moyenne de 4 à 10 jours suivant les espèces considérées.

Ce pouvoir bactéricide peut se mesurer plus nettement encore par l'action empêchante sur les cultures. Ajouté au bouillon de culture, l'hexaméthylène-tétramine à 1 pour 1000 atténue déjà le développement des bacilles typhique et paratyphiques, de l'entérocoque, et du staphylocoque. A 2 pour 1000, l'Eberth ne pousse plus, Il en est de même, pour l'entérocoque et le staphylocoque, à 3 pour 1000. Pour le pneumobacille, on a un empêchement à 4 pour 1000 et une absence de culture à 8 pour 1000. Le bacterium coli exige un titrage plus fort, à 25 pour 1000.

Le rôle antiseptique de l'urotropine ne proviendrait pas du formol qu'elle est susceptible de dégager. La réaction de Jorissen, révélatrice du formol, n'a pas décelé ici, en effet, de quantités bien appréciables de ce produit.

La valeur microbicide de l'hexaméthylène-tétramine, conclut M. Duthoit, est importante pour les applications thérapeutiques de ce composé chimique. *Il agit comme désinfectant dans les divers* milieux alcalins de l'organisme, où on peut le déceler après ingestion ou injection.

Propriétés bactéricides de la bile après injection d'hexaméthylène-tétramine.

((M. Duthoit. — *Société biologique de Lille* ; 12-7-23.)

M. Duthoit a fait quelques expériences sur les propriétés antiseptiques conférées à la bile vésiculaire du chien par l'injection intra-veineuse d'hexaméthylène-tétramine.

L'hexaméthylène-tétramine est le nom chimique, on le sait, de l'urotropine.

Si l'on recueille aseptiquement la bile vésiculaire d'un chien auquel on a injecté (dans la saphène) de l'hexaméthylène-tétramine, qu'on l'ensemence ensuite avec divers microbes (bacilles typhique et paratyphiques, bacterium coli, staphylocoque), on voit que cette bile a acquis un pouvoir nettement empêchant pour le B. coli et le staphylocoque, et fortement bactéricide pour les bacilles typhique et para A et B. Ces deux derniers germes sont tués en 24 heures et l'Eberth en 48 heures.

L'hexaméthylène tétramine intervient bien par elle-même et non par le formol. La bile vésiculaire est un milieu alcalin où ce composé chimique reste stable. De plus, des examens en vue de rechercher la présence du formol sont restés négatifs.

Vaccination préventive des pneumopathies.

(M. Gernez. — *Société biologique de Lille* ; 12-7-23.)

Afin d'éviter les complications pulmonaires, fréquentes à la suite des interventions chirurgicales sur l'estomac, le professeur Lambret — nous en avons déjà parlé — emploie dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, une méthode visant à l'immunisation pré-opératoire des malades.

Dans les complications pulmonaires en question, deux microbes jouent un rôle prépondérant : le bacillus pylori et l'entérocoque. Des vaccins sont prépa-



rés avec ces deux germes et injectés avant l'opération. La vaccination n'est pas pratiquée cependant dans tous les cas. On établit d'abord, au préalable, l'état de réceptivité du malade par une intradermo-réaction (analogue à la méthode de Schick pour la diphtérie) faite, pour chacun des microbes, avec une goutte de vaccin renfermant 500 millions de germes par centim. cube. La vaccination n'est effectuée que si l'intra-dermo-réaction est positive.

Pour appuyer le bien fondé de cette pratique, il fallait établir qu'une intra-dermo-réaction positive correspond bien à un état de réceptivité et *vice versa* M. Gernez a entrepris, à ce sujet, une série de recherches. Il a constaté effectivement, dans 6 cas de réaction positive, l'absence d'anticorps dans le sérum, et dans 5 cas de réaction négative, la présence d'anticorps.

P. L.

Les Congrès

XVII[e] Congrès Français de Médecine

Tenu à Bordeaux les 27, 28 *et* 29 *septembre* 1923 (Suite).

Communications sur le paludisme.

MM. Etienne et J. Benech (Nancy). — Paludisme et diabète grave. Il semble que le paludisme provoque une diminution des fonctions des surrénales et du pancréas.

M. Portmann (Bordeaux). — Labyrinthite et polynévrite paludéennes. Cite un cas de surdité par lésion de l'appareil de réception à la suite d'une bilieuse hémoglobinurique.

M. Boudreau (Bordeaux). — Le traitement du paludisme par l'iode ; l'iode à doses fortes arriverait à remplacer complètement la quinine.

M. Le Dantec. — La quinine reste la seule thérapeutique du paludisme.

M. de Luna cite des cas de troubles gastrohépatiques consécutifs au paludisme, mais l'alcoolisme et d'autres intoxications devaient avoir une part dans la pathogénie de ces troubles.

M. Duperié (de Bordeaux) cite 6 cas de paludisme autochtone survenus depuis 1920 chez des enfants dans la région bordelaise.

Communication sur les maladies du sang, du cœur et des vaisseaux, du foie et des reins.

M. I. Teissier (Lyon). — Rôle de l'amnionémie dans la pathogénie des phénomènes dits urémiques.

MM. D. Olmer, L. Payau et J. Berthier (Marseille). — La potasse du sang à l'état normal et au cours des néphrites.

MM. Mauriac, Piechaud, Aubertier (Bordeaux) — Recherches sur la peptonémie et la peptonurie.

M. Barlocco (Gênes). — La classification des maladies rénales au point de vue clinique.

MM. Ducamp, Mans et Raux (Montpellier). — Contribution à l'étude du sang dans les cirrhoses de Laënnec.

M. Barlocca (Gênes). — Recherches sur la biligénèse.

M. R. Veissly (Lausanne). — Effets de la transfusion sanguine chez les hémophiles constitutionnels.

M. Oddo (Marseille). — Le cœur des basedowiennes.

M. Camille Lian (Paris). — Le traitement des arythmies par le sulfate de quinine.

M. Moulinier (Bordeaux). — Médiastinite chronique ; myocardite consécutive, séquelle d'hépatite dysentérique.

MM. Ducamp, Gueit, Pagès (Montpellier) présentent un cas de pancardite avec lésion du faisceau de His.

M. Marty (Bordeaux) présente une étude sur l'hémoagglutinoréaction.

La thérapeutique des infections méningococciques (sérothérapie).

Rapporteur : M. le P[r] Dopter, membre de l'Académie de médecine.

Principes généraux de la sérothérapie. — *a*) Choix du sérum à employer : avant la réponse du laboratoire, employer du sérum polyvalent. Lorsque le germe est connu, employer le sérum spécifique correspondant au méningocoque A, B, ou C en cause.

b) Voies d'introduction. Le sérum doit être porté au niveau des lésions où siège le méningocoque, donc, suivant localisation, voie rachidienne, ependymo-ventriculaire, sous-cutanée, intra-veineuse, intra-oculaire, intra-articulaire, intra-pleurale.

Application au traitement des lésions méningées. — L'injection doit être précoce ; on doit toujours injecter des doses élevées, même chez l'enfant chez lequel on peut atteindre 30 centimètres cubes. Les injections doivent être répétées plusieurs jours de suite pour pouvoir obtenir la guérison. Il est, de plus, nécessaire d'associer à la sérothérapie rachidienne, la sérothérapie générale (sous-cutanée ou intra-veineuse), car il y a le plus souvent septicémie méningococcique. La conduite à tenir en présence d'une méningite classique sera la suivante :

Première intervention : faire injection de sérum trivalent, prélever du liquide céphalorachidien pour examen direct et culture et faire sérothérapie générale, et il va falloir suivre le malade, l'aiguille à ponction lombaire à la main et l'œil sur le micros-

cope; lorsque le germe est identifié, injecter sérum correspondant.

Si, au bout de quelques jours, le malade paraît guérir, il faut surveiller les signes cliniques et le liquide céphalo-rachidien.

Si menace de rechute, reprise de la sérothérapie.

Si la guérison se fait attendre, continuer la sérothérapie, mais il faut se méfier de la méningite sérique dont on est averti par les signes cliniques. Dans ce cas, cesser la sérothérapie et multiplier les ponctions lombaires pour évacuer le liquide. S'il y a coexistence de méningite sérique et de méningite à méningocoque, *suspendre* la sérothérapie rachidienne.

Si un état septicémique survit à la méningite, faire la sérothérapie générale seule, en surveillant étroitement les méninges. En somme, la sérothérapie est plus délicate à manier qu'on serait tenté de le croire et elle doit se baser sur une surveillance très attentive du malade.

Les résultats sont excellents et, si les statistiques sont parfois discordantes, c'est que le méningocoque B est de beaucoup le plus virulent et que le sérum qui lui correspond se montre donc moins inefficace que les sérums anti A et anti C. Cependant, même en ce qui concerne ce sérum anti B, la mortalité est tombée de 100 % à 27 %. Les causes d'insuccès sont de plusieurs sortes. Elles sont inhérentes, soit au *germe* qui est plus ou moins virulent, peut voir son pouvoir pathogène renforcé par des associations microbiennes (diplococcus crassus), soit au *malade* (âge, tares antérieures), soit à une *technique défectueuse*, ou, enfin aux *dispositions anatomiques des lésions*.

En effet, les lésions peuvent être difficilement accessibles; il peut y avoir de l'encéphalite suppurée, de l'encéphalite hémorragique, du cloisonnement des espaces sous-arachnoïdiens et enfin, de l'évolution simultanée de la sous-arachnoïdite et de l'épendymite (la méningoépendymite pouvant elle-même être libre ou cloisonnée).

Dans le cas de *sous-arachnoïdite cloisonnée*, si le cloisonnement est rachidien, on fait des injections hautes, cervicales ou dorsales ; si le cloisonnement est basilaire, on peut faire, à la manière de Bériel, la ponction et l'injection sphénoïdales ou l'injection entre l'atlas et l'axis comme les Américains le proposent. Si les cloisonnements sont multiples, recourir à la bactériothérapie.

Dans le cas de *méningo-épendymite*, le sérum sera porté au niveau des lésions en faisant, en même temps qu'une injection rachidienne, une trépanoponction bilatérale et une injection dans chacun des ventricules latéraux.

(On sera averti de l'épendymite par la persistance des symptômes malgré un traitement bien conduit, sans amélioration du liquide céphalo-rachidien).

Application de la sérothérapie au traitement de la septicémie méningococcique et des localisations extra-méningées.

Contre la septicémie méningoccocique, on luttera par la sérothérapie générale (voies sous-cutanées, intra-musculaires, intra-veineuses). Cette dernière si les accidents sont menaçants et s'il faut agir vite.

Pour les diverses localisations : les arthrites et les localisations oculaires sont justiciables de la sérothérapie locale, les localisations pulmonaires et testiculaires guérissent par la voie intra-veineuse.

2e rapport : Les moyens adjuvants de la sérothérapie dans le traitement de l'infection méningococcique

Rapporteur : L. Boidin, médecin des hôpitaux de Paris.

Ce sont : la bactériothérapie, la pyothérapie, la protéinothérapie, et les métaux colloïdaux.

Bactériothérapie. — (M. Boidin cite là de nombreuses observations qui montrent l'efficacité de la méthode).

Comment agit la bactériothérapie ? Dans le sang de sujets vaccinés préventivement ou infectés par le méningocoque et traités par le vaccin, il se développe des anticorps ; ces anticorps peuvent passer en faible proportion au travers des méninges *enflammées*, et leur quantité dans le liquide céphalo-rachidien s'accroît par l'injection rachidienne de vaccin.

Pyothérapie. — *a*) Soit la pyothérapie aseptique active (abcès de fixation) qui, bien que sa façon d'agir soit complexe et mal connue, est un adjuvant excellent.

b) Soit la pyothérapie aseptique par injection de pus térébenthiné, mais on ne sait pas encore si cette dernière a la même valeur que l'abcès de fixation, malgré quelques succès déjà obtenus.

Protéinothérapie. — Parfois, l'infection méningococcique a pu être franchement améliorée par un choc produit par l'introduction dans l'organisme d'une albuminue étrangère : choc sérique et choc anaphylactique, injections intra-veineuses de peptone, injections de lait, isohémothérapie ou petite transfusion de sang citraté. Le mécanisme d'action en est très complexe et encore à l'étude.

Parmi ces procédés, c'est aux injections de lait que doivent aller les faveurs, les chocs sériques étant trop violents.

Métaux colloïdaux. — Ne paraissent pas avoir de grands effets curateurs. On a employé la voie rachidienne, les voies sous-cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse.

Quelle méthode employer suivant la forme ? — Dans la méningite cérébro-spinale, l'abcès de fixation a fait ses preuves ; il y a lieu d'employer aussi la bactériothérapie qui complète l'action de la sérothérapie, dans les septicémies méningococciques, bactériothérapie sous-cutanée ou intraveineuse et abcès de fixation. C'est dans ce cas que l'injection de pus térébenthiné et l'injection intra-musculaire de lait paraissent intéressantes.

Vendredi 28 septembre. Discussion des rapports.

M. Netter (de Paris) insiste sur plusieurs points. A savoir :

a) Utilité dans la thérapeutique initiale, d'un sérum polyvalent ;

b) Association de la voie intra-musculaire qu'il pratique systématiquement depuis 1918) dans la masse musculaire sacro-lombaire ;

c) Utilité d'associer lors de la première injection le sérum anti-pneumococcique à petites doses.

d) Utilité de certaines méthodes adjuvantes telles que l'abcès de fixation et l'injection de pus térébenthiné qui peut rendre grand service chez le nourrisson.

M. Roger (Marseille). — Contribution à l'étude de la trépanoponction dans certaines formes prolongées (même dans certains cas où la ponction ventriculaire ne donne pas de pus).

M. Joltrain. — Epidémie de méningite cérébro-spinale en 1915 dans une ambulance, chez un malade : injection de 800 cc. de sérum anti A, rien ne cédait. On fit ponction ventriculaire : guérison.

M. Besançon (Paris) rapporte une observation de méningite cérébro-spinale à forme tout à fait complexe et curieuse au cours de laquelle il fut fait un emploi combiné de toutes les méthodes.

Il insiste sur la difficulté parfois très grande de la thérapeutique de la méningite cérébro-spinale.

M. Hanns (Strasbourg) se demande si, pour simplifier la technique, il n'y aurait pas intérêt à employer un sérum concentré.

Communications.

M. de Leobardy (Limoges). — Remarques sur les septicémies et méningites à diplococcus crassus.

A observé depuis deux ans 3 cas.

Germes extracellulaires, gram positif, très vivaces, inagglutinabilité absolue. Incurabilité par le sérum anti-méningococcique.

Se demande si, dans bien des cas où le sérum fait faillite, on ne se trouve pas en présence de ce germe.

M. Dopter. — Le diplococcus crassus est à séparer complètement de la classe des méningocoques.

M. Leone (Paris). — Traitement de la méningite à méningocoques chez le nourrisson. Gravité d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune ; le nourrisson fait toujours de l'épendymite. Il ne faut pas attendre le symptôme pour en faire le traitement.

Donc : nécessité de la ponction ventriculaire bilatérale le premier jour.

MM. Thévenard et Wolff (Paris). — Effet des injections de lait sur un cas de méningococcie traité sans succès par la sérothérapie.

M. Boisserie-Lacroix (Bordeaux) insiste sur l'importance de la ponction ventriculaire prévue dans le diagnostic et le traitement des méningites du nourrisson.

M. Maurice de Fleury. — Les troubles digestifs de nature émotive. Certaines crises périodiques d'entérite mucomembraneuse ne seraient qu'événements secondaires au cours de la psychose émotive.

Les Livres

L'Expansion scientifique française.
22, rue du Cherche-Midi, Paris.

L. Dartigues. — **L'esprit et la tendance de l'instrumentation chirurgicale. Essai synthétique suivi de l'exposé de l'instrumentation de l'auteur.** — Préface du professeur J.-L. Faure.

Plusieurs chapitres de cette brochure ne sont pas nouveaux pour les lecteurs du *Concours Médical*, qui les a publiés. Ils n'en goûteront pas moins, à les relire, ainsi que ceux qui les accompagnent, le style substantiel, imagé et souvent lyrique, que notre ami Dartigues, latin de race, met au service de ses conceptions si originales, sur ce que nous oserons appeler la philosophie de la chirurgie, envisagée dans un sens très général et de très haut, avec le souci constant des services, toujours plus grands et plus nombreux, à rendre à la chair qui souffre.

Le chirurgien vaut par son habileté manuelle, en tant qu'artiste, comme il vaut par l'étendue et la profondeur de ses connaissances, en tant que savant. Mais sa main ne lui serait que d'une utilité relative, si elle n'avait pas à sa disposition des instruments aussi parfaits que possible, au point de vue de leur destination.

Aussi, Dartigues s'est-il efforcé, et s'efforce-t-il journellement, à l'occasion de sa pratique, d'améliorer les outils que lui ont légués ses devanciers, et d'en créer de nouveaux, quand les autres se montrent impuissants à réaliser l'objet auxquels ils tendent. La morphologie et la mécanique instrumentales sont liées à la physiologie motrice opératoire. L'instrument doit revêtir la forme qui correspond le mieux aux mouvements musculaires nécessaires pour rendre l'action chirurgicale aisée (minimum de fatigue, maximum de rapidité) en même temps qu'heureuse (résultat à obtenir).

« Cette étude sur le chirurgien et sur son outillage, dit J.-L. Faure, au moins autant que sur la chirurgie... est profondément originale et présente un intérêt qui ne faiblit pas un instant, grâce au sujet lui-même, grâce surtout à l'indépendance d'esprit avec lequel il est traité, à l'enthousiasme qui l'anime d'un bout à l'autre, grâce enfin à la magie d'un verbe souvent magnifique, toujours ardent, coloré, frémissant d'une loquente et chaleureuse foi. »

Cette publication, à laquelle font suite actuellement de nouvelles *Causeries chirurgicales*, parues dans dans nos colonnes cette année, démontre que Dartigues n'est pas seulement le chirurgien talentueux, le virtuose du bistouri que nous connaissons, mais encore, qu'il est éclairé souvent par la flamme intérieure du génie qui l'inspire et qui fait de lui un merveilleux créateur.

G. Duchesne.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Causerie physiothérapique.

La physiothérapie est véritablement une science nouvelle qui apporte aux médecins des ressources de plus en plus précieuses et aux malades des bienfaits incontestables.

De temps immémorial, on fit de la physiothérapie... sans le savoir ; en effet, les principaux éléments d'hygiène : bains, douches, massages, cures d'air, de soleil, d'altitude, etc. sont des applications thérapeutiques d'agents physiques et leurs efficacités sont dues à leur action sur le régime auto-régulateur des individus.

La physiothérapie moderne s'est merveilleusement développée par l'utilisation raisonnée des diverses sources d'énergie rayonnante étudiées récemment en physique.

Cette énergie rayonnante représente une gamme immense de vibrations largement étudiées dans le proche infra-rouge, le visible et l'ultra-violet. Les ondes utilisables pratiquement peuvent être classées thérapeutiquement ainsi : caustiques et abiotiques dans l'U. V., catalysantes et indispensables à la vie dans le visible, régulatrices et stimulantes des fonctions cellulaires dans l'I. R. Il serait superflu de décrire leurs diverses propriétés qui sont abondamment éprouvées par l'expérience. Mais il est certain qu'en dehors des ondes du proche infra-rouge, une infinité d'autres radiations de plus en plus longues et de moins en moins rapides sont pourvues d'actions thérapeutiques certaines, puisque les ondes sonores, qui sont fort éloignées des ondes de l'I. R. réagissent très nettement sur le système nerveux. Certains accords (berceuses, mélodies), harmonieux et rythmiques sont thérapeutiquement actifs et calment par exemple la terreur nocturne des enfants. D'autres phrases musicales dysharmoniques et arythmiques, provoquent, au contraire de l'irritation, de l'angoisse. Les battements pendulaires lents influencent heureusement les tachycardes. Plus encore, le souffle puissant d'un vent violent qui constitue des mouvements pulsatoires plus amples encore, donnent des résultats très remarquables dans le traitement de certaines affections spasmodiques comme la coqueluche, etc., etc... Entre le proche infra-rouge et les vibrations sonores, il existe une longue série d'ondes particulièrement susceptibles d'affecter certains de nos sens (le goût et l'odorat) et cette constatation nous permet de signaler l'ionisation des substances odorantes dont les émanations sont, en somme, des λ capables, dans cet exemple, de susciter, par le facial. le trijumeau, le glosso-pharyngien, une réaction corticale primaire, sensation directement en rapport avec la réaction des neurones périphériques à l'excitation et aussi des excitations intensives de l'appareil sensitif viscéral et de l'appareil intéroceptif de Sherrington, relevant du système nerveux.

En esquissant ce mécanisme physiologique, nous attirons l'attention sur les phénomènes d'ionisation des corps à 37° C. qui, au contact de la peau, émettent des λ d'un domaine de grandeur voisin de ceux qu'émet notre organisme.

L'Infra-Rouge comporte les 8 octaves qui suivent les 22 octaves des ondes hertziennes et comprend les ondes depuis $\lambda = 6000\ \mu$ à $\lambda = 0\ \mu\ 8$. Ces λ affectent diversement nos sensibilités avec une efficacité d'autant plus grande qu'ils sont plus proches de $\lambda = 9\ \mu\ 48$ qui caractérise l'onde d'émission normale du corps humain à 37°. Certains travaux peu connus effectués particulièrement en Allemagne et un peu en France semblent permettre de penser que les 5 premières octaves de l'I. R. allant de $\lambda = 6000\ \mu$ à $\lambda = 314\ \mu$ et constituant un domaine réputé « inexploré » correspondent aux grandes zones d'émission d'ondes produites par certains phénomènes d'ionisation se rapportant à l'Odorance et à la Sapidité (Ophrésiologie). Les autres λ de l'I. R. caractérisent optiquement des composés minéraux, tels que KCL : $\lambda = 61\ \mu$, NaCl : $\lambda = 51\ \mu$, $CaFl^2$: $\lambda = 24\ \mu$ etc., etc.

Il est donc infiniment probable que l'émission correcte de notre rayonnement normal est en étroite relation avec le rayonnement de nos composants corrects et que réciproquement les troubles ne notre rayonnement sont correctibles par des actions de rayonnement judicieusement choisies dans l'Infra-Rouge. Les recherches dans ce champ d'expérimentation s'imposent, malgré toutes les difficultés que présente le problème, et il n'est pas douteux que des méthodes nouvelles nous rendront accessible ce domaine particulier de l'I. R. qui intéresse les grands phénomènes vitaux, préparant ainsi un ordre nouveau de thérapeutique générale, applicable à une infinité de cas pathologiques.

Le Synthol, médicament thérapeutique d'usage externe, absolument inoffensif, est le premier exemple affirmant hautement ces efficacités. Par applications sur des zones judicieusement choisies par le médecin, qui seul peut utiliser correctement ce merveilleux agent, les réactions curatives les plus inattendues sont réalisées dans les cas pathologiques les plus divers.

Dr E.-P. ROGER,
Assistant au laboratoire
de physiologie des sensations.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES COMMISSIONS DE CONTROLE DES SOINS AUX BLESSÉS DE GUERRE

Les Commissions départementales de contrôle instituées, dans la loi des pensions, à l'art. 64, à la suite de sa modification du 21 juillet 1922, et qui sont au nombre de près d'une centaine, ne fonctionnent que depuis quelques mois seulement. Peut-on s'en faire déjà quelque opinion? Ont-elles répondu à notre attente ou sont-elles, pour nous, une cause de déception ? C'est ce que je désire examiner aujourd'hui puisque les circonstances ont fait que je sois assez bien placé pour m'en rendre compte. Nous verrons ensuite les conclusions que nous devons en tirer.

Il est une première constatation que je me plais à relater, tout d'abord, puisque j'ai pu la faire particulièrement, à la suite de ma nombreuse correspondance avec des secrétaires de Commissions départementales qui m'ont fait l'honneur de me demander des renseignements ou des avis. C'est qu'ils ne cherchent pas, avant tout, à *liquider* les affaires, en s'efforçant de « couper la paille en deux », à l'occasion, pour plaire à chacun et ne pas s'attirer d'histoires, j'insiste sur ce point. C'était un écueil à redouter et l'exemple n'en est point rare dans nombre de différends. Non ! ce qu'ils cherchent toujours c'est de présenter, équitablement, les affaires à leurs Commissions, en se basant objectivement sur le tarif lui-même, dont ils ont à cœur d'assurer la bonne application. On sent des scrupules de conscience qui leur font honneur et le souci de ménager aussi bien l'intérêt de l'État que celui de leurs confrères, suivant qu'il leur paraît que l'un ou l'autre pourrait se trouver lésé. Je ne voudrais pas faire ici le « pontifie pour distribution de prix », ce serait ridicule et prétentieux de ma part. Il m'apparait cependant que je devais commencer mes constatations par celle-ci, simplement, moi aussi, par esprit de justice.

De même, on sent que, à peu près partout, ces Commissions tripartites se montrent exempte de toute « division d'origine », si je puis dire, entre leurs membres. Là encore, il semble incontestable que chacun cherche, de son mieux, à faire jaillir des débats la simple vérité et l'équité sans se préoccuper des répercussions sur tel ou tel intérêt particulier, qu'il s'agisse de l'Etat payeur, des médecins ou pharmaciens fournisseurs, ou des pensionnés bénéficiaires.

Tout serait donc pour le mieux dans le meilleur des mondes si, dans ces Commissions, la *pratique* des textes de la loi et du décret présidentiel était toujours à la hauteur des bonnes volontés agissantes. Entendons-nous. Je ne parle pas du tarif médical ou pharmaceutique. Là, il n'y a que quelques controverses plus ou moins aisément résolues. Je veux dire que les Commissions départementales, pas plus d'ailleurs que certains préfets, n'ont suffisamment conscience des *Droits*, assez étendus, que confèrent à ces Commissions et la loi et le décret concernant le fonctionnement de cette loi. J'ai pensé qu'il serait utile d'en donner quelques exemples.

***

Une Commission départementale de contrôle est un véritable *tribunal de* 1re *instance* qui doit non seulement examiner les affaires qui lui sont soumises mais les *juger*, en prenant une *décision.*

L'art 32 du décret présidentiel est très net sur ce point : « *La Commission statue, en premier ressort, par décision motivée...* ». Je sais bien que l'art. 54 vient jeter le trouble dans les esprits en disant que la Commission « *... transmet son avis au préfet pour décision* ». Et certains préfets n'étant pas de l'avis de la Commission pour une affaire, prennent le prétexte de cet article pour ne prendre aucune décision et laisser cette affaire en suspens, en attendant « la lumière d'en haut », dans les hauts-fonds administratifs. Il y a là un peu de « myopie » de leur part puisque leur vue n'a pu atteindre l'art. 55 qui est comme le corrollaire explicatif des antinomies apparentes, semblant exister entre les articles 32 et 54. Que dit cet art. 55 : « *Si le créancier n'accepte pas la décision du préfet ou* SI LE PRÉFET N'ACCEPTE PAS L'AVIS DE LA COMMISSION, *la Commission supérieure est saisie dans les conditions de l'art.* 34 ». Et si nous nous reportons à cet article 34, nous lisons : « *Les décisions de la Commission* (départementale), *tant administratives que contentieuses, peuvent être déférées par les parties intéressées, pendant un délai de 20 jours à partir de leur notification, devant la Commission supérieure* ».

Donc, qu'on appelle *décision* (Art. 32 ou 34) ou *avis* (art. 54) les sentences de la Commission, il n'en est pas moins avéré que celles-ci sont de véritables jugements de 1re instance, *notifiables*

aux parties et que celles-ci (préfet ou autres) n'ont que 20 jours pour faire *appel* devant la Commission supérieure. Il s'ensuit que, dans *tous* les cas, le rôle des membres d'une Commission départementale est de *rendre un jugement*, suivant leur conscience, d'après l'étude qu'ils ont faite de chaque question qui leur est soumise.

Et c'est ce qu'elles ne font pas, trop souvent, se contentant d'attendre que le préfet ait demandé un avis aux bureaux du ministère ou à la Commission supérieure, alors que les premiers n'ont pas à s'immiscer dans les questions contentieuses et que la seconde ne *peut être suivie qu'après* que la Commission départementale a rendu son jugement en 1re instance. D'où va et vient des dossiers, longueurs, retards et stagnations intempestives des affaires.

Espérons, toutefois, que cet inconvénient ne sera plus maintenant de longue durée. J'ai même lieu de penser qu'on s'en occupe « en haut lieu » afin de fixer officiellement, et nettement, la marche à suivre désormais — et pour chacun.

***

Autre constatation. Voici une affaire qui nous arrive à la Commission supérieure. Notre secrétaire, l'ami Lenglet, l'a constatée en règle, en ce sens qu'il y a eu jugement en première instance, notification et appel dans le délai de vingt jours. Mais, parfois, dans quel « état » lui parvient-elle ? Peu ou pas de dossier véritablement établi. Insuffisance de « pièces » sur lesquelles on puisse se baser pour étudier la question : un trop court exposé, la note litigieuse (et même pas toujours), quelques lignes de jugement et c'est tout. Afin de mettre l'affaire en état, avant de la présenter à la Commission supérieure, le secrétaire est donc obligé de demander des pièces et des explications supplémentaires et surtout les *motifs* du jugement puisque la Commission départementale « statue en premier ressort par décision *motivée* ». Et il arrive parfois qu'on lui réponde par de vagues explications (2e édition pas toujours considérablement augmentée), et, en fin de compte, il se voit contraint de nous présenter un dossier insuffisamment complet, malgré ses demandes réitérées. Même si, grâce à celles-ci, il est parvenu à obtenir tout ce qu'il demandait, voyez que de lettres, que de paperasses inutiles, que de temps perdu pour tout le monde, à commencer par les intéressés eux-mêmes.

Il importe donc que les Commissions départementales se mettent bien dans l'esprit que, pour chaque affaire, elles doivent nous fournir un dossier *complet* et surtout qu'elles doivent, longuement et nettement, *motiver* leurs décisions qui n'en seront, d'ailleurs, que mieux assises et, partant, plus justifiées.

***

Autre constatation. Il arrive parfois que certaines commissions trouvant, par exemple, que le Dr X... a fait trop de visites, trop d'interventions, trop d'injections, dans tel ou tel cas, ont *réduit* la note de ce praticien. Ou bien que le Dr Z... a soigné, aux frais de l'Etat, un pensionné dont l'affection ne relevait pas du motif de réforme et ont *refusé tout payement*. Et le Dr X. ou le Dr Z. ont fait *appel* devant la Commission supérieure, dans les délais requis.

Nous supposons que celle-ci se trouve en face d'un dossier complet, cette fois. Mais alors la première réflexion qui s'impose à notre esprit est celle-ci : pourquoi, dans un cas semblable, n'a-t-on pas mis en œuvre le *contrôle sur place* ? L'art. 56 dit bien cependant : « *Un contrôle permanent et direct est assuré par des médecins contrôleurs désignés annuellement par le préfet par les soins de la Commission de contrôle, par arrondissement et par spécialité* ».

Contrôle permanent et direct ! Combien rarement il est déclanché ! On peut, sans doute, objecter qu'on ne connaît la note incriminée qu'en fin de trimestre, après les visites effectuées. D'abord les pensionnés ne sont pas malades «au trimestre ». Que de maladies « à cheval », si je puis dire, sur deux, sur plusieurs même. Que de notes ainsi contestées, pour abus de visites ou d'interventions (ce sont principalement dans ce cas de nombreuses injections hypodermiques) auraient pu être facilement contrôlées. D'autant plus que, souvent, ce sont les *mêmes* praticiens qui sont l'objet de contestations successives.

Il est désagréable, pénible même pour un médecin, dira-t-on, de s'en aller « contrôler » un confrère. Je me souviens sur ce sujet, d'avoir rempli des colonnes du *Concours* pour démontrer la différence qu'il y a entre : 1° le contrôle *administratif* ; 2° le contrôle *technique* ; 3° le contrôle *professionnel*. Dans toute médecine sociale, avec tiers payant, disais-je en substance, le contrôle, en général, ne peut être éliminé puisqu'il est le corollaire du payement par un tiers qui a bien le droit de savoir « où passe son argent », comme on dit. Si le contrôle *technique* absolu n'est guère supportable, en ce sens qu'on n'a pas à s'immiscer dans la direction du traitement d'un malade qui s'est confié à nous, il n'en est pas de même du contrôle *professionnel* qui ne doit être qu'une sorte de « consultation amicale entre confrères », d'égal à égal, et où le médecin traitant ne fait qu'*expliquer* à l'autre ce qu'il a cru devoir faire et les raisons qui l'y ont incité — sans plus. Il appartient ensuite au médecin contrôleur de rendre compte à la Commission de ce qu'il a constaté. Celle-ci en tirera les conclusions.

Et puis, quoi ? Les « *abus* » sont des abus. Chacun de nous comprend ce que cela comporte. *C'est faire autrement, en cas de tiers payant, que ce qu'on aurait fait, en cas de payeur direct.* Rien que de savoir qu'on sera vivement et souvent contrôlé, plus souvent qu'un voisin qui n'agit pas de la même façon, rien que cela ne suffirait-il pas à certains « entraînables », pour les maintenir dans le bon chemin ? *Plus* on contrôlera directement, dans les premiers temps du fonctionnement de l'art. 64, *moins* on aura besoin de contrôler dans la suite.

Et si, les uns ou les autres, désignés par notre Syndicat, nous nous refusons à exercer, à l'occasion, le contrôle direct, *professionnel*, nous en arriverons, en médecine sociale, tout droit au contrôle *administratif* effectué par des médecins fonctionnaires. Pour la dignité même de notre profession, est-ce donc là que nous devons tendre ?

***

Il me semble inutile de pousser plus loin, parmi les constatations que nous avons eu l'occasion de faire. Ce n'est pas ici un Rapport sur le fonctionnement des Commissions de contrôle, et encore bien moins un réquisitoire, alors que je n'ai pu qu'admirer leurs efforts aussi constants que consciencieux. J'ai simplement voulu donner quelques exemples pour démontrer qu'il y a encore quelques imperfections auxquelles il sera facile de remédier rapidement. Paris ne s'est pas fait en un jour, pas plus que la jurisprudence séculaire de nos solennels Palais de justice. Nous avons ici affaire à un nouveau-né. Accordons-lui du temps pour se former et faisons lui confiance, tout en agissant de notre mieux pour activer sa croissance et le rendre plus robuste.

Aussi ne puis-je qu'applaudir à la décision du Conseil de l'Union de faire, la veille du premier jour de l'Assemblée générale, une *réunion spéciale* à ce sujet, à laquelle seront conviés tous ceux de nos confrères qui ont accepté les lourdes fonctions de secrétaire de Commission départementale de contrôle. Et c'est aussi dans le but de démontrer, pour ma part, l'utilité d'une telle réunion, que ces lignes furent écrites.

Ce jour-là, chacun des secrétaires présents pourra apporter sa pierre à l'œuvre commune, faire part aux autres des remarques qu'il a pu faire, dans sa pratique personnelle, aider à *codifier, par l'unification*, les règles, sinon de jurisprudence, du moins de procédure de ces nouvelles « cours de justice » qui doivent fonctionner suivant des modalités un peu spéciales. Il y a bien là des juges, représentés par les membres de la Commission, mais il n'y a ni procureurs ni avoués, ni avocats, ni personne « de la basoche », officiellement chargés de mettre les dossiers en état, ou de les présenter ou de les défendre, suivant « les règles de l'art » et d'après les antiques us et coutumes. C'est une justice d'une part simplifiée, mais, de l'autre, rendue professionnelle et plus « technique » par rapport aux questions qu'elle a à résoudre.

Je n'insiste pas. Le jour de la réunion, Lenglet nous fera entendre son rapport, avec sa compétence particulière de secrétaire de la Commission supérieure dont il est véritablement la cheville ouvrière. Et il est bien là « the right man », celui que nous pouvions souhaiter de rencontrer et que nous devons admirer pour l'ardeur et la maîtrise avec laquelle il poursuit son écrasant labeur.

Avec Lenglet au centre et les secrétaires actuels des Commissions départementales « à la périphérie », cela doit marcher. Mais il est nécessaire qu'une réunion, dès cette année même, puisse amener la cohésion de cette grosse organisation. Et cela importe au Corps médical tout entier. La question du contrôle des soins aux pensionnés de guerre est une « pierre de touche » sur laquelle on jugera de la possibilité, dans l'avenir, de la collaboration des Syndicats médicaux dans le fonctionnement de la médecine sociale. Et, syndicaliste ou non, même syndiqué ou non, chaque médecin, quelle que soit sa situation personnelle actuelle, a intérêt à ce que se manifeste la force, la cohésion, et aussi la compétence sociale de notre belle corporation.

Dr Fernand DECOURT.

SOU MÉDICAL

Rapport du secrétaire général.

Chaque année, tous les adhérents du « Sou médical » sont en droit de demander à leur secrétaire général : « Quelle a été l'activité de notre Ligue au cours de l'exercice qui vient de s'écouler ? »

Nous répondrons surtout par des chiffres : le secrétariat du « Sou médical » a reçu 2.871 lettres du 1er octobre 1922 au 30 septembre 1923, sans compter les lettres adressées au domicile personnel du secrétaire général. En plus de ces lettres, nous n'avons pas enregistré les communications téléphoniques si nombreuses au cours de chaque journée, ni les visites que nos adhérents veulent bien nous faire, pour nous

entretenir de leurs cas personnels. Nous nous efforçons ainsi à donner à nos confrères la certitude de la sécurité, parce qu'adhérents du « Sou médical » : ne savent-ils pas qu'à la moindre alerte, au plus petit ennui professionnel, médecins comme avocats conseils, nous unissons nos efforts et nos connaissances du droit, pour donner l'avis ou l'aide demandés ?

Aussi combien de procès sommes-nous heureux d'éviter. Soit en demandant, soit en défendant, le médecin ne se sent plus seul ; il prend confiance dans son bon droit et l'adversaire, qui espérait triompher de l'isolé, recule devant la Ligue de défense professionnelle. Que d'affaires ainsi terminées à l'amiable, après que notre adhérent ait eu complète satisfaction : que de plaintes déposées contre des praticiens, puis retirées par leurs auteurs peu soucieux de se mesurer avec les avocats du « Sou ». Grâce à une jurisprudence que nous avons fait établir, nous sommes heureux de faire plus de droit préventif que de défense judiciaire, car, en outre de ses aléas en justice, un procès donne toujours beaucoup de tracas au docteur et nous cherchons à éviter à nos adhérents tout dommage, si petit soit-il.

Néanmoins, pas mal d'affaires ont été soutenues devant les tribunaux, ou sont encore en instance.

Responsabilité professionnelle.

Ce grand épouvantail ne nous a jamais effrayés. Combien de plaintes formulées reconventionnellement à une demande d'honoraires, puis retirées par leur auteur, lorsque ce dernier savait que le « Sou médical » soutenait son adhérent. C'est ainsi que le Dr P. s'est vu contester sa note pour un accouchement et, pour l'intimider, ses clients émettaient la prétention de lui réclamer 2.000 francs de dommages intérêts. Devant notre appui moral et pécuniaire, les mauvais payeurs se sont exécutés. De même pour le Dr L. et le Dr C.

Trois confrères ont obtenu l'appui moral et pécuniaire pour résister à des demandes de dommages intérêts pour prétendues fautes et négligences, notamment dans deux cas de fracture de jambe. Depuis 10 mois et quatre mois, nous n'avons aucune nouvelle, ce qui laisse penser que les plaintes ont été retirées.

Quatre procès sont en cours : l'un pour opération, après erreur de diagnostic ; un autre pour prétendue violation de secret professionnel ; un troisième, pour une négligence qu'un médecin est accusé d'avoir commise à l'endroit d'un malade recueilli sur la route (nous venons d'apprendre que le rapport d'expertise ne relève aucune faute reprochable à notre adhérent).

Le quatrième a été gagné en première instance et nous défendons à l'appel interjeté par notre adversaire : il s'agit d'un procès en responsabilité pour mort sous le chloroforme. Enfin nous devons signaler l'échec en appel du fameux procès d'Evreux, pour lequel un chirurgien fut acquitté en correctionnelle, mais condamné en appel à verser 11.500 francs, pour avoir opéré une grossesse méconnue. Impossible nous fut d'aller en Cassation, la Cour de Rouen ayant jugé en fait et notre adhérent fut le premier à demander d'en rester là.

Aussi, devant le petit nombre de procès en responsabilité professionnelle, le Conseil du « Sou médical » est-il d'avis de proposer à l'Assemblée générale de garantir pour 1924 cette responsabilité professionnelle jusqu'à concurrence de 50.000 francs, en versant toujours la même cotisation.

Néanmoins la défense de la responsabilité professionnelle n'est qu'un bien petit côté de l'activité du « Sou médical ». Bien plus nombreuses sont les affaires contentieuses qui nous sont soumises dans les autres domaines.

Recouvrements d'honoraires.

Malgré que notre Ligue ne soit pas une agence de recouvrement, nous donnons toujours notre appui moral et souvent pécuniaire lorsqu'une question de principe est en jeu. Le Dr N. a obtenu notre aide financière pour faire appel d'un jugement, qui, contrairement au rapport des experts, ne lui accorde que la moitié des honoraires qu'il réclamait. Le Dr L. est cité devant le juge en règlement de compte par un client procédurier ; appui total lui est accordé, ainsi qu'au Dr C., qui, ayant assigné puis obtenu de faire saisir une ancienne cliente, a vu le tribunal annuler, sur appel, la saisie sur la totalité des biens, sans réserver les droits du médecin sur le gage nécessaire.

Les Drs B. et H. sont obligés de poursuivre devant le tribunal civil, loin de leur résidence, des demandes supérieures à 600 francs : appui leur est accordé. De même pour le Dr L., qui devra poursuivre devant le tribunal civil un mauvais payeur, qui tenta de se faire porter indûment sur les listes de l'assistance médicale gratuite.

Appui a été accordé au Dr F. pour faire recouvrer une créance et la faire admettre par privilège à une faillite, à propos de blessés du travail.

Le recouvrement des honoraires pour soins donnés aux réformés de guerre antérieurement au Décret du 25 octobre 1922 a nécessité l'appui du « Sou » dans cinq affaires. Les Commissions de contrôle réduisent, sans motifs plausibles, les notes présentées et le Conseil du « Sou » ne saurait tolérer pareils agissements. Nous estimons que si un confrère s'est trompé, en établissant sa note d'honoraires, on doit lui démontrer

son erreur, au lieu de réduire le mémoire, comme s'il s'agissait d'une facture de plombier.

Même appui au Dr G. qui se voit réduire sans explication une note d'honoraires d'assistance médicale gratuite,

Accidents du travail.

Jadis, cette rubrique était toujours la plus chargée : aujourd'hui, elle tend à tenir bien peu de place. Le « Sou médical » a fait juger un certain nombre de questions de principes et de points litigieux : aussi la jurisprudence est-elle, en grande partie fixée, et nos consultations suffisent pour faire obtenir satisfaction à nos membres. Au cours de cette année, nous relevons une demande en recouvrement d'honoraires qui a du être portée en justice, parce que le procès-verbal de conciliation, pour la fixation de la rente de l'ouvrier, n'avait pas mentionné une réserve pour les honoraires médicaux. Appui également pour poursuivre contre le blessé le recouvrement d'honoraires, alors que la négligence d'un huissier a empêché le médecin d'interjeter en temps utile appel contre le patron.

Nous soutenons le Dr A. qui se voit contester sa note d'honoraires dans des termes discourtois : satisfaction entière lui est ensuite donnée par l'adversaire ; nous assistons le Dr L. à qui l'on refuse sa note, alors que le médecin d'assurances a contrevisité plusieurs fois le blessé ; nous donnons notre appui au Dr D. dont on ne veut pas payer les honoraires de radiothérapie, parce qu'il aurait omis d'avertir la compagnie d'assurances, alors que le docteur ignorait qu'il s'agissait d'un accident du travail ; soutien encore aux Drs P., G. et de P. pour des questions d'hospitalisation d'accidentés ; appui aux Drs P. et G. appelés en garantie pour des fournitures pharmaceutiques, qu'ils auraient ordonnées. Nous accompagnons en appel le Dr W., dont l'adversaire refuse de s'incliner devant la sentence du juge du premier ressort ; nous allons également en Cassation, avec le Dr L., pour une question de procédure : le tribunal d'appel déclare les délais expirés, conformément à la loi du 9 avril 1898, alors que l'instance avait été introduite sous l'empire du droit commun.

Loyers et impôts professionnels.

Pour en terminer avec ce chapitre des finances du corps médical, disons que nous avons été heureux de faire gagner au Dr A. son procès contre un propriétaire, qui voulait l'expulser et que nous soutenons, en Cassation, les cas des Drs P et G.

Quant aux impôts, notre assistance est accordée devant le Conseil d'Etat pour des questions de taxation sur les bénéfices commerciaux des maisons de santé, exploitées par les médecins traitants, y exerçant la médecine. De même nous avons conseillé le Dr H, qui se voit réclamer, par l'enregistrement, des sommes afférentes à un contrat d'association entre confrères, pour l'exploitation en commun d'une clinique.

Substances vénéneuses.

Nous avons été heureux de voir qu'avec notre appui, les Drs A. et S. ont bénéficié d'un non-lieu dans une affaire les impliquant de délivrance abusive de substances vénéneuses.

Médecine administrative.

Le Dr M. obtient notre appui, pour déférer au Conseil d'Etat un arrêté municipal lui retirant ses fonctions d'inspecteur des écoles, sans motifs ni sans communication du dossier. Détail savoureux : le maire, notre adversaire, est également médecin. Le Dr M. a des difficultés de payement de ses indemnités administratives, alors que le Dr P se voit retirer un poste qui lui avait été régulièrement accordé. Quant au Dr K., il est en butte aux mauvais procédés administratifs et confraternels de la part d'un maire, docteur en médecine, qui se refuse à accepter les déclarations de maladies contagieuses, faites par son confrère et ne veut prendre aucune des mesures sanitaires de protection.

Déontologie. Consultations entre confrères. Remplacements.

Nous sommes heureux de remercier publiquement le Dr Dervieux, chef des travaux à la Faculté de Paris, qui, choisi comme expert dans une affaire d'honoraires, a su concilier les deux parties et s'est refusé à toucher les légitimes honoraires auxquels il avait droit. Le médecin local avait été victime de procédés peu confraternels de la part d'un chirurgien de Paris en vacances et qui n'avait pas eu, au regard de la famille du blessé, toute la considération souhaitable à l'égard de son confrère local.

Quant aux remplaçants, nous avons fait obtenir satisfaction, en première instance et en appel, à la veuve du Dr T. pour une question de cession de clientèle ; nous avons aidé le Dr P contre son remplaçant, qui, au mépris de la signature donnée, est venu s'installer dans la même localité. Nous soutenons également le Dr M. contre un remplaçant quelque peu dénué de scrupules.

Diffamation.

La réputation de nos adhérents nous est sacrée et nous conseillons d'abord, pour avoir la preuve de la diffamation, ou du dénigrement, après quoi, nous donnons l'appui pécuniaire nécessaire, pour que le procès reçoive toute l'ampleur désirable. C'est ainsi que le Dr R. diffamé par un maire et son conseil municipal, a suivi ses adversaires devant toutes les juridictions

d'appel et de cassation, pour une question de compétence et finalement a gagné son procès. Aide au Dr C. diffamé par une institutrice ; comme au Dr accusé faussement par un témoin, au cours d'un procès. Appui au Dr B. dénigré par un pharmacien ; au Dr L. accusé faussement par un article de journal local.

Expertises.

Nous devons parfois intervenir lorsque les médecins experts, dépassant le mandat qui leur est confié par la justice, se livrent à des appréciations déplacées à l'endroit du confrère expertisé. C'est ce qui s'est passé dans l'affaire du Dr de F. De même nous avons fait le nécessaire, en chargeant notre secrétaire général d'aller, dans une grande ville de province, assister un de nos adhérents pour une expertise, au sujet de laquelle les questions de personnes empiétaient sur le point de droit.

Disons enfin, pour terminer ce chapitre de la défense de la réputation de nos adhérents, que le « Sou » a soutenu un de ses membres pour une réhabilitation pour une question d'ordre militaire.

Conclusion.

Faut-il, dans ce rapide exposé, vous faire part des broutilles multiples, des incidents journaliers, des conflits quotidiens, qui nous sont soumis et que nous résolvons à l'amiable ? Votre conseil d'administration est heureux et fier d'avoir donné aux membres de la Ligue, une impression de sécurité morale. Travaillez en paix, mes chers confrères, ne vous laissez pas arrêter par les mille ennuis professionnels. Vous savez que nous sommes là, toujours présents, pour vous aider en bons camarades. Comme vous, nous exerçons la médecine et nous en connaissons les ennuis et les embûches. Aussi rien de ce qui est médical ne nous est indifférent et, avec le concours de Me Nattan-Larrier, avocat à la Cour d'appel, et de Me Bernard Auger, avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat, nous sommes certains de pouvoir vous tirer d'embarras. Mais que mes dernières paroles soient réservées à nos avocats conseils, pour leur exprimer toute notre gratitude. Dumesny, Nattan-Larrier, Bernard Auger, par leur compétence et par leur désintéressement, nous permettent de faire de bonne besogne, dont vous êtes les premiers bénéficiaires. Aussi, en votre nom à tous, merci aux défenseurs de la profession médicale. Nous pouvons regarder l'avenir d'un œil impavide et serein, ayant toute liberté d'esprit pour exercer notre profession, sans nous laisser arrêter par de vaines menaces, visant notre responsabilité ou notre honorabilité. Le « Sou médical » veille !

Dr Paul BOUDIN.

LE CERTIFICAT D'APTITUDE AU MARIAGE

Au docteur Vimont.

Vous demandez l'opinion des confrères à propos de « liseré vert et patente de santé ». Ayant déjà, au Congrès de la natalité de Rouen, de 1920, envoyé un mémoire intitulé : « Le certificat d'aptitude au mariage sans violation du secret médical », voulez-vous me permettre d'en résumer pour le *Concours médical* les idées. Inutile de vous dire que je me bornais, sans illusion, croyant comme vous, que c'était là, augmenter plutôt les difficultés du mariage, à faciliter quelque peu l'obtention dudit certificat, pour ceux qui l'estimeraient indispensable.

En somme, que demandent ceux qui veulent une génération saine et dirai-je, si j'osais, « faite sur mesure », c'est que les maladies menaçant la race, voire sa procréation, n'existent pas ou soient guéries chez l'individu masculin en général. Le pauvre homme n'est-il pas toujours en ce moment le bouc émissaire et cause de tous les maux ! Cependant l'*hérédo*, comme nous disons, existe, et se traduit, comme la syphilis acquise, par des modifications sanguines que décèlent les réactions de Wassermann, Bordet et Gengou, Vernes. Le sang pris anonymement en présence du beau-père par exemple — des beaux-pères des *deux* conjoints — sera porté par eux ou lui au laboratoire de son choix et analysé. Voilà pour la grande avarie.

Pour la petite avarie (que j'ai trouvée déjà dénommée ainsi en un livre de 1882), le gonocoque existe, dans le spasme, seulement chez maints états chroniques ; et, dans les urines, à l'état aigu ou chronique de la goutte militaire. Ce dernier état, le plus menaçant pour la contamination féminine et la stérilité, est donc facile à déceler. Le beau-père fera pour l'urine comme pour le sang. Pour le sperme, c'est plus scabreux, et je n'ai pas précisément d'idée sur le sujet.

Reste la tuberculose ouverte, contagieuse, et si facile à révéler par l'analyse des crachats. Le sujet à examiner crachera dans un crachoir, et toujours le terrible beau-père emportera précieusement chez son bactériologiste ce qui doit lui révéler si le candidat peut et doit être son gendre.

Je n'ai pu défendre mes idées à Rouen pour cause d'absence, devant le Congrès de la Natatlité de 1920, formé à sa section d'hygiène, de médecins et de profanes. Le Dr Granjux qui la présidait, m'a écrit alors que l'accueil fait à ma communication avait été plutôt frais, froid !

L'idée de ce certificat déjà préconisé au siècle

dernier par Jean Lahor, grand poète, *alias* le Dr Cazalis, d'Aix-les-Bains, à l'Académie de médecine, revient à l'actualité. Une revue, *Mariage*, en septembre, parlait de la proposition de loi du député italien Cirincilo, exigeant avant le mariage devant l'état civil, la déclaration authentique des futurs conjoints de la possession réciproque de leur certificat médical. Alors, si le mariage se rompt, et même si l'un des conjoints guérit — alors que les deux, pourquoi pas ? pouvaient être malades — si les deux guérissent, l'autre, avec le certificat de... l'adversaire, pourra à tout jamais l'empêcher de.. convoler ! Il n'y a pas là, en effet, de secret professionnel pouvant combattre cette utilisation de certificat !

Mais... il y a un *mais*, si l'on veut. Le député italien veut peut être seulement que les conjoints déclarent solennellement se connaître, même si cela n'est pas, pour n'avoir ensuite rien à se reprocher réciproquement. Ce serait là tourner la difficulté, et... ne pas compliquer le mariage, sinon, combien dangereux !

Certes, nous approuvons Clément Vautel de vouloir faciliter les mariages, mais comme il y a trois millions de femmes de plus que d'hommes, qu'il y a la crise de logement et de la vie chère, les exigences des domestiques exagérées pour la grande Presse, que le luxe progresse à vue d'œil... ne compliquons pas l'union, qui peut d'ailleurs toujours être libre ! « On se prend, on se quitte », et ce n'est déjà que trop fréquent, au grand détriment de la natalité de plus en plus faible, hélas ! et que l'immigration, préconisée quelque peu par J. Noir, est impuissante à combattre.

Je n'insisterai pas sur le certificat médical, et si mes idées de 1920 ne voulant pas violer le secret professionnel, intéressent quelques lecteurs, je les renvoie à la *Revue d'andrologie et de gynécologie* du 13 novembre 1920, dirigée par le Dr Paul Hamonic (qui vient de mourir). Peut-être pourront-ils les accommoder beaucoup mieux que moi !

Dr Foveau de Courmelles.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

L'EXTENSION AUX ACCIDENTS AGRICOLES DE LA LÉGISLATION SPÉCIALE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Documents.

I

Loi du 15 décembre 1922 étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail (*J. O.*, 16 *décembre* 1922.)

Article premier. — La législation concernant les responsabilités des accidents du travail est applicable, sous réserve des dispositions spéciales ci-après, aux ouvriers, aux employés et aux domestiques autres que ceux exclusivement attachés à la personne occupés dans les exploitations agricoles de quelque nature qu'elles soient ainsi que dans les exploitations d'élevage, de dressage, d'entraînement, les haras, les entreprises de toute nature, les dépôts ou magasins de vente se rattachant à des syndicats ou exploitations agricoles, lorsque l'exploitation agricole constitue le principal établissement.

Les exploitants qui travaillent d'ordinaire seuls ou avec l'aide des membres de leur famille, ascendants, descendants, conjoint, frères, sœurs ou alliés au même degré ne sont pas assujettis à la présente loi, même s'ils emploient occasionnellement un ou plusieurs collaborateurs, salariés ou non.

Art. 2. — Sont assimilés aux ouvriers agricoles, au point de vue de l'application de la présente loi, ceux qui, n'étant pas petits patrons, sont occupés, par des entrepreneurs ou par des particuliers, à l'entretien et à la mise en état des jardins.

Art. 3. — Si une personne visée à l'article 1er est employée, par un même exploitant assujetti à la loi, principalement à un travail visé aux articles précédents, mais occasionnellement à une autre occupation non visée par la législation des accidents du travail, la présente loi s'appliquera également aux accidents qui surviendraient au cours de cette autre occupation.

Art. 4. — Les exploitants non assujettis, qui contracteront une assurance en faveur des membres de leur famille et de leurs collaborateurs occasionnels, auront la faculté d'adhérer à la législation sur les accidents du travail pour tous les accidents qui surviendraient à ceux-ci par le fait ou à l'occasion du travail.

Les exploitants assujettis, ceux qui travaillent seuls et ceux qui auront usé de la faculté ouverte par le paragraphe précédent pourront également, sous la même condition de contracter une assurance, se placer eux-mêmes, pour les accidents dont ils seraient victimes, sous le bénéfice de ladite législation. Un décret réglera, en ce qui les concerne, les formalités à accomplir à cet effet.

La législation sur les accidents du travail devient alors aussitôt applicable dans les conditions déterminées par la loi du 18 juillet 1907 aux membres de leur famille travaillant avec eux et à leurs collaborateurs occasionnels ; eux-mêmes pourront poursuivre contre l'assureur l'allocation des indemnités fixées par la présente loi, conformément aux règles

de compétence et de procédure établies par la loi du 9 avril 1898.

Les membres de leur famille et leurs collaborateurs occasionnels bénéficieront à leur encontre, et eux-mêmes bénéficieront, à l'encontre de l'assureur, des dispositions de l'article 23 de ladite loi.

Art. 5. — Si dans les quatre jours qui suivent l'accident, la victime n'a pu reprendre son travail, et si le lieu de l'accident se trouve hors de la commune où l'exploitant a son domicile, l'accident doit être porté à la connaissance de l'exploitant, par lettre recommandée, avec accusé de réception, soit par la victime, soit par un représentant ou un ayant droit.

Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré par l'exploitant ou ses préposés à la mairie du lieu où il s'est produit, dans les conditions spécifiées par l'article 11 de la loi du 9 avril 1898.

Le délai imparti par cette loi partira, dans le cas où l'exploitant n'est pas domicilié dans la commune où se trouve le lieu de l'accident, du jour de la réception, par lui, de la lettre recommandée.

A défaut par le déclarant d'avoir joint, à l'avis d'accident, un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître les conséquences définitives, l'exploitant doit, dans les quatre jours de la réception de l'avis d'accident et sous les peines prévues à l'article 14 de la loi du 9 avril 1898, provoquer l'établissement à sa charge d'un certificat médical et le déposer à la mairie du lieu de l'accident contre récépissé.

Si, toutefois, l'exploitant a eu, par lui-même ou ses préposés, connaissance d'un accident ayant entraîné une incapacité de travail de plus de quatre jours, et s'il n'a pas reçu avis de cet accident fait par la victime, son représentant ou un ayant droit, il est tenu de faire la déclaration à la mairie du lieu de l'accident, avec certificat à l'appui.

Les frais de poste de l'avis d'accident et le coût du certificat médical incomberont à l'exploitant. Des formules imprimées d'avis aux exploitants seront tenues gratuitement à la disposition des intéressés. Un décret déterminera la teneur de ces formules dont l'emploi ne sera pas obligatoire, et fixera les conditions dans lesquelles les avis d'accidents devront être transmis au ministère du travail par les mairies.

Le délai, dans lequel le juge de paix doit procéder à l'enquête prévue au deuxième alinéa de l'article 12 de la loi du 9 avril 1898 est porté à trois jours et le délai de clôture de ladite enquête est porté à quinze jours.

Art. 6. — Si le propriétaire n'exploite pas lui-même, le fermier, le métayer ou tout autre exploitant est seul responsable des indemnités vis-à-vis des victimes d'accidents ou de leurs ayants droit.

S'il n'y a pas eu assurance, le métayer, ou, en son lieu et place, la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, dans le cas prévu par l'article 26 de la loi du 9 avril 1898, a un recours contre le bailleur jusqu'à concurrence de la moitié des indemnités, nonobstant conventions contraires.

Ce recours ne pourra être exercé lorsque le métayer aura été dûment assuré contre l'intégralité du risque, soit par lui-même, soit par les soins du bailleur qui, nonobstant convention contraire, devra supporter la moitié au moins de la charge de la prime d'assurance.

Aucun recours ne pourra être non plus exercé contre le propriétaire si, le risque ayant été assuré comme il est dit au paragraphe 3, le métayer s'est adjoint des ouvriers supplémentaires non assurés, sans que le propriétaire ait été prévenu par lettre recommandée expédiée huit jours avant par le métayer.

Art. 7. — Quand l'accident survient à une personne occupée soit à la garde d'animaux appartenant à plusieurs exploitants, soit à toutes opérations ou tous travaux agricoles entrepris en commun, la responsabilité incombe solidairement aux exploitants propriétaires des animaux ou aux personnes ayant entrepris en commun les opérations ou travaux agricoles, sauf recours contre eux d'après les règles du droit commun.

Si l'ensemble du risque a été dûment assuré par un des coexploitants ou par un tiers, celui qui a payé les primes a un recours contre les coexploitants, qui ne restent plus alors tenus solidairement que vis-à-vis de lui et jusqu'à concurrence du montant des primes.

Art. 8. — L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire.

En cas de salaire variable, cette indemnité journalière est égale à la moitié du salaire que touchait la victime au moment de l'accident, et ce, pendant tout le temps qu'aurait duré dans l'exploitation le travail auquel elle était occupée.

A l'expiration de cette période, cette indemnité journalière est calculée sur le taux arrêté, tous les deux ans, pour chaque département, par le préfet, après avis de la commission départementale du travail, ou, à son défaut, du conseil général et après enquête suivie, notamment, auprès des chambres d'agriculture, des offices départementaux agricoles et des syndicats agricoles ouvriers et patronaux d'après le salaire moyen annuel des travailleurs agricoles.

Le tableau dressé par le préfet, en exécution du paragraphe précédent, pourra l'être par région agricole et devra l'être par catégories de travailleurs.

S'il y a rémunération en nature, elle est calculée, à moins de stipulation contraire élevant le chiffre de sa quotité, sur le taux arrêté, comme au paragraphe précédent, d'après la valeur moyenne de cette rémunération dans le département.

Si la victime n'est pas salariée, l'indemnité journalière est calculée sur le taux prévu au troisième paragraphe du présent article.

Si la victime n'est pas salariée ou si elle reçoit un

salaire variable ou un salaire en nature, les rentes prévues par la loi du 9 avril 1898 seront calculées d'après un salaire annuel moyen fixé comme il est dit au paragraphe 3 du présent article.

En ce qui concerne les exploitants non salariés, le calcul de l'indemnité journalière ou des rentes dues se fera sur la base du gain annuel par eux déclaré au moment où ils contracteront assurance.

Art 9. — En aucun cas, le salaire servant de base à la fixation des rentes ne pourra être inférieur à un salaire minimum fixé pour chaque département, conformément aux dispositions du paragraphe 3 du précédent article.

C'est sur ce salaire minimum que sera calculée la rente due à un ouvrier de moins de seize ans, s'il n'est établi que cet ouvrier gagnait davantage.

Art. 10. — Par dérogation aux dispositions de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, les ouvriers étrangers, victimes d'accidents, qui ne résideraient pas ou cesseraient de résider sur le territoire français, ne recevront pas d'indemnité journalière, sauf clauses contraires des traités prévus par ledit article.

Art. 11. — Les sociétés ou caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles, constituées dans les termes de la loi du 4 juillet 1900, seront admises à couvrir les risques de mort et d'incapacité permanente résultant de l'application de la présente loi, à condition de se soumettre, dans leur fonctionnement, aux garanties édictées, en ce qui concerne les sociétés d'assurances mutuelles, par l'article 27 de la loi du 9 avril 1898, modifié par celle du 31 mars 1905, suivant les modalités déterminées par un réglement d'administration publique, contresigné par les ministres du travail, de l'agriculture et des finances, lequel fixera notamment le nombre minimum d'adhérents et le minimum de risques assurés.

Les sociétés mutuelles d'assurances régies par la loi du 4 juillet 1900, recevront, chaque année, de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet au budget du ministère de l'agriculture et dans les conditions déterminées par un réglement d'administration publique, des subventions spéciales représentant la moitié du maximum des cotisations que devraient payer ceux de leurs adhérents, visés au second paragraphe de l'article 1er, qui auront usé de la la faculté d'assujettissement prévue à l'article 4.

Art. 12. — Pour les accidents régis par la présente loi, un décret déterminera les conditions dans lesquelles les avis d'accidents visés au cinquième alinéa de l'article 11 de la loi du 9 avril 1898 devront être transmis par les maires à l'inspection du travail.

Le juge de paix est tenu de convoquer au moins quatre jours à l'avance le chef de l'exploitation ou son assureur.

Art. 13. — Les exploitations régies par la présente loi contribueront au fonds spécial de garantie prévu à l'article 24 de la loi du 9 avril 1898, dans les conditions déterminées par l'article 5 de la loi du 12 avril 1906, modifié par la loi du 26 mars 1908.

Art. 14. — Ne sont pas applicables aux exploitations régies par la présente loi les dispositions de l'article 31 de la loi du 9 avril 1898.

Mais la présente loi, ainsi que les réglements relatifs à son exécution, devront demeurer constamment affichés dans l'intérieur des mairies et des justices de paix.

Art. 15. — Les médecins experts désignés par les tribunaux pour fournir un rapport concernant un accident de travail devront déposer leurs conclusions dans le délai maximum d'un mois.

Art. 16. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions générales d'application de la présente loi. Celle-ci sera applicable un an après la publication des décrets qui doivent en régler l'exécution. Ces décrets devont être rendus avant le 30 août 1923. (*Loi du 20 juillet 1923.*)

Les contrats d'assurance souscrits antérieurement à cette publication pour les exploitations visées à l'article 1er seront, même s'ils couvraient ou déclaraient couvrir les risques spécifiés par les lois des 9 avril 1898, 30 juin 1899, 22 mars 1902, 31 mars 1905 et 12 avril 1906, résiliés de plein droit à compter du jour de l'application de la présente loi.

Nonobstant toutes clauses contraires, les primes échues ou encourues ne resteront acquises à l'assureur que proportionnellement à la période d'assurance réalisée jusqu'au jour de la résiliation.

Le surplus, s'il en est, sera restitué à l'assuré.

A partir de la même date, les dispositions de la loi du 30 juin 1899 ne s'appliquent plus aux accidents causés par les moteurs inanimés toutes les fois que ceux-ci sont utilisés, pour les besoins de leur exploitation, par les agriculteurs auxquels ils appartiennent et qui sont eux-mêmes assujettis à la présente loi..

Tout contrat ayant pour objet l'assurance des accidents prévus par la présente loi pourra, à la volonté de chacune des parties, et nonobstant toute convention contraire, être résilié, tous les cinq ans, à compter de la date de sa prise d'effet, moyennant un avis préalable de six mois, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée.

Art. 17. — La présente loi est applicable à l'Algérie.

Des réglements d'administration publique, rendus dans l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, détermineront les conditions de son application aux quatre colonies de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Réunion.

Préalablement, et trois mois au moins avant l'expiration du délai fixé par le paragraphe précédent, des réglements d'administration publique détermineront les conditions d'application à ces colonies de la loi du 9 avril 1898 et des lois subséquentes sur la responsabilité des accidents du travail.

Il sera notamment institué, pour chacune d'elles un fonds de garantie spécial géré pour leur compte par le chef du service de l'enregistrement.

II

Décret du 29 juillet 1923 déterminant les formalités à accomplir pour l'adhésion de certains exploitants agricoles à la législation sur les accidents du travail. (*J. O.*, 30 *août* 1923.)

Art. 1er. — Les exploitants visés à l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922, qui auront contracté une assurance en vue d'adhérer à la législation sur les accidents du travail, pour eux ou pour ceux des membres de leur famille visés à l'article 1er, paragraphe 2, de la loi précitée et qu'ils auront désignés ou pour leurs collaborateurs occasionnels, devront faire une déclaration d'adhésion à la mairie du siège de leur principale exploitation, conformément au modèle I annexé au présent décret. Il leur en sera donné gratuitement récépissé conforme au modèle II annexé. Ils devront présenter en même temps le contrat d'assurance souscrit par eux, sur lequel le maire mentionnera les date et heure de la réception de la déclaration d'adhésion, suivant formule indiquée au modèle III annexé.

La législation sur les accidents du travail agricole deviendra, dès lors, applicable de plein droit à l'exploitant ou aux membres de sa famille visés dans la déclaration travaillant avec lui ou à ses collaborateurs occasionnels, dans les conditions de sa déclaration d'adhésion.

Art. 2. — Au cas de résiliation du contrat d'assurance, celle-ci devra être notifiée par celle des parties intéressées qui en aura pris l'initiative, par lettre recommandée au maire de la commune, dans la forme prévue au modèle IV annexé au présent décret. Cette résiliation du contrat comportera cessation d'adhésion à la législation sur les accidents du travail à compter du moment où le contrat ne produira plus d'effet.

Art. 3. — Les polices d'assurances souscrites en vue de l'application de l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922 devront stipuler qu'elles ne prendront effet qu'à dater de la déclaration d'adhésion, telle qu'elle est définie à l'article 1er ci-dessus, et que toute résiliation émanant de l'assureur ne sera valable que si elle est notifiée par lettre recommandée à l'assuré et au maire et si elle laisse à l'assuré un délai d'un mois pour contracter une nouvelle assurance.

Art. 4. — Un registre de déclarations d'adhésions, conforme au modèle V annexé, sera ouvert par les maires et communiqué sur place, sur leur demande, à l'exploitant, aux membres de sa famille ou à ses collaborateurs occasionnels. Il indiquera les assureurs successifs de l'exploitant, la date à laquelle le contrat prend effet et celle de sa cessation.

III

Décret du 29 juillet 1923 relatif aux déclarations d'accidents. (*J. O.*, 30 *août* 1923.)

Art. 1er. — Il sera tenu dans les mairies, à la disposition des victimes d'accidents du travail ou de leurs ayants droit, des formules imprimées, conformes au modèle annexé au présent décret, d'avis d'accidents du travail à adresser aux exploitants.

Art. 2. — Un extrait de la déclaration d'accident, prévue à l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, conforme au modèle annexé au présent décret, devra être adressé au ministère du travail, dans le mois qui suivra réception de la déclaration pour tous les accidents qui, d'après la nature de la lésion, sont susceptibles d'entraîner ou ont entrainé la mort, ou une incapacité permanente.

Art. 3. — Un avis de la déclaration d'accident sera établi en la forme indiquée au modèle VII annexé au décret du 23 mars 1902. Dans le même délai que celui de la transmission au juge de paix, le maire qui a reçu la déclaration avise le directeur des services agricoles du département, qui transmet lui-même à l'inspecteur du travail. Cette transmission n'est faite toutefois que pour les seuls accidents suivis de décès, ou pour ceux qui ont donné lieu à production d'un certificat, ou lorsque, en l'absence d'un certificat, il y a lieu de supposer que l'accident peut entraîner la mort ou une incapacité permanente.

Art. 4. — Les ministres du travail et de l'agriculture sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française et inséré au *Bulletin officiel* du gouvernement général de l'Algérie.

Le « Journal Officiel » *du* 30 *août* 1923 *a publié également deux autres décrets, en date tous deux du* 22 *août* 1923.

Le premier est relatif aux sociétés ou caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles qui peuvent être admises à couvrir les risques de mort et d'incapacité permanente résultant de l'application de la loi du 15 *décembre* 1922.

Le second est relatif aux subventions spéciales qui peuvent être allouées à ces Sociétés.

Nous ne reproduisons pas ces documents, qui n'ont pas d'intérêt direct pour nos lecteurs.

Par suite de la publication de ces divers Décrets au Journal Officiel, la législation spéciale sera applicable aux accidents agricoles visés par la loi du **15** *décembre* **1922**, *à compter du* **1er** *septembre* **1924.**

IV

Le « Journal Officiel » *du* 28 *septembre* 1923 *a publié une longue instruction pour l'application de la loi du* 15 *décembre* 1922, *qui comprend* 7 *chapitres, dont voici les titres :*

Exploitations assujetties.
Exploitants assujettis.
Travailleurs bénéficiaires.
Du fait générateur de la responsabilité.
De la réparation.
Régime de l'assurance.
Procédure et actions.

Cette instruction constitue une étude juridique intéressante en vue de l'application future de la loi sur les

accidents agricoles. Son étendue (plus de 11 pages du Journal Officiel) *nous empêche de la reproduire intégralement. Nous nous bornons à en détacher le seul sous chapitre qui se rapporte directement aux frais médicaux, et qui fait partie du chapitre V (De la réparation) :*

I. — Réparation indépendante du salaire.

La réparation indépendante du salaire comprend, nous le savons : les frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires.

La loi du 15 décembre 1922 est muette sur tous ces points. Il s'ensuit qu'en vertu de la référence générale contenue dans l'article 1er, ils sont exclusivement régis par la loi du 9 avril 1898.

L'article 4 de cette dernière loi dispose : « Quelle que soit la durée de l'interruption du travail occasionné par l'accident, le chef d'entreprise supporte, en outre (c'est-à-dire en sus des indemnités et rentes), les frais médicaux et pharmaceutiques. Il supporte également les frais funéraires, évalués à la somme de 100 fr. au maximum ». Le principe de la dette étant posé, le reste de l'article prévoit les modalités de payement. Il dispose, notamment, que la victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien, et que, dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif établi par arrêté ministériel, sur avis de la commission instituée par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 et organisée par l'arrêté du 21 juillet 1923.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1922.

Mes chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français pour l'exercice 1922.

Recettes de l'année 1922.

Cotisations	20.157 »
Intérêts	29.706 24
Divers	1.668 58
	51.531 82

Dépenses.

Pensions	60.696 50
Frais de gestion	1.503 40
	62.199 90

Compte de profits et pertes.

Dépenses	62.199 90
Recettes	51.531 82
Excédent de dépenses	10.668 08

Fonds social.

Le fonds social s'élevait au 31 décembre 1921 à	1.020.445 32
Si l'on en déduit les pertes de l'exercice 1922	10.668 08
Reste comme fonds social au 31 décembre 1922	1.009.777 24

Représenté par :

En caisse	498 85
Crédit Lyonnais	3.010 89
Société Française des Reports	28.569 21
Compte de chèques postaux	10.288 89
Portefeuille	967.409 40
	1.009.777 24

Portefeuille au 31 *décembre* 1922 (1).

2.700 fr. de rente 3 % amortissable	83.337 38
50 obligations Est 3 % nouvelles	22.750 »
273 obligations P. L. M. fusion ancienne	126.368 74
243 obligations Midi 3 % anciennes	110.073 26
73 obligations Midi 3 % nouvelles	33.591 76
114 obligations P. O. 3 % anciennes	48.824 83
50 obligations P. O. 3 % nouvelles	22.462 60
13 obligations Nord 3 % anciennes	5.447 61
194 obligations Ouest 3 % nouvelles	84.794 23
121 obligations Foncières 1883 3 %	48.884 50
490 obligations Banque hypothécaire de France 1880 3 %	287.768 57
60 obligations Banque hypothécaire de France 1881 3 %	27.605 92
Bons de la défense nationale	65.500 »
	967.409 40

Le trésorier,

Dr G. Duchesne.

(1) Ont été remboursés en 1922 : 105 fr. de rente 3 % amortissable ; 2 obligations Ouest 3 % nouvelles ; 1 obligation Orléans ancienne ; 24 obligations Banque Hypothécaire de France 1881 ; 3 obligations Banque Hypothécaire de France 1880 ; 2 obligations Midi 3 % anciennes.

Syndicat médical de Valenciennes

(28 *septembre* 1923)

Malades non indigents dans les hôpitaux. — Le syndicat des médecins de la Seine a voté dens son assemblée générale du 10 juin dernier à l'unanimité les conclusions d'un rapport de M. Descomps qui paraît apporter des solutions pratiques aux questions relatives à ce problème.

En raison de leur importance le bureau décide de les soumettre à la prochaine Assemblée générale.

Conclusions du rapport de M. Descomps sur les malades aisés dans les hôpitaux :

1° Les hôpitaux publics et en particulier ceux de l'A. G., de l'A. P., à Paris, devront être essentiellement réservés par texte légal aux malades privés de ressources, indigents et nécessiteux, qui y recevront les soins à titre gratuit.

2° Nul ne sera admis à recevoir les soins hospitaliers s'il n'a d'abord établi par des documents valables son identité.

3° Les listes d'indigents devront être établies à Paris et vérifiées chaque année ; les indigents seront admis à recevoir les soins hospitaliers sur présentation de leur carte.

4° Tout malade non inscrit sur les listes d'indigents demandant à recevoir les soins hospitaliers à titre de nécessiteux, devra établir une demande appuyée d'un certificat médical ; cette demande servira de base à une enquête.

5° Sera déclaré nécessiteux quiconque, non inscrit sur les listes d'indigents et ayant formulé la demande susdite, sera reconnu, après enquête, se trouver dans l'impossibilité complète d'acquitter le montant des soins qui, dans le moment, lui sont nécessaires, et en la circonstance, sera reconnu par conséquent insolvable.

6° Par dérogation permanente, seront admis à recevoir les soins hospitaliers tous les cas d'urgence et les femmes en couches réclamant l'anonymat.

7° Par dérogation transitoire et jusqu'au moment où existeront, dans l'agglomération parisienne, des Maisons de santé à tarifs modestes ouvertes à tous les médecins, chirurgiens et spécialistes, pourront être admis à recevoir les soins hospitaliers, les malades atteints de maladies contagieuses, les malades pourvus de ressources restreintes et ayant besoin de traitements onéreux, et de ce fait, en partie au-dessus de leurs ressources.

8° Tout malade demandant à recevoir les soins hospitaliers par dérogation, devra établir une demande appuyée d'un certificat médical ; cette demande servira de base à une enquête.

9° Tous malades admis à recevoir les soins hospitaliers par dérogation les recevront à titre remboursable ; ils en acquitteront le montant proportionnellement à leurs ressources. La taxation proportionnelle individuelle sera basée sur l'attribution d'un coefficient numérique ; elle sera automatiquement appliquée, la note des frais établie par l'administration hospitalière étant multipliée par le coefficient susdit.

10° L'administration établira des tarifs distincts pour les frais de séjour et pour les frais de traitement ; ces derniers seront versés aux médecins ou répartis à leur gré.

11° Les consultations hospitalières devront être réservées aux indigents et aux nécessiteux.

12° La capacité financière de toute personne faisant appel à l'assistance médicale sera fixée par les services municipaux de l'assistance médicale, dont le rôle sera élargi ; ils auront dans leurs attributions non seulement l'établissement des listes d'indigents, mais encore l'examen par enquête des demandes susdites, par conséquent la recherche de la solvabilité, donc la désignation des nécessiteux, celui de la taxation proportionnelle pour les malades admis par dérogation, et, enfin, celui des recouvrements.

13° La création de maisons de santé à tarifs modestes sera étudiée sans délai.

14° Toutes démarches auprès des administrations et des pouvoirs publics seront entreprises pour faire aboutir au mieux les propositions qui précèdent.

Tarifs officiels. — Indemnités kilométriques. — Le bureau appelle l'attention des confrères sur cette question que l'application des lois sur les accidents du travail à l'agriculture (Loi du 15 déc. 1922 applicable le 30 août 1924) va rendre plus importante encore.

Une étude plus approfondie a paru à ce sujet dans le *Médecin Syndicaliste* du mois d'août dernier. Ils sont priés de s'y reporter.

Sans prendre de décision, le bureau envisage une solution qui aurait au moins l'avantage d'être simple.

Le déplacement ne serait compté que pour les visites d'urgence ou en dehors du rayon d'action habituel du médecin.

Pour les autres cas les frais de déplacement seraient incorporés aux prix de visites par la suppression des catégories de tarifs inférieures prévues pour les médecins de campagne. On peut en effet admettre que les frais de déplacement des médecins de campagne sont à peu près équivalents, à l'heure actuelle, aux frais de logement de séjour et de représentation des médecins des villes.

La question sera soumise à l'Assemblée générale.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — *Maladies des yeux.* — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des docteurs Joltrois et Fombeure, fera, le mardi 13 novembre 1923, les jeudis, samedis et mardis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes. Présentation de malades. Projections. Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre Semblables séries en février et en juin 1924. Tous les jours, à 9 h. 1/2 : présentation d'affections oculaires courantes.

— **Clinique thérapeutique chirurgicale.** — Hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard. Professeur : M. Pierre Duval. — *Programme.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. : Démonstrations opératoires. — Mardi, jeudi, à 10 h. : Examen clinique et leçon au lit des malades. — Vendredi, à 11 h. : Leçon du professeur. — Samedi, à 11 h. : Examen radiologique des maladies du tube digestif.

Consultations spéciales. — Mardi, samedi, à 10 h. : Maladies du tube digestif, MM. J.-Ch. Roux, Moutier, Caillé. — Mercredi, à 10 h. : Maladies des voies urinaires, M. Henry. — Jeudi, à 10 h. : Maladies des yeux, M. Monbrun. — Vendredi, à 10 h. : Maladies du nez, des oreilles et de la gorge, M. Rouget, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

— **Médecine légale.** — M. le professeur Balthazard commencera ce cours le lundi 5 novembre, à 18 h. (grand amphithéâtre), assisté de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit, et de M. Duvoir, agrégé

Le cours aura lieu les lundis, mardis, mercredis, vendredis, et samedis, à la même heure et au même amphithéâtre.

Sujet du cours. — M. le professeur Balthazard (lundis, mardis, mercredis, vendredis des mois de novembre et décembre) : Morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Asphyxies. Empoisonnements. Le problème de l'identité ; examen des taches, poils, etc. Leçon d'ouverture (le lundi 5 novembre) : Médecine légale et police scientifique.

M. Duvoir, agrégé (les lundis, mardis, mercredis et vendredis, en janvier et février) : Attentats aux mœurs et perversions sexuelles. Grossesse, avortement, infanticide. Coups et blessures.

M. le professeur Hugueney (les samedis, à partir du 12 novembre) : Législation et jurisprudence médicales. Lois sur l'exercice de la médecine. Secret médical. Responsabilité médicale. Associations professionnelles et syndicats médicaux. Lois sociales.

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal, les mardis, jeudis, samedis, à partir du samedi 10 novembre, de 2 à 3 h. : les samedis, par M. le professeur Balthazard ; les mardis, par M. Duvoir, agrégé ; les jeudis, par M. Dervieux, chef des travaux, à partir du mardi 6 novembre.

(Les élèves du nouveau régime devront justifier pour l'examen de dix présences aux autopsies de l'Institut médico-légal).

2° Travaux pratiques de médecine légale et de toxicologie (consulter l'affiche spéciale).

— **Hôpital Saint-Antoine.** — Du 5 au 14 novembre 1923, M. Félix Ramond, assisté pour les travaux pratiques de MM. Parturier, Jacquelin, Hirschberg et Ravina, fera, dans son service, une série de conférences sur les maladies de l'estomac, tous les matins, à 10 h., et les après-midi, à 15 h.

5 novembre. — Examen clinique, chimique et radiologique d'un dyspeptique.

6 novembre. — Grands symptômes et grands syndromes gastriques. L'aérophagie et son traitement.

7 novembre. — Les spasmes gastriques et pyloriques L'atonie gastrique. La ptose et la dilatation.

8 novembre. — Examen des malades de la consultation.

9 novembre. — Les gastrites. L'ulcère de l'estomac.

10 novembre. — L'ulcère duodénal. Traitement de l'ulcère gastrique et de l'ulcère duodénal.

11 novembre. — Le cancer de l'estomac ; son traitement chirurgical. Radiothérapie.

12 novembre. — Dyspepsies secondaires. Dyspepsies nerveuses. Principes généraux de diététique. Les régimes.

13 novembre. — Thérapeutique gastrique médicale ; médications apéritives, toniques, sédatives, peptogènes. L'usage des alcalins et des acides. Les pansements gastriques.

Les leçons sont gratuites. Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, verser une somme de 120 fr. en s'inscrivant, auprès de M. Jacquelin, salle Lorain, hôpital Saint-Antoine. Un certificat d'assiduité sera donné aux auditeurs qui en feront la demande.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
THIRON ET Cie, SUCCESSEURS
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

m'éclairer sur ces faits qui ne m'intéressent pas directement sans doute, mais que je souhaiterais voir solutionner. Dr D.

Réponse.

L'indemnité temporaire est due, aux termes de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 9 avril 1898, jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve, soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente ; dans ce dernier cas, elle continue à être servie jusqu'à la décision définitive, sous les réserves que nous allons exposer plus loin.

Si l'une des parties soutient, devant le juge de paix, avec un certificat médical à l'appui, que l'incapacité est permanente, le juge de paix doit se déclarer incompétent par une décision dont il transmet, dans les trois jours, expédition au président du tribunal civil. Il fixe en même temps, s'il ne l'a fait antérieurement, l'indemnité journalière.

Dans les cinq jours de la transmission de la décision du juge de paix dont il vient d'être parlé, le président convoque les parties intéressées.

En cas d'accord, le président donne acte de l'accord, en fixant la rente à laquelle la victime a droit.

En cas de désaccord, les parties sont renvoyées à se pourvoir devant le tribunal.

Dans ce cas, le président, par son ordonnance de renvoi et sans appel, peut substituer à l'indemnité journalière une provision inférieure au demi-salaire.

Les arrérages des rentes courent à partir du jour de la consolidation de la blessure sans se cumuler avec l'indemnité journalière ou la provision. Dans le cas où le montant de l'indemnité journalière ou de la provision excède les arrérages dus jusqu'à la date de la fixation de la rente, le tribunal peut ordonner que le surplus sera précompté sur les arrérages ultérieurs dans la proportion qu'il détermine.

Dans l'affaire que nous expose votre lettre, puisque vous avez délivré un certificat constatant qu'il subsiste une incapacité permanente, le juge de paix, si ce certificat lui est produit, devra se déclarer incompétent, et renvoyer au président du tribunal qui pourra, à défaut d'accord, substituer à l'indemnité journalière une provision inférieure au demi-salaire. Mais il n'appartient pas au juge de paix de prendre cette décision.

Application du Tarif Breton.

I

Amputation de plusieurs doigts.

Un confrère, comme moi abonné au *Concours* et sans doute membre du « Sou médical », m'amène

une blessée qui a eu la main prise dans son métier. La Compagnie nous conteste une note ainsi établie :

Anesthésie générale	50 fr.
Amputation de l'annulaire et de l'auriculaire avec leur métacarpien	200 fr.
Amputation totale du médius	75 fr.
Plaie grave de l'index, désinfection et sutures multiples	25 fr.
	355 fr.

Elle nous offre 270 fr., prétextant que l'amputation du médius ne doit pas être comptée. Qui a raison ? Je crois avoir lu dans le *Concours* un cas analogue, mais il m'est impossible de le retrouver : il me semble que le corps médical serait très heureux d'avoir un petit recueil de vos réponses s'il existe, je vous serai obligé de me l'envoyer contre remboursement.

D'autre part, un autre confrère m'amène le 20 avril, un blessé qui vient d'avoir l'index et le médius écrasés. Après discussion, nous sommes d'avis qu'il y a lieu de pratiquer l'amputation partielle de ces deux doigts, mais ayant eu des difficultés pour un *règlement antérieur* avec la Compagnie, nous en faisons part au blessé, dont l'amputation immédiate ne s'impose pas. Nous embaumons les doigts et nous faisons un rapport à la Compagnie. Celle-ci envoie son médecin ; il est de notre avis. Nous procédons le 7 mai à l'intervention. En ce cas, puis-je compter le 20 avril une consultation avec confrère et le 7 mai, les honoraires de l'intervention.

A ce sujet, je vous rappelle un avis donné le 27 décembre 1922 par l'entremise du « Sou ».

1° Il peut fort bien être utile de se consulter avec un confrère avant de faire une amputation de doigt, intervention toujours grave à cause de la mutilation et de l'I. P. P. consécutive ;

2° Vous ne pouvez compter à la fois, une consultation et et une intervention quelconque, car il y aurait le cumul interdit par l'art. 13.

Dans ce cas-ci la consultation et l'intervention me semblent être 2 actes bien distincts. Le cumul n'existe donc plus et si la Compagnie persiste dans son refus, ai-je la quasi certitude de gagner au juge de paix, et le « Sou médical » me soutiendrait-il dans l'espèce.

Dr D.

Réponse

1° Le tarif Breton dit : « Amputation de deux ou plusieurs doigts avec métacarpiens : 200 fr. ». Cette somme comprend donc l'amputation des trois doigts (annulaire, auriculaire et médius), que vous avez pratiquée, et cela par suite du mot « plusieurs ».

2° Ainsi que je l'ai déjà fait remarquer comme vous le rappelez, l'amputation est une chose assez grave pour légitimer une consultation préalable avec un confrère. Comptez donc votre « consultation avec confrère » du 20 avril, puis votre

« intervention » du 7 mai qui sont deux choses séparées. Mais vous ne pourriez compter, le même jour et en une même intervention *à la fois*, une consultation et une opération, car il y aurait là, le cumul interdit par l'art. 15.

Nota. — Un résumé de mes principales réponses a paru dans l'Agenda du *Concours* de 1923. Mis en ordre, par articles, il est loisible de s'y reporter, ainsi que vous le demandez (1). F. D.

II

Radio pour corps étrangers.

Le Syndicat X,., avec lequel je suis en désaccord au sujet de l'application du tarif Breton, me dit accepter votre décision. Je vous demanderai donc de bien vouloir me donner votre avis.

J'ai pratiqué sur trois accidentés du travail les opérations ci-dessous :

Blessé S., atteint de corps étranger dans l'œil :

1° Localisation radiologique du corps étranger dans l'œil ;

2° Radiographie tête de profil (pour l'assurance) qui refuse de payer la localisation radiologique prétextant le double emploi, ce qui montre l'ignorance absolue du procédé.

Blessé F., atteint de corps étranger dans la main droite. Localisation radiologique du corps étranger. Radiographie face et profil de la main. Extraction du corps étranger profond, loin de la porte d'entrée puisqu'il a nécessité la localisation.

L'assurance refuse le payement de la localisation radiologique, et m'offre 20 fr. pour l'extraction, alors que j'en avais demandé 50 fr.

Or, je maintiens que le corps étranger était profond attendu qu'il se trouvait dans un tendon, loin de la porte d'entrée et qu'il ne pouvait être extrait qu'avec le contrôle intermittent (procédé de Ledoux-Lebard, et Ombrédanne, par exemple). Donc, la localisation est bien due ainsi que l'extraction du corps étranger profond tarifée : 50 fr. Il ne faut pas oublier que la radiographie est faite uniquement pour l'assurance et tout à fait insuffisante comme localisation, pour un corps étranger minime.

Blessé P., atteint de plaies contuses étendues, mais superficielles de la paume droite.

J'ai compté la régularisation, ayant dû, après anesthésie locale, nettoyer et suturer les plaies contuses. L'assurance n'accepte pas cette régularisation.

Dr B.

Réponse

Dans les cas que vous présentez, au sujet de votre différend avec une Compagnie d'assurance, ce ne sont plus des questions d'application du tarif Breton (cas dans lesquels je donne mon avis objectivement), mais des questions *de faits*. Etiez-vous dans la nécessité, pour vos ablations de corps étrangers, de faire une radio de face et

(1) *L'Agenda* de 1924 publiera ce même résumé, augmenté et mis à jour, ainsi qu'un résumé des réponses du Dr Decourt sur l'application du Tarif Maginot. (N. D. L. R.)

de profil ? Comment voulez-vous que je donne un avis sans savoir exactement de quoi il en retournait ? Qu'était ce corps étranger de l'œil nécessitant un radio double de la tête ? Où pouvait-il se trouver ? etc... De même pour le corps étranger de la main droite, qui se trouvait dans un tendon ? Tout cela est trop vague pour se faire une opinion quelconque. C'est pourquoi je me récuse toujours, en cas semblables, ne voulant jamais répondre... à l'aveuglette. F. D.

III

Pansements et Divers.

Comme vieil abonné du *Concours* et membre du « Sou », je vous prie de me donner les renseignements sur le cas suivant dans le prochain numéro du *Concours*.

Un ouvrier d'usine déchargeant de lourdes caisses tombe du haut d'un wagon sur le ballast. D'où : 1° plaies multiples front, base du nez et région préauriculaire droite ; 2° plaies multiples superficielles avant-bras droit, poignet et dos de la main droite, coupure allant jusqu'à l'os, déchiquetée, du médius de la main droite, face palmaire, sur une longueur de 4 cm.; *plaies multiples et érosions diverses de la partie* antérieure de la cuisse gauche ; 4° ecchymoses multiples sans plaie de la partie antérieure de la cuisse droite.

On m'amène le blessé le 5 à mon cabinet :

Je suis de 2e catégorie :

5 *septembre* :

3 pansements antiseptiques : tête, avant-bras droit et cuisse gauche........ 11 25
Sutures multiples (3 points) du médius droit........ 18 75
Sérum antitétanique........ 15 »
Certificat d'origine........ 5 »

6 *septembre* :

3 pansements : tête, avant-bras droit et cuisse gauche........ 11 25
Au cabinet........ 11 25

5 *septembre* :

Idem : 3 pansements au cabinet........ 11 25

Mais le blessé souffre de sa cuisse droite qui ne présentait que des ecchymoses sans plaie, mais est rouge, chaude. Je diagnostique début de phlegmon : compresses chaudes, etc.

8 *septembre* :

Visite à domicile à 5 kil. de mon cabinet. Je fais seulement le pansement de l'avant-bras et de la main. Le front et la cuisse gauche vont bien. Compresses sur la cuisse droite. Faut-il compter 21 fr. 25 (10 + 11 fr. 25)........ ou 18 fr.

9 *septembre* :

Id. v. à 5 kil., *id.*, 21 fr. 25 ou........ 18 »

10 *septembre* :

Id., v. à 5 kil., *id.* 21 fr. 25 ou........ 18 »

11 *septembre* :

Id., v. à 5 kil., *id*, 21 fr. 25 ou........ 18 »

Température du blessé 39°5. Pouls un peu rapide. Le pus ne se collecte pas. Toute la face antéro-externe de la cuisse est infiltrée. J'adresse un certificat à la Compagnie d'assurances pour la prévenir de l'aggravation de l'état du blessé.

13 septembre :

Visite à domicile. Incision profonde et ouverture d'un profond clapier donnant du pus en abondance. Contre-ouverture et drainage. Pansement de la main droite . Combien ?

15 septembre :

Visite. Etat général un peu meilleur, mais vers la hanche, le pus se vide mal. Nouvelle ouverture et nouveau drainage. Pansement de la main droite. Combien ? ....

17 septembre. :

Visite. Pansement de la main droite et ablation des fils de suture du médius droit. Pansement du phlegmon de la cuisse droite..... 18 »

20 septembre :

Visite et pansement de la cuisse droite.... 18 »

25 septembre :

Visite et pansement de phlegmon de la cuisse droite .... 18 »

30 septembre :

Consultation et pansement au cabinet.... 7 »

5 octobre :

Consultation et certificat de reprise ...... 7 fr.

Un vaste phlegmon de la cuisse me semble devoir comporter comme tarif soit 75 fr. en 2e catégorie (abcès profonds non viscéraux) ou tout au moins par analogie 26 fr. 25 ouverture d'un panaris de la gaine.

Quid, pour l'intervention faite deux jours plus tard : nouvelle ouverture et nouveau drainage ?

Dr D.

Réponse.

1° Les pansements multiples ne sont tarifés 15 francs que lorsqu'ils sont « sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine » (art. 17).

Donc, pour vos trois pansements (tête, bras droit et cuisse gauche), ce n'est pas cette tarification mais celle indiquée à l'art. 14. « Dans les blessures multiples, hors les cas prévus de pansements sur un même segment de membre, les soins donnés sont tarifés pour chacun des pansements ». Donc, ce n'est pas 11 fr. 25 que vous devez compter par séance, mais le prix de 3 visites : 24 francs.

2° Quand les dits pansements ont lieu dans votre cabinet, vous comptez le prix de 3 consultations, soit 21 francs ;

3° Si, dans une séance (8 sept.), vous ne refaites que 2 pansements, ce n'est plus que deux visites ou consultations ;

4° Votre certificat descriptif à l'assurance pour aggravation doit être compté 10 francs (art. 29).

5° Votre incision d'abcès profond de la cuisse

du 13 sept. est tarifable 75 francs (en deuxième catégorie).

6° La contre-ouverture du 15 sept. est tarifable 20 francs.

7° Les 20 et 25 septembre vous comptez « visite et pansement de la cuisse droite : 18 francs ». Je ne comprends pas. Vous devez compter visite simple, le pansement étant compris dans le prix de la visite.

Le prix total de la note est sensiblement relevé. Cela ne m'arrive pas toujours, c'est pourquoi je tenais à le signaler au passage.

F. D.

IV

Tarif des oculistes.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner votre conseil :

Etant oculiste spécialisé, j'ai réclamé aux termes de l'art. 27 du tarif Breton 15 fr. pour premières consultations et 12 fr. pour les autres. Or, deux Compagnies n'admettent pas de me régler mes honoraires sur cette base, sous prétexte que je suis dans une ville de 2e catégorie. Je croyais que la catégorisation ne s'appliquait qu'au tarif des opérations.

Que faire si les Compagnies refusent de me suivre ? Faut-il actionner ? Aurai-je le « Sou médical » avec moi ? J'y suis adhérent.

Dr C.

Réponse.

J'ai déjà répondu sur ce point. L'art. 27 du tarif Breton dit : « Par dérogation à l'art. 15, *alinéa* 2 *ci-dessus*, le prix etc... ». Il est donc nettement spécifié que la dérogation n'existe pas pour l'*alinéa* 1 (de cet art. 15) qui diminue de 25 p. 100 les honoraires pour la seconde catégorie. Tarif en main, je ne vous vois pas ayant gain de cause devant un tribunal.

F. D.

Zona et Varicelle

Malgré la grande sympathie et l'estime que j'ai pour le Dr Netter, j'avoue être resté jusqu'ici un peu sceptique sur les relations entre le zona et la varicelle.

Je viens d'observer un cas de contagion d'une telle netteté que, tout en ne voulant pas tirer d'un seul exemple des conclusions définitives, j'avoue être ébranlé.

Je vois à ma consultation le lundi 23 septembre, la fillette M. G., âgée de 13 ans avec un zona thoraco-abdominal typique.

Je suis appelé le mardi 2 octobre pour voir l'enfant L. G., âgé de 7 ans atteint depuis la veille de varicelle et l'enfant B. G., âgée de 2 ans atteinte depuis le jour même également de vari-

celle. Ces deux enfants étant les frère et sœur de la fillette vue à ma consultation le 23 septembre.

Détail troublant : l'enfant B. G., âgée de 2 ans, ne sort pour ainsi dire pas et ne paraît pas avoir été en contact avec d'autres enfants que sa sœur et son frère.

Dr LONGUET.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Miscellanées.

Prophylaxie du coryza.

Avec les premiers brouillards vont nous revenir coryza, laryngites, rhumes, bronchites. Mieux vaut les prévenir que d'avoir à les guérir. On y parvient par la désinfection quotidienne des cavités nasales et de la bouche. Par les matins humides ou brumeux, c'est une excellente précaution que de s'instiller, dans chaque narine, quelques gouttes d'huile résorcinée faible à 0 gr. 50 p. %. par exemple. Si, par hasard, on n'a pu éviter le coryza, on se trouvera bien de priser la poudre suivante :

Alun puivérlsé	1 gr.
Menthol	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 30
Sucre porphyrisé	10 grammes
Acide borique	20 grammes

F. S. A., poudre porphyrisée (Dr GALAND).

Quand il fait beau et sec, on peut négliger, tant soit peu, l'asepsie nasale. La bouche, elle, doit toujours être entretenue avec soin. Il est bon de savonner les dents, avec un savon spécial ; de les brosser, avec une brosse courbe et rude, et, finalement, de se gargariser avec un élixir dentifrice bien préparé.

Nous trouvons, dans la plupart des formulaires, la composition des savons dentifrices.

J'en ai fait préparer un, pour mon usage ; c'est, tout simplement, du savon amygdalin, auquel je fais incorporer quelques grammes de borate de soude et de chlorate de potasse :

Je prescris :

Savon amygdalin	75 grammes
Borate de soude	ââ 5 grammes
Chlorate de potasse	
Essence d'anis et de menthe	ââ 5 gouttes
Glycérine q. s. pour dissoudre le savon.	

(Dr GALAND).

Il est facile aux femmes de confrères de préparer, elles-mêmes, l'Elixir dentifrice qui figure sur leur table de toilette ; je parle pour les mères de famille dont les maris ne gagnent pas le million par an.

La formule suivante leur donnera toute satisfaction :

Essence de menthe Mitcham...	8 grammes
Essence d'anis..............	10 grammes
Essence de citron...........	5 grammes
Essence de cannelle de Chine..	10 gouttes
Teinture de benjoin..........	12 grammes
Alcool pur à 95°.............	1.100 grammes

Teinture de cochenille, q. s. pour colorer rubis.

Faire macérer 6 jours. Filtrer.

(Dr Galand).

Par sa force, son parfum, ses qualités antiseptiques, cette préparation peut rivaliser avec les meilleures et les plus réputées. J'en suis le père. Usez-en !

***

Traitement externe des névralgies

Contre les névralgies faciales, brachiales, scapulaires, intercostales, sciatiques, j'ai expérimenté, dans ma vie déjà longue : pyramidon, aconitine, aspirine, phénacétine, théine, bromhydrate de quinine, bromure, stypages, pointes de feu, électricité, injections intra-musculaires de sels de cocaïne, morphine, le salysérum, etc.

Chacun de ces remèdes à sa valeur. Je ne la discute pas.

Mais je soumets, modestement, aux lecteurs du *Concours médical* la formule suivante, qui m'a bien des fois réussi et, dans laquelle je me suis efforcé, en polypharmaque impénitent que j'avoue être, de réunir un ensemble de médicaments analgésiques et sédatifs.

Voici :

Chlorhydrate de morphine	cinquante centigr.
Chloroforme anesthésique.....	10 grammes
Ether sulfurique pur..........	30 grammes
Menthol	5 grammes
Alcali (ammoniaque liquide)...	4 grammes
Alcool camphré..............	180 grammes
Essence de girofles...........	X gouttes
Essence de menthe...........	deux gouttes
Essence de térébenthine......	5 grammes

(F. S. A., mixture usage externe. Dr Galand).

Pour les parties sensibles, la face surtout, imbiber un bourdonnet de coton hydrophile de cette mixture, le promener, très très légèrement, *loco dolenti* ; accentuer sur les côtes et les membres supérieur et inférieur. Laisser évaporer. La sédation sera rapide. Renouveler, au retour de la douleur ; c'est une affaire de doigté, il doit y avoir révulsion et non brûlure.

Pour le visage, la tempe, la joue, tremper simplement le doigt dans la mixture et frictionner l'endroit douloureux.

Dr Galand.

Quarante-cinquième année — N° 45 — 11 Novembre 1923

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don, à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Théophilidès, de Salins-de-Giraud (B.-du-R.), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les-Bains : Colbert Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Frejus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mielle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stet.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Pietri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 1 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 550. — A vendre mais. en const. gros œuvre et toit ach. propr. 5 hect. expos. midi alt. 600 m. 10 k. de Grenoble, tram et route carross. vue adm. conviendrait pr. mais. de S. prévent. etc. Prix 75.000. Devis de l'arch. 75.000 pr. term. s'adresser Mme Staïcoff, Lycée de Jeunes filles, Grenoble.

N° 551. — A vendre cause double empl. torpedo 4 pl. parf. état, moteur Ballot 1918, outill. et access. complets 8.500 francs. Facil. de payem.

N° 552. — A vend. : Gougerot, Dermatol. en clientèle 1917 : 18 fr. Augagneur et Carle : Précis mal. vénériennes neuf : 10 fr. Pousson, voies urinaires neuf 12 fr. port en sus. Dr Loubriat, Montmorillon (Vienne).

N° 553. — On dem. d'occas. une vitrine et un squelette monté. S'adr. au Dr M. Viard, 64, rue Charles-Laffitte, à Neuilly-s.-Seine.

N° 554. — Gd. poêle Besson, bon état, hauteur 1 m. 25 diam. 0,50 à vend. 200 fr. S'adr. Dr Humbel, Poissy (S.-et-O.).

N° 555. — A vend. boîte de verres pr. examen acuité : plans : convexes, concaves, cylindriques, série des prismatiques, couleurs, complète, état de neuf, dans boîte noyer à compart. faire off. Dr Lelong, Aix-les-Bains.

N° 556. — Charente-Inférieure, à céd. poste propharm. rapport 65.000 fr. touchés indem. 35.000. On peut vend. auto 12 HP.

N° 557. — Médecin ayant loisirs ferait travaux méd. ou paraméd. rémunérés.

N° 558. — Tr. ancien poste méd. propharmacien 20.000 fr. suscept. augm. 40 km. Paris, à céder pr. 10.000 : facilités payement.

N° 559. — Directrice clinique, sérieuses références, cherche situation ou similaire.

N° 560. — Ancien pharmacien cherche représentation médicale. Spécialités ou eaux minérales.

N° 561. — Place off. à docteur dans clinique gr. ville province. Situation agréable,. Indispensable connaître allemand. S'adresser : Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 562. — A céd. dans gr. ville, excellent cabinet dentaire tenu par docteur stomatologiste, rapp. 60.000 fr. peu de présence. Bel hôtel particulier. S'adresser : Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

AVIS

Nous tenons à prévenir nos Abonnés et nos Lecteurs que le Concours médical et ses filiales n'ont absolument rien de commun avec le *Centre Médical* qui est installé dans la cour de l'immeuble où se trouvent leurs propres bureaux.

La Journée du " Concours Médical "

Attention ! Les réunions de l'après-midi et le dîner du 18 Novembre auront lieu à Lutetia, rue de Sèvres, PARIS.

La Direction.

CORRESPONDANCE

Imputation des impôts sur les dommages de guerre

Je vous serai très obligé de me renseigner sur le point suivant.

Au reçu de ma feuille de contributions sur l'impôt sur le revenu, j'ai demandé l'imputation sur mes dommages de guerre.

Le percepteur n'accepte pas.

Est-il dans son droit ? Peut-on me poursuivre si je ne m'incline pas. L'Etat m'est débiteur d'une somme assez importante. Dr N.

Réponse.

En principe, l'imputation des dommages de guerre sur les impôts peut être faite. En effet, aux termes mêmes de l'art. 46, parag. 9, de la loi du 17 avril 1919. « Si l'attributaire est débiteur de l'Etat à quelque titre que ce soit, même pour le payement de ses contributions, la somme ainsi due par lui sera sur sa demande, imputée à valoir sur le montant de son indemnité et ne sera pas exigible avant que ce montant n'ait été déterminé ».

Le contribuable dont le percepteur refuse l'imputation doit demander ce qui motive sa réponse.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Pension militaire. Majoration, soins gratuits, etc.

Je serais désireux de connaître : 1° le taux de la pension d'un aide-major de 1re classe (environ 8 ans de grade) réformé temporaire récemment en septembre 1923 avec invalidité de 30 % ?

2° Quelle majoration à cette pension pour 2 enfants (13 et 11 ans) ?

3° Peut-il avec ce taux de 30 % demander à bénéficier de l'article 64 et par suite demander à la mairie un carnet de soins pour l'affection qui l'a fait réformer temporairement ?

4° Le taux d'invalidité de 30 % permet-il de bénéficier d'une réduction de tarif de transport sur les chemins de fer ?

5° Enfin, où peut-on se procurer le tarif ou barème des différents chiffres de pensions d'infirmité, selon le taux d'invalidité pour chaque grade ?

Dr H.

3° et 4° en évaluant largement : 10 %.

Soit au total et par application du barème des infirmités multiples :

20 %
10 + 5 = 32 %
10 + 5 + 5 = 45 %

Mais considérez ces 45 % comme un maximum et ne vous étonnez pas si vous n'obteniez que 35 %, car on pourrait évaluer à moins de 10 la 2e infirmité. G. F.

Recouvrement des mémoires de frais de justice criminelle.

Membre du « Sou médical », je viens vous demander votre avis au sujet d'un différend que j'ai avec l'administration judiciaire du Parquet.

Le 15 janvier 1923, je suis appelé pour examiner la dame M. à B. (Var) et son domestique qui, après l'avoir tuée d'un coup de fusil, s'était fait une blessure à son tour.

Le 22 février, je reçois le mandat que je vous joins. mais les gendarmes me disent qu'il ne faut pas m'attendre à être payé « avant longtemps » parce qu'il faut que le réquisitoire soit prononcé, et que, d'ailleurs, je recevrai probablement un papier m'indiquant quand et où je puis être payé. Les mois passent et ne recevant rien, je fais des démarches qui viennent d'aboutir misérablement comme vous pouvez le constater en lisant le dossier que je vous envoie.

Personne ne m'a jamais dit que, passé six mois, l'Etat n'est plus responsable de ses dettes. La réciproque est-elle vraie ?

Veuillez m'indiquer quelles démarches je dois faire. Dr G.

Réponse.

L'article 143 du décret du 5 octobre 1920 est, en effet formel : les mémoires qui n'ont pas été présentés à la taxe du juge dans le délai d'une année à partir de l'époque à laquelle les frais ont été faits, ou dont le payement n'a pas été réclamé dans les six mois de la date de l'ordonnancement, ne peuvent être acquittés qu'autant qu'il est justifié que les retards ne sont point imputables à la partie dénommée dans l'exécutoire.

Cette justification ne peut être admise que par le Ministre de la justice, après avis du procureur général.

C'est, en effet, un des moyens que l'Etat a inventés pour ne pas payer ce qu'il doit, mais il est légal et nul n'est censé ignorer la loi.

Si vous voulez toucher, vous devrez, comme le Procureur de la République vous le fait savoir par sa note du 8 octobre, adresser une requête sur papier timbré au Garde des Sceaux, ministre de la Justice, requête dans laquelle vous exposerez les motifs du retard que vous avez apporté à vous faire payer. Vous pourrez, comme dans votre lettre, mettre en cause les gendarmes, si vous ne craignez pas de vous aliéner ces gardiens de l'ordre.

Prorogation de bail.

Un de mes locataires avait un bail de 3, 6 et 9 années ayant commencé en 1915 ; la 1re période a fini en novembre 1918, la 2e en novembre 1921 et la 3e finira en novembre 1924. Ce bail expire en novembre 1924 et porte qu'on devrait se prévenir au moins un an à l'avance si on voulait le faire cesser à la fin des 1re et 2e périodes. Il n'est pas question de la 3e période, puisque le bail finit, mais je voulais vous demander si je suis obligé d'envoyer un congé à ce locataire avant novembre prochain pour l'empêcher de rester dans ma maison après novembre 1924, ou bien, s'il n'est pas utile de faire les frais de ce congé puisque le bail se termine.

Maintenant autre question : moi-même j'ai un bail également de 3, 6 et 9 années dont la première période a fini en 1921 et dont la seconde se termine en novembre 1924 ; ma propriétaire vient de me prévenir qu'elle a l'intention de m'augmenter de moitié mon fermage pour la 3e période qui finira en 1927. A-t-elle le droit de le faire, ayant été mobilisé au front depuis le 4 août 1914 jusqu'au 25 juin 1919, et surtout de m'augmenter de moitié mon fermage, c'est-à-dire de me faire payer 1.000 fr. au lieu de 500 fr. que je payais jusqu'à présent. Dr X.

Réponse.

Dès lors que le bail se termine à la fin de la dernière période, en novembre 1924, vous n'avez nullement besoin de donner congé à votre locataire. La fin du bail a lieu de plein droit et il n'y aurait que si le locataire ne quittait pas les lieux qu'il pourrait être considéré comme étant resté sous le régime des locations verbales.

D'autre part, si votre locataire n'était pas dans les locaux avant le 1er août 1914, si le bail de 1915 n'était pas un simple renouvellement, il n'a pas droit à la prorogation.

Si votre propriétaire a le droit, aux termes du bail, de vous donner congé pour la fin de l'une des périodes et si elle a observé le délai de préavis fixé par le bail, elle est en droit, à compter de la fin de la période, d'augmenter votre loyer, sans aucune limitation, la loi qui doit avoir pour effet de fixer un maximum d'augmentation des loyers n'ayant pas encore été votée par le Parlement.

Il en serait autrement, bien entendu, si votre bail, datant de 1918, était un renouvellement ou une prolongation d'une location antérieure au 1er août 1914.

Vous auriez droit, dans ce cas, de demander la prorogation de la durée des hostilités, par ministère d'huissier, trois mois au moins avant l'expiration du bail.

Evaluation d'incapacités permanentes de blessés du travail

I

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Un de mes blessés a été amputé d'un doigt.

Petit doigt main droite. Amputation partie moyenne, 1ere phalange.

Père de famille, 3 enfants. Salaire : 9.000 fr.

A-t-il droit à une pension. De combien sera-t-elle ?

Dr D.

Réponse.

L'amputation du petit doigt de la main droite donne lieu, d'après les auteurs, à une incapacité permanente de 5 à 10 pour 100, soit à une rente de 2,5 à 5 % du salaire annuel.

Pour un salaire de 9.000 fr., le blessé n'a droit à la totalité de la rente qu'à concurrence de 4.500 fr. et seulement au quart pour le surplus.

Le salaire de base doit donc être compté comme suit :

4.500, plus le quart de 4.500, soit au total : 5.625 fr.

La rente serait donc de 140 (2,5) à 281 fr. (5), par conséquent non rachetable, comme dépassant 100 fr.

II

Voudriez-vous me dire si un blessé opéré d'une néphrectomie à la suite d'un broyage du rein droit, a droit à une incapacité partielle après guérison et quel taux. Il va actuellement très bien.

Dr R.

Réponse

D'après le Guide-Barême des Pensions militaires, la néphrectomie donne lieu à une infirmité de 50 pour 100.

D'après Imbert Oddo et Chavernac (Evaluation des incapacités accidents du travail), les évaluations de la néphrectomie sont variables, mais oscillent autour d'une moyenne de 50 %, qui leur paraît très acceptable.

Forgue et Jeanbrau (Guide du médecin dans les accidents du travail) admettent ce chiffre de 50 % comme un minimum.

Application du Tarif Breton.

I

Soins d'urgence et appareil provisoire

L'interprétation du tarif Breton étant très limitée, je vous serais reconnaissant de me donner les renseignements suivants à titre de membre du « Sou médical ».

En août dernier, je suis appelé à 7 kilom. de chez moi pour un blessé qui vient d'être pris sous l'éboulement d'un mur ; après examen, je crains qu'il y ait une fracture au niveau du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen du tibia, ayant à le faire transporter chez lui à 3 kilomètres de là, je juge prudent de lui faire un appareil à attelles, donc, en somme, un appareil provisoire.

Le lendemain 14, le malade est emmené en ville à

la radio où il est reconnu qu'il n'y a pas de fracture, on enlève donc mon appareil provisoire, puis je continue à donner mes soins au blessé.

Puis-je demander à l'assurance le prix d'un appareil provisoire soit 50 fr., car notez que l'assurance peut me répondre, que cet appareil était inutile puisqu'il n'y avait pas de fracture. Si je ne puis demander le prix d'un appareil provisoire, que faut-il demander ?

Supposons maintenant qu'une fracture ait été confirmée, pourrais-je demander le prix d'un appareil provisoire (50 fr.).

Dr D.

Réponse.

1° Les *avis* insérés dans l'arrêté ministériel du 28-6-1921, sont émis au sujet d'un blessé « atteint de fracture, de luxation, ou de plaies profondes, graves et étendues ». Ils tarifent, *dans ces cas*, 50 francs », les soins d'urgence donnés et la pose d'appareil provisoire, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin ». Votre ble sé n'était pas dans les cas notés ci-dessus, je ne pense donc pas que vous puissiez réclamer avec succès le tarif de soins d'urgence.

2° S'il y avait eu fracture, il s'ensuit que, rentrant dans les cas notés ci-dessus, vous auriez été en droit de demander les 50 fr. de « soins d'urgence ».

F. D.

II

Opération complémentaire

Vous seriez bien aimable de me donner votre avis pour établir ma note d'honoraires dans l'accident du travail suivant :

Le 12 juillet, j'étais appelé par un confrère en consultation auprès d'un blessé du crâne ; enfoncement de la paroi antérieure du sinus frontal gauche ; fracas de la paroi postérieure. La trépanation est pratiquée deux heures après et nous trouvons des esquilles jusqu'à 3 cm. dans le lobe frontal (les méninges sont naturellement perforées).

La consolidation s'établit progressivement ; mais il persiste une fistule à travers laquelle la sonde atteint un séquestre au niveau de la paroi postérieure du sinus.

Le 12 octobre (exactement 3 mois après l'accident), nous ouvrons le sinus et nous enlevons le séquestre. En outre, les extrémités interne et externe du sinus, qui avaient été épargnées par le traumatisme, sont remplies de fongosités dont nous pratiquons l'ablation par curettage. La dure-mère elle-même doit être curettée.

Je crois bien que, sans hésiter, la 1re opération doit être comptée 450 fr. (trépanation avec ouverture de la dure-mère).

Mais la 2e est-elle une « trépanation du sinus frontal » ? La trépanation proprement dite avait été déjà faite ; j'ai ouvert le sinus à travers une cicatrice.

(*Voir la suite page XLIII-3423*)

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Attention ! Les réunions de l'après-midi et le dîner auront lieu à LUTETIA, rue de Sèvres, Paris.

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 18 NOVEMBRE 1923**, dans l'ordre suivant :

I. — *A dix heures et demie du matin* : au SIÈGE SOCIAL, 132, rue du Faubourg Saint-Denis.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ORDRE DU JOUR :

1° Rapports du Secrétaire Général, du Trésorier et du Comité des Censeurs ;
2° Approbation des Comptes de l'exercice 1922 ;
3° Divers.

II. — **Dans les Salons de LUTETIA**, Rue de Sèvres (Nord-Sud : Sèvres Croix-Rouge. — Métro : Saint-Sulpice. — Autobus : AD, AL, S, V, X.)

A deux heures et demie.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1922 ;
6° Election de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Vimont, *vice président* ; A. Gassot, *trésorier* ; Pamart, *secrétaire général-adjoint* ; Noir et Bellencontre, sortants et rééligibles ;
7° Election de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Lacroix, Arago et Philippet, sortants et non rééligibles ;
8° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage ;
9° Suppression de l'incompatibilité entre les combinaisons MA et MAD.

A trois heures et demie.

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
3° Rapport des contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1922 ;
5° Renouvellement de la série sortante des membres du Conseil ;
6° Nomination de deux contrôleurs ;
7° Fixation du montant de la garantie de la responsabilité civile et éventuellement modification de divers articles des Statuts et du Règlement de la Caisse de garantie.

A cinq heures

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
3° Approbation des comptes ;
4° Questions traitées :
I. Les causes de la décadence de la corporation des médecins parisiens. (Ancienne Faculté de Médecine de Paris). Sa réorganisation.
II. Les assurances.
III. L'ordre des médecins.

A sept heures 1/2 précises, à **Lutetia.**

BANQUET (souscription 30 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société Civile).

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE (*Le programme en sera publié prochainement.*)

Les confrères qui prendront part au Banquet sont invités à amener leur famille à la Soirée Artistique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la Soirée sont instamment priés de se faire inscrire avant le 10 novembre, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

Après les laboratoires de recherches, les laboratoires d'application.

Nous avons, il y a quelques semaines, effleuré la question des laboratoires de recherches. Tout en nous plaignant de l'enfantine maladresse de ceux qui n'ont trouvé d'autres moyens de les subventionner qu'en criant, par-dessus les toits, l'énormité de leur misère, en demandant pour eux une aumône au coin des rues et en quémandant, en leur faveur, le concours des pugillistes et des histrions ; nous avons protesté contre cet attentat à la dignité de la Science Française et contre la grave atteinte que cette malsaine publicité porte à la réputation de notre pays, en éloignant les étudiants et les intellectuels étrangers.

Nous faisions remarquer qu'il y avait d'ailleurs là une exagération excessive, que les rares millions, recueillis par ces bas procédés, seraient d'une insuffisance notoire et que l'utilité pratique des laboratoires, utilité industrielle, commerciale, même médicale, étant désormais indiscutablement reconnue, il convenait de ne pas laisser leur bon fonctionnement à la merci des caprices de la générosité privée, mais de les doter régulièrement des millions nécessaires à leur budget.

Notre article nous a valu la très intéressante lettre de notre ami Leredde qui nous ramène sur le terrain plus étroit de la médecine pratique, en soulevant la question des *laboratoires d'application*. Ce n'est pas la première fois que nous échangeons à ce sujet nos idées avec Leredde. D'ailleurs, entre nous, il ne saurait y avoir sur ce point la plus petite divergence. Nous le remercions vivement de nous autoriser à publier la lettre qu'il nous a adressée.

Le Dr Leredde dont tous nos lecteurs connaissent les travaux spéciaux et le rôle important dans l'organisation de la lutte antisyphilitique et savent les efforts qu'il fait pour intéresser le syndicalisme médical à la réalisation de l'hygiène sociale, a, dans la question des laboratoires, une toute autre compétence que nous-mêmes, simples praticiens.

29 octobre 1923,

Mon cher ami,

Vous venez de parler, dans le *Concours*, des laboratoires de recherches et de signaler leur indigence. L'insuffisance des laboratoires d'application a des conséquences plus graves au point de vue de la santé publique et je voudrais que vous les signaliez à vos lecteurs.

Certes, les recherches de laboratoire ne dispensent en aucune manière des recherches d'ordre clinique. Mais, c'est une erreur — je devrais employer un mot plus fort — que d'opposer, comme on le fait quelquefois, la clinique au laboratoire. L'étude du malade, la recherche des signes physiques et fonctionnels, l'interrogatoire permettent de constater certains faits. L'étude bactériologique, les examens du sang, du liquide céphalo-rachidien, révèlent d'autres faits. Les uns et les autres, *tous les faits* ont leur importance.

Il me semble, par exemple — je parle du sujet que je connais le mieux — qu'on ne peut plus faire de syphiligraphie sans recherches microscopiques et sérologiques. Or, tous les médecins voient et traitent des syphilitiques.

Les syphiligraphes enseignent que la guérison vraie, complète, de l'infection, est possible, lorsque le traitement est commencé dès le début du chancre. Ils demandent qu'un examen à l'ultramicroscope soit fait chez tout malade, atteint d'une ulcération génitale, le jour même où elle est observée par un médecin. Car cette ulcération, dans bien des cas, n'a pas, à son début, les caractères classiques de l'accident primaire ; assez souvent, elle ne les aura jamais, puisqu'un chancre simple, un chancre « mou », dû au bacille de Ducrey, peut être en fait un chancre mixte, qui contient des spirochètes.

L'étude de la séroréaction nous permet à tout instant de reconnaître des syphilis ignorées. Elle s'impose au chirurgien, par exemple, en dehors des recherches cliniques, avant toute intervention portant sur une tumeur, qui peut être un syphilome des lésions osseuses, une ulcération de l'estomac, qui peuvent être dues au spirochète. Parfois, la clinique révèle la syphilis, parfois c'est le laboratoire.

J'ai publié l'observation d'un malade, atteint d'un « lupus de la face », chez lequel un chirurgien de l'hôpital Saint-Louis enleva la joue gauche ; ce « lupus » reparut sur la joue droite. Il s'agissait de lésions tertiaires, avec Wassermann positif, qui disparurent après 3 ou 4 injections de novarsénobenzol.

J'ai soigné quatre malades, avec Wassermann positif, dont le testicule avait été enlevé par des chirurgiens qui avaient cru à la tuberculose ou à un néoplasme et plusieurs malades, opérés pour des lésions osseuses, avec Wassermann positif. Je soigne depuis quelques mois une femme de 62 ans, chez laquelle un chirurgien de Berck voulut couper le pied, sur le diagnostic : ostéosarcome. Un autre parla de tuberculose, et la malade resta pendant 18 mois dans un appareil plâtré, soumise à des injections modificatrices. Cette femme, qui présente une réaction de Hecht positive, est une hérédo-syphilitique ; son pied est maintenant à peu près guéri, elle marche délivrée de béquilles et a rarement besoin d'une canne.

Les syphiligraphes enseignent qu'il faut, chez tout malade atteint de syphilis récente, faire disparaître la séroréaction par le traitement, qu'il faut en principe, traiter tout syphilitique ancien dont la séroréaction est positive, qu'on ne peut autoriser le mariage d'un malade dont la séroréaction est positive. S'il en est ainsi, il faut bien que tout médecin qui soigne des syphilitiques fasse ou puisse faire faire des examens sérologiques.

Je vais plus loin moi-même, puisque je réclame des examens du liquide céphalo-rachidien chez tout syphilitique récent dont la séroréaction est devenue négative sous l'action du traitement. Ces examens sont nécessaires chez tout neurasthénique, qui peut être un paralytique général, chez des enfants qui peuvent être atteints de méningite syphilitique, et dans bien d'autres cas encore.

Je crois, en outre, que des examens hématologiques sont fréquemment nécessaires, en particulier chez les nourrissons, parce qu'ils apportent au médecin un signe de présomption permettant de traiter l'enfant avant l'époque où il aura des accidents graves, parfois mortels, parfois incurables.

* * *

Les recherches de laboratoire sont, de même, nécessaires chez les tuberculeux et les individus suspects de tuberculose. Tant que des bacilles n'ont pas été découverts dans les crachats, le diagnostic de tuberculose pulmonaire reste, en général, discutable. Il existe des individus, dangereux entre tous parce que personne ne s'en méfie, dont les crachats sont bacillifères et qui ne présentent que des signes cliniques imprécis ; leur tuberculose ne peut être reconnue que par les moyens de laboratoire.

Il est bien entendu que toute pleurésie sérofibrineuse est due, en principe, au bacille de Koch. En pratique, on ne traitera guère comme tuberculeux que ceux chez lesquels on aura découvert le parasite par l'examen du liquide ou de l'épanchement, qu'il faut parfois inoculer au cobaye.

De nouveaux moyens de diagnostic de la tuberculose apparaissent peu à peu. Depuis quelques années, l'infection bacillaire peut être reconnue, dans certains cas, par l'étude du sérum sanguin, nouvelle conquête du laboratoire, qui peut prendre demain une importance pratique considérable.

L'exemple de la diphtérie, de la méningite cérébro-spinale montre de même la nécessité des recherches de laboratoire chez de nombreux malades. Je pense et j'ai écrit que la diphtérie qui tue encore, chaque année, plusieurs milliers d'enfants en France, disparaîtrait si elle était reconnue de bonne heure dans tous les cas et traitée de suite par le sérum, aux doses nécessaires. Mais, l'examen bactériologique permet seul de déterminer la nature de certaines angines, de reconnaître le début d'une épidémie, dans bien des cas, ainsi que la présence du bacille de Löffler chez les personnes qui entourent un enfant diphtérique.

* * *

La médecine, qui n'est pas une science, se sert et se servira de plus en plus de moyens scientifiques. Mais le médecin qui ne les a pas « sous la main » ne peut s'en servir et prend l'habitude de ne pas s'en servir. Il est obligé, souvent en maugréant, de faire une médecine *approximative*, de porter des diagnostics étiologiques incertains, de prendre des décisions, souvent graves, sans s'appuyer sur des faits indiscutables.

Nous avons le devoir, dans l'intérêt public, dans notre intérêt propre (car le prestige de notre profession est lié aux progrès de la technique) de faire passer la révolution pastorienne *dans les faits*. L'organisation de laboratoires, ouverts à tous, où on fera gratuitement les recherches nécessaires chez les malades pauvres, à un tarif réduit chez les malades de situation modeste, est une des conditions de l'organisation de la médecine sociale. Et nous avons à nous occuper non seulement de la création, dans tous les départements, de plusieurs laboratoires d'application. (j'admets qu'il en faut 500 ou 600 en France), mais de l'éducation des techniciens, médecins ou chimistes, qui pourront faire des analyses méritant une entière confiance, en particulier des examens sérologiques, les plus difficiles de tous, dont le résultat ne prête à aucune discussion. Car toute erreur peut avoir pour suite la perte d'une vie humaine.

J'ai souvent regretté que l'Institut Pasteur se fût désintéressé de questions dont l'importance est capitale au point de vue de l'hygiène publique. Je crois savoir que l'Union des Syndicats s'en préoccupe à l'occasion de l'organisation de

◆◆

la lutte antituberculeuse et antisyphilitique. Je souhaiterais que le *Concours* attirât sur ce sujet l'attention de l'opinion médicale et que les médecins agissent sur les pouvoirs publics et en particulier sur le ministre de l'hygiène, qui ne peuvent être informés, reconnaissons-le, que par les médecins eux-mêmes.

Veuillez croire, mon cher ami, à mes bien cordiaux sentiments.

LEREDDE.

Nous ne saurions trop appuyer les conclusions de notre ami Leredde. Le laboratoire d'application est de plus en plus nécessaire au médecin praticien.

Il n'y a pas que la syphilis, la tuberculose, la diphtérie et la méningite cérébro-spinale qui peuvent exiger l'intervention du laboratoire, mais encore la fièvre typhoïde, les para-typhoïdes, toutes les angines, les dysenteries, le paludisme, la fièvre de Malte, l'actinomycose, la sporotrichose, etc., etc., etc. Nous ne parlons pas de la fièvre récurrente, de la peste, du typhus, de la fièvre jaune, de la lèpre, de la maladie du sommeil et de quelques autres fléaux que l'on ne rencontre qu'exceptionnellement dans notre pays.

Toutes les recherches cliniques de laboratoire ne se bornent pas non plus à la parasitologie, à la bactériologie, ni à la sérologie. L'hématologie, la cytologie, l'urologie, la coprologie, en un mot, toute la chimie biologique sont, dès à présent, des sciences appliquées dont les données sont de plus en plus indispensables au médecin et au chirurgien.

Conçoit-on, actuellement, par exemple, un chirurgien qui tenterait une opération de quelque importance sur l'appareil urinaire sans connaître préalablement la constante uréique d'Ambard chez son malade ?

Le médecin praticien, lui aussi, ne peut plus se passer du laboratoire. S'il lui est parfois extrêmement difficile d'y avoir recours, c'est que les recherches de ce genre sont trop coûteuses pour les gens d'aisance médiocre qui font la grosse majorité, si non parfois la totalité de sa clientèle.

En outre, comme le fait remarquer judicieusement le Dr Leredde, il faut que le laboratoire d'application, tant par son outillage parfait que par la haute conscience de son personnel, permette à ceux qui ont recours à lui, d'avoir dans les résultats qu'il donne, une confiance absolue.

Il est étrange que les protagonistes de l'hygiène sociale n'aient pas compris que le laboratoire d'application, mis à la disposition des praticiens, doit être la pierre fondamentale de la médecine sociale. Mais, dans notre pays, l'on a l'habitude de mettre souvent la charrue devant les bœufs et de combattre les maladies avant de pouvoir les connaître.

C'est l'éternelle histoire de Don Quichotte, fonçant, lance en arrêt, sur les moulins à vent, que sa cervelle en ébullition prenait pour des géants. En réclamant, avec Leredde, des laboratoires abordables, mis à la disposition de tous les praticiens et pour tous leurs malades, nous remplissons le rôle ingrat du placide Sancho-Pança.

Nous craignons fort que notre appel soit long à être entendu. Comme le héros de Cerventès, les pseudo-réalisateurs de l'hygiène sociale n'aiment pas à reconnaître leurs erreurs. Devant l'évidence, ils se plaindront, comme don Quichotte, des sortilèges de l'Enchanteur qui métamorphose les géants en moulins à vent pour les arracher à leur juste colère.

C'est une raison de plus pour nous, médecins praticiens, de continuer notre action et d'user de toutes nos forces, de toute notre influence, en faveur du progrès en combattant l'Erreur.

J. NOIR.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Hernie crurale étranglée

Par le Dr J. Fiévez, de Malo-les-Bains,
Ancien prosecteur et chef-adjoint de clinique chirurgicale

Ces quelques lignes n'ont pas pour but de décrire un procédé opératoire de plus pour le traitement sanglant de la hernie crurale étranglée. Je me propose d'indiquer seulement quelques détails d'anatomie pathologique qui me paraissent insuffisamment soulignés dans les auteurs, et de signaler quelques tours de main qui rendent la kélotomie moins périlleuse, plus élégante et plus rapide.

1° *Incision.* — Les partisans de l'incision horizontale et ceux de l'incision verticale sont d'accord pour considérer que le choix entre les deux procédés a, au total, peu d'importance.

Personnellement, je préfère l'incision verticale, parce que plus anatomique, je veux dire respectant mieux les courants vasculaires qui, en cette région, sont verticaux ; elle permet d'opérer sans faire une ligature et sans rompre les gros troncs lymphatiques que l'incision horizontale sectionne habituellement. Par contre, la présence du pli inguinal rend la suture de la peau un peu plus difficile.

L'incision horizontale garde de nombreux partisans ; elle est effectivement excellente, mais, selon moi, à la condition expresse *d'être pratiquée haute*, et non pas « parallèle à l'arcade crurale, à un doigt au-dessous d'elle », comme l'écrit Veau (Chirurgie d'urgence de la collection des prosecteurs).

En effet, qu'elle soit horizontale ou verticale (qu'il s'agisse aussi bien de hernie étranglée ou simple, inguinale ou crurale), l'incision *doit viser le défaut, le trou dans la paroi abdominale*, où s'engage le collet du sac, et dont la réparation constitue le temps essentiel de la cure radicale.

Si donc le chirurgien opte pour l'incision horizontale, il la mènera haute, sur l'arcade crurale et même plutôt au-dessus, au-dessus en tout cas du pli inguinal qui, très ordinairement, est notablement abaissé sous l'arcade.

De cette façon encore, une hernie inguinale qu'on aurait confondue, — la chose est loin d'être impossible — avec une crurale, est aussi abordable que par l'incision verticale.

2° *Isolement de la masse herniaire.* — L'incision cutanée visait l'anneau crural ; c'est, en même direction que continue le travail du chirurgien. Il met à nu, aussi nettement que possible, l'arcade crurale, à droite et à gauche du collet de la hernie ; puis, il dégage ce collet lui-même, en avant, sur les côtés, en arrière.

L'index, recourbé en crochet, *fait le tour du pédicule*, puis descendant progressivement en arrière de la masse herniaire, l'énuclée complètement de son lit crural.

3° *Ouverture du sac.* — La paroi du sac est épaisse, graisseuse et feuilletée. Il me paraît important de savoir à quelle formation appartient cette graisse qui infiltre le sac ou forme un lipome préherniaire. Dans une étude sur la cavité de Retzius (*Journal des sciences médicales le Lille*, 29 novembre et 6 décembre 1913), je crois avoir démontré que l'aponévrose ombilico-prévésicale se continuait insensiblement, en dehors des artères ombilicales, avec le fascia sous-péritonéal dont elle n'est qu'une partie différenciée.

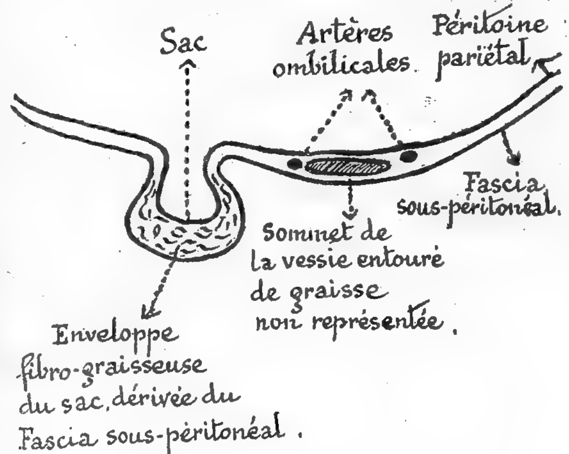


Fig. 1.

Entre le péritoine et le plan aponévrose-fascia se trouve la vessie, prolongée latéralement par l'atmosphère graisseuse périvésicale. C'est ce fascia et la couche graisseuse sous-jacente qui donne au sac herniaire son épaisseur (fig. 1). On comprend dès lors pourquoi l'incision du sac doit pénétrer profondément avant d'ouvrir le péritoine lui-même, pourquoi aussi le seul danger, minime à la vérité, de cette incision est l'ouverture d'une vessie engagée dans l'épaisseur même de la partie interne du sac herniaire.

4o *Examen du contenu herniaire et débridement.* — Ces deux temps n'en font qu'un, car l'examen doit porter principalement sur les lésions du contenu au niveau du collet, là où elles sont au maximum. Et pour les atteindre, à moins de pratiquer sur l'anse herniée (nous supposerons qu'il s'agit d'une entérocèle) des tractions énergiques et partant, périlleuses, il faut *commencer par débrider.*

L'agent d'étranglement, dans la hernie crurale, est principalement l'anneau ostéofibreux. Je suis d'avis que c'est sur lui que doit porter d'abord le débridement, qui sera donc *extrasacculaire.* Cette méthode, considérée par Lejars, (Chirurgie d'urgence, T. II), comme d'exception, est rationnelle et facile. Reprenant l'arcade et l'anneau bien isolés dans le premier temps, faites à la partie interne de cet anneau, sur le bord du ligament de Gimbernat, une incision qui est sans danger, puisque, en dehors, votre intestin est protégé par toute l'épaisseur du sac, et qu'en dedans, s'il existe une artériole anastomotique obturatrice épigastrique, on la lie... si elle saigne !

Mais, avant même de donner le coup de bistouri libérateur, le chirurgien doit avoir saisi l'anse intestinale qui, sans cette précaution, pourrait être happée vers le ventre, et disparaître avant l'indispensable examen des lésions du collet.

L'anse sera donc saisie avec les doigts, *dans une compresse.* Ce détail est absolument capital. Essayez de prendre une anse courte (elle est telle très généralement) avec les doigts nus ou gantés : elle glisse comme un noyau de cerise et vous échappe, à moins que vous n'exerciez une pression telle que vous avez la sensation nette qu'elle est dangereuse pour la solidité de l'intestin altéré, qu'elle tend à déchirer au collet.

L'intestin tenu ou confié à un aide, si vous avez la chance d'en avoir un, sectionnez le Gimbernat; dès l'incision faite, vous pourrez le plus souvent, en tirant doucement sur l'anse, dégager ses sillons d'étranglement et les examiner commodément. Si la striction est encore trop forte, incisez le sac transversalement, en dedans, jusqu'au collet, en repérant les deux lèvres du péritoine sectionné, au fur et à mesure de la section, avec des pinces de Kocher ; ces pinces constituent des organes de traction qui vous permettront d'attirer, un peu à la fois, le péritoine pariétal au dehors. Vous avez de la sorte réalisé une petite laparotomie transversale, parallèle et sous-jacente à l'arcade crurale.

5o *Réduction du contenu.* — Je n'insiste pas sur l'examen de l'intestin hernié. Laissée telle quelle, réparée ou réséquée, l'anse doit à présent être rentrée dans l'abdomen. C'est là, un des temps difficiles de l'intervention, car, même largement pratiquée, l'incision pariétale serre sur le paquet intestinal extériorisé. La *mise en Trendelenbourg* du patient rend instantanément la réduction facile et rapide. Ce procédé m'a été enseigné par le succès d'un rebouteur de mon pays natal, qui rentrait les hernies étranglées à plusieurs lieues à la ronde. Il commençait par soulever les pieds du lit aussi haut que possible, et s'assurait ainsi pour son taxis un succès presque constant. Si vous opérez à domicile, sans table à renversement, faites monter les pieds de la table sur deux chaises.

6o *Résection du sac et cure radicale.* — Le sac péritonéal est, nous l'avons vu, entouré d'un second sac formé par le fascia sous-péritonéal, infiltré de graisse. On peut lier les deux sacs d'un seul fil, ou bien les lier séparément. Mais, dans un cas comme dans l'autre, il est fort utile de dégraisser avec soin, de manière à bien étreindre des pédicules petits, qui ne demandent qu'à repasser l'anneau crural élargi, et à disparaître derrière la paroi. Celle-ci sera réparée par l'un ou l'autre des excellents procédés classiques.



CLINIQUE MÉDICALE

Les aortites syphilitiques

M. le Professeur CHAUFFARD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le caractère fondamental de la syphilis en évolution est de se localiser au moment de l'accident primaire, de se diffuser au moment des accidents secondaires, pour se localiser à nouveau à l'époque du tertiarisme.

Parmi les déterminations tertiaires de la syphilis, il n'en est peut-être pas de plus communément observées que les aortites. Il faut toujours rechercher celles-ci chez les vieux syphilitiques et souvent on les trouve. Elles sont, en particulier, très répandues chez les tabétiques. L'on peut dire, d'autre part, qu'elles constituent un facteur important de gravité du tertiarisme.

Je ne m'occuperai aujourd'hui que de la syphilis de l'aorte ascendante et transverse.

Dans les aortites, le rôle de la spécificité est considérable. Welsch, sur 56 cas de syphilis mortelle a noté 34 fois des lésions aortiques, soit une proportion de 61 %. Etienne, de Nancy, dans un rapport sur la question, a réuni une série de statistiques, et il est arrivé au chiffre de 211 cas de syphilis sur 412 aortites, par conséquent 51 pour 100. Si donc l'on prend un lot d'affections de l'aorte, plus de la moitié relèvent de la syphilis. Si l'on fait entrer en ligne de compte les réactions biologiques, le Bordet-Wassermann, on voit le pourcentage augmenter. D'après Etienne, il serait de 82 % des aortites simples, non ectasiantes. Notons que si le Bordet-Wassermann a apporté un contingent de faits, il ne faut pas le considérer comme indispensable pour établir le diagnostic. On a la preuve que dans un certain nombre de cas d'altérations artérielles en rapport avec la syphilis, le Wassermann s'est montré négatif. Un Bordet-Wassermann positif est un argument de valeur, mais une séro-réaction négative ne permet pas d'éliminer le rôle de la syphilis. Remarquons, en outre, que c'est probablement cette pathogénie qui explique les exemples d'aortite conjugale, observée à la fois chez la femme et chez le mari.

Chez les malades atteints d'aortite nous devons donc toujours penser à la syphilis. Vous la dépisterez par les antécédents, par les stigmates (leucoplasies, réflexes tendineux, signes d'Argyll-Robertson, cicatrices suspectes, sur les membres inférieurs principalement), par le Bordet-Wassermann enfin.

A cet ensemble, s'ajoute encore deux choses, le contrôle thérapeutique — dont nous reparlerons — et l'expérimentation. La reproduction expérimentale des aortites a été faite en Italie. L'idéal serait de partir de la culture pure du tréponème. Cette culture, que Noguchi dit avoir obtenue, est, il est vrai, difficile et il est plus simple de se servir d'organes syphilisés expérimentalement. Ainsi, l'inoculation au scrotum du lapin du produit d'un chancre syphilitique donne, à l'animal, un syphilome testiculaire, riche en tréponèmes. Des auteurs Italiens se sont servis de ce syphilome et ont engaîné avec lui la carotide d'autres lapins. Les résultats, souvent négatifs, ont été quelquefois positifs : 22 fois sur 160. Expérimentalement, ce qui compte, c'est le fait positif. Les auteurs en question ont vu d'abord une première réaction d'endartérite, pas toujours au contact du syphilome engainant, assez souvent à distance, ce qui permet de supposer qu'ici le tréponème agit plutôt par toxine soluble que par lui-même. Mais, rapidement, on observe des lésions de la tunique moyenne, qui est, vous le savez, la tunique fondamentale, de résistance, de l'artère. Il y a production même, parfois, de lésions anévrysmales.

La pathogénie des aortites repose dans ces conditions sur des bases solides. On peut dire que toute altération de l'aorte qui ne relève pas du rhumatisme est suspecte de syphilis. Sur 144 anévrysmes de l'aorte, Etienne a trouvé 134 fois des preuves de spécificité, soit une proportion de 93 %, ce qui est le pourcentage même du tabès. Dans l'anévrysme de l'aorte, il y a à peu près autant de preuves en faveur de la syphilis que dans le tabès.

Pourquoi l'aorte, la crosse aortique, offrent-elles cette affinité pour le tertiarisme ? A chaque systole, le sang arrive en ondée sur l'anse formée par la crosse, qui subit ainsi un perpétuel traumatisme physiologique. Ces chocs répétés sont capables de constituer une occasion de localisation spécifique.

Quelles lésions détermine la syphilis sur la paroi aortique ? Je vous rappelle que l'aorte est constituée par trois tuniques : l'endartère, dont le rôle est assez effacé et qui constitue une sorte de vernis appliqué sur la face interne du vaisseau ; la tunique moyenne, épaisse, résistante, formée de lames élastiques enchevêtrées ; la tunique externe, conjonctive, enfin, où se distribuent les agents de l'innervation et de la vascularisation.

La syphilis frappe les trois tuniques. Quand elle touche la tunique moyenne, il s'ensuit un processus de désintégration d'où peuvent découler rapidement des phénomènes de dilatation (dilatation cylindroïde (maladie de Hodgson),

dilatation avec insuffisance aortique), et des poches anévrysmales lorsque la paroi cède en un point. Les altérations de la tunique externe jouent également un rôle, notamment dans les anévrysmes. On y trouve du tissu gommeux, des capillarites, etc.

Arrivons maintenant à l'étude clinique. Ces aortites se révèlent souvent par des réactions douloureuses de première importance, rétro-sternales, de type angineux, pouvant arriver à la crise grave d'*angor*.

L'examen objectif du malade comprendra l'inspection, la palpation, la percussion, et l'auscultation, d'abord. Dans l'aortite simple, sans ectasie, l'inspection et la palpation ne donnent pas grand'chose. S'il y a une poche anévrysmale superficielle, on la voit et on la sent battre. La palpation peut encore fournir un autre renseignement. Plaçant le doigt derrière la fourchette sternale, dans le creux rétro-sternal, on arrive à sentir le dôme aortique, que l'on reconnaît à ses battements, lorsque ce dôme est remonté du fait de la dilatation artérielle. Un signe corrélatif est l'élévation de la sous-clavière droite.

La percussion est, en pareil cas, précieuse et je vous engage beaucoup à vous y exercer. Vous percuterez de dehors en dedans en vous arrêtant, non à la matité véritable, mais au changement de son. Chacun de nous a un peu sa façon de coter le changement de son. Personnellement, ma percussion dépasse généralement de un centimètre les dimensions données par la radioscopie. Je le sais, et il me suffit de réduire de un centimètre le chiffre obtenu avec les doigts. La percussion n'en reste pas moins une méthode facile et excellente. Vous contrôlerez ses résultats, lorsqu'il sera possible, par la radiographie. Celle-ci permet de délimiter l'obscurité vasculaire. Bien qu'on ait discuté sur cette obscurité, elle fournit malgré tout une notion d'ensemble.

Voici deux malades du service, atteints tous deux de dilatation aortique. Chez le premier, la percussion m'a donné 5 cm. 1/2 et la radiographie 4 cm. 1/2 ; chez le second, le calibre, très augmenté de l'artère atteint 7 centimètres, et il existe en outre une insuffisance aortique. La radiographie indique non seulement le diamètre du vaisseau, mais encore le degré d'opacité de ses parois. Certaines aortes sombres, quoique non dilatées, sont suspectes. L'examen radiographique doit être fait en deux positions, face et profil.

Reste, enfin, à tenir compte du volume du cœur et de l'exploration des deux pouls.

La radiographie fournit d'autres renseignements précieux. Elle révèle l'existence de périaortite, de médiastinite. Cette périaortite est un des dangers de l'anévrysme. L'examen aux rayons peut également faire apprécier par comparaison les effets du traitement spécifique, la régression de la périaortite et de l'aortite elle-même.

Quelques mots sur nos trois malades du service. Le premier est un homme de 49 ans, entré il y a 3 semaines, se plaignant de suffocation et de phénomènes douloureux dans le bras gauche. Pas d'antécédents syphilitiques connus, mais Hecht fortement positif. Matité aortique de 5 cm. 1/2, souffle systolique et clangor. C'est là un cas minimum d'aortite syphilitique et cependant il comporte déjà des phénomènes angineux.

Le deuxième cas est plus sérieux. Il s'agit d'un sujet de 56 ans, ayant eu la syphilis à 22 ans et dans la suite trois crises de rhumatisme articulaire aigu. Il y a dix ans, il fut pris de douleurs précordiales à type de crampe et de dyspnée d'effort. En 1918, à ces troubles s'ajoutèrent de la dyspnée nocturne avec angoisse rétrosternale.

En 1921, un examen du sang montra un Wassermann positif. Il entra ces temps derniers à l'hôpital, cyanosé, en pleine crise orthopnéique. En présence de cette dyspnée grave une saignée d'urgence fut pratiquée qui amena un soulagement. On put alors radiographier le malade et le soumettre au traitement iodo-ioduré et antisyphilitique. La pointe du cœur est dans le 6e espace intercostal et l'on note un double souffle aortique, systolique et diastolique.

Le troisième cas va nous montrer une lésion plus avancée encore, un anévrysme. Il concerne une femme de 55 ans reçue dans le service il y a un mois, se plaignant de crises douloureuses, et depuis 4 mois de toux fatigante. Bordet-Wassermann négatif. Malgré cela, le traitement spécifique fut commencé et suivi de bons effets. Chez cette femme, la symptomatologie comprenait d'une part des douleurs en griffe rétrosternales avec médiastinite, et d'autre part, une toux spéciale, stridente, en dent de scie, aboyante, signe mettant sur la trace d'une compression trachéo-bronchique.

Un mot sur les trois grands types de compression en matière d'anévrysme de l'aorte. Le plus fréquent est le type récurrentiel, de Dieulafoy, la compression du récurrent gauche avec paralysie de ce nerf. Neuf fois sur dix, la paralysie du récurrent gauche relève de l'anévrysme. Le deuxième type, de compression du pneumogastrique, s'accompagne de toux coqueluchoïde. Le troisième type, assez rare, comporte de la toux aboyante et dépend d'une compression trachéo-bronchique.

Arrivons à la conclusion thérapeutique. Il y a une vingtaine d'années, on considérait ces lésions comme passives et l'on cherchait principalement à éviter la perforation. On se proposait pour but d'augmenter la résistance des parois et l'on employait à cet effet le sérum gélatiné. J'ai souvent utilisé ce traitement avec des résultats assez satisfaisants.

L'idée moderne est différente. On se dit qu'il ne s'agit pas de lésions passives, mais actives,

progressant, avec une zone environnante de sclérogomme et de tissu embryonnaire. On a prise sur ces tissus. A l'heure actuelle, on fait surtout du traitement spécifique, que l'on peut combiner d'ailleurs avec le sérum gélatiné. On n'espère pas, certes, avec la cure anti-syphilitique, supprimer la poche anévrysmale, mais arrêter la progression du syphilome, stabiliser les lésions.

A quels agents recourir ? Actuellement, on associe le mercure, l'iodure, les arsenicaux et le bismuth. Il semble que l'on puisse obtenir de bons effets de la médication bismuthée et j'en suis partisan. On peut employer successivement les injections de cyanure de mercure, le bismuth, puis l'iodure — pour reprendre ensuite le même cycle.

Le traitement des aortites (syphilitiques) et des anévrysmes de l'aorte a beaucoup changé, dans ces dernières années, pour le bien des malades.

Leçon faite à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine et recueillie par le Dr P. Lacroix.

SUR L'ANACIDITÉ GASTRIQUE

d'après le Pr E. Schutz (de Vienne) (1).

Par le terme d'anacidité, on entend l'absence d'acide chlorhydrique avec absence d'acidité libre ou avec un degré d'acidité inférieur à 20 (2).

Pour rechercher l'anacidité, il ne faut pas attendre une heure après le repas d'épreuve, car, au bout de ce temps, l'estomac est vide le plus souvent, le transit gastrique étant accéléré en raison de l'absence du réflexe pylorique de fermeture. C'est au bout de 40 à 45 minutes qu'il convient de pratiquer l'extraction.

De même, il ne suffit pas, en recherchant la réaction de H, de plonger simplement du papier au Congo dans le liquide. On aura d'abord soin de choisir un papier nettement teinté et absorbant bien ; puis comme la portion *liquide* du contenu stomacal peut ne pas donner la réaction de H, alors que la portion *solide* la donne, il faut, après un certain temps de mise au repos, enlever la couche superficielle liquide, puis mélanger intimement le sédiment avec le liquide restant et opérer sur le mélange. Ne jamais se contenter d'un examen unique.

Étiologie et pathogénie. — Pour être normale, la sécrétion de l'estomac exige la présence, dans le sang, d'éléments chlorhydrogènes, l'intégrité des glandes gastriques et le fonctionnement normal du système nerveux.

Aussi, rencontre-t-on l'anacidité dans l'*anémie pernicieuse*, dans les *anémies graves* de diverse nature et dans les *maladies de la nutrition et des glandes à sécrétion interne* (diabète, maladie de Basedow, myxœdème, etc.).

On a noté fréquemment l'anacidité *dans les maladies de la vésicule biliaire* : mais Aldor et Ohly pensent qu'elle est souvent primitive et que la cholécystite est secondaire à une gastrite ascendante.

Dans les *maladies infectieuses aiguës et chroniques* (typhus, dysenterie, malaria, tuberculose, syphilis, rhumatisme articulaire chronique), Brunauer, Frankl, Plaschkes et d'autres auteurs ont constaté de l'anacidité, qu'ils attribuent à une gastrite toxique. Par contre, Schutz a trouvé souvent une acidité normale ou augmentée.

Parmi les états locaux dans lesquels on trouve de l'anacidité, figure le *cancer gastrique*, soit qu'il y ait localisation de la maladie sur la muqueuse, soit qu'il y ait catarrhe, soit que la composition du sang soit *anormale. Cette dernière éventualité* est vraisemblable, car, dans les autres cancers, l'acide chlorhydrique libre fait couramment défaut dans le suc gastrique.

Knud Faber et son école voient dans la *gastrite chronique* la cause principale de l'achylie ; mais, Schutz pense qu'on abuse de cette explication, car on peut rencontrer l'anacidité chez des personnes jeunes, principalement des femmes, de même que chez des sujets, qui n'ont jamais souffert vraiment de l'estomac.

Peut-être convient-il de faire une part aux causes d'ordre constitutionnel, c'est-à-dire à une *faiblesse sécrétoire congénitale.* En effet, Albu, Hertz, Jacobson ont rencontré l'anacidité chez des enfants de moins de 10 ans. Mais, s'agit-il d'un état réellement congénital ou, au contraire, acquis, et cela à la faveur de quelque affection, gastrique ou autre ?

On a accusé les *irritations mécaniques et chimiques* et, en particulier, la *mauvaise mastication.* Or, Skray, dans des recherches portant sur un grand nombre de personnes d'âge variable, qui avaient une dentition défectueuse, n'a trouvé de l'anacidité que chez 3 %.

Au sujet de la fréquence de l'anacidité selon l'*âge*, les opinions sont partagées. Sur une série de sujets ayant dépassé 50 ans, Seidelin et Lifschutz l'ont

(1) *Arch. für Verdauungskrankheiten* (janvier 1923).

(2) Ce chiffre correspond environ à 0 gr. 70 dans la notation française.

On voit donc combien le terme : *anacidité* est ici mauvais. Il faut le remplacer par le mot : *achlorhydrie.* Ces deux termes correspondent à deux états différents.

Schutz cherche à légitimer son qualificatif en disant qu'inversement *hyperacidité* signifie implicitement *hyperchlorhydrie.* Il ne saurait en être ainsi, car on rencontre des liquides gastriques hyperacides et hypochlorhydriques.

trouvée chez 40 % ; de même, FABER et KUTTNER, sur une série de 100 personnes âgées de 50 à 80 ans ; par contre, SCHUTZ, sur 82 sujets dans ces mêmes conditions d'âge, n'en a rencontré que 15, soit 18 %.

La race, le pays, influent-ils ? SCHUTZ, pendant la guerre, a trouvé l'anacidité beaucoup plus fréquente chez les réfugiés polonais que chez les vrais Allemands.

SYMPTOMATOLOGIE. — Il faut distinguer cliniquement deux formes : l'une, non gastrique, c'est-à-dire sans symptômes localisés ; l'autre, gastro-intestinale.

Forme non gastrique. — Elle se manifeste surtout par de la céphalée, des nausées, de la sialorrhée, de l'anorexie, des névralgies, de la faiblesse générale.

Forme gastro-intestinale. — C'est *la moins fréquente*, puisque SCHUTZ l'a notée seulement 150 fois sur 356 cas. Elle consiste en *douleurs*, qui ne peuvent guère s'expliquer, comme on l'a fait, par la grossièreté des aliments ou l'insuffisance de leur mastication, puisque la muqueuse, en raison de l'évacuation accélérée, n'est en contact avec eux que pendant un temps court — *et en coliques*.

De temps à autre, on a le *tableau de l'hyperacidité* avec pyrosis et renvois, qui peut s'expliquer par la présence d'acides organiques. Mais ici, comme pour les douleurs, il semble que l'hyperesthésie de la muqueuse rende mieux compte du phénomène.

La langue est habituellement lisse, par suite de l'atrophie des papilles.

Il n'est pas rare d'observer des *vomissements* ou des *régurgitations de liquide aqueux*, insipide, salé ou amer, et de voir, à l'écran radioscopique, une couche de liquide d'hypersécrétion (SCHLESINGER). Ce liquide provient, non d'une pharyngite ou d'une œsophagite, mais bien de l'estomac. Il y a hydrorrhée (*anacidité hydrorrhéique*) par transsudation à travers la muqueuse — et non par sécrétion proprement dite. La chymification se ferait alors mieux que dans la forme anhydrorrhéique.

RAPPORTS AVEC D'AUTRES MALADIES. — *Anacidité et diarrhée.* — La diarrhée passe pour être fréquente dans l'anacidité, soit qu'il y ait fermentations intestinales des particules de viande ou de tissu conjonctif indigérées, soit qu'on l'explique par l'hyperkinésie gastrique ou par l'achylie pancréatique.

Ce à quoi TABORA fait observer qu'il n'a observé la diarrhée que dans 20 % des cas d'anacidité. Bien plus, BOAS, FABER, FISCHER et LEO ont noté très souvent de la constipation ou des selles normales. Ce qui est certain, c'est que la diarrhée est rare dans le cancer gastrique.

A l'inverse de la théorie gastrogène, SCHUTZ (après avoir observé, de même que SCHRÖDER, des sujets à acidité gastrique normale ou élevée, chez lesquels l'anacidité était survenue après l'installation d'une diarrhée chronique) pense que le trouble gastrique est aussi souvent secondaire (achylie entérogène).

En ce qui a trait aux *dermatoses*, même incertitude. Si LIER et PORGES ont observé de l'urticaire et de l'eczéma chronique dans l'insuffisance chlorhydrique (par manque d'action antiseptique dans l'intestin) SCHUTZ, sur plusieurs centaines de sujets anacides, n'a vu de manifestations cutanées que d'une façon tout à fait exceptionnelle. Si le traitement gastro-intestinal améliore la dermatose, c'est autant ou davantage par le régime alimentaire que par la médication excito-sécrétoire gastrique.

Un point capital, c'est les rapports de l'anacidité avec le cancer. Il est classique de dire qu'il existe entre eux une corrélation étroite. Contrairement à cette doctrine, SCHUTZ dit avoir observé de nombreux cas d'anacidité, qui, au bout de plusieurs années, n'avaient pas abouti au carcinome. Sans doute, on rencontre des cas d'anacidité, au cours desquels survient un cancer ; mais, ce sont là des faits isolés, comme ceux de normoacidité ou d'hyperacidité, qui se compliquent de cancer. On ne peut conclure de l'anacidité au cancer. Par contre, dans la sténose du pylore, l'anacidité doit faire porter le diagnostic de cancer.

En résumé, la question de l'anacidité gastrique est faite de contradictions et d'obscurité, tant au point de vue de la pathogénie que de la symptomatologie et des rapports avec les autres maladies. En ce qui concerne le cancer, SCHUTZ est catégorique : *l'anacidité n'est pas un signe précoce de carcinome gastrique.*

L. PRON.

LA TRANSFUSION SANGUINE, OPÉRATION DE PETITE CHIRURGIE AU SERVICE DU PRATICIEN

Par G. ROSENTHAL.

ERRATA. — Dans le deuxième article paru dans le numéro 44, page 3344, lire :

1re colonne : 3° Il faut toujours commencer par des doses *faibles*, et non larges...

2e colonne : 21e ligne : technique *citrohémosaline*...

Page 3346, lire : 2e colonne, 10e ligne : (fig. 1 *bis*).

Page 3347 : 1re colonne : interchanger les légendes des figures 3 et 4. La légende de la fig. 3 (ancienne fig. 4) doit se lire : A du groupe 2 est clair, B du groupe 3 est granité...

2e colonne, 44e ligne : lire le *sérum* du receveur, et non le signe.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le régime déchloruré dans le traitement de l'ascite cirrhotique.

L'ascite des cirrhoses veineuses se montre généralement rebelle à tout traitement causal. Les purgatifs et les diurétiques n'ont sur sa disparition qu'une action des plus médiocres. Et, dans la pratique journalière, c'est aux ponctions répétées que l'on demande l'évacuation de l'hydropisie, réalisant ainsi un traitement purement symptomatique et palliatif, qui débarrasse momentanément les malades d'un épanchement abdominal plus ou moins volumineux.

L'opération de Talma, ou omentopexie, qui tend à provoquer artificiellement une circulation veineuse collatérale, n'a connu qu'une vogue très éphémère.

Or, sans recourir aux interventions précitées, il est possible, si nous en croyons M. Achard, de faire disparaître l'ascite en soumettant purement et simplement le malade au régime déchloruré. L'auteur relate un certain nombre de cas dans lesquels cette diététique suffit à amener la résorption de l'épanchement. Et il démontre que, dans les cas où les résultats se montrèrent en apparence négatifs, ils n'en existèrent pas moins positivement, en ce sens que le régime ralentit et suspendit même l'augmentation de cet épanchement, ce qui n'avait pas lieu quand on redonnait du sel aux ascitiques.

A ce propos, il étudie le mécanisme de la formation des extravasations séreuses, dans les néphrites hydropigènes aussi bien que dans les œdèmes cardiaques. Sans nier la part que prend le rein défaillant à cette formation, l'auteur considère que le rein n'est pas tout, et qu'il y a lieu de retenir le rôle spécial que joue le chlorure de sodium dans l'organisme, et qui diffère totalement de celui des autres chlorures, le chlorure de potassium par exemple.

A noter cette particularité intéressante que la résorption de l'ascite se montre plus rapide chez les sujets qui ont conservé un bon appétit, et qui mangent suffisamment, que chez ceux dont la nutrition est languissante. Il semble qu'une certaine activité dans les échanges soit nécessaire pour conditionner la disparition de l'épanchement.

« .... Le régime déchloruré ne saurait guérir la cirrhose ni modifier le processus scléreux qui se poursuit dans le foie ; il agit seulement sur l'ascite, dont il ralentit le développement, au point même de l'arrêter et parfois de permettre la résorption du liquide. Quand bien même vous n'obtiendriez pas de lui ce maximum d'effet, le minimum aurait déjà son prix ». (*Journ. des Prat.*, 22 août 1923.)

L'aspiration des ailes du nez.

Quand on a obtenu le rétablissement de la perméabilité des voies respiratoires supérieures par l'ablation des végétations adénoïdes ou la résection des cornets hypertrophiés, il arrive souvent que l'inspiration nasale demeure impossible par suite d'une certaine faiblesse de l'aile du nez qui, sous l'action du courant d'air inspirateur, vient s'appuyer sur la cloison et bloquer ainsi l'entrée normale de la narine.

Or, il est possible de restituer à l'aile défaillante sa contractilité, et par suite son rôle physiologique, par la manœuvre suivante que décrit M. Gand :

« Le matin, au réveil, le soir, avant de se coucher, le sujet se tient debout en face d'un miroir et exécute, pendant une dizaine de minutes, des mouvements respiratoires amples et réguliers, bras immobiles et bouche fermée. Une grimace plissant le dos du nez pendant l'inspiration et relevant la lèvre supérieure est nécessaire au début pour maintenir béante la narine qui tend à s'aplatir. Avec les progrès de l'entraînement, le sujet arrivera au même résultat sans relever l'aile du nez. Le simple jeu du dilatateur propre qui ouvre largement les narines suffit désormais à assurer la respiration. »

On peut aider plus rapidement la nature dans cette œuvre de rééducation en faisant usage au début d'un dilatateur spécial (Dilatateur de Feldsbauch) qui rend de réels services, et qu'on abandonne quand la dilatation commence à devenir un acte réflexe. (*Journ. des prat.*, 22 août 1923.)

Hypertension syphilitique secondaire.

MM. G. Brouardel, Giroux et Bonnot attirent de nouveau l'attention sur la fréquence de la syphilis dans l'étiologie de l'hypertension artérielle, de même que dans celle de la néphrite urémigène hypertensive.

Cette notion étant acquise, ils insistent sur la nécessité de rechercher systématiquement l'état de la tension artérielle chez les syphilitiques, comme on recherche l'état de leurs réflexes.

Cette hypertension évolue en effet insidieusement, et ce n'est souvent que quand les lésions sont devenues irrémédiables qu'apparaissent les accidents qui provoquent l'intervention médicale.

De même en effet que la syphilis touche pré-

cocement les centres nerveux, de même peut-elle affecter les organes régulateurs de la tension artérielle.

« Quand on est pénétré de l'affinité de la syphilis pour l'appareil circulatoire et de son rôle hypertensif, on se rend compte de la nécessité d'une surveillance attentive et régulière de la tension artérielle chez des sujets contaminés. En procédant ainsi, on dépisterait sans doute souvent l'hypertension à son début, à un moment où elle est facilement influençable par un traitement bien conduit. Aujourd'hui, en effet, ce n'est généralement qu'à une période tardive que l'hypertension est reconnue ; à une époque où les désordres sont souvent irréparables, l'action du traitement est illusoire ou même à redouter ». (*Paris méd.*, 25 août 1923.)

Énervation du rein.

Il s'agit d'une opération au cours de laquelle le plus grand nombre des filets nerveux qui se rendent au rein en cheminant dans son pédicule sont sectionnés.

MM. Legueu et Flandrin démontrent que cette intervention est anatomiquement possible, que physiologiquement, elle ne trouble pas le fonctionnement de l'organe, et qu'elle agit sur les douleurs rénales et sur leurs irradiations, remarque faite que c'est au niveau du bassinet que se trouve la zone essentiellement sensible.

Pratiquement, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

« L'énervation est une arme nouvelle, particulièrement précieuse, pour les douleurs rénales.

« Elle nous paraît indiquée dans les petites rétentions rénales aseptiques, qu'elles soient uni- ou bilatérales : ce sont des lésions trop minimes pour légitimer la suppression du rein et trop douloureuses pour être tolérées.

« L'énervation constitue un adjuvant utile des pexies pour reins mobiles douloureux.

« Elle sera pour les néphralgies essentielles un puissant sédatif de ces crises douloureuses à pathogénie encore inconnue et si difficiles à calmer.

« Enfin, l'énervation sera une précieuse ressource pour qui voudra supprimer les douleurs liées à l'évolution d'une hydronéphrose dans un rein unique ou devenu unique après l'exérèse du rein adelphe ». (*Presse médicale*, 25 août 1923.)

Conseils pratiques pour la trachéotomie.

Relativement fréquente à l'époque où le croup nous trouvait désarmés médicalement, alors que nous ignorions les bienfaits de la sérothérapie anti-diphtérique, la trachéotomie n'en reste pas moins une opération, souvent d'urgence, qui s'impose dans certains cas d'asphyxie par obstacle siégeant dans les voies respiratoires supérieures, obstacle mécanique impossible à extraire rapidement, œdème de la glotte, traumatisme du larynx.

D'après M. Sébileau, le meilleur moyen de réussir consiste à procéder méthodiquement en recourant seulement à l'anesthésie locale (novocaïne-adrénaline). Voici la technique opératoire préconisée par le maître oto-rhino-laryngologiste :

« Faire une longue incision qui, de la pomme d'Adam, descende jusqu'au creux sus-sternal.

« Rechercher la ligne blanche cervicale et en écarter les lèvres musculaires sur toute l'étendue de la plaie.

« Repérer le cartilage cricoïde et la membrane crico-thyroïdienne et mettre leur front bien à nu.

« Découvrir l'isthme thyroïdien, l'isoler en laissant largement écartées les berges musculaires de l'incision ; l'inciser de haut en bas, sur la ligne médiane, complètement ; saisir chacun de ses deux moignons avec une pince de Kocher et séparer leur face profonde, de dedans en dehors, de la face antérieure de la trachée par quelques petits coups de section aux ciseaux. Lier en masse avec un catgut chacun de ces moignons. Si quelques petits vaisseaux échappent à cette hémostase, les lier séparément. La paroi trachéale se montre alors, au fond de la large plaie, nette et blanche.

« A l'aide d'une aiguille de Reverdin très courbe, passer, par le travers de cette paroi, deux fils, l'un à droite, l'autre à gauche, qui entrent dans la cavité trachéale et en ressortent, ayant embrassé les deux premiers anneaux de la trachée ; puis, avec chacun de ces deux fils symétriquement disposés, traverser toute l'épaisseur de la tranche correspondante de l'incision cervicale, à la hauteur même où ils entrent dans la trachée. Nouer les deux extrémités de l'un et de l'autre. Faire, en somme, une véritable trachéotomie. J'ai depuis bien longtemps montré l'énorme avantage que réalise, pour l'exécution de toutes les opérations laryngo-trachéales, cette manœuvre de l'extériorisation de la trachée suivie, quand il le faut, d'une fixation de cet organe à la peau (trachéopexie).

« Si l'on n'est pas pressé par les événements, faire alors la suture des deux lèvres musculaires et des deux lèvres cutanées dans toute l'étendue de l'incision, sauf naturellement, sur la hauteur des 3 ou 4 centimètres où la paroi trachéale apparaît, dans la béance tégumentaire, découverte et comme à fleur de peau. Puis, inciser la trachée verticalement, bien sur la ligne médiane, et y glisser extemporanément, ce qui est infiniment aisé, la canule de Krishaber. Si le besoin d'air est pressant, pratiquer, d'abord l'ouverture trachéale ; laisser le malade assis respirer quelques instants ; faire ensuite la suture. Cette dernière technique réalise une moins bonne opération, car

les mucosités qui sont projetées en dehors de l'arbre respiratoire contaminent la plaie et peuvent compromettre sa réunion par première intention ».

Nous sommes loin de la méthode rapide et aveugle qu'on enseignait il y a quelque trente ans et qu'on pratiquait dans certains services de diphtérie des hôpitaux d'enfants.

Mais si, cependant, il importe d'aller aussi vite que possible, le temps pressant ? M. Sébileau conseille l'élégante manœuvre suivante : faire rapidement la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, qui est d'une extrême simplicité ; permettre ainsi au patient de respirer et de triompher de l'asphyxie menaçante, puis procéder à la trachéotomie méthodique décrite ci-dessus, avec la sécurité que donne le répit ainsi obtenu. (*Paris méd.*, 1er septembre 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Calcul de la glande sous-maxillaire.

(M. P. Bazy. — *Académie de Médecine* ; 2-10-1923.)

Les calculs de la glande sous-maxillaire sont rares et, encore, la plupart du temps siègent-ils en réalité dans le canal de Wharton. Souvent le diagnostic n'est fait qu'à l'occasion d'une complication, un abcès du plancher buccal.

M. Bazy vient d'observer un malade chez lequel le calcul, siégeant dans la glande sous-maxillaire elle-même, put être reconnu de bonne heure, grâce à la radiographie. Il s'agit d'un homme qui se plaignait de douleurs, surtout au moment des repas, au niveau de la mâchoire inférieure, près du plancher de la bouche. On sentait là une induration et une tuméfaction de la région. Un examen aux rayons vint préciser le diagnostic. M. Bazy intervint, sous anesthésie locale à la cocaïne, par voie buccale, et fit l'extraction de la petite masse calculeuse.

L'auteur rappelle, à ce propos, deux autres cas de calculs du canal de Sténon et de la glande sous-maxillaire, qu'il lui a été donné de voir. Les deux malades avaient déjà un phlegmon buccal et sous-maxillaire. Pour éviter ces complications, dit-il, en présence d'une induration douloureuse de la glande sous-maxillaire, le médecin doit conseiller une radiographie qui précisera la nature de la lésion.

Les œuvres françaises de médecine sociale en Rhénanie

(M. Lasnet. — *Academie de médecine* ; 2-10-1923.)

M. Achard présente un travail de M. le médecin inspecteur général Lasnet intitulé : les œuvres françaises de médecine sociale en Rhénanie.

Depuis le début de notre occupation, les services sanitaires de l'armée du Rhin se sont appliqués à veiller sur la santé de nos soldats et des Français résidant en Rhénanie. Des œuvres diverses ont été créées : maternités, consultations de nourrissons, surveillance médicale des écoliers, œuvres anti-tuberculeuses (centre de triage de Mayence, visites de dépistage). La lutte contre les maladies vénériennes a été l'objet d'une attention particulière. Ces maladies, à la faveur de la guerre, s'étaient tellement développées en Rhénanie qu'à Wiesbaden on estimait à 25 % de la population la proportion des cas de syphilis. On créa un centre de vénéréologie à Mayence. On répandit largement les moyens de préservation individuelle. La lutte anti-vénérienne fut étendue à la population civile, en plein accord avec les médecins et la police allemande.

M. Tirard, haut-commissaire de la République, dans sa préface, souligne les heureux résultats produits par la collaboration confraternelle entre médecins français et médecins allemands dans la lutte contre certaines maladies contagieuses ou épidémiques, en pays Rhénan.

L'irradiation solaire et les péritonites chroniques

(M. Pierre Descomps. — *Société de chirurgie* ; 11-7-1923.)

M. Pierre Descomps revient sur la communication de M. Témoin relative à l'irradiation solaire dans dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. L'irradiation peut être utile dans la thérapeutique de certaines péritonites subaiguës ou chroniques, bacillaires ou non bacillaires, en combinaison ou non avec la laparotomie. La cure solaire est applicable avant l'opération, quelquefois pendant (selon la pratique de M. Témoin), et surtout après l'intervention. On l'obtient aisément dans la clientèle privée, grâce aux établissements spéciaux, de plus en plus nombreux, organisés à cet effet. On l'obtient plus difficilement dans les milieux hospitaliers, où une installation *ad hoc* fait trop souvent défaut. L'aménagement, dans chaque hôpital, d'un « solarium » serait désirable.

En cette matière, diverses conditions sont à réaliser, dont deux principales. La première est d'accoutumer le malade au traitement, par des séances initiales courtes, partielles, modérées. Le « mal des rayons », conséquence d'irradiation solaire brusque, et massive, existe, et il se traduit par un ébranlement organique, qui témoigne d'un véritable état de choc sympathico-bulbaire. La seconde condition concerne la filtration des rayons solaires, au moyen d'écrans-

sélecteurs (écran colorés, de verre d'urane, etc.) ne laissant passer que les rayons utiles (les radiations chimiques qui vont du bleu à l'ultra-violet).

Les rayons en question, qui sont de courte longueur d'onde, sont facilement absorbés par les poussières atmosphériques et par l'air lui-même. D'où la plus grande activité de l'héliothérapie aux hautes altitudes, au bord de la mer, à la campagne, où l'air est plus pur.

M. Pierre Descomps envisage le mécanisme de l'action thérapeutique des radiations solaires. Il reste encore hypothétique. On a invoqué les propriétés microbicides des radiations, la stimulation de la phagocytose. Il semble qu'il s'agisse plutôt de phénomènes bio-chimiques de choc.

—. M. Baudet montre qu'il faut joindre le traitement médical à la cure opératoire dans la thérapeutique de la péritonite tuberculeuse. Ceux de ses opérés qui ont pu se soigner ainsi, faire de l'héliothérapie ultérieure, à la campagne, ont tous guéri. Il n'en a pas été de même des opérés d'hôpital. Plusieurs d'entre eux ont succombé à leur affection.

Perforations aiguës de l'estomac et du duodénum.

(M. Charles L. Gibson, de New-York. — *Société de chirurgie* ; 11-7-1923.)

M. Ch. L. Gibson fait une communication sur 76 cas, opérés dans son service du *New York Hospital*, de perforations aiguës de l'estomac et du duodénum.

Le diagnostic, dit-il, n'offre pas en général, de grosse difficulté. Le malade signale, dans ses antécédents, des troubles gastriques. Au moment de la perforation, il éprouve subitement une douleur déchirante, violente, à l'épigastre, et souvent il s'effondre, angoissé, couvert de sueurs froides, dans un état de shock. L'abdomen (à la région épigastrique surtout) est dur et concave. Puis, surviennent des vomissements, quelquefois sanglants. Avant de fixer le diagnostic, il faut penser à la pneumonie sans signes pulmonaires, au calcul mobile du rein (colique néphrétique), à la crise gastrique du tabes, et à d'autres états abdominaux aigus (appendicite).

L'opération sera précoce. On interviendra dès les premières heures si possible. Toutefois, dans la période ne dépassant pas dix-huit heures, la mortalité est encore réduite. Passé ce délai, les conditions s'aggravent rapidement.

La technique opératoire de l'auteur comprend la suture de la perforation, avec ou sans gastro-entérostomie. En France, on discute beaucoup actuellement sur des interventions plus radicales en pareil cas (la gastrectomie, en particulier). Aux Etats-Unis, dit M. Gibson, on se préoccupe seulement de la question de la gastro-entérostomie, une fois l'ulcère perforant suturé.

Pour ce qui concerne les résultats éloignés du traitement, l'auteur insiste beaucoup sur l'importance de la diététique et de la thérapeutique médicale chez les convalescents et longtemps même après l'opération.

Tumeur cérébrale : guérison des troubles par la radiothérapie.

(MM. Chatelin et de Martel. — *Société de chirurgie* 11-7-1923.)

MM. Chatelin et de Martel présentent une observation de tumeur cérébrale intéressante à deux points de vue : l'action curatrice de la radiothérapie profonde, d'abord ; l'apparition, d'autre part, d'accidents bulbaires, à la suite d'une ponction lombaire, accidents attribuables en toute vraisemblance à l'engagement du cervelet dans le trou occipital.

Il s'agit d'une femme chez qui se montrèrent il y a deux ans une céphalée presque continue avec paroxysmes violents et vomissements. Quelques mois plus tard, l'acuité visuelle diminua et à l'examen ophtalmoscopique, on nota de la stase papillaire, des signes de tumeur cérébrale. Un jour, à la suite d'une ponction lombaire (qui décela une pression de 70 au manomètre de Claude), des troubles graves éclatèrent brusquement : signes bulbaires, pouls à 125, hyperthermie, coma. On pensa à des phénomènes compressifs dus au coincement des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital par aspiration du bulbe. On eut recours, *in extremis* pour ainsi dire, à la position inversée, la malade étant placée sur une table d'opération, la tête aussi bas que possible, dans le but de dégager le bulbe. En quelques minutes, les troubles, si graves s'amendèrent. On maintint la même position pendant plusieurs semaines.

On décida, alors, de tenter une application profonde et intensive de rayons X. Au bout de cinq jours l'état était déjà notablement amélioré. Actuellement, seule persiste une légère céphalée intermittente. La vision, toutefois, quoique meilleure, reste précaire.

— M. Proust pense que la disparition d'une tumeur cérébrale et la rétrocession des troubles visuels sous l'influence de la radiothérapie ne constituent pas une éventualité exceptionnelle. Beaucoup de tumeurs cérébrales, sauf celles de l'espèce ponto-cérébelleuse, sont très radio-sensibles.

— M. Robineau a vu deux exemples d'engagement des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital. C'est un accident connu après ponction lombaire au cours des hypertensions crâniennes. Chez son premier malade, l'enclavement cérébelleux s'est traduit par l'arrêt définitif de la respiration. La respiration artificielle a entretenu la vie, en apparence, pendant cinq heures. Les deux patients succombèrent, bien que l'un et l'autre aient été mis en position de Trendelenburg pour désenclaver le cervelet, dès le début des accidents. La position déclive, qui a donné un beau résultat dans le cas de M. de Martel, peut donc échouer dans d'autres circonstances.

Ostéomyélite aiguë du fémur : guérison par vaccination.

(M. Raymond Grégoire. — *Société de chirurgie* ; 11-7-1923.)

Une objection faite aux guérisons d'ostéomyélite

aiguë après vaccinothérapie consiste à dire que la lésion inflammatoire en cause était beaucoup plus une lymphangite profonde qu'une lésion osseuse véritable.

M. Raymond Grégoire a traité et guéri par le seul vaccin une malade chez laquelle l'altération de l'os fut démontrée par la suite elle-même. La patiente en question, en effet, jeune femme de 19 ans, fut atteinte d'accidents aigus pour lesquels on porta le diagnostic d'ostéomyélite de la diaphyse fémorale. Des injections de vaccin de Salimbeni furent suivies d'une régression rapide des phénomènes morbides et de guérison. On aurait pu douter d'une atteinte osseuse véritable lorsque, quelques jours plus tard, la malade, en se promenant fit brusquement une fracture spontanée du fémur, ce qui signifiait d'une manière incontestable l'altération grave du système osseux. Il y avait donc bien eu ostéomyélite, guérie par la vaccination.

Tumeurs cérébrales.

(M. de Martel. — *Société de chirurgie* ; 11-7-1923.)

M. de Martel montre deux malades qu'il a opérés pour tumeur cérébrale de la région rolandique.

Le premier avait un syndrome d'hypertension très marquée, de l'épilepsie jacksonienne, une monoplégie brachiale. M. de Martel lui a enlevé en un temps un gros tubercule cérébral (position assise, anesthésie locale).

Le second malade offrait un syndrome d'hypertension, une monoplégie brachiale, de l'astéréognosie. Il fut opéré en deux temps : premier temps, sous anesthésie rectale, en position assise ; deuxième temps, sous anesthésie locale. Il s'agissait d'un volumineux sarcome de la faux du cerveau.

Ces deux malades vont, à l'heure actuelle, très bien. L'avenir du second est, toutefois, meilleur que celui du premier.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Fractures intra-utérines des deux jambes chez un hérédo-syphilitique.

M. L.-M. Bonnet relate l'observation d'un enfant mort dans son service à 19 jours, et présentant une fracture des deux jambes près de leur extrémité inférieure. L'enfant avait, dès sa naissance, des signes de syphilis (pemphigus) et sa mère était nettement syphilitique.

Ostéo-fibrome du rocher.

MM. Rabattu et Mollon présentent des pièces provenant de l'autopsie d'une femme de 82 ans, morte de broncho-pneumonie à l'hospice du Perron. Cette femme présentait une paralysie faciale gauche du type périphérique, survenue progressivement dix ans auparavant. Peu de temps après l'apparition de cette paralysie, s'était produite une fonte purulente de l'œil gauche, ayant nécessité l'énucléation. Surdité complète à gauche. Pas de paralysie des membres. Réflexes normaux.

A l'autopsie, outre la broncho-pneumonie, cause de la mort, on trouva, au niveau du rocher, à gauche, une tumeur osseuse du volume et de la forme d'un œuf. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un ostéofibrome. C'est là un cas fort rare ; ce qu'on observe habituellement au niveau du rocher, ce sont des ostéosarcomes.

Tumeur de la glande intercarotidienne.

MM. Bérard et Dunet présentent les pièces et l'observation d'une malade atteinte de tumeur maligne de la glande *intercarotidienne. L'affection avait* débuté environ trois ans auparavant. La tumeur avait le volume du poing, s'étant accrue très rapidement depuis un an. Elle déterminait des douleurs névralgiques très violentes, de la raucité de la voix, des crises de suffocation. L'extirpation en fut difficile : on put dégager la carotide interne, mais on dut réséquer la jugulaire interne sur une longueur de 10 centimètres, le pneumogastrique sur 6 centimètres, la carotide externe, dont la section et la ligature portèrent sur la fourche. Deux jours après l'intervention, parésie des membres du côté gauche, perte de la vision de l'œil droit et ptosis du même côté. Mort 3 semaines plus tard.

L'examen de la pièce opératoire montra, accolée à la tumeur, une veine dilatée, dans la paroi de laquelle pénétrait un bourgeon néoplasique de 24 millimètres de long, libre dans la lumière du vaisseau. L'examen histologique montra qu'il s'agissait indiscutablement d'une tumeur maligne. L'autopsie, enfin, révéla l'existence, dans la carotide interne, d'un long caillot remontant jusqu'au canal carotidien, et dans l'intérieur du crâne jusqu'à l'ophtalmique. Petit noyau métastatique dans le poumon droit.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans ce fait qu'il s'agissait, à n'en pas douter, d'une tumeur maligne, alors que l'on tend à admettre que les tumeurs de la glande inter-carotidienne sont généralement bénignes, au point que, tout récemment encore, MM. Chevassu et Lecène, et M. Lenormant, ont préconisé, en pareil cas, l'abstention opératoire en raison de la gravité des ligatures carotidiennes.

Fibrome et grossesse.

M. André Chalier présente un volumineux fibrome, de la grosseur d'une tête d'adulte, constitué par un grand nombre de masses fibromateuses, sous-muqueuses, interstitielles et sous-péritonéales. La malade présentait depuis sept semaines, sans avoir eu de retard de règles, des hémorrhagies rebelles qui la décidèrent à accepter l'intervention refusée lors

d'un premier examen . A l'ouverture du ventre, on ne constata qu'une vascularisation un peu excessive du fibrome et une zone ramollie dans la région du fond utérin. En ouvrant l'utérus, on trouva un fœtus de deux mois environ.

Énorme calcul du cholédoque ayant évolué sans symptômes.

M. Léo Barbier présente, au nom de M. Delore et au sien, une série de calculs du cholédoque dont un est remarquable par sa forme en corne d'abondance et par ses dimensions : 11 cm. de long et 11 cm. 1/2 de circonférence à sa partie supérieure. Il s'agissait d'une malade de 52 ans, n'ayant comme antécédent qu'une crise très fruste de colique hépatique il y a trente ans. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle eut quelques vomissements, sans douleurs, ni température, puis apparut un ictère qui alla en s'accentuant. Le cholédoque et l'hépatique furent trouvés bourrés de calculs.

Corps étrangers de l'œsophage.

M. Sargnon relate quatre nouveaux cas de corps étrangers œsophagiens : le premier a trait à une arête de poisson fixée dans le pharynx inférieur avec œdème laryngé, les trois autres sont des cas œsophagiens : morceau de viande obstruant une sténose cicatricielle diaphragmatique chez une enfant de 4 ans, un os enclavé dans la bouche de l'œsophage, et un dentier fixé à la partie supérieure du sternum. Pour les deux premiers cas, l'auteur a employé sa méthode du désenclavement cocaïnique, qui lui a donné de bons résultats, quelques insuccès, mais jamais d'accidents en agissant prudemment et sans forcer. Elle consiste, après œsophagoscopie, à porter au-dessus du corps étranger une tige métallique assez souple et muni d'un coton cocaïné, et à maintenir le contact sans appuyer. La cocaïne fait cesser le spasme et le corps tombe de lui-même. La méthode n'est à utiliser que pour les corps étrangers récents et non dangereux. Dans les deux autres cas présentés, la descente s'est faite, malgré l'opérateur, au cours de tentatives infructueuses faites pour saisir le corps étranger avec la pince.

Grosse vésicule ou gros rein ?

MM. Gayet et Mallon présentent les pièces provenant d'une intervention pratiquée chez une malade qui présentait de la pyurie et une grosse tumeur du flanc droit, avec sonorité antérieure. La séparation des urines montrait des urines troubles à droite. M. Gayet, conservant cependant un doute, fit une incision antérieure et tomba sur une vésicule volumineuse, masquée par une languette hépatique. Son fond adhérait au côlon transverse, ce qui explique la sonorité antérieure. Cholécystectomie facile et suites simples. La vésicule était remplie de gros calculs en forme de jetons de jeu de dames empilés les uns sur les autres. M. Gayet a eu l'occasion de voir déjà deux autres cas analogues, où il fit également une incision antérieure, et a l'impression qu'en cas de doute entre rein et vésicule, c'est de cette dernière qu'il s'agit.

Deux cas de gastrectomie.

M. Guilleminet présente, au nom de M. Bérard, deux cas de gastrectomie dont l'intérêt réside surtout dans la simplicité extrême de la technique opératoire. Le premier a trait à une sténose pylorique par ulcus cicatrisé ; pylorectomie sur une étendue de 1 à 2 centimètres ; réunion bout à bout très facile avec l'aide du double clamp de Témoin. Le second cas était un estomac biloculaire par cicatrisation d'ulcus de la petite courbure ; résection annulaire de 4 à 5 centimètres, suture à trois plans avec le clamp de Témoin.

Deux cas de fibrome avec nécrobiose.

M. Rougemont présente, au nom de M. Cotte, deux fibromes compliqués, l'un de dégénérescence kystique, l'autre de nécrobiose.

Pneumonie caséeuse du nourrisson avec ombre radioscopique en bande transversale.

MM. Weill, Gardère et Bernheim relatent l'observation d'une enfant de 14 mois ; il s'agit d'une pneumonie caséeuse classique, présentant toutefois deux particularités intéressantes : 1° au point de vue radioscopique, ombre transversale en bande, traversant complètement le champ pulmonaire de la périphérie au médiastin et offrant l'image d'un triangle fortement tronqué au niveau de son angle hilaire ; 2° au point de vue anatomique, foyer pneumonique de forme triangulaire à base périphérique, à sommet venant au contact de gros ganglions caséeux hilaires ; la contiguïté de ces deux masses, pneumonique et ganglionnaire, expliquant parfaitement l'image radioscopique.

Dents d'Hutchinson frustes.

MM. Mouriquand et Dechaume présentent une fillette, hérédo-syphilitique avérée, dont les incisives médianes supérieures ont l'aspect classique en tournevis, élargies au collet, rétrécies au niveau du bord libre ; érosions en cupules ou en sillons de la face antérieure ; mais pas d' chancrure semi-lunaire du bord libre, dont Hutchinson fait le caractère majeur du type de dent qui porte son nom.

Thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire.

M. Pallasse présente une malade atteinte de tuberculose pulmonaire unilatérale, à tendance scléreuse faiblement évolutive, chez laquelle il ne crut pas devoir tenter un pneumothorax artificiel, les signes cliniques et radioscopiques étant en faveur d'une symphyse pleurale complète ; il fit donc pratiquer une thoracotomie (résection des douze côtes en

arrière). Le résultat a été bon : disparition de la toux et de l'expectoration, état général très satisfaisant, la malade a repris son poids habituel.

La thoracotomie paraît donc indiquée dans les formes unilatérales anciennes, dans les formes lentes scléreuses, mais néanmoins progressives, avec état général assez bon pour supporter l'intervention, M. Bonnamour fait remarquer que la grosse indication de la thoracoplastie, c'est la symphyse pleurale totale, que l'on ne peut affirmer si l'on n'a pas essayé un pneumothorax, d'où M. Pic conclut qu'il faut d'abord tenter celui-ci et, en cas d'échec, recourir à la thoracoplastie.

La méningite dans l'encéphalite et la poliomyélite épidémique de l'adulte.

M. A. Dumas rapporte deux observations de polioencéphalomyélites accompagnées de réaction méningée, celle-ci ayant même pris le pas sur des symptômes de poliomyélite ou d'encéphalite qui ne se sont révélés que tardivement à l'état d'ébauche.

Myxœdème par absence de corps thyroïde.

MM. Mouriquand et J. Barbier ont suivi pendant huit mois un enfant myxœdémateux, mort de pleurésie purulente et de méningite suppurée, A l'autopsie, on ne trouva aucun vestige de corps thyroïde, même sur des coupes histologiques du tissu cellulaire avoisinant le larynx et la trachée. Hypophyse légèrement hypertrophiée ; surrénales un peu grosses, sans modifications histologiques ; testicules présentant un début de sclérose.

Tension artérielle au-dessus de 70 ans.

M. Dumas, Mlle Chevassus, M. Labry, ont étudié la tension artérielle chez les vieillards de l'hospice du Perron et sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° La tension n'augmente pas progressivement avec l'âge, mais seulement avec l'âge des lésions qui la commandent et qui sont le plus souvent incompatibles avec l'extrême vieillesse ;

2° L'évolution sénile ne comporte qu'une hypertension modérée ;

3° On ne trouve pas chez le vieillard la grosse hypertension du cœur rénal, celle-ci évoluant vers l'insuffisance cardiaque ou l'hémorrhagie cérébrale ;

4° La moyenne de la tension artérielle ne paraît pas plus élevée au-dessus de 80 ans qu'entre 70 et 80 ;

5° L'athérome est plus fréquent chez le vieillard que les scléroses viscérales actives ;

6° L'inextensibilité artérielle due à l'athérome provoque une augmentation de la tension différentielle.

Tension artérielle chez les hémiplégiques.

Les mêmes auteurs ont étudié la tension artérielle chez les hémiplégiques : chez les hémiplégiques anciens, dont la lésion datait de la soixantaine, l'hypertension est restée modérée (de 15 à 20 cm. au Gallavardin) ; chez les hémiplégiques récents avec inondation ventriculaire fatale, l'hypertension dépassait toujours 20 cm. de Hg. D'où il semble résulter que si l'hypertesnsion ne commande pas l'hémorrhagie, elle en règle l'intensité et la gravité.

Paralysie diphtérique à localisation rare.

MM. J. Lépine et Sédaillan présentent une malade de 43 ans qui eut, en novembre 1922, une angine diphtérique ayant duré un mois ; asthénie très marquée, hémorrhagie nasale et paralysie précoce du voile. Celle-ci disparut pour reparaître le 1er janvier suivant, en s'accompagnant de paralysie de l'accommodation, des muscles de la nuque, et d'une légère atteinte de l'hypoglosse. En trois ou quatre jours, s'installa ensuite une quadriplégie complète : la main droite, la main gauche, les avant-bras, les bras, la racine des cuisses, les membres inférieurs se prirent successivement ; abolition des réflexes, œdème des mains et des malléoles, rétention des urines et des matières. Malgré un traitement sérothérapique régulier (20 à 40 cmc. de sérum sous-cutané) l'état de la malade alla en s'aggravant et la paralysie atteignit les muscles masticateurs; on décida de faire alors du sérum intra-veineux (20 cmc.) ; cette injection détermina un choc intense, suivi de signes de pneumonie droite. Mais par la suite, les phénomènes paralytiques rétrocédèrent progressivement et la malade est actuellement guérie.

Kératodermie et épithélioma d'origine arsenicale

MM. Nicolas, Gaté et Lebeuf présentent un malade de 58 ans qui, pendant cinq ans (de 20 à 25 ans) prit journellement sans interruption de XXX à XL gouttes de liqueur de Fowler. A 25 ans, apparition d'un épaississement corné de la paume des mains et de la plante des pieds. A 44 ans, apparition, au niveau de la face dorsale de la phalangette de l'index droit, d'un durillon. Il y a dix ans, celui-ci s'étend à toute la phalange et s'ulcère. Enfin il y a deux mois, cette ulcération a pris des caractères nettement néoplasiques et une biopsie a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés. C'est le troisième cas de cancer arsenical observé par M. Nicolas. Il faut remarquer que, alors même que les sujets ont cessé depuis des années l'arsenic, la kératodermie n'en continue pas moins à évoluer et peut se cancériser. Donc, ne pas donner indéfiniment des arsenicaux.

Perforation pulmonaire au cours du pneumothorax artificiel.

MM. Pallasse et Bouvier rapportent l'observation d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire, chez lequel ils pratiquérent deux injections d'azote dans la plèvre. La seconde fut très mal supportée, et



suivie de signes d'épanchement pleural ; l'état du malade s'aggrava progressivement et il finit par succomber. L'autopsie montra l'existence d'une vaste poche pleurale, limitée en haut par une masse d'adhérences, au voisinage de laquelle se voyaient sur la plèvre viscérale deux ou trois orifices conduisant en plein parenchyme.

A. C.

Les Congrès

XVIIe Congrès Français de Médecine

Tenu à Bordeaux les 27, 28, *et* 29 *septembre* 1923 (suite).

Communications sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire.

M. Maragliano (Gênes). — Les connaissances nouvellement acquises sur la tuberculose et leur influence sur la compréhension de la pathologie et de la thérapie des maladies tuberculeuses. — Il arrive à des conclusions très intéressantes sur la production d'anticorps, d'antitoxines qui peuvent créer l'immunité chez l'homme et d'importantes déductions thérapeutiques en découlent.

M. Maragliano (Gênes). — La vaccination préventive de l'homme contre les maladies tuberculeuses.

M. Burnand (de Leysin). — Sur les résultats éloignés du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel.

Discussion : MM. Bard et Dieudonné (de Cambo). En pratique, il faut agir en matière de prophylaxie tuberculeuse comme si les examens d'expectoration étaient positifs.

M. Frossard (Paris) 1° Photothérapie et asthénie. 2° Conditions d'établissement d'un stéthoscope étalon.

M. Duquaire (de Lyon) fait une intéressante communication sur la vaccinothérapie antituberculeuse.

M. J. Teissier. (Lyon) Traitement spécifique de la tuberculose rénale. Observations cliniques.

L'auteur rapporte deux cas de tuberculose rénale double traités et guéris par le sérum bactériolytique de Maragliano. La guérison est maintenue depuis 15 ans. Le pouvoir agglutinant du sérum s'était montré proportionnellement augmenté.

M. Vaudremer (Paris). — 1° Neutralisation de la tuberculine et bactériothérapie dans la tuberculose pulmonaire grave.

2° Le bacille de la tuberculose (étudié au point de vue de sa morphologie).

M. Mennite (Gênes). — Antigènes et anticorps tuberculeux introduits par voie gastrique.

M. Sivori (Gênes). — Sur un nouvel antigène tuberculeux total. Méthode diagnostique nouvelle des maladies tuberculeuses.

M. Rappin (Nantes). — Vaccination et vaccinothérapie de la tuberculose. Il s'agit de vaccin préventif obtenu chez le cobaye et qui, au point de vue curatif, présente de réels avantages chez certains tuberculeux apyrétiques.

MM. Leuret et Delmas (Bordeaux). — Technique du pneumothorax, utilité de l'inscription de la courbe d'insufflation. — Les auteurs apportent un ensemble de faits qui donnent désormais aux praticiens de s précisions toutes particulières en ce qui concerne le pneumothorax. La connaissance de la pression efficace (enregistrée par le manomètre compensateur de Marey) jointe à celle des courbes d'insufflation vont permettre de déterminer 3 facteurs utiles :

a) La pression vraiment active sur le poumon ;

b) La nature anatomique de la cavité pleurale dont va dépendre la répartition variable des effets du facteur pression.

c) L'élasticité et la compressibilité du poumon.

M. Dieudonné. — Le terme de pression efficace peut prêter à confusion et signifier efficace au point de vue thérapeutique.

M. Delmas. — C'est la pression efficace au point de vue dynamique.

MM. Leuret et Aumont (Bordeaux). — Variété des aspects radiologiques succédant au pneumothorax artificiel.

M. Boudreau (Bordeaux). — La thérapeutique iodée intensive contre la tuberculose.

M. Burnand (de Leysin). — Deux catégories : Chez les tuberculeux chroniques, l'effet général est favorable, mais cette indication est limitée. M. Boudreau semble donc trop optimiste.

M. Besançon (Paris). — L'action hyperleucocytaire connue de l'iode rendrait logique l'essai dans la tuberculose.

Expériences sur le cobaye avec de Jong.

Iodure de potassium mal toléré, iode bien toléré même à fortes doses, mais n'a jamais amené de modification dans l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye. Chez l'homme, pas de résultats. Il y a eu des hémoptysies et des troubles digestifs.

M. Cornet (Pau). — L'augmentation des leucocytes des crachats est un bon signe de guérison.

M. Dieudonné. — L'iodothérapie amène des désastres.

M. Tissié (Pau). — Traitement de la tuberculose et des maladies des voies respiratoires par la gymnastique analytique.

M. Jacquerod (Leysin). — Bacillose ganglionnaire normale prétuberculeuse ; lutte préventive.

M. Creyx (Bordeaux). — Les emphysèmes pulmonaires. Essais de classification, rapports cliniques avec l'asthme.

M. Mouisset (Lyon). — Variation des signes physiques de la bosse chez les anciens pleurétiques.

Rapports du sympathique et des glandes endocrines en pathologie.

Rapporteur : M. V. Pachon, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

La question va être étudiée uniquement au point de vue physiologique. En premier lieu, il existe un automatisme de l'activité cellulaire et une régulation autonome fondamentale, de la vie organique connus depuis longtemps, et cette régulation autonome assure la continuité du fonctionnement organique.

Il y a en outre une hétéro-régulation de la vie organique dont le mécanisme est double : nerveux et humoral, et qui assure non plus la continuité de la vie, mais le rythme de la vie.

Après des remarques très intéressantes sur diverses données doctrinales telle que le rôle de la choline comme substance active des glandes endocrines, le professeur Pachon passe à « l'étude spéciale des rapports fonctionnels proprement dits, directs et constants ; interférentiels et éventuels du sympathique et des glandes surrénales ». Le point de départ est l'expérience de la piqûre diabétique de Claude Bernard.

La piqûre qui agit par excitation du splanchnique produit-elle la glycosécrétion par l'intermédiaire d'un mécanisme humoral : la sécrétion d'adrénaline (car on sait que le splanchnique est adrénaliné) ? Le professeur Pachon répond : *non*. Le système nerveux sympathique glycosécrétoire est autonome, mais il peut y avoir concomitance de deux actions et leur mise en jeu synergique parallèle par deux mécanismes : mécanisme nerveux et mécanisme humoral.

En outre de la fonction glycosécrétoire, il faut étudier les réactions vaso-motrices et le rôle du sympathique et des surrénales dans le maintien du tonus artériel. Là encore, la même question se pose. Y a-t-il « attelage en flèche, ou attelage à deux ? »

Après une étude extrêmement serrée, le professeur Pachon répond : il y a autonomie du système nerveux sympathique dans la manifestation de ses réactions fonctionnelles vaso-motrices.

Quant à l'action possible par l'intermédiaire de l'adrénaline intervenant pour maintenir le tonus artériel, en se maintenant sur un terrain strictement physiologique, l'existence d'une adrénalinémie physiologique n'est pas démontrée.

Conclusion. — Dans l'état actuel de nos connaissances, il y a indépendance et autonomie fonctionnelle entre le système sympathique et les surrénales. Ces deux mécanismes interviennent pour régler et coordonner la vie organique par des actions interférentielles.

Rapport sur le sympathique et les glandes endocrines.

présenté par MM. Maurice Perrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy et Alfred Hanns, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Après avoir passé en revue les syndromes se rapportant à des troubles endocriniens et sympathiques, les auteurs arrivent aux conclusions générales suivantes :

Les rapports entre le sympathique et les glandes endocrines en pathologie ne se présentent pas toujours de la même façon, et parmi les affections endocriniennes, il faudra distinguer :

a) Les affections endocriniennes à symptomatologie sympathique, telles que : maladie de Basedow, myxœdème, tétanie, maladie d'Addison, etc.

b) Les affections endocriniennes où le sympathique joue un rôle adjuvant dans la genèse des troubles morbides.

c) Les affections où le sympathique ne fait que modifier le terrain.

Discussion des rapports.

MM. Tournade et Chabrol (Alger). — M. Tournade expose l'expérience qui démontrerait l'existence de l'adrénalinémie physiologique. C'est l'expérience de l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire. Double critère : hypertension.

Il arrive aux conclusions suivantes :

a) Le nerf splanchnique est doublement hypertenseur (mécanisme nerveux et hormonique) ;

b) Il est particulièrement hyperglycémiant (*mécanisme nerveux et hormonique*).

M. Widal (professeur à la Faculté de médecine de Paris) remercie les physiologistes de leurs remarquables travaux. Au point de vue physiologique pur, le problème posé a fait un très grand pas mais est encore à l'étude. Devons-nous attendre sa solution pour l'utiliser en thérapeutique ? La clinique nous fournit des présomptions dont nous devons tenir grand compte en attendant des conclusions plus précises fournies par la physiologie.

a) *Applications thérapeutiques.* Effets merveilleux de l'opothérapie.

b) Applications cliniques : nécessité absolue d'explorer le sympathique si l'on découvre un trouble endocrinien et vice-versa.

M. Claude (Paris) insiste sur l'importance, pour étudier ces faits, de l'observation anatomo-clinique, l'observation clinique seule étant insuffisante. Dans l'état actuel de nos connaissances, les choses sont en suspens, il faut étudier et attendre.

M. Bezançon (Paris). — Réflexe oculo-cardiaque chez les tuberculeux suivant les formes de tuberculose ; dans les formes bénignes, le réflexe est normal ou exagéré. Dans les formes graves, il manque ou est inversé.

M. Laignel-Lavastine (Paris) présente un nouvel ouvrage, dont il est l'auteur, sur la pathologie du sympathique.

Il insiste sur la hiérarchie fonctionnelle des centres de régulation.

M. Lereboullet (Paris) cite comme exemple d'association endocrino-sympathique : la sclérodermie, mais le système nerveux paraît être à l'origine et, au-dessus du sympathique, certains centres nerveux du mésocéphale. Donc : ne pas oublier le rôle du système nerveux central et particulièrement du néocéphale.

Communications.

M. H. Claude (Paris) insiste sur la recherche du réflexe solaire comme moyen d'exploration du système vago-sympathique.

MM. Finel et Santenoise (Paris) :

a) Rapport de l'équilibre du tonus vago-sympathique avec le choc hémoclasique et le choc anaphylactique ;

b) Influence d'un choc donné sur la perturbation ultérieure de l'équilibre vago-sympathique.

c) Relations entre l'équilibre vago-sympathique et le métabolisme des hydrates de carbone.

MM. Marcel Labbé et Lambru (Paris).—L'épreuve de *l'adrénaline de Goësset* dans *le diagnostic* des hyperthyroïdies et des sympathicotonies. Il faut compléter la méthode de Goësset par la recherche de l'hyperglycémie et l'étude du réflexe oculo-cardiaque.

MM. H. Chabanier, Lobo Onell, Mlle Lebert et M. E. Grave (Paris). — Des résultats obtenus dans 50 cas de diabète sucré traités par l'insuline.

a) Extrait utilisé : plus pur que le produit américain, préparation très simple à grand rendement quantitatif. Le produit n'est pas douloureux, n'est pas toxique par lui-même, ne laisse pas d'indurations.

(4 accidents sur 9500 injections chez l'homme).

b) *Résultats* : On ramène le diabétique à un état presque normal (acétonurie disparaît, glycémie tend à baisser, augmentation de poids chez malades amaigris). Comme critère il faut suivre : glycémie, état général.

MM. Iscovesco et Papillaud (Paris). — Quelques considérations sur l'extrait hydroalcoolique de pancréas (nixaline). Les auteurs démontrent lepouvoir glycolyptique *in vitro* de l'insuline.

MM. Pierre Mauriac, F. Piéchaud, Servantie et Aubertier (Bordeaux). Traitement du diabète par l'insuline.

a) Ce traitement n'est pas indiqué dans le diabète bénin avec bon état général.

b) Dans le diabète avec bon état général, mais s'accompagnant de troubles fonctionnels persistants tels que : prurit intense et rebelle, gingivite expulsive, kératite, plaie qui ne cicatrise pas, le traitement par l'insuline donne d'excellents résultats.

c) De même chez les diabétiques ayant à subir une intervention chirurgicale.

d) Dans le diabète avec amaigrissement, l'avantage de l'insuline est évident.

e) Dans le coma diabétique, il faut tenter la cure mais là, le succès est plus douteux.

Au point de vue pratique, les injections étant un peu douloureuses, il est bon d'associer la cocaïne.

Pour bien conduire le traitement, il faut étudier chez chaque malade la tolérance aux hydrates de carbone et l'étude de la réaction à l'insuline (nécessité d'un séjour dans une maison de santé.).

M. Marcel Labbé (Paris). — Excellents résultats du traitement : amélioration du métabolisme des hydrates de carbone, amélioration de l'état général.

Nécessité d'étudier la tolérance aux hydrates de carbone et de dresser des courbes. Il y a action sur le métabolisme des graisses, sur l'acidose.

Il faut en même temps utiliser le traitement par le régime.

M. Lereboullet (Paris). — Insuline et diabète sucré infantile. Cité deux cas très probants.

Il faut perfectionner les méthodes d'extraction des produits glandulaires.

MM. Chabannier, Lobo-Onell, Mlle Lebert (Paris). — L'élément rénal dans le diabète sucré. La façon dont se comportent les malades, dans le diabète gras et le diabète maigre, dépend du seuil des hydrates de carbone.

M. Ch. Mattei (Marseille) apporte une contribution à l'étude anatomopathologique des glandes à sécrétion interne dans l'athépie et expose le résultat de ses recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles.

MM. Etienne Hermann, Richard (Nancy). — Six notes sur le métabolisme basal et les troubles endocriniens.

M. Bénech (Nancy). — Les injections intra-veineuses de sels de bismuth dans les syphilis viscérales.

M. Tissié (Pau) traite de l'esprit clinique en éducation physique et insiste sur la nécessité d'un contrôle médical dans l'éducation physique.

Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française.

Les médications pures.

M. Lacapère, médecin de Saint-Lazare, expose que, parmi les substances chimiques que nous employons en thérapeutique, quelques-unes sont utilisées en totalité, c'est le cas pour les arsenobenzènes, dont toutes les parties constituantes concourent à l'effet curatif. D'autres composés salins, ce sont les plus nombreux, ne sont efficaces que par une partie de leurs composants et on peut substituer un sel à un autre sel de même groupe.

L'effet thérapeutique de ces divers composés de même groupe varie : 1° suivant la teneur du sel en substance active ; elle varie aussi ; 2° suivant la fixité du sel, fixité intrinsèque d'une part et d'autre part fixité extrinsèque, constituée par la décomposition plus ou moins rapide du sel suivant l'alcalinité

plus ou moins grande et la composition intime des tissus du sujet traité.

Pour obtenir les effets curatifs les meilleurs et la régularité maxima dans la thérapeutique, il y a avantage à administrer la substance thérapeutique en nature en réalisant ce qu'on peut appeler les médications pures.

Il est impossible cependant d'administrer ces substances sous la forme métallique ou mètalloïdique qui nécessitent de la part de l'organisme diverses transformations, avant qu'elles puissent être utilisées.

Il est au contraire tout à fait rationnel de donner les substances médicamenteuses sous la forme colloïdale. Par son analogie avec les humeurs de l'organisme, qui en effet ne sont autre chose que des colloïdes, la forme colloïdale assure aux médicaments une utilisation immédiate.

La plupart des colloïdes déterminent malheureusement, quand on les injecte, des phénomènes fort pénibles connus sous le nom de choc colloïdoclasique. Ces accidents étant de plus en plus minimes à mesure que les grains colloïdaux sont plus ténus, l'auteur s'est adressé aux colloïdes préparés par M. Fouard sous le nom d'ionoïdes (Ionoïde de bismuth, d'arsenic, d'argent, de cuivre, d'iode, etc.). Les ionoïdes, grâce au faible volume de leurs grains, ne déterminent pas de choc colloïdoclasique et leur préparation leur assure en outre le maintien indéfini dans leur état colloïdal, alors que les autres colloïdes perdent leurs propriétés au bout d'un temps plus ou moins long. Ils peuvent être administrés en injections intraveineuses, en injections intramusculaires ou par la bouche.

L'auteur a constaté avec les ionoïdes les mêmes modifications leucocytaires observées après injection des autres colloïdes. Il rappelle les succès qu'il a obtenus dans l'eczéma avec l'ionoïde d'arsenic, dans la syphilis avec l'ionoïde de bismuth ; il considère l'ionoïde d'iode en ingestion comme un excellent succédané de l'iodure de potassium et considère que ce mode de préparation des colloïdes ouvre une voie nouvelle à la thérapeutique.

Les Livres

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Dr A. Delangre. **Consultations médico-chirurgicales.** (*Bréviaire du praticien*). (Un fort volume in-8o (22 × 14) de 1.200 pages, cartonné toile : 45 fr.).

Ces consultations ont trait aux affections ressortissant aux pathologies interne et externe et aux notions des spécialités utiles au praticien avec leur thérapeutique médicale et chirurgicale (indications opératoires et esquisse technique des interventions).

Elles constituent en quelque sorte un vade-mecum de thérapeutique appliquée, fixant en style télégraphique une synthèse médico-chirurgicale étiologique, symptomatique, diagnostique et thérapeutique de la pratique journalière, à un moment où celle-ci évolue : nouveaux moyens d'investigation, méthodes controversées ou en voie d'évolution ; procédés créés durant ces dernières années ; progrès de la chirurgie moderne ; applications vitaminiques ou carencielles, séro et vaccinothérapiques, anti-anaphylactiques, radio et radiumthérapiques, etc.

Outre la table des matières et des auteurs, ce livre comporte un index alphabétique facilitant au praticien pressé la recherche d'une affection ou d'une intervention déterminée, d'un détail technique symptomatique ou thérapeutique, d'une cause dans une étiologique complexe ou de certains signes contribuant à tracer les directives du diagnostic et du traitement.

Les Thèses

Ly. — Dr Louis Ricard. — **Contribution à l'étude des eaux de Luchon : recherche expérimentale de leur action au cours des phénomènes d'anaphylaxie.** (Travail des laboratoires de l'Institut d'Hydrologie et de médecine expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de Lyon).

L'humorisme revient de mode : Travaux sur les leucocytes, sur les troubles endocriniens, sur l'anaphylaxie se multiplient, se complètent, se critiquent. Billard, depuis ces dernières années, a tenté, par une méthode rigoureusement scientifique, un essai d'analyse directe des effets de l'eau minérale sur nos humeurs. Cet hiver, il nous fut donné d'assister, à la Société d'hydrologie médicale de Paris, à une véritable joute entre d'éminents auteurs au sujet de la technique à suivre pour ces délicates recherches. Luchon a fait l'objet, depuis ces trois dernières années, de travaux tout à fait remarquables, publiés par M. Lepape, chef de laboratoire de M. le Prof. Moureu au Collège de France ; la radioactivité puissante de ses sources a été mise en évidence de façon telle, qu'actuellement, Luchon compte parmi les dix stations les plus radioactives du monde ; M. le Dr Bardet, le très regretté secrétaire général de l'Institut d'hydrologie, a, dans un mémoire encore inédit, mais qui va être incessamment publié, montré l'immense avantage qu'il y aurait pour cette station a transformer ses belles galeries souterraines de captage en galeries de cure, galeries dont la température

varie de 28 à 55 degrés : ces admirables étuves naturelles donneront, dans toutes les manifestations de l'arthritisme, des résultats incomparables. M. Lanos, interne des hôpitaux de Paris, du service de M. Lermoyez à Saint-Antoine, à l'instigation de l'Académie de médecine, a étudié le mode d'action des vapeurs sulfurées spontanément émises par les eaux de Luchon et qui ont permis, au dire de M. le Prof. Maurice Letulle, la pratique du humage, inconnu jusqu'alors. Tout récemment, les Dr Fontan et Comet consacraient leur thèse inaugurale à l'histoire de nos sources, et le professeur Gilbert présentait à l'Académie de médecine un mémoire sur la grande famille des Barrié qui, pendant trois siècles, de père en fils ont pratiqué l'hydrologie Luchonnaise.

La thèse de M. le Dr Ricard, qui vient de recevoir les félicitations unanimes de son jury lyonnais, continue heureusement le cycle des grands travaux.

Dans une magnifique synthèse, l'auteur étudie rapidement Luchon, ses sources, ses indications et consacre un bien curieux chapitre aux maladies chroniques. Et voilà le grand enseignement de l'immortel Bordeu redevenu d'actualité. *La modification du terrain et non la guérison du symptôme* : voilà ce que tend à obtenir l'eau minérale. Maladies chroniques des voies respiratoires, de la peau, des articulations... Herpétisme, diathèses... par quoi va-t-on vous remplacer ?...

Les mots nouveaux définiront-ils autre chose que des faits anciens ?... Lisez, lisez lentement ce chapitre de la thèse de M. Ricard : quelle jolie plaquette ne constituerait-il pas, si l'auteur, voulant le reprendre, le complétait de quelques notions de l'histoire médicale du dix-huitième siècle ! Et cela conduit M. Ricard à nous entretenir des maladies diathésiques et de l'anaphylaxie et de conclure à l'existence d'une diathèse colloïdoclasique. Parmi les causes de la diathèse colloïdoclasique, M. Ricard signale : l'insuffisance hépato-rénale, les troubles endocriniens et le déséquilibre de l'appareil neurovégétatif.

Il faut souligner, ici, en les citant dans leur intégrité, les lignes suivantes : « La plupart des maladies chroniques qui viennent à Luchon demander à ses eaux sulfureuses la guérison ou le soulagement forment un groupe compact. *Leur socle commun est une perturbation humorale, une modification du terrain.* Beaucoup de ces maladies sont dues à des phénomènes de sensibilisation de l'organisme relevant de causes parfaitement inconnues et conditionnées peut-être par une diathèse spéciale, *la diathèse colloïdoclasique* du professeur Widal. »

Dès lors, ne paraît-il pas logique de supposer que les eaux de Luchon agissent, non seulement par leurs diverses propriétés physiques et chimiques, mais encore par une action désensibilisante de l'organisme à l'égard des antigènes provocateurs des troubles auxquels on les oppose ? Quel rôle doit être imparti aux unes et aux autres ? Soufre, thermalité, polymétallisation, radioactivité, forment un formidable complexe thérapeutique auquel vient s'ajouter la notion d'antianaphylaxie !

M. Ricard serre encore le problème de plus près : exposant de façon extrêmement concise les données récentes sur l'action antianaphylactique des eaux minérales, l'auteur peut conclure que certaines paraissent dépourvues de ce pouvoir ; que d'autres l'ont à un degré plus ou moins élevé ; que certaines paraissent exagérer le choc, et aussi, qu'il peut exister des différences entre les diverses sources d'une même station. Le mécanisme de l'action antianaphylactique des eaux minérales permet à l'auteur de se demander s'il s'agit d'une diminution de la tension superficielle, d'une augmentation de la viscosité sanguine, d'une stabilisation du système neurovégétatif.

Toutes ces données étant ainsi étudiées, l'auteur commence son étude expérimentale concernant les Eaux de Luchon au cours des phénomènes d'anaphylaxie. Il faut louer la grande conscience avec laquelle M. Ricard a conduit ses expériences. Nous ne craignons pas de dire qu'elles pourront servir de modèle ; nous ne pouvons entrer ici dans leur détail. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Au point de vue expérimental, l'eau du Pré I possède des propriétés positives s'opposant, avec plus ou moins d'intensité, aux phénomènes d'anaphylaxie.

1° Elle possède un pouvoir modificateur moyen à l'égard des propriétés sensibilisantes de diverses protéines (sérum de cheval normal, ovalbumine, caséine).

2° Elle exerce une action désensibilisante plus ou moins intense, suivant les doses administrées et la durée du traitement.

3° Les effets antianaphylactiques optima sont obtenus avec des doses faibles (2 cc. par jour) pour l'eau jeune, injectée pendant 10 jours.

De fortes doses, longtemps prolongées, exagèrent la sensibilité du système nerveux au choc anaphylactique protéique.

4° L'action désanaphylactisante s'exerce toujours de façon positive vis-à-vis des antigènes protéiques utilisés, mais elle est plus marquée avec le sérum et l'ovalbumine, moins accusée avec la caséine. Il y a là une indication possible de l'action spécifique de l'eau minérale.

5° L'action antianaphylactique de l'eau sulfureuse est plus marquée que celle exercée, dans des conditions expérimentales parallèles, par une préparation thérapeutique de soufre colloïdal.

L'importance des questions traitées par M. Ricard méritait une analyse aussi complète que celle que nous venons de faire.

Personne n'avait traité de façon aussi critique le problème qui nous intéresse, et nous sommes convaincu que la thèse de docteur Ricard restera comme l'œuvre de chevet de ceux qui veulent, dès maintenant, se familiariser avec les données les plus récentes sur l'action antianaphylactique des eaux minérales.

Raymond Molinéry.

B. — Dr J. Caro. — **Quelques applications thérapeutiques de l'association des dérivés opiacés à un dérivé atropinique.** 1922.

Dans ce travail très documenté, M. Caro a étudié l'action thérapeutique de la spasmalgine qui, comme on sait, est un complexe médicamenteux formé de papavérine, pantopon et éther sulfurique d'atropine : c'est en quelque sorte la vieille formule morphine-atropine, mieux étudiée et plus scientifiquement établie. L'auteur, après avoir rappelé tous les travaux publiés sur les éléments entrant dans la composition de la spasmalgine, et notamment les études, aujourd'hui classiques, sur le pantopon, des professeurs Sahli et Pouchet, passe en revue les recherches expérimentales des docteurs Pietri et Mergui (thèse de la Faculté de Montpellier, 1922) et les diverses communications publiées par de nombreux cliniciens, donne un certain nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeurs Abadie, Cruchet, Besnard et Denis, chez des malades atteints d'hypertonus du vague, de mal de mer, d'anxiété, de parkinsonnisme post-encéphalitique etc. Il semble bien que, dans les états d'hyperexcitation, surtout lorsque ces états s'accompagnent d'insomnie, l'action du somnifène soit préférable ; mais dans tous les cas de spasmes, qu'il s'agisse de spasmes gastriques, intestinaux, laryngés, bronchiques, cardiaques ou génito-urinaires, dans les angoisses et les anxiétés graves, dans les séquelles du parkinsonnisme, le spasmalgine se montre très réellement efficace, qu'on l'administre par voie buccale ou par voie hypodermique et, comme le remarque justement M. Caro, ce médicament ne produit aucun des effets secondaires de la médication morphinique ou atropinique, employée seule. C'est donc un excellent anti-spasmodique appelé à rendre au praticien les plus signalés services.

T. — Dr Calac.— **Recherches sur les propriétés cardio-rénales d'un glucoside stérilisé isolé du bulbe de la scille.** (Toulouse, Imprimerie Julia, 1923).

« La scille est réhabilitée », écrivait récemment M. Cheinisse dans la *Presse médicale* (1). Et, en effet, l'introduction dans la thérapeutique du glucoside cristallisé, isolé du bulbe de la scille, sous le nom de scillarène, marque une date fondamentale dans l'utilisation médicale de ce cardio-rénal.

Malgré la formule des fameuses pilules de Lancereaux et malgré son efficacité, la scille a été tenue à l'écart des prescriptions médicales. Cela tient à l'inconstance de ses effets cliniques et sa toxicité dues à la variabilité des bulbes en principes actifs et en substances irritantes.

Le corps chimique nouveau isolé par Stoll et Suter en 1921, du bulbe de la Scilla Maritima, en éloignant tous ses inconvénients et en précisant l'action cardiotonique et diurétique de la médication, a réhabilité la scille. « Ce principe est, en effet, un glucoside cristallisé qui possède intégralement les propriétés cardiotoniques et diurétiques de la scille, d'une façon constante, invariable, avec une toxicité presque négligeable ».

Son étude physiologique, d'après le professeur Gab. Perrin (1), montre qu'il possède, au plus haut point, des propriétés cardio-toniques, diurétiques et désintoxicantes. De plus, il ne s'accumule pas, car « le cœur arrêté en systole sous l'influence du glucoside de la scille reprend son activité par des lavages dans la solution de Ringer, ce qui n'arrive pas avec la digitale ». Le médicament n'adhère donc pas à la fibre cardiaque et s'élimine facilement.

Grâce à ces propriétés, le glucoside de la scille a des indications spéciales qui lui donnent une place intéressante entre la digitale et la théobromine.

1° Il est utilisé dans tous les cas où la digitale n'agit pas ou n'agit plus ;

2° Dans l'intervalle du repos des traitements digitaliques, pour maintenir la compensation ;

3° Pour les traitements cardio-toniques et diurétiques prolongés et aussi prolongés qu'il est nécessaire, sans danger d'accumulation.

Dosage exact, posologie précise, action constante, sans inconvénient, ni sur le rein, ni sur l'estomac, tels sont encore des faits nouveaux pour le praticien.

Les formes pharmaceutiques sont, d'après le docteur Calac :

1° Les comprimés dosés à un demi-milligramme de principe actif ;

2° La solution de 1 p. 2.000 même dose par cc.

3° Les ampoules injectables renfermant chacune 0,17 milligrammes.

Doses par vingt-quatre heures :
1 à 4 comprimés.
1 à 4 fois XV gouttes.
1 à 3 ampoules d'un cc. et davantage.
Toutes injections indolores.

Ly. — Dr H. Bouvier. — **Dépistage de la tuberculose et réaction de déviation du complément (à l'antigène de Besredka).** (Imprimerie Bosc frères et Riou, Lyon, 1923.)

Pratiquée avec une technique bien fixée, à l'aide de produits spécifiques rigoureusement préparés (antigène de Besredka), la réaction démontre la présence d'anticorps tuberculeux dans le sang. Sa spécificité, discutée, est cependant suffisante pour que l'on puisse faire état des renseignements fournis par elle. La réaction est, en effet, généralement négative chez les non tuberculeux (85,4 pour 100) et généralement positive chez les tuberculeux avérés (90,4 pour 100).

La réaction peut cependant donner lieu à une fausse interprétation par sa positivité chez les non tuberculeux, en particulier chez les syphilitiques (76,9 pour 100) et chez les paludéens ; par sa néga-

(1) Numéro du 11 août 1923.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 10 juillet 1923.

tivité chez les tuberculeux confirmés, surtout dans les formes trop récentes ou suraiguës (9,6 pour 100).

Sous ces réserves et correctement interprétée, la réaction peut et doit entrer en ligne de compte dans le diagnostic des tuberculoses suspectes ou latentes. Elle peut ainsi permettre de connaître la nature tuberculeuse ou non d'un syndrome, quand les autres moyens cliniques ou bactériologiques de diagnostic sont en défaut.

Une réaction de fixation, qu'elle soit positive ou négative, ne peut à elle seule donner la clef d'un diagnostic. Réaction témoin de la tuberculose avérée, et, de façon plus large, réaction révélatrice d'une tuberculose latente, réaction de la tuberculose-lésion et de la tuberculose-infection, ce n'est qu'un renseignement complémentaire, un symptôme à ajouter aux arguments fournis par les autres procédés de diagnostic. Pratiquée en séries chez le même malade, à quelques mois d'intervalle, et comparée à l'évolution clinique apparente de la maladie, la réaction peut fournir d'assez utiles indications pronostiques. Permettant de déceler une infection tuberculeuse, de dépister une lésion tuberculeuse camouflée ou latente, la réaction a une valeur hygiénique et prophylactique suffisante pour entrer en ligne de compte dans la lutte sociale contre la tuberculose.

PHARMACOLOGIE

Sel de Vichy et bicarbonate de soude.

Est-il logique, est-il légal que le bicarbonate de soude continue à porter le nom de Sel de Vichy ?

A ce jour, où la loi du 1er août 1905 protège plus ou moins efficacement le public contre toute tentative de fraude, jusques et y compris les dénominations usurpées, à ce jour où, à propos d'alimentation, une sardine est une sardine et non pas un sprat, pas plus qu'un lapin n'est un chat, ou un escargot de Bourgogne (*Hielix pomatia*) un petit-gris (*H. aspera*) — ce qu'ont appris dernièrement à leurs dépens nombre de commerçants de Paris que le Tribunal de la Seine a condamnés — il y a lieu de remarquer que, Codex en main, on peut désigner le bicarbonate de soude sous le nom de Sel de Vichy. Non, le bicarbonate de soude n'est pas du Sel de Vichy. Le bicarbonate de soude est une chose, le Sel de Vichy une autre, de même que le Champagne est un vin et le Saumur un autre, en dépit de la ressemblance qu'un même mode de préparation a pu donner à ces deux produits. La loi est là qui impose la suppression de ce qualificatif. Le conserver au futur Codex serait d'un fâcheux exemple et cet exemple donné par qui ? par le Codex ? un livre officiel ! Il ne le faut pas ; la porte serait ouverte à toute appellation fantaisiste et ce serait fournir aux avocats un trop puissant argument au service des fraudeurs. L'expression Sel de Vichy appliquée comme synonyme au bicarbonate de soude n'aurait pas dû figurer au Codex 1908, mais sombrer en même temps que celle de Sel d'Epsom jadis attribuée au sulfate de magnésie. A ce sujet, cette même édition du Codex a maintenu à ce dernier sel l'appellation de Sel de Sedlitz. Pourquoi ? Tout comme la précédente, cette dénomination eût dû être sacrifiée, car, de même que le bicarbonate de soude n'est pas du sel de Vichy, le sulfate de magnésie n'est pas du sel de Sedlitz, quelle que soit l'ancienneté de la synonymie. Ce mot ancienneté est mis là à dessein. C'est, en effet, parce que le bicarbonate de soude est depuis longtemps connu sous le vocable Sel de Vichy, qu'on hésite à le débaptiser et cependant, n'a-t-on pas supprimé Sel d'Epsom comme équivalent de sulfate de magnésie, alors que, depuis 1818, ce sel pouvait se désigner ainsi ? Je précise. Au Codex 1818, le sulfate de magnésie a pour synonymes :

Sel de Sedlitz
Sel d'Epsom
Sel cathartique amer.

A cette date, il n'est pas encore question de bicarbonate de soude. Vient le Codex de 1837, le sulfate de magnésie y figure avec les deux premiers synonymes, alors qu'à son tour, le bicarbonate de soude apparaît, mais accompagné d'un seul synonyme celui de

Carbonate de soude saturé.

L'expression « Sel de Vichy » ne paraît pas encore. Il faut attendre le Codex de 1866 pour la voir appliquée. 1866 ! Mais c'est hier par rapport à 1818. L'ancienneté, comme on le voit, ne date pas de loin et on a mauvaise grâce à l'invoquer dès lors que l'expression « Sel d'Epsom », plus vieille de 28 ans, n'a pas survécu. Donc logiquement, le qualificatif Sel de Vichy doit être rayé du formulaire légal, comme l'a été celui de Sel d'Epsom, et légalement, il doit l'être, puisque le produit qu'il désigne, c'est-à-dire le bicarbonate de soude, ne vient pas plus de Vichy qu'il ne représente l'ensemble des substances contenues dans l'eau de Vichy. Inutile d'ajouter que la dénomination Sel de Sedlitz, maintenue jusqu'ici au sulfate de magnésie, doit subir le même sort.

Je sais que cette conclusion soulèvera de nombreuses protestations et cependant, si l'on veut bien réfléchir et le faire sans parti pris, il n'y a pas à tergiverser, elle s'impose. Il ne faut pas que la pharmacopée donne une telle entorse à la loi de 1905 et qu'on puisse invoquer le Codex quand il s'agit de la tourner.

Dr X.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT EN MÉDECINE RURALE

Je viens de recevoir les lettres suivantes, que je me plais à reproduire :

Je suis avec intérêt votre étude sur l'indemnité kilométrique, les visites de passage, les tournées, etc.

J'interviens dans le débat parce que je constate qu'on parle toujours des médecins qui font des tournées, mais *jamais de ceux qui n'en font pas.*

Or, je crois important que les collectivités intéressées sachent qu'il est des régions, en particulier la nôtre, où les tournées n'existent pas.

Nous allons généralement à la campagne pour un seul malade parce que la clientèle rurale est disséminée dans d'innombrables fermes réunies aux chemins carrossables par des sentiers qui ne le sont pas ; oh , pas du tout !

C'est vous dire combien le facteur « temps passé » a pour nous d'importance.

Comment voulez-vous, dans ces conditions, que nous fassions des tournées ? Le plus souvent, je ne sais pas, le matin, seulement si, dans la journée, j'irai à la campagne.

Si je suis appelé dans un bourg, un ou d'autres malades peuvent me demander.

De même au passage sur la route, quelqu'un peut m'arrêter. En ce cas il y à encore à considérer que, si je me prête à ce jeu, je ne puis savoir quand je pars, l'heure à laquelle je serai probablement rentré. Or, ceci peut avoir parfois de l'importance, et s'ajoute aux objections que vous avez faites à la visite de passage (que j'appelle plutôt « visite de raccroc).

Les visites à jour fixe ? Un confrère voulut en faire ici l'essai. Cela ne dura pas, parce qu'il se mettait les confrères à dos et reconnut bientôt que le jeu n'en valait pas la chandelle.

Or si, comme vous le rappelez très bien, le médecin ne doit pas oublier qu'il est fait pour le malade, encore faut-il que le malade récompense son médecin suivant ce tarif que hélas ! nous devons établir nous, comme minimum et que la clientèle ne considère pas du tout, elle, comme son *minimum.*

Je n'aurais aucune peine, si je l'entreprenais, à démontrer combien notre minimum est en réalité, pourtant trop faible. C'est pourquoi je vous communique mes arguments sachant que toutes ces discussions sont simplement motivées par le seul désir de rogner encore, si possible, sur nos notes.

Dr D.

***

La solution que vous proposez dans votre article du *Concours* de ce jour m'apparaît d'une application bien délicate. Parfaitement adaptée aux clientèles à petits rayons et à population agglomérée, en villages ou hameaux de quelque importance, elle me paraît à peu près inapplicable aux clientèles qui, comme la mienne, sont à grand rayon et ne comportent qu'une population extrêmement disséminée.

Je rayonne sur douze communes ; la plus importante comporte moins de 700 habitants, dont 150 à peine sont réunis dans l'agglomération principale. Ce ne sont que fermes isolées les unes des autres, souvent fort éloignées des routes, et auxquelles on ne peut avoir accès que par des chemins impraticables. Dans ces conditions, il est très rare que j'aie deux malades en traitement en même temps dans le même lieu. *Les tournées n'existent pas*, à vrai dire. Il m'arrive très fréquemment de faire 60 à 80 km. pour voir 4 ou 5 malades, et cela occupe amplement ma journée. Que deviendrais-je si on supprimait l'indemnité kilométrique ? Mes recettes baisseraient de cinquante pour cent, et avec mes frais énormes de transport, mes deux autos onéreuses, mais indispensables, je n'aurais plus qu'à me déclarer en faillite. Je ne pourrais plus, en tous cas, supporter la concurrence des confrères de la périphérie, qui partagent avec moi 8 des 12 communes où je suis appelé et qui ont l'avantage d'habiter la ville voisine, ou tout au moins de grosses agglomérations qui leur assurent un minimum de clientèle groupée. Dans certaines communes plus proches cependant de mon domicile que du leur, ils pourraient grâce, à la disposition géographique des lieux, prendre couramment le prix forfaitaire, alors que je devrais appliquer presque constamment le tarif de la visite exprès. Je n'aurais qu'une alternative : ou payer le déplacement de ma poche ou me résigner à passer pour un voleur.

Vous voyez que le problème n'est pas si simple qu'il paraît... Je dois d'ailleurs dire que, pour les cas vraiment sérieux, il est extrêmement rare que les malades ou leurs parents cherchent à limiter le nombre des visites. L'avare exerce son avarice aussi bien pour cent sous que pour vingt francs. J'ai remarqué bien des fois que ce ne sont pas les plus petites notes qui sont le plus allègrement payées. Rassurez-vous donc sur le sort de nos malheureux malades. Aucun d'eux ne fait une maladie sérieuse sans avoir reçu de bons soins médicaux. Pour les affections bénignes, l'élévation des tarifs développe de plus en plus l'usage de la consultation au cabinet, ce qui, à tous égards, est un bien.

Notez bien, que je ne méconnais nullement l'intérêt et la justesse théorique de votre argumentation. J'ai tenu simplement à vous exposer un cas concret, qui ne pourra que grossir votre documentation. Je crois cependant que, s'il y a quelque chose à faire, il importe d'agir avec beaucoup de prudence, et sans précipitation. Car s'il est vrai que « le médecin est fait pour le malade », il importe précisément de conserver le médecin au malade. Sans quoi, nous ne tarderions pas à voir se reproduire le fait qui s'est passé dans une région que je connais, où deux médecins de campagne ont dû abandonner leur poste, *parce qu'ils n'y gagnaient plus leur vie*

Dr D.

***

Notre directeur, le Dr GASSOT, ayant sollicité l'avis de tous ceux qui lisent le *Concours médical*, sur les honoraires médicaux en médecine rurale, et notamment sur les indemnités de déplacement j'ai pris l'initiative de développer longuement le mien. Et je ne le regrette pas, puisque plusieurs confrères ont bien voulu jusqu'à présent prendre part à cette discussion. Les deux premiers, dont j'ai publié les lettres dans le numéro 42, appréciaient la situation sous le même angle que moi-même.

Aujourd'hui, nos correspondants nous font entendre un son de cloche un peu différent. Cela prouve qu'en cette matière, tout est affaire de lieu, d'habitudes, de répartition de la population. J'aurais aimé qu'ils ajoutent à leurs arguments le tarif qu'ils appliquent, dans les conditions particulières où ils se trouvent.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse ici de tournées régulières, à jour fixe ou non, ou là, de visites dont chacune d'elles peut être considérée comme ayant nécessité un déplacement spécial, je ne vois pas en quoi mon raisonnement s'en trouve atteint. Les deux cas ont été nettement envisagés par moi. Dans le premier, — tournée régulière — j'estimais, et j'estime encore, que les frais de déplacement peuvent dans une certaine mesure, se répartir sur la moyenne des malades vus au cours de la tournée. Dans le second, par contre, j'exprimais l'avis que les mêmes frais devaient être supportés par celui qui, seul, les motivait. Je suis donc d'accord avec les uns et les autres.

Au surplus, j'ai pris soin, et je n'hésite pas à le redire, de préciser que, dans toutes ces questions où l'élément local tient un si grand rôle, il appartient au Syndicat local de décider souverainement comment les tarifs doivent être calculés et appliqués. Mais, que telle région comporte les tournées régulières, ou au contraire, les déplacements spéciaux, il est une formule contre laquelle je me suis élevé, c'est celle de la *visite de passage*, appelée encore si pittoresquement par l'un de nos correspondants, « *visite de raccroc* ».

Je constate que, là encore, nous sommes du même avis. Or, tout mon exposé a tendu à appeler l'attention de nos lecteurs sur la nécessité d'adopter des méthodes telles que, lorsque la loi accidents sera appliquée aux ouvriers agricoles, les visites, avec ou sans déplacement spécial, ne soient jamais des visistes de passage ou de raccroc.

Le dernier mot reste, en cette occurrrence, aux Syndicats médicaux. Je ne doute pas qu'ils le prononcent de telle sorte que les intérêts légitimes des médecins de campagne, si dignes d'attention, se concilient avec l'intérêt général. Je ne souhaite pas autre chose.

G. DUCHESNE.

DÉONTOLOGIE

Les médecins de sanatorium peuvent-ils faire de la clientèle extérieure ?

18535. — M. Grinda, député, demande à M. le ministre de l'hygiène si l'interdiction de faire de la clientèle au dehors, imposée aux médecins chefs et médecins adjoints des sanatoriums publics par l'article 23 du décret du 10 août 1920, s'applique à tous les actes médicaux intéressant des malades autres que les pensionnaires du sanatorium, ou seulement aux actes médicaux accomplis en dehors du sanatorium, en particulier aux consultations données à des malades non hospitalisés au sanatorium et pour des affections ne se rapportant pas à la tuberculose. (*Question du* 29 *juin* 1923.)

Réponse. — Il résulte des travaux préparatoires du décret du 10 août 1920, que l'interdiction de faire de la clientèle s'applique à tous les actes médicaux intéressant des malades autres que les pensionnaires du sanatorium. Par contre, dans l'hypothèse où un médecin de sanatorium serait autorisé à répondre aux demandes de consultation des médecins de la région, conformément à l'article 23, rien ne s'oppose à ce qu'il soit appelé en consultation auprès de malades chez lesquels la tuberculose n'est pas en cause.

Commentaires.

Personnellement, nous estimons que la réponse émanant du Ministère de l'hygiène comporte une certaine ambiguité. La dernière phrase dit en effet : « ... rien ne s'oppose à ce qu'il soit

appelé en consultation auprès de malades, chez lesquels la tuberculose n'est pas en cause ».

Ce qui veut dire, que dans ce cas, le médecin du sanatorium est autorisé à répondre à l'appel *direct* de clients, qui ne résident pas au sanatorium et ce, pour des maladies quelconques, non tuberculeuses.

A notre sens, cette réponse est en contradiction absolue avec les termes de l'article 23 du décret du 10 août 1920. Celui-ci est ainsi conçu : « les médecins-chefs et médecins-adjoints devront résider dans l'établissement ; ils ne feront pas de clientèle au-dehors, sauf autorisation exceptionnelle, révocable, laissée à l'appréciation de la commission prévue à l'article 18, qui pourra les autoriser à répondre aux demandes de consultation des médecins de la région. »

Complétant l'avis du ministère de l'hygiène, nous pensons que les médecins de sanatorium, lorsqu'ils ont obtenu de leur administration, l'autorisation voulue, ne peuvent voir des malades au dehors que sur l'invitation des médecins de la région. Ils ne doivent pas répondre à l'appel d'un client, appel émanant de celui-ci et non de son médecin.

Bien entendu, nous exceptons les cas d'urgence, qui obligent tout être humain à porter secours à son semblable.

Le médecin de sanatorium ne peut donc être demandé au dehors que par un médecin. Mais le décret ne spécifie pas que ce ne sera uniquement que pour des cas de tuberculose.

En effet, le médecin de sanatorium, véritable spécialiste, pourra aider le praticien traitant à dépister une lésion au début, ou donnera des conseils utiles pour le traitement de malades, qui, pour une raison quelconque, ne peuvent être admis dans un sanatorium.

Mais, le médecin traitant peut avoir des clients pour lesquels l'appel au consultant de la ville voisine serait plus onéreux que la venue du confrère résidant dans l'établissement voisin. Aussi est-ce à bon droit que le décret n'a pas spécifié que seule la tuberculose serait l'apanage de l'activité scientifique du médecin de sanatorium.

Répondant maintenant à une autre préoccupation, certains confrères, médecins de sanatorium, ont estimé que la lecture des débats parlementaires (Chambre, avril 1919 et Sénat, juillet 1919) leur laissait à penser qu'ils pouvaient faire de la médecine à l'extérieur de l'établissement.

Malheureusement la loi du 7 septembre 1919 dans son article 4, prévoit l'établissement d'un décret fixant « .... 4° les conditions de recrutement et de nomination par voie de concours sur titres des médecins chefs, auxquels appartiennent l'autorité sur tout le personnel et la responsabilité générale de la conduite de l'établissement ».

Ce décret, promulgué par le président de la République, le 10 août 1920, prévoit, dans son article 23, cette restriction de l'exercice de la médecine au dehors, pour les médecins-chefs. Ce décret est donc parfaitement régulier dans la forme et dans son application, malgré qu'il soit en opposition avec les débats parlementaires, cités plus haut.

N'avons-nous pas constaté pareille opposition à propos de l'impôt sur les bénéfices de guerre ? D'après les débats parlementaires et la déclaration ministérielle à la tribune du Parlement, les médecins ne devaient pas être assujettis à cette taxation. Cependant le Conseil d'Etat a jugé que le corps médical était, comme les autres citoyens justiciable de cet impôt, aucune restriction, n'ayant figuré dans le texte lui-même de la loi du 1er juillet 1916.

En faveur du droit à l'exercice direct de la médecine en dehors de l'établissement, même sans l'appel préalable d'un confrère, les médecins de sanatorium estiment que leurs attributions les font ressembler à des fonctionnaires-médicaux. Ils désirent continuer l'exercice libre de la médecine, pour ne pas subir les inconvénients d'une spécialisation trop rigoureuse, comme pour augmenter également leurs gains professionnels.

A cela, les adversaires répondent que les médecins de sanatorium ont une fonction déterminée, qu'ils appartiennent aux malades de l'établissement et qu'il serait à craindre, s'ils pouvaient faire de la médecine aux alentours, qu'ils ne négligent leur service hospitalier pour la clientèle payante de ville. On leur adresserait ainsi le reproche, qu'on formule à l'encontre de certains médecins, chirurgiens des hôpitaux, nommés au concours, dans de grandes villes qui voient, dans le titre, moins une fonction qu'un moyen de proclamer, aux yeux de leur clientèle, leur notoriété et leur supériorité.

Quoi qu'il en soit, pour le moment, les médecins de sanatoria doivent obéir aux prescriptions du décret du 10 août 1920 et ne faire de la médecine au dehors, que lorsqu'ils en ont reçu l'autorisation préalable et sur l'appel seulement de médecins de la région.

Quant à la clientèle privée que le médecin du sanatorium pourrait faire, *à l'intérieur* de l'établissement, rien ne s'y oppose, d'après les termes du décret du 10 août 1920. L'administration du sanatorium reste toujours maitresse de la police intérieure et, par suite, de permettre ou d'interdire les soins pour tous autres que les hospitalisés.

Dr Paul Boudin.

AGENDA-MÉMENTO DU PRATICIEN
Edition 1924

L'édition 1924 de l' « Agenda Memento du Praticien » est sous presse. Elle sortira le mois prochain. Nous ne pouvons mieux la présenter à nos lecteurs qu'en reproduisant ici l'avant-propos qui en définit exactement la contexture :

Dans la pratique courante de la médecine, à la ville comme à la campagne, s'il est des cas qui se rencontrent tous les jours, il en est d'autres qui ne surgissent qu'exceptionnellement devant le médecin. Vis-à-vis des premiers, point de difficulté particulière. L'expérience et l'habitude déclenchent, comme une sorte de réflexe, le geste qui convient. Les autres, par contre, constituent une difficulté plus ou moins grande, un embarras dont la laborieuse réflexion, l'appel obstiné à la mémoire, ne permettent pas toujours de triompher.

C'est, par exemple, un aliéné qu'il s'agit d'examiner d'abord, puis de traiter comme il convient, en tenant compte de la législation spéciale qui régit la matière. C'est, à l'occasion d'un accident du travail, une intervention exceptionnelle *qu'on ne sait comment tarifer, parce qu'elle n'est* pas prévue dans les tarifs officiels. C'est encore un régime à prescrire à un obèse, que des troubles persistants amènent à consulter.

Où trouver, sans perdre un temps précieux à de longues recherches, la solution du problème qui vient de se poser ainsi, souvent à l'improviste ?

Dans l' « Agenda-Memento du Praticien », dont nous vous offrons aujourd'hui la dernière édition.

Cette année, nous en avons revu avec soin tout le partie documentaire. Nous avons réservé une place importante aux consultations de notre collègue, le Dr F. Decourt, relatives à l'application des tarifs officiels : tarif Breton, pour les accidents du travail ; tarif Maginot, pour les pensionnés de guerre.

Ces consultations font autorité, et suffisent le plus habituellement à apaiser les litiges qui surviennent entre praticiens et assurances, à propos de la tarification d'un acte médical que sa rareté n'a pas fait comprendre dans la nomenclature. C'est qu'en effet, le Dr Decourt, en sa qualité de membre de la Commission de ces tarifs, et en raison de la part prépondérante qu'il a prise à leur élaboration, est particulièrement qualifié pour formuler, en ces occasions, un avis autorisé.

Aux lois, décrets, arrêtés et circulaires anciennement connus et qui constituent la déjà abondante législation médico-sociale, nous avons ajouté les acquisitions de l'année à savoir : la loi étendant aux accidents du travail agricole le bénéfice de la loi relative aux accidents du travail, dans l'industrie et le commerce, avec les décrets et instructions subséquents ; la loi prononçant la même extension aux gens de maison (domestiques). Ce n'est d'ailleurs que dans quelques mois, que ces lois récentes entreront en application. D'ici là la commission ministérielle aura à préparer les tarifs qui devront être appliqués aux soins médicaux donnés aux accidentés, agriculteurs ou domestiques.

De sorte que cette édition peut se dire légitimement, selon la formule consacrée, revue, corrigée et considérablement augmentée, et qu'elle ne manquera pas de figurer en permanence sur la table du praticien, qui n'aura qu'à étendre la main pour trouver à coup sûr la réponse exacte aux questions embarrassantes qui se poseront devant lui, au gré des circonstances.

Le service que nous lui aurons ainsi rendu nous payera amplement de notre peine.

LA DIRECTION.

L'ASSURANCE DES MÉDECINS CONTRE LES RISQUES PROFESSIONNELS DE RESPONSABILITÉ (1)

Par MM.

G. LASNIER,
Docteur en médecine,
Docteur en droit.

H. VERGER,
Professeur de médecine légale et de déontologie
à la Faculté de Médecine.

Le développement et l'extension de l'assurance à primes fixes contre des risques de plus en plus variés est parmi les phénomènes sociaux les plus caractéristiques de notre époque. Les moralistes y verront un effet de la pénétration sans cesse croissante dans les esprits de l'idée de prévoyance et auront quelque raison de s'en réjouir comme d'un progrès incontestable. D'un point de vue plus immédiatement pratique et terre à terre, l'assurance donne une sécurité d'avenir et une tranquillité d'esprit qui sont choses à ne point négliger dans un temps où la vie intense multiplie les risques d'aventures dans une proportion inconnue de nos pères.

Par là on peut se rendre compte de la tendance

(1) Extrait du *Journal de Médecine de Bordeaux*, et publié avec l'autorisation des auteurs.

manifeste des législateurs à rendre légalement obligatoire l'assurance de certaines catégories de citoyens contre des variétés déterminées de risques. La législation allemande a montré la voie en créant à l'usage des ouvriers un système très complet d'assurances obligatoires contre les accidents, la maladie et la vieillesse, dont du reste les employeurs font surtout les frais. En France, nous n'avons encore dans cet ordre d'idées que la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et celle du 30 octobre 1919 sur les maladies professionnelles ; bientôt peut-être verrons-nous apparaître l'assurance invalidité-maladie obligatoire dont on parle beaucoup dans les gazettes médicales. Mais tout cet appareil de prévoyance obligatoire est surtout à l'usage des travailleurs manuels. Le législateur s'inquiète moins du reste de la nation.

Est-ce à dire que ce reste, dont nous sommes, puisse se désintéresser du mouvement, c'est-à-dire en somme accepter d'un cœur léger de courir des risques à tout prendre au moins égaux à ceux dont la loi couvre les ouvriers ou les employés. Ce serait folie de le prétendre, et pour ce reste, l'assurance est une nécessité de fait sinon de droit. La vie journalière se charge de nous le démontrer ; celui qui néglige de s'assurer contre l'incendie fait, dans le monde, figure de demi-fou, pour ne pas dire de fou tout court.

Or, la profession médicale par sa nature même comporte des risques multiples trop connus : risques de maladie d'abord, risques d'accidents ensuite, car il ne faut pas oublier la boutade classique : si le médecin est médecin, c'est-à-dire fait œuvre intellectuelle quelques heures par jour, il est souvent cocher ou chauffeur le reste de la journée et partage dès lors le sort des prolétaires qui courent les routes où les risques abondent. Contre ces risques, le médecin doit s'assurer ; la prudence la plus élémentaire lui en fait un devoir impérieux et bien peu tentent de s'y soustraire.

Mais ce n'est pas tout et, à côté de ces risques communs seulement amplifiés par son genre de vie, le médecin en court d'autres qui lui sont absolument propres et qui découlent de la nature même de ses occupations. Faire de la médecine, soit appliquer une science encore et pour longtemps imparfaite, c'est à chaque pas risquer l'erreur ; intervenir chirurgicalement c'est bien plus encore risquer la maladresse, le geste fâcheux mal calculé dont les conséquences seront graves. Et de ces erreurs ou de ces maladresses le client peut nous rendre responsable et nous demander réparation du dommage réel ou supposé dont il croit avoir à se plaindre. Car par une contradiction assez singulière, le public qui daube volontiers sur la médecine et la qualifie sans aménité de science conjecturale, impute non moins volontiers à l'erreur ou à l'incapacité des médecins toutes les conséquences fâcheuses des états morbides.

Tant que ces récriminations dont, au reste, nous avons tous l'habitude, restent dans le domaine des conversations privées, le mal n'est pas bien grand. Mais si elles tournent à l'aigre et se transportent sur le terrain judiciaire, c'est une tout autre affaire. Car ce n'est plus seulement la réputation du médecin incriminé qui est en jeu : s'il est condamné c'est son honneur professionnel qui est atteint, sa fortune et sa situation matérielle qui sont gravement compromises ; si même il a gain de cause, outre les ennuis, les tracas matériels et les frais d'un procès, ne risque-t-il pas toujours une *diminutio capitis* appréciable? Calomniez, il en restera toujours quelque chose disait Basile ; la maxime est toujours vraie et la majesté de la Justice ne prévaut point contre elle.

Contre ces risques matériels et moraux quel secours peut attendre le médecin livré à ses propres forces ? Celui de la justice, semble-t-il à beaucoup qui n'ont point hanté les prétoires et qui, confiants au surplus dans leur étoile, attendent avec sérénité l'accident qu'ils jugent improbable. Ceux-là sont bien imprudents.

Ils auraient en effet raison si, d'une part, il y avait une jurisprudence bien nette et bien établie de la responsabilité médicale et si, d'autre part, les juges avaient toujours une compréhension à peu près adéquate des choses de la médecine, et là-dessus nous sommes loin de compte.

Certes, il existe une doctrine de la responsabilité médicale fondée sur la notion de faute lourde. Beaucoup d'auteurs, depuis Zacchias jusqu'à Morache en passant par le procureur général Dupin et par Brouardel, ont écrit là-dessus de fort savantes dissertations. Il en ressort que le médecin n'est responsable que des fautes caractérisées par « l'inobservation des règles générales de prudence et de bon sens auxquelles est soumis l'exercice de toute profession, la négligence accentuée, l'inattention grave, l'impéritie inconciliable avec l'obtention du diplôme » (Tribunal de la Seine, 21 juillet 1907.)

Mais si quelques arrêts, dont le précité, sont conformes à la doctrine, il n'est point difficile d'en trouver d'autres où elle n'a point reçu d'application. Le tribunal de la Seine, celui de Château-Thierry présidé par le président Magnaud, n'ont-ils point gravement décidé que le chloroforme ne devait être employé que dans les cas les plus graves où la force de la douleur est de nature à vaincre la force physique du malade, et après que celui-ci eût été dûment averti des risques qu'il court ? Le tribunal de la Seine en 1901, n'a-t-il pas condamné un chirurgien distingué à des dommages-intérêts envers une opérée, d'ailleurs sauvée, d'une affection grave, parce que ladite dame prétendait avoir rendu par l'anus, et sans autre dommage du reste, une compresse du type de celles qu'on employait à l'hôpital ? A vrai dire, ces jugements ont été réformés en appel, mais eux et d'autres encore du même genre suffiraient à faire passer un frisson dans le dos du médecin qui va tenter quelque intervention, si d'aventure et au grand dam de son patient, il se remémorait à ce moment solennel ce que la bêtise et la méchanceté des hommes sont susceptibles d'inventer.

C'est un fait d'observation que les procès de ce

genre tendent à se multiplier ; les journaux, chaque année, nous en font connaître plusieurs. Dès lors, on comprend comment beaucoup de praticiens, justement émus, se sont décidés à augmenter leurs charges professionnelles, pourtant déjà lourdes, en recherchant contre ce risque professionnel de responsabilité civile la protection tutélaire d'une nouvelle assurance. Trouver la certitude d'être mis à l'abri des conséquences pécuniaires d'une action judiciaire, de passer par surcroît à une assurance outillée *ad hoc* les ennuis et les soucis qui en découlent, voilà qui vaut bien assurément un léger sacrifice annuel. Il est inutile d'insister davantage ; la cause est entendue et le conseil de s'assurer est aujourd'hui bon pour les vieux comme pour les jeunes. Celui qui,à l'instar des grands industriels, prétendrait être son propre assureur, ferait montre d'une imprudence singulière.

Mais cette nécessité admise, il importe, après le pourquoi, d'examiner le comment, nous voulons dire d'étudier les conditions auxquelles une pareille assurance peut être contractée en donnant le maximum possible de sécurité. Dans l'état actuel des choses, le *médecin a le choix entre trois modes* d'assurance : le « Sou Médical, les mutuelles, et les compagnies qui ne demandent pas mieux en général que d'ajouter cette nouvelle branche à leurs anciennes.

Le « Sou médical » est une institution qui assure au médecin attaqué une aide précieuse et juridique et un soutien moral, qui en même temps garantit, moyennant une faible cotisation, les risques pécuniaires jusqu'à vingt mille francs. L'œuvre d'assistance morale a fait ses preuves dans maintes affaires ; c'est un devoir de solidarité professionnelle d'y adhérer, mais la faiblesse de la garantie pécuniaire, surtout par le temps qui court, oblige les praticiens prudents à compléter leur assurance par l'un des deux autres modes.

Ici, nous n'avons point l'intention de comparer les mutuelles et les compagnies d'assurances. Notre but est autre. Nous voulons examiner les conditions actuelles des polices qui, du reste, en thèse générale, diffèrent peu dans l'une et l'autre catégorie, et ce faisant, nous pensons être utiles à nos confrères qui, à l'instar des assurés de tous genres, ont la fâcheuse habitude de ne point lire les polices avant de les signer. Et il n'est point superflu de leur rappeler qu'en vertu des principes généraux du droit privé et de la jurisprudence de la Cour de Cassation, les conventions font la loi des parties, et que nul n'est admis à taxer après coup d'exorbitantes et de léonines des conditions au bas desquelles il a mis sa signature en toute liberté. Pour les tribunaux civils compétents en la matière, les clauses imprimées des polices doivent être exécutées, sans discussion possible ; les tribunaux de commerce, au contraire, en matière d'assurance maritime, se croient en droit d'annuler, comme contraires à la liberté véritable,des conventions et clauses par trop exorbitantes. Mais c'est la jurisprudence civile qui joue pour les médecins.

Examinons donc ces polices qui se ressemblent toutes dans leurs grandes lignes, dont les clauses imprimées ont été rédigées par les assureurs. Nous allons y trouver, comme du reste pour toutes les assurances, des garanties solides pour le payement des primes cela va de soi, mais nous y verrons aussi une méconnaissance complète des conditions spéciales de l'exercice professionnel de la médecine, et toute une série d'embûches, de traquenards où l'assuré donne tête baissée et dont l'assurance ne manquera pas de se servir le cas échéant, car à son encontre, elle connaît ses polices et sait en jouer. Entrons dans le détail.

1° Les restrictions fondamentales... D'une façon générale la police garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile à raison des faits de lésions corporelles dont pourraient être atteintes, par suite d'erreurs ou de fautes professionnelles provenant de son fait ou de celui de ses élèves ou aides, les tierces personnes auxquelles il est appelé à donner ses soins professionnels. Mais il existe deux restrictions : la première s'applique aux accidents causés intentionnellement ou dans un état de dérangement mental ; elle se trouve parfaitement légitime, encore que l'expression dérangement mental puisse paraître un peu trop élastique et vague. La seconde vise certaines catégories de personnes : les ascendants et descendants et leurs alliés, les frères et sœurs de l'assuré, ses associés, domestiques, préposés et salariés.

Là-dessus une réserve s'impose. En effet, on peut concevoir comme raison de l'exclusion des parents en ligne directe une présomption de collusion, mais cette présomption ne peut s'appliquer avec la même force au cas des associés,des domestiques ou des salariés, surtout de la part des Compagnies qui,volontiers, assurent ces mêmes personnes contre les accidents. Ce sont en définitive des clients aussi libres que les autres pour ce qui concerne le choix de leur médecin, et la gratuité des soins dont ils bénéficient en général ne leur interdit en aucune manière l'exercice du droit de réclamation civile à l'encontre du médecin. Il est inadmissible que celui-ci ne soit pas garanti justement contre les réclamations de ceux auxquels il ne peut pratiquement pas refuser ses soins.

2° Les élèves et aides... Si dans la médecine courante le médecin agit seul, dans la pratique des opérations chirurgicales il a besoin d'être assisté d'aides en nombre variable, et dans la pratique hospitalière ces aides sont, soit des étudiants en nombre indéterminé, soit des préposés de l'administration en nombre tout aussi indéterminé et dont, du reste, le choix n'appartient au médecin ni dans le premier, ni dans le second cas. Or, les conditions générales des polices ne mentionnent les aides que pour justifier une augmentation de prime, et pour

réserver, semble-t-il, à l'assurance une échappatoire facile.

En effet, la plupart des polices prévoient des augmentations de primes proportionnelles au nombre des aides. Ceci est déjà assez illogique, car il est admis en principe absolument incontestable que le médecin reste, en tout état de cause, pleinement responsable des actes qu'il accomplit avec l'aide d'assistants qui sont à ses ordres, et dès lors le nombre de ceux-ci n'importe en rien du moment qu'il donne les ordres et en surveille l'exécution.

On peut admettre, évidemment, une différence de prime entre le médecin ordinaire et le chirurgien, une différence aussi, entre la clientèle ordinaire et la clientèle hospitalière, ces différences correspondant réellement à des différences quantitatives de risques, mais le nombre des aides n'a rien à voir là-dedans.

Au reste, le danger principal n'est pas là pour l'assuré. Il réside dans les dispositions draconniennes qui régissent les déclarations d'aides. Il est dit que, d'une part, toute augmentation du nombre des aides doit être déclarée dans les trois jours par écrit, ce qui doit naturellement comporter une augmentation de prime, et d'autre part que, faute de cette déclaration, l'effet de l'assurance se trouve suspendu, les primes continuant à être dues. Il en résulte ceci : en prenant un exemple concret : un chirurgien, qui a déclaré deux aides et qui paye la prime convenue pour ce nombre, se trouve un jour dans la nécessité pour une opération de se faire assister extraordinairement par un troisième aide et, tel accident opératoire survenant, l'opéré ou ses ayants droit l'attaquent en dommages-intérêts. Le chirurgien va faire appel à son assurance, mais celle-ci arguant de la clause ci-dessus, pourra se retrancher derrière le défaut de déclaration du troisième aide à laquelle le chirurgien n'aura sûrement pas songé, et, comme il s'agit de conventions dûment signées, il est infiniment probable que les tribunaux lui donneront raison. En définitive, le chirurgien sera lâché et aura payé des primes en pure perte.

En contre-partie, d'une portée presque humoristique, la même police dit qu'en cas de diminution ou de suppression des aides, l'assuré devra payer une indemnité égale à la portion de prime afférente au nombre des auxiliaires distraits. Ceci est un comble, une indélicatesse qui frise l'escroquerie, le mot n'est pas trop fort, car on peut bien défier le juriste le plus retors de trouver là matière à dommages. Nous devons à la vérité de dire que les polices de certaines Compagnies plus honnêtes ou mieux inspirées ne contiennent pas ces restrictions absurdes et assurent les aides en bloc sans s'inquiéter de leur nombre, en excluant toutefois ceux qui seraient au service exclusif de l'assuré, tant il est vrai que les assurances ne peuvent se résoudre à faire pleinement leur office et tiennent par-dessus tout à se réserver des motifs de chicane.

3° La déclaration... La réclamation faite par un client mécontent ou par ses ayants droit est naturellement adressée directement au médecin en cause, et celui-ci, il va sans dire, doit en avertir son assurance le plus tôt possible. Mais que penser de cette police qui prescrit : « Dans les quarante-huit heures de la date à laquelle il aura eu connaissance de l'accident, l'assuré sera tenu d'en faire par écrit la déclaration à la Compagnie ». De quel accident s'agit-il ? si c'est celui, vrai ou supposé, qui est survenu au cours d'une intervention, la réclamation étant toujours plus ou moins tardive, le médecin se trouvera naturellement forclos. Et s'il n'y a pas eu accident, à proprement parler, si le client se prévaut par exemple d'une prétendue erreur de diagnostic. A la vérité, le terme d'accident mis là évidemment par analogie avec les polices qui couvrent les automobilistes, est si peu en place qu'on peut espérer voir redresser l'erreur le cas échéant sinon par la Compagnie elle-même, au moins par le tribunal. Il ne faudrait cependant pas trop s'y fier. Les Compagnies, par les multiples précautions qu'elles prennent, montrent une médiocre confiance dans la bonne foi de leurs assurés, et il convient en toute justice de leur faire le même crédit ; il est prudent de prévoir qu'elles chercheront par tous les moyens à se soustraire à leurs obligations.

D'un autre côté, la perspective de les y contraindre par un procès est douteuse par définition. Du reste, si les juges appliquent la lettre de la convention, comme c'est leur droit et, si non, en un certain sens, leur devoir, il est aisé d'imaginer de nombreux cas où ce terme d'accident serait susceptible de rendre l'assurance inopérante.

4° La conduite du procès et la transaction... Admettons cependant que les cas malencontreux ci-dessus ne se soient pas produits. Le médecin assuré étant cité en justice, l'assurance se substitue à lui, et entend diriger le procès par avoués et avocats à sa guise et au mieux de ses intérêts. C'est là chose naturelle puisque aussi bien cette pleine substitution est le but même de l'assurance. Il en est de même pour toutes les assurances-accidents.

Mais dans le cas particulier de la responsabilité civile des médecins, deux points méritent d'être retenus. D'un côté, en effet, toutes les Compagnies se réservent dans la police le droit de transiger avec les plaignants, en vertu de cette maxime bien connue de la Sagesse des nations « qu'un mauvais arrangement vaut mieux qu'un bon procès ». En quoi, si elles se montrent justement soucieuses de leurs intérêts, elles font bon marché de ceux de leurs assurés.

Le médecin, en effet, dans les cas où l'assurance est appelée à fonctionner, ne risque pas seulement une perte d'argent ; il risque aussi une diminution morale, un amoindrissement de sa réputation professionnelle bien fait pour l'atteindre finalement dans ses intérêts les plus matériels en lui faisant perdre sa clientèle. Ne connaît-on pas des cas où un confrère attaqué, et blanchi, si on peut dire, par les juges, a cependant dû abandonner une clientèle péniblement formée, en raison des suspicions dont son procès

avait fourni matière de la part de ses clients habituels, les racontars des commères et l'éloquence des avocats laissant toujours plus de traces que les sentences du tribunal.

A cela, il n'est point de remède ; mais si un jugement ne peut toujours imposer silence aux bavards et aux calomniateurs, il y apporte du moins un certain frein et le médecin dont la cause fut reconnue juste peut en tout état de cause s'en prévaloir, et montrer par là qu'il ne craignait point la lumière. Par contre, si dans une de ces affaires qui font toujours un certain bruit avant que de voir le jour du prétoire, une transaction intervient qui, naturellement, supprime *ipso facto* la publicité des débats, on peut tenir pour assuré qu'elle sera tenue comme un aveu de faute par le sentiment public, les langues iront leur train et le médecin sera tôt discrédité plus et mieux que s'il y avait eu procès. Naturellement, le fait que la transaction aura été obtenue par une assurance et non par l'intéressé lui-même ne changera rien à l'affaire : le public n'en saura rien ou n'en voudra rien croire.

La possibilité d'une transaction engagée par l'assurance en dehors de l'assuré et même contre sa volonté formelle est donc une clause éventuellement dommageable pour ce dernier et absolument inacceptable dans le cas particulier qui nous occupe.

D'un autre côté, si, très justement, les polices d'assurances ne garantissent pas les pénalités comme les amendes infligées à raison de blessures ou d'homicides involontaires, il paraît assez surprenant de voir cependant des polices où la Compagnie se réserve la faculté d'intervenir et de diriger la défense « sans cependant pouvoir y être contrainte ». C'est dire que la volonté et les intérêts propres de l'assuré ne comptent pour rien à ses yeux. Car si on conçoit que l'assurance s'intéresse à l'action pénale dans la mesure où celle-ci peut avoir une répercussion sur l'action civile dont elle assume la responsabilité, on voit aussi que, inversement, le fait de se désintéresser de cette action pénale, suivant son droit strict établi par la police, constitue à l'égard du médecin attaqué une présomption fâcheuse. En toute justice, il faudrait ou que l'assurance ignorât absolument l'action pénale, ou qu'elle acceptât d'intervenir dans tous les cas pour elle comme pour l'action civile, excepté toutefois le cas de faute volontaire qui constitue une clause formelle de déchéance de l'assuré.

Certes, toutes les polices ne sont pas absolument comparables, mais nous en avons assez dit pour montrer combien il y a lieu pour le médecin de se méfier avant de signer un contrat où se trouvent une ou plusieurs des clauses dont nous venons de parler. Mais alors allons-nous lui conseiller tout uniment de s'abstenir après lui avoir démontré que l'assurance constituait pour lui une pressante nécessité ? Ce serait au moins contradictoire. Allons nous l'engager à tenter d'obtenir des agents toujours empressés, comme on sait, à faire signer des contrats, l'inscription de clauses particulières annulant pour leur propre police les clauses générales trop draconniennes ? C'est, à la vérité, ce que certains bien avisés ont fait déjà, notamment pour les clauses concernant les aides, et c'est un palliatif qui ne manque pas d'intérêt.

Mais il vaut mieux assurément tendre vers une solution générale, et chercher à poser les termes généraux d'une police type d'assurance contre les risques de responsabilité civile de la profession médicale, et des professions connexes de dentiste et de sage-femme. Il semble bien que cet idéal pourrait être atteint par persuasion, en montrant aux Compagnies d'assurances que l'espèce est très particulière et qu'au demeurant leurs intérêts seront loin d'être compromis par une meilleure rédaction et des clauses plus claires. Si cependant la persuasion ne suffisait point, ne serait-ce pas le moment de faire agir les institutions qui ont la garde des intérêts du corps médical, nous voulons dire les Syndicats, pour imposer, en quelque sorte, leur volonté, ce qui serait relativement facile. Il leur suffirait, en effet, d'indiquer les clauses-types, et de signaler à leurs adhérents les Compagnies acceptantes et les récalcitrantes. En agissant à la fois sur les praticiens qui ont des contrats à renouveler, sur ceux qui hésitent encore, et sur les jeunes confrères tout frais émoulus de la Faculté, on aurait tôt fait de faire mettre les pouces aux Compagnies ; les agents en mal de clients à assurer ne seraient pas les derniers à pousser à la roue, selon toute vraisemblance ; d'autant que pour les assureurs l'affaire n'est pas mauvaise.

Partant de là, voilà le contrat-type que nous proposons aux réflexions de nos confrères et que nous voudrions voir adopter par l'Union des Syndicats médicaux.

ARTICLE PREMIER. — Par le présent contrat, la Compagnie assure toutes les conséquences pécuniaires de responsabilité civile pouvant être encourues par l'assuré dans l'exercice ou à l'occasion de sa profession médicale, en vertu des articles 1382 et suivants du Code civil, à raison des lésions corporelles ou des maladies proprement dites, dont pourraient être victimes, par suite d'erreurs ou de fautes techniques involontaires provenant de son fait ou de celui de ses élèves ou aides, les personnes auxquelles il aurait été appelé, en qualité de médecin, à donner ses soins.

La garantie de la présente assurance ne s'applique pas au conjoint ou aux descendants de l'assuré.

Sont exclus de la garantie du présent contrat les accidents occasionnés intentionnellement ou en état d'ivresse ou d'altération des facultés mentales de l'assuré, dûment établies.

ART. 2. — Des stipulations spéciales préciseront les conditions particulières de chaque contrat, en raison de l'étendue des risques inhérents à la spécialisation de l'assuré et des sommes garanties. En aucun cas, ces garanties ne pourront comprendre les amendes et les frais de l'action pénale, même si celle-ci était liée en quelque manière à l'action civile.

Dans les sommes garanties sont compris les frais judiciaires de l'instance, les indemnités allouées par jugement et les frais de toute nature occasionnés par le sinistre.

Quand la réparation civile allouée judiciairement con-

sistera en rentes, la Compagnie servira les arrérages desdites rentes jusqu'à épuisement de la garantie.

Si une acquisition de titres est ordonnée, ou si le versement à la Caisse nationale des retraites du capital nécessaire à la constitution desdites rentes est prescrit, la Compagnie s'oblige à consacrer le montant disponible de la garantie, dans le premier cas à l'achat immédiat des titres qui seront immatriculés pour la nue-propriété au nom de la Compagnie et pour l'usufruit au nom des rentiers, et dans le second cas au versement du capital à la Caisse nationale des retraites.

ART. 3. — Toute réticence ou déclaration fausse, tardive ou non faite, de nature à modifier le montant de la prime entraîne pour l'assuré la déchéance du bénéfice du présent contrat, sans préjudice du droit pour la Compagnie de percevoir les primes dues jusqu'au jour de la signification faite par elle de la déchéance, et d'en poursuivre le recouvrement, ainsi que de répéter contre l'assuré toutes sommes payées pour sinistres survenus depuis la réticence ou fausse déclaration.

ART. 4. — Le nombre des aides habituellement employés par l'assuré dans l'exercice de sa profession, celui des élèves qui l'assistent dans un service de Faculté, d'hôpital ou de dispensaire, sont des chiffres variables suivant les circonstances qui ne peuvent être indiqués pour la fixation des primes que de façon approximative. En conséquence, la Compagnie ne pourra, en aucun cas, se prévaloir de changements survenus dans ce nombre pour augmenter les primes convenues ou pour suspendre l'effet de l'assurance.

L'assuré qui, au cours du contrat, cesse d'employer des aides rétribués, ou de faire un service comportant l'assistance d'élèves en médecine régulièrement inscrits, sera, sur simple déclaration, déchargé pour l'échéance suivante du montant de prime afférent à ses aides ou élèves dans les conditions primitives.

ART. 5. — Les primes auxquelles s'ajoutent toutes taxes imposées par l'Etat créées ou à créer, et un droit de répertoire de 0 fr. 50 par quittance sont payables annuellement et d'avance. En cas de non payement de la prime dans les quinze jours de l'échéance et trois jours après réception d'une lettre recommandée de la Compagnie constituant, de convention expresse entre les parties, une suffisante mise en demeure, l'Assurance est suspendue, mais la Compagnie conserve tous ses droits aux primes. La garantie ne reprend que le lendemain à midi du payement de l'arriéré et des frais qu'a pu nécessiter son recouvrement.

Le contrat ne prend effet que le lendemain à midi du payement de la première prime et des frais accessoires

SINISTRES.

ART. 6. — Dans les quarante-huit heures de la date à laquelle l'assuré aura été mis en demeure de faire face à une réclamation en responsabilité civile professionnelle, il sera tenu d'en faire par écrit la déclaration à la Compagnie ou à l'agence indiquée par la police. Il fournira à la Compagnie tous les renseignements qu'elle jugera utiles.

Toutes déclarations, lettres ou pièces quelconques, toutes citations ou assignations et généralement tous actes judiciaires ou extra-judiciaires doivent être transmis à la Compagnie dans les quarante-huit heures de leur réception ou signification.

ART. 7. — La Compagnie se met au lieux et place de l'assuré à l'encontre des réclamants ; elle a sous le nom de l'assuré la direction exclusive du procès et celui-ci s'engage à lui donner au besoin par acte spécial tous les pouvoirs nécessaires.

La Compagnie ne pourra transiger avec les réclamants qu'avec une autorisation écrite et formelle de l'assuré. Celui-ci, d'autre part, s'interdit toute transaction sans l'autorisation écrite préalable de la Compagnie.

En cas d'action pénale contre l'assuré, la Compagnie se réserve la faculté d'intervenir, mais sans pouvoir prétendre à la direction exclusive de la défense, l'assuré devant rester libre de faire valoir les moyens jugés par lui nécessaires ou opportuns.

La Compagnie est subrogée par les présentes dans tous les droits et actions de l'assuré contre les auteurs responsables du sinistre. Cette subrogation sera renouvelée par acte spécial à la demande de la compagnie.

Toutes les prescriptions des articles 6 et 7 doivent être observées par l'assuré sous peine de déchéance, et par la Compagnie sous peine de résiliation du contrat sans préjudice du droit pour l'assuré de l'assigner en dommages-intérêts.

[illegible] CONTRAT.

ART. 8. — Le présent contrat est souscrit pour une période de cinq ans, sauf convention contraire. Il continue par périodes successives de même durée que la première si aucune des parties n'a déclaré par lettre recommandée, six mois au moins avant l'expiration de la période en cours, son intention de cesser l'assurance.

Le présent contrat sera résilié de plein droit par la mort de l'assuré ou par la cessation définitive de l'exercice professionnel dû à un état de maladie ou d'infirmité. En cas de cession, association ou reprise de la clientèle du cabinet par un ou plusieurs des héritiers ou des coassociés, l'assurance continuera son effet ou sera résiliée au choix des cessionnaires, héritiers ou co-associés.,

En cas de vente, le vendeur s'oblige à imposer à l'acheteur de son cabinet l'engagement de continuer sa police ou, à défaut, à payer à la Compagnie, outre les primes échues, une indemnité de résiliation égale à une année de prime.

Il s'engage à payer la même indemnité si la police venait à être résiliée par son fait, en dehors des cas prévus au deuxième paragraphe du présent article, avant l'expiration normale du contrat.

ART. 9. — La Compagnie se réserve le droit de résilier le présent contrat par lettre recommandée :

1° Après chaque déclaration de sinistre, au plus tard dans le mois qui suit le règlement de l'affaire, la résiliation ne produisant son effet qu'à la fin de l'année pour laquelle la prime a été régulièrement payée. L'effet de l'assurance cessera le jour même à midi où la nouvelle prime devrait être mise en recouvrement.

2° En cas de non-payement de prime trois jours après la réception, par l'assuré, d'une lettre recommandée portant avis de résiliation et, à défaut de payement dans ce laps de temps.

Toute action intentée par l'assuré à la Compagnie à l'occasion du présent contrat devra faire l'objet d'une instance directe et principale ; toute demande incidente ou en garantie ne sera pas recevable.

***

Nous remercions très vivement M. le professeur H. VERGER et M. le Dr LASNIER d'avoir bien voulu nous autoriser à reproduire *in extenso* leur intéressant travail.

Nous les remercions tout particulièrement des lignes amicales qu'ils ont consacrées au « Sou médical ».

La critique qu'ils adressent à notre Ligue vise l'insuffisance du maximum de la garantie qu'elle accorde à ses adhérents contre le risque de dommages-intérêts que courent les médecins poursuivis à raison de leur responsabilité civile.

Nous pourrions répondre aisément que, jusqu'à présent tout au moins, ce maximum n'a jamais été dépassé, dans les condamnations qui

ont été prononcées par les tribunaux. Sauf, dans une affaire où deux médecins associés pour l'exploitation d'une clinique réservée au traitement des affections vénériennes, ont dû verser chacun 25.000 francs d'indemnité à leur adversaire.

Mais cette affaire se présentait dans des conditions spéciales sur lesquelles nous préférons ne pas nous étendre, et que les circonstances de lieu suffisent à faire soupçonner.

Il y avait là une question d'espèce dont les faits étaient tels que les juges ont cru devoir se montrer sévères.

Mais on pourrait nous répondre que le passé n'est nullement garant de l'avenir, et qu'on ne saurait trop se prémunir contre une élévation éventuelle des tarifs dans les condamnations qui pourraient sanctionner de futurs procès en responsabilité. Aussi le « Sou médical » va-t-il, très prochainement, augmenter sensiblement le maximum de sa garantie, sans augmenter d'ailleurs le taux de sa cotisation.

L'Assemblée générale du 18 novembre prochain précisera ce maximum.

Je prie nos lecteurs de noter ce fait important qu'aucune surprime ne leur sera réclamée. C'est déjà un point qui différencie le « Sou médical » des Compagnies d'assurances.

Il en est d'autres sur lesquels il est nécessaire d'insister à nouveau : par exemple, le « Sou médical » paye les frais des procès dans lesquels il a donné son appui pécuniaire à ses adhérents.

Il se refuse à transiger, et épuise toutes les juridictions, la transaction, avantageuse au point de vue matériel, laissant planer éternellement une suspicion, un doute sur la moralité du médecin en cause.

Enfin, le risque de responsabilité civile n'est qu'une des branches qui sollicitent son activité. Il en est d'autres qui ont une importance capitale pour le praticien, et que le dépouillement de la volumineuse correspondance que nous recevons chaque jour suffit à mettre en évidence. Que de procès ont été évités à la suite de l'intervention officieuse du contentieux du « Sou médical » ? Lisez les procès-verbaux que nous publions périodiquement, et qui ne sont qu'un reflet des multiples questions qui nous sont posées, et vous serez édifiés.

Du reste, les praticiens s'en rendent bien compte, qui viennent en nombre tel à notre Ligue qu'elle compte actuellement près de 4.000 membres.

Mais que sont encore ces 4.000 sociétaires au regard des 20.000 médecins qui exercent en France ?

En vérité, si ceux qui ne font pas encore partie du « Sou médical » avaient une notion suffisante des risques qu'ils courent tous les jours, s'ils étaient prévoyants, et tenaient à s'assurer occasionnellement une défense efficace, une protection sérieuse et *confraternelle*, ce n'est pas 4.000 que nous serions demain, mais 10.000 ; 15.000 ; 20.000 ! ! ! Pourquoi pas ? ? ?

Qu'on se le dise !

G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint
du « Sou Médical ».

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Une réunion médicale à propos de la crise du logement.** — L'*Evolution médico-chirurgicale* organise une grande réunion où sont conviés tous les médecins de la Seine, le vendredi 7 décembre 1923, à 20 heures 45, à la mairie du IX[e] arrondissement, rue Drouot (salle des Fêtes, 1[er] étage).

M. Edouard Ignace, avocat à la Cour d'Appel, député de Paris, président de la Commission de législation civile et criminelle de la Chambre, ancien sous-secrétaire d'Etat, fera une conférence, suivie de discussion sur : *la crise du logement et les médecins.*

MM. Paul Boudin, docteur en médecine, docteur en droit, Paul Guillon, président du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement et Le Corbeiller, député de la Seine, ancien président du Conseil municipal de Paris, prendront la parole.

Pour tous renseignements, s'adresser au D[r] de Parrel, secrétaire général de l'*Evolution médico-chirurgicale*, 5, rue de Thann, Paris, 17[e]. Téléph. : Wagram 57-20 (de 13 heures à 14 heures).

— **Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — M. le professeur Lejars a commencé son cours de clinique chirurgicale le mardi 6 novembre 1923, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h 1/2.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 1/2 : conférence de diagnostic chirurgical, par M. Séjournet, chef de clinique. — Mardi, 9 h 1/2 : examens cliniques, par le professeur. — Mercredi, 9 h. 1/2 : conférence de diagnostic chirurgical, par M. Brocq, chirurgien des hôpitaux. — Jeudi, 9 h. 1/2 : examens cliniques par les élèves, sous la direction du professeur. — Vendredi 9 h 1/2 : examens de laboratoire. — Samedi, 9 h, 1/2 : leçon clinique, par le professeur.

Le Directeur-Gérant : D[r] GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et Cie, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

D'autre part, l'opération a été aussi importante qu'une trépanation ordinaire ; car, il a fallu curetter la dure-mère, fongueuse, et établir un drainage par le canal naso-frontal.

Combien dois-je compter cette 2e opération ?

Dr G.

P. S. — Voulez-vous me permettre de vous signaler, en votre qualité de membre de la Commission du tarif Breton, une petite lacune ? *Les fractures du nez* ne figurent pas au tarif. Or, elles nécessitent une réduction et une contention comme les autres fractures.

A mon avis, une fracture simple des os propres devrait être tarifée 80 fr. Une fracture compliquée, intéressant plusieurs os et nécessitant une prothèse de contention devrait être payée au moins 300 fr. en 1re catégorie.

Réponse.

Pour la première opération, pas de doute, c'est bien « trépanation » avec ouverture de la dure-mère : 600 fr. (1re catégorie). Pour la seconde, complémentaire de la précédente, la tarification est plus épineuse puisque « *non bis in idem* » est un adage de droit. Il n'y en eut pas moins une seconde intervention nécessitée par les suites de l'accident. Vous pourriez, ce me semble (*par analogie* avec « ponction de la plèvre avec injection d'azote, la première : 200 fr., les autres 100 fr.), demander moitié prix de la première intervention pour la seconde. Tarif en main, je ne vois pas d'autre analogie à proposer.

Nota. — J'ai pris en note la *lacune* sur les fractures du nez.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

I

Retard de paiement d'honoraires.

Abonné au *Concours médical*, depuis deux ans bientôt, je viens soumettre à sa compétence la question suivante :

Dans le dernier trimestre de l'année 1922, je soignais un bénéficiaire de l'article 64. Je fis chez lui une série de visites et injections hypodermiques, faisant une somme d'honoraires égale à 280 francs, ayant selon les indications : recueillis, remplis et ordonnés, mes billets de visite détachés du carnet ; remplie, en outre, la grande feuille d'état des visites faites par moi et de la somme qui m'était due ; je soumis tout à cela à la signature de la mairie de la commune à laquelle appartenait mon malade ; laquelle mairie se chargeait de faire parvenir tous ces papiers à la préfecture dans les délais fixés. En l'occurrence avant le 25 janvier. Je lui remis mes papiers vers le 15 janvier pensant bien que dans 10 jours, ils avaient

grandement le temps de rejoindre la préfecture de Lyon distante de 16 kilomètres environ. Or, le 30 janvier, je reçus un avis de la préfecture me faisant savoir que mes mémoires concernant les soins donnés par moi aux bénéficiaires de l'article 64 pendant le dernier trimestre de l'année 1923 n'étaient parvenus aux bureaux spéciaux de la préfecture que le 29 janvier, donc les délais expirés, et qu'en conséquence, ils ne me seraient payés que suivant la procédure spéciale de liquidation des dépenses afférentes aux exercices clos et que cela demandait quelque temps.

Je fus à la préfecture pour m'expliquer sur ce retard ; il me fut répondu bien naturellement que si je n'y étais pour rien, eux non plus ! et que vers le mois de juillet, je serais payé si la Commission des Finances avait trouvé des fonds. Or, nous sommes en octobre et je n'ai rien vu venir.

Je sais que j'ai eu tort de croire que la mairie de mon malade pouvait se charger de mes intérêts ; mais je voudrais savoir si je suis en droit de réclamer.

Dr R.

Réponse.

Vous auriez dû envoyer directement vous-même, vos mémoires à la préfecture. Les délais passés, vous « prenez la queue », dans l'examen des mémoires. Mais ce n'est pas une raison pour que vous ne soyez pas réglé au plus tard *avant* les mémoires du trimestre suivant, puisque le vôtre est arrivé *avant* ceux-ci. Réclamez donc en conséquence.

F. D.

II

Non paiement d'honoraires par « exercice clos ».

Je suis en difficulté avec la Commission de contrôle des soins médicaux aux réformés de guerre du département ; je serais heureux d'avoir votre avis.

Voici ce dont il s'agit :

Je pratique, en juillet 1921, une thoracentèse chez un réformé de guerre.

Il n'y avait aucun tarif. Sur mes notes d'honoraires, j'applique le tarif Breton, soit 37 fr. 50.

En avril 1922, une lettre de M. le préfet m'avise que cette *opération est réservée jusqu'à publication des tarifs chirurgicaux* (j'ai cette lettre).

Ces derniers paraissent, la thoracentèse y est comptée 50 francs. Je modifie donc le prix et demande sur mes différentes notes d'honoraires, cela depuis 1922, que la thoracentèse me soit payée 50 francs.

A mes différentes demandes, il est répondu :

1° Sur un bordereau d'envoi de mandat : « opération réservée ».

2° Sur un autre obordereau d'envoi de mandat : mars 1923 : « opération réservée jusqu'à décision du ministre ».

3° En juillet 1923, on me signifie que l'intervention me sera payée, tarif Breton, c'est-à-dire 37 fr. 50

moins 6 = 31 fr. 50 — et que —, si je n'accepte pas, j'ai à me présenter pour discussion devant la Commission à S.

J'habitais à 40 kil. de cette ville, mon déplacement m'aurait coûté *au minimum* 20 fr., et j'aurais perdu un après-midi, je refusai, par lettre très explicative :

1° D'accepter le tarif Breton ;

2° De me présenter devant la Commission.

4° en septembre 1923, sur bordereau d'envoi de mandat, toujours, je lis :

Opération faite en 1921 « exercice clos ».

Cela veut-il dire que je n'ai plus rie n à réclamer ? Je serais heureux de savoir :

1° Si la Commission de contrôle est dans son droit en refusant l'application des tarifs chirurgicaux des réformés de guerre et en m'appliquant le tarif Breton ? (j'avais évidement eu le tort de donner à titre indicatif, le prix du tarif Breton, et j'aurais beaucoup mieux fait de demander le tarif local : 70 à 80 fr.).

2° Quels moyens j'ai à ma disposition pour obtenir satisfaction ?

Dr E.

Réponse.

Votre seul moyen est de demander qu'on vous *notifie* officiellement la décision de la Commission départementale de contrôle. Cette notification reçue, faites *appel*, dans les 20 jours, devant la Commission supérieure de contrôle des soins aux blessés de guerre, en écrivant à son président, au ministère des pensions, 37, rue de Bellechasse, et en lui donnant toutes indications nécessaires.

Ma réponse est telle parce que, d'après votre lettre, je ne vois pas que vous ayez reçu de notification. La *signification* de juillet 1923, vous offrant « discussion » devant la Commission, implique jugement *non rendu*. Vous avez discuté par lettre, c'était votre droit puisque l'art. 54 dit « après avoir entendu le créancier et pris connaissance de ses explications », ce qui n'implique pas l'obligation de les donner de vive voix. Dans la suite, la mention faite en septembre 1923 sur un bordereau d'envoi de mandat portant « opération faite en 1921 : exercice clos », n'est pas davantage une notification de la décision de la Commission. Dans le cas où *ultérieurement* vous auriez reçu notification officiellement et qu'il soit trop tard pour faire appel, le *prix* offert par la Commission deviendrait *définitif* s'il avait été émis par décision notifiée. Mais encore vous auriez toujours *le droit de poursuivre le règlement* de cette somme même (ainsi que de toute créance reconnue, tant qu'il n'y a pas prescription), et c'est le préfet qui doit être regardé comme le débiteur responsable.

F. D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

De la réhabilitation du vésicatoire comme exutoire, en tuberculinothérapie pulmonaire.

Par le Dr Ed. Crouzel,
Le Buisson, Dordogne.

C. Micheleau (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 16 août 1923) estime que le vésicatoire. qu'on a accusé de nombreux méfaits, et qui tend à être oublié, peut encore trouver des indications en thérapeutique. C. Sabrazès fait remarquer, à ce propos, que les inconvénients dus au vésicatoire tiennent souvent au manque de surveillance, à une application trop prolongée qui dépasse 6 à 8 heures. L'administration, à l'intérieur, de 2 à 4 gr. de bicarbonate de soude permet d'éviter l'action sur le rein de la cantharidine.

De même que pour la saignée, du temps de Broussais, de même aussi pour le vésicatoire on a usé et abusé. Toutes les vogues et toutes les modes ont nécessairement un temps d'engouement stimulé et entretenu par l'exemple, par la contagion, pourrait-on dire, plutôt que par la raison. Les moutons de Panurge sont de tous les temps ! Pour mon compte personnel, et pendant ma pratique médicale d'un tiers de siècle, j'ai observé un assez grand nombre de cas où cet antique agent thérapeutique a rendu de signalés services comme *exutoire*, en tuberculinothérapie pulmonaire. Je connais plusieurs personnes ayant dépassé la soixantaine, qui doivent à l'emploi intermittent et raisonné de l'*exutoire* d'être encore de ce monde.

Les derniers malades que j'ai observés et qui sont encore en traitement peuvent être classés en deux catégories. Ils constituent un groupe *hétérogène*, assez *mêlé*, comme situation sociale et professionnelle. Ces malades ont pour seul attribut commun d'habiter la campagne. C'est, je le reconnais, un sérieux avantage au point de vue des perspectives d'amélioration et même de guérison.

Dans la première, je rangerai 2 jeunes femmes de 25 et 31 ans et un jeune homme de 23 ans, atteints de tuberculose localisée au poumon, sans lésions cavitaires perceptibles. Abandonnés à leur malheureux sort, par leurs médecins successifs, ces malades luttaient péniblement contre le terrible mal, après épuisement de toutes les médications de la Faculté et des *irréguliers* de la médecine. Les manifestations principales en étaient le *manque d'appétit*, une *toux* de moyenne intensité, avec *crachats* tantôt discrets, tantôt abondants et à caractères physiques habituels, *perte de poids* progressive.

La deuxième catégorie comprend 4 cavitaires,

arrivés à la deuxième période, dont il serait fastidieux de décrire les symptômes détaillés habituels.

Directives générales du traitement. Application à la région maxima sous-claviculaire, d'une mouche de Milan, avec entretien de la suppuration, pendant 10 à 13 jours, au moyen de la *pommade épispastique.*

Comme traitement complémentaire adjuvant, *repos, séjour au grand air, alimentation abondante et variée,* basée sur la *capacité digestive* et le goût de chaque malade, mais surtout lait, laitage, jaunes d'œufs, aliments non *dévitaminés,* en s'arrêtant, comme quantité, au seuil de la suralimentation qui a fait tant d'innocentes victimes. Toniques habituels en *injections hypodermiques* (arsenic organique, strychnine, glycérophosphate de soude), par *voie buccale,* iode organique par doses progressives, glycérophosphate de chaux, avec adjonction d'extraits opothérapiques variables avec les indications symptomatiques, surveillance et contrôle du poids, dans les 8 jours, coup d'œil fréquent sur le poumon. Lorsque l'état général me paraît s'aggraver manifestement, ce qu'indique surtout, comme *critérium, la perte de poids* et que le *statu quo* cesse d'exister, je fais une nouvelle application de mouche de Milan ou d'Albespeyres enlevée 10 heures après. Après extirpation de l'épiderme phlycténulaire, on procède à l'application d'une feuille de papier imperméabilisé aseptique, enduite de *pommade épispastique.* Ce pansement est renouvelé, matin et soir, pendant une dizaine de jours, environ.

Régulièrement ou à peu près, on assiste, 2 ou 3 jours après l'application de la mouche d'Albespeyre, à une amélioration bien sensible. Vers le 10 ou 12e jour, on abandonne la plaie à elle-même, c'est-à-dire qu'on fait des pansements simples, aseptiques, quotidiens, jusqu'à reconstitution de l'épiderme. Ces oscillations successives de l'état général règlent l'emploi du *vésicatoire volant* ; c'est-à-dire qu'on ne doit y avoir recours que lorsque l'ensemble des symptômes généraux habituels indique une aggravation de la maladie.

La répétition, assez régulière dans l'obtention de résultats satisfaisants, oblige à conclure que, toutes autres choses égales d'ailleurs, ces *résurections,* passagères et éphémères peut-être, hélas ! mais effectives sont dues à l'effet de *l'exutoire.* Y a-t-il ici, une résultante fonctionnelle favorable due à plusieurs facteurs dissemblables, déclenchés par *l'exutoire* ? Je ne saurais le dire, mais le résultat brutal est là pour inciter, dans l'intérêt du malade, à persister dans l'emploi d'un *moyen de sauvetage* effectif qui permet à celui-ci de lutter, de durer en louvoyant, en attendant mieux, peut-être. *L'exutoire* sert-il de *sensibilisateur* aux *médicaments spécifiques.*

concurremment employés ? Par quel mécanisme physiologique, ou plutôt par quel *processus* concomitant *leucocyto-bacillophage*, déclenchant les réactions de défense de l'organisme, en affaiblissant, peut-être, la vitalité du bacille de Koch ?

On ne peut certainement pas qualifier de *méthode* curative, ou plus modestement, ce *moyen thérapeutique*, ou cet *expédient* si l'on préfère. C'est simplement un *procédé de répit* ou de *consolation*. Celui-ci n'exclut aucun autre procédé thérapeutique raisonnable. Il complète, plutôt, ceux que l'expérience a consacrés, en leur donnant le temps d'agir. La base de tous est le *repos*, le *grand air* avec une *alimentation scientifiquement réglée*.

Les résultats immédiats réalisés ainsi habituellement sont : 1° amélioration d'ensemble et euphorisme sensible ; 2° décroissance de la courbe thermique ; 3° diminution parallèle de la toux, quelquefois de l'expectoration ; 4° diminution, momentanée tout au moins, des sueurs nocturnes ; 5° retour de l'appétit ; 6° parfois récupération du poids ; 7° régulari ation du pouls ; 8° confiance rendue au malade et à son entourage.

Ceci indique que tout en tenant compte de certaines règles générales que l'expérience a à peu près fixées, on peut se demander s'il n'y a pas lieu d'accommoder, modestement, certains usages anciens, tel *l'exutoire*, aux méthodes nouvelles qui ont, sûrement, leur grand mérite, mais que le médecin, dans l'intérêt du malade, ne doit pas accepter *exclusivement*, les yeux fermés, sans appel. Par le temps de *réalisations* et d'idées *constructives* à outrance que nous vivons, il faut ne pas oublier qu'en médecine surtout, le *relatif* est la règle et que les *petits moyens* et les *petits résultats* ne doivent pas être dédaignés. Ne lâchons jamais la proie pour l'ombre. Comme il ne s'agit que de provoquer la formation de *phlyctène limitée*, destinée à produire l'*exutoire* pur et simple, il importe de sauvegarder les scrupules de ceux qui, à tort ou à raison, ont des idées préconçues contre l'emplâtre *cantharidée* (mouche de Milan); il est facile de tourner la difficulté, en provoquant la destruction épidermique par un *topique* approprié, quelconque, tel que l'*ammoniaque liquide*, le *caustique de Vienne*, le *coton iodé*, etc. Exceptionnellement l'on peut, dans ces circonstances, contenter tout le monde et... son père.

Il est inutile, je pense, de différencier, ici, l'action *escharotique* du *topique vésicant* de l'action *consécutive* de celui-ci, sous forme d'*exutoire*.

A mon point de vue, c'est celle-ci qui compte et qui constitue l'*action principale*, dans le mode de traitement que je préconise et non *secondaire*. Le contraire est vrai, lorsqu'il s'agit d'employer le vésicatoire contre les épanchements pleurétiques ou autres.

N. B. J'ai eu la curiosité de faire un essai *qualitatif* des urines des malades, au cours de traitement : 1° avant l'application du vésicatoire ; 2° au moment de l'action de l'*escharotique*, c'est-à-dire 5 à 6 heures après l'application du topique ; 3° après 48 heures. Les réactions à la *liqueur de Tanret* ont été négatives (albumine), dans tous les cas. Les sédiments de dépôt de ces urines trois jours après l'émission de celles-ci ont été sensiblement les mêmes que pour l'observation de ceux-ci, avant l'application de l'*escharotique* en tant que *volume, coloration* et états physique et chimique généraux.

Voilà qui pourra, peut-être, rassurer la conscience de ceux qui craignent, pour le rein, l'action de courte durée du vésicatoire.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Reconnaissance administrative d'écoles d'infirmières

Par arrêté en date du 10 octobre 1923, pris par application du décret du 27 juin 1922, le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, a prononcé la reconnaissance administrative, avec ou sans réserve, des écoles ci-après énumérées, les réserves portant principalement sur l'obligation d'adopter le programme-type d'études délibéré par le conseil supérieur de l'assistance publique et par le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières :

Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières des asiles d'aliénés de la Seine (avec réserve).

Ecole professionnelle d'assistance aux malades, 10, rue Amyot, Paris (avec réserves).

Ecole d'infirmières de l'association des dames françaises, hôpital-école, rue Michel-Ange, 93, Paris (avec réserve).

Ecole Florence-Nightingale, section des gardes malades hospitalières, maison de santé protestante de Bordeaux (sans réserve).

Ecole d'infirmières de la Glacière, section des infirmières hospitalières, hôpital Heine-Fould, 35, rue de la Glacière, Paris (avec réserve).

Ecole d'infirmières et d'infirmiers des hospices d'Amiens (avec réserve).

Ecole d'infirmières des hospices et hôpitaux d'Avignon (avec réserve).

Ecole d'infirmières, annexe de l'hôpital Saint-Jacques, hospices civils de Besançon (avec réserve).

Ecole d'infirmières des hospices civils de Bordeaux, dite école du Tondu (avec réserve).

Ecole d'infirmières des hospices civils de Caen (avec réserve).

Ecole d'infirmiers et d'infirmières des hôpitaux de Grenoble, à la Tronche (avec réserve).

Ecole d'infirmières des hôpitaux et hospices de Lorient (avec réserve).

Ecole d'infirmières de l'hôpital de la Charité, à Lyon (avec réserve).

Ecole d'infirmières des hôpitaux de Marseille, à l'Hôtel-Dieu de Marseille (avec réserve).

Ecole régionale d'infirmières (hospitalières), des hospices civils de Nancy (avec réserve).

Ecole d'infirmières de la commission administrative des hospices civils de Nantes (avec réserve).

Ecole d'infirmières de l'hôpital civil de Reims (sans réserve).

Ecole d'infirmiers et d'infirmières des hospices civils de Rouen (avec réserve).

Ecole d'infirmières hospitalières des hospices civils de Toulouse (avec réserve).

Maison-école d'infirmières privées, 66, rue Vercingétorix, Paris (sans réserve).

Ecole d'infirmières hospitalières de la faculté de médecine de Strasbourg (avec réserve).

Ecole d'infirmières du comité de Bordeaux de la Société de secours aux blessés militaires, 89, rue Joséphine, à Bordeaux (avec réserve).

Ecole d'infirmières du comité de Marseille de la société de secours aux blessés militaires, 208, boulevard Chave, à Marseille (avec réserve).

Ecole d'infirmières du comité de la société de secours aux blessés militaires, 1, rue Saint-Fiacre, à Nancy (avec réserve).

Ecole d'infirmières de la Société de secours aux blessés militaires, comité de Nice (avec réserve).

Ecole d'infirmières de la société de secours aux blessés militaires, hôpital-école, 8 square des Peupliers, Paris (avec réserve).

Ecole d'infirmières du comité de Toulouse de la société de secours aux blessés militaires, 1, rue d'Astorg, à Toulouse (avec réserve).

Ecole d'infirmières de l'Union des femmes de France, hôpital-école, 32 rue de la Jonquière, Paris (avec réserve).

Ecole d'imfirmières du comité de Lyon de la société de secours aux blessés militaires, 34, rue de Charmettes à Lyon (avec réserve).

(*J. O.*, 23 octobre 1923.)
(*Erratum J. O.* 31 *octobre* 1923.)

Quarante-cinquième année N° 45 *bis* (Supplémentaire) 14 Novembre 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office des Renseignements du « Concours »

Le *Concours Médical* a organisé un office de renseignements mis gracieusement à la disposition de ses abonnés afin de les documenter et de les renseigner sur tout ce qui a trait à l'exercice de la profession médicale.

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des Tarifs
Déontologie
Impositions diverses
Maisons de santé, sanatorium, etc...

SERVICE de PROPAGANDE *du « CONCOURS »*

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours médical*, afin de leur permettre d'apprécier ce journal, le présent numéro ne représentant pas le *Concours médical* dans sa physionomie habituelle (voir le Bulletin page XXVIII 3472).

Agenda-Memento du Praticien
Edition 1924

Nous informons les souscripteurs que notre édition paraîtra et sera envoyée aux intéressés vers le 15 *décembre prochain.*

LE 25e ANNIVERSAIRE DU SOU MÉDICAL

Pour ses noces d'argent, le « Sou médical » projette de porter le maximum de la couverture du risque responsabilité civile à **cinquante mille francs,** *sans augmenter le taux de la cotisation annuelle* (25 *fr.*).

Hé oui ! le « Sou médical » compte 25 années d'existence ! Il a commencé, en effet, de fonctionner le 1er janvier 1898, et si sa vitalité s'est quelque peu ralentie pendant la grande guerre, au cours de ces cinq ans de vie anormale, où les 4/5 des médecins français eurent d'autres chats à fouetter, oserai-je dire ? que d'engager ou de supporter des procès dont la cause eût été d'un piètre intérêt au regard du gigantesque et sanglant procès qu'ils contribuèrent à mener contre l'allemand, — comme il s'est rattrapé, depuis, et comme il est permis de dire, en vérité, que ce quart de siècle a été bien rempli !

Ses dirigeants se glorifiaient, en 1902, d'avoir vu les affaires traitées par le « Sou médical », passer de 46 en 1898, à 54 en 1900, et à 252 en 1902. Quelle ne serait pas leur satisfaction, aux Cézilly, aux Jeanne, aux Lepage, les bons ouvriers de la première heure, s'ils savaient qu'aujourd'hui, le secrétariat général a reçu, depuis le 1er janvier 1923, plus de 3.000 lettres, et plus de 500 visites,

de médecins désireux d'être renseignés sur l'étendue de leurs droits, sur la limite de leurs devoirs, sur le bien fondé de leurs prétentions, sur la gravité de leur responsabilité, etc. ! ! !

Toute cette activité, sans cesse croissante, s'est répandue tout autour de mille questions diverses, ressortissant aux sujets suivants : *arbitrages, contestations d'honoraires, dans la clientèle privée aussi bien que pour soins donnés aux accidentés du travail, violations de contrats, détournements de clients, abus de pouvoir, préjudice judiciaire, hospitalisation des non-indigents, honoraires des médecins d'hôpital, secret médical, déontologie, cessions de clientèle, diffamations, responsabilité civile*... J'en passe certainement..

Ce n'est qu'en 1904 que fut décidée la création d'une caisse de garantie destinée à couvrir pécuniairement la responsabilité civile des membres du « Sou médical ». A l'origine, le maximum de cette garantie avait été limité à 2.000 francs. Il fut porté successivement à 10.000 fr., en 1919 ; puis, à 20.000 en 1921.

La nature et l'importance des services rendus par le « Sou médical » ne tardèrent pas à porter leurs fruits, et le nombre de ses adhérents monta rapidement pour atteindre aux environs de 4.000, en cette fin d'année 1923.

Encore que ces 20.000 francs apparussent comme largement suffisants pour faire face aux condamnations éventuellement prononcées par les tribunaux, en matière de dommages-intérêts envers les parties civiles, — la plus récente de ces condamnations ayant seulement atteint 11.500 francs, et il y avait mort d'homme ! — nous entendions dire, tout autour de nous, et l'on nous écrivait : « Très bien, votre Sou médic. l. Mais pourquoi arrête-t-il les effets de l'assurance, qu'il constitue en réalité, à une somme si mesquine, tandis que les compagnies couvrent le médecin pour des 50.000, 100.000 francs, et plus encore ! »

Nous avions beau répondre que l'objet du « Sou médical » et son fonctionnement diffèrent du tout au tout de ceux des entreprises financières qui spéculent sur l'assurance ; que ces entreprises font varier leurs primes avec l'importance des sommes assurées, tandis que la cotisation du « Sou » reste invariable, à 25 francs par an ; que le « Sou » a, sur les Compagnies, cette supériorité de ne jamais *transiger et de mener les affaires* qui lui sont confiées, devant toutes les juridictions, si haut placées soient-elles ; qu'au « Sou médical », les considérations pécuniaires, les frais à engager, sont bien peu de chose, en comparaison de la défense du prestige moral du médecin... Nous nous heurtions à des craintes qui, pour si peu justifiées par les faits qu'elles soient, faisaient hésiter tous ceux qui redoutent de se voir engagés un jour dans une affaire malheu-

reuse, où leurs biens matériels risqueraient d'être mis à mal, tout autant que leur réputation.

Bien plus pour faire cesser ces craintes, que parce que nous estimons qu'elles sont légitimes, nous avons résolu de donner satisfaction aux sollicitations dont nous sommes l'objet. Et, pour fêter le 25e anniversaire du « Sou médical », nous avons pris la décision de demander à l'Assemblée générale, qui se tiendra le 18 novembre prochain, de porter la garantie à ***50.000 francs***.

Nous sommes fondés à présumer que l'Assemblée suivra les suggestions de son Conseil d'administration, et que notre proposition sera ratifiée.

Songez-y donc, confrères, qui ne faites pas encore partie du « Sou médical » ; confrères qui n'aurez plus désormais, pour reculer votre demande d'admission, le prétexte d'une garantie pécuniaire insuffisante.

Songez-y ! Et songez, par surcroît à tout ce que vous trouverez au « Sou médical » : une permanence médico-juridique toute prête à vous accueillir tous les jours, et à toute heure du jour, à vous écouter attentivement, à vous conseiller et à vous guider, mettant en œuvre, à votre profit, *la science* et *l'expérience* de ces compétences qui ont nom notre collègue Boudin, tout à la fois médecin et juriste (il est docteur en droit) ; le chef de notre contentieux, M. Dumesny, que 16 années de pratique du « Sou médical » ont rompu à la parfaite connaissance du droit et de la jurisprudence, en ce qui touche à l'exercice de la médecine ; Me Nattan-Larrier, l'avocat distingué dont nous avons déjà eu l'occasion d'enregistrer les succès remportés au bénéfice de nos sociétaires, Me Nattan-Larrier qui a succédé si heureusement au regretté Gatineau, le conseil juridique du « Sou », tout à ses débuts ; Me Bernard Auger, le digne continuateur de son père, Me Emile Auger, le père et le fils occupant pour les membres de notre ligue devant la Cour de Cassation et le Conseil d'Etat.

Car, il n'est pas de juridiction devant laquelle nous n'ayons eu l'occasion d'accompagner tels de nos sociétaires auxquels nous nous sommes efforcés de faire rendre justice : depuis le Tribunal de Paix jusqu'à la Cour de Cassation, depuis le Conseil de préfecture jusqu'au Conseil d'Etat, sans oublier le Tribunal des conflits......

25 *francs de prime annuelle et invariable* ! **Cinquante mille francs de garantie contre la responsabilité professionnelle,** sans parler de tous les frais de procédure qu'il supporte allègrement, sans compter ! Voilà ce que vous demande le « Sou médical ». Voici ce qu'il vous offre en échange, et j'ajoute, en terminant, le dévouement sincère et

agissant de ses administrateurs, qui n'oublient jamais qu'ils sont médecins et qui apportent, dans l'examen des affaires qui leur sont soumises et dans les décisions qu'ils prennent, l'esprit de la plus libérale et la plus sympathique confraternité.

D[r] G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint
du « Sou Médical ».

CORRESPONDANCE

Dommages-intérêts pour défaut de livraison des automobiles

Abonné au *Concours médical*, et membre du « Sou médical », je viens vous demander un conseil juridique pour le cas suivant :

J'ai commandé le 6 avril 1923, à l'agent de la Maison X., une voiture 6 HP modèle 1923, livraison inscrite sur juin. Le bon de commande porte cette mention : « la commande sera soumise aux conditions générales de vente des usines X, dont l'acheteur déclare avoir pris connaissance ».

Actuellement, je n'ai pas encore obtenu livraison de la voiture en question.

Voici, d'autre part, les clauses relatives à la livraison des voitures, contenues dans les « conditions générales de vente » en date d'octobre 1921 communiquées par la maison X.

« En raison des difficultés de la production, la date « de livraison n'est donnée qu'à titre indicatif, étant « entendu que nous ferons toujours notre possible « pour livrer à cette date, mais que nous nous réser« vons, à partir de ladite date, une marge de *trois* « *mois*.

« Ces trois mois écoulés, le client qui n'aura pas eu « livraison pourra nous mettre en demeure de livrer « et, quinze jours seulement après cette mise en de« meure, demander la résiliation de sa commande.

« La résiliation entraînera simplement pour nous « l'obligation de restituer l'acompte versé, sans inté« rêts, ni indemnité.

« Si l'exécution est demandée, il ne sera pas dû « d'intérêts moratoires ».

Par lettre recommandée en date du 1[er] octobre, je mets la maison X. en demeure de me livrer la voiture commandée.

1° Mais, je désirerais savoir si, pour activer le zèle de cette firme, je ne pourrais pas, invoquant les articles 1610 et 1611, 1142, 1146 et 1184 du Code civil, obtenir des dommages et intérêts pour défaut de livraison à la date fixée ?

2° Il est certain que les conditions du contrat m'en empêchent, mais les articles du Code sont rédigés de telle sorte que le doute est permis.

Existe-t-il des jugements rendus dans un cas identique ? Et en faveur de qui ont-ils été promulgués ?

3° Pensez-vous que j'aurais quelques chances d'obtenir gain de cause, si je demande à la maison X, des dommages et intérêts ?

N'y aurait-il pas lieu, par un article publié dans les pages du journal, d'agir contre les contrats léonins que nous imposent les maisons d'automobiles, en conseillant à nos confrères de ne signer un contrat qu'après en avoir pesé les termes et en avoir élagué ceux *qui lèsent par trop* nos intérêts ? Les maisons vous proposent leur contrat à prendre ou à laisser. Une action concertée des acheteurs (ou d'un groupe d'acheteurs), les obligerait à modifier leurs contrats.

5° Enfin, n'y a-t-il pas en quelque sorte vol dans le fait qu'un vendeur vous promet une marchandise pour une date alors qu'il sait pertinemment qu'il ne pourra pas vous la livrer à ce moment.

Excusez, Monsieur, ces nombreuses questions, mais elles me paraissent intéresser le Corps médical en raison de l'importance que prend pour la majorité des praticiens cet outil professionnel qu'est l'automobile.

Dr A.

Réponse.

Le Dr A. nous indique qu'il a commandé une voiture automobile en avril 1923 à la maison X. ; que cette voiture n'a pas été livrée en temps et que la maison X. lui oppose la clause relative à la livraison des voitures, contenue dans les conditions générales de vente de cette maison et portant la date d'octobre 1921.

La clause qu'il relate est ainsi conçue :

« En raison des difficultés de la production, la date de livraison n'est donnée qu'à titre indicatif, étant entendu que nous ferons toujours notre possible pour livrer à cette date, mais que nous nous réservons à partir de ladite date une marge de trois mois ; ces trois mois écoulés, le client qui n'aura pas eu livraison, pourra nous mettre en demeure de livrer et quinze jours seulement après cette mise en demeure, demander la résiliation de sa commande. La résiliation n'entraînera simplement pour nous que l'obligation de restituer l'acompte versé sans intérêts ni indemnité ».

Les tribunaux ont souvent eu à examiner la portée de clauses semblables ou analogues à celle que signale le Dr A. Ils en ont toujours restreint l'application.

Si elle avait, en effet, la portée que veut lui donner la maison X., le constructeur serait *libre* de fournir ou de ne pas fournir puisqu'il pourrait se contenter de restituer l'acompte *versé sans intérêts ni dommages-intérêts.* L'interprétation dont il s'agit donnerait donc nettement à la clause le caractère d'une clause potestative.

Les tribunaux admettent que la clause ne régit

que le cas où l'acheteur veut demander la résiliation et précise qu'en cas de retard, il peut demander cette résiliation et l'obtenir sans discussion. Mais, c'est pour lui, une faculté et non une obligation ; il a le droit de réclamer la livraison et des dommages intérêts conformément au droit commun.

Voir à cet égard Cour de Paris, 29 décembre 1920 (*Gazette du Palais*, 1921, 1-45) ; Grenoble, 12 octobre 1920 (*Gazette du Palais*, 1920, 2-575) et Cassation, Requêtes, juin 1923 (*Gazette Dalloz*).

Le Tribunal de Commerce de Nantes a également rendu un jugement intéressant dans une espèce analogue, le 7 avril 1921.

P. Nattan-Larrier,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'Appel.

Expertises de victimes civiles de la guerre

Lettre adressée par le « Sou médical », *à Monsieur le Ministre de l'Intérieur,*

Monsieur le Ministre,

Nous avons l'honneur de vous exposer que, en juillet 1919, notre adhérent, M. le Dr T., a été chargé, ainsi que plusieurs de ses confrères, par M. le Préfet de l'Aisne, d'expertises médicales de victimes civiles de la guerre.

Après avoir procédé aux opérations d'expertises, les médecins dont il s'agit envoyèrent à la Préfecture leurs mémoires d'honoraires établis suivant le tarif des expertises civiles. Mais, à la date du 7 juin 1921, ces mémoires leur furent retournés par M. le Préfet, avec invitation à les rectifier conformément au tarif ci-après :

Consultation	5 fr.
Rédaction du rapport	2 fr.
Indemnité de déplacement par kilomètre	1 fr.

De nouveaux mémoires envoyés sur ces bases furent encore retournés aux intéressés le 17 juillet 1922, avec indication que ces mémoires devaient être établis d'après les tarifs fixés par un arrêté interministériel du 4 avril 1917, pris par Messieurs les Ministres de l'Intérieur et des Finances, ainsi qu'il suit :

Consultation dans le cabinet du médecin	0 75
Visite à domicile	1 »
Rédaction du rapport	2 »

Indemnité de déplacement 0 fr. 50 par kilomètre parcouru.

Nous nous permettons d'attirer votre attention, Monsieur le Ministre, sur les prix dérisoires alloués par cet arrêté, prix qui sont bien peu en rapport avec le coût de la vie dans les régions libérées et qui diffèrent réellement dans de trop

grandes proportions des tarifs qui ont été établis par le décret du 25 octobre 1922 pour les soins donnés aux victimes militaires de la guerre.

Nous venons donc vous demander, Monsieur le Ministre, de bien vouloir calculer les honoraires qui sont dus aux médecins en cause suivant un tarif plus en rapport avec l'importance des opérations effectuées et des services rendus.

Dans cet espoir, nous vous prions d'agréer, etc.

Réponse du Ministre des Pensions

Monsieur le Secrétaire général,

M. le Ministre de l'Intérieur m'a transmis la lettre par laquelle vous avez bien voulu appeler son attention, à l'occasion d'une demande en règlement d'honoraires présentée par M. le Dr T., sur la modicité des tarifs alloués par l'arrêté interministériel du 4 avril 1917 aux médecins chargés, dans le département de l'Aisne, en exécution du décret du 27 septembre 1916, des expertises médicales relatives aux victimes civiles de la guerre, et demander que ces honoraires soient calculés suivant un tarif plus en rapport avec le coût de la vie dans les régions libérées, l'importance des opérations effectuées et des services rendus.

J'ai l'honneur de vous informer que les vacations et indemnités de déplacement du s aux médecins experts pour la période postérieure à la promulgation de la loi du 24 juin 1919 sur les réparations à accorder aux victimes civiles de la guerre seront désormais celles prévues par les instructions combinées des 31 mai et 1er décembre 1920 pour l'application des lois des 31 mars et 24 juin 1919, c'est-à-dire :

Examen de l'intéressé et rédaction du certificat	5 fr.
Frais de déplacement	1 »
pour les 25 premiers kilomètres et pour les suivants	0 60

Les honoraires dus pour la période antérieure à la promulgation de la loi du 24 juin 1919 restent régis par l'arrêté interministériel du 4 avril 1917 pris en application du décret du 27 septembre 1916, complétant la loi du 28 avril 1916.

J'avise M. le Préfet de l'Aisne de ces dispositions.

Recevez, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le ministre et par autorisation :

Le chef adjoint du Cabinet :

VINCHON.

Accident de battage

Je suis déjà, hélas ! vu la cinquantaine atteinte, un très documenté praticien de campagne pour les acci-

Voir la suite page XXVII-3471

PARTIE SCIENTIFIQUE

Revue Générale

L'ECLAMPSIE PUERPÉRALE

Par Jacques DECOURT,

Interne des hôpitaux de Paris.

L'éclampsie puerpérale est un syndrome propre à l'état de gestation ou de puerpéralité, caractérisé par des accès convulsifs, le plus souvent à répétition, se déroulant suivant un mode à peu près uniforme, et suivis d'un état comateux d'intensité et de durée variables. Telle est du moins la définition classique. On ne saurait actuellement s'en contenter.

Il s'agit, en effet, d'un syndrome complexe, en rapport avec l'*auto-intoxication gravidique*, et dont la crise convulsive ne constitue pas l'unique manifestation. On peut même dire que ce symptôme, pour aussi dramatique et suggestif qu'il soit, n'est pas celui qui doit surtout intéresser le clinicien. On sait, en effet, qu'il ne représente en quelque sorte que le terme ultime de la maladie, le cri de « sauve qui peut » jeté par elle.

Bien qu'ils puissent paraître parfois éclater de la façon la plus inopinée, les accès convulsifs sont toujours précédés d'autres manifestations morbides, marquant les étapes de l'auto-intoxication. L'ensemble de ces accidents constitue l'état d' *« éclampsisme »* de Bar.

C'est à le dépister précocement que devra s'efforcer l'accoucheur. Les symptômes qui l'annoncent s'installent en effet de façon sournoise, et doivent donc être recherchés, épiés avec le plus grand soin. C'est ainsi qu'une thérapeutique active, instituée à temps, permettra d'enrayer l'évolution de l'éclampsie, d'empêcher l'auto-intoxication gravidique d'aboutir à sa manifestation la plus dramatique et la plus grave : la crise convulsive et ses conséquences.

ETIOLOGIE.

Grâce à la connaissance plus précise de ces petites manifestations prémonitoires de l'éclampsie, la *fréquence* de cette affection a diminué de nos jours : on en compte un cas sur 250 accouchements environ. On l'observe surtout chez des *primigestes* (80 % des cas). On peut la voir récidiver au cours de grossesses successives. La gémellité, en augmentant les chances d'auto-intoxication, semble la favoriser. Les fatigues, les infections, les intoxications exogènes, la constipation, ont un rôle adjuvant certain. Mais il faut insister sur deux causes prédisposantes : d'une part, le *froid* (on redoutera particulièrement l'hiver ; on surveillera la température des chambres d'accouchement) ; d'autre part, les *excès alimentaires*.

En pratique, l'apparition des accès éclamptiques est surtout conditionnée par le *défaut de surveillance exercée sur la femme* au cours de sa gestation.

L'éclampsie est une maladie de la *fin de la grossesse*. Elle est tout à fait exceptionnelle avant le 6e mois. C'est au cours des deux derniers mois qu'on l'observe surtout (65 % des cas). Mais elle peut apparaître aussi *pendant le travail* (avec moins de fréquence pourtant qu'on ne le croyait, car il faut tenir compte des cas où l'éclampsie déclanche le travail). Enfin, mais rarement, on peut l'observer *après la délivrance* : dans les heures ou dans les jours qui suivent.

Quant à la cause exacte de cette redoutable affection, elle reste encore ignorée (Cf. Pathogénie).

SYMPTOMES.

Cliniquement, l'éclampsie peut se présenter sous des formes variables selon sa date d'apparition, son intensité, son évolution. Nous prendrons comme type de description un cas de gravité moyenne survenant aux environs du terme.

I. — PRODROMES. — Nous avons vu toute l'importance clinique des signes plus ou moins latents qui constituent la période d'*éclampsisme*. Il faut les bien connaître, afin de les rechercher systématiquement.

L'*albuminurie* est le plus anciennement connu. Elle est si fréquente que l'on a longtemps considéré l'éclampsie comme sa complication directe. Mais elle a pu se montrer de façon transitoire ; elle a pu être réduite à quelques centigrammes. Habituellement, cette albuminurie subit une recrudescence dans les jours, ou tout au moins dans les heures qui précèdent la crise ; ou bien, on constate qu'elle persiste en dépit du régime lacté : c'est là particulièrement un signe de fâcheux augure. Il y a en même temps un degré, plus ou moins marqué, d'oligurie. Accessoirement,

une analyse plus complète de l'urine pourrait montrer son hyperacidité, la diminution de sa toxicité, sa pauvreté en chlorures et en urée. On y trouve fréquemment de l'urobiline, de l'indican, des peptones. Mais, en pratique, l'examen de l'urine comporte essentiellement la recherche de l'albumine (1), seul indice de valeur. Pourtant, il importe de savoir, ainsi que l'ont montré les travaux modernes, que l'albuminurie n'est pas absolument constante. Aussi ne faut-il pas se borner à la recherche de ce seul symptôme.

Des *œdèmes* viennent parfois attirer l'attention : œdème de la face, des paupières, œdèmes des mains, des membres inférieurs. Mais ils sont le plus souvent discrets, demandant à être recherchés, et c'est parfois seulement la marque des lacets, l'alliance devenue trop petite qui permettront de les dépister. Ils constituent un signe prémonitoire très important, et surtout significatif, s'il coexiste avec l'albuminurie.

Mais ce que les travaux modernes ont surtout mis en relief, c'est l'importance de l'*hypertension artérielle*. Par sa précocité, par sa constance, elle constitue le signe d'alarme par excellence. Même dans les cas où l'albuminurie fait défaut, on l'observe à la période prééclamptique, et bien souvent, elle est la première et la seule manifestation de la toxémie commençante. Dans un récent travail, Le Lorier précise son étude : il emploie la méthode palpatoire de Riva-Rocci, et tient compte surtout de la pression systolique.

Il considère que, chez une femme dont la tension était jusqu'alors normale, ne dépassant pas 12, si la pression maxima, mesurée dans ces conditions, atteint et dépasse 13, la zone d'alarme est atteinte. A 15 commence la zone dangereuse. A ce moment, si le régime lacté absolu n'est pas institué, on risque de voir la tension monter progressivement, marchant avec l'éclampsie « comme l'ombre avec le corps » (Vaquez), pour atteindre finalement son niveau le plus élevé au moment de l'accès convulsif. La petite hypertension d'alarme (entre 13 et 15) peut précéder de plusieurs semaines, ou même de deux ou trois mois, l'apparition de la crise éclamptique. Averti de façon aussi précoce, l'accoucheur peut, grâce au traitement prophylactique aussitôt institué, empêcher l'éclosion ultérieure des autres accidents de la toxémie.

En un mot, avant l'apparition de l'albuminurie et des œdèmes, l'hypertension artérielle constitue le signe prémonitoire par excellence du syndrome éclamptique.

Mais, bien souvent, chez les femmes mal surveillées, ces trois signes ont passé inaperçus, et quand le médecin est consulté, c'est pour des troubles fonctionnels variables, dont l'apparition marque une étape plus avancée de l'affection. C'est le plus habituellement, une *céphalée* tenace, siégeant aux régions sus-orbitaires ou à la nuque, et pouvant s'accompagner de névralgies diverses. C'est là un signe de haute valeur et à peu près constant. Quelques femmes présentent même des *troubles psychiques* plus ou moins accentués : perte de la mémoire, paresse intellectuelle pouvant aller jusqu'à un état de somnolence ; parfois, au contraire, de l'agitation, de l'anxiété, de l'insomnie, des cauchemars. Des *troubles sensoriels* divers apparaissent souvent ; bourdonnements d'oreille et surtout *troubles de la vue*. Les malades se plaignent de voir double, ou comme à travers un brouillard ; parfois, plus ou moins brusquement, s'installe une amaurose complète. L'examen ophtalmoscopique, auquel d'ailleurs on ne s'attarde ordinairement pas, montrerait des lésions variables : il peut s'agir d'œdème papillaire simple, appelé à régresser complètement sous l'influence de la thérapeutique anti-éclamptique ; mais si des hémorragies rétiniennes se sont constituées, on sait que, selon leur siège, elles pourront laisser des séquelles importantes. Parfois, enfin, aucune lésion du fond de l'œil n'est constatée (imprégnation toxique ou œdémateuse des centres visuels).

Quoi qu'il en soit, céphalée et troubles sensoriels traduisent un état d'intoxication déjà profonde. Rapidement, les évènements se précipitent, et apparaissent d'autres troubles qui précèdent de bien peu l'attaque convulsive. Sans cause apparente, peut survenir une *dyspnée* violente, tantôt dyspnée *sine materia*, à type asthmatiforme, et ne s'accompagnant d'aucun signe pulmonaire ; tantôt véritable crise d'œdème pulmonaire, avec expectoration et râles sous-crépitants fins.

Enfin, presque toujours, l'accès convulsif est immédiatement précédé d'une douleur brutale au creux épigastrique (*barre épigastrique* de Chaussier), qui peut s'accompagner de *vomissements* alimentaires ou bilieux, parfois sanglants.

De tels symptômes indiquent l'imminence de la crise convulsive. A ce moment, la quantité des urines est très diminuée, l'albuminurie est souvent très abondante, la tension artérielle surtout atteint les chiffres élevés de 19, 20 ou même 25 au Vaquez ; l'auscultation du cœur révèle une accentuation du 2e bruit aortique, et quelquefois un bruit de galop. Et, si une saignée massive n'est pas immédiatement pratiquée, la toxémie gravidique, arrivée à son paroxysme, va faire éclater sa manifestation la plus grave : l'accès éclamptique, dont l'apparition assombrit considérablement le pronostic.

Parfois d'ailleurs, la crise semble survenir avec une brutalité déconcertante. Il faut savoir, en effet, que les divers troubles que nous venons de

(1) Il peut être indiqué de rechercher l'albumine acéto-soluble.

décrire sont ordinairement loin d'être au complet. Parfois, un ou deux seulement ont eu le temps de se manifester ; ils ont pu être très fugaces, et l'on a vu des cas où l'attaque éclamptique débutait brusquement au milieu d'un état de santé en apparence normal. Nous avons vu qu'en réalité, chez une femme bien surveillée, elle pouvait toujours être prévue par l'examen des urines, ou en tous cas (puisque l'albuminurie semble pouvoir, exceptionnellement, faire défaut), par la recherche systématique de l'hypertension artérielle.

II. — L'ATTAQUE CONVULSIVE. — L'accès éclamptique proprement dit se déroule presque toujours selon un mode à peu près uniforme. On peut décrire schématiquement quatre périodes successives : invasion, contractures, convulsions cloniques, coma.

A) *Invasion.* — Rarement, la crise s'annonce par une aura : un cri, un geste déterminé, une sensation subjective. Ordinairement, les convulsions commencent d'emblée. Mais ce sont à ce moment de *menues convulsions,* qui débutent toujours à la face, et ne se généralisent pas. Le *facies devient grimaçant* ; les paupières battent ; les globes oculaires roulent dans l'orbite et souvent sont à ce point révulsés qu'on ne distingue plus que la partie inférieure de la sclérotique ; les ailes du nez, les lèvres, sont secouées par des contractions fibrillaires ; la bouche s'entr'ouvre, et la langue projetée est animée de mouvements de va-et-vient. Les contractions des sterno-cléido-mastoïdiens font osciller la tête à droite et à gauche, ou l'immobilisent d'un côté. Les mouvements fibrillaires se propagent aux *membres supérieurs,* mais y restent de faible amplitude. Les membres inférieurs ne participent pas à ces convulsions.

Cette période d'invasion est très courte, durant *moins d'une minute* : 40 à 50 secondes habituellement.

B) *Contractures.* (Convulsions toniques). — Brusquement, le tableau change. Le facies se fige dans son expression. Les yeux révulsés restent immobiles. Les mâchoires se referment violemment, et la langue est souvent mordue. La contracture se généralise. La tétanisation gagne le tronc et les membres. Les avant-bras sont en pronation forcée, le pouce fléchi dans le poing fermé. Les membres inférieurs sont rigides, en extension. La *respiration s'arrête,* grâce à la contracture du diaphragme et des muscles thoraciques ; la face se cyanose ; le cou se tuméfie ; les jugulaires se gonflent ; l'asphyxie est menaçante, et parfois même entraîne la mort. Mais ordinairement, cette période, particulièrement angoissante pour celui qui l'observe, dure seulement 10 à 15 *secondes,* et fait place à la période clonique.

C) *Convulsions cloniques.* — Survient une inspiration profonde, suivie d'une expiration bruyante, qui rejette une écume sanguinolente. Tous les muscles se détendent, pour se contracter bientôt à nouveau. Il en résulte une série de secousses convulsives brusques et saccadées. La face se remet à grimacer violemment ; les membres supérieurs battent le rappel ; le tronc et les membres inférieurs sont secoués également, moins cependant que le haut du corps ; il est prudent de maintenir la malade, bien qu'il soit rare qu'elle tombe du lit comme le ferait une épileptique. La respiration est gênée, entrecoupée d'arrêts et de sifflements, la face est tuméfiée, violacée, la bouche écumante.

Cette période dure habituellement *plusieurs minutes* : 1 à 5 dans les cas moyens ; mais, on a pu la voir se prolonger davantage (jusqu'à 20 minutes).

On voit les convulsions s'espacer ; les dernières apparaissent bien nettes et séparées. C'est l'épilogue de la crise.

D) *Coma.* — Le calme réapparaît. La femme, anéantie, tombe dans un état de stupeur accentuée, ou dans un coma complet, insensible, sans connaissance. La respiration est régulière, un peu stertoreuse. Les téguments se couvrent de sueurs.

Cet état comateux dure un temps variable : quelques heures à quelques jours, suivant la gravité de l'intoxication. Puis, la malade se réveille : elle se retourne dans son lit, ouvre les yeux, montre un regard vague ; mais, souvent retombe dans son assoupissement. Elle en sort enfin, répond d'une langue embarrassée aux questions qu'on lui pose avec insistance ; mais un certain degré d'obnubilation persiste, et surtout la malade n'a *aucun souvenir* de ce qui s'est passé ; souvent même, elle a oublié les faits qui ont précédé la crise.

L'*examen pratiqué à ce moment* montre une élévation de la *température,* parfois légère et transitoire : c'est alors souvent l'indice d'un cas bénin. Si, au contraire, l'hyperthermie atteint 39 ou 40, et s'y maintient, il faut craindre des complications. Le pouls est rapide et tendu. L'*hypertension artérielle* est très accentuée : il faut la suivre en raison des précieuses indications qu'elle fournit pour le pronostic. La sécrétion urinaire peut être tarie ; mais le plus souvent, le *cathétérisme urétral* ramène une petite quantité d'urines très albumineuses, se coagulant parfois en masse à la chaleur. On peut d'ailleurs y trouver du sang. On peut constater enfin des œdèmes accentués.

Evolution. — La marche de l'affection est très variable, et ne peut jamais être prévue. *Il est rare que l'accès soit unique.* Cette éventualité peut cependant s'observer, surtout si un traitement curatif énergique a été précocement établi. Le

plus souvent, les accès se reproduisent à intervalles plus ou moins irréguliers, au nombre d'une dizaine dans les cas moyens, échelonnés sur une durée de 12 heures à 3 ou 4 jours. Sous l'influence des saignées massives, on les voit décroître en fréquence et en intensité. Après chacune d'elles, le coma est moins profond, moins durable. Les urines deviennent abondantes ; le pouls reprend son rythme normal ; la tension baisse, les œdèmes disparaissent.

Dans les cas graves, au contraire, on voit les accès se rapprocher et augmenter d'intensité. Dans leurs intervalles, le coma est profond, la température reste élevée, les urines se tarissent, le pouls devient de plus en plus rapide, la respiration difficile, les œdèmes s'accentuent, la tension artérielle atteint des chiffres très élevés (25, 30 et plus). Et la malade succombe, soit au cours d'une crise convulsive, soit, plus souvent, du fait d'une complication.

COMPLICATIONS. — Nous ne ferons que citer les incidents bénins tels que *morsures de la langue, ecchymoses palpébrales* ou sous-conjonctivales, qui ne constituent pas de véritables complications. Il nous faut, par contre, insister sur une série d'accidents très graves, qui peuvent survenir à un moment quelconque, mêlant leur symptomatologie, parfois même d'une façon dominante, à celle de l'attaque éclamptique proprement dite. Pour la plupart d'ailleurs, ils constituent non pas des complications au sens propre du mot, mais des phénomènes associés, d'autres manifestations de l'état de toxémie. Tout l'organisme est touché par celle-ci, et selon les prédispositions de la malade, tel ou tel organe pourra se montrer particulièrement atteint.

C'est ainsi que le foie est toujours plus ou moins frappé par l'intoxication éclamptique, mais l'apparition d'*ictère*, particulièrement à redouter, vient montrer un état de dégénérescence grave, et annoncer souvent l'insuffisance hépatique qui déclanchera la mort.

Egalement constante est l'*insuffisance rénale*, mais l'oligurie très accentuée, l'hématurie, l'apparition de cylindres granuleux sont des indices révélateurs d'altérations graves.

Très fréquemment surviennent des *complications pulmonaires*, pouvant aller d'une simple poussée d'œdème passagère jusqu'au tableau dramatique du véritable œdème aigu du poumon. Parfois, c'est un ou plusieurs foyers d'apoplexie pulmonaire qui se constituent. Parfois enfin, l'infection s'en mêle, et la malade meurt de broncho-pneumonie.

Les *complications cérébrales* sont fréquentes. La persistance d'un coma prolongé, une hyperthermie accentuée, l'apparition de signes d'irritation pyramidale mettront souvent sur la voie d'une hémorragie cérébrale ou méningée que viendra confirmer la ponction lombaire. Dans d'autres cas, des troubles psychiques persisteront après les crises, aboutissant à un cas de psychose puerpérale. De même pourront se constituer des *séquelles oculaires*, allant jusqu'à l'amaurose complète, et relevant, soit des lésions de rétinite, soit d'altérations centrales.

Du côté de l'utérus (outre l'accouchement prématuré sur lequel nous reviendrons, et qui ne constitue pas une complication, bien au contraire), peut se produire une *hémorragie rétroplacentaire*, se traduisant par une tension brusque et continue de l'utérus et des signes d'hémorragie interne, et pouvant entraîner la mort, non seulement du fœtus, mais aussi de la mère. Il faut savoir aussi que l'éclampsie favorise les *hémorragies de la délivrance*. Si parfois celles-ci constituent en quelque sorte un évènement heureux par la saignée qu'elles provoquent, elles peuvent par contre être cause de la mort.

Et dans tous les cas enfin, après la guérison de l'éclampsie, il est fréquent de voir l'infection puerpérale s'abattre sur cet organisme délabré.

FORMES CLINIQUES. — On pourrait décrire à l'infini les formes cliniques nombreuses réalisées par l'éclampsie. Nous avons vu, en particulier, que l'apparition, d'ailleurs parfois très précoce, de telle ou telle complication associée pouvait modifier la symptomatologie. Nous avons signalé même la possibilité d'*éclampsie sans crises éclamptiques* (Bouffe de Saint-Blaise), c'est-à-dire des cas où la toxémie gravidique réalise le tableau clinique et anatomo-pathologique complet, à l'exception de l'attaque convulsive. Ces faits sont en particulier réalisés quand la thérapeutique curative a pu être établie précocement.

Nous n'insisterons pas sur les variétés apportées par le degré d'intensité de l'affection. Il existe des formes légères, avec *un seul accès* éclamptique, ou même avec un accès avorté, n'ayant eu le temps de se traduire que par les menues convulsions de la période d'invasion. Nous avons vu, au contraire, les formes graves caractérisées par des *accès subintrants* (on a pu en compter jusqu'à 100), et presque toujours terminées par la mort. Quant aux formes dites sans prodromes, nous savons qu'elles répondent presque toujours en réalité aux cas où les symptômes prémonitoires sont passés inaperçus par défaut de surveillance. Il existe enfin des *formes à rechutes*, où une attaque éclamptique survenue pendant la grossesse semblait guérie, et reprend au cours du travail ou après lui. Rappelons aussi que le syndrome peut reparaître au cours de grossesses successives.

Mais il est un point que nous n'avons pas encore envisagé : ce sont les *conséquences de l'éclampsie sur la gestation ou la parturition*. Les cas,

en effet, se présentent différemment selon l'époque d'apparition du syndrome. Nous avons vu qu'il pouvait survenir pendant la grossesse, pendant le travail, ou après l'accouchement.

a) *Pendant la grossesse.* — Si l'éclampsie survient pendant la grossesse, il est fréquent de la voir *provoquer le travail*, et c'est là une circonstance jusqu'à un certain point heureuse, puisqu'elle peut marquer la fin des accès éclamptiques. Mais bien souvent, l'enfant est mort avant son expulsion ; ou bien, il naît intoxiqué et débile, offrant une proie facile aux infections.

L'entrée en travail n'est cependant pas la conséquence fatale des accès éclamptiques. Parfois le fœtus mort est retenu dans l'utérus. Assez souvent enfin, il survit, et l'attaque éclamptique guérie, l'enfant naîtra à terme.

b) *Pendant le travail.* — Il n'est pas rare de voir les accès éclamptiques survenir pendant le travail, soit à la période de dilatation, soit à la période d'expulsion. Presque toujours, ils ont pour conséquence d'*accélérer le travail.* Au cours de celui-ci, les accès peuvent être particulièrement violents et rapprochés. Mais ils cessent généralement peu après l'accouchement, et l'amélioration de l'état général de la mère est rapide.

c) *Après l'accouchement* enfin, et le plus souvent dans les heures qui suivent, on peut voir survenir la crise éclamptique, qui ne s'était pas manifestée jusqu'alors. Cette apparition tardive est d'autant plus rare que la date de l'accouchement est plus éloignée. En règle générale, l'éclampsie n'est plus à craindre après le 7e jour.

Pronostic.

Le pronostic de l'éclampsie est toujours grave. Selon la phrase de Tarnier, c'est « une maladie à surprises, et à surprises plutôt désagréables ». Son pronostic dépend essentiellement de la précocité et de l'énergie du traitement ; car, lorsque les convulsions apparaissent on ne peut savoir comment elles évolueront.

Il est grave *pour la mère*, puisque la mort survient dans plus de 20 pour 100 des cas. Rappelons sur quels éléments on peut se fonder pour le discuter : il est d'autant plus sombre que l'éclampsie éclate de façon plus précoce, que les accès sont plus nombreux, plus fréquents, plus rapprochés, que le coma est plus profond et prolongé. Une cyanose persistante, une élévation importante et durable de la température sont de fâcheux augure ; de même, d'ailleurs, l'hypothermie observée chez certaines éclamptiques. Une albuminurie qui reste élevée, des œdèmes qui persistent ou augmentent, et surtout l'élévation continue de la pression artérielle sont des indices de haute gravité. Enfin, on tiendra compte de l'état de santé antérieur de la femme, de ses antécédents pathologiques, puisque nous avons vu qu'ils conditionnaient bien souvent l'apparition de telle ou telle complication : l'apparition de l'ictère en particulier (ictère d'ailleurs souvent peu accentué, à type d'ictère grave) est d'un pronostic à peu près fatal.

Accessoirement, enfin, la mort serait plus fréquente chez les multipares.

Pour l'enfant, le pronostic est plus grave encore (50 à 60 pour 100 de morts). Nous avons vu que souvent le fœtus meurt *in utero*, gravement touché lui aussi par la toxémie, ou asphyxié par une hémorragie rétro-placentaire. Si l'enfant naît vivant, il est ordinairement chétif et malingre, et peut mourir rapidement du fait de lésions rénales et hépatiques analogues à celles de la mère. Souvent, c'est l'infection surajoutée qui l'emporte.

Diagnostic.

C'est à *la période prodromique*, période d'éclampsisme, que le diagnostic doit être porté si l'on veut agir avec le maximum d'effet. Nous savons que c'est par la recherche systématique des œdèmes, de l'albuminurie, de l'hypertension artérielle que l'on pourra dépister précocement la toxémie gravidique convulsivante et l'empêcher bien souvent d'évoluer vers des accidents plus graves. Chez une femme enceinte de 7 ou 8 mois, en présence de céphalée, de vomissements, d'épistaxis, avant de conclure à un trouble banal, il faut sans délai rechercher l'albumine et prendre la tension.

Mais, c'est précisément chez les femmes non surveillées qu'éclate de préférence l'éclampsie ; aussi, bien souvent, quand on appelle le médecin, c'est à *la période des accès.* Si l'on assiste à ceux-ci, leurs caractères cliniques si particuliers ne prêtent guère à confusion, à moins que, pour une raison quelconque, la grossesse étant ignorée de l'entourage, le médecin ne songe pas à la rechercher. Si l'on n'a pas assisté à l'accès, et si les précisions manquent sur les caractères qu'il a présentés, on pourra songer un instant, le plus souvent pour les éliminer, à d'autres affections convulsivantes qui peuvent évidemment survenir chez une femme enceinte. Les crises *épileptiques* ou *hystériques* sont différentes dans leur aspect et leur évolution ; elles se sont déjà présentées dans les antécédents ; et surtout elles ne s'accompagnent ni d'albuminurie, ni d'œdèmes, ni d'hypertension. Il faut songer qu'une *tumeur cérébrale*, une *méningite*, accompagnées de crises jacksoniennes peuvent évoluer chez une femme enceinte, et, en cas de doutes, s'aider de la ponction lombaire. Rappelons aussi les manifestations du *tétanos puerpéral*, devenu très rare aujourd'hui.

L'*encéphalite léthargique*, fréquente chez la femme enceinte, a pu dans certains cas, par le groupement de quelques-uns de ses symptômes

(céphalée, douleurs, troubles oculaires, somnolence, myoclonies, etc.), faire croire à une menace d'éclampsie.

Mais surtout le tableau de l'éclampsie puerpérale peut être en tous points simulé, soit par une crise d'*urémie* vraie, soit parce que l'on a précisément appelé l'*éclampsie saturnine*. Là aussi, il y a de l'albuminurie et de l'hypertension. C'est la notion, dans le premier cas, d'une néphrite antérieure à la grossesse, dans le second cas de la profession exercée par la malade ou la constatation d'un liseré de Burton, qui mettront sur la voie du diagnostic. Et d'ailleurs, outre qu'il s'agit ici, le plus souvent, de syndromes complexes où la toxémie gravidique joue son rôle, la conduite thérapeutique à suivre est à peu près la même.

Enfin, c'est parfois un *diagnostic du coma* que l'on peut être appelé à résoudre. Il faut éliminer le coma traumatique, le coma de l'ivresse (se rappeler que l'éclampsie peut être déclanchée à l'occasion d'un excès alimentaire), enfin les différents comas toxiques (opium surtout). On se rappellera aussi qu'un coma apoplectique, reconnaissable aux signes de paralysie qui l'accompagnent, peut n'être qu'un accident associé à l'éclampsie.

Dans tous ces cas, le diagnostic se basera sur la notion de gravidité, sur les commémoratifs fournis par la famille au sujet de l'existence des troubles d'éclampsisme préalables ; et, d'autre part et surtout, sur la recherche des œdèmes, sur l'examen des urines retirées par le cathétérisme, sur l'étude de la tension artérielle. En pratique, pendant la gravidité, le travail ou les suites de couches, en présence d'un coma ayant succédé à une crise convulsive, la constatation d'albuminurie et d'hypertension suffit à faire porter le diagnostic d'éclampsie.

Au surplus, il faut bien dire que le diagnostic de l'éclampsie puerpérale est ordinairement très aisé ; et ce qu'il importe surtout d'étudier, c'est la *conduite à tenir* en présence d'une telle affection. Mais voyons auparavant si la connaissance des lésions anatomo-pathologiques qui l'accompagnent, et si les conceptions pathogéniques qu'elle a soulevées, peuvent nous aider à établir rationnellement cette thérapeutique.

Anatomie pathologique.

Il n'y a pas de lésions spécifiques de l'éclampsie. Ce qui frappe aux examens nécropsiques, c'est la multiplicité des altérations anatomiques ; mais, on peut dire qu'aucune n'est absolument constante. Aussi ne nous attarderons-nous pas à leur description.

Il est pourtant deux organes qui se montrent presque toujours lésés : le *foie* et les *reins*.

Le foie est volumineux, graisseux. Sous sa capsule et sur sa tranche, apparaissent de nombreux petits foyers hémorragiques. L'examen histologique révèle une dégénérescence cellulaire sans spécificité.

Les reins présentent également des lésions banales analogues à celles des néphrites toxi-infectieuses.

Les lésions pulmonaires sont fréquentes et variables : œdème, congestion, foyers apoplectiques. L'encéphale est tantôt anémié, œdémateux, tantôt congestionné.

En un mot, ce sont, avant tout, au niveau de tous les organes et à un degré plus ou moins accentué des *foyers hémorragiques* et des *nécrobioses cellulaires*, comme dans toutes les intoxications.

Le placenta présente des altérations analogues ; il est bourré d'infarctus

Chez le fœtus, des lésions viscérales rappellent celles de la mère, mais sont moins intenses.

Pathogénie.

La diffusion même des lésions, leur caractère variable, et à tout prendre inconstant, leur absence de spécificité, contribuent à rendre difficile le problème de la pathogénie de l'éclampsie. Malgré les multiples travaux consacrés à ce sujet, aucune des théories proposées n'est satisfaisante, et leur nombre même suffit à prouver l'insuffisance de chacune d'elles.

Nous ne rappellerons que pour mémoire la théorie nerveuse qui en faisait une *névrose*, et la théorie infectieuse d'après laquelle le colibacille serait en cause, mais nous savons que si l'infection est fréquente dans l'éclampsie, il s'agit là d'un phénomène surajouté. On a construit aussi une théorie parathyroïdienne, une théorie mammaire, actuellement abandonnées.

Quelques auteurs invoquent encore un spasme vaso-constricteur réflexe (Volhard), expliquant l'hypertension, mais qui demanderait lui-même à être expliqué.

Récemment. Zangemeister voulait rendre responsable de tous les accidents la simple rétention aqueuse, expliquant les accidents convulsifs par la compression et l'ischémie cérébrale. Nous ne pouvons entrer dans la critique de ces diverses théories.

Actuellement, on est à peu près d'accord pour considérer l'éclampsie comme *une intoxication*. Mais il s'agit là d'une intoxication spéciale à l'état de gestation, et dont il reste à déterminer l'origine et le mode d'action.

Faut-il d'abord invoquer l'insuffisance des émonctoires de l'organisme, surtout *le foie* et *les reins* ? Par bien des points, l'éclampsie ressemble à l'urémie, mais elle en diffère aussi, et nous avons vu que les lésions rénales sont inconstantes, qu'elles ne sont pas proportionnelles à l'intensité des symptômes. En outre, l'albuminurie peut manquer (ou n'apparaître qu'après les

accès convulsifs) ; l'urée sanguine se montre à peu près normale ; et les méthodes d'examen de la perméabilité rénale montrent généralement un fonctionnement assez satisfaisant.

Des critiques analogues s'opposent à la théorie hépatique. Même inconstance des lésions, mêmes résultats à peu près normaux des épreuves fonctionnelles. En réalité, si le rôle joué par les altérations rénales ou hépatiques paraît certain, si parfois même, il semble d miner la scène, il n'en est pas moins un rôle secondaire, surajouté. Et, de fait, les lésions hépato-rénales semblent elles-mêmes provoquées par la cause mystérieuse qu'il reste à déterminer.

Récemment, à la faveur de l'intérêt porté à l'étude des *glandes à sécrétion interne*, on a voulu attribuer à telle ou telle d'entre elles le trouble responsable. Massiglia remet au jour la théorie de l'insuffisance parathyroïdienne. Pour Lange, c'est l'hyperfonctionnement du corps thyroïde qu'il faut invoquer. Launois et Mulon soulignent l'importante activité de l'hypophyse chez la femme enceinte. Chirié signale l'hypertrophie des surrénales chez deux éclamptiques. Hofbauer, pour combattre cet hyperfonctionnement hypophyso-surrénal,préconise l'extrait d'ovaire ou de corps jaune ; tandis que Westermark, au contraire, incrimine le corps jaune, allant jusqu'à proposer son extirpation !

Ici encore, on peut invoquer l'inconstance des lésions glandulaires, le peu de relation entre les syndromes dus à leur dysfonctionnement et le syndrome éclamptique. Et, s'il est vrai que tel ou tel trouble glandulaire se manifeste, ajoutant encore à l'auto-intoxication, c'est sans doute à titre d'élément adjuvant et secondaire.

Quel est donc le *poison éclamptique* ? Des inoculations expérimentales de sang de femmes éclamptiques (Tarnier et Chambrelent, Bar, Landsteiner et Graff, Lévy-Solal et Tzanck) ont montré sa réalité. Thermolabile, il semble se rapprocher des ferments ; mais rien ne permet de préciser sa nature.

Le peut-on de son origine ? Faut-il admettre, avec certains auteurs, qu'il résulte tout simplement des *fermentations gastro-intestinales* si fréquentes chez la femme enceinte, où la constipation les favorise ?

Ne faut-il pas plutôt, se rappelant que l'éclampsie est un syndrome intimement lié à la gestation, en attribuer la production au placenta ou au fœtus ? Il y a longtemps que Veit invoquait *l'origine placentaire*. Liepmann, en Allemagne, en reste le défenseur passionné. De nombreuses expériences (et récemment celles de Schönfeldt, de Lévy-Solal et Tzanck) semblent montrer l'action convulsivante des extraits placentaires. Mais les résultats obtenus ne sont pas constants, et n'est-ce pas le sang de la mère qui apporte la toxine au placenta ?

Faut-il enfin penser que l'intoxication placentaire présente cette particularité que seul, l'organisme de la femme enceinte soit sensible à son action (Obata) ? Ou bien que, par une incompatibilité spéciale entre les sangs fœtal et maternel, le sérum de la mère soit capable de coaguler les globules du fœtus, d'où les thromboses capillaires, souvent constatées chez les éclamptiques, et responsables peut être des lésions d'hémorragie ou de nécrose. ? Plus simplement, des fragments syncytiaux lancés dans la circulation maternelle ne seraient-ils pas capables de déterminer ce bombardement des capillaires ?

Quoi qu'il en soit, la rupture fréquente des villosités choriales chez les éclamptiques (Dienst, Brindeau) explique la possibilité de communication directe entre les départements maternel et fœtal, d'où les réactions *anaphylactiques* possibles.

Dans un récent travail, Lévy - Solal et Tzanck soulignent précisément l'action anaphylactisante du poison éclamptique. Ils montrent les analogies des accès avec les phénomènes de choc, et signalent l'action empêchante exercée par le chlorhydrate de pilocarpine.

En résumé, on ne saurait tirer des nombreuses conceptions pathogéniques proposées aucune indication en vue d'un traitement véritablement « causal » de l'éclampsie. Faudrait-il, avec certains auteurs étrangers, pratiquer l'ablation des deux seins (Sellheim), la trépanation (Zangemeister), l'extirpation du corps jaune (Westermark) ? Ces quelques exemples suffisent à montrer jusqu'où peut conduire la recherche d'un traitement soi-disant « rationnel ».

En pratique, aucune construction pathogénique ne saurait jusqu'à présent modifier les règles de conduite dictées par l'expérience et adoptées par les accoucheurs français (Cheinisse).

Traitement.

I. — Le meilleur moyen de combattre l'éclampsie est de la prévoir, afin d'instituer précocement son TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

Et d'abord, *chez toute femme enceinte*, et surtout si c'est une primigeste, une hygiène convenable luttera contre toute cause favorisant l'intoxication gravidique On évitera les excès alimentaires, l'abus de la viande, des mets épicés, de l'alcool. On luttera contre la constipation par des lavements ou des purgatifs légers. Des bains tièdes fréquents favorisent les éliminations par la peau, en même temps qu'ils calment le système nerveux.

Surtout, on s'efforcera de dépister précocement les premiers signes insidieux qui annoncent la toxémie commençante. On sait qu'il est de règle absolue d'examiner systématiquement les urines des femmes enceintes : tous les mois pendant la

première moitié de la gestation ; tous les 8 ou 15 jours pendant la seconde moitié. S'il s'agit d'une femme ayant présenté jadis des signes de néphrite, ou qui, lors d'une grossesse antérieure a déjà fait de l'albuminurie et à plus forte raison des accidents éclamptiques, c'est tous les deux jours qu'il faudra faire examiner l'urine. Nous savons aussi qu'actuellement, la recherche de la tension artérielle constitue une mesure prophylactique de première importance, et l'on en tirera le maximum de renseignements si, dès le début de la grossesse, on a pu noter la tension normale habituelle de la femme, point de repère en vue des examens ultérieurs.

Dès que de l'albuminurie est constatée, il faut mettre la femme au régime lacté *absolu* : 2 à 3 litres de lait par jour, tantôt cru, tantôt cuit, et au besoin, coupé ou aromatisé de diverses façons pour éviter la répugnance. On connaît l'aphorisme de Tarnier : « Toute albuminurique qui aura pu suivre, pendant huit jours consécutifs, le régime lacté absolu, n'aura pas d'accès éclamptiques ». Cette loi est rigoureusement vraie.

Si grâce à ce régime strict, l'albuminurie disparaît, en même temps que la tension redevient normale, on pourra permettre un régime lacto-végétarien déchloruré, en continuant à surveiller l'urine.

Outre le régime, évidemment, on prescrira le repos physique et moral. On se rappellera l'action néfaste du froid pour conseiller le port d'une chemise de flanelle, et veiller à ce qu'une température suffisante (18 à 20°), et surtout égale règne dans la chambre.

Dès qu'apparaissent des signes d'éclampsisme caractérisé (céphalée tenace, névralgies, œdèmes, troubles psychiques ou sensoriels), c'est la diète hydrique qu'il faut imposer. L'eau lactosée, par son action diurétique, est excellente. De grands lavages intestinaux (et même gastriques),un purgatif drastique (sirop de nerprun, eau-de-vie allemande, *ââ 15 gr.*), favoriseront la désintoxication ; et si cela ne suffit pas à améliorer les symptômes et à faire baisser la tension, il faut sans tarder pratiquer la saignée.

En même temps, l'isolement dans une chambre sombre, chaude, silencieuse, l'administration de chloral, calmeront l'éréthisme nerveux.

En un mot, *dès qu'il y a imminence d'accès éclamptiques* (barre épigastrique, vomissements, dyspnée), c'est au traitement curatif qu'il faut recourir sans tarder.

II. — Traitement curatif. — Il comprend deux indications essentielles : la saignée copieuse, les sédatifs du système nerveux.

La *saignée* a une double action : elle soustrait à l'organisme une grosse quantité de toxines ; elle abaisse la tension artérielle. Mais tous les auteurs reconnaissent aujourd'hui que, pour avoir son plein effet, elle doit être d'emblée copieuse, *massive.* C'est 800 à 1.000 gr. de sang qu'il faut soustraire ; 1.000 à 1.200 disent même certains (1). En pratique, on ne peut fixer de chiffre absolu ; cela dépend évidemment de la constitution de la femme ; et, en outre, si l'accouchement est en train ou terminé, il faut tenir compte du sang perdu. Il faut tenir compte aussi du degré de l'hypertension ; et Balard conseille de contrôler à l'oscillomètre la quantité de sang qui doit être évacuée : il faut obtenir un abaissement de la maxima de 4 à 5 centimètres, ou bien un abaissement de la minima d'au moins un centimètre. Au besoin, la saignée pourra être répétée.

Nous avons vu, en outre, qu'un purgatif drastique, ou à son défaut, un lavement purgatif, devait compléter son action. On recommande également l'ingestion de poudre de charbon.

Calmer l'excitabilité de la malade, telle est la deuxième indication essentielle. L'immobilité, le silence, une lumière tamisée, sont les premières conditions à réaliser. L'emploi du chloroforme, autrefois courant, doit être rejeté, en raison de son action toxique sur le foie et les reins. A la rigueur, pourrait-on lui substituer l'éther pour tenter de faire avorter une crise. Mais il est un médicament très utile et sans danger : c'est le *chloral.* On peut l'administrer par voie rectale (étendu de lait pour éviter l'irritation du rectum), ou plus sûrement par voie gastrique sous forme de sirop dilué dans de l'eau. On l'emploie à doses fortes : 6 à 15 grammes et plus, en prises fractionnées. Même à ces doses, il peut être longtemps continué sans inconvénient. Faut-il, avec Stroganov, lui associer la morphine ? Mieux vaut s'en passer, car elle n'est pas sans danger ; mais à défaut de chloral et si l'on veut agir rapidement, on peut en faire un ou deux centigrammes, car elle est généralement bien tolérée par les éclamptiques. Et l'on a toujours intérêt à éviter les accès convulsifs, car il est certain qu'ils aggravent encore l'intoxication.

Enfin, il est évident que pendant la période des accès, la diète hydrique sera strictement maintenue. En aucun cas, il ne faudra faire de sérum physiologique salé. Par contre, nombre d'auteurs recommandent le sérum glucosé (à 40 p. 1.000) en injection ou en goutte à goutte rectal.

En résumé, saignée abondante, au besoin renouvelée, chloral, isolement, diète hydrique, tels sont les points essentiels du traitement curatif de l'éclampsie.

En outre, *au cours de l'accès,* il faudra surveil-

(1) Les expériences d'Ambard ont montré qu'une saignée de 1.000 grammes est plus active que deux saignées de 500 grammes. Cependant, Balard soutient qu'une saignée d'abondance moyenne (500 gr.) suffit pour entraîner chez les éclamptiques un abaissement durable des pressions artérielles et de l'indice oscillométrique.

ler la malade, songer à enlever un dentier qui pourrait être dégluti, protéger la langue des morsures au moyen d'une compresse introduite entre les maxillaires. Les inhalations d'oxygène peuvent être utiles pour lutter contre l'asphyxie.

Entre les accès, une fois le traitement institué, il faut avec douceur pratiquer les examens nécessaires pour l'établissement du pronostic : reprendre la tension, cathétériser la vessie pour étudier la quantité des urines et suivre la marche de l'albuminurie, surveiller le cœur et les poumons.

Enfin, signalons que la ponction lombaire a été préconisée comme un moyen de traitement. Certains l'emploient systématiquement. D'autres la réservent aux cas graves. En pratique, elle est surtout utilisée comme moyen de diagnostic pour affirmer une hémorragie méningée que l'examen clinique faisait craindre.

III. — Traitement obstétrical. — Si les principes généraux du traitement curatif de l'éclampsie sont à peu près les mêmes pour tous, par contre les avis sont partagés sur la conduite à tenir au point de vue obstétrical.

1) *Pendant la grossesse*. — Certains auteurs, surtout à l'étranger, restés fidèles à la théorie de l'intoxication placentaire, ou désireux de soustraire le fœtus à l'intoxication maternelle, préconisent encore de vider systématiquement l'utérus, soit par voie basse, soit par voie haute.

Mais en France, on est généralement d'accord, à l'heure actuelle, pour considérer que le traitement obstétrical doit *se réduire à rien ou presque rien*. Tout au plus dans certains cas très graves où, le traitement médical ayant échoué, la maladie suit inexorablement son cours, pourrait-on discuter de l'opportunité, d'une césarienne vaginale ; mais, dans ces cas désespérés, le fœtus est mort, et les lésions maternelles sont ordinairement irrémédiables.

2) *Pendant le travail*.— Par contre, si l'éclampsie déclanche le travail, ou survient au cours de celui-ci, il peut être indiqué, *quand la dilatation est complète*, de pratiquer un forceps ou une version pour hâter l'accouchement. Nous avons vu d'ailleurs que celui-ci se produisait souvent spontanément avec une grande rapidité, et parfois on a pu, à la fin d'un accès, être surpris de découvrir l'enfant entre les cuisses de la mère.

3) *Après l'accouchement*, on se méfiera des hémorragies de la délivrance, et on sera prêt à faire au besoin une délivrance artificielle.

A cela se borne la conduite obstétricale. Il faut en tous cas se rappeler qu'ici, plus que jamais, l'asepsie doit être rigoureuse, à cause des grands dangers d'infection courus par les éclamptiques. On se rappellera aussi que les antiseptiques toxiques (mercuriaux, acide phénique) doivent être évités. Enfin, on surveillera la quantité de sang perdu afin d'en tenir compte si une saignée doit être ultérieurement pratiquée.

Existe-t-il un *traitement chirurgical de l'éclampsie* ? Sans évoquer les diverses opérations plus ou moins hasardeuses proposées par certains auteurs, nous signalerons seulement que l'on a tenté la *décapsulation des reins* dans des cas d'anurie persistante. Des succès ont été enregistrés.

IV. — Après la guérison de l'état de mal, dès que l'amélioration sera nettement marquée par la polyurie, l'abaissement de la tension, la diminution de l'albumine, on laissera quelque temps encore la malade au régime lacto-hydrique.

Quand l'albumine aura disparu, on reprendra prudemment le régime lacto-végétarien déchloruré.

On se rappellera qu'il faut se méfier de l'infection.

Si l'enfant a survécu, il pourra être mis au sein dès que l'état de mal aura cessé.

Enfin, lors des grossesses ultérieures, on sait de quelle surveillance étroite la femme devra être l'objet. Aussi ne faut-il pas omettre de l'en prévenir ; et la redoutable alerte qu'elle vient de passer la persuadera de prendre alors des précautions trop souvent négligées. Si cela est possible, un séjour dans une station de demi-altitude, ou une cure à Evian ou Saint-Nectaire *lui seront profitables*.

OUVRAGES CONSULTÉS.

Bar. — Leçons de pathologie obstétricale, 1907.

Bourret. — Etude clinique de l'éclampsie. *Gaz. Hôp.*, 7 et 9 juin 1921.

— Diagnostic de l'éclampsie. *Gaz. Hôp.*, 5-7 juillet 1921.

Cheinisse. — A la recherche d'un traitement pathogénique de l'éclampsie. *Presse médicale*, 18 août 1923.

— Deux enquêtes récentes sur l'éclampsie. *Presse médicale*, 25 août 1923.

— De quelques travaux étrangers sur l'éclampsie puerpérale. *Presse médicale*, 12 septembre 1923.

Demelin et Devraigne. — Manuel de l'accoucheur, Doin, 1923.

Fabre. — Précis d'obstétrique. Tome II, 3e édition 1922.

Le Lorier. — *Presse médicale*, 6 janvier 1923, p. 13.

Lévy-Solal et Tzanck. — *Presse médicale*, 1er août 1923, p. 669.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Vignes. — Les convulsions éclamptiques. Revue générale. *Progrès médical*, 8 avril 1921.

— Traitement de la crise d'éclampsie. *Presse médicale*, 18 août 1923.

LE CANCER DE L'INTÉRIEUR DU LARYNX
LA LARYNGECTOMIE

Par Julien BOURGUET (de Paris).

Au dernier Congrès International d'oto-laryngologie qui a été tenu à Paris du 19 au 22 juillet 1922, la question du traitement du cancer du larynx a été étudiée d'une façon remarquable dans des rapports du plus haut intérêt, tant au point de vue chirurgical (Saint-Clair Thomson, Jackson, Tapia, Sébileau, Moure) qu'au point de vue de l'action des agents physiques. (Rigaud, Coutand, Hautant, Quick et Johnson).

Ce Congrès a donné un renouveau d'actualité à cette affection si grave du larynx. Dans diverses monographies parues avant la guerre (Le Bec et Cauzard, Jeannel, Jacques, Laurens, Glück, Bourguet, Cisneros, Tapia, Botey, Della Vedova, etc., etc.), ce sujet avait été abordé. Nous voudrions citer en particulier l'ouvrage de Molinié, le travail si documenté de Sargnon paru en 1914 dans les *Archives Int. d'oto-R. L.* et la thèse de Rouget (Paris, 1922) qui expose de quelle manière on pratiquait à Lariboisière, la laryngectomie de bas en haut. Après ces divers travaux sont venus les traitements par le radium, les rayons X, la rœntgenthérapie.

A la lecture de ces rapports et malgré la diversité d'opinions, il nous semble résulter que toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un malade porteur d'un épithélioma endolaryngé certifié par une prise suivie d'un examen histologique, que l'épithélioma aura dépassé la ligne médiane du larynx (et nous n'avon en vue que ce cas), il faudra d'abord le soumettre à la rœntgenthérapie qui a donné entre les mains de Regaud, Hautant, de bons résultats. Ce n'est que lorsque ce traitement aura échoué que l'on sera autorisé à pratiquer la laryngectomie suivie ensuite d'applications de radium.

Comment pratiquer cette laryngectomie ? Il existe deux procédés avec quelques variantes. L'un consiste à libérer le larynx de haut en bas ; c'est la méthode de Glück ; l'autre à le libérer de bas en haut ; c'est la méthode de Périer. Chacun de ces procédés a eu ses défenseurs et ses détracteurs. Ceux qui appliquent le premier ne font pas de trachéotomie préliminaire à moins que les circonstances n'y obligent. Les opérateurs au contraire qui emploient le second ouvrent souvent, quelques jours auparavant, la trachée pour habituer les voies respiratoires à l'entrée directe de l'air dans l'arbre trachéo-bronchique ; Quinze ou vingt jours après, on exécute la laryngectomie. Au début, l'école de Bordeaux opérait, comme Périer, en un seul temps, puis en deux et cette dernière manière de procéder lui donnait, au dire de Canuyt, 100 p. 100 de guérisons (*Rev. de Laryng.*, 15 juillet 1918). Malgré ce beau pourcentage, elle est revenue à la pratique en un seul temps. Pour Tapia, l'opération en deux fois serait plus nuisible qu'utile.

Nous allons décrire : *A*) d'abord les temps opératoires communs aux deux procédés ; et ensuite *B*) les temps opératoires spéciaux à chaque technique en faisant suivre l'exposé de chaque méthode de la statistique opératoire publiée par ceux qui ont opéré au moins cinquante malades. On pourra ainsi se rendre compte du procédé qui donne le meilleur résultat.

A. Temps opératoires appartenant aux deux méthodes.

1° *Anesthésie.* — Actuellement, c'est l'anesthésie loco-régionale qui prévaut. Nous lui ferons le reproche d'augmenter la durée de l'intervention et quand on l'emploie « *larga manu* », de trop infiltrer la région. Nous nous souvenons d'un cas que, durant la guerre, nous fit opérer au Val-de-Grâce notre distingué confrère le docteur Luc. Il avait été largement infiltré par le docteur Labouré. Nous eûmes une certaine peine à trouver les plans de clivage tellement les muscles étaient œdématiés par la solution anesthésique. De ce fait, l'opération fut rendue moins facile. Il n'y a qu'à se rappeler la grimace que nous faisions lorsque l'on nous donnait à disséquer un sujet infiltré. Il ne peut d'ailleurs en être autrement, surtout lorsque l'on injecte, comme à Bordeaux, 80 cmc. de solution dans un espace en somme assez restreint.

Avant 1914, avec notre ami le Prof. Clermont, de Toulouse, nous nous servions de l'anesthésie générale ; depuis, nous avons employé la locale. Je ne pense pas que cette dernière anesthésie intervienne comme facteur dans les succès opératoires, car Glück, qui est un de ceux dont la statistique est la meilleure et la plus forte, avait toujours eu recours à la générale quand il a publié ses résultats. Nous reviendrons quant à nous à cette anesthésie, à moins de contre-indications, avec le mélange de Dupuy de Frenelle.

2° *Incisions cutanées et ligatures des jugulaires antérieures.* — Nous opérons le malade presque assis pour mieux voir l'intérieur du larynx une fois détaché du pharynx avec un petit billot sous le cou. Les incisions ont été très variables. Durante pratiquait un lambeau unique à charnière supérieure ; Périer un lambeau en T ; Glück au début un seul volet rectangulaire à charnière latérale qu'il a abandonné et que Moure et Port-

man ont repris. On tend, à l'heure actuelle, à faire deux lambeaux (seconde manière de Glück), limités en haut par une incision transversale passant au niveau de l'os hyoïde et en bas par une autre incision également transversale au niveau du bord inférieur du cricoïde, allant d'un bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien à l'autre, séparés sur la ligne médiane par une incision verticale.

Ces deux lambeaux cutanés rejetés (fig. 1) sur les côtés, on a devant soi les deux veines jugulaires antérieures parfois volumineuses. Il faut les lier avec soin avant de les couper, surtout au niveau de leur bout central. Elles traversent

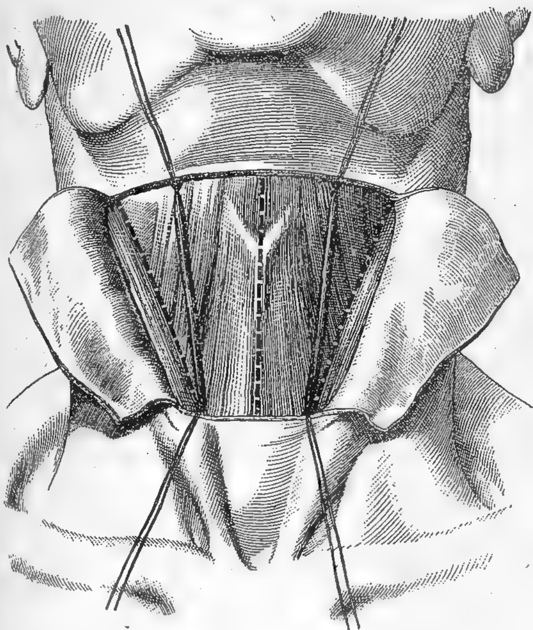


Fig. 1. — Après l'incision en H couché les deux lambeaux cutanés sont rabattus. On a devant soi les deux veines jugulaires antérieures qui sont liées soigneusement et coupées. Deux incisions latérales sur le bord interne du S. Mast. sectionnent l'aponévrose cervicale superficielle et une médiane intéresse aussi l'aponévrose moyenne.

l'aponévrose cervicale superficielle dans des canaux fibreux. Elles sont béantes à la coupe. Il y a à la base du cou une zone d'aspiration considérable au moment de l'inspiration. De là un appel d'air de la part de la veine ouverte et les dangers qui en résultent. Il y a un an environ, nous croyons avoir perdu un malade d'embolie gazeuse quelques instants après l'opération qui s'était très bien passée. Nous avions placé nos ligatures et sectionné les muscles lorsque notre attention fut attirée par un petit sifflement qui se produisait à intervalles réguliers. C'était un fil de catgut jeté sur le bout central de la veine droite très développée qui avait lâché. La veine restait ouverte, et quelques gouttes de sang et de l'air étaient aspirés comme par une ventouse.

Un nouveau catgut bien placé fit cesser ce bruit de sifflement ; malheureusement, de suite après l'opération, le malade fut pris d'une dyspnée intense que rien ne put calmer et la mort s'ensuivit avec une grande rapidité.

3° *Sections musculaires.* — Deux incisions latérales sont pratiquées sur le bord antérieur du muscle sterno pour couper l'aponévrose cervicale superficielle, — et une médiane (fig. 2) sur cette aponévrose et la moyenne qui vont engainer les muscles sous-hyoïdiens et nous permettre de les charger et de les sectionner sur la sonde cannelée.

D'abord le plan musculaire superficiel (fig. 2) (sterno-hyoïdien et omo-hyoïdien) au ras de

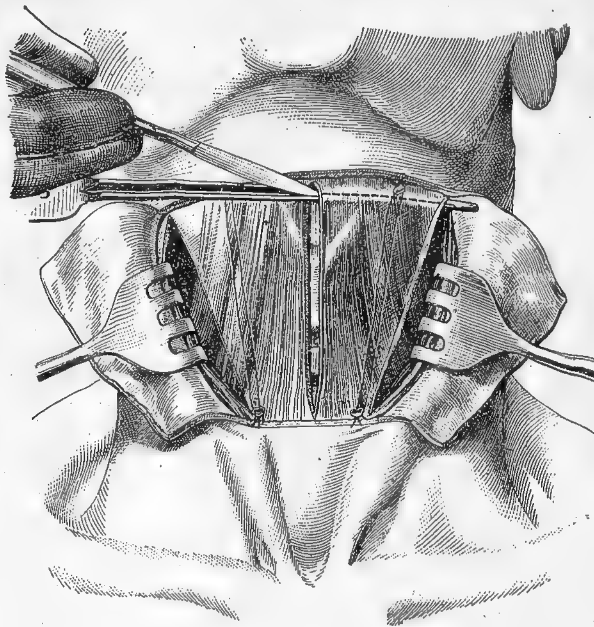


Fig. 2. — Après la ligature et la section des jugulaires antérieures et des aponévroses cervicales, on peut passer plus facilement la sonde cannelée sous les muscles sous-hyoïdiens superficiels et les sectionner.

l'os hyoïde, puis le plan moyen thyro-hyoïdien et sterno-thyroïdien (fig. 3) au niveau de leurs attaches sur l'hyoïde et le thyroïde. Ces muscles sont rabattus en bas de chaque côté et coupés près de l'incision cutanée inférieure.

4° *Ligatures vasculaires. Recherche des ganglions et section du muscle Constricteur-Inférieur.* — Les muscles sous-hyoïdiens ainsi enlevés, la carapace laryngée est bien à découvert. Si on opère sous anesthésie locale et qu'on n'ait pas infiltré auparavant toute la région, il faut toucher sur les côtés la membrane thyro-hyoïdienne avec une solution forte de cocaïne pour rendre insensible le nerf sensitif laryngé supérieur qu'il faut d'ailleurs sectionner ; et pour permettre ainsi d'aller chercher sans douleur, lier et couper l'artère laryngée supérieure qui chemine à son côté. Pour bien arriver à découvrir ce vaisseau artériel et y poser une ligature, il est bon de

◆◆◆

tendre la membrane thyro-hyoïdienne en faisant tirer par l'aide l'os hyoïde en haut au moyen d'un petit écarteur (fig. 4) placé sous sa partie latérale. La sonde cannelée va ainsi à sa recherche dans un tissu cellulaire où elle se trouve sur un plan résistant et non fuyant. Une fois libérée elle est liée, coupée en même temps que le nerf qui la contourne en anse (Cazejust, Ramadler). On procède ensuite à la ligature de la laryngée inférieure. Puis on sépare sur les côtés les lobes latéraux de la glande thyroïde du cartilage thyroïde et en bas son isthme du cricoïde que l'on refoule jusqu'au premier anneau de la trachée. La pyramide de Lalouette est enlevée si elle est gênante.

même cartilage où *s'insère* en avant de lui le muscle constricteur inférieur qui va prendre aussi des attaches sur le cricoïde ossifié. Avec un bistouri (fig. 5), on coupe de haut en bas jusqu'au cartilage ces insertions musculaires, et avec une rugine légère sans lâcher la forte prise qui enserre le cartilage thyroïde on rugine le bord postérieur (fig. 6) de ce même cartilage en passant derrière lui de bas en haut de manière à détacher autant que faire se peut, et sans l'ouvrir, la muqueuse de la gouttière pharyngo-laryngée en la repoussant en arrière (fig. 7) ; on libère en haut de ce fait la grande corne du cartilage thyroïde. Du côté droit, on procède de la même façon en faisant tourner le thyroïde en sens inverse.

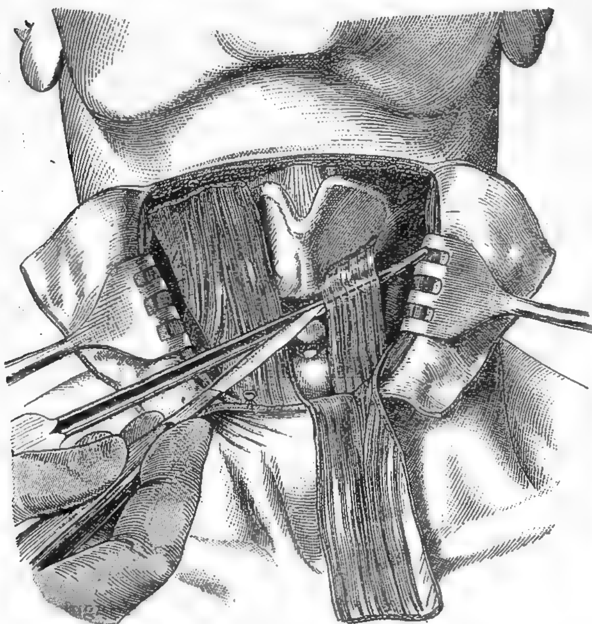


Fig. 3. — Section des muscles sous-hyoïdiens profonds. Le thyro-hyoïdien est déjà coupé et enlevé. La sonde cannelée est passée sous le muscle sterno-thyroïdien et le bistouri sectionne ce muscle. Les muscles superficiels (sterno et omo-hyoïdien) sont rabattus d'un côté.



Fig. 4. — De chaque côté, les plans musculaires superficiel et moyen sont rejetés en bas. La membrane thyro-hyoïdienne est bien à découvert. Une aiguille de Deschamps charge l'artère laryngée supérieure pendant qu'un écarteur soulève en haut l'os hyoïde. L'isthme du corps thyroïde a été déjà abaissé et les parties latérales de cette glande séparées du cartilage thyroïde et cricoïde.

On confie à son aide un écarteur de Farabœuf qui attire en dehors le muscle sterno-cléido-mastoïdien et au niveau du paquet vasculo-nerveux, le long de la jugulaire interne, on enlève les ganglions quand ils existent depuis l'origine du ventre postérieur du digastrique jusqu'à une ligne passant par la partie supérieure de la trachée, car ces ganglions reçoivent les lymphatiques du larynx comme l'ont bien montré Poirier et Most. Très souvent on passe ce temps sous silence. Nous estimons que c'est un temps nécessaire pour éviter une récidive ganglionnaire.

Ensuite de la main gauche (fig, 5) munie d'une forte pince de Museux, on saisit l'angle rentrant du cartilage thyroïde que l'on fait tourner vers la gauche de l'opérateur de manière à avoir le plus possible devant soi le bord postérieur de ce

C'est maintenant que commencent les différences propres à chaque méthode jusqu'au moment où l'on reconstitue la paroi pharyngée.

B. Temps particuliers propres à la laryngectomie de haut en bas.

a) Ouverture du pharynx et traction du larynx en avant. — C'est cette laryngectomie que nous effectuons. Un aide attire en haut l'os hyoïde avec un écarteur qui le charge sur la partie médiane de façon à tendre la partie renforcée de la membrane thyro-hyoïdienne (fig. 8). Un bistouri agissant de bas en haut sectionne en cet endroit cette membrane et pénètre dans l'espace préépiglottique. En dédolant, on arrive

sur la face antérieure de l'épiglotte, qu'on rase en remontant vers son bord supérieur (fig. 9). Dès que par transparence on aperçoit ce bord, la muqueuse mince fait hernie dans la plaie entre les replis glosˢo-épiglottiques. Elle est incisée légèremegt de manière à permettre à une pince hémostatique de passer et d'aller saisir l'épiglotte (fig. 10) que l'on attire en avant à travers l'ouverture pratiquée, au fur et à mesure qu'avec la pointe des ciseaux tout autour et au ras de l'épiglotte on coupe la muqueuse pharyngienne (fig. 10). A ce moment on badigeonne l'intérieur du pharynx, la base de la langue avec une solution de cocaïne pour supprimer tout réflexe et on recommande au malade, si l'opération est faite sous anesthésie locale, d'éviter tout mouvement de déglutition. Dans le cas où ces mouvements viendraient à se produire, nous introduisons à travers l'ouverture pharyngée un tampon de coton hydrophile pressé contre la base de la langue (fig. 11 et 12). Nous établissons ainsi un barrage qui empêchera la salive de descendre et de venir souiller la plaie opératoire. Au fur et à mesure que le larynx est attiré en avant, la muqueuse pharyngée se tend de chaque côté. On finit par sectionner les parties latérales de la membrane thyro-hyoïdienne et on complète le décollement latéral de la mu-

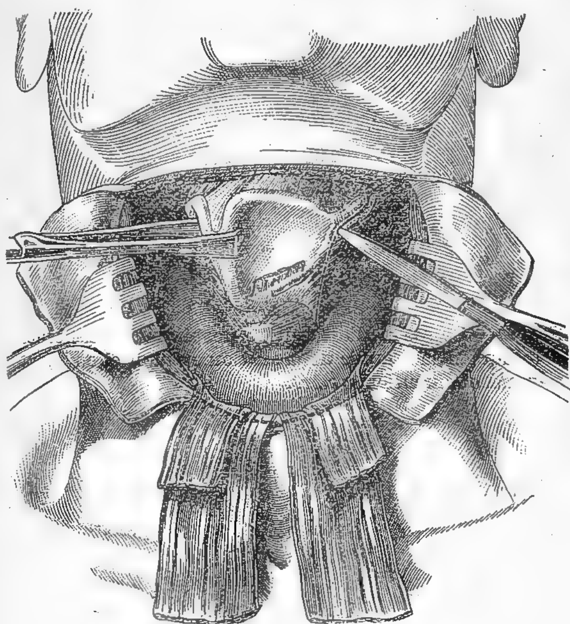


Fig. 5. — En bas la ligne pointillée montre où se fait la section pour l'ablation des muscles sous-hyoïdiens. En haut, une pince saisissant le cartilage thyroïde, le fait tourner à gauche de l'opérateur, tandis qu'un bistouri sectionne le muscle constricteur inférieur du pharynx de haut en bas sur le thyroïde et le cricoïde.

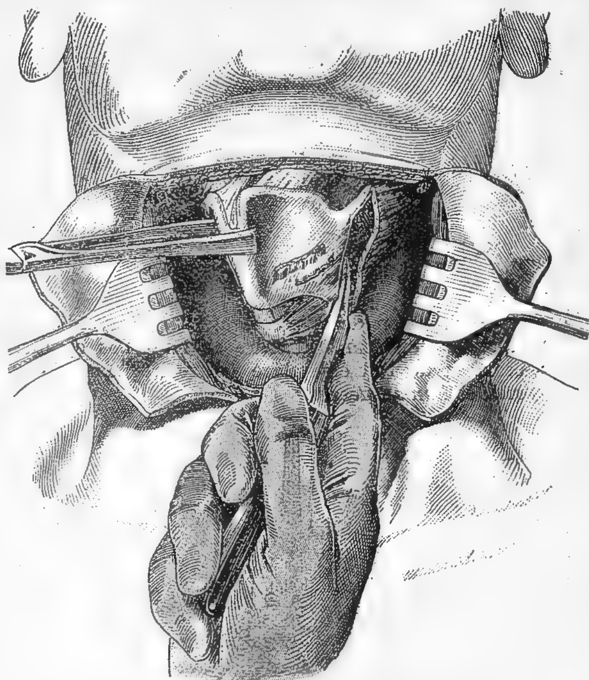


Fig. 6. — Une rugine décolle le périchondre du cartilage thyroïde après section du muscle constricteur inférieur, passe en arrière de ce cartilage en décollant la muqueuse pharyngée de la gouttière pharyngo-laryngée.

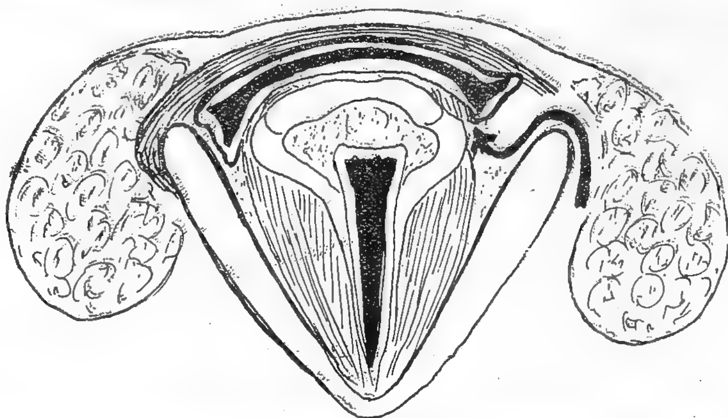


Fig. 7. — Coupe transversale du larynx au niveau de la glotte. La flèche à gauche montre la marche de la rugine qui repousse en arrière la muqueuse de la gouttière pharyngo-laryngée après section du muscle constricteur inférieur du phargne. Les muscles sous-hyoïdiens ayant été enlevés ne sont pas représentés.

queuse de la gouttière pharyngo-laryngée de la face postérieure du thyroïde et de la face latérale du cricoïde. On a ainsi devant soi sous le regard tout l'intérieur du larynx (fig. 11) qui ne

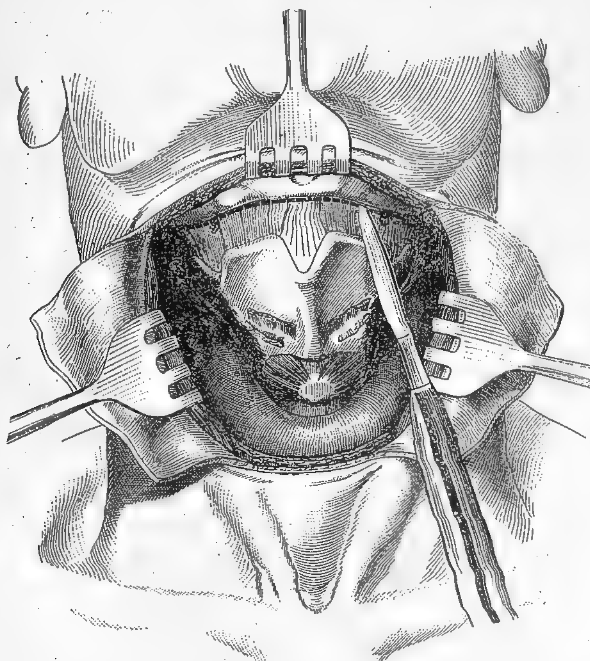


Fig. 8. — Section de la membrane thyro-hyoïdienne pendant qu'un écarteur attire en haut l'os hyoïde. L'écarteur devrait être placé de préférence sous l'os hyoïde et non au-dessus.



Fig. 9. — Coupe médiane antéro-postérieure. Les flèches indiquent la marche de la section en haut et en bas et du décollement en arrière.

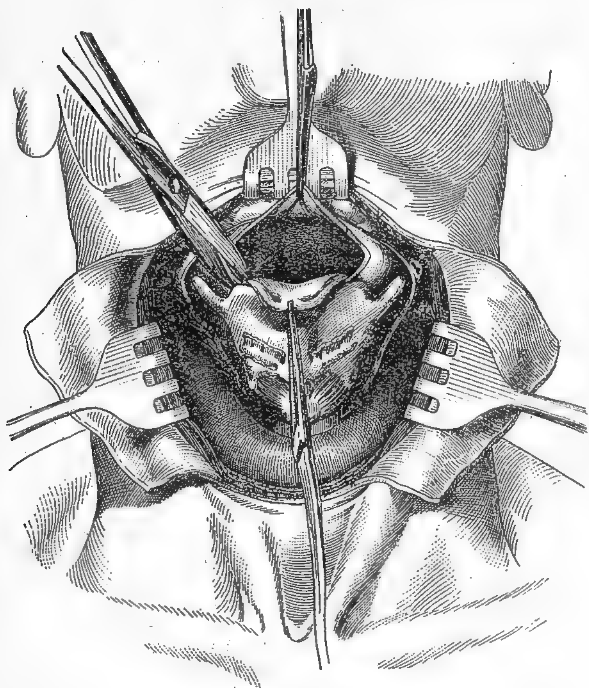


Fig. 10. — Après section du repli glosso-épiglottique médian et de la muqueuse pharyngienne au-dessus, une pince attire l'épiglotte en avant pendant qu'avec les ciseaux on coupe tout autour de l'épiglotte et contre elle la muqueuse pharyngée. Pour empêcher la salive souvent abondante de venir souiller la plaie, un tampon de coton hydrophile est introduit contre la base de la langue.

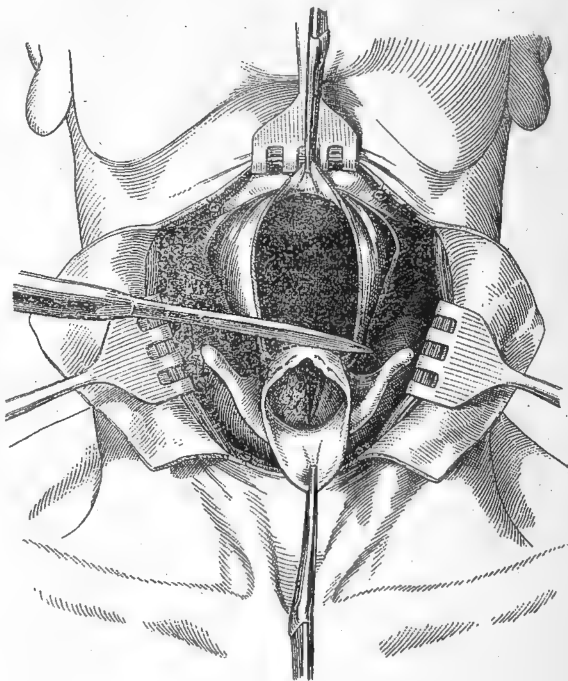


Fig. 11. — Le larynx est basculé en avant. Les gouttières de la face postérieure du cartilage thyroïde sont dépouillées de leur muqueuse. On voit admirablement tout l'intérieur du larynx avec le néo, la face postérieure du cricoïde et la bouche de l'œsophage. Le bistouri incise la muqueuse pharyngo-laryngée à la partie supérieure du cricoïde.

tient plus à la paroi pharyngée qu'au niveau des aryténoïdes et de la face postérieure du cricoïde. Dans le cas où le malade viendrait à suffoquer, il est facile d'introduire dans le larynx un tube à tubage gros et long de O'Dwyer ou une canule trachéale plate de Sébileau-Lemaître à travers la membrane crico-thyroïdienne.

b) Section de la muqueuse pharyngée à la partie supérieure et postérieure du cricoïde et son décollement postérieur jusqu'à la trachée. — La muqueuse pharyngo-laryngée reste encore attachée à la face postérieure du cricoïde. On coupe transversalement la muqueuse à la partie supérieure du cricoïde (fig 11) et on la décolle de haut

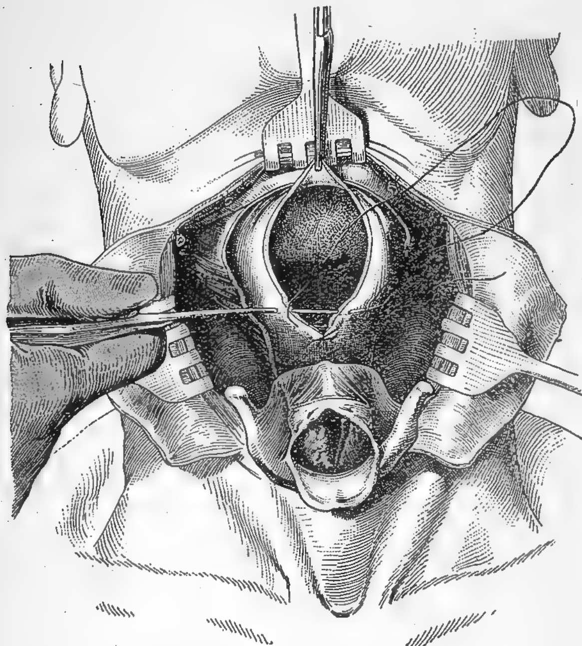


FIG. 12. — La face postérieure du cricoïde dépouillée de sa muqueuse rejetée en arrière laisse voir le muscle crico-aryténoïdien postérieur. Suture de la muqueuse pharyngée. Avant de terminer la fermeture pharyngée on enlève le tampon de coton.

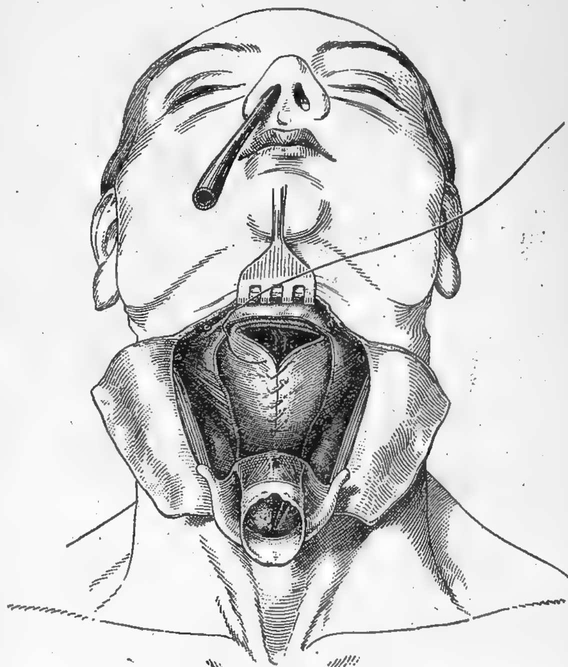


FIG. 13. — Avant la fermeture complète du pharynx, on introduit par une fosse nasale une sonde œsophagienne.

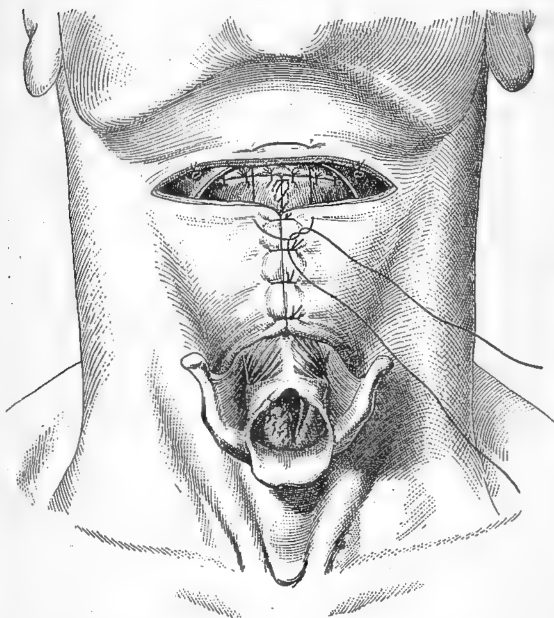


FIG. 14. — Les deux lambeaux cutanés sont suturés entre eux et les lèvres de l'incision supérieure entre elles. Par oubli, on n'a pas représenté en haut les deux muscles constricteurs inférieurs réunis entre eux.

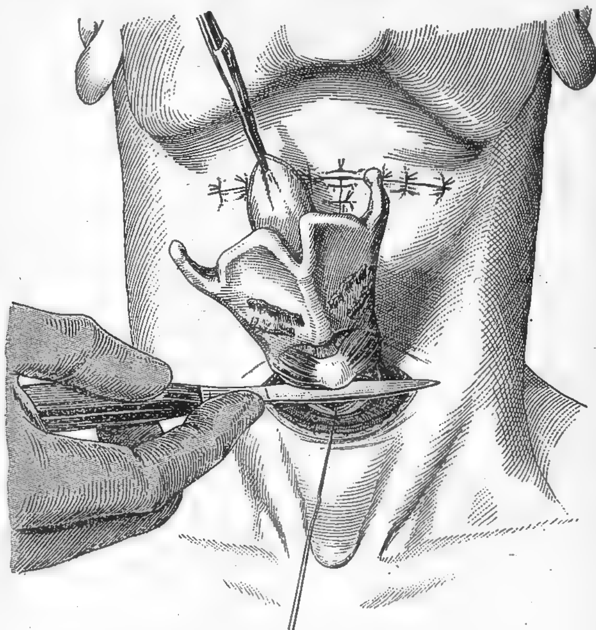


FIG. 15. — Toute la paroi pharyngée étant reconstituée un fil de soutien est passé contre le premier anneau de la trachée pour l'empêcher de descendre. Une pince tire en haut le larynx par l'épiglotte et un bistouri sépare le larynx de la trachée.

en bas avec la pointe des ciseaux ou du bistouri jusqu'au bord supérieur de la trachée en mettant à nu les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs et en désinsérant le ligament suspenseur de l'œsophage de la crête médiane cricoïdienne.

c) Réfection de la paroi pharyngée. — L'ouverture pharyngée est fermée au catgut par points séparés ou non sans traverser la muqueuse de part en part (fig. 12). Elle est suturée en haut à la muqueuse des replis glosso-épiglottiques et à ce qui reste de la membrane thyro-hyoïdienne. Il reste au-dessus de la trachée un rempart de muqueuse intact correspondant en étendue à toute la hauteur de la face postérieure du cricoïde dont il était tapissé. Avant de fermer complètement en haut l'orifice pharyngé on retire le tampon

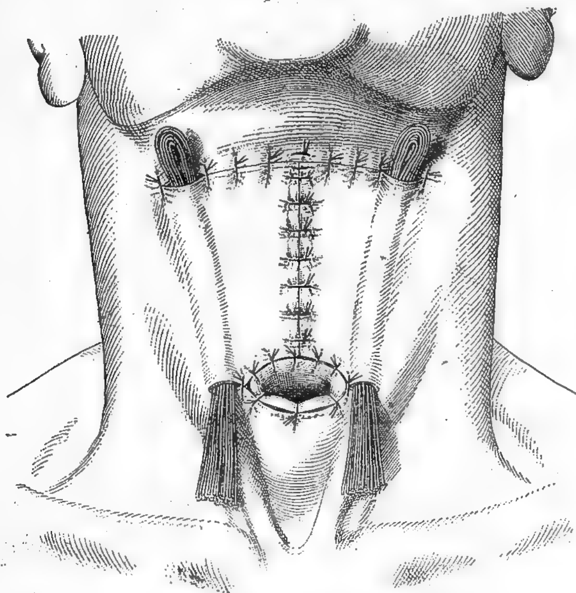


Fig. 16. — La muqueuse trachéale est suturée à la peau et aux quatre coins sont placés des faisceaux de crins pour le drainage.

de coton qui arrêtait la salive et on introduit par la fosse nasale la plus large un tube œsophagien qui doit servir à alimenter le malade jusqu'à cicatrisation de la plaie (fig. 13). En avant de la suture muqueuse on pose quelques points de catgut sur les muscles constricteurs que l'on réunit entre eux et on rabat par dessus les deux lambeaux cutanés en les suturant ensemble et aux lèvres des incisions transversales du début sauf aux quatre coins où l'on place des faisceaux de crins pour le drainage (fig. 16).

d) Ablation du larynx. Suture de la trachée à la peau et introduction de la canule. — Un crin est passé contre le premier anneau de la trachée (fig. 15) destiné à la maintenir au moment de sa séparation avec le larynx car elle a tendance de suite à s'enfoncer et gênerait la pose des sutures de ce conduit à la peau. Un bistouri sectionne d'avant en arrière entre le cricoïde et la trachée (fig. 15). A ce moment un ramuscule de l'artère laryngée postérieure donne. Elle est saisie et liée. Le larynx étant enlevé on suture la muqueuse trachéale à la peau (fig. 16) sans dénuder le premier anneau ce qui pourrait amener sa nécrose et on enlève le crin de soutien. Dans l'ouverture trachéale on place une canule habillée c'est-à-dire que nous l'entourons de coton hydrophile maintenu par plusieurs tours avec un fil qui va s'attacher aux branches latérales de la canule. Ce coton a pour effet de fermer hermétiquement l'orifice trachéal, d'absorber les sécrétions qui pourraient descendre de la plaie opératoire et d'empêcher ainsi qu'elles pénètrent dans l'arbre aérien entre la canule et le conduit trachéal et détermine une broncho-pneumonie. Une bavette est placée au-devant de la canule et un pansement sur la paroi pharyngée reconstituée.

Statistique concernant la laryngectomie de haut en bas.

Comme on a pu le voir par la description de ce procédé, on opère d'une façon tout à fait aseptique. Rien ne vient souiller la plaie et toute la paroi pharyngée est reconstituée avant d'ouvrir la trachée. Quels sont les résultats ? En prenant la statistique des deux opérateurs qui ont le plus opéré de malades par cette méthode nous avons en premier lieu celle de Glück, l'auteur de ce procédé qu'il a publié en 1913. Glück qui avait fait ses premières armes dans la chirurgie des voies aériennes en 1877 en qualité de chirurgien roumain dans la guerre russo-turque avait fait jusqu'à ce moment-là 244 extirpations totales dont 160 étaient des laryngectomies simples. Sur ces 160 opérés, 89 furent guéris entre 15 ans et 4 ans. Tapia donne la sienne en 1922. De 1908 à 1919, nous dit-il au dernier Congrès international, il a pratiqué 75 laryngectomies. Après ces 75 interventions 43 restent guéris entre 11 ans et 3 ans et il nous présente dix laryngectomisés pouvant parler les uns sans larynx artificiel, les autres à l'aide d'un petit appareil. Ces 43 guérisons donnent donc un total de 56 % de guérison définitive. Si on compare cette statistique à celle de Glück on s'aperçoit qu'elle peut lui être comparée sans lui être supérieure, malgré l'emploi de l'anesthésie locale. Les opérés de Tapia ressemblent au point de vue de la voix à ceux que nous avons vus chez Glück.

B. Temps particuliers propres à la laryngectomie de bas en haut.

En supposant que la laryngectomie n'ait pas été faite auparavant, on sépare carrément le larynx du conduit trachéal après avoir passé comme précédemment dans la première méthode

un fil de soutien contre le premier anneau de la trachée. Puis on place une canule dans l'intérieur de l'orifice trachéal de manière à ce qu'il remplisse bien cet orifice (fig. 17). Ensuite on sépare de bas en haut, la face postérieure du cricoïde, de la muqueuse pharyngo-laryngée en sectionnant au fur et à mesure les attaches musculaires du constricteur inférieur en attirant le cricoïde en haut. Ce décollement est poursuivi jusqu'aux articulations crico-aryténoïdiennes. De cette manière, disent Moure et Portman, (*Presse méd.*, 16 juillet 1921), il est plus aisé de suivre le plan de clivage que par la laryngectomie de haut en bas et on voit mieux où commence l'infiltration néoplasique. Nous ne pouvons partager la même manière de voir. Il n'y aqu'à droit où il faut inciser la muqueuse pharyngée dans le cas où le cancer aurait débordé l'aryténoïde. Par contre, dans la laryngectomie de bas en haut on ne voit nullement cette partie intralaryngée ma quée jusqu'à la fin par le rideau de la muqueuse pharyngée. Ce que l'on voit, c'est tout ce qui est au-dessous des cordes vocales par l'orifice cricoïdien attiré en haut, c'est-à-dire la région sous-glottique et non la région sus-glottique qui n'est alors bien aperçue que lorsque le larynx est déposé dans le plateau. De plus, par le décollement de bas en haut, si le néo a débordé l'orifice laryngé, on peut tailler en plein sans s'en apercevoir et le décollement est aussi facile dans une méthode que dans l'autre.

Lorsque la face postérieure du cricoïde a été

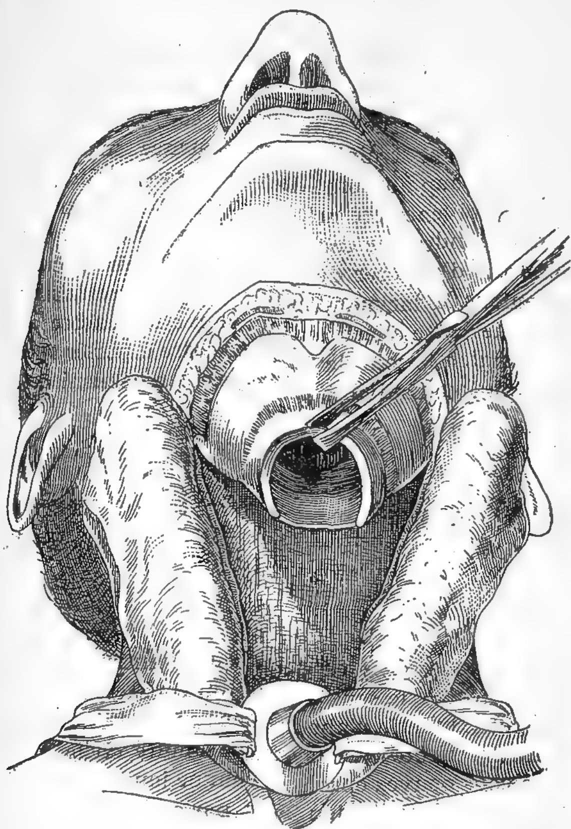


Fig. 17. — Laryngectomie de bas en haut. Le cricoïde est séparé de la trachée et basculé en haut. La trachée est fermée par une canule adaptée à un appareil à anesthésie. Par l'orifice cricoïdien, on ne voit que la région sous-glottique. (D'après l'ouvrage de Molinié.)

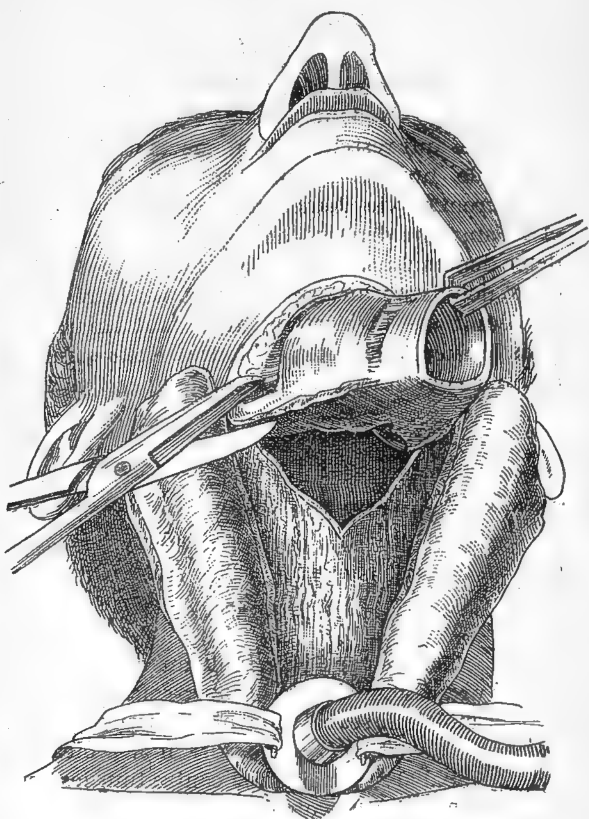


Fig. 18. — La muqueuse pharyngienne après avoir été décollée de la face postérieure du cricoïde a été sectionnée au niveau de son bord supérieur. Les ciseaux coupent la grande corne thyroïdienne et la membrane thyro-hyoïdienne (d'après Molinié).

comparer les figures 11 et suivantes aux figures 17 et 18 pour s'en rendre compte. Dans la laryngectomie de haut en bas, quand le larynx est basculé en avant, on voit d'une façon remarquable tout l'intérieur du larynx, c'est-à-dire face endolaryngée de l'épiglotte, cordes vocales d'un côté et néoplasme de l'autre, ainsi que la face postérieure des aryténoïdes et du cricoïde et on peut se rendre compte d'une façon parfaite de l'en-

mise à nu, on incise la muqueuse pharyngée au niveau des aryténoïdes (fig. 18). C'est à ce moment que le malade, par des mouvements de déglutition, peut faire couler de la salive qui vient souiller la plaie opératoire. On peut moins facilement lui barrer le passage que dans la laryngectomie de haut en bas. On enlève ensuite le larynx après avoir incisé la membrane thyro-hyoïdienne. Lorsque celui-ci est complètement détaché, on reconstitue la paroi pharyngée comme

dans la laryngectomie suivant la méthode de Glück que nous avons exposée et ici se sont les mêmes temps opératoires, sur lesquels nous ne reviendrons pas.

C'est cette méthode de Périer qui a été reprise par l'école de Bordeaux sous le nom de méthode de Moure et Portman, bien que nous voyons écrit dans la *Revue de Laryngologie* du 15 octobre 1919 : Nous ajouterons qu'à Bordeaux, nous avons pu *observer 29 cas de guérison opératoire pratiqués* de bas en haut par la méthode française de Périer. »

Statistique concernant la laryngectomie de bas en haut. — Nous avons donné les résultats obtenus par la laryngectomie de haut en bas et qui a donné entre les mains de Glück et de Tapia une proportion de 56 % de guérison ayant au moins trois ans de date. Moure, au dernier Congrès international, a publié sa propre statistique. En l'arrêtant au mois de juillet 1921 il donne 50 laryngectomisés dont 37 sont morts. Et encore sur les 13 qui restent, 4 sont morts ultérieurement de broncho-pneumonie. Sur les 9 qui demeurent en vie, deux sont guéris depuis 13 ans et 12 ans, une depuis 4 ans, un depuis trois ans, deux depuis 2 ans 1/2, un depuis un an 8 mois, deux, depuis un an, car « ce n'est pas le résultat immédiat de l'opération qu'il faut envisager, mais le succès définitif » (Moure). Nous sommes loin par conséquent du 100 % de guérison dont parle Canuyt au sujet des laryngectomies de l'école de Bordeaux, puisque cette dernière accuse une mortalité de 74 % malgré l'emploi de l'anesthésie locale.

Dans cette statistique, on est aussi en droit de se demander au point de vue cancer si on peut déclarer définitivement guéris les deux derniers opérés que ne le sont que depuis un an. La statistique de Moure montre donc que ses résultats *n'atteignent même pas* la moitié des résultats obtenus par Glück et Tapia qui pratiquent la laryngectomie de haut en bas. Cette dernière en supposant égales l'habileté du chirurgien, l'habitude de la chirurgie des voies aériennes supérieures, donne donc des résultats meilleurs que la laryngectomie de bas en haut. Voilà pourquoi elle a nos préférences.

Lorsque le malade a été opéré, on n'a accompli que la moitié de la tâche, car non seulement son état doit être attentivement surveillé en ce qui concerne son cœur, son intestin, ses bronches et traité en conséquence, mais aussi et beaucoup au point de vue de sa plaie dont les soins doivent être méticuleux. Nous ne pouvons nous étendre sur cette partie, notre but n'ayant été que d'exposer de quelle manière nous comprenions la laryngectomie. L'opéré une fois remis de cette intervention, il restera encore au chirurgien le soin de lui apprendre à parler avec son pharynx suivant des règles bien déterminées.



PARTIE PROFESSIONNELLE

LE MOUVEMENT SYNDICAL EN 1923

Pour nous faire une idée du caractère du mouvement syndicaliste médical, au cours de l'année 1923, il faut comparer le programme de l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux, en 1922, avec celui proposé pour 1923 ! Nous pourrons constater cette volonté bien arrêtée des groupements professionnels de ne pas borner leur activité à la seule défense des intérêts corporatifs, mais bien d'étendre leur action au dehors.

Le Syndicat doit tendre à devenir le représentant autorisé d'une profession ; il est la somme de l'action technique des adhérents et, comme tel, il doit prendre sa part, en tant que conseiller, dans la direction de la chose publique.

Nous allons donc, tour à tour, étudier l'action du syndicalisme médical, au cours de cette année 1923, en considérant :

1° Le Syndicat, organe de défense collective ;

2° Le Syndicat conseiller technique ;

3° Le Syndicat garant de l'honorabilité professionnelle.

1° *Défense collective de la profession.*

Assistance médicale gratuite.

Le Dr Rinuy est un spécialiste de la question. Depuis qu'en 1914, au Congrès des Praticiens, il a présenté le remarquable rapport que l'on connaît, il n'a cessé de poursuivre ses recherches et sa documentation. Son exposé et sa statistique, présentés à la dernière assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux, ont démontré que, patiemment, mais avec persévérance, les groupes professionnels médicaux sont parvenus à supprimer presque partout le système de l'abonnement et du médecin quasi-fonctionnaire.

L'énorme majorité des départements, je dirai presque l'unanimité des conseils généraux, ont reconnu la supériorité du tarif à la visite et du libre choix du médecin.

Les tableaux synoptiques, établis par le Dr Rinuy, permettent aux syndicats de prouver, à l'assemblée départementale, ce qui se passe ailleurs ; aussi les tarifs et les règlements départementaux sont-ils bien près d'être uniformes.

Néanmoins que de luttes, que de démarches, que de menaces ! Soucieux de ménager les finances départementales, les conseillers généraux croient, bien souvent, faire de bonne gestion financière, en obtenant, des médecins, de consentir à du travail au rabais. Cependant, travail mal payé est toujours du travail mal fait, quel que soit le dévouement social, dont font preuve nos confrères.

Aussi l'exode des malades vers l'hôpital occasionne des dépenses plus fortes que lorsque le médecin a un intérêt à conserver son malade et à le soigner à domicile et non dans l'établissement hospitalier.

Pourtant, pour collaborer à l'œuvre de bienfaisance sociale, les médecins consentiraient à se contenter d'honoraires, souvent infimes, s'ils étaient certains de ne soigner, à ce prix, que les pauvres. Mais combien d'abus ne sont-ils pas dénoncés ? Des maires peu scrupuleux, dans un désir de consolider leur propre situation électorale, inscrivent, sur la liste des indigents, des personnes de condition moyenne. Le « Sou médical » s'est préoccupé, au cours de cette année, de difficultés analogues ; des malades se font soigner, opérer, accoucher à domicile ; après quoi, froidement, ils se font inscrire sur la liste des assistés, avec la complicité du maire, pour ne pas avoir à payer leur docteur.

Le tarif kilométrique a été également la source de conflits entre syndicats médicaux et conseils généraux. Non seulement, le tarif alloué est parfois inférieur à la dépense véritable de transport, mais encore, on ne tient pas compte du temps que perd le médecin pour se transporter d'un point à un autre de sa clientèle.

Les services autonomes ont également attiré l'attention des Syndicats médicaux, ne serait-ce que dans le département de la Seine. Par un rapport très complet, établi avec la collaboration du docteur Durand, le docteur Rinuy a publié dans le *Médecin Syndicaliste* une étude approfondie, démontrant que la région parisienne, tout en restant en dehors de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, a une organisation vieillotte et désuète.

Abordons enfin la fameuse question de la demi-assistance. A propos d'une question posée par le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales au Conseil supérieur de l'assistance publique, le Dr Rinuy publia les résultats d'un referendum. Le *Concours médical* recueillit les observations de ses lecteurs. De la sorte, il fut facile d'opposer l'opinion du Corps médical aux renseignements que l'administration avait demandés à toutes les préfectures de France.

Vu la vie chère, vu l'augmentation des tarifs médicaux et surtout chirurgicaux, il s'agirait de faire payer, par le malade, soit les frais médicaux seuls, soit les frais pharmaceutiques seuls, soit partie seulement des frais médicaux et pharmaceutiques ; bien entendu, les départements,

qui envisagent l'organisation d'un service de demi-assistance pour demi-indigents, préfèrent décharger l'intéressé de ses frais médicaux, pour laisser à sa charge les frais de médicaments.

La question n'a pas encore reçu de solution définitive.

Hospices et hôpitaux.

Signalons l'effort, qui s'est manifesté au cours de cette année, pour faire admettre un délégué du Syndicat médical au sein de chaque commission administrative d'hôpital. Les intérêts, que défendent les groupes professionnels médicaux, sont identiques à ceux du public et des malades. Aussi convient-il d'établir une collaboration étroite entre tous ceux qui soignent ou assistent les hospitalisés.

D'ailleurs, le jeu de certaines lois sociales nouvelles fait pénétrer à l'hôpital des malades qui ne sont pas des indigents, tels que blessés du travail, mutualistes, pensionnés de guerre. Souvent même, l'hôpital se transforme en centre chirurgical pour malades payants. Il convient donc que *le corps médical ne soit pas tenu à l'écart* de l'organisation hospitalière et qu'il puisse donner son opinion, tant pour la gestion que pour le choix des médecins et chirurgiens de l'établissement.

Signalons, en ce sens, les vœux du Syndicat médical de Lille et de la région. La fédération des Syndicats médicaux de Maine-et-Loire a obtenu la présence d'un délégué du Syndicat au sein de la commission administrative de l'hôpital d'Angers et les résultats acquis sont très encourageants, montrant l'utilité d'une telle collaboration.

Ce travail en commun entre médecins et administrateurs d'hôpitaux est fort souhaitable, à l'heure où se forment des Unions interhospitalières. Les hospices et hôpitaux ont compris, à juste titre, les bienfaits de l'association. C'est même en se basant sur ces groupements, que le Conseil supérieur de l'Assistance publique a pu, dans sa dernière assemblée générale de juin, émettre un avis favorable à la création de mutuelles interhospitalières, pour garantir le personnel médical contre les risques de maladies ou d'accidents contractés en service hospitalier.

Signalons l'heureuse initiative prise par le Syndical médical des Deux-Sèvres, qui a fait aboutir un accord avec la Commission administrative de l'hôpital de Niort. Le jury d'examen, pour la nomination de médecins adjoints, comprend trois docteurs en médecine, choisis par la Commission administrative, trois médecins choisis par le Syndicat médical des Deux-Sèvres, un président choisi parmi le personnel enseignant d'une faculté ou école voisine.

Cet exemple, s'il pouvait se généraliser et être imité, aplanirait bien des conflits.

Cette année a vu également surgir un grand conflit : l'admission des blessés du travail, dans les hôpitaux, grève à la fois, d'une part, le budget de l'établissement parce que traitements, opérations et pansements chers, et, d'autre part, les finances médicales, parce que les honoraires médicaux sont omis, à cause du fameux « tout compris ».

Un texte, élaboré par la Commission supérieure des accidents du travail, fut repoussé par les délégués des hôpitaux, membres du conseil supérieur de l'Assistance publique. Ces derniers entendaient prélever une part sur les honoraires médicaux, pour parer à l'insuffisance des prix de journée, demandés pour les blessés du travail.

Cependant, les délégués de l'Union des Syndicats médicaux firent observer que, conformément aux termes des lois du 28 juin 1918 et du 14 février 1921 et du décret du 13 novembre 1918, portant fixation du prix de journée dans les hospices et hôpitaux, ces prix de journée sont évalués en prenant pour base le total des dépenses ordinaires, extraordinaires et supplémentaires afférentes à l'année écoulée. Au surplus, les 18 articles du décret permettent aux commissions administratives de recevoir des blessés du travail et de se faire rembourser intégralement les dépenses occasionnées par la présence de ces blessés.

Vainement encore les délégués de l'Union des Syndicats médicaux démontrèrent que les hôpitaux, établissements publics, ne pouvaient pas faire de bénéfices et que, par suite, étant remboursés intégralement du prix de journée des blessés du travail, il était juste et équitable de laisser intacts les honoraires alloués par le tarif Breton aux médecins et chirurgiens.

L'accord ne peut se faire et la question reste pendante devant la Commission supérieure des accidents du travail.

Accidents du travail.

Grâce à la jurisprudence que le « Sou médical » a fait établir, grâce aux précisions que la Commission supérieure des accidents du travail, d'une part, et notre collègue Fernand Decourt ont apportées comme interprétation du tarif Breton, l'action syndicale n'a pas eu à se manifester au cours de cette année, en ce qui concerne l'application de la loi du 9 avril 1898.

Mais la vigilance de l'Union des Syndicats médicaux s'est manifestée à l'occasion de la loi du 15 décembre 1922, étendant aux accidents agricoles le bénéfice de la loi du 9 avril 1898. L'arrêté du Ministre de l'Agriculture, en date du 21 janvier 1923, instituait une commission chargée de préparer les avant-projets de décrets et de règlements d'administration publique, prévus par la loi du 15 décembre 1922. Et le ministre Chéron émettait la prétention de faire entrer l'or-

ganisation du service médical parmi les attributions de ladite commission.

Le groupe médical parlementaire fut saisi par l'Union des syndicats médicaux et, par sa lettre, en date du 28 juin 1923, le Ministre du Travail invitait l'Union des Syndicats médicaux à désigner cinq médecins de campagne, pour faire partie de la Commission des frais médicaux et pharmaceutiques, nommée en vertu de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898.

La question se résolvait donc, légalement, et le corps médical n'avait pas à redouter la rancune d'un des auteurs de la fameuse commission d'épuration médicale, dite commission Chéron-Métin.

Visites en passant et tournées à jour fixe.

Cette question a fait l'objet d'un rapport qui sera discuté à la prochaine assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux. Le *Concours médical* a également consacré quelques articles à ce problème qui devient d'actualité.

Jadis, chaque syndicat était libre d'autoriser, ou d'interdire que ses membres puissent, à jour fixe, passer dans certains villages et y faire de la clientèle, sans se faire indemniser pour le déplacement. Mais, l'organisation de la médecine collective force les syndicats médicaux à envisager un *modus faciendi*, en ce qui concerne les honoraires de déplacement, surtout pour les accidents agricoles et, plus tard, pour les assurances sociales.

Mutualité.

Les conflits avec les sociétés de secours mutuels continuent. Mais ils restent locaux : le *Concours médical*, comme le *Médecin Syndicaliste*, n'ont eu que rarement les échos des doléances des syndicats.

En revanche, la question de principe reste toujours la même et le Dr Vimont poursuit la campagne qu'il a entreprise, à savoir de dénoncer que, derrière la façade mutualiste, il n'y a pas grand'chose. Les mutualités médicales étaient d'ailleurs représentées au XIIIe Congrès national de la Mutualité, à Lyon, en juin dernier, et leurs délégués ont pu constater que le conflit médico-mutualiste, si aigu jadis, passait actuellement au second plan : la question vitale se pose pour les sociétés de secours mutuels : quel sera leur régime et même leur existence, lorsque fonctionnera la loi sur les assurances sociales, loi en discussion devant le Parlement ?

Jadis, le médecin était peu ou pas payé, pour les soins qu'il donnait aux mutualistes : aujourd'hui, on reconnaît que le praticien, mal rétribué, ne peut donner que des soins hâtifs et superficiels et que, pour que le service mutualiste puisse correctement fonctionner, il ne faut pas faire supporter au corps médical une charge de bienfaisance, qui ne doit pas lui incomber.

D'autant que les classes laborieuses attendent beaucoup de la future loi sur les assurances sociales. Aussi, pour sauver leurs caisses mutualistes, les dirigeants de la mutualité se montrent-ils moins agressifs et moins distants à l'endroit des médecins.

Loi des pensions.

Lors de la dernière assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux, les questions de contrôle, de tarif kilométrique, avaient retenu l'attention des délégués des syndicats médicaux. Il s'agissait, pour le bureau de l'Union des Syndicats, de se faire fixer un mandat précis, pour l'organisation de cette médecine publique, à savoir les soins à donner aux réformés de guerre.

Le *Médecin Syndicaliste* a publié des instructions, sur la manière d'utiliser le carnet de soins ; par la plume du Dr Decourt ont été indiquées des directives et des solutions pour les cas difficiles d'interprétation du tarif officiel.

Mais n'oublions pas que, dès le début des conflits entre le Corps médical et le ministère des Pensions, c'est l'Union des Syndicats médicaux qui, la première, a réclamé un contrôle efficace pour réprimer les abus.

Déjà, à propos d'assistance médicale gratuite, les Syndicats médicaux avaient demandé aux assemblées départementales l'organisation de commissions mixtes de contrôle, pour que ce dernier soit exercé par eux-mêmes, médecins, ou avec leur collaboration étroite.

Or, deux ans avant que n'éclatent les scandales qu'on connaît, le Syndicat médical de Marseille avait dénoncé publiquement les abus scandaleux qui étaient commis chaque jour. L'administration préfectorale, comme la justice, étaient restées sourdes aux avis des médecins.

Ce faisant, les syndicats médicaux entendaient se désolidariser avec quelques confrères, peu nombreux, mais dont les agissements illicites portaient préjudice au bon renom de la profession tout entière.

Cette question du contrôle devient chaque jour de plus en plus précise : la médecine, d'individuelle, tend à devenir collective ; le tiers payant s'interpose progressivement entre le médecin et le client qu'il soigne.

L'organisation d'un contrôle mixte, où tous les intérêts en présence doivent être représentés, est un des éléments de base pour l'institution de contrats collectifs entre le Corps médical et les collectivités publiques ou privées, qui veulent assurer les soins médicaux à leurs adhérents.

L'assemblée générale prochaine de l'Union des Syndicats médicaux aura à se prononcer sur cette question si importante.

Inspection médicale des écoles.

Sur documents adressés par des syndicats adhérents, le Conseil de l'Union a dû se préoccuper de cette question fort complexe de l'inspection médicale des écoles. Encore une caricature de médecine administrative. Les bureaux de ministère élaborent des textes, dus à la plume de rédacteurs, employés de bureau, souvent incompétents dans les questions médicales.

Aussi, même à Paris, qui se prétend la Ville Lumière, l'inspection médicale des écoles n'est-elle qu'une apparence. Aussi les statistiques, établies d'après les renseignements fournis par le personnel de l'inspection médicale, n'ont-elles aucune valeur. Et ce sont cependant ces statistiques, qui servent de base à l'organisation de l'hygiène scolaire.

Jadis notre regretté Jeanne avait fait des travaux fort intéressants, publiés dans le *Concours médical*. A sa suite, le Dr Noir, qui est bien placé pour connaître la question, a consacré plusieurs « Propos du jour », à ce problème de l'inspection médicale des écoles.

En vain ! l'administration ne tient aucun compte des enseignements que donne le Corps médical. Avouons, en outre, que l'argent des contribuables est gaspillé, pour certains budgets, alors que, dans une république bien organisée, le budget de l'instruction publique et celui de l'hygiène devraient être les mieux dotés, pour éduquer l'enfant, ce citoyen de demain et pour donner à l'être humain le maximum d'hygiène sociale, afin d'augmenter la longévité et la robustesse de la race.

Organisation syndicale.

Une des préoccupations du docteur Lafontaine secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, est d'aboutir à une organisation méthodique des syndicats, pour que leur fonctionnement puisse donner le maximum de rendement.

L'Union des Syndicats médicaux devient un véritable ministère ; le secrétaire général communique avec les secrétaires des syndicats locaux par des circulaires, des referendums, des questionnaires.

Or, être secrétaire de son syndicat local n'est plus une sinécure. Il n'est plus, le temps où le travail du bureau syndical consistait à préparer l'assemblée générale annuelle. Aujourd'hui, il faut que le secrétaire soit, d'une part, en relations directes avec les syndiqués et, d'autre part, avec le secrétaire général de l'Union.

Ce secrétaire doit posséder des connaissances spéciales et du temps de libre. Il faut donc l'indemniser, dans une certaine mesure, du temps qu'il passe à s'occuper de défense professionnelle ; il faut lui tenir compte du manque à gagner ; car, forcément, il doit négliger sa clientèle.

D'autre part, il faut envisager la situation des médecins qui, exerçant à la limite d'un ou plusieurs départements, voient leurs intérêts ressortir de plusieurs groupes voisins. Ces confrères ne doivent payer qu'une cotisation à l'Union et ne compter qu'une fois sur les listes des adhérents à l'Union.

De même, quelle doit être la situation syndicale des médecins spécialisés, ainsi que les droits et devoirs des syndicats généraux de spécialistes ?

La prochaine assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux aura à connaître de ces problèmes.

2° *Le Syndicat médical, conseiller technique.*

L'an dernier, l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux avait eu à se prononcer sur les rapports établis à propos de la lutte contre la tuberculose et la syphilis et sur l'organisation de la défense sanitaire et de l'hygiène sociale, par les groupes corporatifs médicaux.

L'idée dominante des rapports était la suivante : quand une maladie prend une extension aussi considérable que l'ont prise la tuberculose et la syphilis, il est indispensable de provoquer la mobilisation de tous les techniciens ; il faut mettre en mouvement, non seulement les cadres administratifs des ministères, ou des préfectures, mais encore la masse des médecins praticiens.

La collaboration intime et coordonnée des pouvoirs publics et des syndicats médicaux est une nécessité sociale.

A la suite des rapports et des très intéressantes discussions qui suivirent, l'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux vota plusieurs résolutions, esquissant les grandes lignes d'une organisation sanitaire départementale et nationale.

D'ailleurs, dans certains départements, la collaboration existe entre médecins, directeurs de bureaux d'hygiène ou inspecteurs départementaux d'hygiène et le Corps médical syndical. Il en est ainsi dans le département de la Seine-Inférieure, grâce au dévouement et à la largeur de vues du Dr Ott, et dans la Loire, avec le docteur Emeric.

Mais, il s'écoulera encore bien du temps, avant que ces idées pratiques et claires aient pu pénétrer jusqu'au fond des bureaux des ministères.

La lutte contre la syphilis et contre la tuberculose a provoqué la création de dispensaires. Organisés unilatéralement par l'autorité administrative, ceux-ci n'ont souvent pas donné les résultats qu'on en attendait.

Cependant l'assemblée générale dernière de l'Union des Syndicats médicaux demandait que le dispensaire, pivot de l'organisation sanitaire, ne puisse s'occuper que de prophylaxie. Il sera un centre de collaboration médicale à tous points de vue, en permettant aux praticiens de recourir

aux méthodes d'exploration, de diagnostic précoce et de dépistage.

Au contraire, l'administration a souvent fait, de ces dispensaires des fiefs à la disposition d'un seul médecin, pour qu'il soigne ses malades.

L'erreur de l'administration a été de créer une nouvelle catégorie de médecins fonctionnaires, chargés du service des consultations au dispensaire et du traitement en série des divers malades qui s'y présentaient. Cependant, nombreux sont les médecins qui, dans leur clientèle, soignent avec compétence syphilitiques ou tuberculeux.

Ces praticiens doivent être intéressés au fonctionnement de ces dispensaires et appelés à y collaborer par une entente conclue avec les organisations professionnelles médicales.

Ce qui manque le plus au médecin praticien, ce sont les instruments spéciaux et coûteux de diagnostic. Qu'on mette à sa disposition la possibilité de faire radiographier un malade, de faire les examens sérologiques, de laboratoire, les injections aux animaux, les recherches bactériologiques : le docteur pourra de la sorte affirmer ou infirmer son diagnostic et instituer le traitement *ad hoc*.

Ainsi, le dispensaire servira en tant que centre de diagnostic ; le traitement étant réservé aux médecins praticiens, soit au compte du client, soit au compte de l'assistance médicale gratuite, selon qu'il s'agit, ou non, d'un malade indigent.

Les Syndicats médicaux sont donc appelés à prendre en charge toute cette médecine sociale et à organiser aussi bien des traitements curatifs que la prophylaxie. S'ils n'entrent pas dans cette voie et si, par indifférence ou hostilité, ils n'offrent pas leur collaboration avec l'administration, celle-ci aura la tentation de combiner unilatéralement cette médecine, avec tous les errements administratifs actuels.

Plus tard, avec l'organisation des visiteuses d'hygiène et des infirmières sociales, les associations professionnelles médicales sont appelées à avoir la haute main sur le fonctionnement de cet immense organisme de préservation de la santé publique.

Le médecin praticien devra avoir ces infirmières sous sa direction, au lieu de se voir imposer un corps administratif de femmes douées, il est vrai, des meilleures intentions, mais qui, sans direction médicale immédiate, seront tentées par le démon de l'exercice illégal de la médecine.

En dernier lieu, disons que, comme contribuables, nous avons le devoir d'avertir les pouvoirs publics qu'ils vont dilapider, sans profit pour la collectivité, les fonds votés par le Parlement, lorsque l'administration organise, sans le concours des médecins praticiens, la lutte contre les maladies sociales. Seule une collaboration étroite et franche, administrative d'une part et technique de l'autre, respectera les intérêts des malades comme des médecins, sans grever inutilement les finances publiques.

C'est de cette manière que le syndicalisme médical démontre qu'en défendant les intérêts corporatifs des médecins, il sauvegarde les intérêts des malades et de la collectivité.

Au cours de cette année, un conflit s'est élevé entre le syndicat médical du Lot-et-Garonne et le comité central d'organisation de la lutte antituberculeuse de l'Office national d'hygiène.

Cet organisme comprend la lutte antituberculeuse sous forme d'une organisation fonctionnarisée administrative, dont il a seul tracé les lignes et directives. Il en est de même dans le département des Deux-Sèvres.

Le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux est resté fidèle aux indications votées par la dernière assemblée générale : à savoir réclamer la collaboration de l'administration préfectorale et des Syndicats médicaux locaux.

Un autre fait a permis d'opposer la conception syndicaliste aux errements officiels ; il s'agit du Congrès de la tuberculose, qui s'est tenu à Strasbourg, au début de juin dernier.

Des officiels, des « savants », se sont joints à des membres de l'administration pour affirmer gravement que, pour lutter contre la tuberculose, ce n'est pas des médecins qu'il convient d'appeler, mais plutôt de créer des rouages administratifs et de leur adjoindre des infirmières

Dans le *Médecin Syndicaliste*, nous lisons une série d'appréciations fort sévères sur ce Congrès : « A ce Congrès, dit le Dr Clavelier, de Toulouse, le médecin apparaît comme un gêneur. — On a proclamé, écrit le Dr Bourdon, des Andelys, que les médecins ne sont pas compétents en matière de tuberculose. — Il n'a été question des médecins, ajoute le Dr Lefèvre, du Cher, que pour les placer au dernier plan. — Le médecin serait l'auxiliaire des infirmières visiteuses, ajoute le Dr Guy, du Lot-et-Garonne. — Les médecins ne sauraient connaître la tuberculose : il faut des savants, a entendu le Dr Lautier, de Bédarieux, etc., etc. ».

Comment s'étonner que le Dr Kuss ait pu soutenir que le médecin du dispensaire n'avait pas besoin de communiquer à son confrère, le docteur-traitant, les radiographies et le résultat des recherches de laboratoire, puisqu'à ses yeux, ce praticien n'est pas compétent ?

Aussi le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux tint-il à affirmer, par un ordre du jour, sa volonté d'obtenir une collaboration étroite entre administration et syndicats médicaux, pour le plus grand bien et l'efficacité de la protection de la santé publique

Modifications à la loi de 1902.

Avant de déposer un projet de loi, modifiant la

législation de l'hygiène, le ministre de l'hygiène a soumis différents points au secrétariat général de l'Union des Syndicats médicaux.

Pour que ces modifications puissent avoir un caractère pratique, il faudrait qu'elles soient soumises longtemps à l'avance aux Syndicats médicaux, qui pourraient les étudier et rendre leur réponse en temps utile.

En particulier, il s'agissait du gros problème de la déclaration des maladies contagieuses. Le médecin voudrait être déchargé du soin de cette déclaration, pour que cette dernière soit faite par le chef de famille.

Mais de son côté, l'administration sanitaire, en acceptant cette modification, tient à prendre des garanties contre les défaillants. Aussi demande-t-elle au médecin de déclarer lui-même si, dans les trois jours, ce praticien n'a pas reçu d'avis, lui notifiant réception de la déclaration, faite par le chef de famille, au médecin-directeur de bureau d'hygiène, ou inspecteur départemental d'hygiène.

Ce faisant, le médecin traitant sera-t-il un délateur, ou sera-t-il considéré comme garantissant la collectivité contre la défaillance d'un client contagieux ?

D'autre part, si l'autorité administrative dénonce les insuffisances des déclarations médicales, elle incrimine l'incapacité des maires et conseillers généraux, pour faire appliquer la loi du 15 février 1902 et le manque d'unité, de cohésion, d'autorité des cadres chargés de mettre la loi en exécution.

Aussi l'autorité préfectorale devra-t-elle se substituer à l'autorité municipale défaillante, en même temps que sera créé un cadre médical de fonctionnaires d'hygiène, avec hiérarchie et statut.

La question fut également discutée dans le *Concours médical*, dans un numéro spécial adressé à tous les médecins de France, pour que chacun puisse prendre connaissance des projets ministériels.

En mai-juin de cette année, les délégués de l'Union des Syndicats médicaux ont été invités à collaborer aux travaux d'une commission, instituée par le Ministère de l'Hygiène, à l'effet de déterminer comment, sans violer le secret professionnel, les médecins traitants pourraient indiquer à leur confrère, médecin administratif d'hygiène, la nature de chaque décès.

Pour qu'une statistique ne soit pas illusoire et qu'elle puisse avoir quelqu'utilité, il faut que les chiffres qui la composent ne soient pas dus à la fantaisie.

Or, actuellement, les déclarations de décès, ou sont inexistantes, ou contiennent des diagnostics médicaux quelconques. Le médecin ne peut pas étaler les tares d'une famille aux yeux du secrétaire de la mairie.

Après plusieurs séances, cette commission résolut de faire un essai dans le département de Seine-et-Oise ; mais les médecins, peu confiants dans les affirmations données, se tinrent sur la réserve et refusèrent leur concours.

Les avatars du sanatorium de Kerpape.

Pour terminer cette revue générale de l'action syndicale, en ce qui concerne l'hygiène publique, nous ne saurions passer sous silence les articles consacrés par l'Union des Syndicats médicaux pour dénoncer les faits scandaleux qui se seraient passés dans l'organisation et la gestion du sanatorium de Kerpape.

L'Union des Syndicats a pu recueillir des renseignements très précis et une documentation qui embarrassent fort les politiciens du département du Morbihan. Ce faisant, l'Union reste absolument dans son cadre d'action. A elle de prouver, toutes les fois qu'elle en a l'occasion, que la défense sanitaire ne peut se contenter du cadre politique : la république des camarades ne saurait couvrir des faiblesses et des compromissions, lorsque c'est la santé publique qui est en jeu. Et les Syndicats médicaux revendiquent l'honneur d'être au premier rang des défenseurs de la santé de leurs concitoyens.

Les assurances sociales.

Bien grande question que cette future loi sur les assurances sociales. Que de gros problèmes d'ordre professionnel en ce qui concerne notre profession.

Déjà l'an dernier, l'assemblée générale de l'Union des Syndicats avait discuté d'une manière passionnée, pour savoir s'il fallait combattre le projet de loi, ou s'il convenait de l'accepter sous certaines conditions.

Au cours de cette année, deux tendances se sont affirmées : d'une part, la fédération parisienne, groupement hybride d'associations diverses de médecins, se déclare à peu près l'adversaire du projet de loi. Un nombre imposant de votants a été publié dans les journaux professionnels et même politiques, nombre impressionnant, parce que certains médecins, appartenant à plusieurs sociétés adhérentes à la Fédération, ont vu leur nom donné plusieurs fois.

D'autre part, l'Union des Syndicats médicaux, seule qualifiée pour parler au nom des médecins de France, essaye, non de combattre le projet de loi (ce qui est du domaine purement politique), mais d'envisager dès à présent le *modus faciendi*, qui devra plus tard devenir notre statut.

Aussi, l'assemblée générale prochaine discutera-t-elle un projet de contrat collectif de travail.

Les contrats collectifs.

Si les médecins veulent éviter la fonctionnari-

sation ou le salariat, ils doivent, dès à présent, opposer leurs forces syndicales aux organisations publiques et privées et contracter avec elles au nom de la corporation.

Par faiblesse, par veulerie, ou pressés par le besoin de vivre, les praticiens isolés accepteront des chaines plus ou moins dorées, qu'on leur a toujours offertes et qu'ils n'ont pas su refuser : c'est ce que nous appelons les situations fixes et les traitements à forfait.

Au contraire, le syndicalisme médical est, à l'heure présente, assez fort, pour faire entendre sa voix et indiquer selon quelle modalité il entend travailler. Par conséquent, au lieu de subir un contrat unilatéral qu'on lui impose, il n'a qu'à discuter un contrat bilatéral, dans lequel les intérêts de toutes les parties en présence seront sauvegardés.

La prochaine assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux aura à discuter d'un contrat collectif de travail, en ce qui concerne la lutte antituberculeuse et anti syphilitique ; un autre, à propos de l'inspection médicale des écoles et de la lutte contre la mortalité infantile ; un autre, avec les collectivités et, en particulier avec les caisses d'assurances sociales (avec ou sans tiers payant).

Au cours de cette année, le *Concours médical* a publié un type de contrat collectif, entre une société, dite la Solidarité et la fédération des Syndicats médicaux d'Alsace. Ce même journal a donné également un projet de règlement pour l'assistance médicale gratuite, dans le département des Deux-Sèvres, ce qui constitue une tentative de tractations entre collectivité publique d'une part, et le Corps médical de tout un département.

Qu'on le veuille ou non, le contrat collectif sera la nécessité de demain, vu l'évolution de la sociologie.

Le Syndicat protecteur de la moralité professionnelle.

Nous avons déjà signalé que le Syndicat de Marseille avait dénoncé, deux ans avant que les scandales n'éclatent, que des malversations étaient commises par des médecins n'appartenant pas au Syndicat. Le groupe professionnel entendait se désolidariser de certains médecins, contre lesquels le conseil de famille du Syndicat ne pouvait infliger de peines disciplinaires, puisque non adhérents au groupe.

Ces scandales, à propos des carnets médicaux, ont ému certains esprits généreux, qui se sont demandé s'il ne fallait pas faire revivre discussions et projets concernant l'*Ordre des médecins*. Le Dr Aversencq, de Toulouse, a publié une monographie sur ce sujet et, devant les discussions que ce projet a soulevées, le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux a décidé de renvoyer la question à l'étude des Syndicats adhérents.

Ces derniers seront ainsi appelés à déclarer si la moralité professionnelle est, à l'heure actuelle, suffisamment défendue par le conseil de famille syndical et par les sanctions prévues aux statuts.

Ils diront également si un conseil de l'Ordre des médecins serait ou non un adjuvant à l'action syndicale, surtout en ce qui concerne la conclusion ou l'interprétation de contrats collectifs.

Signalons, à ce sujet, les nombreux articles parus dans le *Concours médical*, où partisans et adversaires du conseil de l'Ordre ont donné tous leurs arguments. Des projets ont même été exposés et étudiés avec soin, témoin le projet de création de commissions médicales régionales, projet dû au docteur Duchesne.

Nous ne voulons pas, aujourd'hui, prendre parti dans le débat : au surplus, nos propres idées personnelles sont connues. Mais, que ce soit par un conseil de l'Ordre, à créer par une loi, que votera le Parlement, que ce soit grâce aux conseils de famille, qui, à l'heure actuelle, existent dans tous les syndicats et même dans des associations médicales, qui consacrent leur activité à autre chose que la défense professionnelle, nous croyons utile, pour le Corps médical, de rejeter de son sein toutes les brebis galeuses. N'ayons donc pas peur du vocable « syndicat », ni du titre de syndiqué : un jour viendra, qui n'est pas loin, où le fait, pour un médecin, de ne pas faire partie de son syndicat local, suscitera une légitime défiance à toute sa clientèle.

Conclusions.

Cette revue générale sur l'action du syndicalisme médical en 1923 est véritablement réconfortante. Les groupes professionnels médicaux ne s'hypnotisent plus à défendre âprement leurs intérêts corporatifs, plus ou moins égoïstes ; ils entrent au contraire dans le forum, pour réclamer leur participation à la protection de la santé publique.

Ils estiment, avec juste raison, qu'il ne saurait y avoir de bonne médecine, même administrative, sans la collaboration immédiate et tangible des médecins praticiens.

Aussi, délaissant les questions d'augmentations de tarifs, ils engagent des discussions, parfois même des luttes, sur les modalités de leur concours.

L'ère du contrat collectif de travail est ouverte. D'ailleurs, notre art médical est en voie d'évolution rapide. Ce sont les collectivités, qui, de plus en plus nombreuses, se substituent à nos malades et veulent traiter avec nous. C'est l'évolution même de la science médicale, qui nécessite des examens longs, coûteux, avec une instrumentation complexe. Aussi, le médecin sera-t-il

conduit à collaborer avec ses confrères spécialisés, ne serait-ce que pour établir un diagnostic.

Au Corps médical à réfléchir dès maintenant comment il va prendre en charge cette médecine future, où les collectivités, qui payeront, demanderont aux médecins, non seulement de guérir, dans le minimum de temps, mais encore d'éviter le retour, ou la propagation de maladies.

Syndicalisation de la médecine, fonctionnarisasation, ou salariat voilà le dilemme. Nous allons vers la nationalisation des hôpitaux et du traitement des bénéficiaires des assurances sociales. Ce n'est plus l'art médical d'aujourd'hui qui doit être notre préoccupation, mais celui de demain, où le médecin n'aura plus la possibilité de rester un isolé.

Dr Paul BOUDIN,
Docteur en Médecine
Docteur en Droit

JURISPRUDENCE SYNDICALE

1° SYNDICAT PROFESSIONNEL. — DROIT D'ESTER EN JUSTICE. — DÉFENSE DE L'INTÉRÊT COLLECTIF DE LA PROFESSION. — LOIS DU 21 MARS 1884 ET DU 12 MARS 1920. — CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL. — LOI DU 25 MARS 1919. — DROIT D'AGIR EN FAVEUR DE SES MEMBRES. — MANDAT NON NÉCESSAIRE.

2° CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL. — LOI DU 25 MARS 1919. — NÉCESSITÉ D'UN ÉCRIT

COUR DE CASSATION (CH. CIVILE)

1er mai 1923.

(*Gazette du Palais*, 14 septembre 1923.)

1° *Si, en principe, d'après l'art.* 6 *de la loi du* 21 *mars* 1884, *complété par l'art.* 5 *de la loi du* 12 *mars* 1920, *les syndicats professionnels ne peuvent ester en justice que pour la défense de l'intérêt collectif de la profession qu'ils représentent, à l'exclusion de l'intérêt individuel des membres qui les composent, il en est autrement lorsqu'il s'agit de poursuivre l'exécution d'une convention collective de travail.*

Pour ce cas particulier, l'art. 31, *lettre V du livre I C. trav. accorde aux groupements capables d'ester en justice, qui sont parties à la convention, le pouvoir d'exercer toutes les actions qui en naissent en faveur de chacun de leurs membres, sans avoir à justifier d'un mandat de l'intéressé : ce qui exclut, pour ces groupements, l'obligation d'indiquer expressément et d'énumérer dans l'assignation les ouvriers dans l'intérêt desquels la demande est formée.*

2° *Si, aux termes de l'art.* 31, *lettre C, livre I, C. trav., la convention collective doit être écrite à peine de nullité, la loi n'a assujetti cet écrit à aucune forme solennelle : il faut, mais il suffit que l'existence de la convention soit établie par une preuve littérale ; et il en est spécialement ainsi d'un procès-verbal de commission paritaire constatant que les parties ont voulu remettre en vigueur des conventions écrites antérieures qu'une grève avait rompues.*

Mais d'autre part, aux termes de l'art. 31, *lettre C,* § 2 *livre, I, C. trav., la convention collective de travail n'est applicable qu'à partir du jour qui suit celui de son dépôt au secrétariat du conseil des prud'hommes du lieu où elle a été passé ; ou, à défaut de conseil des prud'hommes, au greffe de la justice de paix.*

Si l'art. 3, § 2, *de la loi du* 25 *mars* 1919 *décide que les conventions en vigueur avant sa promulgation restent applicables, alors même que le dépôt n'en a pas été effectué, le* § 1er *du même article dispose que, pour les conventions conclues après cette date, les dispositions concernant le dépôt sont applicables après la promulgation du décret prévu à l'art.* 32, *livre I, C. trav., décret qui est intervenu le* 3 *novembre* 1919.

En conséquence, lorsqu'un accord postérieur à ce décret a été destiné à remettre en vigueur une convention collective antérieure à la loi du 25 *mars* 1919, *et rompue par une grève, la convention reprise est soumise à la formalité du dépôt.*

Le tribunal civil d'Albi, statuant sur l'appel d'une décision rendue par le tribunal de paix de Carmaux le 2 décembre 1921, rapportée *Gaz. Pal.* 1922.1.296, avait rendu, le 22 mars 1922, le jugement suivant :

LE TRIBUNAL,

Attendu que, par exploit du 22 octobre 1921, le Syndicat des ouvriers mineurs et similaires de Carmaux a assigné devant le juge de paix du canton de Carmaux la Société des mines de Carmaux à l'effet de voir et juger 1° qu'elle sera tenue de respecter le contrat de travail qui régit ladite Société et ses ouvriers, contrat qui a par elle été violé par la mise en application des ordres de service n° 678 et 680 ; 2° qu'elle sera tenue de payer au Syndicat ès-qualités, au nom des ouvriers qu'il représente, la somme de 40.000 fr., montant des salaires légitimement dus pour les journées de travail effectuées du 1er au 15 septembre 1921, cette somme étant susceptible d'être augmentée ou diminuée après apports d'états journaliers, qu'il est impossible au Syndicat d'établir actuellement, l'exploitant ayant seul cette possibilité et ledit Syndicat s'en rapportant à sa bonne foi ;

Attendu que, par un jugement en date du 2 décembre 1921, le juge de paix de Carmaux, statuant dans les limites de sa compétence, a déclaré recevable et conforme au vœu de la loi l'action introduite par le Syndicat ; qu'avant dire droit sur le

fond et en présence des conclusions de la Société des Mines, qui, sans méconnaître l'existence actuelle et le jeu persistant de certaines clauses du contrat, soutenait seulement que des sentences arbitral s successives s'étaient substituées à l'ancienne convention et faisaient disparaître ainsi la clause de préavis instituée par celle-ci, le premier juge a nommé un commissaire chargé de rechercher quelle a été sur ce point l'interprétation donnée par les parties et de déterminer les sommes qui éventuellement pourraient être dues aux ouvriers, membres du Syndicat ;

Attendu que, par exploit du 19 décembre 1921, ladite Société des Mines a interjeté appel envers ce jugement ; qu'elle en poursuit l'annulation ; qu'à l'appui de sa prétention elle invoque des premiers moyens de défense, des moyens nouveaux ; qu'elle soutient en effet : 1° que seules les conventions collectives du 12 décembre 1918 et du 13 mars 1919 contiennent la clause du préavis de six mois, que ces conventions ont été remplacées par les sentences arbitrales du 8 juillet 1919 et du 30 avril 1920, qui constituent des décisions d'arbitres, non un contrat collectif et ne contiennent plus la clause du préavis de six mois ; 2° qu'au surplus, les grèves du 16 juin 1919 et du 1er mai 1920 ont mis fin aux conventions collectives entre parties ; que toute convention collective intervenue après ces deux dates, c'est-à-dire après la promulgation de la loi du 25 mars 1919, doit être écrite, à peine de nullité, et nécessairement déposée au greffe (art. 31 C. trav.) ; que la clause du préavis litigieuse n'a point été établie suivant ces formes et doit être donc considérée comme *inexistante* ; 3° que, par suite, le Syndicat ne peut invoquer la loi du 28 mars 1919 pour exercer les actions individuelles de ses membres, qu'au surplus il ne justifie point que ceux-ci aient été avertis de l'action intentée pour eux, qu'il aurait été seulement apte à réclamer des dommages-intérêts « ce que, dit-elle, il ne fait pas » ;

Attendu qu'il échet d'examiner si ces critiques sont bien fondées, tout d'abord relativement à la recevabilité de la demande du Syndicat ;

Attendu qu'il est incontestable d'après les travaux préparatoires de la loi du 21 mars 1884 et d'après l'art. 3 de cette loi, que les Syndicats professionnels ont comme fonction essentielle celle d'intervenir dans les conflits du capital et du travail, pour y prendre en main la cause des ouvriers, que le Syndicat, par l'organe de sa chambre syndicale se fait légalement le porte-parole auprès du patron de leurs réclamations et revendications ; qu'il est d'évidence que la fixation du taux des salaires, la règlementation des heures de travail rentrent dans la catégorie des intérêts généraux industriels et économiques, dont la défense appartient aux Syndicats professionnels (V. Fabreguettes, Le contrat de travail, p. 66) ;

Attendu qu'il est de jurisprudence qu'un Syndicat professionnel a qualité pour défendre en justice les intérêts collectifs et corporatifs de ses membres et que son action est recevable dès qu'un préjudice est causé à plusieurs de ses membres, sans qu'il soit nécessaire que tous les syndiqués aient souffert un dommage, du moment où l'intérêt corporatif est en jeu (trib. civ. Seine 1er avril 1909 et 25 novembre 1909, D. 1911.2.295 ; Lyon 10 mars 1908, D. 1909.2. 57) ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 5 de la loi précitée, modifiée par celle du 12 mars 1920, tout syndicat professionnel jouit de la capacité civile et a le droit d'ester en justice, soit pour son propre compte, soit pour la défense des intérêts collectifs de la profession ; ....

....

Attendu que le Syndicat a été partie à toutes les discussions relatives à ces conventions ; qu'il a ainsi bien qualité pour ester en justice ; qu'en vertu de l'art. 31 N. livre 1er C. trav., il peut exercer toutes les actions qui naissent de la convention collective du travail à laquelle il a été partie, et en faveur de chacun de ses membres ; qu'au surplus, ce droit lui appartient d'après la loi du 12 mars 1920 et d'après celle du 25 mars 1919 sur les conventions collectives du travail ;

Attendu, dès lors qu'il ne saurait être tenu de justifier d'un mandat spécial des intéressés ; que le vœu de la loi est rempli du moment que les ouvriers syndiqués ou non ont été avertis ;

....

Arrêt de cassation :

La cour,

Sur le premier moyen, envisagé dans ses deux premières branches :

Attendu qu'une sentence arbitrale, rendue le 20 mars 1892, entre les ouvriers des mines de Carmaux et la société exploitante, avait réglé les conditions du travail dans l'entreprise ; que des modifications y ont été apportées d'un commun accord aux dates des 12 décembre 1918 et 15 mars 1919, en vue d'élever le chiffre des salaires, en réservant expressément à chacune des deux parties la faculté de dénoncer la convention, sous condition d'un préavis de six mois ; que, par deux ordres de service des 20 août et 22 septembre 1921, la Société des mines de Carmaux a fait subir une réduction aux salaires, et que, pour ce motif, le Syndicat des mineurs et similaires l'a assignée devant le juge de paix, statuant en matière prud'hommale, pour voir dire qu'elle avait violé le contrat de travail en n'observant pas le délai de préavis convenu, et pour s'entendre condamner à payer au Syndicat au nom des ouvriers qu'il représente la somme de 40.000 fr., montant des salaires retenus pour les journées de travail effectuées du 1er au 15 septembre 1921, sauf augmentation ou diminution après apport des états journaliers ;

Attendu qu'en déclarant cette action recevable sur

le 2e chef comme sur le 1er, le jugement attaqué n'a pas violé les textes visés au moyen. ;

Attendu, en effet, que si, en principe et d'après l'art. 6 de la loi du 21 mars 1884, complété par l'art. 5 de la loi du 12 mars 1920, les Syndicats professionnels ne peuvent ester en justice que pour la défense de l'intérêt collectif de la profession qu'ils représentent, à l'exclusion de l'intérêt individuel des membres qui les composent, il en est autrement lorsqu'il s'agit de poursuivre l'exécution d'une convention collective de travail ; que pour ce cas particulier, l'art. 31, lettre V livre I C. trav., accorde aux groupements capables d'ester en justice, qui sont parties à la convention, le pouvoir d'exercer toutes les actions qui en naissent en faveur de chacun de leurs membres, sans avoir à justifier d'un mandat de l'intéressé ;

Attendu que cette disposition déroge expressément à *la règle que* nul ne plaide par procureur, invoquée à tort par le pourvoi ;

Attendu, d'autre part, qu'en n'exigeant aucun mandat formel pour *permettre* au groupement d'introduire l'action, l'article susvisé a, par là même, exclu l'obligation d'indiquer expressément et d'énumérer dans l'assignation les ouvriers dans l'intérêt desquels la demande est formée ;

Attendu qu'à cet égard, le jugement attaqué a dûment motivé sa décision, en adoptant les motifs de la sentence du juge de paix, qui avait déclaré cette mention non requise par l'art. 31 lettre V ;

Sur la 3e branche :

Attendu que, dans l'un de ses motifs, après avoir admis que le Syndicat n'était pas tenu de justifier d'un mandat spécial des intéressés, le jugement attaqué ajoute que le vœu de la loi est rempli du moment que les ouvriers, syndiqués ou non, ont été avertis ;

Attendu que, d'après le pourvoi, il aurait ainsi reconnu à tort au Syndicat le droit d'agir, non seulement au nom de ses membres, mais encore au nom des ouvriers non syndiqués, qu'il est sans qualité pour représenter ;

Mais attendu que l'erreur que contient ce motif est réparée par le dispositif qui déclare « le Syndicat signataire de la convention justement habilité à ester en justice pour maintenir et revendiquer les droits de ses membres », et qui nomme un expert, avec mission de rechercher « les sommes qui pourraient être éventuellement dues par la Société des Mines de Carmaux aux ouvriers membres du Syndicat sur les salaires qui auraient été indûment retenus » ;

Sur la 4e branche :

Attendu que par adoption des motifs de la sentence du juge de paix, le jugement attaqué énonce : que deux réunions générales des mineurs et similaires de Carmaux, convoqués suivant l'usage par voie d'affiches et de presse, ont été tenues le 22 septembre et 9 octobre 1921 ; qu'il a été donné lecture d'une lettre du Syndicat notifiée à la Société par exploit d'huissier, pour protester contre la diminution des salaires et annoncer l'intention de soumettre le différend aux tribunaux compétents ; qu'aucune protestation n'a été formulée ; qu'au contraire, l'ordre du jour qui a clôturé la réunion du 22 septembre porte que les ouvriers « donnent mandat au camarade Louis Truel, secrétaire du Syndicat, pour représenter l'ensemble des travailleurs dans l'instance engagée » ;

Attendu qu'il est ainsi souverainement constaté qu'il a été fait application de l'art. 31 lettre V, livre I C. trav., qui, tout en dispensant le groupement de produire un mandat des intéressés, exige que ceux-ci aient été avertis et n'aient pas déclaré s'opposer à l'exercice de l'action ;

. . . .

Attendu que si, aux termes de l'art. 31, lettre C, livre I, C. trav., la convention collective doit être écrite à peine de nullité, la loi n'a assujetti cet écrit à aucune forme solennelle ; qu'il faut, mais qu'il suffit que l'existence de la convention soit établie par une preuve littérale ;

Attendu que les juges du fond ont pu trouver cette preuve dans les procès-verbaux du 11 juin 1920, constatant le concours de volonté des parties pour remettre en vigueur les conventions antérieures, qui étaient elles-mêmes écrites et que la grève avait rompues ;

Par ces motifs,

Rejette le premier moyen et la première branche du second ;

Mais sur la seconde branche :

Vu l'art. 31, lettre C. § 2, livre I C. trav. ;

Attendu que, d'après ce texte, la convention collective de travail n'est applicable qu'à partir du jour qui suit celui de son dépôt au secrétariat du conseil des prud'hommes du lieu où elle a été passée, ou, à défaut de conseil des prud'hommes, au greffe de la justice de paix ;

Attendu, d'une part, qu'aux termes de l'art. 3 § 2 de la loi du 25 mars 1919, les conventions en vigueur avant sa promulgation restent applicables, même si le dépôt n'en a pas été effectué, et, d'autre part, que suivant le § 1er du même article, pour les conventions conclues après cette date, les dispositions concernant le dépôt ne devenaient applicables qu'après la promulgation du décret prévu à l'art. 32 livre I, C. trav., ; que ce décret est intervenu le 3 novembre 1919 ;

Par ces motifs,

Casse et annule, mais seulement sur le chef qui a statué au fond, le jugement rendu le 22 mars 1922 par le tribunal civil d'Albi.

Commentaires

A l'heure où les Syndicats médicaux abordent l'étude du contrat collectif de travail pour la profession médicale, il convient d'arrêter l'attention de nos confrères sur les conflits qui sont soumis aux tribunaux.

L'arrêt de Cassation ci-dessus est fort intéressant, à plusieurs titres.

Il consacre d'abord, une fois de plus, ce que la jurisprudence, puis la loi du 12 mars 1920 ont proclamé : le droit, pour les syndicats, de défendre en justice l'intérêt collectif de leurs adhérents.

Nous nous rappelons encore l'arrêt fameux de Cassation, toutes Chambres réunies, du 5 avril 1913 (*Concours médical*, 1913, page 1092), qui décidait que l'action civile d'un syndicat est recevable pour assurer l'intérêt collectif de la profession, envisagée dans son ensemble.

Un autre arrêt de Cassation du 28 novembre 1916 concluait dans le même sens.

La loi du 12 mars 1920, en modifiant l'article 5, § 2, de la loi du 21 mars 1884, a décidé que les syndicats « peuvent, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits, relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession qu'ils représentent ».

Or, l'arrêt de Cassation, que nous publions plus haut, indique bien que le syndicat ne peut pas prendre la défense d'un intérêt individuel d'un de ses membres ; mais qu'il peut soutenir un intérêt corporatif collectif, même si tous les adhérents au syndicat n'ont pas souffert du même préjudice. Il suffit que l'intérêt général de la corporation soit en jeu.

En l'espèce de la question du contrat collectif de travail, l'action du syndicat n'est plus douteuse depuis la loi du 25 mars 1919, dont l'article 31, V, va à l'encontre de la règle bien connue, « que nul, en France, ne plaide par procureur ».

Cet article spécifie que « les groupements, capables d'ester en justice, qui sont partie à la convention collective de travail, peuvent exercer toutes les actions qui naissent de cette convention, en faveur de chacun de leurs membres ».

Il en résulte que les Syndicats médicaux, régulièrement constitués, ont le droit de signer des conventions collectives de travail, au nom de leurs membres, conventions auxquelles les non-syndiqués pourront adhérer. Et, comme ces syndicats médicaux auront été partie au contrat, ils auront le droit de faire respecter les termes de la convention, si l'autre partie contractante vient à manquer à ses engagements, non seulement envers toute la profession, mais encore vis-à-vis d'un ou plusieurs membres, sans que chaque syndiqué ait eu besoin de figurer en nom au contrat. Ceci découle très nettement des travaux préparatoires de la loi de 1919. Il suffit que les syndiqués aient été mis en mesure de s'opposer aux décisions du syndicat, ayant été avertis par leur groupe des tractations qui seront conclues en leur nom.

Cependant, nous croyons utile d'attirer l'attention des dirigeants de l'Union des Syndicats médicaux sur la dernière partie de l'arrêt de Cassation, que nous publions. Il est fait un rappel des dispositions de l'article 31, lettre C, § 2, livre I du Code du Travail, par lequel la convention collective de travail n'est applicable qu'à partir du jour qui suit celui de son dépôt au secrétariat du conseil des prud'hommes du lieu où elle a été passée et à défaut de conseil de prud'hommes, au greffe de la Justice de paix.

Certes, les conventions collectives que les médecins envisagent seront moins des contrats collectifs de travail, que des contrats d'entreprise, ou mieux des contrats innommés, de nature spéciale, étant donné le caractère particulier de la profession médicale.

Néanmoins, je serais d'avis que dépôt de chaque convention collective passée entre médecins et collectivités privées ou publiques, soit fait au greffe de la justice de paix. Ce serait plus prudent en cas de contestations à porter devant les tribunaux.

De plus, l'article 31, C, du livre I du Code du travail (loi du 25 mars 1919) dispose, dans son premier paragraphe, que la « convention collective de travail doit être écrite, à peine de nullité »

Mais, dit l'arrêt de Cassation ci-dessus, la loi n'a assujetti cet écrit à aucune forme solennelle et il faut, mais il suffit, que l'existence de la convention soit établie par une preuve littérale. Par suite, un simple procès-verbal, un accord bilatéral par écrit peuvent suffire pour établir la validité de la convention collective de travail, ou pour ses modifications.

Quant aux questions de fait, ce sont les tribunaux qui restent toujours compétents pour apprécier si toutes les formalités requises ont été accomplies dans la forme indiquée et dans le temps voulu.

Dr Paul BOUDIN.



MÉDECINE SOCIALE

La gendarmerie médico-sociale

L'expression que j'emploie n'est pas de nous : elle fut créée par le regretté Diverneresse.

Dans le projet de loi sur les assurances sociales, il est plusieurs passages qui demandent des éclaircissements. Ainsi dans le chapitre « organisation des services médicaux et pharmaceutiques » on lit : « Désormais, l'esprit d'observation, la sagacité du médecin, au lieu de s'exercer uniquement sur la maladie, s'étendront à toute une psychologie spéciale. Sans cesse il devra se rappeler que la bienveillance naturelle dans l'exercice de sa profession peut devenir onéreuse pour la collectivité assurée, et en définitive pour l'assuré lui-même : il aura le devoir de dépister les simulateurs, d'économiser les frais de pharmacie, de rendre les malades au travail dans le plus bref délai possible. La prospérité, la vie de la Caisse seront à ce prix. »

Plus loin, à l'article 25, il est dit : « En cas d'abus flagrant commis par un assuré qui mande un médecin ou une sage-femme à son domicile sans motif légitime, ce dernier est tenu d'en aviser sans délai la Caisse d'assurance. S'il est établi que le déplacement demandé n'était aucunement justifié, la Caisse poursuit le remboursement des frais qui en sont résultés auprès de l'intéressé et en retient, le cas échéant, le montant sur les allocations qui lui sont dues. »

Enfin, au paragraphe 3 de l'article 37, nous lisons : « Chaque fois qu'il (le médecin) constate que l'état de l'assuré est susceptible d'entraîner une modification du chiffre des allocations ou de la pension d'invalidité, le médecin traitant est tenu d'en aviser la Caisse d'assurance. Il consigne cet état dans un rapport ».

Nous tous savons, et le *Concours* l'a souvent répété, que la médecine sociale, la médecine des collectivités, présente un gros danger : c'est de susciter des simulateurs, des fricoteurs, des carottiers.

C'est une conséquence inéluctable du tiers payant. Dans la médecine du passé, celle que nous avons vécue et que nous regrettons, l'individu honorant lui-même son médecin ne l'appelait que s'il se sentait malade. Le médecin n'avait qu'à exercer sa sagacité pour l'établissement du diagnostic d'où devait découler le meilleur traitement. Le médecin le plus apprécié était celui qui faisait le meilleur diagnostic. Demain, rien de pareil : l'as médical sera celui qui saura le mieux dépister la fraude.

Croyez-vous que ceci soit le rôle du médecin ? Nous sommes faits pour soigner des malades et non pour pratiquer un métier de mouchard. Nous ne consentirons, je l'espère, jamais à faire ce métier de gendarme, de garde chiourme vis-à-vis d'un malade qui nous aura honoré de sa confiance. Ce serait un acte infâme que de tromper celle-ci pour dénoncer, peut-être moins un coupable qu'un malheureux, attirer sur sa tête des sanctions et devenir ainsi l'exécuteur des hautes-œuvres des Caisses.

On a dit que la loi des assurances sociales devait établir une médecine militaire à l'usage des civils.

Nous avons tous été soldats jadis, et nous savons que le premier mouvement d'un médecin militaire est de voir en face de lui un carottier, un tireur au flanc. Cette tendance militaire avait une utilité incontestable au cours de la guerre. Il fallait fournir des hommes au front, récupérer le plus possible de combattants et lutter contre l'embusquage.

Les conditions ne sont plus les mêmes dans le régime des assurances sociales. S'il y a utilité de fournir le plus possible de bras à l'industrie ou à l'agriculture, il ne faut pas perdre de vue qu'il y a des masses de chômeurs pouvant suppléer aux manquants. Ce qu'il y a de plus regrettable, c'est que c'est la loi elle-même qui créera la fraude par son organisation défectueuse. L'assujetti versera chaque année une somme assez élevée comme prime à son assurance. Il voudra en avoir pour son argent, et récupérer sa mise. C'est du reste cette mentalité qui s'est créée depuis longtemps dans la mutualité. Le sociétaire nous dit franchement : « Je puis faire des dépenses à la société, il y a tant d'année que j'en fai partie et je ne lui ai encore rien coûté, il faut donc que je me rattrape ». Le médecin usera le plus possible de son autorité morale pour empêcher un malade de frauder la Caisse, de prolonger sa maladie, mais là devra s'arrêter son rôle. Et encore, pourra-t-il essayer de chapitrer un fraudeur, car il aura peu de temps à consacrer à chaque individu, surtout s'il doit faire de la médecine à la grosse et c'est une des probabilités de la loi. Quant au reste, c'est une affaire de contrôle à opérer par la Caisse elle-même, c'est à elle de défendre son coffre-fort et non au médecin.

Méfions-nous de nous laisser aller à ce système de délation légale. Déjà elle nous fut imposée par la loi sur la déclaration des maladies contagieuses, utile en elle-même, mais qu'on pouvait obtenir sans mettre directement en cause le médecin traitant. Aussi, quel fut le résultat ? Combien y a-t-il de médecins qui font des déclarations

régulières, très peu, sauf dans des cas spéciaux où il y a réellement un intérêt social.

Il en sera certainement de même dans la pratique des assurances sociales. On pourra inviter le médecin à devenir un délateur, mais sans grand résultat. C'est un métier qui répugne ra à la plupart d'entre nous. Il est déjà presque injurieux de rencontrer dans le texte du projet de loi des articles pouvant laisser croire qu'il se rencontrerait des médecins acceptant d'être des mouchards et des casseroles.

Dr M. Vimont.

VARIÉTÉS

Les péripéties d'une courte maladie de Louis XV enfant. Comment était soigné le roi en 1721.

Le Dr Cabanès, l'érudit et l'inépuisable chercheur, qui sait toujours nous instruire et nous intéresser, vient de publier un nouveau volume de sa huitième série des *Mœurs intimes du Passé.* Ce livre qui, à tous les points de vue, égale au moins ses devanciers, conte par le menu l'histoire intime de l'Education des princes en France, du Grand Dauphin, fils de Louis XIV, au dernier prince impérial, fils de Napoléon III. Nous ne pouvons donner ici l'analyse de ce volume dont la lecture agréable est rendue encore plus attrayante par cent trente-huit gravures qui illustrent un texte minutieusement documenté (1). Nous nous permettrons seulement de conter, d'après Cabanès, les péripéties d'une maladie que fit Louis XV enfant en 1721 et les traitements auxquels il fut soumis. Cette maladie était vraisemblablement une banale amygdalite pultacée.

***

Louis XV était dans sa douzième année et habitait le Palais des Tuileries.

Le 31 juillet 1721, il se réveilla avec mal à la tête et mal à la gorge. Il voulut néanmoins assister à une messe solennelle dans la Chapelle du Palais. Au moment où on lui présentait l'encens, il s'évanouit. L'on crut à une indisposition, on lui fit boire du bouillon, on lui donna des lavements. Malgré cela une fièvre intense se manifesta le soir même. Le lendemain, la fièvre redoublait, les urines « fort libres » jusqu'alors devinrent « plus crues » (! ?). Sa marraine, la duchesse de la Ferté, sœur de sa gouvernante, la duchesse de Ventadour, criait « Il est empoisonné ! » et des soupçons sinistres planaient sur le Régent.

Toute la Faculté accourut au chevet du Royal Enfant : Dodart, premier médecin ; Boudin, médecin ordinaire ; Helvetius, survivancier de Boudin ; Falconnet père et Terray, médecins consultants de S. M.

Un purgatif n'avait pas été plus heureux que les clystères. Il restait la saignée. L'enfant s'y prêta de bonne grâce. On retira d'une veine du pli du coude deux palettes de sang qui « était enflammé et verdâtre » prétendit la *Gazette de Hollande* du 4 août 1921. Le mal s'aggravait quand même. Les médecins perdaient leur tête et leur latin au point d'appeler auprès du malade un chirurgien de Saint-Côme. Chose tout à fait stupéfiante alors ! Helvetius, fils de l'empirique hollandais qui avait fait connaître l'ipéca, bien que le plus jeune des consultants, conserva son sang-froid et exigea une saignée au pied. Les consultants furent unanimes à s'y opposer. Le premier chirurgien, G. Mareschal, menaça de casser sa lancette, pour ne pas faire cette saignée. Helvetius tint bon, affirma que « sans cette saignée le roi était mort ». Et l'on saigna de nouveau le petit Louis XV. D'abord le malade fut fatigué, la fièvre peu après diminua et il dormit quelques heures, jusqu'à deux heures du matin. On lui administra alors coup sur coup quatre lavements ; sur les six heures du matin, on lui donna de la manne et un grain d'émétique ; ce qui le fit vomir. A neuf heures, on lui donna un nouveau grain 1/2 d'émétique avec du bouillon : il vomit trois fois, eut une selle abondante que le chroniqueur Barbier qualifia d' « évacuation charmante » ; vers midi, la fièvre était presque tombée et le jeune roi se trouvait tout à fait soulagé. La maladie n'avait pas duré trois jours.

L'éméto-cathartique n'avait pas été prescrit à la légère. Les médecins du roi présents avaient fait venir de Paris pendant la nuit Burlet, le gendre de Dodart, Falconet le fils et deux autres confrères réputés, Dumoulin et Silva.

Paris, anxieux, apprit la nouvelle de la guérison du roi avec enthousiasme. Ce furent des *Te Deum*, des actions de grâce, des danses, des illuminations, des calvacades. Les poissonnières portèrent au jeune convalescent un esturgeon de huit pieds de long ; les bouchers, ne voulant pas rester en arrière, offrirent un bœuf et un mouton.

(1) Docteur Cabanès. — Mœurs intimes du Passé (Huitième série). Education de Princes. Album Michel, édit., 22, rue Huyghens, Paris. Prix : 7 fr. 50.

Les bruits d'empoisonnement continuèrent à courir. L'on parlait d'un mouchoir empoisonné. Le maréchal de Villeroy, gouverneur de Louis XV, aidait à propager ces absurdes légendes en exagérant les précautions inutiles, montrant sur lui la clef de l'armoire qui renfermait le pain, le beurre, les mouchoirs du roi, clef qui ne le quittait pas.

A la fin, le Régent se fâcha et le gouverneur encourut une « éclatante » disgrâce.

Cela n'empêcha qu'en trois jours, on avait administré au petit malade, âgé de 12 ans, un purgatif, deux éméto-cathartiques, un nombre indéterminé de lavements et pratiqué deux saignées, une au coude et une au pied. Quel audacieux pédiâtre oserait de nos jours recourir pour une banale angine à pareil traitement ? Il faut dire que neuf médecins et un chirurgien s'étaient réunis pour soumettre le petit roi à cette thérapeutique qui ne méritait guère l'épithète d'expectante.

J. Noir.

UN APPEL MOTIVÉ

Confrère qui feuilletez ce numéro du *Concours Médical*, faites-vous partie du " *SOU MÉDICAL* " ?

Si oui, nous nous n'avons rien à vous apprendre à son sujet.

Si non, que ferez-vous demain si, traîné en correctionnelle, comme le Dr V., pour une erreur de diagnostic, ou comme le Dr H. pour négligence grave, vous êtes isolé, sans autre défense que celle de l'Avocat que vous serez forcé de choisir alors ?

Vous ne trouverez pas tous les jours un professeur de Faculté qui consentira à venir déclarer au Tribunal que vous n'avez commis aucune faute.

Et alors, comment vous tirerez-vous de ce mauvais pas ?

Venez à nous. Venez au Sou Médical. Il vous sortira de votre isolement. Il vous conseillera Il vous soutiendra. Il affermira votre défense sur des bases indéfectibles. Il vous accompagnera devant toutes les juridictions, jusqu'à ce que justice vous soit rendue. Et s'il arrive que, malgré tout, vous succombiez civilement et soyez condamné à 50.000 francs de dommages-intérêts, *il les paiera pour vous, après avoir acquitté par ailleurs tous les frais de votre procès.*

N'est-ce donc rien, par le temps qui court ?

Lisez attentivement l'aventure, qui s'est bien terminée, du Dr Rothureau. Réfléchissez. Et envoyez-nous votre adhésion.

Nous sommes près de 4.000, représentant une force morale et matérielle considérable. Le jour où nous serons 10.000, notre force, s'accroissant géométriquement, sera décuplée. Et alors, que ne ferons-nous pas ? ? ?

LE CONSEIL DE DIRECTION.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imp. Daix et Thiron,
Thiron et Cie, successeurs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

dents agricoles, mais néanmoins, je prêche souvent dans le désert, malgré les connaissances médico-juridiques acquises dans notre excellent *Concours*.

L'affaire dont il s'agit devant venir en justice de paix lundi prochain et ne pouvant arriver à convaincre... les intéressés, j'ai recours à votre aimable conseil.

Voici le résumé du classique et banal accident agricole.

M. V., de T., prend en *journée* chez lui moyennant 20 francs par jour, M. M., ouvrier agricole pour toute la *période du battage des blés et autres céréales*. (Dépiquage à la machine comme on dit en Médoc, M. B. entrepreneur de battage (mal assuré), après avoir battu le blé, bat les féverolles.

Après la collation de 4 heures, la machine remise en marche, M. M., l'ouvrier agricole, 63 ans, mais bien conservé, qui avait sa place désignée sur le *paillier*, au lieu d'y grimper par une échelle, y monte en empruntant le monte-charge qui conduit les gerbes battues au paillier.

La pointe du monte-charge paille était à environ 2 mètres au-dessus du paillier déjà commencé. M. M., se laisse élégamment tomber des deux pieds sur l'amas de paille, mais ce dernier (le paillier), très élastique, plus élastique que la paille de blé, rejette l'imprudent en dehors, et l'ouvrier rebondit en arrière, tombant de 3 mètres 50 de haut sur le dos, d'où fracture de l'omoplate et contusion grave de l'épine dorsale, moëlle, etc. Je suis requis par le propriétaire, M. V., je transporte le malade chez lui. Bref, aujourd'hui M. est guéri.

Ma note s'élève à 300 fr., celle du pharmacien à 80 fr. Il y aura également l'indemnité de chômage (moitié à mon avis du prix de journée).

Faute d'entente entre l'employeur, V., et surtout M. B., l'entrepreneur, on va plaider.

Je voudrais éviter des frais à tous. A mon avis, c'est B., l'entrepreneur, qui est seul responsable.

Ici, pays de céréales, les entrepreneurs s'assurent toujours pour 4 personnes au service continu de la machine et 20 personnes au service de l'agriculteur chez qui a lieu le battage le jour de l'accident possible. Il me paraît vain d'invoquer à tort ou à raison qu'on avait défendu à l'accidenté de monter sur le paillier par le monte-charge de la batteuse. (Répondez-moi aussi sur ce point particulier, s'il vous plaît.) Du reste comment aurait-on prévu cette incartade.

Bref, j'ai recours à votre sagesse juridique indéniable pour me renseigner, avant lundi prochain.

J'ai, bien entendu, invité M., l'accidenté, à citer conjointement et solidairement V., le propriétaire et B., l'entrepreneur de battage.

Dr B.

Réponse

Sont seuls à la charge de l'entrepreneur, aux termes de la loi du 30 juin 1898, les accidents dont sont victimes les personnes occupées à la conduite ou au service des moteurs ou machines mues par des moteurs inanimés.

Si le monte-charge, mû par un moteur inanimé, était en marche au moment où s'est produit l'accident, c'est l'exploitant dudit moteur qui est responsable de l'accident, que cet exploitant soit l'entrepreneur de battages ou le cultivateur pour le compte duquel on battait.

Ce serait alors la législation spéciale sur les accidents du travail qui serait applicable et le blessé serait garanti, malgré la faute indéniable qu'il a commise, car la responsabilité du chef d'entreprise ne disparaît complètement que lorsque la victime a intentionnellement provoqué l'accident.

En cas de faute inexcusable de l'ouvrier, le tribunal a seulement le droit de diminuer la pension allouée pour incapacité permanente, mais non l'indemnité journalière ni le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques. Comme, en l'espèce, il ne subsiste pas d'incapacité permanente, il est donc indifférent que la faute de l'ouvrier soit ou non considérée comme inexcusable.

Comme la victime avait un salaire de 20 francs par jour au moment de l'accident, c'est sur ce salaire que devrait être calculée son indemnité *journalière*.

Dans le cas où le monte-charge n'aurait pas été en marche ou ne fonctionnait pas au moyen d'un moteur inanimé, le blessé, qui a commis une faute indéniable, ne pourrait exiger de personne, ni de l'entrepreneur de battage, ni du cultivateur qui l'employait, le payement d'une indemnité ni des frais médicaux ou pharmaceutiques et, en ce qui vous concerne, vous n'auriez d'action que contre lui pour le payement de vos honoraires.

Privilège pour frais de dernière maladie.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur le point suivant :

Un de mes clients, dont j'ai accouché la femme dans le courant du mois, a quitté le pays après avoir vendu son fonds de commerce, et en laissant des dettes. L'accouchement a été fait avant la vente. L'homme d'affaires, chargé de recevoir les réclamations, selon l'avis de vente inséré au journal, a bien voulu accepter ma note d'honoraires et m'a promis de faire son possible, en même temps que pour les notes des fournisseurs impayées. *Il prétend que je n'ai droit à aucune priorité*, la priorité pour frais médicaux n'ayant lieu que pour la *dernière* maladie.

A son avis, la dernière maladie est celle dont est *décédé le client. Moi, je pensais que c'était la maladie* que le client avait eu en dernier lieu, quel qu'en ait été le résultat (guérison ou décès). De sorte que, si ma cliente était morte de suites des couches, ma créance était privilégiée, tandis que son accouchement

ayant été mené à bien, je perds tout privilège, et ne suis qu'un créancier au rang des autres.

Voudriez-vous me faire donner des notions exactes sur cette question de priorité.

Dr J.

Réponse

Il est exact, que, comme vous le pensez, le privilège que l'article 2101-3° du Code Civil accorde au médecin s'applique aux honoraires relatifs à la dernière maladie « quelle qu'en ait été la terminaison », suivant le texte même du Code.

Mais, là, où l'homme d'affaires qui est chargé de régler la situation a raison, c'est lorsqu'il prétend que sont seuls privilégiés les honoraires représentant les soins donnés au débiteur lui-même et non les frais de maladie des membres de sa famille. Ainsi en a jugé, revenant sur une jurisprudence antérieurement admise, la Cour de Cassation, par arrêt du 3 août 1897 (Pandectes françaises, 1898.1.6).

Il semble donc que, en l'espèce, vous soyez contraint d'accepter le payement au même titre que les créanciers chirographaires.

Accident d'automobile
Rôle de l'assurance.

Pourriez vous me donner le renseignement suivant: en cas d'accident d'automobiles, si on est assuré, et que l'assurance accepte le sinistre, le tiers ayant subi des dommages doit-il s'adresser à l'assurance ou au propriétaire de la voiture ? La loi autorise-t-elle le propriétaire à refuser toute conversation, tout arrangement, avec cette réponse : adressez-vous à mon assurance. En cas d'appel en justice, le propriétaire doit-il se présenter ou être représenté par son assurance ? En somme, la loi substitue-t-elle en tout et pour tout l'assurance à l'assuré ?

Dr C.

Réponse.

Il n'y a aucune loi qui oblige la personne qui a subi des dommages du fait d'un accident d'automobile à s'adresser à la Compagnie qui assure l'auteur ou le responsable de l'accident, ni qui substitue en quoi que ce soit, en cette matière, l'assureur à l'assuré.

La victime de l'accident peut parfaitement refuser de s'adresser à l'assurance et même, si elle est contrainte de plaider, elle doit persister dans ce refus, car elle n'a pas de lien de droit avec l'assurance.

Cette dernière n'agit, en pareille circonstance, que comme un mandataire, en vertu des droits que lui donne généralement sa Police. Comme, en règle générale, on a le droit de se faire représenter par un mandataire, sauf pour certains actes que l'on ne peut accomplir qu'en personne, le propriétaire de la voiture peut se faire représenter, en justice de paix, par exemple, par la Com-

pagnie d'assurances, ou plutôt par un de ses agents ou employés, muni d'un pouvoir régulier.

Si l'affaire est portée devant le Tribunal civil, c'est un avoué qui représente le propriétaire de la voiture, comme d'ailleurs la victime elle-même. Mais, en fait, l'avoué est sous la direction de la Compagnie, qui lui donne toutes les instructions qu'elle juge utiles, puisque c'est elle qui, en fin de compte, doit payer les indemnités et les frais auxquels son assuré est condamné, tout au moins dans les limites fixées par la police.

Déclaration des locations verbales.

J'ai reçu une feuille ainsi conçue : Année 1924 : Administration des Contributions directes.

Monsieur, afin de me permettre d'éviter toute erreur au cours du recensement, je vous serais très obligé de vouloir bien m'indiquer *dans la huitaine si possible*, le nom de vos locataires et le montant du loyer annuel payé par chacun d'eux, conformément aux indications du cadre ci-dessous.

Un propriétaire qui, déjà, fait des déclarations verbales ou fait enregistrer des baux par ses locataires, est-il tenu de répondre à cette lettre circulaire, prenant ainsi lieu et place d'un agent d'investigation. Si oui, en vertu de quelle loi ? Règlement d'administration ? Décret ? Circulaire ?

Dr V.

Réponse.

Au point de vue fiscal, les locations verbales sujettes à déclaration sont :

1° Les locations verbales d'immeubles consenties pour une durée supérieure à trois ans, quel qu'en soit le prix ;

2° Les locations verbales d'immeubles dont le prix excède 2.000 fr. à Paris et 1.000 fr. dans les autres localités. (Art. 11 de la loi du 23 août 1871 modifié par l'art. 27 de la loi du 25 juin 1920).

Aucune loi n'oblige le contribuable à répondre à la lettre circulaire qui lui est envoyée. Ces renseignements lui sont demandés à titre purement indicatif. Il peut les refuser s'il le juge nécessaire puisqu'il a souscrit les déclarations prescrites par la loi.

Toutefois, nous lui conseillons de les fournir pour garder avec l'Administration, les meilleurs rapports possibles.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Honoraires du médecin vacateur au centre de réforme.

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, j'ai recours à votre service de renseignements pour les faits suivants : j'ai été chargé par le centre de réforme de



M., de visiter à 5 kil. de ma résidence, un ancien militaire qui avait fait une demande de pension et de remplir un imprimé comme rapport ; je vous prie de m'indiquer à quels honoraires j'ai droit et à qui m'adresser. Ayant écrit au médecin, chef du centre de réforme, il n'a pas daigné me répondre.

Je vous prie de m'indiquer aussi si un jeune soldat de la classe 1922, réformé avec pension pour pleurésie purulente, a droit aux soins médicaux.

Dr A.

Réponse

1° Les honoraires du médecin vacateur sont fixés à 5 francs pour l'expertise complète (examen et rédaction du certificat d'un militaire).

L'indemnité kilométrique de déplacement est établie ainsi qu'il suit :

a) Chemin de fer : voyage de 1re classe aller et retour ;

b) Voiture publique, 0 fr. 15 le kilomètre ;

c) Voiture de louage, 1 fr. pour les 25 premiers kilomètres, 0 fr. 60 pour les suivants.

Ces déplacements font l'objet de feuilles de déplacement ; il appartient au médecin chef du Centre de réforme de les faire délivrer par le service de l'intendance qui a charge également de mandater les indemnités dues à ce titre (Circul. n° 11.738, B 917 du 13 mars 1919 du sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire) ;

2° Ce jeune soldat n'a droit aux soins gratuits, que si la maladie en cause a été reconnue imputable au service.

G. F.

Application du Tarif Breton.

I

Ostéosynthèses. Aides, etc...

1° Le chirurgien qui a procédé à l'ostéosynthèse des deux os de la jambe droite chez un de mes blessés et appliqué ensuite (dans la même séance), un appareil plâtré, me demande s'il a le droit de tarifer cet appareil en plus de l'ostéosynthèse, soit 400 fr. + 150 fr. ;

2° Pour cette opération, il a eu 2 aides et 1 anesthésiste, mais je l'ai aidé aussi. Ai-je le droit d'inscrire mes honoraires et combien ?

3° Je vous envoie ci-joint la copie d'un certificat initial descriptif et vous prie de bien vouloir m'indiquer le tarif à appliquer : « régularisation, épluchage, et suture d'une plaie contuse, étendue et profonde : 100 fr. », mais l'hémostase ?

Les pansements ultérieurs, qui seront très longs et très laborieux, peuvent-ils être tarifés à 15 fr. ?

4° Les pulvérisations bi-journalières d'un phlegmon profond de l'avant-bras plus le pansement, doivent-elles être tarifées à 8 fr. bien qu'elles me prennent chaque fois de 35 à 40 minutes ?

5° Lorsque dans une intervention, comme celle qui fait l'objet de mon certificat initial ci-joint, je suis assisté par mon fils, externe des hôpitaux, puis-je tarifer un aide ?

Dr W.

Réponse.

1° L'art. 18, dans lequel est tarifé l'ostéosynthèse, a pour titre : « fractures, réduction et *contention* ». Il en résulte que la contention, pratiquée par un appareil plâtré ou autre, est comprise dans la tarification indiquée.

2° L'art. 11 dit : « Pour les interventions de grande chirurgie, la rémunération de tout aide (docteur en médecine ou officier de santé) est fixée à 50 francs pour l'aide (*deux aides au maximum*) et à 50 francs pour l'anesthésiste ». Entendez-vous avec le chirurgien pour les honoraires à réclamer, mais sans que le maximum de deux aides soit dépassé.

3° A. L'hémostase fait partie de la régularisation, épluchage, etc. . . ».

B. Si les pansements ultérieurs portant sur la main et l'avant-bras sont *multiples* (et non uniques), ils sont tarifables à 15 francs.

4° Il n'y a pas de tarification spéciale pour les pulvérisations.

5° Votre fils n'étant ni « docteur en médecine, ni officier de santé » (voir plus haut), ne peut réclamer d'honoraires, pas plus que les aides du chirurgien, dans le cas ci-dessus, s'ils ne possèdent pas ces titres.

F. D.

II

Soins par non médecin

Abonné au *Concours médical*, je viens vous demander un renseignement sur l'application du tarif des accidents du travail.

D'abord voici les faits : ouvrier cimentier atteint de contusion légère (sans symptômes autres qu'une douleur assez vive) des masses musculaires de la région lombaire, à la suite d'une chute sur le bord d'un seau dans son chantier. Je lui ai donné 15 jours d'incapacité, prescrit une ou deux applications de ventouses simples dont quelques-unes scarifiées, et les jours suivants quelques séances de massages, sans en spécifier le nombre exact. L'infirmière qui s'acquitte habituellement ici de ce genre de soins, lui a fait sur sa demande :

8 applications de ventouses simples ;
1 application de ventouses scarifiées ;
et 10 séances de massage.

Et voulant se faire rémunérer pour ce luxe de soins auquel je ne m'attendais pas, elle me demande ce qu'elle doit réclamer à l'assurance pour chaque séance de massage et pour chaque pose de ventouses simples ou scarifiées.

Dans le tarif des A. T. j'ai trouvé le prix de 7 fr. 50

pour massages par un spécialiste et que la pose de ventouses est comprise dans le prix de la visite ou de la consultation, mais pas d'indications quand elles sont appliquées par une personne autre que le médecin.

Seriez-vous donc assez aimable pour me dire quel doit être le prix :

1° De la séance de massage faite par une infirmière évidemment non spécialisée, et celui de la pose de ventouses ;

2° Approximativement, le prix qu'il convient de réclamer raisonnablement à l'assurance pour les soins donnés à ce blessé dont l'état ne justifiait certainement point une telle débauche de soins.

A titre d'indication, ma note se monte à 26 fr.

Je veux bien que l'infirmière en question soit payée ; mais ce que je voudrais éviter, c'est une histoire désagréable avec l'assurance.

Dr D.

Réponse.

Le tarif Breton est fait pour les médecins (docteur en médecine ou officier de santé) et non pour les non-médecins, tels que masseurs et infirmières. De plus, massages, ventouses, etc... sont « compris dans la visite ou consultation » (art. 16), donc pratiqués même par un médecin, ils ne sont pas tarifés spécialement (sauf massages spéciaux par kinésithérapeutes). Enfin « le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même » (art. 30 *in fine*). Donc, vous ne pouvez rien réclamer pour l'infirmière, au titre du tarif Breton, c'est-à-dire, de la *part patronale* dans les frais du traitement.

F. D.

III.

1° Radio ; 2° Renouvellement d'un appareil de fracture

Abonné au *Concours*, je serais heureux d'avoir votre avis sur les deux points suivants :

1° Il me semble avoir déjà lu que les examens radiologiques faits pour les accidents du travail pouvaient être tarifés au tarif de la 1re catégorie, même dans les villes de moins de 100.000 habitants ; est-ce exact ?

2° J'ai été appelé dernièrement par un confrère pour une fracture du fémur (accident de travail), déjà réduite par lui et en extension continue depuis 20 jours, pour laquelle il me demandait d'appliquer un appareil de marche de Delbet, afin de permettre au blessé de se lever et de diminuer les risques d'ankylose.

Combien dois-je demander comme honoraires pour cette application d'appareil ? Il faut remarquer que l'appareil se pose en deux temps et que le tout dure près de deux heures.

Enfin, j'ai fourni l'appareil métallique, qui est ainsi

immobilisé pendant 40 jours. Puis-je en réclamer la location ?

Dr C.

Réponse.

1° Les examens radiologiques n'étant pas un « traitement », mais un « acte de laboratoire » suivent le régime de ces derniers et ne sont donc pas soumis à la réduction de 25 %, en 2e catégorie.

2° *Non bis in idem.* On ne peut compter deux fois la « réduction et contention » d'une fracture. Je ne vois comme « *analogie* » que : «Répétition d'appareil plâtré ou silicaté des grands segments de membres : 50 fr. » (art. 18, *in fine*). Quant à la location d'appareil de fracture, elle n'est pas prévue au tarif et ne peut faire que l'objet d'une demande amiable qui me paraît assez légitime.

F. D.

IV

Opérations complexes.

Je vous serais obligé de vouloir bien m'indiquer ce que je dois demander pour le traitement chirurgical suivant.

Plaie, par tesson de bouteille, de 6 cent. de largeur, 1 cent. de profondeur siégeant sur le bord antéro-interne de l'avant-bras droit au-dessus du pli de flexion du poignet avec section tendineuse et artérielle.

Débridement, nettoyage, épluchage.

Suture du tendon du fléchisseur c. superficiel de l'annulaire.

Sutures du tendon du fléchisseur c. s. de l'auriculaire.

Suture du tendon du cubital antérieur.

Ligature de l'artère cubitale.

Suture de la peau après réfection de l'aponévrose.

Sérum.

Aide.

Certificat détaillé.

Dr R.

Réponse.

Voir art. 17 qui vous donne à compter :

« Suture des tendons fléchisseurs des « doigts, du poignet.............	150 fr.
« Ligature de la cubitale...........	75 »
« (art. 16), injection antitétanique...	20 »
« (art. 29), certificat descriptif......	10 »
Total	255 »

En outre, le *médecin* qui vous a servi d'aide, réclamera : 50 fr. (art. 11), **mais** devra les réclamer lui-même (art. 30 *in fine*).

Quant à la suture de l'aponévrose et de la peau ou pansement, etc.... cela fait partie intégrante et terminale des opérations ci-dessus.

F. D.

Quarante-cinquième année — N° 46 — 18 Novembre 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3480-IV)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

Correspondance

Note de Pratique Quotidienne

Jurisprudence





Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envol des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Bodin, d'Onzain (Loir-et-Cher), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 563. — Bon poste médical à céder contre faible indemnité. Région lyonnaise.

N° 564. — A céder 10 parts de la société Blanchon frères, 7, rue Saint-Lazare. Paris. 150 fr. la part.

N° 565. — Dr recommande partic. jeune homme 35 ans sérieux, inst. dévoué, comme infirmier clinique, hôpital, sanat. Prétent. modestes.

N° 566. — A vend. pour cause double emploi grd pied radiographique de Drault en part. ét. av. ts access. pr radioscopie et radiothérapie. Dr M. Mignon, 73, rue du Rocher. Paris.

N° 567. — Jeune docteur français, parlant anglais, rech. sit. ds clinique ou maison de santé Paris ou banlieue de préf. ou province.

N° 568. — Les confrères ayant souscrit pour des actions des Sociétés Pré-Magis et Rubinat-Municipal, désireux de se grouper sont priés de s'adresser à M. A. Augellier, 32, boulevard de Reuilly, à Paris, 12e.

N° 569. — Bon poste propharm. à céd. (Meuse). Condition : achat auto neuve 5 HP, pharmacie et pet. mobilier.

N° 570. — A céder Bône, Algérie, labor. analyses biol. install. et outill. complet. Pas concurrence. Bon rappt prix 35.000. Ecr. Dr Fourrier, 75, rue du Camas, Marseille.

N° 571. — Médecin ayant loisirs ferait chez lui, trav. méd. paraméd. ou autres, rémunérés.

N° 572. — Mougins, près Cannes, appartement meublé à louer pr la saison d'hiver, 7 pièces, 4 lits dont 2 à 2 personnes, 1.500 fr.

CORRESPONDANCE

La puissance syndicale
Exemple à suivre

Ne croyez-vous pas utile de livrer à la méditation du corps médical l'article ci-joint (*Les Journaux.*)

On suspend l'exportation des œufs, beurres et fromages

M. Henry Chéron a donné audience hier aux représentants des syndicats d'expéditeurs d'œufs, beurres et fromages de Camembert.

Les expéditeurs d'œufs ont déclaré que le ralentissement de la production en novembre avait contribué à l'augmentation des prix ; il y aurait promesse de baisse pour fin décembre.

Toutefois, pour répondre au vœu du gouvernement, le syndicat a consenti à suspendre les exportations, mesure qui doit normalement enrayer la hausse.

Les syndicats des beurres ont, de leur côté, accepté d'adopter la même mesure jusqu'au mois d'avril.

MM. Saffrey et Alba, représentants des fabricants de camembert de Normandie, ont pris un engagement identique pour la même période.

M. Henry Chéron a donné l'assurance à ces divers représentants qu'il ne serait pas porté atteinte à la liberté commerciale, mais qu'il fallait éviter cet hiver une nouvelle augmentation du coût de la vie.

La phrase : « *Toutefois, pour répondre au vœu du Gouvernement, le syndicat a consenti...* » est tout simplement délicieuse.

Que de délicatesse et de prévenance de la part du Gouvernement ! Il reçoit les représentants du syndicat des camemberts et *leur soumet un vœu* !!

Et gentiment, ce syndicat daigne répondre à ce vœu *et consentir...*

Quand il s'agira désormais de lois dites « sociales », intéressant la Nation en général et le corps médical en particulier, le Gouvernement voudra-t-il également : 1° recevoir les délégués des syndicats médicaux ;

2° Leur soumettre ses vœux ;

3° Leur demander s'ils consentent... ?

Confrères, inspirez-vous du syndicat des camemberts.

Entre les mains de qui déposer un rapport d'expertise ?

Permettez-moi d'avoir, une fois encore, recours à votre obligeance et à votre science juridique pour m'éclairer sur le point suivant :

Quand un médecin est *nommé expert* en application de l'article 4, dernier paragraphe, de la loi du 9 avril 1898, où doit-il déposer son rapport ; au greffe ? ou doit-il le remettre au patron ?

Je suis parfois désigné dans 4 cantons et j'ai dû varier ma manière de pratiquer. Dans l'un, le greffier refusait de le recevoir disant : la demande a été faite *par une seule partie*, aucune demande de jugement n'a été présentée, nous ne faisons pas d'affaire en référé, etc., je n'ai pas à en connaître davantage, remettez ce rapport à qui l'a demandé. D'autres, et à mon avis ils avaient raison, ont exigé le dépôt du rapport au greffe puisque, selon l'expression de la loi, il s'agit d'une *expertise* et qu'il convient dès lors que les deux parties puissent en prendre connaissance dans un lieu neutre, accessible à tous.

Dr M

Réponse.

D'après l'article 319 du Code de procédure civile, la minute du rapport d'expert doit être déposée au greffe du tribunal. Par suite, si vous avez été désigné régulièrement comme expert, par un jugement, c'est le greffier du tribunal, qui a ordonné l'expertise qui doit recevoir votre rapport et ne peut se refuser à le recevoir.

Il en est autrement lorsque les parties se mettent d'accord pour désigner, à l'amiable, un expert, sans que le tribunal ait, par jugement à sanctionner ce choix ; ou bien lorsqu'une des parties prend elle-même l'initiative de faire examiner le blessé par son médecin, pour avoir des renseignements sur l'état de la victime.

Il ne s'agit pas alors d'une expertise, au sens juridique du mot, mais d'une enquête officieuse. Aussi, dans ces derniers cas, le greffier me semble être dans son droit, en se refusant à accepter un rapport, qui n'a pas été demandé par le juge et en renvoyant à la partie qui a demandé cet examen.

Dr Paul BOUDIN.

Amende pour certificat non timbré.

Il y a quelques années déjà que je n'ai pas importuné le « Sou ». Ci-joint l'imprimé administratif qui m'émeut et qui me pousse à vous demander « aide et protection ».

Les faits sont exacts. J'ai délivré à une dame B., un *certificat s r papier libre*.

Je ne savais pas quel usage elle en ferait. Qui donc est délinquant en l'espèce ! ! Elle ou moi ? ? — Elle est actuellement hospitalisée, peut-être entra in d'expirer à la suite d'abcès ossifluents, multiples et récidivants... Elle est veuve de guerre et sans autres ressources que sa pension puisque depuis trois ans maintenant, elle ne peut se livrer au moindre travail.

Moi, je suis... solvable et le fisc paraît l'avoir compris — soit ! ! Mais enfin, je ne savais pas à l'avance quel usage on ferait de mon certificat ! ! ! ! ! Faut-il donc que dorénavant, j'exige une feuille *de papier timbré pour tout certificat*, puisqu'en somme, je ne sais jamais quel usage on peut faire de mon certificat ! ! ! Cette mesure paraît prudente. Est-elle obligatoire ! ! !

Je me suis respectueusement conformé à l'invitation qui m'était faite et j'ai adressé pétition pour remise de ma peine.

Mais, si mon humble pétition est refusée. Quoi faire ? ? ? Inviter cette moribonde à régler de compte à demi cette taxation vexatoire ! ! ! Non ! Confrère ! !; pas cela, ce ne serait pas digne de *nous*. Souvenez-vous que les « impondérables » que le Corps médical s'est acquis ont plus fait pour son succès dans sa lutte contre « le Ministre des pensions » que tout autre argument peut-être et il faut ménager ces « impondérables ». Le certificat dont il s'agit avait été délivré gratuitement ... et vous comprenez pourquoi.

Je reste embarrassé ! ! Eclairez-moi ! !

Dr X.

Réponse.

Sont soumis au timbre de dimension tous les actes et écrits qui, par eux-mêmes ou d'après l'intention des parties, ont le caractère de titres.

Rentrent dans cette catégorie les certificats de médecins destinés à être produits en vue d'une justification quelconque.

Les actes soumis au timbre et écrits sur papier non timbré sont passibles d'une amende de 50 francs en principal (plus 5 décimes) quand ils sont sous seing privé. Les contrevenants doivent payer, en outre, le droit de timbre.

Si l'acte est unilatéral (ce qui est le cas), le droit et l'amende sont à la charge du signataire de l'acte.

Il existe un seul moyen d'obtenir la levée des pénalités. C'est d'envoyer au Ministre des Finances une demande en remise gracieuse. Nous pensons qu'il sera donné satisfaction à la pétition que vous avez faite.

Dans le cas contraire, vous devrez acquitter

intégralement la somme à vous réclamée sans que vous ayez action contre l'auteur de la production.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Pension militaire.
Diminution du pourcentage.

Je vous serais bien reconnaissant de vouloir me donner, en ma qualité d'abonné du *Concours médical*, quelques renseignements au sujet d'un de mes clients réformé et pensionné de guerre.

Mon client, après de nombreux séjours dans les hôpitaux, à partir de juin 1917, a eu :

1° Le 21 août 1920, un titre de pension temporaire avec invalidité évaluée à 65 % ;

2° Le 3 juillet 1922, un deuxième titre de pension temporaire, invalidité 65 % ;

3° Le 7 août 1922, un troisième titre de pension temporaire, invalidité réduite à 55 %.

4° Le 26 juin 1923 (donc avant le troisième titre de pension temporaire), un titre de pension *définitive*. Invalidité réduite à 45 %.

Sur le premier titre de pension figuraient les trois diagnostics suivants : *a*) troubles péritonéaux consécutifs à appendicectomie ; *b*) réduction de l'acuité visuelle (œil droit) ; *c*) hypoacousie gauche.

Sur le troisième titre de pension temporaire, ce ne sont plus les mêmes diagnostics, mais des diagnostics tout à fait fantaisistes ; on note par exemple à la place de troubles péritonéaux par adhérences une éventration qui n'a jamais existé.

Sur le titre de pension définitive, il n'est plus fait mention que de la réduction de la vision (œil droit)

Mon client désirerait : 1° voir son invalidité ramenée à 65 % ; 2° voir figurer sur son titre de pension définitive, les différents diagnostics qui ont motivé sa réforme et sa pension, et cela avec d'autant plus de raison à mon avis que ce sont surtout ses troubles gastro-intestinaux qui le font souffrir en ce moment et qui pourront dans l'avenir lui occasionner beaucoup d'ennuis.

Je vous serais donc bien reconnaissant de vouloir me dire ce que mon client doit faire pour obtenir satisfaction ; il est venu me demander mon avis à ce sujet ; je n'ai pu que lui dire qu'il était dans son droit en faisant une réclamation, mais je ne sais à qui il faut s'adresser et ce que je pourrais faire pour lui.

Dr M.

Réponse.

La cause de la diminution du pourcentage doit probablement être attribuée à ce fait qu'on n'a plus payé la réduction de l'acuité visuelle (affection congénitale).

Il semble, en effet, y avoir confusion et erreur, en ce qui concerne les 3e et 4e titres — celui du 26 juin 1923 devant être le « bon » — la pension temporaire est devenue définitive après 4 ans, par application de l'article 7.

Adressez une réclamation au Ministère des Pensions, direction de la Liquidation, 37, rue de Bellechasse, Paris, 7e.

Le libellé exact n'a peut être pas l'importance que vous pensez, car il s'agit d'un diagnostic résumant les libellés fournis par les certificats d'expertises et qui, eux, font foi pour des examens ultérieurs.

G. F.

Fixation et rachat de rente d'un blessé du travail.

Je désire avoir quelques renseignements au sujet d'un accident du travail.

L'employeur venant d'installer un atelier de menuiserie était en pourparlers avec une Compagnie d'assurance pour une police. Entre temps un ouvrier se fait emporter les 2/3 du médius gauche par une toupie. Accident non couvert, par conséquent, par une Compagnie, le patron étant seul responsable. Une déclaration de l'accident a été faite à la mairie du lieu.

Actuellement, le blessé est cicatrisé, après amputation d'une partie de la phalange. Je compte lui donner le 5 % d'incapacité permanente partielle. Mais ce blessé voudrait toucher immédiatement un capital de 5.000 fr. et s'engager à ne plus rien réclamer à son patron.

1° Est-ce qu'un tel accord est valable puisque les rentes au-dessus de 100 fr. ne sont pas rachetables ?

2° L'ouvier gagnait 600 fr. par mois, donc 7.200 fr. par an. Quelle est la rente à laquelle il a droit ?

3° Si une entente à l'amiable est interdite par la loi, que doit faire l'ouvrier ou le patron pour faire trancher la question de la rente par le tribunal ?

4° Si elle est permise par la loi comment la sanctionner par un acte officiel ? Un acte par devant notaire serait-il possible ? Et dans ce cas, quelle somme devrait verser le patron pour désintéresser son ouvrier atteint de 5 p % d'I. P. P. et à salaire de 7.200 fr. par an ?

Dr V.

Répo s :

1° L'accord par lequel est fixé la rente due à un blessé du travail atteint d'une incapacité permanente partielle n'est valable que s'il a été passé devant le Président du Tribunal civil du lieu de l'accident.

D'autre part, la rente ne peut être rachetée, et ce d'après le barême officiel, que si elle n'est pas supérieure à cent francs.

Cependant, après le délai de révision de trois ans, la victime peut demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de la rente, calculé d'après le même barême officiel, lui soit attribué en es èces et que ce capital réduit ou non du quart, serve à constituer sur

sa tête une rente viagère réversible, pour moitié au plus, sur la tête de son conjoint.

Mais c'est le Tribunal qui doit statuer en chambre du Conseil sur ces demandes de rachat partiel.

2° Le salaire est compté pour la totalité jusqu'à 4.500 fr. et pour le quart seulement de 4.500 à 15.000 fr.

Pour un salaire de 7.200 fr., on doit donc compter 4.500 plus le quart de 2.700, ou 675 fr., soit au total 5175 fr.

Pour une incapacité de 5%, soit une rente de 2,5 %, la rente serait donc de 129,37, non rachetable, par conséquent.

3° Comme il est indiqué plus haut, il n'est pas nécessaire d'aller devant le tribunal pour faire fixer la rente, mais seulement devant son président. Pour saisir celui-ci, il suffit de lui faire parvenir un accord écrit des parties reconnaissant le caractère permanent de l'incapacité.

4° Pour le rachat, si la rente n'est pas supérieure à cent francs, il peut être fait à l'amiable, mais seulement au tarif officiel. Pour connaître le montant du rachat, il serait nécessaire de *savoir l'âge du blessé*.

Pour un homme de 30 ans, une rente de 100 fr., serait rachetable par un capital de 1571,34, ce qui est loin des 5000 fr. que désirerait l'ouvrier.

Prorogation de bail.

J'ai l'honneur de vous demander quelques renseignements au sujet du renouvellement de mon bail : (je suis en bons termes avec mon propriétaire).

En septembre 1907, j'ai conclu avec mon propriétaire un bail de trois, six, neuf.

J'ai été mobilisé pendant toute la durée de la guerre.

Mon bail expirait fin septembre 1916, mais il n'a pas été question de le renouveler. J'ai payé intégralement mon propriétaire même pendant la guerre et cependant ma maison était fermée et inhabitée.

Je désirerais savoir à partir de quelle date j'ai droit à la prorogation de 5 ans et 83 jours. Est-ce à partir du jour de ma démobilisation, ou à partir de septembre 1919.

Il me semble que dans le cas présent le bail étant de 3-6-9, mon bail a dû être prorogé tacitement de septembre 1916 jusqu'à septembre 1919.

Dr X.

Réponse

Votre bail, antérieur au 1er août 1914, ayant pris fin pendant la guerre, vous êtes depuis cette époque, sous le régime des locations verbales.

Par suite, vous avez droit à la prorogation professionnelle de la durée des hostilités, 5 ans et 83 jours, augmentée d'un délai suffisant pour

(*Voir la suite page XLIII 3521*)

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Attention ! Les réunions de l'après-midi et le dîner ont lieu à LUTETIA, rue de Sèvres, Paris.

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiennent aujourd'hui ***DIMANCHE 18 NOVEMBRE 1923***, dans l'ordre suivant :

I. — *A dix heures et demie du matin* : au SIÈGE SOCIAL, 132, rue du Faubourg Saint-Denis.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ORDRE DU JOUR :

1° Rapports du Secrétaire Général, du Trésorier et du Comité des Censeurs ;
2° Approbation des Comptes de l'exercice 1922 ;
3° Divers.

II. — ***Dans les Salons de LUTETIA***, Rue de Sèvres (Nord-Sud : Sèvres Croix-Rouge. — Métro : Saint-Sulpice. — Autobus : AD, AL, S, V, X.)

A deux heures et demie.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1922 ;
6° Election de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Vimont, *vice-président* ; A. Gassot, *trésorier* ; Pamart, *secrétaire général-adjoint* ; Noir et Bellencontre, sortants et rééligibles ;
7° Election de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Lacroix, Arago et Philippet, sortants et non rééligibles ;
8° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage ;
9° Suppression de l'incompatibilité entre les combinaisons MA et MAD.

A trois heures et demie.

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
3° Rapport des contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1922 ;
5° Renouvellement de la série sortante des membres du Conseil ;
6° Nomination de deux contrôleurs ;
7° Fixation du montant de la garantie de la responsabilité civile et éventuellement modification de divers articles des Statuts et du Réglement de la Caisse de garantie.

A cinq heures

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1922 ;
3° Approbation des comptes ;
4° Questions traitées :
I. Les causes de la décadence de la corporation des médecins parisiens. (Ancienne Faculté de Médecine de Paris). Sa réorganisation.
II. Les assurances.
III. L'ordre des médecins.

A sept heures 1/2 précises, à **Lutetia.**

BANQUET (souscription 30 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société Civile).

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE (*Le programme en sera distribué*).

Les confrères qui prendront part au Banquet sont invités à amener leur famille à la Soirée Artistique.

PROPOS DU JOUR

Le premier code de déontologie médicale. Le serment d'Hippocrate.

Un éditeur parisien distingué, M. Léon Pichon, ayant lu par hasard notre « Propos du Jour » du 7 octobre, nous a envoyé un exemplaire du *Serment d'Hippocrate* qu'il a publié récemment sur la suggestion de plusieurs médecins de ses amis. « Epinglé dans la Salle de rédaction de votre Revue, nous écrit notre correspondant, il amusera peut-être les nombreux médecins qui la fréquentent ? »

Nous remercions bien vivement M. L. Pichon du chef-d'œuvre typographique qu'il a bien voulu nous adresser. Son désir sera satisfait et le Serment d'Hippocrate ornera la cimaise de notre salle de rédaction.

Empressons-nous de dire qu'en nous envoyant « son Serment d'Hippocrate » l'éditeur parisien n'a eu aucune pensée de publicité, car, tiré à un très petit nombre d'exemplaires, il est plus que probable que cette belle publication est actuellement épuisée.

***

La traduction du Serment que nous a envoyée M. L. Pichon et que nous allons reproduire textuellement, n'est pas celle de Littré, bien qu'elle s'en rapproche beaucoup. Certes, le Serment d'Hippocrate est connu de tous nos lecteurs, mais, aujourd'hui, où certains de nos syndicats rééditent leurs Codes de Déontologie médicale, il n'est pas sans intérêt de le relire. L'on pourra ainsi se convaincre que nos principales règles de morale professionnelle remontent à vingt-quatre siècles environ, car Hippocrate, de Cos, contemporain de Socrate, vivait au Ve siècle avant notre ère. « Il n'est pas de profession, « libérale ou non, autre que la nôtre, qui puisse se « vanter, comme l'écrit Littré dans l'*Argument* « qui précède la traduction du Serment, « d'avoir « inspiré dès la haute antiquité un morceau d'un « caractère aussi élevé. Mais les Grecs, et cela « mérite notre admiration, les Grecs qui, en introduisant, les premiers, l'élément physiologique « dans la médecine, empirique jusqu'alors, ont si « puissamment agi sur son avenir scientifique, « sont aussi les premiers, pour notre Occident du « moins, qui aient agi sur son avenir moral en « en formulant tout d'abord les devoirs essen- « tiels. »

Il y a eu, de la Renaissance à nos jours, au moins 40 éditions du Serment d'Hippocrate presque toutes en grec ou en latin. La première fut imprimée à Lyon en 1506. Jean Canape en 1552 en donna (aussi à Lyon) la première version française. Michel Lelong, de Paris, le traduisit en 1637 en vers français ; puis le sieur de Mirabeau, à Paris, en 1643, J. R. Duval à Paris, en 1818, Daremberg, à Paris, en 1843, enfin Littré en 1844, donnèrent de nouvelles traductions françaises du Serment d'Hippocrate.

***

SERMENT D'HIPPORCATE

Je jure, par Apollon médecin, par Asclepios, Hygie et Panacée, et je prends à témoin tous les dieux, toutes les déesses d'accomplir, selon mon pouvoir et ma raison, le serment dont ceci est le texte : d'estimer à l'égal de mes parents celui qui m'a enseigné cet art, de faire vie commune et, s'il est besoin, de partager mes biens avec lui ; de tenir ses enfants comme mes propres frères, de leur enseigner cet art, s'ils ont besoin de l'apprendre, sans salaire ni promesse écrite ; de faire participer aux préceptes, aux leçons et à tout le reste de l'enseignement, mes fils, ceux du maître qui m'a instruit, les disciples, inscrits et engagés selon les réglements de la profession, mais ceux-là seulement. J'appliquerai les régimes pour le bien des malades, selon mon pouvoir et mon jugement, jamais pour faire tort ou mal à personne. Je ne donnerai à personne pour lui complaire un remède mortel, ni un conseil qui l'induise à sa perte. De même je ne donnerai pas à une femme un pessaire abortif. Mais je conserverai purs et ma vie et mon art. Je ne pratiquerai pas la taille, même chez les calculeux (manifestes) ; je laisserai cette opération aux praticiens. Dans toute maison où je viendrai, j'y entrerai pour le bien des malades me tenant loin de tout tort volontaire et de toute séduction, et surtout loin des plaisirs de l'amour avec les femmes ou avec les hommes, soit libres, soit esclaves. Ce que, dans l'exercice ou en dehors de l'exercice, et dans le commerce de la vie j'aurai vu ou entendu qu'il ne faille pas répandre, je le tiendrai en tout pour un secret. Si j'accomplis ce serment avec fidélité, qu'il m'arrive de

jouir de ma vie et de mon art en bonne réputation parmi les hommes et pour toujours ! si je m'en écarte et l'enfreins, qu'il m'arrive le contraire.

***

Il est intéressant de rapprocher le Serment d'Hippocrate de nos règles déontologiques actuelles. Cela nous permettra de constater en passant que la Faculté de Montpellier, qui a conservé jusqu'à nos jours la prestation de ce serment, ne s'est pas bornée à perpétuer une tradition vétuste rappelant la parodie du *Malade imaginaire*, mais fait prendre à ses nouveaux docteurs l'engagement solennel de respecter les règles courantes de la moralité professionnelle. Nous n'avons qu'une confiance limitée dans l'influence de la prestation de serment. A notre époque de scepticisme, où la foi n'est plus très ardente, comme jadis, les honnêtes gens n'ont pas besoin de jurer publiquement pour remplir leurs devoirs, quant aux autres, ils font bon marché des promesses les plus solennelles et le parjure ne gêne guère la conscience des coquins.

***

Le début du Serment est un engagement de reconnaissance du médecin à l'égard des maîtres qui lui ont enseigné son art et même de leurs enfants. C'est une manifestation intéressante de la tendance des médecins de se considérer comme formant une vaste famille. Littré fait remarquer qu'à l'époque des Asclépiades, il existait des familles où l'on enseignait traditionnellement la médecine de père en fils. Il existait aussi des coutumes qui réglementaient l'enseignement de la médecine, d'abord gratuitement aux enfants des médecins, en outre aux étrangers, mais alors contre rétribution. Dans le *Phèdre*, Platon cite deux médecins athéniens qui reçurent des leçons payantes d'Hippocrate lui-même. Les coutumes ne différaient guère sur ce point des nôtres.

Dans le Serment, le médecin s'engage à faire le possible pour guérir son malade et s'engage à ne faire tort à personne ; il s'interdit de donner des poisons à ses clients pour leur complaire, tout comme, de nos jours, il est défendu de donner des stupéfiants aux amateurs de morphine et de cocaïne. L'avortement était considéré par les Asclépiades comme criminel, tout comme à notre époque, bien que la question de la dépopulation ne parût pas préoccuper beaucoup les Grecs du Ve siècle avant J.C. Le médecin grec, en s'interdisant la taille et la laissant aux chirurgiens spécialisés, prenait l'engagement de ne tenter que ce qu'il était capable de faire. Notons en passant qu'à l'époque d'Hippocrate, comme de nos jours, la chirurgie n'était pas séparée de la médecine, mais que les médecins devaient comme aujourd'hui avoir conscience de leur responsabilite. *Ne sutor ultra crepidam.* Hippocrate exigeait que les mœurs du médecin fussent pures. Enfin il terminait en imposant à ses disciples le *secret professionnel* et c'est à son serment que remonte l'origine de ce devoir que nous défendons avec tant d'âpreté.

Le serment d'Hippocrate a eu une influence considérable sur la moralité de la profession médicale à travers les siècles. Littré dans l'*Argument* qui précède sa traduction du *Serment*, cite Libanus qui, au déclin de la civilisation antique, insistait auprès de ses élèves sur les qualités de dévouement et d'altruisme qui devaient toujours les guider. Il reproduit aussi un passage de Cassiri où un chrétien, premier médecin du Calife maure Al-Metawakel-Billat, qui régnait en Espagne, au Moyen Age, refuse du poison à son Souverain qui voulait le tenter, lui disant que sa religion et les règles de sa profession le lui défendaient et « que les médecins sont tenus par le Serment de ne délivrer à personne de substance pouvant entraîner la mort. »

Les Statuts des Docteurs Régens de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (1), tels qu'ils furent rédigés par le Doyen Baron, en 1731, s'inspirent plusieurs fois du *Serment.*

Nous lisons dans l'article IX de ces statuts : « Permis cependant au Doyen et à la Faculté d'accorder des dispenses d'âge et de tems d'Etude, seulement aux fils des docteurs en médecine de l'Université de Paris, et de leur faire grâce d'un an ou deux en vertu du précepte d'Hippocrate, qui ordonne de les recevoir avec toute sorte d'accueil, à condition pourtant qu'ils soient Maîtres-ès-Arts de l'Université de Paris, et qu'après l'Examen, ils soient jugés dignes d'être promus au Baccalauréat. »

Plus loin (art. LXXVII), les mêmes statuts exigent le respect du secret médical, comme dans le *Serment*, en ces termes : « Qu'ils (les docteurs de la Faculté) ne publient jamais ce qu'ils pourraient avoir vu, entendu ou sçu des malades. »

Il n'est pas douteux que toute notre déontologie procède des doctrines exposées dans les livres hippocratiques et, en y ajoutant une simple

(1) Traduction des Statuts, etc., par M. Michel Birmingham, Chirurgien-juré 1754, av. approb. et privil. du Roy.



loi de moralité courante qui servirait à régler les rapports entre médecins et que l'on pourrait résumer en cette phrase : « *Agis envers ton confrère, comme tu désires qu'il agisse envers toi* », nous pourrions, au XXe siècle nous contenter sans plus de commentaires du Serment d'Hippocrate.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES ACQUISITIONS RÉCENTES SUR LA SCARLATINE

Par le Dr Germain BLECHMANN,

Ex-chef de clinique de la Faculté à l'Hospice des Enfants-Assistés.

Depuis deux ans, d'intéressants travaux ont paru sur la clinique et le traitement de la fièvre scarlatine. Ne pouvant résumer ici que les plus saillants, une mention particulière doit être faite *du traitement prophylactique de la maladie par les injections préventives de sérum.*

I. PATHOGÉNIE. — D'après certains, la scarlatine ne serait pas une maladie spécifique. Sa faible contagiosité, l'extrême variabilité du temps d'incubation, et l'existence de formes cliniques de transitions insensibles entre elle et d'autres types morbides, sont trois objections puissantes contre les théories classiques (Szontagh). Cette théorie explique déjà fort mal certains faits expérimentaux tels que la pandémie observée aux îles Faroër après cinquante-sept ans, sans scarlatine, et elle tombe tout à fait devant les expériences de Cantacuzène, de Bernhardt, de Landsteiner, de Levaditi et Prasek, qui ont transporté la scarlatine d'homme à singe, et de singe à singe. On peut affirmer, opine Degkwitz (1), que la scarlatine est due à un virus spécifique, filtrant. Aucun des germes décrits par Tunnicliff, Marr, Mallory et Medlar ne mériterait, selon Degkwitz, d'être pris en considération. Il n'attache guère plus de crédit au streptocoque en tant que microbe de la scarlatine ; cette bactérie banale existerait comme agent d'infection secondaire dans d'autres maladies aiguës ; quant aux vraies streptococcies, elles ne sont jamais immunisantes. La scarlatine bien caractérisée confère une immunité d'une certaine durée vis-à-vis d'elle-même ; mais, à vrai dire, est-ce une immunité contre l'agent pathogène, ou est-ce seulement que cet agent est réduit à ne pouvoir, pendant quelque temps, donner que des formes légères, des angines par exemple ?

(1) *Munchener medizinische Wochenschrift*, n° du 30 juin 1922, d'après l'analyse d'Edouard Pichon, dans le *Paris Médical*, du 10 mars 1923.

II. CLINIQUE. — *La mort subite dans la scarlatine.* — Durant une période de 9 ans (de 1913 à 1921), 2.322 scarlatines ont été traitées au *Durand Hospital*, de Chicago (1) avec 85 décès, soit une mortalité de 3,7 pour 100. Parmi ces décès, 2 sont survenus d'une manière subite.

Dans un des cas, il s'agissait d'une jeune femme de 23 ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, et qui, au 6e jour d'une scarlatine de moyenne intensité, fut prise de cyanose, avec arrêt du pouls, et succomba au bout de 5 minutes, malgré tout ce qui fut mis en œuvre.

L'autre cas est celui d'une femme de 34 ans, chez laquelle la mort subite survint au 7e jour de la maladie, et alors que la patiente paraissait s'acheminer vers la convalescence.

Joints aux observations antérieures de Gouget et Dechaux, de Weill et Mouriquand, de Chevalier et Montagnon, ces deux faits semblent indiquer que le virus de la scarlatine exerce parfois une action spécialement nocive sur le cœur.

Comme, dans quelques-uns des cas, la mort est survenue après un léger effort physique, le repos absolu au lit paraît indiqué pendant la période aiguë de la maladie, et à plus forte raison lorsqu'on soupçonne l'existence de lésions de myocardite.

III. DIAGNOSTIC. — Des érythèmes scarlatineux peuvent apparaître au cours de toute une série d'infections à leur période d'état : septicémies, pneumonies, infections typhiques, etc. La septicémie puerpérale est particulièrement accusée de s'accompagner, dans certains cas, d'un érythème qui, chaque fois, fait discuter l'existence d'une scarlatine puerpérale.

Beaucoup de médicaments aussi sont responsables d'érythèmes scarlatiniformes : l'antipyrine, la quinine, le salicylate de Na, le chloral, le gardénal, le copahu, l'opium, la belladone, etc.

(1) KRAUSS — (T. F.) *The Journal of the Amer. Med. Assoc.* (Chicago), tome LXXX, n° 7, 17 février 1923.

Des intoxications alimentaires peuvent déterminer le même érythème. Les anaphylaxies sériques alimentaires en provoquent également.

Avant d'affirmer le diagnostic de scarlatine, il faut écarter toutes ces causes possibles d'érythème du type scarlatin.

En dehors des scarlatines affirmées par un érythème typique, il existe nombre de cas frustes, à éruptions passagères ou sans éruption, avec ou sans desquamations consécutives. Parfois une simple angine est toute la maladie. Dans ces cas, grande est la difficulté du diagnostic. Grande encore dans les cas où la scarlatine s'associe à une autre fièvre éruptive, telle que la rougeole, ou à un érythème sérique ou toxique. L'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant se confond souvent avec elle, mais il s'en différencie par sa récidive et son absence de contagiosité.

Le germe de la scarlatine restant inconnu, et les signes de certitude (même relative) n'existant pas toujours, des recherches ont été faites depuis environ quinze ans pour préciser la valeur d'une série de signes, tant cliniques que biologiques, appelés à rendre plus sûr le diagnostic de scarlatine.

Dans une excellente étude, le Pr Mouriquand ne retient que ceux qui semblent présenter un réel intérêt clinique (1).

Signe de Pastia. — Il est encore appelé signe du pli du coude ; il est caractérisé par l'existence à ce niveau d'un exanthème linéaire (suivant les plis de flexion), intense, d'abord rosé, puis lie de vin.

Pour le rechercher, l'avant-bras étant en extension, on exerce une légère traction de la peau vers le haut et vers le bas.

On peut le trouver également au niveau de l'aine, du creux poplité, à l'aisselle, au cou ; mais il est surtout caractéristique au pli du coude.

Apparaissant au début de l'exanthème, il persiste souvent un certain temps après sa disparition. Dans certains cas, grâce à sa présence, ou tout au moins grâce aux lignes brun-rougeâtre qu'il laisse après lui, Mouriquand a pu faire le diagnostic rétrospectif de scarlatine huit et dix jours après la période d'état.

Pastia a rencontré ce signe dans 94 % des cas de scarlatine, Sabrazès dans 99 %. Mouriquand l'a rarement vu manquer dans les scarlatines les mieux caractérisées. Avec Leorat et Thouvenin, il ne l' a constaté que dans 20 % des scarlatines puerpérales.

Il n'existe presque jamais en dehors de la scarlatine. Il a pourtant été décrit à titre tout à fait exceptionnel dans la rougeole et l'érythème scarlatiniforme récidivant.

C'est donc un très bon signe de la scarlatine.

(1) Sur le diagnostic de la scarlatine. *La Médecine*, nº 11, août 1923.

Signe de Filatow, caractérisé par le contraste entre la pâleur des lèvres, du menton, des ailes du nez et la rougeur intense des joues. Ce phénomène s'accentue quand le malade ouvre la bouche.

Nous avons constaté nous-même l'excellence de ce signe, bien connu d'ailleurs par les surveillantes des pavillons de contagieux à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le phénomène de l'extinction de Schultz et Charlton. — Ces auteurs ont remarqué, en 1918, que le sérum de scarlatineux convalescents (depuis plus de trois semaines) et le sérum humain normal (même d'un sujet n'ayant eu aucune scarlatine antérieure) ont la propriété d'éteindre l'exanthème scarlatin dans la région où est faite l'injection.

Ce sérum n'a aucune action sur les exanthèmes non scarlatins.

D'autre part, de tous les sérums humains, le sérum du scarlatineux, dans les vingt premiers jours qui suivent le début de la maladie, est seul incapable de provoquer le phénomène de l'extinction chez un scarlatineux en pleine éruption,

Ces faits, avancés par Schultz et Charlton, ont été confirmés par un grand nombre d'auteurs.

MM. Saloz et Schiff ont signalé (1) une épidémie de scarlatine qui a sévi à Genève en décembre 1921, et a pris d'emblée en caractère anormal.

Entre les mains de ces auteurs, ce procédé a permis de reconnaître la nature scarlatineuse d'angines simples qui, apparues avec l'épidémie, ont disparu en même temps qu'elle.

Technique. — Mouriquand a employé, avec Leorat, la technique suivante (2) :

On pratique aseptiquement une ponction veineuse et on retire 20 cmc. de sang dans deux tubes. L'un est envoyé au laboratoire pour la réaction du Wassermann, l'autre mis dans la glacière jusqu'à séparation du sérum. Celui-ci est décanté à la pipette et mis dans des ampoules stérilisées de 1 cmc. fermées ensuite à la lampe. Ce sérum est conservé à la glacière et prêt à être utilisé. Il peut servir pendant trois mois, mais au bout de ce temps, il perd peu à peu son activité.

Avec une aiguille fine, on injecte 1 cmc. de sérum dans le derme (technique de l'intra-dermo-réaction). On doit voir se former une papule blanche indiquant que l'injection est bien faite.

L'injection sera faite pendant les trois premiers jours de l'éruption à l'endroit où l'exanthème est le plus marqué.

Entre la sixième et la dixième heure après l'injection, on voit l'exanthème pâlir, s'effacer complètement et définitivement dans une zone variant de la dimension d'une pièce de 5 francs à celle de la paume de la main (forme variable :

(1) *Acad. de médecine*, 4 avril 1922.
(2) *Journal de médecine de Lyon*, 5 octobre 1922.

ovalaire, elliptique, à limites nettes ou sinueuses). La desquamation peut manquer dans la zone d'extinction.

Pratiquement, on peut utiliser le phénomène de l'extinction en clinique, suivant deux méthodes : la méthode directe et la méthode indirecte.

La *méthode directe* consiste à injecter le sérum de convalescent ou le sérum de sujet normal dans un exanthème bien visible. Si l'extinction se produit, c'est la scarlatine.

La *méthode indirecte* consiste à injecter le sérum d'un sujet présentant un exanthème de nature inconnue à un autre dont l'exanthème est scarlatineux. Si le premier a la scarlatine, il ne se produit pas d'extinction. Cette dernière méthode ne peut guère être employée que dans les services spéciaux d'hôpital et, d'après Robert Debré et Joannon (1), elle exige qu'on ait à sa disposition une scarlatine certaine avec exanthème bien marqué, ce qui n'est pas toujours possible, même à l'hôpital. De plus la nécessité de faire un Wassermann sur le sérum du suspect fait perdre un certain temps.

Sans que le phénomène de l'extinction soit absolument spécifique, on doit lui reconnaître une très grande valeur dans le diagnostic de la scarlatine. Mouriquand a, en particulier, montré son importance (avec Leorat et Thouvenin) dans le diagnostic — si discuté — de la scarlatine puerpérale.

IV. Sérothérapie. — Au point de vue thérapeutique, une seule acquisition : le sérum de convalescent.

a) *Sérothérapie curative.* Reis et Jungmann emploient la sérothérapie curative. Mais il faut des *doses énormes* ; et encore ne pare-t-on qu'au danger d'intoxication générale, mais non à celui d'otites, de néphrites consécutives et possiblement mortelles. Ce sérum curatif s'emploie efficacement, au début, ou lors du syndrome secondaire.

En Amérique, Weaver en fait l'essai dans 44 cas de scarlatine grave : 60 à 80 centimètres cubes de sang prélevé dans la quatrième ou cinquième semaine de la maladie sont injectés par la voie intramusculaire. Dès la deuxième ou troisième heure après l'injection, la fièvre commence à tomber, la défervescence se complète au bout de trente-six heures ; souvent elle réapparaît ; une nouvelle injection l'éteint le plus souvent définitivement. Sur 44 malades, 2 seulement succombèrent.

La méthode a été appliquée par Debré et Paraf dans une scarlatine maligne hypertoxique chez une fillette qui semblait vouée à une mort fatale. Une première injection (30 centimètres cubes) amena une légère amélioration ; une deuxième, pratiquée quarante-huit heures après, produisit une détente ; puis, l'infection évolua normalement et l'enfant guérit, mais sans éviter de nombreuses complications infectieuses (1).

Daniel (2) en raison des difficultés pratiques que rencontre l'application de cette méthode, dans les petites villes et les campagnes, eu égard au prélèvement et à la distribution du sérum, a pensé qu'on pourrait obtenir des résultats équivalents avec le sang total de convalescent.

De cette façon, le sang prélevé sur un tel sujet et préalablement éprouvé au point de vue de la syphilis, de la tuberculose et du paludisme, peut être injecté après sa récolte.

L'auteur a utilisé la méthode dans 33 cas graves ; il a enregistré 5 décès, dont 2 de scarlatine maligne foudroyante , 2 dans 5 cas de scarlatine hypertoxique, 1 dans 10 cas de scarlatine hyperthermique grave, 0 dans les autres.

Il a observé la chute brusque de la température, la diminution de la fréquence du pouls, et la disparition des phénomènes toxiques.

La quantité de sang injecté et le nombre des injections ont varié suivant les âges et la gravité du mal : 10 centimètres cubes chez les enfants de un à deux ans, 20 à 40 centimètres cubes chez les grands enfants et les adultes ; les injections doivent être pratiquées journellement jusqu'à la défervescence ; dans les formes moyennes, deux injections de 10 ou 15 centimètres cubes suffisent généralement. Les injections se font habituellement par la voie musculaire.

b) *Sérothérapie préventive.*

En 1916, le professeur Di Cristana (3) publiait les résultats obtenus par l'emploi d'un sérovaccin destiné à combattre prophylactiquement la scarlatine. Il avait constaté dans les squames épidermiques des enfants atteints de scarlatine, l'existence d'une substance présentant des réactions spécifiques à l'égard du sérum des sujets malades, convalescents ou guéris. Cette substance, d'après l'auteur, injectée sous la peau d'un organisme sain, lui confère l'immunité et les enfants ainsi traités peuvent, impunément, être exposés à la contagion scarlatine, même s'ils partagent le lit d'un autre enfant atteint.

Degkwitz, qui s'était attaché à Munich à l'étude de la prophylaxie de la rougeole, d'après la méthode de Ch. Nicolle et Conseil, a tenté de l'appliquer à la prévention de la scarlatine. Les premiers essais semblent favorables (4).

(1) Voir *Année Médicale Pratique*, 2e année, 1923, p. 341.

(1) *Paris médical*, 4 novembre 1922.
(2) *Presse Médicale*, 31 mars 1923.
(3) G. di Cristina et R. Pastore (de Palerme). *La Pediatria*, t. XXVII, f. 1, 1919, janvier, p. 1).
(4) *Münchener Medizinische Wochenschrift*, *loco cit.*

C'est surtout au point de vue prophylactique que Degkwitz croit à l'utilité du sérum de convalescent et qu'il l'emploie. Son expérience compte maintenant 500 cas. Elle l'a conduit à penser : 1° que le sérum de convalescent ne peut agir à titre préventif que chez des enfants non encore infectés, ou contagionnés depuis quelques heures seulement ; 2° qu'à cette condition, une dose de 5 à 10 centimètres cubes, suivant l'âge, suffit à préserver efficacement un enfant de la scarlatine.

Mais c'est une immunité purement passive, durant entre trois et six semaines. Aussi ne peut-on pas appliquer ce procédé systématiquement à tous les enfants. Degkwitz conseille d'en user à l'intérieur des familles, écoles, dortoirs où s'est déjà déclaré un cas, comme on en use avec les injections préventives de sérum antidiphtérique.

V. Isolement des scarlatineux. — G. Serre et Roques (1) estiment que l'isolement de quarante jours imposé aux scarlatineux depuis plus de cent ans est véritablement légitime. La scarlatine paraît, en effet, contagieuse, plus, par les mucosités bucco-pharyngées que par les squames. Le virus de la scarlatine disparaît très vite si le nez et la gorge sont guéris rapidement; mais persiste au contraire très longtemps, si l'inflammation nasale ou pharyngée ne guérit pas. C'est ainsi qu'on a pu observer des cas de contagion après trois mois à dater de l'éruption. En présence de ces cas de contagion tardive, les auteurs concluent qu'il est prudent de conserver la quarantaine consacrée par l'usage, et de traiter très soigneusement les inflammations nasales ou pharyngées même après le délai légal, la contagion étant encore possible.

(1) *Toulouse médical*, 1er janvier 1923.

CAUSERIES CHIRURGICALES

Les greffes testiculaires du singe à l'homme et de l'homme à l'homme

Une conférence du chirurgien américain Max Thoreck à la Société des Chirurgiens de Paris.

Par Dartigues.

La question des greffes testiculaires est à l'ordre du jour depuis la communication que j'ai eu l'honneur de faire le 11 octobre devant le Congrès de chirurgie où la méthode d'*homœogreffe* (1) du singe à l'homme, du chimpanzé surtout, à l'homme, suivant la méthode de Voronoff, a été exposée par moi, me plaçant exclusivement au point de vue technique opératoire.

Le Dr Max Thoreck, chirurgien chef de l'American hospital de Chicago, réputé pour ses patientes recherches et ses beaux travaux sur la greffe testiculaire, revenant de Rome où il avait été convié à faire une conférence, a été invité par la *Société des chirurgiens de Paris* à faire une conférence sur ce même sujet

Le Dr Thoreck est un véritable et sincère francophile qui s'est fait un plaisir d'offrir la plus large hospitalité aux chirurgiens français qui ont été lui rendre visite à Chicago.

La *Société des chirurgiens de Paris* a fait preuve de la plus heureuse initiative en accueillant, pour l'instruction de tous, le savant chirurgien américain. Elle a aussi montré une réciproque politesse en écoutant avec le plus grand intérêt notre collègue étranger, ami de la France.

La séance était présidée par le Dr Thévenard ; de très nombreux chirurgiens y assistaient, ainsi que le Pr Retterer, du Collège de France, et le Dr Voronoff, directeur du laboratoire de chirurgie expérimentale du Collège de France.

M. Max Thoreck a fait sa conférence en anglais, que j'ai eu l'honneur de traduire et de résumer en français pour nos collègues. Le chirurgien américain a rendu hommage à France « qui est aussi forte par sa science et ses savants qu'elle l'a été par ses armes et ses soldats ». Il a fait d'intéressantes projections et montré de curieuses pièces anatomiques. Le Pr Retterer a bien voulu expliquer les préparations microscopiques aux assistants.

Dans le but d'élucider le problème qui consiste à savoir si ce sont les cellules spermatogènes qui détiennent l'hormone testiculaire, ou les cellules interstitielles, cellules de Leydig, le Dr Thoreck a procédé aux expériences suivantes :

1° Il a d'abord castré 6 singes ; puis il a soumis les testicules de 3 singes (donneurs de greffe) aux rayons X qui ont pour effet de détruire les cellules séminales et de respecter les cellules interstitielles.

Lorsque les 6 singes sont devenus impuissants, il leur a greffé les testicules qui ont subi l'effet des rayons X (sur 5), le 6e a été greffé avec le testicule humain cryptorchide qui ne possède pas non plus de cellules séminales.

4 sur 6 des singes ont retrouvé la puissance virile, ce qui démontrerait que l'hormone testiculaire est détenue par les cellules interstitielles.

2° Il a eu l'occasion d'observer un nègre ayant tous les caractères secondaires du mâle, mais stérile.

L'examen d'une parcelle de son testicule a

(1) Qui doit être distingué de l'homogreffe.

démontré l'absence des cellules spermatiques et la présence de cellules interstitielles.

Donc, ce sont ces dernières qui déterminaient chez cet homme la sécrétion testiculaire interne.

3° Il a observé sur un homme de 72 ans, dont un testicule cryptorchide était détruit et l'autre ne possédait que des cellules interstitielles et cet homme avait des manifestations viriles. Démonstration dans le mêmem sens.

4° Il a observé par contre un homme ayant des testicules infantiles et ayant tous les caractères eunuchoïdes. Ces testicules conservaient pourtant des cellules spermatiques. Donc l'absence des cellules interstitielles dans ce cas privait l'homme de l'hormone testiculaire. D'où son aspect eunuchoïde.

Le Dr Thoreck a présenté plusieurs pièces anatomiques et coupes microscopiques qui démontrent que les testicules des singes transplantés à l'homme survivent, observation allant jusqu'à 13 mois.

Le Dr Thoreck a ensuite abordé les diverses techniques des greffes testiculaires. Il a d'abord appliqué la méthode préconisée par le Dr Voronoff, greffe du singe à l'homme, dans ou sur les tuniques vaginales par des languettes minces, largement espacées. Il a obtenu ainsi des résultats remarquables. Trouvant pourtant que ce procédé demandait un certain entraînement pour être correctement exécuté, il a cherché un procédé plus simple. Il se rendit compte alors que la technique employée par Lydston qui greffait les testicules humains dans les bourses en se servant de testicules entiers ne devait pas être suivie, car elle aboutissait à la nécrose de l'organe greffé.

La technique Enderlen qui greffait les testicules humains sous la peau n'était pas également à retenir, le testicule se résorbait rapidement.

La technique Lichtenstern, qui a préconisé la greffe des testicules humains sous les muscles abdominaux n'était pas meilleure, car la compression produite par ces muscles nuisait à leur vitalité et les testicules greffés se résorbaient au bout de quelques mois.

Alors le Dr Thoreck a cherché la réussite de la greffe, aussi bien de testicules de singes que ceux de l'homme, au-dessous des muscles abdominaux, *directement sur le péritoine.* Il a obtenu ainsi de bons résultats et il a vu par les coupes histologiques faites 13 mois après la greffe que les testicules des singes greffés ainsi conservaient leur vitalité et que les cellules interstitielles restaient vivantes.

Poursuivant ses recherches pour trouver un endroit où les greffons testiculaires auraient *encore moins à subir la compression* et où ils pourraient recevoir rapidement une riche vascularisation, il a dernièrement, depuis 4 *mois*, fait *la greffe des testicules entiers dans la zone cellulaire environnant les reins*, en se servant d'une *incision rétro-rénale.* Il espère que l'avenir donnera raison à ce procédé, qu'il *considère comme plus simple que le procédé de Voronoff*, et plus accessible aux chirurgiens et pouvant peut-être donner d'aussi bons résultats.

M. Max Thoreck a eu un grand succès auprès de ses collègues français. Comme on le voit, cette question passionnante fait son chemin puisque des chirurgiens éminents viennent du Nouveau Monde apporter aussi le résultat de leurs recherches qui viennent corroborer celles dont, en France, Voronoff a été l'initiateur.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les ulcères gastriques infectés.

Les ulcères gastriques sont des plaies susceptibles de s'infecter d'autant mieux qu'elles se trouvent au contact du chyme alimentaire éminemment septique. Cette infection va rarement jusqu'à la constitution de la gastrite phlegmoneuse ; elle se limite à une infiltration ligneuse de la paroi.

Moins les ulcères sont acides et plus l'infection a de chance de les compliquer. Celle-ci affecte donc de préférence les ulcères hypo-chlorhydriques, les ulcéro-cancers, et les cancers eux-mêmes.

Cliniquement, on les soupçonnera toutes les fois qu'apparaissent de violentes douleurs gastriques avec irradiations dorsales, des vomissements inaccoutumés, une accentuation marquée des brûlures et du pyrosis, une défense musculaire épigastrique anormale, même une légère élévation thermique.

Souvent, c'est une hématémèse qui résout cette crise, au cours de laquelle il serait aussi imprudent de tenter une intervention chirurgicale que dans une appendicite à chaud.

Tel est le résumé de l'exposé de M. Ramond, qui précise ainsi la thérapeutique réclamée par ces ulcères infectés : repos et diète absolus (eau glacée, exclusive, plusieurs jours) ; goutte à goutte rectal ou injections sous-cutanées de sérum glucosé ou lactosé ; vessie de glace permanente au creux épigastrique. Prescrire les alcalins s'ils sont tolérés. Le pansement gastrique

ne doit intervenir qu'après amendement des accidents. Il se réalise ainsi :

Gélose pulvérisée.............	0,50
Gélatine pulvérisée	0,20

Pour un paquet. Laisser bouillir à feu doux 5 minutes, décanter, sucrer, puis ajouter une forte cuillerée à café de carbonate de bismuth, de kaolin lavé ou tout autre pansement à base de poudres inertes. Boire avant refroidissement, le matin au réveil, puis vers 17 heures, et le soir à l'heure du coucher

Reprise très prudente de l'alimentation avec bouillies au bouillon de légumes et farines maltosées. Ensuite, la situation continuant à s'améliorer, retour au régime et au traitement classiques. (*Prog. méd.*, 1er septembre 1923.)

Crises gastriques.

Il s'agit de ces crises qui s'observent chez les tabétiques et qui sont caractérisées par un début brusque des douleurs violentes au creux épigastrique avec irradiations aux aînes, aux flancs, au dos, sensation de déchirement ou de brûlures, vomissements... et qui se présentent comme « des syndromes intermittents et paroxystiques liés à une irritation du sympathique abdominal ». M. Laignel-Lavastine, qui s'exprime ainsi, démontre ensuite comment intervient le plexus solaire pour déterminer l'apparition de ces crises.

De cette pathogénie, il tire des conclusions pratiques pour le traitment de ces crises. D'abord, pas de morphine ; celle-ci modifie et aggrave les crises, en même temps que les malades deviennent morphinomanes.Si le nitrite de soude en injection reste sans effet, l'inhalation de nombreuses gouttes de nitrite d'amyle ont amené une sédation au moins transitoire. Mais le traitement médicamenteux est le plus souvent illusoire dans ses résultats Aussi, a-t-on pensé à intervenir plus activement directement sur les nerfs irrités. Une anesthésie locale portée sur le point d'émergence des nerfs, entre la 6e et la 10e dorsale, supprime la douleur et arrête les vomissements (Kœnig).

Des opérations sanglantes plus complexes ont été imaginées et pratiquées sur l'estomac, sur le plexus solaire, sur le pneumo-gastrique. Les résultats en sont des plus décevants. L'arrachement par torsion des 7e, 8e et 9e nerfs intercostaux a donné, entre les mains de Franke, un succès complet. D'autres auteurs recommandent la gangliectomie, de préférence à la radicotomie. Ce ne sont là, au demeurant, que des opérations palliatives, d'exécution difficile, non exemptes de risques. Il faut souhaiter que se perfectionne le traitement de la cause ellemême, c'est-à-dire du tabès. (*Journ. des prat.*, 1er septembre 1923.)

De l'insuffisance rénale dans les maladies mentales

On connaît bien les réactions psycho-mentales qui s'observent dans les maladies du rein. Mais, par contre, on n'avait jusqu'alors que de vagues données sur l'état du rein dans les psychoses organiques et les vésanies.

M. Targowla et Mlle Badonnel ont orienté leurs recherches vers la solution de ce problème en examinant l'état fonctionnel des reins des malades, au moyen de l'épreuve de la phénolsulfonéphtaléine et du calcul de la constante d'Ambard.

Leur travail est excellement résumé dans les lignes suivantes :

« On doit admettre chez certains déments précoces et chez les paralytiques généraux, d'une part ; dans les états confusionnels et mélancoliques, plus rarement maniaques, d'autre part, l'existence d'une insuffisance secondaire de la dépuration urinaire, que l'on peut aussi observer dans certains syndromes délirants, ainsi que dans l'anxiété constitutionnelle et les obsessions au cours de quelques paroxysmes.

« Déjà identifiée par Klippel dans la paralysie générale, elle peut y être rattachée aux lésions vaso-paralytiques du rein. Dans les autres psychopathies, où elle s'associe en général à des signes d'insuffisance hépatique, elle se montre intimement liée aux variations de l'état clinique ; de plus, non influencée de façon sensible par les diurétiques et les cardiotoniques au début et à la période d'état, elle s'amende, au contraire, sous l'action d'un traitement étiologique ou spontanément, lorsque l'évolution de la psychose se fait vers la guérison. Elle persiste souvent d'ailleurs plus ou moins accentuée, lorsque cette dernière n'est pas complète ; peut-être même intervient-elle réciproquement, dans certains cas, comme facteur de chronicité en empêchant l'élimination critique de toxines et en favorisant de la sorte leur fixation. Par ces divers caractères, elle doit être distinguée des faits nombreux dans lesquels il y a simple coexistence morbide et de ceux, plus rares, où une néphrite paraît être la cause première des troubles psychiques. Ce syndrome d'insuffisance fonctionnelle du rein, bien qu'il manque parfois, appartient donc au cortège symptomatique de quelques affections démentielles et de certaines psychoses, notamment des états confusionnels, maniaques et mélancoliques ». (*Presse méd.*, 12 septembre 1923.)

Le traitement arsenical de l'eczéma.

Quelle est exactement la cause de l'eczéma ? *Grammatici certant* ! Si, en certains cas, elle est parfaitement définie (eczéma des blanchisseuses, des épiciers) ; si ailleurs, on peut incriminer une substance nocive absorbée par l'intestin, il en

est d'autres, les plus nombreux, où on s'en tenait, jusqu'à ces derniers temps, à l'explication très vague et incertaine de l'étiologie arthritique.

Actuellement, on tend à faire jouer, dans l'étiologie de l'eczéma, un rôle important à l'hérédo-syphilis, en ce qu'elle frappe les glandes endocrines et qu'elle modifie ainsi le milieu humoral intérieur et l'équilibre organique normal. D'autre part, la preuve de cette étiologie est faite par les bons résultats qu'on obtient par le traitement spécifique, appliqué à cette dermatose, et doucement conduit.

En dehors de l'hérédo-syphilis, la doctrine de l'heure fait jouer un rôle à la sensibilisation du malade, dans le sens de l'anaphylaxie, et on tend à combattre la maladie par un processus de désensibilisation. Celui-ci n'est pas toujours facile à mener, surtout quand on ignore l'agent sensibilisant.

Or, d'après M. Lacapère, la désensibilisation peut être obtenue par la production du choc colloïdoclasique, et d'autre part, le choc colloïdoclasique peut être déclenché par l'injection intra-veineuse de colloïdes.

Plus les grains colloïdaux sont petits, et moins violent est le choc dans ses manifestations cliniques. Aussi l'auteur s'adresse-t-il à une préparation arsenicale dans laquelle les grains colloïdaux sont très petits, l'ionoïde d'arsenic, préparé par M. Frouard.

Ce médicament est employé en injections intra-veineuses, intra-musculaires, ou en ingestion *per os*. On fait par exemple des séries de 5 à 6 injections intra-veineuses ou intra-musculaires, d'ampoules de 3 cmc., contenant un milligr. d'arsenic.

On aide l'activité du produit et on la renforce en faisant concurremment une cure de diurèse avec de l'eau d'Evian ou de Vittel, et en supprimant de l'alimentation, surtout l'été, les crustacés et le poisson.

La méthode se résume ainsi :

« Diurèse à l'aide de prises d'eau d'Evian ou de Vittel à jeun ; à la rigueur, un peu de théobromine aux repas.

Applications locales de pommades au goudron.

Administration à l'intérieur d'ionoïde d'arsenic.

Les résultats seraient particulièrement encourageants. (*Journ. des prat.*, 8 septembre 1923).

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Empoisonnements par graines de Médicinier

(MM. Loir et Legangneux, du Havre. — *Académie de médecine* ; 9-10-1923.)

MM. Loir et Legangneux ont observé, au mois d'août dernier, au Havre, une petite épidémie d'empoisonnements survenus dans des conditions spéciales. Les malades, assez nombreux, présentèrent des troubles d'acuité variable, ayant consisté en diarrhée profuse, sensation de brûlure à la bouche, douleurs, vomissements, vertiges, parfois délire et perte de connaissance. Il n'y eut aucun cas mortel.

Recherchant l'origine de ces troubles, les auteurs établirent que tous ces malades avaient mangé des graines, trouvées sur les quais, qu'ils supposaient être des cacaouètes. Les graines en question, apportées par des bateaux et tombées des sacs au débarquement, n'étaient autres que des graines de médicinier (*Iatropha curcas*).

Le médicinier croît dans l'Amérique du Sud, l'Inde et la côte occidentale d'Afrique. Ses semences ressemblent à celles du ricin. Elles renferment 34 pour 100 d'extrait huileux, connu sous le nom d' « huile infernale », dont X à XII gouttes produisent le même résultat purgatif que 30 gr. d'huile de ricin. L'ingestion de 10 à 15 semences détermine des phénomènes d'intoxication, de l'ordre de ceux relevés chez les malades du Havre, qui tiennent non seulement à la base huileuse, mais encore à des résines.

L'huile de médicinier est très peu employée en médecine, sauf cependant en Amérique. Elle sert à la fabrication des savons durs ou pour l'éclairage. Les Chinois en font un excellent vernis.

Sur l'oblitération de l'orifice abdominal des trompes.

(MM. Forgue et Grynfeltt. — *Académie de médecine* ; 9-10-1923.)

MM. Forgue et Grynfeltt font une communication sur le mécanisme de l'oblitération de l'orifice abdominal des trompes dans les salpingites.

Cette occlusion est un fait anatomique et clinique essentiel dans l'histoire de la maladie : à partir de ce moment, le salpinx est constitué, la cavité close est faite. On a émis au sujet dudit processus oblitérant diverses hypothèses : le reploiement en dedans des franges qui se souderaient par leur face externe, séreuse, l'invagination du bout frangé dans le segment terminal de la trompe, etc. Une étude anatomo-histologique a conduit les auteurs à admettre deux modes d'occlusion tubaire qui, d'ailleurs, peuvent se combiner sur la même pièce. L'un est le résultat d'un phénomène inflammatoire qui intéresse plus spécialement les plis de la muqueuse au niveau de l'ostium et des franges du pavillon : ce sont des altérations de salpingite interstitielle, avec destruction nécrotique de l'épithélium, suivie de rétraction inodulaire. L'autre mode est caractérisé par une

péritonite péri-infundibulaire, dont les exsudats coiffent le pavillon d'une poche organisée.

En clinique, l'occlusion tubaire marque une phase capitale de l'évolution de la salpingite. Alors la rétention et la distension de la trompe s'établissent, génératrices des grosses lésions à opérer. Alors aussi la femme est stérilisée.

Le mouvement de la population en Afrique équatoriale

(M. Augagneur. — *Académie de médecine* ; 9-10-1923.)

M. Léon Bernard présente un travail de M. Augagneur concernant le mouvement de la population en Afrique équatoriale française. S'appuyant sur des études autorisées, M. Augagneur montre l'inexactitude d'une opinion courante d'après laquelle notre colonie équatoriale se dépeuplerait de façon progressive et serait décimée surtout par la maladie du sommeil.

La Faculté de médecine de Nancy de 1872 à 1914

(M. Gross. — *Académie de médecine* ; 9-10-1923.)

M. Chauffard offre à l'Académie, au nom du professeur Gross, une monographie intitulée : la Faculté de médecine de Nancy, de 1872 à 1914. Après la guerre de 1870, l'école de Nancy devint l'héritière de l'école de Strasbourg. M. Gross montre qu'elle en perpétua les nobles traditions, et il trace l'histoire, entre deux guerres, de la Faculté dont il fut le doyen (1898 à 1913) pendant quinze années.

Séméiologie de la ligne blanche cutanée

(MM. Sézary et Dessaint. — *Société médicale des hôpitaux* ; 12-10-1923.)

Le phénomène de la ligne blanche cutanée constitue, pour M. Sergent, un indice d'insuffisance surrénale, non toujours, mais dans un nombre important de cas. M. Sézary, on le sait, s'est élevé contre cette conception et dans divers travaux déjà, il s'est efforcé de combattre l'opinion de M. Sergent.

La ligne blanche, dit-il, qui se produit plusieurs secondes après un attouchement léger des téguments est, comme Marey l'avait vu déjà, un phénomène physiologique. On l'obtient constamment chez l'homme normal couché, à condition qu'on la recherche avec une technique correcte, dans des régions d'élection (paroi abdominale, cuisses), par une température qui ne soit pas froide. Elle n'a pas toujours la même intensité et est plus ou moins accentuée.

MM. Sézary et Dessaint ont étudié les rapports de la ligne blanche avec le tonus sympathique et le tonus circulatoire. Leurs expériences ont porté sur 101 malades de l'hôpital de la Charité, atteints d'affections diverses. Appréciant l'état du sympathique par l'épreuve du réflexe oculo-cardiaque, ils ont vu que les variations de la ligne blanche cutanée n'avaient aucun rapport régulier avec l'état de ce réflexe. Si l'on admet que le réflexe oculo-cardiaque traduit réellement le tonus de l'appareil sympathique il s'ensuivrait donc que l'intensité de la ligne blanche n'a pas de relation avec ce tonus.

Il n'en serait pas de même, par contre, pour ce qui concerne le tonus vasculaire. Ainsi, chez les asystoliques, la ligne blanche fait défaut. Sans prétendre arriver à une conclusion, les auteurs estiment utile d'avoir attiré l'attention sur l'importance que peut avoir en clinique l'étude des modalités de la ligne blanche cutanée.

Un cas de scaphoïdite chronique.

(MM. P. Mathieu et Perrin. — *Société de chirurgie* ; 11-7-1923.)

M. Mathieu montre les radiographies d'une enfant de cinq ans atteinte de la lésion que M. Mouchet a dénommée scaphoïdite chronique.

— M. Mouchet insiste à nouveau, à cette occasion, sur la nécessité qu'il y a à désigner la maladie de Köhler sous le nom, qu'il a proposé, de scaphoïdite chronique. Köhler (de Wiesbaden) en effet, outre les scaphoïdites, dont il a donné la description en 1908, a signalé une altération également curieuse de la deuxième articulation métatarso-phalangienne. Il y aurait, dans ces conditions, une seconde maladie de Köhler, et il deviendrait difficile de s'y reconnaître.

Essais de vaccinothérapie dans la coqueluche.

(M. Emile Savini. — *Société roumaine de biologie* ; 12-7-1923.)

M. Savini est parti du point de vue suivant : le virus spécifique de la coqueluche existe, avec un maximum d'abondance et de virulence, dans l'expectoration, avant l'apparition des quintes et pendant les deux premières semaines de celles-ci. En prélevant cette expectoration, on obtiendra un produit contenant le germe de la maladie et l'on pourra le transformer en un vaccin global.

L'auteur procède ainsi à la « récolte » de l'expectoration. Après avoir fait gargariser le malade à l'eau bouillie, il recueille les matières rejetées à la fin d'une quinte (que l'on peut d'ailleurs provoquer par compression du larynx). Il choisit les mucosités visqueuses blanc jaunâtres, les lave à trois reprises dans de l'eau distillée. Elles sont versées ensuite dans un ballon où l'on ajoute du chloroforme dans la proportion de 1 cc. pour 5 cc. de crachats. Le tout est agité quelques minutes, additionné d'eau distillée, agité encore jusqu'à obtention d'une émulsion laiteuse, qui est le vaccin de l'auteur. Il est employé en injections, à la dose de 0,2 à 2 cent. cubes.

M. Savini a traité par cette méthode 35 coquelucheux avec des résultats toujours favorables. Le vaccin en question contient, outre le virus spécifique, la flore microbienne d'association. C'est donc un polyvaccin, agissant sur l'ensemble des éléments pathogènes qui interviennent dans la coqueluche. L'administration dudit vaccin aurait pour résultat



de hâter l'immunisation en amplifiant le processus naturel de défense et de prévention qui se produit spontanément au niveau de la muqueuse respiratoire, par résorption de l'exsudat.

Injections salines dans le traitement du syndrome d'hypertension intra-cranienne

(MM. Ballif et Dérévici. — *Société roumaine de biologie* ; 12-7-1923.)

En présence du syndrome des grandes crises d'hypertension intra-cranienne, le médecin ne pouvait guère compter jusqu'à ces dernières années, pour soulager les douleurs atroces du malade et écarter les dangers de la compression des centres nerveux, que sur la ponction lombaire et la craniectomie.

Les recherches expérimentales de deux auteurs américains, Weed et Mac Kibben, ont ouvert la voie à des moyens de traitement beaucoup plus simples. Etudiant, chez le chat, l'influence des injections d'eau distillée et des solutions salines sur la tension *céphalo-rachidienne, ils ont vu que* l'eau distillée augmentait cette tension et les solutions salines concentrées la diminuaient. Foley et Putman ont obtenu les mêmes résultats de l'administration par voie buccale ou rectale des solutions salées.

MM. Ballif et Dérévici ont tenté de contrôler ces expériences chez l'homme. Malheureusement, leurs conclusions (basées sur 12 cas), ne sont pas venues corroborer les résultats expérimentaux des auteurs américains. A la suite d'injections intraveineuses de solutions salines hypertoniques, la pression céphalo-rachidienne leur est apparue tantôt diminuée, tantôt accrue, tantôt non modifiée. Ces injections hypertoniques ont, en outre, déterminé un certain nombre de petits troubles : sensation de soif, hémolyse, maux de tête et courbature.

En somme, de nouveaux essais seraient nécessaires pour affirmer ou infirmer les espérances qu'ont pu faire naître les travaux de Weed et Mc. Kibben.

Essai de vaccinothérapie préventive du typhus, de la scarlatine et de la rougeole

(M. Savini. — *Société roumaine de biologie* ; 12-7- 1923.)

On connaît les procédés de prophylaxie du typhus à l'aide du sérum de convalescents ou du sérum dépourvu de leucocytes provenant de malades (Ch. Nicolle), celle de la scarlatine avec le sérum et le sang total de convalescents ou avec le vaccin streptococcique de Gabritchewsky, celle enfin de la rougeole au moyen du sérum de convalescents.

L'emploi des sérums de convalescents offre une difficulté : la nécessité de préciser la date de la convalescence et d'obtenir le consentement du donneur souvent peu enclin, lorsqu'il est guéri, à se prêter à des prélèvements de sang.

M. Savini préfère s'adresser au sang virulent de malades ou de plusieurs malades (vaccin polyvalent), qu'il recueille à la veine ou par ventouse scarifiée dans un récipient contenant déjà une solution citratée à 5 p. 100. Le mélange est chauffé au bain-marie à 56° pendant 15 minutes et le vaccin est alors prêt à être employé de suite.

P. L.

Les Congrès

Congrès de « l'American electrotharapeutic Association » Atlantic-City, U. S. A.

(18-21 *septembre* 1923.)

La radio-anaphylaxie,

Par le Dr Foveau de Courmelles.

L'idiosyncrasie est la sensibilité spéciale et congénitale à telle ou telle substance alimentaire ou médicamenteuse ; *l'anaphylaxie* est cette sensibilité, cette sensibilisation acquise au lieu de l'accoutumance.

Les travaux des professeurs Ch. Richet, F. Widal et leurs élèves, ont prouvé qu'à côté de la première sensibilisation naturelle, innée, il y avait cette sensibilisation venue le plus souvent sans motifs apparents, c'est l'*anaphylaxie*. J'ai trouvé les mêmes phénomènes dans le domaine des radiations.

Dès 1904, peu après ma première publication (Institut, 11 janvier 1904) sur la radiothérapie des fibromes que j'avais imaginée et qui est aujourd'hui classique, je citai, mai 1904, un cas où se produisirent des réactions intenses de la malade après une première série de 10 séances, sans, ensuite, heureusement, d'autre résultat que la régression de la tumeur suivie d'un long repos ; réactions se produisant après la seconde série, fièvre à 40°, nausées, vomissements, diarrhée, courbature, voire écoulement de pus par le rectum ; le tout s'étant très bien terminé et la tumeur diagnostiquée fibrome par maints confrères éminents ayant totalement disparu.

J'ai pu encore, par la suite, signaler des phénomènes analogues, mais moins intenses, se produisant, non par accumulation de radiations, car de longs repos intercalaires avaient été pris entre la série première et non alors sensibilisatrice, et la seconde déchaînante. En diminuant alors les doses ou en arrêtant le traitement, tout rentrait vite dans l'ordre,

Depuis, en ce moment, ROLLESTON signale des cas très graves, avec morts même en 4 ou 5 jours.

Un constructeur parisien, longtemps indemne de rayons X, mais atteint à la face et opéré, était devenu très sensible aux actions même très lointaines de ces radiations ; tout appareil fonctionnant loin de lui, en ses grands ateliers et à son insu, le faisait souffrir atrocement. Il dut céder son industrie. Cela ressemble singulièrement, comme je l'écris depuis 1920, à ces pharmaciens maniant l'ipéca, l'émétine, pendant 20 ou 30 ans, et puis brusquement, devenant tellement sensibles, sous forme de violentes attaques d'asthme, qu'on n'en peut toucher même loin d'eux et à leur insu. F. WIDAL a signalé la crise hémoclasique dans ces cas, et d'autres (homme à crise d'asthme quand il respirait l'odeur de mouton, de cheval...), et vaccinés par cuti-réaction avec la substance déchaînante à petite dose.

En 1920, le lisais également dans la littérature radiologique anglaise, et les publiai, de nombreux cas de morts par rayons X ou par sels radifères, après des vacances prises par des radiologues sains en apparence auparavant, et brusquement, à leur retour, pris d'altérations sanguines considérables et mortelles. Ce n'étaient plus là les accidents classiques habituels, la radiothérapie connue, les lésions cutanées et mortelles aussi, mais à la longue, par progressions relativement lentes, et amputations successives, tels les cas bien connus, de BERGONIÉ, de VAILLANT, et ceux tout récents des Dr A. SORET et RICHARD, du Havre et BERGER, de Clermont-Ferrand.

J'ai relaté aussi les cas de patients *insolés*, exposés aux rayons solaires, puis radiographiés, et ayant des radiodermites (GAUSSEL et VILLA, PECH, VINON, HIRTZ...) ou des paludéens reprenant la fièvre. L'ultra-violet solaire avait doublement sensibilisé à l'ultra-ultra-violet qu'est le rayon X devenu déchaînant, ou à l'action du paludisme toujours latent là où il a passé (CHAUFFARD).

Les radiations sont donc très proches parentes, au moins dans un cadre déterminé et relativement restreint, en de certaines limites de longueurs d'onde à partir de l'ultra-violet en allant vers de moindres longueurs d'onde, si petites que sans doute les rayons en peuvent pénétrer à travers les cellules vivantes, leurs atômes même, ce qui en expliquerait l'action profonde.

Physiologiquement et cliniquement, j'ai signalé cette parenté radiante, je n'ose encore dire l'interchangeabilité, depuis longtemps, en constatant dès le siècle dernier et le publiant, notamment à la *Société médicale des praticiens*, l'action analgésique des lumières X, solaires, voltaïque ; cela me permit, quand on eut publié la constitution lumineuse α, β, γ, des rayons du radium, de songer à l'action analgésique des sels radifères et de les appliquer au cancer (Congrès d'électrologie et de radiologie médicales de Berne, septembre 1902). Ces faits, au point de vue de mes recherches actuelles sur la radio-anaphylaxie, ont leur importance.

La radio-anaphylaxie produit donc aussi ce que le professeur WIDAL a appelé le choc hémoclasique se traduisant, par de simples et petites altérations sanguines allant parfois jusqu'à des troubles très profonds, menaçants, voire mortels. Il y a toute une échelle avec ses intermédiaires. Les troubles radiopathiques sur mes fibromateuses, dès 1904, et ceux publiés depuis par d'autres auteurs, allant, eux, parfois jusqu'au dénouement fatal, le démontrent de même, et plus encore, ces morts de radio et radiumthérapeutes, sous forme de ce que les Anglais appellent, « l'anémie aplastique pernicieuse ». Il y eut dès 1914, le radiologue TIRABOSCHI, de Bergame, la première victime des rayons X qui fut autopsiée et qui révéla des altérations globulaires et glandulaires, très graves évidemment.

Ces troubles sanguins vont en des limites très larges, par la chute de la pression artérielle, l'augmentation de la coagulabilité du sang, la diminution de l'indice réfractométrique, et surtout nos cinq millions de globules rouges par millimètre cube de sang pouvant être réduits à cinq cent mille ; l'hémoglobine diminuée de moitié, les leucocytes aussi. Je renvoie pour plus de précisions à ma brochure *La Radio-anaphylaxie* qui vient de paraître (1). Les doses faibles, excitantes et pouvant même ramener les règles alors que les fortes stérilisent (Prof. RECASENS, de Madrid), ont évidemment des effets différents, tel l'opium, d'ailleurs, en un autre domaine.

En 1921 et 1922, on a produit le choc hémoclasique, expérimentalement, sur les animaux. On a analysé le sang de maints malades traités par les rayons X. On a toujours trouvé des modifications plus ou moins durables des globules sanguins (MM. GIRAUD et Mlle GIRAUD, de Montpellier, COUTARD et LAVEDAN, E. JOLTRAIN et René BERNARD).

MM. Louis BAZY, AUVRAY, LERICHE, ARCELIN, BÉRARD, ont montré l'irradiation précédant l'opération et parfois mortelle ou à accidents très graves, alors que l'opération ne comportait nullement ce résultat (*Société de chirurgie*). Il y a eu chocs superposés, dis-je, l'un préparant, l'autre déchaînant. Et cependant, est plus apparente que réelle la dissemblance entre l'action fondante, résolutive, des radiations et l'action tranchante, débarrassante du bistouri, souvent, à mon sens, préférable à la radiothérapie trop intense, dite profonde qui garde les produits toxiques ; j'ai démontré que, dans tous les cas, les chocs étaient semblables en leurs réactions, qu'il s'agisse de véritables traumatismes, d'émotions violentes, de brûlures électriques ou médicamenteuses, semblant très localisées, du choc radiant ou du choc chirurgical. Examinons les réactions sanguines, ce qui nous permettra d'éviter les superpositions, donc, les accidents. Le patient est *shocké* par les rayons X ou le radium, on retardera l'intervention,

(1) Dr FOVEAU DE COURMELLES. — *La Radio-anaphylaxie*, 50 p. in-8°. A. Maloine et fils, éditeurs. Paris, 1923.

si elle est nécessaire ; il l'est par le bistouri, et, si c'est un cancéreux à irradier pour empêcher ou retarder la récidive, on attendra. Les examens fixeront la durée d'attente.

Sur l'animal, un organe lié et irradié ne présente pas de trouble colloïdoclasique, mais ceux-ci apparaissent dès le rétablissement de la circulation (M. et Mlle GIRAUD, M. PARÈS). La floculation locale, ainsi produite, se répand. Floculation, résorption, anciennes métastases, sont vraisemblablement la cause des nombreuses morts par radiothérapie prolongée, dite profonde, déjà signalée par maints auteurs français et allemands, à côté des guérisons retentissantes également publiées. Nous connaissions avant 1914 sous le nom de méthode des grandes ou des fortes intensités, des doses qui allaient déjà en augmentant et qui parfois avaient déjà produit des méfaits.

La floculation, c'est la mort (A. LUMIÈRE l'a montré souvent en ses beaux travaux), c'est la substance quasi solide qui, circulant, arrivera à obturer un vaisseau vital. Il faut donc l'éviter ou la limiter, et la prudence est à recommander en des radiations *dont on ne sait même pas encore la dose pour des cancers cutanés*, disait F. HERMAN-JOHNSON au Congrès de physiothérapie de Londres de juin 1922. On applique trop souvent, à doses massives, voire mortelles, ces agents physiques encore si peu connus.

L'interchangeabilité des radiations, l'anti-anaphylaxie déjà obtenue en matières alimentaire et médicamenteuses, peut faire prévoir, espérer la vaccination des radiologues. En radioscopie, la seule des trois opérations radiologiques où la protection est insuffisante ou illusoire, les moyens de défense les plus sûrs consisteraient en l'immunisation de l'opérateur et les données qui précèdent nous semblent rationnelles pour ouvrir la voie des recherches, et probablement l'obtention du résultat ; la préservation totale et complète « des travailleurs des rayons X et du radium », radiologistes, constructeurs et préparateurs de tubes de rayons X et de sels radifères. Si l'on continue les analogies justifiées avec les médicaments, on peut croire que des cutiréactions irradiées faiblement donneraient ce résultat. Mais ces expériences dangereuses n'ont pas encore été faites. Donc, attendons, et soyons plus prudents *que jamais !*

Les Livres

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr Arthur LECLERCQ. — **Les maladies du cœur et de l'aorte.** *Tome IV* de la « **Collection des maladies de la cinquantaine** ». (Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. 1 vol. in-8° carré de 588 pages avec 33 figures dans le texte. Prix : 25 fr.).

A l'artériosclérose (tome III) fait suite la cardiosclérose. Celle-ci est au cœur ce que l'artériosclérose est aux artères ; elle représente l'aboutissement final, à la cinquantaine, de la goutte, l'obésité, le diabète, l'artériosclérose, et, au point de vue clinique, le degré le plus avancé de l'insuffisance hépatique et de l'imperméabilité rénale.

Mais la cardiosclérose n'est pas seulement due à la cinquantaine. Les maladies du cœur aussi, existant depuis longtemps (endocardites, valvulites, myocardites, aortites, athérome cardio-aortique), viennent de tout leur poids peser à la cinquantaine pour provoquer des phénomènes épisodiques aigus ou un début de décompensation cardiaque.

Les dogmes classiques confondent encore sous la seule appellation de « myocardites », les aortites, aussi bien la sclérose myo-aortique d'ordre dystrophique, les aortites vraies, simples lésions réactionnelles, et l'athérome myo-aortique, où les lésions sont également d'ordre dystrophique. De même, en clinique, les auteurs ne voient encore qu'une angine de poitrine par aortite. L'auteur fait les distinctions nécessaires, avec l'intention de lutter contre l'ancienne thérapeutique, fatalement hésitante, puisqu'elle ne tient pas compte des bases pathogéniques.

Comme il a distingué pour les artères l'artériosclérose de l'artérite et de l'athérome, il les distingue aussi pour le cœur, qu'il considère comme la plus grosse artère de l'économie. Par suite, il répartit les maladies du cœur sous trois grands groupes syndromiques, au point de vue étiologique, anatomique et clinique. Ce sont : *la cardiosclérose et la sclérose aortique, les cardioartérites et les aortites, le cardiathérome et l'athérome de l'aorte.*

Le praticien rapportera à chacun de ces groupements la maladie syndromique qu'il étudie, pour la situer exactement, anatomiquement et cliniquement, et en déduire le diagnostic et le traitement.

Exemples : En cas d'une *angine de poitrine*, il se dira que cette maladie peut exister avec la cardiosclérose (angine A de l'auteur), avec l'aorto-coronarite (angine B), avec l'athérome cardioaortique (angine C). Dans le 1er cas, traitement hypotenseur, rénal ; dans le 2e cas, médication spécifique ; dans le 3e cas, traitement hygiénique. En face d'un Adams-Stockes, il importe, si l'on veut apporter des précisions thérapeutiques, de savoir si la bradycardie résulte d'une sclérose, d'une artérite (spécifique) ou de l'athérome des vaisseaux coronariens.

Ce triple problème pathogénique retentit donc jusque dans la thérapeutique, qui n'est en somme qu'une pathogénie appliquée.

Trois longs chapitres sur les angines de poitrine ouvrent des perspectives nouvelles sur le traitement

de cette affection. D'autres ont trait à l'action double cardiaque et rénale, de la digitale et du strophantus, aux indications différenciées de la théobromine, de la digitale, à l'action synergique de ces substances.

Le lecteur trouvera dans la nouvelle édition, complètement refondue, de cet ouvrage, non seulement le livre qui instruit, mais encore l'étude d'une série d'événements dignes de captiver son attention depuis la vie normale du cœur jusqu'au stade défaillant.

J.-B. BAILLIÈRE, ET FILS, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* paraissent sans aucune interruption depuis 1829 ; mais les progrès de la science ont nécessité, depuis le 1er janvier 1923, un dédoublement de cette publication. Ce sont :

1° Les *Annales d'hygiène publique, industrielle et sociale*, publiées sous la direction de M. le professeur Bordas. (Publication mensuelle. Abonnement : 32 fr. pour la France).

Le premier numéro de cette série contient les articles suivants : *Pour l'hygiène sociale* par E. MONTET. *Le praticien de la santé publique par les services techniques d'hygiène*, par le Dr Julien SALMON. *Le cancer et les maisons* par BESSON. *L'enseignement de l'hygiène dans les écoles d'infirmières*, par le Dr Henri LABBÉ. *Une laiterie hygiénique moderne* par G. COLLUMBIEN. Revue analytique.

2° *Les Annales de médecine légale, de criminologie et de police scientifique, publiées sous la direction des professeurs* BALTHAZARD et Etienne MARTIN. (Tous les mois, sauf août et septembre : 28 francs l'abonnement pour la France).

Librairie Félix ALCAN.

Dr J. ROGUES DE FURSAC. **Manuel de psychiatrie** (6e édition revue et augmentée en 1923, un fort volume in-16 de 930 pages avec quatre planches hors texte. Prix : 30 fr.).

De nombreux et amples développements ont été donnés à cette édition par l'auteur, ancien chef de clinique, médecin en chef des asiles de la Seine, expert près les tribunaux.

Parmi les questions nouvelles, qui s'y trouvent étudiées, on peut citer : les psychoses infectieuses, en particulier les troubles mentaux liés à l'encéphalite épidémique, les psychopathies syphilitiques, le traitement de la paralysie générale, celui de l'épilepsie, les états psychopathiques constitutionnels (hyperémotivité, psychasthénie, obsessions, phobies, impulsions, etc.). La médecine légale occupe toute la troisième partie de l'ouvrage.

A côté des directives indispensables pour une saine pratique de la psychiâtrie médico-légale (médecine légale criminelle, expertises civiles, accidents du travail, psychiatrie médico-légale infantile, etc.), on y trouvera exposés les éléments essentiels de la criminologie morbide.

Le texte est émaillé de nombreux exemples, qui animent, éclairent, et précisent d'une façon heureuse l'enseignement didactique.

Ce livre se termine par un index alphabétique très détaillé, qui permet d'obtenir facilement et rapidement les renseignements sur une question donnée.

Paul DELMAS.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

LE THORIUM X EN THÉRAPEUTIQUE

Une des nouveautés les plus sensationnelles dans l'art de guérir est certainement l'utilisation du THORIUM X en thérapeutique. Ce produit, on le sait, est le résultat de la lente désintégration du Radiothorium, lui-même produit de désintégration du Mésothorium.

Découvert en 1902 par RUTHERFORD et SODDY, le Thorium X n'a été préparé industriellement que bien plus tard. Avant la guerre les Allemands étaient seuls à l'étudier et ils publièrent sur lui certains travaux. Depuis, l'Ecole française s'y intéressa activement, tant au point de vue préparation qu'au point de vue thérapeutique, si bien qu'après une longue et sérieuse mise au point, elle est parvenue à obtenir le Thorium X à l'état de pureté absolue, permettant ainsi à nos thérapeutes les plus éminents de poursuivre, dans leurs services hospitaliers, une expérimentation qui a déjà donné des résultats impressionnants.

La difficulté rencontrée dans cette préparation provient, en effet, de l'absolue nécessité où l'on se trouve, quand il s'agit d'applications thérapeutiques, de préparer le Thorium X à l'état de pureté parfaite et de le séparer entièrement de ses ascendants.

On est cependant arrivé à réaliser sous une forme industrielle et commerciale cette opération qui, jusqu'à présent, paraissait demeurer du seul domaine du laboratoire et, sous le nom de Thorix, on trouve dans le commerce des préparations à base de Thorium X.

Le Thorium X a l'avantage de ne pas présenter de danger d'accumulation dans l'organisme, car sa décroissance est très rapide. Il perd la moitié de son activité en 3 jours 64, et, au bout de 15 à 20 jours, il est pratiquement détruit, lui et ses descendants. C'est ce qui permet d'injecter sans inconvénient des activités de l'ordre de grandeur de plusieurs centaines de microgram-



mes par injection, alors qu'avec d'autres corps radioactifs, tel le mésothorium, qui a une vie bien plus longue, on ne peut injecter que quelques microgrammes.

Mais le Thorium X a le défaut de ses qualités : cette décroissance si rapide oblige les préparateurs à procéder, le mardi de chaque semaine, à une nouvelle extraction pour les quantités qui doivent être utilisées dans la même semaine.

Les nombreux essais poursuivis dans les divers services hospitaliers de Paris et de province, ainsi que par de nombreux praticiens éminents, ont permis d'enregistrer des résultats remarquables et d'escompter les plus grands espoirs de développement pour l'utilisation du Thorium X.

Parmi les principaux expérimentateurs qui ont contribué à la mise au point de cette nouvelle thérapeutique, on peut citer : MM. ACHARD ; DAVID DE PRADE, GUILBERT, HARVIER, MAUTÉ à l'hôpital Beaujon ; ROUBINOVITCH à Bicêtre ; MATHIEU-PIERRE WEIL à l'hôpital Boucicaut ; Marcel LABBÉ à la Charité et à la Pitié ; LERI et LAUBRY à l'hôpital Cochin, ; ROGER, CHIRAY, MONIER-VINARD à l'Hôtel-Dieu ; CLAISSE et PIGNOT à Laënnec ; SICARD à Necker ; MARCHAND à la Maison Nationale de Santé de St-Maurice ; CHAUFFARD à St-Antoine ; AUBERTIN, CIVATTE, DARRIER, GASTOU, TANSARD à St-Louis ; DADAY et BESSIÈRE à l'Asile de Navarre, d'Evreux ; PIERY, TESSIER à Lyon ; RIMBAUD, VEDEL à Montpellier ; CERVELLI à Rome ; PIETRO BRUNO à Turin.

En thérapeutique interne, le Thorium X est utilisé sous forme d'injections hypodermiques ou d'ingestion. Le premier procédé est le plus pratique, car il permet d'introduire dans l'organisme des activités bien plus grandes. En effet, par ingestion, il ne faut pas dépasser 120 microgrammes tandis qu'en injections sous-cutanées, on arrive très bien à des doses unitaires de 800 microgrammes.

L'absorption est suffisamment rapide par voie sous-cutanée, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à l'injection intra-veineuse.

Pour toutes les affections traitées, les injections se font à une semaine de distance l'une de l'autre. Le volume des ampoules est de 5 centimètres cubes. Pour réduire autant que possible l'inflammation locale qui pourrait se produire, on injecte le contenu de l'ampoule, moitié dans le membre supérieur ou inférieur droit, moitié dans le membre supérieur ou inférieur gauche, Ces injections sont indolores. Les activités employées varient avec le cas pathologique traité et sont progressives dans chaque cas.

Le Thorium X est utilisé avec succès dans les *anémies diverses*, la *neurasthénie*, la *dépression nerveuse*, le *surmenage*, à des doses unitaires, variant de 10 à 75 microgrammes par semaine.

Dans l'*artério-sclérose*, l'*hypertension*, les doses oscillent de 100 à 150 microgrammes.

Le Thorium X est également doué d'une action toute particulière qui, bien qu'inconstante, le place cependant au premier plan parmi les médicaments du rhumatisme chronique (Mathieu-Pierre Weil). C'est ainsi qu'il réussit, en général, là où les médications usuelles ont échoué dans le *rhumatisme rebelle sous toutes ses formes*, la *goutte*, les *névrites*, les *sciatiques* (Léri et Thomas, Claisse, Pignot, Piery et Milhaud) à des doses allant progressivement de 100 à 300 microgrammes. On maintient ensuite cette dernière activité jusqu'à la fin du traitement qui comprend une dizaine de piqûres.

Si, à 300 ou même 250 microgrammes, il se produisait, ce qui est rare, une réaction trop vive (légère température, nausées, dépression, légère pigmentation brune de l'épiderme) la fin du traitement devrait se poursuivre à 250 ou 200 microgrammes, c'est-à-dire à la dose maxima qui ne donne pas de réaction.

On obtient de très bons résultats dans la *leucémie*, les *néoplasmes* et les *tumeurs malignes*, à des doses variant de 400 à 500 microgrammes.

Dans les *psychoses aiguës*, *confusion mentale* et *démence précoce*, on a enregistré de nombreux cas de guérison par le Thorium X après des séries de 5 piqûres, variant de 600 à 750 microgrammes. (Daday, Bessière, Marchand, Jaloustre).

Sur la formule sanguine, le Thorium X se comporte différemment suivant l'activité employée : Les faibles doses sont excitantes, stimulantes et augmentent le nombre des globules rouges. Les fortes doses diminuent les globules rouges, provoquent de la leucopénie et diminuent les oxydases.

Enfin, le Thorium X a été également utilisé avec succès en *dermatologie*, sous la forme de solution alcoolique à des activités variant de 300 à 2.000 microgrammes dans le *psoriasis*, l'*eczéma*, l'*eczéma lichénifié*, les *lichens*, les *prurits*, la *séborrhée*, le *lupus érythémateux*, la *sclérodermie*, les *épithélioma*, *nævi*, *chéloïdes*, *folliculites de la barbe*, et l'*acné chéloïdienne* (Darier, Civatte, Mauté).

Les seules contre-indications concernant le Thorium X sont les suivantes : Il doit être évité chez les tuberculeux, les hyposystoliques, dans les états fébriles, chez les sujets atteints d'une maladie hémorragipare et enfin, il est bon de tenir compte de l'état des reins,.

Ce petit aperçu sur les indications générales du Thorium X montre suffisamment l'importance de cet agent thérapeutique dont le champ d'action s'étend tous les jours et sur lequel nous reviendrons dans des études ultérieures. Le corps médical peut y trouver dès à présent un auxiliaire particulièrement précieux.

E. BÉNECH.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Cours de Perfectionnement

Les acquisitions professionnelles de l'année

exposé fait le 29 octobre 1923

par G. Duchesne

Messieurs,

Il y a un an, je définissais ici même la médecine sociale : l'ensemble de la législation (lois, décrets, arrêtés, instructions, circulaires) qui prévoit et organise un service de soins médicaux au bénéfice de certaines classes sociales d'individus : indigents et nécessiteux, victimes du travail, pensionnés de guerre.

Je m'efforcais de vous préciser l'état de cette législation, au regard de chacune de ces catégories de bénéficiaires, et de vous exposer en même temps les opinions diverses, et parfois opposées, qui se faisaient jour à cet égard dans les milieux médicaux. Des événements regrettables, et sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir, sont survenus depuis cette époque, et ont provoqué parmi nous, aussi bien que dans le public, une légitime émotion. Ces évènements, surgis surtout à propos de l'application de l'article 64 de la loi des pensions militaires, ont redonné une certaine actualité aux critiques qu'une partie du Corps médical adresse à l'organisation du service médical telle qu'elle figure dans cette loi, à l'intervention du fameux tiers payant, à l'institution des Commissions de contrôle. Je n'éprouve aucune répugnance à reconnaître que ces Commissions, dans lesquelles les Syndicats médicaux ont actuellement des représentants, sont, en général, maintenant bien accueillies par les médecins qui ont la faculté, s'ils sont mécontents de la décision de la Commission du premier degré, d'en appeler devant la Commission supérieure. Il n'est pas douteux que la manière dont elles en usent est complètement différente de celle qui était en honneur dans les Commissions purement administratives qui les ont précédées. L'avenir nous dira si cette impression, toute fraiche, persistera, comme nous le souhaitons.

La législation médico-sociale s'est enrichie de deux lois nouvelles : la loi du 15 décembre 1922, étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, et la loi du 2 août 1923, édictant la même extension au profit des gens de maison, domestiques, concierges et serviteurs à gages.

La loi du 15 décembre 1922 s'exprime ainsi, dans ses articles 1 et 2 :

Art. 1er. — La législation concernant les responsabilités des accidents du travail est applicable, sous réserve des dispositions spéciales ci-après, aux ouvriers, aux employés et aux domestiques autres que ceux exclusivement attachés à la personne, occupés dans les exploitations agricoles de quelque nature qu'elles soient, ainsi que dans les exploitations d'élevage, de dressage, d'entraînement, les haras, les entreprises de toute nature, les dépôts ou magasins de vente se rattachant à des syndicats ou exploitations agricoles, lorsque l'exploitation agricole constitue le principal établissement.

Les exploitants qui travaillent d'ordinaire seuls, ou avec l'aide de leur famille, ascendants, descendants, conjoint, frères, sœurs, ou alliés au même degré, ne sont pas assujettis à la présente loi, même s'ils emploient occasionnellement un ou plusieurs collaborateurs, salariés ou non.

Art. 2. — Sont assimilés aux ouvriers agricoles, au point de vue de l'application de la présente loi, ceux qui, n'étant pas petits patrons, sont occupés, par des entrepreneurs ou des particuliers, à l'entretien et la mise en état des jardins.

Quatre décrets, publiés au *Journal officiel* du 30 août 1923, déterminent certaines des modalités d'application de la loi. Ils n'ont rien qui intéresse particulièrement les médecins. Mais leur date en fixe celle de la mise en application elle-même, un an après leur publication, c'est-à-dire le 1er septembre 1924. C'est donc le 1er septembre prochain que les ouvriers agricoles et assimilé bénéficieront de la législation du travail.

Une instruction, parue au *Journal officiel* du 28 septembre 1923, apporte des précisions relatives aux exploitations et aux exploitants assu-

jettis, aux travailleurs bénéficiaires, au fait générateur de la responsabilité, aux réparations, au régime de l'assurance et à la procédure, et aux actions en justice.

Dans cette instruction, nous lisons que rien n'est changé aux dispositions de l'article 4 de la loi de 1898 et suivantes, qui accordent à la victime d'un accident du travail, le droit de choisir son médecin, et qui, dans ce cas, mettent à la charge de l'employeur une part des honoraires médicaux calculée selon un tarif qui sera élaboré ultérieurement, par une Commission ministérielle organisée par arrêté du 21 juillet 1923. Dans cette Commission figurent un certain nombre de médecins dant quelques-uns désignés par l'Union des Syndicats.

Dès maintenant, je puis vous dire que la principale difficulté que rencontre la Commission naît de la tarification des indemnités de déplacement pour les médecins ruraux.

Une campagne est amorcée, à l'instigation des *Mutuelles agricoles*, qui ne tendrait rien moins qu'à supprimer purement et simplement la rémunération du déplacement proprement dit. Le principal argument du porte-parole de ces assurances est entaché d'une telle spéciosité qu'il est vraisemblable qu'aucun compte n'en sera tenu. Je vous le livre tel que je l'ai trouvé dans un rapport de M. Néron, présenté à la Chambre, au moment de la discussion de la loi : « Ne semble-t-il pas que ces frais de déplacement, dit l'honorable député, devraient normalement faire partie des frais généraux inhérents à la profession médicale. Que le médecin tienne compte de ses frais de déplacement pour fixer à l'avance le prix moyen de ses visites, rien de plus juste ; qu'il prenne ses dispositions pour réduire ses frais le plus possible par une préparation minutieuse de ses itinéraires, en groupant ses malades d'après l'urgence et suivant leur domicile, rien n'est plus juste encore. Mais pourquoi, lorsqu'il s'agit d'accidents du travail, faire intervenir cette idée, d'indemnité kilométrique, qui ne peut qu'entraîner les plus grands abus » ?

C'est proprement risible, et cela dénote, de la part de ce parlementaire, une ignorance absolue des conditions dans lesquelles se pratique la médecine dans nos campagnes. Voyez-vous l'accueil qui serait fait à nos confrères ruraux, s'ils s'avisaient de mette en pratique la conception extraordinaire de M. Néron, et réclamaient un prix uniforme et invariable à tous leurs malades, à quelque distance qu'ils habitent de leur résidence ? La seule énonciation de cette tarification par trop simplifiée des honoraires médicaux suffit à la condamner.

J'imagine facilement que les médecins, membres de la Commission ministérielle chargée d'élaborer le tarif de la médecine des accidents agricoles, et parmi lesquels figurent des confrères ruraux (1), sauront défendre équitablement les intérêts des médecins de campagne, tout en prenant les dispositions nécessaires pour éviter, autant que faire se peut, les abus que redoute M. Néron. Si nous supputons les dépenses énormes qu'entraîne l'usage de l'automobile, en frais d'achat, d'entretien, d'essence, d'huile, en impôts, assurances, etc., nous ne pouvons admettre que les déplacements, qui rendent indispensables ces dépenses, ne soient pas équitablement rémunérés.

***

La loi du 2 août 1923 étend le régime de la législation sur les accidents du travail aux gens de maison.

Dans le délai de six mois, à compter de la promulgation de la présente loi, dit son article premier, — par conséquent, à partir du 1er février prochain, — la législation sur les accidents du travail résultant de la loi du 9 avril 1898 et des lois ultérieures qui l'ont complétée et modifiée, notamment les articles 2, 3 et 6 de la loi du 12 avril 1906, ainsi que des dispositions de la loi du 30 décembre 1922, est étendue aux domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, concierges et salariés du même genre, à un titre quelconque, attachés ou non à la personne.

ART. 2. — Le salaire servant de base à la fixation des indemnités s'entend uniquement, à l'exclusion de tous autres profits en argent, de la rémunération et des prestations en nature directement allouées par le maître, en exécution du contrat de lonage de services ».

***

Un arrêté ministériel du 15 janvier 1923 fixe les indemnités de déplacement des médecins pour les soins donnés aux pensionnés de guerre. Ces indemnités sont fixées à 1,24 en pays de plaine, et à 1,27 en montagne et dans les régions dévastées.

Deux circulaires ministérielles des 12 mars 1923 et 15 juin 1923 donnent aux préfets des instructions pour l'organisation de la lutte anti-vénérienne. Elles prévoient et recommandent la création : de Comités de propagande, *avec le concours des médecins*, pour répandre les notions les plus propres à mettre le public en garde contre le péril vénérien, — de dispensaires anti-vénériens pour les malades nécessiteux ou ne disposant que de ressources modiques, desservis par des médecins, autant que possible spécialisés, — de laboratoires de recherches et de diagnostic. Elles demandent que des améliorations soient apportées dans les études médicales, par une plus

(1) Dr Bourdon, d'Etrépagny (Eure) ; Dr Lefèvre, de Vailly-sur-Sauldre (Cher).

large part, faite dans les programmes, à l'enseignement de la vénéréologie, avec stages obligatoires dans les services spéciaux, etc.

Les intentions du Ministre de l'hygiène sont excellentes et des plus louables. Elles témoignent d'un évident souci de protéger la santé publique, en combattant les fléaux sociaux qui lui causent un énorme préjudice. Mais il faut que le Ministre et l'Administration sachent bien qu'ils n'aboutiront à rien de sérieux, dans la lutte anti-tuberculeuse, aussi bien que dans la lutte anti-vénérienne, s'ils n'ont pas la collaboration étroite du Corps médical tout entier. Aussi, ne saurait-on concevoir d'organisation à grand rendement et à longue portée tant qu'on ne s'entendra pas, à cet effet, avec les organisations professionnelles. C'est à tort qu'on accuse le Corps médical de se désintéresser de ces questions. S'il ne montre pas toute l'ardeur qu'on souhaiterait, en haut lieu, — ce qui reste d'ailleurs à démontrer, — c'est sans doute que les méthodes employées, jusqu'ici, conservent un caractère trop administratif, et ne tiennent pas un compte suffisant de la valeur du concours effectif de tous les praticiens. Là où ce concours a été judicieusement mis à contribution, dans la Gironde par exemple, en ce qui concerne la lutte anti-tuberculeuse, — les résultats se montrent excellents et féconds.

Le décret du 15 juin 1923 fixe les conditions dans lesquelles les médecins de Sanatoriums peuvent se constituer des retraites, reversibles partiellement sur la tête de leur veuve et de leurs enfants.

Dans le *Journal officiel* du 13 juin 1923, nous trouvons une réponse du Ministre des Pensions relative aux consultations hospitalières à Paris. Elle est ainsi conçue :

Les consultations des hôpitaux de Paris sont faites pour les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, et non pour les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, c'est-à-dire les pensionnés de guerre.

Cette réponse est à retenir, à une époque où nous nous préoccupons de faire interdire l'admission des malades aisés dans nos hôpitaux, réservés, en principe et par destination, aux seuls nécessiteux. Elle fixe, en effet, un point particulier d'interprétation, concernant une certaine catégorie de malades qui, légalement, ne peuvent être considérés comme des nécessiteux ou des indigents.

Telles sont les principales nouveautés législatives et administratives de l'année.

***

Dans le domaine judiciaire, nous avons pu, d'autre part, enregistrer un certain nombre de décisions de justice qui offrent pour le praticien un intérêt indiscutable.

Nous avons eu connaissance, cette année, de quelques contestations d'honoraires médicaux, soulevées par des Compagnies d'assurances, à propos d'accidents du travail, dans les circonstances suivantes :

Un blessé a repris son travail, en produisant un certificat de guérison de la lésion résultant de son accident. Au bout de quelque temps, cette lésion, présumée guérie, est le siège d'une rechute ou d'une aggravation. L'ouvrier, de très bonne foi, s'adresse de nouveau à son médecin, et celui-ci, de non moins bonne foi, réclame les honoraires de ses nouveaux soins, à l'employeur ou à son assurance. Ceux-ci refusent de les payer. Ils sont dans leur droit, en vertu d'un arrêt de la Cour de Cassation, du 11 juillet 1921, qui décide que « le demi-salaire cesse d'être dû, à partir du jour où la victime, complètement guérie, a repris son travail. C'est à la procédure de révision qu'elle doit désormais avoir recours ».

Or, les soins médicaux ne sont dus qu'autant que le demi-salaire est dû lui-même. Donc, plus de demi-salaire, plus de soins médicaux, sous le bénéfice de la loi.

Pour éviter semblable mésaventure, et sauvegarder les droits de l'ouvrier blessé, le médecin sera particulièrement avisé, en pareil cas, de ne pas certifier la *guérison* de la blessure, mais seulement sa *consolidation*, permettant la reprise du travail, sous toutes réserves de complications ultérieures éloignées, provenant de l'accident primitif, et impossibles à prévoir.

La responsabilité civile du médecin est à tout instant mise en cause par des malades ou leur entourage, mécontents, tantôt du résultat obtenu, tantôt des honoraires réclamés. Plusieurs procès de ce genre sont actuellement pendants devant les tribunaux, ou ont été l'objet, cette année, de solutions judiciaires. Parmi ceux-ci, il en est un qui a vivement émotionné les milieux médicaux, et dont vous avez certainement entendu parler : je veux dire l'affaire du Dr Vallet, de Vernon. Je vous rappelle en quelques mots que notre confrère était poursuivi par la famille d'une jeune veuve qu'il avait opérée pour un fibrome présumé, et qui était en état de grossesse avancée. La grossesse ayant été seulement reconnue au cours de l'intervention, le Dr Vallet procéda à une césarienne, et put extraire un enfant qui vécut quelques mois. Puis, il pratiqua une hystérectomie à la suite de laquelle l'opérée mourut d'hémorragie, les sutures n'ayant pas tenu.

En première instance, le Dr Vallet fut acquitté du chef de faute lourde, et la partie civile déboutée de sa plainte. D'éminents médecins, parmi lesquels je citerai le professeur J.-L. Faure, étaient venus apporter à notre confrère leur té-

moignage désintéressé, et avaient exposé, avec succès, au tribunal, combien le diagnostic de la grossesse est parfois difficile, et à quel point les erreurs sont alors possibles. La partie civile fit appel de ce jugement devant la Cour de Rouen. Là, notre confrère succomba, et fut condamné à 11.500 francs de dommages-intérêts (21 avril 1923).

Ce que nous devons surtout retenir de l'arrêt, c'est le reproche qu'il fait au médecin poursuivi de ne s'être pas entouré de toutes les garanties susceptibles de préciser son diagnostic en le mettant en garde contre une fausse interprétation, et notamment de n'avoir pas eu recours à la radiographie.

... Attendu, disent les magistrats, qu'il est permis de relever le devoir qu'il avait, en l'état actuel de la science radiologique, que tout homme de l'art doit nécessairement connaître, de ne pas négliger de recourir à cet efficace procédé de diagnostic qu'est la radiographie dans les cas douteux, que si le professeur J.-L. Faure a pu dire devant le Tribunal que l'emploi de ce mode d'exploration en semblable conjoncture lui paraissait discutable, il est impossible de méconnaître que c'est là un moyen d'investigation qui se vulgarise de plus en plus, et il ressort de documents produits par la partie civile... que, si la radiographie ne donne pas de résultats tangibles dans les premiers mois de la grossesse, elle permet, grâce aux procédés opératoires en cours depuis nombre d'années déjà, d'obtenir une image fœtale à partir du 5e mois, et à plus forte raison dans les deux derniers mois, où le squelette du fœtus peut être reproduit avec une très grande netteté dans la plupart de ses détails... ».

Si je vous ai cité cet attendu de l'arrêt presque en entier, c'est pour vous montrer la tendance des magistrats à faire état d'acquisitions nouvelles de la science médicale, alors que leur valeur est encore contestée, à certains points de vue. S'il advenait qu'une jurisprudence s'échafaudât sur de telles considérations, vous voyez à quelles conséquences insoupçonnées nous arriverions, et combien l'exercice de la médecine deviendrait infiniment difficile et gros de risques de toute sorte.

Le Dr Vallet s'est opposé à ce que cet arrêt fut porté devant la Cour de Cassation. Bien que des juristes aient déclaré qu'il ne leur paraissait pas susceptible d'être cassé, les magistrats ayant jugé en fait, il est peut être possible, au contraire de penser que la Cour suprême aurait pu admettre que la Cour d'appel avait outrepassé ses droits et, en conséquence, prononcer la cassation de sa décision, renvoyant les parties devant une autre Cour.

Mais, je m'arrête, ne me risquant pas à m'aventurer sur un terrain qui ne m'est pas particulièrement familier. Nous retiendrons cependant, de cette aventure, que les médecins doivent s'entourer d'un luxe inouï de précautions, toutes les fois qu'ils se trouvent en présence d'un cas anormal et compliqué, afin de se prémunir solidement contre toutes les conséquences de leurs interventions.

Ce devoir, je trouve encore une nouvelle raison de vous le recommander, à propos d'une autre affaire de responsabilité civile qui mérite de vous être rapportée.

Dans une commune du midi, un cantonnier relève, un certain après-midi, sur la route, un inconnu gisant inanimé près de sa bicyclette. Les gendarmes prévenus arrivent ; ils constatent que l'inconnu ouvre les yeux, mais qu'il ne répond pas à leurs questions. Aurait-il vomi ? Les uns l'affirment, les autres le nient. Ne sachant s'il s'agit d'un ivrogne ou d'un malade, le maire, informé, fait conduire l'inconnu à l'asile de nuit qui sert de refuge aux chemineaux, et il mande le Dr D. auprès de lui. Notre confrère se rend aussitôt à cet appel ; il aide au transport du malade qui est placé au grenier, où les chemineaux couchent habituellement. Il constate qu'il a le faciès très congestif, mais qu'il reste à peu près sans mouvement et sans parole. Il ne trouve sur les téguments, et, en particulier, sur le cuir chevelu, aucune plaie, aucune contusion, aucune hémorragie du nez ni des oreilles. Il ausculte le cœur et compte le pouls, qui sont normaux, prend la température, qui n'est pas élevée, examine les jambes qui ne présentent pas de traces d'œdème. Il remarque une immobilité plus grande d'une moitié du corps. Sans porter un diagnostic précis, il incline vers celui de congestion cérébrale, estime qu'en raison de l'heure tardive, il n'est pas possible de le conduire à l'hôpital le plus voisin croyant plus prudent d'attendre le jour ; il fait un compte rendu verbal au maire, et revient le lendemain à la première heure pour revoir le malade qu'il trouve dans le même état subcomateux que la veille ; il ordonne son transport à l'hôpital. Entre temps, les parents, à la recherche de leur fils, le ramènent chez eux et font appeler leur médecin habituel.

Je passe sur les évènements consécutifs. Sachez, cependant, que la famille a fait pratiquer une crâniotomie, pour chercher à remédier à un état pathologique qui s'était aggravé (intermittences cardiaques, escarres au talon droit).

De cette opération, ainsi que des examens cliniques et biochimiques (urines, liquide céphalo-rachidien), il semble résulter que le malade est atteint d'hémiplégie spasmodique avec aphasie motrice complète paraissant définitive. Ce syndrome, de diagnostic étiologique délicat, paraît avoir eu pour cause initiale un vertige par insuffisance rénale, ayant entraîné la chute de bicyclette, d'où contusion des circonvolutions ro-

landiques gauches (œdème gélatiniforme du cerveau, amélioré par l'intervention chirurgicale).

L'histoire clinique vous étant ainsi suffisamment connue, savez-vous pourquoi la famille poursuit le Dr D. en responsabilité ? Parce que, dans l'Asile de nuit où le patient avait été transporté à la suite de sa chute, il existait, au premier étage, une chambre dans laquelle notre confrère avait négligé de faire coucher le malade, le laissant très inconfortablement étendu sur la paille d'un grenier.....

Or, le Dr D qui n'était pas le médecin habituel de l'asile de nuit, ignorait l'existence de cette chambre, que personne ne lui avait signalée. Et sa conduite, telle qu'elle résulte de l'historique que je viens de vous faire, a été de tous points irréprochable. Une expertise a été ordonnée par le Tribunal saisi. Les experts ont conclu à l'absolution complète du Dr D. du grief de négligence, et il est à peu près certain que, jugeant au fond, le même tribunal entérinera purement et simplement leurs conclusions.

Vous voyez, Messieurs, à quoi nous sommes exposés. Vous comprenez pourquoi je puis insister auprès de vous pour que, dans la pratique de votre art, vous vous entouriez de toutes les précautions, même les plus futiles en apparence. Ah ! certes, je le répète, la profession médicale devient de plus en plus ardue, et il faut, pour l'exercer, ne rien craindre et s'attendre à tout.

Parmi ces précautions, il en est une que je tiens à vous recommander en passant. Prémunissez-vous contre les conséquences, dommageables pour vos biens et votre réputation. de semblables aventures, en contractant des assurances sérieuses. Et souvenez-vous qu'il en existe qui, d'un caractère spécial, sont uniquement administrées et gérées par des médecins praticiens, entourés de compétences juridiques de premier ordre, qui donnent, tout à la fois, un appui moral et pécuniaire à leurs adhérents, lorsque leurs droits ou leurs intérêts se trouvent menacés dans l'exercice de leur profession (1).

Voici quelques autres décisions de justice qui offrent quelque intérêt pour le médecin.

— S'il est vrai que le fait, par un client, d'imputer à un médecin ou à un chirurgien, une faute grave professionnelle et d'introduire contre lui une action en dommages-intérêts n'est que l'exercice d'un droit, l'abus vexatoire de ce droit peut engager la responsabilité du demandeur. Il en est spécialement ainsi lorsque ce dernier a produit à l'appui de sa demande des allégations inutiles à son succès et nuisibles à la réputation professionnelle du praticien défendeur, allégations que ne peut avoir dictées qu'une intention malicieuse ou une excessive témérité, alors surtout qu'il résulte des circonstances que les avis de docteurs qualifiés nettement favorables au médecin incriminé auraient dû inspirer plus de réserve au demandeur. (Jugement du Tribunal civil de Dijon du 13 novembre 1922 condamnant, pour les causes sus-énoncées, le demandeur à un franc de dommages-intérêts).

— L'exercice illégal de la médecine consiste dans le fait, par une personne non munie d'un diplôme, de prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf le cas d'urgence avérée. (Cour de Cassation, 16 décembre 1922.)

— Le Conseil d'administration d'un dispensaire anti-tuberculeux ne peut pas valablement, pour révoquer de ses fonctions le médecin chef de cet établissement, se fonder sur ce qu'il aurait refusé d'employer dans le traitement de tous les malades, indistinctement, une unique spécialité pharmaceutique désignée ; en effet, l'identité d'un traitement médical, qui exclut toute diversité individuelle entre les malades, est contraire aux principes les plus certains de la science, et non seulement méconnaît les droits du médecin, mais encore, porte atteinte à la liberté qu'il tient de son diplôme, de choisir ses médications d'après sa conscience, et qui est la condition de sa responsabilité. Mais cette révocation est justifiée si elle est motivée par les menaces et les calomnies proférées par le médecin contre le président de l'œuvre dont dépend le dispensaire et contre ses confrères. (Cour de Paris, 14 décembre 1922.)

— Le brusque renvoi d'un médecin attaché à une administration donne à celui-ci droit à une indemnité, attendu qu'il ne saurait être assimilé à un simple employé congédiable avec un préavis d'un mois (Tribunal civil de Marseille, 11 décembre 1922). Le médecin congédié, qui touchait un traitement fixe annuel de 4.000 francs, a obtenu une indemnité de brusque renvoi de 2.000 francs.

— Le bulletin d'avis que le chef d'entreprise remet à un ouvrier blessé pour le médecin du choix de celui-ci ne préjuge pas de l'origine de la blessure et n'engage pas la responsabilité dudit chef d'entreprise pour le payement des honoraires des soins médicaux. (Justice de paix de Nantes, 9 juin 1921).

— Le médecin qui établit un certificat initial d'accident du travail n'est nullement tenu de délivrer gratuitement un duplicatum de ce certificat à qui que ce soit. Ce duplicatum doit lui être payé. (Justice de paix d'Amiens, 1er mars 1923.)

— Si la clientèle d'un médecin, produit du choix libre et de la confiance des intéressés, n'est pas dans le commerce, il n'en est pas de même des obligations de faire ou de ne pas faire, ayant pour objet les actes ou démarches qui semblent plus propres à assurer la transmission de cette clientèle et qui se traduisent le plus souvent, pour la profession médicale, par la cession du droit au bail, la désignation du successeur aux clients et l'engagement pour le cédant de ne plus exercer dans la région. De telles obligations sont donc

(1) Le « Sou médical ».

parfaitement licites et peuvent faire l'objet d'un contrat régulier et valable (Tribunal civil de Bar-sur-Aube, 18 juin 1920. — Cour d'Appel de Paris, 3 mars 1923).

— Est recevable la demande en dommages-intérêts formée par le médecin qui a ouvert une clinique à proximité d'une usine, si le fonctionnement des ateliers occasionne un bruit et des trépidations intolérables pour les malades séjournant à la clinique. Et l'industriel n'est pas exonéré de toute responsabilité du fait de l'imprudence commise par le médecin en venant s'établir dans le voisinage d'une usine, déjà en exploitation, si l'importance de l'usine n'était pas alors de nature à faire prévoir ces inconvénients qui ont été aggravés depuis. (Cour d'appel de Nancy, 12 avril 1923.)

— Les prescriptions des articless 4, 14 et 24 du décret du 14 septembre 1916 sont applicables aux produits de toilette (dits de beauté), contenant des substances toxiques inscrites aux tableaux A et C, quelle que soit la proportion desdites substances (Cour de Cassation, 26 avril 1923).

***

Bien que l'art vétérinaire n'ait que de lointains rapports avec l'exercice de la médecine, je crois devoir vous signaler la loi du 31 juillet 1923, autorisant les écoles nationales vétérinaires à délivrer un diplôme de docteur vétérinaire, après soutenance d'une thèse devant les Facultés de médecine de Paris, Lyon et Toulouse.

L'article 3 de cette loi protège les docteurs vétérinaires contre l'usurpation de ce titre par des non diplômés, en même temps qu'il punit les mêmes docteurs vétérinaires qui, n'étant pas docteurs en médecine, n'auront pas fait suivre leur titre de docteur du titre de vétérinaire.

***

Ayant ainsi passé en revue les acquisitions de l'année dans les domaines législatifs, administratifs et judiciaires, je vous dirai maintenant un mot de deux questions qui restent à l'ordre du jour de nos milieux médicaux.

Le projet de loi sur l'assurance sociale maladie-invalidité-vieillesse a été déposé à la Chambre des députés, cet été, avant la clôture des travaux parlementaires, par M. Grinda, rapporteur, qui a prononcé, à ce propos, un long discours. Il se confirme de plus en plus qu'en admettant que cette loi soit votée en première lecture par la Chambre des députés, avant les prochaines élections, elle ne sera pas de sitôt promulguée et mise en application.

Néanmoins, nos groupements professionnels continuent à se préoccuper du régime selon lequel seraient éventuellement organisés les soins médicaux aux assurés sociaux.

L'Union des Syndicats médicaux de France étudie deux types de contrats collectifs, l'un avec tiers payant les honoraires du praticien, l'autre sans tiers payant, le malade honorant directement lui-même son médecin. Ces projets seront présentés et discutés à l'Assemblée générale de ce vaste groupement en décembre prochain.

De son côté, la Fédération corporative du Corps médical parisien a obtenu suivant l'avis des médecins de la région parisienne :

Les médecins de la région parisienne ont été unanimes à condamner le principe d'un tarif forfaitaire (c'est-à-dire de la rétribution avec une somme fixe par an et par assuré) pour le payement des honoraires médicaux. Ils sont convaincus, en effet, qu'un système forfaitaire conduirait fatalement à une mauvaise organisation de soins, préjudiciable aux malades.

Ils se sont tous déclarés résolus à ne traiter avec les Caisses d'assurances sociales que si les soins donnés aux assurés sont rémunérés à la visite, selon le tarif moyen de la clientèle ordinaire, et que, si les principes de libre choix du médecin et du secret professionnel sont rigoureusement respectés.

Enfin, ils ont été à peu près unanimes à demander que le payement des honoraires médicaux soit fait directement et intégralement par le malade.

Le moment venu, il appartiendra au Corps médical d'indiquer, région par région, ses préférences pour tel ou tel système, et de faire tous ses efforts pour faire prévaloir ses préférences.

***

Messieurs, l'an dernier, je faisais allusion, à propos de la législation du travail, à ces médecins de réputation assez contestée, qu'on appelle pittoresquement les clinicards. L'année 1923 a vu naître une autre catégorie de médecins, tristement renommés, et qu'on l'on a désignés sous le nom non moins pittoresque de carnétards. Ce sont, vous l'avez compris, les quelques indésirables qui sont compromis dans les affaires de trafic de carnets médicaux des mutilés de guerre.

Ces affaires ont vivement impressionné l'opinion dans le corps médical. Un certain nombre de confrères, cédant à une tendance fâcheusement généralisatrice, ont trop volontiers conclu, de ces défaillances partielles, à une démoralisation marquée de notre profession. Et ils ont imaginé de reprendre une vieille idée qui avait été solennellement enterrée, il y a plusieurs années, et de la faire revivre : il s'agit de la création d'un Ordre des médecins, plus ou moins calqué sur l'Ordre des avocats. A les entendre, ce serait

là la panacée infaillible qui relèverait notre moralité chancelante. Plusieurs projets ont été élaborés et publiés. Je vous ferai grâce de leur lecture, et même de leur analyse sommaire. Tous, sauf un, sur lequel je vais m'étendre un peu plus longuement, partent d'un principe absolument faux, à savoir, l'organisation de tribunaux d'exception chargés de juger les fautes professionnelles des médecins. Si l'on admettait cette conception fabuleuse, il faudrait être logique avec soi-même et l'étendre à toutes les professions : les architectes seraient jugés par des architectes, les ingénieurs par des ingénieurs, les épiciers par des épiciers, etc. Ce serait le renversement complet de toute notre armature judiciaire, et le bouleversement de la justice. En outre, ces projets prévoient des sanctions au nombre desquelles se trouve l'interdiction, pour le médecin rayé du tableau de l'Ordre, d'exercer la médecine, soit régionalement, soit définitivement, comme si cela était pratiquement possible. Cela ne tient pas debout. Et je m'en voudrais d'insister.

Plus sérieux est le projet du professeur Verger, de la Faculté de médecine de Bordeaux. Le Conseil de l'Ordre ne se constituerait en tribunal d'exception que pour juger les fautes, commises par un médecin, contre l'honneur et contre la dignité. La sanction la plus grave comporterait l'interdiction de délivrer aucun certificat médico-légal, et par ce mot, j'entends, d'une façon générale, tout certificat établi en exécution de la législation médico-sociale, — l'impossibilité pour le coupable de réclamer en justice le payement de ses honoraires, et la privation du droit de prescrire les substances vénéneuses.

Tout cela demeure dans les choses plus ou moins réalisables, au moins en théorie.

Demandons-nous cependant ce qu'il en adviendrait en pratique. Ceux qui sont partisans de l'Ordre des médecins prétendent que leurs adversaires ne leur opposent aucun argument sérieux. Moi, qui suis de ces adversaires, je leur rétorquerai volontiers la même chose. Et, les mettant au pied du mur, j'oserai leur dire : « Quelles fautes déférerez-vous au Conseil de l'Ordre, dont celui-ci puisse utilement connaître » ? Je les mets au défi de me répondre d'une façon satisfaisante. Prenons, comme exemple, l'un de ces actes qui apparaissent comme peu recommandables, la Dichotomie, envisagée au point de vue d'une part de leurs honoraires, remise par le chirurgien ou le spécialiste, au médecin traitant qui leur a adressé ses malades. Si c'est là faute déontologique, justiciable au premier chef du Conseil d'un Ordre des médecins, voulez-vous me dire comment, dans la pratique, ce Conseil sera saisi ? Pensez-vous que les médecins qui dichotomisent iront se plaindre les uns des autres et requérir le Conseil de l'Ordre de juger leur différend ?

Et puis, que sont ces censeurs sévères, ces moralisateurs irréprochables, qui s'hypnotisent sur les défaillances possibles de leurs confrères, et ne voient que le moyen de les attaquer, de les poursuivre, et de les punir, alors qu'il y a tant de circonstances qui demanderaient, au contraire, des efforts soutenus pour défendre et protéger la profession ?

Je n'insiste pas. Je n'ai qu'un mot à ajouter : il y a un fait indéniable, que nous sommes bien forcés de ne pas négliger quand nous traitons des intérêts professionnels, les moraux aussi bien que les matériels, c'est qu'on compte, en France, plus de 15.000 médecins affiliés aux Syndicats médicaux, organisations parfaitement légales et à mission non moins légalement définie (loi de 1884, loi de 1902). 15.000, sur 24.000 médecins pris en bloc, nous pouvons affirmer que ce nombre élevé englobe la grande majorité des praticiens, ce que nous appelons le Corps médical organisé. Il ne semble pas que semblable organisation, qui a fait ses preuves, quoiqu'on en dise, évoque l'image d'un désordre quelconque. Qu'une poignée de médecins sans scrupules ait agi de telle sorte que la main de la Justice a fini par s'abattre logiquement sur eux, cela ne suffit tout de même pas pour tenir la masse en suspicion.

A quoi rime, dès lors, et c'est sur ce mot que je terminerai, cette manie de vouloir introduire l'Ordre là où le désordre n'existe pour ainsi dire pas ?

Notre époque n'est ni pire ni meilleure que les autres. Dans tous les temps, dans toutes les conditions, on n'a pu éviter que des malfaiteurs sévissent auprès de très braves gens. Les 5.000 médecins de la région parisienne, en 1923, ne sont sans doute pas plus gangrenés que les 110 docteurs régents de la Faculté de Paris, parmi lesquels, sous le décanat de Gui Patin, se révélèrent 12 confrères coupables d'incorrections professionnelles.

Que des défaillances quelconques puissent aussi se rencontrer de nos jours, si cela n'est pas douteux, j'avoue que nous ferions bien d'y regarder à deux fois avant de généraliser et de nous ériger en Juges qui condamnent. Et je ne saurais mieux faire à ce sujet que de livrer à vos méditations, cette pensée de Montaigne : *Je n'ay point cette erreur commune de juger autrui selon moy et de rapporter la condition des autres hommes à la mienne. Je croy aisément d'autruy beaucoup de choses où mes forces ne peuvent atteindre.*

G. Duchesne.

HYGIÈNE SOCIALE

Le préventorium de Canteleu.

Le préventorium de Canteleu, fondation départementale, est situé à quelques kilomètres au N. O. de Rouen, sur la route du Havre. Il est installé dans une vaste propriété de soixante hectrares, enclavée elle-même dans la forêt de Roumare, sur un plateau élevé de 120 m. audessus du niveau de la mer. (Fig. 1.)

Il se compose, en dehors du bâtiment préexistant, à allure de château normand, (fig. 2) d'un certain nombre de constructions, parmi lesquelles des pavillons isolés, prévus au nombre de dix, et dont deux déjà sont en service.

J'emprunte la partie descriptive de ces constructions diverses aux rapports annuels et à l'intéressante brochure, publiés par le Dr Ott, inspecteur départemental d'hygiène, celle-ci sous le titre : L'Armement social dans la Seine-*Inférieure.*

Pavillons. — Chacun des deux pavillons construits (voir plan n° 3 et fig. 4), dont l'architecture sobre et rustique s'harmonise admirablement avec son cadre de verdure, comprend un grand dortoir de 32 lits divisé en deux par une cloison vitrée ; à chaque extrémité, de part et d'autre du couloir d'accès, se trouvent, d'un côté, un lavabo avec 8 robinets, et un w.-c. dans lequel on n'a accès que de l'intérieur du pavillon, de l'autre, la chambre de la surveillante ou de la femme de service. Il y a une entrée à chaque extrêmité. A chaque extrémité également se trouve un w.-c. dans lequel on n'a accès que de l'extérieur. Ces dispositions ont pour but de permettre l'isolement immédiat d'une partie des enfants du pavillon, s'il venait à surgir parmi eux une manifestation épidémique, par l'application automatique des mesures suivantes : la fermeture de la cloison vitrée qui divise le pavillon en deux créera deux lots d'enfants ayant chacun un adulte à sa tête (la surveillante ou la femme de service), disposant chacun d'un lavabo et de deux w.-c. particuliers ; le groupe où la maladie épidémique s'est manifestée serait considéré comme contaminé, l'autre groupe habitant le même pavillon serait considéré comme suspect. Chacun de ces groupes resterait isolé, aussi bien l'un par rapport à l'autre, que par rapport à la population restante du préventorium ; les exercices seraient modifiés dans leurs formes et dans leurs horaires pour respecter cet isolement ; un espace déterminé du parc, voisin du pavillon isolé, serait réservé au jeu des enfants; les repas seraient apportés dans le pavillon même ; une visite et une contre-visite médicales, avec l'examen individuel seraient faites deux fois par jour, dans le pavillon même, indépendamment des mesures plus précises, directement orientées contre la maladie contagieuse en présence de laquelle on se trouve.

L'application stricte et automatique de ces mesures arrêtera rapidement l'extension de toute maladie contagieuse ; l'expérience acquise pendant la guerre parmi les jeunes contingents par l'application des mêmes principes, permet d'être affirmatif à ce point de vue.

Il a été mentionné plus haut que chaque demi-pavillon possédait deux w.-c., l'un accessible seulement du dedans, l'autre accessible seulement du dehors ; cette disposition a pour but d'éviter la souillure du pavillon pendant le jour par les allées et venues des enfants, d'une part, et d'avoir, d'autre part, toujours des w.-c. à proximité du lieu de leurs ébats, sans qu'il soit nécessaire de créer dans le parc des édicules spéciaux toujours disgracieux ; on peut éviter ainsi la souillure du parc, des allées ou des sous-bois, et empêcher leur fécalisation. Le w.-c. extérieur, comme tous les w.-c. de l'établissement, est pourvu d'un lavabo dont l'usage est obligatoire après chaque visite. Les enfants mettent en général trois à quatre semaines à s'habituer à cette pratique ; il est à souhaiter qu'ils la gardent après leur sortie de l'établissement.

Eaux résiduaires. — L'augmentation actuelle de la population du préventorium remet à l'ordre du jour la question des eaux résiduaires non encore solutionnée d'une façon définitive et rationnelle. Le projet élaboré, qui permettra de répondre à toutes les nécessités de l'avenir, comporte un égout collecteur qui recevra les émissions de tous les w.-c. existants ou à créer et dans lequel seront relevées par pompages les eaux recueillies dans la fosse actuelle du bâtiment principal ; elles seront amenées dans un bassin récepteur d'attente situé au fond du parc, à proximité de la future station d'épuration, installée elle-même dans les excavations d'une ancienne carrière. La dénivellation du sol est suffisante, d'une part, pour amener par simple gravitation les eaux au bassin collecteur, et, d'autre part, pour intercaler entre le radier de ce bassin et le fond de la carrière tous les bassins épurateurs indispensables.

Une épuration biologique rationnelle pour les eaux résiduaires d'une population agglomérée de 5 à 600 enfants était en effet absolument nécessaire, tant au point de vue de l'hygiène générale de l'établissement lui-même, qu'au point de vue du régime souterrain des eaux potables dans toute la région susceptible d'être alimentée par le réseau aquifère serpentant dans les fissures et interstices de la craie, qui constitue l'ossature du plateau sur lequel se trouve le préventorium de Canteleu.

L'installation du dispositif adopté se fera par étapes, au fur et à mesure de la construction des pavillons ; chacun des travaux partiels aura son utilité immédiate d'abord, et rentrera dans le programme général ensuite ; c'est ainsi que chacun des groupes

Département de la Seine-Inférieure

Office Public d'Hygiène Sociale

Préventorium de Canteleu

Fig. I. Plan d'ensemble.

de w.-c. des nouveaux pavillons comporte une petite fosse étanche qui permet actuellement la vidange à la pompe, et qui, après raccordement au collecteur principal, jouera le rôle de fosse septique où s'amorcera la fermentation anaérobie, achevée, d'autre part, dans le bassin régulateur de la station d'épuration qui pourra ne comporter que les lits d'oxydation.

Cuisine et réfectoires. — La nouvelle cuisine dotée des derniers perfectionnements, a été prévue pour un effectif régulier de 500 enfants, et peut faire face en outre à la présence momentanée de contingents supplémentaires.

Directement accolé à la cuisine se trouve le réfectoire, installé dans le premier pavillon d'habitation construit pendant la guerre avec des moyens de fortune, et dont les lits seront installés dans les grandes salles du rez-de-chaussée du bâtiment principal, utilisées actuellement comme réfectoires et qui sont devenues insuffisantes à ce titre. C'est une interversion d'emploi des locaux qui sera ainsi réalisée.

Dans le nouveau réfectoire trouveront place 250 enfants à la fois.

Devant l'extension que prend Canteleu, il sera peut-être nécessaire de servir les repas en deux séries, pour ajourner le dédoublement du réfectoire.

Ecole aérée. — Diverses améliorations ont, en outre, été apportées aux installations existantes; c'est ainsi qu'une des anciennes galeries de cure a été transformée en classes aérées. Deux cloisons vitrées et des panneaux d'un mètre de haut, destinés à les protéger contre la pluie quand le vent chasse trop fortement, ont permis de créer trois salles de classes, où se fait l'école, lorsque le temps est trop mauvais pour qu'elle soit faite en plein air, (fig. 6), comme il est de règle en temps habituel.

Pendant la mauvaise saison, les heures de classes seront naturellement écourtées comme durée, diminuées comme fréquence et entrecoupées d'exercices physiques ou de jeux libres (fig. 7) suivant les prescriptions du médecin directeur. Les essais faits dans ce sens l'hiver dernier ont été concluants. Enfin, si la température devenait par trop rigoureuse, ce qui est rare heureusement sous le climat de Canteleu, des braseros installés dans chacune des trois classes et une vêture supplémentaire pendant les courtes séances de classes, permettraient d'éviter le refroidissement des enfants (fig. 8).



FIG. 2 Le château.

J'ai plaisir à constater ici que les trois institutrices chargées de conserver aux enfants du préventorium le degré d'instruction qu'ils avaient à l'arrivée, collaborent d'une façon effective avec les médecins du préventorium, tant pour la fixation de la durée des classes que pour leur répartition, et qu'on n'hésite pas à élaguer le programme scolaire de beaucoup d'éléments pédagogiques, pour développer surtout chez les enfants le sens critique et l'esprit d'observation. Un préventorium n'est, en effet, pas une école ordinaire ; les enfants y viennent pour refaire leur santé, et d'ailleurs, l'expérience générale n'a-t-elle pas démontré, partout où elle a été tentée loyalement que, malgré l'élagage du programme, malgré la réduction du temps consacré à l'étude, l'aptitude intellectuelle des enfants reste toujours fonction de leur

aptitude physique et que, rentrés dans leurs écoles originelles, ils rattrapent facilement leurs camarades et les dépassent souvent ?

Par une heureuse innovation, l'instruction, ainsi comprise *en plein accord avec les médecins*, est donnée toute l'année aux enfants du préventorium ; grâce à un roulement établi entre les institutrices, la période fastidieuse des vacances s'est trouvée supprimée et les enfants ne restent jamais sans direction pédagogique. L'essai fait cette année paraît concluant et sera continué dans l'avenir.

Deuxième tranche de travaux. — La deuxième tranche de travaux à effectuer, pour laquelle les crédits

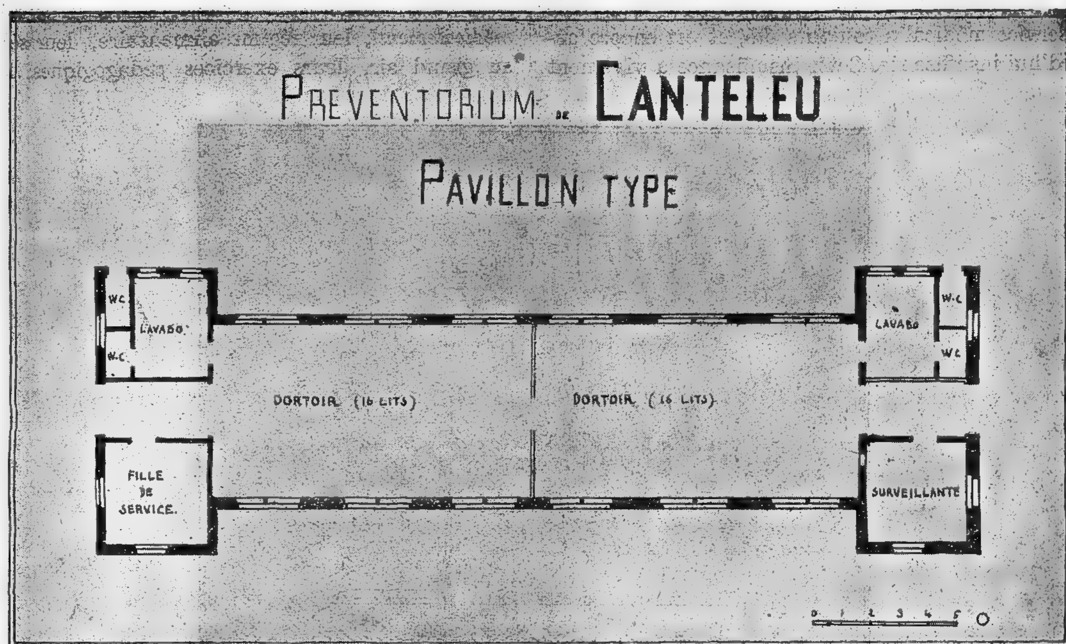


FIG. 3.



FIG. 4. Un Pavillon.

doivent être demandés au Conseil général, comporte la création d'un pavillon pour le service médical, celle d'un nouveau service de bains-douches, la construction d'un pavillon pour les services administratifs, ainsi que l'édification dans le parc d'abris couverts pour protéger les enfants, en cas de mauvais temps persistant.

Le service médical. — L'organisation matérielle du service médical a toujours été, et est encore aujourd'hui insuffisante. Cette insuffisance a vivement frappé tous les visiteurs compétents en la matière, et le moment est venu où, dans l'intérêt des enfants admis au préventorium, aussi bien que dans l'intérêt moral de l'Office public d'hygiène sociale, il y a lieu de doter enfin le préventorium de Canteleu d'une convenable installation matérielle du service médical rationnellement adaptée à sa destination.

Un préventorium n'est pas seulement, en effet, un établissement où les enfants se reposent, se développent et augmentent de poids ; ce n'est pas un simple établissement d'élevage et d'engraissement. Les enfants qui y sont admis ne sont pas seulement des enfants débiles, malingres ou chétifs, qu'un séjour à la campagne fortifiera et développera ; ce sont généralement des enfants déjà touchés par la tuberculose, plus ou moins et quelquefois sérieusement. Ils doivent être étudiés *médicalement*, suivis et surveillés *médicalement* ; leur régime alimentaire, leur séjour au grand air, leurs exercices pédagogiques, leurs

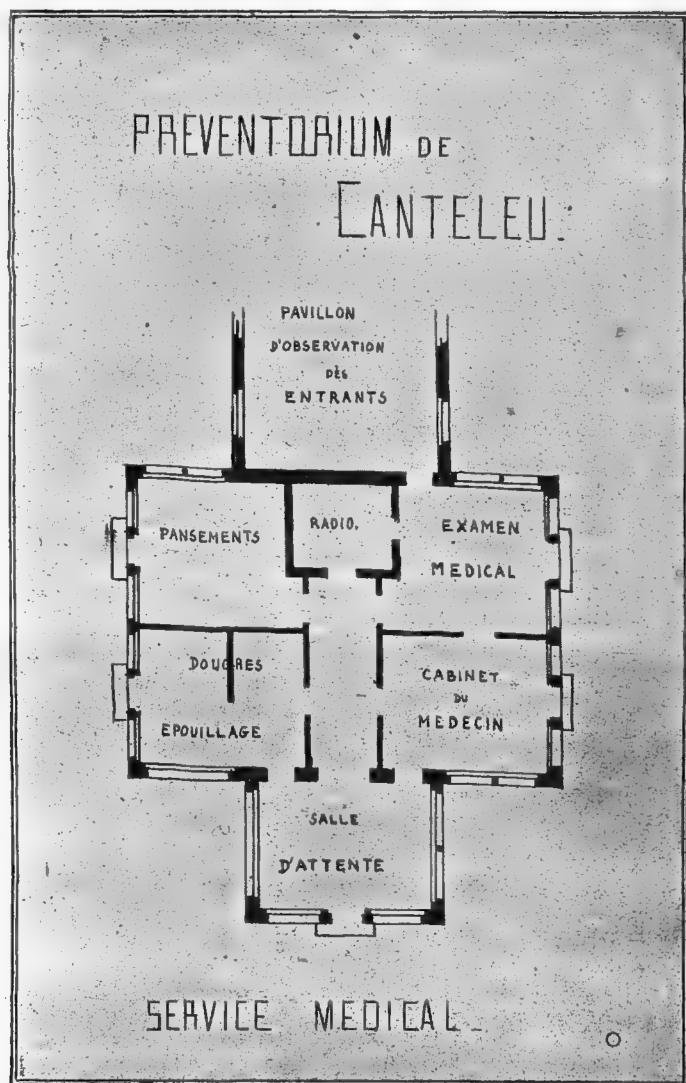


FIG. 5.

exercices physiques, leurs jeux mêmes, doivent être dirigés *médicalement* ; chez ces enfants, tous en état de tuberculose latente, retardée ou assoupie, le moindre écart de régime, le moindre excès de fatigue, la moindre disproportion dans les exercices physiques, peut provoquer une poussée fébrile, prodrome quelquefois d'un réveil des lésions qui auraient pu et dû rester assoupies. Ce sont tous des enfants qui doivent

constamment rester *sous l'œil et dans la main du médecin*. L'action du médecin dans un préventorium doit être *primordiale*. Les médecins du préventorium de Canteleu l'ont bien compris, et c'est grâce à leur sollicitude constamment en éveil, qu'avec des moyens matériels insuffisants, ils ont pu empêcher des incidents regrettables et quelquefois désastreux.

Mais, s'il était possible d'exercer cette surveillance médicale avec des moyens de fortune pour une population d'une centaine d'enfants, cela ne l'est plus aujourd'hui (plus de 450 enfants ont passé au préventorium en 1921) ; cela ne le sera plus demain, quand le programme décidé par le Conseil général sera en voie de développement.



Fig. 6. La classe en plein air.

Aussi, pris par l'urgence, et en attendant que des propositions fermes aient pu être établies pour être soumises au Conseil général, a-t-on dû improviser un embryon d'installation du service médical, en remontant à l'entrée du préventorium, un vieux baraquement en bois de 5 mètres sur 5 mètres subdivisé en deux et donnant ainsi une pièce pour le médecin et une pour le déshabillage des enfants. Le médecin de Canteleu a enfin un local à lui, où il est chez lui et où il peut examiner les enfants comme ils doivent l'être.

D'un autre côté, l'agglomération en un même lieu et la vie en commun d'un grand nombre d'enfants d'origine différente expose à certains inconvénients, à certains risques comme la contamination épidémique par les entrants, et oblige à des mesures de filtrage et d'observation préventive.

Sous la poussée des nécessités qui obligeaient à recevoir rapidement le plus grand nombre possible d'enfants, pour répondre aux demandes des familles aussi bien qu'aux propositions et indications des médecins des centres d'examen médical, et en l'absence de locaux suffisants, toutes les mesures de filtrage recommandables n'ont pu toujours être prises jusqu'à présent ; c'est ainsi qu'à plusieurs reprises, des enfants porteurs de poux, et à deux reprises des enfants atteints de teigne, ont pu pénétrer dans l'établissement et occasionner quelques transmissions de parasites.

En ce qui concerne les maladies contagieuses de l'enfance proprement dites, depuis l'ouverture du préventorium de Canteleu, on n'a eu à déplorer aucune épidémie, ni de scarlatine, ni de diphtérie, ni de rougeole, ces maladies si redoutables dans les agglomérations de jeunes sujets. Cela est dû, on ne saurait trop le répéter, à la vigilance toujours en éveil des médecins du préventorium. A deux reprises, en effet, deux cas de diphtérie ont été découverts précocement, et, grâce aux mesures prises immédiatement, aucune épidémie n'en est résultée secondairement.

Mais il serait imprudent de compter toujours sur la chance qui a paru favoriser Canteleu jusqu'à présent ; il ne faut pas trop jouer avec le feu, d'autant plus que, quelle que soit la vigilance du personnel médical, si elle n'est pas facilitée par une installation matérielle convenable, elle peut se trouver mise en défaut, et le réveil pourrait être déplorable. Il est du devoir des services techniques de l'Office de vous exposer nettement la situation pour que le

Conseil général de la Seine-Inférieure veuille bien l'améliorer.

C'est ainsi que la partie principale du programme de travaux à exécuter, en tous cas la plus urgente à réaliser, consiste à créer, à l'entrée du préventorium, un service médical d'entrants et à transformer le premier pavillon en lazaret ou pavillon d'observation des dits entrants.

Le « Pavillon médical » dont la construction est commencée, vient appuyer au premier pavillon construit il y a deux ans, et qui se trouve à gauche du bâtiment principal dont il est séparé par la buanderie, la lingerie et les communs.

diatement et permettra les soins de propreté élémentaire souvent indispensables, l'épouillage, s'il y a lieu, et, dans tous les cas, l'examen méthodique du cuir chevelu et de la peau, ainsi que la recherche systématique des parasites animaux ou végétaux.

Au sortir du bain-douche, l'enfant, revêtu des effets de la maison, — ses effets personnels devant systématiquement passer à la désinfection, — pénètre dans la *salle d'examen médical*, pourvue de tout l'outillage technique indispensable, pour l'établissement détaillé de son *carnet de santé individuel*. Puis, il est dirigé sur un des box du *pavillon d'observation*.

Ces box seront à une, deux, trois ou quatre places,



FIG. 7. Exercices rythmés.

La construction à édifier, (Fig 5) comprendrait une salle d'attente, donnant à gauche sur une salle de bains, et à droite sur le cabinet du médecin auquel se trouverait accolée la salle d'examen médical avec la salle de radioscopie, son annexe obligée dans un préventorium.

Voici comment les choses se passeront lorsque le pavillon médical sera construit :

Tout enfant, à son arrivée au préventorium, après avoir déposé au bureau, installé dans le pavillon d'administration, faisant face au pavillon médical, ses pièces d'identité et son ordre d'admission, sera reçu dans la *salle d'attente du pavillon médical*. L'interrogatoire des personnes l'accompagnant permettra de continuer ou de compléter, s'il y a lieu, la partie de son dossier médical relative aux antécédents personnels ou familiaux.

Le passage à la *salle de bains-douches* suivra immé-

car il y a intérêt à grouper ensemble les enfants de la même provenance ou de la même famille qui arriveront simultanément au préventorium. Les enfants resteront en observation dans ce pavillon, doté d'un terrain de jeux isolé, et sans contact avec les enfants antérieurement admis, pendant *dix jours*, délai suffisant pour permettre le dépistage des symptômes prodromiques de toutes les maladies contagieuses de l'enfance ; une prise de température biquotidienne permettra l'établissement d'une courbe de température initiale ; la surveillance continue de l'infirmière, les examens biquotidiens du médecin permettront, après les dix jours d'observation systématique, de déterminer si l'enfant est réellement justiciable du préventorium, c'est-à-dire s'il ne présente aucune lésion évolutive, et de reconnaître, d'autre part, qu'il n'est en incubation d'aucune maladie épidémique ; en même temps, les soins de propreté corpo-

relle assidus qu'il subira, auront amené la destruction complète des parasites dont il pouvait être porteur.

Après ces dix jours d'observation, l'enfant sera versé dans la *section correspondante* à son sexe, à son âge, à son état médical, et soumis au régime habituel du *préventorium*.

L'ensemble de constatations médicales faites constituera « l'enquête à l'arrivée » qui permettra toutes les comparaisons utiles avec les constatations faites ultérieurement et sera un point de départ solide pour les déductions médicales et les directives de traitement ou de régime à imposer à l'enfant.

Outre le dispositif de nettoyage et d'examen méthodique qui vient d'être décrit, le pavillon médical comprendra : une *salle de pansement*, indispensable dans un établissement où plusieurs centaines d'enfants vivent et s'ébattent en liberté (fig. 8).

tionnées permettront d'espérer qu'aucune épidémie grave ne s'introduira dans le préventorium, ou en tout cas ne pourra y persister.

Rappelons de nouveau, à ce propos, que la dispersion des pavillons et leur éparpillement dans le parc contribueront certainement à faciliter encore l'extinction de tout foyer épidémique s'il venait à s'en produire. Rappelons également que le principe de la dispersion des pavillons, admis par le Conseil général a recueilli l'approbation unanime de tous les visiteurs de marque qui ont défilé depuis un an au préventorium de Canteleu.

Dans le plan N° 1 se trouvent indiqués les emplacements de futurs pavillons, dont deux au moins devraient être mis en chantier au cours de l'année 1923 si l'on veut que le préventorium de Canteleu puisse à peu près suivre le courant salutaire qui dirige de plus en plus, vers les centres d'examen médical de l'Office, les malheureuses familles ravagées par la tuberculose.



Fig. 8 La grande pelouse.

Isolement. — Une partie enfin du pavillon d'observation sera munie de *box d'isolement* pour l'admission éventuelle d'un malade contagieux. Il faut prévoir, en effet, que malgré toutes les précautions prises au moment de l'entrée des enfants au préventorium, des germes contagieux pourront y être introduits par les parents visiteurs ou par les enfants eux-mêmes au retour d'une des rares permissions qu'il est quelquefois malaisé de leur refuser, notamment à l'occasion d'un évènement familial important.

Combinées avec les mesures énumérées plus haut, qui seront systématiquement mises en œuvre à l'annonce de tout cas, même simplement suspect, de maladie contagieuse, celles qui viennent d'être mentionnées ...

Bains-douches. — Aussi indispensable que la construction du pavillon médical est l'agrandissement des bains-douches actuels ; improvisés dans une partie de la buanderie de l'ancien sanatorium, ces bains-douches sont actuellement insuffisants, comme capacité d'utilisation et comme installation matérielle, notamment pendant la mauvaise saison ; leur emplacement, d'autre part est nécessaire pour le développement indispensable de la buanderie.

Le projet envisagé comporte la construction en cours d'un pavillon en équerre, accolé à la buande-

rie développée afin d'avoir en tous temps l'eau chaude nécessaire. Il comprendra deux vasques rectangulaires centrales en céramique, surmontées de pommes d'arrosoir en nombre suffisant. Deux séries d'enfants pourront s'y nettoyer simultanément, les uns se déshabillant pendant que les autres se baignent, et l'isolement des deux séries étant suffisamment assuré par le jeu de deux rideaux mobiles situés de part et d'autre de la vasque.

On n'a pas voulu recourir au dispositif habituel de la majorité des bains-douches qui comportent des cabines individuelles de bains, précédées d'une cabine individuelle de déshabillage, par mesure d'économie d'abord, et ensuite et surtout, parce que les bains-douches se donnent toujours en présence de l'infirmière professionnelle ou d'un des médecins de l'établissement, ceux-ci peuvent faire, par l'examen rapide des enfants nus, des constatations intéressantes dans l'intervalle des examens périodiques habituels. Les avantages de cette pratique, qui existe à l'heure actuelle, sont apparus nettement en différentes circonstances.

J'ajoute que l'agrandissement des bains-douches, grâce au grand débit qui en résultera, permettra de doucher chaque enfant au moins deux fois par semaine, ce qui est un minimum pour les enfants s'ébattant toute une journée sur la pelouse ou dans les taillis, et vivant au grand air.

Change du linge. — Je signale ici, à propos des bains-douches, une excellente pratique introduite dès son arrivée par le directeur actuel, le docteur Angeli, et qui consiste à faire procéder au change de linge des enfants, immédiatement après une séance de bains douches ; cette pratique, outre qu'elle est rationnelle, a un retentissement sur la bonne tenue de l'établissement, car elle évite le séjour, la récolte et le transport du linge sale dans les dortoirs, et facilite le service ; la lingerie, les bains-douches et la buanderie étant accolés, elle évite également l'obligation d'avoir dans chaque pavillon une réserve de linge de corps.

Pavillon administratif. — Le troisième travail indispensable à entreprendre est la construction d'un pavillon administratif comportant un bureau pour le directeur, un pour l'économe et un pour les employés, ainsi qu'une dépendance avec magasins annexes. Outre une grande amélioration de la marche des services parce qu'elle facilitera la stricte surveillance du personnel, du matériel et des produits de toute sorte, cette construction, en extériorisant les services administratifs qui occupent en ce moment une partie appréciable des locaux du bâtiment principal, tant au rez-de-chaussée qu'au premier étage, permettra d'augmenter, sans dépenses nouvelles et immédiatement, le nombre de lits disponibles (1).

Abris couverts. — Des abris couverts permettent aux enfants de rester à l'air par les temps de pluie.

L'endroit choisi pour ces abris a été le rond-point

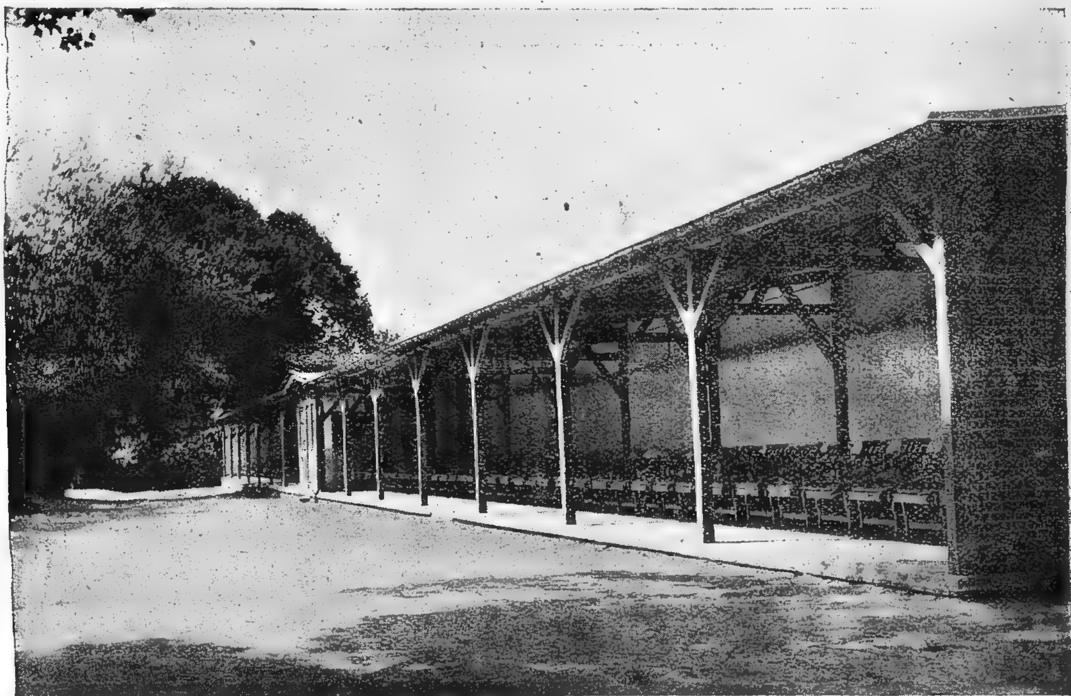


FIG. 9. Galerie de repos

(1) Toutes les constructions dont il vient d'être question sont en voie de réalisation et entreront bientôt en service.

qui se trouve au fond du parc, et qui entoure un des plus beaux arbres du domaine. Ils se composent de quatre secteurs indépendants les uns des autres, de construction rustique, et se trouvent à proximité du groupe de pavillons à construire dans les clairières créées par un des anciens propriétaires du domaine, par l'abatage malencontreux des arbres séculaires qui jalonnaient les allées convergeant vers ce rond-point.

(En dehors de ces abris, il existe une galerie de repos très bien comprise et très bien exposée (fig. 9.)

Mouvement de la population. — *Effectif.* — Quelques chiffres constitueront du reste le meilleur argument pour démontrer la nécessité d'augmenter, sans retard, le nombre de lits dont doit disposer le préventorium de Canteleu.

Ouvert en avril 1920 avec 70 lits organisés, nous voyons ce chiffre passé à 151 à la fin de 1921 ; au 31 août 1922, il est de 182 ; de 206, à la fin de 1922, par l'occupation des nouveaux pavillons, et sera de 230 dès que les services administratifs auront été extériorisés.

En 1921, on compte 474 entrées ayant donné 42.088 journées de présence, contre 148 l'année précédente.

En 1922, à la date du 31 août, on comptait 246 entrées avec 41.281 journées de présence.

Alimentation. — L'alimentation au préventorium doit être saine, simple et abondante ; à Cant leu, nous nous efforçons de réaliser ces conditions. Voici la substance de nos menus :

Au petit déjeûner de 8 heures, une soupe aux légumes additionnée de lait.

A midi, un repas composé :

1° Un plat de viande, de poisson ou d'un œuf ;

2° D'un plat de légumes ;

3° De confitures.

Au goûter, un bol de lait avec pain et beurre, chocolat ou miel.

Au repas du soir :

1° Une soupe aux légumes ;

2° Un plat de lentilles, de pâtes alimentaires ou une purée de pois cassés ou de haricots secs ;

3° Fromage ou confitures.

Parfois les dimanches et les jours de fête, une dérogation favorable au menu quotidien a lieu, et l'enfant reçoit du café au lait au déjeuner, des biscuits secs, gâteau de riz ou crème au chocolat au dessert.

Tout à côté du préventorium et lui servant d'annexe, existe une grande ferme en pleine exploitation, et dont les produits servent au ravitaillement de l'établissement.

Quand on a visité comme nous l'avons fait, Noir et moi, dans tous ses détails, le préventorium de Canteleu, quand on a vu de ses yeux, et tout ce qui est réalisé et en exploitation, et tout ce qui est en voie de réalisation, on demeure sous l'impression d'une vaste plan d'ensemble parfaitement étudié, dont rien n'a été laissé au hasard, et où les notions les plus modernes en hygiène et en prophylaxie ont été mises à contribution, dans un sens éminemment pratique. En veut-on une preuve entre cent ? Un pavillon d'isolement est en voie d'achèvement, dans lequel seront placés les enfants présumés contagieux. Mais comme on ne saurait impunément parquer ces enfants dans des endroits clos, et les isoler strictement du reste de la population de l'établissement, on a prévu qu'ils pourraient sortir dans un enclos spécial, apercevoir leurs camarades sains, et même converser avec eux. Eh bien ! on a prévu, entre cet enclos et le parc du préventorium, une sorte de zone neutre, de 1 m. 50 de large, limitée de chaque côté par une clôture de telle sorte que voulussent-ils se cracher au nez les uns des autres, les enfants en seraient empêchés par cette large séparation.

Enfin, ici comme dans les autres organismes de l'Armement social de Rouen et du département, on reste convaincu, d'une façon incontestable, que tout y est subordonné au médecin. Le médecin est maître, et je dirais presque roi, et l'œil médical exerce partout sa surveillance et son contrôle. Les autres rouages, l'administratif en particulier, lui sont nettement subordonnés. Cela est bien quelque chose !

G. DUCHESNE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Clinique propédeutique.** — M. Emile Sergent a commencé ses conférences cliniques, le mercredi 14 novembre 1923, à 11 h., à l'hôpital de la Charité.

I. *Programme général de l'enseignement.* — Tous les matins, à 9 h. : Visite dans les salles. — Lundi et vendredi, à 11 h. : Démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la policlinique externe. — Le lundi, à 9 h. 1/2 : séance de pneumothorax artificiel, sous la direction de M. P. Pruvost, ancien chef de clinique. — Mercredi, à 11 h. : Conférence clinique à l'amphithéâtre, par le professeur. — Lundi, mardi et jeudi, à 9 h. : Leçons de technique et de séméiologie élémentaires, par le professeur, les chefs et ancien chefs de clinique, MM. P. Pruvost, Pignot et F. Bordet, et les chefs de laboratoire, MM. H. Durand et Cottenot. — Jeudi à 10 h. : M. Lian, agrégé, fera une conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins (Exposés cliniques et thérapeutiques à propos des malades du service et de la policlinique). — Samedi, à 10 h : Policlinique pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires.

II. *Enseignement élémentaire des stagiaires.* — L'enseignement propédeutique sera tout particulièrement réglé sur un programme détaillé affiché dans les salles de la clinique. Des démonstrations théoriques et pratiques seront faites chaque jour au lit du malade et au laboratoire. Elles porteront sur la technique des principaux procédés d'exploration utilisés en clinique et sur la séméiologie.

III. *Enseignement complémentaire de perfectionnement* — Cet enseignement, réservé aux médecins et aux étudiants en fin d'études comportera trois sortes de cours, dont les dates seront précisées ultérieurement : 1° un cours de perfectionnement sur la tuberculose, associé avec un cours sur la tuberculose chirurgicale, fait par le professeur Auguste Broca (du 10 juin au 14 juillet) ; 2° un cours de révision et de mise au point des principales questions d'actualité dont la connaissance est indispensable aux médecins praticiens (octobre), avec la co-direction de M. Lian, agrégé ; 3° des cours pratiques de radiologie médicale, sous la direction du professeur et de M. Cottenot, chef du laboratoire de radiologie de la clinique (1° cours de radio-diagnostic médical en mars ; 2° cours de radiothérapie en novembre 1924).

Un droit de laboratoire de 150 fr. pour chacun de ces cours devra être versé au secrétariat de la Faculté.

— **Enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — *Hôtel-Dieu.* — M. Dalché : lundi, consultation gynécologique des malades de la salle. — Mercredi, consultation externe. — Vendredi, examen des nouvelles dans la salle.

Dispensaire Heine-Fould, 37, rue de la Glacière. — M. Siredey : lundi et jeudi matin, à 8 h. 1/2, du 1er octobre au 31 juillet, consultation gynécologique.

MÉDECINE INFANTILE. — *Hospice Debrousse.* — M. P.-F. Armand-Delille : médecine infantile et tuberculose, étude de la tuberculose infantile. — Mercredi, leçon clinique sur des cas de tuberculose de l'enfance. Jeudi, examen radioscopique et pneumothorax. — Vendredi, policlinique et leçon sur l'assistance sociale aux tuberculeux. — Lundi et samedi, visite dans les salles. Un cours spécial de 12 leçons sur la tuberculose de l'enfance est organisé chaque semestre.

Hôpital Necker (pavillon Peter). — M. Hallé : samedi, à 9 h., examen des nourrissons.

Hôpital Trousseau. — M. H. Lemaire : vendredi, à 10 h. 1/2, leçon clinique. — Samedi, à 10 h. 1/2, consultation de nourrissons avec présentation de malades. Examen clinique et traitement. — M. E. Lesné : jeudi, à 10 h., consultation de nourrissons. — Vendredi, à 10 h., conférence de thérapeutique et clinique infantile avec présentation de malades. Dans le cours de l'année des séries de leçons pratiques de pédiatrie seront annoncées par des affiches spéciales.

Hôpital Saint-Louis (clinique Grancher, 14, rue Grange-aux-Belles). — M. J. Renault : samedi, à 10 h. 1/2, conférence de médecine infantile.

RADIOLOGIE ET RADIOTHÉRAPIE. — *Hôpital Tenon.* — Il sera fait par M. Proust et ses collaborateurs, à partir du mercredi 14 novembre 1923, à 10 h. du matin (salle Duflocq), et les jours suivants à la même heure, une série de 28 conférences suivies d'applications pratiques concernant la curiethérapie et la radiothérapie pénétrante.

Ce cours est gratuit, mais les élèves désireux de prendre part aux démonstrations pratiques auront à verser un droit de 150 fr. Se faire inscrire auprès de M. Forestier, chef de laboratoire, à l'hôpital Tenon.

CHIRURGIE GÉNÉRALE ; GYNÉCOLOGIE ET UROLOGIE. — *Hôpital Lariboisière* (salles Elisa-Roy et Ambroise-Paré). — M. G. Labey : lundi, à 10 h., policlinique et examen des malades. — Mardi, à 10 h., opérations sur le tube digestif. — Jeudi, opérations de gynécologie. — Vendredi, causerie au lit des malades. — Samedi, opérations de chirurgie générale.

— Service de M. le professeur Cunéo. — M. J. Picot : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., opérations. — Mardi, jeudi, samedi, clinique au lit du malade.

— Consultation de chirurgie. — M. Toupet : tous les matins, à 9 h., enseignement de la petite chirurgie.

Hôpital Tenon. — M. Martin : tous les jours, examen des malades. — mardi, jeudi, samedi, à 11 h., leçons sur les affections des membres.

Hôpital Beaujon. — M. Michon : lundi, jeudi, à 9 h. 1/2, examen des malades. — Mardi, vendredi, à 11 h., cystoscopie. — Mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. Opérations (chirurgie et urologie). En novembre, décembre, Cours sur les maladies de la prostate (voir affiche spéciale). — M. Savariaud : Mardi, de 9 h. 1/2 à 11 h., consultation de gynécologie (salle Laugier). — Mardi, à 11 h., leçons sur la gynécologie, le cancer, les autoplasties, les accidents du travail. — Lundi, mercredi, jeudi, samedi, opérations. — M. Souligoux : Mercredi et samedi, à 9 h., leçons et exercices au lit du malade.

Hôpital Necker. — M. Robineau : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., examen des malades. — Mardi, jeudi, samedi, à 9 h., opérations. — Dimanche, à 10 h., leçon de clinique chirurgicale élémentaire.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. — *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. Broca : lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. 1/2, opérations. — Mardi, jeudi, samedi à 9 h. 1/2, interrogatoire et exercices cliniques des élèves sur les malades examinés à la consultation. — Vendredi, à 10 h. 1/2, leçon sur la chirurgie ostéo-articulaire avec projections.

Hôpital Trousseau. — M. Hallopeau : mardi, jeudi, samedi, à 10 h., opérations. — mercredi et samedi, consultation externe et examen des malades. — Vendredi, à 10 h. 1/2, leçon clinique.

Hôpital maritime de Berck-sur-Mer. — M Sorrel : lundi, mardi, mercredi, de 9 h. à 12 h., opérations pour lésions osseuses. — Jeudi, vendredi, de 9 h. à 12 h., appareils plâtrés, ponctions d'abcès froids. — Samedi, de 9 h. à 12 h., examen des malades. Leçons cliniques. A partir de juillet, 12 leçons sur la tuberculose osseuse (voir affiche spéciale).

OBSTÉTRIQUE. — *Hôpital de la Charité.* — M. Le Lorier : les lundis et mercredis, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, à partir du lundi 5 novembre, conférences théoriques et pratiques sur la pathologie de la gestation : syphilis, tuberculose, pyélonéphrite, toxémies gravidiques, insertion du placenta sur le segment inférieur.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

achever le terme d'usage, mais cette prorogation n'a pas encore commencé à courir, votre propriétaire ne vous ayant pas encore donné congé, et vous-même n'ayant pas notifié votre intention de bénéficier de cette prorogation.

Elle ne courra que du premier jour du terme qui suivra cette notification et vous pourrez attendre, pour la faire, que le propriétaire vous ait donné congé. Il faudrait alors faire faire la notification dans les vingt jours de la réception du congé, par acte du ministère d'un huissier.

Cependant, la prorogation ne pourra avoir pour effet de prolonger la location au-delà de 15 ans à compter du 24 octobre 1919, c'est-à-dire au-delà du 24 octobre 1934.

Impôt sur le revenu. Contrôle et tarification d'office

Peut-être trouverez-vous un peu exagéré que je me permette de vous demander votre avis sur le cas d'un chirurgien-dentiste, mon voisin et ami. Mais je crois que le cas est instructif pour nous tous médecins, rien ne s'oppose en effet à ce que demain pareil questionnaire me soit adressé.

Le chirurgien-dentiste installé à B. petit centre de moins de 3.000 habitants fait en outre un jour par semaine un cabinet à N., autre village à 25 km. de là, et possède une petite voiture pour ces déplacements. Il reçoit aujourd'hui le questionnaire suivant du contrôleur des contributions directes, questionnaire précédé de la lettre dont je vous donne copie :

« J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir répondre avec la plus grande précision et pour chacune des années 1922-21-20-19 et 18 au questionnaire ci-joint. Faute de quoi je me propose de vous imposer rétroactivement pour chacune de ces années pour un revenu professionnel annuel de 20.000 francs.

Il importera de fournir des renseignements distincts pour votre établissement de B... et pour celui de N...

Veuillez agréer, etc.

Suit le questionnaire :

A. Revenus professionnels BRUTS.

1° Prix de soins et plombage ; prix d'une extraction ; prix d'un appareil prothétique (divers modèles, prix moyen).

2° Nombre moyen de clients

a) Le samedi et le jeudi (jours de marchés).

b) Les jours ordinaires.

Frais professionnels.

1° Local utilisé : sa consistance (?). Sa valeur locative par rapport à l'ensemble du logement. Prix porté au bail pour l'ensemble.

2° Produits pharmaceutiques divers (détail).

3° Main-d'œuvre :

a) Aide.

b) Mécanicien dentiste. Quel est le mode d'évaluation du prix du travail qui lui est confié.

4° Transport :

a) Prix de l'automobile, sa puissance.

b) Consommation annuelle en essence.

c) Frais divers : huile, pneus, réparation, amortissement..

d) Fréquence des transports à N.

e) L'auto est-elle utilisée pour l'usage personnel ? Dans quelle mesure ?

C. — Revenus autres que les revenus professionnels.

Revenus mobiliers et immobiliers.

Ce qu'il convient d'en déduire ?

J'ajoute que l'intéressé est loin de réaliser un bénéfice de 20.000 fr., que chaque année (sauf cette année 23) il a fait une déclaration de bénéfice d'une dizaine de mille francs environ.

Que doit-il faire ? Est-il obligé de répondre à semblable questionnaire pour cinq années ? Si cela est nécessaire, à quelle juridiction s'adresser ?

Connaissant et ayant apprécié l'obligeance et l'indiscutable compétence du *Concours*, je me permets de vous poser cette question. J'espère que vous voudrez bien y répondre et que sa publication sera utile à tous. Dr C.

Réponse.

D'une manière générale, il suffit que la déclaration de l'impôt sur les bénéfices des professions libérales porte l'indication du bénéfice et sans qu'il soit besoin de le justifier dans la déclaration.

En principe, les moyens de vérification du contrôleur sont restreints car les contribuables appartenant à cette cédule ne sont pas obligés d'avoir une comptabilité régulière, étant tenus au secret professionnel.

Mais nous conseillons aux contribuables de garder avec l'agent du fisc les meilleurs rapports possibles, attendu que justement en raison du peu de moyens de contrôle qui sont à sa disposition, celui-ci a le droit de rectifier le chiffre de bénéfice à lui annoncé sans s'appuyer sur des éléments certains et en se basant sur le renseignements qu'il possède.

Dans ce cas, avant d'établir l'imposition, le contrôleur notifie au contribuable le chiffre qu'il regarde comme correspondant au bénéfice réalisé en indiquant les motifs qui, à son avis, justifient le redressement opéré.

A défaut d'entente ou passé le délai de 20 jours imparti au contribuable pour présenter ses observations, l'imposition est basée sur le chiffre arrêté par le contrôleur et l'assujetti ne peut contester la somme taxée que par la voie contentieuse.

Nous conseillons donc à l'intéressé de fournir les renseignements à lui demandés s'il ne veut pas être imposé, comme l'on menace le contrôleur, sur une base de 20.000 francs.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Calcul d'impôt sur le revenu

Votre conseiller fiscal pourrait-il me renseigner sur le point suivant au sujet de ma déclaration d'impôt sur le revenu (1922) ?

J'ai déclaré comme revenu global 17.700 frs. dont 13.620 bénéfices professionnels et 4.080 revenu de valeurs.

Marié sans enfants depuis juin 1921 je suis imposé de 367.20 professions non commerciales, et 191.40 au titre d'impôt général, soit 558.60. Est-ce exact ?

Réponse.

En ce qui concerne l'impôt sur les professions libérales, les calculs sont exacts et établis comme suit :

$$\left[13.620 \text{ fr.} - \left(7.000 + \frac{8.000 - 7.000}{2}\right)\right] \times \frac{6}{100} = 367 \text{ fr. } 20$$

Quant à l'impôt général sur le revenu, il est majoré de 10 %. En effet :

$$\left[(17.700 \text{ fr.} - 3.000) \times \frac{1}{25} \times \frac{50}{100}\right] - 120 = 174 \text{ fr.} -$$
$$174 \text{ fr} + 174 \times 10 \,\% = 191 \text{ fr. } 40$$

Il est nécessaire que nous voyions l'avertissement pour savoir d'où provient cette différence Nous engageons l'intéressé à nous l'envoyer sans retard. (S'il est encore temps, avant l'expiration des délais qui sont de 3 mois à compter de celui qui suit la publication du rôle).

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Patente de deux cabinets dans deux villes différentes

Avant la guerre j'exerçais la médecine à D. ; depuis la fin de la guerre. je me suis fixé à G., mais je continue à tenir un cabinet à D. où j'ai loué à cet effet une chambre garnie et où je tiens cabinet 3 fois par semaine. Jusqu'à cette année le fisc m'a toujours considéré comme exerçant à D. et m'a fixé ma patente sur le prix de mon loyer à D. d'avant guerre. J'ai cependant signalé à deux reprises différentes et par lettre recommandée mon changement de domicile au contrôleur des contributions directes.

Or cette année il m'envoie deux feuilles de patente, l'une pour D. et l'autre pour G.

Dois-je deux patentes du fait que j'ai double cabinet ? Je serais très heureux d'avoir votre avis éclairé sur ce cas.

Dr X.

Réponse.

Le médecin qui exerce sa profession dans deux ville est passible du droit proportionnel de patente pour chacun de ses cabinets.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal

Infirmités de guerre multiples.

Vous avez publié dans le *Concours médical* du 14 octobre 1923, p. 3.225 une question sur les infirmités

de guerre multiples. Pour résoudre exactement cette question il faudrait soit examiner l'homme, soit avoir copie de son dossier, cependant avec les données publiées je crois qu'on doit la résoudre ainsi :

1° Paraplégie spasmodique surtout marquée à droite avec trépidation épileptoïde et limitation de la flexion des orteils.	65 % 5e classe n° 9
2° *a*) Parésie du membre supérieur droit avec *b*) incontinence des matières fécales et *c*) de l'urine à intervalles réguliers. (Selon le barème ces pourcentages doivent être combinés en cas d'association par lésion médullaire).	55 + 5

a) 20 % ; *b*) 30% ; *c*) 20 % = 55 %.

3° Perte de substance osseuse de 3 centim. × 3 centim. (donc inférieure à la grandeur d'une pièce de 5 francs 37 millim. × 37 mill.) de la région pariétale gauche avec cicatrice pulsatile et impulsive, *syndrome des trépanés : céphalées, vertiges.*	20 + 10

Conclusions : invalidités multiples :

1° 65 % / 2° 55 + 5 %	86 %	
3° 20 + 10 %		90 %

Il va sans dire que si la marche était impossible, le blessé devrait bénéficier du barème traumatisme avec lésions médullaires. Paraplégie complète avec troubles des réservoirs 100 % + bénéfice de l'article 10.

Dr C.

Ancien médecin-expert au G.S.R.

Réponse.

Le point qui prête à discussion, est celui de l'infirmité 2.

En effet, si les troubles des sphincters peuvent bénéficier des évaluations que vous proposez, c'est surtout dans les cas de lésions *isolées* (matières fécales ou urines) et *directes* (ex.: lésions de l'abdomen, des voies génito-urinaires, etc.). Remarquez que lorsqu'il s'agit, comme dans le cas d'espèce, de troubles d'origine corticale ou médullaire, l'évaluation n'atteint guère que 20 % globalement : exemple, paralysie générale, à la période d'état 80 % et à l'état gâteux 100 %. Ces troubles sphinctériens sont les complications de lésions déjà indemnisées, ils ne constituent pas, à eux seuls, la lésion.

Quant à la parésie du membre supérieur droit, ce simple libellé ne permet aucune appréciation, il vaut aussi bien « moins que dix » que « 20 % » ; on ne connaît pas les troubles fonctionnels seuls intéressants.

G. F.

Numéro d'inscription au Registre du Commerce : 104.380 (Seine)

Un médecin militaire peut soigner les pensionnés de guerre.

J'ai recours à votre compétence incontestée pour vous demander votre avis au sujet du fait suivant qui s'est produit ici :

Un bénéficiaire de l'article 64 a-t-il le droit d'aller consulter un médecin militaire qui lui délivre une ordonnance et qui déchire le bulletin de consultation puisqu'il ne peut présenter un mémoire d'honoraires ?

Je suis en excellents termes avec ce médecin militaire, bon confrère, lequel serait heureux de connaître votre opinion à ce sujet.

A mon avis, je ne crois pas qu'il ait le droit d'agir ainsi pour la raison suivante : le mutilé habite une commune voisine, et s'il réclamait une visite à domicile, le médecin militaire ne pourrait se rendre à son appel, n'ayant pas de moyen de locomotion et ne pouvant se faire payer le déplacement.

D L.

Réponse.

Renseignements pris aux meilleures sources, les bénéficiaires de l'article 64, usant de leur faculté de libre choix, peuvent s'adresser aux médecins militaires. Ceux-ci ne sont pas payés de leur visite, mais rien n'empêche de leur payer les frais de déplacement, comme aux autres confrères.

G. F.

Situation militaire.

Je viens encore user de votre amabilité habituelle pour savoir ce que je dois faire.

J'ai envoyé par la mairie de ma résidence la feuille explicative et remplie par moi, au commandant du bureau de recrutement de ma région, concernant ma classe de mobilisation (classe 1898) et ma situation de famille (2 enfants).

Le recrutement par l'intermédiaire de la mairie me retourne cette carte le 15 octobre disant que je ne figure pas sur les tableaux. Or le service de Santé de ma région me connaît puisque à différentes reprises j'ai fourni tous les renseignements demandés pour passer aide-major à titre définitif, ce qui est fait maintenant. Cela suffit-il ?

Je croyais qu'on pouvait avec 2 enfants bénéficier de 4 classes, tout au moins pour une affectation.

Dois-je envoyer cette carte au Service de santé, puisque le recrutement prétend m'ignorer. Il faut dire que j'ai été incorporé pendant la guerre, puis *nommé aide-major* à titre *définitif*. Dr X.

Réponse.

Le recrutement s'occupe des hommes de troupe. Les directions d'armes ont charge des officiers. Adressez donc tous les renseignements en question au directeur du service de santé de votre région.

Deux enfants vous font bénéficier de quatre classes. G. F.

Application du Tarif Breton.

I

Pansements multiples.

Abonné au *Concours*, j'ai recours à vous afin de me dire comment je dois dresser ma note d'honoraires concernant l'accident suivant :

Un ouvrier tombe d'un échafaudage. Conséquences : 1° plaies de l'angle externe O. D. assez profondes, mais peu étendues en surface ; le globe oculaire est intact.

2° Plaie contuse jambe droite, tiers supérieur, côté latéral interne tibia, le squelette est aussi intact.

Appelé donc auprès du blessé, je nettoie et fais un pansement de l'œil et un pansement de la jambe.

Comme les plaies sont souillées, je fais une injection de sérum antitétanique. Tout cela en une seule séance ?

Comment dois-je compter : y a-t-il 2 pansements puisqu'ils ne sont pas sur le même segment de membre : ces pansements sont-ils comptés avec le prix de la visite ? Et le sérum ? Comment le tarifer ? *Tout cela m'embrouille au sujet du cumul.* Soyez assez bon de m'éclairer de vos lumières. Dr M.

Réponse.

Voyez l'art. 14 : « Dans le cas de blessures multiples, hors le cas prévu sur un même segment de membre, les soins donnés sont tarifés pour *chacun* des pansements... » Donc, dans votre cas, comptez 2 pansements (soit 2 fois le prix de la visite) plus votre injection de sérum. Là, il n'y a pas *cumul* puisque vous n'avez pas compté la visite mais 2 pansements + une injection = 3 interventions diverses. F. D.

II

Visite de contrôle.

La visite est augmentée de 50 % si elle doit avoir lieu à heure fixe, il n'est pas dit visite ou consultation, comme pour la visite de nuit, qui est triplée 3 v. ou 3 c.

Or plusieurs compagnies prétendent que si elle a lieu au cabinet du médecin, elles ne doivent que 8 + (8 : 2) = 12 fr. et non 10 + (10 : 2) = 15 fr. Je crois en avoir parlé à votre ami Decourt qui a accepté cette manière de voir.

Or au syndicat de Roubaix, j'ai entendu soutenir la thèse prise au pied de la rédaction de cet article (tarif Breton : 1 visite + (1 : 2) = 15 fr.

Je serais heureux de connaître l'appréciation du Dr Decourt, son avis ayant presque force de loi ou de décision jugée. Dr H.

Réponse.

J'ai déjà répondu longuement à cette question dans le numéro du *Concours Médical* du 27 mai 1923, page 1991. De plus, vous trouverez dans le numéro du 15 juillet 23, page 2598, une « suite » en ce sens que le confrère à qui j'avais répondu le

27 mai me dit que la compagnie a accepté mes conclusions et, bien que la visite de contrôle ait eu lieu au cabinet du médecin, a payé le prix d'une *visite* (et non d'une consultation) majoré de 50 %, comme il est dit art. 3. *a* F. D.

III

Luxation acromio-claviculaire.

Abonné depuis longtemps déjà au *Concours médical*, je désirerais être fixé sur le point suivant :

Ayant soigné un accident du travail pour luxation acromio-claviculaire, assez difficile à maintenir, réduite, quel prix dois-je demander ? A quelle autre luxation peut-elle être assimilée ?

Je vous serais reconnaissant de me répondre dans les colonnes du *Concours médical*. Dr P.

Réponse

Dans les cas de luxation de la clavicule, j'ai déjà proposé plusieurs fois (avec acceptation des deux parties) de compter le prix de « Réduction et contention de fracture de cet os, soit 50 fr. F. D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Régime et traitement de l'incontinence essentielle d'urine

Régime surtout végétarien :

Soupes épaisses, légumes, pâtes, riz, fruits cuits, salades cuites, pain grillé.

Peu de viande.

Réduire au minimum la boisson : un verre d'eau par repas ; le soir, repas sec.

Manger lentement et bien mastiquer.

Hygiène surveillée :

Pas de fatigue physique, pas de jeux violents, ni d'excitation d'aucune sorte.

Vie active au grand air, dans le calme et la tranquillité.

Ni veilles tardives, ni bals, ni spectacles.

Hydrothérapie froide :

Usage du drap mouillé chaque matin, voire deux fois par jour, pendant une demi-heure ou une heure.

Faire tremper le drap dans l'eau froide, l'essorer, l'étaler sur une couverture de laine : enrouler l'ensemble autour du corps.

En cas de réaction paresseuse, remplacer le drap mouillé par la douche tiède : verser, matin et soir, sur la nuque et les épaules, deux ou trois litres d'eau à 34° ou 35°. En suite, *friction sèche* au gant de crin, sans alcool.

Médicaments :

Essayer la *strychnine à doses progressives* (jusqu'à un centigramme par jour, si la drogue est bien tolérée).

On peut associer la strychnine à l'extrait fluide de *rhus radicans* ou de *rhus aromatica*, remèdes inoffensifs.

La formule suivante m'a valu des succès :

Teinture de noix vomique ..		
— de rhus aromatica...	âà 6 gr.	
— de rhus radicans.....		
— de rhus toxicodendron		
Glycérine................	âà 5 gr.	
Alcool à 90°..............		

Commencer par dix gouttes, le soir au coucher.

Arriver, en augmentant de III gouttes par jour, à XXX gouttes chaque soir.

L'ergot de seigle rend parfois des services, quand il y a *atonie du sphincter strié.*

Dans le même cas, on recommandera utilement :

Les *courants galvaniques* à haute intensité ;
Les *toniques généraux* ;
Les *cures hélio-marines.*

Dans le cas inverse, recourir à la *belladone* ou à son alcaloïde, l'*atropine.*

Faire prendre, le soir, en couchant le jeune malade, dans une cuillerée d'eau pure, III (trois) gouttes de teinture de belladone. Augmenter d'une goutte par jour jusqu'à XV à ou XX gouttes, selon l'age et la tolérance individuelle.

Si celle-ci est en défaut (mydriase, troubles visuels, rougeur des pommettes, sécheresse de la bouche, dysphagie), suspendre l'emploi de la teinture.

S'il y a *incontinence diurne et nocturne,* la donner trois fois par jour, matin, midi, soir, en commençant par I goutte, puis II, III, IV, etc., gouttes par dose (au maximum, de XV à XVIII gouttes par jour).

En cas d'échec de la belladone, essayer le *tartrate borico-potassique*, le *chanvre indien*, la *ciguë.*

On peut encore obtenir de bons effets de l'*antipyrine* : 0 gr. 25, deux ou trois fois par jour, à une demi-heure d'intervalle, dans la soirée.

L'*extrait thyroïdien* peut enfin trouver ses indications (0 gr. 10, 0 gr. 15, 0 gr. 20).

Si ces divers moyens échouent, il restera encore ces ultimes ressources :

Les *injections rétro-rectales* de 100 à 200 gr. de sérum artificiel ;

Les *injections épidurales* de ce même sérum, à la dose de 10 à 15 cmc. ;

Enfin, la *ponction lombaire*, souvent couronnée d'un succès définitif.

Dr A. SATRE,
(de Grenoble).

JURISPRUDENCE

SYNDICAT PROFESSIONNEL. — RADIATION. — DROIT DE LA DÉFENSE — VIOLATION — ANNULATION.

Cour d'Appel de Douai, 26 mars 1923.
(*Rec. Douai*, 1923, 172.)

La commission d'un syndicat professionnel ne saurait, à titre de blâme, prononcer la radiation d'un

syndiqué, qui a adressé sa démission, sans appeler le syndiqué à présenter ses observations. La décision ainsi intervenue est entachée de nullité comme prise en violation des droits de la défense, d'après les règles du droit commun et en l'absence de toute disposition à cet égard dans les statuts. Et cette nullité n'est pas susceptible d'être couverte ultérieurement par la ratification de l'assemblée générale donnée en conformité des statuts.

Dès lors, si la publicité donnée à la décision de la commission du syndicat a été de nature à causer un préjudice moral à l'ancien syndiqué, l'association syndicale est tenue de le réparer.

Commentaires

En adhérant au Syndicat, en acceptant les statuts, en se soumettant d'avance à la juridiction du conseil de famille, le syndiqué aliène une partie de sa liberté.

Par contre, les règles de droit commun doivent lui être applicables lorsqu'accusé d'une faute professionnelle, il est assigné devant le Conseil de famille du syndicat. Il a le droit absolu de présenter sa défense, soit personnellement, soit par un défenseur.

L'arrêt ci-dessus confirme ce droit, même en l'absence de toute disposition à ce sujet, dans les statuts.

Déjà, la Cour de Cassation avait proclamé que les droits de la défense doivent toujours être respectés (Cassation, Requêtes 23 janvier 1855; Cass. civ., 5 juillet 1858 ; 24 juillet 1900 ; 17 déc. 1900).

La Cour de Douai, non seulement casse la décision du syndicat, comme étant entachée d'illégalité, du fait que l'accusé n'a pas été mis à même de présenter sa défense, mais encore condamne le syndicat à réparer le préjudice que sa décision aura pu occasionner à son ancien adhérent.

Les statuts des syndicats prévoient une certaine publicité aux délibérations du groupe corporatif. Même si cette publicité n'est pas abusive, elle peut, en faisant connaître une décision de justice professionnelle irrégulière, porter tort à l'inculpé, alors que les droits de la défense n'ont pas été observés.

Nous rappellerons ici qu'il faut être très prudent, en matière de publication des décisions syndicales, excluant un syndiqué, ou mettant à l'index un non syndiqué.

Une publicité extraordinaire pourrait être considérée comme ayant été dictée par le désir de nuire au médecin radié du syndicat et ce praticien serait en droit d'obtenir des dommages-intérêts. Ainsi ont jugé : Cour d'appel de Riom, 7 février 1900 ; Cour de Paris, 5 février 1901 ; Cour de Limoges, 10 juin 1902 ; Cour de Montpellier 20 février 1903 ; Cour de Cassation, 25 février, 1905.

Dr Paul Boudin.

Quarante-cinquième année | N° 47 | 25 Novembre 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3530-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr SARDAT, d'Escouloubre (Aude), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quillichini.
Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Miuelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Bassargette, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 573. — Echangerais torpedo luxe de Bazelaire 12-14 HP., récente parf. ét. contre conduite inté., 4 pl., récente de préf. Peugeot-Zedel D. F. P. 10-12 HP., Dr Sery, à Salon-de-Provence.

No 574. — A vend. Grégoire 10 HP., cond. int., 3 pl. Bon état de marche. Dr Guérin, à Ccpoy, Loiret.

No 575. — A vendre moto D. R. F. 1921, moteur Train sans soupape, 2 vitesses, démarrage au pied, s'adr. Perrier, pharmacien, Conflans-Ste-Honorine (S.-et-O.).

No 576. — Docteur recom. partic. infirmière C. R. diplômée pour direction ds clinique, sanatorium, etc., meilleures réf.

No 577. — A céder vingt parts de la Société Blanchon frères, 7, rue St-Lazare, Paris, 150 fr. la part. S'adresser au Dr Poingt, à Montreuil-Bellay (M.-et-Loire).

No 578. — Médecin connaissant parf. l'anglais ferait chez lui trad. ouvrages méd. ou autres, ainsi que trav. de bureau.

No 579. — A vend. microscope Koristka neuf, gd. modèle, tube large pr. microphoto, revolver 4 places, platine mobile, 2 verniers, app. éclairage Abbé, triple condensateur, 5 oculaires, 3 objectifs sec apochromat., 1 immersion 1/15 e semi-apochromat.

No 580. — A céd. chef-lieu canton, bord mer, poste ancien, rapp. 40.000 frs., gde maison, élect., indem. 6 500 fr. Urgent. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 581. — Ds pet. ville région lyonnaise client., tr. ancienne. Rappt. 50.000 frs. Fixe, gde maison, élect. Prix tr. intér. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 582. — Étud. en méd., ch. L. d'hon., cherche empl. dans clin. ou sim. ts les jours entre 16 h. et 20 h.

N° 583. — Banlieue Nord, cause spécialisation. Poste d'avenir 40.000 fr. touchés en augm. const., peu de frais, mais. conf., eau, gaz, élect., gar. Pays de villég. Prix 25.000 ou 20.000 comptant.

AVIS

Nous tenons à prévenir nos Abonnés et nos Lecteurs que le Concours médical et ses filiales n'ont absolument rien de commun avec le *Centre Médical* qui est installé dans la cour de l'immeuble où se trouvent leurs propres bureaux.

Menton. — Réouverture de l'Hermitage. Maison de cure climatique (Docteurs Gallot et Coubard) Conval., lymph., malades du tube digestif et de la nutrition, ni contagieux, ni mentaux. Cure d'air, héliothérapie, régimes, etc.

CORRESPONDANCE

Les effets de la crainte du « Sou Médical ».

Je viens vous informer que l'affaire M. pour laquelle j'avais demandé votre appui s'est terminée, grâce à vos conseils, à mon entière satisfaction. Sitôt que la partie adverse a su que je n'étais pas seul et que « mon Syndicat » m'avait dit de tenir bon et d'aller devant les tribunaux, elle dit elle-même « qu'elle n'avait aucun intérêt à aller » devant les tribunaux, sachant très bien qu'elle a perdu d'avance ». Aussi, en conciliation, l'attaque fut-elle piteuse, se contentant de demander une réduction de moitié sur la note d'honoraires. Je tins bon et déclarai que j'étais prêt, devant une mauvaise foi aussi évidente, à aller en justice. Tout ce que j'offris, ce furent des facilités de payement. La soumission fut complète et je viens de remettre entre les mains de l'huissier une reconnaissance en bonne et due forme.

Je vous remercie vivement de vos conseils et de votre appui offerts sans discussion. Le pauvre praticien est heureux, dans ces sortes d'ennuis, de vous sentir ferme au poste derrière lui. Pour un jeune praticien, sans défense et sans expérience, cela est quelque chose.

Dr D,

Décès d'un blessé du travail des suites de l'accident.

J'ai soigné, il y a 3 ans, un ouvrier atteint d'hémiplégie traumatique, le taux de la pension invalidité était 100 %. Ce malheureux a traîné une existence lamentable et a fini par succomber il y a quelques mois. Or, la femme de cet ouvrier croyait avoir droit à quelque chose et la Compagnie d'assurances lui écrit que « les rentes allouées en exécution de la loi

sur les accidents du travail ne sont pas réversibles sur la tête des veuves des titulaires ».

Cette femme me demande conseil. Il me semblait qu'elle avait droit à quelque chose puisqu'en somme, son mari est décédé des suites de l'accident. Vous seriez bien aimable de me renseigner à ce sujet.

Dr B.

Réponse.

Il est bien exact, comme le répond la compagnie d'assurances, que les rentes allouées aux blessés du travail ne sont pas réversibles sur la tête de leur veuve, sauf dans le cas et dans les proportions prévus à l'article 9 de la loi du 9 avril 1898, qui n'est pas applicable d'ailleurs, en l'espèce, car cette réversibilité partielle doit avoir été demandée par le titulaire de la rente, après la période de révision.

Mais, dans votre espèce, si le blessé est décédé au cours de la période de révision, c'est-à-dire dans les trois ans qui ont suivi l'accord ou la décision judiciaire qui a fixé la rente, la veuve doit, puisque le décès est une conséquence de l'accident, bénéficier de la rente de 20 % du salaire prévue par l'article 3 -A de la loi du 9 avril 1898.

Si donc cette période de trois ans n'est pas encore expirée, elle n'a qu'à saisir le président du Tribunal civil d'une demande en revision, par voie de simple déclaration faite au greffe du Tribunal,

Mais la demande ne serait plus recevable si le délai de trois ans était expiré. Il y aurait donc lieu de se hâter, puisque l'accident ou la fixation de la rente datent de trois ans environ.

Les médecins de l'assistance médicale gratuite peuvent accepter un cadeau.

Permettez-moi de vous poser quelques questions qui peuvent aussi intéresser des confrères et des sages-femmes.

Peut-on, sans risquer de passer pour escroc, recevoir un cadeau, en argent ou en nature, d'une personne assistée que l'on a soignée aux frais de l'A. M. G. ?

Dans certaines contrées, il est l'usage de faire un présent à l'accoucheur ou à l'accoucheuse ; ici, on dit l' « étrenne » ; peut-on accepter ce cadeau lorsqu'il s'agit d'une assistée dont l'accouchement sera payé par l'A. M G. ?

L'administration aurait-elle le droit de considérer cette « étrenne » comme une rémunération et refuser le payement des mémoires ?

Je serais très heureux que vous puissiez me donner une réponse par la voie du *Concours*, de façon à en faire part à l'accoucheuse, que cela intéresse plus particulièrement.

Dr B.

Réponse.

Les honoraires alloués au médecin par l'Assis-

tance médicale gratuite, quelles qu'en soient l'importance et la forme, représentent en effet tout ce qui lui est dû pour les soins qu'il a donnés aux assistés régulièrement inscrits sur la liste et il n'a pas le droit d'exiger un complément d'honoraires, sous prétexte que la rémunération qui lui a été allouée lui paraîtrait insuffisante.

Mais il n'est nullement interdit qu'il accepte d'un assisté satisfait de ses soins, ou qui estime, lui aussi, que la rémunération officielle est insuffisante, un cadeau sous une forme quelconque, en espèce ou en nature.

Il ne s'expose à aucune sanction pénale ou administrative en acceptant ce souvenir, bénévolement offert et non exigé.

Honoraires médico-légaux pour autopsie

J'ai fait, en ma qualité de médecin-expert, et sur commission du juge d'instruction, l'autopsie d'un enfant de *six semaines*. Sur mon mémoire, j'ai tarifé cette autopsie 60 fr. ; le dit mémoire me revient aujourd'hui avec un rabais, l'autopsie n'étant plus comptée que 35 fr., c'est-à-dire ramenée au prix de l'autopsie d'un nouveau-né.

Qui a raison ? Un enfant de six semaines est-il un nouveau-né ? Je vous serai très reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis.

Dr Y.

Réponse

La loi pénale qui emploie le terme de « nouveau-né » et punit certains crimes et délits dont les enfants nouveau-nés peuvent être victimes, loi à laquelle il y a lieu évidemment de se référer en l'espèce, puisqu'il s'agit d'appliquer le tarif criminel, n'a pas défini cette expression.

La question de savoir quand un enfant est nouveau-né est une question de fait qui doit être résolue par les tribunaux. La jurisrpudence paraît fixée en ce sens que, par exemple, il y a infanticide, c'est-à-dire, meurtre ou assassinat d'un enfant nouveau-né, tant que le crime peut effacer jusqu'aux traces de la naissance. Au contraire, il n'y aurait plus infanticide dès que la naissance est constatée, notoire, dès que l'enfant, par exemple, est inscrit sur les registres de l'état-civil.

La Cour de Cassation, par arrêt du 24 décembre 1835, a décidé que ne peut être déclaré infanticide le meurtre d'un enfant âgé d'un mois.

A fortiori, dans votre cas, puisque l'enfant avait six semaines, il semble que, à moins de circonstances particulières, il ne puisse être considéré comme nouveau-né et que l'honoraire de 60 fr. devrait vous être alloué pour autopsie avant inhumation.

Le recours contre la taxe doit être formé dans le délai de dix jours à compter de celui où l'ordonnance de taxe vous a été notifiée.

Timbre des certificats

Jusqu'ici je rédigeais mes certificats pour accidents de *travail agricole* sur papier libre ; on vient de me menacer de m'infliger un procès, car les accidents agricoles ne sont pas soumis à la loi sur les accidents de travail ; est-il vrai que ces certificats doivent être rédigés sur papier timbré ?

Même question pour les patrons qui possèdent une assurance personnelle pour accidents survenant au *cours de leur travail* ?

Enfin, pour accident survenant au cours d'une partie de foot-ball ; cette fois, c'est moi qui veux le rédiger sur papier timbré et l'assureur qui en nie l'utilité.

Dr B.

Réponse.

Si, en vertu de l'article 29 de la loi sur les accidents du travail, les certificats établis pour les blessés assujettis à cette loi doivent être faits sur papier libre, il n'en est pas ainsi de ceux qui ont trait à des accidents non garantis par la législation spéciale.

Or, c'est le cas, actuellement, des accidents agricoles en général, qui ne seront assujettis, et encore pas tous, que le 1er septembre 1924.

Il en est encore ainsi des accidents individuels, que les blessés soient ou non assurés, par exemple, de ceux qui atteignent les patrons au cours de leur travail.

Lorsque la loi sur les accidents agricoles sera en vigueur, certains patrons agriculteurs pourront être garantis par elle et les accidents qui les atteindront dans leur travail pourront bénéficier de la dispense de timbre des certificats.

Quant aux accidents survenus au cours d'une partie de foot-ball, ce sont des accidents de droit commun et les certificats qui les concernent doivent être établis sur papier timbré.

Accident survenu à un ouvrier industriel pendant un travail domestique

J'ai recours à votre obligeance pour bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Un marchand de chaussures a annexé à son commerce, un atelier de cordonnier où il répare les marchandises vendues à ses clients.

Il y a quelque temps, il emménageait une armoire et il demande à un de ses ouvriers de venir aider à l'emménagement, lorsque se produisit un accident, l'échelle où était monté l'ouvrier casse, ce dernier tombe, il en résulte une large plaie du cuir chevelu, qui est presque entièrement scalpé, suppuration, septicémie et l'ouvrier qui se trouvait dans de mauvaises conditions : alcoolisme, misère physiologique, meurt au bout de dix jours.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître si le commerçant est responsable et s'il doit constituer une pension à la veuve.

Dr Z.

Réponse.

Un travail domestique auquel un ouvrier a été momentanément employé par son patron ne constitue pas le travail professionnel dans le sens de la loi sur les accidents du travail et l'accident survenu par le fait ou à l'occasion de ce travail ne donne pas lieu à l'indemnité légale.

Nous sommes donc d'avis que, en l'espèce, si le travail d'emménagement au cours duquel l'ouvrier a été blessé s'appliquait aux locaux occupés par le patron pour son habitation personnelle et celle de sa famille, et non aux locaux industriels, par exemple à l'atelier dans lequel il fait faire ses réparations, il n'y a pas accident du travail garanti.

Mais les ayants droit de la victime pourraient mettre en cause la responsabilité civile du patron découlant du droit commun (Art. 1382 et suivants du Code Civil) et il semble que, en l'espèce, cette responsabilité serait engagée, attendu que la cause de l'accident a été la rupture d'une échelle appartenant au patron.

Il est donc possible que, finalement, le patron ait à supporter une indemnité plus importante que celle résultant de l'application de la législation sur les accidents du travail et son intérêt serait peut-être, s'il est mis en cause du chef de la loi de 1898, de ne pas invoquer l'inapplicabilité de cette loi. Mais, s'il est assuré, la Compagnie d'assurances, par laquelle il sera représenté, ne manquera pas de le faire, lui laissant la charge de la responsabilité de droit commun, contre laquelle il n'est vraisemblablement pas assuré.

Nouvelle organisation du service militaire

Une fois de plus, je fais appel à vous en qualité d'abonné du *Concours médical*, pour me fixer sur un point resté obscur :

A plusieurs reprises, j'ai lu des communications dans votre journal concernant les officiers de complément et visant leur passage dans la territoriale et cela depuis la nouvelle loi supprimant la territoriale. Actuellement, il n'y a plus, il me semble, que l'active, la 1re réserve, la 2e réser ve. En temps de guerre, les troupes de la 2e réserve ne doivent pas je crois quitter le territoire. Les officiers sont-ils soumis au même traitement (?)

A quelle classe commence la seconde réserve. Etant né le 18 septembre 1886, ayant 2 enfants vivants dont j'ai fait déclaration à la mairie, dois-je suivre comme officier de complément le sort de ma classe nouvelle, soit classe 1904, au lieu de ma classe normale 1906.

Puis-je en faire la demande à la direction du Service de santé sans crainte d'être rayé des cadres, comme cela est arrivé à un confrère (cas relaté dans le *Concours médical*).

(*Voir la suite page. XLIII*-3571)

PROPOS DU JOUR

Echos de la Journée du « Concours Médical »

En attendant que nous publiions le compte rendu des Assemblées générales du *Concours Médical* et de ses filiales, nous ne voulons pas tarder à informer nos lecteurs des deux décisions les plus importantes qui ont été prises dimanche dernier.

A la *Mutualité Familiale*, le cumul des combinaisons MA et MAD de la Caisse maladie a été voté. Dans la première de celle-ci, l'indemnité journalière n'est que de dix francs ; dans la seconde, créée depuis quelques années seulement, cette indemnité est de vingt francs ; jusqu'à présent, il y avait incompatibilité entre elles. Le vote de dimanche a fait disparaître cette incompatibilité, de telle sorte que, désormais, les membres de la Mutualité familiale pourront cotiser pour s'assurer *une indemnité de 30 francs par jour.*

Au « Sou Médical », l'Assemblée générale a suivi les suggestions de son Conseil d'administration, en portant, par un vote unanime, le maximum de la couverture du risque *Responsabilité civile, à cinquante mille francs*, sans augmenter d'ailleurs la cotisation annuelle, qui reste fixée à 25 francs.

Les confrères qui hésitaient à faire partie du « Sou » sous le prétexte que la garantie limitée à 20.000 fr. était insuffisante, n'auront plus de raison pour rester en dehors de notre Ligue de défense professionnelle, et nous ne doutons pas qu'ils viendront en masse grossir le nombre de ses membres, qui s'approche de 4.000, et qui atteindra demain, nous osons l'espérer, 5.000, 6.000 et plus encore. Si le nombre et l'union font la force, quelle puissance n'acquerra pas le « Sou Médical », et quels services ne pourra-t-il pas rendre alors, quand nous tenons compte surtout de ceux qu'il a déjà rendus, dans le passé ?

Le soir, cent convives se pressaient autour des tables du dîner confraternel, où tous les milieux médicaux étaient représentés : La Faculté de Médecine, avec le Doyen, M. le professeur Roger, et M. le professeur agrégé Lian, tous deux d'ailleurs médecins des hôpitaux. Le corps médical hospitalier, avec ces deux hôtes de marque, augmentés de MM. les Drs Maurice Renaud, de Paris, et Tourneux, de Toulouse. L'Association générale des médecins de France avec son président Bellencontre, et son secrétaire général honoraire Levassort. L'Union des Syndicats médicaux de France, avec ses deux secrétaires généraux, Lafontaine et Quivy. La Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre, avec son président, M. le médecin inspecteur Odile, et son secrétaire Lenglet. Les étudiants en médecine, avec M. Crouzat et M. Lehman, président et secrétaire de la Section de médecine de l'Association ; M. Cossa, président de l'Association corporative des externes des hôpitaux ; M. G. Boudin, tout jeune P.C.N. La foule enfin des praticiens, tous les amis du *Concours médical* et de ses filiales, dont la plupart sont des habitués de plus de 30 ans de nos réunions, avec une fidélité qui est pour nous la plus douce des récompenses de nos efforts.

Je n'oublierai pas de mentionner la présence, parmi nos convives, de trois hygiénistes de carrière : M. le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Hygiène, M. le Dr Ott, inspecteur départemental de l'Hygiène dans la Seine-Inférieure ; enfin notre ami R. Martial, directeur du Bureau d'Hygiène de Maisons-Alfort.

Enfin, je dois signaler, avec une attention toute particulière, M. le Dr Beckers, de Bruxelles, qui représentait parmi nous le journal ami dont il est secrétaire de la rédaction, *Bruxelles Médical*, en même temps que nos confrères belges, dans leur ensemble : il a été unanimement fêté, en raison, tant des sentiments d'affection que nous nourrissons tous pour la noble et vaillante Belgique, que de sa bonne grâce souriante, et de la sympathie qui émane de toute sa personne.

Au champagne, Noir, qui présidait, en l'absence de Gassot, retenu par la convalescence de la grave opération qu'il vient de subir, a porté le toast traditionnel suivant :

Mes chers confrères,

La cordiale intimité qui règne dans nos réunions s'accommode mal aux discours. Je ne voudrais donc pas en ouvrir la série. Cependant la place, qu'en l'absence de notre directeur, m'ont confiée mes amis du *Concours médical*, m'impose le devoir de remplir les obligations de maître de la maison et d'adresser à nos convives nos souhaits de bienvenue.

Tout d'abord, je crois être votre interprète à tous en exprimant à celui qui eût dû parler à ma place, à notre vénéré ami et directeur, M. Gassot, nos regrets de ne pas le voir avec nous ce soir, et nos souhaits de prompt rétablissement, car nous sommes heureux de vous annoncer qu'après avoir subi une cruelle opération, il est en pleine convalescence. M. Gassot rend tant de services que sa grande modestie laisse ignorer, il a joué et joue un si grand rôle dans l'organisation de nos filiales, et a tant fait pour assurer leur prospérité, que nous faisons les vœux

les plus sincères pour qu'il reste encore de longues années à notre tête. (*Applaudissements.*)

***

Messieurs, nous avons la bonne fortune de compter parmi nous notre distingué confrère du *Bruxelles Médical*, le Dr Beckers, l'organisateur de ces Journées médicales qui ont eu récemment un si grand succès, et dont notre ami Duchesne nous a fait entendre les échos dans le *Concours médical*.

M. le doyen Roger qui consacre tant d'activité au développement des relations médicales extérieures, m'approuvera, j'en suis certain, de commencer d'adresser mes souhaits de bienvenue à notre confrère belge. Je supplie M. Beckers de ne pas considérer mes paroles comme un acte de simple courtoisie à l'égard d'un étranger. Depuis 1914, il ne nous est pas permis, à nous autres Français, de qualifier d'étrangers nos frères de Belgique (*Applaudissements*).

Monsieur le Dr Beckers, vous êtes ici chez vous. Nous espérons bien qu'à l'avenir, vous ne voudrez pas oublier qu'une place vous sera toujours réservée au *Concours médical* ; je vous prie d'être l'interprète de nos sentiments auprès de nos confrères du *Bruxelles Médical*. (*Applaudissements prolongés.*)

M. le Doyen de la Faculté de Paris a bien voulu répondre à notre invitation. Vous savez que malgré les charges accablantes qui incombent à sa haute situation officielle, M. le Pr Roger ne perd aucune occasion de venir témoigner aux médecins praticiens ses sentiments de cordiale sympathie.

J'ai encore l'avantage, Monsieur le Doyen, de pouvoir apprécier les services que vous rendez au bon renom de la médecine française, tant au bureau des Relations médicales extérieures, qu'au conseil d'administration de l'Association pour le développement des relations médicales. Votre dévouement et votre activité suppléent à une déplorable insuffisance financière, qu'il me soit permis de vous remercier ici des services pacifiques que vous rendez à notre pays. (*Applaudissements.*)

En venant vous asseoir aujourd'hui parmi nous ; vous avez renoué une tradition, interrompue depuis la disparition d'un de nos grands doyens, le professeur Brouardel. — Excusez-moi si j'évoque son souvenir, mais je ne saurais oublier les grands services qu'il nous a rendus, à nous praticiens, quand, dans la commission du tarif des accidents du travail, il mît toute son influence, toute son autorité à la disposition de Dubuisson et de Jeanne, les deux meilleurs défenseurs de notre cause, pour s'opposer au sacrifice de nos intérêts. Ce fut encore sur ses conseils que nous inscrivîmes le secret médical parmi les principes intangibles de notre charte syndicale.

Nous savons, Monsieur le Doyen, qu'à l'occasion nous pourrions compter sur vous comme nous avons compté sur votre éminent devancier. Mais permettez-moi ce soir d'oublier le doyen et de ne voir en vous que le Dr Roger, un des meilleurs parmi nos confrères. (*Applaudissements.*)

***

La confiance de nos amis de l'Union des Syndicats médicaux de France m'a valu l'honneur et ... la charge de représenter, avec les Drs Lenglet et Decourt, nos Syndicats à la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins aux pensionnés. Nous avons eu l'avantage de trouver à la tête de cette Commission M. le médecin inspecteur Odile, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'être des nôtres ce soir. M. le Dr Odile nous a fait, à la Commission, l'accueil le plus chaleureusement confraternel et jamais président ne dirigea des débats avec une courtoisie plus aimablement française. Il prend part, avec le Dr Lenglet, secrétaire de la Commission, à la tâche très lourde de la préparation de nos travaux. Messieurs, je suis heureux de saisir cette occasion pour remercier M. Lenglet des services considérables qu'il nous rend. Vous ne pouvez vous rendre compte des difficultés qu'il a dû vaincre pour arriver à faire fonctionner cet organisme, dont la nouveauté déconcerte, si elle ne les scandalise, nos vieilles administrations routinières. Avec une droiture, un sang-froid et une intelligence sans pareils, le Dr Lenglet remplit les obligations de ses fonctions et en impose à tous. L'état d'esprit de la Commission est d'ailleurs ce qu'il doit être. Soyez persuadés que les intérêts légitimes des médecins y seront énergiquement défendus, mais qu'aucune compromission, destinée à excuser un abus ou à masquer une irrégularité, ne pourra se produire. (*Applaudissements.*)

Je ne puis citer les uns après les autres nos convives ; tous sont venus avec le désir de nous témoigner leur affectueuse sympathie ; certains nous ont rendu de très grands services, convaincus qu'ils sont de la droiture de nos intentions et de la légitimité de nos revendications ; à tous j'adresse nos sentiments de profonde gratitude.

Un de nos collaborateurs, qui nous a permis de réaliser sur des bases solides notre Mutualité, M. Fleury, notre actuaire, a bien voulu répondre à notre appel. Nous lui devons nos plus sincères remerciements, car ses prudents conseils ont été le facteur le plus important de la solidité de notre œuvre.

***

Le banquet de ce soir présente l'heureux caractère d'être la manifestation d'une sorte d'Union sacrée du Corps médical. Nous y trouvons réunis les représentants de nos grandes Associations nationales : d'une part, nos amis et collègues de notre vieille Association générale, avec son président Bellencontre et son secrétaire général honoraire, Levassort ; d'autre part, nos amis de l'Union des Syndicats médicaux de France : Lafontaine, qui, à lui seul, symbolise l'activité si heureusement féconde de notre défense professionnelle, et Quivy, son fidèle et laborieux second. Je ne leur adresserai aucun compliment ; nous sommes trop intimement mêlés à leur vie, nous collaborons depuis trop longtemps à leur action pour savoir que les paroles de félicitations que nous pourrions leur adresser seraient bien au-dessous des sentiments de gratitude que nous avons pour les services qu'ils ont rendus, rendent et rendront encore.

Nous leur demandons instamment d'avoir confiance en nous comme nous avons confiance en eux, de ne jamais considérer les idées que nous émettons dans le *Concours Médical*, lorsqu'elles ne correspondent pas exactement aux leurs, comme des armes pour les combattre, mais comme des moyens de les éclairer sur ce que pensent nos divers milieux professionnels. (*Applaudissements.*)

Le cadre de nos amitiés s'est encore étendu : nous avons parmi nous les représentants des diverses Associations d'étudiants en médecine, ceux qui prendront demain la place que nous nous efforçons d'améliorer. Nous leur souhaitons la bienvenue et nous les prions de songer que nous avons surtout travaillé pour eux et que leur devoir consistera à ne pas laisser éteindre le flambeau dont nous aurons entretenu la flamme avant de le leur transmettre.

Messieurs, le dîner de ce soir n'est pas seulement le banquet du *Concours médical*, il est celui de toutes les activités médicales, du concours des bonnes volontés médicales. Certes, beaucoup d'entre nous diffèrent sur les moyens et les méthodes, sur ce que notre ami Lafontaine appelle la tactique, mais tous, nous tendons au même but : celui de rendre la profession médicale plus honorée et plus belle en la rendant plus utile, en lui faisant mieux remplir ses devoirs et tenir vraiment sa place dans la Société de demain. (*Applaudissements.*)

***

Mes chers confrères, je ne saurais oublier que nous fêtons ce soir le vingt-cinquième anniversaire de notre Ligue de défense individuelle, le « Sou médical ». Si cette cérémonie avait eu lieu quelques semaines plus tard, nous eussions pu fêter en même temps l'admission de son 4.000[e] membre.

La prospérité du « Sou médical » est la preuve irréfutable de son utilité et la reconnaissance éclatante des services qu'il rend.

Après les Syndicats et leur Union, après la Mutualité familiale, le « Sou médical » est le rejeton le plus vigoureux qui soit sorti du sein fécond du *Concours médical.*

En jetant un regard en arrière, nous pouvons dire avec quelque fierté que tout ce qui a été tenté chez nous n'a pas été œuvre vaine ; et quand l'inéluctable fatalité nous fera disparaître tour à tour, nous aurons, en nous allant, la consolation de laisser après nous quelque chose d'utile et de prospère.

A l'occasion de ce jubilé, j'ai le devoir de remercier nos collaborateurs du « Sou médical », ceux dont le dévouement à notre cause n'a d'égal que le talent qu'ils mettent à la défendre : M[e] Nattan-Larrier, notre avocat, le plus sûr de nos conseils, qui remplace dignement son ami, M[e] Gâtineau, le premier avocat du « Sou médical », dont nous devons aujourd'hui évoquer le souvenir ; M[e] Bernard Auger, notre avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, qui a bien voulu remplacer auprès de nous son père et ne pas nous laisser oublier l'importance de ses services ; M. Dumesny, le chef de notre contentieux ; M. Martinot, notre conseiller fiscal, et, parmi nos collègues du Conseil d'administration, Decourt dont les avis sur les tarifs font autorité, tant pour les accidentés du travail que pour les pensionnés de guerre ; Levassort, Chapon, Nollet, Pamart, Molinéry, tous de bon conseil.

Il en est que je ne puis nommer : je ne puis oublier que je parle en leur nom et je n'aurai pas le mauvais goût d'insister moi-même sur leurs mérites.

Je ferai cependant une exception en faveur de trois des nôtres qui furent les ouvriers de la



première heure, les fondateurs du « Sou médical » : MM. Maurat, son président, Gassot, son trésorier, de Grissac, son secrétaire général honoraire.

Si Jeanne, que nous regretterons toujours revenait parmi nous, il pourrait vous conter comment, au cours d'une conversation en se promenant sur le boulevard Magenta, un triumvirat, composé de Jeanne, de Maurat et de Gassot, conçut et réalisa le « Sou médical ».

Nous avons résolu, mes chers amis Maurat et de Grissac, qui êtes nos doyens d'âge, de vous remettre, ainsi qu'à notre directeur Gassot, un petit souvenir, infiniment modeste par sa valeur, mais très grand par l'intention que nous mettons en vous l'offrant : celle de commémorer la création de notre Ligue. Nous avons longuement cherché, avec Vimont, une médaille dont la gravure symbolique eût idéalisé votre œuvre. Nous avons été contraints de nous rabattre sur une plaquette portant l'inscription assez banale de *Medicina*, mais où l'artiste a ciselé des figures qui ne manquent ni de caractère, ni de charme. Une femme avec une gracieuse gravité, se penche, méditative, sur un malade alité ; un faisceau de palmes et de lauriers agrémente le motif de la plaquette.

Vous voudrez bien voir dans cette femme la personnification du « Sou médical » ; dans le malade, le confrère auquel il porte secours ; dans les palmes et les lauriers, le tribut de notre gratitude.

Mes chers confrères, je lève mon verre en l'honneur de tous nos convives, de ceux qui fondèrent il y a 25 ans le « Sou médical », de tous les amis dont la bonne volonté et le dévouement font notre prospérité et notre force, de tous ceux qui nous ont fait ce soir l'honneur et le plaisir de prendre place à notre table. (*Applaudissements prolongés.*)

***

M. le Doyen a pris ensuite la parole, et dans une brillante improvisation, il a tenu l'assistance sous un charme d'autant plus grand qu'il eut des mots particulièrement heureux, qui ont trouvé un écho dans le cœur des assistants. Il a insisté tout spécialement sur le désir et la volonté ardente qui l'animent, de se tenir en contact étroit avec les médecins praticiens, et de faire l'union entre le personnel enseignant et tout le corps médical. Revenant d'une mission officielle dans l'Amérique du Sud, il a déploré que le médecin français n'ait pas, dans la société moderne, la place à laquelle il a droit, s'il la compare à la situation que détiennent, dans leurs pays respectifs, les confrères du Pérou, du Chili, de l'Uruguay, etc. Cette place, le corps médical doit tendre à l'acquérir par une confraternité de plus en plus agissante et une union de plus en plus intime. « Evitons, s'est-il écrié, dans un beau mouvement oratoire, évitons de nous dénigrer les uns les autres, comme nous avons un peu trop de propension à le faire. Rapprochons-nous plutôt, et montrons une cohésion et une unité qui rehausseront notre prestige et nous feront honorer et respecter. Le *Concours Médical* donne l'exemple : je bois au *Concours Médical.* »

L'ovation qui fut faite au doyen dut lui prouver combien est grande sa popularité, et sur quelles bases solides elle s'appuie.

Le Dr Beckers a résumé les sentiments qu'il éprouve en criant : « Vive la France ! ».

Notre ami Bellencontre a adressé l'expression de sa sympathie et ses vœux de prompt rétablissement à Gassot, qui fut vice-président du Conseil général de l'Association.

Lafontaine a paraphrasé le vers connu :

Aimez qu'on vous conseille et non pas qu'on vous loue.

Il a bu au syndicalisme médical, dont le *Concours Médical* fut le berceau, à son développement, et au triomphe des idées que défendent les Syndicats pour la réalisation du progrès social, dans le domaine de la défense et de la protection de la santé publique.

Le Dr de Grissac, enfin, avec la plus touchante des éloquences, celle qui vient du cœur, a rappelé les origines du *Concours Médical* et du « Sou Médical », à la fondation desquels il a coopéré, et il a levé son verre à la prospérité de notre Ligue de défense.

Là-dessus, on s'est dispersé pour permettre l'agencement de la salle en vue de la soirée qui devait terminer une journée déjà si bien remplie. Un essaim de charmantes jeunes filles et de jolies femmes, s'est alors joint à l'assistance, mêlant la note claire et chatoyante de leurs toilettes à la tonalité sombre des jaquettes masculines, et l'égayant.

Et deux heures durant, on a applaudi une phalange d'artistes distingués qui se sont prodigués dans l'exécution d'un savoureux programme, élaboré par nos confrères et amis, M. le Dr Sadoun, et M. le Dr Destouches, que nous ne saurions trop remercier de l'aimable et active collaboration qu'ils nous ont ainsi apportée.

Et nous avons, en nous séparant, marqué d'une nouvelle pierre blanche cette journée du *Concours Médical*, qui a consacré une fois de plus et justifié le but qu'il poursuit inlassablement depuis bientôt cinquante ans, réunir et coordonner le concours de toutes les bonnes volontés dans l'intérêt du bien public et de la médecine française.

G. Duchesne.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SYPHILITHÉRAPIE

Le bismuth en pratique journalière

Par le Dr Henri DROUIN,

Ancien chef de Laboratoire à l'hôpital Broca.

Le bismuth a définitivement conquis droit de cité en syphilithérapie, mais, si chacun s'accorde pour lui reconnaître une spécificité véritable, on discute encore pour fixer sa place exacte, par rapport à ses deux aînés : le mercure et l'arsenic.

D'aucuns semblent lui faire avec condescendance beaucoup d'honneur, en le considérant comme l'égal, ou presque, du mercure, d'autres vont jusqu'à le comparer à l'arsenic, un troisième groupe enfin lui assigne une place entre les deux.

Je n'essayerai pas de trancher définitivement cette question, dont la solution équitable ne se peut attendre que des années, mais je voudrais consacrer quelques lignes à étudier le bismuth à un point de vue un peu négligé, je crois, jusqu'ici, je veux dire le *point de vue du praticien.*

Avant l'avènement du bismuth, le praticien, pour soigner ses syphilitiques (et nombreux sont les syphilitiques qu'il faut soigner, en clientèle, puisque les 3/4 peut-être des affections viscérales chroniques reconnaissent le tréponème comme facteur étiologique), le praticien, dis-je, pouvait hésiter entre les nombreuses préparations mercurielles, et les diverses préparations arsenicales.

S'il était rebuté par la lenteur d'action des premières, et ne craignait pas les inconvénients et les difficultés de technique des secondes, c'est à celles-ci qu'il s'adressait de préférence.

Cependant, il faut bien le reconnaître, le praticien, à tort ou à raison, est toujours resté en méfiance à l'égard de l'arsenic. C'est, sans doute, bien à regret qu'il se privait des merveilleux pouvoirs cicatrisants du 606 et de ses dérivés, mais il s'en privait souvent : c'est là, un fait incontestable. Songez, d'ailleurs, à sa décharge, quelle hésitation pouvait le prendre, à la lecture de tant de discussions passionnées sur les mérites, les inconvénients, les dangers des nouvelles méthodes, songez aussi que le juste souci des responsabilités, la crainte des conséquences désastreuses que peut entraîner une catastrophe thérapeutique dans la clientèle de quartier, et bien plus encore de province, mettent un frein puissant aux velléités novatrices du clinicien, même le plus convaincu.

Nombreux sont donc les médecins qui, d'une façon générale, s'en sont tenus aux vieilles méthodes de thérapeutique anti-syphilitique, et pour lesquels les vénérables préceptes du *grand* Fournier sont restés presque le dernier mot de la syphilithérapie.

Il faut que les partisans exclusifs et intransigeants de l'arsenic en prennent leur parti : le 606 et ses dérivés sont loin d'avoir pénétré profondément la masse médicale. Bon nombre de praticiens continuent à considérer l'arsenic comme une arme, fort active certes, mais dont le maniement délicat ne peut être confié qu'aux spécialistes. La pratique si simple des injections sous-cutanées de novarsenic, en généralisant dans une large mesure l'emploi de ces produits, n'a pourtant pas détruit entièrement cette prévention.

Bien des praticiens s'en tenaient donc au mercure auquel, accessoirement, venait se joindre l'iodure de potassium.

Loin de moi l'idée de mépriser le mercure. J'ai dit ailleurs, aussi souvent que j'en ai trouvé l'occasion, le bien que je pensais de l'antique hydrargyre, mais cependant si le rang dévolu au mercure dans l'arsenal anti-syphilitique doit rester fort honorable, il n'est pas moins certain que ce rang devrait être très inférieur à celui de l'arsenic, tel du moins qu'il est permis de situer ces deux spécifiques dans un formulaire idéal, dégagé de toute contingence médicale, para-médicale ou extra-médicale. Or, il n'est que trop certain que ce sont surtout ces deux dernières catégories de contingences qui ont conduit la plupart des médecins à s'en tenir, malgré Erlich et ses disciples, aux anciennes méthodes.

Que dans bien des cas, le traitement ait été moins actif, le fait n'est pas discutable, encore qu'en cherchant bien, il soit toujours possible de découvrir, parmi nos syphiligraphes les plus autorisés, des partisans presque absolus du mercure.

Arrivant au milieu d'une telle situation de fait, quel aurait dû être, idéalement, le rôle du bismuth ; quel est-il dans la pratique ?

Le bismuth, sous quelque forme chimique ou physique qu'on l'injecte, s'est montré un *tréponémicide puissant, beaucoup plus puissant que le mercure* (sauf exception bien entendu), nul ne

songerait je crois à le contester. Quant à sa valeur de fond comparée à celle du mercure, il est évident que le temps manque pour en juger en pleine connaissance de cause : pourtant, et cette conviction s'étaye sur des considérations à la fois expérimentales et cliniques, ma conviction est que bismuth et mercure peuvent être considérés comme les spécifiques *de fond* de l'infection syphilitique et être placés, à cet égard, sur un pied d'égalité.

Mis en parallèle *avec l'arsenic*, le bismuth se montre un *cicatrisant à peu près aussi rapide*, parfois même plus rapide que lui ; cette constatation résulte d'observations quotidiennes, et chacun dans sa sphère a pu s'en rendre compte. Cependant, très nombreux sont les spécialistes qui dénient encore au bismuth cette *valeur de blanchisseur* qui ne me paraît pourtant guère douteuse. En admettant même que le pouvoir cicatrisant du bismuth se manifeste un peu moins rapidement que celui de l'arsenic, il faut bien convenir que, sur ce terrain, les différences sont de l'ordre du jour.

S'il est des bismutho-résistants, qui de nous ne s'est pas heurté à des arsénio-résistances ?

Reste une objection, celle de l'action sur la réaction de Bordet-Wassermann. On a dit que le bismuth ne négativait pas le Bordet-Wassermann, ou du moins, qu'il ne le négativait que très lentement. Je crois que le bismuth, bien manié, négative la réaction comme l'arsenic, avec un peu de retard peut-être, mais en tout cas avec autant de solidité, pourvu que le traitement soit continué un assez longtemps.

Mais est-il encore quelqu'un pour rêver d'une stérilisation foudroyante de la vérole ?

En somme, le bismuth semble pouvoir être considéré comme un cicatrisant voisin de l'arsenic, comme un spécifique de fond comparable au mercure.

Au regard de ces avantages, quels sont ses inconvénients ?

Le début de l'expérimentation du bismuth a donné lieu à des exagérations dans les doses, et les tâtonnements, inévitables à la période d'essai d'un médicament nouveau, ont provoqué une floraison de stomatites qui n'a pas été la moindre cause du discrédit temporaire qui accueillit le bismuth à son début et qui reste certainement pour beaucoup dans la méfiance que montrent encore à son égard nombre de praticiens.

La *stomatite* est demeurée le seul inconvénient sérieux du bismuth, mais avec les doses et les produits actuels on peut affirmer que cet inconvénient est *de plus en plus rare*. Les réactions locales du bismuth sont devenues, aussi bien en nombre qu'en gravité, très inférieures à celles du mercure.

A côté de cet inconvénient minime, les avantages *pratiques* du bismuth sont incontestables et précieux.

Cliniquement, le bismuth agit sur toutes les manifestations à toutes les périodes ; les contre-indications sont réduites au minimum. Au point de vue *pratique*, en ce qui concerne les sels solubles, l'injection de bismuth ne présente sur une banale injection de mercure, voire de cacodylate de soude, qu'une différence fort minime ; en ce qui concerne les sels insolubles, l'injection bismuthée n'est pas plus compliquée qu'une injection d'huile grise ou de calomel.

Comparées aux injections arsenicales, quelle simplification, quelle sécurité !

Pour le médecin, plus de contre-indications à redouter, plus de crainte d'avoir affaire à un produit oxydé, à un solvant impur, générateurs d'accidents plus ou moins dramatiques ; pour le malade, plus de jeûne révélateur, plus de malaise accusateur.

Comme exemple des services pratiques que peut rendre le bismuth là où les autres spécifiques sont impuissants, je ne citerai qu'un fait, mais topique.

Monsieur X..., officier ministériel dans une ville de province, contracte la syphilis en 1922. Marié, père de famille, sa situation est effroyable ; connu de tous, il lui est impossible de recourir, avec l'assiduité désirable, aux soins du médecin local. Dans ce milieu où les moindres gestes sont épiés, commentés, interprétés, on saurait vite que M. X. se rend régulièrement chez le docteur ; faire venir le docteur chez lui, il n'y faut pas davantage songer : sa femme ignore tout. Le malheureux, sous prétexte d'affaires, se rend à la grande ville voisine. Là, le docteur N... lui fait subir un traitement par l'arsénobenzol. Le malade au prix de mille ruses parvient à recevoir 7 injections de 914. Tout accident a depuis longtemps disparu. M. X., rassuré, cesse ses voyages à la ville et veut se croire guéri. Trois mois après, il constate avec épouvante l'apparition de nouveaux accidents.

Un jour, je fus amené à voir en consultation ce malade. Il déclare qu'il lui est absolument impossible de reprendre le traitement arsenical. Mon avis étant demandé, je propose le sel benzoïque soluble du bismuth que le malade emploiera chez lui, en injections sous-cutanées, faites par lui-même, à la face externe de la cuisse.

J'ai eu dernièrement des nouvelles de M. X. ; ses accidents ont disparu rapidement, son Bordet-Wassermann est négatif depuis six mois, et il continue régulièrement son auto-traitement. Sa femme a échappé à la contagion.

Je ne veux pas citer ce cas en exemple, ni prétendre que le traitement, même bismuthé, doit être confié au malade lui-même ; mais il n'est pas moins évident que, grâce au bismuth, ce malade

a pu, physiquement et moralement échapper à une catastrophe que ne lui eussent épargnée, ni le mercure, ni l'arsenic.

Il va sans dire que je n'ai pas davantage la prétention de considérer la méthode bismuthique, comme devant, dans tous les cas, supplanter toutes les autres. La syphilis est une maladie trop grave et trop diverse pour qu'un seul traitement, si efficace soit-il, puisse convenir à toutes ses manifestations. J'estime simplement que les injections bismuthiques sont de nature à rendre au praticien d'immenses services, et à lui permettre de faire, aisément, le plus de bien au plus grand nombre de ses malades.

Les préparations bismuthiques utilisées dans la syphilis sont actuellement assez nombreuses. Les unes sont insolubles, les autres sont solubles. Le médecin n'aura que l'embarras du choix.

A la vérité, personnellement, mes préférences vont au bismuth soluble, mais ici j'encours le reproche d'être orfèvre, puisqu'aussi bien j'ai été l'un des premiers à préconiser l'emploi d'un sel soluble du bismuth (dérivé sodique de l'acide di-trioxybismuthobenzoïque), mis au point et étudié par H. Grenet et par moi. Comme j'en ai pratiqué ou fait pratiquer, tant à l'hôpital Broca qu'au dispensaire Marguerite-Marie, à Belleville, et dans ma clientèle privée, plus de 6.000 injections en trois années environ, je pense que ma conviction repose sur une masse de faits suffisante : au cours de tous ces traitements, il ne m'a été donné d'observer que quelques réactions gingivales légères, et cela à peu près uniquement dans la clientèle hospitalière, chez des individus à mauvaise dentition et dépourvus de toutes notions d'hygiène buccale ; aucun autre phénomène d'intolérance ne m'a été signalé. L'injection, localement, est parfaitement supportée, même hypodermique, les malades très pusillanimes accusant tout au plus une légère sensation de cuisson presqu'immédiatement après l'injection et encore dans une proportion infime.

Les résultats thérapeutiques se sont toujours montrés excellents, réserve faite pour un très petit nombre de malades résistants chez lesquels l'essai d'autres produits bismuthiques a démontré la bismutho-résistance.

La technique du traitement que j'emploie est simple : elle consiste en séries de 15 injections bi-hebdomadaires ou tri-hebdomadaires d'une dose unique du sel benzoïque de bismuth : 20 centigrammes, correspondant à 4 centigrammes de bismuth métal. Les injections se pratiquent dans la fesse, intra-musculaires ou sous-cutanées.

(En passant, je me permets de m'élever contre une opinion assez répandue qui prétend que la valeur anti-syphilitique d'un produit bismuthique est uniquement fonction de sa teneur en bismuth métal. Je crois que pour le bismuth, comme d'ailleurs pour tous les autres métaux à action spécifique, la forme chimique joue un rôle dans la puissance thérapeutique. Pourquoi le bismuth ferait-il exception à cette règle qui veut que le cyanure de mercure soit plus actif à dose égale que le benzoate, ou le biiodure ; que l'arséno-benzol, agisse là où le cacodylate n'a aucune action ?

C'est donc, en partie du moins, une erreur que de tout rapporter à la teneur en bismuth métal. (N'est-il pas évident que 4 centigrammes de bismuth administrés sous la forme métallique, sous la forme d'un sel insoluble minéral, ou sous la forme d'un sel soluble organique, auront à subir des transformations différentes en durée comme en nature avant d'agir comme tréponémicides ?)

Les séries bismuthiques sont séparées par un intervalle de repos variant suivant les cas de 3, 6 semaines et plus.

Pour un traitement d'entretien, nous nous contentons de séries de 10 injections bi-hebdomadaires.

Il est difficile de donner une règle fixe, un traitement type. Cependant, dans l'exemple classique du malade en période secondaire, floride, avec Bordet-Wassermann positif, je procède de la façon suivante :

Une première série de 15 injections voire de 20, tri-hebdomadaires.

Repos de 3 semaines, reprise immédiate d'une seconde série de même valeur que la première.

Après ces deux séries intensives, peut commencer le régime des séries de 10 injections bi-hebdomadaires, séparées par 6 semaines à deux mois de repos, sous la surveillance périodique régulière de la réaction de Bordet-Wassermann.

La première année se trouvera ainsi occupée par deux séries de 20 injections et 3 séries de 10 ; la deuxième année comprendra 4 à 5 séries de 10 injections ; la troisième et la quatrième 3 ou 4 seulement.

Ceci est un minimum dont s'accommode la plupart des syphilis d'évolution normale et d'intensité moyenne. Cette marche générale ne doit pas être considérée comme une règle inflexible : le traitement doit savoir s'assouplir ou, au contraire, se faire plus sévère suivant les cas.

Comme l'a dit si excellemment Brocq « rien ne peut remplacer le tact clinique ».

Est-ce à dire qu'il faut bannir du traitement tout autre spécifique que le bismuth ? Evidemment, non.

L'usage du traitement mixte, simultané ou successif, a fait depuis trop longtemps ses preuves, pour que l'on ose conseiller d'y renoncer. Cependant, je considère comme peu logique l'emploi simultané, en injections surtout, du mercure et du bismuth qui sont, à mon avis, doués d'affinités thérapeutiques presque superposables, et d'affinités toxiques identiques.

Pour moi, le bismuth est UN MERCURE SUPÉRIEUR ; les associer aura le désavantage de multiplier leurs inconvénients sans que les vertus tréponémicides du mercure ajoutent beaucoup aux vertus supérieures du bismuth.

Tout autre est la conception du traitement mixte successif par le bismuth et le mercure, où l'on ferait, par exemple, alterner des cures bismuthiques, avec des cures de cyanure ou d'autre sel mercuriel.

De même, je crois qu'il n'y a qu'avantage à retirer d'un traitement d'assaut simultané par le bismuth et l'arséno-benzol. Je le conçois comme le traitement d'assaut fixé autrefois par mon maître Hudelo pour le novar et le cyanure : cure mixte de 5 à 7 grammes de novar, les jours intercalaires entre chaque injection de novar étant occupés par des injections de bismuth.

Si le novar intra-veineux est, pour une raison ou pour une autre écarté, le praticien pourra se contenter de l'injection sous-cutanée de sulfarsénol ou d'éparséno.

Il n'y a assurément qu'avantage à conjuguer les effets du bismuth et de l'arsenic dont les actions pharmacodynamiques sont certainement différentes et concourent par des voies divergentes au même but thérapeutique.

En un mot, le praticien se trouve mis en possession par le bismuth en général et par le bismuth soluble en particulier (qui me paraît être aux sels insolubles ce que le cyanure est à l'huile grise), d'une arme extrêmement active, aisément maniable, sans aucun danger, mettant à sa portée sans risques et avec le minimum d'inconvénients, les cures merveilleuses, autrefois réservées au seul arsenic.

LE PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE APPARTIENT-IL AU PRATICIEN ?

Par le Dr A. GIRAUD.

Dans un article consacré au pneumothorax thérapeutique, récemment paru dans le *Concours Médical* (1), M. Jousset émet, au sujet de la méthode de Forlanini, un certain nombre de propositions en opposition (souvent formelle) avec les principes habituellement reçus en pareille matière par la majorité des phtisiologues. Cette attitude n'a rien qui puisse nous déplaire en soi, car nous ne voyons pas bien par quelle obligation la vérité devrait nécessairement et toujours se trouver du côté du plus grand nombre. Mais, quelque vif que soit notre goût pour les opinions indépendantes, nous ne pouvons cependant pas nous dispenser d'exiger qu'elles apportent leur preuve, c'est-à-dire l'exposé des faits qui les justifient ou les expliquent. Ce critère, nous l'avons soigneusement cherché dans le travail de M. Jousset et nous devons à la vérité de dire que nous ne croyons pas l'y avoir trouvé, encore que la grande autorité de l'auteur permette de considérer certaines de ses affirmations comme le résultat d'une longue suite d'observations. Pour M. Jousset, le pneumothorax thérapeutique appartient au praticien, et non pas seulement au spécialiste. Nous considérons cette opinion comme très discutable, mais les raisons fournies par l'auteur à l'appui de sa thèse nous le paraissent davantage encore. Nous sommes persuadé que la plupart des phtisiologues partagent notre avis, et nous sommes surpris (d'où cette réponse un peu tardive) de n'avoir pas encore lu, émanant d'une plume plus autorisée que la nôtre, les réflexions que nous suggère le travail de M. Jousset. Sans doute faut-il voir dans ce silence la conséquence d'une sorte de pudeur de la part des spécialistes à ne pas vouloir paraître défendre avec trop d'âpreté un bien qui, cependant, dans l'état actuel des choses, leur appartient, croyons-nous, sans nul conteste. L'auteur de cet article a suivi les enseignements les plus divers, il n'a nullement contribué à la mise au point ou à la propagation de la méthode de Forlanini et n'a, de ce fait, aucune « position prise » à défendre. Les circonstances l'ont enfin placé dans des conditions telles que, quelle que soit la suite donnée à ce débat, il n'en pourra résulter pour lui ni avantage ni désavantage d'aucun ordre. Cette complète indépendance morale et matérielle est le seul titre dont il se réclame.

Tout d'abord, nous nous plaisons à nous trouver en parfait accord avec M. Jousset sur les deux points suivants :

1. — Il est exact que le pneumothorax thérapeutique ne doit pas être considéré comme la panacée de toutes les lésions tuberculeuses du poumon. En ce sens — le fait n'est pas niable — des excès ont été commis qui méritent condamnation. Toutefois, qu'on ne se méprenne pas sur le sens de cette approbation que nous donnons aux idées de M. Jousset. Ce n'est pas ici le lieu de prendre parti entre ceux qui veulent restreindre et ceux qui veulent étendre les indications du pneumothorax. Au reste (quoique notre siège soit fait et que nous ayons personnellement fréquemment recours au Forlanini) nous comprenons parfaitement que chacun réclame la liberté d'adopter l'opinion qui lui semble le mieux correspondre aux résultats de son expérience, à son propre tempérament et enfin aux

(1) JOUSSET. — Le pneumothorax artificiel appartient au praticien. Le *Concours médical* du 8-VI-1923.

nécessités résultant des conditions dans lesquelles il exerce. Notre critique ne vise que ceux qui, sans fournir aucune raison bien convaincante de leur interventionnisme excessif (et parfois même pour des motifs fort étrangers à toute considération d'ordre médical), abusent et mésusent de la méthode de Forlanini. Du reste, nous avons remarqué que ces enthousisates se recrutent surtout parmi les convaincus de la dernière heure, et, s'il faut dire toute notre pensée, nous craignons qu'il ne s'en trouve quelques-uns parmi les lecteurs de M. Jousset. Il est, en effet, permis de supposer que, séduits par la simplicité de la méthode de Forlanini, telle qu'elle ressort de la lecture du travail qui fait l'objet de cette étude, ils ne soient tentés d'oublier les réserves (à notre avis du reste excessives) émises par l'auteur au début de son article.

2. — Nous concéderons encore volontiers que — techniquement parlant — la création et l'entretien du pneumothorax sont en général choses relativement simples. Réinsuffler un pneumothorax ne demande pas plus d'habileté manuelle que pratiquer une injection intra-veineuse, une ponction lombaire ou une thoracentèse. La recherche de l'espace pleural et la première insufflation, quoique plus délicates, seront convenablement pratiquées par la plupart des praticiens après quelques séances d'initiation. Mais, pour si simples qu'elles soient, ces diverses opérations comportent la possibilité de toute une série d'incidents et d'accidents (parfois fort graves) que seule, une assez longue habitude permettra de prévenir. Sans doute chacun peut utiliser les enseignements de l'expérience et perfectionner lui-même sa technique ; nous persistons à penser cependant qu'un stage d'entraînement accompli auprès d'un spécialiste demeure le meilleur moyen d'éviter une période de tâtonnements souvent décourageante pour le médecin, et parfois dangereuse pour le malade.

Enfin, il convient de savoir gré à M. Jousset de ne s'être pas contenté d'inviter les praticiens à appliquer personnellement la méthode de Forlanini, mais d'avoir également songé à faire fabriquer à leur intention un instrument très portatif et, semble-t-il. d'un maniement aisé. Toutefois, pour le médecin qui n'est pas obligé d'opérer chez le malade (ce qui est, par exemple, le cas du médecin de sanatorium) nos préférences vont encore aux appareils de von Muralt ou de Kuss qui, en dépit de quelques légers et inévitables inconvénients, peuvent être considérés comme commodes et bien au point.

Là se bornent les concessions que nous croyons pouvoir faire aux idées de M. Jousset ; la plupart des paragraphes de son travail nous semblent mériter des critiques d'ordre divers que nous formulerons, en suivant le plan même adopté par l'auteur.

Indications. — Selon M. Jousset, elles se résumeraient en trois mots, le pneumothorax thérapeutique ne devant s'appliquer qu'aux formes « *sévères, récentes, unilatérales* » de la tuberculose pulmonaire. Nous ne chicanerons pas l'auteur sur le choix de ces termes. Nous voulons seulement montrer quelle dangereuse illusion ce serait de croire qu'il suffit de trois mots, même bien choisis, pour permettre à un praticien non versé dans les choses de la phtisiologie de reconnaître sans de trop grandes chances d'erreur les cas qui relèvent réellement de la méthode de Forlanini. Pas un des termes employés par M. Jousset qui ne puisse prêter à équivoque.

Qu'est-ce qu'une tuberculose *sévère* ? N'est-il pas à craindre que pour ce terme même, d'apparence si simple, il ne puisse y avoir de méprise ? Une tuberculose ulcéro-fibreuse stable et bien localisée avec ses gros bruits, son souffle, son expectoration parfois abondante et même richement bacillifère, ne sera-t-elle tenue pour sévère, alors qu'on considérera peut-être comme plus bénigne une lésion peu étendue, moins bruyante, mais régulièrement, quoique lentement, extensive? Pour l'une cependant, l'abstention nous semble préférable, tandis que l'autre est justiciable du pneumothorax. Comme l'a écrit excellemment M. Bard : « ce qui importe dans l'appréciation de la gravité d'une lésion, c'est moins son caractère actuel, statique, que son caractère dynamique, son devenir ». La détermination du caractère évolutif d'une lésion est parfois chose singulièrement délicate. Nous avons vu, en présence de tels cas, les meilleurs des spécialistes hésiter longtemps ; nous les avons vus aussi différer d'avis. Nul doute que le médecin praticien n'éprouve à son tour un embarras plus grand encore.

La lésion doit être *récente* — cela est vrai d'une façon générale — ; encore faut-il dans certains cas savoir attendre, laisser à la lésion le temps d'évoluer un peu et lui permettre ainsi de dévoiler son véritable caractère dynamique, selon l'expression de M. Bard. N'est-il pas à craindre que ce terme de « récent » n'incite le praticien à précipiter parfois les choses ? En outre, le cas n'est pas exceptionnel d'un tuberculeux ancien qu'une poussée évolutive récente, de caractère grave, oblige d'accepter la création d'un pneumothorax ? Il existe enfin des formes très lentement évolutives, et dont les progrès ne peuvent cependant être arrêtés que par le collapsus du poumon. Quel est le médecin de sanatorium qui n'a pas dans ses souvenirs le cas de tel ou tel malade à qui la méthode de Forlanini n'a été appliquée qu'après un long séjour à la montagne ? Chacun sait qu'on a parfois l'agréable surprise de trouver dans les formes

anciennes, même compliquées d'épanchement (Ameuille), un espace pleural parfaitement libre de toute adhérence.

La lésion doit être enfin *unilatérale*. M. Jousset atténue lui-même ce qu'a de trop absolu cette proposition en indiquant que certains noyaux cicatriciels du côté opposé ne constituent pas une contre-indication. Mais est-il toujours bien aisé de conclure au caractère non évolutif, cicatriciel d'une lésion ? Là encore nous pensons qu'une longue expérience est nécessaire. Inversement, le praticien dont l'attention n'est peut-être pas spécialement attirée sur la fréquence de lésions graves entièrement muettes à l'auscultation, mise en lumière par des travaux récents (Burnand), ne risque-t-il pas d'entreprendre un pneumothorax dans des conditions bien scabreuses et ce, d'autant plus facilement que M. Jousset le dispense (à notre avis bien délibérément) du contrôle radiologique ?

Si nous nous sommes laissé aller à formuler peut-être un peu longuement ces critiques, ce n'est pas, encore une fois, pour nous donner la satisfaction facile de montrer les inconvénients inhérents à toute formule trop simple. Nous n'avons pas davantage — est-il besoin de le dire ? — la prétention déplacée d'apprendre quoi que ce soit à M. Jousset en matière de phtisiologie, et il va de soi que toutes les réserves et remarques que nous venons de faire sont présentes à son esprit. Nous avons voulu seulement faire toucher du doigt aux praticiens les difficultés pratiques, très réelles et d'ordre varié, qui se dissimulent sous l'apparente simplicité des mots. Si quelque doute subsiste dans leur esprit, qu'ils se reportent aux très nombreuses publications qui ont trait aux indications du pneumothorax. Peut-être après cette lecture seront-ils moins désireux d'appliquer immédiatement la méthode de Forlanini que d'acquérir un supplément d'informations et d'expérience.

Avant de clore ce chapitre des indications, nous tenons à faire remarquer que nous n'adoptons pas le point de vue de M. Jousset en ce qui concerne les formes fluxionnaires de la tuberculose pulmonaire, dont cet auteur voudrait faire, sinon la seule, du moins la meilleure indication du pneumothorax thérapeutique. Nous avons fait choix, dit-il « *de malades peu avancés dont les lésions ne dépassant point le stade fluxionnaire* » et plus loin : « *il faut exclure du Forlanini les tuberculoses non fluxionnaires dont l'avenir, des plus incertains, expose aux pires surprises.* » La tuberculose pneumonique est une question à l'ordre du jour. A l'heure actuelle, on tend à admettre (tout en formulant des réserves) que la plupart des lésions tuberculeuses débutent par une poussée pneumonique qui, sous l'influence de causes que nous n'avons pas à examiner ici, aboutira secondairement à la formation des différents types anatomiques, caséeux, fibro-caséeux, fibreux de la tuberculose pulmonaire. La plupart des auteurs admettent (et la radiographie semble le prouver) que cette poussée pneumonique initiale est toujours beaucoup plus étendue que les lésions définitives auxquelles elle donnera naissance. Parfois même, les poussées pneumoniques disparaissent spontanément, au bout d'un temps variable, sans laisser de trace importante (foyers pneumoniques tuberclueux curables de Bezançon, Braun, Lereboullet, Léon Bernard, etc.). Pour d'autres auteurs (Caussade et Logre) qui adoptent une théorie un peu différente, ces foyers curables résulteraient de phénomènes congestifs intenses développés autour de quelques granulations tuberculeuses. Ils comparent ces foyers aux bonbons dits anis de Flavigny, dans lesquels une coque énorme de pâte à dragée enveloppe un grain d'anis minuscule. Quelle que soit la pathogénie invoquée à propos de ces faits actuellement bien connus, une notion s'impose : la tendance à la résolution spontanée, partielle ou complète des lésions fluxionnaires. On comprend dès lors que, dans de pareilles conditions, la méthode de Forlanini ne s'impose pas, au moins d'urgence. Il faudra dans certains cas savoir temporiser et n'intervenir que si les examens clinique et radiologique montrent une tendance à la caséification ou à la désintégration d'une partie plus ou moins étendue du champ pneumonique. Faute de quoi on s'exposera à inscrire au bénéfice du pneumothorax ce qui, en bonne justice, devrait être attribué à la seule *natura medicatrix*. Le fait que M. Jousset ait pu enregistrer des guérisons après 6 mois et 4 mois de compression nous permet de supposer que, parmi ces cas, quelques uns doivent recevoir l'interprétation que nous venons d'indiquer. Confirmation de ce que nous avançons est du reste donnée par la radiologie, et M. Jaquerod (de Leysin) a pu présenter au dernier Congrès de médecine de Paris (octobre 1922) une remarquable collection de clichés permettant de suivre l'effacement progressif et spontané de certaines ombres pulmonaires correspondant sans nul doute, dans la très grande majorité des cas, à la résorption de ces lésions de type fluxionnaire auxquelles fait allusion M. Jousset.

Pour conclure, nous estimons que la méthode de Forlanini doit être employée, non dans les formes fluxionnaires, curables par d'autres méthodes, mais dans les formes fibro-caséeuses et caséeuses évolutives pour lesquelles tout autre traitement s'avère impuissant ou n'agit qu'avec une désespérante lenteur.

Technique et entretien du pneumothorax. Sur ce point, l'objection générale que nous ferons à M. Jousset sera du même ordre que celle que nous avons formulée à propos du précédent cha-

pitre. Nous souscrivons dans l'ensemble aux conseils judicieux que cet auteur donne aux praticiens, mais, là encore, nous pensons que, dans quelque détail qu'il puisse entrer, il ne parviendra pas à rendre familière à ses lecteurs la technique du Forlanini, ni à les prémunir contre les divers incidents qui peuvent surgir. Créer et entretenir un pneumothorax est *techniquement* facile, nous l'avons dit, mais conduire judicieusement une cure l'est infiniment moins ; nous le répétons après bien d'autres. Il n'est pas toujours aisé d'apprécier la compression optima qui convient à chaque malade, et le manomètre n'y suffit pas dans tous les cas, comme l'affirme M. Jousset. Mais, si une complication survient, les difficultés augmentent. Que faire en présence d'un épanchement incipient ? Faut-il continuer, faut-il suspendre les insufflations ? Quand faut-il les cesser, quand faut-il les reprendre ? Faut-il ponctionner, faut-il s'abstenir ? Si un déplacement précoce du médiastin rend difficile la compression du poumon, quelle conduite tenir ? On pourrait continuer longtemps sur ce thème. Les difficultés qui attendent le phtisiothérapeute sont si nombreuses et si variées qu'elles échappent à toute description et même à toute énumération. « Il y a une telle variété de cas individuels et tant de cas d'espèces ou d'anomalies que l'on est en droit de considérer presque comme l'exception le pneumothorax total, normal, schématique » (Dumarest). Et c'est cependant de la solution adoptée à propos de ces problèmes quasi journaliers que dépend, pour la majeure partie, le résultat final.

Enfin, bien qu'acceptant dans son ensemble la technique proposée par M. Jousset, nous tenons cependant à faire certaines observations et certaines réserves.

Point de ponction. — Tout d'abord, nous aimerions qu'on donnât aux débutants le conseil de percuter toujours la partie du thorax sur laquelle doit porter la ponction. En choisissant une zone sonore, on évitera en général d'opérer sur les parties symphysées de la plèvre, et on ne s'exposera pas à blesser les lésions pulmonaires juxtapleurales.

Pression. — « *Jamais de pressions positives* », écrit M. Jousset. Formule trop absolue. Il est bien évident que toute collapsothérapie bien conduite doit viser à traumatiser le moins possible la plèvre. Rester au début à des pressions négatives, arriver peu à peu au voisinage de zéro et s'y maintenir, telle est la règle habituelle. Mais elle souffre des exceptions. Les données du manomètre, comme on l'a dit, ne suffisent pas à établir la pression optima qui convient à chaque malade ; celle-ci ne peut être évaluée avec précision que par la confrontation des renseignements fournis par le manomètre, la radioscopie et l'examen clinique ; chacune de ces méthodes d'exploration ayant ses défaillances et ne pouvant sans inconvénient se dispenser des renseignements fournis par les autres. En opérant dans ces conditions, on sera parfois conduit à pratiquer des pressions positives et, dans quelques cas même, fortement positives. Cela se rencontrera surtout dans les vieux pneumothorax aux parois fibrosées, épaissies et demi-rigides, capables dans certains cas de supporter sans inconvénient des pressions élevées. Tout cela a été dit et redit, nous nous excusons d'y revenir.

Du reste, nous considérons comme assez discutable la distinction établie par M. Leuret et ses collaborateurs (et dont fait état M. Jousset) entre le pneumothorax de repos et le pneumothorax de compression. A proprement parler, il n'y a pas de pneumothorax de repos, même avec des pressions positives. La pratique de la pleuroscopie nous a toujours montré que le poumon comprimé était animé de mouvements d'ampliation et de retrait, parfois très réduits, mais toujours nettement perceptibles. Cette constatation concorde du reste avec les renseignements fournis par l'anatomie pathologique. Dans un travail récent, très documenté, le suédois Lindblom vient de montrer qu'on ne constate presque jamais l'effacement complet de la lumière des alvéoles. La circulation aérienne persiste, à telle enseigne que les foyers récents constatés parfois par cet auteur dans le poumon comprimé pourraient être attribués, selon lui, à des embolies bronchiques.

Entretien du pneumothorax. — M. Jousset demande que les insufflations soient « *aussi rares que possible* ». Cette expression peut prêter à équivoque. En règle, les insufflations, fréquentes au début, doivent tendre à s'espacer de plus en plus. Toutefois, il ne peut être d'ordinaire question d'insufflation à long intervalle que pour les pneumothorax déjà anciens. Les insufflations très abondantes et très espacées ayant le fâcheux inconvénient de déterminer dans le poumon comprimé des mouvements d'accordéon très préjudiciables à la cicatrisation des lésions. L'idéal, a-t-on dit, serait de pratiquer une insufflation continue, réglée de telle sorte que le gaz serait remplacé dans la cavité pleurale au fur et à mesure de sa résorption. Cet idéal n'est évidemment pas réalisable, mais il est bon de se le représenter pour comprendre les inconvénients qui, dans certains cas, peuvent résulter d'insufflations trop espacées.

Abandon du pneumothorax. — Cette partie de l'étude de M. Jousset nous paraît mériter les plus sérieuses réserves. Selon lui, il conviendrait « *d'abandonner tout pneumothorax dont la courbe ne montre après un mois aucune tendance au lysis* ». C'est se décourager trop vite. S'il est



vrai qu'un pneumothorax qui doit donner de bons résultats s'accompagne habituellement d'amélioration quasi immédiate des signes fonctionnels et généraux, il sera, croyons-nous, facile à chaque phtisiothérapeute de retrouver dans ses dossiers de nombreux cas de pneumothorax ayant finalement évolué de façon très favorable, malgré la persistance pendant un mois et davantage d'un mouvement fébrile d'importance variable.

Enfin, les délais fixés par l'auteur pour le maintien du collapsus pulmonaire sont indubitablement trop faibles. Pour M. Jousset, on peut suspendre les insufflations « *plusieurs mois après qu'a été obtenue une amélioration générale, complète depuis plusieurs semaines* ». Si l'on songe que dans les cas favorables, l'amélioration est à peu près immédiate et souvent complète en quelques mois, le délai fixé par M. Jousset n'excèderait guère un an, ce qui est peu. Le chiffre minimum de trois ans indiqué par la plupart des auteurs est infiniment plus raisonnable. Il suffit d'avoir pratiqué quelques autopsies de pneumothorax pour en demeurer convaincu. M. Jousset qui, très légitimement, paraît désireux de libérer le plus rapidement possible ses patients de la sujétion des réinsufflations, déclare s'en rapporter plus à l'intuition qu'au raisonnement pour fixer la date d'interruption du pneumothorax. Si l'impression clinique ne doit pas être négligée, toutefois, nous sommes personnellement porté, en pareille matière, à demander plus à la prudence qu'à l'intuition. Du reste, nous estimons qu'il est plus qu'exagéré de parler « *de l'inévitable démoralisation du patient..... embarqué dans une aventure sans issue* ». Nous avons connu, et connaissons bien, des porteurs de vieux pneumothorax. Si les résultats du traitement sont bons, le moral du malade est excellent. Le tuberculeux, et surtout le tuberculeux de sanatorium, a été instruit par le spectacle des souffrances qu'il a vues autour de lui. La conscience qu'il a de la haute gravité de son mal l'a souvent rendu quelque peu philosophe et l'on peut demander plus à son courage et à sa persévérance que ne paraît le supposer M. Jousset, si tant est que l'acceptation de réinsufflations, devenant à la longue extrêmement espacées, exige de pareilles vertus. La situation « sans issue » en matière de tuberculose est celle de ces malheureux qui, conscients de l'inexorable évolution de leur mal, doivent encore trouver le courage de supporter les souffrances inhérentes aux complications qui forment le cortège habituel des phases terminales de la maladie.

Nous avons réservé pour la fin de cette étude un des plus graves reproches que, selon nous, l'on peut faire au travail de M. Jousset. Nous voulons parler de la facilité avec laquelle il dispense le praticien du contrôle de la radiologie. « *L'examen radiologique initial, écrit-il, n'est pas une nécessité pour un médecin soigneux. J'en dirai autant des examens radiologiques ultérieurs.* » Tout d'abord, nous posons en principe que les renseignements fournis par l'écran ou la pellicule sont nécessaires à l'établissement d'un diagnostic précis en l'absence duquel il ne saurait être question d'appliquer la méthode de Forlanini. Sans doute, comme le dit M. Jousset, dans bien des cas, un médecin expérimenté sera capable, grâce au seul secours de la clinique, d'apprécier la nature exacte d'une lésion. Mais qui contestera que le plus averti des cliniciens ne soit exposé à se tromper, même grossièrement ? Récemment, divers auteurs (Sergent, Burnand, Ameuille, etc.) ont très opportunément insisté sur les défaillances de l'auscultation. Nous avons rappelé au début de notre étude que certaines lésions très importantes, voire des cavernes, peuvent demeurer parfaitement muettes à l'auscultation. Inversement, les bruits retentissants issus d'une lésion ulcéreuse, ou même les bruits plus fins nés au niveau d'un foyer juxta-médiastinal, peuvent se transmettre du côté opposé et faire croire à une lésion bilatérale. Sans doute, le caractère de ces bruits, la recherche des vibrations thoraciques, les résultats fournis par la percussion de la région suspecte permettront dans quelques cas de conclure à son intégrité ; le plus souvent, le diagnostic restera hésitant et seule, la radiographie tranchera le débat. Il n'est pas un phtisiologue que, dans certains cas, l'examen d'un cliché radiographique n'ait déterminé en dernière analyse à accepter ou à rejeter l'idée d'un pneumothorax.

Une fois le pneumothorax constitué, le secours de la radiologie nous paraît non moins indispensable. Contrairement à M. Jousset, nous pensons que c'est elle et non le manomètre qui mérite d'être appelée l'œil du médecin. « Seule, la radioscopie nous permet de voir ce qui se passe exactement dans le thorax » (Dumarest). Nous avons déjà dit, nous croyant en cela d'accord avec tous les phtisiologues, que c'est seulement l'examen comparé des renseignements fournis par le triple examen clinique, radiologique et manométrique, qui permet de fixer le degré de compression utile, variable suivant chaque malade. Croire que, pour des thorax différents et des lésions de types variés, une même pression déterminera un même degré de collapsus est une pure illusion, et c'est cependant ce qu'il faut admettre si l'on prétend s'en tenir aux seules données manométriques, l'examen clinique du malade n'étant pas dans tous les cas un correctif suffisant des défaillances de l'exploration manométrique. Pour prendre un exemple, chacun sait que, chez les jeunes en particulier, il est possible d'observer des déplacements

parfois considérables du médiastin, même avec des pressions négatives. A s'en tenir aux seuls renseignements fournis par le manomètre, on sera tenté de conclure en pareil cas qu'il est possible et même désirable d'avoir recours à des pressions plus élevées, alors qu'il est en réalité indiqué de diminuer l'abondance et la fréquence des insufflations et même de les suspendre.

M. Jousset indique très justement qu'une courbe très rapidement ascendante des pressions plaide en faveur d'un espace pleural incomplètement décollable. Mais, sans le secours de la radioscopie, un tel renseignement est bien incomplet. S'agit-il d'une adhérence en masse à la paroi de la portion du parenchyme pulmonaire envahi par les lésions tuberculeuses ? S'agit-il, au contraire, d'une adhérence en pointe (scissurale le plus souvent) permettant la compression plus ou moins complète de la lésion, et parfois capable de céder peu à peu et de permettre une compression plus efficace ? Dans ces deux cas, de pronostic pourtant différent, les renseignements fournis par le manomètre seront peut-être semblables. Pneumothorax partiel n'est pas forcément synonyme de pneumothorax inefficace. Comment, d'autre part, sans la radioscopie, apprécier le nombre, la forme, la disposition des adhérences dont certaines seront peut-être justiciables de la méthode de Jacobœus ?

Mais, c'est lorsque surviennent ces complications et particulièrement les épanchements pleuraux, que la radioscopie devient indispensable. Sans parler de l'utilité qu'il y a à être exactement renseigné sur l'abondance, la disposition, les variations, la mobilité de l'épanchement, le déplacement des organes, il est aisé de prévoir à quelles fausses manœuvres s'expose nécessairement le médecin privé du contrôle radiologique. Faute par exemple d'avoir décelé par les rayons X un petit épanchement incipient (et cliniquement non toujours diagnosticable), il risquera de pratiquer fort malencontreusement une réinsufflation capable de transformer un épanchement très peu abondant, idiopathique, fugitif, en une pleurésie véritable, éventualité d'autant plus regrettable qu'elle se produira dans un pneumothorax de plus fraîche date.

Il nous a été donné d'observer avec un de nos confrères le cas suivant. Appelés dans une pension auprès d'une malade, que la modicité de ses ressources empêchait d'entrer au sanatorium, nous constatons une lésion grave, évolutive, unilatérale. Ce diagnostic étant confirmé par l'examen radioscopique, nous établissons un pneumothorax qui se révèle à l'écran complet, libre de toute adhérence. La cure se poursuit normalement, et la température jusque-là très élevée décroît. Au bout de quelques semaines, apparition d'un épanchement rapidement abondant, avec fièvre et oppression marquée ; la malade est très affaiblie et nous ne croyons pas opportun de la transporter au sanatorium en vue d'un examen radiologique. Les examens cliniques ultérieurs montrent un accroissement progressif de l'épanchement : silence et matité remontant presque jusqu'à la clavicule. La température persiste. Nous essayons de pratiquer une exploration manométrique, qui échoue : à chaque tentative, le liquide pénètre dans l'aiguille et rend impossible la mensuration des pressions. Nous décidons alors de procéder à un examen radioscopique. Celui-ci montre que, contrairement à notre attente, il s'agit d'un pseudo gros épanchement. Le poumon à peu près complètement décomprimé a provoqué une ascension du liquide qui remonte jusqu'au voisinage de la clavicule ; l'épaisseur de l'épanchement ne dépasse pas quelques centimètres. Nous ponctionnons et rétablissons finalement un pneumothorax complet tel qu'il était avant l'épanchement. On pourra nous objecter que, même sans le secours de la radioscopie, on aurait pu avoir recours à cette manœuvre. La chose est possible, elle n'est pas certaine, car ce n'est guère l'habitude de ponctionner un épanchement en formation, ce qui cliniquement nous paraissait être le cas. Les signes physiques enregistrés et la température élevée semblaient le prouver. Cette dernière, en réalité, devait être mise sur le compte de la décompression de poumon alors que nous l'attribuions à l'accroissement de l'épanchement. Une abstention un peu prolongée aurait eu pour conséquence probable la symphyse de la plèvre après disparition de l'épanchement et la suppression du pneumothorax. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'une fausse manœuvre nous guettait et que seul, le concours de la radioscopie nous a permis de l'éviter. Nous donnons cette observation à titre d'exemple. Il nous serait facile d'en citer d'autres encore et chaque phtisiologue pourrait pareillement indiquer de nombreux cas dans lesquels seule, la radioscopie a été capable de le remettre dans le bon chemin.

Toujours éminemment utile, la radioscopie est le plus souvent indispensable ; pratiquement, on ne saurait s'en passer. Le pneumothorax, sans elle, est une méthode aveugle.

***

De la critique que nous venons de faire du travail de M. Jousset ressort, croyons-nous, cette vérité que, contrairement à l'opinion exprimée par cet auteur, le pneumothorax thérapeutique appartient, non pas au praticien, mais au spécialiste. Le pneumothorax est une intervention délicate dont le résultat final dépend avant tout de la compétence de celui qui la pratique. Ce

n'est certes pas une raison pour y renoncer et pour s'écrier avec M. Jousset : « *que le pneumothorax doit être la plus simple des interventions ou ne doit pas être* ». Nous ne connaissons qu'une sorte d'opération dont la légitimité soit contestable, c'est celle dont l'utilité n'est pas démontrée.

Du reste, nous nous garderons d'être absolu. Que, dans certaines circonstances, un médecin familiarisé avec les choses de la phtisiologie et connaissant bien la technique du pneumothorax, tente, sans le secours des rayons X, d'appliquer la méthode de Forlanini, la chose n'a rien en soi d'absolument impossible. Mais, admettre qu'un médecin non spécialisé, n'ayant qu'une connaissance superficielle des principes du pneumothorax artificiel, privé enfin de tout contrôle radiologique, puisse, sans inconvénient sérieux, avoir recours au Forlanini, et vouloir faire de cela la règle, c'est vraiment aller trop loin et il nous est personnellement impossible de suivre jusque-là M. Jousset.

Il va de soi que nous n'entendons pas davantage préjuger des possibilités de l'avenir. La vulgarisation du Forlanini est une éventualité à laquelle on peut et on doit songer, car il est bien évident qu'il ne sera, socialement parlant, une arme puissante que quand il pourra être utilisé en dehors des cliniques et des sanatoriums dont le nombre demeurera sans doute toujours insuffisant. Mais il est auparavant indispensable que des transformations importantes modifient les conditions dans lesquelles exerce habituellement le praticien. Transformations matérielles d'abord, et nous entendons surtout par là la multiplication des installations radiologiques. L'État, le département et, au besoin, un groupement de communes, ne pourraient-ils pas, par des subventions, aider à la réalisation du vœu que nous formons ? Ce ne serait certes pas dépenser inutilement les ressources dont ils disposent pour la lutte anti-tuberculeuse.

Mais surtout, il nous paraît désirable que l'éducation du corps des praticiens soit plus poussée en matière de phtisiologie.

C'est un fait banal pour un phtisiologue que de constater dans ce domaine la persistance de notions erronées chez des médecins, du reste distingués, et parfaitement compétents par ailleurs. Il nous a été donné d'aborder un certain nombre de maîtres éminents, tant en France qu'à l'étranger. Leur avi s à ce sujet est unanime: il semble que tout ce qui touche à la tuberculose jouisse du singulier privilège de ne pouvoir se répandre dans le corps médical qu'avec une extrême difficulté. Nombreux sont encore les praticiens demeurés fidèles aux idées de Grancher sur la pathogénie des lésions tuberculeuses, ou sur les asymétries respiratoires, ou encore à la fameuse classification en trois degrés. Combien, parmi eux, connaissent avec précision la classification pourtant ancienne de M. Bard et sont capables de l'appliquer dans la pratique ? Combien ont, à la lumière de travaux récents, réformé leurs idées classiques sur la séméiologie des cavernes ? Combien connaissent avec exactitude le vaste domaine de la tuberculose fibreuse, souvent si difficile à diagnostiquer sans le secours des rayons X ? Combien possèdent des notions, même sommaires, de radio-diagnostic ? Combien enfin, parmi les différents éléments du diagnostic, donnent, à l'examen bactériologique des crachats, cette « place centrale » que revendiquent pour lui avec tant d'insistance (et avec tant de raison) MM. Rist et Ameuille ?

Le nombre n'est-il pas encore élevé, de ceux qui conservent à l'égard du Forlanini et de la cure sanatoriale les préventions les plus injustifiées ? Les grands principes posés de façon magistrale par Kuss dans sa thèse (1898) ont-ils pénétré bien profondément dans les milieux médicaux ? Est-il même bien sûr que la notion essentielle de contagion familiale (et toutes les conséquences qu'elle comporte), substituée à celle d'hérédité, soit toujours présente à tous les esprits ? Nous nous contentons de poser ces questions, laissant à chacun le soin d'y faire les réponses que lui suggèrera son expérience.

Personne ne désire plus que l'auteur de ces quelques remarques associer le praticien à la lutte anti-tuberculeuse sous toutes ses formes. Sans son concours, tout effort est voué à l'insuccès. A lui échoit le rôle essentiel de dépister la maladie et de donner aux malades ces premiers conseils dont dépend habituellement leur avenir. L'ensemble du corps médical satisfait-il à cette fonction primordiale qui lui est dévolue ? Pas toujours comme il le conviendrait. La question est trop grave pour que nous renoncions à notre droit de parler net. Il n'est pas un médecin un peu versé dans les choses de la phtisiologie qui, dans nombre de cas, n'ait eu à déplorer que, faute d'un bon conseil, un temps précieux ait été perdu. Nous savons qu'un progrès très réel a été accompli, ou plutôt, est en train de s'accomplir : la jeune génération n'a plus, à l'égard de la phtisiologie, cette sorte de dédain de celle qui l'a précédée. Mais avant que cette nouvelle orientation des esprits ait porté tous ses fruits, nous aimerions voir s'installer dans tous les centres de quelque importance un médecin spécialiste des maladies des voies aériennes que les praticiens prendraient l'habitude de consulter comme ils consultent tout naturellement tel autre spécialiste.

Voilà, pensons-nous, les conseils qu'il convient de donner aux praticiens plutôt que celui d'entreprendre, sans préparation suffisante, l'application d'une méthode aussi délicate que celle du

pneumothorax thérapeutique. Le seul résultat de cette vulgarisation prématurée serait vraisemblablement de discréditer à nouveau l'opération de Forlanini, qui a eu tant de mal à triompher de ses détracteurs — encore qu'elle représente, comme on l'a dit avec tant de raison, le plus grand progrès (et peut être le seul) réalisé en phtisiothérapie depuis l'institution de la cure hygiéno-diététique de Brehmer-Dettweiler.

***

Nous avons soumis l'article du Dr Giraud *à M. le Pr* A. Jousset. *Notre distingué collaborateur a bien voulu nous remettre sa réponse, ce dont nous le remercions très vivement.*

Au sujet du pneumathorax artificiel

Réponse au Dr Giraud.

La plupart des discussions qui mettent aux prises les hommes de bonne foi dérivent d'un malentendu. Ainsi en est-il, je crois, de celle qui fait l'objet de l'article que le Dr Giraud, avec une courtoisie à laquelle je me plais à rendre hommage, a bien voulu rédiger à mon intention et qui a pour thème l'épineuse question du pneumothorax artificiel.

Le Dr Giraud et moi, en effet, ne traitons pas du même sujet et ne parlons pas la même langue, tels deux escrimeurs mal alignés qui, ne travaillant pas dans le même plan, ne sauraient accuser les touches ; circonstance heureuse qui me permettra d'écourter ma réponse et de ne pas abuser de la patience du lecteur.

Quel est le fond du débat ?

Le Dr Giraud me reproche de vouloir vulgariser le pneumothorax thérapeutique. En réalité, rien n'est moins exact.

Dans un article aussi restrictif que possible (Voir *Concours Médical*, n° 14, 1923) et dont le titre seul peut faire illusion, j'ai, au contraire, affirmé que le pneumothorax ne rend d'incontestables services que s'il est limité au cas exceptionnel de la tuberculose pulmonaire aiguë massive unilatérale ; que ce diagnostic une fois posé, ce qui est généralement facile sans le secours de la radiologie, l'opération n'est plus qu'un jeu d'enfants pour le praticien ; qu'enfin, le résultat doit être rapidement acquis et la durée de l'intervention limitée.

Je ne pense pas qu'on puisse voir là une tendance à ce que mon contradicteur appelle la *vulgarisation* de l'opération de Forlanini ; car si, grâce à un appareillage simplifié, j'en facilite l'accès au praticien, je freine d'autre part fortement, *trop peut-être, sur les indications, car mon* exorde comme ma conclusion se résument à ceci : réservez l'intervention à ces rares cas d'urgence et, entre nous, faites le moins possible de pneumothorax, mais si quelque jour, vous aviez la main forcée, dites-vous bien que cette intervention n'est rien et que vous faites constamment des choses autrement difficiles.

Quels sont donc ces cas de nécessité où le pneumothorax est formellement indiqué ?

J'ai dit aussi nettement que possible dans mon article, — mais le passage a certainement échappé à notre confrère, — que la condition essentielle du pneumothorax était, avec l'unilatéralité des lésions, la sévérité de la tuberculose, caractérisée par des « foyers massifs et étendus conditionnant une température élevée et de type continu, comme celle de la dothiénentérie » et, quelques pages plus loin, j'ai précisé en spécifiant que la lésion, encore récente, « ne devait pas avoir dépassé le stade fluxionnaire ».

Je crois qu'il est difficile d'être plus explicite, et que cette description *correspond assez bien* à ce que l'on est convenu d'appeler la pneumonie caséeuse. Donc, hormis la pneumonie caséeuse, point de pneumothorax pour le praticien. Quoi qu'en pense M. Giraud, *l'équivoque n'est* donc pas possible : mais elle l'eût été si, au lieu de circonlocutions, j'avais employé l'expression de pneumonie que j'ai soigneusement évitée parce que sous ce vocable, — et je m'en suis aperçu à l'interprétation qu'en donne plus loin M. Giraud, — on désigne les choses les plus disparates ; or, la terminologie scientifique ne souffre pas d'imprécisions. Expliquons-nous donc une bonne fois sur la valeur de ce terme.

Je rappellerai d'abord à notre confrère que, si la tuberculose pneumonique est à l'ordre du jour, elle est loin d'être une nouveauté ; et ce n'est pas parce que cette vieille personne s'est récemment exhibée aux assises de Strasbourg qu'il faut y voir la révélation de l'année. Nous savons tous que les Congrès, qui servent moins à l'avancement des sciences qu'à celui des individus, ne pouvant toujours s'offrir le luxe de découvertes à date fixe, doivent, à défaut d'un menu original, se contenter bien souvent de vieux plats réchauffés.

Ainsi en est-il de la tuberculose pneumonique qui date de près d'un siècle (Louis, 1843). Il y a vingt ans, Tripier et ses élèves en ont fait une description histologique parfaite à laquelle on n'a rien ajouté depuis ; on s'est contenté de la démarquer, ce qui est plus facile. Personnellement, je me suis occupé de la pneumonie bacil-



laire pour essayer de la débaptiser, en créant l'expression de bacillose « fluxionnaire » qui résume en les groupant les stades initiaux de la lésion (1).

C'est, qu'en effet, le mot de pneumonie, qui s'applique en médecine à une foule d'états très différents, est d'une ambiguïté très regrettable. Chez les bacillaires, il possède un double sens, l'un surtout clinique, l'autre surtout anatomique.

Cliniquement, il s'applique à l'inflammation lobaire, manifestation initiale aiguë de la tuberculose, plus connue sous le nom de pneumonie caséeuse, dénomination impropre, car cette pneumonie n'est pas caséeuse d'emblée. Anatomiquement, il désigne l'alvéolite congestive, exsudative ou catarrhale (splénisation). Cette triade inflammatoire que j'ai appelée « fluxionnaire », en opposition avec la fibro-caséose, prélude à la formation de toutes les tuberculoses, quelles qu'elles soient, et figure accessoirement en marge de la tuberculose chronique au moment des poussées *extensives. Or,* dire d'une tuberculose pulmonaire qu'elle est pneumonique, c'est indifféremment parler de la grande pneumonie caséeuse ou du processus fluxionnaire en question dont les signes cliniques sont aussi fugaces que discrets. On voit d'ici les confusions possibles. Le désaccord actuel n'a pas d'autre origine.

Il est évident, lorsque je demande qu'on restreigne le P. aux tuberculoses à « gros foyers massifs donnant une température de fièvre typhoïde », c'est-à-dire oscillant de 39° à 40°, que j'ai uniquement en vue la *pneumonie caséeuse* primitive, non encore caséifiée, celle qu'observent sous les praticiens, et que son évolution aiguë fait confondre avec la grippe ou la pneumonie franche, tandis que M. Giraud fait allusion aux *poussées évolutives dont est traversée* la tuberculose chronique, fluxions connues surtout des spécialistes de sanatorium, et dont la gravité n'est en rien comparable à celle de la pneumonie caséeuse, car celle-ci tuera neuf fois sur dix et très rapidement, si bien que le pneumothorax s'impose d'urgence dans le premier cas, tandis que les autres s'éteignent souvent seules, sans le moindre secours de la thérapeutique.

Ceci posé, c'est-à-dire l'un parlant bacillose aiguë, l'autre tuberculose chronique, le plus gros de l'argumentation adverse doit faire long feu, et l'on ne m'accusera plus de vouloir « vulgariser » une intervention que je limite à la seule pneumonie caséeuse dont on sait l'extrême rareté : je me suis borné à en simplifier l'exécution ce qui est très différent. Sachant qu'il s'agit de la pneumonie caséeuse dont la réputation n'est plus à faire, on conviendra également que sa sévérité se définit toute seule, et l'on ne me reprochera plus de poser des indications opératoires imprécises, ni d'accélérer l'intervention dans une affection aussi redoutable que l'hépatisation bacillaire. Dans ces conditions, M. Giraud me pardonnera de confier à des praticiens une intervention qui ne comporte réellement pas plus de dangers qu'une ponction exploratrice quelconque. Quels sont donc ces « accidents fort graves » dont nous parle notre confrère, et qu'une initiation préalable permettrait d'éviter ? Une pareille menace n'existe que pour les « vieux pneumothorax fibrosés » auxquels il fait allusion, où l'on s'expose à rompre des adhérences, à refouler le médiastin et à créer des épanchements, si l'on veut aboutir à un collapsus, que ne permettent pas les moyens de douceur ; mais, assurément pas pour les tuberculoses aiguës, datant de quelques semaines, où le poumon ayant conservé sa souplesse et ne collant pas à la paroi, trouve gentiment la bonne position sans offenser la plèvre qui reste généralement sèche. Et si, dans de telles conditions, surviennent quand même des accidents (syncope, épilepsie, etc.), c'est qu'ils étaient inévitables, même pour le plus expérimenté des spécialistes.

Sachant de quoi il s'agit, on comprendra enfin que je déconseille les insufflations interminables, car, mon expérience m'a démontré, et c'est même là une notion des plus intéressantes dans l'histoire de l'immunité antituberculeuse, qu'un sujet qui, soit spontanément (exceptionnel), soit sous l'influence du sérum antibacillaire, soit d'un pneumo, a guéri d'une pneumonie caséeuse, ne fait pas de récidive et retrouve une santé parfaite ; d'où mon conseil de commencer et de terminer rapidement les pneumothorax chez ces malades. Dans la pneumonie caséeuse authentique, et ce disant, je ne parle que de la forme indiscutable qui ressemble à la péripneumonie d'Hippocrate, et non de méchants petits états congestifs, il n'existe pas de milieu, les résultats sont toujours nets ; ou c'est la catastrophe que rien ne peut conjurer, ou c'est une guérison aussi stable que rapide si l'intervention précoce a devancé la fonte caséeuse.

Telles sont les justifications qui ressortent de cette mise au point d'un débat provoqué, je dois le reconnaître, par le laconisme un peu excessif du titre de mon travail. Si j'avais dit que le pneumo d'*urgence* appartient au praticien, peut-

(1) A. Jousset. — Tuberculose et sérothérapie antibacillaire, *Journ. méd. français*, déc. 1918.

être aurais-je évité cette discussion ; pas en entier cependant, car la question radiologique continuerait à nous diviser ! En effet, mon cher confrère, j'ai dit et je continue à affirmer que, dans le cas de la pneumonie caséeuse, « on peut à la rigueur supprimer le passage à l'écran » ; mais de grâce, ne dénaturez pas ma pensée et ne me représentez pas comme un adversaire systématique de la radiologie. Entre un scepticisme ridicule et le fanatisme de certains, existe une juste mesure. Je voudrais simplement qu'on n'attribuât pas à cette méthode une omnipotence qu'elle ne possède pas.

Sous le nom d'erreurs, de défaillances de l'auscultation, ont en effet récemment paru des articles émanés de jeunes auteurs, nouveaux venus en phtisiologie, et dont l'expérience clinique manque un peu de maturité, qui, opposant la radiologie à la vieille auscultation de Laënnec, voudraient en faire le pivot du diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Je n'ai pas attendu cette révélation pour être convaincu des mérites de la radiologie. Il y a, hélas ! fort longtemps que je faisais, sous la direction de mon excellent maître et ami Béclère, mes premiers examens à l'écran. Ceci se passait en 1897, à l'âge héroïque de la radiologie, et mon enthousiasme de la première heure pour cette admirable science, dont j'utilise quotidiennement les services, n'a pas encore fléchi. Mais cette admiration ne m'empêchera pas de dire publiquement, sans crainte d'être démenti par la haute autorité de celui dont je me réclame, qu'on ne peut pas, au moins dans l'état actuel de la technique, tout demander à l'examen radiologique. Merveilleux pour reconnaître et délimiter les lésions de la tuberculose chronique, il a, tout comme l'auscultation que bien à tort on lui oppose, lui aussi ses défaillances. Tous les jours je montre à mes élèves des sujets manifestement atteints de corticalites aiguës qui ne fournissent aucune image à l'écran ou sur la plaque. Comme je le disais encore récemment à propos du diagnostic précoce (voir *Concours Médical* du 29 juillet), si l'on veut s'en convaincre, on n'a qu'à examiner un sujet atteint de broncho-pneumonie aiguë grippale, et on sera frappé de la transparence des régions où abondent les râles alvéolaires. Le même phénomène existe chez les bacillaires à la phase fluxionnaire ou congestive du début, et « les opacités, les marbrures, les mies de pain » de la radioscopie ou de la radiographie supposent des lésions installées et un processus relativement ancien.

Or, dans la question en litige que demandons-nous au contrôle radiologique ? De montrer s'il n'existe pas du côté opposé à la masse pneumonique, non une tuberculose installée, plastique, ou une ancienne cicatrice, mais un état congestif, une bacillose évolutive, même discrète, qui interdirait la manœuvre projetée. Si parfois, ces états fluxionnaires peuvent apparaître à l'écran, il en est plus encore qui lui échappent totalement, et que l'oreille est à même de dépister. On nous répondra que nombre de cavernes, d'adénopathies, de lésions interlobaires, de tubercules profonds qui échappent à l'oreille sont révélés par l'examen à l'ampoule. D'accord ! Mais là n'est pas la question, car ces lésions ont depuis longtemps cessé pour nous d'être intéressantes, puisque, en vertu d'idées peut-être discutables mais posées en principe, nous n'envisageons comme justiciable d'une thérapeutique vraiment efficace et rapide que l'inflammation bacillaire aiguë et comme contre-indication que la bilatéralité de cette inflammation, et non pas les lésions installées de la tuberculose chronique. Nous n'avons que faire de la photographie d'un bâtiment sinistré ; c'est la notion de l'incendie qui importe ! Or, cette bacillose aiguë, les spécialistes, et par là j'entends surtout les médecins de ces services — j'allais dire de ces obituaires — qui sont annexés aux dispensaires parisiens, la connaissent ou devraient en principe la connaître beaucoup moins bien que les médecins non spécialisés dans les services hospitaliers desquels se concentrent, sous le couvert de diagnostics erronés tels que grippe, embarras gastrique, pneumonie franche ou fièvre typhoïde, les vraies tuberculoses aiguës débutantes ; en sorte que le médecin spécialisé ne s'occupant que des tuberculoses flagrantes, par conséquent anciennes, ou du laissé pour compte des services de maladies aiguës, ne sont pas plus qualifiés pour exécuter un Forlanini dans une pneumonie bacillaire aiguë, qu'ils ne le seraient pour traiter par la même méthode une gangrène pulmonaire ou une pleurésie interlobaire à pneumocoques.

Voilà, mon cher confrère, le problème placé sur son véritable terrain, et je vous remercie de l'occasion que vous m'offrez de régler une fois pour toutes une question qui n'est généralement pas comprise, quand j'oppose le bacillaire au tuberculeux, la médecine générale à la spécialisation, le praticien au phtisiologue.

J'en aurais fini avec cette controverse, si je ne voyais poindre à l'horizon une riposte visant le principe même de la thèse que je soutiens. M. Giraud serait fondé à me tenir le langage suivant : J'admets à la rigueur votre pneumo-

thorax d'urgence et son exécution par le praticien, mais entendez-vous par là que le Forlanini doit être réservé à cette seule forme de tuberculose ; allez-vous nous priver du bénéfice quelquefois merveilleux de l'intervention, dans ces tuberculoses à évolution rapide et inexorable que rien ne peut conjurer, dans ces hémoptysies tenaces, angoissantes dont aucun hémostatique ne peut venir à bout ; allons-nous revenir à la contemplation déprimante de nos prédécesseurs ?

Rassurez-vous, mon cher confrère, je ne suis pas aussi exclusif, et si j'ai limité *pour le praticien* le pneumothorax aux cas d'urgence, je concède volontiers que la méthode comporte d'autres applications très fructueuses ; mais le choix de ces malades est parfois si délicat que j'ai glissé sur les indications douteuses du Forlanini, estimant qu'une erreur d'application pouvait être néfaste, et c'est à dessein, afin d'éviter de dangereux abus, que j'en ai restreint les indications aux tuberculoses aiguës faciles à reconnaître et ne souffrant pas la discussion au moyen de la formule « tuberculoses sévères, récentes, unilatérales » qui vous a paru un peu trop schématique, mais que j'estime indispensable à la clarté de l'exposition. Maintenant, si vous voulez connaître le fond de ma pensée exprimée, non plus sous forme de conseils donnés à des médecins, mais d'une simple conversation privée, le voici.

Entre nous, on abuse effroyablement du pneumothorax que l'on applique inconsidérément à toutes les catégories de tuberculoses au risque de ruiner la méthode. Personnellement, si je l'applique aux tuberculoses suraiguës dont rien ne peut arrêter la marche, je m'en abstiens systématiquement pour les tuberculoses chroniques et ceci, pour avoir vu les désastres provoqués par des médecins, pourtant spécialistes, chez ce type de malades. A mon avis, le pneumothorax, *nécessaire* dans les formes aiguës, est *nuisible* dans les formes chroniques. Mais il reste *discutable* dans les formes intermédiaires ou subaiguës, où la fièvre s'éternise, mais où le poumon, libre et encore souple, est susceptible d'une rétraction facile. Aussi, est-ce là que toutes les ressources de la clinique, que l'expérience du phtisiologue, et que la radiologie sont nécessaires, car la question posée est des plus difficiles à résoudre. Eh bien ! quand les circonstances me mettent en présence de faits de ce genre, je m'abstiens autant que faire se peut de l'opération de Forlanini, considérant en principe la méthode comme un pis-aller, et ayant d'ailleurs à ma disposition des ressources d'un rendement que j'estime très supérieur et comportant moins de risques. Je fais allusion ici à la sérothérapie qui me fournit en quelques semaines des résultats parfois merveilleux. Ce n'est qu'exceptionnellement que j'y associe ou que j'y substitue le pneumothorax, dans les quatre circonstances suivantes. Ce sont celles où la sérothérapie est contre-indiquée, inapplicable, impuissante, ou insuffisante. Je m'explique.

1° Le sérum est contre-indiqué dès qu'il y a dans le poumon malade un début de cavernisation, ce que la radiologie, et souvent la radiologie seule (vous voyez que je me convertis) peut révéler. La cicatrisation des cavernes béantes est un leurre et aucune sérothérapie ne vaudra jamais contre une amputation du poumon. Seul, le pneumothorax peut en venir à bout.

2° Le sérum est inapplicable chez certains sujets intolérants. Ce sont là des faits rares, tout à fait indépendants de la fameuse et imaginaire anaphylaxie, mais ils existent incontestablement et rendent le pneumothorax inévitable.

3° Le sérum est dit impuissant quand, après un essai loyal à dose suffisante, il ne se produit aucune détente de température. La question est d'ailleurs jugée rapidement, et si, en trois semaines de traitement, représentant pour un adulte deux à trois injections de 100 gr., il n'y a pas d'amélioration nette, c'est que la virulence du bacille l'emporte sur les moyens qu'on lui oppose. On peut alors tâter du pneumothorax. J'ajoute que cette impuissance du sérum, dans l'état actuel de sa préparation, est un fait très exceptionnel. Nous avons dit qu'on pouvait la constater dans les formes pneumoniques suraiguës, mais dans les tuberculoses unilatérales de moyenne gravité, à température non excessive (38 à 39°), le sérum bien manié est généralement très efficace.

4° Il ne faut pas confondre l'impuissance du sérum avec son insuffisance. Un sérum est insuffisant quand son œuvre est inachevée, quand, après avoir éteint la fièvre et la fluxion qui la conditionne, il laisse un état chronique persistant. Cet état peut se présenter sous deux formes. Ou c'est un début de cavernisation que la gangue fluxionnaire environnante avait masqué aussi bien à la radiologie qu'à l'auscultation, ou il s'agit d'un de ces états congestifs torpides que rien ne peut modifier. Ces foyers à combustion lente, ces résidus mal éteints, constituent pour l'avenir un danger perpétuel. C'est alors que doit intervenir le pneumothorax, et son action matérielle complémentaire sera d'autant plus fructueuse qu'elle portera sur un organisme désintoxiqué par le sérum, presque apyrétique et

placé dans de bien meilleures conditions de résistance qu'au début de la période fébrile.

Il faut en somme, pour ces cas de tuberculose évolutive de gravité moyenne, se montrer éclectique ; si les moyens d'hygiène classique ne suffisent pas, si la sérothérapie est impraticable, si elle est partiellement ou tout à fait inopérante, le pneumo est formellement indiqué, mais cette arme doit être l'*ultima ratio* du phtisiologue et non l'argument initial ; et c'est en quoi je diffère des interventionnistes à outrance, de ces forcenés qui affectent d'ignorer ou dénigrent systématiquement et *a priori* tous les autres procédés thérapeutiques concurrents, et notamment la sérothérapie pour des raisons qu'il vaut mieux ne pas approfondir.

Je m'excuse auprès du lecteur de cette longue digression, et je termine en félicitant M. Giraud de son couplet final sur la nécessité de la réforme des idées régnantes en matière de tuberculose. Le rôle du praticien, dans la lutte antituberculeuse, m'apparaît, comme à lui, prépondérant et très supérieur à celui du dispensaire. Lui seul est en mesure de dépister la tuberculose débutante, et j'ai eu récemment l'occasion d'y insister dans ce journal (22 et 29 juillet) en exposant ma conception du diagnostic précoce. Mais est-il besoin pour cela du secours de ceux qui se décorent du nom pompeux de phtisiologues ? En quelques leçons pratiques, on peut rafraîchir un peu les idées surannées du praticien. Mais, de grâce, ne parlons pas de *science* (!) phtisiologique, sous peine de sombrer dans le Molière ; je ne sais ce que l'on en pense en province, ou à l'étranger, mais à Paris, personne ne la prend au sérieux, sauf bien entendu ceux qui en vivent. Cette pseudo-science a encombré la médecine de rouages administratifs nouveaux pour le plus grand préjudice de nos finances ; elle met en branle les politiciens, la grande presse et les ondes hert, ziennes, qui ne s'y attendaient certes pas et pour quel résultat . . ! Parcourez les *services spéciaux*. Les cachectiques y agonisent comme au temps de Laënnec, et leurs médecins y font l'effet de gardiens de cimetières. La vérité, comme me l'écrivait dernièrement un de nos collègues des hôpitaux qui a consacré toute une vie de probité à l'étude de la tuberculose, c'est que « la lutte antituberculeuse est maintenant une *firme*, c'est-à-dire quelque chose qui rapporte. » Voilà ce qu'il vaudrait mieux crier sur les toits !

André Jousset.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des hôpitaux.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Il faut stériliser la brosse à dents.

MM. Thésée et Nuyts se sont livrés à d'intéressantes recherches sur l'infection permanente des brosses à dents, et sur la meilleure méthode pour stériliser ces instruments hygiéniques.

Si la brosse à dents neuve est déjà contaminée par le seul fait des matériaux avec lesquels elle est fabriquée, combien plus grande encore se montre cette contamination quand la brosse est en service ! C'est ainsi qu'on a pu y découvrir du streptocoque, du staphylocoque, du tétragène, du pneumocoque, du bacille de Koch. A l'appui de ces constatations, les auteurs rapportent quelques faits d'infection des gencives ou des amygdales, où l'agent vecteur du microbe avait été une soie de brosse à dents.

Pour obtenir une stérilisation efficace des brosses à dents, les auteurs ont imaginé, en dehors de l'ébullition et du trempage dans l'alcool ou un antiseptique quelconque, qui détériorent rapidement l'instrument, une sorte de petite étuve métallique, dans laquelle la brosse est soumise à l'action des vapeurs d'un mélange ainsi composé : trioxyméthylène, tungstate de soude, essences de citron, thym, orange.... Afin d'ajouter l'action des rayons ultra-violets de la lumière solaire à celle du mélange antiseptique, ils ont enfin donné à leur étuve la forme d'un tube en verre cannelé spécial. Par ce procédé, la stérilisation est obtenue en 3 ou 5 heures. (*Revue de Stomatologie*, avril 1923.)

Recherches sur l'insuline.

Voici une nouvelle étude sur l'insuline, dans laquelle MM. Desgrez, Bierry et Rathery ont examiné successivement ses effets, les malades auxquels s'adresse ce traitement, les modalités sous lesquelles on peut l'employer, les accidents provoqués par elle, son activité et son mode de titrage, la mise en pratique du traitement.

Et de conclure : « . . . . . L'insuline ne guérit pas le diabète ; elle constitue, pour le moment, une médication à effet passager et qui doit être constamment renouvelée. Elle met le malade à l'abri,

au moins temporairement, des accidents d'acidose, mais elle ne se substitue pas au régime. Elle semble donc inutile dans le diabète simple, pour lequel le traitement diététique est efficace.

« On doit faire usage uniquement d'insuline suffisamment purifiée par des traitements appropriés. L'action de l'insuline doit être étroitement surveillée et contrôlée par des analyses méthodiques du sang et des urines, faute de quoi on s'expose à des accidents dont certains peuvent être très graves ». (*Paris méd.*, 15 septembre 1923).

De leur côté, MM. CHABANIER, LOBO-ONELL et LEBERT arrivent aux mêmes conclusions, en ce qui concerne l'efficacité certaine de l'insuline dans le traitement de l'acidose et de ses manifestations cliniques (précoma, coma). Ils admettent que cette efficacité est également prouvée dans le diabète grave (diabète maigre), dont l'insuline représenterait le traitement de fond. Mais, ils se montrent infiniment moins rigoureux en ce qui concerne le régime alimentaire, qu'ils restreignent beaucoup moins, y faisant une large part aux hydrocarbones, aux graisses et aux protéiques.

Relativement aux accidents provoqués par l'insuline, ils soutiennent qu'ils ne sont pas à redouter si, pendant la cure, on administre aux malades de fortes rations d'hydrocarbones, et surtout, si cette administration hydrocarbonée se pratique immédiatement après chaque piqûre.

Enfin, ils insistent, eux aussi, « sur l'importance qu'il y a à suivre de très près les malades pendant la cure d'insuline, notamment à effectuer des examens quotidiens d'urine et, le plus souvent possible, des examens de sang ». (*Journ. des Prat.*, 15 sept. 1923.)

Angine diphtérique et formol.

Lorsque un diphtérique est cliniquement guéri de son angine, il n'en reste pas moins plus ou moins longtemps une cause possible de contagion et de dissémination, en raison des germes qui persistent dans sa gorge. Il n'est plus un malade ; il est toujours un porteur de germes.

Pour faire disparaître ce danger, et rendre le diphtérique guéri inoffensif, M. KAISIN propose de le soumettre à l'action des vapeurs de formol, pendant toute la durée de sa maladie. Dans la chambre qu'il occupe, on fait évaporer une solution de formol du commerce à 40 %, à raison d'un cmc. de formol par mètre cube de volume de la chambre, l'évaporation étant répartie en trois ou quatre fois dans les 24 heures.

Le formol est répandu sur un linge et s'évapore au contact d'un radiateur à eau chaude, les fenêtres étant fermées et la porte n'étant ouverte que pour les besoins indispensables du service.

Des nombreuses observations recueillies par l'auteur, il résulte que la formolisation ne raccourcit pas le temps qui s'écoule entre l'injection de sérum et la chute des fausses membranes, qu'elle ne supprime pas les complications, mais qu'elle raccourcit sensiblement la période, habituellement longue, pendant laquelle le malade guéri reste un porteur de germes. « Le petit inconvénient qui résulte des propriétés irritatives des vapeurs de formol sur les muqueuses oculaires et nasales est largement compensé par leur effet désodorisant et refraîchissant ». (*Le Scalpel*, 22 septembre 1923).

Le paludisme autochtone.

M. INIVET appelle l'attention des médecins sur l'éventualité de manifestations paludéennes autochtones qui pourraient prêter à équivoque si l'on n'y songeait pas. C'est ainsi qu'il a observé deux jeunes filles chez lesquelles on diagnostiqua d'abord un embarras gastrique, puis, une intoxication alimentaire, une paratyphoïde, jusqu'au jour où l'examen de la courbe thermique et la succession rythmée des accès fébriles firent penser au paludisme, opinion qui fut confirmée par un examen du sang, dans lequel on trouva des plasmodies.

Ce paludisme autochtone ne peut apparaître qu'à la faveur de trois facteurs : un réservoir de virus, des moustiques, et des conditions spéciales de température. Or, les paludéens chroniques se rencontrent fréquemment en France depuis la guerre. Les régions marécageuses ne manquent pas, où l'on découvrirait sûrement l'anophèle si on le recherchait, et la température, au cours de l'été dernier, a été particulièrement chaude.

Le traitement prescrit par l'auteur a consisté en périodes de quininisation de quatre jours, coupées par un jour de repos, au cours duquel on administrait 0,10 d'arrhénal. La quinine était donnée à la dose de 1 gr. 50 par jour, en trois fois, un cachet de 0,50 de chlorhydrate de quinine à chaque repas, suivi d'un demi-verre de limonade chlorhydrique. Après 3 périodes ainsi établies, on continuera à administrer quinine et arrhénal par périodes alternées de deux jours, pour arriver ainsi à un mois de traitement. Repos de dix jours. Puis, reprise de la quinine et de l'arrhénal alternés de deux en deux jours, pendant 20 jours. En même temps, XX gouttes par jour d'adrénaline au 1.000e. (*Presse médicale*, 22 sept. 1923.)

La dyspepsie hypoacide.

M. LEMOINE, à propos de la dyspepsie hypoacide, ou hyposthénique, ou hypofonctionnelle de Robin, passe en revue les traitements successifs qui ont été conseillés contre cette affection.

Après l'ère des stimulants du système nerveux,

et des amers en particulier, dont l'action était dirigée contre l'asthénie générale dont ces dyspeptiques sont généralement atteints en même temps, nous avons connu les conceptions selon lesquelles l'estomac se comportait comme une sorte de cornue, dans laquelle devaient se passer certaines réactions aboutissant au travail digestif de l'organe. Ce fut le triomphe de la médication chimique. Le suc gastrique était pauvre en acide chlorhydrique : on administrait cet acide en nature aux malades. On y ajoutait de la pepsine.

Les données actuelles sur le système sympathique et ses perturbations fonctionnelles nous ont appris l'existence du syndrome solaire, dont la dyspepsie hypoacide reproduit une partie des symptômes. C'est donc au sympathique abdominal qu'il faut s'adresser pour redresser la sécrétion troublée de l'estomac.

Le médicament qui agit, semble-t-il, le mieux dans ce cas, est la génésérine, alcaloïde extrait des eaux mères de la fève de Calabar.

Elle exerce son action sur toutes les glandes de l'appareil digestif dont elle active la sécrétion, et en même temps, elle ralentit les contractions cardiaques. La dose utile en serait, selon le professeur Surmont, de 3 /4 de milligrammes par jour, en trois fois, avant les repas. (*Gaz. des Prat.* 15 sept. 1923.)

Les faux rénaux.

Il s'agit de malades chez lesquels on peut observer de l'albuminurie, avec émission de cylindres hyalins, de l'azotémie, de la pollakiurie nocturne, tous symptômes permettant tout d'abord d'incriminer une lésion rénale, et dont cependant le rein n'est pas lésé. Il y a intérêt à les connaître, le pronostic de leur état étant souvent infiniment moins sévère que celui des vraies néphrites, et le traitement en étant complètement différent. M. G. Fiessinger décrit ainsi les faux rénaux psychiques, obsédés par quelque trouble passager constaté dans leur fonction urinaire ; les faux rénaux nerveux : basedowiens, paralytiques généraux, tabétiques, qui peuvent présenter une urine albumineuse, ou encore épileptiques en état de crise, hémorragiques cérébraux ; qui font penser à l'éclampsie ou à l'urémie, les faux rénaux de nutrition, atteints d'albuminurie intermittente de croissance, cholémique, cyclique, ou encore les goutteux ; les faux rénaux cardiaques, atteints d'une dilatation du cœur droit ou d'un rétrécissement mitral, et qui présentent de l'albumine urinaire et de l'azotémie, qu'un traitement par le repos, le régime lacto-hydrique de réduction, la digitaline à faibles doses, guérit de leurs troubles rénaux ; enfin, les faux rénaux lithiasiques et cancéreux.

« Les faux rénaux constituent un chapitre très important de la pathologie. *Il importe de ne pas* se laisser prendre aux apparences et de se livrer à un examen minutieux. Les malades, sauf le cancéreux, guériront le plus souvent et en tous cas ne devront pas à l'albuminurie qu'ils présentent une aggravation éventuelle de leur état. Pronostic bienfaisant qu'il sera toujours agréable au malade d'entendre attribuer à ses troubles et dont il sera *reconnaissant au médecin* ». (*Journ. des Prat.*, 22 sept. 1923.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Persistance du virus encéphalitique.

(MM. Sicard, Paraf et Laplane.— *Société médicale des hôpitaux*, 12-10-1923.)

L'observation relatée par M. Sicard montre la persistance prolongée possible du virus encéphalitique dans les centres nerveux. Il s'agit d'une femme qui fut atteinte, en mars 1919, d'encéphalite léthargique à laquelle succéda un syndrome parkinsonien. Depuis ce temps, malgré les différentes thérapeutiques mises en œuvre, les troubles morbides continuèrent, puis s'aggravèrent et la malade succomba en juillet 1923, plus de quatre années après l'accident initial. Un fragment de substance nerveuse prélevé dans la protubérance fut émulsionné dans de l'eau physiologique et inoculé au cerveau de six lapins. Quatre animaux moururent en 48 heures d'encéphalite infectieuse ; les deux autres succombèrent au bout de deux semaines.

Il y eut donc ici persistance prolongée du virus au sein d'un département du parenchyme cérébral. Ce fait, assez spécial à la pathologie infectieuse de l'encéphale, peut être rapproché du même phénomène concernant le tréponème de la syphilis, au niveau du cerveau des paralytiques généraux. Il va sans dire qu'il n'en est pas toujours ainsi. Dans un cas analogue, où le parkinsonisme avait également duré près de quatre ans, M. Sicard fit des inoculations des régions opto-striées, qui restèrent négatives.

Névralgie occipitale syphilitique.

(M. Urechia. — *Société médicale des hôpitaux*, 12-10-1923.)

Le rôle de la syphilis dans l'étiologie des névralgies est connu. Pour ce qui a trait à la névralgie occipitale, cependant, la plupart des auteurs le passent sous silence. M. Urechia a eu l'occasion de traiter un

homme de 26 ans qui se plaignait de douleurs névralgiques occipitales vives, considérées d'abord comme d'origine *a frigore*, rebelles aux analgésiques habituels. L'auteur, ayant constaté, à l'examen des yeux, une légère anisocorie et une névrite optique droite, fit faire une séro-réaction de Wassermann qui se montra positive. Un traitement spécifique (salvarsan et cyanure de mercure), amena la disparition rapide des douleurs.

En face d'une névralgie occipitale rebelle, conclut M. Urechia, il faut penser à la syphilis, faire une ponction lombaire et un examen ophtalmoscopique, qui pourront amener à une déduction thérapeutique.

Tumeur méningée ayant simulé une syphilis cérébrale.

(MM. Urechia et Mihalescu. — *Soc. méd des hôp.* 12-10-1923.

La réaction de Wassermann, qui aide le diagnostic dans les syphilis ignorées, peut aussi quelquefois égarer ce diagnostic. On sait bien d'ailleurs que si un Wassermann négatif n'exclut pas, d'une façon sûre, la syphilis, un Wassermann positif ne permet pas d'affirmer que l'affection en cause est spécifique. La clinique conserve toujours ses droits et le laboratoire n'est pour elle qu'un aide non exclusif. Un malade de MM. Urechia et Mihalescu, syphilitique à Wassermann positif, était atteint d'accidents nerveux rappelant la syphilis cérébrale. L'autopsie montra qu'il s'agissait en réalité d'une tumeur des méninges, adhérente à l'os (endothéliome), de la loge temporale droite.

La réaction de Wassermann chez ce patient était positive dans le liquide céphalo-rachidien. On en doit déduire que les tumeurs méningées sont quelquefois (rarement) capables de donner un Bordet-Wassermann positif ou bien de laisser filtrer les anticorps spécifiques chez les syphilitiqnes.

Azotémie et paralysie générale.

(M. Urechia. — *Société médicale des hôpitaux*, 12-10-1923.)

Bruns a décrit, jadis, quatre cas d'urémie ayant offert le tableau de la démence paralytique. Il remarque que les pupilles sont alors normales, fait qui sert au diagnostic différentiel. Régis est d'un avis analogue. Gilbert Ballet, Tanzi et Lugaro signalent le diagnostic de la paralysie générale et de l'urémie chronique. La confusion des deux maladies est facile à éviter lorsqu'il existe des œdèmes, de l'albuminurie et d'autres signes d'urémie. Il n'en va plus de même si le patient est un azotémique sans manifestation urémique patente et se présente simplement en proie à un état délirant qui simule la maladie de Bayle. M. Urechia relate deux exemples de cette dernière éventualité.

Le premier sujet, atteint de délire des grandeurs, avec Wassermann du sang positif et du céphalo-rachidien négatif, fut considéré comme un paralytique général véritable et traité comme tel (cyanure, néosalvarsan). L'autopsie montra des lésions de néphrite chronique sans altération anatomique particulière du système nerveux.

Le deuxième malade se présentait dans des conditions analogues. Averti par l'observation précédente, M. Urechia pensa à l'azotémie (l'azote du sang s'élevait à 0,82) et institua un régime approprié. Trois mois plus tard, la guérison des troubles mentaux (idées de grandeur, de persécution et d'anxiété) était complète.

Traitement des ulcères perforés en péritoine libre,

(M. Hartmann. — *Société de chirurgie*, 17-10-1923.)

M. Hartmann résume la longue discussion qui eut lieu, l'été dernier, à la Société de Chirurgie, sur le traitement des ulcères perforés en péritoine libre.

S'appuyant sur une statistique de 200 cas apportés à la tribune de la Société et relative à des malades opérés dans les hôpitaux de Paris, l'auteur envisage d'abord certains points de la clinique des ulcères perforés gastro-duodénaux. Sur 187 cas, 116 fois la perforation siégeait au niveau de l'estomac, et 71 fois au niveau du duodénum. En fait, cependant, le total des perforations duodénales est plus important que ce chiffre ne le montre, car nombre de lésions juxta-pyloriques sont considérées comme pyloriques.

Les perforations sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme (ici, 173 fois pour 11). Rares avant vingt ans, elles ont un maximum entre 30 et 40 ans, pour redevenir rares après 60 ans.

Les liquides épanchés dans l'abdomen à la suite d'une perforation d'ulcus sont quelquefois stériles. M. Pierre Duval, reprenant une opinion allemande, pense que la non-septicité du liquide est en rapport avec son acidité. Les expériences de Schönbauer ont, en effet, montré l'action bactéricide du mélange pepsine et acide chlorhydrique. On expliquerait encore de cette manière, la gravité plus grande des ulcères perforés du duodénum, bien que cette gravité relative ne soit pas très nettement établie.

Quant au traitement, un point réunit l'accord unanime : l'importance de l'opération précoce, dans les douze premières heures. Après 24 heures, la mortalité n'augmente pas, ce qui tient à ce que les cas particulièrement graves ont déjà succombé à ce moment.

La discussion a porté principalement sur le meilleur mode de traitement. M. Pierre Duval s'est montré le défenseur convaincu de l'excision des ulcères et même, bien qu'il ne les ait jamais pratiquées, des opérations larges, telles que la gastro-pylorectomie. Cette dernière intervention a été rejetée par la majorité des chirurgiens de Paris (Guibé, Hartmann, Baudet, Lecène, de Martel, Gosset), qui pensent, par contre, que toutes les fois où l'état du malade le permet, il y a avantage à adjoindre à l'oblitération de la perforation une gastro-entérostomie.

En faveur de la résection, Duval et Delagénière

ont émis l'idée qu'on réaliserait ainsi la cure radicale de la maladie. Or, en Allemagne même, pays de prédilection de la résection, on a noté souvent des récidives.

La mortalité de la gastro-pylorectomie étant sensiblement plus forte que celle du simple enfouissement, cette opération ne saurait être le traitement de choix des ulcères perforés en péritoine libre. Ses indications ne pourront être précisées que dans l'avenir.

La rachianesthésie à la stovaïne-caféine.

(M. Jonnesco, de Bucarest. — *Société de chirurgie*, 17-10-1923.)

Dans le but d'atténuer l'effet nocif de l'agent anesthésiant sur les centres nerveux, en matière de rachianesthésie, M. Jonnesco associe la caféine à la stovaïne. Il injecte de 4 à 6 centigrammes de stovaïne et il ajoute à la solution 50 centigrammes de caféine. Dans les anesthésies basses, il réduit la dose de caféine à 0 gr. 25 pour éviter une action sur le centre vésical (rétention d'urine). Par cette adjonction, dit l'auteur, on supprime le syndrome pénible de l'anesthésie, l'angoisse, les sueurs, les vomissements, la céphalée. M. Jonesco a pratiqué, sous cette rachianesthésie à la stovaïne-cocaïne, à ce jour, 593 opérations dont 108 hautes et 485 basses.

— M. Dujarier utilise depuis longtemps la rachianesthésie. Il a successivement employé la cocaïne, la stovaïne, la novocaïne. Il a essayé d'associer la caféine à la novocaïne, mais il a dû y renoncer, les anesthésies lui ayant paru alors incomplètes.

— M. Jonnesco est étonné des résultats défectueux de M. Dujarier. Ils tiennent, pense-t-il, à ce qu'il s'est agi d'une association novocaïne-caféine, et non *stovaïne*-caféine.

Ostéite du tarse suite d'arthrite gonococcique.

(M. Fiolle, de Marseille. — *Société de Chirurgie*, 17-10-1923.)

M. Fiolle rapporte l'observation d'une femme atteinte d'arthrite gonococcique du cou-de-pied, chez laquelle apparut ultérieurement une ostéite du tarse de nature probablement blennorrhagique également. La guérison, après opération, se fit rapidement.

Corps étrangers de l'intestin.

(M. Coville, d'Orléans. — *Société de Chirurgie*, 17-10-1923.)

Pour faire suite à deux communications, de M. Ombrédanne et de M. Le Dentu, sur les corps étrangers de l'intestin, M. Coville signale deux cas, de sa pratique personnelle, de taille duodénale pour l'extraction de corps étrangers chez des enfants de huit et treize ans. Le premier concernait un clou de 6 centimètres fixé dans l'angle duodéno-jéjunal. Le second avait trait à une épingle qui fut *trouvée libre* dans le péritoine, sauf la tête restée dans la lumière du duodénum, nouvel exemple de la tolérance du péritoine en présence des corps étrangers et des sécrétions de la partie haute du tube digestif.

Pour l'auteur, la déglutition d'épingles ou de corps étrangers que l'écran montre *immobiles* indique une opération urgente.

L'état actuel de l'aviation sanitaire.

(M. R. Picqué, de Bordeaux. — *Société de Chirurgie*, 17-10-1923.)

L'aviation sanitaire, qui a pris naissance au cours de la guerre, s'est développée depuis, en particulier pendant les expéditions marocaines. Elle vise à deux buts : transporter *le chirurgien et le matériel* chirurgical sur le champ de bataille, ou amener rapidement le blessé du champ de bataille au centre sanitaire. Un point important de son fonctionnement sera la création *de terrains d'atterrissage, permanents* ou éventuels, le long de la route, en cas de panne.

— M. Tuffier rappelle que Chassaing fut le promoteur, pendant la guerre, de l'aviation sanitaire. Celle-ci doit viser beaucoup plus à transporter rapidement le blessé vers le centre où il sera bien soigné qu'à amener le chirurgien au-devant du blessé.

P. L.

Les Livres

(Editions du Livre de France, 42, boul. Port-Royal 1923. Prix : 6 fr.

Dupuy de Frenelle. — **La transfusion sanguine.**

Un livre de Dupuy de Frenelle est une clarté et une utilité. Une utilité en ce sens qu'il aborde un sujet d'emblée et envisagé d'une façon éminemment pratiqu e ; une clarté en ce sens que les détails d'une technique sont donnés par lui avec l'animation d'un bon sens supérieur et le sincère désir de faire participer son public médical à son expérience et à sa connaissance, sans réticence aucune.

Dupuy de Frenelle livre son secret scientifique en toute lucidité et sans arrière-pensée ; il souhaite, il veut que ses confrères, *lorsqu'il aura parlé ou écrit*, en sachent autant que lui et puissent en fai re autant que lui. C'est là, véritablement, l'âme du savant moderne tel qu'il devrait être, tel qu'il en existe des exemples, dont il est le prototype. Il est de ces chirurgiens qui se réservent la douleur magnanime de la gestation scientifique, pour ne donner à autrui que la facilité délicieuse d'une assimilation rapide et sans douleur ; de plus, il aborde, avec son livre, la masse comme avec un bréviaire : il la conquiert et l'endoc-

trine Il n'est pas un chirurgien de tour d'ivoire ; il va à tous dans l'intérêt de tous. Qu'on se rappelle son petit volume de chirurgie de guerre qui fut entre toutes les mains des majors : ce livre était à l'honneur, sous le feu meurtrier, dans les tranchées, dans les postes de secours, soutenant l'esprit et la mémoire des médecins auxiliaires ; il a contribué à sauver bien des soldats.

De même, ce petit traité lumineux sur la transfusion sanguine sauvera dans bien des coins éloignés de notre terre de France, beaucoup d'existences. Par l'intermédiaire d'un grand nombre de médecins instruits de sa méthode, des quantités de grands hémorragiques lui devront la vie.

Le livre de Dupuy de Frenelle est, si je puis dire, un livre de résurrection. Le caractère pratique et souverain de ce travail est tout de suite indiqué par une des phrases liminaires. Ecoutez ceci :

« *Un hémorragique qui est soigné par un médecin* « *familiarisé avec la pratique de la transfusion san-* « *guine a moins de chance de mourir* ».

Ecoutez encore :

« Chaque fois que chez un malade — un opéré — un accidenté — vous pensez à l'utilité d'une injection intra-veineuse de sérum, demandez-vous s'il n'y a pas lieu de verser, dans le sérum, du sang humain qui multipliera l'action bienfaisante de ce sérum ».

Ecoutez toujours :

« La quantité de malades réconfortés par ce mode de transfusion sera beaucoup plus considérable que la quantité de malades aggravés par cette thérapeutique ».

Ecoutez enfin :

« Le praticien qui aura pris l'habitude de ce procédé de transfusion marquera sur son grand livre plus de succès ; et parmi ces succès, *certains lui réjouiront le cœur, au souvenir des vies sauvées dans des heures désespérées* ».

En phrases claires, courtes, en un texte aussi réduit que possible accompagné de figures véritablement vivantes, Dupuy de Frenelle passe en revue sa transfusion par injection intra-veineuse d'une ampoule de 400 grammes de sérum glucosé dans laquelle on ajoute 2 grammes de citrate de soude et de 100 à 200 grammes de sang prélevé ; — la transfusion avec une seringue en verre, citratée, par prise de sang dans la veine du donneur et réinjection dans la veine du malade ; la transfusion des doses massives de sang citraté ; la transfusion improvisée ; les dangers de la transfusion et les moyens de les éviter ; les moyens de reconnaître que le sang du donneur peut être injecté sans danger ; les méthodes de groupement sanguin ; les signes d'alarme ; les indications de la transfusion ; la thérapeutique adjuvante de la transfusion, etc.

En tout 100 pages, non pas à lire, à simplement regarder pour être plus instruit en une demi-heure. Cette demi heure d'application et d'assimilation, de la part du médecin, se traduira par des années d'existence pour un infinité de malades et même d'agonisants qui connaîtront la résurrection.

Dupuy de Frenelle est un chirurgien d'avant-garde, un chirurgien altruiste qui comprend son devoir humain par l'effort de diffusion qu'il fait en faveur de la science utile et pratique, ce qui ne l'empêche pas de se livrer au tourment des idées pour leur arracher quelque parcelle de vérité nouvelle. Il a fait là un livre qui cheminera d'un pas sûr et conquérant sur les routes praticiennes de notre pays : qu'il en soit hautement félicité !

OFFICE PARISIEN DE PUÉRICULTURE,
9, impasse Berthier, Paris XVIIe.

J. LESCASSE. — **Le carnet de bébé,** 10e édition entièrement refondue. Une plaquette petit in-8°, cartonnée toile. Prix : 4 francs.

D'une élégante et solide présentation matérielle, cette plaquette de XII-64 pages, plus un graphique dépliable, contient tout ensemble les diverses règles d'hygiène qui conviennent à l'enfant depuis sa naissance jusqu'à la fin de la deuxième année, et une série de tableaux destinés à être remplis par la mère chaque jour et chaque semaine.

Ainsi se trouvent groupés tous les renseignements concernant le nourrisson, tant ceux nécessaires pour éviter de grosses erreurs à la femme la moins expérimentée, que ceux relatifs au passé de l'enfant, indispensables à mettre sous les yeux du médecin à l'occasion de toute indisposition ou maladie qui aurait motivé sa venue.

Tel quel, ce carnet a sa place toute marquée dans les familles, crèches, pouponnières, gouttes de lait, et en général, partout où des enfants sont en surveillance. Paul DELMAS.

Dr J. POUY.— **Conseils à la jeunesse sur l'éducation sexuelle.**

Petite plaquette d'une lecture facile et attrayante, dans laquelle l'auteur met les jeunes gens en garde contre l'onanisme et contre les maladies vénériennes, leur recommandant par dessus tout de discipliner leur esprit et leur volonté et d'habituer leur corps à la pratique des sports, le meilleur des dérivatifs.

Que si le malheur voulait que le jeune homme fût atteint d'une maladie vénérienne, loin de s'en cacher honteusement, il n'hésitera pas à recourir au médecin.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La prophylaxie du paludisme par la quinisation préventive.

Les sujets résidant ou traversant des régions impaludées ont le plus grand intérêt à suivre un traitement quinique à titre préventif. Ainsi ils éviteront le plus souvent de contracter le paludisme et, même en cas de contamination, les accidents seront chez eux beaucoup plus bénins, les hématozoaires trouvant d'emblée dans le sang de ces sujets un milieu qui leur est défavorable et s'oppose à leur pullulation. Si, aux premières manifestations paludiques, un traitement plus intensif est immédiatement institué, l'imprégnation de l'organisme ne se produira pas, le sujet sera promptement déparasité et mis ainsi à l'abri des suites éloignées et des séquelles de l'infection malarique. Ce traitement préventif est donc extrêmement important et devrait toujours être institué chez tous ceux qui sont appelés à séjourner, ne fût-ce que pendant le temps d'une escale, dans les régions où sévit le paludisme. Ce traitement préventif consistera à prendre chaque jour 20 ou 25 centigr. de quinine, mais une condition essentielle de son efficacité est, comme l'a bien montré le Prof. Le Dantec au dernier Congrès de Médecine de Bordeaux, que l'on ait recours à un sel de quinine facilement soluble. La forme médicamenteuse la plus commode pour ce traitement ambulatoire est le comprimé de quinine, mais il existe malheureusement dans le commerce beaucoup de ces comprimés, constitués avec un sel peu soluble, trop compacts aussi, qui traversent le tube digestif sans être dissous, si bien qu'on les retrouve intacts dans les selles : rien d'étonnant alors à l'échec du traitement préventif, comme cela s'est produit à bord de plusieurs navires munis de comprimés de quinine de mauvaise fabrication. Il faut, d'autre part, que le sel de quinine ainsi administré soit inoffensif pour la muqueuse gastrique, ce qui n'est pas toujours le cas avec les sels neutres (bisulfate, bichlorhydrate, plus solubles que les basiques, mais dont la solution est très acide au tournesol) qui provoquent très souvent une intolérance rapide. On aura donc recours de préférence aux comprimés de sels basiques, mais il faudra toujours s'assurer de leur solubilité rapide dans l'eau chaude. On sera certain d'administrer un sel très facilement soluble et toujours bien toléré en utilisant le *phytinate de quinine.* Ce sel, présenté en comprimés argentés de 10 centigr., est très vite solubilisé dans l'eau chaude, comme il est facile de s'en rendre compte par un essai préalable (1) ; il est de plus parfaitement toléré par l'estomac, en raison de sa réaction neutre, et, enfin, le phosphore organique qui entre pour une part non négligeable dans sa composition (quinine 57, 65 %, Ph. 11 %), n'est pas sans exercer une influence des plus heureuses, grâce à son action tonique, reconstituante et dynamogénique, sur des sujets placés presque toujours à ce moment-là dans une ambiance climatique déprimante et débilitante. Deux ou trois comprimés de phytinate de quinine par jour assureront donc dans les meilleures conditions possibles la prévention du paludisme.

L'utilisation de ce sel de quinine ne doit point se borner d'ailleurs à la seule prophylaxie, et nous ne pensons pas sortir du sujet en ajoutant ici quelques mots à propos de son emploi dans la thérapeutique curatrice de l'infection malarique. Rien ne s'oppose, en effet, à l'administration du phytinate de quinine, à doses massives, au cours des accès ; sa *grande solubilité*, sa bonne tolérance, le rendent même plus maniable que le chlorhydrate ou le sulfate. On le prescrira alors en cachets de 50 centigr. ou 1 gr., quitte à revenir aux comprimés, forme plus commode pour le traitement fractionné, *lorsque* les accès seront jugulés. C'est ainsi que le phytinate de quinine fut beaucoup utilisé en Orient, pendant et après la guerre ; chez les rapatriés de Salonique, comme chez les coloniaux de retour à la métropole, toujours plus ou moins touchés par l'anémie ou la cachexie palustre, des doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 par jour ont une action remarquablement efficace et rapide, d'autant plus appréciable que l'appétit, la régénération globulaire et le mieux être général succèdent à un état organique généralement défectueux.

A. J.

(1) Quelques essais de solubilisation de divers comprimés du commerce. — 0 gr. 20 dans 20 cm³ d'eau à 50°, nous ont donné les temps suivants : chlorhydrate basique 25 minutes ; chlorhydrate neutre 75 secondes ; sulfate basique 34 minutes ; sulfate neutre 4 minutes ; phytinale 55 secondes.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'INDEMNITÉ KILOMÉTRIQUE EN MÉDECINE RURALE

Mes articles sur cette brûlante question d'actualité continuent à m'attirer une intéressante correspondance. C'est ainsi que j'ai reçu ces jours-ci les trois lettres suivantes :

***

J'ai eu souvent à m'occuper de l'indemnité kilométrique pendant une présidence de plus de quinze années de notre Fédération départementale et les difficultés pratiques de toutes les méthodes préconisées jusqu'ici m'avaient conduit à un projet que j'avais pris la liberté d'adresser, il y a quelques semaines au *Concours médical* sachant que c'était d'ordinaire, une tribune largement ouverte à toutes les opinions. Je proposais d'attribuer à chaque commune un prix de visite minimum qui serait majoré d'une somme variable quand la commune n'aurait pas de médecin résidant sur son territoire. Cette majoration, qui ne devait être qu'une fraction du prix de la distance kilométrique du médecin le plus rapproché, aurait joué uniformément dans tous les cas, qu'il s'agisse d'une visite en passant, d'une visite régulière, ou même d'une visite d'urgence.

J'y avais vu un moyen pratique et équitable de tenir compte du déplacement, toutes les autres mesures envisagées, y compris celles prescrites par le décret du 25 octobre 1922, me semblant absolument inapplicables et n'étant d'ailleurs *jamais* appliquées dans la pratique.

Mais, il appartient à un médecin ayant exercé à la campagne de mettre au point cette question qui n'apparaîtra jamais sous son vrai jour à un médecin de grande ville : vous l'avez fait d'une façon aussi claire et aussi précise que possible. Ce que vous proposez, c'est ce que nous faisions, déjà il y a 40 ans, dans notre région ; nous visitions nos malades par tournées régulières passant d'une commune dans une autre, et l'honoraire fixé pour chaque localité et basé sur la distance l'était une fois pour toutes et pour tous les cas.

Sans doute, on pourrait dire que le client n'a pas à savoir si, avant d'arriver chez lui, le médecin a vu ou non un autre malade ; mais si vous exigez systématiquement l'indemnité kilométrique intégrale, le prix demandé sera tel qu'il fera hésiter le malade à vous rappeler et vous êtes conduit ainsi à cette « diminution de la consommation de médecine » dont parle Lafontaine et dont le Corps médical ne tardera pas à pâtir.

Votre solution me paraît satisfaisante et je l'accepte volontiers, mais, je vous le demande, que devient dans votre système, l'indemnité kilométrique de l'Assistance médicale gratuite et des réformés de guerre ?

D. B.

***

La localité habitée par le médecin, ayant été prise pour centre, on a calculé d'après les ponts et chaussées toutes les distances kilométriques partant de ce point central pour aller dans les différents villages, hameaux, et lieux dits, faisant partie du reayonnement du médecin.

D'après ce système, les visites de campagne sont tarifées à raison, *le jour*, de 3 fr. le kilomètre parcouru (1 fr. 50 aller, 1 fr. 50 retour), plus 10 fr. de visite. (La nuit double tarif : visite et kilométrique).

Notre tarif de visite à domicile, dans la localité du médecin, est, en effet, de 10 fr. *le jour*.

Les visites de passage, à la campagne, sont tarifées, moitié du plein tarif.

Exemple. — Un village situé à 10 kilomètres. La visite coûtera 40 francs, soit 10 dilomètres à 3 fr. =30 fr., plus 10 fr. de visite, total : 40 fr.

Il en serait de même pour un hameau, lieux-dits, etc.

Le client qui fait appeler le médecin, ou celui que l'on va voir, parce qu'il est en cours de maladie, paye donc sa visite 40 fr. *le jour* (et 80 fr. la nuit).

Si un autre client, profitant du passage du médecin dans le village, le fait appeler ; ce deuxième client (*de passage*) payera 20 fr. la visite.

Un troisième client, dans le même village, payera aussi 20 fr. ; de même, un quatrième, etc., etc.

Nous nous sommes toujours très bien trouvés de ce système, et de ce tarif. Tous les clients le trouvent naturel et tout le monde est content.

Un client dans un hameau ou lieu-dit à 8 kilomètres payerait 34 fr. la visite (8 kil. à 3 fr. = 24 fr plus 10 fr. de visite).

Un client de passage dans ce hameau payera 17 fr. Un deuxième client de passage payera, 17 fr., etc.

Les dimanches et jours fériés, double tarif *le jour* (donc 80 fr. au lieu de 40).

Nous avons des villages, situés à 12 et 13 kil. qui payent donc la visite 46 à 50 fr. ; on y va cependant aussi souvent que dans ceux plus rapprochés et cependant le pays est loin d'être riche ; ce sont tous des petits cultivateurs.

Nous ne faisons jamais de tournée, tout est calculé au tarif ci-dessus.

Si le hameau est à 2 kil., la visite sera de 16 fr. Mais un client de passage dans ce hameau payera 10 fr. En effet, une visite à domicile ne doit jamais être payée moins de 10 fr.

Dr M.

***

Voulez-vous entendre encore un son de cloche au sujet de la question que vous agitez des visites et consultations en tournées à jours et heures fixes, avec ou sans cabinets de consultation multiples, et au sujet de la question du cumul des indemnités kilométriques dans la pratique rurale ?

D'abord, dans le département, on s'est prononcé contre les cabinets de consultation multiples, sauf pour les spécialistes, et contre les tournées à jours et heures fixes ; c'est un cas de véto pour l'entrée dans nos syndicats.

Mais, dans le Syndicat d'A., on s'est, de plus, très formellement opposé à la visite à prix réduit, dite « en passant » et pour des raisons trop sérieuses pour que nous soyons tentés d'y revenir. C'est surtout dans le but d'assurer pratiquement le libre choix du malade entre tous les médecins, et pour enlever le prétexte d'économie mal comprise aux malades de la campagne qui ont l'habitude d'attendre trop pour appeler le médecin.

Pas d'autre moyen pratique d'éviter au client rural la tentation de changer son médecin habituel, quand il sait qu'un autre vient aujourd'hui ou demain voir son voisin, ou qu'un autre passera tous les jeudis pour aller à sa villa, à sa ferme, ou à son rendez-vous périodique.

Pas d'autre moyen efficace pour que chaque médecin puisse espérer courir toute sa chance, et se faire et conserver une clientèle disséminée dans tous les hameaux autour de sa résidence, comme dans toutes les maisons de sa bourgade ou de sa ville. Il est difficile de croire que tous les Syndicats n'adopteront pas cette manière d'agir.

Il n'est nullement utile de prétendre justifier par le rapport plus ou moins précis du coût du déplacement en auto cette règle, et il y a lieu de croire que là où elle ne sera pas réglementairement appliquée, elle le sera d'une façon plus ou moins détournée, et la morale et cohésion syndicale n'y gagneront rien.

Que les législateurs et les fabricants de réglements publics tiennent compte de cela, pour s'éviter d'avoir à vitupérer en vain contre des abus qu'il sera impossible de vérifier et d'empêcher ! ..

La solution, pour la fameuse future loi des assurances sociales, est dans l'établissement de cotisations suffisantes, et dans le self-contrôle, je veux dire en intéressant convenablement l'assuré dans le règlement de ses dépenses médico-pharmaceutiques.

Dr D.

Que résulte-t-il de ces véritables consultations que nous donnent nos aimables correspondants ? C'est que les honoraires médicaux sont avant tout affaire locale, qu'ils se subordonnent, à la campagne, à la topographie, à la répartition des bourgs et hameaux, à la densité de la population à l'enchevètrement et au chevauchement des clientèles les unes sur les autres.

C'est donc à juste titre que j'ai exprimé l'opinion que c'est dans le cadre local que les Syndicats médicaux doivent chercher la solution du problème.

D'une façon générale, la visite de passage, ne comportant pas d'indemnité de déplacement, est pour ainsi dire condamnée. Car, dans la région du Dr M., ce qu'il appelle visite de passage est fonction de la visite particulière, et cotée avec une réduction de 50 %. Je serais fort surpris que, dans ces conditions, la visite de passage n'y fut pas la règle ; j'entends par là que certains des malades éloignés, sachant que le médecin doit venir visiter un de leurs voisins, attendent son passage pour l'appeler. De telle sorte que l'ensemble de ces visites de passage formerait les éléments de ce que j'ai nommé ailleurs *la* tournée régulière. Ce serait donc, d'une façon détournée, la réalisation de la conception que j'ai exposée.

C'est, en tous cas, une preuve de plus que les mœurs et *les usages diffèrent selon les régions,* et que, je le répète, c'est régionalement que le tarif des honoraires s'appliquant, tant à l'acte médical lui-même qu'au déplacement, doit être établi par les soins et sous le contrôle du syndicat.

D'ailleurs, pour la clientèle privée, je crois bien que les choses se passent ainsi, la plupart du temps. Et je sais des départements, voire des arrondissements, où le Syndicat, sans entrer dans le calcul précis des distances et des frais correspondants, a décidé que, dans l'agglomération A, distante du centre médical de 4 kil., le prix de la visite ne serait pas inférieur à 15 francs pour les tournées régulières (je ne dis pas à jour fixe) ; que dans l'agglomération B, distante de 7 kil., il ne serait pas inférieur, dans les mêmes conditions, à 20 fr., quelle que soit la longueur de la route parcourue par le médecin demandé.

Où la situation devient plus malaisée à régler, c'est quand il s'agit des tarifs de l'A. M. G., ou des pensionnés de guerre. Pour ceux-ci, d'ailleurs, elle l'est, en ce sens que la visite de passage ne comportant pas d'indemnité de déplacement, est la plus fréquente, puisque l'indemnité n'est dûe qu'à l'occasion d'un déplacement *spécial* et *isolé* du médecin.

Elle le sera encore plus pour les tarifs en préparation des soins aux accidentés agricoles.

J'ai confiance dans les confrères ruraux qui font partie de la commission chargée d'élaborer ces tarifs. Ils savent pertinemment de quoi il retourne. Et ils sauront, je n'en doute pas, trouver la formule équitable qui évitera les abus, sans léser les intérêts des médecins de campagne, dont le sort ne saurait nous laisser indifférents, et qui sont parfois à plaindre, si j'en juge par cette autre lettre, navrante dans sa simplicité, que je tiens à reproduire.

***

J'ai lu, avec l'intérêt le plus vif et le plus douloureux, (in *Concours médical*, du 21-X-1923, page 3263), la lettre si émouvante et si attristante du Dr B.

Hélas ! trois fois hélas ! La gêne la plus terrible (pour ne pas dire misère), existe chez beaucoup de praticiens. Beaucoup de vos confrères endurent en silence le supplice moral qui les mine chaque jour. Et à qui le dire, puisque comme le dit si bien le Dr B. personne ne voudrait nous croire. Suivant le confrère B., le médecin de ville peut, si la « médecine ne rend pas » varier ses occupations et mettre plusieurs cordes à son arc, et cela à l'insu du public.

Je serais curieusement intéressé de connaître ces différentes cordes et la façon de les ajouter à mon arc.

Je crois que pour les pauvres médecins de campagne, il ne reste guère qu'une ressource qui est la culture ou l'élevage, petit ou grand.

Comme il n'y a que ceux qui souffrent qui se plaignent, je suppose que le Dr B. souffre... Moi aussi je souffre atrocement, mais comme notre souffrance étalée au grand jour ne pourrait servir qu'à nous nuire davantage, je vous prie de me bien cacher dans les colonnes de votre bon journal sous la lettre Z. et, vous remercie d'avance.

Il me semble que le *Concours* pourrait, dans sa partie professionnelle, réserver une petite place où on essayerait de trouver quelque chose qui puisse soulager les confrères malheureux ; par exemple, postes à prendre d'un certain rapport à peu près sûr, postes à créer, rapport de densité des médecins par rapport à celle de la population sur les différents points du territoire et même des colonies, et pourquoi pas également les pays étrangers. On pourrait même aussi développer la question « cordes à mettre à l'arc quand la médecine ne rend pas assez ».

Dr M.

Et puisque notre correspondant nous demande de lui indiquer quelles cordes secondaires il pourrait tendre sur son arc, qu'il me permette de lui signaler les ressources qu'un médecin rural peut tirer de la dentisterie. J'en connais un qui, après s'être familiarisé avec cette branche de l'art de guérir, en tire un profit dont il se déclare satisfait. Naguère, ceux de ses clients qui souffriaient des dents, n'avaient d'autre ressource que d'aller à la ville voisine chez le dentiste spécialisé. Depuis qu'il a acquis la compétence nécessaire, il procède lui-même à la plupart des obturations, et même à l'établissement des appareils de prothèse, dans sa clientèle. Il s'en trouve très bien. Et son exemple gagnerait à être suivi par ceux qui, comme le Dr M., réclament l'élargissement du champ de leur activité.

G. DUCHESNE.

HYGIÈNE SOCIALE

Les centres d'examen médical dans la Seine-Inférieure

Les Centres d'examen médical sont, avant tout, ainsi que leur nom l'explique, des organismes de recherches et de diagnostic. On y peut donner, *exceptionnellement*, certains soins spéciaux. On se contente de procéder à toutes les recherches qui nécessitent un outillage spécial et une compétence particulière, et auxquelles le médecin traitant n'a ni le temps ni les moyens de se livrer. Ces recherches sont en particulier le radiodiagnostic et la bactériologie.

Dans l'agglomération rouennaise (banlieue comprise) il en existe actuellement trois : un à Rouen même, un à Darnetal et un à Maromme.

Ils répondent tous à un plan type (fig. 1). Quand ils seront tous complètement achevés et organisés, ils comprendront cinq sections : Lutte anti-tuberculeuse. Lutte anti-vénérienne. Consultation pré-natale. Inspection scolaire. Consultation de nourrissons.

Voici la description du Centre de Darnetal, telle que nous l'empruntons aux rapports du Dr Ott. Dès à présent, un tiers de la clientèle des Centres d'examen est adressé par les praticiens de la région ; un autre tiers vient spontanément. Le dernier tiers est recruté au cours des enquêtes faites par le service d'hygiène (infirmières-visiteuses).

Les personnes aisées qui s'y aventurent sont prévenues, par voie d'affiches très apparentes, que les Centres d'examen sont réservés en principe à la classe nécessiteuse. Si elles insistent pour être examinées, on leur donne satisfaction. Mais on refuse systématiquement de leur remettre le résultat des examens pratiqués ; ces

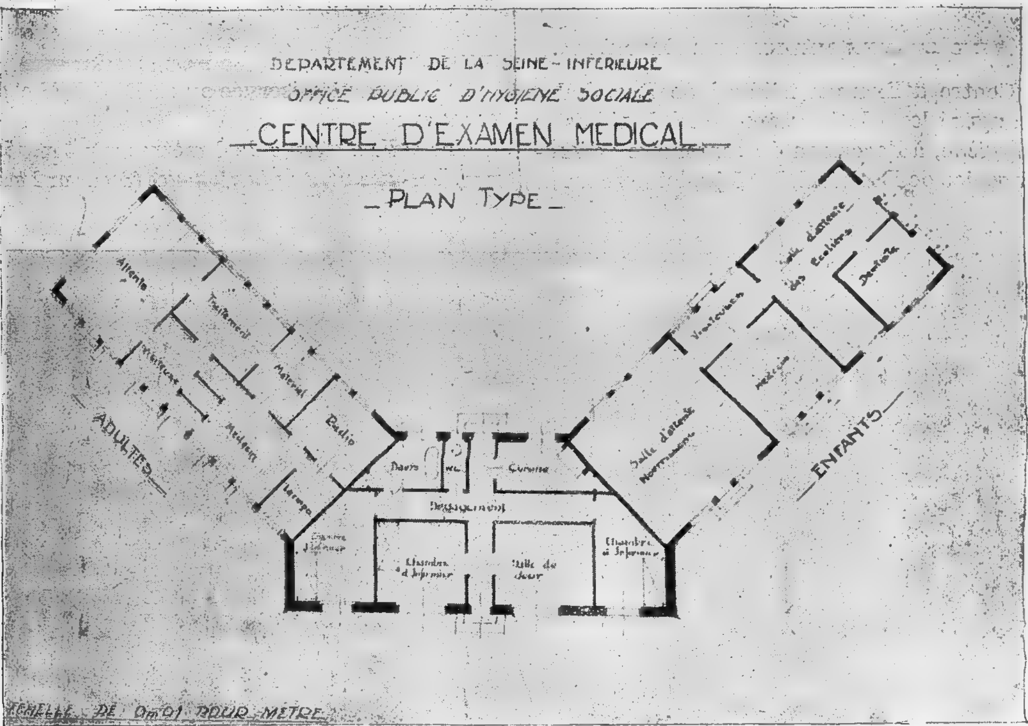

DEPARTEMENT DE LA SEINE-INFERIEURE
OFFICE PUBLIC D'HYGIENE SOCIALE
CENTRE D'EXAMEN MEDICAL
PLAN TYPE
Attente
Traitement
Materiel
Radio
Medecin
ADULTES
Salle d'attente des Ecoliers
Dentiste
Medecin
Salle d'attente Nourrissons
ENFANTS
Cuisine
Dégagement
Salle de Jour
ECHELLE DE 0m01 POUR METRE

Fig. 1.

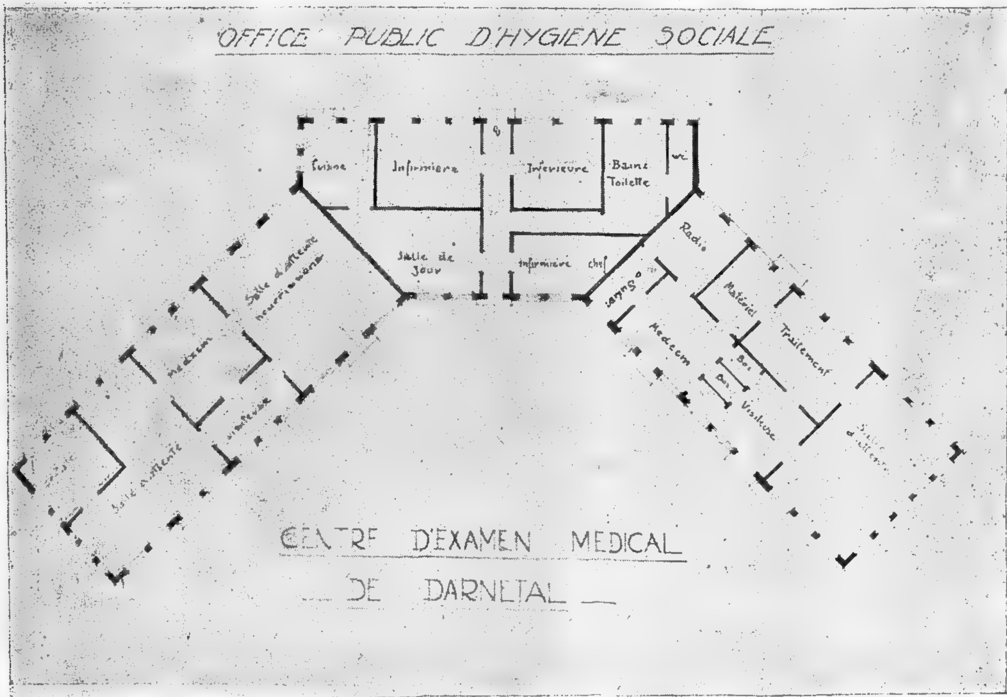

OFFICE PUBLIC D'HYGIENE SOCIALE
Cuisine
Infirmière
Infirmière
Bains Toilette
wc
Salle de Jour
Infirmière chef
Radio
Matériel
Traitement
Medecin
Visiteuse
Salle d'attente nourrissons
Medecin
Visiteuse
Salle d'attente
CENTRE D'EXAMEN MEDICAL
DE DARNETAL

Fig. 2.

résultats ne sont communiqués, qu'à leur médecin habituel.

CENTRE D'EXAMEN MÉDICAL DE DARNÉTAL.

Le Centre d'Examen médical de Darnétal a été inauguré lors de la visite de M. le Ministre de l'Hygiène, à l'occasion du centenaire de l'hôpital-hospice de Darnétal, le 15 juillet dernier.

Il constitue le centre type ; en voici la description sommaire (voir plan 2 et fig. 3.)

Il comprend trois parties distinctes et entièrement séparées :

1° Une partie réservée aux ADULTES et comprenant :

Une *salle d'attente* de 6 mètres sur 4 m. 15 ;

B) Un *bureau pour la visiteuse* (3 m. sur 2 m. 50).



Fg. 3. — Centre de Darnetal

Ce bureau est complètement isolé de la salle d'attente ; le malade s'y trouve seul avec la visiteuse et n'a à craindre, en conséquence, aucune indiscrétion au cours de l'interrogatoire qu'il subit ou à l'occasion des renseignements qu'il fournit sur sa situation sociale ;

F) Une *salle de radioscopie* (3 m. sur 3 m.).

G) Une *salle de traitement* (3 m. sur 4 m. 15) où pourront se faire, par exemple, les injections médicamenteuses, les applications de ventouses, les pointes de feu, etc. ;

H) Une *salle réservée au matériel prophylactique*

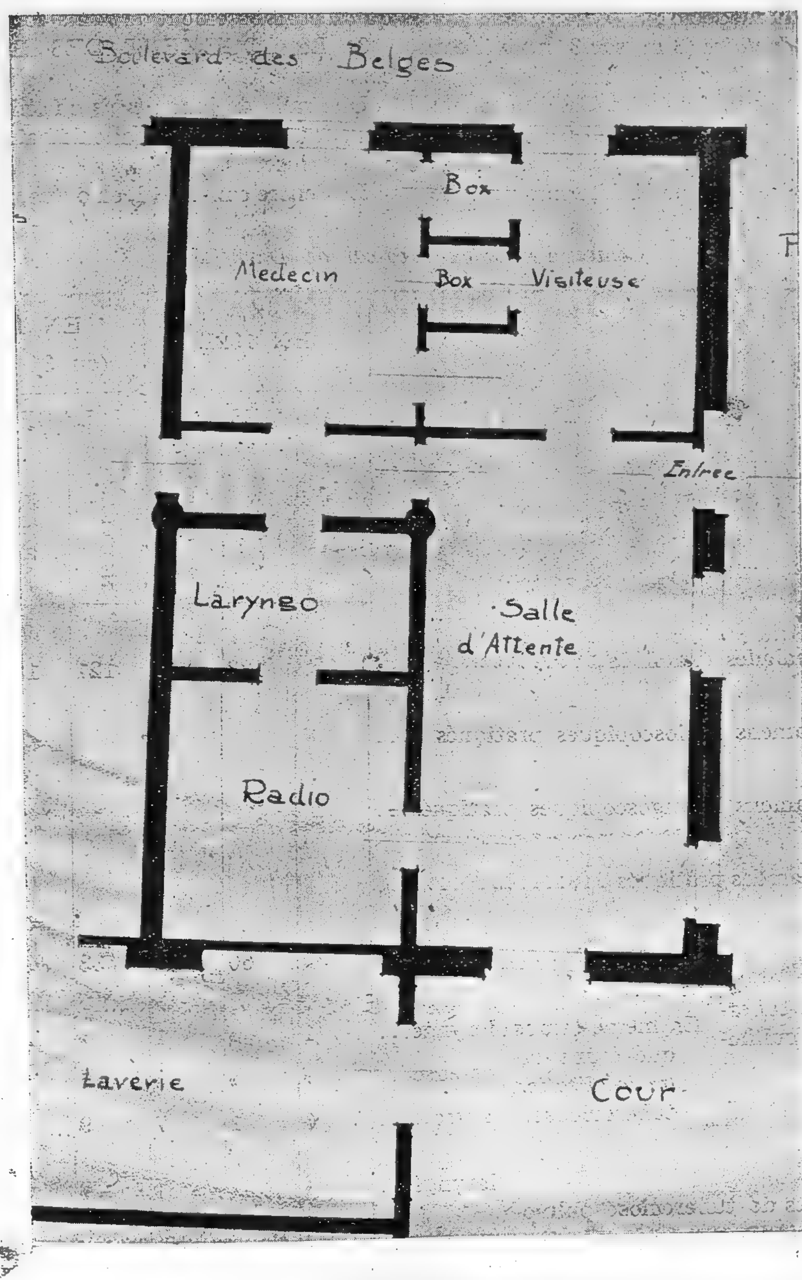


Fig. 4.

C) Deux *boxes de déshabillage* (1 m. 25 sur 1 m.) entièrement fermés, pour le déshabillage des malades ;

D) Le *cabinet médical* où le malade se trouvera, comme dans le bureau de la visiteuse, seul avec le médecin du Centre ;

E) Une *salle de laryngologie* (2 m. sur 3 m.) ;

(crachoirs, lessiveuses, seaux, autoclaves, désinfectants, etc.).

Cet ensemble de locaux aura une entrée distincte des autres parties du Centre.

2° Une partie réservée aux ENFANTS et comprenant :

A) Une *grande salle* (6 m. sur 6 m.), munie de

hamacs individuels et de *lavabos servant de salle d'attente*, de *salle de déshabillage* et dans laquelle s'amorce collectivement l'éducation hygiénique des mères de familles, par de courtes causeries du médecin directeur, au début de chaque séance de pesée ou d'examen ;

B) Le *cabinet du médecin* (4 m. sur 4 m.) ;

C) Le *bureau de la visiteuse* (4 m. sur 2 m.) contigu au cabinet du médecin ;

D) Le *cabinet dentaire* (3 m. sur 3 m.) enclavé dans la *deuxième salle d'attente* réservée à l'*examen médical des enfants des écoles*. Les dimensions de cette salle, 6 mètres sur chaque sens, permettent facilement divers examens, pour lesquels la place est nécessaire, comme la détermination de l'acuité visuelle, ainsi que les diverses manœuvres destinées à mettre en relief l'examen fonctionnel des membres inférieurs et la recherche des troubles de la marche ;

E) Partout ou ce sera possible, cette partie réservée à l'inspection médicale des écoliers sera complétée par des constructions légères comportant salle d'attente et préau couvert, ainsi qu'un étalblissement de *bains-douches*.

3° Le LOGEMENT DES INFIRMIÈRES comprend :

Une salle de jour ; trois chambres d'infirmières ; une cuisine ; une salle de bains toilette et un water-closet.

Le Centre comprend, en outre, un water-closet

Centre d'Examen Médical de Darnétal

	EN 1921			EN 1922 (au 31 août)			TOTAL au 31 août 1922
	MALADES Nouveaux	MALADES Anciens	TOTAL	MALADES Nouveaux	MALADES Anciens	TOTAL	
Nombre de malades examinés	130	133	263	121	184	305	568
Nombre d'examens radioscopiques pratiqués							
Nombre d'examens laryngoscopiques pratiqués							
D'après les examens pratiqués							
Ont été reconnus — Atteints de tuberculose pulmonaire — seule	30	60	90	33	12	162	252
Ont été reconnus — Atteints de tuberculose pulmonaire — En même temps que d'une autre localisation tuberculeuse — laryngée	1	»	1	»	»	»	1
Ont été reconnus — Atteints de tuberculose pulmonaire — En même temps que d'une autre localisation tuberculeuse — osseuse	»	»	»	5	»	5	5
Ont été reconnus — Atteints de tuberculose pulmonaire — En même temps que d'une autre localisation tuberculeuse — autre	6	1	7	9	3	12	19
Ont été reconnus — Non atteints de tuberculose pulmonaire, mais d'une autre localisation tuberculeuse — laryngée	»	»	»	»	»	»	»
Ont été reconnus — Non atteints de tuberculose pulmonaire, mais d'une autre localisation tuberculeuse — osseuse	»	»	»	»	2	2	2
Ont été reconnus — Non atteints de tuberculose pulmonaire, mais d'une autre localisation tuberculeuse — autre	10	3	13	11	8	19	32
Ont été maintenus en observation et en surveillance pour contact	73	58	131	57	35	92	223
Ont été reconnus non atteints de tuberculose	10	11	21	6	7	13	34

extérieur pour les malades, et des *dépendances* constituées par un bâtiment isolé comportant buanderie, hangar couvert et cellier, parc à charbons.

Il est précédé d'un grand terrain qui servira comme terrain de jeu, lorsque son remblaiement sera terminé ; derrière lui se trouve un terrain en pente douce, sur un talus constamment ensoleillé, où il sera possible d'exposer les enfants au soleil et d'organiser une sorte de *solarium*.

Cet ensemble sera complété, aussitôt que possible, par l'adjonction d'un petit établissement de *bains-douches* réservé aux enfants des écoles, et accolé aux locaux de l'inspection médicale des écoles ; peut-être pourra-t-on un jour y joindre une piscine, car le terrain de ce Centre est bordé par une rivière dont la source est à quelques mètres en amont.

Bien que l'installation matérielle de ce Centre n'ait été terminée que le 15 juillet dernier, le Centre d'Examen médical de Darnétal a fonctionné depuis plus d'un an dans les conditions suivantes: chaque séance hebdomadaire était tenue alternativement dans une salle de l'Hôpital-Hospice de Darnétal, mise gracieusement à la disposition de l'Office, et au Centre d'Examen médical de Rouen Central, boulevard des Belges, où se pratiquaient les examens radioscopiques.

Son rendement a été le suivant : *voir tableau ci-contre*.

Depuis l'installation dans le local actuel, la section 4 (surveillance médicale des nourrissons) y est organisée par le transfert de la Consultation des nourrissons due à l'initiative privée et qui fonctionnait jusqu'à présent dans une des salles de la mairie de Darnétal.

La section 3 (surveillance médicale des femmes enceintes) et la section 5 (surveillance médicale des écoliers) sont en voie d'organisation. Le corps médical local prête son concours au fonctionnement de ces sections, la section 1 restant, comme par le passé, confiée au docteur Lemesle, médecin chef de ce Centre.

Le rayon d'action du Centre d'Examen médical de Darnétal, pour l'ensemble de ses sections, s'étendra sur les communes de Darnétal, Saint-Léger-du-Bourg-Denis, Saint-Jacques-sur-Darnétal, Saint-Martin-du-Vivier, Roncherolles, Préaux, Saint-Aubin-Epinay, soit une population totale de 11.551 habitants.

Y seront rattachés, en outre, *pour la section* antituberculeuse, les malades habitant les communes plus rapprochées du Centre d'Examen médical de Darnétal que des autres Centres.

***

Le Centre d'examen de Rouen-Ville (fig. 4) a une disposition un peu différente, parce qu'il est compris dans l'immeuble où se trouvent les services centraux et l'administration de l'Hygiène sociale, mais ses buts sont les mêmes et sa conception basée sur les mêmes principes que les autres C. E. M.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de Madame A. JOUSSET, femme du distingué professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et de Madame PAMART, mère de notre excellent ami et collaborateur.

D'autre part, nous avons appris avec peine le décès récent de MM. les docteurs RIBARD, de Paris, et RICHARD-LESAY, de Lille, deux très anciens amis du *Concours médical*.

Nous offrons au professeur Jousset, au docteur Pamart et aux familles Ribard et Richard-Lesay nos bien sympathiques condoléances.

Hôpital Laënnec. — M. Henri Bourgeois a commencé le vendredi 16 novembre, à 10 h., une série de 16 leçons sur les maladies du pharynx, du larynx, de la trachée et de l'œsophage, avec la collaboration de MM. Baldenweck et Le Mée, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, André Bloch, Bouchet, Tarneaud, Poyet, assistants du service.

Le cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis à 10 h., et comprendra : 1° une consultation expliquée, d'une heure, pendant laquelle les élèves assisteront à l'examen des malades nouveaux et seront exercés individuellement aux techniques cliniques spéciales ; 2° une leçon conçue dans un sens pratique, les mêmes jours à 11 h.

Programme du cours : 1. Diagnostic des ulcérations des amygdales. — 2. Amygdalites chroniques et leurs complications. — 3. Ablation des amygdales. Anesthésie. Hémorragies post-opératoires. — 4. Œdèmes du larynx. — 5. Laryngites aiguës. Laryngites chroniques. — 6. Anesthésie du larynx. Tumeurs bénignes. — 7. Syphilis du larynx. — 8. Tuberculose du larynx. — 9. Exploration endoscopique du larynx, de la trachée, des bronches, de l'œsophage. — 10. Phlegmons péripharyngés et périlaryngés. — 11. Corps étrangers des voies aériennes. — 12. Spasmes et paralysies du larynx. — Sténoses laryngées. — 14. Cancer intrinsèque et extrinsèque du larynx. Cancer du pharynx. — 15. Rétrécissement de l'œsophage. Cancer de l'œsophage.

En outre, une leçon sera faite par M. le professeur Léon Bernard, médecin de l'hôpital Laënnec, sur les lésions des premières voies aériennes et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Le cours sera complété par des démonstrations de laryngoscopie directe, trachéo-bronchoscopie, œsophagoscopie et par des examens radiologiques. Les mardis, jeudis et samedis, les élèves pourront assister aux interventions pratiquées dans le service. Ils seront admis, sur leur demande, à continuer à y travailler ultérieurement. Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec, auprès de M. André

Bloch, assistant du service O.-R.-L. Droit d'inscription : 150 francs (75 francs pour les auditeurs des cours précédents).

— Clinique médicale des enfants. — M. Nobécourt a commencé le cours de clinique médicale des enfants le lundi 12 novembre 1923. à 9 h.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 h. : enseignement clinique dans les salles, par le professeur. — Lundi et jeudi, à 10 h. : policlinique à l'amphithéâtre, par le professeur. — Mardi, à 10 h. 30 : conférence de médecine pratique, par les chefs de clinique et de laboratoire. — Vendredi, à 10 h. 30 : conférence sur la thérapeutique des enfants, à l'amphithéâtre, par M. Lereboullet, agrégé. — Samedi, à 10 h. : cours de clinique à l'amphithéâtre par le professeur.

Des cours de révision de médecine et de clinique des enfants seront donnés en avril-mai et en juillet-août 1924.

— Pathologie chirurgicale. — M. H. Mondor, agrégé, a commencé ce cours le mardi 13 novembre 1923, à 17 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Affections chirurgicales du thorax, de la glande mammaire, des organes génitaux de la femme. Ce cours s'adresse plus spécialement aux étudiants de 4e année.

— L'hôpital psychiatrique (Asile Ste-Anne, métro Glacière) comprend *deux services libres* pour psychopathes avec *consultation externe*.

— *Le service de clinique des maladies mentales* de la Faculté de médecine, dirigé par le professeur Henri Claude ;

— *Le service de prophylaxie mentale*, dirigé par le Dr Toulouse.

Ils constituent deux services d'hospitalisation non soumis au régime des aliénés. Comme dans tous les hôpitaux de Paris, les malades y sont admis sans autre formalité administrative que celle ayant trait au domicile de secours, au payement des frais de séjour ; ils peuvent de même en sortir librement.

Les deux services, pourvus de laboratoires et des divers moyens de traitement, peuvent recevoir des psycho-névropathes de tous ordres, tant pour un examen complet, clinique et biologique, que pour le traitement externe ou d'hospitalisation.

Le service de la clinique, service d'enseignement, comprend une section fermée à côté de la section ouverte. Il peut donc recevoir à la fois des malades libres, psycho-névropathes, et des aliénés, internés sous le régime de la loi de 1838. Il recherche plus spécialement des malades — libres ou internés — qui présentent un intérêt pour l'enseignement. Consultation le mercredi et le samedi matin (entrée, 2, rue d'Alésia).

Le *service de prophylaxie mentale* constitue le centre de triage et d'observation psychiatriques. Il est entièrement ouvert et ne reçoit pas d'internés. Il pratique l'examen immédiat ou la mise en observation des malades qui lui sont adressés par les médecins des établissements hospitaliers, les œuvres ou les familles en vue de leur internement possible, dans un service fermé ; et il se charge pour cela de toutes les formalités légales, notamment la rédaction des certificats. Sa consultation fonctionne tous les jours, de 9 à 11 h., sauf le dimanche. Au service est annexé un *dispensaire psychiatrique*, organisé sur le modèle des dispensaires anti-tuberculeux avec service social(traitement, surveillance et examen à domicile des malades nécessiteux, distribution de médicaments et de secours, placement professionnel).

Les deux services, bien que distincts et indépendants, ont des rapports constants dans la pratique. C'est ainsi que le service de prophylaxie mentale s'occupe au dispensaire des malades libres de la clinique et procède à l'internement des malades qu'elle lui envoie après examen. De son côté le service de la clinique, qui se recrute directement, dans sa consultation et aussi dans le service de prophylaxie mentale, reçoit dans sa section fermée les malades à interner que ce service lui adresse après avoir rempli les formalités légales.

Les médecins que cette organisation nouvelle intéresserait peuvent visiter les deux services le matin, de 10 h. à 11 h.

— Hôpital Necker. — Clinique urologique (clinique Guyon). Professeur : M. Legueu.

Programme de l'enseignement. — A. Leçons cliniques à l'Amphithéâtre, par M. Legueu, le mercredi, à 11 h. — B. Policlinique à l'Amphithéâtre, par M. Legueu, le vendredi, à 11 h. — C. Opérations, par M. Legueu, le lundi de 9 h. 30 à midi ; le mercredi et le vendredi, avant la clinique. — D. Visites et consultations, par M. Legueu, les mardis et samedis, à 10 h. — E. Opérations cystoscopiques, par M. Legueu, le jeudi, à 10 h. — F. Examen des malades dans les salles, par M. de Berne-Lagarde et M. Garcin, chefs de clinique, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. — G. Examen des malades de la consultation et traitement des malades externes, par M. Fouquiau, tous les jours à la Terrasse de 9 h. 30 à 11 h., et par M. Bac, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 30. — H. Conférences pratiques sur l'examen fonctionnel des reins, par M. Chabanier, chef du laboratoire de chimie, le mardi à 11 h. — I. Présentation de pièces anatomiques et histologiques et examens bactériologiques, par M. Verliac, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le samedi, à 11 h. 15. — J. Examens cystoscopiques et urétroscopiques, par M. Flandrin assistant, les mardis et samedis, à 10 h. — K. Notions d'électrothérapie et d'électrolyse, par M. Dacla, le jeudi à 11 h.

Enseignements complémentaires du soir. — L. Un cours, complémentaire complet de clinique et de thérapeutique urinaires sera fait, en été, le soir, à 4 h., par les chefs de clinique et de laboratoire. — Le cours aura lieu tous les jours et sera complet en cinq semaines (30 leçons). — M. Des cours complémentaires de cystoscopie et d'urétroscopie seront faits dans l'après-midi, toute l'année à 5 h., par les assistants.

N. B. — Des démonstrations de radioscopie auront lieu une fois par semaine, par M. Truchot, radiographe de la clinique. (Des affiches intérieures feront connaître le programme et la date de ces cours).

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me fixer sur ces divers points et de m'indiquer la date de la nouvelle loi (remontant à quelques mois).

Dr B.

Réponse.

La loi du 1er avril 1923 sur le recrutement prévoit que le service militaire (durée totale : 28 années) doit s'accomplir de la manière suivante :

Service actif : un an et demi.
Disponibilité : deux ans.
Première réserve : seize ans et demi.
Deuxième réserve : huit ans.

Actuellement la première classe de la deuxième réserve est la classe 1903 ; il est probable que dans six mois, la première moitié de la classe 1904 passera à son tour dans la deuxième réserve. Etant né le 18 septembre, vous n'y passeriez que le 10 novembre 1924, étant tenu compte de votre majoration pour deux enfants vivants. Comme officier de complément, vous appartenez aussi, dans ces conditions, à la classe 1904 dont vous suivrez le sort : rendez compte de votre majoration de classe pour deux enfants vivants au directeur du service de santé de votre région.

Quant à l'affectation, voici ce que dit la loi, et qui s'applique aussi bien aux officiers qu'aux hommes de troupe. (art. 52.)

« Peuvent être affectés, soit aux corps spéciaux, composés de militaires de réserves, soit à leur emploi ou profession du temps de paix, soit à un emploi similaire, avec ou sans changement de résidence, les hommes du service auxiliaire, *les hommes du service armé appartenant à la deuxième réserve*, dont l'activité professionnelle est indispensable soit à la satisfaction des besoins de l'armée, soit au fonctionnement des administrations publiques, soit au maintien de la vie économique du pays... »

Actuellement, la première réserve correspond à l'ancienne réserve, la deuxième réserve à l'ancienne territoriale.

G. F.

Pension militaire. Présomption d'origine.

Au mois de mars dernier, je voyais un militaire venu en permission de 15 jours et diagnostiquais une tuberculose du sommet droit avec lésions péritonéales et intestinales. Ce militaire est décédé au mois de mai suivant, des suites de cette maladie, sans avoir pu rejoindre son corps.

Membre du « Sou médical » et abonné au *Concours médical*, je vous serais très obligé de vouloir me dire si ce militaire a droit à une pension.

Dr C.

Réponse.

Pour vous répondre avec certitude, il nous

faudrait plus de détails sur les services effectués, sur les indisponibilités, etc. En principe, ce militaire, étant mort sous les drapeaux, a droit à la présomption légale d'origine.

Son décès ouvre donc des droits à pension, à moins qu'une preuve contraire ne puisse être faite; mais pour l'affirmer il serait nécessaire de connaître de plus amples renseignements sur la situation.

Refus de pension militaire par la Commission de réforme. Recours.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je vous serais obligé de me fixer sur la question suivante :

Un de mes clients, mutilé de guerre, est atteint : — diagnostic après radio faite par un confrère — d'ostéite de l'astragale consécutive à une plaie du pied par balle, celle-ci ayant produit une fracture de l'astragale et de la base de la malléole interne. Il est pensionné à 10 %.

Nous pensons, étant donnés les troubles objectifs et subjectifs (gêne et douleur à la marche), que le pourcentage pourrait être augmenté, mais la dernière commission de réforme a maintenu le taux de 10 % il y a environ un an.

L'intéressé voudrait s'adresser au tribunal des Pensions ? Est-ce la marche à suivre ? Comment procéder ?

Dr X.

Réponse

Votre client peut employer, soit le recours gracieux par lettre de réclamation, adressée au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris ; soit l'instance devant le tribunal des Pensions par lettre recommandée adressée au Greffe du Tribunal civil.

G. F.

Application du Tarif Breton.

I

Consultation avec un médecin d'assurance.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant :

Une compagnie d'assurances à laquelle j'ai présenté une note de 53 fr. pour un de ses assurés, me réduit cette note de 4 fr. sous prétexte qu'une consultation avec le médecin de la Compagnie ne donne droit qu'à une allocation de 50 % du prix de la consultation, soit 12 fr. (la consultation simple étant de 8 fr.).

Est-ce exact ? Cette consultation avait été fixée en dehors de mes heures, à 17 heures, et m'avait obligé par conséquent à retarder des visites.

Dr M.

Réponse.

J'ai déjà répondu plusieurs fois à ce sujet que la consultation avec un médecin d'assurance,

quel que soit le lieu où celle-ci se fasse, doit être payée le prix d'une visite majorée de 50 %, ainsi qu'il est dit à l'art. 3. a.). Les compagnies ont toujours accepté mes raisons à ce sujet. Je ne puis, chaque fois, reprendre mes arguments, mais *n'acceptez pas* cette réduction, si minime soit-elle, et réclamez, en première catégorie, 10 + 5 = 15 francs.

E. S.

II

Incision de la vaginale.
Consultation avec confrère, etc.

Je donne mes soins depuis plus d'un mois, quotidiennement, à un blessé qui demeure à 20 kilomètres (A. R.), de mon domicile.

C'est un homme qui a été contusionné par un câble à la cuisse droite et au scrotum.

Le traumatisme a mortifié les tissus de presque toute la partie postérieure de la cuisse, jusqu'aux muscles exclusivement.

Donc, grand pansement quotidien, avec lavage, etc., puis-je par analogie compter 11 fr. 75 comme pour une brûlure de moyenne grandeur ?

D'autre part, ce blessé a fait un gros hématome dans sa vaginale droite, hématome qui s'est parfaitement résorbé tout d'abord ; et puis, alors que depuis 2 ou 3 jours son scrotum paraissait redevenu normal, il y a eu gonflement, douleur et tous les signes de la suppuration.

Craignant d'avoir affaire à de la suppuration par gangrène testiculaire, j'ai demandé une consultation, puis, après avis, incisé la vaginale, drainé, lavé, etc.

Ce confrère a fait 24 kilomètres (A. R.), c'était un dimanche, que dois-je compter pour lui ?

Que dois-je compter pour moi ? D'autant que j'ai été appelé ce matin-là à 5 h.

Enfin, depuis cette intervention, je procède chaque matin au pansement de la cuisse et au lavage de la vaginale avec pansement consécutif.

Je vous serai reconnaissant Monsieur et honoré confrère, de m'indiquer brièvement les grandes lignes de ma note.

Dr A.

Réponse.

1° Le pansement (sauf en cas de pansements multiples) est « compris dans le prix de la visite ou consultation » (art. 16).

2° Pour l'opération « Incision de la vaginale avec lavage, drainage », je ne vois comme analogie que « ponction de la vaginale avec injection modificatrice = 60 fr. », autrement nous rentrerions dans les simples « incisions d'abcès ».

3° Vous n'avez rien à « compter pour le confrère » puisque « le médecin ne peut compter d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même » art. 30 *in fine*). C'est donc à votre confrère à envoyer sa note. Il aura à réclamer « Consultation avec confrère » (art. 5) soit trois fois le prix de la visite ou consultation + son

déplacement. Quant à la majoration du dimanche, elle n'est tarifée que pour la visite simple (art. 3. B).

4° En cas de pansement de la cuisse, lavage et pansement de la vaginale, vous avez à compter (art. 17) « pansements multiples » = 15 fr. (en 1re catégorie).

F. D.

III

Fracture du calcaneum

Permettez-moi de vous demander un conseil. Que dois-je faire au sujet de ces deux lettres : l'une venant de l'agent de l'E., recopiant vraisemblablement la réponse de Paris ; l'autre venant de Paris directement.

Il s'agit d'un blessé du travail atteint de fracture du calcanéum sans déplacement (contrôlée par radiographie). Le blessé souffrant énormément du talon, j'ai mis un plâtre que la Compagnie ne veut même pas me payer.

Cet ouvrier a été blessé le 23 juin 1923 et consolidé par moi-même (sans expertise), le 27 août 1923 avec légère I. P. P.

Dans le cas où *je n'aurais pas mis de plâtre, la Compagnie eût peut-être trouvé que j'avais eu tort de n'en avoir point mis*, le plâtre étant le meilleur moyen de contention ?

J'ai reçu le montant de la note moins les 50 fr. ; mais je faisais mes réserves par lettre.

Dr G.

Réponse.

Il est certain, tarif Breton en main, qu'il n'est pas prévu de « Réduction et contention » pour une fracture du calcanéum, alors surtout qu'il n'y a pas eu de déplacement. De plus (en cas de plâtre posé sans avoir eu de réduction à faire), on pourrait songer, comme *analogie*, à « répétition d'appareil plâtré » mais celle-ci n'est tarifée que pour les « grands segments de membre » (voir art. 18 *in fine*). En sorte que, au point de vue *tarif*, la thèse de la Compagnie se tient. Quant à savoir si le plâtre était nécessaire, et comme tel doit être payé, au moins à l'amiable, c'est là une question d'appréciation de *fait*, dans laquelle, comme je le répète toujours, je n'ai pas à m'immiscer, ne donnant des avis que strictement basés sur le tarif Breton ou en cas de lacunes, sur des analogies possibles.

F. D.

IV

Déplacements contestés.

Une Compagnie d'assurances n'accepte de régler que 35 fr. sur une note de 110 fr. due pour soins à un accidenté du travail (blessé au pied ne pouvant se déplacer sans risque d'aggraver son état) et domicilié à 12 k. 500 de St.-E.

Elle prétexte que j'ai soigné ce blessé pendant une villégiature que j'aurais faite dans la localité, ce qui n'est pas. Je vais souvent, en effet, dans ce bourg

pour affaires ; mais, je n'y ai même pas séjourné 48 heures consécutives. Mon cabinet sis à St-E. a toujours été ouvert de midi à 2 h. 1/2, à tel point que *le certificat* de reprise a été remis à l'intéressé dans mon cabinet de St-E.

Voici comment j'ai établi ma note :

C. le 27 juin, forte contusion du pied droit œdème ecchymotique prononcé.......	7 fr.
(J'étais de passage au moment de cette consultation).	
Certificat 12 j..............................	5 »
V. le lundi 3 juillet 12 k. 500. Ind. kil. = 37,5 + V. = 8 = 45,50..............	45 50
V. le 10 juillet *idem*....................	45 50
C. le 13 juillet..........................	7 »
Cert. de reprise pour le 15..............	»
Sous réserve (incomplètement guéri a besoin de surveillance).	
Total	110 »

La Compagnie, se refusant à tout payement d'indemnité kilométrique, offre :

C. le 27 juin	7 »
Cert	5 »
V. le lundi 3 juillet.................. au domicile du blessé (12 k. 500).	8 »
V. le 10 juillet, *id*..................	8 »
C. le 13 juillet........................	7 »
Total....................	35 »

J'ai écrit deux fois au patron de l'ouvrier qui a dû se contenter de faire passer mes lettres à sa Compagnie « La M... », puisque je n'ai pas eu de réponse, bien que le ton de mes missives fût non seulement courtois, mais presque amical. Que pensez-vous de cette prétention de la Compagnie ? Il me répugne d'avoir recours à la justice, car étant juge de paix suppléant, j'ai horreur de ces litiges. Cependant ! J'avais l'idée, à titre de conciliation, de demander 70 *francs* pour trancher le différend. Si la Compagnie n'accepte pas et persiste dans son intransigeance, je verrai si je dois assigner le patron. J'attendrai votre conseil précieux et éclairé dont je vous remercie bien cordialemetnt.

Dr E.

Réponse.

Ce n'est plus là une question de *tarif* mais une question de *fait* : à savoir si vous vous êtes, ou non, déplacé pour ce blessé. Si vraiment, en conscience, vous avez été obligé de vous déplacer, je ne vois pas pourquoi vous ne seriez pas payé. Mais je vous répondrai, comme d'habitude, je ne puis m'immiscer dans une question de fait, les avis que je donne étant exclusivement basés sur le tarif Breton, ou, en cas de lacune, sur une analogie possible.

F. D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Les sangsues

Dr Lop (Marseille).

I

Tout récemment, dans la *Chronique médicale* de Cabanès, le Dr Farez publie un petit article intitulé :

« *Si nous réhabilitions la sangsue ?* »

Personnellement, n'ayant jamais abandonné ces intéressants animaux, j'estime qu'ils n'ont bas besoin d'être réhabilités, car je sais ne pas être le seul à les employer parmi les médecins de ma génération.

A mon avis, ce n'est pas réhabiliter les sangsues qu'il faudrait, ce serait en diffuser l'emploi. J'ai peine à comprendre pourquoi tant de médecins se privent de leurs secours, dont l'action thérapeutique est bien connue.

Pour ma part, je n'ai qu'à me louer de leurs heureux effets, que j'ai commencé à apprécier alors que j'étais élève des hôpitaux, il y aura, *hélas ! bientôt* 35 ans ; élevé dans cette idée par de vieux maîtres qui étaient bien plutôt, quoique chirurgiens en titre, des cliniciens et des praticiens que des opérateurs.

En dehors de leur emploi systématique et en quelque sorte obligatoire dans les ictus cérébraux de toute sorte, où leur application est quelquefois faite *motu proprio* par la famille, que d'affections aiguës bénéficient de l'action quelquefois vraiment héroïque des sangsues ?

Enumérons les principales de ces affections, dans lesquelles je ne dirai pas que j'emploie la sangsue quand même, mais que je l'emploie très souvent.

Dans les affections : mastoïdite aiguë, sinusite frontale aiguë, leur emploi contre l'élément douleur touche presque au merveilleux.

Que d'orchites aiguës, non seulement améliorées, mais guéries par des applications opportunes le long du trajet du cordon ou sur le testicule lui-même.

Ici, je suis encore surpris, plus que dans d'autres maladies, de ne pas voir leur emploi se généraliser.

Du côté du foie, utilité non moins grande dans les congestions hépatiques aiguës ou passives.

Dans le glaucome aigu, en attendant l'arrivée du spécialiste.

Chez la femme, dans la pelvi-péritonite aiguë, dans la salpingo-ovarite aiguë, que ne doit-on pas à ces braves petites bêtes ? Que de patientes soulagées, améliorées, et quelquefois même peut-être guéries, quand on ne craint pas, et quand rien ne s'y oppose, leur apposition répétée.

Quel soulagement aussi apporté dans la pros-

tatite aiguë non collectée, par une application périnéale opportune.

Dans la congestion rénale et la néphrite aigües, une application, au besoin répétée 2 à 3 fois à 48 heures d'intervalle dans la région rénale, à droite et à gauche, avec écoulement sanguin abondant, donne très rapidement une amélioration appréciable.

Je n'ai jamais cessé de vanter l'efficacité des sangsues, de recommander leur emploi à tous ceux qui, depuis 20 ans, à des titres différents, internes, élèves libres, assistants, viennent à ma clinique.

II

L'application de ce petit moyen thérapeutique demande quelques précautions, et doit être faite avec discernement, au même titre que tous les autres agents thérapeutiques.

Il importe d'abord d'avoir des sangsues vivaces, bien portantes et qu'elles soient vendues par un marchand scrupuleux.

Il n'est pas mauvais de laver au préalable la région, soit à l'alcool, soit à l'éther; *jamais* de teinture d'iode.

Il me paraît inutile d'arroser de lait, comme on le faisait jadis, pour faciliter la prise de l'animal.

Dans la pratique hospitalière comme dans la pratique urbaine, l'application des sangsues doit être surveillée.

Cette surveillance doit s'exercer jusqu'au moment où la succion est bien amorcée, que les sangsues ne s'échappent pas et ne puissent aller dans une région comme le cou par exemple, risquant de provoquer des lésions des vaisseaux. Cela s'est vu. Ou bien, cheminant, elles pourraient s'accrocher ailleurs qu'à la région où l'on veut obtenir, non seulement l'émission sanguine, mais aussi le soulagement *loco dolenti*.

Selon la résistance du malade, l'effet désiré, on doit limiter l'écoulement du sang après que la ou les sangsues se sont détachées. Il faut, à mon avis, avoir à peu près une ventouse pleine.

L'écoulement étant arrêté, on nettoie à l'eau bouillie ou stérilisée, la région ainsi souillée. Rien ne s'oppose alors à ce que chaque morsure soit touchée à la teinture d'iode. On place une gaze, une petite couche de coton, et dans les régions où la compression est possible, on applique 2 ou 3 tours de bande modérément serrés.

En ville, j'ai l'habitude, afin d'éviter un écoulement plus abondant que celui désiré, de faire appliquer un pansement avec de l'ouate ou de la gaze imbibée de Baume du Commandeur.

Jadis, je me souviens que lorsque le public appliquait lui-même et sans discernement les sangsues, celles-ci étaient pansées soit avec des *toiles d'araignées*, soit avec de l'amadou, ou bien encore, quand elles saignaient trop, avec du perchlorure de fer. Je fais allusion ici à ces

moyens qui ne remontent pas, comme on pourrait le croire, à des temps préhistoriques. Je les ai vus, de mes propres yeux vus, mis en œuvre il n'y a pas encore vingt ans.

Il n'existe pas à proprement parler de contre-indication absolue à l'emploi des sangsues. Ni l'âge, ni le sexe n'en prohibent l'emploi. J'ajouterai même que chez un enfant robuste, à partir de 4 ou 7 ans, on peut, et avec le plus grand profit, faire de petites saignées locales, dont le résultat est peut-être plus immédiat et de plus de durée que celui qu'on obtiendrait avec des ventouses scarifiées.

Quant aux accidents locaux ou généraux qui peuvent résulter de cette méthode, je n'en ai jamais constaté. Je ne doute pas qu'il puisse en survenir ; mais, avec les précautions que j'ai rappelées plus haut, et en surveillant le malade, je crois qu'on peut se mettre, dans la mesure du possible, à l'abri de toutes complications ou accidents immédiats ou à distance.

Il est bien certain que chez un hémophyle, (état qui ne peut être reconnu que par des épreuves de laboratoires que le praticien n'a pas toujours à sa disposition), les morsures de sangsues peuvent donner lieu à des hémorragies, mais l'éventualité ou la crainte de rencontrer des hémophyles ne doivent pas plus nous faire abandonner les sangsues que la saignée générale, si précieuse, qui ne compte plus à son actif les existences sauvées.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Les âges de la vie

Vingt ans

Vingt ans ! la chrysalide a hâte de sortir
De son cocon tissu de pensums et d'études,
Elle détend, bridés, en gauches attitudes,
Son aile, prête au vol, son pied prêt à partir.

L'horizon s'ouvre large : il lui faudra choisir
Un coin d'un bel essor pour sa jeune aptitude.
L'homme neuf a trouvé ! Mais, là, la solitude
L'étreint, lui passe, au col, la corde du désir...

Voilà le pâle éphèbe, au seuil de ses vingt ans,
Etranglé dans un râle où siffle le printemps,
Sa lèvre pubescente aspire une autre lèvre.

O vous, cieux in ulgents, n'ayez pas de rigueur
Pour cette âme en folie et ces spasmes du cœur.
Pardonnez au baiser qui, seul, calme leur fièvre !

Dr Louvel,
La Ferté-Macé.

Quarante-cinquième année — N° 48 — 2 Décembre 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3580-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Chaumet, de Malesherbes (Loiret), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 584. — Dr Noirot, à Neuilly-Saint-Front (Aisne) désire acheter d'occasion les volumes de Testut concernant le système nerveux central, la splanchnologie, les organes des sens.

N° 585. — A vendre : micros. Sieber-Seitz immers. 1/12 platine mob. 3 objectifs. Uretroscope Dumouchy. Cystoscope cathéter double avec optique de Gentil. Le tout neuf. Faire offres : Fouvergne, 6, rue de la Loge, Montpellier.

N° 586. — Docteur, 36 ans, libre en décembre, ayant grosse prat. injections intraveineuses, aiderait l'après-midi à Paris ou banlieue imm. confr. ds client. ou clini.

N° 587. — Dr Cels à Luzarches cherche conf. ou famille qui prendrait en pension qq. mois pour cure d'air à 700 m. alt. de préf. jeune homme 18 ans non contagieux, tr. tranq. habitué à confortable.

N° 588. — Médecin libre ap. midi cherche emploi ch. confr. clin. ou maison de santé.

N° 589. — Docteur, 50 ans, Lég. d'hon. cherche sit. para-médicale.

N° 590. — Offre altlas Bourgery et Jacob en 8 volumes. Etat neuf, belle reliure, au plus offrant, visible banlieue.

N° 591. — A vend. buffet 3 portes, desserte dessus marbre, table 4 allonges, glace, suspension élect. rad. gaz éponges amiante, lavabo à pédales. Dr Baron, 67, rue Voltaire, Levallois.

N° 592. — A vend. squelette complet, articulé av. suppt, parf. ét. Dr Colombet à Miramont-de-Guyenne. L.-et-G.

N° 593. — A céd. d'urg. pr. rais. de santé bon poste campagne, rappt 36.000 touchés, proxim. grde ville d'eau, méd. du chem. de fer. Indem. 18.000, compt à débattre. Cèderait auto remise à neuf usine. Ecr. Fraisse 57, bd Gambetta, à Vichy.

N° 594. — Confrère offre vins de champagne 8 fr. 50 la bouteille jusqu'au 1er janvier, franco gare Epernay par caisse de 12 ou 25 bouteilles.

N° 595. — A céder Paris pet. client. tr. anc. appartement tr. agr. 4 pièces, loyer avantageux, cession urg. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 596. — Poste tr. import. ds gde banl. aff. anc., nombreux fixes, belle maison, cession pr maladie grave, Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

AVIS

Nous tenons à prévenir nos Abonnés et nos Lecteurs que le Concours médical et ses filiales n'ont absolument rien de commun avec le *Centre Médical* qui est installé dans la cour de l'immeuble où se trouvent leurs propres bureaux.

CORRESPONDANCE

Accident du travail causé par un ouvrier d'une autre entreprise

Je vous serai obligé de me donner le renseignement *suivant :*

Un ouvrier employé dans une entreprise de constructions navales est blessé au cours de son travail, sur un navire en construction, par un autre ouvrier travaillant sur le même navire pour le compte d'un autre patron. Le blessé n'a-t-il droit qu'à son demi-salaire ou l'accident peut-il être assimilé à un accident de droit commun et alors le blessé a-t-il droit au salaire entier payé par l'assurance ou le patron étranger employé par hasard par la compagnie de constructions navales ?

Dr R.

Réponse.

Lorsque l'accident du travail a été causé par une personne autre que le patron ou ses ouvriers et préposés, la victime, outre son action contre son patron résultant de la loi sur les accidents du travail, a le droit de réclamer au tiers auteur ou responsable de l'accident la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

En l'espèce, s'il y a eu faute, négligence ou imprudence de l'ouvrier de l'autre patron, le blessé peut demander à ce dernier, responsable du fait de son ouvrier, la réparation intégrale du préjudice subi, c'est-à-dire, notamment, le payement intégral de son salaire pendant son incapacité de travail.

Cette action doit être intentée devant le tribunal de droit commun, c'est-à-dire celui du domicile du patron responsable, juge de paix si la demande ne dépasse pas 600 fr. Tribunal civil dans le cas contraire, ou même tribunal de commerce, car il s'agit presque certainement d'un commerçant.

De son côté, le patron de l'ouvrier blessé, si celui-ci néglige de faire usage de son action contre le patron tiers responsable de l'accident, peut exercer cette même action à ses risques et périls en son lieu et place.

Taxe de luxe sur le prix des autos d'occasion.

Je vous serais reconnaissant de me dire si les voitures automobiles d'occasion sont encore assujetties à la taxe de luxe.

Voici le cas : je cède ma voiture d'occasion à un garagiste qui me donne en échange une voiture neuve.

Dr V.

Réponse.

La taxe de luxe ne s'applique plus aux prix de vente des autos d'occasion. Elle est payée seulement par le constructeur sur le chiffre d'affaires réalisé, quelle que soit la qualité de l'acheteur, exception faite des ventes à l'exportation (Loi du 30 mars 1923, modifiant l'article 63 de la loi du 25 juin 1920).

Réduction sur les chemins de fer au profit des pensionnés de guerre.

Je vois dans le *Concours Médical* du 11 novembre, dans la correspondance, réponse à un confrère, qu'un pensionné de guerre à 30 % bénéficie de la réduction de 50 % sur les chemins de fer.

Pouvez-vous me dire si tous les pensionnés ont la même réduction ou si cette réduction n'est accordée qu'à partir d'un certain taux et lequel ?

Dr C.

Réponse.

Une invalidité de 25 à 50 % exclus donne droit à demi-place en chemin de fer.

Une invalidité de 50 à 100 % inclus donne droit au quart de place.

Le guide d'un invalide de 100 % bénéficiant de l'article 10 (mutilés incapables de se mouvoir, de se conduire ou d'accomplir les actes essentiels à la vie) ne paye pas sa place.

Accidents du travail et tâcherons.

Abonné au *Concours Médical*, je me permets de venir vous demander pour un de mes blessés ce renseignement :

Un cimentier traite à forfait avec un patron. Le premier, pour mener à bien le travail promis, est obligé de s'adjoindre un ou plusieurs aides. Ceux-ci sont payés directement par le cimentier, mais si l'un de ces aides vient à se blesser, lequel des deux, le cimentier ou le patron, la loi rend-elle responsable ?

Dr G.

Réponse.

Les ouvriers qui travaillent pour un sous-entrepreneur ou tâcheron bénéficient de la législation sur les accidents du travail dans les mêmes conditions que les autres ouvriers. Mais l'entrepreneur principal n'est responsable que s'il a conservé la direction du travail et l'autorité sur les ouvriers qui l'accomplissent.

Dans le cas contraire, si la direction et la surveillance du travail appartiennent au tâcheron, celui-ci est un sous-entrepreneur, responsable des accidents survenus aux ouvriers qu'il dirige. Lui-même, en cas d'accident à lui survenu au cours du travail, n'est pas garanti par la législation spéciale et ne peut se prévaloir du bénéfice de la loi.

Impôt sur les bénéfices de la profession médicale.

1° Quand j'ai envoyé en février 1923 au directeur des contributions ma feuille de déclaration de bénéfices professionnels pour l'année 1922, je n'ai pu faire figurer au tableau des dépenses professionnelles que ma patente que je venais de payer, mais je n'ai pu y ajouter ni ma cote mobilière ni les impôts de ma maison que j'avais achetée en janvier 22, époque de mon installation à B., ni mes dépenses professionnelles proprement dites parce que je ne savais pas exactement, pour la maison, le montant des impôts qu'il a fallu faire établir à mon nom et parce que pour les dépenses professionnelles proprement dites je ne pouvais pas encore, en février 1923, en connaître le montant exact.

Pourrai-je, en 1924, quand je ferai ma déclaration de revenus 1923, le signaler au directeur des contributions, et ajouter aux dépenses professionnelles de 1923, celles de 1922, en lui expliquant pourquoi je ne les ai pas fait figurer en 1923, en février, au moment de ma déclaration de revenus 1922 ?

2° Une remise à neuf de 2 pièces : bureau et salle de pansements, montant à 2000 fr., doit-elle être amortie, et en combien de temps ?

3° L'achat d'une moto de 2000 fr. doit-il lui aussi être amorti et en combien de temps ?

D[r] P.

Réponse.

1° Ce sont les impôts (afférents aux bénéfices non commerciaux) effectivement payés au cours de l'année et non les impôts dus pour ladite année qui entrent dans les dépenses professionnelles avant le calcul de l'imposition.

Dès lors, l'intéressé est fondé à regarder comme frais généraux en vue de l'établissement de sa déclaration pour l'année 1924, les impôts payés au titre de l'année 1923 et afférents aux bénéfices réalisés en 1922.

Quant aux dépenses professionnelles proprement dites, nous ne voyons pas bien pourquo

le contribuable n'en n'a pas tenu compte dans sa déclaration produite en 1923 attendu qu'elles comprennent :

La rémunération des aides, domestiques ;

Frais de déplacement (d'auto, essence, le cas échéant) ;

Amortissement du matériel '

Abonnements aux journaux ;

Impôts professionnels acquittés au cours de l'année précédente ;

Nous doutons que le contrôleur accepte de déduire des bénéfices réalisés en 1923, les dépenses professionnelles de 1922 et 1923. Il est préférable que le redevable aille le trouver maintenant. Suivant la date à laquelle le rôle a été publié, il opèrera la défalcation ou conseillera au contribuable, s'il est encore temps, d'adresser une pétition au préfet.

2° La remise à neuf du bureau et de la salle de pansement est considérée comme dépense professionnelle et déductible du bénéfice brut.

3° La durée normale d'amortissement d'une moto est de cinq ans. Elle peut varier en raison des circonstances (fréquence des sorties, état des routes...).

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Patente d'une clinique.

Chirurgien dans une ville de 20.000 habitants, j'habite et consulte dans une maison particulière, ma patente est fixée d'après la valeur locative de la maison, ce qui est bien.

Mais je paye une deuxième patente pour ma clinique, en un autre lieu de la ville ; quatre fois 7 pièces, 5 religieuses, 2 domestiques. Est-ce juste ? Faut-il décompter les pièces qu'occupe le personnel, celles que j'emploie comme salles d'opérations, plâtre, radiothérapie, salon ? Celles où logent mes opérés ?

Comment dois-je envisager l'établissement de ces deux impôts, où réclamer au besoin ?

La cote mobilière que je paie pour ma clinique doit-elle être diminuée des pièces servant à la profession, et quelles sont ces pièces ? Dr P.

Réponse.

Le droit proportionnel de la patente des médecins est établi tant sur la valeur locative de la maison d'*habitation*, *que sur les locaux servant* à l'exercice des professions imposables.

En conséquence, c'est à juste titre que la patente est due pour votre clinique. La valeur locative servant de base au droit proportionnel ne saurait être réduite attendu que les chambres de malades, les salles d'opération, etc., sont employées à l'exercice de votre profession.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Revision de pension militaire pour aggravation.

Abonné au *Concours Médical*, je vous serais reconnaissant de me fournir le renseignement suivant :

Je soigne depuis six semaines un réformé de guerre atteint de fistule osseuse consécutive à une large blessure de la cuisse ayant intéressé le fémur. Cet homme sans ressources ne peut vivre avec la pension de 30 % qui lui est accordée. Il est en effet incapable et pour un temps encore plus ou moins long de faire aucun travail. Son incapacité de travail étant, temporairement du moins, absolue, ne pourrait-il pas demander une allocation provisoire supplémentaire ? Son entrée à l'hôpital ne solutionnerait pas la question, car sa femme et ses enfants ne seraient pas moins privés de ressources. A quelle autorité doit-il s'adresser pour obtenir ce secours, si possibilité il y a ?

Dr V.

Réponse.

L'art. 7 § 3 de la loi du 31 mai 1919 spécifie : « tout bénéficiaire d'une pension temporaire chez qui se sera produite une complication nouvelle ou une aggravation de son infirmité pourra, sans attendre l'expiration de la période de deux ans, adresser une demande de révision sur laquelle il devra être statué dans les deux mois, qui suivent la demande ».

Que votre client adresse donc, aussitôt, sous pli recommandé, au directeur du service de santé de sa région, une demande de révision de pension pour aggravation, en se basant sur l'article 7. Joignez-y un certificat médical pour attester que l'aggravation survenue est au moins de 10 %.

G. F.

Erreur dans la fixation d'une pension militaire.

Je vous serais reconnaissant de me donner le renseignement suivant, soit par la voie du *Concours*, soit directement :

Médecin aide-major de 2e classe à titre définitif pour prendre rang du 9 novembre 1919, je viens de passer devant le Conseil de réforme qui m'acocrde une pension de 15 %.

Je reçois aujourd'hui le titre de payement de l'allocation provisoire d'attente revenant à M. X. (*Soldat* groupe sanitaire), pension de 360 fr. augmentée d'une majoration de 45 francs pour un enfant.

Pouvez-vous me dire :

1° Si je suis encore de 2e classe ou si je suis de droit de 1re classe.

2° Si le chiffre de 360 francs répond à 15 % d'invalidité dans mon grade.

3° Si 45 francs équivalent à la majoration pour un enfant.

(*Voir la suite page XLIII* 3621)

PROPOS DU JOUR

Les Syndicats médicaux et les Pouvoirs publics. La médecine publique dans le Lot-et-Garonne

L'Union des Syndicats médicaux de France fait actuellement étudier et rédiger, par ses commissions, des projets de contrats collectifs entre les Syndicats médicaux et les pouvoirs publics, destinés à fixer dans quelle mesure et dans quelles conditions le corps médical pourrait prendre en charge les divers services de médecine sociale (1). Ayant personnellement pris part aux travaux de la commission de médecine pratique de l'Union, nous avons cherché à nous renseigner sur ce que pensaient à ce sujet quelques-uns de nos confrères.

Certains n'ont pas hésité à rire de nos projets et à se moquer de nos efforts. Il est vrai que le seul argument qu'ils nous ont opposé a toujours été le suivant : « C'est absurde. Jamais les pouvoirs publics n'admettront le contrat collectif. C'est absolument impossible. » Nous leur avons bien objecté que l'Assistance médicale à la campagne fonctionnait bien ainsi en fait, et depuis longtemps, que l'organisation des soins aux réformés de guerre telle que la réglemente l'article 64 de la loi des pensions, semblait bien à l'heure actuelle réaliser ce système ; il n'y a pires sourds que ceux qui ne veulent rien entendre, et ils s'acharnaient à me répliquer : « C'est impossible ».

Nous eûmes récemment la bonne fortune de rencontrer notre distingué ami, le Dr J. Roulliès, l'inventeur de la Maison médicale d'Agen, nous lui exposâmes la question et lui demandâmes son avis. Nous ne lui cachâmes pas l'opposition de principe que faisaient certains confrères qui, *a priori*, nous ripostaient : « C'est impossible. » — « Comment ! protesta le Dr Rouilliès, c'est impossible ! Mais tous les projets de l'Union des Syndicats sont réalisés par les médecins du Lot-et-Garonne. Bien plus, notre Syndicat a obtenu de désigner lui-même les chirurgiens suppléants de l'hôpital d'Agen. D'ailleurs, pour vous renseigner de façon plus précise, je vais prier le Dr de Caulejac de rédiger une note pour les lecteurs du *Concours Médical.* »

Nous avons en effet reçu, peu après, l'article suivant de notre distingué confrère, le Dr de Gaulejac, d'Agen, que nous sommes heureux de pouvoir publier *in extenso* ici :

***

Les Syndicats médicaux et les pouvoirs publics.

Les Syndicats médicaux ont été créés pour défendre les intérêts moraux et matériels des médecins ; cette sorte de lutte pour la vie suffit longtemps, à grouper, à syndiquer les médecins français. Mais bientôt, les syndicats médicaux se rendirent compte de la puissance de leur organisation et, désireux de mettre cette puissance à la disposition des pouvoirs publics poursuivant l'amélioration de la santé publique, ils tinrent à peu près ce langage aux diverses commissions chargées de la défense contre les fléaux sociaux, aussi bien dans les hôpitaux que dans les dispensaires anti-tuberculeux ou les formations de solidarité, nées de la guerre :

« Nous, médecins syndiqués, sommes à votre disposition, mais, soucieux comme vous du succès des œuvres que vous dirigez, nous sommes prêts, en tant que syndicats médicaux, à vous faire profiter de notre expérience de la maladie. Acceptez notre appui, appelez nos représentants dans vos bureaux directeurs, chargez nos syndicats de vous désigner les médecins les plus aptes à diriger vos services ; car, nous espérons que vos œuvres, grâce à notre concours, recevront une impulsion nouvelle et favorable. »

Cette collaboration avec les divers groupements directeurs, admise par l'Union des Syndicats médicaux et proposée par elle, est encore en projet, mais, le syndicat médical de Lot-et-Garonne a déjà obtenu d'importantes satisfactions à ses propositions.

Dès 1908, c'est ce syndicat très actif, très vivant, qui organise le service des vaccinations publiques, c'est lui qui désigne les médecins vaccinateurs, c'est lui qui surveille la bonne exécution du service et reçoit directement les honoraires dans la caisse syndicale.

Après la guerre, c'est encore le syndicat qui organise la surveillance, au point de vue médical, des Pupilles de la Nation. Les honoraires sont directement versés dans la caisse syndicale. En 1921, le comité départemental de lutte contre la tuberculose charge le syndicat médical qui reçoit directement les honoraires, d'assurer avec l'aide de ses membres le dépistage, la surveillance des

(1) Voir page 3611.

tuberculeux du département. C'est le bureau du syndicat qui propose les médecins, qui doivent être chargés du fonctionnement du dispensaire départemental uniquement réservé au diagnostic précoce de la tuberculose.

En 1922, la commission administrative de l'hôpital d'Agen demande au syndicat médical de lui désigner les médecins qu'elle voulait nommer adjoints dans le service de chirurgie.

Pour satisfaire ce désir, le syndicat décide de désigner ces chirurgiens au scrutin secret, scrutin auquel participeront obligatoirement tous les membres du syndicat.

Le syndicat avait rejetè, après longue discussion, la nomination par concours devant la Faculté voisine. Le recrutement par concours est parfaitement équitable et juste lorsque tous les candidats se présentent dans les mêmes conditions d'âge et d'ancienneté.

Mais, en Lot-et-Garonne, le concours ne pourrait avoir lieu que tous les vingt ans environ. Pourrait-on mettre en présence devant le même jury des candidats de 26 ans, sortant de la Faculté, et des médecins, âgés de près de 50 ans, qui depuis leur installation, n'auraient jamais eu l'occasion de concourir ?

Ne valait-il pas mieux constituer une sorte de vaste jury, comprenant tous les médecins connaissant les candidats, souvent depuis de longues années et plus aptes que quiconque à les juger par les résultats de leurs œuvres et de leurs travaux ?

Je suis heureux de rendre compte de ces premiers résultats de la collaboration d'un syndicat médical avec les représentants des collectivités. J'expose ces résultats à titre d'escompte, car j'estime que le corps médical a tout intérêt à être très largement représenté dans toutes les formes de l'activité nationale ; sa réputation ne peut qu'y gagner.

Dr DE GAULEJAC.

***

Après cette lecture, il nous est permis d'affirmer que, lorsqu'un syndicat de médecins est solidement constitué, lorsque, par le zèle et la conscience que mettent ses membres à remplir leurs devoirs, il a su inspirer confiance à la population d'abord, et aux pouvoirs publics ensuite, il lui est possible d'obtenir des réformes dont la réalisation eût paru, il y a quelques années, absolument chimérique. Nos confrères du Lot-et-Garonne nous ont démontré que « *Vouloir, c'est Pouvoir* » mais il faut avant tout apprendre à vouloir.

Nous ne prétendons pas néanmoins qu'il n'y ait pas lieu de faire de nombreuses exceptions à la règle. Mais le contrat collectif peut affecter de nombreuses modalités et les Syndicats médicaux, tout en suivant en France les mêmes directives, conservent une complète autonomie et peuvent négocier avec les pouvoirs publics les conventions qui leur paraissent les plus facilement réalisables au mieux des intérêts de tous.

J. NOIR.

***

En février dernier, M. le maire d'Agen demandait à M. le Président du Syndicat des médecins de Lot-et-Garonne de convoquer ses collègues afin de provoquer des candidatures pour le poste de chirurgien adjoint à l'hôpital civil d'Agen.

J'emprunte, au *Bulletin* du Syndicat, les éléments de cette petite note qui présente un véritable intérêt pour l'œuvre syndicaliste que le *Concours médical* poursuit inlassablement depuis tant d'années.

Trois opinions se firent jour parmi nos confrères. Les uns, dont le président, craignent que le choix fait par le Syndicat ne soit pas exempt de cette politique des camarades dont, en France, on n'a pas toujours eu à se louer. Il est préconisé par eux un concours réduit à des épreuves pratiques, examen clinique de malades et épreuve opératoire.

Les autres demandent que 4 chirurgiens soient nommés (et non 2 comme le stipule le maire). Chacun d'eux fera un trimestre à tour de rôle. Mais que fera-t-on, s'il s'installe dans le pays de nouveaux chirurgiens qui, à leur tour, poseront leur candidature ?

Enfin, un troisième groupe, dont de Gaulejac défend la proposition, émet l'avis qu'il appartient au Syndicat médical tout entier de désigner, par ordre de mérite, les chirurgiens qui lui paraissent les plus aptes à remplir ces fonctions.

Le distingué rapporteur, M. Barbier de la Serre, défend et soutient cette dernière manière de voir.

Les chirurgiens, actuellement en exercice dans le Lot-et-Garonne, sont connus de tous les praticiens, et chacun a pu se faire une opinion motivée sur les compétences chirurgicales de chacun d'eux.

M. Barbier de la Serre reconnaît que, théoriquement, le concours est le moyen le plus juste. Dans les villes de Faculté, la chose est facile : les concours y sont fréquents et réguliers. Mais ici, à Agen, la Commission des hospices porte à 10, et même 15 ans, la durée d'exercice. De jeunes chirurgiens devront se mesurer avec de vieux praticiens au passé fort honorable. Mais quelle épreuve tranchera le concours ? Médecine opératoire ? Chacun sait que l'on peut être très brillant sur le cadavre et que ceci n'a rien à voir avec la chirurgie sur le vivant. Et une épreuve sur le vivant a grande chance d'être refusée par la Commission des hospices.

Le fait que le maire d'une grande ville fait appel au Syndicat pour le choix d'un chirurgien à un poste civil indique tout le chemin parcouru, par l'idée syndicaliste et la chose est à noter. Si d'aucuns pensent que le Syndicat outrepasse ses droits en répondant au maire, les médecins, rassemblés en assemblée générale, n'ont-ils pas la compétence voulue pour donner un avis favorable dans tel ou tel sens ? Chacun des médecins exerçant dans une région a intérêt à savoir par qui seront opérés les malades envoyés à l'hôpital.

Un referendum fut établi et, en présence des membres du bureau, l'un de nos confrères, sur 112 votants, recueillit 103 voix, celui qui vint en second lieu en obtint 73. Ces deux confrères, proposés à la Commission des hospices, ont été nommés chirurgiens adjoints de l'hôpital d'Agen.

Le jour où la politique n'aura plus rien à faire dans les nominations de médecins aux divers emplois civils, ce jour-là sera à marquer d'un caillou blanc et l'honneur en reviendra à ceux qui auront lutté pour les droits du Corps médical.

Dr MOLINÉRY.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

HUMORISME ET VITALISME

Chimisme et nervisme (1)

par L. PRON

Dans deux séries d'articles, parus dans le *Concours médical* (2), j'ai exposé, dans ses grandes lignes et sans avoir la prétention d'être complet (3) l'importance du système nerveux en pathologie.

Je termine aujourd'hui cette étude par l'addition de quelques points complémentaires et par quelques considérations de physiopathologie générale.

C'est d'abord le RÔLE DU SYSTÈME NERVEUX DANS LES INFECTIONS.

CHARRIN l'a bien fait ressortir dans un ouvrage, resté classique (4), où il montre, à côté des autres facteurs, « l'importance considérable de l'intégrité des *réactions nerveuses dans la défense de l'organisme* », aussi bien chez l'homme que chez l'animal.

Inoculant la même quantité de culture de staphylocoque doré aux deux cuisses d'un cobaye, après avoir sectionné le sciatique droit, il constate que la tuméfaction est beaucoup moindre du côté gauche. « Est-il nécessaire, dit-il, de remettre en mémoire l'action de l'énervation de l'oreille du lapin sur la marche de l'érysipèle, celle d'une hémiplégie sur les congestions pulmonaires, sur le vaccin du côté paralysé ? » (p. 33).

(1) J'emprunte ce terme au titre de la thèse de J. RIVIÈRE : *Du positivisme en médecine par la fonction nerveuse. Nervisme* (1884, Paris).

(2) La première, échelonnée du 6 mars au 4 décembre 1921 ; la seconde, ayant commencé le 10 juin 1923.

(3) *Les troubles oculaires d'origine nerveuse ou réflexe* ont été résumés *dans L'Hôpital*, n° A, de mars 1921.

(4) *Les défenses naturelles de l'organisme* (1898).

La simple vaso-constriction par coup de froid non seulement facilite l'invasion microbienne ; « la diminution thermique est capable de créer la maladie sans le secours d'un microbe ». (p. 108).

Toutes les impressions portant sur le système nerveux périphérique ou profond sont susceptibles d'influencer la marche des maladies infectieuses ou la sensibilité de l'organisme vis-à-vis d'elles. L'état mental même constitue un facteur qu'on ne saurait nier, relativement à la contagion, en temps d'épidémie ; les frousssards sont plus facilement atteints que les braves.

Les agents physiques banaux : chaud, froid, soleil, etc., provoquent des phénomènes de vaso-constriction ou de vaso-dilatation — par action sur les terminaisons nerveuses cutanées — qui sont à leur tour le point de départ de modifications de la leucocytose et de l'activité des glandes endocrines. C'est ainsi que le vésicatoire, tant décrié il y a 20 ans, tend à revenir en faveur, à la lumière des travaux les plus récents.

D'une façon beaucoup plus précise, le rôle du système nerveux dans les toxémies vient d'être montré par LÉVY-SOLAL et TZANCK (1), qui ont pu supprimer les crises convulsives éclamptiques, chez une femme au septième mois de la gestation, par 3 injections de 5 milligr. de *pilocarpine* dans les 24 heures. Cette action empêchante ne peut s'expliquer que par la modification imprimée au dynamisme du grand sympathique.

(1) *Presse médicale* (1er août 1923).

Le CHOC HÉMOCLASIQUE, si utilisé actuellement en thérapeutique et qu'on détermine par l'injection de substances diverses : protéides, métaux colloïdaux, etc., peut être provoqué par la simple *ligature d'un membre*, c'est-à-dire par un facteur uniquement physique. LE CALVÉ (de Redon), a montré récemment (1) que la constriction d'un membre par une ligature serrée amène dans la constitution du sang un « bouleversement momentané, auquel convient très bien le terme de crise vasculo-sanguine ». Non seulement il a vérifié le fait sur des sujets en bonne santé, mais il l'a utilisé *pour préserver* l'organisme des accidents qui suivent fréquemment les injections de certains agents thérapeutiques, en particulier l'arsénobenzène, et *pour désensibiliser* les sujets anaphylactiques (asthme, rhume des foins, urticaire, asthme, migraine, œdème angioneurotique, etc.). Nous voilà loin de la médication par la peptone !

L'importance du rôle joué par le système nerveux sympathique dans les phénomènes de choc a été démontré en 1913 par MILIAN, qui utilisa avec efficacité les injections d'*adrénaline* contre les crises nitritoïdes de l'arsénobenzol, aussi bien à titre préventif que curatif. Puis vinrent, en 1920, les remarquables travaux de GUILLAUME, qui jetèrent un jour plus grand sur les rapports étroits existant entre le sympathique et l'hémoclasie. Pour cet auteur, la crise nitritoïde, et tous les phénomènes de choc en général, ne sont que des accès de *déséquilibre vago-sympathique à prédominance vagotonique*.

Par quel mécanisme se produit la vagotonie hémoclasique ?

On connaît les théories de WIDAL et de LUMIÈRE ; elles ont été, l'une et l'autre, critiquées comme insuffisamment explicatives. Les conceptions qui rendent le mieux compte du phénomène sont celle de DROUET (2) : réactions d'ordre physico-chimique au niveau des endothéliums vasculaires et des terminaisons sympathiques, qui cheminent à leur contact, et surtout celle de BOUCHÉ et HUSTIN : choc vaso-trophique, se produisant en deux phases successives, mais de nature distincte : la première, vasculaire avec excitation du sympathique (leucopénie capillaire par vaso-constriction spasmodique) et la seconde, parasympathique avec excitation du pneumogastrique (vaso-dilatation, leucocytose et colloïdoclasie tissulaire).

Ces idées, qui ralliaient la grande majorité des suffrages, semblaient avoir résolu le problème, quand une série de travaux de TINEL, SANTENOISE et GARRELON (1) sont venus tout bouleverser. Pour ces auteurs, en effet, ce ne sont pas les troubles humoraux qui provoquent les oscillations du tonus végétatif, mais, au contraire, les variations du tonus vago-sympathique qui conditionnent les phénomènes de choc. Les crises d'anaphylaxie ne peuvent se montrer qu'à la faveur d'un état vagotonique préexistant.

DROUET a maintenu néanmoins son opinion (2) et gardé sa théorie du choc vasculo-sympathique, en se basant sur ce fait « que des individus à tonus végétatif normal ont présenté de tels accès de déséquilibre, sous l'influence d'injections intraveineuses de produits hémoclasiants, tels que peptone, sérums thérapeutiques et arsénobenzènes » — et que, pour peu que l'injection soit poussée rapidement, le novarsénobenzol, même à dose minime, détermine des crises nitritoïdes dans certains groupes de cas, aussi bien chez des sujets à tonus végétatif normal que chez des déséquilibrés du sympathique. Chez une basedowienne nettement sympathicotonique, il a même observé un accès de vagotonie, immédiatement après une injection de novarsénobenzol, appartenant à une série hémoclasiante — et des crises nitritoïdes chez des sujets rendus artificiellement sympathicotoniques par l'adrénaline (3). Inversement, il a pu faire à un certain nombre de syphilitiques, franchement vagotoniques, des injections intraveineuses d'arsénobenzène, sans qu'il en soit résulté régulièrement des accidents nitritoïdes.

Voilà évidemment qui rabaisse la valeur de la théorie de la vagotonie, condition du choc hémoclasique ; mais, même en donnant aux constatations de DROUET une signification étendue, il n'en reste pas moins vrai que le système nerveux joue un rôle dans tous les phénomènes de choc.

Ce rôle est rendu évident par la *localisation de certaines manifestations cliniques du choc*.

J. LERMOYEZ et ALAJOUANINE ont publié récemment (4) un travail sur cette particularité. Sur une femme de 62 ans, entrée à l'hôpital Necker pour hémiplégie organique droite avec gros troubles sympathiques, survenus deux mois après et limités strictement au côté hémiplégié, ils ont observé, après l'ingestion de poisson, une éruption urticarienne typique, qui gagna tout le côté paralysé (membres supérieur et inférieur, thorax, abdomen), en laissant indemne le côté sain. Le réflexe pilo-moteur, net du côté gau-

(1) *Crise vasculo-sanguine par ligature d'un membre.* (*Presse médicale*, 27 janvier 1923).
(2) *Journal de médecine de Paris* (10 août et 10 décembre 1921). *Annales de la Jeunesse médicale* (1er octobre 1921).

(1) *Société de Biologie* (d'octobre 1921 à février 1922).
(2) *Journal de médecine de Paris* (29 avril 1922).
(3) Avec LEREDDE. *Gazette des Hôpitaux*, (14 décembre 1920).
(4) *Urticaire et hémiplégie. Rôle du système nerveux végétatif dans la localisation de certaines manifestations cliniques du choc.* (*Presse médicale*, 21 février 1923).

che, était aboli du côté droit. La sudation était très marquée du côté paralysé. La tension artérielle maxima, aux membres supérieurs, était abaissée avec un indice oscillo-métrique faible. Le sang prélevé du côté droit était plus rutilant, plus coagulable, plus albumineux que celui du côté gauche.

Voulant voir si une nouvelle éruption urticarienne se localiserait encore au territoire paralysé, LERMOYEZ et ALAJOUANINE firent quatre injections de sérum de cheval, deux à la cuisse droite, deux à la cuisse gauche ; trois fois, l'éruption resta localisée strictement au côté paralysé ; une fois, elle y fut nettement prédominante.

Ainsi, le choc provoqué, soit par l'ingestion d'albuminoïdes, soit par injection de sérum, s'extériorisait là où s'étaient développés accidentellement des troubles vago-sympathiques.

Certains facteurs d'ordre dynamique ou physico-dynamique, tels que la *pression atmosphérique* agissent sur l'intensité du choc.

Tout dernièrement, LUMIERE et COUTURIER (1) ont étudié cette influence. Après avoir constaté que, chez des cobayes sensibilisés au moyen de l'ovalbumine, on peut régler la dose déchaînante, de façon que la mort survienne en quatre ou cinq minutes (les accidents débutant une minute et demie après l'injection intra-cardiaque), le choc anaphylactique se trouve atténué et parfois supprimé, si l'on utilise ce délai d'une minute et demie pour introduire les animaux sous une cloche, dans laquelle on abaisse rapidement la pression ; au contraire, les cobayes témoins succombent presque tous. Cet effet anti-anaphylactique serait dû aux troubles vasomoteurs déterminés par la dépression barométrique.

Dans le domaine clinique pur, BERTRAND (de Vichy) (2), fait, de la diminution du tonus nerveux sous l'action du climat chaud et humide, la cause prédominante de l'auto-intoxication chronique, chez les coloniaux, par relâchement des viscères abdominaux et insuffisance consécutive des sécrétions digestives, surtout celle du foie.

On sait à combien de travaux, principalement pendant la guerre, a donné lieu le CHOC TRAUMATIQUE. Pour QUÉNU et son école, la source des accidents est dans le foyer même de la blessure ; les produits toxiques, formés au niveau des tissus contus (autolysats musculaires), sont résorbés par la circulation, d'où hypotension artérielle, hypothermie, faiblesse du pouls avec tachycardie, hypoesthésie. Pierre DELBET et KARAJANOPOULOS (1) ont confirmé cette théorie du *choc auto-toxique*, après des expériences, consistant en injections de tissus aseptiques broyés. Au dernier Congrès international de chirurgie (2), QUÉNU, P. DUVAL et MOCQUOT, rapporteurs, ont renouvelé leur manière de voir, appuyés en partie par PAUCHET qui, comme traitement, préconise la transfusion de sang pur oxygéné et par JOHN FRASER (d'Edimbourg).

Mais, deux voix discordantes se sont fait entendre. Ce fut UFFREDUZZI (de Turin), dont les expériences, semblables à celles de DELBET, eurent un résultat négatif ; en injectant à un animal une préparation de ses propres muscles (autolysats ou extrait broyés ou fragments finement divisés), il n'a *jamais observé* de choc mortel, ni grave, ni même appréciable. Par contre, avec l'autolysat musculaire infecté et, d'autre part, par l'écrasement des testicules ou des nerfs sciatiques, il a obtenu facilement des phénomènes de choc grave ou mortel.

Ce fut ensuite celle de CRILE (de Claveland) pour qui l'organisme animal est un mécanisme électro-chimique.

On peut rejeter, si l'on veut, cette théorie, quoiqu'elle soit plus que vraisemblable. Mais, il n'en reste pas moins les essais négatifs précédents, auxquels il y a lieu d'ajouter l'opinion complémentaire de PAUCHET et celle de J. FRASER, qui, à côté de l'auto-intoxication et du froid, accordent une certaine part au système nerveux dans la pathogénie du choc.

En ce qui concerne plus spécialement le choc opératoire « *la plupart des chirurgiens pensent* qu'en diminuant ou supprimant la sensibilité, on entrave les réactions nerveuses. Quand le sujet est bien endormi, le choc est rare » (3). Et pourtant, c'est là une source d'intoxication pour l'organisme, et particulièrement pour le foie et le rein.

A la théorie de l'*épuisement* (4) des centres nerveux, qui a contre elle ce fait que le choc survient souvent après une excitation passagère et peu marquée, CRILE a substitué la *théorie cinétique*. Il admet que toute excitation, physique ou psychique, amène la perte d'une partie de l'énergie potentielle qui est emmagasinée dans les cellules nerveuses. Il s'ensuit une inhibition étendue et diffuse, qui atteint le fonctionnement de tous les tissus ; ainsi s'expliquent la diminution de l'acide carbonique (acapnie) et l'augmentation du sucre dans le sang, et secondairement l'hypothermie. Les phénomènes inhibitoires ont

(1) Académie des Sciences (9 avril 1923).

(2) *Contribution à l'étude du rôle de l'auto-intoxication gastro-intestinale dans l'étiologie de l'insuffisance hépatique chez les Européens coloniaux* (1922).

(1) Académie de médecine (2 juillet 1918).

(2) Londres, 17-20 juillet 1923.

(3) H. ROGER. — *Le choc nerveux.* (*Presse médicale*, 20 novembre 1916).

(4) La théorie nerveuse du choc faisait appel, outre l'*épuisement*, à la *paralysie* des centres et à leur *pouvoir inhibitoire*.

leur point de départ dans les divers centres, mais le bulbe semble jouer le rôle prépondérant (H. ROGER).

Toujours est-il que, pour prévenir le choc opératoire, plusieurs chirurgiens américains pratiquent, dans les opérations locales peu importantes, l'anesthésie régionale, et adoptent pour les interventions sérieuses la marche suivante : injection préliminaire de scopolamine-morphine, pour diminuer l'excitabi ité psychique ; anesthésie loca'e à la cocaïne (ou un de ses dérivés) pour « b'oquer le champ opératoire » ; anesthésie générale, de préférence avec un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène ; enfin, pour éviter les douleurs post-opératoires, injections dans la plaie d'une solution à un pour 200 de chlorure de quinine et d'urée. Avec cette méthode, la mortalité opératoire serait tombée à moins de 1 % (1)

Dans mes articles antérieurs, j'ai passé en revue tous les grands appareils de l'organisme ; mais certains faits d'ordre physio-pathologique n'ont pu y figurer. Je les mentionne ici, ou plutôt j'en signale quelques-uns.

Au point de vue psycho-physiologique, FR. FRANCK a fait autrefois (2) une communication *de la plus haute importance pour le médecin : répétition spontanée, à longs intervalles, des réactions réflexes, provoquées une première fois par une excitation sensitivo-sensorielle ou psychique.* Un chien est étendu sur une gouttière, immobilisé par le curare ; le volume de sa rate et de son rein est indiqué par des appareils volumétriques. On pique l'animal, ou l'on produit, à son voisinage, un bruit quelconque ; aussitôt, il se produit une vaso-constriction réflexe, qui amène une diminution de volume des deux organes et de l'hypertension ; puis, le phénomène s'éteint, mais pour se renouveler, une deux, cinq, dix minutes après, sans aucune excitation quelconque nouvelle ; autrement dit, il se crée un véritable automatisme. Cette constatation explique les hallucinations et les habitudes ; elle explique également en médecine pure, les bons effets du vésicatoire ou des pointes de feu, appliqués une seule fois : décongestion par vaso-constriction, se répétant spontanément un certain nombre de fois.

FÉRÉ, vers la même époque, a rapporté les résultats de nombreuses expériences ou observations sur la physiodynamie de l'organisme.

Etudiant l'*influence des différences de poids soulevés selon le même rythme* (3), il a constaté que la fatigue se répare d'autant plus vite qu'on a travaillé avec un poids plus lourd. Avec un poids plus léger, la fatigue est plus grande, et elle demande plus de temps pour se réparer. Ceci cadre difficilement avec la théorie classique de la fatigue-intoxication musculaire, non que cette théorie doive être regardée comme erronée, mais nettement insuffisante.

Les excitations auditives agréables amènent une augmentation du rendement musculaire ; les excitations désagréables, une diminution.

La suppression d'une sensation désagréable détermine, outre une impression générale d'euphorie, un accroissement du travail ; on constate l'inverse par la suppression d'une sensation agréable (1).

Soit seul, soit avec Mlle JAEL (2), FÉRÉ a étudié l'*influence des notes de musique sur le travail*. Cette influence est marquée : c'est ainsi que l'accord en ré majeur augmente notablement le travail ; mais, elle est très variable, même pour deux accords très voisins l'un de l'autre ; avec le ré mineur, l'action favorisante est plus prolongée.

Passant à l'étude de l'irritabilité de la peau, FÉRÉ a constaté que, quel que soit le métal qu'on applique sur elle, on obtient un relèvement très marqué du travail.

Dans le domaine de la pathologie, on a nié l'*influence des idées ou des émotions de la mère sur le fœtus* ; le vulgaire les a toujours regardées, au contraire, comme un facteur réellement agissant, et il semble — ici comme à propos du vésicatoire ou du rôle pathogène de la dentition chez les bébés — qu'il soit dans le vrai. Les pensées sont des forces, analogues au fluide électrique ; leur décharge ne saurait laisser l'organisme indifférent.

Chacun connaît des cas de maladie attribués à un choc moral subi par la mère pendant la grossesse et dans lesquels il n'y a place ni pour l'élément humoral, ni pour l'élément infectieux.

A titre d'exemple précis, je citerai une observation de FÉRÉ (3). Une femme, enceinte de 6 mois sans s'en douter, voit un homme se jeter par la fenêtre ; elle en éprouve une vive émotion et elle sent, au même instant, des mouvements particulièreement actifs dans son ventre. Trois mois après, elle accouche normalement. A l'âge de 3 mois, l'enfant présente des accidents épileptiques.

Les exemples précédents montrent l'importance de l'excitation, de l'irritation, c'est-à-dire de toute modification dynamique.

(1) In ROGER, — *Loc. cit.*
(2) Société de Biologie, (20 juin 1903).
(3) *Ibidem* (18 octobre 1902).

(1) *Ibidem* (6 décembre 1902).
(2) *Ibidem* (12 et 19 juillet 1902).
(3) *Les réactions du fœtus aux émotions de la mère. Ibidem* (17 janvier 1903).

L'irritation se trouve, en effet, à la base de toutes les fonctions de l'organisme. Elle se trouve même être le fondement de tout être, je veux dire de la fécondation.

Quel que soit le rôle qu'on veuille faire jouer au chimisme pendant la fusion du spermatozoïde avec l'ovule ; quelles que soient les expériences les mieux conduites à cet égard, qui prouvent indubitablement l'importance de la qualité chimique du pronucléus mâle, leurs résultats — de même que toutes les constatations faites dans le domaine de la tératologie provoquée — apparaissent comme secondaires depuis que BATAILLON a montré que la fécondation d'un œuf d'oursin pouvait être obtenue, en l'absence de tout élément mâle et de toute substance *vivante ou chimique*, uniquement par un traumatisme. Il suffit de piquer des œufs d'oursin avec une aiguille stérilisée, pour provoquer leur segmentation, leur faire dépasser le stade larvaire et les amener à l'état adulte.

Ces expériences laissent loin derrière elles celles de J. LŒB qui, plongeant, pendant un temps allant d'un quart d'heure à deux heures, des ovules mûrs d'oursin ou d'étoile de mer dans de l'eau de mer additionnée de chlorures métalliques, et les replaçant ensuite dans leur milieu normal, les voyait se développer spontanément. D'autres expérimentateurs ont abouti également à l'auto-fécondation, en faisant intervenir l'acide carbonique à saturation, l'acide chlorhydrique, la strychnine, etc . . .

Là, il y a introduction d'un facteur chimique. Dans les expériences de BATAILLON, c'est simplement un choc, c'est-à-dire un facteur physique, qui suffit « à déterminer la mise en mouvement des *forces caryocinétiques* » (1). Pour déclancher la segmentation, il suffit de « remplacer la vibration spécifique absente par une vibration de suppléance » (2).

Vibrations, forces, dynamisme, peu importe le mot. C'est l'*énergie* qui est le point de départ de tout être, comme c'est elle qui préside à toutes les fonctions de l'organisme humain — qui conditionne les phénomènes pathologiques — et qui résume le pouvoir des agents thérapeutiques.

La physiologie n'étudie que des résultats ; elle ne peut atteindre l'acte initial.

On a voulu appliquer au rein les lois de l'osmose et le comparer à un filtre ; mais, pourquoi l'urine normale ne contient-elle pas de glucose, puisque le sang en renferme ? Pourquoi certaines cellules, telles que les hématies, ne s'imbibent-elles pas des sels du liquide dans lequel elles vivent ? Les hématies attirent les sels de potassium de préférence à ceux de sodium, bien que la concentration des seconds soit supérieure à celle des premiers. L'absorption intestinale est autre chose qu'un échange de matériaux à travers la muqueuse. Les cellules ou les tissus montrent ainsi une *affinité spécifique*, qui échappe à toute investigation de laboratoire.

(1) R. PERRIER. — *Cours élémentaire de zoologie* (1912) p. 42.

(2) LIAUTAUD. — *La parthénogénèse*. (*Le Médecin français*, 15 août 1923, p. 413).

Les aliments sont autre chose que des matières combustibles ou des substances de remplacement ; ils représentent de l'énergie, utilisée directement par l'organisme et empruntée à l'énergie solaire. Dans le tube digestif, ils déterminent une excitation, qui déclanche des réflexes moteurs, sécrétoires et dynamisants, indépendamment des hormones, c'est-à-dire de principes chimiques. Presque immédiatement après l'ingestion d'un aliment, bien avant tout commencement de digestion chimique, le corps éprouve une impression de mieux-être et d'invigoration ; elle est due à l'excitation des terminaisons nerveuses de la muqueuse gastrique, excitation qui, de là, passe au plexus solaire, puis aux autres centres nerveux.

CARTON (1) a dit qu'on vit presque autant d'excitation alimentaire que de substances alimentaires. Ce qui est certain, c'est qu'au sortir de table, après un menu où figurent deux plats de viande, on se sent plus en train qu'après avoir absorbé la même quantité de calories, sous forme de pâtes et de fromage. WILLIAM EDWARDS a constaté au dynamomètre que cette impression correspondait bien à une réalité objective (2).

Les diastases ne sont-elles pas que des catalyseurs, c'est-à-dire des agents *énergétiques*, qui agissent par leur seule présence et ne s'épuisent pas ? Comme l'acide sulfurique, qui transforme l'amidon en glycose et se retrouve totalement à la fin de la réaction ; comme la mousse de platine qui, à la température ordinaire, détermine l'union de l'oxygène et de l'hydrogène ; comme les métaux colloïdaux, tels que le platine, qui invertit la saccharose et manifeste un pouvoir lipasique (hydrolyse du butyrate d'éthyle et, inversement, synthèse de ce corps au moyen d'alcool et d'acide butyrique), les ferments digestifs agissent à dose extrêmement faible (une partie d'invertine dédouble 200.000 parties de saccharose, et une partie de présure coagule plus de 400.000 parties de caséine), et « ne se détruisent, pour ainsi dire pas, en agissant » (3).

En passant en revue toutes les fonctions de l'organisme, on trouverait, à leur origine, les conditionnant, un élément nerveux, soit local, soit général. L'énergie nerveuse est à la base de tout,

(1) *Traité de médecine, d'alimentation et d'hygiène naturistes* (1920), p. 312.

(2) In M. LEVEN. — *La névrose* (1887), p. 276.

(3) GLEY. — *Traité élémentaire de physiologie*. Quatrième édition (1918), p. 87.

résumée par le pneumogastrique et le sympathique.

C'est elle qui constitue la force vitale ; les manifestations humorales ou chimiques n'en sont que la conséquence. Il est curieux, à ce point de vue, de rappeler que BOHN et Madame DRZEWINA, après avoir fait des processus chimiques l'essence de la vie (1), ont, l'année suivante, ramené celle-ci à des phénomènes purement dynamiques.

En pathologie, tous les auteurs sont d'accord sur ce point que, dans les maladies chroniques, avant que la lésion n'apparaisse, il y a une période plus ou moins longue de perturbation fonctionnelle. ROBIN a bien mis en relief ce point de pathologie générale. « Chercher partout la lésion matérielle et ne voir d'entité morbide que là où il existe une lésion ; faire de la symptomatologie l'expression extérieure de la lésion, c'est outrepasser la puissance de cet anatomo-organiscisme qui, depuis plus d'un siècle, dominant les choses de la médecine, a imprimé à cette science une impulsion vraiment merveilleuse, sans que l'art de guérir en bénéficiât réellement. Aux lésions, qui ne sont que des résidus, il faut opposer celles qui sont la conséquence d'un effort réactionnel de l'organisme contre la cause morbigène; à l'organicisme anatomique, il faut opposer l'organicisme fonctionnel. Il faut savoir que nombre de maladies débutent par un trouble fonctionnel, quelquefois général, souvent localisé ; que ces maladies restent fonctionnelles pendant un temps plus ou moins long ; que ce vice de la fonction primitif ou *commandé par des actes nerveux morbides*, etc... » (2).

Cette constatation est on ne peut plus vraie, pour les maladies de l'estomac, dont aucune, quand elle est ancienne, n'est exempte de lésion. Elle l'est pour toutes les affections organiques, en particulier le cancer : un ou deux ans avant qu'un cancer du sein ne se manifeste, il y a névralgie brachiale ; avant un cancer de l'abdomen, il y a névralgie lombaire, ce qui montre que le système nerveux, conducteur de l'énergétique, est perturbé le premier.

Au sujet de toute maladie, quelle qu'elle soit : infectieuse, toxique ou autre, je mentionnerai la *méthode électrotonique* d'ABRAMS (de San Francisco), dont REGNAULT (de Toulon) s'est fait le propagateur en France, en ce qui concerne le diagnostic du cancer (3). Chaque maladie a une radio-activité particulière, qui est uniforme et invariable et qu'ABRAMS dénomme sa « vitesse vibratoire ». La vitesse vibratoire de la syphilis congénitale est de 57 au rhéostat ; celle de la tuberculose, de 42 ; celle du cancer, de 50, etc. Il suffit d'une goutte de sang à ABRAMS pour établir un diagnostic. Pour le traitement, cet auteur a inventé un appareil, qu'il appelle *oscilloclaste* et « qui brise un courant électrique alternatif ordinaire en différentes variétés vibratoires. Il mesura celles-ci avec l'instrument lui servant à mesurer la radio-activité des maladies et, quand il obtint la même mesure vibratoire que celle donnée par un spécimen de cancer, il exposa ce spécimen à cette mesure vibratoire et découvrit que cela avait pour effet de détruire la réaction du cancer. . « Déterminez la mesure vibratoire du mal, déterminez quel courant annulera la réaction, déversez ensuite dans le corps un courant de cette mesure et vous détruirez l'activité du microbe ».

Cette méthode de diagnostic et de traiteement n'est pas encore entrée dans le vieux continent ; mais une autre méthode y a vu récemment le jour, c'est la *spondylothérapie*, qui serait beaucoup mieux dénommée *vibrothérapie*. Ses bons effets ont été établis par AUBOURG et LEBON dans la stase intestinale chronique (1) ; un appareil de percussion a été ensuite présenté par KOUINDJY (2), et il est, à ce sujet, curieux de rappeler l'instrument et la condamnation du fameux MACAURA, qui voit aujourd'hui sa méthode de traitement acceptée officiellement. REGNAULT s'est, de son côté, longuement étendu sur le spondylodiagnostic et la spondylothérapie (3).

Mais, bien avant la vibrothérapie, BONNIER se servait, comeme moyen de traitement de n'importe quelle affection chronique, de la *centrothérapie*, c'est-à-dire de l'excitation du bulbe, centre vital, par des cautérisations de tel ou tel point, bien déterminé, de la muqueuse nasale. Il a laissé, comme disciple et continuateur de son œuvre, KLOTZ-GUÉRARD, qui, dans une série de communications à la *Société de Médecine de Paris*, a montré les résultats qu'il obtenait. D'autre part, il y a plus de dix ans que A. MARIE et JAWORSKI (4) ont dirigé leurs recherches dans la même voie, c'est-à-dire vers l'énergétique.

Est-il nécessaire de rappeler l'extension qu'a prise de nos jours la *physiothérapie* ? Qu'il s'agisse de thermothérapie, d'électrothérapie, de luminothérapie, de radiothérapie, de radiumthérapie, de massothérapie, nul ne songe à nier la valeur de ces moyens de traitement dans les affections les plus variées.

En retenant quelques cas particuliers, on

(1) *La chimie et la vie* (1920).
(2) *Les maladies de l'estomac.* 2e édition (1904), p. 9.
(3) *Congrès de chirurgie de Paris*, (1919).

(1) *Société de médecine de Paris* (24 mars 1923, p. 187 du *Bulletin*).
(2) *Ibidem* (28 avril 1923).
(3) *Journal des Praticiens* (1923), et *Société de médecine comparée.*
(4) *Les réflexopathies et la réflexothérapie.* (Académie de médecine, 12 mai 1912).

pourra peut-être montrer la valeur de la chimiothérapie et de l'humoro-iatrisme. En voyant de plus haut et synthétiquement le panorama de la physiologie et de la pathologie, on ne saurait mettre en doute l'importance et la puissance du dynamisme, soit du corps, soit des agents extérieurs, ni la vérité de cette phrase lapidaire de VIRCHOW: « L'homme est une somme d'unités vitales ».

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La diététique dans les maladies de l'estomac

M. le professeur A. GILBERT, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Quatre régimes différents suffisent au clinicien pour faire face à tous les cas de gastropathies. Ce sont : 1° la diète hydrique ; 2° le régime lacté intégral ; 3° le régime lacté mitigé, et 4° le régime général sélectionné en vue de la dyspepsie.

La diète hydrique est chose simple. C'est la diète absolue, la privation de tout aliment avec la permission de l'eau. Dans les affections non gastriques qui demandent la diète hydrique, l'eau est autorisée par la voie buccale, mais, dans le cas particulier des gastropathies, cette voie stomacale est, au contraire, habituellement défendue. Vous appliquerez donc la diète hydrique chez les gastropathes, en vous servant ou de la voie hypodermique (injections de sérum artificiel), ou mieux de la voie rectale, par l'intermédiaire du goutte à goutte rectal.

Le lait, qui est la base du régime lacté intégral, est employé la plupart du temps sous forme de lait de vache. Cependant, d'autres laits, celui d'ânesse, de chèvre, de jument, peuvent être utilisés. Le lait est composé de trois éléments essentiels : la crème, qui monte à sa surface, parce que légère, et dont on extrait le beurre ; la caséine, qui se concrète pendant la coagulation ; enfin le petit lait, le sérum du lait, qui renferme de l'albumine et des sels, entre autres des phosphates et du chlorure de sodium.

On peut résumer la composition chimique du lait de la façon suivante. Par litre : un peu moins de 900 grammes d'eau, 35 gr. environ d'albumine, 35 gr. de beurre, 50 gr. de sucre, des phosphates et 1 gr. 30 de chlorure de sodium. Le lait est un aliment complet, c'est-à-dire qu'il fournit tous les éléments nécessaires à la nutrition. Toutefois, ce n'est pas l'aliment complet idéal, au point de vue physiologique tout au moins. Il ne contient pas les divers éléments du régime dans des proportions adéquates. Il est relativement pauvre en graisses et en sucre et relativement riche en albumine. Deux litres de lait fournissent une quantité d'albumine suffisante, alors qu'il faut ingérer 3 litres 1/2 à 4 litres pour avoir la dose nécessaire d'éléments ternaires. Quand donc on prend 3 litres de lait par jour, ce qui est la quantité que l'on peut boire sans se forcer, on a une alimentation trop chargée en albumine et insuffisamment riche en produits ternaires. Le sujet qui n'absorbe pas 3 litres 1/2 de lait est ainsi sous-alimenté en ce qui concerne les graisses et les hydrocarbonés.

Lorsqu'on a recours au régime lacté intégral, le plus souvent on administre le lait tel que, en nature, cru ou stérilisé par la chaleur. D'une façon générale, ce dernier est préférable, en été surtout et quand la provenance du lait est inconnue. J'ajoute que, contrairement à ce que l'on dit et pense vulgairement, le lait cuit est plus digestible que le lait cru, participant en cela à une propriété générale des aliments.

Si le lait est pris à l'habitude en nature, il n'est pas rare non plus qu'il soit administré dénaturé, par addition de diverses substances, par exemple, de sucre, de sucre vanillé, d'eau de fleur d'oranger, de café, de thé, d'eau minérale, d'eau alcaline (Vichy), ou encore de produits alcooliques, cognac, kirsch, etc. Il va de soi que, *lorsqu'on emploie le lait chez les gastropathes*, il faut rejeter l'addition de liquides alcooliques et aussi — sauf certains cas — d'eaux minérales. Le lait peut être également dénaturé par soustraction. Je fais allusion au lait écrémé. On a rarement recours au lait totalement écrémé et l'on n'utilise guère que les laits partiellement écrémés. Certains marchands vendent même du lait écrémé à des degrés déterminés, à 25 %, 50 %, 75 %. On a beaucoup critiqué l'usage de ces laits écrémés, auxquels on reproche d'être privés d'une partie de leurs principes alimentaires. Il est certain, néanmoins, qu'étant mieux tolérés, ils peuvent rendre des services. Il vaut mieux évidemment prendre un lait moins nourrissant que de n'en pas prendre du tout.

Je vous signalerai encore comme utilisables dans les gastropathies, les laits fermentés, le koumys (lait de jument fermenté), le lait bulgare, le kéfir (lait de vache fermenté). On trouve des laits légèrement, moyennement et fortement fermentés (n° 1, n° 2 et n° 3). On peut aussi se servir de kéfir fabriqué avec du lait écrémé (kéfir maigre), dont la digestibilité est spéciale, en raison de l'écrémage et de la fermentation.

J'aurai terminé quand j'aurai dit quelques mots de la ration quotidienne, de la manière d'administrer le lait, et de la durée des cures de

lait intégrales. En principe, on cherchera à donner une quantité de lait assez grande pour représenter la ration physiologique. On n'atteint pas toujours ce but et nombreuses sont les circonstances où force est de s'en tenir à une ration de lait insuffisante.

Pour ce qui concerne la manière d'administrer le lait dans le régime lacté intégral, il est deux procédés différents. On peut le faire prendre *à des doses fixées* et *à intervalles fixés*, toutes les heures, toutes les 2, 3 ou 4 heures. On peut le faire prendre d'autre part à doses filées, par fractions, par gorgées réitérées, au gré du malade. Personnellement, j'ai une prédilection particulière pour cette dernière méthode. Le malade a, à portée de sa main, une tasse de lait dont il boit, fréquemment, quelques gorgées, pas plus de 4 ou 5 à la fois. Il sera dans ces conditions occupé à boire toute la journée, avec, bien entendu, des périodes de repos de temps en temps, sinon il arriverait à absorber 8 à 10 litres de lait par 24 heures.

La durée de la cure lactée variera selon les cas. Parfois, quelques jours suffisent ; d'autres fois, il est bon de prolonger la cure plusieurs semaines et plus longtemps encore.

Je ne quitterai pas ce sujet du régime lacté intégral sans vous indiquer sommairement les inconvénients dudit régime. Une première difficulté tient au dégoût que certains sujets — assez nombreux — ont pour le lait. En général, on tourne la difficulté en dénaturant le lait par une addition de café, de vanille, de fleur d'oranger, etc. Une autre difficulté — rare — tient aux vomissements. Un troisième inconvénient, assez commun, est la constipation. Quand un sujet a un tube digestif normal et qu'il est mis au lait, il devient plus ou moins constipé. Dès que l'on institue le régime lacté absolu, il importe de se préoccuper de la constipation et de la combattre, principalement par un traitement rectal, des suppositoires et des lavements. Il est exceptionnel qu'elle résiste à ces moyens. S'il en était ainsi, on serait obligé d'administrer un laxatif par la bouche, ce qu'il faut éviter le plus possible. On prescrirait de préférence, l'huile de ricin : une cuillerée à café, à jeun, suffit ordinairement.

En regard de la constipation, il convient de placer la diarrhée. Chez certains sujets la cure lactée provoque de la diarrhée. C'est assez rare, peut-être une fois sur 10 ou 15. Or, autant il est facile de combattre la constipation du régime lacté intégral, autant il est difficile de calmer la diarrhée. On est souvent alors contraint de renoncer au régime lacté absolu, pour s'adresser au régime mitigé. On a proposé nombre de remèdes, qui se montrent, dans la règle inefficaces.

Le régime lacté intégral non seulement est susceptible de déterminer de la constipation, mais encore une constipation spéciale. C'est pourquoi on doit se préoccuper dès le début de ne pas la laisser s'installer. Elle devient parfois telle, en effet, qu'elle peut rendre nécessaire un curage digital du rectum ou un lavement électrique même. Quelquefois, dans ces cas intenses, elle arrive à s'accompagner de rétention d'urine.

Je vous signalerai encore parmi les inconvénients possibles du régime lacté intégral, la crise d'entérite muco-membraneuse. Il ne faut donner ce régime qu'avec précautions chez les individus sujets à cette maladie. Enfin, quand le régime est au-dessous de la ration alimentaire physiologique, il peut entraîner de l'anémie.

Le régime lacté mitigé se présente sous divers aspects. Il n'y a qu'un seul régime lacté intégral, mais il y a plusieurs variétés de régimes lactés mitigés. On peut associer au lait, des végétaux seulement, des œufs seulement, ou des végétaux et des œufs à la fois.

Le quatrième régime, enfin, venant après la diète hydrique, après le régime lacté intégral, et le régime lacté mitigé, est le régime dit général sélectionné. Il comprend les viandes, les poissons maigres, une quantité modérée de beurre et de crème, les légumes et les pâtes, l'eau, les infusions, le café, les sirops, en boissons. Il élimine les aliments indigestes (les crudités) et les substances irritantes (épices, condiments, boissons alcoolisées). Il convient très bien à la plupart des dyspeptiques.

Considérons maintenant la question des régimes dans les différentes gastropathies prises individuellement. J'ai dénombré 4 régimes. Je vais énumérer **4** grandes maladies gastriques, 4 grands types sous lesquels viennent se ranger les maladies de l'estomac : à savoir, les gastrites aiguës, les gastrites chroniques, l'ulcère et le cancer.

J'insisterai peu sur les gastrites aiguës. Elles sont rares. Il s'agit le plus ordinairement de gastrites toxiques. Le régime à instituer est au début la diète hydrique ; puis, au bout de quelques jours, le régime lacté intégral ; plus tard le régime lacté mitigé et finalement le régime général sélectionné..

Les gastrites chroniques, encore appelées dyspepsies chroniques, se subdivisent en deux catégories : l'hyperchlorhydrie ou hyperpepsie et l'hypochlorhydrie ou hypopepsie. La gastrite hyperchlorhydrique, forme extrêmement commune, est, dans la règle, justiciable du régime général sélectionné. Il suffit, le plus souvent, de l'instituer chez ces malades pour obtenir les meilleurs résultats. Mais, il n'en est pas toujours ainsi. Lorsque l'hyperchlorhydrie est très accusée, s'accompagne de régurgitations, de rejets acides par la bouche, de douleurs tardives violentes, il ne faut pas hésiter à formuler le régime lacté intégral, en y associant d'autres prescriptions, peu nombreuses d'ailleurs. Le malade se

nourrira avec 2 litres 1/2 à 2 litres 3/4 de lait, pris par petites fractions, à doses filées. C'est volontairement que je soumets le patient à l'ingestion d'une quantité de lait inférieure à la ration physiologique, ce qui exerce une action de sédation sur l'estomac hypersécréteur, dont le travail se trouve ainsi diminué. Ce régime est suivi 15 jours. Durant ce laps de temps, le patient reste au repos, au lit, sur une chaise-longue, sans garder toutefois l'immobilité complète. Il peut aller et venir en limitant ses sorties. Le repos physique unit ses effets à ceux du lait et compense, dans une certaine mesure, l'insuffisance — comme ration — du régime.

On se préoccupera, dès le début, de la constipation, que l'on amendera, si elle se produit, par les suppositoires et les lavements. On appliquera pendant deux heures matin et soir, le maillot humide sur l'estomac, c'est-à-dire une compresse humide recouverte de taffetas gommé, sorte de bain local calmant.

Le malade sera pesé deux fois par semaine. En général, si le repos est bien gardé, l'amaigrissement est léger (2 ou 3 livres) et se limite aux premiers jours. Si nécessaire, vous aurez recours au pansement bismuthé de l'estomac : il est utile, mais le plus souvent on peut s'en passer, et je vous engage à ne pas l'instituer dès le début. Y recourir seulement lorsque l'effet sédatif n'est pas obtenu au bout de quelques jours.

Quand vous soumettez un malade atteint d'hyperchlorhydrie au traitement que je viens d'indiquer, vous obtenez dans la majorité des cas des résultats remarquables. Déjà, en 24 heures, les douleurs et les régurgitations acides disparaissent. Chose curieuse. Vour améliorez ainsi rapidement des patients atteints parfois de gastrite hyperchlorhydrique depuis des années, depuis 5 et 10 ans, et auxquels aucun médecin n'avait eu l'idée de conseiller le régime lacté. Ceci s'explique par la campagne qui a été menée contre le lait. Il existe des modes en médecine et, dans le temps actuel, le lait n'est pas en faveur pour les gastro-entéropathies. En fait, les médecins qui ne sont pas esclaves de la mode et ne la suivent pas trop aveuglément, ont la possibilité de guérir de cette façon des malades traités antérieurement sans résultats.

Quand vous aurez soumis le patient 15 jours, un mois au plus, au régime lacté absolu, vous passerez au régime lacté mitigé, qui est un régime lacté déguisé et mieux accepté. Enfin, après trois ou quatre semaines, vous arriverez au régime général sélectionné qui pourra être suivi indéfiniment. Vous aurez guéri votre malade, sans rechute le plus souvent.

La gastrite chronique hypochlorhydrique ou hypopeptique est beaucoup moins commune que la forme hyperchlorhydrique. Dans cette gastropathie, le régime général sélectionné sera suffisant habituellement. Toutefois, quand vous aurez affaire à une forme prononcée, allant presque à l'apepsie, le sujet ayant un appétit presque nul et un état général mauvais, vous n'hésiterez pas à prescrire le régime lacté intégral. Le malade viendra vous voir, vous demandant de le remonter.... Vous lui ferez comprendre qu'il est indispensable d'abord de réparer son estomac et vous lui proposerez le régime lacté, à suivre pendant une moyenne de quinze jours. Quelquefois il pourra être utile de remplacer le lait par du lait écrémé, tellement les digestions peuvent être mauvaises, ou encore de l'adminstrer sous forme de kéfir, kéfir n° 2 ordinairement. Le kéfir exercera une excellente influence en excitant l'atonie stomacale. Après quinze jours, vous donnez le régime lacté mitigé, et au bout de trois semaines le régime général sélectionné. On voit des dyspeptiques de longue date, littéralement déchus, se régénérer ainsi. Il faut un certain courage pour les soumettre à un régime aussi peu reconstituant en apparence. Je n'hésite pas à le faire et n'ai jamais eu l'occasion de le regretter.

Considérons maintenant *l'ulcère de l'estomac.* Dans l'ulcus gastrique, c'est le régime lacté intégral qui, depuis Cruveilhier, est considér écomme la base essentielle du traitement. Comme il faut le maintenir longtemps, on fera prendre le lait en quantité suffisante, 3 litres à 3 litres 1/2, pour se rapprocher de la ration physiologique. La chose, il est vrai, est loin d'être toujours possible. Vous surveillerez le malade avec la balance, le pesant deux fois par semaine, et si vous voyez qu'il maigrit un peu plus qu'il ne conviendrait, vous passerez au régime lacté mitigé. Aussi longtemps que vous le pourrez, vous maintiendrez le lait, allant du régime lacté mitigé, au régime lacté intégral, quelques semaines de l'un, quelques jours de l'autre. Vous gagnerez ainsi le temps nécessaire pour que l'action favorable du lait sur l'ulcus se produise. Après guérison, vous mettrez le sujet au régime général sélectionné.

Il est des cas où un régime plus sévère s'impose. Je fais allusion aux complications, aux hémorrhagies et à la perforation. Dès qu'un ulcus de l'estomac saigne, on doit prescrire la diète hydrique, par la voie rectale. De même quand, *a fortiori*, il y a perforation, sans parler bien entendu, du traitement chirurgical d'urgence.

Reste le cancer et l'ulcéro-cancer. Dans cette maladie vous utiliserez autant que possible, un régime se rapprochant du régime général sélectionné. Mais, vous le savez, dans le cancer, le fonctionnement de l'estomac est profondément atteint. Les malades perdent l'appétit, l'appétit de la viande principalement et souvent se mettent d'eux-mêmes au régime lacté liquide. C'est lui qui calme le mieux les douleurs gastriques

des cancéreux et permet la prolongation de la vie de ces sujets.

Dans le cancer, comme dans certains cas d'hypochlorhydrie, on préfèrera parfois au lait ordinaire, le lait partiellement écrémé. L'hypochlorhydrie et même l'anachlorhydrie sont d'ailleurs la règle dans cette affection. Souvent aussi vous vous trouverez bien, chez les néoplasiques de l'estomac, de la prescription d'une certaine quantité de kéfir, de kéfir n° 2 habituellement. Son actions timulante amène quelque fois un regain d'activité, une amélioration momentanée telle que l'on pourrait croire à une erreur de diagnostic. La maladie, il est vrai, ne tarde pas à reprendre son cours.

Leçon faite à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. LACROIX.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le réflexe oculo-cardiaque.

Le système organo-végétatif se compose en réalité de deux systèmes antagonistes qui, à l'état normal, se font équilibre : le sympathique proprement dit, et le parasympathique, ou vague (pneumo-gastrique : Xe paire). Au fur et à mesure que les propriétés de ce système nous ont été mieux connues, l'explication de troubles pathologiques dont nous ignorions la genèse nous est à son tour plus clairement apparue, ainsi que se créaient et se développaient les moyens cliniques d'en faire l'exploration. L'un de ces moyens consiste à rechercher l'état du réflexe oculo-cardiaque.

Quand l'équilibre est rompu entre le sympathique et le parasympathique, on peut observer l'hypertonie ou l'hypotonie de l'un ou de l'autre. L'état de ce réflexe permet d'apprécier en quel sens s'est faite la rupture.

Il consiste, disent MM. PERRIN et YOVANOVITCH, « dans l'étude des modifications du rythme cardiaque à la suite d'une compression oculaire convenable ».

La compression des globes oculaires d'un sujet normal détermine un ralentissement physiologique du cœur qui varie de 4 à 10 pulsations à la minute. Il en est ainsi dans les 3 /5es des cas.

Que le ralentissement soit plus marqué, qu'il atteigne 12 à 20 pulsations par minute, on est autorisé à en conclure à l'hyperparasympathicotonie, ou l'hypervagotonie. On dit que le réflexe est exagéré. Il est fortement exagéré si la compression détermine un ralentissement tel que l'on puisse noter des pauses cardiaques de 2, 3, 5, 15 secondes, le rythme sino-auriculaire et le rythme ventriculaire étant en même temps modifiés.

L'accélération des battements cardiaques, qui peut atteindre 20, 30 et même 46 pulsations à la minute, constitue le réflexe inverse et traduit un état d'hypersympathicotonie.

Enfin, si le réflexe est purement et simplement aboli, on en doit conclure à une hypotonie générale du système organo-végétatif, l'hyponeutonie,

Sans attacher une valeur trop absolue aux indications du réflexe oculo-cardiaque, on peut tirer parti de sa recherche pour explorer la tonicité sympathique.

« Le R. O. C., dit M. Laignel-Lavastine, cité par les auteurs, est plus qu'un syndrome cardiaque expérimental, c'est un excellent moyen de se rendre compte, au moment considéré, du degré d'iritabilité réciproque du pneumogastrique et du sympathique ». (*Revue médicale de l'Est* 1er octobre 1923

Les affections oculaires d'origine dentaire.

M. PLICQUE, faisant état d'une étude de M. Polliot, les divisent en :

1° Troubles d'origine réflexe ou trophique ;

2° Troubles organiques de nature infectieuse ou toxi-infectieuse.

Les premiers consistent en névralgies oculaires orbitaires, péri-orbitaires (tic douloureux de la face) ; blépharospasme, hémispasme facial ; certains ptosis, certains strabismes ; certains cas d'amaurose transitoire ; du larmoiement, de l'hyperémie conjonctivale ; certains accès de glaucome ; même la kératite neuro-paralytique destructive.

Les seconds sont les abcès de la paupière ; des foyers d'ostéo-périostite ; rarement le phlegmon de l'orbite ; plus rarement les thromboses veineuses ; des iritis, des névrites optiques, des panophtalmies...

De cet exposé, nous retiendrons la nécessité de tenir compte de l'état de la dentition dans tous les cas de lésions oculaires. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 septembre 1923.)

Anthracose et cavernes pulmonaires.

L'anthracose est surtout la maladie des mineurs ; elle est directement causée par l'accumulation des poussières de charbon dans les poumons. Elle finit par troubler la fonction pul-

monaire et par gêner l'hématose. Mais suffit-elle à constituer par elle-même une maladie, ou bien agit-elle indirectement, soit en introduisant, en même temps que les poussières charbonneuses, des germes pathogèues, soit en diminuant mécaniquement la résistance du poumon à l'infection ? Parmi les infections possibles, la tuberculose est-elle rare ou fréquente ? Autant de points sur lesquels les auteurs sont en désaccord.

Aussi l'observation recueillie par M. ROUBIER se montre-t-elle particulièrement intéressante, et même instructive.

Il s'agit d'un vieux mineur de 67 ans qui succomba, un mois envron après son entrée dans le service de l'auteur, ayant présenté des signes pleuro-broncho-pulmonaires, accompagnés finalement de signes cliniques et radioscopiques de cavernes. Jamais les examens des crachats pratiqués à diverses reprises n'ont permis de trouver du B. K. Pas plus que les recherches du même ordre effectuées sur les pièces ellesmêmes, à l'autopsie.

« La longue tolérancc jusqu'à un âge très avancé, chez notre malade, d'une anthracose pulmonaire considérable, nous permet de dire que celle-ci ne saurait être, à elle seule, incriminée dans la production des accidents graves qui ont amené la mort. Son rôle s'est surtout borné, pensons-nous, à imprimer une symptomatologie un peu spéciale (expectoration noire abondante sous forme de pseudo-vomiques charbonneuses) à une broncho-pneumonie infectieuse récente qui a déterminé la fonte sphacélique de noyaux anthracosiques. Rien ne permet de dire que les lésions et les cavernes constatées à l'autopsie de notre sujet soient de nature tuberculeuse ». (*Prog. méd.*, 29 septembre 1923.)

Troubles moraux consécutifs à la névraxite épidémique.

L'invalidité morale était considérée, jusqu'à ces derniers temps, comme une infirmité héréditaire et congénitale. Or, il résulte de travaux récents, et notamment d'observations recueillies par MM. EUZIERE et BLOUQUIER de CLARET, qu'une infection portant sur les centres nerveux et notamment la névraxite épidémique, sont de nature à créer de toute pièce cette tare morale.

Les éléments constitutifs de cette tare sont l'antisociabilité et l'antiéducabilité ; l'absence d'affectivité ; l'intégrité relative des facultés intellectuelles ; l'absence de délire et de troubles sensoriels ; l'impulsivité et la faiblesse de la volonté ; la sensibilité à l'alcool ; l'irritabilité ; des idées de revendication et de suicide ; une excitation génésique extrême.

Le diagnostic étiologique est facile quand l'affection causale peut être reconnue de par l'anamnèse ; également si l'examen somatique du sujet permet de retrouver des séquelles de cette affection : troubles oculaires persistants, hypertonie musculaire généralisée, secousses choréiques ; algies diverses, sialorrhée plus ou moins abondante, tremblements localisés ou généralisés, manifestations parétiques. Ainsi se précisera l'origine névraxique de l'invalidité morale constatée. Mais il faut bien savoir que d'autres affections peuvent donner la même symptomatologie que la névraxite : la syphilis par exemple.

Au point de vue de l'état mental lui-même, on se mettra en garde contre les simulateurs cherchant à faire mettre les délits qu'ils commettent sur le compte d'une maladie organique. On aura aussi à faire la distiuction de cette invalidité morale avec l'état psychique des alcooliques et des épileptiques.

Le traitement consiste prophylactiquement à traiter convenablement la névraxite opportunément reconnue. Puis, en présence de l'invalide moral constitué, considéré comme un porteur de germes, à placer celui-ci dans des conditions telles qu'il ne soit pas un foyer de contagion.

Enfin « l'invalide moral », congénital, ou acquis, est un sujet à responsabilité atténuée et il doit être placé, de ce fait, dans des conditions de surveillance telles qu'il ne puisse nuire ni à lui ni aux autres. Pas aliéné cependant dans le vrai sens du mot, l'invalide moral devrait être admis et maintenu de force dans certains services spécialisés pour sa garde et son traitement.

« Tout névraxique devra être soigné de façon énergique et prolongée et c'est là encore le moyen prophylactique de l'invalidité morale.

« La psychothérapie et le travail réglementé, ainsi que le traitement approprié de chaque manifestation spéciale propre à chaque malade, seront la dernière ressource thérapeutique de l'invalide moral acquis post-névraxitique ». (*Gaz. des Hôp.*, 18 septembre 1923.)

Rapports de l'oreille avec l'appareil génital de la femme et les endocrines.

Les relations étroites qui existent entre l'appareil génital de la femme et la muqueuse du nez, la trompe d'Eustache et l'oreille ne sont pas niables. On connaît bien les surdités et les bourdonnements d'oreilles qui apparaissent au moment des règles à la faveur des phénomènes congestifs dont ces organes sont le siège. En dehors des accidents de cette nature, qui sont essentiellement mécaniques, MM. DALCHE et LABERNARDIE se demandent s'il n'en est pas d'autres qui seraient « gouvernés par des influences endocriniennes ».

Ils rappellent, à ce propos, les surdités permanentes qui s'établissent, soit à la puberté, soit à la ménopause. Les premières ressortiraient à l'affection décrite par Lermoyez sous le nom d'oto-spongiose ; les secondes s'apparenteraient

aux labyrintho-scléroses et aux troubles labyrinthiques.

D'autre part, si l'on admet qu'à l'origine de ces surdités, il y a place pour des influences endocriniennes normales ou troublées, l'ovaire ne serait pas la seule des endocrines incriminable. La thyroïde jouerait aussi un rôle, qu'appuierait assez logiquement la surdité habituelle aux mxyœdémateux. L'hypophyse, le testicule, les surrénales, interviennent également, tout autant que l'ovaire, en raison de leur interdépendance, dans la pathogénie des troubles étudiés.

Passant sur les considérations pathogéniques et étiologiques, je m'arrêterai plus longtemps sur les considérations cliniques. Une malade se plaignant de surdité, de bourdonnements, de vertiges, de phénomènes congestifs, en rapport plus *ou moins* établi avec l'appareil génital, on recherchera si, préalablement aux troubles auriculaires, l'oreille et l'appareil génital étaient sains ; *l'oreille* était *préalablement m*alade et l'appareil génital sain ; l'oreille était saine et *l'*appareil génital préalablement malade ; l'oreille et l'appareil génital étaient préalablement malades. Les antécédents de la malade permettront souvent de répondre à l'une de ces quatre questions, et d'accorder la priorité aux troubles auditifs (trace de suppuration ancienne de la caisse, tympan cicatriciel...) Là où de tels antécédents font défaut, on se trouvera en présence de femme pâles, anémiques, accusant une surdité progressive ayant commencé à la puberté, et s'étant aggravée à l'occasion d'une grossesse par exemple. On notera de la fatigue auditive, de la suraudition paradoxale, assez souvent des bourdonnements, du vertige ; sur le tympan, la tache rosée réflexe de Schwartze, etc.

On recherchera ensuite l'origine génitale de ces troubles (fluxion pituitaire mentruelle, accidents cutanés exaspérés ou provoqués par les règles, troubles nerveux dus à l'appareil génital). On tentera de mettre en évidence, en dehors de l'ovaire, l'intervention des autres endocrines.

Le traitement local est négligeable : il ne donne aucun résultat. Par contre, le traitement des troubles génitaux s'impose (prolapsus de l'utérus, de l'ovaire, déviations). La dysménorrhée et l'aménorrhée seront justiciables de l'opothérapie. L'artério-sclérose de la ménopause se trouvera bien du cimifuga racemosa, du gui ; les poussées fluxionnaires, des bains tièdes, des affusions, des pédiluves chauds le soir.

Le phosphore et les sels de calcium ont été recommandés. L'opothérapie enfin, inutile dans l'oto-spongiose, aura quelques indications : ovaire, hypophyse. Enfin, la cure climatique (500 m. au maximum) pourra être prudemment conseillée. (*Presse méd.*, 26 septembre 1923.)

Ne ponctionnez pas la vessie.

Voici ce que proclame M. de Berne-Lagarde. Cette petite opération présente des inconvénients et des dangers. La ponction peut être blanche, l'aiguille s'étant enfoncée dans un volumineux adénome prostatique. On peut aussi, exceptionnellement, traverser le cul-de-sac péritonéal, fixé en position basse par des adhérences de péricystite, chez les vieux rétentionnistes. Le trocart peut blesser un vaisseau sanguin : veine ou artère de la paroi vésicale. L'hémorragie veineuse s'arrête d'elle-même, quand la vessie se vide ; l'artère continue à saigner et forme un hématome de la cavité de R tzius qui peut s'infecter (phlegmon péri-vésical). Enfin, il y a danger d'infiltration d'urine dans la cavité de Retzius, à la faveur de l'orifice de la ou des ponctions préalablement pratiquées.

Si l'on ne doit pas ponctionner la vessie, il faut, selon l'auteur, essayer du cathétérisme avec la sonde à béquille nº 18, ou de la manœuvre du mandrin, pour essayer d'évacuer la vessie. A défaut, on essaiera, souvent avec succès, de passer une bougie filiforme. De toute façon, on sera amené à pratiquer la cystostomie, à plus forte raison, quand l'urètre est rompu, et que toute tentative de sondage est inutile, et dangereuse.

Ces conseils sont évidemment très sages. J'ai déjà analysé ici un travail de Sourdille, de Nantes, qui s'exprime d'une façon sensiblement analogue. Et cependant, n'est-il pas des cas où, vaille que vaille, il n'y a pas d'autre ressource pour le praticien que la ponction vésicale ? Renoncer à évacuer ainsi une vessie surdistendue, et recourir à la cystostomie, c'est très bien dans un centre, où l'on a sous la main tous les moyens de recourir d'emblée à la méthode qui convient. Mais, en pleine campagne, loin de toute agglomération, livré à lui-même, et pressé par les circonstances, le médecin ne peut-il se considérer comme autorisé à pratiquer prudemment au moins une ponction ? Je le crois, par expérience personnelle : j'ai ainsi ponctionné un sujet atteint d'une rupture de l'urètre, en attendant l'arrivée du chirurgien que j'avais demandé et qui ne put venir que le lendemain. Il n'en résulta aucun dommage pour le malade qui guérit, au prix d'un rétrécissement traumatique. (*L'Hôpital*, octobre 1923 A.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur le statut des sages-femmes.

(M. MESUREUR. — *Académie de médecine*, 23-10-23.)

M. Mesureur intervient dans la discussion du rapport de M. Bar, sur le statut des sages-femmes. Ce rapport a été l'occasion, on le sait, d'une protestation de l'Association des accoucheuses de France et d'une lettre ouverte de Mme Henry, présidente de ladite association et ex-sage-femme en chef de la Maternité.

Reprenant quelques arguments de Mme Henry, M. Mesureur regrette que les conclusions de la Commission, qui demandent d'interdire aux sages-femmes d'approcher une femme enceinte avant le cinquième mois de la grossesse, jettent une certaine suspicion sur le corps des accoucheuses. L'auteur estime que le mieux serait d'élever le niveau moral et intellectuel de la profession en exigeant des élèves sages-femmes un diplôme universitaire d'admission, le brevet élémentaire par exemple.

— M. BAR rappelle que l'élaboration d'un statut nouveau pour l'exercice de la profession de sage-femme est née précisément d'un débat sur l'avortement criminel. A la vérité, ce statut paraît surtout s'imposer par la mauvaise distribution des accoucheuses en France. Les grandes villes en sont très suffisamment pourvues, trop peut-être, alors que les petites localités n'en ont pas. C'est ainsi que de nombreuses femmes accouchent à la campagne sans soins compétents de sages-femmes, ni de médecins. Le statut nouveau doit viser à remédier à ce grave inconvénient en incitant les sages-femmes à s'installer dans les cantons dépourvus de secours obstétricaux.

Après quelques observations de M. Pinard, l'Académie adopte finalement la première conclusion du rapport de M. Bar :

Il est nécessaire de maintenir la profession de sage-femme : parce que les sages-femmes, bien réparties, doivent permettre de donner partout et toujours une assistance éclairée aux femmes enceintes, accouchant ou en couches, et parce que leur maintien rendra possible et efficace l'assistance obligatoire prescrite par la loi de 1893.

Parce qu'elles sont des aides indispensables dans les maternités ;

Parce qu'elles doivent être des auxiliaires précieuses pour la surveillance des enfants en bas-âge.

L'obstétrique en Tunisie.

(M. DINGUIZLI. — *Académie de médecine*, 23-10-1923.)

Nous avons signalé, il y a quelque temps, une communication de M. Dinguizli, de Tunis, concernant la pratique de l'obstétrique chez les populations indigènes de Tunisie. L'auteur montrait que, dans la Régence Tunisienne, les accouchements indigènes étaient pratiqués par des matrones ignorant totalement les grandes règles de l'obstétrique et, en particulier l'asepsie.

M. WALLICH, chargé d'un rapport sur ce travail, conclut, avec M. Dinguizli, qu'il serait opportun d'appeler l'attention de l'Administration tunisienne sur l'utilité qu'il y aurait d'instruire ces matrones et de former, pour leur succéder, un corps d'auxiliaires accoucheuses éduquées, prises parmi les jeunes filles musulmanes.

Dents surnuméraires dans l'orbite.

(M. DE LAPERSONNE. — *Académie de médecine*, 23-10-1923.)

Le 8 mars 1921, M. de Lapersonne *rapportait* à l'Académie un cas de dents surnuméraires développées dans l'orbite,chez une jeune fille de 15 ans. Les troubles oculaires étaient alors légers (le diagnostic av.il été fait par la radiographie), et l'auteur ne crut pas *devoir intervenir* à ce moment. La situation étant devenue moins bonne depuis quelques mois, M. de Lapersonne se décida à pratiquer l'ablation du corps du délit. Il fit l'extraction, à la région du sommet de l'orbite, de quatre dents, à type de molaires (Monier). Il reste encore deux dents complètes, repérées pendant l'opération, l'une enclavée dans le sinus maxillaire, l'autre dans les cellules ethmoïdales. Leur ablation n'a pas paru indiquée. Il est possible, d'ailleurs, qu'il existe, en outre, d'autres germes dentaires non différenciés par la radiographie et qui pourront se développer plus tard, comme cela est fréquent pour les dents surnuméraires. M. de Lapersonne évoque le cas classique d'Hildebrand dans lequel 150 à 200 dents, dit-on, furent extraites aux deux maxillaires : une récidive s'étant produite, on enleva encore 150 dents.

Les états algides dans le choléra.

(M. SANARELLI. — *Académie de médecine*, 23-10-1923.)

M. Sanarelli a étudié expérimentalement la pathogénie des états algides dans le choléra, les entérites et l'appendicite.

Pour M. Sanarelli, dans le choléra, il y a deux choses : l'entérite vibrionienne et l'algidité avec son cortège. L'entérite relève du vibrion. Des vibrions cholériques, introduits dans l'organisme par une voie quelconque (buccale, sous-cutanée, pulmonaire, etc.), migrent immédiatement vers l'intestin pour y créer une entérite d'acuité variable, selon la quan-

tié de germes et leur virulence. L'auteur, disons-le en passant, ne croit pas que les germes cholériques, absorbés par l'estomac, puissent intervenir dans la genèse de l'affection, l'action éminemment vibrionicide du suc gastrique les en empêchant. La muqueuse buccale, au contraire, par la voie lymphatique, serait beaucoup plus propice à la pénétration du vibrion.

Pour déclancher l'algidité cholérique, qui est un véritable état de shock, une autre intervention serait nécessaire, celle d'un antigène, toxine coli-bacillaire, ou autre. S'appuyant sur ses résultats expérimentaux, M. Sanarelli comprend ainsi le mécanisme de la crise algide du choléra. L'antigène vibrionien sensibilise l'organisme et particulièrement les parois intestinales. Le processus entéritique, d'autre part, réveille et rend virulent les foyers microbiens éventuels latents de l'intestin, foyers coli-bacillaires habituellement, d'où nouvelle toxine (coli-bacillaire), mise en mouvement. Cette toxine coli-bacillaire, agissant sur un organisme déjà sensibilisé par la protéine des vibrions, se comporte comme un antigène de déclanchement, et il s'ensuit un choc anaphylactique, qui est l'algidité et ses symptômes associés.

Ligne blanche et tonus sympathique au cours des oreillons.

(M. René BÉNARD. — *Société médicale des hôpitaux*, 19-10-1923.)

Dans une précédente séance, M. Sézary montrait que le phénomène (physiologique) de la ligne blanche cutanée ne lui avait pas paru être lié au tonus sympathique. M. René Bénard partage la même opinion. Il a recherché la ligne blanche, depuis deux ans déjà, chez les malades atteints d'oreillons qu'il lui a été donné de rencontrer. Dans presque tous les cas, il a constaté l'existence d'une ligne blanche cutanée des plus marquées et des plus persistantes. Etudiant parallèlement le réflexe oculo-cardiaque, l'auteur a vu qu'au cours des oreillons l'hyposympathicotonie était rare. Les deux phénomènes (ligne blanche et tonus sympathique) ne semblent donc pas avoir de relation nette.

Rétraction hypertrophique de l'estomac.

(MM. VARIOT et CAILLIAU. — *Soc. méd. des hôp.*, 19-10-1923.)

La sténose pylorique des nourrissons et les troubles graves de la nutrition qu'elle provoque (vomissements incoercibles, altérations des fonctions digestives) commence à être bien connue. La chirurgie, on le sait, peut alors intervenir utilement et, dans des circonstances qui ne sont pas exceptionnelles, guérir le petit malade, si une radiographie faite à temps a permis de bien caractériser la lésion.

M. Variot signale aujourd'hui une autre affection congénitale de l'estomac, plus grave, car elle ne se prête plus à une cure opératoire. L'auteur a observé un nourrisson atteint de rétraction hypertrophique de l'estomac avec sténose du pylore. L'enfant vomissait et sa nutrition s'altérait, malgré les régimes mis en œuvre, malgré aussi une cure arsénicale en vue d'une syphilis héréditaire possible. Il succomba et l'autopsie confirma l'existence d'un certain nombre de malformations viscérales, déjà en partie révélées par la radiographie : hypertrophie du cœur, perforation de la cloison inter-auriculaire, poche gastrique extrêmement réduite de capacité avec hypertrophie marquée de la paroi de l'estomac, sténose pylorique. Ici, la totalité de la paroi stomacale est épaissie et dans des proportions considérables, constituant une lésion irrémédiable. La radiographie, dans des cas de ce genre, permettra le diagnostic différentiel avec la sténose pylorique : dans cette dernière, la cavité de l'estomac est dilatée, alors qu'elle est, au contraire, très réduite dans la première.

Les paralysies post-sérothérapiques.

(M. MORICHAU-BEAUCHANT, de Poitiers. — *Soc. méd. des hôp.*, 13-10-1923.)

A côté des paralysies diphtériques, il semble bien qu'il puisse exister également des paralysies dues au sérum, post-sérothérapiques. Quelques cas en ont été déjà publiés en France, par exemple les trois observations récentes de M. Sicard et deux observations de M. Marchal. M. Morichau-Beauchant a eu, de son côté, l'occasion d'en voir deux cas.

Le premier concerne un homme de 43 ans qui reçut une injection de 10 cent. c. de sérum anti-tétanique. Huit jours après, éclatèrent des accidents sériques intenses et une paralysie des deux membres supérieurs. La paralysie droite s'amenda rapidement, mais la paralysie gauche persistait encore légèrement au bout d'un an.

Le second cas est relatif également à une paralysie consécutive à l'injection de 10 cent. c. de sérum antitétanique. Les accidents furent d'ordre hémiplégique.

Les paralysies post-sérothérapiques paraissent comporter un pronostic généralement bénin. La guérison se fait cependant souvent assez longtemps attendre. Dans une observation récente de MM. Weil-Hallé et Pierre-Paul Lévy, des accidents cardiaques sérieux furent considérés comme d'origine sérique.

Troubles oculaires dans la spirochétose ictéro-hémorrhagique.

(M. LECONTE et Mlle JOLTROIS. — *Soc. méd. des hôp.*, 19-10-1923.)

La congestion des conjonctives est un phénomène habituel dans la spirochétose ictéro-hémorrhagique. Par contre, les complications oculaires proprement dites sont rares. Elles existent néanmoins. Ainsi, dans une statistique de 50 cas, Weekers et Firket ont noté 9 cas d'iritis (dont 2 avec névrite) et 7 cas d'hyperémie irienne. M. Leconte et Mlle Joltrois ajoutent à ce relevé un cas nouveau qu'ils viennent d'obser-

ver, dans lequel une iritis avec névrite optique se montra chez un malade atteint de spirochétose ictéro-hémorrhagique. L'iritis, bilatérale, apparut plus tardivement qu'à l'ordinaire (le 25e jour au lieu du 10 au 15e). Bien qu'il se fût agi d'une iritis caractérisée, les exsudats se sont résorbés avec une remarquable rapidité (8 à 12 jours). La névrite apparut au moment de la convalescence, tributaire sans doute de l'état méningé.

P. L.

A propos des greffes testiculaires.

M. Dartigues (*Société des Chirurgiens de Paris.* — 9 novembre 1923) fait remarquer que jusqu'ici, il s'était tenu exclusivement sur le terrain chirurgical, désirant avant tout donner à ses collègues une technique aussi réglée que possible afin de leur permettre à eux-mêmes l'exécution et, par conséquent l'expérience et l'étude des cas cliniques et thérapeutiques. Cependant, *il donne quelques* aperçus au point de vue des résultats extrêmement encourageants et qui intéressent le *médecin*, au point de vue de la déficience vitale, de la sénilité précoce, de la tension artérielle, résultats qui ne doivent pas être attribués à la suggestion, puisqu'ils sont constatables matériellement à la balance, au dynamomètre, au Pachon, etc., qui intéressent les *urologues* au point de vue de l'impuissance et de quelques toubles dus à l'hypertrophie de la prostate, les *psychiatres* au point de vue de la neurasthénie et de la démence précoce (travaux de Mott, de Londres). Dartigues estime que ce n'est pas rien que d'avoir une technique chirurgicale avec différents procédés dont les principaux sont ceux de Voronoff et de Max Thoreck d'avoir vu les pièces anatomiques convaincantes de Max Thoreck, de Chigaco, sur la vitalité des greffons et même de testicules entiers plus d'un an après, etc. Il ne peut s'empêcher de constater qu'à l'heure actuelle la question des greffes sexuelles a fait un grand pas en avant, et que, presque ignorée l'an dernier, elle commence à avoir chez nous la *considération scientifique qu'elle avait déjà acquise* à l'étranger.

Les Congrès

XXXIIe Congrès de l'Association française de Chirurgie (1)

(*Paris,* 8-13 *octobre* 1923)

Première question mise a l'ordre du jour.

LA TRANSFUSION DU SANG

Cette question a été l'objet de trois rapports :

M. Jeanbrau étudie les *techniques modernes de la transfusion*, la *biologie du sang citraté*, les *accidents et dangers de l'opération*, le *choix des donneurs*, les *indications dans l'anémie aiguë post-hémorragique.*

M. Pauchet traite de la *transfusion dans le shock*, dans la *période pré et post-opératoire*, dans les *intoxications et les infections* et de la *technique de la transfusion du sang total.*

M. Emile-Weil, enfin fait un exposé de la *transfusion en médecine* et de ses *indications dans les affections du sang.*

Résumé du rapport de M. Jeanbrau.

I. Les techniques modernes de transfusion. — Ces techniques se classent en deux groupes, selon qu'on utilise du sang pur ou du sang rendu incoagulable.

A. Méthodes de transfusion de sang pur artério-veineuse ou veino-veineuse. La *transfusion artério-veineuse* créée par Crib se fait, soit *directement* par anastomose vasculaire à l'aide de sutures ou de canules spéciales (Crib, Elsberg), soit *indirectement* à l'aide de tubes de métal paraffinés (Carrel, Tuffier, Morel, Bernheim). Ces techniques sont très satisfaisantes au point de vue biologique et chirurgical. Mais elles sont difficiles, longues, obligent le donneur à faire le sacrifice de son artère radiale et ne permettent pas d'apprécier *la quantité de sang transfusé*. Aussi les- a-t-on abandonnées.

La *transfusion veino-veineuse* n'est plus pratiquée aujourd'hui qu'à l'aide de deux techniques.

La première utilise des récipients paraffinés. David et Curtis en furent les initiateurs en 1913. Puis Kimpton et Brown imaginèrent un procédé qui, perfectionné par Beth Vincent, est encore employé avec succès aux Etats-Unis. Enfin, tout récemment, juillet 1923, Bécart a publié un procédé qui dérive des précédents et permet, sans aucune dénudation vasculaire, de transfuser du sang pur, artérialisé par un courant d'oxygène.

Dans l'autre technique de transfusion veino-veineuse, le sang est aspiré et réinjecté au moyen de seringues, et de robinets à deux ou trois voies. Unger d'abord, puis Govaerts, Rosenthal, Lindemann, Sherman, Lee, sont de ceux qui ont ainsi pratiqué la transfusion.

B. Méthodes de transfusion du sang rendu incoagulable. — Malgré toutes les précautions prises, il est très difficile d'éviter la coagulation dans les appareils. Aussi a-t-on été amené à ajouter au sang, dès sa sortie du vaisseau, des substances anticoagulantes.

En 1914, trois auteurs ont presque simultanément découvert la transfusion du sang stabilisé par le



(1) Association de la presse médicale « Gazette des Hôpitaux ».

citrate de soude. Ce sont Hustin (de Bruxelles), Agote (de Buenos-Ayres) et Lewisohn (de New-York). Ce dernier a eu le mérite de régler une technique excellente d'emblée et que l'on n'a que peu modifiée, en outre, d'étudier la toxicité du citrate, ainsi que son influence sur le temps de coagulation du sang du récepteur.

Pendant la guerre, en France, le protagoniste de la transfusion citratée fut Jeanbrau qui eut comme collaborateur, pour l'étude biologique du sang citraté, le physiologiste Hédon. De nombreux chirurgiens suivirent. Puis des médecins, Rosenthal, Ameuille, Emile-Weil, cherchèrent, en simplifiant le manuel opératoire et l'instrumentation, à mettre la transfusion à la portée de tous les praticiens.

Parmi les plus récentes et les plus heureuses techniques, il faut citer celle de Bécart qui ponctionne la veine avec une longue et large aiguille très pratique, reçoit le sang dans une ampoule contenant 10 centimètres cubes de citrate de soude à 10 p. 100 (dose pour 250 grammes de sang) et le réinjecte à l'aide d'un trocart aiguille également large et commode.

Mais d'autres substances anticoagulantes ont été employées. Ainsi Hustin, Dupuy de Frenelle, Roux, Turner et Robertson ont transfusé du sang dilué dans du *sérum glucosé* isotonique. Et Flandin et Tzanck, en 1921, ont eu recours aux *arsénobenzènes*.

II. Biologie du sang citraté. — Les recherches de Sabatani, Lewisohn, Hédon, Giraud, en particulier, ont permis d'établir les points suivants :

1° Le sang citraté à 2 ou 3 p. 1000 demeure liquide indéfiniment ; il est « stabilisé » mais non décalcifié. Son incoagulabilité résulte de la désionisation du calcium. Pour provoquer la coagulation du sang citraté, il suffit de lui ajouter, soit du chlorure de calcium, soit du sérum sanguin.

2° Le sang citraté n'est pas toxique, même chez les nouveau-nés et les malades, aux doses où on l'emploie pour la transfusion.

3° Le citrate n'abrège pas le temps de coagulation du sang chez le transfusé.

4° Le sang stabilisé par le citrate garde les propriétés biologiques du sang pur.

5° Le citrate ne détruit ni les produits des glandes endocrines, ni les anticorps du sang immunisé.

6° Le sang citraté conservé donne des résultats comparables à ceux du sang frais.

L'*inconvénient* du sang citraté en transfusion est la fréquence plus grande de frissons et d'hyperthermie qu'après la transfusion de sang pur. Mais cet inconvénient est bien minime en comparaison des avantages et de la sécurité que présente la transfusion citratée.

III. Dangers et accidents de la transfusion. — Les *dangers* se résument dans la transmission d'une maladie comme la syphilis, la tuberculose, le paludisme et seront évités par le choix d'un donneur indemne de ces maladies.

Les *accidents* sont de trois ordres. Les accidents *mécaniques*, pénétration de l'air dans les veines, dilatation aiguë du cœur, résultent de fautes de technique. La transfusion doit être lente ; il faut mettre au moins cinq minutes pour injecter 100 grammes de sang. Les accidents *anaphylactiques* sont très rares. Les accidents d'*ordre humoral*, de beaucoup les plus importants, sont causés, soit par l'incompatibilité sanguine (action agglutinante et hémolytique d'un sang sur un autre), soit par de petites différences humorales inappréciables *in vitro* et susceptibles néanmoins de provoquer des phénomènes colloïdoclasiques, en général bénins.

Cliniquement, les accidents sont immédiats ou tardifs.

Immédiats, ils peuvent être légers ; ce sont des frissons, de l'excitation psychique, un peu de dyspnée, de cyanose de la face et du tronc qui disparaissent rapidement et semblent dus à des réactions vasomotrices ; ils peuvent être graves, la mort survient alors brusquement si la transfusion n'est pas interrompue après une série de phénomènes qui sont : une sensation de plénitude céphalique, des douleurs abdominales et lombaires, de la dyspnée, de la cyanose et le ralentissement du pouls.

Tardifs, les accidents sont encore légers et caractérisés par de la fièvre, de l'urticaire, des érythèmes, ou graves et dus à des lésions rénales qui se manifestent par de l'hémoglobinurie, de l'albuminurie, de l'oligurie ou de l'anurie, des œdèmes et des crisesd'urémie convulsive.

Les accidents graves relèvent de l'hétérogénéité sanguine.

IV. Choix des donneurs.— Il faut donc choisir des donneurs dont le sang soit compatible avec celui du récepteur. Avant tout, il importe d'éviter l'hémolyse du sang étranger par le plasma du sujett ransfusé, car cette hémolyse met en liberté des albumines toxiques pour le récepteur. Par contre, l'hémolyse du sang de ce dernier n'est pas à craindre parce que le plasma du sang transfusé est dilué dès sa pénétration dans l'appareil circulatoire du patient et perd toute action nocive.

Plusieurs épreuves permettent aujourd'hui au chirurgien de choisir des donneurs compatibles.

Ces épreuves ont pour point de départ la découverte des iso-agglutinines dans le sang humain et la *division des sangs humains, selon le pouvoir agglutinant des sérums sur les hématies, en plusieurs groupes*. La classification couramment adoptée aujourd'hui est celle de Moss, qui comporte quatre groupe caractérisés par les différences d'action de sérums de l'un sur les globules des autres.

Groupe I : leur sérum n'agglutine aucun globule rouge humain ; leurs globules rouges sont agglutinés par les sérums des groupes II, III, IV.

Groupe II : leur sérum agglutine les globules rouges des groupes I et III ; leurs globules rouges sont agglutinés par les sérums des groupes III et IV.

Groupe III : leur sérum agglutine les globules rou

ges des groupes I et II ; leurs globules rouges sont agglutinés par les sérums des groupes II et IV.

Groupe IV : leur sérum agglutine les globules rouges des groupes I, II, III ; leurs globules rouges ne sont agglutinés par aucun sérum.

De ces données il résulte, au point de vue de la transfusion, que les sujets de même groupe se conviennent toujours, que les sujets du groupe I sont des « récepteurs universels » mais de dangereux donneurs, que les sujets du group IV sont des « donneurs universels », enfin que les sujets des groupes II et III ne peuvent être transfusés qu'entre eux ou avec des donneurs du groupe IV.

Les épreuves qui permettent de reconnaître l'incompatibilité de groupe sont de deux sortes :

A. Epreuves hématologiques. — Elles comportent la *méthode directe* et la *méthode indirecte*.

1° Celle-ci consiste à rechercher à l'aide de stocks-sérums de groupe connu à quel groupe appartient le futur récepteur. On choisit ensuite un sujet du même groupe ou, si l'on n'en trouve pas, un donneur universel. Dans l'*épreuve de Moss-Vincent*, on dépose sur une lame sèche une goutte de sérum connu à laquelle on ajoute une goutte de sang du futur donneur. En quelques minutes, la réaction a lieu. L'agglutination se reconnaît à la formation de petits débris analogues à de la brique pilée dans le sérum devenu incolore. En l'absence d'agglutination, le mélange reste rose et homogène. Il suffit d'avoir du sérum des groupes II et III pour pouvoir reconnaître à quel groupe appartient le sang d'un homme pris au hasard.

2° La *méthode directe* est seule utilisable quand on ne possède pas de sérums-standard II et III. De nombreuses techniques ont été proposées ; voici celle de Jeanbrau :

On prélève au futur récepteur 2 ou 3 centimètres cubes de sang qu'on laisse coaguler. On étale une goutte de sérum de ce sang sur une lame sèche. On y ajoute une goutte du sang du donneur obtenue par piqûre du lobule de l'oreille et l'on juge de l'agglutination comme précédemment.

Les épreuves indirectes, comme celle de Moss-Vincent, paraissent donner plus de sécurité que les épreuves directes dont les résultats sont parfois douteux quand les sangs sont pauvres en agglutinines. Mais, en cas de grande urgence, on peut s'exposer aux risques d'agglutination et d'hémolyse qui, chez les sujets indemnes de maladie du sang, ne dépassent pas 3 p. 100 au maximum.

B. Epreuves biologiques. — Celles-ci se résument dans la précaution suivante : puisque l'incompatibilité sanguine se manifeste par des symptômes subjectifs très nets dès l'introduction des premiers centimètres cubes de sang, il faut commencer la transfusion très lentement et l'arrêter toutes les vingt ou trente secondes en interrogeant le patient. Si les phénomènes précédemment signalés apparaissent, on arrête aussitôt la transfusion.

Aux Etats-Unis, il existe des donneurs professionnels. En France, généralement, on préfère recourir à un membre de la famille ou à un ami du malade. Il vaut mieux prendre des hommes, et particulièrement des hommes de grande taille.

Les consanguins ne sont pas toujours de même groupe et leurs sangs doivent donc toujours être éprouvés.

Enfin, il est bon de connaître encore la nécessité de refaire les tests en cas de transfusions répétées avec le même donneur, car, comme l'ont montré les recherches d'Ottenberg, de Kaliski et Friedmann, il peut alors se former chez le récepteur des iso-agglutinines et hémolysines spécifiques contre les globules du donneur.

V. Physiologie et résultats de la transfusion dans les grandes hémorragies. *Expérimentalement*, il est démontré par les recherches de Hayem (1881), Hédon (1902), Curtis et David (1912), Charles *Richet, Brodin et Saint-Girons (1918) que les* « sérums », capables de prolonger l'existence pendant quelques heures, ne peuvent pas obtenir la *survie définitive après des hémorragies intenses*. Seule la transfusion du sang peut, dans les cas désespérés, sauver le blessé.

Le mécanisme de la mort par hémorragie est complexe. La vacuité de l'appareil circulatoire a comme conséquences essentielles l'anoxhémie des centres nerveux, très sensibles à la privation d'oxygène, et l'appel des liquides interstitiels dans les vaisseaux afin de rétablir la masse sanguine. Ainsi la baisse de pression, l'anémie des centres nerveux, des ganglions du cœur, la dénutrition soudaine des tissus, entraînent des lésions irrémédiables, très rapidement incompatibles avec la vie.

Le sang transfusé agit immédiatement en ravitaillant d'oxygène les centres nerveux. Il donne au malade un temps de survie qui lui permet de faire un effort d'hématopoïèse pour remplacer le sang perdu.

D'ailleurs, le sang transfusé continue à vivre dans l'organisme de son nouvel hôte.

Cliniquement, en effet, il est prouvé que des sujets en état de mort imminente sont revenus à la vie après la transfusion et ont guéri sans présenter d'hémoglobinurie, preuve qu'ils n'ont pas hémolysé le sang transfusé.

D'autre part, les *recherches hématologiques* d'Astoby, Wearn, Warren et Ames ont montré que les globules étrangers continuent à vivre chez le transfusé et qu'une partie ne disparaît qu'après deux ou trois mois.

Enfin, la transfusion possède également une action hémostatique puissante, car elle arrête les hémorragies inaccessibles et elle stimule puissamment l'hématopoïèse dans les anémies secondaires.

VI. Indications de la transfusion dans les grandes hémorragies. — Les *constatations hématologiques* de Depage et Govaerts leur ont permis de conclure que,

chez un blessé des membres, lorsque le nombre des hématies du sang veineux tombe au-dessous de 4.000.000 dans les six premières heures, le pronostic est presque à coup sûr fatal.

Les *données sphygmomanométriques et oscillométriques* constituent des éléments très importants pour les indications de la transfusion. La baisse progressive, continue et irréductible de Mx, Mn et de l'indice *oscillométrique, malgré les injections intraveineuses* de sérum, traduisent une décompensation irrémédiable de l'hémorragie, et justiciable seulement de la transfusion.

La *quantité de sang à transfuser* varie entre 500 et 800 gr. Chez le nourrisson, il ne faut pas dépasser 12 centimètres cubes par demi-kilo de poids.

L'*auto-transfusion*, ou réinjection dans une veine, du sang épanché dans l'abdomen, après rupture d'une grossesse tubaire, peut rendre des services en cas d'impossibilité de faire une transfusion véritable.

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

(*A suivre.*)

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs.

MM. E. FORGUE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, chirurgien de l'hôpital Saint-Eloi, et E. JEANBRAU, professeur de clinique urologique à la Faculté de Montpellier, chirurgien de l'hôpital général, 4e édition refondue avec la collaboration de O. CROUZON, médecin de la Salpêtrière. — **Guide pratique du médecin dans les accidents du travail. Leurs suites médicales et judiciaires.** Un volume in-8° de 864 pages. Prix : 40 fr.

En présence d'un blessé du travail, le médecin ne doit pas seulement se comporter en praticien instruit, attentif à l'examen et au *diagnostic* des lésions, soigneux dans le traitement. Le côté *pronostic* devient un élément dominant de son observation : il doit étudier les suites de l'accident, mesurer les troubles fonctionnels consécutifs, fixer leur exacte gravité, contrôler leur sincérité de façon à établir, avec le maximum de précision et d'équité, l'invalidité permanente et son taux d'indemnisation. Ce devoir nouveau imposé à la profession médicale par la législation sur les accidents du travail, élève encore le rôle social du praticien qui devient l'interprète et le conseiller de la loi. Mais cette mission ne peut être remplie sans une connaissance approfondie des suites médico-chirurgicales des accidents et sans une compréhension très nette du but, des principes et des dispositions de la loi de 1898.

Le livre de MM. Forgue et Jeanbrau a précisément pour but de guider le praticien et l'expert dans l'accomplissement de leur tâche.

D'autre part, magistrats et avocats sont tenus à s'instruire des difficultés médicales et chirurgicales que présentent l'interprétation et l'application de la loi. De même que le médecin doit se familiariser avec des questions d'ordre juridique, ils ont à ne point ignorer, pour juger ou pour plaider en la matière, les points techniques généraux qui peuvent se débattre à l'occasion d'un rapport d'expertise. Ce livre leur sera bien souvent d'une consultation indispensable.

Les acquisitions neurologiques de guerre exigeaient une refonte complète du chapitre concernant le système nerveux. Aussi les auteurs ont-ils confié la rédaction de cette partie à un neurologiste particulièrement qualifié, le docteur O. Crouzon, médecin de la Salpêtrière.

Une annexe réunit certains documents indispensables comme : la loi de 1898 et les lois qui en ont étendu les dispositions à l'Algérie, aux maladies professionnelles, à l'agriculture ; le tarif Breton et l'arrêté du 28 juin 1921 qui le complète : le guide-barème de 1919. Enfin vingt rapports d'expertise tirés de la pratique des auteurs complètent ce volume qu'une table analytique et un index alphabétique détaillés permettent de consulter aussi rapidement qu'un dictionnaire.

FÉLIX ALCAN, Paris.

Louis BORY. — **La syphilis aux points de vue physique et psychologique. Prophylaxie et guérison.** Un vol. in-16 de 270 pages. Prix : 10 fr.

Comme son titre l'indique, cette intéressante et curieuse brochure est divisée en deux grandes parties : 1° le mal physique ; 2° le mal moral.

Trois chapitres subdivisent la première partie : 1° la prophylaxie ; 2° le diagnostic précoce ; 3° le traitement d'attaque de la syphilis. La prophylaxie est indirecte, et essaye d'agir sur la prostitution, de traiter aussi précocement que possible les contagieux ; pour pouvoir le faire, elle aurait besoin de la déclaration obligatoire des maladies vénériennes, telle qu'elle se pratique aux Etats-Unis par exemple.

L'auteur discute et tente de réfuter toutes les objections qu'on peut faire à cette formalité légale qu'il codifie dans un projet de réglementation très complet. J'y relève l'article suivant, qui devrait avoir depuis longtemps force de loi, si les pouvoirs publics étaient aussi préoccupés qu'ils le prétendent, de défendre la santé publique.

Il est défendu expressément d'imprimer ou de faire imprimer, sans l'approbation du Comité d'hygiène vénéréologique, toute réclame ou annonce tendant à préconiser, en dehors du contrôle médical, une thérapeutique quelconque des maladies vénériennes (suppression des réclames de vespasiennes, des tracts distribués dans la rue, des annonces dans les journaux concernant les maladies intimes) .

L'article 4 complète le précédent, mais serait d'application impossible et dangereuse. Jugez-en :

Il est interdit à tout pharmacien ou personne non médecin de consentir le moindre conseil et de délivrer le moindre médicament sans ordonnance médicale, concernant la thérapeutique des maladies vénériennes ; le pharmacien doit adresser le malade d'urgence à un médecin, en lui transmettant le nom, l'adresse du malade s'il les connaît ; il doit s'enquérir dans les 24 heures, auprès du médecin si le malade lui a rendu visite, et au cas contraire, donner son signalement au commissaire de police du quartier.........

Il y a d'autres dispositions, tout aussi impossibles à mettre en pratique, et contre lesquelles, tout comme contre la déclaration elle-même, s'insurgerait la grande majorité, sinon l'unanimité, de l'opinion publique et même de l'opinion médicale. On doit tenir compte des mœurs d'un pays avant de légiférer. En France, les mœurs ne sont pas encore mûres pour une prophylaxie aussi policière et aussi draconienne de la syphilis.

Je demande pardon à M. Bory de souffler ainsi sur ses illusions généreuses.

La prophylaxie directe est individuelle et immédiate ; elle peut mettre utilement à contribution le nécessaire que l'auteur a imaginé et qui renferme une solution antiseptique de savon.

Le diagnostic précoce s'appuie sur la recherche du spirochète dans la sérosité de grattage de l'accident initial, et dans les réactions sérologiques, qui sont ici très clairement et très complètement expliquées.

Enfin, le traitement d'attaque par les arsénobenzènes, par le mercure, par le bismuth, est longuement et minutieusement décrit.

Mais, j'ai hâte d'en arriver à la deuxième partie de l'ouvrage qui traite du mal moral, ses causes, ses formes et sa prophylaxie.

M. Bory a écrit là des pages qui sont d'une lecture passionnante, tant par l'originale étude psychologique qu'elles renferment que par la langue souple, élégante, harmonieuse, lyrique même, dans laquelle elles sont exprimées.

M. Bory n'est pas seulement ici un psychologue particulièrement averti ; il a su envelopper ses idées dans une prose poétiquement rythmée, d'où l'on peut détacher des phrases entières qui sont des vers de la meilleure facture.

Parlant du désenchantement qui suit souvent, chez l'homme, le premier geste de l'initiation amoureuse, il écrit :

« Il est bien rare que celle-ci (l'initiatrice) ne complète pas notre désillusion, en y joignant cette tristesse ce moment de pénible souffrance que nous donne au cours de la vie toute bribe du passé qui s'envole,

Tout feuillet déchiré qu'on ne relira plus.. »

....

Puis l'habitude est prise, le premier rêve s'est effacé.

En avant pour un second rêve, plus près du réel cette fois.

Je m'arrête. Tout, dans cette *deuxième partie*, prend une saveur extraordinaire, tout jusqu'à cette dernière page où Bory trace de Rabelais, médecin et éducateur (parfaitement !), et de son œuvre, une peinture aux couleurs chatoyantes, et qu'il termine par ces lignes, j'allais dire ce couplet de bravoure, qui met en quelque sorte un point final, heureusement imagé, à son travail :

« *C'est à nous médecins, qu'il* convient de continuer « auprès d'eux (les jeunes gens) l'œuvre de notre ancêtre ; « c'est en nous aidant de son esprit quintessenciel que « nous arriverons à leur persuader que la vie est l'image « de son œuvre, elle-même l'image de ce *petit coin* villageois où cette pourriture fumante, qui sert à Chanteclerc de donjon féodal et d'observatoire domestique, « est la respectable origine de la grâce des fleurs et de « la puissance des moissons ».

La transfusion sanguine (Dupuy de Frenelle). — L'analyse, parue dans notre dernier numéro, est de notre confrère et ami Dartigues.

G. Duchesne.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'Ouabaïne Arnaud en thérapeutique cardiaque

Les praticiens connaissent, aujourd'hui, les remarquables propriétés de l'*ouabaïne Arnaud*. Les plus récents traités de thérapeutique en parlent avec éloges et tout le monde est d'accord pour reconnaître à l'ouabaïne Arnaud une efficacité remarquable dans la plupart des insuffisances cardiaques.

L'usage de l'ouabaïne Arnaud s'est rapidement généralisé en raison de la facilité avec laquelle on peut l'administrer. On l'utilise non seulement par la voie endo-veineuse (voie d'urgence et, somme toute, d'exception), mais aussi, et surtout, par la voie gastrique. C'est alors à la *solubaïne* qu'on a recours. La solubaïne est une solution d'ouabaïne Arnaud, comparable, quant à sa teneur en substance active, à la solution

alcoolique de digitaline cristallisée Nativelle. C'est-à-dire que (avantage mnémotechnique précieux) V gouttes de solubaïne contiennent 1/10 de milligramme d'ouabaïne Arnaud.

Les indications de la solubaïne sont fréquentes, multiples. N'oublions pas (et c'est maintenant, une cause définitivement entendue) que l'ouabaïne Arnaud ne doit pas être considérée comme un succédané de la digitaline. Elle a ses indications propres, parfaitement définies, possède une action élective sur le tonus et la contractilité du myocarde ; c'est le cardio-tonique type.

Pratiquement donc, son rôle est très important, elle complète l'action de la digitaline, qui, elle, s'adresse à la conductibilité. A petites doses prolongées, on donne X à XX gouttes par jour, à doses moyennes, XXV à L gouttes, à doses massives, L à CL gouttes.

Quels sont les troubles qui relèvent de la solubaïne ? Ce sont principalement les insuffisances du cœur gauche. On s'en trouvera également très bien chez les mitraux surmenés, et chez les femmes au cours de la gestation ou après l'accouchement. Les petits signes de l'insuffisance ventriculaire droite, sur lesquels insistait tout dernièrement R. LUTEMBACHER, sont représentés par un petit débord du foie qui est douloureux à la palpation, un léger œdème cyanique des membres inférieurs, des extrasystoles. Le *repos, la digitaline cristallisée et la solubaïne* : XXX à XL gouttes, prises en trois fois, tous les 15 jours, pendant 2 ou 3 jours constituent le fond du traitement.

En 1922, LUTEMBACHER a également décrit un syndrome auriculaire justiciable de la solubaïne au cours des lésions chroniques du poumon et plus particulièrement chez les emphysémateux. Il est caractérisé par des troubles du rythme, accompagnés de dyspnée d'effort (ascension d'un escalier par exemple).

La solubaïne est aussi indiquée dans les extrasystoles, bradycardies, tachycardies. Il va sans dire que chez les vieillards, la solubaïne à petites doses (V gouttes *pro die*, en moyenne) pendant une huitaine de jours par mois, donnera les résultats les plus satisfaisants. Il en est de même dans la bronchite chronique, la congestion pulmonaire sénile et enfin, dans les grandes infections (grippes, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu, typhoïde, diphtérie).

Quand faut-il employer la solubaïne ?

Il semble admis, à l'heure actuelle, qu'un délai de 4 jours doit être observé après l'administration de la digitaline, surtout si le malade vient de prendre cette dernière à doses élevées. Les avis sont d'ailleurs partagés, et, certains auteurs, tels MM. LAUBRY et PEZZI, non contents d'administrer l'ouabaïne après la digitaline ont prescrit simultanément les deux médicaments. Tout dernièrement, M. LAUBRY, en collaboration avec MM. ROUTIER et R. GIROUX, recommandait l'association digitaline-ouabaïne dans quelques cas exceptionnels en particulier dans les myocardites accompagnées de tachycardies, dans l'hypertension suivie de diminution manifeste du tonus myocardique et s'acheminant vers l'arythmie complète.

La solution alcoolique de digitaline cristallisée Nativelle d'une part, et la solubaïne d'autre part, permettent au praticien de réaliser cette association, tout en restant constamment maître de la posologie de chacun des deux médicaments, posologie toujours recommandée par les phénomènes observés.

Toutefois, un mélange tout fait et directement utilisable, de digitaline Nativelle et d'ouabaïne Arnaud a été réalisé sous la marque « *Natibaïne* ». C'est une simple association des deux glucosides. Destinée à être employée par voie buccale, cette natibaïne renferme 1/3 de digitaline cristallisée Nativelle pour 2/3 d'ouabaïne Arnaud, en soution glycéro-alcoolique au millième.

Mais, entendons-nous bien. Il ne s'agit pas là d'une combinaison chimique, d'un composé nouveau. Ce n'est, en l'espèce, qu'une simple juxtaposition de deux produits déterminés, déjà connus. Ce n'est pas d'ailleurs inédit, puisqu'en 1910, une étude pharmaco-dynamique et une série d'observations cliniques sur l'association digitale-strophantus ont été publiées par le docteur BOELLKE, médecin chef de l'hôpital municipal de Ratibor, dans la « *Therapie der Gegenwart* ». Une préparation de cette association fut essayée en Allemagne, en Amérique et en d'autres pays, sous le nom de Digistrophan. Elle est préparée par la maison GOEDECKE et C° de Leipzig et Berlin. Il existe également un autre produit allemand « Disotrin » qui est une association de digitale et de strophantine du Kombé. Ces produits largement expérimentés en Allemagne et en Amérique sont, aujourd'hui, à peu près complètement tombés dans l'oubli. *Multa renascuntur....*

Dr C. BEAUREGARD.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

PRATICIEN, ADMINISTRATION ET PENSIONNÉ DE GUERRE

(Simple histoire)

Il faut que je vous conte une histoire de tarif. Elle vous semblera inventée à plaisir et cependant elle est rigoureusement, lamentablement, vraie. J'en possède chez moi le dossier complet. Il m'a paru trop typique de la mentalité de notre bureaucratie pour ne pas le faire connaître. Il prouve : 1° que nos bureaucrates ont des œillères qui les privent d'une vue large sur la vie droite et saine, 2° qu'il est difficile, à un praticien loyal et scrupuleux, de se montrer tel quand, à propos d'honoraires, il est placé entre le carcan et la férule des textes de décrets et de règlements, mal compris par ceux-mêmes qui sont chargés de les appliquer.

Donc, un praticien, habitant un village que nous dénommerons Ixe, est appelé, le 12 mai dernier, pour un malade, pensionné de guerre, au village de Zède à 4 kilomètres de Ixe. Cela tombait bien, il devait justement revoir par là un autre malade de sa clientéle privée, celui-là. Il fait donc les deux visites et rentre chez lui. C'était peu de chose qu'avait le pensionné de guerre : une petite anicroche, suite de la maladie causale de sa pension. Notre confrère n'eut même pas besoin d'y retourner. A la fin du trimestre, il établit donc sa note sur la feuille spéciale des pensionnés de guerre, pour la commune de Zède, note qui n'était constituée que par cette seule et unique visite.

Il fait donc son compte : une visite = 6 fr., plus un déplacement de 8 kil. à 1 fr. 24, cela ferait 9 fr. 92, soit en tout = 15 fr. 92..... Seulement, il réfléchit et, en praticien consciencieux, il se rappelle que, ce jour-là, il a fait une autre visite dans le pays. Il n'a donc pas fait son déplacement spécialement pour le pensionné de guerre. Et il libelle ainsi sa note :

Visite	6 fr.
Déplacement 8 kil. mais non complètement *spécial* au malade	4 fr.
Total	10 fr.

Il compte donc *dix francs, au lieu de près de seize francs qu'il était en droit de réclamer, tarif en main*, puisqu'il n'avait fait, ce jour là, aucune autre visite à un pensionné de guerre quelconque.

Le malheureux ! Vous allez voir où allaient le conduire ces scrupules intempestifs !.....

***

Il envoya sa note à la préfecture dans les premiers jours de juillet, comme il est prescrit. Le 21 juillet, lui arrive d'icelle cette lettre, ou plutôt ce « bordereau » :

Demande observation ou rappel.

Communiqué à M. le Dr X., pour explications complémentaires. Prière d'indiquer dans quelles conditions le déplacement a été effectué. L'indemnité kilométrique est due ou ne l'est pas. Il n'y a pas de moyen terme.

Il répondit le 29 juillet, par la lettre suivante :

«... J'avais eu soin de mettre dans la colonne « observations », « déplacement non complètement *spécial* au malade », ayant vu, en cours de route, un autre malade de ma clientèle et ayant cru équitable de ne compter pour le malade pensionné de guerre que la *part proportionnelle* de déplacement qui lui incomberait.

« J'aurais pensé superflu de justifier mon compte par des *pièces* quelconques alors que je demandais *moins que le tarif plein qui, légalement, ne m'est point contestable d'ailleurs*.

« Si l'Administration, respectueuse de la foôrme tient à me payer *plus que je ne réclame*, je ne puis que m'incliner et accepter *seize francs* (exactement 15 fr. 92) au lieu de *dix francs*. Je n'ai, en effet, pas de justification à fournir, outre ma déclaration, pour excuser ma loyauté ».

Cette fois, vous allez penser, tout comme le confrère, que l'incident est clos et qu'on va lui adresser le mandat de dix francs qu'il a demandé .... Ce serait méconnaître notre administration.

Le 27 octobre dernier, alors qu'il ne songeait même plus à cette histoire, il reçoit, du secrétaire de la commission départementale, cette fois, une nouvelle lettre sur le même sujet.

«... La Commission de contrôle m'a chargé de vous demander des renseignements complémentai-

res à ce sujet. Je vous serais donc obligé de bien vouloir m'indiquer la distance exacte parcourue pour ce malade et si la visite a été faite pour un autre malade de votre clientèle, en ce qui concerne une partie du trajet à parcourir... »

Par retour du courrier, le 28 octobre, notre confrère impatienté répliquait :

« Cette histoire tourne à la Courteline, si je puis dire. Par lettre du 29 juillet dernier, en réponse à la note préfectorale, j'ai dit mot à mot « ... (Ici se trouvait la copie de la lettre ci-dessus du 27 juillet)... »

« Je ne vois pas ce que je pourrais y ajouter... Qu'il est donc difficile d'agir honnêtement pour un praticien ! Aurais-je donc eu le tort d'être trop scrupuleux ?... »

Le 1er novembre, nouvelle lettre du secrétaire de la Commission départementale. Ce dernier, excellent confrère, et qui n'a rien de l'esprit paperassier des bureaucrates, est un peu confus :

«... Les demandes d'explications, au sujet de votre mémoire venaient *directement des services de la Préfecture, sans que j'en aie été avisé.* Votre dossier ne m'a été remis que quelques jours avant la réunion d'octobre de la Commission de contrôle. J'ai, à ce moment, marqué mon étonnement de cette procédure. Il m'a été répondu que le préfet était en droit de demander directement des explications aux médecins, sans passer par la Commission.

Le rôle de la Commission, dans cette affaire, s'est donc borné à vous demander quel prix vous réclamiez : indemnité kilométrique entière ou partielle. C'est cette dernière que, d'accord avec vous, je proposerai à la Commission.

J'espère que ces explications auront dissipé tout malentendu et je vous prie d'agréer ... »

Telles sont les « dernières nouvelles » de l'affaire. Il est maintenant à espérer que notre confrère en a fini de recevoir des « observations ou rappel », des demandes d'explication, des redemandes d'explication et aussi de répondre et d'expédier, à son tour, autant de lettres à vingt-cinq centimes. Si tout va bien désormais, il n'a plus qu'à recevoir un mandat, à le porter au percepteur, le jour où celui-ci passe dans la commune. Et il arrivera enfin, un beau jour, à toucher le montant de ce « mémoire » fait, jadis, en double exemplaire et dont *le total s'élève à dix francs....*

***

Et voilà ma petite histoire terminée. Ne pensez-vous pas confrères qu'elle valait la peine d'être illustrée par sa publication dans les colonnes du *Concours*.

Il lui manque néanmoins un épilogue. Aussi me semble-t-il bon de remettre, à une de nos réunions, un exemplaire entre les mains de notre aimable président de la Commission supérieure en le priant de nous en faire prendrer connaissance.

L'histoire est « simple » et menue, par elle-même. Elle comporte, toutefois, un enseignement peu négligeable. « *De minimis non curat prætor* », disaient les Romains. Ce fut et c'est toujours un tort. Les petits ruisseaux font les grandes rivières, répliquerais-je, et le monument le plus imposant ne doit sa solidité qu'à celle de chacune des pierres qui le composent.

Il est fort louable, sans doute, de désirer contrôler *administrativement* les notes de praticiens et de demander à ceux-ci des explications *préalables*, simplement dans le but touchant de simplifier la besogne des Commissions départementales de contrôle, instituées par la loi. Cela peut, à l'occasion, renforcer encore le dit contrôle et aider ainsi à la défense des deniers de l'Etat, ces pauvres deniers mis à mal par tant et tant de praticiens, comme chacun sait (une ou deux douzaine sur plus de vingt mille médecins).

Mais encore ne faudrait-il pas que la façon de contrôler de l'administration n'en arrive, comme ici, en fin de compte, à obliger les praticiens *à réclamer toujours le tarif kilométrique complet*, même quand, en toute conscience, ils ne le voudraient pas. Et cela simplement pour *éviter les ennuis*, les observations, les rappels, les notes, bordereaux et lettres, etc... et toutes les paperasseries dont vous venez de palper un échantillon savoureux.

L'aide ainsi apportée aux Commissions départementales par l'administration ne serait-elle pas alors, révérence parlée, analogue à celle qu'apportait à son maître, avec son pavé, l'ours de la fable ?

Cette histoire fût-elle le résultat d'une gageure, ou d'une joyeuse galéjade de rond-de-cuir facétieux ? Ou bien ... aurait-ce été un essai de *ridiculiser* (1) une Commission départementale qui a le tort de n'être pas composée d'administratifs et de fonctionnaires uniquement désignés par l'Etat ?

Je ne sais. Mais devant ces faits, il est loisible de faire toutes suppositions.

Et, comme conclusion (je n'ose dire comme « morale ») de mon conte, une autre fois, dix autres fois, mille autres fois, l'Etat payera seize francs au lieu de dix ! Bah ! qu'importe ? A l'heure actuelle, nous payons si peu d'impôts.

Dr Fernand DECOURT.

(1) Oui, « ridiculiser », puisqu'on *demande* à la Commission de provoquer de nouvelles explications du confrère sur ces malheureux dix francs, alors qu'on avait en main les premières et qu'on ne lui en souffla mot. F. D.

MÉDECINE SOCIALE

Nous nous faisons un devoir de publier les deux projets d'organisation de soins médicaux dans la future assurance sociale, précédés d'explications indispensables, tels qu'ils seront discutés à l'Assemblée générale de l'U. S. M., et tels que nous les empruntons au *Médecin Syndicaliste* du 15 octobre dernier.

Explications et projets sont clairement formulés dans un esprit d'impartialité auquel nous tenons à rendre hommage.

Nous nous associons pleinement, en particulier, à l'idée d'éliminer les petits risques de l'assurance : c'est le meilleur moyen de décharger les médecins d'une *besogne fastidieuse et absorbante* et de limiter les abus.

G. D.

Deux systèmes de collaboration des médecins à l'assurance

Deux systèmes sont possibles.

L'un et l'autre reposent sur la collaboration des médecins à l'assurance.

Le premier est celui que la Commission a déjà étudié : organisation de soins et contrôle, dont les modalités sont établies d'un commun accord.

Le second est celui que nous appellerons : l'assurance à indemnité fixe « par maladie », avec un contrat pour tout ce qui touche à la prophylaxie et à l'assurance-invalidité.

Système d'assurance contre la maladie avec organisation de soins et contrôle.

L'organisation des soins et du contrôle a fait l'objet de l'examen de la Commission, qui a élaboré le contrat-type publié plus loin.

Le libre choix y est respecté, de même que le tarif à la visite, à la « vacation », c'est-à-dire suivant l'importance de l'acte médical accompli et dans des conditions prévues.

Le secret professionnel y est maintenu, de façon à donner des garanties suffisantes. Cela fait l'objet de dispositions spéciales : création d'un contrôle technique.

On peut faire à ce système deux sortes de critiques :

a) Il paraît compliqué. Cette complication est peut-être plus apparente que réelle. Les « papiers » sont réduits au minimum. Il est, en somme, comparable au système qui fonctionne pour les bénéficiaires de la loi des Pensions. Et c'est évidemment le contrôle qui crée la complication (envoi d'avis, etc.).

b) Dans la pratique, il faudra, pour l'appliquer, un nombreux personnel.

Le système de contrôle pour les soins donnés aux bénéficiaires de la loi des Pensions fonctionne bien, mais il n'englobe qu'un nombre relativement petit de malades. Trouvera-t-on, quand il s'agira de millions d'assurés, les hommes qu'il faudra pour le contrôle direct, pour le contrôle trimestriel ? Nous le pensons, mais nous pensons aussi que les difficultés à vaincre seront considérables.

Nous dirons plus loin que ce système se heurtera à une autre difficulté, qui lui est d'ailleurs commune avec le suivant :

Système d'assurance contre les maladies avec l'indemnité fixe pour chaque maladie.

Nous avons déjà tracé les grandes lignes de ce second système qui supprime, lui, le contrôle par la collectivité. C'est là évidemment un avantage énorme. Il ne modifie pas les mœurs actuelles. Il sauvegarde, comme le précédent, et dans une mesure semblable, le secret professionnel.

Le contrôle serait fait *pour la réalité de la maladie*, dans chaque cas.

En quoi consiste exactement ce système ?

En ceci : le malade est assuré, non contre la maladie, mais contre « les maladies », les maladies *déterminées* dont le catalogue serait dressé à l'avance. Ces maladies ne pourraient être *toutes* les maladies, mais seulement celles qui constituent un risque important. Ce serait l'*assurance contre les maladies épidémiques*, contre surtout les maladies chroniques : la tuberculose, la syphilis, le cancer.

Même constitution de caisse d'assurance ; en dehors de la modification apportée à l'assurance-maladie, les autres parties de l'assurance sociale demeurent : invalidité, charges de famille, maternité, vieillesse, décès. Même nécessité d'organiser la prophylaxie, dans des conditions identiques. Mais le « catalogue » des maladies comporterait une évaluation du risque en « espèces » tout au moins pour les frais médicaux.

Le malade, incapable de travailler. recevrait une indemnité fixe, qui pourrait comprendre deux parts : l'une lui serait directement versée chaque semaine, l'autre pourrait être adressée au médecin par l'assurance, sur remise de la note d'honoraires de celui-ci par le malade.

Si le montant de la note d'honoraires dépassait la somme attribuée au malade comme indemnité forfaitaire, il serait tenu de payer le surplus. Si le montant de la note d'honoraires n'atteignait pas la somme attribuée au malade comme indemnité forfaitaire pour payer les frais médicaux, le malade se verrait attribuer le surplus.

***

Mais ce système est-il praticable ?

a) D'abord au point de vue technique, peut-on établir une classification suffisante ? Cela paraît difficile, sans doute, mais non impossible.

b) Au point de vue professionnel, ce système présente des avantages incontestablement très grands. Il présente aussi des inconvénients. Il faudra prendre garde que, si l'indemnité forfaitaire attribuée aux malades pour payer les frais médicaux est trop faible, un certain nombre d'entre eux ne soient tentés de limiter à cette somme les honoraires médicaux. L'expérience de la loi sur les accidents du travail est, à ce sujet, inquiétante. Le tarif Dubief, qui n'a jamais été que le tarif de la responsabilité patronale, est devenu, en fait, un tarif d'honoraires, les médecins ayant négligé de réclamer la part de l'ouvrier. Bien plus, une surenchère n'a pas tardé à naître, et des cliniques louches ont « payé » les accidentés pour avoir leur clientèle.

C'est peut-être là l'objection la plus grave que l'on puisse faire : il n'y aura pas de frein à la concurrence médicale, et, dans les villes, de véritables « entreprises de soins, » pourront s'organiser pour drainer cette clientèle confiante et naïve.

Et comment y parer ? N'est-ce point un leurre de croire que le fait de supprimer l'intermédiaire entre le malade et le médecin rend le contrôle inutile ? N'existe-t-il donc point d'abus en clientèle privée ? Eliminer le contrôle professionnel, n'est-ce point encourager l'abus ? Evidemment, le contrat tâchera de prévoir... mais comment prévoir certaines collusions ?

c) Reste à savoir encore, si, dans l'organisation « mathématique » de l'assurance, ce système est possible. Les actuaires seuls pourraient répondre avec certitude.

Nous pensons cependant que ce système est possible, car, finalement, la somme consacrée aux soins médicaux, dans l'assurance, est une somme forfaitaire, avec une caisse de réassurance prévue en cas de « consommation plus grande de médecine », c'est-*à-dire d'épidémie.*

***

Le système que nous venons de préconiser et qui ne repose pas du tout sur l'ignorance du tiers payant (c'est-à-dire de la caisse) est donc possible à notre avis, si nous pouvons établir un catalogue de risques. Et s'il est possible, il est infiniment *plus séduisant ,plus simple*, et meilleur même. Il n'interdit pas le développement des moyens techniques, que l'assurance va, croyons-nous, heureusement précipiter.

Nécessité dans les deux systèmes de négliger « le petit risque ».

Les deux systèmes ne sont d'ailleurs possible qu'à une condition : c'est que l'assurance sera limitée *au risque important* et n'englobera pas les petits risques.

Si l'on peut mettre debout l'assurance « des maladies », elle ne peut fonctionner qu'avec le contrôle systématique de chaque cas. Ce contrôle n'est pas possible si l'assurance comprend les petits risques, c'est-à-dire les moindres indispositions, les affections saisonnières banales.

Mais si l'on adopte l'assurance-maladie avec organisation de soins et contrôle, il est également indispensable d'éloigner de l'assurance le petit risque. D'abord pour des raisons morales : éviter au malade la tentation d'aller chercher auprès du médecin une excuse à une absence de l'atelier. Les consultations du lundi sont toujours chargées! Ensuite, et surtout, pour des raisons d'ordre technique.

Il est, en effet, impossible aux médecins de pratiquer une médecine convenable si leur cabinet est encombré par une foule de malades peu atteints, venus pour chercher un cachet d'aspirine, une purgation, un peu de coton, des fleurs pectorales ou de la teinture d'iode. Le médecin est alors obligé d'aller vite ; il pêche, un peu au hasard, les vrais malades parmi les autres ; pêche difficile ! Souvent, hélas ! il découvrira, trop tard, des maladies qu'il aurait dû diagnostiquer plus tôt et combattre à temps. Peut-on demander à un médecin qui voit 100 malades à sa consultation de faire des examens ?

Il faut, à tout prix, *débarrasser la médecine d'assurance de cette tare, ou renoncer à la médecine d'assurances.*

Nous savons qu'on va nous répondre : « Prophylaxie ! » ; nous dire qu'il faut précisément rendre très accessible le cabinet du médecin afin que celui-ci découvre la maladie très tôt pour la soigner avec plus d'efficacité. Bonne intention, sans doute ; mais mauvais argument, car il ne tient aucun compte de la réalité. Si le médecin ne peut examiner le malade, comment pourrait-il découvrir la maladie à peine soupçonnée ? Hélas ! dans son lot de 80 à 100 malades, le médecin passe et il fait parfois des diagnostics rapides, par coup d'œil. Il dépiste ainsi des pneumoniques en pleine infection, des pleurésies avec plusieurs litres d'épanchement... mais la syphilis latente, la tuberculose au début, il ne les voit pas. Pour les voir, il doit attendre qu'elles se montrent... trop tard !

Nous ne saurions trop combattre, au nom de l'intérêt public, cet argument, d'après lequel il faut, sous prétexte de prophylaxie, encombrer par une foule, le cabinet du médecin. Cet argument est faux ; il est dangereux.

C'est par là qu'on ruine la médecine d'assurance.

Au reste, le petit risque ne présente aucun intérêt. Il n'est guère de travailleurs qui ne soient capables de pallier par leurs propres moyens à un manque à gagner de 10 à 15 jours ; et il est peu de maladies légères qui durent ce temps-là. Ceux qui n'ont pas ces moyens peuvent les trouver parmi leurs proches ou leurs amis. Le petit risque est, croyons-nous, du ressort de cette « solidarité de foyer » dont nous avons déjà parlé.

CONCLUSIONS

Deux systèmes s'offrent pour réaliser la collaboration du corps médical à l'assurance-maladie, suivant les indications données par l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux, c'est-à-dire sur les bases suivantes : *libre-choix, tarif à la visite, respect du secret professionnel.*

1° *Contrat collectif avec organisation de soins et contrôle.*

2° *Contrat collectif* permettant le fonctionnement de l'assurance-maladie (certificats, etc.) ; l'organisation de la prophylaxie et le fonctionnement de l'assurance invalidité ; mais *en ce qui concerne l'assurance-maladie, entente directe du malade avec son medecin, selon les conditions de la pratique ordinaire, l'assuré recevant pour chaque maladie une indemnité fixe en espèce.*

L'adoption de ce dernier système, nettement préférable au point de vue médical, est subordonné à la possibilité de dresser un catalogue des risques assurés (maladies nettement spécifiées).

Les deux systèmes ne peuvent fonctionner qu'à l'exclusion des petits risques (maladies bénignes et saisonnières, indispositions).

Dans les deux systèmes le secret professionnel ne peut être *intégralement* conservé.

Projet de contrat collectif pour l'organisation des soins du contrôle d'une caisse d'assurances sociales

TEXTE DU PROJET

Entre les soussignés :

M...... au nom de la Caisse de .... et Monsieur .... au nom du Syndicat médical de............

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1er.

Le service médical de la Caisse d'assurance de..... est assuré par des membres du Syndicat de.........

La Société s'engage à n'avoir pas recours à d'autres médecins pendant la durée du contrat, tous les médecins pouvant adhérer au Syndicat, sauf cas prévus par les statuts de celui-ci.

ARTICLE 2.

Les assurés (et éventuellement les membres de la famille auxquels l'assurance pourra s'étendre) ont le droit absolu de choisir leur médecin. Ce choix s'exerce parmi les médecins exerçant habituellement dans la commune où habitent les assurés ou ayants droit. Toutefois, au cas où un médecin plus éloigné accepterait de donner ses soins, ce médecin ne pourra recevoir, à titre d'indemnité kilométrique, que l'indemnité qui serait payée au médecin le plus rapproché du domicile du malade.

ARTICLE 3.

Tout assuré ou ayant droit devra porter, au médecin qu'il aura choisi, une fiche maladie délivrée par l'Assurance. Cette fiche comprendra deux parties : l'une d'elles sera gardée, par le médecin, *pendant la maladie* ; elle sera remise à la fin de celle-ci *au malade qui lui-même la remettra à la Caisse.* (Cette fiche sera exigée pour la reprise du travail). L'autre partie sera envoyée immédiatement à la Caisse par le malade lui-même ; le médecin indiquera, s'il y a lieu, sur cette fiche, l'incapacité de travail, et fixera approximativement la durée de cette incapacité.

Dans le cas où la maladie ne causerait aucune incapacité, les deux parties de la fiche, au lieu d'être remises par le malade, seront envoyées directement à la Caisse par le *médecin* ; la première, à la fin du traitement,la seconde, aussitôt après la première visite ou consultation.

En cas de changement de médecin, au cours d'un traitement, le malade sera tenu de rapporter cette fiche *à la Caisse qui lui délivrera alors une fiche nouvelle pour le nouveau médecin choisi.*

En cas d'urgence, tout assuré ou ayant droit aura à sa disposition, et d'avance,un bon d'urgence qui lui servira pour les appels d'urgence.

ARTICLE 3.

Texte a. — *Chaque assuré ou ayant droit recevra,* au moment de son inscription sur la liste des membres adhérents à la Caisse, un livret médical dit « livret de santé » et un carnet de bons détachables (1); l'un et l'autre établis selon un modèle adopté d'un commun accord. Le livret médical et le carnet de bons détachables devront être remis au médecin traitant, à chaque visite ou consultation, celui-ci étant tenu de consigner ses observations sur le livret de santé, et de libeller ses ordonnances et prescriptions thérapeutiques sur le carnet à souches.

Texte a'. — Chaque assuré ou ayant-droit recevra un carnet de bons détachables portant son nom et établi selon un modèle adopté d'un commun accord. Ce carnet comprendra :

a) Des souches qui resteront entre les mains du malade et sur lesquelles seront inscrites les prescriptions médicales ;

b) Des feuilles d'ordonnance détachables, sur lesquelles seront écrites par le médecin les formules des médicaments ou les produits à délivrer et, s'il y a lieu, les indications légales concernant les toxiques.

Ces feuilles d'ordonnance qui comprendront, en outre, deux colonnes pour les prix, constitueront les

(1) Le type de ce carnet de bons détachables peut être le même dans les deux cas : a et a'.

notes justificatives, envoyées par les pharmaciens, à la fin du trimestre, à la Commission de contrôle, pour le règlement des frais pharmaceutiques.

c) Des fiches que le médecin détachera et sur lesquelles seront notés les numéros de la nomenclature auxquels correspondent les actes médicaux accomplis.

Ces fiches ne comporteront jamais l'indication du diagnostic.

En cas de consultation entre médecins, chacun d'eux détachera du carnet du malade , une fiche su laquelle il écrira : « Consultation avec le docteur ...... ».

Ces fiches seront envoyées par le médecin, chaque trimestre ou semestre, à la Commission de contrôle. Elles seront épinglées sur ses notes d'honoraires.

Les médecins inscriront eux-mêmes et de façon lisible, leur nom et leur adresse sur les souches, feuilles d'ordonnances et fiches ; le cas échéant, la mention *de leur spécialité ;*

Quand les bons du carnet seront épuisés, le nouveau carnet délivré devra porter, écrits par l'administration de la Caisse sur le premier bon, le nom du dernier médecin traitant et son adresse, ainsi que la date de la dernière visite ou consultation.

ARTICLE 5.

Le malade pourra toujours changer de médecin. Le nouveau médecin consulté enverra alors immédiatement à la Commission de contrôle la fiche détachable qui n'est habituellement envoyée qu'en fin de trimestre ou de semestre.

Il indiquera sur cette fiche, lisiblement, la date de la consultation ou visite, son nom et son adresse, ainsi que le nom et l'adresse du précédent médecin, et la date de la dernière visite ou consultation de celui-ci.

Consultation avec un autre médecin ou spécialiste Examens radiologiques ou de laboratoire.

ARTICLE 6.

Lorsqu'au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit la consultation avec un autre médecin, soit la consultation, la visite ou toute intervention d'un spécialiste, soit un examen radiologique ou de laboratoire, soit une série de plus de 5 interventions à tarif spécial, il doit en donner avis (1), dans les 24 heures, à la Commission de contrôle.

Opérations.

ARTICLE 7.

Aucune opération mutilante ou de grande chirurgie ne pourra être faite, sauf le cas d'urgence, qu'après avis donné, 5 jours à l'avance, à la Commission de contrôle.

(1) Il ne s'agit pas d'un avis demandé, mais d'un avis donné à la Commission qui, avertie, pourra, si elle le désire, faire procéder à un contrôle direct.

Soins dans une maison de santé, un hôpital ou un sanatorium, etc... (1).

ARTICLE 8.

Au cas où le malade ne pourrait recevoir chez lui des soins appropriés à son état, il pourrait être soigné soit dans un hôpital, soit dans une maison de santé appropriée et à son choix, sur certificat écrit par le médecin traitant et après avis motivé donné à la Commission de contrôle. S'il y a lieu, la note précisera les raisons d'ordre technique qui justifient l'envoi dans la maison de santé. Dans ce cas, elle sera adressée au secrétaire de la Commission technique médicale.

Surveillance et contrôle du service de soins.

ARTICLE 9.

La surveillance et le contrôle des soins médicaux seront assurés dans chaque département par une Commission siégeant au chef-lieu. Exception sera faite pour Paris et certaines grandes villes et, en principe, partout où cela sera utile et où plusieurs Commissions pourront être constituées, selon l'importance du travail. Le siège de cette Commission sera fixé d'un commun accord, en principe dans le local où se trouve l'administration de la Caisse. Les services administratifs de cette Commission seront assurés par la Caisse ou la Société ; ils seront placés sous la surveillance de la Commission et sous la direction de son secrétaire.

Commission départementale de surveillance et de contrôle.

ARTICLE 10.

L'objet de la Commission de surveillance et de contrôle sera :

a) De veiller au bon fonctionnement des services de soins pour les assistés, qu'il s'agisse de soins à domicile, à l'hôpital, dans une maison de santé, dans un sanatorium, etc.

b) De donner les avis et autorisations prévus dans l'organisation des soins ;

c) De recevoir et de connaître les plaintes transmises par les parties intéressées ;

d) D'assurer, en un mot, le contrôle complet des soins donnés pour éviter les abus de toute nature ;

c) De dresser, chaque année, le « bilan » des services au point de vue technique et financier, et de proposer les améliorations à rechercher suivant les données de l'expérience.

Composition de la Commission.

ARTICLE 11.

La Commission de surveillance et de contrôle est composée de 6 membres :

(1) La rémunération des soins par les médecins à l'hôpital ou dans les sanatoria et maisons de santé sera envisagée dans un autre contrat.

3 désignés par la Caisse d'assurances.
3 désignés par le Syndicat médical.

Ces délégués sont désignés, chaque année, par chacune des parties intéressées, cette désignation étant notifiée de part et d'autre, au plus tard, le 20 décembre. Exception sera faite, s'il y a lieu, pour la constitution de la première Commission, dont les membres devront être désignés dans le mois qui suivra la signature du contrat et dont les pouvoirs cesseront le 31 décembre suivant.

Chaque membre sera doublé d'un délégué suppléant ; celui-ci sera désigné dans les mêmes conditions que les délégués titulaires et pour le même temps.

Pouvoirs de la Commission.

ARTICLE 12.

La Commission tranche les questions qui lui sont soumises, sauf recours devant une Commission supérieure de surveillance et de contrôle. Les parties s'engagent, par les présentes, à accepter les décisions de la Commission de contrôle, sauf usage du droit de recours prévu, et dont les modalités seront déterminées dans un article suivant.

En outre des modifications qu'elle peut apporter aux notes d'honoraires, la Commission dispose des sanctions suivantes (1) :

1° Amende (qui peut aller jusqu'à 5.000 fr.).

Les amendes infligées seront retenues sur les honoraires à percevoir par les médecins qui auront encouru ces amendes. En cas de litige et pendant la durée de l'appel, la somme, représentant le total de l'amende, sera consignée à la Caisse d'assurances, qui ne servira aucun intérêt pour celle-ci. Le montant des amendes sera ainsi réparti : moitié à la Caisse, moitié au Syndicat médical.

2° Exclusion temporaire du service ;

3° Exclusion définitive.

(Ces sanctions ne pourront être prises par la Commission qu'après avoir entendu l'intéressé et après avis du Syndicat médical).

Fonctionnement de la Commission.

ARTICLE 13.

La Commission est présidée alternativement par un délégué de l'une ou l'autre des parties. Le secrétaire, choisi parmi les membres de la délégation médicale, est élu, chaque année, par la Commission, lors de la première réunion de celle-ci.

Le secrétaire provoque la réunion de la Commission, en principe, une fois tous les deux mois (ou une fois par mois), et plus souvent s'il est nécessaire. Il prépare le travail de la Commission, en établissant les dossiers des diverses affaires soumises à la Commission, et en procédant à une étude préliminaire de celles-ci.

Il dirige le bureau administratif, et il est chargé de rédiger, chaque année, le rapport qui établit le travail de la Commission.

Chaque membre de la Commission, titulaire ou suppléant, reçoit, pour chaque séance à laquelle il assiste, une vacation fixée à..... En outre, le secrétaire reçoit une indemnité mensuelle fixée à...

Les décisions de la Commission doivent être prises à la majorité.

En cas de désaccord et d'impossibilité de conclure, les deux parties contractantes s'entendent pour désigner un arbitre.

(1) Ces sanctions pourront se cumuler.

Bureau de classement et de comptabilité.

ARTICLE 14.

Au siège de la Commission, est établi un bureau administratif dont le rôle est de centraliser tout ce qui touche à l'organisation des soins médicaux et pharmaceutiques, de recevoir et d'expédier la correspondance, de faire face à toute la partie administrative du travail de la Commission.

Il est chargé, en outre, de classer les notes trimestrielles ou semestrielles d'honoraires médicaux et pharmaceutiques, de vérifier l'exactitude matérielle de celles-ci avant *leur examen par la* Commission.

Ce bureau est dirigé par le secrétaire de la Commission de surveillance et de contrôle.

Le comptable, secrétaire du bureau administratif chargé de la vérification *matérielle des notes, sera* tenu au secret professionnel (bien que ces notes ne doivent jamais comporter le diagnostic, mais tout au plus le numéro de la nomenclature).

Le bureau *comportera en outre des casiers fermés* à clé, et, après chaque réglement, les fiches détachées du carnet d'ordonnances seront détruites.

Sous-Commissions.

ARTICLE 15.

Pour le contrôle trimestriel ou semestriel des notes d'honoraires médicaux et pharmaceutiques, des sous-commissions seront créées ; elles se réuniront en sessions tous les trois ou six mois.

Les unes seront chargées d'examiner les notes des médecins et de rechercher les abus possibles, puis de présenter ce travail à la Commission.

Les autres seront chargées d'examiner les prescriptions pharmaceutiques. Elles établiront un travail critique qu'elles soumettront à la Commission, ainsi que les cas dignes de retenir l'attention de celle-ci.

Ces sous-commissions seront composées chacune de trois membres, nommés par la Commission, pour une année, parmi les médecins et pharmaciens présentés par leurs Syndicats.

Les membres de ces sous-commissions recevront, pour chaque séance à laquelle ils assisteront, une vacation fixée à .....

La Commission aura, en outre, le pouvoir de faire vérifier la qualité des médicaments prescrits et l'exé-

cution des ordonnances (préparation des médicaments, poids, etc.).

Commission technique médicale. Secret professionnel

ARTICLE 16.

Les contestations et les questions d'ordre technique engageant le secret professionnel seront soumises par les sous-commissions à l'examen de la Commission technique médicale, qui apportera ses conclusions à la Commission de surveillance et de contrôle.

La Commission technique médicale est ainsi composée :

2 médecins désignés par la Caisse agréés par le Syndicat médical.

2 médecins désignés par le Syndicat médical et agréés par la Caisse.

Le secrétaire de la Commission de contrôle assistera aux séances de la Commission technique, dont il assurera le secrétariat.

Les membres de la Commission technique seront désignés, chaque année, en décembre, ou, pour la première année, au cours du mois qui suivra la signature du contrat ou la publication du règlement établi après entente.

Contrôle médical permanent.

ARTICLE 17.

Le contrôle permanent et direct sera assuré par des médecins contrôleurs. Une liste de ces médecins sera établie, chaque année, par arrondissement, et aussi par spécialité, par la Commission de contrôle, sur présentation du Syndicat médical.

Le contrôleur recevra du secrétaire de la Commission une mission précise. Il recevra, pour chaque visite ou consultation faite, un honoraire de... fr., auxquels viendront s'ajouter une indemnité kilométrique et une indemnité de ..... francs pour certificat détaillé.

Commission régionale ou centrale de surveillance et de contrôle.

ARTICLE 18.

Une Commission supérieure de surveillance sera ou pourra être constituée à Paris, elle sera composée de 8 membres titulaires, chacun d'eux étant doublé d'un suppléant. Ces membres seront désignés de la façon suivante :

4 par l'Union centrale ou régionale des Caisses.

4 par l'Union des Syndicats médicaux de France, ou les Fédérations départementales ou régionales des Syndicats.

Ces désignations seront faites pour une année, et transmises au plus tard le 20 décembre de l'année précédente.

Le rôle de cette Commission sera :

a) D'examiner le rapport de toutes les Commissions départementales, de centraliser les documents et de dresser ainsi le bilan général du fonctionnement des services médicaux et pharmaceutiques des Caisses et des Sociétés.

b) D'examiner et de trancher les questions litigieuses qui lui seront soumises par les intéressés dans les conditions prévues plus loin.

Commission technique centrale.

ARTICLE 19.

Les contestations susceptibles de soulever la question du secret professionnel seront soumises par la Commission de surveillance et de contrôle à un organe technique : la Commission technique médicale.

Cette Commission comprendra 8 membres :

4 médecins délégués par l'Union ou l'Office des Caisses, avec l'agrément de l'Union des Syndicats médicaux de France.

4 médecins délégués par l'Union des Syndicats médicaux de France, avec l'agrément de l'Union ou l'Office des Caisses.

Ces Commissions auront, pour la France, les mêmes pouvoirs (décisions, comptes rendus techniques, etc.) que la Commission départementale pour le département, mais leurs décisions seront sans appel. Le secrétaire recevra une indemnité mensuelle fixée à....., les membres des Commissions et sous-Commissions recevront un jeton de présence de .....

Durée du contrat.

ARTICLE 20.

Le présent contrat est établi pour une durée de .... années et pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties contractantes ..... mois à l'avance.

Fait le ....

Signatures :

Avant-projet de contrat collectif pour l'assurance des maladies et l'assurance invalidité

TEXTE DE L'AVANT-PROJET.

Entre les soussignés :

M......, au nom de la Caisse d'assurances de.....

et M......., au nom du Syndicat médical de ......

Il est convenu ce qui suit :

Médecins traitants.

ARTICLE 1er.

Le service médical de la Caisse d'assurance de.... est assuré par les membres du Syndicat de........

La Société s'engage à n'avoir pas recours à d'autres médecins pendant la durée du contrat, tous les mé-

decins pouvant adhérer au Syndicat, sauf les cas prévus par les statuts de celui-ci, et sauf recours prévu en cas de refus d'adhésion, devant une Commission d'arbitrage.

ARTICLE 2

Les membres du Syndicat médical de ...... donneront leurs soins aux assurés dans les conditions habituelles de la pratique médicale, c'est-à-dire qu'ils seront choisis et rémunérés par leurs malades, sous la responsabilité pécuniaire de ceux-ci.

ARTICLE 3.

Les membres du Syndicat médical de ...... fourniront directement au médecin contrôleur de la Caisse d'assurance dans leur circonscription, les pièces nécessaires au fonctionnement de celle-ci (certificat de maladie, de guérison, d'invalidiété).

Médecins-contrôleurs et médecins-experts.

ARTICLE 4.

L'assurance pourra faire contrôler la réalité de chaque maladie diagnostiquée par le médecin-traitant.

Ce contrôle s'effectuera en principe en présence du médecin traitant.

En cas de désaccord touchant le diagnostic de la maladie, un troisième médecin sera appelé en consultation, à titre d'expert, cet expert sera choisi sur une liste établie d'un commun accord entre les parties contractantes.

ARTICLE 5.

Les médecins contrôleurs et les médecins experts seront rémunérés par la Caisse, suivant un tarif établi par accord entre les parties.

Ils seront nommés chaque année par la Caisse sur présentation par le Syndicat d'une liste de candidats.

Au cas où la Caisse refuserait de nommer les candidats proposés par le Syndicat, le conflit serait porté devant une Commission d'arbitrage.

Commission d'arbitrage.

ARTICLE 6.

Cette Commission d'arbitrage aura pour rôle :

a) De connaître des contestations survenues au cours de l'application du présent contrat : (refus par le Syndicat médical d'accepter un médecin au Syndicat ; refus par la Caisse de nommer les contrôleurs et experts présentés par le Syndicat) ;

b) De juger en appel les pénalités dont les médecins contrôleurs, les médecins experts, les médecins traitants auront pu être l'objet de la part du Syndicat ou de la Caisse ;

c) D'instruire les plaintes qui pourront être faites : soit par un assuré concernant un médecin, soit par un médecin concernant un assuré !

ARTICLE 7.

La Commission d'arbitrage sera ainsi composée :

Deux membres désignés par la Caisse ;

Deux membres désignés par le Syndicat médical ;

Un cinquième membre désigné d'un commun accord par les quatre autres.

Cette Commission élira un secrétaire chargé de la convoquer et d'instruire les affaires portées à l'ordre du jour.

Elle se réunira en principe tous les mois.

Commission technique.

ARTICLE 8

Une Commission technique sera constituée.

Elle aura pour objet :

a) De dresser le bilan de l'assurance chaque année ;

b) De procéder au triage des malades désignés par les médecins traitants pour être envoyés dans un établissement de cure.

Elle sera composée de 4 médecins, deux seront désignés par le Syndicat médical, deux par la Caisse d'assurances.

Les membres désignés devront être agréés par les deux parties contractantes.

Cette Commission technique désignera un secrétaire chargé des convocations. Elle se réunira selon les besoins ; en principe une fois par mois.

ARTICLE 9.

Les membres de la Commission d'arbitrage et de la Commission technique recevront une indemnité de ..... par séance.

Durée du contrat.

ARTICLE 10.

Le présent contrat aura une durée de deux ans.

Il pourra être prolongé pour des périodes égales, par tacite reconduction, s'il n'a pas été dénoncé six mois avant l'échéance, par l'une ou l'autre des parties.

Fait le ....

Ssignatures :

***

Tout comme l'auteur de cet exposé et de ces projets, je crois qu'il sera difficile de dresser le tableau des indemnités forfaitaires que l'assuré recevrait pour chaque maladie, prise en particulier.

Je me suis demandé s'il ne serait pas possible de résoudre la difficulté en la tournant, et je cherche quelle objection on pourrait faire à la suggestion suivante, que je me hasarde à formuler :

C'est la suppression de son salaire, au cours de

sa maladie, qui introduit la gêne au foyer de l'ouvrier. Pourquoi, dans le second système, celui qui prévoit la rémunération directe du médecin par son malade, cause que j'ai souvent défendue, pourquoi le malade ne continuerait-il pas à recevoir, *pendant sa maladie contrôlée*, sinon l'intégralité, du moins une forte partie de son salaire ? Cela ne doit être qu'une question de prime.

Sans vouloir faire une étroite comparaison, dans notre Mutualité familiale, qui est une assurance contre la maladie du médecin, le sociétaire malade touche une indemnité journalière, qui peut atteindre 30 francs par jour.

Pourquoi serait-il donc impossible de réaliser quelque chose d'analogue dans l'assurance sociale ?

Je pose simplement la question aux *compétences...*

G. D.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

(9, 13 *et* 30 *octobre* 1923)

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6030 Thomas, Blesle (Haute-Loire),
6067 Ducrohet, Mandres (Seine-et-Oise),
6068 Devignevielle, Vernon (Eure).
6069 Toulouse, Octeville-sur-Cherbourg (Manche).
6070 Tissier, Louhans (Saône-et-Loire).
6071 Jurascheck, Rouffach (Haut-Rhin).
6072 Maugis, Sens (Yonne).
6073 Leorat, Annonay (Ardèche).
6074 Szkolnik-Nachmann, Vigneulles-lès-Hatton-châtel (Meuse).
6075 Francoz, Saint-Gervais-d'Auvergne (Puy-de-Dôme).
6076 Delarue, Corbie (Somme).
6077 Flouret, Vinsobres (Drôme).
6078 Stephant, la Boissière-de-Montaigu (Vendée).
6097 Gouez fils, Plougastel-Daoulas (Finistère).

Accidents du travail.

Le Conseil ordonnance le payement à l'avoué du Dr L. (Seine-et-Oise) et à l'avoué de son adversaire, de leurs frais, s'élevant d'une part à 243 fr. 55 et de l'autre à 142 fr., dans l'affaire d'accidents du travail pour laquelle l'appui pécuniaire lui a antérieurement été donné pour se pourvoir en cassation.

Le Dr W. (Seine) est traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui a condamné un patron au payement de ses honoraires pour soins donnés à un blessé du travail.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr W. pour défendre à cet appel.

Le Dr M. (Meuse) a perdu en appel le procès intenté à un patron en payement de ses honoraires pour soins donnés à un blessé du travail dans une clinique privée. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un hôpital public, le Tribunal applique le « tout compris ».

Me Auger étant d'avis qu'un pourvoi en cassation aurait des chances de succès, le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr M. pour former ce pourvoi et ordonnance à cet effet le versement d'une provision de mille francs.

Il ordonnance, en outre, le remboursement au Dr M. de la somme de 509 fr. 70 qu'il a payée pour les honoraires de son avocat (150 fr.), les frais de son avoué et ceux de l'avoué adverse, dans cette affaire.

Le Dr R. (Ille-et-Vilaine), ayant soigné une ouvrière blessée pendant son travail, et n'ayant pu se faire payer par le patron, société coopérative qui a été liquidée, ni par l'assurance, s'est adressé à sa cliente elle-même, qui prétend ne lui rien devoir, attendu qu'il s'agit d'un accident du travail.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre l'ouvrière qu'il a soignée.

Le Dr F. (Seine) est en butte aux tracasseries d'une Compagnie d'assurances, qui lui conteste le payement d'honoraires accidents sous des prétextes inacceptables, prétendant, par exemple, limiter ses honoraires à une somme de tant de francs par jour d'incapacité, déterminée arbitrairement.

Une autre Compagnie lui refuse le payement de ses honoraires pour les soins donnés à un ouvrier atteint d'un nouvel accident à l'endroit de la cicatrice laissée par un accident antérieur.

Le Conseil accorde au Dr F. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires dans ces diverses affaires, et lui ouvre un crédit de 300 fr., en sus des frais judiciaires proprement dits, pour les honoraires de son avocat.

Le Dr G. (Isère), ayant réclamé au liquidateur judiciaire d'un patron le payement d'honoraires pour soins donnés à l'un de ses ouvriers, blessé dans son travail, a vu rejeter sa créance, sous prétexte que ce n'était pas le patron, mais la Compagnie d'assurances qui devait payer.

L'appui pécuniaire est accordé en principe au Dr G. sous réserve de vérifier, avant d'agir, si la prescription n'était pas acquise antérieurement à sa production à la liquidation judiciaire.

Le Dr F. (Ardennes) ayant opéré un blessé du travail dans un hôpital qui n'a ni médecin, ni chirurgien, se voit opposer le « tout compris » par la Compagnie d'assurances.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre contre le patron le recouvrement de ses honoraires.

Honoraires de droit commun.

Le Dr L. (Vienne) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre un client qui, après avoir tenté de se faire admettre à l'Assistance médicale gratuite, refuse le paiement des soins donnés à son fils mineur.

Le Conseil, étant donné que la note s'élève à 1.600 fr. et que l'affaire sera, par suite, de la compétence du tribunal civil, accorde au Dr L. l'appui pécuniaire demandé.

Cette affaire s'étant terminée à l'amiable, sur l'appel en concilisation, le Conseil a ordonnancé le remboursement au Dr L. de la somme de 20 fr. qu'il a payée pour honoraires à son avoué.

Le Dr D. (Yonne), ayant réclamé, en même temps que ses honoraires, ceux d'un chirurgien qu'il avait appelé pour opérer un homme qui venait de se tirer un coup de revolver dans la tête, la veuve refuse de payer, prétendant qu'elle n'a pas demandé l'appel du chirurgien.

Le Conseil accorde au Dr D. l'appui pécuniaire, en limitant à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

(Le Dr D. annonce que cette affaire s'est terminée en conciliation et qu'il a obtenu satisfaction).

Le Dr G. (Orne) a soigné pendant deux ans et demi une petite fille qui a été très grièvement brûlée dans une école publique, par suite d'une négligence de l'institutrice dans son service. La note d'honoraires et de médicaments (le Dr G. est propharmacien) étant très élevée, les parents de l'enfant ne paraissent pas en mesure de la payer, mais comme la faute de l'institutrice engage la responsabilité de l'Etat, une action judiciaire, qui paraît nécessaire, serait probablement couronnée de succès.

Le Conseil du « Sou médical » décide de donner l'appui pécuniaire au Dr G. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr A. ayant obtenu amiablement le payement d'honoraires réclamés en conciliation devant le juge de paix, demande le remboursement des 50 fr. d'honoraires payés à son défenseur.

Bien qu'il n'ait pas demandé l'appui pécuniaire avant d'agir, mais seulement un conseil sur la marche à suivre, le Conseil du « Sou » accorde au Dr A. le remboursement demandé.

Les docteurs S. (Seine-Inférieure), B. (Loire-Inférieure) et J. (Côtes-du-Nord) ayant soigné des victimes d'accidents d'automobiles, sur la demande de l'auteur de l'accident, demandent l'appui pécuniaire pour poursuivre ce dernier, qui se dérobe au payement des honoraires.

L'appui pécuniaire leur est accordé, en principe, pour poursuivre solidairement l'auteur de l'accident et la victime.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr A. (Seine-Inférieure) de la somme de 55 fr. pour frais et honoraires de son avoué dans l'affaire de recouvrement d'honoraires pour laquelle il a obtenu l'appui pécuniaire.

Le Dr H. (Seine-Inférieure) demande l'appui pécuniaire pour se faire défendre par un avoué ou un avocat, en justice de paix, dans une affaire de recouvrement d'honoraires où, par suite du décès du juge de paix saisi, lui sont opposés des moyens de procédure purement juridiques qu'il est incompétent pour combattre.

Le Conseil accorde à cet effet au Dr H. un crédit de cent francs.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr P. (Seine) de la somme de 90 fr., montant des honoraires des avoués dans une affaire d'honoraires accidents agricoles pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été donné et qui s'est terminée à l'amiable.

Responsabilité Civile

Dans l'affaire du Dr D. (Bouches-du-Rhône), assigné en dommages-intérêts par le père d'un jeune homme ramassé sur la route et atteint de paralysie à la suite d'une *nuit passée dans une chambre froide* d'un asile communal, les experts ont donné complètement raison à notre adhérent, en concluant formellement que la nuit passée au *froid n'avait pu* aggraver la lésion du jeune homme, dont l'état actuel est la conséquence directe de l'état dans lequel il se trouvait avant son arrivée à T.

Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué du Dr R. (Seine) de la somme de 75 fr., montant de sa quote-part dans la provision demandée pour défendre à l'appel interjeté par les adversaires contre le jugement qui a rejeté l'action en dommages-intérêts intentée contre lui et l'un de ses confrères, non adhérent au « Sou », pour responsabilité professionnelle.

Diffamation.

Le Dr C. (Doubs), ayant donné des explications satisfaisantes sur les procès qu'il soutient contre deux pensionnés de guerre qui l'ont diffamé, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire, en limitant la participation du « Sou » dans les honoraires des avocats à 200 fr. pour l'affaire portée en justice de paix et 300 fr. pour l'affaire portée devant le tribunal correctionnel.

Remplacements.

Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué du Dr P. (Seine) d'une provision de 200 fr. pour le procès engagé contre son ancien remplaçant qui s'est installé dans sa clientèle.

Le Dr M. (Seine) est traîné en appel d'un jugement ordonnant une expertise, dans le procès intenté avec l'appui du « Sou médical » contre un ancien remplaçant qui a manqué à ses engagements.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr M. pour défendre à cet appel.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Exposition de physique du Grand Palais.** — Du 30 novembre au 17 décembre, voir les démonstrations d'un appareil étudié en vue d'applications médicales et radiographiques. Stand Noxa, nº 31. Galerie B.

— **Une réunion médicale à propos de la crise du logement.** — Nous rappelons à nos lecteurs que l'*Evolution médico-chirurgicale* organise une grande réunion où sont conviés tous les médecins de la Seine, le vendredi 7 décembre 1923, à 20 heures 45, à la mairie du IXe arrondissement, rue Drouot (salle des Fêtes, 1er étage).

M. Edouard Ignace, avocat à la Cour d'Appel, député de Paris, président de la Commission de législation civile et criminelle de la Chambre, ancien sous-secrétaire d'Etat, fera une conférence, suivie de discussion, sur : *la crise du logement et les médecins*.

MM. Paul Boudin, docteur en médecine, docteur en droit, Paul Guillon, président du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, Sibut, secrétaire de la Commission des Loyers du Syndicat des médecins de la Seine, et Le Corbeiller, député de la Seine, ancien président du Conseil municipal de Paris, prendront la parole.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr de Parrel, secrétaire général de l'*Évolution médico-chirurgicale* 5, rue de Thann, Paris, 17e. Téléph. : Wagram 57-20, (de 13 heures à 14 heurss).

— **Avis.** — Le concours annoncé pour l'attribution du poste de médecin-directeur au sanatorium de Groslay aura lieu pour un poste de médecin-directeur dans un des établissements de cure dépendant de l'Office public d'hygiène sociale, sans désignation spéciale d'établissement, l'affectation étant ensuite prononcée par Monsieur le Préfet de la Seine.

Toutes les indications relatives aux épreuves du concours, au traitement, à la composition du jury et aux conditions et dates d'inscription, qui ont été publiées dans le premier avis, ne subissent aucune modification

— **Le 4e Salon des médecins.** — Pour la quatrième fois : 1909-1911-1912, le salon des médecins s'ouvrira au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain du dimanche 2 mars prochain (1924) au dimanche 9 mars inclus. Comme les précédents, il comportera : la peinture, la sculpture, la gravure et les arts décoratifs et sera réservé aux médecins, aux pharmaciens, soit à tous les membres de la famille médicale. De plus les adjonctions suivantes suggérées par l'expérience et destinées à en rehausser l'intérêt y seront inaugurées :

1º Une section y sera réservée aux médecins et pharmaciens collectionneurs : médecine et pharmacie dans l'art, ou seront exposés les médailles, gravures, portraits, *ex libris* se rapportant à celles-ci ;

2º Au titre d'associés, les femmes et enfants des médecins et pharmaciens pourront exposer dans la limite des possibilités, leurs œuvres artistiques ;

3º Une section de publicité médico-pharmaceutique y sera pour la première fois ouverte aux artistes de la corporation, voire étrangers, et aux annonciers qui pourront exposer des projets artistiques de clichés et de réclames. Cet art de la publicité étant tout à rénover ;

4º Enfin, au titre d'invités, certains humoristes ayant satirisé avec esprit médecins et pharmaciens seront conviés à exposer quelques-unes de leurs œuvres.

Pour tous renseignements et adhésions, s'adresser dès maintenant au secrétaire général, fondateur et organisateur : docteur Paul RABIER, 84, rue Lecourbe, Paris (15e)

— **Cours d'orthopédie de M. Calot** 69, quai d'Orsay, du lundi 28 janvier au 3 février. — Avec *exercices pratiques*. — En une semaine, de 2 heures à 7 heures du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. — Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. — Droits d'inscription : 150 francs. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fouchet, *clinique Calot*, 69, *quai d'Orsay, Paris* ou *Institut Calot, Berck-Plage* (*P.-de-C.*)

RÉSUMÉ DU PROGRAMME.

I. Technique des appareils et moulages — et des ponctions et injections.

II. Tuberculoses des os, articulations, ganglions, (abcès froids, adénites, épididymites péritonite tuberculeuse, spina ventosa, tumeurs blanches, coxalgie, mal de Pott).

III. Déviations congénitales et acquises : luxation congénitale, pied bot, paralysie infantile, pied plat scoliose, torticolis, difformités rachitiques, coxa-vara etc...

IV. Maladies non tuberculeuses des os, articulation et ganglions.

V. Fractures (*du col de fémur et de cuisse*, etc.).

VI. Les dernières acquisitions orthopédiques :

a) Le traitement moderne de la scoliose.

b) Nouveau traitement de la luxation congénitale. Comment éviter les récidives et comment les guérir.

c) Près de moitié des cas actuellement étiquetés coxalgies (*enfants et adultes réunis*) ne sont pas des coxalgies, mais des arthralgies de hanches malformées.

d) Les hanches étiquetées rhumatisme, arthrite sèche ou déformante, ostéochondrite ou coxa-plana, morbus coxœ senilis sont des malformations congénitales méconnues. Et c'est toujours sous ces étiquettes diverses, la même malformation : à savoir une ébauche de luxation, une subluxation congénitale.

— **Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés ou amis (A. D. R. M.).** — L'assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. aura lieu dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, le mardi 27 novembre, à 17 heures, sous la présidence effective de M. le professeur ROGER, doyen.

Tous les médecins qui s'intéressent à l'expansion de la science médicale française sont priés d'assister à cette réunion.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

4° Au cas où il y aurait une erreur, à combien se monterait mon titre de pension et la majoration.

Dr X.

Réponse.

Il y a manifestement erreur dans la liquidation de votre pension.

En effet, la somme de 360 francs correspond au taux de soldat pour une invalidité de 15 %. La majoration de 45 fr. est la même, quel que soit le grade pour 15 % d'invalidité.

Pour le grade de médecin aide-major de 2e classe, dont vous étiez en possession au moment de la Commission de réforme, 15 % valent 450 francs par an.

G. F.

Nomination comme aide-major. Démission

Je viens de recevoir avis de ma nomination d'office au grade de médecin aide-major de 2e classe à titre définitif (à prendre rang du 22 juillet 1921).

Or, je n'ai jamais sollicité ce grade car j'estime qu'il est peu proportionné à mon âge (43 ans) et à mes 15 ans de pratique médicale.

Pourriez-vous me dire :

1° Si j'ai le droit de refuser ce grade.

2° Dans le cas où je serais obligé de le garder :

a) Quelles seraient mes fonctions ou obligations et jusqu'à quel âge.

b) Quand pourrais-je escompter un deuxième galon ?

Dr X.

Réponse.

1° Vous pouvez toujours adresser votre démission au Ministère par la voie hiérarchique (directeur du service de santé) et dès lors vous suivrez, dans la loi commune, le sort de votre classe.

2° Vous serez affecté à un régiment territorial, ou à une formation des étapes.

3° Il faudrait compter quatre années environ pour avoir un deuxième galon.

G.F.

Application du Tarif Breton.

I

Plaies d'orteils.

Permettez-moi, comme abonné du *Concours Médical* et comme membre du « Sou Médical », de vous demander une consultation juridique.

J'ai eu à soigner du 20 novembre 1922 au 20 décembre 1922, un accidenté du travail qui présentait :

1° Plaie contuse du 2e orteil du pied droit dont j'ai dû enlever l'ongle semi-détaché.

2° Petite plaie contuse du 3e orteil du pied droit.

3° Plaie contuse du IVe orteil du pied droit qui a été en partie broyé et dont j'ai dû *enlever la dernière phalange seulement.*

1) Que dois-je compter pour les deux petites opérations que j'ai pratiquées (ablation d'ongle demi-détaché, enlèvement d'une phalange).

2) Que dois-je compter pour les premiers pansements ?

Dr G.

Réponse.

1° « L'ablation d'ongle semi-détaché » est « compris dans le prix de la visite ou consultation » (Voir avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28-6-21, tableau terminal).

2° « L'ablation d'une phalange » est tarifée à l'art. 20 : (Ablation partielle d'orteil = 50 fr.)

3° Vos premiers pansements sont tarifés à l'art. 17 : « Pansements multiples = 15 francs » puisqu'il s'agit de plaies qui ne sont pas « très superficielles ».

F.D.

II

Plaies de doigts.

J'ai à panser un blessé atteint de plaies profondes des doigts annulaire, index et médius avec arrachement des tendons. Dois-je appliquer l'article 14 du tarif Breton et tarifer chaque fois 3 pansements de l'article 17 (pansements multiples sur un même segment de membre) ?

Dr G.

Réponse.

L'art. 14 n'est jamais en jeu pour des plaies de doigts d'une *même* main puisqu'il s'agit de plaies « sur un même segment de membre ». C'est alors l'art. 17 « pansements multiples » si ces plaies de doigts ne sont pas très superficielles ». Dans ce dernier cas, ce serait « pansement simple », compris dans le prix de la visite ou consultation. (art. 16).

F. D.

III

Fracture spéciale du péroné

Membre du *Concours* et du « Sou » je me permets de solliciter le renseignement suivant :

Un blessé du travail est atteint d'une fracture de la malléole externe à sa base tibio-tarsienne droite, le tibia et la malléole interne sont intacts. J'ai réduit et mis un plâtre comme pour une fracture bi-malléolaire. Quels honoraires dois-je demander ?..

Il ne s'agit pas d'une fracture simple du péroné puisqu'il a fallu réduire le pied en bonne position et le maintenir. Il ne s'agit pas non plus d'une *bi*-malléolaire (Dupuytren), et je ne vois pas ce cas indiqué au tarif Breton.

Dr G.

Réponse.

Il n'y a eu que « fracture du péroné ». Et cependant, fracture bien spéciale puisque juxta-articulaire, d'où difficulté technique plus grande. En ce cas, je croirais assez légitime, en donnant

toutes explications utiles à l'assurance, ainsi que le fait du plâtre nécessité par la lésion, de demander 50 francs, par analogie avec « répétition d'appareil plâtré des grands segments de membre » art. 18 *in fine*.

F.D.

IV

1° Massage ; 2° Suture

Vous seriez bien aimable de me fixer sur les points suivants :

Dans la loi sur les accidents du travail, il est dit, art. 16 :

« Visite avec ou sans pansement, *massage*, etc. : 10 et 8 francs.

Dans les arrêtés ministériels du 8 juillet 1920 et 28 juin 1921, il est dit :

Massage par le médecin : 16 fr., compris dans visite ou consultation.

Quel tarif faut-il adopter, dans les deux cas suivants :

1° Massage du pied et du cou-de-pied ; 2° Massage du poignet : 8 fr. ou 16 fr. ?

La pose d'une griffe de Michel correspond-elle à un point de suture, soit 15 ou 11,25.

Dr M.

Réponse.

1° Le massage est compris dans la visite ou consultation (art. 16). Je ne vois pas (même à l'art. 24) où vous avez trouvé un prix de seize francs et cela ni dans le tarif Breton, ni dans l'Arrêté minist. du 28-6-21.

2° Une suture faite par fil, agrafe, griffe etc., est toujours une suture et en suit la tarification.

F.D.

V

Intervention de nuit

Je viens encore faire appel à votre inlassable obligeance pour une question de tarif Breton. Je ne peux mettre la main sur le numéro du *Concours* où cette question a été traitée.

Comment établir ma note pour le cas suivant :

Voyage de nuit à 5 kil. de chez moi : soit 10 km.
Points de sutures la nuit.
Injection de sérum antitétanique (nuit).
Certificat.

Dr M.

Réponse

1° Les points de suture, ainsi que l'injection antitétanique, faites d'urgence la nuit sont majorables à 25 % (art. 8).

2° Pas de majoration, dans le tarif, pour les déplacements de nuit, ou les certificats.

F. D.

VI

Frais de déplacements

Permettez-moi d'avoir encore recours à votre

obligeance et de vous demander votre avis sur le cas suivant :

J'ai soigné un blessé dans la commune de X., à 3 kil. de chez moi,.

Il n'y a pas de médecin habitant X..., mais le médecin de Y., a un cabinet de consultation avec sa plaque à X... et il y vient tous les jours.

Me basant sur le fait qu'aucun médecin n'habite X..., j'ai, dans ma note, réclamé l'indemnité kilométrique.

L'assurance me répond (très courtoisement d'ailleurs) : « Le médecin de Y., a un cabinet de consultation à X. Il y vient tous les jours régulièrement, il doit donc être considéré comme médecin de X. Vous n'avez droit à aucune indemnité ».

D'un commun accord, nous avons décidé de soumettre le cas à votre appréciation. Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me la donner.

Réponse.

Je ne suis pas — pas du tout — de l'avis de la Compagnie. Si le médecin de Y. vient chaque jour à X passer une heure dans une maison, il n'en est pas moins vrai qu'il n'y *habite* pas, il ne fait qu'y *passer*. Donc votre déplacement doit vous être payé et en entier si vous êtes le médecin le plus proche et si vous vous êtes déplacé exclusivement pour le malade. Quant aux déplacements du confrère, dans un cas analogue, il n'en est pas de même. Il ne peut toucher le déplacement kilométrique, suivant le tarif, puisqu'il ne serait pas venu de Y à X exclusivement pour le blessé (sauf naturellement en cas de visite d'urgence spéciale). D'ordinaire il ne pourrait demander qu'une certaine majoration au prix de la visite, à titre de *contribution* au prix du déplacement *collectif* qu'il fait chaque jour, de même qu'il doit le faire, je présume, pour la clientèle courante.

F. D.

VII

Brûlures.

Je me permets d'avoir recours à votre bienveillance et à votre compétence pour une question concernant le tarif Breton ; vous l'avez peut-être déjà éclaircie dans le *Concours médical* ; si cela est, excusez-moi de ne pas l'avoir remarqué.

Est-il nécessaire, pour tarifer brûlure de deux membres (56.25 par pansement en 2e catégorie) que la totalité des membres soit atteinte ? En d'autres termes, dans le cas de : brûlures profondes des deux pieds et des deux jambes, brûlures plus légères du tiers inférieur de la cuisse d'un côté, remontant au-dessus du genou de l'autre, peut-on justifier l'application de ce prix ?

Dr B.

Réponse.

Il faut que les trois segments du membre

soient atteints pour qu'il y ait « brûlure d'un membre ou surface comparable ». Dans votre cas, il me semble légitime de compter « brûlure de deux membres », la condition ci-dessus étant remplie pour chaque membre.

F. D.

Sérosina ?

Pourriez-vous savoir, par l'intermédiaire de quelques confrères, où je pourrais me procurer ce sérum antituberculeux qui se nomme « Sérosina » ? Y a-t-il une maison en France qui ait le dépôt de ce produit ?

Dr N.

Inspection médicale des écoles. Violation du secret professionnel

Abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur le cas suivant :

Une cliente m'amena sa jeune fille, âgée de treize ans, parce que, à une visite médicale subie à l'école, on a découvert au niveau du triangle de Scarpa, cuisse gauche, sur une ancienne cicatrice de curettage pour ostéite bacillaire, quelques petites ulcérations., tout à fait superficielles, dont les plus grandes n'arrivent certainement pas à la dimension d'une lentille, il n'y a pratiquement pas de suppuration.

L'enfant a été aussitôt traitée en pestiférée, on a prescrit à ses camarades de ne pas la toucher et on a parlé de tuberculose devant l'enfant.

Il y a là, à ce qu'il me semble, une singulière façon de concevoir la prophylaxie de la tuberculose de la part du médecin de l'école, de la directrice et de l'infirmière et je pense même qu'il y a violation du secret professionnel ; l'enfant ne présente pas de signe de bacillose pulmonaire, mais dans l'école *deux institutrices sont indiscutablement tuberculeuses* ; la direction a, en outre, refusé de donner à la mère le nom du médecin qui a examiné l'enfant.

Au moment où l'exercice de la médecine par les incompétents, surtout en matière de tuberculose, est à l'ordre du jour, je tiens à vous signaler le fait et je me permets de vous demander quelles sanctions il comporte et si je puis délivrer à la mère un certificat constatant que l'enfant en question ne transmettra pas à ses camarades le pénultième bacille qui provoquera la plus terrible superinfection.

Les faits de ce genre étant appelés à se renouveler à cause de cette « médecine en public » que l'on inaugure, je pense qu'il serait utile de me répondre par voie du *Concours*. Dr M.

Réponse.

Le ministère de l'Hygiène fait de louables efforts pour lutter contre les maladies transmissibles ; mais il n'aboutira jamais à grand'chose, parce que, du haut en bas de l'échelle, personne ne connaît son devoir social.

Le sens collectif fait presque entièrement défaut en France : notre atavisme de race fait de nous des individualistes endurcis. On fabrique des infirmières sociales, visiteuses d'hygiène, inspectrices scolaires : on leur donne des titres ronflants ; on exalte leur utilité dans les congrès ; on leur inculque une science embryonnaire, touffue et trop livresque. Mais on oublie, pour elles, comme on le néglige pour les docteurs en médecine, fabriqués à la Faculté, de leur apprendre la sociologie et le devoir professionnel.

Ils sont tous de bonne foi, médecins comme institutrices et infirmières scolaires, en portant inconsciemment préjudice à l'enfant et à sa famille. Et ces braves gens seraient peut-être fort étonnés si les parents de l'enfant les poursuivaient devant les tribunaux, pour violation du secret professionnel et demandaient réparation civile et pénale de la faute commise qui leur a été préjudiciable.

Mettez un képi sur la tête d'un individu, ou fixez un brassard à son bras, et vous en faites un tyran.

Or, le *médecin inspecteur*, auquel personne n'a appris ses fonctions sociales, ses droits, ni ses devoirs et ses attributions, a parlé d'une manière inconsidérée, en énonçant un diagnostic scientifique devant de braves femmes d'institutrices, qui, de la tuberculose, sous toutes ses formes, n'ont retenu que la phobie de la propagation et de la contamination.

Ignorant la pratique de notre art, ne se rappelant que leur enseignement livresque et magistral, ces institutrices ont traité la pauvre enfant comme une pestiférée : elles ont agi de bonne foi et ont fait le mal, sans le savoir.

Si le ministre de l'Hygiène était un ancien médecin praticien de petite ville, ou de campagne, il s'entendrait avec la Faculté, d'une part, et les syndicats médicaux de l'autre.

Avec la collaboration de son collègue de l'Instruction publique, il demanderait à la première d'organiser un cours obligatoire de sociologie médicale. Les lois sont nombreuses, qui devraient être enseignées d'une manière pratique et appliquées aux futurs médecins.

Aux seconds, il demanderait d'éduquer les praticiens actuels, et la meilleure manière serait de confier aux groupes professionnels locaux l'organisation de la défense de la santé publique, en collaboration étroite avec les représentants de l'administration.

Certes, il faudrait des crédits ; on en trouverait si on voulait bien se donner la peine de les chercher en réalisant des économies sur tant de chapitres du budget si lourdement chargés.

Mais, je m'égare et je dois vous répondre d'une manière pratique.

Dans le cas particulier, vous avez le droit

absolu de délivrer, à la mère, un certificat constatant, qu'à votre avis, l'enfant ne présente actuellement aucun signe de maladie transmissible.

Pour obtenir réparation du préjudice causé, la mère a deux voies :

Ou déposer une plainte entre les mains du préfet, chef hiérarchique des délinquants ;

Ou s'adresser à la justice (juge de paix, ou procureur de la République). Mais, il serait possible que le préfet soulève un conflit d'attribution, par un déclinatoire d'incompétence. Il pourrait prétendre que la faute n'est pas du ressort de la justice civile, mais bien de la justice administrative.

Si la mère est sans ressources, elle peut demander l'assistance judiciaire. Sinon, elle peut s'adresser à certaines organisations, comme, par exemple, la section locale de la Ligue des Droits de l'Homme, pour être assistée dans la lutte qu'elle aura à entreprendre contre l'administration.

Dr Paul BOUDIN.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La cure de l'entérite et de la constipation par le lait battu, babeurre ou petit lait.

Au temps déjà lointain où l'on n'employait pas les écrémeuses, on entendait par *lait battu, babeurre,* ou *petit lait* le résidu de la fabrication du lait. La crème battue se rassemblait, en des grumeaux compacts, dont on faisait le beurre lequel abandonnait un liquide bleuâtre, *extrêmement riche en acide lactique.* Ce résidu s'appelle petit lait, lait battu, ou babeurre.

Lorsque, par hasard, mes chers confrères des campagnes, vous aurez à traiter de graves entérites, soumettez-les d'abord, comme je l'ai fait, à la cure de Guelpa. Puis, donnez-leur, avec des pâtes et des légumes, 1 litre, 1 litre 1/2, voire 2 litres de lait battu : c'est merveilleux comme résultat ! Evidemment, il faut avoir sous la main, surtout en été, le *lait battu du jour.*

Mais, si par hasard, des estomacs délicats et réfractaires se refusaient à cette absorption de lait, offrez-leur « le fromage blanc », pur et non assaisonné des gens du Nord, à raison d'une livre par jour, disséminé dans les 24 heures ; comme résultat, c'est superbe !

Dr GALAND.
(de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Concours pour la nomination d'un chef du laboratoire départemental de bactériologie de l'Oise.

Un concours pour la nomination de chef du

laboratoire départemental de bactériologie de l'Oise sera ouvert à Paris, à l'Institut Pasteur, le 13 décembre 1923.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante-cinq ans au plus, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de pharmacien.

Les candidats devront faire parvenir leur demande au préfet de l'Oise avant le 22 novembre 1923.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants :

1° Traitement de début : 14.000 fr. ; traitement maximum : 18.000 fr., par avancement de 1.000 fr. à l'ancienneté tous les quatre ans. L'avancement pourra avoir lieu au choix après deux ans ;

2° Remboursement des frais de déplacement ;

3° Participation à la caisse départementale des retraites ;

4° En plus du traitement, un cinquième du prix des analyses ou recherches faites à titre payant.

Sur demande à la préfecture de l'Oise, la programme des conditions du concours sera adressé *aux candidats.*

(*J. O.*, 8 novembre 1923.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Nomination des médecins des asiles d'aliénés.

5933. — M. Coyrard, sénateur, demande à M. le ministre de l'hygiène de nommer, dans le cadre des asiles publics, les médecins des asiles issus du concours de l'adjuvat, pour la série B, par suite du décret du 3 janvier 1922, en tenant compte du concours subi par ces praticiens et de leurs services. (*Question du 6 juillet* 1923.)

Réponse. — Le concours des médecins des asiles, titre B, n'a jamais conféré aucun droit pour les postes des asiles publics d'aliénés.

Les praticiens, issus du concours B, pouvaient seulement prétendre aux emplois des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics.

Le décret du 3 janvier 1922 a réservé les emplois des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics aux médecins issus du concours, mais il a également supprimé la série B.

Il en résulte que les médecins, issus de ce concours B, conservent évidemment les droits antérieurement acquis par eux et qu'ils pourront être appelés aux postes des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, concurremment avec leurs collègues issus du concours A.

Quarante-cinquième année · N° 49 · 9 Décembre 1923.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3630-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse.*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Leclerc, de Braine (Loiret), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mi- uetle. Pierrbugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*). Bassargette, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Téo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 597. — A céder, meubles de cab. méd., bureau, bibliot., fauteuils, chaises, banquette speculum, chaise-longue, vitrine, lavabo à deux barillets à pédales, instr. Potain, thermocautère Pachon, forceps, etc., appareil de chauffage, suspension, pétrole, rideaux et portières de cabinet, rideaux de salon, etc...

No 598. — Client. dans gr. ville, bord mer, rapp. 45.000, gr. mais. garage, dépendances, plein centre et près mer. Indem. 25.000 y comp. obj. mob.

No 599. — A vendre buffet 3 portes, desserte dessus marbre, table, 4 allonges, glace, suspension élect., radiateur gaz, éponges amiante, lavabo à pédales. Dr Baron, 67, rue Voltaire, Levallois.

No 600. — Confrère offre vins de champagne, 8 fr. 50 la bouteille, jusqu'au 1er janvier, franco gare Epernay, par caisse de 12 ou 25 bouteilles.

No 601. — A vend. pr. coûtant 39.000 fr. F. N. 12 HP cond. int. 4 pl. et 2 strap., neuve, jamais roulé, encore ch. carrossier, livr. 10 décemb. Dr Bourgarel, 10, rue Station Villiers-s.-M. (S.-et-O.).

No 602. — Le Dr Bouyer, 87, av. Wagram, Paris, recom. veuve, de fam. méd., tr. au courant comptab., pour administ. clin. ou Maison de santé.

No 603. — Médecin jeune actif, connaissant la client. installé 3 ans à la campagne aiderait médecin âgé ou fatigué de ville ou de petite ville, ayant bonne clientèle, en vue succession.

No 604. — Conf. recom. dame prenant en pension enfants débiles, 12 fr. p. jour. Soins mat. terrasse midi, plage. Villa Cécile, Le Lavandou (Var).

No 605. — A vendre : 1 face Lucidus tout cuivre, diamètre 0,23, miroir Mangin et réflecteur parabolique,

AVIS

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'édition 1924 va paraître dans quelques jours et l'envoi en sera effectué aux souscripteurs par colis postal.

Ayant reçu un grand nombre de souscriptions tardives, nous avons été obligés, pour les satisfaire, de procéder à un tirage complémentaire, ce qui nous permettra de mettre encore quelques volumes à la disposition des lecteurs qui nous en manifesteront de suite leur désir en versant la somme de 15 francs à notre compte de chèques-postaux : *Concours médical*, Paris 167-95.

Nous tenons à prévenir nos Abonnés et nos Lecteurs que le Concours médical et ses filiales n'ont absolument rien de commun avec le *Centre Médical* qui est installé dans la cour de l'immeuble où se trouvent leurs propres bureaux.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Traitement de l'insuffisance sécrétoire gastrique

Par G. Faroy,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

L'insuffisance sécrétoire gastrique, appelée encore hypopepsie, hypochlorhydrie, anachlorhydrie, est un syndrome basé sur la déficience plus ou moins complète de la sécrétion de l'estomac. Le plus souvent, et même dans des cas relativement sérieux, la teneur du suc gastrique en *pepsine* est suffisante ; c'est l'*acide chlorhydrique* qui fait défaut et ce sont son faible taux ou son absence qui entravent la digestion peptique.

Cliniquement, ce syndrome se caractérise habituellement par des symptômes de dyspepsie sensitivo-motrice : lourdeur et ballonnement après les repas, narcolepsie post-prandiale, aérophagie, lenteur des digestions, etc., phénomènes qui s'accentuent encore par la coexistence fréquente d'atonie, gastrique, c'est-à-dire d'insuffisance motrice.

De plus, quand l'hypochlorhydrie est très marquée, il n'est pas rare de voir survenir des troubles intestinaux, de la diarrhée, de la colite,

dus à la digestion incomplète des aliments ; celle-ci tient, d'une part, à l'insuffisance gastrique et, d'autre part, à l'insuffisance pancréatique qui en dérive, la sécrétion du pancréas ne se trouvant plus déclanchée, comme normalement, par l'arrivée du suc gastrique acide dans le duodénum.

Le *chimisme gastrique* est de grande utilité pour poser un diagnostic ferme ; la *coprologie* aboutit au même résultat, si elle décèle une digestion incomplète ou nulle du tissu conjonctif de la viande.

L'étiologie de l'insuffisance gastrique sécrétoire est variée : tantôt il s'agit de colite ou de ptose, avec hypochlorhydrie légère d'origine sympathique réflexe (dyspepsie réflexe), tantôt de gastrite médicamenteuse ou éthylique à tendance atrophique, tantôt de cancer de l'estomac.

Le *traitement* doit être conduit différemment, selon qu'on a affaire à des formes légères ou accentuées.

1° *Formes légères* ; il faudra prescrire des excitants gastriques. On peut tout d'abord utiliser les *amers* ; ils sont de faible action :

Teinture de colombo...............	ãã
Teinture de gentiane...............	
Teinture d'ipéca..................	

Ou bien :

Teinture de noix vomique.........	ãã
Teinture de gentiane..............	
Teinture de quassia amara........	
ou teinture de quinquina..........	

XX à XXV gouttes dans un peu d'eau, soit 1/4 d'heure avant les repas de midi et du soir, soit dans une tasse d'infusion chaude, peu ou pas sucrée, 1/4 d'heure après les mêmes repas.

Plus active est la *peptone* ; on en fait prendre une cuillerée à café, une demi-heure à une heure avant les deux principaux repas. Cette action est renforcée, si on administre la peptone avec de l'eau de Vichy ou avec une *solution alcaline* dont les composants sont des excitants gastriques de premier ordre ; on la fait absorber par exemple dans un demi-verre d'une solution préparée en faisant dissoudre dans un litre d'eau bouillie un des paquets suivants :

(Type Hayem).

Bicarbonate de soude.........	6 grammes
Phosphate de soude..........	4 grammes
Chlorure de sodium	2 grammes

Ou bien :

Citrate de soude.............	10 grammes
Phosphate de soude..........	6 grammes
Chlorure de sodium..........	2 grammes

Ou bien, s'il y a coexistence de constipation :

Citrate de soude............	8 grammes
Phosphate de soude..........	6 grammes
Sulfate de soude	4 grammes

Pour un paquet.

La *pepsine* est plus rarement prescrite, sa sécrétion étant le plus souvent suffisante, comme on l'a vu plus haut ; on peut alors faire prendre un ou deux cachets de 0 gr. 50 une demi-heure avant ou au cours des repas de midi et du soir ; on peut l'associer avantageusement à la peptone :

Pepsine en poudre ...	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Peptone en poudre...	0 gr. 15 à 0 gr. 30

pour un cachet (Loeper), à prendre de la même façon.

En général, il est préférable de faire absorber la pepsine en même temps qu'une des préparations acides, dont la formule est donnée plus loin ou dans une solution chlorhydrique à 3 pour 1.000 ; elle acquiert ainsi son maximum d'action.

Carnot recommande la formule suivante :

Pepsine en paillette............	ââ 0 gr. 50
Acide citrique pulvérisé.	

pour un cachet ; 2 à 4 au cours des repas ; faire suivre de l'absorption d'un verre d'eau.

2° *Formes accentuées* ; il est nécessaire dans ces cas, non seulement d'exciter la sécrétion gastrique, mais de la suppléer dans la mesure du possible.

L'*acide chlorhydrique officinal* est utilisé dans ce but ; on prescrivait autrefois un élixir chlorhydro-peptique, mais il est peu recommandable en raison de sa teneur en alcool, ce dernier diminuant la sécrétion.

On peut faire absorber l'HCl en solution albumineuse, on fait préparer un verre d'eau albumineuse, par battage d'un blanc d'œuf dans un grand verre d'eau. On y verse 3, 4, 5 ou 6 cuillerées à café de la préparation suivante :

HCl officinal...............	30 grammes
Eau ....q. s. pour	300 cmc.

contenant 0 gr. 50 d'HCl par cuillerée à café ; ce mélange, préparé le matin, est pris moitié à midi, moitié le soir, par petites gorgées au cours des repas. On peut étendre d'eau, si la solution paraît trop acide au malade.

Soupault recommande la limonade chlorhydrique suivante :

HCl officinal	60 grammes
Sirop de limon	200 grammes
Eau	800 grammes

de un verre à madère à un grand verre (125 grammes environ) aux repas de midi et du soir.

L'acide chlorhydrique peut être remplacé par l'*acide lactique* ; on prescrit :

Acide lactique	10 grammes
Sirop de sucre	190 grammes
Eau......................	q. s. p. un litre

Ou bien la limonade lactique suivante :

Acide lactique	10 à 20 grammes
Sirop de limon	200 grammes
Eau	q. s. p. un litre

un demi-verre à un verre au début et à la fin des repas de midi et du soir.

Dans le même ordre d'idée, on peut utiliser le *képhir*, qui a l'avantage d'être un aliment, souvent mieux supporté que le lait naturel et dont la teneur en acide lactique favorise la digestion.

L'*acide phosphorique officinal* peut être employé au même titre que l'HCl et l'acide lactique ; on le fait absorber au cours des repas de midi et du soir à la dose de XXV à L gouttes par repas, soit dans de l'eau pure, soit dans de l'eau albumineuse.

Bardet recommande l'orangeade phosphorique suivante :

Acide phosphorique officinal	28 grammes
Alcoolature d'orange	20 grammes
Sirop de sucre	250 grammes
Eau	q. s. pour un litre

De un à trois grands verres par jour :

Il faut enfin dire un mot des *sucs gastriques naturels* et des *extraits gastriques*. Parmi les premiers, les uns (gastérine, opothérapie de remplacement) s'administrent à la dose d'un verre à madère ou d'une ou deux cuillerées à soupe, purs ou dilués, au début ou au cours des repas ; les autres (dyspeptine, opothérapie d'excitation sécrétoire), à la dose d'une ou deux cuillerées à soupe par repas, purs ou dilués.

Quant aux extraits gastriques, on les prescrit en cachets de 0 gr. 50, à la dose de 1 ou 2 à chaque repas.

CORRESPONDANCE

Quelques réflexions à propos des automobiles du médecin

Voulez-vous me permettre quelques réflexions au sujet de la deuxième auto du médecin de campagne, l'auto de secours si vous préférez. Le mot campagne signifiant pour la circonstance pays dépourvu de tramways.

1° Au point de vue impositions, ne devrait-elle pas être assimilée à un cycle-car sous réserve de ne pas dépasser 10 HP ni avoir plus de 4 places, ce qui permettrait, dans certains cas, à bien des confrères, d'utiliser dans ce but des voitures d'occasion.

2° Cette deuxième voiture ne payerait aucun impôt direct, donc pas de prestation.

3° Au cas où *un médecin aurait deux voitures de* force inégale, seule la moins forte bénéficierait de cette disposition.

4° Une carte *double porterait la description des* deux voitures.

5° Les vétérinaires auraient les mêmes droits.

Maintenant, côté technique n'est-il pas ridicule, que deux voitures de la même marque 5 et 10 HP n'aient pas de dynamo et souvent même de magnéto commune ?

Une commission de 2 ou 3 membres ne pourrait-elle demander et publier dans le *Concours* le prix de certaines réparations courantes avec indication de la marque pour voitures 10 HP et 5 HP par exemple ? Peut-être verrons-nous un jour, grâce aux confrères de la Sarthe, l'Automobile Club de l'Ouest organiser des concours de simplification mécanique : démontage de segment de freins, démontage de soupapes, toutes choses dont les prix varient d'une marque à l'autre dans d'énormes proportions. Ne croyez-vous qu'on devrait pouvoir sur les petites voitures avoir des éclairages électriques robustes et puissants, ainsi que des freins qui agissent? Tous les constructeurs de petites machines ont des freins inexistants. Les concours pourraient contribuer à supprimer cette anomalie. La discussion est ouverte.

Naturellement les deux autos auraient le droit de circuler simultanément sans risque de procès. Il est logique de ne pas faire de paperasserie inutile.

Dr G. Bélière
La Bouille. (S.-Inf.)

Assistance du blessé à l'enquête du juge de paix.

Un accidenté du travail appelé pour son enquête devant le juge de paix peut-il se faire assister par un camarade ?

La question me paraît être d'ordre général surtout lorsqu'il arrive, comme c'est le cas quelquefois ici, qu'on a affaire à un accidenté illettré.

Dr A.

Réponse

La jurisprudence décide qu'un ouvrier malade peut se faire représenter à l'enquête par un mandataire, mais que celui-ci doit être pourvu d'un pouvoir régulier.

Nous ne trouvons aucune décision permettant à l'ouvrier de se faire assister devant le juge de paix par un camarade ou par une tierce personne. Mais d'après les renseignements que nous avons pu avoir, le fait est constant et il n'y a aucune raison juridique pour que des difficultés soient soulevées de ce chef.

Admission des Pupilles de la Nation à l'A. M. G.

Permettez-moi de vous demander un renseignement.

Puis-je protester contre l'inscription d'un pupille de la Nation sur la liste de l'A.M.G. ?

Dr M.

Réponse

Aucune disposition légale n'a modifié en faveur

des pupilles de la Nation les conditions d'admission à l'Assistance médicale gratuite. Il faut donc, en principe, pour qu'ils soient inscrits sur la liste d'assistance, qu'ils soient privés de ressources, ainsi que l'exige l'article 1er de la loi du 15 juillet 1893.

Les réclamations contre l'inscription peuvent, comme pour tous autres inscrits, être faites par tout habitant ou contribuable de la commune pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt de la liste d'assistance au secrétariat de la mairie.

Accident d'automobile. Tarif à appliquer.

Membre du « Sou Médical » et abonné du *Concours*, je me permets de vous poser une question.

J'ai été appelé hier auprès d'un ouvrier qui, se rendant à son travail a été renversé par une auto conduite par un châtelain des environs. Résultat une fracture du fémur que j'ai réduite et pour laquelle j'ai installé un appareil d'Hennequin. Quel tarif, dois-je établir, étant donné que l'automobiliste étant assuré, c'est à une compagnie d'assurance que j'aurai affaire ?

Tarif accidents du travail ? Je ne pense pas, il s'agit bien d'assurance, mais pas d'accident de travail.

Tarif ouvrier local ? C'est l'ouvrier qui m'a envoyé chercher. Tarif applicable au châtelain en question, responsable de l'accident ?

Vous serez bien aimable de me dire votre façon de voir que très certainement j'appliquerai.

Dr L

Réponse.

Puisque l'ouvrier a été blessé alors qu'il se rendait à son travail, il n'est pas garanti par la législation spéciale sur les accidents du travail.

Ce n'est donc pas le tarif Breton qui est applicable, mais le tarif ouvrier local. Ce serait d'ailleurs ce tarif, même s'il s'agissait d'un accident du travail tombant sous l'application de la loi de 1898, car le tiers auteur d'un accident doit en réparer intégralement les conséquences et ne peut invoquer l'article qui limite la part à la charge du patron dans les frais médicaux lorsque le médecin a été choisi par l'ouvrier.

Ce n'est pas non plus le tarif qui serait applicable au châltelain si c'était lui-même ou l'un des membres de sa famille qui avait été blessé. C'est toujours, en effet, le tarif applicable à la personne à laquelle les soins ont été donnés, et non le tarif applicable au tiers payant qui doit servir à l'établissement de la note.

Rang de la nouvelle garantie de la responsabilité par le « Sou Médical ».

Faisant partie du « Sou Médical » je m'étais assuré cette année à la X, pour une responsabilité de 50.000, 20.000 étant déjà assurés par le « Sou », ainsi qu'il est stipulé après l'avis que vous aviez bien voulu me donner à ce moment, ma prime à la X étant réduite de ce fait.

Mais maintenant que le « Sou » porte sa garantie à *50.000, quelle conduite dois-je tenir envers la* X ?

Faut-il faire un avenant stipulant que la X me garantit pour 60.000, 50.000 étant garantis d'abord pour le « Sou », puisque, en fait, la X ne m'assurait que pour 30.000 ?

Je vous serai particulièrement reconnaissant de bien vouloir me renseigner à ce sujet.

Dr F.

Réponse.

Sans changer en quoi que ce soit la Police contractée avec votre autre assureur, l'augmentation de 30.000 fr. (de 20.000 à 50.000) de la garantie donnée par le « Sou Médical », sans modification de la cotisation, à compter du 1er janvier 1924, doit venir à la suite de vos garanties antérieures.

Vous serez donc, à compter du 1er janvier prochain, garanti :

En premier rang, par le « Sou », jusqu'à 20.000 fr. ;

En second rang, par la X., pour 30.000 fr. ;

En troisième rang, par le « Sou », pour 30.000 fr.

Soit, en tout pour 80.000 fr.

Mais êtes-vous bien certain que votre police à la X. vous couvre pour 30.000 fr. seulement en complément de la garantie du « Sou » et non pour 50.000 ?

Si c'était pour 50.000, votre garantie totale passerait à 100.000 fr., la X conservant toujours le second rang, entre les 20.000 anciens et les 30.000 nouveaux du « Sou ».

Collaboration médicale et patente.

C'est au titre d'abonné du *Concours Médical* que je viens solliciter de votre obligeance, ou de celle de votre conseiller fiscal, un avis sur les points suivants :

J'ai mis à la disposition de plusieurs confrères et amis spécialisés (un ophtalmologiste, un laryngologiste, un gynécologue, etc.) mon cabinet de consultation où chacun d'eux donne, par semaine, une consultation de sa spécialité aux malades de ma clientèle ou du dehors, qui veulent bien s'adresser à leurs compétences respectives.

Cela étant, puis-je, au point de vue fiscal, faire figurer les noms et qualités et titres respectifs de

(Voir la suite page XLIII-3673)

PROPOS DU JOUR

Faut-il réglementer la profession Médicale ?

Comme, jusqu'à ce jour, le charlatanisme médical a bénéficié de la mansuétude excessive des pouvoirs publics, l'« opinion » éprouve quelque surprise à voir poursuivre un lot assez copieux de médecins marrons. Ces derniers ont été dénoncés, du reste, pour une bonne part par les Syndicats médicaux eux-mêmes qui ont eu quelque peine à faire marcher la Justice boiteuse, notamment à Marseille. Maintenant, le branle est donné; l'on annonce chaque jour quelques poursuites nouvelles, à Paris comme en province ; hier encore, les journaux signalaient une assez grosse affaire en voie d'instruction à Bordeaux.

Tout ceci ne saurait nous émouvoir ; les médecins corrects, c'est-à-dire la presque unanimité du corps médical, voient avec satisfaction la justice française procéder à l'assainissement de notre profession. Jusqu'alors, aucun de nos syndicats, aucune de nos sociétés n'ont pris fait et cause pour un des inculpés. Ces derniers, d'ailleurs, s'étaient bien gardés de se faire inscrire sur leurs rôles ; et ce ne serait, croyons-nous, que dans le cas où l'un des médecins poursuivis nous démontrerait par des preuves sérieuses qu'on l'a mêlé à tort aux malfaiteurs, que nous croirions de notre devoir d'intervenir avec énergie.

Ces poursuites ont cependant ému certains de nos confrères qui ont procédé à l'exhumation de projets de création d'un ordre des médecins. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet qui a fait couler beaucoup d'encre, et nous a valu une proposition de loi, déposée sur le bureau de la Chambre par M. Léon Daudet ; nous n'aurions pas cru cependant cet éminent politicien et pamphlétaire capable d'une pareille sollicitude pour la réputation des pauvres *morticoles* que nous sommes.

M. le Dr Pierre-Louis Rehm qui nous apprend qu'il a pratiqué jadis la médecine à la Chapelle-d'Aligné (Sarthe), avant d'être un des distingués rédacteurs du *Matin*, vient d'écrire dans la première colonne du numéro du 27 novembre de cet important journal, un article fort intéressant, où il conclut, comme il l'annonce dans le titre, qu'*il faut réglementer l'exercice de la médecine.*

M. le Dr Rehm attribue le nombre des médecins malhonnêtes, qui, selon lui, paraît croissant : 1° au mauvais recrutement des médecins du fait de la démocratisation de l'enseignement, d'où l'augmentation de la proportion des médecins besogneux ; 2° aux difficultés que le médecin praticien rencontre pour gagner sa vie, car il n'a pu que fort péniblement doubler le taux de ses honoraires (et encore, pas partout effectivement) quand le coût de la vie a plus que triplé ; 3° à la concurrence que font aux médecins praticiens, les médecins étrangers, « les infirmières diplômées visiteuses, les dispensaires, les consultations données dans l'officine du pharmacien, et les nouveaux remèdes auxquels le malade a recours sans consulter le médecin et qui guérissent » (?). M. le Dr Rehm eût pu ajouter la publicité que donne à ces remèdes la grande presse politique, publicité qui n'est pas sans danger pour la santé publique, mais contre laquelle ne s'élèvera jamais une voix dans les milieux officiels, ni dans les milieux parlementaires, tant est grand à notre époque le pouvoir de la presse intéressée. Ces causes ont leur importance, nous n'en disconvenons pas. Nous ferons remarquer cependant que ce n'est pas surtout chez les médecins besogneux que l'on a rencontré le plus de présumés coupables ; que, parmi les médecins poursuivis, il en est de riches qui sont plus que millionnaires et copieusement décorés. C'est en faveur de ces derniers que l'on a fait et fait encore des efforts surhumains pour les arracher à la justice. Ces efforts d'ailleurs, loin de démontrer leur innocence, laissent encore plus présumer leur culpabilité, car le désir d'un honnête homme, injustement accusé, est avant tout de trouver des juges et de laver publiquement au grand jour de l'audience la tache dont on a voulu le souiller.

Le recrutement des médecins ne tardera pas, croyons-nous, à s'améliorer. La longueur des études médicales, les difficultés excessives qu'une famille qui n'est pas très fortunée rencontre à entretenir un étudiant pendant de longues années dans une grande ville, le coût considérable de l'installation du nouveau médecin, sont autant de facteurs économiques qui, mieux que toute réglementation, limiteront le nombre des médecins, et ceci, peut-être plus qu'il n'est désirable.

Arrivons maintenant à la solution que propose M. le Dr Rehm. Notre confrère du *Matin* n'est pas partisan de l'*Ordre des médecins* : « C'est, dit-il, en propres termes, mettre un voile pieux sur l'ivresse de Noé ; ce n'est pas guérir le mal ». Sur ce point, nous sommes parfaitement de son avis.

Mais, à la suite, M. Rehm propose de « réglementer les postes de médecins comme le sont les études de notaires. » Il conseille de séparer le titre scientifique de docteur en médecine de la licence qui permettrait d'ouvrir un cabinet de consultation.

Comme il paraît vouloir se défendre de réclamer la fonctionnarisation de la médecine, il conseille de prendre exemple pour la réglementation de la profession médicale sur l'organisation du Clergé français.

« Le prêtre, écrit M. Rehm, qui vise à soigner « les âmes, est toujours placé à l'endroit où son « ministère est utile. Il peut mériter de l'avan« cement ; il est soumis à des règles qui lui « laissent cependant une telle liberté qu'il ne « viendra à personne l'idée de le considérer « comme un fonctionnaire.

« Il n'y a qu'à prendre les cadres de l'orga« nisation diocésaine. On devrait pouvoir créer « un poste médical où il y a un curé et placer les « spécialistes où il y a un évêché.

« La profession médicale, ne souffrant plus « de la concurrence, ne s'exposera plus à la mé« fiance et aux critiques du public. Tout le « monde y gagnera, les médecins comme les « malades. »

Nos lecteurs trouveront certainement la solution du Dr Rehm peut-être élégante mais inattendue. Cependant nous entendons déjà formuler quelques objections.

Les membres du clergé catholique français ne sont pas des fonctionnaires d'Etat, soit ; mais ils sont quand même des fonctionnaires, fonctionnaires de l'Evêché, fonctionnaires de Rome. Ils se sont pliés (volontairement, nous le concédons), mais ils se sont pliés quand même à une forte discipline dont ils ne peuvent se dégager qu'en abondonnant leurs fonctions. Leur nombre dépasse considérablement celui des médecins : presque toutes les communes françaises sont pourvues de prêtres et c'est ce qui leur permet de remplir facilement et complètement la mission que leurs évêques leur ont confiée. Voués au célibat, n'ayant le plus souvent pour toute charge que celle de subvenir à leurs modestes besoins personnels, besoins réduits à un strict minimum par le caractère même de leur sacerdoce, il ne leur faut pour vivre qu'un revenu très modique.

Peut-on leur comparer ceux qui, en choisissant la profession médicale, n'ont fait vœu ni de célibat, ni de pauvreté, qui n'ont le plus souvent aucun goût pour l'abstinence et comptent, tout en exerçant leur profession en conscience et avec dévouement, jouir des agréments légitimes de la vie de ce bas-monde ? Pour assimiler les médecins aux prêtres, il faudrait remonter à cinq siècles, faire entrer de nouveau les Facultés de médecine dans le sein de l'Eglise, en un mot replacer les médecins parmi les clercs. Or, rappelons que ce fut au nom du Pape Nicolas V que le Cardinal d'Estouteville enleva en 1452 le caractère de clercs aux médecins de Paris, estimant incompatibles les nécessités de l'exercice de la médecine et les devoirs de la cléricature.

Sans remonter si haut, quel est le médecin de ville ou de campagne qui se contenterait pour vivre, avec ou sans famille, du budget d'un desservant, d'un archiprêtre et même d'un chanoine, fut-il prébendé ?

M. le Dr P. L. Rehm paraît, à la fin de son article, accuser du mal dont nous souffrons la concurrence que se font entre eux les médecins. Certes, la concurrence, si elle est exagérée et sans frein, en un mot illicite, est un grave danger ; mais ne la maudissons pas *a priori*. C'est la concurrence qui est le plus puissant stimulant du zèle et du dévouement ; c'est elle qui réveille les activités assoupies. C'est parce qu'il n'a pas à craindre la concurrence, que le fonctionnaire d'Etat se livre en somnolant aux douceurs de la loi du moindre effort.

— C'est bien, nous répliquera-t-on, mais que proposez-vous, puisque vous ne voulez ni l'Ordre des médecins, ni la réglementation de la profession médicale ? Sous quel régime voulez-vous faire vivre le médecin praticien ?

— Sous quel régime ? Mais sous le *régime de la Liberté* ; bien entendu de la Liberté bornée par celle des autres.

Laissez les conditions économiques limiter le nombre des médecins et régler leur répartition ; elles s'en chargeront mieux que toute réglementation officielle. Laissez les médecins se grouper à leur guise. Laissez les syndicats médicaux s'organiser librement, s'entendre librement avec ceux qui auront besoin de leurs services. Laissez le médecin, qui veut vivre en sauvage et ne croit pas avoir besoin de l'appui de ses confrères, subir en toute liberté les conséquences de son égoïsme.

Mais, nous rappellera-t-on, vous oubliez « la plaie secrète qui ronge le corps médical » et qui fait conclure au D[r] Rehm qu'*il faut réglementer l'exercice de la médecine.* Mais non, nous n'oublions rien. Les médecins sont des citoyens comme les autres ; comme tous les français, ils sont soumis en France aux lois Françaises et, s'ils sont coupables de délits ou de crimes, il n'y a aucune raison pour qu'ils échappent aux rigueurs de la Justice et des Lois. Bien plus, c'est dans le rôle des Syndicats médicaux, qui ont la mission de défendre les intérêts moraux et matériels des médecins, d'exiger la poursuite et la condamnation des coupables qui portent préjudice au bon renom de leur profession.

J. Noir.

Les relations médicales avec l'Etranger. A propos de l'Assemblée générale de l'A.D.R.M. L'insuffisance de nos efforts Un peu moins d'inertie et d'indifférence.

Chaque jour nous constatons combien il est indispensable pour le bon renom et les intérêts vitaux de notre pays d'intensifier nos efforts, de multiplier, faciliter, rendre plus intimes les relations médicales avec nos confrères étrangers.

A l'Assemblée générale de l'Association pour les relations médicales (l'A.D.R.M. reconnue d'utilité publique), M. le Doyen H. Roger qui présidait et le P[r] Hartmann qui se consacre tout particulièrement à cette œuvre, ont montré l'intérêt qu'il y avait à faire preuve d'une plus grande activité. Malgré des progrès sérieux, indiscutables sur l'an dernier, nous sommes loin, très loin du but qu'il nous faudrait atteindre. Nous avons assez insisté dans nos colonnes sur l'importance de premier ordre qu'il y a à multiplier nos points de contacts avec les médecins étrangers pour n'avoir pas à y revenir. *Tout médecin qui a le souci de l'avenir de son pays devrait faire partie de l'A.D.R.M.* Son rôle ne devrait pas se borner à une adhésion passive avec le payement d'une cotisation de 20 francs, mais à une collaboration active qui, seule, peut donner les résultats que nous désirons.

Il ne faut pas craindre de le dire : nous nous heurtons dans tous les milieux médicaux français à une indifférence, une inertie regrettables. Tout le monde approuve, mais chacun compte sur son voisin. Dans les milieux officiels qui pourraient faire beaucoup et qui ont le plus d'intérêt au développement de l'action à l'A.D.R.M., nous avons le regret de constater une tiédeur décevante. Beaucoup trop de nos maîtres dédaignent l'organisation d'un enseignement pratique de perfectionnement qui retiendrait chez nous pendant quelques semaines les médecins et les étudiants étrangers.

A diverses reprises, des confrères américains ne nous ont pas caché la vérité sur ce point : « Nous passons à Paris et en France pour nous distraire, nous ont-ils dit et répété en propres termes, mais si nous voulons nous y instruire, nous nous heurtons à de telles difficultés que nous préférons ne pas y perdre notre temps. Malgré l'affection que nous avons pour la France, malgré l'estime que nous avons pour les maîtres de vos Facultés, nous ne pouvons pas attendre plusieurs mois pour apprendre ce qui pourrait nous être enseigné en quelques jours ou quelques semaines. Aussi nous allons à Vienne, et même à Innsbruck, où nous trouvons un enseignement de perfectionnement bien organisé donné même parfois en notre propre langue. Nous le regrettons vivement, mais nous ne disposons pas d'un temps illimité quand nous venons en Europe. Nous préférons payer largement les cours que nous suivons comme nous le faisons à Vienne. C'est encore pour nous une sérieuse économie. »

Et ce n'est pas un seul Américain qui a parlé ainsi à un membre actif de l'A.D.R.M., mais dix, mais vingt étrangers de nationalités diverses.

Il faut secouer cette apathie, sortir de ce désordre, organiser des cours de perfectionnement bien compris. Il faut que les diverses Facultés françaises comprennent que c'est leur intérêt d'attirer les médecins et les étudiants étrangers de passage en France. N'est-il pas regrettable, lorsque l'A.D.R.M. demande officiellement à chaque faculté de médecine des renseignements sur sa propre organisation et le programme de ses cours, qu'elle ne reçoive de réponses que de Paris, de Strasbourg et de Bordeaux ? N'y a-t-il pas d'autres facultés de médecine en France ? Que doivent penser de nous les étrangers qui cherchent à se renseigner et ne peuvent rien obtenir de précis ?

Pendant ce temps-là, malgré leur désarroi politique et économique, les Allemands du Reich et de l'Autriche font une propagande inouïe, surtout en Amérique latine, et leurs grandes maisons de produits chimiques, leurs fabricants d'instruments, leurs éditeurs font de gros sacrifices, sachant bien que la semence qu'ils jettent leur sera remboursée au centuple. Notre A.D.R.M., elle, a peine à se constituer un capital de 30.000 francs et son budget annuel est si infime que nous n'osons en donner le chiffre. Il y a bien le Bureau des relations médicales qui est une émanation de l'A.D.R.M. et dispose de quelques ressources, mais nous ferions sourire nos amis de



l'Etranger si nous disions le chiffre des fonds consacrés à soutenir *dans le monde* la réputation de la médecine française et des industries qui se rattachent à elles (stations thermales et climatiques, produits pharmaceutiques, instruments et appareils, librairie scientifique). Des amis nous ont dit « Jetez un voile sur ces tristesses ». Nous préférons au contraire les étaler dans notre *Concours médical* qui n'est guère lu actuellement à l'étranger, espérant que peut-être on parviendra, en les connaissant, en France, à y remédier.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA TRANSFUSION SANGUINE AU SERVICE DU PRATICIEN

III. — Le bilan de la transfusion sanguine et son avenir

Par Georges ROSENTHAL,

Docteur ès-sciences, ex-chef de clinique à la Faculté.

Il est évidemment prématuré d'établir le bilan de la transfusion sanguine, dont la technique est certes bien constituée, mais dont le domaine n'est pas encore entièrement délimité, encore que comme toute méthode efficace et nouvelle, elle ait plus à craindre des admirations sans bornes que des dénigrements de la routine. Elle doit s'imposer par son efficacité et par son innocuité. Jamais le vieil adage *primo non nocere* ne doit être oublié, et tous doivent réfléchir qu'une imprudente technique ferait condamner par ses accidents inévitables une médication magnifique.

Ce qui frappe dans la transfusion sanguine, c'est la rapidité de son bienfait. Cette rapidité doit se rapprocher du soulagement de l'homme affamé dès qu'il goûte les aliments ou du bien-être du blessé torturé par la soif à la première gorgée de liquide. Récemment encore, au cours d'une transfusion sanguine chez une malade atteinte d'hématocèle rétro-utérine opérée d'urgence par notre ami G. Alexandre, le Dr Moing remarquait que le pouls se relevait dès le début de la transfusion.

Nous ne voulons pas aborder ici la comparaison des effets salutaires et décisifs de la transfusion sanguine et des effets salutaires, mais temporaires de l'injection intraveineuse saline ou sucrée ; vous avez vu que le sérum sucré ou chloruré nous servait à titre auxiliaire pour remplir le torrent circulatoire. Les travaux d'Hayem dès 1881, ceux recents du Pr Ch. Richet et de ses élèves, ont mis hors de doute la supériorité cliniquement incontestable de la transfusion sanguine.

Charles Richet, Brodin et Saint-Girons écrivent : « De tous les sérums (artificiels), le meilleur nous paraît être un sérum sucré salé renfermant pour 1.000 grammes d'eau distillée, 7 grammes de NaCl et 5 gr. de glucose ou de lactose. Ce sérum, capable de prolonger l'existence pendant quelques heures en maintenant la masse sanguine et en assurant la vie du cœur et du centre respiratoire, ne permet cependant pas d'obtenir la survie définitive après des hémorrhagies intenses. Seule, la transfusion du sang peut, dans des cas désespérés, sauver le blessé. »

La question est donc jugée. De même, le fait que le globule rouge transfusé aura, chez son nouvel hôte, une vie courte qui justifie le mot de greffe *temporaire*, que nous employons, ne doit pas faire oublier que cette greffe temporaire permettra la réfection par le malade de ses globules personnels ; cette vie courte fera le passage entre l'état de santé antérieur, et le retour à la santé par réveil de l'hématopoièse ; elle est un pont nécessaire et suffisant sur le précipice. Ashby a montré que cette vie de greffe temporaire pouvait atteindre 30 à 40 jours. Wearn, Warren et Ames ont admis une moyenne plus élevée qui s'élève à quatre-vingt-trois jours (Jeanbrau, rapport au 32e Congrès de chirurgie).

A la Société de thérapeutique (11 avril 1923), j'ai pu montrer par un calcul très simple des globules injectés à un nourrisson, et par le rapprochement avec le nombre des globules de ce nourrisson guéri que la transfusion était la plus puissante médication opothérapique, puisque un nourrisson ayant reçu 125 milliards de globules rouges maternels avait finalement un bénéfice

de 3 millions de milliards de globules rouges, soit au minimum 2.875.000 milliards de globules rouges nouveaux. « Rosenthal, dit Jeanbrau, a montré en 1923, que le sang citraté donnait à ce point de vue, des résultats remarquables ». (Rapport page 94). Ainsi tombe la légende des dangers du citrate. (Lire Hédon : Le sang citraté, *Journal médical français*, mai 1919, et Jeanbrau, rapport, p. 44.)

I

La grande hémorrhagie a prouvé, dès le début de l'histoire de la transfusion moderne, sa grande efficacité. Pendant la guerre, Depage et Govaerts ont étudié les facteurs de gravité des grandes hémorrhagies. Ils ont montré qu'il était nécessaire, en ce cas, de prélever le sang dans les veines du pli du coude et non pas dans les capillaires où le sang stagne et se concentre, si bien que le sang capillaire peut avoir six millions de globules au millimètre cube alors que le sang veineux descendra au-dessous de 4 millions dans les 6 ou 8 premières heures.

Cette diminution au-dessous de 4 millions est mortelle même avec les injections de sérum, mais elle n'est pas irréparable chez le blessé traité par la transfusion (Depage et Govaerts).

Jeanbrau, dont le rapport souvent cité est la meilleure source de documentation scientifique sur la transfusion affirme que la pression minima compatible avec la vie est au Pachon de 3 cm. 5. De même, l'abaissement du taux de l'hémoglobine à 25 % serait irrémédiable (Robertson et Bock) sans transfusion.

Citons encore la phrase de Jeanneney : « La chute progressive des valeurs sphygmomanométriques et oscillométiques malgré le sérum intraveineux, chez un sujet qui ne saigne plus, indique la transfusion ».

Nous avons déjà signalé que Pauchet a fait de la transfusion la thérapeutique préventive et curative du shock, tant dans les plaies de guerre ou les grands accidents du travail que dans les opérations longues et pénibles. P.-E. Weil a spécialement insisté sur les effets utiles de la transfusion préopératoire chez les hépatiques et les « hémogéniques » ; nous y reviendrons.

Dans les cas les plus graves, le résultat de la transfusion est l'évolution heureuse du malade. Le malade reste vivant, puis s'oriente lentement vers la guérison. Mais souvent la transfusion se juge par des faits objectifs et subjectifs. Comme nous le signalions au début de cet article, l'effet est alors immédiat. Un malade shocké, presque sans connaissance et aphone, blafard et cyanique est transfusé ; à peine, le sang nouveau pénètre-t-il dans son organisme que la voix revient, le faciès s'améliore, une douce sensation de chaleur le pénètre, la respiration rapide et superficielle se calme ; et cette amélioration, qui eût été temporaire avec les sérums type Hayem ou le sérum iso-visqueux de Delaunay, reste un fait acquis.

Elle est due en grande partie à l'activation de la circulation capillaire.

D'autre part, pression minima et maxima se relèvent et s'écartent par augmentation de la pression différentielle ; l'aiguille du cadran du Pachon augmente son incursion ; respiration et pouls se ralentissent et le résultat s'améliore d'heure en heure. Dans un cas de « shock mixte après néphrectomie laborieuse », chez un malade en imminence de mort, l'observation (Pauchet et Bécart) donne les faits suivants sur les résultats de la transfusion.

« A peine 10 centimètres cubes sont-ils passés que la personne qui surveille le pouls le trouve plus fort, mieux frappé et compte 160. Le malade accuse immédiatement une sensation de bien-être, ses lèvres et ses pommettes se colorent, sa respiration est plus ample, plus facile ; ses yeux sont plus vifs, sa voix est forte et le contraste avec ses soupirs plaintifs de la minute précédente est frappant. Le pouls est à 130 au milieu de l'injection. A la fin, il bat entre 100 et 120. La pression artérielle au Pachon monte à 5, puis à 7. Le malade déclare lui-même qu'il se trouve mieux ». Quelle plus belle démonstration de l'action spécifique et non pondérale du sang transfusé.

II. — Au chapitre des anémies, il faut à la fois signaler les bienfaits de la transfusion dans les cas les plus graves, comme les étudier dans les chloroanémies infantiles et la chlorose des jeunes filles.

Depuis plusieurs années, nous avons montré que la *chlorose essentielle des jeunes filles* trouvait dans la transfusion sanguine son traitement le plus efficace. Une injection hebdomadaire de 20 à 100 cc. de sang jeune d'un sujet vigoureux (de préférence prenez un donneur mâle, père ou frère jeunes, du même groupe), change en quelques semaines la situation. Le traitement se marque par l'amélioration de la formule sanguine, la diminution des déformations globulaires, l'augmentation des hématoblastes et le relèvement du taux de l'hémoglobine.

En même temps, la malade se sent mieux et tout. dans sa voix, son allure, ses gestes, fait prévoir la guérison. P.-E. Weil a contrôlé ces faits. « La chlorose vraie dite essentielle des jeunes fille sest très améliorée par une transfusion, même de petite abondance ». (Rapport, p. 194).

Les anémies de la première enfance. (Raoul Labbé et S. Aizière, G. Rosenthal), trouvent dans la transfusion un traitement efficace. D'excellents résultats s'obtiennent avec des doses de 5 à 20 cc. injectés une fois par semaine par la fontanelle supérieure par une technique imitée de celle de Blechmann dans la cure de la syphilis héréditaire. « Nos premières observations, disent Raoul Labbé et S. Aizière (Société de Thérapeutique, 9 mai 1923, p. 135), montrent ce que la transfusion répétée de petites doses de sang maternel peut donner chez les enfants débiles, présentant une anémie simple sans lésions organiques. Le nombre des globules rouges est alors augmenté de façon rapide et considérable ; de ce fait même, l'état général s'améliore, l'appétit réapparaît et le poids augmente, souvent dès la première injection : le taux de l'hémoglobine s'élève progressivement, mais de façon moins brusque. » Nous avons été frappé par la reprise du poids des nourrissons cachectiques non tuberculeux.

Les résultats indéniables obtenus dans la chlorose et l'anémie infantile présentent pour le praticien une importance de premier ordre, parce que ce sont affections fréquentes et de préoccupation quotidienne.

Il est de toute évidence que la transfusion dans les chloro-anémies tuberculeuse, paludéenne, syphilitique, doit s'associer à l'héliothérapie et aux médications quinique, mixte As-Hg-Bi-IK, selon la tétrade défendue par Goubaut, etc. Mais, en cas d'amélioration générale avec anémie persistante, la parole reste à la transfusion qui pourra redonner son effet favorable d'augmentation des globules, diminution de leurs déformations et relèvement du taux de l'hémoglobine. Souvent un syphilitique momentanément guéri reste un simple anémique justiciable de la rénovation sanguine.

La transfusion répétée a permis à P. E. Weil de reculer la limite des anémies curables et de montrer que le caractère aplastique, c'est-à-dire la non-rétraction du caillot, la diminution considérable des hématoblastes, l'absence de globules rouges nucléés et de mononucléaires granuleux n'avait pas le caractère fatal accepté jusqu'alors (Soc. méd., 24 nov. 1922). Déjà Ravaut et de Kerden (Soc. méd. hôp., 30 nov. 1917) avaient, avec la technique ancienne, indiqué cet espoir.

Ce sont là des faits à l'étude, mais d'évolution variable (communication de Rieux à la Soc. méd. des hôp., août 1923). Qu'il nous suffise d'affirmer actuellement qu'une anémie quelle qu'elle soit ne sera vraiment une anémie irrémédiable qu'après échec des transfusions en série, qui n'auront pu faire apparaître les éléments de régénération sanguine.

Il faudra toujours se défier du tertiarisme syphilitique ou d'un parasitisme intestinal. C'est en raison de ces deux causes étiologiques que P.-E. Weil (rapport, p. 187) écrit au sujet de ses deux cas signalés précédemment. « Je ne maintiendrai plus aujourd'hui avec autant de conviction le terme de cryptogéniques ; et le résultat splendide de ce traitement par transfusion répétée nous semble moins paradoxal.

En somme, les deux cas ne furent pas des cas d'anémie pernicieuse progressive puisqu'ils ont guéri. Mais, sans la transfusion répétée, ils auraient reçu, après la mort des sujets, cette fatale dénomination. »

D'après P.-E. Weil, il existe dans les anémies un véritable *transfusopronostic* basé à la fois sur le nombre des globules rouges dont la diminution se ralentit, s'arrête, puis se change en augmentation comme sur la formule sanguine qui perd son caractère aplastique pour devenir une formule de régénération sanguine. (Lire Agasse-Lafont : Examens de faboratoire).

III. — Le rôle hémostatique médical de la transfusion sanguine faite à petite dose est actuellement bien acquis. Ce rôle doit être considéré à la fois au point de vue prophylactique et curateur. Hayem, dès 1884, en démontra la puissance.

Chez tout hépatique, chez tout hémogénique, c'est-à-dire chez tout sujet dont le temps de saignement de Duke dépasse notablement deux minutes (piqûre au vaccinostyle du lobule de l'oreille essuyé de demi en demi-minute avec un papier buvard), dont le sang recueilli dans un petit tube stérilisé à parois strictement propres donne un caillot par prise totale sans exsudation secondaire de sérum, contrairement à la règle de la rétraction du caillot chez le sujet bien portant, quelques petites transfusions faites à la dose de 20 à 100 cc., dont la dernière sera faite 48 h. avant l'acte opératoire, diminueront considérablement la tendance à l'hémorrhagie et atténueront le risque opératoire.

On sera frappé de l'arrêt des hémoptysies

(notre observation, par exemple), de l'arrêt du suintement sanguin de l'ulcus pylorique et duodénal, de l'atténuation du saignement du rein lithiasique ou de la néphrite hémorrhagique, sans que, bien entendu, la transfusion, traitement symptomatique de l'hémorrhagie, puisse être substituée aux interventions nécessaires. Songez à ce rôle hémostatique chez vos utérines, si le curettage n'a pas donné un résultat parfait.

Nous avons signalé les belles recherches de Vignes (Soc. Path. comp., 1923) et l'application de la transfusion à la cure du mélæna des nouveau-nés, dont le pronostic était jadis si alarmant.

IV. — *Dans la cure des intoxications anémiantes* souvent hémorrhagipares, comme l'intoxication arsenicale, ou arsénobenzolée, la transfusion agit d'abord par arrêt des saignements. Faite en série, associée aux médications antitoxiques, elle constitue contre l'anémie une arme puissante capable de modifier une formule sanguine même aplastique. Le résultat sera d'autant plus rapide, d'autant plus éclatant, que le foie et le rein auront été épargnés par les toxiques. (Lire P.-E. Weil, Soc. méd. des hôp., 3 nov 1922.)

Dans l'anémie cancéreuse, en particulier dans le cancer de l'estomac à forme anémique d'Hayem, la transfusion est soit une médication palliative, soit une médication pré-opératoire. La parole est au bistouri, ou aux rayons X. Le traitement sanguin ne peut traduire son résultat que par une impression médicale.

Une place à part doit être faite à l'intoxication par CO, bien que depuis Nicloux, on sache que l'O peut, à son tour déplacer l'oxyde de carbone. Une grande transfusion du sang, au besoin après saignée, peut dans les cas graves permettre d'attendre l'effet de l'injection intratrachéale d'oxygène à haute dose que notre trachéofistulisation permet de réaliser chez le malade passif.

V. — Malgré les travaux de Pauchet et les conclusions de son rapport (p. 143-158), il ne me semble pas que la transfusion, doive entrer dans le traitement des infections comme médication anti-infectieuse directe (1). Sachons nous défier de toute exagération :

Néanmoins, il est évident qu'une fièvre éruptive hémorrhagique pourra bénéficier d'une médication par transfusion, et qu'une anémie de convalescence n'est plus une infection. Le rhumatisant convalescent est un simple anémique qui, après transfusion, recolore ses muqueuses, retrouve un chiffre normal de globules et ressent un bien-être général.

Dans le cas de méningococcémie de Ribadeau-Dumas et Et. Brissaud, la transfusion fut un complément du traitement. Les injections « n'avaient aucune action spécifique, mais elles empêchaient le déclanchement des phénomènes anaphylactiques que provoquait la présence des méningocoques dans le sang ». (Soc. méd. des hôp., 26 juillet 1918).

Il n'en est pas de même lorsque la transfusion utilise le sang d'un sujet vacciné thérapeutiquement ou par une atteinte antérieure de la maladie.

La transfusion peut alors être utilisée par injection du sang complet et par infection du plasma sanguin (transfusion partielle par déglobulisation).

La déglobulisation que nous avons *étudiée (Soc. de méd. de Paris, juin 1923) a été utilisée* avant nos recherches sous le nom de plasmothérapie par Grigault et Moutier (C. R. Acad. des Sciences, 18 nov. 1918, *Gaz. des hôp.*, 20 fév. 1919). D'après Moutier, *l'injection intraveineuse* de plasma de convalescent de grippe donnerait de bons résultats dans cette maladie. La dose varie de 100 à 500 cc. ; elle abaisse la température, améliore l'état général et peut faire avorter la maladie. C'est une ressource que l'avenir précisera.

La transfusion de sang de convalescent a donné à Ribadeau-Dumas et Et. Brissaud des résultats très intéressants (Soc. méd. des hôp., 15 fév. 1918) » chez trois rougeoleux très gravement malades où ils ont injecté dans les veines le sang de rougeoleux guéris dont l'éruption avait disparu depuis huit à dix jours ». A deux reprises, la transfusion fit régresser une broncho-pneumonie morbilleuse ; elle parut juguler la maladie dans le 3e cas.

Cependant depuis les travaux, commencés en 1915, de Ch. Nicolle et Conseil (1), et leur confirmation par Nobécourt, Paraf, Debré, les médecins utilisent de préférence l'injection hypodermique de sérum de convalescent. La question serait à étudier parallèlement, en comparant les résultats de la méthode hypodermique et de la technique intraveineuse.

De même, dans l'hémophilie, P.-E. Weil sem-

(1) Lire Ribadeau-Dumas et Et. Brissaud, G. Rosenthal. *Journal Medical Français*, mai 19.

(1) Lire Pierre Sée, *Bulletin général de Thérapeutique*, sept. 1923.



ble préférer à la transfusion, traitement héroïque en cas d'urgence, les injections hypodermiques de sérum, dont il a fait le traitement curateur de cette affection.

Il est possible, que, à l'instar des Américains, nous utilisions tôt ou tard le sang de sujets humains vaccinés dans un but thérapeutique ; c'est encore une espérance, mais sera-ce un progrès dans la civilisation. (*Annals of Surgery*, nov. 1917).

VI. — Peut-être plus tard, une action hypotensive sera-t-elle obtenue chez l'hypertendu transfusé avec du sang d'hypertendu, la question mérite d'être étudiée. Les faits incomplets que nous avons signalés la posent ; de même, que, inversement les expériences de Tournade et Chabrol établissent que probablement du sang d'hypertendu pourrait relever des tensions artérielles défaillantes.

***

Action anti-infectieuse de convalescent ou de vacciné, action hyper et hypotensive, action antitoxique, actions endocriniennes pour réveiller les glandes à sécrétion interne par les hormones, sénilité précoce, baisse générale de vitalité, guérison des plaies atones, etc..., que de chapitres futurs de la transfusion, que de travaux à effectuer pour compléter le bilan de la transfusion.

***

Dans cette étude des résultats de la transfusion sanguine, nous pouvons, en terminant, séparer les indications majeures indiscutables et désormais classiques, et les indications de moindre évidence qui s'adressent d'ailleurs à des cas où le médecin s'entoure quel qu'il soit de collaborateurs.

Laissons l'indication anti-infectieuse directe ; ne parlons pas de la scarlatine hémorrhagique ou du purpura infectieux, ne discutons pas l'utilisation très problématique dans les leucémies ou dans la maladie de Vaquez, etc..., mais écrivons les deux équations.

a) Anémies graves ou rebelles = transfusions ;

b) Hémorrhagies graves ou rebelles = transfusions de prophylaxie et de cure.

a) Voilà cinq ans que j'ai signalé la guérison rapide de la chlorose grave. Raoul Labbé et Aizière ont mis hors de doute la guérison des anémies du nourrisson par la technique que j'ai réglée sur leur demande. (Soc. de Thérapeutique, 1923, thèse de S. Aizière, 1923).

P.-E. Weil a reculé la limite des anémies curables par ses travaux sur l'anémie benzolique, arsénobenzolique ou helminthiasique. Désormais une formule aplastique n'est plus intangible.

b) Faut-il rappeler les beaux travaux faits au front par Jeanbrau, Hustin, Depage et Govaerts, etc.., sur les hémorrhagies de nos grands blessés.

Toute plaie de guerre ou du travail exige la transfusion. Tout shock est justiciable de la transfusion.

Tout ulcus duodénal, tout ulcère du pylore, tout néoplasme du pylore qui saigne ne devrait être opéré qu'après transfusion. Pauchet a raison de le soutenir.

Toute hémoptysie rebelle appelle la transfusion ou le pneumothorax artificiel ; de même toute hématurie, métrorrhagie, etc... Avant tout, l'hématocèle rétro-utérine en est justiciable, comme l'hémorrhagie parfois si grave des hémorrhoïdaires.

Un bien-être souvent immédiat, une amélioration du pouls, de la tension dans ses quatre éléments (maxima, minima, pression différentielle, et indice oscillométrique de Pachon), une modification de la formule sanguine, sont la signature des bienfaits de la transfusion.

Un jour viendra où, à l'exemple des Américains suivis par Pauchet, nos services hospitaliers et nos maisons de santé sauront s'organiser à ce point de vue. Il semble simple de sélectionner dans toute organisation médicale quelques sujets sains et vigoureux du groupe IV, c'est-à-dire donneurs universels. Ce jour-là, toute difficulté sera écartée. Le goupement sanguin même sera une recherche de précision non indispensable.

D'urgence, avec notre boîte à transfusion sanguine (Société médicale des hôpitaux, séance du 2 novembre 1923), la manœuvre sera vraiment, comme nous le soutenons depuis nos recherches au front de Champagne en 1917, et de tout point, une manœuvre de petite chirurgie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

La tuberculose verruqueuse

M. J.-P. Tourneux, chirurgien des Hôpitaux du Parlement.

L'étude de la tuberculose cutanée a été, au cours de ces dernières années, l'objet de très nombreux travaux ; aussi, le cadre de cette lésion s'est-il considérablement élargi, grâce aux progrès de la clinique, qui ont permis par l'observation pure de rapprocher les unes des autres des formes qui paraissaient jusque-là tout à fait indépendantes et isolées, et grâce aussi aux recherches anatomo-pathologiques, qui ont mis en évidence les altérations caractéristiques de la tuberculose cutanée, et montré, dans la plupart d'entre elles, la présence du bacille de Koch.

Actuellement, si l'on met à part le lupus érythémateux, dont la signification exacte n'est pas encore précisée, car un grand nombre d'auteurs nient sa nature spécifique, on peut diviser les tuberculoses cutanées en trois grandes classes : les tuberculoses ulcéreuses, les tuberculoses gommeuses, et les tuberculoses non ulcéreuses. Ces dernières comprennent elles-mêmes deux variétés, le tubercule anatomique et la tuberculose verruqueuse : on n'admet plus aujourd'hui, comme forme particulière, la lésion étudiée en 1883 par Vidal sous le nom de upus scléreux, car différentes recherches ont prouvé qu'elle ne constituait qu'une des modalités de la tuberculose verruqueuse.

Il faut comprendre, sous ce dernier nom, une lésion, qui fut décrite pour la première fois en 1886 par Rielh et par Paltauf, et qui consiste en plaques de formes et de dimensions variables, dont le siège se trouve presqu'exclusivement au niveau des mains, à la face dorsale du métacarpe et des doigts.

Ces plaques sont constituées par trois zones concentriques : la première, la plus externe, est formée par une bande érythémateuse , rougeâtre, élevée insensiblement ; la zone moyenne présente toute une série de petites pustules superficielles, plus ou moins disséminées, de couleur brune ou chocolat, et enfin, la partie tout à fait interne, irrégulièrement proéminente, est revêtue par un grand nombre de petites tumeurs papillomateuses ou verruqueuses, pouvant atteindre quelques millimètres de hauteur, et présentant des extrémités pointues ou arrondies. Il existe entre ces diverses excroissances des fissures et des érosions superficielles d'où viennent sourdre, lorsque la lésion est un peu avancée, des gouttelettes de pus.

Ces lésions présentent une marche excentrique, tendant à s'étendre par la périphérie ; ce n'est que dans de très rares cas, que l'on assiste à leur régression, la rétrocession débute alors par le centre et s'étend peu à peu dans les zones externes : elle a lieu spontanément avec des cicatrices assez nettes (lupus scléreux).

L'éruption, qui ne se manifeste qu'au niveau de points bien limités, et dont les seuls symptômes subjectifs consistent en une sensibilité à la pression pouvant confiner à la douleur, ne se rencontre d ordinaire que chez des sujets vigoureux, étant, de par leurs occupations, souvent en contact avec des animaux ou des produits animaux.

C'est ce que vous avez pu relever, en effet, chez un de nos malades, homme âgé de trente-quatre ans, exerçant la profession de boucher, qui est atteint d'une lésion cutanée, en évolution depuis environ cinq mois, lésion qui n'a jusqu'ici été nullement modifiée par les divers traitements qui ont été successivement essayés.

Cet homme, de constitution particulièrement robuste, dont les antécédents, tant héréditaires que personnels, ne présentent aucun intérêt, et dont tous les appareils fonctionnent des plus normalement, a vu apparaître tout à fait spontanément, au niveau de la face dorsale de la main gauche, en un point correspondant au quatrième métacarpien, une série de toutes petites papules, qui ont augmenté insensiblement de nombre et dont l'ensemble a fini par constituer une plaque présentant une forme à peu près elliptique, séparée des parties demeurées saines par une limite assez nette.

Cette plaque, qui est légèrement surélevée, et qui repose sur une base légèrement indurée, mesure environ quatre centimètres de long sur deux de large : elle présente la succession des trois zones, qui ont été décrites précédemment, et toute la région centrale est recouverte par une série de petites tumeurs papillomateuses et verruqueuses très irrégulièrement disséminées. L'ensemble offre, en ce moment, un aspect gris brunâtre, assez rugueux au toucher, ce dernier caractère provenant des saillies coniques d'une consistance assez dure, qui constituent une sorte de carapace superficielle. Si l'on vient à presser cette plaque entre les doigts, action qui provoque une légère douleur, on fait sourdre un certain nombre de gouttelettes d'un pus assez mal lié.

Tels sont les seuls symptômes que nous avons pu relever chez notre malade ; il n'existe aucune lésion osseuse ou articulaire de voisinage, comme il n'existe pas non plus de retentissement ganglionnaire, l'examen du coude et du creux de l'aisselle ont été complètement négatifs.

Etant donné l'aspect clinique de la lésion,

ainsi que son siège bien précis, ce qui ne nous permettait guère de songer à la possibilité d'une autre dermatose, nous avons porté le diagnostic de tuberculose verruqueuse, et, étant donnée la complète inefficacité des divers traitements employés jusqu'alors, nous avons proposé à notre malade d'en pratiquer l'exérèse, ce qui eut lieu quelques jours plus tard sous anesthésie locale, en ayant bien soin de faire porter l'incision tégumentaire en pleins tissus sains, à quelques millimètres du début de la zone érythémateuse. La réunion se fit par première intention.

L'examen de différentes coupes, pratiquées dans divers fragments prélevés sur le lambeau cutané excisé, nous a montré que les lésions n'existaient pas seulement au niveau de l'épiderme, mais qu'elles avaient également envahi le derme assez profondément. On notait, en effet, du côté de l'épiderme, un épaississement assez sensible du corps de Malpighi, avec une desquamation très précoce des couches kératinisées ; dans l'épaisseur de cet épiderme, on voyait également un certain nombre de petites masses cornées, représentant vraisemblablement des débris *d'infundibulum pileux, coupés plus ou moins* obliquement. Quant au derme, on y relevait, en dehors d'une exagération irrégulière mais tout à fait nette des prolongements inter-papillaires, une infiltration très intense des cellules embryonnaires, s'accompagnant de lésions tuberculeuses nodulaires et folliculaires bien caractéristiques, et cela, jusque dans les couches superficielles du tissu cellulaire sous-cutané.

Telles ont donc été l'allure et l'évolution clinique du cas de tuberculose verruqueuse qu'il nous a été donné d'observer : allure bien spéciale, évolution extrêmement simple et qui rendent parfaitement compte de la nature propre de l'affection. Contrairement à ce que l'on admettait autrefois, on a aujourd'hui tendance, au point de vue étiologique, à considérer la tuberculose verruqueuse, non plus comme une lésion cutanée secondaire, dépendant d'une autre bacillose plus ou moins latente, mais comme une lésion purement locale, résultant du développement plus *ou moins rapide d'une colonie* bacillaire à inoculation cutanée. Le fait que les lésions se développent presqu'exclusivement en certains points des téguments chez des sujets en excellente santé générale, plutôt vigoureux et exerçant des professions bien déterminées, qu'elles n'ont aucune tendance à se généraliser à l'organisme, en constitue une preuve des plus manifestes.

Au point de vue du diagnostic, la tuberculose verruqueuse ne présente pas, et cela dans la très grande majorité des cas, de difficultés par suite de sa localisation presqu'exclusive au niveau des extrémités des membres et de sa physionomie propre. Ce n'est que dans quelques cas, soit par suite d'une situation anormale de la lésion, siégeant alors sur l'anus ou sur la vulve, ou à cause de modifications d'aspect, que la tuberculose verruqueuse devient alors plus difficile à reconnaître, et qu'on a pu la confondre avec quelques autres lésions cutanées, telles que les papillomes simples, l'épithéliome papillaire des vieillards, le lichen plan, corné ou hyperkératosique, les syphilides papuleuses et les périfolliculites agminées de Leloir. Par suite de sa rareté, la tuberculose verruqueuse ne constitue alors qu'un diagnostic d'exception que l'on arrive à poser, soit devant l'échec de toute thérapeutique ordinaire, soit à la suite de l'examen d'une biopsie.

Cette variété de tuberculose cutanée se présente donc sous l'aspect d'une lésion tégumentaire à marche particulièrement lente et à virulence très atténuée ; elle n'entraîne avec elle jamais d'ulcérations, sauf les toutes petites fissures existant entre les papilles, et n'est suivie de généralisation viscérale que lorsqu'on a laissé évoluer l'affection cutanée jusqu'à ses dernières limites, sans lui opposer une thérapeutique suffisante.

Elle constitue, en effet, une lésion qui ne guérit spontanément que d'une manière tout à fait exceptionnelle et qui nécessite, pour disparaître une action énergique. On comprend d'ailleurs des plus aisément, étant donnée la disposition profonde des follicules tuberculeux, qui ne se bornent pas à infiltrer tout le derme, mais arrivent bientôt dans leur mouvement d'extension à envahir le tissu cellulaire sous-cutané, que l'action des différents topiques que l'on dépose à la surface de la lésion ne peu donner que des résultats très aléatoires.

Pour entraîner une guérison complète et définitive, il est donc nécessaire de cureter la plaque et de la détruire au thermocautère, ou, ce qui nous paraît infiniment préférable de l'enlever totalement au bistouri, quitte à recourir à des greffes ou à une autoplastie pour recouvrir la perte tégumentaire. Il faut encore ajouter que, d'après certains auteurs, la radiothérapie arriverait à donner d'excellents résultats dans le traitement des tuberculoses cutanées ; le seul inconvénient réside dans la longueur de la cure, car il faut de multiples séances pour arriver à une stérilisation complète, aussi ce mode de traitement nous paraît-il devoir être réservé aux cas où l'extension considérable des lésions nécessiterait une exérèse tégumentaire par trop étendue.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Ponction trans-cérébro-frontale de la base crânienne.

Partant de ce fait, acquis au cours de la guerre, que la piqûre et la ponction du parenchyme cérébral sont inoffensives et indolores, M. Sicard vient d'imaginer et de régler une intervention qui a pour but de pénétrer jusqu'aux lacs de la base du crâne pour y prélever les liquides des confluents ou y déposer un médicament modificateur.

Pour éviter de léser l'artère méningée moyenne ainsi que les sinus ou les gros vaisseaux de la base, l'auteur délimite la zone crânienne où doit se faire la pénétration d'une aiguille de 14 cm. de longueur et de 7/10e de millimètre de calibre, terminée par un biseau *mousse*, avec un œil latéral. Cette zone sera située en avant d'un plan vertical perpendiculaire à l'axe antéro-postérieur du crâne et passant par l'angle malo-zygomatique.

L'opération est relativement facile ; elle ne réclame que l'anesthésie cutanée pour l'incision du tégument, la perforation osseuse au moyen d'une petite vrille étant indolore, ainsi que la pénétration dans le tissu cérébral.

L'auteur a appliqué cette méthode de traitement à 11 malades, dont 5 paralytiques généraux, deux méningitiques tuberculeux, 3 méningitiques cérébro-spinaux, un tabétique atteint de cécité progressive.

Les résultats ont été négatifs dans 9 cas ; ils ont seulement montré combien, en réalité, cette ponction trans-cérébro-frontale est simple et sans risque. Par contre, dans deux cas de méningite cérébro-spinale largement sérumthérapisés par les voies classiques, et qui présentaient des accidents encéphaliques d'un pronostic très sombre, la guérison est survenue, et s'est maintenue sans aucune séquelle.

« De ces onze observations, il me paraît se dégager cette impression que la ponction baso-crânienne trans-cérébro-frontale pratiquée avec simple anesthésie locale, et à l'aide d'une vrille perforante, et d'une aiguille d'injection mousse, appropriée au niveau des étages antérieur et moyen de la base crânienne , n'est ni douloureuse, ni dangereuse, ni d'exécution difficile.

« Il me paraît également se dégager cette notion que par cette nouvelle voie, on peut, dans certains cas de méningite cérébro-spinale bloquée, atteindre directement les exsudats de la base et porter à leur contact le sérum bactéricide, sans préjudice des injections associées intraventriculaire et surtout intramusculaire ou même intraveineuse. » (*Gaz. des hôp.*, 28 sept. 1923) ».

Conception nosologique des ictères typho-paratyphiques.

Les ictères aigus, qu'ils se montrent sous la forme apyrétique, ou sous la forme pyrétique, peuvent-ils être d'origine typhique ou paratyphique, ainsi qu'un certain nombre d'auteurs le soutiennent ?

Si nous en croyons MM. Garnier et Reilly, la découverte du spirochète ictéro-hémorragique, en précisant la pathogénie de certains ictères fébriles, à rémissions thermiques, a déjà permis de répondre dans une certaine mesure à cette question.

Pour eux, le bacille typhique et le paratyphique n'interviennent qu'exceptionnellement dans la genèse de l'ictère, et si l'on a constaté une poussée ictérique au cours d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde, il ne s'ensuit pas que cette poussée soit due directement aux agents pathogènes de l'infection principale.

Aussi bien, résument-ils clairement leur argumentation dans les lignes suivantes :

« Si l'on veut bien admettre avec nous que, tant pour l'ictère épidémique que pour les cas sporadiques d'ictère aigu apyrétique, la preuve de leur origine paratyphique n'a pas été donnée, que reste-t-il du rôle des bacilles typhiques et paratyphiques dans l'étiologie des ictères infectieux ? En ne retenant que les seules observations vraiment probantes, on reconnaît que l'ictère, au cours de l'infection par les bacilles typhiques et paratyphiques, se rencontre dans deux éventualités différentes : à titre exceptionnel chez des sujets atteints d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde évoluant avec ses symptômes habituels ; plus fréquemment peut-être chez des individus soumis à une infection massive, accidentelle (intoxications alimentaires, aertrykoses de Besson et de Lavergne) ou provoquée (expérience de Cantacuzène).

« Dans le premier cas, c'est une prédisposition individuelle qui permet le développement d'une angiocholite ; dans le second, celle-ci est favorisée par l'élimination d'une grande quantité de bacilles par les voies biliaires. Dans l'un comme dans l'autre, l'ictère est peu marqué. Les bacilles du groupe typhique ne possèdent ni les propriétés biologiques, ni l'action élective si particulière sur le foie et les organes de l'hématopoïèse, qui caractérisent les germes ictérigènes actuellement connus.

« L'apparition du subictère ne modifie en rien le tableau clinique, qui restera dans le premier cas celui de la fièvre typhoïde, dans le second,



celui de l'intoxication alimentaire. La jaunisse n'est qu'une complication, d'ailleurs peu importante ; elle suit l'apparition des symptômes qui traduisent les modes habituels de l'infection typhique ou paratyphique.

« L'ictère typhique ou paratyphique ne possède donc aucune individualité nosologique ; il doit être relégué aux complications accidentelles de l'infection par ces microbes ; il ne mérite pas d'occuper une place parmi les différents types d'ictère infectieux ». (*Paris médical*, 29 sept. 1923.)

Le diagnostic de l'insuffisance surrénale.

Depuis que les travaux de Sergent nous ont appris à reconnaître l'insuffisance surrénale, on a eu tendance à élargir considérablement le domaine de celle-ci, et à y faire rentrer des manifestations pathologiques qui, si nous en croyons M. Sézary, n'ont rien de commun avec elle.

Le type commun de l'insuffisance surrénale chronique est la maladie bronzée d'Addison, avec son trépied : mélanodermie, ou mieux pigmentation cutanéo-muqueuse bronzée, hypotension, asthénie, syndrome confirmé par le signe de la ligne blanche.

Or, ce dernier signe n'a pas, à beaucoup près, la valeur diagnostique qui lui fut d'abord attribuée ; il n'est que le résultat d'un réflexe vasomoteur normal. Les autres symptômes peuvent se rencontrer dans des états très différents. Pour préciser le diagnostic, l'auteur recommande d'explorer la force musculaire du malade. Dans la maladie bronzée, l'asthénie s'accompagne d'une *fatigabilité spéciale, d'un* extrême et rapide épuisement que le dynamomètre met en évidence. Dans la neurasthénie, dans l'asthénie thyroïdienne ou hépatique, l'épuisement n'est pas aussi rapide.

L'insuffisance surrénale aiguë est tout aussi souvent faussement incriminée dans ces états où l'on constate l'hypotension, l'asthénie et le signe de la ligne blanche.

C'est, au dire de l'auteur, aller trop vite en besogne, *et il n'y a, pour lui,* « *aucun doute que* le syndrome d'insuffisance surrénale aiguë tel qu'il survient au cours des lésions destructives des glandes, n'est que très rarement réalisé au cours des maladies aiguës et que là où on a cru le reconnaître, il faut plutôt incriminer les altérations du système nerveux, du foie, et plus rarement celles des reins ou d'autres glandes endocrines. » (*La Médecine*, septembre 1923.)

Troubles digestifs des nourrissons nourris par les farines en excès.

C'est habituellement à partir du 8e mois que l'on commence à alimenter l'enfant avec des bouillies farineuses. Mais il peut arriver que pour certaines raisons (intolérance au lait de vache), on soit amené à donner plus précocement aux nourrissons une alimentation strictement hydrocarbonée.

Or, rappelle M. Ribadeau-Dumas, à cette époque de la vie, le nourrisson supporte mal les farines, même maltosées, qu'il digère difficilement. Il y a donc inconvénient à procéder ainsi à cause : de l'inaptitude des enfants à digérer les farines ; des troubles dyspeptiques qui résultent de l'excès des fermentations farineuses dans le tube digestif ; des troubles dystrophiques provoqués par l'usage exclusif des farines ; des troubles créés par des substances nocive spour l'enfant ajoutées aux farines elles-mêmes.

Cliniquement, on observe une forme aiguë avec ascension thermique, pâleur des téguments, refroidissement des extrémités, météorisme abdominal, coliques fréquentes, selles également nombreuses, brunes, molles, spongieuses, bulleuses, parfois fétides... Ce sont les selles de farines, dans lesquelles il est facile de déceler l'amidon.

Les types chroniques des troubles dus aux farines en excès ressortissent à un état cachectique soit atrophique, soit hydrémique. Dans ce dernier cas, l'enfant ne perd rien de son poids et augmente plutôt, par suite de rétention aqueuse dans les tissus. Mais il demeure très fragile et exposé aux infections cutanées, avec un pronostic très assombri.

Ces troubles peuvent encore revêtir la forme du scorbut.

Le traitement comporte d'abord, pour la prophylaxie de ces troubles, la nécessité d'adjoindre toujours du lait au régime hydrocarboné, pour un nourrisson normal, et d'y revenir rapidement, si les hydrocarbones ont dû être prescrits exclusivement.

Chez un nourrisson de moins de trois mois atteint de dyspepsie des farines, il faut recourir au lait de femme, à des doses modérées d'abord, pour arriver ensuite à la ration normale. En cas de brusque déperdition de poids avec tendance au collapsus, recourir à l'huile camphrée et aux toniques.

Au-dessus de trois mois, après 12 à 14 h. de diète hydrique, prescrire l'allaitement artificiel au lait peu sucré, à doses peu considérables, en augmentant progressivement, avec des alternatives de lait et d'eau. Le fromage battu dans du lait convient aux diarrhées abondantes et persistantes. Aux enfants plus âgés, on ordonnera, en plus du lait, du jus de viande et des jus de fruits.

Lorsque le lait n'est pas bien toléré et que la diarrhée persiste, on doit recommander l'allaitement au sein, ou le lait d'ânesse.

Ces dyspepsies des farines sont, en général, de longue durée ; il faut s'attendre à des complications infectieuses.

On soignera en même temps l'état général, en mettant l'enfant dans les meilleures conditions hygiéniques, au grand air et à la lumière. (*Bull. méd.*, 6 oct. 1923.)

Trépanation décompressive et ponction ventriculaire

L'hypertension céphalo-rachidienne s'observe dans les tumeurs cérébrales et dans les épendymites. Elle s'accompagne habituellement, au moins à un certain moment, de céphalées atroces, et compromet, en outre, la vision. Avec les progrès de la chirurgie du crâne, on en est arrivé à combattre cette hypertension par la trépanation décompressive. Or, MM. Barré et Morin ont remarqué, à propos d'interventions de ce genre au cours desquelles ils ont pu mesurer rigoureusement la pression céphalo-rachidienne, que, si la céphalée cessait pendant un temps plus ou moins long, la pression elle-même ne baissait pas toujours sensiblement. Ils en ont conclu que la trépanation libérait en partie la dure-mère qui résistait mieux à l'excès de tension, jusqu'à ce que cet excès augmentant, dépassât les limites de la tolérance de la méninge externe.

Si, à cet instant, on ponctionnait celle-ci et qu'on laissât écouler une certaine quantité de liquide, les douleurs cessaient de nouveau. Aussi, ont-ils pensé et professent-ils qu'il serait avantageux d'ajouter à la trépanation décompressive la ponction ventriculaire qui n'est pas difficile à réaliser pour un chirurgien entraîné, et ne comporte pas de risques particulièrement graves.

Leur exposé est par eux résumé ainsi :

« Nous croyons que *la trépanation décompressive*, dont on ne peut méconnaître les heureux effets, est une intervention qui *ne décomprime pas toujours autant qu'il le faudrait. La disparition* définitive ou momentanée *des céphalées ne signifie pas toujours, comme on est porté à le croire, que l'hypertension est vaincue* : les accidents de ses paroxysmes seuls sont conjurés.

« Etant donné qu'à la fin d'une trépanation dite décompressive, et dans les jours qui suivent, la pression du liquide céphalo-rachidien peut être très supérieure à la normale et dangereuse, bien que le malade paraisse hors de danger, *il est très utile, pour éviter cette sécurité trompeuse, de mesurer la pression du liquide céphalo-rachidien, pendant l'intervention chirurgicale et quelques jours après.*

« Dans les cas où les syndromes d'hypertension existent seuls sans signe de localisation, il semble logique de préférer la *ponction ventriculaire* (avec drainage consécutif s'il y a lieu) à la trépanation décompressive large qui laisse toujours, même dans les cas les plus heureux, des traces qui fragilisent le sujet, ou d'associer cette ponction ventriculaire à la trépanation décompressive.

« Il reste à établir des règles précises qui dirigeront le choix entre la première et la seconde de ces modalités thérapeutiques et les conditions dans lesquelles il sera indiqué de les associer l'une à l'autre. Il nous a paru utile d'attirer aujourd'hui l'*attention sur le caractère insuffisant de certaines trépanations dites décompressives, qui ne décompriment pas en réalité*, et de chercher à montrer que la ponction ventriculaire mérite peut-être plus d'attention et de confiance. » (*Paris médical*, 6 oct. 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

L'exercice de la profession de sage-femme doit-il être contrôlé ?

(MM. Bar, Herrgott et Pinard. — *Académie de médecine* ; 30-10-1923.)

L'Académie aborde la discussion du 2e article du rapport de M. Bar sur la règlementation de la profession de sage-femme, article ainsi conçu : « l'exercice de la profession de sage-femme doit être contrôlé.

— M. Hergott s'inquiète du mot *contrôlé*. Le contrôle, dit-il, comporte une signification de méfiance qui rendra plus difficile le recrutement des sages-femmes.

— M. Pinard et M. Mesureur sont du même avis. Ils demandent la suppression de ce paragraphe du rapport.

— M. Bar attache, au contraire, une importance particulière au contrôle et il répond aux critiques dont il a été l'objet.

On a opposé au contrôle de faire litière du secret professionnel. Mais les registres des pharmaciens sont paraphés par les Commissions de surveillance sans que le secret professionnel en souffre, semble-t-il. On a objecté aussi que, partant de la profession de sage-femme, le contrôle s'acheminerait ainsi vers la profession médicale. M. Bar ne croit pas que l'on puisse établir un parallèle entre les deux professions. La sage-femme a un rôle obstétrical limité — que le contrôle empêchera de dépasser — et il n'en est plus de même du médecin.

A ce propos, M. Bar évoque ce que fut la sage-femme dans le passé, ce qu'elle est dans le présent, ce qu'elle devra être dans l'avenir. Dans le passé, sous le régime de la loi du 19 ventôse an XI, les sa-

ges-femmes pouvaient se servir de tous les instruments, après avoir mandé un médecin. Elles appliquaient la loi à la lettre. Pendant son internat à la Maternité, M. Bar fut ainsi appelé bien des fois à *assister* à une application de forceps que faisait devant lui la sage-femme en chef. Il n'avait d'autre droit que de voir les résultats, pas toujours brillants, de l'intervention. Quand la sage-femme en chef estimait une opération nécessaire, elle invitait l'interne à pénétrer dans la salle d'accouchements et le priait ensuite de se retirer !

La loi de 1892, à l'instigation de Tarnier et de Brouardel, interdit aux sages-femmes d'employer les instruments. Cette loi n'est plus aujourd'hui suffisante. L'obtétrique, depuis 1892, a évolué. Des opérations à allure chirurgicale sont venues, pour bien des cas, prendre la place des opérations à allure obstétricale. Et puis, il y a toute une obstétrique prophylactique, visant à prévenir, par des soins donnés pendant la grossesse, les accidents de l'accouchement. Les sages-femmes, dans cette obstétrique, doivent être pour les médecins des aides précieuses et avoir de nouvelles fonctions, les rapprochant des infirmières en général. D'ailleurs, il est des pays où les sages-femmes n'existent pas pour ainsi dire (aux Etats-Unis, au Canada, par exemple). Des infirmières spéciales aident les médecins.

En France, où la corporation des sages-femmes est de date très ancienne, il faut les maintenir, en définissant leur statut, orienté vers les accouchements simples et toute cette obstétrique nouvelle prophylactique, où les sages-femmes auront un rôle important à jouer.

Revenant au contrôle, M. Bar l'estime nécessaire. La Commission académique l'a voté à l'unanimité. Les Syndicats médicaux consultés ont envoyé 73 réponses : 40 oui, 20 non. Dix ont considéré ce contrôle comme difficile, 3 comme impossible. A l'étranger, le contrôle existe en différents pays, en Angleterre, en Allemagne, etc.

— M. Cazeneuve remarque que ce contrôle ne vise pas, comme on semble le croire, la répression de l'avortement criminel, mais la limitation des actes professionnels de la sage-femme.

— M. Bar apporte finalement à sa rédaction un amendement dont M. Pinard déclare se contenter. Il le formule ainsi :

« L'exercice de la profession de sage-femme doit *pouvoir* être contrôlé ».

Ainsi présenté, le 2e paragraphe des conclusions de la Commission est adopté.

Les difficultés de l'insulinothérapie.

(MM. Delezenne et Hallion, Mlle Ledebt. — *Académie de médecine* ; 30-10-1923.)

L'insuline, extrait alcoolique de pancréas, n'est pas un produit obtenu à l'état d'élément pur, comme l'adrénaline, par exemple. Malgré l'amélioration de la technique d'extraction, ce que les laboratoires fournissent sous le nom d'insuline est le principe actif pancréatique mêlé à des substances étrangères en quantité variable. D'où une première difficulté de posologie. On la résout en formulant, non pas quantités, par grammes ou centigrammes, mais par *unités spéciales*. Qu'est-ce que l'*unité* ?

Banting et Mac Leod, expérimentant chez le lapin, ont constaté que l'injection d'insuline sous la peau abaisse la glycémie, pour quelques heures. Si la dose est trop forte, il se produit des convulsions et du coma, suivis quelquefois de mort — accidents auxquels on peut remédier par l'administration précoce de glucose sous la peau. Dans les cas où l'on avait observé des convulsions, la glycémie était descendue à 0.45 pour 1.000 en moyenne. On vit là une sorte de point de repère naturel, qui fut utilisé pour définir l'unité d'insuline : celle-ci est représentée par la dose nécessaire et suffisante pour produire dans les quatre heures une baisse de glycémie allant à 0.45 p. 1.000, chez le lapin de 2 kilogr. à jeun depuis 24 heures.

Une autre difficulté se présente. Des doses identiques du même produit, employées chez divers lapins, ne donnent pas toujours les mêmes résultats. Ainsi, une quantité faisant tomber la glycémie à 0 gr. 45 chez un lapin pourra être d'un effet presque nul chez un autre. Cette irrégularité d'action a été notée par les auteurs canadiens et par M. Delezenne et ses collaborateurs. Les différences toutefois, ne sont pas en général excessives et on y palliera pratiquement en faisant porter les expériences sur une série d'animaux, ce qui permet d'établir une *unité* moyenne qui se rapproche assez de l'unité vraie pour que l'on puisse la considérer comme telle.

Ce n'est pas tout encore. Une unité d'insuline, définie ainsi expérimentalement, injectée chez plusieurs malades ne produit pas chez tous des effets semblables. Il faut tenir compte de facteurs individuels, physiologiques et pathologiques, encore mal définis. Il y a plus, ajoute M. Delezenne. Un sujet donné peut présenter à des moments différents des variations imprévues de sensibilité et ne pas réagir pareillement à des doses identiques.

MM. Delezenne, Hallion et Mlle Ledebt se sont efforcés d'établir ces points dans une série de recherches poursuivies au laboratoire de physiologie de l'Institut Pasteur.

Dans ces conditions, il importe que le clinicien applique l'insuline avec beaucoup de précautions. Banting et ses collaborateurs de l'école de Toronto, Blum, de Strasbourg, qui sont très familiarisés avec l'emploi de l'insuline, y insistent. A moins d'urgence, il faut tâtonner, disent-ils, avec de faibles doses pour apprécier la susceptibilité du patient. Il importe de se guider sur la courbe de la glycémie, et, par surcroît, rester prêt à intervenir, par l'administration de glucose, si une réaction excessive d'hypoglycémie (convulsions, abaissement exagéré du taux de la glycémie) venait à s'annoncer.

Sans doute, ce rigorisme, s'il semble indispensable

aujourd'hui, pourra -t-il dans la suite se relâcher quand on connaîtra mieux l'insulinothérapie. Il faut l'espérer pour la simplification des traitements par l'insuline.

Rôle du sympathique dans l'épreuve de Barany

(MM. Lannois et Gaillard, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 30-10-1923.)

L'épreuve de Barany, qui sert à définir l'excitabilité du labyrinthe, consiste à injecter dans l'oreille un liquide froid et à rechercher à quel moment apparaît et quelle est la durée du nystagmus ainsi provoqué (épreuve du nystagmus calorique).

On admet généralement que le contact de l'eau froide avec le tympan refroidit l'oreille interne et les molécules endo-lymphatiques des canaux semi-circulaires, d'où un mouvement de ces molécules et une action excitante. Celle-ci se répercute, par la voie nerveuse connue, sur les muscles de l'œil.

Cette explication a soulevé des objections et n'est pas acceptée par tout le monde. S'appuyant sur des expériences faites chez le lapin, MM. Lannois et Gaillard pensent que l'intervention du sympathique n'est pas négligeable dans le phénomène du nystagmus calorique. M. Lannois rappelle, d'ailleurs, qu'avec Jaboulay, il a noté, après la sympathectomie, de la rougeur du tympan, la disparition des bourdonnements dans un cas, et l'amélioration de l'audition dans trois autres cas.

Un cas de cécité curable chez un aveugle de guerre.

(M. Bonnefon, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 30-10-1923.)

Le malade de M. Bonnefon présentait depuis 1917, consécutivement à une blessure par éclat d'obus, une cécité complète relevant d'un décollement rétinien associé à une cataracte, avec mauvaise projection lumineuse. Il est d'habitude, en ophtalmologie, de considérer ces trois termes comme un syndrome incurable, concluant à l'abstention opératoire.

M. Bonnefon intervint cependant le 2 juin 1922 pour deux raisons. Il avait observé que si le réflexe rétinien sensoriel était fort médiocre, le réflexe photomoteur était par contre bien conservé. Il en conclut qu'en dehors de la région traumatisée détruite, il devait subsister des plages rétiniennes intactes. Puisque certains éléments rétiniens transmettaient l'excitation lumineuse aux noyaux moteurs de la protubérance, n'était-il pas permis de supposer qu'en augmentant la puissance de cette excitation, on put arriver à prolonger l'élément sensoriel jusqu'aux sphères corticales de la vision.

Sans un espoir bien grand, il est vrai, M. Bonnefon pratiqua donc l'extraction de la cataracte. Les premiers jours qui suivirent laissèrent la situation en l'état, mais peu à peu la sensibilité rétinienne se développa. Six mois après, le malade pouvait circuler seul, lire, écrire et travailler : son acuité visuelle s'élevait à 3/10 et s'est améliorée encore ultérieurement.

L'auteur conclut en disant qu'une rétine en apparence morte a pu ici retrouver la vie au contact de la lumière, après en avoir été isolée pendant six ans. Y a-t-il, parmi les aveugles de guerre, d'autres cas de cécité curable, ajoute-t-il ?

Névrite post-sérothérapique.

(MM. Sézary et Dessaint. — *Société médicale des hôpitaux* ; 26-10-1923.)

La question des névrites consécutives aux injections de sérums anti-toxiques est à l'ordre du jour. MM. Sézary et Dessaint en signalent un cas nouveau relatif non à une paralysie, mais à une forme sensitive.

Il s'agit d'une femme qui reçut, à la suite d'une chute de bicyclette, une injection de 10 centimètres cubes de sérum anti-tétanique. Huit jours plus tard, apparut une éruption urticarienne suivie de troubles nerveux consistant en fourmillements douloureux au niveau des extrémités, existant au repos et s'accentuant pendant les mouvements. Pas de paralysies ni d'atrophie musculaire. L'élongation du sciatique (manœuvre de Lasègue) provoquait les mêmes fourmillements sur la longueur du nerf. Ces phénomènes s'amendèrent en quelques semaines, après un traitement par les courants galvaniques. M. Sézary ne voit pas d'autre explication qu'une polynévrite sensitive post-sérothérapique.

P. L.

Les Congrès

XXXII[e] Congrès de l'Association française de chirurgie (*Suite*)

Discussion de la première question.

M. Moure (de Paris) fait des transfusions depuis 1910. Il a d'abord pratiqué la méthode directe artérioveineuse avec la canule d'Elsberg et les tubes de Tuffier-Carrel. Puis, il a adopté la technique de Jeanbrau et, depuis peu, il transfuse du sang stabilisé par les arsénobenzènes. Son expérience porte sur 15 cas personnels, 57 cas de Flandin et 20 de Baranger. Et il apporte les impressions que lui ont laissées ces 92 cas. La transfusion, dont il apprécie la grande valeur thérapeutique, ne lui semble pas aussi anodine qu'on



l'a dit. L'épreuve des groupes est un peu théorique et se montre parfois infidèle. Dans un cas d'anémie aiguë par hématémèses, par deux fois il a vu une transfusion de 120 centimètres cubes de sang citraté provoquer des phénomènes de shock extrêmement graves et d'autant plus imprévus que les réactions entre le sang du malade et le sang du donneur avaient été nettement favorables. La transfusion exige donc beaucoup de prudence et il n'y faut recourir que lorsque les injections de sérum se sont montrées insuffisantes. Les arsénobenzènes sont des stabilisateurs probablement préférables au citrate de soude, ceux-là étant environ dix fois moins toxiques que celui-ci aux doses où on les emploie.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) estime qu'il faut rendre la transfusion aussi simple et aussi inoffensive que possible pour la faire passer du domaine chirurgical dans celui de la pratique courante. On diminuera les risques du shock en diluant le sang dans une grande quantité de sérum glucosé à 47 p. 1.000. Il n'est nullement nécessaire d'injecter de grandes quantités de sang ; la dose de 200 à 300 grammes suffit dans tous les cas. Le sérum glucosé retarde la coagulation, si bien qu'avec cette technique, on peut notablement diminuer la quantité de citrate employé et même se passer de citrate quand la transfusion est assez rapide. Le procédé de l'auteur consiste donc à injecter le sérum glucosé avec une ampoule à large goulot, puis à faire couler le sang du donneur dans l'ampoule de sérum pendant que s'opère normalement l'injection intraveineuse. D'autre part, dans deux cas d'hémorragies, l'auteur a pu, avec d'excellents effets hémostatiques, injecter du sérum glucosé qui contenait seulement le sérum du donneur ; le sang s'était coagulé et fut filtré sur cinq épaisseurs de gaze.

M. Jayle (de Paris) trouve M. Pauchet un peu trop systématique dans les idées qu'il exprime sur la transfusion en général, et particulièrement sur l'avenir de cette méthode et croit plutôt, avec M. Emile Weil, que la transfusion n'est pas une opération destinée à tomber dans la pratique médicale courante. D'ailleurs, en trente années de pratique, l'auteur n'a pas rencontré tellement de cas justiciables d'une transfusion. Le difficile en matière de thérapeutique est toujours de poser l'indication. En 1892, dans un cas de grossesse extra-utérine rompue, la malade mourante ne fut pas opérée en raison de son état ; cependant elle guérit ; si la transfusion lui avait été faite, on lui eût certainement attribué la guérison. Sans vouloir méconnaître les indications désormais formelles de la transfusion dans certains cas graves d'hémorragies, il ne faut pas oublier les précieux services que peut rendre l'injection de sérum qui a cet avantage de ne nécessiter aucun examen de laboratoire, aucun outillage spécial et de pouvoir être pratiquée partout, sans retard.

M. Marquis (de Rennes). Les chirurgiens transfuseurs se divisent en deux catégories. Les uns disposent de donneurs professionnels à Wassermann constamment surveillé, à groupe sanguin fréquemment établi ; les autres ont recours à des donneurs bénévoles. Les premiers pratiquent la transfusion dans les très nombreux cas où elle trouve son indication ; les seconds la réservent habituellement aux cas graves ou d'extrême urgence. Si, avec la grande majorité des chirurgiens français, l'auteur ne suit pas l'exemple des chirurgiens américains, c'est que le recensement des donneurs professionnels est en France un difficile problème, et que l'urgence de certains cas ne permet pas la recherche des agglutinations sanguines.

Dans ces conditions, il a pratiqué onze transfusions, tant pour des hémorragies que pour des shocks. Les résultats immédiats sont impressionnants : on assiste parfois à une véritable résurrection. Les résultats éloignés dépendent de l'état du sujet, les hémorragiques bénéficient plus de la transfusion que les shockés ; toutefois, parmi ceux-ci, il cite deux broiements des membres inférieurs qui semblent avoir été sauvés par la transfusion.

M. Marquis exprime l'espoir que la transfusion se généralisera de plus en plus, qu'on l'emploiera même, puisqu'elle est inoffensive pour le donneur, dans des cas d'apparence désespérés sans crainte de déconsidérer une méthode qui a fait ses preuves, car parfois les résultats qu'elle donne dépassent les espérances.

M. Dehelly (du Havre) n'a eu, dans 80 cas, qu'un accident sérieux. Il pense que le sang artériel est préférable au sang veineux, préfère la transfusion artério-veineuse à la méthode de Jeanbrau et affirme que c'est une opération simple.

M. Guyot (de Bordeaux), qui traite les fractures à consolidation retardée par l'injection de sérum de fracturés récemment consolidés, se propose désormais de remplacer l'injection de sérum par une transfusion de sang total afin d'éviter les accidents sériques toujours possibles.

M. de Fourmestraux (de Chartres) a pratiqué 23 transfusions, 4 transfusions directes, 19 injections de sang citraté suivant la technique de Jeanbrau.

A la difficulté réelle de l'anastomose artério-veineuse directe ou indirecte, il faut opposer l'extrême simplicité de la transfusion de sang citraté.

M. de Fourmestraux a utilisé, soit l'appareil de Jeanbrau, soit plus simplement encore, la prise et l'injection à la seringue, grosses seringues en verre, qui, comme tout le matériel opératoire, gants, champs, compresses, auront été stérilisées dans une solution concentrée de citrate de soude.

La quantité de sang injecté ne doit pas en général dépasser 500 centimètres cubes. L'injection doit être faite très lentement ; dans un cas où la transfusion avait été très rapide des accidents inquiétants ont été observés, il semble que cette lente pénétration constitue un des avantages de la transfusion indirecte.

Dans les observations envisagées, il ne s'agissait

que d'accidents aigus posthémorragiques, qui semblent devoir constituer l'indication essentielle de cette méthode. A vouloir trop transfuser on risque de discréditer la technique.

L'auteur ne saurait admettre la pratique de l'autotransfusion (réinjection de sang épanché dans l'abdomen) qui nécessite trop de manipulations pour ne pas être dangereuse et qui ne semble du reste avoir donné de résultats heureux qu'entre les mains des chirurgiens qui ont préconisé cette méthode.

Les rapporteurs résument le débat et répondent à quelques objections.

M. Jeanbrau reconnaît que les tests de classement des groupes sanguins n'ont pas une valeur absolue ; cependant ils sont pratiquement suffisants ainsi que le prouvent les statistiques. Il ne faut pas oublier que le régime et certains médicaments modifient le taux des agglutinines. Le rapporteur admet que sa technique est un peu compliquée et qu'on peut lui en préférer d'autres plus simples, dont les résultats ne sont pas moins bons.

M. Pauchet continue à penser qu'on peut trouver des donneurs sans grand'peine. Le gain pour les uns, un sentiment de générosité pour les autres, sont des stimulants qui facilitent le recrutement. Le chirurgien doit charger de la transfusion un de ses aides habituels afin que celui-ci soit rompu à la pratique de l'opération. Ainsi la transfusion se généralisera et rendra tous les services qu'on est en droit d'en attendre chirurgicalement.

Deuxième question mise a l'ordre du jour.

Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux

Cette question a été l'objet de deux rapports.

Résumé du rapport de M. Bégouin (de Bordeaux).

Il convient de distinguer deux variétés de prolapsus.

Il y a prolapsus complet quand on note un affaissement global de tout le périnée : chute de l'utérus, de la paroi vaginale antérieure avec cystocèle, de la paroi vaginale postérieure avec ou sans rectocèle.

Il y a prolapsus partiel quand l'affaissement est limité à un organe seul et aux parties qui le recouvrent.

Nombreuses sont les interventions proposées pour remédier au *prolapsus complet.*

Les unes n'ont qu'un intérêt historique, l'expérience ayant démontré leur inutilité. C'est le cas de l'*hystérectomie* et de l'*hystéropexie* employées comme moyen unique de traitement.

Les autres méritent davantage de retenir l'attention et parmi elles la *triple opération* : colpopérinéorraphie, colporraphie antérieure et hystéropexie combinées — constitue une intervention efficace. Elle répond logiquement aux conditions à remplir pour la cure du prolapsus :

1° Reconstituer le périnée ;

2° Rétrécir le vagin ;

3° Détruire la continuité des axes du vagin et de l'utérus.

Accessoirement, il peut être indiqué d'amputer le col ou de pratiquer un curetage.

La colpopérinéorraphie constitue l'acte essentiel de cette opération et la meilleure technique consiste à réaliser, à la façon de Duval et de Proust, une myorraphie des releveurs par suture isolée de ces muscles.

La colporraphie antérieure tend à obtenir à la fois le rétrécissement et l'allongement du vagin. L'excision peut être rectangulaire ou elliptique. Toutes les fois où la mise à nu de la portion antérieure des releveurs sera possible, on devra faire précéder la suture des lèvres de la muqueuse, de la suture des releveurs. Cette myorraphie préconisée pour la première fois par Delenglade constitue un véritable progrès.

L'*hystéropexie* à titre d'opération complément aire est toujours indiquée, car, après réduction du prolapsus, l'utérus demeure en rétroversion, position funeste au maintien de la guérison. Le rôle de l'hystéropexie n'est pas de suspendre la matrice, mais plutôt, d'empêcher que les axes du vagin et de l'utérus ne soient sur le prolongement l'un de l'autre ; le col n'a plus tendance alors à écarter les parois vaginales et à s'insinuer entre elles.

L'opération d'Alquié-Alexander convient aux cas où les annexes sont saines ; s'il en est autrement, la laparotomie exploratrice qui contrôle les lésions annexielles et permet d'y porter remède est tout indiquée. Elle constitue le premier temps d'une ligamentopexie des ligaments ronds à la Doléris ou d'une hystéropexie isthmique par deux crins de Florence perdus.

La mortalité de la *triple opération* est très faible, à peine de 1 p. 100, et les résultats éloignés sont excellents dans 75 à 80 p. 100 des cas.

Watkins (de Chicago) créa en 1898 une opération nouvelle que modifièrent plus tard Wertheim et Schauta. Là encore, la colpopérinéorraphie est l'acte fondamental de l'intervention. L'originalité de la méthode consiste, après colporraphie antérieure, à interposer l'utérus basculé en antéversion entre la vessie et la paroi vaginale ; l'hystéropexie complémentaire ordinaire est remplacée par une fixation du fond utérin au ligament sous-pubien.

Ce procédé couramment employé aux Etats-Unis, en Autriche, en Allemagne, et, paraît-il, en Russie, ne s'est guère acclimaté en France, malgré quelques publications en sa faveur dues à l'école lyonnaise, au professeur Pollosson en particulier.

Le bilan de cette opération se chiffre par une mortalité de 1 p. 100 avec 93 p. 100 de succès définitifs. Quand la récidive se produit, c'est ordinairement par la réapparition de la cystocèle plutôt que par celle du prolapsus utérin. Il est difficile de juger cette méthode, le nombre des cas opérés en France n'étant pas très élevé, mais, avec des résultats identiques à la « triple opération », cette dernière mériterait l'avantage en raison de sa plus grande simplicité.

Une autre technique, à certains points de vue plus satisfaisante peut-être que les deux précédentes et dont la vulgarisation en France est due à Savariaud, consiste à pratiquer simultanément *une périnéorraphie et une colpectomie totale.* Les résultats sont excellents, et l'on est surpris que cette intervention efficace et bénigne ne se soit pas généralisée davantage.

La raison en est dans ce fait que beaucoup de chirurgiens répugnent à l'idée d'abandonner dans la profondeur du pelvis un utérus désormais sans communication avec l'extérieur. Bien que sénile et atrophié, cet organe peut encore se cancériser sans qu'aucun signe clinique ne permette d'intervenir à temps. De plus, cette opération a le défaut de supprimer définitivement toute vie génitale ; elle ne peut s'adresser par conséquent qu'aux femmes âgées.

Enfin, à ces différentes opérations, toutes recommandables, toutes efficaces, à condition d'être appliquées à bon escient et avec une technique parfaite, on peut ajouter *le cloisonnement élargi du vagin.*

A vrai dire, ce n'est là qu'une modification de l'ancienne opération de Le Fort. Celui-ci se contentait de pratiquer un avivement très réduit qui constituait en définitive une mince cloison, une simple bride sur laquelle le col utérin restait en équilibre, tel le fléau d'une balance sur son couteau. Le coït était encore possible.

Dans la méthode du *cloisonnement élargi,* la surface d'avivement doit avoir 7 à 8 centimètres de longueur. Elle ne laisse persister latéralement qu'une bande de muqueuse large à peine d'un centimètre.

Cette intervention tout aussi efficace et plus bénigne que les précédentes a le tort de supprimer toute possibilité de coït. Elle ne peut donc s'appliquer qu'aux vieilles femmes.

En résumé, si la malade qui présente un prolapsus complet est jeune, il faut savoir choisir entre « la triple opération » et celle de Watkins, Wertheim et Schauta. Chez les sujets ayant renoncé à toute vie génitale, le choix se fera entre la *colpectomie étendue avec périnéorraphie* et le *cloisonnement élargi* du vagin.

Les *prolapsus partiels* sont rares. Leur pathogénie ne dérive plus d'un effondrement général du périnée, mais d'une lésion locale limitée dans laquelle la part revenant aux muscles, aux aponévroses et au péritoine est difficile à déterminer.

On les a comparés à des hernies vulgaires et les opérations qu'on leur oppose consistent à réduire l'organe prolabé et à suturer les bords de l'orifice qui lui a livré passage.

Cependant un examen attentif montrera souvent que même chez les vierges, les prolapsus partiels s'accompagnent d'une faiblesse du périnée. Il sera sage de pratiquer chez ces malades :

1° Une périnéorraphie ;

2° Une intervention qui variera avec chaque forme de prolapsus :

Dans la cystocèle : myorraphie antérieure des releveurs ou interposition utérine.

Dans la hernie pré-utérine : même opération, mais après excisionn du cul-de-sac péritonéal prolabé.

Dans le rectocèle : myorraphie postérieure des releveurs.

Dans la hernie du Douglas : même opération, mais avec dissection et excision du cul-de-sac péritonéal abaissé.

Dans la chute isolée de l'utérus qui est le prolapsus des vierges ; hystéropexie abdominale isthmique par deux crins de Florence perdus.

Enfin, si les vierges sont de vieilles filles, le cloisonnement élargi du vagin est la méthode de choix.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU

Les Livres

Septimanie. Revue de décentralisation méridionale. Tous les poètes, tous les écrivains de Septimanie. Directeur fondateur : Dr Paul DUPLESSIS DE POUZILHAC. Narbonne.

Voici le sommaire du 15 novembre (1er numéro). Poème : Andrée Brugnière de Gorgot. — La porte : Jean-José Frappa. — La nacelle engloutie : Paul Castela. — Trains omnibus : Emile Ripert. — Billets doux : docteur Paul Duplessis de Pouzilhac. — Trois petits poèmes : Louis Payen. — La Septimanie : professeur Paul Delmas. — Le mois dramatique et littéraire : Edmond Sée. — Lu festo félibréenco : Ferrouil, de Montgaillard. — Propos du docteur Campagnou : docteur Paul Voivenel.

Bois gravés d'Achille Rouquet. — Portrait par Ignacio Zuloaga. — Les meules, composition de J. Colonne. La revue est imprimée par les presses du Maitre Imprimeur Montane, de Montpellier.

Editions de la *Semaine dentaire,*

Etablissements ASH, CAPLAIN, SAINT-ANDRÉ, 12, rue de Hanovre, Paris, 1923.

A. BOULARD. — **Les études dentaires en France.** (Recueil et commentaires de lois, décrets, arrêtés et documents divers, utiles aux étudiants en chirurgie dentaire et aux praticiens).

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1923.

Dr L. REUTER. privat-docent de l'Université de Genève. **Traité de matière médicale** (*Drogues végétales, drogues animales*) **et de chimie végétale.** L'ouvrage forme un volume in-4 de 850 pages à deux colonnes avec 293 figures, *en* 8 *fascicules* de chacun 112 pages environ, au prix de 12 francs chacun. Viennent de paraître les *fascicules* 4, 5 *et* 6.

VIGOT frères, éditeurs, Paris.

Honoré BROUTELLE. — **Quelques sourires de Diafoirus.** Album de 0,50 × 0,33 sur papier Perrigot-Masure, tiré à cinquante exemplaires, comprenant six grandes gravures sur bois originales de 0,25 × 0,32 I. L'auscultation. — II. Le vieux buvassier. — III. Médecine illégale. — IV. L'entrée dans le monde. — V. Le clystère du roi-soleil. — VI. Roboratifs. Prix de l'album : 50 fr.



L'AUSCULTATION - "FRAPPE, MAIS ÉCOUTE...."

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1923.

Georges RODILLON, *Un nouveau symptôme rachidien.* **L'oxalorachie.** (Un volume in-8, 64 pages. Prix : 6 francs.)

Docteur et Madame W. DUFOUGERÉ. **De l'emploi des rayons X en stomatologie.** (Un vol. in-8, 90 pages, avec 48 figures dans le texte. Prix : 8 francs.)

La radiographie dentaire tient à entrer dans la pratique courante, soit pour le diagnostic, soit même pour la thérapeutique, où elle nous permet toutes les espérances. La lecture de cet opuscule est doué du plus grand intérêt.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs, Paris, 1923.

Dr GUILLEMINOT, DAUSSET et DUREY. **Traitements physiothérapiques des séquelles des blessures et des accidents du travail.** Préface du professeur GILBERT (1 vol. in-16, 265 pages, avec 62 figures dans le texte. Prix : 16 francs. In « Collection « *Diagnostic. Traitements et expertises des séquelles des blessures et accidents. Blessures et maladie de guerre. Accidents du travail* », publiée sous la direction des docteurs A. MOUCHET, F. TERRIEN et M. VILLARET.

Le volume, qui vient de paraître, diffère un peu des volumes précédents, en ce sens qu'au lieu d'être spécialisé à un organe comme celui de Terrien (séquelles ophtalmologiques), ou de Guisez (séquelles oto-rhino-laryngologiques), de Dufourmentel et Frison (séquelles maxillo-faciales), il est consacré aux applications des *traitements physiothérapiques* aux différentes séquelles des blessures et des accidents du travail.

Le Dr GUILLEMINOT traite de l'*électrologie et de la radiologie dans les séquelles des blessures et des accidents du travail* : électro-diagnostic, électrothérapie, radiodiagnostic, radio et radium-thérapie (outillage, sources d'énergie, manuel opératoire, résultats).

Le Dr DUREY étudie la *kinésithérapie et la rééducation fonctionnelle dans le traitement des séquelles des blessures et accidents du travail* : lésions du squelette, maladie des os (après blessures), lésions articulaires, altérations du tissu cellulaire sous-cutané, lésions des muscles et des tendons, séquelles des affections du système nerveux.

Le Dr DAUSSET expose les *indications et la technique de la thermothérapie, de l'hydrothérapie, de l'héliothérapie, de la crénothérapie dans les séquelles des blessures et accidents.*

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

H. DUFOUR et I. THIERS. **Fièvres typhoïde et paratyphoïdes** (1 vol.in-16 de 450 pages avec figures dans le texte. Prix : 14 francs).

Dans ce livre publié dans l' « *Encyclopédie scienti-*

fique. Bibliothèque de pathologie médicale », se trouvent réunis tous les documents, qui peuvent actuellement intéresser les fièvres typhoïde et paratyphoïdes : contagion, aspects cliniques, vaccination préventive et thérapeutique, complications et leurs séquelles, leur traitement préconisé en ces dernières années.

A signaler une étude bactériologique détaillée du bacille d'Eberth et des bacilles paratyphiques : morphologie, procédés de coloration, cultures sur milieux ordinaires et sur milieux vaccinés, méthodes de différenciation avec les autres espèces microbiennes.

Un chapitre consacré à la physiologie pathologique oppose à la conception ancienne la conception moderne de l'infection éberthienne de l'organisme.

Après le diagnostic par la clinique et par les procédés de laboratoires, on étudie le traitement avec les règles d'hygiène générale, corporelle, alimentaire, les médications banales et spécifiques.

Bref, ce livre renseignera le praticien aussi bien que l'homme de laboratoire ou l'hygiéniste sur tous les points qu'il jugera utiles à connaître dans l'histoire de ces maladies si communes que sont les fièvres typhoïde et paratyphoïde.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Application de l'Osmose au traitement de l'inflammation et de l'infection.

L'osmose, phénomène physique qui tend à ramener à la même concentration moléculaire deux solutions salines séparées par une paroi perméable, est une loi fondamentale *qui régit aussi* les phénomènes vitaux.

L'organisme est un complexus de cellules à parois perméables baignées dans une solution cristalline : le sérum sanguin. Le fonctionnement de cet ensemble, évidemment lié à d'autres influences, reste cependant pour la plus grande part sous la dépendance de l'osmose, et nous connaissons, par la physiologie, son rôle primordial dans les actes de la digestion. de l'assimilation et de la désassimilation.

En thérapeutique, nombreuses sont déjà ses applications : sulfate de soude, sérums hypertoniques, pour ne citer que deux des plus connues.

En pathologie, *Broussais et son école* nous ont appris que toute tuméfaction, toute « phlogose », révélatrice de l'inflammation est due à une transudation de sérum sanguin — solution saline, — elle-même corollaire de la diapédèse des leucocytes. Ce passage se fait à travers les parois du système circulatoire vers le tissu cellulaire. La région rougit, s'œdématise, devient chaude et douloureuse, témoignant du travail de défense qui s'y fait. M. Doumer, de Lille, dans une communication à l'Académie de médecine, le 27 février 1923, a pu dire : « Ce lavage profond, interstitiel en quelque sorte, est le plus efficace que l'on puisse obtenir. Mais l'entraînement du courant liquide qui s'établit ainsi dans la membrane n'intéresse pas seulement l'eau de cette membrane, il s'exerce aussi sur les substances tenues en suspension colloïdale ou à l'état d'émulsion, et même jusqu'à un certain point, à des particules solides non trop fortement enclavées dans la trame de la membrane. C'est à ce phénomène d'entraînemen que j'ai donné le nom de « Drainage osmotique ». C'est à lui que j'ai songé pour débarrasser les muqueuses et les tissus infectés des éléments pathogènes qu'ils peuvent contenir dans les interstices cellulaires et que les antiseptiques n'arrivent pas à atteindre et par conséquent pas à détruire ». Et il montre comment une goutte de sirop de sucre, en instillation chaque soir, a réussi à guérir une blépharite réputée jusque-là rebelle à tout traitement.

L'Antiphlogistine, pâte de silicate d'alumine à l'état pulvérulent et desséché associée à la glycérine anhydre, trouve précisément son application dans tous les cas d'inflammation, de « phlogose », du fait que précisément elle realise ce drainage osmotique. L'addition d'iode et d'acide salicylique, lui conférant un haut pouvoir antiseptique, en fait un produit de valeur, en thérapeutique. Les furoncles, anthrax, mammites, ulcères, phlegmons, blépharites en sont particulièrement justiciables sans que jamais, en raison de ce que nous venons d'étudier, la peau saine environnante ne macère, ni s'infecte. De plus, cette préparation tire de la propriété qu'elle a de conserver, pendant 24 heures, une température constante, voisine de celle à laquelle elle a été appliquée, une action sédative thermique qui en fait une médication indispensable dans les affections pulmonaires : pneumonie, pleurésie, bronchite.

Pâte extrêmement facile à manier, on l'applique en couche très épaisse, froide ou chaude selon les cas.

Il importe d'attirer l'attention du corps médical sur l'Antiphlogistine, produit de premier ordre et d'une sécurité absolue.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Communication à l'Assemblée Générale de la Société civile du « Concours Médical » le 18 novembre 1923

Vous savez, mes chers confrères, de quoi il retourne, si vous nous avez surtout fait l'honneur de lire les articles que le *Concours médical* a publiés cette année sur ce sujet. Une poignée de médecins est sous les verrous ; une autre poignée est l'objet d'enquêtes et de poursuites. Qu'ont fait ces indésirables ? Ils ont trafiqué des carnets médicaux des pensionnés de guerre qui leur sont tombés entre les mains. Ce sont les *carnétards*, ainsi que notre ami Décourt les a si pittoresquement baptisés. Ils sont les dignes pendants des *clinicards*, auxquels la législ ation des accidents du travail a donné naissance. Ceux-ci ont eux-mêmes fait suite aux *pissotards*, qui sont aussi vieux que les pissotières ·

Chaque profession possède ainsi ses verrues, qui sont à la masse digne et respectable ce que la lie est aux meilleurs crus de nos vins.

Le jour où les assurances sociales fonctionneront, nous retrouverons pissotards, clinicards et carnétards sous une nouvelle incarnation. Il y a ainsi, dans le monde, des fatalités qu'il faut subir.

Je n'entends nullement rechercher ici dans quelle mesure est légitime le procès que d'aucuns ont peut-être fait aux organisations de soins de se pr êter, par leur nature et leur fonctionnement, à de pareils délits. Encore qu'elles s'en défendent, ne donnent-elles pas un peu naissance à la tentation ? Or, il ne faut pas tenter le diable ! Ce qui ne l'excuse nullement de s'être laissé faire, mais ce qui explique pourquoi il a succombé et n'a pas été délivré du mal.....

Là-dessus, grande rumeur dans le Temple d'Esculape. D'excellents esprits s'émeuvent. D'autres, purs entre les purs, sentent leur front rougir de honte et pâlir de colère. Ils constatent la soi-disant carence des Syndicats en matière de moralisation ; ils ajoutent que, cette carence n'existerait-elle pas et les Syndicats seraient-ils en réalité de vigoureux agents de répression, comme ils ne sont pas obligatoires et ne groupent pas la totalité des médecins exerçants, leur autorité ne saurait atteindre que les Syndiqués, et serait sans action sur les autres.

— Que faire, dès lors, pour organiser une juridiction professionnelle à laquelle la totalité du Corps médical serait soumise ? Eh ! mais pourquoi tant d'embarras. ? N'avons-nous pas l'exemple d'une autre profession libérale pour laquelle cette juridiction existe et fonctionne ? Ignorons-nous l'Ordre des Avocats ? Pourquoi ne pas créer un Ordre des médecins, adapté à la médecine ?

L'idée n'est pas absolument neuve. Elle a déjà été lancée, il y a plusieurs années. Sans doute les temps n'étaient-ils pas mûrs pour qu'elle pût être réalisée ; sans doute la moralité médicale était-elle moins chancelante et pouvait-elle se passer de ce contrôle et de cette surveillance. Mais aujourd'hui, malheureusement, il n'en est plus de même. A mœurs nouvelles, il faut de nouvelles sauvegardes. L'Ordre des médecins nous les fournira. Ainsi parlent ses partisans.

Et les projets de succéder aux projets.

C'est d'abord M. Aversenq, qui présente au Syndicat médical de Toulouse une étude très fouillée, très sérieuse, à la suite de laquelle il conclut à la nécessité de créer, par arrondissement, un Ordre dont *le Conseil*, — je cite l'article 5, — *poursuit et réprimande d'office, ou sur les plaintes qui lui sont adressées, les infractions ou les fautes commises par les médecins inscrits au tableau ou leurs remplaçants autorisés. Il applique, suivant la gravité des manquements aux règles de la déontologie, les peines disciplinaires suivantes : l'avertissement, le blâme, l'amende, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer toutes missions judiciaires, toutes fonctions médicales, etc..., la suspension du droit d'exercer la médecine, pour un an au plus, la radiation du tableau.*

C'est ensuite M. Péraire, qui échafaude un projet dont l'article 4 édicte que « *le Conseil de l'Ordre juge les atteintes portées à la dignité de la profession médicale qui lui seront déférées par une plainte, ou qui seraient parvenues à sa connaissance* ». Mêmes sanctions que dans le projet Aversenq, dont la plus grave est la radiation du tableau comportant l'interdiction d'exercer.

A Paris, les Sociétés d'arrondissement s'en mêlent. Dans le XVIe, M. Petit de la Villéon propose un texte dans lequel nous lisons que l'Ordre est départemental, et que son Conseil « *poursuit et réprime les infractions ou fautes dans l'ordre professionnel, commises par les médecins inscrits*

au tableau » .... « *Le Conseil de l'Ordre fonctionne comme tribunal de première instancee* »... Les délinquants sont passibles d'une échelle de peines dont la plus grave est encore la suspension et la radiation.

Mais toutes ces études ne sont pas sans faire quelque bruit ; elles finissent pas sortir du cadre des milieux médicaux, et le Parlement lui-même en est saisi, par une proposition de loi présentée par 15 députés, au nombre et en tête desquels figure M. L. Daudet, évadé de la médecine en 1890, mais qui semble vouloir revenir, mais non comme on revient à ses premières amours... L'article 4 de cette proposition définit l'objet de l'Ordre des médecins, dont le Conseil, « *siégeant en conseil de discipline, poursuit et réprime d'office, ou sur les plaintes qui lui sont adressées, les infractions ou les fautes commises par les médecins inscrits au tableau* ». Là aussi, nous retrouvons la même échelle de peines que précédemment.

Je passe sur la discussion qui a eu lieu le 11 juin dernier au Conseil général des Sociétés d'arrondissement. On y lit cependant, d'après M. Cayla, qu'on aurait aimé trouver mieux informé, que le projet de création d'un Ordre des médecins a toujours eu des adversaires irréductibles qui n'opposent d'ailleurs à ses partisans aucun argument sérieux.

Enfin, je m'en voudrais en terminant, de ne pas mentionner, dans un esprit particulièrement sympathique, le projet du professeur H. Verger, de Bordeaux, qui limite la compétence des Conseils de l'Ordre : « a) *à tous les faits intervenus dans les relations des médecins avec leurs clients et susceptibles de porter atteinte à l'honorabilité et au respect de la profession* ; b) *aux agissements habituels constituant des manœuvres destinées à duper le public par publications, affiches, circulaires, etc., ou tous autres moyens dont le caractère de tromperie peut être établi* ».

Il limite en même temps la pénalité à la privation du droit d'établir aucun certificat médico-légal ; d'ordonner des substances toxiques ; de réclamer en justice le payement des honoraires.

Je suis loin de méconnaître les excellentes intentions de certains de ceux qui ont ainsi cherché un moyen de relever le prestige et de défendre la réputation d'une corporation qui, nous devons bien le reconnaître, a subi depuis quelque temps, et, en particulier au sein du Parlement, des attaques injustifiées, en ce qu'elles ont généralisé trop complaisamment des faits isolés, quoiqu'on en dise. Et je suis le premier à leur rendre hommage. Mais, je ne puis m'empêcher de vous signaler que, de la part de certains autres, il ne s'agit, au demeurant, que d'une manœuvre destinée à battre en brèche le Syndicalisme médical et à lui faire échec. Cela n'est pas douteux.

Sans reprendre par le menu les argumentations qui ont été exposées et développées, par moi en particulier, je m'en tiendrai à la question suivante : « Quelles sont les infractions et les fautes commises par un médecin qui tomberont sous la juridiction de l'Ordre des médecins ? Fautes de droit commun ? Inutile d'insister. Même si elles ont été perpétrées à l'occasion de l'exercice de la médecine., elles sont justiciables des tribunaux de droit commun, qui sont seuls qualifiés pour en connaître. Fautes contre la déontologie ? Ah ! voilà donc le grand mot lâché. Combien en est-il, parmi celles qui sont prévues dans les Codes établis par quelques groupements, combien en est-il qui ne sont pas sanctionnées par les lois actuelles : abus de confiance, escroqueries, diffamation, intention de nuire, etc. ? Et parmi celles qui sont strictement des atteintes à la correction professionnelle, en nombre d'ailleurs très limité, combien en est-il auxquelles on ne puisse appliquer l'aphorisme connu : Vérité en deçà, erreur au delà ? ? ?

Et si nous admettons qu'un accord puisse se faire, dans le corps médical organisé, sur le caractère professionnellement délictueux de certains agissements, comment finalement un Tribunal d'exception quelconque en sera-t-il saisi ? Pensez-vous que les médecins qui dichotomisent, au sens péjoratif du mot, le crient sur les toits ? Pensez-vous qu'au cas où ils auraient à se plaindre les uns des autres, ils auraient la naïveté de porter leur différend devant le Tribunal d'exception ?

Rares, bien rares seraient les occasions où ce Tribunal aurait à siéger.

Passons maintenant à la répression. Là encore, nous nous heurtons à des pénalités, sauf une, qui seraient inopérantes. Avertissement, blâme, amendes, cela n'est certes pas pour faire reculer les pissotards, les clinicards et les carnétards. Interdiction d'exercer la médecine ? Ah ! le bon billet ! Mais les Tribunaux de droit commun, qui disposent de cette pénalité, ne l'appliquent que très exceptionnellement. Sans doute parce que les magistrats se rendent compte qu'en réalité, il est matériellement impossible d'empêcher un médecin régulièrement diplômé de pratiquer son art auprès de ceux qui, quoiqu'il ait pu faire, lui ont conservé leur confiance, alors surtout qu'il n'est pas plus possible d'entraver la coupable industrie de tous les guérisseurs, rebouteux, jugeux d'eaux, etc., qui constituent la légion des illégaux.

La seule sanction sérieuse que nous soyons fondés à retenir, théoriquement au moins, est celle qu'a prévue le professeur Verger, tout au moins en ce qui concerne la privation pour un médecin du droit de remplir aucune fonction publique, ni de délivrer aucun certificat médico-légal, cette expression étant prise dans son sens le plus large.

Mais, pour l'application éventuelle de cette sanction, est-il bien nécessaire d'en arriver à monter cette vaste machine qui s'appelle l'Ordre des médecins, et qui ne serait en réalité qu'un épouvantail à moineaux ? J'espère parvenir à vous démontrer que non.

En résumé, tous les projets que je viens de vous citer, sauf celui du professeur Verger, n'ont à mon sens, aucune viabilité, parce que, je le répète, d'un côté, les infractions et les fautes, en nombre excessivement limité, ne seraient que non moins exceptionnellement déférées au Conseil de l'Ordre ; parce que, d'un autre côté, la répression en serait à peu près illusoire.

Enterrons donc une fois de plus l'Ordre des Médecins. Je ne vois guère ce qu'ils auraient à y gagner. Je crois discerner parfaitement ce qu'ils auraient à y perdre.

***

Mais on a dit, et j'ai dit moi-même : n'y a-t-il pas pourtant quelque chose à faire ? Il y a quelque chose à faire, bien moins pour poursuivre, attaquer, juger, condamner, que pour défendre, secourir, protéger. Je sais bien qu'il serait facile de me rétorquer que, souvent, les deux types d'opérations sont liés, et que, lorsqu'on s'en prend à un malfaiteur qu'on met hors d'état de nuire, on protège par cela même les honnêtes gens. Heureusement, e t'il faut le crier très haut, que, dans notre profession, les malfaiteurs demeurent l'exception. A vrai dire, ce n'est pas tant contre eux qu'il faut organiser la défense que contre les tiers qui sont, au contraire, si nombreux aujourd'hui, à chercher noise au médecin : clients de mauvaise foi ; collectivités chicanières ; magistrats mal informés et tracassiers, etc.

Or, il y a, en ces matières, un fait qu'il est absolument impossible de considérer comme négligeable, quelque opinion que l'on professe à cet égard : plus de 15.000 médecins français sont groupés en Syndicats légalement constitués. Cet 15.000 médecins représentent indiscutablemens au moins les 3/4 des praticiens exerçant en France.

C'est donc dans le cadre syndical qu'il paraît indiqué de chercher à réaliser l'organisation, le perfectionnement auxquels nous songeons, et qui devront se poursuivre en deux étapes.

Nous nous efforcerons donc d'accroître l'autorité et la puissance des Syndicats médicaux. Ce n'est aujourd'hui un mystère pour personne que, si nous considérons le Syndicat d'arrondissement comme la cellule de l'organisation professionnelle, les limites numériques et topographiques de ce groupement sont trop restreintes pour qu'il puisse développer suffisamment son action de Conseil de famille et de Chambre de discipline. Des considérations de personnes interviennent souvent pour le gêner dans son indépendance, et sa volonté d'arbitrer impartialement certains conflits est paralysée et demeure lettre morte. De cela, nous avons des preuves convaincantes. Le Syndicat départemental lui-même, partout où il existe, souffre un peu de ces mêmes considérations.

Or, il existe, dans le Syndicalisme médical, une tendance marquée vers la création de Fédérations régionales. Ce système, qui est excellent en ce qu'il groupe des Syndicats voisins pour l'étude des questions générales particulières à la région, et pour la défense des intérêts généraux propres à celle-ci, devrait être systématisé. Et c'est le Bureau de la Fédération qui se trouverait ainsi appelé à jouer le rôle de Chambre de discipline et de Conseil de famille à l'égard de tous les médecins appartenant aux Syndicats, et aussi de ceux qui, n'en faisant pas partie, accepteraient cependant son arbitrage (1).

Il est superflu d'insister sur les avantages qui résulteraient de cette organisation : soustraction du Bureau fédéral aux influences locales ; sérénité des débats ; impartialité des décisions prises, etc.

Je pense qu'il y aurait intérêt à limiter le nombre des Fédérations, et à situer chacune d'elles dans le ressort des *Cours d'appel, qui constituent les subdivisions du domaine judiciaire en France,* et qui se chiffrent à 27.

Sans entrer dans le détail du fonctionnement des Bureaux fédéraux comme Conseils de famille et Chambres de discipline, il me semble qu'il suffit d'énoncer le principe même de leur objet pour en conclure qu'ils seraient adaptés à celui-ci, dans des conditions qui laisseraient peu de place à la critique. Le Conseil de l'Union des Syndicats interviendrait comme Conseil suprême de famille et de discipline, — véritable Chambre d'appel. Voilà la première étape du présent projet.

***

Les Fédérations intersyndicales étant ainsi fondées, je verrais dans le Bureau fédéral de chacune d'elles le noyau des Commissions régionales dont l'idée m'a été inspirée par l'organisation belge. C'est la deuxième étape.

En Belgique, ces Commissions ont un rôle très étendu. Elles soumettent à leur juridiction, non seulement les médecins, mais encore les pharmaciens, les accoucheuses, les dentistes, et même, je crois, les infirmiers et infirmières. Ce sont elles qui enregistrent les diplômes des techniciens, qui les surveillent, qui contrôlent leurs actes. Elles

(1) Dans le contrôle de l'A. M. G. tel qu'il fonctionne en un grand nombre de départements, le Corps médical organisé est représenté, tantôt par des délégués de Syndicats, tantôt par des délégués de la Fédération des Syndicats.

fonctionnent en outre, auprès des Pouvoirs publics, comme de véritables Conseils techniques, pour tout ce qui concerne, l'hygiène et la santé pubiques. Leurs membres sont nommés par l'Etat sur une liste élue par les Unions professionnelles, qui sont en Belgique, l'analogue de nos Syndicats français.

Je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas arriver à calquer les Commissions régionales françaises sur le modèle des Commissions belges.

Chaque Commission serait composée d'un certain nombre de membres, disons 20, pour fixer les idées. Ces membres seraient nommés par l'Etat, sur une liste de cent candidats élus par les Fédérations intersyndicales, réunies en collèges électoraux. Ceux-ci devraient compter au moins 35 ans d'âge et dix ans de pratique médicale : ils seraient nommés pour un temps défini : trois ou six ans.

Chaque Commission pourrait être présidée par un conseiller à la Cour d'appel du ressort, désigné chaque année par le premier président. Elle pourrait aussi s'adjoindre telles compétences juridiques, ou requérir tels concours qui, en certains cas, lui donneraient le caractère d'une Commission bipartite ou tripartite, comme il en existe déjà dans la législation des Pensions militaires, au gré des questions qui lui seraient soumises.

La Commission régionale veillerait à l'observation des lois et réglements concernant la police de la profession médicale, l'hygiène et la santé publique ; elle donnerait aux représentants régionaux du pouvoir central tous les avis, tous les renseignements qui lui seraient demandés touchant l'art de guérir, la santé et l'hygiène publiques. *Elle serait obligatoirement consultée par les Parquets, à l'occasion de toutes les poursuites engagées contre un médecin pour faute de droit commun commise dans l'exercice de sa profession, au civil comme au criminel.* Enfin, elle constituerait un Tribunal chargé de juger les fautes commises contre la déontologie, autres que les précédentes, — observation faite qu'un Code régional de déontologie aurait été préalablement rédigé et rendu exécutoire.

Ses décisions, en cette matière, seraient susceptibles d'appel devant la Cour d'Appel.

Elle pourrait enfin intervenir dans les circonstances où la législation actuelle est désarmée, par exemple, dans certains cas de troubles mentaux dont les médecins peuvent être atteints tout comme le commun des mortels. J'ai connu deux confrères, convaincus de paralysie générale, et qui ont continué longtemps à exercer : je vous laisse à penser les ravages qu'ils ont pu occasionner parmi la clientèle qui recourait aveuglément à eux... Et combien d'autres, même haut placés dans la hiérarchie universitaire, n'ont pas été dans le même cas ?

Tous les médecins du ressort seraient soumis à la juridiction de la Commissinon régionale, dans les limites que je viens de préciser.

Ici se place la plus grave objection qui puisse m'être faite. Je ne désespère pas d'y pouvoir répondre victorieusement. La Commission régionale étant, dans mon projet, une émanation directe des Syndicats médicaux, on comprend qu'elle puisse exercer son autorité sur les médecins syndiqués. Mais les autres, ceux qui se tiennent délibérément en dehors du Syndicat, il semble qu'il serait difficile, sinon impossible, de les y soumettre. D'abord, ces autres représentent une minorité dans une certaine mesure négligeable, par rapport à la masse des Syndiqués, qui constituent à proprement parler le corps médical organisé.

Mais si l'on persiste néanmoins à invoquer le droit des minorités pour les soustraire à la juridiction qu'elles n'auraient pas contribué à nommer, il m'apparaît que la réponse est facile, à la faveur de ce qui se passe dans les Commission des contrôle des soins aux pensionnés de guerre. *Ces Commissions en effet comprennent des médecins désignés par les Syndicats médicaux, à l'exclusion de tous autres.* Eh bien ! contestera-t-on que leur autorité s'étend à tous les médecins en général de leur ressort, qu'ils soient syndiqué s ou non ? Ne voilà-t-il pas un exemple frappant d'une juridiction dont l'élément médical est une émanation directe des Syndicats médicaux, et qui fonctionne au regard de tous ceux, sans exception, qui donnent leurs soins aux pensionnés de guerre ?

En vérité, dès lors que l'Etat intervient pour nommer finalement les membres des Commissions régionales, qu'il choisit parmi une majorité qui se présente avec une organisation bien définie et reconnue par la loi, je ne vois pas en quoi elles mériteraient le reproche, qui leur a été fait, d'être formées à l'image des Soviets ? Surtout si les décisions prises pouvaient faire l'objet d'un recours devant une juridiction supérieure de droit commun ?

De quoi les non syndiqués pourraient-ils le plaindre ? De n'être ni électeurs, ni éligibles ? Il leur serait bien facile de devenir l'un et l'autre, en s'affiliant au Syndicat. Que s'ils s'y refusaient, ils n'auraient pas plus le droit de protester qu'ils ne peuvent le faire actuellement, parce qu'ils ne font pas partie des Commissions tripartites de contrôle, lesquelles cependant déclanchent à l'occasion contre eux des poursuites judiciaires.

— Mais, me direz-vous peut-être, vos Commissions régionales ne sont autres que des Conseils de l'Ordre déguisés. — Ah ! Permettez ! Si vous voulezvous rappeler l'objet de ces Conseils, tel qu'il est défini dans les projets que je vous ai signalés, vous constaterez qu'il s'agit, presque strictement et limitativement, de Tribunaux répressifs des fautes et infractions commises par les médecins.

Les Commissions régionales dont je souhaite la création, c'est quelque chose d'infiniment plus large : c'est un peu cela, mais avec d'autres attributions autrement importantes. Les Commissions régionales, ce sont, en effet, des commissions de surveillance générale, des Comités consultatifs, des Tribunaux d'arbitrage, des Conseils d'enquête, et enfin, et je dirai presque accessoirement, dans des cas infiniment rares, des Tribunaux répressifs.

Je viens de dire : *Tribunaux d'arbitrage*. Et j'y insiste, car, à mon avis, tel devrait être l'un des buts principaux de ces Commissions. Arbitrages bénévoles, dans toutes les contestations, dans tous les conflits survenant, soit entre médecins, soit entre médecins et profanes ; notamment contestations d'honoraires ici ; dénigrement, là.

Ces conflits sont légalement justiciables des Tribunaux de droit commun. A la requête des parties, les Commissions régionales pourraient en être saisies pour les arbitrer.

Quant à la répression, je maintiens qu'elle aurait rarement à sévir, parce que le plus souvent, le saisissement des Commissions serait infiniment difficile, sinon impossible, en matière déontologique, elle-même ardue à préciser.

Quel acte de ce genre pourrait, en effet, être suffisamment connu et réellement répréhensible pour mériter une poursuite et une sanction ? En voici un peut-être qui me semble assez caractérisé. C'est l'acte par lequel un médecin répandrait publiquement des cartes, tracts, circulaires, dans lesquels il annoncerait qu'il soigne ses malades par les méthodes les plus modernes, et qu'il ne les exploite pas...

Messieurs, je me suis efforcé d'exposer clairement ces conceptions, auxquelles j'ai longuement réfléchi. Pour ne pas abuser plus longtemps de votre bienveillante attention, je vais terminer ainsi en résumant mon exposé.

L'organisation d'un Ordre des médecins telle qu'elle est envisagée dans les différents projets qui ont été publiés, risquant de n'être qu'une façade, apportant une entrave de plus au libre exercice de la médecine, sans donner de suffisantes garanties d'impartialité ni d'efficacité, il est, en conséquence, inutile, inopportun et imprudent de la favoriser,

J'émets le vœu que l'Union des Syndicats mette à l'étude les moyens de renforcer l'autorité et la puissance des Syndicats médicaux, par la systématisation des Fédérations intersyndicales, dont le bureau serait investi de toutes les fonctions d'un Conseil de famille et d'une Chambre de discipline ; cette systématisation serait considérée comme une première étape vers la création de Commissions médicales régionales, légalement constituées, et ayant pour principales attributions la surveillance générale de l'exercice régional de la médecine, la consultation technique auprès des autorités régionales, l'arbitrage, et accessoirement, la répression des fautes anti-déontologiques, ces Commissions devant être réalisées dans le cadre syndical.

G. DUCHESNE.

HYGIÈNE SOCIALE

La Maison Familiale de Mont-Saint-Aignan

Rapport de la Directrice.

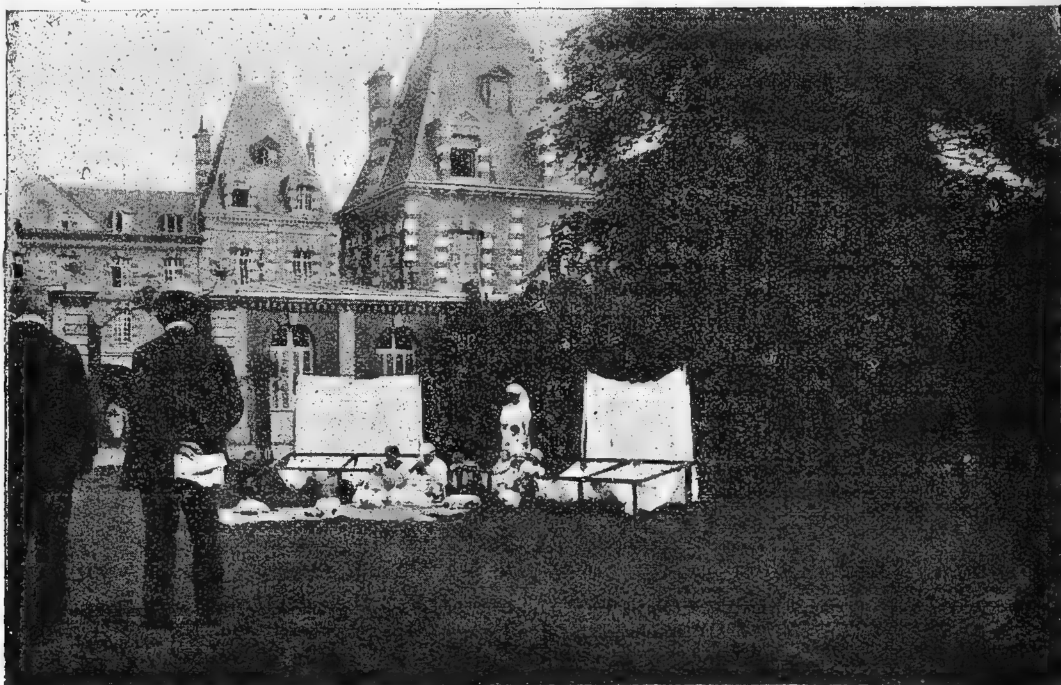
Destinée à protéger la maternité et l'enfance, la Maison familiale comprend tous les services nécessaires à son affectation : maternité, pouponnière, garderie, dépôt-école et hôpital d'enfants. Recevoir sur présentation d'un billet d'admission délivré par la préfecture, toute femme indigente ou de condition modeste sur le point d'être mère, l'entourer de tous les soins matériels et de tout le réconfort moral que nécessite son état, lui ôter autant que possible tout souci en recueillant et soignant ses autres enfants au moment de la naissance du nouveau bébé ; tel est le but que la Maison familiale a voulu atteindre.

Maternité. — La Maternité comprend deux services distincts comprenant ensemble 70 lits.

Le service des expectantes, où peuvent venir s'abriter à tous moments de leur grossesse, de pauvres filles chassées de la famille ou de leur place, et qui n'auraient souvent qu'une ressource : l'avortement, si la Maison ne s'ouvrait devant elles et ne les aidait à cacher leur état. L'établissement, bien situé, entouré de jardins, offre un refuge agréable pour celles qui, pendant de longs mois, doivent vivre retirées du monde, et se préparer dans les meilleures conditions possibles à leur future maternité. En attendant la date de l'accouchement, elles sont occupées selon leurs capacités et reprennent en travaillant le courage de vivre.

Pour celles qui laissent un époux au foyer, la Maison, vraiment familiale, permet à celui-ci, à l'heure du repos, la visite quotidienne. Ainsi, l'éloignement momentané ne brise pas la vie de famille, et permet aux futures mamans d'attendre plus patiemment l'heure de l'accouchement.

Toute femme qui entre à la Maternité doit être munie d'une admission préfectorale, l'urgence du cas oblige quelquefois à régulariser ensuite l'admission effectuée séance tenante. Souvent, la nouvelle pensionnaire a été suivie de longs mois au dispensaire départemental, la feuille médicale dans ce cas l'ac-



La Maison familiale du Mont-Saint-Aignan.

Les poupons dans les hamacs.

Les tout petits sur la pelouse.

Le réfectoire.

compagne. Elle est conduite à la salle de bains, où elle revêt la tenue uniforme de la Maison ; de là, elle passe à la salle d'examen où la sage-femme prend toutes les indications nécessaires. Il ne lui reste plus qu'à attendre dans le repos, coupé de travaux manuels, le moment où elle montera à la salle d'accouchement.

Là sous la direction de médecins et d'accoucheuses expérimentées, les femmes reçoivent tous les soins nécessaires ; rien n'a été négligé pour que cet acte physiologique s accomplisse sans danger de contamination pour la pensionnaire. Tout ce qui servira à la maman : eau, linge, est scrupuleusement stérilisé.

En quittant la salle de travail, elle passe dans le service des accouchées qui comprend 20 chambres ; car, à l'encontre de ce que présentent souvent les services hospitaliers, la salle commune n'existe pas. Toute femme enceinte ou accouchée a sa chambre ; réel avatage à un moment où la promiscuité doit être si pénible.

La Maternité accepte tous les cas et ne se décharge pas des accouchements difficiles sur une autre formation. L'installation matérielle de la Maison permet d'y pratiquer toutes les opérations chirurgicales ou obstétricales, quelles qu'elles soient, reconnues nécessaires au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement. En fait, depuis la plus banale des applications de forceps jusqu'à l'opération césarienne toutes les opérations ont été pratiquées avec un plein succès, grâce à l'habileté opératoire du Dr Vallée, chirurgien consultant, et à la technique impeccable du personnel infirmier.

La Maison, de fondation récente, n'a pas atteint son chiffre maximum, le nombre des accouchements augmente régulièrement. Elle est appelée à rendre les plus grands services. Une installation opératoire complète, l'assurance de trouver tous les soins éclairés et dévoués, fera que les femmes dont l'accouchement s'annonce difficile, viendront à l'établissement convaincues d'y rencontrer toutes les ressources qui peuvent leur manquer à domicile.

Pour celles qui désirent cacher une situation irrégulière, un état-civil supposé, constitué avant l'entrée, leur permet de séjourner dans la Maison sans que leur véritable identité puisse être découverte. Pour parer à toute éventualité, la directrice possède, sous pli cacheté, tous les détails concernant la future mère. Cet état civil régulier lui est remis à la sortie de l'établissement.

Ainsi se trouve créée la « Maternité secrète », si vivement réclamée par les moralistes et les sociologues. La gratuité du séjour n'est toutefois accordée que sur une déclaration écrite d'une personne qualifiée (médecin, ministre des cultes, etc.) affirmant qu'il est à sa connaissance que la demanderesse ou sa famille ne peuvent acquitter les frais de séjour.

Pouponnière. — La pouponnière abrite pour un mois les enfants laissés, lors de leur départ, par les



Les enfants à la porte de leurs chambrettes.

mères qui se trouvent dans l'impossibilité de les allaiter en attendant le placement en nourrice. Après admission préfectorale, elle reçoit, aussi, quel que soit son âge, à condition qu'il ne dépasse pas 18 mois, tout enfant dont les parents s'engagent à acquitter la pension ; mais elle recueille, surtout en dépôt, les pupilles de l'Assistance publique.

Les poupons y sont élevés sous la surveillance d'une infirmière spécialisée dans les questions de puériculture.

Garderie. — A 18 mois, les enfants quittent la pouponnière pour la garderie. Un personnel dévoué et habitué aux soins des enfants les entoure jour et nuit, surveille leurs moindres indispositions, et les dirige à l'hôpital dès qu'ils présentent quelques symptômes morbides inquiétants.

Pendant quelques heures par jour une institutrice, que des stages dans les écoles maternelles ont préparée à ces fonctions, ouvre leur jeune esprit et les initie aux mille petits travaux qui leur permettent de développer leurs facultés intellectuelles, leur personnalité et leur initiative : jardins d'enfants, plutôt qu'école maternelle, car les méthodes nouvelles d'éducation y sont adaptées comme dans les établissements de *création récente*, avec un souci constant des besoins intellectuels et moraux de l'enfant.

Pendant la belle saison, la classe et les jeux ont lieu en plein air où les enfants prennent contact avec la nature et apprennent à l'aimer.

Dépôt-école. — Lorsqu'ils ont atteint l'âge de la scolarité, la garderie fait place au dépôt-école, la chambre individuelle remplace le dortoir commun. Les enfants suivent régulièrement la classe sous la surveillance d'une institutrice qui, aux qualités professionnelles, joint les qualités de cœur et sait, malgré son jeune âge, être une mère pour chacun de ces enfants.

Des surveillantes, auxiliaires de l'institutrice, sont chargées de s'occuper des enfants, en dehors des heures de classe, d'assister au lever et au coucher, de veiller à leur bonne tenue au réfectoire et d'entretenir leur vestiaire.

Ces différents services reçoivent en dépôt les pupilles de l'Assistance publique et les enfants que les mères amènent avec elles à la Maison familiale pendant la période des couches. Déchargées des fatigues et des soucis du ménage, soignées et surveillées attentivement, elles ne sont pas pour cela privées des joies maternelles, réconfort moral qui ne peut qu'agir favorablement sur leur état.

Hôpital d'enfants. — Malgré ses nombreux services la Maison familiale ne saurait atteindre son but, protéger et sauver l'enfant, si elle n'était complétée par un hôpital d'enfants, auquel est annexée une salle de pansements pour le personnel de la Maison, ouverte également aux cas urgents des environs.

Installé dans un grand pavillon tout à fait indépendant, l'hôpital, très bien situé, se prête admirablement à sa destination. Il recueille les enfants souffrants des mères admises à la maternité et les pupilles de l'Assistance publique dont l'état de santé nécessite des soins attentifs.

Une pouponnière abrite, dans l'hôpital, de nombreux bébés qui portent le plus souvent le poids de tares héréditaires : enfants abandonnés ou nés dans des taudis qui rendraient vains tous soins à domicile.

Un service de contagieux, avec boxes vitrés, organisé sur le modèle de l'hôpital Pasteur, permet d'isoler tout enfant suspect et d'éviter tout danger de contagion. Un enfant nourri au sein n'est pas séparé de sa mère, qu'il soit envoyé par le dispensaire départemental ou élevé dans la Maison ; mère et enfant sont isolés dans le même box. Un jardin, exclusivement réservé aux contagieux, permet à ces derniers de s'y récréer pendant la convalescence.

Une salle d'opérations, récemment installée, avec tous les perfectionnements modernes, permet de traiter tous les cas chirurgicaux qui se présentent : des interventions variées, dont 3 laparotomies, y ont déjà été pratiquées, toutes avec succès.

Un jardin très bien orienté permet aux enfants de vivre le plus possible au grand air. Un aérium couvert, un promenoir cimenté, suivi d'un parc de sable reçoivent : enfants alités, poupons dans les hamacs, petits essayant leurs premiers pas.

Personnel. — Le service médical est assuré par un médecin traitant attaché à la Maison, qui fait régulièrement visite et contre-visite. Un chirurgien gynécologue examine les pensionnaires une fois par semaine et assure en même temps le service chirurgical ; un médecin réputé, spécialiste pour enfants, fait une visite hebdomadaire.

De plus tous les pupilles de l'Assistance publique, à leur passage dans la Maison, sont examinés avec soin et envoyés aux consultations des docteurs spécialistes dont ils relèvent.

Les enfants sont soignés par un dentiste qui vient régulièrement à l'établissement.

L'ensemble des services est, au point de vue de l'hygiène, de la salubrité, de la désinfection, suivi par le médecin inspecteur départemental d'hygiène.

Le personnel soignant, recruté avec un soin scrupuleux, joint aux connaissances pratiques toutes les qualités du cœur. Sans compter son temps ni sa peine, il se consacre avec un dévouement absolu à sa noble tâche.

Le personnel de service se recrute en grande partie parmi les filles-mères ; nombreuses sont celles qui restent attachées à la Maison parce qu'elles y trouvent la facilité d'allaiter leur enfant tout en gagnant leur vie.

Ferme. — Une ferme annexée à l'établissement fournit le lait nécessaire à l'alimentation des poupons.

***

A l'heure où le problème de la natalité est à l'ordre du jour, la Maison familiale paraît plus que

jamais répondre à la double nécessité de protéger des mères et de sauver des enfants.

Ses portes s'ouvrent à toutes les misères. Ici c'est une famille composée de la mère et de 5 enfants dont le père batelier, vient de mourir, le bateau qu'il conduisait ne peut plus servir d'abri à la nichée ; la pauvre femme allaite un poupon de quelques mois: la Maison vraiment familiale, accueille mère et enfants. Là c'est une mère de 7 enfants, enceinte de quelques mois, brusquement chassée du foyer par un mari alcoolique qui, sous ses yeux, a brûlé linge et mobilier et brisé sa machine à coudre qui lui permettait de travailler ; elle ne saurait où aller si la Maison, par ses divers services, ne l'aidait, en élevant ses enfants, à attendre la naissance du poupon.

Malgré les améliorations qu'il serait encore nécessaire d'apporter, la Maison familiale semble avoir atteint son triple but :

1° Protéger et soigner la mère au moment de ses couches ;

2° Encourager et favoriser l'allaitement maternel le seul qui assure à l'enfant un solide capital de santé;

3° Lutter contre la mortalité infantile, en soignant les enfants en bas-âge, débiles ou délicats.

La Directrice,
M. Poivre,

***

Nous avons, Noir et moi, visité dans tous ses détails la Maison familiale de Mont-Saint-Aignan. Elle nous a paru techniquement très bien organisée, et admirablement dirigée, et les différents services que nous avons parcourus sont suffisamment décrits dans le rapport qui précède pour que j'éprouve le besoin d'y ajouter. Ce serait allonger, sans aucun profit.

G. D.

JURISPRUDENCE

Assistance publique. — Assistance aux femmes en couches. — *Loi du 17 juin 1923, art. 3, modifié par la loi du 2 décembre 1917.* — Conditions d'application. — Abandon de l'enfant — Secours de l'assistance publique. — Suppression de l'allocation.

CONSEIL D'ÉTAT (au contentieux).

13 juillet 1923.

(*Gazette du Palais*, 14-15 octobre 1922).

L'allocation instituée par la loi du 17 juin 1913 (art. 3) modifié par l'art. 1er de la loi du 2 décembre 1917 en faveur des femmes en couches ne peut être cumulée avec aucun secours public de maternité, institué par la loi du 27 juin 1904 ; elle ne peut d'ailleurs (art. 4) à un moment quelconque être accordée ou maintenue que si l'intéressée prend pour son enfant et pour elle-même les soins d'hygiène nécessaires conformément aux instructions que lui donnera à cet effet la personne désignée par le bureau d'assistance.

Elle ne saurait donc être allouée à la femme qui, quelques jours après son accouchement, a abandonné son enfant à l'assistance publique.

Le Conseil d'État,

Vu la requête présentée par le préfet du Nord, tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir, une décision, en date du 12 septembre 1921, par laquelle la Commission cantonale de Lille-Sud a maintenu la demoiselle O. sur la liste des bénéficiaires de l'assistance aux femmes en couches ;

Considérant d'une part, qu'en vertu de l'art. 3 de la loi du 17 juin 1913, modifié par l'art. 1er de la loi du 2 décembre 1917, l'allocation instituée par ladite loi en faveur des femmes en couches ne peut être cumulée avec aucun secours public de maternité institué en vertu de la loi du 27 juin 1904 ; que d'autre part, d'après l'art. 4 de la loi précitée du 17 juin 1913, l'allocation en question ne peut à un moment quelconque être accordée ou maintenue que si l'intéressée prend pour son enfant et pour elle-même les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions que lui donnera à cet effet la personne désignée par le bureau d'assistance ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que la Dlle O., qui avait accouché le 3 juillet 1921, a abandonné le 12 du même mois son enfant à l'assistance publique ; qu'en se déchargeant ainsi sur l'assistance des dépenses nécessitées par l'entretien de l'enfant elle a bénéficié des secours prévus par la loi du 27 juin 1904 ; que d'autre part, elle s'est placée par cet abandon dans l'impossibilité de donner à son enfant les soins d'hygiène prévus par l'art. 4 de la loi du 17 juin 1913 ; qu'ainsi la Dlle O., ne remplissait pas le 20 juillet 1921, date à laquelle elle a présenté sa demande d'assistance, les conditions nécessaires pour pouvoir prétendre à l'allocation, et que, dès lors, le conseil municipal de Lille en l'inscrivant et la Commission cantonale de Lille-Sud en la maintenant sur la liste d'assistance ont méconnu les dispositions de la loi précitée du 17 juin 1913 et commis par suite un excès de pouvoir ;

Décide :

La décision susvisée de la Commission cantonale de Lille-Sud en date du 12 septembre 1921, est annulée.

Commentaires

Cet arrêt intéressera ceux de nos confrères qui, maires de leur commune, ont des secours à accorder.

L'article 3 de la loi du 17 juin 1913, sur le repos des femmes en couches complétée par la loi du 30 juillet 1913 et modifiée par les lois du 15 juillet

1914 et du 2 décembre 1917, spécifie que « toute femme de nationalité française et privée de ressources suffisantes a droit, pendant la période de repos, qui précède et suit immédiatement ses couches, à une allocation journalière, qui ne peut être cumulée avec aucun secours public de maternité, institué en vertu de la loi du 27 juin 1904.

Néanmoins, les ressources temporaires résultant de leur participation à des sociétés de secours mutuels de prévoyance et notamment aux mutualités maternelles, dont les femmes en couches pourront disposer pendant la période de repos, ne devront pas entrer en ligne de compte dans l'évaluation des ressources ».

Les secours, accordés par la loi du 27 juin 1904, aux parents d'un enfant reconnu, sont de deux sortes :

ART. 3 : est dit enfant secouru, l'enfant que son père, ou sa mère, ou ses ascendants ne peuvent nourrir, ni élever faute de ressources et pour lequel est accordé le secours temporaire en vue de prévenir son abandon.

ART. 6, 2e § : est dit pupille de l'assistance, l'enfant qui, né de père ou de mère connus, est délaissé, sans qu'on puisse recourir à eux ou leurs ascendants (enfant abandonné).

D'après l'article 7 de la loi de 1904, un secours est accordé pour permettre que l'enfant soit gardé et nourri, ou placé en nourrice.

Ce secours est réduit, suspendu ou supprimé si le père, la mère, ou les ascendants cessent d'être indigents, ou s'ils cessent de donner, ou de faire donner les soins nécessaires à l'enfant.

Donc, la mère, qui a abandonné son enfant et s'est déchargée sur l'assistance publique du soin d'élever son enfant n'a plus droit aux secours, en conformité avec les termes de la loi de 1904, article 3.

Mais, également, dit l'arrêt ci-dessus du Conseil d'Etat, elle n'a plus droit aux secours de la loi de 1913, sur le repos des femmes en couches, puisque son enfant, étant à la charge de l'assistance publique, ce dernier comme pupille de l'assistance est bénéficiaire de la loi de 1904 et, comme les secours de la loi de 1913 ne peuvent se cumuler avec ceux de la loi de 1904, la mère, qui a abandonné son enfant, ne peut donc plus être secourue, sinon par le bureau de bienfaisance.

Dura lex, sed lex. La loi est parfois bien inhumaine, car de malheureuses filles-mères sont obligées d'abandonner leur enfant, parce que leurs maigres salaires les empêchent de payer les mois de nourrice du bébé. Sans parler de la difficulté que les filles-mères ont à trouver du travail, même mal rétribué.

On nous rabat les oreilles avec des discours pompeux sur la repopulation ; mais,à part les discours, on ne fait rien pour les femmes, qui donnent un enfant à la France. Est-ce que, pendant la guerre, on demandait, à ceux qui allaient défendre la Patrie, s'ils étaient enfants légitimes ou non ?

Je m'incline donc devant l'arrêt du Conseil d'Etat, qui est parfaitement juridique ; mais, je me demande si le maigre secours de la loi sur le repos des femmes en couches, ne devrait pas être accordé à la mère, indépendamment du sort de l'enfant ? Celui-ci a été abandonné ; soit ! Mais sa mère a néanmoins besoin de rester quelques jours au lit, après son accouchement. Un léger secours, sur le budget des femmes en couches, serait-ce de l'argent mal placé ?

La Commission cantonale de Lille sud avait commis une irrégularité administrative, mais aussi un acte d'humanité et de solidarité sociale, en accordant un secours à une malheureuse qui venait d'accoucher.

Dr Paul BOUDIN.

LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES

Le *Concours médical* a déjà porté devant l'opinion médicale la question de la réforme des Etudes dentaires.

Nous ne croyons pas inutile de traiter à nouveau ce sujet.

Chacun sait aujourd'hui que les études et le titre de chirurgien-dentiste ne répondent plus à l'importance de cette spécialité et que les milieux professionnels sont tous d'accord pour provoquer de la part des pouvoirs publics une modification du régime actuel.

1° Les écoles et groupements dentaires, qui doivent leur autonomie à la part qu'ils ont prise dans la réglementation de l'art dentaire au moment de la loi de 1892, ont réussi à intéresser certaines autorités gouvernementales à l'évolution vers un doctorat en chirurgie dentaire.

Sur l'opportunité de cette mesure, capable de fournir seulement des praticiens gros de titre et minces de science, il semble que l'opinion médicale est fixée pour la négative.

2° Devant la vanité d'un tel programme, un parti de chirurgiens-dentistes s'est constitué légalement, pour provoquer la refonte du statut professionnel, sur des bases différentes.

Jusqu'en 1892, en effet, l'art dentaire était considéré presqu'exclusivement comme un art manuel ; c'est d'ailleurs parce que, tout au long de l'histoire, on le rencontre comme tel, que les promoteurs des dispositions législatives de 1892 ont refusé de l'inclure dans le régime des Etudes

médicales ; mais, le fait même d'avoir, à cette époque, fourni à notre profession, un grand nombre de points communs avec l'art médical, tant par la Faculté que par son Corps enseignant, a peu à peu modifié sa portée et lui a fait accomplir depuis trente ans une transformation totale. Aujourd'hui, s'il est resté manuel par un côté de sa fonction, le chirurgien-dentiste est devenu aussi un praticien dont la responsabilité médicale est, dans son domaine, de même ampleur que celle du médecin spécialisé, et, si, dans la pratique courante, la majorité des dentistes n'a voulu, jusqu'à présent, considérer que les affections des dents et leurs complications voisines, c'est que ceux-ci ne sont pas encore suffisamment éclairés sur l'importance de l'action préventive et déterminante qui leur est dévolue. Faut-il passer en revue tous les phénomènes morbides dont la bouche peut être le théâtre et qui sont, probablement mieux que sur toute autre partie du corps, les éléments d'un diagnostic précieux : tuberculose, syphilis, cancer, maladies éruptives, diathésiques ? Faut-il énoncer les récentes découvertes en pathologie buccale, qui étendent son domaine d'action, si l'on songe à leurs retentissements éloignés : localisations secondaires des foyers péri-apexiens, généralisation des spirilloses buccales, etc., toutes matières destinées sinon à diminuer la prépondérance de l'art manuel du chirurgien-dentiste, du moins, à le soumettre à un contrôle critique éminemment serré ?

L'évolution est tellement nette dans ce sens que, depuis les trente dernières années, les docteurs en médecine qui se consacrent à notre spécialité ont augmenté rapidement en nombre ; par voie de conséquence, les grandes administrations, l'Etat, l'Assistance publique, qui sont, par certains côtés, responsables de la santé collective, ont entendu confier les services dentaires de leurs départements uniquement à des docteurs en médecine. Demain, de grands projets sociaux vont voir le jour : loi sur l'hygiène scolaire, loi sur les assurances sociales ; faut-il d'avance prendre son parti du rôle subalterne que l'on y réserve au chirurgien-dentiste ? Est-il logique d'admettre pour celui-ci les fonctions d'auxiliaire du médecin, soumis à ses ordres thérapeutiques ? Ou ne doit-on pas plutôt mettre ce spécialiste en mesure d'acquérir l'autorité médicale absolue ?

L'Association française des chirurgiens-dentistes a justement été créée pour étudier les voies et moyens propres à résoudre ce probème scientifique et social. En se constituant, ce groupement s'est proposé principalement :

a) De provoquer les mesures organiques qui obligeront les futurs praticiens de l'art dentaire à passer par le doctorat en médecine.

b) Secondairement, de rechercher ce que deviendront les chirurgiens-dentistes actuels.

Il en est, parmi ceux-ci, qui affronteront les études médicales intégrales. A ces courageux, il convient de rendre hommage par avance, tout en reconnaissant qu'ils constitueront une très faible minorité, ayant à leur disposition temps et argent, en plus de la volonté.

Mais, il en est d'autres, à qui nous avons le devoir de songer aussi ; à ceux qui sont soumis aux charges habituelles de l'exercice professionnel, il n'est que strictement équitable de faciliter les possibilités d'accession au nouveau grade. Donnera-t-on à ceux-ci un doctorat en médecine d'Université ou un doctorat en médecine d'Etat sous certaines conditions ? Ce sont là des modalités, qui doivent, avant tout, sauvegarder la santé publique et qui devront être étudiées par tous les organismes intéressés, surtout par les Syndicats médicaux, en collaboration avec l'Association française des chirurgiens-dentistes.

Donc, et pour résumer, il est urgent d'envisager la réforme de la loi du 30 novembre 1892, dans ce qu'elle a de commun avec l'exercice de l'art dentaire. De même que cette loi a supprimé les officiers de santé, une loi nouvelle doit supprimer le titre de chirurgien-dentiste et la raison profonde qu'invoquait alors le rapporteur Chevandier peut de nouveau se faire entendre : « L'égalité du malade devant la science est un droit démocratique que la République ne peut méconnaître ».

Devant l'importance de cette réforme, notre jeune Association n'a rien voulu entreprendre, ni rien voulu poursuivre, sans en avoir informé l'Union des Syndicats médicaux de France et le Syndicat des médecins-stomatologistes français, en même temps que les groupements dentaires parisiens, afin que les techniciens puissent, en plein accord, s'unir pour la défense de l'intérêt de tous.

Marcel BILLORET.
Président de l'Association Française des chirurgiens-dentistes.



MÉDECINE SOCIALE

La position actuelle du Corps médical devant l'assurance sociale

Les médecins sont vivement préoccupés par le problème de l'assurance sociale (maladie, invalidité, etc.) qui les touche de près. Ce n'est pas sans appréhension, sans inquiétude même, qu'ils voient venir l'Assurance sociale, dont l'institution peut amener une grosse perturbation dans l'exercice de la médecine, surtout si le législateur, souvent peu averti des questions techniques, ne comprend pas que la notion de « technicité » est dominante dans l'Assurance-maladie.

C'est généralement sous un autre aspect que l'Assurance-maladie a été, en effet, examinée dans la plupart des milieux, notamment sous l'aspect politique, et les échos recueillis dans la Presse paraissent faire croire que certains milieux, en particulier les milieux hostiles à l'assurance, voudraient entraîner les médecins sur le terrain politique.

***

Or, l'opinion du Corps médical a été nettement exprimée par les Assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux : le Corps médical n'a pas à prendre parti pour ou contre l'assurance sociale, au point de vue politique.

Il se borne à examiner l'assurance sociale au point de vue de la technique, de la pratique médicales, à fixer les conditions dans lesquelles cette technique peut se développer dans l'assurance sociale. Il estime, en effet, que le cadre technique doit déterminer le cadre de l'assurance et non être rétréci, gêné, écrasé même par celui-ci.

L'Union des Syndicats médicaux veut surtout éviter que, sous le couvert de l' « assurance-maladie », on n'engage la médecine dans la voie d'une « médecine pour pauvres », d'une médecine à « grand débit » selon l'exemple de la médecine d'assurance pratiquée dans certains pays étrangers et même dans certaines Sociétés françaises.

L'Union des Syndicats médicaux, après avoir demandé, suivant l'opinion des médecins Alsaciens et Lorrains, que l'assurance sociale soit maintenue en Alsace et en Lorraine, a déclaré que l'institution de l'assurance sociale dans le reste de la France devait comporter le respect du secret professionnel, le libre choix du médecin par le malade, le payement du médecin selon le travail effectué, c'est-à-dire à la visite. Elle a admis que les conditions de la pratique médicale en matière d'assurance sociale, *devaient être établies par contrat collectif* entre caisses d'assurance et Syndicats médicaux. (Vote unanime en décembre 1922).

L'Assemblée de l'Union des Syndicats médicaux qui aura lieu les 12, 13, 14 et 15 décembre prochains et qui réunira les 300 délégués des 15.000 médecins syndiqués, examinera les projets de contrat étudiés et proposés par une Commission technique nommée à cet effet.

Telle est exactement la position actuelle du Corps médical organisé devant l'assurance sociale. L'assurance sociale pose devant les médecins un problème de technicité dont la solution la meilleure sera celle qui permettra la meilleure médecine et qui associera les intérêts des assurés, les intérêts de la profession et les intérêts sociaux.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Association amicale des anciens médecins des corps combattants.** — Le prochain dîner de l'Association aura lieu le samedi 22 décembre à 20 heures, au Cercle Militaire, sous la présidence d'honneur du général Gouraud, gouverneur militaire de Paris. Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Jacques Forestier, secrétaire général, 12, rue d'Anjou, Paris (8e).

— **Distinctions honorifiques.** — Nous apprenons, avec un vif plaisir, que M. Rondel, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Hygiène, vient de recevoir la cravate de commandeur de la Légion d'honneur.

M. Rondel est un vieil ami du *Concours médical* dont les dirigeants profitent de cette occasion pour lui renouveler l'assurance de leur gratitude et de leur sympathie.

— **Reconstitution du fonds français de la Bibliothèque Universitaire de Tokyo.** — La bibliothèque de Tokyo qui comprenait non seulement la bibliothèque universitaire, mais encore les bibliothèques particulières des professeurs, a été entièrement détruite. Le « Rapprochement universitaire » a pensé que les milieux intellectuels de notre pays devaient s'entendre pour une action commune en vue de reconstituer le fonds français. Un tel geste ne peut manquer d'être apprécié au Japon et c'est pour nous une occasion d'augmenter notre influence intellectuelle dans ce pays.

Le Comité de la C.T.I. ne pouvait se désintéresser d'une semblable manifestation, et il a été décidé de faire appel à tous les groupements qui la composent, pour leur demander d'y participer.

L'organisation matérielle de cette manifestation est assurée par le Syndicat des éditeurs et les volumes de toute nature ainsi que les Collections de périodiques doivent être adressés au Cercle de la Librairie qui a accepté de centraliser les envois et de se charger de leur expédition ultérieure.

Les livres et revues doivent être expédiés au Cercle de

la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, avec la mention suivante : M. le Pr Caullery, président du Rapprochement universitaire.

Nous sommes certains que votre groupement appréciera l'importance de cette manifestation de solidarité et qu'il fera le nécessaire pour que ses membres envoient rapidement le plus grand nombre possible d'ouvrages à l'adresse que nous indiquons ci-dessus.

— **Enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. MÉDECINE. — *Hôpital de la Pitié* (service no 1). — M. Babinski : vendredi, à 10 h. 15, Consultation sur les maladies du système nerveux.

Hospice de Bicêtre. — M. Roubinovitch : mardi à 9 h. 1/2, Présentation clinique de neuro-psychiatrie infantile et juvénile.

Hospice de la Salpêtrière (consultation externe). — M. Souques : tous les mercredis, à 10 h. 1/2, présentation de malades, diagnostic et traitement.

CHIRURGIE. — *Hôpital Necker.* — M. Robineau : en novembre-décembre, 4 leçons sur la chirurgie du système nerveux.

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. — *Hôpital Laënnec.* — M. Grenet : vendredi, à 9 h. 1/2, consultation des maladies du cœur et des vaisseaux. — M. P. Ribierre : vendredi, à 9 h. 1/2, consultation externe pour les maladies du cœur et des vaisseaux. Présentation de malades. Discussion du diagnostic et des indications, thérapeutiques.

Hôpital Cochin. — M. Laubry : les lundis, mardis, jeudis et vendredis, visite dans les salles et leçons de clinique au lit du malade ; les mercredis, consultation decardiologie (policlinique) ; les vendredis, de 11 h. à 12 h, leçons de cardiologie par les assistants du service (voir affiche spéciale) ; les samedis, radiologie cardiaque, électro-cardiographie, par M. C. Deglande.

Hôpital Tenon (consultation de médecine). — M. C Lian : lundi, à 10 h., examen des rénaux. — Mercredi, à 10 h. 1/2, examen radioscopique des cardiaques. — Vendredi, à 10 h., examen clinique des cardiaques. — Samedi, à 10 h., examen graphique des cardiaques.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE. — *Hôpital Necker* (pavillon Peter). — M. J. Hallé : samedi, à 9 h., consultation de dermatologie.

Hôpital Saint-Louis. — M. Lortat-Jacob : policlinique mardi et samedi, à 9 h. 3/4, leçons cliniques avec projections histologiques se rapportantaux cas présentés. Relations entre les dermatoses et les affections rénales, hépatiques. Le système radiculo-sympathique. Le métabolisme basal dans les dermatoses. Les syndromes opodermiques ; lundi, jeudi, présentation de syphilis du névraxe au début. Les syndromes radiculo-méningés au début. Discussion des résultats du traitement de la syphilis par les sels de bismuth et les arsénobenzènes ; mercredi matin, présentations et traitements des lupus. Petites interventions dermatologiques,galvanocautères, scarifications, curettages, traitement par les agents physiques, haute fréquence, thermothérapie, cryothérapie des lupus érythémateux, des angiomes. Indications de ces diverses méthodes. — M. Louste : lundi, examen des entrants ; mardi et jeudi, policlinique ; mercredi, traitements dermatologiques ; vendredi, leçons cliniques ; samedi, consultation.

Hôpital Boucicaut. — M. Marcel Pinard : à partir du 15 janvier, tous les mardis, à 11 h., conférences sur la syphilis acquise et héréditaire ; la syphilis et la gestation ; la syphilis du nouveau-né et du nourrisson ; le traitement de la syphilis ; l'importance sociale de la syphilis ; l'organisation de la lutte antisyphilitique; l'éducation des médecins et du public ; rôle des dispensaires.

Clinique Baudelocque. — Le mercredi, à 15 h., examen des malades, traitements, syphilis des femmes enceintes et des nouveau-nés.

— **Clinique chirurgicale de la Faculté.** — Professeur : M. Pierre Delbet. Assistant : M. Pierre Mocquot, agrégé, avec le concours de MM. Chevassu, agrégé, chirurgien des hôpitaux ; André Léri, agrégé, médecin des hôpitaux ; Jacques Leveuf, chirurgien des hôpitaux ; Charles Girode, ancien chef de clinique ; Pierre Mornard, chef de clinique ; Raoul Monod et J. Lascombe, chefs de clinique adjoints ; Herrenschmidt et Beauvy,chefs de laboratoire.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — *Enseignement magistral.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. Opérations par le professeur. — Jeudi et samedi à 10 h., leçon clinique avec présentation de malades par le professeur.

Enseignement complémentaire. — Tous les jours, à 9 h. : examen des malades dans les salles par les chefs de clinique. — Lundi, à 10 h. : consultation et clinique gynécologique par M. Mocquot (pavillon Bouilly). — Mardi à 9 h. 30 : leçons de séméiologie par les chefs de clinique ; à 11 h. : leçons et exercices d'urologie par M. Chevassu. — Mercredi, à 10 h. (alternativement) : exercices de laboratoire dirigés par M. Herrenschmidt ; leçon de petite chirurgie par M. Girode. — Vendredi, à 10 h. (alternativement) : leçon sur les affections nerveuses et osseuses médico-chirurgicales par M. Léri ; Leçons sur les acquisitions récentes de la chirurgie par M. Leveuf.

— **Clinique des maladies infectieuses** (hôpital Claude. Bernard). — M. le professeur Pierre Teissier a commencé ses leçons cliniques le vendredi 16 novembre à 10 h. 1/2.

ORGANISATION DU SERVICE ET DE L'ENSEIGNEMENT. — *Service.* — Visite tous les matins de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/2, les jours de leçons ; à 11 h. 1/2, les autres jours.

L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la clinique, ou par les élèves sous la direction du professeur ou des assistants.

Enseignement. — Les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, leçon magistrale à l'Amphithéâtre provisoire, avec ou sans présentation de malades, ou leçon au lit du malade, par M. Teissier, professeur. — Le lundi, à 10 h. 1/2, leçons de technique clinique à l'Amphithéâtre ou au laboratoire par MM. Gastinel, assistant de la clinique ; Reilly, chef de laboratoire ; Cambessédès, chef de clinique ; Cathala, chef de clinique adjoint.

Un enseignement concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse, est assuré par M. Mahu.

L'enseignement régulier de la clinique se complètera au cours de l'année, à des jours et à des heures qui seront chaque fois indiqués à la Faculté, et grâce au concours d'un certain nombre de collaborateurs spécialisés, de leçons magistrales sur des sujets d'actualité concernant la pathologie infectieuse, notamment la pathologie exotique.

***Le Directeur-Gérant* : Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 2829

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

mes collaborateurs, avec la désignation et les heures de leurs respectives consultations, sur mes feuilles d'ordonnance ainsi que sur un tableau indicatif affiché dans ma salle d'attente (à l'exclusion de plaques se trouvant à la porte d'entrée de mon immeuble et où figureraient seules la désignation et les heures des consultations spéciales)? Puis-je le faire sans risquer que l'administration des Finances frappe d'une patente chacun des collaborateurs ainsi nommément désignés, lesquels d'ailleurs ayant chacun, dans le centre de Paris, son cabinet personnel de spécialiste, payent déjà patente à ce titre ?

Ou bien faut-il, pour éviter cette rude imposition supplémentaire à mes collaborateurs, leur garder l'anonymat strict, et qu'ils ne fassent figure que d'aides auprès de moi, aux yeux du fisc ?

Dr X.

Réponse.

Si les confrères spécialistes qui viennent chaque semaine donner des consultations dans votre cabinet que vous tenez à leur disposition sont, pour ces consultations, rémunérés par vous et agissent seulement en qualité d'aides, ils ne sont pas redevables de la patente pour le local en question.

Si, au contraire, ils exercent pour leur propre compte en vous octroyant une somme pour la cession de votre cabinet, ils sont passibles du droit proportionnel calculé sur le prix de la location. Si ledit cabinet leur est concédé à titre gratuit, c'est la valeur locative évaluée par comparaison avec des locaux à peu près semblables qui sera retenue comme base de leur imposition.

Le seul fait de faire figurer les noms de vos collaborateurs sur certains imprimés ne saurait les rendre passibles de la patente, puisqu'ils peuvent toujours être considérés comme vos aides.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Consultations données dans un café.

Comme abonné au *Concours Médical*, je viens vous demander un renseignement.

J'habite M. et vais deux fois par semaine dans un village à 9 km. de chez moi à L., où je descends dans un café et me tiens dans la salle commune (où il n'y a jamais de buveurs) à la dispositoin des malades pour aller les voir chez eux ou les examiner dans le café même.

Le propriétaire du café, un ami et un client, ne m'a pas réservé de salle spéciale, c'est vous dire que je n'ai pas de cabinet. Voici que je reçois ces jours-ici l'avis ci-joint pour imposition.

N'y a-t-il pas erreur ou abus ? Puisque je ne loue

pas de chambre, peut-on me faire payer parce que je vais à jour fixe dans un café où je puis recevoir mes clients ? N'y aurait-il pas lieu pour moi de réclamer ?

Si oui, vous seriez bien aimable de m'indiquer la forme de ma réclamation et sur quel texte je puis m'appuyer pour justifier cette réclamation.

Dr X.

Réponse.

Pour obtenir décharge de l'imposition en question, il suffit d'adresser au contrôleur dans le mois suivant celui de la publication du rôle une pétition, sur papier libre, rédigée sous forme de lettre, lui faisant connaître les conditions dans lesquelles vous exercez à L.

A. MARTINOT.

Application du Tarif Breton..

I

1° Entorse et rhumatisme ; 2° Double intervention

Deux questions à résoudre, s'il vous plaît :

1° *Un ouvrier se fait une entorse. Trois jours* après, il a une crise de rhumatisme. L'assurance admettra-t-elle les ordonnances faites pour le rhumatisme vraisemblablement (?) provoqué par la chute.

2° Dans une coupure du poignet, j'ai fait une ligature de la radiale et une suture des fléchisseurs.

Faut-il compter 112 fr. 50 + 56 fr. 25.

Dr L.

Réponse.

1° Je ne pense pas qu'on puisse avoir gain de cause en voulant rattacher à une entorse banale, une crise de rhumatisme *généralisé*. Il n'en serait plus de même s'il y avait arthrite rhumatismale ou non, à l'articulation traumatisée *seule*, car, alors, il serait difficile de départager les deux causalités.

2° Vous devez compter les deux interventions : ligature de la radiale + suture du fléchisseur, car elles sont nettement distinctes.

F. D.

II

Cumul et non cumul.

En une affaire récente pour laquelle vous avez accepté d'être arbitre, ce dont je vous remercie, et dans laquelle j'étais intéressé, vous avez repoussé ma demande de consultation et injection S. antitétanique pour cause de cumul.

Or, je lis au *Concours Médical* 18-XI-23-p. 3526 XLVIII (col. 2) comptez deux pansements plus votre injection de sérum. Là il n'y a pas cumul.

J'avoue n'avoir pas très bien compris pour mon cas, pourquoi je ne pouvais pas compter l'injection

de sérum, celle-ci ayant été faite le soir du pansement, dès que le blessé m'eut apporté le sérum. Mais enfin je me suis incliné devant votre avis et l'affaire est réglée.

Ce qui motive ma demande n'est pas une chicane cherchée, mais bien la curiosité, et je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'indiquer pourquoi le Dr M. peut compter pansement et injection, alors que je n'ai pu en faire autant, quelle nuance motive ici votre avis, d'autant que ceci peut avoir son importance pour l'établissement de notes futures.

Dr C.

Réponse.

A) Tout d'abord, je tiens à bien spécifier que je n'accepte jamais d'être *arbitre* dans un litige entre un confrère et une assurance. Cela m'entraînerait trop loin, à cause de la fréquence des demandes. De plus, il y a, à Paris, une commission d'arbitrage précisément créée dans ce but, entre le Consortium des assureurs et le Syndicat de la Seine. Quant à moi, je me borne à donner mon *avis* au confrère qui me le demande, avis le laissant toujours *libre* quant à la suite à donner.

B) Quant à votre demande d'explication ci-jointe, voici la cause de mes deux réponses différentes qui se basent comme toujours, sur le texte même du tarif Breton.

1er cas. On ne peut compter, à la fois une consultation + une injection de sérum, car il y aurait le cumul défendu par l'art. 13. Et, cela même, quand au cours de cette consultation, il a été procédé à un pansement, puisque celui-ci n'entre pas en ligne de compte, attendu qu'il est (art. 16) « compris dans la visite ou consultation ».

2e cas. Là, il ne s'agit plus d'une *consultation* avec ou sans pansement mais d'une *intervention* à tarif spécial indiquée spécialement à l'art. 14 (Blessures multiples). En pareil cas, l'*art.* 13 *n'a plus à jouer.* Vous additionnez donc simplement vos différentes interventions, soit, en l'espèce : 1re intervention pour blessures multiples ; 2e intervention pour injection de sérum, chacune des deux étant tarifée *spécialement* l'une à l'art. 14, l'autre à l'art. 16. Mais aucune de ces deux interventions n'est indiquée dans le tarif comme étant « comprise dans la visite ou consultation » ainsi qu'il en serait s'il s'agissait d'un pansement simple, de massages, ventouses, pointes de feu, etc.

Et les deux cas étant dissemblables, mes réponses le furent également.

F. D.

III

1° Certificat de guérison ; 2° Perte d'une partie de phalange

J'ai l'honneur de vous prier de m'éclairer de vos conseils dans les deux cas suivants :

1° J'ai soigné il y a quelque temps un ouvrier charpentier qui présentait comme blessure une plaie pénétrante de l'arcade sourcilière droite. A la guérison j'adressai à la Cie un certificat, aux termes duquel je relatais l'état du blessé : cicatrisation parfaite, intégrité de la musculature de la région au point de vue fonctionnel, intégrité de la vision, absence de douleurs. Au règlement de compte, la Cie se refuse à me payer la somme de 10 fr. pour ce certificat (que j'ai considéré comme final descriptif) et dit que le certificat constatant *la guérison* ne donne pas droit à une indemnité.

2° J'ai soigné un blessé, encore en traitement, qui, au cours de son travail, a eu un écrasement de l'extrémité de l index gauche (perte de l'ongle et d'un peu des parties molles sur une longueur d'un centimètre environ). Pas d'intervention opératoire.

Ce blessé, dont j'ignorais l'état local antérieur, avoue que l'extrémité de ce même doigt était avant l'accident déformée par un coup de faucille (j'ai noté ce détail sur ma déclaration à la Cie).

Le dernier traumatisme a certainement raccourci le doigt de près d'un centimètre, à peine, les mouvements subsistent, même ceux de la dernière phalange.

A la rigueur, on peut admettre — ce qui est encore discutable étant donné l'accident primitif — que cet ouvrier soit *un peu* gêné dans son travail du fait de son dernier accident.

Et alors, peut-il être proposé pour une indemnité et que faire, dans cette hypothèse. ?

Dr D.

Réponse.

1° Il y avait « guérison » complète sans aucune I.P.P. Je crois donc que la Compagnie est dans son droit en se basant sur l'art. 29. Vous n'avez fait, en somme, que « constater la guérison ».

2° Le Guide barême des invalidités militaires donne 5 % d'I.P.P. pour perte de la phalange unguéale de l'index gauche, mais *rien* pour une partie seulement de phalange. Je ne vois donc rien à réclamer pour l'intéressé, surtout alors que vous me dites que les mouvements de la dite phalange subsistent.

F. D.

IV

Blessures multiples. Visite de contrôle.

Je vous serais très reconnaissant de me donner directement (ci-joint un timbre) sans préjudice de la communication par la voie du journal, pour le profit des confrères si vous le jugez utile, les renseignements suivants :

1° Un accidenté du travail s'est piqué la face dorsale des deux mains avec des fils de fer barbelés (fait fréquent dans nos régions dévastées) et infecté ces piqûres, ai-je le droit de compter à l'assurance : pansements multiples soit 15 francs.

2° Quel est le 5e alinéa de l'article 4 de la loi du 31 mars 1915 modifiant celle du 9 avril 1898, dont il est question au § *a* de l'article 3 du tarif des frais médicaux.

Réponse.

1° Ce n'est pas là le cas de « pansements multiples à 15 fr. » (art. 17) puisque vos pansements n'ont pas été faits « sur un même segment de membre. Il s'agit de « blessures multiples (art. 14) ayant nécessité deux pansements distincts et tarifés le prix de deux visites ou consultations.

2° Il s'agit là de la visite de contrôle du médecin envoyé par la Compagnie, visite qui ne doit être faite qu'en présence du médecin traitant prévenu 48 heures à l'avance.

F. D.

Zona et varicelle

A propos de zona et varicelle, je viens d'observer le cas suivant qui est analogue à celui du Dr Longuet.

Le mercredi 19 octobre, vient à ma consultation une fillette de 9 ans, atteinte de zona thoracique inférieur droit très accentué.

Le 6 novembre, je suis appelé dans cette famille pour voir la sœur, âgée de 7 ans, qui présente une varicelle, avec début de l'avant-veille. Un cas de plus, assez typique

Dr ARNOULD.

Durée du service militaire. Majorations pour enfants.

I

Fidèle abonné du *Concours Médical*, je viens demander votre avis sur le point suivant :

Agé de 43 ans, père de 4 enfants avec quelle classe suis-je démobilisable ? Les enfants vous font-ils gagner une classe par enfant ? Dois-je aviser le directeur du service des santé de ma région de la naissance d'un nouvel enfant pour me faire gagner une classe ?

Jusqu'à quel âge est-on mobilisable maintenant comme officier ? Dr T.

Réponse.

Pour *tous* les hommes valides, la durée du service militaire est de vingt-huit années (art. 2 de la loi du 1er avril 1923).

Les majorations dues à vos quatre enfants, 2 classes par enfant (art. 58), font que vous passez aussitôt dans la dernière classe de la deuxième réserve, où vous attendrez que soient écoulées ces 28 années.

Cependant l'avantage de ces dispositions n'est pas grand pour les officiers, attendu que, d'après l'art. 48, les rappels de la deuxième réserve (ancienne territoriale) peuvent toujours s'effectuer individuellement, et sans commencer obligatoirement par la classe la moins ancienne.

G. F.

II

Je m'excuse d'avoir encore recours à votre obligeance pour une question qui m'intéresse et intéressera peut-être un certain nombre de confrères.

Pendant le courant de septembre, une note parut dans les journaux, invitant les militaires de réserves, pères et de un ou plusieurs enfants à en faire la déclaration dans les mairies afin de se voir placés dans une classe de mobilisation plus ancienne, la dernière limite était le 30 septembre.

Or, je suis père d'une enfant née le 1er octobre.

Désirant bénéficier de la mesure, je me suis adressé à la mairie, qui m'a renvoyé à la gendarmerie, qui déclare n'avoir pas d'ordres.

Pourriez-vous me faire savoir par la voie du *Concours* dont je suis un fidèle abonné, ce que doit faire un officier de réserve qui se permet d'avoir un enfant après le délai légal, s'il veut bénéficier d'une avance de classe de mobilisation ?

Dr B.

Réponse

La limite de déclaration n'est nullement fixée au 30 septembre. L'art. 58 de la loi du 1er avril 1923 spécifie simplement : « Il n'est pas tenu compte, en matière de changement de classe, des déclarations qui n'ont pas été faites dans le délai d'un mois avant la publication du décret de mobilisation, sauf dans le cas, où ces déclarations résultent d'une situation nouvelle ».

C'est bien la mairie, qui doit recevoir votre déclaration, et *non pas le directeur du service de santé*, ainsi qu'il avait été indiqué, par suite d'erreur, dans une précédente réponse à un confrère, évincé lui aussi par la mairie et en plus par le recrutement.

G. F.

III

Je vous serai obligé de me donner, comme abonné du *Concours médical*, le renseignement suivant. Né en 1876, donc, classe 96, âgé actuellement de 47 ans 4 mois, père de 3 enfants, médecin aide-major de 1re classe, je désirerais savoir si je suis, de ce fait, dégagé de toute obligation militaire, et dans ce cas quelles sont les démarches que j'ai à faire.

Dr S.

Réponse.

Grâce aux six annuités dont vous bénéficiez pour vos trois enfants, vous êtes rangé dans la dernière classe de la deuxième réserve, ce qui ne change pas votre situation actuelle, étant donné votre âge.

Avec cette classe vous attendrez la fin des 28 années de service, que vous devez, sans être dès maintenant dégagé de toute obligation militaire.

Donc, aucune démarche à faire.

G. F.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Circulaire relative au contrôle et à la surveillance des établissements d'assistance.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales à messieurs les préfets

Paris, le 8 novembre 1923.

Monsieur le préfet,

Le Gouvernement de la République a doté la France d'une législation sociale qui, en multipliant les services de solidarité nationale, a eu pour heureux effet un développement considérable et simultané des organisationsd'assistance, de prévoyance et d'hygiène, que ces organisations aient été constituées, sous l'égide des pouvoirs publics ou qu'elles soient dues à l'initiative privée.

Si l'on veut avoir une idée de la valeur croissante de cet outillage de protectorat de la collectivité, il suffit de constater que, dans l'ensemble du pays, le nombre des hôpitaux et hospices dépasse 1.860, celui des asiles publics d'aliénés est de 66, avec en plus 16 asiles privés et 12 quartiers d'hospices faisant fonction d'asiles publics, que le nombre de bureaux de bienfaisance est de 22.000, celui des bureaux municipaux d'hygiène de 170, qu'il existe 640 dispensaires antituberculeux, 57 sanatoriums publics et privés assimilés, et 67 sanatoriums privés, 61 préventoriums, que le nombre actuel des consultations antivénériennes est de 222, que des centres anticancéreux se créent dans les différentes régions, que le nombre des œuvres subventionnées de protection de la maternité et de l'enfance s'élève à 1.459 (consultations de nourrissons, gouttes de lait, crèches, pouponnières, mutualités maternelles et sociétés de secours mutuels spécialisées, sociétés de charité maternelle, asiles, refuges, maisons maternelles, etc.), celui des œuvres diverses de bienfaisance subventionnées à 388, celui des offices d'habitations à bon marché à 150, des sociétés coopératives et anonymes et des fondations d'habitations à bon marché à 627, celui des sociétés de crédit immobilier à 127, celui des sociétés de secours mutuels, union des sociétés de secours mutuels et sociétés de secours des ouvriers mineurs à 19.550, celui des caisses d'épargne à 558, celui des monts-de-piété (crédit municipal), à 47, sans parler des établissements nationaux de bienfaisance, des services d'hygiène sociale des régions libérées, des bains-douches, des jardins ouvriers, des camps de vacances, etc.

Cette floraison d'œuvres et d'institutions impose de plus en plus aux pouvoirs publics la



nécessité de veiller à la bonne marche des institutions et des œuvres qui fonctionnent sous la responsabilité légale ou grâce aux encouragements financiers des communes, des départements et de l'Etat.

Déjà l'inspection générale des services administratifs, dont la compétence est si hautement appréciée, m'apporte un concours précieux, les conseillers techniques sanitaires, titulaires et adjoints, m'offrent de remarquables ressources de science et d'expérience, ainsi que les membres et les auditeurs du conseil supérieur d'hygiène publique de France, sans compter les techniciens auxquels peuvent être confiées des missions spéciales. Mais il me semble indispensable de comprendre dans une campagne générale de vérifications méthodiques toutes les institutions qui sont actuellement soumises à la surveillance officielle.

C'est pourquoi l'autorité préfectorale a, dès maintenant, un rôle considérable à remplir dans l'accomplissement du devoir administratif de contrôle. Parmi les fonctionnaires placés sous vos ordres, il en est de naturellement désignés pour s'acquitter de ce mandat en votre nom et sur vos indications personnelles : ce sont, en particulier les inspecteurs de l'assistance publique, les contrôleurs départementaux, les inspecteurs d'hygiène, les médecins des services publics et les délégués sanitaires.

Les investigations de contrôle ont besoin d'être poursuivies avec intelligence et esprit de suite. Il importe que les directives, à ce sujet, soient données par vous-même ; que les divers contrôles départementaux opèrent en harmonie les uns avec les autres et que leurs vérifications sur place, secondées par la collaboration du contrôle sur pièces, soient effectuées comme complément ou comme préparation des tournées d'inspection générale sans préjudice des missions exceptionnelles que vous pouvez confier à des sous-préfets, conseillers de préfecture ou agents techniques.

Il ne s'agit pas d'anticiper sur l'application de la loi en préparation relative à la surveillance des établissements de bienfaisance privée, mais d'exercer complètement la tutelle que vous possédez sur les établissements publics et le contrôle nécessaire sur les œuvres subventionnées. Les faits montrent qu'une tutelle bienveillante est toujours bien accueillie, surtout lorsqu'elle s'accompagne de conseils pratiques et de suggestions positives.

J'attacherais du prix à recevoir de vous un prochain rapport me faisant connaître, d'une façon précise, comment ce service de contrôle a été compris jusqu'ici dans votre département et quelles mesures vous envisagez pour accroître son efficacité.

Je suis convaincu à l'avance que le conseil

général, dont le concours est indispensable pour que vous disposiez de tous les moyens matériels de succès, ne manquera pas de s'intéresser plus complètement encore que par le passé à un meilleur et plus judicieux rendement des efforts concordants des institutions et des œuvres d'hygiène, d'assistance et de prévoyance sociales, dans un haut intérêt de vitalité nationale.

Paul STRAUSS.

(*J.O.*, 15 novembre 1923.)

(Erratum, *J. O.* 27 novembre 1923).

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Le Ministre de l'Hygiène ignore le nombre des décès pendant la guerre

19020. — M. Lévy, député, demande à M. le ministre de l'hygiène quel a été le nombre des décès du 4 août 1914 au 11 novembre 1918. (*Question du* 13 *novembre* 1923.)

Réponse. — Les services du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, chargés simplement de l'établissement de la statistique sanitaire des causes des décès, ne sont pas en mesure de fournir le renseignement demandé, attendu que les documents qui lui sont adressés pour cet objet comportent uniquement le nombre des décès par nature de maladie, constatés au cours de périodes mensuelles, trimestrielles ou semestrielles suivant l'importance des localités envisagées et sans autre indications de date. Seule la direction de la statistique générale de la France, dont les services dépendent du ministère du travail, pourrait procéder au calcul demandé au moyen des fiches individuelles de décès qui lui sont adressées.

(*J. O.*, 23 novembre 1923.)

Une visite de M. Roger, doyen de la Faculté de Médecine a l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris

Mercredi, 14 novembre, M. le doyen a rendu visite à l'Association corporative des étudiants.

Quelques membres du Comité reçurent le doyen, et le remercièrent d'être venu se rendre compte lui-même de l'activité et de la prospérité de la Corpo.

Cette visite fut des plus simples. Dans le modeste bureau du secrétariat, le Doyen parla longuement des besoins des étudiants en médecine et s'enquit de leurs désirs. Il apportait d'ailleurs une bonne nouvelle : la demande que, la veille, le Comité lui avait présentée, était accordée. M. Roger parla longuement du rapport sur le régime et le mode de payement des inscriptions qui lui avait été adressé par le Comité de la Corpo. Il en discuta quelques points et promit de l'examiner avec le plus grand désir d'adopter les solutions préconisées par l'Association corporative. Il remarqua d'ailleurs que certaines des modifications proposées s'alliaient étroitement à celles que lui-même avait déjà faites à maintes reprises à l'admi-

nistration. M. le doyen répondit ensuite à certaines demandes et exposa dans ses grandes lignes le projet de réorganisation des études médicales. La question de l'externat fut abordée et discutée, puis celle du P.C.N. A ce sujet, M. le doyen montra aux jeunes gens qui l'entouraient toutes les difficultés auxquelles on se heurte lorsqu'on veut faire évoluer des programmes, et il exprima tous ses regrets de voir ses efforts rester vains.

Les étudiants firent ensuite parcourir les locaux de l'Association Corporative à leur visiteur.

M. le doyen put ainsi constater les nombreuses facilités de travail mises par l'Association corporative à la disposition de ses adhérents : squelettes, microscopes avec coupes, bibliothèques de 5000 volumes (générale et circulante), salle de lecture et de causerie, droguier, salles de travail et de conférence au rez-de-chaussée, et surtout la vaste salle de travail au sous-sol. C'était précisément l'heure où, ayant terminé leurs travaux pratiques à la Faculté, les étudiants affluaient nombreux à la Corpo : les salles de travail propres, bien chauffées, étaient effectivement *combles* de travailleurs. M. le doyen ne fut pas sans en manifester une certaine surprise, assez flatteuse, du reste, et remarqua que « *l'on travaillait à l'Association corporative* », ce à quoi les membres du Comité répliquèrent en l'assurant que les mots « Travail et défense des intérêts corporatifs » pouvaient, à juste titre, représenter la devise de la Corpo. M. le doyen s'en *déclara* fort satisfait. Il s'étonna cependant de constater tout ce que, avec ses ressources bien modestes, l'Association corporative réussissait à assurer à ses adhérents, et sa surprise ne fit qu'augmenter lorsqu'il apprit que la « Corpo » se suffisait à elle-même sans avoir recours à une subvention gouvernementale quelconque.

A ce sujet le secrétaire de la Corpo expliqua simplement mais nettement à quelle influence cela était dû et il rappela que la seule année où la Corpo toucha une subvention gouvernementale de deux mille francs fut précisément la seule où, à la Commission des subventions, siégea une Association autre que l'Association générale des étudiants : la Confédération nationale des étudiants de France.

Le Comité remercia vivement M. le doyen de l'intérêt qu'il porte à l'Association corporative et de l'honneur qu'il lui avait fait, il lui exprima son grand désir de travailler pour les étudiants. Le Comité montra la Corpo restant simplement une Association de travail dirigée par quelques étudiants soucieux de tout ce qui intéresse les étudiants en général, mais en particulier ceux de Médecine, agissant sans bruit, sans tapage, mais utilement et sincèrement, avec un entier dévouement à la cause de la jeunesse des écoles. Il expliqua comment il entendait développer les avantages déjà offerts, améliorer les conditions de vie matérielle, et, pour terminer, le Comité exprima le vœu de travailler en liaison étroite avec la Faculté.

M. le doyen répondit que c'était son désir de recevoir constamment les suggestions que pourraient lui adresser les groupements d'étudiants qui connaissaient mieux que quiconque leurs besoins.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3684-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros ;

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, **Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Bastin, de Deville (Ardennes), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 1 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 609. — A céder, meubles de cab. méd., bureau, bibliot., fauteuils, chaises, banquette speculum, chaise-longue, vitrine, lavabo à deux barillets à pédales, instr. Potain, thermocautère Pachon, forceps, etc., appareil de chauffage, suspension pétrole, rideaux et portières de cabinet, rideaux de salon, etc.

No 610. — 10 HP Ballot 2 litres tourisme 1923, torpedo gd luxe signé Kelsch ; pare-brise arrière Equeym, porte-bag., freins 4 roues, 6 roues Rudge garnies 820 × 120, compteur, montre, voiture neuve à céd. pr. cause santé à partir de 31.500, Dr Guittard, La Chataigneraie (Vendée).

No 611. — A vendre pianola piano Aeolian Steck parf. état et nombr. rouleaux.

No 612. — Un docteur recherche « l'Art p rofane à l'église France, de Witkowski.

No 613. — Conf. offre vins de Sauterne franco gare Preignac par caisse de 12 ou 25 bouteilles, échantillon contre 2 francs. Dr Ricard, Preignac (Gironde).

No 614. — Poste méd. à repr. après décès sans indem. Vallée du Rhône. On céderait à succ. logement. instal. confort. et compl. à cond. tr. avantag. Ecrire à Rovaletti à Ste-Sévère (Indre).

No 615. — A céd. à Paris tr. bon quartier pet. client. méd. gén. appt. 4 pièces, salle de bain, Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 616. — Import. clin. accts travail à repr. ds Paris gr. rappt, fac. payement, Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 617. — A céder : Balance romaine, visible, 3 rue Pasquier, à Levallois.

AVIS

I

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'édition 1924 vient de paraître et l'expédition qui a lieu par postal sera terminée d'ici une huitaine de jours. Les souscripteurs auront donc satisfaction à bref délai.

Les lecteurs qui n'ont pas souscrit à notre édition et qui désireraient la recevoir devront nous en faire la demande de suite en versant 15 francs à notre compte de chèque postaux : *Concours Médical* Paris 167-95.

II

Les Bureaux du *Concours Médical* sont fermés par application de la « semaine anglaise » tous les Samedis, à partir de midi.

III

Nous tenons à prévenir nos Abonnés et nos Lecteurs que le Concours médical et ses filiales n'ont absolument rien de commun avec le *Centre Médical* qui est installé dans la cour de l'immeuble où se trouvent leurs propres bureaux.

CORRESPONDANCE

Placement d'un paraplégique

J'ai soigné il y a 10 ans un enfant de 4 ans atteint de paralysie infantile. Aujourd'hui, les parents me demandent quel métier pourrait faire leur fils paraplégique complet. Et s'il existe des écoles d'État (il n'y en a pas dans la Somme) professionnelles pour ces infirmes comme il en existe je crois pour les mutilés de guerre.

Si vous savez quelque chose sur ce point, je vous serais bien obligé de me l'apprendre.

Dr T.

Indemnisation des maladies *professionnelles*

Une fois de plus, j'ai recours à vos bienveillants avis. J'ai perdu un de mes clients, employé dans une plomberie, de diabète maigre avec cirrhose du foie. Estimant que la cirrhose devait être attribuée, en grande partie du moins, au saturnisme, j'ai établi un certificat disant que la maladie ayant entrainé la mort avait été nettement aggravée par le saturnisme professionnel.

Je me basais sur le décret du 4 mai 1921 pour la déclaration obligatoire des maladies professionnelles qui inscrit, sous le nº 10, les cirrhoses du foie saturnines. Je concluais, de ce que cette maladie devait être déclarée comme d'origine professionnelle, qu'elle tombait sous le coup de la loi du 25 octobre 1919 et donnait droit aux compensations prévues par cette loi.

La Compagnie d'assurances répond qu'il n'en n'est rien et qu'il y a lieu de distinguer les maladies professionnelles devant être déclarées, de celles donnant droit aux avantages de la loi.

La veuve n'a-t-elle aucun recours ?

S'il en est ainsi, il est au moins singulier de voir certaines maladies, reconnues comme d'origine professionnelle par un décret, ne pas l'être par la loi.

Dr G.

Réponse.

La loi du 25 octobre 1919 limite en effet aux maladies professionnelles mentionnées aux tableaux qui y sont annexés celles auxquelles la législation sur les accidents du travail est actuellement étendue. Mais elle prévoit que cette nomenclature pourra être augmentée et que les

tableaux annexés pourront être révisés et complétés par les lois ultérieures.

Or, la cirrhose du foie saturnine ne figure pas dans ces tableaux et, par suite, ne peut donner ouverture à l'application de la législation sur les accidents du travail.

D'autre part, l'article 12 de la même loi prévoit que, en vue de la prévention des maladies professionnelles, et de l'extension ultérieure de la loi, la déclaration de toute maladie professionnelle et comprise dans une liste établie par décret, après avis de la Commission supérieure, est obligatoire pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en peut reconnaître l'existence.

C'est en exécution de cette disposition qu'a été pris le décret du 4 mai 1921. On y remarque que si, au contraire de la nomenclature des maladies engendrées par l'intoxication mercurielle, qui est la même que celle du tableau annexé à la loi du 25 octobre 1919, la nomenclature des maladies engendrées par l'intoxication saturnine comprend 12 numéros, alors que le tableau de la loi n'en contient que 6, la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire, au contraire de celle des maladies qui entraînent l'application de la loi de 1919, n'est pas limitative.

Les cas de maladie qui doivent être déclarées, en effet, sont :

Tous les cas d'intoxication saturnine d'origine professionnelle et notamment : (suivent les 12 cas énumérés).

Tous les cas d'intoxication mercurielle d'origine professionnelle et notamment : (suit la liste).

Si le législateur a rendu obligatoire la déclaration des maladies professionnelles connues, et même de celles qui peuvent actuellement ne pas être connues comme telles et même être complètement inconnues, c'est, comme il l'a indiqué, en vue de leur prévention et de l'extension ultérieure de leur indemnisation.

C'est donc pour étudier ces maladies et les statistiquer, et non pour les ajouter de suite à celles qu'il a limitativement désignées dans les tableaux annexés à la loi elle-même.

La veuve de l'ouvrier mort de cirrhose du foie d'origine saturnine ne peut donc, actuellement, exiger du patron de son mari aucune indemnité.

Exercice de la médecine par un étudiant

Permettez-moi encore une fois d'avoir recours à votre obligeance pour m'éclairer sur le point suivant :

Un étudiant de mes amis qui n'a pas encore passé sa thèse peut-il déjà s'installer, poser sa plaque sur sa maison et faire toutes interventions médicales,

chirurgicales, obstétricales, en attendant l'obtention de sa thèse.

Dans le pays où il veut s'installer, il y a déjà un médecin.

Dr G.

Réponse.

Un étudiant en médecine ne peut exercer la médecine tant qu'il n'a pas passé sa thèse, si ce n'est comme remplaçant d'un médecin ou en cas d'épidémie, et après avoir obtenu l'autorisation préfectorale exigée par l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892.

Les docteurs en médecine, d'ailleurs, sont tenus, dès leur établissement, et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer leur diplôme ou, s'ils ne l'ont pas encore, le certificat provisoire qui leur a été délivré, à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie.

Au surplus, l'apposition d'une plaque à la porte d'une maison ne constitue pas l'exercice illégal de la médecine et ne saurait faire l'objet d'une sanction pénale. Mais il faut avouer que cette prise de possession avant la lettre pourrait paraître un peu *précipitée.*

Assujettissement des bûcherons à la loi sur les accidents du travail

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'élucider le cas suivant : un bûcheron employé dans une équipe exploitant une coupe pour un gros propriétaire de forêt et victime d'un accident, rentre-t-il dans le cadre de la loi sur les accidents du travail?

Dr C.

Réponse.

La loi du 15 juillet 1914, qui a étendu la législation sur les accidents du travail aux exploitations forestières n'est pas applicable aux terrains boisés, exploités en tout ou en partie, dont la superficie, d'un seul tenant n'excède pas trois hectares, ni aux arbres plantés hors des bois, lorsque l'opération n'a pas le caractère d'une exploitation, ni aux éclaircies faites dans les plantations de moins de vingt ans.

Elle n'est pas non plus applicable aux coupes de bois effectuées pour son usage personnel par le propriétaire du sol ou par le fermier ou métayer

Dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, puisqu'il y avait exploitation par une équipe d'ouvriers, ces exceptions ne s'appliquent pas et le bûcheron blessé dans la coupe par le fait ou à l'occasion du travail est garanti par la législation spéciale sur les accidents du travail

Délai du congé

Je me permets de m'adresser à votre office de renseignements, pour me fixer sur le point suivant :

Un propriétaire a loué en 1917 une maison (pas de bail, mais à l'année) ; actuellement, si ce propriétaire veut donner congé à son locataire, *combien de temps à l'avance doit-il le prévenir* ? Je croyais que c'était 3 mois à l'avance ; et j'apprends que la dernière loi (juin 1923, je crois) dit : 6 mois à l'avance. Je tiendrais à être fixé sur ce point.

Dr M.

Réponse.

En cas de location verbale, c'est-à-dire sans bail, le délai du congé est celui qui est déterminé par les usages locaux. Dans beaucoup de localités, en effet, ce délai est de trois mois.

Mais, par exception, la loi du 7 juillet 1923, dans son article 2, dispose que, dans les localités visées à la loi du 30 décembre 1922, et à la loi du 31 mars 1922, c'est-à-dire celles situées dans le département de la Seine et dans un rayon de 30 kilomètres des fortifications de Paris, dans les communes d'une population totale d'au moins 10.000 habitants, et dans les agglomérations distantes de 5 kilomètres de ces communes, dans celles où le recensement de 1921 accuse soit un accroissement de la population municipale, soit un accroissement du nombre des foyers, et dans les régions libérées, quelle que soit l'importance, de la population, les délais d'usage des congés pour les locations verbales, lorsqu'ils ne dépassent pas trois mois, sont portés au double.

Recrutement des médecins de la santé et médecins de lazaret

J'ai l'honneur de faire appel à votre aimable obligeance en vous priant de vouloir bien me fournir si cela vous est possible le renseignement suivant :

1° Quelles sont les conditions à remplir ;

2° Quelles sont les démarches à effectuer pour être nommé médecin de la santé dans un port ou médecin d'un lazaret ?

Je suis médecin sanitaire maritime.

Je m'excuse d'abuser ainsi de vos instants, mais je connais l'inépuisable obligeance de la direction du *Concours médical*.

Dr P.

Réponse.

Les directeurs de la santé, les médecins de la santé et les agents principaux ou ordinaires docteurs en médecine (notamment les médecins de lazaret), sont nommés par le ministre de l'intérieur sur l'avis d'un jury spécial institué conformément à l'article 3 du décret du 7 juin 1919 (*Concours médical* 1919, page 1751).

Lorsqu'il y a lieu de pourvoir à l'une de ces fonctions, la vacance est publiée au *Journal*

Officiel et affichée dans les principaux ports. Les candidats sont invités à produire, dans le délai d'un mois, leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes les justifications utiles. Ils doivent faire valoir notamment leurs connaissances spéciales touchant : l'épidémiologie, les maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine ou dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des réglements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte la direction des services.

Base de la patente.

En qualité d'abonné au *Concours Médical*, je viens vous demander par la voie de votre journal un renseignement concernant la patente payée par un médecin.

Voici mon cas.

J'occupe, au 1er étage, un appartement de 4 pièces, dont 3 sont réservées à l'usage professionnel : 1 salle d'attente, 1 cabinet de consultations et 1 salle d'examens.

J'ai fait apposer une plaque à la porte de rue de l'immeuble.

L'immeuble dont j'occupe un étage appartient à un membre de ma famille qui m'a fait un loyer de 800 fr., loyer qui est un loyer un peu au-dessous du prix normal que j'estime à 1000 à 1200 fr. Mais je pourrais avoir eu encore de meilleures conditions et ne rien payer du tout comme loyer, s'il avait plu à mon parent (mon père en l'espèce).

La ville où j'exerce compte 23.000 âmes.

Dans ces conditions je vous demanderai de vouloir bien me faire savoir comment va être établie ma patente, sur quelles bases et quel sera son montant.

J'espère obtenir de vous des renseignements précis concernant cette question qui me permettront de contrôler mon imposition et aussi je vous en remercie d'avance, n'oubliant pas la reconnaissance que j'ai envers votre journal pour les services qu'il m'a déjà rendus.

Dr F.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente est établi tant sur la valeur locative de l'habitation que sur celle des locaux servant à l'exercice de la profession imposable.

La valeur locative ne correspond pas obligatoirement au montant du loyer effectivement perçu par le propriétaire.

Elle doit s'entendre du revenu brut que rapporteraient les locaux s'ils étaient loués dans des conditions normales.

Quand lesdits locaux sont concédés à titre gracieux ou loués dans des conditions spéciales,

ce qui est le cas, la valeur locative est déterminée :

1° Soit par comparaison, avec des appartements ayant même nombre de pièces, situation à peu près semblable.

2° Soit par évaluation directe.

Nous ne pouvons vous fixer le montant de votre imposition qui dépend de la quotité des centimes additionnels, mais nous nous tenons à votre disposition pour vérifier votre avertissement.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Légion d'Honneur. Service militaire

J'ai reçu il y a quelques jours, de la direction du service de santé de la XIVe région une feuille de proposition (modèle H, je crois) pour la Légion d'honneur, à vérifier, signer et retourner.

Je vous serais très obligé de me dire :

1° Quelle est la signification de cette pièce ;

2° Quand il doit y avoir une promotion dans la Légion d'honneur pour les réserves ;

3° Ce que signifie au juste le fait d'être inscrit au tableau de concours dans la Légion d'honneur.

Autre question, au sujet des changements de classe pour charges de famille. J'ai fait ma déclaration tardivement, vers le 15 octobre, la mairie de mon arrondissement l'a reçue et m'a promis de la transmettre. Pensez-vous que le recrutement en tienne compte, et serai-je avisé de la suite donnée ? Classe 1897 et ayant 2 enfants, je devrais être dégagé dès maintenant de toute obligation militaire.

Dr X.

Réponse.

1° Pour être promu chevalier de la Légion d'honneur, il faut tout d'abord être inscrit par le ministre au tableau de concours pour la Légion d'honneur. Ce tableau est établi une fois par an, en général, par le ministre, sur les propositions, hiérarchiquement transmises par les directeurs régionaux, en ce qui concerne les médecins de complément. Au fur et à mesure des vacances que lui fait connaître la Grande Chancellerie de la Légion d'honneur, le ministre, tenant compte d'une répartition établie entre les différentes armes et services, nomme les nouveaux chevaliers en prenant les noms sur le tableau de concours.

Les pièces qui vous sont demandées actuellement ont pour but l'établissement des propositions pour inscription au tableau.

2° De par l'art. 58 de la nouvelle loi sur le recrutement, vos deux enfants font que d'ores et déjà, vous êtes versé dans la *dernière* classe de la 2e réserve, où vous attendrez que soient

accomplis les 28 ans de service militaire que vous devez.

Vous n'êtes donc pas, dès maintenant, dégagé de toute obligation militaire ; vous attendrez la fin du service, en *principe*, dans des conditions meilleures ; car l'art. 48 prévoit aussi que pour la deuxième réserve les rappels peuvent toujours s'effectuer individuellement et sans commencer obligatoirement par la classe la moins ancienne.

3° Le seul délai pour cette déclaration, c'est *qu'elle soit faite un mois avant la mobilisation.*

G. F.

Situation militaire. Avancement

Je vous serai très reconnaissant de bien vouloir me faire renseigner sur ma situation militaire ; j'ai par deux fois adressé une demande en ce sens à M. le directeur du service de santé de la région où je suis affecté, mais je n'ai pas eu de réponse. Voici ma situation exacte :

Mobilisé avec ma classe d'incorporation (1916) le 10 avril 1915, j'étais démobilisable le 10 octobre 1919 ; à cette date, j'ai contracté un rengagement en qualité de médecin auxiliaire, jusqu'au 12 juillet 1920. Ce qui me fait en tout 63 mois de service militaire. J'ai reçu ma nomination au grade de médecin A.M. de IIe classe en août 1923.

Ce temps supplémentaire de neuf mois passé sous les drapeaux me procurera-t-il un avantage, soit pour ma nomination à un grade supérieur, soit pour me faire dispenser d'un certain nombre de périodes militaires.

Pourrez-vous également avoir l'amabilité de me dire comment je dois interpréter le décret présidentiel du 17 janvier 1920 relatif à l'avancement des médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et à quelle date il me serait possible d'être nommé médecin aide-major de 1re classe.

Dr X.

Réponse

Le temps supplémentaire que vous avez passé sous les drapeaux, vous sera utile en tant que *service effectif*, pour votre nomination au grade supérieur.

En tous cas, d'ores et déjà, puisque vous avez ainsi accompli plus de cinq ans de service, vous êtes dispensé de la moitié des périodes d'exercice de la première réserve (art. 77 de la nouvelle loi sur le recrutement de l'armée du 1er avril 1923).

D'autre part, pour être médecin aide-major de première classe, il vous faut quatre années d'ancienneté de grade, et deux périodes d'instruction accomplies avec le grade. Or, le décret du 17 janvier 1920 vous dispense de ces deux

(*Voir la suite page XLIII-3727*)

PROPOS DU JOUR

A propos du projet de statut des sages-femmes Règlementation et contrôle des actes professionnels

Hodie mihi, cras tibi.

L'Académie de médecine discute actuellement, parfois avec passion, un projet de nouveau statut des sages-femmes. Ce projet nous paraît singulièrement dangereux, même pour la profession médicale. L'on dirait que ses auteurs désirent supprimer la profession de sage-femme. Mais alors, pourquoi prendre ce détour et ne pas dire carrément : les sages-femmes sont inutiles ou dangereuses, nous réclamons leur suppression pure et simple ?

Ce n'est pas notre opinion à nous, ni celle des confrères de province que nous avons interrogés sur ce point. Les médecins praticiens ne voudraient, ni ne pourraient, à l'heure actuelle, remplacer les sages-femmes. Sans doute, il en est parmi elles d'ignorantes, de mauvaises, de dangereuses, même de criminelles ; ne pourrait- on pas en dire autant des médecins ? Serait-ce une raison pour les supprimer ? Il y en a aussi de très instruites, de prudentes, de très dévouées. J'ai connu, soigné et vanté dans ces colonnes une vieille sage-femme, fille de sage-femme, Mme R. morte un peu avant la guerre, qui, en cinquante ans d'exercice, avait fait dans le XIIIe arrondissement et la banlieue parisienne, près de 5 .000 accouchements, la plupart pour l'Assistance publique de Paris. Cette dernière, au début, lui donnait généreusement cinq francs par naissance. Mme R. fut gratifiée, lorsqu'elle se retira, d'une médaille de bronze par l'administration *reconnaissante* (oh combien !) Qu'on réfléchisse à ce que ces 5 .000 accouchements démandèrent de peines, de soucis, de fatigues à cette excellente femme qui se plaisait à me conter sans amertume, alors qu'elle était octogénaire, les épreuves de sa vie utile et laborieuse, et les souvenirs de ses nuits sans sommeil.

Le projet de statut se couvre du masque de la lutte pour la natalité. L'on veut atteindre les avorteuses, exiger pour les sages-femmes un niveau moral plus élevé. Le moyen ne nous paraît pas efficace. Il n'est pas douteux que la plupart des sages-femmes peuvent rarement vivre de leur profession. Lorsqu'elles sont mariées, les honoraires qu'elles touchent ne sont guère qu'un salaire d'appoint dans leur ménage. Mais au lieu de hérisser l'exercice de leur profession de difficultés nouvelles, ne ferait-on pas mieux de s'ingénier à les faire vivre en leur réservant, par une légère modification du programme de leurs études, toutes les fonctions d'infirmières visiteuses qui ont trait à la surveillance de la grossesse et à la protection des enfants du premier âge ? Ne pourrait-on pas engager les élèves des bonnes écoles d'infirmières à acquérir le diplôme de sage-femme, en modifiant les programmes de façon à ne pas allonger leurs études d'une façon démesurée ?

Dans le questionnaire envoyé par M. le professeur Bar aux associations médicales, nous relevons certaines suggestions sur lesquelles nos confrères n'ont pas réfléchi, mais qui nous paraissent bien singulières.

Par exemple : autoriser les sages-femmes à donner des conseils d'hygiène pour l'élevage des enfants en indiquant la limite : 1 à 2 ans !

Mais pour donner des conseils d'hygiène *pour des individus de moins d'un an jusqu'à* 100 *ans et* plus, est-il besoin d'une autorisation et d'un diplôme ? Tout le monde donne des conseils d'hygiène : les journaux quotidiens, de la première page à la quatrième, y compris les annonces, et surtout les annonces ; la concierge, l'épicière, la marchande de lait, la vieille fille, la mère de famille, la dame de la Croix-Rouge, l'infirmière visiteuse avec ou sans diplôme, la sage-femme, et même le médecin. Allez réglementer la divulgation de ces conseils, quand officiellement (ce dont nous ne nous plaignons pas), des conférenciers sans diplômes spéciaux les propagent avec le concours du cinéma, quand l'administration les affiche sur les murs pendant la chaude saison, et qu'elle les imprime sur les livrets de famille, sans en tenir toujours le texte au courant des découvertes ou des modes nouvelles !

Le questionnaire parle de répartir les sages-femmes sur le territoire suivant les besoins de la population, de leur assurer des conditions

d'existence honorable. C'est bien, mais auparavant, il conviendrait d'indiquer le moyen de les recruter ; en faisant appel aux allocations de l'Etat, du département et de la commune, a-t-on chiffré ce que coûterait l'organisation de ce nouveau corps de fonctionnaires que l'on parle de doter d'indemnités en cas de maladie, et à qui l'on désire assurer des retraites ?

Le questionnaire propose d'imposer à toute sage-femme l'obligation de faire, tous les 5 ans, un stage de 10 jours ou tous les 10 ans, un stage de 15 jours, dans une maternité. Il suggère le contrôle des actes professionnels, consignés obligatoirement sur un registre, vérifié par un médecin délégué par une commission d'administrateurs et de médecins, qui dispensera les éloges et les blâmes, donnera des récompenses ou proposera des mesures disciplinaires.

Croit-on qu'il y aura des sages-femmes assez sottes pour consigner sur un registre les actes professionnels pouvant provoquer un blâme ou *une mesure* disciplinaire ? Et lorsque les sages-femmes iront faire leur stage périodique dans une maternité, l'Etat se chargera-t-il d'en assurer les frais et de pourvoir au remplacement de ces accoucheuses pendant leur absence ?

Nous ne parlons pas du droit ou non de prescrire certains *médicaments par la sage-femme*. L'Académie devrait être sur ce point d'une extrême circonspection. Elle pourrait avec fruit relire ses comptes rendus.

En 1850, le Préfet de police, préoccupé du danger social que présentait l'usage du seigle ergoté, comme abortif, demandait à l'Académie de médecine s'il était vraiment indispensable de le laisser prescrire par les sages-femmes. L'Académie répondit par la voix de Danyau, son rapporteur, qu'il y aurait de graves inconvénients à une interdiction de ce genre. En 1872, le Préfet de police, pris des mêmes scrupules, renouvelle sa question. Ce fut sur la proposition de son rapporteur, M. Tarnier, que l'Académie de médecine, dans sa séance du 17 décembre 1872, maintint aux sages-femmes le droit de prescrire le seigle ergoté. Il est curieux de reproduire un passage du rapport de Tarnier :

« Ne l'oublions pas, disait-il, il est interdit à une sage-femme d'employer les instruments. Que fera-t-elle si les contractions utérines se ralentissent et se suspendent, alors que la tête du fœtus est près de l'orifice vulvaire et qu'il suffirait de quelques efforts pour l'expulser ? Comment sauver un enfant dont la vie est menacée par cela seul que le travail se prolonge outre mesure ? Attendra-t-elle l'arrivée du médecin qui aura parfois un long trajet à parcourir et qui n'arrivera qu'après la mort de l'enfant ? Vous penserez sans aucun doute, avec votre commission, que dans de semblables circonstances, la sage-femme a non seulement *le droit, mais le devoir d'administrer le seigle ergoté.* »

Ce qui était un devoir pour l'Académie, en 1872, est devenu un délit, sinon un crime pour l'Académie actuelle. Ce qui n'empêche que Tarnier, un grand accoucheur, a été à juste titre honoré d'un monument. Mais cet exemple n'est-il pas fait pour dissuader certains académiciens de la rage de réglementer, de codifier et de contrôler les actes médicaux professionnels ?

Au point de vue de l'exercice de la médecine professionnelle, nous voyons dans la tentative récente un grave danger.

La profession de sage-femme est une profession libérale, dont les conditions de l'exercice sont fixées par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine (titres III et IV, articles 3, 4, 5 et suivants). Le jour où, par une nouvelle loi, on modifiera les conditions de l'exercice de la profession de sage-femme, où l'on établira un contrôle de ses actes professionnels, où l'on exigera un stage périodique dans une maternité, si le corps médical donne son assentiment à ce nouveau statut, quels arguments les médecins pourront-ils, en toute équité, opposer à ceux (et il y en aura, il y en a déjà !) qui réclameront le contrôle des actes professionnels du médecin praticien lui-même et à l'obligation d'un stage périodique qui ne pourrait être utile que s'il se faisait sans contrainte ?

Que ceux qui répondent avec quelque légèreté aux suggestions de M. le professeur Bar veuillent bien y réfléchir, et se rappeler le proverbe :

Hodie mihi, cras tibi.

J. Noir.

Echo de l'Assemblée Générale du Syndicat des Médecins de la Seine

(9 *décembre*)

A propos de l'assurance sociale

Le 20 novembre 1921, je faisais à l'Assemblée générale de la Société civile du *Concours Médical* une communication sur l'Assurance sociale, dans laquelle je m'exprimais notamment ainsi :

« On peut concevoir un système dont je me suis fait le défenseur, et que j'appelle le *régime de la liberté dans le cadre syndical.*

« Le malade a le libre choix de son médecin qu'il *honore directement sans aucune intervention d'un tiers.*

« Il reçoit des Caisses des allocations journalières qui lui permettent de faire face à tous les frais qu'entraîne l'état de maladie.

« Les Caisses ont le droit incontestable de se rendre compte de la manière dont l'argent qu'elles versent est utilisé. Elles exercent un contrôle sur celui qui reçoit l'allocation, c'est-à-dire sur le malade.

« Le rôle du syndicat consiste à régler les rapports des médecins entre eux, à établir des tarifs régionaux ou locaux s'appliquant à toute la clientèle sans distinction pour les assurés sociaux, mais sans aucun autre caractère impératif qu'un *minimum* ; *à aider l'assurance à exercer son contrôle sur les assurés* ; *à constituer des commissions arbitrales destinées à trancher les conflits qui pourraient surgir entre Caisses, assurés et médecins.* » (1)

Or, dimanche dernier, à l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, j'ai eu le très grand plaisir d'entendre notre confrère LAFONTAINE, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, défendre — avec une éloquence et une conviction que j'ai chaleureusement applaudies — pour le régime des soins médicaux, dans la future assurance sociale, un système qui ne diffère du mien qu'en ceci que, les petits risques étant éliminés de l'assurance, l'assuré recevrait une indemnité forfaitaire, variable par maladie, 1000 francs pour une fièvre typhoïde, 800 francs pour une scarlatine. Ce sont les chiffres qui ont été indiqués par l'orateur pour concrétiser sa pensée, au lieu des allocations journalières dont j'avais parlé.

A cela près, il m'est permis, je pense, de me réjouir, à deux ans de distance, de constater qu'un accord, que je n'aurais *jamais osé espérer* aussi complet, s'est fait sur ce point entre le Dr Lafontaine et moi. Je souhaite qu'à l'heure où paraîtront ces lignes, les Assemblées générales de l'Union aient ratifié la thèse ainsi présentée par le secrétaire général de celle-ci.

G. DUCHESNE.

(1) Ces deux derniers actes devant faire l'objet principal d'un contrat bilatéral que je ne répugne nullement à appeler collectif.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MÉDECINE LÉGALE

La mort et l'agonie

M. le professeur BALTHAZARD, membre de l'Académie de médecine..

La mort est un moment solennel qui nous intéresse tous. Elle a souvent servi de thèse aux littérateurs et aux romanciers, et il est curieux de voir ceux qui se piquent le plus de naturalisme la décrire d'une façon toute imaginative.

Le moment de la mort n'est pas toujours facile à préciser. La plupart du temps, le processus qui y aboutit est assez lent et il comporte une phase de transition, appelée agonie, dans laquelle les diverses fonctions s'éteignent progressivement. Les différents organes ne supportent pas de la même façon la privation d'oxygène. Alors que certains tissus, les aponévroses par exemple, conservent pendant des heures la faculté d'un retour de vitalité, d'autres perdent ce pouvoir rapidement. Ainsi, la privation d'oxygène pendant 5 minutes est fatale à la cellule nerveuse.

Bichat disait que l'on meurt de trois façons : par le cœur, par le cerveau, par le poumon. En réalité, c'est l'arrêt du cœur qui caractérise la mort. Il arrive que dans des circonstances particulières, dans la décapitation entre autres, le cœur continue à battre quelques instants : la mort est réelle quand il a cessé ses battement. Pour le médecin, il s'agit surtout d'une ques-



tion de pronostic : la possibilité de rappeler le sujet à la vie. On dira qu'un individu est mort quand aucun moyen ne laisse l'espoir de le ranimer.

Il nous faut donc étudier la période qui précède immédiatement l'arrêt du cœur, l'agonie. Ce mot vient d'un terme grec qui signifie combat. Il désigne le combat entre la vie et la mort. L'agonie comporte la cessation successive des grandes fonctions. D'après Lacassagne, elle débute par la déchéance des fonctions intellectuelles. Souvent, on observe à ce moment, une amélioration des symptômes généraux. Vous êtes en présence d'un moribond qui souffre. Survient la déchéance psychique annonciatrice de l'agonie. Le malade alors sent moins, ne souffre plus, ne se plaint plus. Quelquefois, avant cette déchéance, on peut noter des troubles nerveux, de la carphologie, du délire. La respiration s'embarrasse, s'accompagne du râle trachéal (asphyxie lente terminale) ; la circulation est entravée, d'où tachycardie, faiblesse du pouls, refroidissement (sauf pour quelques maladies). L'agonie s'accuse alors nettement. Les yeux se voilent et il est des agonisants qui réclament de la lumière. Fréquemment l'ouïe persiste un peu plus longtemps et l'on arrive parfois à obtenir quelques réponses plus ou moins précises. Le jour où l'on aura à discuter la validité d'un testament donné dans ces conditions, il faudra apprécier la valeur de semblables réponses.

On observe, dans certains cas, au cours de l'agonie, un réveil de l'intelligence, à la vérité très sobre, et dans la sphère de la vie habituelle, de l'automatisme. A ce moment, en effet, l'état mental est toujours troublé. Il y a bien parfois une certaine euphorie qui tient à l'analgésie, à l'abolition des sensations pénibles, mais le fonctionnement mental est trop confus, en définitive, dans la période agonique, pour que l'on puisse accorder une valeur à un testament recueilli durant cette période. Une conscience suffisante est nécessaire pour rendre un testament valable.

Il est des personnes qui regardent la mort en face et la voient venir de sang-froid. La guerre en a fourni de nombreux exemples. Je vous rappellerai également le cas de Trousseau. Atteint de cancer de l'estomac, qu'il avait diagnostiqué sur un signe découvert par lui-même, (la phlegmatia alba dolens), Trousseau revint du Midi de la France à Paris, trois jours avant sa mort. Il se fit conduire au Père-Lachaise, visita sa tombe, écrivit son testament et mourut dans la soirée.

Il est assez curieux que, dans le domaine des préoccupations habituelles, on puisse quelquefois obtenir d'un agonisant des réponses lucides. Une personne, un jour, présente à l'agonie d'un mathématicien, lui murmura à l'oreille : « Douze fois douze ». Le mourant répondit : « Cent quarante-quatre ». On raconte l'histoire d'un joueur de piquet à qui, au moment de sa mort, on dit : « Pique, repique et capot ». Il répondit d'une voix claire : « Quinte, quatorze et le point ». Ce sont là des faits appartenant au domaine de l'automatisme, presque réflexes.

La durée de l'agonie est très variable : quelques secondes, quelques minutes, quelques heures, un jour ou deux même, a-t-on dit. Je crois que la période véritablement agonique, où il y a râle véritable, ne dure pas plus de quelques heures. J'ai vu un individu se blesser sous mes yeux l'artère fémorale. Il eut le temps de se rendre à la pharmacie voisine et là, à peine arrivé, succomba brusquement. L'agonie avait été ici extrêmement courte. Même dans les blessures des grosses artères, la mort n'est pas nécessairement instantanée. On voit des sujets qui se sont tranché la gorge pouvoir accomplir certains actes : jeter leur arme au loin, fermer une portière, etc., ce qui peut faire penser à un crime. Ainsi une fois, on trouva un homme mort en chemin de fer, d'une plaie au cœur. Il s'était suicidé et, malgré la gravité de sa blessure cardiaque, il avait eu le temps de lancer son arme par la portière, de relever la vitre et de boutonner son veston. D'autres suicidés se tirent ainsi plusieurs coups de revolver ; d'autres parcourent un assez long trajet avant de succomber. Dans un cas, au bois de Vincennes, nous avons découvert l'arme du suicide à 200 mètres du cadavre. Parfois on ne la trouve pas.

Ainsi, même après les blessures les plus graves, l'agonie ne commence pas toujours immédiatement. En tout cas, ces blessures permettent quelquefois une série d'actes plus ou moins automatiques.

Dans l'asphyxie par submersion, l'agonie est courte, ce qui ne veut pas dire qu'on ne puisse ramener le sujet à la vie. Il peut y avoir syncope d'une durée de 4, 5, 6 minutes, suivie de retour des fonctions si une intervention opportune a lieu. Dans l'intoxication oxycarbonée, l'agonie peut être courte également (une, deux minutes) ou au contraire longue (5, 10, 15 heures) lorsque les proportions d'oxyde de carbone respirées sont faibles. Dans des circonstances semblables, il arrive que des individus succombent et d'autres non. Un soir, 3 émigrantes vinrent dans une chambre d'hôtel pour passer la nuit. Elles allumèrent un poêle et se couchèrent, deux d'un côté, l'autre en sens inverse. Le lendemain, les deux premières étaient mortes asphyxiées, la troisième (qui avait été protégée par un courant d'air favorable) n'avait rien.

Dans des cas de cette espèce, se pose l'importante question de la survie. Voici deux époux asphyxiés ensemble par l'oxyde de carbone. Ils laissent une fortune considérable léguée au

dernier vivant. Suivant que le mari ou la femme aura succombé en premier lieu, ce sera l'une ou l'autre famille qui héritera. C'est souvent chose très délicate à apprécier et il faut être naturellement circonspect. La situation est plus compliquée encore quand la mort est due à des causes différentes. Une fois, un homme et son fils moururent dans la même nuit, le père d'un anévrysme, le fils d'une autre maladie chronique. Il fut bien difficile d'établir médicalement lequel des deux était mort le premier, en l'absence d'indice précis. Je vous rappellerai l'affaire Pranzini, cet aventurier qui assassina un jour, en même temps, une demi-mondaine, sa bonne et l'enfant de celle-ci. Comme la fillette était légataire de la demi-mondaine et transmettait ses droits à sa mère, les parents de la bonne se trouvaient devoir hériter, à condition que la mère ait survécu à l'enfant et l'enfant à la demi-mondaine. Brouardel, appelé à résoudre cette question de survie, demanda l'avis de Vulpian et de Claude Bernard. La fillette avait été décapitée par section de la moelle, la bonne égorgée avec section de la carotide. Dans l'impossibilité de se prononcer, Brouardel répondit qu'il ne pouvait fixer la filière des décès.

Dans tous les cas où il n'y a pas d'indice médical de survie certain, on applique la loi. Celle-ci dit que, à défaut d'élément caractérisé d'appréciation, c'est le sujet le plus fort par l'âge et le sexe qui est présumé avoir survécu. C'est évidemment un principe vrai dans nombre d'éventualités, mais pas toujours exact en fait. La loi est donc assez arbitraire, mais elle a l'avantage d'établir une règle. Entre 15 et 60 ans, l'individu le plus âgé est présumé le survivant. Après 60 ans, au contraire, c'est le moins âgé. Entre deux personnes, l'une au-dessous de 15 ans et l'autre au-delà de 60, c'est le sujet de moins de 15 ans qui est supposé avoir survécu. Entre 15 et 60 ans, si la différence d'âge ne dépasse pas une année, la survie est attribuée à l'homme. Voici un exemple. Un bateau sombre en mer avec tous ses passagers. Un homme qui avait fait une assurance au profit de sa femme, et celle-ci également, sont parmi les morts. Les ayants-droit de la femme doivent-ils hériter ? On répondit oui, car la femme avait plus d'une année d'âge que le mari.

En appliquant ces règles, il faut tenir compte cependant de diverses dispositions légales. Ainsi, l'homicide supprime la faculté d'hériter. Un individu tue sa femme, son enfant, et lui-même. L'héritage va-t-il du côté de la famille de l'homme ou de celle de la femme ? L'enfant hérite de sa mère, mais le père, dernier survivant, ne peut hériter de son enfant pour cause d'indignité. L'héritage appartient aux parents de la femme.

Un point important à reconnaître au moment de l'autopsie est la durée — longue ou courte — de l'agonie. Un individu traumatisé meurt. Si l'agonie a été consécutive au traumatisme, elle a été généralement courte. Nous disposons de divers signes. L'état du sang dans le cœur d'abord. Dans l'agonie lente, le sang est coagulé à l'intérieur du cœur, et celui-ci est distendu par des caillots. Au contraire, dans l'agonie rapide, le sang reste liquide dans les vaisseaux et le cœur, où il peut y avoir seulement quelques petits caillots *post-mortem*.

Nous avons aussi l'épreuve dite de la docimasie hépatique, qui permet d'indiquer si une asphyxie a été brusque ou lente. Claude Bernard a démontré que le foie contient du glycogène et du glycose. Après le jeûne, ces éléments diminuent. Or, l'agonie lente s'accompagne de dénutrition prolongée : le glycogène et le glycose disparaissent. Si la mort a été brusque, on trouve dans le foie, par contre, du glycogène normal. Cette épreuve fournira des renseignements intéressants dans les cas d'infanticide, par exemple. Elle comporte plusieurs exceptions : dans le cancer du foie et certaines cirrhoses, les cellules hépatiques restent chargées de glycogène. La putréfaction avancée, en outre, peut troubler les recherches. L'épreuve devra être confrontée avec les autres signes, l'état du cœur et du système circulatoire.

J'arrive à la question de la mort apparente. Il est des individus qui ont l'apparence de la mort. Si on les laisse ainsi, la mort peut survenir, il va sans dire. Si on les secourt, on peut dans certaines circonstances les ranimer. Vous connaissez les animaux hibernants chez lesquels, pendant la saison froide, la circulation et la respiration sont extrêmement ralenties. Protégés du froid par des fourrures, ils vivent sur leurs tissus durant cette période de vie réduite. Cela ne dure qu'un temps, d'ailleurs, puisqu'à la belle saison, ils reprennent une existence normale. Il existe de même des hommes capables de modérer leurs dépenses vitales. Les fakirs de l'Inde se font ainsi mettre dans des caveaux pendant 2 et 3 semaines, restant alors à l'état d'hibernation. Le physiologiste Chauveau avait la faculté d'arrêter son cœur une minute, en faisant une grande inspiration, les organes de la vie végétative pouvant parfois être influencés par la volonté. On connaît le cas du colonel anglais Towsend qui parvint, par des exercices progressifs, à arrêter son cœur pendant une demi-heure. Un jour, il est vrai, il succomba à cette expérience, qui n'est pas sans danger.

Est-il possible que des sujets restent quelque temps en état de mort apparente et soient ressuscités ? De nombreuses histoires de ce genre ont été racontées, toutes controuvées quand on a cherché à les approfondir. Elles frappent beaucoup l'esprit public et ont leur écho dans les do-

nations faites aux Académies pour distribuer des prix aux auteurs découvrant des signes de la mort. En réalité, il faut considérer non seulement le diagnostic de la mort, mais encore et surtout le pronostic, la possibilité ou non de rappeler à la vie un individu. Dans les cas douteux, il faut faire toutes les tentatives pour ranimer le sujet, sans se décourager trop vite. Dans une syncope chloroformique, par exemple, on se soucie peu d'établir d'abord si le malade est bien mort.

Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris et recueillie par le Dr P. Lacroix.

L'INVAGINATION INTESTINALE DU NOURRISSON

Par le Dr Raphaël Massart.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Parmi toutes les affections intestinales du premier âge, il en est une qui reste encore trop souvent méconnue ou est diagnostiquée trop tard : quand tout espoir de guérison est perdu, c'est l'invagination intestinale.

Nous nous sommes rendu compte, en faisant les recherches qui nous ont permis de rédiger notre rapport au *Congrès de Pédiatrie*, combien il était rare de voir un diagnostic porté de façon précoce, et nous exprimions le désir, dans nos conclusions, de dépasser les limites du Congrès, d'atteindre, sans exception, nos confrères, en leur mettant sous les yeux les résultats différents obtenus suivant qu'on a ou non passé l'heure favorable, en leur indiquant les moyens faciles pour porter un diagnostic, en leur montrant que les injections d'air, les lavements et autres thérapeutiques anciennes étaient souvent néfastes et que *le seul traitement est chirurgical.*

L'invagination intestinale aiguë est très souvent méconnue. Toutes les statistiques le prouvent, la plupart des chirurgiens s'en plaignent, et si tant d'enfants succombent, c'est que le mal est diagnostiqué trop tard ; bien souvent, lorsque l'on intervient, depuis longtemps déjà a sonné l'heure chirurgicale et l'invagination reste sans remède, malgré tout ce qui peut être tenté.

C'est la nécessité d'un diagnostic précoce qui va dominer toute cette étude, d'un diagnostic fait par le médecin qui voit le premier l'enfant ; je dirais presque d'un diagnostic porté par la mère qui s'alarme dès qu'elle s'aperçoit que les langes de son enfant sont maculés de sang.

Ne voyons-nous pas, au contraire, en parcourant les nombreux rapports publiés, que les premières craintes de la mère sont calmées par nos confrères ? L'un, c'est en Allemagne (cité par Becker), conseille un tamponnement rectal, en présence d'un melæna abondant ; l'autre, croyant à une diarrhée dysentériforme, appelle un second médecin en consultation, puis un troisième ; et, pendant ce temps, l'heure passe, et avec elles s'envolent tous les espoirs de guérison.

S'il est fait encore, autour de cette maladie tant d'erreurs de diagnostic, surtout à la période initiale, — celle où la guérison chirurgicale est de règle, — la faute n'en est pas seulement au médecin, il faut aussi la reporter sur ceux qui l'ont instruit.

Rowen se plaint qu'on insiste trop dans les traités sur les variétés anatomiques de la maladie ; les différents mécanismes qui la réalisent ; qu'on décrive comme signe capital la présence d'un boudin abdominal perceptible au palper, et qu'on trace le tableau clinique d'un enfant en état d'occlusion et de stercorémie, alors qu'à cette période tout espoir est perdu ; au lieu de donner aux signes cliniques des premières vingt-quatre heures l'importance qu'ils doivent avoir.

En relisant ces réflexions de Rowen, nous nous sommes souvenu être passé nous-même, par ces hésitations, qui doivent être celles de bien des praticiens, jusqu'au jour où nous avons entendu notre maître Broca nous dire :

« *Un enfant de moins d'un an qui fait du sang et a des signes d'occlusion doit être laparotomisé immédiatement* ».

Un récent article de M. Ombrédanne donne à cette phrase la rigueur d'une équation :

Signes d'occlusion + sang par l'anus = invagination intestinale.

Ne vous paraît-il pas que de pareilles formules ne s'oublient jamais !

L'importance du melæna est considérable au point de vue du diagnostic ; et nous le considérons comme le *signe capital* de l'invagination aiguë du nourrisson. Ainsi que nous allons essayer de le démontrer, c'est *un signe objectif*, qui force l'attention de la nourrice ; il est d'*observation presque constante* ; il *précède les signes d'occlusion.*

La grande fréquence de l'invagination dans les premiers mois requiert l'observation attentive des signes cliniques les plus simples ; à cet égard, l'examen des selles tient la première place dans l'étude des troubles digestifs du nourrisson ; toute nourrice est habituée, au moindre malaise de son enfant, à garder les selles pour les montrer au médecin ; la présence de sang ne peut donc manquer d'attirer l'attention du praticien. Presque jamais, chez l'enfant au-dessous d'un an, ce signe ne nous a paru infidèle, c'est beau-

coup plus souvent l'interprétation du symptôme hémorragique qui a faussé le diagnostic.

Le caractère du mélæna dans l'invagination intestinale n'est, en effet, pas toujours le même : l'aspect sanglant des selles varie suivant les cas, suivant la période de la maladie à laquelle on l'observe et peut-être aussi, d'après Grisel, suivant le siège de l'invagination.

Dans la plupart des cas, l'écoulement sanguin par l'anus est modéré, il est constitué par des mucosités sanguinolentes qui surviennent après quelques phénomènes douloureux chez *un enfant presque toujours en très bonne santé.* Ces évacuations peuvent être très fréquentes ; quelquefois, au contraire, assez rares et même se réduire à une seu le ; elles peuvent se reproduire, devenir nettement sanglantes, ou faire place à des phénomènes d'occlusion avec des signes abdominaux qu'il faudra rechercher dès le début.

Ce mélæna peu abondant, présentant l'aspect glaireux, sans odeur fétide est, pour Grisel, celui qu'on observe dans 82 % des cas, c'est celui de l'*invagination iléo-cæcale*, dans laquelle la tête de l'invaginaion répond à la valvule de Bauhin, et qui s'accompagne de l'enfouissement progressif du côlon ascendant puis du transverse, parfois jusqu'à l'angle gauche.

Le mélæna, dans cette forme, malgré son peu d'abondance, a une importance très grande : car, c'est seulement au moment où il se produit, c'est-à-dire, dans les premières heures de l'invagination, qu'on peut sentir le boudin, dans la fosse iliaque droite ; au fur et à mesure que l'invagination progresse, il échappe au palper, masqué par les fausses côtes, alors qu'il devient plus profond et moins mobile.

L'écoulement sanguin peut être très abondant, et donner au clinicien l'impression d'une hémorragie intestinale, comme celles qu'on observe dans l'ulcus duodénal du nourrisson. Mais alors que cette dernière est influencée par le repos, le mélæna de l'invagination ne l'est nullement ; il a les caractères de l'hémorragie traumatique observée après l'ingestion de corps étrangers. Il est d'ailleurs rare d'observer cet accident au-dessous d'un an.

Cet écoulement abondant, signalé par Brunner, Broca, Grisel, serait, pour ce dernier auteur, particulier à la *forme iléo-colique* où c'est toute la masse invaginée qui, étranglée au niveau de son pédicule, laisse transsuder sa lymphe sanglante

Accompagnant cette hémorragie abondante, une tumeur souvent mobile, volumineuse, occupe toute la fosse iliaque droite.

Exceptionnellement, enfin, le sang est mêlé aux matières, il est d'odeur fétide, et s'écoule modérément. En général, le mélæna présentant ces caractères a été précédé de phénomènes très douloureux et d'une distension abdominale rapide. Le palper, difficile, permet rarement de percevoir une petite tumeur. Cette émission sanguine s'accompagne aussi d'une élimination de portions de tissus provenant du boudin invaginé, parfois assez fréquente en raison même de la vigueur de l'étranglement dans l'*invagination entérique*.

Cette dernière forme de mélæna, accompagnée d'un rejet de débris gangrenés, est quelquefois prise à tort pour un *polype sphacélé* en voie d'élimination ; les troubles, qui surviennent rapidement dans l'état général, ne manqueront pas de rapporter l'hémorragie à sa véritable cause, l'invagination, et non à une tumeur rectale.

Le mélæna se présente, ainsi que nous venons de le voir, avec des caractères cliniques, assez divers pour égarer le diagnostic. Ce qui importe, avant toute analyse de l'aspect du mélæna, c'est le fait qu'un nourrisson a eu une hémorragie intestinale.

Or, les causes d'hémorragie intestinale sont bien peu nombreuses chez le nourrisson.

L'invagination est exceptionnelle chez le nouveau-né, il ne peut donc y avoir confusion avec *le mélæna des premiers jours* de la vie, où l'hémorragie copieuse s'accompagne de pâleur, d'abattement et de petitesse du pouls.

Le choléra infantile ne donne jamais de selles sanglantes ; et si les selles sont rosées on n'aperçoit au microscope que de l'hématoïdine en cristaux ou en grains : combien cependant de cas d'invagination ont été pris pour des diarrhées cholériformes !

Une affection peut-être pourra être difficile à différencier de l'invagination intestinale, si l'on donne au mélæna une valeur diagnostique primordiale : c'est *le purpura d'Hénoch.*

Cette affection, décrite vers 1874, se traduit essentiellement par des taches cutanées (pétéchies) et des douleurs abdominales avec mélæna et vomissements. Il existe, ainsi que l'a décrit Ficher, des cas où il n'y a pas de taches cutanées, rendant encore plus difficile l'interprétation du mélæna.

Les deux affections sont cependant assez aisément séparables. Le purpura d'Hénoch est rare au-dessous d'un an, alors, qu'au contraire, l'invagination est fréquente. Dans le purpura d'Hénoch, les douleurs articulaires sont la règle : 40 cas sur 44, au dire de Lett ; les vomissements contiennent assez souvent du sang ; enfin, et ceci constitue un excellent signe différentiel à cause de la constance, les selles du nourrisson purpurique contiennent de la bile, alors que celles du nourrisson atteint d'invagination n'en contiennent pas.

Le diagnostic de purpura d'Hénoch devra être d'autant plus réservé que l'association de cette affection avec l'invagination intestinale peut exister. Nous avons pu lire sur cette question trois excellents travaux, que nous tenons à vous signaler.

Celui de Lett (*The Lancet*, 1909, t. CLXXVI, n° 4.460 ; celui de Betham Robinson (*The Lancet*, 1710, t. CLXXIX, n° 4.544) ; celui de Barling. (*The British medical Journal* mars 1813.) Tous les cas qui y sont rapportés concernaient d'ailleurs des enfants de 3 à 5 ans.

Une enfant hémophile pourrait, par ses hémorragies intestinales, simuler une invagination ; mais il



est bien rare que la première manifestation intestinale de cette affection n'ait pas été précédée d'une lésion cutanée ou articulaire.

Certaines *gastro-entérites* du nourrisson fréquentes de 4 à 7 mois, peuvent, comme l'invagination, donner des selles séro-sanguinolentes, sans jamais contenir de grandes quantités de sang ; mais ces diarrhées, étudiées par Hutinel et Nobécourt, causées par des infections à microbes associés, débutent toujours par une fièvre très élevée, ce qu'on ne voit pas à la période initiale de l'invagination.

Les *parasites intestinaux*, les ascarides, notamment, peuvent provoquer aussi des diarrhées avec selles glaireuses et sanguinolentes, par lésion de la muqueuse ; mais ces hémorragies sont bien minimes, Nous devons faire mention de l'ankylostome duodénal, dont la présence dans l'intestin se traduit par des hémorragies aussi intenses que celles de l'invagination ; mais, c'est un parasite exceptionnel chez l'enfant et surtout chez le nourrisson.

Le symptôme hémorragie intestinale chez le nourrisson ne se montre, au cours des diverses affections que nous venons de passer en revue, que comme une exception pathologique ; alors que, dans l'invagination intestinale, il va nous apparaître avec une fréquence que déjà Rilliet et Barthez avaient signalée dans leur Traité des Maladies des Enfants.

Nous avons recherché dans les différents travaux que nous avons consultés, si l'émission de sang par l'anus se présentait avec une fréquence aussi grande que certains auteurs peuvent le signaler. Leur chiffre de 97 % ne nous paraît pas exagéré. Sur les 46 cas que nous avons étudiés personnellement, une seule fois, sa présence n'est pas signalée, une autre fois l'observation porte que le mélæna est apparu tardivement ; il est juste de dire que l'enfant avait 23 mois et que cette exception ne vient en rien infirmer ce que nous venons de dire.

Le mélæna est, chez le nourrisson, un signe précoce. Tous les auteurs anglais partagent cet avis et opèrent, sans attendre l'apparition de la tumeur abdominale. L'émission sanguine, qui se fait par l'anus, correspond à la période d'étranglement qui précède l'occlusion ; elle est en rapport avec les troubles circulatoires et la congestion intense qui existent au niveau de la portion intestinale invaginée. Comme chez le nourrisson, les vaisseaux de l'épithélium intestinal sont fragiles, la transsudation se fait facilement, beaucoup plus facilement que chez l'enfant plus grand ; ce qui va nous expliquer la diminution de fréquence du mélæna avec l'âge.

En résumé, son apparition précoce, son extrême fréquence, la facilité qu'on a à le reconnaître, font du mélæna un élément diagnostique de premier ordre chez le nourrisson. Nous avons cru devoir lui donner dans ce travail une grande place ; car, c'est au moment de son apparition, dès la première selle sanglante, que le médecin doit songer à l'invagination. Sa présence doit mettre aussitôt en éveil son sens clinique et c'est alors qu'il lui faut rechercher, sans laisser passer les heures, les signes qui viendront fortifier son diagnostic.

La *douleur* et les *vomissements* sont, en général, les symptômes qui, le plus souvent, accompagnent le melæna ; ils font rarement défaut et se présentent de bonne heure.

Brusquement, quelquefois en plein sommeil, l'enfant est pris de vomissements et se met à crier ; il est anxieux, donne l'impression de souffrir ; son agitation est extrême, il refuse sein ou biberon. Puis, tout semble se calmer ; mais, c'est pour se reproduire bientôt sous forme de crises qui, en général, vont se succéder à courts intervalles ; c'est pendant l'accalmie qui sépare ces crises qu'il va falloir, par le palper, rechercher la tumeur abdominale.

L'examen du ventre pratiqué au moment des crises douloureuses ne donne aucun résultat ; le ventre contracturé est impossible à palper.

Chez le nourrisson cette triade : *mélæna, douleurs, vomissements*, doit suffire à poser le diagnostic d'invagination. Trop souvent, on ne s'en contente pas, on attend, pour intervenir, de sentir la *tumeur*. Il faut savoir que c'est là un signe inconstant et quelquefois tardif.

Le diagnostic du début fondé sur ces trois signes doit être fait, même alors que l'état général de l'enfant est très bon, et que rien, à part les selles sanglantes, n'est venu inquiéter la famille (1). C'est, à ce moment qu'il faut prendre la décision d'opérer, avant que rapidement ne s'installent les signes de l'occlusion intestinale ; c'est à cette manière de faire que les Anglo-Saxons doivent la grande part de leurs succès opératoires et des guérisons qu'ils ont obtenues.

Dès que l'occlusion s'installe, l'état général devient vite mauvais. Que l'évolution soit foudroyante ou subaiguë, suivant les deux formes cliniques que distinguent certains auteurs, il est pratiquement reconnu qu'il faut que l'enfant soit entre les mains du chirurgien avant la vingtième heure, pour avoir quelque chance d'échapper à la mort.

C'est à dessein que j'ai laissé de côté le tableau clinique habituel du malade souffrant d'épreintes, de ténesme, et dont, peu à peu, le sphincter s'épuise jusqu'à la dilatation anale, indice de la procidence à l'anus de l'invagination.

Je ne dirai rien non plus de l'oligurie, indice d'une invagination haut située, entravant la résorption intestinale. Ces signes n'appartiennent pas à l'invagination intestinale qu'on peut guérir. Ce sont déjà des signes de stercorémie et d'occlusion ; ils ne s'obser-

(1) Nous ne parlerons pas du radiodiagnostic bien que la chose ait été tentée par Ladd (de Boston) 3 fois sur des enfants de quelques mois ; lui-même d'ailleurs reconnaît que le lavement donne peu de renseignements et que l'ingestion buccale donne des résultats trop tardifs. (*Boston medical and surgical Journal*, t. CLXVIII, n° 15, 10 avril 1913).

Le lavement baryté utilisé par le Dr Descarpentries (de Roubaix) ne nous paraît pas avoir beaucoup aidé au diagnostic, dans les deux cas où il l'a pratiqué (*Bull. et mém. Soc. chir. de Paris*, 15 mai 1923.)

vent guère que le troisième ou le quatrième jour. Le diagnostic de l'invagination est alors, hélas ! de toute évidence ; et nous croyons inutile d'y insister davantage.

Le diagnostic de l'invagination intestinale aiguë doit être fait quand l'état général du nourrisson est encore bon. C'est là, la condition indispensable de la réussite opératoire ; tantôt l'état général s'aggravera très vite, ce sont les cas foudroyants, heureusement rares ; tantôt, et c'est l'habitude, il se maintiendra excellent pendant près d'une journée.

Si nous avons tant appuyé sur l'importance des signes du début et sur la nécessité d'un diagnostic précoce, c'est que *le traitement de l'invagination intestinale exige une opération rapide et simple.*

Le lavement, qui a de très chauds partisans, même encore actuellement, pour être efficace,ne doit pas se borner à la simple insufflation rectale d'air. Si nous nous reportons à la technique de Clubbe, qui en a la grande expérience et qui l'essaye toujours, nous verrons que ce procédé constitue une véritable intervention chirurgicale.

Le nourrisson est anesthésié, placé sur la table d'opération en position inversée : Clubbe injecte alors lentement par le rectum 16 grammes d'huile d'olive, et essaye de se rendre compte par le palper si la tumeur disparaît. Sur 138 cas ainsi traités, il a pu obtenir 14 fois la réduction. Si, dans les heures qui suivent les signes s'aggravent, il opère aussitôt.

En somme, et c'est ici le point faible de la méthode, il n'y a aucun contrôle permettant de s'assurer de la réduction de l'invagination. Il faut attendre, c'est-à-dire perdre des heures précieuses. Alors que l'enfant est endormi sur la table d'opération, combien une laparotomie nous paraît plus simple ; rapide et précoce, combien elle est plus efficace !

Est-ce donc que le lavement soit sans danger ? Tel n'est pas l'avis de Fagge qui craint la rupture intestinale.

C'est aussi bien ce qui ressort de tous les travaux récents publiés sur l'invagination. Grisel l'avait condamné en 1904 dans son rapport, nous n'y sommes revenu que pour signaler que Clubbe, malgré tout ce qu'on reproche à son procédé, lui reste fidèle.

Le traitement chirurgical est actuellement le seul qu'il faille conseiller ; tous les chirurgiens d'enfants sont d'accord sur ce point.

La gravité de l'acte opératoire chez un nourrisson est toujours grande., nous n'en disconvenons pas.

L'essentiel est d'aller vite, de réduire au minimum les manœuvres opératoires et d'éviter une anesthésie prolongée.

Toute déperdition de chaleur doit être évitée ; sans aller jusqu'à opérer sur tables chauffantes, peu pratiques, il faut que l'enfant soit très couvert, entouré de boules chaudes, et qu'on prenne pour lui les mêmes précautions que celles que nous prenions pendant la guerre pour les blessés très choqués.

Dès que l'enfant dort, et surtout si l'on n'a pu, au préalable déterminer l'existence d'une tumeur, il faut la rechercher par un palper abdominal prudent et minutieux ; car, c'est la présence de la tumeur qui décidera du choix de l'incision.

Si la tumeur est perçue *à droite*, ou si on ne sent pas de tumeur, il faut inciser à droite le long de la gaine du grand droit, l'invagination iléo-cæcale étant de beaucoup la plus fréquente ; l'incision sera d'abord étroite, sous-ombilicale, de façon à permettre l'introduction des doigts qui vont à la recherche de l'invagination (quelquefois, un peu de liquide séreux s'écoule du péritoine). Sitôt perçue, la tumeur sera saisie, attirée doucement et isolée à travers l'incision par des champs chauds et humides ; et on commencera la désinvagination. On sait que les manœuvres de traction doivent être évitées, et que c'est en pressant le sommet entre le pouce et l'index qu'il faut réduire. Ces notions de technique sont trop connues pour que nous y insistions ; elles sont, en général, facilement réalisables lorsque l'on intervient au début chez un enfant ne présentant encore qu'une occlusion légère : au fur et à mesure que le temps passe et qu'on attend, si le diagnostic devient plus facile, le traitement l'est beaucoup moins.

Trois ordres de faits, en particulier, sont de nature à compliquer l'acte opératoire :

L'aggravation de l'état général ;

La distension du grêle ;

L'accroissement de l'invagination.

L'état général, qui s'est maintenu à peu près bon dans les vingt premières heures de l'accident, va aller en s'aggravant : les vomissements vont changer de caractère, devenir bilieux, se reproduire avec plus de fréquence, et alterner avec les crises abdominales douloureuses. Le pouls est un des meilleurs signes de cette aggravation ; son rythme et son amplitude vont se modifier ; il va devenir petit, rapide, bientôt incomptable. Plus on attendra pour opérer, plus les risques à courir augmenteront, sans qu'on puisse s'attendre à aucune amélioration.

La distension du grêle, par suite des phénomènes d'occlusion, constitue une des plus grandes difficultés opératoires, elle vient compliquer la recherche de l'invagination, elle augmente la nécessité des manœuvres sur l'intestin et, par conséquent, le shock opératoire ; elle rend plus délicate une intervention intestinale, en facilitant la perforation ou la déchirure des tuniques au cours de la désinvagination. On sait que chez l'adulte, le traitement de l'occlusion aiguë a bénéficié de l'intervention en deux temps, et que la mortalité a diminué depuis qu'on se contente dans une première intervention de faire un anus cæcal ou sigmoïdien, permettant d'opérer en un second temps, sur un intestin à peu près vide.

L'*accroissement de l'invagination*, outre qu'elle va augmenter les causes de shock en compliquant les manœuvres sur l'intestin, crée aussi des lésions nouvelles et plus accentuées au niveau de l'apex. Il est nécessaire, lorsque l'invagination est très étendue, de pratiquer l'éviscération presque complète. Or, nous savons par expérience que chez l'adulte cette ma-

nœuvre opératoire est une cause sérieuse d'aggravation dans l'intervention , à plus forte raison l'est-elle chez le nourrisson. La pratique de tous les jours nous le démontre ; nous avons coutume de voir survenir des syncopes au moment de l'éviscération.

L'étude du traitement doit, nous semble-t-il, tenir compte de ces diverses considérations. Nous allons donc l'envisager suivant qu'on intervient avant ou après l'apparition des trois facteurs que nous venons d'exposer. C'est pourquoi nous diviserons cette étude en deux parties, en prenant comme point de séparation le moment où ces phénomènes apparaissetnt avec le plus de netteté, soit dans les vingt premières heures ou après.

Dans les vingt premièères heures, on arrivera presque toujours sur l'invagination par une incision pratiquée à droite ; celle-ci est préférable à la médiane, elle permet plus facilement d'attirer la tumeur en dehors de la plaie, dans les invaginations iléo-coliques et iléo-cæcales.

La médiane, par contre, trouvera ses indications dans les invaginations entériques ou coliques.

Il est indispensable d'extérioriser la tumeur, de l'attirer dans la plaie, pour se rendre compte exactement des lésions. Les manœuvres intra-abdominales sont aveugles ; elles risquent de laisser, par exemple, un appendice gangrené avec une invagination réduite ou un intestin en mauvais état.

La désinvagination est toujours possible dans les vingt premières heures ; suivant la variété anatomiuque à laquelle on a affaire, elle présente plus ou moins de difficultés, mais il faut toujours, quelle que soit la résistance qu'on rencontre, éviter les tractions.

Les difficultés existent surtout lorsque l'appendice est invaginé ; les adhérences rapides qui se forment, l'épaississement et la congestion de toute la région cæcale obligent à redoubler de prudence pour faire parcourir à l'anse invaginée un chemin inverse de celui qu'elle a suivi.

Il est nécessaire de connaître l'existence des invaginations multiples et des invaginations rétrogrades, souvent secondaires ; la désinvagination nécessite dans ces cas particuliers quelques précautions. Dans un cas de Knaggs (cité dans la thèse de Fenouillère) on ne pouvait, après avoir découvert la tumeur, arriver à réduire l'invagination, car il existait une invagination rétrograde formée par le reploiement en bas d'une portion de la paroi externe de l'invagination primitive. Dès qu'on eut réduit cette invagination ascendante, l'invagination primitive se réduisit d'elle-même.

Sitôt la désinvagination faite, il faut s'assurer de l'état de l'intestin avant de l'abandonner dans la cavité abdominale. La précaution courante de le laver au sérum chaud est excellente et nous l'employons systématiquement. Les manœuvres de réduction peuvent déterminer des éraflures sur le péritoine viscéral ; lorsqu'elles sont légères, il est inutile d'en essayer l'enfouissement, sinon nous croyons meilleur de les entourer d'épiploon.

La récidive, après la désinvagination, est loin d'être rare et nous en trouvons un peu partout des exemples ; aussi, croyons-nous recommandable de toujours fixer l'intestin. Nous parlons, bien entendu de l'intervention précoce, quand les lésions intestinales sont minimes ; sinon, lorsque la paroi intestinale est épaissie, et que la désinvagination a été laborieuse, nous nous rangeons absolument à l'avis de nos maîtres, MM. Ombrédanne et Mouchet qui, dans ces cas, conseillent fortement d'aller vite et de ne pas s'attarder à une fixation.

La fixation la plus simple est celle que conseille M. Ombrédanne dans son livre de chirurgie infantile, *la fixation du cœcum au péritoine pariétal.*

La fermeture de la paroi devra être faite avec soin, soit en un plan au fil d'argent, soit en plusieurs au cat gut et au crin, car on observe parfois dans les jours qui suivent une issue des intestins dans le pansement. M. Ombrédanne insiste sur la poussée abdominale du nourrisson à son réveil ; c'est son seul moyen de défense , « il va pousser sans trève, à tel point qu'au bout de vingt-quatre à trente-six heures, les fils menacent de couper les téguments ».

Nous possédons des observations où ces cas se sont produits et où on a pu heureusement intervenir à temps.

Le plus simple est de sangler fortement l'enfant avec de grandes bandes de toile adhésive, et de les laisser enplace jusqu'au vingt-cinquième jour.

En dépit de la température qui s'élève immédiatement après l'intervention, et atteint 40° et 41°. il faut essayer d'alimenter le nourrisson, de lui faire prendre le sein ou le biberon, en sachant qu'on pourra encore noter après l'intervention une issue de matières sanglantes, et, qu'il sera bon de donner alors un lavement d'eau bouillie.

Naturellement, les injections de sérum physiologique, d'huile camphrée, seront de précieux adjuvants. La poitrine de l'enfant sera constamment entourée de coton ; car s'il échappe au shock opératoire, la broncho-pneumonie peut toujours survenir et l'emporter.

Ce n'est guère que le troisième et le quatrième jour que l'enfant reprendra, et ceci très rapidement, son excellent état général.

Passée la vingtieme heure, le traitement chirurgical de l'invagination est tout autre ; le mauvais état général commande de réduire au minimum l'anesthésie et d'opérer rapidement. La conduite à tenir va donc dépendre :

De la possibilité de désinvagination,

De l'état de l'intestin invaginé.

La désinvagination peut rester facile, même encore le quatrième jour, les derniers centimètres correspondant au début de l'invagination sont plus malaisés à réduire, et, c'est à leur niveau que très souvent se produisent des lésions intestinales.

L'intestin rouge violacé en ce point qui correspond à la striction maxima, peut présenter des éraflures, des déchirures, se perforer ou éclater.

« 3° Il est donc nécessaire, avant d'instituer la médication adrénalinique chez les shockés, de s'assurer au préalable de l'état du tonus vasculaire, à l'aide de l'oscillomètre et grâce aux lois d'interprétation de l'indice oscillométrique ».

D'autre part, M. Balard conseille, pour éviter le sphacèle que détermine parfois le sérum adrénaliné sous-cutané, de pratiquer, soit en des points différents, soit à intervalles, des injections sous-cutanées d'un demi-milligramme d'adrénaline dans 50 gr. de sérum artificiel, en prenant soin de n'utiliser qu'un produit sûr, de fabrication récente, conservé dans un récipient en verre coloré, à l'abri de la lumière. (*Gaz. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 14 octobre 1923.)

L'orchite palustre.

M. Piet a observé 4 malades atteints d'orchite avec tuméfaction de l'épididyme, sans réaction urétrale pathologique, qui après avoir duré assez longtemps pour en imposer pour une tuberculose locale, ont cédé rapidement à l'emploi de la quinine, alors d'ailleurs que d'autres troubles postérieurs au début de l'affection, ou concomitants, avaient attiré l'attention sur l'origine paludéenne probable des accidents ourliens.

Ces faits sont intéressants ; ils se rapprochent de ceux que j'ai signalés ici même, où de soi-disants embarras gastriques fébriles, ou paratyphoïdes, furent finalement reconnus comme des manifestations paludéennes. La guerre, par les mouvements incessants qu'elle a provoqués dans les troupes métropolitaines ou indigènes en France, après un séjour en Orient, a enrichi notre pathologie autochtone de types morbides qui ne se rencontraient jadis qu'à l'état de rares exceptions, et qui sont devenus d'observation assez courante pour qu'on y doive penser, en présence de malades dont le diagnostic de l'état reste tout d'abord assez incertain (*Journ. des Sc. médic. de Lille*, 14 octobre1923.)

Les appendicites aiguës sans syndrome péritonéal.

Excellente étude de MM. Lestoquoy et Doucarellis qui se résume dans les conclusions suivantes de ces auteurs :

« En présence d'une toxi-infection mal définie, il ne faut ni se contenter d'un diagnostic imprécis, ni proposer un diagnostic d'exception. L'appendicite à forme toxi-infectieuse est assez fréquente pour que l'on pense à elle systématiquement.

« Les symptômes locaux d'appendicite, les symptômes d'alarme peuvent, à première vue, sembler insuffisants pour porter le diagnostic d'appendicite. C'est que l'on s'habitue trop à concevoir l'appendicite grave comme une appendicite avec facies péritonéal, vomissements bilieux, pouls filant incomptable, ventre de bois. Il faut pourtant se persuader que les appendicites atypiques ne sont pas des exceptions et nous avons vu, tout récemment encore, un chirurgien hésiter devant l'intervention d'urgence demandée, et la pratiquer enfin sur les instances et les affirmations du médecin qui avait constaté les premiers symptômes. Or, malgré l'état général resté bon, l'absence d'un syndrome local nettement caractérisé, on trouva un appendice gangréné.

« *La persistance, même pendant plusieurs* jours, de cet état de calme général ne signifie rien, lorsque persiste un indice de gravité. On ne peut jauger la gravité réelle de la crise appendiculaire : la crise en apparence la plus toxique, la plus grave peut tourner court, la crise la plus bénigne peut brutalement se compliquer de collapsus cardiaque. Il importe peu que la crise date de trente-six heures, de quarante-huit heures ou plus, quand il s'agit d'intervention, il n'est plus question d'heures, il est question de symptômes. » (*Gaz. des hôp.*, 13 octobre 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Adopterons-nous en France la journée anglaise ?

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine*, 6-11-1923.)

Après la semaine anglaise, aurons-nous, en France, la journée anglaise ? En Angleterre, on le sait, la journée de travail commence plus tard et finit plus tôt que chez nous, les huit heures se faisant d'un trait, sans l'arrêt de midi. Il en résulte que le premier repas est beaucoup plus substantiel que notre petit repas du matin, le repas de midi étant, par contre, réduit à la prise rapide d'un simple lunch sans interruption pour ainsi dire du travail.

M. le Ministre du Travail ayant fait demander à l'Académie son avis sur l'opportunité d'introduire en France les habitudes anglaises de travail, et par conséquent de repas, M. Léon Bernard présente sur cette question un rapport au nom de la Commission d'hygiène.

M. Léon Bernard ne se déclare pas favorable, ac-



tuellement du moins, à l'adoption de la journée anglaise. Au point de vue physiologique, dit-il, il n'y aurait aucun inconvénient à modifier les heures et la composition des repas pour les adapter à la mode de ... Grande-Bretagne. Mais, le rendement du travail diminue lorsque des périodes de repos ne sont pas intercalées dans les huit heures. Et puis, il y aurait là une modification profonde des habitudes françaises qui serait sans doute mal accueillie par les ouvriers, aucun grand avantage ne paraissant s'y attacher, pour eux.

Les climats font généralement les coutumes. Au point de vue météorologique, la France et l'Angleterre diffèrent beaucoup.

Hypertension et épreuve de la phénolsulfonephtaléine.

(MM. Merklen, Minvielle et Hirschberg. — *Soc méd. des hôp.*, 19-10-1923.)

MM. Merklen, Minvielle et Hirschberg ont étudié l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine chez les hypertendus. Dans l'hypertension de la néphrite chronique, l'élimination de la phtaléine est retardée. Chez les hypertendus simples, on trouve tantôt un abaissement de l'élimination phtaléinique, tantôt un état normal à ce point de vue.

Les auteurs mettent ainsi en relief l'existence d'une hypertension avec élimination normale de la phtaléine. Cette notion contribue à montrer que les reins des hypertendus ne sont pas fatalement touchés et vient appuyer la conception, admise par certains auteurs, d'une hypertension primitive, indépendante de la néphropathie, à côté de l'hypertension des néphrites.

Tumeur maxillaire traitée par un appareil moulé radifère.

(MM. Proust et Mallet. — *Société de chirurgie*, 17-10-1923).

M. Proust présente un malade atteint, depuis un an, d'une tumeur maligne du maxillaire supérieur gauche, inopérable. Le patient avait déjà subi un traitement radiothérapique. L'auteur eut recours à l'appareil moulé de Regaud, à foyers radio-actifs multiples, et il obtint une disparition de la néoplasie, une guérison, actuelle du moins, de la lésion.

Ce cas intéressant montre qu'avec une dose faible de radium appliquée pendant un temps très prolongé, en surface radiante étendue, on peut faire disparaître des tumeurs relativement profondes, et malgré une radio-résistance créée par des applications radiothérapiques antérieures.

La technique des appareils moulés de surface rendra possible, pense M. Proust, le traitement par le radium de cancers, résistants jusqu'ici aux rayons X pénétrants et aux applications curiethérapiques massives. On a ainsi le triple avantage : d'une dose profonde importante ; d'un rayonnement gamma électif ; d'une irradiation prolongée. Telle que Regaud l'a imaginée et réglée, en particulier pour la cure des adénopathies cervicales, la méthode a donné de très beaux résultats.

La voie rétro-jugulaire dans la ligature de la carotide externe.

(M. Hartglass. — *Société de chirurgie*, 24-10-1923.)

M. Baudet lit un rapport sur un nouveau procédé de ligature de la carotide externe, proposé par M. Hartglass.

Il est de règle, en médecine opératoire, au moment où l'on va découvrir la carotide externe, de la chercher en avant et en dedans de la jugulaire interne. Ce faisant, on trouve au devant de l'artère plusieurs grosses veines représentant les affluents et le tronc thyro-linguo-pharyngo-facial. A cet obstacle veineux s'ajoutent parfois des obstacles lymphatiques représentés par deux ou trois ganglions très gênants quand ils sont hypertrophiés.

Tenant compte de ces inconvénients, M. Hartglass pense qu'il vaut mieux renoncer à la règle classique et aborder l'artère derrière la veine jugulaire. Il n'est plus nécessaire, en procédant de cette manière, d'explorer un à un les divers repères qui doivent rendre infaillible cette ligature, c'est-à-dire le ventre postérieur du digastrique, le nerf grand hypoglosse, la grande corne de l'hyoïde et les branches thyroïdiennes inférieure et linguale.

La technique rétro-jugulaire de M. Hartglass serait moins mutilante, plus rapide et plus sûre.

— M. Proust remarque que ce procédé n'est pas applicable aux cas dans lesquels la ligature doit s'accompagner d'un curage ganglionnaire.

Anesthésie au protoxyde d'azote.

(M. Anselme Schwartz. — *Société de chirurgie*, 24-10-1923.)

M. Anselme Schwartz revient sur une communication qu'il a faite antérieurement à propos d'un cas d'intoxication après anesthésie au protoxyde d'azote. La malade, pendant les 48 heures qui suivirent l'opération, présenta du collapsus cardiaque, de l'anurie, des vomissements incoercibles, de la respiration type Cheyne-Stokes, puis de l'albuminurie. Elle guérit d'ailleurs.

Pour expliquer ces phénomènes, on a invoqué diverses pathogénies : l'infection, la pancréatite aiguë, l'azotémie, l'insuffisance hépatique. M. Schwartz les rejette toutes. Sa malade n'offrait aucun signe d'infection opératoire. L'examen de cette femme, avant l'intervention, avait établi une azotémie de 0 gr. 30 et une cholestérinémie normale. En réalité, l'anesthésie seule semble avoir joué le rôle principal, déterminant peut-être, il est vrai, une insuffisance hépatorénale secondaire. Le chloroforme ou l'éther eussent probablement abouti au même résultat, mais cette observation montre que le protoxyde d'azote n'offre pas toujours à ce point de vue une innocuité absolue.

Staphylorraphie.

(M. A. Broca. — *Société de chirurgie*, 24-10-1923.)

M. Broca présente un malade chez lequel il a pratiqué une staphylorraphie : sans éclairage frontal, remarque-t-il, sans aspiration sanguine, sans anesthésie par sonde nasale, c'est-à-dire sans les trois conditions qui paraissent aujourd'hui devoir présider aux opérations de ce genre. L'auteur fait l'hémostase par tamponnages à l'éponge et anesthésie à la compresse d'une façon intermittente, pendant les moments de compression.

— M. Veau observe que si l'habileté opératoire de M. Broca lui permet d'agir ainsi, pour le chirurgien moins compétent, l'éclairage de la cavité buccale à la lampe frontale, l'anesthésie par insufflation dans la sonde nasale et l'hémostase par aspiration sont de très utiles adjuvants. Les éponges destinées à l'hémostase sont coûteuses et les compresses imparfaites. L'aspiration assèche la plaie sans traumatisme.

— M. Albert Mouchet considère la chloroformisation par la sonde nasale et le miroir frontal comme de très heureux perfectionnements dans la technique de la staphylorraphie.

— M. Ombrédanne se sert depuis douze ans de l'hémo-aspiration. Il l'applique au niveau du cavum beaucoup plus pour empêcher l'enfant de déglutir du sang que pour l'hémostase proprement dite.

Traitement de l'encéphalite du lapin par la cholestérine.

(MM. J. Danysz, S. Danysz et Koskowski. — *Société de biologie*, 13-10-1923.)

MM. Danysz et Koskowski ont traité un groupe de cas d'encéphalite expérimentale du lapin (virus de Levaditi) par la solution de cholestérine à 2 pour 100. Sur 12 animaux témoins, la mortalité a atteint 60 % et la morbidité 90 %. Sur 8 animaux soumis aux injections journalières de 1 centigr. de cholestérine, 1 seul est mort d'encéphalite, 2 ont guéri d'une infection légère et 6 ont résisté. Sur 4 lapins soumis à des injections de 2 centigr., tous ont résisté pendant 25 jours et n'ont présenté qu'un peu de kératite rapidement atténuée.

Rayons X et tumeurs malignes.

(MM. Prat et Sokoloff. — *Société de biologie*, 13-10-1923.)

M. Metalnikoff lit une note de MM. Prat et Sokoloff relative à quelques particularités de l'action des rayons X sur les tumeurs malignes. Les auteurs attirent l'attention sur les relations existant entre les rayons X et l'état du système lymphatique. Il semble, pensent-ils, que ce soit là l'origine des échecs de la radiothérapie. Les expérimentateurs de l'Institut Rockfeller ont vu que les rayons X intenses abaissent la résistance du système lymphatique. Au contraire, des rayons faibles, appliqués à doses thérapeutiques, agiraient en sens inverse. Les expériences de MM. Prat et Sokoloff paraissent, dans une certaine mesure, confirmer ces vues.

L'herpès expérimental chez l'homme.

(MM. Nicolau et Poincloux. — *Société de biologie*, 20-10-1923.)

Les recherches de Levaditi et Nicolau ont donné à la question de l'herpès un regain d'actualité. Elles comportent encore, néanmoins, bien des points obscurs.

Observant dans le service du prof. Jeanselme, à Saint-Louis, et expérimentant au laboratoire du Dr Levaditi, à l'Institut Pasteur, MM. Nicolau et Poincloux ont pu enregistrer quelques faits intéressants.

L'inoculation, par scarification de la peau à la région deltoïdienne, du virus cornéen du lapin, leur a donné, chez 15 sujets, 9 résultats positifs (vésicules franches), 7 résultats atténués (papules) et 2 résultats négatifs seulement.

Mais, cet herpès expérimental est-il semblable à l'herpès spontané ? *Le cas suivant permet des doutes à ce sujet.* Un malade atteint d'herpès génital récidivant fait une poussée le 25 mai. L'inoculation à la cornée du lapin de sa sérosité herpétique provoque une kératite typique, suivie d'encéphalite mortelle. On essaye alors une inoculation du virus cornéen du lapin chez le malade lui-même, à la fesse gauche d'abord (le 30 mai), à la fesse droite ensuite (le 4 juin). *Résultats négatifs. Or, le 9 juin, le sujet fait* une récidive spontanée d'herpès sur le fourreau. Le 12 juin, nouvel essai d'inoculation, négatif. Ainsi, les récidives herpétiques semblent donc bien relever d'un mécanisme *endogène*. Un sujet réfractaire à *l'infection exogène peut être sensible à l'infection endogène* et la question apparaît fort complexe.

Les solutions hypertoniques diminuent-elles la pression du céphalo-rachidien ?

(M. Celasco. — *Société biologique de Buenos-Aires*, 19-7-1923.)

Weed et Mc. Kibben (1919), nous en avons déjà parlé, ont observé que l'injection veineuse de solutions hypotoniques détermine une élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien, tandis que celle des solutions hypertoniques entraîne un fort abaissement de cette pression. Foley et Putman (1920) ont confirmé ces faits et obtenu la diminution de tension du céphalo-rachidien rapidement par l'ingestion ou l'administration rectale de solutions hypertoniques.

Ces méthodes qui seraient susceptibles d'avoir d'heureuses répercussions en thérapeutique pour le traitement du syndrome si pénible d'hypertension céphalo-rachidienne, ont été l'objet de divers travaux. Nous en avons signalé de peu favorables aux idées de Weed et Mac Kibben. M. Celasco a fait une série d'expériences chez le chien chloralosé. Il a vu les injections veineuses de solutions de chlorure de

sodium à 5 % produire une diminution — suivie d'un relèvement — de la pression céphalo-rachidienne. Les solutions à 20 et 30 % déterminèrent des baisses plus fortes et durables. L'ingestion de 100 c. c. d'une solution de chlorure de sodium à 30 pour 100 provoqua une baisse marquée et prolongée de la tension céphalo-rachidienne. Les solutions hypertoniques de glucose donnèrent des effets inconstants et beaucoup moins nets.

P. L.

Les Congrès

IIIe Congrès des Pédiatres de langue française

(*Bruxelles* 4-5-6 *octobre* 1923.)

Le Congrès de pédiatrie, qui s'est tenu à Bruxelles les 4, 5, 6 octobre, n'a fait que resserrer les liens d'amitié, déjà si étroits, qui nous unissent à nos confrères belges. De nombreux médecins français, suisses, hollandais, polonais, sont venus pendant ces trois jours prendre part aux discussions des diverses questions mises à l'ordre du jour et visiter les hôpitaux, les formations hospitalières, les institutions pédagogiques, les sanatoria d'un pays, qui, sur bien des points, et pour tout ce qui concerne l'enfance, marche à la tête du progrès.

S. M. la Reine avait daigné assister à l'ouverture du Congrès, et cette marque d'intérêt qu'Elle donne à tout ce qui concerne l'enfant et sa protection n'est pas le moindre des appuis dont sont assurés nos confrères de Belgique dans tout ce qu'ils entreprennent.

Le docteur GARDÈRE (de Lyon) présentait un rapport sur « *Les pneumonies prolongées de l'enfance* » ; dans un exposé magistral, il a su nous montrer combien ces formes, évoluant sans complications, mais dépassant par leur durée les 7 ou 9 jours habituels, devaient attirer l'attention des médecins. Insistant sur les divers aspects de la courbe thermique, sur l'image radioscopique de la pneumonie de l'enfant, il concluait en pensant que ces pneumonies prolongées, très souvent bénignes, pouvaient reconnaître pour causes des microbes à virulence atténuée, et qu'elles pourraient être heureusement influencées par une vaccinothérapie appropriée.

Une discussion fort intéressante suivit l'exposé du rapporteur et nous avons noté des faits très intéressants, cités par le professeur DESPINE (de Genève), par le professeur NOBÉCOURT (de Paris), par MM. GUINON, HALLE, GENEVRIER, ARMAND-DELILLE (de Paris) et M. MOURIQUAND, de Lyon.

Après un lunch, servi à la *Fondation Universitaire*, foyer de fondation récente, où les professeurs étrangers sont assurés du meilleur accueil, les congressistes se sont rendus au sanatorium Prince-Charles dirigé par le docteur DELCOURT. Là, ils ont pu voir un préventorium de banlieue, où sont traités de jeunes garçons. Un point particulièrement original consiste dans ce fait, que les enfants ne sont pas soumis au repos absolu : ils travaillent, jouent, jardinent et le docteur DELCOURT, *approuvé en cela par plusieurs de nos confrères participant au Congrès*, en a obtenu d'excellents résultats.

Le lendemain, 5 octobre, fut consacré à la visite de l'*Institut médico-pédagogique* de RIXENSART ; les anormaux y sont soignés sous la direction du docteur DECROLY qui y obtient des résultats extrêmement remarquables.

La dernière journée du Congrès, en dépit de toutes les discussions soulevées et de toutes les idées remuées, ne fut pas la moins suivie ni la moins animée.

Le docteur Raphaël MASSART (de Paris) était rapporteur d'une question qui intéresse bien des médecins et bien des chirurgiens « *L'invagination intestinale* ».

Son très complet et très intéressant rapport, a servi à l'élaboration de l'article publié ci-dessus, page 3698.

Le docteur Albert MOUCHET (de Paris) vint confirmer les conclusions du rapporteur, y ajoutant les résultats de sa longue expérience. Le docteur VEAU (de Paris), après avoir dit s'associer complètement à la manière de voir de MASSART, insista encore sur l'importance du diagnostic fait par le médecin qui voit le premier l'enfant, et de la conduite duquel dépendent et le succès opératoire et la vie de l'enfant.

Le professeur NOBÉCOURT, le docteur GUINON, versèrent aux débats des observations personnelles.

Le docteur WEILL-HALLÉ (de Paris) fit sur le traitement du diabète par l'insuline un lumineux exposé, qui nous permit à tous de faire la mise au point d'une thérapeutique encore à ses débuts. Le docteur LEREBOULLET (de Paris) qui, lui aussi, s'est servi de l'*insuline*, vint nous entretenir de considérations fort utiles à connaître pour diriger utilement le traitement.

En somme, c'est un Congrès très réussi et dont l'intérêt a été continuellement soutenu ; tout le mérite en revient à ses deux merveilleux animateurs. le Dr PÉCHÈRE (de Bruxelles), son président, et le docteur DELCOURT, son secrétaire général.

Après un excellent banquet qui réunit les membres du Congrès et leurs femmes, et clôtura les travaux de 1923, tous se donnèrent rendez-vous à Paris en septembre prochain pour suivre les travaux du quatrième Congrès de Pédiatrie.

Les Livres

DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

DARTIGUES. — **Technique chirurgicale des greffes testiculaires du singe à l'homme (d'après la méthode de Voronoff).**

Dartigues écrit comme il parle et comme il agit : il va droit devant lui, sans aucune autre préoccupation que celle de mettre en lumière ce qu'il croit être la vérité, et chacun de ses mémoires, chacun de ses travaux, pourrait porter en exergue les mots fameux : « Ami lecteur, ceci est un livre de bonne foi » ; Dartigues écrit comme parle l'avocat d'une bonne cause : il fait un plaidoyer. Il aime les nouveautés, non point par snobisme, mais parce que, probablement, se cache sous la nouveauté une idée nouvelle, féconde en résultats. Il aime, suivant sa pittoresque expression, « à aller y voir » et tout son plaidoyer consiste à nous amener à « aller y voir » à notre tour.

Cette formidable question qui intéresse, au plus haut chef, notre pauvre humanité (le côté philosophique et médico-légal en sera singulièrement intéressant), j'entends, ici, au point de vue thérapeutique, est une de celles qui doivent, mathématiquement, se juger, « au-dessus des opinions particulières et des théories, dans un laps de temps relativement restreint ». Et comme Dartigues est bien dans sa manière, quand il ajoute : « les statistiques et les faits parleront tout seuls, à un moment, sans qu'on ait à les interpréter, ou du moins, à les soutenir ».

Dans une édition de grand luxe, avec une iconographie tout à fait remarquable due au crayon de Dupret, l'auteur, après nous avoir mis au courant des acquisitions scientifiques actuelles, nous fait assister au « déroulement manœuvrier » de son opération, et nous passons de l'opération du singe (donneur des greffons testiculaires) à l'opération de l'homme (receveur de ces mêmes greffons), de l'opération vétérinaire à l'opération humaine.

Il fallait, pour oser tenter cette intervention et la présenter au docte aéropage du Congrès de Chirurgie, être maître des idées directrices, des idées essentielles, des idées-mères concernant l'opothérapie. Vous allez les lire en raccourci :

Le plus haut et efficace degré d'opothérapie est celui de l'opothérapie vivante par la greffe.

L'hétérogreffe opothérapique sexuelle (mâle ou femelle, par le testicule ou l'ovaire) comble presque la distance physiologique qui la sépare de l'homogreffe, grâce à l'élection de l'animal le plus élevé dans la série après l'homme.

L'emplacement greffal le meilleur est près de l'organe similaire : la nidation du greffon testiculaire doit donc se faire dans l'ambiance du testicule.

La nutrition de passage entre la séparation et l'adaptation du greffon est assurée par un milieu sérique d'imbibition, en attendant la néoformation capillaire d'assimilation.

Or, voici que 44 opérations ont été pratiquées au grand jour, en présence d'hommes tels que Gosset, Tuffier, Victor Pauchet, Péraire, Cervelli (de Rome), Williams (de Londres), Canellas (de Barcelone), etc., etc., et, encore, que certains médecins français, anglais, italiens, espagnols, ont subi sur leur demande, cette greffe testiculaire : laissons parler les faits ? Attendons les critiques, les résultats.

R. MOLINÉRY.

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

L.-H. DEJUST. — **Répertoire d'hygiène et de médecine sociales.** Un vol. de 230 pages. Prix : 10 fr.

« C'est, écrit le président Legras, dans la Préface, une sorte d'inventaire de l'arsenal des lois, décrets, règlements et des armements, selon l'expression à la mode : aussi d'un assez grand nombre de travaux des praticiens groupés, parus dans la *Presse professionnelle*, et colligés depuis plus de vingt ans. »

L'ouvrage est divisé en rubriques générales classées comme suit : Principes généraux d'organisation en médecine, hygiène et assistance sociales. — Recherches, enseignement, propagande. Congrès nationaux d'hygiène sociale. — Cadres de l'organisation administrative publique d'H. S. — Réglementation de l'H. S. de l'individu en général (isolé ou en collectivité). — H. S. de catégories spéciales d'individus, — Réglementation et conditions de l'exercice de la médecine. Professions para-médicales. — Syndicalisme médical. — Lutte contre des affections déterminées. — H. S. dans les colonies françaises, protectorats et pays étrangers.

Chaque rubrique se subdivise elle-même en chapitres qui sont à leur tour composés de dix divisions.

Ce sont, en quelque sorte, des « fiches » classées méthodiquement, selon un ordre parfaitement choisi. Elles permettent de trouver, sans grands efforts, le document officiel ou privé, le compte rendu, la loi, le règlement.... afférents à toutes les questions qui appartiennent à la médecine sociale.

C'est un véritable travail de bénédictin, qui a été ainsi accompli par l'auteur, L.-H. Dejust, et dont devront lui savoir gré tous ceux qui, comme nous, ont besoin à chaque instant d'un renseignement précis.

Nous ne saurions trop l'en remercier.

G. D.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

N'adoptons les nouveaux médicaments que sous le contrôle de l'expérience clinique

La *Presse Médicale* (1) sous la signature de son distingué rédacteur, le docteur CHEINISSE, relate qu'un confrère finlandais, M. J. GRONBERG (de Wiborg), a récemment consacré un mémoire de plus de soixante pages aux règles méthodologiques que l'on devrait suivre pour l'épreuve pharmacologique préliminaire des « médicaments inconnus ».

« Il est clair », fait remarquer, non sans ironie, notre confrère finlandais, « que dans le flot continuellement renouvelé des préparations superflues, inutilisables ou mêmes nuisibles, il peut aussi se rencontrer, de temps à autre, un remède qui présente réellement une nouvelle acquisition pour la thérapeutique ».

« Mais, dans l'état actuel des choses, les nouveaux remèdes ne sont généralement soumis, avant d'être lancés dans le commerce, ni à une étude pharmacologique, ni à des essais cliniques susceptibles de justifier les louanges qui leur sont prodiguées dans les annonces ou dans les prospectus qui les accompagnent ».

Aujourd'hui, dans le dédale des spécialités nouvelles, un discernement judicieux s'impose. Si les néophiles ont le tort de se jeter sur tout ce qui est nouveau, les néophobes sont passibles d'un reproche contraire, celui d'opposer à tout nouvel acquêt un scepticisme qui n'est pas de mise.

Voici, par exemple, une nouveauté thérapeutique indiscutable : le Codoforme. Nombreux déjà sont les lecteurs du *Concours médical* qui ont pu l'essayer et l'apprécier. Mais, à ceux, qui, judicieux thérapeutes, sont aussi éloignés de la foi excessive que du dénigrement et de l'abstention systématique, il est rationnel de présenter des arguments solides et de fournir des références cliniques suffisamment probantes.

Ce qu'est le Codoforme ? C'est bien simple : il est au bromoforme, que nous connaissons tous, ce que l'aspirine est au salicylate, ce que l'urotropine est au formol. Sans être experts-chimistes, tous les praticiens savent que le formol est un corps liquide qui, combiné à l'ammoniaque liquide, a donné naissance à un produit solide l'urotropine. C'est justement par une combinaison analogue que le bromoforme, ce corps lourd et insoluble, a pu être transformé en un corps solide : le sel bromoformique de Bottu.

Cette ingénieuse réalisation a permis de rendre pratiquement utilisable le bromoforme, qui, en définitive, n'est pas un médicament dangereux par lui-même, mais qui le devient lorsqu'il est présenté sous forme de sirop, de gouttes ou de potions.

Le bromoforme, associé à la codéine sous le nom de Codoforme, permet d'obtenir un produit rigoureusement dosé, parfaitement stable et très pratique. Il a le grand avantage de pouvoir être présenté en comprimés enrobés ne se dissolvant que dans l'intestin et ménageant, par suite, l'estomac des tousseurs.

Quelles sont les références du Codoforme ? Nous savons tous combien, en France, le médecin s'entoure d'une prudente réserve sur la question des attestations. Cependant, il faut admettre, avec Gronberg, qu'un médicament ne peut réellement acquérir droit de cité dans l'arsenal thérapeutique, que s'il a subi une épreuve sévère comme celle de l'admission dans les hôpitaux, par exemple. Il serait encore plus désirable qu'un crible, plus ou moins officiel mais du moins technique, arrêtât au passage tous les médicaments sans valeur.

Toutefois, la valeur thérapeutique d'un médicament, en dehors de toute publicité, finit toujours par s'affirmer ; c'est ainsi que nous pouvons avancer aux praticiens que, dans le seul mois de septembre, 19 services de médecine générale, de bacillaires, de dispensaires antituberculeux et même quelques services de chirurgie (Tenon, par exemple) sont venus demander leur réapprovisionnement mensuel de Codoforme.

Remarque importante : ces services de Beaujon, Broussais, Charité, Hôtel-Dieu, Laënnec, Lariboisière, Pitié, sont venus, évidemment, sur les instructions des Chefs des services mais aussi sur la demande des malades qui, selon leur expression pittoresque, réclament leurs « boutons de bottines » quotidiens. Le Codoforme est en effet présenté en comprimés lenticulaires, vernis et cacaotés, ayant l'apparence d'un bouton.

(1) *Presse médicale* 10 février 1923.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée Générale

18 *Novembre* 1923.

M. le président Maurat, entouré de M. Fleury, actuaire, et des membres du Conseil d'administration MM. les docteurs Nollet et Vimont, vice-présidents ; Mignon, secrétaire général, Noir, Duchesne, Huguenin, Bellencontre, de la Rochefordière et Boudin, secrétaire, ouvre la séance à deux heures et demie et prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

« Notre cher trésorier, M. le Dr Gassot, est retenu loin de nous par la maladie, depuis six mois, et n'a pu se joindre à nous aujourd'hui. Il vient de subir une opération chirurgicale et je suis heureux de vous dire qu'il vient de rentrer chez lui dans de bonnes conditions, qu'il est en pleine convalescence et que nous le reverrons bientôt au milieu de nous, continuant à nous rendre les services inestimables qu'il nous a toujours rendus. D'autre part, M. le Dr Louis Gassot, notre trésorier adjoint, vient de nous informer par dépêche que, retenu par d'importantes obligations professionnelles, il lui est impossible de venir remplacer son père ; il demande qu'on veuille bien l'excuser.

Le trésorier nous manque, mais, rassurez-vous, le trésor nous reste ! »

Le Président constate que la convocation a été faite dans le n° 43 du *Concours médical* (28 octobre 1923), qu'elle a été répétée dans les numéros 45 et 46 ; que les rapports du secrétaire général et du trésorier ont été publiés dans ce même n° 43 ; qu'enfin, rapports et convocation ont été envoyés aux sociétaires non abonnés au journal.

Toutes les formalités statutaires ayant été remplies, il déclare que l'Assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

Sur l'invitation du Président, M. Mignon, secrétaire général, donne lecture de son rapport (1).

M. le Président rappelle que le rapport du trésorier a été publié et demande si l'Assemblée désire, malgré l'absence du trésorier, que lecture en soit faite.

(1) Voir *Concours Médical* n° 43 (28 Octobre 1923).

M. le Secrétaire général Mignon est prêt d'ailleurs à donner toutes explications qui pourraient être demandées sur ce rapport.

L'Assemblée juge inutile la lecture du rapport.

Le Président donne la parole aux Commissaires des Comptes pour la lecture de leur rapport.

Un d'entre eux donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

Les Commissaires aux comptes, soussignés, ayant pris connaissance de l'exposé financier du trésorier, proposent à l'Assemblée générale de ratifier les comptes de l'exercice 1922 et d'adresser au Dr Gassot, avec leurs vives félicitations, leurs remerciements pour la tâche ardue qu'il veut bien assumer pour la prospérité de la Société.

FRIGAUX, FRAENKEL, PHILIPPET, KŒNIG.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1922.

Elle est votée à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle le renouvellement de la série sortante du Conseil d'administration. Sont élus pour une période de six années :

Vice-président : M. le Dr VIMONT.
Trésorier : M. le Dr A. GASSOT.
Secrétaire général adjoint : M. le Dr PAMART.
Membres : M. le Dr Noir ;
M. le Dr LEVASSORT

Ce dernier en remplacement de M. le docteur BELLENCONTRE qui, en raison de ses très absorbantes occupations, a demandé à être remplacé.

L'ordre du jour appelle la nomination de trois Commissaires aux comptes pour une période de deux années :

Sont élus MM. les docteurs :
BAUDRON, d'Orléans ;
MOLINÉRY, de Luchon (Haute-Garonne).
RIGAL, de Paris.

Sont réélus membres du Conseil d'arbitrage, MM. les docteurs LEVASSORT, HENNE, KOUINDJY et BOURDON, membres sortants.

Le Président donne la parole au Secrétaire général pour la lecture d'un rapport spécial sur la suppression de l'incompatibilité entre les combinaisons M A et MAD.

M. le Dr Mignon donne lecture du rapport suivant :

Mes chers confrères,

Je n'ai que quelques mots à vous dire pour compléter mon rapport annuel, mais ces mots sont nécessaires pour vous faire connaître les raisons qui ont dicté les décisions du Conseil d'administration.

Vous vous rappellerez qu'un vote d'une précédente Assemblée générale avait interdit le cumul des combinaisons M A et M A D, mais cette mesure n'avait pas été inscrite dans les statuts, car nous savions bien qu'elle ne pouvait être que provisoire.

En effet, dès l'an dernier, on réclamait l'augmentation du chiffre de l'indemnité maladie. Cette augmentation fut écartée, mais le Conseil, en présence de nouvelles demandes, dut reconnaître que les chiffres actuels ne répondaient plus aux nécessités de la vie et qu'une indemnité journalière de 30 francs n'avait rien d'excessif.

Quand nous nous sommes trouvés en face des statuts et que nous avons abordé la question d'établir cette indemnité nouvelle sans les modifier ni les violer, nous n'avons trouvé qu'un seul moyen *pratique*, celui de permettre à tous ceux qui le voudraient de s'inscrire en même temps à M A et à M A D, dans les conditions statutaires requises pour chacune d'elles, bien entendu.

Nous n'avons pas voulu modifier les statuts, car il est à peu près certain qu'une modification s'imposera après l'inventaire de 1925, et il y a de sérieux inconvénients à modifier continuellement ces statuts.

Nous nous sommes arrêtés à la seule mesure qui nous a paru possible, car elle ne nécessitait que l'abrogation d'une décision prise en Assemblée générale ordinaire.

Mais il fallait tenir compte du fait que, le risque étant plus élevé, la cotisation devait, elle aussi, subir une augmentation. Vous savez que la cotisation de MAD est plus élevée que la cotisation de MA × 2 ; il fallait donc que la cotisation correspondant à une indemnité journalière de 30 francs fût plus élevée que le total de celles de MA et MAD. Notre actuaire M. Fleury sera certainement de notre avis : nous n'avons pas cru devoir l'importuner pour une question de si peu d'importance et nous nous sommes guidés sur ce qui avait été fait précédemment.

Nous avions remarqué que les cotisations de 1/2 MAD étaient, à quelques centimes près, supérieures de 10 % aux cotisations de MA. Nous avons augmenté la cotisation MA de 10 % pour les membres qui voudraient faire partie de MA et de MAD à la fois. Nous avons dressé en conséquence un barème en arrondissant les chiffres et nous nous sommes arrêtés au tableau dont je vais vous donner lecture.

Mais auparavant nous tenons à bien spécifier que cette résolution est la seule qui nous soit apparue comme possible ; c'est pourquoi nous vous demandons de la voter sans amendement aucun. Si vous l'acceptez, à partir du 1er février prochain on pourra cumuler MA et MAD et, dès le 1er juillet, recevoir l'indemnité journalière de 30 francs et mensuelle de 300 francs.

Résolution.

A partir du 1er janvier 1924, l'incompatibilité entre les combinaisons MA et MAD n'existe plus.

Les sociétaires pourront donc faire partie de ces deux combinaisons à la fois dans les conditions statutaires requises pour chacune d'elles. afin d'avoir, le cas échéant, l'indemnité quotidienne de 30 fr. et mensuelle de 300 francs.

Les membres admis à faire partie des deux combinaisons MA et MAD payeront la cotisation annuelle suivante :

Age d'entrée	Part de MA	Part de MAD	Total —
25 ans	75 fr.	148 fr.	223 fr.
26 —	76 »	151 »	227 »
27 —	78 »	154 »	232 »
28 —	80 »	157 »	237 »
29 —	81 »	160 »	241 »
30 —	83 »	163 »	246 »
31 —	85 »	166 »	251 »
32 —	86 »	170 »	256 »
33 —	88 »	174 »	262 »
34 —	90 »	178 »	268 »
35 —	92 »	182 »	274 »
36 —	95 »	187 »	282 »
37 —	97 »	192 »	289 »
38 —	100 »	197 »	297 »
39 —	102 »	202 »	304 »
40 —	105 »	208 »	313 »
41 —	108 »	213 »	321 »
42 —	111 »	219 »	330 »
43 —	115 »	226 »	341 »
44 —	118 »	232 »	350 »
45 —	121 »	239 »	360 »

Les membres de la combinaison 1/2 MAD pourront passer à MAD en payant la cotisation entière de cette dernière combinaison.

Répondant à une question de M. Fleury, M. le Dr Mignon explique que les membres de MA qui voudront entrer à MAD payeront la cotisation de MA majorée, que les membres de MAD qui entreront à MA payeront de même la cotisation majorée ; qu'enfin les nouveaux membres payeront le total figurant au tableau. Ainsi chaque combinaison restera autonome et la

majoration de MA sera la surprime exigée par la nouvelle indemnité. Grâce à ce système, nous attendrons l'inventaire sans toucher à nos statuts.

Répondant à M. Pamart, il dit que faire payer MAD + 1/2 MAD eût été violer les statuts.

Répondant enfin à plusieurs membres, qui demandent que le double examen médical soit exigé en raison de l'importance plus grande du risque, il dit que satisfaction est donnée à cette demande légitime par le second paragraphe de la résolution.

Après diverses observations présentées par plusieurs membres, le président résume la discussion et met aux voix la résolution dont le secrétaire général donne une nouvelle lecture.

Elle est adoptée à l'unanimité.

Diverses propositions sont émises, concernant l'augmentation possible de la cotisation pour l'avenir.

M. Fleury dit qu'il étudiera volontiers les propositions qui lui ser ont soumises, mais il ajoute : « Moi, qui fais des calculs et non du sentiment, je dois vous avouer que ma vieille expérience des assurances m'a prouvé que l'incapacité de travail dure d'autant plus longtemps que l'indemnité reçue est plus élevée. Il faudra donc être très prudent avant d'entrer dans cette voie et n'y entrer, si on le fait, qu'avec les plus minutieuses précautions ».

M. le président Maurat remercie M. Fleury dont la science saura éviter des pas de clercs à la Société. Le Conseil fera de son mieux dans la mesure du possible.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. BOUDIN. *Le Président,* A. MAURAT.

JURISPRUDENCE

Les abus de pouvoir des Magistrats dans l'appréciation de la responsabilité professionnelle

Dans un exposé que j'ai publié ici même le 18t novembre dernier, j'ai rappelé que la Cour d'Appel de Rouen avait, en exagérant ses droits souverains, fait à tort grief au Dr Vallet, de Vernon, de ne s'être pas adressé à la radiographie dont, disai -je, la valeur en diagnostic obstétrical est encore contestée.

Je suis heureux de trouver une confirmation de l'opinion que j'ai énoncée ainsi, avec les vagues notions que je possède en radiodiagnostic, dans l'article suivant que le Dr BOUCHACOURT a publié dans la *Presse médicale* du 10 octobre dernier, et qu'il m'autorise très amicalement à reproduire, ce dont je le remercie, — en me demandant de le compléter par une lettre du professeur Nogier, parue dans le même journal le 3 novembre, ce que je fais bien volontiers.

G. DUCHESNE.

Dans l'état actuel de nos connaissances et de nos installations radiologiques, peut-on incriminer un chirurgien, s'il commet une erreur de diagnostic en opérant une grossesse qu'il a prise pour un fibrome, et peut-on lui faire grief de n'avoir pas eu recours à un examen radiographique préalable ?

Pour répondre à cette question, qui m'a été posée par M. Auvray, à la dernière séance de la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, il me paraît indiqué de reprendre tout d'abord, dans l'arrêt récent de la Cour d'appel de Rouen, les considérants qui se rapportent à l'examen radiologique, dont on a reproché l'omission au Dr V... (de Vernon), et qui semble avoir joué un rôle important dans les motifs qui ont entraîné la condamnation de notre confrère.

Nous relevons dans ce jugement, dans ce jargon juridique si spécial, une phrase interminable, dont voici la première partie :

« *Qu'en outre il est permis de relever le devoir qu'il (le Dr V...) avait, en l'état actuel de la science radiologique, que tout homme de l'art doit nécessairement connaître, de ne pas négliger de recourir à cet efficace procédé de diagnostic qu'est la radiographie dans les cas douteux ; que si le professeur J.-L. Faure a pu dire devant le tribunal, ainsi que l'a constaté le jugement que l'emploi de ce mode d'exploration en semblable conjoncture lui paraît discutable, il est impossible de méconnaître que c'est là un moyen d'investigation qui se vulgarise de plus en plus, et il ressort de documents autorisés produits par la partie civile, notamment de travaux du professeur Potocki, des Drs Delherm et Laquerrière, et d'autres radiologues des plus qualifiés, qu'en ce qui concerne spécialement la recherche du fœtus in utero, si la radiographie ne donne pas de résultats tangibles dans les premiers mois de la grossesse, elle permet, grâce aux procédés opératoires en cours depuis de nombreuses années déjà, d'obtenir une image fœtale à partir du cinquième mois, et à plus forte raison dans les deux derniers mois, où le squelette du fœtus peut être reproduit avec une très grande netteté dans la plupart de ses détails* ».

En réalité, quand elle reproche au Dr V... d'avoir commis une *faute lourde*, en opérant sans avoir eu recours à un examen radiographique préalable, la Justice va beaucoup trop loin.

Supposons, en effet, que notre confrère de Vernon eût déclaré à sa cliente qu'il n'interviendrait chirurgicalement chez elle, qu'en présence d'une radiographie donnant un résultat négatif, quant à l'existence d'un squelette fœtal dans son abdomen.

D'abord, il est plus que probable que cette veuve, dont la conscience n'était certainement pas tranquille ne se serait pas prêtée volontiers à ce procédé d'examen, qui était certainement inconnu dans la région. Elle aurait eu beau jeu d'invoquer, contre son emploi, non pas seulement des sentiments de défiance et de crainte, mais encore de mettre en avant les frais relativement élevés, qui en seraient, pour elle, la conséquence (honoraires du radiologue, et frais de déplacement et de séjour dans une grande ville).

Mais, en admettant que cette cliente se soit prêtée à cet examen, auprès d'un radiologue quelconque, sans doute le plus voisin de Vernon, pour réduire autant que possible ses dépenses, la question n'eût nullement été tranchée de ce fait, car l'erreur n'eût pas été absolument évitée par cette radiographie.

Il suffit, en effet, d'avoir quelque expérience de la radiologie obstétricale, pour savoir que, dans ce genre d'examen, un résultat négatif n'a de valeur qu'autant que l'opérateur n'est pas seulement un homme ayant quelque expérience de cette spécialité, mais ayant en outre à sa disposition une installation complète de grande puissance, et munie des accessoires les plus modernes (1).

N'avons-nous pas vu, à la séance du 9 juillet dernier de la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, un de nos collègues, M. Séjournet, nous faire une présentation de cliché, dont le résultat était négatif quant à la présence d'un squelette fœtal dans un bassin, alors que la suite des événements avait montré, quelques jours après, la présence d'un fœtus de 6 mois, mort et marcéré dans ce même abdomen ?

Or, cette radiographie, faussement négative, avait été faite dans un des laboratoires de radiologie de cet hôpital Saint-Antoine, qui a été considéré à juste titre, pendant de nombreuses années, comme étant la maison-mère de la radiologie française ?

Il ne paraît cependant pas douteux, qu'un tel résultat négatif eût eu, pour le Dr V... le grand mérite de satisfaire ses juges, et de dégager bien à tort sa responsabilité de clinicien insuffisamment averti, en la reportant sur un tiers irresponsable.

Quant à la dernière partie de ce jugement, elle constitue un bel exemple de l'incohérence qui peut régner dans des débats juridiques, par le seul fait de l'ignorance des hommes de loi.

L'avocat du Dr V..., marchant sur les traces de Pic de la Mirandole — qui parlait indifféremment : *de omni re scibili et quibusdam aliis* — semble avoir cru, on ne sait vraiment pas pourquoi, qu'il servait les intérêts de son client, en invoquant à la barre les méfaits éventuels de la röntgenthérapie dans le traitement des fibromes utérins.

Le jugement se termine, en effet, par les considérants suivants : « Que l'objection du Dr V..., quant aux dangers que la radiographie présenterait quelquefois pour la mère et l'enfant, ne se trouve pas confirmée par les documents qu'il produit en vue de la justifier. Qu'il s'agit, en effet, des communications faites à la *Société de chirurgie de Paris*, au sujet de fibromes traités par la radiothérapie, procédé de traitement qui comporte souvent des séances multiples et plus ou moins prolongées, et qu'il ne faut aucunement confondre avec la simple prise d'une épreuve radiographique ».

Véritablement ce procès de la röntgenthérapie, de cette confusion que semble avoir voulu établir la défense, entre le radiodiagnostic et l'action thérapeutique des rayons X, est indigne d'un prétoire sérieux !

Cette analyse critique du jugement de la Cour d'appel de Rouen m'ayant servi de préambule, je crois pouvoir tirer de cette étude les conclusions suivantes, qui constitueront une réponse à la question qui m'a été posée par M. Auvray.

C'est à tort que le tribunal de Rouen a prétendu que le radiodiagnostic du fœtus *in utero* aurait dû être pratiquée dans le cas qu'il avait à juger, et que son omission constituait, pour le Dr V..., une négligence coupable.

On peut affirmer, en effet, que ce procédé de diagnostic de la grossesse, dans l'étude duquel notre confrère suédois Edling s'est acquis, depuis 1911, une autorité incontestable et chaque année grandissante (1), n'est nullement, à l'heure actuelle, d'un usage courant, surtout en France, puisqu'il n'est pour ainsi dire jamais demandé, même à Paris, à tel point que mon collègue et ami Delherm m'autorise à affirmer, en son nom, qu'il n'a *jamais pratiqué ce genre d'examen en dehors de son service d'hôpital* ; personnellement, je suis dans le même cas ; il en est de même d'ailleurs, pour mes collègues, d'Halluin (de Lille), et Henrard (de Bruxelles) (2).

Dans ces conditions, la Justice française n'avait pas le droit, me semble-t-il, de reprocher à un praticien de petite ville, presque de campagne, de ne pas avoir *imposé* ce mode d'examen à sa cliente avant de l'opérer, d'autant plus qu'il n'y a actuellement, même à Paris, que quelques spécialistes, bien outillés, qui puissent le pratiquer sérieusement, c'est-à-dire avec de grandes chances de succès, et cela malgré leur inexpérience regrettable.

Il me semble donc que le Tribunal aurait dû *souhaiter* tout au plus que, à l'avenir, ce procédé de diagnostic soit employé d'une façon courante. Il se serait même honoré, en profitant de cette occasion, pour émettre un vœu, en faveur de la création de centres

(1) J'ai traité longuement cette question à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, dans les séances de mai et juin 1923.

(1) Le Dr Edling vient de m'écrire, au retour d'un voyage scientifique qu'il a fait en Amérique, où il avait été appelé pour y exposer l'état actuel de cette question qu'il connaît si bien, pour se mettre à notre disposition, en nous faisant connaître *sa technique actuelle*.

(2) Je suis à peu près certain, qu'il en a été de même pour Albert Weill, qui a publié avant sa mort, relativement récente, plusieurs cas de ce radiodiagnostic de la grossesse (les premiers en *collaboration avec Schwab*)

bien outillés de radiologie obstétricale, à Paris, Lyon, Bordeaux (1), etc. Ces services spécialisés permettraient d'éviter désormais plus sûrement des erreurs aussi lamentables que celles auxquelles nous avons fait allusion, dans le *titre même de cet article*.

L. Bouchacourt,
Ancien chef de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chef de laboratoire d'Electro-radiologie
de la Maison Mnuicipale de Santé
(Hôpital Dubois).

***

Comme complément au très intéressant article de M. Bouchacourt, je tiens à vous signaler que, comme Delherm, *je n'ai jamais pratiqué ce genre d'examen en clientèle privée.* Toutes les femmes enceintes que j'ai radiographiées étaient des malades d'hôpital ou des malades gratuites.

Par rapport à ce qui se passe à l'étranger, on semble ignorer, en France, les services que peut rendre la radiographie obstétricale. Aussi je suis entièrement de votre avis : « Dans ces conditions, la justice française n'avait pas le droit de reprocher à un praticien de petite ville, presque de campagne, de n'avoir pas *imposé* ce mode d'examen à sa cliente avant de l'opérer ».

Th. Nogier,
Professeur agrégé de physique
à la Faculté de Médecine de Lyon.

(*P. M.*, 3 novembre 1923).

LES INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT EN MÉDECINE RURALE

La correspondance continue à abonder sur cette épineuse question, et je ne saurais trop remercier les aimables confrères qui n'hésitent pas à consacrer quelques instants d'un temps qui leur est certainement précieux à nous écrire ce qu'ils pensent personnellement, et comment les choses se passent dans leur région respective.

Voici les dernières reçues, en tête desquelles je place celle du Dr D..., qui, pour ne pas traiter directement le sujet qui nous intéresse, s'y rattache cependant dans une certaine mesure, et mérite de ne pas passer inaperçue. La voici :

Votre enquête sur les indemnités de déplacement en médecine rurale est très intéressante, et je vous félicite de l'avoir ouverte et de la mener avec une impartialité qui vous fait honneur.

C'est précisément cette impartialité qui m'encourage à vous exprimer l'étonnement que j'ai éprouvé en lisant, le 14 octobre dernier, dans le *Concours médical*, un article relatif au cycle-car, dont l'auteur accuse des chiffres de consommation et de dépense qui me stupéfient. Je possède une certaine pratique de ce véhicule, dont j'apprécie les qualités et les avantages. Qu'il soit plus économique que la voiture proprement dite, cela ne fait pas question. Mais que son emploi régulier entraîne une dépense totale de 0,381 au kilomètre, voilà ce que je ne saurais accepter, pour mon compte.

D'abord, l'amortissement calculé à raison de 2.000 francs par an, pendant cinq ans est très insuffisant. Il ne me paraît pas possible qu'un tel véhicule dure cinq ans, avec toutes ses qualités, et je m'attends à remplacer celui que j'utilise depuis dix-huit mois dans un an à un an 1/2 tout au plus.

D'autre part, ma dépense en chambres à air a été, jusqu'à présent, plus élevée que celle du confrère : sans doute a-t-il été plus favorisé que moi, mais c'est une chance qu'il a eue, et qui ne durera certainement pas. Mais surtout, je m'inscris en faux de la façon la plus formelle contre les frais nécessités par l'entretien régulier (lavage et graissage) du cycle-car, chiffrés à 100 frs. par an. Ces frais s'élèvent, en ce qui me concernent, à 1.800 frs.

125 francs de réparations, dans l'année ! Vous êtes singulièrement favorisé par le sort, si vous pouvez vous en tenir à cette somme insignifiante. Pour moi, les réparations, depuis un an, m'ont coûté 532,50.

Sans vous importuner davantage, je puis vous dire que le kilomètre me revient à 0,612. Et je n'ai pas qu'un cycle-car. Je possède en outre un autre véhicule dont il me pa aît impossible de me passer, dont je ne fais pas entrer les frais particuliers en ligne de compte, dans le calcul de mes frais kilométriques.

Je le répète, le cycle-car a certains avantages, et je suis bien éloigné de chercher à les nier. Mais prenant de l'âge, je sens très bien qu'il ne me sera pas toujours possible de m'en servir d'une façon suivie. Car il est incontestable que si les frais qu'il occasionne sont moins lourds que ceux d'une voiture, il est aussi infiniment moins confortable et commode.

Voici d'ailleurs ce que pense du cycle-car un spécialiste bien connu, *Bommier*, qui écrit dans la *Quinzaine médicale* de novembre :

« Une théorie qui nous fut toujours chère et qui fut très bon marché à ceux qui l'écoutèrent est que le véhicule automobile à quatre roues a ses solutions mécaniques et que ces solutions éprouvées doivent lui être

(1) C'est vraisemblablement dans cette ville que, sous l'impulsion énergique des professeurs Rivière et Bergonié, le premier centre de ce genre sera créé, et cela à une date très prochaine, si j'en crois les renseignements qui viennent de m'être fournis.

appliquées, qu'il soit grand ou petit. C'était rejeter les cyclcears aux conceptions bâtardes.

« Le Salon de 1923 nous enseigne que ces bâtardes semblent reculer en bon ordre.

« Une autre idée défendue ici était la suivante : le cyclecar dont la construction est limitée par la formule fiscale à un maximum de 350 kilogr. alors que paradoxalement, le fisc a admis pour ces 350 kilogr. une cylindrée de 1.100 centimètres cubes, aboutit à des véhicules rapides, trop rapides, mais manquant de confortable minimum et de la résistance nécessaire à un service pénible. Dans ces conditions, et sous réserve des disponibilités budgétaires d'achat, il est préférable que le médecin modeste s'adresse au type voiturette qui, moyennant un prix d'achat légèrement plus élevé, donne un confortable bien supérieur, conserve pour la revente éventuelle une meilleure valeur et ne paye environ que 150 francs d'impôts supplémentaires par an avec une consommation sensiblement égale à celle du cyclecar.

« En 1921, il y avait au Salon 27 marques différentes de cyclecars. En 1922, il y avait 28 marques. En 1923, j'en ai compté 19. Dégringolade prédite et dont je me réjouis, car cela empêchera beaucoup de nos lecteurs de faire des bêtise assez coûteuses ».

Dr D.

***

Je continue maintenant par la publication des autres lettres dont je parlais au début de cet exposé :

Puisque vous sollicitez l'avis des confrères sur la question des indemnités de déplacement en médecine rurale, je tiens à vous dire que je partage entièrement l'avis des deux confrères dont vous publiez les lettres dans le numéro du 11 novembre du *Concours médical.*

Dans l'Allier, et dans les parties des départements limitrophes qui le touchent (je parle de ce que je connais), il n'existe pas de *tournées.* Comme le confrère D., le plus souvent, je ne sais pas le matin si j'aurai à aller à la campagne, et si j'y vais, appelé par commissionnaire, par dépêche ou par téléphone, c'est pour un malade dans un village. Il n'y a donc pas lieu de changer nos tarifs, qui doivent jouer pleinement, sans quoi il ne nous reste qu'à déposer notre bilan.

Quant aux « visites de raccroc », elles sont plutôt rares. L'auto file vite sur les routes, et quand on nous a reconnu, nous sommes déjà loin. Nous les tarifons comme suit : 10 fr. pour la localité où la course est payée 20 ou en-dessous ; 15 fr. pour celle où le prix est égal ou supérieur à 25 fr.

Mais le système des tournées et des visites à jour fixe dans une localité est ruineux, et rend peu de services — car on n'use pas plus du médecin, malgré la baisse du prix. Comme le dit très justement notre confrère D., on regarde autant à dépenser 5 fr. que 20 fr., et la plupart du temps, on n'a recours à nos soins que quand on a épuisé les remèdes des commères, les réclames des journaux et les consultations des pharmaciens. Donc, je suis chaudement partisan du *statu quo.*

Quant à la question des honoraires de déplacement pour les accidents agricoles, je suis très étonné de la voir soulever.

Dans ma région, il y a longtemps que les 9/10es des cultivateurs ont assuré leur personnel, et les compagnies d'assurance payent mes notes au tarif de la clientèle ordinaire, sans faire d'observation. L'extension intégrale de la loi de 98 à cette catégorie d'accidentés serait tout bénéfice pour elles, puisqu'au lieu du tarif ordinaire on leur appliquerait le tarif Breton.

Quant à la distinction entre visite à plein tarif et visite en passant, cela me paraît impossible à établir — et ce sera la source de conflits.

Dr G.

***

J'estime que les tournées médicales ne sont possibles à la campagne que dans des conditions exceptionnelles : clientèles très restreintes principalement.

J'ai exercé dans le Loiret ; j'exerce dans ce nouveau département depuis 4 ans 1/2 et votre système n'aurait été applicable, ni dans mon ancien poste ni dans celui-ci.

Ici, nous sommes deux médecins pour 28 à 30 communes que nous desservons, bien entendu, concurremment avec des confrères limitrophes.

Visite avec déplacement spécial : 10 fr. + 2 fr. du kilomètre aller et retour, donc à 10 kil. = 30 fr.

Visite de passage 10 fr. Je ne vois pas en quoi ce terme « de passage » peut vous paraître extraordinaire. Je suis de passage dans une localité pour un client nécessitant un déplacement urgent, quelqu'un m'arrête pour me montrer un malade. Quoi de plus naturel ?

Je n'ai pas à me plaindre de ce système, mon confrère non plus, et dans toute notre région, on ne souhaite pas de changer. Les tournées n'ont que des inconvénients. Tel jour, un lundi, par exemple, vous devez faire une tournée par A. B. C. D., mais le matin vous recevez un coup de téléphone pour X et un autre pour V, situés à l'opposé. L'après-midi, un autre coup de téléphone pour une direction différente. Croyez-vous intéressant de faire la tournée A. B. C. D. pour y trouver des malades probablement peu urgents, et peut être pas de malades du tout.

Un autre jour, le mercredi, c'est une autre tournée. Ce jour là, un accouchement vous retient jusqu'à 4 h. de l'après-midi. Allez-vous faire votre tournée entre 4 h. et 8 h. du soir pour voir encore des malades peu pressés ou pas de malades du tout ?

Le vendredi, vous avez une autre tournée ; mais ce jour-là, vous êtes en panne. Cela arrive en clientèle rurale, mon cher confrère, nous en savons quelque chose, même avec notre voiture de marque à 23.000 francs, qui n'a que 40.000 kilomètres d'usage. Allez-vous louer un taxi pour voir des malades chez qui votre visite n'est pas urgente ? Non ; pour un médecin très occupé, et même pour les autres, le système des tournées serait une source de gros ennuis, et je

ne parle pas des épidémies ni des mois d'hiver où l'on a plusieurs malades graves à voir tous les jours.

Voilà un autre son de cloche, mon cher confrère, et pour moi qui depuis 1911 exerce à la campagne, je suis absolument certain que les 8/10es des praticiens de campagne pensent comme moi.

Dr Lb.

***

Vos recherches pour la solution de la question des soins médicaux ruraux sont fort intéressantes. Mais, quand vous voulez une solution unique pour faciliter la tâche de ceux qui veulent installer l'assurance universelle, vous faites une fausse route parce que c'est la quadrature du cercle.

Que les médecins qui exercent dans des pays de plaines, dans un rayon bien délimité, dans un nombre limité d'agglomérations, sans hameaux, fassent une tournée, des tournées, et prennent, par visite, avec ou sans déplacement, si n chez eux, $n+1$, $n+2$ $n+3$ dans tel bourg placé à $n+1$, $n+2$.... km. de chez eux : c'est très bien.

Mais, comme vous le dit un correspondant dans un dernier numéro du *Concours*, et les médecins qui n'en font pas de tournées ! Ce sont tous les médecins des régions montagneuses, Jura, Alpes, Pyrénées, Plateau central, Bretagne (aux innombrables hameaux inabordables, sauf à pied ou parfois à bicyclette), il faut bien tenir compte d'eux. Tout est simple, sans tiers payant, pour l'assurance sociale.

Le malade paie et la caisse le rembourse en tout, s'il n'a pas abusé, en partie s'il a abusé, demandant trop de visites, ou appelant un médecin trop éloigné.

Mais il faut que les règlements avec le tiers payant soient locaux adaptés aux usages et aux besoins justifiés du pays.

Avec le système des tournées, le client placé à 5 k. du médecin payera 12 fr., je suppose (je mets un chiffre quelconque) sa visite, qu'il ait appelé le médecin ou non. Dans la montagne, il payera cette visite 15 ou 20 fr., mais si le médecin passe par là par hasard quelques jours après, et soit invité à entrer, la visite sera de 5 à 10 fr. suivant les usages locaux.

Si vous voulez mettre la première région au régime de la seconde, tout le monde protestera parce que le prix de la visite se trouvera augmenté ; on n'appellera plus le médecin quand il passera parce qu'il a augmenté ses prix ; il ne verra plus personne dans ses tournées, et il devra y renoncer.

Si vous appliquez le système des tournées aux secondes régions, vous diminuez le prix de la visite commandée. Mais vous ne diminuez pas vos frais d'essence, de pneu, etc. pour aller chez le malade. Vous ne voyez pas un malade de plus, car le paysan malade ne vous fera pas appeler un jour plus tôt parce que c'est un peu meilleur marché.

Si vous voulez vous rattraper par les visites en passant, ce sera là même chose ; avec un prix infiniment moins élevé que pour une visite commandée, il attendra un jour de plus pour vous voir. Du reste les visites en passant sont l'exception, parce que la population, peu dense et disséminée par hameaux, loin des routes, n'est pas sur votre passage.

De plus, les visites en passant, quand on est arrêté par un client au retour d'une visite sont une grave gêne pour un médecin occupé, car elles dérangent ses plans, et sont souvent une perte de temps non proportionnée au bénéfice.

Vous êtes appelé chez un malade à 11 km. par exemple de chez vous, 10 k. en auto, 1 à pied, mais demandant 20 minutes parce qu'il y a une grande différence de niveau dans les sentiers à trous ; si vous y allez exprès, vous faites un prix global ; si on vous arrête en cours de route, si vous êtes régi par un tarif, vous toucherez 3 fr. pour ce kilomètre, et il vous aura demandé autant de temps (plus de fatigue) que les 10 km. en auto tarifés 30 fr.

Et c'est pour favoriser cette visite en passant qu'on demanderait une diminution du tarif kilométrique ! Allons donc ! Vous n'y pensez pas.

Les confrères du Syndicat de Valenciennes qui disent qu'on ne doit pas tenir compte de la distance, puisque les frais d'auto compensent, pour les médecins ruraux, la majoration des loyers urbains, nous la donnent belle.

D'abord, les confrères ruraux doivent tenir compte des frais d'éducation des enfants. (La France a-t-elle oui ou non besoin d'en avoir ?)

Et puis, c'est très bien dans les plaines de l'Artois et de la Picardie, si le médecin, au centre d'un cercle de 4 kilomètres de rayon contenant 8 à 10.000 habitants, sait qu'il fera 10 000 kilomètres par an, 30 par jour qui lui reviennent à x francs, mais qui lui permettent de faire trente visites par jour, dont la plus éloignée, en admettant qu'il la fasse pour un malade seul, sans détour productif pour visite de raccroc, représente 8 km. environ effectifs. Mais qu'il vienne dans la montagne, quand il aura fait le soir 50 km. pour un seul malade, il verra si les frais de déplacement sont un mythe ; et si on lui a imposé un tarif basé sur l'appréciation donnée par le Syndicat de Valenciennes, le lendemain, à moins d'être un saint, ou un héros, si on le rappelle pour la même région, il se découvrira instantanément une sciatique l'immobilisant, ou un primipare en travail lent à l'extrémité opposé de son canton.

La visite à jour fixe, c'est très bien pour la région à tournées. Le médecin aura avantage peut-être à dire : tel jour à telle heure je donne la consultation au café des Agriculteurs de A et tel autre jour à l'auberge du Progrès de G. Mais là où il n'y a pas de tournées c'est un leurre.

Dans ma région, trois confrères très actifs et dévoués ont essayé la visite à jour fixe dans les bourgs relativement importants où la visite exprès était de 20 fr. Ils prenaient 2 fr. pour la visite à jour fixe, ou mieux, ils ne prenaient rien du tout parce qu'on ne venait pas les consulter, et ils y ont très rapidement renoncé.

Chaque pays a ses besoins, ses habitudes, ses nécessités. Il ne faut pas coller au dos des médecins une tunique de Nessus tissée dans un tarif unique qui étranglera les médecins ruraux à leur grand dam, et au non moins grand dam des malades ruraux qui verront fuir leu s médecins vers les villes où ils seront obligés d'aller les chercher à plus grands frais.

Mais, direz-vous, si les tarifs de déplacement sont trop élevés, les compagnies d'assurances pour les accidents agricoles, les caisses pour les assurances sociales se plaindront et ne pourront équilibrer leurs bugdets. D'abord, ce n'est pas le corps médical qui a imaginé ces solutions des questions sociales et il ne doit pas en supporter les conséquences.

Les assurances agricoles calculent leurs primes d'après le nombre d'hectares d'une exploitation multiplié par un facteur en rapport avec l'importance de la main-d'œuvre pour chaque culture.

Pour les assurances sociales, je ne vois pas pourquoi un apprenti cordonnier de ville à proximité du médecin payerait 90 fr. par an, alors qu'un petit berger, en pleine montagne, à deux heures du médecin le plus rapproché ne payerait pas plus cher.

C'est injuste.

Voilà qu'en vue de la réunion de l'Union des Syndicats, le *Médecin Syndicaliste* nous dit : l'assurance sociale ne doit porter que sur les maladies et non sur les indispositions. Tout le monde peut supporter les frais d'une indisposition de quinze jours. Ce n'est pas vrai pour les indigents, d'abord.

De plus, on supprime le rôle d'hygiène sociale qu'on doit faire jouer à la loi en préparation. L'enrhumé simple continuera à ne pas se soigner, ou à acheter un flacon de sirop pectoral à la pharmacie du coin, et viendra chez le médecin quand la caverne sera formée.

L'ouvrier blessé (loi de 1898) qui a moins de 10 jours de chômage, perd les quatre premières demi-journées. Avez-vous vu beaucoup d'ouvriers reprendre leur travail au huitième jour ? Moi pas. La cicatrice s'est toujours par hasard écorchée de nouveau, ou l'enflure du petit orteil a repris de plus belle ce jour-là.

L'Etat (par un grand E) assure les patrons, mais seulement pour les gros accidents entraînant la mort ou une incapacité partielle permanente.

Pour les cas avec guérison, tous les frais sont à la charge du patron. Eh bien ! patrons et ouvriers assurés de l'Etat s'arrangent très bien entre eux (touchante entente du capital et du travail) pour que les incapacités partielles (oh ! souvent bien partielles) existent toujours ou presque.

Eh bien, si vous limitez les effets de la loi d'assistance sociale aux graves maladies, avec les gens qui auront payé de leur poche, il en sera de même.

On raconte qu'un abbé de cour, à qui on disait que Louis le Bienaimé était mort de la petite vérole, répondit : « Sachez qu'il n'y a rien de petit chez le roi ! ».

Il en sera de même avec ces restrictions et on pourra dire « sachez qu'il n'y a pas de petites indispositions chez les assurés ».

Tout sera grand chez eux, y compris le désir d'être soigné à l'œil, et payé sans travailler (1)

Dr J. G.

***

Je pose en principe que nous devons, pour notre propre dignité, éviter autant que possible, les discussions d'argent avec nos clients. Pour cela, le mieux est d'adopter des règles simples, qui soient à la portée de leur intelligence, et la première de ces règles est celle-ci : nous devons au client, en échange de nos honoraires, *ce qu'il nous demande, ou ce qu'il accepte d'avance*, ni plus, ni moins. Il vient à notre cabinet, nous lui réclamons le prix d'une consultation (et en plus bien entendu, s'il y a lieu, les examens spéciaux ou interventions acceptés par lui). Il nous appelle chez lui, à telle distance, nous lui réclamons les prix d'une visite avec l'indemnité kilométrique adéquate : car, s'il nous fait venir, c'est qu'il estime notre déplacement nécessaire, et qu'il accepte d'avance de nous en rémunérer intégralement.

Quant à la personne qui, pour une raison ou pour une autre, ne nous a pas fait appeler, mais, nous voyant passer devant chez elle, nous arrête, cette personne-là nous doit le prix d'une visite simple, sans indemnité kilométrique puisqu'elle ne nous a pas prié de nous déplacer spécialement pour elle. Quelles raisons valables pourrions-nous lui donner pour l'obliger à payer davantage ? J'ai vu exiger de deux malades habitant des maisons contiguës, et dont l'un profitait du passage du médecin chez l'autre, le prix d'une visite avec indemnité kilométrique entière, sous le seul prétexte (il eut été difficile d'en trouver un autre) que leur domicile était à 7 kilomètres de celui du médecin ! Cela ressemble à une mauvaise plaisanterie, où à l'exploitation ; et c'est fournir un bon argument à ceux qui pour dénigrer le Corps médical, le taxent de mercantilisme. A quand le jour où l'on fera aussi payer les kilomètres qui séparent leur domicile du nôtre, aux clients qui viendront nous consulter chez nous ? J'estime que ce n'est pas une raison suffisante parce que le moment est dur, pour nous faire payer un travail que nous n'effectuons pas, un temps passé (car l'indemnité kilométrique tient compte du temps passé que nous ne passons pas, des frais de transport que nous n'engageons pas).

Parfois, du domicile du client qui nous a fait appeler, on nous prie d'aller voir une autre personne à

(1) Toute cet fin de la lettre du Dr G. n'a rien à voir avec la question des indemnités kilométriques à la campagne. Il est d'ailleurs prématuré de critiquer aussi succinctement une suggestion qui ne manque pas d'intérêt et qui doit être discutée amplement aux Assemblées de l'Union.

G. D.

1,2 kil. hors de notre route ; il est logique de réclamer à cette personne une visite avec indemnité pour 1 ou 2 km.

Si, la chose peut arriver, cela nous dérange trop de nous arrêter au cours de route, il nous est loisible de refuser, et de faire savoir au malade qui désirait bénéficier de notre passage que nous pourrons nous rendre à son appel quelques heures plus tard, mais qu'alors, allant de chez nous chez lui, nous lui réclamerons l'indemnité kilométrique totale à partir de notre domicile, — ce qu'il est libre d'accepter ou de refuser (1).

Telle est, à mon sens, la ligne de conduite la plus logique, la plus conforme aux intérêts des malades comme des médecins : elle n'expose ces derniers à aucune critique

Quant à partager l'indemnité kilométrique, c'est très bien si deux clients nous ont appelé séparément : mais dans le cas d'une visite de passage, ce ne peut être qu'une source de discussion avec le deuxième client, qui payerait plus qu'il ne pense devoir — et de cette discussion nous n'aurions aucun profit à retirer,

D[r] Lf.

(1) C'est ainsi que je procédais généralement, mais dans un bourg donné, j'acceptais volontiers qu'un voisin du malade que je visitais vînt, *chez ce dernier*, me demander une consultation, qu'il me payait comme telle.

G. D.

Je ne veux pas abuser de la patience du lecteur en prenant chacune de ces lettres l'une après l'autre, et en l'argumentant. Il y a cependant trois points que je ne puis laisser passer sans essayer de les éclaircir.

D'abord, la question des tournées. Voyons, voyons ! Il faudrait pourtant s'entendre. J'ai été dix ans médecin de campagne, et je pense tout de même que je sais de quoi je parle. Au gré de la morbidité saisonnière, le médecin a plus ou moins de malades à visiter. A telle époque, il est possible qu'il n'ait souvent qu'un seul déplacement à faire, dans une journée, pour un malade distant de sa résidence. Mais on conviendra que c'est plutôt l'exception. Car, si c'était la règle, je plaindrais fortement tous nos confrères ruraux et je m'expliquerais mieux les cris d'alarme, les appels au secours que j'ai reçus.

Habituellement, — et c'est ainsi que je procédais, — le médecin arrête le soir l'emploi de son temps pour le lendemain. Il détermine l'itinéraire qu'il parcourra, de manière à voir successivement, dans le minimum de temps, tous les malades qui se trouvent sur cet itinéraire. Avant de partir, il intercale opportunément les visites qui ont pu lui être demandées entre le soir et le matin. Et il s'en va, *faisant ainsi une tournée.* Supposons qu'il ait à voir quatre malades, dont chacun réside précisément à l'un des quatre points cardinaux de sa circonscription : vous ne me ferez pas admettre qu'il compliquera sa tâche en allant d'abord voir le malade du nord, revenant chez lui pour se rendre ensuite à l'est, revenant de nouveau, pour gagner le sud, revenant encore pour terminer par l'ouest. Il utilisera tous les chemins accessibles à sa voiture de manière à parcourir, au gré du réseau routier, une grossière circonférence englobant les 4 points cardinaux et les 4 malades. C'est ce que j'appelle une *tournée.* Mais ce n'est pas la *tournée à jour et à heure fixe.* Personnellement, je n'ai jamais consenti à procéder ainsi et j'y demeure théoriquement opposé. Mais je suis bien forcé de faire état de certaines habitudes locales, admises par les Syndicats médicaux, et selon lesquelles la tournée à jour et à heure fixe est acceptée.

Maintenant, j'admets volontiers que, dans les pays de montagne, les médecins ne peuvent faire proprement de tournées ; chacune de leurs visites éloignées est considérée comme ayant été faite spécialement. Cela ne nuit en rien à l'argumentation que j'ai développée au début de cette enquête.

Quant à la visite de passage, ne comportant aucune indemnité de déplacement, je persiste à la condamner, en dépit des avis des confrères Lb. et Lf. — Leurs arguments m'apparaissent comme spécieux, et ils ne sont pas difficiles à réfuter : le confrère dont j'ai publié la lettre dans le numéro 47 du 25 novembre, p. 3563, s'en est fort bien acquitté. Dire que, dans le Loiret, elle est de règle, c'est procéder par affirmation gratuite. Il se trouve, comme par hasard, que je connais particulièrement ce département ; il est possible, en effet, que quelques médecins l'y pratiquent. J'en ai connu un, il y a 20 ans, qui l'avait élevée à la hauteur d'une institution : il en faisait de 8 à 10 par jour pour l'honoraire (mais est-ce bien le mot qui convient ?) de *trente sous.* Il passait *tous les jours,* au pas de son cheval retenu volontairement à cette allure réduite, dans tous les hameaux et villages de sa circonscription, à peu près assuré que quelque chronique, parmi ses clients, l'appellerait au passage pour lui demander un avis, — provoquant même cette demande au gré des rencontres qu'il faisait, ne descendant même pas de voiture et griffonnant sur son genou quelque vague ordonnance, — vous pensez bien que pour trente sous, cela ne valait pas la peine d'un effort plus grand. Mais, à la fin de la journée, il alignait sur son registre 10 à 15 francs de visites de passage, et trouvait ainsi le joint pour maintenir la moyenne de ses recettes quotidiennes... Mais ce que je crois pouvoir affirmer, c'est que le Syndicat du Loiret, qui condamnait cette médecine à la grosse, il y a 20 ans, ne l'admet pas davantage aujourd'hui (Il n'y a rien de raisonnable dans l'absolu. La visite de passage, à prix très réduit, *exception* soutenue par des considérations particulières

OUI. La visite de passage, *régle*, NON, NON et NON).

Enfin, je n'ai jamais, que je sache, préconisé une formule unique, applicable à toutes les clientèles rurales. J'ai pris soin au contraire, et je le répète ici une dernière fois, de soutenir que c'est affaire aux Syndicats locaux et régionaux de trancher la question des honoraires en médecine rurale, en tenant compte de la topographie, des habitudes et de la répartition des clientèles. Je le redis, pour ne plus y revenir.

Et j'arrête ici mon intervention personnelle dans la discussion, tout en demeurant prêt à publier toutes les consultations qui me parviendront sur ce sujet. G. DUCHESNE.

MÉDECINE SOCIALE

Questions posées par les centres de traitement

Par le Dr FOVEAU DE COURMELLES.

Nous avons ici (13 août 1922) parlé des centres de traitement contre le cancer. Le prof. J. Bergonié, *héroïque* victime des rayons X, s'en faisait l'apôtre convaincu, et bientôt suivi ; il avait créé le premier centre à Bordeaux. Combien d'autres existent aujourd'hui, inaugurés par notre Ministre de l'Hygiène, M. Paul Strauss : Paris (Hôtel-Dieu et Tenon), Toulouse ; sans préjudice de nombreux services hospitaliers où l'on appliquait, où l'on continue, rayons X et radium.

Les centres universitaires, villes importantes en général, attirant élèves et malades, sont évidemment indiqués, mais sont-ils, seront-ils suffisants ? Evidemment non, si l'on en juge par la progression du cancer, en France comme partout. Il y a les dépenses énormes nécessitées par un outillage considérable, aussi bien réalisé d'ailleurs par nos constructeurs français qu'à l'étranger, les sels radifères encore chers, malgré notre colonie de Madagascar qui en possède tant de minerais ! Ces considérations limitent le nombre des établissements *cancéricides*, dirons-nous. Cependant, maints praticiens sont déjà très suffisamment, certains même, admirablement, installés, à Paris et en province, pour traiter le cancer.

On peut donc se demander si la concurrence des établissements subventionnés largement par l'Etat, par maints particuliers heureux de contribuer à des fondations officielles, n'est pas très dangereuse pour les praticiens. Que le public donne à tel ou tel Maître, c'est son droit. L'Etat au contraire, les villes, qui sans cesse augmentent nos contributions, ont-ils raison ?

Je pose des questions, je ne les résous pas !

Les centres cancéricides officiels seront, dit-on, destinés aux uniques pauvres. Nous le voulons bien croire, malgré tant de frelons connus et inconnus ! Mais ils seront — ces centres — universellement connus ; les affiches blanches administratives, les révèleront *urbi et orbi*, ainsi que les noms de leurs dirigeants et collaborateurs ; ceux-ci seront donc favorisés de ce chef et toute la clientèle aisée de la région leur viendra, délaissant les « petits médecins », comme les appellent, malgré souvent leur grande valeur, les clients qui veulent les professeurs !

Ces centres auront un nombreux personnel d'infirmiers et d'infirmières, heureux et fiers le servir sous des maîtres réputés — cela se conçoit — et qui, par suite augmenteront leur renommée et leur clientèle.

Malgré tout, tous les cancéreux ne pourront se rendre aux centres. Leur maladie avancée, leurs moyens modestes, ne leur permettront pas, soit de se déplacer, soit de payer le déplacement (les départements obtiendront probablement réductions et permis de chemin de fer), soit de perdre des journées de travail (bien que les séances longues et rares diminuent déplacements et pertes de temps).

Quoi qu'il en soit, il restera des malheureux qui recourront aux physiothérapeutes de leur voisinage, mais ceux-ci qui auront peu de clients, et plus souvent des indigents ou presque, n'auront nul intérêt à s'outiller : ils ne rentreraient pas dans leurs frais. On voit de suite le coup fatal porté à la physiothérapie en maintes régions, en maints pays.

Tout cela dit, non pour médire des centres de traitement, qu'ils soient anti-cancéreux, anti-tuberculeux, anti-syphilitiques, qui se multiplient par la force des choses, par certains élans de nos parlementaires, par maintes bonnes volontés, mais comme cela souligne plus encrore les inégalités sociales, selon la région, selon que tel ou tel pays sera plus ou moins facilement relié à ces centres.

En certains cas, ne sera-ce pas du régionalisme à rebours ? Ce régionalisme si défendu par Charles-Brun, Justin Godart (président de notre ligne nationale contre le cancer et ancien sous-secrétaire d'Etat au Service de santé militaire), le marquis de l'Estourbillon, Jean Hennessy.

Un remède apparaît immédiatement : la multiplication des centres. Contre la tuberculose et la syphilis, qu'à notre avis, tout praticien peut, sait ou doit savoir soigner, rien de plus facile, et même ces centres particuliers s'imposent-ils toujours, et, vraiment ? Mais, contre le cancer, la question de dépenses énormes n'est pas partout possible.

Notre ami, le Dr J. Noir me signalait l'intention de certains industriels de créer, chez eux ou autour d'eux, des centres cancéricides. Pourquoi pas ?

Les radiologues sont peut-être, à l'heure actuelle, les spécialistes les plus nombreux ; ce qui prouve en passant que ne les arrêtent guère les dépenses d'outillage et de loyer, car l'outillage tient pas mal de place est lourd. Le choix des industriels les embarrassera plutôt, à faire parmi tant de candidats éventuels et éclairés, nos hôpitaux en formant du reste tous les jours ; ce qui constitue en somme une bizarrerie : on forme des élèves et on leur coupe d'avance l'herbe sous le pied ?

On me dira que tout enseignement médical en est un peu là. Je n'y contredis point, car on va même plus loin : sous prétexte que le médecin ignore en général l'hygiène (discours du prof. Léon Bernard, à l'Académie de médecine du 11 janvier 1921, à propos de la révision de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique), on distribue moyennant finances et examens, de nombreux diplômes d'hygiénistes à quantité de non-médecins, source probable de nombreux et nouveaux fonctionnaires.

On émiette notre diplôme, en une multitude de brevets supplémentaires, radiologue, légiste, hygiéniste... et les vieux médecins avec leur ancien diplôme qui contenait tout, ne seront bientôt plus rien, rien du tout.

Aussi les études plus longues, et si coûteuses, ne seront plus abordables, ne le sont plus même, aux sujets d'élite, mais pauvres.

Je ne proteste pas après coup, l'ayant fait dès 1905 à la *Société médicale des Praticiens* et en 1906, à la *Commission de réforme des études médicales*. Nous sommes maintenant en présence du fait accompli. Il faudra, au lieu de faire des travaux, passer sans cesse des examens.

Il faut donc voir à s'adapter, ou à tirer le meilleur parti possible d'une situation réelle et ayant déterminé un courant d'opinions, de créations, que nous ne pouvons remonter, et que, dans l'intérêt des malades, nous ne devons pas songer à remonter.

L'*intérêt des malades*, tout est là en effet. C'est là notre idéal, et notre désir de le réaliser pour nous tous, médecins, ou presque. Il faut donc l'examiner, entendre les profanes, les patients, observer, parler entre nous, autour de nous, poser des questions... C'est ici et en ce moment la seule chose que j'entends faire d'ailleurs !

Le libre choix disparaît, me semble-t-il, en la matière. Les malades, aisés ou pauvres, ne connaissant guère que les centres, iront forcément. Grande affluence de malades. On les confiera à des aides variables, avec qui ils ne se sentiront nullement en confiance, et d'humeur parfois variable. Le Dr Leredde, à propos de dispensaires anti-syphilitiques, a montré la nécessité pour le patient d'être bien suivi par un même observateur et opérateur. Il en est de même évidemment d'un tuberculeux, d'un cancéreux. En dehors d'une observation mieux prise, le patient, habitué à la même personne, sera en confiance, signalera mieux ses modifications, servira par suite mieux la science.

En peut-il être de même dans des centres de concentration cancéreuse ? Il ne le semble pas. De nombreux malades venant avec les procédés actuels à de longs intervalles retrouveront peut être les mêmes infirmiers ou infirmières qui sont à demeure, mais probablement pas les mêmes médecins ou élèves qui, études faites, sont partis à leur poste ; les chefs resteront, mais ils ne peuvent tout faire, être partout.

En réalité, nous voyons se dessiner, s'effectuer même, un mouvement qui diminue notre compétence, la confiance générale en notre savoir. Des infirmiers et infirmières sont destinés à nous remplacer trop souvent. Seuls, profanes, fonctionnaires, parlementaires, et nos maîtres, ont, sont reconnus avoir, tous les savoirs, toutes les compétences. Et les centres divers aideront encore à cette croyance déjà trop répandue chez les malades, pour et à leur détriment.

A Strasbourg, à un Congrès, récemment, la tendance s'est fait nettement jour, n'insistons pas. Il s'agissait de tuberculose. D'ailleurs, nous avons maintenant les *phtisiologues*. A quand le diplôme ?

A l'exposition de 1900, Coquelin Cadet, le bon acteur, au lieu de dire, « chantait dans les Ministères », comme il le chantait lui-même. Dans un poème satirique, il chantait les spécialistes, avec son humour habituel. Il fallait, disait-il déjà, connaître soi-même sa maladie pour consulter le spécialiste compétent, car il y avait celui de l'estomac, de l'intestin grêle, du gros intestin, du poumon droit, du poumon gauche...... On ne saurait mieux dire à l'heure présente et en montrer les défauts.

Notre organisme a-t-il donc répudié toute solidarité entre ses diverses parties. La fable des membres et de l'estomac est devenue inexacte. Comme l'étroite spécialité rétrécit encore l'esprit. Certes la médecine est devenue très vaste et doit recourir aux laboratoires, à ces laboratoires, soi-disant misérables — certaines « poussières » de laboratoires, il est vrai et à supprimer — et cependant créateurs, comme l'écrivait ici J. Noir en octobre, de tant d'intelligences et de tant de travaux. Rien n'empêche d'ailleurs le praticien d'y recourir. Mais, travaillons en *liaison*, en pouvant garder et traiter souvent les malades sur place, sans les tracasser, les envoyer au loin, à moins d'absolue nécessité, sans supprimer par suite le libre choix.

Que de problèmes soulevés par les idées actuelles, par les assurances et le projet Grinda en perspective ..... Que de choses à dire, sur lesquelles nos confrères, l'Union des Syndicats médicaux de France, auront à parler et à agir pour le mieux de notre corporation, tant menacée, et pour le bien de nos malades qui nous paraissent si en danger ! ...

Nous nous éloignons de la prophétie de Léveillé Parise (*Gazette médicale de Paris*, 1851), sur l'évolu-

tion ascendante et légitime de la profession prenant « un caractère sacré de providence sociale universelle ». (citation de P. Trisca, in *Les médecins sociologues et hommes d'Etat*, 1923).

Il semble qu'on nous veuille couper les ailes au plus grand détriment de la Nation, nous ne pouvons, nous ne *devons* pas nous y prêter !...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat médical de l'arrondissement de Béthune.

(3 *juin* 1923.)

Le président donne lecture d'une lettre de démission du docteur ROBILLARD qui, n'exerçant plus la médecine, se retire du syndicat ; d'une lettre du Dr DUPREZ, disant qu'il se retire du syndicat à cause des tarifs d'honoraires trop élevés qu'il ne peut appliquer à sa clientèle.

L'Assemblée décide d'accorder le titre de membre honoraire sans cotisation au Dr ROBILLARD et qu'il sera fait une démarche près du Dr DUPREZ par deux confrères pour le ramener au Syndicat ; les docteurs LEJEUNE et BRIDOUX (Beuvry) feront cette démarche au nom du Syndicat. Il est décidé en outre qu'une démarche sera faite pour ramener le Dr FLEURY au Syndicat, les docteurs MANIEZ et DELCOURT (Vermelles) sont désignés pour faire cette démarche

PUPILLES DE LA NATION. — Le président donne lecture de plusieurs lettres des confrères lésés dans leurs intérêts par la distribution arbitraire des circonscriptions faite par l'office départemental. Après une très longue discussion, le Syndicat décide que le président de la Fédération du Pas-de-Calais sera saisi de la question et notamment de l'incident Bailliet Catrice en le priant de faire le nécessaire pour que l'attribution des circonscriptions soit faite d'une façon plus équitable et que les commissions cantonales s'inspirent des directives des Syndicats médicaux. Lecture est donnée d'une lettre du Dr LAVIGNE, informant le président qu'à Nœux l'examen des pupilles a été confié à un confrère n'ayant aucun service d'A. M. G. et n'étant pas syndiqué...

DISPENSAIRES ANTISYPHILITIQUES. — Le président rappelle à l'Assemblée que le Dr BERTIN est venu faire une conférence à Béthune au sujet de l'organisation de dispensaires antisyphilitiques. La parole est donnée au Dr LECAT en le priant de mettre l'assemblée au courant des pourparlers. Des explications du Dr LECAT il ressort que le Dr BERTIN a refusé de continuer les pourparlers avec l'administration, celle-ci voulant organiser un service public sans avoir les subsides nécessaires. L'assemblée, prenant acte des déclarations du Dr LECAT, déclare à nouveau qu'aucun membre du Syndicat n'acceptera de faire tel service si l'organisation n'est pas faite d'accord avec les Syndicats médicaux.

TARIFS MÉDICAUX. — Le Dr LECAT déclare qu'en maintes circonstances des confrères lui ont déclaré être très gênés pour l'application du tarif minimum, quand ils se trouvent faire de la clientèle dans des communes des arrrondissments limitrophes, et demande que dans tout le Pas-de-Calais, au moins, aucun tarif inférieur au tarif des accidents du travail ne soit appliqué. Le président demandera à la prochaine réunion de la Fédération que l'on s'occupe de cette question. En ce qui concerne les honoraires pour examen d'assurances vie, l'Assemblée insiste à nouveau pour que le tarif soit de quarante francs pour chaque examen...



REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — M. le professeur Jeanselme a commencé ses cliniques le vendredi 16 novembre, à 10 h. 1/2, et les continuera les vendredis, à la même heure, à l'amphithéâtre de la clinique, à l'hôpital Saint-Louis ; leçons de dermatologie et de syphiligraphie avec projections et présentation de malades.

Tous les mardis, à 10 h. 1/2, à partir du 28 novembre: leçons de dermatologie.

Les lundis, à 9 h., examen des malades à la policlinique, au pavillon Bazin. Les mardis et samedis, à 9 h. 1/4, visite des malades dans les salles du pavillon Bazin. Les mercredis, à 9 h., examen des malades à la salle des consultations externes de l'hôpital. Les jeudis, à 9 h. 1/4, examen des malades soignés au dispensaire antisyphilitique de la clinique ; opérations dermatologiques à la policlinique.

Leçons de dermatologie par MM. Burnier, Schulmann, Hufnagel, chefs de clinique ; Marcel Bloch, Giraudeau, chefs de laboratoire. MM. Sézary et Touraine, médecins des hôpitaux, et P. Chevallier, anciens chefs de clinique et de laboratoire.

Tous les mardis, à partir du 20 novembre, leçon à l'amphithéâtre de la clinique sur les dyschromies, les dystrophies et les tumeurs cutanées.

Programme. — Mardi 11 décembrea M. Touraine, vitiligo. — Mardi 18 décembre : M. Chevallier, les leucémides. Le problème du mycosis fongoïde — Mardi 8 janvier : M. Burnier, la sclérodermie. — Mardi 15 janvier : M. Marcel Bloch, les épithéliomas cutanés. Etude anatomo-clinique. Mardi 22 janvier : M. Marcel Bloch, nævi, nævo-carcinomes. Sarcomatose cutanée. — Mardi 29 janvier : M. Hufnagel, les atrophies cutanées. — Mardi 5 février :M. Burnier, les dyskératoses (maladies de Paget, Bowen, Darier). — Mardi 12 février : M. Schulmann, Maladie do Recklinghausen. — Mardi 19 février : M. Chevallier, dystrophies des phanères — Mardi 26 février, M. Giraudeau, traitement des dyschromies, des dystrophies et des tumeurs cutanées par les agents physiques.

— Des séries de travaux pratiques de laboratoire, appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie, auront lieu pendant l'année scolaire, au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de M. Marcel Bloch, chef de laboratoire.

Les séances auront lieu de 16 h. 30 à 18 h. 30. Chaque série comprend 10 séances : Ultra-microscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux. — Réaction de Bordet-Wassermann. — Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien. Réaction du benjoin colloïdal. — Bacille de Ducrey, gonocoques. Microbes pyogènes. Auto-vaccins. — Bacille tuberculeux. Bacille de Hansen. Mycoses. Teignes. Examen direct. Cultures. Hématologie. — Technique de la biopsie.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (rue de l'Ecole de-Médecine), guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 h. à 17 h. Droit de laboratoire : 150 francs.

Pour renseignements et dates des séances, s'adresser à M. Marcel Bloch, laboratoire de la Faculté, Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, le matin, de 11 h. à 12 h.

— **Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille** (Institut de médecine et pharmacie coloniales), 40, allées Léon-Gambetta, 40). — L'Institut de médecine et de pharmacie coloniales de l'école de plein exercice de Marseille délivre les diplômes de médecins et de pharmaciens coloniaux, deux fois par an. La première session d'examens a lieu fin mars, la deuxième fin juin. Chaque session est précédée d'un enseignement d'un trimestre. Les cours commencent le 3 janvier et le 1er avril.

Après chaque examen, une épreuve complémentaire sur la législation sanitaire maritime permet de conférer aux candidats qui ont obtenu le diplôme de médecin colonial, le titre de médecin sanitaire *maritime*.

L'enseignement est clinique, théorique et pratique.

I. — *Enseignement clinique* : hôpital militaire Michel-Lévy, service colonial, médecin-major Fraissinet ; hôpital de Maillane, Pr Reynaud (école de médecine) ; Hôtel-Dieu, clinique médicale, Pr Boinet (école de médecine) ; Hôtel-Dieu, clinique chirurgicale, Pr Silhol (école de médecine) ; Hôtel-Dieu, clinique ophtalmologique, Pr Aubaret (école de médecine) ; Hôtel-Dieu, clinique dermatologique, Pr Gaujoux (école de médecine) ; Hôtel-Dieu, consultation externe, Pr Reynaud (école de médecine).

II. — *Enseignement théorique* : Pathologie exotique Pr Raybaud, chargé de cours (école de médecine) ; épidémiologie, médecin principal Kérandel (école d'application militaire) ; assistance médicale, maladies sociales indigènes, médecin-major Peyrot (école d'application militaire) ; bactériologie, Pr Costa (école de médecine) ; Rouslacroix, chargé de cours (école de médecine) ; parasitologie, Pr J. de Cordemoy, chargé de cours (école de médecine) ; histoire naturelle, Pr J. de Cordemoy (école de médecine) ; Pr Gabriel (école de médecine) ; entolomogie, Dr Pringault, chef du laboratoire d'hygiène départemental ; hygiène coloniale et navale, Pr Violle (école de médecine) ; bromatologie, Pr Jumelle (faculté des sciences) ; toxicologie alimentaire et matière médicale, Pr Domergue (école de médecine) ; ethnologie, Pr Alezais (école de médecine) ; anthropologie, médecin-major Florence (école d'application militaire) ; législation et pratique sanitaire, Pr Ribot, directeur du service sanitaire maritime (VIe ciconscription) ; chimie analytique (pharmaciens), Pr Berg (école de médecine et Faculté des sciences) ; anatomie pathologique, Pr Peyron (école de médecine).

III. — *Enseignement pratique* : bactériologie, Dr Morin, chef de clinique coloniale, médecin-major (école d'application militaire). ; parasitologie, Dr Pringault, chargé du laboratoire d'hygiène départemental ; hématologie, Ph. Boyer, chef du laboratoire bactériologique ; chimie analytique (pharmaciens), Pr Fabrègue (école de médecine).

Conditions d'admission : sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine et de pharmacie coloniales :

1° Les docteurs en médecine et pharmaciens de première classe français ;

2° Les étrangers pourvus d'un diplôme de doctorat universitaire (mention médecine) ou de pharmacien de première classe ;

3° Les docteurs ou pharmaciens de première classe étrangers, pourvus d'un diplôme étranger admis dans les Facultés françaises ;

4° Les étudiants en médecine ou en pharmacie des Facultés et écoles françaises pourvus de douze inscriptions médicales (AR ou seize NR)) et de huit inscriptions pharmaceutiques (AR) et douze (NR), sans distinction de nationalité ;

5° Les internes en médecine et en pharmacie à quelques degrés qu'ils soient de leur scolarité ;

6° Les élèves des écoles indigènes de médecine coloniale de Hanoï, Tananarive, Dakar, pourvus des diplômes délivrés par ces écoles (sous réserve de l'application des lois sur l'exercice de la médecine en France) ;

7° Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions prévues.

Les titres, diplômes, certificats universitaires de scolarité, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, et un certificat de nationalité visé par leur Consul devront être produits au moment de l'inscription.

Pour les renseignements s'adresser au professeur Reynaud, allées Léon-Gambetta, 40, ou au secrétaire de l'Institut (école de médecine, Pharo).

Droits à verser :

Immatriculation :	60 francs	versés au moment de l'inscription.
Bibliothèque :	10 francs	
Laboratoire :	150 francs	

Examen : 30 francs, versés au moment de l'examen.

Les étudiants en médecine et en pharmacie en cours d'études dans les conditions indiquées ci-dessus, sont dispensés des droits d'immatriculation et de bibliothèque.

La dispense d'une partie des droits de laboratoire peut être accordée à titre exceptionnel par M. le directeur de l'Institut à des docteurs ou à des étudiants français qui lui adressent une demande justificative.

Deux bourses de 1.500 francs données par la Chambre de Commerce peuvent être attribuées par l'Institut à des candidats qui, ayant obtenu le diplôme de médecin colonial, contractent un engagement pour les colonies.

Cours annexes :

Des cours élémentaires et gratuits d'hygiène générale, coloniale et navale, d'épidémiologie, de maladies sociales, de prophylaxie et de désinfection pratiques ont lieu à l'Institut, de décembre à mars. Ils s'adressent aux capitaines au long cours, aux élèves des écoles d'hydrographie, aux employés des entreprises ou des administrations coloniales, aux instituteurs et institutrices, aux infirmiers et infirmières coloniaux.

— Par arrêté en date du 27 novembre 1923, M. Paul Thomsen, ouvrier sculpteur, secrétaire du conseil judiciaire de l'union des syndicats du département de la Seine, est nommé membre de la première section (tous accidents du travail autres que les accidents agricoles) de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matières d'accidents du travail, en remplacement de M. Malardé.

— **Le « Hero Fund »**. — Carnégie, le grand Américain, a créé il y a plus de 20 ans de cela le « *Hero fund* » pour donner à ceux dont la profession est pacifique et qui ont été blessés dans un effort héroïque en sauvant une vie humaine, une situation pécuniaire un peu meilleure qu'aupavant jusqu'à ce qu'ils soient de nouveau capables de travailler En cas de mort il sera pourvu aux besoins de la veuve et des enfants ». Or, il n'y a pas de rôle plus héroïque, écrivait M. Carnegie à M. Clemenceau, que celui des médecins, des infirmiers et des infirmières, accordant volontairement leurs services au temps d'épidémie ». M. Camus, qui donne ces renseignements dans *Paris médical*, ne nous en voudra pas de lui emprunter cette intéressante information.

Les membres de la Commission sont pour la France M. Emile Loubet, MM. Léon Bourgeois, d'Estournelles de Constant, Emile Picard, Gariel, Méline, Strauss, Branet, etc. Le secrétariat général fonctionne 15, rue Gay Lussac, à Paris.

L'amitié de l'Amérique pour la France n'est donc pas un vain mot.

L'A. D. R. M. se mettra certainement en relations avec le secrétariat général du « *Hero Fund* ». Tout ce qui intéresse le corps médical des pays amis et alliés ne doit pas la laisser indifférente.

R. M.

— **Hôpital des Enfants-Malades** — Tous les jeudis matin, à 10 h. 1/2 à la consultation dentaire, enseignement de la méthode eumorphique, par M. Pierre-Robin, stomatologiste des hôpitaux, avec présentation d'enfants porteurs d'appareils à tous les stades du traitement.

L'eumorphie facio-crânio-vertébrale étudie spécialement les irrégularités des dents et du squelette facio-crânio-vertébral, ainsi que la conception, la construction et l'application des appareils amovibles permettant d'obtenir la correction de ces irrégularités par adaptation fonctionnelle progressive des organes à leurs fonctions jusqu'à la réalisation de l'équilibre par fait (équilibre lamarkien).

Redressement des dents et des irrégularités des arcades dentaires.

Correction des déformations de la face, du menton en avant dit menton de galoche, du menton en retrait dit menton fuyant.

Abaissement de la voûte palatine ogivale.

Suppression de la glossoptose ou chute de la base de la langue dans le bucco,pharynx.

Dégagement du confluent vital fonctionnel (cavité facio-crânio-vertébro-laryngée).

Guérison de la respiration par la bouche et de la consomption bucco-nosa-pharyngée.

Rapports des dysmorphoses facio-crânio-vertébrales avec les infections des ascendants : syphilis, tuberculose, etc. ; les intoxications : alcoolisme, saturnisme, etc. ; et les troubles endocriniens : myxœdème, acromégalie, nanisme, gigantisme, etc.

Eumorphie et eutonie : évolution vers le type onrmal ou équilibré.

Dysmorphies et dystonies : types anormaux, types familiaux.

Eumorphie et eugénie : protéger l'enfant, c'est assurer l'avenir de l'adulte et celui de sa lignée.

Coefficients de robusticité.

Importance du traitement eumorphique, son rôle dans l'activation du développement physique et psychique des enfants.

Retentissement de l'application de la méthode eumorphique sur l'avenir de l'individu et sur celui de sa race.

Construction et mise en bouche des appareils amovibles du Dr Pierre-Robin, monobloc, appareil de mastication, etc., utilisés exclusivement dans tous ces traitements.

Tous les mardis matin, à 9 h., dans le service de M. Pierre-Robin, salle de la consultation dentaire : Leçons et cliniques expliquées de pathologie bucco-dentaire et en particulier de stomatologie infantile.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

périodes, puisque vous avez effectué « plus d'un an de service par suite de mobilisation » ; vous devez donc attendre simplement 4 ans à partir du mois d'août 1923.

G. F.

Evaluation de pension militaire.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je viens user de votre bienveillance pour m'expliquer sur un cas particulier l'article 12 de la loi des pensions.

Je soigne un réformé de guerre à 100 % pour tuberculose pulmonaire ouverte. Depuis deux mois il commence un mal de Pott dorsal, qui m'a obligé à le mettre dans un plâtre.

En outre il a une incontinence d'urine permanente et un début de paralysie spasmodique révélé par une exagération du réflexe rotulien droit.

A combien a-t-il droit en supplément de ses 100 % pour :

1° Un mal de Pott dorsal ;
2° Incontinence d'urine permanente ;
3° Exagération du réflexe rotulien droit ;
4° Peut-il en outre bénéficier de l'article 10.

Dr T.

Réponse.

Le mal de *Pott dorsal* donne au barême le plus favorable : 1° de 30 à 40 % sans abcès par congestion, 2° de 50 à 70 % avec abcès par congestion et déformation sans lésions médullaires. 3° De 30 à 70 % ou 100 % suivant que la paraplégie est, ou non, incomplète, avec ou sans troubles des réservoirs.

L'incontinence permanente des urines vaut environ 20 %.

Enfin, il ne semble pas que, généralement, l'art. 10 soit applicable aux tuberculeux.

G. F.

Application du Tarif Breton.

I

Cumul des interventions.

Veuillez, je vous prie, me faire savoir :

1° Si le tarif d'une injection de sérum doit être majoré de 30 pour cent *le dimanche*, de même celui des sutures.

2° Si ayant fait une injection de sérum et une suture (plusieurs points) un dimanche, je dois seulement compter la suture ou si je puis additionner les 2 et compter par exemple : suture 25, injection de sérum 20, total : 45 fr.

Dr C?

Réponse.

1° Il n'y a de majoration dominicale dans le

tarif que pour la *visite* (art. 3b) et non pour les interventions.

2° Vous pouvez additionner les différentes interventions, mais à condition qu'elles ne soient pas *complémentaires* l'une de l'autre.

Exemple : est additionnable : injection de sérum et suture. Ne le serait pas : ligature d'artère + suture, alors que la dite suture est faite à la peau à la suite de la ligature, puisqu'elle n'est que l'acte terminal de l'opération précédente et comprise dans la tarification de celle-ci. F. D.

II

Pansements spéciaux compliqués.

A la suite d'une amputation tiers inférieur cuisse avec le tiers moyen, j'ai dû faire 19 grands pansements post-opératoires pour (légère ?) suppuration, mettez moyenne suppuration.

Je ne trouve nulle part le prix de ces pansements post-opératoires cependant *très gros et très importants*. Par analogie, je trouve grande brûlure ou 50 fr., ce prix de : 15 fr. pour moyenne brûlure paraissant par trop inférieur, je vous prie de me donner votre opinion autorisée et vous en remercie confraternellement d'avance.

Dr D.

Réponse.

A part les pansements multiples (art. 17) et les pansements de brûlures (art. 28) tous les autres pansements sont compris dans le prix de la visite ou de la consultation (art. 16). Il n'y a pas dans le tarif Breton de tarification spéciale pour les « pansements spéciaux prolongés et très compliqués » tels qu'ils sont définis et *payés à part dans le tarif Maginot*. Vous basant sur ce dernier, vous pourriez peut-être demander à la Compagnie, par exception, un supplément à titre *bénévole*, mais en lui donnant, cela va de soi, toutes explications nécessaires.

F. D.

III

Aide et chloroforme.

Membre du « Sou Médical » et vieil abonné du *Concours*, je vous serai très reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis sur le fait suivant :

Nous avions à opérer avec le chirurgien une suture des tendons extenseurs des orteils au niveau du tarse, il y avait section de la pédieuse et ouverture de l'articulation astragalo-calcanéenne.

Je devais aider et un 3e confrère devait donner le chloroforme. Au dernier moment ce dernier, immobilisé pour un avortement, n'a pu venir, j'ai alors *endormi le* malade et une fois l'anesthésie obtenue, j'en ai confié l'entretien à une infirmière ; j'ai pu ainsi, aider le chirurgien. Puis-je compter à l'assurance (il s'agit d'un accident du travail) 50 fr. pour anesthésie et 50 fr. pour aide. Dr T.

Réponse.

Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés *lui-même* (art. 30, *in fine*). N'ayant pas le don d'ubiquité, vous ne pouvez à la fois être aide et chloroformisateur. Vous ne pouvez donc réclamer d'honoraires qu'à titre de l'un ou de l'autre, mais non des deux.

F. D.

IV

Luxation du poignet.

Lecteur et abonné au *Concours Médical*, je viens vous demander quel prix je dois demander pour la réduction d'une luxation du poignet ? Je ne vois pas cette intervention mentionnée dans le tarif Breton (accidenté du travail). Je vous serais bien obligé de me renseigner.

Dr F.

Réponse.

J'ai déjà proposé, avec acceptation des deux parties, pour une réduction de luxation du poignet, 100 fr., par *analogie* avec la réduction de luxation du coude.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

Opération, aides, pansement, etc.

J'ai fait opérer, dans une clinique particulière, après autorisation préalable, un mutilé de guerre qui présentait une fistule osseuse de la cuisse gauche. Il y avait un séquestre. Il a été nécessaire de faire deux ouvertures de la cuisse, de trépaner l'os, de ruginer, etc. L'opération a été longue. Que faut-il compter ?

Peut-on compter ?

Extraction d'un séquestre avec évidement osseux étendu os volumineux 600
1 aide.................................. 50
1 anesthésiste......................... 50

(Et ces chiffres sont-ils portés par le chirurgien qui répartira ensuite les sommes).

En outre les pansements des jours suivants sont-ils comptés en sus et à quel tarif et quelle est l'indemnité journalière allouée par la préfecture pour le séjour ?

Dr P.

Réponse.

1° Le chirurgien ne peut réclamer que son opération. L'aide, ainsi que l'anesthésiste, doivent être « docteurs » en *médecine* ou officiers de santé » (art. 71) et, pour le prouver, ils doivent donc envoyer *eux-mêmes* leurs notes d'honoraires (de 50 francs pour chacun).

2° Quand aux pansements pour les jours suivants, ils sont (art. 60) compris dans le prix de la visite ou consultation, donc, pas plus que

celles-ci, ne sont payables dans un hôpital ou une clinique privée. Exception faite cependant pour les pansements à tarif spécial notés art. 74, soit les « pansements spéciaux, prolongés et très compliqués = 10 à 30 fr. » mais dont le payement doit être (*ibidem*) « soumis à l'appréciation de la Commission de contrôle ».

3° Les frais de séjour dans une clinique privée sont payés au prix de ceux de l'hôpital public le plus proche (art. 67).

F. D.

L'appendicite doit être opérée à chaud.

Je lis dans le *Concours médical* du 18 novembre, au chapitre de l'Actualité Scientifique, « Les ulcères gastriques infectés »... « souvent c'est une hématémèse qui résout cette crise, au cours de laquelle il serait aussi imprudent de tenter une intervention chirurgicale que dans une *appendicite à chaud.*» Je n'ai personnellement aucune expérience de la chirurgie gastrique au cours d'une hématémèse où l'abstention me paraît du reste tout indiquée ; mais ayant fait pratiquer à chaud et avec succès de très nombreuses appendicectomies, je suis on ne peut plus surpris de voir comparer, par la plume autorisée de M. Ramond, le danger de l'intervention dans les deux cas ; les confrères de ma région ont dû être aussi surpris que moi-même, car sous l'impulsion de M. Témoin, de Bourges, tous les cas d'appendicite sont opérés aussitôt le diagnostic posé à la grande satisfaction des malades et des médecins. Vu la grande diffusion du *Concours Médical* il ne me paraît pas inutile qu'un modeste praticien de campagne fasse entendre sa voix contre le refroidissement de l'appendicite, qui a causé bien des désastres et lui a fait perdre, à lui, un de ses meilleurs amis, victime de la fameuse « expectative armée », sous l'œil averti cependant d'un médecin et d'un chirurgien des plus distingués des hôpitaux de Paris.

Dr Vilbonnet,
Blet.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Décret suivi d'un arrêté modifiant le décret du 2 mai 1897 concernant les crèches

Rapport au Président de la République Française

Paris, le 8 novembre 1923.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de soumettre à votre signature un décret portant modification de deux articles du décret du 2 mai 1897, concernant les crèches.

Les modifications apportées, qui ont reçu l'adhésion du comité supérieur de la protection des enfants du premier âge et du conseil supérieur de la protection de l'enfance, portent sur l'article 1er et l'article 7.

La nouvelle rédaction de l'article 1er a pour but, d'une part, de préciser que les crèches sont des établissements réservés aux seuls enfants bien portants et d'armer ainsi les administrations de ces établissements en vue de leur permettre d'en refuser l'entrée aux enfants dont la présence pourrait être une menace de contagion pour la population infantile de la crèche. D'autre part, la suppression de la mention de l'école maternelle contenue dans l'ancien article 1er a pour effet de préciser que, s'il existe une école maternelle dans la commune, l'enfant peut néanmoins rester à la crèche jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de trois ans révolus au cas où pour des raisons particulières, son maintien dans cet établissement est préférable à son envoi dans l'école maternelle.

La nouvelle rédaction de l'article 7, qui prévoit les conditions de réouverture d'une crèche fermée après épidémie, a pour but de permettre de subordonner cette réouverture à l'accomplissement de mesures de garanties reconnues nécessaires et qui peuvent être autres que celle de la désinfection que se bornait à mentionner l'ancien texte.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mon respectueux dévouement.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
Paul STRAUSS.

Le Président de la République française,

Vu le décret du 2 mai 1897, concernant les crèches ;

Vu les délibérations du comité supérieur de la protection des enfants du premier âge et du conseil supérieur de la protection de l'enfance en date des 25 et 26 juin 1923 ;

Sur la proposition du ministre de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 2 mai 1897 est modifié comme suit :

« Les crèches ont pour objet de garder les enfants bien portants en bas âge pendant le travail de leur mère.

« Les enfants y reçoivent, jusqu'à ce qu'ils aient accompli leur troisième année, les soins hygiéniques et moraux qu'exige leur âge ».

Art. 2. — L'article 7 du décret du 2 mai 1897 est modifié comme suit :

« En cas d'épidémie survenue dans une crèche, cette crèche est fermée, soit par les personnes ou les sociétés qui la possèdent, soit d'office par le préfet ; elle n'est réouverte qu'après que le préfet aura fait constater que les mesures prescrites ont été exécutées. »

Art. 3. — Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 9 novembre 1923.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Paul Strauss.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu le décret du 2 mai 1897 concernant les crèches, modifié par le décret du 9 novembre 1923 ;

Vu les délibérations du comité supérieur de la protection des enfants du premier âge et du conseil supérieur de la protection de l'enfance en date des 25 et 26 juin 1923 ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — Les dortoirs, et les salles où sont placés les enfants doivent avoir au moins une hauteur de 3 mètres sous plafond et une superficie de 3 mètres carrés par enfant.

Les berceaux sont séparés par au moins 1 mètre. Ces dortoirs et les salles de berceaux doivent être complètement séparés des autres locaux de la crèche avec un dispositif permettant la surveillance par l'extérieur des enfants dans leur berceau.

Art. 2. — Les salles et dortoirs doivent être largement éclairés et munis d'un système efficace d'aération permanente.

Les locaux de la crèche seront dotés d'un système de chauffage hygiénique.

L'éclairage artificiel sera exclusivement électrique là où cette installation sera possible.

Art. 3. — Personne ne doit passer la nuit dans une salle occupée le jour par des enfants.

Pendant la nuit, les salles sont aérées et tous les objets dont se compose la literie demeurent exposés à l'air.

Art. 4. — Le mobilier se compose exclusivement d'objets faciles à laver et à désinfecter. Les locaux auront des parois dont la surface devra pouvoir supporter le lavage.

Art. 5. — Chaque enfant sera toujours couché dans le même lit ou berceau, qui devra porter un numéro d'ordre. Lorsque l'enfant quitte définitivement la crèche, le lit est lavé et désinfecté ; la literie est assainie et également désinfectée.

Les lits communs ou multiples sont interdits.

Les enfants en état de marcher sont séparés des autres.

Art. 6. — Tous les objets destinés à la toilette de l'enfant lui sont personnels et ne servent qu'à lui ; ils sont placés dans un casier individuel et portent un numéro rappelé sur le registre matricule de la crèche. Ces objets (peignes, brosses, mouchoirs, serviettes, vêtements, literie, etc.) sont toujours tenus en bon état d'entretien et de propreté et désinfectés à intervalles réguliers et lorsque l'enfant quitte la crèche.

Art. 7. — Les enfants doivent être changés aussi souvent qu'il est nécessaire.

Les linges salis ne doivent jamais séjourner dans la crèche ; ils sont immédiatement emportés et placés dans une cuve remplie d'eau froide. Une salle spéciale, dans laquelle on fera le change et la toilette des enfants, sera réservée pour la balnéation (bains, bains-douches, etc.). Les enfants seront pesés chaque semaine jusqu'à l'âge d'un an.

Art. 8. — Les tétines servant aux enfants allaités au biberon seront rigoureusement personnelles ; après chaque tétée, elles seront lavées soigneusement à eau courante et placées à sec dans un vase propre ; au moment de s'en servir, elles seront plongées pendant quelques instants dans l'eau bouillante

Art. 9. — Dans chaque crèche un médecin a la direction du service hygiénique et médical, il doit faire à la crèche des visites régulières et dans l'intervalle de ces visites, se tenir prêt à répondre aussitôt que possible à l'appel de la directrice de la crèche. Sa fonction comportera, en outre , la délivrance gratuite de tous certificats d'admission et de réadmission et la surveillance hygiénique et sanitaire du personnel.

Art. 10. — Aucun enfant n'est admis à la crèche qu'à condition d'être vacciné.

Son admission définitive ne pourra être prononcée qu'après examen par le médecin de la crèche ; il en sera de même pour la réadmission, soit en cas de convalescence de maladie, soit après toute absence un peu prolongée.

Art. 11. — Aucun enfant malade ne doit être accepté ni gardé à la crèche. Si, au cours de la journée, un enfant paraît malade, il est immédiatement rendu à sa mère ; en attendant que celle-ci puisse venir le reprendre, il est placé dans une pièce spéciale d'isolement, disposée de telle sorte qu'il puisse être emporté sans avoir à traverser les salles où se tiennent les autres enfants.

Aucun animal domestique (chien, chat, oiseaux, etc.) ne devra pénétrer ni séjourner dans la crèche, dans ses annexes ou dans le logement du personnel.

La protection contre les mouches sera réalisée par des procédés reconnus efficaces.

L'usage des sucettes de toute nature est interdit.

Lorsque des consultations de nourrissons ou autres seront annexées à une crèche, elles ne pourront, en aucun cas, se tenir dans les locaux de la crèche et aucune communication ne devra exister entre les deux établissements.

Art. 12. — Les crèches sont tenues exclusivement par des femmes.

Art. 13. — La directrice d'une crèche doit avoir vingt et un ans accomplis et être agréée par le préfet, Elle doit, en outre, fournir des titres ou des références établissant qu'elle possède les aptitudes nécessaires à l'exercice de la fonction.

Art. 14. — Nulle ne peut faire partie du personnel secondaire de la crèche (gardiennes, berceusees employées diverses) si elle n'est pourvue d'un certificat de bonne vie et mœurs et si elle ne justifie de ses aptitudes professionnelles.

Art. 15. — Nulle ne peut devenir directrice d'une crèche si elle n'établit, par la production d'un certificat médical, qu'elle joint d'une bonne santé, qu'elle n'est atteinte d'aucune maladie transmissible et qu'elle a été revaccinée depuis moins d'un an.

Il en est de même pour toute femme appartenant au personnel secondaire et pour les personnes charitables qui viendraient éventuellement prêter leur concours bénévole.

Art. 16. — La crèche doit avoir une berceuse pour six enfants âgés de moins d'un an et une gardienne pour douze enfants de plus d'un an.

Art. 17. — La directrice de toute crèche doit tenir :

1° Un registre sur lequel sont inscrits les nom, prénoms et la date de naissance de chaque enfant ; les nom, adresse et professions de ses parents ; la date de l'admission. Chaque enfant aura, sur ce registre, un numéro d'ordre, qui sera porté sur ses effets personnels et rappelé sur sa fiche individuelle ;

2° Un registre des présences, sur lequel est mentionnée, nominativement, la présence journalière de chaque enfant ;

3° Un registre où sont inscrites les observations *ou prescriptions d'ordre général* du médecin ; celui-ci devra signer le registre à chacune de ses visites ;

4° Un registre destiné à recevoir les observations des représentants des services d'inspection et la constatation de leur passage.

En outre, il sera établi, pour chaque enfant, au moment de son admission, une fiche individuelle sur laquelle seront rappelées les indications portées au registre matricule, l'état de l'enfant au moment de l'admission et des réadmissions, les résultats des pesées et toutes mentions utiles sur la santé et la croissance de l'enfant.

Les présences sont chaque jour totalisées, ainsi que l'indication précise et individuelle du versement de la rétribution maternelle que les mères doivent verser, à moins d'en être dispensées pour cause d'indigence ou de charge de famille.

Art. 18. — Le représentant de la crèche transmet chaque année, au préfet, un compte moral de l'œuvre, ainsi qu'un rapport médical dressé conformément au modèle adopté par le ministre de l'hygiène.

Un compte financier est joint à toute demande de subvention.

Art. 19. — Le consentement du comité et du médecin de la crèche sont exigés pour l'acceptation d'auxiliaires bénévoles et de stagiaires venant chercher, dans une crèche, le complément pratique de leurs connaissances en puériculture.

Le médecin devra organiser ce service d'auxiliaires et celui des stagiaires, si leur création a été décidée, dans la mesure où les locaux le permettront, et sans que soient modifiées les conditions prévues par le règlement, quant au personnel de la crèche.

La crèche devra demander au préfet, une fois pour toutes, l'autorisation de recevoir ces auxiliaires ou ces stagiaires.

Art. 20. — Le présent arrêté et le règlement intérieur seront affichés dans un endroit apparent de la crèche ; le réglement intérieur doit être communiqué au préfet du département et approuvé par lui.

Art. 21. — L'arrêté du 20 décembre 1897 concernant les crèches est rapporté.

Art. 22. — Le conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques et les préfets sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 10 novembre 1923.

Paul Strauss.

(*J.O.*, 21 novembre 1923.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les ventes de voitures automobiles d'occasion à un particulier ne sont pas soumises à l'impôt sur le chiffre d'affaires.

18771. — M. Barillet, député, demande à M. le ministre des finances si les particuliers qui vendent une voiture automobile d'occasion doivent payer la taxe de 1,10 p. 100 sur le chiffre d'affaires. (*Question du* 13 *novembre* 1923.)

Réponse. — Réponse négative, à moins qu'il ne s'agisse d'une voiture achetée en vue de la revente ; dans ce cas, en effet, on se trouverait en présence d'un acte de commerce accidentel donnant ouverture à l'exigibilité de la taxe sur le chiffre d'affaires au taux de 1.10 p. 100, par application des dispositions de l'article 59 de la loi du 25 juin 1920.

(*J. O.*, 28 *novembre* 1923.)

L'impôt sur les voitures hippomobiles est dû, même si elles ne circulent pas.

18828. — M. de Lastours, député, demande à M. le ministre des finances : 1° si des voitures hippomobiles dont il n'est pas fait usage par un contribuable ne possédant plus de chevaux sont soumises à l'impôt ; 2° dans le cas de l'affirmative, si ce contribuable peut échapper à l'impôt en démontant les roues des véhicules ; 3° si les billards démontés échappent également à l'impôt. (*Question du* 13 *novembre* 1923.)

Réponse. — C'est, d'après la loi, la simple possession et non l'usage effectif d'une voiture qui motive l'application de la taxe. Par suite, dès lors qu'il possède des voitures, le contribuable en cause doit être assujetti à la taxe sur les voitures et chevaux à raison de ces véhicules, alors même qu'il les laisserait complètement

inutilisés ; 2° d'après la jurisprudence du conseil d'Etat, la circonstance qu'une voiture serait entièrement démontée ne fait pas obstacle à l'imposition dès l'instant que ce véhicule est susceptible d'être remis en état de servir, par un remontage rapide ; 3° d'après la même jurisprudence, il résulte que les billards complètement démontés échappent à l'impôt.

(*J. O.*, 28 *novembre* 1923.)

Vacance de direction de Bureau d'Hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés, par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Charenton-le-Pont (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 4.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 6e bureau) leurs demandes, accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécie leurs connaissances scientifiques et administrat tives, ainsi que la notoriété acquise par eux dan des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande, doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J.O.*, 2 *décembre* 1923.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3738-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Uamiliale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corns médica français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizarn.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert. Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette. Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy. Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Bassargette, Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Orhtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.



DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 618. — A vend. divers instr. d'ophtalmologie, manche galvano-cautère et cautères platine marques diverses, Luer, Gaiffe, etc., ophtalmoscope réfraction Terrien.

Nº 619. — A vend. torpedo Ford runabout 2 pl., excel. état, essai s. tt. distances. Dr H. Godineau, Saint-Aigulin (Ch.-Inf.).

Nº 620. — Côte d'Azur, alentours de Grasse, méd. marié prend d. splend. villa 1 ou 2 j. filles, dames, même lég. malades. Parc, conf., etc. Ecrire Dr Bovier, 24 r. de l'Yvette, Paris (XVIe).

Nº 621. — A céd. œuvres de chirurgie de J. Guillemeau, 1er chir. du Roy, 1 gr. vol. illustr., bon ét., impr. en 1648. Œuvres d'A. Paré, 1 fgrt vol., nombr. figures, nu peu détérioré, impr. en 1600. Faire offres au Dr Guérin, à Vars (Charente).

Nº 622. — Jeune méd. actif ch. poste ds usine av. fixe.

Nº 623. — A vend. sup. berger alsacien un an, pure race, avec pédigrée. S'adr. Dr Céry, à Bouzy (Marne).

Nº 624. — Dr Sabathé, 1 pl. Velpeau, Tours serait reconnaissant à confr. pouvant lui proc. à titre onéreux l'Almanach Hachette 1923.

Nº 625. — On cherche clinique Paris bien située, 12 ch. malades minimum, rez-de-ch., 2 sall. de consul., 2 salles d'opér., 2 sorties distinctes. A. Cligny, 10, rue des Bois, Rueil-Ville.

N° 626. — Salon, Bouches-du-Rhône. Dr Souquet à vend. spéculums, tubes stérilisés, soie plate n° 1, 4 gros trocart.

N° 627. — A vend. boîte de verres, prix avantageux, s'adr. M. Loreau, 3, rue Abel, Paris.

N° 628. — Vve de méd. recom. pr confr. ch. pl. chez méd., dent., droguerie, accepterait pl. gouvern.

N° 629. — A céd. ds rég. Centre, poste seul, pro-pharm. pouvt faire 40.000 frs., pet. rayon, peu de frais, tr. pet. indem. jolie contrée. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 630. — A céd. rég. Ouest, pr. bord de mer, poste seul méd. propharm., aucun fr. de locomotion, rappt. 31.000 fr., gde habit. Breitel et Goret, 1, r. Dante, Paris, tél. : Gob. 36-46, 22e année.

AVIS

I

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'édition 1924 vient de paraître et l'envoi en a été fait aux souscripteurs qui doivent être à l'heure actuelle en possession de leur volume.

D'autre part ayant reçu un grand nombre de souscriptions tardives, nous avons été obligés, *pour les satisfaire*, de procéder à un tirage complémentaire, ce qui nous permettra de mettre encore quelques volumes à la disposition des lecteurs qui nous en manifesteront de suite leur désir en versant la somme de 15 francs à notre compte de chèques-postaux : *Concours médical*, Paris 167-95.

II

Les Bureaux du *Concours Médical* sont fermés par application de la « semaine anglaise » tous les Samedis, à partir de midi.

III

Nous tenons à prévenir nos Abonnés et nos Lecteurs que le Concours médical et ses filiales n'ont absolument rien de commun avec le *Centre Médical* qui est installé dans la cour de l'immeuble où se trouvent leurs propres bureaux.

CORRESPONDANCE

A propos de la suppression éventuelle de la demi-taxe sur les automobiles

Nos confrères de la Loire se remuent et viennent d'adresser au ministre des finances la pétition suivante. Ils ont prié en même temps M. le Dr Merlin, sénateur, et M. le Dr Laurent, député

de la Loire, de saisir de la question le Groupe médical parlementaire. Si tous les syndicats de France suivent cet exemple et envisagent une augmentation des tarifs d'honoraires des services publics dans le cas où la demi-taxe serait supprimée, nul doute que le ministre hésite à prendre une mesure aussi injuste, mais il est urgent d'intervenir énergiquement.

Monsieur le ministre,

Le Syndicat des médecins de la Loire et sa filiale, le groupe auto-médical de la Loire, réunis en assemblée générale le 2 décembre 1923, émus par le projet annoncé dans la presse d'augmenter les impôts sur les automobiles et de supprimer la demi-taxe à laquelle sont soumises certaines automobiles, celles des médecins en particulier, et de la remplacer par la taxe entière, ont l'honneur de vous exposer respectueusement les considérations suivantes :

L'automobile du médecin est avant tout un instrument de travail. Si, parfois, elle est utilisée le dimanche à une sortie familiale, elle est destinée 6 jours par semaine à visiter des malades. Elle peut avoir quelquefois les apparences d'une voiture de luxe, elle n'est en réalité agencée que pour permettre de circuler par tous les temps, de jour comme de nuit, et elle n'en reste pas moins une voiture essentiellement utilitaire, on peut dire le type de la voiture à usage professionnel.

La grever de nouvelles charges, c'est réduire le nombre des praticiens qui peuvent l'utiliser c'est donc entraver la rapidité, c'est-à-dire l'efficacité des secours médicaux aux malades éloignés ou isolés, c'est aller à l'encontre du progrès social.

D'autre part, cette aggravation d'impôts entraînerait immédiatement une augmentation des tarifs d'honoraires, tant pour la clientèle privée, que pour les services publics (assistance médicale gratuite, soins aux mutilés, etc.) ; elle aurait donc une répercussion inévitable sur les budgets de l'Etat, des départements et des communes.

Il est possible que de nombreuses automobiles bénéficient à tort du régime de la demi-taxe, mais l'automobile du médecin n'est pas de celles-là : elle doit être considérée comme accomplissant la plupart du temps un service public, un service social, et comme jadis la voiture et le cheval du médecin, elle doit être privilégiée quant aux impôts qui lui incombent. Ces impôts sont d'ailleurs actuellement plus que la demi-taxe réelle, et nous estimons que ce surplus correspond amplement aux rares sorties non professionnelles de l'automobile du médecin.

Nous espérons, Monsieur le Ministre, que vous vous rendrez à nos arguements, et nous vous

prions d'agréer l'assurance de notre très respectueuse considération.

Pour le Syndicat des médecins de la Loire
Le Président,
Dr LAYRAL.

Pour le groupe auto-médical de la Loire,
Le Président,
Dr MULLER.

Le secrétaire général,
Dr MANDY.

Le secrétaire général,
Dr RAVON.

L'indemnité-maladie.

Je ne comprends pas pourquoi vous n'avez pas fixé la part indemnité maladie à dix francs avec faculté de prendre le nombre de parts qu'on voudrait jusqu'à un maximum de..... La cotisation serait de x pour la part et il suffirait de multiplier par le nombre de parts que l'on prendrait.

Il faudrait, ce me semble, simplifier le plus possible.

Dr B.

Réponse,

Evidemment, ce serait beaucoup plus simple, mais la simplicité n'est pas tout.

D'abord, il aurait fallu modifier les statuts, ce que nous ne voulions pas faire, car les changements continuels ne sont pas sans présenter de sérieux inconvénients.

Mais, ensuite, les actuaires vous diront qu'il est un fait dont l'expérience démontre chaque jour la vérité : c'est que la durée de l'incapacité de travail n'est pas seulement en rapport avec la gravité de la maladie ou le tempérament du sujet, mais aussi avec le taux de l'indemnité allouée.

Toutes choses égales d'ailleurs, il est prouvé que la même lésion, la même maladie mettra à guérir un temps d'autant plus long que l'indemnité à recevoir est plus forte ; cela peut étonner les consciencieux et les naïfs, mais, c'est comme cela.

Et, comme pour être médecin on n'en est pas moins homme, comme le dernier inventaire a démontré que la morbidité médicale est plus élevée qu'on ne l'avait cru au début, notre actuaire s'est vu mathématiquement obligé de demander, pour l'indemnité de 20 francs, une cotisation plus que double de celle de l'indemnité de 10 francs; et que nous avons dû, pour l'indemnité de 30 francs, demander une somme plus élevée que le total des cotisations réclamées pour 20 fr. et 10 francs.

D'ailleurs, vous savez que nous marchons d'accord avec l'actuaire : si l'inventaire nous montre que nous avons demandé trop, soyez certain que nous serons heureux de diminuer la cotisation.

H. MIGNON.

Contrats forfaitaires avec Compagnies d'assurances.

Je viens de prendre ici la suite du Dr X., lequel avait conclu avec l'Assurance..... un tarif forfaitaire de 40 fr. par sinistre.

Je désire revenir pour mon compte à l'état de choses normal ; quels arguments invoquer ? De tels contrats forfaitaires sont-ils fréquemment usités ?

Un mot de réponse serait le bienvenu.

Dr Z.

P. S. — Est-ce réellement la Compagnie ; n'est-ce pas plus tôt l'agent sous sa seule initiative ?

Réponse

Les contrats forfaitaires pour les soins donnés aux blessés du travail, qui sont d'ailleurs combattus par les Syndicats médicaux, sont généralement désavantageux pour le médecin qui les a souscrits.

Nous vous conseillons donc de ne pas accepter les offres de la Compagnie, ou de son agent.

Vous n'avez qu'à appliquer le tarif Breton (arrêté ministériel du 8 juillet 1920), auquel fait allusion l'agent, car la convention que la Compagnie avait passée avec votre prédécesseur ne vous est pas opposable, ainsi que le reconnaît d'ailleurs l'agent, puisqu'il vous offre de « vous réserver les mêmes conditions ».

Vous pouvez donc répondre que vous n'acceptez pas le prix forfaitaire et vous en tiendrez à l'application du tarif Breton.

Augmentation à supporter par les locataires prorogés

J'ai l'honneur de vous prier de me donner le plus tôt possible les renseignements suivants :

Je suis bénéficiaire d'une prorogation de location de l'immeuble que j'habite pour une durée de cinq ans, en vertu d'un jugement de la Commission arbitrale, à la date du 2 octobre 1919.

J'ai reçu, le 8 décembre, au courrier du matin, un billet d'avis de la *part de mon propriétaire*, pour m'inviter à comparaître dans le cabinet du juge de paix du canton, le 11 décembre à 2 heures de l'après-midi. Il manifeste son intention de me demander une augmentation de loyer ; il ne m'avait rien demandé jusqu'à maintenant.

Je voudrais savoir si la loi du 31 mars 1922 est applicable à mon cas, ce qui annulerait en partie le jugement de la Commission arbitrale. Ce jugement, en effet, a pris soin de spécifier, non seulement la durée de la prorogation, mais aussi le prix du loyer qui a été fixé au taux d'avant-guerre.

Dr B.

Réponse.

Puisque la durée de la prorogation et le mon-

tant du loyer ont été fixés par la décision de la Commission arbitrale, le propriétaire ne peut vous demander, avant la fin de la prorogation, d'autres augmentations que celles qui ont été fixées par la loi du 31 mars 1922, savoir : augmentation qui s'est produite, depuis le 1er août 1914, dans les impôts et taxes de toute nature grevant l'immeuble loué, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière ; augmentation subie depuis le 1er août 1914 des prestations payées pour la commodité des locaux et 5 % du prix du loyer tel qu'il était en 1914, pour contribuer à l'augmentation subie dans les dépenses d'entretien.

Il appartient au propriétaire de justifier des augmentations demandées.

La loi du 31 mars 1922 a, en effet, apporté une modification aux lois antérieures sur les prorogations des loyers d'avant-guerre, en permettant au propriétaire d'exiger les augmentations ci-dessus indiquées. La décision de la Commission fixant le prix du loyer ne met pas obstacle à l'application de cette disposition de la loi.

Point de départ de la prorogation.

Je suis locataire d'une maison d'habitation en vertu d'un bail partant du 25 décembre 1905, expiré le 25 décembre 1914 pour le prix annuel de 650 fr. payable en 2 termes et payements égaux le 24 juin et le 25 décembre chaque année.

Fin 1919, j'ai demandé à mon propriétaire à jouir de la prorogation accordée par la loi égale à la durée des hostilités. Il me l'accorda verbalement et me la confirma par lettre quelques jours plus tard.

Or, il vient de me faire aviser qu'il avait besoin de sa maison pour y loger sa fille et la reprendrait à la fin de la prorogation. C'est le notaire ayant dressé le bail qui vint m'aviser. Je lui fis remarquer que, en faisant partir la prorogation du 24 octobre 1919, elle cessait le 16 janvier 1925 seulement et non pas au 24 décembre 1924 et que même je pensais avoir droit de rester jusqu'à la fin du terme commencé. En effet, me dit-il, cela vous donne jusqu'au 24 juin 1925. Est-ce bien réel ? mon bail allant du 25 *décembre* 1905 au 25 *décembre* 1914, la prorogation ne finit-elle pas au 25 *décembre* 1925 seulement ?

Veuillez, je vous prie, me fixer sur ce point et me dire ce que je dois répondre à mon propriétaire.

Dr D.

Réponse.

La loi du 31 mars 1922 qui a notamment fixé l'interprétation qui devait être donnée aux lois antérieures sur les loyers en ce qui concerne le point de départ des prorogations dit que, pour les locations verbales, la prorogation a commencé à courir, qu'il y ait congé ou non, le pre-

mier jour du terme qui a suivi la notification de la volonté du locataire de profiter des dispositions de la loi.

Si la notification a été faite antérieurement au 24 octobre 1919, la prorogation n'a commencé à courir qu'à partir de cette date.

Or, vous étiez sous le régime des locations verbales, puisque votre bail avait pris fin le 25 décembre 1914.

C'est donc du 25 décembre 1919, si la notification, reconnue par lettre du propriétaire, était antérieure à cette date, que doit partir votre prorogation. La durée de la prorogation étant de 5 ans et 83 jours, prolongée d'un délai suffisant pour achever le terme d'usage, son expiration doit se placer au terme qui suit le 25 décembre 1924, soit au 24 juin 1925, puisqu'il résulte de votre lettre qu'il y a un terme d'usage le 24 juin.

S'il y en avait un à fin mars (Pâques), il devrait marquer la fin de votre prorogation.

Déplacements des experts du Tribunal des Pensions.

Membre du « Sou médical », chargé d'une expertise à domicile par le Tribunal départemental des pensions, à mon mémoire des frais d'honoraires, il est répondu par le Directeur du contentieux, des travaux législatifs et des services médicaux (pour le Ministre des Pensions, signé : Valentino) : par l'art 44, alin. 2 du décret du 2 sept. 1919, il est alloué aux médecins experts pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôt de rapports devant le tribunal départemental des pensions, par pensionné examiné, une somme fixe de 25 fr.

En dehors de cette somme, fixe de 25 fr., rien n'est dû aux médecins experts commis par les tribunaux départementaux des pensions.

Je demande au « Sou médical » s'il n'y a pas de recours possible contre cette réglementation, et si je dois renoncer au recouvrement de mes frais de déplacement (26 kilomètres en automobile).

Dr L.

Réponse.

Il semble que, comme les autres membres du Tribunal, vous ayez droit, en outre, pour vos frais de déplacement, aux dispositions du décret du 1er juin 1899, applicable aux magistrats lorsqu'ils siègent à un tribunal départemental des pensions, situé dans une autre ville que celle du Tribunal civil auquel ils appartiennent à moins cependant que le mot « convocations » n'englobe les frais de déplacement.

Le seul recours possible serait devant le conseil d'Etat puisqu'il s'agit de l'application d'un décret.

G. F.

Corps de santé de la Marine.

Mon fils, actuellement élève de philo, a la marotte de vouloir entrer dans le Corps de santé de la Marine. Je ne possède aucun renseignement sur l'avenir de cette branche de la médecine et je serais très heureux, si vous pouviez me dire où je pourrais me documenter à ce sujet. Etudes à faire pour entrer aux écoles spéciales, sans doute, début de la carrière, traitement et avenir, etc.

Dr B.

Réponse.

Pour se présenter au concours d'admission du Service de Santé de la Marine (Bordeaux), qui permet d'entrer dans la médecine navale, il faut avoir fait, au moins, un an de médecine. Cependant, depuis la guerre, il est possible que l'on admette aussi des candidats à 8 ou 12 inscriptions ; cette éventualité est fixée chaque année par le Ministre.

Pour renseignements complets, écrivez à Charles-Lavauzelle, éditeur militaire, 124, boul. Saint-Germain, Paris, pour lui demander le programme d'admission, où vous trouverez les renseignements les plus complets.

Les médecins de la marine arrivent tout au moins à une situation honorable, c'est-à-dire à un grade correspondant à celui de commandant dans l'armée de terre. Ceci est un minimum bien entendu ; comme dans l'armée coloniale, ils bénéficient du droit à la retraite après 25 années de service. Les campagnes, c'est-à-dire les campagnes de guerre ou les années passées sur mer, leur procurent des majorations de retraite ; il en est de même des années de service faites après les 25 années réglementaires.

G. F.

La pension militaire est établie d'après le grade au moment de la cessation du service.

Membre du *Concours médical*, je vous prierai de me donner le renseignment suivant :

Le 17 avril 1917, étant médecin aide-major, 1re classe, c'est-à-dire à 2 galons, je fus mis hors cadres pour maladie. En juillet 1918, je fus maintenu hors cadres. En 1921, je fus rayé des cadres. En mars 1922, je passai une visite devant une Commission de réforme qui m'attribua une pension de 25 %.

En novembre 1923, je passai devant une Commission de réforme qui m'attribua une pension de 100 %, toujours pour la même maladie.

Mais le 5 mai 1917, je fus nommé médecin-major, 2e classe, c'est-à-dire 3 galons, ma pension que l'autorité militaire veut bien faire remonter (pour 25 %) en avril 1917, doit-elle être basée sur 2 galons ?,

(*Voir la suite page XLIII-3781*)

PROPOS DU JOUR

L'hygiène sociale et les Pupilles de la Nation dans le département du Finistère.

Un exemple de manière forte

Il y a deux manières de concevoir l'hygiène sociale :

D'abord, la manière sensée, qui fait appel à la raison tout autant qu'au sentiment.

C'est la mantière éducative, qui transforme peu à peu les mœurs ; celle qui a vulgarisé la vaccination jennérienne ; celle qui a amené le triomphe des doctrines pastoriennes ; celle qui fait que les mamans ont perdu l'habitude de nettoyer le visage de leurs bambins avec leur mouchoir imprégné de salive, les gens du peuple de se moucher avec les doigts et tout le monde de noyer de crachats le plancher des omnibus.

Il y a ensuite la manière soi-disant forte qui crée l'obligation à laquelle tout le monde se dérobe, qui promulgue des ukases inopérants, qui agite le sabre ébréché du garde champêtre et le bicorne du gendarme, qui ne fait plus peur.

C'est la manière de la loi de la santé publique dont l'échec a été si lamentable. C'est celle qui dote les locaux de nos administrations de planchers sales, de bancs et de dossiers poussiéreux, de fenêtres aux vitres malpropres. C'est celle qui a meublé la Sorbonne et son annexe du P. C. N., ce temple de la science où l'on initie les futurs hygiénistes et médecins, de crachoirs, remplis de sciure de bois ou de sable au raz du sol pour inciter les passants à cracher autour. C'est celle qui crut supprimer à Paris les maladies vénériennes en coffrant à Saint-Lazare quelques douzaines de misérables filles publiques quand quelques milliers de leurs amis tout aussi infectés qu'elles, propageaient tréponèmes et gonocoques dans tous les milieux sociaux. C'est celle qui, pour lutter contre la peste, mettait à prix la tête des rats de nos égouts, qui proclamait la disparition des poux de la tête des enfants des écoles, lors de l'apparition du typhus, et chargeait les médecins scolaires de l'exécution de cette mesure sans leur en fournir les moyens. C'est celle que veulent adopter maints Offices d'hygiène sociale et quelques Phtisiologues émérites et titrés ; celle enfin de l'Office des pupilles de la Nation du Finistère qui, désireux d'achalander un dispensaire antituberculeux et un sanatorium qui, nous l'espérons, n'est pas du modèle de celui de Kerpape dans le département voisin, n'a pas hésité à lancer la circulaire suivante dont nos lecteurs pourront goûter toute la saveur :

Office départemental
des
Pupilles de la Nation

Quimper, le ... octobre 1923,

Le Président de la Section permanente de l'Office départemental,
à Madame Z...

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien présenter, le 1er décembre, à 2 heures précises, au local du dispensaire antituberculeux situé à Quimper, rue de l'Hospice, les Pupilles de la Nation Z., pour être examinés par M. le médecin spécialiste du dispensaire.

La Section permanente de l'Office a décidé que tous les Pupilles de la Nation qui bénéficient actuellement d'une subvention de suralimentation, devront, et *ce, sous peine de suppression immédiate de cette subvention*, être présentés à la première visite médicale dans le dispensaire antituberculeux le plus voisin.

Si, au cours de cette visite, l'enfant est reconnu justiciable d'une cure dans un sanatorium, vous voudrez bien signer, séance tenante, la demande d'admission au sanatorium (au compte de l'Office) qui vous sera présentée au dispensaire.

Vous devrez aussi, au cours de cette visite, faire inscrire votre enfant au dispensaire (s'il n'y est déjà inscrit).

J'ai mandat formel de vous avertir que, si votre enfant n'est pas présenté au local du dispensaire antituberculeux sus-désigné, aux jour et heure sus-indiqués, ou si vous vous refusez à demander l'admission au sanatorium qu'aura, le cas

échéant, recommandé le médecin spécialiste, la subvention de suralimentation qui a été accordée par l'Office à votre enfant, sera immédiatement et irrévocablement supprimée.

J'ai pleine confiance que vous vous empresserez de soumettre votre enfant à l'examen que l'Office a prescrit uniquement dans l'intérêt de ses pupilles ; j'espère que vous ne réduirez pas notre Office à la pénible nécessité d'appliquer à votre enfant la mesure de rigueur à laquelle n'échappera aucun des Pupilles subventionnés pour suralimentation qui ne se seront pas conformés aux présentes instructions.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations.

Pour le Président de la Section permanente et par ordre :

Le Secrétaire général de l'Office.

Cette circulaire n'est pas une circulaire manuscrite, envoyée dans le but d'intimider une mère *négligente ou dénaturée, signalée comme ne prenant pas un souci suffisant de la santé de ses enfants.*

Elle est imprimée, laissant en blanc les places où sont inscrits les noms des mères et des enfants. Elle nous a été communiquée par un confrère qui a partagé l'indignation de la mère très digne qui a reçu ce factum, indignation qui nous a paru légitime.

Nous nous garderons bien de faire sur cette circulaire la plus petite réflexion. sa rédaction est d'une éloquence qui se passe de commentaires.

Nous recommandons sa lecture aux Associations de mutilés et d'anciens combattants dont un des buts est d'exiger le respect des veuves de ceux qui sont tombés victimes de la guerre et de veiller à la sauvegarde de leurs enfants.

Nous serions curieux de savoir ce qu'en pensent M. le Ministre des Pensions et M. le Ministre de l'Hygiène.

Nous la dédions à l'Office National des Pupilles de la Nation qui, après l'avoir lue et méditée, voudra bien nous faire savoir s'il adopte ou répudie cette méthode prophylactique.

Enfin, bien qu'à la veille des élections, nous prions nos parlementaires et plus particulièrement le Groupe médical interparlementaire, d'en prendre connaissance et d'en tirer une conclusion.

J. NOIR.

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Les grandes assises annuelles professionnelles du Corps médical français se sont tenues à Paris du 12 au 15 décembre. Elles avaient été précédées, la veille, par fa Conférence des secrétaires des commissions départementales de contrôle pour les soins aux pensionnés de guerre où 70 départements environ étaient représentés. Les discussions ont été toujours courtoises bien que parfois passionnées et très approfondies ; pendant cinq jours les délégués des Syndicats ont pu examiner dans leurs détails les importantes questions à l'ordre du jour. Un banquet confraternel a réuni, le jeudi 13, les membres de l'Union et le Président Legras et le Secrétaire général Lafontaine, à qui le corps médical a tant d'obligations et que la rigueur excessive des statuts obligent de se retirer, ont été à diverses reprises l'objet d'ovations enthousiastes . Nous donnerons prochainement nos impressions sur ces réunions très importantes qui ont prouvé une fois de plus les progrès du syndicalisme médical et de son organisation.

J. N.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

COMMENT POSER LE DIAGNOSTIC CLINIQUE DE SYPHILIS DE L'ESTOMAC ?

Par le Dr Edouard ANTOINE,

Ancien Interne des hôpitaux de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Glacière.

En lisant les traités classiques et même les livres récents de pathologie gastro-intestinale, on a nettement l'impression que la syphilis gastrique constitue une entité un peu trop schématisée et que le praticien doit en poser le diagnostic d'emblée, aussi facilement qu'il le fait pour une pneumonie ou une bronchite. Les aspects que peut revêtir la syphilis gastrique sont polymorphes et il n'est pas un chapitre de la pathologie de l'estomac où l'on ne puisse faire intervenir la notion de la syphilis, depuis les simples dyspepsies jusqu'aux ulcères et aux tumeurs gastriques. En réalité, il n'est pas toujours aisé de rapporter à la syphilis les manifestations gastriques observées, ni de faire la preuve de leur origine spécifique.

Dans la pratique courante, le diagnostic de la syphilis gastrique se pose d'une manière différente pour les médecins praticiens et pour une étude didactique. Il s'agit de malades qui sont suivis et soignés depuis un temps plus ou moins long pour des affections variées : l'un est atteint de dyspepsie rebelle, l'autre de crises gastralgiques, un autre malade présente le syndrome d'un ulcus, un quatrième est atteint d'une tumeur gastrique, etc. Le syndrome clinique étant précisé et soigneusement étudié, il devient indispensable alors de déterminer l'étiologie de l'affection observée. *C'est à ce moment que le médecin doit penser toujours et systématiquement à la syphilis* et chercher si la dyspepsie, la gastrite l'ulcus ou la tumeur de l'estomac ne sont pas, dans le cas présent, une des nombreuses manifestations viscérales de la syphilis héréditaire ou acquise.

Nous avons eu récemment l'occasion de voir une série de malades atteints de diverses manifestations gastriques de la syphilis ; nous voulons en résumer seulement quelques observations :

Dans un cas, il s'agissait d'une jeune femme de 30 ans, présentant un syndrome d'ulcus de la petite courbure au point de vue clinique, chimique et radiologique. Tous les traitements ont échoué jusqu'à ce que l'on mette en œuvre l'iodure, l'arsenic et le mercure, malgré un W. négatif et la guérison est alors rapidement survenue.

Dans un deuxième cas, il s'agit d'une fillette de 12 ans, présentant les signes d'un ulcus juxtapylorique avec crises douloureuses, vomissements, hématémèse, stase gastrique. A l'examen, on note des malformations dentaires et une déformation du nez. Le traitement habituel de l'ulcus améliore, sans guérir, cette enfant. Le traitement spécifique amène et maintient la guérison.

Dans une troisième observation, publiée en collaboration avec Brams, il s'agissait d'un homme de 55 ans, ayant eu brusquement à plusieurs reprises des hématémèses abondantes, du mélæna, un syndrome tardif, un amaigrissement de 12 kilos. A l'examen, on constatait une contracture douloureuse avec empâtement du creux épigastrique et une stase alimentaire considérable. Les rayons X révélaient la présence d'une tumeur étendue du pylore, qui apparaissait comme amputé. Le diagnostic de tumeur néoplasique du pylore s'imposait ; — mais par principe, on tenta un traitement antisyphilitique, malgré un W. négatif. Le résultat fut surprenant : en quelques semaines, le malade reprit de nombreux kilos, les troubles gastriques cessèrent ; et les examens radioscopiques successifs montrèrent la disparition progressive de la tumeur, jusqu'à restitution intégrale de la forme et du fonctionnement de l'estomac (1). Il s'agit là d'un cas particulièrement démonstratif. L'observation suivante ne l'est pas moins.

Un homme de 70 ans nous est envoyé par

(1) Cette observation a été publiée en détail avec radioscopie dans l'article : Ed. Antoine et Brams ; « A propos de quelques rares aspects radiologiques à différencier du cancer de l'estomac ». *Gaz. des hôp.*, n° 40, 25 mai 1922.

notre collègue et ami Buquet, pour troubles digestifs datant de 2 ans. Il s'agit d'un homme très amaigri (6 kilos en 2 mois), à facies cachectique, ayant des vomissements répétés et douloureux. Les accidents se sont fortement aggravés depuis 3 ou 4 mois. L'histoire est celle d'un ulcus ancien de la petite courbure en voie de dégénérescence. L'examen aux rayons X montre un ulcus de la petite courbure avec gros diverticule au 1/3 moyen.

L'état de cachexie étant trop marqué, une opération est différée et l'on essaye de remonter le malade : un traitement arsenical en piqûres (hectine) est institué puis de l'iodure. L'amélioration est immédiate, les vomissements cessent ; l'appétit redevient normal. La courbe du poids est fortement ascendante : le 9 février : 56 k. 700 ; le 16 février : 58 k. 150 ; le 2 mars : 60 k. 850 ; le 16 mars : 61 k. 800 ; le 8 avril : 62 k. 800 ; le 2 mai : 64 k. 700. Parallèlement, les examens aux rayons X montrent, le 31 janvier, une grosse image diverticulaire au 1/3 moyen de la petite courbure. Le 20 mars, le diverticule a diminué des 3/4. Le 25 mai, l'estomac est redevenu absolument normal et souple. Dès lors toute intervention chirurgicale est désormais inutile et le malade est considéré comme guéri.

Ce cas est en tous points superposable à celui publié par le Pr Chauffard lors d'une récente leçon (*Journal des praticiens*).

Enfin dans un travail publié avec Brams (1), nous rapportions une observation d'ulcus pylorique avec stase chez un homme de 51 ans qui fut opéré ; l'examen histologique a révélé la nature syphilitique des lésions (gommes, lésions vasculaires, etc., dans la sous-muqueuse).

Sans aller jusqu'à admettre l'opinion exagérée de Castex (de Buenos-Ayres), qui prétend que les ulcères de l'estomac et du duodénum sont toujours de nature syphilitique, héréditaire ou acquise, il faut cependant bien croire que dans un certain nombre de cas les affections gastriques peuvent être d'origine syphilitique. La preuve clinique absolue n'en est pas toujours aisée à établir et l'on a donné récemment de nombreux criteria, qui présentent un vif intérêt pour le praticien et qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic dans bien des cas. Mais en dehors de la guérison rapide (obtenue par le traitement spécifique) des symptômes fonctionnels et des lésions anatomiques, constatées aux rayons X, ou bien en dehors de l'examen histologique de la lésion, il est possible de faire un diagnostic de probabilité, mais il n'est pas toujours facile d'avoir une certitude de la nature syphilitique de l'affection gastrique en cause. La coexistence d'un Wassermann positif et de troubles gastriques ne permet pas de poser dans tous les cas un lien de cause à effet.

(1) Diagnosis and treatement of gastric syphilis. Brams et Antoine. *U. S. Naval medical Bulletin*, mars 1923, n° 3, volume 18.

Fournier (1) a établi que dans la syphilis de l'estomac, l'épreuve thérapeutique par l'iodure de potassium était bien supportée, contrairement à ce qui se passe chez un malade atteint d'une autre affection gastrique.

Pour Hayem (2), il est nécessaire d'établir dans chaque cas le bilan des éléments de diagnostic qui peuvent être groupés en faveur de telle ou telle affection de l'estomac (dyspepsie, ulcus, cancer, etc.), si dans l'ensemble des symptômes, on trouve des éléments discordants, on pensera à la syphilis.

Bensaude et Rivet (3) appellent l'attention sur les localisations multiples de la syphilis le long du tube digestif (œsophage et estomac, par exemple). De même la constatation d'une image radiologique très anormale et inusitée semble constituer pour eux un élément en faveur de la syphilis.

Barthélemy (4) indique dans une revue récente que la *boulimie vorace* est un symptôme qui a la valeur d'un stigmate.

Pour Bard (5), une tumeur à consistance régulière, un peu élastique, mobile, peu ou pas douloureuse, doit faire penser à la syphilis. Mais comme le fait remarquer Lion (6), il faut se méfier des hybrides de cancer et de syphilis de l'estomac.

Florand et Girault (7) donnent comme signes de syphilis gastrique la brusquerie des hématémèses et leur répétition, les antécédents syphilitiques, l'inefficacité du traitement habituel et la rapidité de l'amélioration sous l'influence de la cure spécifique.

Enfin, pour Cade (8), les douleurs à horaire

(1) Fournier. — Traité de la syphilis, Paris, 1906.
(2) Hayem. — De la syphilis stomacale, *P. M.* février 1905 et mai 1906.
(3) Bensaude et Rivet. — Syphilis de l'estomac, *P. M.*, n° 62, 1919.
(4) Barthélemy. — Manifest. gastr. de la syphilis, *Gaz. des hôp.*, n° 67, 1921.
(5) Bard. — Du diagn. des tumeurs syphil. de l'estomac. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, janvier 1919, t. X, n° 1.
(6) Lion. — Les faux cancers de l'estomac. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1919, tome X, n° 2.
(7) Florand et Girault. — Soc. méd. des hôpitaux, 23 juill. 1923.
(8) Cade. — *La Médecine*, n° 10, 1922.

moins fixe, moins influencées par les repas, leur prédominance nocturne, la tendance hémorragique, les hématémèses fréquentes et répétées constituent le caractère principal de la syphilis gastrique.

La plupart de ces constatations sont intéressantes, parce que basées sur des observations cliniques. Mais malheureusement aucun de ces symptômes n'est pathognomonique. Un seul symptôme ne peut suffire à établir solidement un diagnostic de syphilis gastrique, mais il faut s'efforcer dans chaque cas de réunir un faisceau de manifestations cliniques. La plupart de ces dernières constituent des présomptions et non des certitudes. Elles n'en conservent pas moins une grande importance, et avec Brams, nous avons déjà indiqué (*loco citato*) quels sont les symptômes les plus communs à toutes les formes de la syphilis gastrique.

1° La constatation dans les antécédents d'une syphilis avouée, ou la constatation de manifestations héréditaires ou acquises de syphilis constituent une présomption très importante. Cependant un syphilitique avéré peut avoir un ulcus gastrique non syphilitique.

2° Il en est de même pour une épreuve sérologique positive (Wassermann, Hecht, etc.), sans toutefois avoir le droit de rapporter d'une façon absolue à la syphilis tous les accidents gastriques observés chez un malade ayant un Wassermann positif. Dans le sens inverse, la négativité d'une séro-réaction ne paraît avoir aucune valeur pour écarter le diagnostic de syphilis gastrique. Nous l'avons constaté plusieurs fois.

3° La critique des symptômes peut-elle nous donner la clé du diagnostic ? Certes un développement chronique capricieux et rebelle à toute médication gastrique classique, l'absence d'un facteur étiologique positif à propos d'un trouble gastrique persistant, doivent amener à penser à la syphilis. Cependant tous les cas de syphilis ne sont pas chroniques et dans une de nos observations, on a noté un début aigu avec hématémèse. On a également publié des cas dont le premier symptôme a été une perforation.

La *douleur* est le signe le plus important ; elle ne fut absente qu'une fois sur 48 cas étudiés. Les *hématémèses* ont été constatées dans 40 % des cas, et furent souvent profuses. Les vomissements alimentaires sont notés dans les 3/4 des cas.

La *cachexie* est fréquente et très marquée. Elle peut contribuer à la confusion d'une tumeur syphilitique de l'estomac avec une tumeur néoplasique.

L'hypo ou l'anachlorhydrie sont très fréquentes et doivent servir à différencier l'ulcus gastrique non syphilitique, au cours duquel l'hyperchlorhydrie est habituellement la règle.

Les rayons X peuvent montrer des lésions organiques ou des déformations gastriques, mais ne peuvent faire la preuve de leur étiologie. Cependant la constatation de ces images avant le traitement est extrêmement importante, puisque leur disparition à la suite du traitement antisyphilitique peut constituer dans bien des cas une preuve matérielle de la nature de l'affection.

4° Enfin, l'*épreuve thérapeutique* donne un résultat immédiat. Mercure, arsenic, iodure sont supportés admirablement par ces malades qui souffrent malgré les régimes les plus sévères et les traitements les mieux suivis. L'épreuve doit être de courte durée et puissante. Mais le résultat est surprenant. En quelques jours, la douleur disparaît, les vomissements cessent, l'appétit reparaît ; en quelques semaines, le malade reprend du poids : il augmente de 8, 10, 12 kilos en 8 ou 10 semaines. Mais dans les cas d'hybrides (cancer et syphilis associés) et dans les cas de cancer suspect, le traitement ne doit pas être prolongé au delà de 10 à 15 jours, si l'on veut garder au malade les chances d'un traitement chirurgical, appliqué à temps.

En résumé, *pour rattacher cliniquement à la syphilis une affection gastrique constatée, il s'agit plus de poser un diagnostic de finesse et d'impression qu'un diagnostic de certitude, dont on puisse faire dans tous les cas la preuve absolue. La notion de syphilis ancienne, une séroréaction positive ont une certaine valeur. Mais la discordance des manifestations cliniques et l'épreuve thérapeutique (inefficacité du traitement habituel et efficacité rapide et extraordinaire du traitement spécifique) constituent (à défaut de la preuve histologique), les trois repères actuels les meilleurs pour le médecin praticien. Il faut, dans tous les cas, comme le conseillait Fournier, penser à la syphilis. C'est là le meilleur moyen de ne pas passer à côté du diagnostic et d'obtenir des guérisons rapides, qui feront le plus grand honneur au médecin qui aura su instituer à temps le traitement nécessaire.*

CHIRURGIE

L'exploration chirurgicale du coude.

M. Bergeret, chirurgien des hôpitaux.

L'exploration chirurgicale du coude découle naturellement de l'anatomie. Le squelette du coude est constitué par la partie inférieure de l'humérus, et les parties supérieures du cubitus et du radius.

Dessinons la partie inférieure de l'humérus. Elle comprend le condyle et la trochlée (articulaires) et des saillies latérales, l'épicondyle et l'épitrochlée, qui ont une grande importance, puisque sur elles s'attachent les ligaments consolidant l'articulation. L'embryologie de la région mérite de nous arrêter, en raison de son intérêt pathologique. Il y a, vous le savez, un point diaphysaire et des points épiphysaires. Le premier de ceux-ci est le point condylien, qui va constituer le condyle et la partie externe de la trochlée. Le deuxième point épiphysaire forme la partie interne de la trochlée et de l'extrémité inférieure de l'humérus. Viennent ensuite le point épicondylien et le point épitrochléen, entre lesquels la diaphyse s'enfonce comme un coin, en un éperon qui apparaît d'assez bonne heure.

Si bien que le décollement épiphysaire de la portion inférieure de l'humérus — ce décollement si difficile à traiter — est un accident du jeune âge. Il ne peut plus se produire à partir de 4 ans, tandis que, à l'extrémité supérieure du même os, on l'observe jusqu'à 15 et 16 ans.

Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus sont assez communes chez l'enfant et l'adolescent surtout, principalement aux points faibles, aux régions des soudures qui nous sont indiquées par l'embryologie. Il y a d'abord la fracture sus-condylienne, sus-épiphysaire. Elle est fréquente et comporte un trait transversal ou quelquefois un trait complexe : transversal, avec un autre trait, vertical, allant jusqu'au fond de la trochlée. C'est la variété dite en T ou en Y (fragment supérieur diaphysaire, fragment condylien correspondant au 1er point d'ossification, fragment trochléen correspondant au 2e point d'ossification de l'épiphyse).

Le trait de fracture est oblique en bas et en avant, d'où un fragment supérieur, en forme de bec antérieur, qui s'avance vers l'avant-bras.

Une autre fracture, assez commune, est celle du condyle. On observe quelquefois aussi la fracture de l'épitrochlée, et, plus rarement, de l'épicondyle. Il existe donc, en définitive, trois types principaux de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus : sus-condylienne, du condyle, et de l'épitrochlée.

L'extrémité supérieure du cubitus présente une surface articulaire, avec deux saillies qui la terminent, l'apophyse coronoïde en avant et l'olécrâne en arrière, susceptibles l'une et l'autre de fractures. La fracture coronoïdienne est rare.

Plus importante est la fracture de l'olécrâne. Il en est trois variétés. La première est l'arrachement de la partie terminale ou bec, par une contraction brusque du triceps. La seconde est la fracture transversale de la partie moyenne de l'os. Elle résulte ordinairement d'une chute sur le coude. Une troisième forme, plus rare, comporte le détachement d'une longue aiguille osseuse. Les fractures de l'olécrâne sont assez faciles à reconnaître, cet os étant sous la peau.

Reste une dernière extrémité osseuse, la partie supérieure du radius, qui comprend une tête surmontée d'une cupule, articulée avec le condyle huméral. Elle se fracture principalement à la suite d'une chute sur la paume de la main. Dans certains cas, un fragment est détaché, mais, le plus souvent, il y a fracture du col en T, en deux fragments.

Sur ces parties osseuses se fixent la capsule articulaire et ses renforcements ligamentaires. Le ligament latéral interne va de l'épitrochlée à l'olécrâne. Sa portion postérieure constitue une attache pour cette apophyse osseuse. Si le ligament est intact, non déchiré, les fragments de l'olécrâne fracturé ne se séparent pas. Un fait analogue existe pour la rotule.

Le ligament latéral externe, unique en haut, se sépare en deux faisceaux, en bas. Sur cette fronde fibreuse la tête radiale exécute son mouvement de torsion.

La synoviale de l'articulation du coude est assez superficielle en arrière. C'est là où l'articulation sera accessible, en particulier autour du tendon du triceps. Lorsque la synoviale est distendue par un épanchement, il se forme des saillies de chaque côté du tendon tricipital. La face d'exploration pour l'articulation du coude est la face postérieure. En avant, se trouvent un paquet musculaire important, des vaisseaux et des nerfs. Les vaisseaux et les nerfs, vous le savez, se logent toujours du côté de la flexion, ce qui évite leur tiraillement. Latéralement, enfin, vous rencontrez les muscles épitrochléens et épicondyliens.

L'articulation du coude peut être le siège de lésions traumatiques, luxations et fractures. Les luxations sont, dans la règle, postérieures, et se font soit directement en arrière, soit en arrière et en dehors ou en dedans. Le cubitus passe sous l'humérus et le radius l'accompagne en général.

Le diagnostic se pose entre la luxation du

coude et la fracture sus-condylienne de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le bras est en avant et tout le coude est en arrière dans les deux cas.

En outre, au niveau du coude, on peut rencontrer des arthrites, des tumeurs, des sarcomes des muscles ou plus rarement des os.

Telles sont les principales maladies chirurgicales observées en cette région. Pour les reconnaître, il faut apprendre à examiner un coude, un coude normal d'abord. Je vous ai dit qu'au coude la face à explorer est la face postérieure. Vous y voyez et sentez facilement la saillie osseuse de l'olécrâne au milieu, et de chaque côté, les saillies de l'épicondyle et de l'épitrochlée.

Allez d'abord à l'épitrochlée, qui est plus facile à distinguer, à l'olécrâne ensuite, à l'épicondyle finalement. Si, plaçant le bras en extension, vous tracez un trait transversal partant du sommet de l'olécrâne, il passe par l'épicondyle et l'épitrochlée. L'olécrâne, toutefois, est plus près de l'épitrochlée que de l'épicondyle, ce qui tient à ce que, dans l'extension, le cubitus se déplace en dehors. Demandez au sujet de plier le coude et vous allez voir les dispositions se modifier. L'olécrâne s'abaisse alors et son sommet forme avec l'épicondyle et l'épitrochlée un triangle à base supérieure.

Dans la luxation du coude, l'olécrâne est remonté. L'avant-bras étant mis en extension (on ne parvient souvent à obtenir qu'une extension très incomplète), l'olécrâne vient au-dessus de la ligne transversale épitrochléo-épicondylienne. Dans la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus (sus-condylienne), il y a également saillie du coude en arrière, mais les rapports respectifs des trois repères (olécrâne, épicondyle, épitrochlée) restent les mêmes. Ces repères, dans l'extension, sont sur une même ligne transversale. Dans la luxation, le dénivellement se fait entre les saillies osseuses. Dans la fracture, c'est au-dessus, et vous pouvez d'ailleurs étendre le coude bien mieux. D'autre part, l'attitude est plus fixe dans la luxation, sans parler des autres signes, de la crépitation, des ecchymoses, qui sont plus particulières aux fractures.

Les fractures partielles de l'épitrochlée et de l'épicondyle sont plus difficiles à établir. La présence de points douloureux au niveau de ces apophyses mettra sur la voie.

L'olécrâne, superficiel, n'offre pas de difficulté à l'exploration. Si vous craignez une fracture de l'olécrâne, partez de la crête cubitale et remontez. Vous arriverez alors sur un point douloureux et assez souvent sur une dépression.

La fracture de la tête radiale est plus délicate à dépister. Vous trouverez cette tête au fond de la fossette sous-épicondylienne, en arrière, à deux centimètres au-dessous de l'épicondyle. Si vous n'êtes pas certain d'être sur la tête radiale, faites un mouvement de rotation de l'avant-bras et vous sentez ladite tête rouler sous le doigt.

A la face antérieure du coude, on aperçoit les masses musculaires délimitant un V. Il y existe un pli plus ou moins marqué (pli du coude) qui apparaît dans le mouvement de flexion. Ce pli ne correspond pas d'ailleurs à l'interligne articulaire ; il est à deux ou trois centimètres au-dessus de l'interligne.

Revenons en arrière, qui est la face d'exploration du coude, je le répète. Vous avez l'olécrâne et le tendon du triceps. De chaque côté, existent des dépressions, qui se transforment en saillies lorsqu'il y a un épanchement intra-articulaire. Vous rechercherez-là, le signe de la fluctuation.

Sachez donc, en définitive, que le coude s'explore principalement par sa face postérieure. Retenez la situation des 3 repaires, l'épicondyle, l'olécrâne et l'épitrochlée, et pensez à leurs rapports quand vous aurez à établir le gros diagnostic de la luxation du coude et de la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Leçon faite à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (service du prof. Hartmann) *et recueillie par le* Dr P. LACROIX.

L'OPOTHÉRAPIE DES ORGANES DE DÉFENSE

Son application au traitement de la tuberculose et des maladies infectieuses

Par le Dr BAYLE (de Cannes).

Cet article est la synthèse de mes travaux antérieurs ayant trait, soit au traitement de la tuberculose par l'opothérapie splénique, soit au traitement des maladies infectieuses par l'opothérapie des organes de défense, soit à la fonction colloïdogénique de la rate. Cette synthèse est intéressante car elle rattache tous ces travaux à la même loi physiologique, la défense de l'organisme. L'opothérapie des organes de défense que j'ai appliquée d'une manière un peu différente à la tuberculose et aux maladies infectieuses aiguës devient ainsi une méthode générale de traitement au même titre que la sérothérapie qui m'en a fait concevoir l'idée et qui a, avec elle, la plus étroite parenté.

1° *Comment on acquiert la notion de la défense de l'organisme.*

L'étude comparée des cultures microbiennes et de la clinique nous montre ce fait, que les micro-organis-



mes ne se trouvent pas vis-à-vis d'un organisme vivant dans les mêmes conditions que vis-à-vis d'un bouillon de culture.

Ils élaborent, en effet, le bouillon toujours de la même manière, transformant certains éléments en des produits nouveaux, et cela ne s'arrête que lorsqu'ils ont effectué tout leur travail chimique : en d'autres termes, le bouillon est inerte ; il ne se défend pas ; sous l'action du micro-organisme, il change peu à peu de composition jusqu'au moment où sa nouvelle composition n'admet plus la pullulation de la culture ; cet arrêt de la pullulation est une question de milieu chimique. On se rappelle les célèbres expériences de Pasteur sur l'activation, par le chlorure de sodium, du choléra des poules atténué antérieurement, et l'arrêt non moins classique de la culture d'aspergillus niger sous l'action de la simple présence, du simple contact du métal argent.

L'organisme, lui, est vivant : il tend à maintenir constamment, malgré l'action des micro-organismes, la composition constante de son milieu ; il ne se laisse pas élaborer d'une manière brutale comme un milieu chimique non vivant, et cette réaction et cette lutte *constante pour ramener l'équilibre* se traduisent par l'évolution clinique des maladies infectieuses.

Que nous apprend cette évolution ?

Un certain nombre de maladies évoluent dans un temps déterminé, temps presque fixe pour les unes, approximatif pour les autres.

Le micro-organisme s'impose d'abord : phase d'ascension de la température et des symptômes, plus ou moins brusque ou lente suivant les maladies.

Puis, il semble y avoir lutte : phase de plateau ou période d'état.

Puis, c'est la phase de décision : il y a, ou aggravation et mort, ou bien défervescence et guérison, l'organisme ayant triomphé de l'infection.

On acquiert donc ainsi la notion de la défense de l'organisme.

2° *L'organisme se défend par l'intermédiaire d'éléments qui communiquent au sang des propriétés curatives.*

Si, dans certaines maladies infectieuses, on prend du sérum sanguin à l'organisme qui vient de se défendre, ce sérum injecté à un sujet porteur de la même affection et dans la période d'ascension de la maladie est susceptible d'interrompre le cycle et de l'abréger. Si on l'injecte pendant la période d'état, on observe le plus souvent également l'abréviation du cycle, bien que l'efficacité paraisse être moindre à mesure qu'on s'éloigne du début de l'affection ; c'est qu'au début de l'affection, l'organisme a ses forces intactes, ses défenses intactes ; un secours est alors très efficace ; il l'est moins lorsque l'organisme déjà surmené est moins susceptible de réagir. Mais ce que je veux retenir, c'est que le sang, provenant de cet organisme qui s'est défendu, contient des produits susceptibles de s'opposer à la maladie et d'en interrompre le cours. Nous arrivons ainsi à mon point de départ, qui est le sérum pasteurien ; c'est en partant de lui, en analysant son action, que nous allons aboutir à la notion des glandes à sécrétion interne fonctionnant comme organes de défense, et à celle que les extraits de certaines de ces glandes, la rate en particulier, contiennent tout ce qu'il faut pour interrompre ou abréger le cycle des maladies infectieuses, en d'autres termes, agir comme les sérums pasteuriens.

On attribue actuellement cette action curative des sérums à un produit que l'on n'est pas parvenu à isoler, que l'on appelle antitoxine, et qui semble lié à la fraction des albumines du sérum que l'on a appelé « globulines ». Contrairement à Büchner, pour qui l'antitoxine ne serait qu'un produit de transformation de la toxine, Behring et Ehrlich admettent, en se basant surtout sur la disproportion de toxine injectée et d'antitoxine produite, qu'elle serait fabriquée de toutes pièces par les cellules sous l'excitation produites par la toxine, et cette manière de voir est admise actuellement.

On s'est demandé comment les antitoxines agissaient sur les toxines. Pour Ehrlich, c'est une action chimique ; pour Arrhénius et Madsen, une combinaison chimique instable et réversible, et pour Bordet, une action physicochimique.

« C'est indubitablement, dit d'Hérelle, cette dernière conception qui est la vraie : car les deux premières, la première surtout, sont contredites par les faits expérimentaux.

« M. Nicolle a donné la preuve directe qu'il se produisait une floculation, quand on faisait réagir l'antitoxine sur la toxine. Les expériences récentes de Ramond confirment et précisent celles de M. Nicolle. On peut donc considérer comme acquis qu'il s'agit d'une réaction colloïdale, la neutralisation résultant de la formation d'un complexe floculable ? (D'HÉRELLE, *Les défenses de l'organisme*).

Je vous demande de retenir de ces notions deux choses :

1° Que l'antitoxine n'est pas une transformation de la toxine.

2° Que l'action de l'antitoxine sur la toxine est une réaction colloïdale.

Envisageons maintenant la question d'une manière plus synthétique.

Un sérum pasteurien, celui de la diphtérie par exemple, contient à la fois des toxines et des antitoxines : ces dernières sont produites par l'organisme et ce sont elles qui ont le pouvoir curateur ; bien que sécrétées sous l'influence des toxines, elles sont susceptibles d'agir dans d'autres maladies infectieuses ; à côté du pouvoir spécifique, les sérums pasteuriens, et le sérum antidiphtérique en particulier, ont une action polyvalente. C'est donc bien à des produits fabriqués par l'organisme et répandus dans le sang qu'est due la défense de l'organisme contre les maladies infectieuses et l'action curative des sérums.

3° *Les organes qui entrent en jeu dans la production des antitoxines sont les glandes endocrines et au premier plan la rate et la surrénale.*

Si nous nous demandons maintenant quels sont

les organes qui produisent les antitoxines, les expériences de laboratoire ne peuvent actuellement nous renseigner ; nous nous tournerons donc du côté de la clinique.

Il est de notion courante, que la rate se congestionne dans la plupart des maladies infectieuses, dans la fièvre typhoïde, le paludisme et certaines formes de grippe, elle est notablement augmentée de volume, et cette augmentation est manifestement révélée par la percussion.

Cette congestion ne traduit pas une simple localisation infectieuse sur l'organe, mais bien un hyperfonctionnement ; car lorsque, dans ces cas, j'ai injecté des extraits spléniques et soulagé ainsi la fonction de l'organe, j'ai toujours observé la diminution rapide de la rate, et en même temps, l'atténuation du processus infectieux : pareils effets des extraits spléniques sur la typhoïde et le paludisme avaient été signalés par Carpentier, et tout récemment, Provotelle a publié, dans la *Revue tunisienne des Sciences médicales*, et dans le *Tunis médical*, des résultats analogues chez des indigènes ayant de grosses rates palustres : des rates énormes, qui dépassaient la ligne blanche et descendaient inférieurement à proximité de la symphyse pubienne, sont remontées en huit jours au niveau de la région épigastrique par l'action de l'opothérapie splénique (ingestion de rate crue pulpée).

Ces faits nous montrent, d'une part, le rôle actif de la rate dans la lutte contre les maladies infectieuses, et d'autre part, l'action de l'opothérapie splénique comme décongestionnant l'organe surmené et agissant contre l'infection elle-même.

L'étude de la tuberculose expérimentale nous montre des faits analogues ; à l'autopsie des animaux inoculés, la rate est toujours farcie de tubercules ; la rate, surmenée par la lutte contre l'infection, est devenue un point faible et a été envahie. Il est vraisemblable d'admettre que si la rate est le principal organe de défense, d'autres glandes viennent apporter leur appoint.

Il est difficile de déterminer lesquelles ; mais l'asthénie marquée que l'on trouve dans un certain nombre de maladies infectieuses, et en particulier dans la fièvre typhoïde et dans la grippe, fait penser que les glandes surrénales doivent intervenir dans un certain nombre de cas.

Ces faits étaient suffisants pour donner l'idée de traiter par l'opothérapie splénique, et accessoirement par la surrénale, la tuberculose et les maladies infectieuses. L'action des extraits spléniques injectés à dose convenable dans la tuberculose pulmonaire donne un pourcentage de guérisons impressionnant ; les tumeurs blanches du coude et du genou guérissent en un, deux ou trois mois, et les ganglions tuberculeux non suppurés régressent, sous l'action du traitement splénique, aussi vite que des lésions syphilitiques rétrocèdent sous l'influence du traitement spécifique.

Les extraits spléniques mélangés d'une certaine quantité d'extrait de glande surrénale interrompent ou abrègent le cycle des maladies infectieuses aiguës, agissant sur elles ainsi que pourrait le faire un sérum spécifique.

Il ressort donc de tout cela que c'est bien la rate, et accessoirement la surrénale, qui fournit à l'organisme les antitoxines dans la lutte contre l'infection.

Quant à la moëlle osseuse et aux ganglions, leur rôle dans la défense générale paraît très secondaire, car j'ai toujours observé que l'addition de leurs extraits, aux extraits spléniques en atténuait l'action au lieu de l'activer.

C'est donc l'opothérapie splénique qui fait le fond du traitement qui a pour but le relèvement de la défense ; on emploiera, suivant les cas, soit les extraits spléniques purs, soit les extraits spléniques mélangés à des extraits de surrénale.

Il est intéressant maintenant de se demander par quel mécanisme la rate peut agir dans la défense de l'organisme.

4° Par quel mécanisme la rate intervient-elle dans la défense de l'organisme ?

Sans nous attarder à reproduire ici l'historique qu'Harrower a excellemment développé dans le *Lancet*, et que nous avons traité ailleurs (*Concours médical*, 3 et 10 décembre 1922), de la physiologie de la rate, je vais sérier cette physiologie d'une manière méthodique en m'appuyant, tant sur les faits établis par les divers auteurs, que sur les résultats positifs que m'a donnés l'injection des extraits spléniques ; et je ferai ressortir, à l'occasion, l'importance de ces fonctions dans la défense.

Chez l'homme, l'injection intra-musculaire de 5 centimètres cubes d'extrait splénique, dosé à deux parties d'organe pour trois de sérum physiologique, a une action nette sur la composition du sang.

Cette action doit être envisagée sur les globules rouges, les globules blancs, la teneur en hémoglobine, et l'état colloïdal des éléments minéraux.

Le nombre des globules rouges est augmenté d'environ 40 % 24 heures après la première injection ; chez un tuberculeux qui avait 3.800.000 globules, on trouvera par exemple 5.400.000. Si l'on fait alors une 2e injection, 24 heures après elle, on trouvera : 6.000.000 à 6.300.000.

Mes chiffres sont en parfait accord avec ceux que donnent Monier (*Montpellier*, 1911) et Ragain (*Toulouse*, 1922) dans leurs thèses.

Monier remarque à cet égard, comparant l'influence de la moelle osseuse à celle de la rate, que l'augmentation du nombre de globules due à l'injection de moëlle osseuse ne tient pas, qu'elle est rapidement, dès 24 heures, suivie d'une dépression, tandis que l'augmentation due aux extraits spléniques persiste.

Les tuberculeux cavitaires traités dans le service du professeur Rémond par les injections d'extraits spléniques (thèse de Ragain) ont vu, au bout d'un mois de traitement, le nombre de leurs globules rouges dépasser largement le double et atteindre presque le triple du nombre primitif.

Dans la défense de l'organisme, cette augmentation des globules rouges signifiera, lorsque le taux de l'hémoglobine aura suivi : « augmentation de la surface oxydante du sang, combustions activées, et probablement, destruction de toxines par oxydation ».

Sur les globules blancs, l'action est non moins remarquable.

Simon et Spilmann, de Nancy, et Monier, dans sa thèse, ont montré que les extraits de rate de porc, soit par ingestion, soit par injection, provoquent une augmentation considérable du nombre des globules blancs avec modification complète de la formule leucocytaire, formation de lymphocytes et destruction de polynucléaires. Monier rapporte dans sa thèse les mêmes constatations sur l'homme dans deux cas de tuberculose pulmonaire traités par l'opothérapie splénique suivant ma méthode, et constate en nombre important (7 dans un cas, 11 dans l'autre), l'apparition des éosinophiles que Bezançon et de Jong considèrent comme un signe de convalescence. J'ai obtenu moi-même, par les injections d'extrait splénique chez les tuberculeux, ces mêmes modifications dans la formule leucocytaire et une augmentation du nombre de globules blancs allant parfois du simple *au double*.

Dans le traitement splénique, ces résultats ne sont pas passagers ; ils tiennent, et au bout d'un mois, les malades du professeur Rémond, dont Ragain rapporte les observations dans sa thèse, voient le nombre de leurs globules blancs à peu près doublés.

L'importance de cette action sur les globules blancs ne peut échapper à personne, que l'on mette en jeu la phagocytose (Metchnikoff) ou les ferments leucocytaires (Lépine).

Les injections d'extrait splénique augmentent rapidement la teneur en hémoglobine, cette augmentation peut aller de 20 à 40 % de la valeur primitive et chez certains malades je l'ai vue dépasser nettement la normale pour aboutir approximativement à 110 ou 120 %. Cette action est due d'après Danilewsky et Selensky à une certaine substance définie que contient l'extrait splénique et qui n'est pas précipitée par la chaleur. Cette augmentation n'est pas brusque comme celle des globules rouges ; elle est progressive et ce n'est qu'au bout de 8 à 15 jours de traitement que l'on note une augmentation de 10 à 15 % laquelle continue d'ailleurs à s'accroître avec la continuation du traitement.

Sur l'état colloïdal des minéraux du sang, l'action de l'extrait splénique semble prouvée ainsi que je l'ai montré dès 1908, par ce fait que l'injection de ces extraits diminue la phosphaturie des tuberculeux. Même lorsque l'élimination des phosphates est normale, l'injection de l'extrait splénique la diminue dans les 4/5 des cas, comme il est facile de le voir dans les observations de Ragain. Or, les cristalloïdes traversent les membranes ; les colloïdes ne les traversent pas ; l'injection des extraits spléniques a donc, pour effet de maintenir les phosphates contenus dans le sang à l'état colloïdal. Or, dans la défense l'état colloïdal n'est pas négligeable. « On peut considérer comme acquis, écrit d'Hérelle à propos de l'action de l'antitoxine sur la toxine, qu'il s'agit d'une réaction colloïdale, la neutralisation résultant de la formation d'un complexe floculable ».

Nous résumerons cette action des injections d'extrait splénique sur la composition du sang en remarquant que tous ces éléments, augmentation des globules rouges, augmentation des globules blancs, augmentation du taux de l'hémoglobine, augmentation de l'état colloïdal, modification de la formule leucocytaire avec augmentation des mononucléaires, sont tous orientés dans le sens de la défense de l'organisme.

Les extraits spléniques ingérés ou injectés agissent sur la rate pathologique (la rate palustre entre autres) dont le volume diminue rapidement d'après les observations de Provotelle que nous avons citées plus haut.

Les extraits spléniques agissent de même sur les ganglions pathologiques et j'ai noté sous leur influence la diminution très rapide des ganglions tuberculeux non suppurés.

Les extraits spléniques ont une action sur tous les autres tissus de l'organisme soit par l'amélioration des combustions consécutives à l'augmentation du nombre des globules rouges et au relèvement du taux de l'hémoglobine, soit en diminuant la déperdition des sels minéraux, soit par une action directe sur la vie des tissus, action que Carrel a démontrée *in vitro* pour ce qui est du tissu conjonctif.

La rate a, de plus, par sa sécrétion interne une influence directe sur la fonction pancréatique et Bellamy, parachevant les travaux de Schiff et de Herzen, conclut :

« Les éléments zymogènes inactifs présents dans les cellules du pancréas reçoivent de la rate sous forme de sécrétion interne l'agent nécessaire pour élaborer la trypsine ».

Il dit d'autre part : « Je suis d'avis de considérer la rate comme un facteur puissant et essentiel de la digestion des protéides ».

Il s'agit bien là de la sécrétion d'une diastase et l'on sait le rôle considérable que l'on tend à accorder aux diastases dans la défense de l'organisme.

Enfin, dans une récente communication à l'Académie des Sciences, 4 juin 1923, le professeur Charles Richet conclut de ses recherches expérimentales sur les chiens que la rate, joue un rôle important dans la nutrition et spécialement dans l'assimilation des hydrates de carbone.

Nous ne cherchons pas ici à énumérer d'une manière complète les fonctions de la rate, mais seulement à mettre en lumière son rôle comme organe de défense et l'action de ses extraits dans la défense de l'organisme ; nous croyons y avoir pleinement réussi car les faits positifs que nous avons énumérés montrent que cette action est puissante, qu'elle est faite de nombreux éléments, mais que tous ces élé-

ments convergent dans le sens de la défense de l'organisme.

Les extraits spléniques doivent donc contenir tout ce qu'il faut pour solliciter la défense de l'organisme au même titre que les sérums pasteuriens ; j'ai employé l'opothérapie splénique dans la tuberculose confirmée, les états prétuberculeux et les maladies infectieuses aiguës (pour ces dernières associées à l'opothérapie surrénale) et l'expérience a pleinement confirmé la théorie.

A. — Le traitement de la tuberculose par l'opothérapie des organes de défense (opothérapie splénique).

J'emploie dans la tuberculose l'opothérapie splénique.

Comme dans ce qui précède la partie théorique est suffisamment traitée, je me bornerai à développer ici la technique du traitement et à énoncer les résultats.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT.

1° *Produit employé et voie choisie.*

J'emploie pour la voie hypodermique un extrait de rate de porc préparé en ampoules de 5 cc. et pour la voie buccale un sirop du même extrait dosé à 25 grammes de rate par cuiller à soupe et dont la dose pour l'adulte est de quatre cuillers à coupe par jour aux repas.

La voie hypodermique est de beaucoup la plus active et constitue dans tous les cas sérieux la partie essentielle du traitement. Mais, toutes les fois que cela est possible, la méthode de choix consiste dans l'emploi simultané de la voie hypodermique et de la voie buccale, ce qui donne des résultats notablement plus rapides.

La voie buccale employée seule est beaucoup moins active : on la réserve aux malades simplement anémiés, aux ganglionnaires légers et à titre prophylactique aux personnes de l'entourage et aux convalescents de maladies graves. Néanmoins, chez certains sujets porteurs de lésions, il suffira d'y ajouter quelques injections (deux par semaine par exemple), pour que le traitement devienne très actif.

2° *Mode d'emploi et doses.*

L'extrait injectable dont je me sers est préparé en ampoules de 5 cc.

On emploiera une ou deux ampoules (5 cc. ou 10 cc.), par injection chez l'adulte.

Chez l'enfant, la dose sera de 1 cc. par année d'âge; il ne faut pas hésiter à employer 5 cc. chez l'enfant de 4 ans porteur de lésions.

Le lieu d'élection est la fesse (aiguille de 3 centimètres enfoncée normalement) pour les injections de 5 cc. et le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen pour les injections de 10 cc.

Les injections de 5 cc. sont, en général, bien tolérées.

Celles de 10 cc. sont un peu douloureuses (avec même un peu d'acuité pendant 3 à 4 minutes).

On peut les rendre tout à fait indolores ; on n'a pour celà qu'à injecter préalablement un ou deux centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 1 p. 100 ; on enlève la seringue en laissant l'aiguille en place, on attend cinq minutes, *et par cette même* aiguille laissée en place, on pousse l'injection d'extrait de rate, qui est alors indolore ; jamais, il n'y a de réaction générale, ni de phénomènes anaphylactiques.

3° *Institution du traitement.*

On alternera les traitements de 22 jours avec des périodes de repos de 8 jours. Pendant les 22 jours du traitement, on fera prendre à la fin du repas de midi deux cuillers à soupe de sirop dans autant d'eau et une égale quantité à la fin du repas du soir. On fera en outre, dans les 22 jours 12 injections de l'extrait injectable sériées comme suit :

Une injection le 1er et le 2e jour ; pas d'injection le 3e et le 4e jour ; une injection le 5e et le 6e jour, etc... de manière à faire la douzième injection le 22e jour.

On fera autant de périodes de traitement que le cas en nécessitera ; dans le cas de tuberculose pulmonaire avec faibles lésions et apyrexie absolue, la guérison sera, en général rapide (3 ou 4 mois), mais il faudra continuer le traitement quelques mois encore en augmentant les périodes de repos (cure de consolidation).

Tel est le mode d'administration auquel je donne la préférence ; mais au lieu d'espacer les piqûres, on peut les faire quotidiennement ; dans ce cas, j'institue des périodes de traitement de 12 jours au lieu de 22 en employant également concurremment la voie buccale. Les repos restent de 8 jours.

4° *Quand doit-on employer les injections de 5 cc. et celles de 10 cc. ?*

On emploiera les injections de 5 cc. dans la tuberculose pulmonaire avec faibles lésions et apyrexie absolue, dans la tuberculose ganglionnaire, les cas légers de tuberculose osseuse ou articulaire (genou, coude», On emploira les injection de 10 cc. dans la tuberculose pulmonaire avec grosses lésions, les cas graves osseux ou articulaire, tous les cas de coxalgie et de mal de Pott, les cas fébriles. les cas où il a intérêt à aller très vite.

(A suivre)





L'Actualité Scientifique

La Presse

Vomissements graves de la gestation et anaphylaxie.

Les vomissements gravidiques ont une pathogénie complexe, dans laquelle figurent un état névropathique certain, des troubles de fonctionnement du foie par insuffisance de la fonction anti-toxique et protéolytique, et une toxémie d'origine ovulaire, ou villotique, les villosités choriales apparaissant comme un élément étranger qui laisse passer dans le sang maternel des albumines agissant à la façon d'anticorps.

Or, d'après MM. Lévy-Solal et Paraf, cette villotoxémie se rapprocherait très fortement des phénomènes colloïdoclasiques ou anaphylactiques, les vomissements étant l'élément essentiel de la crise.

L'organisme serait fortement sensibilisé par les albumines fœtales et l'équilibre vago-sympathique serait troublé par le dysfonctionnement glandulaire dont l'insuffisance hépatique serait le terme principal.

De là, à traiter les vomissements de la grossesse par les méthodes antianaphylactisantes, il n'y avait qu'un pas. Ainsi ont fait les auteurs qui ont essayé sans grand succès la sérothérapie avec le sérum de la femme elle-même, et la désensibilisation avec des extraits fœtaux dilués. Par contre, ils auraient été plus heureux en utilisant le chlorhydrate de pilocarpine, qui leur a donné un succès inespéré. (*Paris médical*, 22 sept. 1923.)

Traitement actuel de la conjonctivite du nouveau-né.

Le traitement prophylactique consiste à surveiller attentivement la femme enceinte et à combattre la leucorrhée dont elle peut être atteinte. « Le jour où toute leucorrhée gonococcique, dit M. Rousseau, sera diagnostiquée et traitée avant et pendant la grossesse, l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né disparaîtra ».

Jusque-là, toute femme doit être considérée comme suspecte et, sitôt la section du cordon, on instillera immédiatement dans les yeux de l'enfant quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/100.

Si la conjonctivite apparaît, on instituera le traitement suivant, contrôlé autant que possible par un oculiste :

Deux fois par jour, instillation dans chaque œil, de la même solution nitratée, les paupières étant retournées prudemment avec les deux pouces. Mieux vaut cependant s'abstenir de cette manœuvre, si l'on n'en a pas l'expérience.

En outre, nettoyage des paupières entr'ouvertes avec des tampons imbibés d'une solution de permanganate de potasse à 1/4000e ou d'oxycyanure de mercure à 1/10.000e etc. ; Surveiller la cornée très rigoureusement, en employant le releveur des Desmarres.

« Le traitement devra être continué avec la même rigueur tant que l'enfant n'ouvrira pas les yeux seul ».

La vaccinothérapie influe favorablement sur l'évolution de la conjonctivite. On injectera dans les muscles 1/4 de cmc. au maximum, dose qui sera renouvelée deux jours après, puis doublée deux autres jours après, et continuée pendant la période d'état.

En cas d'ulcération de la cornée, on usera de pilocarpine à 1 %, qui renforce la résistance de la membrane de Descemet. La perforation, quand elle survient, entraîne la perte de l'œil. (*L'Orne médicale*, octobre 1923.)

La myocardite rhumatismale.

C'est une complication fréquente du rhumatisme articulaire aigu, qui s'ajoute habituellement à l'endocardite et à la péricardite.

D'après M. Léon Giroux, on observerait cliniquement l'atteinte du myocarde sous la forme d'une dilatation aiguë bénigne du cœur, ou d'une dilatation grave, souvent mortelle, d'une myocardite subaiguë, et enfin d'une myocardite localisée à certaines régions du cœur.

De là la nécessité de traiter précocement, fortement et longuement l'attaque rhumatismale. Si le myocarde est pris, on combattra la dilatation aiguë avec des émissions sanguines à la région précordiale, et des applications intermittentes de glace. On injectera l'huile camphrée, l'éther, on administrera la digitaline ou la teinture de digitale. Si l'effet est insuffisant, on remplacera la digitaline par l'association digitale et strophantus (digibaïne, natibaïne), même l'ouabaïne en injections intra-veineuses.

L'auteur se dit d'accord avec P. Merklen pour proscrire le salicylate de soude, qui entretient et aggrave les troubles cardiaques, et qu'on remplace avantageusement par le sulfate de quinine.

L'asthénie générale et l'insuffisance cardiaques consécutives commandent les cures thermales de Néris, Bourbon-Lancy ou de Royat. (*La Consultation*, septembre 1923.)

Le déséquilibre fonctionnel du diaphragme.

Il s'agit d'une habitude respiratoire vicieuse contractée à l'occasion d'une lésion organique

de l'appareil respiratoire, agissant comme épine sensibilisatrice. Ainsi s'exprime en substance le professeur SERGENT, qui ajoute que ce syndrome particulier n'est pas explicitement décrit dans les traités de pathologie.

Si ce syndrome est à peine en effet mentionné dans les ouvrages considérés comme classiques, il n'en a pas moins déjà été décrit il y a bien longtemps, près de 25 ans ! par Sollier, dans ses travaux sur l'hystérie. Il est remarquable que, dès qu'il est question d'hystérie, on parle volontiers de Babinski, et qu'on oublie toujours de citer Sollier. J'en ai eu récemment encore la preuve dans un article de P. Chevallier, paru dans *L'Hôpital* (octobre B) Eh bien ! si les auteurs pèchent par ignorance, ils feraient bien de compléter leurs notions sur le sujet. Et si le silence qu'ils font ainsi est voulu, c'est une injustice qu'ils sont inexcusables de commettre.

Donc, le déséquilibre fonctionnel décrit par Sergent n'est pas une nouveauté, je demande respectueusement pardon à l'éminent professeur de m'en expliquer avec nette netteté. J'en ai observé personnellement un cas typique, en 1904, chez une femme de quarante ans, qui, à la suite d'une pleurésie sèche de la base gauche, avait pris la mauvaise habitude de respirer très superficiellement et à petits coups, si j'ose dire, et que je réussis à guérir par la rééducation, selon la méthode de Sollier, auprès de qui je l'avais apprise durant les deux années que je fus son assistant. Or, cette malade présentait en outre des signes névropathiques que nous considérions alors et que nous considérons encore comme appartenant à l'hystérie.

Médecin chef d'un hôpital important, à la fin de la guerre, j'ai de même observé plusieurs gazés légers qui présentaient le même syndrome, et chez lesquels l'habitude vicieuse m'est apparue comme encouragée, si j'ose dire, par un terrain névropathique sous-jacent.

Je m'excuse de cette digression d'ordre personnel, et j'en reviens à l'article de l'auteur, qui n'en garde pas moins un puissant intérêt, et dont on trouvera le résumé ci-dessous :

« En définitive, celui-ci (le déséquilibre) peut être considéré comme la conséquence d'une perturbation du réflexe respiratoire, ayant son origine dans une lésion pleuro-diaphragmatique et favorisée par le psychisme particulier du sujet. Ce psychisme a accentué la gêne respiratoire contemporaine du début de la maladie causale ; il en a entretenu la persistance et orienté la manifestation. Le sujet a contracté l'habitude de mal respirer et l'a gardée. Il a réagi en déséquilibré nerveux ; s'il a réagi par le déséquilibre diaphragmatique, c'est parce que l'épine locale déterminante avait un siège diaphragmatique. Une autre localisation lésionnelle aurait déclanché un autre déséquilibre fonctionnel, un état d'entéro-spasme par exemple.

« Le déséquilibre respiratoire de type réflexe se distingue du déséquilibre purement psychique par l'intervention du facteur organique. Si le facteur psychique peut, à lui seul, déterminer un syndrome respiratoire d'une forme particulière, comme celui de l'observation I, il est incapable de provoquer des modifications respiratoires aussi complexes que celles des observations II, III, IV et V. D'autre part, des adhérences limitées du diaphragme sont insuffisantes, à elles seules, pour déclancher ce type respiratoire réflexe ; elles n'engendrent, ainsi que je l'ai dit précédemment, qu'une simple gêne mécanique, parfois même si minime qu'elle n'est décelable que par l'examen radioscopique (diaphragme en charnière, diaphragme festonné....).

« Pour réaliser le type réflexe, l'association des deux facteurs est donc nécessaire : c'est elle qui commande la perturbation du réflexe respiratoire et l'oriente vers une formule clinique qui porte le cachet de la tare nerveuse et dont les caractères essentiels sont : *la sensation de « soif d'air »* due à l'insuffisance des mouvements respiratoires (expirations incomplètes, inspirations « ratées ») ; l'*allorythmie*, représentée par de grandes respirations périodiques (reprise d'haleine), coupant des phases d'*apnée* complète ou relative, avec parfois, des mouvements incoordonnés superficiels ; et, enfin dans certains cas, les *contractions spasmodiques fortes* du diaphragme et des muscles respiratoires accessoires (sterno-cléido-mastoïdien, ceinture scapulo-humérale).

« Ce déterminisme du déséquilibre respiratoire doit inspirer la *thérapeutique* ; il dicte deux grandes indications : 1° *agir sur la tare nerveuse et le psychisme* ; 2° *agir sur les séquelles de l'épine lésionnelle.*

« La première indication sera remplie par la mise en œuvre de toutes les médications de l'état névropathique et psychique. L'*hydrothérapie tiède*, la *valériane*, la *belladone*, les *toniques nervins* seront de précieux adjuvants de l'*influence que saura prendre le médecin par son autorité persuasive* et favoriseront l'effet d'une cure bien dirigée de *rééducation respiratoire*. Si ces moyens peuvent être suffisants lorsque le déséquilibre respiratoire est d'origine purement psychique ou lorsque, d'origine réflexe, les séquelles de la lésion n'existent plus qu'à titre de souvenir, si j'ose dire, ils ne donneront que des résultats incomplets si les désordres physio-anatomiques sont encore importants ; en pareil cas, la seconde indication sera formelle.

« La seconde indication sera remplie par les divers procédés qui s'adresseront directement à l'épine lésionnelle ou à ses conséquences physiologiques, c'est-à-dire au trouble réflexe et à

l'atteinte de l'innervation diaphragmatique : les *pointes de feu*, les *douches d'air chaud*, les *bains de lumière*, l'*héliothérapie*, les *massages* et, surtout, l'*électrothérapie* se partageront, suivant les cas, la préférence. » (*Presse médicale*, 17 octobre 1923.)

Histoire de l'insuline

Article paru dans le *Prescriber* (Édimbourg), en juin dernier, contenant quelques judicieux commentaires sur le sujet.

Dans un article spécial de cette publication, l'histoire de l'insuline est passée en revue. Le développement de l'idée d'une « hormone » du pancréas, les difficultés concernant son isolement à l'état pur, sa production au point de vue commercial, son essai dans les hôpitaux britanniques, les commentaires de différentes autorités, tout est parfaitement présenté, de sorte que nos lecteurs peuvent se faire une idée exacte de la situation à l'heure actuelle.

Tout d'abord, on ne peut que louer hautement *l'œuvre de MM. Banting et Best. Il est vrai*, d'autre part, qu'ils n'ont fait que reprendre une vieille idée et améliorer une préparation faite déjà il y a quinze ans, mais ils ont aussi rendu possible ce qui, jusqu'alors, était considéré comme une impossibilité, et ont apporté dans le domaine de la thérapeutique pratique ce qui n'était, jusqu'en ces derniers temps, qu'une simple hypothèse.

L'insuline était un rêve, ils en ont fait une réalité.

Mais il est, pourtant, un peu prématuré de parler de cette préparation comme de l'hormone du pancréas. L'insuline est, d'après la définition donnée par les dictionnaires depuis nombre d'années, le nom donné à l'hypothétique hormone, ou antacoïde pancréatique, sécrétée par les îlots de Langerhans, et il n'y a aucune preuve que l'extrait pancréatique lancé maintenant dans le commerce ne contienne rien d'autre que cette hormone.

Autant que nous le sachions, la composition chimique de cette préparation n'a pas encore été étudiée, et apparemment, personne ne s'est encore occupé de cette composition ni de son mode exact d'action. Nous savons — ou, tout au moins nous concluons — que les îlots de Langerhans sont cause du *métabolisme du sucre* ; que le mauvais fonctionnement de ces îlots est une cause de *diabetes mellitus* et que la préparation de Banting supplée au mauvais fonctionnement de ces îlots. Mais pourquoi personne n'a-t-il étudié sa composition chimique et la possibilité de sa fabrication synthétique ?

En ce qui regarde son action, nous savons par Winter et Smith qu'un extrait de levure administré à des animaux ou à des diabétiques produit un effet similaire à celui de l'insuline. Ceci ferait croire que son action est celle d'un « *enzyme* » et non d'une « hormone ». Pourquoi, alors, se servir de l'insuline si la levure ordinaire peut rendre les mêmes services ? Ces importantes questions ont été négligées, paraît-il, dans la hâte de lancer le produit sur le marché.

Qui doit-on rendre responsable de la publicité faite à l'insuline dans la presse ? D'après les comptes rendus publiés, l'insuline serait le vrai remède contre le diabète. « Elle rend pour toujours la santé aux personnes souffrant de ce mal *incurable*, etc. » De telles affirmations sont fausses. Le plus que l'insuline puisse faire est de soulager, d'atténuer les symptômes de cette maladie pendant le traitement ; lorsqu'on en supprime l'usage, les symptômes réapparaissent. Les communications des journaux ont certainement fait naître, chez maint diabétique, des espoirs qui ne sont vraisemblablement pas réalisables.

Nous ne faisons pas ces remarques dans un esprit combattif, car nous trouvons fort appréciable l'assurance que nous avons, maintenant, de pouvoir atténuer les symptômes du diabète, même si le remède préconisé n'est qu'empirique, mais nous aurions préféré qu'une procédure plus scientifique en eût suivi la découverte.

On n'aurait pas dû se servir du nom de « Insuline », et nous doutons fort que ce produit puisse être enregistré ainsi. En somme, jusqu'à ce que sa composition soit connue, il reste, simplement, un *principe* extrait du pancréas. En attendant, il serait bon que *les limites* d'action de ce produit fussent exactement connues, car un remède que l'on doit administrer quotidiennement, pendant une période indéterminée, ne peut vraiment pas être appelé un traitement curatif. (*The Endocrine Survey*, novembre 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

L'opothérapie par les radiations.

(M. Schmitt. — *Société de thérapeutique*, 10-10-1923.)

M. Ch. Schmitt utilise l'excitation que produisent les faibles doses de radio-activité (très courtes séances de rayons X) à la stimulation des glandes à sécrétion interne insuffisantes. Il réalise ainsi une auto ou selfopothérapie simple et sans danger, encore ignorée en France, mais fort en honneur en Amérique et en Autriche, particulièrement contre la sénilité et l'impuissance.

Cette nouvelle méthode emprunte au malade lui-même les produits endocriniens déficients et ne nécessite aucune manipulation, ni injection, ni greffe.

L'irradiation du thymus favorise le développement des enfants débiles ou rachitiques, celle des ovaires amène l'apparition des règles chez les jeunes filles aménorrhéiques et remédie aux troubles de la ménopause précoce ou troublée, celle de l a rate et de la moelle osseuse est indiquée dans les diverses anémies et la tuberculose.

Des doses plus fortes sont nécessaires dans le traitement de la leucémie, de l'érythrémie, de l'hypertension, de la maladie de Basedow... car on cherche dans ces cas une action modératrice et frénatrice .

On peut donc au moyen des radiations obtenir des effets identiques à ceux que donne l'organothérapie pharmaceutique dont les indications deviennent de plus en plus nombreuses.

La flatulence d'origine fermentative.

(M. Hayem. — *Académie de médecine* ; 6-11-1923.)

M. Hayem fait une communication sur la flatulence d'origine fermentative. Il montre, en premier lieu, qu'il ne faut pas confondre cet état morbide avec la flatulence par aérophagie (due généralement à la sialophagie et beaucoup plus rarement à une névrose aérophagique).

La flatulence d'origine fermentative est une affection rebelle. Se basant sur son expérience personnelle, M. Hayem considère le lavage de l'estomac comme le procédé le plus utile pour évacuer les colonies de micro-organismes tapissant la muqueuse de l'organe. Ces lavages, toutefois, n'étant plus guère à la mode et les malades ne les acceptant pas toujours, on peut recourir, d'abord, au régime et au kaolin. Le régime comprendra une forte restr ction des féculents et des sucreries. Le kaolin doit être pris à la dose de 10 grammes environ, trois fois par jour, 15 à 20 minutes avant les repas. Il est anti-fermentescible et agit particulièrement bien sur l'intestin. Au cas d'échec, on proposera la pratique des lavages.

Le statut des sages-femmes.

(MM. Hergott, Pinard et Balthazard. — *Académie de médecine* ; 6-11-1923.)

MM. Hergott, Pinard et Balthazard interviennent à nouveau dans la discussion du rapport de M. Bar sur la règlementation de la profession de sage-femme.

M. Hergott estime qu'il faut faire confiance aux accoucheuses et leur accorder le droit de donner des soins d'hygiène aux femmes enceintes depuis le début de la grossesse. M. Balthazard soutient le texte de la commission. Les sages-femmes honnêtes, dit-il, ne pourront rendre aucun service dans cette première période de la gestation. C'est également l'avis de M. Pinard. M. Bar, au contraire, a été, sur cette question, dans la minorité de la Commission : il pense que la sage-femme peut donner des soins d'hygiène pendant toute la grossesse.

L'Académie adopte finalement ce dernier point de vue et vote l'amendement de M. Hergott ainsi conçu : « La sage-femme a le droit de donner des soins d'hygiène à la femme enceinte dont la grosesse est normale ».

Vaccinothérapie de la lympho-granulomatose.

(MM. Pierre Delbet, Beauvy et Ménégaux. — *Académie de médecine* ; 6-11-1923.)

La maladie décrite par le Prof. Nicolas, de Lyon, sous le nom de lympho-granulomatose inguinale, pour laquelle M. Fiessinger a proposé l'appellation de paradénite, a été traitée jusqu'à ce jour de différentes façons : par la chirurgie, les arsénobenzènes, l'émétine, etc. Peu satisfait de ces diverses médications, M. Pierre Delbet a essayé la vaccinothérapie.

Il s'est servi, suivant une technique analogue à celle mise en œuvre dans le traitement de la rage, des masses ganglionnaires extirpées chez le malade lui-même, broyées, filtrées, etc. Il injecte le filtrat ainsi obtenu dans le tissu cellulaire ou les muscles.

Trois malades furent soumis à cettet hérapeutique. Elle a déterminé une réaction générale (38° à 39° ou 40°) et locale (plénitude, tension au niveau des lésions) et a été suivie de résultats saisissants. Les plaies opératoires et les lésions se sont cicatrisées rapidement comme des plaies aseptiques en tissus sains.

Sans préjuger du mécanisme de la guérison, M. Delbet se borne à signaler que ce mode de traitement d'une affection longue et rebelle a été incomparablement supérieur à toutes les médications essayées antérieurement.

La vaccination en Tunisie.

(M. Dinguizli. — *Académie de médecine* ; 6-11-1293.)

Dans les pays musulmans, aucune réforme n'a force de loi si elle est en contradiction avec le Coran. M. Dinguizli s'est donc préoccupé de cette particularité pour la vaccination antivariolique. Il a demandé sur ce point une consultation juridique aux théologistes de la grande Mosquée de Tunis. La réponse des savants commentateurs du Prophète a été heureusement positive et les musulmans de Tunisie ont ainsi à se conformer à une loi qui revêt le double caractère civil et religieux.

Le virus de la spirochétose ictéro-hémorrhagique.

(M. Auguste Pettit. — *Académie de médecine* 6-11 1923.)

Pour permettre aux médecins l'aide du séro-diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorrhagique, M. Auguste Pettit entretient, on le sait, à l'Institut Pasteur, des cultures de spirochæta ictéro-hémorra-



giæ, il présente aujourd'hui l'historique de ces cultures.

La souche entretenue a été isolée, en 1916, sur un soldat de l'armée de Verdun atteint de spirochétose. Elle fut conservée par une double méthode parallèle : les passages par cobayes et les cultures. Chacun de ces deux procédés ayant de temps en temps ses déficiences, il en résulte une perte de virus qui serait irrémédiable si l'on ne disposait que d'une seule technique. Si les cultures meurent, on a la ressource d'en préparer de nouvelles en prélevant des germes sur les cobayes infectés et réciproquement.

C'est ainsi que depuis sept ans, M. Pettit entretient le « virus de Verdun » spirochétosique. Ce virus a déjà fourni un nombre considérable d'Instituts et de Facultés des deux Mondes, et de nombreux médecins français y ont eu recours pour le séro-diagnostic de spirochétoses suspectées par la clinique.

L'entérocoque en gynécologie.

(M. Abadie, d'Oran. — *Académie de médecine* ; 6-11 1923.)

M. Abadie estime que l'on n'a pas accordé à l'entérocoque toute l'importance qu'il a en réalité en gynécologie. Il apporte quatre observations dans lesquelles l'entérocoque a été trouvé sur des pièces gynécologiques extraites par laparotomie. C'est surtout dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou dans l'épaisseur même des parois utéro-salpingiennes qu'il paraît se développer de préférence. L'autovaccination toutefois n'a pas modifié l'évolution (post-opératoire) de la maladie et le traitement chirurgical reste le traitement de choix.

L'oléothorax.

(MM. P. Emile-Weil, Darbois et Pollet. — *Soc. méd des hôp.* ; 26-10 1923.)

L'oléothorax est l'injection d'huile dans la plèvre. On l'a employé principalement dans la cure du pneumothorax spontané, pour faciliter la fermeture de l'orifice pleuro-pulmonaire.

M. P. Emile-Weil rapporte un nouveau cas de fistule pleuro-pulmonaire, persistant depuis treize mois sans tendance à la fermeture, qui a guéri à la suite d'injections pleurales d'huile goménolée (950 cent. c. en huit séances).

La sympathicectomie périfémorale dans les ulcères de jambe.

(MM. Jeanneney et Mathey-Cornat. — *Société de chirurgie* ; 31-10 1923).

M. Lenormant lit un rapport sur un travail de MM. Jeanneney et Mathey-Cornat intitulé : considérations sur la sympathicectomie périfémorale, agent de cicatrisation dans les ulcères de jambe.

La sympathicectomie est une méthode générale, imaginée par Leriche, de Lyon, qui est actuellement à l'étude. On l'a appliquée, avec des résultats divers, dans des affections assez nombreuses : la gangrène diabétique, l'éléphantiasis, les douleurs fulgurantes du tabès, les varices, des dermatoses, etc. Quelques auteurs l'ont utilisée déjà dans la thérapeutique des ulcères variqueux. A leur tour, MM. Jeanneney et Mathey-Cornat y ont eu recours chez 15 malades atteints d'ulcères de jambe, tous ulcères anciens, rebelles, ou ayant récidivé après les traitements courants y compris les greffes, l'incision de Moreschi et même la saphénectomie. De leurs observations, il apparaît que la sympathicectomie facilite nettement la cicatrisation de ces lésions, par action vaso-motrice plutôt que trophique. Pour les auteurs, cette opération serait une des meilleures méthodes indirectes de guérison des ulcères variqueux.

— M. Proust remarque que MM. de Nabias et Lhermitte ont établi que c'est la section des filets sympathiques inclus dans les branches du saphène qui agit surtout comme cicatrisant dans l'opération de Moreschi.

— M. Baudet partage cette opinion. Dans l'opération de Moreschi, il conseille d'ajouter à l'incision circulaire du membre la dénudation étendue de la fémorale avec résection de la gaine.

Absence congénitale du vagin. Opération de Baldwin

(MM. Chaton, de Besançon, et Costantini, d'Alger. — *Société de chirurgie* ; 31-10 1923.)

M. Anselme Schwartz présente un rapport concernant deux observations d'absence congénitale du vagin adressées, l'une par M. Chaton, de Besançon, l'autre par M. Costantini, d'Alger.

La première observation concerne une jeune femme de 23 ans, non réglée, mariée depuis neuf mois. Elle vint se plaindre de difficultés conjugales, les rapports sexuels étant pénibles et malaisés, accusant également des pertes involontaires d'urine. A l'examen on trouva une absence complète de vagin et une dilatation énorme de l'urèthre, qui tenait à ce que le jeune ménage pratiquait sans s'en rendre compte le coït intra-uréthral. M. Chaton, sur la demande expresse de la malade, fit une opération de Baldwin-Mori, dont le résultat fut excellent.

La seconde observation a trait à une algérienne également atteinte d'absence congénitale du vagin. M. Costantini eut recours à l'opération de Baldwin, avec succès.

L'opération de Baldwin consiste à créer un vagin artificiel avec une anse d'intestin grêle. Mori y a apporté une modification qui n'en change pas les principes généraux. Il s'agit d'une intervention sérieuse, assez grave, même. En 1913, M. Anselme Schwartz en avait réuni 15 observations, dont 4 seulement publiées en France. M. Chaton a pu, y ajoutant 19 nouveaux cas, arriver au chiffre de 34. Que faut-il penser de cette opération ?

— M. Cunéo fait remarquer qu'une partie de ces sujets dont le vagin fait défaut sont en réalité des

pseudo-hermaphrodites mâles, qui peuvent avoir tous les caractères sexuels secondaires de la femme.

— M. AUVRAY a eu l'occasion d'observer deux femmes, ayant une absence congénitale du vagin, qui ont réclamé la création d'un vagin artificiel et ont succombé l'une et l'autre à la suite de l'opération de Baldwin, par sphacèle de l'anse intestinale et péritonite. L'opération n'est pas sans gravité. Tardivement, d'ailleurs, ces vagins artificiels ne fonctionnent pas toujours de façon parfaite.

— M. LAPOINTE pense aussi que ces pseudo-vagins ne valent pas grand'chose au point de vue fonctionnel. On a opéré quelquefois à contre-sexe, comme l'a rappelé M. Cunéo.

— M. BAUDET se demande à quoi peut servir de refaire un vagin avec une anse intestinale. En pareil cas, la copulation ne fournit à la femme ni plaisir, ni enfant et l'on risque son existence.

— M. FAURE ajoute que les statistiques sont nécessairement très incomplètes. On publie les succès et l'on ne parle pas des décès. Personnellement, il a pratiqué une fois, après longue hésitation et sur la sollicitation expresse de la malade, prévenue des dangers de l'intervention, une opération de Baldwin. La femme succomba à des accidents de péritonite.

— M. PROUST préfère l'opération autoplastique de Pozzi, qui donne d'excellents résultats, au Baldwin dangereux et plus grave que les cas publiés ne l'indiquent.

— M. Paul THIERY considère le Baldwin comme une opération périlleuse et peu utile.

— M. SCHWARTZ répond que certes il s'agit d'une intervention sérieuse qu'on n'entreprendra qu'après avoir prévenu la jeune fille des dangers courus. Elle serait supérieure, toutefois, à la technique de Pozzi qui créé un vagin à l'aide d'une autoplastie avec la peau voisine.

Peut être serait-il bon de demander aux intéressées quelles sont leurs préférences : vagin de peau ou vagin d'anse intestinale, puisqu'en l'espèce il s'agit d'une opération dont le but est assez restreint et spécial.

Le collo-vaccin de Grimberg dans les tuberculoses locales.

(H. SAVARIAUD. — *Société de chirurgie* ; 31-10 1923.)

M. Savariaud rapporte un cas de fistule tuberculeuse d'origine costale guérie après cinquante injections de collo-vaccin de Grimberg.

— M. PROUST remarque que le nombre des guérisons de tuberculoses locales par l'emploi du collo-vaccin de Grimberg commence à être trop important pour qu'on puisse y voir de simples coïncidence seulement. P. L.

XXXIIe Congrès de l'Association Française de Chirurgie

(8-13 *octobre* 1923 (1).

DEUXIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

Résumé du rapport de M. SAVARIAUD (de Paris).

Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux

Après un historique rapide de la question, le rapporteur donne comme base à l'étude critique qui va suivre quelques données essentielles touchant d'une part à la physiologie et l'anatomie pathologique du prolapsus, d'autre à part l'anatomie chirurgicale du vagin et du périnée.

Le prolapsus utérin, rare chez les vierges et les nullipares, succède le plus habituellement à des grossesses répétées. Dans ce cas, tantôt il est d'origine traumatique résultant de déchirures des divers plans périnéaux, tantôt il est en quelque manière pathologique, l'involution des tissus distendus par la grossesse ne s'étant pas faite. La première forme est la meilleure au point de vue thérapeutique. Quoi qu'il en soit, l'insuffisance du périnée est à la base de presque tous les prolapsus.

L'utérus est habituellement rétroversé et hypertrophié dans son segment cervical. D'où l'indication de rétablir l'antéflexion physiologique et, à moins qu'il ne s'agisse d'utérus séniles atrophiés, d'amputer le col. Cet utérus extériorisé s'ulcère facilement, mais n'a aucune tendance à s'infecter, contrairement à l'opinion classique sur ce point.

Quand on examine une femme atteinte de prolapsus, il ne faut pas négliger de faire le cathétérisme utérin, le cathétérisme vésical, le toucher rectal, d'examiner la réductibilité du prolapsus et de rechercher les lésions utéro-annexielles possibles.

En ce qui regarde l'anatomie de la région, on retiendra que les deux tuniques, musculaire et muqueuse, du vagin ne sont pas séparables et que la paroi de l'organe, épaissie ordinairement, est mince et fragile chez les nullipares. Les ligaments ronds sont quelque chose, les utéro-sacrés ne sont rien. Les releveurs assez distants l'un de l'autre, derrière le pubis, peuvent être suturés au-dessous de la vessie. En arrière, tous les éléments du périnée, muscles et aponévroses doivent être interposés entre le rectum et le vagin.

Les opérations dirigées contre le prolapsus utérin peuvent être divisées en deux catégories, suivant qu'on les pratique par la voie haute ou par la voie basse vagino-périnéale.

(1) Suite. — *Service spécial de l'Association de la Presse Médicale française.* —

Opérations par la voie haute. — Elles s'adressent au *péritoine pelvien* et il s'agit alors, soit de l'*oblitération du cul-de-sac de Douglas* par une série de points en bourse (Marion), soit de l'oblitération du cul-de-sac vésico-utérin par suture des deux organes qui le limitent

Elles utilisent les *ligaments de l'utérus*. Le *raccourcissement des ligaments ronds* extra-abdominal (Alquier-Alexander) ou intra-abdominal (Baldy-Dartigues-Doléris) n'est qu'un moyen adjuvant, mais souvent utile. Le raccourcissement des ligament utéro-sacrés n'a que peu d'intérêt.

Les opérations qui portent sur l'*utérus* sont la *fixation isthmique* (Pierre Delbet) très efficace contre la rétroversion, mais insuffisante à elle seule contre le prolapsus,et l'*amputation partielle* ou *totale de l'utérus* qui n'est indiquée qu'en cas de lésions utérines ou annexielles et doit alors être suivie d'une fixation du moignon, soit à la paroi, soit aux ligaments (trochalopexie ligamenteuse de Jacob).

Le *vagin* n'a été que rarement fixé par la voie haute, après hystérectomie, à la paroi ou aux ligaments.

La *vessie* pourrait être suspendue par l'intermédiaire de l'ouraque (P. Petit).

On a aussi, comme opération complémentaire, fixé le *côlon pelvien* au détroit supérieur (Descomps).

De toutes ces interventions, seule, l'hystéropexie a été fréquemment employée et c'est la seule qui soit pratiquement recommandable. Sa technique varie avec l'âge de la malade. Chez une femme jeune, il ne faut fixer que l'isthme ; chez une femme ménopausée, la pexie portera sur toute la face antérieure de l'utérus. Mais si l'hystéropexie peut exceptionnellement (chez les vierges et les nullipares) constituer toute la thérapeutique du prolapsus, il sera presque toujours nécessaire de lui adjoindre la colpectomie antérieure et la colpopérinéorraphie.

Opérations par la voie basse. — Celles-ci beaucoup plus nombreuses, plus souvent employées et probablement plus efficaces que les précédentes, peuvent porter sur le périnée, le vagin et l'utérus.

Opérations périnéales et suture des releveurs. — La *périnéoplastie* ne se fait plus guère aujourd'hui que par la méthode du dédoublement qui comporte diverses variantes. Proust et Duval, en suturant les releveurs, fixent le vagin.D'autres , et le rapporteur en particulier, préfèrent réséquer un triangle de paroi vaginale postérieure. L'incision périnéale est, soit une incision courbe à la limite de la muqueuse et de la peau, soit une double incision faite de la précédente et d'une autre convexe en arrière, dessinant au total un X transversal, soit même une incision vaginale sur le rectocèle (Cazin, Watkins).

La *suture des releveurs*, pour agir efficacement contre la cystocèle, doit être antérieure au vagin, comme l'a, le premier, pensé Delanglade. Mais, l'opération qui nécessite un décollement étendu et profond de la vessie à travers une incision de la paroi vaginale antérieure, n'est pas toujours facile, et, comme l'a montré Routier, les releveurs sont souvent atrophiés dans les cas graves où il serait le plus indiqué de les suturer. Puis, nous ne sommes pas encore très fixés sur les suites éloignées de cette opération qui n'est pratiquée que par quelques chirurgiens. Cependant, la colpectomie antérieure permettra sans doute, en bien des cas, si on les recherche méthodiquement, de découvrir et de rapprocher les releveurs et de donner ainsi plus de solidité au plan sous-vésical.

Opérations utérines. — Les unes sont des résections plus ou moins étendues, les autres utilisent l'utérus comme un plat soulevant la vessie.

A. L'AMPUTATION SOUS-VAGINALE DU COL est indiquée quand il y a hypertrophie ou métrite du col.

L'*amputation sus-cervicale* n'est réellement indispensable que si la cavité utérine dépasse 10 à 12 centimètres, ce qui n'est pas aussi fréquent qu'on l'a dit. Mais il faut convenir que la suppression du museau de tanche, surtout si l'on y joint l'ablation du dôme vaginal, donne d'excellents résultats en faisant disparaître un élément anatomique qui prédispose à la récidive.

L'*hystérectomie totale* ne se fait plus que jointe à la colpectomie. L'*hystéro-colpectomie*, par le procédé de Fritsch qui ouvre d'abord le cul-de-sac postérieur et décolle la vessie de haut en bas, en partant du péritoine vésico-utérin, est plus facile que par le procédé de Pozzi, commençant par le cul-de-sac antérieur et séparant la vessie de bas en haut. Desmarets se débarrasse d'abord de l'utérus, puis fend le vagin sur la ligne médiane et, après en avoir disséqué et réséqué les lambeaux, suture releveurs et paroi vaginale.

Il faut encore citer quelques opérations rarement pratiquées : la résection de la partie moyenne de l'utérus (Noble), la résection cunéiforme du corps de l'utérus (Cohn) et l'amputation du corps de l'utérus avec interposition du col (Vineberg).

B. L'INTERPOSITION VÉSICO-VAGINALE DE L'UTÉRUS (Wertheim, Schauta, Pichevin, Le Dentu, Abadie), qui consiste, après ouverture antérieure du vagin et dissection de la vessie, à basculer l'utérus en avant et à le fixer entre la vessie suturée à sa paroi postérieure et la paroi vaginale reconstituée, est une opération importante et qui,cependant, n'a qu'un rôle complémentaire dans le frottement du prolapsus. Les statistiques montrent qu'elle n'est pas sans gravité et qu'elle est suivie de récidives dans un certain nombre de cas. En outre, si les trompes n'ont pas été liées ou réséquées, la grossesse survenant dans un utérus, ainsi déplacé, se compliquera presque fatalement. Aussi convient-il de n'employer cette technique que chez des femmes ayant atteint l'âge de la ménopause dont une cystocèle volumineuse est la principale lésion.

Opérations vaginales. — Dans le prolapsus, le vagin ayant à la fois trop de longueur et de largeur, il est

indiqué de le diminuer dans ces deux dimensions. Ainsi l'empêchera-t-on de se retourner.

La *colpectomie antérieure*, quelle que soit la forme de son tracé, doit être large, mais il faut que la réunion primitive soit assurée et à ce point de vue, il est utile de mobiliser les bords de l'incision vaginale pour affronter des surfaces et non des bords.

La *colpectomie postérieure* de dimensions et de formes également variables est généralement associée à la périnéoplastie.

La *colpectomie totale* ou *subtotale* a été pratiquée par Chaput d'abord (1894) qui amputait le col utérin et suturait le vagin à la muqueuse du col, par Follet qui faisait la même opération, mais sans suture et avec simble tamponnement du vagin, enfin par Müller (de Berne) (1896) dont le procédé se distingue par l'exclusion de l'utérus refoulé dans la profondeur et définitivement séparé de l'extérieur par l'accolement sous-jacent de la vessie et du rectum. Wormser, élève de Müller, se borne à une excision losangique du dôme vaginal dans le prolapsus incomplet. Savariaud a été, en France, le défenseur de ces deux dernières techniques.

Le *cloisonnement du vagin* (Le Fort) vise à accoler aussi vessie et rectum au-dessous de l'utérus, mais en conservant de chaque côté assez de paroi vaginale pour former deux petits conduits allant du col utérin à la vulve. La cloison du procédé de Le Fort était un peu étroite et le procédé a été amélioré par l'élargissement de cette cloison.

Choix d'une opération. — *Chez les vierges et les nullipares*. en dehors des cas aigus, traumatiques, dans lesquels le repos au lit après réduction peut suffire, le meilleur traitement paraît être l'hystéropexie isthmique, seule ou combinée à l'oblitération du Douglas et à la colopexie. En cas de récidive, chez les jeunes : pessaires ; chez les vieilles filles : opérations de Le Fort ou de Müller.

Dans *le prolapsus des jeunes femmes*, c'est la suture des releveurs avec colporraphie antérieure et postérieure qui est indiquée. Mais il y aura lieu quelquefois d'y ajouter une fixation directe ou indirecte de l'utérus.

S'il s'agit d'*un prolapsus incomplet chez une femme âgée*, on aura recours contre la cystocèle à la colporraphie antérieure avec suture antérieure des releveurs, exceptionnellement au Schauta modifié par Abadie ; contre la rectocèle, à la colpectomie postérieure avec suture des releveurs.

Le *prolapsus complet des femmes à l'âge de la ménopause et n'ayant pas renoncé* sera avantageusement traité par la colpopérinéorraphie associée à une hystéropexie pratiquée en second lieu, mais dans la même séance opératoire, ou par la colpectomie subtotale type Chaput-Folet Wormser combinés à l'amputation du col et à la réfection périnéale.

Si le prolapsus complet se présente chez une *vieille femme ayant abdiqué*, on peut choisir entre l'opération de Le Fort élargie et celle de Müller.

Les *prolapsus largement ulcérés* peuvent nécessiter l'hystérocolpectomie. Mais, l'*irréductibilité* n'est justiciable, contrairement à ce qu'on croyait autrefois, que de la colpectomie. Quant aux *tumeurs compliquant le prolapsus*, c'est leur volume qui fera décider de la voie d'ablation et, dans une certaine mesure, de la thérapeutique à appliquer au prolapsus.

Discussion.

M. Willems (de Liége) estime que la pathogénie du prolapsus, presque invariablement attribuée à l'affaissement du plancher périnéal, est en réalité mal connue. Il a été frappé par ce fait que des malades dont le périnée est depuis longtemps déchiré n'ont pas de prolapsus, alors que chez d'autres, le prolapsus se produit malgré la suture — d'ailleurs souvent mal faite — ou quoique le périnée soit resté intact. En particulier, chez certaines multipares, on voit se succéder la cystocèle, l'allongement du col, la rectocèle et l'effondrement du périnée. L'auteur croit que, contrairement aux données classiques, le rôle principal est joué non par le périnée, mais par les moyens de suspension de l'utérus. Malheureusement, si nous sommes en mesure de restaurer solidement un périnée et de rétrécir un vagin, nous n'avons que peu de moyens de réparer les ligaments suspenseurs de manière à pouvoir compter sur eux. Quels sont ces moyens de suspension ? A part le ligament rond qui est une vraie corde, les autres ligaments, utéro-sacrés, ligaments larges ne sont guère que de simples replis péritonéaux qui, même si on parvenait à les attacher à un point fixe, se laisseraient attirer à nouveau rapidement. C'est la seule raison des mauvais résultats que donnent les opérations portant sur les moyens de suspension. L'auteur préconise une technique qui s'inspire de ces idées.

Chez les femmes ayant un prolapsus en voie d'évolution, mais dont l'utérus ne sort pas du vagin, on fera l'amputation du col et le raccourcissement bilatéral des ligaments ronds sans toucher au périnée, à moins qu'il ne soit manifestement insuffisant.

En cas de prolapsus complet, les femmes jeunes encore seront traitées par l'amputation du col, le raccourcissement des ligaments ronds et la colpopérinéorraphie, les femmes âgées par la périnéorraphie ou même le cloisonnement du vagin, mais non par la ligamentopexie, les ligaments étant dans ce cas sans valeur.

En terminant, l'auteur décrit sa technique de ligamentopexie en insistant sur la nécessité de suturer le cordon, après l'avoir attiré, aux parois du canal inguinal, dans toute la longueur de ce canal et par des points séparés.

M. Mayer (de Bruxelles) a opéré 125 prolapsus utérins, avec un seul décès par urémie au douzième jour chez une femme de soixante-quatorze ans atteinte d'un prolapsus du quatrième degré avec ulcération du col ; ce décès qui remonte à 1912 aurait probablement pu être évité par une préparation pré-opératoire plus attentive. Dans la plupart des cas, il a pratiqué la colporraphie antérieure avec colpopérinéor-

raphie postérieure (83 cas), presque toujours précédée d'un curettage utérin ou d'une amputation du col ; dans 12 cas, il y a ajouté une hystéropexie par le procédé d'Alquié-Alexander pour des rétroversions accentuées ; dans 10 cas, il a combiné périnéoplastie et ovario-salpingectomie double ou appendicectomie et hystéropexie par le procédé de Pollosson ; 12 fois il a fait précéder la réfection périnéale d'une hystérectomie vaginale ou abdominale pour fibrome ou lésions annexielles ; 3 fois seulement, il a pratiqué l'opération de Le Fort élargie ; 5 fois la ventrofixation de Kocher ou la transposition vésico-vaginale de Schauta qui sont des opérations inutilement compliquées.

Parmi les opérées revues, l'auteur n'a constaté que 4 récidives partielles portant toujours sur la paroi antérieure du vagin ; et de façon générale, il pense que l'on peut adopter sans réserve les conclusions de Savariaud : colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie avec ou sans hystéropexie chez les femmes jeunes ; colpectomie partielle ou totale avec restauration périnéale chez les vieilles femmes.

Mais, contrairement aux rapporteurs, il estime que le point essentiel est la *suture des releveurs* ; c'est parce que cette suture n'est pas faite en avant que la cystocèle récidive. La myorraphie doit donc être faite avec le plus grand soin au moyen de points séparés de catgut ; elles est plus importante que l'étendue de la résection vaginale. On dédoublera la paroi très haut, mais en n'excisant que la portion exubérante de la muqueuse. L'ablation d'un segment étendu de la paroi vaginale postérieure n'a en effet d'autre résultat, sous prétexte de raccourcir le vagin, que d'abaisser l'utérus, ce qui va à l'encontre du but poursuivi. En outre, et encore, contrairement aux rapporteurs, l'auteur croit essentiel de suturer le périnée au crin de Florence ou à l'aide de fils métalliques ; si la suture est faite à la soie ou au catgut, la récidive est presque certaine. Une mèche de gaze aseptique assure pendant quarante-huit heures le drainage de l'espace recto-vaginal. Une sonde de Pezzer est placée dans la vessie pendant huit jours.

M. Loicq (de Bruxelles) emploie toujours la rachicocaïnisation ou l'anesthésie transsacrée et s'en tient à l'opération de Bouilly-Lenormant, du moins pour les cas de prolapsus complet. Il n'a eu aucune mortalité opératoire, ni récidives, mais il a observé une fois une fistule recto-vaginale qui a guéri par le traitement approprié et dans deux cas, le résultat a été incomplet, la cystocèle chez une malade, la rectocèle chez l'autre ayant reparu. Au total, l'auteur a obtenu 15 résultats parfaits sur 18 opérations.

M. Hartmann (de Paris) considère que l'indication fondamentale commune à tous les prolapsus, c'est de *reconstituer un soutien inférieur aux organes pelviens*. Il faut donc refaire un corps périnéal, reporter en avant l'orifice inférieur du vagin et refaire la sangle des releveurs.

Accessoirement, il y a un certain nombre d'indications à remplir, celles-ci variables suivant les cas. Comme, d'une manière générale, le vagin a subi une ampliation considérable, il est nécessaire de diminuer ses dimensions, de faire des *colporraphies* et surtout une large colporraphie antérieure. La suture antérieure des releveurs paraît inutile.

Lorsque l'exubérance de la paroi vaginale porte surtout sur la paroi postérieure, après dédoublement du périnée, l'auteur la résèque suivant un tracé en forme d'U à sommet profond, à base vulvaire, combinant cette résection à la réfection périnéale.

Le col utérin, allongé et chroniquement enflammé, doit subir une *amputation plastique du col* : si l'utérus est rétrodévié, il y a lieu de faire, une fois les opérations vagino-périnéales terminées, une *hystéropexie isthmique* par voie abdominale. C'est la pratique de Bouilly, Richelot et Doléris. Ceux auxquels elle a causé des déboires ont oublié un point sur lequel a beaucoup insisté Richelot, la nécessité de faire en apparence, au moment de l'opération, trop pour avoir finalement assez.

Quant au *cloisonnement élargi du vagin*, c'est une opération qui convient aux très vieilles femmes présentant un gros prolapsus avec un utérus atrophié. Elle donne alors d'excellents résultats.

En terminant, l'auteur rappelle que la *hernie du cul-de-sac de Douglas* est souvent confondue avec les prolapsus ordinaires et réclame un traitement spécial. Il rapporte à ce sujet l'histoire d'une de ces malades déjà opérée à trois reprises, et dont la soi-disant cystocèle récidivait toujours. La tuméfaction vaginale postérieure haut placée se réduisait avec gargouillement ; le périnée était solide, le corps utérin antéversé avec un col bien fixé. En dédoublant le périnée, on vit un sac séreux appendu au devant du rectum et fusionné avec lui. La partie saillante du sac fut réséquée et la partie du sac laissée en place fut fermée par trois points en bourse. La guérison se maintenait cinq ans après, malgré un accouchement.

M. J.-L. Faure prend la parole pour confirmer les opinions de MM. Hartmann et Bégouin. Il ne fait jamais d'hystéropexie. Il a fait quelques Schauta, mais n'en fera plus : c'est une mauvaise opération. Il pratique l'opération de Le Fort depuis fort longtemps, et ne pensait pas que les autres chirurgiens l'eussent jamais abandonnée. Il la considère comme nettement supérieure à la colpectomie avec ou sans hystérectomie.

M. Savariaud est d'un avis différent au sujet des mérites comparés du cloisonnement et de la colpectomie. Avec le cloisonnement, on peut avoir des échecs et des récidives. Avec l'opération de Müller, un hématome, l'infection, la désunion des surfaces cruentées n'empêchent pas finalement la cicatrisation qui crée une colonne solide soudée à la vessie et au rectum prévenant toute récidive.

M. Roussiel (de Bruxelles) est convaincu que l'élément essentiel, dans la thérapeutique du prolapsus, est la colpopérinéorraphie. Il l'exécute par la méthode du dédoublement avec myorraphie des releveurs et exérèse d'un large lambeau vaginal

Pour fixer l'utérus, il a recours à la ligamentopexie par le procédé de Doléris ou à l'hystéropexie isthmique. Souvent, il ampute le col. Après la ménopause, il fait une colpo-périnéorraphie et fixe l'utérus à la paroi dans toute la hauteur de la face antérieure, après avoir réséqué la séreuse qui revêt cette face.

M. Zawadzyi (de Varsovie) ne peut que rarement pratiquer le cloisonnement du vagin que refusent ses malades, israélites pour la plupart, quel que soit leur âge. Il emploie donc les autres méthodes et le Schauta en particulier qui lui donne de bons résultats.

M. Léo (de Trouville) apporte sa statistique d'interventions pour prolapsus utérin. 37 interventions avec résultats éloignés comportent : 19 colpo-périnéorraphies suivant la technique de Bouilly-Richelot, sans suture des releveurs, 6 colpo-périnéorraphies avec suture, en un temps spécial, des releveurs, suture à laquelle l'auteur a renoncé depuis 1919, 4 colpo-périnéorraphies avec hystéropexie isthmique complémentaire, et 8 opérations de Le Fort élargies, dont les premières furent faites par l'auteur en 1910. Aucune opération complémentaire sur le col utérin, aucune interposition utérine, aucune colpectomie totale.

Les résultats ont été constamment bons, sauf dans deux cas de suture isolée des releveurs, suivis d'une très légère insuffisance périnéale.

Les troubles cardiaques purement fonctionnels, mais très accentués (palpitations), ont totalement disparu chez deux opérées, après colpo-périnéorraphie, type Bouilly.

L'opération de Le Fort permet la cure du prolapsus, dans les cas les plus invétérés, avec périnée effondré, et à tout âge, même à quatre-vingts ans.

La principale difficulté, chez les opérées encore jeunes, est de concilier la réparation périnéale solide, avec le souci de respecter les nécessités obstétricales ultérieures A ce point de vue, la triple opération (hystéropexie, et colpo-périnéorraphie) semble être la plus efficace, comme l'a dit le rapporteur, M. Bégouin.

(*A suivre*).

Les Livres

J.-B. Baillière et fils, Paris.

Le Fur. — **Maladies des organes génito-urinaires de l'homme.** T. XXII du Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique, de Gilbert et Thoinot. Un volume de 340 pages, illustré de 56 figures.

L'auteur se borne, dans ce volume, à étudier les maladies des voies urinaires inférieures chez l'homme : urètre, prostate, vessie. Sa description répond à un plan pratique, conçu et réalisé suivant une conception originale, d'après laquelle l'appareil génito-urinaire masculin se compose schématiquement de l'urètre antérieur indifféremment génital ou urinaire, prolongé par l'urètre postérieur qui se divise lui-même en deux branches : la branche urinaire, la vessie qui n'en est en quelque sorte que l'épanouissement et la branche génitale ou tractus spermatique. Au carrefour où s'opère la division, une glande importante, pivot en quelque sorte de la pathologie urinaire, tout à la fois génitale par ses connections avec les testicules et leurs annexes, et les canaux déférents, et urinaire par le canal qui la traverse : la prostate.

« Ce que nous voulons seulement ici, c'est nous inspirer des données récentes acquises en pathologie générale et les appliquer aux maladies qui nous occupent : étudier ainsi l'infection de l'appareil urinaire inférieur et de l'appareil génital, ses différentes portes d'entrée, les voies qu'elle suit ordinairement, ses localisations préférées, son évolution et les lésions définitives qu'elle peut arriver à céer, avec les conséquences d'ordre mécanique et physiologique qu'elle entraîne ; c'est aussi, en luttant contre certaines idées actuelles, bien montrer la pathogénie des lésions qui, seule, permet d'établir un traitement rationnel ; c'est enfin, en se plaçant au point de vue purement pratique, insister sur le côté thérapeutique, très important à tous égards, car il y a d'abord à réviser la thérapeutique courante de ces affections, encore pleine d'erreurs, de préjugés et de dangers pour les malades ; il faut ensuite indiquer au médecin ce qu'il doit faire, et ce qu'il ne doit pas faire, lui rappelant à ce sujet qu'il vaut beaucoup mieux, dans certains cas. s'abstenir qu'intervenir mal à propos ; il faut enfin préciser les cas où l'intervention devient nécessaire, et permet ainsi d'éviter au malade des complications redoutables. »

Ce programme exposé par Le Fur, tout au début de son travail, a été suivi scrupuleusement par lui, à la lettre. Et c'est ainsi que sont passées successivement en revue les urétrites chez l'homme ; les prostatites ; le prostatisme et l'hypertrophie de la prostate ; les cystites ; les ulcérations de la vessie ; les troubles vésicaux d'origine nerveuse ; l'incontinence ; l'infection urinaire ; les orchi-épididymites.

Pour terminer, l'auteur a rédigé une mise au point de la vaccinothérapie en urologie, qui devra toujours être tentée, en raison de son efficacité fréquente et souvent remarquable.

Je ne puis le suivre pas à pas, dans sa description : je signalerai cependant, en passant, l'exposé très clair et très pratique de la technique des lavages de l'urètre, et de la dilatation avec les béniqués.

Le praticien trouvera dans cet ouvrage matière à parfaire son instruction et y puisera des notions essentiellement pratiques dont il saura tirer profit.

G. Duchesne.

Aimé Rouzaud, 41, rue des Ecoles, Paris V^e.

Un guide-annuaire précieux : Médicus 1924. In-8e raisin relié pleine toile, 1.500 pages. Prix : 20 fr.

L'édition de 1924 de *Medicus* vient de paraître. Nos lecteurs savent combien sont soignés la documentation et les renseignements précieux que donne ce guide-annuaire sur tout ce qui a trait à la médecine, la chirurgie, l'odontologie et la pharmacie.

Son éditeur, M. A. Rouzaud, mérite toutes nos félicitations pour le soin minutieux qu'il met à perfectionner tous les ans cette publication qui est indiscutablement la plus complète de ce genre.

Nous attirerons plus particulièrement l'attention des lecteurs sur les chapitres qui ont trait à l'enseignement de la médecine, tant dans les Facultés que dans les hôpitaux, sur les pages consacrées à la médecine militaire, à la médecine navale et maritime, à la médecine coloniale.

La France thermale et climatique a sa place marquée dans *Medicus*. Les Associations d'étudiants, les sociétés savantes, etc., etc. n'y sont pas oubliées. Il en est de même de ce qui concerne l'exercice de la médecine professionnelle. L'auteur de *Medicus* nous laisse espérer pour une prochaine édition des renseignements sur les Facultés de médecine étrangères, renseignements que le désarroi politique actuel ne lui permet pas d'avoir assez complets. Une innovation précieuse dans l'édition de cette année est le chapitre XIX, intitulé : *Allo* ! *Allo* ! qui donne à celui qui le consulte, toutes les adresses avec numéro téléphonique qui peuvent être utiles au médecin.

L'Annuaire proprement dit a été tout particulièrement soigné, tant pour Paris que pour la province et les colonies. La rédaction d'un Annuaire complet offre de grandes difficultés ; ce n'est que grâce à de nombreux correspondants que *Medicus* arrive à approcher de la perfection qu'il ne tardera pas à atteindre, si chaque année est marquée d'un nouveau progrès, comme nous nous plaisons à le constater depuis sa réapparition après la guerre.

J. Noir.

J.-B. Bailliere et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr Louis Lamy. **La gymnastique respiratoire et la gymnastique orthopédique chez soi.** (Un vol. in-16 de 112 pages, avec 68 figures., 1923. Prix : 6 fr.). in *Bibliothèque d'orthopédie et de physiothérapie*, publiée sous la direction de MM. Jacques *Calvé et Louis Lamy.*

L'auteur a voulu combattre les causes qui font généralement échouer le traitement de gymnastique respiratoire ou de gymnastique orthopédique que vient de prescrire le médecin. Il évitera ainsi à ce médecin d'écrire pour chaque malade un memento fastidieux et il donnera à la famille la possibilité de retrouver chez elle, avec une précision suffisante, les indications générales et particulière qui lui auront été fournis par le médecin.

Partant de ce point que le médecin a porté le diagnostic et formulé une prescription thérapeutique, le Dr Lamy fait comprendre rapidement au lecteur l'importance de la respiration et son mécanisme ; puis, il indique les mouvements de gymnastique orthopédique élémentaires, appropriés aux principaux cas de déviation, et utilisables avec succès, à la condition encore une fois, que le médecin ait été consulté ; il serait dangereux d'entreprendre un traitement sans son avis, et il peut aussi déceler une lésion qui passe inaperçue aux yeux d'un profane.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

J. Vignoli. **Manuel d'embryologie humaine.** (In-8o, 1923, 180 pages, 196 figures, dont 62 en couleurs. Prix : 8 francs).

Si l'étudiant ignore l'embryologie, c'est que les traités mis à sa disposition sont trop longs, et que, par suite, il n'a pas le temps de les lire, de les étudier, de les résumer.

C'est aussi parce que bien des chapitres sont flous, et surchargés de détails pour lui, et illustrés de figures peu claires. Il lui faut un manuel court et clair, sans phrases, avec de nombreuses figures schématiques, faciles à se graver dans l'esprit.

D'autre part, il désire un manuel, où soit traitée uniquement l'embryologie de l'homme, se souciant peu de l'évolution des sélaciens ou des cyclostomes.

Toutes ces conditions sont remplies par l'ouvrage de J. Vignoli, aide d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille. C'est un petit livre, où les figures, toutes séhématiques, tiennent plus de place que le texte. L'œuf est pris à sa formation, et est étudié jusqu'à terme.

Ce Manuel peut rendre de grands serivices, non seulement à l'étudiant de première année, mais encore à ceux qui préparent un examen d'obstétrique et aux élèves sages-femmes.

Gaston Doin, Paris (VI).

M. Masquilier. — **L'éducation de la beauté du corps humain.** 1 vol. in-16 jésus, édition de luxe. Prix 10 fr. ; franco, 11 fr.

L'auteur pose les bases d'une véritable science de la beauté, la morphothérapie, permettant à chacun, quel que soit l'âge, d'obtenir une plastique parfaite l'aspect de la jeunesse, d'augmenter sa vitalitée de réaliser l'épanouissement de sa forme corporelle, en un mot de sculpter le corps vivant.

L'esprit artistique et l'esprit scientifique, réunis dans une heureuse synthèse, animent cet ouvrage original, audacieux même, mais toujours pratique et fondé sur l'expérience.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'héxaméthylène-tétramine associée aux sels biliaires purs. Traitement actif des affections hépato-biliaires.

A l'une des séances de la *Société biologique* de Lille (1), le Dr Duthoit a communiqué le résultat de ses recherches sur les propriétés antiseptiques puissantes conférées à la bile par l'injection intra-veineuse d'hexaméthylène-tétramine.

C'est ainsi que les bacilles typhique et paratyphiques, le bactérium coli, le streptocoque sont *empêchés* dans leur pouvoir septique et même entièrement détruits dans un délai allant de 24 à 48 heures.

Ces résultats sont très importants pour la clinique. Ils viennent confirmer les travaux de Chauffard et les recherches de Crowes sur l'action désinfectante biliaire de l'hexaméthylène-tétramine. Ils désignent au praticien ce médicament comme le plus sûr moyen actuellement usité pour combattre les infections hépato-biliaires et arrêter la toxicité du colibacille dont on connaît le rôle prépondérant dans l'étiologie des cholécystites, des angiocholites et peut-être même sur la formation des calculs.

D'autres auteurs, en particulier MM. A. Larcher (2) et Vialard (3), ont étudié cliniquement les effets combinés de l'opothérapie biliaire et de l'hexaméthylène-tétramine, d'une part, dans la lithiase et l'ictère, d'autre part, dans les infections de la vésicule et des canaux biliaires.

Ils ont utilisé, sous le nom de Félamine, une association de sels biliaires purs (c'est-à-dire décholestérinisés et dépigmentés) avec l'hexaméthylène-tétramine, et ils sont arrivés aux conclusions suivantes : la formation des calculs est entravée par un écoulement plus facile de la cholestérine, éliminée en abondance, et, l'état fébrile des malades en état d'infection, amélioré. La douleur à la palpation, dans la région hépatique et surtout vésiculaire, disparaît avec ce traitement. La boue biliaire ne se reproduit pas.

Le Pr Roger a pu dire : « les sels biliaires sont le plus puissant des cholagogues » (4), Vialard insiste à son tour d'une façon spéciale sur ce fait que la Félamine est « un bon cholagogue, sans action spasmodique douloureuse et sans action nocive sur les bacilles bienfaisants de la digestion, en particulier sur le *mesentericus vulgatus*. Signalons aussi que Richardson et Mathieu ont obtenu dans des cas de constipation chronique d'excellents résultats par l'utilisation du fiel de bœuf purifié.

Enfin, cette association de sels biliaires purs et d'hexaméthylène-tétramine constitue un agent excitateur général de la cellule hépatique comme il résulte des observations publiées par les précédents auteurs.

Huchard, déjà, avait écrit que la crise de colique hépatique peut être abrégée par le traitement opothérapique biliaire et que cette médication, prescrite en dehors des crises, diminue la congestion du foie et les troubles digestifs accessoires.

L'association des deux principes essentiels de la médication hépato-biliaire, c'est-à-dire sels biliaires et hexaméthylène-tétramine est considérée comme présentant une synergie thérapeutique dont les effets favorables sont à peu près constants sur le retour à l'état normal des fonctions hépato-biliaires troublées. Par exemple, l'ictère par rétention disparaît plus rapidement et le retour des crises de colique hépatique semble raréfié dans la presque généralité des cas. De même, les complications septiques de la lithiase n'existent pour ainsi dire plus. Nous savons, en effet, à la suite des essais colloïdo-chimiques de Spiro qu'une quantité minime de Félamine suffit à diminuer la viscosité de la bile ; ce médicament, d'autre part, possède une action dissolvante sur la cholestérine.

D'après Doerr, ce médicament manifeste, en outre, une action bactéricide relativement forte sur les bacilles typhiques et un peu moins active, mais réelle sur les colibacilles.

Le rôle de l'hexaméthylène-tétramine en pathologie biliaire est donc prépondérant et il est admis maintenant que son action combinée à celle des sels biliaires purs comme cela existe dans la Félamine, représente une médication active à effets presque constants des affections hépato-biliaires, avec ou non septicité ascendante.

Dr Pardoux.

(1) Séance du 12 juillet 1923.
(2) *Les Sciences médicales*, 15 mars 1923.
(3) *Le Journal des Praticiens.*
(4) Physiologie normale et pathologique du foie. Masson, éditeur, Paris, 1922.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES DÉPLACEMENTS NON SPÉCIAUX

Propos d'un vieux médecin de campagne

Lorsque nous faisons une visite, en dehors de la localité que nous habitons, le prix de notre *déplacement* doit, forcément, être en rapport avec la vie chère, le coût des autos, de l'essence et des pneus. La première des choses, pour quiconque vit de son métier, est de pouvoir en vivre et, par suite, de ne pas « vendre sa marchandise », si je puis dire, au prix coûtant, et encore moins à perte. Pour nos frais de déplacement, avec une auto de 8 à 10 C. V., nous avons admis, généralement, le prix établi par le journal *L'Auto*, soit 1 fr. 24 par kilomètre parcouru, prix que nous avons accepté dans le tarif des pensionnés de guerre. Même, certains d'entre nous descendent jusqu'à un franc, en pays de plaine, pour la clientèle courante — à tort ou à raison, au point de vue financier, le prix de 1 fr. 24 ayant été posé comme minimum. Soit ! pour raisonner plus aisément, prenons ce chiffre de un franc et, sur cette base, établissons le *prix normal* de la visite avec déplacement, en région de *plaine*, la *seule* que j'aurai en vue aujourd'hui.

Supposons une commune à 4 kilom. de notre domicile. Mathématiquement (le prix de la visite seule étant en moyenne de huit francs à la campagne) nous compterons 8 fr. + 8 kil. à 1 fr. = 16 francs. Si le malade habite à deux lieues du médecin, ce sera 8 + 16 = 24 francs. C'est net, logique, irréfutable. Et c'est ainsi que beaucoup de syndicats ont établi le barème des prix de la visite avec déplacement. Il en est d'autres, par contre, où on a fait des distinctions entre la visite *spéciale* et la visite en *passant*. Ceux-là sont principalement dans des régions de plaine avec des communes bien groupées, sans hameaux ou fermes isolées d'ordinaire, où il est possible, chaque matin, de s'arranger pour voir un certain nombre de malades au cours d'une même tournée. Oserais-je dire que, même dans les premiers syndicats, au barème inexorablement mathématique, il est un certain nombre de confrères qui, tout en ayant voté ces prix, en principe, déclarent qu'il leur est impossible, en pratique, de les appliquer *constamment* ? Il faut pourtant dire les choses telles qu'on a eu l'occasion de les observer. C'est la seule bonne « clinique » aussi bien en médecine technique que lorsqu'il s'agit du fonctionnement social de notre profession médicale.

Il en résulte un certain flottement dans la doctrine syndicale, au sujet des visites avec déplacement. Qui a raison ? Qui a tort ? Personne, à mes yeux. Ce sont là des questions *régionales* que l'on ne peut régler *ex cathedra*. Néanmoins, il faut tirer cette affaire au clair. Il faut discuter cette question, la disséquer et voir ce qu'en fin de compte, nous devons en conclure, au point de vue de la pratique de la médecine, en général. Dans le *Médecin Syndicaliste*, Lafontaine a pensé de son devoir de secrétaire général de l'Union d'aborder cette question, si controversée, de la visite en passant. Nous ne pouvons que l'en féliciter car, avec les prix actuels, que nous sommes pourtant bien obligés de prendre, c'était faire preuve du sens de l'actualité et du souci du bon fonctionnement de la pratique médicale. En effet, la question ainsi posée n'a pas tardé à rebondir et le *Concours*, toujours à l'affût des études utiles à notre profession, l'a mise, à son tour, à l'ordre du jour, demandant aux praticiens de donner leur avis à ce sujet. C'est ce que, pour ma part, je viens faire aujourd'hui, en me plaçant au point de vue du vieux praticien de campagne que je suis — point de vue spécial, local, pour ainsi dire, parce que « conditionné » par *le genre de région* que j'habite. C'est ici la région des visites en passant, *par groupement journalier des visites à faire* et où les visites spécialement effectuées sont l'exception. C'est donc la thèse des visites sans déplacement spécial que je vais soutenir — pour ma région et sans nullement donner tort aux visites avec barême immuable de déplacement kilométrique — mais simplement pour expliquer les raisons de notre manière de faire.

***

En 1919 ou 1920, notre génial Parlement, dans un jour de surenchère démagogique comme il en est parfois dans son calendrier, vota une augmentation brusque de 100 % sur le prix des cigares déjà pas mal augmentés, par suite de la diminution de la valeur de l'argent. N'était-ce pas toute justice de prendre de l'argent où il y en a et de « taper sur les bourgeois » qui seuls, fument des cigares, comme chacun sait.

Résultat : 90 % de mévente. Il fallut remettre

nos cigares ordinaires à un prix plus abordable, sous peine de n'en plus vendre. Méditons soigneusement, confrères, cette petite leçon de choses, que j'ai placée ainsi en exergue de mes explications. Le problème général qui se pose donc pour nous, praticiens de campagne, est celui-ci : toucher un prix suffisamment rémunérateur, pour nos visites avec déplacement, sans cependant rendre ce prix trop élevé pour les petites bourses qui forment la majeure partie de nos clientèles. Donc, il nous faut *trouver une tarification suffisante, sans qu'elle devienne prohibitive.* Examinons la question objectivement, sans parti pris, en faisant table rase de nos idées antérieures, refusant de nous reposer sur le mol oreiller de la routine.

Nous avons établi des prix rationnels, légitimes : à 4 kilomètres, 16 francs ; à 6 kil. 20 fr. ; à 8 kilom., 24 francs. C'est net, logique, irréfutable, ai-je dit... Seulement, il y a un revers à la médaille. Avec de tels prix, pour un ouvrier de campagne, il y a des chances pour qu'on n'appelle le médecin qu'en cas d'absolue nécessité, quand on voudra l'avoir « à tous prix », c'est le mot. Et alors, trop souvent, *on attendra.* Et, en attendant, on demandera des conseils à droite et à gauche : à la voisine « qui sait des remèdes » ; à madame Dumonde qui fut infirmière pendant la guerre et a son diplôme avec une belle croix rouge dessus ; à M. le curé « qu'est bin compatissant » ; à la bonne sœur « qui s'y connaît pour les souffrances » ; au père Malin qu'est un rebouteux renommé, etc... La 4e page des journaux n'est-elle pas là, aussi, pour donner des remèdes infaillibles et qui guérissent toutes les maladies présentes ou à venir ? Et puis, enfin, n'a-t-on pas la ressource de demander *une consultation au pharmacien qui passe tous les 2 ou 3 jours en tournées.* « Et, avec lui, on est bin tranquille. Il en sait quasi autant qu'un médecin. Dame, que voulez-vous ? Huit, dix, à la rigueur douze francs la visite, ça irait encore. Mais, avec des 20 francs et plus, à ct'heure, plus « les médicaments, on y regarde avant d'appeler l'docteux ».

Cigares trop chers ou visites trop chères = mévente. Entendons-nous bien. Ce n'est pas la visite elle-même qui peut amener un mauvais « rendement » de clientèle. Dans notre localité, notre prix de campagne de 7 à 8 francs n'est pas trop fort, avec les salaires triplés actuels. C'est la majoration causée par le déplacement qui risque, si nous n'y prenons garde, d'arriver à des frais trop élevés et, par suite, « raréfiants » pour l'équilibre de nos propres budgets.

« Bah ! objectera-t-on, si nous faisons moitié moins de visites, par exemple, les prix étant doublés, cela reviendra au même et nous aurons la fatigue en moins.

— Minute ! Supposons que vos x visites d'avant guerre vous rapportaient vingt mille francs. Vos x : 2 visites actuelles, à prix double, vous rapporteront encore vingt mille francs — mais ne valant plus que huit mille (et je vous fais la part belle) avec le prix de la vie. Votre « rendement » annuel est donc diminué de plus de moitié. Comment ferez-vous bouillir la marmite alors que, jadis, le bouillon était déjà bien maigre ?

— Nous n'allons pas faire pourtant des visites à perte, de crainte de « manquer la vente ».

— Non, assurément. Mais, de même que tout usinier, tout commerçant, tout fabricant, nous devons veiller à ce que notre « prix de revient » ne soit pas trop élevé.

— Est-ce nous qui fixons les prix des autos, de l'essence et des pneus ?

— Hélas, non ! Mais si nous ne pouvons diminuer le prix coûtant du kilomètre, nous pourrions, en cherchant bien, *diminuer le nombre de kilomètres parcourus par rapport au nombre de nos visites journalières.* Connaissez-vous le système Taylor ?

— Parbleu ! Il consiste, dans une usine, à *supprimer les mouvements évitables,* pour chaque ouvrier. On diminue ainsi la fatigue musculaire et, grâce à un meilleur rendement, on peut augmenter la production de la main-d'œuvre et diminuer ainsi le prix de revient général.

— Faisons de même. Pour cela, examinons s'il est possible de « tayloriser » le travail *matériel* du médecin de campagne. Nous aussi, pour acquérir un meilleur rendement de nos forces physiques et diminuer le prix de revient de nos efforts, commençons par supprimer nos mouvements inutiles, c'est-à-dire nos *déplacements évitables.*

— Evitables ? ? En pratique médicale ?

— Oui, en tant que déplacements *constamment individuels,* c'est-à-dire pour un seul malade. Et en nous efforçant, *le plus possible,* de les remplacer par des *déplacements collectifs,* dans lesquels nous verrons x malades, au cours d'un seul et même déplacement.

Par suite, dans ce cas, le prix de revient de chaque visite sera beaucoup moindre et le prix « marchand » ramené à un taux très abordable aux petites bourses, la majorité de celles déliables pour nous.

— Vous oubliez que, riches ou pauvres, les clients veulent être « servis de suite » même sans la moindre urgence. Que ce soit de vive voix, par billet ou par téléphone, la formule consacrée est de « passer tout de suite chez M. X ».

— Qu'à cela ne tienne. On « servira », sur-le-champ, ceux qui le réclameront ; seulement, dans ce cas, le tarif kilométrique complet jouera. Vous verrez que vos clients ne seront pas longs à saisir le double tarif des visites de passage et des visites spéciales, et s'habitueront à ne vous demander spécialement qu'en cas d'urgence. Et vous

verrez également quelle différence il en résultera pour vous-même, et combien vous en arriverez plus aisément à « boucler la boucle » de vos déplacements journaliers.

— Parfait en théorie, mais je voudrais bien vous y voir en pratique.

— Voici plus de trente années que je « pratique » ce système. Ce n'est donc pas une idée en l'air que j'émets. Bien mieux ! Dans notre Syndicat, nous avons conclu, entre nous, des *ententes locales par sections syndicales, pour établir des prix minima par commune, en dehors du strict kilométrage.* Si cela vous intéresse, je puis vous expliquer ce que nous faisons dans notre petit coin de campagne briarde.

— Certes. J'attends même la suite avec une certaine curiosité. Comment avez-vous établi tous ces prix de visite de passage ? N'y avait-il pas là un danger de concurrence entre confrères ?

— Nullement. Notre Syndicat, qui comprend d'ailleurs l'unanimité des praticiens de l'arrondissement, a formé des *sections syndicales*, groupant les confrères d'un ou deux cantons, suivant les cas. Dans chaque section ainsi formée, les médecins se sont réunis et ont établi, entre eux, *pour chaque commune* de leur rayon habituel, le prix minimum de la visite de passage. A X..., ce prix sera de 10 francs ; à Y..., de 12, à Z..., de 14, etc... Ils ont établi ainsi, avec les prix en face, une liste de communes que chaque confrère a signée. Puis, cette liste fut *imprimée* et publiée ou distribuée aux clients (suivant les cantons), mais toujours *avec les signatures* de tous les confrères intéressés et l'apostille du bureau du Syndicat. De même, pour les prix de visites des sociétés de secours mutuels qui, de cette façon, furent « bouleversés ». Là, quand il y a du « tirage », c'est le président du Syndicat qui discute avec les représentants des Mutualistes et signe le contrat, ce qui évite, aux confrères en jeu toute rancune personnelle. Mais, dans tous les cas, ce ne sont là que des prix *minima*. Les visites spéciales sont payées au tarif kilométrique, suivant le prix fixé par chaque médecin.

D'ailleurs, signataire ou non de la liste, tout confrère peut soigner qui il voudra, où il voudra, au prix qu'il voudra. Libre choix ! Seulement, s'il peut prendre le prix qu'il veut, c'est à condition de ne *jamais* demander *moins* que le prix minimum fixé sur la liste.

J'ajoute que ce prix minimum est fixé, par accord entre les confrères, d'après les conditions et les possibilités locales *sans que le kilométrage entre* SEUL *en ligne de compte.*

— Fort bien. Mais, il y a combien de mois que ce système ingénieux est établi. Il faudrait voir ce qu'il deviendra à l'usage.

— Il fonctionnait déjà longtemps avant la guerre. Il a déjà pris la patine du temps et, comme tout bon vin, il se bonifie encore en bouteille ».

***

Et voilà terminé, confrères, l'exposé de notre pratique régionale avec les considérations générales que j'ai tenu à faire auparavant pour l'expliquer et la légitimer aux yeux de chacun.

Je ne donne pas cela comme un exemple à suivre en tous lieux, mais simplement comme une modalité de pratique qui, *dans certaines régions déterminées*, peut rendre des services. Si je suis entré dans d'assez longues considérations préalables, c'est que je me suis efforcé de démontrer que nos coutumes régionales, si elles sont contraires à celles d'autres régions — qui ont également leurs bonnes raisons pour agir différemment — n'en sont pas moins dignes d'être examinées. Elles me paraissent, pour nous médecins de campagne, posséder un *gros avantage*, mais aussi quand la chose est possible localement, elles nous permettent de faire de telle sorte que *nos malades trouvent un égal avantage à nous faciliter le groupement de nos visites au dehors.* Je m'explique :

L'avantage, *pour nous*, est de faire des visites à prix de revient moins élevé (parce que moins de frais d'usure d'auto, de pneus et d'essence) ; de les faire avec moins de temps perdu (parce que moins de kilomètres à avaler) et, par suite plus de temps de libre dans la journée ; de les faire plus nombreuses (parce que plus facilement appelés) ; plus rémunératrices, en fin de compte, dans le bilan annuel.

L'avantage, *pour les malades*, c'est de pouvoir demander le médecin sans hésiter devant la dépense et de ne pas laisser s'aggraver une maladie qui sera ainsi soignée dès le début. C'est de ne pas hésiter même devant le prix d'une visite spéciale, à l'occasion, parce qu'il sait que, si cette première visite est de 24 francs, les autres qui seront de passage, seront d'un prix plus abordable.

Lafontaine a parlé de compter, comme visites « en passant », celles pour lesquelles le médecin aurait été appelé *avant 9 heures du matin*. Mais c'est précisément cela, cet *appel matinal*, qui constitue la visite en passant, le plus souvent. C'est cet appel matinal *généralisé* (sauf les urgences) qui nous permet de *savoir dès le matin* en quels lieux nous devons nous rendre et de *régler notre tournée* journalière de visites. Chaque matin, nous n'avons plus qu'à dresser notre « tableau de travail » dont les jalons sont posés à l'avance par les malades en cours de traitement. Nous n'avons qu'à y ajouter les « nouveaux » malades (je parle toujours de ceux éloignés) et il nous est alors loisible ou de les intercaler dans notre tournée, ou de faire, dans celle-ci, les menus « cro-

chets » indiqués, ou de l'allonger, ou de la diviser, suivant les cas. Mais, c'est toujours le même « bouclage de boucle » de nos déplacements journaliers, qu'ils soient faits en un ou deux temps.

Quant aux *appels retardataires*, ce sont là des visites *spéciales*, à tarif kilométrique plein. Elles sont comparables au taxi que prend le passant quand il a manqué l'omnibus. Cela lui coûte plus cher naturellement et il n'a pas à s'en étonner. Et quoiqu'elles nous soient payées plus cher, j'en appelle à tous mes confrères de campagne, n'est-ce pas celles-là qui nous déplaisent le plus, en réalité, à cause du dérangement et de la perte de temps qu'elles nous causent ?

Oh ! vous voyez, je suis loin de faire ici de la théorie : je parle au point de vue *pratique* tout simplement, comme quelqu'un qui vit depuis de longues années cette dure vie de médecin de campagne, qui a beaucoup « roulé » sur les routes, par tous les temps, de jour et de nuit, et qui voudrait, autant que possible, adoucir, pour ceux qui viennent après lui, cet esclavage constant du médecin de campagne que sont loin, bien loin, de connaître les praticiens de ville parce que ceux-ci n'ont pas à supporter ces terribles courses « à longue portée » où, sous la pluie ou la neige, on passe sa vie, permettez-moi le mot, à « bouffer des kilomètres ».....

Ainsi donc, avec le système des deux tarifs, visites spéciales et visites sans déplacement spécial, chacun y trouve son compte, le médecin comme les malades. C'est donc, me semble-t-il, de la bonne, de la saine médecine sociale, la meilleure peut-être, lorsque, je le répète, les circonstances *locales* permettent de la pratiquer.

Et c'est pourquoi, il ne m'a pas semblé inutile de l'exposer à nos amis du *Concours*, afin d'apporter ma modeste contribution à cette étude, à laquelle il nous a conviés.

Dr Fernand DECOURT.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Opération conseillée. — Refus ou retard opposé par la victime. — Date de la consolidation.

COUR DE LYON, 15 janvier 1923.
(*Mon. jud., Lyon*, 30 juillet 1923).

Si les tribunaux ne peuvent obliger la victime d'un accident du travail à subir une opération chirurgicale, en raison des aléas que ladite opération peut présenter, ils ne sauraient faire supporter au patron, quoique responsable de l'accident du travail, les conséquences du refus de l'ouvrier à supporter une intervention ou tout au moins de l'hésitation de celui-ci à la subir.

Par suite, le service du demi-salaire doit cesser et celui de la rente viagère doit commencer à la date à laquelle se serait produite la consolidation de la blessure si l'ouvrier avait accepté l'opération lorsqu'elle lui a été conseillée, et non point à la date à laquelle il a tardivement consenti à cette opération.

Commentaires

Si l'ouvrier blessé est absolument maître de sa personne, et, par suite, libre non seulement de choisir son médecin, mais encore de se refuser à tel traitement, ou opération, qui lui semblent dangereux, ce droit ne peut néanmoins être préjudiciable au chef d'entreprise responsable des soins.

L'espèce ci-dessus nous semble être jugée conformément à l'équité. Que de fois le médecin praticien a peine à vaincre la résistance injustifiée de son malade, qui, pusillanime, ou mal conseillé, se refuse à certains traitements chirurgicaux, qui pourraient abréger l'incapacité temporaire de travail, ou améliorer une incapacité permanente.

Les décisions suivantes ont été rendues dans le même sens.

Le patron ne saurait être rendu responsable des conséquences du mauvais vouloir de l'ouvrier, qui se refuse de subir une opération sans gravité (Cour d'appel d'Aix, 21 décembre 1901 ; Cour d'appel de Besançon, 31 décembre 1901).

Le tribunal de Marseille a même jugé (30 mai 1902) que de l'obligation, imposée au patron, d'indemniser la victime des conséquences de l'accident et d'acquitter le montant des frais médicaux et pharmaceutiques, quels qu'ils soient, découle l'obligation, pour l'ouvrier, de se soumettre aux moyens de guérison prescrits par la science.

La cour de Nancy (2e chambre) (15 mars 1921) a jugé qu'un blessé n'était pas fondé à refuser de subir une opération, ayant un caractère bénin; il s'agissait de l'exploration et du débridement d'un trajet fistuleux consécutif à un panaris.

Mais, d'autre part, est considéré comme ayant accompli l'obligation de se laisser soigner l'ouvrier qui, après s'être soumis pendant de longs mois, aux différents traitements médicaux, qui lui ont été prescrits, se refuse ensuite à subir une opération chirurgicale, dont la nécessité n'apparaît que tardivement et dont le résultat n'est pas absolument certain (trib. civ. Marseille, 30 mai 1902).

L'ouvrier qui a refusé de se soumettre à une

opération déclarée délicate ne s'est pas mis en état de faute inexcusable (Cour de Besançon, 27 novembre 1901).

De même, l'ouvrier, qui a perdu un œil, du fait de l'accident, ne saurait être contraint à subir, aux frais du patron, l'ablation de l'organe atteint, lors même que, de son refus, pourrait résulter la perte de son autre œil ; mais acte sera donné par le tribunal au patron, de son offre et des résistances du blessé (trib. civil du Havre, 9 mai 1902).

Tout se résume donc en des questions de fait et l'ouvrier, bien que libre d'accepter ou de refuser une intervention périlleuse pour lui, ou de résultat incertain, ne saurait ne pas accepter une intervention, soit bénigne, soit susceptible d'apporter la guérison, ou une notable amélioration.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE FISCALE

Régime fiscal des Régions Libérées

En raison du nombre de demandes de renseignements qui nous sont parvenues relativement au régime fiscal des régions libérées, nous croyons intéresser les lecteurs du *Concours médical* en leur donnant ci-dessous la manière de calculer l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et l'impôt sur le revenu pour les années 1920 à 1923 dans les dites régions.

En ce qui concerne l'imposition sur les *bénéfices des professions non commerciales,* la loi du 16 juillet 1921 porte respectivement les limites d'exonération aux chiffres ci-après :

8.000 fr. pour 1920, 7.000 fr. pour 1921, et 6.000 fr. pour 1922 dans les communes de 50.000 habitants et au-dessous (le millesime indique l'année de l'établissement de l'impôt) ;

10.000 fr. pour 1920, 8.750 fr. pour 1921 et 7.500 fr. pour 1922 dans les communes de plus de 50.000 habitants ou situées dans un rayon de 15 kil. à partir du périmètre de la partie agglomérée d'une commune de plus de 50.000 habitants.

12.000 francs pour 1920, 10.500 fr. pour 1921 et 9.000 francs pour 1922 dans les communes assimilées à celles de la banlieue de Paris.

D'autre part, la limite jusqu'à laquelle le revenu imposable n'est compté que pour moitié est élevée de 8.000 fr. à 16.000 fr. pour 1920, à 14.000 fr. pour 1921, à 12.000 fr. pour 1922.

Dans un des cas particuliers qui nous est soumis, le revenu imposable étant de 35.180 fr. et le contribuable habitant une ville de moins de 50.000 habitants, l'impôt sera établi pour l'année 1922, en ce qui concerne les revenus de l'année 1921, de la manière suivante :

$$35.180 - \left[(6.000 + \frac{12.000 - 6.000}{2}\right] \times 6\ \% = 1570\ \text{fr.}\ 50$$

Pour le calcul de l'*impôt général sur le revenu global*, le montant des déductions sera réglé comme suit :

1° En ce qui concerne, l'abattement à la base, il est porté pour :

1920, à....................	12.000
1921, à....................	10.500
1922, à....................	9.000

2° En ce qui concerne l'exonération accordée aux contribuables mariés ou veufs avec enfants elle est portée :

pour 1920, à....................	6.000
1921, à....................	5.200
1922, à....................	4.500

3° Quant à la déduction pour charges de famille, elle est portée par personne à la charge autre que les enfants et jusqu'à la cinquième :

pour 1920, à....................	3.000
1921, à....................	2.630
1922, à....................	2.250

par personne à la charge au-dessus de la cinquième et pour les enfants de moins de 21 ans, quel que soit leur nombre :

pour 1920, à....................	4.000
1921, à....................	3.500
1922, à....................	3.000

Admettons qu'un contribuable ait 37.800 fr. de revenus et qu'il soit marié avec 5 enfants mineurs, le montant de son imposition sera au titre de l'année1922 :

$$37.800 - [(9\ 000 + 4.500 + (3.000 \times 5)] \times 2\ \% = 186\ \text{fr.}$$

Les impôts dus au titre de l'année 1923 sont calculés en majorant dans une proportion de 25 %, pour ce qui est de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, le montant de l'abattement à la base et des déductions partielles accordées par la législation en vigueur ; pour ce qui est de l'impôt général sur le revenu global, le montant des déductions pour situation et charges de famille, ainsi que la fraction de revenu, qui, défalcation faite de ces déductions, est affranchie de toute taxation.

Des sommes ainsi obtenues, aussi bien en ce qui concerne l'impôt sur le revenu que l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, il y a lieu d'opérer la réduction accordée en raison des charges de famille et qui est :

Si le revenu du contribuable ne dépasse pas 10.000 francs, défalcation faite des déductions pour situations et charges de famille :

7.50 % pour les 2 premières personnes à la charge ;

15 % pour les autres ;

Si le revenu de l'assujetti est supérieur à 10.000, la réduction est abaissée à :

5 % pour les 3 premières personnes à la charge,

10 % pour les autres, sans que son montant total puisse excéder 300 fr. par personne à la charge des intéressés.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.
Directeur du « Contribuable Français

LE RÔLE DU CORPS MÉDICAL EN HYGIÈNE SOCIALE (1)

Par le Dr Gabriel Batier (de Strasbourg).

L'hygiène sociale est une tard-venue dans notre civilisation. Si l'on songe que l'hygiène individuelle, envisagée dans son acception la plus générale, remonte aux temps lointains de la préhistoire, on mesure les dizaines de siècles dont eût besoin l'humanité pour faire passer la notion d'hygiène dans le concept social.

A vrai dire, dès que l'homme eût formé des collectivités plus ou moins denses, il y eut un embryon d'hygiène collective. Mais la prise en charge par la Société — ou du moins en son nom par des organismes spéciaux — des problèmes d'hygiène collective qui intéressent la Société dans son ensemble, n'a été envisagée qu'à la période contemporaine. Même à l'époque si caractéristique du moyen âge, où la vie collective atteignit dans les communes une intensité que nous ne connaissons plus, l'hygiène sociale fut pratiquement inexistante.

Il semble que, pour en faire naître l'idée, l'évolution philosophique du XVIIIe siècle était nécessaire, qui introduisit la notion du contrat social, de la solidarité de tous les membres d'une même nation. Mais le même mouvement déchaîna l'émancipation de l'individu vis-à-vis des vieux liens sociaux et la Révolution se fit au nom de la liberté ; ce n'est pas à cette époque où le respect des droits individuels semblait un dogme intangible, qu'il pouvait être question d'entraves à la liberté, même au nom de l'hygiène.

Nous sommes, au contraire, en pleine réaction vis-à-vis de l'idéal de nos aïeux révolutionnaires, qui guillotinaient et mouraient au nom de la liberté. Ceux-là mêmes qui se réclament le plus haut de ces glorieux ancêtres, ont pour idéal social un tel resserrement des liens collectifs, qu'on n'y discerne plus la place de la liberté individuelle. Dans son ensemble, la société moderne, s'écartant peu à peu de la Révolution française, tend à la prépondérance de la collectivité sur l'individu. Les temps sont dont révolus pour l'hygiène sociale qui trouve un milieu psychologiquement préparé, et le plus magnifique avenir l'attend, d'autant plus que la médecine, fondement de l'hygiène, a su conquérir, au cours du siècle dernier, un niveau scientifique et un prestige social exceptionnels.

***

L'hygiène sociale se peut réaliser par l'Etat ; elle se peut réaliser par des groupements spécialisés. Actuellement, qu'elle soit l'œuvre de ceux-ci ou l'œuvre de celui-là, elle est, comme toutes choses humaines, une affreuse ébauche que notre idéal répudie.

Nous sommes ici, non pour manier successivement l'encensoir, mais pour perfectionner nos méthodes et améliorer nos résultats ; sachons regarder en face la vérité, même quand elle nous est désagréable. « Le pire vice de l'esprit, a dit Bossuet, est de croire que les choses sont ce qu'on voudrait qu'elles soient ».

Les œuvres, dont l'*Alliance* (1) groupe un certain nombre, ont fait un immense effort auquel il faut rendre hommage. Si l'on mesure le résultat aux moyens d'exécution, le respect s'impose. Mais si on le mesure à la tâche entreprise, un espace indéfini se révèle qui effraye.

Les œuvres ne peuvent avoir les ressources nécessaires, tant en argent qu'en autorité, pour réaliser seules l'hygiène sociale. Leur action manque de coordination et la constitution de l'*Alliance*, qui a eu pour but d'y remédier, n'y pallie qu'imparfaitement. D'ailleurs, le flottement n'est point seulement dans le groupement des œuvres, mais aussi dans chacune d'elles ; ici et là des intérêts particuliers les travaillent à la manière des taupes qui minent le sol pendant le sommeil du jardinier. Pour toutes ces raisons et d'autres encore, l'effort aboutit souvent à la création de dispensaires qui, sous la dépendance de comités locaux font de la médecine gratuite : ce n'est pas de l'hygiène sociale. Un exemple entre mille : les dispensaires antituberculeux de la Loire-Inférieure ont distribué 7.902 ordonnances dans la seule année 1921.

L'Etat, qui n'a pas toujours la bonne fortune d'être représenté par M. Strauss, et qui, même lorsqu'il a ce rare bonheur, n'échappe ni à l'erreur, ni à ses dé-

(1) Rapport au 13e Congrès d'hygiène sociale (Strasbourg, septembre 1923.) *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 16 octobre 1923.

(1) L'alliance d'hygiène sociale que préside M. Léon Bourgeois, ancien président du Conseil, et qui organise les congrès d'hygiène sociale. En l'absence de M. Léon Bourgeois, retenu à la Société des Nations, le Congrès de cette année était présidé par M. Georges Risler.

fauts constitutionnels, l'Etat tend à prendre en mains toute l'hygiène sociale. Cela est conforme à l'évolution de la société moderne. Cela tient aussi à ce qu'il croit avoir les ressources de compétence, d'argent et d'autorité suffisantes pour résoudre les problèmes en cause.

La compétence, il la doit pour toutes choses aux corps officiels. En matière d'hygiène, elle lui est fournie par l'Académie de médecine et le Conseil supérieur d'hygiène. Loin de moi la pensée de médire de si hautes assemblées ! Mais, j'estime que par leur composition même, elles sont inaptes à fournir autre chose que l'état actuel de la science sur une question technique donnée et très précise. Leur demander leur avis sur telle mesure d'hygiène sociale, c'est pure folie.

Les membres de l'Académie de médecine, presque tous parisiens depuis l'adolescence, ont vécu près d'un demi-siècle d'existence fiévreuse dans un milieu artificiel ; ils ignorent tout du peuple et de ses misères ; ils n'ont ni le désir, ni le temps de le regarder vivre ; ils sont incapables d'envisager les conséquences sociales des mesures soumises à leur examen ; *leurs avis sont conçus in abstracto.*

La composition du Conseil supérieur d'hygiène est plus complexe ; mais en fait, ses avis sont rédigés par des hommes de laboratoire ou des fonctionnaires et sont passibles des mêmes critiques,

Enfin, il est exceptionnellement arrivé qu'on prenne conseil d'autres autorités que ces deux éminentes assemblées. Cela a récemment conduit à recommander impérativement dans les dispensaires idoines l'emploi d'une méthode intéressante sans doute, mais dont les preuves sont insuffisamment faites et dont il semble établi qu'on a fort exagéré la valeur (1).

Quand donc il s'agit de donner à la nation l'orientation hygiénique qui convient, l'Etat manque de compétence. J'en donnerai des exemples tout à l'heure.

Il est incontestable que l'Etat dispose en principe de l'argent nécessaire à tous les projets d'hygiène sociale. Ses ressources à ce point de vue ne sont limitées que par la bonne volonté des Chambres et celles-ci sont généreuses pour cet objet. Il n'en est pas moins vrai que, du moins en ce moment, l'effort financier du pays atteint le plafond et que les divers départements ministériels se disputent âprement les moyens matériels. La conséquence est que dans un budget de plus de vingt milliards, l'hygiène figure pour quelques millions seulement, malgré l'ampleur ambitieuse des projets ministériels.

Il semble indéniable que l'Etat dispose de toute l'autorité nécessaire à la réalisation de l'hygiène sociale. Pourvus du prestige inhérent à la fonction de gouvernement, investis par la nation du pouvoir de faire appliquer les lois, généralement choisis par le jeu même de notre organisation démocratique parmi les plus aptes à utiliser les grands courants psychologiques, armés de toute la force publique et d'une influence de premier rang sur la presse, ceux qui agissent au nom de l'Etat ont une écrasante autorité pour faire prévaloir leur volonté et exécuter leurs desseins. Mais cette autorité se brise contre les mœurs. Pour n'avoir point assez médité sur l'*Esprit des lois*, combien de ministres, combien de parlements l'ont éprouvé !

C'est ainsi que, dans le domaine propre de l'hygiène sociale, on a vu l'échec de la déclaration des maladies contagieuses, mesure conseillée par l'Académie de médecine, ordonnée par les Chambres, vainement poursuivie par son apôtre (1), que l'on avait, à cet effet, délégué au ministère de l'intérieur. Elle s'est heurtée à l'âme de la famille française si jalouse de son intimité ; elle s'est heurtée à l'hostilité du corps médical, à qui l'on en a tenu rigueur.

Pourtant les raisons de cette hostilité étaient de la plus haute qualité. Comme on faisait au médecin une obligation de dénoncer les maladies contagieuses, il a jugé que les lois non écrites de la conscience sont supérieures aux lois écrites, et sa conscience lui interdisait la violation du secret professionnel. Si on l'avait consulté avant de faire la loi, il aurait dit que seul le père de famille pouvait être astreint à la déclaration ; il aurait ajouté qu'en bonne politique, il ne fallait pas obliger à une déclaration souvent désagréable et parfois dommageable, sans assurer la désinfection qui en est le corollaire logique, la seule raison d'être. Or, la désinfection n'était pas organisée ; vingt ans après, elle est encore exceptionnelle. La déclaration des maladies contagieuses est donc restée lettre morte (2).

Cette leçon n'a point servi. Voici que la protection des enfants du premier âge est l'objet d'un projet de loi, déjà voté par le Sénat (3) sans qu'on ait consulté le corps médical. Quand il coordonne les lois antérieures, quand il veut agir sur les personnes bénéficiaires de secours publics ou de la gratuité des soins médicaux, l'Etat a quelque chance de faire œuvre efficace ; là où il donne quelque chose, il est armé pour exercer un contrôle. Mais le projet oblige les parents de tous les enfants de moins de deux ans *sans exception*, à tenir un carnet de croissance (« état civil, mode d'alimentation, relevé des pesées, résultat de visites périodiques effectuées par le médecin des la famille, vaccination, dications sur l'état de

(1) La syphilimétrie de Vernes.

(1) M. Mirman, député, puis directeur de l'hygiène et de l'assistance publique au ministère de l'intérieur.

(2) On a reproché à l'auteur d'avoir dit que la déclaration des maladies contagieuses était restée lettre morte. Parlant de la loi française sur l'hygiène sociale devant un congrès national, il a constaté un fait incontestable et d'ailleurs incontesté. Il en a donné les causes en toute objectivité ; il a surtout signalé la principale : à savoir *qu'on n'avait consulté le corps médical ni sur le principe, ni sur les modalités d'application* avant de faire la loi. C'est la leçon que l'auteur voulait tirer de cet exemple pour les pouvoirs publics.

(3) Mais non point encore par la Chambre des députés,

santé ») et à déposer ce carnet à la mairie à la fin du premier mois qui suivra la naissance de l'enfant, ultérieurement tous les trois mois au cours de la première année, puis deux fois pendant la deuxième année.

Comme la déclaration des maladies contagieuses, pareille mesure restera lettre morte, sauf au foyer où ces précautions sont déjà prises sur le conseil du médecin de famille. Là où le conseiller des jours d'angoisse et de maladie échoue, pense-t-on réussir avec les foudres de la loi ?

Qu'on prenne garde qu'à manier l'autorité sans résultat, on déshabitue l'opinion de lui obéir ! Qu'on prenne garde ! Car la puissance de l'Etat qui semblait la moins indéniable de ses ressources, ne saurait réaliser à elle seule l'hygiène sociale, telle une forte lame d'acier qui engagée à faux dans la fente d'un chêne se casse, elle se brise contre une opinion publique qui ne consent pas.

Mais si les œuvres sont manifestement insuffisantes devant l'immense effort que réclame l'hygiène sociale, si souvent elles dévient vers la médecine gratuite, si, d'autre part, l'Etat est une trop lourde machine, mal conseillée, moins riche qu'on ne pourrait croire et sans autorité réelle dans ce domaine, qui donc peut réaliser l'hygiène sociale ?

***

Posons une question préliminaire : qu'est-ce que l'hygiène ?

N'en déplaise à certains pontifes, ce n'est pas une science, mais l'*art d'adapter à la vie pratique les notions scientifiques utiles à la protection de l'individu et de l'espèce* (1).

L'hygiène sociale est donc l'art d'adapter à la vie sociale ces mêmes notions. Elle absorbe d'autant plus l'hygiène individuelle que la collectivité tend davantage à absorber l'individu ; ses limites sont donc variables suivant l'intensité plus ou moins grande de la vie sociale.

Comme elle est un art et un art d'adaptation à la vie pratique, on conçoit la malhabileté de l'Etat en cette matière. A notre avis, l'Etat qui fait et applique les lois, doit tracer le cadre légal de l'organisation générale, mais il faut qu'il y apporte une très grande prudence, qu'il lui laisse une grande souplesse pour permettre des orientations variées, que, sous prétexte de donner le cadre, il se garde de fournir la couleur et surtout de faire le tableau.

Il reste dans son rôle en subventionnant aussi largement qu'il le peut les œuvres utiles, évitant de prendre le programme pour la réalité, se gardant surtout de tout esprit de chapelle, politique ou autre. Enfin, il est toujours dans son rôle lorsqu'il contrôle.

L'organisation matérielle est l'affaire des œuvres. Là où elles sont insuffisantes, que les pouvoirs publics les soutiennent ! Là où elles n'existent pas, qu'ils les suscitent ! C'est facile ; j'en pourrais citer des exemples pris en Alsace et ailleurs. Mais qu'ils se gardent de se substituer à elles ! Embarrassés par leur caractère officiel, la réglementation administrative et la fonctionnarisation des esprits, ils n'auront jamais l'indépendance, ni la souplesse, ni l'esprit pratique, ni surtout la vie ardente, la vie apostolique qui caractérisent la plupart des œuvres.

Toutefois les moyens matériels, l'esprit d'organisation et la foi ne sauraient tenir lieu de compétence.

J'ai dit combien l'Etat est mal conseillé par des corps savants, trop savants peut-être en leur domaine, en tous cas profondément ignorants en matière sociale. Les œuvres sont-elles logées à meilleure enseigne ?

En fait, elles ont tendance à se croire suffisamment informées pour le but qu'elles poursuivent. Elles ne doutent de rien ; elles ne doutent surtout pas des notions scientifiques qui sont à la base de leur action et qu'elles ont puisées dans les manuels de vulgarisation ou auprès de *leurs* médecins. Ceux-ci, le moins nombreux possible, souvent réduits à l'unité, choisis pour le zèle qu'ils apportent à l'œuvre — soit qu'ils en aient l'esprit, soit qu'ils aient intérêt à le paraître — ceux-ci sont préoccupés de plaire et donnent volontiers les conseils qu'ils sentent que l'on souhaite ; ils n'entrent point dans les subtilités de doctrine qui demeureraient incomprises et risqueraient de jeter inutilement le trouble dans les cœurs (1).

Or, l'hygiène est pleine de subtilités. Elle est fondée sur la médecine, branche de la biologie, et si la biologie est de toutes les sciences celle où l'homme enserre la vérité avec le moins de rigueur, la médecine est de toute la biologie, l'ordre de connaissances où l'observation est la plus difficile, l'interprétation la plus délicate. Elle est donc particulièrement sujette à l'erreur, et les théories qui coordonnent les faits observés et qui, dans toute science, ne sont que provisoirement tenues pour vraies, sont en médecine plus fragiles qu'ailleurs. Ce sont pourtant les théories que le public connaît le mieux, parce qu'elles lui sont plus accessibles et qu'elles séduisent l'esprit ; de là vient que, voyant s'écrouler les théories d'hier et prévoyant la chute de celles d'aujourd'hui, le public, qui ne saurait connaître la masse croissante des données solidement acquises, doute parfois de toute la médecine.

L'hygiène participe de cette instabilité. Ses données ont donc une valeur relative, variable pour chacune d'elles. Il est des questions de premier plan où les avis divergent sans qu'il soit prudent de s'ériger en juge. Par exemple, toute la lutte antituberculeuse se partage entre deux tendances dont l'une donne la

(1) Cette définition est nouvelle, du moins à notre connaissance.

(1) Exceptionnellement, l'œuvre est entre les mains d'un médecin qui en est le dictateur. On voit le danger ; tout dépend alors de ce que vaut le médecin, de son esprit pratique, de son sens social, de son désintéressement.

prééminence au bacille de Koch et l'autre aux causes favorisantes ; l'une fait de la tuberculose une maladie essentiellement endémique, l'autre une maladie essentiellement sociale.

« A quelques années de distance, le cuivre a été un métal très toxique, puis une substance à peu près anodine ; l'alcool a été tour à tour un poison, puis un aliment et de nouveau poison ; les aliments en général, et, en particulier, le lait destiné aux jeunes enfants, ont dû être stérilisés ; puis, on a soutenu que les microbes étaient des agents favorisants de la digestion et lui étaient peut-être indispensables » ; récemment les vitamines, dont on prouvera peut-être un jour la non-existence, sont venues compliquer encore la question ; « la prophylaxie de l'appendicite a été successivement dirigée contre les poils de brosses à dents, les casseroles émaillées, les pépins de fruits, les vers intestinaux, etc... » Longtemps la pelade fut tenue pour contagieuse et on en a décrit de nombreuses épidémies ; on n'en signale plus depuis que cette affection est reconnue non parasitaire (1).

Ces exemples ne sont point là pour faire douter de l'hygiène. De ce qu'une science trébuche dans la pénombre sur un terrain difficile, il est absurde de conclure qu'elle n'existe pas. Mais il serait dangereux de faire de l'hygiène sociale sans constamment remettre en question devant l'esprit critique les données scientifiques dont elle procède.

Or, seul le médecin peut apprécier la valeur sans cesse variable de ces données, parce qu'il possède le bagage scientifique nécessaire et aussi parce que ses études et sa pratique lui ont inculqué le sens de leur relativité. Cela ne veut point dire que tout médecin en est capable, mais que le corps médical dans son ensemble est le seul groupement social doté de cette compétence. C'est seulement aussi dans son ensemble qu'il a l'indépendance nécessaire à l'expression de ce qu'il croit juste et vrai.

Les difficultés de l'hygiène sociale ne résident point uniquement dans la relativité des notions scientifiques qui en sont le fondement. Elles ne sont pas moindres dans l'adaptation de ces notions à la vi pratique.

Il ne faut pas se dissimuler qu'il n'y a pas d'hygiène sociale là où l'hygiène individuelle n'existe pas. A quoi sert de visiter la tête des écoliers, à quoi sert même d'en enlever les poux à l'école, si les poux pullulent au logis maternel ? A quoi sert le dispensaire antituberculeux au point de vue de l'hygiène sociale, si de nombreux malades ont peur, en le fréquentant, de divulguer le secret de leur mal, si les autres l'utilisent comme une clinique gratuite ?

Cela est si vrai que l'on a compris généralement la nécessité d'agir au foyer domestique, en y prolongeant l'œuvre faite à l'école par l'inspection médicale, au dispensaire par les œuvres antituberculeuses, pour nous borner à ces deux exemples. On a vu surgir les infirmières visiteuses ; on les voit maintenant pulluler.

***

Ne trouvez-vous point stupéfiant que, pour organiser l'hygiène sociale, pour en constituer le personnel d'exécution, on fasse appel à tout le monde, sauf au Corps médical ?

Les praticiens ont fait de très longues et pénibles études ; ils se sont préparés à la médecine par une solide culture générale que seule une élite reçoit, sous la direction des meilleurs médecins de leur temps, ils ont patiemment étudié le corps humain, passé des heures sur le microscope et sur les traités les plus variés, examiné et soigné des milliers de malades ; livrés à eux-mêmes, ils ont augmenté leur expérience par le libre exercice de leur profession ; ils ont acquis une forte autorité sociale dans leur rayon d'action ; ils ont accès dans tous les foyers ; on leur confie les secrets les plus cachés ; on écoute leurs conseils ; mieux même on les sollicite !

Ils sont ainsi vingt-cinq mille qui couvrent le territoire d'un réseau serré d'influence incontestée et formidable. Ils ont en la matière la plus haute compétence qui soit, par leur science et par leur expérience quotidienne de la vie sociale. Va-t-on faire appel à leur concours ?

Non, Messieurs, on ne les appelle pas.

On recrute à la hâte des jeunes filles, des veuves, des femmes pour qui la vie sans travail est difficile ; beaucoup ont à peine leur certificat d'études ; d'autres ne l'ont point ; on les instruit rapidement dans des écoles largement ouvertes où le diplôme de sortie n'est souvent qu'une formalité (on l'a avoué au Congrès de la tuberculose cette année même).

Le plus extraordinaire, c'est qu'avec un pareil recrutement et une préparation de cet ordre, il y ait, parmi ces infirmières, une importante proportion qui rend des services appréciables ; tant il est vrai qu'on ne fait jamais vainement appel aux femmes pour les missions de charité. Tout de même le cœur ne saurait tenir lieu de tout. Si on les sélectionne mieux à l'avenir et si on les instruit plus sérieusement, les infirmières visiteuses seront d'utiles auxiliaires ; elles n'auront jamais la compétence ni l'influence sociale des praticiens, dont pourtant on ne veut pas (1).

On prône l'infirmière visiteuse, parce qu'elle est par définition subordonnée et manque d'indépendance : le besoin la rend docile, car elle ne saurait faire autre chose. On prône aussi le jeune étudiant

---

(1) Paul Chavigny. — Psychologie de l'hygiène. Un volume de la Bibliothèque de philosophie scientifique.

(1) Certains ont voulu voir dans l'auteur un adversaire des infirmières visiteuses ; il est simplement adversaire de ceux qui entendent leur faire jouer un rôle que seul le médecin peut tenir.

Il estime si précieux le concours de l'infirmière-visiteuse en hygiène sociale où elle doit être l'auxiliaire du médecin, qu'il souhaite l'exigence du brevet élémentaire à l'entrée de leurs écoles et une sélection plus sévère à la sortie. Ce n'est ni la cape ni le voile qui font l'infirmière ; c'est son instruction, jointe à sa valeur morale.

de bonne volonté dont on se flatte de faire un phtisiologue en quelques semaines, parce que, lui aussi, trop spécialisé — quoique de niveau très supérieur à l'infirmière — hésitera à quitter le dispensaire et se gardera de toute critique dangereuse.

On ne veut pas du médecin praticien. Serait-ce parce qu'il est trop libre, que son esprit critique dévoilerait le bluff éventuel, qu'il s'opposerait aux mesures mal connues ou inopérantes, qu'il empêcherait le dispensaire de tourner à la clinique gratuite sans profit pour l'hygiène publique ? Serait-ce parce que son indépendance ne saurait se taire devant certaines organisations lamentables comme celle de Kerpape ?

On ne veut pas du médecin praticien. Ce qui se construit en hygiène sociale est construit sans lui, c'est-à-dire sur le sable.

Vous pouvez faire circuler dans les artères le sang le plus généreux : qu'importe à l'organisme si les éléments qu'il charrie ne pénètrent pas dans l'intimité des tissus ? Il meurt de faim. Vous pouvez construire l'armature sociale d'hygiène la plus remarquable ; vous n'avez rien fait, tant que votre influence n'a point pénétré au foyer domestique.

Se flatte-t-on d'y parvenir sans ceux-là qui ont sur les familles l'influence la plus grande à ce point de vue, qui peuvent dire le possible et l'impossible suivant les milieux, ce qui est urgent et ce qu'il est bon d'ajourner, qui sauront rendre possible demain l'impossible d'aujourd'hui.

La pratique de l'hygiène est pure affaire de psychologie. Cela demeurera l'un des principaux mérites de mon maître Chavigny d'avoir montré, en des pages où la profondeur le dispute à la plus fine ironie (1), que l'hygiène sera psychologique ou ne sera pas.

Or, plus sûrement encore que certain grand peuple tient les carrefours des routes maritimes, le praticien tient dans la société moderne tous les carrefours psychologiques en matière d'hygiène. Les plus perfides attaques ne l'en délogeront point. Vainement, certain représentant parisien de l'enseignement médical peut essayer de le ravaler au-dessous de la visiteuse, oublieux du discrédit qu'il jette ainsi sur son propre enseignement ; il ne provoque que le sourire.

Leur double compétence scientifique et sociale — il me semble avoir assez montré que l'une ne peut rien sans l'autre — toute leur influence au sein des familles, les praticiens les tiennent à la disposition de tous ceux qui veulent faire acte d'hygiène sociale, qui en ont les moyens matériels et acceptent leurs conseils. Leur concours est acquis, du moment qu'on ne veut en faire les domestiques de personne — au sens latin du mot — ni ceux de l'Etat, ni ceux d'une œuvre, ni ceux d'une idée généreuse peut-être, mais qu'ils estiment fausse ou impraticable. Les assises qu'ils tiendront cette année le montreront aux incrédules.

***

(1) *Loco citato.*

Il est impossible de passer entièrement sous silence dans ce rapport le rôle des assurances sociales. Ceux qui en connaissent l'histoire et l'étudient en économistes, ceux-là savent que, dans l'assurance-maladie, les Caisses tendent à payer le médecin le moins possible et à réduire son indépendance. Si elles y réussissent parfois assez mal, cela tient à des raisons indépendantes de leur volonté. Toutes les fois qu'elles en ont eu les moyens, cette tendance s'est découverte avec la fatalité d'une loi scientifique.

Or, dans une société capitaliste comme la nôtre, mieux une profession fait vivre ceux qui l'exercent, plus son niveau monte ; le niveau baisse au contraire, quand diminuent les moyens matériels qu'on en peut attendre, car le recrutement devient moins facile et s'adresse à des individualités de plus en plus médiocres qui, faute de concurrence scolaire, arrivent avec moins de travail.

L'assurance maladie obligatoire tend donc à faire baisser le niveau intellectuel de la profession médicale. C'est un véritable danger pour l'hygiène sociale étant donné le rôle du médecin dans la société.

A Dieu ne plaise qu'on me considère comme un adversaire des assurances sociales. Devant ceux qui en ont fait une idole et crient au sacrilège dès qu'on veut chasser la poussière ou surtout les marchands du temple, je suis prêt à faire solennellement acte de foi. Mais je revendique le droit de signaler les conséquences fâcheuses des assurances sociales pour qu'on y pallie par les contrepoids nécessaires. Quand il s'agit de maintenir à la profession médicale la situation matérielle indispensable au maintien et même au progrès de son niveau intellectuel, il n'y a pas d'autre contrepoids aux caisses d'assurances que l'organisation professionnelle. Dans le projet de loi sur les assurances sociales, il ne semble pas qu'on s'en soit suffisamment rendu compte. Il est encore temps d'y songer pour la sauvegarde de la santé publique (1).

(1) Ce point particulier ayant été l'objet de critiques, l'auteur tient à préciser sa thèse avec plus de clarté encore qu'il ne l'a fait dans la discussion du Congrès.

Les Caisses d'assurance-maladie tendent à augmenter les prestations, même au-delà des prescriptions légales. Elles tendent aussi — quoique plus faiblement — à diminuer les cotisations. Comme elles tiennent légitimement à conserver une bonne gestion, elles tendent à réduire leurs frais extérieurs, en particulier les honoraires médicaux ; elles tendent aussi à réduire l'indépendance des médecins en s'opposant au libre choix. Toute l'histoire de l'assurance-maladie en est un témoignage et récemment encore, l'an dernier, les dirigeants des Caisses d'entreprises du Haut-Rhin déposaient parmi leurs vœux, devant la commission des assurances sociales de la Chambre des députés, la suppression du libre choix.

Réduction de l'indépendance, diminution des moyens matériels d'existence pèsent sur le niveau intellectuel et moral d'une profession, quelle qu'elle soit.

Heureusement, en Alsace, pareille épreuve a pu être évitée au corps médical, car cette tendance des Caisses de réduire la situation des médecins a été neutralisée par un syndicalisme puissant qui a trouvé un cadre légal propice à son développement. Ce syndicalisme est le contrepoids dont parle l'auteur, lorsqu'il écrit : « Quand il s'agit de conserver à la profession médicale la situation maté-

L'assurance-maladie obligatoire donne aux petites gens les soins gratuits. Par conséquent, là où elle existe, les œuvres qui agissent au nom de l'hygiène sociale n'ont aucune excuse à faire de la médecine gratuite. On peut même soutenir que si elles tombent dans cette erreur, elles mentent à leur programme et font tort à l'hygiène, car frappées toutes, peu ou prou, d'impécuniosité, elles font perdre à l'hygiène sociale l'argent dépensé pour d'autres fins. Cette médecine gratuite, que les dispensaires pratiquent largement, n'est qu'un trompe-l'œil pour masquer l'inactivité réelle au point de vue de l'hygiène proprement dite, quand elle n'a pas pour pour fin secrète de faire piédestal à certaines personnalités.

Puisque nous sommes en Alsace et que les assurances sociales y font partie de la législation, puisqu'elles s'étendront demain à la France entière, on nous permettra d'envisager dans leur cadre la collaboration de l'État, des œuvres et du corps médical pour la meilleure réalisation de l'hygiène sociale.

Ramassant nos vues pour préciser cette conclusion, nous voyons les pouvoirs publics s'abstenir d'action directe, tracer à grands traits le cadre légal de l'organisation générale, subventionner et contrôler ; dans les limites étendues de lois très souples qui leur laissent l'aisance des mouvements, mais leur donnent la sécurité et l'appui nécessaire, les œuvres auraient à réaliser l'organisation matérielle avec un large esprit de décentralisation et selon les conseils du corps médical de la région.

Le corps médical, *solidement organisé*, investi déjà en tant que *corporation organisée*, du service technique des assurances sociales, serait le merveilleux agent d'exécution des œuvres d'hygiène, grâce à sa compétence et à son influence sociale. Il serait le tuteur naturel des infirmières visiteuses.

Ah, je sais que certains s'effrayent de cette collaboration avec l'ensemble du corps médical. Je sais les calomnies que répandent certains intéressés, qui, personnellement, ont, en effet, tout à craindre de cette collaboration, si l'hygiène sociale a tout à y gagner. Je sais qu'impressionnés par certaines campagnes, beaucoup de gens d'œuvres hésitent à suivre cette voie.

Qu'ils n'hésitent plus désormais ! Car c'est la voie sacrée sur laquelle brille l'étoile de leur idéal, sûr témoignage du bon chemin ! Qu'ils n'hésitent plus, car déjà quelqu'un s'est engagé sur la route et demain l'œuvre sera féconde. Le préfet du Bas-Rhin a réalisé la protection de l'enfance par l'action subventionnée des œuvres de bonne volonté avec la collaboration de la fédération des Syndicats médicaux d'Alsace ; son collègue du Haut-Rhin l'a aussitôt imité. Il dépend des autres œuvres d'Alsace de suivre ce haut exemple ; le corps médical n'a jamais marchandé son concours.

Nous souhaitons pour notre France aimée, dont tant de plaies saignent encore, qu'il soit retenu par le ministre de l'hygiène, compris par toutes les œuvres et généralisé à la nation entière.

rielle indispensable au maintien et même au progrès de son niveau intellectuel, il n'y a pas d'autre contrepoids aux Caisses d'assurances que *l'organisation professionnelle* ».

Y a-t-il un médecin en Alsace pour croire que sans nos syndicats nous toucherions les honoraires actuels et les fortes indemnités kilométriques ? Y en a-t-il un pour croire que si les médecins étaient isolés, au lieu d'être solidement groupés en des syndicats puissants, les Caisses augmenteraient leurs honoraires par bonté de cœur, et même qu'elles laisseraient longtemps le libre choix ?

Or, *si le syndicalisme médical a pu librement se fortifier en Alsace à la faveur de la législation locale, il est gravement menacé par certaines dispositions du projet de loi en instance devant le Parlement.* Voilà pourquoi l'auteur a voulu pousser un cri d'alarme et il s'honore de l'avoir poussé le premier.

Le contre poids que constitue le *syndicalisme intégral* — celui d'Alsace — aux Caisses d'assurances, ce contre poids, est en danger. S'il tombe, l'avenir le plus sombre attend la profession médicale, car plus rien ne s'opposera sérieusement à la tendance oppressive des Caisses.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Le Comité d'organisation vous prie de bien vouloir honorer de votre présence la cérémonie de la remise au professeur Ménétrier de la médaille offerte par ses amis et par ses élèves.

Cette cérémonie aura lieu le dimanche 6 janvier 1924, à 10 h., à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau.

Le Président du Comité, Professeur Gilbert. *Le Secrétaire,* Dr Touraine.

— Nous apprenons que M. le Dr Lop, de Marseille, vient d'être nommé membre correspondant de la Société de médecine légale de France, et de la Société de Thérapeutique de Paris.

— **Fondation Curie**, 26, rue d'Ulm, Paris, Ve. — La Fondation Curie, qui a été créée sous le patronage de Université de Paris dans le but de favoriser et de développer les recherches scientifiques ou d'applications médicales à l'Institut du radium, a pris l'initiative de célébrer le 25e anniversaire de la découverte du radium par Pierre Curie et Madame Curie, découverte présentée à l'Académie des Sciences de Paris le 26 décembre 1898.

Une séance solennelle, sous la présidence de M. le Président de la République française, aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne le 26 décembre 1923, à 16 heures.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

c'est-à-dire sur le grade de médecin aide-major de 1re classe, ou bien sur 3 galons à dater de ma nomination à ce grade ?

La mise hors cadre n'est qu'une réforme temporaire, une position d'attente. Si, en 1918, j'avais repris du service, je l'aurais bien repris avec 3 galons. Mon grade (de 3 galons), ne peut pas m'être enlevé.

Ma pension ne devient définitive qu'à ma 3e visite, et à ce moment-là, j'étais bien médecin à 3 galons.

Dr Z.

Réponse.

D'après les dispositions de la loi de 1831 sur les pensions militaires, la pension est concédée sur le taux afférent au grade que l'on possédait au moment de la cessation du service, par conséquent, en ce qui vous concerne, au grade de médecin aide-major de 1re classe.

Vous êtes bien médecin major de 2e classe actuellement, mais, depuis votre promotion vous n'avez effectué aucun service effectif.

G. F.

Enfant secouru. Domicile de secours. Frais médicaux

Enfant de Paris en nourrice en Seine-et-Oise, malade. J'envoie la note à la mère, qui ne répond pas, mais envoie au maire de la commune qu'habite la nourrice une fiche de l'administration générale de l'assistance publique de Paris.

Cette fiche stipule « que l'enfant est admis aux secours temporaires par application de la loi du 27 juin 1904, art. 3 et 7. En conséquence il y a lieu de le faire bénéficier de la gratuité des soins médicaux et médicaments, conformément à la loi du 15 juillet 1893.

Si la mère n'a pas son domicile de secours dans la commune, les frais d'assistance médicale seront remboursés en vertu de l'article 21 de la dite loi.

Pour que l'enfant soit soigné gratuitement, en cas de maladie, remettre cette fiche à la mairie de la commune où l'enfant est élevé. »

Le maire de la commune ne veut rien savoir et dit qu'il n'a jamais entendu parler de ce mode de payement. Moi non plus.

Que faire ? Ne connaître que la mère ?

Cette circulaire est-elle valable par toute la France, ou peut-être seulement pour la Seine ?

Dois-je insister pour que le maire me règle et se fasse rembourser ensuite ?

Dr S.

Réponse.

Le problème, que nous avons à résoudre, se pose ainsi :

Bénéficiaire des articles 3 et 7 de la loi du 27 juin 1904, sur le service des enfants assistés, un nourrisson est placé en Seine-et-Oise, grâce à des secours que reçoivent son père ou sa mère ou

ses ascendants qui, faute de ressources, ne peuvent le nourrir, ni l'élever.

Ce secours est réglé par le conseil général (article 7) du département où est né l'enfant, c'est-à-dire où il a son domicile de secours (article 39, § 2).

En l'espèce, l'enfant secouru étant né dans le département de la Seine, c'est l'administration de l'assistance publique de la Seine qui a la charge administrative de ce cas particulier (article 29).

Or, le médecin praticien ne semble pas être médecin inspecteur du service des enfants assistés de la Seine (règlement du 4 juillet 1906). Par suite, il ne doit pas ses soins gratuitement à l'enfant secouru, les honoraires de ces soins étant compris dans le forfait annuel qui est alloué aux médecins inspecteurs des enfants assistés de la Seine.

Les rapports entre le médecin traitant et les ayants-cause de l'enfant secouru malade, doivent être régis par la loi du 15 juillet 1893.

L'article 20 de ladite loi spécifie qu'en cas d'accident, de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas leur domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie, incombe à la commune. L'admission de ces malades est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en rend compte, en comité secret, au conseil municipal, dans sa plus prochaine séance. Le préfet accuse réception de l'avis et prononce, dans les dix jours, sur l'admission aux secours de l'assistance.

En vertu de l'article 21, les frais avancés par la commune, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier, dressé conformément au tarif fixé par le conseil général. Le département, qui a fourni l'assistance, peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département.

De la lecture de ces textes législatifs et réglementaires, il résulte que notre confrère, s'il n'est pas médecin inspecteur des enfants assistés de la Seine, doit présenter sa note d'honoraires de deux manières différentes.

Ou bien, le maire de la commune de la résidence de l'enfant avait été informé, par le service des enfants assistés de la Seine, de la qualité d'enfant secouru de ce nourrisson placé dans sa commune. Cet enfant, tombant malade, doit recevoir les soins nécessaires à son état, aux frais de la commune de résidence (article 20 de la loi du 15 juillet 1893). Le médecin doit donc présenter sa note d'honoraires, en conformité avec le réglement de l'assistance médicale gratuite de son département. La commune, ou le budget départemental supporteront ces frais médicaux et pharmaceutiques, quitte à eux de se faire

rembourser par l'administration de l'assistance publique de la Seine (article 21 de la loi du 15 juillet 1893).

Mais, si le maire de la commune où réside l'enfant n'avait pas été informé de la qualité d'enfant secouru dudit nourrisson, le médecin présentera sa note d'honoraires à la mère, qui devra faire diligence, pour que le service des enfants assistés de la Seine le fasse désintéresser. Le médecin peut également présenter sa note directement au dit service des enfants assistés.

Enfin, dernier point à élucider, à la requête de qui le médecin a-t-il été appelé à donner des soins au nourrisson ? Si, comme c'est vraisemblable, c'est la nourrice qui a fait appel au docteur, celle-ci savait-elle que l'enfant appartenait au service des enfants assistés de la Seine ? Etait-elle inspectée médicalement et par qui ?

Comme conclusion, puisque le docteur a déjà présenté sa note à la mère et que le service des enfants assistés de la Seine a fait la réponse, que notre confrère nous communique, le praticien doit adresser son mémoire d'honoraires au préfet de son département, en se prévalant des articles 20 et 21 précités de la loi de 1893.

Si le préfet oppose une fin de non recevoir, le conflit sera peut-être intéressant à soumettre au conseil de préfecture, d'abord, puis au Conseil d'Etat.

Dr Paul BOUDIN.

Application du Tarif Breton

I

Remarque sur les « analogies » que je propose

Je vous remercie de votre lettre du 21 courant. Si, souvent, dans les cas compliqués d'intervention chirurgicales non tarifées, je m'adresse à vous, c'est justement parce que votre opinion me permet une solution amiable.

Dans les Compagnies, en effet, le règlement des notes d'honoraires est fait par un employé qui ne connaît rien en médecine, ni en chirurgie, et quand le tarif n'est pas précis, une solution amiable est la plupart du temps impossible. Quand, au contraire, vous voulez bien proposer une assimilation, il est rare que la Compagnie ne l'accepte pas.

C'est pourquoi, faisant beaucoup de chirurgie d'accidents du travail, et me trouvant fréquemment dans l'obligation de pratiquer des interventions qui ne se rapprochent en rien de celles du tarif, je vous demande aussi souvent votre opinion, car 9 fois sur 10, votre chiffre est accepté par la Compagnie et on évite un procès.

Je me permets donc d'insister auprès de vous pour que vous m'autorisiez à vous soumettre ces cas difficiles en vous priant de bien vouloir les solutionner, ce qui ne vous engage en rien et me permet d'éviter presque toujours un conflit.

Dr C.

Réponse.

Lorsqu'une analogie est possible, je la propose au confrère et d'ordinaire, en effet, elle est acceptée par les Compagnies. Mais voilà plusieurs fois que vous me présentez des cas excessivement *complexes*, en fait de technique chirurgicale. J'ai dû me récuser, la dernière fois, parce que, n'étant pas chirurgien de métier, je ne me sens pas la *compétence* nécessaire pour débrouiller l'écheveau d'interventions qui chevauchent 2, 3 et 4 fois, les unes sur les autres. Et c'est précisément parce que je sais que mes avis sont acceptée par les Compagnies que je suis très prudent dans mes conclusions. J'émets celles-ci, non seulement en toute impartialité, mais aussi avec grand soin et seulement en pleine connaissance de cause, afin qu'elles ne prêtent pas, autant que possible, à des critiques justifiables.

F. D.

II

Brulûres petites, nombreuses et sur une surface étendue.

D'après vos explications verbales, il s'agit de *très nombreuses* petites brûlures *analogues* siégeant sur les doigts, la main, l'avant-bras et le pli du coude. S'il s'agissait d'une ou deux brûlures larges, étendues, il va de soi que celles-ci diminueraient avec « les progrès de la cicatrisation » auquel, cas, vous auriez à diminuer les prix des pansements, comme il est dit dans les *avis* et comme je le répète sans cesse. Ici, c'est un cas *spécial*. Les brûlures étant *nombreuses* et *analogues*, chacune diminue bien un peu, pour son compte, mais *le total de l'étendue à panser* reste le même puisque, jusqu'à la guérison de chacune, vous devez également les panser *toutes*, depuis les doigts jusqu'au coude. En ce cas spécial, votre action technique reste donc sensiblement *la même* presque jusqu'à la fin. Je donnerais donc à la Compagnie les explications ci-dessus et n'accepterais de diminution que pour les tout derniers pansements.

F. D.

III

Laryngotomie complexe.

Comme abonné ancien du *Concours*, je m'adresse à vous pour savoir comment établir une note d'honoraires pour accident du travail.

Il s'agit d'une blessure due à une pièce de machine à battre avec moteur.

Voici le cas :

Plaie par instrument tranchant de la région sus-hyoïdienne s'étendant de l'un à l'autre sterno-mastoïdien ayant intéressé :

La peau, la veine jugulaire externe gauche, les muscles sus-hyoïdiens et leurs aponévroses. Les replis glosso-épiglottiques. La muqueuse du pharynx.

Exactement au niveau de l'épiglotte conservée.

fracture de la grande corne gauche de l'hyoïde. La gorge se trouvait ainsi largement ouverte.

Intervention : Anesthésie générale au chloroforme par tampon dans la plaie.

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

Ligature de la veine jugulaire externe.

Suture des plans superficiels et profonds, reconstituant toute la région et hémostase.

Gastrostomie à la Souligoux.

La laryngotomie faite afin de pouvoir pratiquer la réparation de la gorge et d'empêcher l'asphyxie, l'épiglotte tombant naturellement sur le larynx dès qu'on lâchait la pince qui la tirait en avant.

La gastrotomie indispensable afin d'avoir uneasepsie suffisante du pharynx.

Intervention effectuée de jour à 18 kilomètres de ma résidence.

Quid des aides, s'il vous plaît ? un chloroformisateur et un aide direct.

D^r B.

Réponse.

La laryngotomie est tarifée 500 fr.

Ici, d'après vos explications, on peut considérer qu'il y a plus encore. D'autre part, aucune intervention n'est tarifée plus de 600 fr. dans le tarif Breton. Pour votre laryngotomie complexe, je vous conseillerais donc, avcec toutes explications fournies à l'assurance, de prendre ce maximum du tarif soit 600 fr. (ce qui ne fait en réalité, que 450 fr. pour votre catégorie)... et il est bien certain que ce n'est pas encore trop payé.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

Ponction suivie d'injection.

Je vous serais obligé de vouloir bien me renseigner sur les points suivants. J'ai un blessé de l'article 64 et pensionné à 95 % qui a un mal de Pott dorso-lombaire. Jusqu'à présent, ce malade n'avait pris que des médicaments d'ordre général, mais, il y a huit jours, j'ai été obligé de faire à la face externe de la cuisse une ponction du pus provenant du mal de Pott. Je lui ai fait une injection modificatrice.

Je serai certainement obligé de recommencer. J'ai bien vu le tarif de l'injection modificatrice, mais je n'y ai pas vu la ponction.

Dois-je la compter au tarif abcès profonds non viscéraux ou abcès superficiels.

D'autre part, dois-je prévenir la Commission de contrôle, car je ne sais pas si je ne serai obligé de le ponctionner plusieurs fois ?

Je vous serais très obligé de me renseigner, ne trouvant pas le tarif de cette intervention. D^r M.

Réponse.

1° Il me semble que vous pourriez compter « ponction d'abcès superficiel : 20 fr. + injection modificatrice = 40 fr. Je me base, pour cela, sur une *analogie* de tarif. La ponction de la vaginale

est tarifée 30 fr. et la ponction de la vaginale avec injection modificatrice est tarifée 60 fr. (voir art. 74). Il en serait de même avec cette manière de compter pour un abcès superficiel.

2° Si vous avez à pratiquer cette intervention plus de *cinq fois*, vous devez en prévenir la Commission de contrôle, suivant l'art. 18.

F. D.

La prophylaxie du cancer

Voudriez-vous prier les confrères compétents de répondre à la question suivante :

« A titre de prophylaxie anticancéreuse, il semble utile de faire absorber du cuivre.

Sous quelles formes et à quelles doses doit-il être prescrit ? » Dr M.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Circulaire relative à la réglementation des crèches.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, à MM. les préfets,

Paris, le 6 décembre 1923,

Monsieur le préfet,

Le *Journal officiel* du 21 novembre 1923 a publié le décret du 9 novembre 1923, modifiant deux articles du décret du 2 mai 1897, concernant les crèches, et l'arrêté du 10 novembre 1923 remplaçant celui du 20 décembre 1897 pour l'exécution dudit décret (1).

Les modifications apportées au décret ne portent que sur deux articles, le premier et le septième.

La nouvelle rédaction du premier précise que les crèches sont des établissements réservés aux seuls enfants bien portants, afin de bien indiquer aux parents que, sous aucun prétexte, il ne faut y conduire des enfants souffrants, même si la maladie ne s'est pas encore déclarée, ces derniers étant susceptibles de contaminer ceux qui sont sains. D'autre part, cette rédaction nouvelle, en supprimant la mention de l'école maternelle, régularise la jurisprudence coutumière, d'après laquelle, lorsqu'il existe, dans une même localité, une crèche et une école maternelle, les parents ont le choix, pour la garde journalière de leurs enfants, entre ces deux établissements dont l'usage est également facultatif ; il ne faut pas, en effet, interdire l'accès de la crèche à un enfant âgé de deux à trois ans lorsqu'il y a des raisons particulières pour l'y envoyer, de préférence à l'école maternelle, par exemple, à cause de l'éloignement de celle-ci ou des soins particuliers dont peut avoir besoin l'enfant, fût-il en bonne santé.

(1) Voir N° 50 page 3730.

La modification apportée à l'article 7, qui prévoit les conditions de réouverture d'une crèche fermée après épidémie, a pour but de permettre de subordonner sa réouverture à des garanties sérieuses dont la désinfection peut n'être qu'une partie.

L'arrêté du 10 novembre 1923 est destiné à remplacer celui du 20 décembre 1897 qui est abrogé. La refonte de ce texte a paru nécessitée par la multiplication des crèches depuis vingt-cinq ans, comme par les résultats de l'expérience et la constatation des progrès réalisés en puériculture. C'est pourquoi, les articles du nouveau règlement introduisent des prescriptions hygiéniques nouvelles ou plus précises que celles du décret de 1897, prescriptions dont les principales seront rappelées ci-dessous.

Je crois tout d'abord utile de reproduire les principes généraux qui ont été formulés par le conseil supérieur de la protection de l'enfance et qui doivent servir de guide aux fondateurs et aux administrateurs des crèches.

L'objet de la crèche est d'assurer à la mère la garde de son enfant pendant les heures de travail et d'éviter ainsi que les nécessités de la vie la forcent de se séparer de l'enfant, ce qui détendrait le lien maternel et risquerait de désorganiser la famille.

L'enfant est confié à la crèche pour y trouver les meilleures conditions d'hygiène et cela, sous le contrôle d'un comité de patronage et sous la surveillance du médecin.

La crèche n'est pas un dépôt offrant à la mère la possibilité de se débarrasser momentanément de son enfant pour avoir toute liberté d'allées et venues, mais bien un moyen pour elle de mettre l'enfant en sûreté et de le voir entouré de soins qui conviennent au premier âge, pendant le temps où elle est obligée de travailler au dehors.

Une crèche peut, toutefois, recevoir des enfants dont les mères travaillent à domicile, mais seulement dans le cas où les matières dont elles font usage dans leur profession pourraient être préjudiciables à la santé de l'enfant.

C'est, soit au conseil d'administration, soit au comité des dames patronnesses, soit au médecin, s'il a été investi d'une responsabilité administrative, qu'il appartient d'accepter ou de refuser l'enfant, suivant les résultats de l'enquête qui aura été faite sur les conditions de travail de la mère ; en cas d'acceptation, l'admission ne pourra être prononcée qu'après examen par le médecin de la crèche et en conformité de sa décision.

Au regard de la crèche, la mère n'est pas une simple assistée, mais bien une associée de l'œuvre qui reçoit son enfant. Ce principe entraîne comme conséquence la participation de la mère à la dépense journalière occasionnée par cet enfant, au moyen d'un versement quotidien. Cette

rétribution maternelle, qui est toujours modérée, est fixée par le comité d'administration ou de patronage, à un taux qui peut varier d'après les circonstances de lieu, de temps et d'après les charges de famille.

La gratuité complète ne peut être autorisée qu'en cas d'indigence notoire de la mère.

Il ne peut être dérogé à ce principe fondamental de l'institution qui consiste dans la participation de la mère aux dépenses de la crèche qu'au cas où la gratuité aurait été expressément stipulée, comme condition d'une donation ou d'un legs dont l'importance suffirait à couvrir la totalité de la dépense de la crèche.

La crèche doit être protégée contre toute promiscuité et tout contact du dehors qui pourrait compromettre l'hygiène ou troubler le service. Il convient donc d'entourer des précautions les plus minutieuses l'acceptation de concours bénévoles ou encore l'admission des stagiaires venant y chercher une formation professionnelle.

Le comité de la crèche ne doit donner ces autorisations qu'avec l'assentiment du médecin, qui devra prescrire les conditions dans lesquelles ces visites ou ces stages auront lieu.

La responsabilité de la tenue de la crèche repose sur la directrice ; son choix exige donc les plus sérieuses garanties. Cette directrice doit se conformer strictement aux prescriptions du médecin de la crèche pour les garanties et les mesures d'hygiène, et aux instructions du président ou de la présidente de la crèche pour l'administration proprement dite.

Ces principes trouvent leur application dans les articles du nouveau règlement.

On peut classer en quatre catégories les prescriptions nouvelles suivant qu'elles intéressent l'hygiène des locaux, l'hygiène des enfants, les garanties à exiger du personnel et les mesures administratives réglementaires.

I. — L'HYGIENE DES LOCAUX (art. 1 à 5).

Les mesures prescrites sont sensiblement les mêmes que celles de la réglementation de 1897, avec cette différence que le préfet qui pouvait autoriser la réduction du cube d'air réglementaire, n'a plus cette faculté. D'autre part, le nouveau réglement précise la distance minimum qui doit séparer les berceaux et la possibilité de surveiller de l'extérieur les enfants couchés. Le nouveau règlement prévoit en outre, la nécessité d'aménager un mode d'aération permanente.

II. — HYGIENE DES ENFANTS.

Les articles 5 à 12 édictent les mesures concernant l'hygiène personnelle des enfants. Comme innovation, on y trouvera l'interdiction des lits multiples, la séparation des enfants qui marchent de ceux qui ne marchent pas encore, l'existence d'une salle spéciale pour la balnéation, les pres-

criptions relatives aux tétines des enfants allaités au biberon.

Si le nouveau règlement est muet en ce qui concerne la prohibition du biberon à tube, c'est que la loi du 6 avril 1910 en a interdit formellement la vente.

Le rôle du médecin de la crèche est défini d'une manière explicite (art. 9 et 10) ; ses obligations sont précisées.

Le nouveau règlement va plus loin que celui de 1897 en ce qui touche la vaccination ; celle-ci doit être, dans tous les cas, préalable à l'admission.

L'article 11 impose des mesures d'isolement en ce qui concerne les enfants malades ou seulement suspects ; il édicte l'interdiction de laisser des animaux domestiques dans les bâtiments destinés aux crèches,. Il prévoit également les mesures à prendre pour protéger les jeunes enfants contre les mouches ; il interdit l'usage des sucettes ; le même article oblige à établir une séparation absolue entre le local de la crèche et les salles où ont lieu les consultations de nourrissons, aucune communication ne devant exister entre les locaux affectés à ces deux services.

III. — Personnel.

L'article 13 précise les garanties de compétence que doit présenter la directrice d'une crèche. L'article 14 révèle les mêmes préoccupations en ce qui touche les gardiennes et les berceuses. Le nouveau texte (art. 16) exige un minimum d'une berceuse pour 6 enfants de moins d'un an et d'une gardienne pour 12 enfants âgés de plus d'un an.

IV. — Mesures administratives.

Les articles 17, 18, 19 et 20 ont trait à l'administration de la crèche.

Les registres prévus par le règlement de 1897 sont maintenus ; le nouveau règlement stipule, en outre, l'obligation d'avoir, pour chaque enfant, une fiche individuelle sur laquelle sont groupées toutes les indications relatives à son état, à sa santé, à sa croissance.

Enfin, le nouveau texte mentionne expressément la contribution maternelle qui a été rappelée comme constituant l'un des principes généraux de l'organisation des crèches.

L'article 19 prévoit l'admission dans les locaux de la crèche d'auxiliaires bénévoles ou de stagiaires qui viennent s'initier à la pratique de la puériculture. Cette admission est subordonnée au consentement du comité et du médecin et à l'agrément du préfet.

L'article 20 dispose que tout règlement de crèche doit être communiqué au préfet du département. L'ancien règlement n'exigeait que la communication au maire de la commune.

Ainsi que vous le remarquerez, le règlement

nouveau, comme celui de 1897, indique les dispositions principales et essentielles d'un règlement intérieur type. Il est assez large pour ne pas entraver, par une réglementation trop étroite, les concours les plus variés et pour admettre les modalités les plus diverses. Les grandes lignes sont tracées sans que l'extrême diversité des œuvres soit contrariée, sans que le dévouement généreux mis au service de la première enfance y perde quoi que ce soit ; seul, l'intérêt de l'enfant confié à la crèche inspire une réglementation toute de prévoyance et de bonté.

Paul Strauss.

(*J. O.*, 11 décembre 1923.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Nomination d'un médecin du service auxiliaire comme aide-major.

6018. — M. Coyrard, sénateur, demande à M. le Ministre de la Guerre, si un médecin auxiliaire, docteur en médecine, classé service auxiliaire pour maladie contractée au front, peut être nommé médecin aide-major de complément sans avoir été, au préalable, classé service armé par une commission de réforme ou sans fournir un certificat de visite ou de contre-visite constatant son aptitude à faire campagne et, dans l'affirmative, quelle serait la date de sa nomination. (*Question du* 20 *novembre* 1923.)

Réponse. — En l'état actuel de la réglementation, rien ne s'oppose à ce qu'un médecin classé service auxiliaire, soit nommé aide-major de 2e classe de complément. La date de nomination à ce grade serait celle du décret prononçant sa nomination.

(*J. O.*, 8 décembre 1923.)

VARIÉTÉS

Laine ou poil ?

Histoire vraie

Godin, la nuit dernière, en hâte est appelé
Auprès d'une grand mère à l'oreille un peu dure.
La pauvre en son bas ventre endure la torture.
La main du guérisseur, à peine réveillé,
Parcourt dans tous les sens le val de l'abdomen,
Gagnant le blanc sommet d'un très vieux mont (Hymen
Alors, interrogeant de façon fort humaine :
— Voyons la grand-maman, vous avez mal à l'aine,
— De la laine ! indignée crie la vieille au trépas,
C'est du poil et du vrai, vous n'y voyez donc pas !

Blondeau.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3792-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

III

Renouvellement des abonnements

L'échéance de janvier étant l'une des plus importantes, nous prions nos lecteurs dont l'abonnement est expiré de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **25** fr., par versement à notre compte de chèques postaux : *Concours médical* PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

Ils éviteront ainsi les frais de recouvrement et faciliteront notre tâche.

IV

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'édition 1924 vient de paraître et l'envoi en a été fait aux souscripteurs qui doivent être à l'heure actuelle en possession de leur volume.

D'autre part ayant reçu un grand nombre de souscriptions tardives, nous avons été obligés, pour les satisfaire, de procéder à un tirage complémentaire, ce qui nous permettra de mettre encore quelques volumes à la disposition des lecteurs qui nous en manifesteront de suite leur désir en versant la somme de 15 francs à notre compte de chèques-postaux : *Concours médical*, Paris 167-95.

V

Les médecins qui seraient sollicités de s'installer à Montbron (Charente), ou dans la région, sont priés, dans leur intérêt, de se défier des dessous politiques et de s'adresser pour tous renseignements au Dr Viroulaud, secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux de la Charente, à Villebois-Lavalette.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 631. — Médecin pro-pharmacien, env. Paris, demande j. homme à demeure pr jardinage, nettoyage auto, pet. courses, etc.

N° 632. — A céder, meubles de cab. méd. bureau, bibliot., fauteuils, chaises, banquette speculum, chaise-longue, vitrine, lavabo à deux barillets à pédales, instr. Potain, thermocautère Pachon, forceps, etc., appareil de chauffage, su-pension pétrole, rideaux et portières de cabinet, rideaux de salon, etc.

N° 633. — Cure climatique, convalescents, surmenés, anémiques, régimes (ni contagieux, ni mentaux). Tout confort moderne. Vue adm. sur mer. 110 m. alt. Dr Daniel, Villa Florissant. Le Cannet de Cannes (Alpes Maritimes).

N° 634. — A vendre bascule médicale toute nikelée, force 150 kgr.

N° 635. — Excel. poste à céder, banlieue lyonnaise, 25 à 30.000, médecine seulement, on peut faire la pharm. pays riche et pittor. chasse et pêche, légère indem.

N° 636. — Membre du *Concours*, environs de Paris, recherche célib. muni de réf. pr jardinage et conduite auto.

AVIS

I

Les Bureaux du *Concours Médical* sont fermés par application de la « semaine anglaise » tous les Samedis, à partir de midi.

II

Nous tenons à prévenir nos Abonnés et nos Lecteurs que le Concours médical et ses filiales n'ont absolument rien de commun avec le *Centre Médical de Diagnostic et de Thérapeutique* qui est installé dans la cour de l'immeuble où se trouvent leurs propres bureaux.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale
La pension aux veuves.

Vous signalez dans votre rapport que la combinaison V, pensions aux veuves, ne se recrute que *péniblement en un mot qu'elle ne marche pas comme* on pouvait l'espérer. Laissez-moi vous dire que la cause en est que vous n'admettez pas de pension supérieure à 600 francs.

Si on pouvait assurer aux veuves 1.200 fr. ou 1.800 fr., vous auriez des adhérents, mais avec le chiffre actuel, c'est l'échec certain.

Dr B.

Réponse.

Ce que vous dites est un peu vrai et, moi aussi, j'ai constaté qu'on ne vient pas à la combinaison V parce qu'elle n'assure pas une pension suffisante. Mais V ne pourra donner une pension suffisante que quand on viendra à elle en nombre également suffisant.

Il est absolument impossible de donner 1.200 fr. s'il n'y a pas au moins cent membres, 1.800 fr. s'il n'y en a pas au moins 200. Le risque à courir serait trop grand et les sociétaires n'auraient aucune sécurité.

A ce sujet, je dois dire que j'ai reçu de pressantes demandes pour l'admission à V. d'un syndicat médical en bloc quel que soit l'âge, quelle que soit la santé des candidats. Evidemment ce serait le moyen d'augmenter tout d'un coup le nombre des membres d'une façon considérable — mais comment pourrions-nous nous charger d'un tel risque absolument en contradiction avec la science actuarielle ?

Nous cherchons, croyez-le bien, le moyen de galvaniser un peu le recrutement de V, mais nous nous heurtons toujours à cette question primor-

diale, le nombre. Sans le nombre, impossible de rien faire.

A cette impossibilité nos confrères répondront-ils toujours par ce desideratum, pension insuffisante ? C'est d'eux et d'eux seuls que dépend la solution de la question.

H. MIGNON.

Interruption de la prescription en matière d'honoraires accidents.

Je suis aux prises avec un patron et une assurance qui ne veulent pas me payer. Il s'agit de soins pour accident du travail à divers ouvriers d'un même patron. Le premier accident remonte au 7 janvier 1923. J'ai écrit au patron qui m'a renvoyé à sa compagnie, laquelle prétend m'avoir payé ; or, je n'ai rien reçu. J'ai écrit de nouveau au patron qui ne répond pas et le temps passe.

Je vous serai donc reconnaissant de vouloir bien m'indiquer comment je dois m'y prendre pour *faire interrompre la prescription annale*, vers laquelle la compagnie et le patron cherchent à m'attirer.

Dr D.

Réponse.

La prescription spéciale d'un an que la jurisprudence a reconnue applicable en matière d'honoraires accidents du travail, n'est interrompue que par la citation en justice ou la reconnaissance de la dette.

Vous n'avez donc pas d'autre moyen, si vous voulez éviter que cette prescription vous soit opposée, que de citer le patron (et non la Compagnie d'assurance, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit) devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Appareils à pulvériser la chaux dans la gorge.

Pourriez-vous me donner l'adresse des fabricants d'appareils à pulvériser de la chaux dans la gorge.

Dr FABRE,
Dompierre-sur-Besbre (Allier).

Compétence du tribunal de commerce en matière d'honoraires accidents.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me rappeler à quelle époque a paru dans vos colonnes (correspondance) un article ayant trait à une nouvelle jurisprudence consistant à attaquer directement au tribunal de commerce, une compagnie d'assurance mettant de la mauvaise foi à payer des honoraires médicaux. Un confrère avait essayé de cette méthode

et s'en était bien trouvé. Malgré mes recherches, je n'ai pu retrouver l'article en question.

Dr T.

Réponse.

Nous avons publié en 1918, page 235, diverses décisions de jurisprudence desquelles il résulte que, quand le médecin qui a soigné un blessé du travail a été choisi par le patron, c'est le droit commun qui est applicable et que, par suite, les tribunaux de droit commun sont compétents. (Cassation, Chambre Civile, 2 février 1915 ; Tribunal de commerce de Marseille, 29 mars 1916 et 26 janvier 1917).

Le Tribunal de commerce peut donc être saisi, en cette matière, lorsque le patron a choisi lui-même le médecin et lorsqu'il est commerçant. On pourrait également, et quelle que soit la profession du patron, saisir le tribunal civil, si la note dépasse 600 fr. et le juge de paix de son domicile, dans le cas contraire

Mais c'est, bien entendu, le patron qu'il faut citer, et non la Compagnie d'assurances, avec laquelle le médecin n'a pas de lien de droit.

Assurance des métayers contre les accidents.

En ma qualité d'adhérent au « Sou Médical » et abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant si vous vouliez bien me fournir les renseignements suivants :

Un propriétaire doit-il contracter une assurance pour assurer ses métayers ? Ici on donne la propriété à cultiver à moitié (pertes ou bénéfices). Le métayer est logé sur la propriété qu'il cultive avec sa famille; habituellement à la fin de l'année, on partage la récolte ou on la vend et le produit est partagé en deux parts. Le propriétaire doit-il assurer le métayer et sa famille ? Ce dernier prend souvent des gens pour l'aider à l'époque des grands travaux (vendanges, fenaisons, etc.), le propriétaire doit-il aussi contracter une assurance pour toutes les personnes que le métayer peut employer ?

Dr H.

Réponse.

Aux termes de l'article 6 de la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles, si le propriétaire n'exploite pas lui-même, le fermier, le métayer ou tout autre exploitant est seul responsable des indemnités vis-à-vis des victimes d'accidents ou de leurs ayants droit.

S'il n'y a pas eu assurance, le métayer ou la Caisse Nationale des retraites pour la vieillesse a un recours contre le propriétaire jusqu'à concurrence de la moitié des indemnités, nonobstant toutes conventions contraires.

Ce recours ne pourra être exercé lorsque le métayer aura été dûment assuré contre l'intégra-

lité du risque, soit par lui-même, soit par les soins du bailleur, qui, nonobstant toute convention contraire, devra supporter ln moitié au moins de la charge de la prime d'assurances.

Aucun recours ne peut être exercé contre le propriétaire, si le risque ayant été assuré comme il est dit ci-dessus, le métayer s'est adjoint des ouvriers supplémentaires non assurés, sans que le propriétaire ait été prévenu par lettre recommandée expédiée huit jours avant par le métayer.

Il est donc évident, étant données ces dispositions, que le propriétaire, s'il n'y est pas légalement contraint, a grand intérêt à contracter une assurance pour lui et pour son métayer.

La loi permet aux exploitants, qu'ils soient assujettis ou non, de contracter une assurance en se plaçant eux-mêmes ainsi que les membres de leur famille, sous le bénéfice de la législation sur les accidents du travail. L'adhésion à cette législation rend obligatoire l'assurance du risque.

Préparation du savon dentifrice.

Le *Concours Médical* du 4-XI-23, p 3380-LII, donne une recette excellente de dentifrices ; mais il ne nous avertit pas d'un fait que m'a révélé mon pharmacien.

En ce qui concerne le savon dentifrice (p. 3379), si on le prépare à froid, on obtient un tube de x grammes, et si on le prépare à *chaud*, on obtient environ huit tubes de x grammes. C'est à considérer ! D'autant plus que le savon fait à chaud, du même prix, ou presque, que l'autre, est plus onctueux que le savon préparé à froid.

Ce petit détail de « tour de main » sera peut-être agréable aux lecteurs économes.

Dr E. Forgues.
Kairouan (Tunisie).

Naturalisation.

Ceci est absolument en dehors de la médecine, mais vous avez au « Sou » des juristes qui connaissent les lois et j'espère qu'il s voudront bien mettre leur science à ma disposition.

Voilà de quoi il s'agit :

Un jeune homme de 26 ans, habitant la France depuis plus de 2 ans, mais de nationalité étrangère, épouse une Française, il est établi à demeure en France où il a tous ses intérêts et sa situation définitive, il voudrait, bien entendu, se faire naturaliser Français. J'ai entendu dire qu'un étranger qui était depuis un an en France et qui se mariait avec une Française pouvait se faire naturaliser au bout d'un an. Mais un jeune homme de 26 ans serait obligé de faire son service militaire et cela serait une grande gêne pour lui. Bien entendu, en cas de guerre, il partirait avec sa classe pour défendre sa nouvelle patrie,

mais il ne voudrait pas perdre 18 mois à faire le service du temps de paix, A quel âge peut-il se faire naturaliser sans crainte d'être appelé pour un service de temps de paix ?

C'est cela que je voudrais savoir. De plus, quand il se fait naturaliser et devient Français, peut-il ajouter à son nom le nom de sa femme pour que ses enfants portent le nom de leurs grands-parents ?

Dr B.

Réponse.

L'étranger qui a épousé une Française bénéficie d'une réduction du stage de domiciliation en France nécessaire pour obtenir la naturalisation. Ce stage est réduit de 3 ans à un an, que le mariage ait eu lieu avant ou après l'admission à domicile par le Gouvernement.

L'article 13 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée dispose que les naturalisés sont portés sur le tableau de recensement de la première classe formée après leur changement de nationalité et sont incorporés en même temps que cette classe. Ils sont tenus d'accomplir le même temps de service actif sans que cette obligation ait pour effet de les maintenir sous les drapeaux, en règle générale, au delà de leur trentième année révolue ; ils suivent ensuite le sort de leur classe d'âge.

Le jeune homme dont il s'agit, ayant 26 ans, devrait donc effectuer son service militaire dans l'armée active s'il était naturalisé actuellement.

Il est admis par les usages du commerce que le mari commerçant peut ajouter à son nom celui de sa femme, mais cet emploi n'a aucune valeur au point de vue de l'état civil et ne confère pas aux enfants le droit de porter légalement le nom composé.

Il faudrait faire modifier le nom, ce qui exige des formalités assez compliquées et, naturellement, des frais.

Point de départ de la prorogation de bail.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je vous serais reconnaissant si vous pouviez me faire donner par quelqu'un de compétent le renseignement suivant :

Au mois de mars 1908, j'ai loué une maison avec un bail de 3-6-9.

En mars 1914, je commençais donc ma troisième période de bail à trois années. Survient la guerre, à laquelle je partis. Voulant profiter de la loi d'octobre 1919 sur les loyers de mobilisés, j'ai fait savoir, par ministère d'huissier, à mes propriétaires (ils sont 4) que j'entendais profiter des avantages que me conférait la loi.

Du fait de cette signification à mes propriétaires, mon bail finit-il de droit en octobre 1924, où dois-je considérer qu'à cette date, mon bail de 3 années

qui me restait à faire et dont 5 mois seulement avaient couru en août 1914, continue pour une durée de 2 ans et 7 mois ?

Dr P.

Réponse.

Comme la dernière période de votre bail a pris fin au cours des hostilités, vous étiez, au moment où vous avez notifié à vos propriétaires votre intention de bénéficier de la prorogation professionnelle, sous le régime des locations verbales.

Si la notification a été faite antérieurement au 24 octobre 1919, c'est de cette dernière date que court la prorogation de 5 ans et 83 jours, à laquelle vous avez droit.

Si, au contraire, elle n'a été faite que postérieurement au 24 octobre 1919, la prorogation a commencé à courir le premier jour du terme qui a suivi la notification.

Cette prorogation doit être prolongée, dans l'un et l'autre cas, d'un délai suffisant pour achever le terme d'usage, mais elle n'est pas suivie du temps restant à courir sur votre bail au 1er août 1914.

Base de la pension militaire.

Je vous serais obligé de vouloir bien me donner par la voie du *Concours* le renseignement suivant qui m'est nécessaire pour le réglement d'une pension définitive.

Suis-je lieutenant du 1er ou du 2e échelon ?

Ma pension temporaire no 1, en 1919, a été liquidée au 1er échelon ; une deuxième en 1920 et les suivantes furent du 2e échelon, le ministère des finances m'envoie un carnet de pension définitive au 1er échelon.

Bien entendu, au lieu de vous déranger j'ai écrit à la direction du S. S. de la IXe région d'où on me répond : « N'étant plus en possession d'aucune pièce vous concernant, il m'est impossible de vous faire parvenir le renseignement demandé ». Et me voilà servi *it is not* ?

Notez que je joignais à ma demande les tuyaux suivants :

Classe 1893. Aide-major de 1900. 7 mois de campagne (armée Maunoury avec le 67e la fin finale) ; hors cadres pour maladie par décret du 14 septembre 1915.

Rayé des cadres par C. R. novembre 1918 mais *pas réformé* !

Je ne tiens nullement au cadeau de l'Intendance, mais ne voudrais pas être victime de ses sautes de vent.

Dr Z.

Réponse.

Votre pension doit être réglée sur le taux du grade (1er échelon de lieutenant ou deuxième

échelon de lieutenant) que vous possédiez au moment de votre premier passage devant une commission de réforme pour faire constater l'infirmité en cause ; et cela, même si ultérieurement vous êtes passé à un grade supérieur, à la condition que, dès lors, vous n'ayez plus fait de service effectif, susceptible d'aggraver à son tour l'infirmité.

Il faut quatre années de *services effectifs* pour passer d'un échelon à l'échelon supérieur.

G. F.

Situation militaire.

Fidèle abonné du *Concours Médical* je viens vous demander votre avis sur la question suivante :

Classe 1900, père de 4 enfants, *suis-je encore mobilisable ?*

Quelles formalités ai-je à remplir pour faire changer mon affectation en cas de mobilisation, si mobilisable ?

Dr T.

Réponse.

La classe 1900 n'est pas encore dégagée de toute obligation militaire ; d'autre part, les majorations de classe pour enfants que vous pourriez obtenir (art. 58 de la loi nouvelle sur le recrutement) n'auraient pour effet que de vous affecter aussitôt à la dernière classe de la deuxième réserve pour y attendre d'être rejoint par les hommes de la classe 1900. Pour un officier, d'ailleurs, ces majorations n'offrent pas grand intérêt pratique.

Bref, vous êtes encore mobilisable.

Pour obtenir un changement d'affectation en cas de mobilisation, il faut vous adresser au directeur du service de santé de votre région.

G. F.

Principe d'appréciation d'infirmité de guerre

J'ai recours à votre obligeance peut m'éclairer sur une question qui peut intéresser beaucoup de confrères :

J'ai été désigné comme expert par le Tribunal des Pensions pour fixer le degré d'*invalidité physiologique* d'un mutilé.

Ce terme est peut-être consacré par la loi, mais je l'ignore. En tout cas il me paraît impropre, car toute invalidité me semble — par définition — être pathologique.

Au reste, comment apprécier une invalidité, même si on la qualifie de physiologique, sans se baser sur la capacité de travail du malade ?

C'est pourtant ce que conteste le tribunal, qui, dans son jugement, a déclaré que j'avais outrepassé

(*Voir la suite page XXXVII-3841*)

PROPOS DU JOUR

A propos de l'Assemblée Générale de l'Union des Syndicats médicaux de France. — La réunion des secrétaires des Commissions de contrôle.

Ceux qui ont, comme nous, pris part sans interruption pendant trente ans au développement et à l'organisation du syndicalisme médical (et ils ne sont plus nombreux), peuvent, avec quelque fierté, jeter un coup d'œil en arrière et juger du chemin parcouru.

Lorsqu'il y a trente ans, nous fûmes, à notre corps défendant, intronisé, sans la moindre compétence, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, cette association comptait tout au plus 2.000 cotisants, et son budget annuel se balançait par un déficit de 500 francs. En quelques heures, 25 ou 30 délégués (la moitié au moins parisiens) liquidaient l'Assemblée générale.

Seize ans plus tard, quand nous quittâmes le secrétariat de l'Union, elle comptait 8.000 adhérents environ et son budget atteignait 20.000 francs. Il restait alors en dehors de l'Union un nombre appréciable de syndicats ou pseudo-syndicats, tels que ceux de la Fédération du Nord, qui avouaient ne pouvoir verser en adhérant à notre Fédération une cotisation plus élevée que 0 fr. 50 par membre, alors que nos statuts exigeaient très modestement 2 francs.

Aujourd'hui, les efforts ininterrompus des dirigeants du syndicalisme ont porté leurs fruits. L'Union compte près de 16.000 adhérents. Son budget approche du demi-million. Son Assemblée générale a duré cinq jours et occupé dix séances, si nous y comprenons les deux séances de la conférence des secrétaires des commissions départementales de contrôle pour les soins aux pensionnés de guerre, qui ne furent pas les moins intéressantes. La presque totalité des syndicats est représentée. L'ordre du jour y est épuisé. Les questions dont l'importance professionnelle et souvent sociale, n'est guère discutable, sont l'objet d'exposés lumineux et de rapports très étudiés. La discussion, parfois passionnée, est toujours courtoise et se déroule avec ordre. Les orateurs, dûment mandatés par les syndicats qu'ils représentent, ont médité sur les solutions ; les objections qu'ils font ou les approbations qu'ils donnent, démontrent l'étude préalable qu'ils ont faite de chaque question.

Il n'est pas douteux que ces progrès et cette belle organisation de l'Union des Syndicats médicaux de France tiennent surtout à la mentalité nouvelle que les circonstances économiques et sociales d'après guerre ont fait naître chez les médecins praticiens. Le corps médical de 1923 n'est plus celui de 1913. Mais pour faire agir cet organisme, pour coordonner ces efforts, pour diriger ces forces vers un but, il fallait un homme d'action, un animateur, un cerveau puissant et bien équilibré, l'Union l'a rencontré dans son secrétaire général, Lafontaine.

Lafontaine qui, en se soumettant à la rigueur des statuts, quitte le secrétariat de l'Union au moment où sa popularité est à son apogée, a fait faire un pas de géant au syndicalisme médical. Sans doute les principes de notre syndicalisme : libre choix du médecin, payement des honoraires à la visite, respect du secret professionnel, avaient été depuis de longues années adoptés. Sans doute, depuis de longues années des contrats collectifs, avec et sans tiers payants, avaient été signés par les syndicats et il nous serait facile d'en citer plus d'un dans notre histoire syndicale. Sans doute, nos syndicats s'étaient, dès leur origine, occupés de médecine sociale et en avaient étudié l'organisation ; des commissions mixtes d'études et d'arbitrage avaient été fondées et avaient donné des résultats appréciables. Mais tous ces faits épars, sans liens entre eux, avaient végété sur place et sans vigueur. A Lafontaine revient l'honneur d'avoir méthodiquement groupé, développé, organisé, animé les conceptions de ceux qui peuvent revendiquer le titre, certes honorable de précurseurs.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici un compte rendu même sommaire des Assemblées de l'Union des Syndicats médicaux, nous nous bornerons à donner nos impressions sur la conférence des secrétaires des commissions départementales de contrôle des soins aux pensionnés de guerre.

Cette conférence a montré avec quel succès a été réalisée l'organisation des soins telle que l'a comprise Lafontaine. Ce succès est indiscutable ; les résultats qui ont été signalés, sont d'une importance capitale et, si nous donnons à

cette conférence une place à part et prépondérante dans les grandes assises de décembre 1923, c'est que, pour ceux qui savent voir et qui réfléchissent, l'application de l'article 64 de la loi des pensions, telle qu'elle a été conçue par Lafontaine et qu'elle a été réalisée dans toute la France, est une véritable révolution et constitue la victoire la plus éclatante de notre syndicalisme, celle dont la portée dans l'avenir peut être incalculable.

***

Le Président de l'Union, Legras, avait tenu à présider la conférence ; Lafontaine et Lenglet, secrétaire de la Commission supérieure, dirigeaient la discussion. 70 départements étaient représentés. 70 secrétaires médecins avaient répondu au questionnaire détaillé, qui permettait de juger de l'organisation et du fonctionnement des commissions. Tout d'abord, nous fûmes frappé des personnalités qui avaient accepté la charge délicate et onéreuse de secrétaire des commissions ; ce n'étaient pas des jeunes gens inexpérimentés, ou des hommes à la retraite, occupant ainsi leurs loisirs. Presque tous, peut-être tous, étaient les chefs de nos groupements professionnels, ceux qui jouissaient dans leur région de la confiance et du respect de leurs confrères. Nous ne pouvons les citer au complet, Voici quelques noms au hasard que nos lecteurs connaissent certainement : Lefèvre, du Cher ; Bolliet, du Rhône ; Renon, des Deux-Sèvres ; Chauvet, de la Loire-Inférieure ; Pathé, de l'Ile-et-Vilaine ; Dorel, de la Haute-Loire ; Layral, de la Loire ; Cullerre, de la Vendée ; Gruzu, des Alpes-Martitimes ; Quidet et Coldefy, de Paris, etc., etc., tous des vétérans du syndicalisme, tous profondément convaincus de l'importance de leur tâche et de l'utilité de leur mission.

Lafontaine fit remarquer d'abord aux secrétaires réunis que l'adoption du libre choix du médecin par le malade avait rendu impossible le contrôle de l'Etat et du patron. Ce contrôle ne pouvait réellement être efficace que si le médecin traitant était un fonctionnaire ou un employé du patron. Comme un contrôle a été reconnu par tous indispensable, il fallait que ce contrôle fût entre les mains des intéressés : Etat, médecins et pharmaciens, bénéficiaires de l'article 64 dans le cas présent. Les médecins de la Commission de contrôle, techniciens compétents, sont par la force des choses le chef de voûte de la commission elle-même. Le contrôle bien compris ne doit pas être un instrument fait pour contrarier ni pour brimer le médecin traitant, c'est simplement un indicateur destiné à montrer le point où il doit arrêter ses interventions pour ne pas les faire dégénérer en abus. Si certaines interventions doivent être signalées dès leur application à la commission de contrôle, dit Lafontaine, c'est pour obtenir d'elle un avis et non une autorisation. Il faut que les commissions soient bien pénétrées de cette idée qu'elles ne doivent en rien gêner la liberté du médecin praticien consciencieux au cours du traitement.

Le secrétaire de la commission supérieure, Lenglet, a fait remarquer que les commissions départementales ne sont pas des conseils consultatifs mais des tribunaux de première instance et que la commission supérieure, primitivement un tribunal d'appel, a vu sa compétence étendue par le ministre qui en a fait en outre une commission consultative. Ces organismes entièrement nouveaux ne pouvaient fonctionner dès le début sans difficultés et, à la demande du ministre, la commission supérieure a dû étudier avec minutie les détails de la procédure des commissions départementales et d'elle-même, procédure qui sera, vraisemblablement rendue légale avant peu par un nouveau décret.

Des rapports des secrétaires et de leur explications orales, il résulte que sauf dans le département de la Seine, la constitution des commissions s'est faite sans difficulté. Cependant dans l'Indre-et-Loire, un conflit entre le Préfet et les bénéficiaires a empêché ces derniers de répondre à l'appel de l'administration.

Les secrétaires ont tous beaucoup travaillé ; l'administration s'est parfois montrée négligente, elle a souvent comme excuse une insuffisance de personnel. En général le secrétariat a un budget insuffisant. Le bureau administratif dans certains départements n'existe pas malgré une circulaire impérative aux préfets du ministre qui insiste pour que le personnel nécessaire soit mis à la disposition des commissions. Il est survenu dans certains départements que le personnel administratif a été composé d'auxiliaires très peu payés et souvent insuffisants. Il est même arrivé à certains secrétaires d'abandonner leurs indemnités au personnel pour assurer le bon fonctionnement de leur bureau.

Les indemnités accordées aux secrétaires seraient des plus variables ; elles oscilleraient entre 1.200 francs et 6.000 francs. Dans cer-

tains départements, le secrétaire toucherait un jeton de présence de 50 francs. Tout cela paraît être laissé à la discrétion des préfets.

Le contrôle des frais pharmaceutiques présente parfois des difficultés ; il faut que les sous-commissions fonctionnent, surtout en ce qui concerne les frais pharmaceutiques, et que dans ce dernier cas, il y ait un contrôleur pharmacien ; le travail de ce contrôleur étant très important, il conviendrait qu'il fût convenablement indemnisé.

Un certain nombre de secrétaires signalent un fait regrettable. Dans quelques départements, les représentants des bénéficiaires sont des fonctionnaires et de petits fonctionnaires. Réglementairement les fonctionnaires membres de la commission (à notre avis ceux-là seuls qui représentent l'Etat) n'ont pas droit à l'indemnité de cinq francs par heure, attribuée aux membres de la commission. Il n'est pas juste de ne pas indemniser les représentants des bénéficiaires fonctionnaires, surtout quand la commission se réunit en dehors de leurs heures de bureau.

Le contrôle a pu en général s'effectuer convenablement ; il n'a pas rencontré de difficultés d'ordre extra-médical. A Paris, on signale d'assez fréquentes erreurs d'adresse et les protestations des intéressés qui se plaignent de perdre leur journée sans être indemnisés pour répondre aux convocations. A Paris, la troisième commission a dû faire, dans un cas, procéder à une enquête par un médecin de ses membres et demander des poursuites judiciaires qui suivent leurs cours.

Dans l'Hérault, des ingérences politiques ont cherché à entraver des poursuites reconnues nécessaires.

Beaucoup de secrétaires se plaignent du retard de l'envoi des notes des médecins et réclament des sanctions contre les retardataires.

Il y a parfois quelques négligences et retards excessifs dans le remplacement des carnets épuisés, notamment dans la Seine où il est arrivé qu'un bénéficiaire ait pu se procurer à la fois trois carnets.

Les secrétaires demandent que les médecins traitants n'oublient pas de leur envoyer le premier bulletin de tout malade dont l'état peut faire présumer la nécessité d'un nombre notable de visites et, pour les maladies chroniques, l'envoi périodique, trimestriel par exemple, d'un bulletin. L'oubli systématique de l'envoi de ce premier bulletin indispose à juste titre les commissions, qui croient que les médecins négligents cherchent à éluder toute possibilité de contrôle. En général, la réputation des médecins auprès de leurs confrères, les moyennes trop élevées de visites se répétant régulièrement dans les notes de certains médecins, attirent l'attention et déclanchent le contrôle.

Les secrétaires sont unanimes à réclamer la rédaction d'un petit guide permettant de les éclairer d'une façon précise sur les attributions et le fonctionnement des commissions.

Les résultats obtenus par le contrôle sont très satisfaisants. Partout les frais médicaux et pharmaceutiques ont notablement diminué. Dans certain canton du centre où des abus scandaleux s'étaient produits avec de nombreuses complicités de tous les ordres, la diminution aurait atteint quatre cinquièmes.

L'on voit de quelle utilité sont les commissions de contrôle, combien les syndicats médicaux ont contribué à les faire naître, à les organiser et à les faire utilement fonctionner.

A notre avis, c'est la généralisation de ce système qu'il convient de poursuivre partout où le médecin traitant se trouve en face d'une collectivité intéressée. Les sanctions d'un Conseil de l'Ordre des médecins seraient toujours suspectes au public, les décisions de commissions bi ou tripartites où tous les intéressés seraient représentés, donneraient d'indiscutables garanties d'indépendance et d'équité.

***

Le bureau de l'Union des Syndicats médicaux est ainsi constitué. Decourt, de Seine-et-Marne, président ; Lefèvre, du Cher, et Michon, de Lyon, vice-présidents ; Quivy, secrétaire général ; Rinuy, secrétaire général adjoint ; Lenglet, archiviste ; J. Bongrand, trésorier.

Le passé des nouveaux élus et les sentiments cordiaux qui nous lient à eux nous font applaudir sans réserves a choix qui a été fait ; nous ne doutons pas qu'ils sauront continuer l'œuvre du président Legras et du secrétaire général Lafontaine que nous ne voyons pas néanmoins s'effacer sans regrets.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES ANGINES PHLEGMONEUSES

Dr P. Truffert,

Chef de Clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Paris.

La notion d'angine phlegmoneuse, classique depuis longtemps, groupe sous une dénomination unique des faits essentiellement différents :

1° *Des suppurations* qui se localisent dans des cryptes amygdaliennes ou au voisinage immédiat de l'amygdale ; ce sont des *abcès* et non pas des phlegmons puisqu'ils se développent en dehors de tissu cellulaire. Ils peuvent se rapprocher des angines ;

2° *Des phlegmons* qui se développent dans le tissu cellulaire vélo-palatin et dans lesquels l'infection amygdalienne est inconstante et n'existe qu'au titre étiologique, comme cause occasionnelle du phlegmon vélo-palatin.

Cette différenciation est d'un intérêt capital pour la pratique. En effet, à chacune de ces variétés répond un type clinique différencié comportant avec lui son pronostic propre et son traitement spécial.

La confusion primitive vient de ce fait, que l'on a classé sous le nom de mal de gorge toutes les inflammations de l'isthme du gosier et que l'amygdale étant le siège le plus fréquent de ces inflammations, l'identité entre le mal de gorge et l'angine s'est presque imposée d'elle-même.

I. — L'abcès amygdalien.

L'abcès amygdalien est le propre des amygdales cryptiques qui se présentent à l'examen sous l'aspect de véritables éponges plus ou moins volumineuses, mais où les nombreux orifices cryptiques s'offrent d'eux-mêmes au simple examen ou laissent pénétrer, dans l'amygdale, l'extrémité d'un stylet. C'est donc la nature même de l'amygdale beaucoup plus que son volume qui crée une prédisposition aux abcès intra-amygdaliens.

Ceux-ci se présentent pratiquement sous l'aspect d'une véritable angine unilatérale. L'amygdale est rouge, augmentée de volume, douloureuse à la pression. Dans certains cas, cette simple pression suffit à évacuer les débris caséeux qui encombrent les cryptes, voire même à évacuer celui de ces amas qui s'est abcédé.

Le pus, s'il n'est évacué lors d'un examen, s'évacuera spontanément, soit au cours d'un mouvement de déglutition, soit au cours d'une nausée. Cette évacuation sera immédiatement suivie d'une sédation totale de tous les symptômes fonctionnels et généraux. Le malade sera guéri.

Dans certains cas, la collection s'évacue incomplètement, mais elle se refroidie ; le débris caséeux se concrète, pouvant aboutir à la formation d'un véritable calcul amygdalien. Dans d'autres cas, la collection refroidie s'enkyste et il n'est pas rare, au cours des amygdalotomies, de trouver des collections enkystées depuis longtemps.

La fréquence avec laquelle cette amygdalite se localise à une seule amygdale, jointe au caractère itératif de cette affection, due à la morphologie de l'amygdale, permet d'éliminer les angines rouges et les angines pseudo-membraneuses, dans lesquelles l'atteinte simultanée des deux amygdales palatines est de règle.

Encore que, cependant, l'infection chronique de ces amygdales cryptiques crée une disposition toute naturelle à la localisation à leur niveau de toutes les infections.

Quant au diagnostic avec l'angine cryptique, il ne se pose même pas puisque l'abcès intra-amygdalien n'en est qu'un stade évolutif plus accentué.

Le traitement est simple : immédiatement, évacuer les cryptes, soit par simple pression instrumentale ou digitale ; c'est le « torchage » de l'amygdale de « Labernardie ».

Cette manœuvre sera complétée par une désinfection bucco-pharyngée légère : soit *attouchements avec des collutoires tièdes, mais non caustiques*, soit lavages au bock ou gargarismes avec de l'eau oxygénée ou solution de chlorate de potasse.

Mais ce qui est important, c'est de prévenir le retour de ces infections. Pour arriver à ce résultat, il faut de toute nécessité modifier l'aspect morphologique de l'amygdale.

De là, sont nées la *discision amygdalienne* et la *galvano-cautérisation* des orifices cryptiques.

Mais, ce sont là de petits moyens qui n'amènent, en général, que des sédations temporaires, toute crypte qui échappe à la discision ou à la cautérisation pouvant devenir le siège d'une nouvelle suppuration.

C'est pourquoi, le meilleur traitement consiste

soit en la réduction des amygdales : *amygdalotomie* ; soit, dans leur énucléation très large : *amygdalotomie à maxima de Mouret et Cazejust* ; voire même chez des adultes leur énucléation chirurgicale totale : *amygdalectomie.*

II. — Les abcès péri-amygdaliens.

Ces mêmes amygdales cryptiques, en dehors des périodes d'infection aiguë, sont le siège d'infections chroniques.

Celles-ci provoquent des adhérences entre l'amygdale palatine et celle des parois de sa loge dont elle est normalement séparée par un espace libre : c'est-à-dire le pilier antérieur.

En effet, l'amygdale palatine est plaquée par sa muqueuse de recouvrement sur le pilier postérieur du voile. Au contraire, cette muqueuse s'invagine jusqu'au fond de la loge amygdalienne pour former entre l'amygdale et le pilier antérieur un sillon profond qui apparaît nettement libre quand on soulève légèrement le pilier.

C'est entre les deux versants de ce sillon que des adhérences inflammatoires s'établissent fréquemment, constituant un cloisonnement.

Chacune des loges ainsi formée peut être le siège d'une infection : soit qu'une crypte voisin y déverse son contenu septique, soit qu'un corps étranger s'y introduise et s'y enchatonne. L'abcès qui en résulte évolue entre le bord antérieur de l'amygdale et le pilier antérieur.

Celui-ci bombe et c'est à ce niveau que, lors de l'examen, on notera non seulement la voussure, mais surtout le point de douleur exquise qui situe la collection.

Le diagnostic s'impose à un examen attentif ; le traitement en découle de lui-même. Il suffit pour évacuer cette collection de rendre au pilier antérieur sa liberté normale en passant derrière lui un crochet ou une faux.

Mais là encore, l'infection préexistante de l'amygdale pose, comme dans le cas précédent, à titre de traitement préventif contre le retour de ces infections, la question de la conduite à tenir vis-à-vis des amygdales infectées.

III. — Les phlegmons du voile du palais.

Dans cette variété de suppuration péri-amygdalienne, l'infection prend un type particulièrement grave et revêt l'aspect d'un véritable phlegmon comportant un pronostic sévère et réclamant une thérapeutique précise.

Il est classique de considérer ce phlegmon vélo-palatin comme la propagation d'une infection amygdalienne. Cependant, ils avaient depuis longtemps attiré l'attention:

1° Le caractère itératif de ces phlegmons chez un même individu ;

2° Sa bilatéralité fréquente, sinon simultanée, du moins successive.

C'est qu'en effet, le phlegmon du voile du palais nécessite pour sa production une disposition anatomique spéciale.

L'amygdale palatine n'occupe pas toute la hauteur de sa loge ; elle en laisse libre le sommet : *fossette sus-amygdalienne.* Au fond de cette fossette existe, *dans certains cas*, un orifice donnant accès dans un recessus souvent profond et qui s'étend dans le voile du palais. Ce recessus palatin signalé par Killiam est, ainsi que l'a montré Charpy, le vestige d'une fente branchiale interne : c'est une *fistule congénitale, borgne interne.*

Autour des berges de cette fistule (vestige des deuxième ou troisième fentes), peut se faire une infiltration lymphoïde, tout comme on en voit autour de l'orifice tubaire : vestige de la première fente ; mais, il n'en reste pas moins que le *recessus palatin est une disposition nécessaire à la production des phlegmons vélo-palatins.*

Ce recessus s'étendant dans l'épaisseur du voile, entre l'insertion du pilier antérieur et la face antérieure du pilier postérieur, est situé dans un tissu cellulaire lâche, riche, qui est un terrain très propice au développement des infections phlegmoneuses.

En effet, tout le monde connaît ces gros œdèmes inflammatoires, aigus, qui font bomber le voile, qui s'accompagnent d'un état général grave et de signes fonctionnels intenses ; mais tout le monde sait également la difficulté où l'on est d'assurer l'évacuation du pus par une incision chirurgicale, alors que dans certains cas, l'état d'infection profonde et grave, les menace d'extension en dehors, vers le cou, en bas surtout, vers le larynx, font souhaiter une évacuation rapide de la collection.

Le diagnostic du phlegmon vélo-palatin s'impose, en général, et s'il faut toujours penser à la possibilité d'une gomme qui peut s'accompagner de signes fonctionnels intenses, le vrai diagnostic, quelquefois difficile à poser, est avec un *phlegmon latéro-pharyngien* refoulant la paroi.

Cependant, dans ce dernier cas, l'amygdale et la paroi pharyngée sont refoulées en masse et il existe, derrière le pilier postérieur, une voussure au niveau de laquelle le doigt peut sentir battre la carotide interne refoulée par la collection périphérique.

Le traitement de ce phlegmon vélo-palatin consiste en l'évacuation de la collection. Mais où chercher le pus ?

Lemaitre, de Limoges, avait préconisé une incision portant en plein voile et qui menait souvent, mais non certainement, sur la collection.

M. Escat insiste sur la recherche du point de douleur maxima ; recherche qui, en même temps, a une grosse valeur diagnostique. M. Sébileau insiste sur la recherche de la fluctuation et conseille de *localiser avec précision la collection à l'aide d'une ponction exploratrice.*

Mais de la pathogénie même de ce phlegmon nous paraît découler la voie d'abord la plus certaine. En effet, la voie de l'infection est, avons-nous dit, le recessus palatin. C'est donc au niveau de ce recessus, qu'il faut essayer de l'ouvrir ; que l'on sectionne, à l'aide d'un bistouri, l'insertion vélo-palatine du pilier antérieur, où, plus sûrement, que l'on dilate ce recessus à l'aide d'une pince de M. Lubet-Barbon suivant le procédé de Killiam repris depuis par Constantin Dodine, Meyer et de nombreux auteurs.

Cette manœuvre, d'exécution facile, nécessite un bon éclairage. Le malade étant assis, un aide lui maintient la tête en telle direction que précise l'opérateur. Celui-ci déprime fortement la base de la langue (ce qui détermine une contraction du voile), et introduit l'extrémité effilée de la pince de M. Lubet-Barbon dans la fossette sus-amygdalienne. Il suffit alors d'en écarter légèrement les mors pour voir la collection s'évacuer *complètement* et le plus souvent définitivement. En effet, les reprises de l'infection, quel qu'en ait été le mode d'évacuation, ne sont pas exceptionnelles.

Ce traitement, s'il pare aux accidents immédiats, ne met pas à l'abri des récidives toujours possibles. C'est pourquoi il faut ultérieurement adjoindre un traitement curatif.

L'ablation des amygdales préconisée par Ricardo-Botey (de Barcelone) diminue les chances de l'infection.

Mais le seul traitement, celui dont sont justiciables toutes les fistules congénitales, est la *résection du trajet fistuleux*.

C'est ce à quoi tend l'amygdalotomie maxima de MM. Mouret et Casejust, lorsqu'elle s'attaque aux formations lymphoïdes qui entourent le recessus (lobe amygdalien intra-vélique de ces auteurs).

Cette résection doit être pratiquée, même lorsqu'il n'existe aucune infiltration lymphoïde macroscopique.

Sa réalisation en est très simple, il suffit de réséquer un petit segment de l'insertion vélo-palatine du pilier antérieur.

Cette résection n'entraîne, nous a-t-il semblé, aucune modification de la voix, étant donné la minceur du faisceau musculaire glosso-staphylin.

En résumé, les suppurations amygdaliennes comprennent deux ordres de faits :

1° Des abcès, véritablement amygdaliens, qui relèvent complètement de la chirurgie amygdalienne ;

2° Des phlegmons vélo-palatins pour lesquels la chirurgie amygdalienne doit être complétée par la résection de la fistule congénitale borgne interne, dont ils représentent un accident.

CONSTANTE D'AMBARD

Sa signification : indication pour effectuer les prélèvements nécessaires à son calcul

Par le Dr G. SIGURET,
Médecin consultant à Saint-Nectaire.

En pathologie rénale, la recherche de la constante d'Ambard constitue un des procédés les plus précoces dont nous disposons pour dépister la déficience de la fonction uréo-sécrétoire.

Le principe de la méthode consiste à comparer au même moment l'urée sanguine et l'urée urinaire. On considère à la fois la quantité d'urée par litre de sang, la quantité d'urée par litre d'urine, et le débit de l'urée urinaire par 24 heures. Ambard a constaté que chez les sujets sains, ces trois éléments varient de telle manière que leur rapport reste toujours fixe, et il a proposé de donner au chiffre K obtenu le nom de constante uréo-sécrétoire.

Chez un individu normal, la constante est d'environ 0.07. On obtient ce chiffre par la formule :

$$K = \frac{U}{\sqrt{D \times \frac{70}{P}\sqrt{\frac{C}{25}}}}$$

U indiquant le taux de l'urée sanguine ;

D, indiquant le débit de l'urée urinaire par 24 heures.

P, indiquant le poids du sujet ;

C, indiquant la concentration de l'urée dans l'urine ;

et les chiffres 70 et 25 des chiffres « normaux conventionnels ».

Un certain nombre de praticiens, effrayés par cette formule quelque peu compliquée, hésitent à recourir à la recherche de la constante pour lever leurs doutes dans les cas où il paraît y avoir des troubles d'élimination azotée.

C'est un tort, car en opérant minutieusement, il est très facile de satisfaire aux exigences de la méthode.

Qui veut connaître le chiffre K, chez un sujet soupçonné d'insuffisance rénale, doit fournir au laboratoire chargé de l'analyse :

1° L'indication du poids du sujet ;
2° Une certaine quantité de sang ;
3° Une certaine quantité d'urine sécrétée en un laps de temps défini.

Toutes ces opérations s'effectueront le matin, quand le sujet est à jeun.

On pèsera le malade, puis on le fera uriner en lui recommandant de vider complètement sa vessie et de faire l'effort nécessaire pour expulser jusqu'à la dernière goutte d'urine (chez les sujets évacuant incomplètement leur vessie, cathétériser), jeter cette urine après avoir noté très exactement la minute précise où l'évacuation vésicale est terminée. Deux heures après, prier le malade d'effectuer une seconde émission d'urine dans les mêmes conditions que la première. Noter la minute précise où cette émission prend fin, envoyer la totalité de cette seconde urine au laboratoire, de même que 20 à 30 cc. de sang (sérum et caillot) que l'on aura recueilli (entre les deux mictions), par ponction veineuse ou ventouses scarifiées.

Il est recommandé de n'opérer que sur des malades ne présentant ni œdèmes, ni oligurie.

Voilà, je crois, ce qu'il est actuellement indispensable de savoir sur la constante uréo-sécrétoire d'Ambard ; j'ajoute que si le chiffre K mesure, au début des néphrites, la défaillance de la fonction uréo-sécrétoire, il ne permet pas d'en prévoir l'évolution ; au surplus, sa détermination devient inutile lorsque l'azotémie dépasse un gramme.

LA SCOLIOSE PARADOXALE

Dr Carle Rœderer.

On désigne sous le nom de scoliose paradoxale (1), depuis Kirmisson, qui a attiré l'attention sur cette forme, une scoliose qui présente des phénomènes de rotation du côté de la concavité au lieu de les présenter du côté de la convexité, comme il est habituel. L'omoplate a suivi le sort de la rotation et c'est l'épaule du côté concave qui est la plus haute.

En règle générale, cette scoliose n'est paradoxale qu'en apparence. Supposons une scoliose totale gauche, c'est le gril costal postérieur gauche qui devrait être surélevé. Or, il apparaît que c'est l'omoplate droite qui est plus grosse et quand on fait pencher le malade en avant, on s'aperçoit que la gibbosité soulève les côtes à ce niveau.

Mais si l'on regarde de plus près, on remarque souvent que la colonne vertébrale est en train d'ébaucher une courbure droite supérieure de compensation. Les phénomènes de rotation ont simplement précédé les phénomènes d'inflexion et quelques mois après, cette scoliose rentrera dans la normale. On se trouvera en face d'une scoliose en S, c'est-à-dire d'une lombaire gauche primitive présentant un bourrelet de rotation, peut être remontant jusqu'aux dernières côtes gauches (vestige de la déviation ancienne), et d'une dorsale droite compliquée de cette gibbosité dorsale droite haute, tôt apparue.

Cependant, il existe quelques observations rares de scolioses paradoxales vraies.

Dans ces cas, le traitement est singulièrement compliqué, puisque la correction gymnastique de la gibbosité et de la courbure se contredisent. Faire tirer le bras droit, par exemple, dans cette forme totale gauche que nous avons prise pour type, c'est corriger la courbure gauche, mais c'est aggraver certainement la saillie costale.

Aussi, se contentera-t-on dans ces cas, de faire effectuer des mouvements symétriques et, au besoin, s'il devenait nécessaire de soutenir le malade, recourrait-on à un appareil de maintien entre les séances de gymnastique.

Un lit plâtré est presque toujours justifié.

Ces formes, au reste, sont graves, et étant donnés les problèmes thérapeutiques qu'elles soulèvent, il est plus prudent de les traiter dans des Instituts spéciaux.

(1) Cet article est extrait d'un ouvrage ; « Les déviations de la colonne vertébrale chez le praticien » à paraître prochainement chez Doin.



L'OPOTHÉRAPIE DES ORGANES DE DÉFENSE

Son application au traitement de la tuberculose et des maladies infectieuses

suite et fin (1)

Par le Dr Bayle (de Cannes).

Action du traitement et résultats.

L'action du traitement sur le sang est immédiate : vingt-quatre heures après la première injection un tuberculeux qui numérait 3.800.000 hématies en a 5.400.000 ; l'augmentation des globules blancs est parallèle et le taux de l'hémoglobine commence à se relever dès la première semaine.

Aussi le malade perd-il rapidement l'apparence d'un tuberculeux ; les muqueuses, la peau, les ongles se colorent en même temps que les placards rouges des joues diminuent. Les forces reviennent et le malade renaît à la vie ; le poids augmente rapidement *dès les trois premières* semaines et cette ascension continue avec des périodes de tassement et de reprise. J'ai vu des malades prendre jusqu'à 8 kilos dans les deux premiers mois et 12 kilos dans leur année. La toux et la dyspnée commencent à s'améliorer vers le 15e jour.

Les lésions pulmonaires du premier degré commencent à être influencées vers la fin du 1er mois et l'auscultation révèle un processus véritable de guérison au niveau des parties atteintes ; les zones de submatité et d'obscurité respiratoire diminuent puis disparaissent ; l'amplitude respiratoire augmente et devient normale ; le murmure vésiculaire gagne de jour en jour, puis s'entend partout ; les craquements secs disparaissent en général en un ou deux mois.

Ce qui est remarquable, c'est qu'il y a une véritable régression des lésions.

Les lésions du second degré mettent plus de temps à guérir, mais en dehors des fébricitants et des cachectiques, on peut en cinq ou six mois obtenir une guérison complète.

Les cavernes elles-mêmes cicatrisent, les sécrétions diminuent, les cavernes peuvent s'amoindrir et s'assécher et la guérison survenir dans un certain nombre de cas.

Les bacilles diminuent et disparaissent de l'expectoration . Chez les malades cavitaires traités dans le service du professeur Rémond, Ragain note que dans 40 pour cent des cas, les bacilles au bout d'un mois de traitement avaient disparu et que dans les autres cas, ils étaient devenus rares et granuleux.

Dans les tuberculoses chirurgicales, ganglionnaires et ostéoarticulaires, l'action est extrêmement rapide. Les tumeurs blanches du genou et du coude guérissent en deux mois environ et la guérison de la coxalgie en quatre ou cinq mois n'est pas exceptionnelle. J'ai enregistré deux cas de guérison rapide de méningite tuberculeuse ; dans l'un d'eux observés par Perrier, médecin directeur du dispensaire antituberculeux de Valence, la présence des bacilles de Koch avait été constatée dans le liquide céphalo-rachidien. Il y a actuellement quatre ans que sa malade est guérie.

Sans revenir sur les statistiques et observations antérieurement publiées, on peut conclure que le traitement de la tuberculose par l'opothérapie splénique donne tant par le nombre de guérisons que par la rapidité de son action des résultats impressionnants.

Ces résultats ne doivent pas étonner si l'on se rappelle la remarquable action sur le sang qu'ont les injections d'extrait splénique : globules rouges presque doublés, globules blancs augmentés d'un tiers, action visible dès le 2e jour, action constante, durable et qu'il est facile pour le praticien de contrôler à un moment quelconque du traitement par une numération globulaire qu'il lui est facile de faire lui même.

B. — Le traitement de la prétuberculose et des anémies par l'opothérapie des organes de défense (opothérapie splénique).

L'opothérapie splénique donne des résultats très rapides dans la prétuberculose et les anémies de toute nature.

Employée seule dans la chlorose, elle agit beaucoup plus rapidement que le fer ; mais l'adjonction au traitement de cinq centigrammes par jour de protoxalate de fer augmente encore la rapidité d'action du traitement splénique.

L'anémie palustre, l'anémie des convalescents bénéficient rapidement du traitement.

Les adénopathies trachéobronchiques sont rapidement influencées. On peut employer le traitement par voie hypodermique ou par voie buccale ; mais dans la grande majorité des cas, la voie buccale suffit.

Dans les cas plus sévères, il sera bon de lui adjoindre quelques injections.

C'est ici le lieu d'indiquer les doses de sirop qui conviennent aux enfants.

Jusqu'à trois ans, je donne généralement une cuiller à café par jour, les quatre premiers jours de chaque semaine, de trois à cinq ans deux cuillers à café, — de cinq à sept ans une cuiller à soupe, — de sept à dix ans deux cuillers à soupe, de dix à quatorze ans, trois cuillers à soupe et ensuite doses d'adulte. A partir de dix ans, je fais prendre le traitement vingt et un jours consécutifs ; après quoi, je donne un repos de quinze jours : on fera autant de traitements que le cas en nécessitera.

Je rappelle que pour les enfants au-dessous de 5

(1) Voir Concours médical No 51 P. 3753.

ans, la dose de l'extrait injectable est de 1 cc. par année d'âge ; au-dessus de 5 ans, j'emploie 5 cc. (une ampoule) par injection.

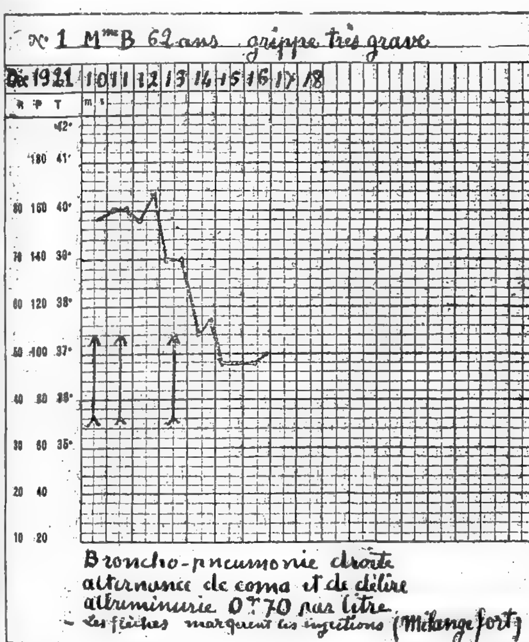
C. — Le traitement des maladies infectieuses par l'opothérapie des organes de défense (Opothérapie spléno-surrénale).

Dans les maladies infectieuses aiguës, j'emploie l'opothérapie splénique combinée à l'opothérapie surrénale.

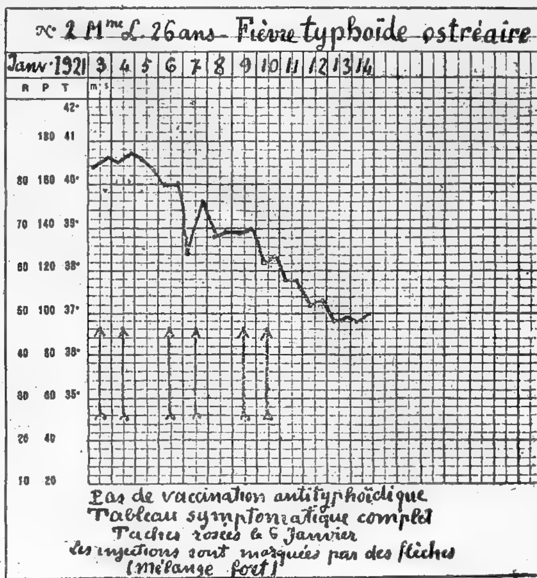
Ce que j'ai dit plus haut de la rate et des extraits spléniques suffit à en expliquer l'action ; je dois ajouter que Carpentier avait déjà employé avec succès l'opothérapie splénique (par voie buccale) dans la fièvre typhoïde et que Lépine et Lyonnet ont démontré en 1898 le rôle protecteur de la rate, vis-à-vis de l'infection typhique expérimentale. La rate est d'ailleurs classée par Léopold-Lévy parmi les glandes endocrines.

Quant à l'opothérapie surrénale, de nombreux auteurs avaient signalé ses heureux effets dans les infections (Netter, Sajous, entre autres) et, de plus, on peut remarquer que l'asthénie, symptôme surrénal au premier chef, s'observe dans beaucoup de maladies infectieuses, la fièvre typhoïde et la grippe entre autres.

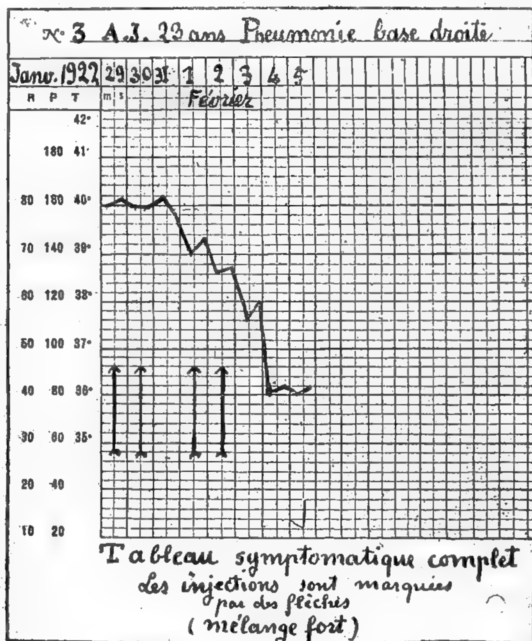
J'emploie l'opothérapie spléno-surrénale par la voie hypodermique sous forme d'ampoules de 10 cc. qui contiennent 9 cc. d'extrait de rate et la quantité d'extrait surrénal total correspondant à un demi-milligramme d'adrénaline physiologique (mélange fort).



Dans les contre-indications de l'opothérapie surrénale, contre-indications plus théoriques que réelles pour la dose indiquée plus haut (artériosclérose marquée, athérome, hypertension, diabète, angine de poitrine, épilepsie), j'emploie à cette même dose de 10 cc. pour l'adulte, un mélange préparé en ampoules de 5 cc. et qui ne diffère du précédent que par un dosage beaucoup plus faible en surrénale (mélange faible) ; cette faible quantité de surrénale suffit à activer suffisamment le sérum.

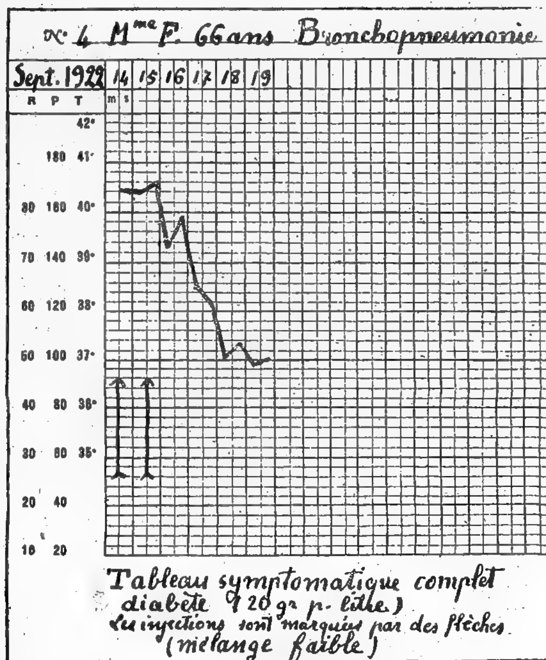


C'est ce même mélange faible que j'emploie chez l'enfant au-dessous de 5 ans à raison de 1 cc. par année d'âge — à 5 ans, j'emploie donc 5 cc. — à 6 ans, j'emploie indifféremment 5 cc. 1/2 du mélange fort ou du mélange faible, à sept ans 6 cc., à huit ans 6 cc. 1/2. . . . et à 15 ans, 10 cc., comme pour l'adulte.

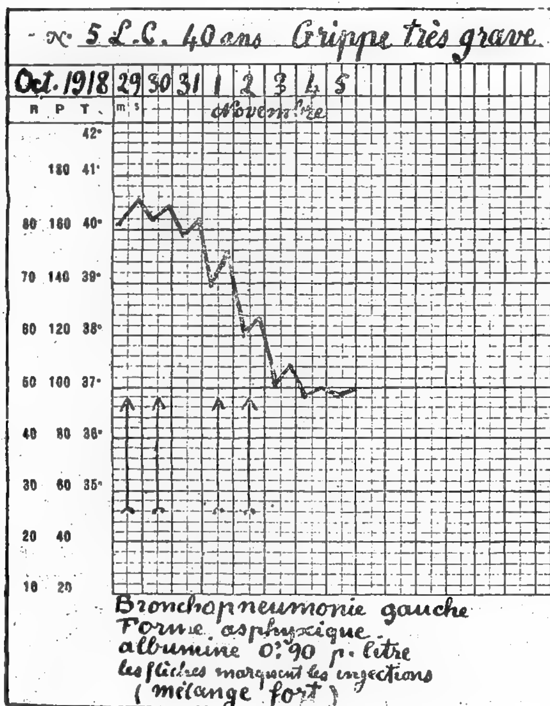


Les injections se font sous-cutanées à l'abdomen. Elles ne sont pas très douloureuses. Chez les adultes pusillanimes, on peut faire préalablement une injection de deux centigrammes de novocaïne dans un

ou deux centimètres cubes d'eau distillée ; on laisse l'aiguille en place en enlevant la seringue et après cinq minutes d'attente on pousse par cette même aiguille restée en place l'injection du mélange spléno-surrénal. Je n'emploie jamais cet artifice chez les enfants.



Je fais en général une injection par jour deux jours consécutifs, je m'arrête un ou deux jours ; je reprends deux jours, etc..., jusqu'à la chute de la température.



J'ai employé ce traitement dans un grand nombre de cas de maladies infectieuses diverses, grippe (grippe ordinaire et formes de l'épidémie dite espagnole), pneumonie, broncho-pneumonie, la congestion pulmonaire, la fièvre typhoïde, la rougeole, diverses angines et dans tous ces cas, j'ai euune action très rapide, une abréviation du cycle, bref, tout ce que l'on serait en droit d'attendre d'un sérum spécifique très actif.

Les maladies infectieuses sont atténuées d'emblée et le cycle très abrégé.

Il y a encore cela de particulier que chez les malades traités par cette méthode, la convalescence est abrégée. Il leur faut peu de temps pour réparer leurs forces, car leurs organes de défense soutenus par le traitement opothérapique ont échappé au surmenage, la composition du sang est restée intacte et il n'y a pas d'anémie.

Ce résultat est frappant pour la fièvre typhoïde ; car les malades traités par l'opothérapie des organes de défense n'ont qu'une convalescence de 8 à 10 jours. Ce traitement est facile et inoffensif et les résultats que l'on obtient montrent bien que l'opothérapie des organes de défense est une méthode qui, dès maintenant, réclame dans la thérapeutique une large place, à côté de la sérothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

(1) L. Asher. Die Funktion der Milz. *Deutsche Med. Woch.* Leipzig, 1911, Band XXXVII, p. 1252. — (2) Bayle. L'opothérapie splénique comme moyen curatif de la tuberculose. *Revue intern. de méd. et de chirurg.* Paris, 1907, vol. XVIII, p. 421 ; *Ibid.*, *Gaz. des hôp. de Lyon*, 1908, vol. IX, p. 69. — (3) Bayle. L'opothérapie splénique et les tuberculoses locales. *Revue intern. de méd. et de chir.*, Paris, 1908, vol. XIX, p. 241. — (4) Bayle. La fonction colloïdogénique des organes dits hématopoiétiques. Son rôle dans le maintien de la minéralisation de l'organisme,. *Ibid.*, 1908, vol. XIX, p. 341. — (5) Bayle. L'opothérapie splénique. Traitement spécifique de la tuberculose (2 communications présentées à l'Académie de médecine, l'une en 1906 par M. le prof. Chauveau, l'autre en 1909, par M. le prof. Robin. — (7) Bayle. L'opothérapie splénique dans la tuberculose (communication au Congrès de Rome), avril 1912.

(8) Bayle. Splenic opotherapy in tuberculosis. *Prescriber* Edinburgh, 1913, VII, p. 106.

(9) Bayle. Action thérapeutique des extraits de rate dans la tuberculose. *Progrès médical*, n° 4, du 11 octobre 1913.

(10) Bayle. Le traitement des maladies infectieuses par l'opothérapie des organes de défense. *Concours médical*, n° 51 du 18 décembre 1921.

(11) Bayle. Le traitement de la tuberculose par l'opothérapie splénique. *Concours médical*, n°s 43 et 50 des 3 et 10 décembre 1922. — (12) H.-F. Bellamy. The spleen in the digestion of proteids, *The Lancet*, London, 1900, vol. 11, p. 1185.

(13) H.-F. Bellamy. On the Agents concerned in the production of the trypsic ferment from its Zymogen. *Journal of physiology*. London 1901-02, vol. XXVII, p. 323. — (14) Bezançon. De la rate dans les maladies infectieuses. *Gaz des hôp.*, Paris, 1896, vol. LXIX, 11, p. 39. — (15) A. Biedl. The internal secretory organs, their physiology and pathology, 1912. — (16) C. A. Bois. and N.-T. Kerr. Clinical Studies with spleen and thyroïd extracts. *Brit med. Journ.*, London, 1898, vol. III, p. 684. — (17) L. Camus and E. Gley. A pro-

pos de l'action de la rate sur le pancréas, *C. R. de la Soc. de Biologie*, Paris, 1902, vol. LIV, p. 800. — (18) C. R. CARPENTER. Splenic extract and the splenic function. *Medical record* (New-York, 1900, vol. LVII, p. 273. — (19) C.-R. CARPENTER. Therapeutic action of splenic extract in malarial infection. *Ibid.*, 1906, vol. LXX, p. 165. — (20) A. CARREL. Artificial activation of the growth in vitre of connective tissue. *J. of experimental medicine*, New-York, 1913, vol. XVII, p. 14. — (21) C. CIACCIO. Sur la physiopathologie des tissus hématopoïétiques. *Folia Hoematologica*, Leipzig, 1909, vol. VII, p. 321. — (22) C. CIACCIO. Métabolisme des tissus lymphoïdes, *Ibid.*, 1909-10, vol. VIII, p. 135. — (23) C.-A. CLAR. The therapeutic value of spleen extract *Edinburgh med. J.*, 1908, vol. III, p. 152. — (24) DANILEWSKY. and SELENSKY. Ueber die blutbiltende Eigenschaft der Milz. *Archiv. für die gesammte Physiologie*, Bonn, 1895, Band. LXI, p. 264. — (25) P. FOA. Elementi constituvi della polpa splenica. *Archiv. per la Scienze med.*, Turin, 1906, vol. XXX, p. 570. — (26) A. FROUIN. La rate exerce-telle une action sur la transformation intra-pancréatique du zymogène en treypsine. *C. R. de la Soc. de Biologie*, Paris, 1902, vol. LIV, p. 798. — (27) A. GOLDSCHNEIDER and P. JACOB. Ueber die Variationem der Leukocytose. *Zeitschrift für Klin med.*, Berlin, 1894, Band XXV, p. 373. — (28) E. GRIMANI. Rapporti fra alterazioni della milza e dol fegato. *Archiv. per le Scienze med.* ATurin, 1907, v l. XXXI, p. 310.

(29) H.-R. HARROWER. Therapeutic action of splenic extract in tuberculosis. *The Lancet*, London, 1913, 1 524.

(30) S.-G. HEDIN. Investigations on the proteolytic enzymes of the spleen of the ox. *J. of physiology*, London, 1903. vol. XXXI, p. 155. — (30 *bis*) D'HÉRELLE. Les défenses de l'organisme. — (31) A. HERZEN. Ueber den Einfluss der milz auf die Bildung des trypsins. *Arch. fur die gesammte Physiologie*, Bonn, 1882-83, Band XXX, p. 295. — Voir aussi *Pflugers Archiv.*, 1883 et 1901, Band LXXXIV, p. 115. — (32) E. HUTCHINSON. On some disorders of the blood and blood forming organs in early life (part. 2). *The Lancet*, London, 1904, vol. 1, p. 1323. — (33) R. HUTCHINSON. Applied physiology, 1908, p. 99. — (34) E. LAGUESSE. Sur l'histogénie du pancréas, la cellule pancréatique. *C. R. de la Soc. de Biologie* , Paris, 1893, 9 v., p. 696, voir aussi *Ibid.*, pp. 402-622. — (35) Th. LANDAU. Ein neues durch Autolyse der Milz gewonnes Blutstillungmittel, *Berliner Klin Woch.*, 1904, n° 22, p. 577. — (36) LÉPINE et LYONNET. Sur le rôle protecteur de la rate, vis-à-vis de l'intoxication typhique expérimentale, *Lyon méd.*, 1898, vol. LXXXIX, p. 341.

(37) LÉOPOLD-LÉVI. L'opothérapie endocrinienre (rapport présenté à la Société de médecine de Paris, séance du 10 juin 1921).

(38) LÉOPOLD-LÉVI. Opothérapie endocrinienne et ses applications journalières, Paris, 1922.

(39) S. LIVERATO. Azione che l'estratto splenica esercita sulla funzione cardiaca, *Gaz. degli Ospedali*, Milan 1908 vol. XXIX, p. 1755. — (40) S. MAGGIORE. Influenza doll' ittero acute sul potere fagocitario del sangue in alcuné infectioni, *Riforma med.*, Naples, 1910, vol. XXVI, p. 825 — (41) L.-B. MENDEL and L.-F. RETTGER. Experimental observations. on pancreatic digestion and the spleen. *Amer J. of physiology*, Boston, 1902 vol. VII, p. 387.

(42) Edouard MONIER. De l'action expérimentale des organes hématopoiétiques sur les éléments figurés du sang. Thèse de Montpellier, 1911. — (43) O.-T. OSBORNE. Disturbances of the internal secretions clinically considered. *J. of the Americ. med. Assoc.*, Chicago, 1910, vol., p. 670. — (44). V. PACHON et J. GACHET. Existence et nature de la sécrétion de la rate à fonction trypsinogène. *C R. de la Soc. de Biologie*, Paris, 1898, 10 p. 364. — (45) V. PACHON and J. GACHET. Nouvelles expériences sur la sécrétion interne de la rate à fonction pancréatogène. *Arch. de physiologie normale et pathologique*, Paris, 1898, vol. V, p. 363. — (46) V. PATRICELLI Fisiopatologia della Milza. *Riforma med.*, Naples, 1910, vol. XXVzI, p. 86. — (47) G. PEREZ. Sull' importanza funzionale delle glandole linfatiche e su talune proprieta degli estratti di glandole tubercolari, *Policlinici*, Rome, 1912, n° 11 (partie chirurgicale), p. 481.

(48) PROVOTELLE. Paludisme et opothérapie splénique. *Revue tunisienne des sciences médicales* et *Tunis médical*, 1923). — (49) A. PUGLIESE. Contribution à l'étude de l'enzyme saccharifiant du foie. *Arch. ital. de biologie*, Turin, 1907, vol. XLVII, p. 1. — (50) Lucien RAGAIN. L'opothérapie splénique dans le traitement de la tuberculose. Thèse de Toulouse, mars 1922. — (51) Charles RICHET. Le rôle de la rate dans la nutrition. Académie des Sciences, 4 juin 1923. — (52) M. SALOMON et P. HALBRON. Etude comparée des réactions des îlots de Langerhans pancréatiques et des organes lymphoïdes dans la tuberculose expérimentale. *Revue de méd.*, Paris, 1910, vol. XXX, p. 449. — (53) E.-A. SCHAFER. Ueber interne Secretion. *Wiener med. Blater*, 1895, pp. 535, 552, 569 ; voyez le résumé rapporté dans le *Lancet*, London, 1895, vol. 11, p. 321. — (54) M. SCHIFF. Beitrage zur Physiologie, 1898, Band IV, pp. 14-3-239. — (55) SCHRODER (G.). Ueber di e Rolle der Milz als Schutzorgan gegen Tuberculose infeksion, (1 Theil), *Beitr. Z. Kl. d. Tuberckulose* Wurtzburg, 1909, XII, 32.3. — (56) SCHRODER, KAUFFMANN. Und Kögel. *Ibid.* (11t heil). *Beitrage Z. K. d. Tuberkulose* Wurtzbürg, 1912, XXXIII. — (57) V.-J. VAN STOCKUM. Die therapeutische Wirkung der mit Röntgenstrahlen vorbehandelten Milz bei Tuberculose, *Wiener Klin Woch.*, 1912 Band XXV, p. 1857. — (758) S. VINCENT. Internal Secretion and the ductless glands., 1912, p. 60. — (59) E.-T. WILLIAMS. The alleged destruction of the red-blood corpuscules in the spleen. *Amer. medicine* (Philadelphie, 1905, vol. IX, p. 781. — (60) F.-T. WILLIAMS. The office of the spleen, *Ibid.*, 5, 9, p.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Une indication des injections épidurales analgésiques.

Dans certains cas de cancer du col de l'utérus, cas désespérés, contre lesquels aucune thérapeutique curative n'est connue, alors que les malades souffrent effroyablement et que la morphine ne réussit qu'à leur procurer quelques heures de répit, M. BERNARDBEIG conseille de recourir aux injections épidurales d'une solution hypertonique à 12 p. 1.000, additionnée de X gouttes de solution d'adrénaline au 1.000° : 20 cmc.

Il y ajoutait primitivement de 10 à 15 cgr. de

novocaïne. Il a renoncé à la novocaïne qui ne semble pas augmenter l'action analgésiante du mélange ci-dessus. Le soulagement éprouvé par les malades auxquelles il a appliqué ce traitement sédatif a duré chaque fois environ 24 heures.

Après avoir rappelé succinctement la technique de l'injection épidurale, les directions successives à donner à l'aiguille, les butées possibles de celle-ci, il conclut : « Devant ces cas désespérés, et lamentables, il existe une arme dont on peut se servir à côté de la morphine qui garde ses droits. On peut obtenir, par l'injection épidurale, une action immédiate sur la douleur, action qui peut durer une journée entière. Une seule injection de produits non toxiques, épidurale il est vrai, suffit à remplacer trois ou quatre piqûres de morphine. Cette dernière donnant une somnolence générale avec intoxication et accidents possibles, au lieu d'une section physiologique et locale de la douleur ». (*Toulouse médical*, 15 octobre 1923).

Traumatisme et gestation.

Dans quelle mesure les traumatismes, accidentels ou opératoires, peuvent-ils intervenir pour interrompre la grossesse ? « Les opinions les plus diverses ont été soutenues en ce qui concerne l'action sur la gestation des traumatismes portant ailleurs que sur le corps utérin », répond M. Vignes, qui admet, d'autre part, que les contusions qui portent sur la région du globe utérin peuvent provoquer ou non l'interruption de la grossesse.

Et l'auteur de citer de nombreux cas dans lesquels, malgré l'importance de l'acte opératoire portant sur la zone génitale ou juxta-génitale, la grossesse a pu être menée à terme, alors qu'en d'autres circonstances, un trauma insignifiant (coït, toucher vaginal) a déterminé l'avortement. De même en est-il quand le traumatisme a porté sur une région plus ou moins éloignée de l'appareil génital.

A retenir cependant l'influence de certains facteurs prédisposants : endométrite déciduale, susceptibilité anormale de la fibre utérine ; coïncidence du traumatisme avec l'époque des règles absentes, difficile à établir ; complication infectieuse (érysipèle, lymphangite, phlegmon).

Enfin, il est arrivé qu'un choc moral intense, une émotion violente,ont pu déterminer la mort du fœtus et l'interruption consécutive de la grossesse.

Les rapports entre l'accident et l'interruption sont démontrés par certaines conditions : accouchement prématuré ou avortement dans les heures qui suivent l'accident ; troubles objectifs (écoulement du liquide amniotique, de sang, de liquide hydro-hématorréique) permanents depuis l'accident jusqu'à l'interruption ; expulsion d'un embryon ou d'un fœtus ayant anatomiquement l'âge correspondant à l'accident.

Lorsque la mort du fœtus ou l'interruption de la grossesse surviennent longtemps après l'accident, il est difficile de se prononcer ; car, si, dans bien des cas, il est possible d'invoquer une des causes banales habituelles de mortinatalité ou d'accouchement prématuré, ailleurs, on a pu retrouver la trace d'hémorragies rétro-placentaires. (*Journ. des Prat.*, 20 octobre 1923.)

Fugues urémiques.

La fugue de l'épileptique est bien connue : c'est un équivalent de la crise. Ce même trouble s'observe encore chez les grands psychopathes, chez les alcooliques, les paralytiques généraux, les déments précoces, etc.

« C'est, disent MM. Claude et Ceillier, un trouble psychomoteur au cours duquel un sujet, généralement inconscient ou demi-conscient, fuit son domicile ou ses occupations et pendant un temps variable, circule, sans but défini, dans un état d'automatisme d'ailleurs difficile à reconnaître ».

Or, voici que ces deux auteurs ont eu l'occasion de voir deux malades, atteints manifestement de mal de Bright, avec hypertension, dont chacun présenta une fugue caractérisée.

S'ils n'ont pu suivre le premier de ces malades, qui est mort d'ailleurs deux mois plus tard, d'un ictus, ils ont, par contre, étudié à loisir et soigné le second, dont ils ont notablement amélioré l'état d'insuffisance rénale par un traitement approprié.

Ces faits sont particulièrement intéressants à connaître. D'abord, au point de vue médicolégal, le fugueur pouvant commettre des actes délictueux pour lesquels sa responsabilité pourrait être invoquée en l'absence de troubles mentaux caractérisés, si l'on restait dans l'ignorance de l'affection organique dont il serait atteint, et qui expliquerait et innocenterait ces gestes. Ensuite, au point de vue de la pathologie générale, puisqu'ils contribuent à établir la relation de plus en plus étroite que l'on découvre souvent entre tel syndrome mental et telle affection organique sur laquelle la thérapeutique a quelque prise. (*Paris méd.*, 20 octobre 1923.)

Etiologie de la rougeole.

Serions-nous sur le point de connaître le germe pathogène de la rougeole ? Il semble que oui, si nous nous en tenons aux recherches de M. Caronia, dont le travail se résume dans les propositions suivantes, sur l'intérêt pratique desquelles il nous paraît inutile d'insister :

« 1° Du sang, de la moelle osseuse, du filtré de la sécrétion naso-pharyngienne, du liquide céphalo-rachidien des enfants atteints de rou-

geole dans la période prodromique ou exanthématique, on obtient en culture, dans des terrains spéciaux catalysants et en anaérobiose, le développement de micro-organismes très petits de forme ronde, accouplés deux à deux en guise de petits diplocoques.

« 2° Dans son cycle vital, ce micro-organisme traverse certainement une phase ultramicroscopique, vu qu'on peut le cultiver du filtré de la sécrétion naso-pharyngienne jusqu'à la phase microscopique et qu'on peut l'obtenir de nouveau en culture du filtré de cultures déjà développées.

« 3° On peut trouver des micro-organismes ayant une forme semblable dans la moelle osseuse des malades de rougeole, durant la période exanthématique et dans la sécrétion conjonctivale et naso-pharyngienne.

« 4° Le sérum du sang des rougeoleux, surtout dans la période exanthématique et chez les convalescents, est riche en agglutinines, ambocepteurs, opsonines spécifiques pour le micro-organisme obtenu en culture.

« 5° L'inoculation par voie endoveineuse de fortes doses de sang morbilleux, sur de jeunes lapins, détermine un tableau morbilleux analogue à celui de la rougeole humaine. Du sang des animaux infectés ainsi,on isole en culture le même germe que celui isolé chez les malades atteints de rougeole ; dans leur sérum sanguin, se forment des anticorps spécifiques pour le germe isolé de l'homme.

« 6° L'inoculation par voie endo-veineuse de doses élevées et répétées de cultures riches en développement provoque chez les jeunes lapins une forme morbilleuse grave, très semblable à la rougeole humaine, entraînant parfois la mort. Chez ces animaux ainsi infectés, le résultat des recherches morphologiques, sérologiques et culturales est égal au résultat obtenu chez les malades atteints de rougeole.

« 7° L'inoculation chez les enfants sains de cultures inactivées ou atténuées provoque l'immunité à l'égard de la rougeole et aucune manifestation de la maladie.

« 8° Au contraire, l'inoculation de doses élevées et répétées de cultures riches en développement provoque la manifestation d'une forme typique bien qu'atténuée de la rougeole.

« En conclusion : par les séries de recherches sommairement exposées dans cette note et dont les détails seront donnés bientôt par la doctoresse Sindoni, qui a été ma très habile collaboratrice, *nous nous sentons autorisés à indiquer dans le micro-organisme isolé par nous et étudié sur les malades atteints de rougeole, l'agent étiologique de la rougeole*, heureux d'avoir pu ainsi contribuer à la solution d'un des plus graves problèmes de la pathologie humaine ». (*Presse méd.*, 20 octobre 1923.)

Posologie du traitement thyroïdien chez le jeune enfant.

Relativement nombreuses sont les indications du traitement thyroïdien chez le jeune enfant : soit qu'il agisse comme médication substitutive, par exemple dans le myxœdème ; soit qu'il se comporte comme une médication stimulatrice ou excitatrice. Comme élément d'un complexe opothérapique (opothérapie associée), il s'adresse aux syndromes pluriglandulaires, aux dystrophies infantiles, au mongolisme.

Après avoir rappelé ces notions primordiales, G. Blechmann, faisant état de cas d'intolérance manifeste chez le nourrisson, conseille de ne pas prescrire d'emblée une dose supérieure à un milligramme. On montera progressivement, la première semaine, jusqu'à 5 milligr. La deuxième semaine, partant de 2 milligr., après un jour d'interruption, on atteindra la dose d'un demi-cent ; la troisième semaine, on partira de nouveau de 3 milligr., et on montera jusqu'à un cgr.

Ce schéma s'adresse à un enfant de 2 ans, pesant 8 kil. 100.

« En menant ce traitement avec prudence, on pourra poursuivre avec ténacité et sans encombre, cette médication si précieuse dans les cas où elle paraît indiquée ». (*Prat. médicale française*, octobre 1923.)

Radio-diagnostic rachidien lipiodolé.

Cette nouvelle méthode d'exploration du sac méningé rachidien permet de reconnaître, pour ainsi dire à coup sûr, les obstacles qui siègent dans le rachis, d'en préciser la localisation, et même d'en reconnaître la nature. Ces découvertes ainsi faites, il est possible ensuite de faire porter l'acte opératoire directement à la place voulue, et d'obtenir la guérison d'états qui, jusque-là, étaient rebelles à toute thérapeutique.

Elle consiste à injecter, suivant une technique spéciale, du lipiodol, combinaison d'iode et d'huile d'œillette, dans le sac rachidien, et à tirer parti des images radioscopiques et radiographiques obtenues avec les rayons X pour asseoir le diagnostic, tout au moins topographique. Le lipiodol, est, en effet, opaque aux rayons, et de plus, il n'offre aucune toxicité et est parfaitement toléré par l'arachnoïde.

MM. Sicard, Paraf et Laplane, qui préconisent cette méthode, la résument dans les termes suivants :

« Il est possible d'interroger radiologiquement la cavité rachnoïdienne à l'aide du lipiodol (de Lafay). Le lipiodol sera injecté à la dose de un demi à un cmc.

« Les lieux d'élection de l'injection sont les régions atloïdo-occipitale ou cervicale basse. Si l'on s'adresse à l'injection lombaire, il sera nécessaire de recourir à un matériel radiologique spécial.



Le malade sera contrôlé en position très déclive, tête basse et l'injection lombaire lipiodolée faite seulement après la mise en déclivité.

« L'injection est indolore. Aucun incident n'a été observé chez plus de 150 malades que nous avons soumis à ce contrôle radiologique.

« Le lipiodol arachnoïdien ne s'élimine que très lentement. Certains sujets ont conservé du lipiodol sous-arachnoïdien injecté plus de deux ans auparavant. Ils n'ont ressenti du reste aucun inconvénient, aucune gêne de cette persistance arachnoïdienne d'huile iodée.

« A l'état normal, le lipiodol injecté dans les parties hautes du rachis tombe rapidement, en quelques minutes; dans la région basse jusqu'au cul-de-sac terminal de la deuxième sacrée.

« S'il y a compression méningée (tumeur rachidienne extra ou intradure-mérienne, mal de Pott, fracture, méningite enkystée, etc., le lipiodol sera arrêté, bloqué, et deviendra ainsi le témoin localisateur de certitude du siège de la compression.

« L'image lipiodolée peut permettre le diagnostic différentiel entre la compression médullaire par tumeur et la méningite cloisonnée.

« Le lipiodol est susceptible de déceler une compression même au début, alors que les signes cliniques sont réduits au minimum, qu'il n'existe que des réactions douloureuses, sans symptômes moteurs, et que le liquide céphalo-rachidien ne présente aucune modification appréciable (deux cas contrôlés opératoirement par notre collègue Robineau).

« L'épreuve lipiodolée pratiquée dans les conditions requises ne s'est jamais trouvée en défaut. Dans tous les cas où l'arrêt lipiodolé s'est produit, le contrôle opératoire, l'évolution de la maladie ou la nécropsie ont donné raison au radiodiagnostic. » (*Presse méd.*, 24 octobre 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

L'évolution des idées en dermatologie.

(M. Darier. — *Académie de médecine* ; 13-11-1923.)

Présentant un de ses ouvrages consacré à la dermatologie, M. Darier montre quelle a été, dans ces dernières années, l'évolution des idées sur la pathogénie des maladies cutanées et, partant de là, sur la thérapeutique. On entrevoit, dit-il, que, dans un grand nombre de dermatoses, le rôle pathogénique pourrait bien appartenir soit à des troubles endocriniens, soit à des phénomènes de sensibilisation ou même d'anaphylaxie. On est arrivé à proposer de soumettre, par exemple, les eczémas, le psoriasis, le lichen, et nombre d'autres éruptions, à une médication interne, l'opothérapie, la désensibilisation, voire les chocs colloïdoclasiques. Dans quelques services dermatologiques, la seringue à injection tend à supplanter les anciennes pommades.

Injections intra-veineuses d'émanations de radium.

(MM. R. Fischer et Kotzareff. — *Académie de médecine* ; 13-11-1923.)

MM. Fisher et Kotzareff ont fait des essais de traitement du cancer par un auto-sérum chargé d'émanations de radium, en injections intra-veineuses. Chez 4 malades, ils ont constaté une amélioration clinique. Une cinquième malade succomba à une infection surajoutée. L'examen sérologique a montré aux auteurs que le sérum d'un cancéreux, en déséquilibre avant le traitement, tend à reprendre un équilibre normal au cours des injections.

L'insuline et l'Institut Pasteur.

(M. Roux. — *Académie de médecine* ; 20-11-1923.)

M. Roux remet une lettre relative à une proposition de MM. les Drs Fitzgerald, Banting, Best, Collins et Mac Leod, de l'Université de Toronto, demandant que l'Institut Pasteur entreprenne la fabrication de l'insuline pour la France et ses colonies.

Le mouvement de la population en Afrique équatoriale française.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 20-11-1923.)

M. Léon Bernard lit un rapport sur un travail, dont nous avons déjà parlé, de M. Augagneur, concernant le mouvement de la population en Afrique équatoriale française.

On sait qu'il est généralement accepté que l'Afrique équatoriale va se dépeuplant avec rapidité et que la maladie du sommeil, diffusée du fait de la colonisation, est le principal agent de cette dépopulation. M. Augagneur, professeur honoraire à la Faculté de Lyon, actuellement gouverneur de l'Afrique équatoriale française a cherché à établir ce qu'il y a d'exact dans cette opinion. Il s'est efforcé d'obtenir un recensement approximatif (car c'est chose fort difficile dans la population noire) des habitants et il est arrivé au chiffre de 2 millions 800.000, alors que la statistique officielle de 1913 donnait 9 ou 10 millions.

A la vérité, l'auteur considère cette dernière sta-

tistique comme sans base solide. Il estime que la région équatoriale n'a jamais eu une population bien nombreuse. La colonisation a amélioré certaines conditions défavorables, tels les famines, le vêtement, etc. L'influence de la colonisation sur le développement de la trypanosomiase a été l'objet d'avis assez contradictoires, tenant aux difficultés même de telles recherches. M. Augagneur ne croit pas que la maladie du sommeil s'étende beaucoup en Afrique. Il n'en est pas moins important de lutter contre elle, la multiplication des contacts, conséquence de la colonisation, tendant naturellement à propager les maladies transmissibles.

Sur l'hygiène de l'enfance.

(M. Wallich. — *Académie de médecine* ; 20-11-1923.)

Etudiant les documents transmis à la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance pour 1921, M. Wallich insiste d'abord sur la crise, signalée partout, de l'allaitement maternel ou féminin. L'allaitement artificiel pour les enfants mis en nourrice est passé de 78 p. 100 en 1913 à 98 pour 100 en 1921, dans le département de la Seine. On retrouve des proportions assez analogues dans les autres départements. Des mesures nouvelles de protection de l'enfance s'imposent, dès lors.

Tandis qu'une nourrice au sein a surtout besoin d'un bon sein et d'une bonne santé, la nourrice sèche — qu'il serait plus juste d'appeler l'*éleveuse* — doit non seulement être bien portante, être logée hygiéniquement, mais encore avoir des notions générales de puériculture, le biberon étant plus complexe à donner que le sein. Il conviendra de l'instruire et aussi d'exercer sur elle une surveillance très régulière. En fait, plus les visites des médecins inspecteurs sont répétées, meilleurs sont les résultats : les statistiques le démontrent. Dans les trois premiers mois, la visite devrait être hebdomadaire ; puis, pour les six mois suivants, bi-mensuelle ; mensuelle ensuite ; trimestrielle pour la seconde année.

M. Wallich parle en outre des centres d'élevage, dans lesquels les enfants sont groupés dans une région, ce qui facilite leur surveillance (centres de Draveil, de Sologne), et de l'élevage en commun suivant la mode américaine, dans les pouponnières. De grandes précautions sont alors de rigueur pour éviter la contagion, et les pouponnières ont à se moderniser, si elles veulent rendre tous les services qu'on est en droit d'en attendre.

La période de latence dans les effets des rayons X.

(M. Regaud. — *Académie de médecine* ; 20-11-1923.)

M. le professeur Regaud (de l'Institut Pasteur) lit une note sur les causes de la latence dans les effets biologiques des rayons X et γ.

On sait que l'application des rayons sur les tissus n'est pas suivie généralement de phénomènes immédiats. Elle donne lieu à des modifications qui se montrent seulement au bout d'un temps variable, quelquefois assez longtemps après la séance radiologique. Entre l'instant de l'emploi des rayons et l'apparition des manifestations radiologiques existe une sorte de *période de latence* qui a beaucoup surpris les premiers expérimentateurs et dont l'importance est grande en clinique. Les causes de cette phase de latence, restées au début mystérieuses, commencent à s'éclaircir aujourd'hui. M. Regaud en indique l'origine générale.

Lorsqu'on administre à la peau une dose convenable de rayons, aucun trouble n'apparaît pendant quinze jours. Le tégument reste apparemment indemne ; puis au bout de deux semaines, se montre une rougeur intense, suivie de vésication. Dajous et Lasserre, dans des recherches confirmées par M. Regaud, ont vu que ce phénomène tenait à une sensibilité inégale des différentes couches cutanées. L'épithélium reste inattaqué par les rayons et c'est la couche génératrice profonde qui est touchée. La lésion, en conséquence, ne devient apparente que lorsque l'épiderme a subi sa desquamation.

Un fait analogue existe pour le testicule, les os, etc. Pour le testicule, la souche est détruite, mais les couches génératrices persistent : il faut attendre que ces dernières aient toutes évolué pour voir la stérilisation se manifester. La fragilité osseuse que provoquent les rayons reste également masquée par les téguments demeurés intacts.

Prophylaxie des vomissements post-anesthésiques

(M. R. Blondel. — *Académie de médecine* ; 20-11-1923.)

Les vomissements qui suivent l'anesthésie générale relèvent, dit M. Blondel, d'une atteinte hépatique qui s'explique par l'affinité des substances anesthésiantes pour les lipoïdes de l'organisme, en général, et pour les cellules graisseuses du foie en particulier. L'acuité de ces troubles est conditionnée au moins autant par l'état antérieur de l'appareil gastro-hépatique que par la quantité de chloroforme employée. D'où l'importance d'une préparation convenable des voies digestives avant l'opération.

Pendant longtemps on a soumis dans ce but le futur opéré au régime lacté, au jeûne et aux purgations. Aujourd'hui, en Amérique, on va à l'extrême opposé, et certains opérateurs alimentent même largement leurs malades, dans les jours précédant l'intervention. Depuis quelques années, M. Blondel a adopté une pratique de juste milieu. La purgation et le jeûne apparaissent inopportuns et l'auteur estime qu'il est préférable avant l'anesthésie, de laisser le foie au repos, mais sans inactivité, par un régime excluant les albumines animales, les graisses et l'alcool, régime se composant de pain (potages, gateaux secs), fruits frais (oranges, raisins, bananes), eau et café. Avec 3 ou 4 jours de ce régime préalable, les vomissements post-anesthésiques seraient supprimés presque totalement. M. Blondel joint au

régime, la prescription d'eau citratée ou bicarbonatée sodique, les lavages alcalins de l'intestin et la prise d'un bol de café noir 3 heures avant l'opération.

Les mouvements de l'abdomen et les ptoses organiques

(Mme Laurka. — *Académie de médecine* ; 20-11-1923.)

En Orient, dit l'auteur, les femmes sont rarement affectées de prolapsus des organes intra-abdominaux. La position accroupie, qui est communément utilisée en ces régions, jouerait un rôle bienfaisant, par les mouvements qu'elle oblige les muscles de la paroi à exécuter.

Pour lutter contre la privation desdits mouvements, conséquence de l'usage des chaises, dans nos pays, Mme Laurka conseille des exercices dans la position horizontale, le siège reposant sur un coussin dont l'inclinaison spéciale met en état de relâchement parfait la partie inférieure de la colonne vertébrale et les muscles du dos.

Le rôle du bactériophage dans la fièvre typhoïde

(M. Paul Hauduroy. — *Société de biologie* ; 20-11-1923.)

D'une série de recherches portant sur trente observations, M. Hauduroy tire les conclusions suivantes :

1° Dans les 30 cas de typhoïde ou de paratyphoïde observés, il a été possible de trouver dans les selles, au moment où la température tombe, du bactériophage détruisant *in vitro* le bacille d'Eberth.

2° Il apparaît (ce bactériophage) la plupart du temps au moment où commence la défervescence, persiste jusqu'à ce qu'elle soit finie, et disparaît ensuite. Dans quelques circonstances on ne le rencontre qu'une fois et le début de la convalescence coïncide avec son apparition.

3° Le maximum de puissance lytique du principe pour le microbe infectant correspond en général au début de la défervescence.

4° On voit toujours réapparaître le bactériophage si la température tend à s'élever de nouveau.

L'auteur est incité, dans ces conditions, à penser que le bactériophage joue un rôle dans la guérison de la fièvre typhoïde.

Traitement chirurgical de la tuberculose limitée du sommet.

(M. Tuffier. — *Société de chirurgie* ; 31-10-1923.)

M. Tuffier présente une jeune femme, atteinte de tuberculose du sommet droit, chez laquelle il a pratiqué la collapsothérapie, non par pneumothorax artificiel mais par un procédé plus chirurgical : le décollement pleuro-pariétal suivi de greffe d'un fragment de tissu adipeux comblant l'espace décollé. La masse adipeuse avait été enlevée chez une malade soignée pour fibrome dans des conditions de sécurité convenables. Pendant l'opération, le noyau tuberculeux apparut bien localisé et relativement simple à extirper. La patiente est aujourd'hui (après 3 mois 1/2) en parfait état.

Transfusion du sang chez un enfant de cinq jours

(M. Ombrédanne. — *Société de chirurgie* ; 7-11-1923.).

Chez un enfant de cinq jours, très anémié par des pertes sanguines post-opératoires, M. Ombrédanne a fait pratiquer une transfusion de 40 centimètres cubes environ de sang. Une ponction fut effectuée, très obliquement, dans le sinus longitudinal supérieur en arrière de la fontanelle antérieure, au niveau du sillon (de quelques millimètres de largeur) séparant à cet endroit les deux pariétaux. On s'assura que l'aiguille était en bonne place (le sang s'écoulait largement), et on injecta le sang du donneur en fixant sur l'aiguille la seringue qui avait servi à le recueillir. Le résultat fut excellent, M. Ombrédanne insiste sur la facilité de la transfusion à cet âge, en utilisant la voie du sinus longitudinal supérieur. P. L.

Les Livres

Lefrançois, Paris.

Docteurs Cabanès et Witkowski. — **Les joyeux propos d'Esculape.**

Pour ce que le rire est le propre de l'homme, telle pourrait être la phrase que les auteurs eussent dû tracer au début de leur récent ouvrage.

« L'esprit d'Esculape » avait, il y a quelques mois, amusé bien de nos confrères. Les « gayetez » remaniées et notablement augmentées, nous permettent, au coin du feu, au long de nos soirées d'hiver, de secouer un peu le souvenir des tristesses du jour.

Clystériana : l'instrument de M. Purgon, ses origines et son histoire, voilà un chapitre d'attaque si j'ose m'exprimer ainsi...

Remontant à la plus haute antiquité, c'est un page d'histoire des mœurs au travers des âges que le auteurs écrivent d'une plume aussi alerte qu'érudite Seringues en laiton, en cuivre, en écaille, en nacre en argent, en vermeil... ou simple calebasse ou vessie d'animal : quelle place vous occupez dans les prescriptions médicales de nos pères !

« Les premières années du règne de Louis XIV marquent le triomphe du clystère. C'est l'époque où l'on voit sortir, chaque matin, de la boutique de ces hommes mis sur la scène par Molière, tout un bataillon de jeunes gens, au teint vermeil, à l'œil gaillard, qui se répandent, la main armée d'instruments de toutes les dimensions, dans les différentes rues de Paris, pour aller parler à d'autres figures qu'à des vi-

sages. On les paye quinze sols et jusqu'à un écu par visite ».

Voilà un tableau gentiment troussé et le tout à l'avenant.

Quant aux jeux de mots, ils sont légion, qu'ils viennent de l'impénitent calembouriste que fut le marquis de Bièvre ou de la « belle impure » que fut Sophie Arnould...

Médecins mystificateurs ou médecins mystifiés donnent l'occasion aux docteurs Cabanès et Witkowski de nous conter mille anecdotes comme celle qui arriva à Mlle Fauconnier, où le chirurgien Guérin dépassa, certainement, les bornes de ce qui est permis ..... on ne déflore un pareil sujet.

Quant aux brocards dont on nous larde, notre vengeance est d'en rire tout les premiers.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE.

Henri JUDET. — **Traité des fractures des membres** (2e édition, 615 p., 102 planches, hors texte, 38 fig.).

Un livre de Judet est un événement scientifique car il affirme une fois de plus la personnalité d'un auteur dont le souci est de s'affranchir de tout esprit de compilation pour n'offrir au monde médical que le suc de sa pensée et le fruit de son expérience, en ne montrant et n'enseignant que des choses *vues* et *vécues* par l'auteur. C'est ce qui ajoute tant de prix à la production d'un tel savant doublé d'un praticien hors ligne.

Un traité de cette nature répond à un très grand public. Mais, dans ce public, on peut considérer plusieurs catégories de lecteurs : le lecteur qui a tout à apprendre, l'étudiant qui s'initie et qui ne devrait s'assimiler que des choses saines et, pour ainsi dire, définitives ; le lecteur qui veut se perfectionner et lit en méditant et en comparant avec ses lectures antérieures et sa propre expérience ; enfin, le lecteur dont les connaissances s'estompent dans une mémoire surmenée et appliquée à tant de choses et qui désire se souvenir, tout en faisant cadrer la revue des acquisitions passées avec celles du présent et même celles qui se préparent.

Dans le *livre des fractures* de Judet, sur ce sujet un peu ingrat, mais cependant si nécessaire à connaître de la part du praticien, on trouvera à toutes les pages la clarté réelle d'une description toujours méthodique et précise, de telle sorte que les notions qui y seront recueillies seront assimilées avec la facilité et la rapidité qu'exige la pratique de clientèle du médecin. On y trouvera toujours *le bon conseil*. Celui qui, dans un cas où il pourra se trouver quelque peu embarrassé, consultera ce Traité, l'ouvrira comme un dictionnaire d'actualité, où il puisera en quelques instants une *réelle consultation*, *consultation écrite* qui est très près de la *consultation orale* de ce chirurgien incomparable dans sa spécialité.

En donnant le meilleur de lui-même, en livrant avec une générosité scientifique sans égale les secrets de son travail et de son observation accumulés, Judet a fait *œuvre magistrale*.

Et ceci me rappelle les paroles de science, qui comptent dans mon souvenir, parmi les plus belles que j'ai entendu proférer au sujet de la *maîtrise*, en médecine et en chirurgie, en science. Écoutez ces phrases admirables que disait, en 1914, Judet à la Société des Chirurgiens de Paris ; écoutez-les et gravez-les au plus profond de votre cerveau réservé aux inaltérables pensées :

« *La Maîtrise*, il est donné à chacun de vous d'y prétendre. L'esprit souffle où il veut et le plus modeste praticien de la ville ou de la campagne peut s'élever par l'effort de l'esprit d'observation et d'analyse aux plus hautes régions de notre Art. Est maître, dans toute la force du terme, tout chirurgien qui possède une technique opératoire au point de l'exécuter d'une manière impeccable ; est encore un Maître celui qui a étudié une question avec une indomptable passion scientifique, *qui l'a tournée et retournée sous toutes ses faces*, qui s'est assimilé tout ce que la science de son époque a produit en la matière et qui, dans un vigoureux effort de pensée, est arrivé à agrandir le champ de nos connaissances ».

Ce noble et splendide langage répond à une réalité dans le livre de Judet, et l'on peut dire *qu'il a tourné et retourné sous toutes ses faces cette question des fractures des membres*, et qu'il nous donne la substantifique moelle de son labeur intelligent et observateur.

Le côté iconographique de ce Traité est *merveilleux de netteté et d'utilité*, car il parle aux yeux d'une façon absolue, je veux dire d'une façon telle que l'on ne puisse s'embarrasser d'une autre compréhension ; un véritable atlas de radiographie du squelette normal et du squelette traumatisé par la fracture accompagne un texte lumineux et dégagé de tout fatras. Dans le traitement qui suit chaque exposé clinique, qui retient ce qu'il y a d'essentiel, surtout, et d'indubitable, Judet donne un *avis comparatif* des plus précieux ; il sait *choisir*, et ce qui est supérieur encore, *il sait vous incliner à choisir le procédé le meilleur* pour le cas où vous êtes appelé d'urgence et où il ne faut pas, vis-à-vis de votre client, que l'hésitation de votre esprit et de votre jugement apparaisse.

Judet a vécu la guerre et sait toute l'expérience qu'elle nous a donnée de cette question immense où, à côté du traitement non sanglant, il a fallu recourir au traitement opératoire par le bistouri et l'ostéosynthèse. Aussi, sait-il nous dire les indications de l'un et les indications de l'autre.

Qu'on n'oublie pas, en recueillant l'enseignement merveilleux de ce livre, que, se bornant à faire un appareil plâtré ou appliquant un appareillage de contention, on fait œuvre opératoire, *œuvre de main*, et qu'il n'est pas nécessaire de verser du sang pour faire œuvre chirurgicale.

En rédigeant son livre, Judet a atteint la Maîtrise dont il a jadis parlé avec une éloquence qui ne peut être dépassée.

DARTIGUES.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MUTUALITÉ FAMILIALE

Ce qu'il faut faire

— Ah ! je suis bien aise de vous rencontrer, vous allez pouvoir me dire ce qu'enfin je dois faire, car je me perds dans toutes vos combinaisons et je remets mon adhésion depuis trop longtemps.

— Avez-vous lu les statuts ?

— Ma foi, non : je les ai mis sur mon bureau, mais je n'ai pas le temps, et puis, c'est une lecture qui n'est pas des plus récréatives.

— Que ce soit amusant, je ne le prétends pas ; mais que ce soit long, je proteste : vous n'avez pas besoin de les apprendre par cœur, il vous suffit de lire, en ce qui vous concerne, les combinaisons qui vous intéressent.

— C'est que précisément, je ne sais pas quelles combinaisons me conviennent.

— Voyons, que voulez-vous ?

— Je voudrais l'indemnité maladie et une retraite.

— Vous savez donc parfaitement ce que vous voulez et il vous aurait suffi d'écrire au Dr Mignon qui, en quelques lignes, vous aurait donné les indications nécessaires.

— Mais c'est qu'il faut écrire....

—... et vous n'aimez pas plus écrire que lire. Enfin vous voulez une indemnité maladie et une retraite ; de combien voulez-vous cette indemnité ? de dix, de vingt francs, de trente francs ?

— Mettons vingt francs.

— Et la pension, de combien ?

— *Le maximum possible.*

— C'est 2.400 francs. Vous me demandez conseil, prenez votre pension à 65 ans.

— Pourquoi si tard ?

— Parce que 65 ans, c'est l'âge où vous commencerez à ne plus guère exercer, et surtout, c'est l'âge où cessera la possibilité de l'indemnité maladie. Evidemment, vous pourriez prendre la pension à 60 ans, mais cela vous coûtera sensiblement plus cher sans vous offrir des avantages beaucoup plus grands.

Voyez-vous, la pension arrivant remplacer l'indemnité, si le malheur veut que vous soyez devenu chronique, c'est l'idéal.

— Et si je ne suis pas malade ?

— Vous touchez quand même votre pension au 1er janvier de chaque année, et cela, jusqu'à votre décès.

— Et combien cela me coûtera-t-il ?

— Vous avez 37 ans, cela vous coûtera 192 + 344 = 536 francs, car je suppose que vous voulez contre assurer vos versements.

— Ma foi, je n'y tiens pas : je suis célibataire.

— Si vous ne contre-assurez pas, ce sera seulement 192 + 278 = 470 francs.

— Et si je venais à me marier, pourrais-je contre-assurer ?

— Oui, mais seulement pour les versements futurs ; il serait impossible de revenir sur les versements passés.

— Alors, je contre-assurerai : 74 francs, ce n'est pas une affaire, on les dépense souvent plus mal à propos.

— Comme conclusion, vous adhérez à MAD + R 20 parts.

— Oui, c'est entendu, mais j'aurais bien voulu une pension plus élevée : 2.400 francs, c'est un peu court par ce temps de vie chère.

— C'est le maximum actuellement. Vous ne pourriez avoir plus qu'en prenant à la fois 20 parts à R et 20 parts à P.

— Ce qui veut dire ?

— Que vous toucheriez une première pension de 2.400 fr. à 60 ans et une seconde de même somme à 65 ans, ce qui, à partir de ce moment, vous ferait 4.800 francs.

— Ce serait mieux ; et quelle augmentation de cotisation cela ferait-il ?

— 590 francs contre-assurés ou 504 francs non contre-assurés.

— Diable, c'est le double !

— Oui, mais songez que, pour la pension à 60 ans, vous n'avez que 23 cotisations à verser.

— C'est vrai... Enfin je verrai.

— Et vous allez attendre encore combien d'années pour vous décider ?

— Je n'attendrai pas : au 1er janvier, j'entrerai à MAD et à R, je vous le promets ; la réflexion ne portera que sur P.

Je suis vos conseils et vous remercie de me les avoir donnés.

— Le confrère Mignon vous les aurait donnés comme moi.. mais il aurait fallu les lui demander.

A. GASSOT.

HONORAIRES MÉDICAUX ; MALADES PAYANTS

Union Hospitalière du Nord-Est

Congrès de Boulogne-sur-Mer (13-16 septembre 1923)

Rapport de M. Marcel Gauguery, économe, chef des services administratifs des Hospices civils de Nancy, sur la question des honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux près des malades payants traités en salles communes dans les établissements hospitaliers (opinions et commentaires).

(*Revue des hôpitaux*, 30 septembre 1923).

Cette question, très importante, mais qui, reconnaissons-le de suite, est de nature à susciter des controverses, devait avoir sa place dans ce Congrès.

Elle devait y avoir sa place, parce que la question des honoraires des médecins et chirurgiens sur les accidentés du travail appelait un complément d'examen, tout au moins préparatoire, pour l'ensemble de la question des honoraires des médecins et chirurgiens près des malades payants traités dans nos salles communes.

Elle devait encore et surtout y avoir sa place, parce que cette question a déjà été effectivement posée dans certains hôpitaux par le corps médical et que demain elle le sera sans doute dans d'autres.

J'aurais, certes, préféré qu'un sujet aussi épineux fût traité par une personnalité de cette Assemblée ayant une autorité que je ne possède pas comme fonctionnaire hospitalier ; mais puisqu'on a bien voulu me faire l'honneur de me le confier, je vais en toute impartialité, à défaut d'autorité, apporter dans son étude les constatations pratiques que j'ai été à même de recueillir.

***

Quand un hôpital ou hospice éprouve quelques difficultés qu'il ne peut résoudre, il s'adresse au siège social de l'Union hospitalière dont il fait partie et sollicite son avis.

Quand il s'agit d'une question dont la solution peut reposer sur une législation existante ou une jurisprudence établie, il est relativement facile de donner un avis autorisé ; mais quand le règlement de cette question fait novation, le siège social lui-même éprouve quelque embarras.

C'est ce qui s'est présenté au cours de l'année qui vient de s'écouler où, à différentes reprises, la question des honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux près des malades payants, traités en salles communes, a été posée. J'avoue qu'au siège social de l'Union hospitalière du Nord-Est, nous avons éprouvé quelque embarras à répondre et que le conseil pratique que notre Président a cru devoir donner aux hôpitaux demandeurs a été de temporiser pour que la question puisse être étudiée sérieusement.

Peut-il se présenter, Messieurs, une meilleure occasion pour amorcer cette étude qu'à cette réunion où les hôpitaux des quatre coins de la France sont représentés, et où sont groupés, dans une atmosphère de sympathie et de solidarité hospitalières, les représentants des divers éléments intéressés, administrateurs purement administratifs, administrateurs-médecins et médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Les indications qui se dégageront de ce débat, qu'elles soient positives ou négatives, donneront déjà une orientation à la question, orientation qui éclairera les esprits et préparera la solution du problème.

***

Avant de faire une rapide revue des quelques opinions et commentaires recueillis, il est un point à la base de la question sur lequel il nous faut nous mettre d'accord. Ce point est celui-ci :

L'hôpital doit-il être réservé aux indigents seulement et, exceptionnellement, dans quelques rares cas, à des payants ; ou au contraire peut-on y recevoir des indignes et des payants en salles communes dans la mesure de sa capacité d'hospitalisation ?

M. le Dr Reynès a déjà répondu à la question ; puisque je vous l'ai lu, il y a quelques instants, il a déclaré qu'il défendrait que l'hôpital doit être réservé aux indigents seulement et ne doit admettre de payants en salles communes qu'exceptionnellement.

A cette déclaration, certains ajouteront qu'elle est en tous points conforme à la lettre du règlement modèle.

C'est un principe qui peut paraître rationnel, quand on l'examine de haut ; mais qui, à mon avis, est dans la pratique loin, bien loin, d'être applicable à la lettre. C'est absolument comme quand on nous demande de faire du tri parmi nos malades des consultations gratuites, où l'indigent possesseur d'une carte d'indigent voisine avec le pauvre honteux qui n'est inscrit sur aucune liste d'indigent ou avec l'indigent temporaire par suite de la maladie ou de quelques revers. Et si nous devions évincer de nos consultations tous les malades qui ne sont pas porteurs de carte d'indigent, nous priverions certainement de soins bien des pauvres et non des moins intéressants. Il est bien certain qu'à la faveur de cette situation imprécise, il se glisse à nos consultations des gens qui peuvent payer. Quand nous nous en apercevons, nous ne manquons pas de les congédier ; mais il est assez rare que nous puissions nous rendre compte de cette situation et on ne peut pourtant faire précéder une consultation gratuite d'une en-

quête administrative sur la situation sociale de celui qui en a besoin. C'est un fait regrettable, mais auquel, à notre connaissance, on n'a pu remédier jusqu'ici, les moyens théoriques envisagés étant dans la pratique sans efficacité.

Eh bien ! il en est de même de l'admission des malades payants en salles communes.

Si nous fouillons nos archives hospitalières, nous nous rendons compte que la mode de recevoir les malades payants en salles communes n'est pas nouvelle. Naturellement, plus on remonte en arrière, plus on constate que ce genre d'admission a été moins fréquent ; parce que jadis l'hôpital ne jouissait pas de la réputation qu'il a acquise de nos jours et parce que seul le malheureux vraiment malheureux y avait recours pour se soigner. Pour certains, aller à l'hôpital constituait jadis presque une honte ! Aujourd'hui, la mentalité est toute différente. L'hôpital n'est plus regardé avec terreur : on n'y vient plus seulement pour y mourir, on y vient pour y guérir ! Et cette réputation honorable qu'a acquise l'hôpital, il la doit non seulement au très louable effort de ses administrateurs, mais aussi à la science de ses médecins et de ses chirurgiens dont le bon renom rejaillit sur lui !

Entre l'indigent permanent ou temporaire qui a droit aux soins gratuits à l'hôpital, en vertu des lois d'assistance, et le citoyen aisé qui peut se faire soigner à domicile ou dans une clinique, il y a la catégorie des petits rentiers, des petits retraités, des petits aisés, dont l'importance s'est accrue sensiblement de nos jours, qui peuvent supporter des frais réduits dans un hôpital, mais qui ne peuvent faire face, par exemple, à des frais opératoires élevés, soit à domicile, soit dans une clinique.

Comme chez les malades de nos consultations gratuites, là aussi on peut rencontrer de l'abus !

Il est bien certain que s'il était possible de pénétrer dans la situation de fortune de chacun de ces malades, on en découvrirait qui peuvent supporter le coût de frais opératoires ou médicaux élevés.

Mais, je pose la question : comment les distinguer ? Qu'on m'en indique la manière pratique ; quant à moi, je ne la connais pas !

Je ne crois pas que les abus proviennent de la population urbaine qui fréquente nos hôpitaux ; je les soupçonne plutôt dans la population rurale où il existe des économies cachées, des aisances dissimulées !

Eh bien ! peut-on logiquement, humainement, fermer les portes de l'hôpital à des malades payants dont on ne connaît pas exactement la capacité de payement, dans la seule crainte d'en prendre quelques-uns d'assez aisés et au risque de priver de soins certains braves gens intéressants !

Qu'on ne me parle pas de juger sur les signes extérieurs ; ils sont des plus trompeurs ! La population urbaine assez bien mise est généralement plutôt gênée. La population rurale, au contraire, généralement moins à l'étiquette, est plutôt plus aisée !

Peut-on encore songer à provoquer une enquête sociale avant chaque admission à l'hôpital ou en cours d'hospitalisation ? Cela me paraît impossible, et au surplus, je n'en vois pas le résultat pratique, attendu que les renseignements que l'on obtiendrait, fréquemment encore que bien difficilement, ne se seraient appuyés souvent que sur des signes extérieurs !

Voilà un premier point, Messieurs, que je voulais établir, et dont il vous appartiendra tout à l'heure de contester et discuter l'exposé !

Ce point admis, quelle en est la conséquence pour le corps médical ?

Il est bien certain que l'admission des malades payants prive les médecins et chirurgiens de quelques honoraires !

C'est encore un fait regrettable, mais qu'il me paraît inévitable de subir, tout au moins partiellement !

Il est certain que de nos jours la situation sociale du médecin a changé ; il ne peut se contenter d'apostolat, il lui faut compter avec les difficultés de l'existence.

Et pour ce motif, les administrations hospitalières auraient peut-être mauvaise grâce à ne pas vouloir comprendre sa revendication.

Comment alors apporter remède à cette situation ?

Il pourrait en exister un, celui de faire payer aux malades payants traités dans nos salles communes, des honoraires médicaux sur des bases un peu moins élevées que celles appliquées aux malades payants soignés en dehors de l'hôpital.

Il y a quelques mois, un médecin d'un hôpital me disait : je serais partisan de faire payer des honoraires pour les malades traités au compte de grosses sociétés, de riches industriels, et peut-être pourrait-on se dispenser d'en faire payer aux autres !

Je lui ai répondu que tel n'était pas mon avis, et qu'il me semblait que tous les malades payants traités en salles communes devaient payer des honoraires médicaux ou que tous n'en devaient pas payer du tout !

Notre Président honoraire, M. Krug, examinant la question, écrivait un jour dans un rapport :

« On peut dans les hôpitaux diviser les médecins et chirurgiens en trois catégories :

« 1° Les professeurs de cliniques ;

« 2° Les médecins des hôpitaux nommés au concours et exerçant dans des villes d'une certaine importance ;

« Et enfin 3° les médecins des petites localités qui dirigent des hôpitaux et hospices de moindre importance et dont la situation au point de vue hospitalier est sans grande importance.

« Les professeurs chefs de services dans les villes de Facultés ou d'écoles secondaires forment pour ainsi dire l'aristocratie du corps médical ; ils ont travaillé pendant de longues années pour conquérir cette chaire enviée à laquelle est annexée une clinique à l'hôpital. Le titre de professeur leur confère une légitime notoriété qui leur permet de faire rétribuer largement les opérations payantes qu'ils font en de-

hors de l'hôpital. A notre connaissance, aucun d'eux n'a réclamé à son profit personnel l'application du tarif Breton pour les opérations qu'ils font dans leur service d'hôpital ; au contraire, certains d'entre eux nous ont déclaré que si l'application de ce tarif devenait par la suite *obligatoire*, leur intention était d'en abandonner les profits pour l'amélioration de leurs services.

« On ne comprendrait du reste pas que des professeurs qui, pour l'enseignement, sont les hôtes des commissions administratives, lesquelles font de nombreux sacrifices pour tenir leurs services à la hauteur de tous les progrès modernes et qui jusqu'à présent ont toujours considéré leur mission professorale comme un sacerdoce, soient tentés de transformer leurs services dans lesquels les soins ont toujours été donnés gratuitement dans l'intérêt de l'enseignement et des malades, en des cliniques payantes pour en tirer un profit matériel.

« En ce qui concerne la deuxième catégorie des médecins des hôpitaux, celle recrutée par voie de concours, il ne semble pas que ces praticiens soient fondés à élever des prétentions au sujet du versement de l'intégralité des honoraires qui pourront être ultérieurement payés. Lorsqu'ils ont été nommés au concours, ils connaissaient les conditions de l'engagement qu'ils prenaient vis-à-vis de leur commission administrative ; pour eux, ce qu'ils ont recherché, c'est le titre de médecin des hôpitaux qui pour eux a toujours été une excellente réclame : on a dit fort justement que certains praticiens, bien loin de vouloir tirer un profit pécuniaire de leur fonction de médecin des hôpitaux, seraient plutôt disposés à en payer le titre par une redevance annuelle. Nous ne pensons naturellement pas à placer pratiquement la question sur un terrain semblable, mais nous devons néanmoins l'indiquer en passant.

« Enfin, la troisième catégorie des médecins des hôpitaux est celle des petites localités où les fonctions de médecin de l'hôpital sont peu rémunérées et ne procurent au praticien que peu de notoriété et n'ont qu'une influence très limitée sur ses honoraires en dehors de l'hôpital. C'est certainement là la catégore la plus intéressante, celle pour laquelle l'application du tarif Breton serait la plus justifiée.

« Mais il y aurait toujours la question du monopole créé dans les services hospitaliers en faveur du chef de service, car il ne serait jamais possible d'admettre que des praticiens étrangers au service y soient admis pour donner leurs soins ».

Ainsi s'exprimait M. le président Krug.

Examinant moi-même la question, j'avais envisagé une autre solution.

Je partais du principe qu'il était désirable de faire quelque chose pour remédier tout au moins partiellement au préjudice involontairement causé aux médecins et chirurgiens par suite de l'admission des malades payants dans nos salles communes. Et je me disais que s'il était perçu des honoraires dans les hôpitaux près de cette catégorie de malades payants, ce qui constituerait inévitablement un privilège au bénéfice des médecins et chirurgiens des hôpitaux, peut-être en revanche le fait de savoir qu'il faut payer des honoraires médicaux à l'hôpital, pourrait avoir pour effet de ne pas inciter les malades quelque peu aisés à venir s'y faire soigner, attendu qu'il leur faut subir la promiscuité des salles communes. De cette façon,les abus seraient peut-être de plus en plus rares.

Je tiens à dire que, par malades payants, j'entends ceux payants à leur compte ou au compte de tiers, à l'exclusion des payants au compte de certaines collectivités ou organismes à caractère d'assistance, tels par exemple les sociétés de secours mutuels dont à mon avis les membres doivent être assimilés dans ce cas aux malades d'assistance médicale gratuite.

Mais mon raisonnement rencontra un sérieux obstacle.

Je me rendis compte aussitôt que l'hôpital serait menacé de devenir, comme l'écrit M. Vidal-Naquet, un lieu de commerce médical, et qu'il risquerait d'y perdre sa dignité. !

C'est alors que j'ai songé à la solution suivante.

Partant également du principe que le malade payant traité en salle commune n'étant naturellement pas un indigent, peut tout au moins payer des honoraires réduits, s'il ne peut supporter en dehors de l'hôpital des honoraires plus élevés ;

Désirant avant tout, voir la dignité de l'hôpital intégralement sauvegardée, et pour cela voulan éviter la perception directe d'honoraires par nos médécins et chirurgiens qni ont tout à gagner à cette disposition, je pensais qu'il serait possible d'applique à tout malade payant sans aucune distinction, le tarif payant règlementaire de prix de journée de l'établissement et en le majorant d'un pourcentage de x % pour frais médicaux ou chirurgicaux. Ce serait en fait une majoration de prix de journée, mais majoration apparaissant distinctement dans les notes individuelles et réservée au corps médical.

A la sortie de chaque malade payant, son compte d'hôpital serait donc arrêté et serait suivi de la mention suivante : majoration pour frais médicaux x % = X.

La totalité de la somme versée par le malade (frais de journée et majoration médicale) serait encaissée par l'administration hospitalière qui, au fur et à mesure des sorties, porterait à un livre de comptabilité spécial, au compte de chaque service, le montant des majorations qui lui reviendrait.

En fin d'année, le compte de chaque service hospitalier serait arrêté. Un mandat serait émis au nom de chaque chef de service et arrêté à l'importance du montant de ces majorations. Il appartiendrait alors aux chefs de service de faire de cet avoir ce qu'ils voudraient. Ils pourraient l'encaisser pour le partager avec leurs aides ; ils pourraient s'en servir pour améliorer l'outillage scientifique de leur service ; ils pourraient l'abandonner à l'administration hospitalière pour ses malades ; ils pourraient encore en verser tout ou partie du montant à quelques caisses

de secours médicales, en faveur des veuves et des orphelins de médecins éprouvés par exemple...

Tel était le projet que j'avais conçu.

Je vais arrêter là, Messieurs, cet exposé ; et je m'excuse d'avoir été un peu long, mais une question aussi épineuse méritait un examen sérieux.

Cet exposé fournit néanmoins un sujet de discussions, et certainement il sera très intéressant de connaître les divers avis qui vont s'en dégager.

C'est cette discussion que j'ai l'honneur de demander à notre Président de bien vouloir provoquer !

Marcel Gauguery.
Econome, Chef des services administratifs des *Hospices* civils de Nancy.

N. B. — Comme suite à ce rapport, MM. les membres de l'Union hospitalière du Nord-Est sont priés de faire connaître leur avis à M. le président de l'Union, M. Paul Morel, maire de Vesoul.

Commentaires

Du très intéressant rapport de M. Marcel Gauguery, on peut tirer certaines conclusions, qui, depuis de longues années, sont affirmées par le Corps médical.

Oui, nous dirons avec le rapporteur, qu'aller à l'hôpital n'est plus aujourd'hui un déshonneur. Le public sait qu'il y trouvera des médecins expérimentés, des instruments et des salles d'opérations, des services de spécialités. Et le tout à bon marché.

Certes, il est fort difficile de faire un tri entre les demi-nécessiteux, pour lesquels la maladie a été un désastre financier et les nombreux exploiteurs de la charité publique. Faire des enquêtes, intenter des poursuites : tout cela est illusoire, lorsqu'on songe que le maire est président-né de la Commission administrative de l'hôpital et qu'il ne veut pas s'aliéner quelques électeurs, en les traînant en justice ; lorsqu'on connaît le moyen de faire jouer les recommandations ; lorsqu'enfin ce sont les médecins d'hôpitaux eux-mêmes qui font recevoir gratuitement, ou presque, des malades, dans leur service, surtout pour des opérations chirurgicales, dont ils ne retireront aucun profit pécuniaire.

L'initiative privée a essayé de créer des maisons de santé à bon marché, car l'accès des cliniques n'est souvent pas à la portée de toutes les bourses.

Mais ces maisons de santé à bon marché ne sont pas encouragées par l'administration ; elles succombent sous le poids des frais généraux et sous celui des impôts, auxquels ne sont pas assujettis les hôpitaux.

De sorte que nous sommes acculés à ce dilemne : les très nombreuses bourses moyennes ou doivent être admises comme indigents à l'hôpital, ou doivent anéantir leurs économies, pour entrer dans une maison de santé, où il faudra, par surcroît, acquitter les frais médicaux et pharmaceutiques.

Admettre les malades non indigents en leur faisant payer le prix de journée, à l'hôpital, n'est que la solution d'un des côtés du problème ; le Corps médical reste toujours frustré de ses légitimes honoraires.

La division du corps hospitalier, proposée par M. Krug, est très artificielle.

Les professeurs de clinique, certes, sont heureux et fiers de leur situation scientifique ; mais ils ne se soucient pas d'être bernés, lorsqu'ils sont contraints à soigner, opérer des gens, dont la condition de fortune est loin d'être précaire. Ils veulent bien donner leur dévouement gratis aux pauvres, qui servent pour leur enseignement ; mais ils ne sont pas satisfaits d'être contraints, par l'administration hospitalière, à soigner également les exploiteurs de la charité publique.

Le Corps médical des hôpitaux, nommé au concours, n'a pas la liberté de discuter le contrat de travail qui lui est imposé unilatéralement par l'administration de l'hôpital. Il recherche le titre scientifique; mais il serait bien content de refréner cet envahissement de l'hôpital par des malades, qui pourraient se faire soigner chez eux, ou à la clinique voisine.

Reste ce Corps médical, qui n'est pas nommé au concours et pour lequel M. Krug a une pitié quelque peu protectrice. Ce Corps médical n'est pas besogneux, comme le laisse croire M. Krug ; mais il a le même désir que ses collègues nommés au concours : il entend vivre de sa profession, surtout par ces temps de vie chère et il en a assez d'être perpétuellement exploité.

Ils sont trop nombreux, à l'hôpital, ceux qui frustrent le médecin de ses légitimes honoraires, car ces malades, par leur hospitalisation, lèsent également les intérêts du Corps médical non hospitalier, et qui doit, lui aussi, avoir sa voix au chapitre.

Il est loisible d'opposer un règlement aux médecins et chirurgiens d'hôpitaux ; mais les Commissions administratives oublient que les praticiens, qui n'ont pas de service à l'hôpital, ont le droit de se plaindre de cette concurrence déloyale, qui leur enlève une partie de leur gagne-pain.

Quel est le moyen pratique de remédier à cet état de choses ? Nous aurons encore pas mal à faire, pour nous mettre d'accord avec les Commissions hospitalières, car ces dernières ont trop l'ancienne mentalité autocratique. Elles entendent être souveraines maîtresses chez elles, c'est-à-dire à l'hôpital.

Mais, il n'est peut être pas loin le jour où les médecins, bien soutenus par leurs Syndicats, refuseront d'obéir aux ordres qui leur seront donnés, de soigner gratuitement à l'hôpital les mala-

des payants. Les cas d'urgence et d'humanité seront toujours respectés : mais les affections non dangereuses, qui peuvent attendre des semaines, seront délaissées.

Révocation, bien entendu, des protestataires ; mais par qui les remplacer ? Aucun médecin de la région n'acceptant la succession de leurs confrères des hôpitaux.

Il faudra finir par où on aurait dû commencer : par causer sérieusement avec le Corps médical.

Personnellement, j'ai bien souvent défendu, tant dans le *Concours*, qu'au Conseil supérieur de l'Assistance publique, cette thèse que l'hôpital devrait faire fonction de Maison de santé à bon marché, pour les malades non indigents, blessés du travail, etc.

Au payement des honoraires pour les médecins d'hôpitaux, les commissions hospitalières opposent un refus, ne voulant pas que leur établissement puisse servir de prétexte à des tractations plus ou moins commerciales.

Cette suspicion qui, souvent, devant nous, a été jetée sur le Corps médical hospitalier, est toute gratuite : les commissions administratives d'hôpitaux ont toujours leur droit d'enquête et disciplinaire ; au surplus, les conseils de famille des Syndicats médicaux prêteraient leur concours pour réprimer les abus.

Malheureusement, on n'est pas encore habitué à utiliser les Syndicats médicaux ; le vocable « syndicat » sonne mal à bien des oreilles et cependant, il a été consacré par la loi du 21 mars 1884, il y aura bientôt quarante ans !

Les solutions, proposées par les hôpitaux, aboutissent à la fixation d'un prix de journée forfaitaire, que le malade payera net de toute autre charge. Quant au Corps médical hospitalier, on lui laissera entendre que la part qui lui revient pourrait servir à l'amélioration des services de chirurgie ou de spécialités. Et toujours généreux, les médecins d'hôpitaux consentiront à ne rien percevoir comme honoraires, alors que, juridiquement, on leur démontrera qu'ils sont néanmoins payés par les malades non-indigents hospitalisés.

Médecins d'hôpitaux et praticiens ordinaires seront ainsi spoliés par ceux qui devraient les honorer.

Personnellement, nous n'envisageons que des ententes locales entre Commissions hospitalières, d'une part et, de l'autre, médecins d'hôpitaux et Syndicats médicaux, ces derniers représentant l'intérêt par trop oublié des médecins qui ne sont pas admis à soigner les malades hospitalisés et qui cependant se voient dépouillés, au profit de l'hôpital, d'une partie de leur clientèle payante.

Les temps difficiles que nous traversons, la vie chère, les impôts, qui frappent lourdement le médecin, obligeront ce dernier à ne plus se contenter des belles paroles dont, jusqu'à ce jour, on a enguirlandé son dévouement et son abnégation. Beaucoup de praticiens ne peuvent plus diriger leurs fils vers la médecine, car les études coûtent trop cher. Ce n'est donc pas l'heure de croire que les docteurs continueront à rechercher les titres honorifiques, mais qui ne permettent pas de vivre.

Veut-on véritablement résoudre ce problème de la collaboration médicale dans les hôpitaux ? Veut-on rendre ces établissements à leur but social, qui est de soigner les malades indigents et de condition modeste, avec les données les plus modernes de la science ? Il faut alors, faisant table rase des errements du passé, envisager des *contrats collectifs* avec les syndicats médicaux locaux. Ces contrats prévoiront le mode de nomination du Corps médical hospitalier, la durée des fonctions, les honoraires, le roulement des services et le respect de la discipline professionnelle.

Mais les Commissions hospitalières consentiront-elles, de bonne grâce, à se laisser dépouiller de leurs prérogatives d'administration quasi-absolues ? Qu'elles envisagent l'avenir, lorsque les assurances sociales, dans quelque dix ans, transformeront les hôpitaux en maisons de cure, administrées par les usagers eux-mêmes. Qu'elles comprennent surtout que l'art de guérir devient tellement complexe, que la médecine ne peut plus rester individuelle : le concours de plusieurs docteurs est fréquemment indispensable, pour traiter un même malade.

Il faudra, par suite, la création de maisons de diagnostic, comprenant laboratoires, salles de radiologie, instruments spécialisés et coûteux.

Il est regrettable que l'initiative syndicale n'ait pas, du côté des médecins, organisé de tels centres : la cherté de la construction et de l'installation en est un des principaux obstacles.

Mais ce que l'initiative privée ne peut faire, la collectivité se doit de l'exécuter, surtout lorsque la santé publique est en jeu. La véritable prophylaxie efficace réside moins dans la diffusion de dispensaires de traitement, plus ou moins inutiles et surtout très dispendieux, que dans la possibilité, pour le médecin traitant, de faire un diagnostic rapide et précis.

L'hôpital est ce centre tout trouvé, dans lequel tous les praticiens d'une région pourront examiner, ou faire examiner leurs malades.

Également, cet établissement servira de centre d'hospitalisation gratuite et payante, pour tous les malades — et ils sont de plus en plus nombreux — qui ne peuvent pas être correctement et scientifiquement soignés chez eux.

Les commissions hospitalières consentiront-elles alors à comprendre que, sans médecins, l'hôpital ne servirait pas à grand'chose ?

Dr Paul BOUDIN.

L'ORDRE DES MÉDECINS

On a déjà beaucoup écrit sur l'Ordre des médecins, aussi bien en sa faveur qu'en sa défaveur. Pour ma part, je suis de ses adversaires ; je n'ai pas l'intention de répéter toutes les critiques qu'on lui a adressées ; mais il est des choses qu'il paraît utile de dire.

I

Sous peine d'être un organisme inopérant, illusoire, l'Ordre des médecins doit pouvoir prendre vis-à-vis des médecins qui lui sont déférés, toute une série de sanctions : la gamme peut être variée suivant les projets, mais au bout de cette gamme doit être la privation de l'usage du diplôme, l'interdiction d'exercer.

Or, interdire à un médecin l'usage de son diplôme, c'est le priver de son gagne-pain, confisquer les intérêts des capitaux dépensés pour ses études, pour son installation, le priver des droits conférés par l'Etat, et le mettre hors de mesure de pourvoir à sa subsistance selon ses capacités, ses aptitudes et ses goûts. C'est en faire une épave — la plupart du temps propre à rien, et l'exposer à une chute précipitée dans les pires turpitudes. Tout ceci, bien entendu, pour le cas où la décision de l'Ordre le privant de l'usage de san diplôme serait une sanction *efficace*, à laquelle on puisse au besoin le contraindre de force.

Eh bien, réfléchissons-y : un tel ordre des médecins serait la seule juridiction ne faisant pas partie des tribunaux réguliers, ayant pareil pouvoir de priver entièrement un individu de ses moyens d'existence et d'un grade à lui confié par l'Etat. Car il n'y a rien de comparable ici avec les effets de la condamnation d'un avocat par son Ordre : cet avocat, exclu du barreau (qui, au fond, n'est qu'une association professionnelle dont le licencié en drot est libre de faire partie ou non) peut encore jouir de ses titres, utiliser ses connaissances en droit, ouvrir un cabinet d'affaires, et sortir de la tourmente en reparaissant sur les flots, certes pas toujours la tête haute, mais enfin libre d'utiliser ses capacités et de nourrir sa famille, s'il en a une. Il est exclu du barreau, mais il peut encore faire du droit : tandis que le médecin serait exclu du Corps médical, et ne pourrait plus faire de médecine, sans commettre alors un délit passible des tribunaux : l'exercice illégal.

Il faudrait réellement oublier tous les principes organiques de notre société, (qui veut que les individus aient en justice toutes garanties et a institué dans ce but des *lois* et des *magistrats* pour les appliquer) pour admettre qu'une peine aussi dure et aussi dégradante puisse être prononcée sans ces garanties, par des médecins n'ayant, pour juger d'autres guides que leur conscience (et l'on sait combien celle-ci est sujette, même chez les gens de bonne foi, aux défaillances et aux égarements !) et un code dont nous parlerons tout à l'heure, et non par des hommes de loi, dont les écarts de jugement sont, dans la mesure des possibilités humaines, prévenus par des textes précis et par la pratique journalière d'un métier plein d'écueils.

Et puis, cette peine est encore à tel point sévère qu'on peut se demander quel délit, échappant aux lois qui régissent le commun des hommes, pourrait la motiver ? Celui que vous y condamnerez sera certainement coupable de faute très grave : escroquerie, diffamation, que sais-je ? Cette faute sera certainement passible des tribunaux ordinaires, correctionnelle ou assises. Pourquoi voulez-vous à ces organismes réguliers, légaux, susbtituer un organisme nouveau, conçu sur un plan contraire à tous principes, mais faisant double emploi avec eux ?

J'entends bien qu'on me répondra : les tribunaux réguliers n'auront pas la plupart du temps, selon les textes en vigueur, le pouvoir d'interdire au médecin l'exercice de son art. Et pourquoi ? Parce que le législateur a pensé que cette peine était d'une telle sévérité, qu'on pouvait à peine la prononcer dans quelques cas d'exception qu'il a pris soin de définir. J'admets qu'il a exagéré dans un sens favorable aux « brebis galeuses » de notre profession — et de bien d'autres. Mais, si, étant donné l'évolution déontologique et l'évolution sociale, vous estimerez que ces cas d'exception sont trop limités, il reste une ressource : c'est de faire insérer dans le Code pénal les modifications ou additions nécessaires.

Certes, ce pourra être là un très long travail. Pour moi qui ne suis pas familiarisé avec la fonte et la refonte des lois, je vois une solution simple : c'est d'intercaler dans le Code pénal un article nouveau, spécifiant que les médecins frappés de condamnation en vertu de tels ou tels articles, pourront être privés à temps où à perpétuité, des prérogatives attachées à leur diplôme. Il y aura là quelque chose d'analogue à la règlementation de la privation des droits civiques (Le législateur aura toute faculté pour viser en même temps telles autres professions qu'il jugera utile).

En tout cas, à mon avis, il importe de ne pas perdre de vue que l'interdiction du droit d'exercer doit être réglée par des textes juridiques précis ayant force de loi, ne laissant place ni aux abus ni à l'arbitraire, et par une juridiction donnant toute garantie à l'accusé.

II

Je viens de dire : des textes juridiques précis ayant force de loi. Je m'explique.

L'ordre des médecins, dans l'esprit de ses partisans, doit être le tribunal des fautes de déontologie. Comme on l'a déjà dit, le même acte, considéré comme délictueux dans le Nord, peut être licite

dans le Midi. Il faut donc supposer une certaine dose de souplesse (et combien la souplesse voisine avec l'arbitraire, ici !) dans la manière de juger, puisque la justice ne sera pas partout la même. Je suppose que chaque région aura son code propre, différent de celui des autres régions, et remaniable suivant les circonstances. Le code offre-t-il les garanties d'une loi ?

Rédigé par un groupe de praticiens, et non sanctionné par le Parlement, applicable seulement dans la région où il est en vigueur, ce n'est pas une loi. Il ne peut avoir que la signification des statuts d'une association : et par suite, il ne peut être imposé qu'aux adhérents de cette association, et non être appliqué indistinctement à tous les médecins, membres ou non de la dite association.

En embrassant la carrière médicale, je n'ai contracté aucune obligation vis-à-vis de l'ensemble du Corps médical, autre que d'agir en toute circonstance honnêtement, loyalement et décemment. C'est un peu engagement de conscience, et ma conscience demeure seule juge de mes actes, tant qu'ils ne sont pas délits ou crimes à l'égard des lois. Ma conscience, que je sache, ne variera pas selon que j'habiterai le Nord ou le Midi. Dès lors, si j'ai une opinion personnelle sur tel point particulier jugé différemment au Nord ou au Midi, devrai-je abandonner cette opinion si le hasard me fait échouer chez ceux qui la repoussent ? Oui si je désire faire partie de leur association, et qu'elle soit contraire à leurs statuts. Mais non, mille fois non, si j'entends demeurer indépendant. Supposez par exemple, cette association ayant décidé que la visite de passage n'existe pas, selon une formule qu'on se plait à répéter et qu'il faut faire payer à tout client chez qui l'on entre l'indemnité kilométrique de notre domicile au sien ; supposez que moi, trouvant cela injuste, je m'y refuse, et réclame cette indemnité seulement au client qui me demande de me déplacer et non à celui qui m'arrête en route : j'aurai, aux yeux de la dite association, commis une faute de déontologie. Elle prendra donc, à mon égard, une sanction : par exemple, elle me votera un blâme. Très bien, si j'étais de ses membres. Mais si, n'ayant pas voulu approuver cet article de ses statuts, je ne me suis pas fait admettre en son sein, quel droit a-t-elle de me juger, en dehors des lois faites pour tout le monde ?

Supposez, maintenant que ce blâme me laisse indifférent. Que va faire l'Ordre ? Avant d'en arriver à m'interdire l'exercice de la médecine (à moins d'avouer son impuissance en me laissant agir à ma guise), il va chercher à m'empêcher de continuer. Pour cela, il me portera un préjudice certain : et alors, si je l'attaque à mon tour devant les tribunaux ordinaires, pour entrave à la liberté du travail, ou pour atteinte à ma réputation, ou pour dommage causé dans l'exercice de ma profession croyez-vous que je n'aurai pas d'excellents arguments à faire valoir ?

En résumé, je demande si, légalement, les codes rédigés dans chaque région, et n'ayant en aucune manière le caractère de lois pourront être appliqués à toute personne pourvue du diplôme de docteur en médecine, délivré par l'Etat ?

Si oui, ce serait une anomalie et une injustice flagrantes ; ce serait en outre un précédent qui ouvrirait la porte à d'autres créations du même genre, et tout le monde finirait bientôt par être jugé par ses pairs... Ce serait enfin une terrible entrave à la liberté individuelle ; et ce serait l'étouffement de ce qu'il peut y avoir de meilleur en un médecin : sa conscience propre.

Pour ces raisons, je ne crois pas que l'ordre des médecins puise être consacré comme une institution officielle et légale.

Dr L. F.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Assemblée Générale du 18 Novembre 1923

L'Assemblée générale est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. Maurat, président, assisté des membres du Conseil du « Sou » et de Me Nattan-Larrier, avocat conseil.

Rapport du secrétaire général.

M. Paul Boudin. — Mon rapport annuel, qui a été publié dans le no 44 du *Concours médical*, est tout simplement un résumé de notre vie professionnelle, je dirais plutôt, de notre vie juridique de l'année.

Plus l'activité du « Sou » augmente et plus nous remarquons une sorte d'accalmie dans les conflits médico-juridiques. Cela tient à ce que le « Sou médical » a su faire établir une jurisprudence précise, sur un certain nombre de principes. Maintenant, grâce à cette jurisprudence, nous pouvons arriver à résoudre la plupart des conflits, uniquement par la correspondance. Les confrères s'adressent à nous pour les causes les plus variées, je dirai même les plus invraisemblables.

Nous avons suffisamment de documents pour pouvoir leur répondre et leur donner un conseil pratique.

Je tiens tout d'abord à remercier mon prédécesseur, le docteur DE GRISSAC, notre grand ancien, qui a été l'ouvrier de la première heure au Secrétariat du « Sou médical » ; je n'ai eu qu'à suivre son exemple pour arriver à donner ce qu'il lui avait donné plus généreusement encore, c'est-à-dire tout son dévouement, tout son cœur et toute sa science.

Aussi, mon cher Confrère de Grissac, puisqu'aujourd'hui, c'est le 25e anniversaire du « Sou médical », j'estime que vous et notre président, le docteur MAURAT, vous devez être félicités de votre œuvre. Vous rappelez-vous qu'au moment où l'on a fondé le « Sou médical », vous vous demandiez quels seraient les services qu'on pourrait rendre aux adhérents du « Sou ». C'est bien grâce à vous, les pionniers de la première heure, grâce au regretté docteur Jeanne, grâce à cet autre disparu, maître Gatineau, que notre Ligue a pu devenir un rouage indispensable de la défense professionnelle.

Si vous parcourez le compte rendu annuel, vous verrez toujours les mêmes conflits : questions de responsabilité professionnelle, questions de recouvrement d'honoraires, questions de loyers, d'impôts, etc. Mais, si en 1910, lorsque j'ai pris le Secrétariat général, la question accident s du travail dominait, d'une façon générale, toutes les préoccupations de notre profession, actuellement, la jurisprudence est bien établie pour faire triompher les droits légitimes du médecin , cette année, j'ai consacré à peine une demi-colonne du *Concours médical* au sujet des accidents du travail.

Mais, un certain nombre de questions nouvelles surgissent. Je ne parle pas de la responsabilité professionnelle qui, à première vue, paraît considérable. Il semble, quand on lit les journaux extra-médicaux, que beaucoup de médecins sont poursuivis pour faute, ou pour une erreur ; on frémit devant les demandes en cent ou deux cent mille francs de dommages intérêts.

Ce sont, beaucoup de malades qui refusent de payer leur docteur : pour ne pas s'acquitter de leur dette, ils viennent dire au médecin : « Si vous me réclamez votre dû, je vous poursuis pour malfaçon ».

Mes chers Confrères, lorsqu'ensuite, nous analysons à la fin de l'année les procès en responsabilité professionnelle, nous voyons que ces procès n'aboutissent pas, parce que le médecin, qui est défendu par le « Sou médical », sait toujours parler haut et ferme et le client de mauvaise foi préfère s'incliner et payer la dette qui lui incombe.

La question de responsabilité professionnelle n'est donc pas une question bien terrible pour nous. Mais à considérer ces questions de recouvrements, surtout vis-à-vis de collectivités publiques ou privées, nous nous apercevons que le médecin n'est plus, comme dans le temps, un individu isolé, vis-à-vis de son malade et relié uniquement à lui par le secret professionnel. Il semble qu'il y a actuellement une médecine collective, qui s'impose à nous, de plus en plus.

Ce sont alors ces nombreux contrats de louages de service qui nous forcent, au « Sou médical », à discuter les intérêts des médecins. Je sais bien que ces contrats sont souvent pris en dehors des décisions des congrès et des votes des Assemblées générales de l'Union des Syndicats. Certes, pareilles tractations ont toujours été déconseillées dans les colonnes du *Concours médical* ; mais néanmoins, lorsqu'un médecin vient nous crier à l'aide, parce que, de bonne foi, il s'est engagé à soigner ces malades de mines, de compagnies quelconques, de sociétés de Secours mutuels et que ces médecins se voient congédiés sans indemnité, quelquefois même sans situation, notre devoir à nous, « Sou médical » est de défendre nos confrères.

Dès lors, se greffent là-dessus les questions de médecine collective à l'instar de celle qui nous préoccupe beaucoup maintenant, celle des réformés de guerre.

Ce sont toutes ces questions de contrôle, ces questions médico-administratives que nous sommes obligés d'envisager et nous, « Sou médical », notre devoir est de les considérer sous l'angle juridique en laissant le côté professionnel général à l'Union des Syndicats médicaux de France.

Pour résoudre ces conflits, je vous assure qu'il y a des moments où, avec Maître Nattan-Larrier, nous sommes très embarrassés. C'est un droit nouveau qui s'établit pour nous ; il nous faut réfléchir en regardant l'avenir de très loin, pour envisager notre situation vis-à-vis des collectivités diverses.

Devons-nous rester dans les anciennes coutumes ne connaissant que le malade, liés que nous sommes aux malades par un contrat de convenance mutuelle, avec honoraires payés directement au docteur par son client ; ou devons-nous, au contraire, aborder le problème de la médecine collective sous toutes ses faces ?

Je ne voudrais pas m'étendre sur ces points. Je préfère vous répéter ceci : le rôle du « Sou médical » est un rôle de conseiller technique et juridique, pour les cas individuels : témoins, les très nombreuses lettres que nous recevons.

C'est vous dire que le médecin se sent chez lui lorsqu'il est membre du « Sou » ; c'est vous dire que nous sommes beaucoup plus des guides et des tuteurs que des défenseurs et c'est pour nous un titre de gloire parce que nous sommes craints et respectés dans le monde profane.

Aussi ne craignez point de nous écrire souvent, de nous confier tous vos ennuis, certains que, dans toutes circonstances, vous aurez l'appui moral du « Sou médical » et toutes les fois que

nous le pouvons, en conformité avec nos statuts, l'appui pécuniaire est largement donné, pour le plus grand profit du Corps médical tout entier.

Par conséquent, mes chers Confrères, à l'occasion du 25e anniversaire du « Sou médical », qu'il me soit permis de remercier M. GASSOT, notre trésorier, notre ami Gassot qui est retenu par la maladie, et nos conseils juridiques, MMes NATTAN-LARRIER et Bernard AUGER et notre chef du contentieux, M. DUMESNY, parce que c'est à ces hommes de dévouement et de confiance que vous devez aujourd'hui le peu de meilleur-être du Corps médical.

Approbation des comptes.

M. MAURAT, président, excuse MM. GASSOT, père et fils, trésorier et trésorier-adjoint, qui n'ont pu assister à l'Assemblée, le premier empêché par la maladie, le second retenu chez lui au dernier moment par les nécessités de sa clientèle.

Il rappelle que les comptes de l'exercice 1922 ont été publiés dans le *Concours médical*, n° 41, du 14 octobre dernier et en donne à nouveau lecture.

Puis, M. QUIVY, l'un des Commissaires des comptes, donne lecture du Rapport des commissaires, qui est ainsi conçu :

Le 25 octobre 1923, Monsieur Dumesny nous a présenté les livres de comptabilité du « Sou médical » en l'absence du trésorier, M. le docteur Gassot, récemment opéré.

Nous avons constaté la parfaite concordance des chiffres portés au rapport publié dans le numéro du 14 octobre 1923 du *Concours médical*, avec ceux des livres ; nous n'avons aucune critique à formuler, la comptabilité nous paraissant tenue d'une façon régulière.

Nous proposons donc à l'Assemblée générale, d'approuver ces comptes et d'adresser au docteur Gassot, avec ses remerciements, ses vœux de prompt et complet rétablissement.

Dr QUIVY. Dr VILPELLE.

Après lecture de ce rapport, personne ne demandant la parole, l'approbation des comptes est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Renouvellement de la série sortante des Membres du Conseil.

M. le Président rappelle que, aux termes des statuts, le Conseil est renouvelé par tiers tous les deux ans, par séries désignées par voie de tirage au sort.

La série sortante cette année est composée de MM. DECOURT, vice-président ; A. GASSOT, trésorier ; NOIR, LAFONTAINE et PAMART.

M. LAFONTAINE ayant manifesté le désir que son mandat ne soit pas renouvelé, parce que ses occupations ne lui permettent pas de remplir ses fonctions, le Conseil propose de nommer en son lieu et place M. le Dr QUIVY, de Paris.

Il est procédé à l'élection. Sont nommés à l'unanimité :

Vice-président : M. DECOURT, de Mitry-Mory.
Trésorier : M. GASSOT, de Chevilly.
Syndics MM. NOIR, PAMART, et QUIVY, de Paris.

Election des Commissaires contrôleurs.

Aux termes des statuts, deux commissaires-contrôleurs doivent être nommés, chaque année, par l'Assemblée générale, pour l'examen des comptes.

Les deux commissaires sortants sont MM. VILPELLE et QUIVY. Le premier est rééligible. Quant à M. QUIVY, qui vient d'être élu syndic, il ne peut être contrôleur.

Sur la proposition de membres de l'Assemblée, MM. VILPELLE, de Meaux et JACOB, de Paris, sont nommés à l'unanimité commissaires-contrôleurs pour l'exercice 1923.

Fixation du montant de la garantie de la responsabilité civile.

Dr Paul BOUDIN. — Mes chers Confrères, un des points de l'activité du « Sou médical » est de garantir les médecins contre la responsabilité professionnelle et très souvent, vous nous avez entendu dire ou vous avez lu dans le *Concours médical* ce que nous avons écrit, que seul, le « Sou médical » défend le médecin, soit en attaquant, soit en défendant, tandis que les Compagnies d'assurance à formes plus ou moins mutuelles ou à titres plus ou moins médicaux, ne garantissent que la responsabilité professionnelle.

On est venu dire que ces Compagnies pouvaient garantir des sommes de 100, 200, 500.000 francs pour des cotisations infimes.

Sur 25 francs, de la cotisation du « Sou », il y en a 21 qui sont affectés à l'attaque et il y en a 4 qui sont réservés pour la caisse de responsabilité professionnelle. Au début, cette garantie de la responsabilité professionnelle n'a été que de 2.000 ; mais, de toute manière, en dehors de ces 2.000 étaient compris les frais d'avocats, d'avoués, de défenses de toutes sortes, de justice, etc., puisque la justice n'est pas gratuite en France même quand on a raison et qu'on est innocent.

Puis, nous sommes passés à 5.000, nous sommes passés à 20.000 et actuellemetnt, nous nous demandons si nous ne pourrions pas monter à 50.000.

Nous n'avons pas accepté cette idée sans de nombreuses discussions et sans grandes réflexions, parce qu'il ne faudrait pas que notre gestion fasse courir un risque quelconque aux médecins qui ont confiance en nous.

Si nous vous offrons ce chiffre de 50.000, c'est que nous pensons pouvoir tenir le coup en toutes circonstances, — permettez-moi cette expression un peu triviale. Quels sont les chiffres des condamnations que nous avons vues jusqu'à présent ? La plus forte a été de 50.000 fr., à propos d'un médecin que le Parquet avait ordre de faire condamner fortement. La plupart des condamnations sont moins élevées, comme celle d'Evreux qui monte à 11.500 fr. Remarquez, ce n'est pas la demande qui doit nous effrayer parce que le client réclame toujours au moins 100.000 fr. pour en obtenir 5.000.

Or, il faut toujours prouver la faute du médecin et c'est pourquoi les tribunaux se montrent assez modérés dans l'estimation du dommage que nous avons pu faire courir à nos clients.

Notre caisse de garantie dépasse la centaine de mille fr. Notre nombre d'adhérents augmente sans cesse et chaque adhérent verse 4 fr. par an à cette caisse de garantie. Par conséquent, 10, 12, 15.000 qui, automatiquement, tombent annuellement dans cette réserve. Joignez maintenant les intérêts annuels de cette somme, qui s'ajoutent au capital de garantie.

De plus, un procès en responsabilité professionnelle exige au moins deux années pour pouvoir être résolu. Par conséquent, une dépense portera toujours sur deux, même trois exercices. Nous avons même des procès actuels qui ont commencé avant la guerre et qui sont encore en instance.

Dans ces conditions, mes chers Confrères, nous pensons pouvoir vous offrir 50.000 fr. de garantie.

Pourquoi 50.000 ?

Ils sont très nombreux, les médecins qui viennent au « Sou médical », ayant déjà contracté à une Compagnie d'assurance quelconque. Mais les assureurs sont des commerçants. Ils vendent une marchandise qui est la sécurité contre un risque, et comme tout commerçant qui se respecte ils vendent le plus cher possible pour donner le moins possible.

Si nous prenons la garantie de 50.000, qu'elle va être notre attitude vis-à-vis des Compagnies d'assurances ?

Nous avons estimé au Conseil du « Sou » que nous n'avions qu'à ignorer les Compagnies d'assurances et faire notre petit bonhomme de chemin.

Estimez-vous que nous devions tenter cette expérience et vous garantir sans augmentation de cotisation jusqu'à concurrence de 50.000 fr. de responsabilitée professionnelle ?

Après discussion, à laquelle prennent part MM. Jacob, Bellencontre, Harlet, Mignon, Nattan-Larrier, Quivy, Pamart, Duchesne, Decourt, Noir, l'augmentation de la garantie de la responsabilité civile jusqu'à cinquante mille francs, sans modification de la cotisation, est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Modification des statuts et du règlement de la Caisse de garantie.

M. le Président explique que l'augmentation de la garantie qui vient d'être votée entraîne l'obligation de modifier les articles 2, § 3 des statuts et 2, § 1er du règlement de la Caisse de garantie.

Il met aux voix, en conséquence, les modifications ci-après :

Article 2, *paragraphe* 3 *des statuts* :

Remplacer ce paragraphe par le suivant :

En outre, elle couvre chacun de ses adhérents contre les actions civiles qui pourraient lui être intentées pour des actes cliniques et thérapeutiques accomplis par lui, jusqu'à concurrence de la somme de 50.000 fr. au maximum, au moyen d'une caisse spéciale constituée à cet effet.

Cette modification, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Article 2, *paragraphe* 1er *du règlement de la Caisse de garantie.*

Ce paragraphe est remplacé par le suivant :

Cette garantie est donnée jusqu'à concurrence d'une somme de cinquante mille francs au maximum.

Cette modification, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

L'Assemblée générale donne mandat au Conseil d'étudier la modification du règlement de la Caisse de garantie, notamment en ce qui concerne le rang des garanties, en cas d'assurance à une autre Compagnie ou à une autre Caisse.



REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Nous apprenons, avec un vif regret, la mort du Dr de KORAB-BOJEMSKI, dont les obsèques ont été célébrées lundi dernier.

M. de Korab était le beau-père de notre rédacteur en chef et ami, Julien NOIR.

Le *Concours médical* prend part au deuil qui le frappe, et l'assure, ainsi que sa famille, de sa grande et profonde amitié.

— **Association corporative des étudiants en médecine** — L'Association corporative des étudiants en médecine remercie vivement les étudiants en médecine de la confiance qu'ils lui ont marquée en élisant comme délégués au Conseil de l'Université la liste de candidats qu'elle présentait, d'accord avec les Associations des internes et des externes des hôpitaux.

Le succès obtenu est plus un triomphe de principes qu'un succès de personnalités. Il consacre l'adhésion de la majorité des étudiants au programme des Associations corporatives.

Il va seans dire que tous les étudiants en médecine trouveront dans les camarades délégués des défenseurs dévoués, quoiqu'aient pu prétendre certains adversaires battus et mécontents.

— **Les médecins et la crise du logement.** — La réunion organisée par le Dr G. de Parrel, secrétaire général de l'*Évolution médico-chirurgicale*, le 7 décembre dernier, à la mairie du IXe, a obtenu plein succès. Plus de 300 médecins sont venus entendre la remarquable conférence de M. Edouard Ignace, président de la commission de législation civile de la Chambre, sur la *crise du logement et les médecins*, ainsi que les exposés très clairs et très précis de MM. les docteurs Sibut, Paul Guillon, Paul Boudin et de M. Le Corbeiller, député de Paris, ancien président du Conseil municipal.

De cet intéressant échange de vues, il résulte qu'il ne faut pas fonder trop d'espoirs sur une solution du problème par le Parlement avant la fin de la présente législature par l'extension aux médecins de la propriété commerciale. Par conséquent la meilleure tactique à adopter consiste à faire pression sur les candidats à la députation pour obtenir d'eux des engagements formels dans le sens d'une réglementation de la question du logement dès le début de la prochaine législature.

Sans doute faudra-t-il envisager la nécessité d'une proposition spéciale pour le logement des médecins en se plaçant au point de vue de l'*intérêt général de la population et de la santé publique* ? Il s'agit d'un problème d'intérêt social au premier chef.

A l'issue de cette importante réunion, présidée avec autorité par le Dr Dartigues, de l'*Évolution médico-chirurgicale*, l'assemblée a voté à l'unanimité le vœu suivant :

Considérant que par suite de la crise du logement et de la volonté persistante des propriétaires de refuser de louer à des médecins, la population parisienne est exposée à ne plus avoir de médecins en quantité suffisante,

Déeide,

De signaler aux Pouvoirs publics la gravité de cette situation et d'inviter MM le ministres de l'intérieu et de l'hygiène à aviser aux mesures propres à conjurer le danger.

Emet le vœu,

Que la loi sur la propriété commerciale votée par la Chambre des Députés et soumise aux délibérations du Sénat, soit déclarée applicable à tous les locaux à usage professionnel dans les termes de la loi du 9 mars 1918.

L'Assemblée a, d'autre part, voté à l'unanimité la résolution suivante :

Les médecins parisiens, réunis en Assemblée plénière par les soins de l'*Evolution médico-chirurgicale*, le 7 décembre 1923, à la mairie du IXe arrondissement, demandent que, dans l'intérêt bien compris de la population, en raison du trouble apporté à l'exercice de la profession médicale par les exigences arbitraires des propriétaires, un droit préférentiel pour les médecins à renouvellement de baux et locations verbales, avec un relèvement du prix du loyer conforme aux dispositions légales réglant la matière, soit inscrit dans la loi actuellement en discussion au Sénat.

— **L'Œuvre de guerre.** — L'Association des aphasiques de la guerre nous informe que les réformés privés de la parole, de la mémoire et de la volonté sont rééduqués gratuitement par les soins de l'Œuvre.

Une nouvelle série de cours s'ouvre le 3 décembre, 6, bd des Invalides. L'Œuvre recevra également toute personne civile ayant quelque trouble de la parole : aphasiques, bègues, arriérés, ou sourds au siège social, 3, avenue des Ternes, Paris, 17e.

Pour tous renseignements, écrire à Madame Barria, 3, avenue des Ternes, Paris, 17e.

— **Association amicale des Anciens Médecins des Corps combattants.** *Hommage au général Gouraud.* — Le général Gouraud, gouverneur militaire de Paris, a présidé le banquet que donnait l'association des anciens médecins des corps combattants, le 22 décembre au Cercle militaire. Le gouverneur de Paris a été reçu par le docteur Marcel Pinard, médecin des hôpitaux, président, et le docteur Censier, président d'honneur. Dans un magnifique discours, souvent coupé d'applaudissement, le général Gouraud a rappelé ses origines et ses parentés médicales, exalté l'œuvre des médecins des régiments pendant la guerre. Cette belle manifestation qui avait réuni près de 100 convives, fait le plus grand honneur à l'Association amicale des anciens médecins des Corps combattants.

Rappelons que cette Association cherche à grouper tant dans un but de camaraderie que de soutien professionnel tous les médecins qui ont servi sous le feu pendant la guerre. La condition essentielle pour en faire partie est d'avoir passé au moins 6 mois de guerre, dans un régiment du front, ou d'avoir été blessé, ou d'avoir obtenu une citation pour fait de guerre.

Les adhésions sont reçues par le docteur Jacques Forestier, secrétaire général, 12, rue d'Anjou, Paris (8e) qui enverra tous les renseignements, sur simple demande.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MEDICAL »

ANNÉE 1923

2e Semestre

Cette table contient quatre parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale.

I

Partie Scientifique

A

B

II

Partie Professionnelle

A

B

C

D

E

P

R

S

III

NOMS DES AUTEURS

IV

Jurisprudence Médicale



Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

mon mandat en me basant pour évaluer le degré d'*invalidité physiologique*, non seulement sur l'examen du malade, sur la radiographie constatant l'existence de cals volumineux et munis d'aspérités, etc., mais encore sur l'impuissance du blessé à exercer les métiers de charpentier, agriculteur, etc.

En un mot, j'aurais confondu l'invalidité physiologique avec l'incapacité de travail.

Je compte sur votre complaisance pour me donner une solution précise.

Dr M.

Réponse.

Deux articles de la loi du 31 mars 19 posent le principe d'appréciation de l'infirmité par l'évaluation du degré d'invalidité : l'art. 4 et l'art. 9.

Or, par degré d'invalidité, il faut entendre la diminution de la capacité physiologique de travail, sans qu'il y ait à tenir compte de l'aptitude particulière à telle ou telle profession déterminée. (Ch. Valentino. Les pensions militaires de la loi du 31 mars 1919).

G. F.

Refus d'augmentation de pension militaire. Recours.

Abonné du *Concours Médical*, je soumets à votre aimable obligeance le cas suivant :

Un de mes amis, réformé n° 2, en 1915, pour maladie contractée pendant son incorporation, voyant s'aggraver son état avec le temps et avec l'âge, demande en juin dernier la réforme n° 1. S'étant présenté devant les experts le 15 octobre 1923, il est proposé pour une invalidité de 10 %. Rappelé le 5 novembre, la commission de réforme (sans nouvel examen), refuse d'homologuer la décision des experts. Il reste à mon ami le recours au Ministre des Pensions. Doit-il présenter lui-même une demande, à qui, et dans quels délais ? Ou bien son dossier va-t-il automatiquement pour décision au ministère, sans qu'il y ait à s'en préoccuper? En cas de rejet de la demande au ministère, quelles démarches faire pour se présenter devant le Tribunal des Pensions ?

Dr B.

Réponse.

Votre ami peut écrire aussitôt une lettre de réclamation au Ministre des Pensions, service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris.

Il peut aussi attendre que son dossier, ayant suivi les divers échelons d'examens, une décision de rejet de pension lui soit notifiée, A partir du jour de cette notification, il bénéficie d'un délai de six mois pour se pourvoir devant le Tribunal des Pensions. Qu'il adresse, alors, une lettre au greffier du tribunal civil pour se pourvoir contre cette décision de rejet.

G. F.

Vente de meubles. Impôts divers.

Ayant déménagé, j'ai cédé quelques meubles à la personne qui a occupé mon appartement ; d'autre part, j'ai eus, moi-même, des frais importants dans ma nouvelle habitation. Je voudrais savoir :

1° Si la somme que j'ai touchée pour mes meubles doit être déclarée au fisc, et sous quelle désignation ;

2° Si les frais que j'ai eus moi-même, doivent figurer dans ma déclaration d'impôt, et de quelle manière ;

3° Ou bien si je dois faire la différence des deux sommes et ne signaler que cette différence.

Je profite de cette occasion pour vous demander un autre renseignement fiscal.

Je viens de prendre une clinique dans les environs:

1° Dois-je payer les impôts pour 1923, qui va finir ?

2° Puis-je payer mes deux patentes à Paris, où j'ai mon domicile ?

3° Dois-je faire deux déclarations de revenus ou bien le total à Paris ?

Dr X.

Réponse

I. — 1° *Si les meubles et objets* vendus sont considérés de luxe, c'est-à-dire si le prix auquel ils ont été cédés atteint ou dépasse la somme limite indiquée sur le tableau de classement, ils sont soumis à l'impôt de 10 % sur le chiffre d'affaires.

Il nous faudrait connaître la nature exacte de ces objets pour vous indiquer le prix maximum qu'ils peuvent être vendus sans acquitter l'impôt.

A titre d'indication :

Carpettes autres que celles anciennes le mc. 60 fr.

Tapis cloué, le mc : 45 fr.

Rideaux, encadrement de porte ou de fenêtre, par rideau ou encadrement : 250 fr.

La taxe est acquittée au moyen de timbres mobiles revêtus de la signature de celui qui a donné quittance et toute personne qui aura participé à une vente, soit comme acquéreur, soit comme vendeur, sans qu'une quittance de prix ait été délivrée et que la taxe de 10 % ait été acquittée, sera punie personnellement d'une amende égale au triple de la taxe, sans que cette amende puisse être inférieure à 100 fr.

2° Les frais de travaux et transformations effectués dans votre appartement sont susceptibles d'être amortis en un nombre d'années variable suivant la durée du bail, mais à condition qu'ils soient afférents à votre profession.

Les recettes provenant de la vente de certains meubles ne doivent pas figurer dans votre déclaration.

II. — 1° L'impôt cédulaire pour 1923 est dû en raison des bénéfices réalisés dans votre clinique depuis la prise de possession. Mais une seule déclaration suffit, indiquant le montant global

de vos revenus professionnels afférents à 1923 sans qu'il soit besoin d'indiquer s'ils sont le produit de votre clinique ou de vos consultations.

2° Le droit proportionnel de patente est établi dans la commune où sont situés les locaux qui y donnent lieu, mais il peut être acquitté dans une autre commune sur la présentation d'un avis ou d'un avertissement.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Les médecins de sanatorium peuvent-ils donner des consultations à d'autres malades non hospitalisés ?

Je vous prie d'être mon interprète auprès de l'administration du *Concours médical* pour la remercier d'avoir fait poser au Ministre de l'Hygiène la question Grinda concernant les médecins de sanatorium.

Je n'ai pas besoin de vous dire que les commentaires dont vous avez fait suivre cette réponse m'ont très vivement intéressé. Cependant j'aurais voulu y trouver encore quelque chose de plus clair et de plus précis concernant la question suivante :

Les médecins chefs ou adjoints de sanatorium ont-ils le droit de donner des consultations et des soins, *dans leur cabinet à l'intérieur* du sanatorium où ils doivent résider — à des clients qui viennent de *l'extérieur* de l'établissement — sans avoir besoin d'une lettre d'introduction de leur médecin habituel.

La chose est d'importance pour tous les confrères qui sont installés par exemple à 8-10-12 km. du sanatorium qu'on a édifié (département), au milieu d'eux.

En effet si ce droit existe, si les clients, *de leur propre chef*, peuvent aller en consultation au sanatorium au cabiuet du médecin, il y aura foule à cause de la notoriété qui s'attache à ce spécialiste des maladies du poumon, et grâce à la puissance d'attraction des rayons X sur les masses. Et ce n'est pas des honoraires de 50 fr. ou même davantage qui les arrêteront. Nous voyons cela se produire pour les dispensaires antituberculeux, où nous ne voyions presque personne, et qui maintenant sont assiégés par une foule de gens qui veulent avoir leur radio. Il est vrai que c'est « à l'œil ».

Les malades seront drainés, vers le sana, même ceux attirés de la ville voisine, où cependant il existe des médecins et des spécialistes de rayons X. Résultat : ils seront lésés et gravement. En somme, l'Etat ou le département leur aura suscité un concurrent redoutable.

Je ne parle pas de la médecine (visite au dehors) la cause est entendue.

Pour moi, la question est bien simple. Je vais me permettre d'émettre mon avis :

Le médecin de sana est créé pour les malades du sana. *Il ne doit voir de malades du dehors ni dans son cabinet, ni en visite* que ceux qui lui sont *adressés*

ou ceux pour lesquels il est *appelé* par le médecin traitant qui désire avoir son avis. Libre à chacun de nous de faire appel à sa compétence.

Dr H.

Réponse.

En faveur de l'*autorisation* de donner des consultations payantes, ou même gratuites, à l'intérieur du sanatorium, à des malades non hospitalisés et venant du dehors, il faut s'appuyer sur l'absence totale d'un texte précis à ce sujet. La loi du 7 septembre 1919 et le décret du 10 août 1920 ne précisent aucune interdiction de ce genre.

L'article 18 de ce dernier décret assimile les sanatoria aux hôpitaux et hospices, quant à l'application des lois et décrets, qui ont trait à l'administration générale des établissements de bienfaisance.

Par suite, du moment où la loi du 7 août 1851, et les règlements modèles sur les hospices et hôpitaux n'interdisent pas les consultations externes, il peut en être de même pour les sanatoria.

Mais, en faveur de l'*interdiction*, les arguments sont plus nombreux.

Invoquons tout d'abord la spécialisation des sanatoria, qui ne sont établis que pour le traitement des seuls tuberculeux. Il semble donc que *ce serait détourner les fonds affectés à la spécialisation de l'établissement* que d'utiliser le personnel médical, ou infirmier, à se servir des appareils radiographiques, ou de laboratoires, pour l'examen de tout autre malade, qui n'est pas tuberculeux ou soupçonné d'infection bacillaire.

On pourrait ensuite craindre une contagiosité possible entre tuberculeux et malades venus du dehors, pour consulter pour toute autre affection.

Enfin, les syndicats médicaux pourraient se plaindre, avec raison, de la concurrence déloyale qui serait faite à leurs membres, si les malades des environs pouvaient librement venir au sanatorium, se faire examiner pour toute maladie.

La lecture de la loi et du décret précités apporte encore un autre argument : les malades qui sont traités au sanatorium doivent être hospitalisés. Le sanatorium ne semble pas devoir être un dispensaire ou un centre de dépistage : il a été créé uniquement pour le traitement des tuberculeux hospitalisés.

En l'absence de textes législatifs ou réglementaires bien précis, quels sont les droits des médecins de sanatorium ? Peuvent-ils donner des consultations aux malades du dehors, qui viendraient les consulter dans l'établissement, soit pour des affections tuberculeuses, soit pour toute autre maladie ?

Nous répondrons que seule la commission, prévue aux articles 19, 20 et 21 du décret de 1920, a qualité pour faire la police dans l'établis-

sement, A elle de décider si le corps médical du sanatorium doit consacrer tout son temps aux seuls malades hospitalisés, ou si, en dehors des heures de service, les médecins sont autorisés à donner des consultations gratuites ou payantes à tout venant. Des questions de fait, de localité. de dons et legs, d'opportunité diverse interviennent ici pour orienter la décision de la commission administrative.

Mais, d'une part, les syndicats médicaux, qui se croiraient lésés, pourraient en appeler au préfet, pour que ce magistrat refuse son autorisation à un réglement de santé qui permettrait un régime de consultation externe à l'hôpital.

Cependant, il me semble personnellement préférable que les médecins de sanatoria puissent entretenir de bons rapports confraternels avec les syndicats médicaux voisins. A ces confrères de discuter ensemble au mieux de leurs intérêts corporatifs, sans que jamais l'intérêt du public ne puisse être lésé.

Des ententes syndicales me paraissent autrement fructueuses que des conflits, qui seront résolus par le préfet, ou par autorité ministérielle, car d'autres considérations que des considérations scientifiques et professionnelles pourraient intervenir pour la solution du conflit.

Contrat de mariage entre médecin et pharmacienne.

Je désirerais que votre service de renseignements veuille bien me documenter sur la situation suivante : Je dois épouser une jeune fille installée comme pharmacienne dans la localité ; sans que j'en découvre la cause, cette situation semble inquiéter les pharmaciens des environs. Il doit pourtant exister déjà des précédents et je ne crois pas que l'exercice simultané des deux professions soit incompatible.

Quelle forme de contrat me conseillez-vous d'adopter :

1) avec le régime de la communauté réduite aux acquêts, je deviendrai propriétaire d'une partie de la pharmacie (qui n'est pas entièrement payée) et de plus cette dernière appartiendrait à deux personnes, toutes choses contraires à la loi.

2) Le régime de la séparation de biens ne serait-il pas préférable pour éviter ces difficultés ?

Dr D.

Réponse.

Sous le régime de la communauté absolue, le mari est maître de l'administration totale des biens. Mais la loi de germinal an XI s'oppose à ce qu'un tiers intervienne dans la conduite des affaires professionnelles de la pharmacie. Il en résulte que les pouvoirs d'administration maritale ne s'étendront jamais au contrôle des actes professionnels de l'épouse-pharmacienne.

Mais s'il est défendu au mari de s'occuper de la partie professionnelle de l'officine, pourrait-il s'immiscer dans la partie purement commerciale de la pharmacie ? Non encore, car, d'après la loi et la jurisprudence, l'exploitation technique et la direction commerciale doivent appartenir au seul pharmacien, à l'exclusion de toute autre personne.

A plus forte raison, le mari n'aurait-il pas le droit d'aliéner l'officine, bien qu'elle fasse partie de la communauté.

Une autre modalité de contrat de mariage est celle de la communauté réduite aux acquêts. Par contrat de mariage, la future épouse peut se réserver, en propre, sa pharmacie, par suite l'exploitation de celle-ci.

Le régime de la *séparation* de biens donne à la femme le maximum de liberté pour sa vie professionnelle.

Quant aux produits de l'exploitation de l'officine, aux bénéfices, ils peuvent soit faire partie de la communauté, soit être réservés au seul profit de la femme ; cette disposition devra être indiquée dans le contrat de mariage.

Cette association maritale entre médecin et pharmacienne est parfaitement licite et elle tendra à se généraliser, alors qu'actuellement beaucoup de jeunes filles considèrent que la pharmacie est une profession très féminine.

La loi ne s'oppose pas, d'ailleurs, à ce qu'un médecin, possesseur du diplôme de pharmacien, exerce cumulativement les deux professions.

Mais, les confrères des alentours, médecins et pharmaciens, peuvent prendre ombrage de cette situation, craignant que la clientèle du mari ne se serve, pour les médicaments, que dans l'officine de sa femme et que réciproquement celle-ci n'envoie des clients à son mari.

Mais c'est un bien petit côté de la question. Des liens de famille existent souvent entre médecin et pharmacien et, à leur défaut, des liens de grande amitié peuvent se nouer. Le public en souffre-t-il ? non, si tout le monde reste honnête, éloigné de tout compérage.

Les confrères ont-ils à en pâtir ? Pas plus, car le libre choix du médecin, comme du pharmacien, doit toujours être respecté dans une localité où les praticiens savent observer les lois syndicales et déontologiques.

Au surplus, toute tentative de détournement de clientèle doit être signalée au conseil de famille syndical et je suis sûr que, bien souvent, on s'apercevra alors que les brouilles confraternelles n'ont à l'origine, comme base, que des racontars de clients, ne reposant sur aucun fondement.

Dr Paul Boudin.

Application du Tarif Breton.

I

Certificats en double.

Je vous serais reconnaissant, de me dire si le certificat initial, que l'on fait toujours en double, doit oui ou non être payé par la Compagnie.

Ci-joint une lettre de la X en refusant le payement.

Dr R.

Réponse.

Le certificat initial est tarifé 5 francs et c'est celui destiné à la mairie. Si la Compagnie en désire un double et que vous demandiez à en être payé, c'est affaire individuelle entre elle et vous, mais ce *n'est plus une question de tarif Breton.* Libre à vous de faire le certificat en double et de ne pas réclamer d'honoraires ou bien de dire à la Compagnie que vous ne lui en délivrerez jamais en double et pour elle, sans un payement spécial. Quant à moi, je ne fais à peu près jamais de certificat en double. C'est à l'agent, s'il le désire, de recopier le certificat pour donner connaissance à la Compagnie de ce qu'il contient. Mais celle-ci n'a *aucun droit d'exiger* de vous ce double et *a fortiori* sans le payer.

F. D.

II

Amputation de doigt.
Consultation entre confrères.

1° Par désarticulation partielle d'un doigt, doit-on entendre régularisation ou achèvement d'une désarticulation déjà amorcée par le traumatisme, une désarticulation de la phalange sur le métacarpien ?

1° J'ai demandé à un patron, une *consultation* avec un confrère, pour un ouvrier atteint de fracture de côte avec grosse saillie du fragment. Je craignais une infirmité p. partielle, certaine, si on n'intervenait pas chirurgicalement. Le patron consentit, prévint son assurance et je fus avisé de l'arrivée d'un médecin de R.

La consultation eut lieu et le confrère pressé de conclure ou non à une intervention, fut d'avis de s'abstenir, et d'appliquer un bandage.

Or, ma note qui comprenait : consultation avec un confrère = v × 3, est réduite sur ce point en visite à heure fixe, plus 50 %.

Le médecin demandé pour une consultation était sans doute un contrôleur. Or, je n'ai pas été avisé de cette transformation, par lettre recommandée, et il a fait œuvre de consultant.

J'insiste sur ce point que j'ai demandé un consultant pour un cas de traitement embarrassant et pouvant engager la responsabilité du médecin traitant. Ce n'est pas du reste notre affaire de demander le contrôle.

Permettez-moi de vous signaler que l'Agenda 1923, page 91, dit :

Article 5 = ...3 visites ou consultations.

Et page 146, dit :

...3 consultations. Dr B.

Réponse.

1° Vous trouverez dans les Avis insérés dans l'Arrêté Minist. du 28-6-21 : « l'amputation d'un doigt est *totale* lorsque le doigt est enlevé avec ou *sans* la tête du métacarpien adjacent ». Si vous avez désarticulé la phalange sur son métacarpien, il y a là amputation totale.

2° Une « consultation entre confrères » et c'est là ce qui a eu lieu, sur votre demande, d'après vos explications, est tarifée le prix de trois visites ou consultations (art. 5). Il n'y a là aucun rapport avec la visite de contrôle prévue à l'art. 3 a.

F. D.

III

Cumul et non cumul

Membre du « Sou » je désirerais avoir votre avis autorisé sur la question de tarif suivante :

Ouvrier blessé au coude droit et présentant une foulure du poignet gauche.

Pendant les 5 premiers jours, j'ai fait à ce blessé un pansement à son coude droit plaie de 5 cm × 5 cm.) et ai pratiqué un massage du poignet gauche.

J'ai donc bien le droit de compter pour chaque consultation des 5 premiers jours la somme de 14 francs représentant les deux actes médicaux différents que j'ai pratiqués.

Comment faire rentrer dans la note les 15 francs d'une injection antitétanique pratiquée le jour de l'accident ?

Je me propose d'adresser une note ainsi rédigée :

14 août, certificat initial	5 fr.
Le matin :	
Pansement de la plaie, massage du poignet	14 »
Le soir :	
Injection antitoxique	15 »
15 août et jours suivants :	
Pansement de la plaie et massage du poignet	14 »
21 août et jours suivnts :	
Pansement	7 »

Dr C.

Réponse

En cas de blessures multiples (art. 14) vous additionnez les interventions. Donc, le 14 août, pansement coude droit + massage poignet gauche. Mais à la séance suivante, il s'agit de l'art. 13 qui vous interdit le *cumul* entre le prix d'une visite (avec ou sans massage) et l'injection anti-tétanique qui est une intervention à *tarif spécial*. Donc, cette fois, ne comptez que l'injection seule.

F. D.

IV

Blessures multiples

A titre de membre du *Concours* et du « Sou Médical », je me permets de venir encore vous importuner afin d'avoir de vous les renseignements suivants :

Comment dois-je compter à l'assurance le cas suivant : et d'ailleurs est-il mieux pour moi d'envoyer la note au patron qui a assisté aux interventions et m'a même aidé, ou à l'assureur ?

Voici : je suis appelé à 8 h. 1 /2 du soir auprès d'un blessé grave auprès duquel je reste jusqu'à 11 h. 1 /2 (nuit), tout ce temps employé aux diverses interventions nécessitées par l'état du malade.

Le blessé a les deux jambes cassées au tiers inférieur, dont la droite avec foyer ouvert et esquilles, et l'épaule gauche fracturée à la naissance de l'acromion, et la tête humérale luxée complètement en avant et en dedans.

Je réduis d'abord non sans peine la luxation et fais un bandage approprié pour maintenir la tête humérale en place, de même que pour immobiliser l'apophyse cassée.

Ensuite je déterge bien la plaie profonde du foyer ouvert de fracture de la jambe droite, enlève quelques menues esquilles, puis après pansement réduis la fracture et immobilise en plâtre.

Enfin je m'occupe de l'autre jambe dont je réduis également la fracture et fais appareil plâtré.

Le lendemain, je taille une fenêtre dans l'appareil de la fracture ouverte et fais le pansement. Je fais de même deux pansements à l'autre jambe qui porte des plaies à la cuisse. Je fais des pansements pour plaies à la tête... Et enfin le patron me dit : « Je crois bien que nous avons dû déranger l'épaule du blessé en le mettant au lit, car il souffre atrocement de l'épaule. » En effet après avoir défait les bandelettes, je constate ma tête humérale à nouveau luxée. Aussitôt, avec l'aide du patron et de l'entourage, je réduis une nouvelle fois la luxation qui depuis, n'a plus bougé.

Pendant près d'un mois je dus aller matin et soir auprès du blessé tant pour faire les nombreux pansements aux trois membres lésés que pour veiller à l'état grave du blessé.

Puis pendant trois semaines environ, je fis une visite par jour pour masser l'épaule.

Depuis ce temps chaque jour je fis une visite par jour avec massage chaque fois de l'épaule et de chaque jambe.

Comment dois-je compter ? Puis-je compter pour chaque intervention une majoration, puisque c'est la nuit ? Veuillez me dire combien pour chaque intervention ? La fracture à foyer ouvert et esquilles doit, je crois, être tarifée plus cher.

Enfin le lendemain la nouvelle réduction de luxation doit-elle être comptée, puisque le patron lui-même a constaté la veille que l'épaule était réduite, et de même a constaté sa nouvelle luxation et nouvelle réduction ?

Enfin comment tarifer chaque journée où en réalité j'ai soigné trois segments différents de membres différents, soit en pansement, soit en massage, passant à chaque visite au moins une heure 1/2 ?

Dr B.

P. S. — En réalité c'est comme si j'avais eu affaire chaque jour avec 3 blessés différents dont l'un épaule cassée et luxée ; les 2 autres fractures de jambe, dont une compliquée.

Réponse.

1° Légalement, c'est au patron que vous devez envoyer votre note. Pratiquement, vous pouvez l'envoyer à l'assurance, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

2° Vous avez à compter : *a*) Réduction et contention de fracture de jambe gauche = 150 fr. ; *b*) *idem* de fracture compliquée de jambe droite avec régularisation, enlèvement d'esquilles, etc. 150 + 100 % = 300 fr. ; *c*) réduction de luxation de l'épaule = 75 fr. Au total 150 + 300 + 75 = 525 fr. Ajoutez à cela pour intervention de nuit (art. 8) = 25 % de majoration, soit 131 fr. Ce qui donne un total général de : 656 fr. Les jours suivants vous avez à compter « blessures multiples » (art. 14) soit autant de fois le prix de visite que vous avez de pansements distincts et non sur un même segment de membre. Quant à votre deuxième réduction d'une même luxation, elle n'est pas à compter ; *non bis in idem.*

F. B.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Admission des étrangers aux primes à la natalité

19340. — M. Pouzin, député, expose à M. le ministre de l'hygiène qu'il existe en France un certain nombre de familles constituées par le mariage d'un père de nationalité étrangère avec une femme de nationalité française ; que, par suite de l'immigration, les familles de ce genre seront de plus en plus nombreuses, qu'il y a lieu de les favoriser et demande : 1° si, lorsque la femme n'a perdu que par le mariage la nationalité française, ces familles ne pourraient pas être admises à bénéficier dse primes à la natalité, tant nationales que départementales ; 2° dans le cas de la négative, s'il ne se propose pas de prendre l'initiative de déposer un projet de loi tendant à rendre applicables à de telles familles les lois susvisées. (*Question du* 23 *novembre* 1923.)

Réponse. — Les lois et mesures visées par la question écrite de M. le député Pouzin sont exclusivement applicables aux familles de nationalité française, et ont pour but de favoriser l'accroissement du nombre des citoyens français.

(*J. O.*, 13 décembre 1923.)